



جامعة الأزهر - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية
قسم إدارة الأعمال

**استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في
المستشفيات الحكومية بقطاع غزة**

**The use of Six-Sigma methodology as an approach to
improve the patient satisfaction at governmental
hospitals in the Gaza Strip**

إعداد الباحث

عامر عبد القادر حسين نصار

إشراف الدكتور

محمد عبد اشتيوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال
من كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية - جامعة الأزهر - غزة

غزة - فلسطين

2017م / 2018م

1439هـ



جامعة الأزهر - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية
ماجستير ادارة الأعمال

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة الدراسات العليا بجامعة الأزهر - غزة على تشكيل لجنة المناقشة والحكم على أطروحة الطالب/ة: عامر عبد القادر حسين نصار، المقدمة لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية لنيل درجة الماجستير في ادارة الأعمال وعنوانها:

استخدام منح ستة سجا كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

وتمت المناقشة العلنية يوم الثلاثاء بتاريخ 2018/03/13م.

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الطالب/ة: عامر عبد القادر حسين نصار، درجة الماجستير في الاقتصاد والعلوم الإدارية تخصص ادارة الأعمال.

توقيع أعضاء لجنة المناقشة والحكم :

د. محمد عبد حسين اشتيوي (مشرفاً ورئيساً) التاريخ: 2018/4/23م
د. مروان سليم ابراهيم الاغا (مناقشاً داخلياً) التاريخ: 2018/4/24م
د. جلال اسماعيل عوض شبات (مناقشاً خارجياً) التاريخ: 2018/4/24م

استهلال

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلْ رَبِّ زَكَاةً وَسَبْحًا
عَلِيمًا

(ظه - 114)

الإهداء

إلى قائد الأمة ومعلم البشرية الخير محمد ﷺ

إلى أرواح أبي وأمي وأخي الطاهرة

إلى الأبطال الذين جادوا بأغلى ما يملكون: الشهداء، والأسرى، والجرحى

إلى أهلي الكرام: إخوتي وأخواتي وأقاربي

إلى زوجتي الغالية، وأبنائي الأحبة: (سندس، وتسنيير، وسجى، وملاك، ومعاذ، وعمس)

إلى من أناروا دربنا بالعلم والمعرفة..... أساتذتي الأفاضل

إلى أقصانا الجريح... إلى مرضانا الأعزاء.... إلى شعبنا المنصور بإذن الله...

إليهم جميعاً أهدي هذا الجهد المنواضع

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، الحمد لله الذي له الحمد في الأولى وفي الآخرة، وله الحمد ملء السماء وملء الأرض وملء ما بينهما وملء ما شاء من شيء بعد، والصلاة والسلام على أشرف الخلق معلم البشرية وقائد الأمة رسولنا محمد ﷺ، القائل: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله"، وبعد ...

وعملًا بوصيته عليه الصلاة والسلام، واعترافًا لأهل الفضل بفضلهم، فإنه يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور/ محمد عبد اشتيوي، أستاذ إدارة الأعمال بجامعة القدس المفتوحة الذي تفضل بالإشراف على رسالتي هذه، فكان خير عون لي، بتكرمه بتقديم النصائح والإرشادات التي كان لها أثر واضح في إثراء هذه الرسالة وإتمامها وإخراجها في أجمل صورة، داعيًا المولى عز وجل أن يجعل ذلك في موازين حسناته، فجزاه الله كل خير.

كما أتقدم بشكري الجزيل لأستاذي الدكتور/ مروان سليم الأغا، المناقش الداخلي، أستاذ إدارة الأعمال بجامعة الأزهر، بتكرمه بقبول المشاركة في لجنة المناقشة والحكم على هذه الرسالة، ومساهمته البناءة بخبرته وعلمه في تحسينها لتخرج بشكلها اللائق، فجزاه الله كل خير.

والشكر موصول إلى الأستاذ الدكتور/ جلال إسماعيل شببات، المناقش الخارجي، أستاذ إدارة الأعمال في جامعة القدس المفتوحة، عضو لجنة المناقشة والحكم، بتفضله بقبول مناقشة الرسالة وتكرمه بتقديم ملاحظاته وتوجيهاته السديدة، لتجويد الرسالة لتصل إلى أجمل صورة، فجزاه الله كل خير.

والشكر الجزيل لمن ساهم في تنقيح وتجويد هذه الرسالة وأخص بالذكر شقيقي الدكتور/ جهاد نصار.

وشكري العميق لعائلتي الكريمة وأسرتي الغالية الذين هم خير داعم وساند لي، فلهم مني كل الحب والتقدير. كما أتقدم بالشكر الجزيل لجامعتي الغراء جامعة الأزهر بغزة، وعمادة الدراسات العليا، وكافة أعضاء هيئة التدريس والعاملين الأفاضل في كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، وإلى الأساتذة الكرام الذين تفضلوا بتحكيم أداة الدراسة على نصائحهم وملاحظاتهم القيمة.

كما أخط شكري الجزيل للأخوة العاملين في وزارة الصحة، لاسيما الإدارة العامة للمستشفيات والإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، وكذلك أخص بالشكر كل من إدارة مجمع الشفاء الطبي وإدارة مستشفى غزة الأوروبي والعاملين فيهما، وكذلك المرضى على حسن التعاون والتجاوب الكريم في جمع البيانات، ولكل الأصدقاء الذين ساعدوا أو سهلوا جمع البيانات.

والشكر الجزيل أيضًا لزملاء العمل في مستشفى الرنتيسي التخصصي للأطفال، وأخص زملائي الكرام في قسم الأشعة على دعمهم المتواصل لي.

ولا أنسى أن أتقدم بخالص شكري وامتناني لكل من لا يتسع المقام لذكرهم ممن ساندني أو ساعدني من قريب أو بعيد ولو بكلمة أو إشارة أو رأي أو نصيحة ساهمت في تجميل وإنجاز هذه الرسالة.

فلهم جميعًا: كل الشكر والحب والتقدير والاحترام

المخلص باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، ومعرفة مستوى رضا المرضى المنومين في تلك المستشفيات في ضوء استخدام منهج ستة سيجما. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واعتمدت على استبانتيين مختلفتين كأداة رئيسة لجمع البيانات من مجتمع الدراسة المكون من فئتين: فئة العاملين، وفئة المرضى المنومين في تلك المستشفيات، حيث تم اختيار مجمع الشفاء الطبي، ومستشفى غزة الأوروبي - بطريقة قصدية - محلاً للدراسة. واختيرت عينة طبقية للدراسة من الفئة الأولى (العاملين الإشرافيين) بأسلوب الحصر الشامل بلغت (372) مفردة، وعينة عشوائية من الفئة الثانية (المرضى المنومين) بلغت (600) مفردة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

1. مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة من وجهة نظر العاملين الإشرافيين بلغ (65.29%).
 2. مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة بلغ (68.76%).
 3. وجود علاقة ذات دلالة معنوية ومنطقية تتحقق عند استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.
 4. العاملون الإشرافيون من المستوى التعليمي حملة البكالوريوس أو حملة الدبلوم فأقل، وذوو التخصص العلمي الإداري، وممن هم في مستوى وظيفي مدير دائرة أو رئيس شعبة أو مشرف تريض قد سجلوا فروقاً دالة إحصائية حول استخدام منهج ستة سيجما أعلى من باقي فئات العاملين، في حين لم تسجل فروق دالة إحصائية بين العاملين المبحوثين في الجنس أو العمر أو سنوات الخدمة.
 5. المرضى المنومون من جنس الإناث، وذوو المستوى التعليمي الأمي، وأولئك المقيمون في محافظة خان يونس أو رفح، والمرضى المدخولون لمستشفى غزة الأوروبي، والمنومون في أقسام الجراحة والباطنة قد سجلوا فروقاً دالة إحصائية حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما أعلى من باقي فئات المرضى. بينما لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضى المنومين تُعزى للعمر، أو الحالة الاجتماعية.
- وفي ضوء نتائج الدراسة، أمكن التوصل إلى عدد من التوصيات، أهمها:

1. زيادة الاهتمام بتطبيق منهج ستة سيجما (دمايك) في المستشفيات الحكومية كمدخل لتحسين رضا المرضى، من خلال توفير المتطلبات اللازمة لذلك كافة، وتعزيز نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف في الممارسات والأنشطة المتعلقة بأبعاد المنهج المذكور.
2. السعي لزيادة رضا المرضى في المستشفيات الحكومية من خلال تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، عبر تطبيق منهج ستة سيجما أو مناهج أخرى من شأنها رفع مستوى جودة الخدمة.
3. تعزيز التواصل بين إدارة المستشفى ومرضاها، وذلك عبر تطوير قنوات اتصال فاعلة، ووضع سياسات وإجراءات واضحة وسهلة، وإتاحة أدوات ووسائل مناسبة لتقديم الشكاوى والمقترحات.
4. العناية بالموارد البشرية عبر وضع السياسات المناسبة للاختيار والتعيين والعمل على تطويرهم بعقد البرامج التدريبية وتحفيزهم ليكونوا نواة فاعلة في تطبيق برامج الجودة وعلى رأسها منهج ستة سيجما.
5. مضاعفة الاهتمام بمعرفة اتجاهات العملاء (عاملين ومرضى) ومستوى رضاهم، عبر إجراء استقصاء دوري، وعقد لقاءات مشتركة، والقيام بزيارات لأماكن تقديم الخدمة والاستماع للآراء والمقترحات.

المخلص باللغة الإنجليزية - ABSTRACT

This study aimed to identify the level of using Six Sigma Methodology (DMAIC) as an approach to improve patient satisfaction at governmental hospitals in the Gaza Strip and to identify the level of inpatients satisfaction in these hospitals under the light of using Six Sigma Methodology. The study used the descriptive method. A two different questionnaires were designed as a main tool for collecting the data from the study population which is divided into two categories: the health providers, and the inpatients in the same hospitals. Al Shifa Medical Hospital and Gaza European Hospital were selected Intentionally for study area. A stratified sample of (372) individuals were selected from the first category (the hospital Supervisory staff) using a comprehensive survey method, while a random sample of (600) patients were selected from the second category (inpatients).

The most important findings of the study were:

1. The level of using Six Sigma Methodology as an approach to improve patient satisfaction at governmental hospitals in Gaza Strip was (65.29%).
2. The level of patients' satisfaction under the light of using Six Sigma Methodology at governmental hospitals in the Gaza Strip was (68.76%).
3. A significant and logical relationship that achieved when using Six Sigma Methodology (DMAIC) as an approach to improve patient satisfaction at governmental hospitals in the Gaza Strip.
4. The Supervisory staff, who had educational level of a bachelor's or diploma holders or less, and those with an administrative scientific specialization, and those who are at the functional levels as a director or head of division or nursing supervisor, had recorded statistically significant differences on the use of Six Sigma Methodology higher than the other categories of supervisory staff. while there were no statistically significant differences between the Supervisory staff in gender, age, and years of service.
5. The inpatients, who are female, and those with educational level as illiterate, and those living in Khan Younis or Rafah, and patients admitted to Gaza European Hospital, and those admitted in the surgical or internal wards, had statistically significant differences in satisfaction under the light of using Six Sigma Methodology higher than the other patient groups. While there were no statistically significant differences between inpatients due to age or marital status.

The main recommendations of the study were:

1. To increase the interest in implementing Six Sigma Methodology (DMAIC) at governmental hospitals as an approach to improve patient satisfaction by providing all necessary requirements for this purpose, and strengthening strengths and addressing weaknesses in practices and activities related to the dimensions of the methodology.
2. To seek to increase patients' satisfaction at governmental hospitals by improving the quality of health service provided to them Through the implementation of Six Sigma Methodology or other methodologies that will raise the quality of service
3. Enhancing communication between hospital administrative and patients by developing channels of communication between them, establishing clear and easy policies and procedures, and providing appropriate tools and means to submit complaints and suggestions.
4. Care of (HR) human resources through the drawing of appropriate policies for selection and recruitment, and developing of HR by holding training programs and motivate them to be an effective milestone in the implementation of quality programs, particularly Six Sigma Methodology.
5. Increase the interest in knowing the trends of the clients (employees and patients) and their level of satisfaction through making periodic survey, holding joint meetings, visits to places of service and listening to opinions and suggestions.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	استهلال
ب	الاهداء
ج	الشكر والتقدير
د	الملخص باللغة العربية
هـ	الملخص باللغة الإنجليزية - ABSTRACT
و	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ل	قائمة الأشكال
ل	قائمة الملاحق
م	قائمة المختصرات
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	المقدمة
3	أولاً . مشكلة الدراسة وأسئلتها
5	ثانياً . متغيرات الدراسة وأنموذجها
7	ثالثاً . فروض الدراسة
7	رابعاً . أهداف الدراسة
8	خامساً . أهمية الدراسة
9	سادساً . حدود الدراسة ومحدداتها
9	سابعاً . منهج الدراسة
10	ثامناً . أداة الدراسة ومصادر المعلومات
10	تاسعاً . مصطلحات الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
13	الفصل الثاني: المبحث الأول - ستة سيجما
13	توطئة
14	مفهوم ستة سيجما
16	تعريف ستة سيجما
17	تاريخ (نشأة) ستة سيجما
18	مستوى أداء ستة سيجما
22	أهمية ستة سيجما
22	أهداف ستة سيجما
23	فوائد ستة سيجما

رقم الصفحة	الموضوع
23	مميزات (ما الجديد في) منهج ستة سيجما
24	المبادئ الأساسية لستة سيجما
26	مداخل تطبيق منهج ستة سيجما داخل المنظمة
27	عناصر (متطلبات) تطبيق ستة سيجما
28	خطوات تطبيق ستة سيجما
29	محددات (معوقات) تنفيذ ستة سيجما
29	نماذج (مراحل أو مناهج) تطبيق ستة سيجما
32	مميزات نموذج دمايك (DMAIC)
32	دورة حياة فريق دمايك (DMAIC)
33	أدوار أعضاء فريق ستة سيجما (الهيكل التنظيمي)
36	أدوات قياس (الأدوات الإحصائية) ستة سيجما
38	المزايا التي تقدمها ستة سيجما للمنظمات
39	تطبيق ستة سيجما في قطاع الخدمات
40	الفصل الثاني: المبحث الثاني - رضا المرضى
40	توطئة
40	تعريف العميل (من هو العميل؟)
41	مفهوم رضا العميل
42	متطلبات العميل وأثرها على مستوى الرضا
43	الاتجاهات المعاصرة في التعامل مع العملاء
43	رضا المريض
44	العوامل المؤثرة في رضا المرضى
45	أهمية دراسة رضا المريض
46	أهداف قياس رضا العميل (المريض)
47	طرق قياس رضا العميل (المريض)
47	تحسين رضا المريض
48	استخدام منهج ستة سيجما كأحد مداخل تحسين رضا المرضى
49	رضا المرضى في فلسطين
52	الفصل الثاني: المبحث الثالث - الوضع الصحي والمؤسسات محل الدراسة
52	توطئة
52	المحور الأول . نبذة تعريفية عن المستشفى
56	المحور الثاني . الوضع السكاني والديمغرافي والصحي العام في فلسطين
56	أولا . نبذة عامة عن أوضاع الفلسطينيين في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية
57	ثانيا . نبذة عن القطاع الصحي الفلسطيني
59	المحور الثالث . المستشفيات الحكومية في قطاع غزة

رقم الصفحة	الموضوع
الفصل الثالث: الدراسات السابقة	
69	توطئة
70	أولاً . الدراسات السابقة:
70	المحور الأول . الدراسات التي تناولت المتغير المستقل "سنة سيجما"
83	المحور الثاني . الدراسات التي تناولت المتغير التابع (رضا المرضى)
94	المحور الثالث . الدراسات التي جمعت بين متغيري الدراسة
99	ثانياً . التعقيب على الدراسات السابقة
103	ثالثاً . الفجوة البحثية
الفصل الرابع: الطريقة والإجراءات	
109	توطئة
109	أولاً . منهج الدراسة
109	ثانياً . مصادر المعلومات
109	ثالثاً . مجتمع الدراسة
110	رابعاً . وحدة المعاينة وعينة الدراسة
112	خامساً . خطوات إعداد أداة الدراسة
113	سادساً . طريقة جمع البيانات من المبحوثين
115	سابعاً . صدق أداة الدراسة وثباتها
124	ثامناً . إجراءات تطبيق أداة الدراسة
124	تاسعاً . التوزيع الطبيعي للبيانات
125	عاشراً . الأساليب والمعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل الخامس: تحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة	
127	توطئة
127	أولاً . الوصف الإحصائي لعينة الدراسة
134	ثانياً . نتائج تحليل فقرات وأبعاد الدراسة
156	ثالثاً . الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار الفروض
الفصل السادس: النتائج والتوصيات	
200	توطئة
200	أولاً . نتائج الدراسة
205	ثانياً . التوصيات
206	ثالثاً . دراسات مقترحة
207	قائمة المصادر والمراجع
224	ملاحق الدراسة

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(1 - 2)	مستويات ستة سيجما وفرص حدوث العيوب ونسبة الجودة	19
(2 - 2)	العلاقة بين تكلفة الجودة الرديئة وبين مستوى سيجما المستخدمة	20
(3 - 2)	تحويل سيجما ومعدل الخطأ لكل مليون فرصة ومؤشر مقدرة العملية	21
(4 - 2)	مستويات رضا المرضى في عدد الدراسات التي أجريت في فلسطين	50
(5 - 2)	بعض المؤشرات الديموغرافية والحيوية في فلسطين، 2016م	56
(6 - 2)	بعض المؤشرات المعيشية والاقتصادية في فلسطين، 2016م	56
(7 - 2)	توزيع المستشفيات وأسررتها حسب التخصص والجهة المشرفة بقطاع غزة، فلسطين، 2015م	62
(8 - 2)	توزيع المستشفيات وأسررتها حسب المحافظة في قطاع غزة، فلسطين، 2015م	62
(9 - 2)	مؤشرات الانتفاع بخدمات المبيت في المستشفيات حسب الجهة المشرفة، قطاع غزة، 2015م	62
(10 - 2)	توزيع القوى العاملة في مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة، حسب المستشفى، فلسطين، 2015م	64
(11 - 2)	أهم معطيات وخدمات مجمع الشفاء الطبي مقارنة بإجمالي خدمات المستشفيات الحكومية - 2015م	66
(12 - 2)	أهم معطيات وخدمات مستشفى غزة الأوروبي مقارنة بإجمالي خدمات المستشفيات الحكومية - 2015م	67
(1 - 3)	أعداد الدراسات السابقة وفقاً للمحور ومكان إجرائها	69
(2 - 3)	مقارنة بين الدراسات السابقة لستة سيجما في القطاع الصحي	104
(1 - 4)	أعداد مفردات عينة الدراسة من الفئة الأولى (العاملين الإشرافيين)	110
(2 - 4)	عدد مفردات عينة الدراسة من كلا الفئتين	112
(3 - 4)	مجتمع وعينة الدراسة من كلا الفئتين والاستبانة الموزعة على مفردات الدراسة	115
(4 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول (التعرف) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين	116
(5 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثاني (القياس) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين	116
(6 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثالث (التحليل) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين	117
(7 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الرابع (التحسين) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين	117
(8 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الخامس (الرقابة) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين	118
(9 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول (التعرف) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى	119
(10 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثاني (القياس) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى	119
(11 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثالث (التحليل) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى	119
(12 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الرابع (التحسين) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى	120
(13 - 4)	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الخامس (الرقابة) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى	120
(14 - 4)	مصفوفة معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد الاستبانة بالدرجة الكلية لاستبانة العاملين	121
(15 - 4)	مصفوفة معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد الاستبانة بالدرجة الكلية لاستبانة المرضى	121
(16 - 4)	معاملات الارتباط بين نصفي كل استبانة من استبانات العاملين قبل وبعد التصحيح	122
(17 - 4)	معاملات الارتباط بين نصفي كل استبانة من استبانات المرضى قبل وبعد التصحيح	122
(18 - 4)	معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين وكذلك الاستبانة ككل	123

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(4- 19)	معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد استبانة المرضى وكذلك الاستبانة ككل	123
(5- 1)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس للعاملين	127
(5- 2)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية للعاملين	127
(5- 3)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي للعاملين	128
(5- 4)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص العلمي للعاملين	129
(5- 5)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخدمة بالوظيفة للعاملين	129
(5- 6)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان العمل الحالي للعاملين	130
(5- 7)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان العمل داخل المستشفى للعاملين	131
(5- 8)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدرجة الوظيفية (الإشرافية) للعاملين	132
(5- 9)	خصائص عينة الدراسة من المرضى المنومين	133
(5- 10)	نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الأول "التعرف على مشكلات الخدمة الصحية"	137
(5- 11)	نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الثاني "قياس مشكلات الخدمة الصحية"	139
(5- 12)	نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الثالث "تحليل مشكلات الخدمة الصحية"	141
(5- 13)	نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الرابع "التحسين المستمر للخدمة الصحية"	143
(5- 14)	نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الخامس "الرقابة على استمرارية تحسين الخدمة الصحية"	146
(5- 15)	المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين وكذلك ترتيبها	149
(5- 16)	المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات استبانة المرضى وكذلك ترتيبها في ضوء أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك)	150
(5- 17)	المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة المرضى وكذلك ترتيبها	157
(5- 18)	المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين	157
(5- 19)	المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي للدرجة الكلية لاستبانة المرضى	161
(5- 20)	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة العاملين تعزى لمتغير الجنس	163
(5- 21)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر للعاملين	164
(5- 22)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للعاملين	165
(5- 23)	اختبار شيفيه في البعد الأول . التعرف على مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي	166
(5- 24)	اختبار شيفيه في البعد الثاني . قياس مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي	166
(5- 25)	اختبار شيفيه في البعد الثالث . تحليل مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي	166
(5- 26)	اختبار شيفيه في البعد الرابع . التحسين المستمر للخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي	167
(5- 27)	اختبار شيفيه في البعد الخامس . الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي	167
(5- 28)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير المستوى التعليمي	167
(5- 29)	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة العاملين تعزى لمتغير مكان العمل	168

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(5- 30)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير التخصص العلمي للعاملين	170
(5- 31)	اختبار شيفيه في البعد الأول . التعرف على مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي	171
(5- 32)	اختبار شيفيه في البعد الثاني . قياس مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي	171
(5- 33)	اختبار شيفيه في البعد الثالث . تحليل مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي	171
(5- 34)	اختبار شيفيه في البعد الرابع . التحسين المستمر للخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي	172
(5- 35)	اختبار شيفيه في البعد الخامس الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي	172
(5- 36)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير التخصص العلمي	172
(5- 37)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات الخدمة للعاملين	174
(5- 38)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستوى الوظيفي للعاملين	175
(5- 39)	اختبار شيفيه في البعد الأول . التعرف على مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	176
(5- 40)	اختبار شيفيه في البعد الثاني . قياس مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	176
(5- 41)	اختبار شيفيه في البعد الثالث . تحليل مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	177
(5- 42)	اختبار شيفيه في البعد الرابع . التحسين المستمر للخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	177
(5- 43)	اختبار شيفيه في البعد الخامس . الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	177
(5- 44)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير المستوى الوظيفي	178
(5- 45)	أعداد عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين بناء على المؤهل العلمي والمستوى الوظيفي	179
(5- 46)	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة المرضى تعزى لمتغير الجنس	180
(5- 47)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر للمرضى	182
(5- 48)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للمرضى	184
(5- 49)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للمرضى	185
(5- 50)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير المستوى التعليمي	185
(5- 51)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير مكان الإقامة للمرضى	187
(5- 52)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير مكان الإقامة	187
(5- 53)	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة المرضى تعزى لمتغير المستشفى	189

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(54 -5)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه المرضى	190
(55 -5)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير القسم	190
(1 -6)	أهم نتائج الدراسة ومدى تحققها	201

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
شكل رقم (1-1)	أنموذج الدراسة ومتغيراتها	6
شكل رقم (1-2)	منحنى التوزيع الطبيعي والمساحات تحت المنحنى بدلالة الانحراف المعياري (سيجما)	15
شكل رقم (2-2)	مقارنة بين مستوى (3) سيجما ومستوى (6) سيجما	19
شكل رقم (3-2)	علاقة نسبة كلفة الجودة الرديئة مع مستوى سيجما	20
شكل رقم (4-2)	حالات تأثير عمليات التحسين المستمر على مقدرة العملية	21
شكل رقم (5-2)	مخطط باريتو	36
شكل رقم (6-2)	مخطط السبب والنتيجة	37
شكل رقم (7-2)	نموذج كانوا لتصنيف متطلبات (حاجات ورغبات وتوقعات) العميل وتأثيرها في رضاه	42
شكل رقم (8-2)	خارطة فلسطين	60
شكل رقم (9-2)	رسم بياني لتوزيع نسب أسرة المستشفيات حسب الجهات المقدمة للخدمة، فلسطين، 2015م	62
شكل رقم (1-5)	الخارطة المفاهيمية لنتائج مقارنة تحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الباطنة	192
شكل رقم (2-5)	الخارطة المفاهيمية لنتائج مقارنة تحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الجراحة	193
شكل رقم (3-5)	الخارطة المفاهيمية للنتائج النهائية لتحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها	194

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	رقم الصفحة
1	قائمة المحكمين	225
2	تسهيل مهمة باحث (من الجامعة لوزارة الصحة)	226
3	موافقة المجلس الفلسطيني للبحث الصحي (لجنة هلسنكي لأخلاقيات البحث الطبي)	227
4	تسهيل مهمة باحث (من وزارة الصحة للمستشفيات محل الدراسة)	228
5	أعداد العاملين الإشرافيين في مجمع الشفاء الطبي بغزة ومستشفى غزة الأوروبي بخانيونس	229
6	استبانة العاملين في صورتها النهائية	230
7	استبانة المرضى في صورتها النهائية	234

قائمة المختصرات

الاختصار	الصورة الكاملة	المعنى باللغة العربية
Cp	Process capability	مقدرة العملية
Cpk	Process capability index	مؤشر مقدرة العملية
CTQ	Critical total quality	العوامل الحرجة للجودة
DMADV	Define, Measure, Analysis, Design, Verify	التعريف، القياس، التحليل، التصميم، التحقق
DMAIC	Define, Measure, Analysis, Improve, Control	التعريف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة
DPMO	Defect Per Million Opportunities	عدد العيوب لكل مليون فرصة
HR	Human Resources	الموارد البشرية
LSL	Lower specification limit	الحد الأدنى للمواصفة
SPSS	Statistical package for social sciences	برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية
T	Tolerance	التفاوت
UNDP	United Nations Development Program	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
USL	Upper specification limit	الحد الأعلى للمواصفة
دمايك	التعريف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة	-

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

❁ المقدمة

❁ أولاً . مشكلة الدراسة وأسئلتها

❁ ثانياً . متغيرات الدراسة وأنموذجها

❁ ثانياً . فروض الدراسة

❁ رابعاً . أهداف الدراسة

❁ خامساً . أهمية الدراسة

❁ سادساً . حدود الدراسة ومحدداتها

❁ سابعاً . منهج الدراسة

❁ ثامناً . أداة الدراسة ومصادر المعلومات

❁ تاسعاً . مصطلحات الدراسة

المقدمة:

منذ أحداث الثورة الصناعية في القرن الثامن عشر توالى الاكتشافات العلمية والتطورات الصناعية والتكنولوجيا بشكل متسارع، وصاحب ذلك ظهور عددٍ من المفاهيم والنظريات المختلفة وصولاً إلى مفهوم العولمة، التي كان لها أثرٌ جلي على الكثير من الاتجاهات والأفكار وسلوكيات الحياة المتنوعة. وقد تزامن ذلك مع حدوث تطورات إدارية نوعية سمحت بالاستخدام الأمثل للموارد المتاحة بهدف تحقيق النمو الفعال والمتواصل للمنظمات سيما في ضوء حالة الصراع والمنافسة التي أرسنها تعاليم تلك المفاهيم على طبيعة العلاقات بين المنظمات.

وهذا ما أشار إليه (النعمي، 2007: 1-2) من تزايد حدة المنافسة بين المنظمات للسيطرة على الأسواق وجذب أكبر عددٍ من العملاء، الأمر الذي حملها للسعي نحو الارتقاء بجودة منتجاتها، مما فتح الباب واسعاً لتطور مفاهيم ومناهج الجودة، وهو ما يؤيده (الزهراني، 2010: 2) و(الطائي، وقادة، 2008: 19)، وفي السياق يرد في (إدارة الجودة الشاملة، 2009: 40) بأن المحور الأساسي لكل أنظمة الجودة هو التركيز على العميل والسعي لتحقيق رضاه التام، وهو ما يضيف عليه (أبو النصر، 2009: 197) بأن المطلوب ليس فقط إرضاء العملاء بل إسعادهم.

وإيماناً من تلك المنظمات أن رضا العملاء هو السبيل لاستمرارها ونموها وتعزيز أرباحها، فقد اتجهت نحو اتباع مناهج وأساليب إدارية حديثة للجودة كالأيزو والجودة الشاملة وغيرها، بحسب ما أشار لذلك (الطيبي، 2011: 44-45) و(جودة، 2006: 74-75)؛ سعياً لكسب رضا العملاء.

ومن تلك المناهج "سته سيجما" الذي برز آخر القرن العشرين، الذي يسعى بحسب (أبو النصر، 2009: 154) إلى القضاء على الأخطاء والوصول إلى أقرب درجة إلى الكمال وتحقيق أعلى درجات الرضا لدى العملاء، ويعتمد في تطبيقه على (5) مراحل متتابعة تدعى (دمايك DMAIC) مختصرة من الحروف الإنجليزية الأولى لمراحلها الخمس وهي (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) وتعني على التوالي (التعريف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة) بحسب ما ذكره (الشنواني، 2011: 16)، حيث حقق هذا المنهج نجاحات واضحة وباهرة للمنظمات الصناعية والخدمية المطبقة له بحسب ما أشار له (القرز، وآخرون، 2009: 15-18) وأكدته (جودة، 2008: 576-580).

وهو يوافق ما أشار إليه (بن سعيد، 2004: 28) و(Kamar, 2014: 1) و(Vijay, 2014: 170) بأن المنظمات الصناعية هي أول من طبق ستة سيجما، وبعد نجاحاتها المتكررة قام الكثير من المنظمات الخدمية بتبنيها وتطبيقها بما فيها منظمات الخدمات الصحية.

ولكون الصحة أعلى ما يملكه الإنسان، وهي شغله الشاغل منذ القدم؛ لذا فقد سنَّ لها أنظمة وقوانين لضمان علاجه والحفاظ على حياته وتكفل تمتعه بأعلى مستويات الصحة، وهو ما أشار إليه تقرير (الحق في الصحة، 2008: 1-2، 10-11)، وفي السياق نفسه وردت نصوص واضحة في دستور منظمة الصحة العالمية تشير لأهمية الخدمات الصحية بحسب تقرير (حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، 2010: 69) و(منظمة الصحة العالمية، 2014)، مع تأكيد ذلك في معاهدات حقوق الإنسان المختلفة وداستير الدول لتحقيق السلام والأمن، وحياة أفضل للمواطنين بحسب (الحق في الصحة، 2016: 8).

ويعود السبب في اعتبار الخدمة الصحية الأهم في قطاع الخدمات لكونها تُعنى بالإنسان الذي يمثل الثروة الحقيقية للمنظمات والدول، والأساس في نموها وتطورها وهو ما أيده (عكروش، وآخرين، 2009: 295)؛ مما يتطلب تقديم الخدمة الصحية بأعلى جودة ممكنة وهو ما نادى به (سلطان، 2013: 74-75) مع الإشارة إلى أولوية تحقيق ذلك في المستشفيات باعتبارها أحد أهم المنظمات الصحية، ولدورها الهام في تنمية صحة الفرد والمجتمع، بحسب ما أشار إليه (Vijay, 2014: 169) و(الإمام، وآخرون، 2010: 213)، وكذلك (حاروش، 2012: 9) الذي يُعدها من أبرز مؤشرات قياس التطور الحضاري لأي بلد.

ومما يعزز ذلك ما كشفه (التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2010: 4، 92) بأن ما يزيد عن نصف حجم الإنفاق العالمي على الصحة - البالغ نحو (5.3) تريليون دولار أمريكي سنويًا - يذهب لتغطية تكلفة خدمات المستشفيات، وهذا يتطلب جهدًا كبيرًا للحد من الأخطاء وهدر التكاليف؛ مما يستدعي تطبيق أنجع أنظمة الجودة فيها.

وبالانتقال للحديث عن المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؛ فإنها تقدم نحو (65.3%) من إجمالي خدمات المستشفيات المقدمة للسكان بحسب (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 12)، وبالنظر إلى واقع جودة الخدمة الصحية يفيد (تقرير إنجازات وزارة الصحة الفلسطينية، 2012: أ) أن وزارة الصحة تدعم مفاهيم الجودة وتوسع لرفع مستوى جودة الخدمات في جميع مرافقها، من خلال إجراءات وأنشطة هادفة بحسب (التقرير السنوي: إنجازات وزارة الصحة، 2015: 7-9، 13-15)، و(Health Sector Strategic Plan: Gaza Governorates, 2013: 76-97).

وبالعودة لأهمية الجودة في الخدمات الصحية فقد أولاه الباحثون والمؤلفون عناية خاصة معتبرين المريض مقيماً أساسياً لأداء المنظمات الصحية بحسب ما يراه (جاد الرب، 2008: 245)، وفي الوقت ذاته متخذين من رضا المستفيد (المريض) أحد أهم معايير قياس مستوى جودة الخدمة، ومؤشراً رئيساً لمخرجات الرعاية الصحية وهو ما يتفق معه (شو، وآخرين، 2007: 140)، و(عبد الوهاب، 2016: 258)، وأشار إليه أيضاً (بوعباس، 2010: 35-36)، و(El-Nagger, et al, 2013: 421). ونوه (زيدان، 2010: 203-205) عند تناوله لمعنى الجودة في النظام الصحي بأنه تعظيم رضا المريض أولاً وأخيراً، ويزيد عليه (كوش، 2002: 45-46) بوجود السعي لتحقيق السعادة والسرور والبهجة للمرضى.

وهذا ينسجم مع مخرجات عدد من الدراسات بضرورة تحسين وتعزيز رضا المريض عبر تبني مناهج الجودة لاسيما ستة سيجما، وهو ما أوصت به دراسة (الراوي، 2011: 120) ودعا إليه (السلامة، 2007: 54-56) وأشار إليه (Asfour, 2012: 118).

ومن هنا تبرز أهمية تطبيق ستة سيجما في القطاع الصحي عامة والمستشفيات بشكل خاص لأثره الإيجابي على جودة الخدمة الصحية وزيادة رضا المرضى.

أولاً . مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تُعد الصحة مطلباً أساسياً من مطالب الحياة، ومن المقومات الأساسية للمجتمع وسلامة حياة أفرادها، فضلاً عن تربيعها أعلى سلم الأولويات للأفراد والدول على حد سواء، كما تُنفق عليها أموال طائلة، وهذا ما أشار إليه (التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2010: ط، 4، 27) و(بولصباغ، 2013: 52)، وقد عُقدت

- وما زالت - من أجلها الندوات والمؤتمرات، من أهمها مؤتمر ألماتا عام (1978) الذي أكد على أهمية الصحة وأحقيتها للجميع وضمان الجودة فيها بحسب ما ذكره (ذياب، 2009: 31-32)؛ وهو ما يستدعي العمل بجد للوصول لأعلى مستويات الجودة في الخدمة الصحية، وهذا ما طالب به (النوافعة والحلامنة، 2009: 75) وأيده تقرير (وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2012: 158-159).

في إشارة إلى الوضع الصحي في قطاع غزة، أفاد تقرير (وضع حقوق الإنسان في فلسطين، 2015: 240-242) بوجود تراجع في الأوضاع الصحية بقطاع غزة في السنوات الأخيرة نتيجة أسباب متعددة، وانعكاس ذلك سلبيًا على مستوى رضا المواطنين والمرضى.

ولكون الباحث يعمل موظفًا في القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة فقد لاحظ فعليًا ذلك التراجع في مستوى رضا المرضى والمواطنين المتلقين للخدمة الصحية، وذلك من خلال شكاواهم المتعددة، وحالات التدمير وردّات فعل بعضهم تجاه تدني مستوى الخدمة الصحية وهو ما سجله (التقرير السنوي: إنجازات وزارة الصحة، 2015: 5، 17).

وفي السياق ذاته، وبرغم السعي الدائم لوزارة الصحة الفلسطينية لتحسين جودة الخدمة الصحية لاسيما في المستشفيات؛ إلا أنه ما زالت ترتفع شكاوى تعبر عن عدم رضا المرضى ومتلقي الخدمة الصحية تجاه مستوى تلك الخدمات، وذلك بحسب ما أشارت إليه (الدلو، 2013: 23)، و(عبد الكريم، 2015: 7)، وأكدته تقرير (وضع حقوق الإنسان في فلسطين، 2015: 240-243، 358-360، 379).

تجدر الإشارة إلى أن مستويات رضا المرضى لم تتجاوز نسبة (71%) منذ العام 2009م - بحسب ما توصل إليه الباحث - استنادًا إلى عدد من الدراسات المهمة بالقطاع الصحي، ومنها دراسة (Ahmad, 2009: 91) و(Aljeesh, and Alkariri, 2010: 111-112) و(Abu-Nada, 2015: 99)، في حين كشفت دراسة (الشاعر، 2014: 135) عن عدم الاهتمام بتحقيق أو تحسين رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؛ الأمر الذي يدعو للنظر في تحديث أساليب ومناهج الإدارة المعمول بها في القطاع الصحي الحكومي، والعمل على تبني مناهج أثبتت فاعليتها في الرقي بالمنظمات وأدائها وحققت الرضا لعملائها.

وهذا ما دفع الباحث للتعرف على مناهج وأساليب الجودة المطبقة في القطاع الصحي لاسيما منهج ستة سيجما الذي ركزت عليه الكثير من المؤلفات والدراسات العلمية واعتبرته المنهج الأقرب إلى الصواب لضمان تقديم الخدمات المطلوبة للمرضى؛ كونه يركز على منع وقوع الأخطاء ويسعى لتحسين رضا المرضى، وهو ما أشار إليه (جودة، 2008: 576) و(نور، وآخرون، 2012: 258).

وقد تنبه الباحث إلى وجود عددٍ من التوصيات نحو أهمية استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) لتحسين رضا المرضى لاسيما في بيئة المستشفيات، ومن تلك التوصيات ما ورد في دراسة (همام، 2012: 226)، ودراسة (Vijay, 2014: 169, 181).

وبهدف الوقوف على الجوانب المتعلقة بطبيعة المشكلة، تم إجراء دراسة استطلاعية شملت عددًا (30) عاملاً إشرافياً، و(30) مريضاً منوماً في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، حيث تم صياغة أداة جمع بيانات (استبانة) بشكل أولي تشكلت من عدد من الأبعاد التي يشملها مفهوم ستة سيجما، وأخرى لرضا المرضى؛ سعياً للتعرف على واقع تطبيق المنهج في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة ومستوى رضا المرضى فيها.

وبعد جمع البيانات المتحصلة من العينة الاستطلاعية تبين أنه يتم استخدام عدد من الممارسات المتعلقة بأبعاد منهج سته سيجما في تلك المستشفيات، ولكن بنسب متفاوتة، كما أظهرت الدراسة وجود تدنٍ في مستوى رضا المرضى في عدد من الجوانب تمثل أهمها في:

- قلة الاهتمام بقياس مستوى رضا المرضى.
- ضعف التواصل بين إدارة المستشفى والمرضى.
- عدم الاهتمام بشكاوى المرضى أو إشراكهم في حل مشكلاتهم أو العمل على إرضائهم.
- تكرار حدوث نفس المشكلات وعدم وجود آليات لمنع ذلك.
- عدم وجود بدائل للخدمة في حال تعطل الأجهزة والمعدات وما شابه ذلك.

وقد شكّلت نتائج تلك الدراسة توافقاً مع اتجاهات الباحث نحو وجود مؤشرات يمكن أن تمثل في ذاتها أو بعلاقتها مع المتغيرات الأخرى مشكلة بحثية يجدر التوجه نحو حلها، ومن هنا تأتي هذه الدراسة إسهاماً في دفع جهود وزارة الصحة في مجال جودة الخدمات الصحية لاسيما في المستشفيات، والعمل على تحسين رضا المرضى، علماً بأنه تم التركيز على واقع استخدام منهج سته سيجما (DMAIC) وانعكاساته كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

وفي ضوء ما سبق فإنه يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي:

"ما واقع استخدام منهج سته سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

وللإجابة عن سؤال الدراسة الرئيس توجّب الإجابة عن الأسئلة الفرعية الآتية:

السؤال الفرعي الأول: "ما مستوى استخدام منهج سته سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

السؤال الفرعي الثاني: "ما مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج سته سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

السؤال الفرعي الثالث: "هل توجد فروق في آراء العاملين المبحوثين نحو استخدام منهج سته سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

السؤال الفرعي الرابع: "هل توجد فروق في آراء المرضى المبحوثين تجاه رضاهم في ضوء استخدام منهج سته سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

السؤال الفرعي الخامس: "هل توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج سته سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

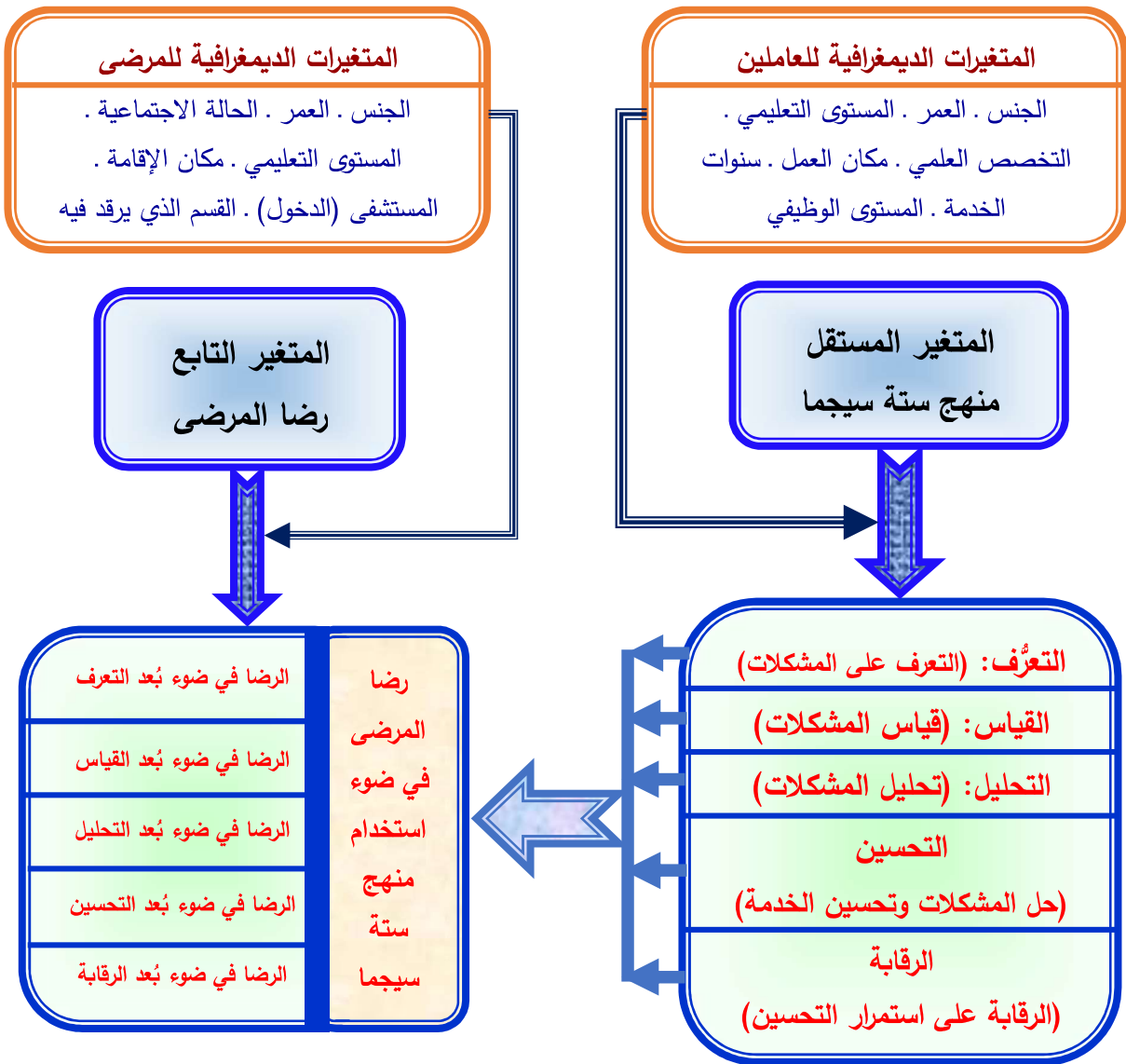
ثانياً . متغيرات الدراسة وأنموذجها:

(أ) متغيرات الدراسة: وتتمثل في المتغير المستقل والتابع والمتغيرات الديموغرافية، حسب ما يأتي:

- المتغير المستقل، ويتمثل في: منهج سته سيجما، والذي يشمل خمسة أبعاد، هي: (التعرف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة).

- المتغير التابع، ويتمثل في: رضا المرضى (في ضوء استخدام منهج ستة سيجما "دمايك")، حيث يشمل الرضا في ضوء كل بُعد من أبعاد دمايك: (التعرف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة).
 - المتغيرات الديمغرافية:
أولاً . للعاملين، تتمثل في: الجنس . العمر . المستوى التعليمي . التخصص العلمي . سنوات الخدمة . مكان العمل . المستوى الوظيفي.
ثانياً . للمرضى، وهي ممثلة في: الجنس . العمر . الحالة الاجتماعية . المستوى التعليمي . مكان الإقامة . المستشفى (مكان الدخول) . القسم الذي يرقد فيه.
- (ب) أنموذج الدراسة:

بالاعتماد على ما ورد في الدراسات العلمية والكتب والمراجع التي تم الاطلاع عليها، وانسجاماً مع تساؤلات الدراسة الحالية وأهدافها، فقد تم صياغة المخطط الهيكلي الآتي ليبين العلاقة بين المتغيرات محل الدراسة، والذي يتضمن المتغير المستقل بأبعاده، والمتغير التابع بأبعاده، إضافة للعوامل الديمغرافية.



شكل (1-1) أنموذج الدراسة ومتغيراتها
المصدر: جرد بواسطة الباحث، 2017م

ثالثاً . فروض الدراسة:

في ضوء معطيات الدراسة الحالية من متغيرات (مستقل وتابع) فإن الدراسة تهتم بتشخيص واقع استخدام منهج ستة سيجما قبل بيان علاقته بالمتغير التابع (رضا المرضى)، وهو ما دفع إلى تحديد مستوى استخدام منطقي للمنهج المذكور وأبعاده الخمسة (دمايك) بنسبة (70%) ويعادله (3.5) كمتوسط حسابي (فرضي)، وكذلك تم افتراض مستوى معقول ومنطقي لرضا المرضى بنسبة (70%) ويعادله (3.5) كمتوسط حسابي (فرضي) وذلك استناداً إلى ما تم الاطلاع عليه من دراسات سابقة والأطر المفاهيمية والنظرية المختلفة، مع الاعتماد بشكل أساسي على الدراسات التي أجريت محلياً في قطاع غزة حول كلٍ من المتغير المستقل (ستة سيجما) والمتغير التابع (رضا المرضى).

وانطلاقاً من مشكلة الدراسة وفي ضوء أسئلة الدراسة الرئيسة والفرعية تم صياغة عددٍ من الفروض انسجاماً مع مضمون الأسئلة الواردة وصولاً إلى إجابات واضحة عنها، وهي:

الفرض الأول: "لا يختلف مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى عن (70%) من وجهة نظر العاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة".

الفرض الثاني: "لا يختلف مستوى رضا المرضى عن (70%) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة".

الفرض الثالث: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من العاملين الإشرافيين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى للمتغيرات: (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، ومكان العمل (المستشفى)، والتخصص العلمي، وسنوات الخدمة، والمستوى الوظيفي)".

الفرض الرابع: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من المرضى المنومين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى للمتغيرات: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومكان الإقامة، والمستشفى (مكان الدخول)، والقسم الذي يرقد فيه)".

الفرض الخامس: "لا توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟".

رابعاً . أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

1. التعرف على مستوى استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده الخمسة (دمايك): التعرف . القياس . التحليل . التحسين المستمر . الرقابة) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.
2. بيان مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.
3. استكشاف الفروق في استجابات الباحثين من العاملين الإشرافيين تجاه استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تبعاً للمتغيرات: (الجنس . العمر . مستوى التعليم . التخصص العلمي . سنوات الخدمة . مكان العمل (المستشفى) . المستوى الوظيفي).

4. استكشاف الفروق في استجابات المبحوثين من المرضى المنومين تجاه رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تبعًا للمتغيرات: (الجنس . العمر . الحالة الاجتماعية . المستوى التعليمي . مكان الإقامة . المستشفى "مكان الدخول" . القسم الذي يرقد فيه).
5. التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما وبين تحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.
6. التوصل لجملة من النتائج والتوصيات والمقترحات التي يمكن أن تسهم في التطبيق العملي لمنهج ستة سيجما في القطاع الصحي عامة والمستشفيات الحكومية خاصة بهدف تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تلبي حاجات المرضى وتوقعاتهم.

خامسًا . أهمية الدراسة:

- تأتي الأهمية الرئيسة للدراسة من أهمية الموضوعات الذي تناولتها ممثلة في دراسة منهج ستة سيجما من زاوية، وفي أهمية القطاع الصحي المستهدف من زاوية أخرى، وفي كونها تسعى لتحسين رضا المرضى من زاوية ثالثة.

ويمكن تقسيم أهمية الدراسة إلى الجوانب الآتية:

أ) الأهمية العلمية:

- تُعد الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي تناولت منهجية ستة سيجما لاسيما في القطاع الصحي وبالأخص في قطاع غزة.
- تُعتبر هذه الدراسة الأولى محليًا - حسب علم الباحث - التي تربط المتغير المستقل "منهج ستة سيجما" وأبعاده (دمايك) مع المتغير التابع "رضا المرضى".
- تعزيز الجانبين المعرفي والعلمي لدى الباحثين بخصوص مفاهيم الجودة وبخاصة ستة سيجما.
- المساهمة في فتح المجال أمام المهتمين بالبحث العلمي للتوسع في الدراسة في مجال استخدام منهج ستة سيجما في جودة الخدمات بشكل عام والصحية منها بشكل خاص.
- إثراء الجانب البحثي كونها تتعلق بموضوع حديث في مجال إدارة الجودة والخاص بتطبيق منهج ستة سيجما في المنظمات الصحية.

ب) الأهمية العملية:

- توجيه أنظار القائمين على المنظمات الفلسطينية الخدمية وخاصة الصحية منها لأهمية ستة سيجما في تحقيق أعلى درجات الجودة سيما في ظل نجاحاته الباهرة.
- تقديم معلومات ذات قيمة لذوي الاختصاص فيما يتعلق باستخدام وتطبيق منهج ستة سيجما ودوره كمدخل في تحسين الخدمة المقدمة للمرضى في المستشفيات الفلسطينية بقطاع غزة.
- وضع النتائج التي توصلت إليها الدراسة فيما يخص مواطن القوة والضعف أمام ذوي القرار في وزارة الصحة وإدارة المستشفيات ومقدمي الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

ت) الأهمية للباحث:

- تُعد الدراسة أهم الوسائل لحصول الباحث على درجة الماجستير في إدارة الأعمال.
- توظيف نتائج الدراسة في تحديد مسارات إدارية متنوعة يمكن للباحث اتباعها أثناء ممارسة عمله في المستشفيات الفلسطينية بقطاع غزة لتجويد الأداء وصولاً لرضا المرضى المتلقين للخدمة الصحية.
- المساهمة في إثراء الجانب العلمي، وتطوير المسار المهني للباحث.

سادساً . حدود الدراسة ومحدداتها:

أ) حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية:** يتمثل الحد الموضوعي في التعرف على واقع استخدام منهج ستة سيجم كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية الفلسطينية بقطاع غزة.
- الحدود المكانية:** المستشفيات الحكومية الفلسطينية العامة العاملة في حدود جغرافيا قطاع غزة، وقد تم اختيار مجمع الشفاء الطبي الذي يقع مقره في منطقة الرمال غرب مدينة غزة، ومستشفى غزة الأوروبي الذي يقع في منطقة الفخاري بخانيونس، مكاناً لتطبيق مفردات الدراسة.
- الحدود الزمانية:** تم تطبيق مفردات الدراسة خلال العام الدراسي الجامعي 2017/2016م.
- الحدود البشرية:** المرضى المستفيدين من خدمات المبيت في المستشفيات الحكومية العامة بقطاع غزة ضمن الفئة العمرية من (18) سنة فأكثر، إضافة للعاملين في تلك المستشفيات الذين يمارسون عملاً إشرافياً.
- الحدود المؤسسية:** مجمع الشفاء الطبي بمستشفياته الثلاث، ومستشفى غزة الأوروبي.

ب) محددات الدراسة:

- التكلفة المالية، حيث تحمّل الباحث شخصياً جميع تكاليف الدراسة.
- ضيق الوقت؛ فبرغم المدة الزمنية الطويلة نسبياً المستغرقة في إعداد هذه الدراسة إلا أن موضوعاً بوزن منهج ستة سيجم وعلاقته بالقطاع الصحي ورضا المرضى يحتاج لوقت أطول للإحاطة بجميع جوانبه والخروج بنتائج وتوصيات ذات قيمة.
- وجود صعوبة نسبية في تعبئة استبانات الموظفين إما بسبب تذمر بعضهم بحجة كثرة الاستبانات التي يعبئونها أو لوجود إشكالية في الوصول إليهم لكثرة تنقلهم بين أقسام تقديم الخدمة من جهة وانشغالهم بتقديم الخدمة للمرضى من جهة أخرى.

سابعاً . منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي كأحد أنسب المناهج التي يمكن أن تُتبع لدراسة الظواهر الإنسانية والاجتماعية والتي تنتمي إليها هذه الدراسة كما يرى ذلك (قاسم، 1999: 60) وذلك للوصول إلى إجابات واضحة ومحددة عن أسئلة الدراسة، حيث يتم ذلك من خلال دراسة ووصف الحالة المتعلقة بمشكلة الدراسة والتعبير عنها كيفاً وكمّياً، عبر جمع البيانات المتعلقة بها، ثم تحليلها وتفسيرها لإظهار نتائج محددة وواضحة، وهو ما أشار إليه (عليان وغنيم، 2000: 43-44)، و(دويدري، 2000: 218-219)، ويؤيده كذلك (العسكري، 2004: 6).

ثامناً . أداة الدراسة ومصادر المعلومات:

(أ) أداة الدراسة:

- اعتمد الباحث على أداة "الاستبانة" كأداة للدراسة لجمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة؛ حيث قام بإعداد استبانتين، كانت الأولى موجهة للعاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، أما الثانية فكانت موجهة للمرضى المنومين المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة في تلك المستشفيات.

(ب) مصادر المعلومات:

- مصادر أولية: تم جمع البيانات الأولية عبر أداة الدراسة "الاستبانة" كأداة لجمع البيانات من أفراد العينة محل الدراسة.
- مصادر ثانوية: تم الرجوع لعدد من المراجع والكتب والمنشورات والشبكة العنكبوتية والمكتبات الإلكترونية والدراسات السابقة بهدف الحصول على المعلومات النظرية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

تاسعاً . مصطلحات الدراسة:

سته سيجم:

حسب (Karlof, & Lovingsson, 2005: 339-340) فإن سيجم (σ : sigma) هو أحد حروف الأبجدية الإغريقية، ويستخدمه الإحصائيون للدلالة على الانحراف المعياري. ويُعرفان سته سيجم بأنها مقياس إحصائي للعمليات والمنتجات وأنها تهدف لتطوير الأعمال بأقل عيوب ممكنة، ونظام من خلاله يتم تطبيق الأساليب الإحصائية لتحسين فاعلية العملية الإدارية، وتعتمد في عملها على استخدام المعلومات والحقائق من أجل الوصول إلى حلول أفضل عبر استخدام منهجية من خمسة مراحل تدعى (DMAIC: Define, Measure, Analysis, Improve, Control) مختصرة من أوائل حروف مراحلها الخمس، وتهدف لتقليل الفاقد وفي نفس الوقت تلبية احتياجات العميل وتحقيق القناعة لديه، حيث تتمثل أهم أهدافها في زيادة وتحسين رضا العميل، وتقليل زمن دورة العمل، وتقليل العيوب.

التعريف الإجرائي لسته سيجم:

هي منهج من مناهج الجودة الحديثة التي تهدف لإسعاد العميل وتقوم على مبدأ التحسين المستمر للأداء والعمليات سعياً للوصول لأعلى مستويات الجودة وتحقيق أعظم قيمة للعميل والمنظمة، وتستند إلى الحقائق والبيانات وتعتمد في ذلك على أدوات إحصائية مختلفة في حل المشكلات والقضاء على الأخطاء والعيوب وصولاً لأقرب درجة من الكمال. ويعتمد المنهج المذكور في تطبيقه على خمسة مراحل تدعى (دمايك DMAIC) مختصرة من الحروف الأولى لمراحلها الخمس، وتعني على الترتيب: (التعرف، القياس، التحليل، التحسين، الرقابة)، حيث تم تعريف هذه العناصر الخمسة إجرائياً كالآتي:

التعرف: التعرف على مشكلات الخدمات الصحية التي تؤثر سلباً على رضا المريض بشكل واضح ومحدد.

القياس: جمع البيانات الوافية عن تلك المشكلات التي تم التعرف عليها وتحديد معايير قياسها.

التحليل: تحليل البيانات لمعرفة الأسباب الحقيقية لحدوث مشكلات الخدمات المؤثرة سلباً على رضا المريض.

التحسين: وضع الحلول المناسبة للمشكلات وتنفيذها بهدف تجويد الخدمات الصحية وتحسين رضا المريض.

الرقابة: وضع آليات مناسبة لمتابعة ومراقبة التنفيذ للتأكد من استمرارية التحسين في الخدمات الصحية المؤدية لزيادة رضا المريض.

المرضى:

يُعرفه (السلايمة، 2007: 12) بأنه الشخص الذي يدخل المستشفى لتلقي العلاج من خلال المبيت في الغرف (مرضى التنويم) وتكون إقامته في المستشفى لأكثر من ليلة واحدة. أما التعريف الإجرائي للمريض فهو: كل شخص يبلغ من العمر (18) عامًا فأكثر، يرقد في أحد أقسام المبيت بالمستشفيات الحكومية العامة بقطاع غزة ويتلقى الخدمات الصحية (طبية أو تمريضية أو فنية أو فندقية أو إدارية)، وفي وضع صحي يسمح بتعامله مع الآخرين.

رضا المرضى:

حسب (بوعباس، 2010: 14) فهو مجموع المشاعر الإيجابية التي تتكون لدى المرضى تجاه ما يقدم لهم من خدمات أثناء تواجدهم في المستشفى حتى خروجهم منها؛ مما يساعدهم على تقبل العلاج والتجاوب معه، وعلى افتراض توافر كل مستلزمات الراحة النفسية والبدنية والعلاجية وإدراك مقدمي الخدمات الطبية لما ينبغي أن يحصل عليه المرضى فعليًا من رعاية صحية. إجرائيًا تم تعريف رضا المرضى بأنه: الشعور الإيجابي المتكون لدى المرضى نحو المنظمة الصحية وأماكن تقديم الخدمة الصحية فيها والنتائج عن مدى تحقق توقعاتهم المتمثلة بحسن العناية بهم وعلاج مشكلاتهم الصحية وتسهيل إجراءاتهم وتهيئة ظروف إقامتهم وتلبية احتياجاتهم، والذي من خلاله يقيّم المرضى مستوى تلك الخدمات، علمًا بأن المقصود في هذا الموضوع المرضى في أقسام المبيت في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

المستشفى الحكومي:

حسب ما ورد في (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2015: 6) هي المستشفى التي تديرها وزارة الصحة، وتتمثل في كل مكان معد لاستقبال المرضى وإقامتهم فيه لمدة تزيد على يوم واحد لغايات التشخيص والمعالجة أو التوليد أو التأهيل أو التمريض، وتنقسم لمستشفى عام (المستشفى التي تحتوي على جميع الإمكانيات لتقديم خدمات الرعاية الطبية الثانوية في فروع الطب الأساسية وهي الجراحية، والباطنية، والنسائية والتوليد، وأمراض الأطفال) أو مستشفى تخصصي (أي التي فيها تخصص واحد فقط كالعيون). إجرائيًا تم تعريف المستشفى الحكومي بأنه: كل مستشفى يتبع لوزارة الصحة في الدولة ويقدم خدماته الصحية العامة الوقائية والتشخيصية والعلاجية في التخصصات الأساسية للطب على مدار الساعة من خلال جملة من العاملين من أطباء، وممرضين، وفنيين، وإداريين، وغيرهم، ويحتوي على أقسام داخلية لمبيت المرضى. علمًا بأن المقصود هنا المستشفيات التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.

الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة

- ✿ المبحث الأول - ستة سيجمما: المفهوم والأبعاد
- ✿ المبحث الثاني - رضا المرضى: المفهوم والأهمية
- ✿ المبحث الثالث - الوضع الصحي والمؤسسات محل الدراسة: نبذة ومؤشرات

يتناول هذا الفصل الجانب المفاهيمي للدراسة التي تتعلق بمتغيرات ومحل الدراسة، حيث يعرض ذلك بشيء من التفصيل من خلال ثلاثة مباحث رئيسية:

الأول: يتناول ستة سيجما حيث يتناول المفهوم والتعريف والأهمية والأهداف والفوائد والتطبيق والأدوات، وغيرها من المحاور المتعلقة بها.

والثاني: يتعلق بالرضا كمفهوم وتعريف وأهمية، ورضا المرضى وطرق القياس ومداخل التحسين ومستويات الرضا في فلسطين، وغيرها من الجوانب المرتبطة.

أما المبحث الأخير: فيتناول الوضع الصحي في فلسطين والمستشفيات محل الدراسة، حيث يعرض للأوضاع الديمغرافية والصحية العامة في فلسطين ثم ينتقل لتركيز الحديث عن الجانب الصحي في قطاع غزة، ومن ثم المستشفيات محل الدراسة.

المبحث الأول - ستة سيجما:

توطئة:

تُعد جذور الجودة وجهودها موعلة في القدم، وهذا ما ذكره (السامرائي، 2007: 40-43)؛ مشيراً إلى سعي الإنسان للوصول إلى درجات عالية من الإتقان وتجنب الأخطاء، وحاول جاهداً كشف العيوب وإصلاحها وذلك في كل مناحي حياته، وهذا يؤيده (الغليبي، والأغبري، 2015: 214)، والمتتبع للحضارات القديمة مروراً بالحضارة الإسلامية وصولاً إلى يومنا هذا يرى تلك الآثار التي مازالت شاهدة على ذلك، والتي تُعد بصمات واضحة لتلك الجهود التي بُذلت في سبيل تحقيق هذا الهدف ووصولاً لوضع وتطوير مفاهيم وأنظمة الجودة في العصر الحديث وهذا ما أشار إليه (زيدان، 2010: 17-18)، في حين أضاف (السلامية، 2007: 2-3) و(عبد الرحمن، 2008: 176-180) بأن المنظمات على اختلافها قد استفادت من مناهج الجودة في تطوير أدائها وإرضاء عملائها وتعزيز مكانتها وأرباحها.

تجدد الإشارة إلى أن الجودة تُعتبر مطلباً شرعياً في الدين الإسلامي بحسب حديث الرسول صلى الله عليه وسلم: (إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ إِذَا عَمِلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يُقِنَّهُ)، وصححه (الألباني، 1988: 383).

ومن الجدير ذكره أن جهود الجودة وتطويرها قد تضاعفت وتسارعت منذ بدايات القرن العشرين، ولعل أحد أهم الأسباب وراء ذلك هو التطور الصناعي الذي تطلب وجود أسواقٍ كبيرة ومستفيدين جدد كل يوم؛ مما دفع المنظمات الصناعية والخدمية لتطوير منتجاتها وخدماتها عبر تبني أنظمة ومناهج الجودة؛ لتقوى على المنافسة، وتحظى بأكبر قدر من الزبائن، وتستحوذ على الحصة السوقية الكبرى، وهذا ما يتفق معه (أبو النصر، 2009: 97)، وكذلك (أحمد، وآخرون، 2010: 204)، وسبقتهم إلى هذا المعنى (الجندي، 2005: 102) مشيرة إلى أسلوب ستة سيجما الذي احتل الصدارة في مساعدة المنظمات على تحقيق أهدافها.

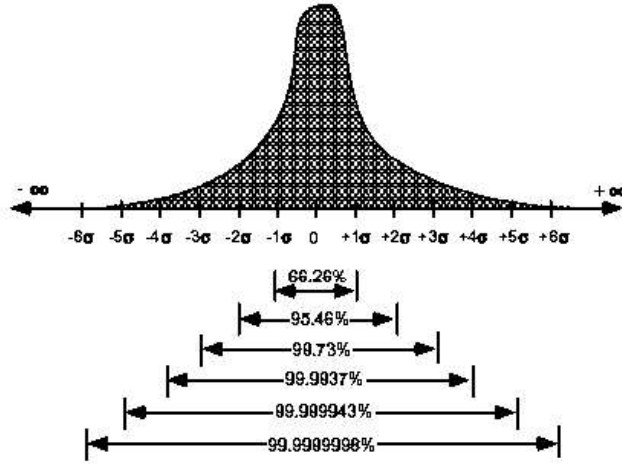
وفي هذا السياق يشار إلى أن مفهوم ستة سيجما يُعد أحد المفاهيم الإدارية الحديثة في مجال الجودة التي ظهرت في القرن العشرين وتطورت في الولايات المتحدة الأمريكية واليابان، وأثمرت ميلاد مفهوم ستة سيجما الذي لقي قبولاً واسعاً لدى مختلف المنظمات وحقق نجاحات باهرة، وتبنته شركات ومنظمات عالمية كبرى صناعية وخدمية، وهذا ما أيده (أبو النصر، 2009: 153)، و(النعمي، 2009: 662). وفي هذا المبحث تناول مفهوم ستة سيجما وتعريفها وأهميتها وأهدافها ومميزاتها وفوائدها ومستويات أدائها، ومبادئها ونماذج تطبيقها، والهيكل التنظيمي لها وأدواتها، بالإضافة لنبذة تاريخية عنها وغيرها من المحاور ذات العلاقة.

أولاً - مفهوم ستة سيجما:

تنوعت الآراء حول مفهوم ستة سيجما التي سجلها الباحثون في هذا المجال، ومنها: يشير (Chen, et al, 2010: 1152) إلى أن كلمة سيجما (SIGMA) هي حرف إغريقي (يوناني) ترتيبه الثامن عشر يرمز له بـ (O)، وهو يستخدم إحصائياً للدلالة على الانحراف المعياري الذي يصف التباين (الاختلاف) في عملية معينة بالنسبة للأهداف المطلوبة أو لقياس مدى الحيود والانحراف عن معيار الكمال في الأداء وهو ما يؤيده (الطيبي، 2011: 166) و(دودين، 2012: 235).

أما بحسب (جودة، 2008: 576) فإن سيجما (sigma) يستخدم للتعبير عن مقياس التشتت في التحليل الإحصائي الذي يتم حسابه عبر إيجاد الجذر التربيعي لمتوسط مربع انحرافات القيم عن متوسطها الحسابي (الانحراف المعياري)، ويؤيده (النعمي، 2007: 4-5) مبيئاً أن الابتعاد أو التشتت عن المتوسط يعني زيادة في كمية الخطأ أو زيادة التلف في المنتج أو قلة جودة الخدمة، وتضيف (القصيمي، 2012: 50) بأنه كلما كانت قيمة الانحراف المعياري صغيرة كانت جودة العملية عالية، والعكس صحيح؛ وذلك لأن خصائص المنتج أو الخدمة تكون أقرب للقيمة المركزية (المتوسط) ويكون مستوى التغيير في العملية بسيطاً.

ويزيد (جودة، 2008: 576-577) توضيحه لسيجما بالقول: بأنه عند تمثيل القيم على منحنى التوزيع الطبيعي، والتي مساحته الإجمالية تساوي (1) صحيح أو (100%)، فإنه يمكن تقسيم مساحة المنحنى إلى أجزاء بدلالة الوسط الحسابي وسيجما، فالمسافة بين الوسط الحسابي وبين (±1) سيجما تغطي (68.27%) تقريباً من مساحة المنحنى، والمساحة المحصورة بين الوسط الحسابي وبين (±2) سيجما تغطي نحو (95.45%) من المساحة الكلية، وهكذا تتدرج الحسابات وصولاً إلى (±6) سيجما فتغطي مساحتها نحو (99.999966%) من المساحة الكلية للمنحنى، وهذا يعني أن مثل النسبة السابقة من المنتجات أو العمليات المقبولة يقع ضمن هذه المساحة، أو بمعنى آخر، فإن فرصة حدوث الخطأ لا تتجاوز (3.4) فرصة لكل مليون فرصة أو عملية، وهذا ما يراه أيضاً (الصفواوي، ويحيى، 2009: 678-679) وكذلك (النعمي، 2009: 665-668)، ويضيف (جودة، 2008: 577) بأن هناك صناعات تكون نسبة الخطأ (1%) فيها غير مقبولة أو مدمرة كالصناعات الجوية ومثيلاتها، وبناءً عليه فإنه كلما قلت نسبة الخطأ أو العيوب الموجودة في المنتج سواء أكانت سلعة أو خدمة كلما دل ذلك على وجود تحسن في الأداء.



شكل رقم (2-1) منحنى التوزيع الطبيعي والمساحات تحت المنحنى بدلالة الانحراف المعياري (سيجما)
المصدر: (الجبوري، وإسماعيل، 2009: 132) بتصريف

وتشير (الجندي، 2005: 106) إلى أن المقياس الشائع لقياس الأداء في ستة سيجما هو "عدد العيوب لكل مليون فرصة (DPMO: Defect Per Million Opportunities) وبذلك يصل أداء العملية إلى مستوى ستة سيجما عندما يكون هناك (3.4) عيب أو معدل خطأ لكل مليون فرصة، وتتمركز الفكرة الأساسية لستة سيجما - كما تقول - في أنه إذا كان بمقدرة المنشأة قياس عدد العيوب في عملياتها في إمكانها العمل جاهدة للتخلص من هذه العيوب حتى تقترب قدر الإمكان من مفهوم إنتاج خدمة أو منتج خالٍ من العيوب، وهذا ما يؤيده (الجبوري، وإسماعيل، 2009: 141).

ومن جانب آخر يعد (الطيبي، 2011: 166) وكذلك (دودين، 2012: 238) ستة سيجما من أشهر الاستراتيجيات الإدارية المعاصرة القائمة على التحسين المستمر للعمليات، في حين يضيف (دودين، 2010: 235، 238) بأن (SIX SIGMA) هي طريقة للوصول إلى مستوى متقدم في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، منوهاً إلى أن منهجية ستة سيجما تركز على التحسين المستمر، موضحاً أنه ليس مطلوباً أن تصل كل عمليات المنظمة إلى مستوى ستة سيجما، وإنما تلك العمليات التي من الممكن أن تستفيد من تطبيقها. ومن جانبه يرى (باند، وهوب، 2005: 15-17)، و(بن سعيد، 2004: 26) أن ستة سيجما هي نتاج جهود وتجارب ممتدة لعقود قام بها مفكرو وعلماء الإدارة والجودة في كثير من الدول، وبأنها طريقة ذكية في إدارة العمل تعتمد على الحقائق والبيانات وأدوات الإحصاء للتخلص من الأخطاء وتحقيق أفضل النتائج، وهو ما يؤيده (النعيمي، وصويص، 2008: 47-48)، ويتفق معهم (البلداوي، ونديم، 2007: 106) في تقدم إرضاء العميل على رأس سلم أولويات ستة سيجما، باعتبارها أداة لتحقيق أعلى مستويات الجودة لأداء المنظمة. في حين يرى (سليط، 2010: 11، 17) بأنها مقياس لمدى تلبية المنظمة لاحتياجات العملاء، ويراه طريقة منهجية تستخدمها المنظمات لزيادة الإنتاج والأرباح وتحسين جودة منتجاتها وخدماتها وإرضاء عملائها، وهذا ما يراه أيضاً (Kamar, 2014: 1).

وحسب (حمود، والشيخ، 2010: 42) فهي تعد طريقة مبدعة وأحد فروع إدارة الجودة الشاملة التي تهدف لتحسين العمليات الإنتاجية ورفع مستوى الجودة، مضيفاً أنها تستخدم في مجال التصنيع بشكل أكبر من مجال الخدمات، لاسيما في عمليات الإنتاج الضخمة.

وجدير بالذكر في هذا المقام أن الفضل في ظهور منهج ستة سيجما يعود لشركة موتورولا في ثمانينات القرن الماضي حسب ما ذكره كثير من الباحثين والمؤلفين من أمثال (Wang and Hussain, 2011, 170) و(الجبوري، 2010: 404) و(توفيق: 2008: 57) و(العلي، 2008: 273)، و(حمود، والشيخ، 2010: 41) و(نجم، 2010: 97) وغيرهم كثر.

مما سبق يتضح أن مفهوم ستة سيجما يلقي انتشاراً وقبولاً واسعاً منذ ظهوره بشكل عملي على يد مهندسي شركة موتورولا آخر القرن العشرين وحتى عصرنا الحالي، وأنه يعد امتداداً لجهود قيمة بذلت منذ عشرات السنين في مجال الجودة وأثمرت ميلاد ستة سيجما الذي ارتقى قمة هرم مفاهيم وأنظمة الجودة التي تهدف للتحسين المستمر في الأداء وحل المشكلات، حيث يسعى مفهوم ستة سيجما من خلال مبادئه ومكوناته وأدواته للقضاء على الأخطاء والوصول بمستوى الجودة إلى درجة تقترب إلى حد الكمال، وتحقيق أقصى درجات الرضا والسعادة للعملاء، وأكبر قيمة في العوائد والأرباح للمنظمات.

ثانياً - تعريف ستة سيجما:

تعددت تعريفات ستة سيجما التي تناقلها الباحثون أو أوردها مؤلفو الكتب التي تناولت ستة سيجما استناداً إلى وجهات نظر ورؤى مختلفة أخرى، ومن تلك التعريفات: يذهب (باند، وهوب، 2005: 21-33) ويؤيده (النعمي، وصويص، 2008: 50-59) وكذلك (النعمي، وآخرون: 2009: 216-227) وسبقتهم (الشامان، 2005: 94-97) إلى إمكانية تعريف ستة سيجما من ثلاثة اتجاهات، وهي باختصار:

الأول: مقياس إحصائي لتحديد مستوى أداء العمليات (المنتجات) مستخدماً في ذلك مؤشر الانحراف المعياري. الثاني: هدف يسعى للوصول إلى حد الكمال في تطوير الأداء مرتكزاً على تلبية احتياجات العملاء وإرضائهم. الثالث: نظام إدارة يقوم على تمكين العاملين وتشجيعهم على الابتكار وتعميق العلاقة مع العملاء في ظل قيادة قوية سعياً وراء تحقيق ممارسات إدارية رائدة ومستوى أداء عالمي.

في حين يضيف (بن سعيد، 2004: 46) عليها واحدة أخرى، هي: أنها مقياس لتكلفة الجودة بحيث يسهم في المساعدة في تحديد قيم تكلفة الجودة الرديئة وقيم التكاليف الأخرى.

ومن أهم التعريفات التي أوردها (عبد المحسن، 2008: 30) أنها مدخل منظم لاتخاذ القرارات وتحسين العمليات لتصل إلى حد الكمال.

ومن جانبه يذكر (القرزاز وآخرون، 2009: 16) عدة تعريفات لستة سيجما من أهمها أنها المنهجية الأكثر فاعلية لحل المشكلات وتقليل الأخطاء وتحسين أداء المنظمة وتعظيم القيمة.

وفي السياق ذاته، يعرفها (باند، وآخرون، 2009: 111) بأنها طريقة لقياس مستوى أداء العمليات، كما أنها هدف يسعى للاقتراب من درجة الكمال ممثلة بنسبة (3.4) خلل في كل مليون فرصة (DPMO)، وهي أيضاً منهج يهدف إلى تغيير ثقافة ومعرفة العاملين في أية مؤسسة، مضيئاً بأن التعريف الأكثر دقة لها هو: أنها نظام شامل وواسع النطاق يهدف لبناء ودعم أداء ونجاح وقيادة الشركة.

ومن ناحيته يشير (نجم، 2010: 102-103) إلى أنها طريقة أو مدخل منظم لتحسين العمليات باستخدام الطرق التحليلية والإحصائية قائم على إيجاد وإزالة الأخطاء في العمليات عبر التركيز على المخرجات

التي تكون حرجة للزبائن والمنظمة، مشيرًا كذلك إلى أنها استراتيجية قوية للنجاح المستدام، ونظام شمولي ومرن للنجاح الأقصى والدائم للأعمال، وهذا ما أشار إليه أيضًا (Lakhani, et al, 2015: 192).

ويرى (أحمد، وآخرون، 2010: 205) بأن ستة سيجما عبارة عن مدخل استراتيجي يستخدم لتحسين الأعمال وتحقيق الربحية باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تهدف إلى منع الأخطاء في الأداء، كلما أمكن، وإشباع حاجات العملاء باتباع منهج علمي يعتمد على قيادة البيانات الخاصة بمستويات الأداء، وكذلك العمل على تحسين كفاءة وفعالية العمليات بالمنظمة.

في حين يعرفها (نور، وآخرون، 2012: 257) في القطاع الصحي بأنها عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة عيوب الأداء عبر تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض وخفض الوقت والتكاليف العالية والنتائج السيئة.

أما (الشاعر، 2014: 59-61) فيشير إلى وجود عدد من الاتجاهات في تعريف ستة سيجما، فالأول: يعرفها من وجهة النظر الإدارية، والثاني: يعرفها من وجهة النظر الإحصائية، والأخير: يجمع بين النوعين، فيما يقترح تعريفًا من وجهة نظره يتمثل في أنها عبارة عن منهجية إدارية تعتمد على الأساليب الإحصائية، والتي تسعى إلى تحسين مستوى جودة العمليات من خلال تقليل إهدار الوقت وتخفيض الأخطاء والعيوب والانحرافات إلى نسبة لا تزيد عن (3.4) خطأ لكل مليون عملية تتم في المنظمة، وبالتالي تحسين الأداء بما يؤدي إلى مخرجات خالية من العيوب تعمل على زيادة رضا العملاء.

ومن جملة التعريفات السابقة يمكن الخروج بالتعريف الآتي لستة سيجما: هي منهج من مناهج الجودة الحديثة التي تهدف لإسعاد العميل، وتقوم على مبدأ التحسين المستمر للأداء والعمليات سعيًا للوصول لأعلى مستويات الجودة وتحقيق أعظم قيمة للعميل والمنظمة، وتستند إلى الحقائق والبيانات وتعتمد في ذلك على أدوات إحصائية مختلفة في حل المشكلات والقضاء على الأخطاء والعيوب وصولًا إلى أقرب درجة من الكمال.

ثالثًا - تاريخ (نشأة) ستة سيجما:

تذكر (القصيمي، 2012: 46) أن الأساس النظري لمنهجية ستة سيجما كقياس إحصائي يعود لآخر القرن الثامن عشر الميلادي حين قدم كارل فريدريك جاو فكرة المنحنى الطبيعي وهو معيار لقياس التباينات، مضيفة بأن جذورها تمتد لبداية ثلاثينات القرن العشرين على يد وولتر شيوارت (Shewhart) الذي كان يعمل في شركة أجراس للهواتف بأمريكا، حيث حاول إيجاد وسيلة إحصائية بسيطة يمكن استخدامها في الرقابة والسيطرة على جودة المنتج (نوعية المادة المنتجة) والمحافظة على استقرار العملية الإنتاجية، حيث تم اختراع - ولأول مرة - لوحات السيطرة النوعية، ويضيف (بييرزكوب، 2008: 208-209) بأن شيوارت استخدم (3) انحرافات معيارية عن المتوسط كنقطة أو مرجع لاعتبار أي عملية بحاجة لإجراء تصحيح. وفي سبعينات القرن الماضي حاول د. مايكل هاري (أحد مهندسي موتورولا) استخدام التحليل الإحصائي لحل المشكلات، والتي أدت إلى نتائج مبهرة في الوقت والتكلفة، وعلى إثرها تم البدء بتطبيق ستة سيجما في جميع أنحاء الشركة، كما تم تشكيل فريق ليعمل على تحويل ستة سيجما من مجرد أداة لقياس الجودة إلى فلسفة ومنهج جديد في الجودة والتميز، مشيرًا إلى أن معظم العاملين بشركة موتورولا يعطون التقدير إلى زميلهم في الشركة "بيل سميث" بخصوص مصطلح "ستة سيجما".

ويضيف (أبو النصر، 2009: 155-156) بأن معدل الأخطاء كان بدايةً يقاس بالنسبة للألف، ثم بعد ذلك وخلال الثمانينات قام مهندسو شركة موتورولا بقياس الأخطاء بالنسبة للمليون، ومنها كانت البداية لمنهج ستة سيجما، وفي آخر القرن العشرين قام مايكل هاري بفتح أكاديمية لستة سيجما في الولايات المتحدة الأمريكية لتقديم البرامج التدريبية على ستة سيجما والاستشارات المهنية والإدارية. ويشار هنا إلى أن الشركة قد حققت من تطبيقها لستة سيجما نتائج مذهلة ووفرت أكثر من (16) مليار دولار خلال (15) سنة هي نسبة الهدر قبل التطبيق، وهذا ما أشارت إليه أيضًا (القصيمي، 2012: 46-47)، وحسب (الغيلي، والأغبري، 2015: 215) فقد حصلت شركة موتورولا على جائزة مالكوم بالديرج الوطنية للجودة في العام (1988م)، وهو ما أشار إليه (سليط، 2010: 114) وذكره أيضًا (العلي، 2008: 273) مضيفًا بأن ستة سيجما جعلت من شركة موتورولا تتربع على قمة هرم الصناعات الإلكترونية عالميًا.

وفي السياق نفسه يذهب (أبو النصر، 2009: 154-156) وكذلك (الصفراوي، ويحيى، 2009: 676) إلى أن ميلاد ستة سيجما في شركة موتورولا كان عام (1979م) بإعلان أرت سندي (أحد المديرين التنفيذيين في موتورولا) بأن مشكلة شركته هي عدم تطوير الجودة، الأمر الذي دفع الشركة لمحاولة الوصول إلى أعلى جودة وفي الوقت نفسه أقل تكاليف للإنتاج والتطوير، وكان الفضل لظهور ستة سيجما للمهندس بيل سميث، وهذا ما عليه (نجم، 2010: 97) ويؤيده في ذلك (برو، 2007: ب) موضحة حصول ذلك حين توصل سميث لنتيجة مفادها أن أفضل طريقة لحل مشكلة العيوب هي تحسين العمليات لخفض احتمالات وجود عيوب أو التخلص منها، فقام بوضع معيار ستة سيجما وسماها بذلك، وبحسب (نجم، 2010: 100) فقد استطاعت موتورولا تحسين جودة منتجاتها وخدماتها بحوالي (10) مرات حتى العام (1989م)، وحوالي (100) مرة حتى العام (1991)، وبدأت بقياس عملياتها على مقياس ستة سيجما بدءًا من العام (1992م)، وقد تم تسجيل ستة سيجما كماركة مسجلة باسم موتورولا في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا ما ذكره أيضًا (بيرزيكوب، 2008: 209) و (Sinha, and Singh, 2013: 44)، وبحسب (الغيلي، والأغبري، 2015: 215) فقد تبعت شركة موتورولا في تطبيق ستة سيجما شركة (IBM) الأمريكية، وكذلك (ALLIED SIGNAL) ثم أصبحت ستة سيجما هي الطريقة التي تنتهجها مئات الشركات والمنظمات المختلفة حول العالم في أعمالها.

ويشير (حمود، 2010: 43) إلى أن سبب تسمية هذا المنهج بستة سيجما يعود إلى شركة موتورولا عندما سعت لرفع مستويات الجودة التي كانت تعمل في نطاقها من (3-4) انحرافات معيارية إلى مستوى (6) انحرافات معيارية، ومن هنا جاء اسم ستة سيجما (Six Sigma) وهو ما يتبناه أيضًا (سليط، 2010: 19).

رابعًا - مستوى أداء ستة سيجما:

يُعبّر عن مستوى أداء سيجما بالأرقام أو النسبة المئوية للعدد المحتمل لفرصة الخطأ من بين مليون عملية في مقابل نسبة الجودة الناتجة، وحسب (باند، وهولب، 2005: 27)، و(البلداوي، ونديم، 2007: 105)، و(النعمي، وصويص، 2008: 54)، و(الطيبي، 2011: 173) فإن مستويات الأداء التي تعبر عنها سيجما يتدرج من مستوى (1) سيجما إلى مستوى (6) سيجما مع بيان فرصة حدوث العيب لكل مليون فرصة، في حين أضاف (بيرزيكوب، 2008: 49) نسبة الوحدات المقبولة (نسبة الجودة) لكل مستوى من مستويات سيجما. وفي السياق نفسه يزيد كلٌّ من (بن سعيد، 2004: 217-218)، و(باند، وآخرون، 2009: 473)، و(سليط، 2010: 170) في تفصيل مستويات سيجما من خلال وضع تدرج للمستويات الفرعية بين كل مستوى سيجما والذي يتلوه بدءًا من (0) سيجما إلى (6) سيجما.

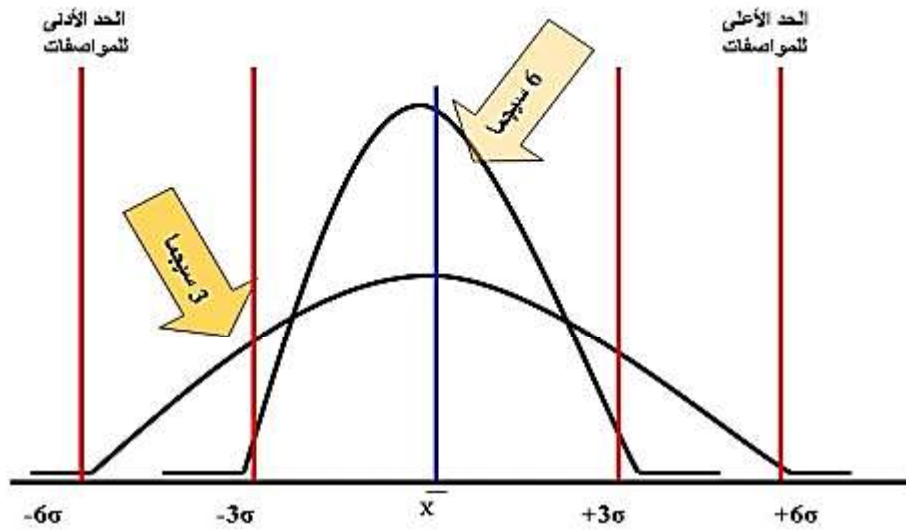
جدول رقم (2-1) مستويات ستة سيجما وفرص حدوث العيوب ونسبة الجودة

مستوى سيجما	فرصة حدوث العيب لكل مليون عملية	نسبة الوحدات المقبولة (الجودة) %
6	3.4	99.99966
5	233	99.98
4	6210	99.4
3	66807	93.3
2	308537	69.1
1	690000	30.9

المصدر: (بيرزيكوب، 2008: 49)

وفي هذا السياق تشير (القصيمي، 2012: 52) بأنه عند القول: بأن مواصفات منتج ضمن منهجية ستة سيجما فهذا لا يعني أن (3.4) منتج من كل مليون منتج به عيب، وإنما فرصة ظهور عيوب في المنتج الواحد لا تتجاوز (3.4) عيب من بين مليون فرصة محتملة.

يشار هنا إلى أن (سليط، 2010: 19) قد ذكر بأن معظم الشركات تعمل ضمن مستوى (3) سيجما، في حين يرى (نجم، 2010: 101) أن مستوى عمل أغلب الشركات الحديثة (4) أو (5) سيجما، أما (برو، 2007: ب، 2) فيذهب إلى أن معظم الشركات تعمل بمستوى (4) سيجما، وأن معظم شركات الولايات المتحدة الأمريكية تعمل بمستويات بين (3) إلى (4) سيجما.



شكل رقم (2-2) مقارنة بين مستوى (3) سيجما ومستوى (6) سيجما
المصدر: (جودة، 2013: 12)

1.4. ستة سيجما والتكلفة:

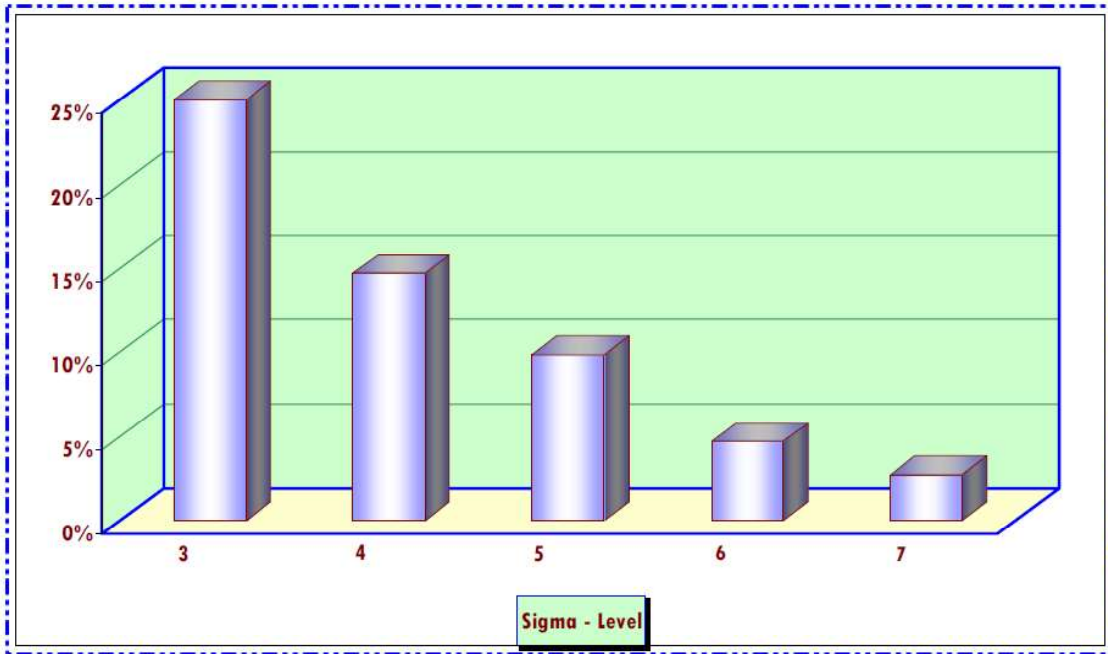
ومن زاوية أخرى يرى (النعيمي، 2009: 664-665) أن الشركات والمؤسسات التي تعمل تحت مستوى ستة سيجما فإن تكاليفها أقل بكثير من تلك التي تعمل دون ذلك، فالمؤسسة التي تعمل تحت مستوى (3 أو 4) سيجما تنفق ما بين (25 إلى 40%) من عوائدها لتصحيح المشكلات، وهذه تمثل تكلفة السلع أو الخدمات الرديئة، في حين أن الشركات التي تستخدم منهج ستة سيجما لا يزيد إنفاقها عن (5%) من عوائد الإنتاج لغرض تصحيح الأخطاء.

جدول رقم (2-2) العلاقة بين تكلفة الجودة الرديئة وبين مستوى سيجما المستخدمة:

نسبة التكلفة %	مستوى سيجما
أكثر من 40	2
40 - 25	3
25 - 15	4
15 - 5	5
1	6

(المصدر: النعيمي، 2007: 8)

ويتبين من الجدول السابق أنه كلما قل مستوى سيجما كلما زادت تكاليف الجودة والمتمثلة في إصلاح العيوب، وأنه كلما ارتفع مستوى سيجما قلت تكاليف الجودة؛ لأنه لم تظهر هناك عيوب تستدعي الحاجة لإصلاحها، وهذا ما يؤيده (النعيمي، 2007: 8)، وكذلك (الجندي، 2005: 106) مضيعة بأن بعض الدراسات أثبتت أن زيادة مستوى واحد من (سيجما) يؤدي لتحسين في صافي الدخل بما يقرب (10%).

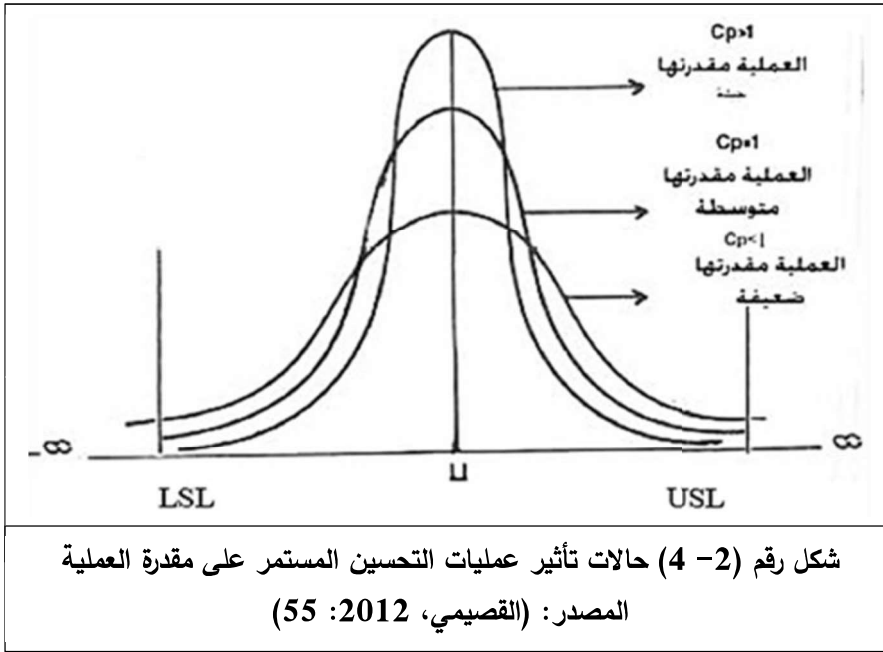


شكل رقم (2-3) علاقة نسبة كلفة الجودة الرديئة مع مستوى سيجما

(المصدر: النعيمي، 2009: 665)

2.4. مقدرّة العملية الإنتاجية:

لتوضيح عمل ستة سيجما يجدر الإشارة إلى مفهوم مقدرّة العملية الإنتاجية (Process capability)، والتي يعتبرها (القزاز، وآخرون، 2009: 89-90) مقياساً يتعلق بالدقة المحددة لعملية التصنيع وتتمثل بمقدرة الأداء النوعي للماكينة الإنتاجية على الإيفاء بمتطلبات التصميم، مضيعةً أنه من الصعب إنتاج منتجين متماثلين تماماً من حيث المواصفات المطلقة؛ لذا فقد تم وضع حدين لكل خاصية من خصائص المنتج، يسمى الحد الأول: الحد الأعلى للمواصفة (USL)، والثاني: الحد الأدنى للمواصفة (LSL)، ويمثل الفرق بينهما التفاوت (T) الذي يعبر عن الانحراف المقبول في خاصية الجودة عند إجراء عملية الفحص النوعي؛ لذا فمن الضروري ضبط العمليات الإنتاجية ضمن التفاوت المسموح به؛ لضمان نجاح الوحدات المنتجة في الفحص النوعي.



