

موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبرنامج الجودة الشاملة في ظل الأزمات

(دراسة كمية وصفية تحليلية عن الأداء الفعلي لبعض مستشفيات جمهورية مصر العربية
في ظل الأزمات وطبقاً لقواعد البرنامج المصري لمعايير الجودة)

أطروحة مقدمة إلى

مجلس كلية الإدارة والاقتصاد بالأكاديمية العربية في الدنمارك
وهي جزء من متطلبات درجة الماجستير في علوم إدارة الأعمال
(إدارة المستشفيات)

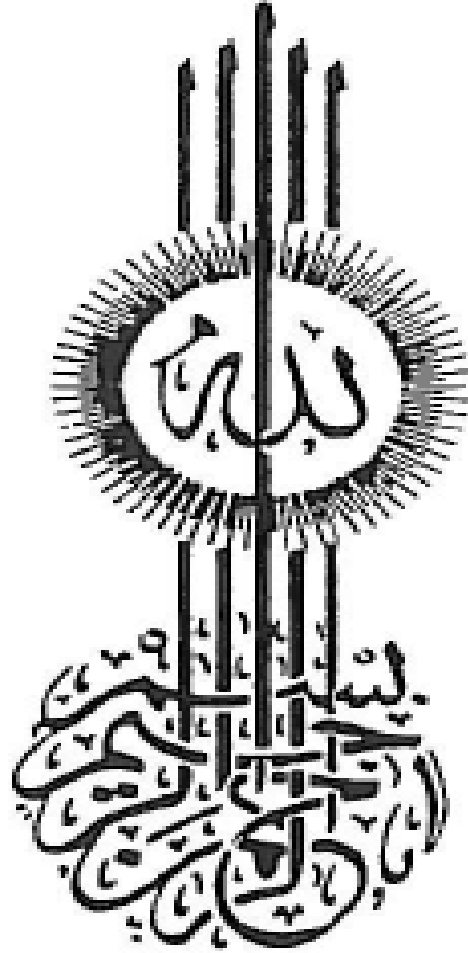
إعداد الطبيب

أحمد محمد كمال طاحون

إشراف

د / محمد سعيد دردير

٢٠١٣ هـ



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

قال تعالى :

(وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ

أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ)

صدق الله العظيم ...

[البقرة : ٣١]

تنويه

الدراسات والأبحاث التي تشتمل عليها هذه الدراسة لم يسبق التقدم بها أو بجزء منها لهذه الأكاديمية أو أي أكاديمية أو جامعة أخرى للحصول على أي درجة علمية .

الباحث

إقرار المشرف

أشهد بأن إعداد هذه الأطروحة الموسومة بعنوان :

موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية
طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبرنامج الجودة الشاملة في ظل الأزمات

(دراسة كمية وصفية تحليلية عن الأداء الفعلي لبعض مستشفيات جمهورية مصر العربية

في ظل الأزمات وطبقاً لقواعد البرنامج المصري لمعايير الجودة)

قد أجريت تحت إشرافي في كلية الاقتصاد والإدارة / الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك
وهي جزء من متطلبات درجة الماجستير في علوم إدارة الأعمال .

(التوقيع)

الاسم : الدكتور / محمد سعيد دردير

التاريخ : / / م

إقرار الخبير اللغوي

أشهد بأن الأطروحة الموسومة بعنوان :

موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية
طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبرنامج الجودة الشاملة في ظل الأزمات

(دراسة كمية وصفية تحليلية عن الأداء الفعلي لبعض مستشفيات جمهورية مصر العربية

في ظل الأزمات وطبقاً لقواعد البرنامج المصري لمعايير الجودة)

قد تم تدقيقها لغوياً من قبلي .

التوقيع ()

الاسم : توفيق مصطفى مناج

التاريخ : / / م

ترشيح الأطروحة للمناقشة

بناء على التوصيات أشرح هذه الأطروحة للمناقشة :

موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية
طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبرنامج الجودة الشاملة في ظل الأزمات

(دراسة كمية وصفية تحليلية عن الأداء الفعلي لبعض مستشفيات جمهورية مصر العربية

في ظل الأزمات وطبقاً لقواعد البرنامج المصري لمعايير الجودة)

التوقيع ()

الاسم : الدكتور / محمد سعيد دردير

رئيس قسم إدارة الأعمال

التاريخ : / / م

قرار لجنة المناقشة ومصادقة الكلية

نشهد نحن أعضاء لجنة المناقشة أننا اطلعنا على هذه الأطروحة الموسومة بعنوان :

موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية

طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبرنامج الجودة الشاملة في ظل الأزمات

(دراسة كمية وصفية تحليلية عن الأداء الفعلي لبعض مستشفيات جمهورية مصر العربية

في ظل الأزمات و طبقاً لقواعد البرنامج المصري لمعايير الجودة)

قد ناقشنا الطبيب (أحمد محمد كمال طاحون) في محتوياتها
وفيما له علاقة بها و نعتقد بأنها جديرة بالقبول لنيل درجة ماجستير في علوم إدارة الأعمال .

المرتبة	الاسم	الصفة	التوقيع
الدكتور		رئيس لجنة	
الدكتور		عضو	
الدكتور		عضو	
الدكتور	محمد سعيد دردير	عضو ومشرف	

صدقت من قبل مجلس كلية (الاقتصاد وإدارة الأعمال) في الأكاديمية العربية في الدنمارك .

التوقيع :

الاسم والمرتبة :

عميد كلية الاقتصاد وإدارة الأعمال في الأكاديمية العربية في الدنمارك

التاريخ :

الإهداء

أهدي هذا البحث لكل من والدي أ. د / منى الحسيني -
والتي ساهمت مساهمة ما كان لهذا البحث أن يتم دونها
ووالدي أ. د / محمد كمال طاحون والذي له الفضل بعد الله (عز وجل) في إتمامه
كذلك أخي د / محمود طاحون - الذي كان الساعد الأول لي
و أخي عمرو طاحون- الذي كان إلهاماً لي في كثير من الفكر الذي تناوله هذا البحث
لهذا أتقدم لهم جميعاً بوافر الشكر والعرفان جزاهم الله جميعاً
عن جهودهم المخلصة التي قدموها لي .

الباحث

الشكر والتقدير

أشكر الله العلي الحكيم الذي هداني لسلك طريق العلم
كما أتقدم بـوافر الشكر والتقدير للدكتور / محمد سعيد دردير ،
مشرفاً ومثلاً أعلى لي أدعو الله أن يجزيه خيراً على الجهد
الذي بذله في هذا البحث دعماً للباحث ودعماً للبحث ذاته .

الباحث

مستخلص البحث Abstract

من المؤكد أن تفاعل الباحث مع الأحداث المحيطة به خاصة عندما تكون في دائرة عمله تعتبر من الدوافع الرئيسية لاجتهاده في بحثه ، لهذا وباعتبار أن الباحث طبيب وشارك في نشاط الإسعافات والعلاجات الأولية بالمستشفيات الميدانية التي تم فتحها واستخدامها في قلب الأحداث بمصر طواعية دفع ذلك الباحث إلى التفكير الجدي في تناول العلاقة الثلاثية بين قواعد الإدارة الحديثة وتطبيقاتها طبقاً لقواعد معايير الأداء الشامل في ظل إدارة الأزمات التي تمر بها البلاد بالبحث والدراسة من وجهة النظر الطبية .

لذلك كانت مشكلة البحث هي الدراسة الفاحصة لهذه العلاقة التفاعلية بين أضلاع هذا المثلث :

(تطبيق قواعد الإدارة الحديثة بمعايير الجودة الشاملة في ظل الأزمات)

حدد الباحث أهدافه في التعرف على اتجاهات المرضى والمترددین تجاه مستوى الخدمة الطبية المقدمة لهم بشكلها الشامل في ظل هذه الأزمات وبمعايير الجودة الشاملة طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة ، كذلك التعرف على اتجاهات العاملين بالمستشفيات المختارة طبقاً لتخصصاتهم المختلفة في كيفية تحقيق التوازن بين أضلاع مثلث الأداء المشار إليه . هذا بالإضافة إلى محاولة التعرف على أكثر هذه القواعد من أضلاع هذا المثلث باعتباره متغيراً مستقلاً عن باقي الأضلاع باعتبارهما متغيرين تابعين ، وبذلك يمكن استخلاص أفضل توازن بين هذه القواعد الثلاث .

قام الباحث باختيار عينة بسيطة من المستشفيات العاملة بالقاهرة الكبرى (محافظتي القاهرة والجيزة) مكونة من (٥) خمس مستشفيات تمثل حوالي (٧%) من إجمالي مستشفيات القاهرة الكبرى والتي كانت في قلب الأحداث ، وقد راعى الباحث في اختيار العينة أن تشمل على مستشفيات حكومية وخاصة وخيرية وتعليمية من جانب وأن يكون موقعها الجغرافي بشمال ووسط وجنوب القاهرة من جانب آخر ، كما راعى أيضاً أن يكون منها ما يقدم الخدمات الشاملة والمتخصصة كذلك تمثيلها لأكثر عدد ديموجرافي تقع في دائرته هذه العينة وبإجمالي (٤.٦٥ مليون) نسمة من إجمالي حوالي (١٥ - ٢٠ مليون) نسمة .

افترض الباحث (٦) ست فرضيات لقياس مدى صحتها ، أولها أن هناك علاقة تبادلية وتفاعلية بين محاور البحث والتمثلة في قواعد الإدارة والجودة والأزمات ، وثانيهما أن هناك قصراً في المفاهيم العامة الشاملة لهذه القواعد الثلاثة ، والافتراض الثالث أن هناك اختلاف في حجم التأثير لكل محور على باقي المحاور ، أما الافتراض الرابع فهو أن هناك رغبة في العمل المعياري بهذه المحاور إلا أن القدرة على هذا العمل أقل من الرغبة ، والافتراض الخامس أنه في ظل الأزمات فإن قواعد إدارة الأزمات تكون هي المتغير المستقل ذات التأثير الأكبر على باقي القواعد والمحاور ، والسادس والأخير أن هناك اختلافاً بين إحساس المرضى بالخدمات المقدمة وبين منتجي الخدمة من أجهزة المستشفى .

توصل الباحث إلى صحة هذه الفروض جميعاً ، لهذا أوصى إلى أهمية إعادة صياغة الهيكل العام لمنظومة العمل الطبي بالجمهورية خاصة في ظل الأزمات بحيث تكون شبكة كاملة تكمل بعضها بعض بفكرة العلاج المتدرج مع الإخلاء الطبي المتكامل في منظومة عمل واحدة ، مع إمكانية السيطرة الفاعلة عليها باستخدام نظام العمل بالأنساق الطبية المختلفة ويتم ذلك من خلال تقسيم المستشفيات إلى (٤) أربعة أنساق متدرجة في حجم العمل الطبي يتكون فيها النسق الأول من نسق ميداني متحرك عبارة عن عدد من المستشفيات الميدانية ذات الهيكل التنظيمي الثابت ونظم العمل والإمكانات البشرية والمادية التي تمكنه من تقديم الإسعاف الطبي كمرحلة أولى للخدمة الطبية على أن تعمل في ميدان الحدث ، مع تشكيل باقي المستشفيات في أنساق متدرجة الخدمة سواء في حجم العمل الطبي المقدم للحالات أو الموقع الجغرافي للمستشفى ، مع تدرج حجم العمل الطبي المقدم للحالات من إسعاف طبي يتم تقديمه بالمستشفيات الميدانية إلى علاج طبي ثم إلى علاج متخصص ثم السفر للخارج طبقاً للحالة ، وذلك في ظل منظومة متكاملة من وسائل وآليات الإخلاء الطبي الذي يربط هذه الأنساق بأنواع الإخلاء المختلفة سواء الوسائل البرية أو الجوية أو النهرية أو البحرية، على أن تكون هذه الوسائل على المستوى المعياري كما ونوعاً .

توصل الباحث أيضاً إلى أهمية تفعيل الدروس المستفادة في التعامل مع الأزمات بمعايير جودة شاملة وبنظام الإدارة الحديثة بالاستكمال الكمي والنوعي للموارد البشرية الطبية والموارد المادية والتمثلة في التقنية الحديثة سواء في المعدات أو الأدوات أو وسائل الاتصال أو الطب الاتصالي أو مستلزمات العمل الطبي من مواد مثل الأدوية وغيرها ، كذلك نظم العمل المحكمة سواء في مراكز العمليات للسيطرة بالمركز الرئيسي أو بالمحافظات أو المدن أو في الإجراءات بهدف تحقيق شمول وتكامل العمل الطبي بكل أنحاء الجمهورية مع الاحتفاظ بهذه الإمكانيات بأماكن محددة يتم استخدامها ودفعها طبقاً للحاجة مع تدريب أفرادها باستمرار .

فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع	م
ح	قرار لجنة المناقشة	أ
ط	الإهداء	ب
ي	الشكر والتقدير	ج
ك	الملخص باللغة العربية	د
م	جدول المحتويات	هـ
٠١	Introduction	الفصل الأول : المقدمة
٠٢		أ- التمهيد .
١٦		ب- مشكلة البحث .
١٧		ج- أهمية البحث .
١٨		د- أهداف البحث .
١٩		هـ- فرضيات البحث .
٢٠		و- حدود البحث .
٢١		ز- مصطلحات الدراسة .
٢٣	Review of Literature	الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة
٢٦		أ- المقدمة .
٢٨		ب- المفاهيم العامة للإدارة الحديثة بالمستشفيات :
٢٨		(١) التعريف بمفهوم المستشفيات .
٣٣		(٢) الوظائف الرئيسية الحديثة للمستشفيات .
٣٦		(٣) أنواع المستشفيات .
٤٣		(٤) مبادئ الإدارة الحديثة للمستشفيات .
٥٤		(٥) خصائص العمل بالمستشفيات .
٥٩		ج- المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفى :
٥٩		(١) التعريف بالجودة الشاملة .
٦٤		(٢) التطور التاريخي للجودة الشاملة .
٦٩		(٣) معايير الجودة الشاملة .
٧٠		(٤) المبادئ الأساسية للجودة الشاملة .
٨٣		(٥) مراحل بناء الجودة الشاملة بالمنشآت الاقتصادية .
٨٥		(٦) عناصر الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية .
٩٠		(٧) توثيق معايير الجودة الشاملة بالمستشفيات .

رقم الصفحة	الموضوع	م
٩٣	د- المفاهيم العامة لإدارة الأزمات بالمستشفيات :	٢
٩٣	(١) مقدمة .	
٩٣	(٢) مفهوم إدارة الأزمات .	
٩٤	(٣) علاقة إدارة الأزمات بالعلوم الأخرى .	
٩٤	(٤) خصائص الأزمة .	
٩٤	(٥) أنواع الأزمات .	
٩٦	(٦) مستويات الأزمات .	
٩٦	(٧) التطور الفكري لدراسة الأزمات .	
٩٧	(٨) دورة حياة الأزمة .	
٩٩	(٩) الأسباب الرئيسية لنشوء الأزمة .	
١٠٠	(١٠) إدارة الأزمات .	
١٠٩	(١١) إستراتيجية إدارة الأزمات .	
١١٠	(١٢) مصفوفة الأزمات بالمنشآت الصحية .	
١١٢	هـ- الأسلوب العلمي في تقييم الأداء الكلي للمستشفى وإدارته :	
١١٢	(١) معايير ومقاييس تقييم الأداء لإجمالي المستشفى .	
١١٥	(٢) معايير تقييم أداء إدارة المستشفى .	
١٢٠	Methodology	٣
١٢١	الفصل الثالث : المنهج العلمي	
١٢١	أ- منهج البحث .	
١٤٣	ب- أدبيات مناهج البحث العلمي .	
١٤٥	ج- مجتمع البحث .	
١٥٨	د- عينة البحث .	
١٨٨	هـ- أدوات البحث العلمي .	
١٨٩	و- مصادر البيانات وأداة جمعها . ز- الوسائل الإحصائية .	
٢٠٠	Results and Discussion	٤
٢٠١	الفصل الرابع : عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها	
٢٠١	أ- عرض النتائج :	
٢٠٣	(١) البيانات الأساسية للمستشفيات المختارة كعينة للبحث .	
٢٠٥	(٢) تفرغ وتجهيز العبارات الواردة بالاستبانة .	
٢٠٥	ب- التحليل الجزئي والكلّي للنتائج :	
٢١٠	(١) التحليل الجزئي لنتائج الاستبانة .	
٢١٨	(٢) التحليل الكلي لنتائج الاستبانة .	
٢١٨	ج- تفسير ومناقشة النتائج :	
٢٣٢	(١) إثبات فرضيات البحث . (٢) التفسير والمناقشة .	

رقم الصفحة	الموضوع	م
٣٠١	Conclusions	٥
	الفصل الخامس : الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات	
٣٠٢	أ- الاستنتاجات .	
٣٠٦	ب- التوصيات .	
٣٠٩	ج- المقترحات .	
٣١١	د- المصادر والمراجع :	
٣١٢	(١) المصادر والمراجع العربية .	
٣١٦	(٢) المصادر والمراجع الأجنبية .	
	هـ- الملاحق :	
٣١٩	(١) معلومات عامة (ديموجرافية)	
٣٢٠	(٢) استبانة عن الجهاز الإداري والطبي بالمستشفى	
٣٢١	(١) نموذج الاستبيان الموزع .	
C	Abstract	و- الخلاصة باللغة الانجليزية .

الفصل الأول

المقدمة Introduction

- **أولا** : التمهيد
- **ثانيا** : مشكلة البحث
- **ثالثا** : أهمية البحث
- **رابعا** : أهداف البحث
- **خامسا** : فرضيات البحث
- **سادسا** : حدود البحث
- **سابعاً** : مصطلحات الدراسة

الفصل الأول :

مقدمة البحث Introduction

أولاً : التمهيد :

من المؤكد أن معظم المنظمات والمنشآت الخدمية والسلعية تعمل جاهدة على تحقيق التميز في أدائها خاصة في ظل المنافسة الحادة من جانب وباعتبارها منظمات تعمل بالقطاع الخاص من جانب آخر وذلك لتحقيق أهدافها في البقاء والتطور بأعلى كفاءة وفاعلية ، لذا فإن الإدارة العلمية الحديثة لهذه المنظمات تعتبر من المسلمات التي لا يمكن تحقيق الأهداف المرجوة دونها حيث إن الإدارة الحديثة تعتمد في فلسفة عملها على حسن توظيف الإمكانيات والموارد من خلال استخدامها للفكر الإداري خاصة بالنسبة للعمل بقطاعات إنتاج الخدمات وعلى رأسها الخدمات الطبية والصحية في ظل ظروف تعتبر استثنائية كما تعيشها حالياً جمهورية مصر العربية ، ومن الملاحظ نمو قطاع الخدمات بشكل كبير ليس بجمهورية مصر العربية فقط ولكن في كافة الدول ، ومن خلال متابعة حركة تطور هذه الخدمات نجد أن هناك علاقة طردية بين تقدم المجتمع اقتصادياً طبقاً لمفاهيم الرفاهية الاقتصادية وبين حجم الخدمات المقدمة للمجتمع بصفة عامة ونصيب الفرد منها بصفة خاصة ، لذا نجد أن قيمة الخدمات المقدمة بالولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول الأوروبية المتقدمة والمقدمة للمجتمع بالنسبة للنتائج القومي تشكل من (٦٧%) إلى (٧٥%) مما يدل على أهمية الدور الذي تلعبه الخدمات مقارنة بالسلع وبالتالي يعطي هذا مؤشراً بأن دور السلع المادية بالاقتصاد يتناقص بهذه الدول ولا يتعدى إسهامه (٣٣%) تقريباً بالنسبة لدور الخدمات الذي يتزايد.

في الحقيقة تبدأ عملية إنتاج الخدمات بالتعرف على احتياجات العميل وتوقعاته ، وبالتالي يتم تصميم وإعداد وتقديم الخدمة طبقاً لهذه التوقعات وفي هذه الحالة يتحقق التوازن بين المنتج الخدمي وتوقعات العميل وبالتالي تحقيق التميز والجودة بالأداء والذي يعتبر الهدف بالنسبة للمنظمات الخدمية التي تهدف للربح وذلك لأن هذه المنظمات تعتمد على الأداء Performance في إنتاج الخدمات باعتباره هدف المستهلك ومن هنا كانت جودة الأداء هي عنصر المنافسة الرئيسي لهذه المنظمات .

تتعدد الأساليب والطرق المستخدمة في تحسين جودة المنتجات إلا أن أكثرها انتشاراً وحادثة هو أسلوب الجودة الشاملة Total Quality Management (TQM) ، وهو أسلوب يعتمد على مجموعة مبادئ تؤدي حين تطبيقها إلى تحقيق أهداف المنظمة والوفاء بتوقعات عملائها .

لقد عرّف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي The U.S Federal Quality Institute ^(١) إدارة الجودة بأنها :
(نظام إستراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل ، وإن تطبيق هذه الفلسفة الإدارية يحتم مشاركة جميع المديرين والموظفين ، ويقوم باستخدام الطرق الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر) .

تعتبر أن جمهورية مصر العربية ذات تاريخ قديم في عملية الإدارة بمستوياتها المختلفة إلا أن عملية تطوير هذه الفلسفة والآليات قد تقاعست لبعض الفترات في تاريخها القديم والحديث إلا أن المؤشرات الإيجابية الحالية توضح أن الاقتصاد القومي قد حقق في القرن الماضي نمواً متزايداً أدى إلى الاهتمام بقطاع الخدمات على مستوى الدولة وبدأ القطاع الخاص بعد التحول للنظام الرأسمالي في أعقاب حرب التحرير عام ١٩٧٣ في التنامي والتزايد خاصة بالنسبة لقطاع الخدمات الصحية والطبية . يؤكد ذلك ما جاء بدراسة أعدتها الهيئة العامة المصرية للاستثمار Egyptian General Authority For Investment ^(٢) حول واقع الاستثمار في مجال الرعاية الصحية في مصر ، والذي يوضح أن الإنفاق الحكومي على قطاع الرعاية الصحية زاد بمعدل ٢٠٠% خلال الخمسة عشر عاماً الماضية . كما جاء بالدراسة أيضاً أن حجم الاستثمارات بهذا القطاع قد زاد بمعدل (١٥%) خلال الفترة من ٢٠٠٢ حتى ٢٠٠٦ وكانت المشروعات المشتركة بين الحكومة والقطاع الخاص من أهم السبل نحو الاستثمار بهذا القطاع منذ عام ٢٠٠٦ . وقد ساعد ذلك أن مصر بها قوى عاملة مدربة ضخمة بمتوسط (٨٠٠٠) خريج من كليات الطب سنوياً كما بلغ حجم الاستثمارات بالقطاع الطبي حوالي (١٦٠) مليون دولار عام ٢٠٠٦ .

وقد قامت Economist Intelligence Unit بإعداد دراسة عن حجم الاستثمار الطبي في مصر الذي وصل إلى (٦.١%) من إجمالي الناتج القومي عام ٢٠٠٨ مقارنة بـ (٦%) في تركيا ، (٤%) في السعودية في نفس الوقت الولايات المتحدة الأمريكية (١٦.١%) والمانيا (١٠.٦%) وبالتالي يكون حجم الإنفاق على الفرد في مصر عام ٢٠٠٨ (١١٣) دولار وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية .

المصادر :

(١) www.hrdiscussion.com/hr23367.html

(٢) الرعاية الصحية في مصر أكثر حيوية بعد ثورة يناير – Zawya

دراسة عن نسبة الإنفاق بالقطاع الصحي بالنسبة للناتج القومي

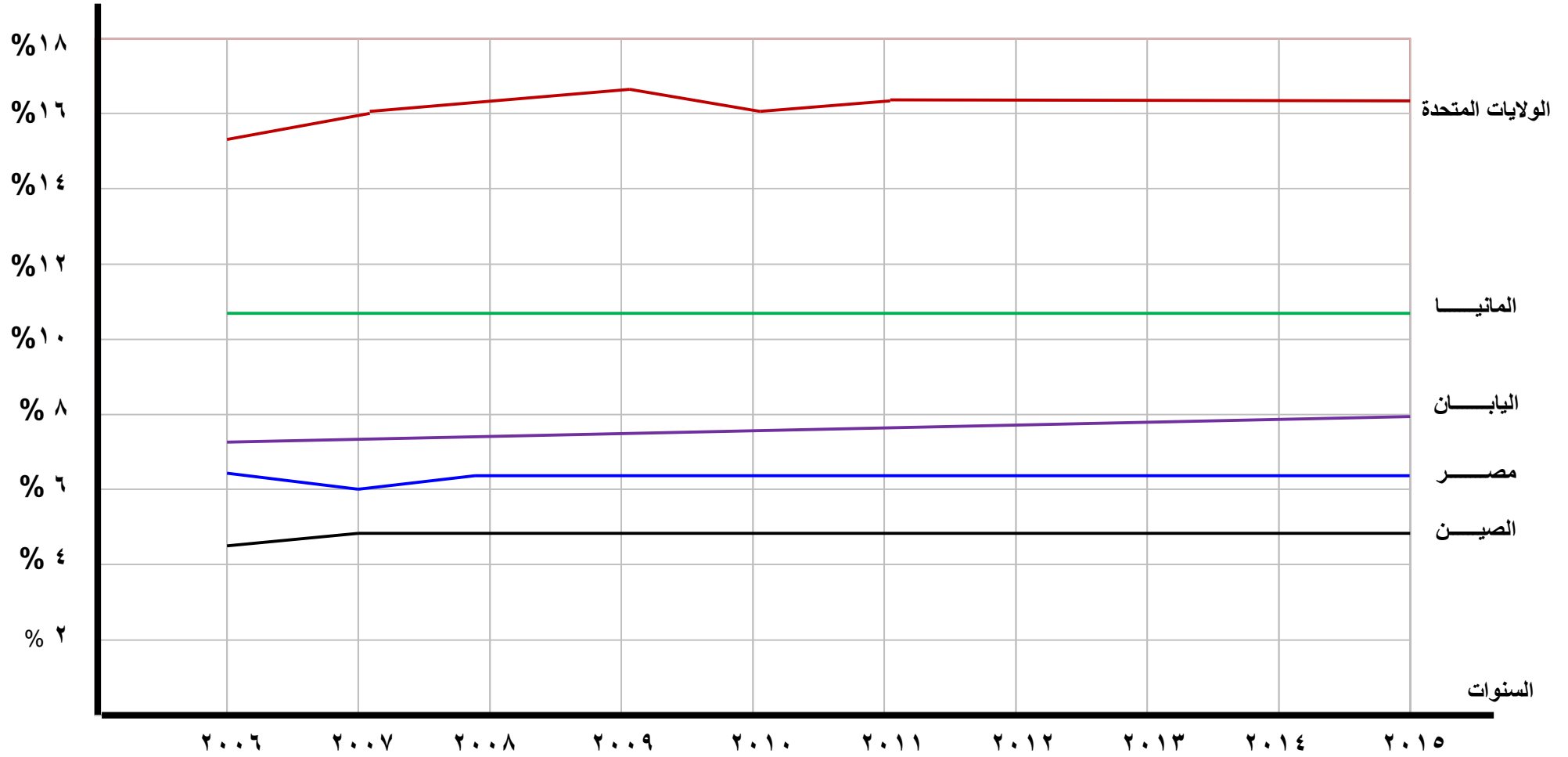
Healthcare Spending International Comparison (of GDP %)

٢٠١٥	٢٠١٤	٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	البلد
٦.١	٦.١	٦.١	٦.١	٦.١	٦.١	٦.١	٦.١	٦.٠	٦.٣	مصر
١٦.٢	١٦.٢	١٦.٢	١٦.٢	١٦.٢	١٦.٠	١٦.٣	١٦.١	١٦.٠	١٥.٨	الولايات المتحدة
٧.٩	٧.٩	٧.٧	٧.٥	٧.٣	٧.٢	٧.٠	٧.٨	٦.٧	٦.٥	اليابان
٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٧	٤.٥	الصين
١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٦	١٠.٤	١٠.٥	المانيا

Economist Intelligence

نسبة الإنفاق على القطاع الصحي بالنسبة للنتاج القومي
لبعض بلدان العالم (أمريكا - ألمانيا - اليابان - مصر - الصين)

% للإنفاق الصحي من الناتج القومي



Economist Intelligence

مقارنة ما تم إنفاقه على الرعاية الصحية بمصر بالنسبة لدول الشرق الأوسط

م	الوصف	وحدات	مصر	الشرق الأوسط
١	تعداد السكان لعام ٢٠١٠	بالمليون	٧٨.٣	٢١٤
٢	حجم الإنفاق على الرعاية الصحية من إجمالي الناتج القومي ٢٠٠٩	%	٥	٤.٣
٣	نصيب الفرد من الرعاية الصحية ٢٠٠٩	بالدولار	١١٢	٣١٥
٤	نصيب الفرد من الناتج المحلي ٢٠١٠	بالدولار	٢.٧٨٩	٨.١٨٧
٥	عدد الأسرة لكل (١٠) ألف شخص ٢٠٠٩	بمعدل	٢٧	٢١.٦
٦	عدد الأطباء لكل (١٠) ألف شخص ٢٠٠٩	بمعدل	٢٨.٣	١٨.٣
٧	متوسط العمر ٢٠٠٩	سنوات	٧٠.٣	٧١.٤
٨	وفيات الرضع ٢٠٠٩	أول ألف مولود	١٨.٢	٢٥.٥
٩	كبار السن بالنسبة لعدد السكان	%	٧.٧	٤.٦

Source :

WHO , IMF , Population Reference Bureau , World Bank , A1 Mosah Capital Research .

المستهدف في الخطط الخمسية للتنمية حتى عام ٢٠٣٢

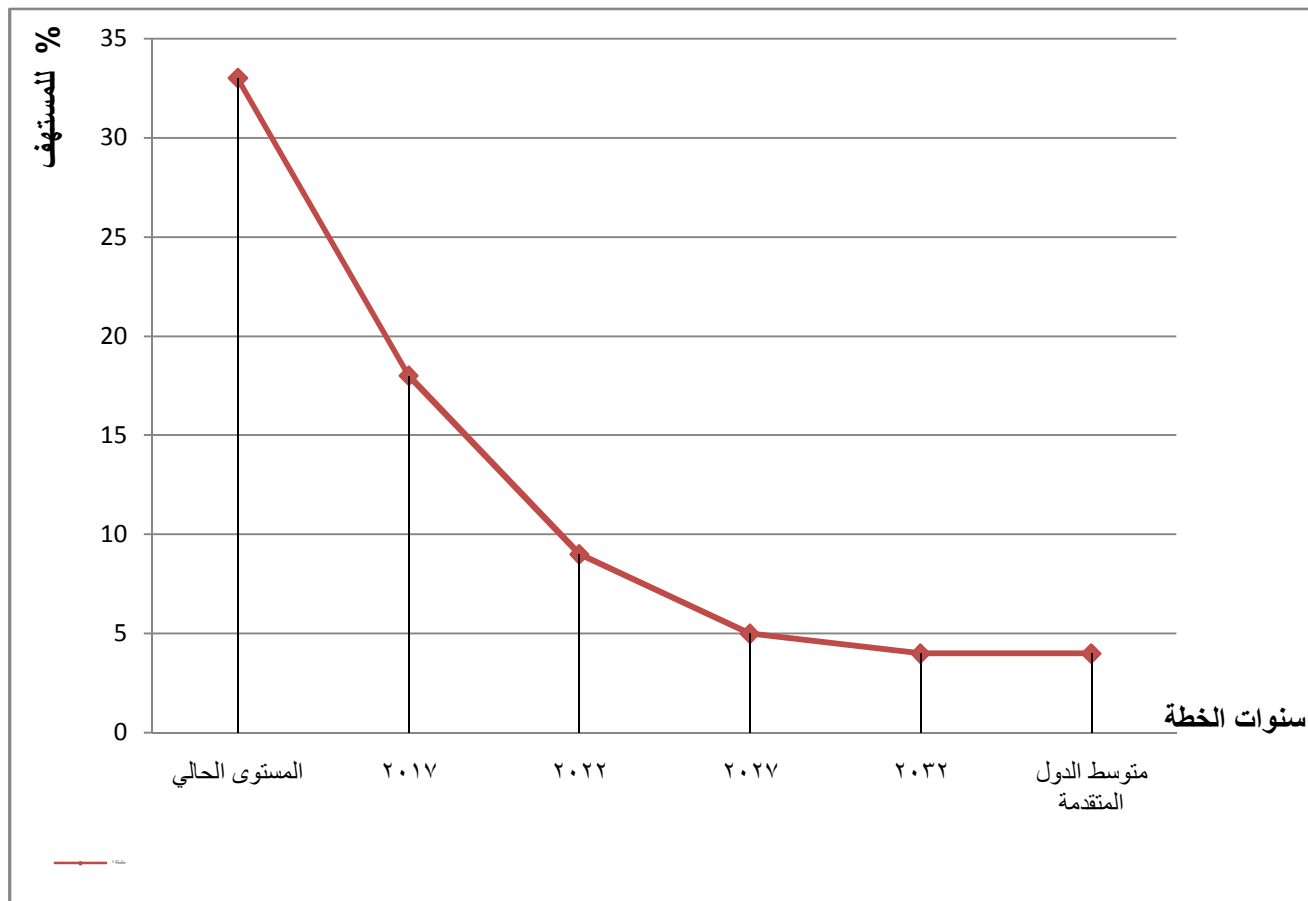
م	المؤثر	السنوي الحالي	٢٠١٧	٢٠٢٢	٢٠٢٧	٢٠٣٢	متوسط البلاد المتقدمة
١	عدد الوفيات بالأطفال دون الخامسة لكل ألف طفل	٣٣	١٨	٩	٥	٤	٤
٢	نسبة الأطفال المطعمين	%٩٦.٩	%٩٩	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠
٣	عدد الأسرة لكل ١٠٠ مواطن	١.٦٧	٣	٥.٥	٧	٧.٥	٨
٤	نسبة الرعاية الصحية من الدخل القومي	%٤.٤٩	%٦	%٧	%٨	%٩	%٧ - ١٢
٥	عدد المستشفيات لكل ١٠٠ ألف مواطن	٠.٥٥	١	١.٦	٢.٢	٣	٢.٥ - ٤
٦	عدد الأطباء لكل ١٠٠ مواطن	٢.٤	٢.٨	٣	٣.٢	٣.٥	لكل ١٠٠٠ (٥ - ٣)
٧	متوسط العمر المتوقع عند الولادة	٧٢.٤	٧٤	٧٦	٧٨	٨٠	٨٢
٨	نسبة المدخنين	%١٧	%١٠	%٦	%٥	%٤	—

مع كل ذلك وبالرغم من هذا التطور والرؤية المستقبلية للخدمات الصحية المتوقعة إلا أن الظروف السياسية قد أثرت في مسيرة هذا التطور مما يتطلب إعادة النظر في إعادة بناء المنظومة الصحية طبقاً للمتغيرات الجديدة .

لذا كان لا بد من دراسة كل من جودة الأداء بالخدمات الصحية في ظل الأزمات والتي تعتبر محوراً لتغير الرؤية والآليات بالعمل الصحي بشكل عام .
وبالتالي قام الباحث بتصميم البحث على أساس دراسة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات ومعايير الجودة المحددة لهذه الخدمات في مصر في ظل الأزمات الحالية .

المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

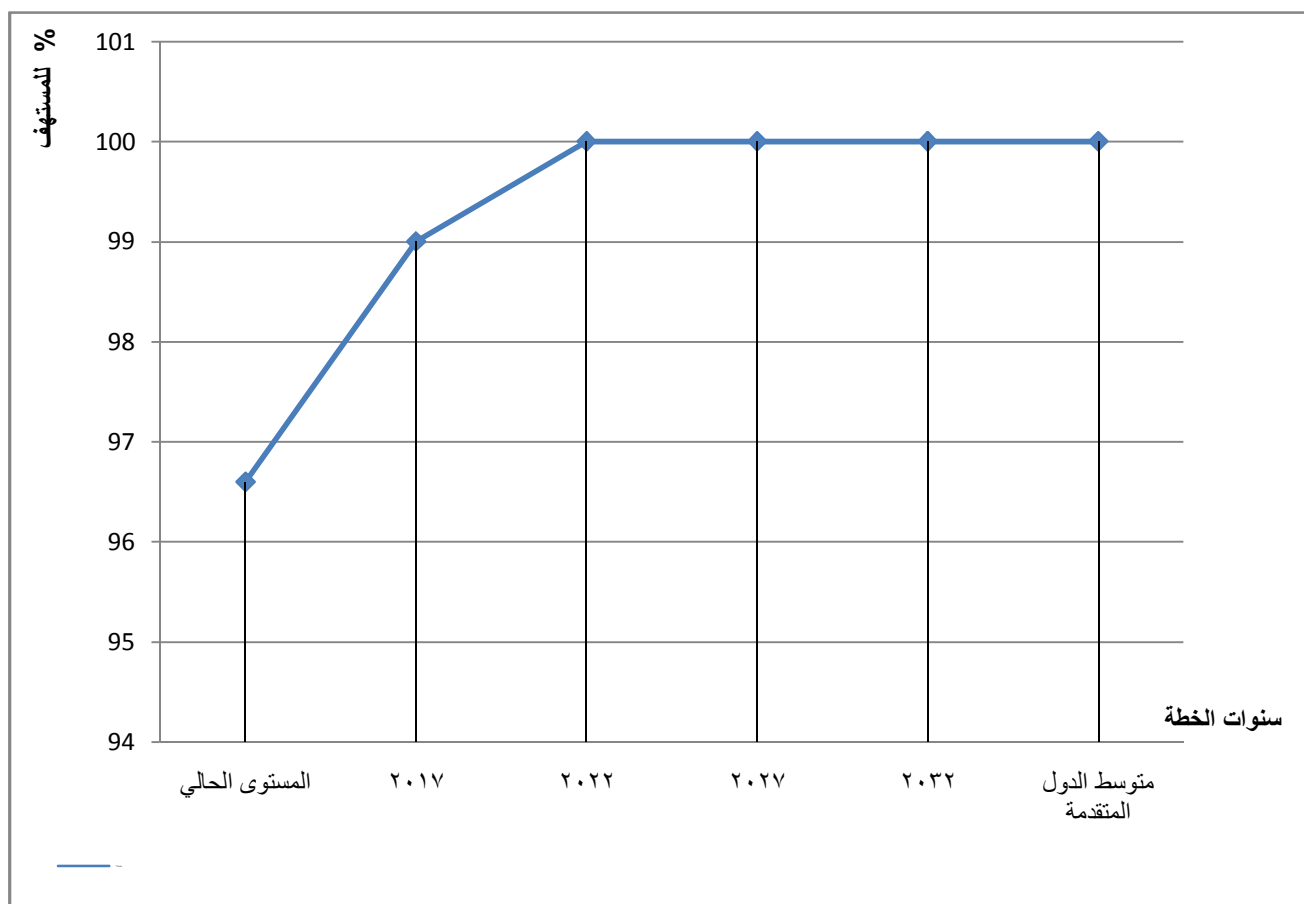
(عدد الوفيات بالأطفال دون الخامسة لكل ألف طفل)



Economist Intelligence

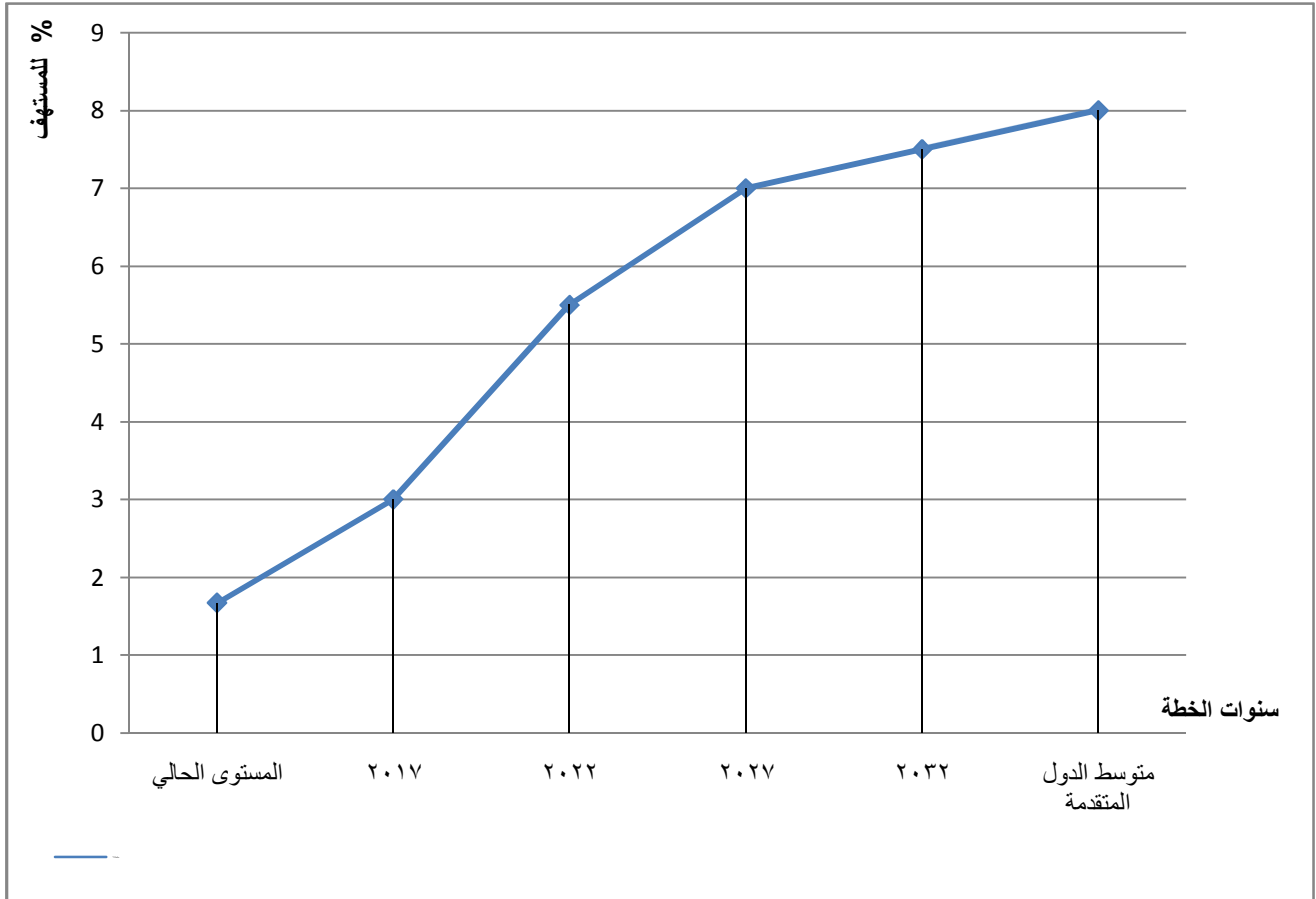
المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

(نسبة الأطفال المطعمين)



Economist Intelligence

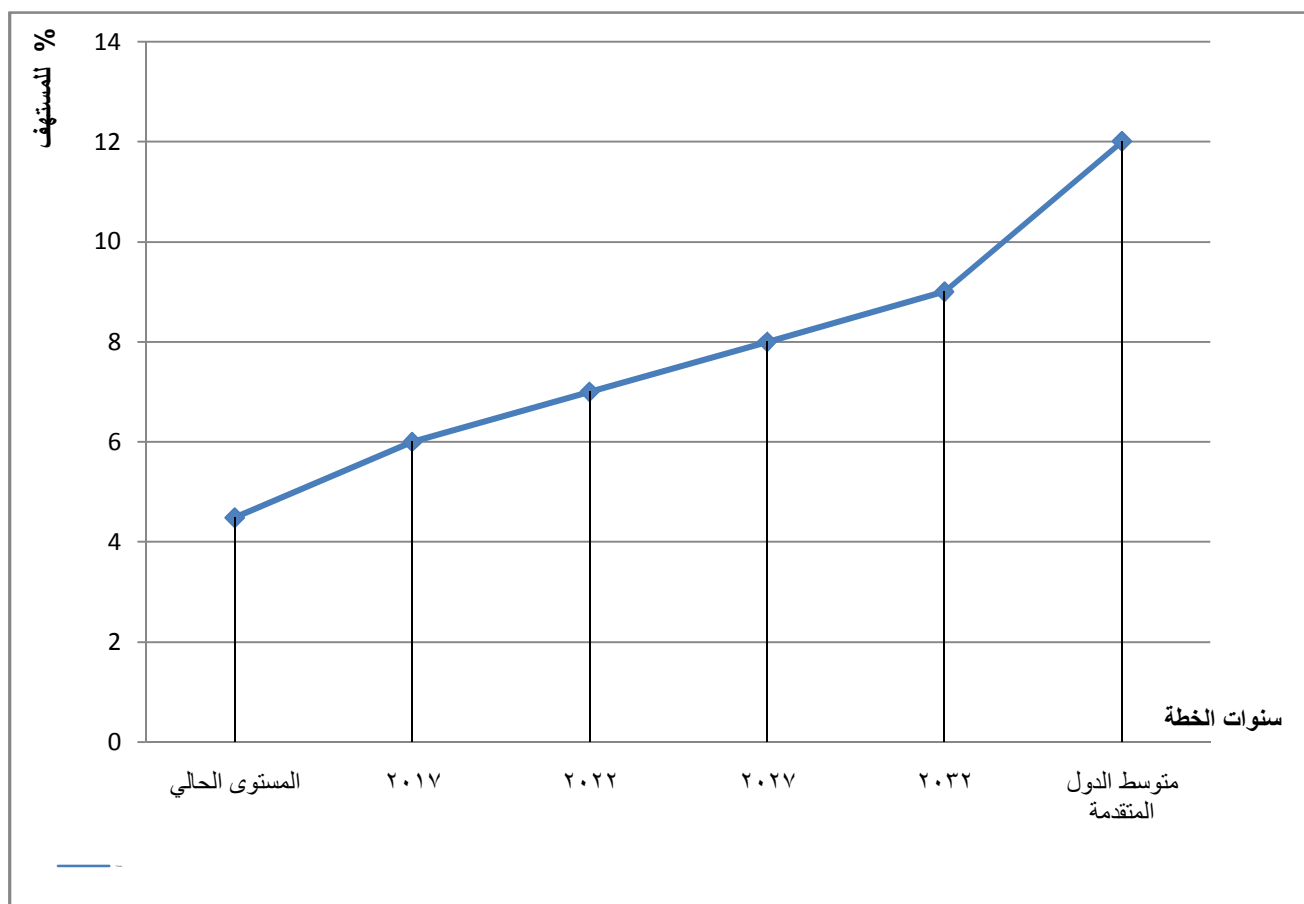
المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية
(عدد الأسرة لكل ١٠٠ موظف)



Economist Intelligence

المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

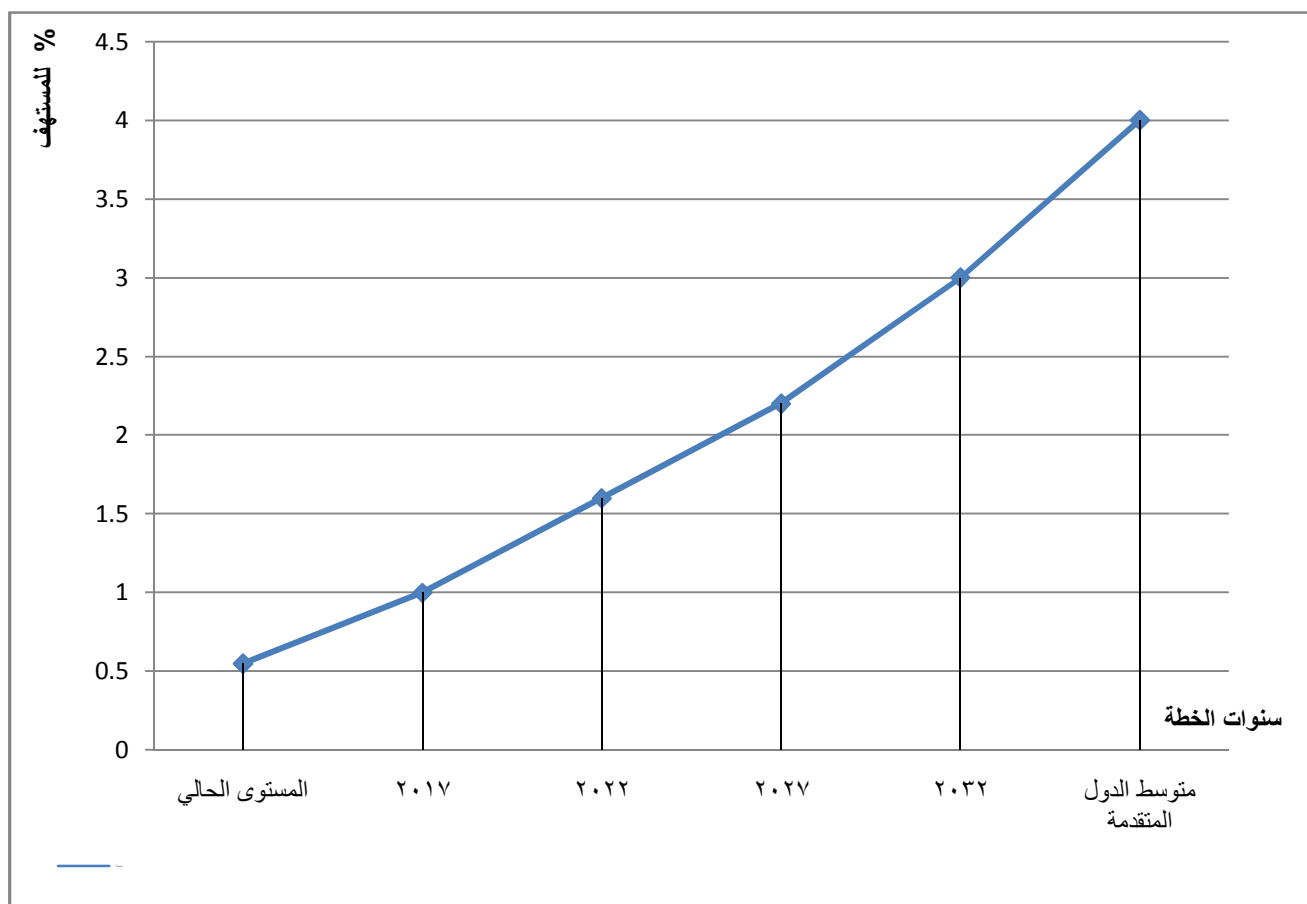
(نسبة الرعاية الصحية للدخل القومي)



Economist Intelligence

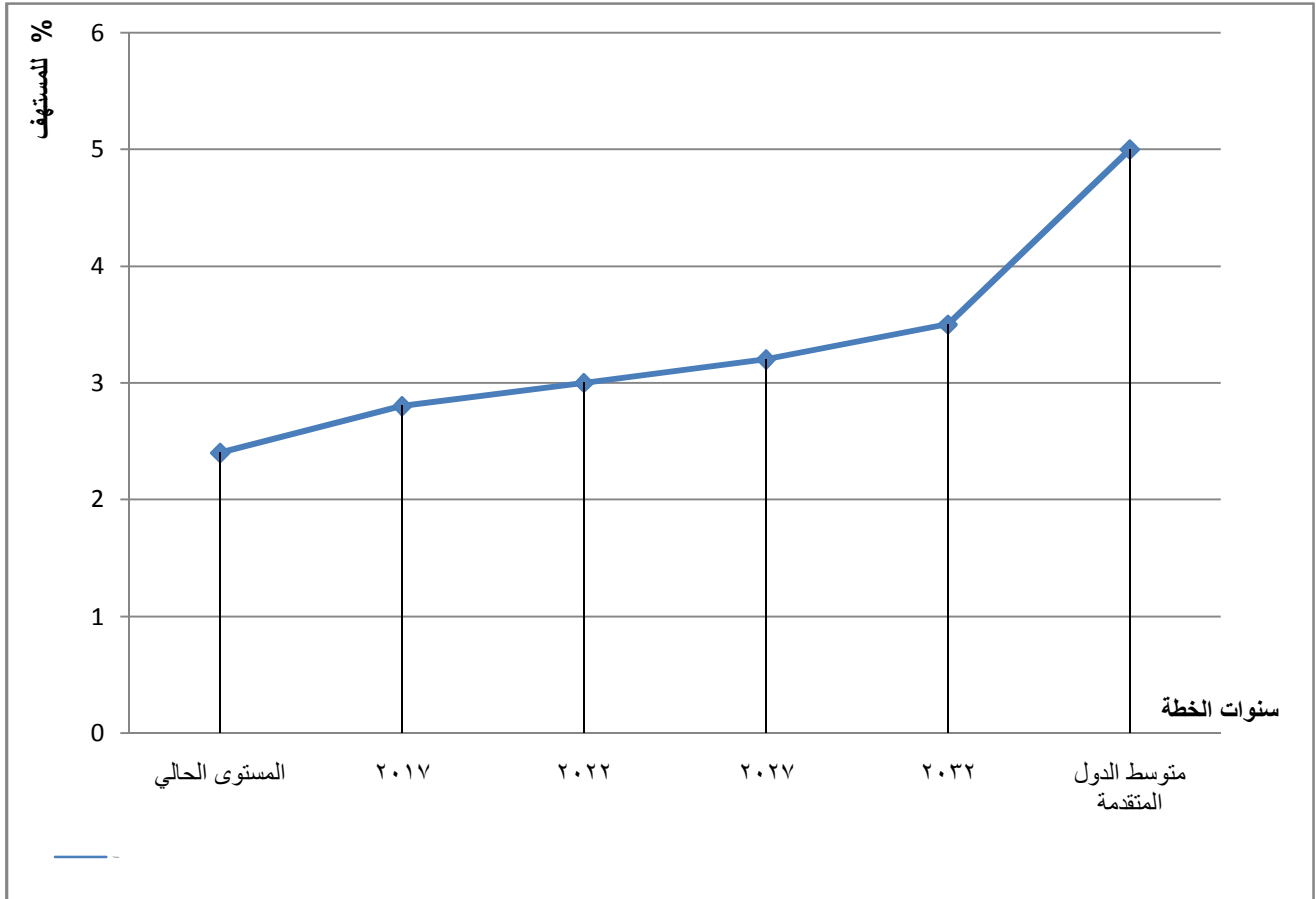
المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

(عدد المستشفيات لكل ١٠٠ مواطن)



Economist Intelligence

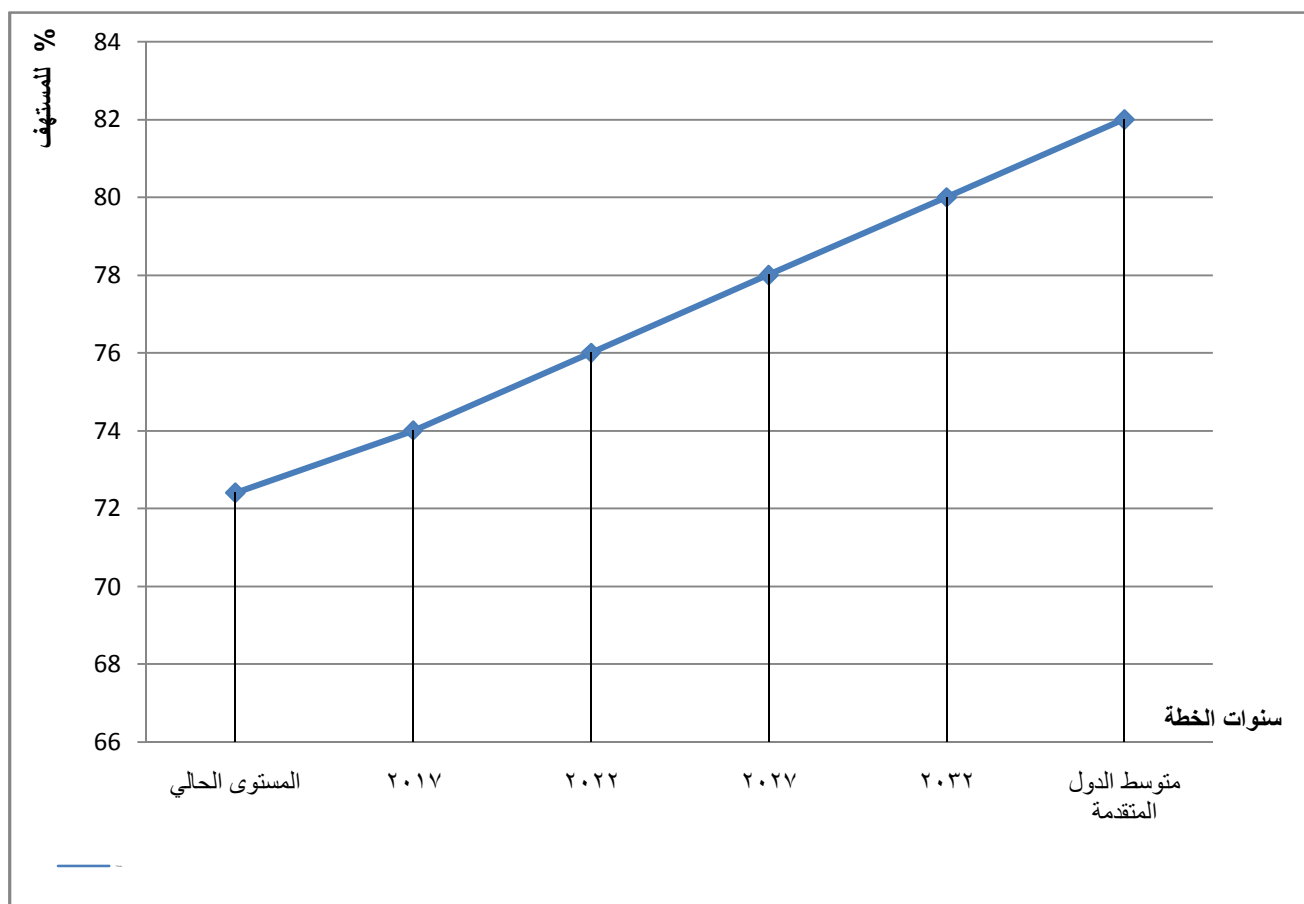
المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية
(عدد الأطباء لكل ١٠٠ مواطن)



Economist Intelligence

المستهدف في الخطط الخمسية للتمنية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

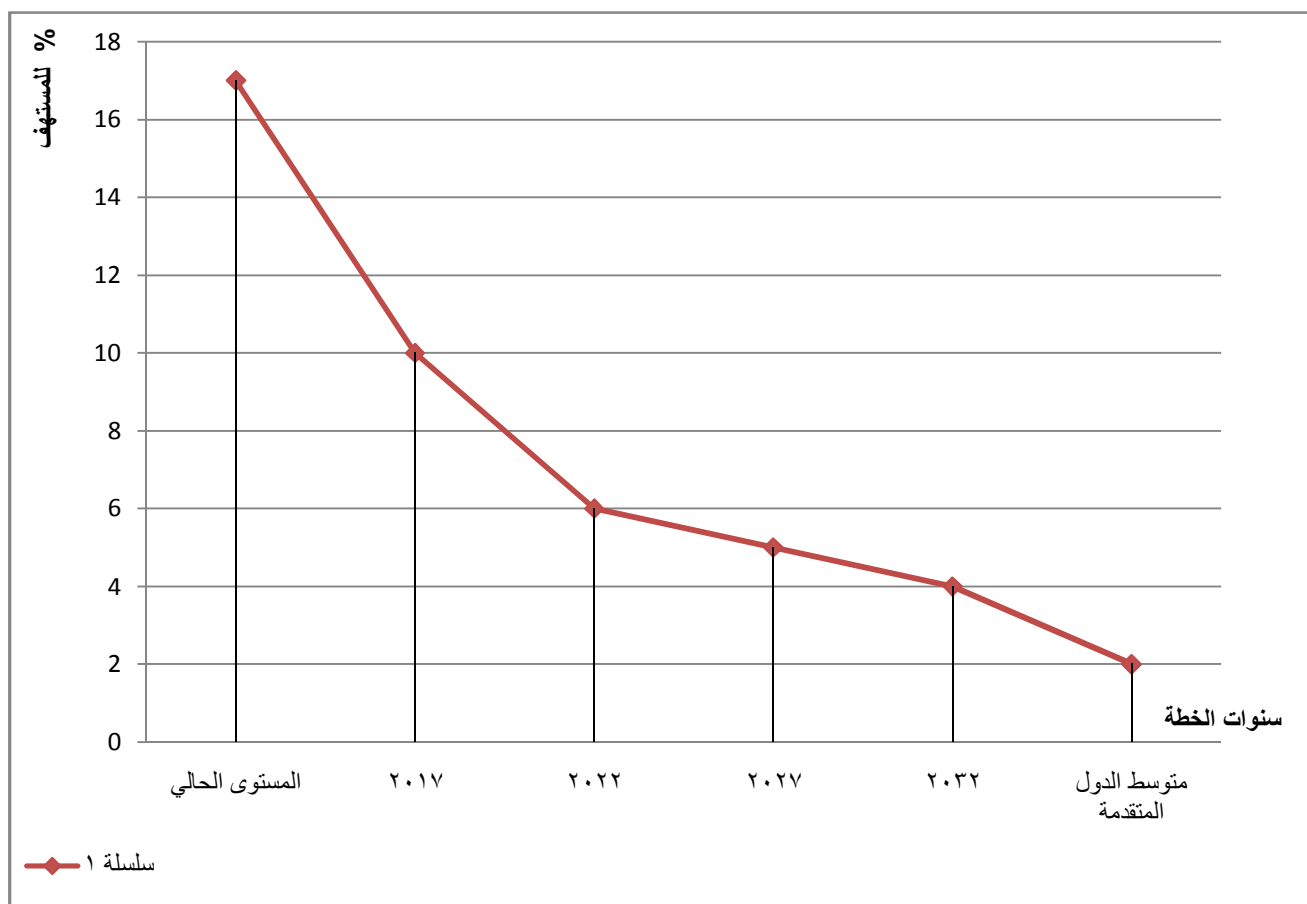
(متوسط العمر المتوقع عند الولادة)



Economist Intelligence

المستهدف في الخط الخمسية للتنمية حتى عام ٢٠٣٢ بجمهورية مصر العربية

(نسبة المدخنين)



Economist Intelligence

ثانياً : مشكلة البحث :

من خلال ما تم توضيحه بالمقدمة وما يؤكد تطور العمل بالقطاع الصحي في مصر والمستهدف خلال الأعوام القادمة إلا أن البنية السياسية العامة للدولة قد تغيرت بقيام ثورة ٢٥ يناير عام ٢٠١١ مما أثر على جميع الجوانب الاقتصادية بصفة عامة والصحية بصفة خاصة ، خاصة في ظل الاستثمارات بالقطاع الصحي من قبل القطاع الخاص والذي اعتمد في تقديم الخدمة الصحية على القادرين فقط دون باقي المواطنين وبالتالي تم الاعتماد على القطاع الحكومي في تقديم هذه الخدمة للمواطنين غير القادرين وبتغير المناخ السياسي الذي حدث مؤخراً أثر ذلك في مستوى الجودة المقدمة لهم مما أصبح مشكلة في ذاته .

لذا أدرك الباحث أهمية دراسة كيفية تقديم الخدمة طبقاً لمعايير الجودة المعمول بها في مصر بالمستشفيات في ظل هذه الأزمات التي تؤثر بشكل مباشر على أدائها باعتباره طبيباً ويعمل في نفس المجال ويرى ويشعر بأهمية دراسة هذه الحالة طبقاً للأسلوب العلمي وذلك بهدف الوصول إلى المقترحات أو التوصيات التي يحتاجها القطاع الصحي بمصر في ظل هذه التجارب الخاصة بالأزمات والعمل طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبمعايير الجودة العالمية من جانب والمحددة من قبل الجهات المعنية بمصر من جانب آخر .

ثالثاً : أهمية البحث :

- ١- يعتبر الأثر الاقتصادي السلبي الذي نشأ بعد ثورة ٢٥ يناير من أهم الأسباب التي أثرت على حجم الخدمات المقدمة للمواطن بشكل عام وخدمات التأمين الصحي بشكل خاص ، خاصة في ظل طبيعة الحالات التي تحتاج للخدمات الصحية وحجم الاستثمارات الذي توقف تقريباً بالإضافة إلى زيادة حجم العمل خاصة بالنسبة للحالات التي تنتج من المظاهرات وغيرها وبالتالي تدهور جودة الأداء في بعض المستشفيات مما يستدعي دراسة هذه الحالة والتي تضم أداء المستشفيات طبقاً لمعايير الجودة تحت ضغط الأزمات .
- ٢- يقوم البحث بإلقاء الضوء حول مفهوم الإدارة الحديثة للمستشفيات خاصة في مصر بالإضافة إلى المفهوم العام للجودة الشاملة وكيفية تطبيقها في مستشفيات مصر طبقاً للمعايير المحددة لذلك ، ثم المفهوم العام للأزمات وكيفية إدارتها بما يحقق التغلب على السلبية الناتجة من حدوث الأزمة وأفضل السبل للتعامل معها .
- ٣- يمثل البحث إضافة جديدة للمكتبة العربية عن تجربة إدارة المستشفيات طبقاً لمعايير الجودة في ظل حدوث أزمات حادة طبقاً للتجربة العربية والتي تعتبر حالة نادرة يمكن أن تكون إضافة هامة بالمكتبة المصرية الطبية بصفة خاصة والمكتبة العربية والعالمية بصفة عامة .
- ٤- الدراسة العلمية لمثل هذه الحالات النادرة يمكن أن ينتج عنها تطور كبير في إدارة الجودة بالقطاع الصحي باعتبار أن إدارة هذا القطاع تتم تحت ظروف استثنائية تدعو إلى الحلول الإبداعية الجديدة وغير التقليدية .

رابعاً : أهداف البحث :

- ١- التعرف على اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفيات تحت الدراسة تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً في ظل الأزمة التي تعيشها مصر حالياً والتي لا بد أن يكون لها تأثير على هذه الجودة .
- ٢- التعرف على اتجاهات العاملين على إدارات المستشفيات محل الدراسة سواء الإداريين أو الأطباء بالنسبة لأثر الأزمة على جودة تقديم الخدمات طبقاً لمعايير الأداء المعتمدة .
- ٣- التعرف على أكثر العوامل المؤثرة على جودة الخدمة الصحية المقدمة فعلياً بالمستشفى .
- ٤- استخلاص نتائج تفاعل عناصر الإدارة الحديثة للمستشفيات مع معايير الجودة الصحية في ظل الأزمات الموجودة حالياً .

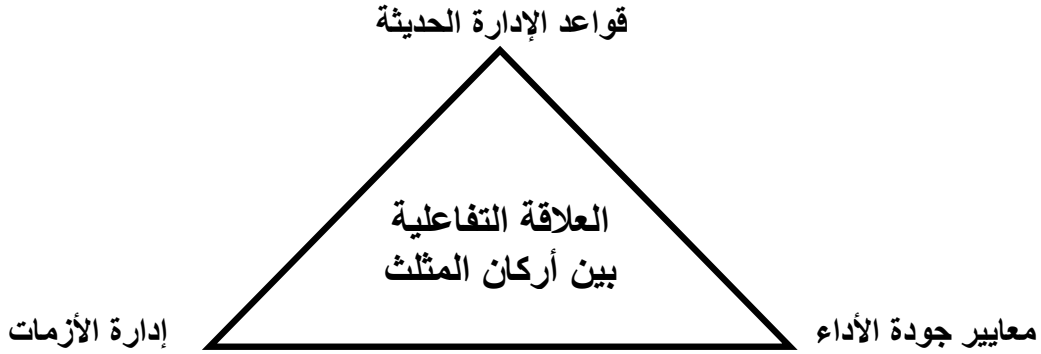
خامساً : فرضيات البحث :

- ١- إن هناك علاقة تبادلية وتفاعلية بين كل من محاور البحث وهي قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة للأداء في ظل الأزمات .
- ٢- إن المفاهيم العامة لكل من قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة وإدارة الأزمات بالمستشفيات لا ترقى إلى مستوى المعيارية العالمية .
- ٣- إن هناك اختلاف في مدى تأثير كل محور من المحاور الثلاث عند اختيار المحور كمتغير مستقل واعتبار المحورين الآخرين متغيراً تابعاً .
- ٤- إن هناك اختلاف في المفاهيم بين الرغبة في وجود هذه القواعد بشكلها الشامل والكامل والمعيارى وبين القدرة على تحويل الرغبة إلى واقع فعلي .
- ٥- إنه في ظل الأزمات يكون الاهتمام الأكبر لإدارة هذه الأزمات وبالتالي تصبح قواعد إدارة الأزمات هي المتغير المستقل لكل من إدارة الجودة والإدارة الحديثة باعتبارهما متغيرين تابعين .
- ٦- توجد فروق جوهرية بين اتجاهات وإحساس المرضى والمقيمين (العملاء) من جانب واتجاهات مسؤولي الإدارة وخاصة الأطباء بالنسبة لمفهوم جودة الأداء بشكل عام .

سادساً : حدود البحث :

١- الحدود الموضوعية :

تناول البحث العلاقة التفاعلية بين المفهوم العام للإدارة الحديثة للمستشفيات والمفهوم العام لجودة الأداء بالمستشفيات تحت الدراسة والمفهوم العام للأزمات وتأثيرها على جودة الأداء طبقاً لمفهوم الإدارة الحديثة وبالتالي تكون الحدود الموضوعية هي حدود التفاعل بين مثلث الأداء العام في ظل الظروف الخاصة التي تدار بها هذه المستشفيات وهي :



٢- الحدود المكانية :

لقد تم اختيار عدد من المستشفيات القريبة من الأحداث حتى يمكن أن يكون القياس متطابقاً مع الحدث من جانب مع التأكيد على أن تكون هذه المستشفيات في موقع يقوم بخدمة عدد كبير من متوسطي الحال وليس بالمستشفى الاستثماري ذي التكاليف العالية في العلاج مع التأكيد على تنوع هذه المستشفيات ما بين عام ومتخصص وغيرها .

٣- الحدود الزمانية :

تم اختيار عام ٢٠١٣ باعتباره الفترة التي اشتملت على الأحداث التي تمت في مصر في ذروتها والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مراحل وهي : مرحلة ما قبل الثورة ومرحلة ما بعد الثورة وحتى انتخاب رئيس الجمهورية ثم ما بعد ذلك ، وقد تم اختيار هذه الفترة ليتمكن دراسة الأثر الفعلي للأزمات التي مرت بها مصر خلال هذه الفترة وأثرها على الإدارة الحديثة لهذه المنشآت الطبية طبقاً لمعايير الجودة .

٤- الحدود البشرية :

لقد تم إعداد استبانة لقياس الرأي والرؤية لدى العاملين بمجال الإدارة سواء الإدارة الممثلة لإدارة المستشفيات أو الإدارة المهنية الممثلة في الأطباء بمختلف تخصصاتهم بالإضافة إلى عملاء المستشفيات محل الدراسة سواء المقيمين أو المترددين عليها .

سابعاً : مصطلحات الدراسة :

١- الإدارة العلمية الحديثة :

طبقاً لما جاء بكتاب (أساسيات الإدارة الحديثة) :

- أ- عرف (فردريك تيلور) في كتابه إدارة الورشة الصادر عام ١٩٠٣ أن فن الإدارة هو المعرفة الصحيحة لما يريد الرجال عمله ، ثم التأكيد من أنهم يقومون بعمله بأحسن طريقة وأرخصها .
- ب- يعرف (هنري فايول) الإدارة في كتابه الإدارة العامة والصناعية بقوله :
(يقصد بالإدارة التنبؤ والتخطيط والتنظيم وإصدار الأوامر والتنسيق والوقاية) .
- ج- يعرف (كونتز وأودونيل) أن الإدارة (وظيفة لتنفيذ الأشياء عن طريق الأشخاص) .
- د- تعريف المؤلفين : (إنها ذلك النشاط الذي يهتم بتخطيط وتنظيم وتوجيه وتنسيق ورقابة أعمال الآخرين لتحقيق هدف ، فإذا كانت الأهداف التي تسعى الإدارة لتحقيقها أهداف خاصة كهدف تحقيق الربح مثلاً يطلق على الإدارة هنا إدارة الأعمال ، أما إذا كانت الأهداف التي تسعى الإدارة إلى تحقيقها أهدافاً عامة كهدف تقديم الخدمات مثلاً فإنه يطلق على الإدارة في هذه الحالة الإدارة العامة) .

٢- إدارة الأزمات :

أ- الأزمة :

هي تلك النقطة الحرجة واللحظة الحاسمة التي يتحدد عندها مصير تطورها، إما إلى الأفضل وإما إلى الأسوأ، الحياة أو الموت، الحرب أو السلم، لإيجاد حل لمشكلة ما أو انفجار (١) .
ولخدمة أغراض الدراسة وبعد استقراء التعريفات الكثيرة للأزمة في أدبيات الدراسة فقد عرف الباحث الأزمة بأنها (حالة غير عادية تخرج عن نطاق التحكم والسيطرة وتؤدي إلى توقف حركة العمل أو هبوطها إلى درجة غير معتادة، بحيث تهدد تحقيق الأهداف المطلوبة من قبل المنظمة في الوقت المحدد) .

ب- إدارة الأزمة Crisis management :

إدارة الأزمة : كيفية التغلب عليها بالأدوات العلمية والإدارية المختلفة وتجنب سلبياتها والاستفادة من إيجابياتها (٢).

(١) الصباب ، أد أحمد عبد الله وآخرون ، أساسيات الإدارة الحديثة ، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع ، ١٤٢٦ هـ ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، ص ٢٥ ، ٢٠٠٥ .

(٢) الشعلان، فهد أحمد: " إدارة الأزمات: الأسس-المراحل-الآليات "، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ٢٠٠٢، ص ٢٥
(٣) الجدلي ، ريحي عبد القادر (واقع استخدام أساليب إدارة الأزمات في المستشفيات الحكومية الكبرى في قطاع غزة) رسالة ماجستير الجامعة الإسلامية في غزة - كلية التجارة ، ٢٠٠٦ .

(٤) الخضيري، محسن أحمد: " إدارة الأزمات : منهج اقتصادي إداري لحل الأزمات على مستوى الاقتصاد القومي والوحدة الاقتصادية " القاهرة، مكتبة مدبولي، ط٢٠٠٣، ٢٠م، ص (١١).

ج- الإدارة بالأزمة Management By Crisis :

الإدارة بالأزمة تقوم على افتعال الأزمات وإيجادها من عدم، كوسيلة للتغطية والتمويه على المشكلات القائمة التي تواجه الكيان الإداري، ويطلق عليها أيضاً علم صناعة الأزمة^(١).

د- الوقائية :

تعرف الوقائية بأنها اتخاذ الإجراءات الاحترازية اللازمة مسبقاً لمنع أو تقليل احتمالات وقوع الأزمة ، وهذا النوع من الإدارة يسمى بإدارة المبادرة .

هـ- العلاجية :

هو مستوى تفضيل متخذ القرار إلى التعامل مع الأزمة بعد وقوعها وليس قبل ذلك، وهذا النوع من الإدارة يسمى بإدارة رد الفعل .

و- الجاهزية :

هي المقدرة للتعامل مع الأزمة في مراحلها الخمسة المختلفة وكما أشار إلى ذلك متروف وبيرسون، وتسمى هذه الإدارة بالإدارة المتفاعلة^(٢) .

ز- المنظمات المستعدة للأزمات Crisis Prepared Organizations :

وهي منظمات عندها خطط مسبقة للتعامل مع الأزمات، والقيادات الإدارية فيها لديهم قدرة على تحمل المسؤولية تجاه أنفسهم والعاملين بالمنظمة والمجتمع المحلي والبيئة المحيطة، ويستخدمون أساليب إدارية وقائية تحقق الاستجابة السلسة للأزمة في حال وقوعها، كما أنهم يشجعون العاملين دائماً على الإبلاغ عن الأخبار السيئة ومكافأتهم إذا ثبت صحة هذه الأخبار، وعدم ترك المواقف التي تعتبر مثيرة للمشاكل في العمل، والكشف عن الأخطاء والمشاكل المحتملة أولاً بأول حتى لا يتسع حجمها ويصعب حلها، ويسود في هذه المنظمات المستعدة للأزمات الخصائص التالية: التفاعل بين الإدارة والعاملين، مشاركة العاملين وتمكينهم من السلطة، عدم التحفظ في طرح المشاكل، التعاطف، وسيادة العلاقات الشخصية بين الرؤساء والمرؤوسين .

ح- المنظمات المستهدفة للأزمات Crisis Prone Organizations :

منظمات لا تشجع على اكتشاف مؤشرات حدوث الأزمات، وتستخدم أساليب دفاعية قد تؤدي إلى مزيد من الأزمات، الإدارة ترى أن مجرد ذكر الأزمات الماضية هو إفشاء للأسرار، لا يعترفون بأي خطأ، وليس هناك ضرورة لإحداث تغيير من وجهة نظرهم. هذه المنظمات لا يتوافر بها نظام فعال لإدارة الأزمات، بل إن جهود الإدارة هي جهود علاجية ورد فعل في معظم الأحيان لما يحدث من أزمات مختلفة^(٣) .

(١) الخضيرى، محسن أحمد: المرجع السابق، ص (١٤) .

(٢) الشريدة، هيام و الأعرجي، عاصم: "العلاقة بين بعض متغيرات إدارة الأزمات كما يراها متخذي القرار في المدارس الثانوية"، المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل (العلوم الإنسانية والإدارية) ، م٤ ، ع ١ ، الرياض ، ٥١٤٢٤ ، ٢٠٠٣م، صص(٢٣١-٢٣٠)

(٣) حجازي، جمال طاهر أبو الفتوح: "أثر الثقافة التنظيمية على فاعلية نظام إدارة الأزمات في البنوك التجارية السعودية"، مجلة البحوث التجارية، م٢٣، ع٢٤، الزقازيق، ٢٠٠١م، صص (٦١-٦٠) .

(٤) أرمسترونج، ميشيل ، (المرجع الكامل في تقنيات الإدارة) ، ٢٠٠٣ ، مكتبة جرير ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة Review of Literature

أولا : المقدمة

• ثانيا : المفاهيم العامة للإدارة الحديثة بالمستشفيات

• ثالثا : المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات

• رابعا : المفاهيم العامة لإدارة الأزمات بالمستشفيات

• خامسا : الأسلوب العلمي في تقييم أداء المستشفيات

الإطار النظري والدراسات السابقة

Review of Literature

أولاً : المقدمة .

ثانياً : المفاهيم العامة للإدارة الحديثة بالمستشفيات:

- التعريف بمفهوم المستشفيات .
- الوظائف الرئيسية للمستشفيات .
- أنواع المستشفيات .
- مبادئ الإدارة الحديثة للمستشفيات .
- خصائص العمل بالمستشفيات .

ثالثاً : المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات :

- التعريف بالجودة الشاملة .
- تعريف الجودة بالقطاع الصحي .
- التطور التاريخي لمفهوم الجودة الشاملة .
- معايير الجودة الشاملة .
- المبادئ الأساسية للجودة الشاملة .
- مراحل بناء الجودة الشاملة بالمنشآت الاقتصادية .
- عناصر الجودة بالمنشآت الصحية .
- قياس جودة الخدمة الصحية .
- تطبيق معايير الجودة بالمستشفيات .

رابعاً : المفاهيم العامة لإدارة الأزمات بالمستشفيات :

- مقدمة .
- مفهوم إدارة الأزمات .
- علاقة إدارة الأزمات بالعلوم الأخرى .
- خصائص الأزمة .
- أنواع الأزمات .
- مستويات الأزمات .
- التطور الفكري لدراسة الأزمات .
- دورة حياة الأزمة .
- الأسباب الرئيسية لنشوء الأزمة .
- إدارة الأزمات .
 - التعريف .
 - مهارات إدارة الأزمات بالمستشفيات .
 - المبادئ الأساسية لإدارة الأزمات بالنشاط الطبي .
 - أساليب إدارة الأزمات .
 - فريق إدارة الأزمات .
 - مراحل إدارة الأزمات .
- استراتيجيات إدارة الأزمات .
- مصفوفة الأزمات بالمنشآت الطبية .

أولاً : المقدمة :

باعتبار أن موضوع البحث يتضمن تفاعل كل من عناصر الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة بالأداء في ظل ظروف استثنائية وهي الأزمات لذا كان لزاماً على الباحث تناول أدبيات البحث من خلال الزوايا الثلاث وهي :

- المفاهيم العامة حول معنى المستشفيات ووظائفها وإدارتها طبقاً لمنهج الإدارة الحديثة والذي يشتمل على موضوعات التعريف بالمستشفيات سواء التعريف التاريخي أو الحديث ثم الوظائف الرئيسية لها ثم أنواعها ومبادئ الإدارة الحديثة لها وأخيراً خصائص العمل بالمستشفيات .

- المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات حيث يقوم الباحث بتناول النقاط الرئيسية عن التعريف بالجودة الشاملة بصفة عامة ومداخلها ثم التعريف بالجودة الشاملة بالقطاع الصحي بما في ذلك التطور التاريخي له ثم أبعاد جودة المنتج الصحي طبقاً لمعايير الجودة ثم معايير الجودة الشاملة والمفهوم العام لها طبقاً لرأي رواد الجودة ثم مراحل بنائها ثم تحديد عناصر الجودة بالمنشآت الصحية وأخيراً تطبيق معايير الجودة بالمستشفيات .

- المفاهيم العامة لإدارة الأزمات حيث يقوم الباحث بتناول مفهوم إدارة الأزمات وعلاقتها بالعلوم الأخرى وخصائصها وأنواعها ومستوياتها والتطور الفكري لدراساتها ثم دراسة دورة حياة الأزمة والأسباب الرئيسية لنشوتها وكيفية إدارتها وإستراتيجيات التعامل معها .

وسيتم تناول هذه العناصر في الإطار النظري بالإضافة إلى الدراسات السابقة التي تناولت هذه العناصر بالبحث والتدقيق سواء كانت هذه الدراسات محلية أو أجنبية .

(١) أرمسترونج ، ميشيل (إذا كنت مديراً ناجحاً كيف تكون أكثر نجاحاً) ، ط ٢ ، كوجان بيرج ، لندن ، ١٩٩٠ .

ثانيا : المفاهيم العامة حول المستشفيات ووظائفها وإدارتها طبقا لمنهج الإدارة الحديثة

١- التعريف بمفهوم المستشفيات :

- أ- التعريف بمفهوم المستشفى وتطوره التاريخي .
- ب- التعريف بالمفهوم الحديث للمستشفيات .

٢- الوظائف الرئيسية الحديثة للمستشفيات :

- أ- الوظائف الطبية والصحية .
- ب- وظائف التعليم والتدريب .
- ج- وظائف البحوث الطبية والاجتماعية .

٣- أنواع المستشفيات .

٤- مبادئ الإدارة الحديثة للمستشفيات :

- أ- مهام التخطيط
- ب- مهام التنظيم
- ج- مهام التوجيه
- د- مهام المتابعة والتقييم

٥- خصائص العمل بالمستشفيات .

مفاهيم عامة حول المستشفيات ووظائفها

يسعى الباحث في هذه النقطة البحثية إلى إلقاء الضوء على المفاهيم العامة حول المستشفيات من حيث الآتي

:

- ١- التعريف بمفهوم المستشفى .
- ٢- الوظائف الأساسية للمستشفيات .
- ٣- أنواع المستشفيات طبقاً للنفسيات المتخلفة .
- ٤- أساسيات ووظائف إدارة المستشفيات الحديثة .

١- التعريف بمفهوم المستشفى :

أ- المفهوم التاريخي للتعريف:

لقد اتخذ مفهوم المستشفيات تعريفات مختلفة عبر التاريخ حيث تطور من مفهوم معابر الشفاء في مصر القديمة منذ فجر التاريخ حيث كان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء و الذي تطور بعد ذلك عند الإغريق ليتخذ شكل المعابد التي تم تخصيصها لرعاية المرضى والعبادة في وقت واحد وتحول بعد ذلك للهند ذات الديانات المتعددة واتخذوا (السيكستا) أي معابر الشفاء اسماً لها . في مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء ومعالجة المسنين و بالتالي كانت الدوافع لهذا هي دوافع دينية تتلخص في الآتي :

- (١) علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع .
- (٢) الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم .
- (٣) اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم .

وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ (البيمارستانات) أي دور المرضى والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين (بيمار) بمعنى مريض أو عليل و (ستان) بمعنى دار ، وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث ، ويأتي من بين القواعد أو النظم ما يلي :

- (١) عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
- (٢) اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى .
- (٣) وجود مستشفى متنقل و إرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية .
- (٤) إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
- (٥) الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى .
- (٦) التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى .
- (٧) إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان .

ب- المفهوم الحديث للتعريف :

بالعصر الحديث عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association (AHA) المستشفى بأنه : (مؤسسة تحتوي على جهاز طبي ، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى) .

وقدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً آخر للمستشفى من منظور وظيفي على أنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية ، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية ، كما أنه أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين ، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية^(١) .

من الواضح أن تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى يأتي أكثر شمولاً من تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات حيث لا يقصر وظائف المستشفى على التشخيص والعلاج ، بل توسعت في ذلك لتشمل التعليم والتدريب والقيام بالبحوث .

(١) منظمة الصحة العالمية ، سلسلة التقارير الفنية ، ١٩٨٠ ، صفحة ٦ - ٧ .

ويشير فوزي مذكور إلى أن المستشفى الحديث تعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي إلى توصيل الرعاية الطبية والصحية للمريض ، كما أنه أيضا مكان لتدريب كافة الأفراد العالمين في القطاع الصحي ، إلى جانب أداء البحوث الطبية والصحية . فالمستشفى بما يشمله من موارد مادية وبشرية تعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج إلى الرعاية الطبية ، فهو القلب المهني والاقتصادي للممارسة الطبية والمطبق للخدمة و التكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة .

يعتقد الباحث أن المستشفيات الحديثة هي من أهم المنظمات الإنتاجية في مجال الخدمات ، فهي التي تهيب وتعد أفراد المجتمع طبييا وصحيا ليكونوا قادرين على العمل و الإنتاج في كافة قطاعات النشاط بالمجتمع سواء كان النشاط اقتصاديا أم اجتماعيا في مجال التنمية البشرية . وعلى ذلك فإنها إذا لم تؤد دورها في خدمة أفراد المجتمع بشمولية في كافة مجالات العلاج وإذا لم تكن متاحة جغرافيا وفي تناول المواطنين ، فإن ذلك يؤدي على وجود مردودات سلبية على الأداء الإنتاجي لقطاعات المجتمع . وعلى ذلك تحرص المستشفيات على الأخذ بالأساليب الإدارية الحديثة ، إلى جانب الأخذ بكل أسباب التطور الفكري الطبي والعلاجي والتقني الذي يدعم أداء المستشفيات لوظائفها بكفاءة وفاعلية أكثر ، ومن بين تلك الأساليب التي ذاع انتشارها وتطبيقها في كافة أنواع المنظمات الخدمية أو السلعية ، خاصة أو عامة ، هادفة أو غير هادفة الربح ، وهو أسلوب إدارة الجودة الشاملة ولا شك أن هذا الأسلوب قد طبق بشكل كبير في مجال المستشفيات .

تؤكد هيفاء (١) في رسالة الماجستير الخاصة بها على أهمية المستشفيات وقطاع الخدمة الصحية إجمالا فتذكر أن قطاع الخدمات الصحية يعتبر من القطاعات الرئيسية والمؤثرة في إحداث التنمية الاجتماعية (البشرية) وبالتالي التنمية الاقتصادية ، حيث أن هذا القطاع يعنى ويهتم بأئمن وأغلى ما يملك المجتمع وهو صحة الفرد .

(١) مختار ، هيفاء بنت فؤاد ، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية ، رسالة الماجستير ، جامعة الملك عبد العزيز ، ٢٠٠٣ ، السعودية .

فالاستثمار في الموارد البشرية يعتبر من أولى و أهم الاستثمارات في العصر الحديث ، ذلك أن هناك علاقة طردية بين الصحة والإنتاج ، وبالتالي فإن هذا القطاع من خلال مكوناته العديدة يساهم مساهمة مباشرة وواضحة في إحداث التقدم الاجتماعي والاقتصادي لعملية التنمية الشاملة ويضيف إلى ذلك حريصاني بأنه لما كانت المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية ، فقد ازداد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها ، وقد يتم ذلك عن طريق القطاع الحكومي في بعض الدول ، وقد يتم في دول أخرى عن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في هذا المجال ، ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة ، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات، وهو أمر يتأتي بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا ، لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة ، تلك الإمكانيات التي تتمثل بصفة أساسية في المبنى بما يحويه من أجهزة وتجهيزات ، فضلا عن القوى البشرية العاملة بها بفئاتها المتنوعة .

في إطار الاستعراض السابق عن المستشفيات فإنه يمكن الإشارة إلى بعض المفاهيم والتعاريف الخاصة بالمستشفيات و التي تظهر تفاوت الآراء و اختلافها حول ذلك .
نقلا عن مشرف أنه ورد في القاموس العربي " المنجد " في باب شفا يشفي شفاء أن المستشفى هو " المكان الذي يطلب فيه الشفاء أي البرء من العلة " .

يرى شولز وجونسون SCHULZ AND JOHNSON في كتابهما (إدارة المستشفيات) أن كلمة مستشفى HOSPITAL اشتقت من كلمة لاتينية تعني " إكرام الضيف " ويشيران في الطبعة الثانية من نفس الكتاب إلى أن كلمة مستشفى HOSPITAL تطلق على مؤسسات صحية متباينة من حيث الوظائف والحجم ، فهي تطلق على المستشفيات الصغيرة ذات الثمانية أسرة ويخدمها طبيب واحد ، إلى مستشفى كبير يضم عددا كبيرا من الأفراد العاملين (أطباء وممرضين وفنيين) و الأدوات و الآلات المختلفة ، ويقدم خدمات متعددة ويقوم بتدريب الطلاب وتهيئة الظروف المناسبة للقيام بالبحوث الطبية.

يرى الباحث أن المستشفى هي جزء متكامل من تنظيم اجتماعي وصحي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين ويصل بخدماته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية بجانب أنه مركز للتدريب بجانب أنه مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية و إجراء الاختبارات الطبية ، كذلك المستشفى جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام وتوضح التعريفات السابقة أن منها ما يركز على الوظيفة التقليدية للمستشفى كمكان لإقامة المرضى ومنها ما يركز على المفهوم الحديث باعتبارها جزءاً أساسياً من النظام الاجتماعي الذي يقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية .

ولذلك يرى الباحث أن المستشفى عبارة عن منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية و أيضاً الوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي ، بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى القومي .

يرى دار و راكيش Darra and Rakich أن المستشفى هي منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب) تحتوي على أسرة للتويم وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية (الأنظمة الجزئية) أهمها : نشاط التشخيص ، ونشاط العلاج ، ونشاط التمريض ، ونشاط الخدمات الطبية المساعدة ، ونشاط الخدمات العامة ، ونشاط خدمات شؤون المرضى . ويؤثر بعضها على بعض ويتأثر بعضها ببعض ويعمل بعضها ببعض لتحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية لأفراد المجتمع .

من كل ما سبق يتضح للباحث أن تعريف المستشفى يمكن إن يتضمن نقاطاً رئيسية هي : النظام الذي يضم موارد و إمكانات متعددة مثل الإدارة الواعية ذات الكفاءة و الجهاز الطبي المتخصص ومجموعات الخدمات المساندة مثل التمريض و الأشعة والتحليل وغيرها ، إلى جانب مكان مجهز بكافة التقنيات الطبية الحديثة وتقنيات المعلومات والاتصالات لأداء مختلف وظائفه مع إقامة المرضى خلال فترة علاجهم وتأهيلهم بهدف تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والتوعية والوقاية والتشخيص والعلاج الطبي والتأهيلي وغير ذلك من خدمات طبية ، بالإضافة إلى خدمات الطب الاتصالي وتعليم وتدريب العاملين والدارسين ، ويضاف لهذا دور المستشفى في مجال البحوث الطبية المختلفة ، وبالتالي يكون الهدف الأساسي للمستشفى الحديث هو العمل على تنمية إمكاناته وحسن استخدامها لتقديم خدمات طبية وصحية للأفراد والمجتمع بجودة وأمان كبير .

٢- الوظائف الرئيسية الحديثة للمستشفيات :

تعد المستشفى الحديث المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية ، للمرضى بالإضافة إلى تدريب الأفراد العاملين في لقطاع الصحي ، كذلك أداء البحوث الطبية والصحية . فالمستشفى بما تشمله من موارد مادية وبشرية تعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج إلى الرعاية الطبية .

لهذا قد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها ، إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم هي :

- أ- تقديم الرعاية الطبية والصحية للمريض أو المصاب .
- ب- تعليم وتطوير العاملين في المجالات الطبية والتمريضية و العلوم الطبية المساعدة .
- ج- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والاجتماعية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة .

ويمكن إيجاز هذه المهام الرئيسية الثلاث في الآتي :

أ- الرعاية الطبية والصحية بتخصصاتها المختلفة :

يقصد بالرعاية الطبية الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة ، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية ومما لاشك فيه أن الرعاية الطبية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء (١) .

(١) أ.د مخبر ، عبد العزيز / جميل ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ، جامعة المنصورة .

أما الرعاية الصحية الأولية فتتمثل المدخل الرئيسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع بحيث يوفر الصحة للجميع ويشجع مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس من الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع ، وانطلاقاً من العلاقة الوثيقة بين العوامل الصحية والاجتماعية والعوامل الاقتصادية والبيئية . وتختلف أنشطة ومجالات الرعاية الصحية باختلاف ظروف البيئة المحلية في الدول المختلفة ، ومن أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية ما يلي (١) :

- (١) البرامج التثقيفية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها .
- (٢) رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك الأسرة .
- (٣) التحصين ضد الأمراض الرئيسية المعدية .
- (٤) الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها .
- (٥) العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة .
- (٦) توفير الأدوية والأمصال الأساسية .
- (٧) رعاية المسنين .
- (٨) الصحة والعقلية والإعاقات البدنية .

ومن الجدير بالذكر أن هذه القائمة ليست شاملة ، بمعنى أنه يمكن الإضافة إليها أو الحذف منها وفقاً للأولويات والبرامج التي تلائم الظروف المحلية لكل دولة أو منظمة .

ب- التعليم والتدريب والتطوير :

يفرض التطور المطرد في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر ، وتمثل المستشفيات بطبيعتها ، وعلى وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ، مراكز تدريب عملية لأطباء وأجهزة التمريض و الفنيين والأخصائيين ، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها ، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى ، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها . وإضافة إلى ما سبق فإن وجود المتخصصين في المجالات المختلفة يساهم في نقل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء والمرضى وتبادل المعلومات معهم وهو الأمر الذي قد يتعذر تحقيقه خارج المستشفيات .

(١) معهد الإدارة العامة ، ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها ، السعودية ، ١٩٩٠

ج- البحوث الطبية و الاجتماعية :

تسهم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل (مختبرات) و أجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل. فمن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث و انتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية و الأمراض المتخلفة . ومن خلال المختبرات والتقنيات الطبية يمكن القيام بالبحوث الخاصة بتطوير عقاقير بديلة أو طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها . وبدون شك فإن إجراء مثل هذه البحوث والدراسات خارج المستشفيات إن لم يكن متعذراً فمن المؤكد أنه سيكون باهظ التكاليف .

وقد أظهرت دراسة النجار (و آخرون) أن هناك أولويات لأهداف المستشفى ، والتي تعكس الوظائف التي يجب ممارستها والأهمية النسبية لها وذلك كما يوضحه الجدول التالي :

ترتيب الأهداف حسب الأهمية	الأهمية النسبية (%)
١- تقديم الخدمات الوقائية و العلاجية	٩٠
٢- استخدام أحدث الأجهزة	٨٥
٣- الاهتمام بالصحة العامة	٧٥
٤- علاج المرضى	٧٥
٥- نشر الوعي الصحي	٧٥
٦- استقبال الحوادث و الطوارئ	٧٠
٧- تطوير الخدمات	٦٥
٨- تدريب العاملين	٥٥
٩- مكافحة تلوث و أمراض البيئة	٤٠

النجار، فريد راغب، (وآخرون)، (إدارة المستشفى المصري : الاتجاهات الحالية والمشكلات - دراسة ميدانية) ، القاهرة : الجهاز المركزي

للتنظيم والإدارة المركزية للبحوث ، ١٩٨٣ .

٣- أنواع المستشفيات :

يوجد كثير من الاجتهادات في تصنيف المستشفيات إلى أنواع ، فهناك الكثير من الآراء بصدد تقسيمات المستشفيات ، ومن بين تلك التصنيفات ما أوضحه فوزي مذكور ، حيث أشار إلى انه يمكن تقسيم الأنواع المختلفة من المستشفيات وفقا للتقسيمات التالية :

أ- تقسيم أنواع المستشفيات طبقا لفترة الإقامة :

- (١) مستشفى ذات فترة إقامة محدودة . وفيها يقيم المريض لفترة أقل من ٣٠ يوم .
- (٢) مستشفى ذات فترة إقامة طويلة . وفيها يكون متوسط فترة الإقامة من ٣-٦ شهور .

ب- تقسيم أنواع المستشفيات طبقا للخدمة :

- (١) مستشفى عام : **The General hospital** وهي التي تقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية ، و خدمات التوليد و خدمات لأطفال والأطفال الرضع .
- (٢) مستشفيات متخصصة : **Specialty Hospitals** وهي مستشفيات تقدم الرعاية للأمراض محددة أو لمجموعات معينة من السكان مثال مستشفى الأطفال ، أو مستشفى الولادة ، أو مستشفى الأمراض المتوطنة ، أو مستشفى الأمراض الصدرية ، أو مستشفى النفسية .

