

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجامعة الإسلامية - غزة
كلية التجارة
عمادة الدراسات العليا
قسم إدارة الأعمال

العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة

إعداد

الطالب: سعدي محمد الكحلوت

الرقم الجامعي ٥١٠٠/٢٠٠١

إشراف

الدكتور . رشدي عبد اللطيف وادي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلب الحصول على درجة الماجستير في
إدارة الأعمال من كلية التجارة بالجامعة الإسلامية - غزة

يوليو ٢٠٠٤

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"قل إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين"

صدق الله العظيم



هاتف داخلي 1150

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية - غزة
THE ISLAMIC UNIVERSITY OF GAZA

الرقم: ج م غ/35/1
Ref: 2004/09/18
التاريخ: Date




نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ سعدي محمد الكحلوت المقدمة لكلية التجارة لنيل درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم إدارة الأعمال

"العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة"

وبعد المناقشة العلنية التي تمت، اليوم الثلاثاء 7 شعبان 1425 هـ الموافق 2004/9/21م

الساعة 1 ظهراً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

	مشرفاً ورئيساً	د. رشدي وادي
	مناقشاً داخلياً	د. ماجد الفيرا
	مناقشاً خارجياً	د. نهية الخيلاني

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم إدارة الأعمال .

واللجنة إذ تمنحه هذ الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

عميد الدراسات العليا



أ.د. أحمد يوسف أبو حلية

الإهداء

إلى روحه الطاهرة
أبي
الذي علمني دوماً أن مشوار الألف ميل يبدأ بخطوة واحدة

إلى الحبيبة الغالية
أمي
التي علمتني دوماً أن الصبر مفتاح الفرج

إلى أحبتي
زوجتي وأبنائي

إليهم جميعاً أهدي ثمرة جهدي المتواضع

الباحث

شكر وتقدير

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن
أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين "
صدق الله العظيم

ويطيب لي بعد الانتهاء من إعداد هذه الدراسة أن أتقدم بالشكر
والتقدير إلي أستاذي الدكتور رشدي عبد اللطيف وادي، على ما
قدمه لي من دعم مستمر وعون متواصل في إشرافه على هذه
الدراسة خطوة خطوة.

وشكري واحترامي وتقديري إلي أعضاء لجنة المناقشة لهذه
الرسالة، وذلك لتفضلهم بالموافقة على مناقشة هذه الرسالة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلي كافة الإخوة والزملاء الذين مددوا

لي يد العون وساهموا معي في إعداد هذه الرسالة وأخص

بالذكر الأخ عطا الجعبري نائب مدير التمريض في المستشفى

الأوروبي والأخ محمد الشرفا من تنمية القوى البشرية في

وزارة الصحة والأخ الدكتور مثقال إسماعيل من الإدارة العامة

للمستشفيات والأخت لبنى الشريف من مشروع تطوير الجودة.

المحتويات

المقدمة

قرار لجنة المناقشة	
الإهداء	
الشكر والتقدير	
قائمة المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
قائمة الملاحق	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	

الفصل الأول

٦	المقدمة	
٨	الدراسة الاستطلاعية	الإطار العام للدراسة
٩	مشكلة الدراسة	
٩	فرضيات الدراسة	
١٠	أهداف الدراسة	
١١	حدود الدراسة	
١١	متغيرات الدراسة	

١٢	أهمية الدراسة	
١٣	الدراسات السابقة	
٢٥	منهجية الدراسة	

الفصل الثاني

٢٨	الوضع الصحي في فلسطين	
٣٤	معنى الجودة ومفهوم إدارة الجودة الشاملة	
٣٧	تعريف الجودة في المجال الصحي	
٤١	المراحل التاريخية لتطور الجودة	
٤٤	المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة	
٤٧	أهداف إدارة الجودة الشاملة	
٤٨	إدارة الجودة الشاملة كنموذج إداري	
٥٠	رواد إدارة الجودة الشاملة	
٥٨	العلاقة بين الجودة والتكلفة	
٦٢	الجودة في قطاع الخدمات	
٦٥	الجودة في قطاع الخدمات الصحية	
٦٧	العلاقة بين الأيزو وإدارة الجودة الشاملة	
٦٨	الأيزو في الخدمات	

معنى الجودة ومفهوم

إدارة الجودة الشاملة

الفصل الثالث

٧٠	مقدمة	تطبيق الجودة وإدارة
٧٢	تغيير الثقافة	التغيير
٧٧	مداخل لتطبيق إدارة الجودة	
٧٧	مدخل الاتصالات	
٨٠	مدخل تخطيط العمليات وإدارة التغيير	

٨٧	دور العاملين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة	
٩١	عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة	
٩٤	تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية	تطبيق الجودة وإدارة التغيير
٩٤	عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية	
٩٦	تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي	
١٠٠	مأسسة الجودة في القطاع الصحي	
		الفصل الرابع
١٠٦	منهج الدراسة	الدراسة الميدانية لمتغيرات مشكلة البحث
١٠٦	مجتمع الدراسة	
١٠٨	عينة الدراسة	
١٠٩	أداة الدراسة	
١١٧	الأساليب الإحصائية	
١١٩	الفصل الخامس نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها	
		الفصل السادس
١٦٧	النتائج والتوصيات	الخاتمة
١٧١	المراجع	
١٧٧	الملاحق	

قائمة الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
٢٨	بعض المؤشرات الديموغرافية الفلسطينية	١
٢٩	بعض المعطيات العمرية في فلسطين	٢
٣٠	بعض المؤشرات الخاصة	٣
٣١	تطور عدد العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية	٤
٣٣	أسباب الوفاة في المجتمع الفلسطيني	٥
٤٩	مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة كمنهج حديث والإدارة التقليدية	٦
٦٨	مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة ومواصفات الجودة	٧
٧٦	مقارنة بين الثقافة التقليدية وثقافة إدارة الجودة	٨
١٠٤	خصائص و استراتيجيات مراحل مأسسة الجودة	٩
١٠٦	توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب الوظيفة ومكان العمل	١٠
١٠٧	توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى الشفاء	١١
١٠٧	توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى ناصر	١٢
١٠٧	توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى العيون	١٣
١٠٨	توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى الأطفال	١٤
١٠٨	عدد أفراد العينة حسب المجتمع وكذلك نسبة الإستجابة	١٥
١٠٩	درجات الإستجابة والمتوسطات والأوزان النسبية	١٦
١١٠	عدد فقرات الاستبانة حسب كل مجال من مجالاتها	١٧
١١١	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الأول مع الدرجة الكلية للمجال الأول " الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة "	١٨
١١٢	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الثاني مع الدرجة الكلية للمجال الثاني " الحوافز المادية والمعنوية	١٩
١١٣	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الثاني مع الدرجة الكلية للمجال الثالث "التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير"	٢٠

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
١١٤	ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الرابع "فهم العاملين لفلسفة الجودة" مع الدرجة الكلية له	٢١
١١٥	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الخامس "مأسسة عمليات التطوير" مع الدرجة الكلية له	٢٢
١١٦	معاملات الارتباط بين نصفي كل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك الاستبانة ككل قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل	٢٣
١١٧	معاملات ألفا كرونباخ لكل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك للاستبانة ككل	٢٤
١٢٠	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	٢٥
١٢٥	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال الحوافز المادية والمعنوية	٢٦
١٣١	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير	٢٧
١٣٧	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة	٢٨
١٤٢	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال مأسسة عمليات التطوير	٢٩
١٤٧	التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل مجال من المجالات وكذلك ترتيبها	٣٠
١٤٨	معاملات ارتباط كل مجال من مجالات الاستبانة والمجالات الأخرى للاستبانة وكذلك مع الدرجة الكلية	٣١
١٤٩	قيمة كاي تربيع لكل فقرة من فقرات الاستبانة ومستوى دلالتها	٣٢
١٥٣	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لكل مجال من مجالات الاستبانة	٣٣
١٥٤	قيمة كاي تربيع لكل فقرة من فقرات الاستبانة ومستوى دلالتها	٣٤
١٥٧	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لكل مجال من مجالات الاستبانة	٣٥
١٥٨	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات	٣٦

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
	وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المستشفى	
١٥٩	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
	في بعد المجال الأول: الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	٣٧
	تعزى لمتغير نوع المستشفى	
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦٠	في المجال الثاني: الحوافز المادية والمعنوية تعزى لمتغير نوع	٣٨
	المستشفى	
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦١	في المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير تعزى لمتغير	٣٩
	نوع المستشفى	
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦٢	في المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة تعزى لمتغير نوع	٤٠
	المستشفى	
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦٢	في المجال الخامس: مأسسة عمليات التطوير تعزى لمتغير نوع	٤١
	المستشفى	
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦٣	في الدرجة الكلية	٤٢
	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط	
١٦٤	المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة	٤٣
	نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها	
١٦٥	في المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة تعزى لمتغير الخبرة	٤٤

قائمة الأشكال

رقم	الموضوع	رقم الصفحة
١	متغيرات الدراسة	٢٥
٢	الأركان الأساسية لإدارة الجودة الشاملة	٤٦
٣	إستراتيجية الجودة الشاملة	٤٧
٤	عجلة ديمنج	٥٣
٥	ثلاثية جوران	٥٦
٦	تكاليف مراقبة الجودة	٦٠
٧	نسب تكلفة الجودة	٦١
٨	تحليل لعملية إلى عمليات فرعية	٨٣
٩	التحول في مراحل تخطيط الجودة	٨٤
١٠	مراحل تطبيق إدارة الجودة	٨٥
١١	العوامل المؤثرة على قدرة المنظمة في عملية المؤسسة	١٠١
١٢	مراحل عملية مؤسسة الجودة	١٠٦

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	الموضوع	رقم
١٩٦	موافقة وزارة الصحة الفلسطينية على توزيع الإستانة في المستشفيات	١
١٩٧	قائمة بأسماء المحكمين	٢
١٩٨	نموذج إستانة المحكمين	٣
٢٠٣	الإستانة في صورتها النهائية بعد التعديل	٤
٢١٠	مقابلة مع د/ منقار إسماعيل	٥
٢١١	مقابلة مع الأستاذة لبنى الشريف	٦

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في أحد أهم القطاعات الخدمية وهو قطاع الصحة، من خلال التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة الخدمية في بعض أقسامها ضمن مشروع لتطوير الجودة وبتمويل من البنك الدولي في مؤسسات وزارة الصحة. وكذلك التعرف على العوامل التي أثرت على استمرارية عمليات وأنشطة تطوير الجودة في هذه المستشفيات وذلك من خلال تحليل العلاقة ما بين بعض متغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة (ونجاح واستمرارية عمليات تطوير الجودة في هذه المستشفيات. ولتحقيق أهداف الدراسة، جرى تصميم إستبانه لإجراء الدراسة الميدانية لمتغيرات الدراسة من أجل اختبار الفرضيات والإجابة على أسئلة الدراسة. وقد جرى استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة تمثلت في :

- التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية، تحليل التباين الأحادي و اختبار شيفيه " sheffe ، معامل ارتباط بيرسون "pearson" و ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ.
- وقد توصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج أهمها ما يلي:

1. اتضح بشكل عام تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة.
2. على الرغم من وجود بعض الحوافز المادية في النظام بشكل عام، إلا أن هذه الحوافز بشقيها المادي والمعنوي غير كافية من وجهة نظر المستطلعين.
3. أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة.
4. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة لدى المستطلعين، بالإضافة إلي انخفاض مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة أنشطة الجودة الشاملة.
5. بينت النتائج غياب العديد من مقومات عملية مأسسة الجودة ومنها عدم وجود إستراتيجية دائمة أو واضحة، ضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعارا وممارسة، عدم وجود خطط أو أهداف واضحة. بالإضافة إلي نتائج أخرى تتعلق بأثر التدريب وعامل الخبرة في فهم فلسفة الجودة وكذلك عامل الحجم والتخصص بالنسبة للمستشفى.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات ، أهمها ما يلي:

ضرورة العمل بشكل مخطط ومدروس على إيجاد نظام معلومات متقدم بتزويد كافة المؤسسات الصحية بالبيانات الخاصة بقياس الأداء وتدريب العاملين على استخدامها وتحليلها

بطرق إحصائية وكذلك ضرورة إعادة النظر في أنظمة الحوافز المتبعة في مؤسساتها بشكل عام، والعمل الجاد على زيادتها كما ونوعا وتطويرها بشكل مستمر على أسس علمية، وضرورة تفعيل دور الإدارات العليا في مؤسساتها الصحية المختلفة وزيادة حجم مشاركتها في تبني تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة ومتابعة التقارير التي تصدر عن هذه الإدارات، ومراقبة مدى الالتزام والدعم الذي تقدمه هذه الإدارات لقضية الجودة في مؤسساتها. كما أوصت الدراسة بضرورة تبني خطة عمل إستراتيجية شاملة تهدف إلى نشر ثقافة وفلسفة ومفاهيم الجودة الشاملة في كل مؤسساتها، كما أوصت الدراسة بضرورة التعرف على العوامل الداعمة لعملية المأسسة والتوجه بشكل إستراتيجي نحو ثقافة الجودة، وتصميم السياسات التي تدعم أنشطة الجودة وإيجاد القيادات القادرة على تحديد الأولويات وتحفيز العاملين والمحافظة عليهم. وكذلك العمل على خلق نوعا من التعزيز بين الحديث عن الجودة والأفعال التي تمارسها الإدارات المختلفة في مؤسسات وزارة الصحة حتى يدخل في روع العاملين أن اهتمام الإدارة بالجودة هو أولوية وليست مجرد شعارات. بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات تتعلق بالتركيز على المرضى واحتياجاتهم والتركيز على الأفراد العاملين وتدريبهم بشكل مستمر.

ABSTRACT

The Factors Affects Sustainability of Total Quality Management Activities in Palestinian Ministry of Health Hospitals in Gaza Strip

This study intends to define the status of total quality management in health sector as it constitute one of the most important service sectors, vide defining the status of the hospitals which are subject to partial implementation of developing activities and processes through quality improvement project funded by World Bank.

It aims also to define the variables affecting the sustainability of quality improvement activities by analyzing the relationship between some variables of total quality management system, which are (use of scientific approach in measuring improvement indicators, use of incentives, upper leadership commitment, level of employees understanding of quality concepts and status of institutionalization) as independent variables, and sustainability of improvement activities as dependant variable.

The methods used in this study include, both the descriptive analytical and the inductive method as well as a questionnaire and personal interviews.

The statistical analytical program (SPSS) is also used to analyze the data by using repetitions and percentages and mathematical average to get the following results:

- In general, there is a weakness in the level of use of scientific approach in measuring quality improvement indicators, the current incentives are not sufficient and the commitment of upper leadership is low.
- The study revealed absent of unified culture pertain the quality, low level of understanding of quality concepts among employees and absent of institutionalization principles .
- The study revealed no statistically significant differences between the the hospitals which implemented improving activities and another hospital did not implement.
- The study revealed no statistically significant differences between personnel who received training in the area of quality and those who did not. it also revealed no statistically significant differences in understanding of quality concepts and philosophy among the personnel can attributed to experience variable.
- The study showed statistically significant differences in understanding and implementing of quality concepts between the hospitals can attributed to size of hospital and nature of it's works.

In the light of these results, these recommendations are introduced:

- The necessity of working through a planned and elaborated methodology by Ministry of Health to create an advanced and accessible health management information system .
- The necessity of reviewing the incentives policies and systems in order to improve it .
- The necessity of activation of upper leaders roles and increase it's participation in sponsoring the implementation process.
- The necessity of sponsoring a comprehensive work plan to spread the culture of quality among all health institutes and units.
- Identifying the supporting factors to the of institutionalization processes .
- Upper leadership must support it's speech about the quality with actions, to reflect it's true commitment.
- A serious work to identify a clear tactics concentrating on patents, there needs and how to satisfy it.
- The necessity of continues learning and training, capabilities building as an integrated part of MOH policies.

المقدمة
الدراسة الاستطلاعية
مشكلة الدراسة
فرضيات الدراسة
أهداف الدراسة
حدود الدراسة
متغيرات الدراسة
أهمية الدراسة
الدراسات السابقة
منهجية الدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

١. المقدمة:

أصبح الاهتمام اليوم بالجودة ظاهرة عالمية، وأخذت المنظمات والحكومات في العالم توليها اهتماما خاصا، بل ويمكن القول أن الجودة باتت الوظيفة الأولى للكثير من المنظمات وفلسفة إدارية وأسلوب حياة تمكنها من البقاء والاستمرار في ظل المتغيرات البيئية المتلاحقة وسريعة التغير، وتزايد إدراك المستهلكين لمستوى الجودة فيما يقدم لهم من سلع أو خدمات^١

وقد أدركت وزارة الصحة الفلسطينية أهمية تطوير وتعزيز جودة خدماتها الصحية، وقد تبين ذلك جليا حين احتل هدف تطوير جودة الخدمات الصحية المرتبة الثالثة في مجموعة الأهداف الإستراتيجية الوطنية الثمانية التي وضعتها وزارة الصحة لنفسها ضمن خطتها الخمسية، فأنشأت وحدة تعنى بجودة الخدمات الصحية في العام ١٩٩٤، وكان ذلك في سياق إنشاء مجموعة من الوحدات تعنى بوضع الخطط وتطويرها من أجل النهوض بالقطاع الصحي وتطوير خدمات الرعاية الصحية في فلسطين.^٢

وأعقب ذلك تأسيس مشروع تطوير الجودة بتمويل من البنك الدولي، للعمل على تطبيق ما تم تطويره وتخطيطه من قبل وحدة الجودة المشار إليها.

وكان هدف المشروع المعلن الوصول إلي أعلى مستوى جودة ممكن للخدمات الصحية المقدمة في فلسطين.

لم تكن مهمة فريق مشروع تطوير الجودة سهلة، فقد واجهتها مشاكل متعددة، كان أبرزها العدد المحدود من الخبراء المحليين في مجال تطوير الجودة، وحالة عدم الاستقرار للدعم المالي، والبنية الحالية المجزأة للنظام الصحي الفلسطيني والتوزيع الغير متكافئ للخدمات الصحية والموارد البشرية بشكل عام والتي أدت إلي تدني مستوى جودة الخدمات الصحية وارتفاع تكلفتها بالإضافة إلي ما سببه هذا الوضع من عدم رضا المنتفعين من الخدمة الصحية عما يقدم إليهم، ناهيك عن عدم استقرار الوضع السياسي بشكل عام.^٣

١ - سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، القاهرة، الدراسة الجامعية. ٢٠٠٢

٢ - الخطة الإستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية، فلسطين ١٩٩٥

3.Telbani Nehaya, "The Implementation of TQM in the Palestinian Health Care Sector : Lessons and Recommendations for the Future Development of the Palestinian Quality improvement Effort." Paper Work- Cairo 2002.

إلا أنه وبالرغم من تلك الصعوبات والمشاكل فقد كان هناك العديد من المؤشرات الإيجابية على وجود فرص كبيرة للنجاح، ومن أهم هذه المؤشرات، وجود البيئة الثقافية المناسبة لتطبيق خطط تطوير الجودة، ووجود إدراك كامل لدى جميع الأطراف ذات العلاقة بحقيقة الوضع الاقتصادي لوزارة الصحة، والحاجة إلى استغلال الموارد بشكل أمثل، بالإضافة إلى وجود إمكانية لتدريب وتأهيل مدربين محليين.

بدأت المرحلة الأولى لتطوير الجودة في أبريل ١٩٩٦ وقد تميزت هذه المرحلة بالتدريب وإعداد الكوادر، بالإضافة إلى تطوير العديد من العمليات والأنشطة المعمول بها في عدة مستشفيات في كل من محافظة نابلس وقطاع غزة. وقد صاحب هذه المرحلة العديد من التحديات، كان من أبرزها المحافظة على الوضع الراهن، مقاومة التغيير، معوقات إدخال مفاهيم وطرق جديدة، صعوبات إدخال التغيير الثقافي المطلوب، وغير ذلك من المشاكل التي تصاحب المشاريع المماثلة.

وقد بدأت المرحلة الثانية في أبريل ١٩٩٧ وركزت على معالجة التحديات التي واجهت المرحلة الأولى، بالإضافة إلى تطوير المزيد من العمليات التطويرية. وقد تم في هذه المرحلة تدريب ما يقرب من ١٧٠ كادرا صحيا في خمسة دورات تدريبية بواقع ستة أيام للدورة الواحدة، وقد تم تزويد المتدربين بالمواد الإرشادية اللازمة للشروع في عملية التطبيق حيث بلغت العمليات الإنتاجية للخدمات الصحية المراد إحداث تغيير فيها ٣٥ عملية في عدة أقسام ضمن مجموعة مختارة من مستشفيات قطاع غزة والضفة الغربية. وقد تلا هذه المرحلة دراسة تقييمية لنقاط القوة والضعف التي برزت خلال المرحلة. وقد تكرر ذلك في المرحلة الثالثة التي بدأت في ديسمبر ١٩٩٧ واستمرت حتى ديسمبر ١٩٩٨. حيث تم تدريب ما يقرب من ٦٦ كادرا صحيا، وبلغت العمليات الإنتاجية للخدمة الصحية المراد إحداث تحسين وتطوير فيها ١٥ عملية. وقد رافق هذه المرحلة إحداث تغيير في طريقة التطبيق وذلك بعد الاستفادة من تقييم المرحلتين الأولى والثانية.^١ ومع نهاية المرحلة الثالثة تم عمل تقييم للمراحل الثلاثة، حيث تبين أنه تم تطوير العديد من العمليات وأنها حققت نجاحا عاليا مقارنة بالأوضاع السابقة، إلا أنه تبين أيضا أن العديد من هذه الأنشطة توقف ولم يستمر بالآلية المطورة التي حققت مستويات جودة عالية أمكن ملاحظتها، وقد رافق ذلك نكوصا إلى الآليات المتبعة في العمليات والأنشطة القديمة في أكثر من جانب.

^١ -Ibid.,

ويحاول فريق تطوير الجودة معرفة الأسباب التي أدت إلي هذا التدهور في عملية التطوير، إلا أنه يواجه بصعوبات جمة يأتي في مقدمتها غياب الدعم المالي لأنشطة المشروع الذي اعتمد على تمويل البنك الدولي^١.

و تسعى هذه الدراسة إلي معرفة العوامل والمعوقات التي أثرت على استمرارية عمليات تحسين وتطوير الجودة في مستشفيات وزارة الصحة.

٢. الدراسة الاستطلاعية:

تشكلت الدراسة الاستطلاعية من ثلاث عناصر كما يلي:

- المعلومات التي جمعها الباحث من خلال مقابلة العديد من كوادر مستشفيات وزارة الصحة الذين ساهموا في تطبيق أنشطة تطوير الجودة، وذلك أثناء فعاليات التدريب التي قام بها الباحث لأكثر من سبعين متدرب من مختلف التخصصات في الفترة من سبتمبر ٢٠٠٢ وحتى فبراير ٢٠٠٣. وقد أظهر المشاركون في فعاليات التدريب عدم رضاهم عن درجة نجاح أنشطة تطوير الجودة في الأقسام التي يعملون بها، وشكك الكثير منهم في فرص نجاح واستمرارية هذه الأنشطة على المدى المنظور.
- استعان الباحث بالدراسة الميدانية التي قام بها فريق تطوير الجودة في أبريل ٢٠٠٣ بهدف معرفة واقع الأنشطة والعمليات التي تم تطويرها وتطبيقها في بعض الأقسام، وقد خلصت الدراسة إلي أن هناك تراجعاً ملحوظاً في هذه الأنشطة بالإضافة إلي تشتت فرق العمل التي تم تشكيلها لمتابعة أنشطة التطوير.
- التقى الباحث مع مديرة مشروع تطوير الجودة الدكتورة نهاية التلباني وذلك في مايو ٢٠٠٣ وأفادت بأن هناك تراجعاً ملحوظاً في أنشطة التطوير بالإضافة إلي عدم انتظام فعاليات واجتماعات فرق التطوير التي تم تشكيلها في كل قسم من الأقسام التي تم اختيارها كأقسام ريادية. ونوهت التلباني إلي العديد من العوامل التي تعتقد أنها أثرت بشكل أو بآخر على استمرارية هذه الأنشطة.

¹ -Ibid.,

٣. مشكلة الدراسة:

تكمّن مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيس التالي:-

"ما العوامل المؤثرة على استمرارية نشاطات تطوير الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة والتي تم تطبيق الأنشطة التطويرية في بعض أقسامها؟".

ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

- ١- ما درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها الأنشطة وعمليات التحسين؟
- ٢- ما مدى استخدام الحوافز المادية والمعنوية في نشاطات تطوير الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها الأنشطة التطويرية؟
- ٣- ما مدى التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها الأنشطة التطويرية؟
- ٤- ما هو مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة نشاطات الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها الأنشطة التطويرية؟
- ٥- ما واقع مأسسة عمليات التطوير وتحسين الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها الأنشطة التطويرية؟

٤. فرضيات الدراسة :

نظراً لأن السؤال الأول والثاني والثالث والرابع والخامس من أسئلة الدراسة هي أسئلة تتعلق بمستويات أبعاد تطبيق نظام الجودة الشاملة بمستشفيات وزارة الصحة فإن هذه الأسئلة لا تحتاج إلى فروض، ولكن اقتضت الضرورة البحثية التحقق من صحة الفروض التالية:

- ١- هناك علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين (استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين، استخدام الحوافز المادية والمعنوية، التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة، مأسسة عمليات التطوير) وبين الدرجة الكلية لنشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نشاطات الجودة الشاملة بين المستشفيات التي طبق فيها مشروع الجودة الشاملة وبين المستشفيات التي لم يطبق فيها المشروع؟

- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نشاطات الجودة الشاملة بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في هذا المجال
- ٤- - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) في نشاطات الجودة الشاملة تبعاً لمتغير مسمى المستشفى؟
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) في نشاطات الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الخبرة.

٥. أهداف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في أحد أهم القطاعات الخدمية وهو قطاع الصحة.
٢. التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة التطويرية في بعض أقسامها.
٣. التعرف على العوامل التي أثرت على استمرارية عمليات وأنشطة تطوير الجودة في هذه المستشفيات.
٤. التعرف على درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة في العمليات التي تم تطويرها في المستشفيات ذات العلاقة.
٥. التعرف على واقع استخدام الحوافز المادية والمعنوية بشكل عام وفي أنشطة تطوير الجودة بشكل خاص.
٦. التعرف على درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير ضمن أنشطة تطبيق الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة.
٧. معرفة العلاقة بين (درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين، استخدام الحوافز المادية والمعنوية، التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة نشاطات الجودة الشاملة، واقع مأسسة عمليات التطوير وتحسين الجودة الشاملة) وبين الدرجة الكلية لاستمرارية أنشطة الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقت فيها هذه الأنشطة
٨. التعرف على أثر تطبيق أنشطة تحسين وتطوير الجودة في المستشفيات التي تم تطبيق هذه الأنشطة فيها والفرق عن تلك التي لم يتم تطبيق هذه الأنشطة فيها.

٩. التعرف على المشكلات والمعوقات التي واجهت عملية التطبيق والمتابعة.

٦. حدود الدراسة:

تم تطبيق هذه الدراسة على أربعة من مستشفيات قطاع غزة التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية وذلك للأسباب التالية :

- ✓ تم تطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفيات الأربعة وهي الشفاء وناصر والعيون والنصر للأطفال في قطاع غزة ، أما مستشفيات الضفة فقد تم تطبيق النظام في مستشفى رفيديا في محافظة نابلس فقط.
- ✓ يعمل الباحث في القطاع الصحي الحكومي والأهلي منذ سنوات طويلة ، بدأت في المملكة العربية السعودية ، وانتهت في قطاع غزة ، حيث شغل العديد من المواقع المختلفة التي أكسبته خبرة في مجال الإدارة الصحية.
- ✓ عدم قدرة الباحث على الانتقال إلي محافظة نابلس بسبب الظروف الأمنية .

أما الفترة الزمنية التي ستغطيها الدراسة فهي الفترة الممتدة من العام ١٩٩٤ تاريخ تأسيس وحدة تطوير الجودة ضمن وحدات وزارة الصحة ، وحتى نهاية العام الحالي ٢٠٠٣ وهو الموعد المحدد لانتهاء مشروع تطوير الجودة الممول من البنك الدولي ، والذي وجد خصيصا لدعم الوحدة المشار إليها .

٧. متغيرات الدراسة:

تشتمل هذه الدراسة على متغير تابع رئيس وهو استمرارية أنشطة الجودة الشاملة ممثلة في عمليات التطوير ، ومجموعة متغيرات مستقلة تتمثل في:

١. التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير.
٢. فهم العاملين لفلسفة الجودة.
٣. الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات الجودة.
٤. الحوافز المادية والمعنوية.
٥. مأسسة عمليات التطوير.

وسوف يتم قياس المتغير التابع من خلال علاقته بمجموعة المتغيرات المستقلة

٨. أهمية الدراسة:

○ على المستوى الوطني:

يعتبر مشروع تطوير الجودة في وزارة الصحة الفلسطينية من المشاريع التي مولتها الجهات المانحة من خلال البنك الدولي. ولطالما أثيرت التساؤلات حول أهمية هذه المشاريع وحجم المنفعة التي تعود على الشعب الفلسطيني منها خاصة إذا ما ارتبطت هذه المشاريع بتوصيات وشروط من قبل الجهات المانحة إلي درجة تحد في كثير من الأحيان من صلاحيات المؤسسات الفلسطينية في المشاركة في صنع القرارات المتعلقة بهذه المشاريع. إن نتائج هذه الدراسة ستلقي الضوء بلا شك على واحدا من أهم تلك المشاريع وستوضح مدى استفادة وزارة الصحة على مدى السنوات العشرة الماضية من عمر المشروع. وهل حقق المشروع ما كان مخططا له من قبل الوزارة أم أن الأمور بقيت تراوح مكانها. وإن كان هذا واقع الحال ما هي الخطوات القادمة التي يتحتم على وزارة الصحة تبنيها في هذا المجال والمجالات المشابهة.

○ على العاملين في وزارة الصحة:

تشكل الدراسة فرصة نادرة للعاملين في وزارة الصحة للمشاركة والإطلاع على نتائجها نظرا لكونها الأولى من نوعها في مستشفيات الوزارة التي تنتظر إلي قضايا طالما أثيرت حولها النقاشات، مثل مستوى الأداء وجودة الخدمات والقضايا المتعلقة بالحوافز والتدريب وقضايا أخرى ذات طابع إداري.

وستسعى الدراسة إلي تعزيز فهم العاملين لقضية الجودة من خلال التعرف على العوامل المؤثرة في عملية التطبيق وما هو دور العاملين في هذا المجال.

○ المؤسسات الخدمية الأخرى التي تسعى لتطبيق نظام الجودة الشاملة:

بإمكان المؤسسات الأخرى التعامل مع نتائج الدراسة والتعرف على نقاط القوة والضعف التي تصاحب عملية التطبيق.

٩. الدراسات السابقة:

تزخر المكتبات الأجنبية والعالمية بالدراسات والأبحاث حول إدارة الجودة الشاملة في العديد من المجالات، وليس من السهل مراجعة كل ما كتب حول هذا الموضوع إلا أنه يلاحظ أن معظم الدراسات تعود في جوهرها إلي كتابات سابقة، وإذا أردنا التركيز على المجال الصحي فإن معظم ما كتب هو لدارسين وباحثين أجانب. ومن أهم هذه الدراسات والتي تمكن الباحث من الحصول عليها:

٩. ١ أولاً الدراسات العربية:

٩. ١. ١ دراسة موسى أبو صعاليك ٢٠٠٣

هدفت هذه الدراسة إلي قياس مستوى رضا المرضى عن العناية التمريضية المقدمة لهم في مستشفيات مختارة في قطاع غزة من خلال استطلاع آراء عينة مكونة من ٢٤٧ مريض في أقسام مختلفة في كل من مستشفى غزة الأوروبي ومستشفى ناصر بخانيونس، وقد استخدم الباحث ستة أبعاد تمثلت في الإخبار والتفاعل، التواجد واليقظة والانفتاح، البيئة والراحة، المهنية ومهارات التمريض، ثقافة المؤسسة، النصح والإرشاد.

وقد خلصت الدراسة إلى أن نسبة الرضا عن العناية التمريضية في مستشفى غزة الأوروبي كانت ٨٤,٢% في حين بلغت ٦١,٧% في مستشفى ناصر^١.

٩. ١. ٢ دراسة يوسف عوض ٢٠٠٣

هدفت هذه الدراسة لتقييم توجهات وآراء الممرضين والممرضات نحو برامج التعليم المستمر ومعرفة الدوافع والمعوقات ومواطن القوة والضعف في برامج التعليم المستمر. وقد شملت الدراسة ٣٠٠ ممرض وممرضة من كافة مستشفيات قطاع غزة ممن اشتركوا في برامج تعليمية زادت مدتها عن تسعة أشهر. وقد خلصت الدراسة إلي أن هناك توجهات إيجابية نحو مكونات البرامج بنسبة ٨٢,٨% يليها توجهات إيجابية نحو القدرات المكتسبة بنسبة ٨٢,٢% ثم المردود العام بنسبة ٧٧% وطرق التعليم ٦٧,٨% ثم مفهوم المؤسسة التعليمية بنسبة ٦٥,٥% والمراجع الدراسية بنسبة ٦٠,٦% وأخيراً الصعوبات والمعوقات بنسبة ٥٨,٨%. وقد أوصت الدراسة

^١ - Mousa Mohammed Abu Saileek (Client's Satisfaction with nursing care provided at selected hospitals in Gaza Strip), Un published Master Thesis , Al Qudes University 2003

بضرورة تصميم البرامج حسب الاحتياجات المهنية ومتطلبات الخدمة الصحية وتوسيع المشاركة وإعطاء حوافز وتصميم برامج متابعة.^١

٩. ١. ٣ دراسة علاء أبو ضاحي ٢٠٠٣

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة العلاقة بين التوتر لدى الممرضين العاملين في بعض مستشفيات قطاع غزة والعوامل الديموغرافية والتنظيمية، من خلال دراسة عينة مكونة من ٣٨٣ ممرض يعملون في مستشفيات جنوب قطاع غزة. وقد بينت الدراسة أن هناك علاقة قوية بين كل من العمر وعدم تواجد الأطباء في مكان العمل وخاصة في حالات الطوارئ، والإشراف وضغط العمل واتخاذ القرارات تحت ضغوط معينة وبين حدوث التوتر. كما خلصت الدراسة إلي أن هناك علاقة قوية أيضا بين حدوث التوتر وقضايا أخرى كمكان العمل والتعامل مع المرضى المستأين والتعرض للمخاطر الصحية وعوامل أخرى. وقد حاول الباحث الربط بين هذه العوامل وما تخلفه من آثار على الأداء بشكل عام.^٢

٩. ١. ٤ دراسة حنان دياب ٢٠٠٢

هدفت هذه الدراسة لتقييم العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي بين أطباء الأسنان العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية والمنظمات الغير الحكومية العاملة في قطاع غزة. وشملت الدراسة ٢٠١ طبيب أسنان. وقد خلصت الدراسة إلي أن مستوى الرضا بين أطباء الأسنان الموظفين منخفض نسبيا ٦٧,٢%. كما خلصت الدراسة إلي أن العمر وسياسة المؤسسة وثقافتها وفلسفة العمل فيها وجدولة العمل، كلها عوامل تؤثر على درجة الرضا، بالإضافة إلي عدد سنوات الخبرة وحجم العمل ونظام الحوافز والمكافآت. وقد أوصت الدراسة بضرورة خلق نظم اتصال فعالة في المؤسسات الصحية بالإضافة إلي تحسين نظم الحوافز وإشراك أطباء الأسنان في اتخاذ القرارات والتدريب. كما أوصت الدراسة بعمل أبحاث أخرى حول هذا الموضوع.^٣

¹ - Yousif Mahmoud Awad (Gaza Nurses Perceptions About Nursing continuing Education) , Unpublished Master Thesis, AlQuds University, 2003

² - Alaa Abu Dah (Stress Among South Gaza Hospitals Nurses) ,Unpublished Master thesis, Al qudes University,2003

³ - Hanan Suhail Diab (Job Satisfaction Among Employed Dentists In The Gaza Strip- Palestine) , Unpublished Master Thesis, Al Quds University, 2002

٥ . ١ . ٩ دراسة فاطمة الهندي ٢٠٠٢

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم رضا المنتفعين من خدمات الأشعة في غزة باعتباره من المفاهيم الأساسية لتقييم جودة الخدمة الصحية وكذلك مؤشرا هاما لقياس عملية تطوير الخدمة الصحية. كما هدفت الدراسة إلي تحديد أبعاد الرضي وعلاقته ببعض المتغيرات. وقد شملت الدراسة عينة عشوائية مكونة من ٤١٠ مرضى من المنتفعين من خدمات الأشعة في كل من مستشفى الشفاء بغزة ومركز غزة التشخيصي. وسجلت الدراسة نسبة رضا ٨٢,٥% عن خدمات الأشعة. كما أظهرت نتائج الدراسة سبعة أبعاد للرضا تضمنت ثقافة المؤسسة، الاستمرارية والإمكانية، الوفرة، المعاملة والاتصال، الإدراك، الراحة والخصوصية، والمدخل في تقديم الخدمة. وقد أوصت الدراسة بتحسين وتطوير الأنظمة الإدارية المتعلقة بتقديم الخدمة وتطوير قدرات العاملين واستمرارية عمليات التطوير.^١

٦ . ١ . ٩ دراسة بدران العمر ٢٠٠٢

هدفت هذه 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 مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفيات. وقد خلصت الدراسة إلي أن هناك تفاوت في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المستشفيات، وأوضحت أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري بتطبيق مبدأ التحسين المستمر. وقد أوصت الدراسة بضرورة إيجاد نظام معلومات متقدم لمساندة عملية اتخاذ القرارات الصحيحة، والعمل بشكل جاد لنشر ثقافة الجودة الشاملة و الإستمرار في رفع مستوى تطبيق مبدأ التحسين المستمر، والعمل بشكل أكبر على تطبيق مبدأ التركيز على العميل.^٢

٧ . ١ . ٩ دراسة أفنان عبد اللطيف ٢٠٠٢

هدفت هذه الدراسة إلي إلقاء الضوء واستكشاف مدى تطبيق المؤسسات الخدمائية غير الحكومية في الضفة الغربية لمعايير وركائز وأسس إدارة الجودة الشاملة وكذلك مدى فهم هذه المؤسسات لمفهوم وأسس إدارة الجودة الشاملة.

¹ - Fatima M. Al-Hindi, Client's Satisfaction with radiology services in Gaza, Un published master thesis, School of public health- Al Quds ,2002

² - بدران عبد الرحمن العمر ، ،مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثاني والأربعون، العدد الثاني يونيو ٢٠٠٢.

وتناولت الدراسة عينة مختارة من ٢٢ مؤسسة خدمتية فلسطينية، وأظهرت نتائج ذات دلالة هامة تركزت في عدم استخدام الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات، وأن نسبة ٨٢% من المؤسسات التي تكونت منها عينة الدراسة لم يتوفر لديها إدارة خاصة بالجودة، وأن نسبة ٦٠% من هذه المؤسسات لم يشاركوا في دورات تدريبية أو تعريفية في إدارة الجودة الشاملة. وقد بينت الدراسة أيضاً أن معايير ضمان الجودة لم تكن ضمن أولويات المؤسسة، وأن الخدمة تنتج دائماً مصحوبةً بأخطاء متنوعة في المرحلة الأولى، إضافة إلى ذلك عدم اهتمام مؤسسات الخدمات الفلسطينية بالبيئة والصحة العامة.

وقد أوصت الباحثة بضرورة إعادة هيكلة المؤسسات واستحداث إدارة للجودة والعمل على نشر مفهوم إدارة الجودة الشاملة وإصدار قوانين للمعايير والمقاييس الخاصة بتطبيق الجودة الشاملة، وإعادة تأهيل المدراء والموظفين في مجال الجودة بالإضافة إلى بناء قاعدة بيانات خاصة بالجودة.^١

٨.١.٩ دراسة ياسين وآخرون ٢٠٠١

هدفت هذه الدراسة إلى وضع إطار لدليل عملي خاص لمؤسسات الرعاية الصحية من خلال استكشاف منهجية التقدير السريع الفعالة من حيث كونها خطوة أولى نحو التوجه الكامل لإسلوب إدارة الجودة الشاملة في إطار عملي للرعاية الصحية. وأظهرت نتائج الدراسة أن المستشفيات المشاركة باتت أكثر توجهها نحو إدارة الجودة الشاملة. بالإضافة إلى تحديد العديد من الفرص المعينة للتحسين أثناء القيام بمنهجية التقدير السريع، كما تمت معالجة قضية تقدير فعالية تواصل إدارة الجودة الشاملة.^٢

٩.١.٩ دراسة نهاية التلباني ٢٠٠٠

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشاكل والمعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التعرف على واقع تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني بالإضافة إلى التعرف على القوى المؤثرة الرئيسة أثناء عملية تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني والتعرف على الدروس المستفادة من التجربة الفلسطينية في بداياتها والخروج

^١ - أفنان عبد اللطيف "دراسة تحليلية: تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمتية غير الحكومية في الضفة الغربية ٢٠٠٢ جامعة القدس.

^٢ - محمود ياسين ، أندروج تسوشي، درنال جينغز وكريستوفر يورك، إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية: تطبيق. ترجمة طلال بن عابد الأحمد، مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد والأربعون، العدد الثالث، أكتوبر ٢٠٠١.

بتوصيات يمكن الاستفادة منها في تطوير الجودة مستقبلاً. وقد اعتمدت هذه الدراسة أسلوب دراسة الحالة من خلال دراسة الوثائق المتوفرة والمقابلات والملاحظة والاستبيان. وقد تطرقت الدراسة إلي أساليب و منهجية التطبيق التي أتبعها المشروع في مراحل المتعاقبة وأهم عوامل النجاح. بالإضافة إلي ذلك تطرقت الدراسة إلي أهم المعوقات التي واجهت المشروع ومنها البيئة الخارجية الغير مستقرة والمشاكل الداخلية للمؤسسات المعنية وعدم المتابعة ومقاومة التغيير والمركزية وضعف الاتصال وعدم رضا منتسبي القطاع الصحي.^١

١٠.١،٩ دراسة بدرية البلبيسي ٢٠٠٠

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مدى تطبيق المصارف التجارية الأردنية لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومستويات هذا التطبيق ومعرفة طبيعة ودرجة العلاقة بين عناصر إدارة الجودة الشاملة والأداء المؤسسي لهذه المصارف وأثر الثقافة التنظيمية على التطبيق السليم لهذا المفهوم في تلك المصارف. وقد خلصت الباحثة إلي أن المصارف الأردنية تتبنى وتطبق بنسب متفاوتة مفهوم إدارة الجودة الشاملة بكافة عناصره، وأن أعلى مستوى تطبيق ارتبط بالتركيز على تلبية احتياجات العاملين، ثم التركيز على العميل، ثم التركيز على الاحتياجات الإدارية للمنافسة، في حين كان التركيز على تحسين العمليات أقل مستوى تطبيق.

كما خلصت الدراسة إلي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التزام المصارف التجارية في الأردن بعناصر إدارة الجودة الشاملة (مجتمعة أو منفردة) والأداء المؤسسي (مقاساً بكل من الربحية، الإنتاجية، كفاءة التشغيل، كلاً على حده).

كما خلصت الدراسة إلي أن الثقافة التنظيمية في المصارف التي تم إجراء الدراسة عليها مهياً بالقدر اللازم لاستقبال مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتحقيق النتائج المرجوة منه.^٢

١١.١،٩ دراسة حنان عبد الرحيم الأحمدى ٢٠٠٠

هدفت هذه الدراسة لتقديم مفهوم التحسين المستمر للجودة في إطار جديد يركز على الجوانب الطبية من نشاط المنظمات الصحية لسد ثغرة جودة الرعاية الصحية في العالم العربي، وتسلط الضوء على أهم العوامل التي تحول دون تحقيق أعلى استفادة من تطبيق مبادئ التحسين المستمر للجودة، وتحد من نجاحها في المنظمات الصحية في الدول العربية، وتقديم آلية لتطبيق هذا المفهوم

١. نهاية التلخيص "تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني" رسالة دكتوراة، جامعة شيفلد ٢٠٠٠

٢- بدرية البلبيسي "إدارة الجودة الشاملة والأداء: دراسة تطبيقية على قطاع المصارف التجارية في الأردن"، الجامعة الأردنية، ٢٠٠٠.

على جميع جوانب النشاط في المنظمات الصحية وخصوصاً الفنية والطبية منها بهدف التغلب على هذه العوائق، وقد أوصت الدراسة بضرورة إيجاد الدعم التشريعي لتطبيق التحسين المستمر في المنظمات الصحية، وإيجاد الدعم التنظيمي لمشاريع التحسين للحد من مركزية الأنظمة الصحية، وتوفير الصلاحيات اللازمة لعملية التحسين، وتوفير الدعم المالي لمشاريع التحسين للاستثمار في التدريب، وتحسين أساليب العمل لرفع التكلفة الإيجابية للجودة وبالتالي تخفيض تكلفتها السلبية، كما أوصت الدراسة بضرورة تفعيل نظم المعلومات في المنظمات الصحية على مستوى الأنظمة الصحية، لتدعيم عملية التحسين والتمكن من وضع المعايير اللازمة لعملية التحسين.¹

١٢.١،٩ دراسة أبو دولة والنيادي، ٢٠٠٠

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف بعض الحقائق ذات العلاقة بممارسات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة العاملة في دولة الإمارات. وقد خلصت الدراسة إلى أن منظمات الخدمة في دولة الإمارات قد حددت ممارساتها لثلاثة عشر ركيزة من ركائز إدارة الجودة الشاملة. كذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين أعمار وأحجام منظمات مجتمع الدراسة ومدى ممارسة تلك المنظمات لركائز إدارة الجودة الشاملة.^٢

١٣.١،٩ دراسة حسن محمد أبو ليلى ١٩٩٨

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى اقتناع الإدارة العليا في شركة الاتصالات الأردنية نحو تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومدى دعمها لهذا التطبيق. بالإضافة إلى التعرف على أهم المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية، و التعرف على مستوى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية بشكل عام. وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك معوقات تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات، منها عدم القدرة على توفير نظام مكافآت وتقدير لإنجازات الأفراد وعدم وجود إستراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة في الشركة، وكذلك غياب نظم فعالة للاتصالات، وعدم

¹ حنان الأحمدى " التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" الإدارة العامة، مجلد (٤٠)، العدد (٣)، ٢٠٠٠

2- جمال أبو دولة ، محمد علي و النيادي ، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، أبحاث اليرموك، المجلد ١٦، العدد ٤، تشرين أول ٢٠٠٠.

الالتزام الجدي من جانب الإدارة بالإضافة إلى التركيز على الأداء قصير الأجل و عدم توفر مناخ ملائم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، ومقاومة العاملين لبرامج تحسين الجودة.^١

١٤.١،٩ دراسة عبد الرحمن هيجان ١٩٩٤

هدفت هذه الدراسة بصفة عامة إلى تقديم مفهوم إدارة الجودة الكلية باعتباره مفهوماً جديداً في حقل الإدارة. وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على الأسلوب المكتبي في جمع البيانات. وقد خلصت الدراسة إلى أن مفهوم إدارة الجودة الكلية يعتبر من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تهدف إلى تحسين الجودة بصفة مستمرة وذلك من خلال التركيز على حاجات المستفيد. كما خلصت الدراسة إلى أنه لا يوجد أسلوب واحد للتطبيق متفق عليه بين الباحثين.^٢

٢،٩. ثانياً الدراسات الأجنبية:

١.٢،٩ دراسة Dan R. Berlowitz (et al) 2003

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة إلى أي مدى يمكن تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح في مؤسسات التمريض المنزلي، وشملت هذه الدراسة ١٧٨١ عاملاً في أربعين مؤسسة أمريكية واشتملت على خمس فرضيات تمحورت حول الممارسة وثقافة فرق العمل والرضا الوظيفي لدى العاملين ووجود دليل إرشادي للجودة.

وخلصت نتائج الدراسة إلى أن هناك اختلاف واضح في طرق تطبيق الجودة بين المؤسسات التي تم إجراء الدراسة عليها، وأن هذا يستلزم إجراء المزيد من الدراسات قبل تعميم دراسة بعينها، كما خلصت الدراسة إلى أهمية التغيير الثقافي لإنجاز عملية التطبيق وكذلك أهمية الرضا الوظيفي لدى العاملين.^٣

1- حسن محمد أبو ليلي، " إدارة الجودة الشاملة : دراسة ميدانية لاتجاهات أصحاب الوظائف الإشرافية نحو مستوى تطبيق ومعوقات إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية"، جامعة اليرموك، ١٩٩٨.

2- عبد الرحمن أحمد محمد هيجان، (منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية) مجلة الإدارة العامة، المجلد الرابع والثلاثون، العدد الثالث ديسمبر ١٩٩٤

3- Dan R. Berlowitz, Gary J. Young, Elaine C. Hickey, Debra Saciba, Brian S. Mittman, Elaine C. Zarnowski, Barbara Simon, Jennifer J. Anderson, Arlene S. Ash, Lisa V. Rubenstein, Mark A. Moskowitz. (Quality improvement implementation in nursing home), Health Service Research, Feb. 2003.

٢.٢,٩ دراسة Stephen F. Jancks, et al, 2003

هدفت هذه الدراسة لقياس التغيير في الأداء على المستوى الوطني ومستوى الولايات بعد استخدام ٢٢ مؤشر جودة في مجموعة من المنظمات الصحية التي تعمل بالتنسيق مع مؤسسة متخصصة بتحسين الجودة الصحية وذلك في الفترة من ١٩٩٨ وحتى نهاية ٢٠٠١.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن الرعاية في هذه المنظمات الصحية تطورت بشكل ملموس في الفترة المشار إليها. إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فإنه ما زال هناك فرصة كبيرة لتحقيق المزيد من التحسين والتطوير.

كما خلصت الدراسة إلى أن ترتيب المنظمات الصحية حسب الولايات تغير بشكل طفيف. وعلى الرغم من ثبات التحسن الذي طرأ على المنظمات الصحية في الفترة المشار إليها إلا أن الدراسة لم تستطع الجزم إلى أي مدى يمكن نسبة هذا التحسن في الخدمات إلى جهود منظمة تحسين الجودة.^١

٣.٢,٩ دراسة Dennis Raldenberg Ph.S 2003

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إذا ما كان هناك علاقة بين رضا المرضى عن الخدمات الصحية لهم والرضا الوظيفي لدى الموظفين الذين يقدمون هذه الخدمات، وقد اعتمدت الدراسة على مقارنة الرضا لدى ١٩٥٠٠ مريض داخلي مع الرضا الوظيفي لدى ٥٠٥٠٠ موظف يخدمونهم في ٣٣ مستشفى تقع في ١٩ ولاية.

وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية جداً تشير إلى أن رضا المرضى ورضا الموظفين لا ينفصلان عن بعضهما إلا أن الدراسة لم تستطع توضيح ما إذا كانت زيادة الرضا لدى الموظفين تؤدي إلى زيادة الرضا لدى المرضى الذين يخدمونهم.^٢

٤.٢,٩ دراسة M.Beyer et al ٢٠٠٣

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة وتقييم حلقات الجودة في مجال الخدمات الصحية في ٢٦ بلداً أوروبياً وقد خلصت هذه الدراسة التي تمت على ثلاث مراحل إلى أن هناك تحسناً ملموساً قد طرأ على أنشطة حلقات الجودة في السنوات العشرة الأخيرة في كل من هولندا وبريطانيا والدنمارك وبلجيكا وإيرلندا والسويد والنرويج وألمانيا وسويسرا والنمسا. فيما لم يكن هناك فعالية حقيقية في

^١ - Stephen F. Jancks, Edwin D. Huff, Timothy Cuerdon, (Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries), *JAMA*, 2003; 289: 305-312

^٢ - Dennis Raldenberg Ph.S, (Patient and Employee Satisfaction Linked), *Press Gancy Associates*, ١٠ . 2003

باقي الدول التي شملتها الدراسة. وأوصت الدراسة بإجراء مزيداً من الأبحاث لتوضيح أثر الجودة على الخدمات الصحية.¹

٥.٢,٩ دراسة Counte M.A, Meurer S. 2002

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على النتائج الأولية للتحليل الشامل لمستوي تطبيق تحسين الرقابة على الجودة و أثرها على الأداء التنظيمي من خلال ثماني مفاهيم تم دمجها في إدارة و هيكلية و عمليات 40 مستشفى للرعاية الطبية في ولاية ميزوري الأمريكية و خلصت هذه الدراسة إلي صعوبة تقييم تأثير تحسين الرقابة على الجودة على الأداء التنظيمي وذلك بسبب نقص المقاييس المقبولة لمستوي تطبيق تحسين الرقابة على الجودة في المؤسسات الصحية. إلا أنه و علي الرغم من ذلك فقد تمكنت الدراسة من التمييز بين المستشفيات التي أجريت عليها الدراسة علي قاعدة مدي توجهها نحو تطبيق الجودة و أوصت الدراسة بأجراء المزيد من البحوث لمعرفة أثر تطبيق مبادرات الجودة علي تحسين الأداء.²

٦.٢,٩ دراسة Catarina L. Kiefe PHD, MD; (et al) 2001

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر استخدام مستويات أداء معينة قابلة للتحقيق واستخدامها كتغذية راجعة للأطباء من أجل تطوير عمليات تحسين الجودة. وشملت عينة الدراسة سبعين طبيباً قسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بالإضافة إلى ٢٩٧٨ مريضاً في الفترة من ١٩٩٦ وحتى ١٩٩٨. وأوضحت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الشفاء في المجموعة التجريبية ارتفعت من ٤٠% قبل الدراسة إلى ٥٨% بعدها، في حين ارتفعت نسبة الشفاء لدى المرضى في المجموعة الضابطة من ٤٠% قبل الدراسة إلى ٤٦% وخلصت الدراسة إلى أن استخدام مستويات أداء قابلة للتحقيق يزيد من فعالية أداء الطبيب وبالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية.³

¹ - M.Beyer,FM Gerlaeh, U Flies, R Grol, Z Krol, A Munck, F Roleson, M O'riordan, L Seuntjens and J szecsenyi,(The development of Quality Circles/Per Review groups as Amethod of Quality Imprvement in Europe), Qual Saf Health care ,2003;12:215-245

² - Counte M.A, Meurer S., (Implementation of Quality improvement in Health Care Organization), Health Service Research, 2002

³ - Catarina I. Kife, Jeron J. Allison, Dala Williams, Sharina D. Person, Michael T. Weaver, Norman W, Weissman, (Improving Quality Improvement using achievable_Benchmarks For Physician Feedback) JAMA ,2001;285:2871-2879

٧.٢,٩ دراسة A.Pira , A. Rutz 2001

هدفت هذه الدراسة وهي عبارة عن جزء من رسالة دكتوراه بعنوان إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأوروبية، إلى معرفة وتحديد أهم المجالات وأهم عناصر الجودة التي تنطبق والى أي درجة على مجموعة من المستشفيات الأوروبية، بالإضافة إلى معرفة المستويات المختلفة التي حققتها المستشفيات في مجال الجودة الشاملة.

وقد اشتملت الدراسة على ٦ متغيرات تم تحديدها كعناصر أساسية للدراسة، وهذه المتغيرات هي التزام ودعم القيادة، مشاركة الموظفين، التوجه نحو المرضى، التوجه نحو العمليات، العلاقة مع الموردين والتحسين المستمر.

وخلصت الدراسة إلى أن جميع المستشفيات التي شملتها الدراسة تطبق معايير الجودة ولكن بمستويات مختلفة كما أوضحت الدراسة فروقات كبيرة جدا في النماذج والمفاهيم التي تستخدمها هذه المستشفيات كما خلصت الدراسة إلى أن معدل تطبيق الجودة يعتبر متقدما في مستشفيات كل من بريطانيا، هولندا، والدول الإسكندنافية قياسا بألمانيا وفرنسا والدول الأخرى الناطقة بالفرنسية أو الألمانية في أوروبا. وقد خلصت الدراسة في النهاية إلى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة سينتشر وسيحقق في كافة المستشفيات التي شملتها الدراسة في المستقبل المنظور.¹

٨.٢,٩ دراسة Dennies P. Scanlon, et al. 2001

هدفت هذه الدراسة إلى فهم كيف يتم استخدام مقاييس الأداء لتحسين الجودة في خطط الرعاية الصحية وكذلك التعرف على نقاط القوة والضعف في المقاييس المستخدمة في ٢٤ خطة صحية في أربع ولايات أمريكية.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن جميع هذه المنظمات التي شملتها الدراسة تستخدم مقاييس لتحسين الجودة ولكن بدرجات متفاوتة وبأساليب مختلفة. كما وأظهرت الدراسة أن العديد من المنظمات تستخدم مقاييس أداء بهدف تطوير وتعزيز مبادرات التحسين، أو لتقييم الأداء الحالي أو لوضع أهداف لتحسين الجودة أو لتقصي الأسباب الحقيقية لبعض المشاكل أو للرقابة على الأداء.

وقد أوصت الدراسة بضرورة إجراء المزيد من الدراسات لمعرفة أفضل السبل المؤدية إلى تعظيم فائدة استخدام المقاييس.²

¹ - A.Pira , A. Rutz,(*Quality Management in Acute Hospitals of Selected European Countries*), Electronic version , WWW.Lim.ethz.ch/research/projects/projekt26.htm

² - Dennies P. Scanlon, Charles Darby, Elizabeth Rolph, Hilary E. Doty (The Role of performance measures for improving quality in managed care organization),*Health Services Research* October,2001

٩ .٢ .٩ دراسة Shou – yih D-lee, Jeffrey A. Alexander 1999

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار التغيرات التنظيمية و آثارها على بقاء المستشفيات و قدرتها على العمل. وقد ميزت هذه الدراسة بين التغيرات الجوهرية في التنظيم وتلك السطحية في ٥٧٨١ مستشفى في أرجاء الولايات المتحدة، وذلك في الفترة من ١٩٨١ وحتى نهاية ١٩٩٤. وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن التغيير لا يهدد بقاء المستشفى وأن التهديد قد يأتي من البيئة المحيطة أكثر من التغيير بحد ذاته كما خلصت الدراسة إلى أن بعض أنواع التغيير كتلك المتعلقة بتقليص حجم العمل وتغيير القادة بشكل متكرر يشكل خطراً كبيراً وقد يفضي إلى إغلاق المستشفى.

بالإضافة إلى أن التغيرات السطحية إذا ما تعددت وتزامنت فان لها تأثيراً سلبياً واضحاً على بقاء المستشفى^١.

٩ .٢ .١٠ دراسة Nelda P. Wray , et al, 1999.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كان معدل الدخول المتكرر إلى المستشفى يحمل مؤشرات أداء يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمات الصحية ومدى إمكانية تعميم هذه المؤشرات، واستخدامها كقاعدة بيانات إدارية.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها، أن معدل تكرار الدخول يعتبر مؤشراً هاماً يمكن استخدامه إلى جانب مؤشرات الأداء الأخرى المعمول بها في نظم الرعاية الطبية، كما أن معدل تكرار الدخول جاء مكملاً لمؤشرات أخرى بعينها من حيث قدرته على قياس جوانب أخرى لم يكن بالإمكان قياسها باستخدام المعايير الأصلية^٢.

^١ - Shou – yih D-lee, Jeffrey A. Alexander, (*managing hospitals in turbulent times ,do organizational changes improve hospital survival*),Health Service Research,October,19999

^٢ - Nelda P. Wray, Nancy J. Peterson, Julianne Souckek, Carol M. Ashton, John C. Hollings worth, Jane M. Caraci, (*The hospital Multistay rate as an indicator of quality of care*) health service Research,August,1999

٢,٩ . ١١ دراسة هلين رز بيرستن ١٩٩٣ Helen R. Burstin , M.D.,M.P.H

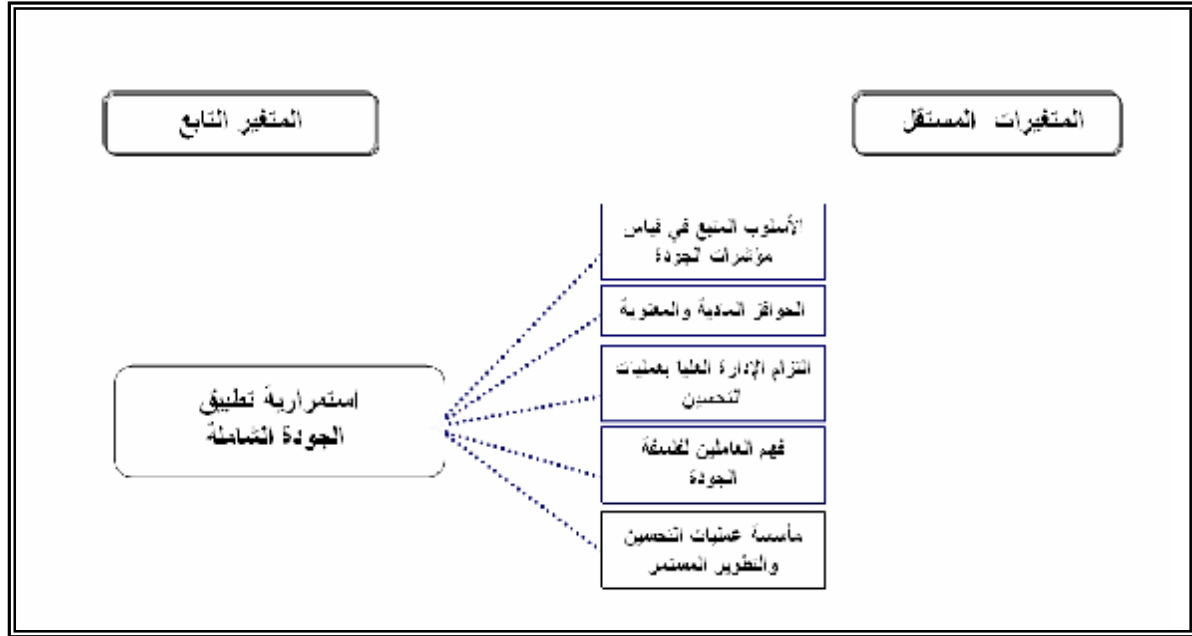
هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر استخدام دليل إرشادي لأفضل الممارسات في أقسام الطوارئ في خمسة من مستشفيات. (هارفارد) وأثر ذلك على تحسين جودة الخدمة الصحية في هذه الأقسام من خلال تحديد خمسة مجالات لدراستها ومقارنتها بمرحلة ما قبل الدراسة. وقد خلصت الدراسة إلى أن الالتزام بدليل عمليات الرعاية الإرشادية و الذي تم قياسه أدى إلى انخفاض في عدد المشاكل الصحية التي يتعرض لها مرضى أقسام الطوارئ بنسبة ملحوظة. إلا أنه في الوقت ذاته لم تسجل الدراسة أي زيادة في مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة إليهم فظلت النسبة ٣,٨ درجات على مقياس مكون من خمسة درجات. وهو ما دفع الباحث للتوصية بإجراء مزيد من الدراسات لمعرفة السبب في ذلك.¹

٣,٩ . تعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من عرض الدراسات السابقة للموضوع، أن هذه الدراسة مكتملة لما ورد في تلك الدراسات، إضافة لكونها تحتوي على أبعاد جديدة تتمثل في دراسة العوامل المؤثرة على نجاح واستمرارية الخطط الهادفة لتطبيق نظام الجودة الشاملة في المؤسسات بشكل عام وفي المؤسسات الصحية بشكل خاص. وبالتالي فإن هذه الدراسة للعوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية ولربما تساهم في إثراء هذا الحقل العلمي الهام، بمشيئة الله. وستحاول هذه الدراسة الاستفادة من نقاط القوة في الدراسات السابقة ومحاولة تطويرها وتعزيزها، وفي نفس الوقت محاولة تدارك النقص إن وجد في تلك الدراسات والعمل على إغنائها قدر المستطاع.

¹ - Helen R.Burstin, (Guidelines can facilitate quality of care improvement in the emergency department), American Journal of Medicine, November 1999,107:437-499

١٠. نموذج الدراسة:



شكل رقم (١)

١١. منهجية الدراسة:

اشتمل المنهج البحثي لهذه الدراسة على العديد من الدراسات النظرية والميدانية المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة بشكل عام وتطبيقها في المؤسسات الصحية، وقد تم إتباع المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على دراسة الواقع ومن ثم التعبير عنه بشكل كمي أو وصفي وصولاً إلى كشف وتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة التي سبق الإشارة إليها. كما تم إتباع المنهج الاستقرائي الذي يقوم على الاستنتاج العلمي القائم على أساس الملاحظة والمناقشة والتحليل، وذلك لتحديد العوامل المؤثرة على استمرارية تطبيق أنشطة الجودة في الأقسام المختلفة لمستشفيات وزارة الصحة التي شملتها الدراسة.

وتقع هذه الدراسة في ستة فصول مرتبة على النحو التالي:

- الفصل الأول بعنوان الإطار العام للدراسة.
- الفصل الثاني بعنوان معنى الجودة ومفهوم إدارة الجودة الشاملة.
- الفصل الثالث بعنوان تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- الفصل الرابع بعنوان الدراسة الميدانية لمتغيرات البحث.
- الفصل الخامس بعنوان تحليل ومناقشة النتائج.
- الفصل السادس النتائج والتوصيات.

الوضع الصحي في فلسطين
معنى الجودة ومفهوم إدارة الجودة الشاملة
تعريف الجودة في المجال الصحي
المراحل التاريخية لتطور الجودة
المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة
أهداف إدارة الجودة الشاملة
إدارة الجودة الشاملة كنموذج إداري
رواد إدارة الجودة الشاملة
العلاقة بين الجودة والتكلفة
الجودة في قطاع الخدمات
العناصر الرئيسية للجودة في نظام الخدمة
الجودة في قطاع الخدمات الصحية
العلاقة بين الأيزو وإدارة الجودة الشاملة
الأيزو في الخدمات

الفصل الثاني

معنى الجودة ومفهوم إدارة
الجودة الشاملة

الفصل الثاني

قبل التطرق إلي المفاهيم الأساسية لقضية الجودة وفلسفتها وقبل الشروع في الحديث عن إدارة الجودة في القطاع الصحي فإنه من الضرورة بمكان التعرف على واقع الوضع الصحي الفلسطيني بشكل عام من خلال التطرق إلي الأرقام والإحصاءات ذات العلاقة والتي توضح بعضاً من المشاكل التي يعاني منها هذا القطاع وكذا التعرف على الإمكانيات المتاحة، والتعرف على بعض المؤشرات الصحية بالقدر الذي تقتضيه الضرورة البحثية.

١,٢ الوضع الصحي في فلسطين

١,١,٢ المؤشرات الديموغرافية:

بلغ عدد سكان فلسطين حسب إحصائية منتصف العام ٢٠٠٢ ما مجموعه ٣,٤٦٤,٥٥٠ نسمة بما فيهم ٣٨٠,٤٢٢ نسمة في مدينة القدس. ويبين الجدول رقم (١) التالي بعض المؤشرات الديموغرافية^١:

جدول رقم (١)

عدد السكان في فلسطين

المؤشر	الإجمالي	قطاع غزة	%	الضفة الغربية	%
إجمالي عدد الفلسطينيين	٩,٢٠٩,٧٧٣				
عدد السكان في الضفة والقطاع	٣,٤٦٤,٥٥٠	١٢٦١٩٠٩	٣٦,٤%	٢٢٠٢٦٤١	٦٣,٦%
عدد السكان الذكور	١٧٥١٢٧١	٦٣٦٨٩٠	٣٦,٣٦%	١١١٤٣٨١	٦٣,٦٣%
عدد السكان الإناث	١٧١٣٢٧٩	٦٢٥٠١٩	٣٦,٤٨%	١٠٨٨٢٦٠	٦٣,٥١%
عدد اللاجئين	١٥٣٢٥٨٩	٨٩٣١٤١	٧٠,٨%	٦٣٩٤٤٨	٣١,٦%

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام ٢٠٠٢

وتبلغ مساحة قطاع غزة ٣٦٠ كم^٢ ويشكل معدل الكثافة السكانية فيها واحداً من أعلى المعدلات في العالم حيث تبلغ ٣٥٠٥ نسمة / كم^٢. فيما تبلغ مساحة الضفة الغربية ٥٨٠٠ كم^٢ ومعدل كثافة سكانية ٣٨٠ نسمة / كم^٢.

وعلى الرغم من الانخفاض الملحوظ في معدل المواليد الخام من ٤٦,٥ / ١٠٠٠ نسمة في العام ١٩٩٥ إلي ٢٧,٢ / ١٠٠٠ نسمة في العام ٢٠٠٢ إلا أن المجتمع الفلسطيني ما زال يعتبر مجتمعاً فتياً حيث تشكل نسبة الأطفال أقل من خمسة سنوات ١٨,١% من مجموع السكان فيما يتشكل نسبة الأطفال دون الخامسة عشر ٤٦,٤% من إجمالي عدد السكان. ويشكل عدد السكان عند ٦٠ سنة

^١ - التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام ٢٠٠٢.

فما فوق ٤,٦% فقط من إجمالي عدد السكان. ويبين الجدول رقم (٢) التالي بعض المعطيات العمرية^١:

جدول رقم (٢)

بعض المعطيات العمرية في فلسطين

المؤشر	الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية
معدل النمو السكاني	٣,٧	٤%	٣,٤%
معدل المواليد الخام/١٠٠٠	٢٧,٢	٣٣,١%	٢٣,٩%
عدد المواليد ٢٠٠٢	٩٤٤٠٦	٤١٧٣٠	٥٢٦٧٠
معدل الوفيات الخام / ١٠٠٠	٣,١	٣,٥%	٢,٩%
معدل الحياة	٧١,٨٥		

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام ٢٠٠٢

٢,١,٢ المشاكل الصحية في فلسطين :

تشكل المشاكل الصحية الناتجة عن تلوث مصادر مياه الشرب بالملوثات الحيوية والكيميائية واحدة من أبرز التحديات التي تواجه المجتمع الفلسطيني. وقد بين تقرير وزارة الصحة أن ٩٥% من سكان قطاع غزة و ٨٨% من سكان الضفة الغربية مرتبطون بشبكات مياه الشرب، في حين بلغت نسبة المشتركين في شبكات الصرف الصحي ٦٦,٣% من سكان قطاع غزة و ٣٤,٦% من سكان الضفة الغربية حسب التقرير السنوي لوزارة الصحة الصادر في شهر يوليو ٢٠٠٢.

كما برزت الأنيميا والمشاكل الصحية المتعلقة بالوضع التغذوي كتحديات خطيرة تواجه المجتمع الفلسطيني والقائمين على الوضع الصحي. وحسب ما أظهرته دراسة جامعة جون هوبكنز في الفترة من فبراير ٢٠٠٣ وحتى سبتمبر ٢٠٠٣ فإن معدل انتشار الأنيميا بين الأمهات الحوامل يصل إلى ٥١,٤% فيما يصل إلى ٣١,٥% بين النساء المرضعات و ٧٣,٣% بين الرضع عند سن ٩ شهور و ٥٧,٥% بين الأطفال في الفئة العمرية من ٦ أشهر إلى ٣٦ شهراً. أما فيما يتعلق بالوضع التغذوي فإن الأمر لا يبدو مطمئناً حيث أظهرت الدراسة أن معدل انتشار قصر القامة بسبب سوء التغذية بين الأطفال الفلسطينيين أقل من خمس سنوات يصل إلى ١١,٧% ومعدل الهزال يصل إلى ٧,٨% ونقص الوزن يصل إلى ٨,٣%^٢.

^١-المرجع السابق.

^٢-المرجع السابق.

٣,١,٢ المراكز الصحية:

ازداد عدد مراكز الرعاية الصحية المنتشرة في مختلف محافظات غزة و الضفة الغربية من ٤٥٤ مركز عام ١٩٩٤ إلى ٦٠٣ مركز عام ٢٠٠٢ و بمعدل ٥٧٤٦ مواطن لكل مركز و تمتلك وزارة الصحة ٦٢,١% من هذه المراكز.

٤,١,٢ المستشفيات:

يعمل في فلسطين ٧٦ مستشفى منها ٢٣ مستشفى تابعة لوزارة الصحة بطاقة سريره قدرها ٤٧٩٢ سريراً منها ٢٦١٣ سرير تابعة لمستشفيات وزارة الصحة بنسبة قدرها ٥٤,٥% من إجمالي عدد الأسرة حسب التقرير الأخير لوزارة الصحة والصادر في يوليو ٢٠٠٢. تحققت زيادة في حجم أسرة المستشفيات ٦٩% مقارنة مع العام ١٩٩٩ ليصبح معدل عدد الأفراد إلى الأسرة ٧٧٤ فرد لكل سرير. و فيما يلي جدول رقم (٣) بالمؤشرات الخاصة بمستشفيات وزارة الصحة

جدول رقم (٣)

بعض المؤشرات الخاصة بالمستشفيات الفلسطينية بشكل عام

المؤشر	٢٠٠٢	نسبة الزيادة مقارنة بالعام ٢٠٠٠
عدد الأسرة	٢٦١٣	٩,٩%
عدد أيام التداوي	٦٢٢٨٨٣	٢٥,٦%
عدد حالات الدخول	٢٢٤٠٨٧	٢٠,٩%
عدد حالات الطوارئ	٧٤٩٣١٨	٥٢,٦%
عدد زيارات العيادات الخارجية	١٢٨٦٥٣٩	٥٩,٦%
عدد العمليات الجراحية	٧٦٤٢١	٣٦,٦%
عدد الأطباء	١٠١٤	١٢,٤%
عدد الصيادلة	٧٤	٦٠,٩%
عدد الممرضين	١٩٣٢	١٥,١%
عدد الفنيين	٤٦٠	١٠,٧%

المصدر : التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام ٢٠٠٢

¹-المرجع السابق.

يعمل في القطاع الصحي في فلسطين ١٥٢٣٣ موظفاً منهم ٧٠,٨% عاملاً صحياً و يمثل عدد العاملين في المستشفيات ٥٦,٣% من إجمالي عدد العاملين في وزارة الصحة و يبين الجدول رقم (٥) تطور عدد العاملين في وزارة الصحة في عام ٢٠٠٢ مقارنة مع العام ١٩٩٥

جدول رقم (٤)

تطور القوى البشرية في المجال الصحي

السنة	أطباء	تمريض	فنيين	إداريين	المجموع
١٩٩٥	٩٦٣	١٦٣٤	٨٠٤	١٣٥٧	٤٧٥٨
٢٠٠٢	١٥٤٥	٢٦١٦	٩٠٩	٢٧٧٥	٨٥٧٣
نسبة الزيادة	%٦٠,٤	%٦٠,١	%١٣,١	%١٠٤,٥	%٨٠,٢

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام ٢٠٠٢

و إذا ما نسبت القوى البشرية العاملة في المجال الصحي نجد أن المؤشرات الصحية في هذا المجال هي طبيب لكل ٢٢٤٢ نسمة و طبيب أسنان لكل ٢٦٨٥٧ نسمة و ممرض لكل ١٣٢٤ نسمة و فني لكل ٣٨١١ نسمة و قابلة لكل ١٥٦٧٦ امرأة في سن الإنجاب.

٥,١,٢ الوضع المالي:

قدر البنك الدولي ميزانية وزارة الصحة لعام ٢٠٠٢ بمبلغ ١٠٩,٢ مليون دولار، إلا أن السلطة الفلسطينية و نتيجة للظروف الصعبة قدرت الميزانية الخاصة بوزارة الصحة ب ٩٣,٢ مليون دولار.

ساهمت الدول المانحة ب ٢٣,٤ مليون دولار على شكل قروض، و قد سجلت الميزانية عجزاً قدره ٩,٧ مليون دولار بمعدل ٨,٩% مقارنة بالعام ٢٠٠٠، و قد انعكس هذا العجز في ميزانية الأدوية و المهتمات الطبية التي انخفضت بمقدار ٧,٦ مليون دولار و بمعدل ٢٣,٦% مقارنة مع عام ٢٠٠٠

٦,١,٢ التأمين الصحي:

يشارك حوالي ٣٤,٦% من المجتمع الفلسطيني في التأمين الصحي و تزود الوزارة بالتأمين الصحي المجاني ٢٠٧٤٣٤ أسرة من أسر العمال العاطلين عن العمل و التي ازداد عددها في العام ٢٠٠٢ عن العام ٢٠٠١ بمقدار ٩%.

و قد أدى ذلك إلى انخفاض مدخولات وزارة الصحة بمقدار ٢٢% مقارنة بالعام ١٩٩٩.

¹-المرجع السابق.

²-المرجع السابق.

³-المرجع السابق.

٧,١,٢ العلاج التخصصي:

تحتاج بعض الحالات المرضية و خاصة في مجال القلب و الأورام و كذلك بعض إصابات الانتفاضة إلى التحويل و العلاج في مراكز متقدمة سواء محلية أو خارجية. و قد بلغ عدد الحالات المحولة للعلاج في العام ٢٠٠٢ عدد ١٢٠٨٦ مريض بزيادة قدرها ٤٨,٨% مقارنة بالعام ٢٠٠٠، حيث تم تحويل ٥٥,٩% منهم للمؤسسات الصحية المحلية و ١١,٣% إلى الأردن و ٢٩% إلى مصر، و حولت الحالات المستعجلة ٣,٨% إلى إسرائيل.

و قد شكل مرضى القلب ١٥,٣% و مرضى العيون ١٢,٤% و مرضى الكلى و المسالك البولية ٩,٣% و مرضى السرطان ٩% و مرضى جراحة الأعصاب ٩% و أمراض الباطنة ٧,٣% و أمراض العظام ٥,٩% من مجموع الحالات التي تم تحويلها^١.

٨,١,٢ الأمراض الغير معدية:

بلغ معدل انتشار مرضى السكري ٩% من السكان و معدل الوفيات الناجمة عنه ٤,٩% من إجمالي الوفيات في عام ٢٠٠٢ و بلغت التكلفة الإجمالية لعلاج مرضى السكري في عيادات وزارة الرعاية الصحية الأولية ١١٠٠٩٧٣ دولاراً.

تعتبر أمراض القلب السبب الحقيقي الأول للوفيات بمعدل ١٩,٤% من إجمالي الوفيات و مرض ضغط الدم يعتبر السبب الحقيقي السادس للوفيات بمعدل ٦% من إجمالي الوفيات، و الأورام السرطانية تعتبر السبب الحقيقي الرابع للوفيات بمعدل ٨,٢% من إجمالي الوفيات و يبلغ معدل انتشارها ٦٠ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة و يعتبر سرطان القصبة الهوائية والرئتين من أهم السرطانات بين الرجال بنسبة ١٤,٧% من إجمالي السرطانات في الرجال و بنسبة وفيات ١٩,٢% من إجمالي وفيات السرطانات في الرجال. أما في النساء فيعتبر سرطان الثدي أهم السرطانات بين النساء و بنسبة ٢٩,٧% من إجمالي السرطانات و بنسبة وفيات ١٧,٨% من إجمالي وفيات السرطان في النساء^٢.

٩,١,٢ الوفيات:

بلغ عدد الوفيات في فلسطين ١٠٨٠٥ حالة وفاة بمعدل ٣,١% وفاة لكل ١٠٠٠ نسمة في العام ٢٠٠٢ علماً بأن معدل الوفاة كان ٤ حالات وفاة لكل ألف نسمة سنة ١٩٩٥.

^١-المرجع السابق.

^٢-المرجع السابق.

و يبين الجدول رقم (٥) التالي أسباب الوفاة:

جدول رقم (٥)
أهم أسباب الوفاة في فلسطين

م	سبب الوفاة	النسبة المئوية
١	أمراض القلب	%١٩,٤
٢	الأمراض السرطانية	%٨,٢
٣	أمراض الضغط	%٦
٤	الحوادث المختلفة	%١٢,٥
٥	السكتة الدماغية	%٩
٦	وفيات الرضع بعد الميلاد	%١١,٧
٧	الشيخوخة	%٥,١
٨	مرض السكري	%٤,٩
٩	أمراض الجهاز التنفسي	%٣,٥
١٠	التشوهات الخلقية	%٣,٦

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام ٢٠٠٢

¹-المرجع السابق.

٢,٢ معنى الجودة ومفهوم إدارة الجودة الشاملة

أصبحت الجودة اليوم تشكل سلاحا تنافسيا هاما لا يمكن لأي شركة أو مؤسسة معاصرة أن تواجه التحديات التي يفرضها تيار العولمة دون أن تتسلح به.

وسواء كانت هذه المؤسسة شركة إنتاجية أو مؤسسة خدمية أو حتى منظمة غير ربحية، فإنه يتحتم عليها الاهتمام بموضوع الجودة وأن تضعه في سلم أولوياتها حتى تتمكن من الصمود في وجه المنافسة العالمية التي تزداد يوما بعد يوم بفعل حرية التجارة العالمية وتنامي قوة الشركات متعددة الجنسية^١.

ويرى بعض الكتاب أن الجودة ليست وليدة عصر الصناعة والثورة الصناعية، بل أن جذورها تمتد إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد.

ويدلل "العزاوي" على ذلك بما تضمنته المادة (٢٢٩) من قوانين حمورابي، حيث أشارت هذه المادة بوضوح إلى ضرورة الاهتمام بالجودة وحسن تنفيذ العمل.

كذلك ما عرف عن الفراعنة من دقة وإتقان للعمل في بناء معابدهم وما تركوا من شواهد باقية حتى عصرنا هذا^٢.

وعلى الرغم من أن الجودة موهبة في القدم كما سلف، إلا أنه حتى عصرنا هذا لا يوجد اتفاق كلي حول مفهوم موحد للجودة، إذ تتعدد المفاهيم بحسب القطاع الذي تنتمي إليه، وحتى نتمكن من فهم معنى الجودة الشاملة، لا بد أن نتعرف على ماهية الجودة ونحلل مفاهيمها المتعددة لنصل إلى تعريف واضح للجودة وأبعادها.

• معنى الجودة :

تعددت وتباينت التعريفات التي قدمها الباحثون والمهتمون بموضوع الجودة إلى درجة أنه يصعب حصرها. فالجودة بحسب بعض التعريفات تشير إلى درجة التفضيل وأحيانا إلى الموائمة للاستعمال والمطابقة مع المتطلبات، والتركيز على الزبون وتلبية متطلباته أحيانا أخرى.

وقد أظهرت دراسة شملت كافة المسؤولين في ٨٦ شركة أمريكية، حيث طلب إليهم تعريف الجودة، وكان عدد التعريفات يفوق عدد المستطلعين، حيث شملت التعريفات الجوانب التالية:

١. التمام.

٢. الثبات.

^١ - سونيا البكري، مرجع سابق

^٢ - محمد عبد الواحد العزاوي_أنظمة إدارة الجودة والبيئة، عمان، (دار وائل للنشر) ٢٠٠٢، ص ٧

٣. تقليل الفاقد.
٤. سرعة الإنجاز.
٥. المطابقة مع السياسات والإجراءات.
٦. تقديم منتجات جديدة وقابلة للاستخدام.
٧. الإنجاز الصحيح من أول مرة.
٨. إسعاد المستهلك.
٩. الخدمة الكلية للمستهلك وإرضائه.^١

وقد عرفها ستانلي^٢ بأنها " حالة ديناميكية ترتبط بالمنتجات والخدمات والعاملين والعمليات وبنية العمل بحيث تتطابق هذه الحالة مع التوقعات ".

أما كونل فقد وصفها بأنها المنافسة والأداء والتميز للمنتج.^٣ كما عرفها سيكتر "بأنها خلق ثقافة متميزة في الأداء، حيث يعمل ويكافح المديرون والعاملون بشكل مستمر ودؤوب لتحقيق توقعات المستهلك، وأداء العمل بشكل صحيح منذ البداية مع تحقيق الجودة بشكل أفضل وبفاعلية عالية، وفي أقصر وقت؛ ويشير "هولوب" إلى أن الجودة تعني التأكد من أن حاجات الزبون يتم التعرف عليها قبل تصميم المنتجات أو الخدمات^٥.

أما المعهد الوطني الأمريكي للمقاييس "ANSE" وكذلك الجمعية الأمريكية للجودة "ASE" فقد عرفوها على أنها مجموعة المزايا والخصائص المتعلقة بالمنتج أو الخدمة والقدرة على تلبية حاجات المستهلكين^٦

¹ - Nabil tamimi and Rose sebastianelli ;"how firms define and measure quality" :production and inventory management journal 37,no.3,1996.

² -Daivid.l. goetsch;stanley davis ,total quality, MAC Milan college publishing, New York,1994 .

³ - مأمون الدرادكة ، وطارق الشلبي "الجودة في المصطلحات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان: ٢٠٠٢ ص ١٧.

^٤ - فريد عبد الفتاح زين الدين " إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية"، دار الكتاب، القاهرة، ١٩٩٦

⁵ - Holpp,L., (1989)" 10 Reasons Why Total quality Is Less Than Total" Training, October 1989.

6- Jams R.Evans and William M.Lindsay,the management and control of quality, South-Western, 2002,

وعلى الرغم من تعدد التعريفات وعدم التوصل إلى تعريف موحد للجودة، فإنه لا يمكن القول بأنها تختلف عن بعضها اختلافا جوهريا، بل أنها تتشابه في عناصرها الرئيسية والتي يمكن حصرها في ثلاث عناصر بشكل عام:

١. أنها موجهة نحو الزبائن وتلبية توقعاتهم.
٢. المشاركة و فرق العمل من كافة العاملين في المنظمة
٣. التركيز على العمليات من خلال التحسين المستمر والتدريب والتعليم^١.

ويشير " جارفن " إلى أن هناك حاجة أساسية لتعدد تعريفات الجودة نظرا لتغير حاجات واهتمامات المستهلك عبر الوقت. ويمكن فهم التنوع والاختلاف في تعريفات الجودة من خلال المبادئ الثمانية لأبعاد الجودة التي وصفها جارفن.

١. الأداء: يشير إلي قدرة السلعة أو الخدمة على تحقيق الرغبات والتوقعات الخاصة بالمستهلك.

٢. التميز: الخصائص التي قد تميز السلعة أو الخدمة عن غيرها فيما تقدم للمستهلك.

٣. الجدارة والكفاءة: مدى تحمل السلعة المنتجة حسب المواصفات لفترة زمنية معينة في ظل ظروف الاستخدام العادي.

٤. المطابقة للمعايير: مطابقة السلعة أو الخدمة للمواصفات والمعايير الموضوعية.

٥. العمر الزمني: قدرة السلعة على الأداء لفترة طويلة.

٦. الصيانة: مدى إمكانية صيانة السلع المنتجة والمستخدمه بسهولة.

٧. المظهر: مجموعة الخصائص الغير موضوعية التي تضيفي على السلعة أو الخدمة شكلا أو مذاقا أو رائحة، والتي غالبا ما تحددتها أذواق المستهلكين، كما أنهم يستخدمونها للحكم على جودة السلع أو الخدمات التي يستهلكونها.

٨. الإدراك: عندما يستخدم العملاء مقاييس غير مباشرة، تختلف عن المقاييس الملموسة أو الفعلية لجودة السلعة وترتبط هذه المقاييس بإدراك العميل بشكل خاص من منطلق خبراته السابقة وانطباعاته وكيف يتعامل مع من حوله^٢.

ويوضح "بروك" مفهومه للجودة مشيرا إلى أنها إعادة تعريف لثقافة المنظمة، بحيث يلتزم الجميع من المدير إلى العامل وبشكل متساوي لإنتاج وتقديم سلعة أو خدمة من الدرجة الأولى، لإرضاء

¹ Ibid ,

² - Garvin,D.A, Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge "New York " The Free Press",1988

الزبائن، وعدم الركون إلى مستوى الجودة الحالي، والبحث عن التجديد. ويؤكد بروك قوله أن تعريف الجودة ليس بالأمر الصعب. ومع هذا يشير إلى أن بعض الخبراء ينظرون إلى الجودة على النحو التالي: " أن ١٠% من الناس فقط يفهمون معنى الجودة وأن ٨٠% منهم يتعلمون ويحاولون فهم الجودة، والعشرة الباقين فلن يتعلموا شيئاً أبداً حسب وجهة نظرهم ^١ .

٣,٢ تعريف الجودة في المجال الصحي

أما في سياق الرعاية الصحية حيث يكون الهدف المحدد والمرجو من أي نظام صحي هو تحسين الوضع الصحي، فإن تعريف الجودة يكون أكثر صعوبة خاصة عندما يتعلق بالنواحي الفيزيائية أو النواحي الفسيولوجية، في حين يكون أقل صعوبة إذا ما تعلق بالمستوى الصحي بشكل عام.

ويعرف لوهر جودة الخدمة الصحية بأنها:

"الدرجة التي تصل فيها الخدمات الصحية للأفراد وللمجتمع إلى الارتفاع بالمستوى العام للصحة تحقيقاً لحياة أفضل مع تطبيق آخر ما توصلت إليه الخبرات العلمية والفنية المتخصصة من خلال أفضل أداء" ^٢.

وهي أيضاً ملامح جديدة لخدمة متطورة. أي هي ابتكار ملامح جديدة تجذب المنتفعين وتميز أداء الأطباء أو تميز وحدة تقديم الخدمة الصحية عن الآخرين. وكمثال على ذلك:

- خدمات متكاملة.
- مكان انتظار مريح.
- السجل الطبي المحوسب.
- تقديم وجبات ساخنة في القسم الداخلي.
- متابعة الحالات بالتليفون.
- التعليمات واضحة ويلتزم بها أعضاء الفريق الصحي.
- زيارات المتابعة المنزلية ^٣.

¹ - Brooks, f.b, "De-mystifying What Quality Means"; Black Enterprise , 1998 pp. 292_298.

² - Lohr Kn, institute of medicine, Vol.1, Report of a study, Washington (DC): National Academy Press; 1990 May. P 468

³ - وزارة الصحة المصرية موقع إلكتروني:

<http://www.mohip.gov.eg/Arabic/sec/keepingHealth/OiIntro.asp>

ولعل أهم ما يميز الخدمة الصحية هو أنها تختلف عن مثيلاتها من الخدمات أو السلع إلى حد بعيد فطالب الخدمة يحصل على معلومات عن الخدمة ومدى جودتها من مقدم هذه الخدمة "الطبيب في معظم الأحوال".

وتختلف الخدمة من شخص لآخر وتتباين المعلومات حسب كل حالة، وهذا ما يجعل من الصعوبة بمكان تقييم مستوى جودة الخدمة من قبل المستهلك سواء قبل الحصول عليها أو حتى بعد الحصول عليها.

فالمستهلك للخدمة الصحية لا يستطيع تحديد خصائص الخدمة التي يريد الحصول عليها بشكل مؤكد قبل أن يقرر شرائها، وفي معظم الأحوال لا يستطيع تحديد خصائصها بشكل مؤكد بعد شرائها.

وتبقى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مستهلكها حالة غير مؤكدة نظرا لعدم قدرة المستهلك على التعرف على العلاقة السببية بين استهلاك الخدمة الصحية وتأثيرها عليه بشكل عام. والفرق هنا هو أن المستهلك يحصل على معلوماته عن مستوى الجودة من خلال استهلاك الخدمة أو السلعة، وتزداد درجة الإدراك لدى المستهلك بحسب مصادر المعلومات المتنوعة والتي غالبا ما تكون متاحة ومتنوعة وكذلك من خلال تكرار عمليات الشراء للخدمة أو السلعة.^١

ويرى ميغيلين أن المرضى غالبا ما يحكمون على مدى كفاءة مقدمي الخدمات الصحية من خلال تفاعلهم معهم. وغالبا ما يكون هذا الحكم شخصيا ويعتمد على إدراك ومفهوم المريض لحاجاته ومن وجهة نظره أكثر من اعتماده على معيار موحد للحكم.^٢

ويعتقد لاهور أن هذه الاحتياجات الشخصية إذا ما تمت مقابلتها بنجاح فإن هذا يشير إلى جودة الخدمة المقدمة. ويرى أن الخدمة المتدنية الجودة تنتج عن نقص في كفاءة مقدمي الخدمة أو عندما يفشل هؤلاء في التواصل بشكل فعال مع المرضى.^٣

ويؤكد سوبل على أن الاتصال الجيد والتفاعل بين مقدم الخدمة والمريض يحسن الناتج الحقيقي لعملية تقديم الخدمة الصحية.^٤

كما أن المريض عادة ما يستمد رضاه وقناعته حول الخدمة المقدمة له أو يتولد لديه الإحساس بالمنفعة من خلال وضعه الصحي بحد ذاته وليس من الرعاية الصحية والخدمة المقدمة، فهو يقبل

^١ - مرجع سابق

^٢ - Medical Practice Survey, South Bend: Press Ganey Associates, Inc; 2001

^٣ - Ibid

^٤ - Ibid

إجراء عملية جراحية ليس بقصد الاستمتاع بها وهي ليست تجربة سارة بأي حال من الأحوال، ولكنه يقبل عليها لأنه يأمل أن يتحسن وضعه الصحي والذي هو بحد ذاته يشكل منطلقا للاستمتاع بكافة فعاليات الحياة الأخرى¹.

من هنا يمكن القول بأن الطلب على الخدمة الصحية هو طلب مشتق من الطلب أو السعي إلى الصحة بحد ذاتها، وعليه فإن يُتوقع من النظام الصحي في أي مجتمع أن يعزز ويحسن المستوى الصحي للمستهلكين.

ولعل هذا يوضح أهمية اعتبار الناتج الصحي بحد ذاته أساسا للتقييم عند تقييم مستوى جودة الخدمة وليس الخدمة أو الرعاية الصحية.

وينظر "دون ابديان" إلى مفهوم الجودة بشكل خاص في المجال الصحي على أنها بناء اجتماعي إلى حد كبير "إنها تمثل إدراكنا وتقييمنا للصحة" وتوقعاتنا لطبيعة ونوع العلاقة بين مستهلك الخدمة ومقدمها وكذلك وجهات نظرنا في شرعية قوانين وأنظمة الرعاية الصحية.

ويضيف دون ابديان ثلاث مداخل لتقييم الجودة وهي:

١. الهيكل، التركيب أو البناء.

٢. العمليات.

٣. النتائج أو المخرجات. "والتي تشكل هيكلًا نموذجيًا يمكن من خلاله دراسة جودة الرعاية الصحية^٢.

ويشير التركيب إلى الخصائص الثابتة نسبيًا لمقدم الخدمة الصحية، مصادره، تجهيزاته وإعداداته التنظيمية والفيزيائية، والحيز الذي يعمل من خلاله. أما العمليات التي تشكل الهدف الأولي الأساس الأول لعملية تقييم الجودة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن التقييم يجب أن يستند إلى العلاقة بين العمليات وما يتبعها من تأثيرات على صحة الأفراد وسعادتهم داخل المجتمع.

أما المخرجات فتشير إلى التغيير الحاصل في صحة مستهلك الخدمة في الوقت الحالي والمستقبل والذي يمكن أن يعزى إلى هذه الخدمة.

¹ - نهاية التلبناني، "تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني"، رسالة دكتوراه، جامعة شيفلد،

² - Donabedian, A, " Evaluation The Quality of Medical Care " Milbank Memorial fund Quarterly : Health and Society ; 1996 p.44

ويؤيد "ويزروينسكي ما خلص إليه دونبديان من اعتماد الموازنة بين المنافع والمضار المترتبة على الخدمة الصحية كأساس لتقييم الجودة أو تعريفها ويؤكد أن تحقيق الصحة وخلق الرضى لدى الأفراد وكي يعرفونه هم في مجتمع ما، لهو المؤشر الحقيقي على جودة الخدمات المقدمة لهم¹.
إن تعريف الجودة لا يعتمد فقط على القيم التي تصاحب الخدمة ولكن على الغرض من تقييم الخدمة وتعريفها. هل يشمل الغرض من التقييم عامل التكلفة؟ أم أن الغرض هو الحصول على معلومات تصلح لدعم القرارات الخاصة بتحسين الرعاية الصحية؟ أم الاثنين معاً، وعليه فإن تعريف الجودة يجب أن يوضح:

Ā الجودة من منظور من؟

Ā الجودة والقيم التي تقوم عليها؟

Ā ما هو الغرض؟²

ويكمن التحدي في تطوير مدخل لصياغة مفهوم الجودة وقياسها بحيث تجمع بين الجانب الإكلينيكي والجانب الإداري وأن تكون ذات معنى لصانعي القرار والمرضى ومدراء الرعاية الصحية. ويشير "جباروت" إلى إنه يمكن تعريف الجودة من خلال النظر إلى القضايا التالية³:

1. **الجودة:** كنتيجة لتطبيق الجودة واقعاً ملموساً وقابل للإدراك في نفس الوقت.
 2. **الجودة كواقع ملموس:** يتحقق عند ما تتم المطابقة مع المعايير والمواصفات الموضوعية من قبل الأفراد أو الوحدات.
 3. **الجودة المدركة:** ويتحقق الإدراك عندما يعتقد المستهلك بأن توقعاته قد تحققت.
 4. **المستهلك:** المستفيد من السلعة أو الخدمة أو المعلومة.
 5. **الجودة على هيئة قيم وملامح مستهدفة:** هل تقوم بعمل الأشياء الصحيحة؟ هل تقوم بإسعاد المستهلك؟ هل يحصل المستهلك على الخدمة أو السلعة التي يريدتها تماماً في الوقت والكيفية التي يريدتها وعندما يحتاجها.
- وحده المستهلك القادر على الإجابة على هذه التساؤلات، وقد تبذل المؤسسة أو الشركة جهوداً مضنية من أجل الرقي بمستوى الخدمة أو السلعة، ولكن هذه الجهود قد تذهب هباءً وتغدو بلا قيمة إذا لم تلبي احتياجات وتوقعات المستهلك.

¹ - Wyszynwianki, I. Quality of Care : Past Achievements and Future Challenges " Spring , 1988.

² - Ibid

³ - Gebhart, J.E., " The Quality Process: Little things mean a lot", Review of Business, 1991, pp.3-8

وعليه يمكن القول بأن هذه الجودة هو اختيار الخصائص الملائمة التي تنطلق من احتياجات ورغبات وتوقعات المستهلك والذي تصمم السلعة أو الخدمة لأجله.

٤. تنفيذ الجودة (من ينفذ؟ كيف ينفذ؟) :

هل تنفذ الأشياء بشكل صحيح؟ ما مدى فعالية العمليات الهادفة لتصميم وصناعة وتقديم السلعة أو الخدمة وإضافة خدمة صيانتها؟ إلى أي مدى يتم التخطيط لتقديم الخدمات للزبائن.

٤,٢ المراحل التاريخية لتطور الجودة:

أورد الباحث في المقدمة ما يشير إلي أن الجودة تمتد جذورها بعيدا لدرجة أن بعض الكتاب يرجع بها إلى سبعة آلاف عام منوهاً لاهتمام قدماء المصريين بمعايير ومقاييس محددة لعمل النقوش وأعمال الرسم والنحت والدقة المتناهية في قطع الحجارة التي بنيت بها الأهرامات. ويعزو "جيمس إيفانس" نجاح قدماء المصريين إلى استخدامهم المتوازن والمتناسق لطرق عمل وخطوات كان يجري تطويرها بشكل مستمر بالإضافة إلى أدوات قياس دقيقة لأبعد الحدود^١.

1.4.2 مرحلة العصور الوسطى أو ما قبل الثورة الصناعية:

وهي الفترة التي انتشرت فيها الحرف والتصنيع اليدوي من خلال ورش تصنيع بسيطة، حيث كانت الرقابة على الجودة تتم بواسطة صاحب الورشة أو العاملين لديه. وكانت المعايير والمقاييس المتبعة لقياس الجودة بسيطة وغالباً ما كان يحددها الزبون حسب رغبته^٢.

٢,٤,٢ مرحلة ما بعد الثورة الصناعية:

ظهرت في هذه المرحلة المصانع وبدأت تحل محل ورش التصنيع اليدوية، وأصبحت المصانع تضم أعداداً أكبر من العاملين، وشهدت هذه المرحلة زيادة كبيرة في حجم الإنتاج وارتفع مستوى الجودة بشكل نسبي نظراً لاستخدام الآلات. في هذه المرحلة برز دور المشرفين وكانت عملية التحقق من جودة العمل تقع ضمن مسؤولياتهم وواجباتهم الوظيفية.

¹ - Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

² - عمر وصفي عقيلي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر)، دار وائل للنشر ٢٠٠١.

٣,٤,٢ مرحلة الإدارة العلمية.

ظهر في هذه المرحلة مفهوم جديد " Quality Inspection " أو فحص الجودة، وتم إسناد هذه المهمة إلى مفتشين مختصين بالعمل الرقابي على الجودة، وكانت عملية التحقق من الجودة تركز على إجراء المطابقة بين معايير محددة بشكل مسبق، مع جودة المنتج المحققة أو المنجزة، للتأكد من أن مستوى الجودة المطلوب محافظ عليه باستمرار. وكان الهدف، من عملية التحقق هو كشف الانحرافات أو الأخطاء ومعرفة المسؤولين عنها ومعايبتهم، وهو ما سمي بالرقابة البوليسية^١.

٤,٤,٢ مرحلة الرقابة الإحصائية:

تميزت هذه المرحلة باعتماد أسلوب العينات الإحصائية وذلك نظراً لضخامة حجم الإنتاج في تلك المرحلة، وكان يتم قبول أو رفض الإنتاج على ضوء نتائج فحص العينات. وتعتبر شركة بيل الأمريكية للتلفونات رائدة تأكيد الجودة في التاريخ الحديث، حيث قامت بإنشاء قسم للفحص في شركة وسترن إليكتريك التابعة لها في أوائل العشرينات. وكان لهذا القسم أثراً كبيراً في تحسين جودة منتجات شركة بيل، وهو ما حدا بالشركة في وقت لاحق إلى نقل موظفي هذا القسم إلى ما صار يعرف بمختبرات بيل. تمثلت واجبات هذه المجموعة في تطوير نظريات وأساليب جديدة للفحص من أجل تطوير الجودة والمحافظة عليها. وقد ضمت هذه المجموعة في حينه والتر شيوهارت (Walter Shewhart)هارولد دوج (Harold Dodge)، جورج إدوردز (George Edwards) وإدوارد ديمينج (W. Edwards Deming) وقد برزت هذه الأسماء فيما بعد في مجال تطوير الجودة.

وقد قام الجيش الأمريكي أثناء الحرب العالمية الثانية باستخدام الأساليب الإحصائية التي طورتها هذه المجموعة ومن ثم تطويرها لفحص الجودة لمختلف الإمدادات، وما زالت غالبية هذه الأساليب متبعة حتى اليوم لدى الجيش الأمريكي^٢.

٥,٤,٢ مرحلة تأكيد الجودة:

بدأ مفهوم تأكيد الجودة في أواخر الخمسينات من القرن الماضي، ويقوم هذا المفهوم على فلسفة أن الوصول إلى مستوى عالي من الجودة وتحقيق إنتاج بدون أخطاء يتطلب رقابة شاملة على كافة

^١ - مرجع سابق.

^٢ - Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

العمليات بدءاً بمرحلة تصميم المنتج حتى وصوله إلى المستهلك النهائي. وتتطلب هذه الفلسفة تعاون جهود جميع الإدارات المعنية بتنفيذ مراحل الإنتاج المختلفة. وتحققاً لشعار الإنتاج بدون أخطاء يتبنى تأكيد الجودة استخدام ثلاثة أنواع من الرقابة هي:

١. الرقابة الوقائية .
٢. الرقابة المحلية .
٣. الرقابة البعدية^١.