ومن جانبها تشير (القصيمي، 2012: 55-56) إلى أن تجارب الشركات العالمية قد أثبتت أن إخضاع العملية الإنتاجية أو الخدمة لسلسلة من عمليات التحسين المستمر تؤدي لتحسين قدرة العملية الإنتاجية بمستويات كبيرة جداً، وتصبح العملية قادرة على تحقيق المواصفات وبذلك تتحسن جودة المنتجات والخدمات، وينقص العيب

والتلف، مبينة بأن الحد الأعلى للمواصفات يتمثل في البعد بين المتوسط الحسابي وعدد الانحرافات المعيارية على يمينه، أما الحد الأدنى للمواصفات فيحدد بالبعد بين المتوسط وعدد الانحرافات المعيارية على يساره، فكلما كان التباين عالياً، فهذا يؤدي إلى تسطح شكل المنحنى الطبيعي (مقدرة العملية ضعيفة) وإذا كان التباين منخفضاً دل على تدبب المنحنى (مقدرة العملية جيدة).

وبحسب (القصيمي، 2012: 56-57) فإنه تتم دراسة مقدرة العملية بعدة أدوات منها: حساب مؤشرات القدرة التي تبنتها كبرى الشركات اليابانية والأمريكية، وتم تطبيقها بفاعلية في تحسين العمليات، ومنها:

- مؤشر المقدرة البسيط (Cp) Process capability.
 - مؤشر المقدرة القائم على حدود المواصفات (Cpk) Process capability index: وهذا المؤشر يراعي حدي المواصفات العليا والدنيا وتشتت العملية ومتوسطها الحسابي، ومن خلاله يمكن الحكم على مقدرة العملية، فإذا كان المؤشر ($Cpk < 1$) تعد مقدرة العملية الإنتاجية ضعيفة، أما إذا كان ($Cpk \geq 1$) فتعد العملية مقدرتها جيدة، وقد تبنت معظم الشركات العالمية أدنى قيمة للمؤشر ($Cpk = 1.33$) بناءً على حدود مواصفات محددة ب ($\pm 4\sigma$)، في حين تبنت الشركات الرائدة صناعياً كموتورولا قيمة ($Cpk = 2$) بناءً على حدود مواصفات ($\pm 6\sigma$).
- والجدول التالي يوضح علاقة مؤشر مقدرة العملية بمستوى سيجمما ومعدل حدوث الخطأ:

جدول رقم (2- 3) تحويل سيجمما ومعدل الخطأ لكل مليون فرصة ومؤشر مقدرة العملية

مستوى سيجمما	معدل حدوث الخطأ لكل مليون عملية فرصة	مؤشر مقدرة العملية Cpk
3	66800	$1.00 \leq$
4	6210	1.33
5	230	1.67
6	3.4	2.00

المصدر: (جودة، 2008: 601)

من خلال الاستعراض السابق لمستوى أداء ستة سيجمما يتضح جلياً أن مستوى الأداء يرتفع بشكل كبير في نسب قبول المنتج (الجودة) وفي الوقت نفسه تنخفض فرص حدوث العيوب بزيادة مستوى سيجمما، فالمستوى

الأول هو الأسوأ حيث إن نسبة القبول لا تتجاوز (40%) بينما المستوى الرابع والخامس تتجاوز فيه النسبة (99%)، أما المستوى السادس، وهو الأعلى، فإن فرصة حدوث الخطأ فيه لا تتجاوز (3.4) فرصة لكل مليون فرصة. كما يلاحظ كذلك أن نسبة تكلفة الجودة الرديئة من العائدات تتناسب عكسياً مع مستوى سيجما، فمستوى (2) سيجما يتطلب تكلفة تزيد عن (40%)، في حين أن مستوى (6) سيجما لا تتجاوز النسبة (1-5%). هذا ويعتبر مؤشر مقدرة العملية الإنتاجية أحد أدوات ستة سيجما لقياس مدى نجاح التحسينات والمخرجات، حيث يقوم هذا المؤشر على وضع حدين للمواصفات المطلوبة، حد أعلى وحد آخر أدنى بحيث تكون مخرجات العملية مقبولة إذا كانت تقع بينهما، علماً بأن المؤشر المذكور يتناسب طردياً مع مستوى سيجما حيث إن قيمة (2) في المؤشر تعادل مواصفات أداء (6) سيجما.

خامساً - أهمية ستة سيجما:

ترجع أهمية ستة سيجما إلى النتائج الإيجابية التي تحققها لكل من العميل والمنظمة، وبحسب (عبد المحسن، 2008: 31-32) تتمثل أهمية ستة سيجما في مساهمتها بتحقيق جملة من الإيجابيات ومنها:

- تحسين إشباع العميل والوفاء باحتياجاته وإسعاده.
- تمكين العاملين ورفع الروح المعنوية لهم وتشجيعهم على الابتكار.
- الحد من الأخطاء في المنتجات والخدمات.
- المساهمة في تحقيق الأهداف الأساسية للمنظمة.
- تعزيز القدرات التنافسية وتحقيق الميزة التنافسية للمنظمة.
- مواكبة التغيير المستمر في احتياجات السوق.

ومن جانبه ينسب (جودة، 2008: 579) إلى جاك ويليش (المدير التنفيذي السابق لشركة جنرال إلكتريك) القول: بأن ستة سيجما ستكون الشيفرة الوراثية لقيادة المستقبل.

يتضح مما سبق أن أهمية ستة سيجما تكمن في دورها الجوهرية في تحقيق عددٍ من المخرجات الإيجابية التي يتمثل أهمها في تحقيق القيمة للمنظمة وكذلك للعملاء وإشباع حاجاتهم وزيادة رضاهم، وتعزيز القدرة التنافسية للمنظمة وتحقيق أهدافها.

سادساً - أهداف ستة سيجما:

يرى (باند، وهولب، 2005: 16) بأن ستة سيجما تسعى لتحقيق ثلاثة أهداف رئيسية:

1. زيادة رضا العملاء.
 2. تقليل زمن دورة العمل.
 3. تقليل العيوب (الأخطاء).
- ويضيف عليها (الجبوري، وإسماعيل، 2009: 138) هدفاً رابعاً يتمثل في:
4. الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.

ومن جانبه يضيف (أبو النصر، 2009: 159-160) بأن الهدف الأساسي هو اتباع استراتيجية لتطوير قدرات العاملين وتنمية مهاراتهم في حل المشكلات بالتركيز على التحسين المستمر للعمليات والحد من العيوب في الأداء وتقليل الزمن.

مما سبق يمكن إيجاز أهم أهداف ستة سيجما في الركائز الأساسية التي يسعى لتحقيقها المتمثلة في الوصول لأعلى درجات الجودة في كل مكونات المنظمة ومخرجاتها، وزيادة رضا العملاء (الداخلي والخارجي) لأقصى درجة، والتوظيف الأمثل والأفضل للموارد المتاحة.

سابعاً - فوائد ستة سيجما:

يذكر (باند، وآخرون، 2009: 35-38) عدة فوائد لتطبيق منهج ستة سيجما، وهي:

- 1) الوصول إلى نجاح دائم: حيث يعمل منهج (6) سيجما على تواجده المهارات والثقافة المناسبين للتجديد المستمر.
 - 2) تحديد هدف أدائي لكل فرد: عبر توجيه الجميع نحو هدف ثابت هو الوصول إلى أداء (6) سيجما أي مستوى من الأداء يصل إلى أقرب درجة للكمال.
 - 3) الإسراع في معدل التحسن: حيث يساعد منهج (6) سيجما الشركة ليس فقط في تحسين مستوى الأداء بل في تحسين التحسينات نفسها.
 - 4) رفع مستوى القيمة بالنسبة للعميل: بحيث تكون جودة المنتجات (الخدمات) ذات درجة عالية من القيمة للعملاء ومهمة بالنسبة لنجاحهم لدرجة أن تصبح تلك المنتجات (الخدمات) الخيار الوحيد للعملاء فيما يتعلق بالقيمة الحقيقية.
 - 5) رفع مستوى التوعية والنشر الشامل: فمنهج (6) سيجما يمكنه زيادة وتعجيل التطوير والمشاركة بأفكار جديدة في أي مؤسسة.
 - 6) تنفيذ تغيير استراتيجي: مثل طرح منتجات جديدة، والدخول إلى أسواق جديدة، وغيرها.
- وعلى صلة بما سبق، يذكر (نور، وآخرون، 2012: 258-259) أن تطبيق منهج ستة سيجما في أي قطاع له فوائد عدة، مشيراً لفوائدها في القطاع الصحي كتقليل الأخطاء الطبية وتحسين الجودة والأرباح وزيادة رضا المرضى والعاملين والوصول لدرجة الخلو من الأخطاء، ويؤيد ذلك (السلامة، 2007: 56)، و(جودة، 2011: 85)، و(الشاعر، 2014: 89-90) مضيفين عددًا آخر من فوائد تطبيق ستة سيجما في القطاع الصحي. في حين يرى (Heuvel, 2006: 80, 97) بأن ستة سيجما منهج متكامل لمتابعة التحسين المستمر لرضا العملاء وتحقيق الأرباح، مضيفاً بأن تركيزها الأساسي على تحسين العملية يوفر أفضل أداة لإدارة الجودة لمؤسسات الرعاية الصحية.
- يتضح مما سبق أن استخدام منهج ستة سيجما يحقق فوائد عدة للمنظمات والقطاعات التي تطبقها، ولعل من أهم تلك الفوائد هو زيادة رضا العملاء (الداخلي والخارجي) لأقصى درجة، وحسن استثمار وتوظيف الموارد والإمكانات، واستمرارية النمو والنجاح.

ثامناً - مميزات (ما الجديد في) منهج ستة سيجما:

- بحسب (النعمي، وآخرون، 2009: 214-215) وسبقهم بذلك (باند، وهولب، 2005، 17-18) و(الشامان، 2005: 98) و(الجندي، 2005: 111) ويشاركهم (النعمي، وصويص، 2008: 48-49) فإن منهج ستة سيجما يتميز عن غيره من برامج الجودة السابقة بعدة مزايا، يمكن تلخيصها في:
- التركيز على العميل: الذي يعتبر بؤرة اهتمام ستة سيجما حيث يوفر فهمًا أفضل لتوقعاته ومتطلباته مما يسهم بفاعلية في استقطاب العملاء وزيادة الحصص السوقية للمنشأة.

- يمكن تطبيقه على عملية واحدة أو على جميع عمليات المنشأة.
 - يُعد خطة لفعل مسبق مخطط وليس ردة فعل، عبر مقاييسه الدقيقة لاكتشاف المشكلات قبل حدوثها.
 - يقوم بوظيفة المرشد لأولويات التحسين حيث يوجه إدارة المنشأة إلى العمليات التي لديها أقل قيمة وفق مستوى أداء سيجما للبدء باستهدافها في التحسين.
 - يساعد في تعزيز التحسين في إنتاجية العاملين، وكذلك يساهم في ابتكار أفكار وأداء أفضل للعمل.
 - العوائد الكبيرة من مشاريع تطبيق ستة سيجما: من حيث تقليل الفاقد وتخفيض دورة الزمن للإنتاج وتخفيض التكلفة وزيادة الأرباح.
 - التغييرات التي تحدثها على عمل إدارة المنظمة لتصبح أكثر ذكاءً وريادةً مع التركيز على العمل بروح الفريق، وتحسين الروح المعنوية للعاملين، وتغيير اتجاهاتهم وثقافتهم تجاه العمل.
- وفي موضع آخر تذكر (الجندي، 2005: 112) أن أسلوب ستة سيجما ينفرد ببعض نقاط القوة التي تجعله الأفضل عند مقارنته بأساليب التحسين الأخرى، ومنها:
1. يُعد أسلوب ستة سيجما أكثر أساليب التحسين كفاءة فهو يسعى إلى التكامل بين تحسين عمليات المنشأة ومواردها البشرية.
 2. يركز بوضوح على النتائج النهائية للتطبيق، فلا يتم قبول مشروع ستة سيجما إلا إذا تم تحديد الأثر النهائي له، وهذا له أثر كبير على إيجاد قيادة إدارية قوية.
 3. يقوم الأسلوب على تحسين الأداء بالتركيز على توجيه العملية الأساسية للجودة بناءً على تصور العميل، والعمل على التخلص من التباين في هذه العملية، فهو ينطلق من منظور أن المنشأة تتكون من مجموعة من العمليات التي تبدأ باحتياجات العميل ويجب أن تصل به إلى حالة الابتهاج عند استخدامه للمنتج أو الخدمة المقدمة له.
 4. يربط بين أدوات التحسين في منهج شامل متكامل، حيث أثبتت منهجية التحسين دمايك فاعليتها وتأثيرها الإيجابي في رفع مستوى أداء جميع العمليات التي طبقت عليها.
 5. يتضمن تطبيق الأسلوب تشكيل فريق عمل يتمتع بمهارات وخبرات واسعة من الناحية الإدارية والفنية والإحصائية، إضافة لتفعيل مبدأ المراقبة الذاتية والمحاسبة عن المسؤولية، فكل فرد في الفريق مسؤول عن تنفيذ ما تم تدريبه عليه ليكتمل التطبيق بكفاءة وفاعلية.
- من جملة ما تم استعراضه تتبين مميزات منهج ستة سيجما، ويمكن من خلال ذلك إيجاز أهمها في نشر الثقافة التنظيمية الداعمة للجودة في المنظمة المرتكزة على مبدأ العميل أولاً، والمشاركة الكاملة للعاملين، والتنظيم الإداري الواضح والمرن، وصلاحيات تطبيق ستة سيجما في مشاريع محددة أو في المنظمة ككل، وتركيزه على مبدأ الإدارة الوقائية والقرارات المبنية على الحقائق والبيانات واستخدامه الأدوات الإحصائية ومنهج دمايك بفاعلية، ليس فقط في حل المشكلات والتحسين المستمر بل وتجاوز ذلك إلى تحسين التحسينات.

تاسعاً - المبادئ الأساسية لستة سيجما:

- يشير (نور، وآخرون، 2012: 257-258) ويشاركة في ذلك (عكار، 2010: 32-33)، و(النعمي، وآخرون، 2009: 230-234)، و(باند، وآخرون، 2009: 40-43، 112)، و(النعمي، وصويص، 2008: 62-64)، و(جودة، 2008: 580)، و(النعمي، 2007: 9-11)، وأيضاً (الشامان، 2005: 100-103)، و(باند، وهولب، 2005: 33-37) إلى أن منهج ستة سيجما يقوم على ستة مبادئ أساسية، هي بإيجاز:

أ . التركيز الحقيقي على العملاء :

وذلك لأن العملاء هم العمود الفقري للمنظمة، سواء العميل الداخلي (العاملون بالمنظمة) أو العميل الخارجي (الزبون، والمريض، والمستهلك، ...)، وأن استمرار المنظمة ونجاحها مرهون بمدى تلبيتها لاحتياجات عملائها وتوقعاتهم ودرجة رضاهم؛ لذا فإن منهج ستة سيجما يضع الأولوية العليا والمطلقة للتركيز على العملاء. وفي هذا السياق يشير (النعمي، وصويص، 2008: 155) إلى أن ثقافة ستة سيجما متعلقة بالزبون، فهدفها إسعاد الزبائن، وجودة المنتج (الخدمة) تقاس من وجهة نظر الزبون. فستة سيجما تشكل المجال الذي يساعد الشركات من التحول من الفهم العام لمتطلبات الزبائن إلى فهم أكثر تحديداً وقياساً لاحتياجات الزبائن، فهي تركز على تأسيس سلوك قائم على التحسين المستمر المبني على إسعاد الزبائن، وهذا التركيز على الزبون - على حد قوله - يأتي من محركات سيجما ستة، وهي:

- صوت الزبون: أي ما يطلبه الزبون ويريده.
- المتطلبات: ما يطلبه الزبون "صوت الزبون" مترجماً إلى عوامل محددة يمكن قياسها.
- الحساسية بالنسبة للجودة: المتطلبات الأهم من وجهة نظر الزبون.
- الفشل: الإخفاق في توصيل الخدمة أو السلعة للزبون.
- التصميم الخاص بسيجما ستة: تصميم المنتجات والعمليات بناءً على متطلبات الزبائن.

ب . القرارات (الإدارة) المبنية على الحقائق والبيانات:

فكرة الإدارة بالمعرفة تُعد من الأساسيات التي تركز عليها ستة سيجما في حل المشكلات، حيث يساعد منهج ستة سيجما المنظمات عبر خطوات تطبيقه وأدواته المختلفة: الإحصائية وغير الإحصائية في الحصول على بيانات دقيقة وكافية تستند إليها في عملية تقويم الأداء في ضوء متطلبات العملاء، وبالتالي تعتمد الإدارة في قراراتها على المعلومات الدقيقة والحقيقية مع عدم اللجوء للآراء الشخصية والافتراضات.

ج . التركيز على العمليات والأنشطة الداخلية (ملازمة العمليات للمخرجات):

فمنهج ستة سيجما يتعامل مع كل إجراء عملي أو عملية على أنه عملية قائمة بحد ذاتها، ويعتبرها المحور الأساسي لتحقيق النجاح المستمر، سواء أكانت تصميمًا للمنتجات أو الخدمات أو قياسًا للأداء أو تحسينًا للفاعلية أو إرضاءً للعملاء.

د . الإدارة الفعالة المبنية على التخطيط المسبق (الإدارة بالمبادأة "الاستباقية"):

فالإدارة الناجحة تسعى لمعالجة المشكلات قبل حدوثها عبر الإجراءات الإدارية والفنية الاستباقية لتفادي حدوث المشكلة، وهو ما يعني التركيز على أسلوب الوقاية من حدوث المشكلة بدلاً من معالجتها (الإدارة الوقائية)، وهذا يتطلب وجود أهداف طموحة ومراجعة مستمرة لها وتحديد الأولويات بشكل واضح.

هـ . التعاون اللامحدود (منظمة بلا حدود):

حيث يدعو منهج ستة سيجما إلى إزالة الحواجز الإدارية والنفسية بين العاملين، كما يركز على أهمية التعاون بينهم في مختلف المستويات الإدارية في المنظمة بدلاً من المنافسة، وبأن كل نشاط يستند على نشاط آخر، وأن نجاح كل جزء في العملية متوقف على نجاح بقية أجزائها، وهذا يسهم في فهم الاحتياجات الفعلية للأقسام المختلفة في المنظمة، وكذلك للعملاء الداخليين والخارجيين، وبالتالي تسهيل وتيسير انسياب العمل مما يساعد في دعم عملية التحسين المستمر للمنظمة.

و . السعي نحو الكمال مع القدرة على تحمل الأخطاء (التحسين المستمر):

حيث يؤكد منهج ستة سيجما على أهمية التحسين المستمر للمنظمات الذي ينطلق من مبدأ تطوير المعرفة لأبعاد العمليات المختلفة واتخاذ الإجراءات اللازمة لذلك التطوير؛ لذا فهو عنصر مهم لخفض الانحرافات في العمليات والحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجية، مع الإشارة إلى أن تطبيق ستة سيجما يصاحبه مخاطر وأخطاء محتملة فأى مؤسسة تطمح بالوصول إلى درجة عالية من الإتقان وتسعى لإدراك الكمال يجب أن تتقبل فكرة وجود عقبات أو أزمات قد تعترضها، والمطلوب هنا هو القدرة على إدارة هذه الأزمات وتجاوزها وإزالة العوائق التي تحول دون رفع مستوى الأداء وإدراك رضا العملاء.

وفي السياق نفسه يتفق (بن سعيد، 2004: 82-96) مع ما سبق مع إضافته لمبدأين آخرين، ووافقته في ذلك (الغيلي، والأغبري، 2015: 217-218)، هما بإيجاز:

ز . المشاركة الكاملة:

حيث يشجع منهج ستة سيجما الأفراد على العمل الجماعي لتحقيق أفضل النتائج؛ وذلك عبر تطوير مهارات وقدرات العاملين من خلال التدريب على مهارات الاتصال والمهارات الفردية، كما يعمل المنهج على تقليل الصراع الإداري والتنظيمي عبر فهم (الصورة الكبرى) للعملية، وبالتالي عمل الفريق بشكل أفضل لتحقيق النتائج والأهداف المطلوبة، وهذا يتطلب التركيز على التدريب المستمر لجميع العاملين في المنظمة.

ح . الوقاية بدلاً من التفتيش:

ينطلق منهج ستة سيجما من مبدأ أن الحصول على نتائج مرضية عبارة عن ثمرة للعملية الوقائية وليس للعملية التفتيشية، ففي النظريات التقليدية والمناهج السابقة تتم المراقبة لجودة السلعة بعد تصنيعها أو التفتيش على مستوى الخدمة بعد تقديمها، وهذا يستنزف طاقات وإمكانات كبيرة لكشف العيوب والأخطاء، أما في ستة سيجما فإنه يقوم على عنصر الوقاية في العملية ومراقبة الانحرافات أولاً بأول، وبالتالي تقليل التكاليف وزيادة الإنتاجية، فمنهج ستة سيجما يركز على تطوير فكرة الوقاية لدى العاملين خلال ممارستهم للعمل اليومي.

ومن خلال الاستعراض السابق للوجهات المتعددة حول المبادئ الأساسية لستة سيجما، فإنه يظهر مدى قوة هذه المنهجية الإدارية بارتكازها على مبادئ صلبة، ورغم أن جميع تلك المبادئ تعتبر هامة، إلا أنه يمكن إيجاز أهم تلك المبادئ في التركيز الحقيقي على العملاء، والمشاركة الكاملة للعاملين وتبني مفهوم تمكين وتمتين العاملين، والتركيز على العمليات والأنشطة، والإدارة الاستباقية (الوقائية) القائمة على الحقائق والبيانات والتخطيط الدقيق.

عاشراً - مداخل تطبيق منهج ستة سيجما داخل المنظمة:

يتطلب تطبيق منهجية ستة سيجما أسلوباً معيناً بحسب (النعمي، وصويص، 2008: 69-72)، و(النعمي، 2009: 669-670)، و(باند، وآخرين، 2009: 133-136) و(النعمي، وآخرين، 2009: 246-250)، موردين ثلاثة مداخل (أساليب) لتطبيقها في المنظمات، وهي باختصار:

الأول: تحويل (تغيير وضع) الشركة:

حيث تتم دراسة وضع الشركة والتحقق من فعالية أعمالها ومدى تقدمها ونجاحها واستفادتها من التكنولوجيا والفرص الجديدة، وعليه فإن المطلوب من إدارة الشركة استشعار ذلك والتخلص من العادات القديمة والتحول للأفضل بعد عملية التشخيص التي تمت لواقع الشركة وبذل الجهد للانتقال من مستواها الحالي إلى المستوى الذي تتطلبه معايير الجودة الشاملة. ويُعد هذا المدخل عبارة عن تحول شامل في الطريقة التي تعمل بها الشركة، ويعرف أيضًا باسم (تغيير ثقافة الشركة).

الثاني: التطوير (التحسين) الاستراتيجي:

ويعطي هذا الأسلوب خيارات متعددة للشركة، فيستخدم لاستطلاع أهم الفرص المتاحة للتغيير أو التعرف على نقاط الضعف الرئيسية في الاستراتيجية أو العمليات التشغيلية، ويمكن عدّ هذا الأسلوب بالطريقة الشمولية في دراسة وتحليل العوامل المؤثرة في الشركة مع كونها ليست العامل الوحيد لتحقيق منهج ستة سيجما. **الثالث: حل المشكلات:**

ويستخدم هذا الأسلوب في حال وجود مشكلات دائمة لدى الشركة ويصعب حلها، وبالتالي يتم تشكيل فريق عمل مخصص ويُدرّب على استخدام منهج ستة سيجما للبدء بعملية التغيير وحل المشكلات، وتستخدمها الشركات التي تريد مواجهة مشكلاتها مستفيدة من ستة سيجما دون إحداث تغييرات رئيسية في المنظمة. ويضيف (باند، وآخرون، 2009: 133، 136) بأن هذا المدخل يتمثل في عمل إصلاحات في مناطق معينة تستنزف تكلفة عالية أو ينجم عنها أخطاء تتطلب إعادة تشغيل أو تتسبب في حدوث تأخيرات في التسليم.

يظهر جلياً مما سبق مدى صلاحية منهج ستة سيجما للتطبيق في المنظمات المختلفة عبر مداخله المتعددة القائمة على حاجة المنظمة أو نقاط الضعف التي ترغب بعلاجها، فكل منظمة ينبغي لها تحديد الهدف من تطبيقها لستة سيجما لتختار المدخل المناسب لها.

الحادي عشر - عناصر (متطلبات) تطبيق ستة سيجما:

تذكر (الشعراوي، 2012: 135-136) أنه يوجد عدد من المتطلبات لنجاح تطبيق ستة سيجما في المجالات المختلفة، إلا أنها تركز على المتطلبات الآتية:

- دعم الإدارة العليا بوضع السياسات وتسهيل إجراءات التنفيذ.
- علاقات الزبون والانطلاق من احتياجاته وتوقعاته.
- علاقة المجهزين (الموردين) بحيث تكون الجودة معياراً مشتركاً بين المنظمة والمورد.
- إدارة قوى العمل وتزويد العاملين بالمتطلبات اللازمة للتنفيذ وإشراكهم في القرار.
- جودة المعلومات ودقتها في ضوء احتياجات العملاء وتوقعاتهم وتوظيف تلك المعلومات في تحسين الأنشطة والمخرجات.
- تصميم المنتج أو الخدمة بجودة عالية.
- إدارة العملية لضمان استمرارية التحسين لبلوغ رضا العملاء وإشباع رغباتهم.
- دور هيكلية ستة سيجما من حيث تحديد الأدوار والمسؤوليات لفريق ستة سيجما بشكل واضح لضمان حسن التنفيذ واستمرار التحسين.
- استخدام نموذج دمايك والأدوات المختلفة الإحصائية وغير الإحصائية في عمليات التحسين.

وفي سياق متصل يذكر (دودين، 2012: 251-254) سبع متطلبات رئيسة لتطبيق ستة سيجما، هي على النحو الآتي:

1. إعادة تشكيل ثقافة المنظمة، بحيث تكون ملائمة وداعمة لتطبيق مفهوم الجودة وبالأحرى ستة سيجما.
 2. الترويج وتسويق برنامج ستة سيجما لدى جميع العاملين عبر الدورات والمحاضرات وغيرها للتقليل من معارضة التغيير.
 3. التعليم والتدريب للعاملين وبالأخص لجميع فئات ومستويات الإدارة على تطبيق مفهوم ستة سيجما بطريقة صحيحة لضمان تحقيق النتائج المرغوبة.
 4. الاستعانة بالاستشاريين والخبراء من مؤسسات مختصة لمساعدة المنظمة على التطبيق السليم لاسيما في المراحل الأولى.
 5. تشكيل فرق العمل التي ستنفذ مشاريع ستة سيجما في الأقسام المعنية واختيارهم بعناية لهذا الغرض.
 6. التشجيع والتحفيز بالوسائل المختلفة للعاملين في المنظمة سيما المشاركين في مشاريع ستة سيجما لزيادة دافعيتهم وانتمائهم للمنظمة والعمل بجد لإنجاح مشاريع التحسين.
 7. الإشراف والمتابعة وذلك لتصحيح الانحراف وتعديل أي أخطاء خلال التنفيذ وتذليل الصعاب.
- مما سبق يتبين وجود عدد من المتطلبات لتطبيق ونجاح ستة سيجما، ويمكن من خلالها استخلاص أهم تلك المتطلبات، المتمثلة في: دعم والتزام الإدارة العليا لتطبيق المنهج، واعتماد مفهوم المشاركة والقيادة الجماعية (تمكين العاملين)، وإعادة تشكيل الثقافة التنظيمية الداعمة للجودة، وتبني هيكل عمل ستة سيجما ومنهج دمايك وأدواته، والاهتمام بتطوير العاملين وتحفيزهم بالوسائل المختلفة، والتركيز على العميل الخارجي والتفوق على توقعاته، والاستفادة القصوى من البيانات والمعلومات.

الثاني عشر - خطوات تطبيق ستة سيجما:

يذكر (المصري، والأغا، 2014: 81) ثلاث عشرة خطوة مهمة لتطبيق ستة سيجما، تتمثل في:

- 1) الحصول على دعم الإدارة العليا في المؤسسة.
- 2) تكوين فريق عمل لديهم خلفية في علم الإحصاء.
- 3) وجود خبراء عندهم معرفة بالمنهجية من حملة الأحزمة المختلفة، إما بتدريب موظفيها في مراكز مختصة في ستة سيجما أو بالاستعانة بخبراء خارجيين في منهجية ستة سيجما.
- 4) بدء المشروع وذلك عن طريق تحديد عدة مشاريع محتملة، وكذلك الموارد المتاحة.
- 5) اختيار المشروع ذي الأهمية الكبرى من حيث التأثير على جودة الخدمات.
- 6) تطوير خطة عمل مرنة والحصول على الموارد اللازمة لذلك.
- 7) الحرص على الفاعلية في التطبيق من خلال جودة الحل وعدم مقاومة التغيير.
- 8) تأسيس منهجية لمتابعة المشروع وتطبيقه.
- 9) توفير الاحتياجات الرئيسية لتطبيق المنهجية مثل المعلومات، وفرق العمل المتعاونة، والموارد المالية.
- 10) التأكد من أن التحسين المتوقع (لموس، وغير ملموس) يحقق النتائج المطلوبة.
- 11) التأكد من أن الخطة تستطيع تحقيق النتائج المتوقعة.
- 12) عند الوصول إلى الهدف بفاعلية يجب تكريم فريق العمل.
- 13) إعادة المشروع في مناطق حساسة للجودة مرة أخرى.

الثالث عشر - محددات (معوقات) تنفيذ ستة سيجما:

يشير (توفيق، 2008: 80-83) وكذلك (عبد المحسن، 2008: 65-67) إلى وجود بعض التحديات والصعوبات التي تواجه تنفيذ ستة سيجما، ومنها بإيجاز:

- عدم فهم الغرض الأساسي لستة سيجما.
- بدء تطبيق ستة سيجما بدون تدريب للعاملين.
- عدم مشاركة الإدارة في مشروع ستة سيجما.
- عجز المنظمة عن المحافظة على معدل التحسين والنجاح على المدى الطويل.
- عدم وضوح أهداف التحسين أو عدم تحديدها بشكل دقيق.
- وجود أخطاء في عملية القياس للنتائج.

أما (الشامان، 2005: 112-113) فتذكر من جانبها عددًا آخر من تلك الصعوبات، ومنها:

- الموارد: التي تُعد من أهم المؤثرات في تطبيق ستة سيجما في المنظمة؛ فمحدوديتها تؤثر بشكل كبير في التطبيق، ويمكن أن تكون سببًا في عدم انتهاج هذا المنهج في المنظمة.
- التركيز: فمن العوامل المؤثرة سلبيًا في تطبيق ستة سيجما تشتيت الجهود بسبب الوقوف على أكثر من نشاط في الوقت نفسه مما يؤدي لإهدار الجهد والوقت والموارد.
- القبول: فالبدء في تطبيق ستة سيجما قبل تهيئة المناخ الملائم في المنظمة سيؤدي لإثارة مقاومة التغيير؛ لذا فمن الضروري أن يكون هناك قبول من العاملين بالمنظمة لهذا التغيير.

كما ورد يتضح وجود عددٍ من معيقات تطبيق ستة سيجما في المنظمات ويمكن إيجاز أكثرها إعاقةً للتطبيق في الانتقال إلى دعم الإدارة العليا وتردها في اتخاذ قرارات التحسين والتعديلات اللازمة لنجاحه، وعدم كفاية وكفاءة وفاعلية الموارد البشرية وغير البشرية، وعدم التحديد الدقيق والواضح للأهداف، وغياب مناخ تنظيمي وثقافة تنظيمية مناسبة للتطبيق، وضعف الهيكل التنظيمي وتداخل الأدوار والمسؤوليات والصلاحيات.

الرابع عشر - نماذج (مراحل أو مناهج) تطبيق ستة سيجما:

يشير الباحثون إلى وجود عدة طرق أو نماذج ومناهج لتطبيق ستة سيجما منذ انطلاقتها منتصف ثمانينات القرن الماضي، وهذا ما أشارت إليه (الشامان، 2005: 104) لافتةً إلى وجود عدة مناهج منها (دمايك DMAIC) و(ديمادف DMADV) و(التصميم لستة سيجما DFSS) وغيرها، إلا أنه يوجد منهجان أساسيان لتطبيقها، وهذا ما يؤيده (الشاعر، 2014: 65)، و(Pk, et al, 2013: 40)، و(دودين، 2012: 239) وكذلك (الطيبي، 2011: 171-172)، وأيضًا (أحمد، وآخرون، 2010: 212-213) وسبقتهم في قول ذلك (الجندي، 2005: 109)، وهما:

- منهج (دمايك DMAIC): وهو اختصار لخمس مراحل متتالية، هي: التعريف (Define)، والقياس (Measure)، ثم التحليل (Analyze)، فالتحسين (Improve)، وأخيرًا الرقابة (Control)، ويستخدم هذا المنهج في تطوير وتحسين المنتجات أو العمليات الحالية وصولًا إلى مواصفات الجودة العالمية، وهو ما يؤيده أيضًا (المصري، والأغا، 2014: 74-75).

• منهج (ديمادف DMADV): وهو اختصار لخمس مراحل متتالية أيضًا، هي التعريف (Define)، القياس (Measure)، ثم التحليل (Analyze)، ثم التصميم (Design)، وأخيرًا التحقق (Verify)، ويستخدم هذا المنهج في تطوير وتحسين المنتجات أو العمليات الجديدة؛ للتأكد من وصولها إلى مستويات عالية من الجودة، وهو ما يؤيده أيضًا (المصري، والأغا، 2014: 74).

وحسب (الشامان، 2005: 104) فإن المنهج الأول (دمايك DMAIC) يُعد الأكثر استخدامًا وانتشارًا في التطبيقات العملية لأسلوب ستة سيجما، ويرجع ظهور هذا المنهج بحسب (الجندي، 2005: 109) إلى حقبة تسعينيات القرن العشرين، عندما قدم (مايكل هاري) بحثًا جامعيًا بعنوان "الفلتر المنطقية Logic Filter" ثم تطورت فكرة هذا البحث لتصل إلى توليد منهج (دمايك DMAIC) لحل مشكلات المنشآت، وقد أصبح هذا المنهج - فيما بعد - الأساس أو خارطة الطريق الموصلة لإنجاز الجودة التي تتطلبها ستة سيجما.

وفيما يأتي عرضٌ مختصرٌ لمراحل منهج (دمايك DMAIC) كما توردها (الشامان، 2005: 105-107)، و(أحمد، وآخرون، 2010: 213-214)، وهي:

مرحلة التعريف (Define): تتضمن هذه المرحلة عددًا من الخطوات لتحديد المشكلة والتعرف على احتياجات وتوقعات العملاء، وتشمل هذه المرحلة القيام بالآتي:

- 1) تعريف المشكلة (العملية) المطلوب تحسين أدائها، وتحديد كيفية قياسها وتوصيف مستوى أدائها الحالي.
- 2) تحديد العوامل الحرجة للجودة (CTQ) والمتأثرين بها وأولوياتها.
- 3) تحويل العوامل الحرجة (المؤثرة) للجودة إلى خريطة عمليات تشمل الموردين، والمهام، والعمليات، والرقابة، والمستفيدين... مع تحديد ما العملية المؤداة، وخطوات تنفيذها، والجوانب المطلوب تحسينها؟
- 4) عرض حالة عملية المشروع، وتشتمل الحالة على توضيح ما يأتي:
 - أهمية تحديد المسؤولية لمشروع التحسين.
 - الأعمال الرئيسية في العملية (المشروع) وتقييم المخاطرة لها.
 - الموارد المتاحة.
 - مجال المشروع، أدواته، وأنشطته.
- 5) فحص العملية بدقة لتحديد درجة قبول المشروع؛ وتكوين فريق عمل التحسين والموارد المناسبة له.

مرحلة القياس (Measure): وتتضمن تجميع البيانات والمعلومات عن الظاهرة المطلوب دراستها، حيث يتم قياس مستوى الأداء الحالي، مع مراعاة القيام بجملة من الخطوات الهامة، هي:

- 1) التقدير الكمي لمعايير العملية أو خصائص المنتج (الخدمة) حتى يمكن قياسها، وتحويل هذه الخصائص إلى متغيرات يتم ربطها بمحددات مشروع ستة سيجما ليطم - بناءً عليها - تحديد مصادر الانحراف.
- 2) تحديد خطة جمع البيانات بحيث يتم حصر جوانب ومصادر البيانات المطلوبة كافة.
- 3) التأكد من قدرة الطرق المستخدمة في عملية جمع البيانات.
- 4) القيام بجمع البيانات وفق الخصائص المحددة للعملية أو المنتج وكذلك المرتبطة بخصائص عملية التحسين المستهدفة.

مرحلة التحليل (Analyze): وتتضمن هذه المرحلة تحليل البيانات باستخدام أدوات إحصائية وتحديد أجزاء الظاهرة التي بحاجة لتطوير، ويتم خلالها القيام بالآتي:

- 1) التركيز على مصادر وأنواع الأخطاء، ومعدلاتها، ووقت التشغيل الكلي لكل نشاط، وعدد مرات العمل أو الفاقد لكل نشاط.
- 2) عمل خرائط المراقبة لتحديد طبيعة المتغيرات.
- 3) تحديد الأسباب الجذرية للانحرافات.
- 4) تحديد طبيعة العلاقات بين معايير (متغيرات) العملية ومستوى أدائها لتحديد فرص التحسين الممكنة.

مرحلة التطوير أو التحسين (Improve):

وهي تعتبر قلب (جوهر) عملية التحسين ومرحلة الإبداع والابتكار بغرض إحداث التحسين المطلوب في العملية أو المنتج أو الخدمة المقدمة، ويستخدم في هذه المرحلة سؤال (ماذا أيضًا؟) كمؤشر لبدء عملية محسنة جديدة، وتعتمد بدائل تحسين العملية على عدد من العوامل، منها:

- احتياجات وتوقعات العميل.
 - الأهداف الداخلية للأعمال.
 - نسبة الربح المرجوة.
 - التكلفة المخططة.
 - الموارد الأساسية واللازمة لإحداث التغيير المطلوب.
- ويتم تنفيذ الحلول المقترحة وفق أولويات التنفيذ الخاصة بعمليات التحسين لمشروع ستة سيجما، وتضيف (الجندي، 2005: 110) بأن خطوة التحسين تهتم بإيجاد أفضل الحلول البديلة التي تسهم في التخلص من الأسباب الرئيسة للعيوب أو المشكلات التي تعيق أداء العمل.

ويرى (سليط، 2010: 195) بأن هدف مرحلة التحسين يتحقق من خلال (5) خطوات، هي:

1. توليد أفكار لحلول مبدعة.
2. مزج الأفكار الخام مع بعضها.
3. اختيار الحل الأمثل.
4. تجربة الحل على نطاق صغير.
5. تنفيذ الحل على النطاق الكامل.

مرحلة الرقابة (Control):

يتم قياس مستوى الأداء الجديد بعد التحسين، ووضع أنظمة الرقابة التي تضمن استمرارية مستوى الأداء الجديد، كما يتم متابعة العملية من أجل التحقق من عدم وجود أية مشكلات تعيق التنفيذ، وأن الحل الجديد يتم بكفاءة مع ضمان عدم العودة إلى المستويات السابقة قبل التحسين، ويتم كذلك وضع معايير للعمليات المشابهة بالمنظمة، ويتم البدء بتنفيذ مشروع جديد في المنظمة مع مراعاة الاعتبارات الخاصة بعمليات التطبيق.

هذا وترى (الجندي، 2005: 111) أن خطوات تطبيق أسلوب ستة سيجما (دمايك DMAIC) تكاد تكون موحدة في التطبيق العملي لكل مناهج التحسين مع اختلاف المسميات اللفظية واندماج أو تفصيل بعض المراحل، كما تؤكد من جانبها أن تطبيق هذه الخطوات وإدخالها ضمن الإجراءات الفعلية للعمل ينعكس على

نجاح المنشأة وتفوقها وتحقيق أهدافها مع مرونة تعديل هذه الأهداف بما يتلاءم مع التغيرات في بيئة الأعمال ويتناسب مع متطلبات العملاء في السوق التنافسي.

مما تقدم يتضح أن منهج (نموذج) دمايك يعتبر أحد الأدوات الرئيسة لستة سيجما في حل المشكلات وتحقيق التحسين المستمر عبر خطواته (مراحله) الخمس المتتالية (التعريف، والقياس، والتحليل، والتحسين، والرقابة)، ولعل هذه المراحل تعطي قوة وميزة تنافسية لمنهج ستة سيجما عن غيره من المناهج رغم وجود عدد من تلك المراحل والخطوات في مناهج الجودة الأخرى، وذلك يعود للالتزام الدقيق بهذه المراحل والأدوات الإحصائية التي تستخدمها في كل مرحلة مما يعزز تحقيق الأهداف المرجوة منها، ومع أن جميع مراحل هذه المنهجية ضرورية إلا أن مرحلة التحسين تعتبر هي بمثابة القلب لتلك المراحل.

الخامس عشر - مميزات نموذج دمايك (DMAIC):

يتميز نموذج دمايك (DMAIC) عن غيره من الأساليب الأخرى لحل المشكلات بمزايا عدة بحسب (بن سعيد، 2004: 148-149)، و(باند، وهولب، 2005: 61-62)، و(يوافقه في ذلك) (النعمي، وصويص، 2008: 86-87)، و(النعمي، وآخرون، 2009: 244-245) وكذلك (حسين، والسيد، 2010: 1073-1074)، وهي تتمثل باختصار في:

- أ) قياس المشكلة وذلك بإثباتها بالحقائق والبيانات.
 - ب) التركيز على العميل، حيث إن العميل الخارجي مهم دائماً حتى أثناء السعي لخفض تكلفة العملية.
 - ت) طرح البراهين للأسباب الجذرية (الأساسية) للمشكلة في صورة حقائق وبيانات.
 - ث) تجاوز العادات القديمة؛ يقدم حلولاً جديدة خلّاقة، وليس تغييرات طفيفة على سطح العمليات القديمة.
 - ج) إدارة المخاطر عبر اختبار الحلول ومحاولة إيصالها إلى أقرب درجة من الكمال وإزالة العيوب منها.
 - ح) قياس النتائج للتأكد من الأثر الحقيقي للحل المستخدم بالاعتماد على الحقائق.
 - خ) استمرارية التغيير فهو يُعد المفتاح النهائي لمنهج ستة سيجما في حل المشكلات.
- وفي هذا السياق فإن (باند، وآخرون، 2009: 119-200) يقدم عدة أسباب لتمييز نموذج (دمايك) عن غيره، ومن أهمها باختصار:

- 1) إيجاد منهج ثابت: ففي حين تعددت نماذج التحسين في الشركة الواحدة فإن نموذج (دمايك) يفرض نفسه كنموذج واحد فقط والالتزام به هو أحد السبل لتحقيق الهدف والدخول لآفاق منهج (6) سيجما.
- 2) إعطاء الأولوية للعميل وعمليات القياس: حيث يهتم نموذج (دمايك) بشكل بالغ بهذين المكونين الجوهريين في نظام (6) سيجما.
- 3) تقديم كل من تحسين العملية وتصميم - أو إعادة تصميم - العملية كسبيلين من سبل التحسين: يساعد نموذج (دمايك) فِرَق تحسين (6) سيجما في اتخاذ القرار الصائب نحو الاختيار بين إصلاح أو إعادة تصميم عملية غير سليمة.

السادس عشر - دورة حياة فريق دمايك (DMAIC):

يذكر (باند، وهولب، 2005: 57-60) و(النعمي، وصويص، 2008: 84-86) وكذلك (النعمي، وآخرون، 2009: 241-244) بأن مراحل تشكيل وإنهاء (دورة حياة) فريق منهج ستة سيجما (دمايك) (DMAIC) تتكون من ست خطوات، وهي بإيجاز:

الخطوة الأولى: تحديد واختيار المشروعات التي سيطبق فيها ستة سيجما ويفضل أن يكون المشروع صغيراً.
الخطوة الثانية: تكوين فريق العمل من المؤهلين وذوي الخبرات بالمنظمة.
الخطوة الثالثة: تكوين الميثاق وهو وثيقة مكتوبة للمشروع تتضمن كل النواحي المتعلقة بالمشروع من مبررات وأهداف وغيرها.
الخطوة الرابعة: تدريب فريق العمل لاسيما على الطريقة الصحيحة للتطبيق وعلى أدوات ستة سيجما.
الخطوة الخامسة: تنفيذ المشروع ومراقبته وضمان سلامة التطبيق.
الخطوة السادسة: تسليم الحلول والنتائج للمنظمة التي تتعهد بالمحافظة على الإنجازات المتحققة.

السابع عشر - أدوار أعضاء فريق ستة سيجما (الهيكل التنظيمي):

يتضمن تنفيذ أسلوب ستة سيجما في الغالب إحداث تغييرات في هيكل المنظمة بناءً على الوضع الحالي للمنظمة وشكل ونوعية الأنظمة السائدة والسلوكيات الفردية بالمنظمة، كما أن ذلك التغيير قد يولد تحديات أمام عملية التحسين المستهدفة بحسب ما يرى ذلك (أحمد، وآخرون، 2010: 210-211)، مبيئاً أن من أهم الأدوار التي يتكون منها فريق عمل ستة سيجما:

- القادة (الأبطال).

- أساتذة الأحزمة السوداء.

- الأحزمة الخضراء.

- الأحزمة الصفراء.

وفيما يأتي نبذة عن كل عضو من أعضاء الفريق، وذلك بحسب ما أورده (أحمد، وآخرون، 2010: 211-212) وكذلك (الشامان، 2005: 109-111)، وهي:

أ. القادة أو الأبطال (الراعي أو المناصر):

وهم مجموعة من الأفراد يتم اختيارهم بواسطة الإدارة العليا بالمنظمة، وتُعطى لهم صلاحيات وسلطات فيما يتعلق بمشروعات التحسين المطلوبة ويمثل (البطل) حلقة الوصل بين الإدارة العليا والمستويات الاستراتيجية بالمنظمة وبين المستوى التشغيلي بالمشروع، ويعتمد الدور الذي يلعبه (البطل) في مشروعات ستة سيجما على طبيعة المنظمة والمشروعات وعمليات التحسين المستهدفة، ويُعد اختيار الأبطال من الأمور الحيوية والهامة لتحقيق النجاح بكافة عمليات ستة سيجما، ويقوم (الأبطال) بشكل عام بالمهام الآتية:

- تحديد أهداف وعمليات ستة سيجما المطلوبة.

- إحداث التغييرات المطلوبة في العمليات.

- اختيار وتنسيق مشروعات ستة سيجما.

- متابعة أصحاب الأحزمة السوداء.

- توفير الموارد التي يحتاجها أصحاب الأحزمة السوداء.

- المشاركة في تدريب وتنمية مهارات أعضاء الفريق.

- تكوين خطوط اتصال جيدة وواضحة ومستمرة مع جميع الأطراف بالمنظمة والمحافظة عليها.

ويشار إلى أن (النعمي، 2007: 13) يطلق على القادة مصطلح (الراعي أو الداعم) ويجب أن يكون

- كما يقول - في موقع متقدم في المؤسسة مثل مجلس الإدارة. ويرى أنه عادة ما يكون هو المدير التنفيذي

لمشروع ستة سيجما وهو ما تؤيده أيضًا (الشامان، 2005: 109)، في حين يطلق عليه (نجم، 2010: 117) لقب (المناصر) ويرى أنه عادة ما يكون عضوًا في الإدارة العليا.

ب . الأحزمة السوداء : وهؤلاء ينقسمون إلى قسمين:

- الأول: أساتذة الأحزمة السوداء أو الحزام الأسود الرئيس.
- والآخر: أصحاب الأحزمة السوداء .

فأساتذة الأحزمة السوداء يتحملون المسؤولية عن متابعة أصحاب الأحزمة السوداء وتدريب الجدد منهم ونقل المعارف إليهم في كيفية استخدام أدوات وأساليب ستة سيجما بكفاءة وفعالية، أما أصحاب الأحزمة السوداء، فهم مجموعة من القادة لديهم القدرة على إدارة فريق عمل المشروع، ويمتلكون معرفة مناسبة ومهارات متعددة في استخدام وتطبيق أدوات وأساليب ستة سيجما وتنفيذها بدقة في المنظمة.

تجدر الإشارة إلى أن (النعيمة، 2007: 12) يرى أن الحزام الأسود الرئيس يتمتع غالبًا بالخبرة في الأدوات التحليلية لسته سيجما مع امتلاكه خلفية علمية في مجال الهندسة أو العلوم أو حاصل على درجات علمية عليا في مجال الإدارة أو الإحصاء، وتضيف (الشامان، 2005: 109-110) بأنه يقوم بقيادة بعض المشاريع أو البرامج المهمة ويسهل عملية تبادل الخبرات في المنظمة، ويتم اختياره على أساس المهارات القيادية والإشرافية، وبحسب (نجم، 2010: 118) فهو يمارس دور المرجع للأحزمة السوداء والخضراء والصفراء، كما يرى (النعيمة، وآخرون، 2009: 234-235) أن الحزام الأسود هو من أهم الأدوار في ستة سيجما، وأنه في الغالب يكون أحد أعضاء الإدارة الوسطى في المنظمة، ويوافقه (المصري، والأغا، 2014: 87-88) مضيفًا أنه يشرف على أصحاب الحزام الأخضر وتدريبهم ومسؤول عن تهيئة الفريق للبدء بالمشروع، ولديه القدرة على إدارة المشاريع والبرامج وتوجيهها نحو الأهداف المنشودة، فيما يضيف (دودين، 2012: 257) بأنه يتلقى تدريبًا لنحو (200) ساعة لإعداده.

ومن ناحيته يورد (بيرزيكوب، 2008: 215-217) قائمة بعشر خصائص لحاملي لقب الأحزمة السوداء، هي باختصار:

- 1) تأييد العميل: فسواء كانوا عملاء داخليين أم خارجيين فهم الحَكَم النهائي لجودة المنتج أو الخدمة.
- 2) الهوية (العاطفة): لديهم حافز شخصي، وروح المبادرة، والشخصية الإيجابية حيث تعطيهم الهوية روح الاستمرارية والمثابرة حتى في الأوقات العصيبة للمشروع.
- 3) قيادة التغيير: لديهم طريقة لإحداث التغيير الإيجابي، وفي الوقت نفسه يتولون إحداث هذا التغيير.
- 4) الاتصال: ذوو كفاءة في اتصالهم بالآخرين، ويتحدثون بطريقة مفهومة لجميع من يستمعون إليهم.
- 5) فطنة الأعمال التجارية: تتوافر لديهم المعلومات الإدارية والقدرة على ربط المشروعات بالنتائج المرغوبة وتأدية المشروعات بطريقة تزيد القدرة التنافسية والمالية للمنشأة.
- 6) إدارة المشروع: من حيث الإلمام بالمبادئ الأساسية لإدارة المشروع والخبرة اللازمة.
- 7) الاتجاهات الفنية: فليدهم المعرفة ببرمجيات الحاسوب والمهارات التحليلية.
- 8) عضو فريق وقائد: لديهم القدرة على القيادة والعمل داخل الفريق، وعلى درجة علمية من فهم ديناميكياته، وهم محبوبون ولديهم القدرة على الإقناع وتحفيز الآخرين، ومهارة التعامل مع الجمهور.
- 9) محقق للنتائج: جادون في أعمالهم ولديهم كفاءة في عرض النجاحات بسرعة.
- 10) المتعة: يستمتعون بأعمالهم، الأمر الذي يشجع الآخرين ويحفزهم على تقليدهم.

ج . الأزممة الخضراء :

وهم مجموعة الأفراد الذين يعملون في مشروعات ستة سيجما التي تمثل جزءًا من وظائفهم المعتادة ووفق مجال تخصصهم، إلا أنهم يحتاجون للتدريب على استخدام أدوات ستة سيجما وهم يعاونون أصحاب الأزممة السوداء في مراحل معينة في أداء مهامهم المتعلقة بتنفيذ مشروعات ستة سيجما، وبحسب (النعيمي، 2007: 12-13) فصاحب الحزام الأخضر يكون عضوًا في فريق ستة سيجما أو قائدًا للفريق بشكل جزئي، ويضيف (دودين، 2012: 257) بأنه يقضي نحو (40%) من وقته في تطبيق برامج ستة سيجما ميدانيًا.

د . الأزممة الصفراء (أعضاء الفريق):

ويتمثلون في مجموعة الأفراد الذين يساعدون أصحاب الأزممة الخضراء، وينتمون إلى تخصصات ومجالات وظيفية مختلفة ويفترض أن تتوفر فيهم الخصائص الآتية:

- المعرفة الوظيفية: في كل ما يتعلق بوظائفهم (المهام، والعمليات ...).
 - التعاون: فليدهم الاستعداد للتعاون والمقدرة على العمل مع الآخرين في فريق بالإضافة لقدرة على تجربة أفكار وطرق جديدة في العمل.
 - روح المبادرة والمقدرة على تقديم الأفكار والمقترحات المتعلقة بالعمل.
 - المقومات الشخصية: فيمتلكون القدرة على التفكير المستنير، عوضًا عن شرح أفكارهم الجديدة وتوضيحها والتأقلم مع الأنشطة الجماعية.
 - امتلاك القدرة على استخدام بعض أدوات ستة سيجما فيما يخص مجال عملهم ووظائفهم.
- وهذا ما يؤيده أيضًا (المصري، والأغا، 2014: 88)، في حين يضيف (دودين، 2012: 257) بأن أصحاب الأزممة الصفراء يعملون جزئيًا في تطبيق ستة سيجما بما لا يزيد عن (25%) من وقت عملهم الأصلي، ويمارسون مهام تنفيذية مباشرة للإجراءات اللازمة لستة سيجما.
- وفي السياق يشار إلى أن (النعيمي، وآخرين، 2009: 238-239) يتفق في أدوار أعضاء فريق ستة سيجما السابقة ماعدا (الحزام الأصفر) حيث لا يذكره، ولكنه يذكر عضوًا آخر، هو: **قائد التنفيذ (العملية):** ويوصف بأنه المنفذ الأكبر الذي يقوم بتنظيم جهود ستة سيجما كافة، ويكون عادة في منصب نائب رئيس، ويتواصل مع الرئيس التنفيذي أو الإدارة العليا ويتمتع بخبرة عالية في الجودة والتطوير ويمتلك مهارات عدة في مجالات مختلفة أهمها القيادة والإدارة، ويؤدي وظيفة المدرب المحترف في التطوير التنظيمي أو الجودة، إضافة لعددٍ آخرٍ من المهام، كما يمثل حلقة الوصل مع راعي الفريق، كما أن الهدف من هذا المنصب هو قيادة طريقة التفكير والأدوات والإجراءات المتعلقة بالمنهجية، ويُعد بمثابة الضمير لأعضاء الإدارة العليا ويساعدهم في الحفاظ على ممارسات ستة سيجما، ومسؤولًا عن تنفيذ خطط تطبيق المنهج، وهذا ما يؤيده (المصري، والأغا، 2014: 87)، وتزيد (الشامان، 2005: 105) بأن دوره يتمركز في نشر فكر ثقافة ستة سيجما بالمنظمة.

وبحسب ما ورد يتضح أهمية البناء التنظيمي الخاص بمنهج ستة سيجما وقوة صلابته وتماسكه ومرورته للتكيف مع التغيرات والتطورات، والاختيار الدقيق لأعضائه والقدرات والمهارات التي يتمتعون بها والولاء الخالص للمنظمة، ورغم أن جميع تلك الأدوار لها أهميتها في نجاح عمل فريق ستة سيجما وتحقيق أهداف التطبيق وأهداف المنظمة، إلا أنه يتبين أن دور الحزام الأسود يعتبر الأهم والرئيس في تحقيق تلك الأهداف لكونه بمثابة محور الفريق والمحرك له.

الثامن عشر - أدوات قياس ستة سيجما:

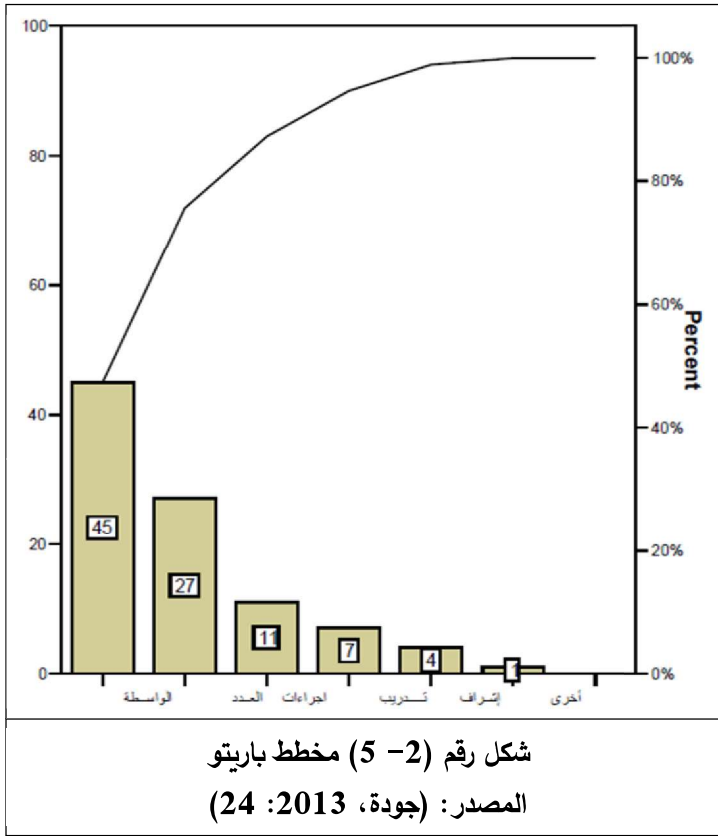
يذهب (المصري، والأغا، 2014: 83) إلى وجود عددٍ من أدوات القياس المستخدمة في ستة سيجما لضبط الجودة بغرض التحسين المستمر، حيث بالإمكان استخدام أكثر من أداة في كل مرحلة من مراحل تطبيق منهجية ستة سيجما، ومن أهم تلك الأدوات باختصار:

(أ) أسلوب العصف الذهني:

وهو بحسب (المصري، والأغا، 2014: 83-84) وسيلة لتشجيع التفكير الإبداعي لمجموعة من الأفراد لاستنباط الآراء والأفكار، ويستخدم عندما تكون الحاجة ماسة لتوليد عدد كبير من الأفكار الإبداعية في فترة زمنية قصيرة، أو إيجاد بدائل متعددة لخيارات الحل.

دواعي استخدام أسلوب العصف الذهني:

1. مساعدة أعضاء الفريق على تشخيص الأسباب المحتملة أو الحلول المناسبة لمشكلة معينة.
2. تشجيع كل مشارك ليأخذ دوره في تقديم أفكاره ومقترحاته.
3. المساعدة في توليد أكبر عدد ممكن من الأفكار الإبداعية.



(ب) تحليل (مخطط) باريتو:

وهو يستخدم بحسب (المصري، والأغا، 2014: 83-84) لتحديد أولوية حل المشكلات، حيث يساعد الإدارة في التركيز على المشكلات ذات الأهمية الأكبر لمعالجتها، وهو ما يراه أيضًا (توفيق، 2008: 71-72) مضيئًا بأن الغرض منها هو تشجيع العمل في الفرص الهامة وليس الفرص السهلة، وكذلك في التعرف على الفرص الحرجة التي سيكون لها أعظم الأثر على رضا العملاء والربحية. ومن مزاياه ما أشار إليه (القرز، وآخرون، 2009: 59-60) بأنه يساعد على توحيد الجهود نحو اتخاذ قرارات الإجراءات التصحيحية، وكذلك في بيان التأثير الناتج من إجراءات تحسين الجودة.

(ت) خرائط التدفق (المخطط الانسيابي):

وهي عبارة عن تمثيل بياني يعتمد على الرسم لتوضيح خطوات حل المسألة أو المشكلة بحسب (المصري، والأغا، 2014: 84) موضحةً أنها تعمل على تبسيط فهم المشكلة أو المسألة وتوضح ما يجب عمله، وبحسب (القرز، وآخرون، 2009: 85) فإنه يستخدم لوصف عملية قائمة أو تصميم عملية جديدة عبر تصوير خطوات العملية باستخدام بعض الرموز.

ث) تحليل الفشل (أنماط الأعطال) والتأثير:

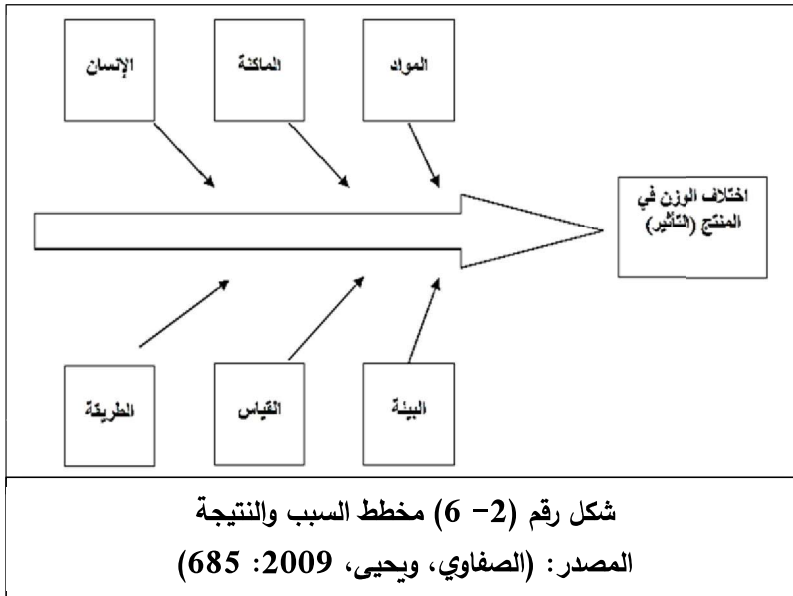
يُعد هذا التحليل بحسب (توفيق، 2008: 74-76) أداة ممتازة تستخدم في مجال صناعة السيارات والطائرات بدرجة أساسية أو حيث تكون سلامة الأفراد مصدر قلق، حيث يستخدم في التنبؤ بأنماط التعطل (الفشل) المحتملة خلال تصميم المنتج (الخدمة) أو إعادة تصميمها، وكذلك في تحديد تأثيرات الفشل على الأداء وخطوات العمل اللازمة للحيلولة دون وقوع التعطل المتوقع.

ج) المقارنة المرجعية:

وهي تستخدم كما يشير لذلك (القزاز، وآخرون، 2009: 81) في مقارنة عملية (أداء أو منتج أو خدمة) مع عمليات مشابهة تُعد مثالية بهدف تشخيص فرص تحسين الجودة، وبحسب (المصري، والأغا، 2014: 84-85) فإنها تتم من خلال عدة مراحل، هي:

- 1) قياس الأداء الداخلي: ويشمل تحديد الأنشطة، ونتائجها، والمستفيدين منها، وتحديد أفضل القياسات، وإعادة النظر في أداء المؤسسة الحالي.
- 2) ما قبل المقارنة المرجعية: تشمل إعداد أولويات وتحديد موضوع المقارنة، واختيار الشركاء للمقارنة، وتحديد طرق الحصول على المعطيات والمعارف.
- 3) المقارنة المرجعية: وتتم من خلال جمع وتنظيم العناصر المجمعمة، وتحليل الفوارق اللازمة للأداء، وتقييم الإنجاز المستقبلي للمنظمة.
- 4) ما بعد المقارنة المرجعية: وتتم بإعلان نتائج المقارنة، وإعداد الأهداف، وتطوير مخططات العمل، ووضع الأهداف موضع التنفيذ، والملاحظة والتعديل من خلال مراجعة تكامل الأعمال، وتوقع النجاح وإعادة تعديل الأهداف والعودة إلى الخطوة الأولى.

ح) مخطط السبب والنتيجة (إيشيكاوا):



ويطلق عليه البعض أيضًا مخطط عظم السمكة بحسب (المصري، والأغا، 2014: 84) نسبة إلى شكله، ويُعد من أهم أدوات تحليل أسباب المشكلات الرئيسية والفرعية وربطها معًا.

مزايا مخطط السبب والنتيجة:

بحسب (القزاز، وآخرون، 2009: 79-80) فإنه يمكن إيجاز مزايا مخطط السبب والنتيجة في:

- يسهم بشكل فاعل في

- توسيع آفاق المعرفة لدى المشاركين في عمل المخطط.
- تمكين المشاركين في عمل المخطط من ممارسة أساليب البحث العلمي وإدارة المناقشات بشكل موضوعي وهادف للوصول إلى أفضل المعلومات لاتخاذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب.
- يساعد في معرفة المستوى التكنولوجي للعاملين وكفاية أدائهم ومستوى مقدرة وسيلة الإنتاج.

خ) مخطط الترابط (الانتشار):

بحسب (القران، وآخري، 2009: 62-63) فإنه يتم اللجوء له لأنه الأداة الفاعلة لتشخيص مسببات الانحرافات المؤثرة في العملية الإنتاجية بهدف اتخاذ الإجراءات الكفيلة لإزالتها.

د) خرائط المراقبة:

وهي تُعد بحسب (القصي، 2012: 54) أساس المراقبة الإحصائية للعمليات، ومن خلالها يمكن للفريق القائم على العملية تتبع أدائها خلال مختلف مراحلها أو مراقبة حدوث أي مشكلات قد تؤثر على جودة المنتج أو الخدمة، وتبين هذه الخرائط نوع التغيرات الواقعة في العملية هل هي طبيعية أم غير طبيعية.

ذ) التوزيع (المدرج) التكراري:

وهو بحسب (القصي، 2012: 53) أحد أهم وأنجح التقنيات لدراسة وتحليل بيانات الجودة، إذ يمكن تصنيف بيانات العملية إلى عدة فئات وبحسب تكرارها، ومنه يتم استخلاص معلومات مهمة جدًا عن جودة المنتج أو الخدمة كالقيمة المتوسطة للبيانات، ومقدار الاختلافات في البيانات وتشتتها وكذلك الحكم على جودة العملية مقارنة بالمواصفات.

من خلال الاستعراض السابق لعدد من الأدوات الإحصائية التي تستخدمها ستة سيجما وتُعد مكونًا رئيسًا في منهجها القائم على الحقائق والبيانات والتحليل الدقيق بالطرق والوسائل العلمية والإحصائية، يتضح أهمية تلك الأدوات واستخداماتها المتعددة والتوظيف الأمثل لها في معالجة المشكلات وتحسين الأداء وتحقيق أهداف المنظمة. علمًا بأن هذه الأدوات وغيرها يتم استخدامها بفاعلية في مراحل تنفيذ منهج ستة سيجما (دمايك) بحسب ما يتناسب وطبيعة كل مرحلة من تلك المراحل والمشكلة أو الهدف المطلوب تحقيقه.

التاسع عشر - المزايا التي تقدمها ستة سيجما للمنظمات:

تشير (الشريفي، 2012: 133-135) إلى وجود عدة مزايا لتطبيق ستة سيجما في المنظمات وتحصرها

في (3) جوانب رئيسة، هي:

أولاً: مزايا للعاملين، ومنها:

- إزالة الحواجز بين العاملين وتشجيع التعاون ورفع معنوياتهم.
- زيادة الوعي بمختلف أدوات وتقنيات حل المشكلة، وبالتالي زيادة الرضا الوظيفي لديهم.
- سيكون صوت العاملين مسموعًا لدى الإدارة العليا عند عملية اتخاذ القرار.
- سيشارك العاملون بنشاط في صنع التغيير.
- تحسين وتطوير مهارات العاملين.

ثانيًا: مزايا للزبون، وتتمثل في:

- التركيز والاستجابة لحاجات الزبائن، وتبني ثقافة "الوقاية خير من العلاج" فيما يخصهم.
- التركيز القوي على توقعات ومتطلبات الزبائن الحاليين والمحتملين، وتحقيق أعلى مستوى رضا لهم.
- تعزيز القيمة للزبون.

ثالثاً: مزايا للمنظمات، ومنها:

- تحسين الأداء المالي والأرباح.
- تخفيض كلف الجودة الرديئة.
- تحسين مستوى الخدمة وسرعة أداؤها واستبعاد الخطوات الزائدة.
- تحسين العمل الجماعي على جميع المستويات.
- استمرارية النجاح.

مما تقدم يتضح فوائد ومزايا ستة سيجما التي تقدمها للمنظمات وعملائها الخارجيين والعاملين فيها، ويمكن إيجاز أهم تلك المزايا في تعظيم القيمة (القيم) والمنافع لكل الأطراف ذات العلاقة بالمنظمة سواء كانوا مالكيين أو عاملين أو موردين أو زبائن أو غير ذلك.

العشرون - تطبيق ستة سيجما في قطاع الخدمات:

بحسب (Chen, et al, 2010: 1152) فإن قطاع الخدمات يلعب دورًا هامًا وحيويًا في تنمية الاقتصاد العالمي خلال السنوات الأخيرة حيث يُنظر للأداء المتقن للخدمة بأنه عامل مؤثر لتعزيز المنافسة، كما أنها وبحسب (جودة، 2013: 15) تشكل القطاع الأكبر في اقتصاد معظم دول العالم، ويدعم ذلك ما ذكره (النعيمة، وصويص، 2008: 32) بأن قطاع الخدمات يوظف (3) أضعاف العاملين في قطاع الصناعة. وفي سياق متصل يذكر (Kamar, 2014: 1) أنه بعد النجاحات التي حققتها ستة سيجما في المنظمات الصناعية انتقل تطبيقها تدريجيًا إلى المنظمات الخدمية، وهذا ما خرجت به دراسة (موسى، وآخرين، 2007: 55) من إمكانية تطبيق ستة سيجما في مختلف أقسام المنشأة سواء كانت خدمية أو صناعية، ربحية أو غير ربحية، ومن جانبه يشير (باند، وآخرون، 2009: 88-93) إلى أن تطبيق (6) سيجما في قطاع الخدمات بهدف تحسينها ليس أمرًا مجهولًا مستشهدًا في ذلك بشركة موتورولا وعشرات النجاحات التي حققتها. ومن طرف آخر، يشير (Vijay, 2014: 170) إلى أنه خلال عقدين من الزمن طبقت عدة شركات صناعية ستة سيجما لتحسين عملياتها، إلا أن تطبيقها في مجال الخدمات كالرعاية الصحية مثلاً كان محدودًا، ورغم ذلك فقد أظهرت استخدام ستة سيجما في قطاع الرعاية الصحية فوائد متعددة.

يتضح مما ورد في هذا السياق أن بدايات ستة سيجما كانت في المنظمات الصناعية التي حققت نجاحات باهرة، ما لبثت أن كانت الحافز للمنظمات الخدمية لتبنيها وتطبيقها فحققت أيضًا نجاحات مذهلة، ويجدر الإشارة إلى أن المنظمات الخدمية مطالبة بالتركيز بقوة على العميل وتلبية احتياجاته بأعلى جودة ممكنة والانطلاق من متطلباته وترجمتها لمعايير قابلة للقياس للتحقق من مدى النجاح وإجراء التحسينات المستمرة في ضوء احتياجات العميل لكونه هو المقياس الرئيس والأهم على جودة الخدمة المقدمة.

توطئة:

تزايد في الآونة الأخيرة اهتمام المنظمات المعاصرة صناعية كانت أم خدمية بمفهوم رضا العميل باعتباره معياراً أو مؤشراً لقياس الجودة، وتعود أهمية تحقيق الرضا للعميل إلى اشتداد المنافسة عالمياً بين المنظمات المختلفة للاستحواذ على النصيب الأكبر من العملاء؛ مما دعاها للتركيز على إشباع حاجاته ورغباته سعياً لإرضائه وإسعاده بحسب ما ألمح لذلك (جودة، 2006: 74-75) و(ماهر، 2009: 37)، ومما يعكس هذه الحقيقة أن جوائز الجودة العالمية خصصت نسبة كبيرة من نقاطها لمعيار رضا العملاء، فجائزة مالكوم بالدريج الوطنية الأمريكية للجودة خصصت (30%) من إجمالي النقاط لرضا العميل، وهذا ما أشار إليه (فيلد، وآخرون، 2004: 49) و(القزاز، وآخرون، 2009: 226-227)، وسبقه كذلك (كوش، 2002: 499) الذي ذكر بأن رضا العميل احتل (20%) من إجمالي نقاط معايير الجودة الأوروبية.

وباعتبار المريض عميلاً خارجياً للمنظمة، فإن الاهتمام برضاه يحتل موقعاً هاماً في المجال الصحي لكون رضاه مقياساً مهماً لكفاءة وأداء المنظمة الصحية ومستوى الجودة التي تتمتع بها خدماتها الصحية وهو ما عليه (انساعد، 2010: 224)، ويشاركه الرأي (أبو شريعة، 2014: 28) مضيفاً بأن رضا المريض يُعد مؤشراً هاماً لنتائج الخدمات الصحية في المستشفيات وذلك لتأثير رضاه على النتائج العلاجية للمريض، إضافة لتأثير رضاه بشكل واضح على سمعة ومكانة المستشفى في المجتمع، في حين نوه (بوعباس، 2010: 34) إلى أن الرضا والسرور الكبير عن الخدمة المقدمة للمريض هو انعكاس طبيعي لجودة هذه الخدمة مما يولد ولاءً للخدمة ومكان تقديمها.

وفي هذا المبحث يتم التطرق لتعريف الرضا والعميل ورضا العميل ورضا المرضى وأهمية قياس رضا العميل وطرق القياس وغيرها من المحاور ذات العلاقة.

أولاً - تعريف العميل (من هو العميل؟):

لتحديد من هو العميل (المريض) فإن ذلك ينقلنا للحديث عن تعريف العميل، حيث يشير (فيلد، 2004: 50-51) و(جودة، 2006: 71) إلى أن العميل هو الشخص الذي يشتري أو يتعامل مع المنظمة بغرض الحصول على منتجات أو خدمات، وهناك نوعان مختلفان من العملاء، هما:

- العميل الداخلي: هو العامل أو الموظف أو مقدم الخدمة أو من له صلة بإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة للمستخدمين منها.
- العميل الخارجي: فهو الشخص من خارج المنظمة الذي يشتري منتجاتها أو يتلقى خدماتها كالمستهلك والزبون والمريض الخ.

وبحسب (جودة، 2006: 71) فإن العميل الخارجي يشكل الهدف النهائي لأية عملية تسويقية وهو يُعد مفتاح نجاح أو فشل المنظمة سواء كانت صناعية أو خدمية، ربحية أو غير ربحية. ومما سبق يتضح بأن المريض يُعد عميلاً خارجياً للمنظمة.

ثانياً - مفهوم رضا العميل:

ظهر مفهوم الرضا في علم الإدارة بصورة الرضا الوظيفي بحسب ما أورد (الفراج، 2009: 55) حيث استخدم المفهوم للدلالة على درجة رضا العامل عن عمله ومستوى ولائه لمؤسسته، وقد بحث علماء الإدارة عن عوامل زيادة رضا العاملين لأثر ذلك على تحقيق أهداف المؤسسة ونموها وتطورها، ثم انتقل المفهوم إلى المؤسسات الخدمية على صورة رضا العملاء عن الخدمة المقدمة لهم كزبائن المصارف والفنادق ورواد المستشفيات وغيرهم مع تفاوت درجة اهتمام تلك المؤسسات بالمفهوم تبعاً لأهمية نوع الخدمة التي تقدم للعميل. وفي هذا الإطار يذكر تقرير (Measurement of Patient Satisfaction, 2003: 10) تعريفاً بسيطاً وعملياً للرضا يتمثل في درجة تحقيق الأهداف المرجوة، أما (ماهر، 2009: 43) فتري أنه "شعور المواطن أو المستفيد من الخدمة بالارتياح من الجانب الإجرائي أو السلوكي لموظفي الخدمة العامة أثناء تلقيه الخدمة"، وفي السياق نفسه يورد (انساعد، 2010: 223) و(عائشة، 2012: 104-106) تعريفات أخرى، ومنها أنه "شعور العميل بالبهجة نتيجة مقارنة أداء المنتج مع توقعاته"، ويضيف (جودة، 2006: 74) بأنه ينتج عن هذه المقارنة (3) مستويات من الرضا أو عدمه، ويؤيد ذلك (الطائي، وقداة، 2008: 153)، وهي:

- العميل غير راضٍ: إذا كان أداء المنتج أقل من توقعاته.
- العميل راضٍ: إذا كان أداء المنتج يتساوى مع توقعاته.
- العميل سعيد: إذا كان أداء المنتج أكبر من توقعاته.

وبالحديث عن مفهوم رضا العميل (الزبون) فإنه يُعد من المفاهيم المثيرة للباحثين لإدراك المؤسسات أن وجودها واستمرارها وتميزها قائم على احترامها للعميل ومدى إرضائه وهذا ما يؤيده (واله، 2011: 109)، وقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم رضا العميل (الزبون أو المريض) بحسب (عبد الوهاب، 2016: 257) مشيراً إلى أنه يمثل إجراء مقارنات للخدمة المستلمة مع التصورات أو التوقعات المسبقة للخدمة، وبحسب (جيرسون، 2003: 17) فإن رضا العميل هو أن يُقدم له المنتج أو الخدمة التي تلبى احتياجاته أو تفوقها، وبدوره يرى (سويدان، 2011: 663) بأنه إدراك الزبون بأن حاجاته ورغباته وتوقعاته حيال المنتج أو الخدمة قد تم إشباعها، في حين يذكر (الشعرات، 2014: 31) بأنه الشعور العارم بالسعادة والارتياح لإنجاز معاملتهم ويتحقق ذلك بالتوافق بين ما يتوقعه الزبون ومقدار ما يحصل عليه، ومن جانبه يرى (توفيق: 2008: 303) بأن رضا العملاء هو مقياس إدراكهم لجودة المنتجات أو الخدمات التي يقومون بشرائها.

تجدر الإشارة إلى أن رضا العميل هو الغاية الرئيسية والهدف الأساسي لكل نماذج الإدارة الشاملة للجودة بحسب ما أوضح ذلك (القرز، وآخرون، 2009: 247-248) مبيناً أن تحقيق تلك الغاية والهدف يكون بالجودة التي تفوق توقعات الزبون (العميل) في السلعة أو الخدمة المقدمة له، بجانب العمل على إرضائهم بشكل مستمر ودائم وفق رغباتهم وتوقعاتهم واعتبار أن الزبون (العميل) دائماً على حق حتى لو كان مخطئاً، بالإضافة لاعتماد التغذية الراجعة من آراء ومقترحات الزبائن (العملاء) حول مستوى الجودة والخدمات المقدمة.

ومما تقدم يمكن ملاحظة مدى اهتمام المنظمات المختلفة والباحثين برضا العميل، وهذا يدل على أهمية العميل في تحقيق النجاح والاستمرارية والنمو للمنظمات، ومن هنا يمكن الوصول للتعريف الآتي لمفهوم رضا العميل على أنه "الشعور المتكون لدى العميل نتيجة مقارنته بين ما كان يتوقعه من المنتج أو الخدمة وبين ما حصل عليه فعلياً منها، حيث يرتبط رضاه طردياً مع مدى التطابق الناتج عن تلك المقارنة، فإن فاق ما توقعه

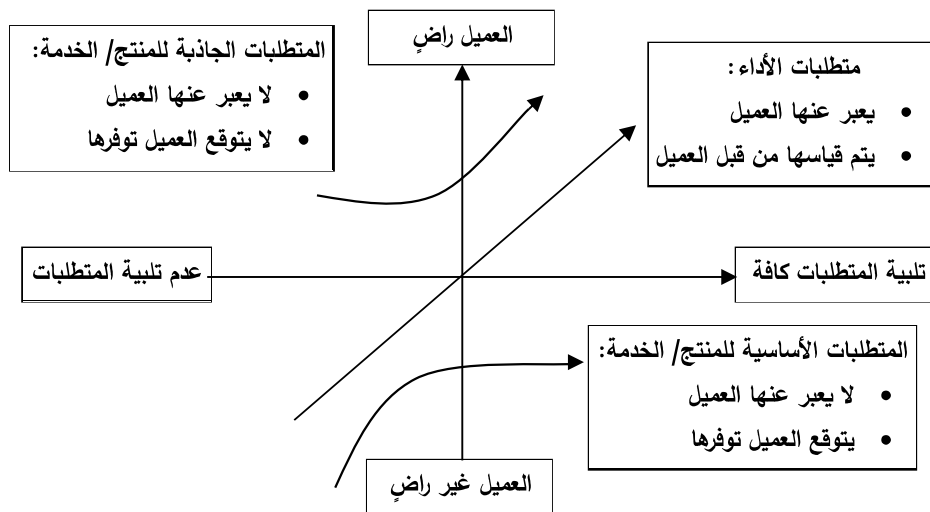
عن المستوى الذي تلقاه انخفاض رضاه، وإن تطابق أو فاق ما حصل عليه عن المستوى الذي توقعه تحقق الرضا أو زاد مستوى رضاه".

ثالثاً - متطلبات العميل وأثرها على مستوى الرضا:

يشير تقرير (Measurement of Patient Satisfaction, 2003: 23) إلى أن رضا المرضى (العميل) كوسيلة لتقييم الخدمات الصحية أمر ضروري حيث إن الرضا عن تقديم الخدمات مهم، ولكن التركيز على ذلك وحده يخفق في تلبية احتياجات العملاء؛ لذا فإن فهم الفرق بين احتياجات العملاء ورضا العملاء أمر بالغ الأهمية لنجاح المنظمة في إدارة الجودة.

ومن الفائدة بمكان الإشارة إلى أن الخبير الياباني (نوريأكي كانو) وضع نموذجاً يحمل اسم (كانو Kano) في العام 1980م بحسب (Hekmatpanah, et al, 2012: 331)، حيث يربط هذا النموذج بين احتياجات ومتطلبات العميل من جهة ومستوى رضاه من جهة أخرى، ويمثل النموذج ثلاث مناطق رئيسة لرضا العميل، وذلك بحسب ما يذكره (فيلد، 2003: 69-70) و(جودة، 2006: 80-82) وكذلك (الطائي، وقداة، 2008: 156-158)، وهي كما يوضحها الشكل (2-6) على النحو الآتي:

1. منطقة المتطلبات الأساسية أو الواجب توفرها: وهي الأكثر أهمية لإرضاء العميل وهي لا يعبر عنها العميل وذلك لتوقعه بوجودها ضمنياً في المنتج أو الخدمة، وإذا لم يتم تلبيتها فإن العميل لن يكون راضياً وفي حال وجودها فلن تزيد من مستوى رضاه.
2. منطقة متطلبات الأداء: وهي موضحة بخط مستقيم، ويمثل المتطلبات الواضحة، وتشمل جميع ما يطلبه العميل من احتياجات كتابة أو شفاهة، ويتم التعرف عليها بسهولة ويتوقع العميل تحقيقها وهي متعلقة غالباً بالأداء، ويتناسب رضا العميل طردياً مع درجة تلبيتها له.
3. منطقة المتطلبات الجاذبة أو المبهجة: وتمثل التجديدات وتحتل أكبر درجة في التأثير على مستوى رضا العميل وهي غير معبر عنها من قبل العميل وكذلك غير متوقعة منه، وتوفرها يرفع من مستوى رضا العميل وغيابها لا يشعره بعدم الرضا نحوها.



شكل رقم (2-7) نموذج كانو لتصنيف متطلبات (حاجات) العميل وتأثيرها في رضاه
المصدر: (الطائي، وقداة، 2008: 157)

مما سبق يمكن التوصل إلى أنه هناك علاقة بين متطلبات العميل وبين مستوى رضاه، حيث ينتج عن تلك العلاقة ثلاثة مستويات أو مناطق للمتطلبات مع الرضا، الأساس فيها هو درجة تحقق متطلبات وتوقعات العميل أو التفوق عليها، ويمثل نموذج (كانو) وسيلة جيدة ومناسبة لتوضيح تلك العلاقة.

رابعاً - الاتجاهات المعاصرة في التعامل مع العملاء :

يشير (أبو النصر، 2009: 204) إلى بعض الاتجاهات المعاصرة في التعامل مع العملاء، ومنها:

- الاهتمام بآراء ومقترحات وشكاوى العملاء.
- إشراك العملاء في إدارة المنظمة.
- رفع شعار العميل أولاً.
- التطبيق الحقيقي لمبدأ العميل دائماً على حق أو على صواب.
- كسب رضا العملاء.
- تلبية توقعات العملاء.
- إسعاد العملاء.

يظهر مما سبق أن الاتجاهات المعاصرة تتمحور في الجانب الإيجابي للتعامل مع العميل وتقوم على التركيز بقوة عليه والسعي بكافة الوسائل لإرضائه وإسعاده.

خامساً - رضا المريض:

تختلف عملية تحقيق رضا العميل في مجال الخدمات عنها في مجال السلع، لكون الجودة المدركة في الخدمة تختلف عنها في السلع الملموسة، ويزداد هذا الأمر خصوصية في قطاع الخدمات الصحية، ومرد ذلك لخصوصية المرضى واختلافهم تبعاً لحالتهم الصحية، وهذا ما يؤيده (عائشة، 2012: 109-110) مؤكداً بأن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المريض من الخدمة المقدمة له، وبدوره يعد (Dzomeku, et al, 2013: 20) رضا المريض المؤشر الأهم للجودة العالية في الرعاية الصحية والذي يستخدم في تقييم وتخطيط الرعاية الصحية، هذا ما يؤيده أيضاً (Powell, 2001: 3-4).

ومن جانبه يعرّف تقرير (Measurement of Patient Satisfaction, 2003: 10) رضا المريض (العميل) بأنه موقف أو التوجه العام للشخص نحو تجربة كاملة للرعاية الصحية، ويشمل الرضا كلا من الجوانب المعرفية والعاطفية ويتصل بالتجارب السابقة والتوقعات والشبكات الاجتماعية.

وفي هذا المجال يرى (الفراج، 2009: 64) بأن رضا المريض هو شعوره بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى وتشمل الخدمات الطبية والتمريضية والخدمات المرافقة (فندقية، وطعام، ونظافة، وخدمات اجتماعية ونفسية)، مما يولد إحساساً باهتمام الأطر الطبية الخدمية به، ويمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء، ويخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج والتجاوب معه، وهذا يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية.

من طرفه يشير (انساعد، 2010: 224) إلى أن رضا المريض هو الفرق بين الأداء الفعلي وبين توقعات المريض وهذا ما يراه أيضاً (Amin, and Nasharuddin, 2013: 241)، في حين يذكر (بوعباس، 2010: 34-35) عدة تعريفات لرضا المريض منها: أنه المشاعر الإيجابية أو السلبية النابعة من وجهة نظر

المريض تجاه الخدمات المقدمة له وأن رضاه هو تعبير عن موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي يتعامل معها متضمنًا الجوانب المعرفية والعاطفية والمرتبطة بالتجارب السابقة، كما يورد (أبو شريعة، 2014: 28) تعريفات أخرى لرضا المريض، منها: أنه استجابة المريض العاطفية والوجدانية لتقييمه لجودة أداء مقدمي الخدمة الصحية خلال تجربته في تلقي الخدمة وذلك بحسب إدراكه أو معلوماته الأساسية في هذا المجال، في حين يرى (Powell, 2001: 5) بأنه التقييم الإيجابي للأبعاد المتميزة للرعاية الصحية. ومما ورد يمكن استخلاص التعريف الآتي لرضا المريض بأنه " هو الشعور الإيجابي المتكون لدى المرضى نحو المنظمة الصحية وأماكن تقديم الخدمة الصحية فيها والنتائج عن مدى تحقق توقعاتهم المتمثلة بحسن العناية بهم وعلاج مشكلاتهم الصحية وتسهيل إجراءاتهم وتهيئة ظروف إقامتهم وتلبية احتياجاتهم، والذي يقيم به المرضى مستوى تلك الخدمات ".

سادسًا - العوامل المؤثرة في رضا العميل (المريض):

يرى (واله، 2011: 110-112) بأن الرضا يتحدد عبر (3) أبعاد أساسية، تتمثل في التوقعات، والأداء الفعلي، والمطابقة أو عدم المطابقة، وهي موضحة على النحو الآتي:

1. التوقعات: ويشكلها العميل مسبقًا حول رأيه نحو مستوى خدمة ما وتتحدد بالجوانب الآتية:

- توقعات عن الخصائص الموجودة في الخدمة (الجودة المتوقعة) ويرى العميل أنها تحقق له منفعة.
- توقعات عن المنافع أو التكاليف الاجتماعية المتعلقة بردة فعل الآخرين (إيجابية أو سلبية) تجاه العميل بسبب اقتنائه (تلقينه) للخدمة.
- توقعات عن تكاليف الخدمة المادية وغير المادية التي يُلزم العميل بدفعها مقابل الحصول على السلعة أو الخدمة.

2. الأداء الفعلي: وهو ما يحصل عليه العميل فعليًا من الخدمة المقدمة، وتكمن أهمية الأداء الفعلي لكونه معيارًا للمقارنة بينه وبين توقعات العميل من حيث درجة الإشباع التي حصل عليها.

3. المطابقة أو عدم المطابقة: تنتج المطابقة عندما يتساوى الأداء الفعلي (الإشباع الذي حصل عليه العميل) مع ما يتوقعه، وخلاف ذلك ينتج عدم مطابقة، وتكون عدم المطابقة أحيانًا موجبة (مرغوب فيها) عندما يتفوق الأداء الفعلي عن التوقعات المسبقة، أو سالبة (غير مرغوب فيها) عندما ينخفض مستوى الأداء الفعلي عن توقعات العميل.

وعلى صلة بما سبق، يرى (Powell, 2001: 4-5) بأن تجربة المريض في بيئة المستشفى تستند على عدد من المواقف مع مجموعة واسعة من الأشخاص والمواقع، بدءًا من موقف السيارات وانتهاءً بخروجه من المستشفى، ومرورًا بعدد من العوامل المؤثرة على تصوره للرعاية الصحية المقدمة له خلال إقامته في المستشفى، ومن جانبه يورد (بوعباس، 2010: 36-37) ويوافقه كثيرًا تقرير (Measurement of Patient Satisfaction, 2003: 11-12) في بيانه لمجموعة من العوامل التي تؤثر في رضا المريض، وتتمثل في:

- توقعات المريض تجاه خدمات الرعاية الصحية المقدمة له.
- التجربة السابقة للمريض.
- علاقة مقدم الخدمة بالمريض، حيث تعزز العلاقات بينهما مستوى رضا المريض على المدى البعيد.
- الاختيار الدقيق لمقدم الخدمة.

- العمر، فالمرضى كبار السن يكون مستوى رضاهم أعلى من صغار السن.
- طبيعة المرض، حيث تؤثر الأمراض الحرجة والصعبة على مستوى رضا المريض، غير أن طمأنة المريض على حالته الصحية تعزز من مستوى رضاه.
- الجنس والعرق والحالة الاقتصادية والاجتماعية.

ومن جملة ما تم استعراضه يتضح أن هنالك عددًا من المؤثرات والعوامل المتعلقة بتشكيل رضا المريض، ويمكن تصنيفها تحت (3) مجموعات رئيسية، الأولى: العوامل المتعلقة بالمريض ذاته كالعوامل الديمغرافية والنواحي النفسية والإدراكية والحالة المرضية، والثانية: المرتبطة بمقدمي الخدمة من حيث الكفاءة والمعاملة والمقدرة على التواصل والنواحي الإنسانية، والثالثة: مرتبطة بالمنظمة من حيث بيئتها ومكوناتها والنظام المعمول به والثقافة السائدة وخصائص الخدمة المقدمة، ومن خلال تفاعل تلك العوامل معًا تتشكل درجة الرضا.

سابعًا - أهمية دراسة رضا العميل (المريض):

يذهب (عائشة، 2012: 111) إلى أن قياس مستوى رضا العملاء يُعد أمرًا جوهريًا بالنسبة لأي منظمة، لأنه يعبر عن مدى نجاح المنظمة في تحقيق أهدافها والحفاظ على عملائها؛ لذا فهي تسعى لإيصال رضا عملائها إلى أقصى درجة ممكنة كما عبّر عن ذلك (الشعرات، 2014: 31)، وقال به كذلك (السامرائي، 2007: 250-252) مؤكدًا أن إرضاء العميل وتلبية احتياجاته وتحقيق توقعاته يجيء في مقدمة أهداف منظمات الجودة الشاملة، وهذا ما ذهب إليه (بن سعيد، 1997: 91) مضيفًا بأن رضا العميل يُعد الركيزة الأساسية والقاعدة المتينة التي يجب أن تنطلق منها طموحات المنظمة المستقبلية.

وفي السياق نفسه، يُلاحظ أن الاهتمام بدراسة رضا المرضى يتركز في معظم الدول التي يكون للقطاع الخاص فيها دور رئيس في تقديم الخدمة الصحية كالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك لتوفر عنصر المنافسة بين المؤسسات الصحية لاسيما المستشفيات بغرض الاستحواذ على أكبر عدد من العملاء (المرضى) مقابل تقديم خدمات بجودة عالية، مع مراعاة كون الربح له دور مهم في استمرار تلك المؤسسات ونموها وتحسين خدماتها وهذا ما يؤيده (واله، 2011: 124-125) مضيفًا بأن الخدمات الصحية تقدم للمرضى مجانًا في معظم الدول النامية بما فيها العربية مما يذيب عنصر المنافسة بين المؤسسات الصحية ويترتب عليه قلة الاهتمام بآراء المرضى وقياس رضاهم عن جودة الخدمات الصحية.

وعلى حد قول (واله، 2011: 125) أيضًا فقد أبرزت الكثير من الدراسات أهمية التعرف على آراء المرضى حول الخدمات الصحية كأحد المؤشرات الهامة على جودتها، وتوظيفها في تطوير تلك الخدمات، ويمكن تلخيص الأسباب الكامنة وراء الاهتمام بقياس رضا المرضى في:

- الرضا هو أحد أهداف الرعاية الصحية وعنصر مهم لضمان الصحة النفسية التي تشكل مع الصحة الجسدية الهدف النهائي للخدمة الصحية الذي لا يتأتى إلا بتحقيق أعلى معدلات الرضا.
- تحقيق رضا المريض يجعله أكثر استجابة وتعاونًا مع مقدمي الخدمة الصحية ويسهل عملهم.
- يُعد الرضا خطوة ضرورية لبناء قنوات اتصال بين المريض ومقدمي الخدمات الصحية ووسيلة لإشراكهم في تطوير وتحسين تلك الخدمات.

- المريض هو أهم عناصر البيئة الخارجية التي تحتاج المؤسسة لدراستها بغرض استمرارها ونموها.
- رضا المريض هو مقياس لجودة الخدمة الصحية ونتائجه تترجم في تخطيط الخدمات الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

ومن خلال ما سبق يتضح أن من أهم الدواعي لدراسة رضا المرضى كونه أحد الأهداف الأساسية النهائية للرعاية الصحية، كما أنه يُعد عاملاً مسهلاً لمقدمي الخدمة في أداء مهامهم ومساعدًا في تماثل المريض للشفاء، إضافة لكونه مقياساً لجودة الخدمة وعنصرًا مهمًا في نمو المنظمة واستمراريتها.