ج- تقسيم المستشفيات طبقا للهدف الربحي :

- (١) مستشفى حكومي أو ذات ملكية عامة لا تهدف للربح .
- (٢) مستشفيات خاصة تهدف للربح .
- (٣) مستشفيات خاصة تابعة لطوائف دينية لطوائف معينة أو لديانة معينة ، أو مستشفى خاص تطوعي .

د- تقسيم أنواع المستشفى طبقا للتخصص :

- (١) المستشفى المتخصص .
هو الذي يكون متخصصا في علاج جزء من أجزاء الجسم كالعين أو الأنف والإذن و الحنجرة أو مستشفيات العظام أو مستشفيات السرطان .
- (٢) المستشفى ذو التخصصات المتعددة .
فإنه يهدف في مجموعه إلى تقديم العلاج للعموم رجالا كانوا أم نساء أم أطفالا والذين يعانون من إصابة أو مرض فيما عدا بعض الأمراض سريعة العدوى ، هذا وهو من الممكن أن يلحق بتلك .

هـ- تقسيم أنواع المستشفيات طبقاً للموقع :

- (١) **المستشفى العام** : وهو المستشفى الذي يخدم منطقة وتوجد به كافة التخصصات العامة وعادة ما يختار له مكاناً إستراتيجياً ليتمكن من خلاله تقديم الخدمة بسهولة ويسر .
- (٢) **المستشفى المركزي** : وهو عبارة عن مستشفى متوسط يشتمل على بعض فئات الأسرة حيث تتوفر به التخصصات العامة في مجالات الأمراض الباطنية والجراحة والتوليد .
- (٣) **المستشفى المحلي** : وهو مستشفى صغير توجد فيه أسرة يتراوح عددها من ٢٠٠ سرير إلى ٢٠٠ سرير حيث تتوفر فيه حسب الحاجة التخصصات العامة في الأمراض الباطنية والجراحة ورعاية الأمومة .

و- تقسيم أنواع المستشفيات طبقاً لطبيعة الملكية :

- (١) **المستشفى الحكومي** .
- (٢) **المستشفى الخاص** .

أنواع المستشفيات



المستشفى الحكومي :

تأخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال من أهمها ما يلي :

أ- المستشفيات الحكومية العامة :

يطلق على هذا النوع من المستشفيات مسميات مختلفة في معظم الدول العربية منها المستشفى العام والمستشفى المركزي والمستشفى الأميري وغيرها كما قد تسمى بأسماء بعض القيادات العليا في الدولة أو بأسماء بعض الأماكن التي توجد بها أو بأسماء بعض المناسبات أو الأحداث الوطنية في الدولة . وأيا كانت المسميات التي تطلق على هذه المستشفيات فإن أهم الخصائص المميزة لها تتلخص في أنها تكون مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها وتنظيم العمل بها وما تقدمه من خدمات وفق نظم ولوائح حكومية محددة . كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددتها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات ، حيث إن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع . كما تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة ، بمعنى أنها مستشفيات تحتوي على تخصصات متعددة وغالبا تتبع وزارات الصحة .

ب- المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة :

ويطلق على هذا النوع من المستشفيات في كثير من الأحيان مسمى المستشفيات الحكومية الفئوية . ويتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص ومواصفات المستشفيات الحكومية والعامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها ، ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة في أنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها وتقتصر في تقديم خدماتها على العاملين في هذه الجهات وأسرهم ، ومن هنا جاءت تسميتها بالمستشفيات الفئوية حيث تقتصر خدماتها على فئات محددة من المواطنين . ومن أمثلة هذا النوع من المستشفيات في الدول العربية المستشفيات العسكرية و المستشفيات التابعة لشركات ومؤسسات القطاع العام .

ج- المستشفيات الحكومية التخصصية :

وتتشابه هذه المستشفيات مع باقي أنواع المستشفيات الحكومية من حيث ملكيتها للدولة أو بعض الهيئات والمؤسسات الرسمية ، ولكنها تختلف مع المستشفيات العامة في أنها تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة ، ومن أمثلتها مستشفيات العيون والأطفال والصدر والحميات والسرطان وغيرها من الحالات المرضية .

د- الوحدات العلاجية أو المستوصفات :

وتمثل هذه الوحدات العلاجية أو المستوصفات مستشفيات صغيرة الحجم ، ومحدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة ، ولا تحتوي على غرف أو أسرة لإيواء المرضى ، وتنتشر في القرى و النجوع والمناطق الريفية المختلفة . وتهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا ، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية .

هـ- المستشفيات الجماعية والتعليمية :

وهي مستشفيات حكومية من حيث الملكية ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية من حيث التبعية الإدارية ، حيث تتبع هذه المستشفيات الجماعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها ، وفي معظم الأحيان يختلف نمط إدارتها عن المستشفيات العامة حيث غالبا ما يشكل لها مجلس إدارة من أعضاء التدريس بكليات الطب والصيدلة وبعض الشخصيات العامة ، كما قد توضع لها بعض النظم واللوائح الداخلية الخاصة بها حيث تعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها . وتقدم هذه المستشفيات نفس خدمات المستشفيات العامة والتخصصية ، كما أنها قد تحتوي على بعض الأقسام التعليمية مثل المشرحة والحوادث والمعامل والسموم وغيرها من الأقسام التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدراسي العلوم الطبية على الحالات والأمراض و الإصابات التي يقوم بعلاجها أعضاء هيئة التدريس .

المستشفيات الخاصة :

يقصد بالمستشفيات الخاصة في أنها المستشفيات المملوكة لأفراد سواء فرادى أو جماعات لذا تختلف المستشفيات الخاصة عن المستشفيات الحكومية في حق الملكية حيث تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة ، وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة لذا تأخذ المستشفيات الخاصة شكلا أو أكثر من الأشكال التالية:

أ- مستشفيات بأسماء أصحابها :

وهي مستشفيات غير حكومية يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والإنفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض . ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة و مهارة وسمعة أصحابها وجودة الخدمة والرعاية التي تقدمها للمرضى.

ب- مستشفيات الجمعيات غير الحكومية :

عادة ما يتم إنشاء هذه المستشفيات بواسطة جمعيات أهلية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية و الجمعيات الخيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا . وتقدم هذه المستشفيات خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة نسبيا تستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المستشفيات وتشغيلها . ومن ثم فهذه المستشفيات لا تسعى إلى الربح ولكن العلاج فيها ليس بالمجان . وتتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع النظم والقواعد المنظمة لمختلف مجالات العمل بها . وقد تأخذ مستشفيات الجمعيات الأهلية غير الحكومية شكل المستشفى العام أو المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها .

ج- مستشفيات استثمارية :

وهي المستشفيات التي يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور . وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة ، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة أو معظمها طبقا لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها . وغالبا ما تأخذ هذه الشركات شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محدودة ، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنبا إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين .

التصنيف على أساس التخصص :

يمكن تصنيف المستشفيات الحكومية والخاصة على السواء وفقاً لمعيار التخصص ونوع الخدمة المقدمة إلى

مجموعتين أساسيتين هما :

أ- مستشفيات عامة .

ب- مستشفيات تخصصية .

وتتمثل الاختلافات الأساسية بين المجموعتين في أن المستشفيات العامة الحكومية منها والخاصة كما سبق أن أوضحنا مستشفيات متعددة التخصصات تتوافر فيها الإمكانيات والتجهيزات والكوادر البشرية المختلفة لتشخيص ومعالجة مختلف الحالات المرضية .

وقد بدأ ظهور المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة الحكومية أو الخاصة استجابة للتوجهات العملية والتقنية نحو التخصص في معالجة بعض الحالات المرضية أو إجراء بعض العمليات الجراحية المعقدة أو توجيه عناية خاصة لبعض الحالات أو الأمراض ونتيجة الميل إلى التخصص في المجالات الطبية ظهرت العديد من المستشفيات المتخصصة ونذكر منها على سبيل المثال مستشفيات أمراض القلب والأمراض الباطنية والحميات والأمراض العصبية والكلية والمسالك البولية والسناء والولادة والعظام والأطفال والعيون والعلاج الطبيعي ومصحات مدمن المخدرات وغيرها من المستشفيات التي تعمل في فرع أو أكثر من التخصصات الطبية .

يعتقد الباحث أن منظومة الخدمة الصحية تستلزم من أي مسؤول أن يتفهم طبيعتها وأنواع المنظمات الصحية المكونة لتلك المنظومة فمن الطبيعي أن أي جزء من هذه المنظومة لا يعمل بمعزل عن بيئة أجزاء المنظومة وذلك حتى تكون المحصلة الإجمالية ذات مردودات أكثر ايجابية وأكثر جودة ولا شك أنه إلى جانب ذلك فإن تفهم وإدراك وظائف وأهداف وخصائص المستشفيات الحديثة يكون من المتطلبات الأساسية لنجاح الإدارة المسؤولة عن ممارسة تلك الوظائف وتحقيق تلك الأهداف بأعلى مستوى من الجودة .

٤ - مبادئ الإدارة الحديثة للمستشفيات :

المستشفيات عبارة عن منظمات خدمية تقدم خدماتها طبقاً لمتطلبات محددة وبالتالي تختلف عن المنظمات الإنتاجية السلعية في أن مواصفات الخدمة بشكل عام هي أنها غير ملموسة وغير متجانسة ولا يمكن تخزينها كما أن العميل الذي هو المريض يساهم في إنتاجها بالإضافة إلى عدم المرونة في منحنيات العرض والطلب إلا أنها لا تختلف عن المنظمات السلعية في الأنشطة والمهام الإدارية طبقاً لمفهوم الإدارة الحديثة وبالتالي يتطلب هذا التطوير مفاهيم الإدارة الحديثة لتتلاءم مع طبيعة أعمال المستشفى .

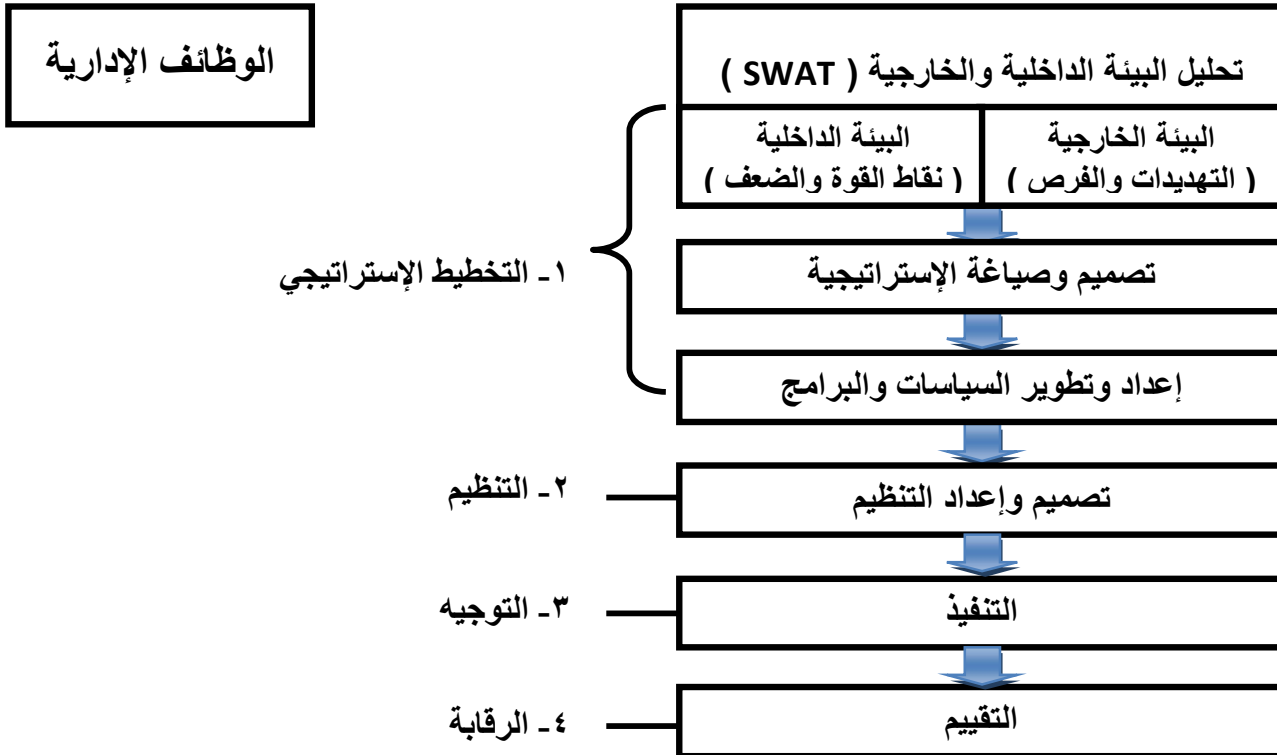
لهذا يمكن القول بأن إدارة المستشفيات تعني :

(مجموعة الأنشطة أو المهام المرتبطة بتخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة استخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة لتحقيق الأهداف المنشودة من المستشفى بكفاءة وفعالية) .

وينطوي هذا المفهوم لإدارة المستشفيات على أداء أربع وظائف أساسية هي التخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة أو المتابعة وذلك في إطار الأهداف المحددة للمستشفى بشرطين هما الكفاءة والفاعلية .

ولمدير المستشفى مهام رئيسية في تحقيق الإدارة الإستراتيجية طبقاً للمفهوم العلمي ، و هذا الدور يمكن توضيحه بالشكل التالي :

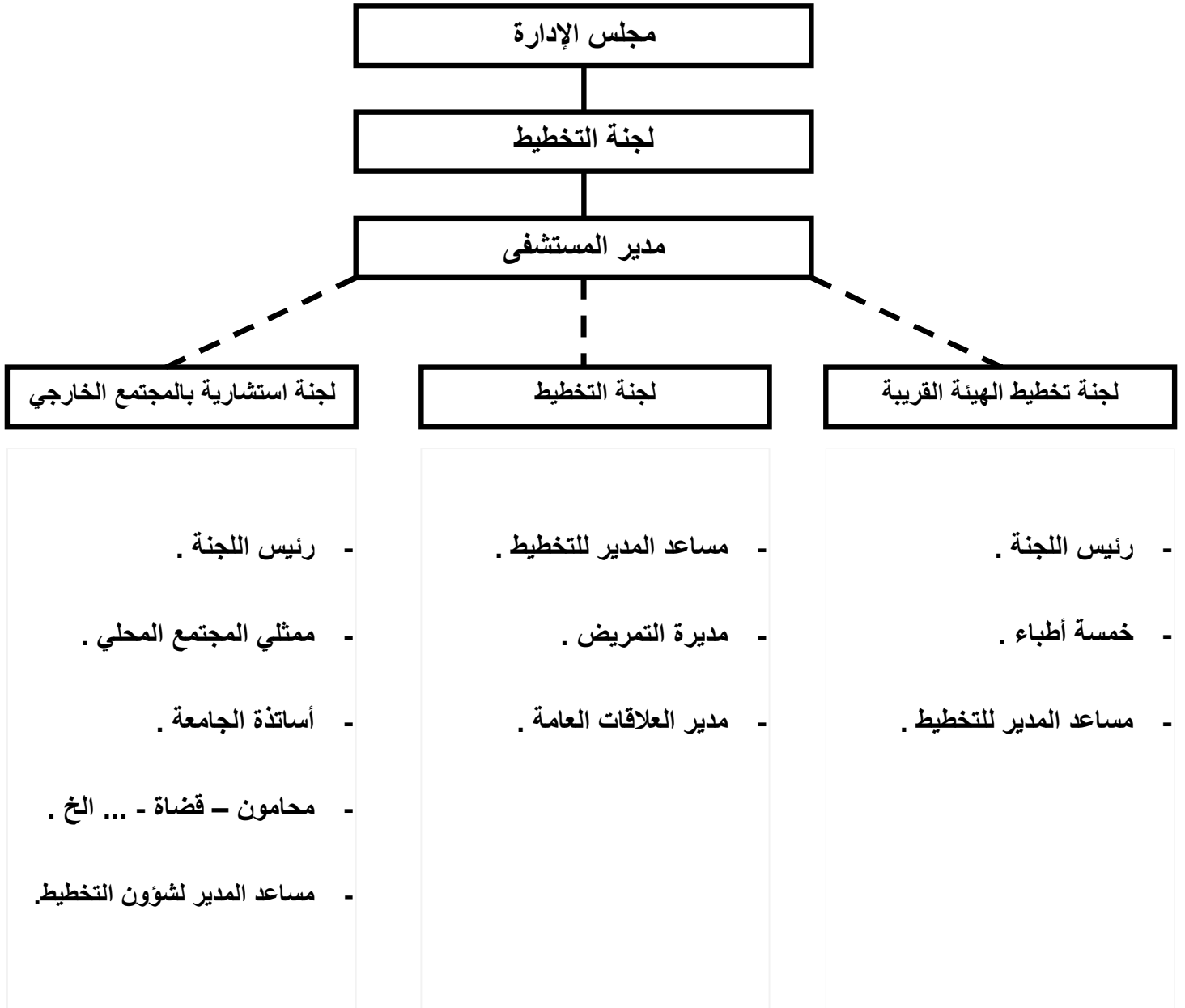
دور مدير المستشفى في الإدارة الحديثة بالمستشفيات :



من الشكل يتضح دور المدير في التخطيط الإستراتيجي والتنظيم والتوجيه والرقابة والتي تمثل أركان الإدارة الحديثة

يمكن للمستشفى الاختيار بين الأشكال التالية عند إجراء عملية التخطيط لها :

- أ- القيام بالتخطيط من قبل المدراء التنفيذيين .
- ب- أن يكون هناك مستشار للتخطيط يوكل إليه بالمهمة .
- ج- أن يقوم بمهمة التخطيط نائب المدير العام أو يقوم بالمهمة المدير العام نفسه .
- د- أن يكون هناك مدير متفرغ للتخطيط .
- هـ- أن تشكل لجنة للتخطيط منبثقة من مجلس الإدارة .



يمكن تحديد مخرجات عملية التخطيط في المخرجات الرئيسية التالية :

(١) الرسالة التي يعمل بهديها ومن أجلها المستشفى :

وهي توضح الهدف الذي أنشئت من أجله المستشفى وبالتالي توضح هوية المستشفى من حيث ما تقدمه ولمن تقدمه ومبادئها ومهامها وفلسفة المستشفى في الخدمة المقدمة .

(٢) الإستراتيجيات التي ستنتجها المستشفى لتحقيق الأهداف :

وهي الخطط العامة والشاملة من أجل تحقيق الرسالة وعادة ما تكون طويلة المدى خاصة وأنها تتناول الطرق والوسائل لتحقيق الغايات أو الأهداف العليا والمتمثلة في الرسالة .

(٣) الأهداف التي ترغب المستشفى في تحقيقها :

والتي قد تكون قريبة المدى أو متوسطة أو بعيدة المدى ويجب ربطها بالإستراتيجية التي سيتم انتهاجها من جانب وبالتالي الرسالة من جانب آخر ، ويمكن ربط الرسالة بالأهداف من خلال الإستراتيجية طبقاً للشكل المرفق .

(٤) السياسات والإجراءات :

وهي القواعد السلوكية وضوابط اتخاذ القرارات كذلك سلسلة الخطوات المحددة للقيام بعمل محدد لتوجيه العاملين في تناغم معياري .

(١) نصيرات ، أد. فريد توفيق ، إدارة المستشفيات ، ٢٠٠٨ ، عمان ، الأردن .

إدارة المستشفى :

تقديم خدمات رعاية طبية شاملة ذات جودة عالية للمجتمع المخدوم بهدف تحسين صحة ورفاه ذلك المجتمع وذلك في حدود الموارد المتاحة للمستشفى .

المتبعة

الإستراتيجية

الأهداف بعيدة المدى ٥ - ١٠ سنوات

٤	٣	٢	١
تنمية الموارد البشرية بالتركيز على مساعدي الأطباء (ممرضات مدربات تدريب خاص لتقديم خدمات التشخيص والعلاج الروتيني) .	تحسين استعماليه الخدمات والبرامج وتحسين إنتاجية الخدمات الحالية .	تطوير خدمات خارجية شاملة مع التركيز على الخدمات الوقائية والرعاية الممتدة وزيادة الوصول للخدمة .	تطوير خدمات التشخيص والعلاج مع التركيز الخاص على الكشف المبكر والتأهيل والمتابعة .

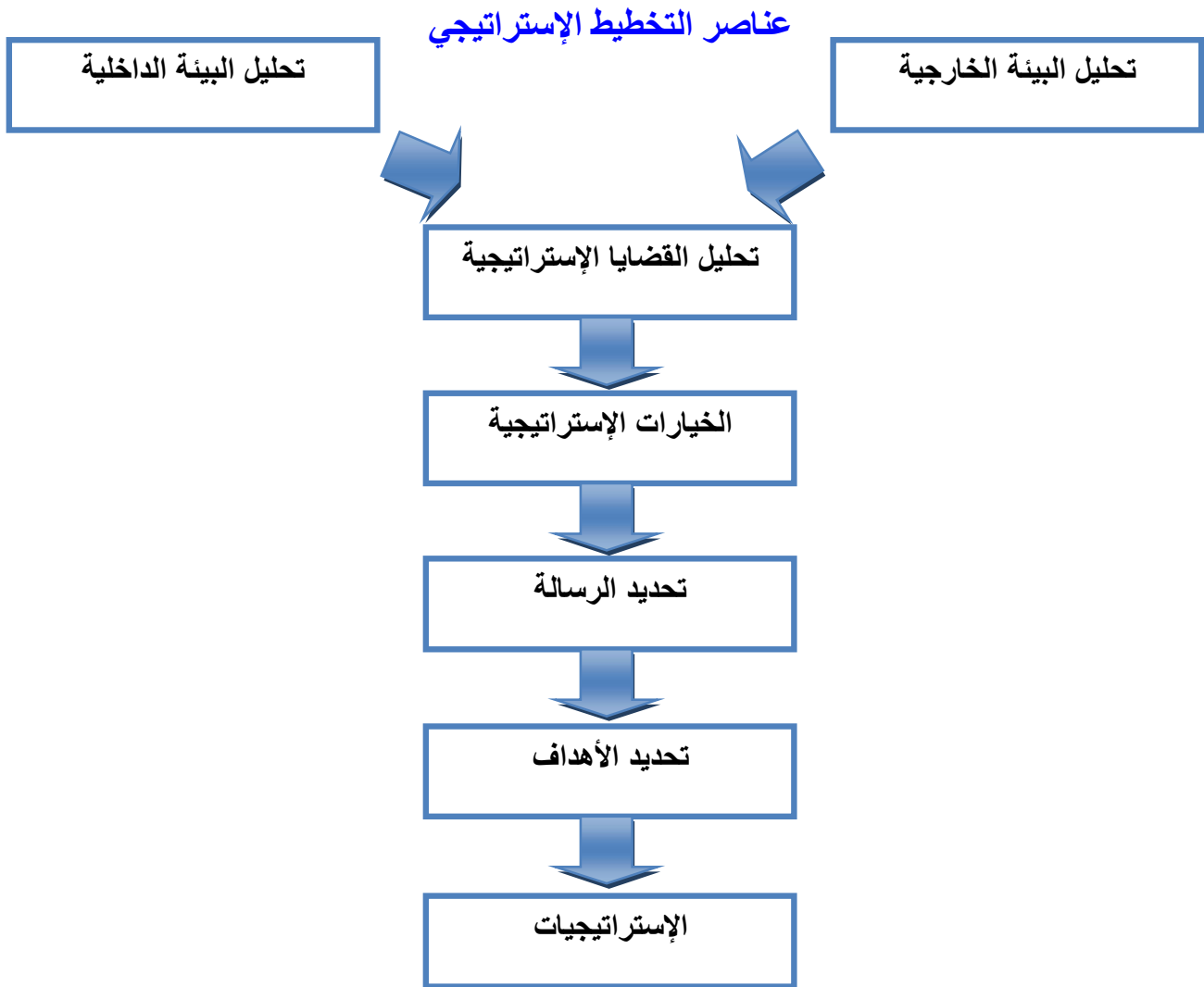
أهداف قصيرة المدى (لسنة واحدة)

(تحسين الاستعمالية والإنتاجية)

- ١- تقوية وتعزيز التخطيط والتنسيق بين الخدمات .
- ٢- التوسع في تحسين برنامج مراجعة الاستعمالية .
- ٣- البدء بإجراء دراسة هندسة العمليات للخدمات .
- ٤- وضع معايير لقياس الإنتاجية .

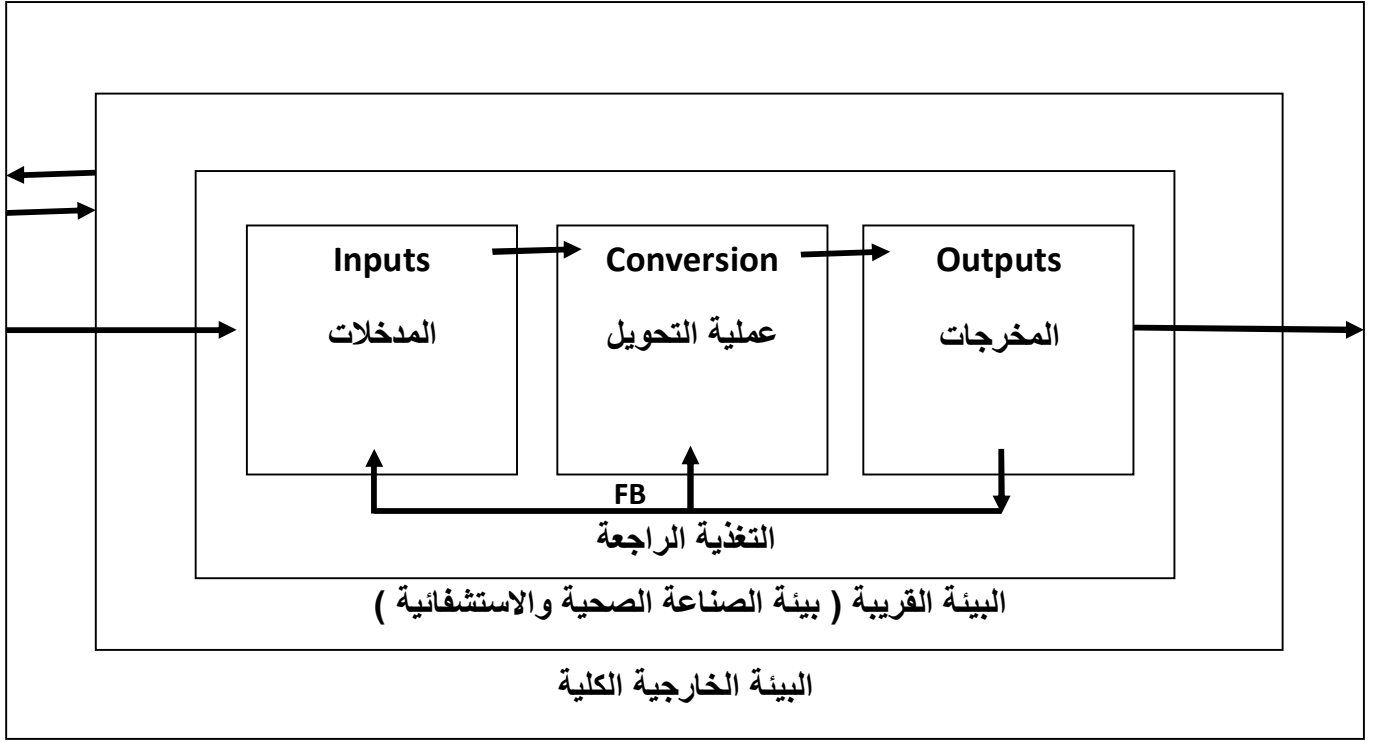
وفي الحقيقة فإن عملية التخطيط الإستراتيجي لإدارة المستشفيات يتضمن :

- (١) تحليل البيئة الخارجية (نقاط الفرص والتهديدات) :
(وتشتمل على التنبؤ الديموجرافي ومسح البيئة قانونياً وتحليل المنافسة وتحليل الطلب الكلي وتحليل الاتجاهات وأنماط الخدمة المطلوبة) .
 - (٢) تحليل البيئة الداخلية (نقاط القوة والضعف) .
 - (٣) تحليل الخيارات الإستراتيجية المطروحة .
 - (٤) تطوير رسالة المستشفى طبقاً للمتغيرات .
 - (٥) تطوير أهداف المستشفى وأهداف أقسامها دورياً .
 - (٦) إعداد الإستراتيجيات :
- (المنافسة غير السعرية – التكامل العمودي – التكامل الأفقي – التنويع العمودي والأفقي والتحول) .



المصدر : إدارة المستشفيات (مرجع سابق) .

ويمكن توضيح عناصر إدارة المستشفيات خلال عملية التخطيط من خلال الشكل الذي يوضح علاقة التفاعل بين البيئة القريبة والبيئة الخارجية مع العملية الإدارية خلال مرحلة التخطيط .



ويمكن إيجاز المفاهيم الرئيسية لهذه المبادئ طبقاً لطبيعة عمل المستشفيات في الآتي :

أ- مهام التخطيط بالمستشفيات :

التخطيط عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق والترتب وتوافر قاعدة جيدة من البيانات وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف والسياسات والإجراءات والقواعد والموازنات والجدول الزمنية الخاصة بالتنفيذ .

وتتطوي عملية التخطيط في المستشفيات على العمليات الفرعية التالية :

(١) تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها والمدى الزمني لتحقيق هذه الأهداف وطبقاً لرؤية ورسالة وإستراتيجية المستشفى التي تم تحديدها عند مرحلة إنشاء المستشفى من قبل الإدارة العليا .
وتختلف الأهداف التفصيلية طبقاً لطبيعة النشاط أو القسم داخل المستشفيات حيث يمكن تحديدها في الأهداف التالية :

- (أ) أهداف خاصة بالخدمات التشخيصية و العلاجية بمختلف الأقسام الداخلية والخارجية .
- (ب) أهداف خاصة بالخدمات الطبية و الإسعافية في مرحلة ما قبل دخول المستشفى .
- (ج) أهداف خاصة بخدمات التمريض والإشراف على المتطلبات المعيشية للمرضى .
- (د) أهداف خاصة بخدمات التمريض و الإشراف على المتطلبات المعيشية للمرضى .
- (هـ) أهداف خاصة بالخدمات الصيدلانية وتوفير وتخزين وتوزيع وصرف الأدوية .
- (و) أهداف خاصة بخدمات المختبرات وبنوك الدم والتحليل المخبرية والفحوصات المتخصصة
- (ز) أهداف خاصة بالخدمات الغذائية وتوفير الوجبات الغذائية للمرضى .
- (ح) أهداف خاصة بخدمات استقبال وتسجيل المرضى و الإحاطة إلى الأقسام العلاجية .
- (ط) أهداف خاصة بالتجهيزات والمباني والمرافق الطبية .
- (ي) أهداف خاصة ببرامج التدريب والتعليم والبحوث وتطوير القوى العاملة الطبية والإدارية .
- (ك) أهداف خاصة ببرنامج الرعاية الصحية الأولية .

ويفيد وضع الأهداف العامة والتفصيلية في المجالات السابقة في تقدير الاحتياجات والمادية والبشرية للتنفيذ وإعداد ما يرتبط بها من موازنات مالية وبرامج ومشروعات عمل ، كما أنها تمثل الإطار العام لما يتم اتخاذه من قرارات على جميع المستويات الإدارية ، إضافة إلى أنها تمثل الركيزة الأساسية في قياس وتقويم أداء مختلف وحدات العمل ومختلف فئات العاملين .

(٢) تقدير الاحتياجات المستقبلية طبقاً لنقاط القوة والضعف والمخاطر والفرص المتاحة للمستشفى

(٣) تخصيص الموارد المادية و البشرية طبقاً لتقرير الاحتياجات وما يحقق الأهداف .

المصدر : نصيرات ، أ.د. فريد توفيق ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق .

إلا أنه توجد بعض المعوقات التي تعيق عملية التخطيط التي يجب أخذها بالاعتبار مثل :

- (١) الاختيار الأمثل للقيادات المسؤولة بالمستشفى .
- (٢) عدم تدبير متطلبات التخطيط سواء المادية أو البشرية .
- (٣) عمليات مقاومة التغيير لدى بعض العاملين .

ب- مهام التنظيم بالمستشفيات:

يمكن تعريف عملية التنظيم بأنها عملية وضع وصياغة الهياكل التنظيمية و الأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية و الطبية المساعدة و الإدارية في المستشفى وتنظيمها وتنسيقها ، وتوزيعها على الأفراد من مختلف الفئات وتحديد العلاقات والأدوار بين هذه الأنشطة وهؤلاء الأفراد ، وصياغة أدوات وإجراءات التنسيق الرسمية وأنماط التفاعل الواجب اتباعها لتحقيق الأهداف المخططة للمستشفى .

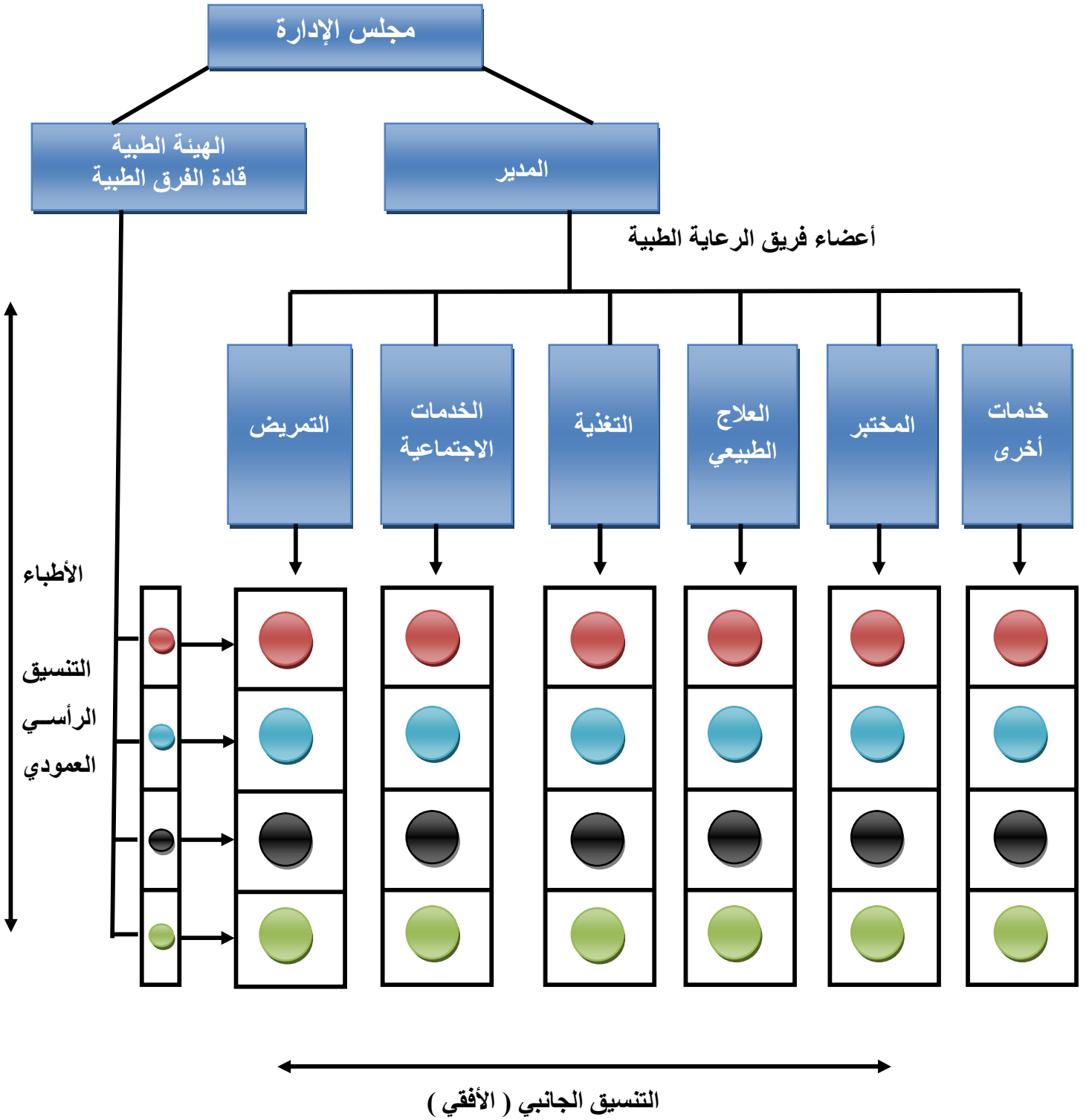
لذا وفي ضوء المفهوم يمكن تحديد أهم مجالات ومكونات هذه الوظيفة في الآتي :

- (١) تصميم الهيكل التنظيمي واستكمال الهيكل الوظيفي طبقاً له في شكل إدارات أو أقسام أو فرق عمل .
- (٢) إعداد التوصيف الوظيفي لمكونات الهيكل التنظيمي .
- (٣) تحديد علاقات السلطة والمسؤولية وتبادل المعلومات بين الكيانات التنظيمية والقيادات المسؤولة عنها وبعضها البعض .
- (٤) صياغة النظم الداخلية للعمل وما يرتبط بها من أدلة إجراءات وطرق العمل .
- (٥) إعداد أدلة السياسات والإجراءات الخاصة بتنظيم العمل بالمستشفى .
- (٦) إعداد خريطة التوزيع المكاني لجميع وحدات العمل بالمستشفى .
- (٧) إعداد أدلة تقييم الوحدات والوظائف الطبية المساعدة والإدارية بمستوياتها المختلفة .

لهذا يمكن القول بأن إعداد الهيكل التنظيمي والهيكل الوظيفي من أهم المهام التي يجب إعدادها خلال مرحلة التنظيم خاصة وأن هناك أشكال عدة يمكن الاسترشاد بها عند إعداد الهيكل فمنها الهيكل العمودي ومنها الهيكل العمودي الرأسي ومنها الهيكل الدائري الداخلي .

إلا أن طبيعة العمل بالمستشفيات تقتضي أن يتم إعداده طبقاً لنظام الهيكل التنظيمي المصفوفي . ويمكن الاسترشاد بالشكل التالي في ذلك :

الهيكل التنظيمي المصنوف للمستشفيات



ج- مهام التوجيه بالمستشفيات :

رغم جودة الخطط و الهياكل التنظيمية و إعدادها وفقا لمناهج علمية سليمة فقد تفشل إدارة المستشفى في تحقيق الأهداف المخططة نتيجة فشلها في أداء وظيفة التوجيه . ويقصد بالتوجيه كوظيفة إدارية " كافة الأنشطة والجهود التي تستهدف التأثير في سلوكيات مختلف فئات الأفراد العاملين بالمستشفى وحثهم على المساهمة بمستوى أداء جيد نحو تحقيق الأهداف المخططة لوحداتهم من ناحية و للمستشفى بوجه عام من الناحية الأخرى ، ويفهم من هذا التعريف أن وظيفة مدير المستشفى لا تقتصر فقط على الاهتمام بتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية وما يرتبط بها من إجراءات وموازنات مالية ، ولكن عليه أيضا الانتباه لمشاعر مختلف فئات العاملين معه من أطباء وفنيين وإداريين وعمال ، وعليه تفهم الظروف التي يتم إنجاز العمل في ظلها ، كما يجب إن يعطى لمعنوياتهم ورضاهم عن العمل الذي يقومون به نفس الأهمية التي تعطى للخدمات التشخيصية والعلاجية ، كما يجب أن يتفهم مدير المستشفى أن معظم العاملين بمختلف فئاتهم لا يتحملون بيئة العمل المتسلطة أو غير العادلة أو البيئة التي لا تمنحهم الفرصة للمشاركة في القرارات التي تؤثر فيهم أو في أعمالهم بشكل مباشر ، وأن النتائج المتوقعة لمثل هذه الممارسات سواء آجلا أو عاجلا هي استخدام هؤلاء العاملين لكافة طاقاتهم وقدراتهم وخبراتهم في إرضاء رغباتهم واهتماماتهم الشخصية و على حساب مصلحة العمل و إنتاجيته " .

لهذا تنطوي وظيفة الرقابة أو متابعة الأداء على ثلاث مهام أساسية هي :

- (١) تحديد مستويات الأداء أو توقعات النتائج المطلوب تحقيقها في مختلف مجالات العمل بالمستشفى .
- (٢) قياس وتقييم الانجاز الفعلي بشكل مستمر ومقارنته بالمستويات المحددة سلفا .
- (٣) اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح مسارات العمل ومعالجة الانحرافات والأخطاء .

د- مهام التقييم والمتابعة بالمستشفيات :

من الملاحظ أن نسبة كبيرة من مديري المستشفيات يهملون مسألة متابعة وتقييم الأداء ويكتفون بإصدار القرارات وذلك لانشغالهم بأعمال أخرى يعتقدون أنها أكثر أهمية ، وما ينبغي التأكيد عليه هو أنه بدون وجود أسلوب منظم لمتابعة الأداء في كافة مجالات العمل بالمستشفى فإن هناك احتمال ضئيل أن تتحقق النتائج المرجوة ، إن أحد المهام الأساسية لمدير المستشفى هي الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة من خلال التقارير والزيارات الميدانية لمواقع العمل واللقاءات والاتصالات الشخصية ، كما أنه في حاجة إلى معرفة كيف تعمل كل إدارة أو قسم أو وحدة في المستشفى وما تحققه من إنجازات ، و أيضا في حاجة إلى معرفة كيف يعمل كل فرد في مجموعته ، إنه في حاجة إلى التأكد من أن كل شيء يسير وفق الخطة المرسومة والجدول الزمنية المحددة ، وأيضا في حاجة إلى التعرف على المجالات أو الأنشطة التي تحتاج إلى اهتمام أو إصلاح أو تطوير وسيله في ذلك هو وظيفة الرقابة أو المتابعة . وتتطلب متابعة الأداء توفير قاعدة جيدة من البيانات لمساعدة إدارة المستشفى في التقييم الإجمالي والتفصيلي للأداء .

ويمكن استخدام أكثر من طريقة في متابعة الأداء مثل :

- (١) الزيارات الميدانية لمواقع العمل .
- (٢) الاتصال بالمرضى والزائرين .
- (٣) الاحتفاظ بالسجلات .
- (٤) المتابعة المرحلية للإنجازات .
- (٥) المناقشات المستمرة سواء الفردية او الجماعية مع العاملين .
- (٦) متابعة وتحليل التقارير الدورية .

٥- خصائص العمل بالمستشفيات :

وفي إطار أهداف ووظائف المستشفيات الحديثة فإن هناك عدد من الخصائص التي تميز المستشفى عن غيرها من المنظمات الاجتماعية والتي تنعكس على أداء وفاعلية المستشفى بصفة عامة ، واهم هذه الخصائص ما يلي :

أ- تعدد الوظائف التي تقوم بها المستشفى، وفي ذلك يرى أحد الكتاب أن المستشفيات تعتبر أكثر المنظمات الحديثة تعقيدا ، حيث أن أهدافها هو علاج الجسم البشري حين يصبح لأي سبب من الأسباب مصابا أو مريضا ، وذلك بهدف إعادته إلى حالته الطبيعية أو أقرب ما يكون منها .

ب- تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى ، فهناك الطبيب و الإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد ، ولكل منهم اهتماماته الخاصة به ، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين ، ولذلك نرى أن المتخصص داخل المستشفى أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي .

ج- أدى تعدد الفئات وتعدد الوظائف داخل المستشفى إلى ازدواج خطوط السلطة ، فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها الخاص بالجهاز الطبي المهني .

د- صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى ، نظرا لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة ، ولذلك فإن على المستشفى أن تكون جاهزة بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة .

هـ- صعوبة تقييم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية ، نظرا لأن أطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ، ومعاونيهم ، بالإضافة إلى مستهلك الخدمة وهو الفرد ، هذا بجانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة .

و- يمتاز العمل داخل المستشفى أنه يجب أن يكون بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة ، حيث إن الأمر يتعلق بأثمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان ، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم له .

ز- تعدد الفئات وتنوع الوظائف يؤدي أيضا إلى صعوبة تطبيق اللوائح وهذا راجع في بعض الأحيان إلى عدم توصيف الوظائف توصيفا دقيقا ، مما يؤدي إلى وجود نوع من الصعوبة في تقديم الخدمات .

ومن أكثر الكتابات تعدادا للخصائص المميزة للمستشفى الحديث ما تناوله مذكور حيث يذكر أن للمنظمات الخدمية طبيعة فريدة ومتميزة لأن لها سمات أو خصائص تنظيمية تميزها عن باقي المنظمات ، وبالنظر إلى المستشفيات نجد أنها تتميز بالعديد من الخصائص التي تنعكس على تنظيمها وذات أثر مباشر على مستوى فعاليتها التنظيمية ، ومن هذه الخصائص ما يلي :

- أ- يستلزم العمل بالمستشفى درجة عالية من التخصص .
- ب- وجود طوائف متباينة في اتجاهاتها وتخصصاتها ومستوياتها الاقتصادية والاجتماعية من المهنيين ، وكل أصحاب مهنة واحدة يكون ولاؤهم الأول تجاه المهنة وليس المنظمة .
- ج- تعتمد الأنشطة المؤداة في المستشفى على بعضها البعض مما يتطلب درجة عالية من التنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة .
- د- إن العمل قليلا ما يتحمل أي خطأ little tolerance for error .
- هـ- إن الأعمال أكثرها متغير ومعقد مقارنة بأي تنظيم آخر .
- و- وجود رقابة إدارية محدودة على المجموعة المحددة لمستوى الإنفاق وهم الأطباء ، نظرا لصعوبة تنميط أعمالهم أو السيطرة على مراكز الأنفاق التي يعملون بها .
- ز- صعوبة تحديد وقياس المخرجات .
- ح- إن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الاستعجال أو الطوارئ وطبيعته لا تحتل التأجيل non deferrable .
- ط- ازدواج خطوط السلطة dual lines of authority مما يخلق مشاكل تتعلق بالتنسيق وتحديد الأدوار والمحاسبة عنها .
- ي- تعمل المستشفى بصورة مستمرة ولمدة ٢٤ ساعة يوميا ، مما يؤدي إلى العديد من المشاكل المتصلة بالجدولة والتكاليف والرقابة .
- ك- تتعامل المستشفى في صراع مع مشكلة الحياة و الموت ، مما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة ، ولذا فهي ليست منظمة خدمية عادية .
- ل- تعتبر المستشفى نظاما مركبا من عدة أنظمة فرعية فهي تجمع لعدة أنظمة لكل منها طبيعة مميزة وهذا في حد ذاته يمثل تحديا لإدارة المستشفى والمشرفين عليها حيث إن لكل واحد من هذه النظم خصائصه ويتميز أعضاؤه بسلوك تنظيمي يختلف عنه بالنسبة لأعضاء النظام الفرعي الآخر .
- م- صعوبة التنبؤ بحجم الطلب على خدمات المستشفى نظرا لأن العلاج تحكمه اعتبارات شخصية وعوامل غير منظورة في الوقت الذي يصعب فيه تنميط العمل أو ميكنة جزء منه .
- ن- الاهتمام المتزايد بالبيئة الخارجية وصعوبة تجاهل احتياجاتها .

س- إن نجاح مجلس الإدارة في القيام بهتمته والحصول على الدعم اللازم للمستشفى يتوقف على تركيبة وعلاقات أعضائه بالمجتمع المحلي ، وعلى ما يتوافر لدى ذلك المجتمع الخارجي من إمكانات وموارد.

ع- التقدم السريع في التكنولوجيا الطبية ، فضلا عن الضغوط السياسية والاقتصادية والطلبات المتزايدة للمنتفعين أدى إلى ازدياد وتعقد أعمال المستشفى وصعوبة المشاكل التي يواجهها نتيجة لذلك .

ف- ارتفاع مستوى الصراع التنظيمي بين مختلف الطوائف في المستشفى ، سواء الأطباء بين بعضهم البعض وبينهم وبين غيرهم من الطوائف الأخرى ، وهذا الصراع ذو أسباب اقتصادية واجتماعية ونفسية ، مما يلقي عبئاً كبيراً أمام مدير المستشفى لإدارة هذه الصراعات .

ص- تعرض جميع الطوائف بالمستشفى وخاصة الأطباء والمرضات والإداريين إلى درجات عالية من الضغوط في الوظيفة والتي تتعدد مسبباته ، مما يؤثر على المستوى الصحي والنفسي والسلوك لهذه الطوائف .

ق- إن المستشفيات وخاصة المستشفيات العامة تهتم جميع الأفراد بالمجتمع ، وهذه الأهمية تزداد يوماً بعد يوم وخاصة في ظل مجموعة الاتجاهات الاجتماعية المتصلة بزيادة المعرفة الطبية واستحداث طرق علاجية وجراحية وتمريضية جديدة واستحداث عقاقير طبية جديدة ، وارتفاع مستوى دخل الأسرة والاستخدام المتزايد للمستشفى العام من قبل جميع الأفراد ذوي الأمراض المختلفة ، وازدياد الطلب نحو الحصول على أحسن جودة للخدمات الصحية والطبية المؤداة .

ويرى الباحث أن تناول هذه الخصائص بالمزيد من الشرح والإيضاح في الأبحاث والكتابات العلمية المنشورة هو على قدر كبير من الأهمية ، فلا شك أن هذه الخصائص والسمات تمثل محددات تؤثر على كفاءة وفعالية أداء المسؤولين عن إدارة المستشفيات ، ولا شك أن عدم إدراك أو تجاهل أي من تلك الخصائص يمكن أن يتسبب في فشل الإدارة في مهمتها والتأثير سلباً على ممارسة الإدارة لوظائف المستشفى مما ينعكس على إمكانية تحقيق المستشفى لأهدافه بفعالية ، وخاصة التأثير السلبي على جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً لمرضى المستشفى .

وفي هذا الإطار يشير فريد راغب النجار إلى أن من أهم الحقائق التي يجب أن نأخذها في الحسبان عند محاولة إدارة نظام تقديم الخدمات الصحية أي إدارة المستشفى ما يلي :

أ- إن النظام القائم على توصيل خدمات صحية لمرضى حالين أو مرتقبين هو عبارة عن نظام مستمر ongoing system ومن ثم يجب مراعاة ذلك في اتخاذ قراراته ووضع النظام الإداري له .

ب- النظام الصحي (نظام إنساني تكنولوجي) أو ما يمكن أن نطلق عليه نظام توصيل خدمات إنسانية human services delivery system ، ومن هنا نجد أن طبيعة الخدمة الصحية الإنسانية تتطلب قيادات إدارية معينة ونظام تركيب تنظيمي معين وتفاعل مع البيئة بطريقة خاصة .

ج- يمثل المرضى سواء في العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية للنظام المتكامل القائم على تقديم خدمات صحية عنصراً دائماً وقائماً في التركيب التنظيمي ولو لوقت بسيط ، ولكن تواجد هذا العنصر غير الموجود في المنظمة الصناعية أو التجارية يجعل التركيب التنظيمي للمستشفى أو المجمع الصناعي نوع خاص .

د- غالباً ما تفوق الاعتبارات الإنسانية والمعنوية أهداف الأرباح والتكاليف في المنظمات الصحية ، ومن ثم يجب أن تكون العلاقة بين الإدارة والعاملين والمرضى والبيئة علاقة تعاونية تكاملية إنسانية وليس العكس ، حتى تتحقق أهداف التنظيم .

هـ- درجة تأثير التخصص الوظيفي على التركيب التنظيمي في نظم توصيل الخدمات الصحية والطبية تفوق درجة تأثير التخصص الوظيفي في التنظيم القائم في أغلب المنظمات الصناعية والتجارية ، ومن هنا تظهر مشكلات من الذي يجب أن يدير المستشفى أو المنظمة الصحية ...
طبيب أم إداري؟

و- لا يمكن أن ندير نظاماً لتوصيل الخدمات الصحية دون النظر إليه كنظام متكامل ينظر فيه إلى المريض كنظام جزئي والبيئة كنظام آخر والاعتبارات الأخرى كجزء من كل مع تحديد الروابط بين كل منها والنظام الشامل .

(١) النجار، فريد راغب، (وأخرون)، (إدارة المستشفى المصري : الاتجاهات الحالية والمشكلات - دراسة ميدانية) ، القاهرة :

الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة المركزية للبحوث ، ١٩٨٣ .

ويؤكد وديع كامل أن إدارة المستشفيات الحديثة يتطلب نوعية جديدة من الإداريين تجمع بين الطاقة والحماسة والقدرة على الابتكار من أجل مواجهة الضرورات الملحة التي يفرضها التقدم السريع في مختلف المجالات في المستشفى ، فضلاً عن المسؤوليات الكبيرة التي تقع على عاتق الإداري تجاه كل من الكادر الطبي ، والجهات المسؤولة ، والعلاقات العامة على مختلف المستويات جعلت لتطوير المهارات الإدارية أهمية قصوى . فمن المؤكد أن أحد المقاييس الحقيقية لتقييم الأداء الإداري للمدير يكمن في كيفية مواجهة المشكلات الإدارية بالرغم من اختلاف تصور هذه المشاكل من مدير إلى آخر .

إن الإدارة فن له مهاراته ، ووسائله الخاصة ، بل هي نبض حياة المنشأة والعضو الفعال فيها ، وليس المهم كيفية عمل هذا العضو بل ماهية هذا العمل الذي يقوم به ، والذي يقاس بمدى الإنتاج والعطاء في المستشفى الذي يتعامل مع أئمن ما في الوجود وهي الحياة ذاتها متمثلة في العنصر البشري .

وعلى ذلك يعتقد الباحث أنه يجب حسن إعداد مديري المستشفيات وكافة العاملين بمناصب إدارية عليا أو قيادية ، ومن بعدهم كافة العاملين بالمستوى الأخرى بالمستشفى ، فيجب أن ينظر إلى جهد إعدادهم وما ينفق عليهم أنه استثمار له مردوداته الهامة ، ويجب أن يكون الإعداد متكاملًا من زواياها الإدارية والطبية والصحية ، مع التنقل بين الإدارات rotation ، واكتساب الاتجاهات الإيجابية والمهارات والسلوكيات والمعارف الجديدة ، والإلمام بالأساليب الحديثة لرفع كفاءة الأداء في كافة مجالات العمل الإداري والطبي والخدمات المساندة بالمستشفى ، ومن بين تلك الأساليب إدارة الجودة الشاملة والإدارة الإستراتيجية وغيرها من الأساليب ، ولعل من الجوانب الهامة لتنمية القدرات الإدارية لمسؤولي المستشفيات هو التعرف عن قرب عما يتم في المستشفيات القائمة سواء محلياً أو عالمياً للتعرف على أفضل الممارسات في إدارة المستشفيات الحديثة والاستفادة منها في تطوير الإدارة بمستشفياتها محلياً .

ثالثاً : المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات :

من المؤكد أن الجودة الشاملة في الأداء قد أصبحت من ضرورات العملية الإنتاجية سواء بالمنشآت الاقتصادية أو غير الاقتصادية باعتبار أن نتاج هذه العملية يجب أن يخضع لقياسات تضمن الناتج الذي لا توجد عيوب به سواء أكان هذا الناتج ناتج سلعي أو خدمي ، لهذا كان تعريف الجودة الشاملة من الموضوعات الهامة باعتبارها المحددات العامة لمثل هذا النشاط وبالتالي كان هناك تعريف عام يمكن أن يسري على جميع الأنشطة بجانب تعريفات خاصة طبقاً لطبيعة هذه الأنشطة .

١- التعريف العام للجودة الشاملة :

الجودة أو النوعية والتي تعني بالإنجليزية (Quality) في مجال إنتاج السلع والخدمات عبارة عن مقياس للتميز من خلال خلو المنتج من العيوب والتباينات وذلك عن طريق الالتزام الصارم بمعايير قابلة للقياس والتحقيق لإنجاز منتج متجانس ومتماثل يرضي جمهور المستهلكين أو المستخدمين له .

عرف معيار أيزو الجودة في أنها : (مجمل السمات ^(١) والخصائص للمنتج أو الخدمة التي تجعله قادراً على تلبية الاحتياجات المذكورة صراحة أو المتضمنة) .

تم تعميم مفهوم الجودة وأصبحت الجودة شاملة لكل وحدات المنشأة بكاملها من الإدارة إلى مستلزمات الإنتاج إلى جودة المنتج وجودة العاملين ، إلى الفحص ، إلى المخازن ، وكذلك التوريد وخدمات ما بعد التوريد لصالح العميل وبالتالي تم دعم الجودة بالمنشآت بآليات ونظم مكتوبة لكل وحدة بالمنشأة على حدة كذلك نظم مكتوبة للتوفيق بين جودة الوحدات معاً بغرض التحكم في الجودة الشاملة لضمانها في التخطيط وفي التطوير المستمر لها .

من هذا المنطلق ظهر مفهوم الجودة الشاملة والتي اعتمدت نظريته على المبادئ الأساسية التي وضعها (ديمنج وجوران وكروسبي) وقد بدأ تطبيقها بالقطاع الصناعي باليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية والتي امتدت فيما بعد لتشمل القطاع الصحي .

1- Crosby, ph. B. (1979). Quality is free: the Art of Making Quality certain, New York: Mc Graw- Hill Book Co.

(١) معيار أيزو (١٩٨٦ - ٨٤٠٢)

لهذا عرف بيرويك إدارة الجودة الشاملة بأنها مفهوم جديد لا يعتمد على الحدود أو المعايير أو التفقيش أو شهادات الاعتماد ولا يهدف لاتخاذ قرار يرفض أو يقبل منتج معيب بل هي سعي دؤوب للبحث عن فرص للتحسين (Crosby , Joseph Juran , Edward Deming) ، وقد وردت كلمة الجودة بقاموس أكسفورد بمعنى الدرجة العالية من النوعية أو القيمة وقد تضمنت المواصفة القياسية الدولية لمصطلحات الجودة إصدار عام ١٩٩٤ تعريفاً للجودة باعتبارها :
(مجموعة الخواص والخصائص الكلية التي يحملها المنتج أو الخدمة^(١) وقابليته بتحقيق الاحتياجات والرضا أو المطابقة للغرض [Fitness For Use] والصلاحية للغرض [Quality Is Fitness For Use] .

لقد تنوعت مداخل تعريف الجودة بصفة عامة حيث تم تحديد عدة مداخل كالاتي :

أ- المدخل المبني على أساس التفوق :

الجودة تعني هنا التميز بحيث يمكن تمييزها بمجرد رؤيتها وبالتالي فإن المستوى العالي من الجودة . بفرض نفسه أو يكون ظاهر للعيان .

ب- المدخل المبني على أساس مواصفات المنتج :

أي إن الجودة تتحدد بناء على توافر مواصفات محددة في المنتج سواء أكان سلعي أو خدمي ، وبالتالي يمكن أن يكون هناك اختلافات في الجودة لبعض الخصائص أو الصفات المميزة ويكون المنتج ذو الجودة العالية أصلب أو أكثر ليونة أو أكثر نعومة ... وهكذا .

ج- المدخل المبني على أساس المستفيد :

حيث الجودة تعني ملاءمة المنتج للاستخدام أي قدرته على تلبية توقعات واختبارات العملاء وبالتالي تعتمد الجودة هنا على رضا العميل ومدى تحقيق المنتج لتوقعاته .

د- المدخل المبني على أساس التصنيع :

أي أن هناك تطابق بين المنتج الفعلي ومواصفات التصميم والتالي يحدد الدرجة التي يلائم بها المنتج مواصفات تصميمه .

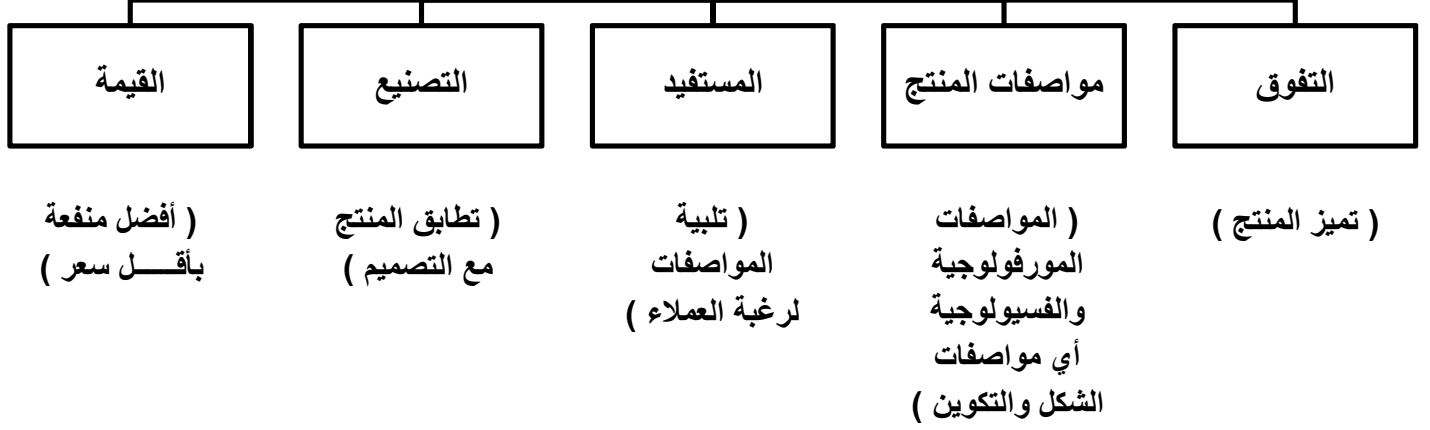
هـ- المدخل المبني على أساس القيمة :

أي درجة التفوق بأقل الأسعار وبالتالي الجودة تعني أفضل منتج بأقل الأسعار الممكنة و هذا المنتج ذو الجودة الأعلى هو المنتج الذي يعطى الزبائن أقصى ما يمكن مقابل ما يدفعونه من أموال .

(١) Deming W (1988) Quality , productivity and competitive position , Cambridge : Massachusetts Institute of Technology .

مداخل تعريف الجودة

على أساس



و على هذا يمكن القول بأن الجودة ليست تكنولوجيا أو مواصفات بل هي فلسفة مشتركة بين العاملين ونظام العمل والعميل .

أما في اللغة العربية وطبقاً لما جاء بالمعاجم فإن الأصل الاشتقاقي للجودة هو : (ج ود) وهو أصل يدل على كثرة العطاء (معجم المقاييس ٤٩٣/١). والجواد : السخي، وقيل : هو الذي يعطي بلا طلب الطرف الآخر وبالتالي إعفاؤه من ذل السؤال. ومن اشتقاقاته : الجيد : ضد الرديء. وجاد الشيء، وجود جودة، وجودة : صار جيداً. وقد جاد جود، وأجاد : أتى بالجيد من القول أو الفعل. ويقال أجاد فلان في عمله وأجود، وجاد عمله وجود جودة. ورجل مجيد : أي يجيد كثيراً. وبين الجودة : أي رائع. (تاج العروس ٤٠٣/٤-٤٠٤). ويقال هذا شيء جيّد : بين الجودة والجودة. وجاد الفرس : أي صار رائعاً وجود جودة. (لسان العرب ١٣٥/٣-١٣٦). وعليه فإن المعنى اللغوي يتضمن : العطاء الواسع والأداء الجيد الذي يبلغ حداً فائقاً ومن مرادفات الجودة الإتقان : و الأصل الاشتقاقي (ك ف و) يدل على إحكام الشيء، (معجم المقاييس ٣٥٠/١) والإتقان : الإحكام للأشياء. ورجل تقنٌ وتَقِنٌ متقنٌ للأشياء: حاذق. (لسان العرب ٧٣/١٣). والتقن الرجل الحاذق، وأيضاً : رجل من الرماة يضرب بجودة رمية المثل. (تاج العروس ٨٨/١٨). وما سبق يتضح أن المعنى اللغوي يتضمن : الحذق وإحكام الأشياء وجودة الأداء. ومن المعاني المتصلة بالجودة الكفاءة : الأصل الاشتقاقي لها (ك ف ا) يدل على الحسب الذي لا مستزاد فيه. يقال : كفاك الشيء يكفيك، وقد كفى كفاية إذا قام بالأمر (معجم المقاييس ١٨٨/٥). فالمعنى اللغوي يتضمن : القيام بالأمر قياماً حسناً لا مزيد عليه. وبالتطبيق على المنتجات والخدمات تصبح الجودة هي إجمالي الصفات والخواص للمنتج أو الخدمة التي تجعلها قادرة على تحقيق احتياجات مشمولة أو محددة بما ينعكس على رضا المتلقي ومن ثم فلا بد أن يكون المنتج أو الخدمة مطابقاً للمواصفات الموضوعية لها وإلا فإن القصور عن المواصفات مؤشر لعدم كفاءة الأداء فالجودة تعني التطابق مع احتياجات المستفيد ومن ثم فإن الجودة تقتضي منع الأخطاء والوقاية منها وليس مجرد اكتشافها ومعيار الجودة هو الخلو من العيوب ومقياسها هو التكلفة سواء تكلفة الأخطاء وتكلفة الإصلاح ومنع حدوث الخطأ مرة أخرى .

- معجم القياس
 - تاج العروس
 - لسان العرب
 - معجم المقاييس
- معاجم لغوية

٢- تعريف الجودة بالقطاع الصحي :

من المؤكد أن للقطاع الصحي خصوصيته بالنسبة للمنتج النهائي له لهذا فإن تعريف الجودة بالقطاع الصحي تشتمل على بعض التعريفات بالإضافة إلى التعريفات العامة التي سيتم ذكرها ، لهذا يمكن تعريف الجودة بالقطاع الصحي في الآتي :

أ- الخدمات الصحية الجيدة هي التي تتبع المعايير والأسس التي يتبعها ويدرسها القادة المؤسسون لمهنة الطب في المجتمع (لي وجونز ١٩٣٣) .

ب- جودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية .

ج- الرعاية التي تمتاز بدرجة عالية من رضا المستفيدين والتميز المهني وكفاءة استخدام الموارد وتحقق النتائج المرجوة وتحد من تعرض المريض للخطر .

د- تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها :
(درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي) .
أي أن الجودة هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية محددة .

هـ- كذلك عرفها (Pasternak and Berry 1993 . P.88)

بأنها كل ما يتعلق بشؤون المستهلك أو المريض والاهتمام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم ورغباتهم .

1- The Planned Care Improvement Programme: patient flow in planned care: admission, discharge, length of stay and follow-up. Edinburgh: Government of Scotland; 2007.

٣- التطور التاريخي لمفهوم فكرة الجودة بالإدارة الصحية :

من المعروف أن فكرة الجودة الشاملة بالإدارة الصحية قد تواجدت منذ فجر التاريخ باعتبار أن مهنة الطب تتعامل مع صحة الإنسان التي هي هدف ووسيلة يسعى دائماً الإنسان إلى العناية بها ، لهذا تطور هذا المفهوم من خلال مرحلتين رئيسيتين هما مرحلة المفهوم بالعصور القديمة ثم مرحلة المفهوم بالعصر الحديث كالآتي :

أ- فكرة الجودة بالإدارة الصحية بالعصر القديم :

(١) يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام (٢٠٠٠ ق.م) حيث قانون هامورابي ملك بابل الذي احتوى على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المتوقعة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية (بن سعيد ، ١٤١٨ هـ - ١٩٩٧ م) كما تضمن قانون هامورابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والاهتمام (المرجع السابق) .

(٢) بالقرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب (توت) بالحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية حيث اعتبر الانحراف عن هذه المعايير جريمة تستدعي العقاب (المرجع السابق) .

(٣) بالقرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى .

(٤) في عصر الإغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية .

وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر .

ب- فكرة الجودة الصحية بالعصر الحديث :

لقد نشأ الاهتمام بالجودة في نشاط الصحة بالعصر الحديث منذ إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام ١٩١٣ م ، والذي أدى لحدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية والتي من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج (Clinical Protocols) .

وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام ١٩٥١م والتي تابعت حركة تحسين الجودة بالمستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية .

وبتتابع جهود تحسين الجودة بالقطاع الصحي تحركت جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية والتي أنتجت فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة بالسبعينيات والثمانينيات .

أما في التسعينيات من القرن الماضي فقد انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال (ديمينج وجوران وكروسبي) .

إلا أن الاهتمام بتنظيم الجودة ونصوص لوائحها أثناء برنامج أبولو الأمريكي يبقى هو المثال الأفضل لفكرة الجودة الشاملة حيث يتكون الصاروخ من مئات الآلاف من القطع والعمليات التي يلزم عملها بدقة كاملة لينطلق الصاروخ طبقاً للمخطط له لذا وضعت لوائح التحكم وإتقان عمليات الإنتاج لكل قطعة كذلك عمليات التركيب والمخططات لسير العمل كنظام متكامل دون أن تختل قطعة واحدة فيفشل المشروع وذلك للحفاظ على حياة ثلاث رواد فضاء في رحلتهم للقمر بهذا الصاروخ والهبوط عليه بمركبة هبوط قمرية ثم العودة للأرض والهبوط عليها سالمين .

ج- أبعاد جودة المنتج الصحي طبقا لمعايير الجودة الشاملة :

لقد أوضح ديفيد جارفين (Garvin 1987) إبعاد جودة المنتج و التي بتحقيقها يتم الوصول إلي رضا المستهلك سواء كان منتج سلعي أو منتج خدمي في الآتي :

(١) الأداء (PERFORMANCE)

وهذا يعني مدى قدرة المنتج سواء كان خدمي أو سلعي من تحقيق الأداء المطلوب منه طبقا لمعايير محددة .

(٢) الثقة (RELIABILITY)

وهذا يعني مدة الصلاحية للمنتج باعتبار أن لكل منتج معدلات إهلاك تنتهي به إلى عدم الصلاحية طبقا لمعايير الأداء و بالتالي يحدد هذا البعد أقصى مدى يمكن للمنتج إن يكون صالحا للاستخدام فيها .

(٣) التحمل والمتانة (DURABILITY)

وهي الصفة التي تحدد أقصى مدة يمكن للمنتج أن يعيشها .

(٤) القابلية للاستخدام (SERVICEABILITY)

وهو ما يعني سهولة إصلاح المنتج في حالة الحاجة للإصلاح مع إعادته لحالته الطبيعية مع الأخذ في الاعتبار التكلفة المالية و مدة الإصلاح .

(٥) الجماليات (AESTHETICS)

والتي تعني مدى أناقة وجاذبية المنتج .

(٦) المزايا أو خصائص المنتج (FEATURES)

والتي تعني مدى إمكانية إضافة بعض الوظائف لتحديث وتطوير المنتج .

Garvin : managing Quality (1988)

the eight dimensions of product quality according to Garvin :

Garvin: Managing Quality (1988)

- A. Performance or the primary operating characteristics of a product or service.
Example: for a car: it is speed and acceleration. For a restaurant: it is good food.
- B. Features or the secondary characteristics of a product or service.
Example: for a restaurant: it is linen tablecloths and napkins.
- C. Conformance or the match with specifications or pre established standards.
Example: for a part: it is whether this part is the right size. For a restaurant: it is whether the meat is cooked according to your request (e.g. "medium rare").
- D. Durability or product life.
Example: for a light bulb: it is how long it works before the filament burns out.
- E. Reliability or the frequency with which a product or service fails.
Example: for a car: it is how often it needs repair. For an airline: it is how often flights depart on schedule.
- F. Serviceability or the speed, courtesy and competence of repair.
Example: for a car: it is how quickly and easily it can be repaired and how long it stays repaired. For a mail order house: it is the speed and courtesy with which an overcharge is corrected.
- G. Appearance / aesthetics or fits and finishes.
Example: for a product or service: it is its look, feel, sound, taste or smell.
- H. Image / perceived quality or reputation.
Example: for a product or service: it is the positive or negative feelings people attach to any new offerings, based on their past experiences with the company.

وطبقا لما جاء بكتاب (إدارة العمليات) من تأليف روبرت راسل و برنارد تايلور والذي نشره بريتن هول فإن أبعاد الجودة بالخدمات كانت :

Time ' Timeliness	أ- الوقت ودقه التوقيت
Completeness	ب- الإحاطة
Courtesy	ج- المجاملة واللياقة
Consistency	د- التناسق
Accessibility ' convenience	ه- الموصولية
Accuracy	و- الدقة
Responsiveness	ز- الاستجابة

٤- معايير الجودة الشاملة :

الجودة طبقاً لتعريف النظام المعياري العالمي (أيزو) EN ISO 9000:2005 (لعام ٢٠٠٥) للجودة تحدد مدى انطباق مواصفات منتج أو خدمة للمواصفات المطلوبة . لذا توصف الجودة بعدة صفات تعبر عن تصنيفها ،مثل : جودة سيئة ، أو جودة جيدة أو جودة ممتازة وهي تختص بصفات الشيء ذاته ويمكن قياسها مثل الطول والعرض والوزن والنسب وخواص المواد. وصفات مثل (جميل) أو (رخيص) لا تدخل في تقييم الجودة حيث إنها ليست صفات واقعية يمكن قياسها. كذلك السعر والتقييم الشخصي لا يدخلان في تقييم الجودة. ولكن يمكن عن طريق تعريف الفئة صاحبة المصلحة الاستفسار عن جودة الشيء ووضع أسس لتقييم الجودة فتصبح بذلك جودة يمكن قياسها.

لقد أصبح في ألمانيا هذا التعريف عن الجودة سارياً وحل محل التعريف القديم المذكور في النظام القياسي الألماني الأوروبي DIN EN ISO 8402:1995-08 لعام ١٩٩٥ . حيث تحدد الجودة من خلال فحص المواد الواردة والتحكم في الإنتاج وفحص المنتجات الوسيطة وتفقيش معايرة المواد والتجميع وطرق الفحص النهائي وطرق التخزين والتوريد ونظام التعامل مع المنتجات المردودة من العملاء بسبب فسادها.

وبينما كانت الجودة في الماضي تصنف طبقاً لطلبات العملاء سواء في المنتج السلعي أو الخدمي إلا أن هذا المفهوم أصبح يشتمل على برامج أعمق وهي برامج الجودة الكلية ، التي تشمل جودة منشأة بكاملها .

وبجانب متطلبات العملاء ، فهناك متطلبات العاملين ، ومتطلبات المستثمرين ، ومتطلبات الجمهور (متطلبات قانونية) تقاس على أساسها الجودة الكلية .

٥- المبادئ الأساسية للجودة طبقاً لمفهوم رواد الجودة :

باعتبار أن رواد الجودة ومؤسسي فكرة الجودة هم الذين أرسوا المفهوم والقواعد الأساسية لها والتي بنى على أساسها كل النظريات اللاحقة والتطور في مفهوم وفلسفة هذا الأمر لذا كان لابد من استعراض المبادئ التي وصفها هؤلاء الرواد مثل ادوارد ديمينج وفيليب كروز وجوزيف جوران وشوهارت وايشكادا وتاجوشي وآخرون كالآتي :

أ- المبادئ الأساسية للرواد :

(١) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم ويليام ادوارد ديمينج (١٩٠٠-١٩٩٢)

w. Edward Deming وهو مهندس أمريكي حصل على الدكتوراه في الرياضيات .

أدرك ديمينج أن الموظفين هم وحدهم الذين يتحكمون في عملية الإنتاج وبالتالي طرح نظرية تقول : (خطط - نفذ - افحص - باشر)

وقد قام بعد الحرب العالمية الثانية بالسفر لليابان بناء على طلب الحكومة اليابانية للعمل فاستجاب لتحقيق الإنتاجية والجودة وقد نجح حتى أنه لقب بأبي الجودة .

وقد وضع (١٤) مبدأ للجودة هي :

(أ) تحديد هدف ثابت للمنشأة من أجل تحسين جودة منتجاتها وخدماتها .

(ب) تبني فلسفة جديدة لمفهوم الجودة.

(ج) التوقف عن الاعتماد على التفتيش بغرض تحسين الجودة ولكن يفضل استخدام الوسائل الإحصائية لمراقبة العملية الإنتاجية .

(د) التوقف عن ممارسة فلسفة الشراء المعتمدة على الأسعار فقط ويفضل أن يتمتع الممول بخاصية الجودة .

(هـ) استخدام الوسائل الإحصائية لمعرفة نوعية المشكلات ومصادرها وكذلك الاستمرار في تحسين النظام .

(و) استخدام الأدوات الحديثة للتدريب على رأس العمل .

(ز) استخدام الطرق الحديثة في عملية الإشراف .

(ح) البعد عن سياسة التخويف .

(ط) القضاء على العوائق التنظيمية بين الأقسام المختلفة .

(ي) التخلص من الحصص الرقمية .

(ك) المراجعة الدورية لمعايير العمل من أجل تحقيق جودة عالية .

(ل) إزالة العوائق التي تقف في وجه الاعتزاز بنوعية العمل .

(م) تطوير برنامج قوي لتدريب العاملين على مهارات جديدة .

(ن) اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق عملة التحويل من خلال تطبيق المحتويات السابقة .

وفي نفس الوقت حدد ديمنج أمراضاً سبعة قاتلة للجودة هي :

- (أ) غياب الغاية الثابتة والهدف المستقر لتحسين الخدمة والمنتج .
- (ب) التركيز على الأهداف والمكاسب قصيرة الأجل .
- (ج) تقييم أداء العاملين السنوي والتقييمات السنوية الأخرى
- (د) التغيير الإداري السريع وعدم الثبات في مكان واحد .
- (هـ) الإدارة بالأرقام .
- (و) مصاريف علاجية عالية جداً .
- (ز) مصاريف قانونية عالية جداً .

(٢) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم فيليب كروسبي Philip B .crosby :

يرى كروسبي أن الجودة هي المواءمة مع المتطلبات كما أنه يساوي بين إدارة الجودة و اتخاذ القرارات الوقائية وقد ركز على المخرجات والحد من العيوب وهو أول من نادى بمفهوم العيوب الصفرية وقدم فلسفته لإدارة الجودة الشاملة من خلال أربعة معايير هي :

(أ) الجودة هي مطابقة المتطلبات .

(ب) نظام الجودة يتمثل في الوقاية من الأخطاء .

(ج) معيار الأداء في الجودة (صفر عيوب) .

(د) قياس الجودة هو تكلفة عدم المطابقة .

و أصدر ابرز مؤلفاته عام ١٩٧٩ وهو كتاب الجودة مجانية (Quality is free) والذي لاقى رواجاً شديداً وقد حدد مجموعة خطوات لتحسين الجودة هي :

(أ) الالتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة .

(ب) تكوين فريق لتحسين الجودة .

(ج) استخدام القياس كأداة موضوعية .

(د) تحديد تكلفة الجودة .

(هـ) اتخاذ الإجراءات التصحيحية .

(و) التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج .

(ز) التركيز على تعليم الموظفين وتدريب المشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.

(ح) تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار " صناعة بلا عيوب".

(ط) تحديد الأهداف وتشجيع الابتكار الفردي داخل التنظيم.

(ي) التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعال.

(ك) التعرف على أهمية عملية تحسين الجودة ومكافأة من يقدم جهودا غير عادية في

تطوير وتحسين الجودة.

(ل) تكوين مجالس للجودة، من مهامها القيام بعملية التنسيق والاتصال بأعضاء فرق

تطوير الجودة.

(م) الاستمرار في عملية تحسين الجودة، وذلك عن طريق تكرار العمليات السابقة لكي

تعطي الموظفين تشجيعاً مستمراً لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المنشأة.

1- Crosby, ph. B. (1979). Quality is free: the Art of Making Quality certain, New York: Mc Graw-Hill Book Co.

(٣) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم جوزيف موسى جوران (١٩٠٤ - ٢٠٠٨) :

اعتمد جوران في مفهوم الجودة على أهمية الربط بين تحسين الجودة وكفاءة الإدارة من خلال ما يسمى بثلاثية جوران التي تتكون من التخطيط الجيد والوقاية الفعالة والتطوير المستمر وقد اعد عشرة قواعد أساسية لتحقيق الجودة هي :

(أ) زيادة درجة الوعي لدى الموظفين بأهمية فرض عملية التحسين وتحديد احتياجاتها.

(ب) تحديد أهداف خاصة بعملية التحسين.

(ج) الاهتمام بعملية التنظيم من أجل تحقيق الأهداف المنشودة وذلك من خلال إعداد

الإجراءات فمثلاً يمكن تكوين مجلس للجودة النوعية يقوم بتحديد المشكلات واختيار

المشاريع وتعيين أعضاء فريق العمل وتعيين منسقين للجودة.

(د) الاهتمام بعملية التدريب لأن عملية التغيير لا يمكن أن تتم في وقت قصير.

(هـ) الاهتمام بتنفيذ مشاريع تعمل على مساعدة المنشأة في حل مشاكلها.

(و) الاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن الوضع الحالي للمنشأة.

(ز) تشجيع العاملين وحثهم على تحسين أدائهم وذلك من خلال دعمهم معنوياً والإثناء على ما

يقدمونه من خدمات مميزة.

(ح) التركيز على عملية الاتصال بين الأقسام في المنشأة والاهتمام بعملية التغذية العكسية

كوسيلة لتوصيل النتائج للأقسام المعنية.

(ط) التركيز على أهمية توثيق النتائج وتسجيلها في صورة رسم بياني.

(ي) الاهتمام بعملية التوسع وذلك عن طريق الأخذ بعين الاعتبار أن التحسين السنوي جزء

مهم من نظام المنشأة.

Rechel B, Erskine J, Wright S, Dowdeswell B, McKee M, editors. Capital investment for health: case studies from Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.

Juran , M. (1992) , Juran on Quality by Design : the steps for planning Quality into goods and services , New York : the free press .

(٤) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم والتر شويهارت Walter A .Shewhart :

مهندس و إحصائي أمريكي عمل كخبير إحصائي في نيويورك وقام بتطوير مراقبة العمليات طبقاً للمفهوم الإحصائي حيث استعمل الرسوم البيانية القياسية لتمييز الأسباب الخاصة من الأسباب العادية للاختلاف في العمليات كما قام بتطوير عملية التحسين بلا نهاية أو التي تعرف بدورة (PDCA) دي سي والتي أصبحت أساساً لتطوير الجودة ويلاحظ أن الحروف المستعملة تعني الآتي :

Plan the improvement	حرف بي P تعني خطط التحسين
DO and start the change	حرف دي D تعني نفذ و ابدأ التغيير
Check the results of improvement	حرف سي C تعني تحقق من النتائج

وقد حدد ذلك من خلال النقاط الرئيسية التالية :

(أ) التخطيط :

الإعداد للمتغيرات المطلوب إجراؤها وبياناتها المتاحة وطرق المراقبة المطلوبة وقرارات كيفية لاستخدام البيانات .

(ب) التنفيذ :

هي عملية القيام بتنفيذ المتغيرات وإجراء الفحص والاختبار .

(ج) المراقبة :

مراقبة تأثير التغيرات الناتجة من التنفيذ .

(د) الفعل :

دراسة النتائج وتحديد التوقعات وطرق التعديل .

(وبتكرار هذه الدورة تتراكم المعرفة التي تساعد في التعلم والمشاركة في الجودة . وعادة يتم استعمال أساليب تصميم التجارب لتوليد المعرفة وتطوير الجودة بفاعلية وسرعة وتكلفة ميسرة) .

(٥) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم ايشكاوا (١)!

مفهوم الجودة عند ايشكاوا يشمل :

مفهوم التحول من برنامج مراقبة الجودة إلي برنامج شامل يعتمد على العمليات والنشاطات الداخلية بحيث تأخذ في الحسبان العملاء بوصفهم جزءاً لا يتجزأ من عملية تحسين الجودة .
وقد حدد المبادئ الأساسية التالية لتحقيق الجودة :

(أ) تحديد الخطوات الضرورية التي تساعد على التعريف على الأسباب الأساسية للمشكلة القائمة ومحاولة التخلص منها .

(ب) تحديد مجالات الجودة في السلعة أو الخدمة المقدمة التي يتقبلها العميل ويكون لديه الاستعداد لشرائها .

(ج) مدى إمكان تطبيق برنامج مراقبة الجودة على مستوى المنشأة بحيث يشمل المراقبة الرأسية والمراقبة الأفقية للأقسام .

(د) مدى إمكان استخدام الأدوات الإحصائية للجودة ، مثل : خريطة باريتو ، المدرجات التكرارية ، خرائط المراقبة الخ .

(١) Ishikawa , K. (1985) . What is total Quality Control ? The Japanese way , Translated by David Lu , London : prentice – Hall International .

(٦) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم كوجي تاجوشي (١) :

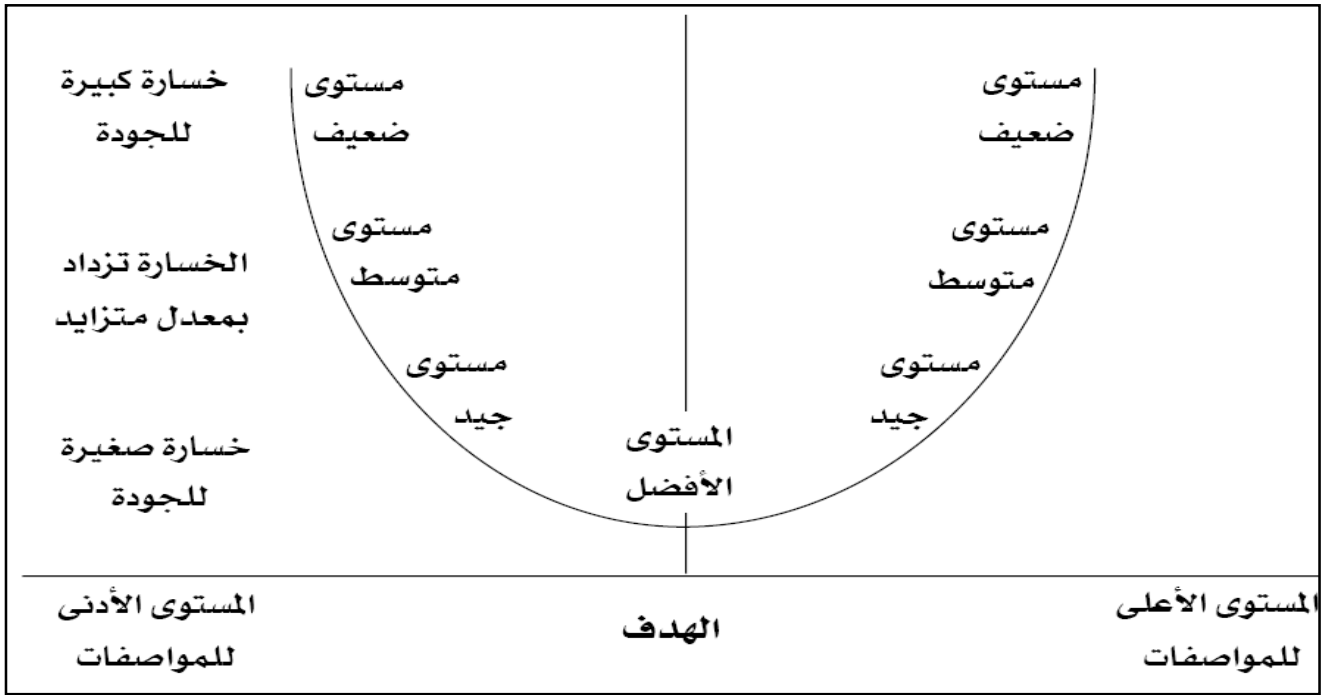
يعنى منهج " تاجوشي " بأفكار ومفاهيم الجودة والفعالية أثناء مرحلة التصميم السابقة للمصنع وركز على استخدام الوسائل الإحصائية لتطبيق مفهوم الجودة لهذا أعد تاجوشي نموذجاً يعتمد على الربط بين مفهومين مهمين للجودة (Taguchi , 19000 , p97) :

(أ) دالة الخسارة (Loss Function) .

(ب) خصائص التصميم (Design Characteristics) .

ويعتمد النموذج على فكرة أنه كلما اتجهت قيمة التكلفة إلى الهدف انخفضت التكلفة ويشير أيضاً إلى وجود رغبة لدى العملاء إلى الشراء و أن المنتج يتناسب مع توقعاتهم وعندما تتجه النقاط بعيداً عن الهدف ترتفع قيمة التكلفة الاجتماعية مما يشير إلى عدم رضا العملاء عن المنتج .

ويمكن توضيح النموذج في الشكل التالي الذي يبين دالة تاجوشي للخسارة :



(١) Taguchi , G. and Y.Wu (1980) , Introduction to off-line Quality control , Nagoya , Japan : Central – 40 Japan Control Association .

كما أدخل هذا النموذج فكرة مراقبة الجودة غير الخطية التي تستند إلى تصميم العملية والمنتج، وهذا يتطلب تطوير المواصفات الخاصة بالعمليات وتصاميمها والمنتج، ويشتمل نموذج تاجوشي على النقاط التالية :

- (أ) إن التصميم الجيد للعملية والمنتج يسهم بشكل فاعل في جودة المنتج وتقليل التكاليف .
- (ب) تتطلب عملية تحسين الجودة تخفيضاً مستمراً في الانحرافات الخاصة بأداء العملية أو المنتج .
- (ج) يمكن تحديد المقاييس والمعايير الخاصة بالعملية أو المنتج، وذلك عن طريق استخدام التجارب الإحصائية .
- (د) يمكن تخفيض انحراف الأداء عن طريق استخدام التأثيرات غير الخطية بين مقاييس العملية وخصائص أداء المنتج .

وباستقراء تلك النماذج يمكن التوصل إلى النقاط التالية:

- (أ) إن عملية تحسين الجودة لا تتم دون الاستثمار في برامج التعليم والتدريب المستمر للقوى البشرية للمنظمة.
- (ب) إن العملاء هم الركيزة الأساسية لجميع عمليات تحسين الجودة.
- (ج) إن عملية تحسين الجودة تسهم في تقليص النفقات على المدى البعيد وزيادة القدرة التنافسية للمنظمة.
- (د) إن تحسين الجودة يستغرق وقتاً طويلاً وتتم بأسلوب علمي.
- (هـ) إن تحسين الجودة يتطلب من الإدارة العليا التركيز على مستوى الأداء من خلال المتابعة والتقييم وإجراء التصحيحات الملائمة.
- (و) إن تحسين الجودة الشاملة مهمة لجميع العاملين في كافة المستويات التنظيمية والفنية.

(٧) المبادئ الأساسية طبقاً لمفهوم بعض العلماء الآخرين :

يتفق (جلمور وهنت مع بليكمور) على أن المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تشمل على ما يلي :

- (أ) من الطبيعي أن يكون لجميع النظم بعض الاختلافات والتباينات في مستويات نشاطها و نتائجها .
- (ب) إن الجودة العالية لا تكلف الكثير ، بل على العكس توفر الكثير على المدى البعيد .
- (ج) ملائمة الهدف بحيث يلبي رغبة و احتياجات العميل .
- (د) يعمل الموظفون ضمن نظام محدد و معروف .
- (هـ) التركيز على البرامج التدريبية .
- (و) أن يعمل الجميع في خدمة العميل .
- (ز) أن يتم توجيه الجهود من خلال خطة مدروسة بحيث لا تكون السلوكيات ناتجة عن ردود فعل ، بل يجب أن تكون السلوكيات ناتجة عن تطبيق أسلوب علمي .
- (ح) إبراز الجودة في العمليات الداخلية نفسها .
- (ط) أن يستخدم مفهوم التحسين كأحد أسس الحياة .
- (ي) توجيه الرقابة على العمليات و النشاطات و ليس على النتائج .
- (ك) أن يتم تأسيس إدارة العمليات و النشاطات على استخدام جيد للبيانات و الحقائق ، و ليس على صنع قرارات مبنية على آراء شخصية .

و يتفق "تروديتورو" مع "جابلونسكي" و "كاروليتهن" و "كول" و "بروكا وبروكا" في تحديد المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة حيث يرون أن المبادئ الأساسية تتكون من الآتي :

- (أ) التركيز على العميل .
- (ب) التركيز على العملية و النتائج معا .
- (ج) الوقاية بدلاً من التفتيش .
- (د) الاستفادة من خبرات القوى العاملة .
- (هـ) اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق .
- (و) التغذية العكسية .
- (ز) الأفراد .
- (ح) العمليات و العميل .
- (ط) المشاركة الكاملة .
- (ي) الاهتمام بالرسائل العامة للمنشأة .
- (ك) التركيز على برامج التدريب .
- (ل) الاهتمام بتحسين علاقة المورد مع العميل .

كما يتفق "أوكلاند" مع "جلاسوب" و "ستينج" على أن المبادئ الأساسية لنظام إدارة الجودة الشاملة تشمل ما يلي :

- (أ) تطوير برامج متخصصة لزيادة الوعي و الإدراك لدى العاملين بمفهوم الجودة الشاملة .
- (ب) تطوير فكرة الولاء و الانتماء للمنشأة و أهدافها .
- (ج) التنظيم من أجل الجودة .
- (د) قياس تكاليف الجودة .
- (هـ) تخطيط الجودة .
- (و) التصميم من أجل الجودة .
- (ز) تطبيق مراقبة العمليات الإحصائية .
- (ح) مراقبة نظم الجودة و توثيقها .
- (ط) الاهتمام بعمليات التدريب و التعليم المستمر .
- (ي) الاهتمام بفكرة فريق العمل و المشاركة الفاعلة من قبل العاملين .
- (ك) القيادة .
- (ل) صنع القرارات مبني على حقائق .

ب- أوجه الاتفاق بين آراء الرواد :

يكاد يكون هنا إجماع كبير بين رواد الجودة و علمائها حول المبادئ الأساسية لمفاهيم الجودة حيث إن جميعها تتمحور حول :

- (١) الدور الذي تقوم به القيادة
- (٢) ضرورة التركيز على العميل بتلبية احتياجاته وتوقعاته.
- (٣) توسيع مشاركة الموظف والتعاون بين الأفراد بدلا من المنافسة.
- (٤) استعمال الحقائق والبيانات الدقيقة والكافية لاتخاذ القرارات.
- (٥) اشتراك جميع الأفراد في دورات أو فرق تحسين العمليات
- (٦) التحسين المستمر للعمليات
- (٧) التركيز على العمليات والنشاطات بدلا من النتائج
- (٨) استعمال الأساليب الإحصائية الأساسية لقياس الجودة.
- (٩) العلاقة مع الموردين على أساس الجودة وليس على أساس السعر.

ج- أوجه الاختلاف بين آراء الرواد :

فلسفة رواد الجودة حول مفاهيم نظم الجودة تتشابه إلى حد كبير جداً ، حيث إنهم لا يختلفون عموماً في الأهداف النهائية . ولكن يبقى الاختلاف في وجهات النظر حول المكونات المناسبة لإدارة الجودة الشاملة والترابط بين تلك المكونات . أيضاً يوجد هناك خلاف في الخطوات التفصيلية للتنفيذ ، ولكن تبقى الأهداف في مجملها متفق عليها .

٦- المبادئ الأساسية للجودة طبقاً للمفهوم الحديث :

أ- المبادئ الأساسية الخدمية :

(١) مفهوم الجودة من وجهة نظر المرضى :

تعكس رأي المرضى بالنسبة إلى الرضا على ما يقدم إليهم من خدمات .

(٢) الجودة المهنية :

تعكس رأي المهنيين فيما إذا كانت الخدمات الصحية تلبى حاجة المرضى .

(٣) الجودة من وجهة نظر الإدارة :

تعني الاستعمال الأمثل للمدراء وبما يعظم الإنتاجية مع حاجة العملاء .

وقد صنف (Ciampa 1992) محاولات تحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة

وتعريفه تحت ثلاث مداخل كالاتي :

(١) المدخل المرتكز على العميل .

(٢) المدخل المرتكز على النتائج النهائية بالنسبة لعمليات التشغيل والإنتاج .

(٣) المدخل المرتكز على استعمال الوسائل والطرق العلمية والإحصائية لتطبيق المفهوم .

وفي جميع الحالات فإن القواسم المشتركة في مفهوم الجودة يمكن تلخيصها في الآتي :

(١) اتخاذ القرارات بناء على حقائق وبيانات دقيقة وكافية .

(٢) مشاركة كافة العاملين في جهود الجودة الشاملة .

(٣) مفهوم التحسين المستمر للعمليات والنتائج .

(٤) التركيز على العمليات أكثر منه على النتائج .

(٥) التركيز على العملاء وحاجاتهم وتوقعاتهم .

(٦) توظيف الطرق الإحصائية لرقابة وقياس الجودة .

ب- أبعاد الجودة الشاملة :

تم تحديد ثمانية أبعاد لإدارة الجودة الشاملة تحظى بالقبول من معظم الباحثين كالاتي :
(Mitwan ,(Sureshehandar Et Al., 2001) , (Yeng , 1997) , 2001)

- (١) التركيز على المستهلك .
- (٢) التحسين المستمر .
- (٣) مشاركة العاملين .
- (٤) بناء فرق عمل .
- (٥) التركيز على العمليات .
- (٦) تبني منهجية رقابية وقائية .
- (٧) التمكين للعاملين .
- (٨) القيادة الواعية .

٧- مراحل بناء الجودة بالمنشآت الاقتصادية :

باعتبار أن الجودة عملية تطويرية وليست ثورية :

(Quality Programs an evolution, not revolution)

فإن عملية بنائها بالمنشآت والتي منها المنشآت الطبية تمر بعدة مراحل حيث تبدأ المرحلة الأولى بتقديم المنتج سواء السلعي أو الخدمي لقياس مدى القبول من العملاء وبناء عليه يتم التطوير الذي يعتمد على تشكيل جهاز خاص بالجودة كذلك إعداد نظم عمل متخصصة تمكن المنشأة من تقديم المنتج النهائي سواء الخدمي أو السلعي طبقاً لمعايير الجودة .

