



الأكاديمية الليبية - فرع مصراتة

مدرسة العلوم الإدارية والمالية

قسم الإدارة الصحية

مدى توفر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة ودورها في تحسين الخدمات

الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية

(دراسة ميدانية على مستشفى مصراتة المركزي)

رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية

الماجستير في قسم الإدارة الصحية

إعداد الطالب:

سفيان محمد الأشهب

رقم القيد: 34023

إشراف:

د. عبد الحكيم سعد الصادق

2017 - 2016

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

"وَقُلْ اَعْمَلُوا فِیْ سَبِیْلِیْ اللّٰهُ عَمَلَکُمْ وَرَسُولُهُ

وَالْمُؤْمِنُوْنَ وَسُرُدُّوْنَ اِلَیْ عَالَمِ الْغَیْبِ

وَالشَّهَادَةِ فِیْ نَبِیِّکُمْ بِمَا کُنْتُمْ تَعْمَلُوْنَ"

((سورة التوبة: 105))

الإهداء

إلى إمام الذاكرين قدوة المخلصين ومعلم المعلمين

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم إلهي من دعواتهم نورت لي طريقي... إلهي

من انتظروا هذه اللحظة بفارغ الصبر

إلهي أبي وأمي

إلهي أبنائي وزوجتي العزيزة التي تعبت وسهرت معي لإكمال رسالتي

إلهي من علموني عبر مراحل تعليمي المختلفة.. أساتذتي الأفاضل

إلهي من افتدوا الوطن بأجسادهم وأرواحهم ولم يبخلوا بها يوماً
إلهي الجرحى والمفقودين والشهداء الأبرار

إلهي كل من مد لي يد العون حتي وصلت إلهي هذه المرحلة... إلهي كل من سأل
عني

وتمني لي التوفيق والنجاح

الشكر والتقدير

الحمد لله حمدًا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، والشكر له على توفيقه وامتنانه، شكرًا يكافئ المزيد من إحسانه، والصلاة والسلام على خير خلقه محمد بن عبد الله، أما بعد: فيطيب لي أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير وعظيم الامتنان إلى كل من أسهم في مساعدتي وتوجيهي وإرشادي .

وبفضل الله وعونه تم إنجاز هذه الدراسة، واعترافًا مني في نسب الفضل إلى أهله، أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان بالجميل إلى الدكتور الفاضل "عبد الحكيم الصادق " الذي أشرف على هذه الدراسة، ومنحني من وقته الكثير، وكان لجهوده الكبيرة وتوصياته وتوجيهاته القيمة أعظم الأثر في إعداد هذه الدراسة وإخراجها إلى حيز الوجود في صورتها الحالية، والشكر والتقدير لكل الأساتذة الأفاضل .

قائمة المواضيع

رقم الصفحة	الموضوع	ر. م
أ	الآية القرآنية	1
ب	الإهداء	2
ج	الشكر والتقدير	3
د	قائمة المحتويات	4
ز	قائمة الجداول	5
ط	قائمة الأشكال	6
ي	ملخص الدراسة	7
<p>الفصل الأول</p> <p>الإطار العام للدراسة</p>		
2	المقدمة	8
3	مشكلة الدراسة	9
4	فرضيات الدراسة	10
6	أهداف الدراسة	11
6	أهمية الدراسة	12
7	متغيرات الدراسة	13
8	حدود الدراسة	14
8	التعريفات الإجرائية	16
9	الدراسات السابقة	17

الفصل الثاني
الجودة والخدمات الصحية

28	المقدمة	18
29	تاريخ نشأة الجودة	19
30	مفهوم الجودة	20
33	تطور مفاهيم الجودة	21
37	رواد الجودة	22
42	مفهوم الخدمة	23
43	خصائص وسمات الخدمة	24
46	مفهوم جودة الخدمة	25
47	أهمية قياس جودة الخدمة	26
48	مفهوم الجودة في الخدمات الصحية	27
51	أبعاد جودة الخدمة الصحية	28
55	أهداف جودة الخدمات الصحية	29
57	أنواع الخدمات الصحية	30

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

61	نبذة عن مستشفى مصراتة المركزي	31
62	منهجية الدراسة	32
62	مصادر جمع البيانات	33
63	مجتمع وعينة الدراسة	34

65	العينة الاستطلاعية	35
65	أداة الدراسة	36
66	صدق أداة الدراسة	37
76	ثبات أداة الدراسة	38
77	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	39
الفصل الخامس عرض وتحليل بيانات الدراسة		
80	خصائص عينة الدراسة ووصف متغيراتها	39
100	اختبار الفرضيات	40
110	النتائج	41
111	التوصيات	42
113	المراجع	43
122	الملاحق	44

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الجدول	رقم الجدول
64	إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الاستبانة	1
67	الارتباط بين فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور	2
68	الارتباط بين فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للمحور	3
70	الارتباط بين فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية للمحور	4
72	الارتباط بين فقرات المحور الرابع والدرجة الكلية للمحور	5
73	الارتباط بين فقرات المحور الخامس والدرجة الكلية للمحور	6
75	الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس	7
77	مستويات الثبات	8
77	الثبات بالاتساق الداخلي لمحاور الدراسة	9
81	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	10
82	توزيع عينة الدراسة حسب العمر	11
83	توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي	12
83	توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	13
84	توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	14
85	قيمة الوسط المرجح والاتجاه العام	15
86	مستوى الثبات	16
86	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور قياس تطبيق الجودة	17

89	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات المادية	18
92	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات الإدارية	19
95	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات التقنية	20
98	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات البشرية	21
102	اختبار (T) لاختبار إجابات المبحوثين ومتغير الجنس	22
102	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الثانية (المؤهل التعليمي)	23
103	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة (الوظيفة)	24
104	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة (الخبرة الوظيفية)	25
105	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة (العمر)	26
106	اختبار (T) للمقارنة بين إجابات أفراد العينة للفرضية الفرعية الأولى للرئيسية الثانية	27
107	اختبار (T) للمقارنة بين إجابات أفراد العينة للفرضية الفرعية الثانية للرئيسية الثانية	28
108	اختبار (T) للمقارنة بين إجابات أفراد العينة للفرضية الفرعية الثالثة للرئيسية الثانية	29
108	اختبار (T) للمقارنة بين إجابات أفراد العينة للفرضية الفرعية الرابعة للرئيسية الثانية	30
109	اختبار (T) للمقارنة بين إجابات أفراد العينة للفرضية الفرعية الخامسة للرئيسية الثانية	31

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	الشكل	رقم الشكل
7	نموذج الدراسة	1
36	مراحل تطورات إدارة الجودة الشاملة	2

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى توفر الإمكانيات لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية بمستشفى مصراتة المركزي بمدينة مصراتة، وأثر الاختلاف في الخصائص الشخصية والوظيفية لهم.

واعتمد الباحث المنهج الوصفي، مستخدماً استمارة استبانة أعدت كأداة لجمع بيانات الدراسة، ووزعت على عينة حجمها (89) مفردة اختيرت بطريقة قصدية، وتمثل ما نسبته (77.39%) من حجم المجتمع الأصلي البالغ (115) من القيادات الإدارية، وقد بلغ عدد الاستمارات الخاضعة للتحليل (62) استمارة، شكلت ما نسبته (69.6%) من الاستمارات الموزعة، وتم تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها من خلال تطبيق بعض أدوات التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي الأكثر ملاءمة لطبيعة تلك البيانات، وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ((Statistical Package For the Social Sciences) والمعروف اختصاراً (SPSS)، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. تتوفر الإمكانيات المادية والإمكانيات المالية والإمكانيات التقنية والإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.
 2. عدم وجود فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات الباحثين تُعزى إلى متغير المؤهل التعليمي والوظيفة والعمر والخبرة الوظيفية من وجهة نظر القيادات الإدارية.
- وخرجت الدراسة ببعض التوصيات التي قد تسهم في تحسين الأداء منها:
1. العمل على الاستفادة من الإمكانيات المادية وذلك لتحسين الجودة في الخدمة بالمستشفى.
 2. الاهتمام بالتدريب المستمر لتحسين الخدمات الصحية.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 فرضيات الدراسة

4.1 أهداف الدراسة

5.1 أهمية الدراسة

6.1 متغيرات الدراسة

7.1 حدود الدراسة

8.1 التعريفات الإجرائية

9.1 الدراسات السابقة

1.1 المقدمة

تعد الجودة من المتطلبات الأساسية الحديثة التي يجب توافرها في المنتجات والخدمات التي تقدمها المنظمة لعملائها، حيث تلبية رغباتهم واحتياجاتهم، مما يفرض عليها منح الأهمية اللازمة لهذا المفهوم الحديث، وذلك من خلال استيعاب وفهم معنى الجودة وتعميمه على جميع أفراد المنظمة مع محاولة تحقيقه(العيهار،2005،ص13).

ف نجد كل مؤسسة تسعى إلى توفير السبل الكفيلة لضمان جودة منتجاتها للتمكن من المنافسة على المستوى العالمي، وهذا الأمر يتضمن منها الالتزام بمقاييس تضمن لها جودة هذه المخرجات على المستوى المحلي، ومقاييس أخرى تضمن لها القدرة على المنافسة على المستوى العالمي(الطائي،2009،ص55).

فكان من المهم جداً تطبيق الجودة وخاصة في قطاع المستشفيات لأهمية هذا القطاع ولكونه يختلف عن أي منشأة تجارية أو صناعية من حيث أنها مرتبطة بحياة المرضى ولا يقبل فيها بأي مستوى منخفض من الخدمات الطبية، والسبب يعود إلى أن حدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات الشلل والعجز الكلي والوفاة، بينما في القطاعات الأخرى لا يترتب على الخسارة أي خطورة توازي خطورة الأخطاء الطبية، ومما لاشك فيه أن تطبيق الجودة في القطاع الصحي له أثر كبير على تعزيز مستوى جودة الخدمات العلاجية التي يجب أن تفي باحتياجات وتوقعات المرضى(جواده:2011،ص3).

إن قطاع المستشفيات في ليبيا يعاني من شبه انهيار تركته الحكومات السابقة ولإزال يعاني حتى هذه اللحظة من نقص في جميع الإمكانيات(المادية، الإدارية، التقنية، البشرية) فنلاحظ وجود نقص في بعض الأجهزة ذات التقنية العالية التي تسهم في معرفة تشخيص الأمراض وعلاجها بصورة دقيقة

وفعالة، وأيضاً هناك نقص في الأجهزة الخاصة بالأشعة وأجهزة التحاليل الطبية الحديثة ، وأيضاً هناك نقص في الكوادر البشرية ذات التخصصات النادرة مثل (الأطباء ذوي التخصصات الدقيقة) كأخصائي القلب والشرايين والأوردة والأعصاب والمخ ، وأيضاً نقص في القادة الإداريين المتخصصين في إدارة المستشفيات، وأيضاً عدم الاهتمام بالكوادر البشرية داخل المستشفى من (أطباء وفنيين وتمريض وإداريين...إلخ)

كل هذه المشاكل التي يعاني منها قطاع المستشفيات من جميع النواحي جعل أغلب المنظمات تتوجه نحو تبني نظم إدارية جديدة تركز على الجودة في تحقيق الميزة التنافسية؛ لأن الجودة تؤدي دوراً فاعلاً ومتميزاً في نجاح أو فشل هذه المنظمات؛ إذ إنها - أي الجودة - بمفهومها الجديد لا تعني إتقان العمل بصورة صحيحة فحسب، وإنما كيفية إدارته بأفضل صيغة وبما يحقق أهداف المنظمة(علوان، 2005).

ولذلك كانت هذه الرسالة محاولة للإسهام في معالجة الخلل في أنشطة الجودة في مستشفى مصراتة المركزي، فهي تهدف إلى التعرف على مدى توفر الإمكانيات المختلفة اللازمة لتطبيق مفاهيم الجودة داخل هذه المستشفيات وأثر تطبيقها في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات العامة من وجهة نظر القيادات الإدارية.

2.1 مشكلة الدراسة

من خلال عمل الباحث في القطاع الصحي لفترة تجاوزت عشر سنوات فقد استشعر مدى تفاوت مستوى الخدمة الصحية المقدمة في كثير من المستشفيات، ولاسيما المستشفى الذي هو في نطاق دراسة الباحث وهو (مستشفى مصراتة المركزي) في مدينة مصراتة، وذلك من خلال تجارب شخصية سواء أكنت مريضاً أم مرافقاً لمريض أم زائراً لمرضى أم من خلال عملي في مجال الصحة نفسها.

وقد ولدت الرغبة في التعرف على مدى إمكانية تطبيق الجودة في هذا المستشفى ، وذلك لما فيه من قصور في الرؤية المتكاملة لدور جودة الخدمة وأثرها على رضا المرضى وذويهم في المستشفى، وعدم وجود نظام لتقييم أداء الخدمة يعمل على معرفة وتحديد نواحي القصور في أداء الخدمة للمرضى بصورة علمية، وكذلك ففي هذه المستشفيات صعوبة وبطء في إجراءات الدخول للمستشفى وعدم إمكانية الحصول على سرير بسهولة، وعدم أخذ شكاوى المرضى بعين الاعتبار وطول فترة الانتظار قبل الدخول إلى الطبيب وصعوبة الحصول على موعد مناسب للمراجعة ، وعدم نظافة وكفاية دورات المياه ومواقف السيارات، وعدم جاهزية الغرف بوسائل الراحة؛ الأمر الذي أدى إلى انخفاض وتدنى مستوى جودة الخدمة المقدمة بصورة عامة.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

▪ ما دور الجودة في تطوير الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية في مستشفى

مصراة المركزي؟

- ما مدى توافر الإمكانيات المادية اللازمة لتطبيق الجودة في مستشفى مصراة المركزي؟
- ما مدى توافر الإمكانيات الإدارية اللازمة لتطبيق الجودة في مستشفى مصراة المركزي؟
- ما مدى توافر الإمكانيات التقنية اللازمة لتطبيق الجودة في مستشفى مصراة المركزي؟
- ما مدى توافر الإمكانيات البشرية اللازمة لتطبيق الجودة في مستشفى مصراة المركزي؟

3.1 فرضيات الدراسة

تمثلت فرضيات الدراسة في الفرضيتين الرئيسيتين الآتيتين

الفرضية الرئيسة الأولى:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس،

المؤهل التعليمي، الخبرة الوظيفية، العمر)

الفرضية الرئيسة الثانية:

تتوفر الإمكانيات لتطبيق الجودة في المستشفيات العامة في ليبيا ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية.

وتنبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الفرعية الأولى: يتم تطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

الفرضية الفرعية الثانية: تتوفر الإمكانيات المادية لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

الفرضية الفرعية الثالثة: تتوفر الإمكانيات الإدارية لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

الفرضية الفرعية الرابعة: تتوفر الإمكانيات التقنية لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

الفرضية الفرعية الخامسة: تتوفر الإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

4.1 أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق الهدف الرئيسي وهو التعرف على مدى توافر الإمكانيات المادية والإدارية والتقنية والبشرية في تطبيق معايير الجودة في مستشفى مصراتة المركزي، ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية، وقد هدفت الدراسة إلى:

1. التعرف على مدى توفر الإمكانيات لإنجاح تطبيق مفهوم الجودة في تطوير جودة الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي.
2. أثر تطبيق الجودة في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية.
3. التحقق من مدى تطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي.

5.1 أهمية الدراسة

تعدّ هذه الدراسة مهمة جداً نظراً لأهمية مفهوم معايير الجودة، وترجع أهمية هذه الدراسة أيضاً إلى كونها متعلقة بقطاع مهم وهو قطاع الصحة في المستشفيات في ليبيا، وتكمن أهميتها في الأهمية العلمية والعملية.

الأهمية العلمية:

1- الإسهام في إثراء الجانب المعرفي في مجال الجودة وإمكانية تطبيقها في مستشفى مصراتة المركزي، لاسيما أن إجراء هذه الدراسة يساعد على إجراء المزيد من الاستقصاء حول هذا الموضوع.

2- إثراء البحث العلمي في مفهوم الجودة وإمكانية تطبيقها في المستشفيات في ليبيا.

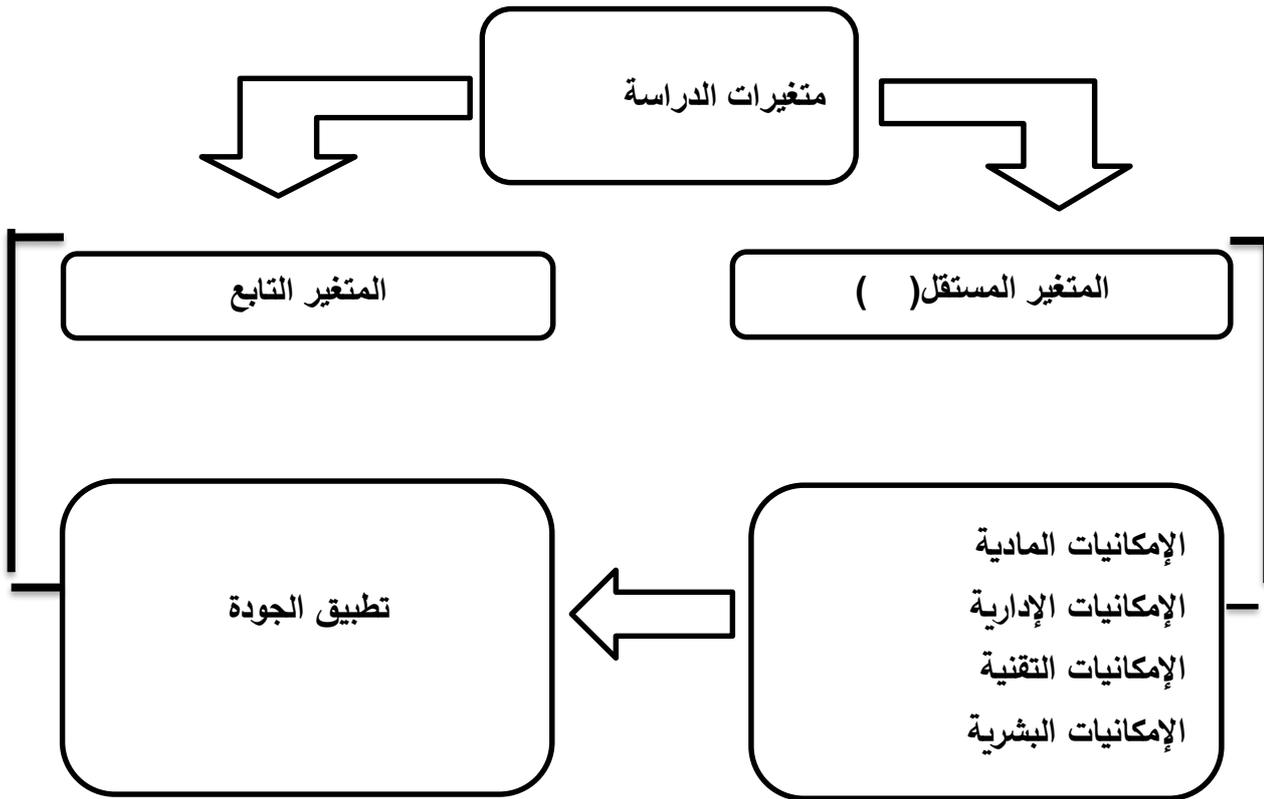
الأهمية العملية:

1- توضيح مدى توفر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

2- توضيح أهمية الخدمات الصحية ودورها المهم في حياة أبناء أو أفراد المجتمع لتحسين أداء قطاع المستشفيات في ليبيا باعتبار أن قطاع المستشفيات قطاع مهم واستراتيجي في دعم الاقتصاد الوطني.

3- كما ستتعرف هذه الدراسة على اتجاهات القيادات الإدارية نحو هذا التطبيق ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية.

6.1 متغيرات الدراسة



الشكل رقم (1.1) يوضح متغيرات الدراسة

(الشكل من إعداد الباحث)

7.1 حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة على مدي توفر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية.

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على القيادات الإدارية في مستشفى مصراة المركزي.

الحدود الزمنية : بدأ تطبيق الدراسة في أغسطس (2016) واستمر إلى يناير (2017)

الحدود المكانية : مستشفى مصراة المركزي .

8.1 التعريفات الإجرائية

الإمكانيات:

تعني كلمة الإمكانيات المقدرة كما عرفها معجم المعاني الجامع، والإمكانيات هي الوسائل التي تحت التصرف أو الطاقات التي يمكن الاستفادة منها سواء كانت مادية أم تقنية أم بشرية (عبدالكريم، 2006).

والمقصود بالإمكانيات هي الوسائل اللازمة والمتوفرة المادية والإدارية والتقنية والبشرية، وذلك لتطبيق مفهوم الجودة.

الجودة:

عرفت الجودة على أنها فلسفة إدارية حديثة تأخذ شكل نهج أو نظام إداري شامل، قائم على إحداث تغييرات إيجابية لكل شيء داخل المنظمة بحيث تشمل الفكر والسلوك والقيم والمعتقدات وأنماطاً قيادية لتحسين وتطوير كل مكونات المنظمة للوصول إلى أعلى جودة وبأقل تكلفة (جودة، 2004).

الخدمات الصحية:

يقصد بالخدمة الصحية " مجموع أنواع الخدمات التي تقدم للمرضى سواء في الوحدات الداخلية أم الخارجية للمستشفيات وتشمل هذه الخدمات الجوانب العلاجية والتشخيصية للمرضى وخدمات التمريض والخدمات الفندقية والإيواء، متضمناً ذلك نوعية الطعام والنظافة العامة ونوعية الرعاية الترفيهية وأساليب النقاها والتأهيل النفسي والاجتماعي وتحديد مواعيد المتابعة وزيارات المرضى، وغير ذلك من الأنماط المتعددة للرعاية الصحية التي يقوم المستشفى بتقديمها"(حسن2012).