ثامنًا - أهداف قياس رضا العميل (المريض):

بات معلومًا أن رضا العميل من أهم مؤشرات نجاح المنظمة؛ لذا فإن المنظمات المختلفة تسعى لقياس رضا عملائها، حيث يرى (نور الدين، 2007: 123) أن الهدف الأساسي لقياس رضا العميل هو السماح بقياس الجودة المدركة من قبل العميل بموضوعية، وتحسين صورة المؤسسة باهتمامها بآراء العملاء، ومدى تقدمها في تنفيذ وعودها بتلبية احتياجاتهم، فيما يورد (جيرسون، 2003: 27-32) عددًا آخر، هي بإيجاز:

1. التعرف على انطباعات وآراء العملاء.
2. تحديد متطلبات وتوقعات العميل المستقبلية.
3. سد الفجوات والثغرات: والتي قد تنشأ من الاختلاف بين ما تعتقد المنظمة أنها قد وفرته للعميل وما يعتقد العميل أنه تلقاه، ومن أهم تلك الفجوات:
 - الفجوة بين ما تظن المنظمة أن العميل بحاجة إليه وبين ما يحتاج إليه العميل بالفعل.
 - الفجوة بين ما تظن المنظمة أن العميل قد اشتراه وبين ما يظن العميل أنه قد تلقاه.
 - الفجوة بين توقعات العميل عن جودة الخدمة والمستوى الحقيقي للخدمة.
 - الفجوة بين الوعود المعلنة وما يتم تنفيذه.
4. تحديد الأهداف في ضوء احتياجات وطلبات العميل.
5. زيادة الربح عبر تطوير الأداء.
6. تقييم المستوى الحالي وتحديد الخطط المستقبلية.
7. ضمان الاستمرارية في عملية التطوير وتحسين مستوى الخدمة.

وعلى صلة بما سبق، يُعد تقييم رضا العملاء (المرضى) فرصة ممتازة لإشراكهم في عملية تقييم البرامج الخاصة بالمنظمة، كما يمكن أن تساهم في تحقيق عدة نتائج وذلك بحسب ما أشارت لذلك منظمة الصحة العالمية في مصنفها (7: 2000: Client Satisfaction Evaluations, Workbook 6).

مما تقدم يتبين أن قياس رضا المريض (العميل) يُعد من الضروريات للمنظمة لمعرفة نقاط قوتها وضعفها، وعنصر مهم في التخطيط المستقبلي، كما أنه وسيلة للوقوف على مستوى جودة خدماتها ومدى رضا عملائها عنها، إضافة لكونه أداة لتقييم نتائج التحسينات والتغييرات المدخلة على خدماتها.

تاسعًا - طرق قياس رضا العميل (المريض):

توجد عدة طرق بحسب (فيلد، 2003: 57-61) لجمع البيانات والحصول على معلومات التغذية الراجعة من العميل وقياس مستوى رضاه، ويشاركه في كثير منها (الطائي، وقدادة، 2008: 154-156) وكذلك (ماهر، 2009: 70-76)، ومنها الآتي:

- بطاقة الملاحظات.
- الاستقصاء (الاستبانة)، وتعتبر من أهم أدوات القياس وأكثرها استخدامًا وانتشارًا.
- مجموعات العمل المركزة من العملاء.
- أرقام الهواتف المجانية.
- زيارات للعملاء.
- المقابلات الشخصية.
- نظام شكاوى ومقترحات العملاء.

من السابق يتبين وجود عدد من الطرق والوسائل المستخدمة في قياس رضا العميل، إلا أن أكثرها استخدامًا في الواقع هو إجراء الاستقصاء من خلال الاستبانات أو الهاتف أو الشبكة العنكبوتية أو مواقع التواصل وغيرها.

عاشرًا - تحسين رضا المريض:

أصبح جليًا أن رضا العميل (المريض) يتحقق عندما يكون تصوره لنوعية الرعاية والخدمة التي يتلقاها في مجال الرعاية الصحية إيجابيًا ومرضيًا ويلبي توقعاته، وهذا يؤديه تقرير (Measurement of Patient Satisfaction, 2003: 11). ومع هذا، فإن من الأهداف الرئيسية لمنظمات الرعاية الصحية، ليس فقط تلبية توقعات المريض بل تجاوز تلك التوقعات وتحسين مستويات الرضا الذي يُعد أمرًا بالغ الأهمية؛ لنجاح تلك المنظمات على المدى الطويل، وهو ما يراه (Torres and Guo, 2004: 334).

وفي المقابل فإن المقولة التقليدية: بأن الناس بحاجة إلى الرعاية الصحية وأنهم سيواصلون علاجهم لدى مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم أمرٌ لا بد منه حتى لو كانوا غير راضين عن الخدمات التي يتلقونها، قد تغيرت سريعًا، وأصبحت الجودة تلعب دورًا هامًا لدى المرضى في اختيار مقدمي الرعاية الصحية على أساس جودة الخدمة ومستوى رضاهم عن منظمات الرعاية الصحية من واقع تجاربهم السابقة، وهذا ما دفع الكثير من المستشفيات لمراعاة وجهات نظر المرضى وتصوراتهم نحو تقديم الخدمات وجهود التحسين المستمر للأداء العام، وهذا ما يتبناه (Bandyopadhyay, and Coppens, 2005, v-4).

وما يجدر ذكره في هذا المقام، أن المرضى يعهدون بحياتهم إلى مقدمي الخدمات الصحية من أطباء واختصاصيين في المستشفيات؛ لذا فإنهم يتوقعون منهم القيام فعليًا بكل ما هو ضروري لضمان تحقق أقصى فرص النجاح لعلاجهم وإبقائهم على قيد الحياة (تحسين نتائج المرضى)؛ وعليه فإن الوصول لأعلى مستويات الرضا لدى المرضى ينبغي أن يكون أحد الأولويات العليا لأي منظمة للرعاية الصحية، وإن السبيل لذلك يكمن عبر مبادرات تحسين الجودة، حيث إن أحد الجوانب الهامة التي تركز عليها تلك المبادرات هو المرضى، محققة مستويات عالية من الرضا لديهم وهذا ما يسانده (Torres and Guo, 2004: 334, 336, 338)، وكذا (زيدان، 2010: 205) مؤكدًا بأن "الجودة في نظام الرعاية الصحية تعني تعظيم رضا المريض أولاً وأخيرًا".

وتأكيدًا لما سلف، أشار (Hekmatpanah, et al, 2012: 331) إلى أن الدراسات التي أجريت على رضا المرضى خلصت إلى وجود علاقة قوية جدًا بين جودة الخدمة ورضاهم، وأن المستوى العالي المدرك من جودة الخدمة يؤدي لزيادة رضا الزبون (المريض).

ومن هذا المنطلق ذكر (Bandyopadhyay, and Coppens, 2005, 4-6) ثلاثة مداخل لتحسين الجودة في قطاع الرعاية الصحية بغرض تحسين رضا المرضى، وهي:

1. قياس انطباعات ووجهات نظر المرضى.

2. تحسين نتائج المرضى (تطور إيجابي في الحالة المرضية).

3. استخدام منهج ستة سيجما.

ويؤكد أيضًا إمكانية تطبيق ستة سيجما في منظمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات وتوقعات المرضى، وتحقيق النجاح في مجالات متعددة في الخدمات الصحية، هذا إلى جانب زيادة رضا المرضى. ومن خلال ما سبق يتبين أن الجودة أصبحت هي المقياس الرئيس لدى المريض في اختياره مقدم الخدمة أو المنظمة الصحية التي سيتعالج فيها، وذلك من باب حرصه للحصول على أقصى وأفضل فرصة للعلاج والشفاء من المرض، وهذا ما يستوجب على المنظمات الصحية التركيز على برامج تحسين الجودة في خدماتها لتكون بمواصفات مناسبة ومتميزة يقبلها المريض وصولاً لتحقيق مستويات عالية من الرضا لديه، هذا ويُعد استخدام منهج ستة سيجما أحد المداخل الرئيسة لتحسين جودة الرعاية الصحية وزيادة رضا المرضى.

الحادي عشر - استخدام منهج ستة سيجما كأحد مداخل تحسين رضا المرضى:

يُعد المرضى بأنهم العملاء الأساسيين للمنظمات الصحية، وفي ظل التنافس بينها فإنه لا يكفي تقديم خدمات "جيدة" أو حتى "خالية من العيوب" لضمان نجاحها واستمرارها، بل لا بد أن تكون أولويتها العليا التركيز بقوة على عملائها والذي يعني إرضاء العميل الخارجي (المريض) وكذلك العميل الداخلي (العاملين)، وهذا من المبادئ الأساسية لستة سيجما كما يراه (بن سعيد، 2004: 84-85)، ويسانده (تتانت، 2008: 108-109)، ويؤيد ذلك أيضًا (الجعدي، 2011: 154) مشيرًا إلى تركيز الكثير من البحوث على دور ستة سيجما في المحافظة على معدلات عالية من رضا العملاء وهي من أهم ما يميز ستة سيجما عن غيرها من مناهج الجودة. ويضيف (Torres and Guo, 2004: 338) بأن الدراسات أظهرت أن ستة سيجما كانت أكثر فعالية من تقنيات تحسين الجودة السابقة، ويوافقه (تتانت، 2008: 11) مؤكدًا أنها تحقق جودة متميزة للعميل، في حين يُعدها (Taner, and Antony, 2007: 330, 332) من أقوى منهجيات تحسين الأداء التي تركز على تطوير وتقديم خدمات شبه مثالية، لتكون أكثر أمانًا وأسرع إنجازًا وأكثر تنسيقًا، إضافة للاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات، لافتًا النظر إلى أن تحقيق رضا المريض، وتحسين نوعية الحياة للعاملين في الرعاية الصحية، وزيادة الإيرادات وغيرها ما هي إلا بعض من نتائج الانتقال إلى مستوى أعلى لسيجما.

ويبين (Torres, and Guo, 2004: 337) أن بلوغ الهدف بتحسين رضا المرضى يستوجب من إدارة المستشفى التعرف على الأسباب الحقيقية لعدم رضاهم، واتخاذ الإجراءات للتخلص من تلك الأسباب، والتي سينجلي أثرها بتقييم مستويات الرضا قبل وبعد تنفيذ الستة سيجما.

ويشير (السلايمة، 2007: 103) إلى وجود علاقة قوية موجبة بين إمكانية استخدام ستة سيجما وزيادة رضا العميل (المريض)، وهذا ما أشار إليه (العسيري، 2010: 111)، ويؤيده (نصيف، 2012: 267)، ويسانده (Asfour, 2012: 115-116)، وكذلك (Vijay, 2014: 180) مؤكداً أن استخدام ستة سيجما في المجال الطبي يعزز رضا (العميل) المريض، موافقاً في ذلك لما ذهب إليه (الشعرات، 2014: 113).

من المفيد في هذا السياق ذكر ما أشاد به (Feng, and Manuel, 2008: 536) من فوائد تنفيذ ستة سيجما في الرعاية الصحية في مجال تقليل الأخطاء الطبية إلى جانب التأثير الإيجابي على رضا المرضى، وغيرها، وهذه الفوائد يتم تحقيقها باستخدام خطوات منهجية ستة سيجما المعروفة بـ(DMAIC): تعريف، قياس، تحليل، تحسين، ومراقبة، وهذا ما يسانده (Dupree, et al, 2014) من إمكانية استخدام منهج ستة سيجما (DMAIC) بنجاح لتحسين رضا المرضى، وهو ما يؤيده (Hekamatpanah, et al, 2012: 334) مشيراً إلى ارتفاع نسبة رضا العملاء من (66.3%) إلى (94.5%) بعد تطبيق (DMAIC) في إحدى الشركات العالمية، وهو أيضاً ما بينه (Silich, et al, 2012: 51) من ارتفاع رضا المرضى في إحدى المستشفيات من (54%) إلى (98.9%) بعد تطبيق منهجية ستة سيجما (DMAIC) في إحدى المستشفيات الأمريكية.

ومما سبق يمكن الخروج بقناعة مفادها أن منهج ستة سيجما يُعد مدخلاً قوياً من مداخل الجودة الشاملة التي بإمكانها تحقيق أعلى درجات الرضا لدى المرضى، من منطلق أن التركيز على رضا العميل أحد المبادئ الأساسية لهذا المنهج، بل إنه يُعد من أكثر تلك المداخل فاعلية في تحقيق هذا الهدف، وهذا ما يُفهم ويستنبط من جملة الدراسات والأبحاث التي أجريت على استخدام منهج ستة سيجما لتحسين رضا المرضى، وهذا ما تسعى الدراسة الحالية لاختباره والتحقق من واقع استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

الثاني عشر - رضا المرضى في فلسطين:

يختلف مستوى رضا المرضى في فلسطين باختلاف الجهة المقدمة للخدمة الصحية، حيث أشار تقرير (مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها، 2006: 36، 89) الصادر عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني وأجري في فلسطين خلال العام (2005م) وشمل قياس رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الحكومي والقطاع غير الحكومي والخاص ووكالة الغوث إلى وجود تفاوت في مستويات الرضا بين تلك الجهات باختلاف الجهة ونوع الخدمة المقدمة.

وفي ذات السياق يشير (Abu Saileek, 2004: 121) إلى أن مستوى الرضا العام عن الرعاية التمريضية في مستشفى غزة الأوروبي ومستشفى ناصر قد بلغت (70.1%) مع درجة أعلى للرضا لصالح مستشفى غزة الأوروبي (84.2%) مقارنة بمستشفى ناصر (61.7%)، أما (مصلح، 2011: 45) فأشار إلى أن المرضى راضون عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، في حين أظهرت دراسة (Anan, and Abu Hamad, 2013: 105) وجود تصورات إيجابية بشكل عام لدى المستفيدين حول خدمات الرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في قطاع غزة.

ومن جانبه (أبو شريعة، 2014: 231-233) أفاد بأن الرضا عن جودة الخدمات المقدمة في مستشفى غزة الأوروبي ومجمع الشفاء الطبي مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر باختلاف المتغيرات الديمغرافية، وأن

مستوى جودة الخدمات الفندقية في كلا المستشفيات لا يرقى لتطلعات المرضى. وفي سياق متصل فالجدول الآتي يوضح بعضاً من الدراسات التي أجريت على رضا المرضى محلياً منذ العام (2000) ومستويات رضاهم:

جدول (2-4) مستويات رضا المرضى في عددٍ من الدراسات التي أجريت في فلسطين:

سنة الدراسة	مستوى الرضا	الخدمة	المحافظة	محل الدراسة	المصدر
2000	61.9	الخدمات الصحية*	الضفة الغربية وقطاع غزة	وزارة الصحة	El-Haj, 2008: 56
2000	72	خدمات تنظيم الأسرة	قطاع غزة	مراكز الرعاية الأولية الحكومية ووكالة الغوث	Alkariri, 2010: 48-50
2002	82.5	خدمات الأشعة	قطاع غزة	مستشفى الشفاء ومركز غزة التشخيصي الخاص	
2004	79.3	خدمات ما قبل الولادة	قطاع غزة	وزارة الصحة ووكالة الغوث	
2004	70.1	الرعاية التمريضية*	قطاع غزة	مستشفى غزة الأوروبي ومستشفى ناصر	Abu Saileek, 2004: 121
2005	70	خدمات الولادة*	قطاع غزة	المستشفيات الحكومية	El-Haj, 2008: 56
2008	87.4	خدمات العلاج الطبيعي	قطاع غزة	مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي	Hillis, 2008: 95
2008	78.7	الخدمات الصحية*	قطاع غزة	مستشفى غزة الأوروبي	El-Haj, 2008: 131
2008	70.2	الخدمات الصحية*	نابلس	المستشفيات الحكومية	Al-Sharif, 2008: 68
2008	90	الخدمات الصحية	نابلس	المستشفيات غير الحكومية	
2009	61.8	خدمات التوليد*	قطاع غزة	مستشفى الشفاء	Ahmad, 2009: 91
2010	88.60	الخدمات الصحية	الضفة الغربية	مستشفى الوكالة بقليلية	أبو يمن، 2010
2010	63.9	الخدمات الصحية	قطاع غزة	العيادات الخارجية بمستشفى الشفاء	Aljeesh, and Alkariri, 2010: 111-112
2011	67.79	الخدمات الفندقية	قطاع غزة	المستشفيات غير الحكومية	Health Sector Strategic Plan, 2013: 70-71
2011	71.9	خدمات الأمراض غير المعدية	قطاع غزة	وكالة الغوث	
2013	66.89	الصحة النفسية	قطاع غزة	مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة	El Mudallal, 2013: 84
2015	70.8	الخدمات الصحية	قطاع غزة	أقسام الاستقبال والطوارئ في مستشفى الشفاء	Abu-Nada, 2015: 99

المصدر: من إعداد الباحث، 2016م

* تشير إلى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في أقسام المبيت بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية.

تجدر الإشارة إلى أن الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي (Health Sector Strategic Plan: Gaza Governorates, 2013: 70-72) واستنادًا إلى عدد من الدراسات التي أجريت خلال الفترة من (2002م) إلى (2010م) للتعرف على مستويات رضا المرضى تجاه خدمات القطاع الصحي في فلسطين قد خلُصت إلى وجود تفاوت واضح في نسب مستوى الرضا ما بين (55%) إلى (87.4%)، وقد سجل أعلى مستوى للرضا تجاه خدمات العلاج الطبيعي (87.4%) تلاه رعاية ما قبل الولادة (83%) ثم خدمات الأشعة بنسبة (82.5%)، في حين كانت خدمات التحويل للعلاج بالخارج الأقل في مستويات الرضا، بواقع (55%) وتلتها خدمات الولادة (61%) ثم خدمات المرضى غير المبيتين بمستوى رضا بلغ (64%)، ويظهر التقرير أيضًا أنه من بين (15) مجالًا خدميًا صحيًا فإن (5) مجالات فقط حصلت على درجة "جيد" لمستوى رضا المرضى، وهي: (وقت الانتظار)، (الحصول على الرعاية)، (السياسات التنظيمية واللوائح)، (الكفاءة التقنية)، و(توافر الخدمات والاستجابة).

وفي السياق نفسه، أشار برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في (تقرير التنمية البشرية: نهضة الجنوب، 2013: 179) إلى أن نسبة المجيبين بالرضا بنوعية (جودة) الرعاية الصحية في فلسطين للأعوام (2007-2009م) كانت (50%)، بينما ارتفعت تلك النسبة إلى (60%) حسب تقريره (Human Development Report, 2016: 251) الذي يحتوي على نسب رضا المجيبين عن جودة الرعاية الصحية في معظم دول العالم. وبالنظر إلى التقرير نفسه نجد تفاوتًا في نسب الرضا في الدول المجاورة، حيث كانت نسبة الرضا في مصر (43%)، وفي سوريا (38%)، وفي لبنان (54%)، بينما بلغت في الأردن (72%) والسعودية (74%) وكانت في تركيا (71%) بينما بلغت عند الإسرائيليين (72%)، في حين كانت أعلى نسبة (93%) في سويسرا. مما سبق استعراضه من تقارير ودراسات يتضح أن هناك تفاوتًا واضحًا في مستويات رضا المرضى في فلسطين، حيث تختلف تلك المستويات باختلاف البيئات والأزمنة التي أجريت فيها تلك الدراسات، كما أنها تختلف أيضًا بحسب القطاع الذي تنتمي إليه تلك المنظمات الصحية، وكذلك حسب طبيعة ونوع الخدمة التي تمت دراستها، وبشكل عام كان ظاهرًا أن مستويات الرضا نحو خدمات المبيت المقدمة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة كانت أغلبها ضمن المستوى المتوسط، حيث تراوحت ما بين (61.8%) إلى (78.7%)، وقد كان من الملاحظ أن أعلى مستوى للرضا كان في مستشفى غزة الأوروبي.

المبحث الثالث - الوضع الصحي والمؤسسات محل الدراسة:

توطئة:

تعد الصحة أحد أهم أولويات البشر، وهي تُعتبر من الحقوق الأساسية التي يجب أن يتمتع بها الإنسان لارتباطه بحق الإنسان في الحياة، وكفلتها أيضًا المواثيق الدولية ونصت عليها الدساتير الوطنية وهو ما يؤكد تقرير (الحق في الصحة، 2016: 8)، وتحقيق ذلك يتطلب سعيًا حثيثًا من الجهات الراعية للقطاع الصحي لضمان حصول المواطنين على أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، وهذا ما يشير إليه تقرير (واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2008: 11). ومن جانبه يعتبر تقرير (واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2009: 13) درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في الدولة معيارًا للتقدم ومقياسًا لقدرة الدولة على توفير الحياة الكريمة لمواطنيها؛ لمساهمتها بفاعلية في استقرار الفرد ورفع مستوى أدائه وإنتاجيته وهو ما أشار إليه تقرير (وضع حقوق الإنسان في دولة فلسطين، 2014: 159) وكذلك (يحياوي وبوحديد، 2014: 331).

وفي سياق متصل تُعتبر المستشفيات من أهم المنظمات الصحية التي تساهم في تنمية صحة الفرد والمجتمع، ويُعدها (حاروش، 2012: 9) من أبرز المؤشرات لقياس التطور الحضاري لأي بلد. وقد تم تقسيم هذا المبحث إلى ثلاثة محاور:

الأول: توضيح ماهية المستشفى وتصنيفاتها ووظائفها وبعض العناصر المتعلقة بها.

أما الثاني: فيتناول الوضع السكاني والديمقراطي والوضع الصحي العام في فلسطين.

وأما الأخير: فيعرض للمستشفيات الحكومية بقطاع غزة، والمستشفيات محل الدراسة (مجمع الشفاء الطبي، ومستشفى غزة الأوروبي).

المحور الأول - نبذة تعريفية عن المستشفى:

أ . تعريف المستشفى:

كلمة مستشفى في اللغة تعني المكان الذي يُطلب فيه الشفاء أي البرء من العلة، وفي اللغة اللاتينية إكرام الضيف كما يذكر ذلك (جاد الرب، 2008: 39-40) و(ذياب، 2009: 207)، وقد تعددت تعريفات المستشفى الواردة في حيثيات الكتب، ومنها:

هي كل مكان معد لاستقبال المرضى وإقامتهم فيه لمدة تزيد على يوم واحد لغايات التشخيص والمعالجة أو التوليد أو التأهيل أو التمريض، وذلك بحسب (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 6).

وينقل (بنات، 2014: 46) و(ذياب، 2009: 32-33) عن منظمة الصحة العالمية تعريفها للمستشفى بأنها "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان سواء كانت علاجية أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضًا مركزًا لتدريب العاملين الصحيين ومركزًا للقيام ببحوث اجتماعية حيوية".

ب . التطور التاريخي للمستشفى:

تشير الدراسات التاريخية للعصور المختلفة بحسب (جلدة، 2007: 17) أنه وجدت محاولات عدة منذ القدم لمساعدة المرضى والمصابين؛ فكان يتم تشخيص المرض ويوصف العلاج وتجري بعض الجراحات وتُجبر الكسور إلا أنه كان يشوب تلك الخدمات شيء من الأخطاء والقصور، والمستشفى الحديث بمفهومه المعاصر لم يصل لهذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية له على مر العصور. كما تشير الدراسات إلى أنه تم استخدام المستشفى منذ القدم؛ فعرفت زمن الفراعنة وفي عهد الإغريق الذي اشتهر فيه الطبيب "أبقراط" (400 ق.م)، كما ظهرت معابد آلهة الطب والتي اعتبرت مستشفيات واستخدمت مأوى للمرضى وللعبادة معاً، وكذلك الحال في الحضارات الهندية القديمة حيث كان يطلق عليها (السيكسيتا: أي معابد الشفاء)، ويضيف (ذياب، 2009: 204) بأن الكاهن كان يقوم بجميع أدوار مقدمي الخدمة الطبية فيها، كما أنشأت الدولة الرومانية مستشفيات وألحقتها بالكنائس، وكذلك الدولة الفارسية ألحقتها بالمعابد.

أما في العصر الإسلامي وكما يذكر (جلدة، 2007: 20-21) فقد شيد عدد من المستشفيات في المدن الرئيسية كدمشق وبغداد والقاهرة وغيرها وكان يطلق عليها (البيمارستانات)، وبحسب (ذياب، 2009: 205-206) فقد ازدهرت المستشفيات في تلك الحقبة وتميزت بتنظيمها وجودة الخدمة المقدمة، وتم تقسيمها إلى أجنحة وأقسام على أسس علمية وعملية وتم تخصيص أقسام للرجال وأخرى للنساء، كما تطورت مجالات الطب والتمريض في المستشفيات وألحقت بها مدارس للعلوم الطبية المختلفة، وظهرت في العصر العباسي المستشفيات المتنقلة للجيش والمناطق النائية، كما ظهرت المستشفيات المتخصصة مثل النفسية والعقلية ودور العزل من الأمراض المعدية، ويشار في هذا السياق إلى تطور مهنة التمريض بالتوازي مع المستشفيات خلال تلك الحقبة وكانت تسند مهنة التمريض في ظل الحكم الإسلامي لأشرف السيدات في حينه، كما يذكر (جلدة، 2007: 21) أن العرب تركوا بصمات بارزة في مجال تنظيم مزاول مهنة الطب والصيدلة.

وفي العصر الحديث والكلام لـ(جلدة، 2007: 23) لاسيما خلال الفترة الممتدة من مطلع القرن التاسع عشر وحتى اليوم قد شهدت تطوراً كبيراً ومطرّداً في مجال العلوم الطبية كغيرها من العلوم الأخرى، مما كان له أثر واضح في تأسيس المستشفيات الحديثة، وبحسب (ذياب، 2009: 206-207) فقد اهتمت الدول على اختلافها بإنشاء وتجهيز المستشفيات لاسيما في الدول الأجنبية وتأتي على رأسها أمريكا وبريطانيا، وقد رافق تطور المستشفيات الحديث تطوراً موازياً في الاكتشافات الطبية على اختلاف مجالاتها التشخيصية والعلاجية والوقائية والتكنولوجية المساندة للمجال الطبي، كما تطورت أيضاً أساليب ونظريات الإدارة والجودة في الجانب الصحي، كما استخدمت أنظمة المعلومات والحوسبة في المجال الطبي لتسهيل وصول المعلومات للأطراف ذات العلاقة سواء إدارية أو بحثية، كما تطورت وسائل التدريب والمختبرات العلمية والتشخيصية والعلاجية والتي صبت جميعها في صالح تطوير الخدمات الصحية على اختلافها.

ج . وظائف المستشفى:

تشارك معظم المستشفيات في عدد من الوظائف، وبحسب ما أورد (مهنا، 2014: 35)، و(كلوب، 2016: 19)، و(ذياب، 2009: 212-215)، و(جاد الرب، 2008: 42-44) و(جلدة، 2007: 31-35) فإن وظائف المستشفى تتمثل في:

1. الوظيفة العلاجية: وهي تشمل كل ما يتعلق بالقيام بالرعاية الطبية للمرضى في الأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية وتتضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية والتأهيلية، بما فيها خدمات التشخيص ومعالجة المرضى، والعناية أثناء الطوارئ، وإعادة التأهيل.
2. الوظيفة الوقائية: وتشمل الأنشطة اللازمة للحفاظ والنهوض بصحة المجتمع عبر الوقاية من الأمراض ومنع انتشار حدوثها وأنشطة التنقيف الصحي، والإشراف على الأمومة والطفولة، وخدمات التطعيم، والسيطرة على الأمراض المعدية، والوقاية من الأمراض المزمنة، والثقافة الصحية، والصحة المهنية.
3. الوظائف التعليمية والتدريبية للفئات العاملة في المستشفيات وطلبة التخصصات الطبية والصحية.
4. الوظائف البحثية: وتشمل الأبحاث الطبية في مختلف العلوم الصحية بما فيها اكتشاف الأمراض وعلاجها. ويضيف (جاد الرب، 2008: 44) على ما سبق الوظيفة التأهيلية والوظيفة الاجتماعية.

ومما سبق يتبين أن للمستشفى وظائف عدة وعلى درجة من الأهمية، ويمكن حصر أهمها في الوظائف الوقائية، والعلاجية، والبحثية والتعليمية لما لها من دور مباشر ورئيس في وقاية المجتمع وحمايته والمحافظة على صحة أبنائه، مع الإشارة إلى أهمية الدور البحثي في اكتشاف الأمراض والوقاية منها وسبل علاجها، وكذلك الدور التعليمي في تطوير قدرات العاملين والحد من الأخطاء وخفض الهدر في الموارد والطاقات.

د . أنواع (تصنيف) المستشفيات:

- تتعدد تصنيفات المستشفيات وفقاً للأسس التي تم بموجبها التصنيف، وبحسب (ذياب، 2009: 208) فإنها لا تتعدى أحد التصنيفات الآتية بناءً على تلك الأسس، وهي:
- على أساس الملكية: فتصنف حكومية، وغير حكومية (خاصة: ربحية أو غير ربحية) بحسب (الشاعر، 2014: 99).
 - على أساس التخصص والخدمة المقدمة: فتصنف عام، وتخصصي، بحسب (ذياب، 2009: 210) و(جلدة، 2007: 39-40).
 - على أساس الحجم (السعة السريرية): هناك مرونة في التقسيم بحسب الحجم والسعة السريرية ما بين صغيرة ومتوسطة وكبيرة.
 - على أساس التعليم والتدريب: فبحسب (الشاعر، 2014: 100) تنقسم إلى تعليمي، وغير تعليمي.
 - على أساس الموقع الجغرافي: وبحسب (ذياب، 2009: 211) تقسم وفقاً للتقسيمات الإدارية للدولة، وأما على أساس طبيعة البناء فتقسم إلى مستشفيات متعددة الطوابق أو ذات طابق واحد. هذا بالإضافة لتصنيفات أخرى على أساس مدة مكوث المريض أو جنسه أو عمره كما يورد ذلك (البكري، 2005: 29، 31-32) و(جلدة، 2007: 41-42).

هـ . أهمية الجودة في المنظمات الصحية (المستشفيات):

تتعلق أهمية الجودة في منظمات الخدمة الصحية من كونها تتعلق بصحة الإنسان وحياته؛ الأمر الذي أشغل باله منذ القدم، فسنّ في سبيل ذلك القوانين وبذل الكثير من الأموال والجهود أملاً في الوقاية من الأمراض والمحافظة على صحته وعافيته وتوفير علاج مناسب لمرضه، وهذا ما أشار إليه (حاروش، 2012: 166،

177-179) مؤكداً بأن حصة الأسد من الأموال المنفقة على الجانب الصحي تستهلكها المستشفيات، منوهاً إلى أن الخطأ الطبي قد يعود بعواقب وخيمة كإعاقة أو الوفاة، وهذا ما سبقه إليه (بن سعيد، 1997: 6-8، 24-26) مشدداً على ضرورة الاستخدام الأفضل لتلك الأموال وفي الوقت نفسه الحصول على أعلى مستوى من الرعاية الصحية للمرضى، وهذا لا يتأتى إلا من خلال تطبيق أنظمة ومفاهيم الجودة في تلك المنظمات، سيما وأنها تعطي نتائج فاعلة لإرضاء المرضى وتقليل التكاليف وهذا ما يؤيده (زيدان، 2010: 204).

مما سبق فإنه يجدر بالمستشفيات زيادة الاهتمام بتبني نظم الجودة القادرة على الحد من الأخطاء والوصول لأعلى درجات الجودة في الخدمة المقدمة لاسيما منهج ستة سيجما.

و . فوائد تطبيق أنظمة الجودة في المنظمات الصحية (المستشفيات):

يذكر (حاروش، 2012: 179-180)، وسبقه (بن سعيد، 1997: 28-31) عدة فوائد تتحقق من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية (المستشفيات)، ومن أهمها:

1. تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات والاستخدام الأمثل للموارد.
2. تحقيق رضا المرضى عبر تقديم خدمات صحية بجودة عالية تتفق مع توقعاتهم واحتياجاتهم.
3. رفع معنويات العاملين والعمل على إرضائهم عبر إشراكهم في صنع القرار.

ز . مجالات تطبيق أنظمة الجودة في المنظمات الصحية (المستشفيات):

تطبيق أنظمة الجودة الشاملة ليس محصوراً بمجال معين، فبالإمكان تطبيقها في مختلف مجالات الرعاية الصحية، وهذا ما يؤيده (حاروش، 2012: 180-183) مشيراً إلى عددٍ من تلك المجالات، ومنها:

- تبسيط إجراءات العمل.
- تحسين الإجراءات وطرق العمل لتحقيق المستوى المرغوب من الأداء.
- تحقيق كفاءة تشغيلية وتخفيض الهدر في الاستهلاك.
- القضاء على اختلاف الممارسات الإكلينيكية والطريقة التي تؤدي بها الأعمال بما يكفل انتهاز أفضل الطرق للعمل وفق الأدلة والحقائق العلمية.
- الحد من تكرار العمل، وتعزيز أداء العمل الصحيح من المرة الأولى.

وتعقيباً على ما سبق من فوائد ومجالات تطبيق أنظمة الجودة في الرعاية الصحية فإنه حريٌّ بالمنظمات الصحية الاستفادة من منهج ستة سيجما بتطبيقه في تلك المجالات وغيرها من مكونات الخدمة الصحية لقدرته الفائقة على تحقيق مستويات عالية من الجودة فيها وتركيزه على الوصول إلى أعلى درجات الرضا للعملاء.

المحور الثاني . الوضع السكاني والديمقراطي والصحي العام في فلسطين:
أولاً . نبذة عامة عن أوضاع الفلسطينيين في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية:

يقدر عدد الفلسطينيين في العالم نهاية العام 2016م بحسب تقرير (الفلسطينيون في نهاية عام 2016، 2016: 23-24، 35) بحوالي (12.70 مليون) فلسطيني، منهم حوالي (6.29 مليون) في الشتات، وحوالي (1.53 مليون) في الأراضي المحتلة عام 1948م، وحوالي (4.88 مليون) يقطنون في القدس والضفة الغربية وقطاع غزة، منهم ما نسبته (39.2%) يسكنون قطاع غزة أي حوالي (1.91 مليون) فلسطيني. ويشير التقرير كذلك إلى أن المجتمع الفلسطيني يمتاز بشكل عام بأنه مجتمع فتي، حيث يبلغ نسبة الأفراد الذين تقل أعمارهم عن (15 سنة) نهاية العام 2016 بـ(39.1%) بواقع (36.8%) في الضفة الغربية مقابل (42.7%) بقطاع غزة، كما تبلغ نسبة الأفراد الذين يبلغون من العمر (65 عامًا فأكثر) للعام نفسه (2.9%) بواقع (3.1%) في الضفة الغربية و(2.3%) في قطاع غزة. ومن جانب آخر تبلغ نسبة اللاجئين في فلسطين (41.9%) من إجمالي السكان بواقع (26.0%) في الضفة الغربية مقابل (66.7%) في قطاع غزة.

جدول رقم (2- 5) بعض المؤشرات الديموغرافية والحيوية في فلسطين، 2016م

القيمة			المؤشر
فلسطين	قطاع غزة	الضفة الغربية	
103.3	103.3	103.3	نسبة الجنس: ذكر لكل (100) أنثى
5.2	5.7	4.9	متوسط حجم الأسرة للعام 2015
127261	57864	69397	عدد المواليد الجدد المسجلين
12690	4976	7714	عدد الوفيات المسجلة
2.8	3.3	2.5	% معدل النمو السنوي للسكان منتصف العام 2016

المصدر: (الفلسطينيون في نهاية عام 2016، 2016: 24-25، 43-44)، (Health Annual Report, 2016: 17)

بالاطلاع على الجدول السابق يتضح أن حجم الأسرة في قطاع غزة أكبر من حجمها في الضفة الغربية، كما أن عدد المواليد والوفيات المسجلين ومعدل النمو السكاني كلها جاءت في قطاع غزة أعلى.

ويشير تقرير (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016: 33) إلى أن نسبة الأمية بين الأفراد (15 سنة فأكثر) للعام 2015م بلغت (3.3%) بواقع (3.5%) في الضفة الغربية و(3.0%) في قطاع غزة، أما نسبة الذين أنهموا مرحلة تعليمية واحدة أو أكثر من مختلف مراحل التعليم الأساسي والثانوي والجامعي فبلغت (90.8%). وهذا يدل على أن المجتمع الفلسطيني مجتمع متعلم ويهتم بالتعليم ويشجعه لأبنائه.

جدول رقم (2- 6) ببعض المؤشرات المعيشية والاقتصادية في فلسطين، 2016م

القيمة			المؤشر
فلسطين	قطاع غزة	الضفة الغربية	
45.8	45.3	46.1	% نسبة المشاركة في القوى العاملة للأفراد (15 سنة فأكثر) للعام 2015
26.6	41.2	18.0	% نسبة البطالة في الربع الأول للعام 2016
25.8	38.8	17.8	% معدل الفقر بين السكان خلال العام 2011
84.6	46.2	80.8	الأجر الوسيط اليومي للعاملين خلال العام 2015 بالشيكل

المصدر: من واقع (كتاب فلسطين الإحصائي السنوي، 2016: 133، 150)، وتقرير (مسح القوى العاملة الفلسطينية،

2016: 33، 111)

ومن ناحية أخرى يشير تقرير (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016: 30) إلى أن خط الفقر للأسرة المرجعية يبلغ (2293 شيكلاً).

يتضح من الجدول السابق أن نسبة البطالة والفقر بين السكان هي الأعلى في قطاع غزة وتزيد عن ضعفي ما هي عليه في الضفة الغربية. كما يتضح مما ورد أعلاه تدني أجور العاملين في قطاع غزة بشكل فارق وواضح مقارنة مع الأجور في الضفة الغربية، وهذا عائد لعدة أسباب على رأسها الأوضاع الاقتصادية الصعبة الناشئة عن استمرار الحصار المفروض على القطاع وارتفاع نسبة البطالة بين أبنائه.

ثانياً . نبذة عن القطاع الصحي الفلسطيني:

يُعد القطاع الصحي من أهم القطاعات وأكثرها حيوية ونشاطاً لكون ما يقدمه من خدمات تمس بشكل مباشر حياة المواطنين وهذا ما يراه (جواده، 2011: 43) و(أبو عيدة، 2016: 42)، وبحسب تقرير (واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2008: 11، 21) فإن القطاع الصحي الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة منذ احتلالهما في العام (1967م) أصبحت إدارته بيد الإدارة المدنية الإسرائيلية التي مارست سياسة الإهمال وتعطيل بناء المؤسسات الصحية؛ مما أبقى النظام الصحي دون المستوى المعياري أو المقبول مقارنة بالدول الأخرى. ومن جانب آخر وكما يذكر تقرير (المسح الصحي حول صحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1999: 30-31) لم تتوفر في الأراضي الفلسطينية مؤسسات كافية لتخريج الكفاءات الصحية محلياً وغيرها من الجوانب الصحية الأخرى التي كانت محدودة أو معدومة، كل ذلك أنتج نظاماً صحياً مترهلاً، وخدمات صحية متدنية، وبعد استلام السلطة الوطنية الفلسطينية في نهاية عام (1994م) زمام الجهاز الصحي من خلال وزارة الصحة التي قامت بالتعاون مع الجهات الأخرى المقدمة للخدمة الصحية ممثلة بوكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني بالعمل على تطوير والارتقاء بالنظام الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة.

تجدر الإشارة وبحسب (عبد العال، 2014: 125) إلى أنه حدث تراجع للوضع الصحي في فلسطين بعد انطلاق انتفاضة الأقصى في العام (2000م)، وذلك بسبب تدمير الاحتلال الإسرائيلي للبنية التحتية للمجتمع الفلسطيني بما فيها المنشآت الصحية.

وفيما يأتي لمحة عن أهم المؤشرات والجوانب المتعلقة بواقع القطاع الصحي الفلسطيني:

أ) الجهات المشرفة على القطاع الصحي في فلسطين:

يتوزع الإشراف على القطاع الصحي في فلسطين بين خمس جهات رئيسة بحسب ما ورد في تقرير (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016: 41) بناء على معطيات العام (2014) وهي:

1. وزارة الصحة: وهي تتصدر الجهات المشرفة على القطاع الصحي وتحتل المرتبة الأولى في حجم الخدمات الصحية المقدمة؛ حيث تشرف على (32.5%) من المستشفيات ونحو (54%) من مجموع أسرّتها، و(61.5%) من مراكز الرعاية الصحية الأولية.
2. وكالة الغوث الدولية: تشرف على (1.3%) من المستشفيات و(1.1%) من الأسرة، و(8.1%) من مراكز الرعاية الصحية الأولية.
3. المنظمات غير الحكومية: تشرف على (42.5%) من المستشفيات، ونحو (33%) من مجموع الأسرة، و(27.4%) من مراكز الرعاية الصحية الأولية.

4. القطاع الخاص: يشرف على (20%) من المستشفيات ونحو (8.6%) من أسرّتها.
5. الخدمات الطبية العسكرية: وتشرف على (3.8%) من المستشفيات و(2.3%) من مجموع الأسرّة، وعلى (3%) من مراكز الرعاية الصحية الأولية.

ب) الرعاية الصحية الأولية:

وهي الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية العامة وصحة البيئة والتتقيف الصحي بحسب (الجماصي، 2013: 27)، و(ذياب، 2009: 57). وبحسب (التقرير الصحي السنوي، 2016: 15) وتقرير (Health Annual Report, 2016: 70) فقد ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع المحافظات من (454) مركزاً في العام (1994م) إلى (760) مركزاً حتى العام (2015م) وبمعدل (5819) نسمة لكل مركز صحي، منها (608) مراكز في الضفة الغربية بمعدل (4280) مواطناً للمركز، و(152) مركزاً في قطاع غزة بمعدل (11974) مواطناً لكل مركز.

ت) الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المستشفيات):

وهي الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته في المستشفى في مجالات الطب الرئيسية: (الباطنة، والجراحة العامة، والأطفال، والنسائية والتوليد) أو في مجال التخصصات الطبية الفرعية بحسب (الجماصي، 2013: 28-29)، و(ذياب، 2009: 58).

ويتم تصنيف المستشفيات العاملة في فلسطين ووفقاً لـ(التقرير الصحي السنوي، 2016: 52-53) إلى مستشفيات عامة، ومستشفيات متخصصة، ومستشفيات الولادة، ومراكز التأهيل والعلاج الطبيعي.

وبحسب تقرير (Health Annual Report, 2016: 24) فإن عدد المستشفيات العاملة في فلسطين لغاية العام (2015م) قد بلغ (80) مستشفى، (30) منها في قطاع غزة، في حين يبلغ إجمالي عدد أسرّة جميع المستشفيات (6006) أسرّة منها (39.9%) في مستشفيات قطاع غزة، هذا وتعتبر وزارة الصحة هي المقدم الرئيس لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين، فبحسب (التقرير الصحي السنوي، 2016: 16، 52-53) تمتلك الوزارة وتدير نحو (54%) من إجمالي أسرّة المستشفيات كافة موزعة على (26) مستشفى يتبع للوزارة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ومن جانب آخر تبلغ نسبة أسرّة المستشفيات العامة من إجمالي الأسرّة كافة نحو (73%) يتبع (62.5%) منها لوزارة الصحة، كما أن أسرة مستشفيات وزارة الصحة تغطي معظم التخصصات الجراحية والباطنية وطب الأطفال والنفسية وغيرها من التخصصات والخدمات، في حين أن خدمات التأهيل الطبي تقدمها المنظمات غير الحكومية.

وفي السياق نفسه، يورد تقرير (واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2008: 40-41) أن عدد المستشفيات في الضفة الغربية وقطاع غزة كان يبلغ (24) مستشفى في العام (1992م).

ث) شراء الخدمة الصحية من خارج وزارة الصحة:

يبين (التقرير الصحي السنوي، 2016: 64-65) أن إجمالي عدد التحويلات لشراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة في العام (2015م) بلغ (87,620) تحويلة، منها (72.6%) لصالح مرضى الضفة

الغربية، في مقابل (27.4%) لصالح مرضى قطاع غزة، وقد بلغت التكلفة الإجمالية لجميع التحويلات (560,873,668) شيكلاً، منها نحو (28.7%) تكلفة تحويلات قطاع غزة. يتضح من البيانات المعروضة في هذا السياق أن الحصة الأكبر في شراء الخدمة مخصص للحالات المحولة للعلاج من الضفة الغربية، حيث تعادل ما يقرب من (3) أضعاف ما هو مخصص لقطاع غزة.

ج) الإنفاق الصحي:

يكشف تقرير (الحسابات الصحية الفلسطينية، 2016: 17-19، 38) إلى أن مجموع قيمة النفقات الجارية على الصحة خلال العام (2014) بلغت حوالي (1,391 مليون) دولار أمريكي، أنفق ما نسبته (37.1%) منها على المستشفيات، حيث كان نصيب المستشفيات العامة منها (74%) خصص منها نحو (56.4%) للمستشفيات الحكومية العامة. كما يبين التقرير نفسه أن نسبة الإنفاق على الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى المبيت في المستشفيات بلغت نحو (25%) من الإجمالي، أنفق نحو (92.4%) منها على خدمات المبيت في المستشفيات الحكومية، كما يتضح أن نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين بلغت نسبة (11%) خلال العام (2014). يتبين من العرض السابق أن خدمات المبيت في القطاع الحكومي تستهلك قسطاً كبيراً من إجمالي الإنفاق الصحي تصل لقيمة الربع؛ مما يستدعي حسن توظيف تلك المبالغ في تطوير الخدمة الصحية وضمان تقديم تلك الخدمات بجودة عالية.

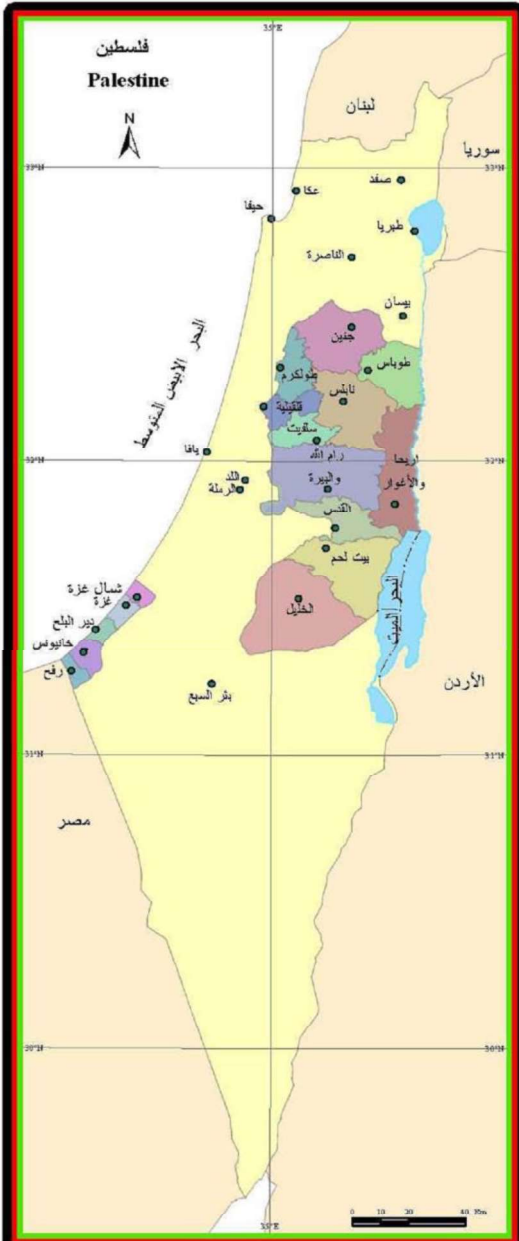
ح) القوى العاملة في القطاع الصحي:

بحسب (التقرير الصحي السنوي، 2015: 84-85) فإن عدد العاملين في القطاع الصحي المسجلين في مختلف النقابات الطبية والصحية في فلسطين قد بلغ (30,080) فرداً، منهم (11,069) فرداً يعملون في قطاع غزة يمثلون ما نسبته (36.8%) من الإجمالي، كما يذكر (التقرير الصحي السنوي، 2016: 63) بأن عدد العاملين بوزارة الصحة في العام (2015م) قد بلغ (14,020) موظفاً، منهم ما نسبته (48.6%) يعملون في مرافق الوزارة بقطاع غزة.

المحور الثالث . المستشفيات الحكومية بقطاع غزة:

أ) نبذة عامة عن قطاع غزة:

قطاع غزة هو جزء صغير من فلسطين التي تبلغ مساحتها نحو (27000 كم²) وتقع في القسم الجنوبي الغربي من بلاد الشام غرب قارة آسيا وتتوسط قارات العالم القديم: آسيا وإفريقيا وأوروبا بحسب (المسح الصحي حول صحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1999: 28). وبحسب تقرير (فلسطين في القرن العشرين، 2000: 19) يقع قطاع غزة في الجزء الجنوبي الغربي لفلسطين على الساحل الغربي المطل على البحر الأبيض المتوسط، وهو عبارة عن شريط ساحلي ضيق يمتد من الشمال للجنوب يحده غرباً البحر الأبيض المتوسط وجنوباً جمهورية مصر العربية ومن الشمال والشرق الأراضي الفلسطينية المحتلة عام (1948م) بحسب تقرير (الفقر في قطاع غزة، 2006: 2)، مضيفاً بأن قطاع غزة يقع ضمن مناخ البحر الأبيض المتوسط المتميز باعتداله، ويوضح التقرير أن مساحة قطاع غزة تبلغ نحو (365 كم²) بطول حوالي (41 كم) ويتراوح عرضه بين (7 كم - 12 كم)، وبحسب (التقرير السنوي: السكان والصحة في قطاع غزة، 2016: 11) فإن



شكل رقم (2- 8) خارطة فلسطين

المصدر: (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين،

2016: 3)

مساحة قطاع غزة تشكل ما نسبته (1.35%) من مساحة فلسطين التاريخية، وقد سمي قطاع غزة بهذا الاسم نسبة لمدينة غزة، أكبر مدنه، وينقسم القطاع إداريًا إلى خمس محافظات هي من الشمال للجنوب: شمال غزة، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح، وذلك بحسب (أبو العطا، 2015: 9).

تاريخياً وفي سياق التاريخ المعاصر، وبحسب تقرير (فلسطين في القرن العشرين، 2000: 22-25) فقد وقع قطاع غزة تحت الاحتلال البريطاني - مثل بقية فلسطين - منذ العام (1917م) ولغاية (1948م) حين أعلنت بريطانيا انتهاء احتلالها لفلسطين بعد قرار تقسيم فلسطين الصادر من هيئة الأمم آخر عام (1947م)، وعلى إثر ذلك احتلت المنظمات اليهودية المسلحة الجزء الأكبر من فلسطين بما يزيد عن (77%) من مساحتها، في حين سيطرت الجيوش العربية على بقية أرض فلسطين والمتمثل بالقدس والضفة الغربية وقطاع غزة، وقد تم وضع قطاع غزة تحت الإدارة المصرية منذئذ وحتى العام (1967م) حين احتلت القوات الإسرائيلية بقية أرض فلسطين، وفي العام (1993م) وقّعت منظمة التحرير الفلسطينية اتفاق أوسلو مع دولة الاحتلال الإسرائيلي، بموجبه تم تأسيس السلطة الوطنية الفلسطينية على أراضي الضفة الغربية وقطاع غزة التي انسحبت منها قوات الاحتلال الإسرائيلي في العام (1994م).

ديموغرافياً يعتبر قطاع غزة من أكثر مناطق الكثافة السكانية في العالم، حيث تبلغ الكثافة السكانية المقدرة لعام (2016م) في القطاع نحو (5154 فردا/ كم²) بحسب تقرير (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2016: 13)، وبحسب (التقرير السنوي: السكان والصحة في قطاع

غزة، 2016: 11) فإن سكان القطاع يتوزعون على المحافظات الخمس بنسب مختلفة حيث يتركز العدد الأكبر منهم في محافظة غزة بنسبة (34.3%) من إجمالي السكان تليها محافظة الشمال بنسبة (20%) فخان يونس (18.7%) ثم الوسطى (14.5%) ورفح بنسبة (12.4%) من مجمل السكان.

ومن جهة أخرى يذكر (كلوب، 2016: 12) أن الاحتلال الإسرائيلي يفرض حصاراً مشدداً على قطاع غزة منذ العام (2006م) ويتحكم في حركة المعابر ويعيق التنقل بين قطاع غزة والعالم الخارجي، مما يؤثر سلباً وبشكل واضح على جميع مناحي الحياة في القطاع بما فيها الصحية وهو ما أكدته تقرير (الحق في الصحة، 2016: 45)، وأشار إليه (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 5) مؤكداً بأن النظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة يعمل تحت ظروف استثنائية بسبب الحصار المفروض من ناحية وحالة الانقسام

الداخلي التي ساهمت في تدهور الوضع الصحي من ناحية أخرى والانعكاس السلبي لكل ذلك على درجة تمتع المواطنين بالحقوق الصحية حسب ما بينه تقرير (وضع حقوق الإنسان في فلسطين، 2015: 240-241)، وكذلك المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان في تقريره (التقرير السنوي، 2015: 97).

وفي هذا السياق يعرض تقرير (قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة، 2015: 10-11، 21) لأهم آثار الحصار واعتداءات الاحتلال المتواصلة على قطاع غزة، والتي منها: الآثار السلبية على مستوى المعيشة، حيث يستشهد التقرير بما ورد عن منظمة مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (الأونكتاد) بأن "نحو (72%) من الأسر تعاني من انعدام الأمن الغذائي مع تضاعف ضخم في عدد اللاجئين بالقطاع الذين يعتمدون على المعونات الغذائية من وكالات الأمم المتحدة من (72 ألف) في عام (2000م) إلى (868 ألف) في العام (2015م)"، أما بالنسبة لتلوث مياه الشرب فيشير التقرير نفسه إلى أنها ملوثة بنسبة (100%) وغير مناسبة للشرب ولا تتوافق مع معايير الصحة العالمية، ناهيك عن كون كمية المياه المتاحة أصلاً غير كافية، أما على الجانب الصحي فأهم تلك الآثار يتمثل في انتهاك حق سكان القطاع في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه عبر حرمان المرضى من السفر للعلاج بالخارج، والنقص الشديد والمستمر في الأدوية والمستلزمات والمهمات الطبية للمستشفيات والمؤسسات الصحية العاملة في القطاع.

ب) الجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات):

تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة من خلال (30) مستشفى وبقدرة سريرية تبلغ (2816) سريرًا، حيث تشرف عليها (3) جهات رئيسة، وهي: وزارة الصحة ويتبع لها (13) مستشفى، والخدمات الطبية العسكرية (وزارة الداخلية) ويتبع لها (3) مستشفيات، والمؤسسات غير الحكومية ويتبع لها (14) مستشفى، وذلك بحسب (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 3، 9-10)، هذا وتعتبر وزارة الصحة هي المقدم الرئيس لخدمات المستشفيات في قطاع غزة؛ حيث تدير الوزارة (73.9%) من إجمالي الأسرة، وتقدم ما نسبته (65.3%) من إجمالي خدمات المستشفيات المقدمة للسكان بحسب ما يرد في (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 12).

ت) تطور المستشفيات في قطاع غزة:

يوضح (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 9، 11) وتقرير (الوضع الصحي في فلسطين، 2006: 34) أن عدد المستشفيات في قطاع غزة قد ازداد من (22) عام (2005م) إلى (30) مستشفى منذ العام (2011م)، كما أن إجمالي عدد أسرة تلك المستشفيات قد ازداد من (2018) سريرًا في عام (2005م) إلى (2816) سريرًا في العام (2015م)، يتبع منها (2081) سريرًا للمستشفيات الحكومية، علمًا بأن أسرة المستشفيات الحكومية في العام (2005م) بلغت (1499) سريرًا كانت موزعة على (10) مستشفيات.

ث) تصنيف المستشفيات حسب التخصص والجهة المسؤولة:

تصنف المستشفيات العاملة في قطاع غزة حسب التخصص والجهة المسؤولة عنها بحسب (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 11-12) إلى (4) أصناف هي: (مستشفيات عامة، ومتخصصة، والولادة، ومستشفيات التأهيل والعلاج الطبيعي) كما هي موضحة في الجدول الآتي:

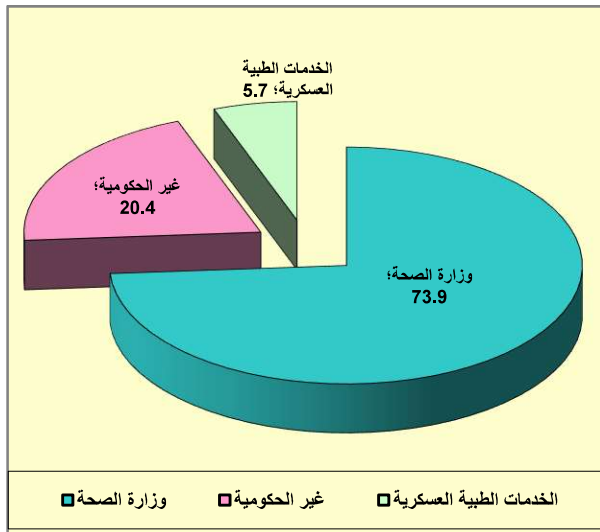
جدول رقم (2-7) توزيع المستشفيات وأسرتها حسب التخصص والجهة المشرفة بقطاع غزة، فلسطين، 2015م

مستشفيات التأهيل		مستشفيات الولادة			مستشفيات متخصصة			مستشفيات عامة			الجهة المشرفة
عدد الأسرة		عدد الأسرة		عدد الأسرة		عدد الأسرة		عدد الأسرة		عدد	
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
0.0	0	60.4	55	60.2	354	79.9	1672	7	وزارة الصحة		
100.0	44	39.6	36	39.8	234	12.4	260	4	غير الحكومية		
0.0	0	0.0	0	0.0	0	7.7	161	3	خدمات طبية عسكرية		
100.0	44	100.0	91	100.0	588	100.0	2093	14	المجموع		

المصدر: من واقع (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 11) و(التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2014: 15)

ج) توزيع المستشفيات في محافظات قطاع غزة:

يتركز العدد الأكبر من المستشفيات في محافظة غزة؛ حيث يوجد بها نحو (50%) من المستشفيات، كما هو موضح في الجدول الآتي:



جدول رقم (2-8) توزيع المستشفيات وأسرتها حسب المحافظة في قطاع غزة، فلسطين، 2015م

المحافظة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	% للأسرة
شمال غزة	5	356	12.7
غزة	15	1381	49.0
الوسطى	2	205	7.3
خانيونس	5	710	25.2
رفح	3	164	5.8
المجموع	30	2816	100.0

المصدر: (المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 12) بتصرف

شكل رقم (2-9) رسم بياني لتوزيع نسب أسرة المستشفيات حسب الجهات المقدمة للخدمة، فلسطين، 2015م
المصدر: من واقع تقرير (المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 10-11)

ج) مؤشرات عامة حول المستشفيات في قطاع غزة:

فيما يأتي بعض من المؤشرات الرئيسية للمستشفيات وخدماتها في قطاع غزة:

جدول رقم (2-9) مؤشرات الانتفاع بخدمات المبيت في المستشفيات حسب الجهة المشرفة، قطاع غزة، 2015م

المؤشر	وزارة الصحة	غير الحكومية	الخدمات الطبية العسكرية	الإجمالي	نسبة وزارة الصحة %
العدد الكلي للإدخالات	174243	64142	5448	243833	71%
عدد أيام المراجعة (أيام التداوي)	505112	81949	10805	597866	84%
معدل أيام الإقامة (معدل الكوثر)	3.9	1.3	2.0	-	-
نسبة إشغال الأسرة %	84.4	48.6	30.8	-	-
عدد الولادات	42263	11031	1425	54719	77%
عدد العمليات الجراحية	66162	25363	2336	93861	70%
العيادات الخارجية بالمستشفيات	547121	320087	125173	992381	55%

المؤشر	وزارة الصحة	غير الحكومية	الخدمات الطبية العسكرية	الإجمالي	نسبة وزارة الصحة %
عدد المرضى المعالجين بدون مبيت (أقسام الطوارئ)	1110862	73645	30368	1214875	91%
عدد حالات التصوير الطبي والأشعة	586837	116421	32912	736170	80%
عدد الفحوصات المخبرية	3567761	307903	119800	3995464	89%

المصدر: من واقع (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 17-18، 20، 24-26، 29-30)

يتضح من البيانات السابقة أن وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة هي المقدم الرئيس والأكبر للخدمة الصحية الثانوية (المستشفيات) حيث تمتلك وتدير ما يزيد عن ثلثي إجمالي عدد أسرة مستشفيات قطاع غزة العامة والمتخصصة والولادة، بينما يمتلك القطاع غير الحكومي جميع أسرة التأهيل، كما يتضح من مؤشرات الانتفاع بخدمات المستشفيات أن النسبة الأكبر من إجمالي الخدمات تقدمها مستشفيات الوزارة بما يزيد عن ثلثي إجمالي ما تقدمه كافة المستشفيات في قطاع غزة. كما يتضح أن محافظة غزة يتواجد فيها العدد الأكبر من المستشفيات وعدد الأسرة كذلك بنسبة تصل لنحو (50%) من الإجمالي في كليهما، في حين كانت النسبة الأقل في كليهما بمحافظة رفح.

خ) تصنيف المستشفيات الحكومية بقطاع غزة:

بحسب (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 6) و(التقرير السنوي لأداء المستشفيات، 2014: 8) فإن وزارة الصحة تصنف مستشفياتها حسب الهيكلية إلى مجمع طبي، ومستشفى كبيرة، ومستشفى صغيرة. أما حسب (تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 7) فإن وزارة الصحة تصنف مستشفياتها على حسب التخصص إلى مستشفيات مركزية، ومستشفيات عامة، ومستشفيات أحادية التخصص.

د) توزيع الأسرة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة:

تمتلك وزارة الصحة وتدير (2081) سريرًا من إجمالي أسرة المستشفيات كافة موزعة على (13) مستشفى في مختلف محافظات قطاع غزة، وبنسبة إشغال أسرة بلغت (84.4%) خلال العام (2015م)، حيث تُقسّم تلك الأسرة إلى نوعين، الأول: أسرة مبيت، وهي مخصصة لتقديم الخدمات الصحية للمرضى الداخليين على مدار (24) ساعة وعددها (1664) سريرًا، والآخر: أسرة رعاية يومية، وهي مخصصة لتقديم الخدمات الصحية للمرضى الخارجيين لمدة نقل عن (24) ساعة، وعددها (417) سريرًا، بحسب ما يبينه (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 10، 14)، هذا ويمثل النوع الأول (أسرة المبيت) ما نسبته (79.9%) من إجمالي أسرة مستشفيات الوزارة، ويتم تصنيفها حسب التخصص إلى أسرة جراحة عامة بنسبة (26.7%)، وأسرة طب الباطنة والنفسية بنسبة (23.0%)، وأسرة طب الأطفال بنسبة (22.3%)، وأسرة أمراض النساء والتوليد بنسبة (15.6%)، وأسرة العناية الخاصة (العناية المركزة) بنسبة (11.8%).

ذ) القوى العاملة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة:

بحسب (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 6-7، 9، 11) فإن إجمالي عدد القوى العاملة في القطاع الصحي بقطاع غزة في العام (2015م) قد بلغ (12937) فردًا، النسبة الأكبر منهم يعملون في وزارة الصحة وعددهم (9161) موظفًا، ويشكلون نسبة (70.8%)، في حين بلغ عدد العاملين في

مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة على اختلاف تخصصاتهم (5979) موظفًا، بما نسبته (65.3%) من إجمالي العاملين بالوزارة، مع ملاحظة أن التقرير المذكور استثنى مستشفى الطب النفسي - البالغ إجمالي عدد أسرته (28) سريرًا - من الإحصائية الواردة فيه، والجدول الآتي يوضح توزيع القوى العاملة حسب المستشفى:

جدول رقم (2-10) توزيع القوى العاملة في مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة، حسب المستشفى، فلسطين، 2015م

المستشفى	عدد العاملين	%	عدد الأسرة*	المحافظة	التخصص
الشفاء	1725	28.9	630	غزة	عام/ مجمع طبي
ناصر	891	14.9	320	خان يونس	عام/ مجمع طبي
غزة الأوروبي	795	13.3	283	خان يونس	عام
شهداء الأقصى	515	8.6	177	الوسطى	عام
الإندونيسي	396	6.6	129	شمال غزة	عام
النصر للأطفال	285	4.8	142	غزة	تخصصي/ أطفال
أبو يوسف النجار	284	4.7	77	رفح	عام
الرنيتسي التخصص للأطفال	282	4.7	69	غزة	تخصصي/ أطفال
تل السلطان	211	3.5	55	رفح	تخصصي/ ولادة
بيت حانون	203	3.4	56	شمال غزة	عام
الدرة للأطفال	211	3.5	83	غزة	تخصصي/ أطفال
العيون	130	2.2	32	غزة	تخصصي/ عيون
الإدارة العامة للمستشفيات	51	0.9	0	غزة	-
الإجمالي	5979	100.0	2053	-	-

المصدر: (القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 11-12)، و(المستشفيات في قطاع غزة، 2014: 15)

* تشمل أسرة المبيت وأسرة الرعاية اليومية.

من الجدول السابق يتضح أن مجمع الشفاء الطبي يعتبر الأكبر بين جميع المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، حيث يمتلك العدد الأكبر من الأسرة بنسبة (30.7%) من إجمالي، ويعمل فيه العدد الأكبر من العاملين مقارنة مع المستشفيات الأخرى وبنسبة (28.9%) من إجماليهم، كما أن مجمع ناصر ومستشفى غزة الأوروبي مع مجمع الشفاء الطبي تستحوذ معًا على ما يزيد عن (60%) من إجمالي أسرة المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، ويعمل فيها نحو (57%) من إجمالي العاملين.

وفي سياق آخر يتبين من (التقرير السنوي: المالي في قطاع غزة، 2016: 10-11) أن وزارة الصحة أنفقت في العام (2015م) نحو (194 مليون دولار) على الأدوية والمهمات الطبية المستهلكة ومواد المختبر، كان نصيب المستشفيات منها نحو (78%).

(ر) المستشفيات الحكومية محل الدراسة:

أولاً. مجمع الشفاء الطبي:

1. نبذة عامة:

يعتبر مجمع الشفاء الطبي أكبر مؤسسة صحية داخل قطاع غزة، وذلك بحسب (بنات، 2014: 87) (وزارة الصحة، 2016)، ويقع المجمع في حي الرمال بمدينة غزة وسط تجمع سكاني كبير في المنطقة الغربية الوسطى لمدينة غزة على مفترق تقاطع شارع عز الدين القسام مع شارع الوحدة وذلك بحسب (دليل الخدمات

الصحية، 2011: 5)، وقد أنشئ في العام (1946م) على مساحة (42000م²)، وكان عبارة عن أكشاك صغيرة بعد ذلك تم تطويرها إلى أقسام داخلية (الباطنة والجراحة) وإضافة أقسام تخصصية وبعض الوحدات المهمة بحسب (وزارة الصحة، 2016) و(دليل الخدمات الصحية، 2011: 5).

وبحسب (خضر، 2010: 80-81) فإن أطباء مصريين كانوا يديرون العمل في مستشفى الشفاء بعد انشائه، مع إشارته لتتابع عمليات تطوير وإنشاء المباني فيه وفق ما تستدعيه الحاجة مما أثر سلبًا على تخطيطه ونتج عنه عشوائية واضحة في المباني.

يخدم مجمع الشفاء الطبي محافظة غزة بشكل خاص، بالإضافة لتقديم الخدمات الصحية لباقي محافظات القطاع وذلك بحسب (دليل الخدمات الصحية، 2011: 5)، ويضم المجمع (3) مستشفيات، هي: مستشفى الجراحة، مستشفى الباطنة، ومستشفى النساء والتوليد، كما يحتوي على خدمات أخرى مساندة.

2. المستشفيات والأقسام الموجودة في مجمع الشفاء الطبي:

بحسب (وزارة الصحة، 2016) و(دليل الخدمات الصحية، 2011: 5)، فهي:

- مستشفى الجراحة: وتقدم الخدمات الجراحية من خلال أقسام: استئصال الجراحة، والعمليات، والعناية المكثفة، وعناية جراحة القلب، وجراحة العظام، والجراحة العامة، وجراحة الأطفال، والجراحة التخصصية، وجراحة القلب، ووحدة الحروق، والعناية المكثفة لوحدة الحروق.

- مستشفى الباطنة: يتكون من (3) أقسام باطنة عامة ورئيسة إضافة للأقسام التخصصية:

أ) قسم باطنة عام (1) ويهتم بمرضى السكري والغدد الصماء.

ب) قسم باطنة عام (2) ويهتم بمرضى الجهاز الهضمي والروماتيزم.

ت) قسم باطنة عام (3) ويهتم بأمراض الكلى.

وتقدم مستشفى الباطنة جملة من الخدمات التخصصية عبر عدة أقسام، ومنها: الباطنة (قسم الأعصاب، والأمراض النفسية، والجلدية)، واستئصال الباطنة، والصدرية، والأورام وأمراض الدم، والكلية الصناعية، والعناية المكثفة للباطنة، وقسم القلب، والعناية المركزة للقلب، وعيادة الأورام وأمراض الدم، ووحدة المناظير.

- مستشفى النساء والتوليد: وتقدم خدمات النساء والتوليد من خلال أقسام: استئصال الولادة، والعيادة الخارجية للولادة، وكشك الولادة، والولادة الطبيعية، والولادة القيصرية، وأمراض النساء، وعمليات النساء، والحمل الخطر، والطب الخاص، وقسم عمليات الولادة، والعناية المكثفة لحديثي الولادة (الحضانة).

وبالإضافة إلى المستشفيات الثلاث المذكورة، فإنه يوجد في المجمع وحدات ودوائر أخرى مساندة تقدم خدماتها للمرضى والمراجعين، وهي: دائرة المختبر وبنك الدم، والعيادات الخارجية، ومركز الأمير نايف للأورام، ودائرة الأشعة، والعلاج الطبيعي، ودائرة الصيدلة، ودائرة الباثولوجي، ودائرة الهندسة والصيانة، ودائرة الخدمات الفندقية، وغيرها من الخدمات المساندة الأخرى.

3. مكونات (مباني) مجمع الشفاء الطبي:

بحسب (عبد العال، 2014: 145-146) فإنه بالرغم من أن الاستخدامات مختلطة في مباني مجمع الشفاء الطبي إلا أنه يحتوي على معظم الخدمات الواجب توافرها في مباني المستشفيات، ويتكون المجمع من مجموعة من المباني تضم الأقسام الطبية على اختلافها وكذلك أقسام الخدمات الإدارية والعامة وتوابعها بالإضافة لأقسام التشغيل والصيانة. تجدر الإشارة إلى أنه تم إزالة بعض مباني المجمع وتوزيع أقسامها الطبية وغير الطبية على المباني الموجودة داخله.

4. أهم معطيات وبيانات خدمات مجمع الشفاء الطبي:

الجدول الآتي يوضح أهم الخدمات التي يقدمها مجمع الشفاء الطبي من إجمالي خدمات المستشفيات: جدول رقم (2- 11) أهم معطيات وخدمات مجمع الشفاء الطبي مقارنة بإجمالي خدمات المستشفيات الحكومية - 2015م

المعالجين بدون إقامة	العمليات		المواليد	معدل المكوث	نسبة الإشغال	أيام الإقامة	عدد المرضى المدخلين	البيان
	كبرى	صغرى						
421799	8709	6803	17402	4.9	91.9	169040	47765	مجمع الشفاء الطبي
1657983	23614	23911	42263	3.9	84.4	505112	174243	إجمالي خدمات كافة المستشفيات الحكومية
%25	%37	%28	%41	-	-	%33	%27	النسبة %

المصدر: (Health Annual Report, 2016: 160)، و(تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 8- 9)

يتضح من بيانات الجدول أعلاه أن مجموع الخدمات الصحية التي يقدمها مجمع الشفاء الطبي يعادل نحو (32%) من إجمالي الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية في قطاع غزة كافة.

ثانياً . مستشفى غزة الأوروبي:

1. نبذة عامة:

يقع مستشفى غزة الأوروبي في المنطقة الجنوبية الشرقية لمدينة خانينوس (منطقة الفخاري) بمحافظة خانينوس على الطريق العام الرابط بين المحافظات وتزيد مساحته عن (40000م²) وذلك بحسب (أبو شريعة، 2014: 27). وهو يعتبر مستشفى عامًا يقدم خدمات طبية في مجالات الجراحة والباطنة والأطفال، بالإضافة لخدمات أخرى وذلك بحسب (دليل الخدمات الصحية، 2011: 22)، ويخدم المستشفى المنطقة الشرقية في محافظة خانينوس والمنطقة الشمالية لمحافظة رفح.

وبحسب (وزارة الصحة، 2016) فقد أنشئ المستشفى في العام (1993م) بتمويل أوروبي (منحة الاتحاد الأوروبي للشعب الفلسطيني في العام 1989م)، حيث تم تكليف وكالة الغوث بالعمل على إنشائه بسبب سيطرة الاحتلال الإسرائيلي على قطاع غزة وقتئذ، وفي العام (1997م) تم الاتفاق بين السلطة الفلسطينية والاتحاد الأوروبي ووكالة الغوث على نقل ملكية المستشفى لوزارة الصحة الفلسطينية بعد أن يكمل الاتحاد الأوروبي التمويل اللازم لإتمام تجهيز المستشفى، وقد تولى فريق أجنبي دولي مع آخر عربي محلي إدارة العمل في المستشفى وانتهى عمله فعليًا نهاية العام (2000م)، في حين استمر العمل بإدارة الفريق العربي المحلي.

وقد قامت وزارة الصحة في حينه بالعمل لجعله مستشفى تحويليًا بحيث تحول له الحالات الخاصة من المنطقة الجنوبية في قطاع غزة وفي بعض التخصصات من محافظات القطاع كافة، وكذلك مستشفى تعليميًا في الجانب الإكلينيكي لطب والتمريض، وأيضًا مستشفى رياديًا في نظمه الإدارية وذلك بحسب وزارة (وزارة الصحة، 2016).

وقد تم افتتاح المستشفى بحسب (أبو شريعة، 2014: 27) تدريجيًا في بداية العام (2001) إلى أن وصل للتشغيل الكامل في شهر يونيو من العام نفسه.

2. أقسام المستشفى:

تقدم المستشفى خدماتها في مجال الجراحة والباطنة والأطفال من خلال أقسام: استقبال وطوارئ للكبار وآخر للأطفال، والجراحة، والباطنة، وجراحة الأطفال، وباطنة أطفال، والحضانة (العناية المركزة لحديثي الولادة)،

والعناية المركزة للكبار وأخرى للأطفال، والقسطرة القلبية، وقسم القلب، والعمليات، والأورام وأمراض الدم، والعيادات الخارجية، والرعاية اليومية والمناظير، والأشعة، والمختبر وبنك الدم، والعلاج الطبيعي، والهندسة والصيانة، والمخازن والمستودع، والصيدلية، كما تقدم خدمات أخرى مثل: جراحة العيون، والأنف والأذن والحنجرة، وأمراض الأعصاب، والمسالك البولية، وجراحة العظام، وخدمات السمعيات والبصريات، وذلك بحسب (دليل الخدمات الصحية، 2011: 22).

3. مكونات المستشفى:

- بحسب (عبد العال، 2014: 187) فإن المستشفى تنقسم إلى عدة مبانٍ، هي:
- (أ) المبنى الرئيس: ويتكون من (3) أجزاء رئيسية (بلوكات: A, B, C)، وتضم جميع أقسام الخدمات الطبية - ماعدا الأورام - وكذلك تضم معظم أقسام الخدمات الإدارية.
- (ب) مباني الخدمات الخارجية:
- مباني ورش الصيانة والخدمات الهندسية.
 - مباني خدمات: (محطة إسعاف، محطة أكسجين، مولدات، مخازن مركزية، مغسلة، مطبخ...).
 - مبنى الأورام.

4. أهم معطيات وبيانات خدمات المستشفى:

الجدول الآتي يوضح أهم الخدمات التي يقدمها مستشفى غزة الأوروبي من إجمالي الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية كافة بقطاع غزة:

جدول رقم (2- 12) أهم معطيات وخدمات مستشفى غزة الأوروبي مقارنة بإجمالي خدمات المستشفيات الحكومية - 2015م

البيان	عدد المرضى المدخلين	أيام الإقامة	نسبة الإشغال	معدل المكوث	العمليات		عدد المعالين بدون إقامة
					كبيرة	صغيرة	
مستشفى غزة الأوروبي	17064	81085	89.9	5.3	3948	3549	174824
إجمالي خدمات كافة المستشفيات الحكومية	174243	505112	84.4	3.9	23911	23614	1657983
النسبة %	%10	%16	-	-	%16	%15	%11

المصدر: (Health Annual Report, 2016: 160)، و(تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 8- 9)

يتضح من بيانات الجدول أعلاه أن مجموع الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى غزة الأوروبي يعادل نحو (14%) من إجمالي الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية في قطاع غزة كافة.

الفصل الثالث الدراسات السابقة

✿ أولاً . الدراسات السابقة:

✿ المحور الأول . الدراسات التي تناولت المتغير المستقل "سنة سيجما"

✿ المحور الثاني . الدراسات التي تناولت المتغير التابع "الرضا (رضا المرضى)"

✿ المحور الثالث - الدراسات التي جمعت بين متغيري الدراسة، المتغير المستقل "سنة

سيجما" والمتغير التابع "الرضا"

✿ ثانياً . التعقيب على الدراسات السابقة

✿ ثالثاً . الفجوة البحثية

توطئة:

في إطار ما اطلع عليه الباحث وحسب ما توفر لديه - حتى تاريخ إعداد الدراسة الحالية - من دراسات سابقة يتعلق بموضوع ومتغيرات الدراسة؛ فقد قام بتناول الدراسات التي تبين أنها تفيد في مجال الدراسة وتعزيز الإطار المفاهيمي المتعلق بها، حيث أورد تلك الدراسات مصنفة زمنياً من الأحدث إلى الأقدم موزعة على ثلاثة محاور، وكل محور منها مقسم لثلاثة أقسام بحسب مكان الدراسة، تناول القسم الأول الدراسات المحلية، أما الثاني فالعربية، والأخير الأجنبية، وذلك في كل محور من الثلاثة المبينة فيما يأتي:

الأول: خاص بالمتغير المستقل ستة سيجما، سعيًا نحو إبراز تطبيقات ستة سيجما في المجالات والمنظمات المختلفة وبيان أبعاده المستخدمة، مع التركيز على المنظمات في القطاع الصحي قدر الإمكان.
الثاني: خاص بالمتغير التابع رضا العملاء (المرضى) ومدى تأثيره أو علاقته بجملة من العوامل.
الثالث: يجمع بين المتغير المستقل "ستة سيجما" والمتغير التابع "رضا العملاء (المرضى)" في محاولة لإيضاح علاقة أو أثر تطبيق ستة سيجما على رضا العملاء في عدة مجالات أبرزها الصحية، وهو الجانب الذي حاولت إظهاره الدراسة الحالية.

الجدول الآتي يوضح محاور الدراسات السابقة وأقسامها وأعدادها في كل منها:

جدول رقم (3-1) أعداد الدراسات السابقة وفقاً للمحور ومكان إجرائها

كشف توضيحي بعدد الدراسات السابقة						
م.م	مكان الدراسة	المحور	ستة سيجما	رضا المرضى	ستة سيجما ورضا العميل	الإجمالي
1.	محلي		9	9	-	18
2.	عربي		11	10	7	28
3.	أجنبي		9	7	3	19
	المجموع		29	26	10	65

المصدر: جرد بواسطة الباحث، 2016م

ملاحظات:

- تم وضع كلمة "صناعة" أو "خدمة" بين قوسين بعد عنوان كل دراسة لبيان طبيعة المنظمة المطبق بها الدراسة، وهما تعنيان على التوالي "منظمة تقدم سلع أو منتجات ملموسة"، "منظمة خدمات".
- في الدراسات السابقة الواردة في المحور الأول والثالث، تم ذكر عناصر المتغير المستقل (ستة سيجما) للدراسات التي استخدمت نموذج (DMAIC) كأبعاد لستة سيجما، وأما تلك التي لم تستخدمه فلم يذكر عناصرها وذلك للاختصار وعدم الإطالة، باستثناء تلك التي أجريت في القطاع الصحي أو على رضا العملاء.
- تم ذكر أهم ما توفر من معلومات في كل دراسة ضمن الدراسات السابقة الواردة في هذا الفصل.
- تم ذكر التوصيات التي تتسجم - فقط - مع الدراسة الحالية من مجمل توصيات الدراسات السابقة.

وفيما يأتي عرضٌ موجز لتلك الدراسات حسب ما تم تقسيمه وبيانه آنفاً.

أولاً - الدراسات السابقة:

المحور الأول - الدراسات التي تناولت المتغير المستقل "سطة سيجما":

يتناول هذا المحور الدراسات التي اعتمدت سطة سيجما كمتغير مستقل، وأجريت في بيئات مختلفة، مع التركيز قدر الإمكان على الدراسات التي أجريت في المنظمات الخدمائية لاسيما قطاع الخدمات الصحية.

(أ) الدراسات المحلية التي تتعلق بالمتغير المستقل "سطة سيجما":

خلال المسح المكتبي الذي قام به الباحث وقف على (10) دراسات محلية لسطة سيجما - بحسب استقصائه - حتى تاريخ إعداد الدراسة الحالية، واستطاع الاطلاع على (9) منها، وكانت الدراسات كالتالي:

1. دراسة (الشاعر، 2014) بعنوان:

متطلبات تطبيق سطة سيجما لتحسين جودة العمليات في المنظمات الخدمية: دراسة ميدانية (خدمة)

هدفت هذه الدراسة للتعرف على متطلبات تطبيق منهجية سطة سيجما ودورها في تحسين جودة العمليات في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، وقد اعتمد الباحث العناصر (دعم الإدارة العليا، التدريب، تشجيع وتحفيز الموارد البشرية، نظم وتكنولوجيا المعلومات، تغيير الثقافة التنظيمية، الاهتمام بالجودة، بيئة العمل، الاهتمام بالعاملين) كأبعاد للمتغير المستقل، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، حيث استخدم الباحث ثلاث استبانات لهذا الغرض. وتمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين في المستشفيات الحكومية الفلسطينية بقطاع غزة بمختلف وظائفهم ومناصبهم وتخصصاتهم، وكذلك العملاء المترددين على المستشفيات، وتم اختيار عينة من (308) أفراد من العاملين الإداريين والإدارة العليا، و(344) فرداً من العاملين في الجهاز الطبي والصحي من الأطباء والتمريض والفنيين والصيدلة، و(385) فرداً من المرضى.

وقد توصلت الدراسة لعدة نتائج كان من أهمها:

- ✓ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متطلبات تطبيق منهجية سطة سيجما وتحسين جودة العمليات في المستشفيات محل الدراسة.
- ✓ توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين خطوات تطبيق سطة سيجما (DMAIC) وتحسين جودة العمليات من وجهة نظر جميع العاملين في المستشفيات محل الدراسة.
- ✓ ضعف اهتمام الإدارة والعاملين بالعملاء، وعدم الاهتمام بقياس رضا العملاء عن الخدمات، وعدم الاهتمام بتحديد احتياجات ورغبات العملاء في المستشفيات محل الدراسة.
- وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها:
- ✓ توفير المتطلبات الضرورية لتطبيق منهجية سطة سيجما في المستشفيات محل الدراسة من أجل تحسين جودة العمليات.
- ✓ تنفيذ خطوات تطبيق منهجية سطة سيجما في المستشفيات محل الدراسة لتحسين جودة العمليات.
- ✓ الاهتمام بالعملاء من خلال تحسين الخدمة الصحية المقدمة لهم بما يلبي احتياجاتهم، وضرورة قياس الجودة من وجهة نظرهم.

2. دراسة (القصاص، 2014) بعنوان:

استخدام منهج سيجما ستة (six sigma) في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية: دراسة تطبيقية على البنوك التجارية الفلسطينية (خدمة)

هدفت الدراسة توضيح استخدام منهج سيجما ستة في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية في البنوك التجارية الفلسطينية، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في الوظائف الإدارية والبالغ عددهم (167) موظفاً في البنوك التجارية العاملة في فلسطين والمدرجة أسهماً في بورصة فلسطين للأوراق المالية وعددها (7) بنوك، واختار الباحث عينة الدراسة بطريقة العينة العشوائية البسيطة من (70) فرداً، وتم توزيع الاستبانة عليهم وكانت نسبة الاستجابة نحو (86%). ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: أن البنوك محل الدراسة تستخدم معايير منهج سيجما ستة في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية بدرجة متفاوتة.

3. دراسة (المصري، والأغا، 2014) بعنوان:

إطار مقترح لتطبيق منهجية six sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية (خدمة) هدف البحث هو التعرف على مستوى تطبيق منهجية six sigma في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة وعلاقتها بتحسين جودة الحياة الأكاديمية، من خلال التعرف على مستوى تطبيق منهجية six sigma من وجهة نظر الأكاديميين، والتعرف على الممارسات المتبعة لتحسين جودة الحياة الأكاديمية وبيان العلاقة بين تطبيق المنهجية وتحسين جودة الحياة الأكاديمية، ووظف البحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحثان الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في جميع أعضاء الهيئة التدريسية المثبتين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة وهي: الجامعة الإسلامية، الأزهر، والأقصى، وقد تم اختيار عينة مكونة من (250) فرداً بطريقة عشوائية، وبلغت نسبة الاستجابة (93%).

وقد توصلت الدراسة لعدة نتائج من أهمها:

✓ مستوى تطبيق منهجية six sigma في الجامعات محل الدراسة بلغ (78.44%).

✓ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق منهجية six sigma وتحسين جودة الحياة الأكاديمية.

4. دراسة (حميدة، 2013) بعنوان:

مدى توافر متطلبات تطبيق مدخل six sigma والدور المتوقع منه في تخفيض تكاليف الجودة في الشركات الصناعية: دراسة تطبيقية على الشركات الصناعية العاملة في قطاع غزة (صناعة)

هدف الدراسة هو التعرف على مدى توافر متطلبات تطبيق مدخل سيجما ستة وما دوره في تخفيض تكاليف الجودة في الشركات الصناعية العاملة في قطاع غزة، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تمثل مجتمع الدراسة في إدارات جميع الشركات الصناعية العاملة في مختلف المجالات بقطاع غزة، وقد اختار الباحث عينة عشوائية من (65) شركة من العاملين في إدارة تلك الشركات، وتم توزيع استبانة واحدة على كل شركة لتعبئتها، وكانت الاستجابة (100%).

ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة:

✓ توفر معايير مدخل سيجما ستة لدى الشركات محل الدراسة بدرجة كبيرة.

✓ سيؤدي تطبيق مدخل سيجما ستة إلى تخفيض تكاليف الجودة في الشركات محل الدراسة.

5. دراسة (Abed, 2012) بعنوان:

The extent of implementation of Six Sigma in Palestine private hospitals from the perception of workers.

مدى تطبيق الحيود السداسي في المشافي الخاصة في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيها (خدمة)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الخاصة في شمال الضفة الغربية بفلسطين، ومدى تأثير بعض العوامل التنظيمية على تطبيق ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة، وقد اعتمدت الدراسة عناصر (دعم الإدارة، الدعم المالي، المعرفة والخبرة بستة سيجما، التدريب على ستة سيجما) كأبعاد للمتغير المستقل "ستة سيجما". الدراسة وصفية واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تمثل مجتمع الدراسة في العاملين في المستشفيات الخاصة بشمال الضفة الغربية، وتكونت عينة الدراسة من (300) من العاملين في (6) مستشفيات. وقد خرجت الدراسة بعدة نتائج كان من أهمها:

- ✓ مستوى تطبيق ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة بلغ درجة متوسطة بنسبة (65.77%).
- ✓ أولوية تعزيز مستوى الوعي والمعرفة لدى الإدارة العليا.
- ✓ وقد أوصت الدراسة: بإجراء المزيد من الدراسات أكثر عمقاً وتركيزاً حول ستة سيجما.

6. دراسة (أبو ناهية، 2012) بعنوان:

مدى استخدام معايير منهج ستة sigma لتحقيق جودة التدقيق الداخلي: دراسة حالة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة (خدمة)

هدفت الدراسة للتعرف على مدى استخدام معايير منهج ستة سيجما في تحقيق جودة التدقيق الداخلي بالجامعات الفلسطينية، وقد أجريت هذه الدراسة على (4) جامعات فلسطينية في قطاع غزة (الإسلامية .الأزهر .الأقصى .فلسطين). اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في العاملين بأقسام التدقيق الداخلي وأقسام الجودة في الجامعات محل الدراسة، وتم اختيار عينة من (35) شخصاً بطريقة المسح الشامل، ووزعت عليهم الاستبانات، وتم استرداد (31) استبانة. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ توفر معايير منهج ستة سيجما لدى الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة بدرجة كبيرة.
- ✓ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام معايير ستة سيجما وبين تحقيق جودة التدقيق الداخلي.

7. دراسة (زعر، 2012) بعنوان:

استخدام مدخل الانحرافات المعيارية الستة لترشيد تكاليف الجودة في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين: دراسة ميدانية (خدمة)

سعت الدراسة لإلقاء الضوء على دور مدخل الانحرافات المعيارية الستة (Six Sigma) في ترشيد تكاليف الجودة في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين، الدراسة وصفية تحليلية، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتمثل مجتمع الدراسة في إدارات جميع شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين وعددها (12) شركة، وتم توزيع (36) استبانة على عينة الدراسة من العاملين في المستويات الإدارية المختلفة بتلك الشركات بواقع (3) استبانات لكل شركة وكانت نسبة الاستجابة (86%). وقد توصلت الدراسة لعدد من النتائج كان من أهمها:

- ✓ تطبيق مدخل Six Sigma يساهم في تحسين جودة الخدمات وترشيد تكاليف الجودة.
- ✓ توفر المتطلبات الرئيسة لتطبيق مدخل Six Sigma بدرجات متفاوتة.

8. دراسة (عبد الله، 2012) بعنوان:

مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة sigma six في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في قطاع غزة (خدمة)

أجريت هذه الدراسة بهدف التعرف على مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة في ضبط جودة التدقيق الداخلي في المصارف العاملة في قطاع غزة، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين بأقسام الجودة في المصارف محل الدراسة، وتم اختيار عينة من (45) شخصا بطريقة العينة الملائمة، وزعت عليهم الاستبانات وتم استرداد (39) منها. ومن أهم نتائج الدراسة:

- ✓ التزام المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير ستة سيجما بدرجة كبيرة.
- ✓ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التزام تلك المصارف بمعايير ستة سيجما وضبط جودة التدقيق الداخلي. ومن أهم ما أوصت به الدراسة:
- ✓ ضرورة الاهتمام بمنهج ستة سيجما والتأكيد على استخدامه لأهميته في تقليل الأخطاء وتحسين الجودة.
- ✓ إعداد دراسات أخرى لبيان أثر تطبيق منهج سيجما ستة في القطاعات الأخرى.

9. دراسة (جوادة، 2011) بعنوان:

مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا (خدمة)

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى إمكانية تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر الإدارة العليا، كما هدفت إلى التعرف على أثر تطبيق ستة سيجما على جودة الخدمات الصحية استنادا إلى توقعات الإدارة العليا للجودة المرجوة التي يمكن تحقيقها بتطبيق منهج ستة سيجما في المجال الصحي وقد استخدم الباحث (المقومات الإدارية، التقنية، المالية والبشرية) كأبعاد لستة سيجما. اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في جميع موظفي فئة الإدارة العليا في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة، وتم اختيار عينة مكونة من (207) موظفين، تم اختيارهم بطريقة المسح الشامل، وكانت نسبة الاستجابة (86.5%).

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان الأهم منها:

- ✓ توفر المتطلبات الأساسية اللازمة لتطبيق منهج ستة سيجما من متطلبات إدارية وبشرية وتقنية.
- ✓ تأكيد الإدارة العليا على أن التميز في خدمة المرضى من أهم أهدافها واستعدادها لدعم تطبيق ستة سيجما.
- ✓ موافقة الإدارة العليا على أن تطبيق منهج ستة سيجما له أثر على تحسين جودة الخدمات الصحية بناء على توقعات الإدارة العليا المتفائلة نحو أثر هذا التطبيق.

ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:

- ✓ ضرورة الاهتمام بمفهوم ستة سيجما ومحاولة العمل على توعية العاملين في المستشفيات حوله.
- ✓ ضرورة الاهتمام بقياس مستويات رضا المرضى والتعرف على شكاواهم ومقترحاتهم ووجهة نظرهم نحو الخدمة المقدمة لهم.

(ب) الدراسات العربية التي تتعلق بالمتغير المستقل "ستة سيجما":

1. دراسة (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016) بعنوان:

The effect of Six Sigma methodologies on the quality of health service: A field study at Prince Hashem Hospital – city of Aqaba.

تأثير استخدام منهجيات ستة سيجما على جودة الخدمة الصحية: دراسة ميدانية في مستشفى الملك هاشم بمدينة العقبة الأردنية (خدمة)

هدف الدراسة إظهار تأثير استخدام منهجية ستة سيجما على جودة الخدمات الصحية في مستشفى الملك هاشم بمدينة العقبة الأردنية، اعتمدت الدراسة معايير (التزام ودعم الإدارة العليا، التحسين المستمر، التركيز على العملاء، والوقاية) كأبعاد للمتغير المستقل "ستة سيجما". اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفى، بالإضافة للمرضى في المستشفى محل الدراسة، وقد تم اختيار عينة الدراسة من ذوي العلاقة بإدارة الجودة الشاملة في المستويات الوظيفية بالإدارة العليا والإدارات الأخرى تمثلت في المدير العام ونائب المدير ومديري الوحدات، ورؤساء الإدارات، بالإضافة لبعض المرضى المترددين على المستشفى.

ومن أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة:

- ✓ وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لمعايير ستة سيجما على جودة الخدمة الصحية.
- ✓ مفهوم ستة سيجما وجودة الخدمة من الموضوعات الهامة ولها تأثير على واقع ومستقبل المنظمات.
- ومن أهم ما أوصت به الدراسة: تحسين الخدمات الصحية التي تلبي احتياجات ورغبات العملاء (المرضى).

2. دراسة (حسن، 2015) بعنوان:

أثر تطبيق منهجية ستة سيجما في تحسين الصيانة الكهربائية (دراسة ميدانية الشركة السودانية لخطوط أنابيب البترول) (صناعة)

هدف الدراسة هو استخدام منهج (Six Sigma) في تحسين الصيانة الكهربائية في الشركة السودانية لخطوط أنابيب البترول في محطة عطبرة، بالسودان، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وصممت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في العاملين في إدارة الصيانة الكهربائية وبالمحطة في الشركة محل الدراسة، وقد اختار الباحث عينة مكونة من (50) فردًا بطريقة العينة الملائمة، وتم توزيع الاستبانات عليهم وبلغت نسبة الاستجابة (100%).

وقد توصلت الدراسة لعدد من النتائج من أهمها:

- ✓ وجود أثر ذي دلالة معنوية لمعايير (Six Sigma) على تحسين الصيانة الكهربائية.
- ✓ وجود علاقة ترابطية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق منهجية ستة سيجما ومنع الفاقد وتقليل الأخطاء وخفض معدل إعادة العمل.
- ✓ وجود علاقة ترابطية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق منهجية ستة سيجما وزيادة القدرة التنافسية وإيجاد أفضل الطرق للقيام بالعمل.