ويمكن تلخيص مراحل تطور هذه العملية البنائية للجودة في المراحل التالية :

أ- المرحلة الأولى :

تقدم المنشأة المنتج النهائي حتى ولو كان مخالفاً للمواصفات ولا تقوم بأي شيء لمعالجة المخالفات حتى يقوم العميل بتقديم شكوى المخالفة وبالتالي تعمل المنشأة بفكرة رد الفعل وهو ما يمكن أن يكون مكلف لها وخاصة عندما أصبح لها منافسون يستطيعون تقديم المنتج دون وجود مخالفات فيه وهذا ما يدعو الشركة إلى إجراء تغيير في إدارة عملها.

ب- المرحلة الثانية :

في هذه المرحلة من التطورات تبدأ المنشأة في تدقيق المنتج خاصة بالمرحلة الأخيرة للإنتاج أو قبل تقديم المنتج للمستهلك . ولا شك أن هذه الطريقة هي أفضل من السابق، كونها قد خفضت من عدد شكاوي العملاء، إلا أن المنشأة قد وعت مدى الخسارة التي تتكبدها جراء إنتاج منتج سرعان ما يرفض . ولذلك فقد تفهمت بأنه من الأفضل لها أن تكشف عن العيوب مبكراً ، مما يتيح إيقاف المعيب مبكراً قبل أن تتابع المراحل التالية في الإنتاج وتصبح منتجاً جاهزاً.

ج- المرحلة الثالثة :

في هذه المرحلة من تطور الجودة، يتم تأسيس قسم للجودة بالمنشأة يقوم بمهام مراقبة جودة المنتج واختباره ورفع تقارير عنه خلال مراحلها مما يتيح الكشف المبكر عن العيوب لذا يستخدم فيها التقنيات الإحصائية في مراقبة الجودة . غير أنه لا زالت هناك مشاكل، فكلما ازداد عدد العينات التي يقوم باختبارها قسم الجودة، كلما أصبحت الفترة الزمنية للاستفادة من النتائج أطول كان لابد من تدريب العاملين على الأساليب الإحصائية لضبط العمليات التي ينفذ وهذا ما أدى إلى المرحلة الرابعة من تطور الجودة.

د- المرحلة الرابعة :

تتيح هذه المرحلة قيام العامل نفسه بالضبط الإحصائي للعمليات التي ينفذها وهذا ما يسمى "الجودة في المنشأ". مما تتيح اكتشاف العامل لمدى الانحراف في المنتج عن الحدود المسموح بها مما يمكنه من اتخاذ القرار المناسب ومنع الحصول على منتجات معيبة غير أنه ما زالت هناك حالات تؤدي إلى حصول مشاكل في جودة المنتجات وتقع خارج سيطرة عامل التشغيل نفسه. وهذا ما أدى إلى المرحلة التالية من تطور الجودة والتي استدعت مشاركة كافة أقسام الشركة في برنامج الجودة فيها.

هـ- المرحلة الخامسة :

هذه المرحلة من تطور الجودة يصبح كل العاملين بالمنشأة منذ عملية تصميم المنتج مروراً بكل العمليات الأخرى وحتى الإنتاج النهائي على وعي بأن هدف الشركة هو إنتاج منتجات بأقل الأسعار وبأفضل جودة وتسليمها للزبون بأسرع ما يمكن. وهذا يعني أن التصميم يجب أن يكون قابلاً للإنتاج وبأن المواد المستخدمة لتصنيع المنتج يجب أن تكون بالجودة الأفضل وبأن عمليات الإنتاج يجب أن تراقب لتحقيق الجودة الأفضل في المنتج النهائي. في إطار هذه الظروف يمكن اعتبار الشركة ضمن الشركات ذات التصنيف العالمي (World Class Company) .

٨- عناصر الجودة بالمنشآت الصحية :

من المؤكد أن الأخذ بنظام الجودة الشاملة بالقطاع الصحي من الأهمية بمكان لأن العميل بالقطاع الصحي هو الإنسان ذاته فيما يخص حالته الصحية ، لذلك فإن نظام الاعتماد للجودة من أهم النظم العالمية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية مما يعود بالتأكيد بالنفع على صحة المواطن وبالتالي المجتمع بأسره من خلال بناء الثقة بين الجهاز الصحي والمواطنين .

لهذا وطبقاً لما تم تناوله سابقاً في تعريف الجودة بالمنشآت الصحية نجد أن الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها (جاكو) The Joint Commission on Accreditation of Hospitals أو (JCAH) قد عرفت جودة الخدمات الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية .

ويمكن تحديد عناصر جودة الخدمات الصحية طبقاً لما جاء بالبرنامج المصري في جودة المنشآت الصحية في الآتي :

أ- الفاعلية (Effectiveness) :

والتي توضح درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها . وبالتالي تؤدي هذه الإجراءات إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر .

ب- الملاءمة (Appropriateness) :

اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض .

ج- القبول (Acceptance) :

تقبل المريض أو المجتمع لاستخدام إجراء صحي معين .

د- إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access) :

مثل قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء بالعيادات الخارجية أو للتتويج أو لإجراء عمليات جراحية .

هـ- العدالة (Equity) :

أي مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلاً وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية .

و- الكفاءة (Efficiency) :

الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين .

٩- قياس جودة الخدمة الصحية :

تعتبر عملية قياس الجودة بالخدمة الصحية من أهم العمليات التي تحظى بكثير من الاهتمام والتطوير لذلك نجد أن هناك أساليباً مختلفة بالقياس كذلك هناك مظاهر توضح أسس الجودة بالإضافة إلى آليات القياس بالإضافة إلى مؤشرات الحكم على النظام الصحي ، ويمكن تناول قياس جودة الخدمة الصحية من خلال هذه الجوانب وطبقاً لما جاء بالبرنامج المصري لقياس هذه الجودة في الآتي :

أ- أساليب قياس جودة الخدمة الصحية :

تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى (Berry,et.-al.,1985) حيث يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة لهم بالفعل ، وبالتالي تحديد الفجوة (أو التطابق) بين التوقعات والفعل .

ب- مظاهر الجودة :

يمكن تحديد مظاهر جودة الخدمة باستخدام الأبعاد العشر الممثلة لهذه المظاهر وطبقاً لما جاء بالبرنامج المصري أيضاً في اعتماد جودة الخدمات الصحية في الآتي :

(١) الفورية Access :

أو سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب وبغير انتظار طويل .

(٢) الاتصالات Communication :

أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل .

(٣) المقدرة Competence :

أي امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة .

(٤) الثقة Credibility :

حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جديراً بالثقة .

(٥) الاعتمادية Reliability :

حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها .

(٦) الاستجابة Responsiveness :

حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته .

(٧) التجسيد Tangibles :

ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها .

(٨) الأمان Security :

بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك .

(٩) فهم ومعرفة العميل Knowing/Understanding :

أن يبذل العاملون جهداً لتفهم احتياجات العميل وان يمنحوه اهتماماً شخصياً .

(١٠) المجاملة Courtesy :

بمعنى التعامل مع العميل بصدقة واحترام وتقدير .

وقد ورد في دراسة لاحقة تمكن (Berry,et.-al.,1988) من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط هي النواحي المادية الملموسة في الخدمة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان والتعاطف . كما احتوت هذه الأبعاد على اثنتين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

ومن الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة هي من وجهة نظر الباحثين أبعاد عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر عن نوعية الخدمة وأطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL وهذه الفجوات تحدث إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات (Smith,1995) . جودة الخدمة الصحية تقاس بمدى توافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها (Berry,et.-al.,1988) في الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفى وهذه الأبعاد هي :

(١) الجوانب الملموسة ، وتشمل المتغيرات الآتية:

- (أ) جاذبية المباني والتسهيلات المادية .
- (ب) التصميم والتنظيم الداخلي للمباني .
- (ج) حداثة المعدات والأجهزة الطبية .
- (د) مظهر الأطباء والعاملين .

(٢) الاعتمادية ، وتشمل المتغيرات الآتية:

- (أ) الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- (ب) الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- (ج) توافر التخصصات المختلفة.
- (د) الثقة في الأطباء والأخصائيين.
- (هـ) الحرص على حل مشكلات المريض.
- (و) الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

(٣) الاستجابة ، وتشمل المتغيرات الآتية:

- (أ) السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- (ب) الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- (ج) الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- (د) الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى.
- (هـ) إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.

(٤) الأمان ، ويشمل المتغيرات الآتية:

- (أ) الشعور بالأمان في التعامل.
- (ب) المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
- (ج) الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
- (د) استمرارية متابعة حالة المريض.
- (هـ) سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- (و) دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

(٥) التعاطف ، ويشمل المتغيرات الآتية:

- (أ) تفهم احتياجات المريض.
- (ب) وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- (ج) ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.
- (د) العناية الشخصية بكل مريض.
- (هـ) تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- (و) الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض .

ج- مؤشرات الخدمة الصحية :

هناك مبادئ بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء أو النظام الصحي ، فعلى سبيل المثال:

- (١) التقليل من الاختلافات في الممارسة الطبية وتقليل الأخطاء الطبية يدل على الجودة.
- (٢) قصر أوقات الانتظار بين المواعيد وقصر الانتظار لإجراء العمليات .
- (٣) انطباع ورأي المريض عن النظام الصحي يدل على مدى جودة النظام.
- (٤) توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، الأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم، يدل على جودة النظام الصحي.
- (٥) الالتزام بالمعايير والأخلاقيات الطبية والإدارية دليل آخر على جودة النظام.
- (٦) وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي تدل على جودته.
- (٧) توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسب للمريض دليل على مدى جودة النظام الصحي.

تلك مؤشرات عامة، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي والبعض الآخر يظل خاضعاً لوجهات النظر الشخصية والخلفية التي منها ينطلق التقييم، ومرة أخرى تستخدم الأمثلة لإيضاح مثل هذه الفلسفة :

(١) **الجودة من المنظور المهني الطبي** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.. والاتهام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوى أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا عدم الالتزام بالمعايير المحددة لتقديم هذه الخدمات في مراحلها المختلفة .

(٢) **الجودة من منظور المستفيد أو المريض**، قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك، وفي الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على تلك الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا العملاء وهم في الجانب الصحي للمرضى، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة.

(٣) **الجودة الصحية من الناحية الإدارية** تعنى بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي ، كذلك على المستوى الفني وعلى المستوى الشخصي، بالإضافة إلى تنظيم إداري داخلي جيد و تنظيم إداري واضح في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام .

(٤) **الجودة من منظور المستفيد أو المريض**، قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك .

(٥) **بالإضافة إلى ما سبق القيادة والإدارة العليا بالدولة**، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا تفتها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له .

(٦) **وما من شك من أهمية النظر إلى الجودة الصحية بالنظر إلى الرعاية الصحية كنظام**، أو ما نطلق عليه النظام الصحي، حيث يتم تقييم الجودة هنا وفق معايير منفردة ومجموعة وبشكل تنظيمي، تنظر إلى كافة مكونات النظام الصحي الرئيسية .

١٠- تطبيق معايير الجودة بالمستشفيات :

باعتبار أن الهدف من دراسات ونظريات الجودة هو الاستفادة منها في مجال التطبيق للحصول على الخدمة المتميزة لذلك فإن عملية تطبيق هذه المعايير بالمجالات الصحية هي الهدف والوسيلة في نفس الوقت ، خاصة في ظل أن المستشفيات تواجه تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية ، وتحديات جودة هذه الخدمات ، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت. وإدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات.

لذا يمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي :

أ- جودة الرعاية المقدمة :

الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المستشفيات والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات والاستخدام وتقييم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

ب- رضا العملاء :

تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسينا مستمرا للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء.

ج- رفع معنويات العاملين :

تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضائهم.

بعض الفوائد المرتبطة بالجوانب الطبية والتي حققتها بعض المنظمات الطبية نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الآتي :

أ- تبسيط الإجراءات :

يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (٥٠٠.٠٠٠) دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

ب- تحسين الإجراءات :

يهدف نموذج الجودة الشاملة إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى وست باسس فيري (West Paces Ferry) تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ (٢٢%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (١٠%) وذلك باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية (Benchmarking) ، حيث تم اختيار مستشفيات الدنمارك والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية ٥% لتكون معيارا لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة ميتشغن (University of Michigan Hospital) من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (٣٠%) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

ج- كفاءة التشغيل :

تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين . وقد تمكن مستشفى سنترال دو بيج في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير (٧٣.٠٠٠) دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (١٢٠.٠٠٠) دولار أمريكي سنوياً.

د- القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية:

من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربع مستشفيات تابعة لمركز (إنترماونتن Intermountain) وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحا تابعين للمركز: تراوحت مدة العملية الجراحية بين (٢٠) إلى (٩٠) دقيقة ، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (١٣) إلى (٤٥) غرام، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (٢.٧) إلى (٤.٩) أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

هـ- الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد بأن (٢٥%) من مسحات عنق الرحم (Pap Smear) تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. و كان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج . وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.

رابعاً : المفاهيم العامة لإدارة الأزمات بالمستشفيات :

- مقدمة :

على الرغم من أن الأزمة هي وليدة مجتمعها إلا أنها تؤثر فيه وتتفاعل مع معطياته وظروفه بشكل مباشر ويحكم التفاعل المتبادل قدرة المجتمع على تجاوز الأزمة أو عدم القدرة على التجاوز .
وإذا كان التأثير المتبادل بين الأزمة والمجتمع يشتمل على علاقات متناقضة في ظل مصالح متعارضة لأطراف الأزمة إلا أن الأزمة في جميع الأحوال مؤشر واضح يؤكد خللاً ما قد اعترى المجتمع ويلزم مواجهته بالأساليب العلمية حتى يمكن إعادة التوازن الطبيعي لأركانه .

١- مفهوم إدارة الأزمات :

تتعدد أسباب الأزمات بتعدد الصراعات وتنوعها بالمجتمع فقد تكون الأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو ازدياد الفوارق بين طبقات المجتمع كما قد تكون الأسباب سياسية أو ثقافية وغيرها لهذا اختلف مفهوم الأزمة طبقاً لمسبباتها إلا أنها وكما سبق القول تتفق في أنها مدلول على وجود خلل أو عدم توازن بين أطرافها (١) .

ومعنى الأزمة طبقاً إلى اللغة العربية الشدة أو القحط أو الإمساك عن شيء أو عض بالفم كله عضاً شديداً ، أما باللغة الإنجليزية فيعرفها قاموس وبستر Crisis : (بأنها نقطة تحول إلى الأحسن أو إلى الأسوأ تؤدي إلى خلل بالوظائف أو تغيير جذري في حالة الإنسان) وقد عرفها قاموس أمريكيان هيدتيج : (بأنها إقرار حاسم أو حالة غير مستقرة تشمل تغييراً حاسماً متوقفاً كما في الشؤون السياسية) ، أما قاموس أكسفورد فقد عرفها : (بأنها نقطة تحول لحظة حاسمة في مجرى حياة الإنسان) ، كما عرفها أيضاً قاموس جامعة أكسفورد : (بأنها نقطة تحول في تطور المرض أو تطور الحياة أو تطور التاريخ حيث يتسم هذا الوقت بالصعوبة والخطر والقلق من المستقبل يستوجب اتخاذ قرار محدد وحاسم) ، وقد عرّف الإغريق كلمة Krisis بالقرار أي Decision ، أما الصينيون فقد عرفوها بأنها الفرصة أو الخطر وبالأدب الإداري نجد أن الأزمة بعد معنوي وبعد مادي .

يمكن تعريف الأزمة بالنشاط الطبي من وجهة نظر الباحث بأنها الحالة التي يصعب فيها تحقيق أهداف

الخدمة الطبية لقصور في مستلزمات إنتاج الخدمة سواء بالموارد البشرية أو المادية أو نظام العمل بالمستوى

الفردى أو الجماعى أو حالة زيادة حجم العمل الطبي المطلوب عن طاقة التشغيل المتيسرة بشكل يؤثر تأثيراً

على معايير جودة الخدمة الطبية .

(١) الحمادي ، محمد رشاد : (إدارة الأزمات : تجارب محلية دعائية) ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ٢ ، ١٩٩٥

٢- علاقة إدارة الأزمات بالعلوم الأخرى :

من المؤكد أن هناك علاقة بين إدارة الأزمات والعلوم^(١) الإنسانية والتطبيقية باعتبارها جزءاً من هذه العلوم لهذا اهتم علم الإدارة بتحديد مفهوم الأزمة في علاقاته بالمهام الرئيسية للإدارة الحديثة لذلك تنوعت الدراسات الإدارية في مجال إدارة الأزمات فمنها ما تناول إدارة الأزمات بشكل عام ومنها ما تناولها في موضوعات التخطيط أو اتخاذ القرارات أو توفير المعلومات وهذا ما يتم تناوله بهذا البحث أما علم الاجتماع فقد اهتم بدراسة الأزمات من زاوية البناء الاجتماعي وتأثيره على العلاقات السائدة وانعكاس ذلك على الجماعات المختلفة وبالتالي السلوك الاجتماعي وردود الفعل الاجتماعية أما علم النفس فقد اهتم بما تحدثه الأزمة من الصدمات والقلق والتوتر وعدم الاتزان لمن هم في دائرة الأزمة . أما العلوم الطبية فإن علاقة الأزمة بها قد تكون علاقة مرتبطة بطبيعة العمل الطبي ذاته أو باعتبارها أحد العلوم التي تهدف لخدمة الإنسان بشكل مباشر .

٣- خصائص الأزمة :

- أ- نقطة تحول بين حالتين أو مرحلتين خلال حالة من الغموض أو عدم التأكد والمخاطرة .
- ب- تحتاج إلى قرارات مصيرية لحسمها .
- ج- تسبب حالة من التوتر العصبي و التشتت الذهني .
- د- تنطوي على عنصر المفاجأة .
- هـ- تهدد القيم العليا و الأهداف الرئيسية لأطرافها .
- و- تتسم أحداثها بالسرعة و الديناميكية و التعقيد و التداخل .
- ز- يمكن لأحد أطرافها فقد السيطرة على مجرياتها .
- ح- تحتاج لمعالجات خاصة بإمكانات خاصة .

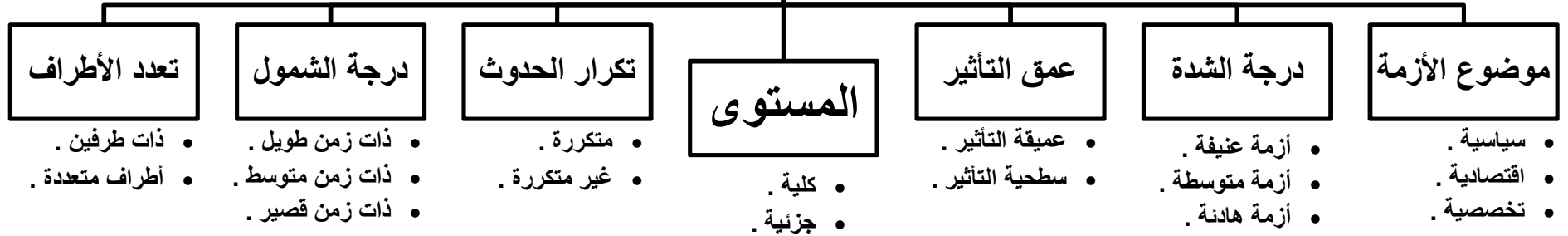
٤- أنواع الأزمات :

هناك متغيران أساسيان يحددان أنماط الأزمات هما القابلية للتحكم بها وإمكانية الحل ، لهذا يمكن تقسيم الأزمات طبقاً للموضوع أو الدرجة أو عمق التأثير أو لتكرار الحدوث أو للشمول أو لزمان الحدث أو لعدد الأطراف ، هذا بالإضافة إلى إمكانية التقسيم من وجهة نظر العلاقات الاجتماعية إلى أنماط مختلفة .

(١) كامل ، عبد الوهاب محمد : (سيكولوجية ، إدارة الأزمات) ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر ، ١٤٢٤ هـ

أنواع الأزمات

التقسيم طبقاً إلى



- الأزمات العنيفة : تؤثر على كل أطراف الأزمة (في النشاط الطبي يمكن اعتبار قصور الإمكانيات مع عدم القدرة على معالجة القصور في ظل عدم قدرة حالة متلقي الخدمة للانتظار من الأزمات العنيفة) .
- الأزمات المتوسطة : تؤثر على كل أطراف الأزمة بشكل بسيط (بالنشاط الطبي هي نفس الحالة السابقة عدى أنه يمكن معالجة القصور) .
- الأزمات الهادئة : تؤثر على طرف مثل الإشاعات وحالات التوازن بين الحاجة والقدرة الطبية .
- الأزمات العميقة التأثير : لها جذور وآثار عميقة مثل الأزمات السياسية وأزمات الأوبئة الصحية مع عدم التعامل معها .
- الأزمات السطحية التأثير : لها جذور وآثار كبيرة مثل الأزمات التموينية أو الأوبئة في مرحلة المكافحة .
- الأزمات المتكررة : الأزمات الاقتصادية أو الأزمات الطبية المزمنة .
- الأزمات الغير متكررة : الأزمات الطبية الفردية أو الجماعية .

٥- مستويات الأزمات :

- أ- على المستوى الفردي .
- ب- بين الأفراد .
- ج- بين الفرد و المجموعة .
- د- بين الجماعات .
- هـ- بين المنظمات .
- و- بين الدول .

٦- التطور الفكري لدراسة الأزمات :

أ- الاتجاه التقليدي (The Traditional View) :-

- (١) الأزمات عبارة عن نشاطات غير مرغوبة .
- (٢) وجود الأزمات يعني وجود خطأ في العلاقات .
- (٣) أهمية التخفيف من الأزمات و إنهاؤها .

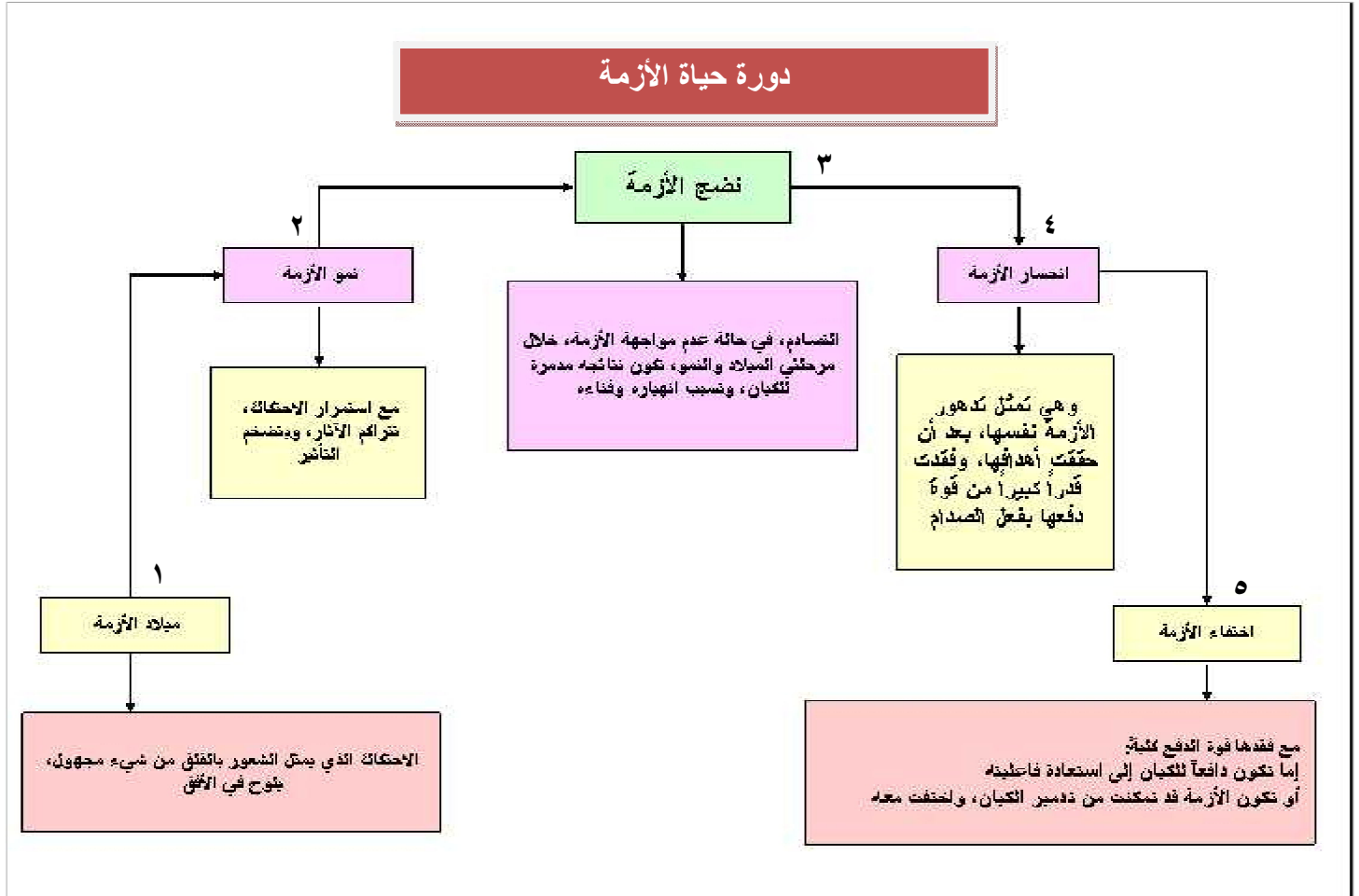
ب- الاتجاه الحديث (The Current View) :-

- (١) الأزمات ظاهرة حتمية لا يمكن اجتنابها .
- (٢) الأزمات قد تكون دافعاً لتحقيق التطوير بالإمكانات أو النظريات .
- (٣) انعدام الأزمات يؤدي إلى تدني مستويات التفكير و الإبداع .
- (٤) في بعض الأحيان وجود الأزمات يدفع للإبداع .

٧- دورة حياة الأزمة : لكل أزمة دورة حياة تتشابه مع دورة حياة المرض كالآتي :

- أ- مرحلة الميلاد : بدء تحديد الأطراف و الموضوع و الأهداف و التهديدات .
- ب- مرحلة النمو : تأكيد الخلاف في الأهداف بين الأطراف و حجم تهديد كل طرف على الآخر .
- ج- مرحلة النضج : ظهور آليات العمل داخل الأزمة لكل الأطراف و ظهور قوة التأثير على أطراف الأزمة .
- د- مرحلة الاضمحلال : الوصول للحل المناسب طبقاً لتوازن القوى بالأزمة أو طبقاً لقوة طرف على طرف .
- هـ- مرحلة الانتهاء : انتهاء الأزمة طبقاً للمعالجات .

ويلاحظ في النشاط الطبي أن أطراف الأزمة هي القدرة الطبية والمتمثلة في الإمكانيات والحاجة الطبية والمتمثلة في العلاج .

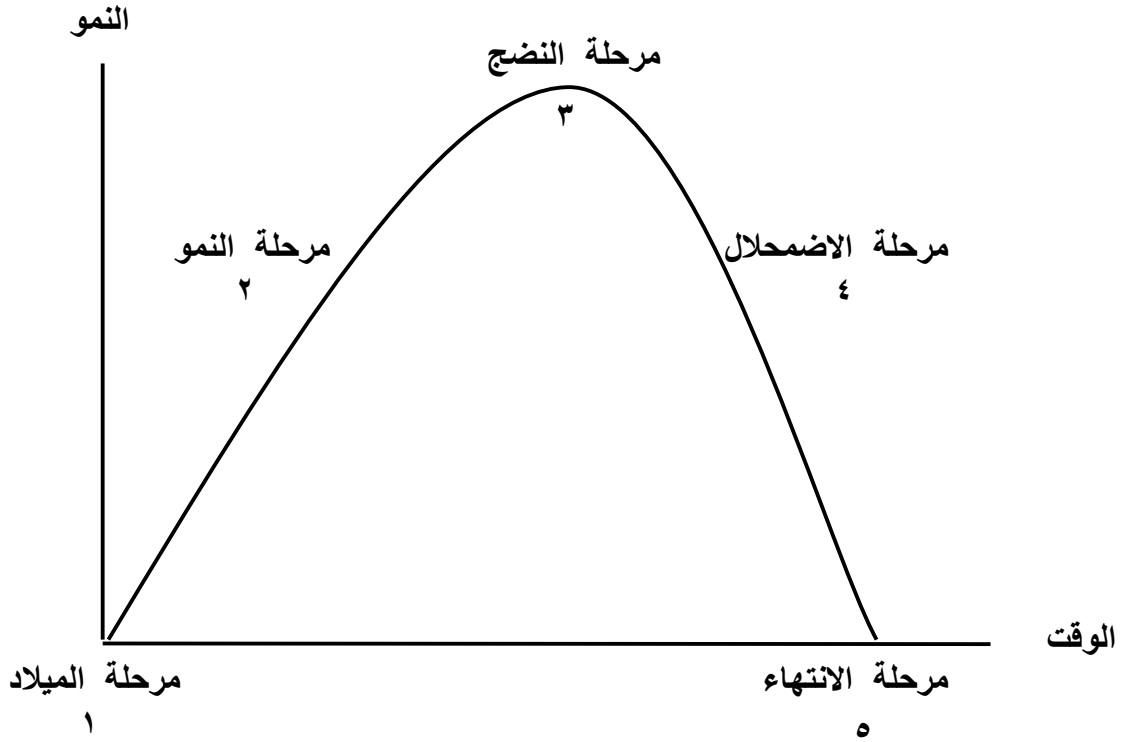


يلاحظ أن فكرة تطوير النظرية الطبية بالتحخصصات المتخلفة بجميع أركان الخدمة يتم التوصل إليها من خلال هذه المراحل حيث بظهور المرض مع عدم القدرة على التعامل معه تبدأ مراكز الأبحاث في البحث عن الحلول بالأسلوب العلمي وهو بداية التطوير بالنظرية وآليات تطبيعتها .

(أ) علوم إدارة الأزمات كمفهوم عام .

(ب) علوم إدارة الأزمات وبما يخص إدارة المنشآت الطبية .

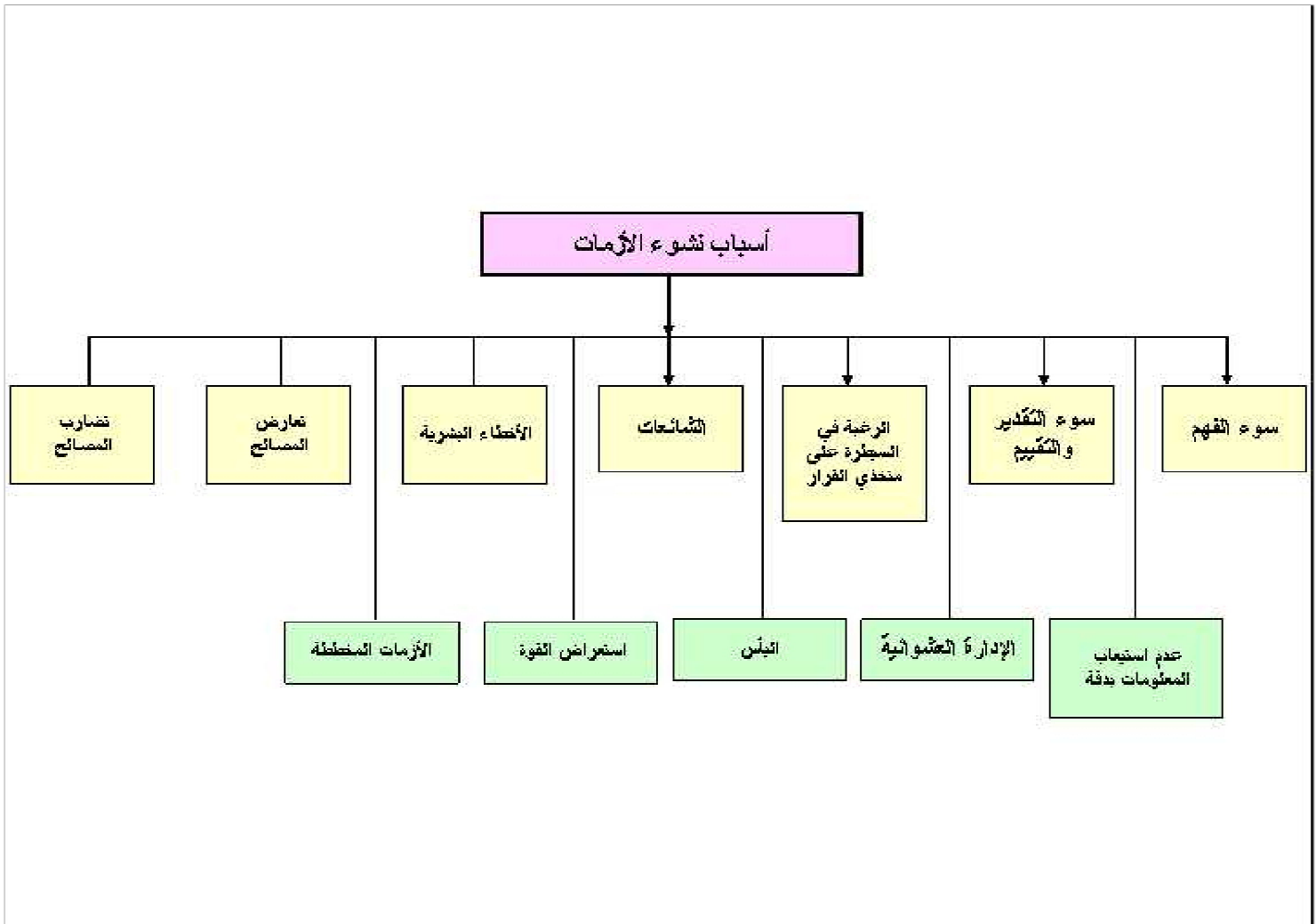
تابع / دورة حياة الأزمة :



وطبقاً لمراحل نمو الأزمات نجد أن وقت كل مرحلة يختلف باختلاف طبيعة المرحلة من جانب وعوامل البيئة الداخلية والخارجية للمرحلة من جانب آخر إلا أنه وفي جميع الأحوال يجب أن يكون فريق إدارة الأزمة على علم تام بهذه المراحل وأسلوب التعامل مع الأزمة خلالها .

٨- الأسباب الرئيسية لنشوء الأزمات :

يمكن تحديد أسباب نشوء الأزمة في عدم التوازن بين الفعل ورد الفعل والذي قد يبدأ بسوء الفهم وينتهي بالصدام وفي حالة العمل الطبي نجد أن طرفي هذا الصدام هو الإمكانيات الطبية من جانب والأمراض بأشكالها المختلفة من جانب آخر سواء في حالة التعامل معها فردياً أو اجتماعياً ، لذا يمكن تحديد أسباب نشوء الأزمات طبقاً للشكل التالي :



ويمكن أن تعبر كل هذه الأسباب عن جميع أنشطة الإنسان بما فيها الأنشطة الطبية .

أ- التعريف :

هي جميع الجهود الفكرية و العملية المبذولة لتجنب الآثار المترتبة على الأزمة أو تقليل مخاطرها لأقل حد ممكن و بما لا يؤثر على القيم و الأهداف الرئيسية وبالتالي معالجة الأزمة بما يحقق أكبر قدر ممكن من الأهداف و النتائج الجيدة .

وقد انبثق عن مفهوم النظام العالمي الجديد مفهوم لإدارة الأزمات الدولية حيث يهدف إلى تجنب مرحلة الصراع الملح لذلك تحولت القوات إلى وسائل إعاقة وليس للقتال بشكل رئيسي وبالتالي أصبح المفهوم هو منع استخدام السلاح لمنع القتال وبالتالي لابد على متخذ القرار أن يكون على مهارة عالية إلا أن انهيار الاتحاد السوفيتي جعل النشاط الاقتصادي هو حقل الأزمات والصراعات الدولية بدلاً من حقل الإيديولوجيات مما أدى إلى اتساع الفجوة بين الدول الفقيرة والغنية وتحول الصراع من صراع بين الشرق والغرب إلى صراع بين الشمال والجنوب وانعكس ذلك سلباً على الدول الفقيرة بالجنوب .

وقد تبع النظام العالمي الجديد مبادئ جديدة لإدارة الأزمات الدولية والتي يمكن تلخيصها في الآتي :

- (١) الحفاظ على الخيارات العسكرية والسيطرة الدائمة عليها اختياراً وتوقيتاً .
- (٢) اختلاف بعض التوقعات التي تساعد على التأني .
- (٣) التنسيق بين التحركات الدبلوماسية والعسكرية في إطار إستراتيجية متكاملة .
- (٤) تحديد التحركات العسكرية لتكون في صورة واضحة تجاه الحل المرغوب فيه .
- (٥) الإيقاف والحد من التحركات العسكرية .
- (٦) الأخذ بالخيارات الدبلوماسية والعسكرية .

أما بالنسبة لتعريف إدارة الأزمات من وجهة نظر العمل الطبي فيمكن القول بأن إدارة الأزمات بالنشاط الطبي هي علم وفن استخدام الإمكانيات الطبية المادية والمعنوية للتغلب على معوقات الصحة العامة سواء على مستوى الفرد أو المجتمع .

ب- مهارات إدارة الأزمات بالمستشفيات (١)

- (١) مهارة التفكير الإبداعي من خلال الأبحاث الطبية .
- (٢) مهارة القيادة للمنشآت الطبية طبقاً لمعايير الجودة .
- (٣) مهارة صناعة و اتخاذ القرارات بالمنشآت الطبية .
- (٤) مهارات الاتصال الفعال بين منشآت مستلزمات إنتاج الخدمة الطبية ومنشآت الإنتاج وتطويرها ومستهلكي هذه الخدمة .

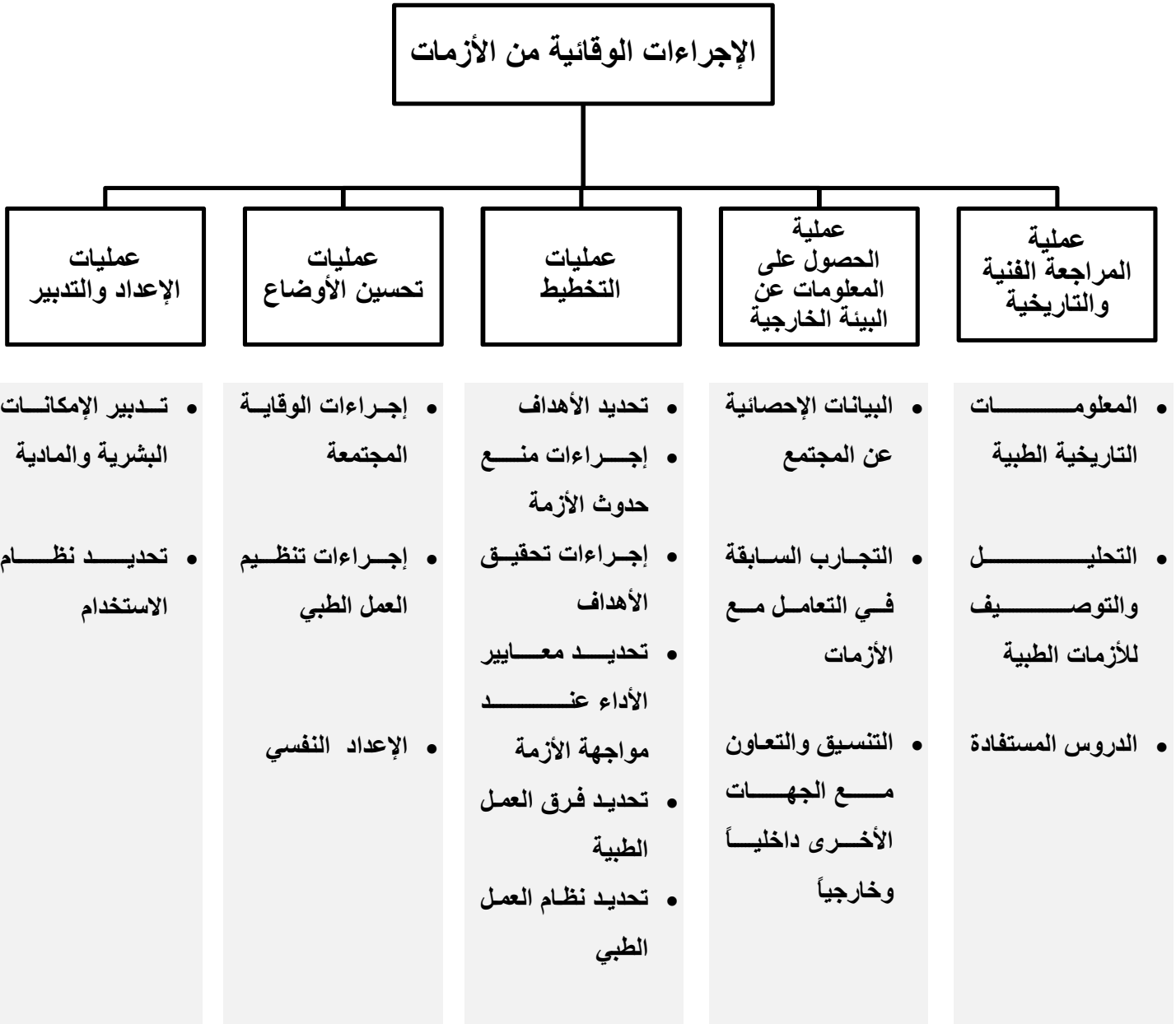
ج- المبادئ الأساسية لإدارة الأزمات بالنشاط الطبي :

يرى الباحث أنه وبالاسترشاد بنظرية أن الوقاية خير من العلاج وهي قول طبي يرقى لمستوى النظرية من وجهة نظر الباحث ، فإن هناك قواعد أساسية يمكن الاسترشاد بها في عملية الوقاية من الأزمات سواء بالنشاط الطبي أو بأي نشاط إنساني بصفة عامة .

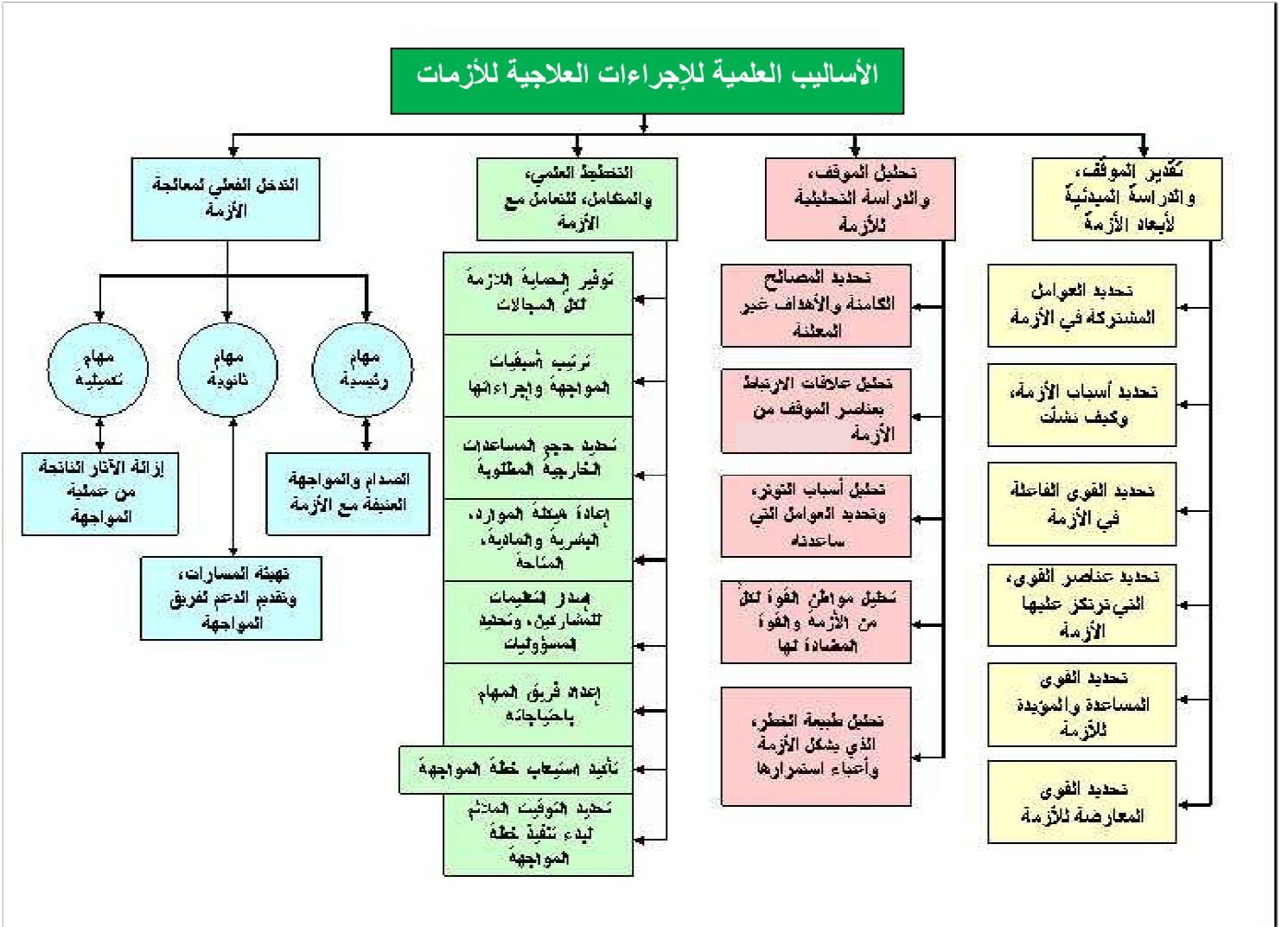
و يمكن استعراض هذه المبادئ في الأشكال الآتية (١) :

(١) الإجراءات الوقائية من الأزمات :

الإجراءات الوقائية من الأزمات



(٢) الأساليب العلمية للإجراءات العلاجية للأزمات :



يرى الباحث أن عملية علاج الأزمة يجب أن تمر على أربعة مراحل تمثل في مجموعها الأسلوب العلمي في صناعة القرارات ، هذه المراحل الأربع هي :

د- مرحلة تقدير الموقف :

والتي تشتمل على طبيعة الأزمة والعوامل المؤثرة فيها والنتائج المتوقعة منها وفي هذه المرحلة يجب إشراك جميع المستويات الإدارية لتجميع البيانات وبالتالي تحويلها إلى معلومات .

هـ- مرحلة تحليل الموقف :

وهي المرحلة الحقيقية لصناعة القرار حيث يتم تحليل كافة البيانات وبالتالي إعداد الاحتمالات للتعامل مع الأزمة .

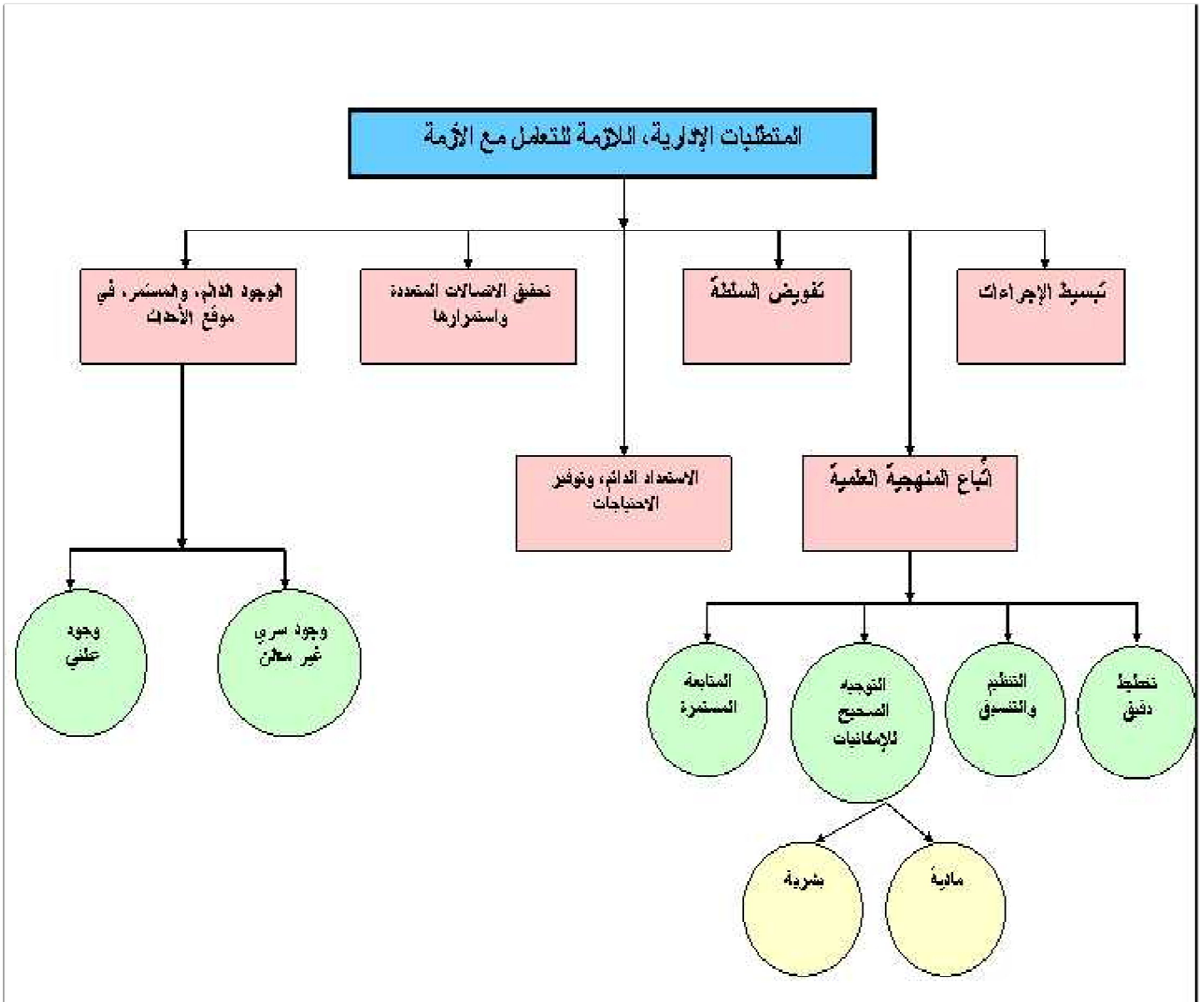
و- مرحلة التخطيط والإعداد لمواجهة الأزمة :

حيث يتم تحديد الأهداف وإعداد الاحتمالات وتجهيز فرق التعامل مع الأزمة .

ز- مرحلة التدخل الفعلي :

حيث يتم التعامل مع الأزمة طبقاً لمرحل نموها لإنهائها .

(٣) المتطلبات الإدارية اللازمة للتعامل مع الأزمات بالمنشآت الطبية :



يرى الباحث أن الإجراءات الإدارية عند التعامل مع الأزمة لها أهمية خاصة حيث يلزم صياغتها بما يحقق :

ح- البساطة :

باعتبار أن تبسيط الإجراءات يؤدي إلى اتخاذ القرار بالوقت المناسب .

ط- المنهج العلمي :

باعتبار أن المنهج العلمي يحقق النتائج بعكس عشوائية القرارات .

ي- تفويض السلطات :

باعتبار أن العمل بالتوازي في إدارة الأزمات أفضل من العمل بالتوالي لكسب الوقت .

ك- توطيد الإمكانيات المطلوبة :

باعتبار أن مواجهة الأزمة لا بد لها من موارد بشرية ومادية مناسبة .

ل- الاتصالات :

باعتبار أن انتشار الأزمة يحتاج إلى اتصالات لاتخاذ القرارات في أقل وقت .

م- العمل الميداني بمكان الحدث :
باعتبار أن حل الأزمة لا يجب أن يكون عن بعد ولكن بالعمل الميداني .

د- أساليب إدارة الأزمات بالنشاط الطبي :

- (١) التشخيص السليم و معرفة أسباب الأزمة .
- (٢) معرفة أطراف الأزمة للأسباب الحقيقية لها وفي الحالة الطبية تحديد خطة العلاج .
- (٣) إدخال طرف ثالث مثل المستشارين أو الطب الاتصالي .
- (٤) المواجهة وبدء الإعداد للعمل والتطبيق .

هـ- فريق إدارة الأزمات الطبي :

عبارة عن مجموعة منتقاة من داخل المنشأة الطبية يتم تشكيلها إما بشكل دائم أو مؤقتاً لإدارة الأزمات التي يمكن أن تتعرض لها هذه المنشأة ، وتتكون المجموعة من مدير للفريق بالإضافة لعدد من الأعضاء ذوي الفكر سواء الفني أو الإداري لإدارة الأزمة .

(١) مواصفات فريق إدارة الأزمات :

هناك اختلاف بين فريق التعامل مع الأزمة وفريق إدارتها فالأول تتاط به مهمة معينة للتصدي لأزمة محددة بينما إدارة الأزمة عبارة عن إدارة مستقلة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى لذلك فإن اختيار أعضائها يجب أن يتم بناء على المواصفات التالية :

- (أ) القدرة على التعامل مع الأزمة بجدارة .
- (ب) عدم التأثر بالأزمة نفسياً أو معنوياً .
- (ج) الإصرار على حل الأزمة تحت أي ظروف أو مخاطر .
- (د) التضحية بالذات والولاء الكامل للكيان الإداري .

(٢) تكوين فريق إدارة الأزمات :

ينبثق تكوين الفريق طبقاً لحجم الكيان الإداري أو المستشفى إلا أنه بصفة عامة يجب أن يشتمل على :

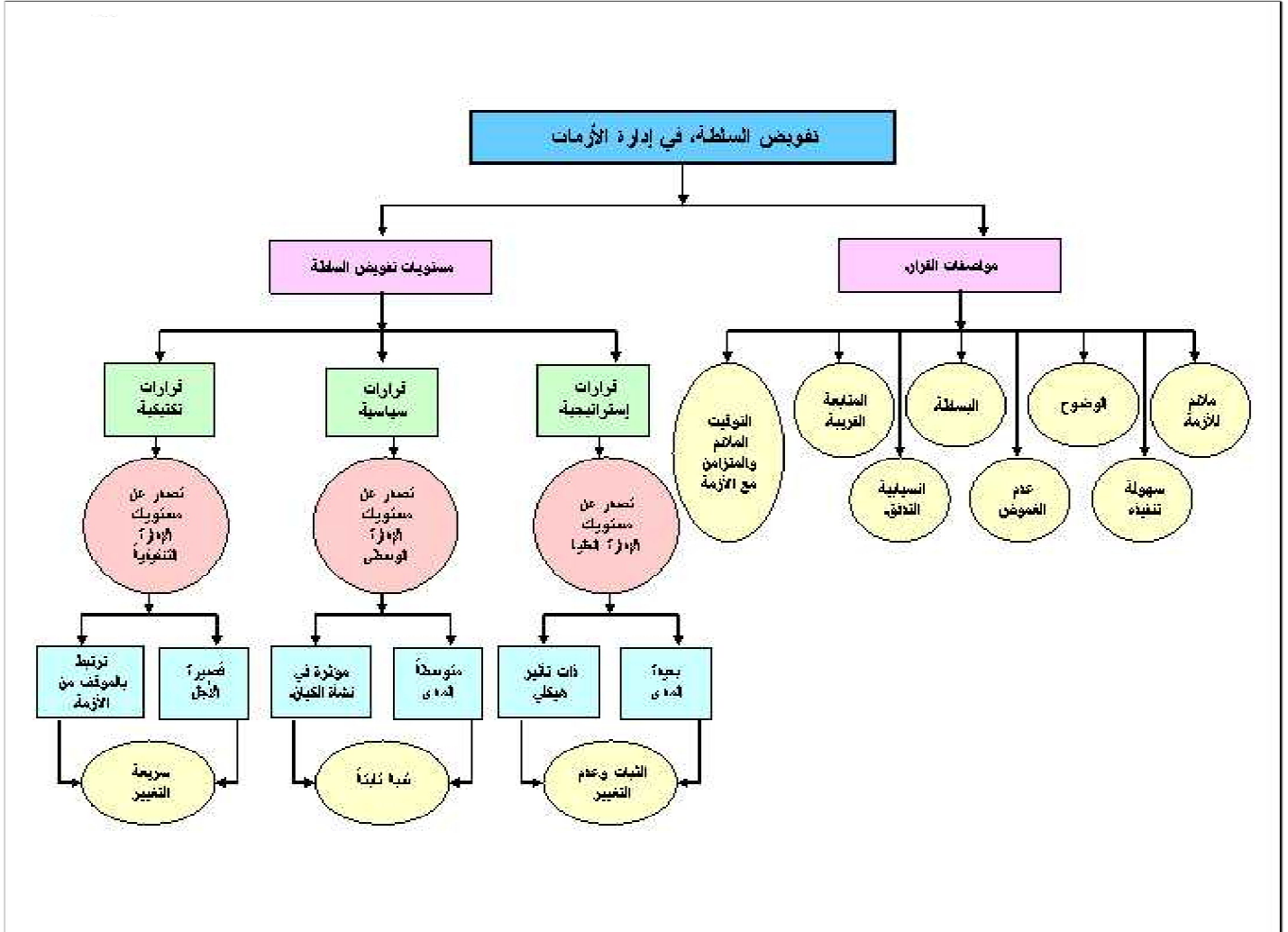
- (أ) مدير المستشفى أو نائبه لإعداد خطة مواجهة الأزمات .
- (ب) خبراء فنيين طبقاً لنشاط الوحدة الإدارية مثل الأطباء بالمستشفيات .
- (ج) أخصائي شؤون عامة للتعامل مع أجهزة الرقابة الحكومية مثل وزارة الصحة .
- (د) أخصائي علاقات عامة لتفهم الأسلوب الإعلامي على أن يكون هو المتحدث الرسمي والوحيد .
- (هـ) أخصائي اتصالات لإدارة مركز اتصالات الأزمة .
- (و) أخصائي مالي لحصر الارتباك المالي الناتج عن الأزمة .

(٣) المهارات الأساسية لمدير فريق الأزمة :

- (أ) المهارات الاجتماعية في العلاقات الإدارية بين أعضاء الفريق .
- (ب) القدرة على اتخاذ القرار المناسب بالوقت المناسب .
- (ج) مهارات العمل الجماعي واستنباط الخطط اللازمة للتعامل مع الأزمة .
- (د) الصبر و قوة التحمل .
- (هـ) النضج العاطفي والمشاركة الوجدانية في إطار الموقف الذي يواجهه الفريق .
- (و) المهارات الفنية الخاصة بموضوع الأزمة (المهارات الطبية المتخصصة) .
- (ز) الشجاعة الكاملة في مواجهة الأخطار .

(٤) تفويض السلطة لفريق إدارة الأزمات :

من العوامل الرئيسية لنجاح فريق إدارة الأزمات هو التحديد الواضح للمهام والواجبات لأعضاء الفريق من جانب وتفويض إدارة الأزمات من جانب آخر ، ويمكن تحديد تفويض إدارة الأزمات في الآتي :

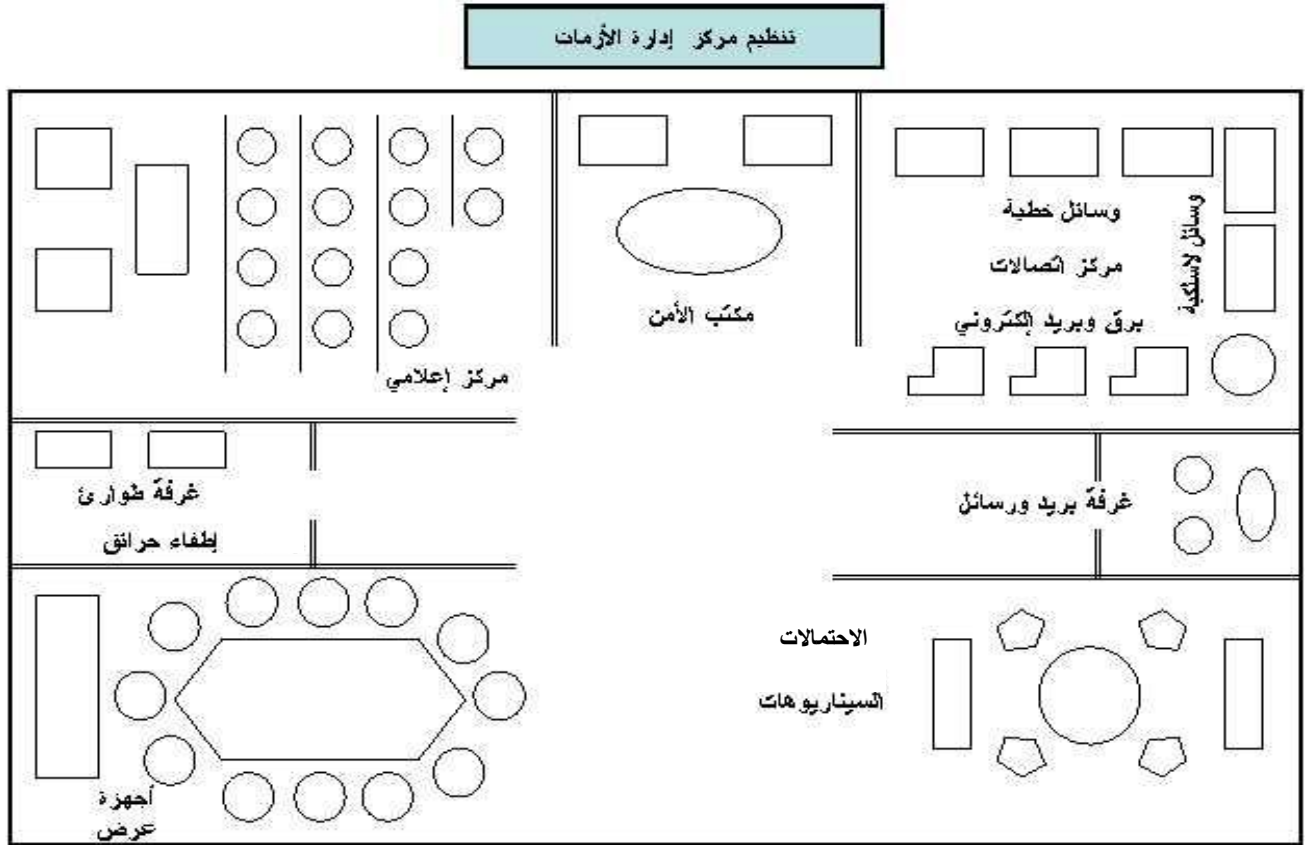


طبقاً لما جاء بكتاب أساسيات الإدارة الحديثة لـ . أ.د أحمد عبد الله الصباب وآخرين عن تفويض السلطات حيث يرى أن تفويض السلطات تؤدي إلى تحقيق القدرة للتعامل مع الحدث وهي الخطوة الجوهرية لتنمية المرؤوسين. لهذا يرى الباحث أن تفويض السلطات في إدارة الأزمات هي أحد المستلزمات الرئيسية خاصة في ظل مواصفات القرار المعقدة ، إلا أنه يجب أن يكون هذا التفويض مناسباً سواء بالنسبة للمستوى الإداري أو مستوى القرارات أو وقت التفويض بحيث يكون في المحصلة تفويضاً إيجابياً ولا يؤدي لآثار سلبية .

(١) الصباب ، أحمد عبد الله ، آخرون : (أساسيات الإدارة الحديثة) ، الطبعة الثانية ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، ٢٠٠٥ .

(٥) مركز إدارة الأزمات :

يمكن أن يشكل بالمنشآت الكبيرة مثل المستشفيات الكبرى مركزاً ثابتاً لإدارة الأزمات لأعضاء الفريق المتخصص إدارة الأزمات حين حدوثها على أن يكون مجهزاً بكل مستلزمات إدارة الأزمات ويمكن تصميمه طبقاً للشكل التالي :

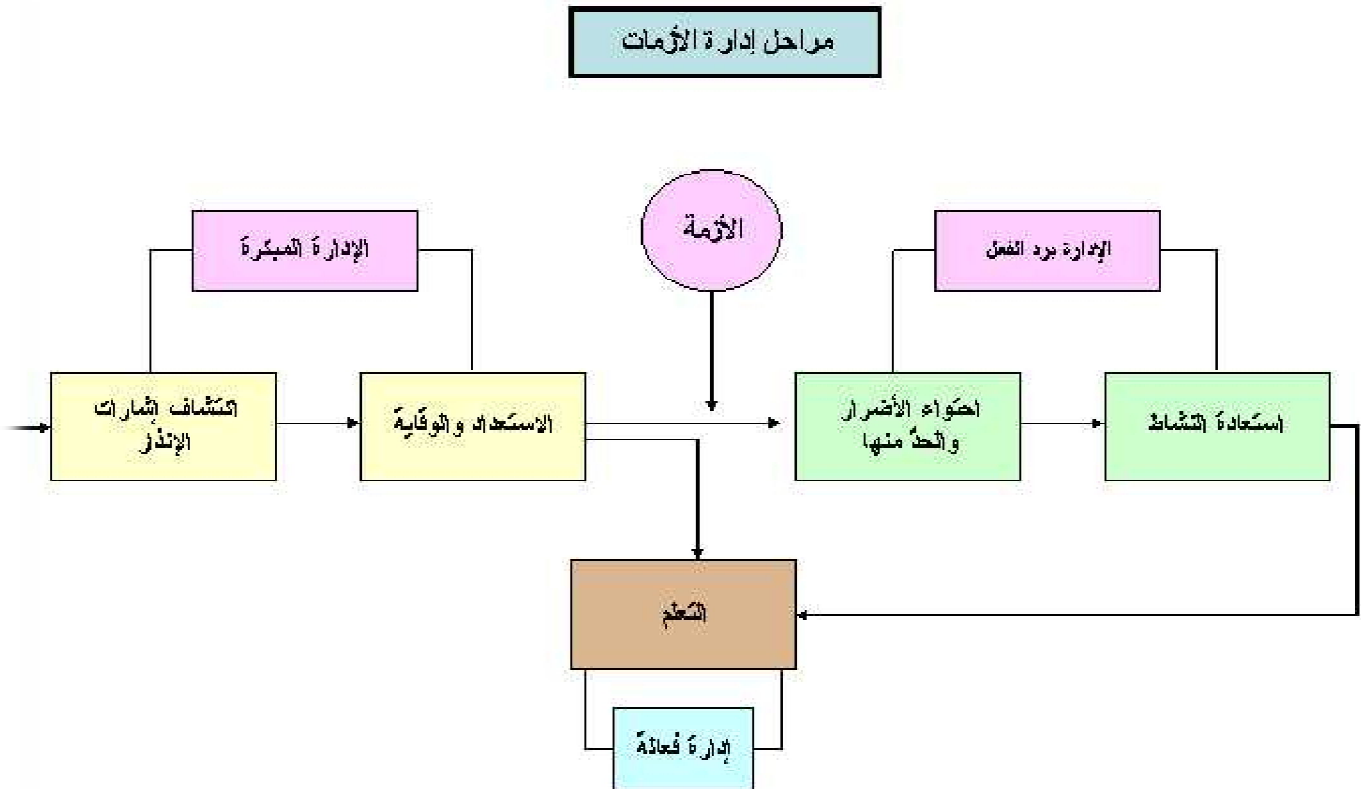


ويمكن في حالة عدم القدرة على تجهيز مركز إدارة الأزمات مثل المركز الموضح بالشكل السابق إعداد مكان مناسب لذلك بالمستشفى على أن يتم تزويده بخطط العمل المناسبة ووسائل الاتصال ونظام العمل ذاته حتى لا تستقطب إدارة أزمة ما كل إمكانات المستشفى وبالتالي يكون علاج الأزمة على حساب الحالات العادية الأخرى .

و- مراحل إدارة الأزمة (1):

- (1) مرحلة ما قبل الأزمة (الإدارة المبكرة للأزمة) (إجراءات الوقاية من حدوث الأزمة)
 (2) مرحلة الأزمة (الإدارة الفعالة) (إجراءات تحقيق أفضل النتائج العلاجية)
 (3) مرحلة ما بعد الأزمة (الإدارة برد الفعل) (إجراءات إزالة الآثار)

ويمكن توضيح هذه المراحل بالشكل المرفق (مراحل إدارة الأزمة) إلا أنه في كل المراحل يجب أن تشمل عملية الإدارة على جانبين رئيسيين هما الجانب العلاجي حيث يتم معالجة الأضرار والخسائر التي تسببت عن الأزمة أي معالجة آثار حدوث الأزمة وبالتالي يمكن اعتباره جانباً سلبياً أما الجانب الآخر فهو الجانب الوقائي والذي يعتبر الجانب الإيجابي حيث يهدف إلى إيجاد نظام حماية للوقاية من الأزمات والتقليل من عواملها .



(١) العناني ، عصام ومنجي ، إيمان (نمو إدارة فعالة للأزمات : دراسة تطبيقية على عينة من قطاع الفنادق بالقاهرة والجيزة) ، المؤتمر السنوي الرابع لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩ م .

١٠ - استراتيجيات إدارة الأزمات :

يمكن تعريف الإستراتيجية بأنها الطريقة الأمثل لتحقيق الأهداف العليا للمنشأة ، وباعتبار أن الأزمات من العوامل الرئيسية التي تؤثر على هذه الأهداف العليا لذا كان من الضروري وجود استراتيجيات مختلفة سواء لمواجهة هذه الأزمات أو لإدارتها عند الحدوث ، وقد اختلف العلماء في هذه التقسيمات فمنهم من تناول الإستراتيجية من وجهة نظر مواجهة الأزمات وتكتيكاتها ومنهم من تناولها من وجهة نظر كيفية إدارتها ، لذا يمكن توضيح إستراتيجيات مواجهة الأزمات وتكتيكاتها في الشكل التالي (١) :



ومما لا شك في أنه عند مواجهة أزمة في نشاط العمل الطبي يمكن اختيار الإستراتيجية الأنسب من هذه الإستراتيجيات طبقاً لتوصيف الأزمة ومرحلة نموها .

(١) Thierry C. Pauchant , Miltroff , I.Ian (Toward Systemic Crisis Management Strategy : Learning from the best examples in the U.S Canada and France) Industrial Crisis Quarterly , Vol , 1991 .

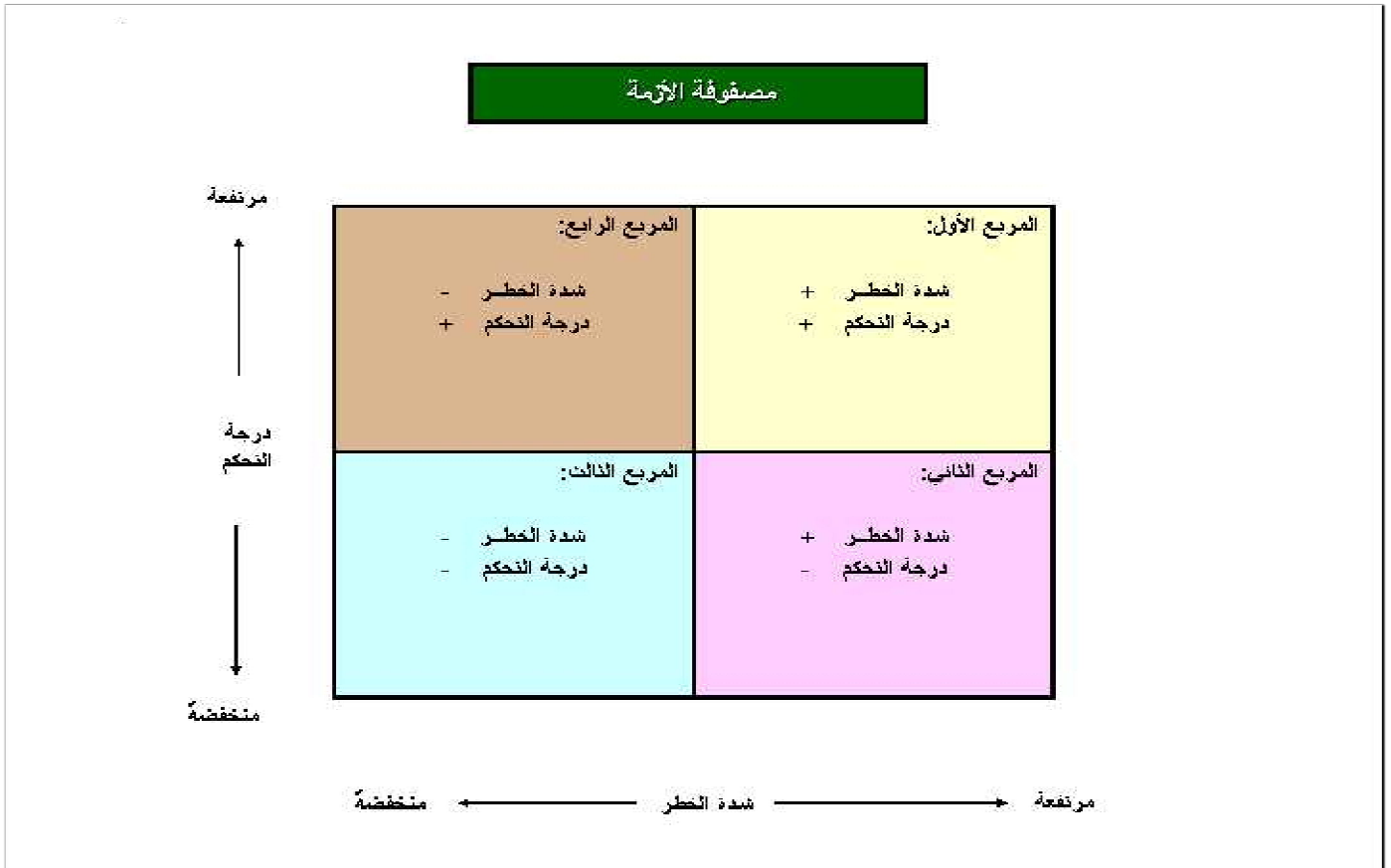
١١- مصفوفة الأزمات بالمنشآت الطبية :

من العوامل الرئيسية المؤثرة على نجاح إدارة الأزمات بالنشاط الطبي هي شدة الخطورة ودرجة التحكم بالأزمة كذلك الجانب الوقائي والعلاجي لها .
لذا يمكن تناول هذه التفاعلات في مصفوفة (شدة الخطورة ودرجة التحكم)
كذلك مصفوفة (الجانب الوقائي والعلاجي) بالإضافة إلى مصفوفة الحاجة والقدرة كالاتي :

أ- مصفوفة شدة الخطر ودرجة التحكم :

توضح مصفوفة الأزمات العلاقة بين شدة خطر الأزمة ودرجة التحكم في العناصر الرئيسية لها حيث نجد أن هناك أربعة احتمالات في التفاعل بهذه المصفوفة كالاتي :

- (١) علاقات شدة الخطر المنخفضة مع درجة التحكم المنخفضة .
- (٢) علاقات شدة الخطر المنخفضة مع درجة التحكم المرتفعة .
- (٣) علاقات شدة الخطر العالية مع درجة التحكم المنخفضة .
- (٤) علاقات شدة الخطر العالية مع درجة التحكم المرتفعة .



ويرى الباحث أن أهمية هذه المصفوفة ترجع إلى أنها أحد آليات التحليل لصناعة القرارات وتحديد الاحتمالات وبالتالي قياس شدة خطورة الأزمة ومقارنتها بمدى التحكم بها بواسطة الإدارة يمكن تحديد الاحتمال الأكبر وبالتالي أسلوب التعامل الأمثل .

ب- مصفوفة الوقاية والعلاج للمصفوفة :

ويمكن توضيح العلاقة بين كل من الجانب الوقائي والعلاجي في المصفوفة التالية :

الجانب العلاجي	عالي	لا تحدث أزمة	توجد خسائر نتيجة حدوث الأزمة يمكن التغلب عليها
	ضعيف	الجانب الوقائي يمنع مرحلياً حدوث الأزمة	تحدث الأزمة وبشكل حاد مع صعوبة التغلب عليها
		عالي	ضعيف
		الجانب الوقائي	

ما من شك أن الوقاية خير من العلاج ولكن يرى الباحث أن جميع الاحتمالات مطروحة وبالتالي يجب الأخذ بالاعتبار كيفية التعامل مع الأزمة طبقاً للواقع .

ج- مصفوفة الحاجة والقدرة الطبية لمواجهة الأزمات :

المقصود بالحاجة هنا هو حالة ونوع وشدة الأزمة ذاتها سواء كانت فردية أو جماعية أما القدرة فهي الإمكانيات المتيسرة لمواجهة هذه الأزمات :

القدرة (إمكانيات المستشفى للمواجهة)	قوية	<ul style="list-style-type: none">• التخطيط الشامل• الوقاية خير من العلاج• العمل بكامل القدرة	<ul style="list-style-type: none">• إنهاء الأزمة مبكراً• إزالة الآثار بسرعة
	ضعيفة	<ul style="list-style-type: none">• الاستعانة بإمكانات إضافية• رفع القدرات	<ul style="list-style-type: none">• التطوير لرفع القدرة
		قوية	ضعيفة
		الحاجة (الأزمة)	

يرى الباحث أن الحاجة تمثل الوضع والمرحلة الحقيقية اللازمة أي الفهم والإدراك لها أما القدرة فهي الإمكانيات البشرية والمادية للتعامل معها مما يعطي احتمالات تختلف باختلاف حالة القدرة وحالة الحاجة كما هو موضح بالشكل .

خامساً : الأسلوب العلمي في تقييم الأداء الكلي للمستشفى وإدارته :

١ - معايير ومقاييس تقييم الأداء لإجمالي المستشفى :

أ- الإنتاجية :

والتي يمكن تعريفها بمدى مساهمة المستشفى في تحقيق هدف تحسين المستوى الصحي وليس كم أيام الاستشفاء التي أنتجها المستشفى ويمكن قياسها كالاتي :

(١) الإنتاجية الكلية :

- (أ) أعداد العملاء التي تم خدمتهم .
- (ب) مجمل أيام الاستشفاء .
- (ج) أيام الاستشفاء ولكل سرير ، موظف ، ممرضة .
- (د) نسبة إشغال الأسرة .
- (هـ) معدل الإقامة في المستشفى .
- (و) عدد الحالات المرضية لكل سرير .

(٢) الإنتاجية النوعية (قدرة المستشفى على تقديم الخدمة طبقاً للمعايير) :

(أ) المقاييس الهيكلية (الخصائص الداخلية للمستشفى) :

- ن- وجود عدد كافٍ من العاملين بالكم والنوع .
- س- وجود اللجان المتخصصة .
- ع- وجود سياسات وإجراءات محددة (الأدلة الإرشادية) .
- ف- بعض المقاييس :

- (٤ أسرة لكل ١٠٠٠ مواطن) ، (عدم زيادة عدد الأسرة عن ٤ / غرفة)
- (مساحة السرير لا تقل عن ٦ م^٢) ، (اختصاص / ١٠ أسرة)
- (طبيب مقيم / ٤٠ سرير أو لكل قسم لا تقل الأسرة فيه عن ٢٠ سرير)
- (١ : ٤ نسبة الممرضات إلى الأسرة) ، (فني مختبر / ٣٠ سرير)
- (فني أشعة / ٥٠ سرير) ، (باحث اجتماعي / ١٠٠ سرير)
- (فني تغذية / ٥٠ سرير) .

(ب) المقاييس العائدة لعملية التحويل : حيث يتم إعداد معايير بواسطة الأطباء والخبرات الأخرى والالتزام بها والقياس بناء عليها .

(ج) طريقة المخرجات النهائية حيث تقيس أثر المستشفى في إحداث تغيير على المستوى الصحي :

- إحصائيات الوفيات .
- قياس الأداء الوظيفي للمعالجين .
- التغيب عن العمل .
- بعض الأمثلة :

(نسبة Infection بعد العمليات الجراحية لا تزيد عن ٢ %)
(نسبة الأنسجة السليمة لا تزيد عن ٥% لكل جراح)
(معدل إقامة المريض ٦ - ٧ يوم)
(نسبة الولادة القيصرية لا تزيد عن ١٠%)
(نسبة الاستشارات الطبية لا تقل عن ١٥%)
(نسبة الخطأ الدوائي لا تزيد عن ٢ / ١٠٠٠٠ مريض)
(لا تزيد حوادث المرضى داخل المستشفى عن ١ / ٥٠٠ حالة)
(نسبة الشكاوى لا تزيد عن ١%)
(نسبة السجلات غير المكتملة لا تزيد عن ٢%) .

ب- الكفاءة :

وهي التي تحدد نسبة المدخلات إلى المخرجات مثل :

- (١) تكلفة وحدة الإنتاج الواحدة (اليوم المرضي / الفحص المختبري - ... الخ) .
- (٢) عدد العاملين للسريير المشغول .
- (٣) نسبة إشغال الأسرة .
- (٤) متوسط مدة الإقامة .

ج- الرضا الوظيفي :

- (١) مواقف العاملين تجاه العمل .
- (٢) معدل ترك العمل .
- (٣) التأخير .
- (٤) عدد الشكاوى ضد العاملين .

د- الإبداع والتغيير .

هـ- المؤشرات الاستشفائية :

ارتبط علم إدارة المستشفيات بنمو المؤشرات الاستشفائية والتي مرت بمراحل متعددة من التطور ويمكن تصنيف هذه المؤشرات إلى :

(١) الأرقام المطلقة :

(أ) عدد الإدخالات وعدد الخروج .

(ب) عدد الأيام المرضية .

(ج) عدد المواليد .

(د) عدد المرضى المحولين .

(هـ) عدد العمليات الجراحية .

(٢) الأرقام النسبية :

(أ) معدل التعداد اليومي خلال فترة زمنية = $\frac{\text{مجموع الأيام المرضية في الفترة الزمنية}}{\text{عدد الأيام في الفترة الزمنية المحددة}}$

(ب) معدل الإشغال للأسرة = $\frac{\text{معدل الوجود اليومي خلال فترة محددة} \times \text{عدد الأيام بالفترة}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة}}$

= $\frac{\text{عدد الأيام المرضية خلال الفترة}}{\text{الأسرة المتوفرة} \times \text{عدد أيام الفترة}}$

(ج) معدل الإشغال لأي يوم = $\frac{\text{التعداد اليومي للمرضى لذلك اليوم}}{\text{الأسرة المتوفرة}}$

(د) معدل الإشغال بالسنة = $\frac{\text{عدد الخروج} \times \text{معدل أيام الإقامة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365}$

(هـ) معدل دوران السرير = $\frac{\text{عدد المرضى المخرجين بما في ذلك الموتى}}{\text{عدد الأسرة}}$

= $\frac{365 \times \text{نسبة الأشغال}}{\text{معدل طول الإقامة}}$

٢- معايير تقييم أداء إدارة المستشفى :

تتحمل إدارة المستشفى مسؤولية القيام بالعملية الإدارية ووظائفها (تخطيط تنظيم توجيه رقابة) وعند القيام بهذه الوظائف تتخذ الإدارة القرارات وترسم السياسات المتعلقة باستعمال وتوظيف الموارد المتاحة . ويقدر ما تكون هذه الإدارة مؤهلة وفاعلة بقدر ما تحسن استعمال الموارد وتحقق الأهداف بكفاءة وفاعلية . ولتقييم أداء إدارة المستشفى هنالك أربعة مكونات (أبعاد) تؤخذ بالاعتبار :

أ- التخطيط والتنظيم :

(١) معيار خطة المستشفى :

- (أ) أن تكون الخطة ضمن برنامج صحي متكامل .
- (ب) وجود خطط طويلة ومتوسطة وقصيرة المدى .
- (ج) وجود موازنة سنوية للمستشفى .
- (د) وجود خطة للطوارئ والكوارث .
- (هـ) وجود دراسات التقييم الذاتي Management Audit .

(٢) ترابط المستشفى مع الوحدات الخارجية (خدمات المرضى الخارجيين والعيادات) :

- (أ) نسبة الحالات المحولة من الرعاية الأولية إلى العيادات الخارجية بالنسبة لعدد الحالات الكلي .
- (ب) نسبة الحالات المحولة من الرعاية الأولية إلى عيادات الحوادث بالنسبة لعدد الحالات الكلي .
- (ج) نسبة الإدخالات المحولة من الرعاية الأولية بالنسبة لعدد الإدخالات الكلي .
- (د) معدل التقارير التي ترسل إلى الجهات المحول منها المريض بالنسبة إلى عدد حالات الدخول والعيادات الخارجية المحولة إلى المستشفى .
- (هـ) نسبة الحالات المحولة من المستشفى إلى وحدات خارجية بالنسبة إلى عدد الحالات الكلي .
- (و) معدل الندوات واللجان والمؤتمرات التي يشارك فيها العاملون بوحدات الرعاية الأولية .

(١) سيد محمد جاد الرب ، (إدارة المنظمات الصحية والطبية : منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة) ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٩٧ .

(٣) ترابط وتناسق الأقسام :

- (أ) عدد اللجان المشتركة للأقسام بالنسبة إلى عدد اللجان الكلي .
- (ب) قياس نظام الاتصالات الأفقي والرأسي .
- (ج) علاج العيادة الخارجية بالأجنحة .
- (د) علاج غرفة الطوارئ بالأجنحة .
- (هـ) علاج الأقسام الإكلينيكية المترابطة .
- (و) علاج التموين العام والطبي بالأقسام .
- (ز) علاج الخدمات الفندقية بالأجنحة .

(٤) نظام المعلومات :

- (أ) الملفات الطبية (كمالها ودقتها وسهولة الحفظ والاسترجاع) .
- (ب) دقة الإحصاءات وتناسقها بين الأقسام .
- (ج) التقارير الشهرية والسنوية للأقسام والمستشفى .
- (د) مدى استخدام المعلومات والإحصاءات والمؤشرات الاستشفائية .
- (هـ) توفر البيانات والمعلومات عن :
 - خصائص المنتفعين .
 - أسباب الزيارات والإدخالات .
 - التوصيف الطبي للأقسام والأفراد .
 - معدلات الآراء .
 - حساب التكاليف .

ب- الفاعلية والكفاءة :

(١) الاستخدام الأمثل للأسرة :

- (أ) نسبة إشغال الأسرة (قسم - تخصص - شهر) .
- (ب) متوسط البقاء للمريض (قسم - تخصص - شهر - حالة - مجموعة عمرية) .
- (ج) متوسط عدد أيام البقاء قبل العملية (عملية - تخصص - مجموعة عمرية) .
- (د) متوسط عدد أيام البقاء بعد العملية (عملية - تخصص - مجموعة عمرية) .
- (هـ) متوسط نظام العمليات الجراحية - عيادة خارجية .
- (و) رعاية منزلية .

(٢) سهولة المنال :

- (أ) متوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العمليات غير العاملة (عملية - تخصص - مجموعة عمرية) .
- (ب) متوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العيادات الخارجية (تخصص - طبيب) .
- (ج) متوسط وقت الانتظار بالعيادات الخارجية (تخصص - طبيب) .
- (د) معدل عدد المنتفعين المقيمين في حدود (١٠) كيلو أو يحتاجون على مواصلات تزيد عن ساعة بالنسبة إلى كل المنتفعين .
- (هـ) نسبة الأسرة لكل ألف من السكان .
- (و) معدل الإدخال بالمستشفيات .
- (ز) عدد أيام العلاج لكل ألف من السكان .
- (ح) معدل العمليات الجراحية لكل ألف من السكان (كبيرة - متوسطة - صغيرة) .
- (ط) معدل عدد الزيارات للعيادة الخارجية لكل ألف من السكان (تخصص - شهر) .
- (ي) معدل عدد الزيارات لغرفة الطوارئ لكل ألف من السكان .
- (ك) معدل عدد حالات الفحوص المخبرية لكل ألف من السكان (تخصص - أقسام - عيادة خارجية) .

(١) أعلو، صبحي، (المفاهيم الأساسية للجودة النوعية)، (محاضرة)، جدة : مركز الدراسات والأبحاث بمستشفى الملك فهد، ١٤٢٣ هـ.

(٣) معدلات التكاليف :

- (أ) حالة دخول (تخصص - مجموعة عمرية) .
- (ب) يوم مستشفى (تخصص - مجموعة عمرية) .
- (ج) زيارة للعيادة الخارجية (تخصص - طبيب) .
- (د) زيارة لعيادة الطوارئ .
- (هـ) فحص مخبري - أشعة .
- (و) وجبة غذائية .

(٤) الأجهزة والمعدات :

- (أ) خطة صيانة وقائية ودورية .
- (ب) عدد مرات التعطل .
- (ج) الاستخدام بالنسبة للعمر الافتراضي .
- (د) قياس تحقيق أهداف الموضوع لخدمة المنتفعين .
- (هـ) قياس فاعلية نظام الطلب والشراء والتخزين .
- (و) قياس فاعلية نظام الخدمات الفندقية .
- (ز) التنشيط الدوري لخطة الطوارئ .
- (ح) وجود نظام العمليات بالعيادة الخارجية .
- (ط) وجود نظام ابتداء الرعاية المنزلية بعد الخروج .

ج- جودة الخدمات :

(١) رضا المنتفعين :

- (أ) عدد الشكاوي السنوي .
- (ب) استقصاءات رضا المنتفعين .
- (ج) نسبة الحالات التي تعالج بجهات أخرى من بين المنتفعين بالمستشفى .
- (د) فاعلية الخدمات الاجتماعية .

(٢) مراقبة الجودة :

- (أ) لجان الأقسام .
- (ب) لجان المستشفى .
- (ج) لجنة الأنسجة .
- (د) لجنة الوفيات .
- (هـ) نسبة عدد حالات الوفاة لإجمالي الإدخالات .
- (و) نسبة وفيات الولادة .
- (ز) نسبة وفيات التخدير .
- (ح) نسبة وفيات ما بعد الجراحة .

د- القوى البشرية :

- (١) العدد الإجمالي (تخصص - نوع - مجموعة عمرية - مؤهل - مدة خدمة) .
- (٢) نسبة التركيب (تخصص - نوع - مجموعة عمرية - مؤهل - مدة خدمة) .
- (٣) معدلات التوظيف (تخصص - وظيفة) .
- (٤) معدل حضور دورات تدريبية (فئة وظيفية - مدة الدورة) .
- (٥) معدل المقيدون في دراسات علمية .
- (٦) معدل إجراء بحوث لكل فئة وظيفية .
- (٧) معدلات المشاركة في اللجان العلمية بالأقسام .

(١) مطبقتي ، محمد صالح ، (واقع إدارة الموارد البشرية في المستشفيات - دراسة تطبيقية مقارنة مع المستشفيات بالمنطقة الغربية) ، رسالة لدرجة الزمالة ، المعهد القومي للإدارة العليا - أكاديمية السادات للعلوم الإدارية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .

الفصل الثالث :

منهجية البحث Methodology

- **أولاً :** **منهج البحث**
 - أدبيات مناهج البحث العلمي .
 - منهج البحث الذي تم اتباعه .
- **ثانياً :** **مجتمع البحث**
- **ثالثاً :** **عينة البحث**
- **رابعاً :** **أدوات البحث العلمي**
- **خامساً :** **مصادر البيانات وأداة جمعها**
- **سادساً :** **الوسائل الإحصائية**

أولاً : منهج البحث :

١- أدبيات مناهج البحث العلمي :

أ- مفهوم مناهج البحث العلمي :

لقد عرف المنهج العلمي تعريفات مختلفة منها:

(١) **المنهاج** : (هو تلك المجموعة من القواعد والأنظمة العامة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى حقائق مقبولة حول ظاهرات موضوع الاهتمام من قبل الباحثين في مختلف مجالات المعرفة الإنسانية) (١) .

(٢) **وعرفه آخر**: (المنهاج العلمي هو عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك) (٢) .

(٣) **وثالث يعرف المنهج العلمي بأنه**: (التقصي المنظم بإتباع أساليب ومناهج علمية محددة للحقائق العلمية بقصد التأكد من صحتها أو تعديلها أو إضافة الجديد لها) (٣) .

(٤) **المنهاج هي** : (طريقة تنظيم عرض وتحليل الأفكار المطروحة حول قضية معينة) (٤) .

(١) دويدري، الدكتورة رجاء وحيد، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، دمشق: دار الفكر، ٢٠٠٠، ص (١٤٧).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٤٧).

(٣) غانم، الدكتور عدنان، الدكتور عبد العزيز المنصور، مناهج البحث، دمشق: جامعة دمشق، ٢٠٠٨، ص (٢٤).

(٤) مغلاج، توفيق مصطفى، دور الثقافة الترويجية في أداء رجال البيع، جدة، رسالة ماجستير، ٢٠١٢ م .

ب- تقسيمات المناهج :

تختلف التقسيمات بين المصنفين لأي موضوع، وتتنوع التصنيفات للموضوع الواحد، وينطبق ذلك على مناهج البحث أيضا، ومن تقسيمات المناهج :

(١) التقسيمات الحديثة للمناهج :

لقد قام بعض العلماء بإعداد قوائم لتقسيم مناهج البحث العلمي طبقا لقواعد معينة منها :

(أ) تقسيم هويتني :

- المنهج الوصفي
- المنهج التاريخي
- المنهج التجريبي
- البحث الفلسفي
- البحث التنبؤي
- البحث الاجتماعي
- البحث الإبداعي (١)

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٤٨)

(ب) تقسيم ماركيز:

- المنهج الأنثروبولوجي.
- المنهج الفلسفي.
- منهج دراسة الحالة.
- المنهج التاريخي.
- منهج المسح الاجتماعي.
- المنهج التجريبي (١).

(ج) تقسيم جود و سكتيس:

- المنهج الوصفي.
- منهج المسح الوصفي.
- المنهج التجريبي.
- منهج دراسة الحالة.
- منهج دراسات النمو والتطور والوراثة (٢).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٤٨).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٤٨).

(٢) تقسيم المناهج طبقاً للأسلوب الإجرائي للبحوث :

ومناهج البحث طبقاً لهذا التقسيم هي:

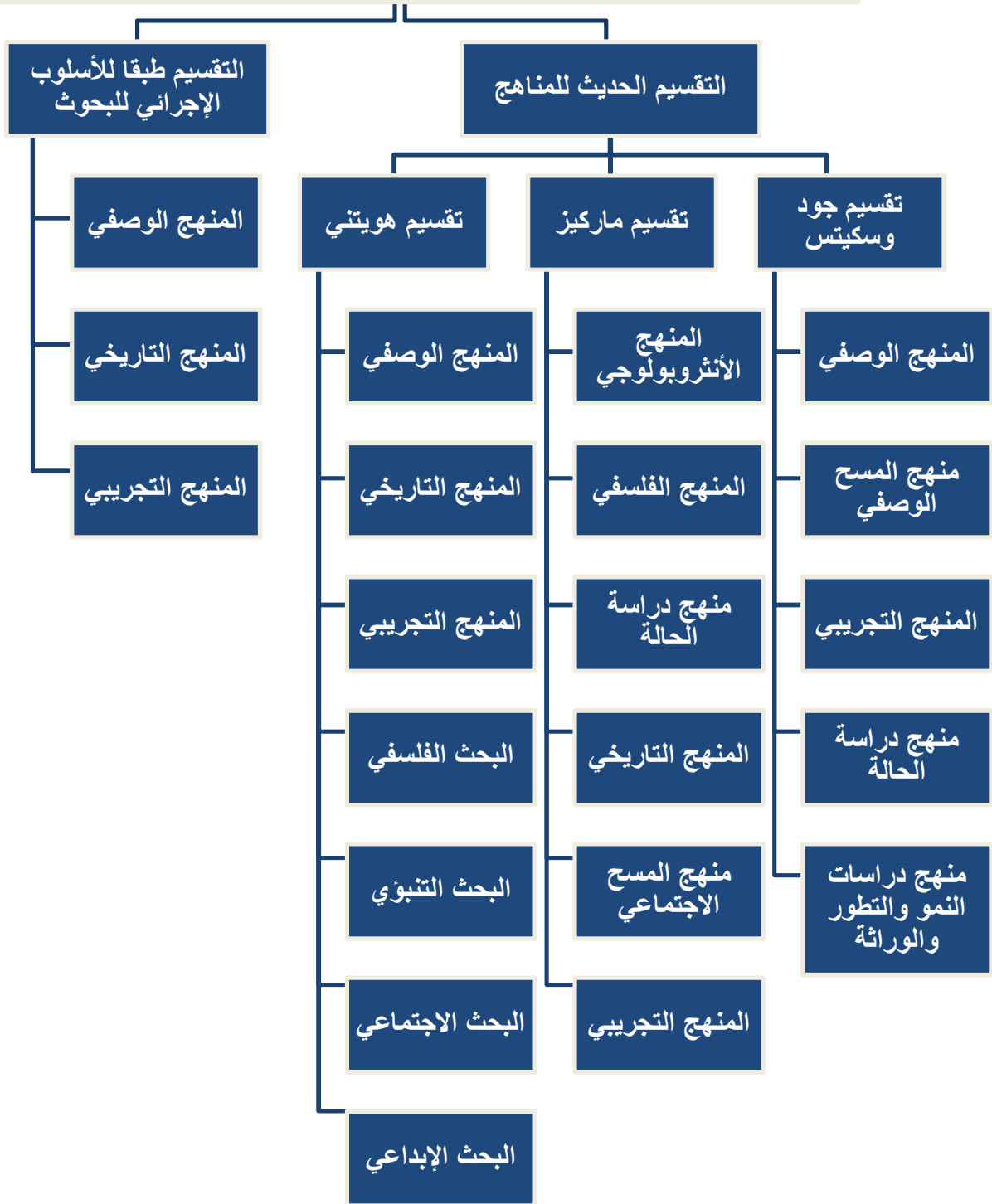
(أ) المنهج التاريخي.