القيادات الإدارية:

هناك من يعرف القيادة الإدارية بأنها " النشاط الإيجابي الذي يباشره شخص معين في مجال الإشراف الإداري على الآخرين لتحقيق غرض معين بوسيلة الاستمالة والتأثير، أو باستعمال السلطة الرسمية عند الاقتضاء والضرورة (عبدالطيف2013) ويقصد بالقيادات الإدارية في هذا البحث جميع الموظفين سواء كانوا إداريين أم طبيين الذين يتقلدون المناصب القيادية في جميع الإدارات والأقسام الإدارية والطبية بالمستشفى.

9.1 الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات العربية

1-دراسة (خبيزة،2013):بعنوان: السمات الشخصية لمدراء المؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية " دراسة تطبيقية على مركز طرابلس الطبي.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على:

1. السمات الشخصية لمديري المؤسسات الصحية ولاسيما داخل المركز قيد الدراسة.

2. مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمركز قيد الدراسة.

3. العلاقة بين السمات الشخصية لمديري المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمات الصحية بالمركز قيد الدراسة.

وكان حجم العينة (118) طبيياً و(167) عنصراً طبياً مساعداً من العاملين في مركز طرابلس الطبي. ومن خلال نتائج الدراسة المتعلقة بالسمات الشخصية المميزة لمديري المؤسسات الصحية قيد الدراسة وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية يتضح ما يأتي:

1. بلغ المتوسط الحسابي لاستجابة أفراد العينة حول الخدمات الصحية المقدمة في مركز طرابلس الطبي من وجهة نظر الأطباء والعناصر الطبية المساعدة (3.04) ويشير إلى مستوى (جودة متوسطة).

2. وجود علاقة ارتباطية ايجابية ضعيفة بين مكونات السمات الشخصية المميزة لمديري المؤسسات الصحية وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط (0.11) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05).

3. هناك علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة بين كافة مكونات السمات المميزة للمديرين، وجودة الخدمات الصحية تتراوح بين (0.107، 0.007)، وأن سمة القدرة على اتخاذ القرار هي السمة الأكثر ارتباطاً بجودة الخدمات الصحية.

ومن خلال هذه النتائج يقترح الباحث عدة توصيات:

1. زيادة اهتمام إدارات مركز طرابلس الطبي بمضامين الفكر الإداري في مجالي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات والسّمات التي يتصف بها المدير وتعميقها فيما يتصل بجودة الخدمات الصحية، ومنها سمات الشخصية المتوافرة لدى مديري الأقسام الصحية في مركز طرابلس الطبي بدرجة متوسطة، وهي (المعرفة والمعتقدات والقيم وأساليب التفكير، الإبداع) وأبعادها؛ لما لذلك من إسهام وتعزيز لقدرة المستشفى في تقديم خدمات صحية بجودة مميزة.
2. تعميق الوعي الصحي لدى العاملين في المركز الطبي قيد الدراسة حول مفهوم وأهداف وأبعاد السمات الشخصية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية، لكونها تتعلق بحياة الإنسان والتركيز على تنمية مفهوم السمة وخاصة السمات الشخصية المتوافرة لدى مديري الأقسام الصحية بدرجة ضعيفة هي (الاعتماد على الآخرين، القدرة على اتخاذ القرار، التواصل مع أفراد المؤسسة، الحدس) ويعد الإنسان قيمة عليا؛ الأمر الذي يتطلب من المستشفى بذل أقصى جهد من أجل تقديم الخدمات الصحية له بجودة مميزة.
3. زيادة اهتمام إدارات مركز طرابلس الطبي قيد الدراسة بتبني أبعاد جودة الخدمات الصحية والعمل على تحقيقها بصور أفضل مما هو عليه الآن.
4. ترصين جوانب القوة في المركز قيد الدراسة فيما يتعلق بمفهوم وأبعاد جودة الخدمات الصحية والعمل على توفير جميع المتطلبات اللازمة لتحقيق هذه الأبعاد بكفاءة في جميع مجالات العمل.
5. توسيع العلاقة بين إدارات المركز قيد الدراسة وأساتذة الجامعات والمعاهد الليبية كجامعة طرابلس من خلال الاستمرار بإقامة الدورات التدريبية والندوات والمؤتمرات في مجال تطوير الإدارات وجودة الخدمات الصحية.

6. تشجيع الكادر الصحي على التخصص في مجال المستشفيات من خلال زجهم في الكليات المتخصصة.

7. استحداث وحدة إدارية أو تكليف لجنة تهتم وتعنى بمتابعة تبني المستشفى لأبعاد جودة الخدمات الصحية وتحديد مدى الاستجابة لها باستمرار من أجل الوقوف على نقاط الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين.

2-دراسة(درهوب2008):بعنوان "علاقة النمط القيادي بمستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات العامة"دراسة تطبيقية على مستشفى طرابلس الطبي ومستشفى 2مارس بسبها.

هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف على الأنماط القيادية المتبعة بالمستشفيات العامة محل الدراسة.
2. التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات العامة محل الدراسة.
3. دراسة مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة بالمستشفيات العامة محل الدراسة.
4. معرفة العلاقة بين النمط القيادي السائد في المستشفيات العامة ومستوى الخدمات المقدمة للمرضى.

وكان حجم العينة كالتالي: في مستشفى طرابلس الطبي كان عدد العاملين (3000) والاستبانات الموزعة (300) والمسترجعة (275)، وبالنسبة للنزلاء كانت العينة (88) . أما بالنسبة للعاملين في مستشفى سبها فقد كان عدد العاملين (800) والاستبانات الموزعة (95) والمسترجعة (90)، وبالنسبة للنزلاء (52).

توصلت الدراسة إلى أبرز النتائج الآتية:

1. يعد النمط الأتوقراطي هو النمط الأكثر ممارسة في المستشفيات محل الدراسة.

2. توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين النمط القيادي بشكل كلي ومستوى الخدمات

المقدمة في المستشفيات العامة محل الدراسة على الشكل الآتي:

أ- توجد علاقة طردية موجبة بين النمط الديمقراطي ومستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات محل الدراسة، أي أنه كلما زاد النمط الديمقراطي زاد مستوى تقديم الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات محل الدراسة.

ب- توجد علاقة ارتباط عكسية سالبة بين النمط الأوتوقراطي ومستوى الخدمات المقدمة للمرضى، أي كلما زاد النمط الأوتوقراطي انخفضت مستوى تقديم الخدمات للمرضى.

ت- إن مستوى أداء العاملين في المستشفيات محل الدراسة منخفض.

ث- يقوم المدير بتشجيع العاملين على العمل، حيث بلغت نسبة الذين أجابوا: موافق (44.7%) من أفراد عينة الدراسة.

ج- إن ما نسبته (50.7%) من عينة الدراسة رأّت أن المدير يتيح الفرصة للمرؤوسين لإبداء آرائهم ومقترحاتهم.

ح- يعد أفراد المدير وحده بتقرير ماذا يمكن عمله وكيفية تنفيذه، وتركيز السلطة في يده من أهم الأساليب القيادية التي يمارسها المديرون.

خ- في ضوء النتائج التي أسفرت عليها الدراسة يقترح الباحث عدة توصيات يمكن أن تسهم في الاستفادة من نتائجها في تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمستشفيات بصفة عامة والمستشفيات موضع الدراسة بصفة خاصة، وهذه التوصيات هي:

1. التوسع في ممارسة النمط الديمقراطي لما يؤدي إليه من رفع مستوى الخدمات الطبية المقدمة للمرضى بوجه عام وللعاملين بوجه خاص.

2. التقليل من ممارسة النمط الأوتوقراطي لما يؤدي إليه من خفض لمستوى الخدمات المقدمة للمرضى.

3. الحرص على إشراك المرؤوسين في العمل وكيفية تنفيذه، والابتعاد عن تركيز السلطة في يد المدير.

4. القيام بعقد دورات تدريبية للعاملين بين الحين والآخر لتوضيح مهامهم وواجباتهم ومعرفة أخطائهم.

5. العمل على رفع مستوى الخدمات المقدمة للمرضى باستخدام النمط الديمقراطي.

6. توجيه إدارة المستشفى الأطباء والمرضى بالاهتمام الكامل بكل مريض ومعاملته معاملة حسنة وإشعاره بأهميته، والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجته.

7. النظر إلى مستوى الخدمات الطبية المقدمة على أنها سلسلة متكاملة من الخدمات مرتبطة ببعضها، وأي خلل في أي مستوى يؤثر سلباً على رضا المرضى وعلى ثقتهم بكل ما يقدم لهم.

3-دراسة الصادق: (2008) "بعنوان أهمية إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفى تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً، ومقارنتها بجودة الخدمة الطبية المتوقعة من جانبهم، وكذلك التعرف على مدى وجود فروق بين آراء رؤساء الأقسام بالمستشفى والمرضى المقيمين نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بالمستشفى، وذلك لتحديد مدى وجود فجوة بين آراء كل من مقدمي الخدمة ومتلقيها نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة، وكذلك التعرف على أكثر العوامل تأثيراً على جودة الخدمة الصحية المقدمة فعلياً بالمستشفى.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها :

1. أن الأطباء يتبعون أساليب علمية حديثة في تقديم الخدمة الطبية.
 2. أن اهتمام الأطباء وحسن استماعهم وتشخيصهم يبعث على الثقة في جودة الخدمة.
 3. أن الأطباء يتبعون معايير ومتطلبات الأمان مع البعد عن الشك والمخاطرة، وأن الممرضات والقائمين على الخدمات المساندة يظهرون بالمظهر اللائق النظيف.
- وأهم توصيات هذه الدراسة:

1. بذل جهود كبيرة لتطوير كافة متغيرات البحث في الواقع العملي من جانب مستشفى الحوادث أبي سليم، وذلك لإحداث تغيير تدريجي في الاتجاهات؛ حتى يصل إلى الموافقة المتاحة حيث تكون الجودة في أعلى مستوياتها.

2. الاهتمام برفع مستوى كفاءة وفاعلية المعلومات والاتصالات وتقنياتها المستخدمة بمستشفى الحوادث أبي سليم بكل ما يرتبط بأداء الخدمة الطبية المقدمة فعلياً، وذلك بإعداد دراسة للتعرف على كيفية إحداث ذلك ومن ثم اتخاذ القرارات اللازمة وتوفير الاعتمادات المالية والتدريب.

3. حرص المستشفى على الإرشاد والتوعية والتعريف بالمستشفى وجودة خدماته والأساليب والإجراءات الصحيحة لتلقيها وذلك بمختلف الأساليب والوسائل.

4-دراسة (الهيتي، 2007): بعنوان قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن

هدفت هذه الدراسة إلى استخدام مقياس في قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، بالإضافة إلى معرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة.

شمل مجتمع الدراسة المرضى والعاملين في مستشفيات جنوب الأردن وهي: الكرك، معان، غور الصافي، وتشكلت العينة من (167) عاملاً و(151) مريضاً، واعتمد المنهج الوصفي في الدراسة. وبينت نتائج الدراسة بأن مستوى إجابات المرضى كانت أعلى مقارنةً مع مستوى إجابات العاملين على أبعاد الدراسة كافة، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية مختلفة القوة بين أبعاد الجودة، وكانت لصالح المرضى.

وخرجت الدراسة بعدد من التوصيات من بينها ضرورة قيام إدارات المستشفيات العامة بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.

5-دراسة(الأدهم،2007) بعنوان " تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية، نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة".

هدف الدراسة إلى إمكانية تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، وإلى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة. طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس، وكان عددها ستة مستشفيات، وشملت عينة الدراسة المرضى والعاملين فيها البالغ عددهم (351) فرداً.

وبينت نتائج الدراسة:

1. وجود اختلافات ذي دلالة إحصائية فيما يتعلق بتقييم العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية.

2. ضعف ملحوظ في الأداء في غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة.

3. تقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات.

4. معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا.

6- دراسة (عتيق عائشة، 2012) بعنوان جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة .

هدفت الدراسة إلى معرفة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض.

حيث شملت عينة الدراسة (111) فرداً من النزلاء بالمستشفى، ومن خلال اختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بمدى تأثير جودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المريض، اعتماداً على أبعاد جودة الخدمة الصحية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف، ما يدل على رضاهم عن جودة الخدمة الصحية المقدمة.

2. ضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية على رضا المريض من ناحية بعد الملموسية.

7-دراسة (ذياب،2012) بعنوان: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين.

تهدف هذه الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وعددها (30) مستشفى موزعة في مختلف محافظات الأردن الاثنتي عشر.

أما عينة الدراسة فقد تم اختيارها بطريقة عشوائية من المرضى والموظفين في ثلاثة مستشفيات في شمال ووسط وجنوب المملكة، وتم استخدام استبانتيين (واحدة للموظفين والأخرى للمرضى) كأداة رئيسة لجمع البيانات لهذه الدراسة تتناسب وأهداف وأسئلة الدراسة، وتم توزيع (300) استبانة على المرضى و(250) استبانة على الموظفين أعيد منها ما نسبته 90 % من مجموع الاستبانات تقريباً، واستخدمت الوسائط الحسابية وفحص (ت) وتحليل التباين الأحادي لاختبار فرضيات الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها:

1. أن المستشفيات الحكومية تطبق أبعاد الخدمة الطبية الاعتمادية، والملموسية، والتعاطف، والأمان باستثناء بعد الاستجابة.

2. لم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة تعزى لإحدى المتغيرات الديمغرافية.

وفي ضوء نتائج الدراسة خرجت الدراسة بعدة توصيات تتعلق بمؤشرات أبعاد الجودة أهمها:

1. التزام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات الطبية للمريض في الوقت المحدد وإعطاء الاهتمام لمشاكل المرضى، والمحافظة على السجلات الطبية وسريتها.

2. استحداث أنظمة للمواعيد المسبقة وإبلاغ المرضى بذلك، وتوفير قاعات انتظار للمرضى ودورات مياه مناسبة.

3. استحداث وحدة إدارية تُعنى بالجودة وأبعادها.

8-دراسة هويدي:(2006) "بعنوان قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة في مستشفيات شعبية الزاوية".

كان هدف هذه الدراسة قياس جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية، وذلك من خلال محاولة التعرف على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر المرضى وتحديد أبعادها، وإمكانية توظيف منهج اختبار الفروض للتحقق من العلاقة بين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى بأبعاد الجودة التي تشمل على الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف، وتقديم بعض المقترحات والحلول إلى إدارات المستشفيات لأجل تصويب أوضاعها فيما يتعلق بجودة الخدمات المقدمة من هذه المستشفيات، ومن ثم مساعدتها لمعالجة نقاط الضعف. ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. هناك قصور في جودة خدمات الجوانب المادية الملموسة المقدمة في الخدمات الصحية، وذلك في جميع المتغيرات المفسرة لتلك الخدمة وهي كالاتي: (توفر الكمية المطلوبة من الأدوية، توفر المعدات والأجهزة الطبية الحديثة، تجهيز دورات المياه الملائمة مع المريض، توفر الأماكن المجهزة لاستقبال الزوار أثناء زيارة المريض، جودة الوجبات الغذائية المقدمة).

2. لوحظ تدنياً في تقديم الخدمات الاعتمادية وذلك في جميع المتغيرات المفسرة لهذه الخدمة وهي كالاتي: (فترة انتظار المرضى في العيادات الخارجية، قدرة هيئة التمريض على تقديم الخدمات بشكل صحيح من المرة الأولى، استعداد المستشفى لاستقبال الحالات المرضية، انتظام الأطباء في مواعيد الحضور المحددة)

3. تدني مستوى جودة خدمات الاستجابة المقدمة، وذلك في جميع المتغيرات التي تفسر تلك الخدمة وهي كالاتي: (السرعة في حل شكاوى المرضى - سرعة الاستجابة من الممرضات عند طلب الخدمة، سرعة حضور الطبيب وقت الحاجة إليه، سرعة تسليم النتائج المعملية للمريض)

4. انخفاض جودة خدمات الأمان التي يشعر بها المرضى أثناء تقديم الخدمة لهم، وهي كالاتي: (عناية رد هيئة التمريض على الاستفسارات، الاهتمام والعناية من هيئة التمريض تجاه المريض، مهارات الممرضات عند تقديم خدماتهم، معدل زيارات الأطباء داخل المستشفى)

5. انخفاض جودة خدمات التعاطف مع المريض: (الاهتمام بالاحتياجات الشخصية-معاملة موظفي الاستقبال في الأقسام، معاملة العاملين بالمستشفى تجاه المريض)

وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة توصيات، وهي:

1. ضرورة النظر إلى مقومات جودة الخدمات الصحية على أنها سلسلة متكاملة من الخدمات لارتباطها ببعضها البعض طردياً، من وجهة نظر المرضى.
2. وضع نظام متكامل لقياس وتحليل رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة بصفة مستمرة.
3. وضع نظام فعال لتلقي شكاوى المرضى، يضمن سرعة الرد عليها وعلاجها، لتحقيق التواصل المستمر بينهم وبين إدارة المستشفى.
4. العمل بمفهوم المرضى مركز الرعاية وبدل أقصى جهد بشأن جودة الخدمة الصحية المقدمة له.
5. توعية العاملين بالمستشفى وخاصة هيئة التمريض بالمفاهيم الصحية لجودة الخدمات من عقد الدورات التدريبية.

6. تقدير ومكافأة ذوي الأداء المتميز، وذلك من أجل تحفيز العاملين بالمستشفى وخلق نوع من المنافسة بينهم في كيفية تقديم الخدمات الصحية.

7. العمل على زيادة روح الفريق بين العاملين بالمستشفى له أكبر الأثر على تحقيق رضا المرضى.

9- دراسة (العزاوي 2003): بعنوان " كفاءة الأداء في المؤسسات الصحية " دراسة تطبيقية على مركز طرابلس الطبي ومستشفى الجلاء للجراحة".
هدفت هذه الرسالة إلى :

1. معرفة حجم الإنفاق على مستوى الخدمات الصحية.
2. التعرف على الوضع الحالي للخدمات الصحية من حيث جودتها. والمشاكل التي تعترض أداء الخدمات الصحية.
3. استطلاع السياسات والخطط الحالية لتطوير الخدمات الصحية.
4. دراسة العلاقة بين التكلفة والكفاءة للخدمات الصحية.
5. تحديد العوامل المسببة لانخفاض كفاءة الخدمة الصحية.
6. تقديم توصيات لتحسين مستوى الخدمات الصحية.

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجد أن الميزانية المعتمدة لكل سنة في تزايد، أي زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية، ورغم هذا نلاحظ وجود انحراف بين المبالغ المعتمدة والمصروفات الفعلية ونقص الصرف في بنود التجهيزات وقطع الغيار والصيانة والتدريب ومستلزمات المختبرات كما اتضح.
2. عدم وجود بند خاص بالأدوية وارتفاع أوجه الصرف في بنود أخرى كعلاوة السفر والمبيت والضيافة مما يعكس حقيقة الصرف على البنود الإدارية على حساب البنود الرئيسية والمهمة

لجودة الخدمات الصحية مثل التجهيزات والتدريب والصيانة والأدوية؛ مما أدى إلى تعطل بعض الأجهزة بصفة مستمرة وقلّة الأدوية وعدم وجود كوادر طبية متدربة ومتخصصة؛ مما يؤدي إلى انخفاض مستوى كفاءة الخدمات الصحية للمركز.

3. انخفاض كفاءة الأطباء من ناحية تقديم خدمات التشخيص والعلاج من أول مرة وبشكل صحيح، مما اضطر المواطنين إلى التوجه نحو العلاج بالخارج على حساب الدولة وعلى حسابهم الخاص.

4. انخفاض وتدني كفاءة المتطلبات والإمكانيات المادية في المؤسسات محل الدراسة وعدم توافرها ونقصان المعدات والأجهزة والتجهيزات.

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يمكن تقديم التوصيات الآتية:

1. إعادة تنظيم وتخطيط الخدمات العلاجية والطبية حتى يستفيد منها أكبر عدد ممكن من الأفراد.

2. يجب أن يتضمن نظام المعلومات الصحي مقاييس أساسية تحقق أفضل استغلال ممكن لموارد المستشفى المتاحة.

3. إعادة تنظيم المستشفيات وذلك بتوفير القيادات المتخصصة الواعية والقادرة الحسنة والنموذج المثالي في الأداء والولاء والإخلاص.

4. توفير متطلبات العلاج من أدوية وأطباء وصيادلة وأجهزة ومعدات فيما يخدم الاحتياجات المتطورة للمرضى.

5. توفير العدد الكافي من الأطباء الاختصاصيين ومساعدتهم.

6. توفير الحوافز المادية والمعنوية المناسبة للأطباء مع إيجاد نظام رقابي سليم لضبط الأداء الطبي، ويوجه الأطباء نحو خدمة المرضى.

7. يجب أن تكون هناك برامج تدريبية للأطباء والصيادلة والفنيين والممرضات؛ حتى ترفع من كفاءتهم وتزيد من إنتاجيتهم.

8. توفير الكوادر الفنية بما يتلاءم مع حجم العمل المطلوب.

9. زيادة المخصصات اللازمة لصيانة الأدوات والأجهزة والمعدات وشراء قطع الغيار اللازمة.