٦,٤,٢ إدارة الجودة الإستراتيجية: SQM

تميزت بداية السبعينات من القرن الماضي بتفوق كاسح للشركات اليابانية حيث تمكنت بمنتجاتها ذات الجودة العالية والأسعار المعقولة من غزو الأسواق الأمريكية والأوروبية، وانتزاع حصص كبيرة في هذه الأسواق، على حساب الشركات الغربية. وفي هذا السياق تشير إحدى الإحصاءات التي أجرتها شركة باكارد الصناعية للحواشيب في العام ١٩٨٠ لاختبار ٣٠٠,٠٠٠ ذاكرة حاسوب اشترتها من ثلاث شركات أمريكية وثلاث أخرى يابانية إلى ما يلي^٢:

- ١٩ ذاكرة من بين كل ألف ذاكرة أمريكية الصنع أثبتت فشلها عند التشغيل.
 - ٢٧ ذاكرة من بين كل ألف ذاكرة أمريكية الصنع أثبتت فشلها بعد ١٠٠ ساعة تشغيل.
 - صفر ذاكرة من بين كل ألف ذاكرة يابانية الصنع أثبتت فشلها في الحالتين.
 - من الملفت للنظر أن اليابانيين تعلموا مبادئ الجودة بعد الحرب العالمية الثانية على أيدي روادها الأمريكيين مثل ديمنج وجوران. وطوروها بثبات على مدار السنوات اللاحقة لحقبة ما بعد الحرب من خلال نشر ثقافة التطوير والتحسين المستمر أو ما يعرف بمصطلح (Ki-zen) باللغة اليابانية.
- وبدأت الشركات الغربية تستشعر ضراوة المنافسة اليابانية وخطرها الذي بات يهدد وجودها، فبدأت في إعادة حساباتها بتنظيم أعمالها بما يتلائم مع متطلبات الجودة بمفهومها الجديد. وكانت IBM من بين الشركات التي نجحت في هذا المجال من خلال المداخل التالية^٣:
١. إرضاء الزبون وتلبية ما يريد، وما يتوقعه.

¹ - Lori L. silverman and Annabeth L.propst , “ Quality Today: Recognizing the Critical Shift , “ Quality Progress , 1999 ,

² - Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

³ - Lori L. silverman and Annabeth L.propst , “ Quality Today: Recognizing the Critical Shift , “ Quality Progress , 1999 ,

٢. الجودة مسئولية الجميع من قمة الهرم حتى القاعدة.

٣. المطلوب تحقيق الجودة في كل شيء داخل المنظمة.

٧,٤,٢ مرحلة إدارة الجودة الشاملة TQM

يعتبر هذا المفهوم امتداداً لمفهوم الإدارة الاستراتيجية، ثم تطويره باستمرار منذ أواخر الثمانينات، وحتى وقتنا الحاضر، وبات يشمل جوانب أكثر عمقاً وأكثر شمولية عن تلك التي شاعت في الثمانينات^١.

٥,٢ المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة، ويقوم هذا المفهوم على مجموعة أفكار ومبادئ يمكن للمؤسسات على اختلاف مجالاتها ونشاطاتها " أن تطبقها إذا ما أرادت تحقيق أفضل أداء ممكن وتحسين إنتاجيتها وزيادة أرباحها وتحسين سمعتها في الأسواق سواء المحلية أو الخارجية.

وقد أشار الباحث فيما سبق إلى أهم وأبرز التعريفات التي تطرقت لشرح وتعريف مفهوم الجودة. وكما اختلف الكتاب والباحثين في تناولهم لهذا الموضوع، فإنهم أيضاً لم يصلوا إلى تعريف موحد لإدارة الجودة الشاملة، وذلك لأن الجودة نفسها تحتمل مفاهيم مختلفة بحسب الحالة والمنطلق الذي يتم من خلاله التعريف.

لذا سيكتفي الباحث بالتطرق إلى أهم التعريفات التي تناولت مفهوم إدارة الجودة الشاملة. فقد عرفها معهد الجودة الفيدرالي على أنها " منهاج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل إذ يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات"^٢.

وهي في تعريف آخر " جهد طويل الأجل يهدف إلى توجيه كافة أنشطة المؤسسة نحو مفهوم الجودة، وتحقيق إدارة الجودة الشاملة عندما تتمكن المؤسسة من تقديم السلع أو الخدمات التي تلبي توقعات المستهلكين أو تسبقها، وعندما يصبح الالتزام بالتحسين المستمر جزءاً من ثقافة المنظمة^٣. ويرى الشبراوي أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أحدث المفاهيم الإدارية، ويعتبر نموذجاً مغريباً إذا ما أحسن تطبيقه من قبل كل من القطاع الخاص والعام على حد سواء، فإن إدارة الجودة

^١ - سونيا البكري، مرجع سابق

^٢ - مأمون الدرادكة وطارق الشبلي " الجودة في المنظمات الحديثة"، دار صفاء للنشر، عمان، ٢٠٠٢، ص ١٧ .

^٣ - Richard B.,Chase G., Nicholas J., " Production and Operation Management : Manufacturing and services", Richard D. IRWIN,INC.USA,1995 .

الشاملة تمثل إستراتيجية ممتازة لتحقيق وضع تنافسي أفضل، إذ إنها توفر الأساليب والأدوات لهذا الوضع التنافسي، وتنمي المعرفة والمهارات لجميع مستويات الإدارة، وهي دائماً تركز على إجراء التحسين المستمر في الجودة، ولها نظرة بعيدة المدى إلى رغبات المستهلكين والتغيرات والتطورات التي تطرأ عليها^١.

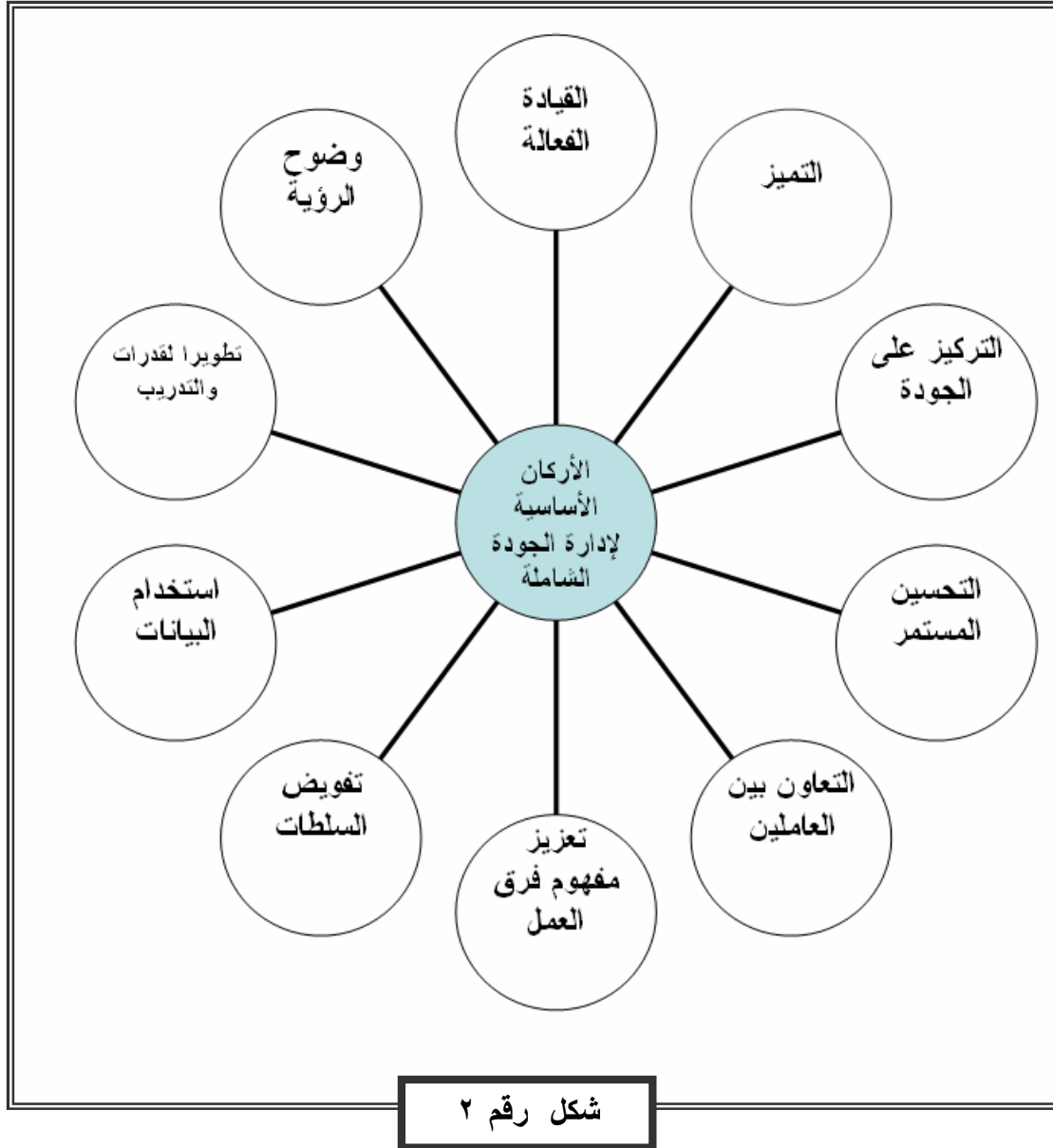
أما الخطيب فيرى أنها فلسفة إدارية عصرية تركز على عدد من المفاهيم الإدارية الحديثة الموجهة التي يستند إليها المزج بين الوسائل الإدارية الأساسية والجهود الابتكارية وبين المهارات الفنية المتخصصة من أجل الارتقاء بمستوى الأداء والتحسين والتطوير المستمرين^٢.

ويرى الباحث أنه وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر والتعريفات لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، إلا أن جلها يكاد أن يكون متشابهاً فالأركان الأساسية التي يقوم عليها من حيث التركيز على الشمولية 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:

١. التميز .
 ٢. التركيز على الجودة بمعناها الواسع .
 ٣. التحسين المستمر .
 ٤. التعاون بين كافة الأفراد والعاملين في المنظمة .
 ٥. تعزيز وتطوير مفهوم فرق العمل .
 ٦. تفويض سلطات وصلاحيات أكبر للعاملين .
 ٧. استخدام البيانات في عمليات اتخاذ القرار .
 ٨. تطوير القدرات والاهتمام بالتدريب وتقدير مشاركة وجهود العاملين .
 ٩. وضوح الرؤية المشتركة لكافة العاملين في المنظمة .
 ١٠. وجود القيادة الفعالة.
- ويوضح الشكل رقم (٢) التالي هذه العناصر مجتمعة ضمن إطار واحد.

^١ - عادل الشبراوي " الدليل العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة أيزو ٩٠٠٠-المقارنة المرجعية"، الطبعة الأولى ، الشركة العربية للإعلام العلمي، القاهرة ١٩٩٥.

^٢ - أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الإدارة الجامعية، مجلة إتحاد الجامعات العربية، العدد المتخصص رقم (٣)، يوليو ٢٠٠٠.

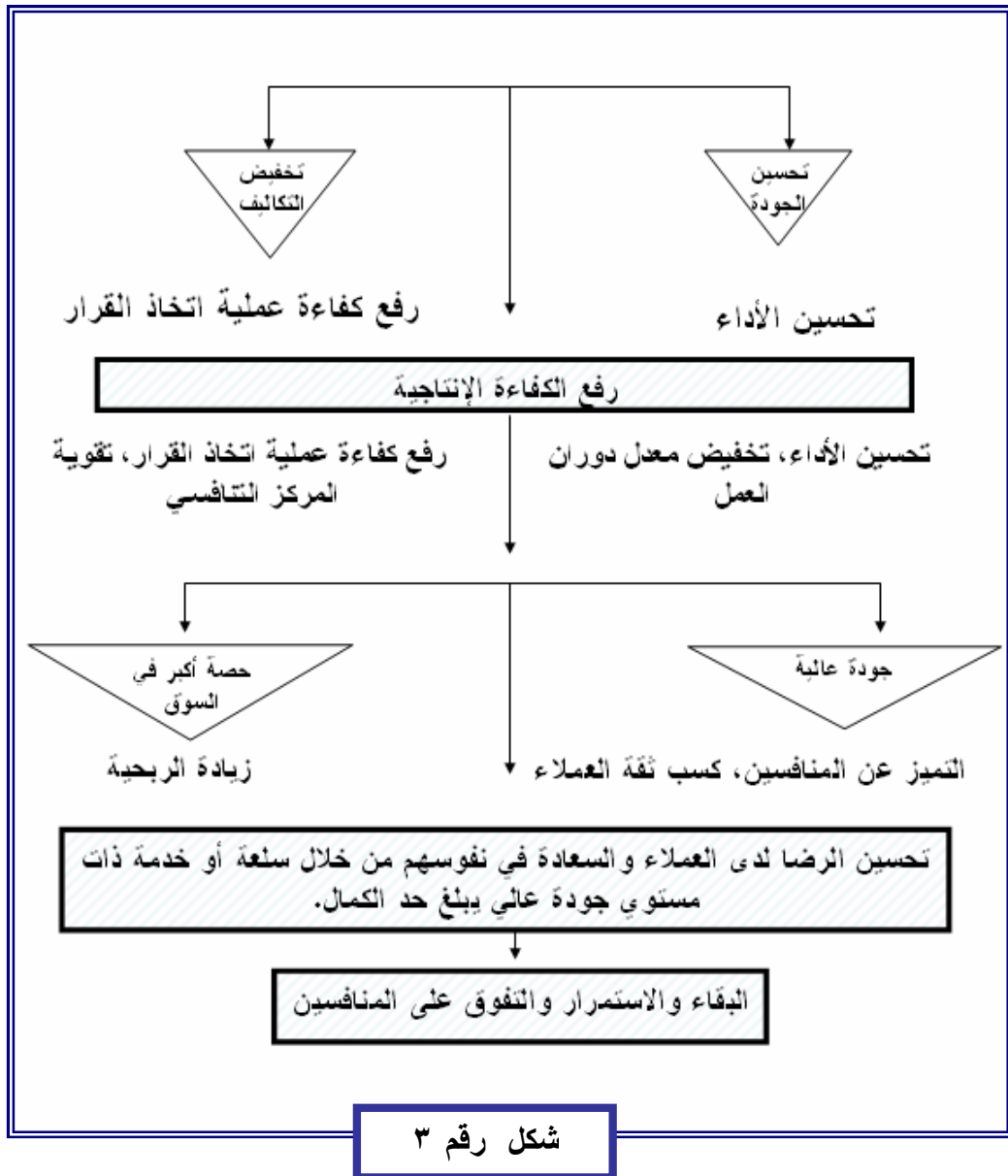


المصدر : الشكل من تصميم الباحث

٦,٢ أهداف إدارة الجودة الشاملة :

يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى إرضاء حاجات العميل ومتطلبات وتحقيق رغباته على أقصى حد وتخطيطها بشكل دؤوب.

ولا يتأتى تحقيق هذا الهدف إلا من خلال إستراتيجية متكاملة تجعل أسمى أهدافها هو تحقيق مستوى جودة عالي من أجل تحقيق أقصى درجة من الرضا والسعادة لدى العميل، لضمان البقاء والاستمرار والتطور، ويوضح الشكل رقم (٣) التالي هذه الاستراتيجية:



المصدر: مأمون الدرادكة وطارق الشبلي " الجودة في المنظمات الحديثة"، عمان، دار صفاء للنشر، ٢٠٠٢

يوضح الشكل السابق أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى ما يلي :

١. فهم حاجات و رغبات العميل لتحقيق ما يريده.
٢. توفير السلعة أو الخدمة وفق متطلبات العميل من حيث الجودة - التكلفة - الوقت - الاستمرارية.
٣. التكيف مع المتغيرات التقنية و الاقتصادية و الاجتماعية بما يخدم تحقيق الجودة المطلوبة.
٤. توقع احتياجات و رغبات العميل في المستقبل وجعل ذلك عملاً مستمراً.
٥. جذب المزيد من العملاء و المحافظة على العملاء الحاليين.
٦. التميز في الأداء و الخدمة عن طريق التطوير و التحسين المستمرين للمنتج أو الخدمة و جعل الكفاءة الإنتاجية بشكل عام عالية في ظل تخصيص التكلفة إلى أدنى حد ممكن، لكن ليس على حساب الجودة، بل من خلال ترشيد الإنفاق^١.

٧،٢ إدارة الجودة الشاملة كنموذج إداري :

ينظر بعض الكتاب و الباحثين إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها نموذجاً إدارياً جديداً شأنه في ذلك شأن النماذج الإدارية التي سبقته في حين يرى بعضهم أن إدارة الجودة الشاملة ما هي إلا امتداد للنموذج التقليدي للإدارة.

و على الرغم من وجود علاقة تتمثل في بعض أوجه الشبه مع النماذج الإدارية التي سبقت نموذج إدارة الجودة الشاملة، إلا أن الفرق بين هذا النموذج والنموذج الإداري التقليدي يطغى على تلك العلاقة، ولمزيد من الإيضاح يبين الجدول رقم (٦) التالي أهم الفروقات بين إدارة الجودة الشاملة كمنهج حديث والإدارة التقليدية:^٢

^١ مأمون الدرانكة ، مرجع سابق

^٢ - عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق ص ٥٧

جدول (٦)

أهم الفروقات بين إدارة الجودة الشاملة كمنهج حديث والإدارة التقليدية

وجه المقارنة	الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
الهدف الكلي	تعظيم العائد على الاستثمار	تحقيق الرضا والسعادة لدى العملاء.
الهيكل التنظيمي	عمودي	أفقي
التخطيط	تركيز على المدى القصير	تكامل وتوازن بين المدى القصير والطويل
أسلوب العمل	فردى	جماعى تعاونى "فرق عمل"
المسؤولية	شخصية، جزئية	جماعية، شاملة.
القيادة الإدارية	سلطوية وإصدار أوامر	ديمقراطية قائمة على المشاركة.
السلطة	مركزية	لا مركزية وتأكيد على تفويض السلطة.
التحفيز	مادى (الفرد رجل اقتصادى)	مادى ومعنوى بأن واحد.
السياسات والإجراءات	جامدة.	مرنة.
هدف الرقابة	كشف الأخطاء ومحاسبة المسئول من خلال الإشراف اللصيق.	كشف الأخطاء لتحديد الأسباب ووضع العلاج وتمتية الرقابة الذاتية.
الربح	من خلال كمية الإنتاج	من خلال الجودة العالية وإرضاء الزبون.
التخصص.	ضيق وفردى	واسع من خلال فرق العمل
حل المشاكل	فردى	جماعى.
متطلبات العمل	لا تتسم بالوضوح التام	محددة، واضحة، مفهومة.
أسلوب الرقابة.	بعديّة	متزامنة ومرحلية وبعديّة بأن واحد.
علاقات العمل.	الشك	الثقة العالية بين الرؤساء والمرؤوسين.
هدف الإنتاج	التكلفة وكمية الإنتاج بالدرجة الأولى.	الجودة العالية.
التطوير والتحسين	عند الحاجة والضرورة.	مستمر.
محور العمل الإدارى	التنسيق.	التنسيق والتكامل.
اهتمام الأفراد	الأمان والاستقرار الوظيفى.	النمو والتطور.
توجيه الأفراد	حب العمل.	زرع الولاء والانتماء للمنظمة.
تمتية الأفراد	التدريب عند الحاجة.	التدريب والتمتية المستمرين+تمتية ذاتية.
مسؤولية الجودة	محصورة فى جهة معينة	مسؤولية الجميع
الزبون	خارجى فقط	داخلى (سلسلة الجودة) وخارجى
الموردون	خصوم	خير معين
شراء المستلزمات	الشراء بأقل الأسعار هو الهدف	الشراء بما يخدم الجودة
اللوائح والأنظمة	تمسك والتزام حرفى وتام بها	مرونة فى تطبيق اللوائح والأنظمة
علاقات السلطة	الفصل بين السلطة التنفيذية والاستشارية	الجمع بين السلطتين فى فريق واحد

المصدر: عمر وصفى عقيلي "مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر)"، عمان، دار وائل للنشر، ٢٠٠١.

يجمع معظم الكتاب والباحثين على أن الإسهامات والمشاركات التي قدمها كل من وليم ديمينج، فيليب كروسبي، جوزيف جوران ، أرماند فاين باوم ، كورو إيشاكوا ، بيل كنوي ، دونالد بيرويك ، ليوناردو ساسار ، بالإضافة إلي تاغوشي وجارفن وغيرهم ، شكلت في مجموعها ما بات يعرف بمفهوم أو مفاهيم إدارة الجودة الشاملة ، وعلى الرغم من أن هؤلاء الرواد أسهموا بشكل مباشر في نشر وتطوير مفاهيم الجودة الشاملة ، إلا أن المساهمات التي قدمها كل من ديمينج وكروسبي وجوران وفاين باوم ، تعتبر الأبرز والأهم في هذا المجال ، وينظر إلي هؤلاء على أنهم الرواد الأوائل لنشر مفاهيم الجودة الحديثة وسيتم التطرق إلي بعض هؤلاء الرواد بالقدر الذي يخدم البحث .

١,٨,٢ وليم إدوارد ديمينج W.E.Deming

يعتبر ديمينج بحق واحدا من أهم وأشهر رواد الجودة الأوائل لدرجة أن احد الكتاب وصفه بأنه إنسان ثوري يعيش في زمن ثوري، ويضيف "دوبينز" قائلا " خلال حياته تغير العالم تماما، ولكن حتى هذا التغير لم يكن كافيا بالنسبة له. فقد كان يريدنا أن نغير ليس فقط ما نفعله بل أيضا أسلوب تفكيرنا وطريقة حياتنا^١ "

اعتبر ديمينج المنظمة مجموعة من النظم مصممة لخدمة المستهلكين، وأن العمليات والمهام داخل هذه النظم مرتبطة وتؤثر في بعضها البعض، وكى تتميز المنظمة في تلبية رغبات المستهلك وضع ديمينج ما عرف بالنقاط الأربعة عشر لإدارة الجودة، بالإضافة إلي مساهماته المتمثلة فيما يعرف أيضا بعجلة ديمينج، والأمراض السبعة القاتلة للجودة. وللتعرف أكثر على هذه الإسهامات، سنتطرق إليها بشيء من التفصيل:

¹ - Dobyns L. and Crawford – Mason C. "Thinking about quality wisdom and the Deming philosophy" Random House, INC. New York 1994.

١. اجعل الهدف ثابتاً: يجب أن يكون لديك هدف طويل المدى. هدف يعرفه كل عضو في المنظمة ويستطيع فهمه، ويجب أن يكون له معنى. كما يجب أن يكون موجهاً نحو استمرارك في مجال الأعمال وتحقيق ربح وجعل الحياة أفضل بالنسبة لعملائك.

٢. تعلم فلسفة جديدة: الفلسفة القديمة كانت تعني التنافس، أما الفلسفة الجديدة فتعني التعاون داخل المنظمة بحيث يمكن أن يفوز الجميع. ومن أجل أن يحدث ذلك يتعين أن يكون هناك تصميم على ما هو مطلوب وأن يكون هناك تنظيم ليحقق ما هو مطلوب والمعرفة والمهارة اللازمة لعمله. إن مجرد الاعتقاد بأن نظام إدارة الجودة هو فكرة عظيمة لا يعني أن كل إنسان لديه نفس الاعتقاد.

٣. توقف عن الاعتماد على التفتيش الجماعي: التفتيش لا يضيف جودة، المفتشون يقولون ما إذا كان هناك جودة أم لا. قد يكون التفتيش من الناحية النظرية على الأقل وسيلة لضمان الجودة بالنسبة للعميل، ولكنه أمر مكلف عدا عن تباين الدقة بين المفتشين.

٤. لا تجعل الشراء على أساس السعر وحده: أن تكلفة أي شئ ليست ثمنه المبدئي بل هو الثمن المبدئي مضافاً إليه، يعين عليك أن تدفعه طوال حياة هذا المنتج كتكاليف للصيانة والإصلاح.

٥. أدخل التحسين الدائم على كل عملية: إن العملية والنظام لا يمكن أن يستقرا على وضع حتى لو كان أكثر تقدماً يؤدي التحسين الدائم إلي وقف عملية التفتيش بالجملة (النقطة الثالثة) ولكي تقوم بأي منها سوف تحتاج لأن تنظر إلي التكلفة الكلية وليس فقط إلي تكلفة الأسعار (النقطة الرابعة) ولن تهتم حتى بالتفكير في القيام بأي منهما إذا لم تكن تعلمت فلسفة الربح للجميع (النقطة الثانية) وأن تحدد ما هو هدفك (النقطة الأولى).

٦. أوجد برنامجاً للتدريب على المهارات: سيتعلق جزء من التدريب بكيفية أداء الوظيفة وجزء يتعلق في لماذا يتم أداء الوظيفة وما لم يعرف الجميع لماذا يؤدون وظيفة ما، فإنهم لا يمكن أن يؤدوها بشكل جيد كما أنهم يجب أن يعرفوا هدف النظام وكيف تتسق مهامهم معه. إن التدريب أوسع نطاقاً في نظام إدارة الجودة لأنه يجب أن يشتمل على كل من التدريب على المهارات المحددة اللازمة والتدريب على العمل كفريق والاتصال.

٧. أوجد القيادة: إن التدريب على الإدارة يجب أن يشمل التدريب على القيادة، وهي مهارة تختلف تماماً عما كان يطلب عادة وهو الأشراف. فقد كان يتم استخدام المشرفين بسبب قدرتهم على إعطاء الأوامر، ولكن المطلوب الآن هو مساعدة كل العاملين لأداء عمل أفضل، مع إدراك

^١- لويد دوبينز وكليز كراوفورد ماسون " إدارة الجودة : النظم والحكمة وفلسفة ديمينج" ترجمة حسين عبد الواحد، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، ١٩٩٧

وفهم قدراتهم وإمكاناتهم ومطامحهم وتطلعاتهم المختلفة، ولن يحقق التدريب مهما كان مستواه الهدف المرجو ما لم تتم القيادة بشكل سليم.

٨. **اطرد الخوف:** إن نظام إدارة الجودة لا يمكن أن يوجد في المكان الذي يكون فيه الخوف من أساليب السيطرة، أو المكان الذي لا يوجد فيه جو الاحترام المتبادل، فلكي ينجح نظام إدارة الجودة يجب أن يشعر الناس من كل المستويات بأنهم آمنين على أنفسهم و على وظائفهم لكي يتعاونوا تماماً، و يقوموا بلفت الأنظار إلى المشكلات و اقتراح حلول لها.

٩. **حطم الحواجز بين القطاعات الوظيفية:** يقول ديمنج " ابن نظاماً داخل منظمك بحيث يكون الفوز فيه للجميع، و هذا يعني التعاون. إنه يعني محو المنافسة". فإذا كنت تريد أن تجعل العاملين يفكرون دوماً في مصلحة المنظمة، فيجب عليك أن تجعل ذلك ممكناً بالنسبة لهم، ولن يستطيعوا ذلك إذا فرضت عليهم أن يتنافسوا.

١٠. **استبعد الشعارات و المواعظ و أهداف الإنتاج :** إذا لم يكن قد تم تنظيم النظام بحيث ينتج جودة ، فلا يوجد شيء يستطيع العمال أن يفعلوه بخصوص ذلك . إن نصب راية توجي بطريقة، أن العيب كله فيهم، فذلك إما أن يثير غضبهم أو يضعف معنوياتهم، و هو الأمر الذي يضمن أن تنخفض الإنتاجية لا أن ترتفع.

١١. **استبعد الأهداف الرقمية و الحصص النسبية:** في نظام إدارة الجودة يكون الجميع على وعي بأنه يجب تحقيق الإنتاج الكافي لإشباع مطالب العملاء، و لكن التركيز يكون على مدى الجودة التي يتم بها صناعة المنتج. فالجودة أكثر أهمية من الكمية. إن الأهداف الرقمية و الحصص النسبية من مخلفات نظام الإنتاج الكبير .

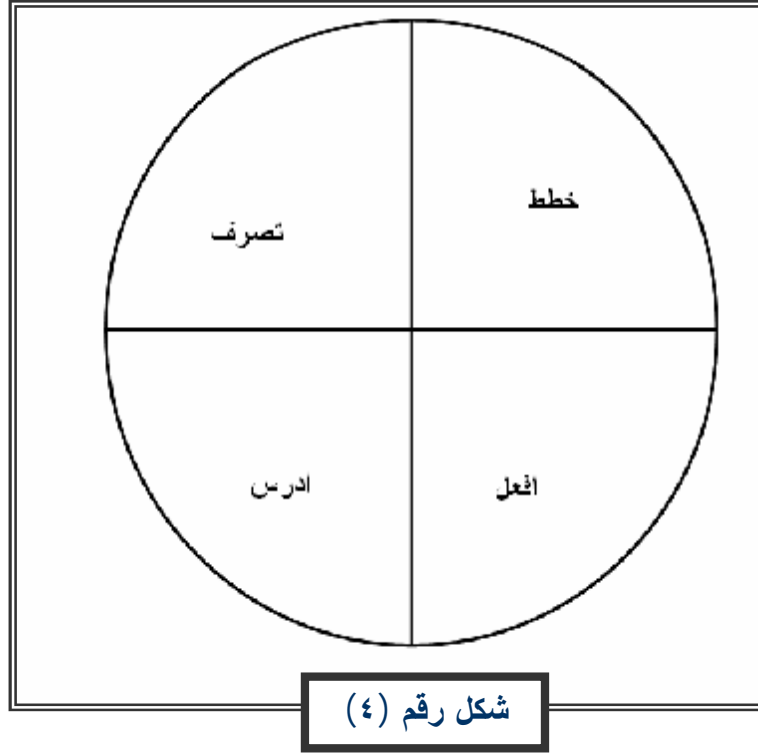
١٢. **استبعد عوائق الاستمتاع بالعمل:** يعتقد ديمنج أن هذا سيقضي على نظام التقدير السنوي أو نظام مكافآت التميز الذي يقيم الناس في مراتب، و يخلق المنافسة و الصراع. إن الدوافع الوحيدة التي تستمر مدى الحياة و التي يمكن الاعتماد عليها هي تلك التي تأتي من الداخل، و أن أحد أقوى هذه الدوافع هو المتعة و الزهو الذي ينبع من معرفتك أنك قمت بفعل شيء على أحسن ما تستطيع أن تفعله. و على النقيض من ذلك، إذا جعلت إنسانا يشعر بأنه غير مهم أو ليس كفؤاً، فإن السبب الوحيد الذي سوف يجعله يعمل هو المال و هو دافع خارجي غير كاف.

١٣. **أوجد التعليم و التحسين الذاتي:** و هنا يجب عدم الخلط بين التعليم و التدريب، فالتدريب يكون من أجل المهارات المحدودة التي تحتاجها لأداء عمل محدود، ومهارات أخرى يمكن أن تحتاجها لأداء أي عمل. أما التعليم فيتصل بأي شيء يحافظ على تنمية عقول الناس. وعندما نتحدث عن التحسين المستمر للنظام يجب أن لا ننسى أن العاملين في المنظمة هم أجزاء هامة و حاسمة من النظام، و يجب أن يتم تحسينهم هم أنفسهم بشكل مستمر.

١٤. أنجز عملية التحول: إن معرفة النقاط السابقة لا يفيد على الإطلاق إذا لم يتم وضعه موضع التنفيذ. فيجب أن يعرف الجميع و يصدقوا حقيقة أنه إذا ما فازت المنظمة فإن الجميع يفوزون و ذلك هو هدف التعاون بدلاً من التنافس.

٢,١,٨,٢ عجلة ديمينج^١:-

يوضح الشكل رقم (٤) التالي عجلة ديمينج :



خطط: حدد أهداف الفريق، حدد التغييرات المطلوبة، حدد البيانات المتوفرة والمتاحة، ضع خطة لاستخدام هذه البيانات.

افعل: نفذ التغيير في نطاق محدد وقابل للاختبار

ادرس: ادرس نتائج التغيير الذي أجرته.

تصرف: قم بالتصرف على ضوء نتائج الدراسة، إما أن تقوم بتنفيذ هذا التغيير أو التحسين أو تعديله وبدء الدائرة باستخدام خطة أخرى أو التخلص من العملية برمتها والعودة إلى الصفر ثم البدء من جديد.

^١- نها عادل اخضير "مفهوم الجودة في الخدمات الصحية" مجلة سلسلة ضمان الجودة في الخدمات الصحية، وزارة الصحة الأردنية ،

٢,٨,٣ الأمراض السبعة القاتلة للجودة:^١

أشار ديمينج إلى سبعة أمراض كما سماها للجودة تشكل عوامل تمنع أو تعيق التحول نحو إدارة الجودة وهذه الأمراض هي:

١. عدم وجود استقرار في الهدف ذو العلاقة بالتخطيط.
٢. التركيز على الأرباح قصيرة الأجل والتفكير في المستقبل قصير الأجل.
٣. وجود نظم ذاتية لتقييم الأداء خاصة بالمدرء والاعتماد على الإدارة بالأهداف.
٤. اعتماد المدرء على الرجاء والأمل بعيداً عن التفكير العلمي.
٥. الاعتماد فقط على البيانات والمعلومات المرئية لاتخاذ القرارات دون النظر إلى ما هو غير معلوم منها.
٦. الإفراط في التكاليف الطبية الناتجة عن إصابات العمل وغيرها.
٧. الإفراط في التكاليف المترتبة عن الالتزام في الدفع لمحامين بشكل طارئ في قضايا طارئة.

٢,٨,٢. جوزيف جوران:

ساهم الدكتور جوزيف جوران كثيراً في مجال إدارة الجودة ومراقبتها وله عدة مؤلفات يتداولها المهتمون بالجودة ويشغلون بها واشترك مع غيره في تأليف الكثير من الكتب أشهرها Quality planning and Analysis بالإضافة إلى مئات المقالات.

ويعتبر جوران من أهم مؤسسي الجودة اليابانية منذ أوائل الخمسينات شأنه في ذلك شأن ديمينج. اشتهر جوران من خلال مساهماته في إدارة الجودة، وأشهر تلك الإسهامات^٢:

١. خطوات جوران الثلاث الأساسية نحو الجودة Juran's 3 Basic Steps to Progress
٢. خطوات جوران العشر لتحسين الجودة Juran's Ten Steps to Quality
٣. ثلاثية جوران Juran's Improvement Trilogy

ويمكن تلخيص المفاهيم التي اشتملت عليها إسهامات جوران في النقاط التالية:-

¹ - محمود المدهون " أثر تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة على اكتساب القدرة التنافسية: دراسة تطبيقية على الشركات الأردنية لصناعة المنظفات الكيماوية" - رسالة ماجستير، جامعة ال البيت ١٩٩٩

² - Goestsh, Introduction to Total Quality: Quality, Productivity, Competitiveness.

١. إن مستوى الجودة له علاقة مباشرة بمستوى رضا العميل، فيحدث الرضا عندما تكون جودة المنتج وأدائه على مستوى عالي.

٢. تتحقق الجودة الهادفة لإرضاء العميل من خلال:

- تحديد احتياجات ومتطلبات العميل، وفي ضوءها يتم تحديد مستوى الجودة المطلوب.
- مراعاة هذه الاحتياجات والمتطلبات عند تصميم المنتج، بشكل يحقق الجودة التي بدورها تحقق الرضا لدى العميل

٣. تتكون الجودة عند جوران من شقين:

- الجودة الداخلية وترتكز على مبدأ الممول والمستهلك الداخلي.
- الجودة الخارجية وتتعلق بالمستهلك الخارجي.

ويؤلف الشقين معاً سلسلة تدعى بسلسلة الجودة.

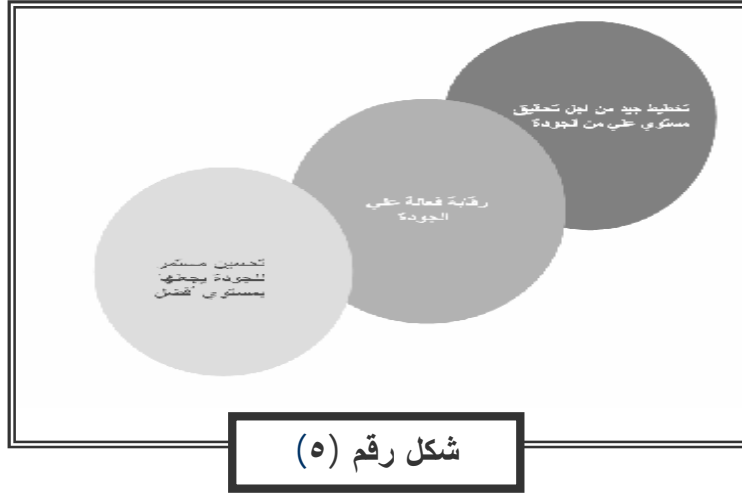
٤. شدد جوران على أهمية وضرورة التحسين المستمر للجودة ومن خلال برامج أطلق عليها اسم (مشاريع تحسين الجودة المتتالية)

٥. قسم جوران تكاليف الجودة إلى ثلاثة أقسام:^١

- تكاليف الإخفاق أو الفشل الناجمة عن أداء العمل بشكل غير صحيح وما يترتب على ذلك من تصحيح وإعادة العمل من جديد أو خسارة الزبائن.
- تكاليف القياس الناجمة عن فحص الإنتاج
- تكاليف الحماية أو المنع وتشتمل على تكاليف الرقابة الوقائية والتدريب من أجل الإنجاز السليم.

٦. ربط جوران مسألة الجودة وتحسينها بمدى كفاءة الإدارة وقدرتها على التخطيط والرقابة والتحسين المستمر وهو ما عرف بثلاثية جوران.

¹ - عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق



٧. أشار جوران الي ضرورة إيجاد جهة تكون مسؤولة عن الإشراف العام علي تطبيق عمليات تحسين الجودة داخل المنظمة، بحيث تقوم هذه الجهة على ما يلي:

§ تحديد أهداف التحسين

§ تحديد احتياجات التحسين

§ وضع برامج التدريب و التنمية

§ التنسيق بين مشاريع التحسين

٨. أكد جوران علي ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي مناسب يشجع العاملين علي المبادرة والإبداع وهو ما يستدعي بالضرورة إحداث تغييرات في المفاهيم و المعتقدات التنظيمية.

٩- أشار جوران الي ضرورة التعامل مع المشكلات وحلها بأسلوب علمي

٢, ٨, ٣ فيليب كروسبي

بدأ فيليب كروسبي حياته كمراقب للجودة في مؤسسة TTT وترقي حتى أصبح مساعد الرئيس المشارك لشؤون الجودة مدة ١٤ عاما. ألف العديد من الكتب في الجودة أشهرها Quality Is Free وكذلك Quality Without Tears كما طور كروسبي برامج بلا أخطاء - Zero Defect Program في التصنيع. وكذلك أسس كلية كروسبي للجودة في ولاية فلوريدا.^٢

^١ عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق - ص ١٧٨-١٨٣

^٢ فريد زين الدين" المنهج العلمي لتطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، منشورات كلية التجارة، جامعة الزقازيق،

مصر، ١٩٩٦.

يرتكز كروسبي في نظريته لتحسين نوعية المنتج علي الشروط المطلقة لإدارة الجودة والعناصر الأساسية للتحسين.

٢, ٣, ٨, ١ الشروط المطلقة لتحسين النوعية:

١. المطابقة مع الشروط الأساسية التي تضعها الإدارة
٢. إتباع طريقة الوقاية
٣. معيار الأداء هو عدم وجود أخطاء
٤. مقياس الجودة هو تكلفة عدم المطابقة.

٢, ٣, ٨, ٢ العناصر الأساسية للتحسين هي:

التصميم – التعليم – التقنية.

المؤسسات التي تسعى للجودة لها خمس خصائص هي:

١. تحسين النوعية عملية مستمرة لا تنتهي.
٢. تعليم الجودة يبدأ من الإدارة العليا
٣. أقسام مراقبة الجودة تعتمد برنامج بلا أخطاء في رقابة الإنتاج
٤. استخدام أفضل أدوات ووسائل تعليمية في التدريب علي الجودة
٥. الإدارة متأنية وصامدة ولا تقلل مجهوداتها و حماسها للتحسين

٢, ٣, ٨, ٣ نقاط كروسبي الأربعة عشر :

اعتمد كروسبي أربعة عشر خطوة لتنفيذ برنامج إدارة الجودة لتكون مرشدا لبناء موقف ثابت لتحسين النوعية المؤسسة. وتتلخص هذه الخطوات فيما يلي :-

١. التزام وتعهد الإدارة بالتحسين.
٢. تشكيل فريق تحسين النوعية.
٣. وضع مقاييس الجودة.
٤. حساب تكلفة تقييم الجودة.
٥. التوعية بالجودة.
٦. البدء بالتصحيح.
٧. تشكيل لجنة مؤقتة لبرنامج بلا أخطاء.
٨. تعليم الجودة.
٩. تخصيص يوم بلا أخطاء.
١٠. تحديد الأهداف .

١١. تحديد أسباب الأخطاء ومنعها .

١٢. تقدير ومكافأة العاملين

١٣. تشكيل مجلس الجودة .

١٤. إعادة الخطوات السابقة^١.

ويرى الباحث أن هذه الإسهامات وإن اختلف أصحابها إلا أنها تلتقي وتتشابه في العديد من النقاط ولعل أبرزها ما يلي:

- (١) أنها تنظر إلى الجودة على أنها عملية مستمرة.
- (٢) أن تحسين الجودة عنصر أساسي للبقاء والاستمرار في العمل.
- (٣) أن الجودة تبدأ من المستويات العليا وتنتقل إلى المستويات الأدنى.
- (٤) أن الالتزام بتحسين الجودة يجب أن يكون على كافة المستويات لضمان النجاح.
- (٥) نشر ثقافة البعد عن توجيه اللوم **Not To Blame Culture** .
- (٦) المشاركة من قبل جميع الأطراف في عملية التحسين.
- (٧) تحسين العمليات والإنتاجية يؤديان إلى زيادة الأرباح.
- (٨) التشديد على أهمية الوسائل والتقنيات الإحصائية في عملية التقييم والتطوير بالإضافة إلى أن المساهمات المتعددة لكل من هؤلاء الرواد، تسعى بطريقة متشابهة إلى التقليل من عدم المطابقة.

٩,٢ العلاقة بين الجودة والتكلفة:

تؤدي الجودة الرديئة إلى زيادة أنواع معينة من التكاليف عن الحدود التي تتحملها المنظمة خاصة تلك التكاليف المتعلقة بالوحدات المعيبة وتكاليف إعادة الإنتاج وتكاليف النقل وتكاليف التعامل مع شكاوى العملاء غير الراضين والتكاليف المتعلقة بالخصم الذي يمنح على المنتجات الرديئة .

ويمكن تصنيف تكلفة الجودة إلى ثلاثة أنواع:

١,٩,٢ تكاليف الفشل **Failure Cost**

وهي التكاليف التي تنتج عن الأجزاء أو المنتجات المعيبة أو الخدمات السيئة وتشتمل هذه التكاليف على تكاليف الفشل الداخلي وتكاليف الفشل الخارجي.

^١مجلة الجودة الأردنية، مرجع سابق

• تكاليف الفشل الداخلي Internal Failure Cost

يقصد بها تلك الأخطاء التي يتم اكتشافها أثناء العمليات الإنتاجية مثل الخامات المعيبة التي تم توريدها من الموردين، عدم الترتيب السليم للمعدات والآلات، استخدام طرق تشغيلية خاطئة، عمليات تشغيلية معيبة أو سوء الخامات والأجزاء أو إتباع إجراءات خاطئة في التشغيل وينتج عن هذه الأخطاء الداخلية تحمل تكاليف متمثلة في فقد الإنتاج للوحدات المعيبة وتكاليف الفحص والتكاليف المتعلقة بتلف الآلات. أو تكلفة إصابة العاملين المحتملة والتعويضات.

• تكاليف الفشل الخارجي External Failure Cost

ويقصد بالفشل الخارجي أو الأخطاء تلك التي يتم اكتشافها بعد تسليم المنتجات أو أداء الخدمات. ويتضمن تكلفة الفشل الخارجي معالجة شكاوى العملاء، استبدال المنتجات المعيبة وتكاليف تحمل المسؤوليات الناتجة من الحوادث و تكاليف دفع الكفالة أو الضمانات والتعويضات.

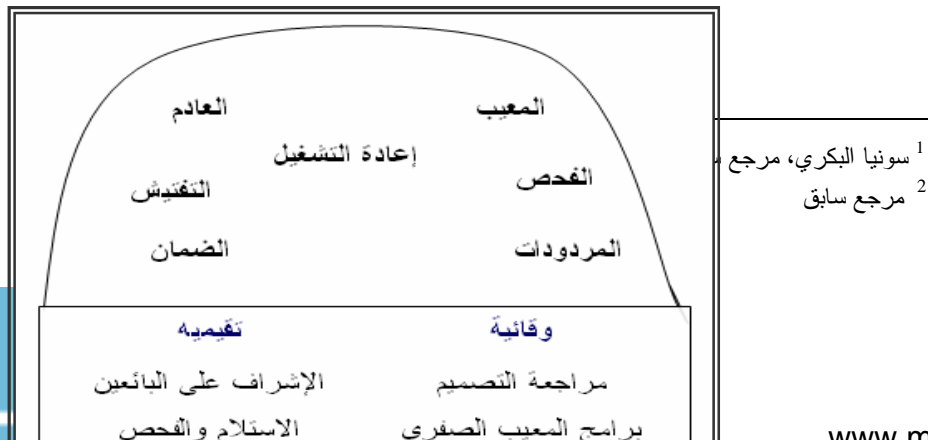
٢,٩,٢ تكاليف التقييم Appraisal Cost

يقصد بها تكلفة الأنشطة المتعلقة بالفحص والاختبارات وغيرها من الأنشطة التي تهدف إلى اكتشاف المنتجات المعيبة أو الخدمات المعيبة للتأكد من التخلص من العيوب.

٣,٩,٢ التكاليف الوقائية Preventive Cost

يقصد بها التكاليف المتعلقة بمحاولات منع حدوث الأخطاء. وتتضمن التكاليف الوقائية تلك التكاليف المتعلقة بالتخطيط وإدارة النظم والنواحي الإدارية والتنظيمية للجودة والإجراءات الخاصة بالتعامل مع الموردين والتدريب والرقابة على الجودة^١.

يوضح الشكل رقم (٦) التالي تكاليف مراقبة الجودة وهو على شكل جبل جليدي والفكرة فيه أن ١٠% فقط ، من التكاليف هي الظاهرة للعيان ، بينما ٩٠% منها تكون خافية وغير ظاهرة^٢.



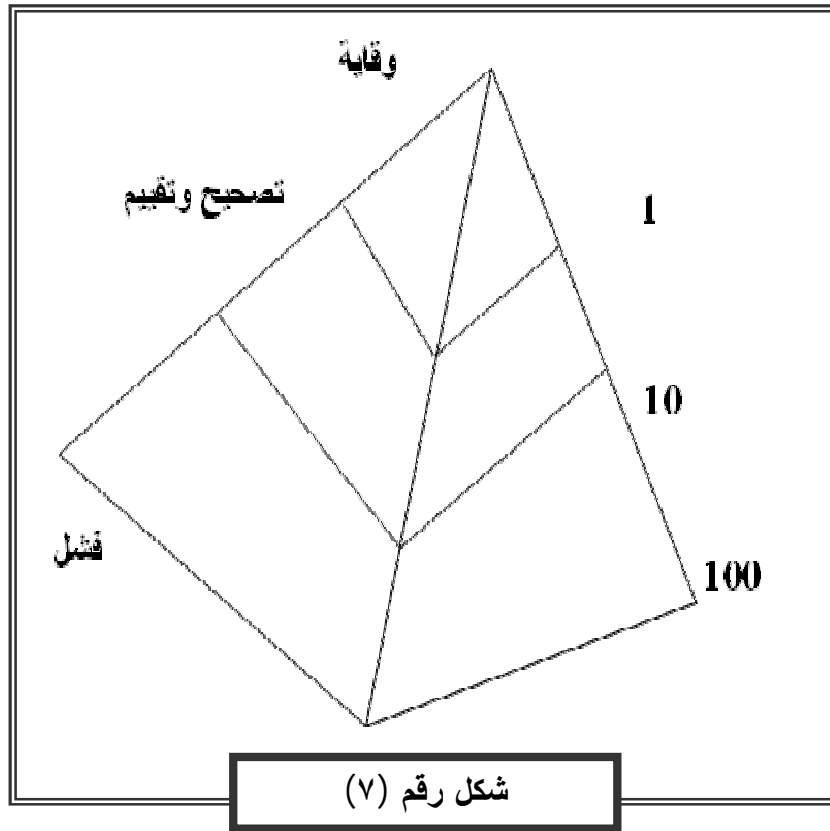
شكل رقم (٦)

المصدر: سونيا محمد البكري، مرجع سابق

ويلاحظ أن التكاليف الوقائية لا بد أن تأخذ الأولوية والأهمية القصوى لأن تكاليف الوقاية من الخطأ أقل من تكاليف إصلاح الخطأ.

إن العلاقة بين هذه التكاليف تقاس على قانون

١ : ١٠ : ١٠٠ ، كما في الشكل رقم (٧)



المصدر: سونيا محمد البكري، مرجع سابق

إن إنفاق ١% وقائية يوفر ١٠% تصحيح وتقييم.

وقد ذكر كروسبي أن المعيب الصفري هو المعيار الذي يجب أن يستخدم للأداء. وإن تكاليف الجودة هي ثمن عدم الموافقة أو المطابقة لهذا المعيار وهذا ما دفع بالكثير من المنظمات لمحاولة الوصول إلى نسبة معيب تساوي جزء من مليون أو ما يطلق عليه " Six Sigma ".^١

أما عن تكلفة الجودة في مجال الخدمة الصحية فقد أشارت دراسة حديثة أجراها معهد جوران للجودة إلى أن ٣٠% من تكاليف المستشفيات التي أجريت عليها الدراسة ناتجة عن رداءة جودة العمليات والإجراءات المتبعة، وإن هذه النسبة تتضاعف بشكل مؤلم لهذه المؤسسات نتيجة للعواقب المترتبة على الإجراءات الخاطئة، وما يترتب عليها من تبعات قانونية واجتماعية.^٢

^١ . سونيا البكري، مرجع سابق

^٢ . دراسة أجراها معهد جوران / تكاليف الخدمات الصحية في المستشفيات . أكتوبر ٢٠٠٣

http://www.juran.com/lower.cfm?article_id=28 02/10/2003

١٠،٢ الجودة في قطاع الخدمات:

يمكن تعريف الخدمة بأنها نشاط رئيسي أو متمم، ولا ينتج عنه سلعة ملموسة ولا تشكل الجانب السلعي في التعامل بين البائع أو مقدم الخدمة والمستهلك^١.

وتعرف منظمات الخدمة أيضا حسب تعريف نظام التصنيف الصناعي الشمالي أمريكي (NAICS) بأنها:

المنظمات المعنية بشكل أساسي في تقديم تشكيلة واسعة من الخدمات لأفراد ولقطاع الأعمال وللمؤسسات الحكومية والغير حكومية ويشمل ذلك الفنادق ومؤسسات خدمات الأفراد والأعمال والصيانة وخدمات المتاحف والخدمات الصحية والقانونية والهندسية وكذلك المؤسسات التعليمية ومؤسسات خدمية أخرى متنوعة^٢.

ولقد تطور قطاع الخدمات بشكل كبير ومتسارع مع نهاية القرن العشرين فعلى سبيل المثال نجد انه مقابل ٢٢,٩ مليون عامل في قطاع الخدمات في السوق الأمريكية كان هناك ١٨,٥ مليون عامل في قطاع الإنتاج في نفس السوق وذلك في العام ١٩٤٥، أما في العام ١٩٩٧ فإن العدد تضاعف عدة مرات ليصل إلي ٩٧,٦٦ مليون عامل في قطاع الخدمات يقابلهم ٢٤,٧١ مليون عامل لقطاع الإنتاج .

وعلى الرغم من هذا التطور فإن قطاع الخدمات كان متأخرا في إدراك أهمية الجودة بعدة سنوات عن قطاع الإنتاج، ويعزى هذا التأخير إلي حقيقة أن قطاع الخدمات لم يواجه المنافسة الشرسة التي واجهها قطاع الإنتاج فلجأ إلي الجودة كملاذ للبقاء والصمود، بالإضافة إلي معدل الدوران العالي في وظائف صناعة الخدمات لكونها أقل أجرا من قطاع الإنتاج. ولعل تغير الموظفين والعاملين في هذا القطاع بشكل مستمر حد من تطوير ثقافة التحسين المستمر في الأداء لهذا القطاع.

وتحتل الجودة في قطاع الخدمات مكانا هاما لا يمكن التقليل من أهميته، وتقدر جمعية الإدارة الأمريكية (AMA) أن معدل ما تفقده الشركات الأمريكية سنويا يشكل ٣٥% من مجموع زبائنها، وأن ثلثي هذا العدد ينصرفون عن هذه الشركات لعدم رضاهم عن الخدمات المقدمة إليهم.

¹ D.A. collier, "The customer service and Quality challenge ", The service industries Journal, 7, no.1, January 1987, p.79

² James R. Evans and William M. Lindsay "The management and control of quality" Sowth Western.2002.

