جامعة قاصدي مرباح – ورقلة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

رقم الترتيب:...
رقم التسلسل:...

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير
تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة

بعنوان:

إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر
دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة

إعداد الطالب: محمد الهلة

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ: 29 / 06 /2017

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

أعضاء اللجنة	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د/ محمد حمزة بن قرينة	أستاذ	جامعة ورقلة	رئيساً
أ.د/ أحمد بن عيشاوي	أستاذ	جامعة ورقلة	مشرفاً ومقرراً
أ.د/ أعمر عزاوي	أستاذ	جامعة ورقلة	مساعد مشرف
أ.د/ مريزق عدمان	أستاذ	المدرسة العليا للتجارة الجزائر	مناقشاً
أ.د/ حسين رحيم	أستاذ	جامعة برج بوعريريج	مناقشاً
د/ قويدر عياش	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الأغواط	مناقشاً
د/ الحاج عرابة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	مناقشاً

السنة الجامعية:2017/2016

- توطئة:

إن التحدي الذي تعاني منه الدول اليوم، وخاصة تلك السائرة في طريق النمو يتمثل في البحث عن الطريقة المثلى التي يتم عن طريقها إحداث التنمية الشاملة، وفق معدلات نمو مناسبة وذلك من خلال مواكبة التجديد المستمر في أساليب وأنظمة تسيير مواردها المالية والبشرية، لمواجهة تحديات العولمة الاقتصادية – سواء أتعلق الأمر بتداخل الأسواق أم اشتداد المنافسة، خصوصا وأن المؤسسات في الوقت الحالي أصبحت مجبرة على إحداث تغييرات شاملة وجذرية بغية التأقلم مع المحيط الذي تنشط فيه، ولن يتحقق لها ذلك إلا من خلال إدخال وتبني مفاهيم جديدة كمفهوم الجودة – الذي يعد من المفاهيم المعاصرة التي تساعد المؤسسة الاقتصادية والخدمية ومنها المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة على تحسين وتطوير منتجاتها وخدماتها، وتمكينها من الاستمرارية والبقاء في عالم سريع التغير.

إن الهدف الأساس لنظام الجودة يتمثل في أن النجاعة الاقتصادية للمؤسسة تعتمد على قدراتها في تلبية حاجات السوق، ويعد الزبون الأساس الذي يجب العمل على إرضائه وتلبية حاجاته التي تكون محور كافة القرارات المتخذة؛ وهذا ما يتطلب من المؤسسة بصفة عامة والاستشفائية بصفة خاصة السعي للتعرف على حاجات ورغبات الزبائن الداخليين(الموظفين) والخارجيين (المرضى ومرافقيهم) وعاداتهم ودوافعهم الشرائية، باعتبار أن لكل واحد منهم خصوصيات في هذا المجال، كما أن تطور مفهوم الجودة ودور الدولة في عصرنا الحالي بالنظر لزيادة مسؤولياتها اتجاه أفراد المجتمع ككل، الأمر الذي تطلب زيادة الاهتمام بقطاع الخدمات بمختلف أنشطته بغية توفير الاحتياجات الاجتماعية للمواطنين؛ فالخدمات الصحية تعد من أهم العوامل التي تسهم في تحقيق التنمية، وتعد أحد مؤشراتها باعتبارها مفتاحا لزيادة الإنتاج والإنتاجية، إذ إنه من غير الممكن تصور وجود تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي يمثل النواة الرئيسة للتنمية وهدفها؛ لأن الإنسان السليم صحيا هو القادر على بناء تنمية صحية ومستدامة.

إن النظام الصحي العام والخاص في الجزائر، وخاصة بعد اعتماد الطب المجاني تطور على أساس مبادئ ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، خصوصا في ظل وجود قوانين ومراسيم حددت الإطار القانوني لإنشاء وتنظيم وتسيير وتمويل الهياكل الصحية منذ الاستقلال حتى الآن، أما من ناحية تسيير الموارد البشرية فقد عرف النظام الصحي في الجزائر تطورات كبيرة، إذ عرف التكوين الطبي وشبه الطبي قفزة نوعية في هذا المجال إضافة إلى مضاعفة النفقات الوطنية للصحة وإنشاء العديد من الهياكل الصحية والمخابر ومدارس وملحقات التكوين وغيرها...الخ، وهذا ما يتطلب من السلطات العمومية وضع الآليات التسييرية التي تستطيع من خلالها إيصال العلاج لجميع المواطنين ومن ثم التحكم في تكلفة التكوين والعلاج معا.