10. زيادة تدعيم القطاع الصحي بالإمكانيات المالية والمادية بصفة مستمرة؛ لكي تتحقق الأهداف المرجوة.

11. عدم تكليف الأطباء بإدارة المستشفيات والاقتصر في ذلك على المتخصصين المؤهلين في مجال إدارة المستشفيات؛ حتى تتحسن إدارة المستشفيات ويستفاد من الأطباء في مجال تخصصهم.

10-دراسة (العلاق، 2001) بعنوان تقييم المرضى المنتفعين من خدمات المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة هذه الخدمات، ويتضمن ذلك توقعاتهم أو إدراكهم لمستوى الخدمات المقدمة لهم فعلياً.

اقتصرت الدراسة على قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المنتفعين فقط ولم تتطرق إلى وجهة نظر إدارات هذه المختبرات والمراكز، وقد بلغت عينة الدراسة (715) من المرضى.

وكان من نتائجها:

1. أن الجودة الفعلية للخدمات يراها أفراد العينة بأنها كانت مرتفعة.

2. ان الجودة التي يتوقعها المرضى المنتفعون من تلك الخدمات كانت عالية.

قدمت الدراسة عدة توصيات من شأنها تطوير جودة ما تقدمه المؤسسات المبحوثة من خدمات للمواطنين بما يكسبها ميزة نسبية تنافسية في سوق الرعاية الطبية في الأردن.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

1-دراسة(2005,Thrush & Fickel): بعنوان تقييم جودة المستشفى وحاجة صانعي السياسة

للمعلومات

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين القدرة وتحقيق التوافق بين الأدوات من خلال المزج بين استخدام جودة معلومات العناية الصحية، والمعرفة، والاتجاهات والخبرات مع معلومات عن مقاييس معينة.

شملت العينة (82) من مديري المعلومات في إدارات البرنامج الطبي في (48) ولاية أمريكية، كما جرت المقارنة بين مستخدمي معلومات الجودة وغير مستخدميها.

حيث أشارت نتائج المشاركين إلى:

1. أن بعض أنواع طرق قياس الجودة كانت مفيدة بينما آخرون نفوا ذلك .
2. أن طرق القياس المستخدمة متنوعة بشكل أكبر.
3. أن صانعي السياسة كانت لهم اتجاهات إيجابية نحو قياس الجودة والقابلية المعرفية المرتبطة بأنواع طرق القياس، وتنوع الاستخدام المحتمل للمعلومات المرتبطة بالجودة، والإدراكات والخبرات الممتزجة مع الأنماط المختلفة لطرق القياس.
4. أن هناك مجموعة طرق لقياس الجودة مع خصائص متممة توفر صورة شاملة، وترتبط بجودة العناية الصحية وتقدم دليلاً أفضل لحاجات صانعي السياسة العامة في مجال المعلومات الطبي.

2- دراسة (2003)Sohail: بعنوان: "Service Quality in Hospital More Favorable

than you Might Think"

هدفها التعرف على واقع القطاع الصحي الخاص في ماليزيا، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وإعداد استبانة خاص لتحقيق هدف الدراسة، وقد شملت الدراسة المتغيرات الآتية: المسؤولية، الثقة، التعاطف، الشعور بالمسؤولية، فاعلية الخدمات المقدمة، وقد تم توزيع الاستبانات على (1000) مريض، وُزِعوا على (5) مستشفيات خاصة.

أهم النتائج التي تم التوصل إليها تمثلت في أن أغلب الماليزيين لديهم توجه للتعامل مع المستشفيات الحكومية بشكل أكبر من التعامل مع مستشفيات القطاع الخاص، وهذا يرجع إلى انخفاض تكلفة الخدمة، إضافة إلى الجهود التي تبذلها وزارة الصحة في ماليزيا لتحديث المستشفيات الحكومية والقيام بعدة مشاريع هدفها تطوير وتحسين جودة الخدمات الصحية الحكومية، كما تمّ التوصل إلى أن هناك خللاً في الإدارة العليا من حيث اتباع المعايير والمؤشرات العالمية المتبعة في المنظمات الصحية، كما أنه لا يوجد نظام معلومات يدعم قرارات الإدارة العليا.

وأهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة: يجب على المستشفيات الحكومية في القطاع الخاص الانتباه إلى الأمور غير الطبية التي تساعد في تحسين جودة الخدمات الطبية، كما يجب أن تضع في عين الاعتبار فرص التغيير.

من خلال الدراسات السابقة التي تم عرضها نلاحظ مايلي

تبرز أهمية هذه الدراسة من حيث الموضوع الذي تناولته، وأيضاً كانت أهميتها من حيث القطاع الذي استهدفته لأنه قطاع حيوي ويمس حياتنا.

أغلب الدراسات اتفقت من حيث الهدف علي التعرف على واقع الخدمات الصحية المقدمة ومعرفة مستوى رضى المرضى من حيث الخدمات المقدمة لهم، وأيضاً أكدت الدراسات السابقة على ضرورة تبني برامج محددة لتطوير وتحسين جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.

واتفقت من حيث منهجية الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمها لنفس أداة الدراسة وهي توزيع استبيانها على مجتمع الدراسة.

ما يميز الدراسة عن الدراسات السابقة:

1- تختلف الدراسة الحالية للباحث عن الدراسات السابقة من حيث بيئة الدراسة والزمان فقد تمت الدراسات السابقة في بيئات وفترات زمنية مختلفة التي لها خصوصية وطبيعة خاصة. فالعمل في المستشفى يحتاج ظروف معينة.

2- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في مجال التطبيق فهي تطبق علي القيادات الإدارية في مستشفى مصراته المركزي التي من شأنها تطبيق معايير الجودة لتحسين الخدمات الصحية، والتي يعتمد نجاح المستشفى على خدماتها بشكل كبير.

الفصل الثاني

الجودة والخدمات الصحية

1.2 المقدمة

2.2 تاريخ نشأة الجودة

3.2 مفهوم الجودة

4.2 تطور مفاهيم الجودة

5.2 رواد الجودة

6.2 مفهوم الخدمة

7.2 خصائص وسمات الخدمة

8.2 مفهوم جودة الخدمة

9.2 أهمية قياس جودة الخدمة

10.2 مفهوم الجودة في الخدمات الصحية

11.2 أبعاد جودة الخدمة الصحية

12.2 أهداف جودة الخدمات الصحية

13.2 أنواع الخدمات الصحية

1.2 المقدمة

إن الاهتمام الكبير الذي يحظى به موضوع الجودة في العصر الحديث لكونه مفتاحاً لنجاح المنظمات واستمرارها لم يكن ابتكاراً من ابتكارات العصر الحالي، بل إن له جذوره الموهلة في القدم (بوكميش، 2011، ص 25).

وتنسب أقدم الاهتمامات بالجودة إلى الحضارة البابلية، حيث سطر الملك البابلي حمورابي في مسلته الشهيرة أولى القوانين التي أولت الجودة والإتقان في العمل أهمية خاصة، ثم جاء الدين الإسلامي الحنيف منذ بزوغ فجره على البشرية ليؤكد على قيمة العمل وضرورة إتقانه، ولنا في حديث النبي العربي الكريم محمد - صلى الله عليه وسلم - " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه" خير دليل وتوجيه باعتماد الإجابة في العمل شرعة ومنهاجا في الحياة.

من هذا المنطلق يتبين لنا أن الإسلام دعا إلى أهمية الجودة ويثيب عليها لما لها من جوانب إيجابية بمرور الزمن من كشف الأخطاء والانحرافات ومحاولة تصحيحها (الغزوي، 2005، ص 6).

ولذا كان من المهم جداً تطبيق الجودة في المنظمات الصحية وخاصة في قطاع المستشفيات، وذلك لأهمية هذا القطاع وكونه مختلفاً عن أي منشأة تجارية أو صناعية من حيث ارتباطها بحياة المرضى، ولا يقبل فيها بأي مستوى منخفض من الخدمات الطبية، والسبب يعود إلى أن حدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات الشلل والعجز الكلي والوفاة، بينما في القطاعات الأخرى لا يترتب على الخسارة أي خطورة توازي خطورة الأخطاء الطبية، ومما لاشك فيه أن تطبيق الجودة في القطاع الصحي له أثر كبير على تعزيز مستوى جودة الخدمات العلاجية التي يجب أن تفي باحتياجات وتوقعات المرضى (جوادة: 2011).

2.2 تاريخ نشأة الجودة

إن اهتمام الإنسان بموضوع الجودة الذي يحظى بأهمية كبيرة في المنظمات المعاصرة، ليس وليد الساعة وليس من ابتكارات الثورة الصناعية كما يدعي الغرب، بل إن للموضوع جذوره التاريخية الضاربة في القدم قدم وجود الإنسان على وجه المعمورة.

وتشير بعض الأبحاث إلى أن أقدم اهتمام بالجودة يرجع إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية بالعراق إبان حكم حمورابي الذي سن قانونه الشهير الذي تضمن (282) مادة تضمن بعضها الجوانب المتعلقة بالتجارة، حيث يلزم من يقدم سلعاً غير جيدة أو ناقصة القيمة أن يقوم بإصلاح العيب، كما نصت المادة (229) منه على أنه: " إذا كان بناءً قد بنى بيتاً لرجل ولم يحسن عمله، بحيث انهار البيت الذي بناه وسبب موت صاحب البيت، فسوف يقتل ذلك البناء". ومن خلال هذا القانون نلاحظ التأكيد على ضرورة التزام الجودة في العمل وفي السلع (بوكميش، 2011، ص26).

وتشير نفس الأبحاث أيضاً إلى أنه في القرن الخامس عشر قبل الميلاد أكد الفراعنة المصريون على الجودة في بناء وصبغ جدران المعابد، وفي تشييد الأهرامات التي ما تزال شاهدة على ذلك اليوم (بوكميش، 2011).

واستمر الاهتمام بالجودة إلى قيام الثورة الصناعية، وما نتج عنها من ضخامة في الإنتاج واشتداد المنافسة بين المنتجين للهيمنة على الأسواق؛ الأمر الذي أدى إلى بداية الاهتمام بوضع نظام لضبط الجودة بهدف تقليل الانحرافات في الأداء، والوصول إلى أفضل الطرق لأداء العمل (بوكميش، 2011، ص27).

وبدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان في القرن العشرين، ثم انتشر بعدها في أمريكا والدول الأوروبية، ثم باقي دول العالم، وقد كانت هناك إسهامات عديدة من عدد من العلماء والمفكرين في تحديد مفهوم الجودة وتطويره. ففي عام 1931 بدأ W.EdwardsDemiing الذي تعلم على يد Shewhart بإعطاء محاضرات عن الجودة والأساليب الإحصائية في الجودة للعديد من المهندسين اليابانيين، وقد انتشرت أفكاره بسرعة وأصبحت عناوين الجودة منشورة في عدة مجلات علمية في اليابان.

أما Joseph Juran فقد نشر أول كتاب له عن ضبط الجودة في عام 1951 حيث أكد فيه على مسؤولية الإدارة عن الجودة. وفي السبعينات من القرن العشرين طرح Philip Crosby مفهوم العيوب الصفرية Zero defect الذي يتطلب العمل الصحيح من المرة الأولى (جودة 2004).

3.2 مفهوم الجودة

إنّ للجودة معاني كثيرة قد يختلف مفهومها من شخص إلى آخر وليس ضرورياً أن تعني الأفضل أو الأحسن، ولقد احتل موضوع جودة السلعة والخدمة الأولوية في الاهتمام بهدف تحسين الإنتاجية، بعد أن اتضح أنها تمثل العامل الرئيس في نجاح المنظمات (العزاوي، 2002).

كان المفهوم القديم يركز اهتمامه حول الخلو من العيوب، أي أنه ينظر إلى الجودة من منظور مقدم الخدمة، فإذا قدمت خدمة تكون في نظر مقدم الخدمة خالية من العيوب فإنها حسب هذا المفهوم تكون خدمة ذات جودة، أما المفهوم الحديث فينطلق من مفهوم الوفاء وبمتطلبات المستفيد، وهذا المفهوم هو ما انبعت من النظريات الحديثة للجودة (الوليد، 2009، ص 182) .

وتطور هذا المفهوم من خلال التطور الثقافي والاجتماعي والاقتصادي على مدى العصور مما أدى إلى اهتمام المنظمات بالجودة من أجل تقدمها وازدهارها؛ لتبقى قوية في ظل التنافس المحلي والدولي، فالجودة بالنسبة للمصمم تتعلق بالتوصل إلى المواصفات الفنية التي تمكنه من تصنيع المنتج على نحو يؤدي معه الغرض المنشود منه بأقل كلفة ممكنة، أما بالنسبة لمهندس الإنتاج فإن الجودة تعني عدد الوحدات غير المطابقة وحجم الشكاوي من العملاء، وبالنسبة للمفتش فإن الجودة تعني مقارنة الجودة الفعلية للمنتج مع المواصفات المحددة وتحديد مدى المطابقة، وأما للمستهلك فإنها تعني الشكل النهائي للمنتج وسعره ومدى الثقة به عند الاستعمال (العالم، 2010، ص27).

إن مفهوم الجودة مفهوم واسع؛ فلكل متخصص مفهومه الخاص للجودة، ولهذا نجد أن هناك عدة تعريفات لرواد الجودة:

1. عرّف كل من Detoro و Tenner: الجودة (بأنها استراتيجية عمل أساسية تسهم في تقديم

سلع وخدمات ترضي بشكل كبير العملاء في الداخل والخارج وذلك من خلال تلبية توقعاتهم الضمنية والصريحة) .

2. عرفها Joseph Juran : (تركيز على العيوب والأخطاء في أثناء التشغيل للعمليات

والوقت الضائع أكثر من الأخطاء المتعلقة بالجودة وهو يرى أن الجودة تعني مواصفات

المنتج التي تشبع حاجات العملاء وقدم juran ثلاثة مرتكزات للجودة وهي التخطيط للجودة

والرقابة على الجودة وتحسين الجودة) .

3. عرفها Edward-Deming : (هي التوجه إلى احتياجات العميل أو المستهلك الحالية

والمستقبلية)، وطور Deming منهجية لحل المشاكل تُعرف باسم عجلة Deming وهي

خطط ، افعّل ، راجع ، اتخذ قرار إلى تحقيق مستوى أفضل من الإنتاجية مما يترتب عليه
تقوية المركز التنافسي للمنشأة (إبراهيم ،1993،ص45) .

4. عرفها Christian (هي قدرة المنتج على تلبية حاجات المستعملين وبأقل تكلفة) .

5. عرف Philip Crosby : (هي المطابقة مع المتطلبات) يعني مقارنة الجودة الفعلية للمنتج
أو الخدمة مع المواصفات المحددة وتحديد مدى المطابقة وأكد بأنها تنشأ من الوقاية وليس
من التصحيح(الغزاوي،2002،ص65).

6. عرف كاروايشيكاوا Ishikawa : (الجودة بأنها تشمل جودة المنتج والخدمات وجودة طريقة
الأداء وجودة المعلومات وجودة العملية الإنتاجية وجودة أماكن العمل وجودة الأفراد) سعيد
(1997،ص39) .

وعرفت الجودة على أنها " خصائص المنتجات التي تلبى احتياجات ورضا الزبائن، وهي تختلف
باختلاف نوع المنتجات والخدمات وطرق استخدامها. وفي هذا السياق كلما زادت الجودة زاد رضا
الزبائن(النعمي، وآخرون،2009،ص22)

كما عرفتها الهيئات الدولية :

• معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي عرفها (بأنها أداء العمل بشكل صحيح من المرة الأولى، مع
الاعتماد على تقييم المستفيد لمعرفة مدى تحسن الأداء) .

• كما عرفها ISO 9000 (مجموعة الصفات المميزة للمنتج والتي تجعله ملبياً للحاجات
المعلنة والمتوقعة أو قادراً على تلبيةها) .

من خلال هذه التعريفات تمكن الباحث من استخراج تعريف بسيط للجودة وهو (هي استراتيجية في
العمل الغرض من هذه الاستراتيجية تقديم المنتج سواء أكان خدمة أو سلعة بصورة ترضي العملاء
وتلبي احتياجاتهم بأقل تكلفة ممكنة) .

4.2 تطور مفاهيم الجودة

مر مفهوم الجودة بعدة مراحل يمكن حصرها فيما يأتي:

1- مرحلة الفحص (التفتيش) (1940-1900 Inspection):

يشير الفحص إلى تلك الأنشطة المصممة لتحديد أو إيجاد حالات عدم التطابق الموجودة فعلاً في المنتجات أو الخدمات التامة، أي أن عملية الفحص لأغراض الجودة كانت مجرد ضمان أن المنتج أو الخدمة المطابقة للمواصفات الموضوعية هي التي تنقل إلى خارج المنشأة في طريقها إلى المستهلكين (المسعودي، 2010، ص24).

وتتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار وتفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبذلك فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى العميل، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بأسعار أقل (جودة، 2004، ص25).

أي أن الفحص يحول دون وصول الوحدات المعيبة التي لا تلبى رغبات الزبائن إليهم، فالفحص لا يمنع وقوع الخطأ، بل تنحصر مهمته في اكتشاف الخطأ (المسعودي، 2010).

2- مرحلة مراقبة الجودة أو الضبط الإحصائي للجودة (Quality Control Statistical):

1960-1940 :

يقصد بالمراقبة الإحصائية للجودة تطبيق الطرق الرياضية والإحصائية والطرق الخاصة بنظرية الاحتمالات لتقرير حدود الانحراف عن المقاييس النموذجية ومراقبتها (الطائي، وقادة، 2008، ص58)

وظهرت الرقابة الإحصائية على الجودة مع ظهور أسلوب الإنتاج الكبير الذي صاحبه آنذاك مفهوم تمييط وتوحيد الإنتاج، كوسيلة للإقلال من أخطاء تصنيع السلعة، حيث يمكن بواسطته تسهيل عملية

الرقابة على الجودة والإقلال من الجهود المبذولة في مجالها؛ ذلك لأن المنتج ذو مواصفات قياسية نمطية موحدة، هذه النمطية مكنت من استخدام الأساليب والأدوات الإحصائية في مجال الرقابة. ويعد إدوارد ديمينج رائد الجودة الأمريكية أبرز من استخدم وطبق الرقابة الإحصائية على الجودة؛ حيث اعتمد على جمع معلومات وفيرة عن مستوى الجودة من خلال الرقابة على عملية الإنتاج أثناء تنفيذها، ثم قام بتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية من أجل الوقوف على مستوى الجودة المتحقق (عقيلي، 2000، ص 25).

لقد أدى هذا المنهج إلى تحقيق وفورات اقتصادية في كلف السيطرة على الجودة باستخدام الأساليب الإحصائية مثل العينات، وعينات القبول، وخرائط السيطرة على الجودة وغيرها، وتم الاستغناء به عن التفتيش أو الفحص الشامل للإنتاج (الطائي، وقادة، 2008).

3-ضمان الجودة 1960Quality Assurance- 1980:

كان الهدف من هذه المرحلة هو استمرارية الحفاظ على مستويات الجودة التي تم تحقيقها وضمان ثباتها، وذلك باستخدام التخطيط وإدارة أنظمة الجودة، كما تم التركيز على بيع المنتجات التي تم تصنيعها والتأكد من جودتها.

وفي بداية سنة 1980 بدأ التفكير في مسألة ضمان الجودة في التصميم، والإنتاج، والتركيب، والخدمات والتطوير، وذلك من خلال الأنشطة المتعلقة بالعمليات الهندسية وجعل مسألة تحقيق الجودة مسؤولية كافة العاملين في الشركة أو المنظمة (بوكميش، 2011، ص 65).

وقد تميزت هذه المرحلة بـ :

أ- دراسة تكلفة الجودة والقرار الاقتصادي الخاص بتحديد مستوى الجودة.

ب- ظهور فكرة الرقابة الشاملة على الجودة (TQC) كنواة أساسية لحركة إدارة الجودة الشاملة (TQM).

ج- ظهور الاهتمام بقياس درجة الاعتمادية التي يقصد بها أن تؤدي السلعة عملها ووظيفتها بشكل جيد لفترة زمنية محددة وبأقل عدد من المشاكل والأعطال حسب المواصفات المحددة.
د- ظهور فكرة (Zero Defects) أي اختفاء نسبة العيوب (الدرادكة، 2006، ص32).

4- حلقات رقابة الجودة 1980Quality Control Circles

لقد شهدت هذه الفترة اهتماماً متزايداً عن غيرها من الفترات التاريخية السابقة الذكر في مجال الجودة، حيث تم التركيز على الجودة كسلاح تنافسي بين المنظمات الإنتاجية والخدمية، وبرزت المنظمة العالمية للمواصفات القياسية وهي (ISO9000) مستخدمة توحيد المعايير القياسية للمواصفات السلعية والخدمية على المستوى الدولي (خضير، 2002).

5- إدارة الجودة الشاملة 1990 Total Quality Management - حتى الآن:

خلال التسعينيات من القرن الماضي توسعت فكرة مشاركة العاملين كافة في المنظمة للسيطرة على الجودة، والإسهام في مواجهة حدة المنافسة الحالية، فالجودة أصبحت تمثل أداة استراتيجية؛ لأنها لم تعد مرتبطة بالمنتج فحسب، بل أيضاً ببيئته وبكافة وظائف المنظمة (العيهار، 2005، ص13).