وقد خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات كان من أهمها:

- ✓ الاهتمام بمفهوم (Six Sigma) والتأكيد على إمكانية استخدامه في المؤسسات الحكومية الخدمية.
- ✓ إجراء دراسات مستقبلية عن منهجية ستة سيجما ودورها في التحسين المستمر.

3. دراسة (الغيلي، والأغبري، 2015) بعنوان:

مدى إمكانية تطبيق ستة سيجما في مصانع الأدوية: دراسة وصفية لبعض شركات صناعة الأدوية بالجمهورية اليمنية (صناعة)

هدفت الدراسة للتعرف على مدى إمكانية تطبيق أسلوب ستة سيجما في مصانع الأدوية في الجمهورية اليمنية، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، واستخدم الباحثان المعايير (وجود استراتيجية واضحة للتحسين المستمر، دعم واهتمام الإدارة العليا، توافر الموارد البشرية اللازمة، تطبيق الأنظمة الحديثة للضبط والتحكم، توافر نظام معلومات فعال) كعناصر للمتغير المستقل. تمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين في الشركة الدوائية والشركة العالمية وعددهم (474) موظفاً، تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة غير العشوائية القصدية بواقع (125) موظفاً من العاملين في فئات الإدارة العليا والوسطى ومعظم المشرفين في الإدارة التشغيلية وعدد بسيط من العاملين في الإدارة التشغيلية، تم توزيع (125) استبانة وكانت نسبة الاستجابة (81.6%).

ومن أهم نتائج الدراسة: صعوبة تطبيق أسلوب ستة سيجما في الشركتين محل الدراسة في الوقت الحالي. كما أوصت الدراسة بعدد من التوصيات من أهمها: إجراء البحوث التسويقية التي تهدف قياس رضا العملاء ومعرفة احتياجاتهم ورغباتهم.

4. دراسة (Abou Kamar, 2014) بعنوان:

Six Sigma Application In The Hotel Industry: Is It Effective For Performance Improvement?

تطبيق ستة سيجما في صناعة الفنادق: هل هو فعال لتحسين الأداء؟ (خدمة)

هدف الدراسة هو تقييم فعالية ستة سيجما وفحص أثرها على مؤشرات الأداء المختلفة (المالية، التشغيلية، والتنافسية) للفنادق الراقية في مصر، والبحث عن القيم والمنافع التي تقدمها لتحسين الأداء العام. ولم يستخدم الباحث أبعاداً للمتغير المستقل "ستة سيجما". الدراسة وصفية تحليلية، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من مديري الجودة، والمديرين التنفيذيين ومساعدى المديرين العاملين ومديري الإدارة الوسطى في جميع الفنادق الراقية التي تمارس عملها في مصر ومسجلة في الدليل المصري للفنادق للعام (2013) والبالغ عددها (123) فندقاً وتم اختيارها لمناسبتها للدراسة لكونها تتنوع مبادرات جودة نوعية وتوفر الإمكانيات، تم اختيار جميع الفنادق كعينة للدراسة (حصر شامل) وتم إرسال الاستبانة للمبحوثين بالبريد الإلكتروني، وكانت نسبة الاستجابة (36.5%).

ومن أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة:

- ✓ جميع الفنادق المدروسة تطبق على الأقل أحد نظم إدارة الجودة، و فقط (31%) منها تطبق مشروع ستة سيجما، وخبرتها في هذا المجال أقل من (3) سنوات.
- ✓ أكثر مجال استخدم فيه ستة سيجما هو في معالجة شكاوى العملاء.
- ✓ الفنادق المطبقة لستة سيجما حققت منافع أعظم مقارنة بتلك التي طبقت برامج إدارة جودة أخرى.
- ✓ وجود عوائق أمام تطبيق ستة سيجما في قطاع الفنادق ومن أهمها مقاومة التغيير والافتقار للمعلومات الكافية والضبابية حول منافع وفوائد ستة سيجما.

5. دراسة (الحلو، 2014) بعنوان:

المتطلبات الأساسية لتطبيق مدخل ستة سيجما على إحدى الشركات المصرية لصيانة الطائرات (خدمة)

تسعى الدراسة إلى البحث في إمكانية تطبيق ستة سيجما في إحدى الشركات المصرية لصيانة الطائرات عبر التعرف على المتطلبات الأساسية اللازمة لهيئة البيئة الداخلية للشركة للتطبيق وكشف معوقات التطبيق وطرق تجاوزها. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع

البيانات. تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الإدارة الوسطى والعليا الحاصلين على دورات في مجال ستة سيجما في الشركة محل الدراسة والبالغ عددهم (30) فرداً، وقد استخدم الباحث أسلوب الحصر الشامل لاختيار العينة حيث شملت كل مجتمع الدراسة وعددهم (30) فرداً، تم توزيع الاستبانات عليهم جميعاً. ومن أهم نتائج الدراسة: وجود ضعف في تفهم الشركة لاحتياجات العملاء والتعامل مع شكاواهم. وكان من أهم ما أوصت به الدراسة: التعرف على احتياجات العملاء وتصنيفها حسب قوة التأثير عليهم.

6. دراسة (PK, et al, 2013) بعنوان:

Enhancing laboratory turnaround time performance by combining the implementation of a laboratory instrumentation interfacing solution with six sigma methodology

تحسين زمن أداء فحوصات المختبر من خلال الجمع بين تنفيذ حلول نظام تكنولوجيا المعلومات في المختبر مع منهجية ستة سيجما (خدمة)

هدف الدراسة توضيح نتائج تطبيق منهجية ستة سيجما (DMAIC) بالتوازي مع عمليات نظام تكنولوجيا المعلومات في المختبر الطبي بمستشفى جي إم سي في إمارة عجمان بدولة الإمارات العربية المتحدة؛ بغرض تحسين الأداء وتقليل الأخطاء الطبية، من خلال خفض المدة الزمنية المستغرقة في جمع عينات المختبر (أو فقدانها)، ودورة الفحص والتقارير مما يؤثر سلباً على علاج المرضى. الدراسة تجريبية، واستغرقت تنفيذها (8) أشهر. واستخدم الباحثون الملاحظات والتقارير وسجلات العمل لجمع البيانات عن جميع عينات المختبر خلال تلك الفترة البالغ عددها (164759) عينة، ومجتمع وعينة الدراسة تمثلت في الفحوصات المخبرية للمرضى. ومن أهم النتائج:

- ✓ تخفيض متتابع في قصور الفترة الزمنية من (45%) إلى (1%).
- ✓ تطبيق منهجية ستة سيجما ساهم في تقليل الأخطاء وتحسين الخدمات وتقديمها بوقتها المناسب.

7. دراسة (همام، 2012) بعنوان:

استخدام منهجية سيجما ستة (Six sigma) في تحسين جودة أداء الخدمات: دراسة تطبيقية على قطاع الخدمات الصحية بمدينة الطائف (خدمة)

هدف الدراسة يتمثل في تحسين أداء الخدمات في المؤسسات الصحية العاملة بمدينة الطائف وتحسين القدرة التنافسية لها، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، واستخدم الباحث نموذج (DMAIC) كعناصر للمتغير المستقل. تكون مجتمع الدراسة من كافة فئات العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الطائف من الأطباء والتمريض وموظفي ومديري الإدارات الطبية والبالغ عددهم (864) موظفاً في (3) مستشفيات، وتم اختيار عينة مكونة من (400) فرداً من العاملين بتلك المؤسسات تم توزيعهم بالأسلوب المتناسب، وتم جمع البيانات عبر المقابلة الشخصية لتعبئة الاستبانة، وكانت نسبة الاستجابة (79%).

وقد أظهرت الدراسة عدد من النتائج من أهمها:

- ✓ إدراك العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة بدرجة عالية لمفهوم جودة الخدمات الصحية.
- ✓ تتوافر بدرجة عالية متطلبات تطبيق ستة سيجما في تلك المؤسسات.
- ✓ تطبيق خطوات منهجية سيجما ستة (DMAIC) كمدخل لتحسين الجودة بدرجة عالية.

كما أوصت الدراسة بعدد من التوصيات من أهمها:

- ✓ زيادة الاهتمام بتغيير وتطوير ثقافة القيادات العليا في المؤسسات الصحية السعودية نحو تطبيق أسلوب سيجما ستة (DMAIC).
- ✓ زيادة مستوى الاهتمام بالعملاء عبر التعرف على احتياجاتهم وتوقعاتهم وتحسين جودة أداء الخدمات الصحية بما يشبع احتياجاتهم ورغباتهم للمحافظة على مستوى عالٍ من الرضا.
- ✓ التركيز على عناصر سيجما ستة (DMAIC) لأثرها الإيجابي على تحسين جودة أداء الخدمات الصحية.

8. دراسة (الراوي، 2011) بعنوان:

استخدام منهج سيجما ستة six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان (خدمة)

هدفت الدراسة إلى استخدام منهج ستة سيجما في ضبط جودة التدقيق الداخلي في المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان. منهج الدراسة الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، واستخدم الباحث المعايير (التزام ودعم القيادة العليا، التغذية العكسية والقياس، التحسين المستمر، العمليات والأنظمة، والموارد) كعناصر للمتغير المستقل. تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الخاصة والحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان وعددها (5) مستشفيات، وتم اختيار عينة الدراسة بأسلوب العينة الملائمة من العاملين في أقسام الجودة والتدقيق الداخلي أو من يقوم مقامهم، وتم توزيع (100) استبانة عليهم بواقع (20) لكل مستشفى، وكانت نسبة الاستجابة (67%). وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها:

- ✓ وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لمعايير ستة سيجما على جودة التدقيق الداخلي بتلك المستشفيات.
- ✓ المستشفيات محل الدراسة تعمل ضمن المستوى الثالث لسيجما لكل معيار من معايير منهج سيجما ستة. وكان من أهم توصيات الدراسة: الاهتمام بمفهوم ستة سيجما والتأكيد على إمكانية استخدامه في المستشفيات لأهمية دوره في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين جودة الخدمات المقدمة بما يتناسب مع توقعات المستفيدين.

9. دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) بعنوان:

تأثير تطبيق استراتيجية Six Sigma في تحقيق أبعاد الميزة التنافسية: دراسة تحليلية لآراء عينة من الأطباء في المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجا (خدمة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهمية استراتيجية Six Sigma المتمثلة في (DMAIC) في تحقيق الميزة التنافسية للمنظمات الصحية، وأجريت الدراسة على المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجا بالعراق. واعتمد الباحثون على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من الأطباء العاملين في المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجا على اختلاف مستوياتهم الإدارية والوظيفية، أما عينة الدراسة فتكونت من (30) فردًا، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية. وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ محدودية المعرفة لدى المبحوثين بمصطلح استراتيجية ستة سيجما على المستوى المفاهيمي والتطبيقي.
 - ✓ وجود علاقات ارتباط معنوية بين أبعاد استراتيجية ستة سيجما وأبعاد الميزة التنافسية.
- كما كان من أهم ما أوصت به الدراسة: إكساب العاملين المعرفة بمصطلح ستة سيجما من خلال دورات متخصصة لتغطية الجوانب المفاهيمية والتطبيقية.

10. دراسة (الإمام، وآخرين، 2010) بعنوان:

استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة (خدمة)

هدف الدراسة هو التعرف على متغيرات أسلوب ستة سيجما واستخدامها كمدخل لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية وطبيعة العلاقة بين تلك المتغيرات ومستوى جودة الخدمات وأجريت الدراسة في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة بمصر. وقد تمثلت متغيرات أسلوب ستة سيجما في: (دعم الإدارة العليا . التركيز على العملاء . التركيز على الموردين . التركيز على العاملين . التركيز على العمليات . التركيز على القياسات . التركيز على تصميم المنتج . التركيز على معلومات الجودة . تنظيم إدارة الجودة) ووظفت كعناصر للمتغير المستقل. واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من فئتين: العاملين والعملاء بالمستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة، والبالغ عددهم (27729) من العاملين، وكمتوسط شهري للعملاء المترددين على تلك المستشفيات (100 ألف) من العملاء. وقد تم اختيار عينة الدراسة من العاملين والعملاء بطريقة العينة المنتظمة، بواقع (385) من العاملين، و(384) من العملاء.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ وجود فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة.
- ✓ وجود تأثير معنوي لمتغيرات أسلوب سيجما ستة على مستوى جودة الخدمة الصحية.
- ✓ وجود علاقة معنوية موجبة وارتباط قوي بين متغيرات أسلوب سيجما ستة وجودة الخدمة الصحية.
- ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:
- ✓ الاهتمام بالعملاء وتحسين الخدمة الصحية بما يشبع احتياجاتهم ورغباتهم.
- ✓ تنظيم إدارة الجودة من خلال خطوات منظمة لعملية التحسين متمثلة في (DMAIC).
- ✓ تقديم المعرفة بأسلوب سيجما ستة لجميع العاملين بالمنظمات الصحية عبر برامج التدريب المختلفة.
- ✓ إجراء دراسة مستقبلية حول تأثير أسلوب سيجما ستة عبر مدخل (DMAIC) على أداء المنظمات.

11. دراسة (الشثري، 2010) بعنوان:

متطلبات تطبيق مدخل ستة سيجما (Six Sigma) لتحسين جودة الأداء بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية (خدمة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم متطلبات تطبيق مدخل ستة سيجما وتحديدًا متطلبات (DMAIC) بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالمملكة العربية السعودية بغرض تحسين جودة الأداء بالجامعة. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في دراسته، وصممت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من جميع أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية التابع لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية البالغ عددهم (54)، وكذلك جميع الخبراء والمختصين بإدارة الجودة التابعة لوكالة الجامعة للدراسات والتطوير والاعتماد الأكاديمي وعددهم (25). استخدم الباحث أسلوب الحصر الشامل في اختيار العينة البالغة (79) فرداً، وتم استرداد (42) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها:

- ✓ موافقة أفراد الدراسة بدرجة عالية على أهمية جميع المتطلبات الخاصة بتطبيق المراحل الخمس لسته سيجما (DMAIC).
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المبحوثين حول المتطلبات الخاصة بمراحل (DMAIC) تعزى لمتغير الوظيفة أو الدرجة العلمية، في حين وجدت فروق تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة.

(ج) الدراسات الأجنبية التي تتعلق بالمتغير المستقل "سته سيجما":

1. دراسة (Lakhani, et al, 2015) بعنوان:

Adoption of Six Sigma Methodology in Reduction of Needle Stick Injuries

تبني منهجية ستة سيجما للحد من الجروح الناتجة عن وخز الحقن (خدمة)

هدفت الدراسة للحد من عدد الإصابات الناتجة عن الوخز بالإبر (الحقن) في مستشفى أندراپراشا أبولو بدلهي في الهند، وذلك عبر التعرف على الأسباب الرئيسية المسببة لإصابات وخز الحقن الطبية والحد من وقوعها بواسطة تطبيق منهجية ستة سيجما (DMAIC). تعتبر الدراسة تجريبية وتم استخدام الملاحظة والتقارير كأداة لجمع البيانات، وكان مجتمع الدراسة الممرضين العاملين في المستشفى محل الدراسة، وقد شملت عينة الدراسة نحو (1300) ممرض بالمستشفى ضمن مشروع ستة سيجما للتأكد من ضمان تعاملهم بشكل آمن مع الأجسام الحادة، حيث تم أخذ معلومات وافية من ظروف العمل أثناء استخدام الحقن بالإبر الطبية، وتم تطبيق مراحل منهجية ستة سيجما (DMAIC). وقد أظهرت الدراسة عددا من النتائج كان من أهمها:

- ✓ انخفاض نسبة عدد الإصابات الإجمالي بنحو (20%) خلال (3) أشهر.
- ✓ أدى تطبيق منهج ستة سيجما لتحسن كبير على مستوى الوعي لدى الطاقم التمريضي بنسبة (32%) مما قلل من عدد الإصابات، وحدد من انتقال العدوى عبر الدم.
- ✓ خفض عدد الإصابات في قسم الخدمات (المنزلية) إلى (58%) خلال شهرين.

2. دراسة (Sadiq, 2014) بعنوان:

The Application Of Six Sigma Strategy In Selected Manufacturing And Service Firms In Nigeria

تطبيق استراتيجية ستة سيجما في شركات صناعية وخدمية مختارة بنيجيريا. (صناعة، خدمة)

هدف الدراسة هو معرفة مدى تطبيق استراتيجية ستة سيجما في شركات صناعية وخدمية مختارة بنيجيريا، والتعرف على تحديات تطبيقها في تلك الشركات، ولم يستخدم الباحث أي أبعاد للمتغير المستقل (سته سيجما). اعتمد الباحث المنهج الوصفي المسحي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في الإدارة التنفيذية العليا والإدارة الوسطى والموظفين التنفيذيين وعددهم (4061) فردا في الشركات محل الدراسة التي اختارها الباحث وعددها (4) شركات صناعية وخدمية، واختار الباحث عينة الدراسة المكونة من (380) فردا بطريقة عشوائية تم توزيعهم على الشركات على أساس نسبة العاملين. ومن أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة:

- ✓ أضافت ستة سيجما قيمة كبيرة للمنظمات التي تتبناها، وأثرت إيجابا على العمليات والأرباح.
- ✓ تطبيق استراتيجية ستة سيجما يؤدي لتحسين الجودة في المنظمات.
- ✓ فوائد ستة سيجما تفوق تكلفة تنفيذه.

وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات من أهمها: الاهتمام بالعملاء وأصحاب المصالح والتعرف على مشكلاتهم والعمل على حلها.

3. دراسة (Vijay, 2014) بعنوان:

Reducing And Optimizing The Cycle Time Of Patients Discharge Process In A Hospital Using Six Sigma DMAIC Approach

تقليل وتحسين دورة الوقت المستغرق في عملية خروج المرضى من أقسام المبيت بالمستشفى باستخدام مدخل ستة سيجما (DMAIC). (خدمة)

هدف البحث هو استخدام نموذج ستة سيجما (DMAIC) لتقليل دورة الزمن المستغرق في عملية إخراج المرضى من مستشفى (KG) متعدد التخصصات بكويمباتور بالهند. الدراسة تجريبية، وتم الاستعانة بالملاحظة والتقارير لجمع البيانات، تمثل مجتمع الدراسة في المرضى المخرجين من أقسام المبيت بالمستشفى محل الدراسة، واستغرق دراسة المشكلة مدة (3) شهور في قسمي الجراحة والطب العام، وتم إجراء عمليات إعادة تصميم للإجراءات والخطوات اللازمة في عملية خروج المرضى للحصول على أفضل النتائج باستخدام مراحل نموذج (DMAIC) الخمس وباستخدام أدوات وتقنيات الجودة المختلفة. وتم اختيار عينة للتنفيذ تبلغ عددها (120) مريضاً، وبعد تنفيذ نموذج ستة سيجما (DMAIC) لمدة شهرين تم الحصول على تخفيض معدل الوقت من نحو (234) إلى (143) دقيقة أي بنسبة (61%) من معدل دورة وقت إخراج المرضى الأصلي. ومن أهم نتائج الدراسة:

✓ تقليل معدل وقت دورة خروج المرضى من المستشفى بنسبة (61%).

✓ استخدام ستة سيجما في المجال الطبي يعزز رضا المرضى.

وكان من أهم ما أوصت به الدراسة:

✓ توظيف نتائج الدراسة في تقليل دورة الوقت المستغرق في خروج المرضى من المستشفيات باستخدام نموذج ستة سيجما (DMAIC).

✓ قيام مديري المستشفيات وأصحاب القرار بتسريع قرار تنفيذ أسلوب ستة سيجما (DMAIC) في المستشفيات لتحسين جودة الرعاية فيها.

4. دراسة (Elbireer, et al, 2013) بعنوان:

Improving laboratory data entry quality using Six Sigma

تحسين جودة إدخال البيانات في المختبر الطبي باستخدام ستة سيجما (خدمة)

هدف الدراسة هو وصف كيفية تحسين جودة إدخال بيانات الفحوصات المخبرية الطبية باستخدام ستة سيجما (DMAIC)، وقد أجريت الدراسة في المختبر الطبي التابع لجامعة ماكيرييري بأوغندا. منهج الدراسة تجريبي، وقد استخدمت التقارير وسجلات العمل والملاحظات لجمع البيانات، مجتمع الدراسة تمثل في جميع فحوصات المختبر للمرضى بالمستشفى، حيث تم جمع البيانات وتحليلها وقياس نسبة الأخطاء بشكل شهري، ومن ثم إجراء التعديلات اللازمة وفق خطوات (DMAIC)، وأعيد قياس نتائج الفحوصات شهرياً بمعدل (14329) فحصاً شهرياً ولمدة (12) شهراً. ومن أهم نتائج الدراسة:

✓ خفض نسبة الخطأ في إدخال بيانات الفحوصات المخبرية بنسبة (60.5%).

✓ ارتفاع مستوى سيجما من (4.34) إلى (4.65).

✓ رفع مستوى وعي العاملين بالمختبر حول التحسين المستمر في عملهم باستخدام أدوات ستة سيجما.

5. دراسة (Lama, et al, 2013) بعنوان:

Using Six Sigma tools to improve internal processes in a hospital center through three pilot projects

استخدام أدوات ستة سيجما لتحسين العمليات الداخلية في مستشفى مركزي من خلال ثلاث مشاريع تجريبية (خدمة)

هدف الدراسة هو استخدام منهجية ستة سيجما (DMAIC) للمساعدة في إيجاد الطرق لتحسين العمليات في مستشفى سان خوان دي ديوس وهو مركز طبي رئيس خاص في قرطبة بإسبانيا، وذلك من خلال (3) مشاريع تجريبية، الأول: خفض الفرق في عدد الفحوصات والاستشارات الطبية للمرضى المجدولين قبل التخدير للعملية الجراحية وما يتم إجراؤه فعليا بسبب إدخال مرضى غير مجدولين لقائمة العمليات، والثاني: الحد من الغياب في العيادات الخارجية والتأخير في إجراء مقابلة المرضى، بسبب غياب عدد محدود من الأطباء عن العمل وكذلك تكرار تغيب مجموعة ضئيلة من المرضى عن مواعيدهم مما ينعكس سلبًا على كفاءة العمل، والثالث: زيادة كفاءة قسم التأهيل الطبي الباطني، عبر المحافظة على أعلى نسبة إشغال ممكنة، وتحقيق نسبة دوران عالية للمرضى بتقليل مدة مكوث المريض لزيادة عدد مرضى الدخول، وكذلك تقليل الوقت بين طلب دخول المريض للقسم وتاريخ وصوله الفعلي. منهج الدراسة تجريبي واستمرت نحو (14) شهرًا، ومجتمع وعينة الدراسة تمثلت في المرضى والعاملين في الأقسام محل الدراسة، واستخدم الباحثون التقارير وسجلات العمل والملاحظات والمقابلات والمسوحات للعاملين والمرضى لجمع البيانات وتحليلها؛ حيث تم قياس تلك البيانات قبل تطبيق ستة سيجما وأعيد قياسها بعد التطبيق وعمل المقارنات ووضع برنامج التحسين المطلوب وتطبيقه. ومن أهم النتائج:

- ✓ إمكانية استخدام منهجية ستة سيجما بنجاح لتحسين العمليات والنتائج لاسيما في القطاع الصحي.
 - ✓ انخفاض التغيب في العيادات الخارجية بـ (45%) وتقليل مدة تأخير مقابلة المرضى بنسبة (76%).
 - ✓ زيادة إدخال المرضى أسبوعيا بنسبة (14%) وتقليل مدة مكوث المريض بنسبة (64%)، وزيادة نسبة إشغال الأسرة بنحو (32%).
- ومن أهم توصيات الدراسة: تعزيز التغيير الثقافي داخل المنظمة نحو تبني تطبيق منهجية ستة سيجما.

6. دراسة (Silich, et al, 2012) بعنوان:

Using Six Sigma Methodology to Reduce Patient Transfer Times from Floor to Critical-Care Beds

استخدام منهجية ستة سيجما لتقليل وقت نقل المريض من طوابق وأقسام المستشفى إلى أسرة أقسام العناية المكثفة (خدمة)

هدف الدراسة هو معرفة فاعلية استخدام ستة سيجما (DMAIC) لتقليل وقت نقل المريض وإيجاد عملية النقل التي تعزز التواصل بين مقدمي الخدمات الصحية بالمستشفى وتحافظ على مواصلة تحسين الخدمات المقدمة للمريض، الدراسة تجريبية واستمرت لمدة عام، حيث أجريت في مستشفى تخصصي بجزيرة ستاتين في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، وتم تطبيق نموذج (DMAIC)، واستخدم الباحثون التقارير وسجلات المرضى والملاحظة لجمع البيانات. مجتمع الدراسة تمثل في جميع المرضى الذين يتم نقلهم لقسم العناية المكثفة وعناية القلب، وقد تم جمع بيانات من عينة قبل تطبيق ستة سيجما بلغت (59) مريضا وعينة بعد تطبيقها (462) مريضا. وقد وُجد أن الوقت المستغرق لعملية النقل قبل التطبيق (214) دقيقة مع حد أقصى للتأخير يصل لـ (420) دقيقة، وكان مستوى سيجما (1.6)، وبعد تطبيق ستة سيجما انخفض الوقت إلى (84) دقيقة، وارتفع مستوى سيجما إلى (3.8).

ومن أهم النتائج:

- ✓ تقليص مدة وقت نقل المريض من طابق الجراحة العامة إلى أقسام العناية المكثفة بنسبة (60%).
- ✓ ارتفاع مستوى سيجما من (1.6) إلى (3.8).
- ✓ ارتفاع مستوى قبول عملية النقل عند المرضى (رضا) من (54%) إلى (98.9%).
- ✓ وجود منظمات تستخدم الأدوات المختلفة لمشاريع ستة سيجما مثل (DMAIC) مع عدم امتلاكها لخبراء أو مختصين في الستة سيجما.

7. دراسة (Taner, et al, 2012) بعنوان:

Application of Six Sigma methodology to a diagnostic imaging process

تطبيق منهجية ستة سيجما في عملية التصوير التشخيصي (خدمة)

غرض الدراسة هو تطبيق منهجية ستة سيجما لتحسين سير العمل من خلال التخلص من مسببات الأخطاء في العمل في قسم التصوير الطبي بإحدى المستشفيات التركية الخاصة. الدراسة تجريبية، وتم جمع البيانات عبر التقارير وسجلات العمل والملاحظات. مجتمع الدراسة تمثل في المرضى المتلقين لخدمات التصوير الطبي في القسم محل الدراسة؛ حيث تم تطبيق منهجية ستة سيجما المتمثلة في (DMAIC) لمدة سنة وتم جمع البيانات من القسم على مدار (4) شهور عن (139) حالة خطأ في التصوير الطبي، وقد تم تحديد الأسباب الرئيسة وراء ذلك، وتم إدخال التحسينات اللازمة والتي شملت تدريباً مكثفاً للعاملين. وكان من أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة:

- ✓ ارتفاع مستوى سيجما من (3.5) لـ (4.2)، بعد التدريب المكثف للعاملين للتخلص من أسباب الأخطاء.
 - ✓ تخفيض وقت انتظار المرضى من (22) دقيقة إلى (7) دقائق بالمجمل أي نحو (68%)، وتخفيض أخطاء العمل وتقليص عدد الجلسات المعادة.
 - ✓ ستة سيجما منهجية مناسبة للمؤسسات الصحية للحد من الأخطاء في الخدمات.
- أوصت الدراسة بعدد من التوصيات كان من أهمها: ضرورة تطبيق ستة سيجما في المستشفيات من أجل تقييم العمليات واكتشاف المخاطر وتصحيح الأخطاء.

8. دراسة (Devi, & Panchanatham, 2011) بعنوان:

Reduction Of Turnaround Time Of In-Patients In A Private Hospital, Chennai: A Six Sigma Approach

تقليل مدة المكوث لمرضى المبيت بمستشفى تشيناي الخاص عبر مدخل ستة سيجما (خدمة)

هدف الدراسة تقليل مدة مكوث المرضى بأقسام المبيت في مستشفى تشيناي الخاص بالهند، وذلك من خلال تطبيق منهج ستة سيجما (DMAIC) في العمليات المتبعة لتقديم الخدمات للمريض داخل بعض الأقسام مثل العظام والأورام، حيث وجد أنه يوجد زيادة في الوقت يزيد عن توقعات المرضى بنحو (40%). الدراسة وصفية بأسلوب دراسة الحالة، واستخدمت طريقة الملاحظة ومتابعة سجلات المرضى كأداة جمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المنومين في المستشفى على الأقل ليوم واحد وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة من (89) مريضاً، واستغرق تنفيذ الدراسة مدة (10) أسابيع. وكان من أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة: أن تطبيق توصيات مشروع ستة سيجما يؤدي لخفض مستوى الخلل وبالمقابل زيادة مستوى ستة سيجما وكذلك رضا العملاء.

9. دراسة (Sagy, 2009) بعنوان:

Optimizing Patient Care Processes in a Children's Hospital Using Six Sigma

تحسين خدمات رعاية المرضى في مستشفى للأطفال باستخدام ستة سيجما (خدمة)

أجريت هذه الدراسة بهدف وصف تجربة مستشفى شنايدر للأطفال في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية في تطبيقها لمنهجية ستة سيجما عبر مراحل (DMAIC) في تحسين العمليات السريرية بالمستشفى، الدراسة تجريبية، وتم الاستعانة بالتقارير والملاحظات والسجلات لجمع البيانات واستخدام الأدوات الإحصائية خلال التطبيق وقد تم إجراء عملية قياس ومقارنة قبل وبعد التطبيق؛ وقد تم اختيار (3) مشاريع طبقت فيها ستة سيجما ضمن المستشفى، الأول: تقليل الوقت المستغرق في الإجراءات المتبعة لدخول المرضى للمستشفى لإجراء عملية القسطرة المركزية الطرفية للقلب (PICCs)، والثاني: تقليل مدة مكوث المرضى في المستشفى الذين يحتاجون لإجراء فتحة في القصبة الهوائية للتنفس (Tracheostomy)، وثالث: تثبيت أنبوب تغذية من المعدة (Gastrostomy tube) قبل نقلهم إلى مرافق إعادة التأهيل لهم، والثالث: هو الحد من الأخطاء في وصف الأدوية، مجتمع الدراسة هم المرضى في الأقسام المذكورة محل الدراسة، والعينة القبلية (61) مريضاً من قسم (PICCs) والبعدي (97)، العينة القبلية لعمليتي (Tracheostomy & Gastrostomy tube) كانت (33) مريضاً والبعدي (16)، وفي أخطاء الوصفات الطبية كانت العينة القبلية (256) طلباً والبعدي (140). وكان من أهم النتائج:

- ✓ تطبيق منهجية ستة سيجما أدت إلى تحسن ملحوظ وتدرجي في الخدمة الصحية.
- ✓ بعد عام من تطبيق ستة سيجما تم تقليل الوقت بنسبة تتجاوز 55%، وكذلك تخفيض معدل الأخطاء في وصف الأدوية لأكثر من 85%.
- ✓ تحليل العمليات السريرية باستخدام ستة سيجما يقلل إلى حد كبير العيوب والأخطاء.
- ومن أهم التوصيات التي قدمتها الدراسة: مواصلة العمل بستة سيجما لتحسين جودة الخدمات السريرية.

المحور الثاني . الدراسات التي تناولت المتغير التابع "الرضا (رضا المرضى)":

أ) الدراسات المحلية التي تتعلق بالمتغير التابع "رضا المرضى":

1. دراسة (Abu-Nada, 2015) بعنوان:

Clients' satisfaction for health care services provided in Emergency departments at Shifa Hospital - Gaza.

رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة في أقسام الاستقبال بمستشفى الشفاء بغزة (خدمة) هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى رضا متلقي الخدمة الصحية في أقسام الاستقبال والطوارئ بمستشفى الشفاء بغزة، وقد أجريت خلال العام (2015م). اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ونفذت بالأسلوب المقطعي العرضي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتم جمع البيانات وتعبئة الاستبانات من المبحوثين عبر المقابلة الشخصية. تكون مجتمع الدراسة من جميع المستفيدين من الخدمة الصحية في أقسام الاستقبال والطوارئ بجمع الشفاء الطبي بغزة (الباطنة، الجراحة، الولادة) خلال فترة إجراء الدراسة الميدانية لجمع البيانات، وقامت الباحثة باختيار عينة صدفية بطريقة غير عشوائية بلغت (500) مستفيد. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ مستوى رضا المرضى العام بلغ (70.8%).
- ✓ وجود شكاوى متكررة لدى عدد كبير من المبحوثين حول بعض النواحي التي يشوبها القصور والخلل في الخدمة المقدمة من وجهة نظرهم.

- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المستفيدين نحو الخدمة المقدمة تُعزى لمتغيرات الجنس، العمر، مستوى التعليم (المؤهل العلمي)، والقسم الذي يتلقى فيه الخدمة.
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المستفيدين نحو الخدمة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة: تمكين المشاركة المجتمعية في تقييم جودة الخدمة الصحية عبر تنفيذ مسح رضا المستفيدين واستقبال التغذية الراجعة منهم.

2. دراسة (أبو شريعة، 2014) بعنوان:

رضا الزبائن عن جودة الخدمات الفندقية المقدمة لهم: دراسة تطبيقية مقارنة بين مستشفى الشفاء وغزة الأوروبي في فلسطين (خدمة)

هدف الدراسة العام هو مقارنة الخدمات الفندقية المقدمة للمرضى في مستشفى الشفاء ومستشفى غزة الأوروبي من حيث الجودة والخدمات المتوفرة والمفقودة من منظور المرضى المستفيدين من هذه الخدمات؛ وذلك لمعرفة رضا المرضى عن جودة تلك الخدمات، وقد أجريت الدراسة خلال الأعوام (2011-2014م). استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من المرضى المقيمين في أقسام المبيت الداخلية بمستشفى الشفاء وغزة الأوروبي، والذين زادت مدة إقامتهم عن (24) ساعة وتزيد أعمارهم عن (12) عاماً، أما عينة الدراسة فتكونت من (285) مريضاً. أظهرت الدراسة عدداً من النتائج كان من أهمها:

- ✓ مستوى جودة الخدمات الفندقية في كلا المشفين محل الدراسة لا يرقى لتطلعات المرضى.
- ✓ غالبية محاور الخدمات الفندقية بمستشفى الأوروبي أفضل حالاً مما هي عليه في مستشفى الشفاء.

3. دراسة (El Mudallal, 2013) بعنوان:

Patients' Satisfaction with Community Mental Health Centers Services at Ministry of Health in Gaza Governorates

رضا المرضى عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة بمحافظة غزة (خدمة)

الهدف من الدراسة قياس مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم من خلال مراكز الصحة النفسية المجتمعية التابعة لوزارة الصحة في محافظات غزة، وكذلك تحديد العوامل المؤثرة على رضا المرضى عن تلك الخدمات من أجل تقديم توصيات لأصحاب القرار. منهج الدراسة وصفي تحليلي واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وقد نفذت الدراسة في (6) مراكز للصحة النفسية المجتمعية في قطاع غزة، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى الذين يزيد عمرهم عن (18) عاماً ويتابعون العلاج في المركز لما يزيد عن (6) أشهر، وبلغ حجم العينة (400) مريضاً، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وكانت نسبة الاستجابة (67%). وتم جمع البيانات عبر مقابلات للمرضى المشاركين وجهاً لوجه داخل المراكز بواسطة الباحث واثنين من مساعديه. ومن أهم ما أظهرته نتائج الدراسة أن:

- ✓ مستوى الرضا العام عن الخدمات متوسط بنسبة (66.89%).
- ✓ مستويات رضا المرضى الذين يسكنون محافظة رفح أعلى من باقي المحافظات.
- وكان من أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:
- ✓ قياس رضا المرضى بشكل دوري عن الخدمات للمساهمة في تطويرها وتحسينها.
- ✓ إجراء دراسات عن رضا المرضى حول الخدمات الصحية في كل أماكن تقديم الخدمات الصحية.

4. دراسة (مصلح، 2011) بعنوان:

قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية (خدمة) أجريت الدراسة بهدف التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، واستخدم مقياس (Servperf) بأبعاده لقياس جودة الخدمات. تكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي، ومستشفى وكالة الغوث الدولية (أونروا)، وتم اختيار عينة طبقية مكونة من (140) موظفًا ومريضًا من أصل (420) وكانت نسبة الاستجابة (90%). ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ رضا المبحوثين عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفيات محل الدراسة بدرجة عالية.
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمتغيرات الشخصية والديمغرافية باستثناء متغير الجنس.
- وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات كان من أهمها: ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة لدى الطواقم الطبية.

5. دراسة (أبو يمن، 2010) بعنوان:

تقييم مدى رضا المرضى المدخلين في مستشفى الوكالة - قلقيلية (خدمة)

هدف الدراسة هو تقييم مدى رضا المرضى المدخلين في مستشفى الوكالة بمدينة قلقيلية بالضفة الغربية في فلسطين، وتحديد العوامل المؤثرة في رضا المرضى، وقد تم تنفيذ الدراسة خلال العام (2009م). اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من المرضى المدخلين في المستشفى، وقام الباحث باختيار عينة عشوائية من (373) مريضًا بطريقة العينة الطبقية العشوائية. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ مستوى رضا المرضى بلغ درجة مرتفعة جدًا وبنسبة (88.60%).
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية تُعزى لمتغيرات الجنس، العمر، مستوى التعليم (المؤهل العلمي)، الحالة الاجتماعية، وقسم الدخول.
- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية تُعزى لمتغير مكان السكن.
- ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:
- ✓ الاهتمام بقياس رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة بشكل منتظم.
- ✓ وضع خطط للتحسين المستمر في جودة الرعاية الصحية المقدمة بناءً على نتائج رضا المرضى.

6. دراسة (Al-kariri, 2010) بعنوان:

Patients' satisfaction with the quality of services provided at the outpatient department at Al-Shifa Hospital

رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادة الخارجية التابع لمستشفى الشفاء (خدمة) استهدف الباحث من هذه الدراسة تقييم مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في قسم العيادة الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة، الدراسة وصفية تحليلية مقطعية، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المترددين على العيادات محل الدراسة، وقد بلغت عينة الدراسة (450) مريضًا تم اختيارهم بطريقة عشوائية منتظمة، وبلغت نسبة التجاوب (90%). ومن أهم ما أظهرته الدراسة أن: مستوى الرضا العام عن الخدمات بلغ نسبة (63.9%).

وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات كان منها: إجراء دراسة أخرى للحصول على بيانات أكثر عمقاً ومساعدة المرضى في التعبير عن شعورهم فيما يتعلق بمستوى رضاهم.

7. دراسة (Ahmed, 2009) بعنوان:

Women satisfaction about delivery services provided at Shifa Hospital

رضا النساء حول خدمات الولادة المقدمة في مستشفى الشفاء (خدمة)

هدفت الدراسة لاستقصاء مستوى الرضا لدى النساء فيما يتعلق بخدمات التوليد المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بغزة، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. مجتمع الدراسة تمثل في كل النساء اللواتي وُضعن في قسم الولادة بمستشفى الشفاء أثناء إجراء الدراسة واستخدم الباحث المقابلة بعد خروج متلقي الخدمة من المستشفى حيث قامت الباحثة بمقابلات منتظمة لعينة منتقاة من النساء بلغت (425)، وبلغت نسبة الاستجابة (96.5%). وكان من أهم ما أظهرته نتائج الدراسة: بأن مستوى الرضا العام بلغ (61.8%).

8. دراسة (Al-Sharif, 2008) بعنوان:

Patient's satisfaction with hospital services at Nablus District, West Bank, Palestine

مدى رضا المرضى عن الخدمات في المشافي في منطقة نابلس، الضفة الغربية، فلسطين (خدمة)

هدفت الدراسة إلى قياس رضا المرضى عن الخدمات في المشافي (الحكومية والخاصة) في منطقة نابلس بالضفة الغربية وعددها (6) مستشفيات وكذلك تحديد العوامل المؤثرة فيه، المنهج وصفي تحليلي مقطعي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المقيمين بالمستشفيات محل الدراسة وتزيد أعمارهم عن (15) عاماً، وقد تم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية بلغت (365) مريضاً، حيث تم مقابلتهم وجهاً لوجه.

وقد توصلت الدراسة لعددٍ من النتائج كان من أهمها:

- ✓ مستوى رضا المرضى العام في المستشفيات غير الحكومية أعلى من المستشفيات الحكومية، حيث بلغت النسبة على التوالي (90%) إلى (70.2%).
 - ✓ المرضى كبار السن والإناث وأصحاب الدخل المرتفع وأصحاب الأمراض البسيطة أكثر رضا من غيرهم.
 - ✓ مرضى قسم الولادة كانوا الأكثر رضا.
- ومن أهم ما أوصت به الدراسة: إجراء قياس دوري لمستوى رضا المرضى في كل قطاعات الخدمة الصحية لتحسين جودتها.

9. دراسة (El-Haj, 2008) بعنوان:

Perception of hospitalized patients about the service provided at European Gaza Hospital (EGH)

تصور المرضى المنومين عن الخدمات المقدمة في مستشفى غزة الأوروبي (خدمة)

هدفت الدراسة إلى بحث تصور المرضى البالغين عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي المنومين في أقسام الباطنة والجراحة، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تمثل مجتمع الدراسة في المرضى البالغين فوق (18) عاماً من المرضى الذين تم إخراجهم من

المستشفى بعد مكوث (3) أيام على الأقل في قسمي مبيت الباطنية أو الجراحة، وتم اختيار عينة الدراسة من (375) مريضاً وفقاً لمعايير الأهلية وكانت نسبة الاستجابة (88.8%). وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان الأهم منها: أن درجة رضا المرضى كانت بنسبة (78.7%) في المستشفى محل الدراسة.

(ب) الدراسات العربية التي تتعلق بالمتغير التابع "رضا المرضى":

1. دراسة (عبد الوهاب، 2016) بعنوان:

قياس تأثير الترتيب الداخلي في رضا الزبائن (المرضى) باستعمال نموذج سيرفكس سكيب (Servicescape) (خدمة)

هدف البحث هو التعرف على تأثير الترتيب الداخلي لمستشفى غازي الحريري للجراحات التخصصية بالعراق على رضا الزبائن (المرضى) باستعمال نموذج سيرفكس سكيب (Servicescape)، وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع البحث من المرضى الراقدين في أقسام مستشفى غازي الحريري للجراحات التخصصية، والبالغ عددهم أثناء إجراء البحث (350) مريضاً، وتم اختيار عينة عشوائية من المرضى بلغت (130) فرداً، وزعت عليهم الاستبانة وكانت نسبة الاستجابة (99.2%).

وكان من أهم ما استنتجه البحث: أن الزبائن (المرضى) لا يشعرون بالراحة داخل المستشفى وهم لا يفضلون البقاء فيه لفترة طويلة.

2. دراسة (Abed Al-Hussein, & Khaleel, 2015) بعنوان:

Assessment of Patients Satisfaction Regarding Nursing Care Provided at General Hospitals in Al-Najaf City

تقييم رضا المرضى للعناية التمريضية المقدمة لهم في المستشفيات العامة في مدينة النجف (خدمة)

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى رضا المرضى والأبعاد المختلفة للعناية التمريضية المقدمة في الوحدات العامة والمختارة من أقسام الباطنية والجراحة في المستشفيات العامة في مدينة النجف، وكذلك تحديد العلاقة بين مستوى رضا المرضى والمتغيرات السكانية. اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، مجتمع الدراسة تكون من المرضى المنومين في المستشفيات العامة بمدينة النجف، وقام الباحثان باختيار عينة غير احتمالية (غرضية) شملت (150) مريضاً يرقدون في مستشفى مدينة الصدر الطبي التعليمي، ومستشفى الحكيم العام، وتم جمع البيانات عبر الاستبانة بالمقابلة الشخصية مع المرضى.

كان من أهم استنتاجات الدراسة التي توصلت إليها: أن غالبية المرضى المشاركين راضون عن العناية التمريضية المقدمة لهم.

كما خرجت الدراسة بعدد من التوصيات وكان منها: التعرف على نقاط القوة والضعف وتوظيفها لتحسين جودة العناية التمريضية لزيادة رضا المرضى.

3. دراسة (Khafel, & Abass, 2015) بعنوان:

Patients' Satisfaction Concerning Hospital Care Post-acute Myocardial Infarction at Maysan Governorate Hospitals

رضا المرضى المتعلق بالرعاية الصحية بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب في مستشفيات محافظة ميسان (خدمة)

هدف الدراسة هو التعرف على رضا المرضى عن الخدمات الصحية بعد الإصابة باحتشاء العضلة القلبية الحاد (جلطة في عضلة القلب) في مستشفيات محافظة ميسان بالعراق. واعتمد الباحثان الدراسة الوصفية المترابطة، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من المرضى المصابين باحتشاء عضلة القلب المنومين في المستشفيات محل الدراسة، وقد اختيرت عينة الدراسة بطريقة غرضية غير احتمالية وتكونت من (100) مريض، وتمت مقابلتهم شخصياً خلال مكوثهم في مستشفى الصدر التعليمي ومركز ميسان للأمراض القلبية في مدينة الأمانة بمحافظة ميسان.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

✓ نحو (50%) من المبحوثين راضون جداً عن الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء والمرضى لهم أثناء مبيتهم.

✓ مستوى الرضا منخفض عن خدمات التواصل والمعلومات التي يقدمها الطاقم الطبي للمرضى.

4. دراسة (عبد القادر، 2015) بعنوان:

قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم (خدمة)

هدف الدراسة يتمثل في قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، وأجريت الدراسة في المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم. وقد انتهج الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من المرضى المنومين والمراجعين للمستشفيات المرجعية الثلاثة في ولاية الخرطوم (الخرطوم، وبحري وأمدرمان التعليمية)، وتم اختيار عينة ميسرة للدراسة بسبب كبر حجم المرضى والمراجعين، حيث تم توزيع (750) استبانة بواقع (250) استبانة لكل مستشفى وكانت نسبة الاستجابة (72.2%).

أظهرت الدراسة عدداً من النتائج كان من أهمها:

✓ الإحساس بعدم الأطمئنان من الحصول على الخدمات الصحية في الوقت المناسب في المشافي الحكومية.

✓ عدم الأمان وحالة من الخوف من عدم توفر البراعة الطبية اللازمة لدى الكوادر الطبية والمساعدة عند تلقي الخدمات الصحية في المشافي الحكومية.

ومن أهم ما أوصت به الدراسة: إجراء دراسات أخرى مشابهة في مستشفيات حكومية أخرى ومقارنتها ببعض لإيضاح الصورة العامة لرضا المرضى عن الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

5. دراسة (El-Nagger, et al, 2013) بعنوان:

Patients' Satisfaction Regarding Nursing Care Provided in Different Hospitals in Makkah AL Mukramah

رضا المرضى عن الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختلفة في مكة المكرمة (خدمة)

الهدف من الدراسة قياس رضا المرضى حول الرعاية التمريضية المقدمة لهم في مستشفيات مختلفة في مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية. حيث اتبع الباحثون المنهج الوصفي في الدراسة، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات من خلال مقابلة المرضى. تمثل مجتمع الدراسة في المرضى المقيمين في المستشفيات محل الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (150) مريضاً تم اختيارهم بطريقة عشوائية ملائمة من ثلاث مستشفيات مختلفة حيث تم اختيار (50) مريضاً من كل مستشفى، وأجريت الدراسة في أقسام الباطنية والجراحة وغسيل الكلى.

ومن أهم نتائج الدراسة: أن المرضى كانوا راضين عن الخدمات التمريضية المقدمة لهم. وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات كان من أهمها: إجراء مزيد من الدراسات بشأن رضا المرضى عن الرعاية التمريضية المقدمة في جميع المستشفيات.

6. دراسة (Chaker, & Al-Azzab, 2011) بعنوان:

Patient Satisfaction in Qatar Orthopedic and Sports Medicine Hospital (ASPITAR)

رضا المرضى في مستشفى قطر لطب العظام والطب الرياضي (خدمة)

هدف الدراسة هو قياس رضا الرياضيين المرضى - من مختلف الجنسيات - المنومين في المستشفى القطري للعظام والطب الرياضي عن الخدمات المقدمة لهم، وذلك من خلال قياس جودة الخدمات المقدمة وطريقة علاج المرضى ومستوى الأمان وخصوصية بياناتهم الشخصية. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وتم اختيار المستشفى القطري لطب العظام والطب الرياضي كمحل للدراسة، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى الرياضيين من مختلف الجنسيات المنومين في المستشفى محل الدراسة، واختيرت العينة عشوائياً وتم توزيع (135) استبانة وكانت الاستجابة بنسبة (79%). وكان من أهم نتائج الدراسة: إشارتها إلى رضا المبحوثين عن الخدمات المقدمة لهم. كما أوصت الدراسة بعدد من التوصيات منها: العمل على زيادة مستوى الرضا في المستقبل بتطبيق إحدى طرق التحسين المستمر للجودة مثل بطاقة الأداء المتوازن وقياس مستوى الرضا دورياً.

7. دراسة (واله، 2011) بعنوان:

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون: مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية (خدمة)

سعت الدراسة إلى إبراز أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبائن في المؤسسات الصحية الجزائرية وخصوصاً المستشفيات منها، وذلك عبر إجراء الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، وقد اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من المرضى المنومين والمرضى المراجعين للمستشفى محل الدراسة، وتم اختيار عينة الدراسة البالغة (200) فردٍ بطريقة عشوائية بسيطة، وتم استخدام استبانتين، الأولى: للمرضى المنومين في الأقسام الداخلية وعددهم (120) مريضاً، والثانية: للمرضى المراجعين للعيادات الخارجية وعددهم (80) مريضاً، وقد عبثت الاستبانات من خلال المقابلات، وكانت نسبة الاستجابة (100%).

ومن أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:

- ✓ معظم المرضى المنومين (92% منهم) راضون عن مستوى جودة الخدمات الصحية.
- ✓ عدم رضا نحو (70%) من المرضى المنومين عن المعاملة في أقسام أمراض النساء والولادة.
- ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:
- ✓ إجراء دراسات مستقبلية عن رضا المرضى عن خدمات المستشفيات العمومية.
- ✓ دراسة أثر تبني المؤسسات الصحية لنظام إدارة الجودة الشاملة على رضا المرضى.

8. دراسة (بوعباس، 2010) بعنوان:

أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى (خدمة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجودة المدركة ورضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة في دولة الكويت، بالإضافة للتعرف على دور الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط بين الجودة والرضا، وقد أجريت الدراسة في مستشفيين بدولة الكويت. الدراسة وصفية تحليلية، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في جميع المرضى فوق سن (18) عاما من المقيمين في المستشفيات محل الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (500) مريضٍ مقسمة بالتساوي على كلا المستشفيين وتم اختيارهم بأسلوب العينة الملائمة، وبلغت نسبة الاستجابة (75.8%).

وكان من أهم نتائج الدراسة:

- ✓ وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجودة الرعاية الصحية على رضا المرضى.
- ✓ ارتفاع جودة خدمة الرعاية الصحية وبصفة خاصة في المستشفى الخاص مقارنة بالحكومي.
- ✓ وجود اختلاف ذي دلالة إحصائية في مستوى رضا المرضى عن جودة الرعاية الصحية بين المستشفى الحكومي والمستشفى الخاص لصالح المستشفى الخاص.

9. دراسة (عكروش، وآخرين، 2009) بعنوان:

الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن من قبل المرضى (خدمة)

هدف الدراسة هو قياس رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن عبر تحديد مدى الرضا عن التخصصات الطبية والجوانب الاقتصادية وإدارة الخدمات والخدمات الفنية والهندسية والنواحي الاجتماعية والعاملين والعوامل الديمغرافية والجوانب القانونية. اعتمد الباحثون المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، تكون مجتمع الدراسة من المرضى الذين راجعوا أو دخلوا سابقا أو يراجعون أو كانوا موجودين في المستشفيات المدروسة وقت إجراء الدراسة ويستطيعون تقييم خدمات تلك المستشفيات، وقد بلغت عينة الدراسة (99) مريضا مقيمين في تلك المستشفيات تم اختيارهم عشوائيا.

وكان من أهم نتائج الدراسة التي توصلت إليها: وجود رضا لدى المرضى عن الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة بشكل عام.

10. دراسة (الفرج، 2009) بعنوان:

تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى (خدمة)

هدف البحث هو كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى من وجهة نظرهم، وقد أجري البحث في (4) مستشفيات جامعية في دمشق، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. تكون مجتمع البحث من المرضى الراقدين في أقسام مبيت الجراحة العامة والأمراض الداخلية والأمراض العامة، واختار الباحث عينة مكونة (550) فردا للبحث بطريقة عشوائية، وتم مقابلتهم بشكل شخصي لتعبئة الاستبانة، وكانت نسبة الاستجابة (86%).

وكان من أهم ما أظهره البحث أن:

- ✓ (75%) من المرضى راضون عن الخدمات التي تقدمها المستشفيات محل البحث.
- ✓ سرعة استجابة المستشفى لاحتياجات المريض عامل مهم لرفع مستوى رضاه.

ج) الدراسات الأجنبية التي تتعلق بالمتغير التابع "رضا المرضى":

1. دراسة (Khan, et al, 2015) بعنوان:

Women's Satisfaction With Birth Control Methods

رضا النساء عن طرق تنظيم الحمل (خدمة)

الغرض من الدراسة هو تحسين تلقي واستمرار استخدام خدمات تنظيم الأسرة من خلال تقييم جودة تلك الخدمات، وتقييم المعلومات التي يزودها مقدمو الخدمة للعملاء، وكذلك تقييم معرفة العملاء ورضاهم عن الخدمات المقدمة والخيار المفضل والطريقة الحالية لمنع الحمل التي يستخدمها العميل. أجريت الدراسة في قسم تنظيم الأسرة في معهد باكستان للعلوم الطبية بمدينة إسلام آباد في باكستان. اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي المقطعي، وتم تصميم استبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، واستغرقت الدراسة مدة (3) أشهر، وتكون مجتمع الدراسة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب اللاتي يترددن على المعهد محل الدراسة، تم اختيار عينة الدراسة بطريقة العينة المريحة بلغت (116) فرداً، وبلغت نسبة الاستجابة (86%).

ومن أهم نتائج الدراسة:

✓ معظم العملاء كانوا يشعرون بالرضا عن الخدمات المقدمة لهم.

✓ المعلومات المقدمة للعملاء من مقدمي الخدمات كانت غير كافية.

ومن أهم التوصيات: إجراء دراسات عن جودة الخدمات الأخرى في المرافق الصحية العامة والقطاع العام.

2. دراسة (Dzomeku, et al, 2013) بعنوان:

In-Patient Satisfaction With Nursing Care: A Case Study At Kwame Nkrumah University Of Science And Technology Hospital

رضا المرضى المنومين عن الرعاية التمريضية: دراسة حالة في مستشفى جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا (خدمة)

سعت الدراسة إلى تحديد رضا المرضى الداخليين في أقسام المبيت عن الرعاية التمريضية في مستشفى جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا في كوماس بغانا. اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المنومين ممن يبلغون (18) عاماً فأكثر ومكثوا على الأقل (24) ساعة في أقسام الباطنية أو الجراحة أو الولادة بالمستشفى محل الدراسة وعلى وشك الخروج من المستشفى، وتم جمع البيانات عبر استبانة من (100) مريض تم اختيارهم كعينة للدراسة من الذكور والإناث بطريقة العينة المكانية.

ومن أهم نتائج الدراسة:

✓ وجود فجوة في التواصل بين الممرضين ومرضاهم يؤدي إلى عدم رضا المرضى.

✓ (33%) من المشاركين كانوا راضين جداً عن خدمات الرعاية التمريضية.

✓ وجد أن العمر مؤشر مهم على رضا المرضى عن الرعاية التمريضية.

ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة: إجراء دراسات استقصائية للمرضى بشكل روتيني من قبل المؤسسات الصحية في الجوانب المختلفة للرعاية التمريضية لتحسين جودة الخدمات.

3. دراسة (Irfan, et al, 2012) بعنوان:

Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment

رضا المرضى وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة بباكستان: دراسة تطبيقية (خدمة)

هدف الدراسة هو دراسة مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من قبل المستشفيات العامة الحكومية في باكستان، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. مجتمع الدراسة هو المرضى المستفيدين من خدمات المستشفيات العامة في ولاية لاهور بالباكستان. وقد صمم الباحثون استبانة على أساس مقياس (SERVQUAL) لجودة الخدمة، وقد بلغت عينة الدراسة (500) فردٍ وكانت نسبة الاستجابة (73.8%).

وكان من أهم نتائج الدراسة:

- ✓ وجود نقص في تطبيق نظام إدارة الجودة في القطاع الصحي.
- ✓ أن المستشفيات العامة لا تبذل جهوداً واضحة في سبيل تقديم خدمات ذات جودة للمرضى، كما أنها لا تبذل أية جهود واضحة لتلبية احتياجات المرضى ومطالبهم.
- كما كان أهم ما أوصت به الدراسة: ضرورة تبني القطاع الصحي فلسفة إدارة الجودة الشاملة لتعزيز جودة الخدمة ورفع مستواها وتحقيق رضا العملاء.

4. دراسة (Kavitha, 2012) بعنوان:

A Comparative Study on Patients' Satisfaction in Health care Service

دراسة مقارنة على رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية (خدمة)

الهدف الأساسي للدراسة هو قياس رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مشفين بالهند أحدهما مستشفى حكومي عام والآخر مستشفى خاص. وتعتبر الدراسة وصفية واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى النزلاء في المشفين محل الدراسة، وقد بلغت عينة الدراسة (400) مريضٍ من أقسام المبيت، وتم اختيار (200) مريض من كل مستشفى، وقد قام الباحث باعتماد مقياس (servqual model) وإطار (donabedian's framework) لقياس رضا المرضى.

وكان من أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة: أن المستشفى الخاص يبذل جهوداً أفضل من المستشفى العام من أجل تعزيز جودة الخدمات والحصول على الرضا استناداً لاحتياجات المرضى.

5. دراسة (Yan, et al, 2011) بعنوان:

Patient satisfaction in two Chinese provinces: rural and urban differences

رضا المرضى في مقاطعتين مختلفتين بالصين: الريفية والحضرية (خدمة)

أجريت الدراسة بهدف التعرف على العوامل التي تؤثر في رضا المرضى وكيفية اختلاف الأثر حسب اختلاف المنطقة السكانية (الريف والمدن)، باعتبارها خطوة لتقييم الإصلاحات الصحية التي أجريت في وقت سابق بمقاطعتين مختلفتين بالصين. استخدم الباحثون المنهج الوصفي المقطعي واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، تكون مجتمع الدراسة من المرضى في المستشفيات محل الدراسة، وبلغت حجم العينة (1000) مريض تم اختيارهم بطريقة عشوائية؛ حيث تم توزيع استبانة لقياس الرضا على (40) مستشفى محل الدراسة، ومن كل مستشفى تم اختيار (25) مريضاً، وكانت نسبة الاستجابة نحو (87%).

ومن أهم النتائج التي خرجت بها الدراسة:

- ✓ وجود مستوى رضا عالٍ عند جميع المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة.
- ✓ وجود اختلاف يعزى لمتغير العمر والدخل في المناطق الريفية.

6. دراسة (Muhondwa, et al, 2008) بعنوان:

Patient Satisfaction At The Muhimbili National Hospital In Dar Es Salaam, Tanzania

رضا المرضى في مستشفى موهمبيلي الوطني بدار السلام بتنزانيا (خدمة)

الهدف من الدراسة قياس مدى رضا مرضى مستشفى موهمبيلي الوطني في تنزانيا عن الخدمات والرعاية المقدمة بهدف تحديد مستوى أداء المستشفى للقيام بالتحسين والتطوير. منهج الدراسة الوصفي، وأداة الدراسة تمثلت في المقابلات مع الاستبانة والملاحظات، وتكون مجتمع الدراسة من المرضى المقيمين والمترددین على المستشفى محل الدراسة، وقد تم إجراء مقابلات للمرضى عند مغادرتهم العيادات الخارجية والمختبرات والأشعة والصيدلية وأقسام المبيت الداخلية، العينة الإجمالية بلغت (2772) تم اختيارها بطريقة نظامية عشوائية، وجمع البيانات من عينة الدراسة تم بطريقتين، الأولى: بالملاحظة؛ حيث تم الحصول على بيانات من (159) مريضاً من العينة المفترضة البالغة (190) مريضاً، والطريقة الثانية: المقابلة وتعبئة استبانة؛ حيث تم جمع بيانات من (2582) مريضاً، وقد استعان الباحثون باثنين من المساعدين المدربين لجمع البيانات من عينة الدراسة. وكان من أهم نتائج الدراسة:

- ✓ وجود مستوى عالٍ من الرضا، ومعظم المرضى راضون عن الخدمات والرعاية التي تلقوها.
- ✓ عدم الرضا عن بعض جوانب محددة من الخدمات، مثل: مستوى النظافة المتدنية في أقسام المبيت، والمواقف السلبية للعاملين تجاه المرضى.

7. دراسة (Iliia, et al, 2007) بعنوان:

Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital

رضا المرضى وجودة الخدمات: دراسة تجريبية في المستشفى المركزي باليونان (خدمة)

هدف الدراسة هو كشف اللثام عن علاقة الرعاية المقدمة من الأطباء والممرضين والعاملين المساعدين وجوانب الإقامة والبيئة الخارجية المحيطة وجودة الخدمات التي تؤثر على رضا المرضى وتحديد عوامل الجودة المهمة بالنسبة لهم، وعلاقتها برضاهم في المستشفى المركزي باليونان. استخدام الباحثون المنهج الوصفي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات من خلال المقابلة، وتمثل مجتمع الدراسة في المرضى في المستشفى محل الدراسة، وتم جمع البيانات من (164) مريضاً من أصل عينة الدراسة المكونة من (220) مريضاً في (8) عيادات مختلفة بالمستشفى ممن هم في المرحلة الأخيرة من علاجهم. باستخدام المعالجات الإحصائية تم تسليط الضوء على محددات رضا المرضى. وكان من أهم نتائج الدراسة:

- ✓ رضا المرضى يعتبر مؤشراً على جودة الخدمات الصحية العامة.
 - ✓ عدم وجود الهدوء أو الصعوبة في العثور على الأطباء أو مشكلات عملية الدخول لأقسام المبيت بالمستشفى كل ذلك يؤدي لعدم الرضا.
 - ✓ ضعف الاتصال مع الممرضين وقلة ذوق الأطباء والسلوك غير اللائق وتدهور صحة المرضى بعد دخولهم للمستشفى يترك أثراً سلبياً على الرضا.
- وكان من أهم ما أوصت به الدراسة: إجراء دراسات لاحقة حول رضا المرضى.

المحور الثالث . الدراسات التي جمعت بين متغيري الدراسة، المتغير المستقل "سته سيجما" والمتغير التابع "رضا العميل (المريض)":

اجتهد الباحث في التحري عن الدراسات المحلية التي تجمع بين المتغيرين معًا والحصول عليها ولكنه لم يقف على أي منها - على حد علمه - حتى تاريخ إعداد هذه الدراسة. أما فيما يتعلق بالدراسات العربية والأجنبية التي تجمع بين المتغيرين فقد تحري عنها حيث توفر لديه منها عدد محدود حتى تاريخ إعداد الدراسة الحالية، وهي:

أولاً . الدراسات العربية التي جمعت بين متغيري الدراسة، المستقل "سته سيجما" والتابع "الرضا":
1. دراسة (الشعرات، 2014) بعنوان:

أثر استخدام سيجما ستة على قيمة الزبون ورضاه: دراسة حالة شركة أمنية للهواتف المتنقلة (خدمة)
هدف الدراسة بيان أثر ممارسة سيجما ستة المتعددة على كل من القيمة المقدمة للزبائن في شركة أمنية للهواتف المتنقلة في الأردن، وكذلك بيان الأثر على رضا الزبائن، وقد اعتمد الباحث (الإدارة الفعالة المبنية على التخطيط المسبق، التحسين المستمر، التركيز على الزبائن، التعاون بين أفراد المنشأة الواحدة، والتركيز على العمليات والأنشطة الداخلية) كعناصر للمتغير المستقل "سيجما ستة"، كما استخدم "قيمة الزبون" كمتغير وسيط و"رضا الزبون" متغير تابع. انتهج الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في فئتين، الأولى: جميع المديرين ورؤساء الأقسام في شركة أمنية وعددهم (80)، والثانية: جميع زبائن الشركة محل الدراسة والبالغ عددهم مليوني مشترك، وقد اختار الباحث عينة الدراسة من الفئة الأولى (العاملين) بطريقة الحصر الشامل حيث شملت العينة جميع أفراد المجتمع وعددهم (80) فردا ونسبة الاستجابة (87.5%)، أما عينة الدراسة من الفئة الثانية (الزبائن) فقد اختارها الباحث بطريقة عشوائية بلغت (300) وبلغت نسبة الاستجابة (80.7%).

وقد خلصت الدراسة لعدد من النتائج من أهمها:

- ✓ تؤثر سيجما ستة إيجابًا على رضا الزبون.
- ✓ الرضا عن مستوى تقديم الخدمات كان عاليًا من وجهة نظر المبحوثين.
- وقد خرجت الدراسة بعدد من التوصيات كان من أهمها:
- ✓ زيادة الاهتمام بمبادئ سيجما ستة لأثرها الإيجابي والمباشر على زيادة رضا الزبائن.
- ✓ تطبيق الدراسة الحالية على قطاعات الأعمال الأخرى.
- ✓ إجراء مزيد من الدراسات المستقبلية فيما يتعلق بمنهجية سيجما ستة.

2. دراسة (Asfour, 2012) بعنوان:

Application of Lean Six Sigma to Optimize Admission Waiting Time at AL-Mowasah Hospital

تطبيق ستة سيجما الرشيقية لتحسين وقت انتظار الدخول في مستشفى المواساة (خدمة)

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى التزام مستشفى المواساة في مدينة عمان بالأردن بتطبيق مبادئ ستة سيجما الرشيقية، وتحديد مستوى رضا المرضى المنومين عن خدمات المستشفى، وكذلك معرفة تأثير ستة سيجما الرشيقية ومبادئها على رضا المرضى المنومين في المستشفى، والتعرف على الفروق في استجابات المبحوثين من العاملين في المستشفى والمرضى حول تطبيق مبادئ ستة سيجما الرشيقية، واستخدم الباحث

المعايير (دعم ومشاركة الإدارة العليا، الثقافة التنظيمية الداعمة للجودة، مشاركة العملاء، العمليات الإدارية، تطبيق برامج تحسين الجودة الأخرى) عناصر للمتغير المستقل، "رضا المرضى" كمتغير تابع. اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من كل العاملين في مستشفى المواساة بعمان، والمرضى المدخلين خلال العام 2012م لأقسام المبيت في المستشفى، وقد صمم الباحث استبانتين لجمع البيانات من مجتمع الدراسة الأولى للعاملين والثانية للمرضى، وتم اختيار عينة عشوائية مكونة من (150) مريضاً، و(60) من العاملين، وبلغت نسبة الاستجابة عند المرضى نحو (87%)، في حين بلغت (68%) عند العاملين.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان أهمها:

- ✓ وجود أثر إيجابي لمبادئ ستة سيجما الرشيقة على رضا المرضى المنومين في المستشفى.
- ✓ المستشفى محل الدراسة يلتزم بمبادئ ستة سيجما الرشيقة.
- ✓ مستوى الرضا العام في المستشفى محل الدراسة كان عالياً.
- ✓ لا توجد فروق معنوية بين العاملين والمرضى المبحوثين حول تطبيق مبادئ ستة سيجما الرشيقة.
- كما خرجت الدراسة بعدد من التوصيات كان أهمها:
- ✓ الاستفادة من ستة سيجما الرشيقة والتأكيد على إمكانية استخدامها في المستشفى لأهميتها في تحسين جودة الخدمات المقدمة بما يتناسب مع متطلبات المستفيدين.
- ✓ تبني المستشفى لمدخل ستة سيجما الرشيقة.

3. دراسة (نصيف، 2012) بعنوان:

دور استخدام نموذج سيجما ستة لتحسين أداء منظمات الأعمال: دراسة استطلاعية على منظمات الأعمال في المملكة العربية السعودية (صناعة، خدمة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور استخدام نموذج سيجما ستة كأداة لتحسين أداء منظمات الأعمال السعودية عبر تقليل الأخطاء وتخفيض التكاليف وزيادة رضا العملاء وتحسين جودة العمليات، طبقت الدراسة في شركات عاملة بقطاعات الصناعة والتجارة والمصارف وتستخدم نموذج ستة سيجما، الدراسة وصفية تحليلية، واستُخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، ولم يستخدم الباحث أي أبعاد للمتغير المستقل (ستة سيجما)، واستخدم "تحسين أداء منظمات الأعمال" كمتغير تابع له عناصر فرعية منها "زيادة رضا العملاء". تكون مجتمع الدراسة من العاملين في الإدارة العليا والوسطى ممثلين بالمديرين العاملين لمنظمات الأعمال ومساعدتهم ورؤساء الأقسام، وتم اختيار عينة الدراسة من الشركات بطريقة عشوائية بسيطة وعددها (30) شركة، وتم توزيع (200) استبانة على العاملين فيها بعد اختيارهم بطريقة طبقية، وكانت نسبة الاستجابة (90%). وقد أظهرت الدراسة عدداً من النتائج من أهمها: وجود علاقة قوية بين استخدام سيجما ستة في منظمات الأعمال قيد الدراسة وزيادة رضا العملاء.

كما خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات كان الأهم منها:

- ✓ التعرف على حاجات ورغبات العملاء وتوجيه الإنتاج وفق ذلك.
- ✓ تبني طرق جديدة ومبتكرة في تقديم المنتجات لكسب رضا العملاء.

4. دراسة (أبو زيد، 2011) بعنوان:

أثر عوامل النجاح الحرجة في تطبيق منهج سيجما ستة على رضا المتعاملين في دائرة الأحوال المدنية والجوازات في عمان (خدمة)

الهدف من الدراسة هو الكشف عن تأثير عوامل النجاح الحرجة لتطبيق منهجية سيجما ستة المتمثلة في (استراتيجية المنظمة، دعم الإدارة العليا والتزامها، الثقافة التنظيمية) كأبعاد للمتغير المستقل على رضا المتعاملين "كمتغير تابع" والتمثل في (جودة الخدمة وتقليل الوقت) بدائرة الأحوال المدنية والجوازات في عمان. الدراسة وصفية تحليلية وأداة الدراسة الاستبانة لجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مختلف المستويات الإدارية بدائرة الأحوال المدنية والجوازات في عمان والبالغ عددهم (344) موظفًا، وتم اختيار عينة الدراسة بأسلوب المسح الشامل، وبلغت نسبة الاستجابة (85.7%).

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها:

✓ مستوى رضا المتعاملين مرتفع.

✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لعوامل النجاح الحرجة لتطبيق منهجية سيجما ستة (أبعاد المتغير المستقل) على رضا المتعاملين.

✓ أن دائرة الأحوال المدنية تعمل ضمن المستوى الثاني لسيجما في كافة معايير وأبعاد الدراسة.

✓ وجود تشتت في توجهات الموظفين وضعف في فهم متطلبات تطبيق منهجية سيجما ستة.

ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:

✓ تأكيد الدعم والالتزام فيما يخص تطبيق مشاريع تحسين الخدمات وزيادة رضا متلقي الخدمة.

✓ تطبيق منهجية سيجما ستة للوصول إلى نسبة أخطاء 3.4 لكل مليون فرصة.

12. دراسة (العسيري، 2010) بعنوان:

تصور مقترح لتطبيق أسلوب سيجما ستة في إدارة برنامج جلوب البيئي بالسعودية (خدمة)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى إمكانية تطبيق أسلوب سيجما ستة في إدارة برنامج (GLOBE) البيئي العالمي بالمملكة العربية السعودية، وعلاقة تطبيقه بزيادة رضا العميل الداخلي والخارجي من وجهة نظر المبحوثين، ووضع تصور مقترح لتطبيق أسلوب سيجما ستة في إدارة البرنامج. اعتمد الباحث معايير سيجما ستة المتمثلة في (توفر الدعم المادي والمعنوي، تدريب العاملين، التعيين والتحفيز، نظام إدارة المعلومات، الثقافة التنظيمية) كعناصر للمتغير المستقل، وتمثل المتغير التابع في "إمكانية تطبيق أسلوب ستة سيجما، ورضا العميل الداخلي والخارجي"، واتبع الباحث المنهج الوصفي المسحي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من المشرفين التربويين والمعلمين (العاملين) في برنامج (GLOBE) البيئي العالمي بالمملكة العربية السعودية. وتمثلت عينة الدراسة في جميع أفراد المجتمع والبالغ عددهم (101) فرد.

ومن أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة: وجود علاقة ذات درجة عالية بين إمكانية تطبيق سيجما ستة ورضا العميل الداخلي والخارجي.

ومن أهم توصيات الدراسة: إكساب العاملين المعرفة في مجال سيجما ستة بشكل عام ومنهج (DMAIC) بشكل خاص.

5. دراسة (الخطيب، 2009) بعنوان:

مدى أثر استخدام Six Sigma غير المخطط على رضا الزبائن في بنك الإسكان للتجارة والتمويل (خدمة) هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق معايير سيجما ستة على بيئة بنك الإسكان للتجارة والتمويل، وقد اعتمد الباحث معايير سيجما ستة المتمثلة في (تحفيز الموظفين وزيادة كفاءتهم، العمليات التشغيلية، الهيكل التنظيمي، وبيئة الرقابة الداخلية) كعناصر للمتغير المستقل واستخدم الباحث "تحسين أداء المنظمة" كمتغير تابع يشتمل على عدة عناصر فرعية منها "تحسين رضا العملاء". الدراسة وصفية تحليلية وأداة الدراسة الاستبانة لجمع البيانات؛ حيث تم تصميم استبانتين بالإضافة لاعتماد معادلة لاحتماب مستوى السيجما في البنك. تكون مجتمع الدراسة من موظفي وزبائن بنك الإسكان للتجارة والتمويل وفروعه وعددها (90) فرعاً، واختير (15) فرعاً منها على أساس التوزيع الجغرافي، عينة الدراسة تكونت من القادة الإداريين ومساعدى مديري ورؤساء أقسام وموظفي وعملاء فروع البنك، وتم اختيار عينة من (120) موظفاً من البنك بطريقة عشوائية و(310) من عملاء البنك بأسلوب العينة الملائمة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها:

- ✓ وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمعايير منهج ستة سيجما على رضا العملاء.
- ✓ مستوى ستة سيجما في البنك لكافة المعايير كانت تقع بين المستوى الثالث والرابع لسيجما.
- ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:
- ✓ الاهتمام بجودة الخدمة المقدمة للعملاء.
- ✓ إجراء المزيد من الدراسات فيما يتعلق بمنهجية سيجما ستة في القطاع الصحي.

6. دراسة (السلامة، 2007) بعنوان:

إمكانية استخدام سيجما ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي (خدمة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى إمكانية استخدام مفهوم سيجما ستة في مستشفى المركز العربي الطبي في الأردن لتحسين الأداء الصحي، وقد استخدم الباحث خمسة عناصر هي (الالتزام الفعال للإدارة العليا، التدريب، الموارد البشرية، نظم المعلومات، الثقافة التنظيمية) كأبعاد للمتغير المستقل، واستخدم "تحسين الأداء الصحي" كمتغير تابع يشتمل على عناصر فرعية منها "زيادة رضا المرضى"، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الإدارة العليا والوسطى في المركز والبالغ عددهم (55) موظفاً، وتم أخذ عينة حصرية شملت جميع مفردات مجتمع الدراسة، وتم توزيع (55) استبانة عليهم جميعاً وتم استعادتها بنسبة (100%).

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- ✓ استعداد العاملين في المركز لاستخدام مفهوم سيجما ستة.
- ✓ وجود علاقة قوية وموجبة بين إمكانية استخدام سيجما ستة في المستشفى وزيادة رضا المرضى وتقليل الأخطاء الطبية.
- وكان من أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة:
- ✓ الاهتمام بمفهوم سيجما ستة والتأكيد على استخدامه في المستشفى.
- ✓ الاهتمام برضا المرضى والتعرف على شكاواهم ومقترحاتهم ووجهة نظرهم للخدمة المقدمة لهم والعمل على تطويرها وتحسين الأداء.

ثانياً . الدراسات الأجنبية التي جمعت بين متغيري الدراسة، المستقل "سته سيجما" والتابع "الرضا":

1. دراسة (Abreu, et al; 2012) بعنوان:

Using Six Sigma to Improve Complaints Handling

استخدام ستة سيجما لتحسين معالجة الشكاوى (صناعة)

الغرض من الدراسة هو استخدام ستة سيجما لتحسين طريقة التعامل مع شكاوى العملاء بعد انخفاض رضاهم بإحدى شركات صناعة السيارات في بريطانيا، عبر تطبيق منهجية ستة سيجما (DMAIC) لتحسين عملية تحليل المنتجات المعيبة في الشركة، الدراسة وصفية بأسلوب دراسة الحالة، ومجتمع الدراسة يتمثل في زبائن الشركة محل الدراسة؛ حيث قامت الشركة باختيار مشروع ستة سيجما لمعالجة انخفاض رضا العملاء بعد تلقي الشركة لعدد من الشكاوى من عملائها تفيد بتأخر تسليم المنتجات بزيادة تصل لـ (50%) عن المواعيد النهائية المحددة مسبقاً، بعد تنفيذ مشروع ستة سيجما انخفضت المدة الزمنية الإجمالية بنحو (50%).

وكان من أهم ما توصلت له الدراسة من نتائج:

✓ نجاح ستة سيجما في خفض المدة الإجمالية لتسليم المنتجات للزبائن بنحو (50%).

✓ نجاح تطبيق ستة سيجما في تحسين التعامل مع شكاوى العملاء لاسيما في إنقاص عامل الوقت.

✓ مستوى سيجما تحسن من (1.08) إلى (1.92).

كما كان من أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة: تشجيع مديري قطاعات صناعية أخرى وفي قطاع الخدمات أيضاً لتحسين التعامل مع شكاوى العملاء باستخدام ستة سيجما.

2. دراسة (Hekmatpanah, et al, 2012) بعنوان:

Increasing of customer satisfaction in Sepahan Oil Company using Six Sigma methodology

زيادة رضا العملاء في شركة سباهان للنفط باستخدام منهجية ستة سيجما (صناعة)

هدفت الدراسة لزيادة رضا العملاء عن منتجات شركة سباهان للنفط والبتروكيماويات بإيران، إحدى الشركات العالمية، وقد تم اختيار أحد خطوط الإنتاج لديها لاختبار مدى رضا العملاء، حيث تم قياس رضاهم قبل وبعد تنفيذ مشروع ستة سيجما. انتهج الباحثون المنهج التجريبي، واستخدمت الاستبانة كأحد أدوات الدراسة وجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من جميع عملاء الشركة محل الدراسة، وتم توزيع استبانات على عينة مكونة من (500) فرد تضم وكلاء المبيعات والعملاء النهائيين، واستُردَّ (80%) منها، وبلغت نسبة الرضا (66.3%)، ثم قام فريق مختص بتحديد أسباب عدم الرضا، وتم تحديد التحسينات المطلوبة عبر تطبيق منهجية ستة سيجما (DMAIC)، حيث قامت الشركة بتنفيذ التحسينات المقترحة، ثم أعيد قياس رضا العملاء مرة أخرى. وكان من أهم نتائج الدراسة: ارتفاع نسبة رضا العملاء من (66.3%) إلى (94.5%).

3. دراسة (Dupree, et al, 2009) بعنوان:

Improving patient satisfaction with pain management using Six Sigma tools

تحسين رضا المرضى عن معالجة الألم باستخدام أدوات ستة سيجما (خدمة)

هدفت الدراسة لبيان أثر استخدام منهج ستة سيجما (DMAIC) في معالجة آلام المرضى على رضاهم، حيث طبقت هذه الدراسة على اثنين من أقسام المبيت في إحدى المستشفيات الجامعية (المركز الطبي الحضري الأكاديمي) بمدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، الدراسة تجريبية، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى في أقسام المبيت محل الدراسة، وتم مسح جميع مرضى تلك الأقسام لقياس مدى رضاهم قبل وبعد تطبيق منهج ستة سيجما في علاج الآلام.

ومن أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة:

- ✓ ارتفاع نسبة تقييم المرضى لمعالجة الألم بعبارة (ممتاز) من (37%) إلى (54%).
- ✓ مستوى الرضا العام بتطبيق هذا المنهج بلغ (45%) من المجموع الكلي.
- ✓ إمكانية استخدام منهج ستة سيجما (DMAIC) بنجاح لتحسين رضا المرضى.

ثانياً . التعقيب على الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية:

ساهمت الدراسات السابقة التي اطع عليها الباحث في بناء تصور أوضح وأشمل لديه لاسيما حول مفهوم ستة سيجما، كما ساعدته في بناء دراسته خصوصاً في اختيار المنهج والمجتمع والعينة وتصميم أداة الدراسة من خلال الأدوات النظرية في تلك الدراسات وكذلك في إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية، كما تم استخدامها في مناقشة نتائج الدراسة.

وبناءً على عرض الدراسات السابقة أمكن الخلوص إلى الملحوظات الهامة الآتية:

أ) ملخص وتعقيب عام:

- تم تقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور: الأول متعلق بالمتغير المستقل "ستة سيجما"، والثاني متعلق بالمتغير التابع "رضا المرضى" والمحور الثالث متعلق بالدراسات التي جمعت بين متغيري الدراسة، وفي كل محور تم ترتيب الدراسات بحسب بلد الدراسة إلى دراسات محلية، وعربية، وأجنبية، كما تم ترتيبها زمنياً من الأحدث للأقدم.
- إجمالي الدراسات في جميع المحاور بلغت (65) دراسة، ففي المحور الأول (29) دراسة: منها (9) محلية، و(11) عربية، و(9) أجنبية، والمحور الثاني به (26) دراسة: منها (9) محلية، و(10) عربية، و(7) أجنبية، وأما المحور الثالث والأخير فبه (10) دراسات: منها (7) عربية، و(3) أجنبية.
- جميع الدراسات السابقة الواردة في هذا الفصل أجريت خلال الفترة من عام (2007م) إلى العام (2016م)، منها (11) دراسة قبل العام (2010م)، بينما بقية الدراسات وعددها (54) دراسة أجريت منذ ذلك العام.
- تبين من استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بستة سيجما الاهتمام الواسع على مستوى الدول بتطبيق ستة سيجما حيث بلغ عدد الدول التي أجريت فيها دراسات ستة سيجما (17) دولة من (4) قارات مختلفة، فمحلياً: طبقت (9) دراسات في فلسطين، وعربياً: (3) دراسات في كل مصر، و(4) أخرى في السعودية، و(7) في الأردن، و(2) في سوريا، ودراسة واحدة في كل من السودان، واليمن، والعراق، ودولة الإمارات العربية المتحدة، أما أجنبياً: فأجريت (3) دراسات في الولايات المتحدة الأمريكية، و(3) أخرى في الهند، وواحدة في كل من تركيا، وبريطانيا، وإسبانيا، وإيران، ونيجيريا، وأوغندا.

- كما يظهر أيضًا اختلاف القطاعات التي أجريت فيها تلك الدراسات، فمن أصل (39) دراسة حول ستة سيجما طبقت منها (3) دراسات في القطاع المصرفي، (3) في القطاع التعليمي، (21) في القطاع الصحي، و(12) أخرى في قطاعات صناعية وخدمية مختلفة.
- وإضافة لما سلف، يبرز تنوع مجالات العمل وطبيعة المنظمات التي تمت فيها تلك الدراسات، ومن أهم تلك المجالات: خدمات مصرفية، خدمات تعليمية، خدمات صحية، صيانة الطائرات، خدمات الفنادق، صناعة النفط والبتروكيماويات، صناعات دوائية، صناعة سيارات، خدمات الاتصالات، مؤسسات إدارية حكومية، ... وهو ما يكشف بوضوح عن أهمية تطبيق منهج ستة سيجما في المنظمات المختلفة لفوائدها المتحققة.
- كما بينت تلك الدراسات وجود اهتمام متزايد بتطبيق منهج ستة سيجما في المنظمات الخدمية بعد التطبيق الناجح له في المنظمات الصناعية، فمن أصل (39) دراسة عن ستة سيجما يوجد (34) دراسة طبقت في منظمات خدمية، منها (20) دراسة أجريت في مؤسسات القطاع الصحي المختلفة؛ من بينها (17) دراسة أجريت في مستشفيات ومعاهد طبية، و(2) في مختبرات طبية، وواحدة في مركز تصوير طبي.
- يتضح كذلك استخدام غالبية دراسات ستة سيجما للمنهج الوصفي؛ ففي مقابل (10) دراسة اعتمدت المنهج التجريبي يوجد (29) دراسة أجريت وفق المنهج الوصفي، منها دراستان استخدمتا أسلوب دراسة الحالة هي دراسة (Devi, & Panchanatham, 2011)، ودراسة (Abreu, et al; 2012).
- يتبين أيضًا من نفس الدراسات المحلية والعربية أن مجتمع الدراسة في أغلبها تمثل في فئة واحدة هي "العاملون" باستثناء (6) دراسات تكون مجتمعها من فئتين هما "العاملون" و"العملاء"، هي: دراسة (الخطيب، 2009)، ودراسة (الإمام، وآخرين، 2010)، ودراسة (Asfour, 2012)، ودراسة (الشعرات، 2014)، ودراسة (الشاعر، 2014)، ودراسة (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016)، في حين أن دراسة (PK, et al, 2013) كان مجتمعها الفحوصات المخبرية للمرضى. وفي المقابل فإن جميع الدراسات الأجنبية تمثل مجتمع دراستها في "المرضى" باستثناء دراسة (Lama, et al, 2013) فقد جمعت بين فئتين هما "العاملون" و"المرضى"، بينما كان مجتمع دراسة (Elbireer, et al, 2013) من الفحوصات المخبرية للمرضى.
- ويتبين كذلك تعدد الألفاظ التي وُصفت بها ستة سيجما: (منهج، منهجية، مدخل، أسلوب، استراتيجية، مفهوم، نموذج)، كما أن بعض الدراسات استخدمت مصطلح "الحيود السداسي" أو "الانحرافات المعيارية الستة" كمرادف لستة سيجما، إضافة لذلك نجد بعض الدراسات تسميها "ستة سيجما" أي تبدأ بالعدد، وبعضها الآخر تسميها "سيجما ستة" أي تبدأ بسيجما ثم يليها العدد.
- كما أظهرت تلك الدراسات وجود علاقة إيجابية بين تطبيق منهج ستة سيجما وبين تحسين جودة الأداء والحد من الأخطاء وخفض التكاليف وزيادة الأرباح وزيادة رضا العملاء.
- ويتضح كذلك أن عموم الدراسات الأجنبية تتبنى عناصر (DMAIC) أبعادًا للمتغير المستقل "ستة سيجما" على خلاف معظم الدراسات العربية التي تبنت عناصر أخرى باستثناء (4) دراسات اعتمدت عناصر (DMAIC)، وهي: دراسة (الششري، 2010)، ودراسة (الطائي، وآخرين، 2011)، ودراسة (همام، 2012)، ودراسة (PK, et al, 2013)، في حين لم تتبن أي من الدراسات المحلية عناصر (DMAIC) كأبعاد للمتغير المستقل، غير دراسة (الشاعر، 2014) التي استخدمتها بشكل جزئي في أحد محاور أداة الدراسة.
- وفي إطار آخر مغاير، أظهرت الدراسات السابقة التي تناولت المتغير التابع "رضا المرضى" وعددها (26) استخدام "رضا المرضى" كمؤشر لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية على اختلافها (الخدمات

الصحية ككل، الرعاية التمريضية، خدمات الولادة، خدمات تنظيم الحمل، خدمات الصحة النفسية المجتمعية، الخدمات الفندقية).

• كما يتبين من الدراسات نفسها أنها قد طبقت على منظمات خدماتية، وبالتحديد منظمات صحية؛ حيث يتضح أن جميعها تمت في المستشفيات باستثناء دراستين أُجريتَا في مراكز رعاية أو معاهد طبية، هما: دراسة (El Mudallal, 2013)، ودراسة (Khan, et al, 2015).

• وفي إطار متصل، أُجريت تلك الدراسات (26 دراسة) في (17 بلدًا مختلفًا، فمنها (9 دراسات أُجريت محليًا في فلسطين، و(10 دراسات عربيًا: (3 في العراق، وواحدة في كلٍ من الأردن، والسعودية، والسودان، وقطر، والجزائر، والكويت، وسوريا، أما أجنبيًا فأُجريت (7 دراسات: (2 في الباكستان، وواحدة في كلٍ من اليونان، والصين، والهند، وغانا، وتتنزانيا.

• كما يتضح من تلك الدراسات أن جميعها انتهجت المنهج الوصفي في الدراسة واستخدمت الاستبانة كأحد أدوات الدراسة وجمع البيانات. كما تمثل مجتمع الدراسة في جميعها بفئة "المرضى"، باستثناء دراسة واحدة تكون مجتمعها من فئتين هما "العاملون" و"المرضى"، هي: دراسة (مصلح، 2011) وهي محلية.

ب) أوجه التشابه والاختلاف بشكل عام:

• اتفقت الدراسة الحالية مع كل الدراسات في المحور الأول والثالث في اعتمادها "سنة سيجما" كمتغير مستقل، كما اتفقت مع دراسات المحور الثاني باعتمادها "رضا المرضى" كمتغير تابع، ومع دراسات المحور الثالث في سعيها للربط بين متغيري الدراسة المستقل والتابع.

• تشابهت مع معظم الدراسات المحلية والعربية والأجنبية بالتطبيق في منظمات خدمية باستثناء (5 دراسات طبقت في منظمات صناعية، منها واحدة محلية، هي: دراسة (حميدة، 2013)، و(2 عربية، هما: دراسة (حسن، 2015)، ودراسة (الغيلي، وآخرين، 2015)، و(2 أجنبية، هما: دراسة (Abreu, et al, 2012)، ودراسة (Hekmatpanah, et al, 2012).

• كما اتفقت مع كل دراسات المحور الثاني (رضا المرضى) بتطبيقها في القطاع الصحي، وكذلك مع (21) دراسة من دراسات ستة سيجما في المحور الأول والثالث، منها ثلاث محلية هي: دراسة (الشاعر، 2014)، ودراسة (Abed, 2012)، ودراسة (جوادة، 2011)، و(9 عربية، هي: دراسة (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016)، ودراسة (السلامية، 2007)، ودراسة (الإمام، وآخرين، 2010)، ودراسة (الطائي، وآخرين، 2011)، ودراسة (الراوي، 2011)، ودراسة (همام، 2012)، ودراسة (Asfour, 2012)، ودراسة (PK, et al, 2013)، ودراسة (الغيلي، وآخرين، 2015)، و(9 دراسات أجنبية، هي: دراسة (Dupree, et al, 2009)، ودراسة (Sagy, 2009)، ودراسة (Devi, & Panchanatham, 2011)، ودراسة (Silich, et al, 2012)، ودراسة (Taner, et al, 2012)، ودراسة (Lama, et al, 2013)، ودراسة (Elbireer, et al, 2013)، ودراسة (Vijay, 2014)، ودراسة (Lakhani, et al, 2015).

• كذلك تتشابه مع جميع دراسات المحور الثاني في محل الدراسة ممثلًا بالمستشفيات باستثناء دراستين أُجريتَا في مراكز أو معاهد طبية، منها واحدة محلية هي دراسة (El Mudallal, 2013)، وأخرى أجنبية هي دراسة (Khan, et al, 2015)، وفي نفس السياق، تشابهت مع (17) من دراسات ستة سيجما في ذلك، منها ثلاث محلية هي: دراسة (جوادة، 2011)، ودراسة (Abed, 2012)، ودراسة (الشاعر، 2014)، ومع (7)

عربية هي: دراسة (السلايمة، 2007)، ودراسة (الإمام، وآخرين، 2010)، ودراسة (الراوي، 2011)، ودراسة (الطائي، وآخرين، 2011)، ودراسة (همام، 2012)، ودراسة (Asfour, 2012)، ودراسة (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016)، و(7) أجنبية، هي: دراسة (Dupree, et al, 2009)، ودراسة (Sagy, 2009)، ودراسة (Devi, & Panchanatham, 2011)، ودراسة (Silich, et al, 2012)، ودراسة (Lama, et al, 2013)، ودراسة (Vijay, 2014)، ودراسة (Lakhani, et al, 2015).

• كما اتفقت في اعتماد المنهج الوصفي للدراسة مع جميع دراسات المحور الثاني المحلية والعربية والأجنبية، وجميع الدراسات المحلية المتعلقة بستة سيجما، وكذلك الدراسات العربية باستثناء دراسة (PK, et al, 2013) التي انتهجت المنهج التجريبي، وفي المقابل اختلفت مع كل الدراسات الأجنبية المتعلقة بستة سيجما التي اعتمدت المنهج التجريبي باستثناء دراسة (Sadiq, 2014) التي اعتمدت المنهج الوصفي، في حين أُعتمد أسلوب دراسة الحالة في دراسة (Devi, & Panchanatham, 2011) ودراسة (Abreu, et al; 2012)، وهما أجنبيتان.

• كما اتفقت على استخدام الاستبانة كأحد أدوات الدراسة لجمع البيانات مع دراسات المحور الثاني المتعلقة بالمتغير التابع، وكذلك مع جميع الدراسات المحلية والعربية المتعلقة بستة سيجما باستثناء واحدة عربية هي دراسة (PK, et al, 2013) التي استخدمت الملاحظات والتقارير وسجلات العمل، في حين اتفقت في ذلك مع دراستين أجنبيتين فقط هما: دراسة (Hekmatpanah, et al, 2012)، ودراسة (Sadiq, 2014).

• كما تتشابه في كون مجتمع الدراسة من فئتين "العاملين والعملاء" مع (8) دراسات فقط، اثنتان منها محلية هي: دراسة (مصلح، 2011)، ودراسة (الشاعر، 2014)، ومع (5) عربية، هي: دراسة (الخطيب، 2009)، ودراسة (الإمام، وآخرين، 2010)، ودراسة (Asfour, 2012)، ودراسة (الشعرات، 2014)، ودراسة (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016)، في حين تشابهت مع دراسة واحدة أجنبية، هي: دراسة (Lama, et al, 2013).

• وتتفق في استخدام عناصر (DMAIC) كأبعاد للمتغير المستقل "ستة سيجما" مع كل الدراسات الأجنبية في المحور الأول والثالث باستثناء دراسة (Sadiq, 2014) الذي لم يستخدم أي أبعاد، وتتفق كذلك مع (4) دراسات عربية، هي: دراسة (الششري، 2010)، ودراسة (الطائي، وآخرين، 2011)، ودراسة (همام، 2012)، ودراسة (PK, et al, 2013)، غير أن دراسة (الشاعر، 2014) وهي محلية استخدمت تلك العناصر بشكل جزئي في أحد محاور أداة الدراسة الموجهة للعاملين للتعرف على العلاقة بين تلك العناصر وتحسين جودة العمليات في المستشفيات محل الدراسة من وجهة نظر العاملين، وفي المقابل استخدمت عناصر أخرى كأبعاد للمتغير المستقل.

• تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات المحلية فقط من حيث بلد الدراسة وهو فلسطين، في حين تشابهت مع ثلاث دراسات محلية فقط بتطبيقها في المستشفيات الفلسطينية، هي: دراسة (جوادة، 2011)، ودراسة (Abed, 2012)، ودراسة (الشاعر، 2014).

ت) أوجه التشابه والاختلاف من حيث الجمع بين متغيري الدراسة (دراسات المحور الثالث):

اشتمل المحور الثالث على (10) دراسات سابقة جمعت بين متغيري الدراسة، منها (7) عربية، و(3)

أجنبية، في حين لم توجد أي دراسة محلية على حد علم الباحث، وفيما يأتي أهم أوجه التشابه والاختلاف:

1. تشابهت الدراسة الحالية مع كل الدراسات العربية والأجنبية في هذا المحور بتناولها "سنة سيجما" كمتغير مستقل و"رضا العميل (المريض)" كمتغير تابع رئيس أو فرعي أو أحد عناصر المتغير التابع.
2. التقت مع (8) دراسات في تطبيق الدراسة بمنظمة خدمية، واختلفت مع دراستين أجنبيتين، هما: دراسة (Abreu, et al; 2012)، ودراسة (Hekmatpanah, et al, 2012).
3. تشابهت الدراسة الحالية من حيث تطبيقها في القطاع الصحي مع دراستين عربيتين وثالثة أجنبية فقط، وهي: دراسة (Asfour, 2012)، ودراسة (السلامة، 2007) وهما دراستان عربيتان، ودراسة (Dupree, et al, 2009) وهي أجنبية.
4. اتفقت مع كل الدراسات الأجنبية الواردة في هذا المحور وعددها (3) دراسات باعتماد عناصر (DMAIC) كأبعاد للمتغير المستقل "سنة سيجما"، في حين اختلفت مع باقي الدراسات في ذلك.

ث) ما يميز الدراسة الحالية:

- تُعتبر الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي تناولت منهجية سنة سيجما في القطاع الصحي بفلسطين؛ فقد أظهر المسح المكتبي الذي قام به الباحث للدراسات المحلية السابقة حول سنة سيجما عن وجود (10) دراسات - بحسب استقصائه - ثلاث منها أجريت في القطاع الصحي، بينما لم تتناول الدراسات السبع الأخرى الجانب الصحي، إلا بشكل ثانوي أو مجرد توصيات فيها.
- تعتبر هذه الدراسة امتداداً للدراسات السابقة في تناولها منهج سنة سيجما، واستكمالاً لدراسات أخرى بأخذ توصياتها لإجراء دراسات عن سنة سيجما في قطاع الخدمات الصحية، وبالأخص في تحسين رضا المرضى لاسيما دراسة (جودة، 2011) ودراسة (Abed, 2012) ودراسة (الشاعر، 2014)، ومتممة ومجمعة لما جاءت به أحر بدراساتها منهج سنة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى؛ لذا فهي تعتبر من الدراسات القليلة النادرة في هذا الجانب لاسيما محلياً وعربياً؛ وفي نفس الوقت تُعد الأولى محلياً - حسب علم الباحث - حيث ربطت بين أبعاد المتغير المستقل "منهج سنة سيجما" ممثلاً بعناصر (DMAIC) مع المتغير التابع "رضا المرضى" في المستشفيات الحكومية الفلسطينية بقطاع غزة.
- طبقت مفردات هذه الدراسة على القطاع الصحي في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، وهي بيئة غير مستقرة إلى حد كبير نتيجة لممارسات الاحتلال وحصاره المفروض على القطاع؛ لذا فإن الظروف التي تُجرى فيها الدراسة مختلفة عن غيرها من الدراسات التي أجريت في البلاد العربية والأجنبية والتي تعيش في استقرار.

ثالثاً . الفجوة البحثية:

قام الباحث بإجراء مقارنة مع الدراسات السابقة التي أجريت حول سنة سيجما في القطاع الصحي لبيان أوجه التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية ومن ثم بيان الفجوة البحثية، حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (3- 2) مقارنة بين الدراسات السابق لسته سيجما في القطاع الصحي

عنوان الدراسة	أوجه المقارنة	البيان	الاختلاف
دراسة ميدانية للمنظمات الخدمية: العمليات في سيجما لتحسين جودة متطلبات تطبيق ستة	بلد الدراسة	فلسطين . قطاع غزة	لا يوجد
	محل الدراسة	المستشفيات الحكومية	لا يوجد
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين والمرضى	لا يوجد
	طريقة العينة	لم يُذكر	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
	المتغير المستقل	متطلبات منهجية سيجما ستة	منهج ستة سيجما
	المتغير التابع	تحسين جودة العمليات	تحسين رضا المرضى
	عناصر م. المستقل	دعم الإدارة العليا، التدريب، تشجيع وتحفيز الموارد البشرية، نظم وتكنولوجيا المعلومات، تغيير الثقافة التنظيمية، الاهتمام بالجودة، بيئة العمل، الاهتمام بالعاملين	DMAIC
	The extent of implementation of Six Sigma in Palestine private hospitals from the perception of workers (Abed, 2012)	بلد الدراسة	فلسطين . الضفة الغربية
محل الدراسة		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية
منهج الدراسة		الوصفي المسحي	لا يوجد
أداة الدراسة		الاستبانة	لا يوجد
مجتمع الدراسة		العاملين	العاملين والمرضى
طريقة العينة		لم يُذكر	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
المتغير المستقل		سته سيجما (الحيود السداسي)	لا يوجد
المتغير التابع		إمكانية تطبيق ستة سيجما	تحسين رضا المرضى
عناصر م. المستقل		دعم الإدارة، الدعم المالي، المعرفة والخبرة بسته سيجما، التدريب على ستة سيجما	DMAIC
مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا (جوادة، 2011)		بلد الدراسة	فلسطين . قطاع غزة
	محل الدراسة	المستشفيات الحكومية	لا يوجد
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين	العاملين والمرضى
	طريقة العينة	حصر شامل	عشوائي بسيط للمرضى
	المتغير المستقل	مقومات تطبيق ستة سيجما	منهج ستة سيجما
	المتغير التابع	إمكانية تطبيق 6 سيجما، تحسين جودة الخدمات الصحية	تحسين رضا المرضى
	عناصر م. المستقل	المقومات الإدارية، المقومات التقنية، المقومات المالية، المقومات البشرية	DMAIC
	The effect of Six Sigma methodologies on the quality of health service: A field study at Prince Hashem Hospital – city of Aqaba (Almasarweh, and Rawashdeh, 2016)	بلد الدراسة	الأردن . العقبة
محل الدراسة		مستشفى الملك هاشم	المستشفيات الحكومية
منهج الدراسة		الوصفي التحليلي	لا يوجد
أداة الدراسة		الاستبانة	لا يوجد
مجتمع الدراسة		العاملين والمرضى	لا يوجد
طريقة العينة		لم يُذكر	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
المتغير المستقل		منهجية سيجما ستة	لا يوجد
المتغير التابع		جودة الخدمة الصحية	تحسين رضا المرضى
عناصر م. المستقل		التزام ودعم الإدارة العليا، التحسين المستمر، التركيز على العملاء، والوقاية	DMAIC

عنوان الدراسة	أوجه المقارنة	البيان	الاختلاف
استخدام منهجية سيجما ستة (Six sigma) في تحسين جودة أداء الخدمات: دراسة تطبيقية على قطاع الخدمات الصحية بمدينة الطائف (همام، 2012)	بلد الدراسة	السعودية . الطائف	فلسطين . قطاع غزة
	محل الدراسة	المؤسسات الصحية الحكومية	لا يوجد
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين	العاملين والمرضى
	طريقة العينة	لم يُذكر	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
	المتغير المستقل	منهجية سيجما ستة	لا يوجد
	المتغير التابع	تحسين جودة أداء الخدمات	تحسين رضا المرضى
	عناصر م. المستقل	DMAIC	لا يوجد
Application of Lean Six Sigma to Optimize Admission Waiting Time at AL-Mowasah Hospital (Asfour, 2012)	بلد الدراسة	الأردن . عمان	فلسطين . قطاع غزة
	محل الدراسة	مستشفى المواساة (خاص)	المستشفيات الحكومية
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين والمرضى	لا يوجد
	طريقة العينة	عشوائي	حصر شامل للعاملين
	المتغير المستقل	مبادئ سيجما ستة الرشيقة	منهج ستة سيجما
	المتغير التابع	رضا مرضى المبيت	لا يوجد
	عناصر م. المستقل	دعم ومشاركة الإدارة العليا، ثقافة التنظيمية الداعمة للجودة، مشاركة العملاء، العمليات الإدارية، تطبيق برامج تحسين الجودة الأخرى	DMAIC
تأثير تطبيق استراتيجية Six Sigma في تحقيق أبعاد الميزة التنافسية: دراسة تحليلية لآراء عينة من الأطباء في المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجا (الطائي، وآخرين، 2011)	بلد الدراسة	العراق . الفلوجا	فلسطين . قطاع غزة
	محل الدراسة	المؤسسات الصحية الحكومية	لا يوجد
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين	العاملين والمرضى
	طريقة العينة	عشوائي	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
	المتغير المستقل	استراتيجية Six Sigma	لا يوجد
	المتغير التابع	تحقيق الميزة التنافسية	تحسين رضا المرضى
	عناصر م. المستقل	DMAIC	لا يوجد
استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة (الإمام، وآخرين، 2010)	بلد الدراسة	مصر . القاهرة	فلسطين . قطاع غزة
	محل الدراسة	المستشفيات الجامعية والخاصة	المستشفيات الحكومية
	منهج الدراسة	الوصفي التحليلي	لا يوجد
	أداة الدراسة	الاستبانة	لا يوجد
	مجتمع الدراسة	العاملين والمرضى	لا يوجد
	طريقة العينة	للعاملين لم يُذكر ومنتظمة للمرضى	حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى
	المتغير المستقل	متغيرات أسلوب سيجما ستة	منهج ستة سيجما
	المتغير التابع	تحسين جودة الخدمة الصحية	تحسين رضا المرضى
	عناصر م. المستقل	دعم الإدارة العليا، التركيز على العملاء، التركيز على الموردين، التركيز على العاملين، التركيز على معلومات الجودة، التركيز على تصميم الخدمة، التركيز على عمليات أداء الخدمة، تنظيم إدارة الجودة، التركيز على القياسات	DMAIC

الاختلاف	البيان	أوجه المقارنة	عنوان الدراسة
فلسطين . قطاع غزة	الأردن . عمان	بلد الدراسة	إمكانية استخدام سيجما ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي (السلامة، 2007)
المستشفيات الحكومية	مستشفى المركز العربي الطبي (خاص)	محل الدراسة	
لا يوجد	الوصفي التحليلي	منهج الدراسة	
لا يوجد	الاستبانة	أداة الدراسة	
العاملين والمرضى	العاملين	مجتمع الدراسة	
عشوائي بسيط للمرضى	حصر شامل	طريقة العينة	
لا يوجد	سيجما ستة	المتغير المستقل	
تحسين رضا المريض	تحسين الأداء الصحي	المتغير التابع	
DMAIC	الالتزام الفعال للإدارة العليا، التدريب، الموارد البشرية، نظم المعلومات، الثقافة التنظيمية	عناصر م. المستقل	
فلسطين . قطاع غزة	الولايات المتحدة الأمريكية . نيويورك	بلد الدراسة	
المستشفيات الحكومية	المركز الطبي الحضري الأكاديمي (مشفى جامعي)	محل الدراسة	
الوصفي التحليلي	تجريبي	منهج الدراسة	
الاستبانة	لم يُذكر	أداة الدراسة	
العاملين والمرضى	المرضى	مجتمع الدراسة	
حصر شامل للعاملين، وعشوائي بسيط للمرضى	لم يُذكر	طريقة العينة	
لا يوجد	سنة سيجما	المتغير المستقل	
لا يوجد	رضا المرضى	المتغير التابع	
لا يوجد	DMAIC	عناصر م. المستقل	

وبعد استعراض مجمل الدراسات السابقة في هذه الفصل والتعقيب عليها وجدول المقارنة السابق تتضح النقاط الآتية:

1. لا توجد سوى (10) دراسات محلية تناولت ستة سيجما حتى تاريخ إعداد الدراسة الحالية، ثمانية منها في قطاع غزة.
2. يوجد ثلاث دراسات فقط من الدراسات المحلية طُبِّقت في القطاع الصحي هي دراسة (جوادة، 2011)، ودراسة (Abed, 2012)، ودراسة (الشاعر، 2014).
3. تتشابه الدراسة الحالية مع دراسة (جوادة، 2011)، ودراسة (الشاعر، 2014) في محل الدراسة بالتطبيق في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، في حين تتشابه مع دراسة (Abed, 2012) في التطبيق في المستشفيات الفلسطينية، وتختلف معها في كون الأخيرة طُبِّقت في المستشفيات الخاصة بالضفة الغربية، وقد هدفت الدراسة الأولى (جوادة، 2011) للتعرف على مدى توفر مقومات تطبيق ستة سيجما الإدارية والتقنية والمالية والبشرية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، في حين هدفت الثانية (الشاعر، 2014) للتعرف على متطلبات تطبيق منهجية ستة سيجما ودورها في تحسين جودة

- العمليات في تلك المستشفيات أيضًا، في حين هدفت الدراسة الثالثة (Abed, 2012) للكشف عن مدى تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الخاصة في شمال الضفة الغربية، غير أن الدراسة الحالية تختلف عن تلك الدراسات بكونها تسعى لتشخيص واقع استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، ومحاولة إبراز علاقته برضا المرضى.
4. تشابهت الدراسة الحالية في مجتمع الدراسة المتكون من فئتين العاملين والمرضى مع دراسة (الشاعر، 2014)، ولكنها اختلفت في ذلك مع دراسة (جواده، 2011) ودراسة (Abed, 2012) التي تكون مجتمعها من فئة واحدة هي العاملون.
5. لم تعتمد أي من الدراسات المحلية عناصر (DMAIC) كأبعاد للمتغير المستقل "ستة سيجما"، غير أن دراسة (الشاعر، 2014) استخدمت تلك العناصر كعناصر فرعية في أحد محاور أداة الدراسة الموجهة للعاملين للتعرف على العلاقة بين تلك العناصر وتحسين جودة العمليات في المستشفيات محل الدراسة من وجهة نظر العاملين، وفي حين اعتمدت عناصر مختلفة عن (DMAIC) تتمثل في (دعم الإدارة العليا، التدريب، تشجيع وتحفيز الموارد البشرية، نظم وتكنولوجيا المعلومات، تغيير الثقافة التنظيمية، الاهتمام بالجودة، بيئة العمل، الاهتمام بالعاملين) كأبعاد رئيسة للمتغير المستقل.
6. لم تدرس أي من الدراسات المحلية لستة سيجما المتوفرة "رضا المرضى" كمتغير تابع رئيس.
7. بالرغم من وجود (3) دراسات عربية - على حد علم الباحث - اعتمدت عناصر (DMAIC) كأبعاد لستة سيجما وطبقت في القطاع الصحي، إلا أن أيًا منها لم تدرس رضا المرضى كمتغير تابع، وهي: دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) وقد درست أثر استراتيجية ستة سيجما على تحقيق الميزة التنافسية، ودراسة (همام، 2012) التي درست استخدام منهجية ستة سيجما لتحسين جودة أداء الخدمات، ودراسة (PK, et al, 2013) وهي تجريبية درست استخدام ستة سيجما مع نظام تكنولوجيا المعلومات لتحسين الأداء وتقليل الأخطاء في المختبرات الطبية.
8. من بين كل الدراسات الأجنبية المتوفرة التي اعتمدت عناصر (DMAIC) كأبعاد لستة سيجما وطبقت في القطاع الصحي؛ فإنه لا يوجد سوى دراسة واحدة فقط - حسب ما هو متوفر - ربطت بين تلك العناصر وبين رضا المرضى وهي دراسة (Dupree, et al, 2009).

مما سبق يتضح وجود فجوة بحثية تتمثل في: "عدم وجود ربط بين أبعاد المتغير المستقل "ستة سيجما" ممثلًا في عناصر (DMAIC) و"رضا المرضى" كمتغير تابع في القطاع الصحي - وخصوصًا المستشفيات - في البيئة العربية وفلسطين خاصة، إضافة لندرتها في البيئة الأجنبية.

الفصل الرابع الطريقة والإجراءات

- ❖ أولاً: منهج الدراسة
- ❖ ثانيًا: مصادر المعلومات
- ❖ ثالثًا: مجتمع الدراسة
- ❖ رابعًا: وحدة المعاينة وعينة الدراسة
- ❖ خامسًا: خطوات إعداد أداة الدراسة
- ❖ سادسًا: طريقة جمع البيانات من المبحوثين
- ❖ سابعًا: صدق أداة الدراسة وثباتها
- ❖ ثامنًا: إجراءات تطبيق أداة الدراسة
- ❖ تاسعًا: التوزيع الطبيعي للبيانات
- ❖ عاشرًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
- ❖ حادي عشر: قاعدة القرار والحكم

توطئة:

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للخطوات التي تم اتباعها في تنفيذ الدراسة وفقاً للمنهجية العلمية المتضمنة للقواعد والإجراءات التي يعتمد عليها البحث العلمي والتي تكفل الدقة والموضوعية والحياد النسبي. ويستعرض منهجية وإجراءات الدراسة المشتملة على تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يأتي وصف لهذه الإجراءات.

أولاً . منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي كأحد أنسب المناهج التي يمكن أن تُتبع لدراسة الظواهر الإنسانية والاجتماعية والتي تنتمي إليها هذه الدراسة كما يرى ذلك (قاسم، 1999: 60) وذلك للوصول إلى إجابات واضحة ومحددة عن أسئلة الدراسة، حيث يتم ذلك من خلال دراسة ووصف الحالة المتعلقة بمشكلة الدراسة والتعبير عنها كيفاً وكماً، عبر جمع البيانات المتعلقة بها ومن ثم تحليلها وتفسيرها ليظهر لنا نتائج محددة وواضحة، وهو ما أشار إليه (عليان وغنيم، 2000: 43، 44)، و(دويدري، 2000: 218، 219)، ويؤيده كذلك (العسكري، 2004: 6).

ثانياً . مصادر المعلومات:

تم الاعتماد على مصدرين أساسيين في جمع البيانات، هما:

1. مصادر أولية: تم جمع البيانات الأولية عبر أداة الدراسة "الاستبانة" كأداة لجمع البيانات من أفراد العينة محل الدراسة.
2. مصادر ثانوية: من خلال الرجوع لعددٍ من المراجع والكتب والمنشورات والشبكة العنكبوتية والمكتبات الإلكترونية والدراسات السابقة بهدف الحصول على المعلومات النظرية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

ثالثاً . مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة الكلي في المستشفيات الحكومية الفلسطينية العامة بقطاع غزة وعددها سبع مستشفيات حسب (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2014: 15)، في حين تمثل أفراد المجتمع في كلٍ من المرضى المنومين والعاملين في تلك المستشفيات، حيث بلغ عدد المرضى المنومين فيها (135,508) مريضاً حسب (تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 12)، فيما بلغ عدد العاملين فيها (4,809) فرداً بحسب (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 11). وقد تم اختيار مجمع الشفاء الطبي، بالإضافة إلى مستشفى غزة الأوروبي - بطريقة قصدية - محلاً للدراسة لتمثيل مجتمع الدراسة الحقيقي، وذلك باعتبارهما من أكبر المستشفيات الحكومية العامة العاملة في حدود جغرافيا قطاع غزة، حيث يتبع لهما أكثر من (54%) من أسرة تلك المستشفيات ويعمل بهما أكثر من (52%) من إجمالي العاملين في تلك المستشفيات وذلك بحسب (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 11-12)، كما يقدمان معاً نحو (50%) من إجمالي الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية العامة بقطاع غزة بحسب ما يرد في تقرير

(160: Health Annual Report, 2016) الذي يوضح معطيات خدمات مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة، ويتضح من التقرير أن مستشفى الشفاء يحتل المرتبة الأولى في جميع عناصر المعطيات للخدمات الصحية المقدمة التي أوردتها التقرير، في حين يتناوب على المرتبة الثانية كلٌّ من مستشفى ناصر ومستشفى غزة الأوروبي لتلك المعطيات والتي تشمل عدد العاملين والأسرة، وإجمالي حالات الدخول والخروج وأيام المبيت والعمليات. علمًا بأن مجمع الشفاء الطبي يضم ثلاث مستشفيات متخصصة هي (الجراحة، والباطنة، والولادة). وقد تم تقسيم أفراد مجتمع الدراسة إلى فئتين، وهما:

- الفئة الأولى: العاملون من مقدمي الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة.
- الفئة الثانية: المرضى المنومون في أقسام المبيت بالمستشفيات محل الدراسة.

رابعًا . وحدة المعاينة وعينة الدراسة:

تمثلت وحدة المعاينة الحقيقية في فئتين: فئة العاملين الإشرافيين، وفئة المرضى المنومين من سن (18) عامًا فأكثر (المقدمين للخدمة الصحية والمتلقين لها) في المستشفيات محل الدراسة، حيث يمكن توضيح طبيعة فئات العينة محل الدراسة على النحو الآتي:

الفئة الأولى:

تمثلت عينة الدراسة من الفئة الأولى في العاملين من مقدمي الخدمات الصحية الذين يمارسون عملًا إشرافيًا في جميع المستويات الإدارية بالمستشفيات محل الدراسة، وقد تم اختيارهم بطريقة العينة الطبقية اعتمادًا على أسلوب المسح الشامل، وقد طبقت الدراسة على الفئات من مستوى رئيس شعبة فأعلى (رئيس شعبة، ورئيس قسم، ومدير دائرة فأعلى، أو ما يوازيها من مسميات) والبالغ عددهم (372) موظفًا وذلك بحسب (ملحق 5)، ويمثلون نحو (14.8%) من إجمالي العاملين في المستشفيات محل الدراسة، والجدول الآتي يوضح إجمالي عدد عينة الدراسة من الفئة الأولى في كلا المستشفيات:

جدول رقم (4- 1) أعداد مفردات عينة الدراسة من الفئة الأولى (العاملين الإشرافيين):

م.	المستشفى	عدد العاملين الإشرافيين	ملاحظات
1.	مجمع الشفاء الطبي	234	تشمل جميع العاملين الإشرافيين في المهن الطبية والفنية والمهن
2.	مستشفى غزة الأوروبي	138	المساعدة ومهنة التمريض والمهن الإدارية والهندسية والخدماتية
	الإجمالي	372	

المصدر: بتصريف من الباحث بناءً على معلومات من كلا المستشفيات (ملحق 5)

الفئة الثانية: المرضى المنومون الراقدون في أقسام المبيت بالمستشفيات محل الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة من الفئة الثانية في المرضى المنومين من سن (18) عامًا فأكثر الراقدين في أقسام المبيت بالمستشفيات محل الدراسة وقت إجراء الدراسة الميدانية، على أن تسمح الحالة الصحية للمريض بإجراء مقابلة معه لنحو (20) دقيقة وتعبئة الاستبانة منه، وقد تم اختيارهم بطريقة صُدْفِيَّة لتمثل عينة عشوائية بسيطة من أفراد المجتمع الحقيقي محل الدراسة. ويجدر التنويه إلى أن الدراسة الحالية أجريت على المرضى المنومين في المستشفيات، وهذا النوع من المجتمعات غير محدد ولا يمكن معرفة حجم المجتمع الكلي بدقة؛ لكون أعداد المرضى غير متوقعة وليست ثابتة؛ واستنادًا إلى (تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 12) فإن عدد المرضى المنومين في المستشفيات الحكومية العامة العاملة بقطاع غزة خلال العام (2015م) قد بلغ نحو

(135 ألف) مريض، منهم نحو (57 ألف) مريض في المستشفيات محل الدراسة، وبناءً على ما تقدم فقد تم تحديد عدد العينة المطلوبة وفق الآتي:

أ) معادلة أقل حجم عينة، وفق الصيغة الآتية: بحسب (أبو دقة، وصافي، 2013: 23)، حيث إن: (n): هي أقل حجم للعينة المطلوبة.

$$n = \left(\frac{Z}{2m} \right)^2$$

(m): هي نسبة الخطأ الذي يمكن التجاوز عنه وأكبر قيمة له (0.05).
(Z): القيمة المعيارية لمستوى دلالة معلوم، وتساوي (1.96) عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$).

وعليه يكون حجم العينة في هذه الحالة لا يقل عن (385) مفردة. $n = (1.96/2 * 0.05)^2 = (384.16)$
ويتم تصحيح حجم العينة وفقاً للمعادلة الآتية:

$$n_{corrected} = \frac{nN}{N + n - 1}$$

حيث إن (N): هي حجم مجتمع الدراسة.

مجتمع الدراسة في المستشفيات محل الدراسة (N) = (57000) مريضاً.

$$N_{corrected} = \{57000 * 385 / (57000 + 385 - 1)\} = (383)$$

وبذلك فإن حجم العينة المطلوب يصبح (383) مفردة، وهو الحد الأدنى المناسب لحجم العينة.

ب) نسبة مئوية من حجم المجتمع الأصلي وفقاً للدراسات والكتب الإحصائية:

واستناداً إلى ما أشارت إليه بعض الكتب والدراسات فإن حجم العينة المناسبة للدراسة الحالية يجب أن لا يقل عدد مفرداتها عن (384) بحسب ما أشار لذلك (الإمام، وآخرون، 2010: 229) وكذلك (الفرج، 2009: 66) الذي بين بأنه إذا كان حجم المجتمع الأصلي أكثر من (2001 مفردة) فإن العينة الإحصائية الملائمة هي (385 مفردة)، في حين ترى (دويدري، 2000: 308) أن حجم العينة الذي يتراوح بين (300 - 500) مفردة يعتبر ملائماً لمعظم أنواع البحوث، ومن جانبه أوضح (العسكري، 2004: 168) بالقول: " إنه لا حاجة لدراسة المجتمع الأصلي إذا أمكن الحصول على عينة كبيرة نسبياً ومختارة بشكل عشوائي تمثل المجتمع الأصلي مأخوذة منه؛ لأن النتائج المستنبطة من دراسة العينة ستطبق إلى حد كبير مع النتائج المستخلصة من دراسة المجتمع الأصلي ".
وعليه - وفي ضوء مخرجات معادلة العينة وتوفيقاً لكل الآراء السابقة - فقد تم أخذ عينة بنسبة (1%) من المجتمع الحقيقي للمرضى في المستشفيات محل الدراسة البالغ عددهم نحو (57 ألف) مريضاً اعتماداً على تقرير الوزارة السابق أعلاه، وبالتالي يكون عدد العينة (570) مفردة، ويضاف عليهم العينة الاستطلاعية من المرضى بواقع (30) مريضاً، ليصبح عدد عينة الدراسة (600) مفردة، موزعين بالتناسب حسب نسبة عدد المرضى المنومين في المستشفيات محل الدراسة، وهي مجمع الشفاء الطبي ومستشفى غزة الأوروبي، بما نسبته (74% لمجمع الشفاء الطبي) و(26% لمستشفى غزة الأوروبي)، علماً بأنه تم وضع معيار لاستثناء حالات خاصة من الفئة الثانية (المرضى) من الدراسة، كما يأتي:

- المرضى الذين تقل أعمارهم عن (18) سنة.
- النساء اللاتي في حال وضع (ولادة).
- المرضى الذين في حالة غيبوبة أو غير واعين.
- المرضى الذين بحالة صحية أو عقلية أو نفسية لا تسمح بمقابلتهم.
- ذوو الإعاقة وتحول حالتهم تلك دون إجراء مقابلة معهم وتعبئة الاستبانة.
- المرضى ممن هم في أقسام المبيت الحرجة كالعناية المكثفة.

جدول رقم (4- 2) عدد مفردات عينة الدراسة من كلا الفئتين

الفئة	إجمالي المفردات	عدد المفردات بعد العينة الاستطلاعية		
		العينة الاستطلاعية	الإجمالي	مفردات الشفاء
فئة العاملين الإشرافيين	*372	30	342	219
فئة المرضى المنومين	*600	30	570	422

المصدر من إعداد الباحث بناءً على معلومات من كلا المستشفيات محل الدراسة، وتقارير وزارة الصحة * العدد المذكور يشمل العينة الاستطلاعية (30) مفردة.

خامسًا . خطوات إعداد أداة الدراسة (الاستبانة):

تم الاعتماد في ضوء مشكلة الدراسة وأسئلتها وفروضها ومجتمعها على أداة "الاستبانة" لجمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة كونها الأداة الأكثر مناسبة لهذا الغرض؛ حيث تم إعداد استبانتين، الأولى موجهة للعاملين الإشرافيين بالمستشفيات محل الدراسة، أما الثانية فكانت موجهة للمرضى المنومين المستقيدين من الخدمة الصحية المقدمة في نفس المستشفيات، وذلك بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة بشكل موسع ومستفيض لتغطية كافة الجوانب المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية وطرق قياسها، بالإضافة لاستطلاع رأي نخبة من المختصين عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي، حيث تمت الاستفادة من ذلك في بناء أداة الدراسة وفق الخطوات الآتية:

- تحديد الأبعاد الرئيسية التي شملتها كل استبانة من الاستبانتين.
- صياغة الفقرات التي تقع تحت كل بُعد.
- إعداد مسودة أولية لكل من الاستبانتين لعرضهما على المشرف.
- عرض الاستبانتين على المشرف من أجل اختيار مدى ملاءمتها لجمع البيانات.
- إجراء التعديلات على الاستبانتين بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.
- تصميم أداة الدراسة "الاستبانتين" في صورتها الأولية، والتي انقسمت إلى قسمين، الأول: يخص المعلومات الشخصية والديمغرافية، والثاني: يتعلق بمتغيرات الدراسة وأبعادها، وقد بلغت عدد فقراتها (77) فقرة في استبانة العاملين غطت استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى موزعة على (5) أبعاد، و(39) فقرة في استبانة المرضى غطت رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيكما موزعة على (5) أبعاد.
- عرض الاستبانة على (23) من المحكمين المختصين، بعضهم أعضاء هيئات تدريس أو عمداء كليات في الجامعات الفلسطينية وغيرهم من ذوي الاختصاص؛ لفحص ملاءمتها للقياس ووضوحها ودقتها وخلوها من العبارات الموجهة، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم.
- إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، حيث تم حذف وتعديل وإضافة وإعادة صياغة في قسمي كل استبانة، ثم إخراج الاستبانتين بصياغتهما النهائية التي تكون كل منهما من قسمين، والملحق رقم (6) يبين كلا الاستبانتين في صورتها النهائية.
- اشتملت أداة الدراسة على عددٍ من المحاور والفقرات التي تعكس أهداف الدراسة وأسئلتها للإجابة عنها من قبل المبحوثين وفقًا لتدرج مقياس ليكرت الخماسي، حيث يمكن وصف الأداة المستخدمة في الدراسة على النحو الآتي:

أولاً: استبانة الفئة الأولى (العاملون الإشرافيون): وتنقسم إلى قسمين، هما:

- الأول: ويغطي المتغيرات الديمغرافية وهي (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والتخصص العلمي، وسنوات الخدمة، ومكان العمل، والمستوى الوظيفي).
- الثاني: يغطي منهج ستة سيجما المكون من (5) أبعاد، ويحتوي على (68) فقرة موزعة على الأبعاد الخمسة حسب الآتي:

- ❖ البُعد الأول: التعرف: (13) فقرة، الفقرات (1- 13)،
- ❖ البُعد الثاني: القياس: (13) فقرة، الفقرات (14- 26)،
- ❖ البُعد الثالث: التحليل: (12) فقرة، الفقرات (27- 38)،
- ❖ البُعد الرابع: التحسين: (15) فقرة، الفقرات (39- 53)،
- ❖ والبُعد الخامس: الرقابة: (15) فقرة، الفقرات (54- 68).

ثانياً: استبانة الفئة الثانية (المرضى المنومون): وتنقسم إلى قسمين، هما:

- الأول: ويغطي المتغيرات الديمغرافية وهي (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومكان الإقامة، والمستشفى (مكان الدخول)، والقسم الذي يرقد فيه).
- الثاني: يغطي رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما، ويحتوي على (36) فقرة موزعة على خمسة أبعاد كالتالي:

- ❖ البُعد الأول: الرضا في ضوء بُعد التعرف: (7) فقرات، الفقرات (1- 7)،
- ❖ البُعد الثاني: الرضا في ضوء بُعد القياس: (7) فقرات، الفقرات (8- 14)،
- ❖ البُعد الثالث: الرضا في ضوء بُعد التحليل: (6) فقرات، الفقرات (15- 20)،
- ❖ البُعد الرابع: الرضا في ضوء بُعد التحسين: (9) فقرات، الفقرات (21- 29)،
- ❖ والبُعد الخامس: الرضا في ضوء بُعد الرقابة: (7) فقرات، الفقرات (30- 36).

- أعطى لكل فقرة في القسم الثاني من أداة الدراسة وزناً متدرجاً خماسياً استناداً إلى مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة، وموافق، ومحايد، وغير موافق، وغير موافق بشدة) حيث أعطيت الأوزان الآتية على الترتيب (5، 4، 3، 2، 1)، وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين (68) و(340) درجة لاستبانة العاملين الإشرافيين، وما بين (36) و(180) درجة لاستبانة المرضى.
- توزيع الاستبانة على عينة استطلاعية من فئتي الدراسة مكونة من (30) مفردة من كل فئة، بغرض التحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة وثباتها (مفردات العينة الاستطلاعية من كلا الفئتين تم استثنائها من الدراسة الميدانية).
- تحديد عدد استبانات كل فئة من فئتي الدراسة بغرض جمع البيانات خلال الدراسة الميدانية (العاملين الإشرافيين "342" استبانة، والمرضى المنومين "570" استبانة).
- طباعة وتجهيز العدد المطلوب المناسب من الاستبانات حسب عدد العينة المطلوبة من كل فئة من فئتي الدراسة وبحسب أماكن إجراء الدراسة في المستشفيات محل الدراسة.

سادساً . طريقة جمع البيانات بواسطة أداة الدراسة من المبحوثين:

تم التحضير للدراسة الميدانية بغرض جمع البيانات من المبحوثين في آخر العام (2016م)، حيث قام الباحث بزيارة المستشفيات محل الدراسة والتنسيق معها وتحديد يوم البدء لجمع البيانات والمدة المطلوبة، كما تم

تجهيز الاستبانات والمتطلبات الأخرى، بالإضافة للاتفاق مع عددٍ من الأشخاص المؤهلين للمساعدة في جمع البيانات، وقد تمت عملية جمع البيانات وفق الآتي:

بالنسبة للفئة الأولى: العاملين الإشرافيين في المستشفيات محل الدراسة، فقد تم توزيع أداة الدراسة (342 استبانة) عليهم خلال (5) أيام، بواقع يومين في مستشفى غزة الأوروبي، وثلاثة أيام في مجمع الشفاء الطبي، بدءًا من تاريخ 2017/01/08م، مع تقديم نبذة مختصرة عن منهج سنة سيجما وهدف الدراسة، حيث تم توزيع (219) استبانة في مجمع الشفاء الطبي، و(123) أخرى في مستشفى غزة الأوروبي، وقد تم استرداد (337) استبانة من أصل (342) استبانة تم توزيعها، أي بنسبة (98.5%)، وقد تم استبعاد (9) استبانات نظرًا لعدم استيفائها شروط الصحة للتحليل الإحصائي، وبذلك يكون صافي الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي للفئة الأولى (328) استبانة.

بالنسبة للفئة الثانية: المرضى المنومين في المستشفيات محل الدراسة، حسب الخطوات الآتية:

- التعرف على عدد المرضى المنومين في أقسام المبيت بالمستشفيات محل الدراسة بناءً على المعلومات الواردة في تقارير وزارة الصحة وبيانات تلك المستشفيات حول أعداد المرضى المنومين خلال الفترة التي سبقت القيام بجمع البيانات، وحيث إن عدد العينة المطلوبة (570) مفردة موزعين بطريقة التناسب (بعد استثناء العينة الاستطلاعية وعددهم 30 مفردة من العينة الأصلية البالغة 600 مفردة)، لذا فإن العدد المطلوب لعينة المرضى المنومين من مجمع الشفاء الطبي تبلغ (422) مريضًا، في مقابل (148) مريضًا من مستشفى غزة الأوروبي.
- تحديد المدة الزمنية بين كل زيارة والأخرى لأي قسم من أقسام المبيت لجمع البيانات، وذلك بالاستناد إلى المعدل العام لمكوث المرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة والذي بلغ (3.9) يومًا وفقًا لـ (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 19)، و(تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 12)، وبناءً عليه تم ترك مدة (4) أيام بين كل زيارة لأي قسم من أقسام المبيت والزيارة التي تليها لنفس القسم بغرض جمع البيانات من المرضى المنومين فيه، وذلك لضمان خروج أكبر عدد من المفردات التي تم دراستها ودخول مفردات جديدة لتلك الأقسام بغرض دراستها، مع التأكد من دراسة جميع المرضى في القسم المَرُور، علمًا بأن أي مفردة تمت دراستها ولم تخرج من نفس القسم بالمستشفى لم تتم دراستها مرة أخرى.
- الاستعانة بفريق من المساعدين (الذكور والإناث) المؤهلين من ذوي الاختصاصات الصحية وحملة الدراسات العليا وذلك بغرض المساعدة في جمع البيانات من الفئة الثانية (المرضى) خلال فترة الدراسة الميدانية في المستشفيات محل الدراسة وفقًا للمعايير الموضوعية لتنفيذ الدراسة.
- العمل على إتمام جمع البيانات في أقصر مدة ممكنة تجنبًا لحدوث تغييرات تؤثر سلبًا على مجريات جمع البيانات أو على اتجاهات الباحثين؛ حيث تم جمع البيانات من المرضى عبر المقابلة لبيان هدف الدراسة وتعبئة الاستبانة (أداة الدراسة)، وذلك بدءًا من تاريخ 2017/01/09م ولمدة أسبوعين، ومن خلال (6) جولات منتظمة لجمع البيانات، (3) جولات منها في مستشفى غزة الأوروبي بفواصل زمني (4) أيام بين كل زيارة والأخرى، بدءًا من تاريخ 2017/01/09م، و(3) جولات أخرى في مجمع الشفاء الطبي بفواصل زمني (4) أيام بين كل زيارة والأخرى وذلك من تاريخ 2017/01/11م، مع مراعاة الآتي:

- القسم الذي تمت زيارته، تم جمع البيانات من جميع المرضى المتواجدين فيه مع مراعاة المعايير الموضوعية للحالات المستثناة من الدراسة.
- القسم الذي تم زيارته وجمعت منه البيانات، لا يتم العودة له مرة أخرى لجمع البيانات إلا بعد مرور (4) أيام على الزيارة السابقة، بحسب المعيار الذي تم توضيحه مسبقاً.
- في كل جولة لجمع البيانات كان يتم زيارة نفس الأقسام التي تم زيارتها سابقاً، وجمع البيانات من المرضى المنومين فيها مع استثناء من تم دراستهم سابقاً.
- جميع الجولات الست لجمع البيانات تمت ضمن مدة زمنية استغرقت أسبوعين (من 2017/01/09م إلى 2017/01/21م).

- إجمالي عدد الاستبانات التي تم بواسطتها جمع البيانات من المرضى بلغ (570) استبانة بواقع (422) من مجمع الشفاء، و(148) من مستشفى غزة الأوروبي، وقد تم استبعاد (30) استبانة من إجماليها بسبب نقص في بعض البيانات أو عدم دقتها في البعض الآخر، منها (24) من مجمع الشفاء و(6) من مستشفى غزة الأوروبي، وبهذا يكون العدد الصافي (540) استبانة صالحة للتحليل.

جدول رقم (4 - 3) مجتمع وعينة الدراسة من كلا الفئتين والاستبانات الموزعة على مفردات الدراسة

مجتمع الدراسة الحقيقي	عينة الدراسة	نسبة العينة	الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستردة	الاستمارات المستبعدة	نسبة الاستجابة
العاملون	372	14.7%	342**	337	9	98.5%
المرضى المنومون	600	0.1%	570**	570	30	100%

المصدر: من تصميم الباحث

** العدد المذكور بعد استثناء العينة الاستطلاعية (30) مفردة من عينة الدراسة الحقيقية

يشار هنا إلى أن نسبة الاسترداد العالية من المبحوثين تدل على توفر درجة عالية من الوعي لدى مجتمع الدراسة من كلا الفئتين، إضافة للمتابعة الحثيثة للحصول على الاستبانات بعد تعبئتها.

سابعاً . صدق أداة الدراسة "الاستبانة" وثباتها:

1.7. صدق أداة الدراسة:

ويقصد به التأكد من صدقها، وأن أسئلة أداة الدراسة تقيس ما أعدت لقياسه، وكذلك شمولها لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل ووضوح فقراتها ومفرداتها بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها بحسب (المصري، والأغا، 2014: 136) ويؤيده (العزاوي، 2008: 129)، وقد تم القيام بتقنين فقرات أداة الدراسة وذلك للتأكد من صدقها كآتي:

(أ) صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

ويقصد به صدق الأداة من وجهة نظر المحكمين، وذلك بهدف التأكد من مدى صلاحية أداة الدراسة وملاءمتها لأغراض الدراسة، حيث تم عرض الأداة في صورتها الأولية على مجموعة محكمين عددهم (23) مؤلفة من أساتذة جامعيين وعمداء كليات وجامعات فلسطينية ومديرين في وزارات مختلفة بقطاع غزة وآخرين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال البحث العلمي والعلوم الإدارية والتربوية للحكم على مدى صلاحية الأداة كوسيلة لجمع البيانات، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول فقرات الأداة ومناسبتها، ومدى انتماء الفقرات إلى كل بُعد من أبعاد الأداة، وكذلك وضوح وسلامة صياغاتها اللغوية وقدرتها على قياس متغيرات الدراسة،

وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر وإضافة فقرات جديدة، والملحق رقم (1) يوضح أسماء المحكمين.

ب) صدق الاتساق الداخلي:

الذي مثل مدى اتساق كل فقرة من فقرات أداة الدراسة مع البُعد (المجال) الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة جرى تطبيقها على عينة استطلاعية مكونة من (30) من العاملين الإشرافيين في المستشفيات محل الدراسة، وكذلك (30) مريضاً من نفس المستشفيات، حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات كل استبانة والدرجة الكلية للبُعد التي تنتمي إليها وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، وذلك لكلا الاستبانتين المستخدمتين في الدراسة كلٌّ على حدة على النحو الآتي:

1) الاستبانة الخاصة بالعاملين الإشرافيين:

جدول رقم (4-4) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول (التعرف) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	توجد في المستشفى معايير أداء واضحة ومحددة (كالإنجاز، الإتقان، المواظبة ...)	0.630	دالة عند 0.01
2.	يتوفر في المستشفى وصف وظيفي محدد فيه مهام ومتطلبات كل وظيفة	0.620	دالة عند 0.01
3.	يوجد في المستشفى بروتوكولات عمل وأدلة سياسات وإجراءات واضحة	0.823	دالة عند 0.01
4.	تستمع إدارة المستشفى دوماً باهتمام لآراء وشكاوى موظفيها	0.535	دالة عند 0.01
5.	تستعين إدارة المستشفى بنتائج الدراسات العلمية في معرفة مشكلات الخدمة	0.509	دالة عند 0.01
6.	تتوفر نظم واضحة تتمكن من الكشف عن أي مشكلات قد تحدث في الخدمة المقدمة	0.607	دالة عند 0.01
7.	يمتلك العاملون الخبرة التي تمكنهم من اكتشاف مشكلات الخدمة المقدمة	0.573	دالة عند 0.01
8.	توجد إجراءات بديلة عند تعطل الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة	0.594	دالة عند 0.01
9.	تتوفر في المستشفى بيئة عمل مناسبة للعاملين لتقديم الخدمة الأفضل	0.601	دالة عند 0.01
10.	يتواصل العاملون بسهولة مع مسؤوليهم للإبلاغ عن مشكلات الخدمة المقدمة	0.734	دالة عند 0.01
11.	يتم رصد وتسجيل المشكلات الحاصلة للاعتماد عليها عند اتخاذ القرارات التصحيحية	0.781	دالة عند 0.01
12.	تتفاعل إدارة المستشفى بإيجابية عند إبلاغها عن مشكلات الخدمة المقدمة	0.625	دالة عند 0.01
13.	هناك صناديق لتلقي الشكاوى والمقترحات في المستشفى	0.670	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.509) و(0.823)، وبذلك تعتبر فقرات البُعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4-5) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثاني (القياس) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	يوجد فريق عمل في المستشفى لمتابعة وتقييم الخدمات الصحية	0.732	دالة عند 0.01
2.	تتوفر باستمرار بيانات كافية عن موارد المستشفى المختلفة (البشرية، المادية، ...)	0.648	دالة عند 0.01
3.	يتم توثيق البيانات المتعلقة بمختلف الخدمات المقدمة للمرضى	0.827	دالة عند 0.01
4.	تقيس إدارة المستشفى كافة أنشطتها وخدماتها المقدمة بشكل دوري	0.831	دالة عند 0.01
5.	تراعى إدارة المستشفى قياس رضا العاملين عند تقييم خدماتها	0.599	دالة عند 0.01
6.	تتوفر أساليب متعددة لجمع البيانات عن مشكلات الخدمة الصحية (كالسجلات وتقارير عمل . ملاحظات . استقصاء ...)	0.729	دالة عند 0.01
7.	تستخدم الإدارة أساليب علمية واضحة ومحددة لقياس المشكلات الحاصلة بالخدمة	0.794	دالة عند 0.01
8.	يتم قياس مشكلات الخدمة الصحية المقدمة أياً كانت تلك المشكلات	0.839	دالة عند 0.01

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
9.	تقارن إدارة المستشفى بين أقسام العمل المختلفة في مستوى الخدمات المقدمة	0.629	دالة عند 0.01
10.	تقيس إدارة المستشفى مستوى جودة خدماتها مقارنة بمستشفيات مشابهة	0.651	دالة عند 0.01
11.	تجري إدارة المستشفى استقصاءً دوريًا للتعرف على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة	0.589	دالة عند 0.01
12.	يتم الاستفادة من الشكاوى والمقترحات في الحصول على بيانات عن مشكلات الخدمة	0.828	دالة عند 0.01
13.	تقوم إدارة المستشفى بزيارات لمختلف أماكن العمل للاستماع للآراء والملاحظات	0.751	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.589) و(0.839)، وبذلك تعتبر فقرات البُعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4-6) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثالث (التحليل) مع الدرجة الكلية للبُعد لاستبانة العاملين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تتوفر في المستشفى البيانات الكافية عن الأنشطة والخدمات الصحية كافة	0.771	دالة عند 0.01
2.	يجري تحليل للبيانات المتوفرة عن الأنشطة والخدمات الصحية بشكل مستمر	0.736	دالة عند 0.01
3.	يشارك مختصون في عملية تحليل البيانات المتعلقة بمشكلات الخدمة الصحية	0.896	دالة عند 0.01
4.	تدعم إدارة المستشفى مشاركة العاملين في بحث أسباب حدوث المشكلات	0.728	دالة عند 0.01
5.	يتم الاستعانة بمؤشرات واضحة (كأخطاء العمل . تطور حالة المريض . الشكاوى ...) في تفسير مشكلات الخدمة المقدمة بشكل صحيح	0.625	دالة عند 0.01
6.	تستخدم الأساليب الإحصائية والعلمية المختلفة في تحليل مشكلات الخدمة المقدمة	0.755	دالة عند 0.01
7.	يُسهّم تحليل مكونات الخدمة المقدمة (كآلية العمل . المعدات . الأفراد . الزمن ...) في كشف الأسباب الحقيقية المحتملة لمشكلاتها	0.755	دالة عند 0.01
8.	تساعد دراسة الجوانب المختلفة لمشكلات الخدمة الصحية (كالمتأثرين منها، المؤثرين فيها، مكان حدوثها، تكرارها ...) في توضيح تلك المشكلات بدقة	0.736	دالة عند 0.01
9.	تعقد إدارة المستشفى نقاشات جادة لحل مشكلات الخدمة الصحية	0.662	دالة عند 0.01
10.	يتم دراسة آراء المرضى حول أسباب حدوث مشكلات الخدمة الصحية	0.755	دالة عند 0.01
11.	تستفيد إدارة المستشفى من المشكلات السابقة في تحليل المشكلات الجديدة	0.720	دالة عند 0.01
12.	تستخدم نتائج تحليل بيانات مشكلات الخدمة الصحية في وضع خطة التحسين	0.717	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.625) و(0.896)، وبذلك تعتبر فقرات البُعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4-7) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الرابع (التحسين) مع الدرجة الكلية للبُعد لاستبانة العاملين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تنتشر ثقافة الجودة بين كافة العاملين في المستشفى	0.686	دالة عند 0.01
2.	توجد خطط معدة لتحسين الخدمة الصحية في ضوء احتياجات المرضى	0.721	دالة عند 0.01
3.	تركز إدارة المستشفى على إرضاء المرضى عند القيام بتحسين الخدمة الصحية	0.811	دالة عند 0.01
4.	تتدخل إدارة المستشفى بشكل سريع لمعالجة أي مشكلات في الخدمة المقدمة	0.782	دالة عند 0.01

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5.	تتوفر باستمرار كافة المتطلبات اللازمة لتقديم الخدمة الصحية بجودة عالية	0.729	دالة عند 0.01
6.	تستقطب إدارة المستشفى أفضل العناصر البشرية المؤهلة للعمل في المستشفى	0.520	دالة عند 0.01
7.	يتم اختيار أفضل الحلول دوماً لمعالجة مشكلات الخدمة الصحية	0.618	دالة عند 0.01
8.	تعمل إدارة المستشفى على توفير أجهزة ومعدات حديثة لتحسين الخدمات المقدمة	0.710	دالة عند 0.01
9.	يتم تصميم طريقة تقديم الخدمات بشكل يقلل فرص حدوث الأخطاء	0.696	دالة عند 0.01
10.	تعمل المستشفى دوماً لتبسيط إجراءات حصول المريض على الخدمة المطلوبة	0.723	دالة عند 0.01
11.	تدعم إدارة المستشفى حوسبة خدماتها الصحية المقدمة لتسهيل خدمة المرضى	0.603	دالة عند 0.01
12.	تعقد إدارة المستشفى برامج تدريب للعاملين بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية	0.690	دالة عند 0.01
13.	تستعين إدارة المستشفى بمستشارين خارجيين مؤهلين لتطوير الخدمات الصحية	0.516	دالة عند 0.01
14.	تؤكد إدارة المستشفى على ضرورة التعامل بإنسانية مع المرضى	0.639	دالة عند 0.01
15.	تمنح إدارة المستشفى مكافآت للعاملين المتميزين في أدائهم	0.584	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.516) و(0.811)، وبذلك تعتبر فقرات البعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4- 8) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الخامس (الرقابة) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة العاملين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	توجد نظم رقابية وقائية تمنع وقوع المشكلات في الخدمة الصحية	0.759	دالة عند 0.01
2.	يتم قياس نتائج أنشطة تحسين الخدمات بعد تنفيذها للتأكد من تحقيق الأهداف	0.811	دالة عند 0.01
3.	تقارن إدارة المستشفى بين مستوى جودة الخدمات قبل وبعد إجراء التحسينات	0.699	دالة عند 0.01
4.	توجد رقابة دورية وإشراف على جميع أماكن العمل في المستشفى كافة	0.665	دالة عند 0.01
5.	هناك تقارير دورية عن سير العمل في أماكن العمل المختلفة بالمستشفى	0.654	دالة عند 0.01
6.	يتم توثيق ما تم إنجازه من تحسينات على الخدمات المقدمة باستمرار	0.718	دالة عند 0.01
7.	تتأكد إدارة المستشفى من وجود عدد مناسب من العاملين لخدمة المرضى باستمرار	0.596	دالة عند 0.01
8.	يشارك المرضى في تقييم جودة الخدمات المقدمة بعد تنفيذ التحسينات	0.713	دالة عند 0.01
9.	تحول الإجراءات التي تتخذها إدارة المستشفى دون تكرار حدوث نفس المشكلات	0.764	دالة عند 0.01
10.	يتم مراقبة إجراءات سلامة العمل لضمان تقديم الخدمة الصحية بشكل آمن	0.796	دالة عند 0.01
11.	يراقب قسم الصيانة عمل الأجهزة والمعدات في أماكن العمل المختلفة دورياً	0.651	دالة عند 0.01
12.	تعمم إدارة المستشفى النتائج المتحققة من تحسين الخدمة على جميع العاملين	0.728	دالة عند 0.01
13.	يتم متابعة أداء العاملين لمهامهم المطلوبة بشكل صحيح باستمرار	0.722	دالة عند 0.01
14.	يتم التأكد من تقديم الخدمات الصحية للمرضى في وقتها المحدد	0.731	دالة عند 0.01
15.	يرتبط نظام حوافز العاملين في المستشفى بتحقيق الحد الأمثل للأداء	0.592	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.592) و(0.811)، وبذلك تعتبر فقرات البعد صادقة لما وضعت لقياسه.

2) الاستبانة الخاصة بالمرضى المنومين:

جدول رقم (4- 9) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول (التعرف) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	توجد صناديق للشكاوى والمقترحات في أقسام المستشفى المختلفة	0.618	دالة عند 0.01
2.	تستقبل المستشفى شكاوى ومقترحات المرضى باهتمام	0.730	دالة عند 0.01
3.	يساعد العاملون في حل أي مشكلات يتعرض لها المريض بسرعة	0.476	دالة عند 0.01
4.	يتعرف العاملون دوماً على رأي المريض في مستوى الخدمة المقدمة	0.767	دالة عند 0.01
5.	توجد لوحات إرشاد واضحة لتسهيل وصول المريض لأماكن تقديم الخدمة	0.536	دالة عند 0.01
6.	يتوفر خط اتصال مجاني مخصص لشكاوى ومقترحات المرضى	0.825	دالة عند 0.01
7.	يوجد مراقب يتابع المشكلات التي قد تحدث مع المرضى في المستشفى	0.682	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.476) و(0.825)، وبذلك تعتبر فقرات البعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4- 10) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثاني (القياس) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تقوم المستشفى بتحديد احتياجات ومتطلبات المرضى باستمرار	0.542	دالة عند 0.01
2.	تزور إدارة المستشفى أماكن تقديم الخدمات باستمرار للاستماع للمرضى	0.440	دالة عند 0.05
3.	يملك العاملون المهارة الكافية لتحديد مشكلات الخدمة المقدمة للمريض	0.609	دالة عند 0.01
4.	تتواصل المستشفى مع المريض عند بحث مشكلات الخدمة المقدمة	0.745	دالة عند 0.01
5.	يستمع العاملون لمطالب المرضى باهتمام	0.661	دالة عند 0.01
6.	يجمع العاملون بيانات واقية من المريض عن الخدمة التي يحتاجها	0.619	دالة عند 0.01
7.	تتابع إدارة المستشفى تقديم الخدمة الصحية للمرضى دون تمييز	0.543	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01) باستثناء الفقرة رقم (2) فدالة عند مستوى دلالة (0.05)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.440) و(0.745)، وبذلك تعتبر فقرات البعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4- 11) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثالث (التحليل) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	يستفسر العاملون من المرضى باستمرار عن مشكلات الخدمة المقدمة لهم	0.640	دالة عند 0.01
2.	ترحب المستشفى بالأفكار التي تساعد في تفسير مشكلات الخدمة	0.641	دالة عند 0.01
3.	تناقش إدارة المستشفى مع المرضى الشكاوى المقدمة منهم	0.729	دالة عند 0.01
4.	تستأنس المستشفى بأراء المرضى لكشف الأسباب الحقيقية لمشكلات الخدمة	0.917	دالة عند 0.01
5.	تتيح المستشفى للمرضى المشاركة في حل مشكلات الخدمة المقدمة لهم	0.885	دالة عند 0.01
6.	تستشير إدارة المستشفى المرضى في كيفية تحقيق رضاهم عن الخدمة	0.848	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.640) و(0.917)، وبذلك تعتبر فقرات البعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4- 12) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الرابع (التحسين) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تتوفر المعدات والأجهزة الحديثة والمتطورة باستمرار	0.707	دالة عند 0.01
2.	تعمل المستشفى بجدية دائما لإيصال الخدمة للمريض بأحسن وجه	0.806	دالة عند 0.01
3.	يحصل المريض دوما على معلومات كافية عن الخدمة الصحية المقدمة له	0.625	دالة عند 0.01
4.	تُعلم المستشفى المرضى بأي تحسينات تجريها لطمأنتهم	0.745	دالة عند 0.01
5.	توفر المستشفى الخدمة للمريض من الخارج؛ إذا تعذر تقديمها داخل المستشفى	0.853	دالة عند 0.01
6.	يتوفر عاملون يتدربون باستمرار على تقديم أفضل الخدمات	0.734	دالة عند 0.01
7.	تركز المستشفى على تقديم الخدمة المطلوبة للمرضى في وقتها المحدد	0.372	دالة عند 0.05
8.	تراعى المستشفى رضا المريض عند حل مشكلات الخدمة المقدمة	0.770	دالة عند 0.01
9.	تعمل المستشفى على توفير بيئة مناسبة لإقامة المريض في المستشفى	0.648	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01) باستثناء الفقرة رقم (7) فدالة عند مستوى دلالة (0.05)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.372) و(0.853)، وبذلك تعتبر فقرات البُعد صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (4- 13) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الخامس (الرقابة) مع الدرجة الكلية للبعد لاستبانة المرضى

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	تتوفر وسائل السلامة في المستشفى لزيادة شعور المريض بالأمان والطمأنينة (كمنع العدوى . الحريق . النفايات . تمديدات الكهرباء . النظافة ...)	0.636	دالة عند 0.01
2.	يوجد نظام يحدد مواعيد تقديم الخدمة الصحية للمريض	0.415	دالة عند 0.05
3.	تنظم إدارة المستشفى زيارات تقديم الخدمات لمراقبة العمل	0.656	دالة عند 0.01
4.	يؤدي العاملون الخدمة المطلوبة للمريض بشكل صحيح من أول مرة	0.498	دالة عند 0.01
5.	تتابع المستشفى شكاوى المرضى باهتمام وتعمل على حلها	0.648	دالة عند 0.01
6.	تقوم المستشفى بمتابعة عمل الأجهزة والمعدات لضمان سلامة أداؤها	0.762	دالة عند 0.01
7.	تتأكد المستشفى من احترام العاملين لخصوصية المريض	0.426	دالة عند 0.01

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يبين الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة (0.01) باستثناء الفقرة رقم (2) فدالة عند مستوى دلالة (0.05)، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.415) و(0.762)، وبذلك تعتبر فقرات البُعد صادقة لما وضعت لقياسه.

(ت) الصدق البنائي (صدق الأبعاد الفرعية):

لقياس مدى تحقق الأهداف التي تريد أداة الدراسة الوصول إليها وإبراز مدى ارتباط كل بُعد (مجال) من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الأداة (الاستبانة)، وللتحقق من الصدق البنائي للأبعاد تم القيام بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد الاستبانة (كل استبانة على حدة) مع الدرجة الكلية للاستبانة، على النحو الآتي:

(1) الاستبانة الخاصة بالعاملين الإشرافيين:

الجدول الآتي يوضح التحقق من الصدق البنائي لاستبانة العاملين الإشرافيين:

جدول رقم (4-14) مصفوفة معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد الاستبانة بالدرجة الكلية لاستبانة العاملين

الدرجة الكلية	البعد
0.845	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.913	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.928	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.916	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.906	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يتضح من الجدول السابق أن جميع الأبعاد ترتبط بالدرجة الكلية للاستبانة ارتباطاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يؤكد أن جميع أبعاد الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

2) الاستبانة الخاصة بالمرضى المنومين:

الجدول الآتي يوضح التحقق من الصدق البنائي لاستبانة المرضى المنومين:

جدول رقم (4-15) مصفوفة معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد الاستبانة بالدرجة الكلية لاستبانة المرضى

الدرجة الكلية	البعد
0.678	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.685	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.718	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.854	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.758	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.463

ر الجدولية عند درجة حرية (28) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.361

يتضح من الجدول السابق أن جميع الأبعاد ترتبط بالدرجة الكلية للاستبانة ارتباطاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يؤكد أن جميع أبعاد الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

2.7. ثبات الاستبانة:

لمعرفة مدى استقرار نتائج أداة الدراسة (الاستبانة) وعدم تغيرها بشكل كبير في حال تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط خلال فترة زمنية محددة، وبمعنى آخر التأكد أن الإجابة ستكون واحدة تقريباً لو تكرر تطبيقها على الأشخاص أنفسهم في أي وقت بحسب (المصري، والأغا، 2014: 147)، و(العزاوي، 2008: 129)، وقد تم إجراء خطوات التأكد من ثبات الاستبانة وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين هما: التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

أ- طريقة التجزئة النصفية:

تم قياس معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم تجزئة الاستبانة إلى نصفين (الفقرات ذات الأرقام الفردية، والفقرات ذات الأرقام الزوجية) ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية ودرجات الفقرات الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown Coefficient) وفق المعادلة الآتية:

$$r = \frac{r}{r+1}$$

وفيما يأتي النتائج وفق فئتي الدراسة:

1) الاستبانة الخاصة بالعاملين الإشرافيين:

الجدول الآتي يوضح النتائج التي ظهرت فيما يتعلق بأداة الدراسة الخاصة بفئة العاملين الإشرافيين:
جدول رقم (4- 16) معاملات الارتباط بين نصفي كل استبانة من استبانات العاملين قبل وبعد التصحيح

معامل الارتباط المصحح	معامل الارتباط قبل التصحيح	عدد الفقرات	الاستبانة
0.890	0.889	*13	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.923	0.905	*13	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.875	0.777	12	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.856	0.833	*15	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.913	0.912	*15	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية
0.909	0.834	68	الدرجة الكلية

*تم استخدام معامل جتمان لأن النصفين غير متساويين

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي بلغ (0.909)، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، مما يُطمئن من تطبيقها على عينة الدراسة.

2) الاستبانة الخاصة بالمرضى المنومين:

النتائج الموضحة في الجدول الآتي تتعلق بأداة الدراسة الخاصة بفئة المرضى المنومين:
جدول رقم (4- 17) معاملات الارتباط بين نصفي كل استبانة من استبانات المرضى قبل وبعد التصحيح

معامل الارتباط بعد التصحيح	معامل الارتباط قبل التصحيح	عدد الفقرات	الاستبانة
0.708	0.698	*7	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.739	0.726	*7	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.878	0.782	6	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.841	0.796	*9	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.639	0.630	*7	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية
0.766	0.621	36	الدرجة الكلية

*تم استخدام معامل جتمان لأن النصفين غير متساويين

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي بلغ (0.766)، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يُطمئن من تطبيقها على عينة الدراسة.

ب- طريقة ألفا كرونباخ:

تم استخدام طريقة أخرى من طرق حساب الثبات وهي طريقة ألفا كرونباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات الاستبانة (كل استبانة على حدة)، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل بُعد من أبعاد الاستبانة وكذلك للاستبانة ككل، وفيما يأتي النتائج وفق فئتي الدراسة:

1) الاستبانة الخاصة بالعاملين الإشرافيين:

النتائج الموضحة في الجدول الآتي تتعلق بأداة الدراسة الخاصة بفئة العاملين الإشرافيين:

جدول رقم (4- 18) معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين وكذلك الاستبانة ككل

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	البعد
0.879	13	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.925	13	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.924	12	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.896	15	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.927	15	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية
0.976	68	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات مرتفعة بشكل عام لجميع الأبعاد وللدرجة الكلية للاستبانة، حيث تراوحت معظم قيم معامل الثبات للأبعاد بين (0.879) و(0.927)، في حين بلغت قيمة معامل الثبات الكلي للاستبانة (0.976)، وهو أعلى من الحد المقبول (0.60) في مثل هذا النوع من الدراسات حسب ما أشار لذلك (القصاص، 2014: 142)، (درغام، وعبد الله، 2013: 72) و(الخطيب، 2009: 51)، وهي كذلك أعلى من الحد الذي يذهب إليه (Irfan, et al, 2012: 873) و(Almasarweh, and Rawashdeh, 2016: 401) الذين أشاروا إلى أن القيمة المقبولة لمعامل ألفا يجب أن تزيد عن (0.70)، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يعطي اطمئناناً نحو تطبيقها على عينة الدراسة من فئة العاملين الإشرافيين، وعليه يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة بغرض جمع البيانات.

2) الاستبانة الخاصة بالمرضى المنومين:

النتائج الموضحة في الجدول الآتي تتعلق بأداة الدراسة الخاصة بفئة المرضى المنومين:

جدول رقم (4- 19) معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد استبانة المرضى وكذلك الاستبانة ككل

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	البعد
0.795	7	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
0.673	7	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
0.870	6	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
0.867	9	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
0.660	7	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية
0.912	36	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات مرتفعة بشكل عام لجميع الأبعاد وللدرجة الكلية للاستبانة، حيث تراوحت معظم قيم معامل الثبات للأبعاد بين (0.660) و(0.870)، وبلغت قيمة معامل الثبات الكلي للاستبانة (0.912)، وهو أعلى من الحد المقبول (0.60) في مثل هذا النوع من الدراسات حسب (القصاص، 2014: 142)، (درغام، وعبد الله، 2013: 72) و(الخطيب، 2009: 51) وكذلك (Irfan, et al, 2012: 873) الذي أشار إلى أن القيمة المقبولة لمعامل ألفا يجب أن يزيد عن (0.70)، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يعطي اطمئناناً نحو تطبيقها على عينة الدراسة من فئة المرضى، وعليه يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة لجمع البيانات.

ثامناً . إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

- 1- إعداد الأداة بصورتها النهائية، ملحق رقم (6) يوضح الصورة النهائية للاستبانة.
- 2- الحصول على كتاب موجه من الجامعة إلى جهات الاختصاص بوزارة الصحة لتسهيل مهمة الباحث، ملحق رقم (2).
- 3- أصدرت جهة الاختصاص في وزارة الصحة (الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية) كتاباً للجهات المعنية (الإدارة العامة للمستشفيات، والمستشفيات محل الدراسة) لتسهيل مهمة الباحث في توزيع الاستبانات على العاملين والمرضى وملحق رقم (4) يوضح ذلك.
- 4- الحصول على كتاب موافقة من المجلس الفلسطيني للبحث الصحي (لجنة هلسنكي) لإجراء الدراسة الحالية، ملحق رقم (3).
- 5- بعد الحصول على التوجيهات والتسهيلات، تم توزيع (30) استبانة أولية (عينة استطلاعية) على كل فئة من فئتي الدراسة؛ للتأكد من صدق الاستبانة وثباتها وكذلك للتحقق من مشكلة الدراسة.
- 6- بعد إجراء التحقق من الصدق والثبات، تم تجهيز جميع المتطلبات اللازمة لإجراء الدراسة الميداني.
- 7- التواصل مع إدارة المستشفى محل الدراسة وتحديد موعد بدء جمع البيانات من كلا الفئتين، حيث تم توزيع الاستبانات على عينة الدراسة من الفئة الأولى (العاملون الإشرافيون) في كلا المستشفى محل الدراسة، وكذلك مقابلة عينة الدراسة من الفئة الثانية (المرضى المنومون) في نفس المستشفى وتعبئة الاستبانة منهم.
- 8- ترقيم وترميز أداة الدراسة، وتفريغ البيانات والتأكد من دقتها ومعالجتها إحصائياً، باستخدام الحاسوب وبشكل أساسي من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (23.0).
- 9- استخدام التكرارات والنسب المئوية لبيان الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة.
- 10- استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للتعرف على استجابات أفراد عينة الدراسة من كلا الفئتين حول موضوع الدراسة، والحكم على مستوى الاستجابة لفقرات كل مجال، ومجالات الأداة ككل، والحصول على النتائج وتفسيرها.
- 11- مناقشة النتائج وكتابة التوصيات والاقتراحات.

تاسعاً . التوزيع الطبيعي للبيانات:

يوجد نوعان من الاختبارات الإحصائية لفحص الفروض، الأول الاختبارات المعلمية (Parametric tests) والآخر اللامعلمية (Non Parametric tests)، ولكي يتم استخدام النوع الأول من الاختبارات يُشترط في البيانات المراد اختبارها إحصائياً خضوعها لمنحنى التوزيع الطبيعي، وفي حال عدم تحقق شرط التوزيع الطبيعي في البيانات يتم استخدام النوع الآخر كبديل في هذه الحالة لاختبار الفروض إحصائياً، وهذا الشرط مطلوب في الحالات التي يكون عدد مفردات المجتمع أو العينة صغيراً يقل عن (30) مفردة، بينما تلك التي يزيد حجمها على (30) مفردة يمكن التخلي فيها عن شرط التوزيع الطبيعي وفقاً لما تفره نظرية النزعة المركزية، وذلك بحسب (العتيبي، 2012: 16)، و(أمين، 2007: 111)، و(دويدري، 2000: 308 - 309)، إلى ذلك ينسب (عليان، 2016: 97) إلى "Geoff Norman, 2010" إمكانية استخدام الاختبارات المعلمية مع بيانات مقياس ليكرت الخماسي بغض النظر عن حجم العينة كبيراً أم صغيراً، وبغض النظر عن كون البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا.

وبناءً على ما تقدم فإن الدراسة الحالية تستخدم الاختبارات المعلمية دون اللجوء للتحقق من شرط خضوع البيانات للتوزيع الطبيعي، لكون حجم العينة في كلا الفئتين يزيد عن (30) مفردة، فحجمها الخاضع للتحليل الإحصائي يزيد عن (300) مفردة في كل فئة.

عاشراً . الأساليب والمعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام الأساليب والمعالجات الإحصائية الآتية في تحليل البيانات المحصلة من أداة الدراسة:

- 1- الإحصاء الوصفي للتعرف على خصائص عينة الدراسة.
- 2- التكرارات والنسب المئوية.
- 3- المتوسطات الحسابية والوزن النسبي.
- 4- لإيجاد صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون "Pearson".
- 5- للتحقق من ثبات فقرات وأبعاد الدراسة، تم حساب معامل ارتباط سبيرمان بروان بطريقة التجزئة النصفية المتساوية، وكذلك طريقة ألفا كرونباخ لإيجاد قيمة معامل ارتباط ألفا.
- 6- اختبار "ت" (T. Test) لعينة واحدة لمعرفة الفرق بين متوسط درجة الاستجابة والمتوسط الفرضي.
- 7- اختبار "ت" (Independent samples T. Test) للتعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مجموعتين مستقلتين من البيانات.
- 8- تحليل التباين الأحادي (One way analysis of variance ANOVA) للكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات.
- 9- تحليل "شيفيه" للمقارنات البعدية، لقياس الفروق بين متوسطات استجابات المبحوثين، وتحديد الفروق لصالح أي فئة أو مجموعة.

الفصل الخامس
تحليل البيانات
ومناقشة نتائج الدراسة

- ✿ أولاً: الوصف الإحصائي لعينة الدراسة
- ✿ ثانياً: نتائج تحليل فقرات وأبعاد الدراسة
- ✿ ثالثاً: الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار الفروض

توطئة:

يتضمن هذا الفصل نتائج تحليل البيانات واختبار فروض الدراسة، وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقرات الاستبانة وأبعادها والإجراءات الإحصائية التحليلية، بهدف التعرف على واقع استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

وتناول وصف عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية، وعرض المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من أداة الدراسة (استبانتان) باستخدام البرنامج الإحصائي "الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية" (SPSS)، للحصول على نتائج الدراسة التي يتم عرضها وتحليلها.

أولاً . الوصف الإحصائي لعينة الدراسة:

أ) عينة العاملين الإشرافيين:

1) توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم (5- 1) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس للعاملين

النسبة المئوية	العدد	الجنس
71.0	233	ذكر
29.0	95	أنثى
100.0	328	المجموع

يُلاحظ من الجدول رقم (5- 1) أن نسبة الذكور تبلغ (71.0%) من إجمالي عينة الدراسة و(29.0%) للإناث، وهذا يشير إلى أن عدد الذكور بين العاملين الإشرافيين أكبر من الإناث بما يزيد عن الضعف، ولا تعتبر هذه النتيجة انتقاصاً من حق الإناث فلهن دور هام في مواقع العمل بشكل عام وفي الأقسام الطبية الخاصة بالنساء والأطفال بشكل خاص، ومن الواضح أن هذه النسبة تعكس تركيبة الموارد البشرية في المستويات الإدارية المختلفة في المستشفيات محل الدراسة، وهي تعتبر نتيجة طبيعية حيث إنها تتسجم تماماً مع النسبة الحقيقية للفئات المشاركة في القوى العاملة في فلسطين من حيث نسبة الذكور والإناث، وهذا ما أظهره تقرير (مسح القوى العاملة الفلسطينية، 2017: 28) بأن نسبة مشاركة الذكور في القوى العاملة في قطاع غزة بلغت نحو (69.6%) مقابل (22.0%) للإناث.

2) توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية:

جدول رقم (5- 2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية للعاملين

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
8.2	27	20 إلى أقل من 30 سنة
28.4	93	30 - أقل من 40 سنة
38.4	126	40 - أقل من 50 سنة
25.0	82	50 - أقل من 60 سنة
100.0	328	المجموع

يظهر من الجدول رقم (5- 2) أن الفئة العمرية للعاملين (40 - أقل من 50 سنة) هي النسبة الأعلى (38.4%)، وتليها الفئة العمرية (30 - أقل من 40 سنة) بواقع (28.4%) ثم الفئة العمرية (50 - أقل من

60 سنة) بواقع (25.0%)، وكانت الفئة العمرية (20 - أقل من 30 سنة) هي الأقل وبلغت نسبتها (8.2%)، وتُعزى هذه النتائج لعدة أسباب، أهمها:

أولاً: أن الكثير من الوظائف الإشرافية تم استحداثها منذ نحو (20) عاماً بعد تسلم السلطة الفلسطينية لوزارة الصحة عام (1994م)، حيث تم تسكين الموظفين على تلك الوظائف، وكلما اقتضت الضرورة لتوسيع العمل وزيادة حجم الخدمة تطلب استحداث مناصب إشرافية جديدة أو بسبب إحلال موظفين بدل المتقاعدين وخلافه وهكذا .. وهذا يفسر وجود ما يزيد عن (63%) من أفراد العينة تزيد أعمارهم عن (40) عاماً. ثانياً: وجود نحو (36%) تقل أعمارهم عن (40) عاماً يمكن تفسيره كنتيجة للانقسام الذي طرأ على الساحة الفلسطينية منذ العام (2007) وإضراب الموظفين الذي أعقب ذلك لاسيما في وزارة الصحة مما ترك فراغاً وظيفياً فاضطرت الوزارة في حينه لسد الفراغ بملء الشواغر الوظيفية بما فيها الوظائف الإشرافية بتعيين موظفين جدد من جانب، ومن جانب آخر مواكبة التوسع الذي يطرأ على الخدمات الصحية أو لملء فراغ شغور الوظيفة بسبب التقاعد أو غيره.

تجدر الإشارة إلى أن غالبية أفراد العينة (91.8%) تتراوح أعمارهم بين (30) سنة فأكثر، وهذا يدل على أن معظم الوظائف الإشرافية يتولاها أفراد كبار في السن، وهذا يحمل في طياته جوانب إيجابية من حيث امتلاكهم معرفة جيدة بالعمل وخبرة كافية وتوفر النضج الإداري والموضوعية والالتزان في الحكم على الأمور، وبالتالي يزيد من صحة وموثوقية البيانات المقدمة من طرفهم.

3) توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

جدول رقم (5-3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي للعاملين

المؤهل العلمي	العدد	النسبة المئوية
دبلوم فأقل	48	14.6
بكالوريوس	160	48.8
دراسات عليا*	120	36.6
المجموع	328	100.0

* تشمل حملة درجة الماجستير و/أو الدكتوراه أو البورد الفلسطيني في الطب.

يتضح من الجدول رقم (5-3) وجود ما نسبته (14.6%) من أفراد عينة الدراسة من حملة شهادة الدبلوم فأقل، وهم غالباً ممن يعملون في الوظائف الخدمائية في المستشفيات محل الدراسة كأقسام التغذية والمغسلة وغيرها، أو ممن تمت ترقيتهم بعد استلام السلطة الفلسطينية لوزارة الصحة في العام (1994م) وقبل إقرار قانون الخدمة المدنية الذي اشترط حصول شاغلي المناصب الإشرافية على مؤهل علمي لا يقل عن درجة (البكالوريوس)، وهذا ما يفسر كون النسبة الأكبر بين عينة الدراسة يحملون المؤهل العلمي بدرجة (البكالوريوس) بنسبة (48.8%)، أما عن وجود نحو (36%) من أصحاب الدراسات العليا فهذا يشير إلى وجود نسبة مرتفعة من المستويات الأكاديمية العليا بالنظر إلى حملة درجة البكالوريوس ضمن العاملين في المستويات الإدارية الإشرافية في المستشفيات، وهذا يدل على اهتمام العاملين بتطوير معارفهم وقدراتهم لاسيما الجانب العلمي لديهم وكذلك اهتمام وزارة الصحة باستقطاب وتعيين أصحاب الشهادات الجامعية العليا، ومن جانب آخر فإن النسبة المرتفعة لحملة الشهادات الجامعية (البكالوريوس والدراسات العليا) البالغة (85.4%) دليل على أن غالبية الباحثين على درجة عالية من المستوى التعليمي مما يعني توافر المعرفة المناسبة لديهم بجوانب البحث العلمي،

إضافة لكونه مؤشراً على قدرة وكفاءة الباحثين على تفهم الأسئلة والإجابة عليها بسهولة، وهذا مما يزيد في صدق نتائج الدراسة، ومن جانب آخر يعتبر ذلك محفزاً للجهات العليا المشرفة على المستشفيات الحكومية بقطاع غزة للمبادرة بتطبيق منهج ستة سيكما في تلك المستشفيات، لاسيما أن تلك النسبة المرتفعة تعتبر مؤشراً لتمتع العاملين بدراية ومعرفة تسهل تبني مفاهيم إدارية حديثة كستة سيكما.

4) توزيع عينة الدراسة حسب التخصص العلمي:

جدول رقم (5-4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص العلمي للعاملين

التخصص العلمي	العدد	النسبة المئوية
طبيب	78	23.8
ممرض	137	41.8
صيدلي	13	4.0
فني	38	11.6
هندسي	12	3.7
إداري	47	14.3
أخرى	3	0.9
المجموع	328	100.0

يبين الجدول رقم (5-4) أن فئة التمريض حسب التخصص العلمي احتلت النسبة الأكبر (41.8%) من عينة الدراسة تلتها فئة الأطباء بنسبة (23.8%) وهذا يعود لطبيعة ونوع الخدمات التي تقدمها المستشفيات والمتمثلة بالخدمات الصحية بشكل عام وخدمات المبيت بشكل خاص؛ حيث يعتبر الطبيب والممرض حجر الزاوية فيها، أما كون نسبة فئة التمريض أكبر من فئة الأطباء فلأن المعايير الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تقضي بوجود عدد ممرضين أكثر من الأطباء، وهذا ما أوضحه (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 10-12) بأنه نسبة الممرضين العاملين في المستشفيات إلى كل طبيب تبلغ (1.4) ممرض/طبيب، كما يظهر من التقرير المذكور أيضاً أن نسب فئات العاملين حسب تخصصها العلمي تتسجم مع النتائج الواردة في الجدول أعلاه رقم (5-4) من هذه الدراسة، وهذا مؤشر على أن عينة الدراسة ممثلة لمجتمع العاملين الكلي في المستشفيات محل الدراسة.

5) توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخدمة بالوظيفة:

جدول رقم (5-5) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخدمة بالوظيفة للعاملين

سنوات الخدمة	العدد	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	9	2.7
من 5 - أقل من 10 سنوات	52	15.9
من 10 - أقل من 15 سنة	83	25.3
من 15 - أقل من 20 سنة	86	26.2
20 سنة فأكثر	98	29.9
المجموع	328	100.0

يبرز الجدول رقم (5-5) أن نسبة عينة الدراسة الذين لديهم سنوات خدمة تقل عن (10) سنوات بلغت (18.6%) منهم (9) أفراد بنسبة (2.7%) تقل سنوات خدمتهم عن (5) سنوات، ويعود سبب ذلك يعود لمحدودية وجود شواغر في الوظائف الإشرافية خلال السنوات الأخيرة إلا لمن يخرجون للتقاعد أو لأسباب أخرى

كالمرض والسفر والوفاة وهكذا، ومن جانب آخر فإن حالة الانقسام على الساحة الفلسطينية في العام (2007م) التي نتج عنها قيام كثير من الموظفين (لاسيما الإشرافيين) بترك أماكن عملهم، استدعت تعيين موظفين جدد فيها أو ترقية موظفين كانوا على رأس عملهم وهذا يعتبر أحد أسباب وجود نحو (44%) من عينة الدراسة لديهم خبرة تقل عن (15) سنة، أما البقية ممن تزيد خبرتهم عن (15) سنة فهم في الغالب ممن بقوا في وظائفهم الإشرافية ولم يتركوها أو ممن تم ترقيةهم من الموظفين القدامى للأسباب السابقة.

كما يمكن تفسير تصاعد النسبة مع زيادة سنوات الخدمة بعدة أسباب منها أنه يشترط لتولي الوظائف الإشرافية توفر عدد من سنوات الخدمة السابقة لدى الموظف، كذلك فإن السلطة الفلسطينية قامت بترقية وتولية عدد من العاملين لوظائف إشرافية منذ تسلمها لزام وزارة الصحة وطيلة الفترة الماضية، بالإضافة للتوسع الذي طرأ على خدمات ومرافق وزارة الصحة بسبب الحاجة لتوفير الخدمة للصحة للجميع أو مواكبة للتطورات والأحداث على الساحة الفلسطينية كانتفاضة الأقصى، وترتب على ذلك زيادة في عدد المستشفيات مما أوجد أماكن عمل كثيرة وشواغر وظيفية إشرافية متعددة؛ فمن أصل (5) مستشفيات حكومية بسعة (819) سريرًا في العام (1992م) ارتفع العدد إلى (13) مستشفى منذ العام (2011) بسعة (2081) سريرًا، وقد واكب ذلك أيضًا زيادة كبيرة في عدد العاملين بها ليرتفع العدد من (2818) موظفًا في العام (1997م) ليصل إلى (5979) موظفًا مطلع العام (2016م) وفق ما ورد في تقرير (واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2008: 106-107) وتقرير (واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2009: 61) و(التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 10) و(التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 9).

ومن جانب آخر يتضح من الجدول نفسه أن نسبة (97.3%) من مفردات العينة لديهم عدد سنوات خدمة تزيد عن (5) سنوات وهذا مؤشر لامتلاكهم خبرة عملية مناسبة في عملهم بالمستويات الإدارية والإشرافية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، كما يدل ذلك على أن لديهم معرفة وإلمامًا معقولًا بالمفاهيم الإدارية ومفاهيم الجودة وأهميتها والفائدة المتحققة من استخدام تلك المفاهيم، بالإضافة للمعرفة الجيدة بمعظم تفاصيل العمل وبالتالي سهولة فهم وإجابة أسئلة أداة الدراسة بوضوح مما يعطي البيانات مصداقية ودقة أكثر. كما يعتبر ذلك مؤشرًا لمدى اهتمام وزارة الصحة باختيار ذوي سنوات الخدمة الطويلة لشغل المناصب الإشرافية.

6) توزيع عينة الدراسة حسب مكان العمل الحالي:

جدول رقم (5-6) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان العمل الحالي للعاملين

النسبة المئوية	العدد	المستشفى الذي يعمل به
65.9	216	مجمع الشفاء الطبي
34.1	112	مستشفى غزة الأوروبي
100.0	328	المجموع

بالاطلاع على الجدول رقم (5-6) يتبين أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين تتبع لمجمع الشفاء الطبي (65.9%) مقابل (34.1%) يعملون في مستشفى غزة الأوروبي، وهذا أمر طبيعي لكون مجمع الشفاء الطبي هو المؤسسة الصحية الأكبر على مستوى قطاع غزة كافة، من حيث عدد الأسرة والأقسام وحجم الخدمات وعدد العاملين وعدد المرضى حيث يضم ثلاث مستشفيات (الجراحة والباطنة والولادة)، علمًا بأنه يتواجد في محافظة غزة أكبر محافظات القطاع سكانًا (يقطنها 34% من إجمالي السكان)، بالإضافة

لكونه يخدم فئات ومناطق واسعة من قطاع غزة، فبجانب محافظة غزة فإنه يخدم محافظتي الشمال والوسطى جزئياً كما يقدم بعض الخدمات التخصصية لبقية المحافظات. تجدر الإشارة إلى أن نسبة إجمالي العاملين في مجمع الشفاء الطبي من إجمالي العاملين في المستشفيات الحكومية العامة بقطاع غزة تبلغ (36%)، وكذلك فنسبة العاملين في مستشفى غزة الأوروبي تبلغ (16%) من الإجمالي، ومن جهة أخرى فإن نسبة إجمالي العاملين في مجمع الشفاء الطبي إلى إجمالي العاملين في الأوروبي تبلغ نحو (68.5%) للشفاء مقابل (31.5%) للأوروبي، وهذا ينسجم ويفسر بشكل واضح كون نحو ثلثي عينة الدراسة من مجمع الشفاء الطبي.

7) توزيع عينة الدراسة حسب مكان العمل داخل المستشفى:

جدول رقم (5-7) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان العمل داخل المستشفى للعاملين

النسبة المئوية	العدد	مكان العمل داخل المستشفى
18.3	60	أقسام الجراحة
13.1	43	أقسام الباطنة
10.7	35	أقسام النساء والولادة
4.0	13	الاستقبال والطوارئ
13.4	44	المهن الطبية المساندة
4.0	13	الصيدلة
17.7	58	الإدارة والخدمات
3.7	12	المهن الهندسية
6.4	21	العناية المكثفة
2.1	7	العيادة الخارجية
4.0	13	أقسام متعددة
2.7	9	العمليات والتخدير
100.0	328	المجموع

بالنظر إلى الجدول رقم (5-7) يتضح أن عينة الدراسة من العاملين موزعين على أقسام وخدمات المستشفى كافة، كما يتناسب عددهم منطقيًا مع عدد العاملين الكلي وحجم العمل في تلك الأقسام، وهذا يُعد جانباً إيجابياً في تأكيد تمثيل العينة لمجتمع الدراسة. وفيما يتعلق بحصول العيادة الخارجية على النسبة الأقل من عينة الدراسة فلأن معظم العاملين فيها يتبعون للأقسام الطبية والتمريضية والفنية الأخرى، وبالتالي تم احتسابهم على أقسامهم، ومن تبقى فيها من العاملين الإشرافيين هم الذين فقط يتبعون إدارياً للعيادة الخارجية ويمارسون المهام الإشرافية فيها، والحال مشابه كذلك في أقسام العمليات والتخدير، وأقسام الاستقبال والطوارئ، أما المهن الهندسية فهي مستقلة بذاتها وعددهم قليل يتناسب مع النسبة التي حصلوا عليها، وكذلك الأمر بالنسبة للصيدلية، وفيما يخص الأقسام المتعددة فالعاملون فيها يتبعون لفئة مشرفي التمريض الذين يقومون بالإشراف على الخدمات التمريضية في أقسام المستشفى المختلفة لاسيما في المناوبات والعطل وأيام الإجازات، أما كون أقسام الجراحة قد حصلت على النسبة الأكبر (18.3%) فهذا مرده لكون أقسام التخصصات الجراحية بالمستشفيات محل الدراسة عددها أكبر من بقية الأقسام كما يبين ذلك (التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 14) وهذا يتطلب عددًا أكبر من العاملين، ويتضح من الجدول كذلك أن الأقسام الإدارية والخدمية حصلت على نسبة عالية أيضًا (17.7%) وهذا طبيعي لكون المستشفىين أكبر المستشفيات في القطاع وتقدمان

أكثر من (50%) من مجمل الخدمات الصحية العامة وبالتالي يترتب عليه تزايد الأعباء والمهام الإدارية والخدمية مما يفسر هذه النسبة المرتفعة. ومن جانب فإن نسبة العاملين في الأقسام الإدارية والهندسية تبلغ (21.4%) مقابل إجمالي العاملين في الأقسام الصحية بنسبة (78.7%)، وهذه النسبة تتماشى مع النسبة العامة للعاملين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة كافة بحسب (التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي، 2016: 9)، حيث حصلت أقسام الإدارة والخدمات على نسبة (25.2%) مقابل (74.8%) لباقي الأقسام الصحية، وهذا أيضًا يصب باتجاه تمثيل عينة الدراسة للمجتمع الكلي.

8) توزيع عينة الدراسة حسب الدرجة الوظيفية (الإشرافية):

جدول رقم (5-8) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدرجة الوظيفية (الإشرافية) للعاملين

النسبة المئوية	العدد	الدرجة الإشرافية
7.0	23	مدير دائرة فأعلى
47.9	157	رئيس قسم
37.5	123	رئيس شعبة/ نائب رئيس قسم
7.6	25	مشرف ترميز
100.0	328	المجموع

بالرجوع إلى الجدول رقم (5-8) نجد أن عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين توزعت حسب الدرجة الوظيفية (الإشرافية) إلى مدير دائرة فأعلى بنسبة (7.0%)، رئيس قسم (47.9%)، رئيس شعبة أو نائب رئيس قسم (37.5%)، مشرفي ترميز (7.6%)، وهذه النسب تُعد أمرًا طبيعيًا حيث توضح العلاقة العكسية بين عدد الأفراد في المستويات التنظيمية (الوظيفية) المختلفة؛ فكلما ارتفع المستوى الوظيفي يقل عدد الأفراد فيه، وهو أمر منطقي يتناسب مع طبيعة الهرم التنظيمي في المنظمات، وبالتالي فإن نتائج الجدول المذكور تمثل التدرج الطبيعي والمعتاد للعاملين في المناصب الإشرافية في المستشفيات، وأما كون عدد رؤساء الأقسام ونوابهم ورؤساء الشعب يمثلون السواد الأعظم من الوظائف الإشرافية (280 موظفًا، بنسبة 85.4%) فلأن تلك الوظائف تمثل القاعدة في الهيكل التنظيمي للعمل وهم الصف الأول في الإشراف على جميع الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة وهو يتناسب مع العدد الكبير للأقسام والخدمات المقدمة في تلك المستشفيات، وبالنسبة لفئة المديرين فهي في المستوى الثالث أو الثاني، وهذا ما يفسر كون نسبتهم (7.0%) حيث إنهم يقومون بالإشراف على من هم دونهم، فغالبًا يتبع لكل مدير عدد كبير نسبيًا من رؤساء الأقسام لاسيما الطبية وذلك حسب طبيعة العمل في المستشفيات محل الدراسة، بالإضافة لكون منصب المدير فأعلى بحسب سلم الوظائف الإشرافية المعمول به في الحكومة الفلسطينية محدودًا على عكس الوظائف الإشرافية الأدنى كمنصب رئيس القسم أو رئيس الشعبة وغيرها، وبخصوص حصول فئة مشرفي الترميز على نسبة (7.6%) من إجمالي العينة فهم بالإضافة لتواجدهم (أي الممرضين) ضمن الفئات الإشرافية الأخرى إلا أنهم انفردوا بهذه الفئة وهذا ينسجم مع الدور الهام للرعاية التمريضية في المستشفيات ولكونهم الأكبر عددًا في العاملين والأكثر التصاقًا بالمرضى على مدار الساعة، وهذا يترتب عليه خصوصية في المتابعة والإشراف على الخدمة التمريضية في أقسام المبيت لاسيما في فترة المناوبات المسائية والليلية والإجازات والأعياد، وهو ما يقوم به مشرف الترميز.

ب) عينة المرضى المنومين:

لكون مجتمع المرضى متغير وغير محدد، لذا تم الاكتفاء بقراءة نتائج خصائص عينة الدراسة من المرضى المبحوثين.

والجدول الآتي يعرض أهم خصائص عينة الدراسة من المرضى المنومين في المستشفيات محل الدراسة وفقاً للمتغيرات الديمغرافية:

جدول رقم (5- 9) خصائص عينة الدراسة من المرضى المنومين

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية
جنس المريض	ذكر	203	%37.6
	أنثى	337	%62.4
المجموع		540	%100.00
الفئة العمرية	18 إلى أقل من 30 سنة	188	%34.8
	30 - أقل من 40 سنة	99	%18.3
	40 - أقل من 50 سنة	66	%12.2
	50 - أقل من 60 سنة	76	%14.1
	60 سنة فأكثر	111	%20.6
المجموع		540	%100.00
الحالة الاجتماعية	أعزب	71	%13.1
	متزوج	428	%79.3
	أرمل	35	%6.5
	مطلق	6	%1.1
المجموع		540	%100.00
مكان الإقامة	محافظة شمال غزة	51	%9.5
	محافظة غزة	311	%57.6
	محافظة الوسطى	47	%8.7
	محافظة خان يونس	73	%13.5
	محافظة رفح	58	%10.7
المجموع		540	%100.00
المستوى التعليمي	أمي	36	%6.6
	ابتدائي	74	%13.70
	إعدادي	102	%18.9
	ثانوي	184	%34.1
	جامعي فأعلى	144	%26.7
المجموع		540	%100.00
المستشفى الذي يرقد فيه	مجمع الشفاء الطبي	398	%73.7
	مستشفى غزة الأوروبي	142	%26.3
المجموع		540	%100.00

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية
قسم الدخول بالمستشفى	أقسام الجراحة	188	34.8%
	أقسام الباطنة	214	39.6%
	أقسام النساء والولادة	138	25.6%
المجموع		540	100.00%

- يظهر من الجدول أعلاه (5-9) الذي يعرض خصائص عينة الدراسة من المرضى المبحوثين، الآتي:
- أن نسبة الإناث كانت أكبر من الذكور حيث بلغت (62.4%) من إجمالي عينة الدراسة من المرضى المبحوثين والبالغ إجماليهم (540) مريضاً، ونسبة الذكور بلغت (37.6%).
 - أن ما نسبته (34.8%) من إجمالي عينة الدراسة ضمن الفئة العمرية (18 - أقل من 30 سنة)، و(18.3%) ضمن الفئة العمرية (30 - أقل من 40 سنة)، وما نسبته (12.2%) ضمن الفئة العمرية (40 - أقل من 50 سنة)، ونسبة (14.1%) ضمن الفئة العمرية (50 - أقل من 60 سنة)، وأن من هم ضمن الفئة العمرية (60 سنة فأكثر) بلغت نسبتهم (20.6%).
 - النسبة الأكبر من المبحوثين فيما يخص الحالة الاجتماعية من فئة المتزوجين حيث بلغت نسبتهم (79.3%)، وبلغت نسبة فئة العُزب (13.1%)، فيما كانت نسبة فئة الأرامل (6.5%)، أما فئة المطلقين فنسبتهم بلغت (1.1%).
 - أن ما نسبته (57.6%) من إجمالي عينة الدراسة يقطنون في محافظة غزة، و(9.5%) يقطنون محافظة الشمال، و(8.7%) يقطنون محافظة الوسطى، فيما يقطن المنطقة الجنوبية ما نسبته (24.2%)، بواقع (13.5%) يقطنون محافظة خان يونس، و(10.7%) في محافظة رفح.
 - النسبة الأكبر من المبحوثين ضمن المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (34.1%)، يتلوه من هم في المستوى التعليمي الجامعي فأعلى بنسبة (26.7%)، ثم المستوى التعليمي الإعدادي بنسبة (18.9%)، ثم المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (13.7%) في حين بلغت نسبة الأميين (6.6%).
 - نسبة المرضى المبحوثين المنومين في مجمع الشفاء الطبي بغزة بلغت (73.7%) من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة المنومين في مستشفى غزة الأوروبي بخانيونس (26.3%).
 - أن ما نسبته (39.6%) من إجمالي عينة الدراسة تم إدخالهم لأقسام مبيت الباطنة، ونسبة (34.8%) في أقسام الجراحة، وكانت نسبة المنومين في أقسام الولادة (25.6%).