وتشير دراسة إلي أن هذه الشركات تستطيع زيادة أرباحها بنسبة ١٠٠% إذا استطاعت أن تحتفظ بما معدله ٥% زيادة في عدد المستهلكين عما تحتفظ به الشركات المنافسة. ويرجع السبب في ذلك إلي أن تكلفة استقطاب زبون جديد هي أكثر بكثير من تكلفة الاحتفاظ بزبون حالي^١.

لا يختلف تعريف الجودة في قطاع الخدمات عنه في قطاع الإنتاج، فالخدمة يجب أن تطابق احتياجات العميل وتوقعاته، شأنها شأن السلعة، ومع ذلك فإنه يجب مراعاة أن إنتاج الخدمات يختلف عن إنتاج السلع من عدة وجوه، وتشكل هذه الاختلافات مضامين هامة لإدارة الجودة، لذا لا بد من التطرق إليها:

- § احتياجات المستهلك ومعايير الأداء والتي غالبا ما تكون صعبة التعريف وصعبة القياس. فكل مستهلك يختلف عن الآخر وبالتالي تختلف الحاجات.
- § يتطلب إنتاج الخدمات درجة عالية من التوافق والتكيف مع طلب المستهلك أكثر منه في قطاع الإنتاج.
- § مخرجات معظم أنظمة إنتاج الخدمات هي غير ملموسة بعكس قطاع إنتاج السلع، وهذا يشكل تحديا أمام تقييم جودة الخدمة.
- § يتم إنتاج الخدمة واستهلاكها في نفس الوقت، بعكس السلعة التي يمكن إنتاجها وتخزينها وتوزيعها بعد التأكد من جودتها، في حين لا يمكن تخزين الخدمة أو التأكد من جودتها قبل تقديمها أو توزيعها.
- § يساهم الزبون في كثير من الخدمات عند إنتاجها أو استخدامها، بعكس السلعة التي تنتج ويتم فحص جودتها بعيدا عن المستهلك.
- § يتميز قطاع الخدمات عادة بكثافة عمالية في حين يمتاز قطاع الإنتاج بكثافة في رأس المال. ولهذا فإن جودة التفاعل بين العاملين في قطاع الخدمات والمستهلكين لها دور حيوي وفعال، فمثلا تعتمد جودة الخدمة في المستشفى على جودة العلاقة بين المريض والطاقم الطبي العامل على سلامته.

¹ . Frederick F. Reichheld and W. Earl Sasser, Jr., "Zero Defections: Quality Comes to service," Harvard Business Review 68, no.5 (September / October 1990), 105 -112

§ حجم العمل في قطاع الخدمات لدى العديد من المنظمات يكون عالياً، فبعض المؤسسات الخدمية كالبنوك تتعامل يوميا مع مئات الآلاف و أحيانا ملايين المعاملات في اليوم الواحد وهذا ما يضاعف أعباء وجهود تقليل الأخطاء التي تتزايد عادة مع تزايد الطلب علي الخدمة.¹ ولعل هذه الفوارق كانت السبب في أن الكثير من مؤسسات الخدمات لم تطبق مفهوم إدارة الجودة الشاملة لديها، ويشير بحث ثم إجراؤه في منتصف العام ١٩٩٥ إلى أن معظم شركات الخدمات الصغيرة لا يوجد لديها برامج أو توجه لإدارة الجودة. واطهر معظم المستطلعين عدم معرفة بالجودة ومقاييسها ولا بالفوائد التي يمكن أن تعود عليهم من تطبيق الجودة في مؤسساتهم.^٢

١,١٠,٢ العناصر الرئيسية للجودة في نظام الخدمة:

١,١٠,٣ الموظفون:

يقيم المستهلكون جودة الخدمة المقدمة إليهم بشكل أساسي من خلال جودة التعامل مع الموظفين القائمين عليها. ويشير استطلاع أجرته مجلة وول ستريت إلى أن معظم شكاوي زبائن شركات الخدمات الأمريكية يتعلق بأداء موظفي تقديم الخدمة أو رجال البيع وسلوكهم وكيفية تصرفهم مع الزبون. كما أشار البحث إلى انه عندما تكون درجة رضا الموظف عالية فان درجة رضا الزبون أيضا تكون عالية والعكس صحيح.^٣ كما أشارت دراسة دنيس إلي وجود علاقة قوية جدا بين رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم ورضا الموظفين الذين يقدمونها إليهم.^٤

١. تكنولوجيا المعلومات :

وتشمل تكنولوجيا المعلومات وسيلة الاتصال، معالجة البيانات، واستخدام وسائل متعددة لتحويل البيانات إلى معلومات يمكن الاستفادة منها بأشكال مختلفة. وتعتبر تكنولوجيا المعلومات في غاية الأهمية لمنظمات الخدمات، نظراً لضخامة حجم البيانات و المعلومات المطلوب معالجتها والتعامل معها، خاصة وان الطلب علي الخدمات يتزايد ويتضاعف بشكل كبير.

¹ James R. Evans and William M. Lindsay Ibid

² Dean S. elmuti and Yunus Kathawala, " Small Service Firms Face Implementation Challenges," Quality Progress, April 1999,67-75

³ Ron Zemke, " Auditing customer service: Look Inside as Well as Out," Employee Relations Today 16 (Autumn 1989), 197-203

⁴ Dennis Kaldenberg Ph.S,(Patient and Employee Satisfaction Linked), Press Gancy Associates,October 2003

إن الاستخدام الصحيح (الذكي) لتكنولوجيا المعلومات لا يؤدي إلى تحسين الجودة والإنتاجية فحسب بل يوفر ميزة تنافسية خاصة عندما تصمم لخدمة المستهلك بالدرجة الأولى. وعلي الرغم من أن ذلك يؤدي إلى تقليل العمالة في هذه الشركات ويؤدي إلى زيادة السرعة في تلبية رغبات الزبون، إلا أن البعض يحذر من أن الإفراط في حوسبة الخدمات، قد يأتي بنتائج عكسية، حيث يؤدي عدم التواصل الشخص مع مقدم الخدمة إلى انخفاض مستوى الرضا والإشباع عند بعض المستهلكين ^١.

١١,٢ الجودة في قطاع الخدمات الصحية:

يرجع الاهتمام بجودة الخدمات الصحية إلى سنة ١٩١٠، عندما اقترح الدكتور "ايرسنت كودمان" نظاما دعاه " النتائج النهائية كمييار لأداء المستشفيات " ويقتضي هذا النظام متابعة كل مريض لفترة كافية للتأكد من فعالية العلاج المعطي له وفي حال تبين عدم فعالية العلاج فان علي المستشفى البحث لمعرفة الأسباب والإفادة من ذلك مستقبلا. كما طورت كلية الجراحية الأمريكية (ACS) عام ١٩١٧ مجموعة معايير للعمل تلاها نظام للفحص والتفتيش عام ١٩١٨. وفي عام ١٩٥١ تم إنشاء اللجنة المشتركة المكلفة بالرقابة علي المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية. في العام ١٩٧٠ تمت إعادة صياغة المعايير لتمثل الحد الأمثل لمستويات الجودة التي يمكن تحقيقها. ^٢

يضاف إلي ذلك كافة الجهود التي تقوم بها المؤسسات المعنية بالجودة والتي اكتسبت طابعا عالميا، ومن أهم هذه المؤسسات:

اللجنة الوطنية لتأكيد الجودة (NCQA)

اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JACAO)

معهد تطوير الخدمات الصحية (IHI)

وعلي الرغم من تعدد المنظمات وتتنوع الجهود التي تبذلها هذه المنظمات، تواجه الخدمات الصحية الأمريكية تحديات كبيرة. فقد أشار التقرير الذي أعدته لجنة من مستشاري الرئيس الأمريكي بيل كلينتون في العام ١٩٩٨، إلي أن:

○ الأخطاء الممكن تجنبها:

¹ James R. Evans and William M. Lindsay Ibid

² Ibid

يتعرض عدد كبير جدا من الأمريكيين للإصابة وأحيانا الموت أثناء المعالجة. حيث أشارت الدراسة إلي أن ٣,٧% من المعالجين في مستشفيات نيويورك وحدها تعرضوا للإصابة أثناء المعالجة وأن ١٣,٦% منهم توفوا بسبب الإصابة في حين تعرض ٢,٦% منهم إلي إعاقات دائمة . وأشارت نفس الدراسة إلي أن ٢٥% من هذه الحوادث التي أدت إلي الإصابات نتجت بسبب الإهمال^١.

○ قلة الانتفاع من الخدمات:

أظهر التقرير أن ملايين الأمريكيين لا يتلقون المعالجة الضرورية ويعانون من هذا الوضع والذي يترتب عليه زيادة في نفقات الخدمات الصحية وانخفاض في الناتج العام. وأظهرت الدراسة أن ٢١% من مرضى الإحتشاء القلبي فقط يتلقون العلاج المناسب وأن معدل الوفيات انخفض لدى هذه الشريحة بنسبة ٤٣% أقل من أولئك المرضى الذين لم يتلقوا العلاج، وأوضحت الدراسة أن ١٨٠٠٠ مريض يموتون سنويا جراء تعرضهم لمشاكل في القلب وعدم تلقيهم التدخل الطبي المناسب.

○ الإفراط في استخدام الخدمات الصحية:

أشار التقرير إلي أن ملايين الأمريكيين يتلقون خدمات صحية لا لزوم لها، وهو ما يزيد من تكلفة الخدمات ويعرض حياة المتلقين للخطر. وعلى سبيل المثال اظهرت دراسة تحليلية للعمليات التي أجريت لاستئصال الرحم لدى السيدات في سبع مستشفيات أمريكية أن واحدة من كل ست حالات لم يكن هناك داعي لإجراء العملية.

○ الاختلاف في الخدمات:

تختلف نماذج الخدمات الصحية من منطقة إلي أخرى وأحيانا تتباين في نفس المنطقة أو حتى المدينة الواحدة، وهو ما اعتبره التقرير مؤشرا واضحا على عدم إتباع الطرق الصحية المستندة على أسس علمية^٢.

¹ The President's Advisory Commission on Consumer Protection and quality in the Health Care Industry. May 13, 1997

² Ibid

١٢,٢ العلاقة بين الأيزو ٩٠٠٠ وإدارة الجودة الشاملة:

أشار الباحث في بداية هذا الفصل إلى تعدد مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، وكذلك إلى تعدد التعريفات التي وضعها الكتاب والباحثون.

ويحاول الباحث في هذا الجزء إلقاء الضوء على طبيعة العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة الأيزو وهل هي علاقة تكاملية أم أن الجودة و الأيزو هي مصطلحات لمفهوم واحد أم أنه لا توجد علاقة بين الاثنتين ؟

في الوقت الذي تتواجد فيه مفاهيم متعددة لإدارة الجودة الشاملة وتتباين على المستوى العالمي، نجد أن الأيزو ٩٠٠٠ هي مواصفة محددة لها معنى موحد متفق عليه بأي لغة ومن أي منظور. فالأيزو ٩٠٠٠ عبارة عن سلسلة من المواصفات المكتوبة أصدرتها المنظمة العالمية للمواصفات لسنة ١٩٨٧.

وتحدد هذه السلسلة وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توافرها في نظام إدارة الجودة الذي يتعين أن تصممه وتتبناه إدارة المنظمة للتأكد من أن منتجاتها تتوافق أو تفوق حاجات أو رغبات وتوقعات العملاء.^١

وتركز الأيزو ٩٠٠٠ على علاقة المورد – المشتري بحيث تكون علاقة منهجية نظامية، معززة بالوثائق والمراجعات، ومكملة لتوجه الإدارة والعاملين بإدارة الجودة الشاملة. ويرى (هيتوشي كيومي) أن مواصفات الأيزو تمثل إدارة الجودة من وجهة نظر المشتري بينما تتبع إدارة الجودة من وجهة نظر المورد، وبخلاف أيزو ٩٠٠٠ فإن إدارة الجودة الشاملة تذهب لأبعد من توقعات المشتري وتحاول دائماً استباق حاجاتهم وتوقعها.^٢

ويرى " عبد المحسن " بأن المواصفة الدولية ليست نظاماً لإدارة الجودة الشاملة حيث أن تركيزها على إجراءات وطرائق تشغيل نظام إدارة الجودة ومستويات المطابقة مع متطلباته يجعلها بعد فني، بينما تركز فلسفة إدارة الجودة الشاملة على النظام الاجتماعي.

ويوجز (بايك وبارنز، ١٩٩٤) أهم الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة ومواصفات الجودة فيما يلي^٤

1 أحمد سيد مصطفى، " إدارة الجودة الشاملة والأيزو ٩٠٠٠"

² مرجع سابق

³ Partner,Rab., ISO 9000 Answer book Essex . Oliver Right Pub.,Inc 1994 .pp.35-36

⁴ أحمد سيد مصطفى، مرجع سابق.

جدول رقم (٧)

أهم الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة ومواصفات الجودة

الأيزو ٩٠٠٠	إدارة الجودة الشاملة	
نظام الجودة يقوم على مواصفات موثقة.	إدارة الجودة من منظور شامل	١
تمثل إدارة الجودة من وجهة نظر العميل.	تمثل إدارة الجودة من جهة نظر المورد	٢
المراجعة الدورية تهتم بالتحديث باستمرار وفقاً للتحسينات التي أفرزها برنامج الجودة الشاملة.	تهتم بالتحسين المستمر	٣
تركز على طرق وإجراءات التشغيل أي على البعد الفني أساساً.	تهتم بالبعد الإنساني الاجتماعي وتؤلف بينه وبين النظام الفني (فلسفة ومفاهيم أشمل)	٤
يمكن تطبيقها على بعض القطاعات أو الأقسام وليس بالضرورة على مستوى المنظمة ككل.	تشمل كافة القطاعات والإدارات والأقسام وقوة العمل	٥
مسئولية قسم أو إدارة مراقبة الجودة.	مسئولية كل القطاعات والإيرادات والأقسام وفرق العمل.	٦

ومن هنا يمكن القول أنهما متكاملتان وليستا بديلتان أو متعارضتان فيمكن الحصول على الأيزو بدون إدارة الجودة الشاملة، ويمكن تبني إدارة الجودة الشاملة كمدخل للحصول على الأيزو^١.

١٣,٢ الأيزو في الخدمات:-

أفردت مواصفة للأيزو خاصة بالخدمات وهي المواصفة ٩٠٠٤ جزء ٢ وسميت "عناصر جودة الإدارة ونظام الجودة إرشادات للخدمات"، ويعد هذا امتداداً هاماً لمواصفات الأيزو لمجال لم يكن معتاداً خضوعه لأية مواصفات رسمية.

وتوضح مواصفة الأيزو الخاصة بالخدمات (٢-٩٠٠٤) أنه في معظم الحالات الخدمية يمكن مراقبة كل من الخدمة وعملية تقديمها - فقط - من خلال مراقبة " العملية التي تقدم بها الخدمة ". وتقيس المواصفة متطلبات كمية يسهل تحديدها مثل الطاقة الإنتاجية، وقت انتظار العميل، وقت عملية الخدمة.

أسلوب الاستجابة لطلب العميل، سهولة نيل العميل للخدمة، الود والاحترام والبشاشة والراحة والاعتبارات

الجمالية والتمكن والنواحي النفسية في أداء الخدمة، والمصداقية والاتصال الفعال، والمحافظة على أمن وسلامة العملاء، وشعور العملاء بإمكان الاعتماد على المنظمة الخدمية وما تقدمه من خدمات.

^١ مرجع سابق

الفصل الثالث

- تطبيق الجودة وإدارة التغيير
- تغيير الثقافة
- مداخل لتطبيق إدارة الجودة
- مدخل الاتصالات
- مدخل تخطيط العمليات وإدارة التغيير
- دور العاملين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
- عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية
- عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي
- مأسسة الجودة في القطاع الصحي

تطبيق إدارة الجودة
الشاملة

الفصل الثالث.

تطبيق إدارة الجودة الشاملة

١,٣ مقدمة

من المبادئ الأساسية للجودة الشاملة أنها تسلط الضوء على المستهلك، و أنها مهمة كل فرد في المنظمة و أنها تقوم على التحسين المستمر وهذه المبادئ كما يراها إيفانس وليندسي سهلة و قابلة للفهم و تمثل فهماً عاماً. إلا أنه و على الرغم من ذلك فإن العديد من المنظمات والمؤسسات واجهت صعوبات جمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة لدرجة أن بعضها قرر التوقف في منتصف الطريق^١.

و يرى إيفانس أن هذه الصعوبات مردها بعض المفاهيم الخاطئة عن الجودة، منها على سبيل المثال أن الجودة تعني عمل الكثير من الأشياء كجمع البيانات و معالجتها و تنظيم الفرق و غير ذلك، أو أن الجودة تصلح للتطبيق في المؤسسات الكبرى فقط^٢.

تتطلب عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة إحداث تغيير حقيقي في تصميم المنظمة و العمليات و الثقافة على المدى الاستراتيجي، و يشكل هذا التغيير الواسع حجر عثرة في وجه الكثير من المنظمات التي تسعى إلى تبني هذا المدخل.

ويعتقد كانجي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتبر واحداً من أكثر المشاريع التي تتبناها المنظمة تعقيداً. ويرجع السبب في هذا التعقيد إلى ضرورة تغيير ثقافة الأفراد العاملين في المنظمة بمن فيهم الإدارة العليا^٣.

ويحاول الباحث في هذا الفصل تسليط الضوء على عملية تطبيق إدارة الجودة ومتطلباتها والمعوقات التي تؤثر فيها إيجاباً أو سلباً.

¹ Jams R.Evans and William M.Lindsay,Ibi

²,Ibid

³ Kanji,G.K., Barker,R.L., " Implementation of Total Quality Management", Total Quality Management, Vol.1No.3, 1990 pp.375-383

٢,٣ تطبيق الجودة وإدارة التغيير:

يعتقد كثير من الكتاب والباحثين الذين تناولوا هذا الموضوع أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى تغيير في طريقة التفكير وتغيير واضح في طرق العمل وإدارة العمليات لدى الكثير من المنظمات ويتطلب هذا التغيير اتصال مباشر وواضح من أعلى المستويات الإدارية إلى جميع المستويات الأدنى لنشر و توضيح الحاجة إلى التركيز على العمليات. ويحتاج كل فرد في المنظمة لمعرفة الدور أو الأدوار المطلوبة منه في إطار عملي واضح يسمح بتطوير وتحسين الأداء.

ويرى أوكلاند أن أول خطوات تطبيق الجودة الشاملة يجب أن تتم من خلال نشر إستراتيجية المنظمة بشكل موسع وهذا لن يتأتى إلا من خلال عملية اتصال فعالة. ويشير إلي أن ما ينقص الكثير من المنظمات هو عملية الاتصال الناجحة وأن غيابها يشكل السبب الرئيس في خلق العديد من المشاكل التي يمكن تلافيها وهذا ما يؤدي برأيه إلى الإرباك وفقدان الاهتمام بالإجراءات الصحيحة والتطوير وغياب التوجيه وانعدام الحافز^١.

و يرى سيامبا أن كثير من البرامج الهادفة للتغيير لا يكتب لها النجاح، لأنها تبدأ بالمحاولة لتغيير المعرفة و الاتجاهات و المعتقدات لدى العاملين. في حين أن المطلوب هو معرفة و إدراك أن سلوك الأفراد عادة ما يكون مستمداً من طبيعة الأدوار المسندة إليهم و القوانين و النظم التي يعملون خلالها، لذا فإن سيامبا يعتقد أنه إذا أسندت مسؤوليات جديدة، و عمل الأفراد ضمن قوانين و نظم فرق العمل، و تم تطوير بيئة العمل بحيث تكون مستندة إلى العمليات داخل المنظمة، فإن وضعاً جديداً سينشأ داخل المنظمة و سيؤدي ذلك إلى جذب انتباه العاملين و سيزيد من التركيز على العمليات التشغيلية و هذا بدوره سيؤدي إلى التغيير المنشود في ثقافة المنظمة^٢.

ويقترح كلمان مسارات لازمة لعملية التغيير، الثقافة، المهارات الإدارية، تشكيل الفريق، الإستراتيجية و البناء التنظيمي ونظام المكافأة^٣.

¹ John S. Oakland, " Total Quality Management", Butterworth Heinemann, Oxford, 2000, pp243-246

² Ciampa, D., Total Quality – a user's guide for implementation, Addison –Wesley, Reading, Mass. (USA), 1992

³نهاية التلباني مرجع سابق.

١،٢،٣ تغيير الثقافة:

يتحدث كثير من الناس عن ثقافة المنظمة ويدركون أهميتها في تعزيز إدارة الجودة الشاملة. ويعرف جوران الثقافة على أنها نمط للعادات الإنسانية والمعتقدات والسلوك المتعلق بالجودة.^١ ويرى فريد أن ثقافة المنظمة تشير إلى الطريقة التي تعمل بها المنظمة كما تعكس الافتراضات الضمنية أو الأساسية التي يؤدي بها العمل كما تعكس أيضا ما هو مقبول وما هو غير مقبول، و ما هو السلوك و الأفعال التي تشجعها المنظمة أو تلك التي لا تحبذها.^٢ أما باركر فيرى أن ثقافة المنظمة هي مجموعة القيم والمعتقدات والمعايير التي تشكل سلوكها كما يعتبرها محددًا لعملية تحسين الجودة.

كل منظمة لها ثقافتها أو مجموعة من الثقافات ونظام متوارث للقيم سواء كان مصمما لغرض معين أو نشأ و تطور من خلال الأحداث وإذا ما أراد المسؤولون في المنظمة إنجاح إدارة الجودة الشاملة فإن عليهم البحث باتجاه إيجاد ثقافة مشتركة و متجانسة بحيث يشعر الأفراد بأن مشاركتهم في حل المشاكل أو اتخاذ القرار هي مسألة مبدأ أو قاعدة وليست مجرد إجراءات شكلية.

ويعتقد فوستر أن التحدي يكمن في ترجمة المبادئ أو القيم الخاصة بالمنظمة إلى مجموعة مشتركة من المسلمات بين الأفراد. ويتطلب ذلك الانتقال بجهود التغيير من التركيز على معالجة النظم و الهيكليات و السلوك العلني إلى التركيز على المشاركة الأساسية في التفكير الإداري.^٣ وفي حين يتفق إتكسون مع الآراء السابقة في أن إدارة الجودة الشاملة هي عبارة عن تغيير في الثقافة فإن نيوبيز يختلف مع هذا الرأي ويرى أن التغيير في الثقافة هو أحد توابع التطبيق الفعال لإدارة الجودة الشاملة. كما يرى أن أي مبادرة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة تجعل من تغيير الثقافة أول أولوياتها ستتعثر وقد لا يكتب لها النجاح وهذا يضمن برأيه أن إدارة الجودة الشاملة تصبح الطريقة التي تعمل بها المنظمة بغض النظر عن عملية تغيير الثقافة.

إن تغيير الثقافة يعني مشاهدة الأشياء بشكل مختلف. ويتمثل العبء الذي يواجه المسؤولين الذين يسعون إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو أن عليهم أن يتعلموا كيف ينظرون إلى عالمهم من منظور زبائنهم وأن يؤثروا على التغيير الذي يلبي متطلبات هذا المنظور.

¹ Juran, J.M., and Gryna, F.M., Quality Planning and Analysis: From Product Development Use", Third Edition, McGraw- Hill, New York, 1993.

² Fried, R.A., A crisis in healthcare", Quality Progress, 1992.

³ Foster, M., Whittle, s., Smith, S., Hyde, P., "Improving the Service Quality Chain", Managing Service Quality, November, 1991, PP.41-46

كما أن عليهم أن يدركوا بأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة لا يستند فقط إلى فرضية أن الأفراد محفزون بطبيعتهم، بل يجب عليهم تعزيز وخلق الدافع لدى الأفراد في كل مستويات الهيكل الإداري كمتطلب سابق لعملية التطبيق.

وهناك معوقات تعيق عملية التغيير الثقافي المطلوب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ومن أهم هذه المعوقات:-

- قلة وعي الأفراد بمشاكل الجودة الناتجة عن العمليات التي يقومون بها أو لهم علاقة بها.
 - المنافسة بين الأولويات التي تقدم أهداف أخرى على هذه الجودة.
 - التقليل من أهمية احتياجات تطبيق الجودة أو تهميشها بشكل قد يهدد العملية ويؤدي إلى انهيارها.
 - المعتقدات الخاطئة عن الجودة لدى الأفراد والتي لا تستند إلى حقائق.
- ويرجع السبب في هذه المعوقات في العديد من المنظمات إلى الممارسات الإدارية الخاطئة. وعليه فإن من الأهمية بمكان تجنب الأجواء القائمة على توجيه اللوم وأن يكون التركيز على العمل بشكل مختلف وكذلك على الطرق التي تساهم في إحداث عملية التغيير.¹
- ويرى لاتيف أن معظم كتاب الجودة لم يوضحوا أن الجودة هي تغيير في الثقافة وطريقة التفكير، وكذلك لم يقدموا توضيحا للطرق التي تمكن من تطبيق أفكارهم و مقترحاتهم بشأن الجودة. وعليه فإنه يرى بأن التحول إلى ثقافة الجودة يتطلب إيجاد توازن بين النظم والمهارات و الأساليب "الطريقة" وبين القيم و الأفراد "الرغبة"، وأشار إلى أن (الإرادة أو الرغبة) يمكن إيجادها إذا كانت الجودة الشاملة:-

- تم اعتمادها كخيار إستراتيجي للمنظمة.
 - مدعومة بوعي والتزام القيادة.
 - مدعومة بخطط تضمن تعزيز السلوك المطلوب.
 - تعزيز نتائج دمج مفاهيم الجودة وفلسفتها مع النظم و السياسات في المنظمة.²
- إن الاختلافات في ثقافة الجودة قد تؤدي إلى تأثيرات أو مضاعفات شديدة ايجابية أو سلبية، وقد أوضح جوران مثالين لذلك:-

¹ نهاية التلخيص مرجع سابق.

² Latif,S, Organizational values- The Foundation Store of Total Quality Management" Proceedings of the Tenth International Conference of the Israel Society Quality, November, 14th-17th. 1994.

○ ثقافة الجودة السلبية Hide the scrap scenario

وحسب هذا السيناريو يتجنب ذكر النتائج التي لا تقابل المواصفات أو المعايير عند إعداد تقارير الأداء.

○ ثقافة الجودة الإيجابية Climb the ladder to delight the customer

وحسب هذا السيناريو فإن المنظمة تتخذ خطوات غير اعتيادية لإسعاد زبائنهم.¹ إن تغيير ثقافة المنظمة يتطلب سنوات وليس شهور، ويتطلب الثقة وليست الأساليب، ويقترح وليم خمس طرق رئيسية تستخدم بشكل عام من قبل الإدارة في محاولاتها لإحداث التغيير.

١. تغيير الأفراد العاملين في المنظمة من خلال التعيين الانتقائي والتركيز على الأفراد ذوي الاتجاهات الملائمة بالإضافة إلى التركيز على الجوانب الفنية والمهارات الأخرى المطلوبة.

٢. إعادة توزيع الأفراد على وظائف جديدة بهدف إزالة تأثير الثقافة الفرعية التي استمدتها الأفراد من تواجدهم في وظائفهم الحالية.

٣. تدريب الأفراد وإعطائهم أدواراً قيادية تعزز لديهم تقبل الثقافة المرغوبة من قبل المنظمة.

٤. تدريب الأفراد على وظائف جديدة وبحيث تؤثر على اتجاهاتهم نحو الوظيفة.

٥. تغيير بيئة العمل وسياسات الموارد البشرية وكذلك نمط الإدارة بشكل عام.²

ويعزو كثير من الباحثين و الكتاب نجاح التجربة اليابانية في الإدارة إلى نجاحها في تطبيق تعاليم ديمينج وجوران ووروكر وغيرهم من فلاسفة الجودة المحدثين الذين استندت تعاليمهم على مبادئ و أساسيات الجودة الشاملة. و في المقابل يرى كيك أن فشل الكثير من المؤسسات الأمريكية يرجع إلى أنها ما زالت تتبع مبادئ الإدارة التي نادى بها آدم سميث و فريدريك تايلور.³

إن الفهم الواضح لطبيعة الفروقات بين الفلسفة الحديثة التي تبنتها الإدارة اليابانية و الفلسفة القديمة التي ما زالت تتبناها بعض الإدارات الأمريكية و الكثير من الإدارات في الدول النامية، يساعد إلى

¹ Juran,J.M., and Gryna, F.M,"Quality Planning and Analysis: From Product Development Use", Third Edition, Mcgraw- Hill, New York, 1993.

² Williams,A.,Dobson,P.,and Walters, M., "Changing Culture: New Organizational Approaches", second edition, IPM, London, 1993.

³ Paul R.Keck,"Why Quality Fails", Quality Digest, November 1995, pp53-55

حد بعيد على تجنب الكثير من المعوقات و المشاكل التي تواجه المنظمات الساعية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ولعل أبرز هذه الفروقات كما يراها بيكر^١:

١. الهيكل التنظيمي
٢. تعريف الجودة
٣. دور الأفراد في المنظمة
٤. نظام المكافآت
٥. الأهداف
٦. النظم الإدارية
٧. دور الإدارة
٨. المعرفة
٩. العلاقة بين الإدارة و النقابات
١٠. فرق العمل
١١. الرقابة
١٢. العلاقة مع الموردين
١٣. الزبائن
١٤. المسؤولية
١٥. الدافع
١٦. المنافسة

ويعتقد جلوفر أن الانتقال الناجح إلى الجودة الشاملة يتطلب تغييرا في ثقافة المنظمة، ويوضح الجدول رقم (٨) التالي أهم الملامح المتعلقة بالثقافة والتغيير المقابل^٢

^١ Ed. Baker, "The Chief Executive Officer's Role in Total Quality: Preparing The Enterprise For Leadership in The New Economic Age" Proceedings of the William G. Hunter Conference on Quality, Madison, WI, 1989.

^٢ نهاية التلواني ، مرجع سابق.

جدول رقم (٨)

أهم الملامح المتعلقة بالثقافة والتغيير المقابل

م	المجال	ثقافة الإدارة التقليدية	ثقافة إدارة الجودة
١	أداء العمل	مدير العمل يدير	مسئولية مشتركة وتعاون
٢	الهيكل التنظيمي	يجب أن يوضح السلطات المتعلقة بالموقع	تقليل المسافة بين المدراء والعاملين
٣	استخدام القوة مع العاملين	الإكراه - الجبر - أفعال ذلك فأنا الرئيس	الندية - التفويض
٤	الاستجابة للتغيرات	مغلقة - متعامل بردات الفعل - محافظة	منفتحة - تسبق الفعل - متكيفة
٥	العلاقات الداخلية	صراعات - الإدارة والعاملين على طرفي	انسجام - توازن - الأولوية لفرق العمل
٦	القيم في مكان العمل	متناقضة - غير مشتركة - الخوف من	متطابقة - مشتركة بين العاملين - الثقة
٧	صناعة القرار	من جانب واحد - سلطوي - ليس دائما ذا	مشتركة فيه المجموعة - هادف - قائم
٨	الاتصال	رأسية من أعلى إلى أسفل	متعددة الاتجاهات
٩	استخدام الوقت والموارد	ليست دائما ذات علاقة بأهداف المنظمة	التركيز على أهداف المنظمة
١٠	الإنتاجية	الكم والكفاية الإنتاجية في سلم الأولويات	الجودة - التركيز على الفاعلية والكفاءة
١١	العلاقات الخارجية	تحاول فرض العلاقات على الأسواق	الملائمة والتوافق
١٢	تقييم الأداء	التركيز على النتائج والتقدير للأفراد	التركيز على العمليات والتقدير
١٣	مفاهيم التحفيز	التهديد يستخدم للتنشيط	التوجه نحو المجموعة - الفرق الموجهة
١٤	الرقابة	خارجية على الأشخاص	من قبل الأفراد ذاتهم
١٥	النمو	أحد الطرفين ينمو على حساب الآخر	النمو والمنافع متبادلة لكلا الطرفين

المصدر : نهاية التלבاني، مرجع سابق

٣,٣ مداخل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة

١,٣,٣ مدخل الاتصالات :

تتأثر اتجاهات الناس وأنماط سلوكهم بشكل واضح بالاتصالات، ويعتبر جوهر عملية تغيير الاتجاهات نحو الجودة هو الحصول على موافقة وقبول الناس بالحاجة إلى التغيير وهذا لا يمكن أن يتم دون تزويدهم بكافة المعلومات ذات الصلة بموضوع التغيير ومن خلال الممارسات الجيدة وخلق الاهتمام لديهم وتشجيعهم على الوعي والمشاركة والأفكار. كل ذلك من خلال نظم اتصالات فعالة.

ويعتقد أوكلاند أن عملية الاتصالات الفعالة هي ما ينقص الكثير من المنظمات وبالتالي فإن غيابها يشكل السبب الرئيسي في خلق العديد من المشاكل التي يمكن تلافيها وهذا ما يؤدي بدوره إلى الإرباك ، وفقدان الاهتمام بالإجراءات الصحيحة والتطوير وغياب التوجيه وانعدام الحافز ومن ثم تراجع وانخفاض مستوى الجودة^١.

وقد سبقت الإشارة إلي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى تغيير واضح في طرق العمل وإدارة العمليات لدى الكثير من المنظمات ويتطلب هذا التغيير اتصال مباشر وواضح من أعلى المستويات الإدارية إلى جميع المستويات الأدنى لتوضيح الحاجة إلى التركيز على العمليات. ويحتاج كل فرد في المنظمة لمعرفة الدور أو الأدوار المطلوبة منه في إطار عملي واضح يسمح بتطوير وتحسين الأداء.

إن أول خطوات تطبيق الجودة الشاملة يجب أن تتم من خلال نشر إستراتيجية المنظمة بشكل موسع وهذا لن يتأتى إلا من خلال عملية اتصال فعالة. وفي دراسة أبو ليلي شكل غياب الاتصالات الفعالة أحد أهم معوقات نجاح تطبيق الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية^٢. ويرى الكثير من خبراء الجودة أن من بين أفضل الوسائل لإنجاز هذه المهمة هو إصدار رسالة الجودة الشاملة التي تبين بوضوح التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة والتي تحدد بوضوح أيضاً الدور الذي يجب أن يؤديه كل شخص في المنظمة. ويمكن أن يتم ذلك من خلال بيان حول نية وتوجه المنظمة نحو فلسفة إدارة الجودة الشاملة. بحيث يهدف هذا البيان إلى نقل حماس

^١ - John S. Oakland- Ibid".

^٢ - حسن أبو ليلي مرجع سابق

والتزام الإدارة لهذا التوجه إلى كل العاملين في المنظمة، مع توضيح مدى الحاجة للدعم الذي يمكن أن يقدمه الأفراد إذا ما اعتقدوا وأمنوا بهذه العملية الهادفة نحو التطوير .
وهنا يجب على المنظمة أن توضح أنها على استعداد لمساعدة الأفراد والعاملين فيها على الوصول إلى درجة عالية من الالتزام من خلال تبنيها لبرامج تعليمية وتدريبية ومن خلال تطوير آليات عمل حلقات التطوير المستمر ومن خلال إيجاد دليل إرشادي تتوافق عليه كافة الوحدات والأقسام في المنظمة ومن ثم توزيعه على كافة العاملين فيها. ويرى لابوفتزر أن هذا الدليل يجب أن يشتمل على:

- ١ . الحاجة إلى التحسين والتطوير .
- ٢ . مفاهيم إدارة الجودة الشاملة.
- ٣ . أهمية فهم العمليات داخل المنظمة.
- ٤ . المدخل الذي ستتبعه المنظمة في عملية التطوير .
- ٥ . مسؤوليات الأفراد والجماعات .
- ٦ . أسس القياس والتقييم للعمليات .

إن أنظمة الاتصالات الهادفة إلى نشر رسالة المنظمة يجب أن تشتمل على كافة طرق الاتصال التقليدية من محاضرات وندوات واجتماعات الأقسام والملصقات والرسائل والنشرات الإخبارية والإنترنت وغيرها .

كما يتطلب المراجعة المستمرة للدليل الإرشادي مع الأفراد بحيث يكون معروفاً للجميع:—

- ١ . متى وكيف يبدأ دور الأفراد .
- ٢ . ما هي العمليات المطلوبة .
- ٣ . النجاحات والفوائد المتحققة .

ويضيف لابوفتزر أن كل المستويات الإدارية مطالبة بانتهاج سياسة الاتصال المفتوح وذلك من خلال الباب المفتوح، سهولة وصول الأفراد إلى المسؤولين، تخصيص أوقات للتفاعل المباشر مع الأفراد وفي مواقعهم، وهذا سيؤدي إلى إيجاد مناخ إيجابي للتفاعل بين الإدارة والأفراد وهو ما يعتبر أمراً حيوياً لتدفق المعلومات بشكل صحيح وفي القنوات الصحيحة الأمر الذي ينعكس إيجاباً على تطوير العمليات بشكل مستمر .

¹ Labovitz, G., Chang, Y. S. and Rosansky, V., "Making Quality Work – a leadership guide for the result-driven manager, Harper Business, London, 1993

إلا أنه وعلى الرغم من الإيجابيات المشار إليها فإن هناك بعض السلبيات التي تنجم عن فتح خطوط الاتصال بالشكل الذي سبق الحديث عنه، إذ قد يؤدي إلى الاصطدام بكثير من المعوقات والحوازر المقاومة للتغيير. وهنا يبرز دور الإدارة في توجيه الأفراد ومساعدتهم من خلال برامج التدريب على تقبل المسؤولية تجاه سلوكهم الأمر الذي يشكل الباعث الأكبر على المقاومة وللتقليل من أثر وأهمية هذه المقاومة يجب أن يكون التركيز على العمليات أكثر من التركيز على احتياجات الأقسام أو الأفراد.

إن مقاومة التغيير هو أمر متوقع الحدوث بل ويقع دائماً، وهذا يبرز الحاجة إلى ضرورة تدريب الخط الإداري الأول على التعامل مع هذه المقاومة. وهذا يتطلب فهم ديناميكية التغيير وكيفية توفير الدعم اللازم لها وليس من خلال التسلط وإجبار الأفراد على التغيير. ويصنف إيفانس الأفراد في المنظمات إلى أربع مجموعات من حيث الاتجاه العام لكل مجموعة نحو إدارة الجودة الشاملة.

١. مسئولي الإدارة العليا: وهؤلاء يجب أن ينظروا إلى إدارة الجودة الشاملة كفرصة للمنظمة ولأنفسهم أيضاً

٢. مسئولي الإدارة الوسطى: – وهؤلاء قد ينظرون إلى إدارة الجودة الشاملة كعبء إضافي بدون أية فوائد.

٣. المشرفون: وهؤلاء قد ينظرون إليها على أنها فرصة عابرة لفترة معينة أو ضمن سياق حملة دعائية وبالتالي يستجيبون لها بإذعان حتى تمر العاصفة.

٤. الموظفين الآخرين: وهؤلاء قد ينظرون إليها دون اكتراث طالما أنهم بقوا على رأس عملهم وأن أجورهم لم تتأثر.^١

تحتاج الإدارة العليا إلى التأكد من أن كل مجموعة ترى في تطبيق إدارة الجودة الشاملة مصلحة وفائدة لها. وعلى الرغم من أن ذلك يتأتى من خلال الدعم والتدريب سواء أكان داخلياً أو من خلال خبراء إلى أنه قد لا يجدي نفعاً إذا لم يكن العاملين محفزين للاستجابة بشكل إيجابي وفعال. وهنا لا بد أن تكون إستراتيجية التطبيق مرتكزة على مجالين متبادلين للدعم بهذا الاتجاه وهم:—

١- تسويق أي مبادرة لإدارة الجودة الشاملة.

٢- تصميم عمليات اتصال فعالة إيجابية ومنطقية للتحفيز.^٢

¹ Jams R.Evans and William M.Lindsay - Ibid

² Labovitz, G., Chang, Y. S. and Rosansky, V., "Ibid".

٢,٣,٣ مدخل تخطيط العمليات وإدارة التغيير

يعتقد سيامبا أن مدخل التغيير المستند إلى تخطيط العمليات، و تطوير رؤية للمنظمة و صياغة رسالة خاصة بها و تحليل عوامل النجاح، والتركيز على جوهر العمليات، يعتبر من أفضل و أهم الطرق لإشراك العاملين و زيادة و استمرار تقبلهم لعملية التغيير.

و يرى سيامبا أن كثير من البرامج الهادفة للتغيير لا يكتب لها النجاح، لأنها تبدأ بالمحاولة لتغيير المعرفة و الاتجاهات و المعتقدات لدى العاملين. في حين أن المطلوب هو معرفة و إدراك أن سلوك الأفراد عادة ما يكون مستمداً من طبيعة الأدوار المسندة إليهم و القوانين و النظم التي يعملون خلالها، لذا فإن سيامبا يعتقد أنه إذا أسندت مسؤوليات جديدة، و عمل الأفراد ضمن قوانين و نظم فرق العمل، و تم تطوير بيئة العمل بحيث تكون مستندة إلى العمليات داخل المنظمة، فإن وضعاً جديداً سينشأ داخل المنظمة و سيؤدي ذلك إلى جذب انتباه العاملين و سيزيد من التركيز على العمليات التشغيلية و هذا بدوره سيؤدي إلى التغيير المنشود في ثقافة المنظمة.^١

ويعتقد سيتورات أن أدبيات إدارة التغيير مليئة بالأدلة على صعوبة إدخال التغيير في المنظمة بنجاح وفي نفس الوقت مليئة بالنصائح حول أفضل السبل لإحداث هذا التغيير.

ومع أن سيتورات يعتقد بحقيقة صعوبة إحداث التغيير، إلا أنه في الوقت نفسه يرى أنه متاح وليس مستحيلاً، ويقدم في هذا الصدد نقطتين أساسيتين في نظره لإنجاح عملية التغيير:

١. خلق الشعور بالحاجة إلى التغيير.

٢. ومنح الأفراد جزءاً من المسؤولية في المنطقة التي يشعرون فيها بأنهم يستطيعون التحكم

والتأثير بكفاءة، ومن الأفضل أن يكونوا قادرين على تحديد ما يمكن أن يحدث.^٢

بإمكان المنظمة تجنب مشاكل برامج التغيير من خلال التركيز على تخطيط العمليات كما أسلفنا سابقاً، و يتطلب ذلك إدراك أن أدوار و مسؤوليات العاملين يجب أن تكون على علاقة وثيقة بالعمليات التي يؤدنها.

¹ Ciampa, D., Total Quality – a user's guide for implementation, Addison –Wesley, Reading, Mass. (USA), 1992

٢- نهاية التلخيص ، مرجع سابق

و هناك سلسلة من سبع خطوات واضحة و مترابطة يستطيع المديرون أن يبدأوا بها، و يعتقد أوكلاند أن هذه الخطوات إذا ما تم تطبيقها بعناية ستؤدي إلى ما يعرف بالتعزيز الذاتي لدى العاملين لما أسماه بحلقة الالتزام - الاتصال - الثقافة. و هذه الخطوات هي:

١. أن الالتزام نحو التغيير في أرجاء المنظمة يبدأ من القمة.

إن على الإدارة العليا أن توجه و تقود بشكل إيجابي و أن تظهر أمثلة و نماذج على التزامها و تحملها المسؤولية و الثقة بالأفراد و المرونة و إصرارها المتواصل على التشجيع و دفع عملية التغيير. كما أنه من أفضل الطرق لتطوير التزام شخصي هو التأكد من أن الأفراد يعرفون ماذا يجري و إلا فإنهم سيشعرون بأنهم مهمشون و بالتالي يتولد لديهم قناعات بأن إدارة الجودة الشاملة ليست لهم أو أنهم ليسوا جزءاً منها و هو ما سيؤدي بدوره إلى الامتناع و الاستياء مما يجري و الذي يؤدي في النهاية إلى فشل عملية التطبيق برمتها.

و يعتقد بيرترام أن عدم التزام المستويات العليا يشكل السبب الرئيسي في فشل ما يزيد عن ٨٠% من برامج إدارة الجودة الشاملة.

٢. تطوير رؤية مشتركة و رسالة للمنظمة أو للتغيير المطلوب.

توضح الرسالة غرض المنظمة أو الوحدة، كما أنها تجيب على أسئلة من قبيل لماذا نحن هنا؟ أو ما هو غرضنا الرئيسي؟ ما الذي يتوجب علينا تحقيقه؟ لذا فإنها تعرف حدود العمل الذي تعمل فيه المنظمة. و يرى أوكلاند أن رسالة المنظمة المثالية لا تزيد عن أربعة أسطر و أن تكون مفهومة، سهلة الوصول إلى جميع العاملين (الانتشار)، واقعية، بناءة. و عليه فهي:

- تعبر عن طموح المنظمة.
 - المحك أو وسيلة الاختبار التي تختبر من خلالها كافة الأعمال و المقترحات.
 - طويلة الأجل عادة.
- و في الختام يجب القول بأنه إذا كانت رسالة المنظمة خاطئة فإن كل ما يتبعها سيكون خاطئاً أيضاً، لذا فإن الفهم الواضح لصياغة و مدلول تأثير الرسالة يعتبر أمراً حيوياً.

¹ - John S. Oakland- Ibid

² -Bertram,D., "Getting Started in Total Quality Management", Total Quality management Vol.2, No.3, 1991 pp.279-282

٣. ترجمة الرسالة إلى عوامل النجاح الأساسية فيها و تطبيقها.

و الخطوة الأولى في التحول من الرسالة إلى عوامل النجاح الأساسية هي حصر جميع العوامل التي تؤثر على مهمة المنظمة، و يمكن تعريف عوامل النجاح الأساسية على أنها "ما يتوجب على المنظمة إكماله لتحقيق و إنجاز رسالتها".

و من الأمثلة على عوامل النجاح التي تساعد في فهم طبيعتها: -

- يجب أن يكون لدينا موردين يقومون بالتوريد الصحيح من أول مرة.
- يجب أن يكون لدينا أفراد مهرة و محفزين.
- نحتاج إلى منتجات جديدة لإشباع حاجات السوق.
- نريد فرص عمل جديدة.
- يجب أن تكون لدينا أفضل سلعة من حيث الجودة^١.

٤. عرف مؤشرات الأداء الرئيسية بحيث تكون قابلة للقياس في ضوء الرسالة و عوامل النجاح الأساسية: -

تقدم أو توضح الرسالة عوامل النجاح الأساسية "ماذا يجب" و لكنها هذه ال (ماذا يجب) يجب أن تكون مدعمة بمؤشرات أساسية للأداء و قابلة للقياس. و تستخدم هذه المؤشرات لمراقبة التقدم كدليل على نجاح المنظمة في جميع الاتجاهات الداخلية و الخارجية.

إن هذه المؤشرات يجب أن تكون مستندة إلى التوازن بين القدرات الداخلية للمنظمة مقابل المتطلبات الخاصة بكافة الأطراف ذات العلاقة.

٥. افهم العمليات الأساسية و اعمل على تبنيها

إن كل عملية من العمليات مرتبطة بعامل من عوامل النجاح الأساسية و يجب أن تعرف بشكل جيد و بالتالي فإنه يجب أن تقابل كل العوامل بعمليات كافية لتحقيقها. كما أن كل عملية يجب أن يتكفل بها من يشرف على إنجازها و يفضل أن يكون عضو من بين أعضاء الإدارة التي حددت و وافقت على عوامل النجاح الأساسية، بحيث تكون مهمة هذا العضو أو الموكل بالعملية: -

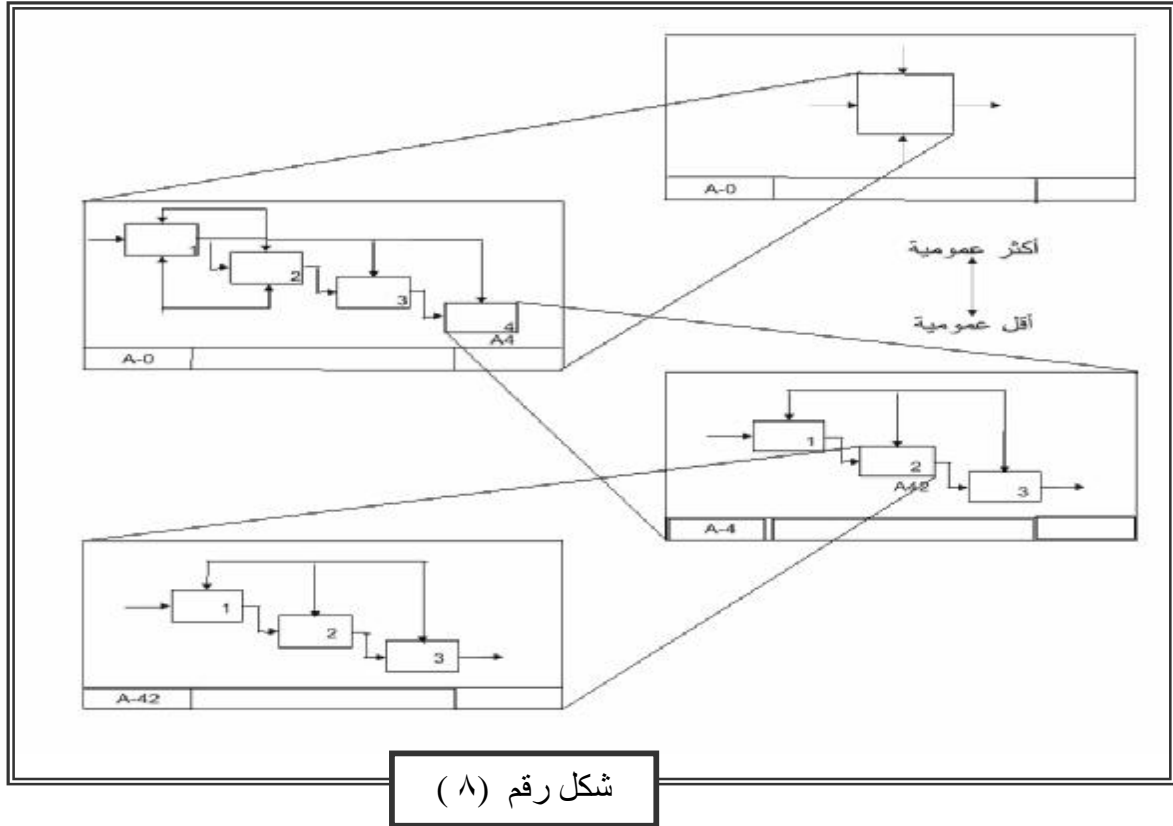
- التأكد من أن المصادر المناسبة متوفرة لتخطيط و تقصي و تحسين العملية.
- المساعدة في اختيار قائد فريق تطوير العملية و كذلك أعضاء الفريق.
- إزالة العقبات و الحواجز التي تحول دون تقدم فريق التطوير.
- رفع التقرير عن تقدم عملية التطوير للإدارة العليا.

¹ Ibid

و بناءً على ما سبق، يُتوقع أن تكون هناك إجابات واضحة للأسئلة التالية:

هل تسير العملية في الوقت الحالي كما هو متوقع؟ بواسطة من؟ و متى؟ و كيف تسير؟ و ما هو مستوى الأداء مقارنة بالآخرين؟^١

٦. حل العمليات الأساسية إلى عمليات فرعية وأنشطة ومهام وشكل فرق تحسين لكل منها.



المصدر: جون س. أوكلاند، إدارة الجودة الشاملة" الطبعة الثانية ٢٠٠١

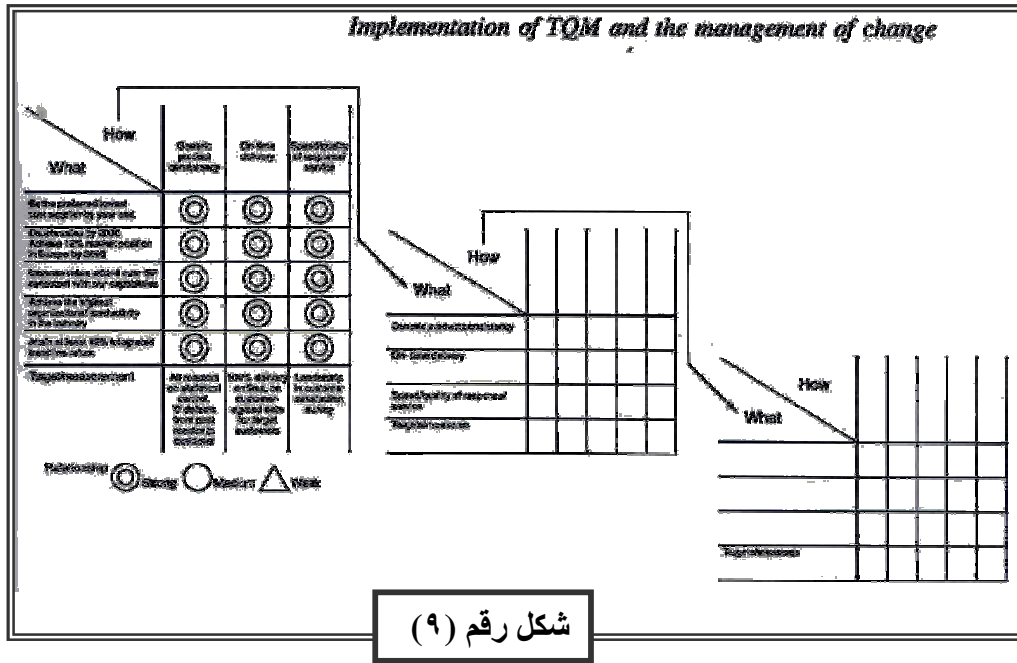
عندما يتم تعريف العمليات و تخطيطها، يحتاج الأفراد إلى تطوير قدراتهم و مهاراتهم لكي يتمكنوا من فهم هيكل العملية و كيف يتم تحليلها و تنفيذها. و يتطلب ذلك من المنظمة الدخول في مرحلة التعليم والتدريب لمقابلة التغيرات التي تبنتها.