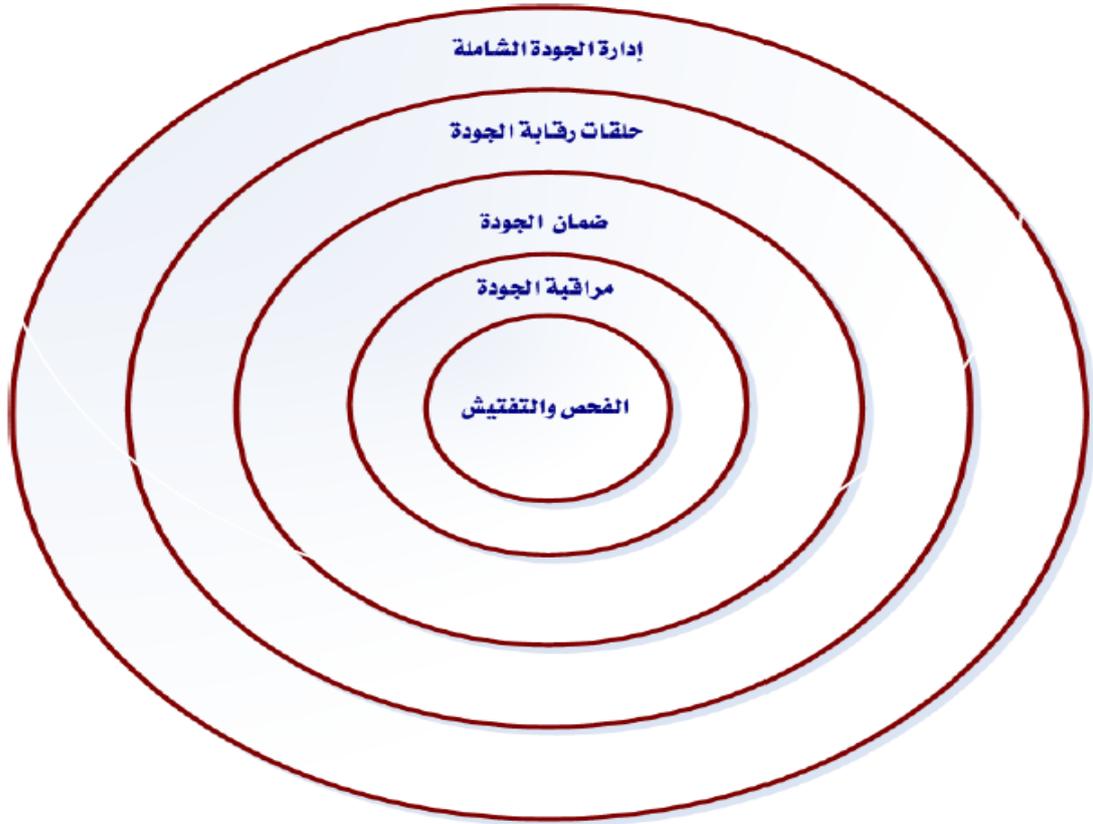
وأطلق على هذا التطور في هذه المرحلة اسم إدارة الجودة الشاملة، Total Quality Management الذي عرفه Feigenbaum عام 1983 وكان أول تعريف لها.

وعرفها بأنها " نظام فاعل لتكامل جهود تطوير، وصيانة وتحسين الجودة لمختلف مجاميع المنشأة لتكون قادرة على الإنتاج والخدمة في أغلب المستويات الاقتصادية والتي تسمح بإرضاء تام للزبون" (المسعودي، 2010، ص24).

وعرفت الجودة الشاملة أيضاً على أنها " نظام يبقي على تحسين العمليات وذلك لتحسين الجودة في كل شيء نحن نفعله، وهي تهتم بإرضاء العملاء الخارجيين والداخليين" (المنصوري أبوبكر، وبسيوني جابر، وآخرون، 2007، ص18).

وسبب ظهور هذه المرحلة هو تزايد شدة المنافسة العالمية، واكتساح الصناعة اليابانية للأسواق وخاصة البلدان النامية، وخسارة الشركات الأمريكية والأوروبية لحصص كبيرة من هذه الأسواق، ويتضح لنا أن إدارة الجودة الشاملة ماهي في الواقع إلا تطوير لإدارة الجودة الاستراتيجية، كوسيلة دفاعية استخدمتها الشركات الأمريكية والأوروبية لصد غزو الصناعة اليابانية لأسواقها (عقيلي، 2000، ص18).

والشكل (1-2) يوضح مراحل تطورات مفاهيم الجودة



المصدر: خضير، حمود كاظم، (2002) " إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء " عمان: دار المسيرة

للطباعة والنشر والتوزيع

ونجد أن تلك المراحل السابقة الذكر تكون مترابطة ومتداخلة مع بعضها البعض بشكل كبير، ولن تحدث هذه المراحل التطويرية إلا بعمليات وجهود فكرية ذات الأبعاد التطويرية التي يسهم فيها العديد من الرواد المفكرين في مجال تطوير وتحسين السلع المنتجة، أو التسهيلات المقدمة، ومن هؤلاء الرواد الأوائل الذين أسهموا بذلك (خضير، 2001).

5.2 رواد الجودة

أولاً: إدورد ديمينج Edward Deming

هو مهندس أمريكي ويعدّ الأب الروحي لإدارة الجودة، وقد أدرك ديمينج أن الموظفين هم الذين يتحكمون بالفعل في عملية الإنتاج وابتكر ما يسمى بدائرة ديمينج : خطط، نفذ، افحص، تصرف، وتحدث عن الجودة في أمريكا في أوائل الأربعينات ولكن أمريكا تجاهلته، ومن ثم قام اشيكافا (رئيس الاتحاد الياباني للمنظمات الاقتصادية) بدعوة ديمينج لإلقاء سلسلة محاضرات في منتصف الخمسينات من القرن الماضي.

المبادئ الأربعة عشر لنظرية ديمينج: ركز على الأدوات والتقنيات والتدريب وفلسفة إدارية متميزة (دودين، 2014، ص17).

وتتلخص أفكار ديمينج في أربع عشرة نقطة نذكر منها:

1. وضع هدف دائم يتمثل في تحسين جودة الإنتاج والخدمات أي: التركيز على الجودة أولاً،

ويكون الربح مجرد نتيجة لتحقيق هذه الجودة.

2. وجود تطوير مستمر في طرق اختبار جودة الإنتاج والخدمات؛ لأن ما هو مناسب اليوم غير مناسب غداً، فليس ثمة معايير ثابتة.
3. التخلص من الاعتماد على التفتيش الشامل لتحقيق الجودة وذلك ببناء الجودة من الأساس وهي المرتكز.
4. إنشاء مراكز للتدريب الفعال (واصل التدريب).
5. إنتاج فلسفة جديدة: يجب أن تمثل هذه الفلسفة قراراً يشترك فيه ويتحمل مسؤوليته كل فرد في الشركة (وليس اللجنة التنفيذية فقط أو رئيس مجلس الإدارة).
6. إزالة الحواجز بين الإدارات: وذلك بالقضاء على الحواجز التنظيمية بين الأقسام (الاتصال الأفقي) والجودة هي الهدف وليس المنافسة بين الزملاء.

ثانياً: جوزيف جوران Josef Joran

يعد جوزيف جوران من الرواد الأوائل في مجال الجودة الذين كان لهم الفضل في الثورة الاقتصادية اليابانية، وقام بتأسيس معهد جوران ، ويرى جوران بأن الجودة تُرى من زاويتين هما: محاولة تقليل العيوب أو القصور في الخدمة المقدمة للزبائن، ومحاولة تحسين شكل الخدمة بهدف إشباع احتياجات الزبائن وكسب رضاهم، وقدم جوران ثلاثة عناصر للجودة تعرف بثلاثية الجودة لجوران (الشافعي، 2006، ص133).

1. مرحلة التخطيط للجودة.

ترتكز هذه المرحلة على تحديد المستفيدين أو العملاء، وتحديد احتياجات العميل أو المستفيد، وتحديد خصائص المنتج أو الخدمة المقدمة للمستفيد أو العميل، وإعداد العمليات القادمة على إنتاج خصائص المنتج أو الخدمة، ثم الوصول بالعمليات إلى مرحلة التشغيل.

2. مرحلة الرقابة على الجودة

تعدّ عملية مهمة وذلك عن طريق تقييم الأداء الحالي (الفعلي) وبعد ذلك تتم المقارنة بين الأداء الحالي والهدف المراد بإجراء تعديل وتغيير عند حدوث فروقات.

3. مرحلة تحسين الجودة.

تعد الخطوة الأكثر أهمية، وذلك يتم بخلق الوعي بالحاجة إلى التحسين وجعله جزءاً من كل توصيف وظيفي، وأيضاً بإنشاء البنية التحتية للمؤسسة والتدريب على كيفية تحسين الجودة، والرقابة بصفة دورية ومراجعة نظام المكافآت والتحرك باستمرار لتوسيع خطة العمل؛ لتشمل أهداف تحسين الجودة.

ثالثاً: فيليب كروسبي Philip Crosby

عمل كروسبي في مجال الجودة لمدة (38 عاماً) وألف العديد من الكتب ومنها كتاب (الجودة المجانية) الذي اشتهر به وكتاب (جودة بلا دموع) وحدد عدداً من الخطوات اللازمة لتحسين الجودة هي:(الحريري،2010،ص57).

- 1- التزام الإدارة الواضح تجاه التحسين والتطوير المستمر للجودة.
- 2- تشكيل الفرق كمجموعات من الأقسام في المؤسسة.
- 3- الاعتماد على مقياس للجودة الشاملة للتعرف على الصعوبات المحتملة.

ويحدد كروسبي أربعة ثوابت أساسية لإدارة الجودة هي:

- 1- أن تعريف الجودة هو التطابق مع متطلبات العملاء.
- 2- أن نظام إنجاز الجودة يتمثل في المنع والوقاية من وقوع الأخطاء.
- 3- أن معيار الأداء الوحيد هو اللاخطأ أو ما يسمى بالعيوب الصفرية .

4- أن مقياس الجودة هو التكلفة الناشئة عن الأخطاء .

رابعاً: مالكوم بالدريج MalcomBaldridge

مالكوم بالدريج أحد رواد إدارة الجودة الشاملة الأمريكية، وقد خصصت جائزة باسمه تم إقرارها عام 1987 في عهد الرئيس الأمريكي رونالد ريجان، حيث كانت تمنح للشركات الأمريكية التي تتجح في تطبيق معايير نموذجية. وقد هدف بالدريج من وراء جائزته إلى ما يأتي: (الظاهر، 2007، ص156).

1- إيجاد روح المنافسة بين الشركات الأمريكية في مجال تحقيق الجودة .

2- توحيد سياسة الشركات الأمريكية من أجل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها .

3- وضع أسس إرشادية للتقييم الذاتي في مجال تحقيق الجودة وتحسينها .

4- الدعاية للشركات التي تفوز في المنافسة والحصول على الجائزة .

• أما أهم معايير جائزة بالدريج فهي على النحو الآتي:

• القيادة: لها 100 نقطة .

• المعلومات وتحليلها: لها 70 نقطة.

• تخطيط استراتيجي للجودة: لها 60 نقطة.

• استخدام الموارد البشرية 150 نقطة .

• تأكيد الجودة في المنتجات والخدمات أعطيت 40 نقطة.

• نتائج الجودة: لها 180 نقطة.

• رضى الزبون: لها 300 نقطة .

حيث تقوم لجنة بفحص مستوى الجودة في الشركات المتنافسة باستخدام هذه المعايير والأوزان،

والشركة الفائزة هي التي تحصل على أكبر عدد من النقاط .

خامسا: كاروايشيكاوا Kaoru Shikawa

هو من رواد الجودة اليابانيين الذين تتلمذوا على يد إدوارد ديمينج، وهو أول من قدم مفهوم حلقات الجودة (Quality Circles) ولقب بـ(أبو حلقات الجودة)، واستخدم الطرق الإحصائية لتحسين الجودة؛ حيث قدم مقترح مخططات عظمة السمكة Fish Bone التي تقدم تحليلاً لأسباب التباين في مستوى الجودة.

وأضاف Ishikawa أن الجودة تشمل جودة المنتج والخدمات، وجودة طريقة الأداء وجودة المعلومات وجودة العملية الإنتاجية وجودة أماكن العمل وجودة الأفراد.

(السلايمة، 2007، ص 27) ر .

سادسا: أرماند فيجينبيوم Feijenbaum Armand

يعد فيجينبيوم أول من قام بتطوير مفهوم الرقابة الشاملة على الجودة التي وصفها بأنها نظام يهدف إلى الربط بين تطوير الجودة والصيانة وتحسين جميع أقسام المؤسسة بغية تخفيض التكاليف، وذلك من خلال إنتاج سلع وخدمات بأسعار اقتصادية، ومن أهم الأفكار التي جاء بها فيجينبيوم ما يأتي(العيهار، 2005، ص 14) ر :

1- أن العملية الإنتاجية نظام متكامل، يبدأ بالعمل(احتياجاته)، وينتهي بالعمل(درجة رضاه عن المنتج).

2- إعادة النظر في المفاهيم التقليدية الخاصة بإدارة الجودة المتمثلة في:

أ- الدور التقليدي لوظيفة الفحص؛ إذ لا تشمل الرقابة كل مراحل العملية الإنتاجية.

ب- الاعتماد بأن عمال الإنتاج هم فقط المسؤولون عن الجودة في المؤسسة.

ت- أن تحقيق الجودة يكلف أموالاً طائلة.

3- ضرورة بناء جودة المنتج في مرحلة التصميم، من خلال ترجمة احتياجات العميل إلى مواصفات محددة.

4- تطبيق برنامج المورد الشريك الذي يلتزم من خلاله المورد بتوريد مواد ذات جودة متميزة.

5- أن كل عامل مسؤول عن أداء عمله بجودة متميزة، أي مفهوم "الجودة عند المنبع".

6.2 مفهوم الخدمة

إن اتساع قطاع الخدمات وزيادة الاستثمارات فيه ودخول منافسين جدد على الصعيد المحلي والوطني والدولي؛ أدى بالمديرين إلى إعادة النظر في المفاهيم والممارسات الإدارية المتبعة، حيث أصبحت الخدمات ميدان المنافسة الرئيسي والأكثر أهمية، بوصفها مصدراً مهماً للتميز والتفوق (جوادة، 2011، ص30)، وقد قدم العديد من الكتاب في مجال الإدارة تعريفات مختلفة للخدمة نذكر منهم:

1. عرف (Adrain Palmer) الخدمة بالقول " أن الخدمة هي عملية إنتاج منفعة غير ملموسة

بالدرجة الأساس، إما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس، حيث يتم من خلال

أي أشكال التبادل إشباع حاجة أو رغبة مشخصة لدى العميل أو

المستفيد (كورتل، 2010، ص45).

2. عرفها تامر البكري على أنها " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى آخر ويكون

جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وإن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا

يكون (البكري، 2005، ص226).

3. عرفها الدرادكة بأنها "النشاط الذي يشمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة

في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، أما الجانب الإجرائي فيتكون من النظم والإجراءات

المحددة لتقديم الخدمات، أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارستهم اللفظية مع العملاء " (الدرادكة، 2006، ص32).

4. عرفتها سمر جوادة " نشاط أو منفعة غير ملموسة يتم تقديمها من قبل الجهة المنتجة والتي تشكل طرفاً أساسياً في تقديم المنفعة بناء على حاجة ورغبة غير مشبعة لدى جهة أخرى، وهي تختلف عن المنتجات المادية الملموسة بأنها تنتج وتباع في نفس الوقت" (جوادة، 2011، ص31)ر.

5. يعرفها فوس و نورمان بأنها " تفاعل اجتماعي بين مجهز الخدمة والزبون، يهدف هذا التفاعل إلى تحقيق الكفاءة لكليهما" (المحياوي، 2006، ص52).

6. تعرف أيضاً بأنها " أوجه النشاط غير الملموسة تهدف إلى إشباع رغبات واحتياجات عندما يتم تسويقها للمستهلك أو المشتري الصناعي مقابل دفع مبلغ معين من المال دون أن ترتبط ببيع منتجات أخرى" (حسن، 2012، ص35)ر.

7. وتعرف بـ " الأنشطة والمنافع والإشباعات التي تقدم بغرض بيعها وتكون السمة الأساسية فيها أنها غير ملموسة أي لا يمكن للفرد تذوقها أو تجربتها أو الاستماع إليها" (اللافي، 2006، ص64).

8. وبناء على ما سبق، فيمكن للباحث تعريف الخدمة بأنها " هي عبارة عن منتج يتم إنتاجه وبيعه في نفس الوقت أي لا يحتاج إلى تخزين، ولا تستطيع أن تمتلكه لأنه غير ملموس".

7.2 خصائص وسمات الخدمة

تتمتع الخدمات وتمتاز بعدد من السمات و الخصائص يمكن تحديدها بالآتي :

أولاً: اللاملموسية

تتسم الخدمات بأنها غير ملموسة، حيث لا يمكن إدراكها أو الإحساس بها أو تذوقها أو سماعها أو شمها قبل أن يتم شراؤها وذلك عكس السلع المادية الملموسة، وهي الخاصية التي تميز الخدمة عن السلعة (غنيم، 2006، ص 272).

فمثلا شركة التأمين تبيع خدمة الحماية ، التقاعد ، التحرر من القلق ... إلخ، وشركة الخطوط الجوية تبيع خدمة النقل، الخدمة السريعة، الترفيه عن المسافرين بواسطة عرض الأفلام وتوزيع الصحف والمجلات ونحو ذلك (الصادق، 2008، ص 61) .

ثانيا: عدم التجانس

يختلف أداء كل من مورد الخدمة أو الزبون في كل مرة تقدم فيه تلك الخدمة، ففي بعض الأحيان لا يلتزم مورد الخدمة بمعايير الأداء المتفق عليها، أو أن لا يتمكن من المحافظة على الثبات في التعامل مع من يحيطون به وإن كان خلال نفس اليوم، أما بالنسبة للزبون فإن إدراكه للخدمة قد يتغير من مناسبة إلى أخرى، وقد تصبح بعض أنماط الخدمة مملة إذا استمر تقديمها بنفس الرتبة التي تقدم بها (العلي، 2008، ص 288).

ثالثاً: التلازمية (عدم الانفصال)

نعني بالتلازمية درجة الارتباط بين الخدمة ومقدمها، أي أنه يصعب الفصل بين الخدمة والشخص الذي يتولى تقديمها؛ لأن وقت إنتاج الخدمة هو نفسه وقت استهلاكها، فالعميل هنا يكون في اتصال مباشر مع مقدم الخدمة ويتعرف عليه ، كمن يخدمه في البنك، ويصف شعره ومن يعلم أبناءه في المدرسة، على العكس في السلع؛ فمشتري السلعة لا يعرف من أنتج معجون الأسنان أو مسحوق الغسيل وكيف تم إنتاجه (الكاديكي، 2013، ص 66) .

كما يترتب على خاصية التلازمية ضرورة إسهام أو مشاركة المستفيد في إنتاجها، وهذه السمة تعد

أساسية؛ حيث لا يمكن أداء الكثير من الخدمات دون توافرها، فمثلاً نجد أن دقة تشخيص الطبيب لحالة المريض ودقة الاستشارة الإدارية أو القانونية أو المالية تتوقف إلى حد كبير على دقة المعلومات والإجابات التي يعطيها المستفيد لمزود الخدمة وشموليتها(بلخير،2010،ص45).

رابعاً: عدم القابلية للتخزين (القابلية للتلف)

تختلف الخدمات عن السلع في عدم إمكان تخزينها، حيث يستطيع منتج السيارات غير القادر على بيع كل إنتاجه في الفترة الحالية الاحتفاظ بالمخزون لبيعه في فترة لاحقة، وتكون التكاليف المهمة الوحيدة هي تكاليف التخزين وتكاليف التمويل وإمكانية تكبد الخسارة بسبب تقادم المخزون. وعلى العكس من ذلك، فلا تتوفر لمنتج الخدمة العاجز عن بيع كل إنتاجه المنتج في الفترة الحالية فرصة الاحتفاظ به لبيعه في فترة تالية. وشركة الطيران التي تعرض مقاعد على رحلة التاسعة صباحاً المتجهة من لندن إلى باريس لا يمكنها بيع أي مقاعد شاغرة بمجرد إقلاع الطائرة في الساعة التاسعة صباحاً، فالعرض الخدمي يختفي والمقاعد الشاغرة لا يمكن تخزينها لإشباع الزيادة في الطلب التي قد تحدث في الساعة العاشرة صباحاً(بالمر،2009،ص53).

خامساً: عدم انتقال الملكية

إن عدم انتقال الملكية يمثل خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية، فبالنسبة للسلع يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة بشكل كامل وبإمكانه تخزينها واستهلاكها أو بيعها في وقت لاحق، وعندما يدفع ثمنها فإن المستهلك يمتلك السلعة، أما بالنسبة للخدمة فإن المستفيد قادر فقط على الحصول عليها واستخدامها شخصياً لوقت محدد في كثير من الأحيان (مثل تأجير غرفة في فندق أو استئجار شقة أو سيارة) وأن ما يدفعه لا يكون إلا لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة المقدمة إليه(بلخير،2010،ص75).

8.2 مفهوم جودة الخدمة

إن جودة الخدمة ليس من السهل تعريفها بطريقة دقيقة؛ فكل فرد يحاول الكتابة عنها أو ممارستها يجد أنه من الصعب عليه أن يصل إلى تعبير عملي عنها يتفق مع الآخرين. ففي بعض الأحيان قد يكون هذا التعبير واسعاً للغاية، بحيث يصبح لا معنى له ومن الصعب وضعه موضع التطبيق. وفي بعض المواقف الأخرى فإن بعض الأفراد يضعون تعريفاً مفصلاً للجودة الذي قد يكون ملائماً لبعض الخدمات، ولكن من الصعب أن يتم تعميمه على مستوى كافة الخدمات.

