

"استطلاع آراء الإدارات العليا حول تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية  
والخاصة في ولاية الجزيرة, السودان: دراسة تحليلية (2018) "

إعداد الباحثين

السعودي عبد المنعم صديق حمدتو<sup>1</sup> أبو سفيان محمد البشير<sup>2</sup> ب. احمد حمد النوري<sup>3</sup>

<sup>1</sup> السعودي عبد المنعم صديق حمدتو - معامل اميفارما للأدوية - السودان

<sup>2</sup> أبو سفيان محمد البشير - جامعة الجزيرة

<sup>3</sup> احمد حمد النوري - جامعة الجزيرة

## الملخص

أصبح تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و مستوى جودة الخدمات العلاجية للوفاء باحتياجات المرضى وفق توقعاتهم سواء كان ذلك على المستوى المحلي أو الإقليمي من الامور المهمة في ادارة المستشفيات و رفع قدرتها التنافسية.. هدفت الدراسة إلى معرفة اراء الادارات العليا في المستشفيات حول تطبيق معايير الجودة الشاملة فيها. وانتهجت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وذلك باختيار عينة عشوائية تتكون من (50) من مدراء المستشفيات وقد تم تصميم وتوزيع استبيان عليهم. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). ومن أهم النتائج التي استخلصتها الدراسة: أنه لا يوجد تطبيق جيد لمعايير الجودة الشاملة في مستشفيات ولاية الجزيرة على جميع المستويات ومن وجهة نظر الادارات العليا، واستنتجت الدراسة أن هناك تفوق نسبي في جودة الخدمات والالتزام بمعايير الجودة للمستشفيات الخاصة على المستشفيات العامة. خلصت الي عدة توصيات من شأنها التحسين من جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات: إنشاء إدارات للجودة الشاملة بالمستشفيات و وحدات للجودة بالأقسام مع توفير كل المعينات اللوجستية والبشرية لكي تقوم بدورها.

**الكلمات المفتاحية:** الإدارات- العليا- مستشفيات- الجودة- الشاملة

## مقدمة

لمواكبة التغيرات الاقتصادية والسياسية والثقافية والتكنولوجية التي شهدتها العقود الأخيرة من القرن العشرين، و التي تركز على البعد الإنساني في العمليات التنظيمية، اهتم الفكر الإداري الحديث بتحقيق الكفاءة الإنتاجية للمنظمات الإدارية من خلال تنمية الموارد البشرية، والتركيز على الثقافة التنظيمية، ودعم القيادة العليا، والعمل على إيجاد المناخ التنظيمي المناسب، وترسيخ دعائم الديمقراطية، ومن هذا المنطلق لجأت بعض المنظمات الإدارية كالمستشفيات إلى تبني بعض الأساليب الإدارية التي أثبتت فعاليتها في تحسين الإنتاجية، ومنها مفهوم إدارة الجودة الشاملة الذي يهدف إلى تطوير أداء المنظمات عن طريق بناء ثقافة عميقة عن الجودة، وكسب رضا العميل والمستفيد.

## مشكلة البحث:

نجد أنّ المستشفيات في السودان سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص تواجه موجة من التحديات أهمها المنافسة الحادة ويزيد من حدة هذا التحدي التغيير السعي نحو الجودة كونها معياراً أساساً لاختيار الخدمة، مما دفع العديد من هذه المستشفيات إلى تغيير أساليبها الإدارية التقليدية، والبحث عن مفاهيم إدارية حديثة تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفاعلية، ولعل من أبرز هذه المفاهيم إدارة الجودة الشاملة، سعياً منها إلى تجويد مستوى خدماتها، والحد من الهدر في الموارد، وخفض شكاوى المراجعين، ولما كان نجاح

تطبيق هذه الفلسفة يقوم على مدى كفاءة مواردها البشرية ، فقد سعت المستشفيات إلى إيلاء موظفيها جل اهتمامها، وذلك بتمكينهم وإشراكهم في العمل، وتفويضهم الصلاحيات التي تمكنهم من الإنجاز بكفاءة وفاعلية. وعلى الرغم من هذا التطور المنهجي في الأسلوب الإداري إلا أنه لا نجد ما يواكبه في البحث العلمي من ناحية تقييم المنهج أو التطبيق في المؤسسات الصحية رغم ما يكتنفه من معوقات ومشاكل. وعليه يطرح البحث التساؤل الرئيس الآتي: ما مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في السودان؟

1. تتبثق من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:
2. ما مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
3. ما هي المعوقات التي تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
4. هل توجد اختلافات بين تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة الإجمالية في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
5. هل توجد اختلافات بين المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص فيما يتعلق بصعوبات تطبيق معايير الجودة الشاملة.
6. ما هي العوامل المؤثرة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

### أهداف البحث

- الهدف العام لهذه الدراسة هو ترقية منهجية البحث في إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية والخاصة في السودان، وإضافة بيانات جديدة في هذا الحقل؛ وذلك من خلال دراسة الأهداف التفصيلية التالية:
1. دراسة مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
  2. دراسة المعوقات التي تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
  3. دراسة مدى وجود اختلافات بين تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة الإجمالية في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.
  4. دراسة مدى وجود اختلافات بين المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص فيما يتعلق بصعوبات تطبيق
  5. معايير الجودة الشاملة. تحديد العوامل المؤثرة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

### أهمية البحث:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية موضوع إدارة الجودة الشاملة وآثار تطبيقه في القطاع الصحي العام وبخاصة المستشفيات سواء على المستوى الفردي أو التنظيمي وما يحققه لها من تميز، أضف إلى ذلك أهمية العنصر البشري الممكن القادر على الإنجاز بشكل كفؤ حيث يعد العنصر البشري من أهم الموارد في المنظمات الصحية. كما أن مساهمة إدارة الجودة الشاملة في خفض كلفة الخدمة

والحد من هدر الموارد وتقليل الأخطاء وتقديم خدمات مميزة إذ تتطلب الجودة إنجاز الأداء بطريقة صحيحة من المرة الأولى مما يسهم في الحد من المشكلات التي يمكن أن يعاني منها المريض، وتؤثر في سلامته، وقد تؤدي بحياته، وهذا يعتمد بالدرجة الأولى على الموارد البشرية المدربة والمؤهلة القادرة على القيام بواجباتها بكفاءة وفاعلية، وكذلك محدودية الدراسات التي تبحث في تطبيق الجودة الشاملة، وتمكين العاملين في قطاع الخدمات الصحية عامة، والمستشفيات بشكل خاص.

#### فرضيات البحث:

1. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في التعامل مع المريض.
2. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في تدريب الأطر الصحية وتحسين أدائها.
3. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بعناصر الجودة الشاملة في القيادة الإدارية بالمنهج العلمي في اتخاذ القرار وإشراك العاملين جميعاً.
4. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في استخدام الطرائق الإحصائية لقياس مستويات وأنماط عناصر الجودة الشاملة.
5. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بعناصر الجودة الشاملة في إتباع التخطيط الإستراتيجي.
6. لا تختلف المستشفيات الحكومية عن المستشفيات الخاصة فيما يتعلق بعناصر الجودة الشاملة.

#### منهج البحث:

مجتمع البحث: مجتمع الدراسة يتمثل في جميع أصحاب الوظائف الإدارية العليا في المستشفيات الحكومية والخاصة بولاية الجزيرة، وقد تم تقسيمها على أساس عنقودي حسب المحليات بحيث يتم الاختيار من بينها عشوائياً عدد تسع مستشفيات ( سبع من المستشفيات الحكومية من كل محلية و(2) منها خاصة )، أما وحدة المعاينة فقد تم تقسيمها إلى أربعة عناقيد تمثل كل من: مديري

المستشفيات ( جميع مديري المستشفيات الواقعة في العينة ) ، كل من رؤساء الوحدات ( جميع رؤساء الوحدات للمستشفيات الواقعة في العينة ) .

عينة البحث: عينة البحث هي عينة عشوائية عنقودية متعددة المراحل ، وبلغ حجم العينة (50) مبحثاً.

مصادر جمع المعلومات والبيانات: تم جمع المعلومات والبيانات من خلال المصادر التالية:

مصادر أولية: تعتمد الدراسة على بيانات أولية سيتم جمعها من خلال استمارة استبيان تحتوي على جميع محاور الجودة الشاملة ، توزع على أفراد عينة الدراسة .

مصادر ثانوية: المتمثلة في المراجع، والكتب، والتقارير، والنشرات، والسجلات، والدراسات السابقة، وشبكة المعلومات الدولية

أدوات البحث: تم جمع البيانات عن طريق الإستبانة والمقابلات الشخصية من أفراد العينة (المصادر الأولية) ، وتم استخلاص

المعلومات من السجلات الموجودة في إدارة شؤون العاملين والإدارات الأخرى (المصادر الثانوية).

أساليب التحليل: سيقوم الباحث باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS" من خلال استخدام الإحصائيات الوصفية واختبارات الفروض الإحصائية المتوافقة مع بيانات الدراسة.

### الإطار النظري والأدبيات السابقة :

يرى الكلوت (2004) ، أنه وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر والتعريفات لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ، إلا أن جُلها يكاد أن يكون متشابهاً ، فالأركان الأساسية التي يقوم عليها من حيث التركيز على التمويل والتحسين المستمر والعمل على إسعاد المستهلك، وتطوير المشاركة بين العاملين، وعليه فإنه يمكن القول أن الأركان الأساسية التي تعبر عن مفهوم إدارة الجودة الشاملة هي:

- التميز .

- التركيز على الجودة بمعناها الواسع.