(ب) المنهج الوصفي.

(ج) المنهج التجريبي .

وهذا التقسيم هو التقسيم الأكثر انتشاراً بين صفوف الباحثين في مجال البحث العلمي .

تقسيمات المناهج



تقسيمات المناهج

ج- أنواع مناهج البحث :

لما كان الوقوف على أنواع المنهج البحثي ضرورة من ضرورات تحديد الأسلوب والطريقة التي سيتم بهما معالجة موضوع البحث كان لزاما تناول موضوع أنواع مناهج البحث من خلال الوقوف على هذه الأنواع من مفهوم وخصائص وأهداف ومزايا وعيوب كل طريقة بالإضافة إلى فقرة أخرى يتم فيها توضيح منهج البحث الذي سيتم إتباعه بهذه الرسالة باعتبار أنها الأنسب طبقا لموضوعها.

(١) المنهج التاريخي :

يستخدم المنهج التاريخي في دراسة تطور ظواهر حدثت في الماضي حيث يتم تفسيرها بهدف الوقوف على مضامينها والتعلم منها ومعرفة مدى تأثيرها على الواقع الحالي للمجتمعات واستخلاص العبر منها (١).

(أ) مفهوم المنهج التاريخي :

(مجموعة الطرائق والتقنيات التي يتبعها الباحث التاريخي والمؤرخ للوصول إلى الحقيقة التاريخية ، وإعادة بناء الماضي بكل وقائعه وزواياه، وكما كان عليه في زمانه ومكانه، وبجميع تفاعلات الحياة فيه) (٢) .

أي هو كل الوسائل التي من شأنها إعادة تشكيل الماضي لقراءته مرة ثانية .

(١) مناهج البحث، مرجع سابق، ص (٢٨٣).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٥٨).

(ب) خطوات المنهج التاريخي :

يتألف المنهج التاريخي من عناصر ومراحل متشابكة ومتداخلة و مترابطة ومتكاملة، في تكوين بناء المنهج التاريخي ومضمونه، وهي:

- تحديد المشكلة العلمية التاريخية:

(يعني اختيار المشكلة اختيار موضوع البحث، أي طرح مشكلة تتعلق بالماضي يكون لها أهمية واقعية وقيمة وجودية)^(١).

- جمع وحصر الوثائق التاريخية:

إن وسيلة الإجابة على المشكلة هي جمع المصادر، وهي أهم أعمال المؤرخ، وبشكل عام يمكن تصنيف المصادر أو الوثائق إلى:

- الوثائق المكتوبة أو المطبوعة.
- الوثائق الأخرى.
- الرواية الشفوية المباشرة^(٢).

- نقد الوثائق التاريخية :

(يطلق على عملية التحليل المفصل للاستدلالات التي تفرد من ملاحظة الوثائق إلى معرفة الوقائع اسم النقد وهي عملية ضرورية لجميع الوثائق مهما كان نوعها، يقوم فيها الباحث التاريخي بعملية فكرية تراجعية، نقطة الانطلاق فيها الوثيقة، ونقطة الهدف الواقعة التاريخية، وبينهما سلسلة من الاستدلالات تكون فيها فرص الخطأ عديدة)^(٣).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٥٨).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٦٢).

(٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٦٢).

وقد يكون النقد الوثائقي خارجيا أو داخليا كالآتي:

- **النقد الخارجي للوثائق التاريخية:** يتناول الباحث في النقد الخارجي هوية الوثيقة وأصالة الوثيقة وتحديد مصدرها وزمانها ومكانها وهل هي الأصل أم منسوخة عنه، وهل هي بخط صاحبها أم بخط شخص آخر، والمواد التي استعملت في كتابتها (١).
- **النقد الداخلي للوثائق التاريخية:** ويكون هذا النقد لتقويم الوثيقة من حيث معنى المادة الموجودة في الوثيقة وصدقها، وهل كتبت بناء على ملاحظة شخصية مباشرة أم نقلا عن رواة، وكل ذلك وفق خطوتين الأولى هي النقد الداخلي الإيجابي والهدف منه تفسير الأصل التاريخي، وإدراك معناه الحقيقي، والخطوة الثانية هي النقد الداخلي السلبي الذي يتناول مدى دقة الحقائق التي أوردها صاحب الأصل وإخلاصه، والموضوعية فيها، ويعني هذا تحليل شخصية المؤلف وظروفه، ومدى صحة ما أورد من حوادث.

وقد أورد فان دالين مبادئ عامة للنقد نورد فيما يلي أهمها:

- لا تقرأ في الوثائق القديمة مفاهيم أزمنة متأخرة.
- لا تحكم على المؤلف بأنه يجهل أحداثا معينة لأنه غفل عن ذكرها.
- لا تقلل من قيمة المصدر ولا تتبالغ في قيمته.
- لا تكلف بمصدر واحد حول حقيقة واحدة.
- الأخطاء المتماثلة في مصدرين أو أكثر تثبت نقلها بعضها عن بعض.
- إذا ناقض الشهود بعضهم بعضا في واقعة فقد يكون أحدهم صادقا، وقد يكونون مخطئين جميعا.
- النقاط التي يتفق عليها شهود كثر أكفاء مباشرون تعتبر مقبولة.
- قد تعطي وثيقة ما دليلا كافيا في نقطة معينة ولا تعطي مثل هذا الدليل في نقطة أخرى.
- الشهادات الرسمية شفوية أو كتابية، يجب تأييدها ما أمكن بأخرى غير رسمية (٢).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٦٤).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٦٦).

- عملية التركيب والتفسير:

في هذه المرحلة يعود الباحث لفرضيته بعد أن جمع الحقائق عنها ونقدها، فيعيد صياغة الفرضية في ضوء ملاحظاته ومكتشفاته ويعدل فيها في ضوء ما توصل إليه، وتتضمن عملية التركيب والتفسير المراحل التالية:

- تكوين صورة فكرية واضحة لكل حقيقة من الحقائق المتجمعة لدى الباحث.
- تصنيف الحقائق بحسب طبيعتها الداخلية.
- ملء الفجوات والثغرات التي يجدها الباحث في هيكل التصنيف لأنه لا يستطيع ملء هذه الثغرات بالملاحظة المباشرة أسوة بالباحثين في العلوم الطبيعية.
- ربط الحقائق التاريخية ببعضها أو البحث عن علاقات قائمة بينها^(١).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٧٠).

خطوات المنهج التاريخي



خطوات المنهج التاريخي

(ج) مزايا وعيوب المنهج التاريخي:

- مزايا المنهج التاريخي:

- يعتمد المنهج التاريخي الأسلوب العلمي في البحث من حيث انتقاء المشكلة، وتحديد لها، ووضع الفروض المناسبة التي تفسر الأحداث أو الأوضاع، وجمع المعلومات والبيانات لاختبار الفروض ونقد المادة العلمية وتفسير النتائج وكتابة تقرير البحث^(١).
- يعتمد عالم التاريخ على قواعد حساب الاحتمالات التي يستخدمها علماء الطبيعة^(٢).

- عيوب المنهج التاريخي:

- لا يعتمد المنهج التاريخي على التجربة العلمية المضبوطة.
- إن مصدر الباحث التاريخي في المعرفة لا يعتمد على الملاحظة المباشرة الدقيقة.
- لا يستطيع الباحث التاريخي أن يصل إلى كل الحقائق المتصلة بمشكلة ما وذلك بحكم البعد الزمني للأحداث التاريخية وصعوبة تسجيلها بصورة كاملة وعلى نحو صحيح في بعض الأحيان.
- لا نصل عن طريق الأسلوب التاريخي إلى تعميمات وقوانين علمية لها نفس الدقة والكفاية العلمية لتلك التي يحصل عليها الباحث في مجال العلوم الطبيعية^(٣).

(١) عطوي، الدكتور جودت عزت، أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص (١٦٢).

(٢) عسكر، د.علي، د.حسن جامع، د. فاروق الفرا، د. وليد هوانة، مقدمة في البحث العلمي التربوي والنفسي والاجتماعي، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص (١١٥).

(٣) أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، مرجع سابق، ص (١٦٣).

(٢) المنهج الوصفي :

باعتبار أن المنهج الوصفي هو أحد المناهج التي سيتم استخدامها في الرسالة لذا كان لزاما تناول هذا المنهج بالعرض الشامل باعتباره أحد المناهج الرئيسية لتحقيق أهداف البحث سواء في شق الوصف أو شق المقارنات بين المتغيرات الثابتة والتابعة بالبحث .

(أ) مفهوم المنهج الوصفي :

يمكن تعريف المنهج الوصفي بأنه :

- (أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد عبر فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة)^(١).
- أو هو: (طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها)^(٢).
- أو هو: (وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية كمية أو رقمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى، وقد يقتصر هذا المنهج على وضع قائم في فترة زمنية محددة أو تطويرا يشمل عدة فترات زمنية)^(٣).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٨٣).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٨٣).

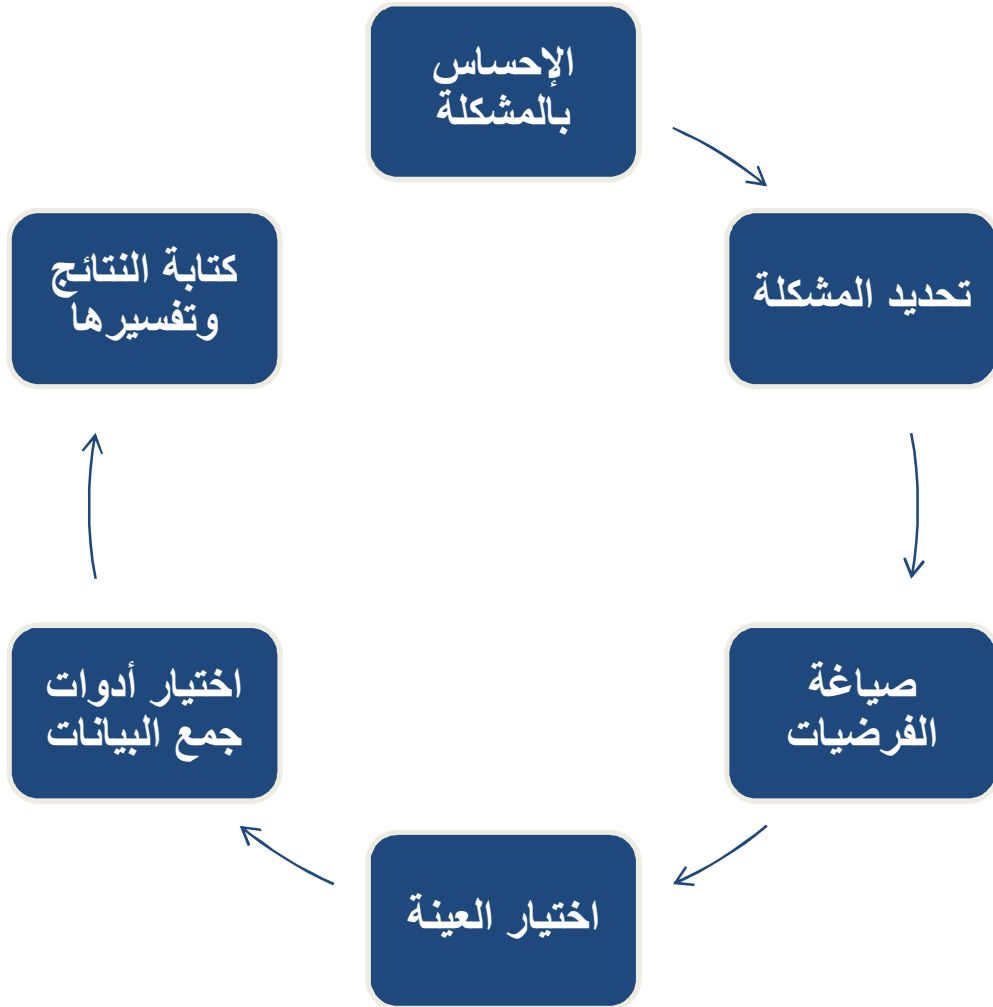
(٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٨٣).

(ب) خطوات المنهج الوصفي :

يتم استخدام المنهج الوصفي عبر مراحل محددة تتوافق مع المنهج العلمي وبالتالي يلتزم الباحث عند استخدامه لهذا المنهج بالخطوات التالية :

- الإحساس بالمشكلة التي يريد بحثها باعتبارها الدافع الرئيس للخوض في الدراسة .
- تحديد المشكلة التي يريد الباحث دراستها وتفحصها بشكل كامل .
- صياغة فرضية أو مجموعة فرضيات معينة لهذه المشكلة بناء على ملاحظاته مع تدوين هذه الافتراضات وتقدير الحقائق والمسلمات التي يستند إليها في تحديد هذه الفرضيات .
- اختيار عينة مناسبة طبقاً لطرق اختيار العينات مع تحديد التوصيف المناسب لها .
- اختيار أدوات جمع البيانات التي ينبغي الحصول عليها.
- تصنيف البيانات التي يريد الوصول إليها وذلك بغرض المقارنة والتوصل إلى وجوه الشبه والاختلاف ونوع العلاقات بينها .
- اختيار أدوات البحث التي سيتم استخدامها في جمع البيانات، كالاستبيان أو المقابلة أو الملاحظة وفقاً لطبيعة المشكلة موضوع الدراسة، ويتحقق من صلاحية هذه الأدوات في جمع البيانات.
- القيام بعملية جمع البيانات بطريقة موضوعية ودقيقة.
- كتابة النتائج التي توصل إليها ، وتصنيفها ثم تحليلها وتفسيرها بدقة وبساطة، ومن ثم وضع التوصيات لتحسين الواقع الذي يدرسه^(١).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٩١).



خطوات المنهج الوصفي

(ج) مزايا المنهج الوصفي وعيوبه:

- المزايا :

- اتساع النطاق وتعدد الطرق المتاحة أمام الباحث من حيث اللجوء إلى المسح أو تحليل العمل أو المضمون.
- إلقاء الضوء على العلاقات بين الظواهر المختلفة، كالعلاقات بين الأسباب والنتائج والكل والجزء.
- تقديم التفسيرات والتحليلات للظواهر المختلفة بما يساعد الباحث على فهم العوامل المؤثرة في الظاهرة.
- تناول البحوث الوصفية للظواهر كما هي عليه في الواقع تتطلب إجراءات قد تكون محظورة أو مجال اعتراض^(١).

- العيوب :

- الاصطدام بتعقيد الظواهر وتشابك العلاقات بين الظواهر، مما يجعل إخضاع الظواهر لإجراءات الضبط العلمي والقياس أمرا مشكوكا فيه في بعض الأحيان.
- احتمالية اعتماد الباحث على معلومات خاطئة نتيجة لأخطاء مقصودة أو غير مقصودة في مصادر المعلومات.
- هناك مجال لتحيز الباحث في جمع البيانات.
- صدق المعلومات في كثير من الأحيان يعتمد على مقدار فهم المساعدين لطبيعة وأهداف البحث.
- صعوبة إثبات الفرضيات في الدراسات الوصفية لأنها تتم عن طريق الملاحظة والمشاهدة وجمع المعلومات المؤيدة والمعارضة للفرضيات دون إمكانية إتاحة المجال للباحث لاستخدام التجربة لإثباتها^(٢).

(١) مناهج البحث، مرجع سابق، ص (١٣٠).

(٢) مناهج البحث، مرجع سابق، ص (١٣١).

(د) أنماط البحوث الوصفية:

تتخذ الدراسات الوصفية أنماطاً مختلفة، ومن التصنيفات المستخدمة للدراسات الوصفية :

- الدراسات المسحية:

يعتبر أسلوب المسح من المناهج الرئيسية المستخدمة في إعداد البحوث الوصفية والتي سيتم استخدامها في الرسالة، والدراسات المسحية: (هي جمع معلومات وبيانات عن ظاهرة للتعرف عليها وتحديد وضعها ومعرفة جوانب الضعف والقوة فيها، لمعرفة مدى الحاجة لإجراءات تغييرات فيه)(١)، وتتم الدراسات المسحية من خلال جمع البيانات والمعلومات عن الظاهرة المراد بحثها كما هي في الواقع، من أجل التعرف على طبيعة وواقع هذه الظاهرة والتي هي في هذا البحث تفاعل قواعد الإدارة العلمية الحديثة مع قواعد الجودة الشاملة في كل قواعد إدارة الأزمات ، من أجل التوصل إلى تصور قد يقود إلى إحداث تغيير جزئي أو جذري على الظاهرة، وتختلف البحوث المسحية عن غيرها من الدراسات الأخرى من دراسات تاريخية وتجريبية وغيرها ومن أهم هذه الفروق(٢) :

- يختلف البحث المسحي عن التجريبي بالهدف من كل منهما، فمسح الظاهرة يقرر وضعها ولا يبين أسبابها مباشرة.
- يختلف المسح عن البحث التاريخي بعامل الزمن، فبينما يهتم التاريخي بالماضي يهتم المسح بالحاضر.
- تختلف البحوث المسحية عن دراسة الحالة بالعمق والسعة، فدراسة الحالة أعمق والمسح أوسع.

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٩٣).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٩٤).

وفي هذه الدراسة سيتم إجراء العملية المسحية من خلال خطوات مختلفة تتفق مع أنواع الدراسات المسحية كالآتي :

- المسح الاجتماعي :

تتسع مجالات المسح الاجتماعي لتغطي جوانب الحياة كلها، فالدراسات السكانية ودراسات الأسرة وحركة السكان والهجرة الداخلية والخارجية، وعادات السكان وتقاليدهم .

كل هذه المجالات وغيرها تعتبر ميدانا للدراسات المسحية الاجتماعية^(١).

- تحليل العمل :

استكمالاً لعملية المسح الاجتماعي والتي ستم بهذا البحث تأتي عملية تحليل الأداء حيث يقوم الباحث بالتعرف على طبيعة التفاعل بين أركان القواعد الثلاثة من ظروف سياسية خاصة تمر بها مصر وبالتالي يساعد التحليل على التعرف على خصائص هذه العلاقة لتحديد المستفيد المستقل و التابع بها وكذلك باقي مفردات التوصيف الوظيفي^(٢)، ومن الأدوات التي سيتم استخدامها في تحليل العمل بهذا البحث هي :

- تصميم استبيان يوزع على عينة من الأشخاص الذين ينتجون الخدمة الطبية و الذين يستهلكونها و بالتالي ترتبط الأسئلة بطبيعة إرسال و إستقبال هذه الخدمة.
- إجراء المقابلة لعينة من الأفراد الذين يشغلون العمل.
- الملاحظة وتتم من خلال ملازمة الباحث للأحداث بل و مشاركته الفاعلة بها و بالتالي التعرف على مهام و مسؤوليات كل المشاركين بالعملية.
- دراسة آراء عدد من الرؤساء الذين يشرفون على هذا العمل من خلال المقابلة أو الاستبيان.

- تحليل المضمون :

لضمان نتائج تحليل العمل سيتم تحليل المضمون من خلال اتصال غير مباشر بالأفراد بالرجوع إلى الوثائق والسجلات المرتبطة بموضوع الدراسة، فالباحث بعد اختيار الوثائق والسجلات المناسبة يقوم بتحليلها مستندا إلى البيانات الصريحة الواضحة المذكورة فيها، ويستند هذا الأسلوب إلى الفناعة التي تقول بأن اتجاهات الجماعات والأفراد تظهر بوضوح في كتاباتها وأدائها، ويتعين على الباحث التأكد من صدق تمثيل الوثيقة أو السجلات المستخدمة في التحليل سواء كان من حيث أهميتها أو أصالتها أو موضوعيتها^(٣).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٩٨).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (١٩٥).

(٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٢١٥).

- دراسات الروابط والعلاقات المتبادلة:

باعتبار أن البحث قائم على فكرة العلاقة التبادلية و التفاعلية بين قواعد كل من الإدارة الحديثة و الجودة الكاملة و إدارة الأزمات لذا فإن دراسة العلاقات التبادلية بينهما، وتحليلها بهدف معرفة الارتباطات الداخلية في هذه الظواهر والارتباطات الخارجية بينها وبين الظواهر الأخرى، هي محور ارتكاز الدراسة وسيتم دراسة العلاقات والروابط التبادلية بين هذه المتغيرات من خلال:

□ دراسة الحالة :

حيث يتم دراسة آراء منتجي الخدمة الطبية و مستهلكيها بالمنشآت الطبية التي تم اختيارها من خلال جمع معلومات وبيانات تفصيلية عنهم عن الوضع الحالي والسابق ومعرفة العوامل التي أثرت وتؤثر عليها، حيث إن الحوادث والظروف التي مروا عليها تترك آثارا واضحة على تطورهم وتتعاكس بالتالي على مستوى الخدمة في ظل هذه الظروف الإستثنائية.

□ دراسات المقارنة :

تبحث هذه الدراسات عن الأسباب وتقارن بين تأثير عناصرها على بعضهم البعض بغية الوصول إلى جوهر العلاقة التبادلية بينهم بغية اكتشاف العوامل والظروف التي تصاحب حدثا معيناً أو واقعة بعينها(١)، ولاستكمال دراسة الحالة سيتم بحث أسباب حدوث ظاهرة الارتباط بينهم لتحديد المستفيد المستقل و التابع من خلال إجراء المقارنات بينهما لاكتشاف أسباب حدوث الارتباط والعوامل التي صاحبت الحدوث مع ترتيب مستوى تأثير كل متغير على الباقي.

□ الدراسات الارتباطية :

يتم التوصل بهذه الدراسات إلى أوصاف المتغيرات موضوع الدراسة مع تحديد مستوى الترابط و الذي غالبا يتراوح بين + ١ و - ١ مارا بالصفر، وكلما اقتربت النتيجة من الرقم (١) بالسلب أو الإيجاب دل على وجود علاقة قوية بين المتغيرات. وتكون العلاقة عكسية في حالة الإشارة السالبة للاختبار، وطردية في حالة الإشارة الموجبة، وتعتبر هذه الدراسة هي الدراسة الأساسية بهذا البحث(٢).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٢٠٥).

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٢٠٩).

(٣) المنهج التجريبي :

(أ) مفهوم المنهج التجريبي:

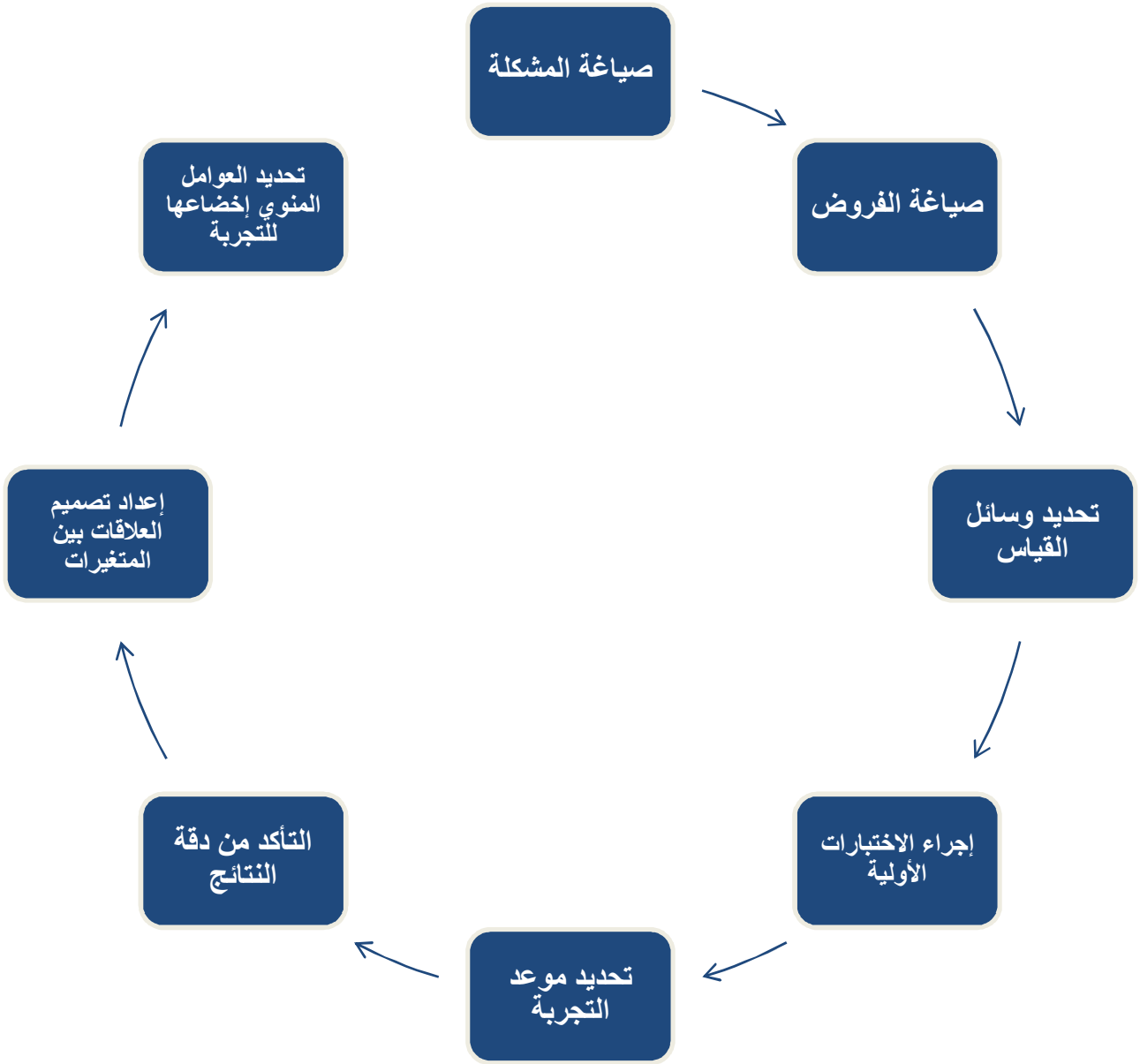
يعتبر المنهج التجريبي الأسلوب الذي تتمثل فيه معالم الطريقة العلمية بالشكل الصحيح، لذا يقوم هذا المنهج على أساس استخدام التجربة في قياس متغيرات الظاهرة، ويتم التحكم بجميع المتغيرات التي تؤثر على ظاهرة معينة أو واقعة ما باستثناء متغير واحد (المتغير التجريبي) وبالتالي قياس أثره على الظاهرة أو الواقعة (١) .

(ب) خطوات المنهج التجريبي:

- صياغة مشكلة البحث وتحديد أبعادها.
- صياغة فرضيات البحث واستنباط ما يترتب عليها.
- تحديد تصميم وسائل القياس المناسبة التي سيتم استخدامها بالبحث كذلك اختيار العينة.
- إجراء الاختبارات الأولية لضمان صحة الفرضيات و وسائل القياس.
- موعد البدء في إجراءات البحث بإعداد الخطة الزمنية والتأكد من صحتها.
- التأكد من دقة النتائج التي تم الحصول عليها من التجارب.
- إعداد تصميم العلاقات بين المتغيرات مع تحديد العوامل و المنشآت التي سيتم إخضاعها للدارس.
- التأكد من مدى الثقة بالنتائج التي تم الوصول إليها بحيث يتم تصميم اختبار دلالة لتحديد مدى هذه الثقة (٢).

(١) الرفاعي، الدكتور أحمد حسين، مناهج البحث العلمي تطبيقات إدارية واقتصادية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الخامسة، ٢٠٠٧، ص (١٣٣).

(٢) مناهج البحث العلمي تطبيقات إدارية واقتصادية، مرجع سابق، ص (١٣٥).



خطوات المنهج التجريبي

(ج) مزايا وعيوب المنهج التجريبي :

- مزايا المنهج التجريبي :

- يستطيع الباحث أن يكرر التجربة أو الدراسة أكثر من مرة، وبذلك يتأكد من صحة نتائجها ومن ثباتها.
- يستطيع الباحث أن يتحكم في العوامل المؤثرة ويضبطها، مما يعطي الفرصة للعامل التجريبي في التأثير على المتغيرات التابعة.
- يقوم هذا المنهج على الدقة في اختيار شرعية الفرضية التي تم وضعها وعلى الباحث إبداء ملاحظاته العلمية الدقيقة عند مقارنة مضمون الفرضيات التي وضعها والوقائع أو النتائج التي توصل إليها بأسلوب تحليلي منطقي واقعي.
- يمتاز هذا المنهج عن غيره من مناهج البحث العلمي، بأنه يسعى أصلاً للكشف عن العلاقات السببية بين العوامل المؤثرة والظاهرة محل الاهتمام^(١).

- عيوب المنهج التجريبي :

- تتم معظم التجارب في ظروف صناعية بعيدة عن الظروف الطبيعية.
- يحتاج إلى مهارات وخبرات عالية المستوى من الناحية العلمية المرتبطة بمعدل إنصاف من يقومون بالموضوعية والخبرة اللازمين لإنجاح التجارب، كأهم المفاهيم العلمية المتبعة.
- يتطلب استخدامه إجراءات إدارية معقدة.
- يصعب عزل عامل معين على انفراد، لأن ذلك يجعل تحديد العلاقة بين متغير تابع ومتغير مستقل أمراً صعباً.
- يصعب التعاون مع أفراد عينة الدراسة، فيما يتعلق بضبط الأنماط السلوكية للأفراد تحت التجربة.
- يصعب إيجاد مجموعتين متكافئتين تماماً في كل العوامل، وبذلك تتأثر النتائج بالفرضيات بين المجموعات.
- يصعب تعميم النتائج ومقابلتها مع الفرضيات التي قامت عليها التجربة نفسها.
- تتأثر دقة النتائج بمقدار دقة ضبط الباحث للعوامل المؤثرة والأدوات التي يستخدمها كالاختبار والمقاييس، بخاصة في مجال دراسة الظواهر الإنسانية والاجتماعية.

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٢٥٢).

٢- منهج البحث الذي تم اتباعه :

لقد تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي المقارن الميداني في تناول نقاط البحث باعتباره أفضل المناهج التي تدرس الظواهر الإنسانية حتى يمكن تحقيق الأهداف المرجوة منه من جانب وتحقيق فروضه وحدوده من جانب آخر لهذا تم توصيف العوامل المختلفة المرتبطة بالعناصر الثلاث لمشكلة البحث ألا وهي أسلوب الإدارة الحديثة وعناصر الجودة الشاملة وظروف إدارة الأزمات سواء كانت هذه العوامل متغيرات مستقلة أم متغيرات تابعة وبالتالي كان لا بد من تحليل العلاقات التي تربط هذه المتغيرات بعضها ببعض، لهذا تم الاستعانة بالمنهج الوصفي التحليلي، و قد تم استخدام المنهج المقارن من خلال المقارنات بين الأداء الفعلي في الخدمات المقدمة للمرضى وبين مفهوم الأداء المعياري بالنسبة لإدارة الأزمات .

أما المنهج الميداني فتم استخدامه من خلال الدراسة المسحية بشكل أساسي في البحث وذلك من خلال المسح الميداني للعينة المنتقاة وتحليل العمل والمضمون بتصميم وإعداد وتوزيع استبانته مع اتباع أسلوب المقابلات الشخصية بالإضافة إليها .

وقد تم تفرغ البيانات الواردة بالاستبانة وتحليل النتائج باستخدام البرنامج الإحصائي **SPSS** (Statistical Package for Social Science) .

ثانياً : مجتمع البحث :

١- تعريف مجتمع البحث:

يمكن تعريف مجتمع البحث أو المجتمع الإحصائي بأنه:

أ- (المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة)^(١).

ب- أو هو: (مجموعة من الأفراد أو الأشياء أو البيانات التي تؤخذ منها العينة الإحصائية وهو عبارة عن مجموعة من المفردات التي تشترك في خاصية واحدة أو أكثر ويشمل المجتمع كل العناصر والمجموعات التي تشكل المفردات المشتركة في صفة من الصفات المعينة وهو مجموعة ذات خصائص مشتركة من الأشياء أو المفردات ذات أهمية خاصة لدراسة علمية)^(٢).

ج- المجتمع الإحصائي هو: (مجموع كل الظواهر المحتملة التي لها خواص مشتركة)^(٣).

وبالتالي يمكن القول بأن المجتمع الإحصائي هو مجموعة مشاهدات ذات صفات مشتركة وهذه المشاهدات قد تكون بشرية أو مادية .

٢- مجتمع البحث بالدراسة :

يتكون مجتمع البحث من جميع العاملين ببعض المستشفيات التي تم اختيارها سواء التابعة لوزارة الصحة كمستشفيات عامة أو المستشفيات الخاصة والموجودة بالقاهرة حيث الأحداث الأكثر تأثراً من حدوث الأزمة بجمهورية مصر العربية .

هذا وقد تم أخذ عينة عشوائية طبقية مناسبة من المهن المختلفة وبما يتناسب مع حجم العمالة أو المترددين أو المرضى بكل مستشفى على اختلاف أنواعهم وتخصصاتهم .

وقد تم اختيار هذه المستشفيات على أساس أنها الأكثر قرباً من الأحداث وأن منها ما هو مستشفى عام أو متخصص أي مستشفيات متنوعة بالإضافة إلى عدد الأسرة وعدد الأفراد التي تقوم المستشفى بخدمتهم .

(١) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٥٣).

(٢) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٥٤).

(٣) حمودي، الدكتور سعدي شاكر، مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، عمان: دار الثقافة

للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص (٧٧).

والجدول التالي يوضح البيانات الأساسية لهذه المستشفيات :

البيانات الأساسية للمستشفيات التي تم اختيارها بالبحث

م	اسم المستشفى	الموقع	نوع الخدمات المقدمة		المهن الموجودة بالمستشفى				
			شامل	متخصص	أطباء	تمريض	مهن طبية	إدارة وخدمات	الإجمالي
١	مستشفى بولاق الدكرور العام	القاهرة - بين السريات وبولاق الدكرور	✓		١٠٠	٢٥٠	٢٥	٧٠	٤٤٥
٢	مستشفى المبعوثين الخيري	القاهرة - صفت اللين	✓		٣٠	٧٠	١٠	٢٠	١٣٠
٣	مستشفى بدر التخصصي	مصر الجديدة - الكورية		✓	٢٠	٣٥	١٠	١٥	٨٠
٤	مستشفى الطلبة التعليمي بالجيزة	الجيزة	✓		١٥٠	٢٠٠	٤٥	٧٠	٤٦٥
٥	مستشفى حلوان العام	حلوان	✓		٩٠	٢٠٠	٢٠	٦٠	٣٧٠
					٣٩٠	٧٥٥	١١٠	٢٣٥	١٤٩٠
				الإجمالي					
					٣٢ / ألف مواطن	٤.٦٥ مليون	١١٠٠		
					٥٣ / ألف مواطن	١٥٠.٠٠٠	٥٠		
					٤٣ / ألف مواطن	٣٠٠.٠٠٠	١٠٠		
					٦٤ / ألف مواطن	٧٠٠.٠٠٠	٣٠٠		

ثالثا : عينة البحث :

١- تعريف العينة :

لقد تعددت تعاريف العينة إلا أنها في جميع الأحوال عبارة عن جزء من المجتمع يمكن بواسطتها التعرف على هذا المجتمع ويمكن استعراض بعض هذه التعريفات في الآتي :

أ- جزء من مجتمع البحث تمثله تمثيلا مناسباً، وهي فئة جزئية من وحدات المجتمع لها نفس خواص المجتمع الأصلي^(١).

ب- هناك تعريف آخر لها: (هي فئة تمثل مجتمع البحث أو جمهور البحث، أي جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، أو جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث)^(٢).

ج- العينة هي: (المجموعة التي تجمع البيانات عنها في الدراسة)^(٣).

د- يقصد بالعينة: (عدد الظواهر التي لها خواص مشتركة والتي تكون جزءاً من المجتمع الإحصائي)^(٤).

بالنظر في التعاريف السابقة يتبين تقارب تلك التعاريف بشكل كبير، لهذا يرى الباحث بأن العينة هي مجموعة جزئية من المجموعة الشاملة التي هي مجتمع البحث تمثله تمثيلاً أقرب إلى الشمول يتم الاستفادة منها في الحصول على البيانات المطلوبة بالبحث .

(١) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات .

(٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية،

(٣) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية،.

(٤) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي .

٢- خطوات تصميم العينة :

لتحديد وتصميم العينة يقوم الباحث بالآتي:

- أ- يحدد الباحث طبيعة مجتمع العينة بدقة.
- ب- يعد قائمة كاملة ودقيقة بمفردات هذا المجتمع من خلال سجلات دقيقة معتمدة، ويجب أن تكون كاملة وحديثة.
- ج- يأخذ مفردات ممثلة من القائمة التي أعدها.
- د- يحصل على عينة كافية لتمثيل المجتمع الأصلي بخصائصه التي يريد دراستها في العينة.^(١)

٣- أنواع العينات:

العينات متعددة الأنواع ولكل نوع منها أسلوب في اختيار العينة ومن هذه الأنواع:

أ- العينة العشوائية البسيطة:

وهي العينة التي يتم اختيارها بحيث يكون لكل مفردات المجتمع فرصا متكافئة في الاختيار، أي ليس هناك تحيز ينتج من الاختيار ويتم اختيارها بأسلوب القرعة أو جدول الأرقام العشوائية^(٢).

ب- العينة العشوائية المنتظمة:

حيث يتم تقسيم المجتمع الأصلي في هذه الحالة إلى مجموعات متساوية العدد ويتم اختيار المفردة الأولى عشوائيا ويكون اختيار الوحدات اللاحقة بزيادة عدد ثابت على الرقم الذي قبله وهذا الرقم الثابت يكون مساويا لعدد المجموعات^(٣).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية .

(٢) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية،

و كذلك: مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي،

(٣) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، وكذلك الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية

للعلوم الاجتماعية،

ج- العينة العنقودية:

هي من أنواع العين

ات الاحتمالية يلجأ فيها الباحث إلى تحديد أو اختيار العينة ضمن عدة مراحل، وتوفر هذه العينة على الباحث الكثير من الوقت والجهد والتكلفة (١).

د- العينة الطبقية:

حيث يتم تقسيم المجتمع الأصلي فيها إلى طبقات وشرائح ويقسم مجموع العينة المطلوبة على هذه الشرائح ويؤخذ عدد متساو من كل منها (٢).

هـ- العينة الحصصية:

تشبه العينات الحصصية العينات الطبقية من حيث المراحل الأولى في التحديد، بحيث يتم تقسيم مجتمع الدراسة الأصلي إلى فئات أو شرائح ضمن معيار معين، ثم يتم بعد ذلك اختيار العدد المطلوب من كل شريحة بشكل يتلاءم وظروف الباحث (٣).

و- العينة العمدية أو الفرضية:

يكون اختيار هذه العينة على أساس حر من قبل الباحث وحسب طبيعة بحثه بحيث يحقق هذا الاختيار هدف الدراسة (٤).

(١) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية،

(٢) المنيزل، أ.د.د. عبد الله فلاح، د. عايش موسى غرابية، الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦، ص (٢٠). وكذلك مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي،

(٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية،

(٤) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وكذلك مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي .

٤- الحجم الأمثل للعينة:

إن تحديد حجم العينة يحتاج إلى تبصر ودراية لهذا قام الباحث باستشارة متخصص ذو خبرة، من عملية تحديد الحجم لأن نتائج البحث ستبنى بناء على اختيار العينة وتحديد حجمها أو عدد أفرادها، فإن كانت صغيرة فلن تمثل مجتمعها تمثيلاً صحيحاً، وإن كانت كبيرة فسيترتب عليها تكاليف في الجهد والوقت والمال ولهذا راعى الباحث الآتي عند تحديد حجم العينة :

أ- **درجة الدقة المرجو تحقيقها:** إن دراسة كامل مفردات مجتمع الدراسة الأصلي يعطي نتائج أكثر دقة من إجراء الدراسة على عينة من المجتمع، فنتائج العينات تكون قريبة نسبياً من الواقع، وعموماً كلما كان الباحث راغباً في الحصول على نتائج أكثر دقة كلما استدعى الأمر زيادة حجم عينة الدراسة^(١).

ب- **مدى تجانس مجتمع الدراسة:** إذا كان مجتمع الدراسة متجانساً فإنه يمكن اختيار عينة صغيرة وممثلة، وهذا الاختيار يكون عادة سهلاً. أما إذا كان مجتمع الدراسة غير متجانس فإن اختيار العينة الممثلة يكون معقداً وصعباً، وهذا يتطلب زيادة في حجم العينة من أجل اختيار عينة ممثلة لمجتمع الدراسة^(٢).

ج- **حجم مجتمع الدراسة:** هناك علاقة طردية بين حجم العينة وحجم مجتمع الدراسة، فكلما كبر حجم العينة اقتضى الأمر زيادة في حجم العينة والعكس صحيح^(٣).

د- **الإمكانات المادية والفنية:** فهناك العديد من البحوث تتطلب وجود أجهزة وإمكانات مادية وتقليل حجم العينة يقلل من التكاليف^(٤).

هـ- **أسلوب البحث ونوع التصميم البحثي للدراسة:** فالدراسات الوصفية تتطلب عينة لا تقل عن ١٠٠ فرد، وفي الدراسات العلمية المقارنة ٣٠ فرداً لكل مجموعة، وفي بعض الأحيان ١٥ فرداً إذا كانت التجربة تتطلب ضبطاً عالياً^(٥).

(١) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ص (٢٥).

(٢) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ص (٢٥).

(٣) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ص (٢٦).

(٤) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ص (٢٦).

(٥) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ص (٢٥).

٥- العينة المختارة بالبحث :

أ- فكرة اختيار العينة :

نظراً إلى أن البحث يهدف إلى دراسة موقف أداء المستشفيات في مصر في ظل ثلاث متغيرات رئيسية وهي قواعد العمل بنظام الإدارة الحديثة كذلك قواعد إدارة الجودة الشاملة في ظل الأزمات التي تعيشها البلاد .

لذا تم بناء فكرة اختيار العينة على أساس توفر الشروط الآتية بها :

(١) التمثيل الفعلي للمستشفيات التي تقع في دائرة الأحداث لاعتبارات قياس أثر الأزمات على الأداء .

(٢) التمثيل الفعلي للمناطق الجغرافية بالقاهرة باعتبار أن القاهرة هي مركز الأحداث الحالية والمعبر الحقيقي للأزمات لذا تم اختيار عينة من شمال القاهرة (مصر الجديدة) ثم وسط القاهرة والجيزة ثم جنوب القاهرة (حلوان) .

(٣) التمثيل الفعلي لنوع الخدمات التي تقدمها المستشفى لذا تم اختيار عينات من مستشفيات تقوم بخدمات شاملة وأخرى متخصصة .

(٤) التمثيل الديموجرافي لأعداد مستقبلي الخدمات الصحية بمحافظة القاهرة والجيزة أو بمعنى آخر القاهرة الكبرى وباقتراض أن إجمالي قاطني وزائري القاهرة والزائرين فإن دائرة السكان التي تستخدمها العينة تصل إلى حوالي (٤.٦٥ مليون) وبنسبة تصل إلى (٢٣ %) .

(٥) تنوع حجم المستشفيات طبقاً لقياس الحجم بعدد الأسرة حيث نجد أن هناك تباين بين أعداد الأسرة بالعينة يتراوح ما بين (٥٠) سرير إلى (٣٥٠) سرير وبالتالي يمكن قياس أثر الأزمة في ظل حجم العمل .

(٦) من ضمن قواعد الاختيار أيضاً انه تم الاختيار على نوع النشاط فمنها المستشفى التعليمي والمستشفى الحكومي والمستشفى الخيري والمستشفى الخاص .

ب- طريقة اختيار العينة :

(١) طبقاً للملحق المرفق بالبحث عن قائمة المستشفيات في مصر نجد أن إجمالي

المستشفيات بالقاهرة والجيزة كالآتي :

(أ) أعداد المستشفيات	=	٦٢ مستشفى ما بين شامل ومتخصص وعام وخاص .
(ب) أعداد المراكز الطبية	=	٠٩ مركز طبي .
(ج) أعداد المعاهد الطبية	=	٠٢

الإجمالي	٧٣	وحدة طبية وصحية
----------	----	-----------------

(٢) إجمالي حجم العينة (٥) مستشفيات تمثل (٧%) من العدد الإجمالي للمستشفيات

والمراكز والمعاهد بالقاهرة الكبرى .

ج- خصائص وسمات العينة :

(١) جدول التكرارات المزدوجة والمرفق يوضح أن (٣٠%) من أفراد العينة هم من

العاملين والمتعاملين مع مستشفى بولاق الدكرور العام كما أن (٩%) من أفراد العينة

هم من العاملين في مستشفى المبعوثين الخيري كذلك أن (٥%) من أفراد العينة هم

من العاملين في مستشفى بدر التخصصي بمصر الجديدة كذلك أن (٣١%) من أفراد

العينة هم من العاملين في مستشفى الطلبة التعليمي بالجيزة وأخيراً أن

(٢٥%) من أفراد العينة من العاملين بمستشفى حلوان العام .

(٢) يبين الجدول أيضاً أن (٢٦%) من أفراد العينة هم من الأطباء كما أن (٥١%)

من أفراد العينة هم من العاملين بنشاط التمريض كذلك (٧%) من العاملين بمجال

المهن الطبية والفنية وأخيراً (١٦%) من أفراد العينة من العاملين بالإدارة والخدمات .

التكرارات المزدوجة والنسبة المئوية لأفراد العينة
طبقاً للمهن الوظيفية بالمستشفى

م	المستشفى	التكرار والنسبة المئوية	المهن الموجودة بالمستشفى			
			أطباء	تمريض	مهن طبية	إدارة وخدمات
١	مستشفى بولاق الدكرور العام	التكرار	١٠٠	٢٥٠	٢٥	٧٠
		%	%٧	%١٧	%١	%٥
٢	مستشفى المبعوثين الخيري	التكرار	٣٠	٧٠	١٠	٢٠
		%	%٢	%٦	%١	%١
٣	مستشفى بدر التخصصي	التكرار	٢٠	٣٥	١٠	١٥
		%	%١	%٢	%١	%١
٤	مستشفى الطلبة التعليمي بالجيزة	التكرار	١٥٠	٢٠٠	٤٥	٧٠
		%	%١٠	%١٣	%٣	%٥
٥	مستشفى حلوان العام	التكرار	٩٠	٢٠٠	٢٠	٦٠
		%	%٦	%١٣	%١	%٤
—	الإجمالي	التكرار	٣٩٠	٧٥٥	١١٠	٢٣٥
		%	%٢٦	%٥١	%٧	%١٦

بدراسة خصائص العينة من حيث توزيعها على الفئات العمرية والمؤهلات العلمية للمرضى والفئات العمرية والمؤهلات العلمية والخبرات للعاملين بها نجد الآتي :

(أ) العدد والنسبة المئوية لتوزيع عينة البحث من المرضى حسب فئات العمر :

م	فئات العمر	العدد	%	أسباب الاختيار
١	أقل من (٣٠) عام	٥	١٠%	مكب الأحداث
٢	من (٣٠) إلى (٤٠) عام	٧	١٤%	مكب الأحداث
٣	من (٤٠) إلى (٥٠) عام	١٥	٣٠%	مكب الأحداث
٤	أكبر من (٥٠) عام	٢٣	٤٦%	مكب الأحداث
	الإجمالي	٥٠	١٠٠%	

يلاحظ من الجدول الآتي :

- أكبر فئة عمرية من مفردات العينة هي فئة أكبر من (٥٠) عام وبنسبة (٤٦ %) .
- ثم فئة (٤٠ - ٥٠) عام وبنسبة (٣٠ %) .
- ثم فئة (٣٠ - ٤٠) عام وبنسبة (١٤ %) .
- ثم فئة أقل من (٣٠) عام وبنسبة (١٠ %) .

يعتبر هذا التوزيع وتلك النسب المئوية منطقية حيث إن الأعمار المقترحة ذات الحجم الأكبر الذي يمكن أن يتأثر بالمظاهرات سواء تأثيراً مباشراً أو غير مباشر.

(ب) العدد والنسب المئوية لتوزيع عينة البحث من المرضى حسب المؤهل الدراسي :

م	فئات المؤهل الدراسي	العدد	%
١	بكالوريوس فأعلى	٢٥	% ٥٠
٢	ثانوية عامة وما يعادلها	١٠	% ٢٠
٣	أقل من ثانوية عامة	١٥	% ٣٠
	الإجمالي	٥٠	% ١٠٠

من البيانات الواردة بالاستبانة نجد أن :

- الحاصلين على الثانوية العامة وما يعادلها هي النسبة الأقل (٢٠ %)
وبعدد (١٠) حالات .
- بينما يأتي بعدها الحاصلين على أقل من ثانوية عامة وبنسبة (٣٠ %)
وبعدد (١٥) حالة .
- ثم الحاصلين درجة البكالوريوس فأعلى وبنسبة (٥٠ %)
وبإجمالي عدد حالات (٢٥) حالة .

وهذا ما يوضح بأن النسبة الأعلى في المشاركة بالأحداث هي من
الحاصلين على درجات علمية جامعية .

(ج) العدد والنسب المئوية لتوزيع عينة البحث من أجهزة المستشفيات طبقاً لفئات العمر :

م	فئات العمر	التخصصات								
		إداري		مساندة		تمريض		أطباء		
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	
١	أقل من (٣٠) عام	٤٥	٣٣%	١٠	٢٥%	٢٥	٤٢%	٥	١٢.٥%	
٢	(٣٠ - ٤٠) عام	٤٣	٢٧%	٨	٥٠%	٢٠	٣٣%	٥	١٢.٥%	
٣	(٤٠ - ٥٠) عام	٢٩	١٣%	٤	٢٥%	١٠	١٧%	١٠	٢٥%	
٤	(٥٠ - ٦٠) عام	٢٥	١٧%	٥	-	٥	٨%	١٥	٣٧.٥%	
٥	أكبر من (٦٠) عام	٨	١٠%	٣	-	-	-	٥	١٢.٥%	
	الإجمالي	١٥٠	٢٠%	٣٠	١٣%	٦٠	٤٠%	٤٠	٢٧%	

وبالتالي يمكن القول بأن كل طبيب واحد يقابله (١.٥) عنصر تمريض أو (٠.٥) عنصر خدمات مساندة أو (٠.٧٥) عنصر إداري

(أ) العدد والنسب المئوية لتوزيع العينة من أجهزة المستشفى طبقاً للمؤهل العلمي :

الدرجات العلمية												م	
الإجمالي		أقل		ثانوية عامة		بكالوريوس		ماجستير		دكتوراة			
%	محدد	%	محدد	%	محدد	%	محدد	%	محدد	%	محدد		
%٢٧	٤٠	-	-	-	-	%١٩	٢٠	%١٠٠	١٥	%١٠٠	٥	١	الجهاز الطبي (الأطباء)
%٤٠	٦٠	-	-	%٢٥	٥	%٢٣	٥٥	-	-	-	-	٢	جهاز التمريض
%١٣	٢٠	-	-	%٢٥	٥	%١٤	١٥	-	-	-	-	٣	الفنيين
%٢٠	٣٠	%١٠٠	٥	%٥٠	١٠	%١٤	١٥	-	-	-	-	٤	الإداريين
%١٠٠	١٥٠	%٤	٥	%١٣	٢٠	%٧٠	١٠٥	%١٠	١٥	%٣	٥		الإجمالي

وبالتالي يمكن القول بأن كل طبيب حامل درجة الدكتوراه يقابله (٣) من حملة الماجستير أو (٢١) من حملة البكالوريوس أو (٤) من حملة الثانوية العامة

أو (١) عنصر ممكن هم أقل من الثانوية العامة

(ب) العدد والنسب المئوية لتوزيع العينة من أجهزة المستشفى طبقاً لمدة الخبرة :

م	مدة الخبرة بالعمل الطبي	المهن									
		الأطباء		التمريض		الفنيين		الإداريين		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
١	أقل من (٥) سنوات	٥	%١٢.٥	٣٠	%٥٠	٣	%١٥	١٥	%٥٠	٥٣	%٣٥
٢	من (٥) إلى (١٠) سنوات	٦	%١٥	١٠	%١٧	١٠	%٥٠	١٠	%٣٣	٣٦	%٢٤
٣	من (١٠) إلى (١٥) سنة	٧	%١٧.٥	١٥	%٢٥	٤	%٢٠	٣	%١٠	٢٩	%١٩
٤	من (١٥) إلى (٢٠) سنة	٢	%٥	٥	%٨	٣	%١٥	٢	%٧	١٢	%٨
٥	من (٢٠) إلى (٢٥) سنة	١٥	%٣٧.٥	—	—	—	—	—	—	١٥	%١٠
٦	أكبر من (٢٥) سنة	٥	%١٢.٥	—	—	—	—	—	—	٥	%٤
	الإجمالي	٤٠	%٢٧	٦٠	%٤٠	٢٠	%١٣	٣٠	%٢٠	١٥٠	%١٠٠

يلاحظ أن النسبة الأعلى بالنسبة لخبرة العاملين هي أقل من (٥) سنوات بنسبة (٣٥ %) ثم من (١٠ - ٥) سنوات وبنسبة (٢٤ %) ثم من (١٠ - ١٥) سنة بنسبة (١٩ %) ثم من (٢٥ - ٢٠) سنة بنسبة (١٠ %) ثم من (٢٠ - ١٥) سنة بنسبة (٨ %) وأخيراً أكبر من (٢٥) سنة بنسبة (٤ %) إلا أن الملاحظ أن أعلى نسبة خبرة بالأطباء هي من (٢٥ - ٢٠) سنة بنسبة (٣٧.٥ %) بالنسبة للأطباء

د- الأسباب الرئيسية لاختيار العينة :

- (١) إمكانية توزيع وجمع الاستبانة بسهولة وسرعة .
- (٢) إمكانية استرداد الاستبانة بالوقت المحدد في فترة الاسترداد مع سهولة الشرح والمقابلات الشخصية مع الذين تم توزيع الاستبانة لهم .
- (٣) إمكانية الحصول على إجابات دقيقة بحكم عمل الباحث كطبيب في أحد مواقع الاستبانة
- (٤) التمثيل الواقعي والحقيقي لمفردات العينة والتي تجمع بين قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة والموقع الجغرافي بقلب الأحداث .
- (٥) التنوع المتمثل في وجود المستشفى العام والخاص والتعليمي .
- (٦) التنوع الجغرافي في التواجد بأماكن الأحداث بشمال ووسط وجنوب القاهرة .
- (٧) إمكانية الرصد الحقيقي لأثر الأحداث السياسية التي تمت على الأداء الطبي لتحديد مستلزمات إعادة صياغة العمل الطبي بما يتناسب مع مثل هذه الأحداث التي تعتبر حالة نادرة من السلوك العام بالمجتمع.

• رابعا: أدوات البحث العلمي :

لما كانت أدوات البحث العلمي هي أحد الأركان الأساسية بالدراسة حيث يتم الاختيار من بين هذه الأدوات الأداة المناسبة، فإنه سيتم التعرف على مجمل الأدوات المستخدمة بصفة عامة، علما بأنه تم الاعتماد على أداة الاستبانة بشكل رئيسي لجمع البيانات الخاصة بالبحث باعتبار أن هذه البيانات هي نقطة الانطلاق للتحليل والوصول لأهداف البحث، ومن أدوات البحث العلمي الآتي:

١- الأساليب الإسقاطية :

أ- التعريف:

هي وسيلة يؤثر فيها الباحث على المبحوث بجعله يظهر عواطف محددة تجاه مواقف معينة^(٤٥).

ب- أنواع الأساليب الإسقاطية:

(١) الأساليب الإسقاطية المصورة:

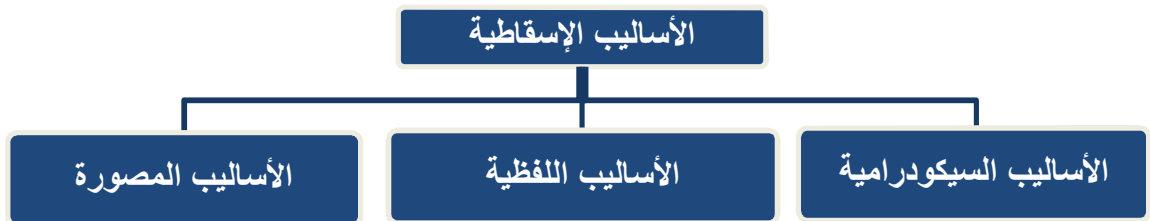
هي الأساليب التي تستخدم صورة أو مجموعة من الصور الغامضة ويطلب من المبحوث أن يذكر ما يرى في الصورة.

(٢) الأساليب اللفظية:

وفيها تستخدم الألفاظ بدلا من الصور.

(٣) الأساليب السيكدرامية:

وهي التي يطلب فيها من الفرد أن يمثل دورا معينا بوقت محدد^(٤٦).



(٤٥) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٨).

(٤٦) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤١٦).

• مغلاج ، توفيق مصطفى ، دور الثقافة الترويجية في أداء رجال البيع ، رسالة ماجستير ، جدة ، المملكة العربية السعودية ، ٢٠١٢

ج- مزايا وعيوب الأساليب الإسقاطية :

(١) المزايا:

- (أ) تفيد في دراسة بعض جوانب الشخصية أو الانفعالات أو الاتجاهات بطريقة يصعب دراستها بالطرق الأخرى مثل الاستبانة والملاحظة والمقابلة^(٤٧).
- (ب) تمتاز بمرونتها وإمكانية استخدامها في مواقف متعددة.
- (ج) تفيد في الدراسات المقارنة حيث يستطيع الباحث إجراء نفس الاختبارات على أفراد من مجتمعات أخرى.
- (د) تخلو من الصعوبات اللغوية التي تواجه الباحث في صياغة الأسئلة^(٤٨).

(٢) العيوب:

- (أ) صعوبة تفسير المعلومات أحيانا.
- (ب) صعوبة تصنيف أو تبويب البيانات المجمعة.
- (ج) احتمال التحيز من قبل الباحث أو المبحوث.
- (د) احتمالية عدم تعاون المبحوثين^(٤٩).

(٤٧) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٩).

(٤٨) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤١٧).

(٤٩) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٩).

٢- الاختبارات:

أ- تعريف الاختبار:

- (١) الاختبار هو: (مجموعة المثبرات - أسئلة شفوية أو كتابية أو رسوم- تعد لتقيس سلوكا ما بطريقة كمية)^(٥٠).
- (٢) ويعرفه آخر بأنه: (مجموعة من المثبرات تقدم للمفحوص بهدف الحصول على استجابات كمية يتوقف عليها الحكم على فرد أو مجموعة أفراد)^(٥١).

ب- أغراض الاختبارات:

- (١) المسح : أي جمع المعلومات والبيانات عن واقع معين.
- (٢) التنبؤ : أي معرفة مدى ما يمكن أن يحدث من تغير على ظاهرة ما أو سلوك ما.
- (٣) التشخيص : وهو تحديد نواحي القوة أو الضعف في مجال ما.
- (٤) العلاج : ونقصد به حل مشكلة ما^(٥٢).

ج- صفات الاختبار الجيد:

(١) الموضوعية، والمقصود بالاختبار الموضوعي:

- (أ) الاختبار الذي يعطي نفس الدرجات مهما اختلف المصححون بغض النظر عن الذي صمم الاختبار.
- (ب) الاختبار الموضوعي تكون أسئلته محددة وإجاباته محددة، بحيث يكون للسؤال الواحد إجابة واحدة.
- (٢) الصدق: والاختبار الصادق هو الذي يقيس الجانب الذي أعد من أجل قياسه.
- (٣) ثبات الاختبار، ويتصف الاختبار بالثبات عندما يعطي نفس النتائج أو نتائج متقاربة إذا طبق أكثر من مرة في ظروف مماثلة^(٥٣).

(٥٠) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٤).

(٥١) باشيوة، الدكتور لحسن عبد الله، البروفيسور نزار عبد المجيد البرواري، الدكتور عدنان هاشم السامرائي، البحث العلمي مفاهيم وأساليب تطبيقات، عمان: مؤسسة الوراق، ٢٠١٠، ص (٤١٨).

(٥٢) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٤).

(٥٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٤٦).

د- خطوات إعداد الاختبار:

من خطوات تصميم الاختبار ما يلي:

- (١) تحديد الهدف أو الأهداف من استخدام الاختبار كأداة لجمع البيانات المطلوبة.
- (٢) تحديد الأبعاد التي سيقاسها الاختبار.
- (٣) تحديد محتوى هذه الأبعاد.
- (٤) صياغة المثيرات المناسبة -أسئلة، رسوم، صور.
- (٥) صياغة تعليمات الاختبار.
- (٦) وضع نظام تقدير درجات الاختبار.
- (٧) إخراج الصورة الأولية للاختبار.
- (٨) تطبيق الاختبار على عينة من أفراد مجتمع الدراسة^(٥٤).

(٥٤) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤٢٠).

٣- الملاحظة :

أ- تعريف الملاحظة:

يمكن تعريف الملاحظة بأنها:

- (١) عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظاهرات والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها، بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات، والتنبؤ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته^(٥٥).
- (٢) أو هي: (إحدى أدوات جمع البيانات، وتعني الانتباه والنظر لشيء ما، وهي أداة من أدوات البحث العلمي تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث واختبار فروضه)^(٥٦).

ب- أنواع الملاحظة^(٥٧):

- (١) تنقسم الملاحظة حسب التنظيم إلى:

(أ) الملاحظة البسيطة:

وهي بداية للملاحظة العلمية، تنجم عنها فرضية تحتاج إلى بحث وتدقيق، وتستخدم في الدراسات الاكتشافية^(٥٨).

(ب) الملاحظة المنتظمة:

وهي الملاحظة العلمية بالمعنى الصحيح، توجهها فرضية معينة أو نظرية محددة، وتتم في ظروف مخطط لها^(٥٩).

(٥٥) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣١٧).

(٥٦) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٧٨).

(٥٧) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٣).

(٥٨) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٢٠).

(٥٩) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٢٠).

(٢) وتنقسم من حيث دور الباحث في الظاهرة إلى (٦٠):

(أ) الملاحظة بالمشاركة:

وهي التي يكون الباحث فيها عضواً فعلياً أو سورياً في الجماعة التي يجري عليها البحث.

(ب) الملاحظة بدون مشاركة:

وهي التي يكون الباحث فيها بمثابة المراقب الخارجي يشاهد سلوك الجماعة دون أن يلعب دور العضو فيها.

(٣) أنواع الملاحظة وفق الهدف (٦١):

(أ) ملاحظة محددة:

وهي التي يكون لدى الباحث تصور مسبق عن نوع البيانات التي يلاحظها أو نوع السلوك الذي يراقبه.

(ب) ملاحظة غير محددة:

وهي التي لا يكون لدى الباحث تصور مسبق عن المطلوب من البيانات ذات الصلة بالسلوك الملاحظ، ليقوم بدراسة مسحية، للتعرف على واقع معين.

(٦٠) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٤).

(٦١) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٤).

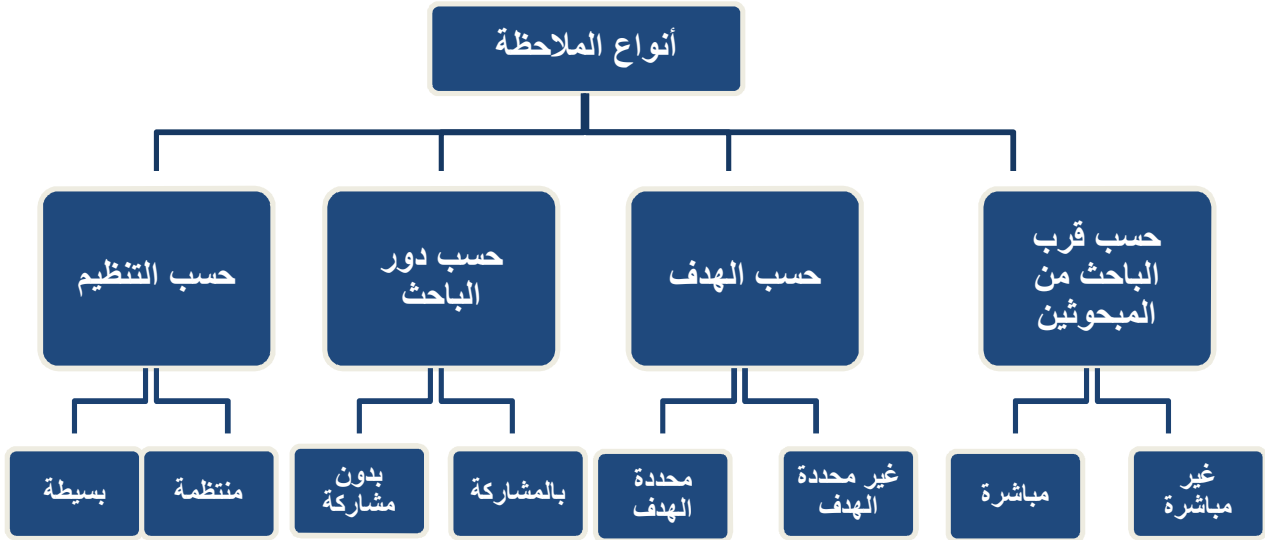
(٤) أنواع الملاحظة وفق قرب الباحث من المبحوثين(٦٢):

(أ) ملاحظة مباشرة:

وهي التي تتطلب اتصال مباشر بالمبحوثين؛ بقصد ملاحظة سلوك معين.

(ب) ملاحظة غير مباشرة:

وهي التي لا تتطلب اتصالا مباشرا بالمبحوثين، وإنما يكفي الباحث بمراجعة السجلات والتقارير ذات الصلة بالسلوك المراقب للمبحوثين.



أنواع الملاحظة

(٦٢) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٤).

ج- مزايا وعيوب الملاحظة:

(١) المزايا:

- (أ) دقة المعلومات بسبب ملاحظة الظواهر في ظروفها الطبيعية.
- (ب) الملاحظة من أكثر وسائل جمع المعلومات فائدة للتعرف على الظاهرة أو الحادثة.
- (ج) دقة التسجيل بسبب إجرائه أثناء فترة الملاحظة.
- (د) أسلوب الملاحظة، الأسلوب الأكثر أهمية في حال عدم التمكن من استخدام أسلوبى المقابلة والاستبيان لجمع المعلومات.
- (هـ) تسمح بالتعرف على بعض الظواهرات أو الحوادث التي قد لا يفكر الباحث أو المبحوث بأهميتها إذا ما تم استخدام الاستبيان أو المقابلة.
- (و) يمكن إجراء الملاحظة على عدد قليل من المفحوصين.

(٢) العيوب:

- (أ) يغير الملاحظون سلوكهم إذا شعروا بإجراء الملاحظة.
- (ب) قد تستغرق الملاحظة وقتا طويلا وجهدا وتكلفة مرتفعة من الباحث.
- (ج) قد يحدث تحيز من الباحث، إما بسبب تأثره بالأفراد أو عدم نجاحه في تفسير ظاهرة ما.
- (د) هناك عوامل دقيقة تؤثر على السلوك في أثناء الملاحظة، مما يؤثر في دقة الملاحظة. (٦٣)

(٦٣) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٢٢).

د- خطوات الملاحظة:

- (١) تحديد أهداف الملاحظة.
- (٢) تحديد السلوك المراد ملاحظتهن لئلا ينتشت انتباه من يقوم بالملاحظة إلى أنماط سلوكية غير مرغوب في ملاحظتها.
- (٣) تصميم استمارة الملاحظة على ضوء أهداف الملاحظة والسلوك المراد ملاحظته، والتأكد من صدقها وثباتها.
- (٤) تدريب الملاحظ في مواقف مشابهة للموقف الذي سيجري فيه الملاحظة فعلا، وبعد ذلك يقوم الملاحظ بتقويم تجربته في الملاحظة واستمارة الملاحظة.
- (٥) تحديد الوقت اللازم لإجراء الملاحظة.
- (٦) عمل الإجراءات اللازمة لإنجاح الملاحظة.
- (٧) إجراء الملاحظة في الوقت المحدد مع استخدام أداة معينة في تسجيل البيانات^(٦٤).

(٦٤) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٤).

٤- المقابلة :

أ- تعريف المقابلة:

يمكن تعريف المقابلة على أنها:

(١) وسيلة من وسائل جمع البيانات، وتعتمد على التفاعل اللفظي بين الباحث والمبحوث^(٦٥).

(٢) أو هي: (تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة، حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات أو التغيرات لدى المبحوث وتدور حول آرائه ومعتقداته)^(٦٦).

(٣) كما تعرف المقابلة، بأنها: (محادثة بين شخصين، يبدوها الشخص الذي يجري المقابلة - الباحث لأهداف معينة - وتهدف إلى الحصول على معلومات وثيقة الصلة بالبحث)^(٦٧).

ب- أنواع المقابلات^(٦٨):

(١) أنواع المقابلات طبقاً لعدد الأشخاص:

(أ) المقابلات الفردية:

ويستخدم هذا النوع إذا كانت المقابلة تتطلب السرية.

(ب) المقابلة الجماعية:

وهي تتم في زمن ومكان واحد، حيث يطرح الباحث الأسئلة وينتظر الإجابة من أحدهم وتكون إجابته بمثابة إجابة للمجموعة.

(٦٥) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٧).

(٦٦) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٧).

(٦٧) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٨٧).

(٦٨) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٩٠).

(٢) أنواع المقابلات طبقاً للموضوع:

- (أ) مقابلات بؤرية، تركز على خبرات معينة.
- (ب) مقابلات إكلينيكية، تركز على المشاعر والحوافز والدوافع المرتبطة بمشكلة معينة.

(٣) أنواع المقابلات طبقاً لطبيعة الأسئلة:

- (أ) مقابلات ذات أسئلة مغلقة وإجابات محددة، مثل: (نعم/ لا) أو اختيار من متعدد.
- (ب) مقابلات ذات أسئلة مفتوحة، تحتاج للشرح والتعبير عن الرأي دون قيود أو إجابات محددة سلفاً.
- (ج) مقابلات ذات أسئلة مغلقة مفتوحة، وهي تمزج بين النوعين السابقين.

(٤) أنواع المقابلات طبقاً للغرض منها:

- (أ) مقابلة استطلاعية مسحية، بهدف جمع بيانات أولية حول المشكلة.
- (ب) مقابلة تشخيصية، أي تحديد طبيعة المشكلة، والتعرف على أسبابها ورأي المبحوث حولها.
- (ج) مقابلة علاجية، أي تقديم حلول لمشكلة معينة.
- (د) مقابلة استشارية، بهدف الحصول على المشورة في موضوع معين.

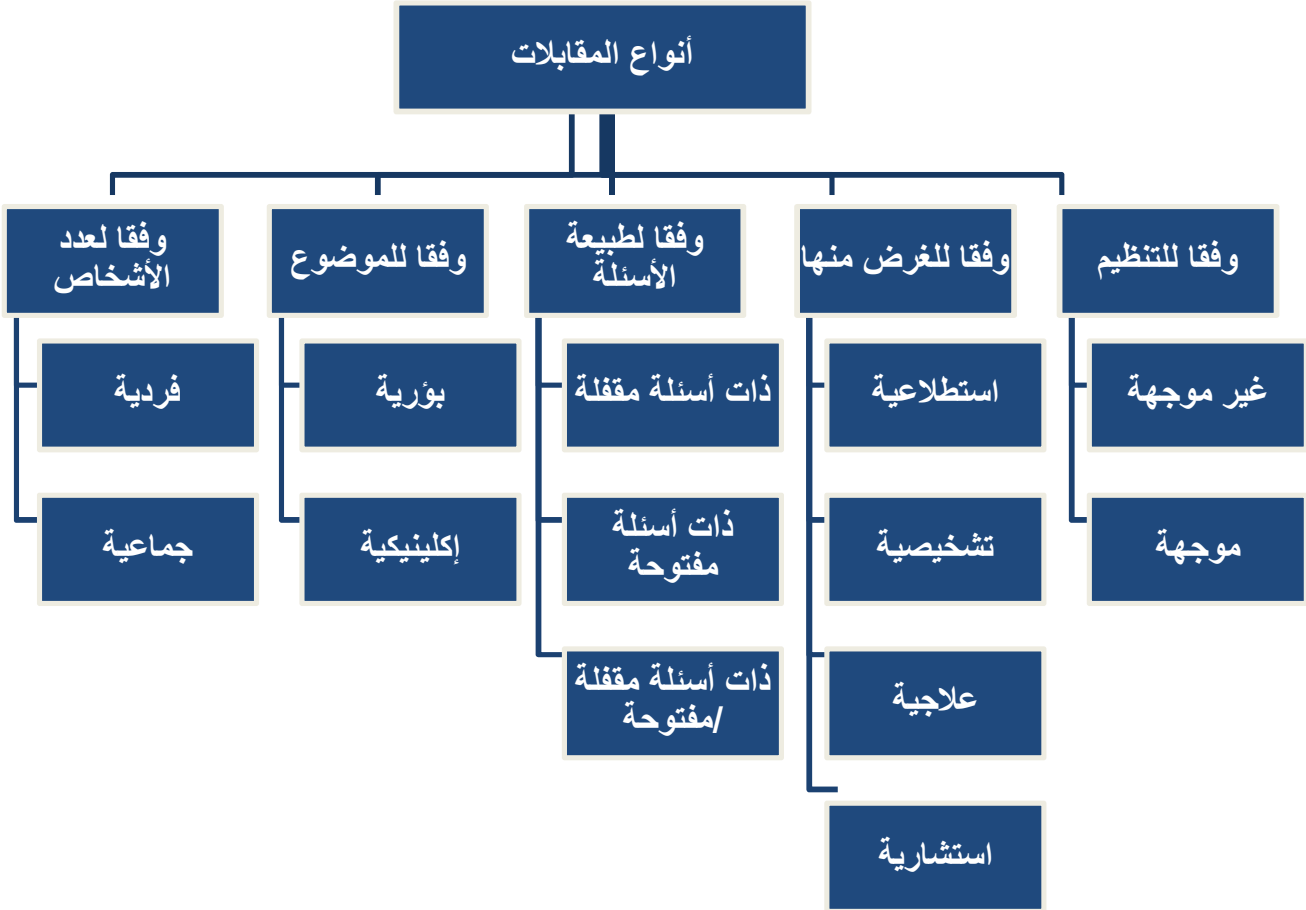
(٥) أنواع المقابلات طبقا للتنظيم:

(أ) المقابلة غير الموجهة:

وتتماز بأنها مرنة كون الباحث يمتلك الحرية في تعديل أسئلته التي سبق وأن أعدها.

(ب) المقابلة الموجهة:

هذه المقابلة تكون موجهة من حيث الأهداف والأشخاص والزمن والمكان.



أنواع المقابلات

ج- مزايا وعيوب المقابلة :

(١) المزايا :

- (أ) تزودنا بمعلومات تكمل طرفا آخر لجمع المعلومات .
- (ب) ارتفاع نسبة المردود مقارنة بالاستبيان .
- (ج) إنها أفضل الطرق الملائمة لتقويم الصفات الشخصية .
- (د) المرونة وقابلية توضيح الأسئلة للمستجيب أو المسئول .
- (هـ) وسيلة لجمع البيانات عن ظاهرات أو انفعالات لا يمكن الحصول عليها بأسلوب آخر .
- (و) إمكانية تطبيقها في فئات معينة كالأطفال مما لا تتمكن منه الاستبانة .
- (ز) يمكن استخدامها مع طريقة الملاحظة للتحقق من المعلومات من المعلومات التي يتم الحصول عليها بأساليب المراسلة .

(٢) العيوب :

- (أ) تحتاج إلى وقت وجهد كبيرين من الباحث.
- (ب) صعوبة الوصول إلى بعض الأشخاص ذوي المركز أو بسبب التعرض للخطر.
- (ج) تأثر المقابلة أحيانا بالحالة النفسية للباحث والمبحوث.
- (د) عدم مصداقية المبحوث أحيانا بهدف الظهور بشكل لائق أمام الباحث.
- (هـ) نجاحها يعتمد على رغبة المستجوب بالحديث^(٦٩).

(٦٩) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٢٥).

د- خطوات إجراء المقابلة (٧٠) :

- (أ) أن يعد الباحث للمقابلة مخططا مفصلا يعين فيه الهدف والتركيز على النقاط التي يجب الكشف عنها والسؤال عن أسبابها ومجرياتها، وأن يكون موضوعيا في جميع ذلك.
- (ب) تحديد زمان ومكان المقابلة.
- (ج) تكوين علاقة بين الباحث والمقابل، بحيث يكون الأول لطيفا مع الثاني صريحا متزنا، دون أي إسفاف أو تعال.
- (د) أن يسعى الباحث إلى الحصول على ثقة وتعاون المقابل.
- (هـ) تدريب الأشخاص المكلفين بإجراء المقابلة، والتأكد من كفاءتهم.
- (و) يجب أن تتم المقابلة في جو مريح للمقابل وأن يمهد له بحديث ودي قصير.
- (ز) يجب أن يحسن المقابل طرح الأسئلة الواضحة البسيطة، كما يحسن الاستماع إلى محدثه، وأن يسمح للمقابل بالكلام بحرية.
- (ح) أن يقوم الباحث بتسجيل البيانات في بطاقة أو استمارة مقننة.
- (ط) أن يكون الباحث موجها ومديرا لمجريات المقابلة.

(٧٠) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٢٤).

أ- أدبيات استخدام الاستبانة :

لما كانت الاستبانة هي الطريقة التي سيتم استخدامها بشكل رئيسي في البحث المقدم، فإنه سيتم تناولها من خلال التعريف بها بشكل عام من حيث الأشكال أو الخطوات أو المواصفات . كما سيتم استعراض الاستبانة التي تم تصميمها للبحث.

(١) تعريف الاستبانة^(٧١):

تعرف الاستبانة على أنها:

- (أ) وسيلة فنية تستخدم لجمع معطيات أو حقائق أو بيانات من عدد معين من الأفراد، بصدد مسألة من المسائل أو موضوع من الموضوعات بقصد التعرف على واقعها وأفكار هؤلاء الأفراد عنها أو آرائهم فيها ومواقفهم منها، ثم تحلل هذه المعطيات أو الحقائق أو البيانات بعد تصنيفات ليتسنى للباحث تفسيرها).
- (ب) أو هي: (تلك الوسيلة التي تستعمل لجمع بيانات أولية وميدانية حول مشكلة أو ظاهرة البحث العلمي).
- (ج) أو هي: (مجموعة من الأسئلة المكتوبة يقوم المجيب بالإجابة عنها وهي أداة أكثر استخداما في الحصول على البيانات من المبحوثين مباشرة ومعرفة آرائهم واتجاهاتهم).

(٧١) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٣٩٥).

(٢) أنواع الاستبانة (٧٢):

هناك أربعة أنواع للاستبانة هي:

(أ) استبانة مغلقة:

يطلب فيها من المبحوث الاختيار من مجموعة من الإجابات مثل نعم أو لا، قليل، نادر.

- مميزات هذا النوع من الاستبانة:

- سهولة وسرعة الإجابة على الأسئلة.
- سهولة تصنيف البيانات المجمعة.
- ارتفاع نسبة المردود.

- أما عيوب هذا النوع:

- تقيد المبحوث في إجابات محدودة.
- هناك مجال إلى الإجابة العشوائية على الأسئلة إذا كان المبحوث لا يعرف الموضوع أو ليس لديه وقت للإجابة.

(٧٢) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤٠٤). وكذلك البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٣٤).

(ب) استبانة مفتوحة:

هي استبانة يترك للمبحوث فيها حرية التعبير عن آرائه بالتفصيل.

- مزايا هذا النوع من الاستبانات:

- تساعد الباحث على التعرف على السباب والعوامل والدوافع التي تؤثر على الآراء والحقائق.
- يمكن استخدامها في حالة صعوبة حصر الإجابات، إذا كان الموضوع معقداً.
- تعطي مجالاً للخلق والإبداع لدى المستجيب.

- عيوب هذا النوع من الاستبانات:

- قد يجيب المبحوث بطريقة تختلف عن قصد الباحث.
- يصعب تصنيف الإجابات وتحليلها من قبل الباحث.
- تدني نسبة الردود على هذا النوع من الاستبانات.
- لا يتحمس المفحوصون عادة للكتابة عن آرائهم بشكل مفصل.
- تفرغ المعلومات من هذا النوع من الاستبانة أمر عسير إحصائياً إن لم يكن مستحيلاً في بعض الأحيان.

(ج) استبانة مغلقة / مفتوحة :

وهي نوع من الاستبانات مكونة من مجموعة من الأسئلة منها مغلقة تتطلب من المبحوثين اختيار الإجابة المناسبة لها، ومجموعة أخرى من الأسئلة مفتوحة.

- مزايا هذا النوع من الاستبانات:

□ يجمع مزايا النوعين السابقين (المغلق والمفتوح).

- عيوب هذا النوع من الاستبانات:

□ يجمع عيوب النوعين السابقين (المغلق والمفتوح).

(د) استبانة مصورة:

هذا النوع يقدم رسوماً أو صوراً بدلاً من الفقرات أو الأسئلة المكتوبة ليختار المبحوثون من بينها الإجابات المناسبة.

- مزايا هذا النوع من الاستبانات:

□ يناسب بعض المبحوثين أو الراشدين محدودي القراءة والكتابة.

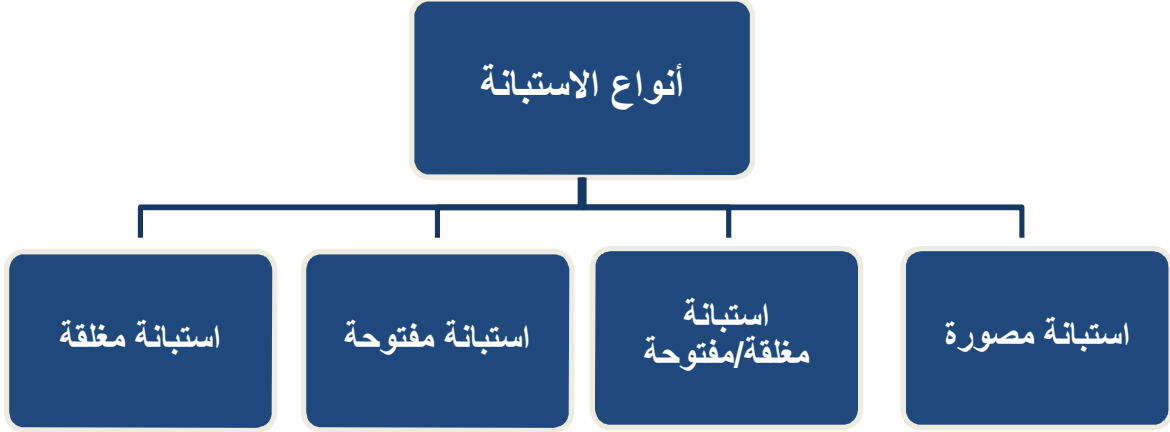
□ الرسوم والصور أكثر إثارة للانتباه والاهتمام من الكلمات المكتوبة.

□ يمكن بواسطة هذا النوع جمع بيانات لا يمكن جمعها بسواها.

- عيوب هذا النوع من الاستبانات:

□ يقتصر استخدام هذا النوع على المواقف التي تتضمن خصائص بصرية.

□ تحتاج إلى تقنين أكثر من أي نوع آخر وخاصة إذا كانت الرسوم أو الصور لكائنات بشرية.



أنواع الاستبانة

(٣) خطوات تصميم الاستبانة:

- (أ) تحديد الهدف من استخدام الاستبانة، وهو في العادة يدور حول أهداف البحث أو أسئلة البحث.
- (ب) اشتقاق فقرات أو أسئلة فرعية ذات صلة بأهداف أو أسئلة البحث.
- (ج) مراعاة الإرشادات اللازمة عند صياغة فقرات أو أسئلة الاستبانة مثل:
 - سهولة الفقرات أو الأسئلة بحيث لا تحتمل أكثر من معنى.
 - البدء بالفقرات أو الأسئلة السهلة ثم الصعبة.
 - تجنب الأسئلة التي توحى بالإجابة.
 - تجنب الأسئلة المحرجة أو المستفزة.
 - التحديد الواعي لفقرات أو أسئلة الاستبانة لئلا يشعر المجيب بالضجر منها.
- (د) تجريب الاستبانة في صورتها الأولية.
- (هـ) التأكد من صدق الاستبانة وثباتها وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المعروفة (٧٣).

(٧٣) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤٠٠).

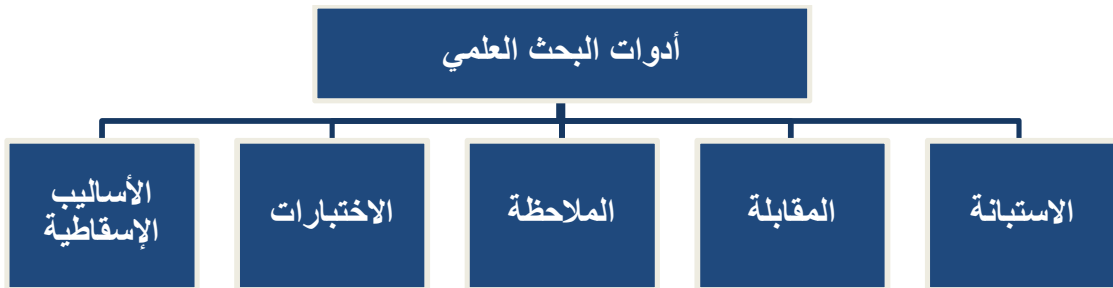
(٤) مميزات وعيوب الاستبانة :

(أ) المميزات:

- توفير الكثير من الجهد والوقت في جمع البيانات، خاصة إذا تم إرسال الاستبانة بالبريد.
- تعطي للمبحوث الحرية في اختيار الوقت المناسب لتعبئة الاستبانة وحرية التفكير، والرجوع إلى بعض المصادر التي يحتاجها.
- قد يقلل من التحيز سواء من قبل المبحوث، أو من قبل الباحث^(٧٤).

(ب) العيوب:

- احتمال تأثر إجابات بعض المبحوثين بطريقة وضع الأسئلة أو الفقرات ولاسيما إذا كانت الأسئلة أو الفقرات تعطي إيحاء بالإجابة.
- اختلاف تأثر إجابات المبحوثين باختلاف مؤهلاتهم وخبراتهم واهتمامهم بمشكلة أو موضوع الاستبانة.
- ميل بعض المبحوثين إلى تقديم بيانات غير دقيقة أو بيانات جزئية نظرا لأنه يخشى الضرر أو النقد.
- اختلاف مستوى الجدية لدى المبحوثين في أثناء الإجابة مما يدفع بعضهم إلى التسرع في الإجابة^(٧٥).



(٧٤) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية، مرجع سابق، ص (٣٣٥).

(٧٥) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٤٠٨).

والوسيلة التي سيتم اعتمادها في هذا البحث لجمع البيانات هي الاستبانة، وذلك لأنها الأنسب في التعامل مع عينة البحث المأخوذة في الدراسة وذلك للأسباب التالية:

- لما تقدمه من مرونة في توقيت الإجابة بما يتناسب مع وقت المعنيين.
 - إمكانية تدخل الباحث لشرح محتويات الاستبانة إن التيسر على المعنيين فهم بعض نقاطها.
 - تحقيق تساوي طرح الأسئلة على المعنيين أكثر من المقابلة مثلاً.
- أما الملاحظة فستكون الاستفادة منها للحكم على صحة الإجابات ودقتها وذلك من خلال ملاحظة الباحث للواقع الذي يعيش فيه مع المعنيين.
- وأما الاختبارات فهي تصلح لاختبار نتائج التدريب أو معرفة مستوى إجابات في مادة معينة .

ب- المضمون العلمي والهيكلية للاستبانة المستخدمة Questionnaire :

قام الباحث باستخدام الاستبانة بالدراسة باعتبارها الآلية الرئيسية للحصول على البيانات كما قام باستخدام أسلوب المقابلات الشخصية كألية مساعدة في بعض الأحيان وطبقاً للحالات ،وقد قام الباحث بتصميم وإعداد الاستبانة ثم العرض على مجموعة من الخبراء لتأكيد صحة التصميم و بالتالي تم إعداد التصميم النهائي ليكون كالآتي :

(١) تقسم الاستبانة إلى ثلاثة أقسام رئيسية باعتبار أن الدراسة تبحث في موضوع الإدارة الحديثة بطرق وأساليب الجودة وفي ظل الأزمات الحالية التي تمر بها البلاد هذا بالإضافة لقسم رابع يشتمل على مجموعة أسئلة مركبة تجمع بين الثلاث أقسام ، لذا كانت الأقسام الرئيسية للاستبانة كالآتي :-

(أ) القسم الأول: ممارسة وظائف الإدارة الحديثة :

والتي تشتمل على مجموعات الأسئلة العامة التالية :

- مجموعة أسئلة عن وظيفة التخطيط .
- مجموعة أسئلة عن وظيفة التنظيم .
- مجموعة أسئلة عن وظيفة القيادة والتوجيه .
- مجموعة أسئلة عن وظيفة المتابعة والتقييم .

هذا بالإضافة إلى اشتمالها على مجموعة أسئلة خاصة بالأنشطة كالآتي :

- مجموعة أسئلة عن نشاط التسويق .
- مجموعة أسئلة عن نشاط إنتاج الخدمة الصحية .
- مجموعة أسئلة عن نشاط الموارد البشرية .
- مجموعة أسئلة عن نشاط العلاقات العامة .
- مجموعة أسئلة عن نشاط الأبحاث والتطوير .
- مجموعة أسئلة عن نشاط الثقافة التنظيمية .

(ب) القسم الثاني: مجموعة الأسئلة الخاصة بمفهوم الجودة الشاملة :

والتي تشتمل على مجموعات الأسئلة التالية :

- مجموعة الأسئلة الخاصة بالمفهوم العام للجودة الشاملة .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بأداء الجهاز الطبي طبقاً لمفهوم الجودة .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بأداء جهاز التمريض طبقاً لمفهوم الجودة .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بأداء الجهاز المساند طبقاً لمفهوم الجودة .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بإحساس المريض بجودة الخدمة .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بتصميم وتنفيذ الإجراءات المختلفة .

(ج) القسم الثالث: مجموعة الأسئلة الخاصة بمفهوم إدارة الأزمات :

والتي تشتمل على مجموعات الأسئلة التالية :

- مجموعة الأسئلة الخاصة بالمفهوم العام لإدارة الأزمات .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بإدارة الأزمات في مرحلة الميلاد .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بإدارة الأزمات في مرحلة النمو .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بإدارة الأزمات في مرحلة النضج .
- مجموعة الأسئلة الخاصة بإدارة الأزمات في مرحلة إنهائها واستعادة الأوضاع .

(د) القسم الرابع: مجموعة الأسئلة المركبة :

والتي تقوم بدراسة أثر كل عنصر من الثلاث على باقي العناصر منفردة أو مجتمعة والتي تشتمل على الآتي :

- أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة .
- أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات .
- أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الاثنين معاً .
- أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة .
- أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد إدارة الأزمات .
- أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الاثنين معاً .
- أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة .
- أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الجودة .
- أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الاثنين معاً .

(٢) تبلغ أعداد الفقرات والأسئلة بالاستبانة (١٥٥) فقرة موزعة كالآتي :

(أ) مفهوم الإدارة الحديثة = ٥٥ فقرة (هي) :

- وظائف الإدارة الحديثة العامة = ٢٥ فقرة .

- وظائف أنشطة الإدارة الحديثة = ٣٠ فقرة .

(ب) مفهوم الجودة الشاملة = ٣٠ فقرة .

(ج) مفهوم إدارة الأزمات = ٧٠ فقرة (هي منها) :

- فقرات ذات مفهوم عام = ٢٥ فقرة .

- فقرات ذات مفهوم مركب = ٤٥ فقرة .

وقد روعي أن تكون عدد الفقرات لكل نقطة أو موضوع (٥) فقرات فقط .

(٣) لقد استخدم الباحث مفهوم ليكرت الخماسي في تصميم الاستبانة باعتباره الأنسب

طبقاً لموضوع البحث كالآتي :

التصنيف	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	على الإطلاق
الترميز	٥	٤	٣	٢	١

(٤) تم استخدام أسلوب الأسئلة المغلقة بالنسبة لاختيارات البدائل دون استخدام أسلوب

الأسئلة المختلطة أو المفتوحة لاعتبارات إمكانات من تشتملهم الاستبانة .

(٥) تم تصميم فقرات الاستبانة لتغطي عبارتها كافة متغيرات البحث المستقلة والتابعة

حتى يمكن قياس تلك المتغيرات بما يمكن توفيره من بيانات أولية .

ج- صدق وثبات الاستبانة :

قام الباحث بتقنين الاستبانة قبل توزيعها على عينة الدراسة وذلك للتأكد من صدقها وثباتها بثلاث طرق كالاتي :

(١) صدق المحكمين والمختصين :

حيث عرض الباحث الاستبانة على عدد من المحكمين يمثلون عينات مصغرة من الأطباء (٨) أطباء ممثلين لإدارة المستشفى بالإضافة إلى عدد (١٥) مريضاً وذلك تحقيقاً لمبدأ صدق للخبراء Trustees Validity . وعلى مجموعة من المهنيين العاملين بالمستشفيات المذكورة وقد قام الباحث بالاستجابة لأرائهم بعد مناقشتها وإجراء التغييرات المناسبة .

(٢) صدق الأنساق الداخلية والتوازن لفقرات الاستبانة مع موضوع البحث :

قام الباحث بحساب الأنساق الداخلية للاستبانة على العينة الاستطلاعية بإجمالي (٤٥) استبانة بواقع (١٥) استبانة عن كل نقطة رئيسية من نقاط الاستبانة وذلك لحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحاور الرئيسية الثلاث والدرجة الكلية لفقراته وأكددت النتائج صدق الأنساق الداخلية وبالتالي صدق المحتوى Content Validities .

(٣) قام الباحث بحساب معاملات الارتباط لجميع فقرات الاستبيان بالمحاور الثلاثة

بواقع (١٥) معامل لكل محور لضمان صدق القياس المستخدم، كما قام أيضاً باستخدام معامل الفاكرونباخ لقياس الثبات و بالتالي ضمان معامل ثبات مقاييس جودة الخدمة من جانب و صلاحية التصميم لقياس المتغيرات من جانب آخر.

المحور الأول : معاملات الارتباط بين فقرات محور المفهوم العام للإدارة الحديثة

م	محتوى الفقرة (التي تم اختيارها)	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
١	اتباع نظم الإدارة العلمية الحديثة	٠.٨٥٥	٠.٠٠٠
٢	إدارة العمل من خلال خطة سنوية إجمالية وخطط تفصيلية	٠.٩٤١	٠.٠٠٠
٣	تقييم رؤية ورسالة وإستراتيجية المستشفى	٠.٧٦٧	٠.٠٠٠
٤	الاهتمام بأثر التنظيمات غير الرسمية	٠.٩٤٢	٠.٠٠٠
٥	يوجد تفويض للسلطات يساعد على العمل	٠.٨٠٧	٠.٠٠٠
٦	ممارسات التنظيم تساعد إيجابياً	٠.٨٦٠	٠.٠٠٠
٧	تهتم المستشفى بالعلاقات التبادلية	٠.٨٠٦	٠.٠٠٠
٨	يوجد بالمستشفى نظام للتحفيز	٠.٩١٤	٠.٠٠٠
٩	تهتم المستشفى بإذكاء روح الابتكار	٠.٩١٩	٠.٠٠٠
١٠	تعتمد المستشفى في الرقابة على التقويم وليس العقاب	٠.٩٥٤	٠.٠٠٠
١١	تحرص المستشفى على رضا العميل	٠.٨٧٢	٠.٠٠٠
١٢	يوجد بالمستشفى معايير للأداء	٠.٨٢٢	٠.٠٠٠
١٣	تحرص المستشفى على استقطاب الكفاءات	٠.٧٧٠	٠.٠٠٠
١٤	تعمل المستشفى على الارتباط بالمجتمع	٠.٧٨٠	٠.٠٠٠
١٥	تمارس إدارة العلاقات العامة دور هام مع المرضى	٠.٧٦٠	٠.٠٠٠

يوضح الجدول أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول (محور الإدارة الحديثة) أن المعامل يتراوح بين (٠.٩٥٤ – ٠.٧٦٠) دالة على مستوى (٠.٠٥) وبذلك تعتبر فقرات المحور الأول صادقة لقياس فقرات الإدارة الحديثة .

المحور الثاني : معاملات الارتباط بين فقرات محور المفهوم العام للجودة

م	محتوى الفقرة (التي تم اختيارها)	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
١	يوجد بالمستشفى معايير محددة للجودة	٠.٩٠١	٠.٠٠٠
٢	يتضمن مفهوم الجودة المقارنة مع المستشفيات المنافسة	٠.٨٢٧	٠.٠٠٠
٣	تقوم إدارة المستشفى بعقد الندوات العلمية	٠.٨٢٤	٠.٠٠٠
٤	يتم الاستعانة بالمستشارين من خارج المستشفى	٠.٨٥٨	٠.٠٠٠
٥	تهتم المستشفى بالطب الاتصالي	٠.٦٢٣	٠.٠٠٠
٦	يتم اختيار جهاز التمريض بعناية كاملة	٠.٧٢٨	٠.٠٠٠
٧	يوجد نظام متابعة للتمريض	٠.٦٩٠	٠.٠٠٠
٨	تحرص إدارة المستشفى على دعم الأجهزة المساندة	٠.٦١٥	٠.٠٠٠
٩	تحرص إدارة المستشفى على عناصر الأمان	٠.٨٠٣	٠.٠٠٠
١٠	تهتم إدارة المستشفى بشكاوى العملاء	٠.٧٣٨	٠.٠٠٠
١١	تشكل أخلاقيات المهنة أحد الأولويات الأساسية	٠.٩١٤	٠.٠٠٠
١٢	تحرص المستشفى على التطوير المستمر	٠.٦٩٠	٠.٠٠٠
١٣	تعمل إدارة المستشفى على توفير الاحتياجات بجودة	٠.٦٨٨	٠.٠٠٠
١٤	تعتمد المستشفى على أسلوب استطلاع الرأي دائماً	٠.٩٤٥	٠.٠٠٠
١٥	تتسم الأسعار بالمعقولية	٠.٦٣٠	٠.٠٠٠

يوضح الجدول أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني (محور إدارة الجودة) أن المعامل يتراوح بين (٠.٦١٥ – ٠.٩٤٥) دالة على مستوى (٠.٠٥) وبذلك تعتبر فقرات المحور الثاني صادقة لقياس فقرات إدارة الجودة .