و يصور الشكل (٨) كيف يمكن تفصيل المهمة التي تقوم بها المنظمة من خلال عوامل النجاح الأساسية و العمليات وصولاً إلى المهام التي سيقوم بها الأفراد.

¹ Ibid

V. تؤكد من توحد الأفراد والعمليات ضمن أسيااسة العامة وضمن ترجمة العمليات إلى أهداف. تعتبر عملية ترجمة الهدف أو نشر سياسة المنظمة واحدة من أهم مفاتيح النجاح و التميز في العمل. و عندما تتم عملية تحليل المهمة و عوامل النجاح الأساسية و العمليات، فإنه يمكن القول أن المنظمة بدأت طريقها نحو تحقيق رسالتها.

إن ترجمة الهدف تضمن التحول من مرحلة ال (ماذا) إلى مرحلة ال (كيف)، عبر مستويات المنظمة من الأعلى إلى الأسفل مع التأكيد على نشر الجودة في كل مستوى كما يوضح الشكل التالي (٩) :^١



المصدر: جون س. أوكلاند، إدارة الجودة الشاملة" الطبعة الثانية ٢٠٠١

إن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة تتطلب مجموعة جديدة من المهارات و التعليم تشمل تنمية و عي الأفراد و أهليتهم و بناء الفريق و تشجع الانفتاحية و تعزيز الثقة و الاستماع لآخر، إعطاء و استرجاع التغذية الراجعة، مشاركة المجموعات، حل المشكلات، توضيح الأهداف، حل الصراعات، التفويض و التدريب، التعزيز و الإثراء الوظيفي، و التحسين و التطوير المستمر كطريقة للحياة.

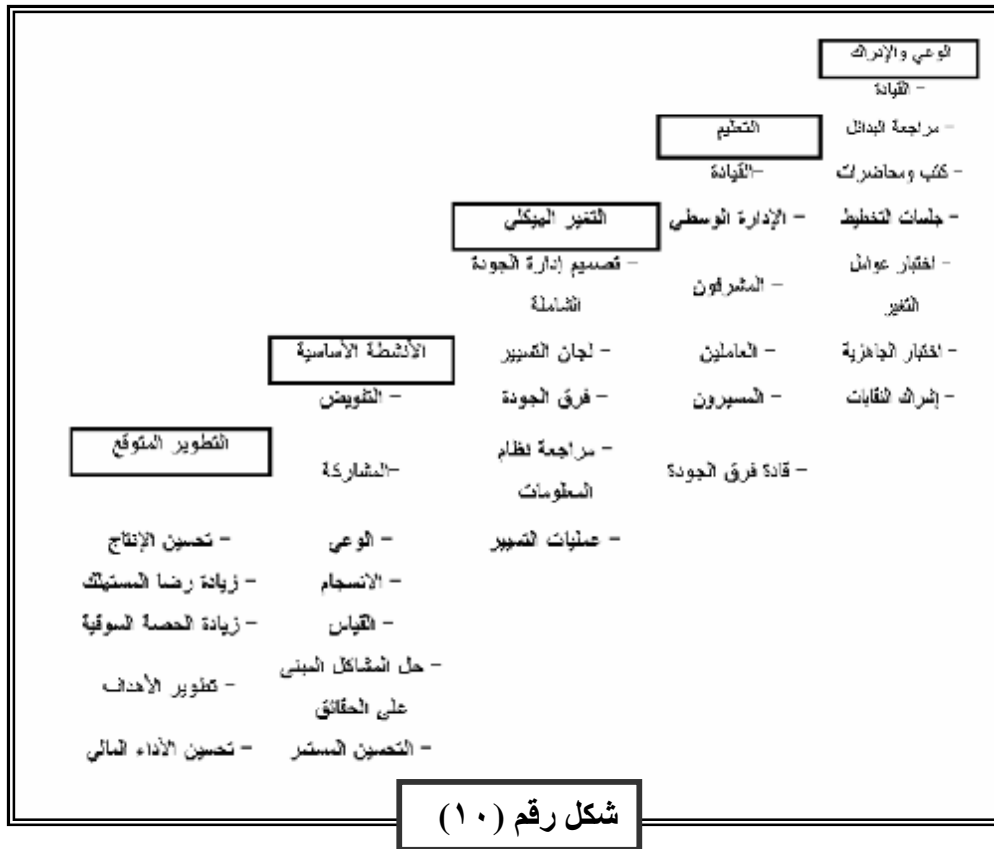
فالعملية يجب أن تبدأ بخلق مجموعة من الشعور و الاتجاهات التي تقود إلى مجموعة من القيم و الالتزام التنظيمي الدائم. ويوضح أوبريل أن الرسالة الأساسية لرواد الجودة الثلاث (ديمنج، جوران، جروسبي) متشابهة وتنطلق من قاعدة الالتزام بتطوير وتحسين الجودة في كل مناحي

¹ Ibid

المنظمة، وأنها تدعو إلى مواجهة النظام وليس مواجهة الموظفين، تفصيل وتجريد العملية التي يؤدي من خلالها العمل سواء كانت صناعية أو خدمية بهدف الوصول إلى المعوقات والمشاكل التي تمنع تحقيق الجودة ومن ثم إزالتها، تعريف المستهلك سواء الداخلي أو الخارجي، وإشباع وتلبية رغباته سواء من خلال العملية الإنتاجية أو المنتج النهائي، تقليل الفاقد، تطوير فرق العمل، خلق جو من الإبداع والابتكار يساعد على التحسين المستمر والدائم لتطوير الجودة.¹

ويلاحظ أنه لم يقدم أحد من هؤلاء الرواد وصفة سحرية وسريعة الشفاء ولتحسين ما نتج عن سوء الإدارة أو عن الإدارة الغير قائمة على أساس تطبيق الجودة، بل كانت جميع توجهاتهم نحو الالتزام المستمر والدائم وليس نحو برنامج يطبق في فترة زمنية محددة وينتهي الأمر.

ولاحظ جلوفر أن الخطوات التالية تمثل تطبيق الجودة الشاملة:



شكل رقم (١٠)

المصدر : نهاية التلباني، مرجع سابق

¹ Oberle, J., (1990), " Quality Gurus: The Men and Their Message", Training, January, pp.47-52

يشير كل من سلينجانا و فازل إلى نتائج دراسة أجريت على مجموعة من الشركات الصناعية التي حاولت تطبيق إدارة الجودة الشاملة، و بينت هذه النتائج أن هناك ثلاث معوقات رئيسية حالت دون نجاح مساعي هذه الشركات لتطبيق الجودة الشاملة و هي:

١. نقص الدافع القوي.

٢. نقص الوقت المخصص لمبادرات الجودة الشاملة.

٣. عدم وجود خطط رسمية على المستوى الاستراتيجي لإحداث التغيير^١

و ينشأ الدافع لتبني فلسفة الجودة الشاملة عادة عن مصدرين أساسيين و هما:

١. إما أن تستجيب المؤسسة لمنافسة تشكل تهديداً حقيقياً لوجودها، فتضطر إلى تطبيق الجودة الشاملة.

٢. وإما أن تكون الجودة الشاملة بحد ذاتها فرصة للمؤسسة لتحسين و تطوير أدائها و عملياتها الإنتاجية.

و في استطلاع أجرى على معظم الشركات التي فازت بجائزة بالدريج للجودة، أشارت نتائجه إلى أن السبب الأول كان هو الدافع الحقيقي للتحويل نحو الجودة الشاملة^٢

إن المنظمات التي تؤمن بمبادئ و أساسيات الجودة الشاملة تكون أقرب إلى تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة بنجاح من غيرها. فالأفعال و الإجراءات داخل هذه المنظمات تضع ثقافة المنظمة على المحك و تجعلها في حركة دائمة، لأن سلوك الأفراد يقودهم للتفكير بطرق معينة، فإذا كانت ممارسات الجودة الشاملة تتم بشكل روتيني داخل المنظمة فإن الأفراد الذين يقومون بهذه الممارسات يتعلمون كيف يؤمنون بمبادئ الجودة و بالتالي فإن التغيير في ثقافة الأفراد و ثقافة المنظمة يكون أقرب إلى الحدوث.

و توضح مجموعة القيم و المفاهيم التالية أهم مبادئ الجودة كما طبقتها المنظمات الحديثة ذات الأداء العالي الجودة و التي تشكل أيضاً أسس و معايير الفوز بجائزة بالدريج للجودة:

١. قيادة مرئية Visionary Leadership

٢. التميز في الأداء الموجه لخدمة المستهلك.

٣. القدرة على التعلم للمنظمة و الأفراد العاملين فيها.

٤. تقدير الموظفين و الشركاء Valuing Employees and Partners

¹- Gary Salengna and Farzaneh Fazel, "Obstacles to implementing Quality, "Quality progress, July 2000, 53-57.

²- Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

٥. سرعة البديهة "السرعة و القدرة في فهم المتغيرات" Agility
٦. التركيز على المستقبل Focus on the future
٧. الإدارة من أجل الابتكار و الإبداع Managing for Innovation
٨. الإدارة بالحقائق Managing by Facts
٩. المسؤولية العامة Public Responsibilities and Citizenship
١٠. التركيز على النتائج و خلق قيم Focus on Results and Creating Value
١١. التفكير المنظوماتي Systems Perspective

و هذه القيم يجب أن تصبح بمثابة عضو التنفس لثقافة المنظمة.^١

٣,٣,٣ دور العاملين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يمكن القول أن هناك ثلاثة لاعبين أساسيين لنجاح عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة و هم:

١. الإدارة العليا.
٢. الإدارة الوسطى
٣. الأفراد (قوة العمل)

و تشمل المسؤوليات المطلوبة من الإدارة العليا:

١. التأكد من أن المنظمة تركز على احتياجات المستهلك.
٢. تنظيم و نشر رسالة المنظمة و رؤيتها و قيمها في كافة أرجاء المنظمة.
٣. تحديد العمليات الأساسية التي تحتاج إلى مزيد من الانتباه و التطوير.
٤. تحديد المصادر التي ستستخدم لتمويل أنشطة الجودة.
٥. مراجعة التقدم و إزالة العوائق إن وجدت.
٦. تطوير الأداء و استخدام القدرات من خلال استخدام أدوات الجودة و أسلوب حل المشاكل.^٢

المسؤوليات المطلوبة من الإدارة الوسطى:

¹ Ibid

² Arthur R. Tenner and Irving j. De Toro, Total Quality Management: three steps to continuous improvement reading, MA: Addison-Wesley, 1992.

يعتقد سالييس أن الإدارة الوسطى ظلت لفترات طويلة تمثل دور الحارس لعناصر الإدارة الأساسية التي تقرها الإدارة العليا و التي أسماها **Generally approval management principles – (Gamp)** و التي بقيت بدوها كافتراضات و ممارسات مسلم بها:

- فأهداف العمل واضحة و ثابتة و كذلك الإجراءات و الوسائل.
- الاعتماد بشكل مركزي على مجموعات الخبراء.
- التركيز على الأرقام كمقابلة الأرقام المنصوص عليها في الخطط.
- الاستقلال في نطاق العمل ما أمكن و إغفال مفهوم نظام العمل الشامل.
- التفويض قدر الإمكان و التفرد بالإدارة بالنتائج.
- تجزئة الأفراد و تجزئة التكنولوجيا.

و يرى سالييس أن هذا الدور الذي حقق نجاحات في الماضي، لم يعد صالحا للعمل في المنظمات الحديثة، و ما كان مطلوبا من الإدارة الوسطى في عقود تميزت بالاستقرار و البساطة، لم يعد صالحا لمواكبة التغيرات و التعقيدات في كل ما يتعلق ببيئة العمل.

بل أصبحت الإدارة الوسطى اليوم في نظر الكثير اليوم تمثل عائقا مباشرا أمام إيجاد بيئة داعمة لجهود الجودة الشاملة. و نظراً لموقعها التنظيمي فإنها متهمه بتغذية الصراعات على المصادر و تساهم في حجب المعلومات. و هناك من يوجه اللوم للإدارة الوسطى حول دورها في عدم تطوير و تهيئة الموظفين للتغيير.¹

و على الرغم من ذلك فإن إيفانس مازال يعتقد بأن دور الإدارة الوسطى في خلق ثقافة الجودة هو دورا حيويا وحاسما لا يمكن الاستغناء عنه، و يرى أن تحويل الإدارة الوسطى إلى عوامل تغيير يتطلب عملية علمية منظمة تساهم في إذابة الحواجز التقليدية و تستبدلها بنهج قائم على أساس و فلسفة فريق العمل المزود بمصادر القوة اللازمة لتحمل المسؤوليات المترتبة للارتقاء بأداء المنظمة. و أهم عناصر هذه العملية:

- **التفويض و الدعم** : فالإدارة الوسطى يجب أن تكون مسئولة و قادرة على الأداء الذي يلبي و يحقق الأهداف المرجوة.
- **خلق رؤية عامة للتميز**: حيث يتم تحويل هذه الرؤية إلى عوامل نجاح أساسية تحدد مناطق الأداء الرئيسية ذات العلاقة برضا المستهلك.

¹ Leonard Sayles, "The Working Manager", The Free Press, New York, 1993, pp.198-204

- إيجاد قواعد جديدة للعب الأدوار التنظيمية: فالحوجز التنظيمية يجب أن تزال و روح الفريق يجب أن تحل و دور المدير اليوم يفترض أن يكون دور المدرب.
- تطبيق عملية التحسين المستمر.
- تطوير الأداء مع الاحتفاظ بالموظفين المتميزين من أجل إيجاد قادة للمستقبل.¹

قوة العمل / الأفراد Work Force

يعتقد ديفس أن الجودة الشاملة إذا لم تحدث في مستوى الأفراد فإنها لن تتحقق عادة على الإطلاق، فالأفراد هم الذين يطبقون الجودة الشاملة، وهذا يتطلب أن يكون الأفراد ملاكاً. و يرى ديفس أن الملكية هنا تذهب في تأثيرها و معناها أكثر مما تذهب إليه عملية التفويض و التعزيز لأنها تعطي الموظف الحق لاتخاذ القرار فيما يتعلق بما هو مطلوب فعلاً و كيف يمكن أن يعمل، و هي تعتمد على الاعتقاد بأن ما هو جيد للمنظمة هو جيد للأفراد و العكس صحيح. و تتطلب زيادة الشعور بالملكية زيادة درجة اشتراك الأفراد في المعلومات و كذلك إظهار الالتزام نحو الأفراد في أوقات الرخاء و الشدة.²

يعتقد كانجي و آخرون أن عملية تطبيق الجودة الشاملة في أي منظمة يمكن أن تمر بأربعة مراحل على النحو التالي:

1. مرحلة التعريف و التحضير
2. إدراك الإدارة و التزامها
3. تخطيط التطوير
4. مرحلة التحضير

ويرى كانجي أن ٨٥% من المشاكل الشائعة في معظم المنظمات هي أقرب إلى الإدارة والنظم و أن ١٥% فقط يمكن أن نعزوها إلى العمليات و إلى عوامل تكنولوجية لهذا فإن أفضل طريقة للتغلب على هذه المشاكل تتم بإتباع مدخل إدارة الجودة من حيث المبادئ و الممارسة. وينصح كانجي بالتركيز على انتهاج مدخل فعال لحل المشاكل في مرحلة مبكرة من برنامج إدارة الجودة الشاملة، لفهم وتحديد نقاط القوة و الضعف في المنظمة.³

¹ Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

² - Ibid

³ - Kanji, G.K., Barker, R.L," Implementation of Total Quality Management", Total Quality Management,

Vol.1,No.3, 1990,,pp. 375-383

إن إدارة الجودة الشاملة تتطلب نموذج الإدارة المنفتح، الذي يحفز بفاعلية ويشجع إشراك كل موظف في برنامج التحسين المستمر، إنها تتطلب كثيرا من الوقت لإزالة العوائق التي تشكلت منذ زمن طويل، لإزالة توجهه ومصطلحاتهم ونحن وبناء جسر من الثقة لتوجيه كل قطاع من قطاعات المنظمة نحو التركيز على المستهلك والإستراتيجية المستندة إلى الجودة، ومنهج الأداء الصحيح من المرة الأولى.

وباختصار فإنه لتحقيق أهداف المنظمة نحو الجودة فإن هذا يتطلب درجة عالية من الالتزام، قوة عمل مدربة جيدا، ومهتمة بالعمل، نظام تحفيز ومكافآت لتعزيز المشاركة في أهداف المنظمة وتحقيقها.

تعليم وتدريب الموظفين وإكسابهم مهارات تمكنهم من أداء أعمالهم بالجودة المطلوبة، وكذلك المهارات والأساليب التي تمكنهم من التعامل مع المشاكل وحلها. ويعتقد ميلاكوفيتش أن التحول الناجح نحو ثقافة إدارة الجودة الشاملة يتطلب رؤية لعملية تطوير مستمرة تركز على تحقيق الاحتياجات القائمة للمستهلك الداخلي والخارجي وأن يتم تقييم أداء المنظمة على أساس إشباع وتحقيق هذه الحاجات¹. ويعرض شولتز خطوط عامة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- ١- الجودة تبدأ بإسعاد المستهلك وإدخال البهجة على قلبه.
- ٢- المنظمة التي تطبق الجودة تقود المستهلك إلى المستقبل.
- ٣- المنظمة يجب أن تتعلم كيف تستمع للمستهلكين وتساعدهم على وصف وتحديد احتياجاتهم.
- ٤- بدون أخطاء، تقديم منتجات وخامات مخططة بشكل جيد تسعد المستهلك وبدون أخطاء
- ٥- أن تكون الرؤية والقيم والمبادئ والنظم والعمليات متوافقة ومتسقة مع بعضها وثابتة ويكمل بعضها الآخر.
- ٦- أن يعمل جميع الأفراد بتعاون وانسجام كمجموعة أو مجموعات عمل، لضمان أن تعمل النظم بثبات.
- ٧- فرق العمل يجب أن تبني على قاعدة الالتزام نحو المستهلك والالتزام بالتحسين المستمر.
- ٨- يجب أن يعرف كل شخص ما هو مطلوب منه.
- ٩- استخدام البيانات والأسلوب العملي في التخطيط للعمل وحل المشاكل.

¹ Milakovich, M. E., " Enhancing The Quality and Productivity of state and Local Government", Total Quality Management , May, 1990 ,pp.266-275

١٠- تطوير علاقة شراكة مع الموردين.

١١- أن تدعم الثقافة وتغذي جهود التطوير لكل المجموعات والأفراد في المنظمات.^١

وأشار لونجنيكر إلى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة يتطلب:-

١- تعريف واضح لمعنى الجودة وتطوير معايير لها.

٢- إجراء تدريب على الجودة لكافة العاملين في المنظمة.

٣- تطوير مقاييس ذات مغزى لقياس دور العمليات في المنظمة.

٤- إنشاء نظام لتصحيح الأخطاء في حالة برزت مشكلة في جودة المنتج.

٥- تطوير ثقافة للمنظمة وكذلك نظام مكافأة لغرس مفهوم الجودة وتعزيزها لدى الأفراد

بحيث تصيح من أهم الأولويات لديهم.^٢

عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة

هناك الكثير من العوائق التي تحول دون نجاح الكثير من المنظمات في توجيهها نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

و من أسباب الفشل نقص ما دعاه ديمنج بثبات أو استقرار الهدف عندما وضع نقاطه الأربعة عشر. فالمنظمات التي تطبق نظام الجودة أو التي تسعى إلى تطبيقه عادة ما يكون لديها أهداف و أولويات متصارعة أو متزاحمة. و يؤدي عدم استقرار الأهداف إلي خلق حالة من التهكم و اللامبالاة و عدم الاكتراث لدى قسم كبير من القوى العاملة. لذا فإنه يتوجب على المنظمة أن يكون لديها فهماً واضحاً ودقيقاً لماذا تقوم بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، و ما هو الاتجاه الذي تسير فيه و لذلك أن يكون التركيز في المدى الطويل على هذا الاتجاه.^٣

من أسباب الفشل أيضاً نقص النظرة الشمولية للجودة، فالكثير من التوجهات نحو تطبيق الجودة تتعامل من خلال بعد واحد و بالتالي تتعرض للفشل. و على سبيل المثال بعض المؤسسات تنوّه إلى أهمية استخدام أدوات الجودة كالأدوات الإحصائية في عملية الرقابة و لكنها تنشر استخدامها في جزء ضيق من المنظمة كالقسم الصناعي مثلاً، و قد تشهد هذه المنظمات نجاحاً أو بعض التحسين و لكن هذا النجاح يبقى محدوداً. و ذلك لعدم نشر هذه الأدوات في كافة أقسام المنظمة،

¹ Scholtes, P. R., Hacquebord, H. " Joiner- The Practical Approach To Quality", Joiner Associates Inc. 1987, USA

² Longenecker, C.O., Scazzero, J.A., "TQM FROM THEORY To Practice: A Case Study', International Journal Of Quality and Reliability Management, Vol.10, No.5 (1993).

³ Jams R.Evans and William M.Lindsay, Ibid

كما أن بعض المؤسسات تطبق أسلوب حل المشاكل بحيث يتم التغلب على مشاكل الإنتاج المعيب أو مشاكل خدمة المستهلك و مع ذلك قد تتجاهل المنظمة العلاقة مع المستهلكين أو العمليات الإدارية أو قضايا التخطيط الاستراتيجي، و مرة أخرى قد يكون هناك تحسناً ملموساً إلا أنه يبقى محدوداً أو متفرقاً. وقد تقوم بعض المؤسسات بتفويض جهود إدارة و تطبيق الجودة الشاملة إلى الموظفين في المستويات التنفيذية و هو ما يعكس غياباً للقيادة يهدد بعدم خلق ثقافة تغيرية قادرة على البقاء على المدى الطويل.¹

إن تطبيق الجودة الشاملة يتطلب جهوداً تتسم بالشمولية لتغطي كافة العناصر و المبادئ الأساسية التي تم الحديث عنها من خلال هذا الفصل و الفصل الذي سبقه.

فالمطلوب هنا هو تغييراً كلياً في التفكير و ليس مجموعة جديدة من الأدوات، فالتركيز على الأدوات و الأساليب قد يكون سهلاً و متاحاً، و لكن الأمر الشاق و الذي قد لا يكون متاحاً هو فهم و تحقيق التغيير المطلوب في اتجاهات و سلوك الأفراد و هو الجانب الأهم.

و هناك خطر آخر يتمثل في عدم فهم القضايا الثقافية و الميل إلى تقليد الآخرين كطريقة سهلة للتطبيق. فالعديد من الخبراء و الكتاب أعادوا كتابة إدارة الجودة الشاملة بشكل ضيق كما تكتب المحاسبة أو المواد الإحصائية أو الهندسية.

إن أفضل نموذج للجودة الشاملة قد لا ينسجم مع ثقافة منظمة ما. و معظم المؤسسات التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة طورت لنفسها مدخلاً يناسبها و يلبي احتياجاتها الخاصة.²

و هناك مجموعة من الأخطاء التي تتكرر بشكل عام لدى العديد من المؤسسات التي تسعى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و هي:

١. اعتبار الجودة الشاملة كبرنامج لا يتعدى الخطب الرنانة والشعارات.
٢. إبطاء الإدارة و فقد الاهتمام بعملية التطبيق لعدم تحقيق نتائج ملموسة على المدى القصير.
٣. العملية لا تنبع من التركيز على المستهلك، أو لا يتم إدراجها بشكل استراتيجي أو لا تلقى الدعم الكافي من الإدارة العليا.
٤. عناصر الهيكل الإداري في المنظمة قد تشكل عائقاً أمام التغيير مثل نظام المكافآت، نظام الحوافز، النظام المحاسبي و السياسات و الإجراءات الغير مرنة.

¹ Nabil Tamimi and Rose sebastianelli, " The Barriers to Total Quality Management, " Quality Progress, June 1998.

² Ibid

٥. وضع أهداف قد تكون محدودة للغاية.
٦. بقاء ثقافة المنظمة القائمة على إصدار الأوامر و المراقبة و التي يحكمها الخوف و البيروقراطية.
٧. عدم تخطيط عملية التدريب فلا تكون موجهة و تكون تقليدية أو غير قائمة على الاحتياجات.
٨. التركيز على المنتجات و ليس على العمليات.
٩. تفويض محدود للصلاحيات و إثراء محدود للمهام دون دعم حقيقي من قبل الإدارة.
١٠. أن تعتبر المنظمة نفسها ناجحة للغاية و أنها راضية بما حققته لذلك فلا داعي للتغيير و التعلم.
١١. أن تفشل المنظمة في الإجابة على الأسئلة الثلاث الأساسية التالية:
- هل هذا برنامج إضافي؟ - ما الذي يخصني منه؟ - كيف يمكن عمل ذلك في مقدمة الأشياء الأخرى المطلوب عملها؟
١٢. عدم التزام الإدارة و عدم مشاركتها بشكل فاعل.
١٣. التركيز الزائد على دور الفرق في مواجهة مشاكل العمل، يؤدي إلى تجاهل دور الأفراد.
١٤. اعتقاد الموظفين بأن كلما زاد حجم البيانات كلما كان ذلك أفضل بغض النظر عما إذا كانت هذه البيانات ذات علاقة أم لا.
١٥. فشل الإدارة في إدراك أن مسؤولية التحسين هي مسؤولية شخصية في كل مستويات المنظمة.
١٦. فشل المنظمة في إدراك أنها مركب من مجموعة عمليات متداخلة و مترابطة تشكل في النهاية نظاماً متكاملًا^١.

¹ Core body of knowledge working council findings, "Issues in Implementation of TQ" A report of the Total Quality Leadership Steering Committee and Working Councils, Total Quality forum, Cincinnati, November 1992.

تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الحكومية

اشتمل نموذج إدارة الجودة الشاملة الذي طوره كل من بارتون ومارسون على مجموعة من العناصر أو الخطوات القابلة للتطبيق في المنظمات الحكومية:

١. أن تقوم المنظمة الحكومية بتحديد شريحة المواطنين أو الجمهور الذي يستفيد من خدماتها، وهنا يجب النظر إلي هؤلاء الجمهور على أساس أنهم العملاء أو المستهلكين لما تقدمه وان تسخر المنظمة كل طاقاتها لخدمة هؤلاء بأعلى درجة من الكفاءة.

٢. تقصي واستطلاع حاجات وتوقعات هذا الجمهور.

٣. إعادة تصميم كافة السياسات والإجراءات وطرق العمل بما يعزز ويخدم توجه المنظمة نحو تحقيق الحاجات والتوقعات التي تم استقصائها.

٤. تحديد وتوفير التقنيات اللازمة التي تمكن الموظفين من تقديم الخدمة للعملاء على أساس السرعة والسهولة والمرونة وصولاً إلي تحقيق الجودة التي يرضى عنها العميل.

٥. انتهاج فلسفة التدريب والتطوير المستمرين من أجل جعل مفهوم إرضاء العميل المحفز الأساسي لعمليهم ومن أجل تدريبهم على استخدام التقنيات والأساليب الحديثة التي تمكنهم من تحقيق هذا المفهوم.

٦. تبني سياسة لا مركزية السلطة وتفويضها إلي جانب لا مركزية الأداء.

٧. استطلاع آراء العملاء بشكل مستمر للتعرف على مستوى جودة الخدمة التي يتلقاها، والعمل على إدخال التحسينات المستمرة لضمان رضا الجمهور بشكل مستمر وهذا يتطلب أن تصمم سياسات وإجراءات العمل على قاعدة مرنة قابلة للتغيير والتطوير.

٨. الاستفادة من تجارب وخبرات المنظمات الحكومية الأخرى وخاصة تلك التي حققت مستويات عالية من جودة الخدمة.

٩. تقدير جمهور الموظفين وتنويع نظام المكافآت المخصصة للاعتراف والتقدير للجهود البناءة.^١

٦,٣ عوائق تطبيق الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية:

تتفرد المنظمات الحكومية بوجود بعض المعوقات التي تواجهها في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نظراً لطبيعة ما تقدمه من خدمات تتميز عن غيرها من المنتجات بكونها غير ملموسة. ومن أهم هذه المعوقات:

^١ عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق

١. التغيير الدائم في القيادات الإدارية العليا وهو ما يؤدي إلي تشويش وإرباك الخطط الهادفة للتطوير بشكل مستمر.
٢. عدم قناعة الإدارة العليا بالتدريب، فكثير من القيادات تعتبر نفسها فوق التدريب إن كان موجها للمستويات العليا، وتعتبره مضيعة للوقت إذا كان موجها للمستويات الأقل.
٣. عدم مرونة القوانين والأنظمة، فعادة ما تتصف اللوائح والقوانين بالقدم وعدم المرونة ولا يتأتى تغييرها بسهولة وهو ما يشكل عائقا كبيرا أمام التوجه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
٤. صعوبة قياس وتقييم نتائج العمل، فطبيعة الخدمة وكونها غير ملموسة لا تساعد في تقييمها ومعرفة مستوياتها، وبالتالي يجب تطوير معايير خاصة لقياس هذه الخدمات.
٥. كبر حجم الجمهور وتنوع فئاته وهو ما يضاعف من صعوبات إرضاء كافة العملاء بنفس الدرجة.
٦. قلة الإمكانيات المالية، حيث تحصل المنظمات الحكومية على مواردها المالية من الموازنة العامة للدولة، وهو ما يشكل عائقا أمام توفير متطلبات الجودة وخاصة في ظل محدودية موارد الدولة كما هو الحال في معظم الدول النامية.
٧. نقص الكفاءة البشرية، حيث تجد هذه الكفاءات طريقها إلي منظمات القطاع الخاص، وذلك بسبب تدني مستويات الأجور الحكومية وغياب سياسات الحفز بسبب ضعف الموارد.
٨. صعوبة التنفيذ، حيث المنظمات كبيرة ومتشعبة وحيث يسود المناخ البيروقراطي ويسود الروتين العقيم وتتعثر عمليات الاتصال لتشعب القنوات وتعددتها مما يجعل عملية التطبيق تستغرق وقتا طويلا ويحتاج إلي جهودا متواصلة قد لا يتأتى الاستمرار في بذلها في المنظمات الحكومية.
٩. ضعف مستوى التحفيز في المنظمات الحكومية، الملكية العامة والموارد المالية المحدودة ومعايير التصرف المقيدة باللوائح والقوانين كل هذه الأمور تؤدي إلي عدم وجود سياسات حفز فاعلة وإن وجدت فهي ضعيفة وغير مؤثرة، وهو ما يؤدي بدوره إلي ضعف الانتماء وقلة الاهتمام لدى العنصر البشري في المنظمة، والذي يشكل العمود الفقري لأي عملية داخل المنظمة^١.

^١ مرجع سابق

٧,٣ تطبيق الجودة الشاملة في المجال الصحي

في السنوات الأخيرة طبقت المنظمات الصحية طرق حديثة لإدارة الجودة من ممارسات ناجحة في القطاع الصناعي.

وتتمحور معظم هذه الجهود لتطوير الجودة حول زيادة تحسين الإجراءات والعمليات القائمة أو حول قياس ومراقبة جودة هذه العمليات قياساً بمعايير معينة في حين كانت الجهود الرامية لإحداث تغيير أساسي في القطاع الصحي وما يحتويه من عمليات قليلة نسبياً.

أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المواقع الصحية يشمل كافة مناحي القطاع الصحي وهذا ينطبق على مؤسسات الرعاية الأولية والمؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية من الدرجة الثالثة على حد سواء. ويشمل ذلك الأقسام التي تقدم الخدمة الصحية بدءاً من التشخيص العيادي أو الإكلينيكي وكيفية معالجة المريض وصولاً إلى المختبرات ونتائج التحاليل كما يشمل الخدمات الإدارية والإدارية المساعدة والوظائف الإدارية العليا.

أي يمكن القول بأن مجال تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي لا حدود له من الناحية العملية. وهذا ما يمكن فهمه حيث أن جوهر إدارة الجودة الشاملة يمثل ثقافة إدارية جديدة تهدف إلى التطوير المستمر في العمليات، ويشير شورتل وأخرون إلي أن تطبيق ممارسات تحسين الجودة بين المستشفيات يكون مصحوباً بتغيير في ثقافة المجموعة إلي ثقافة الابتكار وتقدير دور فرق العمل، ومع ذلك وبغض النظر عن نوع المنظمة الصحية أو القسم الذي تطبق فيه إدارة الجودة الشاملة فإن المفاهيم والطرق والأدوات هي نفسها ولا تختلف من مكان لآخر وكذلك المخاطر والمشاكل المحيطة بعملية التطبيق وذلك بسبب:-

- هل يمكن تطبيق إدارة الجودة إلا عندما يكون هناك منتج موحد أو معياري؟
- كيف يمكن تطبيق الجودة في الحقل الطبي في حين أن كل مريض يختلف عن الآخر؟
- أين خطوط التجميع في مجال الرعاية الصحية؟ وهل الجودة قرار صائب يتخذه الطبيب؟
- لا يميل الأطباء إلى اعتبار أنفسهم جزء من فريق العمل داخل المنظمة. فكيف يمكن إدارة الجودة في مثل هذه الأجواء.
- إدارة الجودة تتطلب أن يكون هناك قياس للجودة، فكيف يمكن تعريف وقياس شيء دقيق في الرعاية الصحية؟

ألا تكمن المشكلة الحقيقية في التكلفة وليس في الجودة؟ فالطبيب والمريض يرغبان في استخدام كل المصادر وكل التكنولوجيا المتاحة في حين أن الجمهور لا يرغب في دفع المزيد مقابل ذلك؟

ألا تعني الجودة العالية تكلفة عالية لا يمكن اجتنابها؟¹

وأوضح بتالدين ما ينبغي على القيادات في المجال الصحي تعلمه لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح فأشار إلى ضرورة ما يلي:-

١- ينبغي على الإدارة أن تتعلم معنى الجودة وأن يشمل ذلك إدراك وفهم أهمية المستهلك في العملية الإنتاجية وأن هناك مستهلكين متعددين في هذه العملية.

٢- ينبغي على الإدارة أن تتبنى وتشجع التطوير المستمر للجودة، ويشمل ذلك الاستخدام الأمثل والواعي لفرق العمل التي تعمل على تحسين النظم والعمليات وتطوير مهارات التغيير في المنظمة.

٣- ينبغي على الإدارة أن تتعلم معنى التفكير الإحصائي وكيف تتحدث بلغة الأرقام والحقائق وأن تستبعد العمل القائم على التخمين من عملية اتخاذ القرار وكيف تقلل من الانحرافات والتعقيدات التي لا تلزم لعمليات اتخاذ القرار وأن تستخدم الوسائل العلمية (مثل مخطط السبب والنتيجة، ومخطط بيرتو، والمخطط التاريخي ومخطط الانتشار ومخطط تدفق العمليات ومخطط الاتجاه ومخطط الرقابة)، وأن تعرف كيف تستفيد من نتائج استخدام هذه النماذج في اتخاذ القرار الإداري المناسب.²

وأوضح ميكولوفلين أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب من المسؤولين الإداريين والصحيين إيجاد مناطق وسطية لتسوية الصراعات، وتعتمد طريقة وإدارة الإدارة أثناء عملية التحول نحو تطبيق الجودة الشاملة على قدرتها في إتباع الإرشادات التالية:-

١. إعادة تعريف الأدوار للمتخصصين.
٢. إعادة تعريف ثقافة المنظمة.
٣. إعادة تعريف الأدوار الإدارية.
٤. مساعدة وتمكين الفريق على أداء التحليل وحل المشاكل.
٥. تغيير الأهداف التنظيمية.
٦. تطوير القدرات الرقابية.
٧. تطوير عمليات قياسية بدءاً من أعلى المستويات.
٨. تعديل نظام المكافأة.

¹ - Jams R.Evans and William M.Lindsay- Ibid

² - Batalden, P., " Quality Improvement: The Role and Application of Research Methods", The Journal of Health Administration Education, Vol.7,No.3, (1989) pp 577-583

٩. تطوير واستخدام النماذج القابلة للتطبيق في المجال الصحي والتي أثبتت فعاليتها في مجالات أخرى.

١٠. وضع توقعات منطقية وواقعية.

١١. جعل برنامج إدارة الجودة الشاملة نموذجاً للتطوير والتحسين المستمر.^١

ويشير هاكبوردي إلى أن نظرية تحسين الجودة هي نظرية عالمية بغض النظر عن المنظمة التي تتبناها وأوضح أن هناك مبادئ أساسية تصلح للتطبيق في كافة المنظمات الصحية وهي:-

١. تحسين الجودة يشمل تعليم المستهلك.

٢. تحسين الجودة يحتاج إلى القدرة على التنبؤ بالجودة وهذا يتطلب تحديثاً مستمراً للنظريات واستخداماً مناسباً للبيانات، إن تحسين الجودة لا يعني مجرد النظر إلى أحداث الماضي وأحداث الحاضر، بل يتطلب التنبؤ بالإجراءات التي تقود إلى مستقبل أفضل، فالممارسات الطبية والإدارة الصحية يجب أن لا تكون قائمة على التخمين أو التجربة والخطأ، بل يجب أن تكون قائمة على التنبؤ المبني على النظرية والحقائق والبيانات.

٣. تحسين الجودة يشمل أن تسبق المستهلك دائماً، فلتحسين جودة الخدمات الصحية فإنه يتحتم

علينا توقع احتياجات المريض للرعاية والمعلومات والمساعدة من قبل الطاقم الطبي.^٢

وقد وأشار كل من كولين وبيترز إلى نفس النقاط السابقة مع تعديلات شكلية لا تؤثر على جوهر العمليات الأساسية، في حين يرى بريور أن المنظمات تفشل في تطبيق إدارة الجودة الشاملة لأنها تفشل في اعتماد المدخل الاستراتيجي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ويرى أن المدخل الاستراتيجي يشكل حلاً لفشل النماذج التقليدية أو المألوفة لإدارة الجودة الشاملة وخطوات المدخل الاستراتيجي كما ارتأها بريور هي :-

• تحليل البيئة الداخلية والخارجية.

• وضع توجه المنظمة - المهمة - الأهداف.

• صياغة معادلات أو تشكيلة الجودة.

• تطبيق الجودة.

¹- Mclaughlin, C.P., and Kaluzny, A.D., "TQM in Health: Making it Work", Healthcare Management Review, Vol. 15, .. (1990) pp.7-14

²- Hacquebord, H., "Healthcare From the Perspective of Patient: Theories For Improvement", Quality Management in the Healthcare, Vol. 2, No.2, (1994) ,pp.68-75

• مراقبة الجودة^١.

ويرى فيليبس أن هناك ثلاث مراحل معقدة ويجب على فريق إدارة الجودة أن يمر من خلالها للوصول إلى تطبيق ناجح للجودة الشاملة وهي :-

• المرحلة الأولى : التركيز على النتائج.

• المرحلة الثانية : مساعدة المسؤولين لمعرفة ما إذا كانوا يريدون حقا أن يكونوا مسؤولين ومن ثم مساعدتهم في إيجاد العمل الصحيح والمناسب الذي يناسب تفضيلاتهم.

• المرحلة الثالثة : التركيز على العمليات^٢.

ويرى جينز أن الطريقة التي يمكن أن تساعد على تطبيق ناجح وحقيقي وفي نفس الوقت تدعم باتجاه التغيير المطلوب، وتساعد على نشر الجودة الشاملة في أنحاء المنظمة هي برأيه نشر السياسة.

ويضيف جينز بأن إدارة الجودة الشاملة هي لعبة إستراتيجية وأن عملية نشر السياسة هي الوسيلة لتنفيذ هذه الاستراتيجية.

وأوضح جينز أن هناك عوامل نجاح أساسية لعملية نشر السياسة وهي :-

• أن يشارك جميع المسؤولين في تطوير رؤية المؤسسة والخطط المصاحبة لهذه الرؤية والتي تستند إلى أهداف محددة ، أو خطوات وأفعال وليس على أرقام مطلوبة أو أهداف ربحية.

• في جميع مستويات عملية التخطيط ، يتولى كل مسئول بشكل فردي المبادرة والمسئولية لتخطيط الأفعال والخطوات التي تدعم المستوى الأعلى، وهذا يختلف عن عملية وضع الأهداف من قبل الرئيس الأعلى وكذلك عن الاتفاق على الأهداف بشكل جماعي. ويرى جينز أنه حالما يكون للأفراد أهدافهم القابلة للتطبيق العملي، فإنه يمكن بعد ذلك إعادة توجيه هذه الأهداف لتشكّل أهداف المنظمة.

• أن تصبح أدوات وأساليب الجودة هي اللغة السائدة في إدارة العمليات، وتمكين كل مسئول من تجزئة الأهداف الموضوعية إلى أفعال وخطوات مستندة إلى فترة زمنية محددة " شهر مثلا" بحيث يسهل تخصيصها للموظفين ومن ثم قياسها وتقييمها وأن يكون التركيز على جذور أسباب المشكلة التي تعترض العمل بدلا من معالجة

^١ - نهاية التلغابي، مرجع سابق

٢- مرجع سابق

الأعراض، وهذا برأيه يختلف تماما عن التركيز على أهداف الشهر الربحية أو العوائد.

- أن يكون التركيز على العملية وأن يكون التقييم لما تم عمله وما لم يتم ولماذا^١.

١,٧,٣ استمرارية تطبيق أنشطة وعمليات تحسين الجودة في القطاع الصحي

يرتكز أي جهد لمأسسة الجودة في قطاع الخدمات الصحية على ثلاث أنشطة رئيسية و هي:

١. تعريف الجودة.

٢. قياس الجودة.

٣. التحسين المستمر.

و يشير تعريف الجودة إلى تطوير توقعات أو معايير للجودة و تصميم نظم عمل لتحقيق هذه المعايير.

أما قياس الجودة فيشير إلى قياس و توثيق مستويات الأداء المالية و مدى تطابقها مع التوقعات و المعايير التي تم تطويرها، و يشمل ذلك رضا المريض.

أما التحسين فيشير إلى تطبيق طرق تطوير الجودة و استخدام أدواتها لجسر الهوة بين مستويات الأداء المالية و المتوقعة من خلال فهم و تحديد نقاط القوة و الضعف في الأنظمة التي تم تصميمها.^٢

٢,٧,٣ مأسسة الجودة:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر على قدرة المنظمة الهادفة إلى مأسسة الجودة، و التوجه نحو ثقافة الجودة، و من بين هذه العوامل تبرز ثمانية عوامل أساسية في عملية تطبيق و مأسسة الجودة. وكما هي موضحة في الشكل رقم (١١).

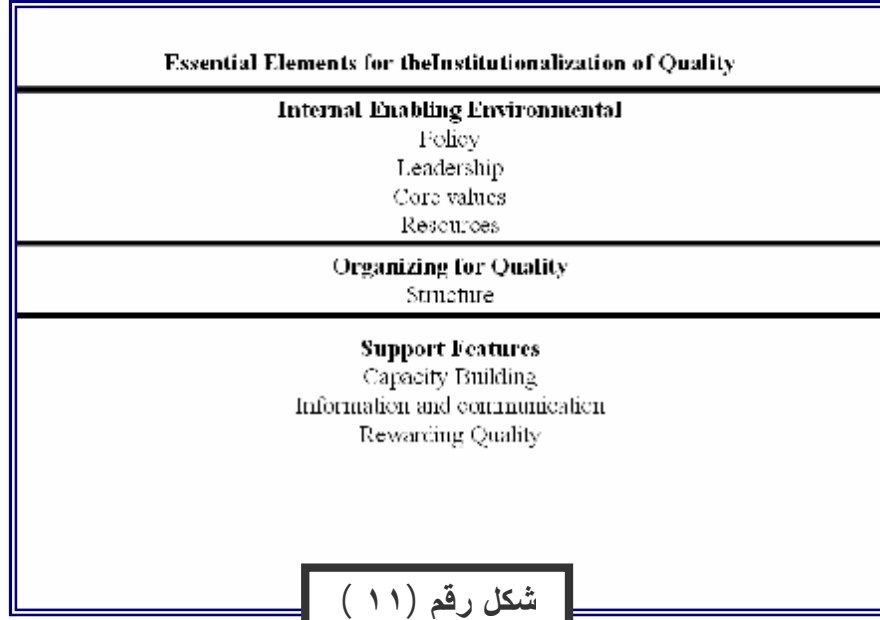
و تشكل العوامل الأربعة الأولى البيئة الداخلية و تفضي إلى المبادرة و التوسع و الاستمرارية في أنشطة الجودة داخل المنظمة، و تتألف هذه البيئة الداعمة من:

١. السياسات التي تدعم، ترشد و تعزز أنشطة الجودة.

٢. القيادة التي تحدد الأولويات، تحفز التعليم، و تحافظ على العاملين.

¹ -Gains, L. B," Policy Deployment:A Key to TQM Implementation" ASQC Quality Conference Transactions – Nashville, ., (1992) , pp.564-569

² - L.M. France, D.R. Silimperi, Tisna Veldhuyzen van Zanten, C. MacAulay, Karen Askou, Bruno Bouchet and Lani Marquer. Sustaining Quality of health care, September, 2002.



Source: Sustaining quality oh Healthcare: Institutionalization of quality Assurance , Quality Assurance Project , September 2002

- و يشير سينج و آخرون إلى أن أهم مسئوليات القيادة إذا ما أرادت أن تطبق الجودة بنجاح:
- أن تطور و توضح لفريق العمل رؤية حول الجودة مدعمة بقيم المنظمة و سياساتها بحيث يؤدي ذلك إلى تطوير المعايير و من ثم تحديد المصادر اللازمة للقيام بهذه الأنشطة.
 - أن تدافع باستمرار عن الجودة بين العاملين و فرق العمل و المسؤولين و أفراد المجتمع.
 - أن تخلق نوعاً من التعزيز بين الحديث عن الجودة و الأفعال التي تمارسها، لأن الحديث عن الجودة دون تعزيز ذلك بالفعل من شأنه أن يكون مؤشراً على أن الجودة ليست أولوية لدى القيادة.
 - ممارسة و نمذجة النقاط المحورية الأربعة للجودة و هي التركيز على الزبون، تطوير النظم و العمليات، تعزيز عملية اتخاذ القرار المستندة على البيانات، و تعزيز دور فرق العمل.
 - استخدام استراتيجيات إدارة التغيير للتقليل من المقاومة للتغيير.
 - توفير المصادر اللازمة لأنشطة التطوير و التحسين.
 - التأكد من أن كل المسؤولين التنفيذيين لديهم الخبرة و المعرفة العملية حول أساليب الجودة و أدواتها و كذلك التأكد من التزامهم بعملية التطبيق.
 - مساندة الأفراد و مساعدتهم لعمل التحسين.
 - التأكد من تطوير قدرات الأفراد على تطوير و تحسين أنشطة الجودة.

○ تخصيص الوقت اللازم للأفراد للمشاركة في أنشطة الجودة أو جعل أنشطة الجودة جزءاً من الوصف الوظيفي للأفراد.¹

٣. قيم المنظمة التي تشدد على الاحترام، الجودة و التحسين المستمر، و قد أشار كل من راين (١٩٩٨)، و ديمينج (١٩٨٢) إلى أهم القيم التي من شأنها التأثير بشكل حاسم في عملية مأسسة الجودة:

- فرق العمل.
- الثقة و الاحترام و التقدير.
- إتاحة المعلومات.
- المدخل النظامي.
- التعليم على مستوى المنظمة و الأفراد.
- التركيز على التمييز في خدمة المرضى.
- الإدارة بالابتكار.
- المسؤولية الاجتماعية.
- التركيز على النتائج.^٢

٤. المصادر الكافية المخصصة لتطبيق الجودة.

٥. أما العامل الخامس فيتعلق بهيكل المنظمة، فالتنظيم من أجل الجودة يرجع إلى تحديد المسؤوليات و ترسيم مسؤوليات تطبيق الجودة و الرقابة و التنسيق و تطبيق الأنشطة.

و تشير العوامل الثلاثة المتبقية إلى ثلاث وظائف تلعب دوراً حاسماً في أنشطة الجودة:

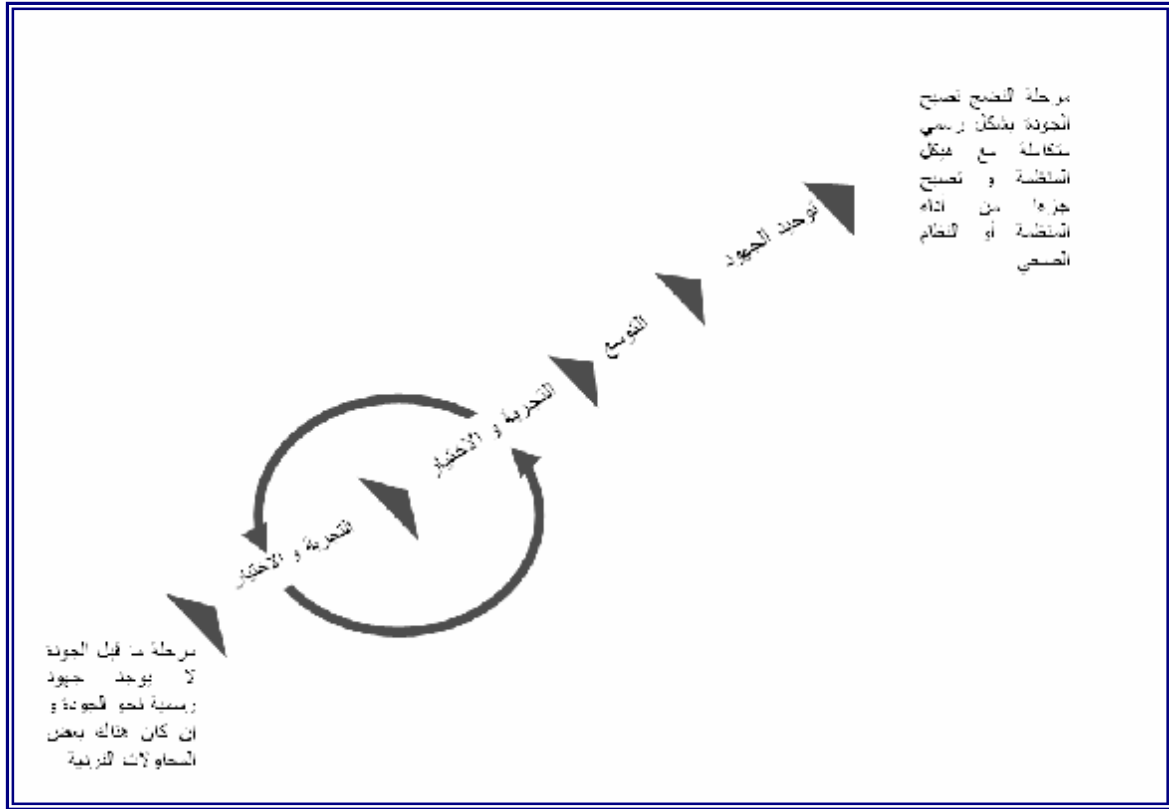
٦. بناء القدرات و يشمل ذلك المحافظة على العاملين، و تحسين نمط الإشراف و التدريب و التعليم المستمر لمقدمي الخدمة و المسؤولين.

٧. المعلومات و الاتصال من أجل المشاركة و التعلم و الدفاع من أجل الجودة.

٨. الثواب و الاعتراف بجهود الأفراد و الفرق الهادفة لتطبيق و استمرارية الجودة.^١

¹ Senge, P.M. A. Kleiner, C.Roberts, R.B.Ross and B.J.Smith.. The Fifth Discipline field book: Strategies and tools for Building a learning Organization, 1994, New York, NY: Doubleday.