ثانياً . نتائج تحليل فقرات أبعاد ومحاور الدراسة:

اهتمت الدراسة الحالية بتشخيص واقع استخدام منهج ستة سيجما قبل بيان علاقته بالمتغير التابع (رضا المرضى)، وهو ما دفع إلى تحديد مستوى استخدام منطقي للمنهج المذكور وأبعاده الخمسة (دمايك) بنسبة (70%) ويعادله (3.5) كمتوسط حسابي فرضي) وذلك بحسب ما اطلع عليه الباحث من دراسات سابقة والأطر المفاهيمية والنظرية المختلفة، وقد تم الاستناد في تحديد هذه النسبة بشكل أساسي إلى عدد من الدراسات التي أجريت محلياً في قطاع غزة حول مناهج الجودة وخصوصاً منهج ستة سيجما، ومن أهمها:

- أ- دراسة (أبو ناهية، 2012: 89) التي بينت أن مستوى توفر معايير منهج ستة سيجما لدى الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة يصل إلى (70.55%).
- ب- دراسة (عبد الله، 2012: 142) حيث أظهرت أن مستوى التزام المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير ستة سيجما يتجاوز نسبة (77%).
- ت- دراسة (زعر، 2012: 354) التي كشفت أن مستوى توفر متطلبات ستة سيجما في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين يتجاوز (85%).
- ث- دراسة (حميدة، 2013: 65) وأبانت أن مستوى توفر معايير تطبيق مدخل ستة سيجما لدى الشركات الصناعية بقطاع غزة يتجاوز (80%).
- ج- دراسة (المصري، والأغا، 2014: 149) التي توصلت إلى أن مستوى تطبيق منهج ستة سيجما في الجامعات الفلسطينية يتجاوز (78%).
- ح- دراسة (الترك، 2016: 114) التي كشفت عن استخدام شركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين لمعايير ستة سيجما بنسب متفاوتة تتراوح من (69.027%) إلى (71.952%).
- خ- دراسة (أبو طعيمة، 2016: 168) التي أوضحت أن المستشفيات الحكومية الفلسطينية تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بدرجة كبيرة وبوزن نسبي يبلغ (70.086%).
- وفي نفس السياق، فإن الدراسة تهتم أيضًا بمعرفة درجة مستوى المتغير التابع (رضا المرضى) على أرض الواقع في ضوء استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده الخمسة (دمايك)، وهو ما دفع إلى تحديد مستوى معقول ومنطقي لرضا للمرضى بنسبة (70%) ويعادله (3.5 كمتوسط حسابي فرضي)، حيث تم الاعتماد في تحديد هذه النسبة بشكل أساسي إلى عدد من الدراسات التي أجريت حول رضا المرضى محلياً في قطاع غزة، ومن أهمها:
- أ- دراسة (Abu-Nada, 2015: 99) التي بينت أن مستوى الرضا العام للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مستشفى الشفاء بغزة بلغت نسبة (70.8%).
- ب- دراسة (El Mudallal, 2013: 84) التي بينت أن مستوى الرضا العام عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة بمحافظة غزة ضمن المستوى المتوسط بنسبة (66.89%).
- ت- دراسة (Al-Kariri, 2010: 98) التي أظهرت أن رضا المرضى العام عن جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة بلغ نسبة (63.9%).
- ث- دراسة (Ahmed, 2009: 91) التي كشفت أن مستوى الرضا العام للنساء حول خدمات الولادة المقدمة في مستشفى الشفاء بغزة بلغ نسبة (61.8%).
- ج- دراسة (El-Haj, 2008: 131) التي توصلت إلى أن درجة الرضا العام للمرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى غزة الأوروبي بلغت نسبة (78.7%).
- ح- دراسة (Hillis, 2008: 95) التي أظهرت أن درجة رضا المرضى الخارجيين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء بلغت نسبة (81%).
- خ- دراسة (Abu Saileek, 2004: 121) التي بينت أن نسبة رضا المرضى عن الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة بلغت بشكل عام (70.1%).

الآلية المتبعة في مقارنة نتائج أبعاد الدراسة الحالية مع الدراسات الأخرى:

- جميع الدراسات التي قورنت بهذه الدراسة سواء من باب التشابه أو الاختلاف تتضمن اسم الباحث/ين وسنة الدراسة.
- الدراسات التي وردت للمرة الأولى من باب التشابه أو الاختلاف تم بيان مكان تطبيقها إضافة لدرجة (مستوى) البُعد أو الدرجة الكلية.
- الدراسة التي يبدأ المقارنة بها في جانب التشابه أو الاختلاف تم أيضًا بيان مكان تطبيقها والدرجة التي حصلت عليها حتى وإن تم ذكرها سابقًا.
- وخلاف ذلك، تم ذكر ما ورد في البند الأول أعلاه أي (اسم الباحث، وسنة الدراسة) والدرجة التي حصلت عليها أو جانب التشابه أو الاختلاف فقط.
- الدراسات التي لم تذكر قيمة الوزن النسبي للبُعد وذكرت المتوسط الحسابي يتم تحويله إلى الوزن النسبي بقسمة المتوسط على عدد مستويات المقياس مضروبًا في (100%).
- الدراسات التي استخدمت تدرجًا للمقياس يختلف عن المقياس الخماسي يتم بيان ذلك بجانب المتوسط المذكور بين القوسين.

ملاحظة/

- المتوسط الحسابي الفرضي (3.5)، والوزن النسبي "المتوسط الحسابي النسبي" الفرضي (70%).
- للحصول على المتوسط الحسابي العام لأي بُعد يتم بقسمة قيمة المتوسط الكلية على عدد فقرات البُعد.
- للحصول على الانحراف المعياري العام لأي بُعد يتم بقسمة قيمته الكلية على الجذر التربيعي لعدد فقرات البُعد.
- للحصول على المتوسط الحسابي العام للدرجة الكلية للاستبانة يتم بقسمة قيمة المتوسط الكلية على عدد فقرات الاستبانة، والانحراف المعياري لها بقسمة القيمة الكلية له على الجذر التربيعي لعدد فقرات الاستبانة.

أ) تحليل النتائج المتعلقة بالمتغير المستقل "منهج ستة سيجما":

فيما يأتي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات أبعاد ومحاور المتغير المستقل "منهج ستة سيجما"، حيث تم استخدام المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة وكذلك ترتيبها وللدرجة الكلية للبُعد، بالإضافة لاختبار "ت" لعينة واحدة، والتي كانت على النحو الآتي:

1) النتائج المتعلقة بالبُعد الأول "التعرف":

يتكون هذا البُعد من (13) فقرة، وفيما يأتي أهم نتائج التحليل الإحصائي للبُعد وفقراته.

جدول رقم (5- 10) نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الأول "التعرف على مشكلات الخدمة الصحية"
المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد وكذلك ترتيبها

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	توجد في المستشفى معايير أداء واضحة ومحددة (كالإنجاز، الإلتزام، المواظبة ...)	3.482	0.945	69.63	-0.351	0.726	5
2	يتوفر في المستشفى وصف وظيفي محدد فيه مهام ومتطلبات كل وظيفة	3.445	0.978	68.90	-1.016	0.310	6
3	يوجد في المستشفى بروتوكولات عمل وأدلة سياسات وإجراءات واضحة	3.488	0.942	69.76	-0.235	0.815	4
4	تستمع إدارة المستشفى دوماً باهتمام لآراء وشكاوى موظفيها	3.101	1.034	62.01	-6.995	0.000	11
5	تستعين إدارة المستشفى بنتائج الدراسات العلمية في معرفة مشكلات الخدمة	3.058	0.898	61.16	-8.912	0.000	12
6	تتوفر نظم واضحة تتمكن من الكشف عن أي مشكلات قد تحدث في الخدمة المقدمة	3.110	0.939	62.20	-7.530	0.000	10
7	يملك العاملون الخبرة التي تمكنهم من اكتشاف مشكلات الخدمة المقدمة	3.652	0.767	73.05	3.599	0.000	1
8	توجد إجراءات بديلة عند تعطل الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة	3.229	1.028	64.57	-4.778	0.000	9
9	تتوفر في المستشفى بيئة عمل مناسبة للعاملين لتقديم الخدمة الأفضل	3.012	1.020	60.24	-8.665	0.000	13
10	يتواصل العاملون بسهولة مع مسؤوليهم للإبلاغ عن مشكلات الخدمة المقدمة	3.604	0.886	72.07	2.120	0.035	2
11	يتم رصد وتسجيل المشكلات الحاصلة للاعتماد عليها عند اتخاذ القرارات التصحيحية	3.399	0.953	67.99	-1.913	0.057	7
12	تتفاعل إدارة المستشفى بإيجابية عند إبلاغها عن مشكلات الخدمة المقدمة	3.311	0.968	66.22	-3.537	0.000	8
13	هناك صناديق لتلقي الشكاوى والمقترحات في المستشفى	3.573	1.029	71.46	1.288	0.199	3
	الدرجة الكلية للبعد	43.463	8.178	66.87	-4.510	0.000	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي العام للبعد = $43.463 \div 13 = 3.343$.

يتبين من الجدول (5- 10) أعلاه أن الفقرة (7) التي نصت على "يملك العاملون الخبرة التي تمكنهم من اكتشاف مشكلات الخدمة المقدمة" قد احتلت المرتبة الأولى، حيث حصلت على وزن نسبي قدره (73.05%) وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، وهذا يدل على أن العاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية لديهم خبرة مناسبة لاكتشاف مشكلات الخدمة عبر تطوير قدراتهم ومهاراتهم، وهذا ينسجم مع نتائج التحليل الوصفي لعينة الدراسة التي أظهرت أن نحو (82%) منهم لديهم سنوات خدمة تزيد عن (10) سنوات، إضافة لكون ما يزيد عن (85%) منهم من حملة البكالوريوس فأعلى مما يفسر امتلاك العاملين لمثل تلك الخبرات والمهارات، بينما احتلت الفقرة (10) التي نصت على "يتواصل العاملون بسهولة مع مسؤوليهم للإبلاغ عن مشكلات الخدمة المقدمة" المرتبة الثانية حيث حصلت على وزن نسبي قدره (72.07%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.035) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة أعلى من (70%)، وهذا يُعزى لكون عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية يجيدون فن التواصل مع بعضهم بعضاً ومع رؤوسهم، الأمر الذي يشير إلى وجود نظام فعال للتواصل بين العاملين داخل المستشفى، والذي ينسجم مع أهمية الاتصالات التي تعتبر من العناصر الهامة لتطبيق منهج ستة سيجما. وفي نفس السياق فإن نتيجة الفقرتين السابقتين تعزز - من وجهة نظر الباحث - وجود قناعة لدى العاملين بأن امتلاكهم المقدرة على اكتشاف مشكلات الخدمة المقدمة ورصدها والإبلاغ عنها سيؤدي لتقليلها والحد من الأخطاء وتحسين مستوى الخدمة وبالتالي تحسين رضا المرضى.

كما يتضح من الجدول أيضًا أن الفقرة (5) التي نصت على "تستعين إدارة المستشفى بنتائج الدراسات العلمية في معرفة مشكلات الخدمة" احتلت المرتبة الثانية عشرة (قبل الأخيرة) حيث حصلت على وزن نسبي قدره (61.16%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، ويُعزى ذلك إلى عدم وجود اهتمام كافٍ من قبل إدارة المستشفى بالاستعانة بنتائج الدراسات العلمية في تحديد مواطن الضعف والمشكلات في الخدمات الصحية المقدمة وقد يكون السبب في ذلك عدم قناعتها بجدوى تلك الدراسات أو أن تلك الدراسات لا تتمكن من اكتشاف المشكلات الحقيقية في الخدمة الصحية، أما الفقرة (9) التي نصت على "تتوفر في المستشفى بيئة عمل مناسبة للعاملين لتقديم الخدمة الأفضل" فقد احتلت المرتبة الأخيرة حيث حصلت على وزن نسبي قدره (60.24%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة تقل عن (70%)، ويُرجَّح ذلك لكون البيئة المناسبة من وجهة نظر العاملين تتعلق بتوفير غرف خاصة لاستراحتهم أو الأثاث المكتبي أو المكيفات أو زيادة الأجور ومقابل ساعات العمل الإضافي أو توفير أجهزة وأدوات حديثة... وغيرها، وهذا مما يترتب عليه إنفاق مالي، وهو ما تتبعد عنه المستشفى لتخفيف الإنفاق العام بسبب ضعف الإمكانيات المالية مما يعيق أو يحول دون تطوير بيئة العمل أو القيام بإعادة تأهيل أو إصلاح المرافق التي بحاجة لذلك.

وبشكل عام يتبين من الجدول نفسه أن المتوسط الحسابي للبعد الأول "التعرف" بلغ (3.343) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبعد بلغ (66.87%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين نحو هذا البعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام بُعد "التعرف" في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة إلى إغفال عددٍ من العناصر الهامة والضرورية لنجاح عملية التعرف على المشكلات، ومع ذلك توجد عناصر هامة أخرى يتم التركيز عليها، علمًا بأن هذا البعد قد حصل على الترتيب الأول بين أبعاد منهج ستة سيجمما الخمسة (دمايك) من حيث درجة الاستخدام في المستشفيات محل الدراسة. وقد تشابهت هذه الدراسة في حصول بُعد "التعرف" على المرتبة الأولى ضمن أبعاد منهج ستة سيجمما مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009) المطبقة على المنظمات العراقية، كما تتفق هذه الدراسة في حصول بُعد "التعرف" على درجة استخدام أقل من (70%) مع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) التي أظهرت أن متوسط تطبيق مجال "التعرف" في الجامعات الأردنية بلغ (2.35) أي (47%)، وكذلك مع دراسة (الشاعر، 2014) التي حصلت فيها العبارات المتعلقة بمرحلة "التعرف" في المنظمات الخدمية المطبقة على المستشفيات الحكومية بقطاع غزة على متوسط حسابي (3.31) أي (66.2%).

في حين اختلفت مع دراسة (ياسين، ونايف، 2012) التي كشفت أن بُعد "التعرف" في الشركة العامة للصناعات الجلدية بالعراق حصل على متوسط حسابي (3.90) أي بنسبة (78.00%)، ومع دراسة (علي، 2011) التي أظهرت حصول بُعد "التعرف" في السنة التحضيرية بجامعة تبوك بمصر على وزن نسبي أعلى من (70%)، واختلفت مع دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) في حصول بُعد "التعرف" في المؤسسات الصحية في قضاء الفلوجة بالعراق على متوسط حسابي (3.766) أي (75.32%)، وكذلك دراسة (الشري، 2010) حيث حصلت عبارات بُعد "التعرف" بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية على متوسط حسابي

(2.83 من أصل 3) أي (94.33%)، كما اختلفت مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009) التي بينت أن مستوى تطبيق بُعد "التعرف" في المنظمات العراقية حصل على متوسط حسابي (3.74) أي (74.80%).

(2) النتائج المتعلقة بالبُعد الثاني "القياس":

يتكون هذا البُعد من (13) فقرة، وفيما يأتي أهم نتائج التحليل الإحصائي للبُعد و فقراته.
جدول رقم (5- 11) نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الثاني "قياس مشكلات الخدمة الصحية" المتوسطة والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد وكذلك ترتيبها

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	يوجد فريق عمل في المستشفى لمتابعة وتقييم الخدمات الصحية	3.488	0.935	69.76	-0.236	0.813	3
2	تتوفر باستمرار بيانات كافية عن موارد المستشفى المختلفة (البشرية، المادية، ...)	3.210	0.990	64.21	-5.299	0.000	6
3	يتم توثيق البيانات المتعلقة بمختلف الخدمات المقدمة للمرضى	3.616	0.948	72.32	2.214	0.027	1
4	تقيس إدارة المستشفى كافة أنشطتها وخدماتها المقدمة بشكل دوري	3.338	0.863	66.77	-3.392	0.001	4
5	تراعي إدارة المستشفى قياس رضا العاملين عند تقييم خدماتها	2.884	1.031	57.68	-10.818	0.000	13
6	تتوفر أساليب متعددة لجمع البيانات عن مشكلات الخدمة الصحية (كالسجلات وتقارير عمل . ملاحظات . استقصاء ...)	3.604	0.847	72.07	2.217	0.027	2
7	تستخدم الإدارة أساليب علمية واضحة ومحددة لقياس المشكلات الحاصلة بالخدمة	3.189	0.906	63.78	-6.218	0.000	8
8	يتم قياس مشكلات الخدمة الصحية المقدمة أياً كانت تلك المشكلات	3.064	0.888	61.28	-8.895	0.000	11
9	تقارن إدارة المستشفى بين أقسام العمل المختلفة في مستوى الخدمات المقدمة	3.210	0.959	64.21	-5.472	0.000	7
10	تقيس إدارة المستشفى مستوى جودة خدماتها مقارنة بمستشفيات مشابهة	3.277	0.951	65.55	-4.238	0.000	5
11	تجري إدارة المستشفى استقصاءً دورياً للتعرف على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة	2.948	1.023	58.96	-9.771	0.000	12
12	يتم الاستفادة من الشكاوى والمقترحات في الحصول على بيانات عن مشكلات الخدمة	3.131	0.994	62.62	-6.719	0.000	10
13	تقوم إدارة المستشفى بزيارات لمختلف أماكن العمل للاستماع للآراء والملاحظات	3.171	1.076	63.41	-5.543	0.000	9
	الدرجة الكلية للبُعد	42.131	9.003	64.82	-6.777	0.000	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي العام للبُعد = $42.131 \div 13 = 3.240$.

يتبين من الجدول (5- 11) أن الفقرة (3) التي نصت على "يتم توثيق البيانات المتعلقة بمختلف الخدمات المقدمة للمرضى" قد احتلت المرتبة الأولى حيث حصلت على وزن نسبي قدره (72.32%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.027) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، وتلتها الفقرة (6) التي نصت على "تتوفر أساليب متعددة لجمع البيانات عن مشكلات الخدمة الصحية (كالسجلات وتقارير عمل، وملاحظات، واستقصاء ...)" قد احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (72.07%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.027) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، وهو ما يُعزى إلى اهتمام وحرص المستشفى على توثيق مختلف خدماتها المقدمة وجمع البيانات بأساليب متعددة عن تلك الخدمات ومشكلاتها الحاصلة للوقوف على أسباب المشكلات وتجنب حدوثها مستقبلاً.

كما يتضح من الجدول أيضًا أن الفقرة (11) التي نصت على "تجري إدارة المستشفى استقصاءً دوريًا للتعرف على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة" احتلت المرتبة الثانية عشرة (قبل الأخيرة) حيث حصلت على وزن نسبي قدره (58.96%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، وقد يكون السبب في تلك النتيجة أنه يتعذر على المستشفى إجراء استقصاء دوري لرضا المرضى بسبب كبر حجم فئة المرضى (يزيد عن 50 ألف مريض سنويًا بأقسام المبيت فقط) وتنوع فئاتهم وطبيعة حالاتهم الصحية مما يضاعف صعوبة هذه العملية، في حين حصلت الفقرة (5) التي نصت على "تراعي إدارة المستشفى قياس رضا العاملين عند تقييم خدماتها" على المرتبة الأخيرة بوزن نسبي قدره (57.68%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام الفقرة تقل عن (70%)، ولعل ذلك يعود إلى أن المفهوم السائد في المستشفيات محل الدراسة تجاه العميل هو المفهوم التقليدي الذي يرى بأن المقصود بالعميل هو العميل الخارجي (المريض)، وربما هذا ما يفسر حصول الفقرة (5) المتعلقة بقياس رضا العاملين على المرتبة الأخيرة والدرجة الأقل، وهذا يستوجب زيادة الاهتمام بهذا الجانب.

وقد يعود السبب في قلة الاهتمام بقياس رضا العاملين أو المرضى في المستشفيات إلى:

(أ) اعتقاد إدارة المستشفى بأن كلاً من العاملين والمرضى راضون عنها وعن خدماتها المقدمة.

(ب) أن القيام بذلك سترتب عليه تكاليف مالية مرتفعة وهو ما تتبعد عنه المستشفى بسبب الضائقة المالية.

(ج) امتناع المسؤولين في المستشفى عن القيام بذلك خشية ظهور نتائج سلبية كمستوى رضا متدنٍ أو درجة مرتفعة من عدم الرضا.

مما سبق يتبين وجود تقصير من قبل إدارة المستشفى في قياس رضا موظفيها ومرضاها على حد سواء، وأنها لا تبذل ما يكفي من جهود لمعرفة مدى رضاهم، وهذا مؤشر لانخفاض مستوى الاهتمام بمفاهيم الجودة ومركزاتها الأساسية لاسيما مبدأ التركيز على العميل أولاً (الداخلي: العاملون، والخارجي: المرضى) الذي يُعتبر مبدأً أساسياً في مناهج الجودة وعلى رأسها منهج ستة سيجما.

وبشكل عام يتضح من الجدول (5-11) أن المتوسط الحسابي للبعد الثاني "القياس" بلغ (3.240) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبعد بلغ (64.82%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة نحو هذا البعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام بُعد "القياس" في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

ويمكن أن تُنسب هذه النتيجة إلى وجود ضعف واضح في إجراءات وأنشطة القياس المطبقة في المستشفى وهذا يبرز من خلال وجود (11) فقرة من أصل (13) يقل الوزن النسبي لكل منها عن القيمة الفرضية (70%)، مما يفسر حصول هذا البعد على المرتبة الثالثة في أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) من حيث درجة الممارسة في المستشفيات محل الدراسة.

وقد تشابهت هذه الدراسة في حصول بُعد "القياس" على درجة استخدام أقل من (70%) مع دراسة (الترك، 2016) التي حصل بُعد "القياس" في شركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين على نسبة (69.27%)، وكذلك مع دراسة (حسن، 2015) التي أظهرت أن ممارسة بُعد "القياس" في الشركة السودانية لخطوط أنابيب البترول حصل على متوسط حسابي (3.05) أي بنسبة (61.00%)، ومع دراسة (القصاص،

2014) التي أظهرت استخدام البنوك التجارية الفلسطينية لمعيار "القياس" في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية بنسبة (63%)، ومع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) التي أظهرت أن مستوى تطبيق مجال "القياس" في الجامعات الأردنية حصل على متوسط حسابي (2.08) أي بنسبة (41.6%)، وكذلك مع دراسة (الشاعر، 2014) التي حصلت فيها العبارات المتعلقة بمرحلة "القياس" على متوسط حسابي (3.35) أي بنسبة (67.00%)، كما تشابهت مع دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) في حصول بُعد "القياس" على متوسط حسابي (3.083) أي بنسبة (61.66%).

في حين اختلفت مع دراسة (عبد الله، 2014) في حصول بُعد "القياس" في المصارف العاملة في قطاع غزة على نسبة (78.85%)، وكذلك مع دراسة (المناصير، 2014) التي حصل بُعد "القياس" في مصانع المناصير للباطون الجاهز بالأردن على متوسط حسابي (4.19) أي بنسبة (83.80%)، واختلفت كذلك مع دراسة (حميدة، 2013) في حصول بُعد "القياس" لدى الشركات الصناعية في قطاع غزة على نسبة (80.82%)، ودراسة (درغام، وعبد الله، 2013) في حصول بُعد "القياس" لدى المصارف العاملة في قطاع غزة على متوسط حسابي (3.94) أي بنسبة (78.80%)، ودراسة (ياسين، ونايف، 2012) التي كشفت أن استخدام بُعد "القياس" حصل على متوسط حسابي (3.72) أي بنسبة (74.40%)، وكذلك مع دراسة (نور، وآخرين، 2012) التي أظهرت أن درجة ممارسة المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان بالأردن لبُعد "القياس" حصلت على متوسط حسابي (4.01) أي بنسبة (80.20%)، كما تختلف مع دراسة (علي، 2011) في حصول بُعد "القياس" على درجة تزيد عن (70%)، ودراسة (الراوي، 2011) في حصول بُعد "القياس" في المستشفيات الحاصلة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان بالأردن على متوسط حسابي (4.01) أي بنسبة (80.20%)، ومع دراسة (الششري، 2010) التي حصل بُعد "القياس" فيها على متوسط حسابي (2.86 من أصل 3) أي بنسبة (95.33%)، كما اختلفت مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009) التي بينت أن مستوى تطبيق بُعد "القياس" على متوسط حسابي (3.66) أي بنسبة (73.20%).

3) النتائج المتعلقة بالبُعد الثالث "التحليل":

يتكون هذا البُعد من (12) فقرة، وفيما يأتي أهم نتائج التحليل الإحصائي للبُعد وفقراته.
جدول رقم (5-12) نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الثالث "تحليل مشكلات الخدمة الصحية"
المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد وكذلك ترتيبها

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	تتوفر في المستشفى البيانات الكافية عن الأنشطة والخدمات الصحية كافة	3.524	0.853	70.49	0.518	0.605	1
2	يجري تحليل للبيانات المتوفرة عن الأنشطة والخدمات الصحية بشكل مستمر	3.174	0.862	63.48	-6.852	0.000	9
3	يشارك مختصون في عملية تحليل البيانات المتعلقة بمشكلات الخدمة الصحية	2.994	0.905	59.88	-10.125	0.000	11
4	تدعم إدارة المستشفى مشاركة العاملين في بحث أسباب حدوث المشكلات	3.061	0.972	61.22	-8.182	0.000	10
5	يتم الاستعانة بمؤشرات واضحة (كأخطاء العمل . تطور حالة المريض . الشكاوى ...) في تفسير مشكلات الخدمة المقدمة بشكل صحيح	3.183	0.924	63.66	-6.217	0.000	8
6	تستخدم الأساليب الإحصائية والعلمية المختلفة في تحليل مشكلات الخدمة المقدمة	3.189	0.936	63.78	-6.019	0.000	7
7	يُسهم تحليل مكونات الخدمة المقدمة (كآلية العمل . المعدات . الأفراد . الزمن ...) في كشف الأسباب الحقيقية المحتملة لمشكلاتها	3.287	0.934	65.73	-4.140	0.000	3
8	تساعد دراسة الجوانب المختلفة لمشكلات الخدمة الصحية (كالمؤثرين منها، المؤثرين فيها، مكان حدوثها، تكرارها ...) في توضيح تلك المشكلات بدقة	3.244	0.943	64.88	-4.921	0.000	4

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
9	تعقد إدارة المستشفى نقاشات جادة لحل مشكلات الخدمة الصحية	3.326	0.968	66.52	-3.253	0.001	2
10	يتم دراسة آراء المرضى حول أسباب حدوث مشكلات الخدمة الصحية	2.991	1.021	59.82	-9.030	0.000	12
11	تستفيد إدارة المستشفى من المشكلات السابقة في تحليل المشكلات الجديدة	3.210	1.008	64.21	-5.202	0.000	6
12	تستخدم نتائج تحليل بيانات مشكلات الخدمة الصحية في وضع خطة التحسين	3.241	0.951	64.82	-4.933	0.000	5
	الدرجة الكلية للبعد	38.424	8.902	64.04	-7.275	0.000	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96
قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58
المتوسط الحسابي العام للبعد = $38.424 \div 12 = 3.202$.

يتبين من الجدول (5-12) أن الفقرة (1) التي نصت على "تتوفر في المستشفى البيانات الكافية عن الأنشطة والخدمات الصحية كافة" احتلت المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (70.49%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.605) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت محايدة وهي غير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%)، أما الفقرة (9) التي نصت على "تعقد إدارة المستشفى نقاشات جادة لحل مشكلات الخدمة الصحية" فقد احتلت المرتبة الثانية حيث حصلت على وزن نسبي قدره (66.52%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.001) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، ما يدل على أن درجة استخدام الفقرة تقل عن (70%)، ومع ذلك فإن هذه النتيجة تعكس وجود رغبة لدى إدارة المستشفى لحل المشكلات التي تعترض تقديم الخدمات الصحية عبر وسائل متعددة كعقد النقاشات واللقاءات لهذا الغرض وإن كانت غير كافية، مما يتطلب تعزيز هذا الجانب وبذل المزيد من الجهود فيه.

كما يتضح من الجدول أيضاً أن الفقرة (3) التي نصت على "يشارك مختصون في عملية تحليل البيانات المتعلقة بمشكلات الخدمة الصحية" احتلت المرتبة الحادية عشرة (قبل الأخيرة) بوزن نسبي قدره (59.88%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وهذا يعني أن درجة استخدام الفقرة تقل عن (70%)، وقد يعود ذلك إلى أحد الأسباب الآتية:

(أ) وجود رغبة - لكنها ضعيفة - لدى إدارة المستشفى بإشراك مختصين في تحليل بيانات مشكلات الخدمة.
(ب) عدم توفر إدراك كافٍ لدى المسؤولين في المستشفى حول أهمية ذلك في الكشف عن الأسباب الجذرية للمشكلات وبالتالي يتم إهمال هذا الجانب.

(ج) الاعتقاد بأن النتائج المتحققة من إشراك المختصين ستكون ضئيلة جداً وبالتالي يتم التغاضي عن إشراكهم.
(د) رجحان كفة نمط المركزية والتفرد بالقرار على كفة مبدأ إشراك الآخرين لدى الإدارة العليا بالمستشفى.

في حين حصلت الفقرة (10) التي نصت على "يتم دراسة آراء المرضى حول أسباب حدوث مشكلات الخدمة الصحية" على المرتبة الأخيرة بوزن نسبي قدره (59.82%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، وهذا مؤشر على تدني إدراك إدارة المستشفى بأهمية مشاركة المرضى في عملية تحليل مشكلات الخدمة والوقوف على أسباب حدوثها، وقد يكون السبب في ذلك اعتقاد الإدارة بعدم

أهمية آراء المرضى أو أنها غير مناسبة ولا تصلح لتفسير مشكلات الخدمة الصحية، وهذه النتيجة تتماشى مع نتائج تحليل فقرات بُعد "القياس" التي أظهرت أيضاً غياب الاهتمام بقياس مستوى رضا المرضى عن الخدمة المقدمة. وبالرغم من هاتين النتيجةين إلا أن ذلك يُعد حافزاً لإدارة المستشفى لتعزيز الاهتمام بإشراك المختصين وكذلك المرضى في عملية تحليل مشكلات الخدمة المقدمة لكشف أسبابها الرئيسية.

إلى ذلك يكشف الجدول نفسه أن المتوسط الحسابي للبُعد الثالث "التحليل" بلغ (3.202) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (64.04%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين نحو هذا البُعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام البُعد في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%). ويمكن الاستنتاج من نتائج تحليل الفقرات السابقة أن هناك ضعفاً واضحاً أو تدني الإدراك بأهمية خطوة التحليل في تفسير مشكلات الخدمة وتحديد أسبابها الجذرية وهذا ما يؤكد حصول فقرة واحدة فقط من أصل (12) فقرة في هذا المحور على وزن نسبي أعلى من الوزن الفرضي (إلا أن تلك الفقرة أيضاً غير دالة إحصائياً)، ولعل ذلك يُفسر حصول هذا البُعد على المرتبة الأخيرة من بين أبعاد منهج ستة سيجما الخمسة (دمايك) من حيث درجة التطبيق في المستشفيات محل الدراسة.

وقد تشابهت هذه الدراسة في حصول بُعد "التحليل" على المرتبة الأخيرة ضمن أبعاد منهج ستة سيجما مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009)، كما تشابهت في حصول هذا البُعد على مستوى استخدام يقل عن (70%) مع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) التي أظهرت أن مستوى تطبيق مجال "التحليل" في الجامعات الأردنية حصل على متوسط حسابي (2.38) أي بنسبة (47.60%)، وكذلك مع دراسة (الشاعر، 2014) في حصول العبارات المتعلقة ببُعد "التحليل" على متوسط حسابي (3.37) أي بنسبة (67.4%)، ومع دراسة (الطائي، ونايف، 2009) في حصول بُعد "التحليل" على متوسط حسابي (3.48) أي بنسبة (69.6%).

في حين اختلفت مع دراسة (ياسين، ونايف، 2012) في احتلال بُعد "التحليل" على المرتبة الأولى ضمن أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) في الشركة العامة للصناعات الجلدية بالعراق، كما اختلفت معها في حصول هذا البُعد على متوسط حسابي (3.99) أي بنسبة (79.80%)، وكذلك اختلفت مع دراسة (علي، 2011) التي حصل بُعد "التحليل" فيها على نسبة تزيد عن (70%)، كما اختلفت مع دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) في حصول بُعد "التحليل" على متوسط حسابي (3.500) أي بنسبة (70%)، ومع دراسة (الششري، 2010) التي حصل بُعد "التحليل" فيها على متوسط حسابي (2.81 من أصل 3) أي بنسبة (93.66%).

4) النتائج المتعلقة بالبُعد الرابع "التحسين":

يتكون هذا البُعد من (15) فقرة، والجدول الآتي يوضح أهم نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (5- 13) نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الرابع "التحسين المستمر للخدمة الصحية"

المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد وكذلك ترتيبها

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	تنتشر ثقافة الجودة بين كافة العاملين في المستشفى	3.250	0.992	65.00	-4.566	0.000	10
2	توجد خطط معدة لتحسين الخدمة الصحية في ضوء احتياجات المرضى	3.323	0.932	66.46	-3.438	0.001	8
3	تركز إدارة المستشفى على إرضاء المرضى عند القيام بتحسين الخدمة الصحية	3.479	0.915	69.57	-0.422	0.673	5
4	تتدخل إدارة المستشفى بشكل سريع لمعالجة أي مشكلات في الخدمة المقدمة	3.399	1.006	67.99	-1.812	0.071	7

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
5	تتوفر باستمرار كافة المتطلبات اللازمة لتقديم الخدمة الصحية بجودة عالية	3.000	1.017	60.00	-8.907	0.000	14
6	تستقطب إدارة المستشفى أفضل العناصر البشرية المؤهلة للعمل في المستشفى	3.162	1.017	63.23	-6.025	0.000	12
7	يتم اختيار أفضل الحلول دوماً لمعالجة مشكلات الخدمة الصحية	3.216	0.928	64.33	-5.533	0.000	11
8	تعمل إدارة المستشفى على توفير أجهزة ومعدات حديثة لتحسين الخدمات المقدمة	3.485	0.955	69.70	-0.289	0.773	4
9	يتم تصميم طريقة تقديم الخدمات بشكل يقلل فرص حدوث الأخطاء	3.412	0.866	68.23	-1.848	0.065	6
10	تعمل المستشفى دوماً لتبسيط إجراءات حصول المريض على الخدمة المطلوبة	3.284	1.002	65.67	-3.911	0.000	9
11	تدعم إدارة المستشفى حوسبة خدماتها الصحية المقدمة لتسهيل خدمة المرضى	3.787	0.894	75.73	5.809	0.000	1
12	تعقد إدارة المستشفى برامج تدريب للعاملين بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية	3.543	0.973	70.85	0.795	0.427	3
13	تستعين إدارة المستشفى بمستشارين خارجيين مؤهلين لتطوير الخدمات الصحية	3.143	0.968	62.87	-6.675	0.000	13
14	تؤكد إدارة المستشفى على ضرورة التعامل بإنسانية مع المرضى	3.784	0.911	75.67	5.634	0.000	2
15	تمنح إدارة المستشفى مكافآت للعاملين المتميزين في أدائهم	2.534	1.204	50.67	-14.544	0.000	15
	الدرجة الكلية للبعد	49.799	10.354	66.40	-4.725	0.000	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي العام للبعد = $49.799 \div 15 = 3.320$.

يتضح من الجدول (5-13) أن الفقرة (11) التي نصت على "تدعم إدارة المستشفى حوسبة خدماتها الصحية المقدمة لتسهيل خدمة المرضى" احتلت المرتبة الأولى حيث حصلت على وزن نسبي قدره (75.73%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، ولعل هذه النتيجة تعكس واقع التطورات التقنية والتكنولوجية التي تشهدها المستشفيات من جانب ومدى اهتمام المستشفيات باستخدام الحوسبة لتسهيل تقديم خدماتها للمرضى من جانب آخر. وقد تلتها الفقرة (14) التي نصت على "تؤكد إدارة المستشفى على ضرورة التعامل بإنسانية مع المرضى" احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (75.67%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، أي أن درجة استخدام هذه الفقرة أعلى من (70%)، وهذا مؤشر على دعم إدارة المستشفى للقيم الأخلاقية والإنسانية في التعامل مع المرضى، ويشار هنا إلى أن الفقرتين السابقتين حصلتا على الوزن النسبي الأعلى من بين جميع فقرات الأبعاد الخمسة كافة، وهذا يدل على توجه المستشفى نحو زيادة الاهتمام بالمرضى من خلال تسهيل تقديم الخدمة لهم وحسن التعامل معهم كوسيلة للتخفيف عنهم ومقابلة توقعاتهم وتحسين رضاهم، وهو ما يسعى إليه منهج ستة سيجما.

كما يتبين من الجدول أيضًا أن الفقرة (5) التي نصت على "تتوفر باستمرار كافة المتطلبات اللازمة لتقديم الخدمة الصحية بجودة عالية" احتلت المرتبة الرابعة عشرة (قبل الأخيرة) حيث حصلت على وزن نسبي قدره (60.00%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة نقل عن (70%)، وهذه النتيجة غير مستغربة، فالمستشفيات الحكومية تعمل بالحد الأدنى من الإمكانيات وتعاني من نقصها في المجالات كافة، فهي لا تملك القدرة على توفير تلك المتطلبات بشكل متواصل ومستمر؛ لأن ذلك يحتاج إلى إمكانيات مالية غير متوفرة لديها، لأن الموارد المالية المخصصة للمستشفيات من وزارة الصحة محدودة وليست متاحة

دومًا وتستغرق وقتًا للحصول عليها، لاسيما أن تلك الموارد المالية تحصل عليها الوزارة من الموازنة العامة للحكومة والتي تعتبر مواردها في - ظل الأوضاع الحالية - محدودة. أما الفقرة (15) التي نصت على "تمنح إدارة المستشفى مكافآت للعاملين المتميزين في أدائهم" احتلت المرتبة الأخيرة وقد حصلت على وزن نسبي قدره (50.67%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، ويمكن أن يُعزى ذلك إلى عدة تفسيرات منها:

أ) عدم رضا العاملين عن سياسة المكافآت المعمول بها كونها لا تتناسب من وجهة نظرهم مع الأعمال التي يقومون بها والمخاطر التي يتعرضون لها أو لأنها غير متاحة للجميع أو غير دائمة أو لأنها تتم بشكل عشوائي وبطريقة غير منهجية من وجهة نظرهم.

ب) ضعف الإمكانيات المالية للمستشفى حيث إن الحوافز تتطلب إمكانيات مالية وهو ما تنأى المستشفى بنفسها بعيدًا عنه لعدم قدرتها على توفيره؛ بسبب الأزمات المالية التي تمر بها الحكومة بشكل عام.

ج) غياب الاهتمام بالعاملين المتميزين في أدائهم من قبل إدارة المستشفى، وهذا ينسجم - إلى حد ما - مع نتائج تحليل فقرات بُعد "القياس" التي أظهرت قلة مراعاة رضا العاملين عند تقييم خدماتها، وكذلك مع نتائج بُعد "التعرف" التي أظهرت وجود قصور في توفير بيئة عمل مناسبة للعاملين لتقديم الخدمة الأفضل.

د) عدم تقديم إدارة المستشفى اهتمامًا مناسبًا بنظام الحوافز والمكافآت للعاملين لديها بهدف تشجيعهم وتحفيزهم نحو تقديم أفضل ما لديهم.

وبالرغم من حصول هذه الفقرة على الدرجة الأقل من بين الفقرات كافة إلا أنها تعتبر دافعًا لإدارة المستشفى لزيادة الاهتمام بمنح مكافآت للمتميزين من العاملين لديها، وهذا يتطلب جهدًا مركّزًا منها في هذا الجانب لأنه يمثل أحد المتطلبات والعناصر الأساسية في ستة سيجما.

وبشكل عام يتضح من الجدول نفسه أن المتوسط الحسابي للبُعد الرابع "التحسين" بلغ (3.320) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (66.40%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين نحو هذا البُعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام بُعد "التحسين" في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%). وتُعزى هذه النتيجة إلى عدم التركيز على جملة من العناصر الضرورية لضمان نجاح واستمرار التحسين في الخدمات المقدمة، مع وجود اهتمام واضح بعددٍ مهمٍ آخر من تلك العناصر، ولعله السبب وراء حصول بُعد "التحسين" على المرتبة الثانية في أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) من حيث مستوى التطبيق. وقد تشابهت هذه الدراسة في مستوى استخدام بُعد "التحسين" بدرجة تقل عن (70%) مع دراسة (الترك،

2016) في حصول بُعد "التحسين" في شركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين على نسبة (69.568%)، ومع دراسة (حسن، 2015) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.09) أي بنسبة (61.80%)، ومع دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت استخدام معيار "التحسين" بنسبة (64%)، ودراسة (دودين، ومساعدة: 2014) في حصول مستوى تطبيق مجال "التحسين" على متوسط حسابي (3.12) أي بنسبة (62.40%)، ودراسة (الشاعر، 2014) في حصول العبارات المتعلقة ببُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.30) أي بنسبة (66.00%)، وكذا مع دراسة (الشريفي، 2012) التي أظهرت أن معمل أسمنت

الكوفة بالعراق يمارس بُعد "التحسين" بنسبة (69.76%)، ومع دراسة (جراد، 2011) في حصول بُعد "التحسين" كأحد مبادئ الجودة الشاملة في الرعاية الصيدلانية بوزارة الصحة الفلسطينية على نسبة (62.11%).

في حين اختلفت مع دراسة (الأطرش، 2016) في حصول بُعد "التحسين" في الشركات المدرجة في سوق فلسطين للأوراق المالية على نسبة (85.67%)، وكذلك مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي حصل فيها بُعد "التحسين" في المستشفيات الحكومية الفلسطينية على وزن نسبي (71.325%)، ودراسة (الغيلي، والأغبري، 2015) في حصول بُعد "التحسين" في مصانع الأدوية بالجمهورية اليمنية على متوسط حسابي (3.632) أي بنسبة (72.64%)، ودراسة (الشعرات، 2014) التي حصل فيها بُعد "التحسين" في شركة أمنية للهواتف النقالة بالأردن على متوسط حسابي (4.131) أي بنسبة (82.62%)، ودراسة (المصري، والأغا، 2014) في حصول بُعد "التحسين" في الجامعات الفلسطينية على نسبة (82.40%)، وكذلك تختلف مع دراسة (عبد الله، 2014) في حصول بُعد "التحسين" على نسبة (78.80%)، ودراسة (المناصير، 2014) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.96) أي بنسبة (79.20%)، ودراسة (حميدة، 2013) في حصول بُعد "التحسين" على نسبة (83.73%)، ودراسة (درغام، وعبد الله، 2013) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.94) أي بنسبة (78.80%)، ودراسة (نور، وآخرين، 2012) التي حصل بُعد "التحسين" فيها على متوسط حسابي (4.34) أي بنسبة (86.80%)، ودراسة (ياسين، ونايف، 2012) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.94) أي بنسبة (78.80%)، ودراسة (علي، 2011) التي حصل بُعد "التحسين" في شركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين على نسبة تزيد عن (70%)، ودراسة (الراوي، 2011) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (4.34) أي بنسبة (86.80%)، ودراسة (الطائي، وآخرين، 2011) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (3.90) أي بنسبة (78.00%)، ودراسة (الششري، 2010) في حصول بُعد "التحسين" على متوسط حسابي (2.89 من أصل 3) أي بنسبة (96.33%)، ودراسة (الطائي، ونايف، 2009) التي حصل بُعد "التحسين" فيها على متوسط حسابي (3.59) أي بنسبة (71.80%)، وكذا اختلفت مع دراسة (أبو ناهية، 2012) التي بينت أن معيار "التحسين" يتوفر لدى الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة بنسبة (74.60%).

5) النتائج المتعلقة بالبُعد الخامس "الرقابة":

يتكون هذا البُعد من (15) فقرة، وفيما يأتي أهم نتائج التحليل الإحصائي للبُعد وفقراته.

جدول رقم (5-14) نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البعد الخامس "الرقابة على استمرارية تحسين الخدمة الصحية" المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد وكذلك ترتيبها

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	توجد نظم رقابية وقائية تمنع وقوع المشكلات في الخدمة الصحية	3.244	0.943	64.88	-4.921	0.000	7
2	يتم قياس نتائج أنشطة تحسين الخدمات بعد تنفيذها للتأكد من تحقيق الأهداف	3.134	0.892	62.68	-7.429	0.000	10
3	تقارن إدارة المستشفى بين مستوى جودة الخدمات قبل وبعد إجراء التحسينات	3.201	0.903	64.02	-5.992	0.000	8
4	توجد رقابة دورية وإشراف على جميع أماكن العمل في المستشفى كافة	3.451	0.963	69.02	-0.917	0.360	3
5	هناك تقارير دورية عن سير العمل في أماكن العمل المختلفة بالمستشفى	3.704	0.871	74.09	4.245	0.000	1
6	يتم توثيق ما تم إنجازه من تحسينات على الخدمات المقدمة باستمرار	3.610	0.835	72.20	2.380	0.018	2
7	تتأكد إدارة المستشفى من وجود عدد مناسب من العاملين لخدمة المرضى باستمرار	3.021	1.104	60.43	-7.849	0.000	12
8	يشارك المرضى في تقييم جودة الخدمات المقدمة بعد تنفيذ التحسينات	2.841	1.049	56.83	-11.371	0.000	14

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
9	تحول الإجراءات التي تتخذها إدارة المستشفى دون تكرار حدوث نفس المشكلات	3.122	0.937	62.44	-7.307	0.000	11
10	يتم مراقبة إجراءات سلامة العمل لضمان تقديم الخدمة الصحية بشكل آمن	3.345	0.912	66.89	-3.087	0.002	4
11	يراقب قسم الصيانة عمل الأجهزة والمعدات في أماكن العمل المختلفة دورياً	3.174	1.085	63.48	-5.444	0.000	9
12	تعمم إدارة المستشفى النتائج المتحققة من تحسين الخدمة على جميع العاملين	2.942	1.095	58.84	-9.230	0.000	13
13	يتم متابعة أداء العاملين لمهامهم المطلوبة بشكل صحيح باستمرار	3.345	0.945	66.89	-2.980	0.003	5
14	يتم التأكد من تقديم الخدمات الصحية للمرضى في وقتها المحدد	3.341	0.935	66.83	-3.071	0.002	6
15	يرتبط نظام حوافز العاملين في المستشفى بتحقيق الحد الأمثل للأداء	2.692	1.157	53.84	-12.644	0.000	15
	الدرجة الكلية للبعد	48.168	10.750	64.22	-7.298	0.000	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي العام للبعد = $48.168 \div 15 = 3.211$.

يتبين من الجدول (5-14) أن الفقرة (5) التي نصت على "هناك تقارير دورية عن سير العمل في أماكن العمل المختلفة بالمستشفى" احتلت المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (74.09%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، وقد تلتها الفقرة (6) التي نصت على "يتم توثيق ما تم إنجازه من تحسينات على الخدمات المقدمة باستمرار" واحتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (72.20%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.018) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت إيجابية، أي أن درجة استخدام هذه الفقرة تزيد عن (70%)، وهو ما يمكن تفسيره باهتمام إدارة المستشفى بإجراءات الرقابة على العمل داخل المستشفى، وقناعتها بأن توثيق إنجازات التحسين بشكل مستمر وبأسلوب جيد يكفل الوصول إلى مستوى مرتفع من الجودة في الخدمات المقدمة. كما يتضح من الجدول أيضاً أن الفقرة (8) التي نصت على "يشارك المرضى في تقييم جودة الخدمات المقدمة بعد تنفيذ التحسينات" احتلت المرتبة الرابعة عشرة (قبل الأخيرة) بوزن نسبي قدره (56.83%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، ولعل ذلك لعدم قيام المستشفى بما يكفي من خطوات لإشراك المرضى في تقييم خدماتها والتحسين الذي يتم عليها أو لعدم وجود آلية اتصال واضحة بين المرضى وإدارة المستشفى، مما يُعد مؤشراً واضحاً على ضعف الاهتمام بالتغذية الراجعة من المرضى، وهو ما يتماشى مع نتائج بُعد "القياس" التي أبرزت انخفاض مستوى الاهتمام بقياس رضا المرضى، وكذلك مع نتائج بُعد "التحليل" التي بينت قلة الاهتمام بدراسة آراء المرضى حول أسباب مشكلات الخدمة، وأيضاً مع ما توصلت إليه نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أجريت قبل الدراسة الميدانية.

في حين احتلت الفقرة (15) التي نصت على "يرتبط نظام حوافز العاملين في المستشفى بتحقيق الحد الأمثل للأداء" المرتبة الأخيرة بوزن نسبي قدره (53.84%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة استخدام الفقرة أقل من (70%)، ويُعلل حصول هذه الفقرة على درجة منخفضة - من وجهة نظر المبحوثين -

لشعورهم بعدم وجود نظام واضح أو سياسة واضحة متبعة للحوافز والمكافآت يتم الاعتماد عليها لتشجيع وتحفيز العاملين، أو لأن ذلك نابع من اعتقادهم بعدم عدالة نظام الحوافز وأنه غير مرضٍ لهم، أو لتصورهم أن معيار الحوافز في الغالب لا يعتمد أو يرتبط بنتائج تقييم الأداء بل يتأثر بعوامل أخرى مثل العوامل الشخصية أو السياسية، هذا وقد يكون عدم رضا العاملين عن نظام الحوافز كأحد نتائج التجاذبات السياسية على الساحة الفلسطينية والانقسام الذي حصل عام (2007م) وتسبب في ترك عدد كبير من الموظفين لأماكن عملهم، مما أوجد فراغاً في الوظائف الإشرافية، الأمر الذي حدا بصناع القرار لسد الفراغ الذي نشأ بشكل استثنائي وعاجل، ربما أدى في حينه للتراخي نسبياً في معايير وشروط الترقيات والتوظيف في الوظائف الإشرافية، يشار هنا إلى أن نظام الحوافز يخضع للسياسة العامة للدولة ويتم تحديده من الجهات العليا فيها.

كما يتضح من الجدول نفسه أن المتوسط الحسابي للبعد الخامس "الرقابة" بلغ (3.211) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبعد بلغ (64.22%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين نحو هذا البعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام البعد في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%). وتُعزى هذه النتيجة إلى كون الاهتمام بكثير من أنشطة وجهود الرقابة المبذولة لضمان استمرارية تحسين الخدمات المقدمة أدنى من المستوى المطلوب، ويتضح ذلك من خلال حصول فقرتين فقط من أصل (15) فقرة في هذا البعد على وزن نسبي أعلى من القيمة الفرضية (70%)، ولعل هذا يفسر احتلال هذا البعد على المرتبة قبل الأخيرة من بين أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) من حيث درجة الممارسة في المستشفيات محل الدراسة. يشار هنا إلى أن تفعيل الأدوات الرقابية بشكل جيد يؤدي لاكتشاف المشكلات والمعوقات في حينه وبالتالي سرعة معالجتها والتقليل من الأخطاء والوصول إلى مستوى عالٍ من الجودة في الخدمة المقدمة.

وقد تشابهت هذه الدراسة في احتلال بُعد "الرقابة" على المرتبة الرابعة ضمن أبعاد منهج ستة سيجما مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009)، كما أنها تتفق في حصول بُعد "الرقابة" على درجة استخدام تقل عن (70%) مع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) التي أظهرت أن مستوى تطبيق مجال "الرقابة" في الجامعات الأردنية حصل على متوسط حسابي (2.93) أي بنسبة (58.60%)، ومع دراسة (الشاعر، 2014) في حصول العبارات المتعلقة ببعد "الرقابة" على متوسط حسابي (3.452) أي بنسبة (69.04%).

في حين اختلفت مع دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) في حصول بُعد "الرقابة" في المؤسسات الصحية في قضاء الفلوجة بالعراق على متوسط حسابي (3.90) أي بنسبة (78.00%)، ودراسة (الشري، 2010) في حصول بُعد "الرقابة" على متوسط حسابي (2.92 من أصل 3) أي بنسبة (97.33%)، ودراسة (الطائي، ونايف، 2009) التي حصل بُعد "الرقابة" فيها على متوسط حسابي (3.52) أي بنسبة (70.40%)، كما تختلف مع دراسة (ياسين، ونايف، 2012) في حصول بُعد "الرقابة" على متوسط حسابي (3.94) أي بنسبة (78.80%)، ودراسة (علي، 2011) في حصول بُعد "الرقابة" على نسبة تزيد عن (70%).

6) مستوى استخدام أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) في المستشفيات محل الدراسة:

جدول رقم (5-15) المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين وكذلك ترتيبها

الترتيب	قيمة "sig"	قيمة "t"	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	المحور
1	0.000	-4.510	66.87	8.178	43.463	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
3	0.000	-6.777	64.82	9.003	42.131	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
5	0.000	-7.275	64.04	8.902	38.424	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
2	0.000	-4.725	66.40	10.354	49.799	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
4	0.000	-7.298	64.22	10.750	48.168	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية

اتضح من تحليل فقرات استبانة العاملين في الدراسة الحالية التي تناولت ممارسات وأنشطة أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) أن أوزانها النسبية تراوحت بين (50.67%)، و(75.73%)، وبناءً على الجدول رقم (5-15) فإن الوزن النسبي لجميع الأبعاد يتراوح ما بين (64.04%)، و(66.87%)، والقيمة الاحتمالية لجميع الأبعاد كانت (0.000) لكل منها وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة لجميع تلك الأبعاد، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين نحو جميع الأبعاد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة استخدام أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

وفي نفس الإطار، بالرجوع للجدول رقم (5-15) فإن أعلى مستوى لاستخدام أبعاد منهج ستة سيجما كان البعد الأول "التعرف على مشكلات الخدمة الصحية" حيث احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي (66.87%)، وتلاه في المرتبة الثانية البعد الرابع "التحسين المستمر للخدمة الصحية" بوزن نسبي (66.40%)، في حين حصل البعد الثاني "قياس مشكلات الخدمة الصحية" على المرتبة الثالثة بوزن نسبي (64.82%)، واحتل البعد الخامس "الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية" المرتبة الرابعة بوزن نسبي (64.22%)، في حين أن أقل مستوى للاستخدام من أبعاد ستة سيجما كان البعد الثالث "تحليل مشكلات الخدمة الصحية" فقد احتل المرتبة الخامسة والأخيرة بوزن نسبي (64.04%).

ويتضح مما سبق أن مستوى استخدام جميع الأبعاد الخمسة لمنهج ستة سيجما كان أقل من المستوى الفرضي (70%) ولكن بدرجات متفاوتة وهذا التفاوت في درجات الأبعاد يتفق - إلى حد ما - مع دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت استخدام البنوك التجارية الفلسطينية معايير منهج ستة سيجما في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية بدرجات متفاوتة، ودراسة (ياسين، ونايف، 2012) التي أظهرت وجود اهتمام بتطبيق أبعاد ستة سيجما (دمايك) بنسب متفاوتة، وكذلك مع دراسة (الترك، 2016) التي توصلت إلى أن شركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين تستخدم معايير سيجما ستة بنسب متفاوتة ومقاربة.

ب) قراءة في النتائج المتعلقة بالمتغير التابع "رضا المرضى":

حُصصت الاستبانة الآتية لفئة المرضى المنومين في المستشفيات الحكومية محل الدراسة بغرض قياس المتغير التابع (رضا المرضى) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده الخمسة (دمايك)، وقد تم بيان فقرات الاستبانة التي حصلت على أعلى وزن نسبي وكذلك أقلها وزناً نسبياً مع محاولة تفسير نتائج بعضها. وفيما يأتي قراءة وعرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات المتغير التابع "رضا المرضى"، حيث تم استخدام المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة وكذلك ترتيبها، بالإضافة لاختبار "ت" لعينة واحدة (T-Test)، والتي كانت على النحو الآتي:

جدول رقم (5- 16) المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة في استبانة المرضى وكذلك ترتيبها في ضوء أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك)

رضا المرضى في ضوء بُعد التعرف على مشكلات الخدمة المقدمة							
#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	توجد صناديق للشكاوى والمقترحات في أقسام المستشفى المختلفة	3.396	1.082	67.93	-2.227	0.026	4
2	تستقبل المستشفى شكاوى ومقترحات المرضى باهتمام	3.337	0.960	66.74	-3.945	0.000	5
3	يساعد العاملون في حل أي مشكلات يتعرض لها المريض بسرعة	3.791	0.854	75.81	7.909	0.000	2
4	يتعرف العاملون دوماً على رأي المريض في مستوى الخدمة المقدمة	3.498	0.979	69.96	-0.044	0.965	3
5	توجد لوحات إرشاد واضحة لتسهيل وصول المريض لأماكن تقديم الخدمة	3.861	0.954	77.22	8.796	0.000	1
6	يتوفر خط اتصال مجاني مخصص لشكاوى ومقترحات المرضى	2.907	1.058	58.15	-13.015	0.000	7
7	يوجد مراقب يتابع المشكلات التي قد تحدث مع المرضى في المستشفى	3.206	1.053	64.11	-6.495	0.000	6
	الدرجة الكلية للرضا في ضوء بُعد التعرف على مشكلات الخدمة	23.996	4.508	68.56	-2.596	0.010	
رضا المرضى في ضوء بُعد قياس مشكلات الخدمة المقدمة							
#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	تقوم المستشفى بتحديد احتياجات ومتطلبات المرضى باستمرار	3.624	0.964	72.48	2.992	0.003	4
2	تزور إدارة المستشفى أماكن تقديم الخدمات باستمرار للاستماع للمرضى	3.013	1.116	60.26	-10.144	0.000	7
3	يملك العاملون المهارة الكافية لتحديد مشكلات الخدمة المقدمة للمريض	3.815	0.823	76.30	8.884	0.000	2
4	تتواصل المستشفى مع المريض عند بحث مشكلات الخدمة المقدمة	3.254	1.069	65.07	-5.353	0.000	6
5	يستمع العاملون لمطالب المرضى باهتمام	3.761	0.902	75.22	6.730	0.000	3
6	يجمع العاملون بيانات وافية من المريض عن الخدمة التي يحتاجها	3.828	0.913	76.56	8.346	0.000	1
7	تتابع إدارة المستشفى تقديم الخدمة الصحية للمرضى دون تمييز	3.300	1.189	66.00	-3.910	0.000	5
	الدرجة الكلية للرضا في ضوء بُعد قياس مشكلات الخدمة	24.594	4.914	70.27	0.447	0.655	
رضا المرضى في ضوء بُعد تحليل مشكلات الخدمة المقدمة							
#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	يستفسر العاملون من المرضى باستمرار عن مشكلات الخدمة المقدمة لهم	3.544	1.001	70.89	1.032	0.303	1
2	ترحب المستشفى بالأفكار التي تساعد في تفسير مشكلات الخدمة	3.181	0.975	63.63	-7.593	0.000	2
3	تناقش إدارة المستشفى مع المرضى الشكاوى المقدمة منهم	2.981	1.004	59.63	-11.996	0.000	5
4	تستأنس المستشفى بأراء المرضى لكشف الأسباب الحقيقية لمشكلات الخدمة	3.033	0.964	60.67	-11.244	0.000	3
5	تتيح المستشفى للمرضى المشاركة في حل مشكلات الخدمة المقدمة لهم	2.994	1.013	59.89	-11.599	0.000	4
6	تستشير إدارة المستشفى المرضى في كيفية تحقيق رضاهم عن الخدمة	2.972	1.071	59.44	-11.448	0.000	6
	الدرجة الكلية للرضا في ضوء بُعد تحليل مشكلات الخدمة	18.707	4.943	62.36	-10.779	0.000	

#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
رضا المرضى في ضوء بُعد تحسين الخدمة المقدمة							
1	تتوفر المعدات والأجهزة الحديثة والمتطورة باستمرار	3.411	1.114	68.22	-1.854	0.064	8
2	تعمل المستشفى بجدية دائما لإيصال الخدمة للمريض بأحسن وجه	3.606	0.951	72.11	2.581	0.010	3
3	يحصل المريض دوما على معلومات كافية عن الخدمة الصحية المقدمة له	3.585	0.976	71.70	2.029	0.043	4
4	تُعلم المستشفى المرضى بأي تحسينات تجريها لطمأنتهم	3.483	0.998	69.67	-0.388	0.698	6
5	توفر المستشفى الخدمة للمريض من الخارج؛ إذا تعذر تقديمها داخل المستشفى	2.791	1.174	55.81	-14.035	0.000	9
6	يتوفر عاملون يتدربون باستمرار على تقديم أفضل الخدمات	3.733	0.848	74.67	6.394	0.000	2
7	تركز المستشفى على تقديم الخدمة المطلوبة للمرضى في وقتها المحدد	3.802	0.907	76.04	7.730	0.000	1
8	تتراعى المستشفى رضا المريض عند حل مشكلات الخدمة المقدمة	3.509	0.979	70.19	0.220	0.826	5
9	تعمل المستشفى على توفير بيئة مناسبة لإقامة المريض في المستشفى	3.430	1.114	68.59	-1.469	0.143	7
	الدرجة الكلية للرضا في ضوء بُعد التحسين	31.350	6.312	69.67	-0.552	0.581	
رضا المرضى في ضوء بُعد الرقابة على استمرار تحسين الخدمة المقدمة							
#	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"	الترتيب
1	تتوفر وسائل السلامة في المستشفى لزيادة شعور المريض بالأمان والطمأنينة (كمنع العدوى . الحريق . النفايات . تمديدات الكهرباء . النظافة ...)	3.750	1.111	75.00	5.229	0.000	3
2	يوجد نظام يحدد مواعيد تقديم الخدمة الصحية للمريض	3.946	0.801	78.93	12.955	0.000	1
3	تنظم إدارة المستشفى زيارات تفقدية لأماكن تقديم الخدمات لمراقبة العمل	3.215	1.099	64.30	-6.030	0.000	7
4	يؤدي العاملون الخدمة المطلوبة للمريض بشكل صحيح من أول مرة	3.631	0.911	72.63	3.353	0.001	4
5	تتابع المستشفى شكاوى المرضى باهتمام وتعمل على حلها	3.243	0.991	64.85	-6.037	0.000	6
6	تقوم المستشفى بمتابعة عمل الأجهزة والمعدات لضمان سلامة أداؤها	3.493	0.983	69.85	-0.175	0.861	5
7	تتأكد المستشفى من احترام العاملين لخصوصية المريض	3.848	0.963	76.96	8.404	0.000	2
	الدرجة الكلية للرضا في ضوء بُعد الرقابة	25.126	4.688	71.79	3.103	0.002	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي الفرضي (3.5)، والوزن النسبي "المتوسط الحسابي النسبي" الفرضي (70%).
للحصول على المتوسط الحسابي العام لأي بُعد يتم بقسمة قيمة المتوسط على عدد الفقرات البُعد.

1) مستوى رضا المرضى في ضوء بُعد التعرف على مشكلات الخدمة الصحية:

يتبين من الجدول أعلاه رقم (5-16) أن المتوسط الحسابي للبُعد الأول "التعرف" بلغ (3.424) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (68.56%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.010) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذا البُعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة رضا عينة الدراسة من المرضى المبحوثين في ضوء بُعد "التعرف" في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

ويتضح كذلك أن فقرتين فقط من أصل (7) حصلتا على وزن نسبي أعلى من المستوى الفرضي (70%)، هما الفقرة (5) بوزن نسبي (77.22%)، والفقرة (3) بوزن نسبي (75.81%)، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحوهما كانت إيجابية، وأن درجة رضاهم عن كلتا الفقرتين تزيد عن (70%)، وهي تعتبر استجابة طبيعية حيث إن الفقرة رقم (5) تنص على وجود لوحات إرشادية واضحة لتسهيل وصول المريض لأماكن الخدمة، وهذه اللوحات متوفرة بالفعل في جميع أقسام المستشفى بشكل عام، أما الفقرة (3) فهي تشير إلى ممارسات العاملين في أقسام المبيت بشكل خاص وتعاونهم مع المرضى ومساعدتهم في حل

مشكلاتهم وهذا يدل على حرص العاملين - لاسيما في أقسام المبيت بحكم ملاصقتهم للمرضى طيلة فترة مبيتهم - واهتمامهم بالمرضى وتعاطفهم معهم وسعيهم لتقديم الخدمة لهم بأفضل مستوى.

في حين أن الفقرة رقم (4) حصلت على وزن نسبي (69.96%)، والقيمة الاحتمالية (0.965) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة المبحوثين من المرضى المنومين نحو هذه الفقرة كانت محايدة وهي غير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%). أما الفقرات الأربعة الأخرى رقم (6، 7، 2، 1) فقد حصلت على الأوزان النسبية الآتية تصاعدياً على التوالي (58.15%)، (64.11%)، (66.74%)، (67.93%)، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة لكل منها، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرات كانت سلبية، وأن درجة رضاهم عن هذه الفقرات أقل من (70%)، يشار في هذا السياق إلى أن جميع هذه الفقرات تتمحور حول نظام الشكاوى والمقترحات الخاص بالمرضى في المستشفى وهي ممارسات ترتبط بإدارة المستشفى بشكل أكبر من ارتباطها بالعاملين في أقسام المبيت وهذه النتيجة تدل على ضعف اهتمام إدارة المستشفى بالتعرف على شكاوى ومقترحات المرضى وتوفير وسائل لإيصال تلك الشكاوى والمقترحات للجهات المختصة في المستشفى، كما تُعد مؤشراً لضعف الإدراك بأهمية التعرف على توقعات واحتياجات المرضى من أجل مقابلتها والعمل على تحقيقها؛ للوصول إلى أعلى درجات الرضا لديهم، ولعل السبب وراء هذه النتيجة الآتي:

- عدم وجود سياسات واضحة مطبقة بالنسبة لنظام الشكاوى والمقترحات داخل المستشفى.
- قصور في جهود إعلام المرضى بوجود نظام شكاوى ووسائل متاحة لتقديم الشكاوى والمقترحات.
- قلة الإمكانيات المتاحة للمستشفى بشكل عام، مما يحد من القيام بكل الأنشطة والممارسات الهادفة للتعرف على مشكلات الخدمة وشكاوى المرضى على أكمل وجه.
- غياب الآلية الواضحة للتواصل بين المرضى وإدارة المستشفى.

(2) مستوى رضا المرضى في ضوء بُعد قياس مشكلات الخدمة الصحية:

يتبين من الجدول أعلاه رقم (5-16) أن المتوسط الحسابي للبُعد الثاني "القياس" بلغ (3.513) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (70.27%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.655) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المبحوثين نحو هذا البُعد كانت محايدة وهي غير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%).

ويتضح أن (4) فقرات من أصل (7) حصلت على أوزان نسبية أعلى من المستوى الفرضي (70%)، هي الفقرات (6، 3، 5، 1) بأوزان نسبية تنازلياً (76.56%)، (76.30%)، (75.22%)، (72.48%)، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة لكل منها، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحوها كانت إيجابية، أي أن درجة رضاهم عن هذه الفقرات تزيد عن (70%). وهذه الفقرات في مجملها ممارسات يقوم بها العاملون في أقسام المبيت تجاه المرضى لتحديد مشكلاتهم والاستماع لمطالبهم واحتياجاتهم والحصول على بيانات وافية منهم عن الخدمة التي يحتاجونها، سيما خلال عملية دخولهم لأقسام المبيت وأثناء مكوثهم في تلك الأقسام، كما أنها مؤشر لثقة المرضى في القدرات والمهارات التي يمتلكها العاملون.

أما الفقرات الثلاث الأخرى وهي وفقاً لأوزانها النسبية الفقرات (2، 4، 7) وبأوزان نسبية (60.26%)، (65.07%)، (66.00%) على التوالي، فكانت القيمة الاحتمالية لكل منها (0.000) وهي أقل من (0.05)،

وكانت قيمة (t) سالبة لكل منها، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرات كانت سلبية، وأن درجة رضاهم عن هذه الفقرات أقل من (70%)، وهذه الفقرات تتعلق بممارسات إدارة المستشفى نحو المرضى من حيث التواصل معهم بخصوص مشكلات الخدمة أو وقوفها على مجريات تقديم الخدمة ودرجة التصاقها واحتكاكها عن قرب بالمرضى والاستماع لهم. وحصول هذه الفقرات على تلك الدرجة من الموافقة تعتبر مؤشراً لغياب الحضور المباشر لإدارة المستشفى في أقسام المبيت، ولعل ذلك مردّه إلى:

- انشغال الإدارة بقضايا هامة في تصورها كضمان مواصلة تقديم الخدمة في ظل الأزمات المتلاحقة.
- كون حجم مجتمع المرضى ضخماً ويصعب قيام إدارة المستشفى بالتواصل معهم في جميع الأوقات.
- قصور في الجهود المبذولة من قبل إدارة المستشفى للتواصل مع المرضى وقياس ردود أفعالهم نحو الخدمة المقدمة لهم.

3) مستوى رضا المرضى في ضوء بُعد تحليل مشكلات الخدمة الصحية:

يكشف الجدول السابق رقم (5-16) أن المتوسط الحسابي للبُعد الثالث "التحليل" بلغ (3.118) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (62.36%)، وهو أقل من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذا البُعد كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة رضا المرضى المبحوثين في ضوء بُعد "التحليل" في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

ويتبين أن الفقرة رقم (1) قد حصلت على وزن نسبي (70.89%)، والقيمة الاحتمالية (0.303) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذه الفقرة كانت محايدة وغير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%).

أما بقية الفقرات الخمس الأخرى فهي (6، 3، 5، 4، 2) وبأوزان نسبية (59.44%)، (59.63%)، (59.89%)، (60.67%)، (63.63%) على التوالي، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة لكل منها، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرات كانت سلبية، وأن درجة رضاهم عن هذه الفقرات أقل من (70%).

وهذه الفقرات - وبحسب ما تنص عليه - تشير إلى أنشطة تقوم بها إدارة المستشفى في عملية تحليل مشكلات الخدمة المقدمة للمرضى وتتطلب إشراك المرضى بأشكال مختلفة ووسائل متعددة في تلك الأنشطة باعتبارها ذات أهمية في بناء الثقة بين المرضى وإدارة المستشفى وزيادة شعورهم بمدى الاهتمام بهم وبشكاواهم، ويتضح من هذه النتيجة وجود ضعف في هذه الأنشطة، الأمر الذي يتطلب تعميق فكرة (أن العميل "المرضى" يدير المنظمة "المستشفى")، وعمل ما يلزم في سبيل تحقيق ذلك؛ لأنه من أهم مبادئ ومرتكزات نظم ومناهج الجودة المختلفة وعلى رأسها منهج ستة سيجما.

ويمكن أن يعود حصول تلك الفقرات الخمس على هذه النتيجة للأسباب الآتية:

- عدم قناعة الإدارة بأهمية إشراك المرضى ومعرفة آرائهم ووجهات نظرهم وتفسيراتهم وأفكارهم حول مشكلات الخدمة المقدمة وأسباب تلك المشكلات أو مناقشتهم في ذلك.

- استحالة إشراك جميع المرضى في مناقشة وتحليل مشكلات الخدمة الصحية المقدمة بسبب الحجم الضخم لمجتمع المرضى وكونه مجتمعاً غير محدد ويتغير في كل لحظة، وبالتالي تصرف الإدارة النظر عن إشراكهم.
- وجود مشاركة محدودة من المرضى لاسيما ممن تعرضوا لمشكلات أثناء تلقيهم للخدمة.
- كون مشاركة المرضى تتم بطريقة غير منهجية أي بشكل عشوائي غير منظم.
- سياسات وطرق الاتصال المتبعة بين إدارة المستشفى والمرضى غير مناسبة.

4) مستوى رضا المرضى في ضوء بُعد تحسين الخدمة الصحية:

يبين الجدول السابق رقم (5-16) أن المتوسط الحسابي للبُعد الرابع "التحسين" بلغ (3.483) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (69.67%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.581) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المبحوثين نحو هذا البُعد كانت محايدة وغير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%).

كما يتضح من الجدول أن الفقرات (1، 9، 4، 8) حصلت على أوزان نسبية (68.22%)، (68.59%)، (69.67%)، (70.19%) على التوالي، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذه الفقرات كانت محايدة وهي غير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%).

في حين أن الفقرات (7، 6، 2، 3) حصلت على أوزان نسبية (76.04%)، (74.67%)، (72.11%)، (71.70%)، على التوالي، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة لكل منها، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذه الفقرات كانت إيجابية، أي أن درجة رضاهم عن تلك الفقرات تزيد عن (70%)، أما الفقرة رقم (5) التي نصت على "توفر المستشفى الخدمة للمريض من الخارج؛ إذا تعذر تقديمها داخل المستشفى" فقد حصلت على وزن نسبي (55.81%)، وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة، مما يعني أن استجابات المبحوثين نحو هذه الفقرة كانت سلبية، وأن درجة رضاهم عنها أقل من (70%)، ولعل ذلك يعود لأن هذا الأمر يعتبر خارج نطاق صلاحيات إدارة المستشفى، وإنما يتبع للجهات العليا في الوزارة أو للإدارة العامة للمستشفيات، وإدارة المستشفى تلتزم بما تقرره تلك الجهات في هذا الجانب، كما أن توفير الخدمات من خارج المستشفى يتطلب دفع تكلفتها للحصول عليها، في حين أن المستشفى - في ظل الأزمات المالية - تتأى بنفسها عن زيادة الأعباء المالية عليها، ومن جانب آخر فإن الرسوم التي تُحَصَّلها المستشفى مقابل تقديم بعض الخدمات يتم توريدها بشكل يومي لخزينة وزارة المالية ولا تستطيع إدارة المستشفى التصرف بأي من تلك الأموال دون الرجوع للجهات المالية المختصة في الوزارة أو خارجها.

ويمكن أن يُعزى حصول استجابات المرضى المبحوثين في معظم فقرات هذا البُعد على نسبة تزيد عن أو تقترب من القيمة الفرضية بدرجات متفاوتة لكونها تعبر عن الأنشطة والجهود المبذولة لتحسين الخدمة الصحية المقدمة للمرضى وظروف تقديمها لهم، ومن الممكن إرجاع ذلك للأسباب الآتية:

- حرص إدارة المستشفى للتخفيف عن المرضى وتحسين الخدمة المقدمة لهم ومحاولة إرضائهم.

- القطاع الصحي بشكل عام يحظى باهتمام الجهات الخيرية والمؤسسات المانحة من داخل فلسطين وخارجها، والذي يتجلى على أرض الواقع بقيام تلك الجهات بتمويل إنشاء مبانٍ أو أقسام جديدة لتقديم الخدمة الصحية للمرضى لاسيما في المستشفيات أو ترميم الأقسام القديمة أو توفير المعدات والأجهزة الحديثة، مما ينعكس إيجابياً على المرضى تجاه ممارسات أنشطة تحسين الخدمات الصحية.
- اهتمام العاملين بتطوير قدراتهم ومهاراتهم وسعيهم لتقديم الخدمة على أفضل وجه.

(5) مستوى رضا المرضى في ضوء بُعد الرقابة على استمرار تحسين الخدمة:

يتضح من الجدول السابق رقم (5-16) أن المتوسط الحسابي للبُعد الخامس "الرقابة" بلغ (3.589) والوزن النسبي (الدرجة الكلية) للبُعد بلغ (71.79%)، وهو أعلى من القيمة الفرضية (70%)، والقيمة الاحتمالية (0.002) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذا البُعد كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة رضاهم في ضوء بُعد "الرقابة" في المستشفيات محل الدراسة تزيد عن (70%).

ويتضح من الجدول أن (4) فقرات من أصل (7) حصلت على أوزان نسبية أعلى من المستوى الفرضي (70%)، هي الفقرات (7، 2، 1، 4) بأوزان نسبية (78.93%)، (76.96%)، (75.00%)، (72.63%) على التوالي، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منها أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة لكل منها، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحوها كانت إيجابية، أي أن درجة رضاهم عن هذه الفقرات تزيد عن (70%) وهذا الفقرات في مجملها تتعلق بممارسات رقابية وإجراءات سلامة ووقاية وأنظمة لمواعيد تقديم الخدمة وسياسة احترام خصوصية المرضى، ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة إلى وجود جهات رقابية من خارج المستشفى تتبع لوزارة الصحة وأخرى تتبع لجهات حكومية خارج الوزارة، حيث تقوم تلك الجهات بممارسة أنشطة التفتيش والرقابة على خدمات المستشفى بين الفينة والأخرى وترفع تقاريرها وملاحظاتها للجهات المختصة في وزارة الصحة، ما يدفع الوزارة لتنشيط جهود الرقابة في المستشفى، الأمر الذي يلزمه المريض.

كما يتضح أن الفقرة رقم (6) قد حصلت على وزن نسبي (69.85%)، والقيمة الاحتمالية (0.861) وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذه الفقرة كانت محايدة وهي غير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%).

في حين حصلت الفقرتان (3، 5) على وزن نسبي (64.30%) و(64.85%) على التوالي، وكانت القيمة الاحتمالية لكل منهما (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة لكل منهما، مما يعني أن استجابات الباحثين نحو هاتين الفقرتين كانت سلبية، وأن درجة رضاهم عنهما أقل من (70%). علمًا بأن هاتين الفقرتين تعبران عن ممارسات ترتبط بإدارة المستشفى من حيث متابعة شكاوى المرضى وحلها، وتنظيمها لزيارات تفقدية لمراقبة سير العمل في أماكن تقديم الخدمة، وتُرجع هذه النتيجة إلى انشغال إدارة المستشفى بقضايا المستشفى العليا من جهة، واكتفاء الإدارة من جهة أخرى بمتابعة العمل عبر إشرافها على المستويات الإدارية الأدنى أو عبر تقارير سير العمل، ومن جانب آخر فهي تعتبر مؤشرًا لوجود اهتمام ضعيف بالتغذية الراجعة من المرضى.

6) مستويات رضا المرضى في ضوء أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك):

جدول رقم (5-17) المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة المرضى وكذلك ترتيبها

الترتيب	قيمة "sig"	قيمة "t"	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	المحور
4	0.010	-2.596	68.56	4.508	23.996	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
2	0.655	0.447	70.27	4.914	24.594	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
5	0.000	-10.779	62.36	4.943	18.707	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
3	0.581	-0.552	69.67	6.312	31.350	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
1	0.002	3.103	71.79	4.688	25.126	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية

حساب المتوسط الحسابي العام لأي بُعد يتم بقسمة قيمة المتوسط على عدد الفقرات البُعد، وللدرجة الكلية بقسمة قيمة المتوسط على عدد فقرات الاستبانة.

اتضح من تحليل فقرات استبانة المرضى في الدراسة الحالية التي تناولت رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) أن أوزانها النسبية تراوحت بين (55.81%)، و(78.93%)، وبناء على الجدول (5-17) فإن أعلى مستوى لرضا المرضى كان في ضوء البُعد الخامس "الرقابة" حيث احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي (71.79%)، يتلوه البُعد الثاني "القياس" الذي احتل المرتبة الثانية بوزن نسبي (70.27%)، وتلاه البُعد الرابع "التحسين" في المرتبة الثالثة بوزن نسبي (69.67%)، ويتلوه البُعد الأول "التعرف" الذي احتل المرتبة الرابعة بوزن نسبي (68.56%)، في حين أن أقل مستوى لرضا المرضى كان في ضوء البُعد الثالث "التحليل" الذي احتل المرتبة الخامسة والأخيرة بوزن نسبي (62.36%)، ويتضح مما سبق أن هناك تفاوتاً في درجة رضا المرضى المبحوثين في ضوء أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك).

كما يتضح من الجدول نفسه أن الوزن النسبي للبُعد الخامس (الرقابة) بلغ (71.79%) وكانت القيمة الاحتمالية (0.002) وهي أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) موجبة، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذا البُعد كانت إيجابية، وبالتالي فإن درجة رضاهم في ضوء هذا البُعد في المستشفيات محل الدراسة تختلف عن (70%) حيث إنها كانت أعلى، في حين أن القيمة الاحتمالية للبُعد الثاني (القياس) كانت (0.655) وهي أكبر من (0.05)، وكذلك القيمة الاحتمالية للبُعد الرابع (التحسين) كانت (0.581) وهي أكبر من (0.05)، هذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المنومين نحو هذين البُعدين في المستشفيات - محل الدراسة - كانت محايدة وغير دالة إحصائياً (بناءً على القيمة الاحتمالية)، ولكنها تقترب من القيمة الفرضية (70%)، في حين أن الوزن النسبي للبُعد الأول (68.56%) والبعد الثالث (62.36%) وكانت القيمة الاحتمالية لكلا البُعدين أقل من (0.05)، وكانت قيمة (t) سالبة لكل منهما، وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة المبحوثين من المرضى المنومين نحو هذين البُعدين كانت سلبية، وبالتالي فإن درجة رضاهم في ضوء كلا البُعدين في المستشفيات محل الدراسة أقل من (70%).

ثالثاً . الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار الفروض:

وفيما يأتي الإجابة عن أسئلة الدراسة الرئيسية والفرعية واختبار فروضها:

الإجابة عن السؤال الرئيس للدراسة:

ينص السؤال الرئيس للدراسة على: "ما واقع استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى

في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

وللإجابة عن سؤال الدراسة الرئيس كان لا بد من الإجابة عن الأسئلة الفرعية الآتية:

1. الإجابة عن السؤال الفرعي الأول:

ينص السؤال الفرعي الأول من أسئلة الدراسة على: "ما مستوى استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟" وللإجابة عن هذا السؤال تم صياغة فرض ينص على: "لا يختلف مستوى استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى عن (70%) من وجهة نظر العاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة".

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام المتوسطات والنسب المئوية، وقيمة "ت" حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (5-18) المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد استبانة العاملين

المحور	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	43.463	8.178	66.87	-4.510	0.000
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	42.131	9.003	64.82	-6.777	0.000
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	38.424	8.902	64.04	-7.275	0.000
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	49.799	10.354	66.40	-4.725	0.000
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	48.168	10.750	64.22	-7.298	0.000
الدرجة الكلية للاستبانة	221.985	43.054	65.29	-6.737	0.000

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي الفرضي (3.5)، والوزن النسبي "المتوسط الحسابي النسبي" الفرضي (70%).

يتضح من الجدول (5-18) أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، وبالتالي قبول الفرضية البديلة أي أنه "يختلف مستوى استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى عن (70%) من وجهة نظر العاملين الإشرافيين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة". وحيث إن إشارة (t) سالبة في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية، فإن ذلك يعني أن استجابات عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين المبحوثين كانت سلبية، وبالتالي فإن مستوى استخدام منهج ستة سيكما في المستشفيات محل الدراسة يقل عن (70%).

وبالرجوع إلى الجدول نفسه يتبين أن الوزن النسبي لجميع الأبعاد يتراوح ما بين (64.04%) و(66.87%)، والوزن النسبي للدرجة الكلية لمنهج ستة سيكما بلغ (65.29%) وهو أقل من المستوى الفرضي (70%) الذي تم تحديده، وهذا يدل على أن ممارسة جهود وأنشطة منهج ستة سيكما لا تتم بالدرجة المناسبة التي تكفل تعزيز نقاط القوة وتلافي نقاط الضعف، وهو ما يظهر وجود قصور في استخدام المنهج المذكور بأبعاده الخمسة (دمايك) في المستشفيات محل الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة في حصول منهج ستة سيكما وأبعاده (دمايك) على درجة أقل من (70%) مع نتائج دراسة (الغيلي، والأغبري، 2015) في حصول متطلبات تطبيق أسلوب ستة سيكما في مصانع الأدوية بالجمهورية اليمنية على متوسط حسابي (3.433) أي بنسبة (68.66%)، وكذلك مع نتائج دراسة (دودين، ومساعدة، 2014) التي أظهرت أن درجة تطبيق أبعاد ستة سيكما (التعريف، القياس، التحليل، التحسين،

الرقابة) في الجامعات الأردنية كان بنسب تقل عن (70%)، وكذلك مع دراسة (الشاعر، 2014) في حصول العبارات المتعلقة بأبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) في المنظمات الخدمية المطبقة على المستشفيات الحكومية بقطاع غزة على نسب تقل عن (70%)، وتتشابه مع دراسة (الشريفي، 2012) التي توصلت إلى أن مستوى ممارسة ستة سيجما في معمل أسمنت الكوفة بالعراق بلغ نسبة (64.78%)، وكذلك مع دراسة (Abed, 2012) التي كشفت أن نسبة تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الخاصة في شمال الضفة الغربية بفلسطين بلغت (65.77%)، كما تتفق مع دراسة (الإمام، وآخرين، 2010) في حصول استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة بالمستشفيات الجامعية بالقاهرة على متوسط حسابي (2.64) أي بنسبة (52.80%).

في حين اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (الطائي، ونايف، 2009) التي أظهرت أن المنظمات العراقية تطبق أبعاد ستة سيجما (دمايك) بنسب تزيد عن (70%) باستثناء بُعد "التحليل" الذي حصل نسبة تقل عن (70%)، وكذلك اختلفت مع دراسة (الإمام، وآخرين، 2010) في حصول استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة على متوسط حسابي (4.37) أي بنسبة (87.40%)، وكذلك مع دراسة (الطائي، وآخرين، 2011) التي حصلت مستويات أبعاد تطبيق استراتيجية ستة سيجما (دمايك) في المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجا بالعراق على نسب تزيد عن (70%) باستثناء بُعد "القياس" الذي حصل على نسبة تقل عن (70%)، كما تختلف مع دراسة (عبد الله، 2012) التي أظهرت التزام المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير ستة سيجما بنسبة (77.77%)، وكذلك تختلف مع دراسة (أبو ناهية، 2012) التي بينت أن مستوى توفر معايير منهج ستة سيجما لدى الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة بلغ نسبة (70.55%)، كما اختلفت مع دراسة (ياسين، ونايف، 2012) التي توصلت إلى أن الشركة العامة للصناعات الجلدية بالعراق تستخدم أبعاد ستة سيجما (دمايك) بنسب تزيد عن (70%)، وكذلك اختلفت مع دراسة (حميدة، 2013) التي أبرزت أن معايير ستة سيجما تتوفر لدى الشركات الصناعية في قطاع غزة بنسبة (80.40%)، كما اختلفت أيضًا مع دراسة (المصري، والأغا، 2014) التي بينت أن مستوى تطبيق منهج ستة سيجما في الجامعات الفلسطينية كان بنسبة (78.44%)، ومع دراسة (المناصير، 2014) التي توصلت إلى أن مستوى ممارسة أبعاد ستة سيجما في مصانع المناصير للباطون الجاهز بالأردن كان بنسب تزيد عن (70%)، كذلك مع دراسة (الشعرات، 2014) التي أظهرت أن مستوى ممارسة جميع مبادئ ستة سيجما في شركة أمنية للهواتف النقالة بالأردن كان بنسب تزيد عن (70%)، وكذلك اختلفت مع دراسة (الششري، 2010) في حصول عبارات أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية على نسب تزيد عن (70%).

ويُعزى الاختلاف مع الدراسات المذكورة أعلاه إلى اختلاف مكان أو مجتمعات تلك الدراسات عن الدراسة الحالية لاسيما أن معظمها أجريت في جامعات أو مصارف أو شركات صناعية أو خدمية الأمر الذي يفسر اهتمامها وتركيزها على مناهج الجودة؛ لكون ذلك جزءًا مهمًا في الحفاظ على عملائها وضمان استمراريتها ونموها وزيادة أرباحها.

ويمكن إرجاع سبب هذه النتيجة المتمثلة في انخفاض مستوى استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده الخمسة (دمايك) عن (70%) من وجهة نظر العاملين الإشرافيين في المستشفيات محل الدراسة لوجود عدد من العوامل التي تعيق أو تحول دون تطبيق نظم ومناهج الجودة بما فيها ستة سيجما بفاعلية، ومن أبرز تلك العوامل:

أ- استمرار الحصار المفروض على قطاع غزة منذ نحو (10) سنين وتكرار الاعتداءات الحربية من قبل قوات الاحتلال على القطاع والتي نتج عنها تدمير وتضرر قطاعات واسعة بشكل كبير بما فيه الصحية،

وساهمت في تدهور الوضع الصحي وإبقاء القطاع الصحي - وخصوصاً الحكومي - في حالة طوارئ أشغلت القائمين عليه في كيفية التغلب على حالة الطوارئ ومعالجة الأزمات، وهو ما يؤكد تقرير (قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة، 2015: 11) و(التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 5) وأشارت إليه دراسة (Ayoub, and Qasem, 2010: 7-8).

ب- حالة الانقسام والتجاذبات السياسية التي أضرت بالقطاع الصحي وأضعفت إمكاناته وأوجدت أزمات متلاحقة، والآثار السلبية لذلك والتي دفعت وزارة الصحة في غزة نحو التركيز على ضمان استمرار تقديم الخدمة بدلاً من الاهتمام بتحسينها أو تطويرها، وهو ما يؤكد تقرير المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان (التقرير السنوي، 2015: 97)، وتقرير (وضع حقوق الإنسان في فلسطين، 2015: 240-242) و(التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة، 2016: 5).

ت- الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعيشها قطاع غزة بشكل عام وضعف الإمكانيات لاسيما المادية والمالية لوزارة الصحة، وعدم المقدرة على توفير الموارد اللازمة لتطبيق أنظمة الجودة عموماً؛ حيث إن الوزارة تعتمد بشكل كبير وأساسي على التبرعات والمعونات الداخلية والخارجية التي بالكاد تلبى الاحتياجات والمتطلبات الأساسية للوزارة، وهذا ما أشار إليه تقرير (واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2009: 73)، وأكدته دراسة (جوادة، 2011، 132) التي أظهرت عدم توفر الإمكانيات المالية المطلوبة بوزارة الصحة الفلسطينية لتطبيق ستة سيجما، وكذلك ما أظهرته دراسة (الشاعر، 2014: 176) من عدم توفر الإمكانيات المادية في بيئة العمل اللازمة لتحسين جودة الخدمة في المستشفيات، وألمحت إليه دراسة (راضي، 2015: 122)، ودراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 405)، ودراسة (Ayoub, and Qasem, 2010: 7-8).

ث- ضعف الهياكل التنظيمية وجمود القوانين والأنظمة التي تتصف غالباً بالقدم وعدم المرونة وصعوبة تغييرها مما يشكل عقبة كبيرة أمام التجديد والتطوير، الأمر الذي يعيق التوجه نحو تطبيق مناهج الجودة وعلى رأسها منهج ستة سيجما في المنظمات (بما فيها المستشفيات الحكومية الفلسطينية)، وهذا ما ألمحت إليه دراسة (راضي، 2015: 136-137)، وتذهب إليه دراسة (دودين، ومساعدة، 2014: 182).

ج- ضعف الثقافة التنظيمية ومحدودية الجهود المبذولة بهدف تطبيق مناهج الجودة بما فيها ستة سيجما في المستشفيات الحكومية الفلسطينية وتدنى مستوى الاهتمام بها، وهذا ما تؤيده دراسة (الشاعر، 2014: 174-176) التي توصلت إلى عدم وجود دعم كافٍ من أصحاب القرار لتطبيق منهجية ستة سيجما بأبعادها الخمسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، أو عدم وضعها ضمن استراتيجيتها لتحسين خدماتها، وكذلك ضعف اهتمام المستشفيات الحكومية الفلسطينية بتطبيق أساليب الجودة الحديثة، وهو ما خلّصت إليه دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 402).

ح- ضعف الجانب التخطيطي من جهة وقصور في تبني مبدأ الإدارة الوقائية من جهة أخرى، والذي من شأنه أن يحد من وقوع المشكلات ويحول دون انخفاض مستويات الجودة، وهو ما أوصت بتعزيزه دراسة (جوادة، 2011: 134) ودراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 424-425).

خ- تدني المعرفة بمنهج ستة سيجما ودوره في خفض الأخطاء والمشكلات، وقدرته الفائقة على تحسين الأداء وتحقيق أعلى مستويات الجودة باعتباره من المفاهيم الحديثة، وهو ما أشارت إليه دراسة (العجيلي، ومهدي، 2015: 23)، ودراسة (دودين، ومساعدة، 2014: 182)، ودراسة (الطائي، ونايف، 2009: 47).

- د- حدثت التجربة بأنظمة الجودة ومناهجها لاسيما منهج ستة سيجما، مع عدم توفر وعي وإدراكٍ كافيين نحو أهمية مناهج الجودة - لاسيما في المجال الصحي - وبالتالي عدم الاهتمام بنشر ثقافة الجودة في المنظمات، وهذا ما يؤيده (زاهر، 2014: 121) و(إعديلي، 2014: 81)، وهو ما ألمح إليه تقرير (واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2009: 73) الذي أظهر عدم الاهتمام بتطبيق أنظمة الجودة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، وكذلك دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 402-404, 413-414, 423) التي أظهرت محدودية ممارسة أنشطة الجودة في مرافق وزارة الصحة الفلسطينية، كما كشفت ضعف إدراك معظم الباحثين من العاملين بتلك المرافق لمفاهيم الجودة.
- ذ- عدم إدراك أهمية الحوافز في إنجاح برامج الجودة، وكذلك أهمية دور العاملين في تحقيق النجاح أو الفشل، وهو ما أيده (العسس، 2014: 121)، علماً بأن العاملين يعتبرون الأداة الرئيسة في العمل والإنتاج، والاهتمام بهم وتحفيزهم من المبادئ الهامة في ستة سيجما، إلى ذلك فإن عدم فاعلية نظام الحوافز المعمول به في مرافق وزارة الصحة بشكل عام، وقلة الاهتمام بمكافأة العاملين يؤدي إلى غياب الدافعية لديهم وضعف مشاركتهم وخصوصاً في جانب تطبيق جهود وأنشطة الجودة، وهذا ما تراه أيضاً دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 405)، وتشير إليه دراسة (حمد، 2015: 118)، ودراسة (راضي، 2015: 136)، ودراسة (الشاعر، 2014: 175)، ودراسة (زاهر، 2014: 21)، ودراسة (الحو، 2014: 351)، ودراسة (الطائي، ونايف، 2009: 47)، ودراسة (الكحلوت، 2004: 167).
- ر- قصور في الجانب التدريبي للعاملين لاسيما على مفاهيم ونظم ومبادئ وأدوات الجودة؛ مما يحول دون فاعلية برامج الجودة، وهذا ما تؤيده دراسة (الشاعر، 2014: 175) ودراسة (زاهر، 2014: 21) ودراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 423) ودراسة (سويدان، 2011: 683)، وهو ما دعا (واصف، وآخري، 2011: 338) و(الراوي، 2011: 120) و(السلايمة، 2007: 104) للتوصية بالاستثمار في التدريب وإكساب العاملين المعرفة في مجال ستة سيجما وأهميتها وفوائدها للمستشفيات.
- ز- محدودية الاستفادة من نظام المعلومات المحوسب في المستشفيات، حيث لا يتم توظيف تلك المعلومات في صنع القرارات الخاصة بتحسين جودة الخدمات المقدمة في المستشفى، وهذا ما تؤيده دراسة (راضي، 2015: 137) ودراسة (الشاعر، 2014: 175)، وتتفق معه دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 410, 423).
- س- ضخامة المسؤوليات الملقاة على عاتق إدارة المستشفى من حيث تعدد وتنوع خدمات المستشفى والعدد الكبير للعاملين فيها والحجم الضخم لمجتمع المرضى الذي تخدمه تلك المستشفيات، والحرص على استمرارية تقديم الخدمات وتبعات ذلك وما يترتب عليه، مما يشتمل الانتباه عن بعض الجوانب الهامة لصالح جوانب أخرى، وبالتالي يضعف التركيز على الجودة وتبني نظمها ومفاهيمها وهو ما ألمحت إليه دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 402, 423).
- ورغم هذه النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، إلا أنه تتوفر أرضية خصبة للمستشفيات الحكومية بقطاع غزة لتطبيق منهج ستة سيجما، والسعي نحو تعزيز استخدامه ورفع مستوى التطبيق بفاعلية وخطوات متسارعة للوصول إلى مستوى مرتفع من الجودة في الخدمات المقدمة وتحقيق درجة عالية من رضا المرضى.