المحور الثالث : معاملات الارتباط بين فقرات محور المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	محتوى الفقرة (التي تم اختيارها)	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
١	يوجد تخطيط لكيفية إدارة الأزمات	٠.٩٤٤	٠.٠٠٠
٢	يتوفر بالمستشفى قسم لإدارة الأزمات	٠.٩٣٤	٠.٠٠٠
٣	تهتم المستشفى بعملية تصنيف الأزمات	٠.٨٥٣	٠.٠٠٠
٤	تهتم المستشفى بعقد الندوات العلمية عن الأزمات	٠.٨٩٢	٠.٠٠٠
٥	توجد تعليمات تنظم أسلوب العمل مع الأزمة	٠.٧٧٣	٠.٠٠٠
٦	يوجد نظام اتصال عالي المستوى	٠.٨٠٦	٠.٠٠٠
٧	يتم تطبيق التعليمات طبقاً لما تم إعداده بالأزمات	٠.٨٠٨	٠.٠٠٠
٨	هناك استراتيجية لإدارة الأزمات	٠.٨١١	٠.٠٠٠
٩	يتم السيطرة على الأزمة في أقل وقت	٠.٨٥٧	٠.٠٠٠
١٠	فور الاحتواء للأزمة يتم استعادة الأوضاع	٠.٩٧٤	٠.٠٠٠
١١	تحرص المستشفى على التوعية بإدارة الأزمات	٠.٩٦٤	٠.٠٠٠
١٢	المستشفى لها رصيد من المعلومات عن الأزمات	٠.٩٦٨	٠.٠٠٠
١٣	تستخلص المستشفى الدروس المستفادة من الأزمات	٠.٩٤٦	٠.٠٠٠
١٤	توجد تعليمات لإدارة الأزمات من وزارة الصحة	٠.٩٦٩	٠.٠٠٠
١٥	يوجد سهولة في الحصول على الإمكانيات لإدارة الأزمة	٠.٦١٥	٠.٠٠٠

يوضح الجدول أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث (محور إدارة الأزمات) أن المعامل يتراوح بين (٠.٩٦٩ – ٠.٧٧٣) دالة على مستوى (٠.٠٥) وبذلك تعتبر فقرات المحور الثالث صادقة لقياس فقرات إدارة الأزمات .

وقد التقى الباحث بالأعداد المشار إليها سابقاً نظراً لصعوبة الحصول على استمارات أخرى وبالتالي قام الباحث بعمليات الترميز والتفريغ وبالتالي التحليل طبقاً للأساليب الإحصائية المناسبة .

(٤) استخدام معامل الفاكرونباخ لقياس الثبات :

اهتم الباحث على ثبات الاستمارات Reliability أو المقاييس المستخدمة وذلك بعد جمع البيانات بعد الانتهاء من مرحلة التأكيد على صدق بيانات المحتوى بواسطة أسلوب الفاكرونباخ وكانت النتائج كالاتي :

معاملات ثبات مقاييس جودة الخدمة الصحية المقدمة والمتوقعة للمرضى بطريقة الفاكرونباخ :

معاملات ثبات مقاييس جودة الخدمة الصحية المقدمة والمتوقعة للمرضى بطريقة الفاكرونباخ :

عينة رؤساء الأقسام معامل ألفا	عينة المرضى		القياس
	الخدمة المتوقعة	الخدمة المقدمة	
٠.٩٣٦١	٠.٩٦٦٧	٠.٩٥٨٠	إدارة المستشفى
٠.٩١١٣	٠.٩٧٤٢	٠.٩٧٣٧	الأطباء والخدمة الطبية
٠.٩٦٥١	٠.٩٧٥٥	٠.٩٧٣٤	جهاز التمريض
٠.٩٤٢٣	٠.٩٦٢١	٠.٩٥٧٦	جهاز الخدمات المساندة
٠.٩٥٢٣	٠.٩٦١١	٠.٩٥٧٢	الاهتمام بالمريض
٠.٩٥٨٦	٠.٩٣٠٠	٠.٩٢٨٦	تقنيات العمل
٠.٩٨٦٣	٠.٩٨٢١	٠.٩٨٧٨	التجهيزات والاتصالات
٠.٩٧٢٣	٠.٩٩٢١	٠.٩٨٧٨	الإجمالي

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum 5 T^2}{S T^2} \right)$$

$$\text{معامل ألفا} = \frac{\text{عدد العناصر}}{1 - \left(\frac{\text{مجموع تباينات العناصر}}{\text{تباين الدرجة الكلية}} - 1 \right)} =$$

ومن جدول معامل ثبات الفايرونباخ يتضح صدق المحتوى **Content Validity** بعد إجراء التعديلات وثبات نموذج الاستبانة **Reliability** مما يؤكد صلاحية التصميم لقياس المتغيرات حيث أن :

- قيم إدارة المستشفى تتراوح بين (٠.٩٥٨٠) و (٠.٩٣٦١) .
- قيم الأطباء والخدمة الطبية تتراوح بين (٠.٩٧٣٧) و (٠.٩١١٣) .
- قيم جهاز التمريض تتراوح بين (٠.٩٧٣٤) و (٠.٩٦٥١) .
- قيم جهاز الخدمات المساندة تتراوح بين (٠.٩٥٧٦) و (٠.٩٤٢٣) .
- قيم جهاز الاهتمام بالمريض تتراوح بين (٠.٩٥٧٢) و (٠.٩٥٢٣) .
- قيم تقنيات العمل تتراوح بين (٠.٩٢٨٦) و (٠.٩٥٨٦) .
- قيم التجهيزات والاتصالات تتراوح بين (٠.٩٧٨٧) و (٠.٩٨٦٣) .

وبالتالي إجمالي القيم تتراوح بين (٠.٩٨٧٨) و (٠.٩٧٢٣)

وهذا يؤكد صلاحية الاستبانة لتحقيق النتائج

• خامسا: مصادر البيانات وأداة جمعها :

نظراً إلى أن البحث قد اشتمل على جزأين هما الجزء النظري والخاص بأدبيات أركانه سواء المفهوم العام للإدارة الحديثة للمستشفيات أو المفهوم العام لإدارة الجودة الشاملة أو المفهوم العام لإدارة الأزمات وما كتب عنها كذلك جزء تطبيقي ميداني يشتمل على استطلاع رأي المعنيين بالبحث لذا تم بناء الجزء النظري على البيانات الثانوية المنشورة بينما تم بناء الجزء الثاني على تجميع البيانات الأولية من مفردات مجتمع البحث كالآتي :

١- أداة جمع البيانات الثانوية :

يرتكز موضوع البحث طبقاً لما تم توضيحه سابقاً على ثلاث عناصر رئيسية هي المفهوم العام للإدارة الحديثة للمستشفيات والمفهوم العام لجودة الخدمة وإدارة الجودة الشاملة والمفهوم العام لإدارة المنشآت الصحية في ظل الأزمات لهذا قام الباحث بالحصول على البيانات المطلوبة طبقاً لهذه الجوانب من خلال الاطلاع على مختلف الكتب والمراجع والمجلات العلمية والأبحاث والرسائل العلمية المعنية بالمكتبات الأكاديمية كذلك التقارير والنشرات الصادرة من وزارة الصحة ووزارة الاستثمار بالإضافة لخطط التنمية المختلفة .

٢- أداة جمع البيانات الأولية (مجتمع البحث ومفرداته) :

بناء على الإطار الجغرافي لحدود البحث فقد تم تحديد مستشفيات لتكون العينة المنتقاة للبحث وأن يتم الحصول على تلك البيانات من خلال استطلاع رأي إدارة المستشفيات والأطباء والمرضى المقيمين أو المترددين لهذا تم تحديد استمارة استبانة كأداة لجمع البيانات الأولية نظراً لكونها الأداة الأنسب لتحقيق الهدف إلا أنه تم اتباع أسلوب المقابلة الشخصية في بعض الحالات التي تستدعي ذلك باعتبار أن من تم استطلاع رأيهم لا يستطيعون القراءة أو الكتابة وبالتالي تم اتباع أسلوب المقابلة المقننة مع مثل هذه الحالات لذلك أدى هذا لطول فترة عملية جمع البيانات مع بذل الجهد الكبير من جانب الباحث للحد من الجوانب السلبية التي يمكن أن تؤثر على صحة البيانات .

٣- إجراءات جمع البيانات الأولية :

قام الباحث بإتباع الإجراءات التالية في عملية جمع البيانات الأولية :

- أ- تم التنسيق مع الإدارة العامة لكل مستشفى على حدة على توزيع الاستبانة .
- ب- تم توزيع استمارات الاستبانة وإجراء المقابلات المقننة مع التأكيد على الاتصال بين الباحث ومن ثم توزيع الاستبانة عليهم بناء على ذلك تم استرجاع استمارات الاستبانة كما تم تناوله من قبل .

• سادسا: الوسائل الإحصائية :

١- أنواع الأساليب الإحصائية (المقاييس الإحصائية):

أ- مقاييس النزعة المركزية:

مقاييس النزعة المركزية هي المقاييس التي تحاول أن تصف نقطة تجمع المشاهدات، وهناك ثلاثة أساليب يمكن استخدامها هي:

(١) المنوال:

المنوال هو: (القيمة الأكثر تكرارا)(٧٦)، وقد يكون هناك أكثر من منوال ولكن لا ينصح باستخدام أكثر من ثلاثة قيم كمنوال،

ومن خواص المنوال:

- (أ) غير ثابت.
- (ب) يتأثر بطول الفئة.
- (ج) يفضل عندما يكون المقياس اسميا.
- (د) لا يعتمد عليه في حالة الإحصاءات اللاحقة.
- (هـ) لا يتأثر بالقيم المتطرفة.
- (و) لا يأخذ جميع القيم في الحسبان.
- (ز) قد يكون للقيم أكثر من منوال وبالتالي يصعب القياس بالنسبة له^(٧٧).

^(٧٦) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (٥١).

^(٧٧) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٩٢).

(٢) الوسيط:

(يعرف الوسيط بأنه القيمة التي تقسم البيانات إلى مجموعتين متساويتين بعد ترتيبهما تصاعدياً أو تنازلياً)(٧٨).

ومن خواص الوسيط:

- (أ) لا يتأثر بالقيم المتطرفة ولا يتأثر بالقيم الشاذة.
- (ب) يمكن حسابه بيانياً.
- (ج) يستخدم في التوزيعات الملتوية.
- (د) يفضل استخدامه في حالة الفئات المفتوحة.
- (هـ) يأتي بعد الوسط في تأثره بالتقلبات العينية.
- (و) لا يأخذ جميع القيم في الاعتبار.
- (ز) يصعب الاستدلال به منفرداً في الدراسات الإحصائية(٧٩).

(٣) الوسط :

(يعتبر الوسط الحسابي أو المتوسط أو المعدل من أكثر المقاييس استخداماً، ويعرف على أنه القيمة التي لو حلت محل قيمة كل مفردة في المجموعة لكان مجموع هذه القيم مساوياً لمجموع القيم الأصلية، وبلغة بسيطة هو مجموع القيم مقسوماً على عدد تلك القيم)(٨٠).

(٧٨) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٨٨).

(٧٩) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٩٠).

(٨٠) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٨٦).

ومن خواص الوسط الحسابي أنه:

- (أ) يأخذ جميع القيم في الاعتبار وهو شائع الاستخدام.
- (ب) لا يحتاج لإعادة ترتيب البيانات ويحقق صفات المقياس الإحصائي الجيد، من حيث انخفاض مستوى التباين.
- (ج) مجموع انحرافات القيم عن وسطها الحسابي يساوي الصفر، بالإضافة إلى أن مجموع مربعات انحرافات القيم عن وسطها الحسابي أقل من مجموع مربعات انحرافات القيم عن أي مقياس آخر.
- (د) يتأثر بالقيم المتطرفة (الكبيرة والصغيرة).
- (هـ) لا يستخدم في البيانات الوصفية.
- (و) لا يمكن حسابه بالرسم^(٨١).



(٨١) البحث العلمي مفاهيم أساليب تطبيقات، مرجع سابق، ص (٢٨٨).

ب- مقاييس التشتت:

تصف مقاييس التشتت مدى اختلاف أو تباين مجموعة من البيانات (عكس النزعة المركزية) ومن الأفضل دوماً في حالة الأسلوب الوصفي للنزعة المركزية إعطاء وصف التشتت. وهناك ثلاثة أساليب لقياس التشتت سواء في المستوى الاسمي أو الرتبي أو في مستوى الفترات فهناك :

(١) المدى المطلق:

المدى هو: (الفرق بين أكبر قيمة وأصغر قيمة في التوزيع) (٨٢)، ولهذا المدى أهميته في مقارنة التوزيعات المختلفة لمعرفة مدى تشتت الدرجات بشرط أن يكون عدد الدرجات في هذه التوزيعات متساوياً، وخواص المدى:

(أ) سهل الحساب

(ب) يتأثر بالقيم الشاذة بسبب اعتماده على مشاهدتين فقط^(٨٣).

(٢) المدى الربيعي:

هو الفرق بين الربيع الثالث Q3 و الربيع الأول Q1 (٨٤).

^(٨٢) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (١٥٣).

^(٨٣) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (١٥٤).

^(٨٤) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (٦٥).

(٣) الانحراف المتوسط:

هو أحد مقاييس التشتت، ويعرف بأنه (معدل مجموع انحرافات القيم المطلقة عن متوسطاتها) (٨٥)، وخواص الانحراف المتوسط:

(أ) يأخذ كل القيم في الاعتبار.

(ب) يتأثر بالقيم الشاذة .

(ج) يصعب التعامل معه رياضياً.

(٤) الانحراف المعياري:

يعتبر الانحراف المعياري أهم مقاييس التشتت، ويقوم في جوهره على حساب انحرافات الدرجات عن متوسطها، وهو يساوي (الجذر التربيعي لمتوسط الانحرافات)، وخواص الانحراف المعياري:

(أ) سهل الحساب .

(ب) يتأثر بالقيم الشاذة .

(ج) لا يمكن إيجاده بالرسم^(٨٦).

^(٨٥) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (٦٤).

^(٨٦) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (٦٩).

(٥) معامل الاختلاف:

هو مقياس للمقارنة بين تشتت مجموعتين أو أكثر من البيانات المختلفة من حيث وحدات القياس المختلفة، وهو حاصل قسمة مقياس تشتت نسبي (مدى - انحراف ربيعي - انحراف معياري) على مقياس مناسب من مقاييس النزعة المركزية (الوسط - الوسيط - المنوال) بنفس وحدات قياس البيانات، وفي الغالب توجد كنسبة مئوية بضرب المقياس النسبي في ١٠٠ .

$$\text{معامل الاختلاف} = \frac{\text{الانحراف المعياري}}{\text{الوسط الحسابي}} \times 100 \text{ (٨٧)}$$

(٦) الدرجة المعيارية:

الدرجة المعيارية هي انحراف الدرجات عن متوسطاتها الحسابية مقدره بوحدات الانحراف المعياري

$$\text{الدرجة المعيارية} = \frac{\text{الدرجة الخام} - \text{الوسط الحسابي}}{\text{الانحراف المعياري}} \text{ (٨٨)}$$



(٨٧) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (١٦٦).

(٨٨) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (١٧٠).

ج- مقاييس الارتباط :

وهي مقاييس تصف العلاقة بين متغيرين أو أكثر، من حيث طبيعة هذه العلاقة (طردية أم عكسية)، وقوة هذه العلاقة، ومن أهم هذه المقاييس ما يلي:

(١) معامل ارتباط بيرسون:

وهو يستخدم مع المتغيرات المستمرة، وتتراوح قيمته بين -١ و +١، وتدل الإشارة على طبيعة العلاقة بين المتغيرين، أما قيمته فتدل على قوة هذه العلاقة، ويراعى استخدامه عندما تكون العلاقة بين المتغيرين خطية (٨٩).

(٢) معامل ارتباط الرتب سبيرمان:

وهو له نفس خصائص معامل ارتباط بيرسون، ولكنه يستخدم مع المتغيرات الترتيبية (٩٠).

(٣) معامل التوافق:

(يستخدم معامل التوافق عندما تكون المتغيرات المراد إيجاد معامل الارتباط بينها على شكل مجموعات، كذلك يستخدم عندما يتم تقسيم المتغيرات إلى متغيرات تتصف بالثنائية) (٩١).

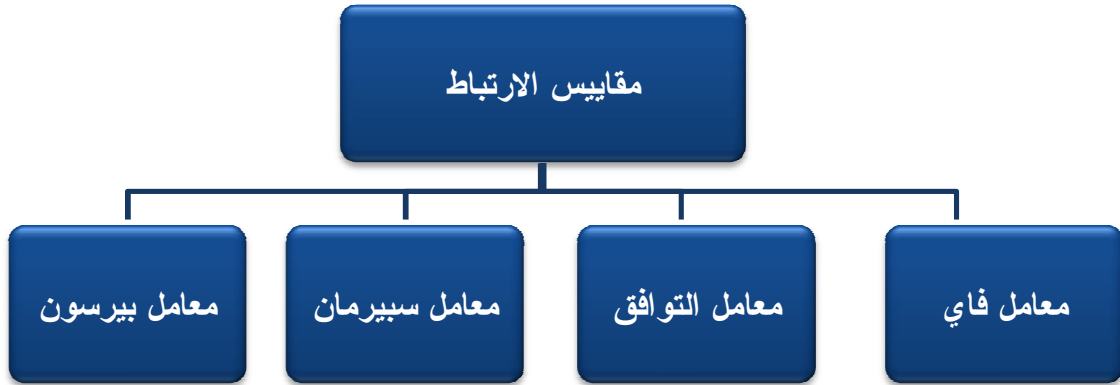
(٨٩) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (١٢٨).

(٩٠) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (١٤٠).

(٩١) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (١٥٢).

(٤) معامل فاي:

إن معامل الاقتران فاي هو حالة خاصة من معامل ارتباط بيرسون ويستخدم هذا المعامل في حالة إيجاد العلاقة بين متغيرين الأول ثنائي حقيقي والثاني ثنائي حقيقي (٩٢).



(٩٢) الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص (١٤٧).

د- مقاييس الدلالة:

من مقاييس الدلالة :

(١) اختبار T:

الغرض منه اختبار أهمية الفرق بين الوسط الحسابي للعينة والوسط الحسابي لمجتمع البحث وذلك لمعرفة شرعية العينة في تمثيلها للمجتمع الذي سحبت منه العينة، ويستخدم في حالة عدم وجود حقول مبوبة، وله علاقة وثيقة ومباشرة مع الوسط الحسابي بأنواعه سواء أكان هذا الوسط بياناته مطلقة أو مبوبة وكذلك له علاقة وثيقة بالانحراف المعياري (٩٣).

(٢) اختبار K^2 :

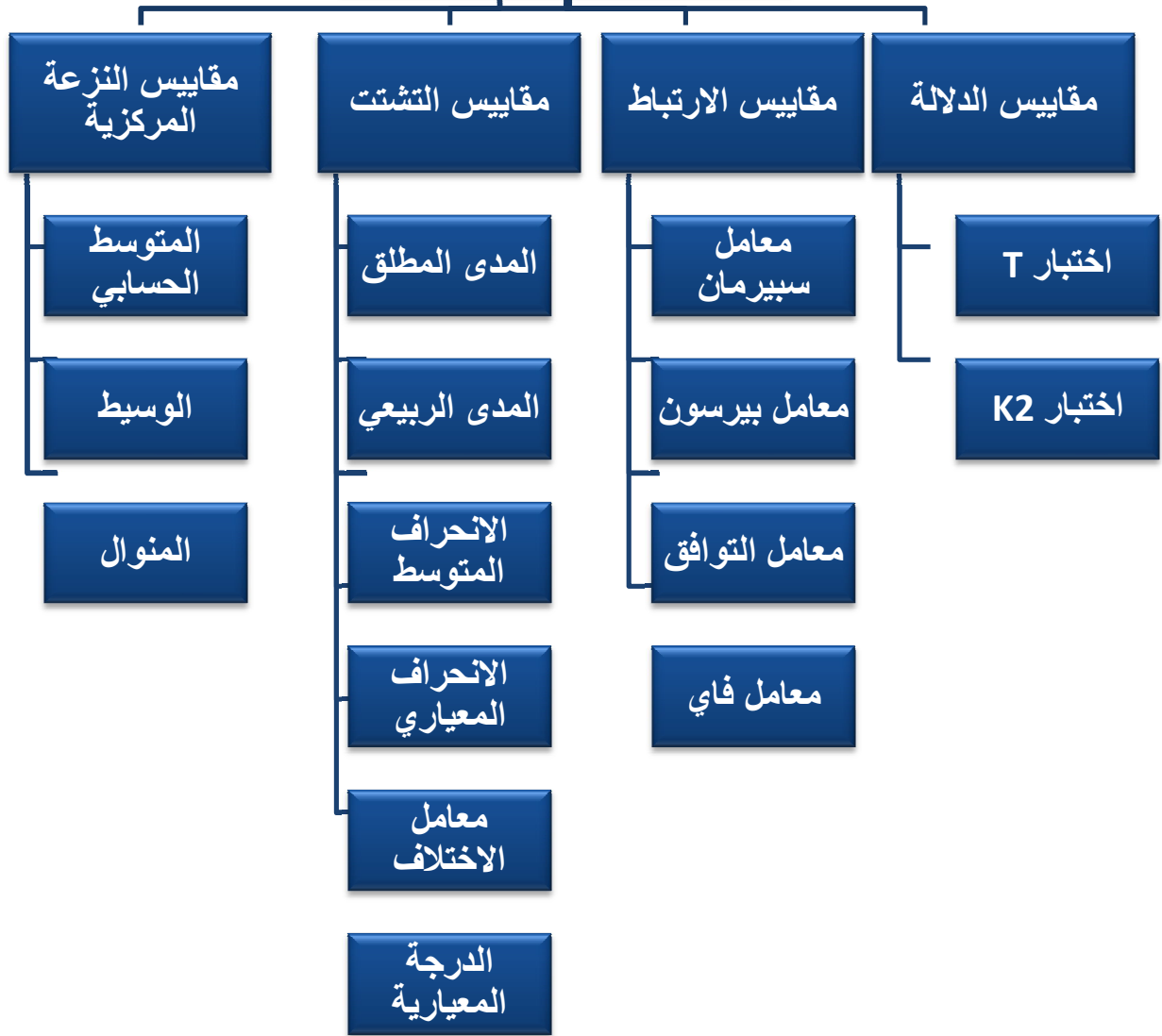
يستخدم مقياس مربع كاي أساسا في قياس مدى التطابق بين توزيعين أحدهما توزيع فعلي لمتغير تم قياسه والآخر توزيع نظري أو متوقع، وعلى ذلك وجه المقارنة يكون بين مجموعتين من البيانات التكرارية إحداهما فعلية والأخرى نظرية (٩٤).



(٩٣) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (٢١٩).

(٩٤) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، مرجع سابق، ص (٢١٠).

مقاييس التحليل الإحصائي



٢- المعالجات الإحصائية المستخدمة بالبحث :

قام الباحث بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج SPSS الإحصائي باعتباره البرنامج الأمثل طبقاً لمتطلبات البحث لذا تم استخدام الطرق الإحصائية التالية :

- أ- طريقة النسب المئوية والمتوسطات والتكرارات .
- ب- اختيار طريقة الفاكرونباخ لتحديد ثبات فقرات الاستبيان .
- ج- استخدام معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق عبارات الاستبانة باعتباره أنسب الطرق لهذا القياس .

الفصل الرابع

عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها

Results and Discussion

• عرض النتائج :

- البيانات الأساسية للمستشفيات المختارة كعينة للبحث .
- تفرغ وتجهيز العبارات الواردة بالاستبانة .

• التحليل الجزئي والكي للنتائج :

- التحليل الجزئي لنتائج الاستبانة .
- التحليل الكلي لنتائج الاستبانة .

• تفسير ومناقشة النتائج :

- إثبات فرضيات البحث .
- التفسير والمناقشة .

أولاً : عرض النتائج :

١- البيانات الأساسية للمستشفيات المختارة كعينة للبحث :

تضم المتغيرات الخاصة بالبيانات الأساسية للمستشفيات المختارة متغيرات ديموجرافية وتغيرات زمانية وتغيرات مكانية حيث تشتمل المتغيرات الديموجرافية على العدد والنسب المئوية لتوزيع عينة البحث على كل من العاملين بالمستشفيات المختارة من جانب والمرضى والمترددين على هذه المستشفيات من جانب آخر وقد تم التركيز في هذه المتغيرات على توزيع العينة لكل منهما طبقاً لفئات العمر والمؤهل الدراسي بالإضافة إلى خبرة العمل الطبي بالنسبة للعاملين بالمستشفيات بقطاع الأطباء والتمريض والخدمات المساندة .

كما اشتملت البيانات الأساسية على توصيف المستشفيات المختارة من حيث الموقع وبالتالي المنطقة التي تخدمها وقد روعي في هذا الاختيار أن يكون موقع المستشفى المختارة في قلب أحداث الأزمات الحالية بالقاهرة في وقف أعداد البحث كذلك روعي تنوع الخدمات الشاملة أو المتخصصة باعتبار أن نسق المستشفيات المتخصصة تالي للخدمات الشاملة كذلك متغيرات الهيكل الوظيفي لهذه المستشفيات من حيث أعداد الجهاز الطبي والتمريض والمهن المساندة والإدارة كما تم ربط كل ذلك بطاقة المستشفيات من حيث عدد الأسرة باعتباره القياس الرئيسي في حساب طاقة المستشفيات كذلك عدد المستفيدين التقريبي من كل مستشفى على حدة وبالتالي استنتاج النسبة المئوية لعدد منتجي الخدمة مع مستهلكيها .

والآتي بعد البيانات الأساسية للمستشفيات والمرضى والمترددين طبقاً لعدد الاستثمارات المساندة والصحيحة وليس طبقاً لكل الموجود .

البيانات الأساسية للمستشفيات التي تم اختيارها بالبحث

م	اسم المستشفى	الموقع	نوع الخدمات المقدمة		المهن الموجودة بالمستشفى					عدد الأسرة	عدد المستفيدين بالآلاف نسمة	النسبة المئوية العاملين والمهن
			شامل	متخصص	أطباء	تمريض	مهن طبية	إدارة وخدمات	الإجمالي			
١	مستشفى بولاق الدكرور العام	القاهرة - بين السريات وبولاق الدكرور	✓		١٠٠	٢٥٠	٢٥	٧٠	٤٤٥	٣٠٠	٧٠٠.٠٠٠	٦٤ / ألف مواطن
٢	مستشفى المبعوثين الخيري	القاهرة - صفت اللين	✓		٣٠	٧٠	١٠	٢٠	١٣٠	١٠٠	٣٠٠.٠٠٠	٤٣ / ألف مواطن
٣	مستشفى بدر التخصصي	مصر الجديدة - الكورية	✓		٢٠	٣٥	١٠	١٥	٨٠	٥٠	١٥٠.٠٠٠	٥٣ / ألف مواطن
٤	مستشفى الطلبة التعليمي بالجيزة	الجيزة	✓		١٥٠	٢٠٠	٤٥	٧٠	٤٦٥	٣٥٠	٢ مليون	٢٣ / ألف مواطن
٥	مستشفى حلوان العام	حلوان	✓		٩٠	٢٠٠	٢٠	٦٠	٣٧٠	٣٠٠	١.٥ مليون	٢٥ / ألف مواطن
	الإجمالي				٣٩٠	٧٥٥	١١٠	٢٣٥	١٤٩٠	١١٠٠	٤.٦٥ مليون	٣٢ / ألف مواطن

تحليل البيانات الأساسية

- النسب بين الأطباء والموظفين طبقاً للعينة (طبيب لكل ١١.٩٢٣) = متوسط عدد الأسرة ٢٢٠ سرير
- النسب بين التمريض والموظفين طبقاً للعينة (ممرض أو ممرضة لكل ٦.١٥٨) = نسبة عدد الأطباء لكل سرير (١) طبيب لكل (١.٨) سرير
- النسب بين الفنيين والموظفين طبقاً للعينة (فني لكل ٤٢.٢٧٢) = نسبة عدد أفراد التمريض لكل سرير (١) تمريض لكل (٤.٣) سرير
- النسب بين الإداريين والموظفين طبقاً للعينة (إداري لكل ١٩.٧٨٧) = نسبة الفنيين لكل سرير (١) فرد لكل (٢) سرير
- الإجمالي (فرد طبقاً للتخصيص بالمستشفى لكل ٣.١٢٠) = نسبة الإداريين لكل سرير (١) فرد لكل (١.٠٦) سرير
- = نسبة إجمالي العاملين لكل سرير (١) فرد لكل (٦.٨) سرير

٢- تفرغ وتجهيز العبارات الواردة بالاستبانة :

تم تفرغ وتجهيز البيانات الخاصة بالاستبانة من خلال خطوات محددة كالآتي :

أ- مراجعة استثمارات الاستبانة :

لضمان صلاحية البيانات الواردة بالاستثمارات المستردة تم مراجعة الآراء سواء بالاستثمارات المستردة من العاملين بالمستشفى أو من المرضى والمترددین كالآتي :

(١) إجمالي الاستثمارات التي تم توزيعها على العاملين بالمستشفى (٢٠٠) استثمارة بواقع (٥٠) استثمارة موزعة على مفردات العاملين (أطباء - جهاز ترميض - جهاز مساند - جهاز إداري) بالتساوي حيث تشتمل كل استثمارة على كامل محاور الاستبانة الثلاث (قواعد الإدارة العامة - قواعد الجودة الشاملة - قواعد إدارة الأزمات) وقد تم استرداد (١٧٠) استثمارة في فترة الاسترداد المحددة ونسبة (٨٥%) إلا أنه تم استبعاد (٢٠) استثمارة بواقع (١٠%) من إجمالي الاستثمارات الموزعة لعدم اكتمال الرأي بالاستبانة وبذلك يكون إجمالي الاستثمارات الفاعلة والمستردة في فترة الاسترداد (١٥٠) استثمارة تم بناء عليها إجراء التحليل .

(٢) إجمالي الاستثمارات التي تم توزيعها على المرضى والمترددین على المستشفيات محل الدراسة (٦٠) استثمارة تختص فقط بالمحور الثاني والخاص بقواعد الجودة الشاملة باعتبار أن محور الإدارة الحديثة أو محور إدارة الأزمات يختص به جهاز المستشفى أما المرضى والمترددین فيمكن أن يعتد برأيهم في مخرجات العملية الخدمية وليس الإجراءات الخاصة بالإدارة باعتبارهم مستهلكين للخدمة وقد تم استرداد (٥٥) استثمارة في فترة الاسترداد المحددة ونسبة (٩٢%) وقد تكون نسبة الاسترداد عالية لأنه تم الاعتماد على المقابلات الشخصية بالإضافة للاستبانة لتوضيحه إلا أنه وبالرغم من ذلك تم استبعاد عدد (٥) استثمارات لم تكتمل وغير واضحة الاختيارات ونسبة (٨%) من إجمالي الاستثمارات التي تم توزيعها ، وبذلك يكون إجمالي الاستثمارات الفاعلة بالنسبة للمرضى والمترددین (٥٠) استثمارة بالإضافة لاستثمارات جهاز المستشفى .

(٣) طبقاً لما تم توضيحه يكون إجمالي الاستثمارات الموزعة (٢٦٠) استثمارة تم استرداد (٢٢٥) استثمارة بواقع (٨٧%) في فترة الاسترداد وتم استبعاد (٢٥) استثمارة ونسبة (١٠%) من إجمالي الاستثمارات لعدم اكتمال الرأي وبذلك يكون إجمالي الاستثمارات الفاعلة (٢٠٠) استثمارة منها (١٥٠) مستردة من جهاز المستشفى الطبي والفني والإداري وتشتمل على محاور الدراسة الثلاث (الإدارة الحديثة - الجودة الشاملة - إدارة الأزمات) وعدد (٥٠) استثمارة مستردة من المرضى والمترددین باعتبارهم مستهلكي الخدمة وتشتمل فقط على قواعد الجودة الشاملة باعتبارها المنتج النهائي من كيفية ممارسة الإدارة الحديثة في ظل الأزمات.

ب- تم ترميز كافة المتغيرات سواء المستقلة أو التابعة وبالتالي تم تفرغ البيانات باستخدام برنامج (SPSS \ win version 8) (Statistical Package for Social Sciences) وقد تم مراجعة البيانات لضمان صحة إدخالها .

ج- تم تطبيق الأساليب الإحصائية التي تم اختيارها طبقاً لما جاء بمنهجية البحث لقياس اتجاهات جهاز المستشفيات بمفرداته الأربعة (الأطباء – جهاز التمريض – الجهاز المساند – الجهاز الإداري) كذلك اتجاهات المرضى والمتريدين .

د- تم استخدام مقياس ليكرت خماسي الوزن المرجح كما سبق توضيحه مع صياغة العبارات في الاتجاه الإيجابي لضمان توحيد الاتجاه خاصة وأن تصاعد الوزن يعني تصاعد القيمة طبقاً للعبارة .

هـ- تم استخدام الحاسب الآلي وحزمة البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SPSS\win) وكما سبق توضيحه باعتباره البرنامج الأكثر شيوعاً في هذا المجال .

و- تم استخدام طريقة الفاجروك للتأكد من سلامة البيانات والعبارات الواردة باستمارات الاستبانة باعتبار أن كل اختيار ثابت يكون صادقاً بينما ليس كل اختيار صادق ثابتاً

ثانياً : التحليل الجزئي والكلّي للنتائج :

١- التحليل الجزئي لنتائج الاستبانة :

إجمالي العبارات التي تناولتها الاستبانة (١٤٩) عبارة موزعة على ثلاثة محاور رئيسية هي محور قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة وإجمالي (٤٩) عبارة منها (١٩) عبارة عن الوظائف الرئيسية للإدارة الحديثة وعدد (٣٠) عبارة عن الأنشطة الرئيسية للإدارة الحديثة ، أما المحور الثاني فهو عن قواعد المفهوم العام من وجهة نظر التخصصات المهنية المختلفة بالمستشفى ، أما المحور الثالث فإجمالي العبارات به كانت (٢٥) عبارة موزعة على المفهوم طبقاً لمراحل نمو الأزمة ، هذا بالإضافة إلى محور رابع يجمع بين أثر كل محور من المحاور الثلاثة كمتغير مستقل على باقي المحاور منفردة ومجمعة كمتغير تابع وإجمالي (٤٥) عبارة وبالتالي يكون إجمالي العبارات كما سبق (١٤٩) عبارة.

وعلى هذا سيتناول الباحث هذه المحاور بالتحليل الجزئي لنتائج الاستبانة الخاصة بها منفردة على أساس أن التحليل الكلّي يجمع بين كل المحاور معاً علماً بأن التحليل التفصيلي للمفردات تم رصده مع كل وظيفة على حدة كما هو واضح بالنماذج :

أ- التحليل الجزئي لمحور قواعد ممارسة الإدارة الحديثة :

(١) قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة :

وظائف الإدارة الحديثة أربع وظائف وهي التخطيط والتنظيم والقيادة أو التوجيه والتقييم وتحليل نتائج عبارات الاستبانة لهذه الوظائف نجد الآتي :

(أ) **وظيفة التخطيط :** يلاحظ أن هناك معرفة عن قواعد ممارسة وظيفة التخطيط وعن أهميتها ولكن معرفة لا ترقى إلا لمستوى الرغبة وليس القدرة وبالتالي يمكن القول بأن هذه الوظيفة تحتاج تفعيلاً من خلال وضع وتحديد آليات التنفيذ والممارسة حتى يتوفر لدى الأجهزة المسؤولة الرغبة مع الإرادة للتنفيذ .

(ب) **وظيفة التنظيم :** يلاحظ أن هناك رغبة وقدرة على مفردات عبارات الاستبانة إلا أن هناك عدم قدرة على إدارة التنظيمات غير الرسمية بمستشفيات العينة والذي يمكن تفسيره بأن إدارة المستشفى قد تميل للمهنية أكثر من الإدارة .

(ج) **وظيفة القيادة و التوجيه :** يلاحظ أن اتباع القواعد الحديثة للإدارة تحظى بنسبة عالية لدى إدارة المستشفى إلا أن هناك تأثير مباشر من تبعات الأزمات التي تعيشها البلاد على استكمال اتباع هذه القواعد خاصة فيما يخص رفع الروح المعنوية لدى العاملين من خلال نظام التحفيز وإذكاء روح الابتكار وبالتالي الاهتمام بالواقع الفعلي على حساب التطوير المستقبلي الذي يعتمد على روح الابتكار والإبداع .

(د) **وظيفة الرقابة و التقييم :** يلاحظ أن عملية الرقابة الصارمة تحظى بنسبة عالية من الممارسة والقدرة في الإدارة في نفس الوقت الذي تحظى فيه فكرة اتباع الأساليب الحديثة بالإدارة على نسبة عالية ويفسر الباحث ذلك بأن هناك رغبة في التطبيق الكامل لقواعد الإدارة الحديثة ولكن الظروف الحالية تجعل إدارة المستشفيات تميل إلى عملية الرقابة والتقييم أكثر من باقي جوانب هذه القواعد مما قد يؤكد أن هناك أثراً مباشراً من الأزمات على الأداء طبقاً للجودة .

(٢) قواعد ممارسة الأنشطة المتخصصة طبقاً للإدارة الحديثة :

(أ) **النشاط التسويقي :** المقصود بالنشاط التسويقي هو قدرة المستشفى على التواجد بالسوق وتقديم نفسها بالشكل الذي تحدده لذا وتحليل العبارات الواردة بالنسبة لهذا النشاط نجد أن هناك حرصاً من المستشفى على رضا العميل الذي هو المريض أو المتردد إلا أن هذا الحرص يقل بالنسبة لقيام إدارة المستشفى بدعم فرق العمل بها بالكفاءات المتخصصة ويمكن للباحث أن يفسر ذلك بأن رغبة وإرادة المستشفيات تلتقيان بالاكتماء بالإمكانات المتيسرة مع محاولة تقديم الأفضل بواسطة هذه الإمكانيات .

(ب) **النشاط الطبي (إنتاج الخدمة الطبية) :** يلاحظ أن هناك حرص من المستشفى على اتباع الأساليب العلمية في عملية إنتاج الخدمة الطبية إلا أن هناك قصوراً في الإمكانيات التقنية والمادية في الأدوات والمعدات المساندة والمساعدة وقد يرجع ذلك إلى عدم تحديث هذه الإمكانيات أو الإقبال العالي نتيجة الأزمات الحالية مما يجعل حجم العمل المطلوب أعلى من طاقة التشغيل المتيسرة .

(ج) **نشاط الموارد البشرية :** يلاحظ أن هناك هيكلًا تنظيميًا وهيكلًا وظيفيًا بهذه المستشفيات إلا أن هناك قصوراً في نظام الأجور والمكافآت وبالتالي هناك صعوبات في ممارسة نشاط الموارد البشرية لمهامه الرئيسية والتي يأتي على رأسها نظام الأجور حيث يؤثر على الروح المعنوية وبالتالي مستوى الجودة وبالتالي أداء الإدارة خاصة في ظل الأزمات الحالية .

(د) **نشاط العلاقات العامة :** يلاحظ أن مفهوم العلاقات العامة لدى هذه المستشفيات مختلف في تفاصيله بين القائمين على هذا النشاط خاصة وأن نشاط برامج الترفيه وعملية الارتباط الإيجابي مع المجتمع ليست واضحة المعالم وقد يكون ذلك ناتج عن حالة الأزمات الحالية والتي قد يكون لها الأثر المباشر في تجميد بعض الأنشطة الهامة .

(هـ) **نشاط الأبحاث والتطوير :** يلاحظ أن هناك إدراكاً لدى هذه المستشفيات بأهمية هذا النشاط ولكن إدراك خاص بالرغبة ولكن لا يرقى لمستوى الإرادة والتنفيذ خاصة في ظل عدم قيام هذه المستشفيات بتدبير متطلبات هذا النشاط ويؤكد هذا التأثير المباشر للأزمات الحالية على الأداء العام لهذه المستشفيات .

(و) **نشاط قيم العمل والثقافة التنظيمية :** يلاحظ أن مفهوم قيم العمل والثقافة التنظيمية بالمستشفيات قاصر على المفاهيم المعنوية سواء المتوارثة بالمستشفى أو التي تعتنقها فرق العمل بها ولكن صياغة هذا المفهوم في أعمال مادية مثل المعلقةات والدوريات وغيرها فهي محدودة جداً مما يستلزم إكمال المنظومة بصياغة الجانب المعنوي بوجود مادي .

ب- التحليل الجزئي لمحور قواعد الجودة الشاملة :

(١) المفهوم العام للجودة الشاملة :

يلاحظ أن هناك تبايناً في المفهوم العام للجودة الشاملة بين الآراء الواردة بالاستبانة حيث نجد أن (٣١%) لديهم مفهوماً إيجابياً وواضحاً بينما (٣٣%) ليس لديهم مفهوم واضح في الوقت الذي فيه (٣٦%) مفهومهم سلبي عن المفهوم العام للجودة ، ويرى الباحث أن ذلك قد يكون عائداً إلى عدم وجود رؤية أو رسالة أو أهداف محددة ومعلنة وملصقة وقد يكون راجعاً لعدم التثقيف العام أو لعدم إعلان قواعد الجودة المحددة بواسطة وزارة الصحة .

(٢) مفهوم الجودة طبقاً لأداء فريق الأطباء :

نلاحظ أن هناك مفهوماً واضحاً لدى الأطباء عن الجودة الشاملة كما أنهم يبذلون قصارى الجهد لتحقيقها إلا أن هذا المفهوم يصطدم بعدم الاستعانة بالمستشارين من خارج المستشفى كذلك عقد الندوات العلمية مع بعض القصور في الأدوات والتقنية الحديثة اللازمة .

(٣) مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز التمريض :

نلاحظ تأرجح المفهوم لدى فريق التمريض بين الذي له مفهومه الخاص والمرتببط بالرغبة في توضيح أن جهاز التمريض يسعى لتحقيق هذا المفهوم بكل جهد وبين الذي ربط هذا المفهوم بعدم اكتمال هيكل التمريض يؤكد ذلك أن نسبة المحايدة وصلت إلى (٣٥%) والتي توضح عدم القدرة على تحديد مفهوم .

(٤) مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة :

نلاحظ أن الإدراك على أهمية الجودة قد حظي على نسبة عالية بالاستبانة ولكن إدراك يصطدم بقصور في بعض الأجهزة والمعدات الطبية والتقنية الحديثة لها وخاصة بالنسبة لعنصر الأمان والحماية الطبية وغير الطبية من التلوث ، ويرى الباحث أنه يمكن إرجاع ذلك إلى حالة الأزمة الحالية والتي ترفع من حجم العمل لأكثر من طاقة التشغيل المتيسرة .

(٥) مفهوم الجودة طبقاً لإحساس واستقبال المريض للخدمة :

يلاحظ أن هناك نقطتين هامتين في استقبال المريض للخدمة وهي إحساسه بأن هناك استخداماً للمريض في التجارب كما أن الخدمة لا تقدم بشكل شامل في الوقت الذي فيه (٢٣%) محايداً والذي يمكن تفسيره بأن مفهوم الجودة لا يعني شيئاً بالنسبة له أو أنه يراعى رأي المستشفى في الرأي الخاص به .

(٦) مفهوم الجودة طبقاً لتصميم وتنفيذ الإجراءات المختلفة بالمستشفى :

يلاحظ ارتفاع نسبة الموافقة على التزام المستشفى باتباع اللوائح والتوجيهات الصادرة من الدولة إلا أن هناك قصوراً طبقاً للآراء وبنسبة (٨٥%) في قيام المستشفيات بتدبير كافة المتطلبات اللازمة لتطبيق هذه اللوائح ، ويؤكد ذلك أن نسبة عالية ترى أنه لا توجد برامج لجودة الخدمات ، ويرى الباحث أن الأزمة الحالية قد يكون لها دور رئيسي في ذلك خاصة وأن الحالة النفسية العامة لدى الجميع تتأثر وتؤثر في الأزمات المحيطة بالمجتمع .

ج- التحليل الجزئي لمحور قواعد المفهوم العام للآزمات :

(١) المفهوم العام لإدارة الآزمات :

نلاحظ أن هناك مفهوماً عاماً وواضحاً لطبيعة الآزمات ومراحل نموها والوقت الأمثل للتعامل معها إلا أن هناك عدم وضوح في مفهوم جوهر وأثر الآزمة على الأداء العام ويرى الباحث أهمية زيادة حجم التوضيح لهذا المفهوم .

(٢) إدارة الآزمة في مرحلة الاكتشاف لها (مرحلة ميلاد الآزمة) :

نلاحظ أن هناك عدم موافقة تصل إلى نسبة (٨٢%) على الإجراءات التنفيذية المتخذة لمواجهة الآزمة الحالية في مرحلة الميلاد بل وأن الفجوة بين الرغبة والقدرة في التعامل مع الآزمة قد وصل إلى نسبة (٤١%) .

(٣) إدارة الآزمة في مرحلة الاستعداد والوقاية (مرحلة نمو الآزمة) :

نلاحظ أن آليات اكتشاف الآزمة والتعامل معها تأتي متأخرة حيث يتم التعامل معها بفكرة رد الفعل بعد ظهور آثارها وليس تحسباً لها أو طبقاً لرؤية مستقبلية كما نلاحظ أن قواعد إدارة الآزمات منخفضة حيث نسبة الرأي في عدم القدرة على إدارة الآزمات في مرحلة الميلاد كانت (١٠%) أصبحت في مرحلة النمو (١٠%) .

(٤) إدارة الآزمة في مرحلة احتواء الآزمة (مرحلة النضج) :

نلاحظ أن أسلوب التعامل مع الآزمات كما سبق توضيحه يتم بفكرة رد الفعل وليس طبقاً لرؤية أو إستراتيجية مسبقة ومحددة ونلاحظ أيضاً أن هناك علاقة طردية بين الإحساس بالآزمة مع إدراك ما يجب عمله بالنسبة لها .

(٥) إدارة الآزمة في مرحلة استعادة الأوضاع وإزالة الآثار المترتبة عليها (مرحلة إنهاء الآزمة):

نلاحظ أن هناك جانباً إيجابياً لدى المستشفيات في الحفاظ على المعلومات الخاصة بالآزمات وتحديد الدروس المستفادة إلا أن عملية احتواء الآزمة وإنهائها لا تتم طبقاً للمنهج العلمي .

٢- التحليل الكلي لنتائج الاستبانة :

يرى الباحث أن تناول التحليل الكلي لنتائج الاستبانة يجب أن يتم من خلال تحليل نتائج تفاعل المحاور الثلاثة معاً بافتراض أن أحد المحاور متغيراً مستقلاً وبالتالي تكون باقي المحاور متغيراً تابعاً سواء بشكل منفرد أو الاثنين معاً على أن يتم ذلك لكل المحاور وبالتالي يكون لدينا (٩) تسع حالات هي :

م	المتغير المستقل	المتغير التابع
١	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد إدارة الجودة الشاملة
٢	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد إدارة الأزمات
٣	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد الاثنين معاً
٤	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد الإدارة الحديثة
٥	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد إدارة الأزمات
٦	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد الاثنين معاً
٧	قواعد إدارة الأزمات	قواعد الإدارة الحديثة
٨	قواعد إدارة الأزمات	قواعد إدارة الجودة الشاملة
٩	قواعد إدارة الأزمات	قواعد الاثنين معاً

ثم من التحليل السابق يتم تناول التحليل الكلي بإجمالي ملخص هذه التفاعلات معاً وعلى ذلك يرى الباحث أن التحليل الكلي سيتم تناوله من خلال حالات التفاعل التسعة بالإضافة للتحليل الكلي النهائي لكل هذه التفاعلات معاً .

أ- التحليل الكلي لتفاعل المحاور مع بعضها :

(١) محور قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل :

(أ) أثر قواعد الإدارة الحديثة (متغير مستقل) على قواعد إدارة الجودة (متغير تابع) :

يلاحظ اعتماد الإدارة الحديثة على قواعد الجودة باعتبارها جزءاً منها وخاصة بالنسبة لحرص المستشفيات على تدبير مستلزمات الجودة من موارد بشرية ومادية ونظم جودة إلا أن هذا الحرص قد وصلت نسبته إلى (٤٧%) إلا أن هناك قصوراً في التنفيذ لهذا الحرص يصل إلى (٥٣%) لذا يرى الباحث أن هناك رغبة تتعادل بشكل ما مع القدرة مما يستلزم زيادة القدرة وبالتالي التنفيذ ورفع نسبة هذا الحرص ليكون واقعاً ملموساً .

(ب) أثر قواعد الإدارة الحديثة (متغير مستقل) على قواعد إدارة الأزمات (متغير تابع) :

يلاحظ أن هناك علاقة ارتباط عضوية بين قواعد الإدارة الحديثة وإدارة الأزمات إلا أن هذه العلاقة تصل لنسبة (٢٧%) كرغبة وتصل إلى نسبة (٧٣%) كقدرة كما نلاحظ أن أعلى نسبة في عدم الموافقة أو في القصور هو توافق إستراتيجية مواجهة الأزمات مع إستراتيجية المستشفيات وبنسبة (٨٠%) وهذا يعني أن هناك ارتباط وتأثير من قواعد الإدارة الحديثة على إدارة الأزمات ولكن في مرحلة الوعي أو الرغبة ولكن لا ترقى لمستوى القدرة .

(ج) أثر قواعد الإدارة الحديثة (متغير مستقل) على قواعد إدارة الجودة وإدارة الأزمات

(متغير تابع) معاً :

تلاحظ العلاقة المتشابكة والمؤثرة باعتبار أن قواعد الجودة الشاملة تمثل قواعد الإدارة الحديثة في تمام أدائها كما أن إدارة الأزمات طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة وبمعايير الجودة الشاملة تمثل قمة الأداء للإدارة الحديثة إلا أن نتائج الاستبانة توضح أن هذا التفاعل يرقى بمفهوم عالي كرغبة لا ترقى لمستوى القدرة سواء من جانب الموارد البشرية أو المادية أو نظم وسياسات العمل ذاته .

(٢) محور قواعد إدارة الجودة الشاملة كمتغير مستقل :

(أ) أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد الإدارة الحديثة :

تلاحظ أن هناك رغبة عالية وقدرة في اعتبار أن قواعد الجودة الشاملة المحددة من قبل الجهات المعنية بالدولة هي أساس تخطيط العمل بها إلا أن هناك (٣٣%) ترى أن معايير الجودة عبارة عن سلوك أكثر منه تعليمات سواء في محل الرغبة أو القدرة وبالتالي يمكن استنتاج أن هناك أثراً واضحاً لقواعد الجودة في تحديد الإدارة الحديثة بالمستشفى .

(ب) أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد إدارة الأزمات :

تلاحظ أن (٥٣%) ترى في نجاح إدارة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة كذلك التعاون مع الأزمات طبقاً لمعايير الجودة يؤثر ذلك على أداء جميع أنشطة المستشفى إلا أن هناك (٨٧%) ترى أهمية اشتغال معايير الجودة باعتبارها متغيراً مستقلاً على قواعد التعامل مع الأزمات مع تحديد معايير الجودة لهذا التعامل .

(ج) أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد الإدارة الحديثة وإدارة الأزمات معاً :

تلاحظ أن (٣٣%) من الآراء توافق على اشتغال خطة الأعمال الرئيسية للمستشفى على خطة إدارة الأزمات وقيام المستشفيات على تدبير متطلبات هذه الخطة طبقاً لقواعد الجودة الشاملة وبالتالي يرى الباحث أن لقواعد الجودة الشاملة أثراً مباشراً على قواعد العمل بالإدارة الحديثة باعتبارها معياراً لهذا العمل كذلك على إدارة الأزمات باعتبار أن التعامل معها طبقاً لمعايير جودة محددة يرفع من قدرة المستشفى في التعامل معها .

(٣) محور قواعد إدارة الأزمات كمتغير مستقل :

(أ) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة :

تلاحظ أهمية رأي المسؤولين عن إدارة الأزمات في تحديد قرارات المستشفى كما أن قواعد إدارة الأزمات من البنود الرئيسية في تقييم أداء المستشفيات وبالتالي إدارة الأزمات تؤثر تأثيراً مباشراً في وظائف الإدارة الحديثة سواء بالنسبة للتخطيط أو التنظيم أو القيادة أو التقييم .

(ب) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الجودة الشاملة :

تلاحظ نسبة الموافقة العالية لـ (٨٧%) على أثر إدارة الأزمات على الأداء العام طبقاً لقواعد الجودة الشاملة بل وترى هذه الآراء أهمية وجود معايير محددة لإدارة الأزمات بجودة شاملة كما تلاحظ حرص إدارة المستشفى على الاحتفاظ على الإمكانيات المخصصة للأزمات بحالة جودة محددة وبهذا يرى الباحث أن لإدارة الأزمات أثراً واضحاً على تحديد معايير الجودة الشاملة سواء في مرحلة الاستعداد أو التعامل .

(ج) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة وإدارة الجودة الشاملة معاً :

تلاحظ الارتباط الوثيق بين القواعد الثلاثة بل ونلاحظ أن أثر إدارة الأزمات في باقي القواعد قد تكون هي الغالبة وقد رأى (٦٠%) أن تحليل الأزمات هو البداية السليمة للتخطيط وتحديد قواعد الجودة الشاملة إلا أن هذه الآثار لها من الرغبة والمعرفة أكثر مما لها من القدرة وبالتالي يكتمل الأداء طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة خلال الأزمات عند تطابق الرغبة مع القدرة .

ب- التحليل الكلي الإجمالي :

(١) العلاقة التفاعلية لقواعد المحاور الأساسية الثلاث (الإدارة – الجودة - الأزمات) :

م	المتغير المستقل	المتغير التابع	النسبة المئوية للأثر		
			موافق	محايد	غير موافق
١	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد إدارة الجودة الشاملة	٤٠ %	٣ %	٥٧ %
٢	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد إدارة الأزمات	١٥ %	١٠ %	٧٥ %
٣	قواعد الإدارة الحديثة	قواعد الاتنين معاً	٢٧ %	٨ %	٦٥ %
٤	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد الإدارة الحديثة	٧٥ %	٢ %	٢٣ %
٥	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد إدارة الأزمات	٢٥ %	٤ %	٧١ %
٦	قواعد إدارة الجودة الشاملة	قواعد الاتنين معاً	٢٢ %	٩ %	٦٩ %
٧	قواعد إدارة الأزمات	قواعد الإدارة الحديثة	٦٧ %	٩ %	٢٤ %
٨	قواعد إدارة الأزمات	قواعد إدارة الجودة الشاملة	٧٩ %	١ %	٢٠ %
٩	قواعد إدارة الأزمات	قواعد الاتنين معاً	٤٩ %	٢ %	٤٩ %
النسبة المئوية للإجمالي			٢٩ %	٧ %	٦٤ %

لاحظ الباحث من خلال الجدول السابق الآتي :

(أ) إن أثر قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل على الجودة الشاملة كمتغير تابع تصل إلى (٤٠%) كما أن أثرها على إدارة الأزمات كمتغير تابع أيضاً (١٥%) وأثرها على كليهما معاً (٢٧%) وهذا يعني انخفاض نسبة الأثر ويرى الباحث أن ذلك يمكن تفسيره بأن كلاً من الجودة الشاملة والأزمات هما من المفردات الرئيسية التي يجب أن تكون ضمن الإدارة الحديثة وبالتالي يظهر أثر المفرد على الجمع أكبر من أثر الجمع على المفرد ويؤكد ذلك عند بحث أثر قواعد الجودة الشاملة أو الأزمات على الإدارة الحديثة .

(ب) إن أثر قواعد الجودة الشاملة كمتغير مستقل على قواعد الإدارة الحديثة كمتغير تابع تصل إلى (٧٥%) وهذا يفسر ما جاء سابقاً في أثر المفرد على الجمع أقوى من أثر الجمع على المفرد ، كما نجد أن أثر قواعد الجودة على إدارة الأزمات حوالي (٢٥%) وهذا أيضاً يمكن تفسيره بأن أحد مفردات الجودة هو معايير الجودة عند التعامل مع الأزمات كذلك نجد أثر الجودة على الاتنين معاً يصل إلى (٢٢%) وبالتالي يمكن القول حتى الآن أن قواعد الجودة الشاملة أكثر تأثيراً على قواعد الإدارة الحديثة وأقل على قواعد إدارة الأزمات .

(ج) إن أثر قواعد إدارة الأزمات كمتغير مستقل على قواعد الإدارة الحديثة كانت (٦٧%) وهذا يؤكد التفسير السابق في علاقة المفرد بالجمع والعكس كما أن أثر الأزمات على الجودة كانت (٧٩%) وهذا يؤكد أيضاً صدق هذه العلاقة وكان أثر الأزمات على الاثنين معاً (٤٩%) .

وبالتالي يمكن استنتاج أن إدارة الأزمات هي الأكثر تأثيراً على باقي المحاور سواء منفردة أو مجتمعة يليها إدارة الجودة الشاملة ثم قواعد الإدارة الحديثة ويرى الباحث أن هذه العلاقة التبادلية منطقية باعتبار أن المفرد يكون أكثر أثراً في الجمع وبالتالي دراسة الأزمات بشكل كامل ثم إعداد قواعد لمعايير الجودة في التعامل معها يجب أن تكون أحد الأركان الرئيسية لوظائف الإدارة الحديثة خاصة في مراحل التخطيط أو التنظيم أو القيادة.

(٢) العلاقة الإجمالية :

لاحظ الباحث أن نسبة الموافقة على مفردات الاستبانة بشكل إجمالي وصلت إلى (٢٩%) أي حوالي الثلث وعدم الموافقة وصل إلى (٦٤%) أي حوالي الثلثين بالإضافة إلى (٧%) متردد لم يستطيع تحديد رأي ، لذا يرى الباحث أن هناك فجوة بين الرغبة والقدرة في التعامل مع المحاور الثلاث وتفاعلهم معاً وبالتالي هناك القناعات بأهمية هذه المحاور وأهمية تفاعلهم ولكن قصور الإمكانيات البشرية والإمكانات المادية ونظم العمل والتي تمثل في مجموعها مثلث الأداء أدى إلى وجود فجوة بين الرغبة والقدرة وبذلك يرى الباحث أهمية تقليص هذه الفجوة لأقل قدر ممكن .

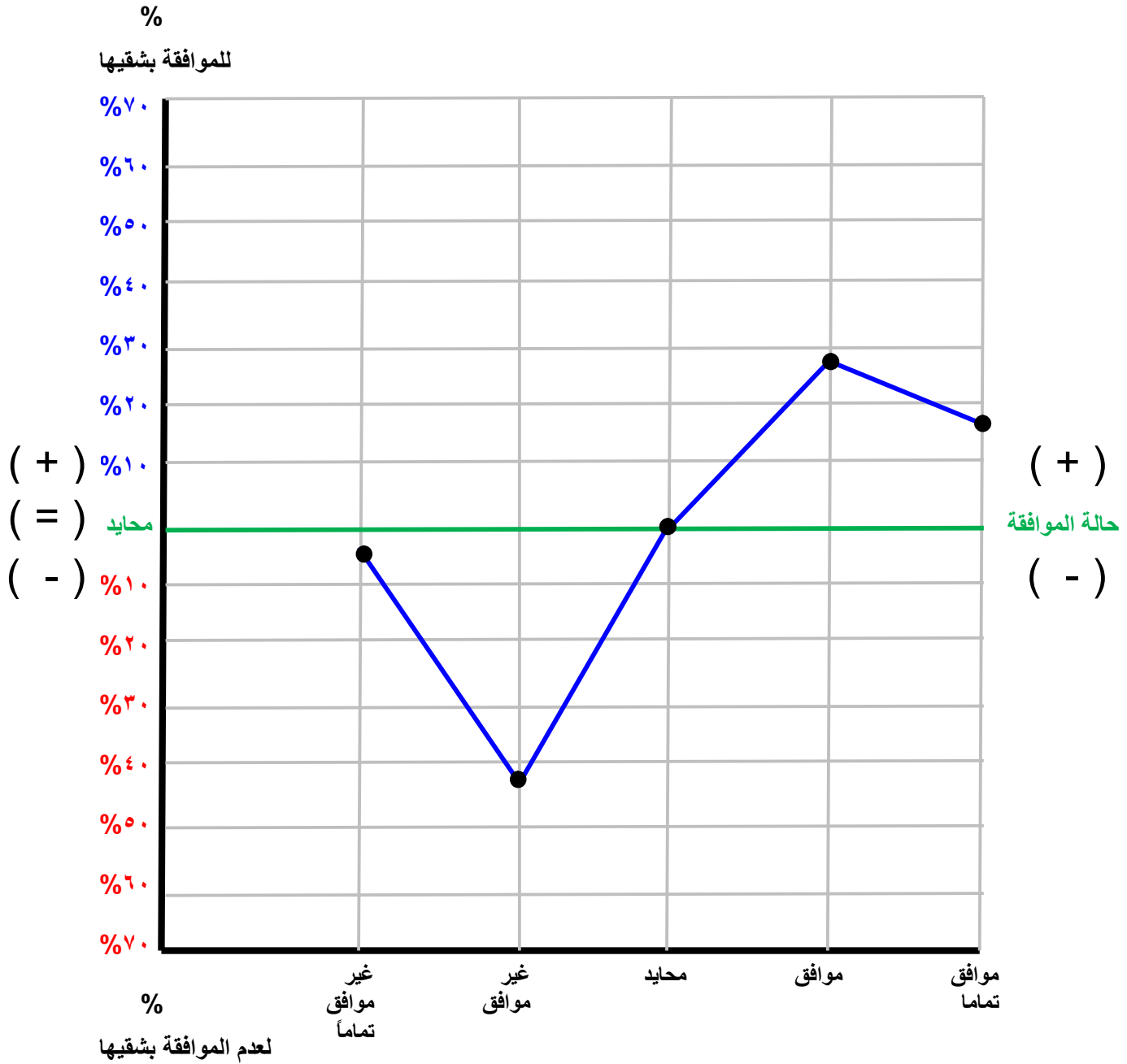
التحليل الإجمالي لقواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		5	4	3	2	1	5/4	2/1
١	أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة (الإدارة متغير مستقل والجودة تابع)	١١٠	١٩٠	٤٠	٣٥٠	٦٠	٤٠%	٥٧%
٢	أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات (الإدارة متغير مستقل والأزمات تابع)	٣٠	٨٠	٨٠	٤٥٠	١١٠	١٥%	٧٥%
٣	أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة والأزمات معاً (الإدارة متغير مستقل والجودة والأزمات تابع)	٩٠	١١٠	٦٠	٣٦٠	١٣٠	٢٧%	٦٥%
٤	أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة (الجودة متغير مستقل والإدارة تابع)	١١٠	٤٥٠	٢٠	١٢٠	٥٠	٧٠%	٢٣%
٥	أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد إدارة الأزمات (الجودة متغير مستقل والأزمات تابع)	٨٠	١١٠	٣٠	٤٤٠	٩٠	٢٥%	٧١%
٦	أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة والأزمات معاً (الجودة متغير مستقل والإدارة والأزمات تابع)	٧٠	٩٥	٦٥	٤١٠	١١٠	٢٢%	٦٩%
٧	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة (الأزمات متغير مستقل والإدارة تابع)	١٤٠	٣٦٠	٣٠	١٢٠	١٠٠	٦٠%	٢٤%
٨	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الجودة (الأزمات متغير مستقل والجودة تابع)	٢٧٠	٣٢٠	١٠	١٣٠	٢٠	٨٠%	٢٠%
٩	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة والجودة معاً (الأزمات متغير مستقل والإدارة والجودة تابع)	١٨٠	١٩٠	١٠	٢٤٠	١٣٠	٤٩%	٤٩%
الإجمالي		١٠٨٠	١٩٠٥	٣٤٥	٢٦٢٠	٨٠٠	-	-
%		١٦%	٢٨%	٥%	٣٩%	١٢%	-	-

التحليل :

- العبارات الموضحة بالاستبانة عبارة عن علاقات تفاعلية بين محاور البحث (الإدارة الحديثة - الجودة الشاملة - الأزمات) بحيث يمكن قياس أثر كل منها كمتغير مستقل على الباقي سواء كمتغير تابع منفرد أو معاً .
- يلاحظ أن هناك تأثيراً لكل محور على المحاور الأخرى إلا أن تأثير قواعد الأزمات هو الأعلى طبقاً لجدول العلاقات التفاعلية .

التحليل الإجمالي لقواعد أثر العناصر الرئيسية
(الإدارة الحديثة - الجودة الشاملة - إدارة الأزمات)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	16%	28%	5%	39%	12%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	17%	29%	—	41%	13%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (95 %)

ثالثاً : تفسير ومناقشة النتائج :

أولاً : إثبات فرضيات البحث :

لقد تم إثبات فروض البحث من خلال تحليل الاستبانة التي تناولت كل الأنشطة والمكونات الأساسية للمحاور الثلاث والمتمثلة في (قواعد الإدارة الحديثة – قواعد الجودة الشاملة – قواعد إدارة الأزمات) ونتائج تفاعل تلك المحاور معاً سواء بشكل منفرد أو بشكل جماعي .

وباعتبار أن تصميم الاستبانة قد تم على أساس الاختيار طبقاً لنظام ليكرت الخماسي لتحقيق فكرة السعة في عملية الاختيار لذا فإن دلالات إثبات فروض البحث قد بنيت على أساس قبول عبارات الاستبانة بشقيه (أوافق تماماً / أوافق) أو عدم القبول بشقيه أيضاً (لا أوافق تماماً / لا أوافق) .

تم الأخذ في الاعتبار تأكيد هذه الدلالات من خلال التفرقة بين الرغبة والإرادة والتي تؤدي لوجود أربعة خيارات في حالة تفاعلها معاً طبقاً لتصميم المصفوفة كالاتي :

- وجود كل من الرغبة والإرادة .
- وجود الرغبة مع عدم وجود الإرادة .
- وجود الإرادة مع عدم وجود الرغبة .
- عدم وجود كل من الرغبة والإرادة .

لهذا أخذ الباحث في الاعتبار هذه التفاعلات عند إعداد الدلالات على فروض البحث والتي يمكن إثبات صحتها في الآتي :

١- الفرضية الأولى :

أ- نص الفرضية : (هناك علاقة تبادلية وتفاعلية بين كل من قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة للأداء في ظل إدارة الأزمات) .

ب- إثبات الفرضية :

لقد ثبت وجود هذه العلاقة التبادلية التفاعلية بين القواعد الثلاث من خلال تحليل مفردات الاستبانة حيث نجد أن عملية الموافقة على بعض عبارات الاستبانة بشقيها (موافق تماماً / موافق) وفي نفس الوقت وجود عدم موافقة بشقيها (غير موافق / غير موافق تماماً) وينسب عالية لبعض العبارات مع وجود نسب محدودة من نسب الحيادية طبقاً لنتائج الاستبانة وباعتبار أن الموافقة وعدم الموافقة هي المؤشر على وجود العلاقة التفاعلية وأن الحيادية تعبر عن فكرة عدم وجود العلاقة خاصة وأن نسبة الحيادية في الإجمالي تصل إلى (٧%) فقط وبالتالي نسبة التفاعل بشقيه الموافقة وعدم الموافقة تصل إلى (٩٣%) وهذا يؤكد صحة الفرضية الأولى والتي تعبر عن وجود علاقة تفاعلية تبادلية بين قواعد المحاور الثلاث (الإدارة الحديثة – إدارة الجودة – إدارة الأزمات) .

٢- الفرضية الثانية :

أ- نص الفرضية : (إن المفاهيم العامة لكل من قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة وإدارة الأزمات بالمستشفيات لا ترقى إلى مستوى المعيارية العالمية) .

ب- إثبات الفرضية :

طبقاً لتحليل نتائج الاستبانة بالنسبة للمفاهيم العامة للقواعد الثلاثة والتي تمثل محاور البحث الرئيسية نجد الآتي :

(١) إن نسبة الموافقة على وجود (رؤية ورسالة وإستراتيجية) للمستشفى باعتبارها المدخل الحقيقي للإدارة الحديثة لا تصل إلا لنسبة (١٧%) خاصة وأن نسب الوظائف الرئيسية للإدارة الحديثة تؤكد ذلك فنسب الموافقة بشقيها على مفهوم التخطيط (٣٨%) والتنظيم (٤٧%) والقيادة والتوجيه (٤٤%) والرقابة والتقييم (٤٩%) وبالتالي فإن المفهوم العام لمفردات ووظائف الإدارة الحديثة يتأرجح بين الفهم العام والفهم المتخصص طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة .

(٢) كما أن نسبة الموافقة على وضوح المفهوم العام بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة (٣١%) في نفس الوقت وعند تحليل رأي مفردات كوادر المستشفى من أطباء وتمريض وغيرهم نجد إجمالي هذه المفردات طبقاً للتخصصات (٢٣%) وهذا ما يؤكد عدم وضوح الفهم الشامل بالنسبة لفكرة الجودة الشاملة .

(٣) أما مفهوم الأزمة فقد وصلت نسبة الموافقة بشقيها كمفهوم عام إلى (٥٩%) وهذه نسبة تؤكد الفهم العام إلا أنه قد يكون نابعاً من أثر الحالة العامة التي تعيشها المستشفيات حالياً يؤكد ذلك أنه عند تحليل النتائج الإجمالية لهذا المفهوم لكل مراحل الأزمات نجد أن نسبة الموافقة (٣٩%) فقط وهذا ما يؤكد أن المفهوم العام لإدارة الأزمات قد يكون انعكاساً للحالة العامة حالياً .

وبالتالي يمكن القول بأنه في حالة أن المفهوم العام لقواعد الإدارة الحديثة لا يرقى للمفهوم العلمي المعياري وأن المفهوم العام للجودة الشاملة لا يرقى أيضاً لهذا المفهوم في نفس الوقت نجد أن مفهوم إدارة الأزمات قد تم تكوينه من خلال الوضع الراهن وليس طبقاً للمفهوم قبل حدوث الأزمات ، و عليه نجد أن هذه الفرضية صحيحة وأن المفهوم العام للقواعد الثلاثة لا ترقى لمستوى المعيارية .

٣- الفرضية الثالثة :

أ- نص الفرضية : (هناك اختلاف في مدى تأثير كل محور من محاور البحث الثلاث عند اختيار المحور كمتغير مستقل واعتبار المحورين الآخرين متغير تابع) .

ب- إثبات الفرضية :

بتحليل نتائج الاستبانة تفصيلاً وإجمالياً نجد الآتي :

(١) إن نسبة الموافقة بشقيها عن أثر قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل على قواعد الجودة الشاملة كمتغير تابع تصل إلى (٤٠%) في نفس الوقت نجد أن نسبة الموافقة بشقيها عن أثر قواعد الجودة الشاملة كمتغير مستقل على قواعد الإدارة الحديثة كمتغير تابع تصل إلى (٧٥%) بهذا يمكن القول بأن هناك تأثير متبادل بينهما إلا أن تأثير الجودة قد يكون أكبر منه بالإدارة الحديثة .

(٢) إن نسبة الموافقة بشقيها على أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات يصل إلى (١٥%) باعتبار أن قواعد الإدارة الحديثة متغير مستقل وإدارة الأزمات متغير تابع إلا أنه في حالة اعتبار قواعد إدارة الأزمات هي المتغير المستقل والإدارة الحديثة هي المتغير التابع نجد أن هذه النسبة (٦٧%) وبالتالي يمكن القول بأن هناك تأثير متبادل إلا أن أثر الأزمات هو الأعلى في العلاقة .

(٣) إن نسبة الموافقة بشقيها على أثر إدارة الجودة كمتغير مستقل على قواعد إدارة الأزمات كمتغير تابع نجد أنها (٢٥%) إلا أنه في حالة اعتبار إدارة الأزمات هي المتغير المستقل والجودة هي المتغير التابع نجد أن هذه النسبة (٧٩%) وبالتالي هناك علاقة تفاعل تبادلية ولكن هناك اختلاف في الأثر .

(٤) عند قياس أثر قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل على كل من إدارة الجودة وإدارة الأزمات معاً كمتغير تابع نجد أن النسبة (٢٧%) وعند قياس أثر قواعد إدارة الجودة كمتغير مستقل على كل من الإدارة الحديثة وإدارة الأزمات معاً كمتغير تابع نجد أن النسبة (٢٢%) وعند قياس أثر قواعد إدارة الأزمات كمتغير مستقل على كل من الإدارة الحديثة وإدارة الجودة معاً كمتغير تابع نجد أن النسبة (٤٩%) .

وبالتالي يمكن القول بأن هناك اختلاف في مدى تأثير كل محور من محاور البحث الثلاث على باقي المحاور عند اعتباره متغيراً مستقلاً والباقي متغيراً تابعاً .

٤- الفرضية الرابعة :

أ- نص الفرضية : (إن هناك اختلافاً في المفاهيم بين الرغبة في وجود قواعد البحث بالشكل الشامل والكامل والمعياري وبين القدرة على تحويل الرغبة إلى واقع فعلي) .

ب- إثبات الفرضية :

من المؤكد أن أركان الفعل هما الرغبة والقدرة حيث يتفاعلهما معاً في شكل مصفوفة يمكن استنساخ أربعة حالات بالنسبة لإتمام الفعل من عدمه .

الرغبة	عالية	يحتاج إمكانات	اكتمال الفعل
	منخفضة	لا يوجد فعل	يحتاج تحفيز
		منخفضة	عالية
		القدرة	

لهذا تم تصميم عبارات الاستبانة لقياس حالات القدرة والرغبة وبالتالي وتحليل نتائج الاستبانة نجد الآتي :

(١) قواعد وظائف الإدارة الحديثة :

(أ) بمقارنة نتائج العبارات الواردة في وظيفة التخطيط نجد أن نسبة الموافقة في العبارة الخاصة باتباع النظم العلمية الحديثة بالتخطيط (٦٣%) وهذه رغبة في الوقت الذي فيه نسبة الموافقة على وجود رسالة ورؤية (١٧%) ووجود خطة سنوية فعلياً (٣٣%) وهذه قدرة .

(ب) في وظيفة التنظيم نجد أن نسبة الموافقة على اتباع الأساليب العلمية (٦٠%) وهذه رغبة بينما الاهتمام بالتنظيمات غير الرسمية (٢٠%) وهذه قدرة .

(ج) في وظيفة القيادة والتوجيه نجد أن نسبة الموافقة على حرص المستشفى على الأساليب العلمية (٦٠%) وهذه رغبة بينما نسبة وجود خطة تحفيز (٢٠%) وهذه قدرة .

(د) في وظيفة الرقابة والتقييم نجد أن نسبة الموافقة على حرص المستشفى على اتباع الأساليب العلمية للوظيفة (٦٧%) وهذه رغبة بينما استخدام آليات الرقابة والتقييم (١٠%) فقط وهذه قدرة .

(٢) قواعد أنشطة الإدارة الحديثة:

(أ) في ممارسة الإدارة لنشاط التسويق نجد أن نسبة الموافقة على حرص المستشفى على رضا العملاء (٦٠%) وهذه رغبة بينما دعم فرق العمل بالكفاءات لتحقيق هذا الرضا تصل النسبة إلى (٠%) وهذه قدرة .

(ب) في ممارسة الإدارة للنشاط الطبي نجد أن نسبة الموافقة في حرص المستشفى على اتباع الأساليب العلمية لإنتاج الخدمة (٧٣%) وهذه رغبة بينما الاهتمام بالجانب التقني (١٣%) وهذه قدرة .

(ج) في مجال ممارسة الإدارة لمهام الموارد البشرية نجد حرص المستشفى على استقطاب الكفاءات (٣٣%) وهذه رغبة بينما وجود نظام أجور ومكافآت مناسب (١٣%) وهذه قدرة .

(د) في مجال ممارسة نشاط العلاقات العامة نجد أن نسبة حرص المستشفى على تفعيل هذا النشاط (٣٣%) وهذه رغبة بينما ممارسة الدور فعلياً من خلال برامج وأنشطة ترفيحية (١٣%) فقط وهذه قدرة .

(هـ) في مجال نشاط الأبحاث والتطوير نجد أن نسبة إدراك المستشفى لأهمية النشاط (٤٧%) بينما توفير الإمكانيات (٢٠%) وهذه قدرة .

(و) في مجال القيم والثقافة التنظيمية نجد أن نسبة الموافقة على وجود قيم وعادات بالمستشفى (٦٠%) بينما ميل العاملين على العمل لمدد أطول (٢٠%) وهذه قدرة .

(٣) قواعد الجودة الشاملة :

في مجال قواعد الجودة نجد أن مفهوم الجودة باعتبارها التزام بمعايير محددة (٥٠%) بينما وجود معايير فعلية (١٥%) فقط وهذه قدرة .

(٤) قواعد إدارة الأزمات :

في مجال قواعد الأزمات نجد أن المعرفة بمراحل نمو الأزمات (٦٧%) بينما اعتبار أن الأزمة نقطة تحول (٤٠%) .

وهكذا نجد أن هناك تباين بين الرغبة والقدرة حيث تعبر الرغبة عن مبادئ ومعرفة بينما القدرة على إمكانيات محددة وهذا يؤكد صحة الافتراض الرابع .

٥- الفرضية الخامسة :

أ- نص الفرضية : (إنه في ظل الأزمات يكون الاهتمام الأكبر لإدارة هذه الأزمات وبالتالي تصبح إدارة الأزمات هي المتغير المستقل لكل من إدارة الجودة والإدارة الحديثة باعتبارهما متغيرين تابعين) .

ب- إثبات الفرضية :

بتحليل أثر كل قاعدة من القواعد الثلاث نجد الآتي :

(١) أثر قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل على الجودة والأزمات معاً كمتغير تابع نجد أن نسبة الموافقة (٢٧%) .

(٢) أثر قواعد الجودة الشاملة كمتغير مستقل على الإدارة الحديثة والأزمات معاً كمتغير تابع نجد أن نسبة الموافقة (٢٢%) .

(٣) أثر قواعد إدارة الأزمات كمتغير مستقل على الإدارة الحديثة والجودة معاً كمتغير تابع نجد أن نسبة الموافقة (٤٩%) .

يؤكد ذلك أن هناك تأثيراً متبادلاً إلا أن تأثير الأزمة هو الأقوى عند المقارنة وهذا ما يثبت صحة الفرضية .

٦- الفرضية السادسة :

أ- نص الفرضية : (توجد فروق جوهرية بين اتجاهات وإحساس المرضى والمقيمين { العملاء } من جانب واتجاهات مسؤولي الإدارة وخاصة الأطباء بالنسبة لمفهوم جودة الأداء بشكل عام) .

ب- إثبات الفرضية :

بتحليل نتائج الاستبانة بالنسبة لمفهوم الجودة لدى الأطباء والعملاء نجد الآتي :

(١) إن نسبة الموافقة على العبارات المتكاملة والمتشابهة بينهما مختلفة فعلى سبيل المثال نجد أن رأي الأطباء في أنهم يقومون ببذل الجهد وفهم الاحتياجات المعنوية للعملاء تصل نسبة الموافقة فيه إلى (٣٥%) بينما بالطرف الآخر بالنسبة للمرضى نجد أن نسبة الموافقة بشقيها على أن الخدمة تقدم لهم طبقاً لقواعد الجودة (١٢.٥%) فقط وبالتالي هناك اختلاف بين منتج الخدمة ومستقبل الخدمة .

(٢) نسبة الموافقة من وجهة نظر الأطباء على أن الخدمة تقدم طبقاً لمعايير الجودة (١٥%) بينما تقديم الخدمة من خلال التعرف على رأي المرضى بإجراء استطلاعات الرأي المستمرة والتي هي من العناصر الرئيسية لتحديد مستوى الخدمة تصل إلى (٥%) من وجهة نظر المرضى وبالتالي نسبة رفض العيادة (٨٥%) .

(٣) يرى الأطباء أن إدارة المستشفى تقوم بعقد الندوات العلمية لتبادل الخبرات ورفع مستوى العمل الطبي بنسبة (٢٠%) بينما يرى المرضى أن المستشفى تتعامل معهم باعتبارهم مجالاً للتجارب بنسبة عدم موافقة (٣٠%) .

و هذا يؤكد صحة الفرضية السادسة .

جدول إثبات فرضيات البحث

م	الفرضية	الإثبات	النتيجة
١	هناك علاقة تبادلية وتفاعلية بين كل من قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة للأداء في ظل إدارة الأزمات	<p>بتحليل الاستبانة كمياً فيما يخص الموافقة أو عدم الموافقة على ما جاء بها من عبارات توضح التفاعلات بين هذه القواعد نجد أن نسبة الحيادية والتي تمثل عدم وجود التفاعل المتبادل (٧%) وهذا يعني أن هناك (٩٣%) ترى أنه يوجد تفاعل سواء بالإيجاب أو السلب على العبارات مما يؤكد وجود التفاعل المتبادل وبالتحليل التفصيلي لنسبة الحيادية باعتبارها دليل التفاعل المتبادل من عدمه نجد الآتي :</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الحيادية في أثر قواعد الإدارة على الجودة = ٥ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الإدارة على الأزمات = ١١ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الإدارة عليهما = ٨ % - المتوسط العام = ٨ % ٠.٥ . التفاعل الإيجابي والسلبى = ٩٢ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الجودة على الإدارة = ٢ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الجودة على الأزمات = ٤ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الجودة عليهما = ٩ % - المتوسط العام = ٥ % ٠.٥ . التفاعل الإيجابي والسلبى = ٩٥ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الأزمات على الإدارة = ٤ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الأزمات على الجودة = ١ % - نسبة الحيادية في أثر قواعد الأزمات عليهما = ٢ % - المتوسط العام = ٢.٣ % ٠.٥ . التفاعل الإيجابي والسلبى = ٩٧.٧ % 	<ul style="list-style-type: none"> - متوسط الحيادية = ٥.١ % - متوسط التفاعل = ٩٤.٩ % ٠.٥ . الفرضية صحيحة وبنسبة عالية .

تابع / جدول إثبات فرضيات البحث

م	الفرضية	الإثبات	النتيجة
٢	إن المفاهيم العامة لكل من قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة وإدارة الأزمات بالمستشفيات لا ترقى إلى مستوى المعيارية العالمية	<p>طبقاً لتصميم عبارات الاستبانة فقد افترض الباحث أن مشتملات المفهوم العام لكل قاعدة كالاتي :</p> <ul style="list-style-type: none"> - المفهوم الأساسي لوجود المنشأة هو تحديد رؤية ورسالة وإستراتيجية يتم الاسترشاد بها في البناء الإداري والفني والمهني وعند اتخاذ القرارات . - المفهوم العام لقواعد الإدارة الحديثة يتضمن المفهوم العام للوظائف الرئيسية لهذه الإدارة والمتمثلة في (التخطيط – التنظيم – التوجيه – الرقابة) وبالتالي صياغة مجموعة عبارات لتحديد هذا المفهوم . - المفهوم العام للجودة الشاملة يمكن تصنيفه حسب المستوى المهني أو الإداري باعتبار أن معايير الأداء طبقاً لقواعد الجودة تختلف طبقاً لنوع النشاط ، وبالتالي تم تصنيفه ما بين (الأطباء – التمريض – الجهاز المساند – الجهاز الإداري) . - المفهوم العام لإدارة الأزمات يمكن تصنيفه طبقاً لمرحل نمو الأزمة حيث يختلف هذا المفهوم طبقاً لمطالب مواجهتها والتي تختلف باختلاف هذه المراحل لذا نجد أن المفهوم يتدرج من مرحلة الميلاد لمرحلة النمو فمرحلة النضج ثم إنهاء الأزمة . - أن المستوى المعياري العالمي يمكن التعبير عنه والوصول إليه ضمناً طبقاً لمفهوم كل قاعدة خاصة وأن قواعد هذه المحاور الثلاث هي قواعد علمية عالمية وبالتالي تتضمن مقومات القياس العالمي حيث طبقاً لتواجدها يمكن قياس والحكم على هذه المعيارية . <p>بناء على سبق ذكره يرى الباحث الآتي :</p> <ul style="list-style-type: none"> - بالنسبة للمفهوم العام للإدارة الحديثة : <ul style="list-style-type: none"> ○ بالنسبة إلى الرؤية والرسالة والإستراتيجية (نسبة الموافقة) = ١٧ % . ○ بالنسبة إلى وظيفة التخطيط (نسبة الموافقة) = ٣٨ % . ○ بالنسبة إلى وظيفة التنظيم (نسبة الموافقة) = ٤٧ % . ○ بالنسبة إلى وظيفة القيادة والتوجيه (نسبة الموافقة) = ٤٤ % . ○ بالنسبة إلى وظيفة التقييم (نسبة الموافقة) = ٤٩ % . ○ المتوسط العام = ٣٩ % . <p>وباعتبار أن مفردات المفهوم العام للإدارة الحديثة تتضمن المفردات التي تم توضيحها .</p> <p>٠. نسبة (٣٩ %) كمفهوم عام لا ترقى إلى المستوى المعياري العالمي .</p>	<p>متوسط المفهوم العام للقواعد كالاتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الإدارة = ٣٩ % - الجودة = ٢٣ % - الأزمات = ٣٨ % - المتوسط العام = ٣٣ % <p>٠. الفرضية صحيحة .</p>

تابع / جدول إثبات فرضيات البحث

م	الفرضية	الإثبات	النتيجة
٢	إن المفاهيم العامة لكل من قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة وإدارة الأزمات والمستشفيات لا ترقى إلى مستوى المعيارية العالمية	<p>- بالنسبة للمفهوم العام لإدارة الجودة :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ نسبة الموافقة بشقيها على المفهوم العام = ٣١ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها للأطباء = ٢١ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها لطاقم التمريض = ١٣ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها للكوادر المساندة = ٣٣ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها للمرضى والمترددین = ١٧ % . ○ المتوسط العام = ٢٣ % . <p>وباعتبار أن صياغة العبارات ومفرداتها تتضمن المعيارية</p> <p>٠. نسبة (٢٣ %) كمفهوم عام للجودة لا ترقى إلى المستوى المعياري العالمي .</p> <p>- بالنسبة للمفهوم العام لإدارة الأزمات :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ نسبة الموافقة بشقيها على المفهوم العام = ٥٩ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها في مرحلة الميلاد = ١٦ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها في مرحلة النمو = ٢٩ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها في مرحلة النضج = ٣٧ % . ○ نسبة الموافقة بشقيها في مرحلة الإنهاء = ٥١ % . ○ المتوسط العام = ٣٨ % . <p>وباعتبار أن صياغة العبارات ومفرداتها تتضمن المعيارية</p> <p>٠. نسبة (٣٨ %) لا ترقى إلى المستوى المعياري العالمي .</p> <p>وبذلك يكون المفهوم العام لقواعد الإدارة الحديثة (٣٩ %) والمفهوم العام لقواعد الجودة الشاملة (٢٣ %) والمفهوم العام لمفهوم إدارة الأزمات (٣٨ %) لذا في حالة تحديد متوسط الثلاث قواعد نجد أنه (٣٣ %) حيث لا يرقى إلى مستوى المعياري باعتبار أن صياغة العبارات تتضمن هذا المفهوم المعياري .</p>	<p>متوسط المفهوم العام للقواعد كالاتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الإدارة = ٣٩ % - الجودة = ٢٣ % - الأزمات = ٣٨ % - المتوسط العام = ٣٣ % <p>٠. الفرضية صحيحة .</p>

تابع / جدول إثبات فرضيات البحث

النتيجة	الإثبات	الفرضية	م
<p>من الإثبات يتضح صحة الفرضية</p>	<p>طبقاً لما تم توضيحه بالفرضية الثالثة نجد أن تأثير كل قاعدة من القواعد الثلاثة على الأخرتين معاً كالآتي :</p> <ul style="list-style-type: none"> - أثر الإدارة الحديثة على كل من إدارة الجودة والأزمات = ٢٧% - أثر إدارة الجودة على كل من الإدارة الحديثة والأزمات = ٢٢% - أثر إدارة الأزمات على كل من الإدارة الحديثة والجودة = ٤٩% <p>وهذا يعني أنه في حالة اعتبار إدارة الأزمات هي المتغير المستقل سنجد أن تأثيرها حوالي ضعف تأثير كل من الإدارة الحديثة وإدارة الجودة في حال اعتبار كل منهما متغيراً مستقلاً وبالتالي تصبح إدارة الأزمات هي الأكثر تأثيراً وبالتالي المستفيد المستقل في التفاعلات الثلاثية .</p>	<p>إنه في ظل الأزمات يكون الاهتمام الأكيد لإدارة هذه الأزمات وبالتالي تصبح إدارة الأزمات هي المتغير المستقل لكل من إدارة الجودة والإدارة الحديثة باعتبارهما متغيرين تابعين</p>	<p>٥</p>

تابع / جدول إثبات فرضيات البحث

م	الفرضية	الإثبات	النتيجة
٦	توجد فروق جوهرية بين اتجاهات وإحساس المرضى والمقيمين (العلاء) من جانب واتجاهات مسؤولي الإدارة وخاصة الأطباء بالنسبة لمفهوم جودة الأداء بشكل عام	لقد راعى الباحث في تصميم عبارات الاستبانة أن تشتمل على بعض العبارات العامة التي يشترك في مضمونها كل من طاقم إنتاج الخدمة والمتمثل بالعاملين بالمستشفيات وطاقم مستهلك الخدمة والمتمثل في المرضى والمتدربين وذلك بهدف قياس اتجاهات وإحساس الاثنين باعتبارهما جناحي الخدمة وقد كانت نتائج الاستبانة كالاتي :	
			من التحليل يتضح صحة الافتراض

ثانياً : التفسير والمناقشة :

من المؤكد أن معاشية الباحث للأحداث تؤدي إلى استلهاهم فكرة البحث ومفرداته خاصة إذا كانت هذه المعاشية مشتملة على كل من المعاشية المهنية باعتباره طبيباً والمعايشة الاجتماعية باعتباره مصرياً ، لهذا كانت فكرة البحث والتي بنيت على محاولة إثبات العلاقة بين قواعد الإدارة الحديثة للمستشفيات طبقاً لمعايير الجودة سواء العالمية أو المحلية في ظل أزمات حادة فرضت على البلاد وهي تغيير نظام أدى إلى وجود دور كبير للمنشآت الطبية وفي حالات ليست اعتيادية وبالتالي كان السؤال الذي أُلح على ذهن الباحث هو مدى إمكانية المنشآت الطبية لمواجهة هذه الأزمات خاصة وأنه قد أصبح لها دور رئيسي في التعامل مع هذه الأحداث بمعايير الجودة المحددة سواء عالمياً أو محلياً وطبقاً لقواعد الإدارة الحديثة من أعمال تخطيط وتنظيم وقيادة وتقييم .

وللإجابة على هذا السؤال تم البدء في البحث في محاولة لتفسير النتائج التي توصل إليها الباحث حيث تم التوصل إلى أن العلاقة بين تلك المتغيرات الثلاث هي علاقة عضوية بحيث يؤثر كل منها في الآخر تأثيراً واضحاً ولكن تختلف قوة التأثير من عامل لآخر بل اتضح للباحث أن وجود هذا النوع من الأزمات أوجب على الأجهزة الطبية المسؤولة بالدولة من جانب والمنشآت الصحية من جانب آخر أن تعيد رؤيتها ورسالتها وإستراتيجيتها طبقاً لنتائج دراسة وتحليل ما تم خلال هذه الأزمات خاصة بالنسبة للدروس المستفادة خلال مراحل نموها وبالتالي يستتبع هذا إعادة صياغة الاحتياجات الكمية والنوعية من الموارد البشرية للمهن الطبية والمساندة والإدارية والعاملة في حقل الشؤون الطبية والصحية كذلك الموارد المادية من تقنيات حديثة في جميع مجالات العمل الطبي سواء خلال مرحلة العلاج الميداني في موقع الحدث أو الإخلاء الطبي والإسعافات خلاله أو مرحلة العلاج الطبي بالمستشفيات بأنساقها المختلفة والتي يستلزم إعادة صياغة خريطة العمل الطبي بالجمهورية لتكوين شبكة طبية متكاملة يتم تشكيلها في انساق طبية وبفكرة دمج الإسعافات مع العلاج العام مع العلاج المتخصص مع الإخلاء بأنواعه المختلفة سواء البري أو الجوي وقد يكون أيضاً البحري والنهري .

ومن قراءات نتائج الدراسة نجد أن العينة تمثل حوالي (٥%) من إجمالي المستشفيات إلا أن نسبة الأطباء طبقاً لدائرة عمل المستشفى تصل إلى حوالي طبيب لكل (١١٩٢) مواطن كما أن هناك ممرضاً أو ممرضة لكل (٦١٥) مواطن كما أن هناك فنياً طبياً لكل (٤٢٢٧) مواطن ثم إدارياً لكل (١٤٧٨) مواطن .

وهذه نسب قد تكون جيدة إلا أنه من جانب آخر وباكتمال هذه الأعداد بالتقنية الحديثة المتطورة على نظم العمل المتطورة أيضاً تنتظم منظومة العمل خاصة في ظل إعادة الصياغة طبقاً للدروس المستفادة من الأزمات الحالية وبالتالي الجمع بين إدارة الأزمات بمعايير الجودة الشاملة في إدارتها وطبقاً لقواعد الإدارة الحديثة .