² - Ryan, K., and D.K. Oestreich., Drining fear out of the work place: creating a high-trust, high performance organization, 2nd Edition 1998. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.



شكل رقم (١٢)

Source: Sustaining quality oh Healthcare: Institutionalization of quality Assurance , Quality Assurance Project , September 2002

إن مأسسة الجودة في الواقع هي عملية تتحرك المنظمة من خلالها باستمرار حتى يتم ارتباط الجودة بشكل كامل و متكامل مع هيكل المنظمة و أدائها. ويوضح الشكل (١١) كيف تبدأ هذه العملية بخلق الوعي و من ثم تجريب و اختبار الأنشطة و التوسع في هذه الأنشطة وصولاً إلى توحيد هذه الجهود التي من شأنها في النهاية تحقيق حالة متطورة و مؤسسة من الجودة. و عندها

تكون أنشطة الجودة قد وصلت إلى ما يمكن تسميته بمرحلة النضج و تصبح جزءاً متكاملًا من كافة العمليات اليومية في المؤسسة و على كافة المستويات، و تصبح قيم المنظمة و القيادة و السياسات فيها تعزز ثقافة الجودة و تعمل على استمرارها.

¹ Barker, J.A., leader shift: five lessons for leaders in the 21st Century, west Des Moines, IA: 1999 American Media INC.

ويشير الجدول التالي إلى أهم الخصائص و الاستراتيجيات في كل مرحلة بالإضافة إلى مؤشرات الاستعداد للتقدم:

جدول رقم (٩)

أهم الخصائص والإستراتيجيات في مراحل المأسسة

المرحلة	الخصائص المميزة للمرحلة	الاستراتيجيات أو الأنشطة المحتملة	مؤشرات الاستعداد للتقدم
١. الوعي/الإدراك	<ul style="list-style-type: none"> يصبح صناع القرار أكثر وعياً للحاجة إلى إدخال تحسينات في جودة الخدمة الصحية قائمة على أساس علمي منظم. 	<ul style="list-style-type: none"> إظهار الحاجة للتحسين (من خلال استخدام بيانات الجودة- مسوحات وأبحاث في المجتمع- الإعلام). خلق الوعي بالجودة على المستوى الرسمي وغير الرسمي فيما يتعلق بالمعايير. نشر مفاهيم بين جميع الأطراف ذات العلاقة حول عدم إمكانية تطبيق الجودة بدون تغيير. 	<ul style="list-style-type: none"> قرار مدروس من قبل المنظمة يوضع أن تحسين الجودة هو نظام عمل من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية.
٢. التجريب	<ul style="list-style-type: none"> تحاول المنظمة أساليب وأدوات تحسين الجودة وتتعلم وتوثق كل ما من شأنه تحسين جودة الخدمة الصحية. 	<ul style="list-style-type: none"> تطبيق تجارب وأنشطة بسيطة سهلة القياس. تطوير آلية أو نظام لنشر نتائج هذه الأنشطة والدروس المستفادة. 	<ul style="list-style-type: none"> القيادة تدعم وتتخذ القرارات الرسمية لتطوير استراتيجيات الجودة في المنظمة.
٣. التوسع	<ul style="list-style-type: none"> تتوسع المنظمة بشكل استراتيجي في درجة ومدى الأنشطة. تزيد المنظمة من طاقاتها الهادفة والمخصصة للتوسع في أنشطة الجودة. 	<ul style="list-style-type: none"> تطوير استراتيجيات توسعية فيما يتعلق بأنشطة الجودة (مثل تعريف الأولويات-وضع الأهداف- تخطيط علمية التطبيق). بناء القدرات وتطوير قيادة لأنشطة الجودة. المشاركة في النتائج والإبداعات. 	<ul style="list-style-type: none"> وجود تحسينات ظاهر وواضحة في الجودة كنتيجة للأنشطة التي تم تطبيقها. إجماع و اتفاق صناع القرار على ضرورة مواصلة استحقاقات الجودة.
٤. توحيد الجهود	<ul style="list-style-type: none"> تقوم المنظمة بشكل متزامن بتعزيز وترسيخ أنشطة الجودة كجزء من روتين العمل وفي نفس الوقت التركيز على الأنشطة المفقودة أو التي تتقدم ببطء. 	<ul style="list-style-type: none"> التعرف على العناصر المفقودة أو التي تتقدم ببطء في الأنشطة والفعاليات واتخاذ إجراءات تصحيحية. زيادة التنسيق بين الاستراتيجيات وفعاليات الجودة. دعم مأسسة بيئة تعليمية. 	<ul style="list-style-type: none"> تطبيق كامل لمجموعة متوازنة من الأنشطة والفعاليات بشكل متكامل مع كافة المسئوليات والروتين في المنظمة.

Source: Sustaining quality oh Healthcare: Institutionalization of quality Assurance , Quality Assurance Project , September 2002

• منهج الدراسة	الفصل الرابع
• مجتمع الدراسة	
• عينة الدراسة	الطريقة والإجراءات
• أداة الدراسة	
• المعالجات الإحصائية	

الفصل الرابع منهجية البحث والإجراءات

• مقدمة :

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك 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 يلي وصف لهذه الإجراءات.

• منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وذلك بهدف وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها.

• مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من ٥٢٤ موظفاً يعملون في ١٣ قسم (وهي الأقسام التي تم تطبيق أنشطة تحسين الجودة فيها) في أربع مستشفيات تتبع لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة حسب ما هو موضح في الجدول رقم (١٠). وقد تم اختيار العينة من هذه الأقسام لأنه تم تطبيق أنشطة الجودة فيها حيث كان مخططاً لها أن تكون أقساماً ريادية.

جدول رقم (١٠)

توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب الوظيفة ومكان العمل

المجموع	إداريين	فنيين	تمريض	أطباء	المستشفى
٣٧٦	٥	٥٠	١٨٧	١٣٤	مستشفى الشفاء
٦٨	١٨	١٥	١٩	١٦	مستشفى ناصر
٢٨	١١	٢	١٠	٥	مستشفى العيون
٥٢	٢	٥	٢٨	١٧	مستشفى النصر للأطفال
٥٢٤	٣٦	٧٢	٢٤٤	١٧٢	المجموع

المصدر: تقرير الإدارة العامة للمستشفيات

وتوضح الجداول التالية توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب الأقسام والمستشفيات :

جدول رقم (١١)

توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى الشفاء بغزة

المجموع	إداريين	فنيين	تمريض	أطباء	١ - مستشفى الشفاء بغزة
٩٧	٣	٠	٥٤	٤٠	قسم الباطنة
٢٢	٠	٢	٧	١٣	قسم جراحة الأطفال
١٢١	٢	٤	٨٣	٣٢	عمليات الولادة
٥٣	٠	٤٢	٠	١١	قسم الأشعة
٨٣	٠	٢	٤٣	٣٨	عمليات كبار
٣٧٦	٥	٥٠	١٨٧	١٣٤	المجموع

جدول رقم (١٢)

توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى ناصر بخانيونس

المجموع	إداريين	فنيين	تمريض	أطباء	٢ - مستشفى ناصر بخانيونس
١٨	١٨	٠	٠	٠	الخدمات الفندقية
٣٤	٠	٣	١٩	١٢	عمليات الولادة
١٦	٠	١٢	٠	٤	قسم الأشعة
٦٨	١٨	١٥	١٩	١٦	المجموع

جدول رقم (١٣)

توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى العيون بغزة

المجموع	إداريين	فنيين	تمريض	أطباء	٣ - مستشفى العيون بغزة
١٧	٠	٢	١٠	٥	عمليات العيون
١١	١١	٠	٠	٠	السجلات الطبية
٢٨	١١	٢	١٠	٥	المجموع

جدول رقم (١٤)

توزيع مفردات مجتمع الدراسة حسب التخصص في مستشفى الأطفال بغزة

المجموع	إداريين	فنيين	تمريض	أطباء	٤ - مستشفى الأطفال بغزة
٢٦	١	٠	١٧	٨	قسم الاستقبال
١٩	١	٠	١١	٧	قسم رقم ١
٧	٠	٥	٠	٢	قسم الأشعة
٥٢	٢	٥	٢٨	١٧	المجموع

• عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (١٤٩) موظفا من العاملين في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة تحسين الجودة بمستشفيات قطاع غزة وهي مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال ومستشفى العيون بغزة ومستشفى ناصر بخانيونس وجميعها تتبع لوزارة الصحة. وتشكل عينة الدراسة ما نسبته (٢٨,٤٣%) من أفراد المجتمع الأصلي.

وقد تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة باستخدام البطاقات حيث تراوحت النسبة المئوية للتمثيل بين ٢٠% و ١٠٠% حسب حجم المجتمع، وقد تم توزيع الإستبانات على أفراد العينة حسب ما هو موضح في الجدول رقم ١٥ الذي يوضح أيضا نسبة الاستجابة في كل مستشفى من المستشفيات التي شملتها الدراسة.

جدول رقم (١٥)

عدد أفراد العينة حسب المجتمع وكذلك نسبة الاستجابة

نسبة الاستجابة	عدد الإستبانات المستردة	عدد أفراد العينة	% للعينة	مجتمع الدراسة	
٧٧,٣%	٥٨	٧٥	٢٠%	٣٧٦	مستشفى الشفاء
٨٠%	١٦	٢٠	٣٠%	٦٨	مستشفى ناصر
٨٢,١٤%	٢٣	٢٨	١٠٠%	٢٨	مستشفى العيون
٨٤,٦١%	٢٢	٢٦	٥٠%	٥٢	مستشفى النصر للأطفال
٧٩,٨٦%	١١٩	١٤٩	٢٨,٤%	٥٢٤	المجموع

• أداة الدراسة:

بعد الاطلاع على ما تيسر للباحث مما كتب حول إدارة الجودة والمواضيع ذات العلاقة بالإضافة إلى العديد من الدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من العاملين في الأقسام المختلفة للمستشفيات الأربعة التي شملتها الدراسة عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قام الباحث ببناء الاستبانة وفق الخطوات الآتية:

- تحديد المجالات الرئيسية التي شملتها الاستبانة.
 - صياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.
 - إعداد الاستبانة في صورتها الأولية والتي شملت (٥١) فقرة.
 - عرض الاستبانة على (١٠) من المحكمين الإداريين بعضهم أعضاء هيئة تدريس في الجامعة الإسلامية، وكلية الصحة العامة في جامعة القدس، وجامعة الأزهر، والبعض الآخر يعملون في وزارة الصحة الفلسطينية والملحق رقم (٢) يبين أعضاء لجنة التحكيم.
- وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تم تجزئة بعض الفقرات إلى أكثر من فقرة لتسهيل التعامل معها بالإضافة إلى حذف فقرات وإضافة فقرات أخرى بدلا منها. كذلك تم تعديل صياغة بعض الفقرات، وقد بلغ عدد فقرات الاستبانة بعد صياغتها النهائية (٧٢) فقرة موزعة على خمسة مجالات، حيث أعطى لكل فقرة وزن مدرج وفق سلم متدرج خماسي حسب ما هو موضح في الجدول رقم (١٦) ، وذلك لمعرفة العوامل المؤثرة على استمرارية نشاطات تطوير الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين (٠-٤٧٦) درجة والملحق رقم (٤) يبين الاستبانة في صورتها النهائية.

جدول رقم (١٦)

درجات الإستبانة والمتوسطات والأوزان النسبية المعيارية

الاستجابة		معارض بشدة		معارض		محايد		موافق		موافق بشدة	
الدرجة		٠		١		٢		٣		٤	
المتوسط	٠	٠,٤٩٩	٠,٥	١,٤٩٩	١,٥	٢,٤٩٩	٢,٥	٣,٤٩٩	٣,٥	٤	٤
الوزن النسبي	٠	١٢,٤٧٥	١٢,٥	٣٧,٤٧٥	٣٧,٥	٦٢,٤٧٥	٦٢,٥	٨٧,٤٧٥	٨٧,٥	١٠٠	١٠٠

• صدق الاستبانة:

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين في العلوم الإدارية وممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة وبعضهم يعمل في المجال الصحي، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى كل مجال من المجالات الخمسة للاستبانة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ليصبح عدد فقرات (٧٢) فقرة موزعة كما في الجدول رقم (١٧):

جدول (١٧)

عدد فقرات الإستبانة حسب كل مجال من مجالاتها

عدد الفقرات	المجال
14	الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة
١٥	الحوافز المادية والمعنوية
١٧	التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
٩	فهم العاملين لفلسفة الجودة
١٧	مأسسة عمليات التطوير
٧٢	المجموع

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة بتطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (٤٠) فرداً، من خارج أفراد عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة وكذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) والجدول التالية توضح ذلك:

الجدول (١٨)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الأول مع الدرجة الكلية
" الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة "

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة الدلالة المعنوية	مستوى الدلالة
١.	يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.	0.603	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢.	تستخدم قوائم التقصي لتحديد المشاكل ومعالجتها.	0.748	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣.	تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.	0.637	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤.	يوجد في القسم دليل معتمد للمواصفات	0.681	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥.	مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	0.733	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦.	مواصفات إنجاز العمل يتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	0.620	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٧.	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.	0.694	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٨.	يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة	0.765	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٩.	هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل تقديم الخدمة.	0.839	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٠.	يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم	0.609	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١١.	يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج	0.851	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٢.	يتم إعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة	0.829	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٣.	يتم نشر نتائج تقارير العمل بشكل منتظم	0.799	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٤.	يتم استخدام نتائج التقارير في تطوير العمل	0.849	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٣

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٠٤

الجدول (١٩)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الثاني مع الدرجة الكلية

" الحوافز المادية والمعنوية "

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة الدلالة المعنوية	مستوى الدلالة
١٥.	أقاضي راتباً مناسباً لما أقوم به من عملي الأساسي	0.503	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٦.	أحصل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم	0.685	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٧.	أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أحصل عليها.	0.612	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٨.	تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي.	0.704	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
١٩.	تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء.	0.712	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٠.	أقاضي مكافآت مادية مناسبة عن عملي الإضافي ضمن فرق تطوير الجودة	0.729	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢١.	تتم الترقية في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.	0.713	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٢.	يسهم العمل الذي أقوم به في تقدمي الوظيفي.	0.774	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٣.	غالباً ما أشارك في اتخاذ القرارات.	0.664	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٤.	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.	0.723	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٥.	تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.	0.499	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٦.	أشعر بالرضا تجاه قيامي بعملي.	0.593	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٧.	أشعر بالتطور و زيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملي.	0.648	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٨.	أشعر بأن عملي ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية	0.675	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٢٩.	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير عن عملي في فرق تطوير الجودة	0.550	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٣

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٠٤

الجدول (٢٠)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الثالث مع الدرجة الكلية
"التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير"

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة الدلالة المعنوية	مستوى الدلالة
٣٠.	تعتبر الإدارة الجودة شعاراً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار .	0.771	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣١.	تعتمد الإدارة سياسة واضحة بأهداف محددة حول الجودة	0.799	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٢.	تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة .	0.808	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٣.	تؤكد الإدارة دائماً أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها	0.523	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٤.	تقدم الإدارة الدعم المالي المادي و المعنوي اللازم لفرق المعايرة	0.737	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٥.	تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات و تحرص على قياس نجاحها.	0.743	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٦.	تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في مؤسسات مشابهة.	0.751	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٧.	تعتقد الإدارة العليا أن تطبيق الجودة الشاملة هو وصفة علاجية لتحسين وضمان نجاحها.	0.778	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٨.	تحرص الإدارة على إزالة الحواجز من طريق الإبداع	0.840	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٣٩.	تحرص الإدارة على التواصل المستمر مع العاملين وتسهل وصول الموظفين إليها	0.644	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٠.	تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي.	0.778	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤١.	تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.	0.810	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٢.	تحرص الإدارة على متابعة نتائج أعمال و توصيات فرق العمل.	0.824	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٣.	تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهدا طويل الأمد بالتطوير	0.876	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٤.	تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين	0.758	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٥.	تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدير جهود التطوير والتحسين	0.861	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٦.	تحرص الإدارة على إظهار تقديرها لجهود التطوير والتحسين	0.817	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٣

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٠٤

الجدول (٢١)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الرابع "فهم العاملين لفلسفة الجودة" مع الدرجة الكلية له

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة الدلالة المعنوية	مستوى الدلالة
٤٧.	أعتقد أن الجودة ملموسة و قابلة للقياس	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٨.	أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٤٩.	لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٠.	أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥١.	أعتقد أن الجودة تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية	0.562	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٢.	أرى أن الجودة لا تصدر عن دائرة متخصصة فقط	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٣.	أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن تتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط.	0.670	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٤.	أعتقد أن الأفراد العاملين في القسم يمكنهم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.	0.664	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٥.	أعتقد أن الجودة يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة	0.969	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٣

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٠٤

الجدول (٢٢)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المجال الخامس "مأسسة عمليات التطوير" مع الدرجة الكلية له

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة الدلالة المعنوية	مستوى الدلالة
٥٦.	تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	0.781	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٧.	تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة	0.818	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٨.	تكرس الإدارة المصادر اللازمة لأنشطة تطبيق الجودة	0.743	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٥٩.	تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة.	0.740	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٠.	هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير	0.771	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦١.	أهداف التطوير معروفة لدى جميع العاملين	0.671	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٢.	هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم	0.771	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٣.	تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم	0.781	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٤.	تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر	0.860	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٥.	تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر	0.820	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٦.	تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر	0.753	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٧.	يتم إجراء تقييم شامل لكافة مراحل تقديم الخدمة	0.832	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٨.	تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الداخلية والخارجية بشكل مستمر	0.768	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٦٩.	يتم استقصاء آراء المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم	0.802	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٧٠.	يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير	0.849	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٧١.	يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تدريب	0.859	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
٧٢.	يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	0.661	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٣

ر الجدولية عند درجة حرية (٣٨) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,٣٠٤

يتضح من الجداول السابقة أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١ ، ٠,٠٥) وهذا يؤكد أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ثبات الاستبانة:

تم تقدير ثبات الاستبانة على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام طريقتي معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

١- طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات الاستبانة بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون والجدول (٢٣) يوضح ذلك:

الجدول (٢٣)

يوضح معاملات الارتباط بين نصفي كل مجال من مجالات الاستبانة

وكذلك الاستبانة ككل قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل

معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط قبل التعديل	عدد الفقرات	المجال
٠,٨٧٠	٠,٧٦٩	14	الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة
٠,٧٢٥	٠,٥٦٩	١٥	الحوافز المادية والمعنوية
٠,٨٨١	٠,٨٠٠	١٧	التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
٠,٩٥٦	٠,٩١٦	٩	فهم العاملين لفلسفة الجودة
٠,٨٩٣	٠,٨٠٦	١٧	مأسسة عمليات التطوير
٠,٨٨٣	٠,٧٩٠	٧٢	المجموع

* تم استخدام معامل جتمان لأن النصفين غير متساويين.

يتضح من الجدول (٢٣) أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد التعديل جميعها فوق (٠,٧٢٥) وأن معامل الثبات الكلي (٠,٨٨٣) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية جدا من الثبات تظمن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٢- طريقة ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، وذلك لإيجاد معامل ثبات الاستبانة، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك للاستبانة ككل والجدول (٢٤) يوضح ذلك:

الجدول (٢٤)

معاملات ألفا كرونباخ لكل مجال من مجالات الاستبانة

وكذلك للاستبانة ككل

معامل الفا كرونباخ	عدد الفقرات	المجال
٠,٩٣٤	14	الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة
٠,٩٠٣	١٥	الحوافز المادية والمعنوية
٠,٩٥٨	١٧	التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
٠,٩٥٤	٩	فهم العاملين لفلسفة الجودة
٠,٩٥٩	١٧	مأسسة عمليات التطوير
٠,٩٧٤	٧٢	المجموع

يتضح من الجدول (٢٤) أن معاملات ألفا كرونباخ جميعها فوق (٠,٩٠٣) وأن معامل الثبات الكلي (٠,٩٧٤) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

• الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

إعتمد الباحث في هذه الدراسة على الإختبارات البارامترية واللابارمترية، حيث يستخدم الإحصاء البارامتري لتحديد مواصفات عينة ما أو عينات محددة مشتقة من مجتمع إحصائي أو أكثر، وذلك من أجل التوصل إلي نتائج حول طبيعة المجتمع الأصلي وخصائصهن بمعنى تقدير معالم المجتمع الحقيقي ومعرفة نوعه، كما أن البيانات والمعلومات المشتقة ينبغي أن تكون موزعة توزيعا اعتداليا بحيث يكون لها تباين المجتمع، وتقاس على الأقل تحت مستوى الفترة ويسمى كذلك بالإحصاء المعلمي . ويستخدم الإحصاء البارامتري المعلمي عندما يكون هناك سلما متدرجا في الإستبانة وعندما تكون هناك درجة معينة للفقرات والأبعاد، ونستطيع من خلال الإستبانة التعرف إلي أراء افراد العينة التي تكون

معبرة عن آراء المجتمع، ومن خلال الإستجابات نستطيع حساب مقاييس النزعة المركزية، والتباين لكل فقرة من فقرات الإستبانة وأبعادها، ومعرفة اعتدالية توزيع البيانات لكل فقرة من فقرات الاستبانة^١ ، ولقد استخدم الباحث الإختبارات البارمترية التالية:

- التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية
- تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA (1 × 2)، ثم تلى ذلك اختبار شيفيه " sheffe" لإيجاد الفروق بين المتوسطات.
- لإيجاد صدق الاتساق الداخلي للاستبانة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون "pearson".
- لإيجاد معامل ثبات الاستبانة تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ.

أما الإحصاء اللابارمترى فيستخدم عند المقارنة بين الإستجابات ، ومن الإختبارات المستخدمة في هذه الدراسة إختبار كاي^٢.

^١عزو عفانة، الإحصاء التربوي، الجزء الثاني، الإحصاء الاستدلالي، الطبعة الأولى، الجامعة الإسلامية، ١٩٩٨

الفصل الخامس

- الإجابة على السؤال الأول ومناقشته
- الإجابة على السؤال الثاني ومناقشته
- الإجابة على السؤال الثالث ومناقشته
- الإجابة على السؤال الرابع ومناقشته
- الإجابة على السؤال الخامس ومناقشته
- التحقق من صحة الفرض الأول
- التحقق من صحة الفرض الثاني
- التحقق من صحة الفرض الثالث
- التحقق من صحة الفرض الرابع
- التحقق من صحة الفرض الخامس

التحليل والمناقشة واختبار الفروض

الفصل الخامس

التحليل والمناقشة واختبار الفروض

• الإجابة على السؤال الأول من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على: ما درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟ وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول (٢٥) يوضح ذلك:

الجدول (٢٥)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
١	يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.	العدد	9	8	15	60	27	1.116	68.487	3	1
		%	7.56	6.72	12.61	50.42	22.69				
٢	تستخدم قوائم التقصي لتحديد المشاكل ومعالجتها.	العدد	9	16	17	60	17	1.127	62.605	7	3
		%	7.56	13.4	14.29	50.42	14.29				
٣	تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.	العدد	11	19	19	49	21	1.218	60.504	9	4
		%	9.24	16	15.97	41.18	17.65				
٤	يوجد في القسم دليل معتمد للمواصفات	العدد	11	32	24	31	21	1.262	53.992	29	13
		%	9.24	26.9	20.17	26.05	17.65				
٥	مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	العدد	13	26	16	49	15	1.238	55.672	21	9
		%	10.9	21.8	13.45	41.18	12.61				
٦	مواصفات إنجاز العمل يتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	العدد	14	22	19	52	12	1.208	55.462	23	10
		%	11.8	18.5	15.97	43.7	10.08				
٧	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.	العدد	14	24	28	29	24	1.301	55.252	24	11
		%	11.8	20.2	23.53	24.37	20.17				
٨	يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة	العدد	20	15	27	40	17	1.302	53.992	30	14
		%	16.8	12.6	22.69	33.61	14.29				

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
٩	هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل تقديم الخدمة.	العدد	17	19	18	45	270	2.269	1.313	56.723	18	8
		%	14.3	16	15.13	37.82						
١٠	يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم	العدد	10	16	11	55	311	2.613	1.215	65.336	5	2
		%	8.4	13.4	9.244	46.22						
١١	يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج	العدد	18	11	24	45	278	2.336	1.297	58.403	14	5
		%	15.1	9.24	20.17	37.82						
١٢	يتم إعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة	العدد	14	15	21	55	278	2.336	1.195	58.403	13	6
		%	11.8	12.6	17.65	46.22						
١٣	يتم نشر نتائج تقارير العمل بشكل منتظم	العدد	18	20	17	52	258	2.168	1.264	54.202	27	12
		%	15.1	16.8	14.29	43.7						
١٤	يتم استخدام نتائج التقارير في تطوير العمل	العدد	19	17	15	42	277	2.328	1.385	58.193	16	7
		%	16	14.3	12.61	35.29						
		المجموع										
							3890	32.68	13.77	58.373		

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

– الفقرة (رقم ١) والمتعلقة ب " يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي " قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (٢٢,٦٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٥٠,٤٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٢,٦١%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (٦,٧٢%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٧,٥٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٧٣٩)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٨,٤٨٧).

– الفقرة (رقم ١٠) والمتعلقة ب " يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم " قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (٢٢,٦٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٦,٢٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (٩,٢٤٤%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (١٣,٤%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٨,٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٦١٣)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٦٥,٣٣٦).

- الفقرة (رقم ٢) والمتعلقة ب " تستخدم قوائم التقصي لتحديد المشاكل ومعالجتها " قد أظهرت أن نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة هي (١٤,٢٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٥٠,٤٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالحايدة (١٤,٢٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (١٣,٤%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٧,٥٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٥٠٤)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٦٢,٦٠٥).

- الفقرة (رقم ٣) والمتعلقة ب " تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها " قد أظهرت أن الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة يشكلون نسبة (١٧,٦٥%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤١,١٨%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالحايدة (١٥,٩٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (١٦%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٩,٢٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٤٢٠)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٦٠,٥٠٤).

- الفقرة (رقم ١١) والمتعلقة ب " يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج " قد أظهرت أن نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٧,٦٥%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٧,٨٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالحايدة (٢٠,١٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فيشكلون نسبة (٩,٢٤%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٥,١%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٣٣٦)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (٥٨,٤٠٣). ويشكل الوزن النسبي لهذه الفقرات الخمسة الأولى ما قيمته (٦٣,٠٦٧) وهي نسبة متدنية.

- وبناء على ما سبق فإن النتائج السابقة تشير إلي تدني درجة تصنيف البيانات بشكل إحصائي وإعداد تقارير العمل بشكل منتظم واستخدام قوائم التقصي لحل المشاكل واستخدام المخططات لتحديد المشاكل ومعالجتها وتحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة الجودة الشاملة وحيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٦٣,٠٦٧%). وتعتبر هذه الفقرات من أهم مؤشرات استخدام الأسلوب العلمي في مراقبة العمل وقياس الناتج.

- أما باقي الفقرات فقد حققت نتائج متدنية على نحو أكبر فيما يتعلق بتعديل مواصفات العمل حسبما يتم على أرض الواقع و تحديد المواصفات حسب المتطلبات والإصدارات

العالمية و نشر نتائج تقارير العمل بشكل منظم وفيما يتعلق بوجود نظام ضبط للجودة وكذلك وجود دليل معتمد للمواصفات في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة الجودة الشاملة حيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٥٥,٠٥٦%). وتجمع كافة أدبيات إدارة الجودة على ضرورة الاعتماد على الأساليب المشار إليها خاصة عندما يتعلق الأمر باستخدام أساليب قياس مؤشرات تحسين الجودة.

وعليه فإنه من الملاحظ أن درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة في الأقسام ذات العلاقة ضعيفة ومتدنية بشكل ملحوظ حيث بلغ متوسط الالتزام بشكل عام (٥٨,٣٧٣%) وهي درجة غير كافية وتعكس ضعفا واضحا فيما يتعلق بتصنيف ومعالجة البيانات والاستفادة من التقارير وطريقة متابعة وحل المشاكل بالإضافة إلي ضعف الموارد الإرشادية والأدلة الخاصة بتطبيق وتحسين الجودة. ويعتبر غياب الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين من أهم المعوقات التي تحول دون نجاح واستمرارية تطبيق أنشطة الجودة في أي مؤسسة، وقد خلصت الباحثة أفنان عبد اللطيف إلي نتيجة مشابهة تمثلت بوجود دلالة هامة استنتجت من خلالها أن عدم استخدام الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات يشكل أحد عوائق تطبيق الجودة، وأوصت بضرورة بناء قاعدة بيانات متعلقة بالأساليب الكمية وبيانات الجودة وتوكيدها وتطوير الأدوات لتخدم أغراض التحسين^١.

كما خلصت الباحثة حنان الأحمد في دراستها إلي ضرورة إدخال مهارات معينة ومن أهمها التعامل الإحصائي مع البيانات في برامج التدريب المقررة للأطباء وغيرهم من العاملين في القطاع الصحي من أجل ضمان استمرارية تطبيق مفهوم التحسين المستمر للجودة^٢.

وقد أكد أوكلاند على ضرورة استخدام الأساليب الإحصائية لضمان استمرارية عملية التطبيق حيث أوضح أنه يجب أن يكون معلوما للإدارة والعاملين على حد سواء النقاط الأربعة التالية: لماذا نقيس؟ ماذا نقيس؟ إلي أين نقيس؟ كيف نقيس؟ . وقد بين أن من أهم الأسباب التي تدعو إلي القياس هو تمكين الإدارة من وضع أهداف والتوافق معها وتزويد العاملين برؤية واضحة تمكنهم من مراقبة أدائهم بالإضافة إلي تسليط الضوء على مشاكل الجودة ومقدار تكلفتها^٣. وقد أشارت "الشريف" إلي عدم فاعلية الأساليب المستخدمة في قياس مؤشرات العمل في المؤسسات الصحية بشكل عام، وأن القياس يتم على أساس تقارير روتينية ولا تستخدم في

¹ أفنان عبد اللطيف، مرجع سابق

² حنان الأحمد، مرجع سابق

³ John S. Okland, Ibid.

صنع القرار. ويرجع ذلك لعدم وجود مؤشرات صحية واضحة. وترى بأنه لابد من وجود مؤشرات تنفيذية على مستوى الوحدات والأقسام تمكن العاملين من مراقبة وتحسين عملهم.^١ ويساعد نظام القياس القائم على الأساليب العلمية أي مؤسسة تسعى إلي النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وقد كتب جوران " طالما وضعنا نظاما للقياس، فقد أصبح لدينا لغة عامة أو مترية. ونستطيع استخدام تلك اللغة لمساعدتنا في كل خطوة".^٢ ويرجع " إسماعيل" تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة إلي عدة عوامل أهمها:

١. الافتقار إلي وجود معايير متفق عليها بحيث يمكن استخدامها بشكل منتظم في جميع القطاعات.

٢. افتقار العاملين في هذه القطاعات إلي مهارات التفكير والتحليل الإحصائي، وهو ما يتطلب إعادة النظر في آليات التدريب المتبعة.

٣. الافتقار إلي الأدوات اللازمة من برمجيات ونظم معلومات، وعدم إتاحة المعلومات ونتائج التقارير.^٣

ويشدد بتالدين على ضرورة وأهمية أن تتعلم الإدارة معنى التفكير الإحصائي وكيف تتحدث بلغة الأرقام والحقائق وأن تستبعد العمل القائم على التخمين من عملية اتخاذ القرار وكيف تقلل من الانحرافات والتعقيدات التي لا تلزم لعمليات اتخاذ القرار وأن تستخدم الوسائل العلمية (مثل مخطط السبب والنتيجة، ومخطط بيرتو، والمخطط التاريخي ومخطط الانتشار ومخطط تدفق العمليات ومخطط الاتجاه ومخطط الرقابة)، وأن تعرف كيف تستفيد من نتائج استخدام هذه النماذج في اتخاذ القرار الإداري المناسب.^٤

¹ - لبنى الشريف، خبيرة الجودة بمشروع تطوير الجودة في وزارة الصحة الفلسطينية، مقابلة في مكتبها، بتاريخ ٢٠٠٤/٦/٨ ، الساعة ١١ صباحا.

² - إدارة الجودة الشاملة / ترجمة حسين حسنين/ مرجع سابق ، ص ٢٣٠

³ -د. مقال إسماعيل، مقابلة شخصية بمكتبه بدائرة التخطيط والتطوير التابعة للإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية، في الساعة الحدية عشرة من صبيحة يوم السبت الموافق ٢٠٠٤/٦/٥.

⁴ Batalden, P., " Quality Improvement: The Role and Application of Research Methods", The Journal of Health Administration Education, Vol.7,No.3, (1989) pp 577-583

• الإجابة على السؤال الثاني من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على: ما واقع استخدام الحوافز المادية والمعنوية في نشاطات تطوير الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟
وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول (٢٦) يوضح ذلك:

الجدول (٢٦)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال الحوافز المادية والمعنوية

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
15	اتفاضى راتبنا مناسباً لما أقوم به من عملي الأساسي	العدد	15	29	14	43	258	2.168	1.304	54.202	28	6
	%	12.6	24.4	11.76	36.13	15.13						
١٦	أحصل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم	العدد	21	24	19	39	243	2.042	1.337	51.050	43	8
	%	17.6	20.2	15.97	32.77	13.45						
١٧	أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أحصل عليها.	العدد	22	44	12	28	204	1.714	1.309	42.857	62	10
	%	18.5	37	10.08	23.53	10.92						
١٨	تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي.	العدد	48	33	7	16	155	1.303	1.435	32.563	70	14
	%	40.3	27.7	5.882	13.45	12.61						
١٩	تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء.	العدد	57	25	7	14	145	1.218	1.480	30.462	72	15
	%	47.9	21	5.882	11.76	13.45						
٢٠	أتقاضى مكافآت مادية مناسبة عن عملي الإضافي ضمن فرق تطوير الجودة	العدد	44	29	14	20	165	1.387	1.391	34.664	69	13
	%	37	24.4	11.76	16.81	10.08						

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
٢١	تتم الترقية في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.	العدد	32	27	18	20	211	1.773	1.475	44.328	61	9
		%	26.9	22.7	15.13	16.81						
٢٢	يسهم العمل الذي أقوم به في تقدمي الوظيفي.	العدد	11	27	14	45	278	2.336	1.271	58.403	12	4
		%	9.24	22.7	11.76	37.82						
٢٣	غالباً ما أشارك في اتخاذ القرارات.	العدد	13	25	19	46	265	2.227	1.238	55.672	22	5
		%	10.9	21	15.97	38.66						
٢٤	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.	العدد	33	32	20	22	186	1.563	1.338	39.076	64	11
		%	27.7	26.9	16.81	18.49						
٢٥	تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.	العدد	18	24	27	32	246	2.067	1.300	51.681	39	7
		%	15.1	20.2	22.69	26.89						
٢٦	أشعر بالرضا تجاه قياي عملي.	العدد	5	6	17	49	355	2.983	1.041	74.580	1	1
		%	4.2	5.04	14.29	41.18						
٢٧	أشعر بالتطور و زيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملي.	العدد	6	10	17	54	334	2.807	1.084	70.168	2	2
		%	5.04	8.4	14.29	45.38						
٢٨	أشعر بأن عملي ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية	العدد	8	15	27	49	296	2.487	1.119	62.185	8	3
		%	6.72	12.6	22.69	41.18						
٢٩	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر والتقدير عن عملي في فرق تطوير الجودة	العدد	34	27	28	18	185	1.555	1.319	38.866	66	12
		%	28.6	22.7	23.53	15.13						

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم ٢٦) والمتعلقة ب " أشعر بالرضا تجاه قياي عملي " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٣٥,٢٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤١,١٨%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٤,٢٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانت نسبتهم (٥,٠٤%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٤,٢%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٩٨٣)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٧٤,٥٨٠).

- الفقرة (رقم ٢٧) والمتعلقة ب " أشعر بالتطور وزيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملتي " حيث بلغت نسبة أفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٢٦,٨٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٥,٣٨%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٤,٢٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٨,٤%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٥,٠٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٨٠٧)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٧٠,١٦٨).

- الفقرة (رقم ٢٨) والمتعلقة ب " أشعر بأن عملي ضمن فريق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية " قد أظهرت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٦,٨١%)، وبلغت نسبة أجابوا بالموافقة (٤١,١٨%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (٢٢,٦٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٢,٦%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٦,٧٢%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٤٨٧)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٦٢,١٨٥).

- الفقرة (رقم ٢٢) والمتعلقة ب " يسهم العمل الذي أقوم به في تقديمي الوظيفي " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٨,٤٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٧,٨٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١١,٧٦%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانت نسبتهم (٢٢,٧%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٩,٢٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٣٣٦)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٥٨,٤٠٣).

- الفقرة (رقم ٢٣) والمتعلقة ب " غالبا ما أشرك في اتخاذ القرارات " فقد بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٣,٤٥%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٨,٦٦%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٥,٩٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانت نسبتهم (٩,٢١%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٠,٩%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٢٢٧)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (٥٥,٦٧٢).

- وبناء على ما سبق فإن النتائج السابقة تشير إلي أن درجة الشعور بالرضا تجاه العمل بشكل عام جيدة وكذلك درجة الشعور بالتطور وزيادة المهارات أثناء ممارسة العمل في حين تدنت درجة الشعور بجدوى العمل ضمن فريق تطوير الجودة من ناحية المكانة الوظيفية وتدنت درجة الاعتقاد بمساهمة العمل الحالي في التقدم الوظيفي وأخيرا دلت النتائج على

ضعف المشاركة في اتخاذ القرارات في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة الجودة الشاملة حيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٦٤,٢٠%)، وهو ما يظهر وجود مشكلة حقيقية في واقع الحوافز المادية والمعنوية المستخدمة. ويرى الباحث أن الفقرات الأولى والثانية والتي أعطت مؤشرات جيدة تشير إلي قناعات شخصية أكثر من كونها مؤشرات تنظيمية ، فالأفراد راضون عما يقومون به من عمل لما يحققه لهم هذا العمل من حاجات أساسية خاصة في ظل المنافسة الشديدة على الوظائف نظرا لمحدودية الفرص في هذا القطاع أما باقي الفقرات فقد أشارت إلي نسب متدنية على نحو أكبر في درجة استخدام الحوافز المادية والمعنوية والتي لا تقل أهمية عن الحوافز الخمسة الأولى بشكل عام وفي نشاطات تطوير الجودة الشاملة بشكل خاص، حيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٤١,٧٧%).

وعليه فإنه من الملاحظ أن درجة استخدام الحوافز المادية والمعنوية لدعم أنشطة تحسين الجودة في الأقسام ذات العلاقة بشكل خاص ضعيفة ومتدنية ويمكن القول أنها ضعيفة بشكل عام أيضا حيث بلغ متوسط الدلالة على واقع الحوافز بشكل عام (٤٩,٣٨%) وهي درجة غير كافية وتعكس ضعفا واضحا فيما يتعلق باستخدام الحوافز المادية والمعنوية سواء بشكل عام أو لدعم أنشطة تحسين الجودة. وهذا يتنافى مع ما عرف عن حاجة الأفراد وخاصة أولئك الذين يعملون في فرق تحسين الجودة إلي إظهار وتقدير مجهوداتهم وإنجازاتهم على أنها مجهودات هامة للمنظمة والمجتمع الذي تخدمه المنظمة على حد سواء.

ولا تتفق الإدارة العامة للمستشفيات كثيرا مع هذه النتيجة وتتنظر إليها على أنها وجهة نظر أكثر من كونها حقيقة، ويشير "إسماعيل" إلي أن هناك الكثير من الحوافز كالساعات الإضافية والمواصلات الغير ثابتة وبدلات المهام الخاصة وتقديم الوجبات الغذائية من مطابخ المستشفيات والإبتعاث للدراسة و للدورات والمؤتمرات الدولية. إلا أن استخدام هذه الحوافز بشكل روتيني يوقع في روع العاملين أنها أصبحت حق وبالتالي تفقد تأثيرها الحفزي. ويقر (إسماعيل) بوجود حالات سوء استخدام لهذه الحوافز بحيث يتم التركيز على قطاع معين دون غيره مما يولد شعورا بالتهميش لدى القطاعات الأخرى^١. في حين ترى " الشريف " بأنه لا بد من إعادة النظر في نظام الحوافز المعمول به، وترى أنه لا يوجد علاوات استثنائية تميز بين الجهود العادية والجهود المميزة للعاملين.^٢

^١ د. مقال إسماعيل، مرجع سابق

^٢ لبنى الشريف، مرجع سابق

ويرى الباحث أن هذا الاختلاف في وجهات النظر لا يقلل بأي حال من الأحوال من أهمية الحوافز ودرجة تأثيرها على العاملين. وقد خلصت الباحثة "حنان دياب" إلى أن حجم العمل ونظام الحوافز والمكافآت تؤثر على درجة الرضا بين أطباء الأسنان وأوصت بضرورة تحسين نظام الحوافز وإشراك الأطباء في اتخاذ القرارات.^١

كما خلص "أبو ليلي" إلى أن عدم القدرة على توفير نظام مكافآت وتقدير لإنجازات الأفراد، يعتبر واحدا من أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة^٢. وقد أوصت الباحثة "سهى هريش" بضرورة تدريب العنصر البشري وإقناع مديري الشركات بأن التدريب يعتبر حافزا مقدما للأفراد^٣. فيما أوصى هيجان بضرورة قيام المؤسسة بتوفير الحوافز المادية والمعنوية للأفراد لضمان تفعيل مشاركتهم^٤.

ويقول "دونالد بيرويك" وهو محكم سابق في لجنة جائزة بالتدريج، إن المكافآت والتقدير لن تنتج الجودة الشاملة ولكن انعدامها يمكن أن ينتج العكس: التآكل الثابت لإيمان الموظف في القيمة الحقيقية للجودة ومساهمته في تحسينها^٥.

ويعتقد سيتوارت أنه لإنجاح عملية التغيير فإنه من الضروري منح الأفراد جزء من المسؤولية في المنطقة التي يشعرون فيها بأنهم يستطيعون التحكم والتأثير بكفاءة، ومن الأفضل أن يكونوا قادرين على تحديد ما يمكن أن يحدث^٦.

ويرى باركر أن الثواب والاعتراف بجهود الأفراد والفرق الهادفة لتطبيق واستمرارية الجودة يشكل واحدا من ثمانية عوامل أساسية لمأسسة الجودة^٧.

ويؤكد دوبينز الحاجة إلى ضرورة التنوع في الحوافز فيقول أن الناس يستجيبون بأشكال مختلفة نظرا لاختلاف حاجاتهم، ومع ذلك فهو يرى أن الناس جميعا متشابهون إلى حد كبير من حيث حبهم لتلقي التقدير. فكل شخص خليط من دوافع ومحركات خارجية وداخلية، وهو توازن لمقابلة كل احتياجاتهم ليشعروا بالرضا عما يفعله وليعرفوا أن الآخرين راضون عنهم^٨.

^١ حنان دياب، مرجع سابق

^٢ أبو ليلي، مرجع سابق

^٣ سهى هريش، مرجع سابق

^٤ عبد الرحمن هيجان، مرجع سابق.

^٥ إدارة الجودة الشاملة ، مرجع سابق ص ١٣٤.

^٦ - نهاية التلثاني، مرجع سابق

^٧ - Barker, J.A, Leader shift: five lessons for leaders in the 21st century, West Des Moines, IA: American Media INC, .1999

^٨ - إدارة الجودة: التقدم والحكمة وفلسفة ديمنج، لويد دوبينز وكليبر كراوفورد ماسون، ترجمة حسين عبد الواحد، القاهرة:

ويرى عقيلي أن من أهم معوقات تطبيق الجودة في القطاع الحكومي يتمثل في ضعف مستوى التحفيز في المنظمات الحكومية، الملكية العامة والموارد المالية المحدودة ومعايير التصرف المقيدة باللوائح والقوانين كل هذه الأمور تؤدي إلي عدم وجود سياسات حفز فاعلة وإن وجدت فهي ضعيفة وغير مؤثرة، وهو ما يؤدي بدوره إلي ضعف الانتماء وقلة الاهتمام لدى العنصر البشري في المنظمة، والذي يشكل العمود الفقري لأي عملية داخل المنظمة^١.

وخلاصة القول أن الاعتراف بمجهودات الأفراد والجماعات من شأنه أن يعزز اهتمامهم بأنشطة الجودة ويساعد على دمج قيم الأفراد مع قيم المنظمة فيما يتعلق بالتوجه نحو تحسين الجودة واستمرار أنشطتها.

• الإجابة على السؤال الثالث من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على: ما درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟
وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول (٢٧) يوضح ذلك:

٢- عمر وصفي عقيلي ، مرجع سابق

الجدول (٢٧)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير

الترتيب في البعد	الترتيب في الاستبانة	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض	أعارض بشدة	الفقرة	
3	20	56.303	1.316	2.252	268	25	33	21	27	13	العدد	٣٠
						21.01	27.73	17.65	22.7	10.9	%	
13	46	50.840	1.193	2.034	242	14	33	26	35	11	العدد	٣١
						11.76	27.73	21.85	29.4	9.24	%	
9	40	51.471	1.223	2.059	245	14	36	26	29	14	العدد	٣٢
						11.76	30.25	21.85	24.4	11.8	%	
1	11	58.824	1.279	2.353	280	24	39	25	17	14	العدد	٣٣
						20.17	32.77	21.01	14.3	11.8	%	
17	59	46.429	1.237	1.857	221	10	31	32	24	22	العدد	٣٤
						8.403	26.05	26.89	20.2	18.5	%	
11	44	51.050	1.291	2.042	243	14	39	24	22	20	العدد	٣٥
						11.76	32.77	20.17	18.5	16.8	%	
15	49	49.370	1.238	1.975	235	9	43	22	26	19	العدد	٣٦
						7.563	36.13	18.49	21.8	16	%	
8	37	52.521	1.238	2.101	250	15	36	30	22	16	العدد	٣٧
						12.61	30.25	25.21	18.5	13.4	%	
16	52	48.739	1.320	1.950	232	14	35	24	23	23	العدد	٣٨
						11.76	29.41	20.17	19.3	19.3	%	

الترتيب في البعد	الترتيب في الاستبانة	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض	أعارض بشدة	الفقرة
7	36	52.731	1.261	2.109	251	14	43	20	26	16	تحرص الإدارة على التواصل المستمر مع العاملين وتسهيل وصول الموظفين إليها
						11.76	36.13	16.81	21.8	13.4	
5	33	53.151	1.225	2.126	253	13	42	27	21	16	تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي.
						10.92	35.29	22.69	17.6	13.4	
12	45	51.050	1.245	2.042	243	13	38	26	25	17	تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.
						10.92	31.93	21.85	21	14.3	
10	42	51.261	1.192	2.050	244	10	42	26	26	15	تحرص الإدارة على متابعة نتائج أعمال و توصيات فرق العمل.
						8.403	35.29	21.85	21.8	12.6	
14	47	49.790	1.285	1.992	237	13	38	23	25	20	تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهدا طويل الأمد بالتطوير
						10.92	31.93	19.33	21	16.8	
2	19	56.513	1.238	2.261	269	16	48	20	21	14	تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين
						13.45	40.34	16.81	17.6	11.8	
4	31	53.782	1.260	2.151	256	15	41	28	17	18	تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدر جهود التطوير والتحسين
						12.61	34.45	23.53	14.3	15.1	
6	34	52.941	1.310	2.118	252	16	41	23	19	20	تحرص الإدارة على إظهار تقديرها لجهود التطوير والتحسين
						13.45	34.45	19.33	16	16.8	
						المجموع					
		52.163	17.534	35.471	4221						

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم ٣٣) والمتعلقة ب " تؤكد الإدارة دائما أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٢٠,١٧%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٢,٧٧%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة

(٢١,٠١%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٤,٣%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١١,٨%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٣٥٣)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٥٨,٨٢٤).

- الفقرة (رقم ٤٤) والمتعلقة ب " تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين " حيث بلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٣,٤٥%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٠,٣٤%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٦,٨١%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٧,٦%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١١,٨%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٢٦١)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٥٦,٥١٣).

- الفقرة (رقم ٣٠) والمتعلقة ب " تعتبر الإدارة الجودة شعارا حقيقيا تعمل من أجله باستمرار " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٢١,٠١%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٢٧,٧٣%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٧,٦٥%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٢٢,٧%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٠,٩%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٢٥٢)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٥٦,٣٠٣).

- الفقرة (رقم ٤٥) والمتعلقة ب " تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدير جهود التطوير والتحسين " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٢,٦١%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٤,٤٥%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمحايدة (٢٣,٥٣%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٤,٣%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٥,١%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,١٥١)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٥٣,٧٨٢).

- الفقرة (رقم ٤٠) والمتعلقة ب " تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٠,٩٢%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٥,٢٩%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (٢٢,٦٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٧,٦%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة

(١٣,٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,١٢٦)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (٥٣,١٥١).

- وبناء على ما سبق فإن النتائج السابقة تشير إلى تدني درجة أهمية التميز في خدمة المرضى كأهم أهداف الإدارة، وانخفاض مستوى حرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين، وكذلك تدني درجة اعتبار الإدارة للجودة كشعاراً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار، و انخفاض مستوى حرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدير جهود التطوير والتحسين، بالإضافة إلى انخفاض مستوى طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة من قبل الإدارة وذلك في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة الجودة الشاملة حيث بلغ الوزن النسبي لل فقرات المذكورة (٥٥,٧٤١%)، وهو ما يظهر وجود مشكلة حقيقية في درجة التزام الإدارة بدعم أنشطة الجودة. وهو ما لا يتفق مع ما أكدته كل الدراسات والأبحاث التي تناولت إدارة الجودة الشاملة والتي أجمعت على اعتبار التزام الإدارة أحد أهم عناصر نجاح أية خطة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

• أما باقي الفقرات فقد أظهرت تدني أكبر في درجة التزام الإدارة العليا بجوانب أخرى ذات أهمية لضمان نجاح واستمرارية عمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة حيث بلغ المتوسط النسبي لل فقرات المذكورة (٥٠,٦٨%). في حين بلغ المتوسط الحسابي لجميع الفقرات الخاصة بدرجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة (١٧,٨٧٤) وبلغ الوزن النسبي لهذه الفقرات (٥٢,١٦٣).

وعليه فإنه من الملاحظ أن درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة ضعيفة ومتدنية حيث بلغ متوسط درجة الالتزام بشكل عام (٥٢,١٦٣%) وهي درجة غير كافية وتعكس ضعفا واضحا في درجة التزام الإدارة العليا في الأقسام التي طبقت فيها أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة. ويتفق (إسماعيل) مع هذه النتيجة ويعزو ذلك إلى أن الظروف التي مرت بها وزارة الصحة في العقد الماضي دفعتها أكثر من مرة لتغيير أولوياتها بما يتفق مع الاحتياجات والموارد المتاحة. وقد أدى ذلك إلى عدم الاهتمام بموضوع تطوير الجودة بالقدر الكافي^١.

في حين ترى "الشريف" أن الإدارات المختلفة في وزارة الصحة اعتمدت على جهود المشروع دون الأخذ بعين الاعتبار أن هذا المشروع مرهون بالعديد من العوامل الداخلية والخارجية التي تحد من صلاحياته عدا عن محدودية عمره الزمني. وأشارت إلى أن المشروع اعتمد منهجية

^١ د. منقار إسماعيل، مرجع سابق

التطوير من أسفل إلي أعلى (Bottom-Up Approach) التي تقتضي العمل مع المسؤولين التنفيذيين الأمر الذي تعتبره بعض الإدارات العليا تهديداً لمركزية اتخاذ القرارات. بالإضافة إلي ذلك أشارت إلي العديد من العوامل التي رأت أنها ساهمت في عدم استمرارية أنشطة تحسين الجودة ومنها النمط الإداري السائد في المستشفيات والذي يعتمد على عامل الخبرة الطبية بالدرجة الأولى دون التركيز على المهارات الإدارية أو حتى تطويرها. بالإضافة إلي الأوضاع السياسية التي مرت بها الوزارة والتي دفعتها للتركيز على تسيير العمليات دون الاهتمام بتطويرها^١.