- التحسين المستمر

- التعاون بين كافة الأفراد والعاملين في المنظمة

- تعزيز وتطوير مفهوم فريق العمل

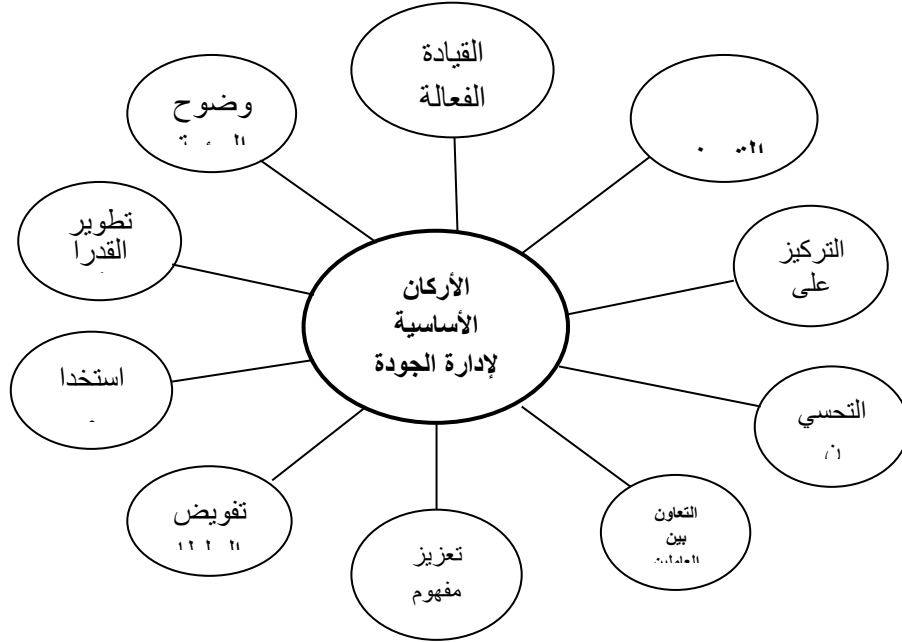
- تفويض سلطات وصلاحيات أكبر للعاملين .

- استخدام البيانات في عملية اتخاذ القرار .

- تطوير القدرات والاهتمام بالتدريب وتقدير مشاركة جهود العاملين.

- وضوح الرؤية المشتركة لكافة العاملين في المنظمة.

- وجود القيادة الفعالة



شكل (1): الأركان الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

المصدر: سعدي محمد الكحلوت "العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة 2004"

وذكر Latif (1994) ، أن معظم كتاب الجودة لم يوضحوا أن الجودة هي تغيير في الثقافة وطريقة التفكير ، وكذلك لم يقدموا توضيحاً للأساليب التي يمكن من تطبيق أفكارهم ومقترحاتهم بشأن الجودة، وعليه فإنه يرى بأن التحول إلى ثقافة الجودة يتطلب إيجاد توازن بين النظم والمهارات والأساليب "الطريقة" وبين القيم والأفراد "الرغبة" ، وأشار إلى أن (الإدارة والرغبة) يمكن إيجادها إذا كانت الجودة الشاملة على النحو التالي:

- 1/ تم اعتمادها خياراً استراتيجياً للمنظمة.
- 2/ مدعومة بوعي والتزامها القيادة.
- 3/ مدعومة بخطط تضمن تعزيز السلطة المطلوب.
- 4/ تعزيز نتائج دمج مفاهيم الجودة وفلسفتها مع النظم والسياسات في المنظمة.

إنَّ الاختلافات في ثقافة الجودة قد يؤدي إلى تأثيرات أو مضاعفات شديدة إيجابية أو سلبية ، وقد أوضح Juran (1993) ، مثالين لذلك:

#### أولاً: ثقافة الجودة السلبية Hide the scrap scenario

وحسب هذا السيناريو فإنَّ المنظمة تتخذ خطوات غير اعتيادية لإسعاد زبائنها ، و أنَّ تغيير ثقافة المنظمة يتطلب سنوات وليس شهور ، ويتطلب الثقة وليست الأساليبُ لذا اقترح وليم خمس طرائق رئيسة تستخدم بشكل عام من قبل الإدارة في محاولتها لإحداث التغيير ، وتتمثل في الآتي:

- 1/ تغيير الأفراد العاملين في المنظمة من خلال التعيين الانتقائي والتركيز على الأفراد ذوي الاتجاهات الملائمة إضافةً إلى التركيز على الجوانب الفنية والمهارات الأخرى المطلوبة.
- 2/ إعادة توزيع الأفراد على وظائف جديدة بهدف إزالة تأثير الثقافة الفرعية التي استمدها الأفراد من تواجدهم في وظائفهم الحالية.
- 3/ تدريب الأفراد وإعطائهم أدواراً قيادية تعزز لديهم تقبل الثقافة المرغوبة من قبل المنظمة.
- 4/ تدريب الأفراد على وظائف جديدة ، بحيث تؤثر في اتجاهاتهم نحو الوظيفة.
- 5/ تغيير بيئة العمل وسياسات الموارد البشرية، وكذلك نمط الإدارة بشكل عام (Williams,1993).

كما يشير كيك ، يعزو كثير من الباحثين والكتّاب نجاح التجربة اليابانية في الإدارة إلى نجاحها في تطبيق تعاليم ديمينج وجوران ووروكر وغيرهم من فلاسفة الجودة المحدثين الذين استندت تعاليمهم إلى مبادئ وأساسيات الجودة الشاملة. وفي المقابل كيك يرى أنَّ فشل الكثير من المؤسسات الأمريكية يرجع إلى أنَّها ما زالت تتبع مبادئ الإدارة التي نادى بها آدم سميث وفريدريك تايلور. و أنَّ الفهم الواضح لطبيعة الفروق بين الفلسفة الحديثة التي تبنتها الإدارة اليابانية والفلسفة القديمة التي ما زالت تبنتها بعض الإدارات الأمريكية والكثير من الإدارات في الدول النامية ، يساعد إلى حد بعيد تجنب الكثير من المعوقات والمشكلات التي تواجه المنظمات الساعية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة (Keck et al,1995) دراسة معوض (2015) : بعنوان: تطبيق معايير جودة خدمات الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات الجامعية ، مصر. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق معايير جودة خدمات الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات الجامعية ، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ومنهج دراسة الحالة ، وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: يعد المجال الصحي من أهم المجالات التي تفرضها مجموعة من السياسات التي تلعب دوراً محورياً في بناء الذات وفعالية لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة ، كما يقضي الاستخدام الأمثل لهذه الموارد توافر الموارد الواضحة والدقيقة حول نوعية الخدمات الصحية ومستواها؛ وذلك من خلال قياس مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى لعملائها بصورة دورية لرفع مستواها مع إتاحة الفرصة لأكبر قدر من الناس للاستفادة من خدماتها لإشباع احتياجاتهم وكسب رضاهم، وأهم التوصيات التي قدمتها

الدراسة تقديم أفضل الخدمات بكفاءة وفعالية وجودة عالية، استشارة السكان المحليين ورجال الأعمال تجاه الخدمات التي ستقدم لهم ، التطوير والتحسين المستمر لأهدافها الموضوعية مع أهمية الرجوع دائماً للمستفيدين من خدماتها.

دراسة الإمام (2010م) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات ، مدني، السودان. هدفت الدراسة إلى معرفة وبلورة مفهوم الجودة الشاملة بمستشفى ود مدني التعليمي، وكذلك معرفة أهمية التخطيط لبرنامج الجودة الشاملة وأساليبه، والصعوبات التي تواجه تطبيقه، وكذلك معرفة الفرق بين أسلوب الإدارة القديم وإتباع برنامج الجودة الشاملة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: إتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل؛ وبالتالي يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وإنَّ تحسين بيئة العمل من خلال الاهتمام بالعاملين وتحقيق الانسجام بين مختلف الفئات الوظيفية يساعد في تطبيق نظام الجودة الشاملة، والتوصيات التي خرج بها تتمثل في: إنَّ وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد، نظرية إدارة جديدة، وإنما أصبح ضرورة ملحة؛ وذلك لضمان تحسين تطوير الأداء بصورة مستمرة. الجودة، وضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على الزبون.

دراسة دمنهور (2004م). بعنوان: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بالتطبيق على محافظة جدة (السعودية).

هدفت الدراسة إلى تقييم خصائص أنظمة مخطط وثقافة الجودة المطبقة في المستشفيات التي اتخذتها الدراسة عينة لها تمهيداً للخروج بأمودج لتطبيق عوامل إدارة الجودة في القطاع الخدمات الصحية، وقد خلصت الدراسة إلى أنَّ أهم معيقات تطبيق الجودة هي:

1- ضعف تطبيق جميع عوامل الجودة المتعلقة بالثقافة التنظيمية (مركزية السلطة- هرمية الهياكل- الاهتمام بالنتائج القصيرة - الاتصالات .... تقبل الانطباع ... الخ.

2- ضعف الأنظمة المتعلقة بتحسين الخدمات ورضا العملاء (مهارات الأطباء - أساليب التعامل مع المرضى - أنظمة المعلومات... الخ).

3- دراسة العمر (2002م): بعنوان : مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة من مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض السعودية. هدفت الدراسة إلى التعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في المستشفيات السعودية، وعلى الفروق بين القطاعات المختلفة في مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتعرف على المبادئ المؤثرة في هذه المستشفيات. وقد خلصت الدراسة إلى أنَّ هناك تفاوتاً في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المستشفيات، وأوضحت أنَّ مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري بتطبيق مبدأ التحسين المستمر، وقد أوصت الدراسة بضرورة إيجاد نظام معلومات متقدم لمساندة عمليات اتخاذ القرارات الصحيحة، والعمل بشكل جاد لنشر ثقافة الجودة الشاملة، والاستمرار في رفع مستوى تطبيق مبدأ التحسين المستمر، والعمل بشكل أكبر على تطبيق مبدأ التركيز على العميل.



دراسة التلبناني (2000م): بعنوان: تقييم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني، فلسطين. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات والمعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التعرف على واقع تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني إضافةً إلى التعرف على القوة المؤثرة الرئيسة أثناء عملية تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني في بدايتها والخروج بتوصيات يمكن الاستفادة منها في تطوير الجودة مستقبلاً، وقد اعتمدت الدراسة أسلوب دراسة الحالة من خلال دراسة الوثائق المتوفرة والمقابلات والملاحظة والاستبيان، وقد تطرقت الدراسة إلى أساليب ومنهجية التطبيق التي اتبعتها المشروع في مراحلها المتعاقبة، وأهم عوامل النجاح، إضافةً إلى ذلك تطرقت الدراسة إلى أكبر المعوقات التي واجهت المشروع ومنها البيئة الخارجية الغير مستقرة، والمشكلات الداخلية للمؤسسات المعنية، وعدم المتابعة، ومقاومة التغيير والمركزية، وضعف الاتصال، وعدم رضا منتسبي القطاع الصحي.

دراسة عطية (2011م) بعنوان: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العامة في مدينة قلقيلية (ليبيا).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً لمتغيرات الدراسة. أظهرت النتائج أنّ استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمة الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية، ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة والأمان والثقة والتعاطف تعزى إلى متغير الجنس وكانت لصالح الذكور، ومن أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين الخدمات الطبية المقدمة.