وتستمد الصعوبة في تعريف جودة الخدمة Quality Service من الخصائص العامة المميزة للخدمات قياساً إلى السلع المادية. وتميل غالبية التعريفات الحديثة لجودة الخدمة على أنها " معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة " (المحياوي، 2006).

وتعرف على أنها " درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص " (الصالح، 2010).

ورأى Bateson أن "جودة الخدمة هي موقف (attitude) يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة (Service Offering)، وأن هذا الموقف غالباً ما يكون مبنياً أو مستنداً على سلسلة من خبرات تقييمه سابقة " (الطائي والعلاق، 2009).

ورأى (Lewis) و(Booms) أن جودة الخدمة ما هي إلا " قياس لمدى تطابق مستوى الجودة المقدمة مع توقعات المستفيد. فتقديم خدمة ذات جودة يعني في المحصلة النهائية أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات المستفيدين " (الطائي والعلاق، 2009، ص150).

ويرى (Hradesky) أن جودة الخدمة ما هي إلا " توقعات الزبائن ومتطلباتهم والتي تحدد من قبل الزبون والسوق وتتضمن كل المنتجات والخدمات المميزة " (المسعودي، 2010، ص37).

أما غروننوز (Grontoos) فيرى أن لجودة الخدمة بعدين أساسيين هما : **الجودة الفنية والجودة الوظيفية** .

فالجودة الفنية تشير إلى الجوانب الكمية للخدمة، بمعنى الجوانب التي يمكن التعبير عنها بشكل كمي، أما الجودة الوظيفية فهي تشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى المستفيد من الخدمة (هويدي، 2006، ص25) ر .

9.2 أهمية قياس جودة الخدمة

إن قياس جودة الخدمة يعدّ أمراً ضرورياً في المنظمات التي تركز على رضا ومتطلبات العملاء، وقد تنوعت الجهود التي تناولت قياس الجودة في صناعة الخدمات إلا أن توافر مقياس يتسم بالدقة والموضوعية أمر ضروري لتقييم الأداء وتحليل الانحرافات عن المعايير الموضوعية، ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الجودة في الأجل القصير والطويل على حد سواء، بمعنى أكثر تحديداً تتيح عملية قياس الجودة العديد من المزايا للمؤسسات الخدمية لعل أهمها (موسى، 2006، ص56):

1. معرفة ما يحتاجه العملاء وما إذا كانت الإجراءات التي تتخذها المنشأة ملائمة بالنسبة لهم أو لا.

2. معرفة الأفراد ذوي معدلات الأداء المرتفع وذوي الأداء المنخفض؛ حتى تتسنى مكافأة المتميز أو دفع الآخرين لتحسين أدائهم.

3. إن قياس الأداء الفعلي وفق معيار محدد سلفاً يساعد في تقييم جودة الخدمات والتعرف على الأسباب التي تحول دون الوصول إلى هذا المعيار في حالة نقص النتائج المحققة فعلاً عن النتائج المرجوة، وبناء على ذلك يتم اتخاذ قرارات التغيير أو التطوير اللازمة لحسن استخدام الموارد المتاحة وتحقيق أقصى عائد للخدمة بأقل تكلفة.

4. تحديد ما هو جيد وما هو سيء فيما يخص المؤسسة الخدمية وعملائها مما يساعد على الوصول للتوازن بين مصالح كل من الطرفين وتحقيق التحسين المستمر.

5. وفي العام 1998 اقترح كل من كاري وهربرت (Curry, Herbert) أنه يمكن تحديد الجودة وقياسها من ثلاث زوايا(هويدي،2006،ص30) ر :

- أ. مقياس الجودة من وجهة نظر العميل، أي تحديد ما يريده العملاء من المنظمة.
- ب. مقاييس الجودة المهنية، أي استخدام الأدوات والأساليب التي تفي باحتياجات العملاء.
- ج- مقاييس الجودة الإدارية المتعلقة بالكفاءة والفعالية في استخدام الموارد لمواجهة احتياجات وتوقعات العملاء.

10.2 مفهوم الجودة في الخدمات الصحية

أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتفيل " التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها؛ مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات(خبيزة،2012،ص39)ر.

ويؤكد (خبيزة) على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل اهتمام وتركيز إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات؛ حيث تركز هذه

الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها؛ إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول، وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

ويختلف مفهوم جودة الخدمات الطبية في بيئة المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملة معها ونظرة وتقويم كل منهم لمعنى الجودة ومفهومه الشخصي لها.

فالجودة تعني للمريض معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم كافة العناصر البشرية التي يحتك ويتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده وإقامته في المستشفى. وتعني للأطباء توفير أعلى مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى، وتعني للإدارة توفير أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمة وقيام الأطباء ومزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم وتدريب وتعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسن المستمر لهذه الخدمات (نصيرات، 2008، ص231).

والجودة بحد ذاتها ليست مسؤولية فورية تلقى على كاهل قسم أو إدارة بعينها، وإنما هي مسؤولية جماعية؛ حيث إن كل فرد مسؤول عن تحسين الأداء ورفع مستوى الجودة في المنظمة على الأقل في مجال تخصصه، وتشمل هذه المسؤولية الهيئة الطبية والتمريضية والخدمات المساندة بمختلف تخصصاتها، وكذلك الهيئة التنظيمية للمنشأة بمختلف مستوياتها الإدارية، وتعد الإدارة العليا للمنظمة العامل المهم والحيوي في عملية نجاح تطبيق أي نظام للجودة، فعندما يتوافر للإدارة الالتزام والفهم اللازمان وكذلك العمل الجاد على التطبيق فإن هذه الحوافز ستعجل في تنفيذ ذلك النظام واستمرار نجاحه في المستقبل (الصادق، 2008، ص85) ر.

وقد عرّفت الهيئات الجودة عدة تعريفات، وكذلك الأشخاص الذين أجروا أبحاثاً عن الموضوع، لعل من أهم هذه التعريفات ما يأتي (هويدي، 2006).

عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة " بأنها برنامج مصمم على مستوى المنشأة لمراقبة وتقييم الجودة ومدى رعاية المريض بطريقة نظامية وفعالة".

وعرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات على أنها " درجة تمكن الرعاية الصحية من زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة للمريض، وتقليص احتمال حدوث النتائج غير المرغوبة، في حدود الحالة المعرفية الراهنة".

كما تعرف الجودة من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض، ومن هذا المنظور تعرفها الجمعية الأمريكية للطب الباطني على أنها درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، علي أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جيداً.

وعرف إيسويتيجون (Ellis Watington) الجودة " بأنها مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد منها والقدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة".

كما عرف تومسن (Thomson) الجودة الصحية بأنها " تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية".

كما عرف وليمسون (Williamson) الجودة الصحية بأنها " قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل الجهود اللازمة لتعديل مستوى الخدمات المقدمة، وذلك بناء على نتائج عملية قياس مستوى الخدمات".

وبشكل عام فإن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لا بد أن يتوافق مع المواصفات والقيمة، والمواءمة مع الاستخدام، والدعم والتأثير السيكولوجي(النفسي)، وعلى كل حال فإن الصعوبة في إيجاد مفهوم

موحد للجودة أدى إلى صعوبة قياس الجودة، إضافة إلى الاختلاف في طريقة الحكم على الخدمة وجودتها من شخص إلى آخر (دياب، 2012).

11.2 أبعاد جودة الخدمة الصحية

تعددت وجهات نظر الباحثين فيما يتعلق بالأبعاد التي يجب أن تشتمل عليها جودة الخدمة، ولأن غالبية التعريفات تدور حول تحديد توقعات العميل فقد تعرضت معظم الدراسات التي تتناول موضوع جودة الخدمة بالتحليل إلى الأبعاد التي يبني بها العملاء توقعاتهم، ومن ثم حكمهم على جودة الخدمة، إلا إنه لا يوجد اتفاق فيما بين تلك الدراسات حول تلك الأبعاد وحول العناصر الأساسية والمتغيرات الفرعية التي يتكون منها كل بعد، فقد توصل كل (Lehtinen and Lehtinen 1982) إلى أن الجودة في مجال الخدمة هي نتاج تفاعل ثلاثة أبعاد رئيسية هي : الجودة المادية التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة، وجودة المنظمة التي تتعلق بصورة المنظمة مقدمة الخدمة والانطباع الذهني، بالإضافة إلى الجودة التفاعلية التي تمثل نتاج عمليات التفاعل بين العاملين بالمنظمة والعملاء (اليسير، 2006، ص80).

وفي الدراسة التي قام بها (Parasuroman et al,1988) (Berry et al,1985) - وهي أكثر الدراسات قبولاً لتحديد أبعاد جودة الخدمة - توصل هؤلاء الباحثون إلى تطوير عشرة أبعاد أساسية، وهي التي تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراك المستهلك، وهذه الأبعاد تشمل الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، درجة الاستجابة، الاتصالات الفعالة مع العملاء، المصداقية، كفاءة وقدرة موظف الخدمة، اللياقة والاحترام في التعامل، الأمانة، فهم ومعرفة حاجات العملاء، سهولة الوصول إلى أفراد الخدمة (اليسير، 2006).

وفي عام 1988 قام هؤلاء الباحثون بتخفيض الأبعاد السابقة إلى خمسة أبعاد فقط للحكم على جودة الخدمة المنطبقة على جودة الخدمة الصحية، وهي كالآتي :

أولاً: بعد الاستجابة Responsiveness

الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، وتعكس الاستجابة الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة، وتعني في مجال الخدمات الصحية مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها، وأن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها(البكري،2005،ص203).

وفي ضوء ما تقدم يرى الباحث أن سمة الاستجابة في مجال الخدمات الصحية هي مدى استجابة العاملين داخل المنظمة الصحية بصورة سريعة لجميع الحالات المرضية القادمة للمستشفى والتعامل معها بصورة صحيحة، وأيضاً الاستجابة لجميع الاستفسارات والشكاوي للمستفيدين من الخدمات الصحية، ولهذا تعدّ الاستجابة من السمات المهمة الواجب توافرها في جميع الكادر الطبي، وذلك من أجل توفير خدمة طبية مميزة.

ثانياً: بعد الاعتمادية Reliability

الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. كما أن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات، وتعني أيضاً قدرة مجهز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد

عليه، وتعني الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى)، فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة، وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، وهي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية. ويمكن التعبير عن الاعتمادية في الخدمات الصحية بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة، بالإضافة إلى إعطاء الحلول المطلوبة للمشاكل (خبيزة، 2012، ص44) ر.

ويرى (الصالح) أن الاعتمادية في الخدمة الصحية هي تقديم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها، ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.

وفي ضوء ما تقدم يرى الباحث أن سمة الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية هي تقديم الخدمة من قبل العاملين في المنظمة الصحية (طبيباً أو فني تحاليل أو فني أشعة أو ممرضاً... إلخ) إلى المستفيدين من هذه الخدمة (مرضى أو مراجعين... إلخ) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات ودون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن إعطاء حلول للمشاكل المتوقعة، مما يعطي المستفيد (المريض) إحساساً وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.

ثالثاً: بعد الضمان Assurance

الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم. أما (البكري) فقد أطلق على الضمان اسم التأكيد قاصداً به السمات التي يتسم بها العاملون داخل المنظمة الصحية من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمات، ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين، ويعني الضمان المعرفة وحسن معاملة المستخدمين "مقدمي

الخدمة " وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، وأيضاً يشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن (زهران، 2007).

ويقصد بالضمان أيضاً توافر درجة من الأمان والبعد عن المخاطر وتوافر وسائل الأمان المادية ودرجة عالية من الخصوصية والسرية في التعامل مع العملاء (اليسير، 2006).

وفي ضوء ما تقدم يرى الباحث أن سمة الضمان في مجال الخدمات الصحية يقصد به تأكيد والتزام إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية، وذلك بتدعيم ذلك بالموارد البشرية المؤهلين والأكفاء (أطباء وممرضين وفنيين وغيرهم) وأيضاً توفير المستلزمات التقنية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

رابعاً: بعد الملموسية Tangibles

تشير الملموسية إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، وأن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك. ويتضمن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر الآتية : مكاتب الأطباء النظيفة، العاملون في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم. ويعد بعد الملموسية من أبعاد جودة الخدمة الصحية، ويشمل الآتي:

1. جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
2. حداثة المعدات والأجهزة الطبية، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة (خبيرة، 2012).

خامساً: بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy

يعكس الجهد المبذول للتعرف على احتياجات الزبون، ومواءمة الخدمة في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفر الاهتمام الشخصي بالزبون وسهولة التعرف عليه، فمثلاً: كم من الوقت والجهد يحتاج مقدم الخدمة لكي يفهم الزبون؟ وهل يفهم مقدم الخدمة المتطلبات الخاصة للزبون؟ (المحياوي، 2006).

ويرى (خبيرة) أن بعد التعاطف هو درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشتمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد، والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن. كما يتمثل التقمص العاطفي في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.

12.2 أهداف جودة الخدمات الصحية

الهدف من جودة الخدمات الصحية هو تحسين الحالة الصحية لأي تجمع من البشر، وأن الحاجة للخدمة الصحية تشير إلى الحد الأدنى من الخدمات الضرورية لضمان حياة مرضية للفرد، وتتسأ الحاجة من شعور الفرد بضرورة حصوله على خدمة صحية بناء على إدراكه للخطورة المرضية، وقد تتسأ الحاجة للخدمات من متطلبات اجتماعية مثل: خدمات الكشف الطبي لأغراض التوظيف،

والكشف الطبي السابق للزواج والتحصين ضد الأمراض، أو قد تنشأ الحاجة من تخوف المرء من مرض محتمل أو الرغبة في أن يكون المرء بصحة جيدة، إلا أن الرغبة مفهوم يختلف عن الحاجة، وبالنسبة لأي فرد نجد أن نشوء الحاجة إلى الخدمة الصحية وكذلك وقت الاستفادة منها غير مؤكد تماماً؛ فهو أمر يختلف عن الرغبة في الحصول على هذه الخدمة، لذا يجب التفريق بين الحاجة والرغبة في حالة الخدمات الصحية (حسن، 2012، ص35).

فالرغبة هي "مجموعة الخدمات التي يرغب بها ويطلبها الفرد كمتطلبات للحياة المثلى حسب وجهة نظره، وأما الحاجة فهي" الشعور بنقص في الإشباع لبعض السلع والخدمات (غنية، 2000، ص79).

وكل هذا أدى إلى سعي الإدارة العليا للمستشفى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف مثل تطوير الخدمة الصحية المقدمة، كما تعمل الإدارة على إرضاء فريق العاملين من أجل تحسين الأداء ورفع الأجور والحوافز، وعلى إرضاء المرضى عن طريق تقليل تكلفة تقديم الخدمة وتحسين تصميمها (حسن، 2012، ص79).

ويرجح (دونابديان) تعدد الأهداف إلى اختلاف توقعات العملاء (المرضى)، وهي :

- 1- قرب الخدمة .
- 2- جودة العلاج .
- 3- احترام متطلبات العملاء .
- 4- حفظ الحريات الشخصية وحرية الاختيار .

كما يرى Donabedian أن الأهداف طبقاً لتوقعات مقدمي الخدمات هي:

- 1- حرية الاحتراف المهني واختيار النشاط .
- 2- إمكانية الحكم على التفوق المهني وجودة العلاج .

3- إعطاء مكافآت مناسبة .

4- الرقابة على الحالات المرضية، وعلى طرق متابعتها .

5- الاحتفاظ بالأنماط المهنية .

ويرى أن أهداف التنظيم هي :

1- الرقابة على التكلفة .

2- الرقابة على الجودة .

3- الكفاءة .

4- القابلية على جذب العملاء .

5- القابلية لاستخدام وتوظيف القوى العاملة .

6- الاستخدام المناسب للموارد المتاحة .

إن هذا التعدد في الأهداف جعلنا نركز على مجموعة من الأهداف المشتركة بين كل من إدارة

المستشفى والمجتمع والمرضى والقوى العاملة بالمستشفى (هويدي، 2006، ص46).

13.2 أنواع الخدمات الصحية

أي نظام صحي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين، وهذه الخدمات الصحية المقدمة

تختلف حسب النظام الصحي المستخدم، فإذا كان مستوى النظام الصحي متطوراً ومميزاً فإن

الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة ومتطورة، والعكس صحيح، والمستويات الصحية المقدمة

لا تختلف باختلاف النظام الصحي بل هي ثابتة من حيث المستوى ومتغيرة من حيث النوعية

وجودة الخدمة (حسن، 2012، ص38).

وتصنف الخدمات الصحية إلى نوعين هما:

1- الخدمات الصحية الشخصية:

هي الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من الفريق الطبي أو من المؤهلين للتشخيص كاختصاصي المختبر والأشعة والرعاية النفسية والتغذية والعلاج الطبيعي والتمريض، فزيارة المريض للطبيب أو اختصاصي العلاج الطبيعي هما من صور الخدمات الصحية الشخصية (حسن، 2012) وهذه الخدمات تتضمن ما يأتي:

أ- خدمات الرعاية الخارجية Ambulatory Care Services

تعرف بأنها الخدمات الصحية التي لا تشتمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة، أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو قسم الطوارئ الملحق به، أو من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في العيادات المجمع أو في مراكز العلاج الطبي.

ب- خدمات الرعاية الداخلية Hospital Inpatient Services

يقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية، وتجعل التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز (30) يوماً.

ج- خدمات الرعاية طويلة الأجل Long Term Care Services

هي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية السالف ذكرها: الرعاية الخارجية والأخرى الإيوائية، وتتجاوز مدتها مدة الرعاية الإيوائية (أي ثلاثين يوماً) وفي الغالب حسب الحالة المرضية، وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم أشخاص يعانون من الإعاقة والأمراض المزمنة.

ت- الخدمات الصحية العامة:

هي الخدمات الصحية التي تهدف إلى حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى الدولة - ممثلة في وزارة الصحة - عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشتمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية(أبوالنصر، 2008، ص196):

1. مكافحة الأمراض المعدية ولأسيما المتوطن منها.
2. مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء والغذاء والماء ومكافحة الحشرات والقوارض.
3. الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين ضد الأمراض.
4. القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
5. توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستعادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
6. وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والاستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

1.3 نبذة عن مستشفى مصراتة المركزي

2.3 منهجية الدراسة

3.3 مصادر جمع البيانات

4.3 مجتمع وعينة الدراسة

5.3 العينة الاستطلاعية

6.3 أداة الدراسة

7.3 صدق أداة الدراسة

8.3 ثبات أداة الدراسة

9.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

1.3 نبذة عن مستشفى مصراتة المركزي

افتتح المستشفى بتاريخ 1975/10/01 م، وهو يقع داخل نطاق مدينة مصراتة ومساحته الكلية التقريبية (12) ألف متر مربع تقريباً، ومصنف من المرافق الخدمية وعدد الأسرة (720) سريراً، ويحتوي على عدة أقسام طبية وطبية مساعدة وتسييرية، وسوف أعرض أقسام المستشفى بالتفصيل مع سعة كل قسم وما الذي يقدمه من خدمات وذلك بالتعاون مع مكتب مراقبة الجودة وسلامة المريض ومكتب المعلومات والتوثيق الطبي:

الإيواء: وصلت عدد الحالات التي تم توثيقها في أقسام الإيواء بسجلات ومنظومة مستشفى مصراتة المركزي خلال سنة 2016م إلى ما يقارب من (30736) حالة .

العمليات: عدد العمليات التي أجريت في مستشفى مصراتة المركزي خلال سنة 2016م ما يقارب من (5943) حيث كان النصيب الأكبر منها للعظام والجراحة العامة ، وبلغ عدد العمليات القيصرية (2865). ومن ثم فإن إجمالي العمليات بالمستشفى (8808) بمعدل (734) عملية شهرياً.

واستقبل قسم الأمراض العامة ما يقارب من (20484) حالة خلال سنة 2016م، مقسمة على النحو الآتي:

1- قسم الطوارئ والحوادث: (9451) حالة .

2- قسم الباطنة: (3512) حالة.

3- قسم الأطفال وحديثو الولادة: (7521) حالة.

ومن هذه الحالات (446) حالة من الجنسية غير الليبية، فقد بلغ عدد الحالات من داخل المدينة (17059) حالة، وعدد الحالات من خارجها (2979) حالة.

من خلال ما هو مبين بأقسام الإيواء فإن عدد ما تمّ إيواؤه موزعاً حسب السكن والجنسية هو كالاتي:

المجموع	حسب الجنسية والسكن			الأقسام
	أجانب	خارج مصراتة	داخل مصراتة	
21584	650	3279	17655	أقسام الطوارئ والباطنة
10252	383	2345	7524	قسم النساء والولادة
31836	1033	5624	25179	المجموع

2.3 منهجية الدراسة

استخدام المنهج الوصفي لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة وتحقيق أهدافها؛ حيث إنه محاولة منظمة لتحليل وتفسير وتقرير الوضع الراهن، كما أنه يهدف إلى الوصول إلي بيانات يمكن تصنيفها وتفسيرها وتعميمها للاستفادة بها في المستقبل.