وتجمع أغلب الدراسات على أن الدعم والتأييد المطلوب من الإدارة العليا يجب أن تتضح معالمه من خلال إظهار الالتزام الحقيقي بالتوجه نحو إدارة الجودة الشاملة ويتطلب ذلك الإعلان عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة أمام جميع المستويات الإدارية والعاملين على مختلف مستوياتهم وإظهار الالتزام قولاً وعملاً بالخطط والبرامج على كافة المستويات وتخصيص الإمكانيات اللازمة للتطبيق من موارد مالية وبشرية وتحديد السلطات والمسئوليات وتفعيل عمليات التنسيق والاتصال.

وقد أوضح "أبو ليلي" بأن من أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو عدم وجود إستراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسة^٢. فيما أوصى هيجان بضرورة توفر القناعة لدى مديري الإدارة العليا بأهمية مفهوم إدارة الجودة الشاملة^٣. كما خلص "بدري" إلي أن دعم الإدارة العليا يعتبر من المتغيرات الأربعة التي تحد من عملية التطوير وأوضح أن إدارة العمليات تتأثر بشكل غير مباشر بدعم الإدارة العليا عن طريق متغير وسيط هو جو العمل^٤.

٢. وفي إطار وصفه لقادة المؤسسات التي حصلت على جائزة بالدريدج يشير "ستفنسن وأرنولد" إلي هؤلاء القادة بالقول بأنهم الذين يجتمعون بموظفيهم غالباً ليلاً ويقدرها جهودهم الأفضل، هم الذين يزورون الزبائن بانتظام ليكتشفوا ماذا يحتاجون وماذا يتوقعون هم الذين يفتقون اثر تحسينات الجودة بدقة مفرطة، هم الذين يأخذون ويعلمون دورات في الجودة، هم الذين يطلبون الامتياز (١٠٠% من إرضاء الزبائن، ١٠٠% من الوقت). وهم الذين يبشرون بالجودة في كل مجلس مستعد أن يسمعهم. إنهم يقودون عملية تحسين الجودة لأنهم

^١ - لبنى الشريف، مرجع سابق

^٢ - أبو ليلي، مرجع سابق

^٣ - عبد الرحمن هيجان، مرجع سابق.

^٤ - مسعود عبدالله بدري، ١٩٩٩ إدارة الجودة وتأثيرها على أداء المنشآت في دولة الإمارات العربية المتحدة" دراسة باستخدام التحليل التلوي المساري، دراسات، العلوم الإدارية، المجلد ٢٦، العدد

مسؤولون عن جعل المؤسسة منافسة وقابلة للربح أكثر، والطريق الوحيد لعمل ذلك بثبات وعلى المدى الطويل هو عبر التحسين الدائم للمنظومة كلها، وليس بضربة واحدة أو نوعا من الإجراءات السريع التطبيق بل هو رغبة قاسية لا تلين.^١

والحق أنه من دون التزام القيادات يصبح ضمان الجودة وتحسينها نشاطا يبذل مرة واحدة ثم سرعان ما يدخل طي النسيان وبعد ذلك تعود بالتدريج ولكن بالتأكيد الطريقة القديمة في أداء الأعمال. وفقا لما يقوله ديمنغ فإنه لا بد للقيادات من قبول جهود التحسين ودعمها، وإلا تضاءلت إلي حد بعيد إمكانية الحفاظ على الجودة في المنظمة المعنية. ولا يخفى أن الالتزام ينبغي أن يكون أكثر من مجرد التزام شفوي.^٢

ويشدد أوكلاند على دور الإدارة العليا وأن عليها أن توجه وتقود بشكل إيجابي وأن تظهر أمثلة ونماذج على التزامها وتحملها المسؤولية والثقة بالأفراد والمرونة وإصرارها المتواصل على التشجيع ودفع عملية التغيير نحو الجودة.^٣

ويرى بتالدين أن ما ينبغي على القيادات في المجال الصحي تعلمه لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح فأشار إلى ضرورة ما يلي:-

ينبغي على الإدارة أن تتعلم معنى الجودة وأن يشمل ذلك إدراك وفهم أهمية المستهلك في العملية الإنتاجية وأن هناك مستهلكين متعددين في هذه العملية.

2) ينبغي على الإدارة أن تتبنى وتشجع التطوير المستمر للجودة، ويشمل ذلك الاستخدام الأمثل والواعي لفرق العمل التي تعمل على تحسين النظم والعمليات وتطوير مهارات التغيير في المنظمة؛

ويوضح كل من تيرنر وتورو أهم المسؤوليات المطلوبة مكن الإدارة العليا على النحو التالي

١. التأكد من أن المنظمة تركز على احتياجات المستهلك.
٢. تنظيم و نشر رسالة المنظمة و رؤيتها و قيمها في كافة أرجاء المنظمة.
٣. تحديد العمليات الأساسية التي تحتاج إلى مزيد من الانتباه و التطوير.
٤. تحديد المصادر التي ستستخدم لتمويل أنشطة الجودة.

١ - ستفنسن وأرنولد، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة حسين حسنين، مرجع سابق
٢. جدول الأعمال المبدئي للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ١-٤ أكتوبر ٢٠٠٠، جمهورية مصر العربية.

³ - John S.Oakland, Ibid.

⁴ Batalden, P., " Quality Improvement: The Role and Application of Research Methods", The Journal of Health Administration Education, Vol.7,No.3, (1989) pp 577-583

٥. مراجعة التقدم و إزالة العوائق إن وجدت.

٦. تطوير الأداء و استخدام القدرات من خلال استخدام أدوات الجودة و أسلوب حل المشاكل^١.

الإجابة على السؤال الرابع من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الرابع من أسئلة الدراسة على: ما مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة نشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول (٢٨) يوضح ذلك:

الجدول (٢٨)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق بشدة	أوافق	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
٤٧	أعتقد أن الجودة ملموسة و قابلة للقياس	العدد	4	17	17	62	313	2.630	1.024	65.756	4	1
	%	3.36	14.3	14.29	52.1	15.97						
٤٨	أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها	العدد	4	22	18	55	33	2.546	1.079	63.655	6	2
	%	3.36	18.5	15.13	46.22	16.81						
٤٩	لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة	العدد	9	27	23	35	278	2.336	1.251	58.403	15	4
	%	7.56	22.7	19.33	29.41	21.01						
٥٠	أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية	العدد	5	28	17	52	286	2.403	1.122	60.084	10	3
	%	4.2	23.5	14.29	43.7	14.29						
٥١	أعتقد أن الجودة	العدد	38	44	16	14	146	1.227	1.189	30.672	71	9

¹ Arthur R. Tenner and Irving j. De Toro, Total Quality Management: three steps to continuous improvement (reading, MA: Addison-Wesley, (1992).

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
	تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية	31.9	37	13.45	11.76	5.882						
٥٢	أرى أن الجودة لا تصدر عن دائرة متخصصة فقط	19	37	23	30	10	213	1.790	1.227	44.748	60	6
		16	31.1	19.33	25.21	8.403						
٥٣	أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن يتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط	15	36	21	29	18	237	1.992	1.292	49.790	48	5
		12.6	30.3	17.65	24.37	15.13						
٥٤	أعتقد أن الأفراد العاملين في القسم يمكنهم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.	30	45	18	16	10	169	1.420	1.238	35.504	68	8
		25.2	37.8	15.13	13.45	8.403						
٥٥	أعتقد أن الجودة يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة	24	46	21	18	10	182	1.529	1.213	38.235	67	7
		20.2	38.7	17.65	15.13	8.403						
	المجموع						2127	17.874	5.649	49.650		

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمسة الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم ٤٧) والمتعلقة ب " أعتقد أن الجودة ملموسة وقابلة للقياس " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٥,٩٧%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٥٢,١%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٤,٢٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٤,٢٩%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٦٣)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٥,٧٥٦).

– الفقرة (رقم ٤٨) والمتعلقة ب " أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٦,٨١%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٦,٢٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٥,١٣%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٨,٥%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٣,٣٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٥٤٦)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٦٣,٦٥٥).

– الفقرة (رقم ٥٠) والمتعلقة ب " أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٤,٢٩%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٣,٧%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٤,٢٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٢٣,٥%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٤,٢%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٤٠٣)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٦٠,٠٨٤).

– الفقرة (رقم ٤٩) والمتعلقة ب "لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٢١,٠١%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٢٩,٤١%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٩,٣٣%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٢٢,٧%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (٧,٥٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٣٣٦)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٥٨,٤٠٣).

– الفقرة (رقم ٥٣) والمتعلقة ب "أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن يتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٥,١٣%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٢٤,٣٧%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٧,٦٥%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٣٠,٣%) ، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٢,٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (١,٩٩٢)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (٤٩,٧٩٠).

وقد بلغ الوزن النسبي لل فقرات المذكورة (٥٩,٥٣٧%) وهو ما يظهر تدني في مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة نشاطات الجودة الشاملة.

أما باقي الفقرات فقد أشارت إلي أكبر في مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة وذلك في الأقسام التي تم تطبيق أنشطة تطوير الجودة فيها حيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٣٧,٢٨٩%).

وعليه فإنه من الملاحظ أن مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة ضعيفة ومدنية حيث بلغ متوسط مستوى الفهم بشكل عام (٤٩,٦٥٠%) وهي درجة غير كافية وتعكس ضعفا واضحا فيما يتعلق بمستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة، ويرجع السبب في ذلك إلي عدم تعرض العاملين بشكل منظم للتوجيه والتدريب اللازم حول هذه المفاهيم والممارسات، بالإضافة إلي عدم توظيف قضية تنوع الثقافات المختلفة العاملة في وزارة الصحة لإثراء الوعي والمفاهيم المتعلقة بالجودة بشكل عام.^١

وترى "الأحمدي" أن اختلاف الثقافات يشكل تحديا كبيرا لمجهودات التحسين ومصدرا هاما لاختلافات الممارسات الإكلينيكية. وتعيق هذه الاختلافات التوصل إلي تفكير منظوماتي موحد داخل المؤسسة.^٢

ويعرف "بيتر سينج" التفكير المنظوماتي بأنه المجال الخامس لضبط السلوك، وبأنه مجال لضبط السلوك لرؤية الكل. ويضيف سينج بأنه إطار لرؤية العلاقات المتبادلة لا الأشياء ، لرؤية أنماط التغيير لا اللقطات الثابتة. ويشكل التفكير المنظوماتي عنصرا هاما من عناصر ضمان نجاح واستمرارية تطبيق الجودة الشاملة لأي مؤسسة، وهو بدوره محصلة فهم الإدارة والعاملين لمفهوم وفلسفة الجودة الشاملة.^٣

وللوصول إلي هذه المحصلة فإن ذلك يقتضي معرفة وفهما عاما للكثير من القضايا التي سبق الحديث عنها في السياق النظري والتي بدورها تقود إلي معرفة حقيقة الجودة وما هو المقصود بها وما هي النتائج المترتبة على اعتمادها كإستراتيجية عمل في المؤسسة وعلى من تقع مسؤولية التطبيق.

إن إضفاء الطابع المؤسسي على الجودة في الرعاية الصحية الأولية عملية طويلة الأمد وديناميكية ومستمرة. وهي تتطلب من كل عامل في الرعاية الصحية الأولية أن يكون على دراية بمفهوم الجودة، وأن يؤمن بها، ويمارس مبادئها، ويعتبرها مسؤولية مشتركة غير مقصورة على قسم بعينه أو فرد بعينه.^٤

^١ د. مقال إسماعيل، مرجع سابق

^٢ الأحمدي، مرجع سابق

^٣ تيفين جورج و أرنولد وبمرزكيرتش، مرجع سابق

^٤ جدول الأعمال المبدئي للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، مرجع سابق

وقد خلصت " عبد اللطيف " إلي أن ٦٠% من المؤسسات التي شملتها الدراسة لم يشاركوا في دورات تدريبية أو تعريفية في إدارة الجودة الشاملة وهو ما نتج عنه انخفاض في مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة، وقد أوصت الباحثة بضرورة العمل على نشر وتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية من خلال الجامعات، والندوات والنشرات التثقيفية وغيرها.

ويتطلب هذا من الإدارة العليا تأهيل العاملين كافة في المؤسسة من خلال وضع خطة للتدريب والتعليم على المستويات كافة وذلك لنقل المفاهيم والمبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة. كما ينبغي على المؤسسة أن تهئ وتعد العاملين بالمؤسسة على مختلف مستوياتهم نفسياً لفهم وقبول والافتتاع بمفاهيم وممارسات إدارة الجودة الشاملة، حيث يساعد على تعاونهم والتزامهم والتقليل من مقاومتهم للتغيير.

• الإجابة على السؤال الخامس من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الخامس من أسئلة الدراسة على: ما واقع مأسسة عمليات التطوير في نشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول (٢٩) يوضح ذلك:

الجدول (٢٩)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من الفقرات وكذلك ترتيبها في مجال مأسسة عمليات التطوير

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الاستبانة	الترتيب في البعد
٥٦	تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	العدد	17	20	24	38	262	2.202	1.306	55.042	26	2
	%	14.3	16.8	20.17	31.93	16.81						
٥٧	تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة	العدد	12	26	24	48	254	2.134	1.149	53.361	32	4
	%	10.1	21.8	20.17	40.34	7.563						
٥٨	تكرس الإدارة المصادر اللازمة لأنشطة تطبيق الجودة	العدد	14	24	32	35	249	2.092	1.200	52.311	38	6
	%	11.8	20.2	26.89	29.41	11.76						
٥٩	تؤمن الإدارة بأن عمليات	العدد	12	22	22	43	275	2.311	1.240	57.773	17	1

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الإستبانة	الترتيب في البعد
	التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة .	10.1 %	18.5	18.49	36.13	16.81						
٦٠	هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير	العدد	19	19	39	18	251	2.109	1.333	52.731	35	5
		%	16	20.2	15.97	32.77	15.13					
٦١	أهداف التطوير معروفة لدى جميع العاملين	العدد	16	35	21	35	230	1.933	1.240	48.319	53	10
		%	13.4	29.4	17.65	29.41	10.08					
٦٢	هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم	العدد	22	27	21	38	227	1.908	1.289	47.689	56	13
		%	18.5	22.7	17.65	31.93	9.244					
٦٣	تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم	العدد	17	34	24	35	223	1.874	1.204	46.849	58	15
		%	14.3	28.6	20.17	29.41	7.563					
٦٤	تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر	العدد	19	27	16	42	245	2.059	1.317	51.471	41	7
		%	16	22.7	13.45	35.29	12.61					
٦٥	تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر	العدد	18	36	17	34	228	1.916	1.293	47.899	54	11
		%	15.1	30.3	14.29	28.57	11.76					
٦٦	تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر	العدد	16	25	15	45	262	2.202	1.306	55.042	25	3
		%	13.4	21	12.61	37.82	15.13					
٦٧	يتم إجراء تقييم شامل لكافة مراحل تقديم الخدمة	العدد	16	36	14	42	234	1.966	1.255	49.160	51	9
		%	13.4	30.3	11.76	35.29	9.244					
٦٨	تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الداخلية والخارجية بشكل مستمر	العدد	19	32	25	27	227	1.908	1.295	47.689	57	14
		%	16	26.9	21.01	22.69	13.45					
٦٩	يتم استقصاء آراء	العدد	38	27	18	22	185	1.555	1.406	38.866	65	17

م	الفقرة	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في الإستبانة	الترتيب في البعد
	المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم	31.9	22.7	15.13	18.49	11.76						
٧٠	يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير	العدد	26	28	17	26	228	1.916	1.441	47.899	55	12
		%	21.8	23.5	14.29	21.85	18.49					
٧١	يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تدريب	العدد	28	35	14	30	201	1.689	1.345	42.227	63	16
		%	23.5	29.4	11.76	25.21	10.08					
٧٢	يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	العدد	25	26	16	31	235	1.975	1.429	49.370	50	8
		%	21	21.8	13.45	26.05	17.65					
		المجموع										
							3526	29.630	14.068	49.384		

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات التي احتلت المراتب الخمس الأولى كانت كما يلي:

- الفقرة (رقم ٥٩) والمتعلقة ب " تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٦,٨١%)، وبلغت نسبة الذين أجاب بالموافقة (٣٦,١٣%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٨,٤٩%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٨,٤٩%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٠,١%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٣١١)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٥٧,٧٧٣).

- الفقرة (رقم ٥٦) والمتعلقة ب " تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولياتها " حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٦,٨١%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣١,٩٣%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (٢٠,١٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (١٦,٨%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة ، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٢٠٢)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٥٥,٠٤٢).

– الفقرة (رقم ٦٦) والمتعلقة بـ " تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٥,١٣%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٧,٨٢%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٢,٦١%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٢١%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٣,٤%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,٢٠٢)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٥٥,٠٤٢).

– الفقرة (رقم ٥٧) والمتعلقة بـ " تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (٧,٥٦٣%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٤٠,٣٤%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (٢٠,١٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة فكانوا يشكلون نسبة (٢١,٨%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٠,١%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,١٣٤)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٥٣,٣٦١).

– الفقرة (رقم ٦٠) والمتعلقة بـ " هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير " قد أظهرت مشكلة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالموافقة الشديدة (١٥,١٣%)، وبلغت نسبة الذين أجابوا بالموافقة (٣٢,٧٧%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين أجابوا بالمحايدة (١٥,٩٧%)، أما الأفراد الذين عارضوا هذه الفقرة يشكلون نسبة (٢٠,٢%)، في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالمعارضة الشديدة (١٦%)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٢,١٠٩)، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (٥٢,٧٣١).

– وبناء على ما سبق فإن النتائج السابقة تشير إلى ضعف اهتمام الإدارة بعمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء كإستراتيجية دائمة وضعف الاهتمام بعمليات تطوير الجودة كأولوية وضعف الاهتمام بمراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر وضعف العلاقة بين قيم الإدارة والتزامها بتطوير الجودة بالإضافة إلى عدم وجود إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير وذلك في الأقسام التي قامت بتطبيق أنشطة الجودة الشاملة حيث بلغ الوزن النسبي للفرقات المذكورة (٥٤,٧٨٩%)، وهو ما يظهر وجود مشكلة حقيقية في واقع توجه الإدارة نحو مأسسة عمليات التطوير. وقد اعتبرت معظم الدراسات والأبحاث السابقة الأبعاد المشار إليها على أنها من أهم مقومات عملية المأسسة.

• أما باقي الفقرات فقد أشارت إلي تدني أكبر في درجة التوجه نحو مأسسة عمليات التطوير في نشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات قطاع غزة التي طبقت فيها أنشطة الجودة حيث بلغ الوزن النسبي للفقرات المذكورة (٤٧,٢٢%).

وعليه فإنه من الملاحظ أن درجة التوجه نحو مأسسة عمليات التطوير ضعيفة ومتدنية حيث بلغ متوسط درجة التوجه بشكل عام (٤٩,٣٨٤%) وهي درجة غير كافية وتعكس ضعفا واضحا فيما يتعلق بدرجة التوجه نحو مأسسة عمليات التطوير والتحسين. ويعزو (إسماعيل) ذلك إلي أن البذور الأولى لتحسين الجودة نبتت من خلال مشروع التطوير الذي ألحق للوزارة كوحدة استشارية وبشروط وضعها المانحين وهو ما أدى إلي عدم نجاح هذه الوحدة في الاندماج بالعمل الصحي وبقيت جسما مستقلا إلي حد كبير هو ما أدى بها لتكون في عزلة عن معظم الشركاء. بالإضافة إلي ذلك فإن التركيز طوال الفترة الماضية كان منصبا على مواضيع لم تحظى بالإجماع أصلا. وتم التركيز أيضا على قضايا إدارية لتحقيق نجاحات سريعة دون الانتقال إلي العمليات الإكلينيكية بالشكل الكافي. ويضاف إلي ذلك ما سبق من حديث حول الأولويات^١.

ولا تتحصر مقومات المأسسة في عامل أو أكثر من العوامل التي سبق الحديث عنها في السياق النظري لهذا البحث، بل تمتد لتشمل كافة أبعاد الجودة والالتزام بها. وقد أجمعت معظم الدراسات السابقة التي تناولت بعدا أو أكثر، أكدت على أثر تطبيق أبعاد الجودة سواء كانت مجتمعة أو متفرقة وبينت العوامل المساعدة في استمرار نجاح تطبيق الجودة وكذلك المعوقات التي تحد من هذه الاستمرارية.

وتتحقق مهمة إضفاء الطابع المؤسسي على الجودة متى تم تنفيذ الأنشطة الملائمة لجودة الرعاية الصحية تنفيذا فعالا وكفؤا وروتينيا في النظام أو المنطقة أو البلد ككل. ويعني هذا بلوغ وضع تمارس فيه جودة الرعاية الصحية ويحافظ عليها من دون الحاجة إلي موارد خارجية إضافية. وفي هذا الوضع تتوافر الخبرة اللازمة داخل المنظمة، ويشمل الالتزام السياسي كل المستويات بالكامل وتتم المحافظة عليه^٢.

وقد خلصت " بدرية البلبيسي " إلي أن من أسباب تدني مستوى الجودة في قطاع المصارف الأردنية يكمن في تدني مستوى التركيز على تحسين العمليات. كذلك توصل أبو ليلي إلي أن أهم المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية كانت :
عدم وجود إستراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة في الشركة.

١. مقال إسماعيل، مرجع سابق

٢. جدول الأعمال المبدئي للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، مرجع سابق

غياب نظم فعالة للاتصالات وعدم الالتزام الجدي من جانب الإدارة.
التركيز على الأداء قصير الأجل.

وقد أشار ستيفنس إلي أن الانتقال من نموذج الإدارة القديم إلي نموذج إدارة الجودة الشاملة سيظل مجرد انتقال إلي أن يتمأسس النموذج الإداري الجديد، ويمكن التحول نحو النموذج الجديد بوحدة أو أكثر من طرق أربعة: التخطيط الإستراتيجي، إشراك الموظفين، إدارة العملية، إنشاء منظومة للقياس.

وتهدف خطة المأسسة للنموذج الإداري الجديد إلي:

توحيد كل النشاطات من خلال عملية التخطيط الإستراتيجي.

انخراط كل الموظفين في التحسين المستمر.

إدارة وتحسين كل العمليات الأساسية

إنشاء وإدارة منظومة القياس.^١

ولابد من الإشارة هنا إلي ان هذا المجال والخاص بمأسسة الجودة قد تم بحثه بشكل عام دون الخوض في التفاصيل وذلك نظرا لتعدد الأبعاد التي يمكن أن يشملها هذا المجال كما ورد في الفصل الثالث والتي لا يتسع البحث لتفصيلها كما ينبغي، حيث يرى الباحث ان هذا المجال يمكن أن يشكل منطلق أو إطارا عاما لدراسات مستقلة بغرض التفصيل وذلك لما هذا البعد من أهمية .

ولإجمال النتائج قام الباحث بحساب التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية لكل مجال من مجالات الاستبانة، والجدول (٣٠) يوضح ذلك:

الجدول (٣٠)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل مجال من المجالات وكذلك ترتيبها

م	المجال	مجموع الدرجات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في المجال
---	--------	---------------	---------	-------------------	--------------	-------------------

^١ - ستيفنس وأرنولد، ترجمة حسين حسنين، مرجع سابق

م	المجال	مجموع الدرجات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في المجال
١	المجال الأول: الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	3890	32.689	13.775	58.373	1
٢	المجال الثاني: الحوافز المادية والمعنوية	3526	29.630	14.068	49.384	٥
٣	المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير	4221	35.471	17.534	52.163	٢
٤	المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة	2127	17.874	5.649	49.650	٣
٥	المجال الخامس: مأسسة عمليات التطوير	4016	33.748	18.041	49.629	٤
	الدرجة الكلية	17780	149.412	58.343	51.879	

يتضح من الجدول السابق أن ترتيب المجالات كان كما يلي:

- المجال (رقم ١) والمتعلق بـ "الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة" قد احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٥٨,٣٧٣).
 - المجال (رقم ٣) والمتعلق بـ "مدى التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير" قد احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٥٢,١٦٣).
 - المجال (رقم ٤) والمتعلق بـ "مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة نشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة" قد احتلت المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٤٩,٦٥٠).
 - المجال (رقم ٥) والمتعلق بـ "واقع مأسسة عمليات التطوير" قد احتلت المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (49.629).
 - المجال (رقم ٢) والمتعلق بـ "واقع استخدام الحوافز المادية والمعنوية في نشاطات تطوير الجودة" قد احتلت المرتبة الخامسة بوزن نسبي قدره (49.384).
- وعليه فإنه يمكن القول بأن جميع المجالات تقع بين ٤٩,٣٨٤ و ٥٨,٣٧٣ وهي المنطقة المحايدة حسب توزيع الدرجات والمتوسطات والأوزان النسبية.

• الإجابة على السؤال المتعلق بالفرض الأول:

ينص السؤال المتعلق بالفرض الأول على: هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين (استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين، استخدام الحوافز المادية والمعنوية، التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة، مأسسة عمليات التطوير) وبين الدرجة الكلية لنشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون والجدول (٣١) يوضح ذلك:

الجدول (٣١)

معاملات ارتباط كل مجال من مجالات الأستبانة والمجالات الأخرى وكذلك مع الدرجة الكلية لجميع المجالات

المجال	المجموع	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس
المجموع	1					
الأول: الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	0.811	1				
مستوى المعنوية	0.000					
الثاني: الحوافز المادية والمعنوية	0.813	0.611	1			
مستوى المعنوية	0.000	0.000				
الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير	0.915	0.662	0.651	1		
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000			
الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة	0.571	0.400	0.337	0.445	1	
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000	0.000		
الخامس: مأسسة عمليات التطوير	0.913	0.615	0.646	0.834	0.534	1
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

ر الجدولية عند درجة حرية (١١٧) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٢٢٨

ر الجدولية عند درجة حرية (١١٧) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٠,١٧٤

يتضح من الجدول السابق أن جميع المجالات ترتبط ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للاستبانة ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١).

وبذلك يكون الباحث قد تحقق من صحة الفرض الأول والقاضي بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين (استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين، استخدام الحوافز المادية والمعنوية، التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة الجودة، مأسسة عمليات التطوير) وبين الدرجة الكلية لنشاطات الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة .

الإجابة على السؤال المتعلق بالفرض الثاني:

ينص السؤال السابع المتعلق بالفرض الثاني على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نشاطات الجودة الشاملة بين المستشفيات التي طبق فيها مشروع الجودة الشاملة وبين المستشفيات التي لم يطبق فيها المشروع؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام معامل كاي تربيع والجدول (٣٢) يوضح ذلك:

الجدول (٣٢)

قيمة كاي تربيع لكل فقرة من فقرات الاستبانة ومستوى دلالتها

م	الفقرة	مطبق لنظام الجودة					غير مطبق لنظام الجودة					قيمة كاي (٢)	مستوى الدلالة
		0	١	٢	٣	٤	٠	١	٢	٣	٤		
1	يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.	9	8	15	60	27	1	1	2	8	4	0.071	٠,٩٩٩
2	تستخدم قوائم التفتيش لتحديد المشاكل ومعالجتها.	9	16	17	60	17	1	2	2	8	3	0.264	٠,٩٩٢
3	تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.	11	19	19	49	21	2	1	3	9	1	2.991	٠,٥٥٩
4	يوجد في القسم دليل معتمد للمواصفات	11	32	24	31	21	3	2	3	7	1	5.097	٠,٢٧٨
5	مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	13	26	16	49	15	1	4	2	6	3	0.816	٠,٩٣٦
6	مواصفات إنجاز العمل يتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	14	22	19	52	12	1	4	3	5	3	2.234	٠,٦٩٣
7	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.	14	24	28	29	24	1	5	2	5	3	2.244	0.691
8	يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة	20	15	27	40	17	1	4	2	7	2	3.680	0.451
9	هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل تقديم الخدمة.	17	19	18	45	20	1	3	4	7	1	2.733	0.603
10	يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم	10	16	11	55	27	1	1	0	10	4	2.948	0.566
11	يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج	18	11	24	45	21	1	2	1	7	5	3.904	0.419
12	يتم إعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة	14	15	21	55	14	1	4	2	7	2	2.170	0.705
13	يتم نشر نتائج تقارير العمل بشكل منتظم	18	20	17	52	12	1	6	1	5	3	6.079	0.193
14	يتم استخدام نتائج التقارير في تطوير العمل	19	17	15	42	26	1	4	2	5	4	2.069	0.723
15	أنقضى راتبنا مناسباً لما أقوم به من عملي الأساسي	15	29	14	43	18	3	2	2	7	2	1.558	0.816
16	أحصل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم	21	24	19	39	16	4	4	4	4	0	3.665	0.453
17	أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أحصل عليها.	22	44	12	28	13	5	6	4	1	0	7.505	٠,١١١
18	تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي.	48	33	7	16	15	4	5	5	2	0	13.160	٠,٠١١
19	تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء.	57	25	7	14	16	6	7	3	0	0	10.590	0.032
20	أنقضى مكافآت مادية مناسبة عن عملي الإضافي ضمن فرق تطوير الجودة	44	29	14	20	12	6	5	3	1	1	2.038	0.729

م	الفقرة	مطبق لنظام الجودة					غير مطبق لنظام الجودة					قيمة كاي(٢)	مستوى الدلالة
		0	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩		
21	تتم الترقية في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.	32	27	18	20	22	5	6	3	1	1	3.733	٠,٤٤٣
22	يسهم العمل الذي أقوم به في تقديمي الوظيفي.	11	27	14	45	22	2	2	3	2	7	8.170	0.866
23	غالباً ما أشارك في اتخاذ القرارات.	13	25	19	46	16	2	2	2	8	2	1.114	0.892
24	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.	33	32	20	22	12	4	6	1	4	1	2.139	٠,٧١٠
25	تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.	18	24	27	32	18	2	5	4	5	0	3.423	٠,٤٩٠
26	أشعر بالرضا تجاه قيامي بعملي.	5	6	17	49	42	1	0	2	10	3	3.597	0.463
27	أشعر بالتطور و زيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملي.	6	10	17	54	32	0	1	6	5	4	6.011	0.198
28	أشعر بأن عملي ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية	8	15	27	49	20	1	2	7	4	2	3.589	0.464
29	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير عن عملي في فرق تطوير الجودة	34	27	28	18	12	1	7	5	3	0	7.271	0.122
30	تعتبر الإدارة الجودة شعاراً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار.	13	27	21	33	25	1	4	3	5	3	0.436	0.979
31	تعتمد الإدارة سياسة واضحة بأهداف محددة حول الجودة	11	35	26	33	14	1	5	2	6	2	1.225	0.874
32	تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة .	14	29	26	36	14	1	5	2	7	1	2.438	0.656
33	تؤكد الإدارة دائماً أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها	14	17	25	39	24	1	3	1	7	4	2.828	0.587
34	تقدم الإدارة الدعم المالي المادي و المعنوي اللازم لفرق المعايرة	22	24	32	31	10	3	4	6	1	2	3.322	0.505
35	تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات و تحرص على قياس نجاحها.	20	22	24	39	14	2	3	4	6	1	0.800	0.938
36	تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في مؤسسات مشابهة.	19	26	22	43	9	2	8	5	1	1	10.035	0.040
37	تعتقد الإدارة العليا أن تطبيق الجودة الشاملة هو وصفة علاجية لتحسين وضمان نجاحها.	16	22	30	36	15	2	2	4	7	1	1.581	٠,٨١٢
38	تحرص الإدارة على إزالة الحواجز من طريق الإبداع	23	23	24	35	14	4	3	1	7	1	3.023	٠,٥٥٤
39	تحرص الإدارة على التواصل المستمر مع العاملين وتسهل وصول الموظفين إليها	16	26	20	43	14	3	3	3	6	1	0.770	٠,٩٤٢

م	الفقرة	مطبق لنظام الجودة					غير مطبق لنظام الجودة					قيمة كاي(٢)	مستوى الدلالة
		0	١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤		
40	تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي.	16	21	27	42	13	2	3	3	7	1	0.693	٠,٩٥٢
41	تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.	17	25	26	38	13	1	6	4	4	1	2.932	٠,٥٦٩
42	تحرص الإدارة على متابعة نتائج أعمال و توصيات فرق العمل.	15	26	26	42	10	1	6	3	5	1	2.148	٠,٧٠٩
43	تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهدها طويل الأمد بالتطوير	20	25	23	38	13	1	4	4	6	1	1.773	٠,٧٧٧
44	تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين	14	21	20	48	16	1	3	3	7	2	0.477	٠,٩٧٦
45	تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدر جهود التطوير والتحسين	18	17	28	41	15	1	4	3	7	1	2.794	٠,٥٩٣
46	تحرص الإدارة على إظهار تقديرها لجهود التطوير والتحسين	20	19	23	41	16	2	2	5	6	1	1.853	٠,٧٦٣
47	أعتقد أن الجودة ملموسة و قابلة للقياس	4	17	17	62	19	0	2	2	9	3	0.715	٠,٩٤٩
48	أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها	4	22	18	55	20	0	1	1	10	4	3.876	٠,٤٨٣
49	لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة	9	27	23	35	25	2	2	0	7	5	5.794	٠,٢١٥
50	أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية	5	28	17	52	17	3	1	2	8	2	7.188	٠,١٢٦
51	أعتقد أن الجودة تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية	38	44	16	14	7	4	7	2	1	2	1.711	٠,٧٨٩
52	أرى أن الجودة لا تصدر عن دائرة متخصصة فقط	19	37	23	30	10	3	6	5	1	1	3.504	٠,٤٧٧
53	أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن تتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط.	15	36	21	29	18	3	7	3	3	0	3.824	٠,٤٣٠
54	أعتقد أن الأفراد العاملين في القسم يمكنهم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.	30	45	18	16	10	3	9	2	2	0	2.859	٠,٥٨٢
55	أعتقد أن الجودة يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة	24	46	21	18	10	3	9	2	2	0	2.715	٠,٦٠٧
56	تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	17	20	24	38	20	2	5	3	6	0	4.458	٠,٣٤٨
57	تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة	12	26	24	48	9	1	3	3	8	1	0.643	٠,٩٥٨

م	الفقرة	مطبق لنظام الجودة					غير مطبق لنظام الجودة					قيمة كاي (٢)	مستوى الدلالة
		0	١	٢	٣	٤	٠	١	٢	٣	٤		
58	تكرس الإدارة المصادر اللازمة لأنشطة تطبيق الجودة	14	24	32	35	14	1	5	2	8	0	6.111	٠,١٩١
59	تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة .	12	22	22	43	20	1	1	4	10	0	6.952	٠,١٣٨
60	هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير	19	24	19	39	18	1	6	2	6	1	3.798	٠,٤٣٤
61	أهداف التطوير معروفة لدى جميع العاملين	16	35	21	35	12	3	4	2	6	1	1.115	٠,٨٩٢
62	هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم	22	27	21	38	11	3	5	2	5	1	0.800	٠,٩٣٨
63	تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم	17	34	24	35	9	3	3	3	6	1	1.037	٠,٩٠٤
64	تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر	19	27	16	42	15	1	5	4	5	1	3.153	٠,٥٣٣
65	تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر	18	36	17	34	14	2	6	5	3	0	5.173	٠,٢٧٠
66	تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر	16	25	15	45	18	1	4	5	6	0	6.414	٠,١٧٠
67	يتم إجراء تقييم شامل لكافة مراحل تقديم الخدمة	16	36	14	42	11	1	6	3	6	0	2.863	٠,٥٨١
68	تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الداخلية والخارجية بشكل مستمر	19	32	25	27	16	1	8	3	4	0	5.660	٠,٢٢٦
69	يتم استقصاء آراء المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم	38	27	18	22	14	2	7	3	4	0	6.594	٠,١٥٩
70	يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير	26	28	17	26	22	5	3	1	6	1	4.063	٠,٣٩٧
71	يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تدريب	28	35	14	30	12	4	4	2	6	0	2.527	٠,٦٤٠
72	يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	25	26	16	31	21	4	3	2	7	0	4.750	0.334

قيمة كاي ٢ الجدولية عند درجة حرية ٤ وعند مستوى دلالة ٠,٠١ = ١٣,٢٧٧

قيمة كاي ٢ الجدولية عند درجة حرية ٤ وعند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ٩,٤٨٨

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات غير دالة إحصائياً عدا الفقرات (١٨) والمتعلقة بـ"تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي" والفقرة رقم (١٩) والمتعلقة بـ"تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء" والفقرة رقم (٣٦) والمتعلقة بـ"تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في مؤسسات مشابهة"

جدول (٣٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لكل مجال من مجالات الاستبانة

المجال	مطبق وغير مطبق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الأول	مطبق لبرنامج الجودة	119	46.689	13.775	-0.376	0.707
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	48.063	13.183		
الثاني	مطبق لبرنامج الجودة	119	44.630	14.068	0.735	0.463
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	41.938	10.976		
الثالث	مطبق لبرنامج الجودة	119	52.471	17.534	-0.100	0.920
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	52.938	17.082		
الرابع	مطبق لبرنامج الجودة	119	26.874	5.649	0.282	0.778
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	26.438	6.938		
الخامس	مطبق لبرنامج الجودة	119	50.748	18.041	0.398	0.691
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	48.875	14.398		
المجموع	مطبق لبرنامج الجودة	119	221.412	58.343	0.206	0.837
	غير مطبق لبرنامج الجودة	16	218.250	50.457		

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٣٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ١,٩٦

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٣٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٢,٥٨

يتضح من الجدول (٣٣) أن قيمة "ت" المحسوبة أقل من قيمة "ت" الجدولية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمجالات، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلك الأبعاد تعزى لمتغير التطبيق وعدم التطبيق لبرنامج الجودة وهو ما يؤكد صحة الفرض الثاني. وتعزو "الشريف" ذلك إلي أن المستشفى الأوروبي هو مستشفى حديث وتم تصميمه ليكون مستشفى تعليمي وقد ساهم هذا التصميم وما احتواه من بنية تحتية وتجهيزات متميزة إلي حد ما في تحسين جودة العمليات. بالإضافة إلي أن عملية استقطاب الخبرات والكفاءات سواء من الداخل أو الخارج ساهمت إلي حد كبير في إثراء ثقافة الجودة وساعدت في خلق ثقافة وبيئة عمل مميزة تصلح لتطبيق أنشطة الجودة فيها.

وبذلك يكون الباحث قد تحقق من صحة الفرض الثاني.

١. الشريف، مرجع سابق

• الإجابة على السؤال المتعلق بالفرض الثالث:

ينص السؤال المتعلق بالفرض الثالث على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نشاطات الجودة الشاملة بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في هذا المجال؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث باستخدام معامل كاي تربيع والجدول (٣٤) يوضح ذلك:

الجدول (٣٤)
قيمة كاي تربيع لكل فقرة من فقرات الاستبانة ومستوى دلالتها

م	الفقرة	لم يتلقوا تدريباً					تلقوا تدريباً					قيمة كاي (٢)	مستوى الدلالة
		١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥		
1	يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.	9	5	13	46	17	1	4	4	22	14	5.666	0.225
2	تستخدم قوائم التخصي لتحديد المشاكل ومعالجتها.	9	13	13	39	16	1	5	6	29	4	6.981	0.137
3	تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.	11	15	15	33	16	2	5	7	25	6	5.387	0.250
4	يوجد في القسم دليل معتمد للمواصفات	13	21	14	25	17	1	13	13	13	5	8.483	0.057
5	مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	11	18	9	38	14	3	12	9	17	4	4.888	0.299
6	مواصفات إنجاز العمل يتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع	13	15	13	38	11	2	11	9	19	4	4.510	0.341
7	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.	13	18	16	22	21	2	11	14	12	6	6.935	0.139
8	يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة	14	14	16	33	13	7	5	13	14	6	2.437	0.656
9	هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل تقديم الخدمة.	14	16	11	31	18	4	6	11	21	3	8.706	0.069
10	يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم	10	10	6	42	22	1	7	5	23	9	4.488	0.344
11	يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج	15	11	13	37	14	4	2	12	15	12	7.988	0.092
12	يتم إعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة	12	13	18	35	12	3	6	5	27	4	6.029	0.197
13	يتم نشر نتائج تقارير العمل بشكل منتظم	15	16	9	38	12	4	10	9	19	3	5.047	0.282
14	يتم استخدام نتائج التقارير في تطوير العمل	16	14	10	32	18	4	7	7	15	12	2.713	0.607
15	انقاضي راتباً مناسباً لما أقوم به من عملي الأساسي	13	21	8	34	14	5	10	8	16	6	2.406	
16	أحصل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم	18	17	15	27	13	7	11	8	16	3	2.610	0.625
17	أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أأصل عليها.	20	29	12	19	10	7	21	4	10	3	3.489	0.480
18	تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي.	33	26	8	14	9	19	12	4	4	6	1.593	0.810
19	تقدم الإدارة هداليا عينية كنوع من التقدير و الثناء.	42	23	5	8	12	21	9	5	6	4	2.712	0.607
20	انقاضي مكافآت مادية مناسبة عن عملي الإضافي ضمن فرق تطوير الجودة	31	23	13	15	8	19	11	4	6	5	1.608	0.807
21	تتم الترقية في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.	27	21	12	14	16	10	12	9	7	7	1.743	0.783
22	يسهم العمل الذي أقوم به في تقديمي الوظيفي.	12	17	14	27	20	1	12	3	20	9	8.440	٠,٠٧٧
23	غالبا ما أشارك في اتخاذ القرارات.	14	19	14	33	10	1	8	7	21	8	6.717	٠,١٥٢
24	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.	29	23	13	16	9	8	15	8	10	4	3.489	٠,٤٨٠

م	الفقرة	لم يتلقوا تدريباً					تلقوا تدريباً					قيمة كاي (٢)	مستوى الدلالة
		٤	٣	٢	١	٠	٤	٣	٢	١	٠		
25	تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.	18	19	17	25	11	2	10	14	12	7	7.132	٠,١٢٩
26	أشعر بالرضا تجاه قيامي بعملتي.	4	4	12	39	31	2	2	7	20	14	0.214	٠,٩٩٥
27	أشعر بالتطور و زيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملتي.	4	7	16	39	24	2	4	7	20	12	0.141	٠,٩٩٨
28	أشعر بأن عملي ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية	6	11	24	36	13	3	6	10	17	9	0.871	٠,٩٢٩
29	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر والتقدير عن عملي في فرق تطوير الجودة	26	20	24	13	7	9	14	9	8	5	2.990	٠,٥٥٩
30	تعتبر الإدارة الجودة شعاعاً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار.	8	25	13	25	19	6	6	11	13	9	5.016	٠,٢٨٦
31	تعتمد الإدارة سياسة واضحة بأهداف محددة حول الجودة	7	29	19	24	11	5	11	9	15	5	1.498	٠,٨٢٧
32	تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة .	10	23	17	28	12	5	11	11	15	3	1.708	٠,٧٨٩
33	تؤكد الإدارة دائماً أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها	11	16	15	33	15	4	4	11	13	13	5.536	٠,٢٣٧
34	تقدم الإدارة الدعم المالي المادي و المعنوي اللازم لفرق المعايير	17	22	23	19	9	8	6	15	13	3	3.591	٠,٤٦٤
35	تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات و تحرص على قياس نجاحها.	16	18	20	27	9	6	7	8	18	6	2.939	٠,٧٠٥
36	تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في مؤسسات مشابهة.	15	20	17	31	7	6	6	13	17	3	2.939	٠,٥٦٨
37	تعتقد الإدارة العليا أن تطبيق الجودة الشاملة هو وصفة علاجية لتحسين وضمان نجاحها.	15	19	22	23	11	3	5	12	20	5	7.388	٠,١١٧
38	تحرص الإدارة على إزالة الحواجز من طريق الإبداع	23	15	14	26	12	4	11	11	16	3	8.018	٠,٠٩١
39	تحرص الإدارة على التواصل المستمر مع العاملين وتسهل وصول الموظفين إليها	17	21	13	29	10	2	8	10	20	5	7.178	٠,١٢٧
40	تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي.	15	17	19	29	10	3	7	11	20	4	3.965	٠,٤١١
41	تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.	15	19	20	27	9	3	12	10	15	5	2.796	٠,٥٩٣
42	تحرص الإدارة على متابعة نتائج أعمال و توصيات فرق العمل.	13	25	17	26	9	3	7	12	21	2	8.126	٠,٠٨٧
43	تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهداتها طويل الأمد بالتطوير	18	21	14	29	8	3	8	13	15	6	7.109	٠,١٣٠
44	تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين	12	20	14	33	11	3	4	9	22	7	5.898	٠,٢٠٧
45	تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدر جهود التطوير والتحسين	16	16	19	30	9	3	5	12	18	7	5.048	٠,٢٨٢
46	تحرص الإدارة على إظهار تقديرها لجهود التطوير والتحسين	19	12	17	30	12	3	9	11	17	5	5.432	٠,٢٤٦
47	أعتقد أن الجودة ملموسة و قابلة للقياس	3	12	14	44	17	1	7	5	27	5	2.469	٠,٦٥٠
48	أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها	2	17	13	44	14	2	6	6	21	10	1.851	٠,٧٦٣
49	لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة	9	19	15	27	20	2	10	8	15	10	1.282	٠,٨٦٤
50	أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية	7	19	15	35	14	1	10	4	25	5	5.165	٠,٢٧١
51	أعتقد أن الجودة تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية	31	31	10	10	8	11	20	8	5	1	4.758	٠,٣١٣
52	أرى أن الجودة لا تصدر عن دائرة متخصصة فقط	17	23	17	22	11	5	20	11	9		10.679	٠,٠٣٠

م	الفقرة	لم يتلقوا تدريباً					تلقوا تدريباً					قيمة كاي (٢)	مستوى الدلالة
		٤	٣	٢	١	٠	٤	٣	٢	١	٠		
53	أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن تتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط.	13	27	14	21	15	5	16	10	11	3	3.556	٠,٤٦٩
54	أعتقد أن الأفراد العاملين في القسم يمكنهم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.	20	39	10	15	6	13	15	10	3	4	6.245	٠,١٨٢
55	أعتقد أن الجودة يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة	14	39	14	15	8	13	16	9	5	2	4.885	٠,٢٩٩
56	تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	14	20	16	27	13	5	5	11	7	7	3.670	٠,٤٥٣
57	تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة	7	19	21	36	7	6	10	6	3	3	2.672	٠,٦١٤
58	تكرس الإدارة المصادر اللازمة لأنشطة تطبيق الجودة	10	19	21	30	10	5	10	13	4	4	0.714	٠,٩٥٠
59	تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة .	9	17	13	39	12	4	6	13	8	8	5.373	٠,٢٥١
60	هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير	14	21	12	30	13	6	9	9	6	6	1.131	٠,٨٨٩
61	أهداف التطوير معروفة لدى جميع العاملين	15	23	13	29	10	4	16	10	3	3	4.313	٠,٣٦٥
62	هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم	19	19	13	32	7	6	13	10	5	5	4.349	٠,٣٦١
63	تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم	15	24	16	27	8	5	13	11	2	2	2.158	٠,٧٠٧
64	تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر	14	23	10	32	11	6	9	10	5	5	3.064	٠,٥٤٧
65	تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر	14	28	16	23	9	6	14	6	5	5	0.837	٠,٩٣٣
66	تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر	10	22	14	31	13	7	7	6	5	5	2.718	٠,٦٠٦
67	يتم إجراء تقييم شامل لكافة مراحل تقديم الخدمة	11	30	10	31	8	6	12	7	3	3	1.204	٠,٨٧٧
68	تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الداخلية والخارجية بشكل مستمر	15	27	16	22	10	5	13	12	6	6	2.163	٠,٧٠٦
69	يتم استقصاء آراء المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم	29	22	13	19	7	11	12	8	7	7	3.116	٠,٥٣٩
70	يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير	21	21	12	21	15	10	10	6	8	8	0.070	٠,٩٩٩
71	يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تدريب	22	28	9	23	8	10	11	7	4	4	1.430	٠,٨٣٩
72	يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	21	20	11	27	11	8	9	7	10	10	3.008	٠,٥٥٧

قيمة كاي ٢ الجدولية عند درجة حرية ٤ وعند مستوى دلالة ٠,٠١ = ١٣,٢٧٧

قيمة كاي ٢ الجدولية عند درجة حرية ٤ وعند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ٩,٤٨٨

يتضح من الجدول السابق أن جميع فقرات الاستبانة غير دالة إحصائياً عدا الفقرة رقم (٥٢) والتي تنص على " أرى أن الجودة تصدر عن دائرة متخصصة فقط" فقد كانت دالة عند مستوى دلالة

٠,٠٥

جدول (٣٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لكل مجال من مجالات الاستبانة

القيمة الدلالة المعنوية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	هل تلقيت تدريب	المجال
0.467	-0.729	14.991	46.244	90	لا	الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة
		10.577	48.067	45	نعم	
0.606	-0.517	14.434	43.878	90	لا	: الحوافز المادية والمعنوية
		12.313	45.178	45	نعم	
0.160	-1.413	18.506	51.033	90	لا	التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
		14.755	55.511	45	نعم	
0.594	0.535	6.207	27.011	90	لا	فهم العاملين لفلسفة الجودة
		4.888	26.444	45	نعم	
0.700	-0.386	17.692	50.111	90	لا	مأسسة عمليات التطوير
		17.620	51.356	45	نعم	
0.431	-0.790	60.605	218.278	90	لا	المجموع
		50.238	226.556	45	نعم	

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٣٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ١,٩٦

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٣٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٢,٥٨

يتضح من الجدول (٣٥) أن قيمة "ت" المحسوبة أقل من قيمة "ت" الجدولية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمجالات، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلك الأبعاد تعزى لمتغير التدريب وهذا ما يؤكد صحة الفرض الثالث . ويعزو إسماعيل ذلك إلي عدم استخدام منهجية مخططة للتدريب بالإضافة إلي عدم استمرارية التدريب أو وجود فترات متباعدة بين التدريب والذي يليه. ويشير أيضا إلي أن عدم متابعة وتقييم نتائج التدريب ومدى استفادة المتدرب منها تؤثر بشكل سلبي في فناعة المتدرب نفسه بجدوى التدريب^١. وبهذا يكون الباحث قد تحقق من صحة الفرض الثالث.

• نتائج التحقق من صحة الفرض الرابع:

نص الفرض على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\mu = 0,05$) في نشاطات الجودة الشاملة تبعاً لمتغير مسمى المستشفى. وللتحقق من صحة هذه الجزئية من الفرض الرابع قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول (٣٦)

١. إسماعيل ، مرجع سابق

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى

الدلالة تعزى لمتغير المستشفى

الأبعاد	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
المجال الأول: الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	بين المجموعات	5450.418	3	1816.806	12.334	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	16939.078	115	147.296		
	المجموع	22389.496	118			
المجال الثاني: الحوافز المادية والمعنوية	بين المجموعات	7828.405	3	2609.468	19.329	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	15525.326	115	135.003		
	المجموع	23353.731	118			
المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير	بين المجموعات	13092.809	3	4364.270	21.646	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	23186.838	115	201.625		
	المجموع	36279.647	118			
المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة	بين المجموعات	436.168	3	145.389	5.023	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	3328.941	115	28.947		
	المجموع	3765.109	118			
المجال الخامس: مأسسة عمليات التطوير	بين المجموعات	13366.519	3	4455.506	20.463	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	25039.918	115	217.738		
	المجموع	38406.437	118			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	170204.097	3	56734.699	28.188	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	231462.727	115	2012.719		
	المجموع	401666.824	118			

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (3، 118) وعند مستوى دلالة (0,05) = 2.68

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (3، 118) وعند مستوى دلالة (0,01) = 3,94

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (0,01) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في هذه الأبعاد والدرجة الكلية تعزى لمتغير المستشفى، ولمعرفة اتجاه الفروق التي ظهرت في تلك الأبعاد، استخدم الباحث اختبار شيفيه البعدي.