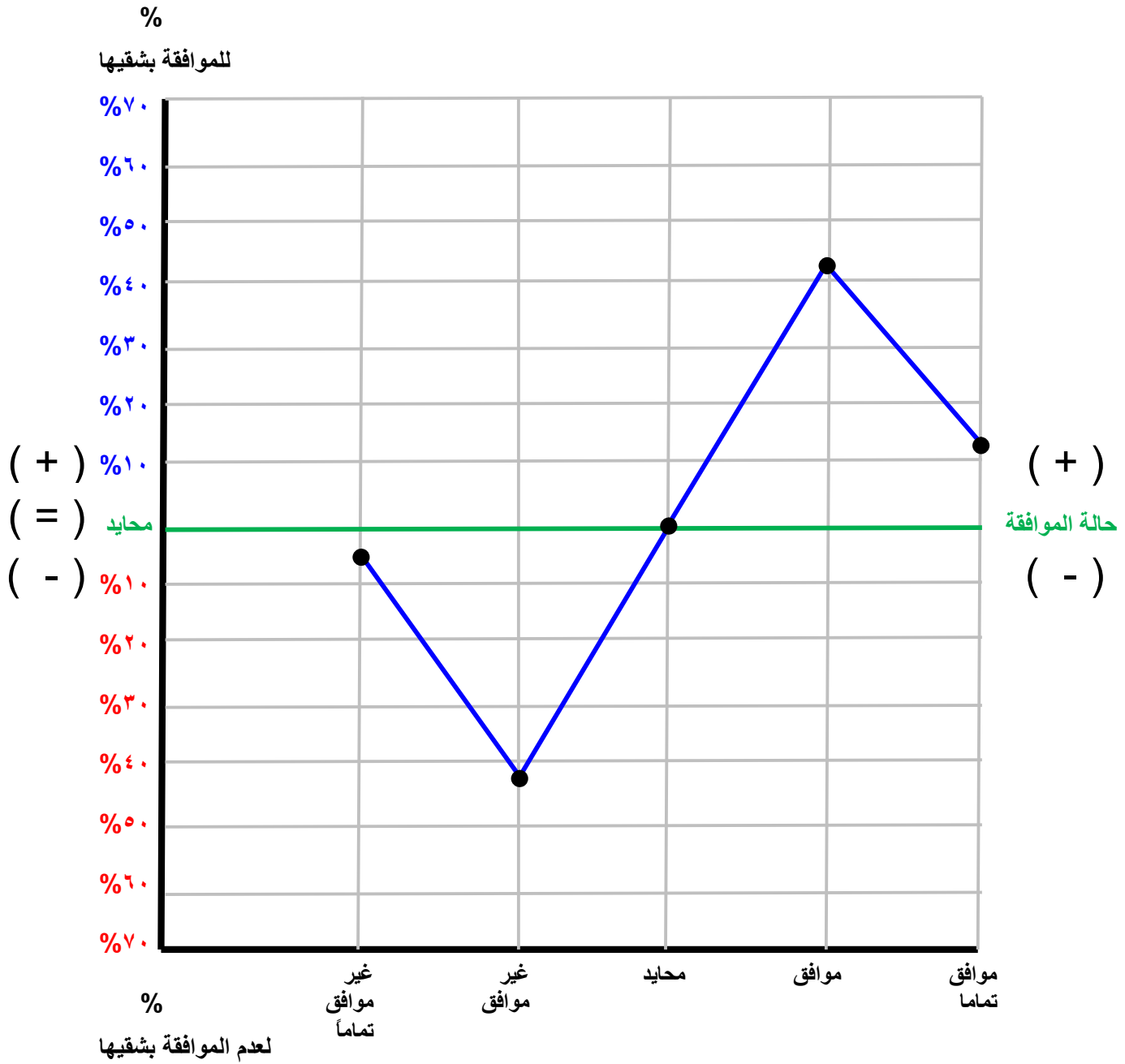
التحليل الإجمالي لقواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
١	قواعد ممارسة وظائف التخطيط	٩٠	١٦٠	٧٠	٣٠٠	٣٠	٣٨	٥١
٢	قواعد ممارسة وظائف التنظيم	١٢٠	٢٣٠	٤٠	٣٢٠	٤٠	٤٧	٤٨
٣	قواعد ممارسة وظائف القيادة والتوجيه	٥٠	٢٨٠	١٠	٣٦٠	٥٠	٤٤	٥٥
٤	قواعد ممارسة وظائف الرقابة والتقييم	٤٠	٢٥٠	٣٠	٢٤٠	٤٠	٤٨	٤٧
الإجمالي		٣٠٠	١٢٢٠	١٥٠	١٢٢٠	١٦٠	٣٠٥	
		%١٠	%٤٠	%٥	%٤٠	%٥	%١٠٠	

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفيات بالنسبة لقواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة بالمستشفى .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة في الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (٤) والتي تتناول نشاط الرقابة والتقييم وبنسبة (٤٨ %) والملاحظ أيضاً نسبة عدم الموافقة بشقيها لنفس الفقرة (٤٧ %) ويلاحظ أيضاً عدد الموافقات تماماً وغير الموافقات تماماً متساويين وهو (٤٠) إشارة لهذا يمكن التفسير بأن هناك اختلافاً في مفهوم هذه الوظيفة ما بين المفهوم الشخصي والعلمي كذلك أهمية هذه الوظيفة بالنسبة لباقي الوظائف .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (٣) وبنسبة (٥٥ %) والتي تتناول وظيفة القيادة والتوجيه وهو ما يمكن تفسيره بأن إدارات هذه المستشفيات تعتمد على فكرة الإدارة بالتوجيه وليس بالتكنوقراط أي الفصل بين العمل الإداري والفني الطبي .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة (الإجمالي)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	10%	40%	5%	40%	5%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	11%	42%	—	42%	5%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (90 %)

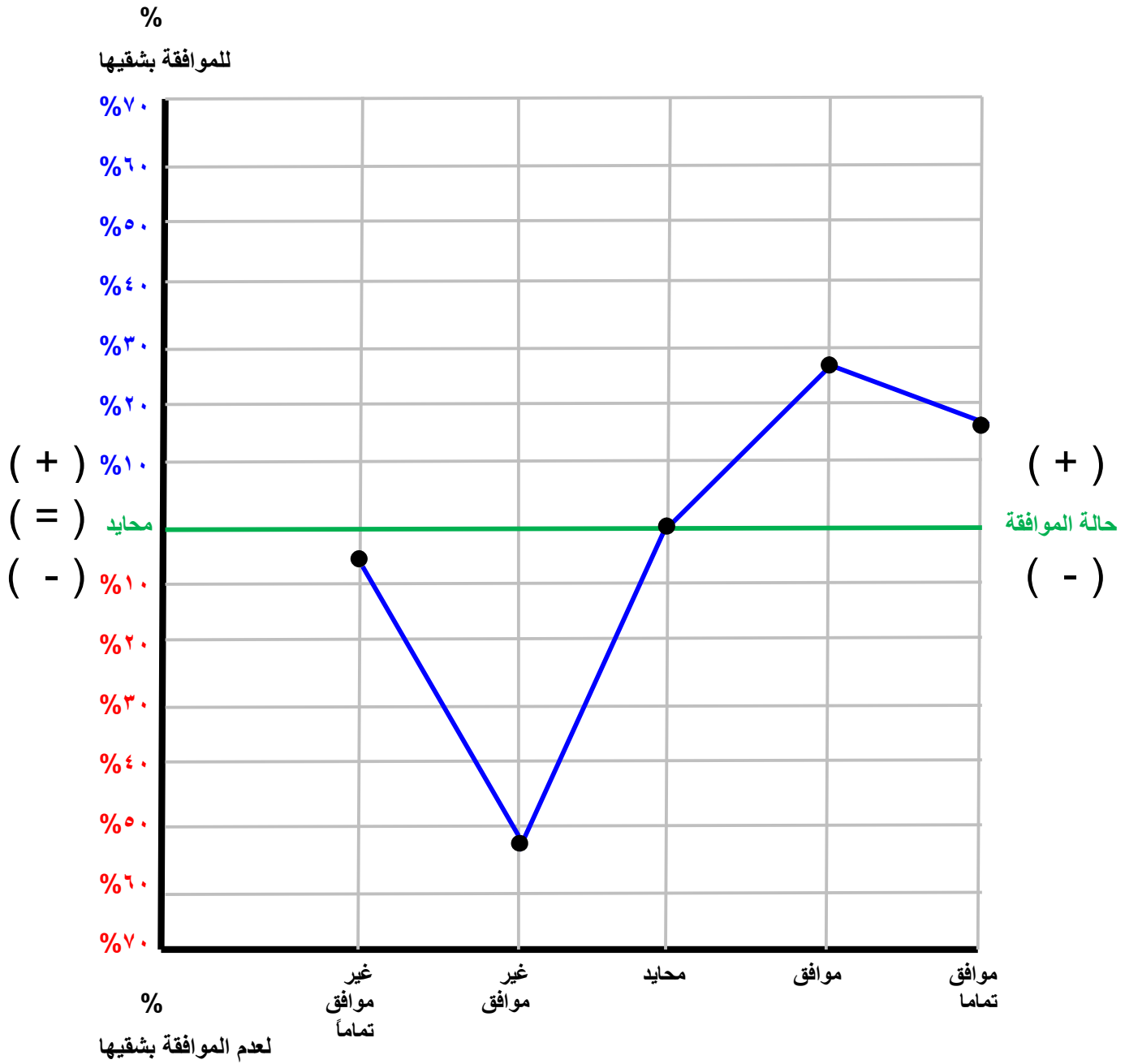
قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
وظائف التخطيط :								
أ	يتم إتباع نظم الإدارة العلمية الحديثة في كافة الأنشطة .	٧٠	٥٠	—	٣٠	—	%٦٣	%٣٧
ب	تم تصميم وإعداد وصياغة (رؤية ورسالة وإستراتيجية) للمستشفى .	—	٢٠	—	١٠٠	٣٠	%١٧	%٨٣
ج	يتم إدارة العمل من خلال خطة سنوية إجمالية بالإضافة إلى خطط تخصصية لتنظيم عمل الأقسام المختلفة خلال أوقات محدودة .	—	٤٠	٦٠	٨٠	—	%٣٣	%٦٧
د	تتسم عملية التخطيط بالمرونة والشمول والتنسيق بين كافة الأقسام .	—	٦٠	٤٠	٥٠	—	%٥٥	%٤٥
هـ	تدرك إدارة المستشفى بأن عملية التخطيط عملية مستمرة تؤدي للقضاء على المعوقات مع تحقيق الأهداف .	٢٠	٩٠	—	٤٠	—	%٦٩	%٣٧
الإجمالي		٩٠	١٦٠	٧٠	٣٠٠	٣٠	٦٥٠	
%		% ١٤	% ٢٤	% ١١	% ٤٦	% ٥		

التحليل :

- أ- الفقرات الموضحة بالاستبانة هي فقرات أساسية في عملية التخطيط وبالتالي كلما زادت درجات الموافقة واتجهت نحو الموافقة تماماً كلما أوضح ذلك أن ممارسات الإدارة تتم من خلال قواعد الإدارة الحديثة في عملية التخطيط .
- ب- من البيانات الواردة نجد أن (١٤%) فقط توافق تماماً على الفقرات بينما (٢٤%) توافق فقط وبالتالي إجمالي الموافقة بدرجاتها تمثل (٣٨%) فقط بينما في المقابل نجد أن (٤٦%) لا توافق كذلك (٥%) لا توافق على الإطلاق وبإجمالي عدم موافقة بشقيها (٥١%) هذا بالإضافة إلى أن هناك (١١%) محايدة .
- ج- هذه النتائج تدعونا إلى القول بأن قواعد ممارسة وظيفة التخطيط بالمستشفى ضمن قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة دون المستوى أي أقل من (٥٠%) .
- د- يلاحظ أن الرأي ينحصر ما بين الموافقة وعدم الموافقة في حالة الأخذ بالوزن النسبي حيث أن أعداد الموافقين (١٦٠) حالة ويضرب هذا العدد في الوزن النسبي نحصل على رقم (٦٤٠) أما غير موافقين وهو المقابل بالموافقة فنجد أن الأعداد (٣٠٠) ويضربها بالوزن النسبي نجد أنها (٦٠٠) أي متقاربة حتى بحساب الوزن النسبي وهذا يعني أن قواعد ممارسة وظيفة التخطيط كأحد الوظائف الرئيسية للإدارة الحديثة لا تتم طبقاً لقواعد واضحة محددة بين كل من تم استفتائهم .
- هـ- يلاحظ في مفردات الفقرات أن الفقرات التي تحمل طابع المعرفة تفوقت بها الموافقة أما التي تتسم بطابع التنفيذ والتطبيق فتفوقت بها عدم الموافقة ما يشير أن الرغبة موجودة والإرادة غير موجودة .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة (وظائف التخطيط)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	14%	24%	11%	46%	5%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	16%	27%	—	52%	5%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (١٩ %)

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

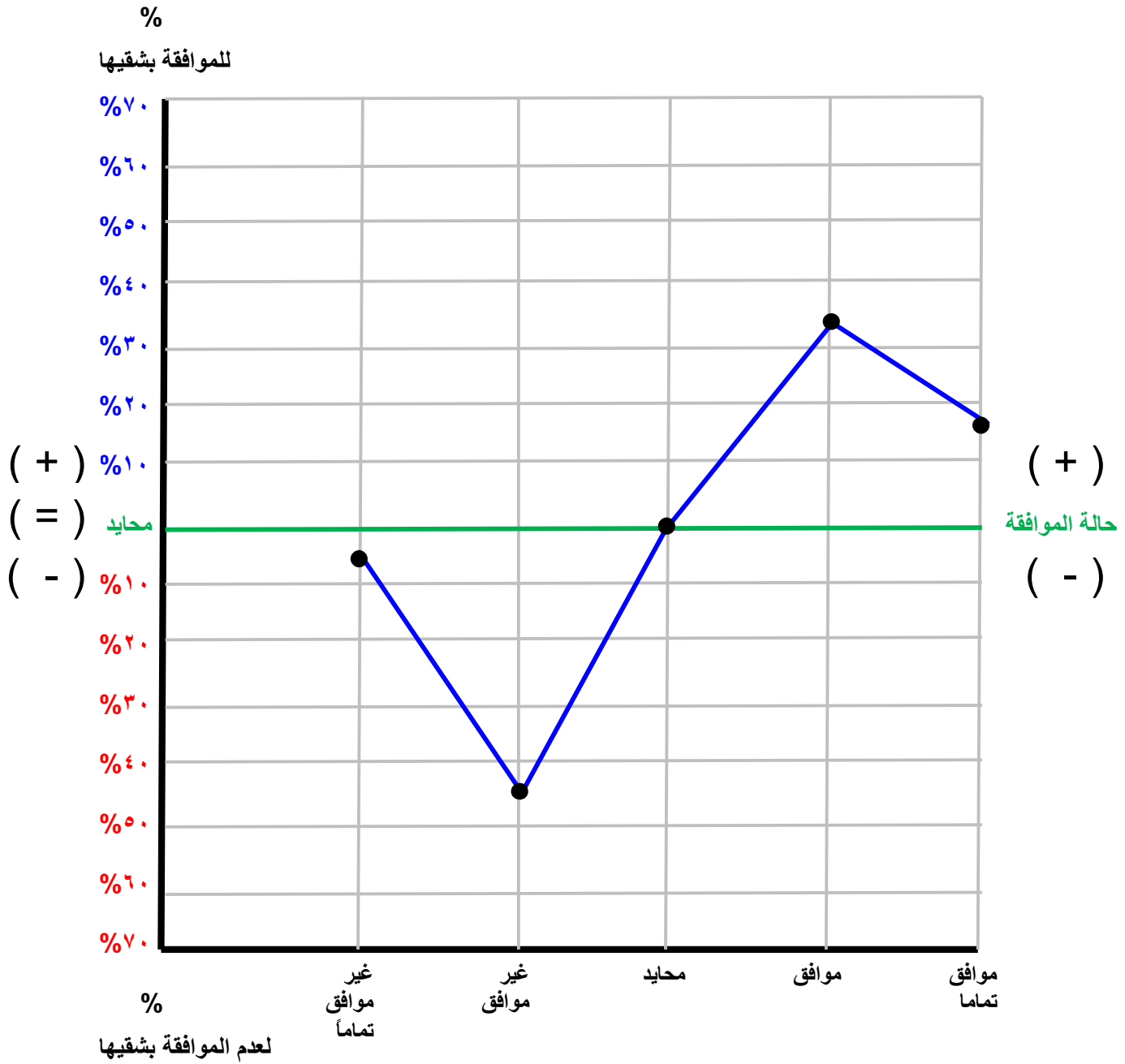
م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٢	وظائف التنظيم :								
	أ	٦٠	٣٠	—	٤٠	٢٠	٦٠%	٤٠%	
	ب	—	٣٠	٢٠	٨٠	٢٠	٢٠%	٨٠%	
	ج	١٠	٥٠	١٠	٨٠	—	٤٠%	٦٠%	
	د	٣٠	٥٠	—	٧٠	—	٥٣%	٤٧%	
	هـ	٢٠	٧٠	١٠	٥٠	—	٦٠%	٤٠%	
	الإجمالي	١٢٠	٢٣٠	٤٠	٣٢٠	٤٠		٧٥٠	
	%	١٤%	٢٤%	١١%	٤٦%	٥%			

التحليل :

أ- الفقرات الموضحة بالاستبانة تختص بالمهمة الثابتة من الإدارة الحديثة وهي التنظيم ويلاحظ بصفة عامة أن (٤٣%) من المستفتين لا يوافقون على عبارات القواعد يقابلهم (٣١%) موافقون كذلك هناك (١٦%) يوافق بشدة يقابلهم (٥%) لا يوافقون بشدة أيضاً أما المحايدون فهم (٥%) .

ب- بضم نتائج الموافقات جداً مع الموافقات في مفردات العبارات نجد أن هناك موافقة بنسبة أعلى في فقرات (أ / د / هـ) وهي فقرات تميل للجانب التنفيذي أما الفقرات (ب / ج) والتي تميل إلى قدرة الإدارة على توجيه التنظيمات غير الرسمية أو اتباع مبادئ التنظيم فتجد أن النتائج هي غير موافق وهذا يمكن تفسيره بأن إدارات هذه المستشفيات قد لا تكون إدارات متخصصة في علوم الإدارة بقدر التخصص في العلوم المهنية يؤكد ذلك أن أعلى نسبة عدم موافقة هي الخاصة بأسلوب التعامل مع المنظمات غير الرسمية بالمستشفى .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة (وظائف التنظيم)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	16%	31%	5%	43%	5%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	17%	33%	—	45%	5%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٥ %)

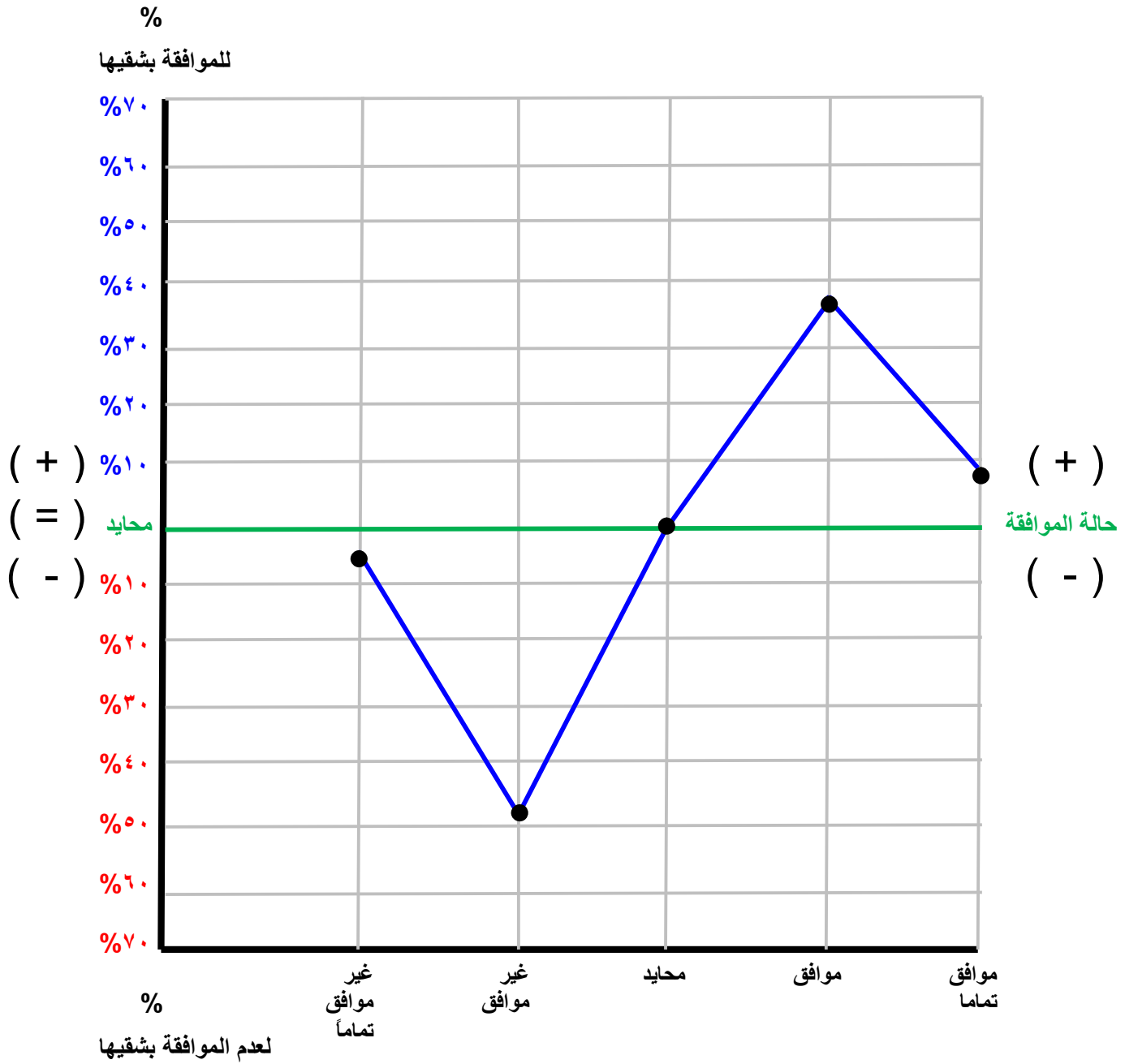
قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥ موافق ٢/١ غير موافق
٣	وظائف القيادة والتوجيه :						
	أ	٢٠	٧٠	—	٦٠	—	٤٠%
	ب	١٠	٦٠	١٠	٧٠	—	٥٣%
	ج	—	٣٠	—	٧٠	—	٨٠%
	د	٢٠	٧٠	—	٦٠	—	٤٠%
	هـ	—	٥٠	—	١٠٠	—	٦٧%
	الإجمالي	٥٠	٢٨٠	١٠	٣٦٠	٥٠	٧٥٠
	%	٧%	٣٧%	١%	٤٨%	٧%	١٠٠%

التحليل :

- أ- الفقرات الموضحة عبارة عن فقرات تتناول أسلوب القيادة والتوجيه خلال العمل وبالتالي تعكس القدرة الإدارية والقيادية للإدارة .
- ب- من البيانات الواردة يتضح أن إجمالي الموافقة على كل الفقرات تصل إلى (٤٤%) سواء موافق تماماً أو موافق أما عدم الموافقة بشقيها فتتمثل (٥٥%) وبالتالي فإن عملية إدارة وقيادة العمل لا ترقى إلى مستوى قواعد الإدارة الحديثة .
- ج- تلاحظ أن الفقرات (أ / د) قد حظيت بأعلى نسبة موافقة وهما تتناولان موضوعات حرص إدارة المستشفى على اتباع القواعد الأساسية للإدارة الحديثة بالإضافة لوجود نظام لحفظ المعلومات ، أما الفقرات (ب / ج / هـ) فقط حظيت بأعلى نسبة في عدم الموافقة وهي تتناول العلاقات التبادلية وخطة التحفيز وإنكفاء روح الابتكار وقد يفسر ذلك ما يقع على إدارة المستشفى مالياً من أعباء خاصة بحالة الأزمة أو قد يكون التفسير هو الاهتمام بالفكر الحالي وليس الآتي إلا أن الملاحظ هو عدم وجود لفكرة التحفيز وإمكانات بشكل عالي .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة
(وظائف القيادة والتوجيه)



جدول النسب المنوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	٧%	٣٧%	١%	٤٨%	٧%	١٠٠%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	٧%	٣٧%	—	٤٩%	٧%	١٠٠%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٩ %)

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

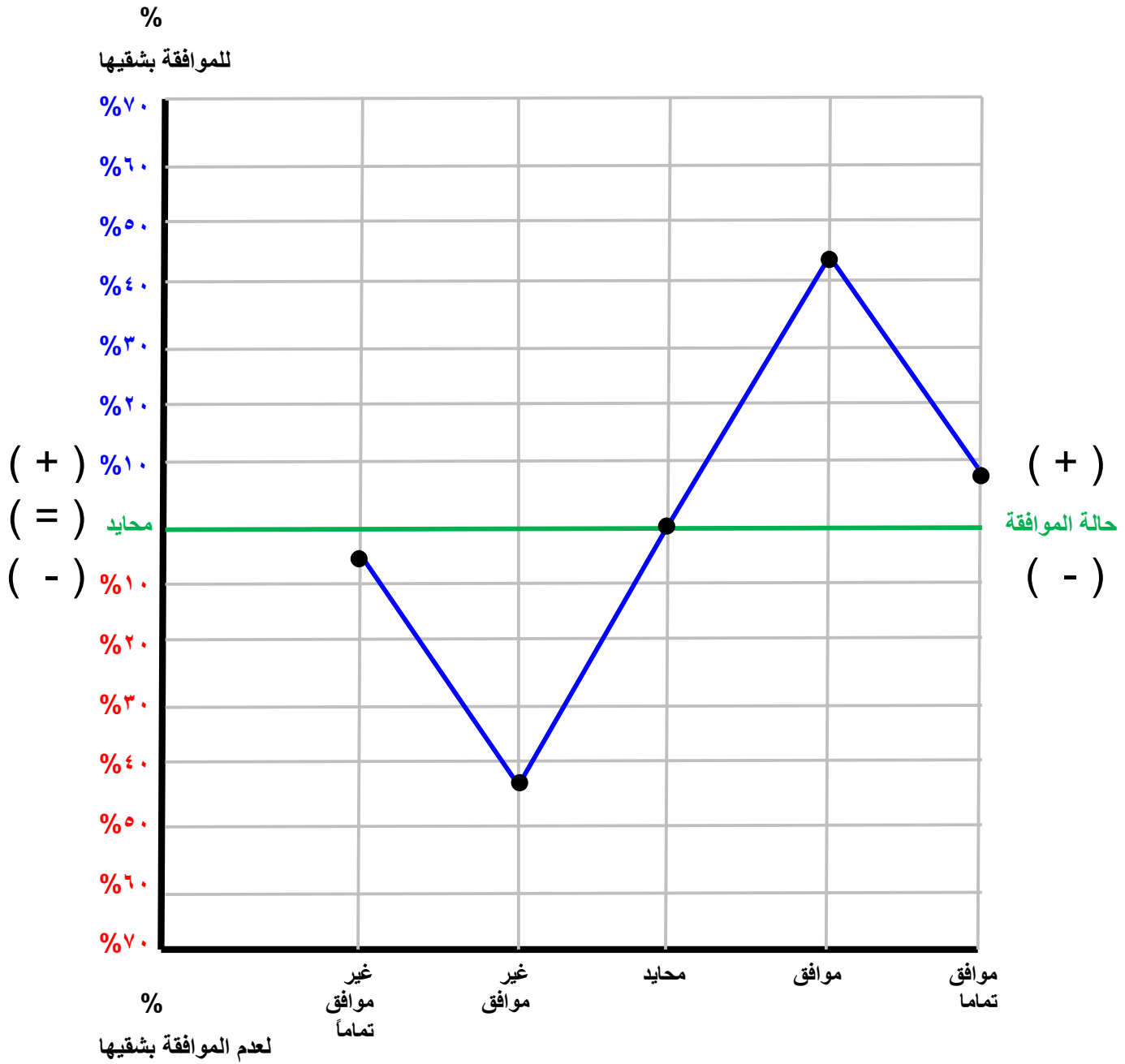
م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٤	وظائف الرقابة والتقييم :							
	أ	تحرص إدارة المستشفى على اتباع الأساليب العلمية الحديثة في ممارسة وظائف الرقابة وتقييم الأداء .	٢٠	٨٠	—	٥٠	—	٦٧% / ٣٣%
	ب	يوجد بالمستشفى نظام متكامل ومتنوع لمتابعة الأداء وتقييمه طبقاً لمعايير أداء محددة .	١٠	٨٠	—	٦٠	—	٦٠% / ٤٠%
	ج	تعتمد فلسفة الإدارة بالمستشفى على استخدام آليات الرقابة والتقييم والمتابعة لرفع مستوى الأداء وتقييمه وليس لتصيد الأخطاء .	—	٦٠	—	٧٠	٥٠	١٠% / ٩٠%
	د	تشتمل نظم الرقابة والتقييم والمتابعة على كافة الممارسات بالأنشطة المختلفة سواء السابقة أو الحالية أو اللاحقة مع التنبيه العلمي بالأهداف .	١٠	٣٠	٣٠	٦٠	٢٠	٢٧% / ٥٣%
الإجمالي		٤٠	٢٥٠	٣٠	٢٤٠	٤٠	٦٠٠	
%		٧%	٤٢%	٥%	٤٠%	٦%		

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في مدى قيام إدارة المستشفى بمهام الرقابة والتقييم في كل النشاطات .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة كانت بالفقرة (أ) وبنسبة (٦٧%) والتي تنص على حرص إدارة المستشفى على اتباع الأساليب العلمية الحديثة في ممارسة هذه الوظيفة إلا أنه يمكن تفسير ذلك إما أن هناك مفارقة كاملة حقيقية عن قواعد وظيفة الرقابة أو اعتبار ما تعلمه الإدارة عن الوظيفة هو المعيار .
- ج- يلاحظ أن أعلى نسبة في عدم الموافقة كانت بالفقرة (ج) وبنسبة (٩٠%) والتي توضح اعتماد فلسفة المستشفى على استخدام آليات الرقابة للتقويم وليس العقاب وهذا يؤكد أن الفقرة (أ) تعبر عن مفهوم الإدارة بالنسبة للرقابة على أساس اعتبار ممارسة الإدارة لهذه الوظيفة هو المعيار الذي يقاس الأداء به .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة محايدة تصل إلى (٣٠%) في إجمالي الفقرات خاصة الفقرة (د) والتي توضح ائتمال نظم الرقابة بالمستشفى على كافة المستويات الزمنية .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

(وظائف الرقابة والتقييم)



جدول النسب المنوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	٧%	٤٢%	٥%	٤٠%	٦%	١٠٠%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	٧%	٤٤%	—	٤٢%	٧%	١٠٠%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٥ %)

التحليل الإجمالي لقواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفيات بالتخصصات

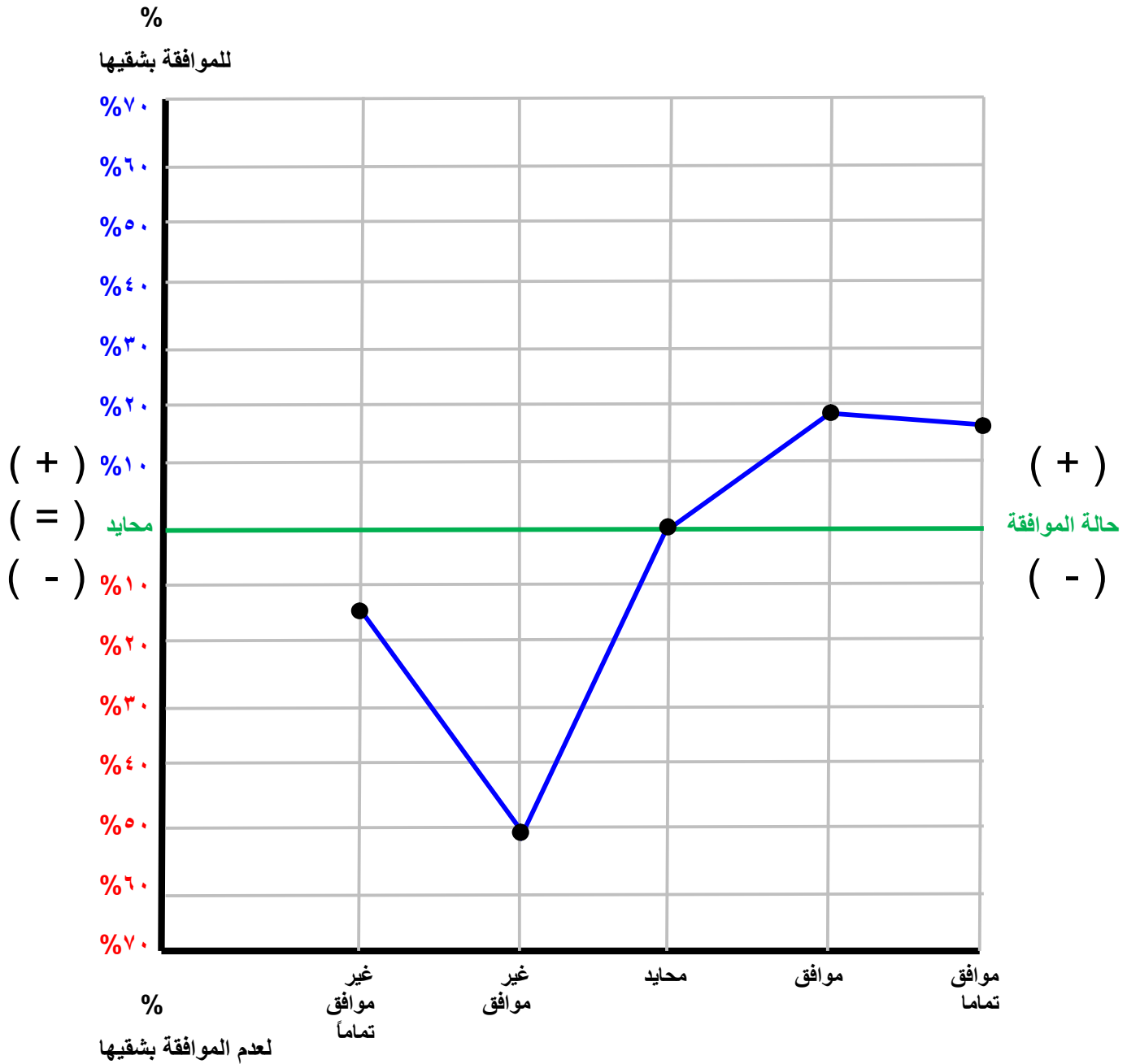
م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	الإجمالي		
		٥	٤	٣	٢	١	موافق	غير موافق	
١	قواعد ممارسة نشاط التسويق	١٠٠	١٠٠	١٩٠	٣٢٠	٤٠	٧٥٠	٤/٥	٢/١
٢	قواعد ممارسة نشاط إنتاج وتقديم الخدمة	١١٠	١٠٠	٥٠	٣٨٠	١١٠	٧٥٠	٢٨	٦٥
٣	قواعد ممارسة نشاط الموارد البشرية	١١٠	١٢٠	٦٠	٣٨٠	٨٠	٧٥٠	٣١	٦١
٤	قواعد ممارسة نشاط العلاقات العامة	٨٠	١٢٠	١٥٠	٣٤٠	٦٠	٧٥٠	٢٧	٥٣
٥	قواعد ممارسة نشاط الأبحاث والتطوير	١٥٠	١٤٠	٦٠	٢٧٠	١٣٠	٧٥٠	٣٩	٥٣
٦	قواعد ممارسة نشاط الثقافة التنظيمية	١٢٠	١٣٠	٢٠	٣٥٠	١٣٠	٧٥٠	٣٣	٦٤
الإجمالي		٦٧٠	١١٠	٥٣٠	٢٠٤٠	٥٥٠	٤٥٠٠		
		١٥%	١٦%	١٢%	٤٥%	١٢%			

التحليل :

- أ- العبارات الموضحة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في قواعد ممارسة إدارة المستشفى للأنشطة الرئيسية كما هو موضح بالجدول .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة للموافقة بشقيها كانت بالفقرة (٥) وبنسبة (٣٩%) إلا أن نسبة عدم الموافقة بشقيها لنفس الفقرة كانت (٥٣%) وباعتبار أن الفقرة تتناول نشاط الأبحاث والتطوير لذا يمكن تفسير ذلك بأن هناك رغبة في أن يكون هذا النشاط فاعلاً إلا أن القدرة قد تكون أقل من هذه الرغبة .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة لعدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (٢) طبقاً لمعايير الأداء المعتمدة حيث كانت النسبة (٦٥%) إلا أن نسبة الموافقة تصل إلى حوالي الثلث (٢٨%) وهذا أيضاً يمكن تفسيره بأن معايير إنتاج الخدمة قد تكون غير موحدة وتعتمد بشكل ما على التقدير الشخصي .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة (١٢%) محايد مما يؤكد أن توحيد المفاهيم طبقاً لمعايير محددة قد يكون غير مكتمل .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفيات بالتحخصصات

(التسويق - الطبي - الموارد البشرية - العلاقات العامة - الأبحاث - الثقافة التنظيمية)



جدول النسب المثوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	15%	16%	12%	45%	12%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	17%	18%	—	51%	14%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المثوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (88%) .

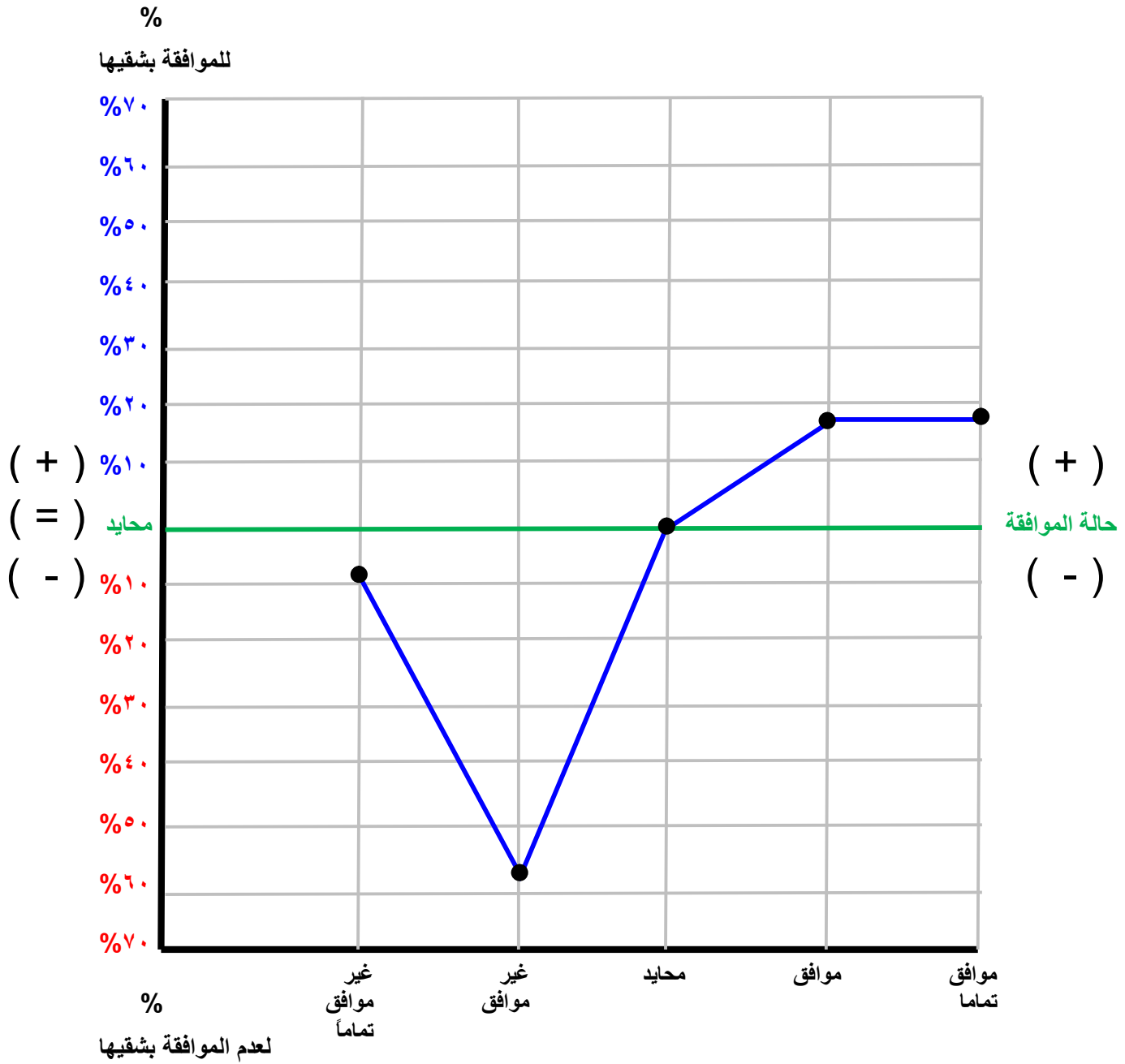
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
١	النشاط التسويقي (بالمستشفيات الخاصة أو الإقبال بالمستشفيات الحكومية) :							
	أ	تحرص إدارة المستشفى على الأخذ بالمبادئ العلمية في مجال التعريف بها بسوق الخدمات الصحية .	-	٣٠	٥٠	٦٠	١٠	٢٠% / ٤٧%
	ب	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق رضا العميل قبل وأثناء وبعد تقديم الخدمة سواء كانت الخدمة مدفوعة الأجر أو مجانية .	٦٠	٣٠	-	٤٠	٢٠	٦٠% / ٤٠%
	ج	تحرص إدارة المستشفى على دعم فرق العمل بها بالكفاءات المتخصصة سواء الطبية أو المساندة مع التدريب المتواصل لهم .	-	-	٤٠	١٠٠	١٠	- / ٧٣%
	د	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق التوازن بين مشتملات المزيج التسويقي والمكون من (جودة الخدمة - مناسبة التسعير - طاقات التشغيل والتوزيع - المزيج الترويجي) .	-	-	١٠٠	٥٠	-	- / ٣٣%
	هـ	تحرص إدارة المستشفى على تحسين الصورة الذهنية عنها لدى المجتمع .	٤٠	٤٠	-	٧٠	-	٥٣% / ٤٧%
الإجمالي		١٠٠	١٠٠	١٩٠	٣٢٠	٤٠	٧٥٠	
		١٣%	١٣%	٢٥%	٤٣%	٦%		

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في مدى قواعد ممارسة النشاط التسويقي بالمستشفى .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة كانت بالفقرة (ب) وبنسبة (٦٠%) والتي توضح حرص إدارة المستشفى على رضا العميل خلال عملية العلاج كاملة وما من شك أن الحرص يحمل من معاني الرغبة أكثر من معاني الإرادة والتي يمكن التعرف عليها من باقي الفقرات .
- ج- يلاحظ أن أعلى نسبة في عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) وبنسبة (٧٣%) والتي تنص على حرص إدارة المستشفى على دعم فرق العمل بالكفاءات المتخصصة وهذا يؤكد أن هذا الحرص يميل إلى حرص في الإرادة كما أنه حرص في الرغبة .
- د- يلاحظ أن هناك نسبة محايدة تصل إلى (٢٥%) وهذا يعني عدم النضج الكامل لدى الجميع عن مفهوم النشاط التسويقي بالمستشفى .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات
(التسويق)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	13%	13%	25%	43%	6%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	17%	17%	—	57%	9%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (70%)

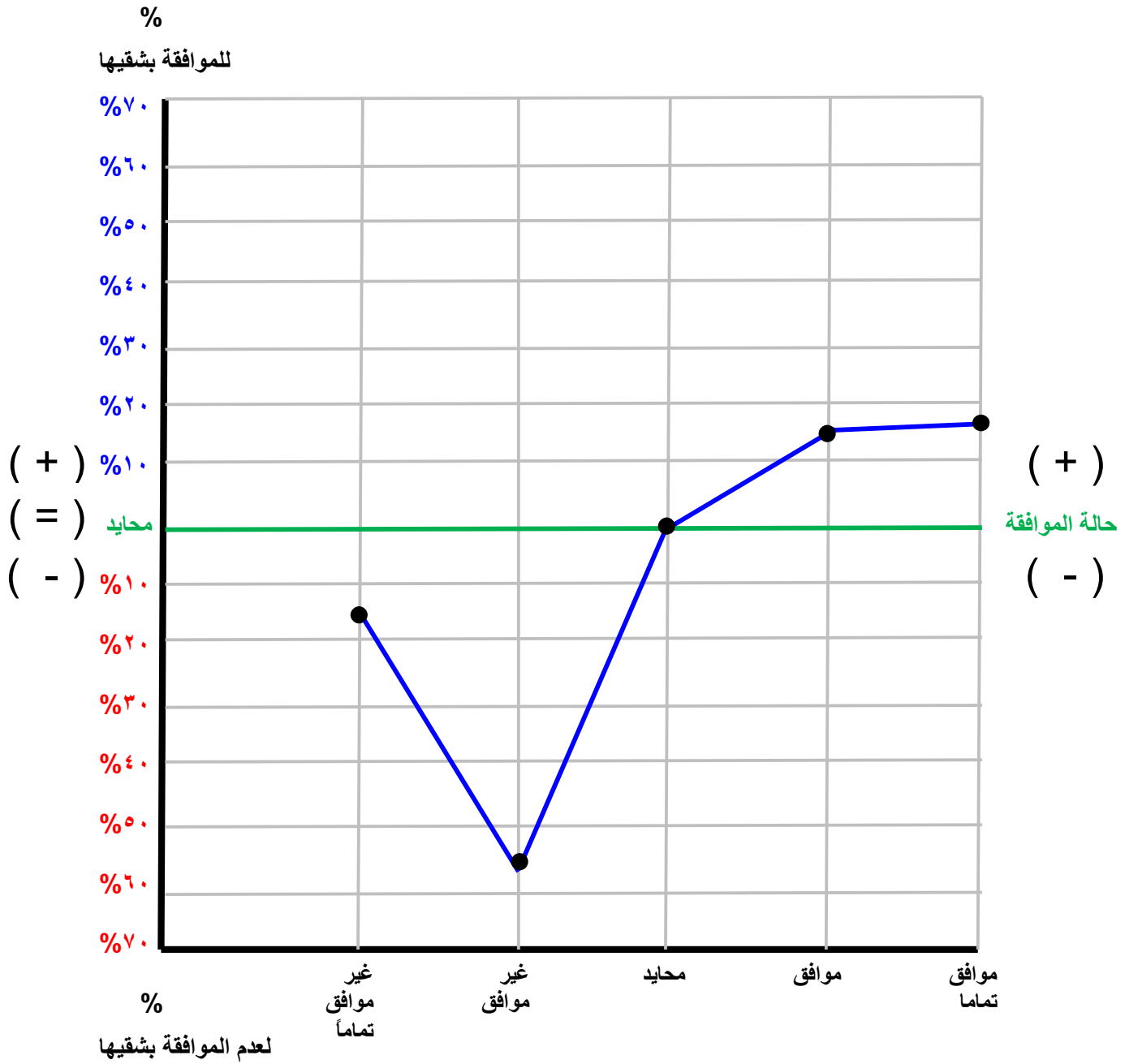
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	
٢	النشاط الطبي (نشاط إنتاج وتقديم الخدمة) :						
	أ	٨٠	٣٠	—	٤٠	—	٢٧%
	ب	—	—	—	١٠٠	٥٠	١٠٠%
	ج	٢٠	٢٠	—	١٠٠	٣٠	٨٧%
	د	٣٠	٥٠	—	٧٠	—	٤٧%
	هـ	—	—	٥٠	٧٠	٣٠	٦٧%
الإجمالي		١٠٠	١٠٠	٥٠	٣٨٠	١١٠	٧٥٠
%		١٥%	١٣%	٧%	٥١%	١٤%	

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة تتناول الجانب التطبيقي للمستشفى بالأنشطة المختلفة وتتناول هنا نشاط إنتاج وتقديم الخدمة .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) والتي تتناول حرص المستشفى على اتباع أفضل الأساليب العلمية لإنتاج الخدمات وبنسبة تعتبر مميزة تصل إلى (٧٣%) .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) وبنسبة (٨٧%) والتي تنص على اهتمام المستشفى بالجانب التقني وبالتالي يوضح هذا لنا عدم اكتمال منظومة إنتاج الخدمة الصحية باعتبار أن الجانب التقني أحد الأركان الأساسية بهذه المنظومة .
- د- يلاحظ أن نسبة المحايدين منخفضة حيث تصل إلى (٧%) وخاصة بالفقرة (هـ) والتي تنص على حرص المستشفى على إنماء الوعي لدى العاملين في كيفية التعامل مع العملاء .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتحخصصات
(النشاط الطبي)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%١٥	%١٧	%٧	%٥١	%١٤	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	%١٦	%١٤	—	%٥٥	%١٥	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (%٩٣)

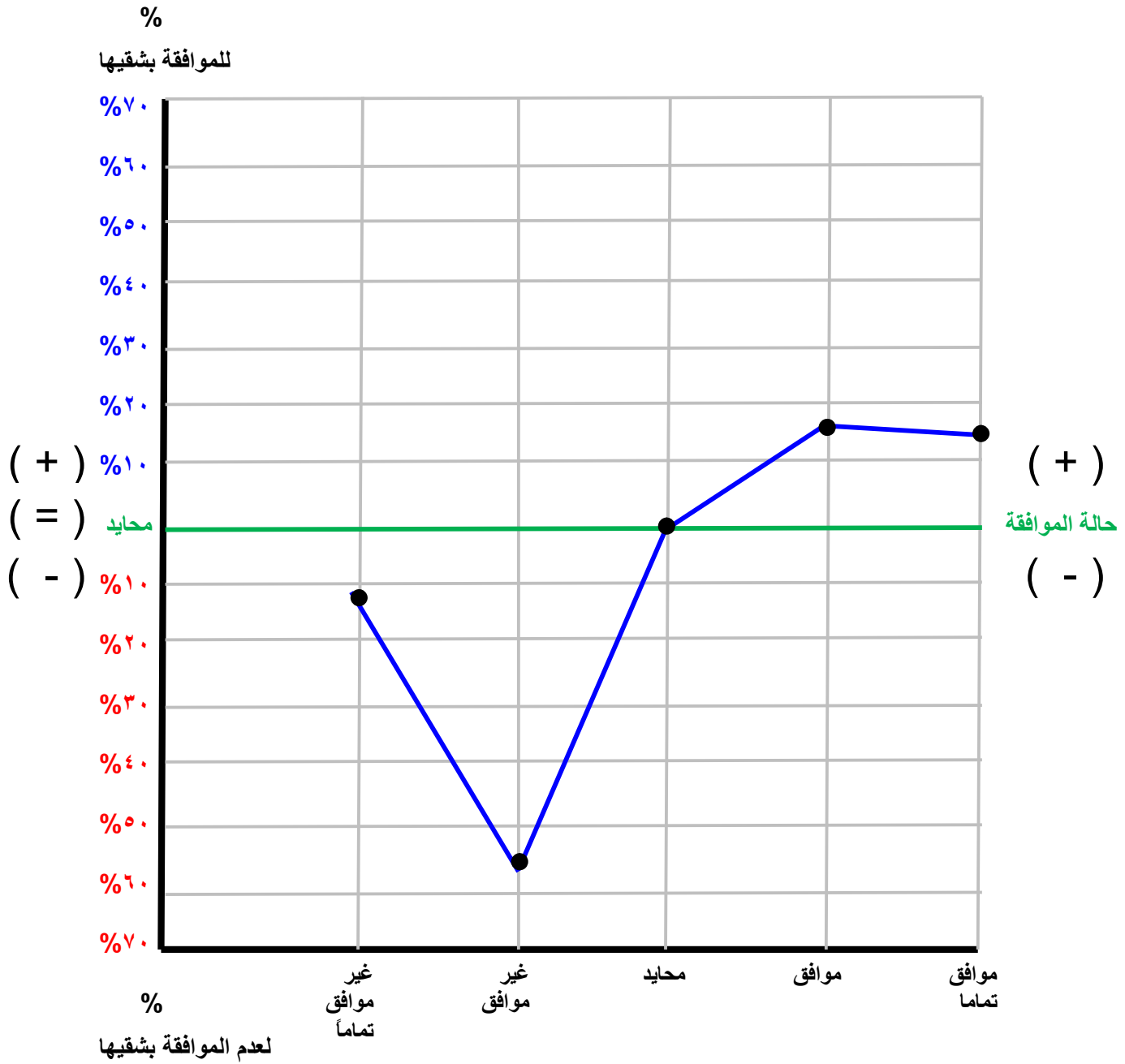
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٣	نشاط الموارد البشرية :							
	أ	يوجد بالمستشفى هيكل تنظيمي معتمد وهيكل وظيفي كامل طبقاً للتوصيف الوظيفي المحدد بالهيكل التنظيمي .	٦٠	٤٠	—	٥٠	—	٦٧% ٣٣%
	ب	تحرص إدارة المستشفى على استقطاب الكفاءات العالية سواء بالنشاط الطبي أو النشاط المساند لشغل الوظائف طبقاً للهيكل التنظيمي .	٢٠	٣٠	٢٠	٦٠	٢٠	٣٣% ٥٣%
	ج	تتم إجراءات الاختيار والتعيين بالوظائف المختلفة طبقاً للتوافق بين متطلبات الوظيفة المنصوص عليها بالتوصيف الوظيفي وبين مواصفات طالب شغل الوظيفة .	١٠	٢٠	٢٠	٨٠	٢٠	٢٠% ٦٧%
	د	يوجد بالمستشفى نظام أجور ومكافآت معتمد ومناسب طبقاً للتوصيف الوظيفي ويشجع على الابتكار والتميز بالأداء .	١٠	١٠	—	١٠٠	٣٠	١٣% ٨٧%
	هـ	تحرص إدارة الموارد البشرية على عقد الدورات التدريبية ووجود أنشطة للدعاية الاجتماعية لمنسوبي المستشفى .	١٠	٢٠	٢٠	٩٠	١٠	٢٠% ٦٧%
الإجمالي		١١٠	١٢٠	٦٠	٣٨٠	٨٠	٧٥٠	
		١٥%	١٦%	٨%	٥١%	١٠%		

التحليل :

- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في مدى ممارسة الإدارة لنشاط الموارد البشرية بها .
- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة كانت بالفقرة (أ) ونسبة (٦٧%) والتي تنص على وجود هيكل تنظيمي وهيكل وظيفي معتمد بالمستشفى .
- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (د) ونسبة (٨٧%) والتي تنص على أنه يوجد بالمستشفى نظام أجور و بمكانة – معتمد – ومناسب وقد يؤثر ذلك على الأداء العام لدى كل العاملين مما قد يكون أحد الأسباب في انخفاض الأداء عن المعايير المحددة .
- يلاحظ أن نسبة المحايدين منخفضة حيث تصل إلى (٨%) يمكن استنتاج أهمية نشاط الموارد البشرية بالنسبة للعاملين خاصة بالنسبة للأجور والمكافآت .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات
(الموارد البشرية)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	15%	16%	8%	51%	10%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	16%	17%	—	55%	12%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٢ %)

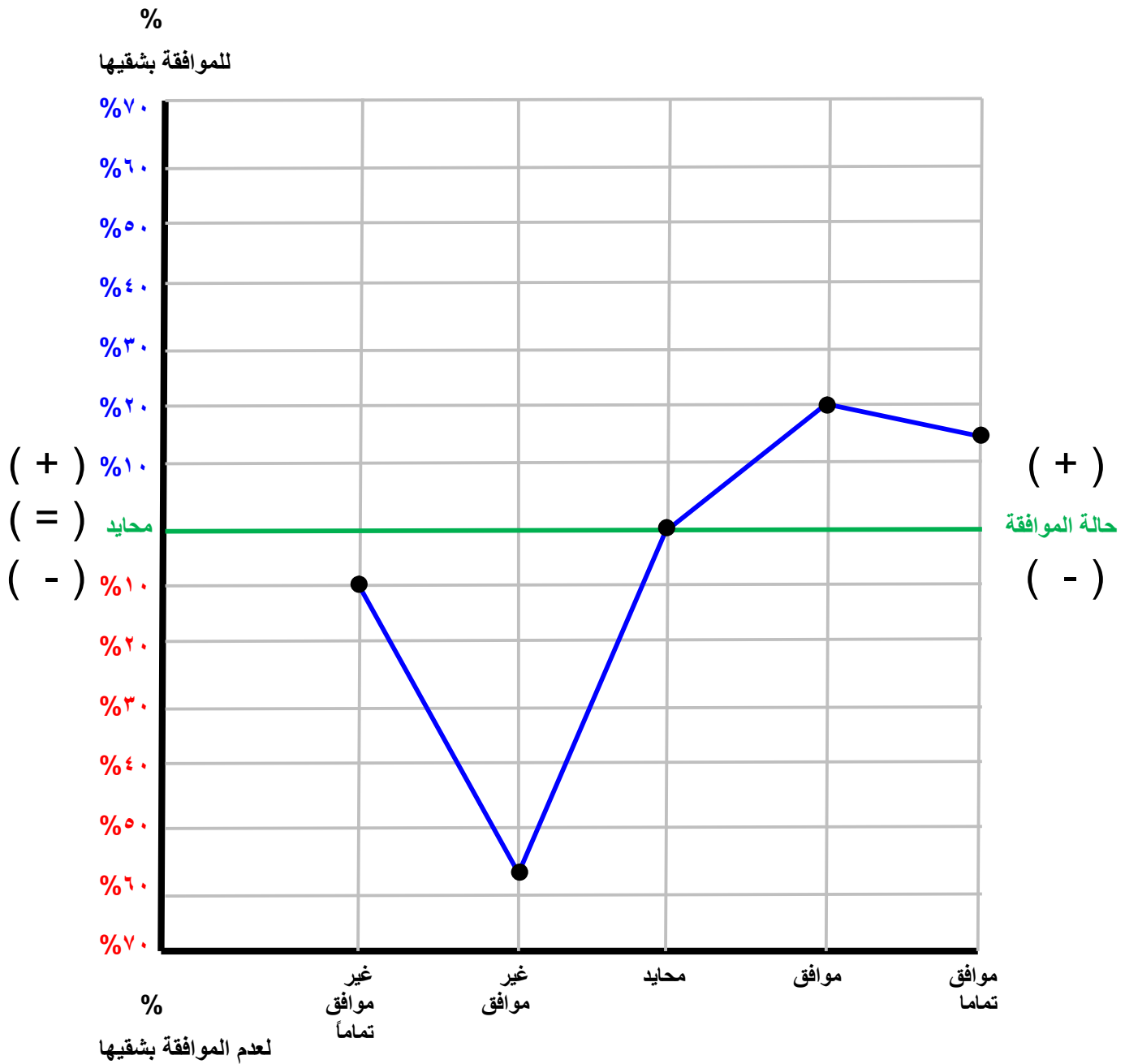
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥ موافق ٢/١ غير موافق	
٤	نشاط العلاقات العامة :							
	أ	تحرص إدارة المستشفى على العمل بمجال العلاقات العامة طبقاً للأساليب الحديثة .						٢٠
	ب	تعمل إدارة المستشفى على الارتباط الإيجابي بالمجتمع والبيئة المحيطة من خلال الممارسات الإيجابية لخدمة هذا المجتمع .						٣٠
	ج	يعمل العاملون بنشاط العلاقات العامة على توسيع دائرة التعريف بالمستشفى والرعاية لها بمختلف الوسائل .						٢٠
	د	تمارس إدارة العلاقات العامة دورها مع المرضى والمراجعين .						١٠
	هـ	تقوم إدارة العلاقات العامة بإعداد وتنفيذ برامج وأنشطة ترفيهية سواء للمرضى أو العاملين بالمستشفى .						٢٠
الإجمالي		٨٠	١٢٠	١٥٠	٣٤٠	٦٠	٧٥٠	
		١١%	١٦%	٢٠%	٤٥%	٨%		

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في مدى ممارسة إدارة المستشفى لنشاط العلاقات العامة مع العاملين أو العملاء .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) وبنسبة (٤٠%) والتي تنص على عمل إدارة المستشفى على الارتباط الإيجابي بالمجتمع المحيط إلا أن هناك نسبة (٤٧%) بنفس الفقرة لا تفنق هذا ويمكن تفسير ذلك بأن مفهوم عملية الارتباط ذاته قد لا يكون لها توصيف محدد لدى الجميع .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) وبنسبة (٦٧%) والتي تنص على قيام إدارة العلاقات العامة بالموارد وتنفيذ برامج ترضية سواء للعملاء أو للعاملين ويمكن تفسير ذلك بأن إدارة المستشفى تعطي الاهتمام الأكبر لها لعملية إنتاج الخدمة الصحية إلا أن نشاط العلاقات العامة بهذا البند هو جزء من منظومة الخدمة الصحية الذي يجب الاهتمام به .
- د- يلاحظ أن نسبة المحايدين تصل إلى (٢٠%) يمكن تفسير ذلك بأن نشاط العلاقات العامة قد لا يكون مؤثراً بالشكل الذي يجب أن يكون عليه .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات
(العلاقات العامة)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	11%	16%	20%	45%	8%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	14%	20%	—	56%	10%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (80%)

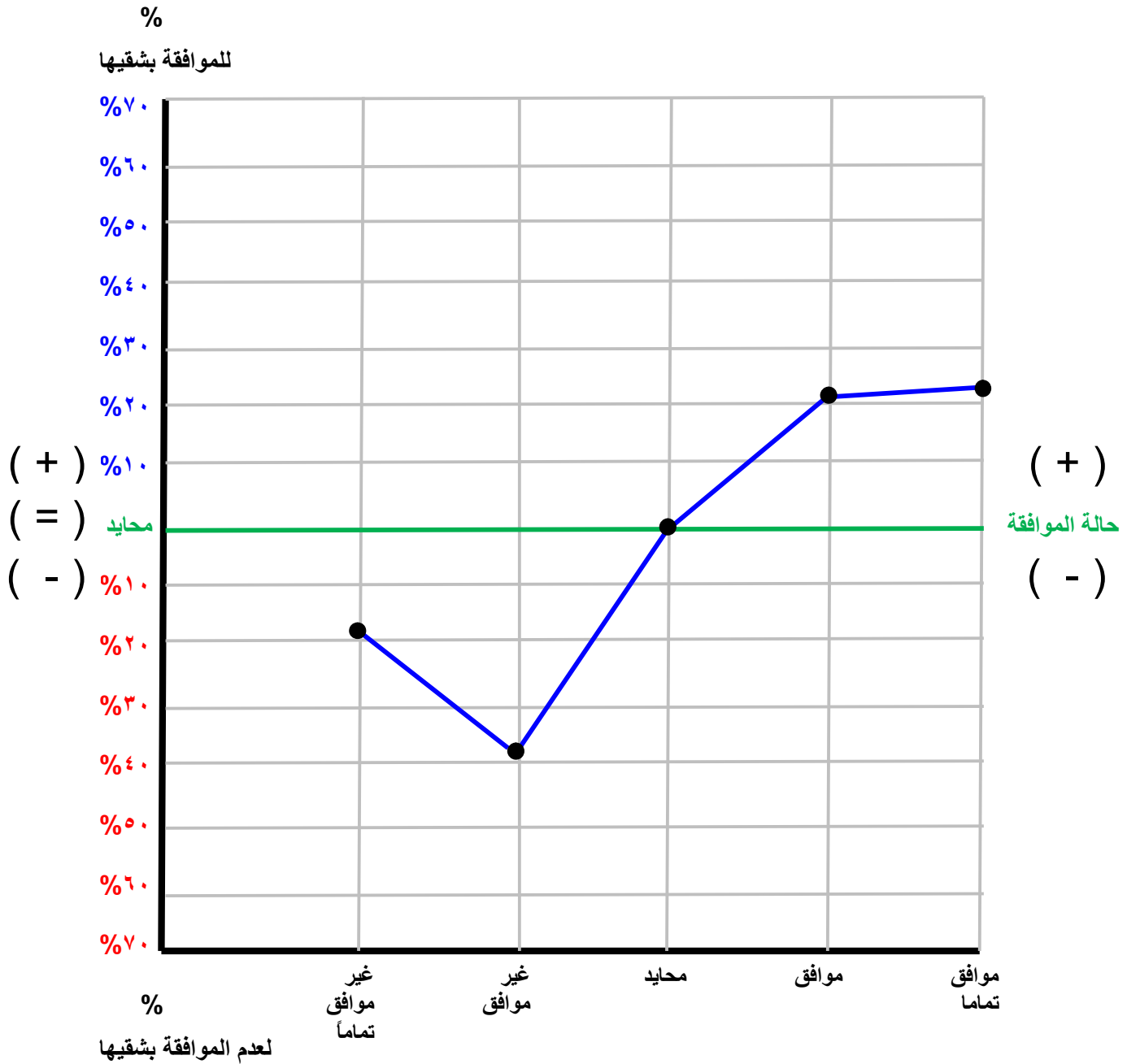
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٥	نشاط الأبحاث والتطوير :							
	أ	تدرك إدارة المستشفى أهمية نشاط الأبحاث والتطوير في تطوير العمل بالمستشفى في كافة الخدمات الطبية والمساندة المقدمة .	٤٠	٣٠	٢٠	٥٠	١٠	٤٧%
	ب	تتيح عملية تشجيع الأبحاث والتطوير الفرصة للأطباء والمتخصصين لإجراء أبحاث ترفع من مستوى الأداء وتزيد من قدر الانتماء للمستشفى .	٣٠	٣٠		٧٠	٢٠	٤٠%
	ج	تقوم إدارة المستشفى بتوفير الإمكانيات والموارد المالية لدعم أبحاث التطوير .	١٠	٢٠	٢٠	٧٠	٣٠	٢٠%
	د	اهتمام المستشفى بالأبحاث التطويرية يؤدي إلى اتخاذ القرارات الفعالة المناسبة للتعامل مع مختلف المواقف .	٣٠	٣٠	٢٠	٤٠	٣٠	٤٧%
	هـ	تؤمن إدارة المستشفى بأن دعم أنشطة الأبحاث التطويرية تؤدي بشكل جيد إلى زيادة المستشفى وتفوقها على المنافسين .	٤٠	٣٠		٤٠	٤٠	٤٧%
الإجمالي		١٥٠	١٤٠	٦٠	٢٧٠	١٣٠	٧٥٠	
%		٢٠%	١٩%	٨%	٣٦%	١٧%		

التحليل :

- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في نشاط الأبحاث والتطوير بالمستشفى .
- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) وبنسبة (٤٧%) والتي تنص على إدراك المستشفى لهذا النشاط ولكن الإدراك هنا إدراك رغبة يجب تأكيده بإدراك قدرة كذلك الفقرة (هـ) وبنفس النسبة (٤٧%) حيث تنص على إيمان إدارة المستشفى بأهمية دعم أنشطة الأبحاث وهو أيضاً إيمان رغبة يجب تأكيده بالإجراءات التنفيذية .
- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) والتي توضح إدراك وإيمان الرغبة فهي تتناول قيام إدارة المستشفى بتوفير الإمكانيات اللازمة للبحوث وبالتالي يمكن استنتاج أن هناك رغبة لدى إدارة المستشفى في هذا النشاط ولكن لا يتوازن مع القدرة .
- يلاحظ أن نسبة المحايدین تصل إلى (٨%) يعكس هذا أن فريق العمل بالمستشفى يدرك أهمية هذا النشاط .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات
(الأبحاث والتطوير)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%٢٠	%١٩	%٨	%٣٦	%١٧	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	%٢٢	%٢١	—	%٣٩	%١٨	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (%٩٢)

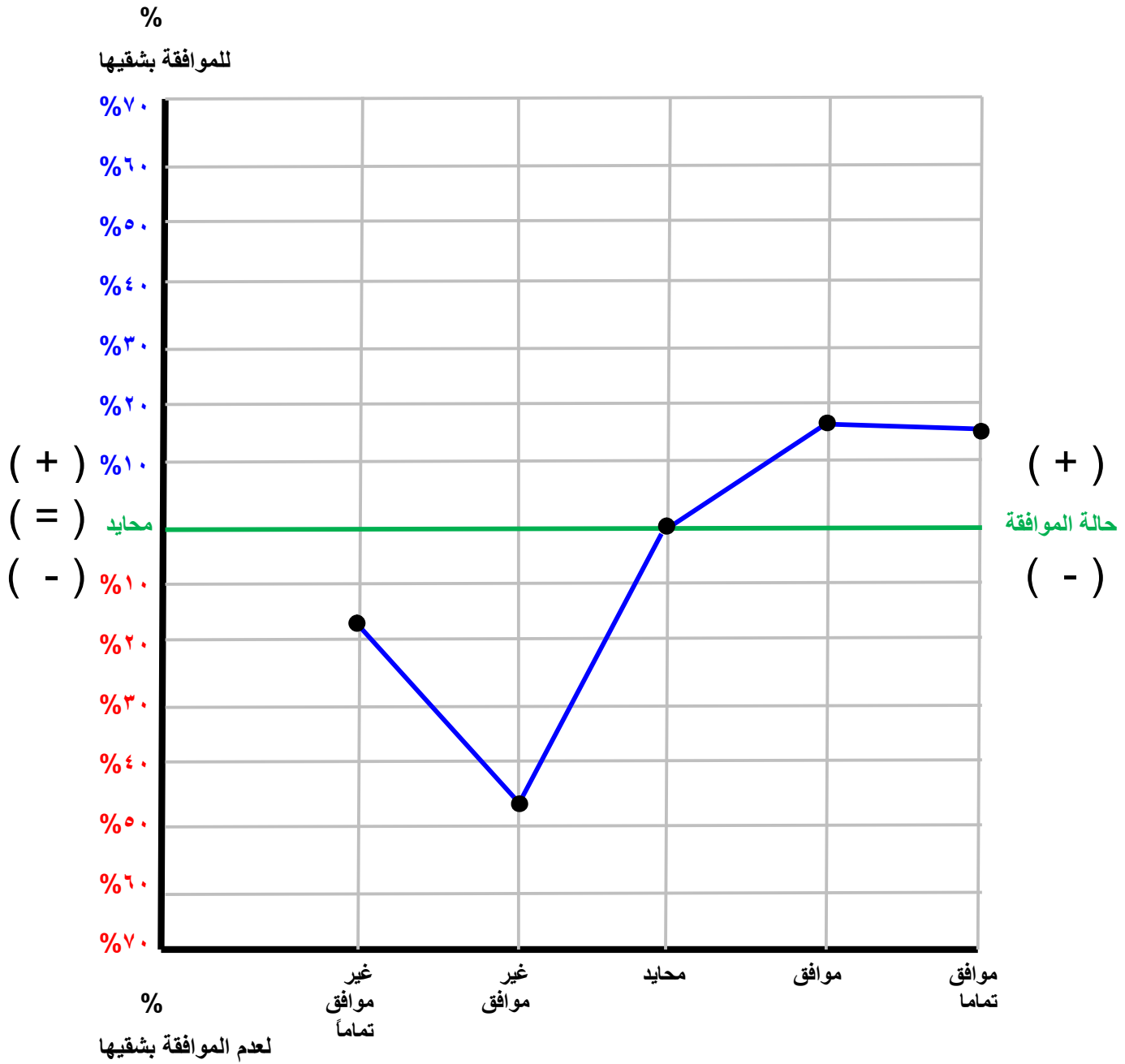
قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٦	نشاط قيم العمل والثقافة التنظيمية :							
	أ	يوجد بالمستشفى مجموعة قيم وعادات خاصة بها تم ترسيخها منذ نشأتها وحتى الآن .	٥٠	٤٠	—	٣٠	٣٠	٤٠%
	ب	يوجد بالمستشفى مجموعة عبارات تعبر عن مجموعة القيم بها وتوضح الرؤية المستقبلية لها.	—	١٠	—	٨٠	٦٠	٩٣%
	ج	يميل العاملون بالمستشفى إلى العمل بها ولمدد طويلة دون أي غضاضة .	١٠	٢٠	—	١٠٠	٢٠	٨٠%
	د	تعتبر إدارة المستشفى أن العاملين الأكفاء مصدر هام لقوة الإدارة وقدوة لباقي الأفراد .	٤٠	٣٠	—	٦٠	٢٠	٥٣%
	هـ	يوجد لدى العاملين بالمستشفى بمختلف التخصصات الإحساس بروح الفريق وقيم العمل الجماعي .	٢٠	٣٠	٢٠	٨٠	—	٥٣%
الإجمالي		١٢٠	١٣٠	٢٠	٣٥٠	١٣٠	٧٥٠	
		١٦%	١٧%	٣%	٤٧%	١٧%		

التحليل :

- أ- العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي العاملين بالمستشفى في الثقافة التنظيمية للمستشفى وهو نشاط من الأهمية بمكان .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) ونسبة (٦٠%) والتي توضح وجود مجموعة قيم وعادات خاصة بالمستشفى .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) ونسبة عالية وهي (٩٣%) والتي توضح أن هناك ملاحظات بأنحاء المستشفى وبأقسامها تعبر عن قيم المستشفى بما فيها الرسالة والغاية والرؤية ويمكن تفسير ذلك أن المنظومة الشاملة الكاملة عن نشاط الثقافة التنظيمية لدى إدارة المستشفى قد لا تكون بحد الكمال اللازم .

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات
(الثقافة التنظيمية)



جدول النسب المنشوة باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%١٦	%١٧	%٣	%٤٧	%١٧	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	%١٦	%١٨	—	%٤٨	%١٨	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنشوة للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٧ %)

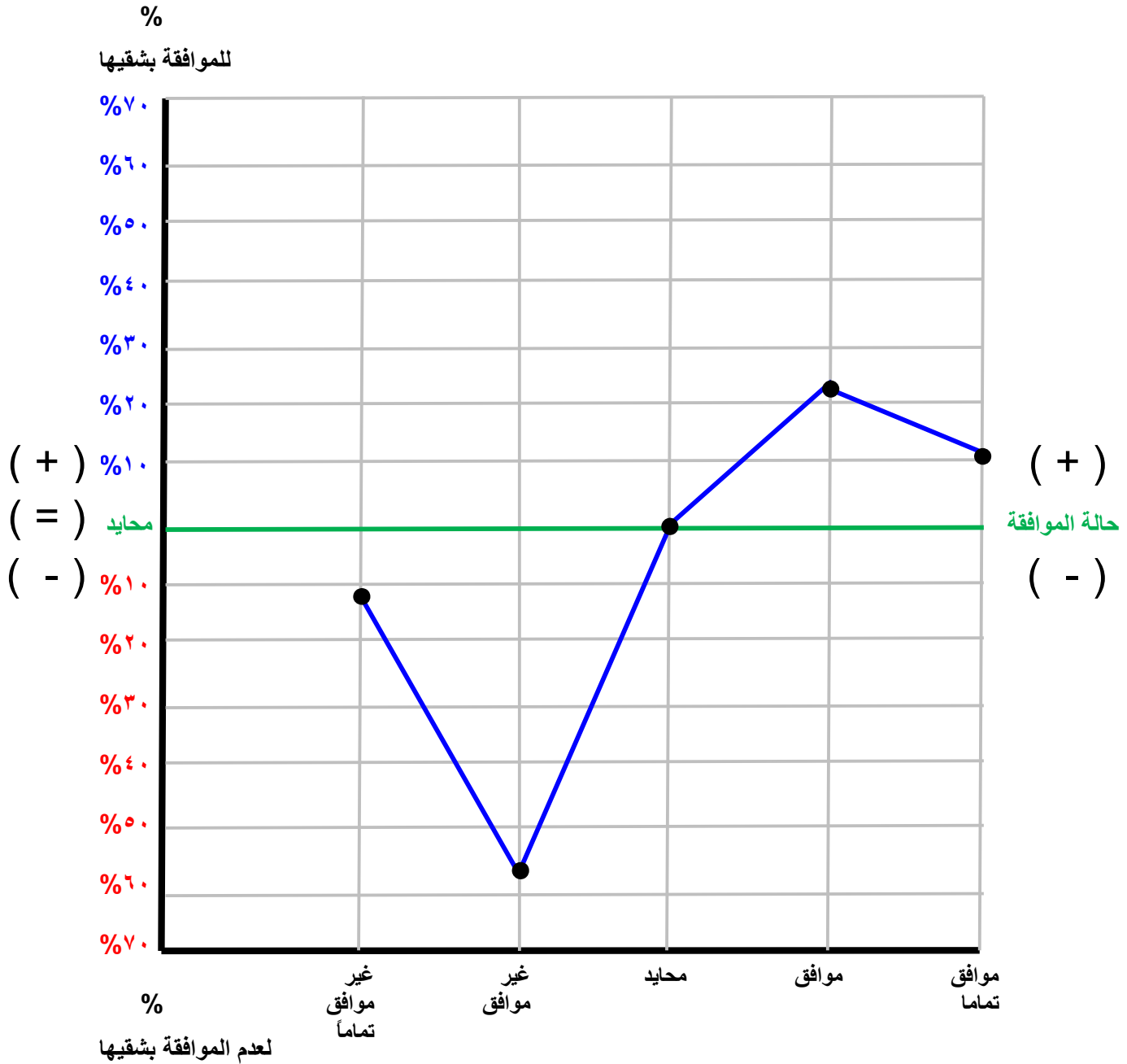
التحليل الإجمالي لقواعد المفهوم العام لإدارة الجودة الشاملة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
١	مفهوم الجودة العام .	١٢٠	١٩٠	٣٣٠	٣٢٠	٥٠	%٣١	%٣٧
٢	مفهوم الجودة طبقاً لجهاز الأطباء .	٥٠	١٦٠	٣٩٠	٣٦٠	٦٠	%٢١	%٤١
٣	مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز التمريض .	٣٠	١٠٠	٣٥٠	٤٠٠	١٢٠	%١	%٥٢
٤	مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة .	٩٥	٢٣٠	٢٥٥	٣٨٠	٤٠	%٣٣	%٤٢
٥	مفهوم الجودة طبقاً لإحساس استقبال المريض للخدمة .	٤٠	١٢٥	٢٠٠	٥٢٠	٤٠	%١٨	%٦١
٦	مفهوم الجودة طبقاً لتصميم وتنفيذ الإجراءات المختلفة بالمستشفى .	١٠٠	١٥٠	١٢٠	٤٦٠	١٥٠	%٢٥	%٦٢
الإجمالي		٤٣٥	٩٥٥	١٦٤٥	٢٤٤٠	٤٦٠	%٢٣	%٤٩
%		%٧	%١٦	%٢٨	%٤١	%٨		

التحليل :

- أ- التحليل الموضح عبارة عن التحليل الإجمالي لإدارة الجودة الشاملة الذي يتناول كل من (مفهوم الجودة العام ومفهوم الجودة من وجهة نظر الأطباء وجهاز التمريض والأجهزة المساندة والمرضى) .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت من نصيب مفهوم الجودة بالنسبة للأجهزة المساندة والتي قد يكون الزحام عليها يحتاج لتطبيق نظرية الطوابير حيث النسبة كانت (٣٣%) وهي الخاصة بالفقرة (٤) .
- ج- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة بشقيها كانت من نصيب الإجراءات والمتمثلة بالفقرة (٦) وهو ما يمكن أن يكون دلالة على أهمية إعادة النظر في هذه الإجراءات .
- د- يلاحظ أن هناك نسبة محايدة تصل إلى حوالي (٢٨%) وهذا ما يمكن أن يشير على عدم اكتمال فكرة جودة الأداء ومعايره .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الجودة الشاملة



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	7%	16%	28%	41%	8%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	10%	22%	—	57%	11%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٢٢ %)

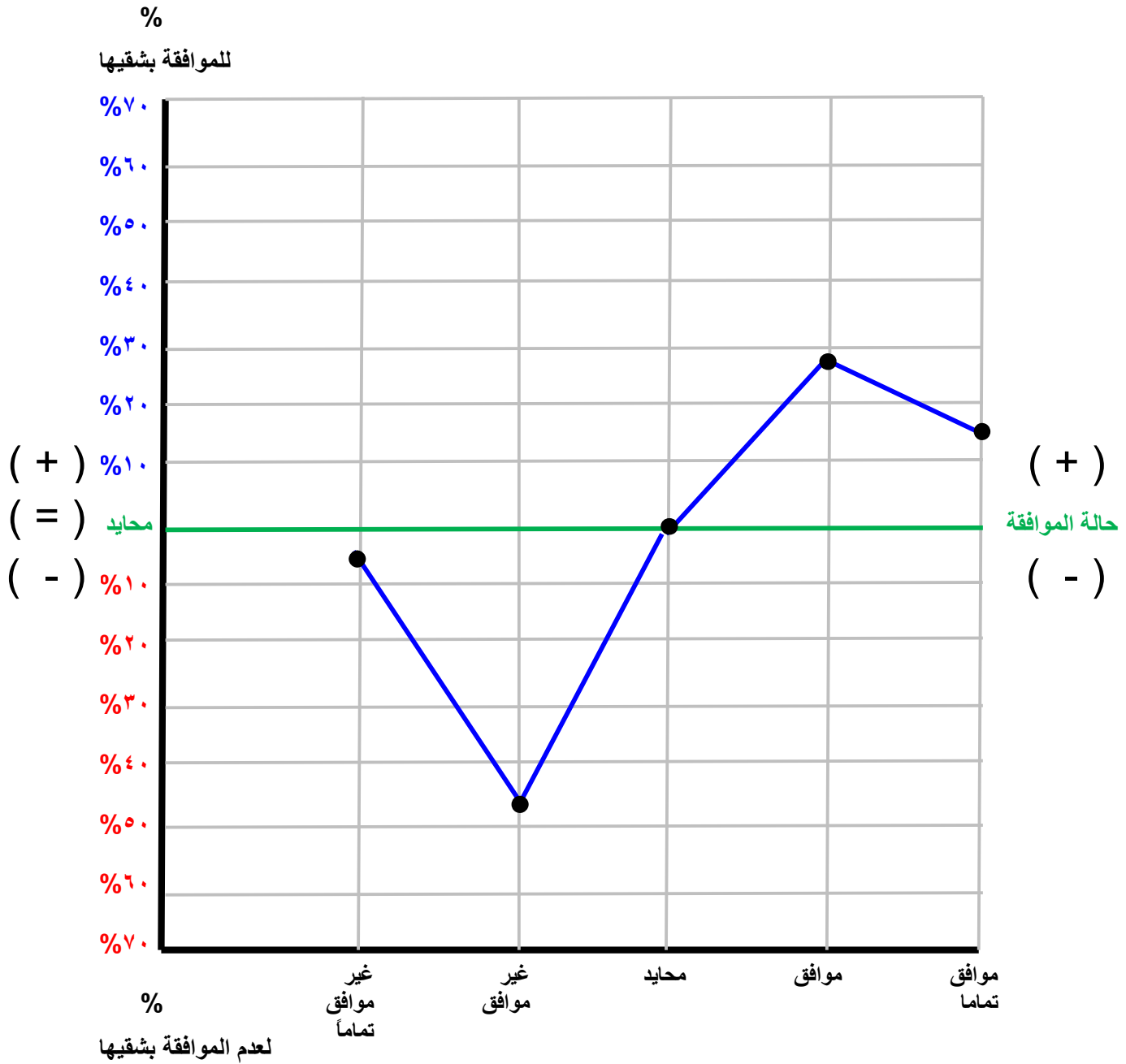
قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
مفهوم الجودة العام :								
١	أ	٤٠	٦٠	٥٠	٤٠	١٠	%٥٠	%٢٥
	ب	١٠	٢٠	٩٠	٨٠	-	%١٥	%٤٠
	ج	٣٠	٤٠	٦٠	٦٠	١٠	%٣٥	%٣٥
	د	١٠	٣٠	٨٠	٧٠	١٠	%٢٠	%٢٠
	هـ	٣٠	٤٠	٥٠	٦٠	٢٠	%٣٥	%٤٠
الإجمالي		١٢٠	١٩٠	٣٣٠	٣٢٠	٥٠	١٠١٠	
%		١٢ %	١٩ %	٣٣ %	٣٢ %	٤ %		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تقيس رأي جهاز المستشفى والمرضى والمترددون في المفهوم العام للجودة والذي يوضح في إجماله أن (٣١%) لديهم مفهوم إيجابي واضح بينما (٣٣%) ليس لديهم مفهوم عن موضوع الاستفتاء في الوقت نفسه يوجد (٣٦%) لديهم مفهوم سلبي عن جودة الخدمات المقدمة .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) والتي توضح أن هناك التزاماً بالعمل بمعايير جودة كذلك الفقرة (هـ) والتي تؤكد هذا المفهوم باعتبار أن العمل بمعايير الجودة ليس نوعاً من رفاهية الأداء .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) والتي توضح الصورة الفعلية بالأداء طبقاً بمعايير كذلك الفقرة (د) والذي يؤكد أيضاً مفهوم الجودة بالمعنى الواسع من خلال إجراءات المقارنة بالأداء .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة (٣٣%) المحايدون أي ليس لديهم فهم واضح لمفهوم الجودة العام ويمكن أن يكون معظم هؤلاء من المرضى باعتبارهم مستقبلين الخدمة من كل ذلك يمكن استنتاج أن هناك انفصاماً بين المفهوم العام نظرياً وبين التطبيق العملي لهذا المفهوم بالنسبة لجودة الخدمات .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (مفهوم الجودة العام)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	12%	19%	33%	32%	4%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	18%	28%	—	48%	6%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٦٧ %)

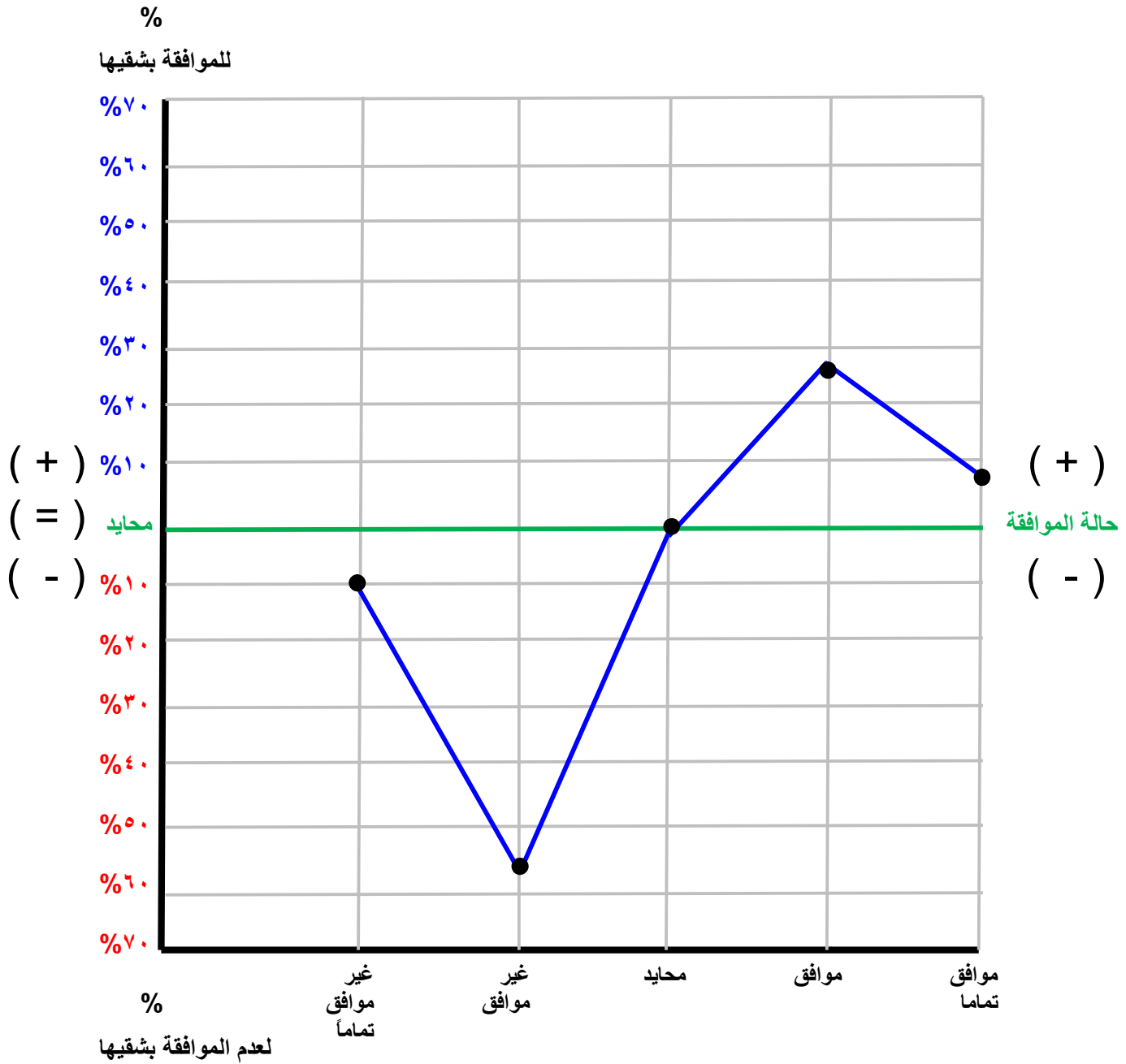
قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٢	مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز الأطباء :								
	أ	يقوم جميع الأطباء بمختلف الأقسام بتطبيق معايير الجودة خلال الأداء .	١٠	٢٠	٩٠	٦٠	٢٠	١٥%	٤٠%
	ب	يقوم الأطباء خلال ممارستهم لأعمالهم ببذل الجهد لفهم احتياجات العميل المعنوية وبالتالي إعطاؤه الاهتمام الشخصي طبقاً لهذه المعرفة .	٢٠	٥٠	٣٠	٨٠	٢٠	٣٥%	٥٠%
	ج	تقوم إدارة المستشفى بعقد الندوات العلمية المختلفة بين الأطباء لدراسة الحالات التي يتابعها هؤلاء الأطباء .	١٠	٣٠	٧٠	٧٠	٢٠	٢٠%	٤٥%
	د	تشجع إدارة المستشفى على اتباع الأساليب العلمية والممارسات الطبية مثل (الطب الاتصالي) من أجل تحقيق جودة الخدمة .	-	٢٠	١٠٠	٨٠	-	١٠%	٤٠%
	هـ	يتم الاستعانة ببعض المستشارين من خارج المستشفى أو من بلاد أخرى في حالة الحاجة لذلك أو كزيارات دورية .	١٠	٢٠	١٠٠	٧٠	-	١٥%	٣٥%
الإجمالي		٥٠	١٦٠	٣٩٠	٣٦٠	٦٠	١٠٢٠		
		٥%	١٦%	٣٨%	٣٥%	٦%			

التحليل :

- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح رأي جهاز الأطباء بالمستشفيات التي تم اختيارها في المفهوم العام للجودة باعتبار أن المفهوم العام هو المدخل الطبيعي للتطبيق .
- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) والتي تنص على قيام الأطباء ببذل الجهد لفهم احتياجات المريض المعنوية حيث جاءت الموافقة بنسبة (٣٥%) في نفس الوقت التي كانت عدم الموافقة (٥٠%) وهذا ما يفسر النقيض بين فهم المبادئ وتنفيذها .
- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) كما تم توضيحه بالإضافة للفقرة (ج) والتي تنص على قيام المستشفى بعقد الندوات العلمية وهذا ما يمكن أن يكون له انعكاس على تطور الأداء وبالتالي الجودة .
- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة كبيرة تصل إلى حوالي (٣٨%) ما لم تستوعب معنى العبارات أو أن العبارات ذاتها لا تعني شيئاً بالنسبة لهم وهذا يمكن تفسيره بأن موضوع الجودة بالأداء لا يعني إلا (٦٢%) فقط من الأطباء بينما (٣٨%) لا يفيدهم بالعدد الذي يجب أن يكون عليه وبالتالي الأداء العام يشوبه التقليدية وليس معايير الجودة .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (مفهوم جهاز الأطباء)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%٥	%١٦	%٣٨	%٣٥	%٦	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	%٨	%٢٦	—	%٥٦	%١٠	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٦٢ %)

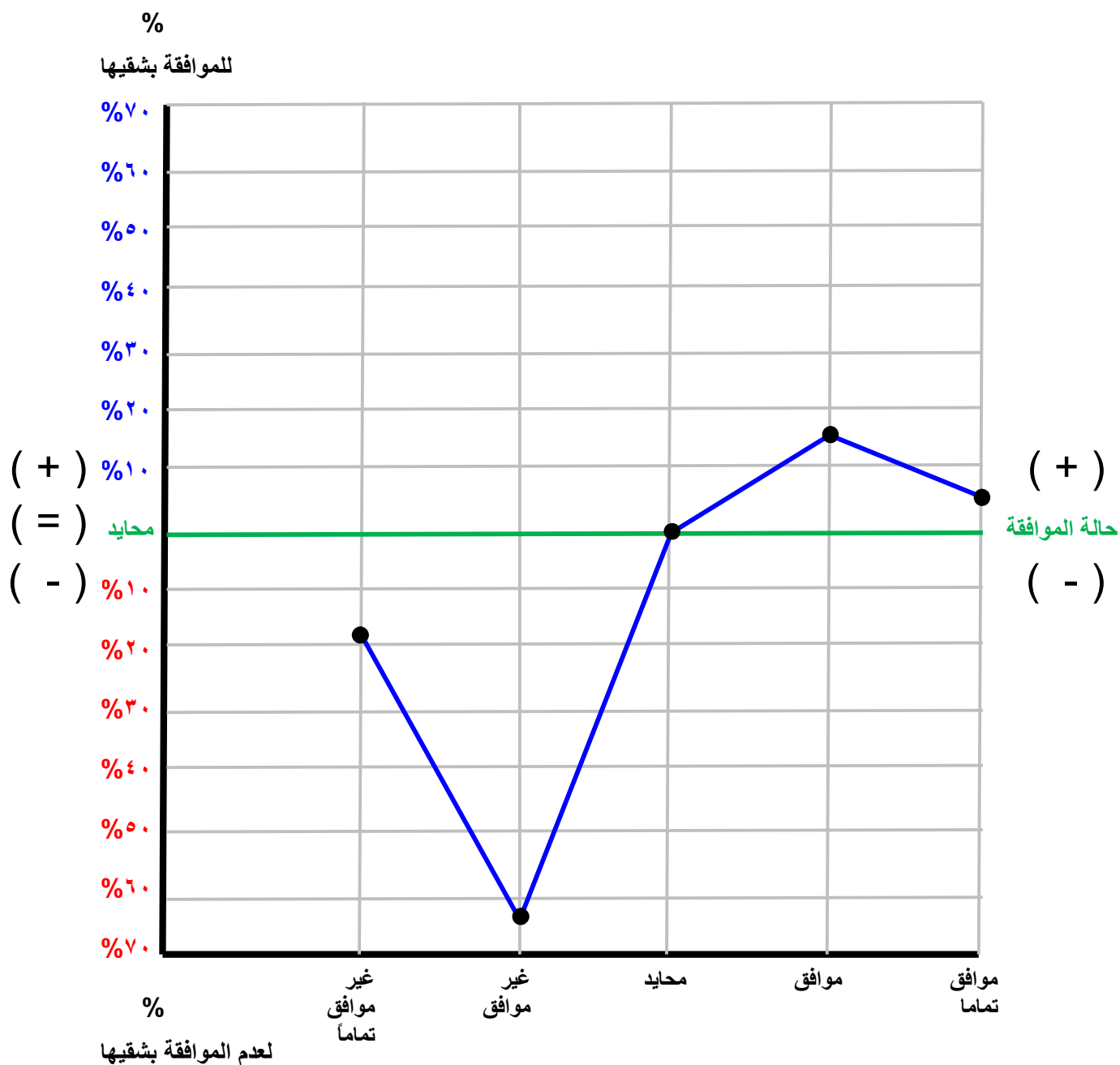
قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	
		موافق	غير موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٤/٥	٢/١				
	مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز التمريض :						
٣	أ	١٠	٢٠	٥٠	١٠٠	٢٠	١٢٠%
	ب	١٠	٢٠	٧٠	٨٠	٢٠	١٠٠%
	ج	١٠	٣٠	٨٠	٦٠	٢٠	٨٠%
	د	—	٢٠	١٠٠	٦٠	٢٠	٨٠%
	هـ	—	١٠	٥٠	١٠٠	٤٠	١٤٠%
	الإجمالي	٣٠	١٠٠	٣٥٠	٤٠٠	١٢٠	١٠٠٠
	%	٣%	١٠%	٣٥%	٤٠%	١٢%	

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تقوم بقياس قواعد مفهوم جودة الخدمات من وجهة نظر أداء جهاز التمريض .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) والتي تنص على وجود نظام متكامل لمتابعة أداء التمريض حيث كانت النسبة (٤٠%) ولكن كان غير الموافقين في نفس الوقت (٨٠%) أي ضعف الموافقين وهذا ما يمكن تفسيره بأن الموافقة جاءت تعبر عن مواقف بعينها أو حالات خاصة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) كما تم توضيحه بالإضافة للفقرة (د) والتي تنص على كفاية جهاز التمريض حيث كانت النسبة (٨٠%) .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايدين كانت (٣٥%) أي حوالي ثلث العدد وهذا يعني أن هناك مثل هذا العدد الذي إما ما لا يعنيه الأمر أو أنه لا يوجد لديه مقياس معياري لقياس الأداء بالنسبة لخدمة جهاز التمريض .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (مفهوم جهاز التمريض)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	3%	10%	35%	40%	12%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	5%	15%	—	62%	18%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (65%)

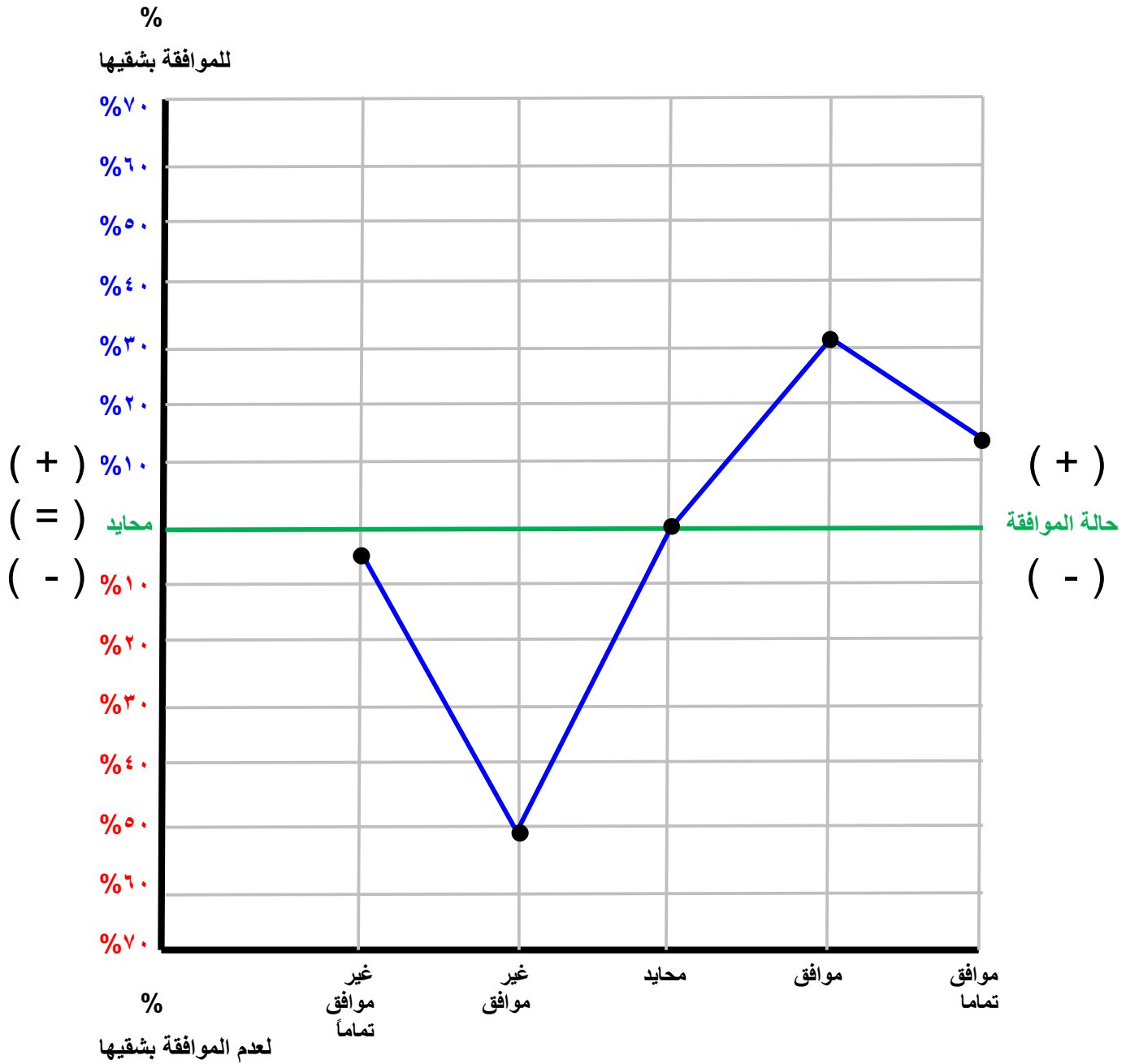
قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%								
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق							
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١							
٤	مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة :														
	أ	تحرص إدارة المستشفى على دعم الأجهزة المساندة بالأنظمة والآليات التي ترفع من مستوى الأداء لهم .							٣٠	٥٠	٥٠	٦٠	١٠	٤٠	٣٥
	ب	تدرك إدارة المستشفى أن توفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة هو أحد العناصر الهامة لدعم التحسين المستمر في جودة الخدمة .							٤٠	٦٠	٣٠	٧٠	-	٥٠	٣٥
	ج	تحرص إدارة المستشفى على مراعاة كافة عناصر الأمان والحماية الطبية وغير الطبية من المخاطر والتلوث أو الإصابة بالأمراض .							١٠	٥٠	٦٠	٦٠	٢٠	٣٠	٤٠
	د	لا يتم إجراء أي نوع من أنواع التحاليل أو الإشعاعات أو غيرها للمريض إلا في حدود المطلوب فقط .							١٠	٥٠	٩٠	٤٠	١٠	٣٠	٢٥
	هـ	تهتم إدارة المستشفى بأراء ومقترحات وشكاوى المراجعين والمرضى .							٥	٢٠	٢٥	١٥٠	-	١٢.٥	٧٥
الإجمالي		٩٥	٢٣٠	٢٥٥	٣٨٠	٤٠	١٠٠٠								
%		٣	١٠	٣٥	٤٠	١٢									

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة مثل أجهزة التحليل والأشعة وغيرها .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) والتي تتناول مدى إدراك إدارة المستشفى لأهمية توفير الأجهزة والمعدات الطبية وبنسبه (٣٠%) إلا أن هناك عدم موافقة تصل إلى نسبة (٤٠%) وقد يكون هذا راجع إلى أن العنصر الأساسي بالمستشفى هو الأطباء وليس كل مكونات المنظومة الطبية معاً .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) والتي تنص على أهمية عنصر الأمان والحماية الطبية وغير الطبية من التلوث ونسبه (٤٠%) وقد يكون تغيير ذلك أن معنى هذا البند هو من المسلمات التي يجب أن تكون .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايدون كانت (٢٥%) مما يعني أن مفهوم الجودة بالنسبة للأجهزة المساندة لا يرقى إلى مستوى الكمال التام .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات
(مفهوم الأجهزة المساندة)



جدول النسب المنوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	10%	23%	25%	38%	4%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	13%	31%	—	51%	5%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المنوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (75%)

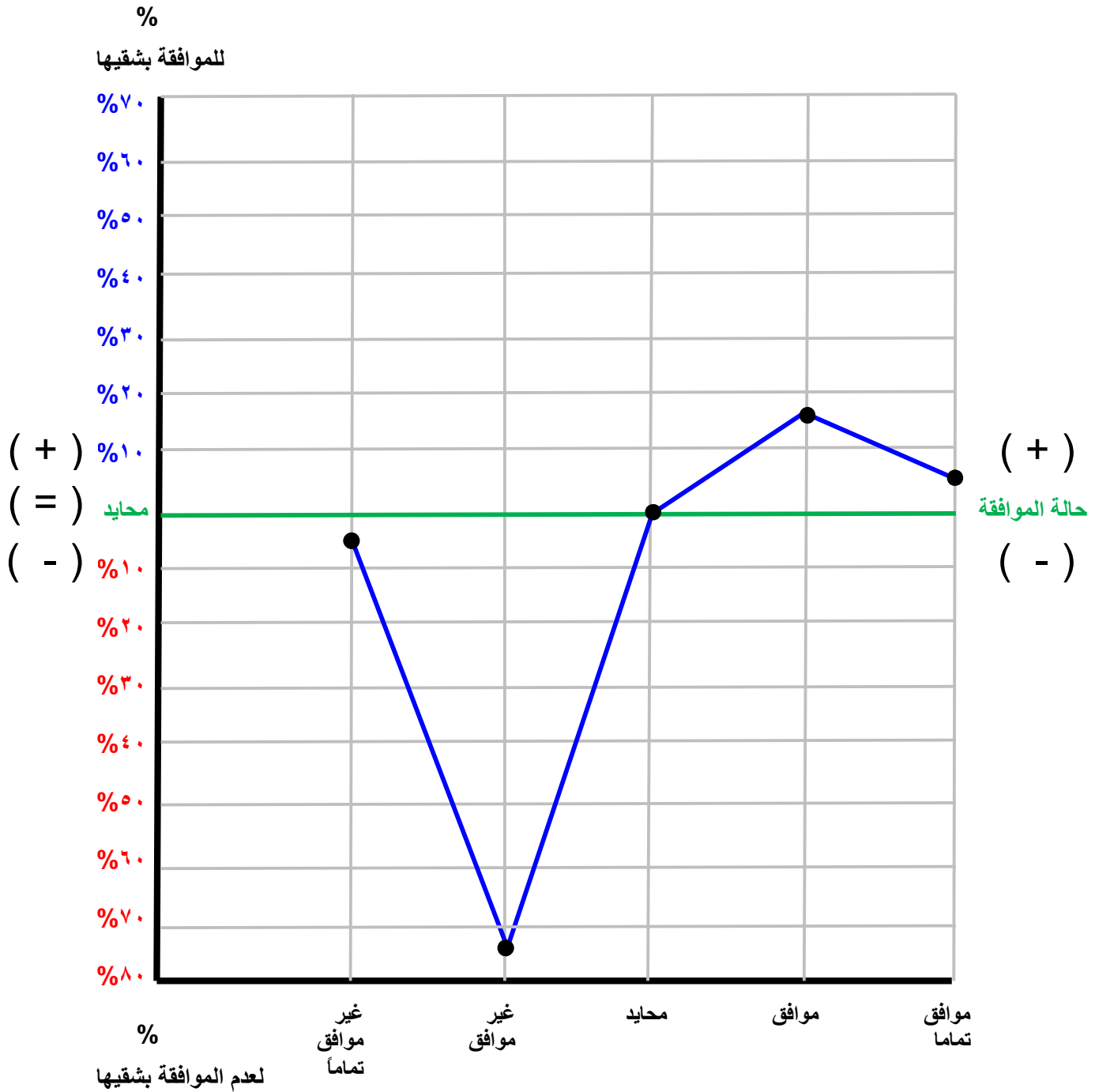
قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
٥	مفهوم الجودة طبقاً لإحساس واستقبال المريض للخدمة :							
	أ	١٥	٣٥	٩٠	٥٠	١٠	%٢٥	%٣٠
	ب	٥	٢٠	٥٠	١٥٠	٢٠	%١٢.٥	%٨٥
	ج	١٠	٤٠	٣٠	١٠٠	٢٠	%٢٥	%٦٠
	د	١٠	٢٠	١٠	١٥٠	١٠	%١٥	%٨٠
	هـ	-	١٠	٢٠	١٧٠	-	%٥	%٨٥
الإجمالي		٤٠	١٢٥	٢٠٠	٥٢٠	٤٠	٩٢٥	
%		٣%	١٠%	٣٥%	٤٠%	١٢%		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول مفهوم الجودة طبقاً لاستقبال مستهلك الخدمة والذي هو المريض لها .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) ونسبة التزام المستشفى على عدم استخدام المرضى في التجارب وهذا يعني أنه قد يكون هذا الحدث من الأحداث المذكورة والتي يشكو منها المرضى كذلك الفقرة (ج) والتي تتناول أخلاقيات المهنة وهذا ما يؤكد نتيجة الفقرة (أ) .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) والتي تتناول تقديم الخدمة الطبية بشكل شامل وهو ما يمكن تفسيره بأن الخدمات المقدمة لا ترقى لمستوى الشمول.
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايدين كانت (٢٣%) وهذا يعني أن مفهوم ومعايير الجودة لدى متلقي العلاج غير ناضجة بشكل كامل أو لا تقدم بشكل معياري .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (مفهوم المرضى)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%٤	%١٣	%٢٣	%٥٦	%٤	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	%٥	%١٧	—	%٧٣	%٥	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (%٧٧)

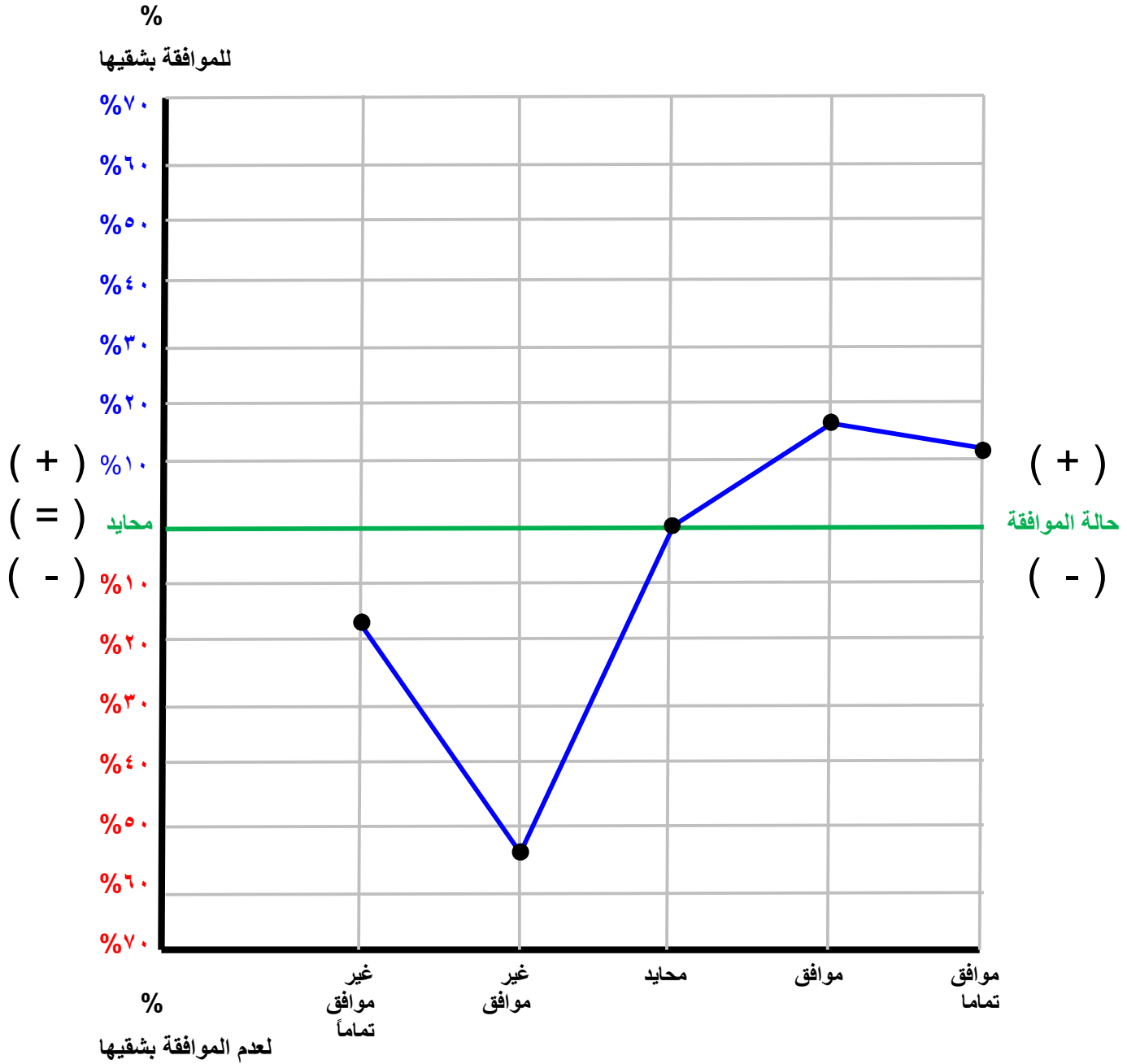
قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات (المرضى)

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
مفهوم الجودة طبقاً لتصميم وتنفيذ الإجراءات المختلفة بالمستشفى :								
أ	تحرص إدارة المستشفى على التطوير المستمر للإجراءات الإدارية والطبية المنظمة لحركة المريض أو المتردد باستمرار .	٢٠	٤٠	٥٠	٧٠	٢٠	%٣٠	%٤٥
ب	تحرص إدارة المستشفى في إتباع الأساليب العلمية والاتجاهات الحديثة والتي تتسم بالمرونة في الإجراءات .	٢٠	٤٠	٢٠	١٠٠	٢٠	%٣٠	%٦٠
ج	تلتزم إدارة المستشفى بإتباع اللوائح والتوجيهات الصادرة من الجهات المعنية بالدولة سواء وزارة الصحة أو غيرها .	٤٠	٥٠	٥٠	٦٠	—	%٤٥	%٣٠
د	تعمل إدارة المستشفى على توفير كافة الإمكانيات والاحتياجات اللازمة لتقديم الخدمات اللازمة لكافة أقسام الشركة بمعايير جودة عالية لهذه الإمكانيات .	١٠	٢٠	—	١٢٠	٥٠	%١٥	%٨٥
هـ	يوجد بالمستشفى برامج لجودة الخدمات المقدمة تحرص إدارة المستشفى على تطبيقها وتدريب العاملين عليها وتوفير متطلبات تنفيذها .	١٠	٢٠	—	١١٠	٦٠	%١٥	%٨٥
الإجمالي		١٠٠	١٠٥	١٢٠	٤٦٠	١٥٠	٩٨٠	
		% ١٠	% ١٥	% ١٣	% ٤٧	% ١٥		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول مفهوم الجودة الشاملة طبقاً لطبيعة الإجراءات المختلفة داخل وخارج المستشفى .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) وبنسبة (٤٥%) والتي تنص على التزام المستشفى بإتباع اللوائح والتوجيهات الصادرة من الدولة وهذا يعني الالتزام والانضباط الذي قد يكون معمول به بالمستشفى أو الذي يتمنى صاحب الرأي في وجوده .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (د) وبنسبة (٨٥%) والتي تنص على قيام إدارة المستشفى على تدبير كافة الاحتياجات المطلوبة كذلك الفقرة (هـ) وبنسبة (٨٥%) أيضاً والتي تنص على وجود برامج لجودة الخدمات المقدمة وبالتالي يمكن استنتاج أو جودة الخدمات المقدمة ليست بالمستوى المعياري المطلوب .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايد كانت (٣%) يمكن إرجاعها إلى أن نسبة من المرضى الذين تم أخذ آرائهم قد لا يكون لديهم القدرة على الإجابة على فقرات الاستبانة .