3.3 مصادر جمع البيانات

اعتمد الباحث في جمع البيانات والمعلومات التي ستساعد في كتابة الجانب النظري وأيضاً الجانب العملي أو الميداني والوصول إلي نتائج واستنتاجات البحث علي الأساليب الآتية:

1- المصادر الأولية

تم الاعتماد على استمارة الاستبانة كأداة رئيسة للحصول على البيانات والمعلومات المتعلقة بالجانب الميداني للبحث، وتم إعداد المحاور والعبارات المتعلقة باستمارة الاستبانة بناء على آراء

ودراسات القراءات النظرية للمراجع العلمية والدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة، وأيضاً عرضها على مجموعة من المحكمين الذين لهم الخبرة والمهارة في هذا المجال، وأن تتركز مصادر الحصول على تلك البيانات من القيادة الإدارية بمختلف فئاتها من (مدير عام، مدير مستشفى، مدير إدارة، وآخر مشرفي التمريض).

2- المصادر الثانوية:

استعانة بالعديد من المصادر العربية والأجنبية من مختلف الكتب والمرجع والمجلات العلمية، والرسائل العلمية المقدمة بالجامعات، وآخر البحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

4.3 مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع القيادات الإدارية بمختلف فئاتها من (مدير عام، مدير مستشفى، مديري الإدارات، وآخر مشرفي التمريض) في مستشفى مصراتة المركزي البالغ عددهم (115) حسب البيانات العامة المأخوذة عن مكتب الشؤون الإدارية بالمستشفى وبالتعاون مع مكتب المعلومات والتوثيق الطبي ومكتب مراقبة الجودة.

وتكون مجتمع الدراسة من (115) من القيادات الإدارية بمستشفى مصراتة المركزي وهم يمثلون مجتمع الدراسة، وقام الباحث بتوزيع (89) استبانة على القيادات الإدارية وتم استرداد (72) استبانة من الاستبانات الموزعة على القيادات الإدارية، أي ما نسبته (84.7%) من الاستبانات الموزعة عليهم، وقد استبعدت (10) استبانات غير صالحة إما لنقص الإجابة على الفقرات أو لعدم إرجاع الموظفين لها، وبذلك يكون عدد ما استرد من استبانات (62)، أي ما نسبته (74.11%) من العينة المستهدفة، وهي نسبة كافية لتمثيل مجتمع الدراسة.

تم اختيار العينة بطريقة العينة العشوائية من جميع القيادات بمستشفى مصراتة المركزي، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول (Krejcie and Morgan (1970) لتحديد حجم العينة، فكان حجم العينة (89) ونسبة (77.39%) من المجتمع الأصلي ، والجدول الآتي يبين العينة وحركة الاستبانة

الجدول (1) يبين الاستبانة على عينة الدراسة

115	عدد القيادات الإدارية
89	الاستبانات الموزعة
17	الاستبانات المفقودة
10	الاستبانات غير الصالحة
62	الاستبانات الخاضعة للتحليل
%77.39	نسبة العينة من المجتمع
%69.6	نسبة الاستبانات الصالحة من العينة

المصدر: إعداد الباحث

5.3 العينة الاستطلاعية

بعد الأخذ برأي عدد من المحكمين المتخصصين في مجال الإدارة تمت طباعة الاستبانة وتوزيعها على عينة تجريبية (استطلاعية) بلغ عددها 25 من مختلف القيادات الإدارية في مستشفى مصراتة المركزي.

6.3 أداة الدراسة

تم إعداد استبانة من النوع المقفل كأداة لجمع بيانات الدراسة، بعد الاطلاع على أدبيات البحث وعن طريق الرجوع إلى بعض الدراسات، وقد تكونت من ثلاثة أجزاء موزعة على النحو الآتي:

الجزء الأول: يختص ببعض البيانات الأولية الشخصية لأفراد العينة واقتصرت على (الجنس، العمر، المؤهل التعليمي، المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة).

الجزء الثاني: اختص بقياس مدى توفر الإمكانيات لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي واشتمل على المحاور الآتية:

(1) محور الإمكانيات المادية (10 فقرات).

(2) محور الإمكانيات الإدارية الذي يضم (10 فقرات).

(3) محور الإمكانيات التقنية الذي يضم (8 فقرات).

(4) محور الإمكانيات البشرية الذي يضم (8 فقرات).

الجزء الثالث: دور الجودة في تحسين الخدمات الصحية الذي يضم (6 فقرات).

7.3 صدق أداة الدراسة

1.7.3 الصدق الظاهري

أعد الباحث استمارة استبانة خاصة لاستطلاع آراء المحكمين حول مدى ملاءمة كل عبارة من عبارات الاستبانة لقياس ما وضعت لأجله وتصحيح ونقل أو تعديل العبارات غير المناسبة، وكذلك ما يرى المحكمون ضرورة حذفه أو إضافته أو إعادة صياغته، وقد تم الأخذ بأرائهم بما يحقق أهداف الدراسة، حيث قام الباحث بعرض أداة الدراسة الخاصة التي تتعلق بمدى توفر الإمكانيات لتطبيق الجودة في المستشفيات العامة في ليبيا وتحديداً في مستشفى مصراتة المركزي ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية في صورتها الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في مجال الإدارة، وذلك بهدف التأكد من قدرة الاستبانة على قياس متغيرات الدراسة بما يضمن وضوح فقراتها ودقتها من الناحية العلمية، والملحق رقم (2) يبين أسماءهم .

2.7.3 صدق الاتساق الداخلي

إضافة إلى القيام بالصدق الظاهري، تم حساب صدق الاتساق الداخلي (التجانس) من خلال حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل محور والدرجة الكلية .

وتبين الجداول الآتية معامل الارتباط ومستوى الدلالة الإحصائية وذلك عند مستوى معنوية (0.05)

جدول (2) معامل الارتباط بين فقرات المحور الأول (قياس تطبيق الجودة وأثرها علي تحسين

الخدمات الصحية) والدرجة الكلية للمحور

مستوى الدلالة	A	معامل الارتباط	الفقرة	ر.م
دال إحصائي	0.000	0.825	تسهم الجودة في تقليل الأخطاء الطبية	1
دال إحصائي	0.000	0.985	تسهم الجودة في تحسين الوضع الصحي لمتلقي الخدمة	2
دال إحصائي	0.000	0.904	تساعد الجودة في تحسين الأداء للعاملين	3
دال إحصائي	0.000	0.985	تساعد الجودة في تخفيض شكاوي متلقي الخدمة في المستشفيات	4
دال إحصائي	0.000	0.946	تسهم الجودة في تخفيض استهلاك المعدات الطبية والأدوية	5
دال إحصائي	0.000	0.700	تسهم الجودة في تحسين اتخاذ القرارات الإدارية	6

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس محور قياس

تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.700) و(0.985) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية للفقرات المعنوية.

جدول (3) معامل الارتباط بين فقرات المحور الثاني (الإمكانات المادية) والدرجة الكلية للمحور.

ر.م	الفقرة	معامل الارتباط	α	مستوى الدلالة
7	يتوفر لدى الإدارة العليا خطة استراتيجية واضحة	0.843	0.000	دال إحصائياً
8	تضع الإدارة العليا عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	0.648	0.000	دال إحصائياً
9	تتبنى الإدارة العليا الجودة والتحسين المستمر في مهامها وتسعى إلى العمل من أجل ذلك باستمرار	0.766	0.000	دال إحصائياً
10	تسعى الإدارة بشكل دائم لتطوير العمليات وقياس نجاحها	0.217	0.25	غير دال إحصائياً
11	الإدارة العليا لديها الاستعداد والقدرة على بناء	0.312	0.094	غير دال إحصائياً

			ثقافة رقابة الجودة	
دال إحصائياً	0.000	0.870	الإدارة العليا لديها الاستعداد لربط مبادرة الجودة بالاستراتيجية	12
دال إحصائياً	0.000	0.843	تؤكد الإدارة العليا دائماً أن التميز في خدمة المرضى من أهم أهدافها	13
دال إحصائياً	0.000	0.831	يوجد اهتمام لدى الإدارة العليا بقياس مستويات الرضا للمرضى	14
دال إحصائياً	0.000	0.831	يتوفر لدى الإدارة العليا الاستعداد لإزالة الحواجز والعقبات أمام الابتكار والابداع	15
دال إحصائياً	0.000	0.966	يتوفر لدى الإدارة العليا دليل واضح عن سياسات واهداف الجودة في المستشفيات	16

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس محور الإمكانيات المادية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.217) و(0.966)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور الإمكانيات المادية والدرجة الكلية للمحور، ماعدا الفقرات (الرابعة، الخامسة) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، وعليه

يتم حذفها من الاستبانة عند توزيعها على عينة الدراسة، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي

لمحور الإمكانيات المادية للقرات المعنوية

جدول (4) معامل الارتباط بين فقرات المحور الثالث (الإمكانيات الإدارية) والدرجة الكلية للمحور

مستوى الدلالة	α	معامل الارتباط	الفقرة	
دال إحصائياً	0.000	0.793	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير الدعم المالي لعمليات التحسين المستمر للجودة	17
دال إحصائياً	0.000	0.902	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لعمليات التدريب على المستويات المختلفة	18
دال إحصائياً	0000	0.908	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته باستمرار	19
دال إحصائياً	0.000	0.603	يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتصميم وتطوير الجودة	20
دال إحصائياً	0.000	0.856	لدى الإدارة العليا الدعم المالي للاستعانة بخبراء خارجيين للمساعدة في عملية التدريب	21
دال إحصائياً	0.003	0.524	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لاستخدام أدوات وتقنيات لاستخدامها في عملية التدريب	22

دال إحصائياً	0.000	0.745	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير إمكانيات العمل الجماعي	23
دال إحصائياً	0.000	0.759	يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين المستويات الإدارية المختلفة	24
دال إحصائياً	0.000	0.745	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسمح للقيام بالوظائف المتداخلة بين المختصين في الجودة	25
دال إحصائياً	0.024	0.412	لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة قياس وتقييم الأداء	26

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha < 0.05$

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي لل فقرات التي تقيس محور الإمكانيات الإدارية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.412) و(0.908) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور الإمكانيات الإدارية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور الإمكانيات الإدارية لل فقرات المعنوية.

جدول (5) معامل الارتباط بين فقرات المحور الرابع (الإمكانات التقنية) والدرجة الكلية للمحور.

مستوى الدلالة	α	معامل الارتباط	الفقرة	
دال إحصائياً	0.000	0.876	يوجد لدى الإدارة العليا نظام لجمع المعلومات عن المرضى والخدمات المقدمة لهم	27
دال إحصائياً	0.000	0.732	يتوفر لدى الإدارة إمكانية لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته بشكل مستمر	28
دال إحصائياً	0.000	0.985	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير المعلومات الأساسية بشكل مستمر	29
دال إحصائياً	0.000	0.925	يتوفر لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يتم ربطه مع احتياجات المرضى	30
دالة إحصائياً	0.000	0.952	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة الاتصال بين المستويات الإدارية المختلفة	31
دال إحصائياً	0.000	0.898	لدى الإدارة العليا إمكانية استخدام أدوات وتقنيات حديثة لاستخدامها في عملية التدريب	32
دال إحصائياً	0.000	0.732	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام يسهل	33

			عملية الاتصال بين خبراء الجودة	
34	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير برمجيات تمكن من استخدام أساليب إحصائية مختلفة	0.749	0.000	دال إحصائياً

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي لل فقرات التي تقيس محور الإمكانيات التقنية لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.732) و(0.985) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين الفقرات التي تقيس محور الإمكانيات التقنية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور الإمكانيات التقنية لل فقرات المعنوية للمحور المعنوية.

جدول (6) معامل الارتباط بين فقرات المحور الخامس (الإمكانيات البشرية) والدرجة الكلية للمحور

ر.م	الفقرة	معامل الارتباط	A	مستوى الدلالة
35	الإدارة العليا في المستشفى لها القدرة على إشراك الموظفين في النشاطات الجودة وعمليات التحسين المستمر	0.940	0.000	دال إحصائياً
36	الإدارة العليا في المستشفيات لها القدرة على إشراك	0.709	0.000	دال إحصائياً

			الموظفين في برامج ودورات تدريب خاصة بالجودة	
37	إدارة المستشفى لديها الاستعداد لتحفيز العاملين لاستخدام الجودة	0.882	0.000	دال إحصائياً
38	إدارة المستشفى لديها الاستعداد لتعيين عناصر ذات خبرة عالية بالجودة	0.882	0.000	دال إحصائياً
39	تساعد إدارة المستشفى الأطباء في إعداد البحوث والدراسات الطبية	0.427	0.019	دال إحصائياً
40	توفر المستشفيات قاعات تدريب مجهزة ومكتبات للعناصر الطبية والإدارية	0.763	0.000	دال إحصائياً
41	توفر إدارة المستشفى دورات تدريب للأطباء في الخارج.	0.921	0.000	دال إحصائياً
42	تحرص إدارة المستشفى على إقامة مؤتمرات وندوات علمية للتعريف بالجودة والتحسين	0.714	0.000	دال إحصائياً

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي لل فقرات التي تقيس محور الإمكانيات

البشرية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.427) و(0.940) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور الإمكانيات البشرية والدرجة الكلية للمحور ، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي للفقرات المعنوية لمحور الإمكانيات البشرية.

2.7.3 الصدق البنائي

يبين الصدق البنائي مدى ارتباط كل محور من محاور الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة.

جدول (7) معامل الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس.

المحور	معامل الارتباط	sig	مستوى الدلالة
الإمكانيات	الإمكانيات المادية	0.956	دال إحصائياً
	الإمكانيات الإدارية	0.957	دال إحصائياً
	الإمكانيات التقنية	0.662	دال إحصائياً
	الإمكانيات البشرية	0.973	
قياس تطبيق الجودة	قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية	0.953	دال إحصائياً

الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح الصدق البنائي لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط في بين (0.509) و(0.643)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع المحاور والدرجة الكلية للمقياس، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي بين المحاور.

8.3 ثبات أداة الدراسة

1.8.3 الثبات

يقصد بثبات المقياس الاتساق الداخلي بين عباراته، ولثبات المقياس جانبان: الأول هو استقرار المقياس، كأن يتم الحصول على ذات النتائج إذا قيس المتغير مرات متتالية، أما الجانب الآخر لثبات المقياس فهو الموضوعية، وهو أن يتم الحصول على ذات الدرجة بصرف النظر عن الشخص الذي يطبق الاختبار أو الذي يصممه، وقد جرى التحقق من ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة كما يأتي:

2.8.3 الثبات بدلالة الاتساق الداخلي

تم استخراج الثبات بدلالة الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا Cronbach Alpha، لقياس الاتساق الداخلي أي قوة الارتباط بين كل الفقرات، ويأخذ قيمة تتراوح بين الصفر والواحد الصحيح، وكلما اقترب معامل الثبات من الواحد الصحيح دل ذلك على ارتفاع الثبات، وانخفاضه كلما اقترب من الصفر، والجدول (8) يبين مستويات الثبات .

جدول (8) يبين مستويات الثبات

المعامل	أقل من 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% فأكثر
الثبات	ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز

تم حساب معامل الثبات لكل فقرات الدراسة، وتبين انه يساوي (0.972) وهو مرتفع، وعليه تم توزيع الاستبانة على عينة الدراسة.

وتم حساب معامل الثبات لكل محور من محاور الدراسة وكذلك للرضا الوظيفي، وتبين ارتفاع معدل الثبات كما في الجدول.

الجدول (9) الثبات بالاتساق الداخلي لمحاور الدراسة.

معامل الثبات	المحور	
0.894	الإمكانيات المادية	الإمكانيات
0.901	الإمكانيات الإدارية	
0.985	الإمكانيات التقنية	
0.886	الإمكانيات البشرية	
0.893	قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية	قياس تطبيق الجودة

بالنظر إلى الجدول السابق نجد أن جميع مؤشرات الثبات مرتفعة وذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05)، وهي مؤشرات جيدة ومطمئنة ويمكن الوثوق بها، وتعطي مؤشراً جيداً على ثبات المقياس.

9.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

أدخل الباحث البيانات إلى الحاسب الآلي باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وقد تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة بيانات الاستبانات التي وزعت، وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة، وهذه الأساليب هي:

أ- التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية (الصفات الشخصية).

ب- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

ت- تحليل التباين (في اتجاه واحد) لتحديد الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القيادات

الإدارية طبقاً للمتغيرات الديموغرافية (الصفات الشخصية).

ث- اختبار (T) للمقارنة بالاتجاه العام ولتحديد الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القيادات

الإدارية طبقاً للجنس.

الفصل الرابع

عرض وتحليل بيانات الدراسة

1.4 خصائص عينة الدراسة ووصف متغيراتها

2.4 اختبار الفرضيات

3.4 النتائج

4.4 التوصيات

5.4 المراجع

6.4 الملاحق

1.4 خصائص عينة الدراسة ووصف متغيراتها

الإحصاء الوصفي لبيانات العينة البالغ عددها (62) موظفاً من القيادات الإدارية بمستشفى مصراتة المركزي بمدينة مصراتة، حيث تم حساب الجداول التكرارية للبيانات الشخصية والوضع الوظيفي للعينة المتمثلة في الجنس والعمر والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة.

الإحصاء الوصفي لبيانات العينة يهدف إلى إعطاء وصف وتلخيص لبيانات العينة بشكل واضح ومبسط، وذلك من خلال مقاييس النزعة المركزية كالوسط الحسابي والانحراف المعياري.

الوسط الحسابي: من مقاييس النزعة المركزية الذي يحدد القيمة التي تتمركز حولها البيانات.

الانحراف المعياري: من أهم مقاييس التشتت الذي يقيس مدى تباعد البيانات (الاستجابات) عن بعضها البعض وعن الوسط الحسابي، أما بالنسبة لتفسير قيم الانحراف المعياري فكلما اقتربت قيمته من الصفر قل التشتت وزاد تجانس الأفراد حول استجاباتهم واتفاقهم على قيمة الوسط الحسابي.

التوزيع التكراري: يهدف إلى تبسيط العمليات الإحصائية وتبويب البيانات لسهولة عرض البيانات.

النسب المئوية: تهدف دراستها إلى وصف خصائص العينة ووصف البيانات وإعطاء فكرة شاملة عن حجم الفروقات، وقد تم حساب هذه المقاييس، وأظهرت النتائج الآتية:

1.1.4 خصائص عينة الدراسة

أولاً : توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجدول (10) يبين توزيع عينة الدراسة حسب الجنس.

النسبة %	العدد	الجنس
72.6%	45	ذكر
27.4%	17	أنثى
100%	62	المجموع

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الذكور في العينة (45) بنسبة (72.6%)، وعدد الإناث (17) بنسبة (27.4%) ، ومن الجدول يتبين وجود فارق كبير بين الذكور والإناث في العينة، ويدل ذلك على تأثر الاستبانة بإجابات الذكور؛ وذلك لأن أكثر المناصب الإدارية يقودها رجال في العينة، والشكل البياني يوضح النسب المقابلة لكل تكرار.

ثانياً: توزيع أفراد العينة حسب العمر

الجدول (11) يبين توزيع عينة الدراسة حسب العمر.

النسبة %	العدد	الفئات العمرية
8.1%	5	أقل من 25
41.9%	26	من 25 إلى أقل من 35
40.3%	25	من 35 إلى أقل من 45
9.7%	6	45 فأكثر
100%	62	المجموع

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن:

عدد الفئة العمرية من (25 إلى أقل من 35) في العينة (26) بنسبة (41.9%)، وهي فئة الشباب والفئة العمرية الأكثر، وتليها الفئة العمرية (من 35 إلى أقل من 45) في العينة وعددها (25) بنسبة (40.3%)، بينما كان عدد الفئة العمرية (45 فأكثر) في العينة (6) بنسبة (9.7%)، وعدد الفئة العمرية (أقل من 25) في العينة (5)، أي بنسبة (8.1%)، ومن الجدول يتبين أن أغلب الموظفين من الشباب، والشكل البياني يبين التكرارات المقابلة.

ثالثاً : المسمى الوظيفي

الجدول (12) يبين توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

النسبة %	العدد	المسمى الوظيفي
1.6%	1	مدير عام
17.7%	11	مديرو الإدارات
80.6%	50	رؤساء الأقسام في المستشفى
100%	62	المجموع

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد مديري الإدارات في عينة الدراسة (11) بنسبة (17.7%)، وعدد الذين يشغلون مناصب قيادية أخرى (50) بنسبة (80.6%).

رابعاً : توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

الجدول (13) يبين توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة %	العدد	المؤهل العلمي
9.7%	6	الثانوية العامة
17.7%	11	المتوسط
17.7%	11	الدبلوم العالي
43.5%	27	الجامعي
9.7%	6	الماجستير
1.6%	1	الدكتوراه
100%	62	الإجمالي

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (الثانوية العامة) في عينة الدراسة (6) موظفين بنسبة (9.7%)، وعدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (الدبلوم المتوسط) في عينة الدراسة (11) موظفاً بنسبة (17.7%)، وعدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (الدبلوم العالي) في عينة الدراسة (11) موظفاً بنسبة (17.7%)، وعدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (الجامعي) في عينة الدراسة (27) موظفاً بنسبة (43.5%)، وعدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (الماجستير) في عينة الدراسة (6) موظفين بنسبة (9.7%)، والذين يحملون مؤهلاً علمياً (الدكتوراه) في عينة الدراسة (1) موظف بنسبة (1.6%) ، ومن الجدول يتبين أن المستوى التعليمي لأغلب أفراد العينة جامعي ودبلوم عالي ومتوسط، ويدل ذلك على ارتفاع المستوى التعليمي، والشكل البياني يبين التكرارات المقابلة للمستوى التعليمي.

رابعاً: توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

الجدول (14) توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة.