2. الإجابة عن السؤال الفرعي الثاني:

ينص السؤال الفرعي الثاني من أسئلة الدراسة على: "ما مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟"

وللإجابة عن هذا السؤال قام تم صياغة فرضٍ ينص على: "لا يختلف مستوى رضا المرضى عن (70%) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة".

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام المتوسطات والنسب المئوية، وقيمة "ت" بحسب الجدول الآتي:

جدول رقم (5- 19) المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي للدرجة الكلية لاستبانة المرضى

المحور	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة "t"	قيمة "sig"
الدرجة الكلية للاستبانة: رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما	123.774	21.923	68.76	-2.359	0.019

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

المتوسط الحسابي الفرضي (3.5)، والوزن النسبي "المتوسط الحسابي النسبي" الفرضي (70%).

يتضح من الجدول (5- 19) أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) في الدرجة الكلية بلغت (0.019) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، وبالتالي قبول الفرضية البديلة، أي أنه " يختلف مستوى رضا المرضى عن (70%) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة ". وحيث إن إشارة (t) سالبة، فهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة من المرضى المبحوثين كانت سلبية، وبالتالي فإن مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) في المستشفيات محل الدراسة يقل عن (70%).

وبالرجوع إلى الجدول المذكور فإن مستوى الرضا العام للمرضى (الدرجة الكلية) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما حصل على وزن نسبي (68.76%) وهو أقل من المستوى الفرضي (70%) الذي تم تحديده، ورغم ذلك فإنه يجدر بالمستشفيات المحافظة على نقاط القوة وتعزيزها، ومضاعفة الجهود في بعض الممارسات والإجراءات والأنشطة التي يشوبها القصور والضعف والتركيز عليها من أجل تحسين مستوى رضا المرضى. ومن جانب آخر، يمكن تحليل تدني مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما بالمستشفيات الحكومية محل الدراسة عن (70%)، للآتي:

- صعوبة الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية في الساحة الفلسطينية وعدم استقرارها مما يترك آثاراً سلبية عامة، من الوارد انعكاسها سلباً على مستوى رضا المرضى، وهو ما تؤيده دراسة (El Mudallal, 2013: 72)، ودراسة (Hillis, 2008: 123).
- الحصار المفروض على قطاع غزة منذ العام (2006م) وآثاره التي تساهم في تراجع جودة الخدمات الصحية وبالتالي تدني مستوى رضا المرضى، وهو ما أشارت إليه دراسة (Ahmed, 2009: 66)، وتقرير (قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة، 2015: 10-11، 21).
- قصور في جهود إدارة المستشفى المبدولة لقياس مستوى رضا المرضى وتشخيص ردود أفعالهم نحو الخدمات المقدمة لهم، والانطلاق من ذلك في تطوير وتحسين الخدمات المقدمة.

• عدم وجود اهتمام كافٍ من إدارة المستشفى بالمرضى أو غياب الآلية الواضحة للتواصل معهم، وقد يعود ذلك لعدم تبني أسلوب التوجه بالعميل، الذي يعتبر العميل "المريض" هو حجر الزاوية والمحور الأهم في المنظمة، علمًا بأن العميل "المريض" يعتبر من أهم مرتكزات منهج ستة سيجما.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية في كون مستوى رضا المرضى يقل عن (70%) مع نتائج دراسة المقدمة في المستشفيات العامة في مدينة النجف (56%)، ودراسة (البرغوثي، وآخرين، 2014) التي بلغ فيها رضا العملاء عن مختبرات التحاليل الطبية في مصر نسبة (63.1%)، ودراسة (Dzomeku, et al, 2013) التي خلّصت إلى أن رضا المرضى المنومين في أقسام الباطنة والجراحة والولادة بمستشفى جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا بكوماس في غانا بلغ درجة متدنية (أقل من 46%)، ودراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت أن مستوى الرضا العام عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة بمحافظات غزة بلغ نسبة (66.89%)، ودراسة (Al-Kariri, 2010) التي بلغ فيها رضا المرضى العام عن جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة (63.9%)، ودراسة (Ahmed, 2009) التي بلغ فيها مستوى الرضا العام للنساء حول خدمات الولادة المقدمة في مستشفى الشفاء بغزة (61.8%)، ودراسة (Al-Doghaither, 2004) التي أظهرت أن متوسط رضا المرضى الداخليين عن خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد في الرياض بالسعودية بلغ (3.31) أي بنسبة (66.2%)، في حين اختلفت في ذلك مع دراسة (عبد الوهاب، 2016) التي كشفت أن رضا المرضى في مستشفى غازي الحريري للجراحات التخصصية في العراق عالٍ بمتوسط حسابي يبلغ (5.15 من أصل 7) أي بنسبة (73.57%)، وكذلك مع دراسة (الشعرات، 2014) التي بينت أن مستوى رضا الزبائن عن خدمات شركة أمنية للهواتف المتنقلة بالأردن بلغ درجة عالية بمتوسط حسابي (4.287) أي بنسبة (85.74%)، وأيضًا اختلفت مع دراسة (Kavitha, 2012) التي توصلت إلى أن رضا المرضى النزلاء عن خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العامة في الهند بلغ (70%) ونسبة (97%) في المستشفيات الخاصة، كما اختلفت مع دراسة (Shams, et al, 2010) التي كشفت أن (74.3%) من المرضى المترددين على العيادات المتنقلة في ريف أسيوط بمصر راضون عن الخدمة بشكل عام، واختلفت مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت أن رضا المرضى في مستشفى الوكالة بقليلية بلغ نسبة (88.60%)، ومع دراسة (الفراج، 2009) التي أظهرت أن نسبة الرضا العام عن جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي بسوريا بلغت (75%)، وأيضًا اختلفت مع دراسة (El-Haj, 2008) التي توصلت إلى أن درجة الرضا العام للمرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى غزة الأوروبي بلغت نسبة (78.7%)، ودراسة (Hillis, 2008) التي أظهرت أن درجة رضا المرضى الخارجيين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء بلغت نسبة (81%)، وكذلك مع دراسة (Al-Sharif, 2008) التي كشفت أن مستوى الرضا العام في المستشفيات الحكومية في منطقة نابلس بالضفة الغربية بلغ (70.2%)، وكذلك دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت أن نسبة رضا المرضى عن الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة بلغت بشكل عام (70.1%)، ودراسة (العتيبي، 2002) التي أظهرت أن متوسط الرضا العام عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية محل الدراسة في الكويت بلغ (4.07) أي بنسبة (81.4%).

ويُعزى وجود الاختلاف مع هذه الدراسات إلى اختلاف بلد الدراسة أو اختلاف خصائص النظام الصحي، أو اختلاف القيم الثقافية والاجتماعية أو اختلاف وقت إجراء تلك الدراسات مع الدراسة الحالية.

3. الإجابة عن السؤال الفرعي الثالث:

ينص السؤال الفرعي الثالث من أسئلة الدراسة على أنه: "هل توجد فروق في آراء العاملين المبحوثين نحو استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟". وللإجابة عن هذا السؤال تم صياغة الفرض الآتي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من العاملين الإشرافيين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى للمتغيرات الآتية: (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والتخصص العلمي، وسنوات الخدمة، ومكان العمل (المستشفى)، والمستوى الوظيفي)".

وللتحقق من صحة الفرض أعلاه كان لا بد من التحقق من الفروض الفرعية الآتية المنبثقة عنه، وفيما يأتي بيان الإجابات عن تلك الفروض الفرعية:

الفرض الفرعي الأول، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)".

وللإجابة عن هذا الفرض تم باستخدام اختبار "T. test"، والجدول (5-20) يوضح ذلك:

جدول رقم (5-20) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة العاملين تعزى لمتغير الجنس

البعد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	ذكر	233	43.348	8.631	-0.401	0.689	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	43.747	6.980			
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	ذكر	233	41.987	9.296	-0.453	0.651	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	42.484	8.277			
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	ذكر	233	38.313	9.200	-0.352	0.725	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	38.695	8.167			
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	ذكر	233	49.648	10.872	-0.412	0.680	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	50.168	9.000			
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	ذكر	233	47.961	11.150	-0.544	0.587	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	48.674	9.740			
الدرجة الكلية للاستبانة	ذكر	233	221.258	45.204	-0.479	0.633	غير دالة إحصائياً
	أنثى	95	223.768	37.425			

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

ويُعزى ذلك للتشابه الكبير في طبيعة المهام وبيئة وظروف العمل؛ حيث إن عينة الدراسة من المبحوثين من كلا الجنسين يعملون في بيئة عمل واحدة وتسري عليهم نفس اللوائح والنظم الحكومية ويتأثرون بنفس الظروف، إضافة لكون الجوانب المتعلقة بأبعاد منهج ستة سيكما لا ترتبط بنوع الجنس، مما يحد من وجود اختلافات في وجهات النظر ويقود العاملين من كلا الجنسين للتعبير بطريقة مماثلة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس في متوسطات استجابات المبحوثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، كما اتفقت مع دراسة (الغلي، والأغبري، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول منهج ستة سيكما تعزى لمتغير الجنس في مصانع الأدوية بالجمهورية اليمنية، وكذلك تتفق مع دراسة (جواده، 2011) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو ستة سيكما تعزى لمتغير الجنس لدى المبحوثين من عينة الدراسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة. واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (المصري، والأغا، 2014) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو منهج ستة سيكما تعزى لمتغير الجنس لدى المبحوثين في الجامعات الفلسطينية لصالح الذكور.

الفرض الفرعي الثاني، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير العمر".

وللإجابة عن هذا الفرض تم باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 21) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى

لمتغير العمر للعاملين

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	219.979	3	73.326	1.097	0.350	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21651.582	324	66.826			
	المجموع	21871.561	327				
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	524.428	3	174.809	2.180	0.090	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	25978.934	324	80.182			
	المجموع	26503.363	327				
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	114.814	3	38.271	0.481	0.696	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	25801.280	324	79.634			
	المجموع	25916.095	327				
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	بين المجموعات	67.021	3	22.340	0.207	0.892	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	34987.698	324	107.987			
	المجموع	35054.720	327				
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	بين المجموعات	162.276	3	54.092	0.466	0.706	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	37629.502	324	116.140			
	المجموع	37791.777	327				
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	3370.613	3	1123.538	0.604	0.613	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	602776.311	324	1860.421			
	المجموع	606146.924	327				

ف الجدولية عند درجة حرية (3,324) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.83

ف الجدولية عند درجة حرية (3,324) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.62

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيمة اختبار (f) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية؛ لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير العمر.

ويُعزى ذلك لكون جميع المبحوثين من مختلف الفئات العمرية يعملون في بيئة وظروف عمل متشابهة والظروف تؤثر عليهم بنفس الدرجة، بالإضافة لاهتمام جميع العاملين الإشرافيين بمفهوم ستة سيجما ولديهم تشوق نحو تطبيقه، إضافة لتقارب إحساسهم حول استخدام منهج ستة سيجما بغض النظر عن فئاتهم العمرية؛ الأمر الذي قلص الفجوة في وجهات نظر المبحوثين.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير العمر في متوسطات استجابات المبحوثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، وكذلك مع دراسة (عبد الله، 2014) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو منهج ستة سيجما تعزى لمتغير العمر لدى عينة الدراسة في المصارف العاملة بقطاع غزة، وكذلك تتفق مع دراسة (جوادة، 2011) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير العمر لدى المبحوثين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

الفرض الفرعي الثالث، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير المستوى التعليمي" وللإجابة عن هذا الفرض تم باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 22) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى

لمتغير المستوى التعليمي للعاملين

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	730.288	2	365.144	5.613	0.004	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	21141.273	325	65.050			
	المجموع	21871.561	327				
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	1057.752	2	528.876	6.755	0.001	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	25445.610	325	78.294			
	المجموع	26503.363	327				
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	1246.997	2	623.498	8.214	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24669.098	325	75.905			
	المجموع	25916.095	327				
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	بين المجموعات	1085.097	2	542.548	5.191	0.006	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	33969.623	325	104.522			
	المجموع	35054.720	327				
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	بين المجموعات	1402.417	2	701.209	6.263	0.002	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	36389.360	325	111.967			
	المجموع	37791.777	327				
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	26382.209	2	13191.105	7.395	0.001	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	579764.715	325	1783.891			
	المجموع	606146.924	327				

ف الجدولية عند درجة حرية (2,325) وعند مستوى دلالة (0.01) = 4.66

ف الجدولية عند درجة حرية (2,325) وعند مستوى دلالة (0.05) = 3.02

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) أقل من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (المؤهل العلمي). ولمعرفة اتجاه الفروق تم باستخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول الآتية توضح ذلك:

جدول رقم (5- 23) اختبار شيفيه في البعد الأول . التعرف تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	45.938	0	44.056	41.683
بكالوريوس	44.056	1.88	0	
دراسات عليا	41.683	*4.25	*2.37	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس، ولم يتضح فروق في المؤهلات الأخرى. ويُعزى ذلك إلى محدودية المعرفة لدى حملة الدبلوم فأقل والبكالوريوس حول منهج ستة سيجما، مما جعل إحساسهم بوجود بعض ممارسات بُعد التعرف دليلاً بالنسبة لهم على تطبيق ممارسات البُعد ككل.

جدول رقم (5- 24) اختبار شيفيه في البعد الثاني . القياس تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	43.000	0	43.631	39.783
بكالوريوس	43.631	0.63	0	
دراسات عليا	39.783	*3.22	*3.85	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس، ولم يتضح فروق في المؤهلات الأخرى. وتعود هذه النتيجة كما تم الإشارة مسبقاً إلى أن درجة المعرفة لدى حملة الدبلوم فأقل والبكالوريوس حول منهج ستة سيجما وأبعاده تعتبر محدودة، مما دفعهم للاعتقاد بأن تطبيق بعض أنشطة بُعد القياس تعني تطبيق جميع أنشطة البُعد.

جدول رقم (5- 25) اختبار شيفيه في البعد الثالث . التحليل تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	40.063	0	39.856	35.858
بكالوريوس	39.856	0.21	0	
دراسات عليا	35.858	*4.20	*4.00	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس، ولم يتضح فروق في المؤهلات

الأخرى. وتُرد هذه النتيجة إلى وجود معرفة محدودة لدى حملة الدبلوم فأقل والباكالوريوس حول منهج ستة سيجما وأبعاده، وفي ظل استشارتهم باستخدام بعض الممارسات في تحليل مشكلات الخدمة تكونت لديهم قناعة بأنه يتم ممارسة كل جهود البُعد بشكل عام.

جدول رقم (5- 26) اختبار شيفيه في البعد الرابع - التحسين تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	51.813	0	50.969	47.433
بكالوريوس	50.969	0.84	0	
دراسات عليا	47.433	4.38*	3.54*	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس، ولم يتضح فروق في المؤهلات الأخرى. وتُرجع هذه النتيجة إلى وجود معرفة غير كافية لدى حملة الدبلوم فأقل والباكالوريوس حول منهج ستة سيجما وأبعاده، مما جعل إحساسهم بوجود بعض الإجراءات لتحسين الخدمة الصحية مؤشراً على وجود جميع أنشطة هذا البُعد.

جدول رقم (5- 27) اختبار شيفيه في البعد الخامس - الرقابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	49.458	0	49.819	45.450
بكالوريوس	49.819	0.36	0	
دراسات عليا	45.450	4.01*	4.37*	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس، ولم يتضح فروق في المؤهلات الأخرى. ولعل السبب في هذه النتيجة لمحدودية المعرفة لدى حملة الدبلوم فأقل والباكالوريوس حول منهج ستة سيجما وأبعاده، فاستشارتهم بممارسة بعض جهود الرقابة أسهم في تكوين تصور لديهم بأنه يتم ممارسة جهود هذا البُعد ككل.

جدول رقم (5- 28) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا
دبلوم فأقل	230.271	0	228.331	210.208
بكالوريوس	228.331	1.94	0	
دراسات عليا	210.208	20.06*	18.12*	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجداول السابقة من رقم (5- 23) إلى (5- 28) وجود فروق بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة، ولم يتضح فروق في المستويات التعليمية الأخرى.

ويمكن تفسير وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات الباحثين تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح حملة البكالوريوس والدبلوم فأقل بسبب تنوع المستوى التعليمي لفئة الباحثين من العاملين الإشرافيين من جهة، ومن جهة أخرى لكون مفاهيم الجودة وبالأخص مفهوم ستة سيجما يعتبر من المفاهيم الحديثة وجديد بالنسبة لحملة البكالوريوس والدبلوم بشكل خاص، مما ساهم في بناء تصور بسيط ومحدود لدى حملة الدبلوم فأقل والبكالوريوس عن مفاهيم الجودة لاسيما ستة سيجما، لذا فإن استشارتهم بوجود بعض الإجراءات أو الأنشطة أو الممارسات تعني لهم وجود الكل دون إدراك لبقية الأجزاء أو الأنشطة أو الممارسات، وهذا يفسر سبب ارتفاع درجة متوسطات استجابات الباحثين من حملة البكالوريوس والدبلوم فأقل. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (الترك، 2016) التي توصلت لعدم وجود فروق في استجابات الباحثين حول استخدام منهج ستة سيجما تُعزى لمتغير المؤهل العلمي لدى العاملين بالشركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين، وكذلك مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في متوسطات استجابات الباحثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، كما اختلفت مع دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى العاملين في البنوك التجارية الفلسطينية، وخالفت دراسة (عبد الله، 2014) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو منهج ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الباحثين في المصارف العاملة بقطاع غزة، وأيضًا اختلفت مع دراسة (أبو ناهية، 2012) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول منهج ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، وكذلك الحال في اختلافها مع دراسة (جوادة، 2011) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، وكذلك تختلف مع دراسة (الششري، 2010) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو أبعاد ستة سيجما (دمايك) تُعزى لمتغير المستوى التعليمي بين أفراد عينة الدراسة بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية باستثناء بُعد (القياس) بدون بيان الفروق لصالح مَنْ.

ويُعزى هذا الاختلاف مع الدراسات المذكورة آنفًا لاختلاف البيئات والمجتمعات التي أُجريت فيها تلك الدراسات عن الدراسة الحالية.

الفرض الفرعي الرابع، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين الباحثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير مكان العمل". وللإجابة عن هذا الفرض تم باستخدام اختبار "T. test"، والجدول (5- 29) يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 29) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "t" لاستبانة العاملين تعزى لمتغير مكان العمل

البيد	مكان العمل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البيد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	مجمع الشفاء الطبي	216	41.968	8.381	-4.749	0.000	دالة عند 0.01
	مستشفى غزة الأوروبي	112	46.348	6.945			
البيد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	مجمع الشفاء الطبي	216	41.269	9.325	-2.428	0.016	دالة عند 0.05
	مستشفى غزة الأوروبي	112	43.795	8.130			

البعد	مكان العمل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	مجمع الشفاء الطبي	216	37.574	9.317	-2.418	0.016	دالة عند 0.05
	مستشفى غزة الأوروبي	112	40.063	7.824			
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	مجمع الشفاء الطبي	216	49.185	10.692	-1.493	0.136	غير دالة إحصائياً
	مستشفى غزة الأوروبي	112	50.982	9.603			
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	مجمع الشفاء الطبي	216	46.898	10.801	-3.006	0.003	دالة عند 0.01
	مستشفى غزة الأوروبي	112	50.616	10.262			
الدرجة الكلية للاستبانة	مجمع الشفاء الطبي	216	216.894	44.404	-3.011	0.003	دالة عند 0.01
	مستشفى غزة الأوروبي	112	231.804	38.652			

قيمة "t" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "t" الجدولية عند درجة حرية (326) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) بلغت (0.136) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في البعد الرابع؛ لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين نحو استخدام بُعد التحسين المستمر للخدمة الصحية بالمستشفيات محل الدراسة تُعزى لمتغير مكان العمل.

كما يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) أقل من مستوى الدلالة (0.05) في الأبعاد (التعرف، والقياس، والتحليل، والرقابة) والدرجة الكلية؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين بالمستشفيات محل الدراسة حول استخدام الأبعاد الأول والثاني والثالث والخامس من أبعاد منهج ستة سيجما وفي الدرجة الكلية تُعزى لمتغير مكان العمل وقد كانت الفروق لصالح المستشفى غزة الأوروبي.

ويعود وجود هذه الفروق بين المبحوثين تُعزى لمتغير مكان العمل في أبعاد منهج ستة سيجما (التعرف، القياس، التحليل، الرقابة) لصالح مستشفى غزة الأوروبي إلى اختلاف الثقافة التنظيمية الداعمة للجودة بين المستفيين محل الدراسة، فتُعد تلك الثقافة مرتفعة في مستشفى غزة الأوروبي، وهذا ما ألمحت إليه دراسة (أبو شريعة، 2014: 233)، ودراسة (Abu Saileek, 2004: 108)، في حين أشارت دراسة (Al-Telbani & Radwan, 2013: 403-405) إلى انخفاض مستوى الثقافة التنظيمية في مؤسسات وزارة الصحة بغزة محل الدراسة بما فيها مجمع الشفاء الطبي. وبالعموم يمكن القول أنه بالرغم من أن بيئة العمل وظروفه واللوائح والقوانين والأنظمة متشابهة في كلا المستفيين وكلاهما حكومي ويتبعان لنفس الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة بقطاع غزة، إلا أن مستشفى غزة الأوروبي يعتبر حديثاً وتم تصميمه على الطريقة الغربية، وتم تجهيزه بأجهزة ومعدات حديثة، وتم استقطاب خبرات وكفاءات مميزة من الداخل والخارج للعمل به في حينه، وكان يدار في بداية الأمر عبر فريق مشترك فلسطيني وأجنبي ترك بصماته في الجانب الإداري، الأمر الذي ساعد في خلق ثقافة جودة في مستشفى غزة الأوروبي ساهمت بالإضافة لاهتمام إدارة المستشفى بجودة الخدمة إلى تكوين اختلافات في وجهات النظر بين العاملين في المستشفى غزة الأوروبي ومجمع الشفاء الطبي في الأبعاد المذكورة لصالح المستشفى غزة الأوروبي.

أما عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير مكان العمل في بُعد "التحسين" في استجابات المبحوثين من كلا المستفيين، فذلك لأن أنشطة التحسين للخدمة تتطلب موارد مالية ومادية والتي تعتبر محدودة في وزارة الصحة في ظل الأزمة المالية وبالتالي فهي غير متوفرة لكلا المستفيين مما يجعل أنشطة التحسين في حدها الأدنى في كليهما وبشكل لا يلمس معه المبحوثين أي اختلاف، لذا لم تتكون فروق بينهما.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد الله، 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو بُعد "التحسين" تعزى لمتغير مكان العمل لدى المبحوثين في المصارف العاملة بقطاع غزة، وأيضاً تتفق مع دراسة (أبو ناهية، 2012) التي لم تكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول بُعد "التحسين" تعزى لمتغير مكان العمل لدى عينة الدراسة في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع الدراستين السابقتين دراسة (عبد الله، 2014) ودراسة (أبو ناهية، 2012) اللتين توصلتا لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول بقية أبعاد ستة سيجما تعزى لمتغير مكان العمل لدى عينة الدراسة في كلٍ منهما، في حين اتفقت مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير مكان العمل في متوسطات استجابات المبحوثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية.

الفرض الفرعي الخامس، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير التخصص العلمي".

وللإجابة عن هذا الفرض تم باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5-30) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير التخصص العلمي للعاملين

مستوى الدلالة	قيمة "sig"	قيمة "f"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند 0.01	0.000	5.726	352.445	6	2114.669	بين المجموعات	البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية
			61.548	321	19756.892	داخل المجموعات	
				327	21871.561	المجموع	
دالة عند 0.01	0.000	4.831	365.849	6	2195.095	بين المجموعات	البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية
			75.727	321	24308.267	داخل المجموعات	
				327	26503.363	المجموع	
دالة عند 0.01	0.000	4.658	345.959	6	2075.753	بين المجموعات	البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية
			74.269	321	23840.342	داخل المجموعات	
				327	25916.095	المجموع	
دالة عند 0.01	0.000	4.775	478.746	6	2872.478	بين المجموعات	البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية
			100.256	321	32182.242	داخل المجموعات	
				327	35054.720	المجموع	
دالة عند 0.01	0.000	5.298	567.587	6	3405.520	بين المجموعات	البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية
			107.122	321	34386.258	داخل المجموعات	
				327	37791.777	المجموع	
دالة عند 0.01	0.000	5.920	10064.548	6	60387.289	بين المجموعات	الدرجة الكلية للاستبانة
			1700.186	321	545759.635	داخل المجموعات	
				327	606146.924	المجموع	

ف الجدولية عند درجة حرية (6,321) وعند مستوى دلالة (0.01) = 4.82

ف الجدولية عند درجة حرية (6,321) وعند مستوى دلالة (0.05) = 3.09

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) أقل من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير التخصص العلمي.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه البعدي والجداول الآتية توضح ذلك:
جدول رقم (5- 31) اختبار شيفيه في البعد الأول . التعرف تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
العلمي	40.846	40.846	43.401	43.385	41.921	43.500	49.02	47.00
طبيب	40.846	0						
ممرض	43.401	2.56	0					
صيدلي	43.385	2.54	0.02	0				
فني	41.921	1.07	1.48	1.46	0			
هندسي	43.500	2.65	0.10	0.12	1.58	0		
إداري	49.021	*8.18	*5.62	*5.64	*7.10	5.52	0	
أخرى	47.000	6.15	3.60	3.62	5.08	3.50	2.02	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري، ولم يتضح فروق في التخصصات الأخرى. ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة إلى قلة احتكاك فئة ذوي التخصص الإداري بالمرضى ومشكلات العمل في أقسام المبيت؛ مما جعل استشعارهم باستخدام بعض ممارسات بُعد التعرف دليلاً على استخدام مجمل ممارسات هذا البُعد.

جدول رقم (5- 32) اختبار شيفيه في البعد الثاني . القياس تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
العلمي	40.179	40.179	42.328	37.846	39.789	43.000	47.66	42.00
طبيب	40.179	0						
ممرض	42.328	2.15	0					
صيدلي	37.846	2.33	4.48	0				
فني	39.789	0.39	2.54	1.94	0			
هندسي	43.000	2.82	0.67	5.15	3.21	0		
إداري	47.660	*7.48	*5.33	*9.81	*7.87	4.66	0	
أخرى	42.000	1.82	0.33	4.15	2.21	1.00	5.66	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري، ولم يتضح فروق في التخصصات الأخرى. ولعل السبب في هذه النتيجة هو أن درجة احتكاك فئة ذوي التخصص الإداري بالمرضى ومشكلات العمل في الأقسام الداخلية محدودة، فكان إحساسهم بوجود بعض أنشطة بُعد القياس مؤشراً لوجود بقية أنشطة هذا البُعد.

جدول رقم (5- 33) اختبار شيفيه في البعد الثالث . تحليل مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
العلمي	36.513	36.513	38.708	35.077	35.526	39.917	43.66	38.33
طبيب	36.513	0						
ممرض	38.708	2.20	0					
صيدلي	35.077	1.44	3.63	0				
فني	35.526	0.99	3.18	0.45	0			
هندسي	39.917	3.40	1.21	4.84	4.39	0		
إداري	43.660	*7.15	*4.95	*8.58	*8.13	3.74	0	
أخرى	38.333	1.82	0.37	3.26	2.81	1.58	5.33	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري، ولم يتضح فروق في التخصصات الأخرى. ومن الممكن أن تعود هذه النتيجة إلى

قلة احتكاك فئة ذوي التخصص الإداري بالمرضى ومشكلات العمل في أقسام المبيت بشكل عام وفي ظل استشارهم بتطبيق بعض أنشطة بُعد التحليل تولدت لديهم قناعة بأنه يتم تطبيق جميع أنشطة هذا البُعد.

جدول رقم (5- 34) اختبار شيفيه في البعد الرابع . التحسين المستمر تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص العلمي	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
طبيب	47.641	0						52.33
ممرض	50.496	2.86	0					55.53
صيدلي	44.231	3.41	6.27	0				
فني	46.263	1.38	4.23	2.03	0			
هندسي	50.000	2.36	0.50	5.77	3.74	0		
إداري	55.532	*7.89	*5.04	*11.30	*9.27	5.53	0	
أخرى	52.333	4.69	1.84	8.10	6.07	2.33	3.20	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري، ولم يتضح فروق في التخصصات الأخرى، ويمكن تفسيرها بوجود احتكاك محدود بين فئة التخصص الإداري وبين المرضى ومشكلات العمل في الأقسام الداخلية، وبالتالي ترتب على معرفتهم بوجود جهود للتحسين المستمر على الخدمة الاعتقاد بأن جميع جهود هذا البُعد يتم تطبيقها بدرجة كبيرة.

جدول رقم (5- 35) اختبار شيفيه في البعد الخامس الرقابة على استمرار التحسين تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص العلمي	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
طبيب	45.821	0						50.33
ممرض	48.518	2.70	0					54.70
صيدلي	44.846	0.97	3.67	0				
فني	43.816	2.00	4.70	1.03	0			
هندسي	50.667	4.85	2.15	5.82	6.85	0		
إداري	54.702	*8.88	*6.18	*9.86	*10.89	4.04	0	
أخرى	50.333	4.51	1.82	5.49	6.52	0.33	4.37	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري، ولم يتضح فروق في التخصصات الأخرى. وتُعزى هذه النتيجة للاحتكاك المحدود بين فئة ذوي التخصص الإداري من جهة وبين المرضى ومشكلات العمل في أقسام المبيت من جهة أخرى مما جعل تصورهم نحو ممارسة بعض الأنشطة الخاصة ببُعد الرقابة دليلاً على تطبيق جميع الأنشطة لهذا البُعد.

جدول رقم (5- 36) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير التخصص العلمي

التخصص العلمي	المتوسط الحسابي	طبيب	ممرض	صيدلي	فني	هندسي	إداري	أخرى
طبيب	211.000	0						230.00
ممرض	223.453	12.45	0					250.57
صيدلي	205.385	5.62	18.07	0				
فني	207.316	3.68	16.14	1.93	0			
هندسي	227.083	16.08	3.63	21.70	19.77	0		
إداري	250.574	*39.57	*27.12	*45.19	*43.26	23.49	0	
أخرى	230.000	19.00	6.55	24.62	22.68	2.92	20.57	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجداول السابقة من رقم (5- 31) إلى (5- 36) وجود فروق بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة، ولم يتضح فروق في التخصصات العلمية الأخرى.

وتُعزى تلك الفروق لاختلاف الخلفية العلمية للتخصصات الصحية عن التخصصات الأخرى مما يسهم في تشكيل وجهات نظر مختلفة، حيث كانت الاختلافات لصالح التخصص الإداري البالغ عددهم (47) موظفًا ويشكلون نحو (14%) من العينة، ويُرجع ذلك إلى أن لديهم تصورًا إيجابيًا عن مستوى تطبيق ستة سيجما مما رفع متوسطات استجاباتهم، إضافة لكون ذلك له ارتباطات بمتغيرات أخرى، فمن أصل (47) موظفًا يحملون التخصص العلمي الإداري يوجد (41) - أي نحو (87%) - من حملة الدبلوم والبكالوريوس وهذا ينسجم مع النتيجة التي توصلت لها هذه الدراسة من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المبحوثين تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح حملة الدبلوم والبكالوريوس، وكذلك فإن أكثر من نصف عددهم بواقع (29) موظفًا منهم يعملون في مستوى وظيفي إما مدير أو رئيس شعبة وهو ما يتماشى أيضًا مع النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المبحوثين تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لصالح المسميات المذكورة. ولعل الفئة التي كانت الفروق لصالحها وهي فئة التخصص الإداري ونسبتهم (14%) أقل بكثير من إجمالي الفئات الأخرى، وهذه الفئة تعتبر الأقل احتكاكًا بالمرضى ومشكلات العمل في الأقسام الداخلية، مما جعل استشعارهم بتطبيق بعض الأنشطة والجهود كافٍ لتولد قناعة لديهم بأنه يتم استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده بدرجة كبيرة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي لدى العاملين في الجامعات الأردنية لصالح الإداريين. في حين اختلفت مع دراسة (الغلي، والأغبري، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو منهج ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي في مصانع الأدوية بالجمهورية اليمنية، وخالفت دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي لدى العاملين في البنوك التجارية الفلسطينية، وتختلف مع دراسة (عبد الله، 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي في قطاع غزة، وكذلك خالفت دراسة (حميدة، 2013) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي لدى أفراد عينة الدراسة بالشركات الصناعية في قطاع غزة، واختلفت مع دراسة (أبو ناهية، 2012) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي لدى المبحوثين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، وكذلك تختلف مع دراسة (جوادة، 2011) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير التخصص العلمي لدى عينة الدراسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة. ويُعزى الاختلاف مع الدراسات أعلاه لاختلاف مجتمع الدراسة أو مكان إجرائها أو أبعادها.

الفرض الفرعي السادس، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير سنوات الخدمة "

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA. جدول رقم (5-37) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات الخدمة للعاملين

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	193.899	4	48.475	0.722	0.577	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21677.662	323	67.114			
	المجموع	21871.561	327				
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	325.796	4	81.449	1.005	0.405	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	26177.567	323	81.045			
	المجموع	26503.363	327				
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	61.370	4	15.343	0.192	0.943	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	25854.724	323	80.046			
	المجموع	25916.095	327				
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	بين المجموعات	80.078	4	20.019	0.185	0.946	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	34974.642	323	108.281			
	المجموع	35054.720	327				
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	بين المجموعات	106.027	4	26.507	0.227	0.923	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	37685.751	323	116.674			
	المجموع	37791.777	327				
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	2086.153	4	521.538	0.279	0.892	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	604060.771	323	1870.157			
	المجموع	606146.924	327				

ف الجدولية عند درجة حرية (4,323) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.36

ف الجدولية عند درجة حرية (4,323) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.39

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية؛ لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير سنوات الخدمة.

ويُعزى ذلك إلى أن المشاركين في الدراسة من المبحوثين - سواء أكان من ذوي سنوات الخدمة الطويلة (أكثر من 10 سنوات) أو ممن هم أقل من ذلك - لديهم اتجاه متقارب نحو دور وأهمية منهج ستة سيكما في تحسين جودة الخدمة المقدمة، مما أذاب الفروق التي قد تنشأ في وجهات النظر بينهم، وبالتالي سهّل تقبل إمكانية تطبيقه والاستفادة منه في تحسين رضا المرضى، وهذه النتيجة تتسجم مع ما توصلت إليه هذه الدراسة في عدم وجود فروق في استجابات المبحوثين تُعزى لمتغير العمر.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الترك، 2016) التي توصلت لعدم وجود فروق في استجابات المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيكما تُعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى العاملين بالشركات المساهمة المدرجة في بورصة فلسطين، وكذلك مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير سنوات الخدمة في متوسطات استجابات المبحوثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية، كما اتفقت مع دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيكما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى العاملين في البنوك التجارية الفلسطينية،

وتتفق مع دراسة (عبد الله، 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى المبحوثين في المصارف العاملة في قطاع غزة، واتفقت مع دراسة (المصري، والأغا، 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى العاملين في الجامعات الفلسطينية، واتفقت كذلك مع دراسة (حميدة، 2013) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى أفراد عينة الدراسة بالشركات الصناعية في قطاع غزة، وتتفق مع دراسة (أبو ناهية، 2012) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى المبحوثين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، واتفقت مع دراسة (جواده، 2011) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى عينة الدراسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، كما اتفقت مع دراسة (الششري، 2010) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة بين أفراد عينة الدراسة في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية، وكذلك اتفقت مع دراسة (العسيري، 2010) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى أفراد عينة الدراسة من العاملين في إدارة برنامج جلوب البيئي بالسعودية. في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير سنوات الخدمة لدى العاملين في الجامعات الأردنية لصالح فئة ذوي سنوات الخدمة (10 سنوات) فأكثر.

الفرض الفرعي السابع، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي".
وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 38) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستوى الوظيفي للعاملين

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
البعد الأول: التعرف على مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	881.950	3	293.983	4.538	0.004	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	20989.611	324	64.783			
	المجموع	21871.561	327				
البعد الثاني: قياس مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	1285.896	3	428.632	5.507	0.001	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	25217.467	324	77.832			
	المجموع	26503.363	327				
البعد الثالث: تحليل مشكلات الخدمة الصحية	بين المجموعات	1192.145	3	397.382	5.208	0.002	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24723.950	324	76.308			
	المجموع	25916.095	327				
البعد الرابع: التحسين المستمر للخدمة الصحية	بين المجموعات	1007.548	3	335.849	3.196	0.024	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	34047.171	324	105.084			
	المجموع	35054.720	327				
البعد الخامس: الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية	بين المجموعات	916.084	3	305.361	2.683	0.047	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	36875.693	324	113.814			
	المجموع	37791.777	327				

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	25829.657	3	8609.886	4.807	0.003	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	580317.267	324	1791.103			
	المجموع	606146.924	327				

ف الجدولية عند درجة حرية (3,324) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.83

ف الجدولية عند درجة حرية (3,324) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.62

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) أقل من مستوى الدلالة (0.05) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول الآتية توضح ذلك:

جدول رقم (5-39) اختبار شيفيه في البعد الأول - التعرف على مشكلات الخدمة تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تمييز
مدير دائرة فأعلى	47.043	0	41.873	44.569	44.720
رئيس قسم	41.873	*5.17	0	0	
رئيس شعبة/ نائب قسم	44.569	2.47	*2.70	0	
مشرف تمييز	44.720	2.32	*2.85	0.15	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، ولم يتضح فروق في المستويات الأخرى. وتُعزى هذه النتيجة إلى طبيعة العمل الإشرافي فبرغم أنها مختلفة لفئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التمريض في أقسام المستشفى الداخلية، إلا أن درجة ممارستهم للعمل الإشرافي المباشر محدودة في تلك الأقسام في ظل وجود رؤساء الأقسام، وبالتالي كان احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة قليلاً، فتولد تصور لديهم بأن الخدمة تقدم بجودة مناسبة مما أسهم في رفع استجاباتهم نحو مستوى ممارسة أبعاد منهج ستة سيجما ككل بما فيها أنشطة بُعد التعرف.

جدول رقم (5-40) اختبار شيفيه في البعد الثاني - قياس مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تمييز
مدير دائرة فأعلى	45.043	0	40.089	43.797	44.080
رئيس قسم	40.089	*4.95	0	0	
رئيس شعبة/ نائب قسم	43.797	1.25	*3.71	0	
مشرف تمييز	44.080	0.96	*3.99	0.28	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، ولم يتضح فروق في المستويات الأخرى. ومرد ذلك إلى أن درجة ممارسة العمل الإشرافي المباشر لفئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التمريض في أقسام المستشفى الداخلية تعتبر محدودة في تلك الأقسام في ظل وجود

رؤساء الأقسام، كما أن احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة أقل من رؤساء الأقسام، فتولد لديهم تصور بأن الخدمة تقدم بجودة مناسبة مما أسهم في رفع استجاباتهم نحو مستوى ممارسة أنشطة بُعد القياس.

جدول رقم (5- 41) اختبار شيفيه في البعد الثالث - تحليل مشكلات الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تريض
مدير دائرة فأعلى	41.696	0			
رئيس قسم	36.484	*5.21	0		
رئيس شعبة/ نائب قسم	39.967	1.73	*3.48	0	
مشرف تريض	40.000	1.70	*3.52	0.03	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التريض لصالح مشرف التريض، ولم يتضح فروق في المستويات الأخرى. وتعود هذه النتيجة إلى طبيعة العمل الإشرافي وإن كانت مختلفة لفئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التريض في أقسام المستشفى الداخلية، إلا أن درجة ممارستهم للعمل الإشرافي المباشر محدودة في تلك الأقسام في ظل وجود رؤساء الأقسام، كما أن درجة احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة قليل، فنتج عن ذلك تصورات إيجابية نحو تقديم الخدمة بجودة مناسبة مما أسهم في رفع استجاباتهم نحو مستوى ممارسة أبعاد منهاج ستة سيجما ككل بما فيها أنشطة بُعد التحليل.

جدول رقم (5- 42) اختبار شيفيه في البعد الرابع - التحسين المستمر للخدمة تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تريض
مدير دائرة فأعلى	52.913	0			
رئيس قسم	48.108	*4.80	0		
رئيس شعبة/ نائب قسم	50.772	2.14	*2.66	0	
مشرف تريض	52.760	-0.15	*4.65	1.99	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التريض لصالح مشرف التريض، ولم يتضح فروق في المستويات الأخرى. ويعود السبب في ذلك إلى أن درجة ممارسة العمل الإشرافي المباشر وإن كانت مختلفة لفئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التريض في أقسام المستشفى الداخلية، إلا أن تلك الممارسة تُعد محدودة في ظل وجود رؤساء الأقسام، بالإضافة لكون احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة أيضًا أقل من رؤساء الأقسام، فأسهم ذلك في ظل استشعارهم بتطبيق بعض ممارسات بُعد التحسين إلى تكون اتجاه إيجابي حول جودة الخدمة مما أدى إلى ارتفاع استجاباتهم نحو مستوى ممارسة أنشطة بُعد التحسين.

جدول رقم (5- 43) اختبار شيفيه في البعد الخامس - الرقابة على استمرار التحسين تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تريض
مدير دائرة فأعلى	50.783	0			
رئيس قسم	46.465	*4.32	0		
رئيس شعبة/ نائب قسم	49.431	1.35	*2.97	0	
مشرف تريض	50.240	0.54	*3.78	0.81	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، ولم يتضح فروق في المستويات الأخرى. ويرجع السبب في هذه النتيجة إلى طبيعة العمل الإشرافي المباشر لفئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التمريض في أقسام المستشفى الداخلية، حيث إن درجة ممارستهم تعتبر محدودة في تلك الأقسام في ظل وجود رؤساء الأقسام، وبالتالي فإن احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة أيضًا قليل، ومع إحساسهم بوجود جهود مبدولة للرقابة أسهم ذلك في تعزيز اعتقادهم بأنه يتم ممارسة كل الجهود المتعلقة ببعُد الرقابة مما أسهم في رفع استجاباتهم.

جدول رقم (5- 44) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة العاملين تعزى لمتغير المستوى الوظيفي

الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	المتوسط الحسابي	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة/ نائب قسم	مشرف تمريض
مدير دائرة فأعلى	237.478	0			
رئيس قسم	213.019	*24.46	0		
رئيس شعبة/ نائب قسم	228.537	8.94	*15.52	0	
مشرف تمريض	231.800	5.68	*18.78	3.26	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجداول السابقة من رقم (5- 39) إلى (5- 44) وجود فروق بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة، ولم يتضح فروق في المستويات الوظيفية الأخرى.

ويُعزى وجود اختلافات في استجابات المبحوثين بشكل ملحوظ ولصالح عدة فئات ضمن المستوى الوظيفي، لكون المبحوثين يمثلون جميع أنواع ومستويات الفئات الإدارية والإشرافية في المستشفيات محل الدراسة، وهذا الاختلاف في تلك المستويات يترتب عليه تباين في حجم وطبيعة المسؤوليات والأعمال الإشرافية المناطة بهم مما أسهم في تشكيل وجهات نظر مختلفة لديهم.

ويمكن تفسير وجود فروق في استجابات المبحوثين لصالح المستويات الوظيفية المختلفة (مديرين، ورؤساء الشعب، ومشرفي التمريض) في مقابل (رؤساء الأقسام)، لكونهم - أي رؤساء الأقسام - هم الذين يمارسون العمل الإشرافي بشكل أساسي ومباشر؛ حيث يقومون بترتيب جميع أمور العمل ويتابعون حل مشكلات العمل لاسيما في أقسام المستشفى الداخلية التي تعتبر الأماكن الأساسية لتقديم الخدمة الصحية؛ وبالتالي لديهم تصور واضح وفهم أعمق لدرجة ممارسة منهج ستة سيكما وأبعاده الخمسة؛ لذا كانت استجاباتهم منخفضة في مقابل الفئات الوظيفية الأخرى (مديرين، ورؤساء الشعب، ومشرفي التمريض)، فمن ناحية المديرين فغالبيتهم من حملة الشهادات الجامعية العليا وهم يمارسون عملهم المتعلق برسم السياسات والتواصل مع الجهات العليا في الوزارة باعتبارهم ضمن المستوى الأعلى (القيادة العليا في المستشفى) إضافة لممارسة الإشراف العام على العمل من خلال المستويات الإشرافية الأدنى منهم (والتي تتركز في فئة رؤساء الأقسام) الذين يتابعون العمل ويواجهون المشكلات ويعملون على حلها قبل وصولها للمديرين؛ لذا فدرجة احتكاك فئة المديرين بالعمل المباشر ومشكلاته محدودة؛ وهذا جعل الاعتقاد السائد لديهم بأن أمور العمل وجوده الخدمة تسير بشكل إيجابي، فانعكس ذلك بارتفاع متوسطات استجاباتهم نحو ممارسة منهج ستة سيكما بأبعاده الخمسة في المستشفى. ومن ناحية

رؤساء الشعب، ومشرفي التمريض فهؤلاء - مقارنة برؤساء الأقسام - ممارستهم للعمل الإشرافي محدودة بحكم طبيعة العمل، وبالتالي لديهم تصور ذهني إيجابي عن جودة العمل مما أوجد درجة عالية في استجاباتهم نحو مستوى استخدام منهج ستة سيجما.

وبالإجمال فلعل السبب في وجود تلك الفروق لصالح فئات المديرين ورؤساء الشعب ومشرفي التمريض يكمن في درجة ممارستهم للعمل الإشرافي المباشر التي تُعد محدودة في أقسام المستشفى الداخلية - باعتبارها المكان الأساسي لتقديم الخدمة الصحية - لاسيما في ظل وجود رؤساء الأقسام، وبالتالي فإن احتكاكهم بمشكلات العمل والخدمة أقل من رؤساء الأقسام، فتولدت لديهم تصورات إيجابية نحو تقديم الخدمة بجودة مناسبة في ظل وجود بعض الممارسات والأنشطة المتعلقة بأبعاد منهج ستة سيجما مما أسهم في رفع استجاباتهم حول مستوى ممارسة أبعاد منهج ستة سيجما ككل.

تجدر الإشارة إلى أن وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لصالح رئيس الشعبة، ولصالح مشرف التمريض تتسجم مع النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة حول وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي وأظهرت أنها كانت لصالح حملة البكالوريوس والدبلوم فأقل، وعُلمت بأن مفهوم ستة سيجما من المفاهيم الحديثة ومعرفتهم حوله تُعتبر محدودة، لذا فإحساسهم بوجود بعض الممارسات ضمن منهج ستة سيجما ساهم في تكوين تصور لديهم بوجود تطبيق لمعظم ممارسات وأبعاد المنهج فكانت متوسطات استجاباتهم عالية، والنتيجة الحالية تعززها أن الغالبية العظمى من رؤساء الشعب ومشرفي التمريض هم من حملة البكالوريوس والدبلوم، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 45) أعداد عينة الدراسة من العاملين الإشرافيين بناء على المستوى التعليمي والمستوى الوظيفي

المجموع	دبلوم فأقل	بكالوريوس	دراسات عليا	المستوى التعليمي المستوى الوظيفي
23	0	3	20	مدير دائرة فأعلى
157	12	63	82	رئيس قسم
123	34	72	17	رئيس شعبة/ نائب قسم
25	2	22	1	مشرف تمريض
328	48	160	120	الإجمالي

وتتفق هذه النتيجة في وجود فروق في استجابات عينة الدراسة تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي مع دراسة (القصاص، 2014) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية حول ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى العاملين في البنوك التجارية الفلسطينية، وتتفق مع دراسة (أبو طعيمة، 2016) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي في متوسطات استجابات الباحثين حول تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية إلا أنها كانت لصالح مدير عام ومدير دائرة. في حين تختلف هذه النتيجة مع دراسة (عبد الله، 2014) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو منهج ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى الباحثين في المصارف العاملة بقطاع غزة، كما خالفت دراسة (دودين، ومساعدة: 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى العاملين في الجامعات الأردنية، واختلفت كذلك مع دراسة (حميدة، 2013) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى أفراد عينة الدراسة في الشركات الصناعية في قطاع غزة، كما اختلفت مع دراسة (أبو ناهية، 2012) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول منهج ستة سيجما تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى عينة الدراسة

في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة، وتختلف مع دراسة (جواده، 2011) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول ستة سيجما تعزى لمتغير المستوى الوظيفي لدى عينة الدراسة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، وكذلك الحال في اختلافها مع دراسة (الشري، 2010) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو أبعاد ستة سيجما (دمايك) تعزى لمتغير المستوى الوظيفي بين أفراد عينة الدراسة في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية.

ويُعزى وجود الاختلاف مع الدراسات المذكورة أعلاه بسبب الاختلاف في مكان أو بيئة أو مجتمع الدراسة لاسيما أن غالبيتها في شركات صناعية أو خدمية أو جامعات أو مصارف.

4. الإجابة عن السؤال الفرعي الرابع:

ينص السؤال الفرعي الرابع من أسئلة الدراسة على أنه: "هل توجد فروق في آراء المرضى المبحوثين تجاه رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟".

وللإجابة عن هذا السؤال تم صياغة الفرض الآتي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من المرضى المنومين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى للمتغيرات الآتية: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومكان الإقامة، والمستشفى (مكان الدخول)، والقسم الذي يرقد فيه) ."

وللتحقق من صحة الفرض أعلاه كان لابد من التحقق من الفروض الفرعية الآتية المنبثقة عنه، وفيما

يأتي بيان الإجابات عن تلك الفروض الفرعية:

الفرض الفرعي الأول، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) ."

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار "T. test" والجدول (5- 46) يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 46) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "t" لاستبانة المرضى تعزى لمتغير الجنس

العدد	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
203	ذكر	119.842	22.131	-3.263	0.001	دالة عند 0.01
337	أنثى	126.142	21.484			

قيمة "t" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "t" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) في الدرجة الكلية بلغت (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير الجنس وقد كانت الفروق لصالح الإناث.

ويعود ذلك لعددٍ من الأسباب، ومنها:

- المستوى المنخفض للتوقعات القبلية لدى الإناث حول مستوى الخدمة الصحية التي ستقدم لهم، وعند مقابلتها بمستوى الخدمة المقدمة شعرت الإناث بفارق إيجابي نحو الخدمة مما رفع درجة استجابتهن.

- تصرف الطواقم العاملة في المستشفى وفقاً للثقافة الفلسطينية والآداب السائدة في المجتمع التي تراعي طبيعة وخصوصية الأنثى والتي تميل للتعامل بلطف واحترام مع الإناث أكثر من الذكور.
- نتيجة للمعاملة الزائدة التي تُقابل بها الإناث عادةً أكثر من الذكور مما جعل ردة فعل الإناث إيجابياً تجاه الخدمة.

- درجة ثقة الإناث أكبر من الذكور نحو مقدمي الرعاية الصحية وخاصة الأطباء والممرضات.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (El-Kariri, 2010) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة تُعزى لمتغير الجنس حيث كانت لصالح الإناث، كما اتفقت مع دراسة (Al-Sharif, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى لصالح الإناث عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس، ومع دراسة (El-Haj, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي لصالح الإناث، كما وتتفق مع دراسة (Al-Doghaiter, 2004) في وجود فروق لصالح الإناث من المرضى الداخليين عن خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد في الرياض بالسعودية، كما تتفق مع دراسة (Qannam, 2001) التي أظهرت أن المرضى الإناث أكثر رضاً عن الخدمة الصحية المقدمة في العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية في بيت لحم ومخيم العروب، كذلك تتفق مع دراسة (Abu-Nada, 2015) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس في استجابات المرضى نحو خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي بغزة إلا أنها كانت لصالح الذكور، وكذلك مع دراسة (Dzomeku, et al, 2013) التي أظهرت وجود فروق في رضا مرضى المبيت عن الرعاية التمريضية بمستشفى جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا بكوماس في غانا إلا أنها كانت لصالح الذكور، وكذلك مع دراسة (مصلح، 2012) التي أظهرت وجود فروق في استجابات عينة الدراسة من المرضى نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة بمدينة قلقيلية إلا أن الفروق كانت لصالح الذكور، كما تتفق مع دراسة (العتيبي، 2002) التي أظهرت أن المرضى الذكور أكثر رضاً من الإناث في المستشفيات الخاصة بالكويت.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الجنس في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة بمحافظة غزة، كما اختلفت مع دراسة (ذياب، 2012) في عدم وجود فروق في الرضا تُعزى لمتغير الجنس لدى المبحوثين في المستشفيات الحكومية الأردنية، ومع دراسة (Yan, et all, 2011) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الجنس في رضا المرضى المبحوثين بالمستشفيات في الصين، وكذلك دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير الجنس لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقلقيلية، وكذلك مع دراسة (Hillis, 2008) في عدم وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير الجنس في استجابات المرضى المبحوثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة، كما تختلف مع دراسة (Bahrapour, and Zolala, 2005) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الجنس في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية في مستشفيات كرمان بإيران، واختلفت أيضاً مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الجنس في رضا المرضى المبحوثين حول

الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة، وكما تختلف مع دراسة (عبد الرحمن، 2000) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الجنس في رضا المرضى في المستشفيات الجامعية بمصر.

الفرض الفرعي الثاني، وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير العمر".

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5-47) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى

لمتغير العمر للمرضى

البعء	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	3149.350	4	787.338	1.646	0.161	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	255905.087	535	478.327			
	المجموع	259054.437	539				

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.36

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.39

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) في الدرجة الكلية بلغت (0.161) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير العمر.

يُرجع ذلك إلى أن الخدمات الصحية تقدم لجميع المرضى بغض النظر عن الفئة العمرية، كما أنه لا يوجد تمييز في تقديم تلك الخدمات للمريض سواء كان كبيراً أو صغيراً.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد القادر، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رضا المرضى تُعزى لمتغير العمر نحو الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية السودانية، وكذلك مع دراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت عدم وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بوزارة الصحة بمحافظة غزة، وتتفق أيضاً مع دراسة (ذياب، 2012) في عدم وجود فروق في الرضا تُعزى لمتغير العمر لدى المبحوثين في المستشفيات الحكومية الأردنية، وكذلك مع دراسة (مصلح، 2012) التي أظهرت عدم وجود فروق في استجابات عينة الدراسة من المرضى تُعزى لمتغير العمر نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة بمدينة قلقيلية، وكذلك تتفق مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير العمر لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقلقيلية، وكذلك مع دراسة (Hillis, 2008) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة، كما اتفقت مع دراسة (Bahrapour, and Zolala, 2005) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية في مستشفيات كرمان بإيران.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Abu-Nada, 2015) التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير العمر في استجابات المرضى نحو خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي بغزة لصالح المرضى فوق سن (36) سنة، وكذلك مع دراسة (Yan, et all, 2011) التي أظهرت وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى المبحوثين بالمستشفيات في الصين لصالح المرضى الأكبر من (40) سنة، كما اختلفت مع دراسة (El-Kariri, 2010) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة تُعزى لمتغير العمر حيث كانت لصالح كبار السن، وكذلك مع دراسة (Ahmed, 2009) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا النساء نحو خدمات الولادة في مجمع الشفاء الطبي لصالح النساء الأكبر سنًا، وأيضًا اختلفت مع دراسة (Al-Assaf, 2009) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى المنومين عن خدمات المستشفيات العراقية لصالح كبار السن، وكذلك مع دراسة (Al-Sharif, 2008) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس لصالح كبار السن، وكذا مع دراسة (El-Haj, 2008) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى لصالح المرضى كبار السن عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي، وتختلف أيضًا مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى المبحوثين حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة لصالح المرضى كبار السن، وكذلك مع دراسة (Al-Doghaiter, 2004) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى نحو خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد في الرياض بالسعودية، وكذا مع دراسة (Qannam, 2001) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة تُعزى لمتغير العمر لدى المبحوثين في العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية في بيت لحم ومخيم العروب لصالح المرضى كبار السن، وكذلك اختلفت مع دراسة (عبد الرحمن، 2000) في وجود فروق تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى في المستشفيات الجامعية بمصر، كما اختلفت مع دراسة (Iliia, et al, 2007) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير العمر في رضا المرضى في المستشفى المركزي باليونان إلا أنها كانت لصالح صغار السن.

ويُعزى هذا الاختلاف بين نتيجة الدراسة الحالية وعدد من الدراسات السابقة إلى اختلاف مكان أو بلد إجراء الدراسات السابقة أو خصائص وطبيعة الخدمة المقدمة أو الوقت الذي أُجريت فيه تلك الدراسات.

الفرض الفرعي الثالث، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ".
وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 48) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للمرضى

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	2273.071	3	757.690	1.582	0.193	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	256781.366	536	479.070			
	المجموع	259054.437	539				

ف الجدولية عند درجة حرية (3,536) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.83

ف الجدولية عند درجة حرية (3,536) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.62

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) في الدرجة الكلية بلغت (0.193) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم قبول الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

ويُعتبر ذلك أمراً طبيعياً فالخدمات الصحية المقدمة لا تتأثر بالحالة الاجتماعية للمريض؛ لاسيما أن تلك الخدمات هي إنسانية وتقدم لجميع المرضى، كما أن الحاجة للمحافظة على الصحة وتلقي العلاج والتداوي متساوية عند جميع المرضى بغض النظر عن الحالة الاجتماعية لهم.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Abu-Nada, 2015) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في استجابات المرضى نحو خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي بغزة، وكذلك مع دراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية في وزارة الصحة بمحافظة غزة، وأيضاً تتفق مع دراسة (ذياب، 2012) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المبحوثين في المستشفيات الحكومية الأردنية، وكذلك مع دراسة (مصلح، 2012) التي أظهرت عدم وجود فروق في استجابات عينة الدراسة من المرضى تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة بمدينة قلقيلية، وكذلك تتفق مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقلقيلية، وكذلك مع دراسة (El-Kariri, 2010) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذا مع دراسة (Al-Sharif, 2008) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المرضى عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس، وكذلك اتفقت مع دراسة (Hillis, 2008) في عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (El-Haj, 2008) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المرضى لصالح المرضى المتزوجين عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي، وأيضاً تختلف مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت وجود فروق تُعزى لمتغير الحالة

الاجتماعية في رضا المرضى المبحوثين حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة لصالح المرضى المتزوجين، وأيضًا مع دراسة (Al-Doghaither, 2004) في وجود فروق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في رضا المرضى نحو خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد في الرياض بالسعودية لصالح المرضى المتزوجين، وكذلك اختلفت مع دراسة (العبيبي، 2002) التي أظهرت وجود فروق في مستويات الرضا تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى المرضى المبحوثين في المستشفيات العامة والخاصة بالكويت.

الفرض الفرعي الرابع، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير المستوى التعليمي ".
وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 49) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للمرضى

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	12103.382	4	3025.846	6.555	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	246951.055	535	461.591			
	المجموع	259054.437	539				

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.36

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.39

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) في الدرجة الكلية بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 50) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	أمي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	جامعي فأعلى
أمي	136.778	0				
ابتدائي	125.419	*11.36	0			
إعدادي	126.167	*10.61	0.75	0		
ثانوي	123.957	*12.82	1.46	2.21	0	
جامعي فأعلى	117.750	*19.03	7.67	8.42	6.21	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الأمي والمستوى التعليمي الابتدائي والإعدادي والثانوي والجامعي فأعلى لصالح الأمي، ولم يتضح فروق في المستويات التعليمية الأخرى. ويُعزى ذلك إلى اختلاف التوقعات والاحتياجات والمتطلبات بين المرضى، حيث إن توقعات المتعلمين لمستوى الخدمة تكون عالية، وفي حال كون الخدمة المقدمة والمدركة من طرفهم أقل من توقعاتهم تتكون فجوة

مما يؤدي لتدني استجاباتهم؛ وبشكل أوضح فإن المرضى ذوي المؤهلات العلمية أكثر إدراكًا ومعرفة بحقوقهم وواجباتهم، كما أنهم يتوقعون خدمة صحية ذات جودة عالية ولديهم قدرة أكبر على تقييم مستوى الخدمة فكانت استجاباتهم أقل من المرضى غير المتعلمين (الأمي)، وفي المقابل فإن الفئات الأقل تعليمًا ليس لديهم المعرفة الكافية لإجراء مقارنة للخدمة فكانوا راضين بدرجة عالية عن مستوى الخدمة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Dzomeku, et al, 2013) في وجود فروق في رضا مرضى المبيت تُعزى لمتغير المستوى التعليمي نحو الرعاية التمريضية بمستشفى جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا بكوماس في غانا لصالح الفئات الأقل تعليمًا، كذلك تتفق مع دراسة (Ashrafun, and Uddin, 2011) في وجود فروق لدى مرضى المبيت في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية في المستشفيات في بنغلادش لصالح المرضى الأقل تعليمًا، ومع دراسة (Yan, et all, 2011) في وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في رضا المرضى المبحوثين بالمستشفيات في الصين لصالح المرضى الأقل تعليمًا، كما تتفق مع دراسة (El-Kariri, 2010) والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة تُعزى لمتغير المستوى التعليمي حيث كانت لصالح الفئات الأقل تعليمًا، وكذلك اتفقت مع دراسة (Ahmed, 2009) في وجود فروق في رضا النساء تُعزى لمتغير المستوى التعليمي نحو خدمات الولادة في مجمع الشفاء الطبي لصالح المستويات التعليمية المنخفضة، وكذلك مع دراسة (El-Haj, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المرضى الأقل تعليمًا عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي، وتتفق أيضًا مع دراسة (Bahrapour, and Zolala, 2005) في وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية في مستشفيات كرمان بإيران لصالح المرضى الأقل تعليمًا، كما تتفق مع دراسة (Al-Doghaiter, 2004) في وجود فروق في الرضا لصالح المرضى الأقل تعليمًا نحو خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد في الرياض بالسعودية، واتفقت أيضًا مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في رضا المرضى المبحوثين حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة من قطاع غزة لصالح المرضى الأقل تعليمًا، كما تتفق مع دراسة (العتيبي، 2002) التي أظهرت وجود فروق في مستويات الرضا تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى المبحوثين في المستشفيات الخاصة بالكويت، كذلك اتفقت مع دراسة (Qannam, 2001) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المبحوثين في العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية في بيت لحم ومخيم العروب، وتتفق كذلك مع دراسة (عبد الرحمن، 2000) في وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في رضا المرضى في المستشفيات الجامعية بمصر لصالح المرضى غير المتعلمين، كما اتفقت مع دراسة (Abu-Nada, 2015) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في استجابات المرضى نحو خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي بغزة إلا أنها كانت لصالح المرضى ذوي المستوى الجامعي.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (عبد القادر، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي نحو الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية السودانية، وكذلك تختلف مع دراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت عدم وجود فروق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية في وزارة

الصحة بمحافظة غزة، واختلفت أيضًا مع دراسة (ذياب، 2012) في عدم وجود فروق في الرضا تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الباحثين في المستشفيات الحكومية الأردنية، وكذلك مع دراسة (مصلح، 2012) التي أظهرت عدم وجود فروق في استجابات عينة الدراسة من المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة بمدينة قلقيلية، وكذلك اختلفت مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقلقيلية، كما اختلفت مع دراسة (Al-Sharif, 2008) في عدم وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس، وكذلك مع دراسة (Hillis, 2008) في عدم وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي في استجابات المرضى الباحثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة، كما اختلفت أيضًا مع دراسة (Al-Adham, 2004) في عدم وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستوى التعليمي نحو مستوى أداء الخدمات الصحية المعمول في المستشفيات الفلسطينية بنابلس.

الفرض الفرعي الخامس، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين الباحثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير مكان الإقامة (المحافظة) ".

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 51) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير مكان الإقامة للمرضى

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	8451.540	4	2112.885	4.511	0.001	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	250602.897	535	468.417			
	المجموع	259054.437	539				

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.01) = 3.36

ف الجدولية عند درجة حرية (4,535) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.39

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) في الدرجة الكلية بلغت (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين الباحثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير مكان الإقامة.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 52) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	المتوسط الحسابي	محافظة شمال غزة	محافظة غزة	محافظة الوسطى	محافظة خانينوس	محافظة رفح
محافظة شمال غزة	121.059	0	121.125	126.255	129.288	131.414
محافظة غزة	121.125	0.07	0	0	0	0
محافظة الوسطى	126.255	5.20	5.13	0	0	0
محافظة خانينوس	129.288	*8.23	*8.16	3.03	0	0
محافظة رفح	131.414	*10.35	*10.29	5.16	2.13	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المرضى المقيمين في محافظة شمال غزة ومحافظة خانينوس لصالح محافظة خانينوس، وبين محافظة شمال غزة ومحافظة رفح لصالح محافظة رفح، وبين محافظة غزة ومحافظة خانينوس لصالح محافظة خانينوس، ولم يتضح فروق في أماكن الإقامة الأخرى.

ولعل السبب في ذلك يعود إلى أن درجة الاهتمام بالمنطقة الجنوبية لقطاع غزة (محافظة خانينوس ورفح) يعتبر أقل مقارنة بالمناطق الشمالية للقطاع (محافظة غزة والشمال) التي يتواجد فيها عدد كبير من المؤسسات المقدمة للخدمات الصحية لاسيما المستشفيات فمن أصل (30) مستشفى في قطاع غزة يوجد (20) منها في محافظتي غزة والشمال مقابل (8) مستشفيات في المنطقة الجنوبية للقطاع، كما أن المقرات الرئيسية للجهات المشرفة على الخدمة الصحية بشكل عام تتواجد في محافظة غزة؛ لذا فإن بدائل الخدمة الصحية بالنسبة للمريض متعددة في محافظتي غزة والشمال، وبالتالي قدرتهم على مقارنة وتقييم الخدمة أعلى من سكان المنطقة الجنوبية؛ لذا فإن استجابتهم أقل من سكان المنطقة الجنوبية، وهي تتسجم مع مخرجات الدراسة الحالية التي أظهرت أن رضا المرضى عن الخدمات في مستشفى غزة الأوروبي أعلى من الشفاء.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (El Mudallal, 2013) التي أظهرت وجود فروق تُعزى لمتغير مكان الإقامة في رضا المرضى المبحوثين عن خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية في وزارة الصحة بمحافظة غزة حيث كانت لصالح سكان محافظة رفح، ومع دراسة (Yan, et all, 2011) في وجود فروق تُعزى لمتغير مكان الإقامة في رضا المرضى المبحوثين بالمستشفيات في الصين، وكذلك اتفقت مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير مكان الإقامة لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقليلية، وكذلك مع دراسة (El-Haj, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير مكان الإقامة نحو خدمات مستشفى غزة الأوروبي حيث كانت لصالح سكان محافظة خانينوس، وكذا مع دراسة (Hillis, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير مكان الإقامة في استجابات المرضى المبحوثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة، واتفقت أيضاً مع دراسة (Abu Sailek, 2004) التي بينت وجود فروق تُعزى لمتغير مكان الإقامة في رضا المرضى المبحوثين حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة، وتتفق مع دراسة (عبد الرحمن، 2000) في وجود فروق تُعزى لمتغير مكان الإقامة في رضا المرضى في المستشفيات الجامعية بمصر.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (عبد القادر، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رضا المرضى تُعزى لمتغير مكان الإقامة نحو الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية السودانية، كما اختلفت مع دراسة (El-Kariri, 2010) والتي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة في قسم العيادات الخارجية التابع لمستشفى الشفاء بغزة تُعزى لمتغير مكان الإقامة، واختلفت كذلك مع دراسة (Ahmed, 2009) في عدم وجود فروق في رضا النساء تُعزى لمتغير مكان الإقامة نحو خدمات الولادة في مجمع الشفاء الطبي.

الفرض الفرعي السادس، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير المستشفى ."

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار "T. test" والجدول (5- 53) يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 53) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستبانة المرضى تعزى لمتغير المستشفى

العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "t"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
398	120.932	21.691	-5.162	0.000	دالة عند 0.01
142	131.739	20.636			

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (538) وعند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (t) في الدرجة الكلية بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)؛ لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير المستشفى وكانت الفروق لصالح مستشفى غزة الأوروبي. ومن الممكن أن يرجع السبب في ذلك إلى التصميم الجيد لمستشفى غزة الأوروبي لكونه يعتبر حديثاً، إضافة إلى الجانب الجمالي فيه وجودة المكان، وكذلك وجود ثقافة تنظيمية داعمة للجودة تشجع على الاهتمام بالمرضى، وتقديم الخدمات بشكل جيد، وحسن الإدارة والتنظيم، ثم إن الغالبية العظمى من مرضى مستشفى غزة الأوروبي هم من سكان المنطقة الجنوبية في قطاع غزة (127 من أصل 142 مريضاً) وهي بذلك تتماشى مع نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت أن مرضى سكان المنطقة الجنوبية (خانيونس ورفح) هم أكثر رضاً من مرضى سكان المناطق الأخرى بالقطاع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Kavitha, 2012) في وجود فروق في رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات حكومية وخاصة بالهند تُعزى لمتغير المستشفى، ومع دراسة (بوعباس، 2010) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رضا المرضى تُعزى لمتغير المستشفى نحو جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الكويتية الحكومية والخاصة، وكذلك مع دراسة (Hillis, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستشفى في استجابات المرضى المبحوثين عن خدمات العلاج الطبيعي في مستشفى الشفاء ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بغزة لصالح مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، كما اتفقت مع دراسة (Al-Sharif, 2008) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستشفى عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس، وتتفق أيضاً مع دراسة (Bahrapour, and Zolala, 2005) في وجود فروق تُعزى لمتغير المستشفى في رضا المرضى نحو الخدمات الصحية في مستشفيات كرمان بإيران، كما اتفقت مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت وجود فروق تُعزى لمتغير المستشفى في رضا المرضى المبحوثين حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة لصالح مستشفى غزة الأوروبي، وأيضاً تتفق مع دراسة (Al-Adham, 2004) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير المستشفى نحو مستوى أداء الخدمات الصحية المعمول في المستشفيات الفلسطينية في نابلس، ومع دراسة (العتيبي، 2002) التي أظهرت وجود فروق في مستويات الرضا تُعزى لمتغير المستشفى لدى المرضى المبحوثين في المستشفيات

الخاصة بالكويت. في حين اختلفت مع دراسة (مصلح، 2012) التي أظهرت عدم وجود فروق في استجابات عينة الدراسة من المرضى تُعزى لمتغير المستشفى نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة بمدينة قلقيلية.

الفرض الفرعي السابع، وينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المرضى المنومين بالمبحثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه ".
وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5- 54) مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه المرضى

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "f"	قيمة "sig"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للاستبانة	بين المجموعات	9510.974	2	4755.487	10.233	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	249543.463	537	464.699			
	المجموع	259054.437	539				

ف الجدولية عند درجة حرية (2،537) وعند مستوى دلالة (0.01) = 4.66

ف الجدولية عند درجة حرية (2،537) وعند مستوى دلالة (0.05) = 3.02

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية (sig) المرتبطة بقيم اختبار (f) في الدرجة الكلية بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) لذا يتم رفض الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين بالمبحثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات محل الدراسة تعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (5- 55) اختبار شيفيه في الدرجة الكلية لاستبانة المرضى تعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه

قسم الدخول	المتوسط الحسابي	أقسام الجراحة	أقسام الباطنة	أقسام النساء والولادة
أقسام الجراحة	125.154	0	127.089	116.754
أقسام الباطنة	127.089	1.93	0	
أقسام النساء والولادة	116.754	*8.40	*10.34	0

*دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المرضى الراقدين في أقسام الجراحة وأقسام النساء والولادة لصالح أقسام الجراحة، وبين أقسام الباطنة وأقسام النساء والولادة لصالح أقسام الباطنة، ولم يتضح فروق في الأقسام الأخرى.

ويُعزى ذلك إلى أن متوسط مكوث المرضى في أقسام الجراحة والباطنة هو أعلى بكثير من متوسط مكوث المرضى في أقسام الولادة، فبحسب (تقرير أداء المستشفيات السنوي، 2016: 12) فإن متوسط المكوث في أقسام الباطنة والجراحة نحو (4 أيام) في مقابل (1.5 يوم) في أقسام الولادة، فطول مدة المكوث تجعل المرضى أكثر اقترباً وتقبلاً للطواقم العاملة وتعزز جانب الثقة بهم وبالتالي زيادة معرفتهم بالجوانب الجيدة للخدمة والخبرات التي يتمتع بها الطاقم العامل في تلك الأقسام مما يولد اتجاهًا إيجابيًا لديهم ويرفع من استجابتهم ورضاهم عن الخدمة، كما أن طبيعة وسبب دخول المرضى في أقسام الجراحة والباطنة يختلف عن سبب دخول النساء لأقسام الولادة، ومن جانب آخر قد يكون العامل النفسي بالنسبة للنساء في أقسام الولادة له

دور في خفض استجاباتهن لاسيما بسبب الآلام الشديدة المصاحبة للوضع أو طريقة الولادة (الجراحة القيصرية) أو غيرها من المضاعفات المترتبة على الحمل والولادة، الأمر الذي يجعل رضا النساء في قسم الولادة منخفضاً وهو ما يتماشى مع ما أظهرته دراسة (Ahmed, 2009: 91) من انخفاض مستوى رضا النساء في أقسام الولادة حيث بلغت النسبة (61.8%).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Abu-Nada, 2015) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المرضى تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه نحو خدمات الرعاية الصحية المقدمة بأقسام الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي بغزة لصالح المرضى في قسم استقبال الباطنة، وكذلك اتفقت مع دراسة (El-Haj, 2008) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه لصالح قسم الباطنة عن خدمات مستشفى غزة الأوروبي، وتتفق أيضاً مع دراسة (Bahrapour, 2005 and Zolala) التي بينت وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه نحو الخدمات الصحية في مستشفيات کرمان بإيران، كما تتفق أيضاً مع دراسة (Al-Adham, 2004) في وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير القسم نحو مستوى أداء الخدمات الصحية المعمول في المستشفيات الفلسطينية بنابلس، كما تتفق مع دراسة (Al-Doghather, 2004) في وجود فروق تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه نحو رضا المرضى نحو خدمات الأطباء في مستشفى جامعة الملك خالد بالرياض في السعودية، كما اتفقت مع دراسة (Al-Sharif, 2008) التي كشفت عن وجود فروق في رضا المرضى تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه عن خدمات المستشفيات في منطقة نابلس إلا أنها كانت لصالح قسم الولادة.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (أبو يمن، 2010) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المرضى تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه لدى المرضى في مستشفى الوكالة بقليلية، وكذلك مع دراسة (Abu Saileek, 2004) التي بينت عدم وجود فروق في رضا المرضى المبحوثين تُعزى لمتغير القسم الذي يرقد فيه حول الرعاية التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة.

5. الإجابة عن السؤال الفرعي الخامس:

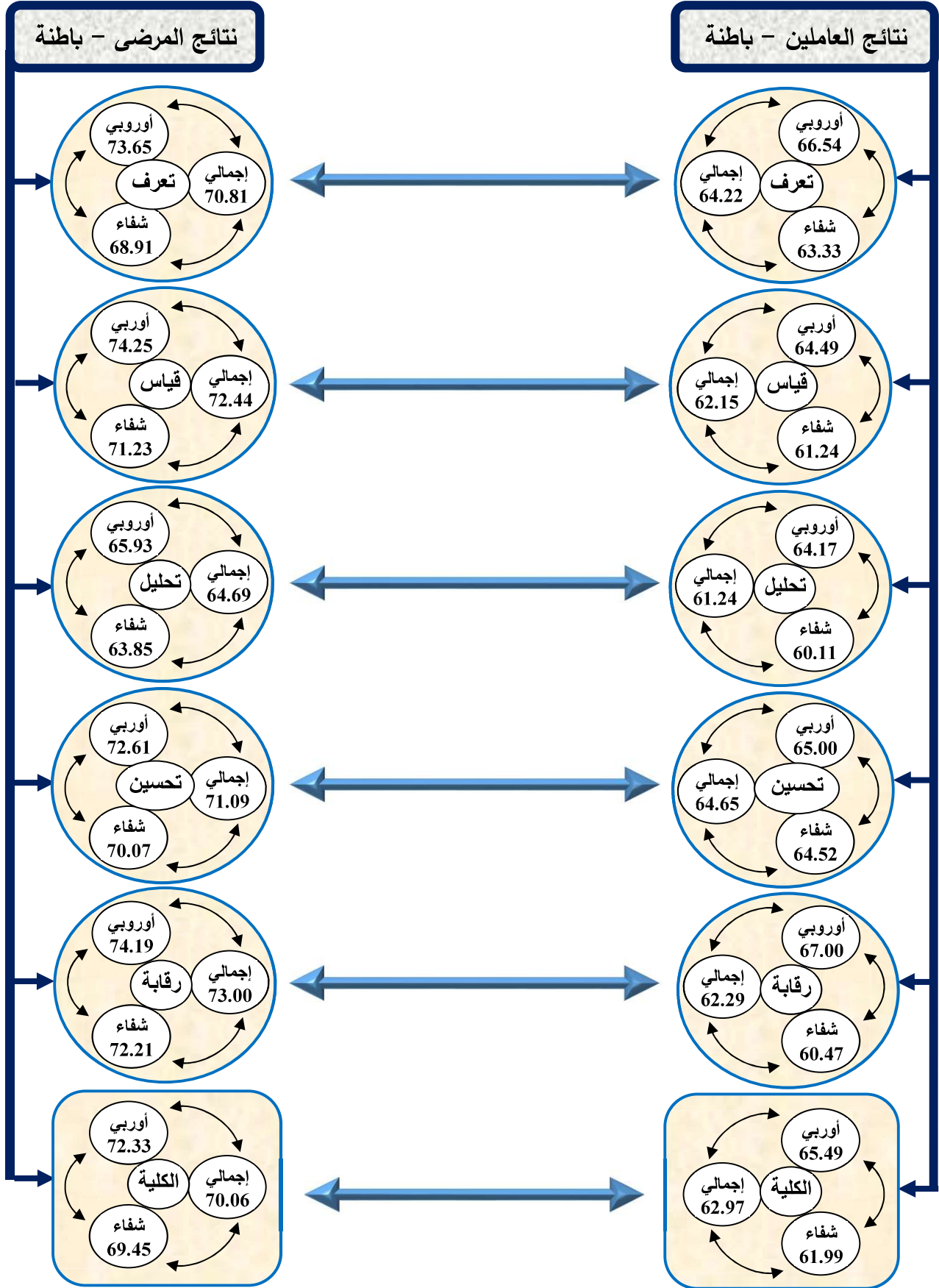
ينص السؤال الفرعي الخامس من أسئلة الدراسة على أنه: "هل توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟".

وللإجابة عن هذا السؤال تم صياغة الفرض الآتي:

"لا توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة".

وللتحقق من هذا الفرض، ومراعاة لاختلاف طبيعة فئتي الدراسة، واختلاف عدد مفردات العينة لكلا الفئتين، وفي ظل وجود تقارب في قيم نتائج المتغيرين، ومع الأخذ بعين الاعتبار أنه تم استخدام نفس الأبعاد في كلتا الاستبانيتين (أداة الدراسة)، وكون فئتي الدراسة من نفس المستشفيات محل الدراسة، ولكون الدراسة الميدانية أجريت على كلا الفئتين في نفس الفترة الزمنية؛ لذا فإنه تم استخدام أسلوب التحليل والربط المعنوي والمنطقي لنتائج الدراسة المتوصل إليها إحصائياً للمتغير المستقل (منهج ستة سيجما) والمتغير التابع (رضا المرضى) وأبعادهما، بحسب الخارطة المفاهيمية لنتائج تحليل متغيرات الدراسة التي تظهرها الأشكال رقم (5-1) و(5-2) و(5-3) الآتية:

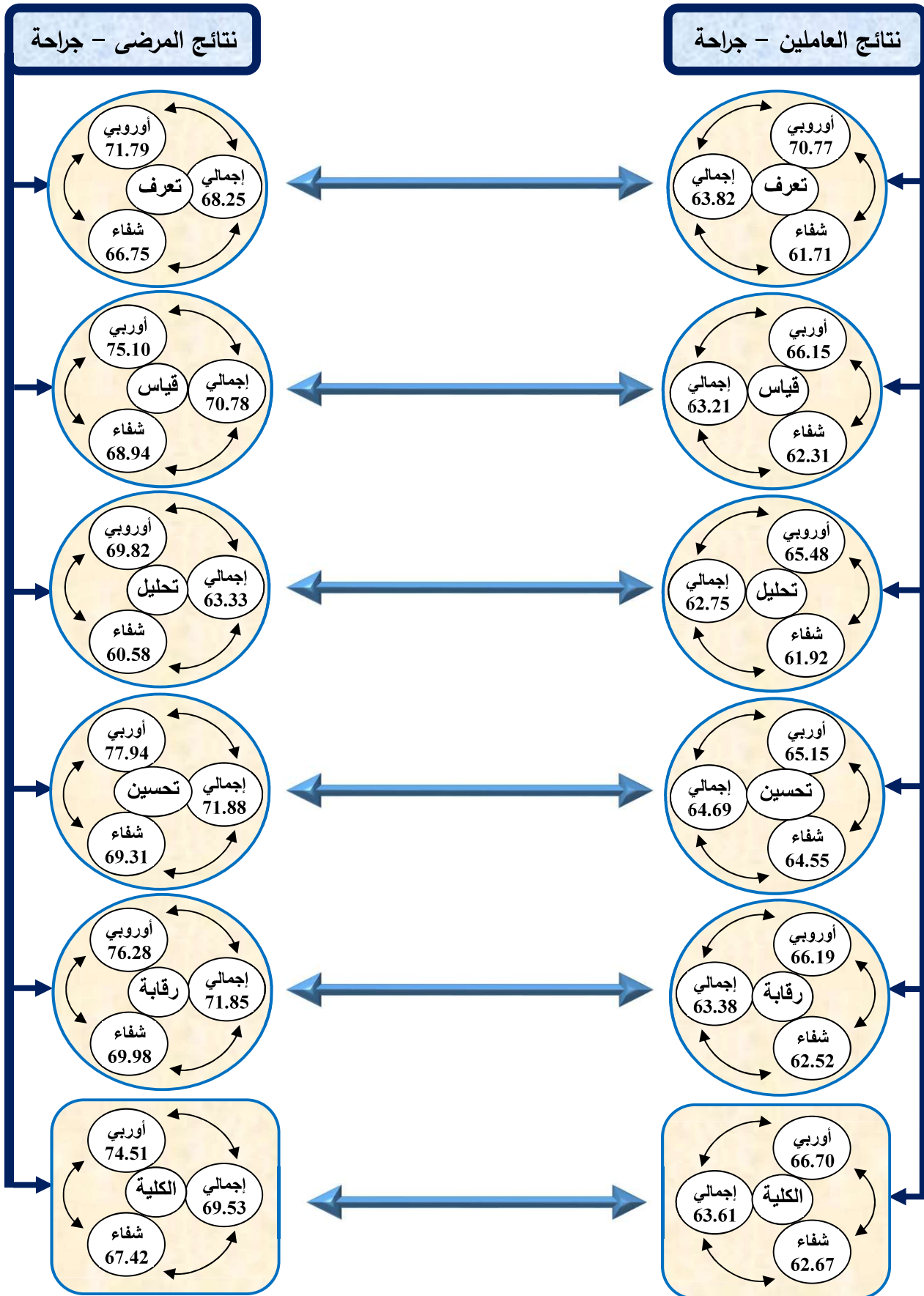
الخارطة المفاهيمية لمقارنة نتائج أبعاد الدراسة ومتغيراتها بحسب قسم الباطنة:



شكل (5-1) الخارطة المفاهيمية لمقارنة نتائج تحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الباطنة

المصدر: من إعداد الباحث، 2017م

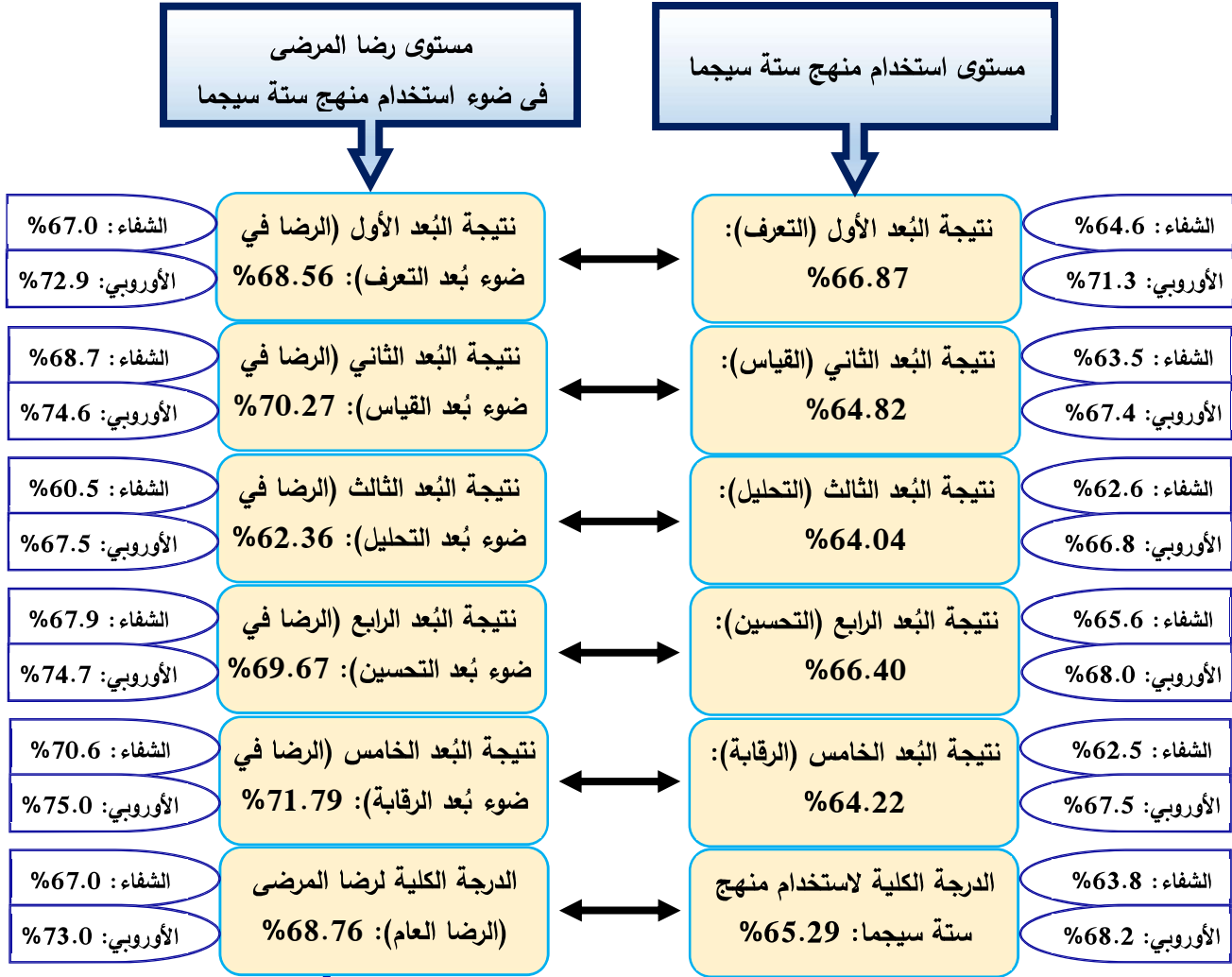
الخارطة المفاهيمية لمقارنة نتائج أبعاد الدراسة ومتغيراتها بحسب قسم الجراحة:



شكل (5-2) الخارطة المفاهيمية لمقارنة نتائج تحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الجراحة

المصدر: من إعداد الباحث، 2017م

الخارطة المفاهيمية للنتائج النهائية لتحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها:



استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) له علاقة معنوية ومنطقية مع مستوى رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة

صلاحية استخدام منهج ستة سيجما تتحقق

كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

شكل (5-3) الخارطة المفاهيمية للنتائج النهائية لتحليل أبعاد الدراسة ومتغيراتها

المصدر: من إعداد الباحث، 2017م

وفي إطار هذا التحليل والربط المعنوي والمنطقي لنتائج الدراسة يتضح الآتي:

أولاً - تحليل ومقارنة نتائج أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الباطنة حسب الشكل رقم (5 - 1):

- 1) نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما في كل بُعد وفي الدرجة الكلية عند العاملين بأقسام الباطنة في مستشفى غزة الأوروبي كانت أعلى مقارنة بنظيراتها عند العاملين بأقسام الباطنة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) لنفس البُعد وفي الدرجة الكلية.
- 2) نتائج مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في كل بُعد وفي الدرجة الكلية عند المرضى المنومين بأقسام الباطنة في مستشفى غزة الأوروبي كانت أعلى مقارنة بنظيراتها عند المرضى بأقسام الباطنة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) لنفس البُعد وفي الدرجة الكلية.
- 3) نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما عند العاملين بأقسام الباطنة في مجمع الشفاء الطبي كانت هي الأقل في جميع الأبعاد والدرجة الكلية.
- 4) نتائج مستوى رضا المرضى المنومين بأقسام الباطنة في مجمع الشفاء الطبي كانت هي الأقل في جميع الأبعاد والدرجة الكلية.
- 5) نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما عند العاملين بأقسام الباطنة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) للبُعد أو في مستشفى غزة الأوروبي كانت أقل من نتائج رضا المرضى المقابلة لها في نفس البُعد أو في الدرجة الكلية.
- 6) يتغير مستوى استخدام منهج ستة سيجما في أقسام الباطنة بطريقة تصاعديّة (بدءاً من مجمع الشفاء الطبي، مروراً بالمتوسط العام (الإجمالي) للبُعد، وانتهاءً بمستشفى غزة الأوروبي) داخل كل بُعد أو الدرجة الكلية، ويوازي ذلك تغيُّر في الاتجاه نفسه على مستوى رضا المرضى في الأقسام نفسها (بدءاً من مجمع الشفاء الطبي، مروراً بالمتوسط العام (الإجمالي) للبُعد، وانتهاءً بمستشفى غزة الأوروبي) داخل نفس البُعد أو الدرجة الكلية.

ثانياً - تحليل ومقارنة نتائج أبعاد الدراسة ومتغيراتها تبعاً لقسم الجراحة حسب الشكل رقم (5 - 2):

- 1- نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما في كل بُعد وفي الدرجة الكلية عند العاملين بأقسام الجراحة في مستشفى غزة الأوروبي كانت أعلى مقارنة بنظيراتها عند العاملين بأقسام الجراحة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) لنفس البُعد وفي الدرجة الكلية.
- 2- نتائج مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في كل بُعد وفي الدرجة الكلية عند المرضى المنومين بأقسام الجراحة في مستشفى غزة الأوروبي كانت أعلى مقارنة بنظيراتها عند المرضى بأقسام الجراحة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) لنفس البُعد وفي الدرجة الكلية.
- 3- نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما عند العاملين بأقسام الجراحة في مجمع الشفاء الطبي كانت هي الأقل في جميع الأبعاد والدرجة الكلية.
- 4- نتائج مستوى رضا المرضى المنومين بأقسام الجراحة في مجمع الشفاء الطبي كانت هي الأقل في جميع الأبعاد والدرجة الكلية.

5- نتائج مستوى استخدام منهج ستة سيجما عند العاملين بأقسام الجراحة في مجمع الشفاء الطبي أو في المتوسط العام (الإجمالي) للبعد أو في مستشفى غزة الأوروبي كانت أقل من نتائج رضا المرضى المقابلة لها في نفس البعد أو في الدرجة الكلية.

6- يتغير مستوى استخدام منهج ستة سيجما في أقسام الجراحة بطريقة تصاعدية (بدءًا من مجمع الشفاء الطبي، مرورًا بالمتوسط العام (الإجمالي) للبعد، وانتهاءً بمستشفى غزة الأوروبي) داخل كل بُعد أو الدرجة الكلية، ويوافق ذلك تغيير في الاتجاه نفسه على مستوى رضا المرضى في الأقسام نفسها (بدءًا من مجمع الشفاء الطبي، مرورًا بالمتوسط العام (الإجمالي) للبعد، وانتهاءً بمستشفى غزة الأوروبي) داخل نفس البعد أو الدرجة الكلية.

ثالثًا . مقارنة النتائج النهائية لأبعاد الدراسة ومتغيراتها حسب الشكل رقم (5 - 3):

1. وجود تقارب بين مستوى استخدام أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك) وبين مستوى رضا المرضى، ويتضح ذلك من خلال النقاط الآتية:

- مستوى استخدام البعد الأول (التعرف) عند العاملين يقترب من مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد مع وجود فارق محدود بقيمة (1.69) حيث كان الفارق لصالح مستوى رضا المرضى.
- مستوى استخدام البعد الثاني (القياس) عند العاملين يقترب من مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد مع وجود فارق واضح بقيمة (5.45) لصالح مستوى رضا المرضى.
- مستوى استخدام البعد الثالث (التحليل) عند العاملين يقترب من مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد مع وجود فارق محدود بقيمة (1.68) إلا أنه كان لصالح درجة استخدامه عند العاملين.
- مستوى استخدام البعد الرابع (التحسين) عند العاملين تقترب من مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد مع وجود فارق بسيط بقيمة (3.27) لصالح مستوى رضا المرضى.
- مستوى استخدام البعد الخامس (الرقابة) عند العاملين يقترب من مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد مع وجود فارق واضح بقيمة (7.57) حيث كان الفارق لصالح مستوى رضا المرضى.
- مستوى استخدام بُعد (التحليل) عند العاملين (64.04%) وكذلك مستوى رضا المرضى في ضوء هذا البعد (62.36%)، وهما الأقل من بين كل الأبعاد وكانا في المرتبة الأخيرة.