دراسة الهويدي (2009م) بعنوان: قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة، ليبيا

هدفت الدراسة إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة بتطبيقه على مستشفيات الزاوية، في مدينة طرابلس (ليبيا)، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: هناك قصور في جودة الخدمات، الجوانب المادية الملموسة المقدمة من الخدمات الصحية، وتدني مستوى الخدمات الاعتمادية من حيث تقديم الخدمة في الوقت الذي يطلبها المريض وبالشكل الصحيح من المرة الأولى، وتدني مستوى جودة خدمة الاستجابة المقدمة من حيث سرعة تلبية احتياجات ورغبات المرضى، وانخفاض جودة خدمات الأمان الذي يشعر بها المريض أثناء تقديم الخدمة لهم، وانخفاض جودة التعاطف مع المريض من حيث إبداء الروح الصادقة والحرص عليه، وإشعاره بأهميته، والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

دراسة مسودة (2004م) بعنوان: أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة، الأردن.

استهدفت الدراسة التعرف على أثر تطوير الموارد البشرية في القطاع الصحي في تحقيق إدارة الجودة الشاملة للعاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة، وقد تم توزيع استبانة الدراسة على جميع القيادات العليا والوسطى في ستة مستشفيات خاصة في مدينة

عمان، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين متغيرات الدراسة، ووجود دعم كبير واهتمام من قبل الإدارة العليا في المستشفيات الخاصة، وبتطوير الموارد البشرية فيها، ومن أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة: قيام القطاع الصحي في الأردن بإنشاء هيئة مستقلة لتقويم أداء وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات والمنظمات الصحية.

دراسة الماضي وآخرون (2011م) بعنوان أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية- الأردن.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التمكين الإداري في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية، واختبار الفروق في اتجاهات المبحوثين، فهو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات تبعاً لاختلاف خصائصهم الديمغرافية والوظيفية، شملت عينة الدراسة (319) موظفاً، واعتمد تحليل بياناتها على: التحليل الإحصائي الوصفي، ومعامل الانحدار وتحليل التباين الأحادي (Anova) واختبار (T.Test). ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث: تطبيق مستشفى الجامعة الأردنية إدارة الجودة الشاملة بدرجة متوسطة، وإن المبحوثين يشعرون بمستوى متوسط من التمكين الإداري، ووجود أثر ذي دلالة إحصائية للتمكين الإداري في تطبيق إدارة الجودة الشاملة حيث فسر متغير التمكين الإداري 54.6% من التباين في إدارة الجودة الشاملة وفقاً لقيمة معامل التحديد البالغة 5.456، ولم تجد الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المبحوثين نحو تبني مستشفى الجامعة الأردنية لمفهوم الدراسة لإدارة الجودة الشاملة تعزى لخصائصهم الديمغرافية باستثناء متغير المستوى الوظيفي، وخلصت الدراسة إلى العديد من التوصيات من أهمها: تحسين المناخ التنظيمي للعمل وبناء ثقافة تنظيمية تشجع على تطبيق مفهوم التمكين الإداري، وتبني نظام للحوافز يكافئ جهود العاملين، منح العاملين الحرية الكافية، وتقويضهم الصلاحيات لتمكينهم من اتخاذ القرارات المتعلقة بمجال عملهم، والاهتمام بتدريب العاملين وتطوير قدراتهم.

### منهج البحث:

عادة ما يستخدم المنهج الوصفي التحليلي في الدراسات المشابهة - بما يتسم به من إتاحة عمق تحليلي لموضوع دراسة الباحث، إلا أنّ طريقة استخدام هذا المنهج من حيث مصادر البيانات قد تباينت لدى الباحثين الذين قاموا بإجراء تلك الدراسات، حيث ركز معظمهم، في الواقع السوداني و في البيئات الإقليمية، على البيانات الأولية فقط من خلال الاستبيان والمقابلة، لاستقاء البيانات من واقع آراء وميول المبحوثين تجاه ظاهرة، أو مشاهدة لعناصر الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، ومن ثم مقارنتها بما أوردته الأدبيات دون الاستدلال في معظم الحالات بالبيانات الثانوية

### عينة مديري المستشفيات

بالنسبة لمديري المستشفيات تم استخدام الحصر الشامل لكل المديرين بالمستشفيات العامة والخاصة وعددهم الإجمالي 50 مديراً. ويختلف عدد المديرين بين المستشفيات التعليمية والمتخصصة والعامة والريفية والخاصة. فبينما نجد أنّ هنالك على الأقل ثلاثة مديريين

بالمستشفيات التعليمية والمتخصصة ( مدير عام ، مدير طبي ، ومدير إداري)، في المقابل هناك مديراً واحداً في المستشفى الريفي وهو المدير العام. بالنسبة لعينة المديرين تم اختيارها حسب التقسيم الإداري للمستشفيات كما في الجدول (1) أدناه.

**جدول (1) : توزيع المعاينة للمديرين حسب محليات ولاية الجزيرة**

حجم العينة	النسبة المئوية	المحلية
27	54.0	مدني الكبرى
3	6.0	شرق الجزيرة
8	16.0	الحيصاحيصا
3	6.0	الكاملين
3	6.0	أم القرى
3	6.0	المناقل
3	6.0	جنوب الجزيرة
50	100.0	Total

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على بيانات وزارة الصحة ولاية الجزيرة (2018).

### مصادر بيانات البحث:

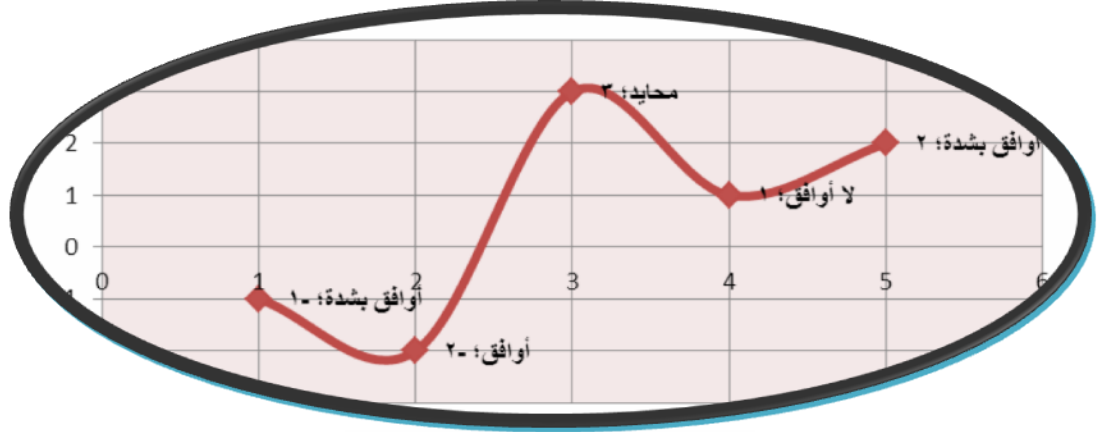
المصادر الثانوية للمعلومات : وتتمثل في:

الكتب والمراجع والبحوث السابقة في نفس المجال والتقارير والسجلات الخاصة بوزارة الصحة بولاية الجزيرة بإدارة الجودة والشبكة العنكبوتية الدولية.

المصادر الأولية: وتتمثل في أدوات المقابلة والاستبيان.

وتطلبت الدراسة إعداد أدوات خاصة بها وعليه قام الباحث بإعداد وتصميم استبانة خاصة بالإداريين والأطر الصحية والمرضى النزلاء في جميع المستشفيات الواقعة في إطار الدراسة بولاية الجزيرة. ويرى الباحث أن استخدام وسيلة الاستبانة لجمع البيانات يتلاءم مع طبيعة البيانات التي يرغب الباحث في الحصول عليها ، تعتبر الاستبانة إحدى وسائل البحث العلمي المستعملة على نطاق واسع من أجل الحصول على بيانات أو معلومات في مجال معين ، وتأتي أهمية الاستبانة من كونها توفر الجهد والوقت مقارنة مع أداة المقابلة، وقد تم تصميم الاستبيانات و تحكيمها، ثم توجيهها إلى المبحوثين بالكيفية التي تم شرحها سابقاً ، حيث تشكلت أسئلة الاستبانة، من واقع الإطار النظري الذي تعرض لها البحث ، إضافةً إلى الإطلاع الذي تم على الدراسات السابقة ذات الصلة بمشكلة البحث. وقد

شملت الاستبيانات عدداً من العبارات تعكس مشكلة الدراسة وأسئلتها للإجابة عنها من قبل المبحوثين ، وتم استخدام مقياس (Likert) الخماسي ، بحيث تأخذ كل إجابة أهمية نسبية كما يلي:



المصدر: توزيع المعاينة العنقودية اعتماداً على بيانات وزارة الصحة ولاية الجزيرة

شكل (1): المنحنى الأيسومي لمقياس ليكرت الخماسي

### المسوح التجريبية:

تم عمل مسح أولي من خلال إعداد مسودات الاستبيانات الأولية لوحدة الدراسة التي تتمثل في المديرين ، الكوادر الطبية والمرضى النزلاء و قد أمكن الاتفاق معها للقيام بجلسات بؤرية لعدد 8 أشخاص في كل مستشفى لكل فئة على حدة. وللتأكد من استيفاء الاستبيان لأغراض الدراسة وتغطيته لفروض وأهداف الدراسة قام الباحث بإعداد (30) استمارة من كل عينة من العينات الثلاث لقياس أداة البحث من خلال كرونباخ ألفا، والارتباط الجزئي الصفري وقد أظهرت النتائج تناغماً جيداً لأداة البحث كما يظهر في جدول (4). ونلاحظ أنّ قيم ألفا كرونباخ للاستمارات الثلاث قريبة من الواحد الصحيح مما يعني أنّ التناغم بين الأسئلة (العوامل) جيد جداً ، كذلك معاملات الارتباط الجزئية قريبة من الصفر مما يعني أنّ ليس هناك ارتباط ذاتي بين العوامل والإشارة السالبة تعني أنّه كلما قل معدل الارتباط الجزئي الصفري ارتفعت قيمة ألفا كرونباخ

جدول (2): تناغم وارتباطات أدوات البحث

الارتباط الجزئي الصفري	كرونباخ ألفا	عدد العوامل	الاستبانة
-0.0021	0.970	12	المديرون

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على بيانات وزارة الصحة ولاية الجزيرة (2018).