النسبة %	العدد	سنوات الخبرة
32.3%	20	أقل من 5 سنوات
22.6%	14	من 5 إلى أقل من 10
19.4%	12	من 10 إلى أقل من 15
25.8%	16	15 فأكثر
100%	62	المجموع

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن من خبرتهم الوظيفية (أقل من 5 سنوات) عددهم (20) بنسبة (32.3%) وهي الأعلى، يليها الفئة العمرية أي أن الذين خبرتهم الوظيفية (15 فأكثر) عددهم (16) ونسبتهم (25.8%)، يليها الفئة العمرية التي خبرتها (من 5 إلى أقل من 10) البالغ عددهم (14) بنسبة (22.6%)، ومن خبرتهم الوظيفية (من 10 إلى أقل من 15) عددهم (12) ونسبتهم (19.4%).

ومن الجدول يتبين أن الخبرة الوظيفية لعينة الدراسة متوسطة بصفة عامة، ويتفق ذلك من حيث أن الفئة العمرية الأكثر كانت من الشباب، والشكل البياني يبين التكرارات المقابلة لسنوات الخبرة.

2.1.4 وصف متغيرات الدراسة

يتم إيجاد الوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري لكل محور على حدة بهدف تحديد الاتجاه لكل عبارة من عبارات المحور، وذلك مقارنة بمقياس ليكرت الخماسي، وكذلك الأهمية النسبية، ويتم تحديد الوسط الحسابي المرجح كما في الجدول الآتي:

الجدول (15) يبين قيمة الوسط المرجح والاتجاه العام.

الاتجاه العام	الوسط الحسابي المرجح
غير موافق بشدة	1.79 – 1.00
غير موافق	2.59 – 1.80
محايد	3.39 – 2.60
موافق	4.19 – 3.40
موافق بشدة	5.00 – 4.20

يتم تحديد مقياس مستوى الأهمية (استجابة أفراد العينة بالنسبة للمتوسط) كما في الجدول الآتي:

الجدول (16) مقياس مستوى الأهمية

مستوى الأهمية	منخفض	متوسط	مرتفع
المقياس	أقل من 2.33	3.67 - 2.34	5 - 3.68

خامساً: الجداول التكرارية لعبارات المحور الأول (قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية)

تم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتحديد الأهمية النسبية لكل فقرة من فقرات المحور.

الجدول (17) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية.

ر.م	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام	الأهمية النسبية
1	تسهم الجودة في تقليل الأخطاء الطبية	4.5323	0.76217	موافق بشدة	مرتفعة
2	تسهم الجودة في تحسين الوضع الصحي لمتلقي الخدمة	4.5484	0.73946	موافق بشدة	مرتفعة

مرتفعة	موافق بشدة	0.66649	4.5806	تساعد الجودة في تحسين الأداء للعاملين	3
مرتفعة	موافق بشدة	0.80470	4.5000	تساعد الجودة في تخفيض شكاوي متلقي الخدمة في المستشفيات	4
مرتفعة	موافق بشدة	0.69371	4.4516	تسهم الجودة في تحسين اتخاذ القرارات الإدارية	5
مرتفعة	موافق بشدة	0.62553	4.4774	نتيجة المحور	

من الجدول السابق يتبين:

في الفقرة رقم (1) التي تنص على "تسهم الجودة في تقليل الأخطاء الطبية " كان الوسط الحسابي يساوي(4.53)، والانحراف المعياري يساوي(0.76)، والأهمية النسبية متوسطة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة.

وفي الفقرة رقم (2) التي تنص "تساهم الجودة في تحسين الوضع الصحي لمتلقي الخدمة " كان الوسط الحسابي يساوي(4.54)، والانحراف المعياري يساوي(1.76)، والأهمية النسبية متوسطة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة.

وفي الفقرة رقم (3) التي تنص على " تساعد الجودة في تحسين الأداء للعاملين " كان الوسط الحسابي يساوي(4.58)، والانحراف المعياري يساوي(0.66)، والأهمية النسبية مرتفعة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة.

ويساوي الوسط الحسابي في الفقرة رقم (4) التي تنص "تساعد الجودة في تخفيض شكاوى متلقي الخدمة في المستشفيات " (4.50)، والانحراف المعياري يساوي(0.80)، والأهمية النسبية مرتفعة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة.

وفي الفقرة رقم (5) التي تنص على "تسهم الجودة في تحسين اتخاذ القرارات الإدارية " كان الوسط الحسابي يساوي(4.45)، والانحراف المعياري يساوي(0.69)، والأهمية النسبية مرتفعة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة.

وإجمالي النتيجة للمحور الأول (قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية)

تبين أن الوسط الحسابي (4.47) والانحراف المعياري (0.53) والأهمية النسبية مرتفعة والاتجاه العام الموافقة الشديدة لأفراد العينة من حيث قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية.

ثانياً: الجداول التكرارية لعبارات المحور الثاني (الإمكانيات المادية)

تم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري، وكذلك تم تحديد الأهمية النسبية لكل فقرة من فقرات المحور .

الجدول (18) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات المادية.

ر.م	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام	الأهمية النسبية
6	يتوفر لدى الإدارة العليا خطة استراتيجية واضحة	3.9516	1.12246	موافق	متوسطة
7	تضع الإدارة العليا عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها	4.1613	0.99496	موافق	مرتفعة
8	تتبنى الإدارة العليا الجودة والتحسين المستمر في مهامها وتسعى إلى العمل من أجل ذلك باستمرار	4.3065	0.93368	موافق بشدة	مرتفعة
9	الإدارة العليا لديها الاستعداد لربط مبادرة الجودة بالاستراتيجية	3.7903	1.08850	موافق	مرتفعة
10	تؤكد الإدارة العليا دائماً أن التميز في خدمة المرضى من أهم أهدافها	4.3065	0.89788	موافق بشدة	مرتفعة
11	يوجد اهتمام لدى الإدارة العليا بقياس مستويات الرضا للمرضى	4.0645	1.15760	موافق	مرتفعة
12	يتوفر لدى الإدارة العليا الاستعداد لإزالة الحواجز والعقبات امام الابتكار والإبداع	3.8548	1.22604	موافق	مرتفعة
13	يتوفر لدى الإدارة العليا دليل واضح عن سياسات وأهداف الجودة في المستشفيات	3.9355	1.06926	موافق	مرتفعة
	نتيجة المحور	4.0464	0.6794	موافق	مرتفعة

من الجدول السابق يتبين الآتي:

- في الفقرة رقم (6) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا خطة استراتيجية واضحة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.95)، والانحراف المعياري يساوي(1.12)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة على الفقرة.
- في الفقرة رقم (7) التي تنص على " تضع الإدارة العليا عمليات تطوير الجودة في سلم أولوياتها " كان الوسط الحسابي يساوي(4.16)، والانحراف المعياري يساوي(0.99)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة على الفقرة.
- في الفقرة رقم (8) التي تنص على "يتوفر لدى الموظفين بإدارة الخدمات الصحية الدافعية المطلوبة من أجل رفع معدلات الأداء" كان الوسط الحسابي يساوي(4.30)، والانحراف المعياري يساوي(0.93)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة الشديدة لأفراد العينة من حيث توافر الدافعية لرفع معدلات الأداء.
- في الفقرة رقم (9) التي تنص على " الإدارة العليا لديها الاستعداد لربط مبادرة الجودة بالاستراتيجية" كان الوسط الحسابي يساوي(3.79)، والانحراف المعياري يساوي(1.08)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة من حيث سعي الإدارة لربط مبادرة الجودة بالاستراتيجية في العمل.
- في الفقرة رقم (10) التي تنص على " تؤكد الإدارة العليا دائما أن التميز في خدمة المرضى من أهم أهدافها " كان الوسط الحسابي يساوي(4.30)، والانحراف المعياري يساوي(0.89)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة الشديدة لأفراد العينة من حيث سعي الإدارة إلى التميز في تقديم الخدمات المستمرة للمرضى.

• في الفقرة رقم (11) التي تنص على " يوجد اهتمام لدى الإدارة العليا بقياس مستويات الرضا للمرضى " كان الوسط الحسابي يساوي(4.06)، والانحراف المعياري يساوي(1.15)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا دليل على الموافقة لأفراد العينة من حيث اهتمام الإدارة العليا بقياس مستويات الرضا للمرضى.

• في الفقرة رقم (12) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الاستعداد لإزالة الحواجز والعقبات أمام الابتكار والإبداع " كان الوسط الحسابي يساوي(3.85)، والانحراف المعياري يساوي(1.22)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة من حيث إزالة الحواجز والعقبات أمام الابتكار والإبداع في العمل.

• في الفقرة رقم (13) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا دليل واضح عن سياسات وأهداف الجودة في المستشفيات " كان الوسط الحسابي يساوي(3.93)، والانحراف المعياري يساوي(1.05)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة من معرفة الإدارة بسياسات وأهداف الجودة في المستشفيات.

وإجمالي النتيجة للمحور الثاني الإمكانيات المادية يبين أن الوسط الحسابي للمحور(4.04) والانحراف المعياري (0.67) وأن الأهمية النسبية مرتفعة، حيث عكست إجابات أفراد العينة الموافقة من ناحية توفر الإمكانيات المادية.

ثالثاً : الجداول التكرارية لعبارات المحور الثالث (الإمكانيات الإدارية)

تم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الأهمية النسبية لكل فقرة من فقرات المحور .

الجدول (19) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات الإدارية

ر.م	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام	الأهمية النسبية
14	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير الدعم المالي لعمليات التحسين المستمر للجودة	3.5323	1.23763	موافق	متوسطة
15	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لعمليات التدريب على المستويات المختلفة	3.6452	1.24264	موافق	متوسطة
16	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته باستمرار	3.4032	1.23421	موافق	متوسطة
17	يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتصميم وتطوير الجودة	3.3548	1.21597	محايد	متوسطة
18	لدى الإدارة العليا الدعم المالي للاستعانة بخبراء خارجيين للمساعدة في عملية التدريب	3.7419	1.24051	موافق	مرتفعة
19	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لاستخدام أدوات وتقنيات لاستخدامها في عملية التدريب	3.3710	1.19059	محايد	متوسطة
20	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير إمكانية العمل الجماعي	3.3871	1.19225	محايد	متوسطة
21	يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين المستويات الإدارية المختلفة	3.4194	1.18111	موافق	متوسطة
22	يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسمح للقيام بالوظائف المتداخلة بين المختصين في الجودة	3.2097	1.05795	محايد	متوسطة
23	لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة قياس وتقييم الأداء	3.3871	1.25913	محايد	متوسطة
	نتيجة المحور	3.4452	0.87040	موافق	متوسطة

من الجدول السابق يتبين الآتي:

- يساوي المتوسط الحسابي في الفقرة رقم (14) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير الدعم المالي لعمليات التحسين المستمر للجودة" (3.53)، والانحراف المعياري يساوي(1.21)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة من حيث توفر الامكانيات المادية للتحسين المستمر.
- يساوي المتوسط الحسابي في الفقرة رقم (15) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لعمليات التدريب على المستويات المختلفة " (3.64)، والانحراف المعياري يساوي(1.24)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة من حيث توفر الدعم المالي للتدريب.
- في الفقرة رقم (16) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته باستمرار " كان الوسط الحسابي يساوي(3.40)، والانحراف المعياري يساوي(1.23)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة من حيث توفر الدعم المالي لتوفير أنظمة المعلومات والتحديث المستمر.
- في الفقرة رقم (17) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتصميم وتطوير الجودة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.35)، والانحراف المعياري يساوي (1.21)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الحياد لأفراد العينة من حيث توفر الدعم المالي لتصميم وتحديث الجودة.
- ويساوي المتوسط الحسابي في الفقرة رقم (18) التي تنص على " لدى الإدارة العليا الدعم المالي للاستعانة بخبراء خارجيين للمساعدة في عملية التدريب " (3.74)، والانحراف المعياري

يساوي(1.24)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر الدعم المالي للاستعانة بالخبراء الخارجيين.

• وفي الفقرة رقم (19) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لاستخدام أدوات وتقنيات لاستخدامها في عملية التدريب " كان الوسط الحسابي يساوي(3.37)، والانحراف المعياري يساوي(1.19)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الحياد لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر الدعم المالي لمقدمات التدريب.

• وأما في الفقرة رقم (20) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير إمكانية العمل الجماعي " فقد كان الوسط الحسابي يساوي(3.38)، والانحراف المعياري يساوي(1.19)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الحياد لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر الدعم المالي للقيام بالأعمال الجماعية.

• وفي الفقرة رقم (21) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين المستويات الإدارية " كان الوسط الحسابي يساوي(3.41)، والانحراف المعياري يساوي(1.18)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر الدعم المالي لتسهيل الاتصال بين كافة المستويات.

• وفي الفقرة رقم (22) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام يسمح للقيام بالوظائف المتداخلة بين المختصين في الجودة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.20)، والانحراف المعياري يساوي(1.17)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الحياد لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر الدعم المالي للقيام بالوظائف المتداخلة بين المختصين في الجودة.

- والمتوسط الحسابي يساوي في الفقرة رقم (23) التي تنص على " لدى الإدارة العليا الدعم المالي لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة قياس وتقييم الأداء " (3.83)، والانحراف المعياري يساوي(1.25)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة. وإجمالي النتيجة للمحور الثالث الإمكانيات الإدارية يبين أن الوسط الحسابي (3.44) والانحراف المعياري (0.87)، والأهمية النسبية متوسطة، حيث عكست إجابات أفراد العينة الموافقة على المحور، ويدل ذلك على توفر الإمكانيات الإدارية.

رابعاً : الجداول التكرارية لعبارات المحور الرابع (الإمكانيات التقنية)

تم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الأهمية النسبية لكل فقرة من فقرات المحور .

الجدول (20) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات التقنية

ر.م	العبرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام	الأهمية النسبية
24	يوجد لدى الإدارة العليا نظام لجمع المعلومات عن المرضى والخدمات المقدمة لهم	4.2097	1.04233	موافق بشدة	مرتفعة
25	يتوفر لدى الإدارة إمكانية لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته بشكل مستمر	3.8710	1.22118	موافق	مرتفعة
26	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير المعلومات الأساسية بشكل مستمر	4.0968	1.09709	موافق	مرتفعة
27	يتوفر لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يتم ربطه مع احتياجات المرضى	3.6613	1.12997	موافق	متوسطة

مرتفعة	موافق	1.13837	3.8226	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة الاتصال بين المستويات الإدارية المختلفة	28
مرتفعة	موافق	1.31058	3.7097	لدى الإدارة العليا إمكانية استخدام أدوات وتقنيات حديثة لاستخدامها في عملية التدريب	29
متوسطة	موافق	1.21085	3.5323	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين خبراء الجودة	30
مرتفعة	موافق	1.21651	3.7903	يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير برمجيات تمكن من استخدام أساليب إحصائية مختلفة	31
مرتفعة	موافق	0.80933	3.8367	نتيجة المحور	

من الجدول السابق يتبين الآتي:

- في الفقرة رقم (24) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا نظام لجمع المعلومات عن المرضى والخدمات المقدمة لهم " كان الوسط الحسابي يساوي(4.20)، والانحراف المعياري يساوي(1.04)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة بشدة لأفراد العينة في الاجابة من حيث وجود نظام لجمع المعلومات .
- في الفقرة رقم (25) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة إمكانية لتوفير نظام معلومات يتم تحديث بياناته بشكل مستمر " كان الوسط الحسابي يساوي(3.82)، والانحراف المعياري يساوي(1.22)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث تحديث أنظمة المعلومات.
- في الفقرة رقم (26) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير المعلومات الأساسية بشكل مستمر " كان الوسط الحسابي يساوي(4.09)، والانحراف المعياري

يساوي(1.09)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفر المعلومات الأساسية بشكل مستمر .

• في الفقرة رقم (27) التي تنص على " يتوفر لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يتم ربطه مع احتياجات المرضى " كان الوسط الحسابي يساوي(3.12)، والانحراف المعياري يساوي(1.12)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الحياد لأفراد العينة في الإجابة من حيث توفير نظام لربط المعلومات مع المرضى.

• في الفقرة رقم (28) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام للمعلومات يسمح بسهولة الاتصال بين المستويات الإدارية المختلفة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.82)، والانحراف المعياري يساوي(1.13) والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة.

• في الفقرة رقم (29) التي تنص على " لدى الإدارة العليا إمكانية استخدام أدوات وتقنيات حديثة لاستخدامها في عملية التدريب " كان الوسط الحسابي يساوي(3.70)، والانحراف المعياري يساوي(1.31)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث أن لدى الإدارة العليا إمكانية استخدام أدوات وتقنيات حديثة لاستخدامها في عملية التدريب.

• في الفقرة رقم (30) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين خبراء الجودة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.53)، والانحراف المعياري يساوي(1.21)، والأهمية النسبية متوسطة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث أن لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير نظام يسهل عملية الاتصال بين خبراء الجودة.

• في الفقرة رقم (31) التي تنص على " يوجد لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير برمجيات تمكن من استخدام أساليب إحصائية مختلفة" كان الوسط الحسابي يساوي(3.79)، والانحراف المعياري

يساوي(1.21)، والأهمية النسبية مرتفعة، والاتجاه العام الموافقة لأفراد العينة في الإجابة من حيث

أن لدى الإدارة العليا إمكانية لتوفير برمجيات تمكن من استخدام أساليب إحصائية مختلفة.

وإجمالي النتيجة للمحور الرابع الإمكانيات التقنية يبين أن الوسط الحسابي (3.83) والانحراف

المعياري (0.80) والأهمية النسبية مرتفعة، حيث عكست إجابات أفراد العينة الموافقة على فقرات

المحور من حيث توفر الامكانيات التقنية.

خامساً: الجداول التكرارية لعبارات المحور الخامس (الإمكانيات البشرية)

تم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الأهمية النسبية لكل

فقرة من فقرات المحور .

جدول (21) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الإمكانيات البشرية

ر.م	العبرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام	الأهمية النسبية
32	الإدارة العليا في المستشفى لها القدرة على إشراك الموظفين في نشاطات الجودة وعمليات التحسين المستمر	3.9032	1.19712	موافق	مرتفعة
33	الإدارة العليا في المستشفيات لها القدرة على إشراك الموظفين في برامج ودورات تدريب خاصة بالجودة	4.0645	1.09949	موافق	مرتفعة
34	إدارة المستشفى لها الاستعداد لتحفيز العاملين لاستخدام الجودة	3.8871	1.17494	موافق	مرتفعة
35	إدارة المستشفى لها الاستعداد على تعيين عناصر ذات خبرة عالية بالجودة	3.8065	1.14289	موافق	مرتفعة

مرتفعة	موافق	1.09371	3.8710	تساعد إدارة المستشفى الأطباء في إعداد البحوث والدراسات الطبية	36
مرتفعة	موافق	1.16636	3.9839	توفر المستشفيات قاعات تدريب مجهزة ومكتبات للعناصر الطبية والإدارية	37
مرتفعة	موافق	1.30248	3.4839	توفر إدارة المستشفى دورات تدريب للأطباء في الخارج.	38
مرتفعة	موافق	1.11774	4.1129	تحرص إدارة المستشفى على إقامة مؤتمرات وندوات علمية للتعريف بالجودة والتحسين	39
مرتفعة	موافق	0.73660	3.8891	نتيجة المحور	

من الجدول السابق يتبين الآتي:

- في الفقرة رقم (32) التي تنص على " الإدارة العليا في المستشفى لها القدرة على إشراك الموظفين في النشاطات الجودة وعمليات التحسين المستمر" كان الوسط الحسابي يساوي(3.90)، والانحراف المعياري يساوي(1.19)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.
- في الفقرة رقم (33) التي تنص " الإدارة العليا في المستشفيات لها القدرة على إشراك الموظفين في برامج ودورات تدريب خاصة بالجودة " كان الوسط الحسابي يساوي(3.06)، والانحراف المعياري يساوي(1.09)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.
- في الفقرة رقم (34) التي تنص على " إدارة المستشفى لها الاستعداد لتحفيز العاملين لاستخدام الجودة" كان الوسط الحسابي يساوي(3.88)، والانحراف المعياري يساوي(1.17)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.

- في الفقرة رقم (35) التي تنص على " إدارة المستشفى لها الاستعداد على تعيين عناصر ذات خبرة عالية بالجودة" كان الوسط الحسابي يساوي(3.80)، والانحراف المعياري يساوي(1.14)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.
 - في الفقرة رقم (36) التي تنص على " تساعد إدارة المستشفى الأطباء في إعداد البحوث والدراسات الطبية" كان الوسط الحسابي يساوي(3.87)، والانحراف المعياري يساوي(1.09)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد.
 - في الفقرة رقم (37) التي تنص على " توفر المستشفيات قاعات تدريب مجهزة ومكتبات للعناصر الطبية والإدارية" على كان الوسط الحسابي يساوي(3.48)، والانحراف المعياري يساوي(1.30)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.
 - في الفقرة رقم (38) التي تنص على " توفر إدارة المستشفى دورات تدريب للأطباء في الخارج" كان الوسط الحسابي يساوي(3.98)، والانحراف المعياري يساوي(1.16)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة من حيث وضوح السياسات والإجراءات للموظفين.
 - في الفقرة رقم (39) التي تنص على "تحرص إدارة المستشفى على إقامة مؤتمرات وندوات علمية للتعريف بالجودة والتحسين" كان الوسط الحسابي يساوي(4.11)، والانحراف المعياري يساوي(1.11)، والأهمية النسبية مرتفعة، وهذا يدل على الموافقة لأفراد العينة.
- وإجمالي النتيجة للمحور الخامس الإمكانيات البشرية يبين أن الوسط الحسابي (3.88) والانحراف المعياري (0.73) والأهمية النسبية مرتفعة، حيث عكست إجابات أفراد العينة الموافقة على فقرات المحور من حيث توفر الإمكانيات البشرية.