2. وجود تقارب بين مستوى استخدام منهج ستة سيجما عند العاملين (65.29%) وبين مستوى الرضا العام للمرضى في ضوء استخدام المنهج (68.76%)، حيث تقترب الدرجة الكلية لاستخدام المنهج من المستوى العام للرضا مع وجود فارق بسيط بقيمة (+3.47) لصالح مستوى رضا المرضى.

3. كلا المتغيرين (ستة سيجما) و(رضا المرضى) حصل على درجة تقل عن القيمة الفرضية (70%).

4. نسب استخدام أبعاد منهج ستة سيجما (التعرف، القياس، التحسين، الرقابة) تقل بدرجات متفاوتة عن نسب مستوى رضا المرضى في ضوء تلك الأبعاد، حيث كان المستوى الأعلى لرضا المرضى في ضوء بُعد "الرقابة" يزيد بفارق (+7.57) عن مستوى استخدامه عند العاملين، في حين كان المستوى الأقل لرضا المرضى ضمن الأبعاد الأربعة في ضوء بُعد "التعرف" الذي يزيد بفارق (+1.69) عن مستوى استخدامه،

أما بُعد "التحليل" فقد كان عكس ذلك، فمستوى رضا المرضى في ضوءه أدنى بفارق (-1.68) عن مستوى استخدامه لدى العاملين، مع العلم بأن هذا البُعد كان الأقل في مستواه عند الفئتين، وعليه - ومما سبق - يمكن الاستدلال على وجود انعكاس بدرجات متفاوتة لأبعاد ستة سيجما على مستوى رضا المرضى، حسب ما هو مبين في الآتي:

أ- يوجد انعكاس ملحوظ وبدرجات متفاوتة لأبعاد منهج ستة سيجما (التعرف، القياس، التحسين، الرقابة) على مستوى الرضا، مما يعني أن التغيُّر في مستوى ممارسة أنشطة تلك الأبعاد بدرجة ما ينعكس بالتغيُّر على مستوى رضا المرضى، ويُعزى ذلك لكون أنشطة هذه الأبعاد تعتبر ملموسة أو ذات أثر على المرضى، حيث يتم في الغالب تطبيقها وممارستها أثناء تلقي المريض للخدمة في أقسام المستشفى المختلفة، مما يسهل عليه التعرف عليها واستشعارها.

ب- أن بُعد (التحليل) عند العاملين له انعكاس ضئيل على رضا المرضى وهو أقل الأبعاد في مستوى الاستخدام، بمعنى أن أي تغيُّر بدرجة ما في مستوى ممارسة أنشطة هذا البُعد تتعكس بالتغيُّر على مستوى رضا المرضى ولكن بدرجة أقل إلى حد ما، ويُعزى ذلك لكون معظم ممارسات بُعد (التحليل) هي أنشطة إدارية أو تمارس في الأقسام الإدارية أو يقوم بها العاملون الإشرافيون؛ لذا لا يلمسها المريض أو يشعر بها بوضوح، إضافة لأنها ليست ضمن أولوياته أو معرفته بها بسيطة فلا يهتم بها، وبالتالي فإن درجة استشعاره بها محدودة، علاوة على ذلك فإن نتيجة هذا البُعد كانت هي الأقل عند فئتي الدراسة.

5. مستويات استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية في مستشفى غزة الأوروبي أعلى مما هي عليه لنفس الأبعاد والدرجة الكلية في مجمع الشفاء الطبي.
6. مستويات رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في جميع الأبعاد والدرجة الكلية في مستشفى غزة الأوروبي أعلى من نظيراتها لنفس الأبعاد والدرجة الكلية في مجمع الشفاء الطبي.
7. الدرجة الكلية لمستوى استخدام منهج ستة سيجما في مجمع الشفاء الطبي أقل من الدرجة الكلية لمستوى رضا المرضى فيه.
8. الدرجة الكلية لمستوى استخدام منهج ستة سيجما في مستشفى غزة الأوروبي أقل من الدرجة الكلية لمستوى رضا المرضى فيه.

ومما سبق ومن خلال التحليل والربط المعنوي والمنطقي السابق لنتائج المتغيرين وأبعادهما، وأمام تلك النتائج أمكن التوصل للنتيجة الآتية، ومفادها:

" أن استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) له علاقة معنوية ومنطقية مع مستوى رضا المرضى في المستشفيات محل الدراسة "؛

يتضح من التحليل والمقارنة السابقة لنتائج متغيرات الدراسة استنادًا إلى الأشكال رقم (5- 1) ورقم (5- 2) ورقم (5- 3): أنه كلما طرأ تغيُّر (زيادة أو نقص) على مستوى استخدام منهج ستة سيجما في النتائج المكونة لأي بُعد أو للدرجة الكلية؛ فإن ذلك يترافق مع تغيُّر في الاتجاه نفسه (زيادة أو نقص) على مستوى رضا المرضى في النتائج المكونة لنفس البُعد أو للدرجة الكلية.

وعليه فإن صلاحية استخدام منهج ستة سيجما تتحقق كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

وتتفق هذه النتيجة في وجود علاقة بين منهج ستة سيجما ورضا المرضى (العملاء) مع دراسة (Vijay, 2014) التي توصلت إلى أن استخدام ستة سيجما في المجال الطبي يعزز رضا المرضى، ودراسة (الشعرات، 2014) التي كشفت أن سيجما ستة تؤثر إيجاباً على رضا الزبون، ودراسة (Asfour, 2012) التي أظهرت وجود أثر إيجابي لمبادئ ستة سيجما الرشيقية على رضا المرضى المنومين في المستشفى، ودراسة (نصيف، 2012) التي توصلت إلى وجود علاقة قوية بين استخدام ستة سيجما ستة في منظمات الأعمال قيد الدراسة وزيادة رضا العملاء، ودراسة (Hekmatpanah, et al, 2012) التي أبانت عن ارتفاع نسبة رضا العملاء من (66.3%) إلى (94.5%) بعد تطبيق ستة سيجما، ودراسة (أبو زيد، 2011) التي كشفت عن وجود أثر ذو دلالة إحصائية لعوامل النجاح الحرجة لتطبيق منهجية ستة سيجما (أبعاد المتغير المستقل) على رضا المتعاملين، ودراسة (Devi, & Panchanatham, 2011) التي أظهرت أن تطبيق توصيات مشروع ستة سيجما يؤدي لخفض مستوى الخلل وبالمقابل زيادة رضا العملاء، ودراسة (العسيري، 2010) التي توصلت إلى وجود علاقة ذات درجة عالية بين إمكانية تطبيق ستة سيجما ورضى العميل الداخلي والخارجي، ودراسة (Dupree, et al, 2009) التي أوضحت إمكانية استخدام منهج ستة سيجما (DMAIC) بنجاح لتحسين رضا المرضى، ودراسة (الخطيب، 2009) التي أبانت عن وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمعايير منهج ستة سيجما على رضا العملاء، ودراسة (Desai, and Shrivastava, 2008) التي توصلت إلى أن تطبيق منهج ستة سيجما (دمايك) أدى لتحسين رضا العملاء، ودراسة (السلايمة، 2007) التي أظهرت وجود علاقة قوية وموجبة بين إمكانية استخدام ستة سيجما ستة في المستشفى وزيادة رضا المرضى.

ومن خلال كل ما تقدم وأمام النتائج التي تم التوصل إليها إحصائياً عبر التحقق من فروض الدراسة الرئيسية والفرعية والإجابة عن أسئلة الدراسة الفرعية، وفي ضوء مخرجات التحليل والربط المعنوي والمنطقي لنتائج متغيرات وأبعاد الدراسة المستقل والتابع، تكون الدراسة الحالية قد أجابت عن السؤال الرئيس للدراسة.

الفصل السادس النتائج والتوصيات

✿ أولاً . نتائج الدراسة

✿ ثانياً . التوصيات

✿ ثالثاً . الدراسات المقترحة

توطئة:

يعرض هذا الفصل أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وبعض التوصيات المقترحة في ضوء تلك النتائج، التي يمكن الاستفادة منها في تعزيز نقاط القوة وعلاج نقاط الضعف، وتحقيق هدف الدراسة في دعم التوجه نحو استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، من خلال العرض النظري لأدبيات وأبعاد الدراسة، ونتائج التحليل والربط الإحصائي والمنطقي للبيانات المتحصل عليها من أداة الدراسة.

ففي جانب النتائج، عُرضت أهم نتائج تحليل أبعاد الدراسة، وأهم النتائج التي خرجت من الإجابة عن أسئلة واختبارات فروض الدراسة.

وفي جانب التوصيات، قُدمت أهم التوصيات والمقترحات المتعلقة بالجهات محل الدراسة، والقطاع الصحي، وقطاع الخدمات بشكل عام، إضافة لبعض مقترحات الدراسة للباحثين.

أولاً - نتائج الدراسة:

تمثلت أهم نتائج الدراسة الحالية في:

1. مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة من وجهة نظر العاملين الإشرافيين بلغ (65.29%).
2. مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة بلغ (68.76%).
3. وجود علاقة ذات دلالة معنوية ومنطقية تتحقق عند استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.
4. يوجد تفاوت في درجة استخدام أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك)، وهي مرتبة حسب الوزن النسبي على النحو الآتي:

• أعلى مستوى لاستخدام أبعاد منهج ستة سيجما كان البُعد الأول "التعرف" بوزن نسبي (66.87%)، ثم البُعد الرابع "التحسين" بوزن نسبي (66.40%)، ثم البُعد الثاني "القياس" بوزن نسبي (64.82%)، ثم البُعد الخامس "الرقابة" بوزن نسبي (64.22%)، ثم البُعد الثالث "التحليل" بوزن نسبي (64.04%) حيث كان ترتيبه آخرها وأقلها وزناً.

5. يوجد تفاوت في مستوى رضا المرضى المبحوثين في ضوء أبعاد منهج ستة سيجما (دمايك)، وهي مرتبة حسب الوزن النسبي على النحو الآتي:

• أعلى مستوى لرضا المرضى كان في ضوء البُعد الخامس "الرقابة" حيث احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي (71.79%)، ثم البُعد الثاني "القياس" بوزن نسبي (70.27%)، ثم البُعد الرابع "التحسين" بوزن نسبي (69.67%)، ثم البُعد الأول "التعرف" بوزن نسبي (68.56%). ثم البُعد الثالث "التحليل" بوزن نسبي (62.36%) حيث كان ترتيبه آخرها وأقلها وزناً.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات "الجنس"، "العمر"، "سنوات الخدمة"، و"متغير مكان العمل" في بُعد (التحسين).
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "المستوى التعليمي" بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة، و"متغير مكان العمل" في الأبعاد الأول والثاني والثالث والخامس (التعرف، القياس، التحليل، الرقابة) من أبعاد منهج ستة سيجما وفي الدرجة الكلية لصالح المستشفى الأوروبي، و"متغير التخصص العلمي" بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح التخصص الإداري وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة، و"متغير المستوى الوظيفي" بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغيري "العمر"، و"الحالة الاجتماعية".
9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "الجنس" لصالح الإناث، و"متغير المستوى التعليمي" لصالح الأمي، و"متغير مكان الإقامة" بين شمال غزة وخانيونس لصالح خانيونس، وبين شمال غزة ورفح لصالح رفح، وبين محافظة غزة وخانيونس لصالح خانيونس، وبين محافظة غزة ورفح لصالح رفح، و"متغير المستشفى" لصالح المستشفى غزة الأوروبي، و"متغير القسم الذي يرقد فيه" بين أقسام الجراحة والنساء والولادة لصالح أقسام الجراحة، وبين أقسام الباطنة وأقسام النساء والولادة لصالح أقسام الباطنة.

جدول رقم (6-1) أهم نتائج الدراسة ومدى تحققها:

سؤال الدراسة الفرعي	هدف الدراسة	فرض الدراسة الرئيس	النتيجة	التحقق
ما مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟	التعرف على مستوى استخدام منهج ستة سيجما بأبعاده الخمسة (دمايك) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	لا يختلف مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة من وجهة نظر العاملين الإشرافيين عن (70%)	مستوى استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة بلغ (65.29%)	تم التحقق

سؤال الدراسة الفرعي	هدف الدراسة	فرض الدراسة الرئيس	النتيجة	التحقق
هل توجد فروق في آراء العاملين المبحوثين نحو استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟	استكشاف الفروق في استجابات المبحوثين من العاملين الإشرافيين تجاه استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة للمتغيرات: (الجنس . العمر . مستوى التعليم . التخصص العلمي . سنوات الخدمة . مكان العمل (المستشفى) . المستوى الوظيفي)	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من العاملين الإشرافيين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "الجنس"	تم التحقق
		تُعزى للمتغيرات: (الجنس . العمر . مستوى التعليم . التخصص العلمي . سنوات الخدمة . مكان العمل (المستشفى) . المستوى الوظيفي)	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "العمر"	
			لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "سنوات الخدمة"	
			لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "مكان العمل" في بُعد (التحسين المستمر)	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "المستوى التعليمي" بين حملة الدبلوم فأقل والدراسات العليا لصالح حملة الدبلوم فأقل، وبين حملة البكالوريوس والدراسات العليا لصالح حملة البكالوريوس وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "مكان العمل" في الأبعاد الأول والثاني والثالث والخامس (التعرف، القياس، التحليل، الرقابة) من أبعاد منهج ستة سيجما وفي الدرجة الكلية لصالح المستشفى الأوروبي	

سؤال الدراسة الفرعي	هدف الدراسة	فرض الدراسة الرئيس	النتيجة	التحقق
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "التخصص العلمي" بين الطبيب والممرض والصيدلي والفني وبين التخصص الإداري لصالح الإداري وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات العاملين الإشرافيين المبحوثين حول استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "المستوى الوظيفي" بين مدير الدائرة ورئيس القسم لصالح مدير الدائرة، وبين رئيس القسم ورئيس الشعبة لصالح رئيس الشعبة، وبين رئيس القسم ومشرف التمريض لصالح مشرف التمريض، وذلك في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية للاستبانة	
ما مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟	بيان مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	لا يختلف مستوى رضا المرضى عن (70%) في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	مستوى رضا المرضى في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة بلغ (68.76%)	تم التحقق
هل توجد فروق في آراء المرضى المبحوثين تجاه رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟	استكشاف الفروق في استجابات المبحوثين من المرضى المنومين تجاه رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تبعاً للمتغيرات: (الجنس . العمر . الحالة الاجتماعية . المستوى التعليمي . مكان الإقامة . المستشفى (مكان الدخول) . القسم الذي يرقد فيه)	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة الحقيقية من المرضى المنومين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى للمتغيرات: (الجنس . العمر . الحالة الاجتماعية . المستوى التعليمي . مكان الإقامة . المستشفى (مكان الدخول) . القسم الذي يرقد فيه)	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "العمر"	تم التحقق
			لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "الجنس" لصالح الإناث	

سؤال الدراسة الفرعي	هدف الدراسة	فرض الدراسة الرئيس	النتيجة	التحقق
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "المستوى التعليمي" لصالح الأمي	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "مكان الإقامة" بين شمال غزة وخانيونس لصالح خان يونس، وبين شمال غزة ورفح لصالح رفح، وبين محافظة غزة وخانيونس لصالح خانيونس، وبين محافظة غزة ورفح لصالح رفح	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "المستشفى محل الدراسة" لصالح المستشفى الأوروبي	
			توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المرضى المنومين المبحوثين حول رضاهم في ضوء استخدام منهج ستة سيجما في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة تُعزى لمتغير "القسم الذي يرقد فيه" بين أقسام الجراحة والنساء والولادة لصالح أقسام الجراحة، وبين أقسام الباطنة وأقسام النساء والولادة لصالح أقسام الباطنة	
هل توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة؟	التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما وبين تحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	لا توجد علاقة ارتباطية بين استخدام منهج ستة سيجما كمدخل للتحسين وبين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	وجود علاقة ذات دلالة معنوية ومنطقية تتحقق عند استخدام منهج ستة سيجما (دمايك) كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة	تم التحقق بالتحليل والربط المعنوي والمنطقي

ثانياً . التوصيات :

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أمكن التوصل إلى عدد من التوصيات، أهمها:

(أ) توصيات إلى الإدارة العليا بوزارة الصحة:

1. العناية بالموارد البشرية عبر وضع السياسات والنظم المناسبة للاختيار والتعيين بشكل يسمح باستقطاب أفضل الكفاءات للعمل بالمستشفى - الذين يضيفون قيمة عالية للمستشفى والمريض - والعمل على تطويرهم عبر البرامج التدريبية ليكونوا نواة فاعلة في تطبيق برامج الجودة وعلى رأسها منهج ستة سيجما.
2. الاهتمام بتحفيز العاملين بشتى السبل، والعمل على إشباع حاجاتهم المادية والاجتماعية والنفسية، عبر وضع معايير واضحة وعادلة للحوافز والمكافآت، والسعي لتطوير نظام الحوافز بشكل مرضٍ لهم، ومعالجة النواحي السلبية فيه وإيجاد طرق وبدائل مناسبة لمكافأة المتميزين منهم في أدائهم.
3. العمل على توفير مقومات بيئة العمل المناسبة التي تفي بحاجات العاملين ورغباتهم، وتكون مصدرًا لحثهم نحو التحسين والتطوير المستمر في أدائهم لتقديم الخدمة بشكل أفضل وبجودة عالية، من خلال تهيئة أماكن عملهم وتأثيرها بما يلزم، وإيجاد أماكن مناسبة ومريحة لهم، باعتبارهم أحد العناصر التي يركز عليها منهج ستة سيجما.
4. العمل على توفير بدائل مناسبة للخدمة المقدمة في حال تعذرها داخل المستشفى، عبر التنسيق مع كافة المؤسسات والجهات الصحية والداعمة العاملة في قطاع غزة أو خارجه.
5. زيادة الاهتمام بالبحث العلمي من خلال الاستثمار الأمثل له، وتوظيفه في معالجة المشكلات المجتمعية بما فيها الصحية.

(ب) توصيات إلى الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة:

1. زيادة الاهتمام بتطبيق منهج ستة سيجما (دمايك) في المستشفيات الحكومية كمدخل لتحسين رضا المرضى، من خلال توفير المتطلبات اللازمة لذلك كافة، والسعي لرفع مستوى تطبيقه عبر تبني ثقافة ستة سيجما في المستشفى ونشرها بين العاملين، وتعزيز نقاط القوة في الإجراءات والأنشطة التي حصلت على درجات عالية ضمن أبعاد المنهج المذكور، والتركيز بقوة على معالجة نقاط الضعف في الجهود والأنشطة التي حصلت على الدرجات الأقل ضمن أبعاد المنهج.
2. السعي لزيادة رضا المرضى في المستشفيات الحكومية من خلال تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، بحيث تشبع احتياجاتهم وتلبي رغباتهم مما ينعكس إيجاباً على مستوى رضاهم، وذلك عبر تطبيق منهج ستة سيجما أو مناهج أخرى من شأنها رفع مستوى جودة الخدمة.
3. تمكين العاملين من تقديم الخدمة الصحية في وقتها وبجودة عالية من خلال دوام توافر كافة المتطلبات المادية وغير المادية اللازمة وبصورة مناسبة.
4. توسيع دائرة مشاركة المرضى والعاملين والمختصين في بحث مشكلات الخدمة الصحية، من خلال إشراكهم في نقاشات ولقاءات منظمة، والترحيب بأفكارهم ومقترحاتهم، وتكوين فرق عمل مشتركة لحل المشكلات، مما يسهل قبولهم للتغييرات والتحسينات المدخلة لتحسين جودة الخدمة، وذلك عملاً بمبدأ المشاركة الكاملة كأحد مبادئ ستة سيجما.

ت) توصيات إلى إدارة المستشفى:

1. تعزيز التواصل بين إدارة المستشفى ومرضاها وتطوير نظام التعامل مع الشكاوى والمقترحات بما يضمن تحقيق أعلى درجات الرضا والسعادة لديهم، وذلك عبر تطوير قنوات اتصال فاعلة، ووضع سياسات وإجراءات واضحة وسهلة، وإتاحة أدوات ووسائل مناسبة لتقديم الشكاوى والمقترحات من منطلق التركيز على العملاء باعتبارهم أحد المبادئ الأساسية لستة سيجما.
2. مضاعفة الاهتمام بمعرفة اتجاهات العملاء (عاملين ومرضى) ومستوى رضاهم، عبر إجراء استقصاء دوري، وعقد لقاءات مشتركة، والقيام بزيارات لأماكن تقديم الخدمة والاستماع للآراء والمقترحات.

ثالثاً . دراسات مقترحة:

1. دراسات مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة حول استخدام منهج ستة سيجما (دمايك DMAIC) لتحسين الأداء وزيادة رضا العملاء.
2. دراسات حول استخدام منهج ستة سيجما (دمايك DMAIC) لتحسين رضا العاملين في المنظمات الصحية بقطاع غزة.
3. دراسات حول دور الثقافة التنظيمية في تعزيز استخدام منهج ستة سيجما في المنظمات الفلسطينية.

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً - المصادر:

■ القرآن الكريم.

■ الحديث الشريف:

- الألباني، محمد ناصر الدين (1988)، صحيح الجامع الصغير وزيادته (الفتح الكبير)، ط3، المكتب الإسلامي، بيروت، لبنان.

ثانياً - المراجع العربية:

- أبو العطا، سائد (2015)، إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، دراسة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- أبو النصر، مدحت محمد (2009)، المدخل إلى إدارة الجودة الشاملة وستة سيجما، الدار العالمية للنشر والتوزيع، ط1، الجيزة، مصر.
- أبو دقة، سناء إبراهيم؛ وصافي، سمير خالد (2013)، تطبيقات عملية باستخدام (الرمز الإحصائية للعلوم الاجتماعية) في البحث التربوي والنفسي، الجامعة الإسلامية، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين.
- أبو زيد، وفاء (2011)، أثر عوامل النجاح الحرجة في تطبيق منهج سيجما ستة على رضا المتعاملين في دائرة الأحوال المدنية والجوازات في عمان، دراسة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.
- أبو شريعة، عامر سليمان إبراهيم (2014)، رضا الزبائن عن جودة الخدمات الفندقية المقدمة لهم: دراسة تطبيقية مقارنة بين مستشفى الشفاء وغزة الأوروبي في فلسطين، رسالة دكتوراه منشورة في إدارة الموارد البشرية، كلية القيادة والإدارة، جامعة العلوم الإسلامية الماليزية، نيلاي، ماليزيا.
- أبو طعيمة، ناهض زكي (2016)، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية وسبل تعزيزها، رسالة ماجستير في القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
- أبو عيدة، فراس (2016)، واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي، دراسة ماجستير في القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
- أبو ناهية، جيهان صلاح (2012)، مدى استخدام معايير منهج سيجما ستة six-sigma لتحقيق جودة التدقيق الداخلي: دراسة حالة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو يمن، رمزي خليل (2010)، تقييم مدى رضا المرضى المدخلين في مستشفى الوكالة بقليلية، رسالة ماجستير في الصحة العامة، جامعة القدس، القدس، فلسطين.
- أحمد، حمادة فوزي؛ جاد الرب، سيد محمد؛ والمحززي، أحمد صلاح الدين (2010)، الإطار الفكري لأسلوب ستة سيجما، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مصر، ع1، ص: 203-215.

- أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين 2016 (2016)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- إدارة الجودة الشاملة (2009)، المؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني، ط1429هـ، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج، المملكة العربية السعودية.
- الأطرش، عبير عودة (2016)، أثر استخدام إدارة الجودة الشاملة على الأداء المالي للشركات المدرجة في سوق فلسطين للأوراق المالية، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- إديلي، فادي حسن حسين (2014)، إمكانية تطبيق أسلوب Sigma 6 ودوره في تخفيض التكاليف وتدعيم المقدرة التنافسية: دراسة تطبيقية في شركة التقنيات المتطورة لإعادة تصنيع المواد المستهلكة، رسالة ماجستير في المحاسبة، جامعة الزرقاء، الأردن.
- الإمام، وقفي السيد؛ حسن، عبد العزيز علي؛ وأمين، محمد أحمد (2010)، استخدام متغيرات أسلوب سيجم ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة، المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة، جامعة المنصورة، مصر، مج34، ع2، ص 213-250.
- إنساع، رضوان (2010)، رضا المرضى عن سياسة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمدينة الشلف، الجزائر: دراسة ميدانية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجزائر، ع8، ص: 215-238.
- باند، بيت، وهولب، لاري (2005)، السيكس سيجم: رؤية متقدمة في إدارة الجودة، ترجمة أسامة مسلم، دار المريخ للنشر، الرياض، السعودية.
- باند، بيتر اس.؛ نيومان، روبرت بي.؛ كافاناج، رونالد ار. (2009)، منهج سيكس سيجم: كيف طورت جنرال إلكتريك وموتورولا وكبرى الشركات الأخرى من أدائها، ترجمة: مكتبة جرير، مكتبة جرير، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- البرغوثي، سلوى عبد اللطيف؛ عبد العزيز، جمال سيد؛ وأبو ناعم، عبد الحميد مصطفى (2014)، مدى رضا العملاء عن مختبرات التحاليل الطبية في جمهورية مصر العربية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، مج1، ع1، ص: 89-124.
- البكري، ثامر ياسر (2005)، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- البلداوي، عبد الحميد عبد المجيد؛ نديم، زينب شكري محمود (2007)، إدارة الجودة الشاملة والمعوّلية [الموثوقية] والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستخدامها، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- بن سعيد، خالد بن سعد عبد العزيز (1997)، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- بن سعيد، خالد بن سعد عبد العزيز (2004)، سيجم ستة: تطبيقات على المنشآت الخدمية والصناعية، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- بنات، وفاء (2014)، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على الأداء الوظيفي: دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي بغزة، دراسة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- بوعباس، أحمد عباس (2010)، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن
- بولصباغ، محمود (2013)، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة بميلة من وجهة نظر المرضى: دراسة حالة مستشفى طوبال والمصحة الدولية، رماح للبحوث والدراسات، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية رماح، عمان، الأردن، ع12، ص: 51-81.
- بيرزيكوب، بنيلوب (2008)، سيجما ستة للتميز في مجال الأعمال: دليل المدير للإشراف على مشروعات وفرق سيجما ستة، ترجمة: محمد يوسف، مكتبة العبيكان للنشر، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الترك، هنا جبر عادل (2016)، دور استخدام سيجما ستة على كفاءة إدارة رأس المال العامل: دراسة ميدانية على الشركات المدرجة في بورصة فلسطين، رسالة ماجستير في المحاسبة والتمويل، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- تقرير أداء المستشفيات السنوي 2015 (2016)، الإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة، فلسطين.
- تقرير التنمية البشرية: نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع (2013)، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
- التقرير الخاص بالصحة في العالم: تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة (2010)، منظمة الصحة العالمية، مطبعة شركة YAT Advertising، مصر.
- التقرير السنوي (2015)، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي لأداء المستشفيات لعام 2013 (2014)، الإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة، فلسطين.
- التقرير السنوي: السكان والصحة في قطاع غزة (2016)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي: القوى العاملة في القطاع الصحي (2016)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، فلسطين.
- التقرير السنوي: المالي في قطاع غزة، (2016)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة (2014)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة (2015)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي: المستشفيات في قطاع غزة (2016)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، غزة، فلسطين.

- التقرير السنوي: إنجازات وزارة الصحة، (2015)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، فلسطين.
- التقرير الصحي السنوي: فلسطين 2014 (2015)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، فلسطين.
- التقرير الصحي السنوي: فلسطين 2015 (2016)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، فلسطين.
- تقرير إنجازات وزارة الصحة الفلسطينية، 2011-2012 (2012)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، فلسطين.
- تناننت، جوف (2008)، ستة سيجما البرنامج الشامل، ترجمة: خالد العامري، دار الفاروق للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
- توفيق، عبد الرحمن (2008)، 6 سيجما ومصفوفة الأداء المتوازن: لمن ينشد الأداء الأمثل، مركز الخبرات المهنية للإدارة "بميك"، ط1، الحيزة، مصر.
- جاد الرب، سيد محمد (2008)، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، كلية التجارة، جامعة قناة السويس، مطبعة العشري، مصر.
- الجبوري، ميسر إبراهيم أحمد (2011)، إدارة الجودة: جوانب نظرية وتجارب واقعية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الجبوري، ميسر إبراهيم؛ وإسماعيل، عمر علي (2009)، المفهوم الإحصائي لتقانة six sigma وعلاقته بأنشطة تحسين العمليات، مجلة تنمية الراءدين، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، مج31، ع93، ص: 125-143.
- جراد، زكريا شعبان (2011)، إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الجعيدي، إبراهيم عثمان إبراهيم عوض (2011)، تطوير أداء الخدمات المصرفية باستخدام منهجية سيجما ستة (six sigma): دراسة مقارنة بالقطاع المصرفي المصري، مجلة البحوث المالية والتجارية، كلية التجارة، جامعة بور سعيد، مصر، ع1، ص: 144-169.
- جلدة، سليم بطرس (2007)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة العربية الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الجماسي، إياد (2013)، استخدام الانترنت وعلاقته بمستوى الخدمة المقدمة للمرضى في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة، دراسة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الجندي، نشوي أحمد (2005)، استخدام أسلوب سيجما ستة في مجال المحاسبة، مجلة البحوث الإدارية، مصر، مج23، ع3، ص: 102-126.

- جوادة، سمر خليل (2011)، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- جودة، محفوظ أحمد (2006)، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.
- جودة، محفوظ أحمد (2008)، تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6 سيجما (six sigma) في مؤسسات التعليم العالي، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، كلية التجارة، جامعة القاهرة، مصر، ع70، السنة47، ج1، ص: 569-616.
- جودة، محفوظ أحمد (2013)، تحسين جودة العمليات من خلال تطبيق منهجية 6 سيجما في المنظمات الخدمية، رماح للبحوث والدراسات، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية رماح، عمان، الأردن، ع12، ص: 8-33.
- جيرسون، ريتشارد (2003)، كيف تقيس رضاء العميل؟، ترجمة: خالد العامري، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- حاروش، نور الدين (2012)، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الحسابات الصحية الفلسطينية 2014 (2016)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- حسن، محمود نور الدين (2015)، أثر تطبيق منهجية ستة سيجما في تحسين الصيانة الكهربائية (دراسة ميدانية الشركة السودانية لخطوط أنابيب البترول)، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
- حسين، سلامة عبد العظيم؛ والسيد، هدى سعد (2010)، تحسين جودة العمليات الإدارية بكليات التربية باستخدام منهجية ستة سيجما: دراسة ميدانية، المؤتمر العلمي السنوي الثامن عشر: اتجاهات معاصرة في تطوير التعليم في الوطن العربي، كلية التربية، جامعة بني سويف، الجمعية المصرية للتربية المقارنة، مصر، مج3، ص: 1031-1135.
- الحق في الصحة (2008)، صحيفة الوقائع رقم 31، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.
- الحق في الصحة: اجتياز المعوقات للوصول إلى الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة 2014-2015 (2016)، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر.
- حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر (2010)، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، ع5، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر.
- الطو، أحمد محمود مصطفى (2014)، المتطلبات الأساسية لتطبيق مدخل ستة سيجما على إحدى الشركات المصرية لصيانة الطائرات، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مصر، ع4، ص: 327-357.
- حمد، إياد عبد الله (2015)، مدى تطبيق أنظمة الرقابة الداخلية على تكاليف المستلزمات الطبية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي . غزة، رسالة ماجستير في إدارة الدولة والحكم الرشيد، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

- حمود، خضير كاضم (2010)، المنظمة الدولية للتوحيد القياسي الايزو 2000: 9000، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- حمود، خضير كاظم؛ والشيخ، ران منير (2010)، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- حميدة، علي علي (2013)، مدى توافر متطلبات تطبيق مدخل six sigma والدور المتوقع منه في تخفيض تكاليف الجودة في الشركات الصناعية: دراسة تطبيقية على الشركات الصناعية العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير في المحاسبة والتمويل، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- خضر، رسمية (2010)، دراسة تأثير عناصر البيئة المبنية لمجمع الشفاء الطبي وأثرها على الحركة فيه، دراسة ماجستير في الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الخطيب، مهند فواز (2009)، مدى أثر استخدام six sigma غير المخطط على رضا الزبائن في بنك الإسكان للتجارة والتمويل، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن
- درغام، ماهر موسى؛ وعبد الله، هبة محمود (2013)، مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة (six sigma) في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في قطاع غزة، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، مج21، ع2، ص: 57-100.
- الدلو، هدى (2013)، الصحة تدافع: اتهامات لقسم الولادة في "الشفاء" بقلة النظافة وانتهاك الخصوصية، صحيفة فلسطين، ع2294، 2013/10/07م، ص: 23.
- دليل الخدمات الصحية (2011)، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، فلسطين.
- دودين، أحمد يوسف (2012)، إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- دودين، أحمد يوسف؛ ومساعدة، ماجد عبد الهادي (2014)، مدى استخدام مفاهيم (six sigma) في الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، الأردن، مج7، ع16، ص: 161-184.
- دويدري، رجاء وحيد (2000)، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا.
- ذياب، صلاح محمود (2009)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- ذياب، صلاح محمود (2012)، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، مج20، ع1، ص: 69-104.
- راضي، أيمن عبد القادر (2015)، استخدام النموذج الأوروبي للتميز في تطوير الأداء المؤسسي لوزارة الصحة الفلسطينية: نموذج مقترح، رسالة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة قناة السويس، مصر.

- الراوي، سينا أحمد (2011)، استخدام منهج سيجما ستة six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن.
- زاهر، بسام (2014)، تقييم واقع توافر متطلبات تطبيق منهجية ستة سيجما في المنظمات الصناعية: دراسة ميدانية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، اللاذقية، سوريا، مج36، ع2، ص: 9-23.
- زعرب، حمدي شحدة (2012)، استخدام مدخل الانحرافات المعيارية الستة لترشيد تكاليف الجودة في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين: دراسة ميدانية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، مج20، ع2، ص: 331-360.
- الزهراني، سعيد بن حمود (2011)، أمثلة ناجحة في تطبيق منهج سيكس سيجما، مجلة عالم الجودة، مصر، ع2، العاشر من رمضان، ص: 68-69.
- الزهراني، محمد (2010)، إمكانية تطبيق أسلوب سيجما ستة في نادي ضباط قوى الأمن بالرياض، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
- زيدان، سلمان خالد (2010)، إدارة الجودة الشاملة: الفلسفة ومدخل العمل، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- السامرائي، مهدي (2007)، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- السلايمة، نضال حلمي (2007)، إمكانية استخدام سيجما ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- سلطان، وفاء علي (2013)، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، مجلة دراسات إدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة، العراق، مج5، ع10، ص: 74-118.
- سليط، أسامة (2010)، الطريق إلى 6 سيجما: الربحية والاستمرارية والنمو، إيتراك للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
- سويدان، نظام موسى (2011)، تقييم تأثير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحقيق رضا الزبون والمحافظه عليه: دراسة حالة، مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الإنسانية، غزة، فلسطين، مج13، ع1 (B)، ص: 653-688.
- الشاعر، عز الدين محمود عبد (2014)، متطلبات تطبيق ستة سيجما لتحسين جودة العمليات في المنظمات الخدمية: دراسة ميدانية، رسالة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس، مصر.
- الشامان، أمل بنت سلامة (2005)، تطبيق سيجما ستة في المجال التربوي، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، السعودية، مج18، ع1، ص: 89-136.

- الشريفي، زينب هادي (2012)، ستة سيجما مدخل للقيمة المتميزة للزبون: دراسة استطلاعية لآراء عينة من مدرء الأقسام والشعب في معمل أسمنت الكوفة، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الكوفة، العراق، مج8، ع23، ص: 127-160.
- الششري، عبد العزيز بن ناصر (2010)، متطلبات تطبيق مدخل ستة سيجما (Six Sigma) لتحسين جودة الأداء بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، رسالة التربية وعلم النفس، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية (جستن)، الرياض، السعودية، ع35، ص: 113-151.
- الشعرات، موفق حميدي حمدان (2014)، أثر استخدام سيجما ستة على قيمة الزبون ورضاه: دراسة حالة شركة أمنية للهواتف المتنقلة، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، قسم إدارة الأعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.
- الشنواني، أسامة عبد العزيز (2011)، الاتجاهات المعاصرة لإدارة وتطوير الأداء Six Sigma، ط2، القاهرة، مصر.
- شو، باتريشيا؛ إليوت، كريس؛ إسحاقسون، بولي؛ ومورفي، إليزابيث (2007)، تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية: أداة من أجل التعلم المبرمج، ترجمة: طلال بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الصفاوي، صفاء يونس؛ ويحيى، مزاحم محمد (2009)، التحليل الإحصائي باستخدام أسلوب Six sigma، المؤتمر الإحصائي العربي الثاني، سرت، ليبيا، ص: 674-697.
- الطائي، رعد عبد الله؛ وقادة، عيسى (2008)، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، طبعة ملونة، عمان، الأردن.
- الطائي، علي حسون؛ ونايف، أسعد كاظم (2009)، استخدام تقنية (six sigma) في حل مشاكل العمل (دراسة تحليلية)، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، العراق، مج15، ع53، ص: 33-49.
- الطائي، علي حسون؛ ضباب، عدنان كرجي؛ ومهدي، عمر ربيع (2011)، تأثير تطبيق استراتيجية Six Sigma في تحقيق أبعاد الميزة التنافسية: دراسة تحليلية لآراء عينة من الأطباء في المؤسسات الصحية الحكومية في قضاء الفلوجة، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، مج3، ع6، ص: 1-21.
- الطيطي، خضر مصباح (2011)، إدارة وصناعة الجودة: مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- عائشة، عتيق (2012)، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعية، دراسة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم الاجتماعية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- عبد الرحمان، بن عنتر (2008)، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة، مجلة الباحث، ع6، مطبعة جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ص: 175-183.

- عبد الرحمن، أحمد عبد الكريم (2000)، قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، مصر، مج14، ع1، ص: 213-259.
- عبد العال، سلوى (2014)، آليات تطوير أقسام العمليات الجراحية في مستشفيات قطاع غزة، دراسة ماجستير في الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- عبد القادر، محمد نور الطاهر أحمد (2015)، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، مج11، ع4، ص: 899-919.
- عبد الكريم، فلسطين (2015)، حول غموض وفاة العشرينية "الجملة"، صحيفة الرأي، ع426، 2015/05/25م، ص: 7.
- عبد الله، هبة محمود (2012)، مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة sigma six في ضبط جودة التدقيق الداخلي - دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عبد المحسن، توفيق محمد (2008)، اتجاهات حديثة في الجودة والقياس: ستة سيجما بطاقة القياس المتوازن ISO 9001:2000، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- عبد الوهاب، نادية لطفي (2016)، قياس تأثير الترتيب الداخلي في رضا الزبائن (المرضى) باستعمال نموذج سيرفكس سكيب (Servicescape)، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة بغداد، مج22، ع89، ص: 249-267.
- العتيبي، أدم غازي (2002)، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، كلية العلوم الإدارية، جامعة الكويت، مج18، ع2، ص: 1-36.
- العتيبي، أشرف أحمد عواض (2012)، دراسة تقييمية لصحة استخدام أسلوب تحليل التباين في رسائل الماجستير والدكتوراه في كلية التربية في جامعة أم القرى (عبر الفترة الزمنية 1421هـ - 1430هـ)، رسالة ماجستير في علم النفس تخصص إحصاء وبحوث، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- العجيلي، حاتم خليفة بريسم؛ ومهدي، حسن عبد الصاحب (2015)، تطوير أداء تنفيذ الهياكل الخرسانية في قطاع التشييد في العراق باستخدام التقنية الإدارية الحديثة (six sigma)، Journal of Engineering، العراق، No1، Vol: 21، ص: 13-29.
- العزاوي، رحيم يونس كرو (2008)، مقدمة في منهج البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار دجلة، عمان، الأردن.

- العسس، باسل (2014)، **تطبيق منهجية السنة سيجما في شركات صناعة الأدوية السورية**، دراسة حالة: شركة الشرق للصناعات الدوائية، رسالة ماجستير في إدارة الجودة، الجامعة الافتراضية السورية، الجمهورية العربية السورية.
- العسكري، عبود عبد الله (2004)، **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية**، الطبعة الثانية، دار النمير للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
- العسيري، خالد بن حسين سعيد (2010)، **تصور مقترح لتطبيق أسلوب سيجما ستة في إدارة برنامج جلوب البيئي بالسعودية**، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- عكار، زينب شلال (2010)، **دور الحيويد السداسي في تحسين الأداء الشامل للمستشفى: دراسة في بعض مستشفيات رئاسة صحة محافظة البصرة**، مجلة دراسات إدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة، العراق، مج3، ع6، ص: 26-52.
- عكروش، لبنى؛ مزاهرة، أيمن؛ الفرخ، يعقوب؛ الزغموري، بسام؛ والمرشد، محمد (2009)، **الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن من قبل المرضى**، مجلة بحوث التربية النوعية، الأردن، العدد الخامس عشر، سبتمبر 2009، ص: 293-326.
- العلي، عبد الستار (2008)، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- علي، محمد مسلم حسن (2011)، **تصور مقترح لتطبيق مدخل الجودة الإحصائي سيجما ستة في تحسين جودة العمليات الإدارية بالسنة التحضيرية بجامعة تبوك**، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر، ع146، ج2، ص: 441-513.
- عليان، ربحي مصطفى؛ وغنيم، عثمان محمد (2000)، **مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عليان، محمد عبد سعيد (2016)، **العدالة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية على هيئة التمريض في المستشفيات الحكومية في محافظة غزة**، دراسة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- الغيلي، رياض يحيى حسين؛ والأغبري، صفوان عبد الوارث (2015)، **مدى إمكانية تطبيق ستة سيجما في مصانع الأدوية: دراسة وصفية لبعض شركات صناعة الأدوية بالجمهورية اليمنية**، مجلة الدراسات الاجتماعية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، اليمن، ع45، ص: 201-242.
- الفراج، أسامة (2009)، **تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة دمشق، سوريا، مج25، ع2، ص: 53-93.
- الفقر في قطاع غزة (2006)، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، فلسطين.
- فلسطين في القرن العشرين: وقفات إحصائية (2000)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.

- الفلسطينيون في نهاية عام 2016 (2016)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- فيلد، ديل بستر؛ فيلد، كارول وجلين مشنا بستر؛ ساكري، ماري بستر فيلد (2004)، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة: راشد بن محمد الحمالي، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- قاسم، محمد محمد (1999)، المدخل إلى مناهج البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- القزاز، إسماعيل؛ الحديثي، رامي؛ وكوريل، عادل (2009)، Six sigma وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- القصاص، خالد أحمد (2014)، استخدام منهج سيجما ستة (six sigma) في ترشيد اتخاذ القرارات الاستثمارية: دراسة تطبيقية على البنوك التجارية الفلسطينية، رسالة ماجستير في المحاسبة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- القصيمي، عزه مصطفى (2012)، مفهوم تقانة (six sigma) ما بين علم الإدارة وعلم الإحصاء، مجلة تنمية الرافدين، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، مج34، ع106، ص: 45-61.
- قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة (2015)، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، غزة، فلسطين.
- كتاب فلسطين الإحصائي السنوي 2016 (2016)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- كلوب، داليا (2016)، استراتيجيات تحقيق الاستدامة في مباني المستشفيات: مباني المستشفيات في قطاع غزة: دراسة حالة، دراسة ماجستير في الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- كوش، هيو (2002)، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة: طلال بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ماهر، آية مصطفى أحمد (2009)، تفعيل رضاء المواطن في الخدمات العامة، دار النهضة العربية، مصر.
- المسح الصحي حول صحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطاع غزة 1996 (1999)، دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، فلسطين.
- مسح القوى العاملة الفلسطينية: التقرير السنوي 2015 (2016)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- مسح القوى العاملة الفلسطينية: التقرير السنوي 2016 (2017)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فلسطين.
- مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها، 2005: النتائج الأساسية (2006)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، فلسطين.

- المصري، نضال حمدان؛ والأغا، محمد أحمد (2014)، إطار مقترح لتطبيق منهجية Six Sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية، بحث في مجال التربية العامة، جائزة خليفة التربوية، الدورة السابعة، أبو ظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- مصلاح، عطية (2011)، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، فلسطين، العدد 27 (2)، حزيران 2012، ص: 11-48.
- المناصير، موسى حسن حسين (2014)، أثر استخدام معايير سيجما ستة في تطوير الاستراتيجية التصنيعية: دراسة تطبيقية على المنتجات الإسمنتية في مصانع الباطون الجاهز في مجموعة المناصير في الأردن، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.
- منظمة الصحة العالمية (2013)، الحق في الحياة، صحيفة وقائع رقم 323، تم الاطلاع بتاريخ 2014/08/10م، متوفر على الرابط: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ar/#>).
- مهنا، رامي (2014)، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات، دراسة ماجستير في القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
- موسى، خالد محمد عبد الله؛ عبد الرحيم، سامي معروف؛ و خليل، عبد الفتاح أحمد علي (2007)، استخدام أسلوب 6 sigma لتطوير الأداء المهني لإدارات المراجعة الداخلية في ظل مخاطر بيئة تكنولوجيا المعلومات مع دراسة ميدانية، مجلة المدير الناجح، إدارة الأعمال، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس، مصر، ع119، ص: 51-55.
- نجم، نجم عبود (2010)، إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- نصيف، عمر عبد الله (2012)، دور استخدام نموذج سيجما ستة لتحسين أداء منظمات الأعمال: دراسة استطلاعية على منظمات الأعمال في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، العلوم الإنسانية والاجتماعية، السعودية، ع26، ص: 237-279.
- النعيمي، محمد عبد العال (2007)، Six Sigma منهج حديث في مواجهة العيوب، جامعة عمان العربية للدراسات، الأردن.
- النعيمي، محمد عبد العال (2009)، Six sigma أسلوب إحصائي متقدم للوصول إلى أقل نسبة خطأ ممكنة، المؤتمر الإحصائي العربي الثاني، سرت، ليبيا، ص: 661-673.
- النعيمي، محمد عبد العال؛ صويص، راتب جليل؛ وصويص، غالب جليل (2009)، إدارة الجودة المعاصرة: مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- النعيمي، محمد عبد العال؛ وصويص، راتب جليل (2008)، Six Sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة: مفاهيم وتطبيقات، ط1، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- النوافعة، سلامة سويلم؛ والحلالمة، محمد عزات (2009)، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، ع13، ص: 74-90.
- نور الدين، بوعنان (2007)، جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء: دراسة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة، دراسة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
- نور، عبد الناصر؛ والنعمي، محمد؛ والراوي، سينا أحمد (2012)، استخدام منهج سيجما ستة six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان، المؤتمر السنوي الحادي عشر: نكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الزيتونة الأردنية، الأردن، ص: 253-269.
- همام، أشرف يوسف سليم (2012)، استخدام منهجية سيجما ستة (Six sigma) في تحسين جودة أداء الخدمات: دراسة تطبيقية على قطاع الخدمات الصحية بمدينة الطائف، مجلة التجارة والتمويل، كلية التجارة، جامعة طنطا، مصر، ع4، ص: 191-232.
- واصف، هناء عادل؛ فريد، أسامة؛ ورفاعي، ممدوح (2011)، قياس أثر تطبيق منهجية ستة سيجما على العمليات الإنتاجية: بالتطبيق على شركات إنتاج الأدوية الخاصة ومتعددة الجنسيات بمصر، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مصر، ع4، ص: 114-169.
- واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية (2008)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، فلسطين.
- واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية (2009)، سلسلة تقارير خاصة رقم (71)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.
- والده، عائشة (2011)، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون: مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، رسالة ماجستير غير منشورة في التسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر.
- وزارة الصحة الفلسطينية، الإدارة العامة للمستشفيات (2016)، تم الاطلاع بتاريخ 2016/08/08م، متوفر على الرابط: (<http://www.moh.gov.ps/>).
- الوضع الصحي في فلسطين (2006)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، فلسطين.
- وضع حقوق الإنسان في دولة فلسطين (2014)، التقرير السنوي 20، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.
- وضع حقوق الإنسان في فلسطين (2015)، التقرير السنوي 21، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.
- وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية (2012)، التقرير السنوي 18، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.

- ياسين، مريم حامد؛ ونايف، أسعد كاظم (2012)، أثر استخدام تقنية six sigma في تحسين الأداء التشغيلي (دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في معمل 7 في الشركة العامة للصناعات الجلدية)، *مجلة جامعة كربلاء العلمية، العراق، مج10، ع4، انساني، ص: 134-146.*
- يحياوي، إلهام؛ وبوحديد، ليلي (2014)، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها. دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، *مجلة الباحث، ع14، مطبعة جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ص: 331-345.*

ثالثاً - المراجع الأجنبية:

- Abed Al-Hussein, Riyadh A. and Khaleel, Muna A. (2015), Assessment of Patients Satisfaction Regarding Nursing Care Provided at General Hospitals in Al-Najaf City, **Kufa Journal For Nursing Sciences**, Vol.5 No.3, Pp: 161-168.
- Abed, Hussein (2012), The extent of implementation of Six Sigma in Palestine private hospitals from the perception of workers, *مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، العدد الثاني، ص: 514-549.*
- Abou Kamar, Mahmoud S. (2014), Six Sigma Application In The Hotel Industry: Is It Effective For Performance Improvement?, **Research journal of management sciences**, Vol. 3(12), pp: 1-14.
- Abreu, Patrícia, Sousa, Sérgio, and Lopes, Isabel (2012), Using Six Sigma to Improve Complaints Handling, **proceedings of the world congress on engineering**, London, U.K, vol. III, pp: 1363-1368.
- Abu Saileek, Mosa (2004), **Clients' satisfaction with nursing care provided at selected hospitals in Gaza Strip**, A these for degree of master of nursing management, Al-Quds University, Deanship of graduate studies, Jerusalem, Palestine.
- Abu-Nada, Gada (2015), **Clients' satisfaction for health care services provided in emergency departments at Shifa Hospital - Gaza**, A thesis for master degree of management and leadership, Management And Politics Academy for Postgraduates, Gaza, Palestine.
- Ahmed, Etaf (2009), **Women satisfaction about delivery services provided at Shifa Hospital**, A these for degree of master of public health, Al-Quds University, Deanship of graduate studies, Jerusalem, Palestine.
- Al-Adham, Majd Abd Al-Rhman Fareed (2004), **Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice (GHMP)**, A these for degree of master in public health, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.
- Al-Assaf, Nuh H. (2009), Factors related to patient satisfaction with hospital health care, **Iraqi J. Comm. Med.**, (4), pp: 218-223.
- Al-Doghaither, A. H. (2004), Inpatient Satisfaction With Physician Services At King Khalid University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia, **Eastern Mediterranean Health Journal**, WHO, Vol. 10, No. 3, pp: 358-364.
- Aljeesh, Yousef, and Alkariri, Naeem (2010), Patients' satisfaction with the quality of services provided at the outpatient department at Al-Shifa Hospital, **The Islamic University Journal (series of natural studies and engineering)**, Vol. 18, No. 2, pp: 111- 121.
- Al-kariri, Naeem (2010), **Patients' satisfaction with the quality of services provided at the outpatient department at Al-Shifa Hospital**, A these for degree of master of public health, Al-Quds University, Palestine.
- Almasarweh, Mohammad Salameh Yousef, and Rawashdeh, Adnan M. (2016), The effect of Six Sigma methodologies on the quality of health service: A field study at Prince Hashem Hospital – city of Aqaba, **Journal of Social Sciences (COES & RJ-JSS)**, Vol. 5, No. 3, pp: 396-407.

- Al-Sharif, Bashaier (2008), **Patient's satisfaction with hospital services at Nablus District, West Bank, Palestine**, A these for degree of master of public health, An-Najah National University, Nablus, Palestine.
- Al-Telbani, Nehaya A., and Radwan, Mahmoud (2013), The Relationship between the Factors Hindering Quality Improvement and the Implementation of Quality Improvement at the Palestinian Ministry Of Health - Gaza, **Jordan Journal of Business Administration**, Vol 9, No. 2, PP: 391- 430.
- Amin, Muslim, and Nasharuddin, Siti Zahora (2013), Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention, **Clinical Governance: An International Journal**, Vol. 18, Issue: 3, pp: 238-254.
- Anan, Huda Haider, and Abu Hamad, Bassam (2013), **Client's centeredness of the governmental PHC services Gaza-Palestine**, LAP LAMBERT Academic Publishing, AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG, Germany.
- Asfour, Basil (2012), **Application of Lean Six Sigma to Optimize Admission Waiting Time at AL-Mowasah Hospital**, A these for degree of master in business administration, Faculty of business, Middle East University, Jordan.
- Ashrafun, Laila, and Uddin, Mohammad Jasim (2011), Factors Determining Inpatient Satisfaction with Hospital Care in Bangladesh, **Asian Social Science**, Vol. 7, No. 6, pp: 15-24.
- Ayoub, Khubaib, and Qasem, Mohammad Alhaj (2010), Health Economics in Palestine within A Global Context: A Review study till 2006, **ANU Medical and health sciences journal**, Vol. 1, Issue 1, pp: 1-9.
- Bahrapour, A., and Zolala, F. (2005), Patient Satisfaction And Related Factors In Kerman Hospitals, Iran, **Eastern Mediterranean Health Journal**, WHO, Vol. 11, No. 5/6, pp: 905-912.
- Bandyopadhyay, Jayanta K. and Coppens, Karen (2005), Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management, **International Journal of Quality & Productivity Management**, Volume 5, No. 1, pp: 1-12.
- Chaker, Mohammed and Al-Azzab, Nasser (2011), Patient Satisfaction in Qatar Orthopedic and Sports Medicine Hospital (ASPITAR), **International Journal of Business and Social Science**, Vol. 2 No. 7; [Special Issue –April 2011], pp: 69-78.
- Chen, H. C. ; Chen, K. S. ; Chang, T. L. ; Hsu, C. H. (2010), An Application Of Six Sigma Methodology To Enhance Leisure Service Quality, **Qual Quant**, 44, pp: 1151–1164.
- Chen, Sen-Ji, Pan, Frank F. C., and Chen, Hsuen C. H. (2008), Integrating Six-Sigma And Healthcare Quality Improvement Circles In Reducing The Needle Sticking, **Global Journal of Business Research**, Vol. 2, No. 2, pp. 87–95.
- Devi, B., and Panchanatham, N. (2011), Reduction Of Turnaround Time Of In-Patients In A Private Hospital, Chennai: A Six Sigma Approach, **IJEMR**, Vol 1, Issue 6, Online: ISSN 2249 – 2585, Print: ISSN 2249 – 8672.
- Dupree, Erin; Martin, Lisa; Anderson, Rebecca; Kathuria, Navneet; Reich, David; Porter, Carol; and Chassin, Mark R (2009), **Improving patient satisfaction with pain management using Six Sigma tools**. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 35 (7), pp:343-350.
تم الاطلاع بتاريخ 8-12-2014م، متوفر على الرابط:
(<http://www.pubfacts.com/detail/19634801/Improving-patient-satisfaction-with-pain-management-using-Six-Sigma-tools>).
- Dzomeku, V. M, Ba-Etilayoo, Atinga, Perekuu, Tulukuu, and Mantey, R. E. (2013), In-Patient Satisfaction With Nursing Care: A Case Study At Kwame Nkrumah University Of Science And Technology Hospital, **International Journal of Research In Medical and Health Sciences**, Vol. 2, No.1, pp: 19-24.
- El Mudallal, Hisham M. Y. (2013), **Patients' Satisfaction with Community Mental Health Centers Services at Ministry of Health in Gaza Governorates**, A these for the Degree of Master in Community Mental Health: Nursing Sciences, Islamic University – Gaza.

- Elbireer, Ali, Chasseur, Julie Le, and Jackson, Brooks (2013), Improving laboratory data entry quality using Six Sigma, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, vol. 26, No. 6, pp: 496-509.
- El-Haj, Mohammed (2008), **Perception of hospitalized patients about the service provided at European Gaza Hospital (EGH)**, A these for degree of master of public health, Al-Quds University, Deanship of graduate studies, Jerusalem, Palestine.
- El-Nagger, Nahed S., Ahmed, Sahar M. A., Elsayed, Lamiaa A., and Khamis, Hamdia M. A. (2013), Patients' Satisfaction Regarding Nursing Care Provided in Different Hospitals in Makkah AL Mukramah, **Life Science Journal**, vol. 10 (2), pp: 421-429.
- Feng, Qianmei (May), and Manuel, Chris M. (2008), Under the knife: a national survey of six sigma programs in US healthcare organizations, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 21, Issue: 6, pp: 535-547.
- **Health Annual Report: Palestine 2015** (2016), Palestinian Health Information Center, Ministry Of Health, Palestine.
- **Health Sector Strategic Plan: Gaza Governorates 2014-2018** (2013), Ministry Of Health, Gaza, Palestine.
- Hekmatpanah, Masoud, Shahin, Arash and Ravichandran, Natraj (2012), Increasing of customer satisfaction in Sepahan Oil Company using Six Sigma methodology, **International conference on metallurgical, Manufacturing and mechanical engineering (ICMMME'2012)**, Dubai, UAE, pp: 329-334.
- Heuvel, J. van den. (2006), **The Effectiveness of ISO 9001 and six sigma in healthcare**, Beaumont quality publication, Nieuw Lekkerland, Holand.
- Hillis, Jehan Mohammad (2008), **Outpatients' satisfaction with physiotherapy services at Al-Shifa hospital and Al-Wafa medical rehabilitation hospital in Gaza**, a thesis in degree of master in community mental health rehabilitation sciences, faculty of education, Islamic University-Gaza, Palestine.
- **Human Development Report: Human Development for Everyone** (2016), United Nations Development Program (UNDP), New York, USA.
- Iliia, Lekidou, Panagiotis, Trivellas, and Pandelis, Ipsilandis (2007), Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital, **Management of International Business & Economic Systems**, Transactions on Line, Vol. 1, Issue 1, Autumn, pp: 46-59.
- Irfan, S.M., Ijaz, Aamir, and Farooq, M.M. (2012), Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment, **Middle-East Journal of Scientific Research**, 12 (6), PP: 870-877.
- Karlöf, Bengt., and Lövingsson, Fredrik Helin (2005), **The A-Z Management Concepts And Models**, London, UK.
- Kavitha, R. (2012), A Comparative Study on Patients' Satisfaction in Health Care Service, **European Journal of Business and Management**, Vol. 4, No.13, pp: 156-159.
- Khafel, Mohannd A. L. and Abass, Ali D. (2015), Patients' Satisfaction Concerning Hospital Care Post-Acute Myocardial Infarction at Maysan Governorate Hospitals, **Kufa Journal For Nursing Sciences**, Vol.5 No.3, pp: 239-248.
- Khan, Laila, Ahmed, Manzoor, Gul, Tahira, and Azeem, Umaira (2015), Women's Satisfaction With Birth Control Methods, **International Journal of Endorsing Health Science Research**, vol. 3, Issue 3, pp: 31-38.
- Lakhani, Smriti, B, Pradeep and Banerjee, Capt. Usha (2015), Adoption of Six Sigma Methodology in Reduction of Needle Stick Injuries, **International conference on Inter Disciplinary Research in Engineering and Technology [ICIDRET]**, pp: 192-196.
- Lama, J. De la, Fernandez, J., Punzano, J.A., Nicolas, M., Nin, S., Mengual, R., Ramirez, J.A., Raya, A.L., and Ramos, G. (2013), Using Six Sigma tools to improve internal processes in a hospital center through three pilot projects, **International Journal of Healthcare Management**, Vol. 6, No. 3, pp: 158-167.
- **Measurement of Patient Satisfaction, Guidelines: Health Strategy Implementation Project** (2003), The Health Boards Executive, Irish Society for Quality and Safety in Healthcare and Health Services National Partnership Forum, Ireland.

- Muhondwa, E.P.Y., Leshabari, M.T., Mwangu, M., Mbembati, N., and Ezekiel, M. J. (2008), Patient Satisfaction At The Muhimbili National Hospital In Dar Es Salaam, Tanzania, **East African Journal of Public Health**, Vol 5, No 2, pp: 67-73.
- PK, Menon, R, Gupta, and B, Kurian (2013), Enhancing laboratory turnaround time performance by combining the implementation of a laboratory instrumentation interfacing solution with six sigma methodology, **Gulf Medical Journal**, 2(S1), pp: 39-42.
- Powell, Linda (2001), **Patient Satisfaction Surveys For Critical Access Hospitals**, Mountain States Group, Boise, USA.
- Qannam, Ahmed Saleh (2001), **Clients' satisfaction of health services at UNRWA clinics in Bethlehem & Arroub Camp**, a thesis for the master degree in public health, Al-Quds University, Palestine.
- Sadiq, Suleiman Abubakar (2013), **The Application Of Six Sigma Strategy In Selected Manufacturing And Service Firms In Nigeria**, A these for doctor of philosophy degree in management, Faculty of business administration, University of Nigeria, Nigeria.
- Sagy, Mayer (2009), Optimizing Patient Care Processes in a Children's Hospital Using Six Sigma, **journal of clinical outcomes management (JCOM)**, vol. 16, no. 9, pp: 411-414.
- Shams, R., Mohamed, E., and Ahmed, M. (2010), Patients' satisfaction with health services provided by mobile clinics in rural areas, assiut governorate, **El-Minia Med. Bull.**, Egypt, Vol. 21, No. 2, pp: 228-240.
- Silich, Stephan J., Wetz, Robert V., Riebling, Nancy, Coleman, Christine, Khoueiry, Georges, Abi Rafeh, Nidal, Bagon, Emma, and Szerszen, Anita (2012), Using Six Sigma Methodology to Reduce Patient Transfer Times from Floor to Critical-Care Beds, **Journal for Healthcare Quality**, Vol. 34, No. 1, pp. 44–54.
- Sinha, Prabhat Kumar, and Singh, Nikhlesh Noel (2013), The advancement & effect of six sigma approach in a modern industry and current business enterprise, **international journal of mechanical engineering and technology (IJMET)**, Vol. 4, Issue 3, pp: 32-46.
- Taner, Mehmet Tolga, and Antony, Bülent Sezen, Jiju (2007), An overview of six sigma applications in healthcare industry, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 20, Issue: 4, pp: 329-340.
- Taner, Mehmet Tolga, Sezen, Bulent, and Atwat, Kamal M. (2012), Application of Six Sigma methodology to a diagnostic imaging process, **International journal of health care quality assurance**, vol. 25, no. 4, pp: 274-290.
- Torres, E. Joseph and Guo, Kristina L. (2004), Quality improvement techniques to improve patient satisfaction, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 17, Iss 6, pp: 334 – 338.
- Tushar N. Desai and Dr. R. L. Shrivastava (2008), **Six Sigma – A New Direction to Quality and Productivity Management**, Proceedings of the World Congress on Engineering and Computer Science (WCECS), San Francisco, USA.
- Vijay, S. Arun (2014), Reducing And Optimizing The Cycle Time Of Patients Discharge Process In A Hospital Using Six Sigma DMAIC Approach, **International Journal for Quality Research**, 8(2) pp: 169–182.
- Wang, Lixia and Hussain, Iftikhar (2011), Banking Sector Growth in China: Can Six-Sigma Be a Solution?, **International Journal of Business and Management**, Vol. 6, No. 2, pp: 169-176.
- **Workbook 6: Client Satisfaction Evaluations** (2000), World Health Organization.
- Yan, Zhihua Wan, Dai, and Li, Li (2011), Patient satisfaction in two Chinese provinces: rural and urban differences, **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 23, Number 4, pp: 384–389.

ملاحق الدراسة

- ❁ ملحق رقم (1) . قائمة المحكمين
- ❁ ملحق رقم (2) . تسهيل مهمة باحث (من الجامعة لوزارة الصحة)
- ❁ ملحق رقم (3) . موافقة المجلس الفلسطيني للبحث الصحي
- ❁ ملحق رقم (4) . تسهيل مهمة باحث (من وزارة الصحة للمستشفيات محل الدراسة)
- ❁ ملحق رقم (5) . أعداد العاملين الإشرافيين في المستشفيات محل الدراسة
- ❁ ملحق رقم (6) . استبانة العاملين في صورتها النهائية
- ❁ ملحق رقم (7) . استبانة المرضى في صورتها النهائية

ملحق رقم (1)

قائمة المحكمين

الجهة	الاسم	م.م
أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا	د. محمد إبراهيم المدهون	1.
جامعة الأزهر - غزة - كلية الدراسات المتوسطة	د. أيمن كمال بكير	2.
جامعة الأزهر - غزة - كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية	د. شادي التلباني	3.
جامعة الأزهر - غزة - كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية	د. مؤمن الحنجوري	4.
جامعة الأزهر - غزة - كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية	د. نهاية التلباني	5.
الجامعة الإسلامية - غزة - كلية التجارة	د. أكرم إسماعيل سمور	6.
الجامعة الإسلامية - غزة - كلية التجارة	د. سمير صافي	7.
الجامعة الإسلامية - غزة - كلية التجارة	د. يوسف الجيش	8.
جامعة الأقصى - غزة	د. جهاد نصار	9.
جامعة الأقصى - غزة	د. علاء الدين السيد	10.
جامعة الأقصى - غزة	د. محمود الأستاذ	11.
جامعة الأقصى - غزة	د. فؤاد عياد	12.
جامعة الأقصى - غزة	د. يحيى محمد أبو ججوح	13.
جامعة غزة	د. سهيل ذياب	14.
جامعة القدس (أبو ديس) - كلية الصحة العامة	د. بسام أبو حمد	15.
جامعة القدس (أبو ديس) - كلية الصحة العامة	د. يحيى عابد	16.
جامعة القدس (أبو ديس) - كلية الصحة العامة	د. ختام أبو حمد	17.
جامعة القدس المفتوحة - غزة	د. زياد الجرجاوي	18.
جمهورية مصر العربية	د. عز الدين الشاعر	19.
ديوان الموظفين العام	د. نبيل اللوح	20.
وزارة التربية والتعليم العالي	د. خليل عبد الفتاح حماد	21.
وزارة الصحة - غزة	أ. جهاد عكاشة	22.
وزارة المواصلات	د. أيمن راضي	23.

ملحق رقم (2)

تسهيل مهمة باحث (من الجامعة لوزارة الصحة)

AL- Azhar University Gaza-Palestine
Faculty of Economics & Administrative
Sciences



جامعة الأزهر - غزة
كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

2014/6/11

السيد الدكتور / ناصر أبو شعيبان
مدير عام تنمية القوى البشرية في وزارة الصحة
العنبر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

الموضوع : تقديم التسهيلات البحثية

تهديكم عمادة كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية تحياتها وتتمنى منكم تقديم التسهيلات البحثية لطالب ماجستير إدارة الأعمال/ عامر عبد القادر نصار.

لإعداد بحث بعنوان :

" استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة "

يرجى من سيادتكم تقديم المساعدة الممكنة للطالب من البيانات اللازمة، والإحصائيات المتعلقة بمجتمع دراسة البحث.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

عميد كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

د. سمير مصطفى أبو مدالله



د. سمير مصطفى أبو مدالله

ملحق رقم (3)

موافقة المجلس الفلسطيني للبحث الصحي (لجنة هلسنكي لأخلاقيات البحث الطبي)



المجلس الفلسطيني للبحث الصحي Palestinian Health Research Council

تعزيز النظام الصحي الفلسطيني من خلال مأسسة استخدام المعلومات البحثية في صنع القرار

Developing the Palestinian health system through institutionalizing the use of information in decision making

Helsinki Committee For Ethical Approval

Date: 03/10/2016

Number: PHRC/HC/160/16

Name: AMER A. NASSAR

الاسم:

We would like to inform you that the committee had discussed the proposal of your study about:

نفيدكم علماً بأن اللجنة قد ناقشت مقترح دراستكم حول:

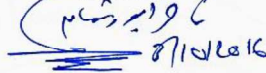
The use of Six-Sigma methodology as an approach to improving the patient satisfaction at governmental hospitals in the Gaza Strip.

The committee has decided to approve the above mentioned research. Approval number PHRC/HC/160/16 in its meeting on 03/10/2016

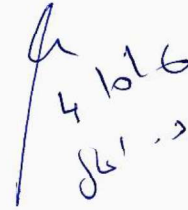
و قد قررت الموافقة على البحث المذكور عاليه بالرقم والتاريخ المذكوران عاليه

Signature

Member



Member



Chairman



Genral Conditions:-

1. Valid for 2 years from the date of approval.
2. It is necessary to notify the committee of any change in the approved study protocol.
3. The committee appreciates receiving a copy of your final research when completed.

Specific Conditions:-

E-Mail: pal.phrc@gmail.com

Gaza - Palestine

غزة - فلسطين
شارع النصر - مفترق العيون

ملحق رقم (4)

تسهيل مهمة باحث (من وزارة الصحة للمستشفيات محل الدراسة)

State of Palestine
Ministry of Health



دولة فلسطين
وزارة الصحة

السيد: رامي عيد سليمان العبدلة المحترم

طبيب مسجل مساعد / ممارس عام / الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية - /وزارة الصحة

السلام عليكم

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث/ هاجر نصار

التفاصيل //

بخصوص الموضوع أعلاه، ولحاقاً لكتابنا بتاريخ 01/06/2016 والخاص بتسهيل مهمة الباحث/ عامر عبد القادر نزار الملحق ببرنامج ماجستير إدارة الأعمال - كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية - جامعة الأزهر بغزة في إجراء بحث بعنوان :- " استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة" حيث الباحث بحاجة لتوسيع مكان الدراسة ليشمل مستشفى غزة الأوربي إضافة لمجمع الشفاء الطبي ومستشفى غزة الأوربي حيث الباحث بحاجة لبعض الإحصائيات الخاصة بالمستشفيات وكذلك تعبئة استبانته من عدد من مقدمي الخدمات الصحية في المستشفيات الثلاث، وكذلك تعبئة استبانته من عدد من الممرضين في هذه المستشفيات. نأمل توجيهاتكم لذوي الاختصاص بضرورة الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى اللذين هم على استعداد للمشاركة في

الوزارة أو أعيان أو مسؤولين

محمد ابراهيم محمد السراوي
مدير دائرة الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية -



المحويولات

تعمل اللازم	يحيى عبد القادر رمضان النواجحة (رئيس شعبة اداري)	كمال صبحي عبدالحيد موسى (مدير اداري)
تعمل اللازم	عطا اسماعيل خليل الجعبري (مدير دائرة التمريض)	يوسف فوزي اسماعيل العقاد (طبيب رئيس قسم)
تعمل اللازم	كمال صبحي عبدالحيد موسى (مدير اداري)	يوسف فوزي اسماعيل العقاد (طبيب رئيس قسم)
تعمل اللازم	الجهاد شكري شاكر شبيب (رئيس قسم اداري)	يوسف فوزي اسماعيل العقاد (طبيب رئيس قسم)
تعمل اللازم	يحيى عبد القادر رمضان النواجحة (رئيس شعبة اداري)	يوسف فوزي اسماعيل العقاد (طبيب رئيس قسم)

ملحق رقم (5)

أعداد العاملين الإشرافيين في مجمع الشفاء الطبي بغزة، ومستشفى غزة الأوروبي بخانيونس

دولة فلسطين
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات
مجمع الشفاء الطبي



State Of Palestine
Ministry Of Health
Hospitals General Administration
Shifa Hospital

2017/01/03

• عدد الموظفين ذوي المهام الإشرافية في مجمع الشفاء الطبي مصنفين حسب المهنة كالتالي:

م.	المهنة	العدد	ملاحظات
1.	المهن الطبية والفنية والمساعدة	78	تشمل الأطباء المدراء والإشرافيين في الأقسام الطبية، والصيدانية والمهن الطبية المساعدة كالمختبر والأشعة والتخدير، والعلاج الطبيعي....
2.	مهنة التمريض	106	الحكاماء مدراء الدوائر والإشرافيين في الأقسام ومعاونتهم (نوابهم) ومترفي الأقسام والمناوبات
3.	المهن الإدارية والهندسية والخدمية	50	تشمل العاملين ذوي المهام الإشرافية (جميع المستويات) في إدارة المجمع والخدمات الإدارية والمهن الهندسية والخدمية (مغسلة، تغذية،....)
	الإجمالي	234	

• عدد المرضى المنومين في مجمع الشفاء الطبي خلال شهر ديسمبر 2016/12 على النحو التالي:
بلغ إجمالي المرضى المنومين في أقسام المبيت بمجمع الشفاء الطبي من سن 18 عامًا فأكثر مريضاً (بعد استثناء المرضى المنومين في الأقسام الحرجة) أقسام العناية المكثفة للجراحة والباطنة والحروق، وكذلك النساء اللاتي في حالة وضع (ولادة) قسم الولادة الطبيعي).

الإشراف على مجمع الشفاء الطبي

مستشفى دار الشفاء
Gaza - Al Remal . Tel.: 00972-08-2865570 , Fax: 2820736
Website / www.shifa.gov.ps
Email \ shifahosp@moh.gov.ps
ملاحظات عامة

دولة فلسطين
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات
مستشفى غزة الأوروبي



State of Palestine
Ministry Of Health
Hospitals General Administration
European Gaza Hospital

التاريخ : 2017/02/01 م.

• عدد الموظفين ذوي المهام الإشرافية في مستشفى غزة الأوروبي مصنفين حسب المهنة كالتالي :

م.	المهنة	العدد	ملاحظات
1	المهن الطبية والفنية والمساعدة.	57	تشمل الأطباء الإشرافيين في الأقسام الطبية والصيدانية والمهن الطبية المساعدة كالمختبر والأشعة والتخدير والعلاج الطبيعي.
2	مهن التمريض.	47	الحكاماء في الأقسام ومعاونتهم (نوابهم) ومترفي الأقسام والمناوبات.
3	المهن الإدارية والهندسية.	34	تشمل العاملين بمهام إشرافية في المناصب الإدارية والهندسية.
	الإجمالي	138	

عدد المرضى المنومين في مستشفى غزة الأوروبي خلال شهر ديسمبر 2016/12 على النحو التالي :

بلغ إجمالي المرضى المنومين 931 مريضاً (بعد استثناء المرضى المنومين في أقسام العناية المكثفة) .

وتقبولاً فائق الاحترام والتقدير،،،

أ. جمال صبيح
المدير الإداري والمالي

Tel : 08 2054495 Fax : 08 2054525 P.O Box: 5375 Gaza E-Mail: info@egh.gov.ps

ملحق رقم (6)

استبانة العاملين في صورتها النهائية



جامعة الأزهر - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

برنامج ماجستير إدارة الأعمال

استبانة العاملين

الأخ الكريم، الأخت الكريمة،،،

تحية طيبة وبعد،،،

بين يديكم الكريمة استبانة تهدف إلى الكشف عن واقع (استخدام منهج ستة سيجما كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة).

لقد صممت هذه الاستبانة لجمع البيانات حول موضوع البحث؛ وذلك سعياً نحو التعرف على واقع استخدام منهج ستة سيجما ممثلاً في خطوات (DMAIC) في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة كمدخل من مداخل التحسين بهدف تحسين رضا المرضى. مشاركتكم مهمة لنجاح الدراسة؛ لذا نأمل منكم التفضل بتعبئة البيانات الشخصية ثم قراءة عبارات الاستبانة والإجابة على بنودها بوضع إشارة (√) أمام الإجابة التي ترونها مناسبة وتتفق مع اتجاهكم ووجهة نظركم.

علماً بأن البيانات المقدمة لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي فقط.

والمقصود بمنهج ستة سيجما: أنه منهج إداري حديث من مناهج الجودة الشاملة يهدف لتحقيق أعلى درجات الرضا لدى العميل (المريض)، ويعتمد في ذلك على استخدام أدوات إحصائية وحقائق علمية لتحسين الأداء وخفض الأخطاء التي تؤثر سلباً على رضا العميل (المريض)؛ ويطبق المنهج المذكور من خلال خمس خطوات مختصرة في الكلمة الإنجليزية (DMAIC) وتعني على الترتيب: **(التعريف بالمشكلة، وقياسها، وتحليلها، ومن ثم التحسين المستمر، ثم الرقابة على استمرارية التحسين).**

والمقصود بالخدمات الصحية: الخدمات الإجرائية والتشخيصية والعلاجية (الطبية والتمريضية والفنية والفندقية والإدارية).

والمقصود بالمشكلات: الأخطاء (مثل دواء خاطئ) أو العيوب في تقديم الخدمة (طعام رديء) أو معيقات (تعطل أجهزة).

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

ملاحظة: تتكون الاستبانة من قسمين:

- **القسم الأول:** يتكون من المعلومات الشخصية الخاصة بك، ويرجى منك وضع الإشارة (√) في المربع الموجود أمام المعلومة التي تناسب حالتك.
 - **القسم الثاني:** يتكون من (68) عبارة لجمع البيانات حول موضوع الدراسة، موزعة على خمسة أبعاد، يرجى منك وضع الإشارة (√) في المستوى الذي يعبر عن درجة موافقتك أمام كل عبارة.
- وشكراً لحسن تعاونكم،،،،

الباحث/ عامر عبد القادر نصار

0599461419

برجاء وضع الإشارة (√) أمام العبارة التي تتوافق مع إجابتك.

○ القسم الأول - المعلومات الشخصية والديمغرافية:

		أنثى ←		نكر ←		الجنس	
60 سنة فأكثر	من 50- أقل من 60	من 40- أقل من 50	من 30- أقل من 40	من 20- أقل من 30	الفئة العمرية (بالسنوات)		
↓	أخرى (من فضلك حدد):	دكتوراه	ماجستير	بكالوريوس	دبلوم	ثانوية	
↓	أخرى (من فضلك حدد):	إداري	هندسي	فني	صيدلي	طبيب / حكيم / ممرض	
20 فأكثر	من 15- أقل من 20	من 10- أقل من 15	من 5- أقل من 10	أقل من 5	سنوات الخدمة بالوظيفة		
مستشفى غزة الأوروبي ←			مجمع الشفاء الطبي ←				مكان العمل الحالي
الاستقبال والطوارئ	الأطفال	الحضانة	التوليد	الصدرية	الباطنة	الجراحة	أقسام متعددة
الأشعة	المختبر	الصيدلية	التخدير	العمليات	الحروق	العناية المكثفة	القسم الذي تعمل به
↓	أخرى، (من فضلك حدد):	الهندسة والصيانة	الإدارة	العلاج الطبيعي	العيادة الخارجية		
↓	أخرى، (من فضلك حدد):	رئيس شعبة	رئيس قسم	مدير دائرة	مدير عام فأعلى	الدرجة الوظيفية (الإشرافية)	

○ القسم الثاني - العبارات: ما درجة موافقتك على العبارات الآتية التي تمثل استخدام ممارسات تتعلق بأبعاد منهج ستة سيجما في المستشفى الذي تعمل به كمدخل لتحسين رضا المرضى؟

م.	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البعد الأول - التعرف على مشكلات الخدمة الصحية						
1.	توجد في المستشفى معايير أداء واضحة ومحددة (كالإنجاز، الإتقان، المواظبة ...)					
2.	يتوفر في المستشفى وصف وظيفي محدد فيه مهام ومتطلبات كل وظيفة					
3.	يوجد في المستشفى بروتوكولات عمل وأدلة سياسات وإجراءات واضحة					
4.	تستمع إدارة المستشفى دوماً باهتمام لآراء وشكاوى موظفيها					
5.	تستعين إدارة المستشفى بنتائج الدراسات العلمية في معرفة مشكلات الخدمة					
6.	تتوفر نظم واضحة تتمكن من الكشف عن أي مشكلات قد تحدث في الخدمة المقدمة					
7.	يمتلك العاملون الخبرة التي تمكنهم من اكتشاف مشكلات الخدمة المقدمة					
8.	توجد إجراءات بديلة عند تعطل الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة					
9.	تتوفر في المستشفى بيئة عمل مناسبة للعاملين لتقديم الخدمة الأفضل					
10.	يتواصل العاملون بسهولة مع مسؤوليهم للإبلاغ عن مشكلات الخدمة المقدمة					
11.	يتم رصد وتسجيل المشكلات الحاصلة للاعتماد عليها عند اتخاذ القرارات التصحيحية					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
12.	تتفاعل إدارة المستشفى بإيجابية عند إبلاغها عن مشكلات الخدمة المقدمة					
13.	هناك صناديق لتلقي الشكاوى والمقترحات في المستشفى					
البعد الثاني - قياس مشكلات الخدمة الصحية						
14.	يوجد فريق عمل في المستشفى لمتابعة وتقييم الخدمات الصحية					
15.	تتوفر باستمرار بيانات كافية عن موارد المستشفى المختلفة (البشرية، المادية، ...)					
16.	يتم توثيق البيانات المتعلقة بمختلف الخدمات المقدمة للمرضى					
17.	تقيس إدارة المستشفى كافة أنشطتها وخدماتها المقدمة بشكل دوري					
18.	تراعي إدارة المستشفى قياس رضا العاملين عند تقييم خدماتها					
19.	تتوفر أساليب متعددة لجمع البيانات عن مشكلات الخدمة الصحية (كالسجلات وتقارير عمل . ملاحظات . استقصاء)					
20.	تستخدم الإدارة أساليب علمية واضحة ومحددة لقياس المشكلات الحاصلة بالخدمة					
21.	يتم قياس مشكلات الخدمة الصحية المقدمة أيًا كانت تلك المشكلات					
22.	تقارن إدارة المستشفى بين أقسام العمل المختلفة في مستوى الخدمات المقدمة					
23.	تقيس إدارة المستشفى مستوى جودة خدماتها مقارنة بمستشفيات مشابهة					
24.	تجري إدارة المستشفى استقصاءً دوريًا للتعرف على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة					
25.	يتم الاستفادة من الشكاوى والمقترحات في الحصول على بيانات عن مشكلات الخدمة					
26.	تقوم إدارة المستشفى بزيارات لمختلف أماكن العمل للاستماع للآراء والملاحظات					
البعد الثالث - تحليل مشكلات الخدمة الصحية						
27.	تتوفر في المستشفى البيانات الكافية عن الأنشطة والخدمات الصحية كافة					
28.	يجري تحليل للبيانات المتوفرة عن الأنشطة والخدمات الصحية بشكل مستمر					
29.	يشارك مختصون في عملية تحليل البيانات المتعلقة بمشكلات الخدمة الصحية					
30.	تدعم إدارة المستشفى مشاركة العاملين في بحث أسباب حدوث المشكلات					
31.	يتم الاستعانة بمؤشرات واضحة (كأخطاء العمل - تطور حالة المريض - الشكاوى ...) في تفسير مشكلات الخدمة المقدمة بشكل صحيح					
32.	تستخدم الأساليب الإحصائية والعلمية المختلفة في تحليل مشكلات الخدمة المقدمة					
33.	يسهم تحليل مكونات الخدمة المقدمة (كآلية العمل - المعدات - الأفراد - الزمن ...) في كشف الأسباب الحقيقية المحتملة لمشكلاتها					
34.	تساعد دراسة الجوانب المختلفة لمشكلات الخدمة الصحية (كالمتأثرين منها، المؤثرين فيها، مكان حدوثها، تكرارها ...) في توضيح تلك المشكلات بدقة					
35.	تعقد إدارة المستشفى نقاشات جادة لحل مشكلات الخدمة الصحية					
36.	يتم دراسة آراء المرضى حول أسباب حدوث مشكلات الخدمة الصحية					
37.	تستفيد إدارة المستشفى من المشكلات السابقة في تحليل المشكلات الجديدة					
38.	تستخدم نتائج تحليل بيانات مشكلات الخدمة الصحية في وضع خطة التحسين					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البعد الرابع . التحسين المستمر للخدمة الصحية						
39.	تنتشر ثقافة الجودة بين كافة العاملين في المستشفى					
40.	توجد خطط معدة لتحسين الخدمة الصحية في ضوء احتياجات المرضى					
41.	تركز إدارة المستشفى على إرضاء المرضى عند القيام بتحسين الخدمة الصحية					
42.	تتدخل إدارة المستشفى بشكل سريع لمعالجة أي مشكلات في الخدمة المقدمة					
43.	تتوفر باستمرار كافة المتطلبات اللازمة لتقديم الخدمة الصحية بجودة عالية					
44.	تستقطب إدارة المستشفى أفضل العناصر البشرية المؤهلة للعمل في المستشفى					
45.	يتم اختيار أفضل الحلول دوما لمعالجة مشكلات الخدمة الصحية					
46.	تعمل إدارة المستشفى على توفير أجهزة ومعدات حديثة لتحسين الخدمات المقدمة					
47.	يتم تصميم طريقة تقديم الخدمات بشكل يقلل فرص حدوث الأخطاء					
48.	تعمل المستشفى دوما لتبسيط إجراءات حصول المريض على الخدمة المطلوبة					
49.	تدعم إدارة المستشفى حوسبة خدماتها الصحية المقدمة لتسهيل خدمة المرضى					
50.	تعقد إدارة المستشفى برامج تدريب للعاملين بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية					
51.	تستعين إدارة المستشفى بمستشارين خارجيين مؤهلين لتطوير الخدمات الصحية					
52.	تؤكد إدارة المستشفى على ضرورة التعامل بإنسانية مع المرضى					
53.	تمنح إدارة المستشفى مكافآت للعاملين المتميزين في أدائهم					
البعد الخامس . الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية						
54.	توجد نظم رقابية وقائية تمنع وقوع المشكلات في الخدمة الصحية					
55.	يتم قياس نتائج أنشطة تحسين الخدمات بعد تنفيذها للتأكد من تحقيق الأهداف					
56.	تقارن إدارة المستشفى بين مستوى جودة الخدمات قبل وبعد إجراء التحسينات					
57.	توجد رقابة دورية وإشراف على جميع أماكن العمل في المستشفى كافة					
58.	هناك تقارير دورية عن سير العمل في أماكن العمل المختلفة بالمستشفى					
59.	يتم توثيق ما تم إنجازه من تحسينات على الخدمات المقدمة باستمرار					
60.	تتأكد إدارة المستشفى من وجود عدد مناسب من العاملين لخدمة المرضى باستمرار					
61.	يشارك المرضى في تقييم جودة الخدمات المقدمة بعد تنفيذ التحسينات					
62.	تحول الإجراءات التي تتخذها إدارة المستشفى دون تكرار حدوث نفس المشكلات					
63.	يتم مراقبة إجراءات سلامة العمل لضمان تقديم الخدمة الصحية بشكل آمن					
64.	يراقب قسم الصيانة عمل الأجهزة والمعدات في أماكن العمل المختلفة دوريا					
65.	تعمم إدارة المستشفى النتائج المتحققة من تحسين الخدمة على جميع العاملين					
66.	يتم متابعة أداء العاملين لمهامهم المطلوبة بشكل صحيح باستمرار					
67.	يتم التأكد من تقديم الخدمات الصحية للمرضى في وقتها المحدد					
68.	يرتبط نظام حوافز العاملين في المستشفى بتحقيق الحد الأمثل للأداء					

شكرا لتعاونك ومساعدتك.

الاستشارات
Manaraa

ملحق رقم (7)

استبانة المرضى في صورتها النهائية



جامعة الأزهر - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

برنامج ماجستير إدارة الأعمال

استبانة المرضى

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة ،،

تحية طيبة وبعد،،

إنني أقدر مشاركتكم في إنجاح هذا البحث الذي يهدف إلى الكشف عن واقع (استخدام منهج ستة سيجم كمدخل لتحسين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة)، كما أن نتائج هذه الدراسة تهدف إلى دعم جهود تحسين الخدمات الصحية المقدمة وتعود بالنفع على المرضى. مشاركتكم مهمة لنجاح الدراسة، ومدة مقابلي لكم ستستغرق حوالي (20) دقيقة، وبإمكانك أن تطلب وقف المقابلة في أي وقت إذا شعرت بعدم الارتياح، كما أنه من حقل المشاركة في البحث أو الانسحاب دون تأثير على تلقيك الخدمات حالياً أو مستقبلاً.

علماً بأن البيانات المقدمة لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي فقط؛ لذا نأمل منك التفضل بتعبئة البيانات الشخصية ثم قراءة عبارات الاستبانة والإجابة على بنودها بوضع إشارة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة وتتفق مع وجهة نظرك.

والمقصود بمنهج ستة سيجم: أنه منهج حديث من مناهج الجودة الشاملة يهدف لتحقيق أعلى درجات الرضا لدى المريض، ويعتمد في ذلك على استخدام أدوات إحصائية وحقائق علمية لتحسين الأداء وخفض الأخطاء التي تؤثر سلباً على رضا المريض؛ ويتم تطبيق المنهج المذكور عبر خمس مراحل متتالية هي على الترتيب: (التعريف بالمشكلة، وقياسها، وتحليلها، ومن ثم التحسين المستمر، ثم الرقابة على استمرارية التحسين).

والمقصود بالخدمات الصحية: الخدمات الإجرائية والتشخيصية والعلاجية (الطبية والتمريضية والفنية والفندقية والإدارية).
والمقصود بالمشكلات: الأخطاء (مثل دواء خاطئ) أو العيوب في تقديم الخدمة (طعام رديء) أو معيقات (تعطل أجهزة).

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

ملاحظة: تتكون الاستبانة من قسمين:

- القسم الأول: يتكون من المعلومات الشخصية الخاصة بك، ويرجى منك وضع الإشارة (√) في المربع الموجود أمام المعلومة التي تناسب حالتك.
- القسم الثاني: يتكون من (36) عبارة لجمع البيانات حول موضوع الدراسة، موزعة على خمسة أبعاد، يرجى منك وضع الإشارة (√) في المستوى الذي يعبر عن درجة موافقتك أمام كل عبارة.

و شكرا لحسن تعاونكم،،،

الباحث/ عامر عبد القادر نصار

0599461419

برجاء وضع الإشارة (√) أمام العبارة التي تتوافق مع إجابتك.

القسم الأول: المعلومات الشخصية والديمغرافية

المستشفى		مجمع الشفاء الطبي ←		مستشفى غزة الأوروبي ←	
قسم الدخول		أقسام الجراحة	أقسام الباطنة	أقسام الولادة	
				من فضلك حدد القسم الداخلي: ↓	
الجنس		ذكر ←	أنثى ←		
الفئة العمرية (بالسنوات)		من 18 سنة - أقل من 30	من 30 - أقل من 40	من 40 - أقل من 50	من 50 - أقل من 60
					60 سنة فأكثر
مكان الإقامة		محافظه شمال غزة	محافظه غزة	محافظه الوسطى	محافظه خان يونس
					محافظه رفح
الحالة الاجتماعية		أعزب/ أنسة	متزوج/ ة	أرمل/ ة	مطلق/ ة
المستوى التعليمي		أمي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي
					جامعي فأعلى
					أخرى، (من فضلك حدد) ↓

القسم الثاني: العبارات

ما درجة موافقتك على العبارات الآتية التي تمثل مستوى رضاك في ضوء استخدام ممارسات منهج ستة سيجما في المستشفى الذي تبيت فيه ؟

م.	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البعد الأول - التعرف على مشكلات الخدمة الصحية						
1.	توجد صناديق للشكاوى والمقترحات في أقسام المستشفى المختلفة					
2.	تستقبل المستشفى شكاوى ومقترحات المرضى باهتمام					
3.	يساعد العاملون في حل أي مشكلات يتعرض لها المريض بسرعة					
4.	يتعرف العاملون دوما على رأي المريض في مستوى الخدمة المقدمة					
5.	توجد لوحات إرشاد واضحة لتسهيل وصول المريض لأماكن تقديم الخدمة					
6.	يتوفر خط اتصال مجاني مخصص لشكاوى ومقترحات المرضى					
7.	يوجد مراقب يتابع المشكلات التي قد تحدث مع المرضى في المستشفى					
البعد الثاني - قياس مشكلات الخدمة الصحية						
8.	تقوم المستشفى بتحديد احتياجات ومتطلبات المرضى باستمرار					
9.	تزرور إدارة المستشفى أماكن تقديم الخدمات باستمرار للاستماع للمرضى					
10.	يملك العاملون المهارة الكافية لتحديد مشكلات الخدمة المقدمة للمريض					
11.	تتواصل المستشفى مع المريض عند بحث مشكلات الخدمة المقدمة					
12.	يستمع العاملون لمطالب المرضى باهتمام					
13.	يجمع العاملون بيانات وافية من المريض عن الخدمة التي يحتاجها					
14.	تتابع إدارة المستشفى تقديم الخدمة الصحية للمرضى دون تمييز					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البعد الثالث . تحليل مشكلات الخدمة الصحية						
15.	يستفسر العاملون من المرضى باستمرار عن مشكلات الخدمة المقدمة لهم					
16.	ترحب المستشفى بالأفكار التي تساعد في تفسير مشكلات الخدمة					
17.	تتناقش إدارة المستشفى مع المرضى الشكاوى المقدمة منهم					
18.	تستأنس المستشفى بآراء المرضى لكشف الأسباب الحقيقية لمشكلات الخدمة					
19.	تتيح المستشفى للمرضى المشاركة في حل مشكلات الخدمة المقدمة لهم					
20.	تستشير إدارة المستشفى المرضى في كيفية تحقيق رضاهم عن الخدمة					
البعد الرابع . التحسين المستمر للخدمة الصحية						
21.	تتوفر المعدات والأجهزة الحديثة والمتطورة باستمرار					
22.	تعمل المستشفى بجدية دائما لإيصال الخدمة للمريض بأحسن وجه					
23.	يحصل المريض دوما على معلومات كافية عن الخدمة الصحية المقدمة له					
24.	تُعلم المستشفى المرضى بأي تحسينات تجربها لطمأنتهم					
25.	توفر المستشفى الخدمة للمريض من الخارج؛ إذا تعذر تقديمها داخل المستشفى					
26.	يتوفر عاملون يتدربون باستمرار على تقديم أفضل الخدمات					
27.	تركز المستشفى على تقديم الخدمة المطلوبة للمرضى في وقتها المحدد					
28.	تراعي المستشفى رضا المريض عند حل مشكلات الخدمة المقدمة					
29.	تعمل المستشفى على توفير بيئة مناسبة لإقامة المريض في المستشفى					
البعد الخامس . الرقابة على استمرار تحسين الخدمة الصحية						
30.	تتوفر وسائل السلامة في المستشفى لزيادة شعور المريض بالأمان والطمأنينة (كمنع العدوى . الحريق . النفايات . تمديدات الكهرباء . النظافة ...)					
31.	يوجد نظام يحدد مواعيد تقديم الخدمة الصحية للمريض					
32.	تنظم إدارة المستشفى زيارات تفقدية لأماكن تقديم الخدمات لمراقبة العمل					
33.	يؤدي العاملون الخدمة المطلوبة للمريض بشكل صحيح من أول مرة					
34.	تتابع المستشفى شكاوى المرضى باهتمام وتعمل على حلها					
35.	تقوم المستشفى بمتابعة عمل الأجهزة والمعدات لضمان سلامة أداؤها					
36.	تتأكد المستشفى من احترام العاملين لخصوصية المريض					

شكرا لتعاونك ومساعدتك.

الإدارة العامة
للخدمات الصحية
بمحافظة جدة