### أساليب تحليل بيانات البحث:

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) للحصول على نتائج يمكن من خلالها التحقق من صحة الفروض المختلفة، ودعم العديد من النقاط التي وردت في الجزء الأول من البيانات. حيث تم استخدام أسلوب التحليل الوصفي التحليلي الذي يهتم بوصف متغيرات الدراسة ودراساتها كما هي في الواقع وشرح طبيعة العلاقات بينها كما يؤسس علاقة السبب والنتيجة (النوري ، 2002). إضافة إلى الجداول التقاطعية و تطبيق اختبار ( Chi-square ) لمتغيرات البحث بدراسة العلاقات الإرتباطية بين مجموعة متغيرات البحث. واعتمدت الدراسة في تحليل اتجاهات الرأي وسط كل من المديرين والأسر على أسلوب التحليل العاملي الذي يهتم بتحليل بيانات مقياس ليكرت الخماسي

أولاً: تحليل بيانات مديري المستشفيات الحكومية والخاصة بولاية الجزيرة:

### خصائص المديرين:

### توزيع المديرين حسب المستشفى:

توزيع المديرين حسب التخصص يعكس معياراً مهماً من معايير الجودة.

### جدول (3) : توزيع المديرين حسب المستشفيات

النسب المئوية	التكرارات	المستشفى
10.0	5	مستشفى مدني
6.0	3	رفاعة
8.0	4	العيون
8.0	4	المعلم
6.0	3	سليمان الطبي
10.0	5	الكلية
10.0	5	النساء والتوليد
8.0	4	الجلدية
10.0	5	الحصاحيصا
6.0	3	المناقل
6.0	3	الكاملين
6.0	3	الحوش
6.0	3	أم القرى

100.0	50	Total
-------	----	-------

**المصدر: وزارة الصحة ولاية الجزيرة، 2018م**

الجدول رقم (3) يوضح أن كلاً من مستشفى ود مدني ومستشفى الكلي ومستشفى النساء والتوليد ومستشفى والحصاحيصا يوجد بكل منها 5 من المديرين بينما كل من مستشفى العيون والمعلم والجلدية يوجد فيها 4 من المديرين بينما باقي المستشفيات يتواجد فيها 3 من الم هدفتم الدراسة إلى معرفة وبلورة مفهوم الجودة الشاملة بمستشفى ود مدني التعليمي، وكذلك معرفة أهمية التخطيط لبرنامج الجودة الشاملة وأساليبه، والصعوبات التي تواجه تطبيقه، وكذلك معرفة الفرق بين أسلوب الإدارة القديم وإتباع برنامج الجودة الشاملة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: إتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل؛ وبالتالي يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وإنّ تحسين بيئة العمل من خلال الاهتمام بالعاملين وتحقيق الانسجام بين مختلف الفئات الوظيفية يساعد في تطبيق نظام الجودة الشاملة، والتوصيات التي خرج بها تتمثل في: إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد، نظرية إدارة جديدة، وإنما أصبح ضرورة ملحة؛ وذلك لضمان تحسين تطوير الأداء بصورة مستمرة.

الجودة، وضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على الزبون.

هدفت الدراسة إلى معرفة وبلورة مفهوم الجودة الشاملة بمستشفى ود مدني التعليمي، وكذلك معرفة أهمية التخطيط لبرنامج الجودة الشاملة وأساليبه، والصعوبات التي تواجه تطبيقه، وكذلك معرفة الفرق بين أسلوب الإدارة القديم وإتباع برنامج الجودة الشاملة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: إتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل؛ وبالتالي يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وإنّ تحسين بيئة العمل من خلال الاهتمام بالعاملين وتحقيق الانسجام بين مختلف الفئات الوظيفية يساعد في تطبيق نظام الجودة الشاملة، والتوصيات التي خرج بها تتمثل في: إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد، نظرية إدارة جديدة، وإنما أصبح ضرورة ملحة؛ وذلك لضمان تحسين تطوير الأداء بصورة مستمرة.

الجودة، وضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على الزبون.

هدفت الدراسة إلى معرفة وبلورة مفهوم الجودة الشاملة بمستشفى ود مدني التعليمي، وكذلك معرفة أهمية التخطيط لبرنامج الجودة الشاملة وأساليبه، والصعوبات التي تواجه تطبيقه، وكذلك معرفة الفرق بين أسلوب الإدارة القديم وإتباع برنامج الجودة الشاملة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: إتباع برنامج الجودة الشاملة يؤدي إلى رضا العميل؛ وبالتالي يساعد في المحافظة على رضا العاملين وتجنب المنافسة، وإنّ تحسين بيئة العمل من خلال الاهتمام بالعاملين وتحقيق الانسجام بين مختلف الفئات الوظيفية يساعد في تطبيق نظام الجودة الشاملة، والتوصيات التي خرج بها تتمثل في: إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد، نظرية إدارة جديدة، وإنما أصبح ضرورة ملحة؛ وذلك لضمان تحسين تطوير الأداء بصورة مستمرة.

الجودة، وضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على الزبون.

**توزيع المديرين حسب المحليات:**
**جدول (4): توزيع المديرين حسب المحليات**

النسب المئوية	التكرارات	المحلية
54.0	27	مدني الكبرى
6.0	3	شرق الجزيرة
16.0	8	الحيصاحيصا
6.0	3	الكاملين
6.0	3	أم القرى
6.0	3	المنائل
6.0	3	جنوب الجزيرة
100.0	50	Total

المصدر: وزارة الصحة ولاية الجزيرة، 2018م

يوضح الجدول رقم (4) توزيع المديرين حسب محليات ولاية الجزيرة المختلفة حيث نجد أنّ محلية ود مدني الكبرى يتواجد بها أكثر من نصف مديري المستشفيات في الولاية بنسبة 54%، تليها محلية الحيصاحيصا بنسبة 16%، بينما بقية المحليات يتوزع فيها المديرون في المستشفيات بنسب متساوية وهي 6%. المديرون غالباً ما يكونون من الأخصائيين، أو من ذوي الخبرات الطويلة وتمركزهم في عاصمة الولاية بهذا الشكل هو في حد ذاته معول هدم لمواصفات الجودة الشاملة، إنّ تمركز الكفاءات الصحية، في عاصمة الولاية بالشكل المبين في الجدول يعبر عن اتجاه وظيفي مرتبك ويعوق التخطيط وتحقيق الأهداف الصحية كما أنّه لا يساعد في تنمية الموارد البشرية ورفع طاقتها الإنتاجية، وتحسين مهارات وقدرات العامل الفرد، وتنمية فرق العمل.

**جدول (5) : التوزيع العمري للمديري**

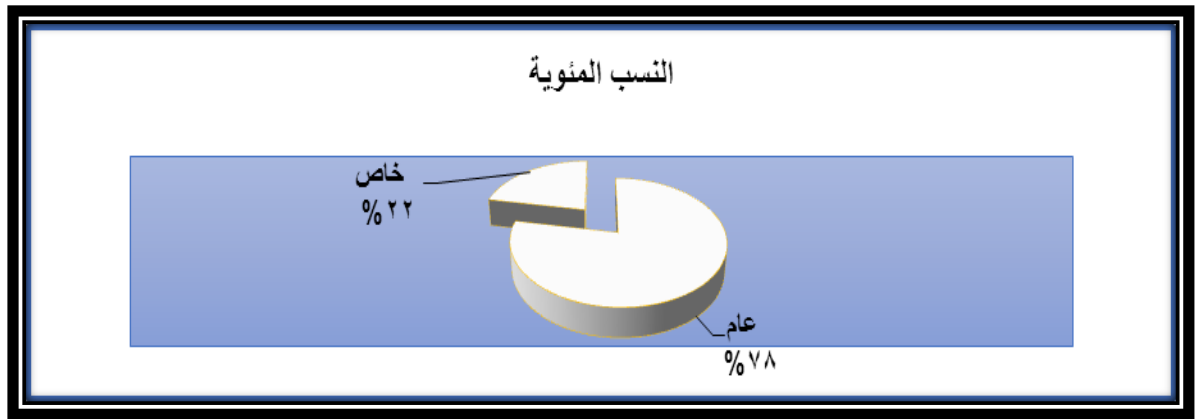
النسب المئوية	التكرارات	عمر المبحوث
6.0	3	30 وأقل من 35
16.0	8	35 وأقل من 40
28.0	14	40 وأقل من 45
30.0	15	45 وأقل من 50
14.0	7	50 وأقل من 55
6.0	3	55 فأكثر
100.0	50	Total

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

يبدو أنّ التوزيع ممدد تمهيد طبيعي، ويعتقد الباحث أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية التوزيع العمري لجميع المديرين في مستشفيات ولاية الجزيرة حيث نجد أنّ 58% من المبحوثين يتمركزون في منتصف التوزيع بوسط حسابي 43.70 وخطأ معياري 8.75. مما

يعطي مدى ثقة ضيق ( 41.9-45.41) مما يثبت جودة التوزيع العمري، وأثبتت بعض الدراسات أن هجرة الأطباء هي أكثر كثافةً وسط الكوادر العليا في القطاع الصحي السوداني (كنان، 2018). هذا الأمر ينعكس على سياسات الدولة فيما يتعلق بعدم وضوح الرؤية التنظيمية المتعلقة بأدائهم اليومي إضافةً إلى ضعفهم الإداري في مجال رسم الاستراتيجيات وصياغة الأهداف وتحديد الأولويات وبناء خطط العمل.

4.1.5 توزيع المديرين حسب نوع المستشفى: إنَّ المستشفيات كغيرها من المؤسسات، سواء كانت حكومية أو خاصة، تخضع لقوانين الإدارة الخاصة بالمؤسسات الخدمية لأنها تهدف إلى تقديم أفضل رعاية للمريض وبأسعار مناسبة. والإدارة بمفهومها العام والشامل تعني تدبير الموارد المتاحة لتقديم أفضل خدمة، وخفض التكلفة إلى حد يحقق الربحية دون التضحية بجودة الخدمة المقدمة، وعدم إرهاق المريض، وتحمله فوق طاقته.



المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

#### الشكل (2): المديرين حسب نوع المستشفى

لذلك نجد أن الإدارة هي الفيصل في نجاح المستشفى أو فشلها سواء كانت مستشفيات خاصة أو عامة. في الشكل (1.5) نجد أن 39% من مديري المستشفيات يعملون بمستشفيات عامة، و22% منهم يعملون بمستشفيات خاصة. ولكن في الآونة الأخيرة أصبحت المؤسسات الصحية الخاصة والمستشفيات على وجه الخصوص تهتم بالربحية أكثر من الجودة في ظل التدهور المريع للمستشفيات العامة.