قواعد ممارسة المفهوم العام لجودة الخدمات (تنفيذ الإجراءات)



جدول النسب المثوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	10%	15%	13%	47%	15%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	11%	17%	—	54%	18%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المثوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (87%) .

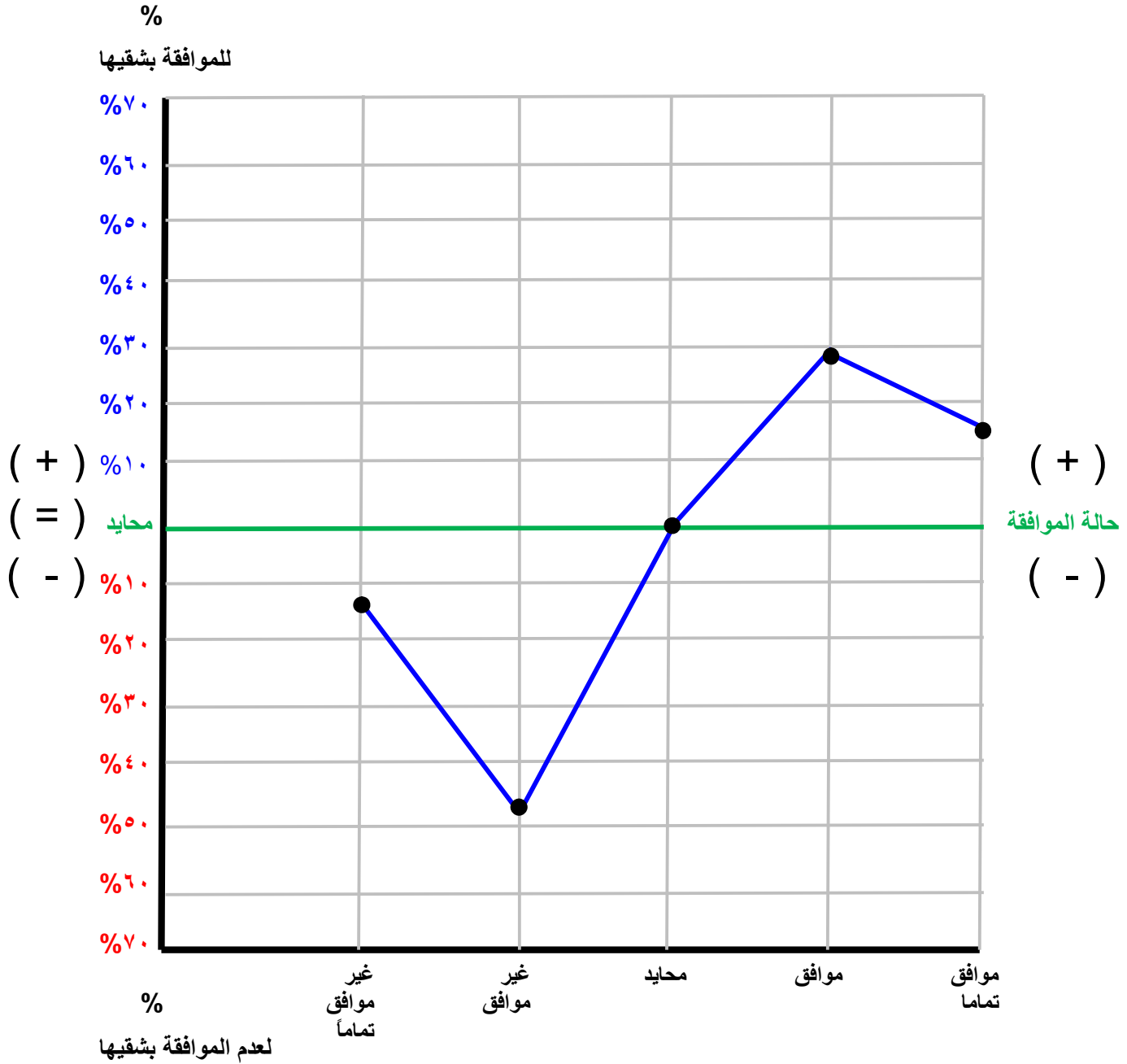
التحليل الإجمالي لقواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%			
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	الإجمالي			
		٥	٤	٣	٢	١	موافق	غير موافق		
١	المفهوم العام لإدارة الأزمات	٢٢٠	٢٢٠	١٠	٢٨٠	٢٠	٧٥٠	٥٩%	٤/٥	٢/١
٢	إدارة الأزمات في مرحلة الاكتشاف لها (مرحلة ميلاد الأزمة)	٢٠	١٠٥	٥	٤٢٠	٢٢٠	٧٧٠	١٦%	٤/٥	٢/١
٣	إدارة الأزمات في مرحلة الاستعداد والوقاية (مرحلة نمو الأزمة)	٥٠	١٦٠	٧٠	٣٨٠	٧٠	٧٣٠	٢٩%	٤/٥	٢/١
٤	إدارة الأزمات في مرحلة احتواء الأزمة (مرحلة النضج)	٦٠	٢٢٠	٨٠	٣٧٠	٢٠	٧٥٠	٣٧%	٤/٥	٢/١
٥	إدارة الأزمات في مرحلة استعداد الأوضاع وإزالة الآثار المترتبة عليها (مرحلة إنهاء الأزمة)	١٣٠	٢٥٠	٧٠	٢٤٠	٦٠	٧٥٠	٥١%	٤/٥	٢/١
الإجمالي		٤٨٠	٩٥٥	٢٣٥	١٦٩٠	٣٩٠	٣٧٥٠	٣٨%	٤/٥	٢/١
%		١٣%	٢٦%	٦%	٤٥%	١٠%	١٠٠%			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح الرأي بالنسبة لأركان مفهوم الأزمة بالنسبة لإدارة المستشفيات والعاملين بها طبقاً لمراحل الأزمة .
- ب- يلاحظ أن أعلى نسبة موافقة كانت بالنسبة إلى المفهوم العام للأزمة وبنسبة (٥٩%) وهذا يعني أن هناك وعي فوق المتوسط عن المفهوم العلمي للأزمات .
- ج- يلاحظ أن أقل نسبة موافقة بشقيها كانت للفقرة (ب) والتي توضح مرحلة اكتساب الأزمة أو ميلادها وهذا يدل على عدم وجود نظام أو آليات متكاملة للتعامل مع الأزمة بفكرة الوقاية وليست العلاج .
- د- يلاحظ أيضاً أن أعلى نسبة عدم موافقة كانت بنفس الفقرة (ب) مما يؤكد عدم وجود المفهوم أصلاً في التعامل مع الأزمة بفكرة الوقاية أو الفعل وليس رد الفعل .
- هـ- يلاحظ أيضاً أن أقل نسبة عدم موافقة بشقيها كانت الفقرة (أ) والخاصة بالمفهوم العام للأزمة لذلك الفقرة (هـ) والخاصة بإزالة أثارها أو التعامل معها بعد الانتهاء منها .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات (الإجمالي)



جدول النسب المثوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	13%	26%	6%	45%	10%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	14%	28%	—	48%	10%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المثوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٤ %) .

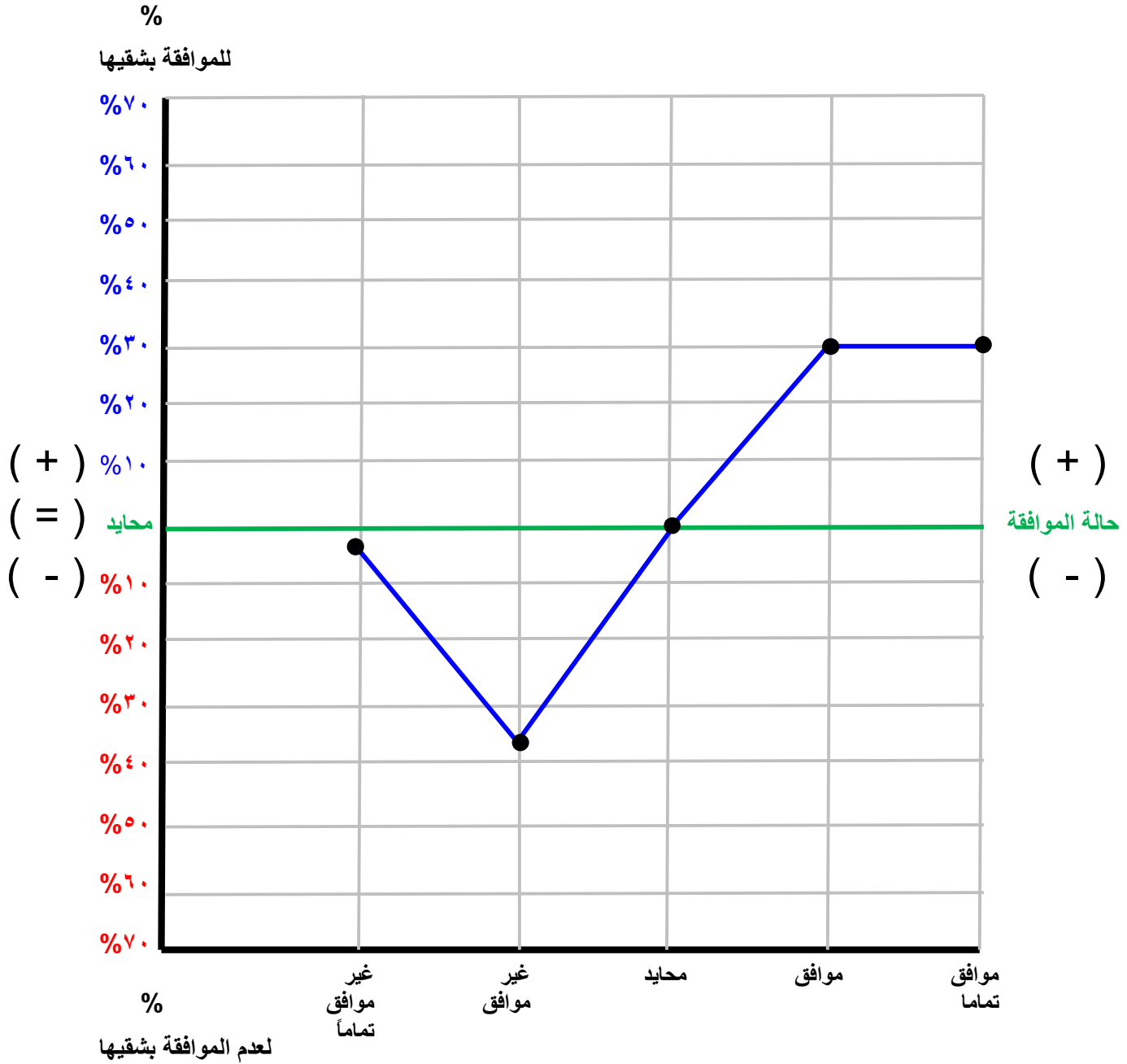
قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	
		٤/٥	٢/١				
المفهوم العام لإدارة الأزمات :							
أ	تعتبر الأزمة نقطة تحول نحو الأسوأ أو الأفضل لحالة معينة تؤدي بالنهاية لتغيير جذري بهذه الحالة .	١٠	٥٠	١٠	٦٠	٢٠	%٥٣
ب	تمر الأزمة منذ نشوئها وحتى انتهائها في مراحل حيث تنمو وتنضج ثم تتدهور وتنتهي .	٦٠	٤٠	—	٥٠	—	%٣٣
ج	يجب أن يكون هناك وعي وخطط محددة لمواجهة الأزمات لدى المؤسسات والمنشآت سواء الاقتصادية أو السياسية أو الاجتماعية أو غيرها .	٦٠	٣٠	—	٦٠	—	%٤٠
د	عدم القدرة في التعامل مع الأزمات بالمراحل الأولى يؤدي لتفاقم الوضع مما قد يتعذر معه علاج الأزمة أو علاجها بخسائر عالية .	٧٠	٣٠	—	٥٠	—	%٣٣
هـ	من خصائص مدير المستشفى أن يكون على دراية كاملة بكيفية التعامل مع الأزمات بشكل علمي .	٢٠	٧٠	—	٦٠	—	%٤٠
الإجمالي		٢٢٠	٢٢٠	١٠	٢٨٠	٢٠	٧٥٠
%		% ٢٩	% ٢٩	% ٢	% ٣٧	% ٣	

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح المفهوم العام لإدارة الأزمات حيث يتضح وجود موافقة عامة على ما جاء بها من معاني (حوالي ٦٠%) بينما عدم الموافقة تصل إلى حوالي (٤٠%) وباعتبار أن هذه العبارات تدور حول الرغبة في وجود هذه القيم والمفاهيم فيمكن اعتبار هذا مؤشراً على الرغبة ولكن لا تعبر عن القدرة .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرتين (ب) ، (ج) وهما يعبران عن فهم طبيعة الأزمة من حيث مراحل النمو والوقت الأمثل للتعامل معها .
- ج- يلاحظ أيضاً أن الفقرة (أ) قد حظيت بأقل نسبة والتي تعبر عن جوهر وطبيعة الأزمة مما يمكننا من استنتاج أن المفهوم العام للأزمة تحتاج إلى توضيح أكثر .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات
(المفهوم العام)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	29%	29%	2%	37%	3%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	30%	30%	—	37%	3%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (98%) .

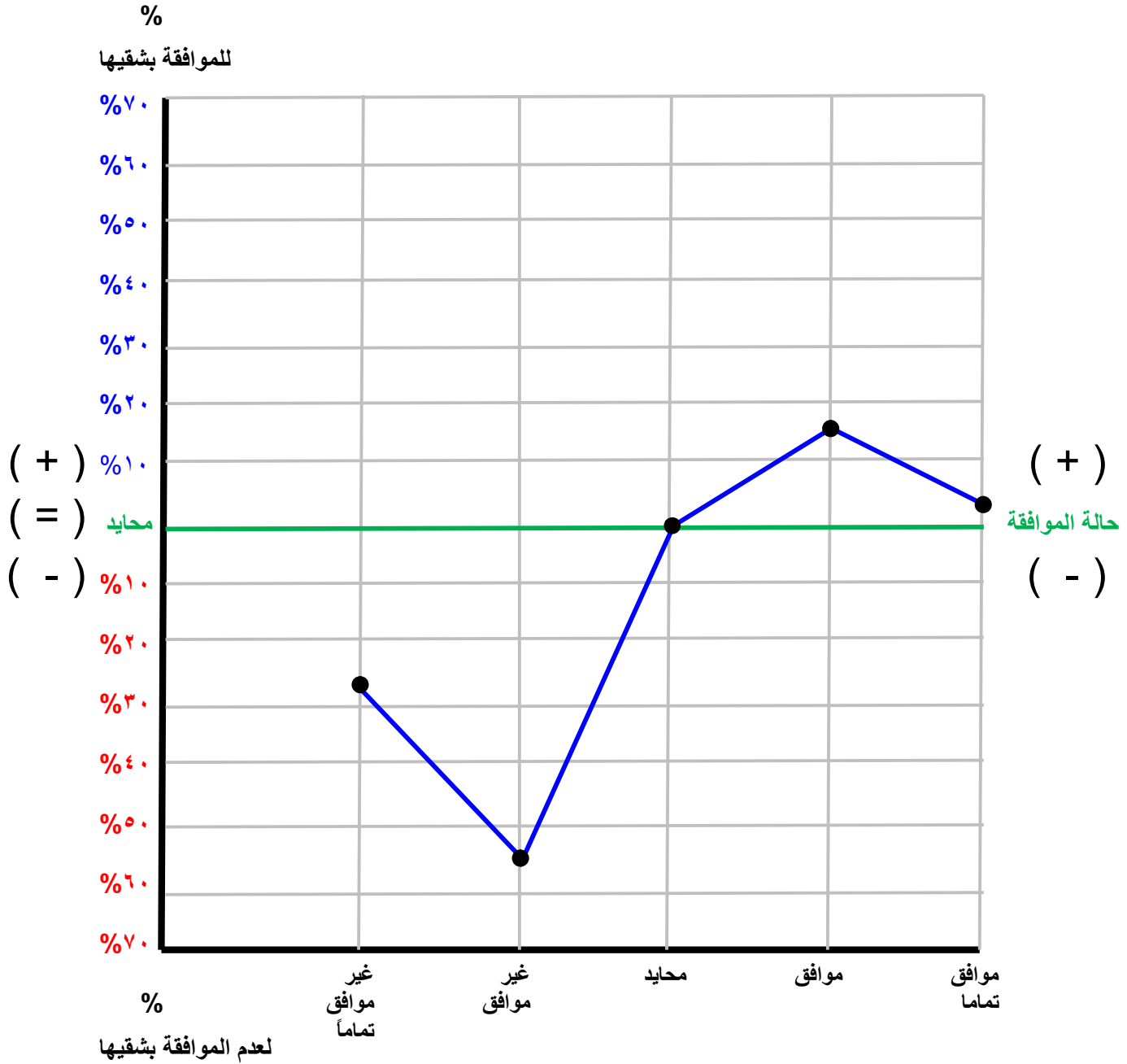
قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	
		٤/٥	٢/١				
	إدارة الأزمات في مرحلة الاكتشاف لها (مرحلة ميلاد الأزمة) :						
أ	يتوفر لدى المستشفى قسم خاص من مهامه رصد المؤشرات التي تنبئ عن وقوع أزمات يقوم بالتبليغ عنها مع التحليل وإعداد مقترحات الحلول .	٢٠	٩٠	—	٤٠	—	١٣%
ب	يتم إجراء عمليات مسح شامل دورياً لبيئة عمل المستشفى الداخلية والخارجية للتعرف على مؤشرات وقوع الأزمات .	١٥	٦٠	٥	٦٠	١٠	١٧%
ج	يوجد بالمستشفى خطط عمل لتنسيق جهود كل العاملين للتعامل مع الأزمات المختلفة عند حدوثها .	٢٠	٨٠	—	٥٠	—	١٣%
د	تهتم إدارة المستشفى بعمليات تصنيف وتبويب مؤشرات حدوث الأزمات مع تحديثها باستمرار طبقاً لاختلافات بيئة العمل الداخلية والخارجية .	١٠	١٠٠	—	٤٠	—	٧%
هـ	تهتم إدارة المستشفى بعقد الندوات ودورات والتدريب عن الأزمات من حيث اكتشافها وأسلوب التعامل معها وكيفية إزالة آثارها .	٤٠	٩٠	—	٣٠	١٠	٢٧%
	الإجمالي						
							٧٧٠
							٣%
							١٤%
							١%
							٥٥%
							٢٧%

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح الإجراءات التنفيذية الخاصة بمفهوم إدارة الأزمات .
- ب- يتضح من الاستبانة أن هناك عدم موافقة على الإجراءات التنفيذية تصل إلى (٨٢%) بشقيها (غير موافق / غير موافق تماماً) وهذا يدل على أن القدرة على مواجهة الأزمات ليست على مستوى الرغبة والتي كانت حوالي (٥٨%) .
- ج- بمقارنة المفهوم العام للأزمة والذي يمثل الرغبة بالإجراءات التنفيذية خلال مرحلة ميلاد الأزمة والتي تعبر عن القدرة نجد أن هناك فجوة كبيرة بينهما تصل إلى حوالي (٥٨ - ١٧ = ٤١ %) وهي نسبة كبيرة في مرحلة ميلاد الأزمة .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات
(مرحلة ميلاد الأزمة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	٣%	١٤%	١%	٥٥%	٢٧%	١٠٠%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	٣%	١٤%	—	٥٤%	٢٧%	١٠٠%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٩ %) .

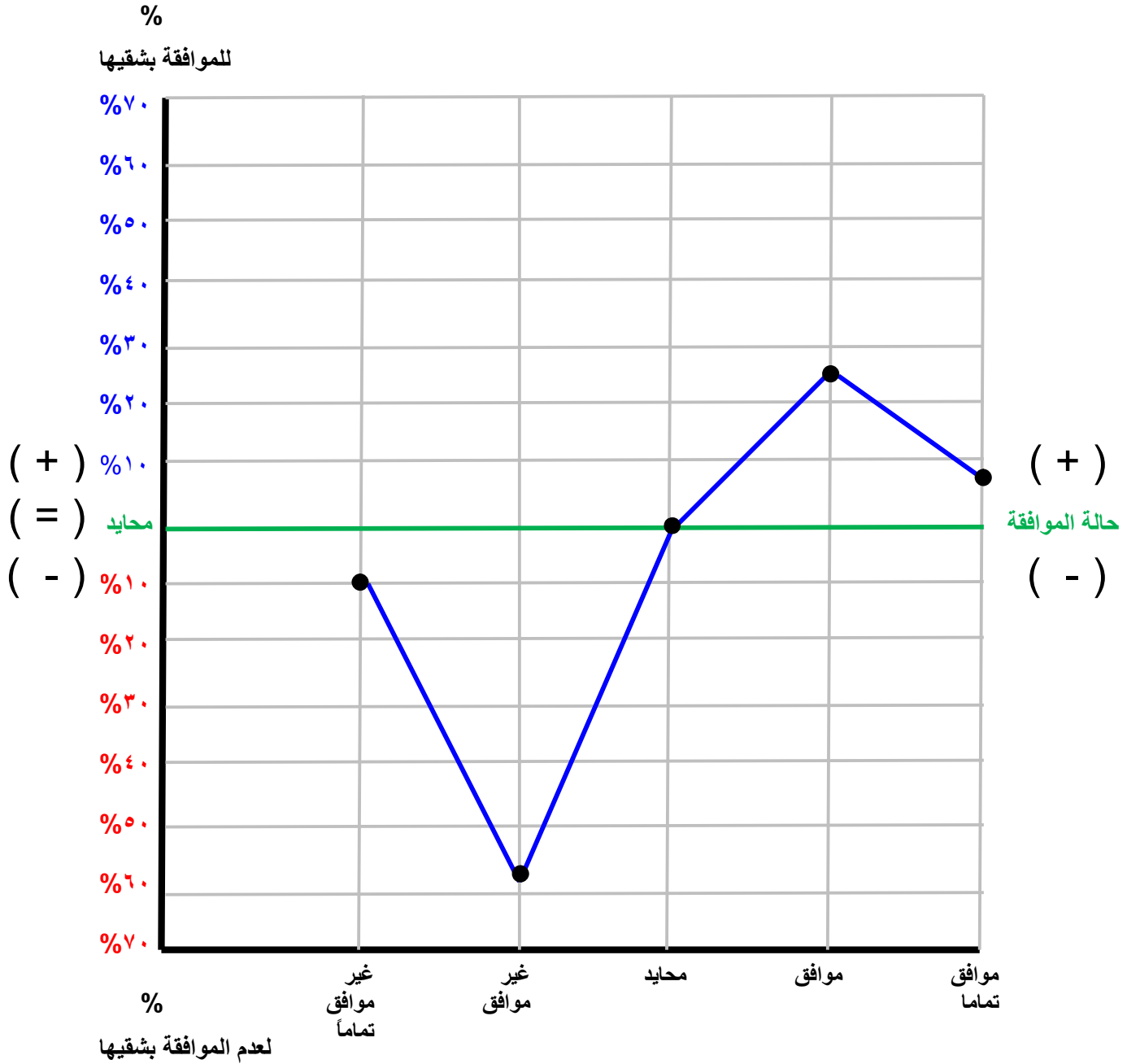
قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٣	إدارة الأزمات في مرحلة الاستعداد والوقاية (مرحلة نمو الأزمة) :								
	أ	يوجد بالمستشفى مركز مؤهل لإدارة العمليات عند اكتشاف ميلاد ونمو الأزمة مجهز بجميع الوسائل والتقنيات المطلوبة .	-	٢٠	٢٠	٨٠	٣٠	١٣%	٧٣%
	ب	توجد تعليمات ولوائح منظمة لأسلوب إدارة الأزمات عند رفع حالات الاستعداد للتعامل معها في مرحلة النمو .	٢٠	٥٠	-	٧٠	١٠	٤٧%	٥٣%
	ج	توجد سهولة في الحصول على الإمكانات المادية والبشرية المطلوبة من إدارات وأقسام المستشفى عند الحاجة إليها في إدارة الأزمات بهذه المرحلة .	١٠	٣٠	٢٠	٧٠	٢٠	٢٧%	٦٠%
	د	يوجد نظام اتصالات وتبادل معلومات يساعد في عملية إدارة الأزمات بمرحلة النمو .	١٠	٣٠	-	٩٠	٢٠	٢٧%	٧٣%
	هـ	توجد تعليمات وتوجيهات من الجهات المعنية الحكومية (وزارة الصحة) عن كيفية التعامل مع الأزمات المختلفة خاصة بالنسبة للتنسيق مع المستشفيات الأخرى .	١٠	٣٠	٣٠	٧٠	١٠	٢٧%	٥٣%
الإجمالي		٥٠	١٦٠	٧٠	٣٨٠	٧٠	٧٣٠		
		٧%	٢٢%	١٠%	٥٢%	٩%			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح قواعد إدارة الأزمات بمرحلة نمو الأزمة وهذا يعني الاحتياج لمجهود إضافي عن مرحلة الميلاد للتغلب على الأزمة .
- ب- الموافقة على ما جاء بالفقرات تمثل بشقيها حوالي (٢٩%) بينما عدم الموافقة بشقيها تمثل حوالي (٦١%) بالإضافة إلى (١٠%) محايد .
- ج- طبقاً لهذه النتائج وبمقارنتها بنتائج مرحلة ميلاد الأزمة نجد أن نسبة الموافقة في مرحلة الميلاد كانت (١٧%) بينما في مرحلة النمو أصبحت (٢٩%) ويمكن تفسير ذلك أن آليات اكتشاف الأزمة والتعامل معها تأتي متأخرة حيث يتم الإحساس بها والتعامل معها بعد ظهور آثارها وليس طبقاً لرؤية أو طبقاً لآليات وقواعد معينة كما يلاحظ أيضاً أن نسبة عدم الموافقة كانت بمرحلة الميلاد (٨٢%) أصبحت بمرحلة النمو (٦١%) ويفسر ذلك أن نسبة المحايدة حيث عدم المعرفة الكاملة بقواعد إدارة الأزمات كانت بمرحلة الميلاد (١%) وبمرحلة النمو أصبحت (١٠%) أي عدم المعرفة بتواجد آليات لمواجهة آثار الأزمة .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات (مرحلة نمو الأزمة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	٧%	٢%	١٠%	٥٢%	٩%	١٠٠%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	٨%	٢٤%	—	٥٨%	١٠%	١٠٠%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٠%) .

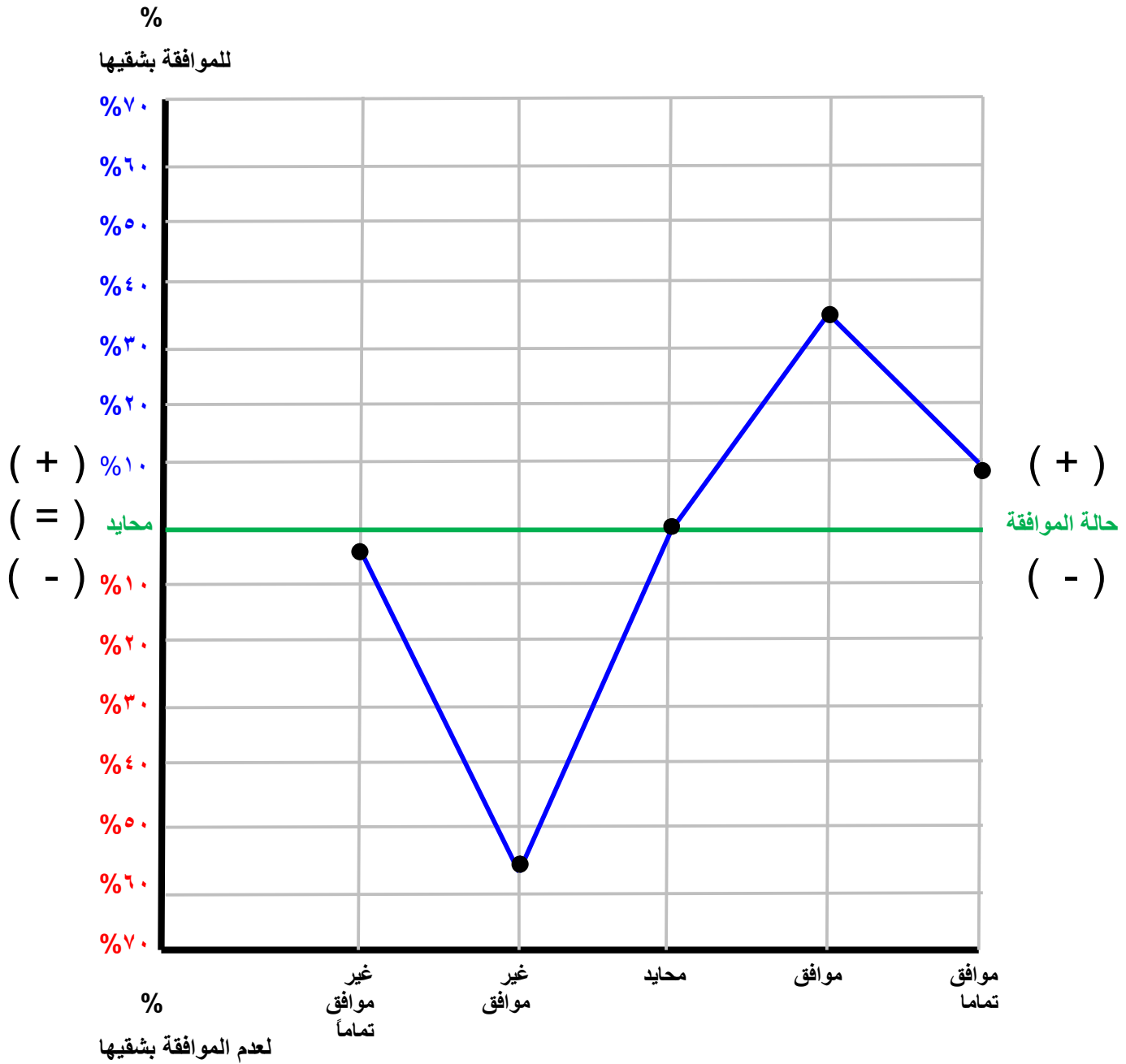
قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٤	إدارة الأزمة في مرحلة احتواء الأزمة (مرحلة النضج) :							
	أ	يتم تطبيق التعليمات المنظمة للتعامل مع الأزمات طبقاً لما تم إعداده من تحليل للأزمة وأسبابها وإعداد البدائل واتخاذ وتنفيذ القرارات المناسبة .	٢٠	٦٠	—	٦٠	١٠	٥٣%
	ب	تعتبر إدارة المستشفى أن عامل الوقت هو العامل الحرج في التعامل مع الأزمة دون أي تأخير أو تجاهل وبالتالي الاستجابة الفورية عند التعامل معها .	٢٠	٥٠	—	٨٠	—	٤٧%
	ج	يتم إتباع الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع الأزمة من قبل الإدارة والعاملين بالمستشفى .	—	٤٠	٤٠	٧٠	—	٢٧%
	د	يتم السيطرة على الأزمة ومنع انتشارها وتفاقمها وتأثيرها على كل مشتملات المستشفى .	١٠	٤٠	٢٠	٨٠	—	٣٣%
	هـ	هناك قدرة وسرعة مناسبة لدى المستشفى والعاملين في تحريك الموارد البشرية والمادية وإمكانات الاتصال لاحتواء الأزمة .	١٠	٣٠	٢٠	٨٠	١٠	٢٧%
	الإجمالي	٦٠	٢٢٠	٨٠	٣٧٠	٢٠	٧٥٠	
	%	٨%	٢٩%	١١%	٤٩%	٣%		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة توضح آليات احتواء الأزمة عند وصولها لمرحلة النضج أي التأثير المباشر على كل إمكانات العملية الإنتاجية من إمكانات بشرية ومادية ونظم عمل .
- ب- يلاحظ أن إجمالي نسبة الموافقة بشقيها تصل إلى (٣٧%) حيث تزيد عن مرحلة النمو بحوالي (٨%) أما عدم الموافقة والتي تعبر عن عدم وجود ما جاء بالعبارات فتصل النسبة إلى حوالي (٥٢%) وهو ما يقل عن مثيلتها بمرحلة النمو بحوالي (٩%) أما نسبة الحياد أي عدم المعرفة بالمدلول فتصل إلى (١١%) والتي كانت بمرحلة النمو (١٠%) وبالتالي يؤكد ذلك أن إدارات هذه المستشفيات تتعامل مع إدارة الأزمات بمنطق رد الفعل وليس بإستراتيجية مسبقة حيث تتناسب نسبة الإحساس بالخطر تتناسب طردياً مع إدراكات ما يجب عمله بالنسبة إلى الأزمة .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات
(مرحلة نضج الأزمة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	%٨	%٢٩	%١١	%٤٩	%٣	%١٠٠
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	%٩	%٣٣	—	%٥٥	%٣	%١٠٠

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (%٨٩) .

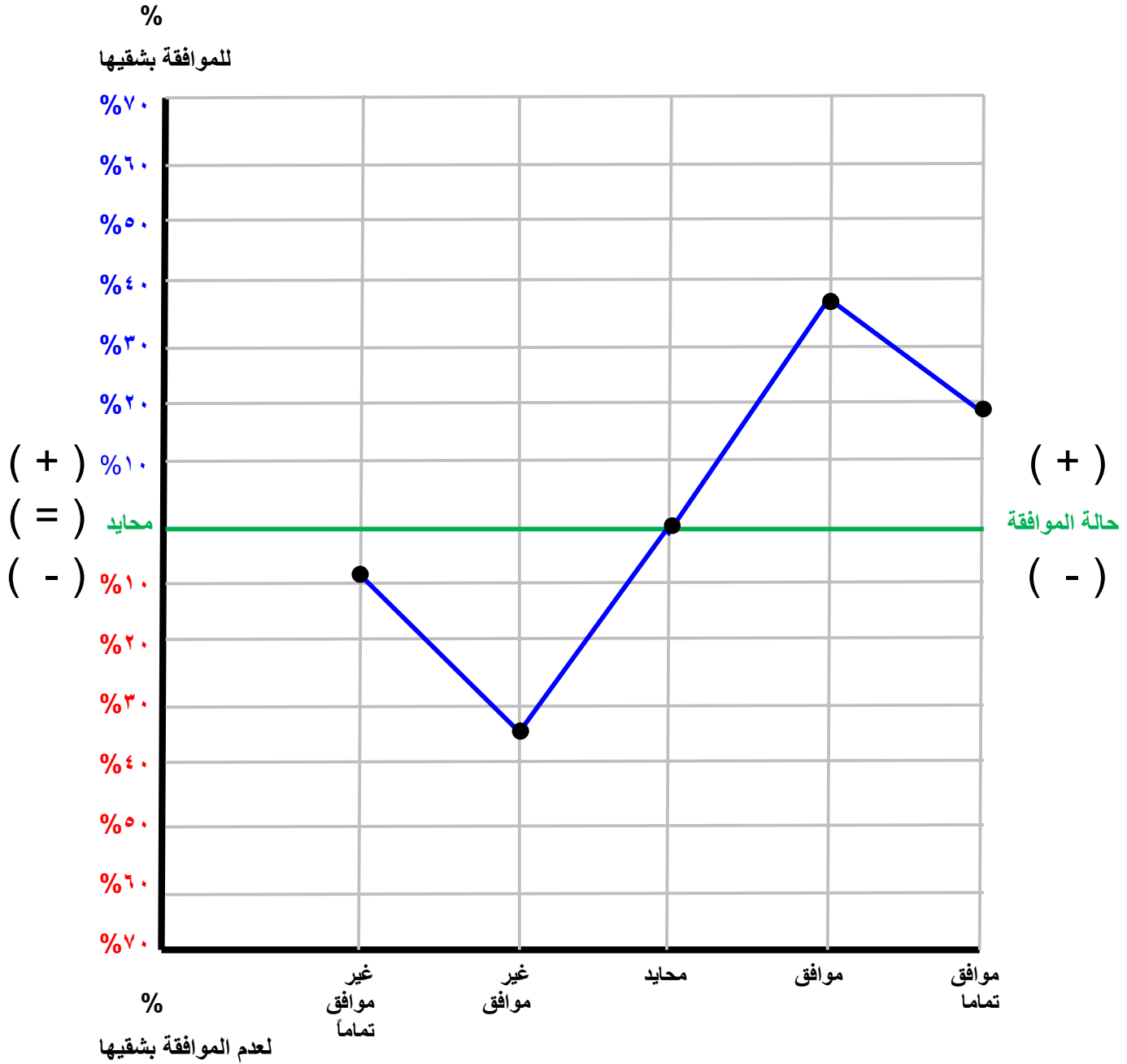
قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
٥	إدارة الأزمة في مرحلة استعادة الأوضاع وإزالة الآثار المترتبة عليها (مرحلة إنهاء الأزمة):							
	أ	١٠	٣٠	٣٠	٤٠	٤٠	٢٧%	٥٣%
	ب	٣٠	٤٠	٢٠	٥٠	١٠	٤٧%	٤٠%
	ج	٢٠	٥٠	٢٠	٥٠	١٠	٤٧%	٤٠%
	د	٣٠	٦٠	—	٦٠	—	٦٠%	٤٠%
	هـ	٤٠	٧٠	—	٤٠	—	٧٣%	٢٧%
الإجمالي		١٣٠	٢٥٠	٧٠	٢٤٠	٦٠	٧٥٠	
		١٧%	٣٤%	٩%	٣٢%	٨%		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول الرأي في إجراءات تنفيذية تخص فكر إدارة المستشفيات في التعامل مع الحدث يهد انتهاء الأزمة لاستعادة الأوضاع وإزالة الآثار .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) وبنسبة (٧٣%) والتي تتناول نشاط المستشفى للحفاظ على المعلومات والدروس المستفادة من الأزمة وهذا شيء جيد .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) وبنسبة (٥٣%) والتي تتناول الإجراءات التنفيذية طبقاً للمنهج العلمي وهذا يعني أن عملية احتواء الأزمة لا تتم طبقاً للمنهج العلمي في حصر نتائج الأزمة وإزالة أثارها .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايدين كانت (٩%) وهي موزعة على ثلاث فقرات تتناول الفقرة (أ) كذلك الفقرة (ب) الخاصة بجهود المستشفى لتخفيض آثار الأزمة والفقرة (ج) الخاصة بتوعية إدارة المستشفى وهذا يعني أن هناك (٩%) لا يلمسون نشاطاً في موضوع تلك الفقرات يمكنهم من تحديد رأيهم .

قواعد ممارسة المفهوم العام لإدارة الأزمات
(مرحلة إنهاء الأزمة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	17%	34%	9%	32%	8%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	19%	37%	—	35%	9%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (91 %) .

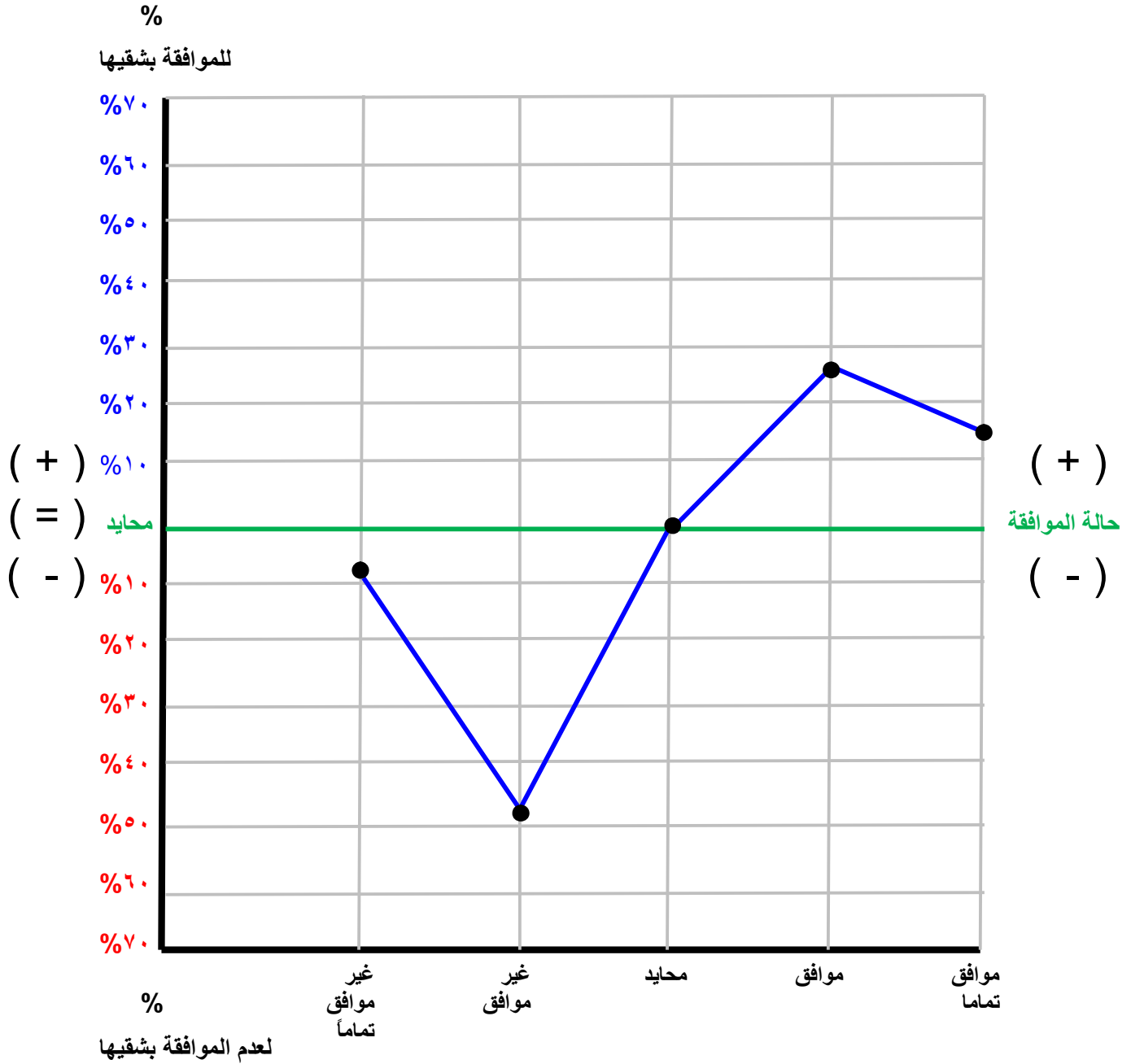
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
١	أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة :								
	أ	تعتمد قواعد الإدارة الحديثة على العمل من خلال قواعد إدارة الجودة التي تنظمها وتحددها الحكومة أو القواعد العالمية .	٣٠	٤٠	—	٦٠	٢٠	%٤٧	%٥٣
	ب	تقوم إدارة المستشفى بالأخذ في الاعتبار معايير الجودة في مرحلة التخطيط السنوي لأداء المستشفى .	٢٠	٣٠	١٠	٧٠	٢٠	%٣٣	%٦٠
	ج	يتم عملية تدبير مستلزمات إنتاج الخدمات الطبية والمساندة طبقاً لمعايير قياسية محددة للجودة.	٣٠	٤٠	—	٧٠	١٠	%٤٧	%٥٣
	د	تعتبر إدارة المستشفى أن عملية التوجيه والقيادة هي عملية للبناء وتقدم المستشفى وليست عملية تعتمد على فكرة العقاب فقط .	٢٠	٥٠	٣٠	٥٠	—	%٤٧	%٣٣
	هـ	تعتمد المستشفى في نظام المتابعة على التقنيات الحديثة في تسجيل البيانات وتحليلها للخروج بالنتائج .	١٠	٣٠	—	١٠٠	١٠	%٢٧	%٧٣
	الإجمالي	١١٠	١٩٠	٤٠	٣٥٠	٦٠		٧٥٠	
	%	% ١٥	% ٢٥	% ٥	% ٤٧	% ٨			

التحليل :

- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة التفاعلية بين قواعد الإدارة الحديثة باعتبارها (متغيراً مستقلاً) وقواعد الجودة الشاملة باعتبارها (متغيراً تابعاً) .
- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) والتي تنص على اعتماد قواعد الإدارة الحديثة على الجودة وكذلك الفقرة (ج) والتي تنص على تدبير المستلزمات الطبية طبقاً لمعايير الجودة كذلك الفقرة (د) التي تنص على فن القيادة والتطوير حيث إن نسبة كل واحدة منها كانت (%٤٧) إلا أن كل من الفقرة (ب) والفقرة (ج) كانت عدم الموافقة (%٥٣) أما الفقرة (د) فكانت نسبة عدم الموافقة (%٣٣) .
- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) التي تنص على اعتماد المستشفى على نظام متابعة يتطابق مع التقنيات الحديثة .
- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايد كانت (%٥) .
- ويمكن تفسير كل ذلك بأن هناك علاقة تفاعلية فعلا سواء بالإيجاب أو بالسلب بين كل من قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة بحيث إن أي تغيير بقواعد الإدارة الحديثة يؤدي إلى تغيير بقواعد الجودة الشاملة .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	15%	25%	5%	47%	8%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	16%	26%	—	49%	9%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (95%) .

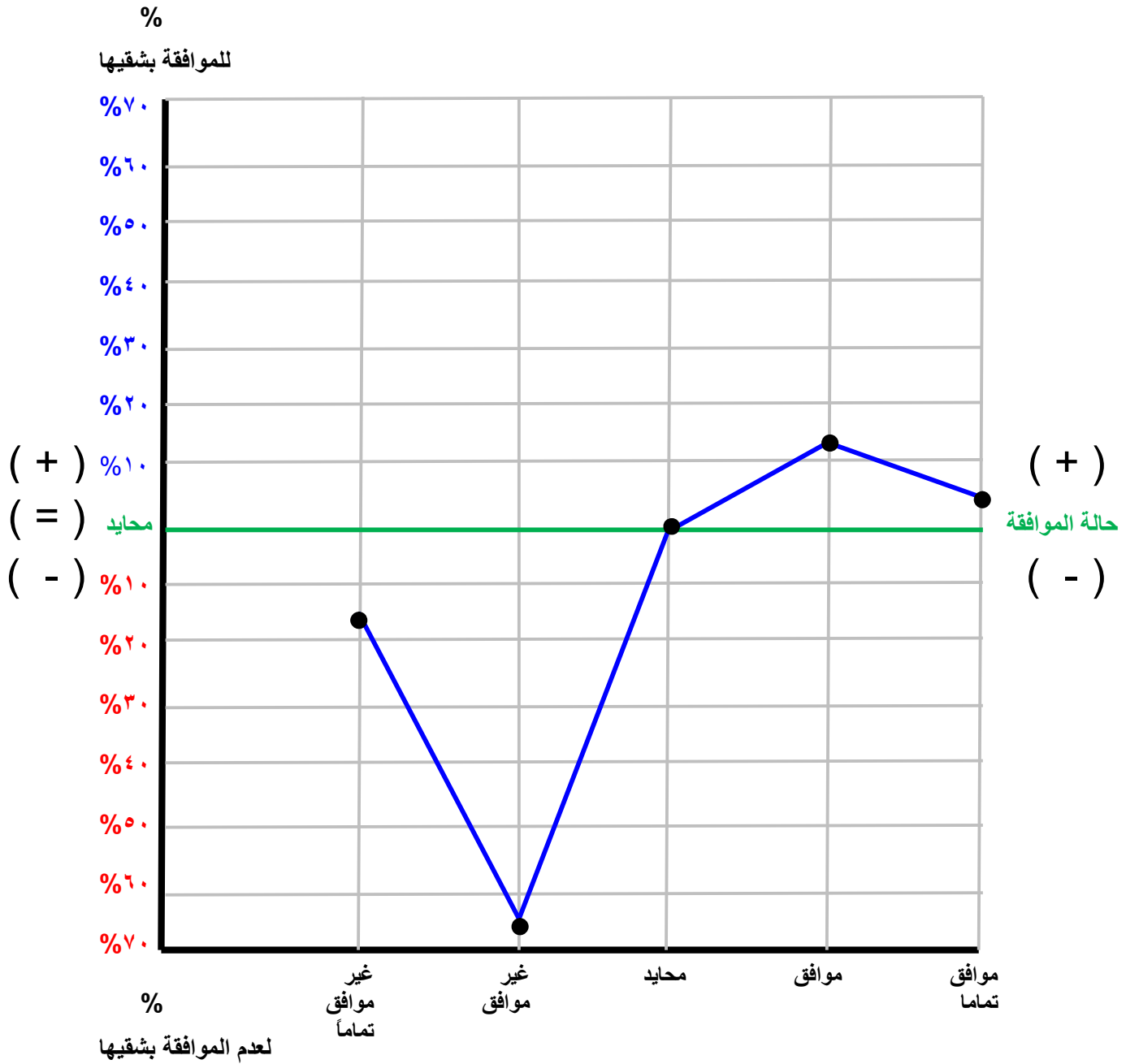
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات :								
٢	أ	—	٢٠	٣٠	٨٠	٢٠	%١٣	%٦٧
	ب	١٠	٢٠	—	٩٠	٣٠	%٢٠	%٨٠
	ج	—	١٠	٣٠	٩٠	٢٠	%٧	%٧٣
	د	—	١٠	٢٠	١٠٠	٢٠	%٧	%٨٠
	هـ	٢٠	٢٠	—	٩٠	٢٠	%٢٧	%٧٣
الإجمالي		٣٠	٨٠	٨٠	٤٥٠	١١٠	٧٥٠	
%		% ٤	% ١١	% ١١	% ٦٠	% ١٤		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة التفاعلية بين قواعد الإدارة الحديثة باعتبارها (متغيراً مستقلاً) وبين قواعد إدارة الأزمات باعتبارها (متغيراً تابعاً) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) بنسبة (٢٧%) الخاصة بحرص إدارة المستشفى على التعامل مع الأزمات طبقاً للمفهوم العلمي ويمكن تفسير ذلك بأن هذه الموافقة تدخل ضمن الرغبة خاصة وأن نسبة غير موافق وصلت إلى (٧٣%) لنفس الفقرة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) وبنسبة (٨٠%) والخاصة بتوافق إستراتيجية مواجهة الأزمات مع إستراتيجية المستشفى كذلك الفقرة (د) وبنفس النسبة والخاصة بوجود مركز لإدارة الأزمات بالمستشفى .
- د- يلاحظ أيضاً أن هناك نسبة المحايدتين كانت (١١%) بل وتتساوى مع نسبة الموافق فقط وهذا يعني أن عملية المزج بين إدارة الأزمات طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة تحتاج إلى بعض التعديلات .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	4%	11%	11%	60%	14%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	4%	12%	—	67%	17%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٨٩ %) .

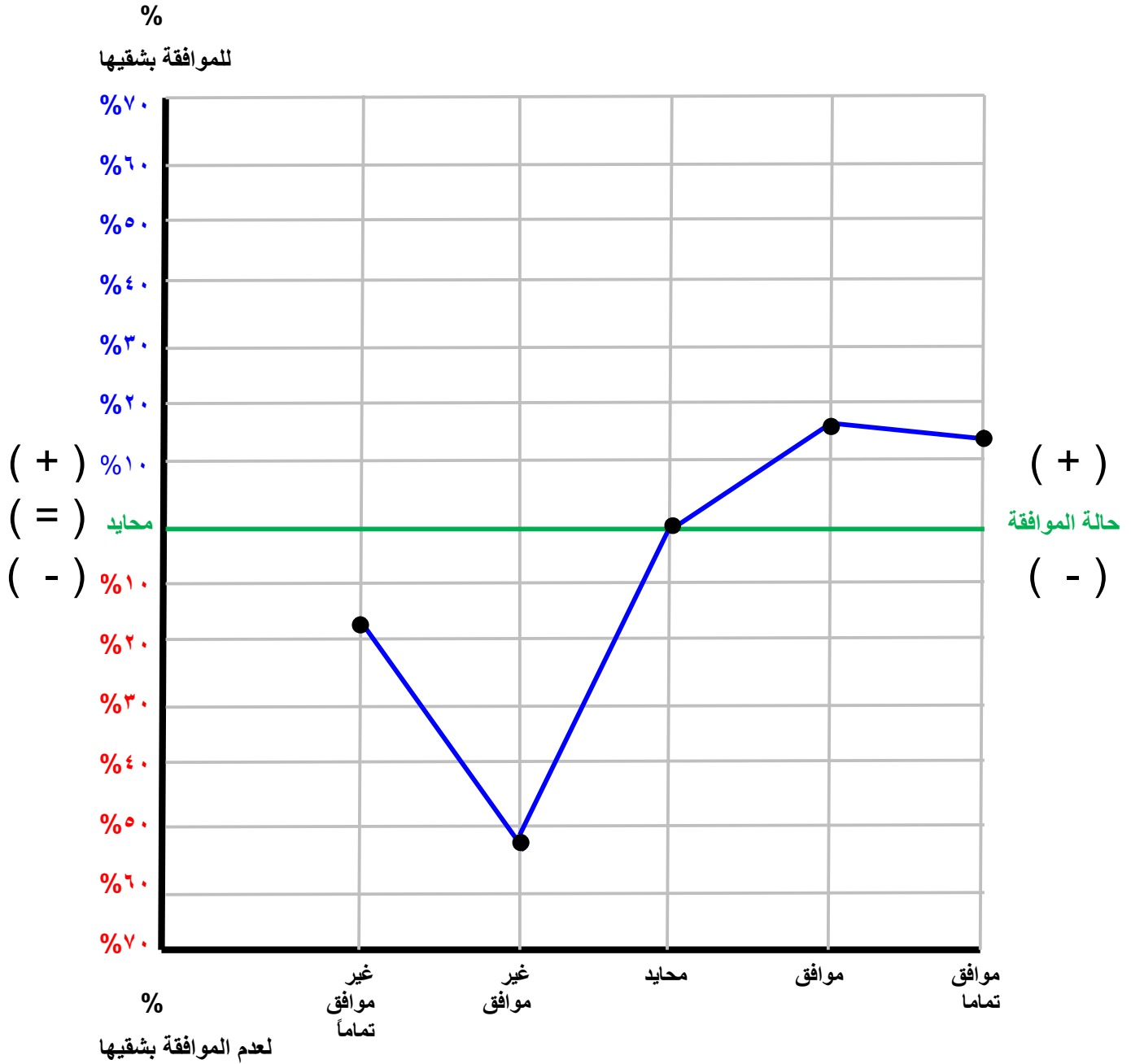
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
		٥	٤	٣	٢	١		
٣	أثر قواعد الإدارة الحديثة على الجودة والأزمات معاً							
	أ	٣٠	٢٠	٢٠	٦٠	٢٠	٣٣%	٥٣%
	ب	١٠	٣٠	٣٠	٥٠	٣٠	٢٧%	٥٣%
	ج	—	١٠	—	١٢٠	٢٠	٧%	٩٣%
	د	١٠	٢٠	١٠	٨٠	٣٠	٢٠%	٧٣%
	هـ	٤٠	٣٠	—	٥٠	٣٠	٤٧%	٥٣%
	الإجمالي	٩٠	١١٠	٦٠	٣٦٠	١٣٠		٧٥٠
	%	١٢%	١٥%	٨%	٤٨%	١٧%		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة بين كل من قواعد الإدارة الحديثة (كمتغير مستقل) وكل من قواعد الجودة والأزمات معاً (كمتغير تابع) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) وبنسبة (٤٧%) حيث تعتبر إدارة المستشفى أن قواعد الإدارة الحديثة خلال الأزمات ومعايير الجودة تعتبر هدفاً وهذا أيضاً يمكن أن يكون رغبة يجب تأكيده بإرادة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) وبنسبة عالية (٩٣%) والخاصة بنظام تحفيز العاملين وباعتبار أن نظام التحفيز في آليات نظام الإدارة الحديثة لذا يمكن القول بأن الإرادة والتي يتم التعبير عنها بالآليات ليست على مستوى الرغبة .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الإدارة الحديثة على الجودة والأزمات معاً)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	12%	15%	8%	48%	17%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	13%	16%	—	52%	19%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (92%) .

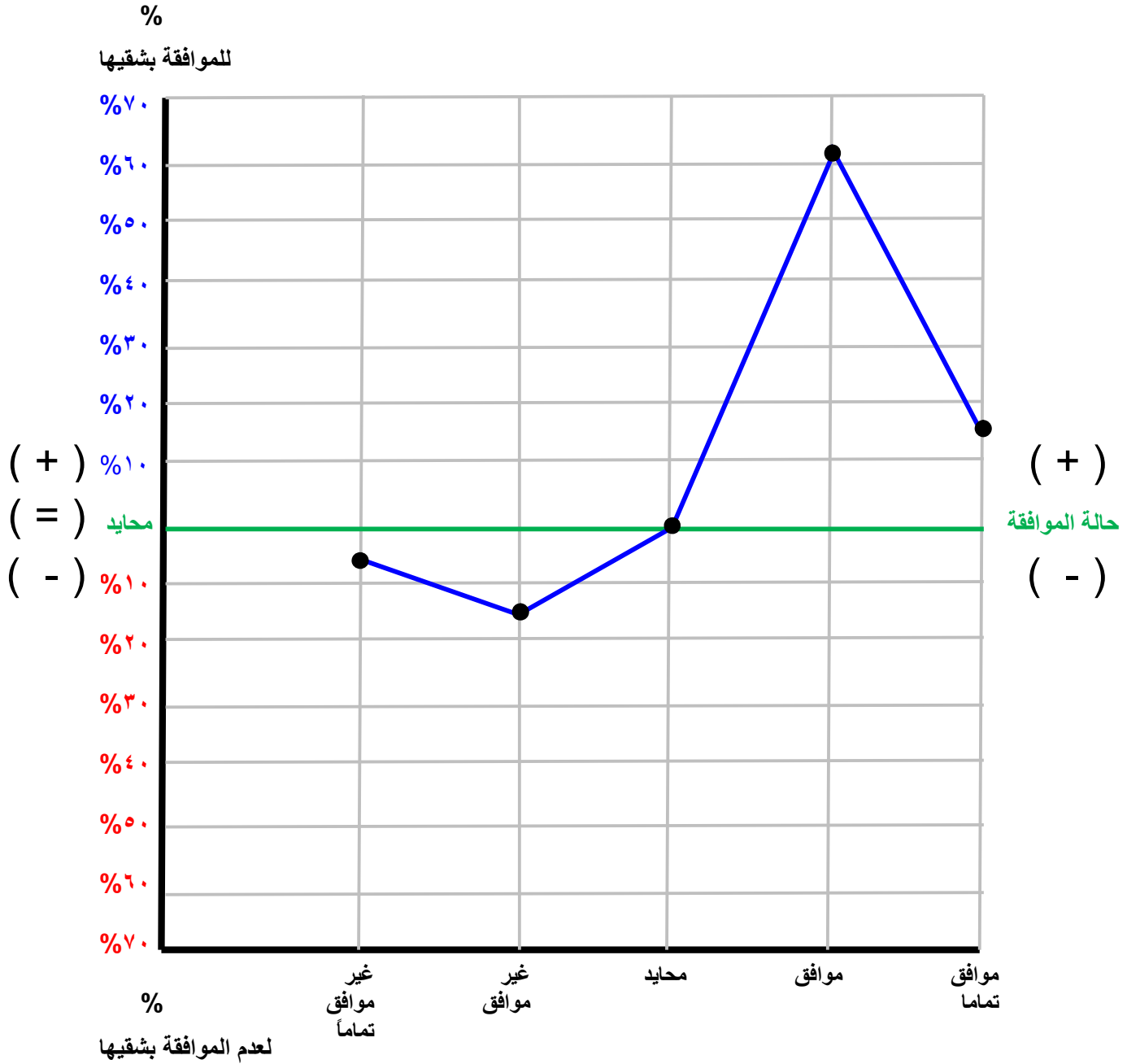
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٤	أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة :								
	أ	٤٠	٩٠	—	٢٠	—	%٨٧	%١٣	تعتبر إدارة المستشفى أن قواعد الجودة المحددة من قبل الجهات المعنية بالحكومة هي الأساس الذي يتم بناء عليه إعداد التخطيط السنوي للمستشفى .
	ب	٣٠	٥٠	٢٠	٤٠	١٠	%٥٣	%٣٣	الجودة الشاملة بالمستشفى تحولت من مجرد تعليمات ولوائح إلى سلوك سواء من قبل الفريق الطبي أو فريق الخدمات المساندة أو المرضى والمترددین يتم اتباعه آلياً .
	ج	٢٠	١١٠	—	٢٠	—	%٨٧	%١٣	توجد توعية مستمرة من قبل إدارة المستشفى عن قواعد العمل طبقاً لمعايير الجودة والإصرار عليها .
	د	—	١١٠	—	٣٠	١٠	%٧٣	%٢٧	توجد برامج تدريبية بالمستشفى العاملين بها عن كيفية تطبيق قواعد الجودة الشاملة في كل النشاطات .
	هـ	٢٠	٩٠	—	١٠	٣٠	%٧٣	%٢٧	الجودة الشاملة هي العنصر البارز في تحديد رؤية ورسالة وإستراتيجية وتخطيط المستشفى ولوائحها التنفيذية .
	الإجمالي	١١٠	٤٥٠	٢٠	١٢٠	٥٠	٧٥٠		
	%	% ١٥	% ٦٠	% ٢	% ١٦	% ٧			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة بين قواعد الجودة الشاملة (كمتغير مستقل) وبين قواعد الإدارة الحديثة (كمتغير تابع) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) التي فيها تعتبر إدارة المستشفى أن قواعد الجودة المحددة من الجهات المعنية بالدولة هي أساس تخطيط المستشفى كذلك الفقرة (ج) وهي بنفس النسبة التي فيها استمرار بالتوعية عن قواعد العمل بمعايير الجودة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) وبنسبة عالية (٣٣%) والتي توضح أن الجودة الشاملة سلوك وليست تعليمات
- د- بالتالي يمكن استنتاج أن مفهوم الجودة وطبقاً للمعايير الدولية أو المحلية موجودة وبشكل جيد .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد الإدارة الحديثة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	16%	60%	2%	16%	7%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	16%	61%	—	16%	7%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (98%) .

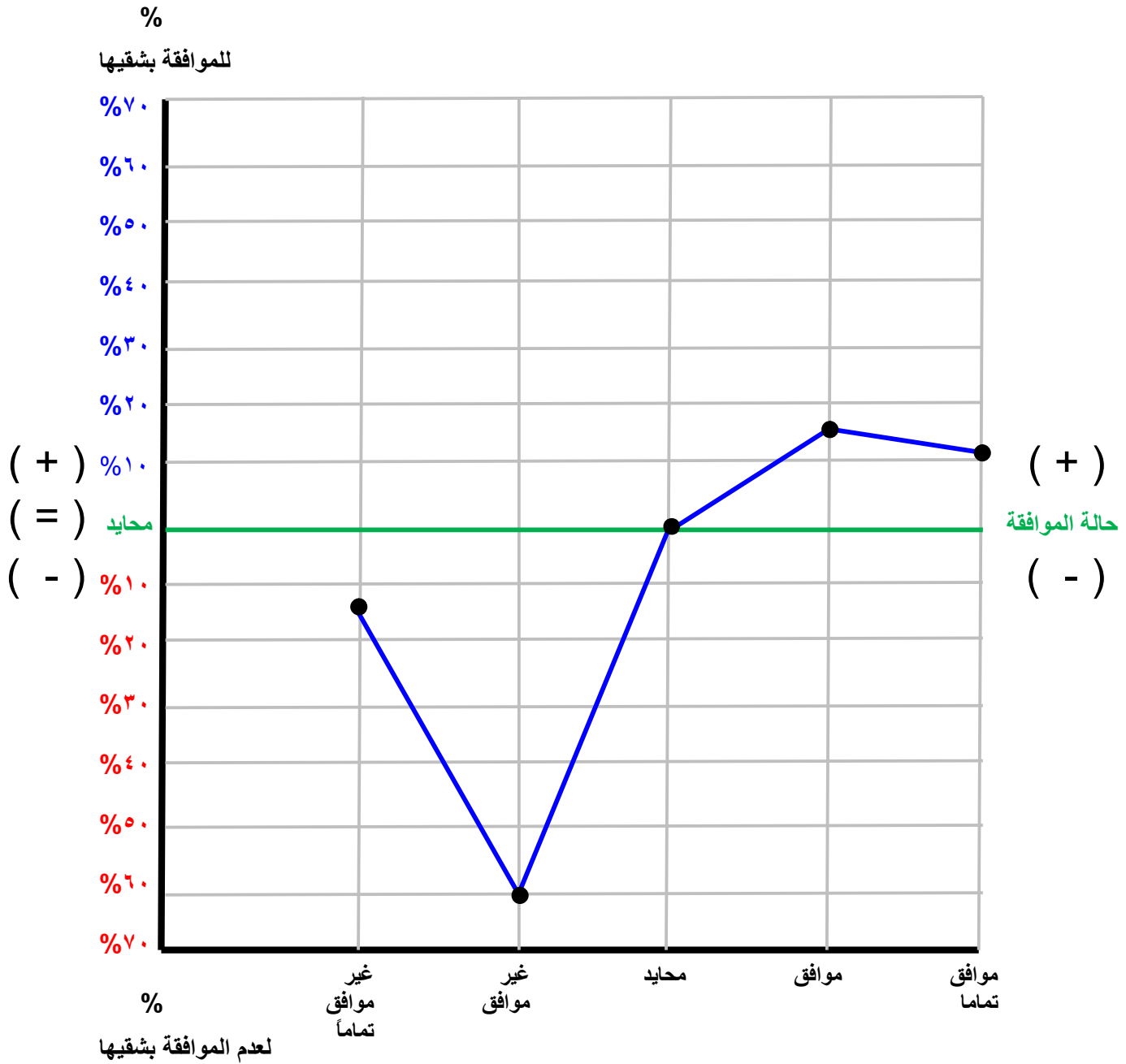
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	
		٥	٤	٣	٢	١	
٥	أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد إدارة الأزمات :						
	أ	١٠	٢٠	٣٠	٨٠	١٠	٦٠%
	ب	٣٠	٤٠	—	٨٠	—	٥٣%
	ج	١٠	١٠	—	١٠٠	٣٠	٨٧%
	د	١٠	١٠	—	١٠٠	٣٠	٨٧%
	هـ	٢٠	٣٠	—	٨٠	٢٠	٦٧%
الإجمالي		٨٠	١١٠	٣٠	٤٤٠	٩٠	٧٥٠
		١١%	١٥%	٤%	٥٨%	١٢%	

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة التفاعلية بين قواعد الجودة الشاملة باعتبارها (متغيراً مستقلاً) وبين قواعد إدارة الأزمات باعتبارها (متغيراً تابعاً) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) وبنسبة (٤٧%) حيث تنص على أن الإدارة تعتبر أن النجاح في إدارة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة يؤثر على كل الأنشطة وهذا شيء إيجابي إلا أن رفض نفس العبارة قد وصل إلى (٥٣%) .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) والتي تنص على وجود دورات تدريبية لإدارة الأزمات كذلك الفقرة (د) وبنفس نسبة الفقرة (ج) وهي (٨٧%) والتي تنص على اشتمال برنامج الجودة على معايير التعامل مع الأزمات .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد إدارة الأزمات)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	١١%	١٥%	٤%	٥٨%	١٢%	١٠٠%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	١١%	١٦%	—	٦٠%	١٣%	١٠٠%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (٩٦ %) .

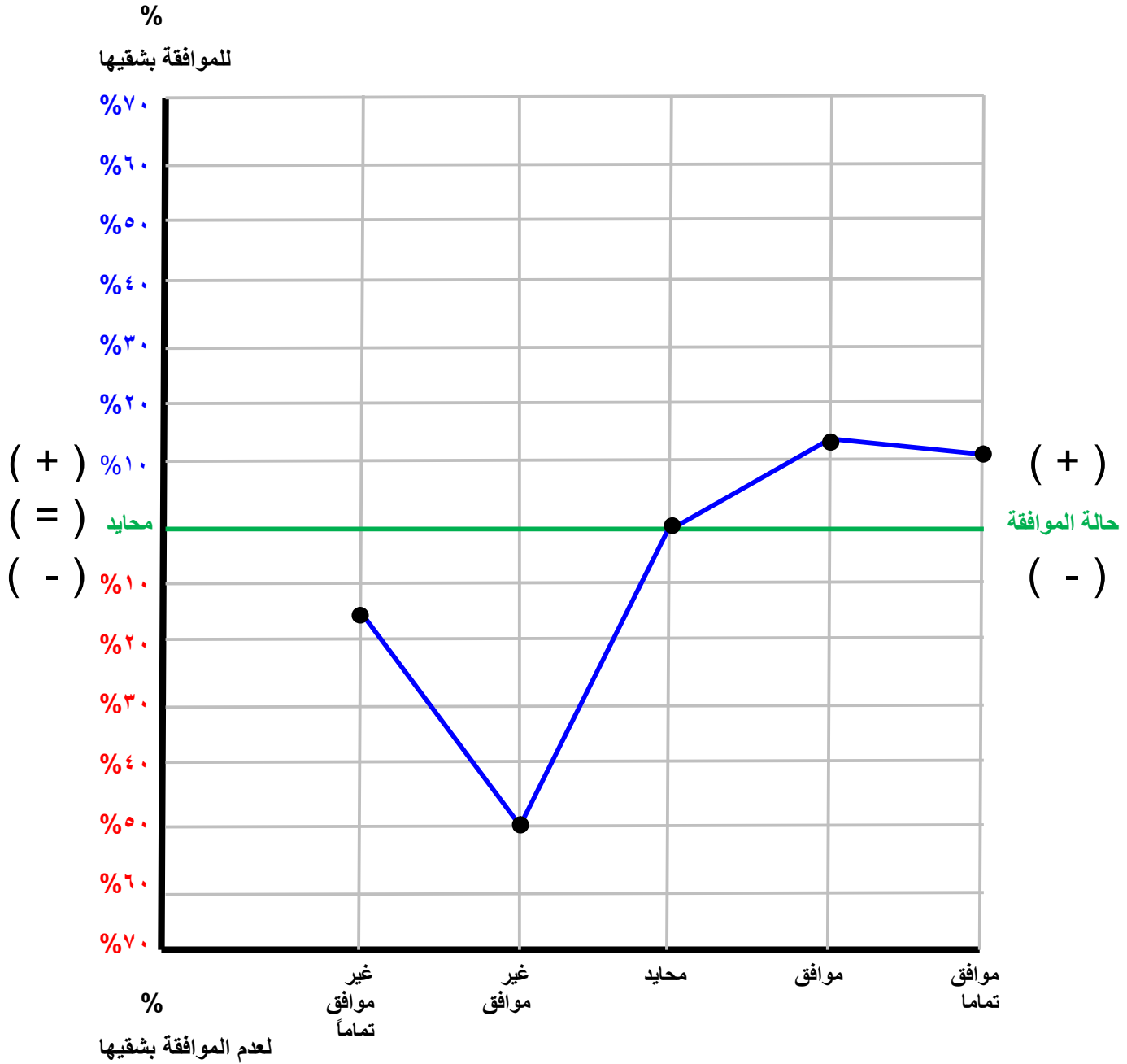
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٦	أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد الإدارة الحديثة وقواعد إدارة الأزمات معاً :								
	أ	تشتمل خطة الأعمال الرئيسية للمستشفى على خطة إدارة الأزمات المحتملة طبقاً لقواعد الجودة الشاملة في ذلك .	٢٠	٣٠	٢٠	٦٠	٢٠	%٣٣	%٥٣
	ب	تراعي إدارة المستشفى عند إعداد أو تعديل الهيكل التنظيمي على اشماله على جهاز إدارة الأزمات طبقاً لقواعد الجودة .	١٠	١٠	٢٠	١٠٠	١٠	%١٣	%٧٣
	ج	تراعي إدارة المستشفى عند إعداد التوصيف الوظيفي لوظائف المستشفى سواء الطبية أو المساندة على اشمال المهام والواجبات بالوظائف على نص يوضح مهام الوظيفة في الاشتراك بإدارة الأزمة طبقاً لقواعد الجودة الشاملة .	١٠	١٥	٥	٩٠	٣٠	%١٧	%٨٠
	د	تقوم إدارة المستشفى بتدبير المستلزمات المادية لمواجهة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة بالمواصفات القياسية .	٢٠	٣٠	٢٠	٦٠	٢٠	%٣٣	%٥٣
	هـ	يتم تدريب العاملين بالمستشفى على كيفية الإدارة الحديثة خلال الأزمات وبمعايير جودة محددة .	١٠	١٠	-	١٠٠	٣٠	%١٣	%٨٧
الإجمالي		٧٠	٩٥	٦٥	٤١٠	١١٠	٧٥٠		
		% ٩	% ١٣	% ٩	% ٥٥	% ١٤			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة بين كل من قواعد الجودة الشاملة (كمتغير مستقل) وكل من قواعد الإدارة الحديثة والأزمات معاً (كمتغير تابع) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) وبنسبة (٣٣%) والتي تنص على اشمال خطة الأعمال الرئيسية للمستشفى على خطة إدارة الأزمات كذلك الفقرة (د) وهي نفس النسبة حيث تنص على قيام إدارة المستشفى بتدبير المستلزمات المادية لمواجهة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) وبنسبة عالية (٨٧%) والتي تنص على قيام الإدارة بتدريب العاملين على قواعد الإدارة خلال الأزمات وبمعايير الجودة .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد الجودة الشاملة على الإدارة الحديثة والأزمات معاً)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	9%	13%	9%	55%	14%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	10%	14%	—	60%	16%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (91%) .

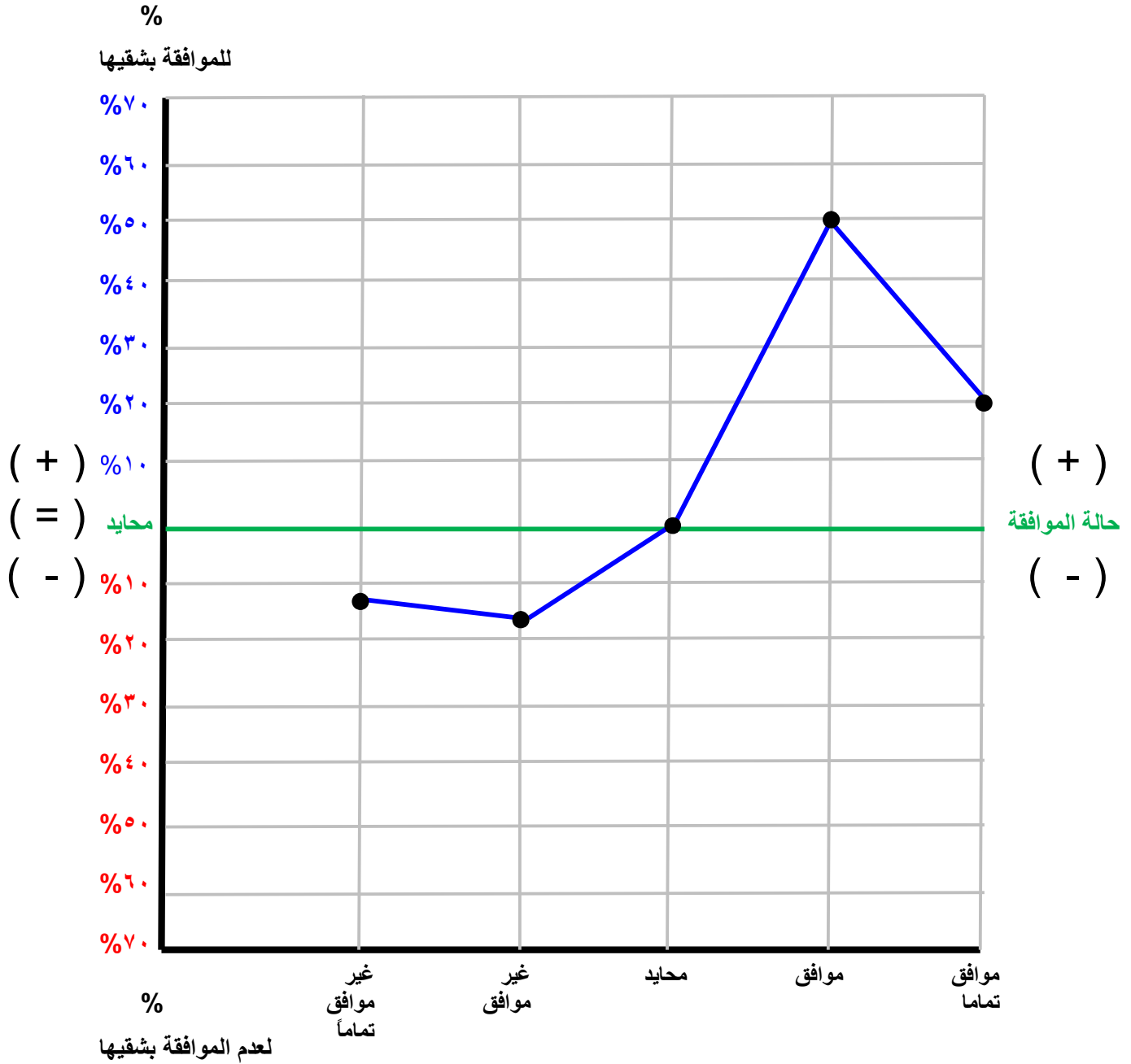
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٧	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة :								
	أ	تراعي إدارة المستشفى عند التخطيط الأخذ في الاعتبار أسلوب وكيفية إدارة الأزمات طبقاً لنوعها .	٣٠	٧٠	—	٣٠	٢٠	٦٧%	٣٣%
	ب	يعتبر رأي المسؤولين عن إدارة الأزمات من الآراء الرئيسية عند اتخاذ أي قرار بالنسبة للمستشفى في مراحل التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة .	٥٠	٧٠	—	٢٠	٣٠	٨٠%	٢٠%
	ج	توجد برامج لإدارة الأزمات تقوم إدارة المستشفى بإتباعها عند حدوث الأزمات مع توفير متطلبات تنفيذها .	٣٠	٨٠	—	٢٠	٢٠	٧٣%	٢١%
	د	توجد دورات تدريبية ملزمة لجميع العاملين بالمستشفى عن إدارة الأزمات .	١٠	٥٠	٣٠	٣٠	٣٠	٤٠%	٤٠%
	هـ	يعتبر التأهيل لإدارة الأزمات ضمن البنود الرئيسية في تقييم أداء العاملين بالمستشفى .	٢٠	٩٠	—	٢٠	٢٠	٧٣%	٢٧%
الإجمالي		١٤٠	٣٦٠	٣٠	١٢٠	١٠٠	٧٥٠		
		١٩%	٤٨%	٤%	١٦%	١٣%			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة التفاعلية بين قواعد إدارة الأزمات باعتبارها (متغيراً مستقلاً) وقواعد الإدارة الحديثة باعتبارها (متغيراً تابعاً) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) والتي تنص على اعتبار رأي المسؤولين عن إدارة الأزمات هام بالنسبة لقرارات إدارة المستشفى .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (د) وبنسبة (٤٠%) والتي توضح أن التأهيل لإدارة الأزمات من البنود الرئيسية لتقييم أداء العاملين بالمستشفى .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	19%	48%	4%	16%	13%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (% __)	20%	50%	—	17%	13%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (96%) .

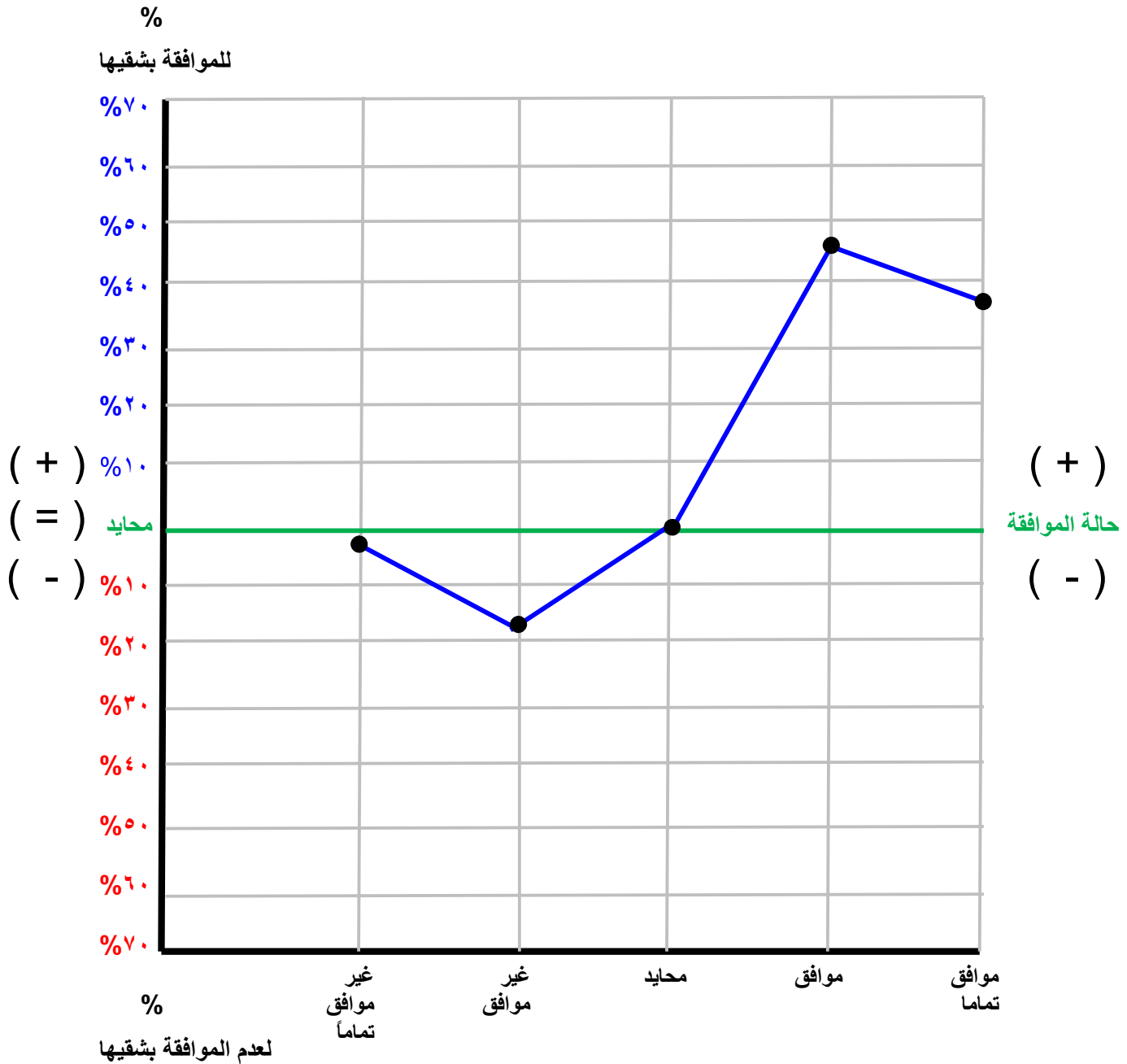
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%		
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق	
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١	
٨	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الجودة الشاملة :								
	أ	٦٠	٦٠	—	٣٠	—	٨٠%	٢٠%	تراعي إدارة المستشفى في عمليات التعيين للأفراد الجدد وتأهيلهم أن يتم التدريب على إدارة الأزمات من خلال معايير الجودة الشاملة .
	ب	٧٠	٤٠	—	٣٠	١٠	٧٣%	٢٧%	تحرص إدارة المستشفى مع التحفظ على الإمكانيات المادية المخصصة للاستخدام خلال الأزمات بقواعد التخزين أو التحفظ أو الاستعراض طبقاً لقواعد الجودة الشاملة .
	ج	٦٠	٧٠	—	٢٠	—	٨٧%	١٣%	تعتبر إدارة المستشفى أن العمل خلال الأزمات هي الدافع الرئيسي لتحديد عناصر الجودة الشاملة في عمليات إنتاج الخدمة الصحية .
	د	٤٠	٦٠	١٠	٣٠	١٠	٦٧%	٢٧%	تحرص إدارة المستشفى على استعادة الأوضاع وإزالة آثار الأزمة بعد حدوثها طبقاً لقواعد الجودة الشاملة .
	هـ	٤٠	٩٠	—	٢٠	—	٨٧%	١٣%	تعتبر إدارة المستشفى أن عناصر إدارة الأزمات وعناصر الجودة الشاملة هما من المؤشرات الجيدة للحكم على الأداء العام للمستشفى .
الإجمالي		٢٧٠	٣٢٠	١٠	١٣٠	٢٠	٧٥٠		
		٤%	١١%	١١%	٦٠%	١٤%			

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة التفاعلية بين قواعد إدارة الأزمات باعتبارها (متغيراً مستقلاً) وبين قواعد إدارة الجودة باعتبارها (متغيراً تابعاً) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (ج) وبنسبة (٨٧%) التي تنص على أن إدارة المستشفى تعتبر أن إدارة الأزمات والجودة الشاملة من المؤشرات الجيدة للحكم على الأداء العام ، كذلك الفقرة (هـ) وبنفس النسبة والتي تنص على اعتبار إدارة المستشفى أن عناصر الأزمة والجودة مؤشران جيدان للحكم على الأداء العام .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (ب) وبنسبة (٧٠%) والتي تنص على حرص المستشفى على التحفظ على الإمكانيات المخصصة لإدارة الأزمات وهو ما يمكن تفسيره بضعف الإرادة في تنفيذ قواعد إدارة الأزمات .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الجودة)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	36%	44%	1%	17%	2%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	36%	45%	—	17%	2%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (99%) .