2.4 اختبار الفرضيات

يتم اختبار الفرضيات التي حددت في الدراسة وهي: ما مدى توفر الإمكانيات لتطبيق الجودة في المستشفيات العامة في ليبيا وبالتحديد في مستشفى مصراتة المركزي ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية، ويتم قبول الفرضيات أو رفضها من الباحث بمقارنة مستوى المعنوية المشاهد (p-value) مع مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة ($\alpha = 0.05$) الذي تم تحديده من الباحث، ويتم قبول الفرضية أو رفضها بناء على الآتي :

- إذا كانت $p\text{-value} < 0.05$ قبول الفرضية (وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات)
- إذا كانت $p\text{-value} > 0.05$ يتم رفض الفرضية (عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات)

حيث يقصد بمستوى المعنوية المشاهد (p-value) أقصى احتمال يمكن عنده رفض الفرضية.

الفرضية الرئيسية الأولى:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس ، المؤهل التعليمي ، الخبرة الوظيفية ، العمر)

وتتنبثق عنها الفرضيات الآتية :

الفرضية الفرعية الأولى :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر أفراد العينة.

جدول (22) نتائج اختبار (T) لاختبار إجابات المبحوثين ومتغير الجنس.

مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة	قيمة T	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الجنس
0.05	0.484	-0.705	0.53616	3.90	الذكور
			0.54789	4.01	الإناث

المصدر: إعداد الباحث

لاختبار الفرضية الأولى استخدم الباحث اختبار (T)، ونلاحظ من الجدول السابق أن قيمة T (-0.705)، قيمة الدلالة المحسوبة (0.484)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نرفض الفرضية التي تنص على " توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين اجابات المبحوثين تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر أفراد العينة".

الفرضية الفرعية الثانية:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير المؤهل التعليمي من وجهة نظر أفراد العينة.

جدول (23) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار

الفرضية الفرعية الثانية

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.576	0.770	0.221	1.103	5	بين المجموعات
		0.287	16.049	56	داخل المجموعات
			17.152	61	المجموع

المصدر: إعداد الباحث

استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الثانية، وقد تبين من نتائج الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة F (0.770)، وقيمة الدلالة المحسوبة (0.576) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05). وبذلك نرفض الفرضية التي تنص على "توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير المؤهل التعليمي من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الثالثة:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الوظيفة من وجهة نظر أفراد العينة.

جدول (24) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار

الفرضية الفرعية الثالثة

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.136	1.920	0.517	1.550	3	بين المجموعات
		0.269	15.602	58	داخل المجموعات
			17.152	61	المجموع

المصدر: إعداد الباحث

استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة، وقد تبين من نتائج الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة F (1.920)، وقيمة الدلالة المحسوبة (0.136) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وبذلك نرفض الفرضية التي تنص على "توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الوظيفة من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الرابعة:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الخبرة الوظيفية من وجهة نظر أفراد العينة.

جدول (25) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار

الفرضية الفرعية الثالثة

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.952	0.112	0.033	.099	3	بين المجموعات
		0.294	17.053	58	داخل المجموعات
			17.152	61	المجموع

المصدر: إعداد الباحث

استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة، وقد تبين من نتائج الجدول السابق عدم جود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة F (0.112)، وقيمة الدلالة المحسوبة (0.952) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وبذلك نرفض الفرضية التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الخبرة الوظيفية من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الخامسة:

توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير العمر من وجهة نظر أفراد العينة.

جدول (26) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	قيمة الدلالة
بين المجموعات	3	1.550	0.517	1.920	0.136
داخل المجموعات	58	15.602	0.269		
المجموع	61	17.152			

المصدر: إعداد الباحث

استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة ، وقد تبين من نتائج الجدول السابق عدم جود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة F (1.920)، وقيمة الدلالة المحسوبة (0.136) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وبذلك نرفض الفرضية التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير العمر من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الرئيسية الثانية

تتوفر الإمكانيات لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي ودورها في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية.

وتنبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية :

الفرضية الفرعية الأولى:

يتم تطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

جدول (27) اختبار T للمقارنة بين إجابات أفراد العينة حول المتوسط العام

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد
الإمكانيات المادية	4.47	0.625	18.59	0.000	0.05

وتبين من الجدول أن المتوسط الحسابي يساوي (4.47)، حيث (الدرجة الكلية للمقياس من (5) وهو يزيد جوهرياً عن درجة الحياد وهي (3)، ونلاحظ من الجدول السابق أن ارتفاع قيمة T المحسوبة (18.59) وقيمة الدلالة المحسوبة المصاحبة لها (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نقبل الفرضية التي تنص على " يتم تطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية" من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الثانية :

تتوفر الإمكانيات المادية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية.

استخدم الباحث اختبار T للعينة الواحدة لمقارنة إجابات أفراد العينة بالمتوسط العام للإجابات وهو حسب مقياس ليكرت الخماسي (3)، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول (28) اختبار T للمقارنة بين إجابات أفراد العينة حول المتوسط العام

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد
الإمكانيات المادية	4.04	0.679	12.126	0.000	0.05

تبين من الجدول أن المتوسط الحسابي يساوي (4.04) حيث (الدرجة الكلية للمقياس من 5)، وهو يزيد جوهرياً عن درجة الحياد وهي (3)، ونلاحظ من الجدول السابق ارتفاع قيمة T المحسوبة (12.126) وقيمة الدلالة المحسوبة المصاحبة لها (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نقبل الفرضية التي تنص على " تتوفر الإمكانيات المادية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية" من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الثالثة:

تتوفر الإمكانيات الإدارية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية

استخدم الباحث اختبار T للعينة الواحدة لمقارنة إجابات أفراد العينة بالمتوسط العام للإجابات وهو حسب مقياس ليكرت الخماسي (3)، وكانت النتائج كالاتي:

جدول (29) اختبار T للمقارنة بين إجابات أفراد العينة حول المتوسط العام

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد
الإمكانيات المادية	3.44	0.870	4.27	0.000	0.05

تبين من الجدول أن المتوسط الحسابي يساوي (4.04) حيث (الدرجة الكلية للمقياس من 5) وهو يزيد جوهرياً عن درجة الحياد وهي (3)، ونلاحظ من الجدول السابق ارتفاع قيمة T المحسوبة (12.126) وقيمة الدلالة المحسوبة المصاحبة لها (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نقبل الفرضية التي تنص على " تتوفر الإمكانيات الإدارية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية " من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الرابعة :

تتوفر الإمكانيات التقنية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي وجهة نظر القيادات الإدارية.

الجدول (30) اختبار T للمقارنة بين اجابات افراد العينة حول المتوسط العام

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد
الإمكانيات المادية	3.83	0.809	8.14	0.000	0.05

تبين من الجدول أن المتوسط الحسابي يساوي (3.83) حيث (الدرجة الكلية للمقياس من 5) وهو يزيد جوهرياً عن درجة الحياد وهي (3)، ونلاحظ من الجدول السابق ارتفاع قيمة T المحسوبة (8.14) وقيمة الدلالة المحسوبة المصاحبة لها (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نقبل الفرضية التي تنص على " تتوفر الإمكانيات التقنية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي وجهة نظر القيادات الإدارية " من وجهة نظر أفراد العينة.

الفرضية الفرعية الخامسة :

تتوفر الإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي وجهة نظر القيادات الإدارية.

الجدول (31) اختبار T للمقارنة بين إجابات أفراد العينة حول المتوسط العام

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد
الإمكانيات المادية	3.88	0.736	9.50	0.000	0.05

تبين من الجدول أن المتوسط الحسابي يساوي (3.88) حيث (الدرجة الكلية للمقياس من 5) وهو يزيد جوهرياً عن درجة الحياد وهي (3)، ونلاحظ من الجدول السابق ارتفاع قيمة T المحسوبة (8.14) وقيمة الدلالة المحسوبة المصاحبة لها (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبذلك نقبل الفرضية التي تنص على " تتوفر الإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي وجهة نظر القيادات الإدارية " من وجهة نظر أفراد العينة.

3.4 النتائج

1. أظهرت نتائج التحليل الوصفي لبيانات العينة أن:

أ- أظهرت نتائج المحور الأول الحياد من ناحية قياس تطبيق الجودة وأثرها على تحسين الخدمات الصحية

ب- أظهرت نتائج المحور الثاني الحياد من ناحية الإمكانيات المادية

ت- أظهرت نتائج المحور الثالث الموافقة من ناحية الإمكانيات المالية

ث- أظهرت نتائج المحور الرابع الحياد من ناحية الإمكانيات التقنية

ج- أظهرت نتائج المحور الخامس الحياد من ناحية الإمكانيات البشرية

2. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى ما يأتي:

أ- رفض الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على " توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين اجابات

المبحوثين تُعزى إلى متغير الجنس" من وجهة نظر أفراد العينة

ب- رفض الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين

إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير المؤهل التعليمي" من وجهة نظر أفراد العينة

ت- رفض الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات

المبحوثين تُعزى إلى متغير الوظيفة من وجهة نظر أفراد العينة

ث- رفض الفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين

إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير الخبرة الوظيفية" من وجهة نظر أفراد العينة

ج- رفض الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على " توجد فروق ذات علاقة إحصائية بين

إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير العمر" من وجهة نظر أفراد العينة

3. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية ما يأتي:

- أ- يتم تطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية"
- ب- تم قبول الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على " تتوفر الإمكانيات المادية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية"
- ت- تم قبول الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على " تتوفر الإمكانيات الإدارية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية "
- ث- تم قبول الفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على " تتوفر الإمكانيات التقنية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية ".
- ج- تم قبول الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على " تتوفر الإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية"

4.4 التوصيات

بناءً على نتائج الدراسة توصلنا إلى التوصيات الآتية:

1. توفير الإمكانيات الأساسية المختلفة (المادية - الإدارية - البشرية - التقنية) اللازمة لعملية تطبيق الجودة في الخدمات الصحية.
2. ضرورة توفير الدعم المالي اللازم لعملية تطبيق الجودة في الخدمات الصحية.
3. الاهتمام المستمر بالعناصر الطبية والطبية المساعدة لتحسين الخدمات الصحية بالمستشفيات.
4. التأكيد على أهمية تطبيق الجودة وخاصة في القطاع الصحي لما لهذا القطاع من خصوصية تميزه عن باقي القطاعات الأخرى.
5. ضرورة قياس مستويات رضا المرضى وضرورة الاهتمام بمفهوم الجودة ومحاولة العمل على توعية العاملين بالمستشفيات ونشر ثقافة الجودة

6. توفير العدد الكافي من العناصر الطبية والطبية المساعدة والاهتمام بالتدريب المستمر لتحسين

الخدمات الصحية بالمستشفيات

7. العمل على تحديث الأجهزة والمعدات الطبية بما يتلاءم مع التطور في تقديم الخدمات الص

5.4 المراجع

أولاً : المراجع العربية

- 1- القران الكريم
- 2- أبو النصر مدحت محمد،(2007) " إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات" الخدمة الاجتماعية والتعليمية والصحية" القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- 3- الطائي محمد أحمد،(2009) "ضمان الجودة وأثره في أداء كليات الاقتصاد والعلوم الإدارية" عمان : مكتبة المجتمع العربي.
- 4- الطائي يوسف، العجيلي محمد، الحكيم ليث،(2009) " نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية" عمان : دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- 5- الطائي رعد، قداة عيسي،(2008) " إدارة الجودة الشاملة " عمان : دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- 6- الحريري رافدة عمر،(2010) " القيادة وإدارة الجودة في التعليم العالي " عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 7- الداركة مأمون، والشبلي،طارق،(2002) " الجودة في المنظمات الحديثة " عمان : دار الصفاء للنشر.
- 8- الطاهر علاء فرج،(2007) " إدارة المواد والجودة الشاملة" عمان: دار الراية للنشر والتوزيع.
- 9- العالم فتحي أحمد،(2010) " نظام إدارة الجودة الشاملة والمواصفات العلمية" عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 10- الداركة مأمون،(2006) " إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء " الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

- 11- الوليد، بشار يزيد،(2009) " المفاهيم الإدارية الحديثة " عمان دار الـراية للنشر والتوزيع .
- 12- العزاوي محمد عبدالوهاب،(2002)" أنظمة إدارة الجودة الشاملة " عمان : دار وائل للنشر والتوزيع.
- 13- العتيبي، محسن بن نايف،(2007)" استراتيجية نظام الجودة في التعليم " الملك فهد أثناء النشر، السعودية.
- 14- المسعودي حيدر علي،(2010)" إدارة تكاليف الجودة استراتيجياً" عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 15- المحياوي، قاسم نايف،(2010)" إدارة الجودة في الخدمات" عمان : دار الشرق للنشر والتوزيع.
- 16- النجار، فريد راغب،(2009)" إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق" الإسكندرية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
- 17- الشافعي حسن أحمد،(2006) " معايير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الرياضية بالمجتمع العربي" الإسكندرية : دار الوفاء لـدنيا الطباعة والنشر .
- 18- النعيمي محمد، صويص راتب، صويص غالب،(2009)" إدارة الجودة المعاصرة مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات" عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 19- العلي عبدالستار،(2008)" تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة" عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 20- الصالح وليد يوسف،(2010)" إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية" عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

21- العزاوي محمد عبدالوهاب،(2005) "إدارة الجودة الشاملة "عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

22- الطائي حميد، العلق بشير،(2010) "إدارة عمليات الخدمة" عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

23- الطائي حميد، العلق بشير،(2009) "تسويق الخدمات" مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

24- البكري ثامر ياسر،(2005) "تسويق الخدمات الصحية" عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

25- البكري ثامر ياسر،(2005) "إدارة المستشفيات" عمان : دار اليازوري.

26- المنصوري، أبوبكر المبروك، وآخرون،(2007) "الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة الشاملة" بنغازي : دار الكتب الوطنية.

27- البلداوي، عبدالحميد عبدالمجيد، نديم وآخرون،(2007) "إدارة الجودة الشاملة والمعولية (الموثوقية) والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستخدامها "عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

28- بواعنة، عبد المهدي،(2000) "التسويق المفاهيم والأسس والمبادي" بنغازي : دار الكتب الوطنية.

29- بوكميش، العلي محمد الشريف،(2010) "إدارة الجودة الشاملة أيزو9000" عمان : دار الرأية للنشر.

30- بالمر إدريان،(2009) " مبادي تسويق الخدمات" ترجمة بهاء شاهين، علاء أحمد، دعاء شراقي، القاهرة، مجموعة النيل العربية.

31- توني نيوباوي،(2003) " التدريب على جودة الخدمة" ترجمة شويكار زكي ، القاهرة مجموعة النيل العربية.

32- جودة محفوظ أحمد،(2004)"إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات" عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

33- حمود خضير، الشيخ روان،(2009)" إدارة الجودة في المنظمات المتميزة" عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

34- خضير، حمود كاظم،(2002) " إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء" عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع

35- دودين أحمد يوسف،(2014)،" إدارة الجودة الشاملة" عمان : الأكاديميون للنشر والتوزيع.

36- زهران مضر،(2007)،" إدارة المستشفيات والرعاية الصحية" عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

37- سعيد خالد،(1997)،" إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض جامعة الملك سعود.

38- علوان قاسم نايف،(2005)،"دارة الجودة في الشاملة ومتطلبات الأيزو2000،9001" عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع .

39- عقيلي، عمر وصفي،(2000)،" مدخل المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة " عمان : دار وائل للنشر والتوزيع.

40- غنيم أحمد محمد،(2006)،" إدارة المستشفيات رؤية معاصرة" المنصورة، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

41- نصيرات، فريد توفيق،(2008)،" إدارة منظمات الرعاية الصحية" عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

42- نجم عبود نجم،(2010)، "إدارة الجودة الشاملة في عصر الإنترنت " عمان : دار الصفا للنشر والتوزيع.

43- نياز، عبدالعزيز بن حبيب الله،(2004) " جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة-الرياض-السعودية.
ثانياً: الرسائل العلمية

1-الصادق عبد الفتاح عامر،2008" أهمية إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات

الصحية" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة شعبه الإدارة والتنظيم، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس.

2- السلايمة، نضال حلمي،2007" إمكانية استخدام سيجما ستة لتحسين الأداء الصحي في

المركز العربي الطبي " رسالة ماجستير مقدمة في كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية.

3-اللافي عامر محمد،2007" إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في ضوء الثقافة

التنظيمية للجامعات الليبية" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم إدارة الأعمال، أكاديمية الدراسات العليا.

4-الكاديكي خليل،2013" تطوير جودة الخدمة في المستشفيات باستخدام أسلوب 6 سيجما"

رسالة ماجستير مقدمة في قسم هندسة صناعية تخصص الإدارة الهندسية.

5-الكحلوت، سعد،2004،"العوامل المؤثرة علي استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في

مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة" أطروحة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.

6- اليسير علي عمر، 2006" التدريب وأثره علي تحقيق التميز في أداء الخدمة " رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة والتنظيم، أكاديمية الدراسات العليا.

7- العزابي إيمان عياد، 2003" كفاءة الأداء في المؤسسات الصحية" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة الإدارة والتنظيم، شعبة إدارة الأعمال بأكاديمية الدراسات العليا.

8- جوادة سمر خليل، 2011" مدى توفر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا" رسالة ماجستير مقدمة في قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية غزة.

9- حسن صالح عبدالقادر، 2012" الأساليب السلوكية في القيادة الإدارية وعلاقتها بتنمية الخدمات الصحية" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة، شعبة إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات، جامعة سبها.

10- خليفة راضية المقطوف، 2009" هجرة الأطباء الليبيين وعلاقتها بقصور الخدمات الطبية بمستشفيات الجماهيرية" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية ، قسم الإدارة والتنظيم، أكاديمية الدراسات العليا ليبيا.

11- خبيزة حاتم عبدالقادر، 2012" السمات الشخصية المميزة لمدراء المؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية " رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة والتنظيم، شعبة إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات الأكاديمية الليبية.

- 12- درهوب عبدالهادي محمد، 2008، " علاقة النمط القيادي بمستوي الخدمات المقدمة في المستشفيات العامة" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة، شعبة الإدارة والتنظيم، أكاديمية الدراسات العليا، طرابلس.
- 13- عبد الكريم إبراهيم الثويني، 2006، " أثر الثقافة التنظيمية على تطوير الموارد البشرية بالتطبيق على المؤسسات العامة " رسالة ماجستير مقدمة في كلية الاقتصاد والتجارة، جامعة الملك عبد العزيز .
- 14- عبدالعال، عبدالعزيز، عبدالعال زكي،، 2010" إدارة الجودة ودورها في بناء الشركات " أطروحة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراة في إدارة الأعمال في الجامعة الافتراضية الدولية بالمملكة المتحدة، قسم التعليم عن بعد.
- 15- فله العيهار، 2005، "دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة" رسالة ماجستير مقدمة في قسم علوم التسيير، فرع إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة الجزائر، 2005.
- 16- مداح لخضر، 2008" تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء مؤسسات التعليم العالي، دراسة حالة المركز الجامعي بالمدينة، تخصص إدارة الأعمال والتسويق، الجزائر: جامعة المدينة.
- 17- موسي عبدالمجيد مسعود، 2007" إدارة الجودة الشاملة وأثرها علي جودة الأداء الخدمي" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم إدارة الأعمال، أكاديمية الدراسات العليا.
- 18- هويدي رضاء محمد، 2006، "قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم إدارة الأعمال، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس.

ثالثاً: المجالات العلمية

1- إبراهيم إبراهيم حسن، 1993. الرقابة الإحصائية على الجودة وفلسفة ديمينج في الإدارة،

مجلة التعاون الصناعي، عدد أكتوبر ص 20، ص 45.

2- زياب، صلاح محمود، 2012. قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات

الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين "مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات

الاقتصادية والإدارية، المجلد عشرون، العدد الأول ص 69، ص 104.

3- عبداللطيف مصلح محمد، 2013 "دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم

والتكنولوجيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه" المجلة العربية لضمان جودة التعليم

الجامعي العدد 11.

رابعاً: الكتب الإنجليزية

1- Costin , H.A. (1994), Reading In Total Quality Management , The Dryden Press , NewYork.

2- Donabedian ,A (1988),*The Quality Of Car How Can It Be Assessed* ,
Jornal Of The American Medical Association, Vol 4, pp. 24-28

3- Juran ,J.O .(1989), Juran On Leadefship For Quality And Executive Handbook,The Free Press, New York.

4- Jablonski,J (1991). *Implemening Total Quality*

Managment: An Overview, San Diego :Pfeiffer and Company

5- Maxwell, J. And Temin,P.(2003), *Corporate Management Of Quality Employee Health Plans , Health Care Management Review , VOL 28 Issue 1 pp 28-29.*

6- Teboul,j (1991).Managing Quality Dynamics, Ltd., London :
prentice Hall International UK.

*7-Tenner, A and Detoro, I (1992),Total Quality Management: Three Steps
To Continuous Improvement , Addison-Wesly Publishing Company Inc.*