توزيع المديرين حسب النوع: أجريت العديد من الدراسات لمعرفة عوامل الاختلاف في طبيعة كل من الرجل والمرأة، حيث حدثت تحولات عديدة، وبرزت العديد من النظريات التي تدعو للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، مما أدى إلى تغيير الصورة النمطية بأن الرجال وحدهم من يستطيعون تولي مناصب إدارية عليا فنجد أن المرأة أصبحت ككتف مع الرجل في مختلف المجالات حتى أن بعض النظريات ترى بأن المرأة قد تكون ناجحة إدارياً أكثر من الرجل؛ وذلك لعدة أسباب منها: المرونة والمقدرة على التحمل، لكن هذه النظريات يبدو أنها لا تنطبق في مجتمعاتنا حيث يوضح الشكل رقم (2.5) أن نسبة عالية جداً من المديرين مايقارب 84% منهم من الذكور، بينما 16% فقط من الإناث.



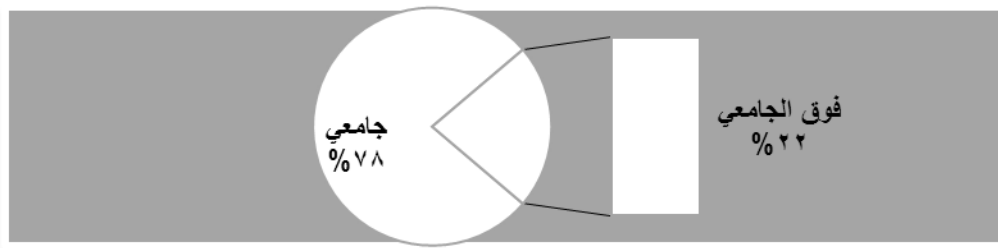


المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

### الشكل (3): المديرون حسب النوع

وعلى الرغم من أنّ العنصر النسائي يمثل الفئة الأقل حجماً بين مديري المستشفيات إلا أنّ هذا ليس هو الواقع على مستوى النظام الصحي السوداني على وجه العموم أنظر دراسة (معتز ، 2017).

توزيع المديرون حسب المؤهل العلمي: تعمل العديد من المؤسسات على التأكيد على ضرورة مراعاة معايير الاعتماد الأكاديمي للمديرين العاملين بها. أي يجب أنّ يكونوا من حملة الشهادات العليا كونه من أهم العناصر المطلوبة لتحسين جودة الخدمات والارتقاء بها، بينما هناك مؤسسات أخرى تفضل الأقدمية والخبرة على النواحي الأكاديمية. يوضح الشكل رقم (3.5) أنّ 76% من المديرين هم من حملة الشهادات الجامعية، بينما 22% منهم من حملة الشهادات العليا فوق الجامعية. هذه المعدلات لا تتناسب مع إفراغ المعرفة العلمية في الأداء والارتقاء بأداء وقدرات المديرين الأكاديمية المطلوبة بشدة في تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في الأداء اليومي لأنشطة المستشفيات.



### الشكل (4) المؤهل التعليمي

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

إنّ المؤهل التعليمي بالنسبة للذكور الإناث على حد سواء يلعب دوراً حاسماً في توجه المستشفى نحو تلبية متطلبات إستراتيجية تطبيق معايير الجودة الشاملة، ذلك لأنّه يساعد في ترقية الأداء السلوكي للعمل التنظيمي، ويولد الأساليب الإبتكارية في التفكير. توزيع المديرين حسب عدد سنوات الدراسة: نلاحظ من الجدول رقم (6) توزيع سنوات الدراسة لجميع المديرين المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة حيث نجد أنّ 70% من المديرين اكملوا 15 عاماً من التعليم أي أكملوا المرحلة الجامعية، و يتمركزون في منتصف

التوزيع بوسط حسابي 15.58 وانحراف معياري 225؛ مما يعطي مدى ثقة ضيق (15.22-15.89)، مما يثبت جودة التوزيع. بينما يظهر الجدول أنّ 24% من المديرين اكملوا ثمانية عشر عاما من التعليم و 4% منهم اكملوا اثنا عشر عاما من التعليم لم نجد في هذه الدراسة أنّ أيّاً من المديرين قد خضع لدورات تدريبية عالمية

**جدول (6): عدد سنوات الدراسة**

عدد سنوات الدراسة	التكرارات	النسب
14-12	2	4.0
15	35	70.0
16	1	2.0
+18	12	24.0
Total	50	100.0

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة وأنّ كان البعض منهم قد خضع لدورات تدريبية على المستوى المحلي المسمى الوظيفي للمديرين: بالنظر إلى متطلبات تطبيق معايير الجودة الشاملة يمكن القول أنّ العبرة ليست في الكثرة، وإنما في نوعية التقسيم الوظيفي، ولكن حتى في هذه الحالة فإنّ المسمى الوظيفي، كما هو مبين في الجدول (7) لا يساعد على المساهمة في رسم السياسات، ووضع الخطط والبرامج لتنفيذها إن لم يكن مبادئ بتلمس المشكلات واقتراح الحلول المناسبة لها، مما لا يساعد في نشرة ثقافة الجودة الشاملة داخل أروقة المؤسسة الصحية على الرغم من أنّ نسبة مقبولة من الموظفين تحصلوا على درجات أكاديمية عليا كما سنرى لاحقاً. ليس هناك ما يدل على ضعف المعايير العلمية في الاختيار الوظيفي.

**جدول (7) : المسمى الوظيفي للمديرين**

الوظيفة	التكرارات	النسب
مدير عام	9	18.0
نائب المدير	4	8.0
المدير الطبي	12	24.0
المدير الإداري	12	24.0
المدير المالي	13	26.0
Total	50	100.0

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

يوضح الجدول رقم (6) التوزيع الوظيفي للمديرين داخل مستشفيات ولاية الجزيرة، حيث نجد أنّ 26% منهم مديريين ماليين، 24% مديرون إداريون، 24% مديرون طبيون، 8% نواب مديرين بينما 18% منهم يشغلون وظيفة المدير العام. عدد سنوات الخبرة: كما ذكرنا سابقا تعد الخبرة والكفاءة من أهم العناصر التي يجب توافرها في الكوادر الإدارية حيث يوضح الجدول رقم (8) عدد سنوات الخبرة للمديرين بمستشفيات ولاية الجزيرة.

**جدول (8): عدد سنوات الخبرة للمديرين**

النسب	التكرارات	عدد سنوات الخبرة
4.0	2	1-4
18.0	9	5-9
34.0	17	10-14
22.0	11	15-19
22.0	12	20-24
100.0	50	Total

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

من الجدول رقم (8) نجد أنّ 22% منهم لديهم خبرة ما بين خمسة عشر إلى أربعة وعشرين عاماً، 34% منهم لديهم خبرة ما بين عشرة إلى أربعة عشر عاماً، 22% لديهم خبرة ما بين خمسة عشر إلى تسعة عشر عاماً، 22% منهم لديهم خبرة ما بين عشرين إلى أربعة وعشرين عاماً، 18% منهم لديهم خبرة ما بين خمسة إلى تسعة أعوام، و 4% منهم لديهم خبرة تتراوح بين عام إلى أربعة أعوام . تتوزع سنوات الخبرة بمتوسط حسابي قدره 13.68 وخط معياري 8.52. توزيع الخبرة للمديرين يعطي مدى ثقة ضيق (12.2-15.34) مما يثبت جودة التوزيع. مما يبدو فإنّ التوزيع ممد تمهيداً طبيعياً ونظن أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية توزيع سنوات الخبرة لجميع المديرين المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة.

عدد سنوات العمل في القسم: الجدول رقم (9) يوضح توزيع عدد سنوات العمل في القسم حيث نجد أنّ 21% من المديرين يعملون في القسم لفترة تتراوح بين خمسة إلى تسعة أعوام، 24% منهم يعملون لفترة تتراوح بين عام إلى أربعة أعوام، 22% يعملون لفترة تتراوح بين عشرة إلى أربعة عشر عاماً، و 12% منهم يعملون ما بين خمسة عشر إلى تسعة عشر عاماً . تتوزع سنوات العمل بمتوسط حسابي قدره 8.6 وخط معياري 0.147، مما يعطي مدى ثقة ضيق (8.19-9.12) مما يثبت جودة التوزيع، مما يبدو فإنّ التوزيع ممد تمهيداً طبيعياً ونظن أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية توزيع سنوات العمل في القسم لجميع المديرين المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة. الخبرة تتيح للمدير التعرف على المشكلات الكامنة و اعتماد الأنشطة الإستراتيجية، و تقويم الخيارات الموزونة في تنفيذ عناصر الجودة الشاملة.

**جدول (9): عدد سنوات العمل في القسم**

النسب	التكرارات	عدد سنوات العمل في القسم
24.0	12	1-4
42.0	21	5-9
22.0	11	10-14
12.0	6	15-19
100.0	50	Total

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

تحليل الجداول المتقاطعة: في هذا الجزء استخدم البحث الجداول التقاطعية بين المتغير التابع (الوظيفة) و المتغيرات المستقلة الأخرى، وذلك من أجل اختبار الاقتران بواسطة مربع كاي و مشتقاته. ،

**جدول (10) : الاقتران بين الوظيفة ونوع المستشفى**

المجموع	نوع المستشفى		الوظيفة
	خاص	عام	
9	2	7	مدير عام
4	0	4	نائب المدير
12	3	9	المدير الطبي
12	3	9	المدير الإداري
13	3	10	المدير المالي
50	11	39	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

**جدول (11): اختبار مربع كاي للاقتران بين الوظيفة ونوع المستشفى**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.263a1	4	012.
Likelihood Ratio	2.1191	4	034.
N of Valid Cases	50		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م.

و يوضح الجدول رقم (12) أنّ المتغيرات المستقلة ليس لها تأثير في الوظيفة، أي أنّ جميع المتغيرات المستقلة ليست ذات تأثير معنوي في المتغير التابع بالرغم من أنّ هناك بعض المتغيرات كنا نتوقع أنّ يكون لها اقتران معنوي، ولكنها جاءت غير معنوية.