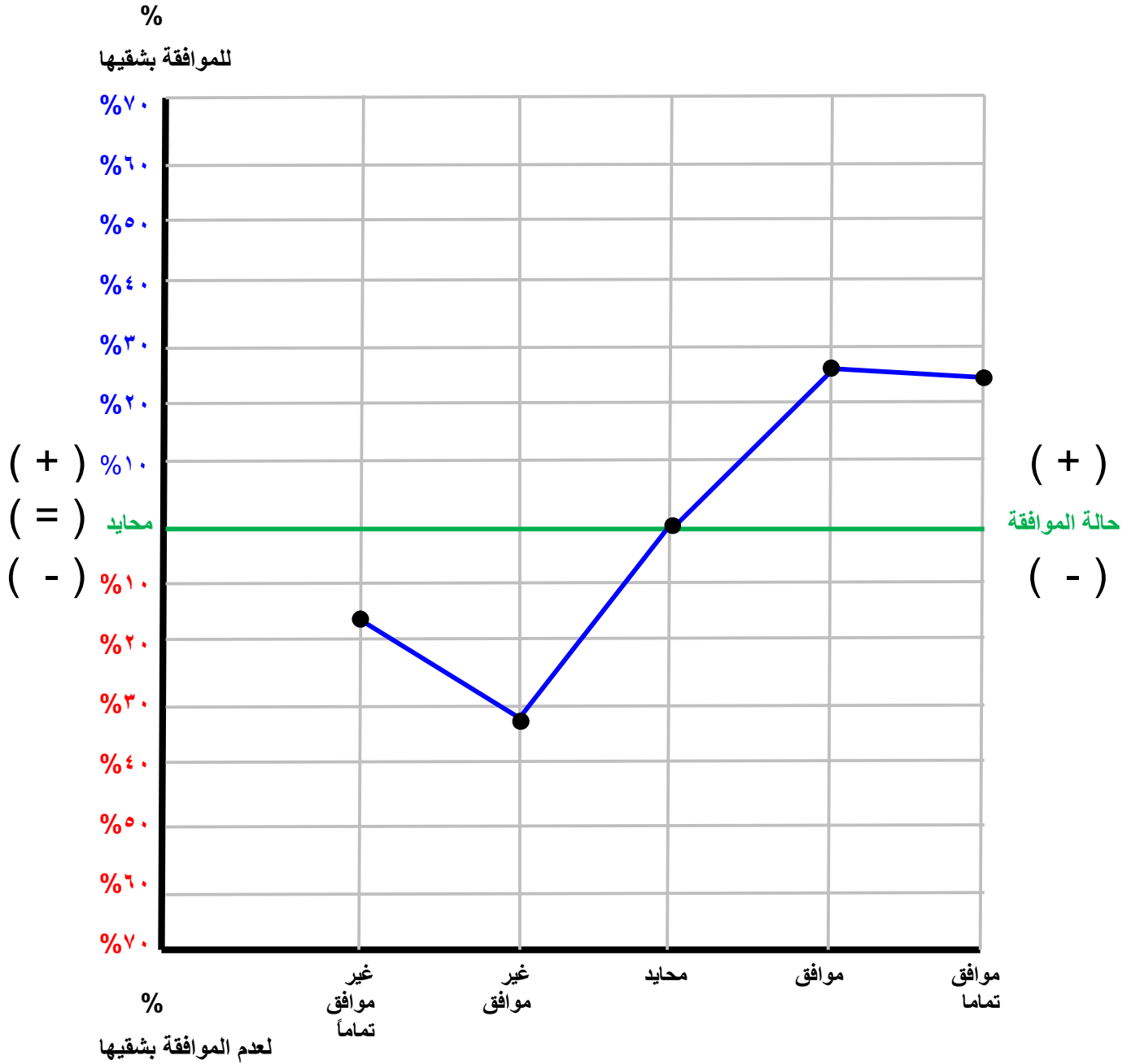
قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي					%	
		موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق	موافق	غير موافق
		٥	٤	٣	٢	١	٤/٥	٢/١
٩	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة معاً :							
	أ	٤٠	٥٠		٥٠	١٠	٦٠%	٤٠%
	ب	٤٠	٤٠		٥٠	٢٠	٥٣%	٤٧%
	ج	٤٠	٤٠		٤٠	٣٠	٥٣%	٤٧%
	د	٤٠	٣٠		٤٠	٤٠	٤٧%	٥٣%
	هـ	٢٠	٣٠	١٠	٦٠	٣٠	٣٣%	٦٠%
الإجمالي		١٨٠	١٩٠	١٠	٢٤٠	١٣٠	٧٥٠	
		٢٤%	٢٥%	٢%	٣٢%	١٧%		

التحليل :

- أ- مجموعة العبارات الواردة بالاستبانة تتناول العلاقة بين كل من قواعد إدارة الأزمات (كمتغير مستقل) وكل من قواعد الإدارة الحديثة والجودة معاً (كمتغير تابع) .
- ب- يتضح من الاستبانة أن أعلى نسبة موافقة بشقيها كانت بالفقرة (أ) وبنسبة (٦٠%) والتي تنص على أن إدارة المستشفى ترى أن تحليل الأزمة هو بداية التخطيط السليم وتحديد قواعد الجودة الشاملة إلا أن هناك (٤٠%) ترى عكس ذلك لذا يمكن التفسير على أساس معدلات الرغبة والإرادة .
- ج- يتضح أيضاً أن أعلى نسبة عدم الموافقة بشقيها كانت بالفقرة (هـ) وبنسبة (٦٠%) حيث تنص على أن إدارة المستشفى ترى قواعد الجودة في إدارة الأزمات غير مكتملة .

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة
(أثر قواعد إدارة الأزمات على الإدارة الحديثة والجودة معاً)



جدول النسب المئوية باعتبار نسبة الحيادية (% __)

م	النسب	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً	الإجمالي
١	النسب الحالية	24%	25%	2%	32%	17%	100%
٢	النسب باعتبار الحيادية (%__)	24%	26%	—	33%	17%	100%

تم الحساب على أساس إجمالي النسب المئوية للنتائج دون حساب نسبة المحايد أي إجمالي (98%) .

الفصل الخامس :

- **أولا** : **الاستنتاجات** (Conclusions)
- **ثانيا** : **التوصيات** (Recommendations)
- **ثالثا** : **المقترحات** (Proposals)
- **رابعا** : **المصادر والمراجع** (References)
- **خامسا** : **الملاحق** (Appendices)
- **سادسا** : **الخلاصة باللغة الإنجليزية** (Abstract)

١- الاستنتاجات (Conclusions) :

بناء على ما تناوله الباحث من تحليل لنتائج الاستبانة في التحليل الكلي والجزئي يمكن استنتاج الآتي :

أ- إن إدارات المستشفيات محل الدراسة لا تقوم بتنفيذ الوظائف الرئيسية للإدارة الحديثة طبقاً لمعايير هذه الوظائف حيث نجد أن هناك معرفة بمهام وظائف التخطيط إلا أن هذه المعرفة محصورة في حيز الرغبة دون حيز الإرادة والتفعيل وبالتالي هناك فجوة بينهما .

أما وظيفة التنظيم فإن التنظيمات غير الرسمية لها دور في الإدارة ولا يتم استخدام نقاط القوة لمثل هذه التنظيمات لصالح الأداء العام ، كما أن وظيفة التوجيه تحتاج إلى دعم آليات رفع الروح المعنوية خاصة في ظل إدارة الأزمات ، أما وظيفة التقييم والرقابة فقد لوحظ أنها تمارس بشكل فاعل مما فسره الباحث بأن هناك رغبة عالية في تطبيق قواعد الجودة الشاملة ولكن ظروف العمل خلال الأزمات أدى إلى التشديد على عملية الرقابة والتقييم باعتبار أن العمل الطبي يتم من خلال مراقبة جماهيرية عالية المستوى .

ب- أما بالنسبة لممارسة إدارات هذه المستشفيات لمهامها بالتخصصات المختلفة فقد لوحظ انخفاض الأداء بالنسبة للأداء التسويقي بالرغم من محاولات المستشفى لتحقيق رضا العميل إلا أن الإمكانيات المتيسرة والمتمثلة في طاقة التشغيل أقل منها بالنسبة لحجم العمل المطلوب خلال الأزمات الحالية .

أما بالنسبة لنشاط إنتاج الخدمة الطبية فقد لوحظ الحرص على إنتاج الخدمة طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة إلا أن هناك قصوراً في الإمكانيات المادية والتقنيات الحديثة بالإضافة إلى مستلزمات الإنتاج من أدوية وغيرها من أدوات ومواد .

وبالنسبة لنشاط الموارد البشرية فقد لوحظ أيضاً أن هناك قصوراً في نظام الأجور والمكافآت كما أنه لا يوجد ضمن الهيكل التنظيمي وحدات أو عناصر لإدارة الأزمات مما يؤدي إلى ممارسة هذه العملية من خلال الاجتهادات وليس طبقاً لمعايير محددة .

كذلك في نشاط العلاقات العامة نجد بعض القصور سواء في مفهوم النشاط أو في تطبيقه خاصة عملية الارتباط بالمجتمع المحيط سواء من خلال التواصل معه لنشر الثقافة الصحية أو الوعي العام أو من خلال تقديم خدمات اجتماعية له .

وبالنسبة لنشاط الأبحاث والتطوير نجد أن هناك قصوراً واضحاً في هذا النشاط وقد يكون ذلك ناتجاً عن ضعف الإمكانيات أو الاعتماد على المراكز الطبية العلمية أو غيرها مما يستلزم الاهتمام بهذا النشاط باعتباره قاطرة تطوير العمل الطبي .

وأخيراً نجد أن نشاط قيم العمل والثقافة التنظيمية لا يتم الاهتمام به سواء في المفهوم العام أو التوظيف بالرغم من أهمية هذا النشاط باعتباره الإطار العام للعمل الطبي المتميز .

ج- من خلال التحليل الجزئي والكلي وجد الباحث أن هناك تبايناً في المفهوم العام للجودة الشاملة خاصة في ظل عدم وجود رؤية أو رسالة أو أهداف محددة معلنة وملصقة بهذه المستشفيات .

أما بالنسبة لمفهوم الجودة الشاملة المهنية فقد وضح من التحليل المفهوم العالي لفريق الأطباء والتمريض إلا أنه لا يوجد استعانة بالمستشارين أو الطب الاتصالي لإثراء هذا المفهوم .

وبالنسبة لهذا المفهوم بالنسبة للأجهزة المساندة نجد أن هناك مفهوماً واضحاً يصطدم بقصور بعض الأجهزة والمعدات والتقنيات وخاصة في عملية الأمان والحماية الطبية من التلوث وقد يكون ذلك أحد آثار العمل في ظل الأزمات الحالية .

وقد تبين لدى الباحث أن هناك إصراراً على اتباع اللوائح والأنظمة المحددة بالمستشفى إلا أنه يتم تجاوزها في بعض الأحيان طبقاً لموقف التفاعل مع الأزمة ويرى الباحث أن ذلك يرجع إلى عدم وجود معايير جودة أداء عند العمل خلال الأزمات .

د- أما بالنسبة لمحور إدارة الأزمات فقد اتضح للباحث أن هناك مفهوماً عالياً و واضحاً لدى العاملين إلا أن هناك قصوراً في أساليب التعامل مع الأزمات طبقاً لمراحلها وبالتالي يتم التعامل مع الأزمات بفكرة رد الفعل وليس بالفعل من خلال التخطيط والإعداد وغيرها .

وبالتالي يكون رد الفعل متغيراً طبقاً للفعل أي طبقاً لمجريات الأزمة .

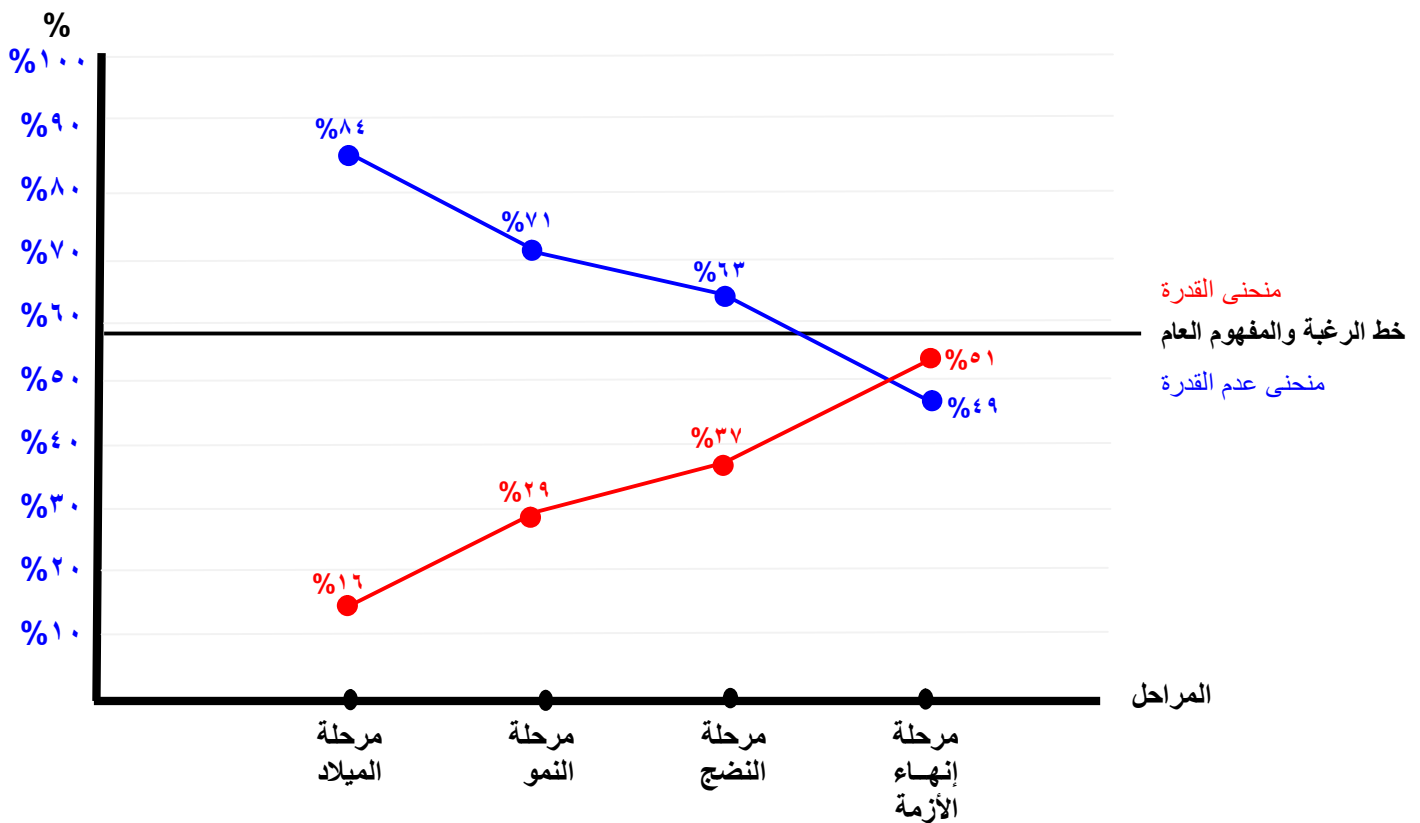
وبصفة تفصيلية يمكن تناول استنتاجات تحليل النتائج بالنسبة لمحور إدارة الأزمات في الآتي :

- (١) إن هناك ضعفاً عاماً في التعامل الفعلي مع الأزمات بالرغم من أن هناك نضج في المفهوم العام لها والذي يصل إلى قيمة نسبية (٥٩%) .
- (٢) هناك قدرة ضعيفة لدى المستشفيات تصل إلى (١٦%) فقط في اكتشاف مؤشرات حدوث الأزمات وبالتالي الاستعداد للتعامل معها بفكرة الوقاية أو بفكرة الفعل وليس رد الفعل .
- (٣) هناك قدرة ضعيفة أيضاً في مرحلة نمو الأزمة وهي المرحلة التالية لميلاد الأزمة حيث وصلت القيمة النسبية إلى (٢٩%) وهي متدنية إلا أنها أعلى من قيمة مرحلة ميلاد الأزمة .
- (٤) هناك أيضاً قدرة ضعيفة في مرحلة نضج الأزمة وهي المرحلة الثالثة بقيمة نسبية تصل إلى (٣٧%) وهي أعلى من سابقتها إلا أنها ما تزال متدنية .
- (٥) أما مرحلة إنهاء الأزمة وإزالة الآثار فقد وصلت القيمة النسبية إلى (٥١%) .

مما سبق يستنتج الباحث أن التعامل الفعلي مع الأزمات يغلب عليه صفة التصاعد فمن جانب نجد أن القدرة على التعامل الفعلي مع الأزمة في المراحل الأربعة أقل من مستوى المفهوم العام والذي وصل إلى (٥٩%) ومن جانب آخر نجد أنه بالمراحل الأربعة كانت القدرة بالمرحلة الأولى (١٦%) وهذا يعني أن القيمة النسبية لعدم القدرة (٨٤%) وبالمرحلة الثانية وهي مرحلة النمو نجد أن القدرة ارتفعت لتكون (٢٩%) وهنا عدم القدرة انخفض إلى (٧١%) إلا أن القيمة النسبية لها ما زالت عالية أما بالمرحلة الثالثة وهي مرحلة التفاعل الكامل عند وصول الأزمة لمرحلة النضج فكانت القيمة النسبية للقدرة (٣٧%) وبالتالي عدم القدرة أصبحت قيمتها النسبية (٦٣%) أما في المرحلة الأخيرة وهي إنهاء الأزمة فكانت القيمة النسبية للقدرة (٥١%) وبالتالي عدم القدرة (٤٩%) وبالتالي يمكن القول بأن هناك بصفة عامة فجوة بين المفهوم العام للأزمة والتي تمثل الرغبة والتعامل الفعلي معها في مراحلها المختلفة والتي تمثل القدرة .

ويمكن توضيح ذلك بالشكل التالي :

القيمة النسبية للقدرة وعدم القدرة في التعامل مع الأزمات



وبالتالي لا يحدث التوازن بين خطي القدرة وعدم القدرة إلا في مرحلة إنهاء الأزمة أي أن الجهود المبذولة تتصاعد مع نمو الأزمة ويفسر الباحث ذلك بأن الإرادة الشخصية في مقابلة تحديات الأزمة قد تكون هي المحرك الرئيسي لهذا الارتفاع في القيم النسبية للقدرة إلا أنه لا يمكن التخطيط والاعتماد على هذه الإرادة التي تمثلها المعنويات العالية بالرغم من أنها عنصر هام ورئيسي في مواجهة الأزمات إلا أن العمل خلال التخطيط وبفكرة الوقاية خير من العلاج هي الأفضل .

استنتاج الباحث من تحليل نتائج تفاعل المحاور الثلاث معاً :

استنتج الباحث من التحليل الجزئي والتحليل الكلي لمفردات الاستبانة أنه عند تفاعل قواعد المحاور الثلاث الرئيسية للبحث والتي هي (قواعد الإدارة الحديثة وقواعد إدارة الجودة الشاملة وقواعد إدارة الأزمات) أن قواعد إدارة الأزمات تفرض نفسها كمتغير مستقل عند تفاعلها مع القواعد الأخرى سواء منفردة أو معاً مما يستلزم دراسة أثر الأزمات على الأداء الطبي سواء من جانب الأداء بقواعد الإدارة الحديثة أو بقواعد إدارة الجودة الشاملة أو كلاهما معاً ويتضح ذلك من نتائج التحليل الجزئي والكلي المشار إليه حيث كان تأثير قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة (٦٧%) باعتبار أن قواعد إدارة الأزمات متغيراً مستقلاً وبالتالي قواعد الإدارة الحديثة متغير تابع في المقابل نجد أن تأثير قواعد الإدارة كمتغير مستقل على الأزمات (١٥%) فقط وهذا ما يؤكد أن في العلاقة بين قواعد الإدارة الحديثة وقواعد إدارة الأزمات فإن إدارة الأزمات هي المستفيد المستقل ، كما أن تأثير قواعد الأزمات باعتبارها متغيراً مستقلاً على قواعد الجودة (٧٩%) باعتبارها متغيراً تابعاً في الوقت الذي فيه تأثير قواعد الجودة عليها كمتغير مستقل (٢٥%) فقط .

يؤكد ذلك أن قواعد إدارة الأزمات كمتغير مستقل على الاثنتين معاً يصل إلى (٤٩%) بينما قواعد الإدارة الحديثة كمتغير مستقل على الاثنتين معاً (٢٧%) كذلك قواعد إدارة الجودة الشاملة كمتغير مستقل على الاثنتين الآخرين معاً (٢٢%) .

وعلى ذلك يمكن ترتيب الآثار تنازلياً بأن إدارة الأزمات الأكثر تأثيراً يليها قواعد الإدارة الحديثة يليها قواعد الجودة الشاملة ، ويرى الباحث أن تفسير ذلك يرجع إلى أن الأزمات تؤدي إلى تغير حاد في بيئة العمل الخارجية وبالتالي الداخلية بالمستشفى وبالتالي تصبح عملية التصدي لنتائج هذه الأزمات طلباً ملحاً كما أن إدارة الجودة الشاملة هي في حقيقة الأمر جزء من الإدارة الحديثة كما يمكن أن تكون معياراً لقياس الأداء لمفرداتها لذلك تأتي في المرتبة الثانية في حجم التأثير على قواعد الإدارة الحديثة باعتبار أنها تشتمل ضمناً على قواعد الجودة الشاملة .

من كل ذلك يرى الباحث أهمية دراسة قواعد الأزمات وأثارها على الأداء العام والاستعداد للعمل من خلالها .

٢- التوصيات (Recommendations) :

نظراً لتعدد المحاور التي تناولتها الاستبانة وهي محور قواعد الإدارة الحديثة ومحور إدارة الجودة الشاملة ومحور إدارة الأزمات حيث تم تصميم عبارات محددة لقياس كل محور على حدة وتصميم عبارات أخرى لقياس تفاعلها معاً.

لذا رأى الباحث أن تكون التوصيات على ثلاثة أجزاء أو أقسام بحيث يتناول الجزء الأول التوصيات العامة طبقاً للنتائج النهائية للبحث أما الجزء الثاني فيتناول مجموعة توصيات تخص كل محور على حدة ثم يتناول الجزء الثالث التوصيات الخاصة بالأبحاث المكملة لهذا البحث من وجهة نظر الباحث .

أ- التوصيات العامة :

(١) أهمية تفعيل عملية تطبيق نظام الجودة الشاملة بجميع المستشفيات على اختلاف أنواعها ويمكن ذلك من خلال فرض وزارة الصحة باعتبارها الجهة المختصة على جميع المستشفيات الحصول على شهادة الجودة الشاملة وذلك من خلال مكاتب متخصصة استشارية تعتمد الوزارة خلال فترة محددة مع إلزام هذه المستشفيات أو المستوصفات أو غيرها من المنشآت الطبية بنشر تقرير سنوي عن مؤشرات الجودة في الأداء لضمان التطبيق ولا مانع من تعاون وزارة الصحة مع الهيئات العالمية للتقويم والاعتماد (Accreditation، Evaluation) مثل هيئة (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO).

(٢) أهمية إضافة مواد علمية بالكليات والمعاهد الطبية والصحية عن كيفية تطبيق قواعد الإدارة الحديثة طبقاً لمعايير الجودة المحددة من قبل الجهات المعنية وفي ظل حدوث أزمات بجميع أنواعها سواء الطبيعية أو غير الطبيعية مع تشجيع التعليم الصحي الخاص في الارتباط بالمنشآت والمراكز الطبية العالمية .

(٣) أهمية قيام النقابات المختلفة وشركات التأمين بعمل مظلات تأمين صحي جماعي للعاملين وذويهم مع ملاحظة أن يكون لهذه النقابات حق مراقبة معايير الجودة باعتبارها هي مستهلك الخدمة خاصة في ظروف الأزمات وبالتالي يشارك المرضى والمترددون في تقييم الأداء من خلال شركات التأمين والنقابات .

(٤) إنشاء أكاديمية عربية للعلوم الطبية تتولى نشر الدوريات العلمية التي يتم تحكيمها مع تنظيم المؤتمرات العلمية والتي تشتمل على الإدارة العلمية الحديثة للمستشفيات والمراكز الطبية بالإضافة لقواعد إدارة الجودة الشاملة وإدارة الأزمات وبالتالي تشجيع الباحثين على إعداد أبحاث حول هذه الموضوعات .

(٥) تشجيع وزارة الصحة على إعادة تخطيط المناطق الطبية والصحية لتشكيل شبكات طبية بالمناطق والمناطق الفرعية بحيث يتم إخلاء الحالات خلال الأزمات طبقاً للمواقع الجغرافية وبناء على موقف المنشأة الطبية بالشبكة العامة .

(٦) أهمية إنشاء شبكة إعلامية طبية لرصد جميع الحالات خلال الأزمات وكيفية التعامل معها سواء بالإسعافات الأولية بموقع الأزمة أو عمليات الإخلاء بالمستويات الطبية المختلفة أو خلال إجراء العمليات باعتبار خصوصية حالات الأزمات لإثراء المكتبة الطبية الإلكترونية بالحالات التي تتم خلال الأزمات .

(٧) أهمية وجود رؤية ورسالة وإستراتيجية عامة لكل المنشآت الصحية بمختلف أنواعها مع وجود هيكل للجودة يعمل بصورة فاعلة لإدخال البرامج والنظم إلى حيز التنفيذ وكذلك وحدات متخصصة للتعامل مع الأزمات بهذه المنشآت الطبية سواء وحدات مستقلة داخل المنشأة أو تنظيم داخل الهيكل التنظيمي المحدد به المهام والواجبات الموزعة على أفراد الهيكل الوظيفي لإدارة الأزمات مع تدبير كافة الإمكانيات المادية اللازمة لمواجهة الأزمات دون التأثير على الأداء العام بالمنشأة الطبية .

- (٨) أهمية وجود شبكة معلومات ونظام اتصال إلكتروني بين جميع المنشآت الطبية ووسائل الإخلاء الطبي بالجمهورية لرصد جميع الأحداث خلال الأزمات كذلك لضبط منظومة الجودة خلال هذه الأزمات أو خلال الأحوال العادية ويتم ذلك بإنشاء قواعد بيانات تشتمل على بيانات البنية الهيكلية للمستشفى ودليل السياسات والإجراءات والمؤشرات الخاصة بها ونظام تقييم الأداء وبالتالي يسهل على المستشفى والجهات الرقابية الرقابة على الأداء بشكل عام وسلامة الإجراءات وعناصر العملية بشقيها التخصصي والإداري وبالتالي تحدد أوجه القصور وعلاجها وتحديد الفجوة وبالتالي التطوير .
- (٩) الاهتمام بتدريب الكوادر الطبية في مجال الإدارة بحيث يمكن إسناد عملية إدارة المستشفيات أو المنشآت الطبية إلى كوادر تجمع ما بين العلوم الطبية والصحية والعلوم الإدارية وبالتالي معايير الجودة وإدارة الأزمات .
- (١٠) أهمية رفع المخصصات المالية لقطاع الصحة بالميزانية العامة للدولة لتكون أكبر من (٤.٨%) وهو المخصص الحالي علماً بأن المتوسط الدولي للدول المتقدمة يصل إلى (١٥%) وبالتالي إمكانية تطوير المنظومة كاملة وإرساء قواعد الإدارة الحديثة والجودة الشاملة وإدارة الأزمات وهو ما تم تناوله بدستور ٢٠١٣ .
- (١١) أهمية إعادة النظر في انساق المنظومة الطبية على مستوى الدولة بحيث يكون هناك نسق طبي يعتمد على تقديم الإسعافات الأولية ثم الاعتماد على عمليات الإخلاء للمستشفيات العامة ثم المتخصصة على أن يتم ذلك من خلال منظومة متكاملة تجمع ما بين مستوى العلاج المقدم وإمكانات الإخلاء السريع وشبكة المعلومات الإلكترونية العالية .
- (١٢) أهمية وجود جهاز متكامل بوزارة الصحة للإشراف على عملية تقديم الخدمات الصحية خلال الأزمات مع تواجد عناصر له بجميع محافظات وبلدان الجمهورية بوجود دليل سياسات وإجراءات شامل يوضح كيفية التعامل مع الأزمات طبقاً لحجمها من جانب وطور النمو لها من جانب آخر .
- (١٣) إنشاء جائزة وطنية للإدارة الحديثة طبقاً لمعايير الجودة في ظل الأزمات لجميع المستشفيات وذلك على نمط جوائز الجودة الوطنية مثل جائزة مالكوم بالدريج Malcom Baldrige الأمريكية الوطنية للجودة حيث تتم عملية التقييم من جهات محددة بالوزارة سنوياً وطبقاً لمعايير وأسس محددة لضمان المنافسة بين المستشفيات .
- (١٤) إيجاد وحدة تنظيمية بالهيكل التنظيمي بوزارة الصحة ومديريات الصحة بالمحافظات ترعى المبدعين والأبحاث المتميزة مع تقديم الدعم المادي والمعنوي والتسهيلات اللازمة لتحقيق ذلك .
- (١٥) التوسع في أعداد المستشفيات المتنقلة مع رفع قدراتها العلاجية لتمكينها من إجراء العمليات وتقديم أنواع العلاج المتقدم لاستخدامها في حالة الكوارث والأزمات مع نشرها بالمحافظات من جانب مع وجود بعض منها كاحتياطي مركزي يمكن استخدامه طبقاً للحاجة على أن يتم استخدام هذه الوحدات طبقاً للطاقات المعيارية لها وحجم العمل المطلوب في الأزمات .
- (١٦) بذل كل الجهود بالمستشفيات لرفع مستوى الأداء العام طبقاً لمعايير الجودة خاصة في ظل وجود فجوة بين آراء العاملين بالمستشفى وبين المرضى والمترددین باعتبارهم مستهلكي الخدمة وبالتالي يلزم بذل كل الجهود البشرية والمادية ونظم العمل لدرء هذه الفجوة بقدر الإمكان .
- (١٧) يجب العمل على بناء توجهات ورؤى مشتركة بين إدارة المستشفى ومختلف فئات العاملين ومستهلكي الخدمة تقوم على أساس القناعة والالتزام بأن من أفضل الطرق لرفع مستوى الأداء هو التحسين المستمر للجودة وتحقيق التميز وتحسين الوضع التنافسي بالنسبة للمستشفيات الخاصة .

ب- التوصيات طبقاً لنتائج كل محور على حدة :

(١) محور قواعد الإدارة الحديثة :

بصفة عامة يلزم رفع مستوى العاملين وخاصة إدارة هذه المستشفيات على العمل طبقاً لقواعد الإدارة الحديثة والمتمثلة في (التخطيط – التنظيم – القيادة والتوجيه – الرقابة والتقييم) خاصة وأنه وضح من نتائج الاستبانة أن هناك اختلافاً بالمفهوم ويمكن تنفيذ ذلك بإعادة تقييم دليل السياسات والإجراءات ونظم العمل المعمول بها بما يتناسب مع المفهوم الحديث للإدارة من جانب ومن جانب آخر الإصرار على تطبيق ما يتم التوصل إليه ويمكن أيضاً تأهيل مجموعة من الأطباء بعلوم الإدارة بحيث يجمع مدير المستشفى بين العلم الطبي والعلم الإداري (تكنوقراطي) وما من شك أنه سيكون الأفضل في إدارة المستشفى كما أنه يلزم الاهتمام بنشاطات التسويق والعلاقات العامة والأبحاث والتطوير مع تدبير كافة الاحتياجات لها بالإضافة إلى توحيد الثقافة التنظيمية للمستشفى .

(٢) محور قواعد إدارة الجودة الشاملة :

لوحظ اختلاف في مفهوم الجودة الشاملة بين الأطباء من جانب والعاملين بالمستشفى من جانب آخر والمرضى باعتبارهم مستقبلي الخدمة من جانب ثالث لهذا تظهر أهمية توحيد هذه المفاهيم سواء خلال الثقافة التنظيمية الواحدة بالمستشفى أو خلال الملصقات التي توضع على جدران المستشفى سواء الكترونياً أو غيره أو من خلال الدورات والندوات التدريبية مما يرفع من معايير الجودة بتوحيد المفاهيم .

(٣) محور قواعد إدارة الأزمات :

يتضح من نتائج الاستبانة أن الأحداث التي تؤدي للأزمات هي التي تقود العمل اللازم لمواجهة هذه الأزمات خاصة وأنه من الواضح عدم وجود مفهوم واضح وآليات واضحة للتعامل مع الأزمة في مراحل نموها المختلفة مسبقاً ولكن يتم التعامل بفكرة رد الفعل مما يستلزم وجود خطة شاملة لكيفية التعامل مع الأزمات بمراحلها وطبقاً لفكرة الأنساق الطبية المتكاملة والإخلاء الطبي المكمل للأنساق .

(٤) محور تفاعل القواعد الثلاث معاً :

لوحظ أن أثر الأزمات على إدارة العمل الطبي في حالة وجودها هو الأثر الأكبر هذا بالرغم من أنه يتم التعامل معها بلا معايير جودة محددة مسبقاً ودون آليات محددة لقواعد ونظم عمل الإدارة الحديثة مما يستلزم وجود خطة تشتمل على الموارد البشرية والمادية ونظم العمل لمواجهة الأزمات مسبقاً .

٣- المقترحات (Proposals) :

على ضوء تعمق الباحث في موضوع البحث بمحاوره الثلاث ، يقترح الباحث إجراء بعض الأبحاث والدراسات العلمية في مجال هذه المحاور لإثراء المكتبة العربية في هذا الموضوع من جانب وتوضيح الرؤية في التعامل مع هذه المحاور خاصة في ظل القناعات ذات المدلول العالي في تأثير هذه المحاور على الأداء العام للمستشفيات والوحدات الطبية من جانب آخر .

لهذا يقترح الباحث الموضوعات التالية كموضوعات مكملة للبحث بهدف بناء منظومة بحثية عن الموضوع ، هذه الموضوعات كالاتي :

أ- بحث عن معايير أداء المستشفيات والوحدات الطبية في ظل الأزمات طبقاً لأنواعها بحيث يتم تحديد معيار يقاس به الأداء الفعلي للمستشفيات خلال التعامل مع الأزمات بمختلف أقسامها مع تحديد أوزان نسبية لهذه المعايير .

ب- بحث عن مدى إمكانية تضمين الهياكل التنظيمية للمستشفيات طبقاً لمستوياتها وسعتها لوحدات متخصصة في إدارة الأزمات مع تحديد الهيكل التنظيمي والهيكل الوظيفي والتوصيف الوظيفي لهذه الوحدات وعلاقتها مع باقي أقسام المستشفى من جانب والجهات المسؤولة بالدولة والوحدات الطبية المجاورة من جانب آخر .

ج- بحث عن مدى إعداد خريطة للعمل الطبي على مستوى الجمهورية يعتمد فيها توزيع المستشفيات والمراكز الطبية على فكرة تقديم الإسعافات والعلاجات الطبية في حالة الأزمات بمستويات تدخل طبي محدد مع الاعتماد على الإخلاء الطبي من خلال تحديد أنساق طبية محددة .

د- بحث عن المستشفيات الميدانية المختلفة الشاملة والمتخصصة والهيكل التنظيمي والوظيفي لها وكيفية تجميع مستلزمات إنشائها من موارد بشرية ومادية ونظم عمل مع دراسة حجم الاحتياجات لهذه المستشفيات طبقاً للدروس المستفادة من الأحداث التي مرت بها الدولة بالأونة الأخيرة .

هـ- بحث عن مدى إمكانية تنفيذ الطب الاتصالي المحلي بين المراكز الطبية المتخصصة بالجمهورية وبين المستشفيات الأخرى لرفع مستوى الأداء الطبي العام وكيفية ربط شبكة الطب الاتصالي بالمستشفيات الميدانية في ظل الأزمات .

و- بحث عن مدى إمكانية إنشاء جائزة وطنية عن مستويات الأداء بالمستشفيات طبقاً لمعايير الجودة الشاملة ومعايير الأداء طبقاً لنظام الإدارة الحديثة خاصة في ظل الأزمات .

ز- بحث عن العلاقة بين التطبيق طبقاً لمعايير الجودة ورضا المرضى والمتريدين .

ح- (١) بحث عن نظرية الصفوف (نظرية الطوابير) بين المترددين والمتعاملين مع أقسام المستشفى مثل أقسام الطوارئ وغرف العمليات والمرافق التشخيصية المركزية كالتصوير وبما يسمح بالتغلب على ظاهرة الطوابير الطويلة والتي تؤثر سلباً على الأداء العام للمستشفى .

(١) أ.د أبو ركة ، حسن عبد الله ، بحوث العمليات وتطبيقاتها في مجال الإدارة ، ط٤ ، ١٩٨٦ ، مطابع دار البلاد جدة ، ص ٢٢١ .

ط- بحث عن دور المستشفيات في خدمة المجتمع المحيط بها خاصة بالنسبة للثقافة التنظيمية والثقافة الصحية .

ي- بحث عن بدائل قياس سعة المستشفيات بعدد الأسرة باعتبار عدد الأسرة هي الوحدة المفضلة لتخطيط الرعاية الطبية فمثلاً يمكن اعتماد حجم الخدمة وفعاليتها كمقياس بديل باعتبار أن كل خطوة من خطوات إنتاج الخدمة يجب أن تعطي قيمة للمستهلك وهذا في ظل عيوب القياس بعدد الأسرة والمتمثل في اختلاف تكاليف العلاج للحالات وعدم القدرة على التنبؤ بالأعداد المحتملة والآثار الجانبية السلبية نتيجة اعتبار السرير هو أساس حسابات التكلفة مثل تزايد الأعداد النهارية وتقصير مدة المكثف على حساب الجودة وعدم القدرة على حساب تكلفة الفرصة البديلة للمستثمر .

ك- بحث عن دراسة مقارنة بين مستشفيات يتم إدارتها بواسطة أطباء فقط أو قيادة إدارية متخصصة بعلوم الإدارة فقط أو تجمع بين علوم الطب والإدارة بأن يكون مدير المستشفى طبيباً ولكنه يحمل شهادة في علوم الإدارة .

٤- المصادر والمراجع (References) :

نظراً إلى أن البحث يشتمل على ثلاثة اتجاهات رئيسية وهي قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة وقواعد إدارة الأزمات ، ونظراً أيضاً إلى أن هذه القواعد يمكن تناولها من وجهة النظر العامة ووجهة النظر الطبية ، لذلك رأى الباحث أهمية تقسيم المراجع إلى الآتي :

أ- مراجع باللغة العربية :

(١) مراجع خاصة بعلوم الإدارة الحديثة :

- (أ) علوم الإدارة الحديثة كمفهوم عام .
- (ب) علوم الإدارة الحديثة وبما يخص إدارة المنشآت الطبية .

(٢) مراجع خاصة بعلم الجودة الشاملة :

- (أ) علوم الجودة الشاملة كمفهوم عام .
- (ب) علوم الجودة الشاملة وبما يخص إدارة المنشآت الطبية .

(٣) مراجع خاصة بعلم إدارة الأزمات :

- (ج) علوم إدارة الأزمات كمفهوم عام .
- (د) علوم إدارة الأزمات وبما يخص إدارة المنشآت الطبية .

(٤) مراجع خاصة بموضوعات أخرى تم تناولها خلال البحث .

ب- المراجع الأجنبية :

- (١) مراجع عن إدارة المستشفيات .
- (٢) مراجع عن إدارة الجودة الشاملة .
- (٣) مراجع عن إدارة الأزمات .

• مراجع باللغة العربية :

١- مراجع خاصة بعلوم الإدارة الحديثة :

أ- علوم الإدارة الحديثة كمفهوم عام :

- (١) أرمسترونج ، ميشيل ، (المرجع الكامل في تقنيات الإدارة) ، ٢٠٠٣ ، مكتبة جريير ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- (٢) أرمسترونج ، ميشيل (إذا كنت مديراً ناجحاً كيف تكون أكثر نجاحاً) ، ط ٢ ، كوجان بيرج ، لندن ، ١٩٩٠ .
- (٣) أبو إسماعيل ، فؤاد ، (وآخرون) ، (إصلاح وتطوير مؤسسات المنافع العامة) ، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، ٢٠٠٠ .
- (٤) الحناوي ، محمد صالح والسيد إسماعيل ، (قضايا إدارية معاصرة) ، الإسكندرية ، الدار الجامعية ، ١٩٩٩ .
- (٥) السلمي ، علي ، (تطوير أداء وتحديث المنظمات) ، دار قباء للطباعة والنشر ، ١٩٩٨ .
- (٦) إبراهيم درويش ، (الإدارة العامة في النظرية والممارسة) ، ط ٢ ، ١٩٧٦ .
- (٧) الصباب ، أحمد عبد الله ، آخرون : (أساسيات الإدارة الحديثة) ، الطبعة الثانية ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، ٢٠٥ .
- (٨) محمد صالح الحناوي وإسماعيل السيد ، (قضايا إدارية معاصرة) ، الإسكندرية ، الدار الجامعية ، ١٩٩٩ .
- (٩) ديجنام ، ل ، (الإدارة الإستراتيجية : المفاهيم ، القرارات ، الحالات) ، إرون نيويورك ، ١٩٩٠ .
- (١٠) ووترمان ، روبت ، (براعة الإدارة في الشركات الأمريكية : دروس نتعلمها من الشركات التي تهتم بالعاملين في المقام الأول) ترجمة : علا عبد المنعم عبد القوي ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع ، ١٩٩٩ .

ب- علوم الإدارة الحديثة وبما يخص إدارة المنشآت الطبية :

- (١) النجار ، فريد راغب ، (وآخرون) ، (إدارة المستشفى المصري : الاتجاهات الحالية والمشكلات - دراسة ميدانية) ، القاهرة : الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة المركزية للبحوث ، ١٩٨٣ .
- (٢) جاد الرب ، سيد محمد ، (إدارة المنظمات الصحية والطبية : منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة) ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٩٧ .
- (٣) رشا أحمد مشرف ، (دراسة العمل كأساس لرفع كفاءة أداء الخدمات الصحية : دراسة نظرية مع التطبيق على مستشفى الحسين الجامعي) ، رسالة ماجستير ، جامعة الأزهر - كلية التجارة ، القاهرة ، ١٩٨٧ .
- (٤) حنفي ، علي زهير ، (المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات) ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ١٩٨٨ .
- (٥) حرساني ، حسان محمد تزيدي ، (إدارة المستشفيات) ، الرياض ، معهد الإدارة العامة ، ١٩٩٠ .
- (٦) كامل ، وديع ، (المرشد في إدارة المستشفيات) ، سلسلة البحوث الإدارية ، عمان : المنظمة العربية للعلوم الإدارية ، ١٩٨٧ .
- (٧) سيد محمد جاد الرب ، (إدارة المنظمات الصحية والطبية : منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة) ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٩٧ .
- (٨) زهير ، حنفي علي ، (المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات) ، القاهرة : مكتبة الانجلو العربية ، ١٩٨٨ .
- (٩) أ.د مخبر ، عبد العزيز / جميل ، (الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات) ، جامعة المنصورة .
- (١٠) معهد الإدارة العامة ، (ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها) ، السعودية ، ١٩٩٠ .
- (١١) نصيرات ، أ.د. فريد توفيق ، (إدارة المستشفيات) ، عمان ، الأردن .

٢- مراجع خاصة بعلم الجودة الشاملة :

أ- علوم الجودة الشاملة كمفهوم عام :

- (١) ايفانز ، ج ر ليزساس ، وم ، (الإدارة ومراقبة الجودة) ، الطبعة الثالثة ويست بابليشينج ، م ن ١٩٩٦ .
- (٢) الخواص ، أحمد مرسي أحمد ، (مفهوم إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في القطاع الصناعي بالمملكة العربية السعودية) ، مجلة الدراسات المالية والتجارية ، ١٩٩٦ .
- (٣) السلمي، علي، (إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو)، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٩ .
- (٤) اتكنسون ، فيليب : (إدارة الجودة الشاملة : الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة) ، ترجمة عبد الفتاح النعماني ، القاهرة : مركز الخبرات المهنية ، ١٩٩٦ .
- (٥) حمود ، خضير كاظم ، (إدارة الجودة الشاملة) ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، ٢٠٠١ .
- (٦) هو ، س ، (إدارة العمليات والجودة) ، انترناشونال طومسون بيزنيس بريس ، لندن ، ١٩٩٩ .

ب- علوم الجودة الشاملة وبما يخص إدارة المنشآت الطبية :

- (١) الأحمرري ، حنان عبد الرحيم ، (التحسين المستمر للجودة ، مفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية) ، الإدارة العامة ، ٢٠٠٠ .
- (٢) أعلاو ، صبحي ، (المفاهيم الأساسية للجودة النوعية) ، (محاضرة) ، جدة : مركز الدراسات والأبحاث بمستشفى الملك فهد ، ١٤٢٣ هـ .
- (٣) مطبقاتي ، محمد صالح ، (واقع إدارة الموارد البشرية في المستشفيات - دراسة تطبيقية مقارنة مع المستشفيات بالمنطقة الغربية) ، رسالة لدرجة الزمالة ، المعهد القومي للإدارة العليا - أكاديمية السادات للعلوم الإدارية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .
- (٤) منظمة الصحة العالمية ، (إدارة المستشفيات : سلسلة التقارير الفنية) ، جنيف : منظمة الصحة العالمية ، ١٩٨٠/٢٠٠٧ .
- (٥) خالد سعد عبد العزيز سعد ، (إدارة الجودة الشاملة : تطبيقات على القطاع الصحي) ، الرياض : ١٩٩٧ .
- (٦) ياسين ، محمود م . (وآخرون) ، (إدارة الجهد المتعلق بالجودة في الرعاية الصحية) ، تطبيق ، ترجمة : طلال بن عايد الأحمرري ، عبد المحسن بن صالح الحيدر ، الإدارة العامة ، ٢٠٠١ .
- (٧) مختار ، هيفاء بنت فؤاد ، (دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية) ، رسالة الماجستير ، جامعة الملك عبد العزيز ٢٠٠٣ ، السعودية .
- (٨) كامل ، عبد الوهاب محمد : (سيكولوجية ، إدارة الأزمات) ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر ، ١٤٢٤ هـ

٣- مراجع خاصة بعلم إدارة الأزمات :

أ- علوم إدارة الأزمات كمفهوم عام :

- (١) الخضيرى ، محسن أحمد : (إدارة الأزمات : منهج اقتصادي إداري لحل الأزمات على مستوى الاقتصاد القومي والوحدة الاقتصادية) ، القاهرة ، مكتبة مريولى ، ٢٠٠٣ .
- (٢) الخضيرى ، محسن أحمد : (إدارة الأزمات : علم امتلاك كامل القوة في أشد لحظات الضعف) ، القاهرة ، مجموعة النيل العربية ، ٢٠٠٢ .
- (٣) هلال ، محمد عبد الغنى : (مهارات إدارة الأزمات) ، القاهرة ، مركز تطوير الأداء والتنمية ، ٢٠٠٤ .
- (٤) الرازم ، عز الدين : (التخطيط للطوارئ وإدارة الأزمات في المؤسسات) ، دار الخوجا للنشر والتوزيع ، عمان ، ١٩٩٥ .
- (٥) الحملاوي ، مجد رشاد : (التخطيط لمواجهة الأزمات : عشر كوارث هزت مصر) ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٥ .
- (٦) الحملاوي ، مجد رشاد : (إدارة الأزمات : تجارب محلية وعالمية) ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٥ .
- (٧) الشعلان ، فهد أحمد : (إدارة الأزمات : الأسس - المراحل - الآليات) ، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، ٢٠٠٢ .
- (٨) أحمد ، أحمد إبراهيم : (إدارة الأزمة التعليمية : منظور عالمي) ، الإسكندرية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، ٢٠٠٣ .
- (٩) أحمد ، إبراهيم أحمد : (إدارة الأزمات : الأسباب والعلاج) ، الإسكندرية ، دار الفكر العربي ، ٢٠٠٣ .
- (١٠) كروم ، عبد الله متعب : (اللجان الأمنية ودورها في إدارة الأزمات) ، رسالة ماجستير ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض ، ٢٠٠٥ .
- (١١) ماهر ، أحمد : (إدارة الأزمات) ، الإسكندرية ، الدار الجامعية ، ٢٠٠٦ .
- (١٢) عليوة ، السيد : (إدارة الوقت والأزمات والإدارة بالأزمات) ، القاهرة ، دار الأمين للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٣ .
- (١٣) عليوة ، السيد : (إدارة الأزمات والكوارث : مخاطر العولمة والإرهاب الدولي) ، سلسلة دليل صنع القرار ، القاهرة : دار الأمين للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٤ .
- (١٤) صادق ، أمنية مصطفى ، (إدارة الأزمات والكوارث في المكتبات) ، القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠٠٢ .
- (١٥) الجديلي ، ريحي عبد القادر (واقع استخدام أساليب إدارة الأزمات في المستشفيات الحكومية الكبرى في قطاع غزة) رسالة ماجستير الجامعة الإسلامية في غزة - كلية التجارة ، ٢٠٠٦ .
- (١٦) عليوه ، السيد : (إدارة الأزمات في المستشفيات) ، القاهرة ، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠٠١ .
- (١٧) المؤتمر السنوي لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩ م .

ب- علوم إدارة الأزمات وبما يخص إدارة المنشآت الطبية :

- (١) سليمان ، محمد جلال : (أثر بعض العوامل التنظيمية على كفاءة إدارة الأزمات بمستشفيات جامعة المنصورة) ، المؤتمر السنوي الرابع لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩ .
- (٢) عليوة ، السيد : (إدارة الأزمات في المستشفيات) ، القاهرة ، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠٠١ .
- (٣) عليوة ، السيد ورضوان ، رفعت : (مهارات الاتصال في إدارة الأزمات : بالتطبيق على المستشفيات) ، المؤتمر السنوي الثاني لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٧ .
- (٤) شاهين ، محمد عبد النواب : (الآثار السيكولوجية الناتجة عن إدارة الأزمات والكوارث والطوارئ الصحية) ، المؤتمر السنوي الخامس لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ٢٠٠٧ .
- (٥) الحمادي ، محمد رشاد : (إدارة الأزمات : تجارب محلية دعائية) ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ط٢ ، ١٩٩٥ .

٤ - مراجع خاصة بموضوعات أخرى تم تناولها خلال البحث :

- (١) أبو ركية ، حسن عبد الله : (بحوث العمليات وتطبيقاتها في مجال الإدارة) ، مطابع دار البلاد - جدة ، ١٩٨٦ .
- (٢) السلمي ، علي : (بحوث العمليات لاتخاذ القرارات الإدارية) ، القاهرة ، دار المعارف المصرية ، ١٩٧١ .
- (٣) محمد ، أحمد سرور : (بحوث العمليات في ميدان الإنتاج) ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ١٩٦٤ .
- (٤) الشريدة ، هيام والأعرجي ، (العلاقة بين بعض متغيرات إدارة الأزمات كما يراها متخذي القرار) ، المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل .
- (٥) العناني ، عصام ومنجي ، إيمان (نمو إدارة فعالة للأزمات : دراسة تطبيقية على عينة من قطاع الفنادق بالقاهرة والجيزة) ، المؤتمر السنوي الرابع لإدارة الأزمات والكوارث ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩ م .
- (٦) دويدري، الدكتورة رجاء وحيد، (البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية)، دمشق: دار الفكر، ٢٠٠٠.
- (٧) كامل ، عبد الوهاب محمد : (سيكولوجية إدارة الأزمات) ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر ، ١٤٢٤ هـ .
- (٨) عطوي، الدكتور جودت عزت، (أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية)، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص (١٦٢).
- (٩) عسكر، د.علي، د.حسن جامع، د. فاروق الفراء، د. وليد هوانة، (مقدمة في البحث العلمي التربوي والنفسي والاجتماعي) ، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص (١١٥).
- (١٠) أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، مرجع سابق، ص (١٦٣).
- (١١) الرفاعي، الدكتور أحمد حسين، مناهج البحث العلمي تطبيقات إدارية واقتصادية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الخامسة، ٢٠٠٧، ص (١٣٣).
- (١٢) حمودي، الدكتور سعدي شاكر، مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص (٧٧).
- (١٣) مبادئ علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والاجتماعي، وكذلك الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية،
- (١٤) مغلاج ، توفيق مصطفى ، دور الثقافة الترويجية في أداء رجال البيع ، رسالة ماجستير ، جدة ، المملكة العربية السعودية ، ٢٠١٢

• المراجع الأجنبية :

١- مراجع أجنبية عن إدارة المستشفيات :

- 1- Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, International Healthcare Comparisons Network. Capacity planning in health care: a review of the international experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- 2- Ettelt S, McKee M, Nolte E, Mays N, Thomson S. Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 .
- 3- Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. Eur J Health Econ 2007.
- 4- Busse R, Schreyoegg J, Smith PC. Hospital case payment systems in Europe. Health Care Manage Sci 2006 .
- 5- Davies R, Gray C. Care pathways and designing the health-care built environment: an explanatory framework. Journal of Integrated Care Pathways. 2009 .
- 6- Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- 7- Rechel B, Erskine J, Wright S, Dowdeswell B, McKee M, editors. Capital investment for health: case studies from Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- 8- The Planned Care Improvement Programme: patient flow in planned care: admission, discharge, length of stay and follow-up. Edinburgh: Government of Scotland; 2007.
- 9- Hillman K. The changing role of acute-care hospitals. Med J Aust 1999 .
- 10- Aujesky D, Jiménez D, Mor M, Geng M, Fine M, Ibrahim S. Weekend versus weekday admission and mortality after acute pulmonary embolism. Circulation 2009 .
- 11- Going lean in health care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2005.
- 12- Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002 .
- 13- Hindle D, Dowdeswell B, Yasbeck A-M. Report of a survey of clinical pathways and strategic asset planning in 17 EU countries. Utrecht: Netherlands Board for Hospital Facilities; 2004.
- 14- Kim CS, Spahlinger DA, Kin JM, Billi JE. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? J Hosp Med 2006; 1: 191-9 doi: 10.1002/jhm.68 pmid:17219493.
- 15- www.hrdiscussion.com/hr23367.html
- 16- WHO , IMF , Population Reference Bureau , World Bank , Al Mosah Capital Research .

- 1- Crosby, ph. B. (1979). Quality is free: the Art of Making Quality certain, New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- 2- Deming, W. (1988). Quality, productivity, and Competitive Position, Cambridge, Mas: Massachusetts Institute of Technology.
- 3- Deming, W.E. (1982). Quality, productivity, and Competitive Position, Cambridge, Mas: Massachusetts Institute of Technology.
- 4- Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the Quality of medical Care, Evaluation and the Health professions. vol. (8), no. (3).
- 5- Dressel, P.L. (1987). Handbook of Academic Evaluation, San Francisco: Jossey-Bass.
- 6- Ishikawa, K. (1985). What is Total Quality Control? The Japanese Way, Translated by David Lu, London: Prentice-Hall International.
- 7- Juran, M. (1992). Juran on Quality by Design: the Steps for planning Quality into Goods and Services, New York: the free press.
- 8- Lam, K.D. et. al. (1991). Total Quality: A textbook of Strategic Quality Leadership and Planning, Colorado Springs: Air Academy press.
- 9- Morgan, C. & S. Murgatroyd (1994). Total Quality management in the public sector: An International Perspective, buckingham: Open University press.
- 10- Taguchi, G. and Y., Wu. (1980). Introduction to off-line Quality Control, Nagoya, Japan: Central Japan Quality Control Association.
- 11- Tenner, A.R. & I.J. De Toro (1992). Total Quality management: Three Steps to Continuous Improvement, Reading, Mass:Addison-Wesley Publishing Co. In.
- 12- Bounds, Greg, (et.al.), Beyond (1994 Total Quality Management: Towards the Emerging Paradigm , New York: McGraw – Hill Inc.
- 13- Dahlgaard, Jens J., Kai Kristensen, and Gopal K. Kanji (1998) Fundamentals of Total Quality Management: Process Analysis and Improvement , London: Chapman & Hall.
- 14- Edvardsson, Bo, Bertil Thomsson and John Vretveit (1994) Quality of Service: Making it Really Work , New York: McGraw – Hill Book.
- 15- Goetsch, David L. and Stanley Davis (1995) Implementing Total Quality , Englewood Cliffs: Prentic-Hall Ltd.
- 16- Goucher, Ellen J. and Coffey, Richard J (1993) Total Quality in HealthCare: From Theory to Practice , San Francisco: Jossey Bass Publishers .
- 17- Crosby, ph. B. (1979). Quality is free: the Art of Making Quality certain, New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- 18- Rechel B, Erskine J, Wright S, Dowdeswell B, McKee M, editors. Capital investment for health: case studies from Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- 19- Juran , M. (1992) , Juran on Quality by Desing : the steps for planning Quality into goods and services , New York : the free press .

٣- مراجع أجنبية عن إدارة الأزمات :

- 1- Thierry , C. Pauchant, Mitroff , I. Ian "Toward systemic crisis management Strategy : Learning from the best examples in the U.S. Canada and France" , Industrial Crisis Quarterly, Vol.5, 1991 .
- 2- Richardson, W. : "Why we probably will not save mankind a natural configuration of crisis – proneness", Disaster Prevention and Management: An International Journal, Vol. 2 No.4, 1993.
- 3- Cristine Person and Ian Mitroff : " From Crisis Prone To Crisis Prepared: A Framework For Crisis Management", Academy of Management Executive . Vol 7, No 1, 1993.
- 4- Norman Phelps: "Setting Up A Crisis Recovery Plan", .Journal Of Business Strategy, Vol.6. No.4 , 1986 .
- 5- Bennett-Roger : "Crisis Management Plans and Systems of Exporting Companies: An Empirical Study ", Journal-of- Euro-Marketing. 2005; v14n3.
- 6- Alvinsoo, Hareero, " How to manage a crisis before or whenever it hits" Public Relations Quarterly, spring, 1995. Public Relations Quarterly , Vol. 35 , Spring 1990.
- 7- Ian Mitroff; "Crisis Management : Cutting Through the Confusion ", Sloan. Management Review, Vol . 29,No. 2, Winter, 1989.
- 8- Quarantelli, E.L., " Delivery of Emergency Medical Services in Disasters: Assumptions and Realities ", New York, Irvington Publishers, Ink., 1983.
- 9- Tierney, K.J. : "Emergency Medical Preparedness and Response in Disasters: The Need for Intergovernmental Coordination ", Public Administration Review, Special Issue, V.(45),1985.

٥- الملاحق (Appendices) :

أ- معلومات عامة (ديموجرافية) :

(١) السن :

- أقل من ٣٠ سنة .
- ٣٠ - ٤٠ سنة .
- ٤٠ - ٥٠ سنة .
- أكثر من ٥٠ سنة .

(٢) المستوى التعليمي :

- الماجستير فأكثر .
- البكالوريوس (الجامعي) .
- الثانوية العامة أو ما يعادلها .
- غير ذلك (أرجو ذكرها) .

(٣) التخصص بالمؤهل العلمي :

- علوم طبيعية .
- إدارة مستشفيات .
- علوم إدارية .
- غير ذلك (أرجو ذكرها) .

(٤) مدة الخبرة بالعمل بالمجال الطبي :

- أقل من ٥ سنوات .
- ٥ - ١٠ سنة .
- ١٠ - ١٥ سنة .
- أكثر من ١٥ سنة .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الأكاديمية العربية في الدنمارك
كلية التجارة والاقتصاد
قسم الدراسات العليا

استبانة

عن الجهاز الإداري والطبي بالمستشفى

المحترم

سعادة /

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ...

نود إفادتكم بأن الباحث يقوم بإجراء دراسة علمية لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بعنوان (موقف أداء المستشفيات بجمهورية مصر العربية طبقاً لبرنامج معايير الجودة المصري في ظل الأزمات) .

ونظراً لأنه يتم جمع البيانات المطلوبة بالدراسة عن طريق قائمة استقصاء تتضمن عدداً من العبارات ، فإن الباحث يسعده مشاركتكم من خلال التعبير عن رأيكم تجاه العبارات الواردة بالاستبانة ، مع التفضل بالإحاطة بأن المعلومات الواردة بالاستبانة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط ولن تكون مجالاً لإطلاع أحد غير الباحث وبالتالي ستحظى بسرية كاملة .

وإذ يتقدم الباحث لكم بجزيل الشكر وعمق الامتنان لكم للوقت الثمين الذي سيتم اقتطاعه للمشاركة في هذه الدراسة فإنه يدعو الله سبحانه وتعالى أن يوفقكم ويبارك لكم في وقتكم ونعمه .

مع وافر التحية ...

الباحث

الطبيب / أحمد محمد كمال طاحون

ب- نموذج الاستبانة بأجزائه الرئيسية :

(١) قواعد وظائف الإدارة الحديثة :

- (أ) وظائف التخطيط .
- (ب) وظائف التنظيم .
- (ج) وظائف القيادة والتوجيه .
- (د) وظائف الرقابة والتقييم .

(٢) قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفيات بالتخصصات :

- (أ) النشاط التسويقي .
- (ب) النشاط الطبي (الإنتاجي) .
- (ج) نشاط الموارد البشرية .
- (د) نشاط العلاقات العامة .
- (هـ) نشاط الأبحاث والتطوير .
- (و) نشاط قيم العمل والثقافة التنظيمية .

(٣) قواعد المفهوم العام للجودة الشاملة :

- (أ) مفهوم الجودة العام .
- (ب) مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز الأطباء .
- (ج) مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز التمريض .
- (د) مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة .
- (هـ) مفهوم الجودة طبقاً لأداء إحساس المريض بالخدمة .
- (و) مفهوم الجودة طبقاً لتصميم الإجراءات .

(٤) قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات :

- (أ) المفهوم العام لإدارة الأزمات .
- (ب) إدارة الأزمات في مرحلة الميلاد .
- (ج) إدارة الأزمات في مرحلة النمو .
- (د) إدارة الأزمات في مرحلة النضج .
- (هـ) إدارة الأزمات في مرحلة الانتهاء واستعادة الأوضاع .

(٥) قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة :

- (أ) أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة .
- (ب) أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات .
- (ج) أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الاثنين معاً .
- (د) أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة .
- (هـ) أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد إدارة الأزمات .
- (و) أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد إدارة الاثنين معاً .
- (ز) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة .
- (ح) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الجودة .
- (ط) أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد إدارة الاثنين معاً .

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
٥	٤	٣	٢	١		
					وظائف التخطيط :	
					أ	يتم إتباع نظم الإدارة العلمية الحديثة في كافة الأنشطة .
					ب	تم تصميم وإعداد وصياغة (رؤية ورسالة وإستراتيجية) للمستشفى .
					ج	يتم إدارة العمل من خلال خطة سنوية إجمالية بالإضافة إلى خطط تخصصية لتنظيم عمل الأقسام المختلفة خلال أوقات محددة .
					د	تتسم عملية التخطيط بالمرونة والشمول والتنسيق بين كافة الأقسام .
					هـ	تدرك إدارة المستشفى بأن عملية التخطيط عملية مستمرة تؤدي للقضاء على المعوقات مع تحقيق الأهداف .

التحليل :

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
٥	٤	٣	٢	١		
					وظائف التنظيم :	
					أ	يتم إتباع الأساليب العلمية في كافة الأنشطة التنظيمية .
					ب	تهتم إدارة المستشفى بأثر التنظيمات الغير رسمية على إدارة العمل .
					ج	تراعي إدارة المستشفى وكافة المسؤولين بها المبادئ التنظيمية المتعارف عليها .
					د	يوجد تفويض للسلطات بالمستويات المختلفة يساعد على إدارة العمل .
					هـ	إن الممارسات الحالية لوظيفة التنظيم تساعد إيجابياً على دعم الأداء بالمستشفى .

التحليل :

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
٥	٤	٣	٢	١		
					وظائف القيادة والتوجيه :	
					أ	تحرص إدارة المستشفى على إتباع الأساليب العلمية الحديثة في ممارسة وظائف القيادة والتوجيه .
					ب	تهتم إدارة المستشفى على تنمية العلاقات التبادلية بين كل العاملين بالمستشفى بالمواقع المختلفة .
					ج	يوجد بالمستشفى خطة تحفيز لرفع الروح المعنوية لكافة العاملين .
					د	يوجد بالمستشفى نظام حفظ وتحليل للمعلومات دقيق يحقق للإدارة إمكانية تطوير الأداء .
					هـ	تهتم إدارة المستشفى على إذكاء روح الابتكار الفردي والعمل كفريق وبالتالي تنمية أنماط قيادية جديدة .

التحليل :

قواعد ممارسة وظائف الإدارة الحديثة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					وظائف الرقابة والتقييم :	
					أ	تحرص إدارة المستشفى على إتباع الأساليب العلمية الحديثة في ممارسة وظائف الرقابة وتقييم الأداء .
					ب	يوجد بالمستشفى نظام متكامل ومتنوع لمتابعة الأداء وتقييمه طبقاً لمعايير أداء محددة .
					ج	تعتمد فلسفة الإدارة بالمستشفى على استخدام آليات الرقابة والتقييم والمتابعة لرفع مستوى الأداء وتقويمه وليس لتصيد الأخطاء .
					د	تشتمل نظم الرقابة والتقييم والمتابعة على كافة الممارسات بالأنشطة المختلفة سواء السابقة أو الحالية أو اللاحقة مع التنبؤ العلمي بالأهداف .

التحليل :

قواعد ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماما ٥	موافق ٤	محايد ٣	غير موافق ٢	غير موافق على الإطلاق ١
١	النشاط التسويقي (بالمستشفيات الخاصة أو الإقبال بالمستشفيات الحكومية) :					
	أ	تحرص إدارة المستشفى على الأخذ بالمبادئ العلمية في مجال التعريف بها بسوق الخدمات الصحية .				
	ب	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق رضا العميل قبل وأثناء وبعد تقديم الخدمة سواء كانت الخدمة مدفوعة الأجر أو مجانية .				
	ج	تحرص إدارة المستشفى على دعم فرق العمل بها بالكفاءات المتخصصة سواء الطبية أو المساندة مع التدريب المتواصل لهم .				
	د	تحرص إدارة المستشفى على تحقيق التوازن بين مشتملات المزيج التسويقي والمتكون من (جودة الخدمة – مناسبة التسعير – طاقات التشغيل والتوزيع – المزيج الترويجي) .				
هـ	تحرص إدارة المستشفى على تحسين الصورة الذهنية عنها لدى المجتمع .					

التحليل :

ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماما ٥	موافق ٤	محايد ٣	غير موافق ٢	غير موافق على الإطلاق ١
٢	النشاط الطبي (نشاط إنتاج وتقديم الخدمة) :					
	أ تحرص إدارة المستشفى على إتباع أفضل الأساليب العلمية في إنتاج الخدمة سواء الطبية المباشرة أم المساعدة .					
	ب يوجد بالمستشفى معايير أداء لكل أنشطة فرعية يتم معايرة الأداء الفعلي بها لتحقيق التميز بالأداء .					
	ج تهتم إدارة المستشفى بالجانب التقني والمتمثل في الأجهزة والمعدات الحديثة لدعم عمليات إنتاج وتقديم الخدمة الصحية .					
	د تحرص إدارة المستشفى على تنمية الوعي وتكامله بين كل العاملين في مجال تقديم الخدمة الشاملة (الطبية والمساندة) وذلك بروح الفريق الواحد .					
هـ تحرص إدارة المستشفى على إنماء الوعي في كيفية التعامل مع العميل وإرضائه وتأكيد الثقة والمصادقية والإقتناع بالخدمة لديه .						

التحليل :

ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
٣	نشاط الموارد البشرية :					
	أ	يوجد بالمستشفى هيكل تنظيمي معتمد وهيكل وظيفي كامل طبقاً للتوصيف الوظيفي المحدد بالهيكل التنظيمي .				
	ب	تحرص إدارة المستشفى على استقطاب الكفاءات العالية سواء بالنشاط الطبي أو النشاط المساند لشغل الوظائف طبقاً للهيكل التنظيمي .				
	ج	تتم إجراءات الاختيار والتعيين بالوظائف المختلفة طبقاً للتوافق بين متطلبات الوظيفة المنصوص عليها بالتوصيف الوظيفي وبين مواصفات طالب شغل الوظيفة .				
	د	يوجد بالمستشفى نظام أجور ومكافآت معتمد ومناسب طبقاً للتوصيف الوظيفي ويشجع على الابتكار والتميز بالأداء .				
	هـ	تحرص إدارة الموارد البشرية على عقد الدورات التدريبية ووجود أنشطة للدعاية الاجتماعية لمنسوبي المستشفى .				

التحليل :

ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					نشاط العلاقات العامة :	
					أ	تحرص إدارة المستشفى على العمل بمجال العلاقات العامة طبقاً للأساليب الحديثة .
					ب	تعمل إدارة المستشفى على الارتباط الإيجابي بالمجتمع والبيئة المحيطة من خلال الممارسات الإيجابية لخدمة هذا المجتمع .
					ج	يعمل العاملین بنشاط العلاقات العامة على توسيع دائرة التعريف بالمستشفى والرعاية لها بمختلف الوسائل .
					د	تمارس إدارة العلاقات العامة دورها مع المرضى والمراجعين .
					هـ	تقوم إدارة العلاقات العامة بإعداد وتنفيذ برامج وأنشطة ترفيهية سواء للمرضى أو العاملين بالمستشفى .

التحليل :

ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماما ٥	موافق ٤	محايد ٣	غير موافق ٢	غير موافق على الإطلاق ١
٥	نشاط الأبحاث والتطوير :					
	أ	تدرك إدارة المستشفى أهمية نشاط الأبحاث والتطوير في تطوير العمل بالمستشفى في كافة الخدمات الطبية والمساندة المقدمة .				
	ب	تتيح عملية تشجيع الأبحاث والتطوير الفرصة للأطباء والمتخصصين لإجراء أبحاث ترفع من مستوى الأداء وتزيد من قدر الانتماء للمستشفى .				
	ج	تقوم إدارة المستشفى بتوفير الإمكانيات والموارد المالية لدعم أبحاث التطوير .				
	د	اهتمام المستشفى بالأبحاث التطويرية يؤدي إلى اتخاذ القرارات الفعالة المناسبة للتعامل مع مختلف المواقف.				
هـ	تؤمن إدارة المستشفى بأن دعم أنشطة الأبحاث التطويرية تؤدي بشكل جيد إلى زيادة المستشفى وتفوقها على المنافسين .					

التحليل :

ممارسة الأنشطة الإدارية بالمستشفى بالتخصصات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
٦	نشاط قيم العمل والثقافة التنظيمية :					
	أ	يوجد بالمستشفى مجموعة قيم وعادات خاصة بها تم ترسيخها منذ نشأتها وحتى الآن .				
	ب	يوجد بالمستشفى مجموعة عبارات تعبر عن مجموعة القيم بها وتوضح الرؤية المستقبلية لها .				
	ج	يميل العاملون بالمستشفى إلى العمل بها ولمدد طويلة دون أي غضاضة .				
	د	تعتبر إدارة المستشفى أن العاملين الأكفاء مصدرأ هاماً لقوة الإدارة وقدوة لباقي الأفراد .				
	هـ	يوجد لدى العاملين بالمستشفى بمختلف التخصصات الإحساس بروح الفريق وقيم العمل الجماعي .				

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

م	العبارة	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
	مفهوم الجودة العام :					
أ	الجودة الطبية تعني الالتزام بمعايير قابلة للقياس عن أداء الجهاز الإداري والطبي بالمستشفى .					
ب	يوجد بالمستشفى صورة من معايير الجودة التي تم إعدادها بواسطة الجهات المصرية للمعايرة (مقاييس برنامج الاعتماد المصري للمستشفيات) .					
ج	الالتزام بالعمل طبقاً لمعايير الأداء المحددة يعتبر هدفاً ووسيلة لتحقيق التميز في الأداء .					
د	يتضمن المفهوم العام للجودة إجراء المقارنات المستمرة بين الأداء العام للمستشفى وأداء المستشفيات الرائدة داخل وخارج البلاد .					
هـ	العمل من خلال مفهوم الجودة الشاملة ليس نوع من أنواع الرفاهية في تنفيذ الأعمال بل أصبح جزء لا يتجزأ من طبيعة العمل وضرورة من ضرورياته .					

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

م	العبارة	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
٢	مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز الأطباء :					
	أ	يقوم جميع الأطباء بمختلف الأقسام بتطبيق معايير الجودة خلال الأداء .				
	ب	يقوم الأطباء خلال ممارستهم لأعمالهم ببذل الجهد لفهم احتياجات العميل المعنوية وبالتالي إعطاؤه الاهتمام الشخصي طبقاً لهذه المعرفة .				
	ج	تقوم إدارة المستشفى بعقد الندوات العلمية المختلفة بين الأطباء لدراسة الحالات التي يتابعها هؤلاء الأطباء .				
	د	تشجع إدارة المستشفى على إتباع الأساليب العلمية والممارسات الطبية مثل (الطب الاتصالي) من أجل تحقيق جودة الخدمة .				
	هـ	يتم الاستعانة ببعض المستشارين من خارج المستشفى أو من بلاد أخرى في حالة الحاجة لذلك أو كزيارات دورية .				

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					مفهوم الجودة طبقاً لأداء جهاز التمريض :	
					أ	يتم اختيار أعضاء جهاز التمريض طبقاً للمواصفات المحددة بالتوصيف الوظيفي .
					ب	توجد معايير محددة لأداء العاملين في نشاط التمريض يتم الالتزام بها .
					ج	يوجد نظام متكامل لمتابعة وتقويم أداء العاملين بجهاز التمريض .
					د	يعتبر أعداد العاملين بجهاز التمريض كافي ويتناسب مع الأعداد طبقاً للهيكل التنظيمي بالمستشفى .
					هـ	يتم عقد دورات تدريبية دورية للعاملين في مجال التمريض .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					مفهوم الجودة طبقاً لأداء الأجهزة المساندة :	
					أ	تحرص إدارة المستشفى على دعم الأجهزة المساندة بالأنظمة والآليات التي ترفع من مستوى الأداء لهم .
					ب	تدرك إدارة المستشفى أن توفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة هو أحد العناصر الهامة لدعم التحسين المستمر في جودة الخدمة .
					ج	تحرص إدارة المستشفى على مراعاة كافة عناصر الأمان والحماية الطبية وغير الطبية من المخاطر والتلوث أو الإصابة بالأمراض .
					د	لا يتم إجراء أي نوع من أنواع التحاليل أو الإشاعات أو غيرها للمريض إلا في حدود المطلوب فقط .
					هـ	تهتم إدارة المستشفى بأراء ومقترحات وشكاوى المراجعين والمرضى .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					مفهوم الجودة طبقاً لإحساس واستقبال المريض للخدمة :	
					أ	تلتزم المستشفى عند التعامل مع المرضى ألا يكونوا مجالاً للتجارب أو الاختبار للأبحاث أو الدراسات إلا بعد موافقتهم في إطار القواعد المنظمة لذلك .
					ب	يتم تقديم الخدمة الطبية الشاملة للمريض طبقاً لقواعد الجودة المعلنة دون النظر عن شخصية متلقي الخدمة .
					ج	تشكل أخلاقيات المهنة أحد الأولويات الهامة التي تلتزم بها المستشفى .
					د	تتسم الأسعار التي تقدم من خلالها الخدمة معقولة وشاملة ولا يوجد أي نوع من الاستغلال للمرضى ميسوري الحال .
					هـ	تعتمد المستشفى في تقديم الخدمات الفنية لها على الاستطلاع المستمر لرأي المترددين والمرضى وتصحيح مسار الخدمة طبقاً لرغباتهم .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لجودة الخدمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					مفهوم الجودة طبقاً لتصميم وتنفيذ الإجراءات المختلفة بالمستشفى :	
					أ	تحرص إدارة المستشفى على التطوير المستمر للإجراءات الإدارية والطبية المنظمة لحركة المريض أو المتردد باستمرار .
					ب	تحرص إدارة المستشفى في إتباع الأساليب العلمية والاتجاهات الحديثة والتي تتسم بالمرونة في الإجراءات .
					ج	تلتزم إدارة المستشفى بإتباع اللوائح والتوجيهات الصادرة من الجهات المعنية بالدولة سواء وزارة الصحة أو غيرها .
					د	تعمل إدارة المستشفى على توفير كافة الإمكانيات والاحتياجات اللازمة لتقديم الخدمات اللازمة لكافة أقسام الشركة بمعايير جودة عالية لهذه الإمكانيات .
					هـ	يوجد بالمستشفى برامج لجودة الخدمات المقدمة تحرص إدارة المستشفى على تطبيقها وتدريب العاملين عليها وتوفير متطلبات تنفيذها .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
١	المفهوم العام لإدارة الأزمات :					
	أ	تعتبر الأزمة نقطة تحول نحو الأسوأ أو الأفضل لحالة معينة تؤدي بالنهاية لتغيير جذري بهذه الحالة .				
	ب	تمر الأزمة منذ نشوءها وحتى انتهائها في مراحل حيث تنمو وتنضج ثم تدهور وتنتهي .				
	ج	يجب أن يكون هناك وعي وخطط محددة لمواجهة الأزمات لدى المؤسسات والمنشآت سواء الاقتصادية أو السياسية أو الاجتماعية أو غيرها .				
	د	عدم القدرة في التعامل مع الأزمات بالمراحل الأولى يؤدي لتفاقم الوضع مما قد يتعدر معه علاج الأزمة أو علاجها بخسائر عالية .				
	هـ	من خصائص مدير المستشفى أن يكون على دراية كاملة بكيفية التعامل مع الأزمات بشكل علمي .				

التحليل :

قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					إدارة الأزمات في مرحلة الاكتشاف لها (مرحلة ميلاد الأزمة) :	
					أ	يتوفر لدى المستشفى قسم خاص من مهامه رصد المؤشرات التي تنبئ عن وقوع أزمات يقوم بالتبليغ عنها مع التحليل وإعداد مقترحات الحلول .
					ب	يتم إجراء عمليات مسح شامل دورياً لبيئة عمل المستشفى الداخلية والخارجية للتعرف على مؤشرات وقوع الأزمات .
					ج	يوجد بالمستشفى خطط عمل لتنسيق جهود كل العاملين للتعامل مع الأزمات المختلفة عند حدوثها .
					د	تهتم إدارة المستشفى بعمليات تصنيف وتبويب مؤشرات حدوث الأزمات مع تحديثها باستمرار طبقاً لاختلافات بيئة العمل الداخلية والخارجية .
					هـ	تهتم إدارة المستشفى بعقد الندوات ودورات والتدريب عن الأزمات من حيث اكتشافها وأسلوب التعامل معها وكيفية إزالة آثارها .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					إدارة الأزمات في مرحلة الاستعداد والوقاية (مرحلة نمو الأزمة) :	
					أ	يوجد بالمستشفى مركز مؤهل لإدارة العمليات عند اكتشاف ميلاد ونمو الأزمة مجهز بجميع الوسائل والتقنيات المطلوبة .
					ب	توجد تعليمات ولوائح منظمة لأسلوب إدارة الأزمات عند رفع حالات الاستعداد للتعامل معها في مرحلة النمو .
					ج	يوجد سهولة في الحصول على الإمكانات المادية والبشرية المطلوبة من إدارات وأقسام المستشفى عند الحاجة إليها في إدارة الأزمات بهذه المرحلة .
					د	يوجد نظام اتصالات وتبادل معلومات يساعد في عملية إدارة الأزمات بمرحلة النمو .
					هـ	توجد تعليمات وتوجيهات من الجهات المعنية الحكومية (وزارة الصحة) عن كيفية التعامل مع الأزمات المختلفة خاصة بالنسبة للتنسيق مع المستشفيات الأخرى .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					إدارة الأزمة في مرحلة احتواء الأزمة (مرحلة النضج) :	
					أ	يتم تطبيق التعليمات المنظمة للتعامل مع الأزمات طبقاً لما تم إعداده من تحليل للأزمة وأسبابها وإعداد البدائل واتخاذ وتنفيذ القرارات المناسبة .
					ب	تعتبر إدارة المستشفى أن عامل الوقت هو العامل الحرج في التعامل مع الأزمة دون أي تأخير أو تجاهل وبالتالي الاستجابة الفورية عند التعامل معها .
					ج	يتم إتباع الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع الأزمة من قبل الإدارة والعاملين بالمستشفى .
					د	يتم السيطرة على الأزمة ومنع انتشارها وتفاقمها وتأثيرها على كل مشتملات المستشفى .
					هـ	هناك قدرة وسرعة مناسبة لدى المستشفى والعاملين في تحريك الموارد البشرية والمادية وإمكانات الاتصال لاحتواء الأزمة .

التحليل :

قواعد المفهوم العام لإدارة الأزمات

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					إدارة الأزمة في مرحلة استعادة الأوضاع وإزالة الآثار المترتبة عليها (مرحلة إنهاء الأزمة):	
					أ تقوم إدارة المستشفى فور احتواء وإنهاء الأزمة إلى استعادة الأوضاع وإزالة الآثار من خلال تحديد الاحتياجات للمواقع التي تأثرت بها واستكمالها .	
					ب تحرص إدارة المستشفى على اتخاذ كافة الإجراءات اللازمة للتخفيف من آثار الأزمة والحد من استمرار حدوثها .	
					ج تحرص إدارة المستشفى على توعية العاملين وجمهور المتعاملين معها على النتائج بعد التغلب على الأزمة لاستعادة الأوضاع المعنوية .	
					د تستخلص المستشفى الدروس المستفادة من خلال تقييم الأحداث وتحليلها وحفظها لاستخدامها مستقبلاً من جانب وتعديل وعلاج أوجه القصور التي تمت خلال التعامل مع الأزمة من جانب آخر .	
					هـ تعمل إدارة المستشفى أن يكون لديها رصيد من المعلومات عن أساليب التعامل مع الأزمات بالمستشفيات الأخرى سواء داخل مصر أو خارجها .	

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبـارات	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الجودة :	
					أ	تعتمد قواعد الإدارة الحديثة على العمل من خلال قواعد إدارة الجودة التي تنظمها وتحدها الحكومة أو القواعد العالمية .
					ب	تقوم إدارة المستشفى بالأخذ في الاعتبار معايير الجودة في مرحلة التخطيط السنوي لأداء المستشفى .
					ج	يتم عملية تدبير مستلزمات إنتاج الخدمات الطبية والمساندة طبقاً لمعايير قياسية محددة للجودة .
					د	تعتبر إدارة المستشفى أن عملية التوجيه والقيادة هي عملية للبناء وتقديم المستشفى وليست عملية تعتمد على فكرة العقاب فقط .
					هـ	تعتمد المستشفى في نظام المتابعة على التقنيات الحديثة في تسجيل البيانات وتحليلها للخروج بالنتائج .

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً		
١	٢	٣	٤	٥		
					أثر قواعد الإدارة الحديثة على قواعد إدارة الأزمات :	
					أ	تشتمل عملية التخطيط بالمستشفى على وجود خطط لمواجهة الأزمات طبقاً لأنواعها عند حدوثها .
					ب	تتوافق إستراتيجية مواجهة الأزمات مع إستراتيجية المستشفى عند إعداد الخطة العامة .
					ج	يوجد ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى تشكيل أو فريق خاص للتعامل مع الأزمات عند حدوثها .
					د	يوجد بالمستشفى مركز لإدارة الأزمات له مكان محدد ولوائح تنظيمية للعمل به .
					هـ	تحرص إدارة المستشفى على التعامل مع الأزمات طبقاً للمفهوم العلمي في التعامل .

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارات	م
موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
٥	٤	٣	٢	١		
					أثر قواعد الإدارة الحديثة على الجودة والأزمات معاً	
					أ	تحرص إدارة المستشفى في مرحلة التخطيط أن تشتمل الخطة على معايير محددة للتعامل مع الأزمات طبقاً لقواعد جودة محددة في التعامل معها مستقاة من خبرات الآخرين .
					ب	تقوم إدارة المستشفى عند التعامل مع الأزمات في مرحلة إزالة الآثار إلى تعويض الخسائر بالأقسام المختلفة نتيجة الأزمة طبقاً لمعايير الجودة المعمول بها .
					ج	يوجد بالمستشفى نظام لتحفيز العاملين الذين يقومون بالتعامل مع الأزمة طبقاً لمعايير الجودة بالأداء .
					د	يوجد بالمستشفى نظام متابعة يمكنه متابعة التعامل مع الأزمة وفي نفس الوقت متابعة الأداء العادي للأقسام الغير متضررة من الأزمة وطبقاً لمعايير الجودة .
					هـ	تعتبر إدارة المستشفى أن إدارة العمل طبقاً لمعايير الإدارة الحديثة خلال الأزمات بمعايير جودة عالية هدف ووسيلة في نفس الوقت .

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق		
٥	٤	٣	٢	١		
					أثر قواعد إدارة الجودة على قواعد الإدارة الحديثة :	
					أ	تعتبر إدارة المستشفى أن قواعد الجودة المحددة من قبل الجهات المعنية بالحكومة هي الأساس الذي يتم بناء عليه إعداد التخطيط السنوي للمستشفى .
					ب	الجودة الشاملة بالمستشفى تحولت من مجرد تعليمات ولوائح إلى سلوك سواء من قبل الفريق الطبي أو فريق الخدمات المساندة أو المرضى والمترددین يتم أتباعه آلیاً .
					ج	توجد توعية مستمرة من قبل إدارة المستشفى عن قواعد العمل طبقاً لمعايير الجودة والإصرار عليها .
					د	توجد برامج تدريبية بالمستشفى العاملين بها عن كيفية تطبيق قواعد الجودة الشاملة في كل النشاطات .
					هـ	الجودة الشاملة هي العنصر البارز في تحديد رؤية ورسالة وإستراتيجية وتخطيط المستشفى ولوائحها التنفيذية .

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
هـ	أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد إدارة الأزمات :					
	أ					
	ب	تتبع الإدارة قواعد محددة تم إعدادها مسبقاً لإدارة الأزمات تحقق التغلب عليها مع تعليل الخسائر إلى أقل حد .				
	ج	تعتبر الإدارة أن نجاح إدارة الأزمة يعتمد على أن تتم إدارة الأزمة من خلال معايير جودة شاملة تحقق التعامل معها في أقل وقت ممكن دون التأثير على باقي أنشطة المستشفى .				
	د	توجد برامج تدريبية وبرامج نوعية عن أسلوب إدارة الأزمات بمعايير جودة هذه الإدارة .				
	هـ	يشتمل البرنامج العام للجودة الشاملة معايير التعامل مع الأزمات طبقاً لأنواعها .				
		تستطيع إدارة المستشفى تغيير معايير إدارة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة باستمرار طبقاً لبيئة العمل خلال الأزمات .				

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
	أثر قواعد الجودة الشاملة على قواعد الإدارة الحديثة وقواعد إدارة الأزمات معاً :					
أ	تشتمل خطة الأعمال الرئيسية للمستشفى على خطة إدارة الأزمات المحتملة طبقاً لقواعد الجودة الشاملة في ذلك .					
ب	تراجع إدارة المستشفى عند إعداد أو تعديل الهيكل التنظيمي على اشتماله على جهاز إدارة الأزمات طبقاً لقواعد الجودة .					
ج	تراجع إدارة المستشفى عند إعداد التوصيف الوظيفي لوظائف المستشفى سواء الطبية أو المساندة على اشتمال المهام والواجبات بالوظائف على نص يوضح مهام الوظيفة في الاشتراك بإدارة الأزمة طبقاً لقواعد الجودة الشاملة .					
د	تقوم إدارة المستشفى بتدبير المستلزمات المادية لمواجهة الأزمات طبقاً لمعايير الجودة بالمواصفات القياسية .					
هـ	يتم تدريب العاملين بالمستشفى على كيفية الإدارة الحديثة خلال الأزمات وبمعايير جودة محددة .					

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

درجة الموافقة والوزن النسبي					العبارة	م
غير موافق على الإطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما		
١	٢	٣	٤	٥		
					أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة :	
					أ	ترعى إدارة المستشفى عند التخطيط الأخذ في الاعتبار أسلوب وكيفية إدارة الأزمات طبقاً لنوعها .
					ب	يعتبر رأي المسئولين عن إدارة الأزمات من الآراء الرئيسية عند اتخاذ أي قرار بالنسبة للمستشفى في مراحل التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة .
					ج	توجد برامج لإدارة الأزمات تقوم إدارة المستشفى بإتباعها عند حدوث الأزمات مع توفير متطلبات تنفيذها .
					د	توجد دورات تدريبية ملزمة لجميع العاملين بالمستشفى عن إدارة الأزمات .
					هـ	يعتبر التأهيل لإدارة الأزمات ضمن البنود الرئيسية في تقييم أداء العاملين بالمستشفى .

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارة	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الجودة الشاملة :					
	أ					
	ب					
	ج					
	د					
	هـ					

التحليل :

قواعد أثر العناصر الرئيسية للدراسة

م	العبارات	درجة الموافقة والوزن النسبي				
		موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
		٥	٤	٣	٢	١
	أثر قواعد إدارة الأزمات على قواعد الإدارة الحديثة وقواعد الجودة الشاملة معاً :					
	أ تعتبر إدارة المستشفى أن تحليل الأزمات ودراستها بعد التغلب عليها هي بداية التخطيط للإدارة من جانب وتحديد قواعد الجودة الشاملة من جانب آخر .					
	ب تعتقد إدارة المستشفى بأن قواعد الجودة الشاملة هي جزء من الإدارة الحديثة والتي يظهر أثارها عند التعامل مع الأزمات .					
٩	ج تعتبر إدارة المستشفى أن الوقاية من حدوث الأزمات من خلال إتباع القواعد الأساسية للجودة الشاملة في مرحلة التوجيه أهم من مراحل العلاج للأزمات .					
	د تعتبر إدارة المستشفى أن التنسيق والتعاون مع المنشآت الصحية الأخرى وخاصة في نفس منطقة عمل المستشفى من عناصر الجودة الشاملة للتغلب على الأزمات ذات الأسباب أو الأبعاد الخارجة عن نطاق المستشفى .					
	هـ تراعى إدارة المستشفى كل من قواعد الجودة الشاملة في إدارة الأزمات عند إعداد إستراتيجية عمل المستشفى .					

التحليل :

Evaluating the Performance of Hospitals in the Arab Republic of Egypt during Humanitarian Crises in Accordance to Modern Management and Total Quality Measures

(A quantity analytical study of the performance of some hospitals in the Arab Republic of Egypt under stressful working conditions and humanitarian crises in relation to the Egyptian Quality Standards)

THESIS submitted
To

The Arab Academy in Denmark / Faculty of Management and Economics Board, as a required prerequisite for 'Master Degree of Science in Business Administration'

(Healthcare Management)

Submitted by:

Physician: Ahmed M. K. Tahoun MB., BCh.

Supervised by:

Prof.: Mohammed S. Dardeer PhD

Jeddah – 2013

A

Important Notification

None of work referred to this thesis has been submitted in support of an application for another degree at this or other academy or institution of learning .

Researcher

B

ABSTRACT

It's of undoubted certainty that an interaction between a researcher and his circumambient events is of a huge motivation on his devotion in a research study. Specifically when his immediate surrounding events are of a direct influence on his profession. For thus, given that the researcher is a physician who took part in ambulatory and first aid support services in field hospitals conducted at the heart of the turmoil and violent events sweeping across Egypt lately, it was of necessity to the researcher to investigate into the unique relationship between the vital triad of: the principles of modern management, its application on total quality standards, and at times where humanitarian crises control management is of vital necessity.

Hence was the main dilemma of this research, focusing on the very interactive relationship between the triad of a unique triangle, impersonated in: The application of modern management techniques, under total quality standards, during humanitarian crises.

The researcher has set his goals in identifying the patients' concerns regarding the quality of medical services presented to them in its total form during the country's turmoil crises in accordance to modern management and total quality. He also took into his survey the opinions of the working personnel in different selected hospitals across the nation, each according to his speciality and level of service, in a wishfull trial to achieve such a balanced vital equilibrium between the triad of the previously mentioned traingle. Moreover and most important was to identify the nature of each of these three factors and identify which is the independent leading variable to this triad, and which of the remaining two are the dependent variables. In an attmpt to identify the best balance between the mentioned variables.

The researcher chose a specific sample of the main hospitals in the County of 'Greater Cairo' (Cairo and Giza governorates) impersonated in five hospitals representing 7% of the total 'Greater Cairo' hospitals that are in the middle of the turmoil crises previously referred to. The researcher took into consideration, while selecting his sample, to include public, charity, educational and private hospitals and to consider their geographic locations to be covering Northern, Central and Southern parts of Cairo. It was also of his concern to include hospitals that offer both primary and specialized healthcare services covering the hugest demographic population in their resigned service areas resembled in a population of 4.65 Million personnel from a total of 18-20 Million personnel in the County of 'Greater Cairo' (Cairo and Giza).

The researcher suggested 6 hypotheses to determine their validity. First of which is the presence of a proportional and interactive relationship between the three axes of this research work impersonated in the Principles of Management, Total Quality, and Crises Management. Second of concerns was the unfortunate fact of the general unawareness to these three vital axes. Third concern was the versatility and inequality of the effect of each of these three factors on the two remaining ones. Fourth concern was the presence of a genuine intention within the working health personnel for such a standard of work by these important axes, yet the actual possibility of its application was always too defective to meet such good intentions within the working personnel. Fifth concern was the fact that during crises, Principles of Crises Management are always the independent leading variable affecting the other two remaining variables of the three triad previously mentioned. Sixth and last but not least, is the huge difference in opinions between what most patients think about the medical service recieved, and what medical/hospital personnel think about the medical service they are offering to these patients.

The researcher discovered the validity of all his hypotheses. For that he recommends readjusting the whole structure of the healthcare service industry in Egypt, specifically at times of humanitarian crises. In a manner that ensures a complete coordination for a structured leveling of any healthcare provided. A proper Medical evacuation / transportation plan is proposed to the structured leveling suggested, in a system that ensures a proper control of crises. Such a system will propose dividing the medical work into 'four main structured lines' according to the size of medical service required. First starting with an ambulatory field section, the researcher represented this by several medical field units (First Aid Field Units) of static structure, work plan, medical personnel capabilities, and medical supplies (medications and equipments) in order to provide a "fixed standardized" quality of first aid service applied on fields where crises exist. This will be a gateway line for the rest of the three lines, represented in the "Leveled Hospitals Criteria". Hospitals will be leveled in such sections according to the kind of medical service that could be provided and the demographic capacity of each. The leveling of the hospitals will represent the three remaining lines of medical care starting by a 'Primary Medical Care Line', then a 'Specialized Medical Care Line', then if required an 'Overseas Medical Travel Line', according to each case. This is to be applied under a coordinated medical evacuation (from field to hospitals) and transportation (from a hospital to another) plan, designed in relation to fixed quality of standards, both quantitatively and qualitatively.

The researcher discovered the importance of applying the principles of managing humanitarian crises with total quality standards under the principles of modern management by recruiting quantitatively and qualitatively both the available medical human resources (medical personnel) and the financial resources. Financial resources being impersonated by updated medical equipment, communication devices, online medical consultation, medicaments, and surgical instruments and dressings, all necessary to be coordinated and recruited in accordance to the principles of crises management. All to be managed in respect to the demographic capacity of each hospital. Aiming towards achieving a total and coordinated medical care throughout the country obeying to the principles of total quality and modern management.