جدول (٣٧)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها في بعد المجال الأول:

الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة تعزى لمتغير نوع المستشفى

النصر للأطفال	العيون	ناصر	الشفاء	المستشفى
38.692=م	43.000=م	31.032=م	25.286=م	
-	-	-	-	الشفاء 25.286=م
-	-	-	5.747	ناصر 31.032=م

-	-	*11.968	*17.714	العيون م=43.000
-	4.308	7.660	*13.407	النصر للأطفال م=38.692

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى العيون ومستشفى ناصر لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى.

جدول (٣٨)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها

في المجال الثاني: الحوافز المادية والمعنوية تعزى لمتغير نوع المستشفى

المستشفى	الشفاء	ناصر	العيون	النصر للأطفال
م=21.548	-	-	-	-
م=25.968	4.420	-	-	-
م=41.900	*20.352	*15.932	-	-
م=37.615	*16.068	*11.648	4.285	-

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى العيون ومستشفى ناصر لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، وبين مستشفى ناصر ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى.

ويرى الباحث أن هذه الفروق تعزى إلي وجود درجة من الرضا الوظيفي لدى العاملين في كل من مستشفيات العيون والأطفال أعلى منها لدى العاملين في باقي المستشفيات وذلك لطبيعة العمل في هذه المستشفيات من حيث تجانس الخدمة المقدمة وتجانس المهام التي يؤديها العاملون . بالإضافة إلي تجانس الخلفية العلمية للعاملين الأمر الذي يساعد على إيجاد ثقافة موحدة إلي حد ما تساهم في رفع درجة الرضا الوظيفي وبالتالي تقييم الحوافز بشكل أكبر من غيرهم من العاملين في المستشفيات الأخرى.

جدول (٣٩)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها

في المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير تعزى لمتغير نوع المستشفى

النصر للأطفال م=46.577	العيون م=50.300	ناصر م=31.290	الشفاء م=24.619	المستشفى
-	-	-	-	الشفاء م=24.619
-	-	-	6.671	ناصر م=31.290
-	-	*19.010	*25.681	العيون م=50.300
-	3.723	*15.287	*21.958	النصر للأطفال م=46.577

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية¹ في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى العيون ومستشفى ناصر لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، وبين مستشفى ناصر ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى. ويمكن أن يعزى ذلك لنفس الأسباب التي سبق الحديث عنها في الفقرة السابقة.

جدول (٤٠)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها في المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة تعزى لمتغير نوع المستشفى

المستشفى	الشفاء م=15.857	ناصر م=17.290	العيون م=20.950	النصر للأطفال م=19.462
الشفاء م=15.857	-	-	-	-
ناصر م=17.290	1.433	-	-	-
العيون م=20.950	*5.093	3.660	-	-
النصر للأطفال م=19.462	3.604	2.171	1.488	-

¹ - تم استخدام جداول شيفيه الموجودة في كتاب الإحصاء التربوي للدكتور عزو عفانة، مطبعة المقداد ١٩٩٨

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى .

جدول (٤١)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها في المجال الخامس : مأسسة عمليات التطوير تعزى لمتغير نوع المستشفى

المستشفى	الشفاء م=22.667	ناصر م=29.774	العيون م=48.850	النصر للأطفال م=44.769
الشفاء	م=22.667	-	-	-
ناصر	7.108	م=29.774	-	-
العيون	*26.183	*19.076	م=48.850	-
النصر للأطفال	*22.103	*14.995	4.081	م=44.769

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى العيون ومستشفى ناصر لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، وبين مستشفى ناصر ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى.

جدول (٤٢)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها في الدرجة الكلية

المستشفى	الشفاء م=109.976	ناصر م=135.355	العيون م=205.000	النصر للأطفال م=187.115
الشفاء	م=109.976	-	-	-
ناصر	25.379	م=135.355	-	-
العيون	*95.024	*69.645	م=205.000	-

-	17.885	*51.761	*77.139	النصر للأطفال م=187.115
---	--------	---------	---------	----------------------------

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين مستشفى العيون ومستشفى الشفاء لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى العيون ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى العيون، وبين مستشفى الشفاء ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، وبين مستشفى ناصر ومستشفى النصر للأطفال لصالح مستشفى النصر للأطفال، ولم تتضح فروق بين المستشفيات الأخرى. وبهذا يتم التحقق من صحة الفرض الرابع.

وتعلل الشريف تلك الفروق بان حجم المستشفى يلعب دورا في هذا الإطار وترى أن هناك تناسباً عكسياً إلى حد ما بين حجم المستشفى وفرص نجاح واستمرارية أنشطة تحسين الجودة فيه. كما أن هناك تجانسا في العمليات التي يؤديها مستشفى النصر للأطفال ومستشفى العيون عدا عن التجانس في فرق العمل ذاتها التي لديها خلفيات دراسية وعملية متقاربة وهو ما أدى من وجهة نظرها إلى أن مستوى التطبيق وفرص الاستمرار في هاتين المستشفيات أفضل من المستشفيات الأخرى. وبهذا يتحقق الباحث من صحة الفرض الرابع

نتائج التحقق من صحة الفرض الخامس:

نص الفرض على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\mu = 0.05$) في نشاطات الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الخبرة.

وللتحقق من صحة هذه الجزئية من الفرض الخامس باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول (٤٣)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف"

ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	الأبعاد
٠,٤٥٩	0.870	165.5577	3	496.6731	بين المجموعات	المجال الأول: الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة
		190.3724	115	21892.82	داخل المجموعات	

١. الشريف، مرجع سابق

			118	22389.5	المجموع	
٠,٨٣٧	0.283	57.12869	3	171.3861	بين المجموعات	المجال الثاني: الحوافز المادية والمعنوية
		201.5856	115	23182.35	داخل المجموعات	
			118	23353.73	المجموع	
٠,٥٩٢	0.639	198.2318	3	594.6955	بين المجموعات	المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
		310.3039	115	35684.95	داخل المجموعات	
			118	36279.65	المجموع	
٠,٠٠١	5.617	160.3892	3	481.1677	بين المجموعات	المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة
		28.55601	115	3283.942	داخل المجموعات	
			118	3765.109	المجموع	
٠,١٣١	1.9187	610.1246	3	1830.374	بين المجموعات	المجال الخامس: مأسسة عمليات التطوير
		318.0527	115	36576.06	داخل المجموعات	
			118	38406.44	المجموع	
٠,٣٣٥	1.1427	3874.543	3	11623.63	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		3391.68	115	390043.2	داخل المجموعات	
			118	401666.8	المجموع	

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (3, 118) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = 2.68

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (3, 118) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٩٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية عدا المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في هذه الأبعاد والدرجة الكلية تعزى لمتغير الخبرة، أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة ولمعرفة اتجاه الفروق التي ظهرت في هذا البعد، استخدم الباحث اختبار شيفيه البعدي

جدول (٤٤)

نتائج اختبار شيفيه Scheffe Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها

في المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة تعزى لمتغير الخبرة

مدة الخبرة	أقل من ٣ أعوام	من ٤-٧ أعوام	من ٨-١١ أعوام	12 عاما فأكثر
أقل من ٣ أعوام	م=22.045	م=17.355	م=17.133	م=16.608
من ٤-٧ أعوام	4.691	-	-	-

-	-	0.222	*4.912	من ٨-١١ عاما م=17.133
-	0.525	0.747	*5.438	12 عاما فأكثر م=16.608

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا البعد بين الخبرة أقل من ٣ أعوام وبين الخبرة من ٨-١١ سنة لصالح الخبرة أقل من ٣ أعوام، وبين الخبرة أقل من ٣ أعوام وبين الخبرة ١٢ عاما فأكثر لصالح ٣ أعوام، ولم تتضح فروق بين فئات الخبرة الأخرى وهذا ما ينفي صحة الفرض الخامس .

الفصل السادس

• النتائج و التوصيات

النتائج و التوصيات

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

أولا النتائج:

ركزت هذه الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، ومن خلال استقصاء (١١٩) موظفا من العاملين في أقسام مختلفة قامت بتطبيق أنشطة تحسين الجودة في أربعة مستشفيات تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، وذلك للتعرف على العوامل المؤثرة على نجاح واستمرارية تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة في هذه الأقسام بشكل عام والتعرف على المعوقات التي واجهت عملية التطبيق بشكل خاص. ولتحقيق أهداف الدراسة تمت مراجعة الدراسات السابقة وعرض تحليل البيانات، وقد تم التوصل إلي النتائج التالية:

١. اتضح بشكل عام تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة، بالإضافة إلي عدم تحليل و استخدام البيانات للاستفادة منها بطريقة منهجية، فيما بدا أنه نهجا عاما لا ينحصر في تلك الأقسام وحسب.
٢. على الرغم من وجود بعض الحوافز المادية في النظام بشكل عام، إلا أن هذه الحوافز بشقيها المادي والمعنوي غير كافية من وجهة نظر المستطلعين، ولا تشكل حافزا يمكن اعتباره من العوامل الداعمة لأنشطة التحسين. بالإضافة إلي وجود بعض حالات سوء الاستخدام لهذه الحوافز مما يترك أثرا سلبيا لدى الكثير من العاملين.
٣. أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة. وقد أوضحت النتائج أن تحسين الجودة لم يشكل أولوية في أكثر من فترة بداعي التأقلم مع المستجدات التي أوجدتها الظروف الأمنية. وقد بينت النتائج عدم وجود إستراتيجية واضحة لدى الإدارة العليا لتطبيق أنشطة تحسين الجودة.
٤. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة لدى المستطلعين، بالإضافة إلي انخفاض مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة أنشطة الجودة الشاملة.
٥. بينت النتائج غياب العديد من مقومات عملية مأسسة الجودة ومنها عدم وجود إستراتيجية دائمة أو واضحة، ضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعارا وممارسة، عدم وجود خطط أو أهداف واضحة، عدم مراجعة معايير الأداء لغرض التقييم

- والقياس والتطوير، غياب خطط تدريب العاملين بشكل منهجي ومدروس، عدم استقصاء آراء المرضى والمراجعين لمعرفة كيف يقيمون الخدمات المقدمة لهم.
٦. بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات التي تم تطبيق أنشطة تحسين الجودة فيها وبين مستشفى آخر (مستشفى غزة الأوروبي) الذي لم يشمل مشروع تطبيق الجودة. وهو ما يدل على ضعف تأثير المشروع في تحسين الجودة في المستشفيات التي تم العمل فيها.
٧. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في نفس المجال. وهو يدل على عدم فعالية التدريب نظراً لغياب عملية التخطيط لضمان متابعة وتقييم واستمرارية التدريب بشكل يحقق الأهداف المتوخاة.
٨. دلت نتائج الدراسة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فهم فلسفة ومضمون الجودة الشاملة يمكن أن تعزى لعامل الخبرة بين العاملين.
٩. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في فهم وتطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة وتعزى لمتغير مسمى المستشفى، حيث تبين أن حجم المستشفى وطبيعة العمل الذي يؤديه يمكن أن تؤثر في إنجاح عملية التطبيق. وقد بينت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ملحوظة لصالح مستشفى العيون ومستشفى النصر للأطفال.

ثانياً التوصيات:

بعد استعراض النتائج، والتي تبين معها أن هناك مجموعة من العوامل التي حالت دون نجاح واستمرارية تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة وانتقالها إلى باقي الأقسام والمؤسسات الصحية بالشكل المطلوب، وقد تم تسمية ومناقشة هذه العوامل وتوضيح أثرها. وعليه يمكن طرح مجموعة من التوصيات بهذا الصدد:

١. أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات العمل بشكل عام وقياس مؤشرات تطوير الجودة بشكل خاص، لذا ينبغي على الإدارة العليا في وزارة الصحة العمل بشكل مخطط ومدروس على إيجاد نظام معلومات متقدم يقوم بتزويد كافة المؤسسات الصحية بالبيانات الخاصة بقياس الأداء وتدريب العاملين على استخدامها وتحليلها بطرق إحصائية تمكن من استخدامها في عمليات التقييم والتطوير ومراقبة الأداء على أسس علمية وعدم الاكتفاء بنشر التقارير السنوية على شكل مجموعة من الجداول والأرقام بشكل روتيني لا يعطي أية مؤشرات.

٢. لابد لوزارة الصحة من إعادة النظر في أنظمة الحوافز المتبعة في مؤسساتها بشكل عام، والعمل الجاد على زيادتها كما ونوعا وتطويرها بشكل مستمر على أسس علمية بحيث تبقى محتفظة بتأثيرها على العاملين وبشكل يضمن عدم تحولها إلي حوافز روتينية تفقد أثرها بعد حين. بالإضافة إلي تخصيص حوافز متنوعة للأداء المتميز بشكل عام وللأداء المتميز في تطبيق الجودة بشكل خاص، والعمل الجاد على توسيع مشاركة العاملين في عمليات صنع القرار فيما يتعلق بالعمل داخل الأقسام والوحدات التي يعملون بها.

٣. لابد لوزارة الصحة من تفعيل دور الإدارات العليا في مؤسساتها الصحية المختلفة وزيادة حجم مشاركتها في تبني تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة ومتابعة التقارير التي تصدر عن هذه الإدارات، ومراقبة مدى الالتزام والدعم الذي تقدمه هذه الإدارات لقضية الجودة في مؤسساتها. ويتطلب ذلك إعادة تأهيل وتدريب وتوفير الدعم اللازم للقيادات لتكون أكثر وعيا وإدراكا وقدرة على التعامل مع المستجدات في كل ما يتعلق بالجودة.

٤. لابد لوزارة الصحة من تبني خطة عمل إستراتيجية شاملة تهدف إلي نشر ثقافة وفلسفة ومفاهيم الجودة الشاملة في كل مؤسساتها، وتوفير الدعم اللازم لتنفيذ هذه الخطة واستخدام كافة الوسائل المتاحة لتحقيق هذا الغرض بحيث يصبح جزءا لا يتجزأ من كافة عمليات التخطيط لكافة الأنشطة التي تقوم بها الوزارة. والعمل على إدراج مقررات دراسية تتعلق بتطوير الجودة في الكليات والمعاهد الصحية التي تشرف عليها أو تلك الخاصة.

٥. لابد لوزارة الصحة الفلسطينية من التعرف على العوامل الداعمة لعملية المؤسسة والتوجه بشكل إستراتيجي نحو ثقافة الجودة، وتصميم السياسات التي تدعم أنشطة الجودة وإيجاد القيادات القادرة على تحديد الأولويات وتحفيز العاملين والمحافظة عليهم. وتشكيل فرق العمل القادرة على صياغة وتطوير رؤية واضحة ومدعمة بقيم المنظمة وسياساتها بحيث تؤدي إلي تطوير المعايير.

٦. لابد من خلق نوعا من التعزيز بين الحديث عن الجودة والأفعال التي تمارسها الإدارات المختلفة في مؤسسات وزارة الصحة حتى يدخل في روع العاملين أن اهتمام الإدارة بالجودة هو أولوية وليست مجرد شعارات.

٧. العمل الجاد على إيجاد آلية واضحة المعالم للتركيز على المرضى والتعرف على احتياجاتهم ورغباتهم بشكل مخطط ومدروس واستخدام الأساليب العلمية في ذلك، وتطوير النظم والعمليات وتعزيز عملية اتخاذ القرارات المستندة على البيانات.
٨. لابد لوزارة الصحة من التعامل مع قضية الجودة بجدية أكبر واعتبارها هدفا إستراتيجيا بشكل واضح وأن تعمل على توفير المصادر اللازمة لأنشطة التطوير والتحسين. وأن لا تكتفي بإسناد هذه المهمة لوحدة بعينها أو مشروع تموله جهة أو عدة جهات لفترة زمنية محددة. وان تتأكد من أن كل المسؤولين التنفيذيين لديهم الخبرة و المعرفة العملية حول أساليب الجودة و أدواتها و كذلك التأكد من التزامهم بعملية التطبيق.
٩. على الإدارة العليا في وزارة الصحة إبداء الاهتمام بشكل أكبر بالأفراد وبناء القدرات ووضع الخطط اللازمة لمنهجه عمليات التدريب والتعليم المستمر وجعلها جزءا متكاملًا في سياساتها وإتباع أساليب علمية في القياس والتقويم لنتائج التدريب وكذلك في صياغة البرامج والخطط التدريبية انطلاقًا من الحاجة وما يتطلبه الوضع في المؤسسة.

قائمة المراجع :

أولا المراجع العربية :

١. أحمد الخطيب، "إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الإدارة الجامعية"، مجلة إتحاد الجامعات العربية، العدد المتخصص رقم (٣)، يوليو ٢٠٠٠.
٢. أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة والأيزو ٩٠٠٠، القاهرة، ٢٠٠٢.
٣. ستيفن جورج و أرنولد ويمرzkيرتش، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة حسين حسنين، عمان، دار البشير، ١٩٩٨.
٤. أفنان عبد اللطيف "دراسة تحليلية : تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمائية غير الحكومية في الضفة الغربية"، رسالة ماجستير، جامعة القدس، ٢٠٠٢.
٥. بدران عبد الرحمن العمر، "مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض"، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثاني والأربعون، العدد الثاني يونيو ٢٠٠٢.
٦. بدرية البلبيسي "إدارة الجودة الشاملة والأداء: دراسة تطبيقية على قطاع المصارف التجارية في الأردن"، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، ٢٠٠٠.
٧. جمال أبو دولة وحمد علي النيادي، "تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة"، أبحاث اليرموك، المجلد ١٦، العدد ٤، تشرين أول ٢٠٠٠.
٨. حسن محمد أبو ليلي "إدارة الجودة الشاملة : دراسة ميدانية لاتجاهات أصحاب الوظائف الإشرافية نحو مستوى تطبيق ومعوقات إدارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الأردنية"، جامعة اليرموك، ١٩٩٨.
٩. حنان سهيل دياب، "الرضا الوظيفي لدى أطباء الأسنان العاملون في قطاع غزة"، رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، ٢٠٠٢.
١٠. حنان الأحمد "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" مجلة الإدارة العامة، مجلد (٤٠)، العدد (٣)، ٢٠٠٠.
١١. سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، القاهرة، الدراسة الجامعية، ٢٠٠٢.
١٢. عادل الشبراوي، الدليل العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة آيزو ٩٠٠٠-المقارنة المرجعية، القاهرة، الطبعة الأولى، الشركة العربية للإعلام العلمي، ١٩٩٥.
١٣. عمر وصفي عقيلي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر) عمان، دار وائل للنشر، ٢٠٠١.
١٤. علاء أبو ضاحي، "التوتر لدى الممرضين في مستشفيات جنوب قطاع غزة"، رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، ٢٠٠٣.

١٥. فاطمة محمد الهندي، "رضا المرضى عن خدمات التصوير الإشعاعي في مدينة غزة"، رسالة ماجستير ، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، ٢٠٠٢ .
١٦. فريد عبد الفتاح زين الدين، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، القاهرة، دار الكتاب، ١٩٩٦ .
١٧. لويد دوبينز وكليير كراوفورد ماسون إدارة الجودة : التقدم والحكمة وفلسفة ديمينج، ترجمة حسين عبد الواحد، القاهرة، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية ، ١٩٩٧
١٨. مأمون الدرادكة ، وطارق الشلبي، الجودة في المصطلحات الحديثة ، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٢ .
١٩. مأمون الدرادكة وطارق الشلبي، الجودة في المنظمات الحديثة، عمان، دار صفاء للنشر، ٢٠٠٢ .
٢٠. محمد عبد الواحد العزاوي، أنظمة إدارة الجودة والبيئة، عمان ، دار وائل للنشر، ٢٠٠٢ .
٢١. محمود المدهون، "أثر تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة على اكتساب القدرة التنافسية: دراسة تطبيقية على الشركات الأردنية لصناعة المنظفات الكيماوية"، رسالة ماجستير ، جامعة ال البيت ، ١٩٩٩
٢٢. محمود ياسين، أندروج تسوشي، درنال جيننغر وكريستوفر بيورك، "إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية: تطبيق". ترجمة طلال بن عايد الأحمد، مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد والأربعون، العدد الثالث، أكتوبر ٢٠٠١ .
٢٣. مسعود عبدالله بدري. " إدارة الجودة وتأثيرها على أداء المنشآت في دولة الإمارات العربية المتحدة" دراسة باستخدام التحليل المساري، دراسات العلوم الإدارية، المجلد ٢٦، العدد ٣، ١٩٩٩
٢٤. موسى محمد أبو صعاليك، " رضا المرضى عن الخدمات التمريضية المقدمة في مستشفيات مختارة في قطاع غزة"، رسالة ماجستير ، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، ٢٠٠٣ .
٢٥. نها عادل اخضير، مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، مجلة سلسلة ضمان الجودة في الخدمات الصحية، وزارة الصحة الأردنية ، ١٩٩٤ .
٢٦. نهاية التلباني، "تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني- دروس وتوصيات لتحسين وتطوير الجودة"، رسالة دكتوراه ، جامعة شيفلد، بريطانيا، ٢٠٠٠ .
٢٧. وزارة الصحة الفلسطينية، الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة، فلسطين ١٩٩٩-٢٠٠٣ .
٢٨. وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام ٢٠٠٢ .
٢٩. وزارة الصحة المصرية موقع إلكتروني
30. <http://www.mohp.gov.eg/Arabic/sec/keepingHealth/QiIntro.asp>
٣١. يوسف محمود عوض، "تقييم التعليم المستمر من وجهة قطاع التمريض"، رسالة ماجستير ، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، ٢٠٠٣ .

ثانيا المراجع الأجنبية :

- ١ Arthur R. Tenner and Irving j. De Toro, "Total Quality Management: three steps to continuous improvement", reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
- ٢ A.Pira , A. Rutz,," Quality Management in Acute Hospitals of Selected European Countries" ,
WWW.Lim.ethz.ch/research/projects/projekt26.htmElectronic version ,
- ٣ Barker, J.A, leader shift: five lessons for leaders in the 21st Century, west Des Moines, IA: .1999,
American Media INC.
- ٤ Batalden, P., " Quality Improvement: The Role and Application of Research Methods", The Journal of Health Administration Education, Vol.7,No.3. 1989
- ٥ Brooks, f.b , "De-mystifying What Quality Means"; Black Enterprise 1992.
- ٦ Bertram,D., (1991),"Getting Started in Total Quality Management", Total Quality management Vol.2,No.3 .
- ٧ Catarina I. Kife, Jeron J. Allison, Dala Williams, Sharina D. Person, Michael T. Weaver, Norman W, Weissman, "Improving Quality Improvement using achievable Benchmarks For Physician Feedback" JAMA ,2001.
- ٨ Core body of knowledge working council findings, "Issues in Implementation of TQ" A report of the Total Quality Leadership Steering Committee and Working Councils, Total Quality forum, Cincinnati, OH, November 1992.
- ٩ Cost of Hospitals Health Services, Juran Institute, October 2003
http://www.juran.com/lower.cfm?article_id=28
- ١٠ Counte M.A, Meurer S., "Implementation of Quality improvement in Health Care Organization", Health Service Research, 2002
- ١١ Ciampa, D., "Total Quality – a user's guide for implementation", Addison –Wesley, Reading, Mass. (USA), 1992
- ١٢ D.A. collier, "The customer service and Quality challenge ", The service industries Journal, 7, no.1,January 1987.
- ١٣ Dan R.Berlowitz, gary J.Young, Elaine C. Hickey , Debra Saciba, Brian S. Mittman, Elaine C. Zarnowski, Barbara simon, Jennifer J.Anderson, Arlene S. Ash, Lisa V. Rubenstein, Mark A. Moskowitz. (Quality improvement implementation in nursing home), Health Service Research,Feb.2003.
- ١٤ Deming, W.E, 1982. Quality Productivity and Competitive Position. MII center for advanced engineering study: Cambridge, MA.
- ١٥ Dennies P. Scanlon, charles Darby, Elizabeth Rolph, Hilary E. Doty (The Role of performance

measures for improving quality in managed care organization), Health Services Research
October, 2001

- ١٦ Dennis Kaldenberg Ph.S, (Patient and Employee Satisfaction Linked), Press Gancy Associates, October 2003
- ١٧ Dennis Kaldenberg Ph.S, (*Patient and Employee Satisfaction Linked*), Press Gancy Associates, October 2003
- ١٨ D.A. Collier, "The customer service and Quality challenge ", The service industries Journal, 7, no.1, January 1987.
- ١٩ Dan R. Berlowitz, Gary J. Young, Elaine C. Hickey, Debra Saciba, Brian S. Mittman, Elaine C. Zarnowski, Barbara Simon, Jennifer J. Anderson, Arlene S. Ash, Lisa V. Rubenstein, Mark A. Moskowitz. (Quality improvement implementation in nursing home), Health Service Research, Feb. 2003.
- ٢٠ David I. Goetsch; Stanley Davis, "total quality", MAC Milan college publishing, New York, 1994
- ٢١ Dobyns L. and Crawford – Mason C. "Thinking about quality wisdom and the Deming philosophy" Random House, INC. New York 1994.
- ٢٢ Donabedian, A. (1996), "Evaluation The Quality of Medical Care", Milbank Memorial fund Quarterly : Health and Society .
- ٢٣ Ed. Baker, "The Chief Executive Officer's Role in Total Quality: Preparing The Enterprise For Leadership in The New Economic Age" Proceedings of the William G. Hunter Conference on Quality, Madison, WI, 1989.
- ٢٤ Foster, M., Whittle, S., Smith, S., Hyde, P., , "Improving the Service Quality Chain" , Managing Service Quality, November, 1991.
- ٢٥ Frederick F. Reichheld and W. Earl Sasser, Jr., " Zero Defections: Quality Comes to service," Harvard Business Review 68, no.5 (September / October 1990).
- ٢٦ Fried, R.A., " A crisis in healthcare", Quality Progress. ., 1992
- ٢٧ Garvin, D.A. Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge", New York " The Free Press, 1988.
- ٢٨ Goetsch, Introduction to, "Total Quality: Quality, Productivity, Competitiveness" .
- ٢٩ Gains, L. B., " Policy Deployment: A Key to TQM Implementation" ASQC Quality Conference Transactions , 1992, – Nashville.
- ٣٠ Gary Salengna and Farzaneh Fazel, " Obstacles to implementing Quality, " Quality progress, July 2000.
- ٣١ Gebhart, J.E., " The Quality Process: Little things mean a lot", Review of Business. ., 1991
- ٣٢ Hacquebord, H., (1994) " Healthcare From the Perspective of Patient: Theories For Improvement", Quality Management in the Healthcare, Vol. 2, No.2 .
- ٣٣ Helen R. Burstin, "Guidelines can facilitate quality of care improvement in the emergency department", American Journal of Medicine, November 1999.

- ٣٤ Holpp,L., " 10 Reasons Why Total quality Is Less Than Total" Training, October 1989.
- ٣٥ Jams R.Evans and William M.Lindsay, "The management and control of quality", South-Western, 2002
- ٣٦ John S. Oakland," Total Quality Management", Butterworth Heinemann, Oxford, 2000.
- ٣٧ Improving Quality in a Changing Health Care Industry, President's advisory Commission on Consumer Protection and quality in the health Care Industry. May 13,1997
- ٣٨ Leonard Sayles, "The Working Manager", The Free Press, New York ,1993.
- ٣٩ L.M. France, D.R. Silimperi, Tisna Veldhuyzen van Zanten, C. MacAulay, Karen Askou, Bruno Bouchet and Lani Marquer. Sustanining Quality of health care, September, 2002.
- ٤٠ Labovitz, G., Chang, Y. S. and Rosansky, V., "Making Quality Work – a leadership guide for the result-driven manager,Harper Business, London,1993
- ٤١ Latif,S., Organizational values- The Foundation Store of Total Quality Management" Proceedings of the Tenth International Conference of the Israel Society Quality, November, ,1994, 14th-17th.
- ٤٢ Lohr Kn, institute of medicine, Vol.1, Report of a study, Washington (DC): National Academy Press;1990 May.
- ٤٣ Longenecker, C.O., Scazzero, J.A., (1993) "TQM FROM THEORY To Practice: A Case Study', International Journal Of Quality and Reliability Management, Vol.10,No.5.
- ٤٤ Lori L. silverman and Annabeth L.propst , “ Quality Today: Recognizing the Critical Shift , “ Quality Progress , 1999 .
- ٤٥ M.Beyer,FM Gerlaeh, U Flies, R Grol, Z Krol, A Munck, F Roleson, M O'riordan, L Seuntjens and J szecsenyi," The development of Quality Circles/Per Review groups as Amethod of Quality Imprvement in Europe", Qual Saf Health care ,2003.
- ٤٦ Mclaaughlin,C.P., and Kaluzny, A.D.,(1990) " TQM in Health: Making it Work", Healthcare Management Review, Vol. 15.
- ٤٧ Medical Practice Survey, South Bend: Press Ganey Associates, Inc; 2001
- ٤٨ Milakvich, M. E., " Enhancing The Quality and Productivity of state and Local Government", Total Quality Management ,May. 1990
- ٤٩ Nabil tamimi and Rose sebasttianelli ;"how firms define and measure quality" ;production and inventory management journal 37,no.3,1996.
- ٥٠ Nelda P. Wray , Nanncy J. Peterson, Julianne Souckek, Carol M. Ashton, John C. Hollings worth , Jane M. Caraci , "The hospital Multistay rate as an indicator of quality of care" health service Research, August,1999
- ٥١ Oberle,J., , " Quality Gurus: The Men and Their Message", Training, January ,1990.
- ٥٢ Paul R.Keck,"Why Quality Fails", Quality Digest, November 1995.
- ٥٣ Pitt, C, Quality Healthcare : Identifying and Meeting Customer Needs, International Journal of Healthy quality assurance, vol6 no.6, 1993 .

- ٥٤ Partner,Rab., " ISO 9000 Answer book Essex " , Oliver Right Pab.,Inc, 1994.
- ٥٥ Quality Assurance Project, WWW.qaproject.org
- ٥٦ Richard B.,Chase G., Nicholas J., " Production and Operation Management : Manufacturing and services " , Richard D. IRWIN,INC.USA,1995 .
- ٥٧ Ron Zemke, " Auditing customer service: Look Inside as Well as Out." Employee Relations Today ,1989.
- ٥٨ Ryan, K., and D.K. Oestreich., Drining, " fear out of the work place: creating a high-trust, high performance organization " , 2nd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1998.
- ٥٩ Scholtes, P. R., Hacquebord,H. Joiner, " The Practical Approach To Quality " , Joiner Associates Inc.,USA. ,1987.
- ٦٠ Stephen F. Jancks, Edwin D. Huff, Timothy Cuerdon,"Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries", JAMA,2003;289:305-312
- ٦١ Senge, P.M. A. Kleiner, C.Roberts, R.B.Ross and B.J.Smith.. The Fifth Discipline field book: Strategies and tools for Building a learning Organization, New York, 1994, NY: Doubleday.
- ٦٢ Shou – yih D-lee, Jeffrey A. Alexander, "managing hospitals in turbulent times ,do organizational changes improve hospital survival ",Health Service Research,Octeber,19999
- ٦٣ Williams,A.,Dobson,P.,and Walters, M., " Changing Culture: New Organizational Approaches " , second edition, IPM, London,1993.
- ٦٤ Wyszewianki,l,," Quality of Care : Past Achievements and Future Challenges " Spring., 1988.

ملاحق الدراسة

Palestinian National Authority
Ministry Of Health
Hospitals General Administration



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات

التاريخ: 2004/4/3

الرقم: أم

المحترمين ...

الأخوة / مدراء المستشفيات

تحية طيبة وبعد ..

الموضوع/ مساعدة الباحث/ سعدي الكحلوت في إتمام بحثه بالمستشفيات.

لقد وصلنا كتاب الأخ الدكتور/ رئيس قسم إدارة الأعمال والعلوم المالية والمصرفية بالجامعة الإسلامية - غزة ومضمونه طلب مساعدة الطالب المذكور أعلاه في الحصول على المعلومات الأولية من خلال السماح له بتوزيع الاستبانة المعدة لهذا الغرض حول (العوامل المؤثرة في استمرارية مشروع تطبيق الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة).

عليه نرجو بعد الإطلاع تسهيل مهمة المذكور وتمكينه من توزيع الاستبانة في مستشفياتكم ، وفق التعليمات المبلغة لكم بهذا الخصوص.

تفضلوا بقبول فائق الاحترام ...

د. فيصل أبو شملا

مدير عام المستشفيات

نائب مدير عام وزارة الصحة

صناديق - ١١٨ -
والتوقيع
تاريخ: ٢٠٠٤/٤/٣

قائمة المحكمين

م	الاسم	المسمى الوظيفي
١	د. رشدي وادي	رئيس قسم الإدارة والعلوم المالية والمصرفية- الجامعة الإسلامية
٢	د. سامي أبو الروس	أستاذ مساعد - قسم ادراة الأعمال - الجامعة الإسلامية
٣	يوسف عاشور	أستاذ مشارك- كلية التجارة - الجامعة الإسلامية
٤	ماجد الفرا	أستاذ مشارك- كلية التجارة- الجامعة الإسلامية
٥	د. نافز بركات	أستاذ مشارك- كلية الاقتصاد- الجامعة الإسلامية
٦	د. نهاية التلباني	مدير مشروع تطوير الجودة بوزارة الصحة الفلسطينية رئيس قسم ادراة الأعمال -جامعة الأزهر
٧	د. بسام أبو حمد	عميد كلية الصحة العامة جامعة القدس
٨	د. منقال إسماعيل	مدير بدائرة التطوير والتخطيط في الإدارة العامة للمستشفيات
٩	لبنى الشريف	خبيرة في مشروع تطوير الجودة

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الأستاذ / الدكتور..... حفظه الله

أستاذ مادة بجامعة.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،،

يقوم الباحث بإعداد رسالة ماجستير بقسم إدارة الأعمال بكلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة بعنوان " العوامل المؤثرة على كفاءة مشروع تطبيق الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة " .

ويحاول الباحث معرفة أثر كل من أسلوب القياس المتبع، والحوافز المادية والمعنوية، والتزام الإدارة العليا، ومدى فهم العاملين لفلسفة الجودة، واستمرارية عمليات التطوير، على فاعلية المشروع.

لذا أرجو من سعادتكم التكرم بإبداء الرأي في العبارات الواردة في الإستبانة فيما يختص بكل من :

§ مدى ملائمة العبارات

§ مدى وضوح العبارات

§ مدى مناسبة العبارات وانتمائها للمجال.

شكرا لحسن تعاونكم

الباحث / سعدي محمد الكحلوت

الجزء الأول : معلومات عامة .

يرجى وضع إشارة (X) في الخانة التي تنطبق عليك .

الجنس : () ذكر () أنثى .
العمر : () ٢٠-٢٩ عاما () ٣٠-٣٩ عاما .
() ٤٠-٤٩ عاما () ٥٠ عاما فأكثر

الحالة الاجتماعية : () متزوج () أعزب () غير ذلك .
المؤهل العلمي :
() الثانوية العامة () دبلوم متوسط () بكالوريوس
() دبلوم عالي () ماجستير () دكتوراه .

مدة الخدمة (الخبرة المهنية)

() أقل من ٣ أعوام () من ٧-٤ أعوام
() من ٨-١١ () ١٢ عام فأكثر
عام

عدد سنوات العمل في القسم

() أقل من ٣ أعوام () من ٧-٤ أعوام
() من ٨-١١ عام () ١٢ عام فأكثر

المستوى الإداري واللقب الوظيفي :

() مدير وحدة إدارية () مدير دائرة
() رئيس قسم () رئيس شعبة
() طبيب () حكيم
() ممرض () موظف إداري
() أخرى

هل سبق وأن تلقيت تدريباً ذا علاقة بإدارة وتطبيق الجودة منذ ثلاث سنوات :
() نعم () لا

إذا كان الجواب نعم حدد طبيعة التدريب :

() ساعات محدودة () مرة واحدة () أكثر من يوم لمرة واحدة
() ورشة عمل () مرة واحدة () تدريب متنوع ومستمر

الجزء الثاني

المجال الأول		مناسبة العبارة		وضوح العبارة		انتماء العبارة للمجال		الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات الجودة
مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	منتمية	غير منتمية			
								١ يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.
								٢ تستخدم قوائم التفتيش لتحديد المشاكل ومعالجتها.
								٣ تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.
								٤ يوجد في القسم نظام معتمد للمواصفات
								٥ مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع
								٦ يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.
								٧ يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية الملائمة
								٨ هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل الخدمة.
								٩ هناك قياس معتمد لكفاءة العمليات.
المجال الثاني		مناسبة العبارة		وضوح العبارة		انتماء العبارة للمجال		الحوافز المادية و المعنوية أ - الحوافز المادية..
مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	منتمية	غير منتمية			
								١٠ أتقاضى راتباً مناسباً لما أقوم به من عمل.
								١١ أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أحصل عليها.
								١٢ تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية غير الزيادة السنوية.
								١٣ تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء.
								ب - الحوافز المعنوية..
								١٤ تتم الترقية في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.
								١٥ يسهم العمل الذي أقوم به في تقدمي الوظيفي.
								١٦ غالباً ما أشارك في اتخاذ القرارات التي تتعلق بالقسم الذي أعمل فيه.
								١٧ تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.
								١٨ تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.
								١٩ أشعر بالرضا تجاه قيامي بعملي.
								٢٠ أشعر بالتطور و زيادة في المهارات التي اكتسبتها أثناء ممارستي لعملي.

المتابعة		وضوح العبارة		مناسبة العبارة		الالتزام الإدارة العليا بعمليات التطوير	المجال الثالث
غير منتمية	منتمية	غير واضحة	واضحة	غير مناسبة	مناسبة		
						تعتبر الإدارة الجودة شعاعاً حقيقياً و لا تتخلى عنه.	٢١
						تعتمد الإدارة سياسة واضحة حول الجودة ومحددة بأهداف معينة	٢٢
						تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة .	٢٣
						تؤكد الإدارة دائماً أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها	٢٤
						تقدم الإدارة الدعم المالي المادي اللازم لفرق المعايرة.	٢٥
						تقدم الإدارة الدعم المعنوي اللازم لتحفيز فرق المعايرة.	٢٦
						تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات و تحرص على قياس نجاحها.	٢٧
						تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في مؤسسات جيدة متطورة.	٢٨
						تعقد الإدارة العليا أن تطبيق الجودة الشاملة هو وصفة علاجية لتحسين وضمان صحتها.	٢٩
						تحرص الإدارة على إزالة الحواجز من طريق الإبداع	٣٠
						تحرص الإدارة على التواجد المستمر بين العاملين وتسهل وصول الموظفين إليها دون حواجز	٣١
						تعقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي.	٣٢
						تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.	٣٣
						تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهداً طويل الأمد بالتحسين	٣٣
						تحرص الإدارة على إظهار دعمها ومشاركتها بالتنفيذ وتقدير جهود التطوير والتحسين	٣٤
المتابعة للمجال		وضوح العبارة				المجال الرابع: فهم الإدارة و العاملين لفلسفة الجودة	
غير منتمية	منتمية	غير واضحة	واضحة	غير مناسبة	مناسبة		
						إن الجودة غير ملموسة وغير قابلة للقياس	٣٥
						الجودة تتطلب تكاليف عالية ويصعب	٣٦

						تحمل نفقاتها	
						يعتبر العاملون المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة	٣٧
						الجودة مسؤولية الإدارة أولاً وأخيراً	٣٨
						الجودة تعني الرفاهية	٣٩
						الجودة تصلح للتطبيق في المجتمعات الراقية فقط	٤٠
						الجودة تصدر عن دائرة متخصصة بالجودة فقط	٤١
						الجودة تنتج عن استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة فقط	٤٢
انتفاء العبارة للمجال		وضوح العبارة		مناسبة العبارة		المجال الخامس استمرارية عمليات التطوير	
غير متممة	متممة	غير واضحة	واضحة	غير مناسبة	مناسبة		
						تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة	٤٣
						هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم	٤٤
						تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم	٤٥
						تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر	٤٦
						تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر	٤٧
						تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر	٤٨
						تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الخارجية بشكل مستمر	٤٩
						يتم استقصاء آراء المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم	٥٠
						يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	٥١

٥٢ - هل تعتقد بأن هناك عوامل أخرى أثرت بشكل ملموس على فاعلية مشروع تطبيق الجودة الشاملة

في المستشفى الذي تعمل فيه؟

إن كان جوابك نعم يرجى ذكر هذه العوامل .

إستبانة لمعرفة العوامل المؤثرة استمرارية نشاطات تطوير
الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في
قطاع غزة

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الفاضل الأخت الفاضلة تحية طيبة وبعد ،،،،،

أضع بين أيديكم هذه الإستبانة لمعرفة العوامل المؤثرة على استمرارية نشاطات تطوير
الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة . وتتكون هذه
الإستبانة من جزأين وهما :

§ الجزء الأول : يحتوي على معلومات عامة.

§ الجزء الثاني : يحتوي على مجموعة من المتغيرات لمعرفة أثرها في
استمرارية نشاطات تطوير الجودة الشاملة.

راجيا تعاونكم في الإجابة الصحيحة بكل دقة وموضوعية في البنود الواردة فيها ، علما
بأن المعلومات الواردة فيها هي لأغراض البحث العلمي فقط وسيتم التعامل معها بغاية
السرية التامة.

كما ويهدف الباحث لجمع المعلومات وتحليلها وتقديم نتائجها للجهات المعنية بها ،
لعلها تساعد في تجنب العديد من المشاكل والمعوقات ، وتساهم بالمقابل في تحسين
فرص نجاح مشروع تطبيق الجودة والمشاريع المشابهة .

شاكرا لكم حسن تعاونكم وتقديركم للبحث العلمي ،،،

الباحث / سعدي محمد الكحلوت

الجزء الأول : معلومات عامة .

يرجى وضع إشارة (X) في الخانة التي تنطبق عليك .

١. الجنس : () ذكر () أنثى .
٢. العمر : () ٢٠-٢٩ عاما () ٣٠-٣٩ عاما .
() ٤٠-٤٩ عاما () ٥٠ عاما فأكثر .
٣. الحالة الاجتماعية :
() متزوج () أعزب () غير ذلك .

٤. المؤهل العلمي :
() الثانوية العامة () دبلوم متوسط () بكالوريوس
() دبلوم عالي () ماجستير () دكتوراه .

٥. مدة الخدمة (الخبرة المصنفة)
() أقل من ٣ أعوام () من ٤-٧ أعوام
() من ٨-١١ عام () ١٢ عام فأكثر .

٦. حدد سنوات العمل في القسم
() أقل من ٣ أعوام () من ٤-٧ أعوام () من ٨-١١ عام
() ١٢ عام فأكثر

٧. المستوى الإداري واللقب الوظيفي :
() مدير إداري () مدير فني () رئيس قسم
() رئيس شعبة () طبيب () حكيم
() ممرض () موظف إداري () أخرى

٨. هل سبق وأن تلقيت تدريباً ذات علاقة بإحارة وتطبيق الجودة خلال السنوات الثلاث الماضية :
() لا () نعم

٩. إذا كان الجواب نعم حدد مدة التدريب :
() ساعات محدودة () لمرة واحدة () أكثر من يوم لمرة واحدة ()
ورشة عمل لمرة واحدة () تدريب متنوع ومستمر

الجزء الثاني : العوامل

الرقم	المجال الأول : الأسلوب المتبع في قياس مؤشرات تطوير الجودة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض بشدة
١	يتم تصنيف البيانات بشكل إحصائي.					
٢	تستخدم قوائم النقصي لتحديد المشاكل ومعالجتها.					
٣	تستخدم المخططات مثل مخطط السبب والتأثير لتحديد المشاكل ومعالجتها.					
٤	يوجد في القسم دليل معتمد للمواصفات					
٥	مواصفات إنجاز العمل مكتوبة ويتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع					
٦	مواصفات إنجاز العمل يتم تعديلها حسبما يتم على أرض الواقع					
٧	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات و الإصدارات العالمية.					
٨	يوجد نظام ضبط للجودة معتمد باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة					
٩	هناك نظام تدقيق معتمد و دوري على كل من الجودة و مراحل تقديم الخدمة.					
١٠	يتم إعداد تقارير العمل بشكل منتظم					
١١	يتم تحليل تقارير العمل واستخلاص النتائج					
١٢	يتم إعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة					
١٣	يتم نشر نتائج تقارير العمل بشكل منتظم					
١٤	يتم استخدام نتائج التقارير في تطوير العمل					
	المجال الثاني: الحوافز المادية و المعنوية	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض بشدة
	أ - الحوافز المادية..					
١٥	أنتقاضي راتباً مناسباً لما أقوم به من عملي الأساسي.					
١٦	أحصل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم					
١٧	أشعر بالرضا تجاه العلاوات و الزيادات السنوية التي أحصل عليها.					

					١٨	تتوفر لي فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائي.
					١٩	تقدم الإدارة هدايا عينية كنوع من التقدير و الثناء.
					٢٠	أقتضى مكافآت مادية مناسبة عن عملي الإضافي ضمن فرق تطوير الجودة
						ب- الحوافز المعنوية..
					٢١	تتم الترقيّة في عملي على أساس الكفاءة و الأداء.
					٢٢	يسهم العمل الذي أقوم به في تقديمي الوظيفي.
					٢٣	غالباً ما أشارك في اتخاذ القرارات.
					٢٤	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير.
					٢٥	تترك لي الإدارة حرية أداء عملي وفق ما هو مناسب لي.
					٢٦	أشعر بالرضا تجاه قيامي بعملي.
					٢٧	أشعر بالتطور و زيادة مهاراتي أثناء ممارستي لعملي.
					٢٨	أشعر بأن عملي ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانتي الوظيفية
					٢٩	تقدم لي الإدارة شهادات الشكر و التقدير عن عملي في فرق تطوير الجودة
أعارض بشدة	أعارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة		المجال الثالث: التزام الإدارة العليا بعمليات التطوير
					٣٠	تعتبر الإدارة الجودة شعاراً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار.
					٣١	تعتمد الإدارة سياسة واضحة بأهداف محددة حول الجودة
					٣٢	تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة .
					٣٣	تؤكد الإدارة دائماً أن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها
					٣٤	تقدم الإدارة الدعم المالي المادي و المعنوي اللازم لفرق التطوير
					٣٥	تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات و تحرص على قياس نجاحها.
					٣٦	تطبق الإدارة الأفكار التي أثبتت نجاحها في

					مؤسسات مشابهة.
					٣٧ تعتقد الإدارة العليا أن تطبيق الجودة الشاملة هو وصفة علاجية لتحسين وضمان نجاحها.
					٣٨ تحرص الإدارة على إزالة الحواجز من طريق الإبداع
					٣٩ تحرص الإدارة على التواصل المستمر مع العاملين وتسهيل وصول الموظفين إليها
					٤٠ تعتقد الإدارة أن من مهماتها طرح أفكار جديدة لمواكبة التغيرات المختلفة والتطور التكنولوجي.
					٤١ تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل و متابعة نتائج أعمالها و توصياتها.
					٤٢ تحرص الإدارة على متابعة نتائج أعمال و توصيات فرق العمل.
					٤٣ تحرص الإدارة على إظهار التزامها وتعهدا طويل الأمد بالتطوير
					٤٤ تحرص الإدارة على إظهار دعمها لعمليات التطوير والتحسين
					٤٥ تحرص الإدارة على إظهار مشاركتها بالتنفيذ وتقدر جهود التطوير والتحسين
					٤٦ تحرص الإدارة على إظهار تقديرها لجهود التطوير والتحسين
أعارض بشدة	أعارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	المجال الرابع: فهم العاملين لفلسفة الجودة
					٤٧ أعتقد أن الجودة ملموسة و قابلة للقياس
					٤٨ أعتقد أن الجودة لا تتطلب تكاليف عالية ويمكن تحمل نفقاتها
					٤٩ لا أرى أن العاملون هم المصدر الأساسي لتدني مستوى الجودة
					٥٠ أعتقد أن الجودة لا تعني الرفاهية
					٥١ أعتقد أن الجودة تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية
					٥٢ أرى أن الجودة لا تصدر عن دائرة متخصصة فقط
					٥٣ أعتقد أن فرق تطوير الجودة يجب أن تتشكل من أفراد متخصصين في الجودة فقط.

					٥٤	أعتقد أن الأفراد العاملين في القسم يمكنهم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.
					٥٥	أعتقد أن الجودة يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة
أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة		المجال الخامس مأسسة عمليات التطوير
					٥٦	تضع الإدارة عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها
					٥٧	تعكس قيم الإدارة التزامها بتطوير الجودة
					٥٨	تكرس الإدارة المصادر اللازمة لأنشطة تطبيق الجودة
					٥٩	تؤمن الإدارة بأن عمليات التطوير والتحسين ورفع مستوى الأداء هي إستراتيجية دائمة .
					٦٠	هناك إستراتيجية واضحة لعمليات التطوير
					٦١	أهداف التطوير معروفة لدى جميع العاملين
					٦٢	هناك جهود مستمرة ومختلفة لنشر الجودة في داخل وخارج القسم
					٦٣	تتم عمليات المراجعة الرسمية وغير الرسمية لعملية التحسين في داخل القسم
					٦٤	تتم مراجعة معايير الأداء بالنسبة للعمليات الصحية بشكل مستمر
					٦٥	تتم مراجعة معايير الأداء لقضايا السلامة المهنية للعاملين بشكل مستمر
					٦٦	تتم مراجعة معايير سلامة المرضى بشكل مستمر
					٦٧	يتم إجراء تقييم شامل لكافة مراحل تقديم الخدمة
					٦٨	تتم مراجعة معايير قضايا البيئة الداخلية والخارجية بشكل مستمر
					٦٩	يتم استقصاء آراء المرضى والمراجعين للتعرف على مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم
					٧٠	يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير
					٧١	يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تدريب
					٧٢	يحرص جميع العاملين في القسم على المشاركة في

					حلقات النقاش والتحسين التي تجري داخل القسم.	
--	--	--	--	--	---------------------------------------------	--

٧٣ - هل تعتقد بأن هناك عوامل أخرى أثرت بشكل ملموس على استمرارية أنشطة تطوير الجودة الشاملة في المستشفى الذي تعمل فيه؟

الدكتور / مثقال إسماعيل المحترم

المدير بدائرة التخطيط والتطوير في الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية بغزة،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،

الموضوع: مقابلة شخصية حول (بعض الملاحظات على تحليل نتائج الدراسة المتعلقة بالعوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة)

يسرني أن أجري هذه المقابلة الشخصية معكم بصفتكم مديرا في دائرة التخطيط والتطوير في الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية برجاء التكرم بإبداء الرأي في :

بعد إطلاعكم على تقييم أفراد عينة الدراسة للحوافز المادية والمعنوية المقدمة لهم ، ما هو رأيكم في تقييم المستطلعين ؟

كيف تفسرون تدني مستوى فهم العاملين لفلسفة ومفهوم الجودة ؟

ما هي الأسباب من وجهة نظركم التي أدت إلي تدني مستوى توجه الإدارة نحو مأسسة الجودة؟

كيف تفسرون عدم وجود فروق ذات مغزى بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً والأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في مجال الجودة؟

تمت المقابلة بتاريخ ٥ / ٦ / ٢٠٠٤ بمكتب التخطيط والتطوير التابع للإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية في تمام الساعة الحادية عشرة صباحاً.

الأستاذة/ لبنى الشريف المحترمة

الخبيرة بمشروع تطوير الجودة في وزارة الصحة الفلسطينية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،

الموضوع: مقابلة شخصية حول (بعض الملاحظات على تحليل نتائج الدراسة المتعلقة بالعوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة)

يسرني أن أجري هذه المقابلة الشخصية معكم بصفتمكم خبيرة في مجال الجودة وخاصة في القطاع الصحي برجاء التكرم بإبداء الرأي في :

هل تعتقدن أنه يتم استخدام الأساليب العلمية في قياس مؤشرات تطوير الجودة ؟ وإلي أي مدى يمكن الحديث عن فعالية الأساليب المستخدمة؟

هل تعتقدن بفاعلية الحوافز المادية والمعنوية التي تقدمها وزارة الصحة للعاملين بشكل عام، وللعاملين على تطوير الجودة بشكل خاص؟

ما هو تفسيرك لتدني مستوى التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير لأنشطة الجودة في المستشفيات التي شملتها الدراسة؟

تمت المقابلة بتاريخ ٨ / ٦ / ٢٠٠٤ بمكتب مشروع تطوير الجودة في وزارة الصحة الفلسطينية في تمام الساعة الحادية عشرة صباحاً.