**جدول (12) جدول الاقتران بين المتغير التابع المسمى الوظيفي وبقية المتغيرات المستقلة**

المتغير	درجة الحرية	قيمة كاي	المعنوية
1. التخصص	7	774.	0.112
2. المحلية	6	7.385	0.222
3. عمر المبحوث	3	11.545	0.054.
4. المؤهل العلمي	1	17.742	0.052
5. عدد سنوات الدراسة	3	3.313	0.201
6. عدد سنوات الخبرة	3	9.652	0.055

0.056	8.490	3	7. عدد سنوات العمل في القسم
0.113	9.725	9	8. تقوم الإدارة العليا باعتماد مطلوبات تسيير وضمان استمرار العمل وتطويره بالمستشفى
0.053	2.5241	16	9. سياسة سرية معلومات وبيانات المريض مطبقة
0.528	5.348	16	10. تحتفظ الوحدة بإحصاءات المستشفى منذ تأسيسها او منذ البدء بالتوثيق
0.065	5.242	8	11. يتم تداول المعلومات الخاصة بعلاج المريض واستجابته للعلاج بين جميع مقدمي الخدمة المعنيين اثناء اقامة المريض بالمستشفى
0.084	7.572	16	12. توجد سياسات لمشاركة ممثلي المجتمع المحلي في مجالس المستشفى ولجانها
0.055	3.734	16	13. لدى المستشفى سياسة لدعم صحة المجتمع

### المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

بما أنّ الاقتران المحسوب في الجدول هو اقتران بين وظيفة المديرين وخصائصهم من ناحية وأرائهم من الناحية الأخرى، فهناك احتمال وجود ارتباط ذاتي بين الخصائص والآراء وبين كل من الخصائص والآراء في داخلها مما أدى إلى أنّ تكون النتائج غير معنوية إحصائياً. وجهة نظر الإدارات العليا في ظاهرة الجودة الشاملة: لقد اشتملت استمارة الاستبيان في هذه الدراسة على 150 سؤالاً تتعلق بنظام الإدارة العليا والقيادة في المستشفيات إضافة للإدارات الفرعية المختصة والأعمال الموكلة إليها (كل على حدة)، لذلك سوف نقوم بتوضيح وجهة نظر المدير في الإدارات المختلفة عن ظاهرة الجودة الشاملة (كل على حدة) في جدول يشتمل على تقدير النسبة المئوية لعدم الرضا التي تم حسابها من الإجابات أنّ كل سؤال من الأسئلة المئة والخمسين حسب مضمون السؤال بعد ذلك نقوم باختبار الفرق بين الإجابات عن طريق معامل عدم اليقين المقارب (Uncertainty coefficient) الذي استخدمناه من قبل ، وهو عبارة عن تقدير قيمة الإحصائية t من قيمة مربع كاي التماثلية عندما يزيد حجم العينة عن 30 مفردة. من الآن فصاعداً سنشير إليه بمعامل عدم الرضا المقارب  $\phi$ .

عدم الرضا عن الإدارة العليا: يشتمل هذا العامل على 6 مركبات هي: وجود رسالة ورؤية وقيم معتمدة من الإدارة العليا واضحة ، يوجد لدى المستشفى خطة إستراتيجية معتمدة ، تضع المستشفى خطط عمل سنوية بناءً على الخطة الإستراتيجية وتحدد فيها النشاطات الضرورية لتحقيق الأهداف ، يوجد في المستشفى هيكل تنظيمي ووظيفي يحدد المسؤوليات والصلاحيات والارتباطات، ويوجد لدى المستشفى آلية تقنية للتواصل بين إداراتها المختلفة ، جدول (1)

### جدول (13): عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - عامل الإدارة العليا

التقدير اللفظي لعدم الرضا عن الجودة	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب $\phi$	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	الإدارة العليا
عالٍ	0.024	3.25	66.1	1. تقوم الإدارة العليا باعتماد مطلوبات تسيير وضمان استمرار العمل وتطويره بالمستشفى
عالٍ	0.005	2.164	65.0	2. يوجد لدى المستشفى رسالة ورؤية وقيم معتمدة من الإدارة العليا واضحة ومعلومة بالنسبة للعاملين بالمستشفى
عالٍ	0.002	2.730	64.3	3. يوجد لدى المستشفى خطة إستراتيجية معتمدة

عالي	0.001	2.395	62.5	4. تضع المستشفى خطط عمل سنوية بناءً على الخطة الإستراتيجية محددة وتحدد فيها النشاطات الضرورية لتحقيق الأهداف
عالي	0.002	3.917	63.5	5. يوجد في المستشفى هيكل تنظيمي ووظيفي يحدد المسؤوليات والصلاحيات والارتباطات
عالي	0.001	2.406	63.7	6. يوجد لدى المستشفى آلية تقنية للتواصل بين إدارتها المختلفة
عالي	0.007	3.3724	77.02	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

t from likelihood estimator of  $\chi^2 \phi$ : Asymptotic estimate to

من هذه المركبات الست يتم حساب النسبة المئوية لعدم الرضا (مجموع الإجابات: لا أوافق بشدة، لا أوافق، ومحيد) كما ذكر سابقاً. هذه النسبة المئوية هي التي تخضع لاختبار عدم الرضا الذي يحسب قيمة (t) التماثلية التي تعتمد على تقدير الجوازية العظمى لقيمة  $\chi^2$  المقاربة. من الجدول (13) يتضح للباحث أن الستة مركبات للإدارات العليا تشير اتجاهات مديري مستشفيات ولاية الجزيرة (عامة وخاصة) إلى عدم الرضا في جميعها (التقدير اللفظي لعدم الجودة يشير إلى مستويات عالية من عدم الرضا). هذه المركبات تأتي في إطار تخطيط العمل من خلال الأهداف الكلية، و تقويم الأداء وتحديد احتياجات المسار الوظيفي. التقييم العام يشير إلى أنه لا يمكن رفض فرض عدم الرضا: المديرين غير راضين عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في الإدارة العليا. وكما هو معلوم فإن عناصر الجودة الشاملة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعناصر التخطيط الإستراتيجي ولا يوجد بالمستشفيات تحت الدراسة خطة إستراتيجية معتمدة. عناصر التخطيط الاستراتيجي في الإدارة العليا منوط بها التخطيط لبلوغ الأهداف، التنسيق، تقييم الأداء، المتابعة، إدارة الاجتماعات وتشجيع الإبداع، وكل ذلك يعد جوهر الجودة الشاملة في لحمته وسداه. عدم الرضا عن القيادة: يشتمل هذا العامل على 6 مركبات هي: وجود مدير بوصف وظيفي، قيادة جماعية لتعريف وتنفيذ رسالة المستشفى، التدريب على مفاهيم الجودة الشاملة، الإشراف على العقود الإدارية والطبية و التنسيق المتكامل داخل أقسام المستشفى.

جدول (14): عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - عامل القيادة

القيادة	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب $\phi$	الدلالة الإحصائية P	التقدير اللفظي لعدم الرضا عن الجودة
1. يوجد مدير مؤهل للمستشفى له وصف وظيفي محدد	67.5	3.364	0.023	عالي
2. قيادات المستشفى مسؤولون مسؤولية جماعية عن تعريف رؤية ورسالة المستشفى ووضع الخطط والسياسات اللازمة لتنفيذ الرسالة	72.1	3.876	0.000	عالي
3. يتم تدريب أعضاء الإدارة العليا ورؤساء الأقسام بالمستشفى على مفاهيم الجودة الشاملة	77.8	4.697	0.000	عالي
4. تتبنى القيادات الصحية حديثي العمل تدريباً وتأهيلاً لإكسابهم خبرات أفضل	77.9	4.951	0.000	عالي
5. تتولى القيادة الإشراف على عقود الخدمات الطبية والإدارية	73.6	4.557	0.001	عالي

عالي	0.013	3.012	68.6	6. يتم التواصل والتنسيق والتكامل داخل القسم الواحد ومع الأقسام الأخرى فيما يخص معلومات المريض أو أية معلومات أخرى
عالي	0.0	4.1	72.9	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

وقد تبين للباحث بالنسبة لمركبات عامل القيادة في الجدول (14) أن عدم الرضا بين المديرين يتعلق بها جميعاً. النسب المئوية جميعها عالية والنتائج معنوية. وحسب التقييم العام فإنه لا يمكن رفض فرض العدم بأن مديري المستشفيات غير راضين عن الدور الذي يلعبونه فيما يتعلق بمتطلبات الجودة الشاملة في القيادة. ولا بد من الإشارة هنا إلى أن القيادة في نظم الجودة الشاملة تعني حل المشكلات واتخاذ القرارات وإدارة الموارد المالية مع إدارة الوقت لتحقيق الأهداف التنظيمية بتميز.

جدول (15): عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - نظام إدارة المعلومات

التقدير اللفظي لعدم الرضا عن الجودة	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب $\phi$	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	نظام إدارة المعلومات
عالي	0.000.	31.972	71.0	1. يوجد قسم متخصص لإدارة نظام المعلومات بالمستشفى
عالي	0.003.	3.444	67.4	2. المسؤول عن قسم إدارة المعلومات مؤهل وذو خبرة ومؤهلات حسب ما هو مطلوب في الوصف الوظيفي
عالي	0.004	2.570	66.9	3. توجد سياسات وإجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وحمايتها من الفقد والتلف
عالي	0.000	2.477	66.3	4. يوجد نظام احتياطي مساند لنظام إدارة المعلومات في حالة استخدام نظام المعلومات الإلكترونية
عالي	0.002	3.654	70.4	5. يتم تدريب جميع مستخدمي نظام إدارة المعلومات في المستشفى بصورة مستمرة
عالي	0.000	3.205	72.9	6. يتم إشراك ممثلون من جميع الأقسام الطبية وغير الطبية في التخطيط لنظام إدارة المعلومات وتطويره

عالٍ	0.000.	3.712	79.7	7. يوجد بالمستشفى نظام صيانة وقائية وتصحيحية لجميع أجهزة ونظم المعلومات بشكل دوري
عالٍ	0.000.	3.330	71.5	8. يضع قسم إدارة المعلومات موجبات لتنظيم إنشاء وتداول السياسات والإجراءات على نظام المعلومات
عالٍ	0.001	2.879	61.8	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

الجدول (15) يبين للباحث أنه بالنسبة لجميع مركبات عامل إدارة المعلومات نسبة عدم الرضا عنها من قبل المديرين عالٍ يفوق 70% في معظمها. وتشير معاملات عدم اليقين المقارب إنَّ عدم الرضا وسط المديرين معنوي كذلك من الناحية الإحصائية، وعليه لا يمكن رفض فرض العدم القائل بأنَّ المديرين غير راضين عن القيادة بمستشفيات ولاية الجزيرة العامة منها والخاصة. لا بد من الإشارة هنا إلى أنَّ المعلومات هي حجر الزاوية في التصويب نحو إنجاز استراتيجية الجودة الشاملة. كذلك هي أساس الإدارة بمنطق الجودة الشاملة (Zero-defect).

ومن المعلوم كذلك أنَّ أهداف القيادة هي تشكيل البيئة التنظيمية من مجمل الأعراف والتقاليد والممارسات التي تعززها المشاعر والأحاسيس والقيم الفردية والجماعية، وكافة العوامل التي تؤثر في السلوك التنظيمي مما ينعكس في الأداء الفردي والجماعي إما تميزاً أو إخفاقاً. عدم الرضا عن إدارة المعلومات: يشتمل هذا العامل على 8 مركبات تتعلق بإنشاء نظام معلوماتي رشيق وفاعل مرتبط بالشبكات و تقنية المعلومات كأهم مدخل للإدارة الحديثة، ويقوم عليه موظفون أكفاء يحافظون على سرية المعلومات وحفظها وصيانتها وتسهيل استرجاعها، ولديهم النزعة للأداء الموجه بالقيم.

عدم الرضا عن إدارة السجلات الطبية: يشتمل هذا العامل على 8 مركبات تتعلق بالسجلات الطبية من حيث وجودها أصلاً وتطبيقها ومسؤولياتها ومحتواها وسريتها وطرائق استرجاعها والتقنيات المستخدمة فيها.

جدول (16) عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - إدارة السجلات الطبية

التقدير	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب $\phi$	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	إدارة السجلات الطبية
ضعيف	0.462	0.186	45.1	1. توجد سياسات وإجراءات لإدارة السجلات الطبية موثقة ومتاحة



عالي	0.024	3.234	57.3	2. بالمستشفى لجنة للسجلات الطبية ذات مسؤوليات واختصاصات محددة
ضعيف	0.876	0.456	40.3	3. تؤمن المستشفى سجلا طبيا لكل مريض يتضمن رقما موحدًا
ضعيف	0.056	2.363	50.4	4. يحتوي السجل الطبي على كافة البيانات الضرورية للمريض
ضعيف	0.456	2.423	48.1	5. سياسة سرية معلومات وبيانات المريض مطبقة
ضعيف	0.345	1.808	40.5	6. سياسة استرجاع السجل الطبي مطبقة
متوسط	0.012	3.702	62.5	7. وجود قائمة بالاختصاصات الطبية المستخدمة في السجلات الطبية
متوسط	0.022	2.998	60.3	8. يوجد تحديد متفق عليه قانونياً لفترة بقاء السجل الطبي
عالي	0.001	2.879	61.8	التقييم العام

#### المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

ويبدو من إجابات المديرين أن عناصر السجلات الطبية موجودة بصورة جزئية في بعض المستشفيات الخاصة وغير موجودة في المستشفيات الحكومية، مع العلم بأن مستشفى مدني التعليمي كانت به نظم ولجنة للسجلات حتى قبل دخول التكنولوجيا الحديثة، ولكن الآن لا يوجد. البيانات التي أدلى بها المديرين في هذا الصدد مرتبكة للحد البعيد مما يوحي بأن نظم السجلات الطبية لهذه المستشفيات موجودة ولكن أسمى فقط ، وليس لها محتوى تقني يمكن الاعتماد عليه. في بعض المستشفيات، تم إدخال التقنيات الحديثة ولكن إدخال مثل هذه التقنيات في بيئات تنظيمية غير مهيأة لا تؤدي إلى تعويض الخلل التنظيمي، على ذلك لا يمكن رفض فرض العدم القائل بأن مديري المستشفيات غير راضين عن نظم السجلات الطبية لمستشفيات الولاية العامة والخاصة. عدم الرضا عن الهيئة الطبية: يشتمل هذا العامل على 5 مركبات تتعلق بالمهنة الطبية من حيث وجود وثائق اعتماد السجل الوظيفي ، المؤهلات والخبرة ، تقويم وثائق المهنة الطبية ، التصريح بمسؤولية العلاج، وكفاءة الخدمات السريرية.

**جدول (17): عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - الهيئة الطبية**

التقدير اللفظي لعدم الرضا عن الجودة	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب $\phi$	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	الهيئة الطبية
مرتبك	0.123	1.861	50.2	1. لدى المستشفى طريقة فعالة لتجميع ومراجعة وتقييم والتحقق من وثائق الاعتماد للهيئة الطبية المصرح لها بتقديم الرعاية للمريض
مرتبك	0.234	1.747	49.3	2. بالمستشفى سجل وظيفي لكل عضو في هيئة الأطباء
مرتبك	0.045	1.017	56.7	3. تحدد المستشفى الهيئة الطبية التي يناط بها وضع الامتيازات والتوصيات الفنية طبقاً للمؤهلات والخبرة
مرتبك	0.076	1.565	48.9	4. يتم إعادة تقييم وثائق اعتماد والأداء لأعضاء الهيئة الطبية بشكل دوري على ألا يزيد عن خمس سنوات
مرتبك	0.063	1.141	50.6	5. تقوم المستشفى بتحديد وإجازة الأطباء المصرح له بإدخال وعلاج المرضى وتقديم الخدمات السريرية الأخرى بما يتوافق مع كفاءة الأطباء ولوائح المستشفى
مرتبك	0.11	1.47	51.1 4	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

من النتائج في الجدول (17) يلحظ الباحث مرة أخرى أنّ المديرين منقسمون في آرائهم حول الرضا عن الهيئات الطبية المصرح لها طبقاً للسجل الوظيفي والخبرة والمؤهلات العلمية لتقديم الرعاية للمرضى. وقد لاحظ الباحث عند تحليل لاتجاهات المرضى في القسم الثالث من هذا الفصل أنّ 72.9% ، أنّ الغالبية العظمى من المرضى تم إدخالهم بأمر الاختصاصي من عيادته الخاصة عن طريق الطبيب المداوم، 20.3% تم إدخالهم بواسطة أخصائي من عيادته الخاصة مباشرةً بينما 5.7% من المرضى أدخلوا من العيادة المحولة. وهنا يظهر جلياً التباين بين ما هو مكتوب على الورق في إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة حول المهن الطبية بالمراقف الصحية وبين النظام المتبع فعلاً في إجراءات الدخول للمستشفيات. (73%، n=212) من المرضى بالعينة تم إدخالهم المستشفى بواسطة اخصائي من عيادته الخاصة عبر الطبيب المداوم بالطوارئ. وذلك يعني أنّه تم تشخيص المرض و تقرر إدخال المريض إلى المستشفى بواسطة الاختصاصي في عيادته الخاصة (خارج النظام الصحي) وما على الطبيب المداوم إلا إكمال إجراءات الدخول، وقد لاحظ الباحث من خلال جمعه للبيانات أنّ الأسرة داخل العنابر موزعة للأخصائيين حسب أسمائهم. في

حقيقة الأمر فقد أصبح ليس هناك فرق بين المستشفى الحكومي والمستشفى الخاص ناهيك عن نظام المهن الطبية الفعال القائم على تحديد وإجازة الأطباء المصرح لهم بإدخال المرضى وعلاجهم. في ضوء ذلك لا يمكن رفض فرض عدم القائل بأن المديرين غير راضين عن الهيئة الطبية بالمستشفيات.

عدم الرضا عن إدارة الجودة: يشتمل هذا العامل على 16 مركبة تتعلق بشكل مباشر بعناصر الجودة من حيث وجود إدارة للجودة لها رؤية ورسالة عامتين و سياسة وإجراءات للتحسين المستمر وتساندها وتعززها الإدارة العليا للمستشفى، ويوجد جسم إداري برئاسة المدير العام، وتمثيل لكل الأقسام الطبية التي لها مسؤوليات ومهام محددة بأهداف معلنة وتوجد خطط سنوية من ضمن إستراتيجية طويلة الأمد. إدارة الجودة بالمستشفى تتناول البنات التنظيمية بالتشخيص لتحديد العلل وتطبيق دلائل العمل والتدقيق ورصد الأحداث الجارية ومتابعة الأداء السريري، تقوم إدارة الجودة بتطبيق نظام كمي لقياس رضا العاملين والمرضى، ورصد الأحداث الطارئة، وتنفيذ التوصيات بالسرعة اللازمة.

النتائج المتحصلة من اتجاهات المديرين تشير إلى ارتباك واضح في آرائهم. أحياناً هناك عدم رضا عالٍ جداً لأول مرة يلحظه الباحث، وفي أهم عناصر الجودة الشاملة، تحديداً في المركبتين:

1. يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري، ويقوم بمتابعة تنفيذ التوصيات.

2. يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا العاملين في المستشفى سنوياً في الأقل.

أحياناً أخرى يلحظ الباحث أن نسبة عدم الرضا متوسطة، أو حتى عالية ولكنها غير معنوية إحصائياً مما يشير إلى تجاوب

مرتبك مع أداة البحث (الإستبانة). على سبيل المثال بالنسبة للمركبة " يوجد نظام مطبق للتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى

المرضى والعاملين" نجد أن احتمال رفض فرض عدم يساوي 0.05 وهو مطابق للقيمة الحرجة المعيارية، في مثل هذه الحالة إذا تم

رفض فرض عدم بأن المديرين غير راضين عن سياسة المستشفى في التعامل مع شكاوى المرضى نكون قد ارتكب الباحث خطأ

إحصائي من النوع الأول وهذا يعني قمة الارتباك.

#### جدول (18): عوامل عدم الرضا في عوامل الجودة الشاملة - إدارة الجودة

التقدير	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا عن الجودة المقارب	النسبة المئوية لعدم الرضا عن الجودة	إدارة الجودة
متوسط	0.056	2.646	55.3	1. توجد إدارة للجودة بالمستشفى
عالٍ	0.022	3.709	66.5	2. توجد سياسة وإجراءات للتحسين المستمر للجودة داخل المستشفى
عالٍ	0.045	3.158	60.5	3. تساند وتعزز الإدارة العليا جهود التحسين المستمر للجودة وأنشطة أمان وسلامة المريض

عالي	0.030	2.724	64.4	4. يوجد بالمستشفى لجنة أو مجلس للجودة برئاسة مدير المستشفى وبعضوية قيادات المستشفى وممثلي الأقسام الفنية والإدارية المختلفة ومنسق الجودة
عالي	0.021	2.153	68.4	5. للجنة الجودة مسؤوليات ومهام محددة
عالي	0.010	2.409	77.5	6. تضمن إدارة الجودة تشكيل وتفعيل اللجان المتخصصة بالجودة بما يتناسب وحجم المستشفى
مرتبك	0.050	3.956	61.5	7. توجد خطة سنوية معتمدة وموثقة لتحسين وتطوير جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى
مرتبك	0.054	2.949	63.4	8. يتم نشر الوعي بتدريب جميع العاملين بالمستشفى على ضمان وتحسين الجودة وإشراكهم في تنفيذ أنشطة تحسين الجودة
عالي	0.031	2.478	70.5	9. تتابع إدارة الجودة ضمان تحديد وتحديث وتطبيق دلائل العمل
متوسط	0.031	2.684	66.5	10. تقوم إدارة الجودة برفع تقاريرها للإدارة العليا والأقسام المختلفة واللجان المعنية بشكل دوري وتقوم بمتابعة تنفيذ التوصيات
مرتبك	0.054	2.132	64.4	11. يوجد نظام مطبق للتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوي المرضى والعاملين
عالي جداً	0.000	1.376	80.2	12. يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري وتقوم بمتابعة تنفيذ التوصيات
عالي جداً	0.000	2.142	80.2	13. يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا العاملين في المستشفى سنوياً على الأقل
مرتبك	0.050	2.574	76.5	14. تقوم إدارة الجودة بضمان رصد الأحداث الطارئة وتحليلها ومتابعة اتخاذ الإجراءات التصحيحية
متوسط	0.067	2.535	55.5	15. يوجد نظام للتدقيق والمراجعة الطبية
عالي	0.030	3.150	70.5	16. يوجد نظام مطبق لقياس ومتابعة مؤشرات الأداء الطبي
عالي	0.03	2.67	67.01	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من الواقع بيانات المسح الميداني، 2018م

في هذه الحالة نلجأ إلى مؤشر التقييم العام والذي يساوي الوسط الحسابي للمؤشرات، ويظهر في أسفل الجدول (18). (في بعض الحالات يؤخذ المنوال باعتباره القيمة الأكثر شيوعاً).

التقييم العام في الجدول (18) يرجح أنّ المديرين عموماً غير راضين عن تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفيات بنسبة 67% مع معنوية إحصائية عند مستوى المعنوية 5% دون الخوض في معنوية فرض العدم من الناحية المفاهيمية. يمكن للقاري أن يلاحظ أنّ المنوال يفوق النسبة لتقدير النسبة المئوية إذا تم تقريب النسب لأقرب عدد صحيح (80%).

النتائج هناك اقتران معنوي بين نوع المستشفى والوظيفة أي أنّ هناك ارتباطاً فيما يتعلق بالجودة الشاملة بين المستشفيات العامة و الخاصة، السبب في ذلك أنّ المستشفيات الخاصة مرنة ومبدعة في تنظيمها وإدارتها من أجل مضاعفة أرباحها.

1. المدبرون غير راضين عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في الإدارة العليا، وذلك يعود لعدم وجود خطة إستراتيجية واضحة في معظم مستشفيات الولاية العامة والخاصة.
2. مديرو المستشفيات غير راضين عن الدور الذي يلعبونه فيما يتعلق بمتطلبات الجودة الشاملة في القيادة، وذلك بسبب القصور في التدريب وعدم وجود الوصف الوظيفي عند التعيين.
3. المدبرون غير راضين عن نظام المعلومات بمستشفيات ولاية الجزيرة العامة منها والخاصة، وذلك نسبة لعدم الاهتمام بمراكز المعلومات وعدم الاهتمام بتجهيزها وتوفير كل المعينات لها.
4. مديرو المستشفيات غير راضين عن نظم السجلات الطبية لمستشفيات الولاية العامة والخاصة، وذلك لأن عناصر السجلات الطبية موجودة بصورة جزئية في بعض المستشفيات الخاصة، وغير موجودة في المستشفيات الحكومية. في بعض المستشفيات تم إدخال التقنيات الحديثة ولكن إدخال مثل هذه التقنيات في بيئات تنظيمية غير مهيأة لا تؤدي إلى تعويض الخلل التنظيمي.
5. المدبرون غير راضين عن الهيئة الطبية بالمستشفيات، وذلك بسبب عدم وجود فرق بين المستشفى الحكومي والمستشفى الخاص في نظام المهن الطبية الفعال القائم على تحديد وإجازة الأطباء المصرح لهم بإدخال المرضى وعلاجهم.
6. المدبرون عموماً غير راضون عن تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفيات العامة والخاصة بالولاية وذلك لضعف إدارات الجودة الشاملة بهذه المستشفيات.
7. إن جميع متطلبات طب الطوارئ (الرعاية التي تتضمن العناية بالحالات الحادة الباطنية والجراحية ورؤية عدد كبير من المرضى لمعالجة أمراضهم، ثم عمل الإجراءات اللازمة، إما إدخالهم إلى المستشفى أو صرفهم إلى منازلهم بعد تلقيهم العلاج اللازم) قد تكون موجودة في بعض المستشفيات العامة أو الخاصة ولكنها بالتأكيد دون مستوى الجودة الشاملة.
8. مستشفيات الولاية جميعها بعيدة كل البعد عن مواصفات وإجراءات السلامة للعاملين فيما يتعلق بوجودها أصلاً أو مواصفاتها؛ ولذلك المدبرون غير راضين عن إجراءات السلامة داخل المستشفيات.
9. المدبرون غير راضين عن عامل المشاركة المجتمعية في المستشفيات؛ وذلك لعدم وجود برامج تعمل على تحفيز العمل الخيري بأنواعه داخل المستشفيات سواء من الجمعيات الخيرية أو الدعم للعمل الخيري أو المشاركة التطوعية في مجالس المستشفيات أو في توفير المعينات اللوجستية والمطلوبات السريرية.
10. مديرو مستشفيات الولاية العامة والخاصة غير راضين عن القوانين والسياسات التي تعمل على تمكين وفرض الإجراءات داخل المستشفيات أحياناً الحد من تأثيرها، وذلك لعدم اهتمام إدارات المستشفيات بهذه المتطلبات.

## قائمة المصادر والمراجع:

### المراجع باللغة العربية:

- العزاوي، محمد عبد الوهاب (2002م) أنظمة إدارة الجودة والبيئة، دار وائل للنشر، عمان ، الأردن.
- الدراسات والبحوث الجامعية
- الإمام، خالد محمد أحمد (2010م) الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، دراسة حالة مستشفى ود مدني التعليمي، السودان.
- التلحاني ، (2000م) تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، جامعة شيفلد، بريطانيا.
- الجودي، فالح عبد القادر (2008م) تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، في المستشفيات الأردنية، دراسة ميدانية على عينة المستشفيات الخاصة، مجلة البصائر، الأردن.
- دمنهور، أمل بنت محمد (2004م) تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بالتطبيق على محافظة جدة، رسالة ماجستير (غير منشورة) مقدمة لقسم إدارة الأعمال، جامعة الملك عبد العزيز جدة.
- الرواشدة والحمادي ، فراس محمد ، زياد محمد (2010م) تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ، المجلد (16) ، العدد (4) ، عمان ، الأردن.
- عطية، مصلح (2011م) قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، جامعة القدر المفتوحة، أطروحة دكتوراه، ليبيا.
- العميرة، محمد (2003م) علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي، مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة في الرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الكلوت ، محمد سعدي (2004م) العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية ، رسالة ماجستير مقدمة لقسم إدارة الأعمال ، كلية التجارة ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.
- الكلون، محمد سعدي (2004م) العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية، رسالة ماجستير مقدمة لقسم إدارة الأعمال، كلية التجارة الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الماضي، فريد نصيرات (2011) أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية رسالة ماجستير غير منشورة. مقدمة لقسم إدارة الأعمال الجامعة الأردنية عمان، الأردن.
- مودة، مازن(2004) أثر تطوير الموارد البشرية الصحية، في تحقيق الجودة الشاملة، دراسة ميدانية تطبيقية على المستشفيات الأردن الخاصة، رسالة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

الهويدي، رضا محمد (2009) قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة، دراسة تطبيقية بمستشفيات شعبية الزاوية، رسالة ماجستير غير منشورة، مدرسة العلوم الإدارية والمالية بأكاديمية الدراسات العليا، طرابلس، ليبيا.

### المجلات والدوريات والأوراق العلمية

العمر، عبد الرحمن بدران (2002م) مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض ن وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، مجلة الإدارة العامة، الرياض السعودية.

1. Juran, Josph, and Grynaf, M, (1993)"Quality Planning and Analysis: from product Development use". Third Edition McGraw Hill, Inc. New York.
2. Latif, S, (1994)Organizational values. The Foundations Store of Total Quality Management Proceeding if the Tenth International conference of the Israel Society Quality, November, 14th -17th .
1. Williams, A, Dobson, P., and Wahers, M, (1993) " Changing culture: New Organizational Approaches Second edition, IPM, London.

### مواقع إلكترونية:

وزارة الصحة المصرية موقع إلكتروني

<http://www.mohip.gov.eg/Arabic/sec/keepinghealth/QiIntro.asp>

دراسة أجراها معهد جوران / تكاليف الخدمات الصحية في المستشفيات أكتوبر (2003م).

<http://www.juran.com/lower.cfm?articleid:28>

[www.emerladinsight.com/174/0401.htm](http://www.emerladinsight.com/174/0401.htm)

### التقارير والمصادر:

أخضير، نها عادل (1994م): مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، مجلة سلسلة ضمان الجودة في الخدمات الصحية، وزارة الصحة الأردنية.

منظمة الصحة العالمية (1980م): سلسلة التقارير الفنية (395)، ص (87).

ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطورها بالسعودية (1995م).

## Abstract

The application of the principles of total quality control and the level of quality of providing services for is an important issue. The study satisfying the needs and expectation of the patients at local and regional level aims at examining the opinions of senior departments in hospitals about the application of total quality control standards. The study adopted the descriptive analytical approach by selecting an intentional sample consisting of (50) hospital administrators. A questionnaire was designed and distributed to them. Data was analyzed through using SPSS software. The most important results is that the study revealed that there is no good application of the standards of comprehensive quality control in the hospitals of Gezira State at all levels and from the point of view of senior administrators. The study showed that there is a relative superiority in the quality of services and commitment to quality standards standards for private hospitals over public hospitals. The study concluded with several recommendations that improve the quality of health services provided by hospitals, establishing comprehensive quality departments in hospitals and units for quality in the departments with the provision of logistics and human resources.