وباعتبار قطاع الصحة يعد من بين القطاعات ذات الأولوية بالنظر لمكانته في أوساط المجتمع والذي يحتاج إلى أموال باهظة ينبغي ألا تقتصر على الدولة لكونها أصبحت غير قادرة من خلال المؤسسات

الاستشفائية على إيصال العلاج لكل المواطنين وبصورة عادلة.

وإذا كانت إدارة المؤسسة الإستشفائية تقوم باتخاذ العديد من القرارات التي تدخل في إطار إستراتيجيتها العامة، فإن نظام إدارة الجودة ينبغي أن يعد الركيزة الأساسية لكل القرارات المتخذة، وعلى هذا الأساس نصيغ الإشكالية التالية:

- أولاً: طرح إشكالية البحث:

الإشكال الأساس الذي يتمحور حوله موضوع دراستنا يتمثل في الآتي:

ما إمكانية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر؟

- الأسئلة الفرعية:

من أجل الإجابة على هذه الإشكالية يمكن طرح التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي الأسس الفكرية والتطبيقية التي يرتكز عليها مفهوم إدارة الجودة الشاملة؟ وما أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية ؟
- ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجزائرية عينة الدراسة؟
- هل يختلف مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة عن مستوى الخدمات الصحية في العيادات الخاصة في الجزائر؟
- هل يمكن أن يسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية لتستجيب لحاجات المجتمع؟

- ثانياً: فرضيات البحث:

للإجابة عن التساؤلات السابقة تمّ اعتماد الفرضيات التالية:

- الفرضية العامة:

إن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة الاستشفائية من شأنه أن يؤثر إيجابا على جودة الخدمة الصحية المدركة بها.

- الفرضيات الفرعية:

- تتوافر بالمؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة قيد الدراسة في الجزائر على المتطلبات الأساسية لإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وفق أراء المبحوثين من الموظفين.
- إن رضا الموظفين عن الأعمال التي يقومون بها داخل المستشفى من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية المقدمة ويزيد من ولائهم له.
- تختلف المعايير التي يعتمد عليها المرضى في أهميتها النسبية عند تقييمهم لجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة في الجزائر.
- تختلف درجات الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة الصحية لدى المبحوثين من مرضى المؤسسات

الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر.

– توجد علاقة تأثير ايجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة يتم بناءاً عنها تحقيق ولاء المرضى للمؤسسة الاستشفائية.

– ثالثا: مبررات اختيار موضوع البحث:

لقد جاء موضوع بحثنا هذا انطلاقا من المبررات التالية:

أ– المبررات الموضوعية :

– معظم المؤسسات الجزائرية ما زالت تطبق أساليب تسيير تقليدية باعتبارها كنتاج لمخلفات مرحلة الاقتصاد المخطط، ومرحلة التحول للاقتصاد الحر تتطلب ضرورة تبني أنماط تسييرية حديثة ومنها نظام TQM كأداة ناجحة لتطوير المعلومات السليمة بغية اتخاذ القرارات التسيرية بصورة رشيدة؛

– تعد الجودة من المقاييس التي تجعل المؤسسة قابلة لخوض غمار المنافسة، إذ هي إحدى متطلبات الدخول للأسواق العالمية، ولذلك تسعى المؤسسة لاكتسابها وتطبيق مفاهيمها في الميدان.

– تنامي الاهتمام بمفهوم الخدمات ومنها الصحية في ظل الكتابات التسويقية المعاصرة، بالنظر لمكانتها ودورها في تمكين المؤسسات الاقتصادية من تحقيق التميز التنافسي في ظل اقتصاد الجودة والمعرفة؛

– ضعف الاهتمام بالموارد البشرية في المؤسسات الجزائرية عموما والصحية على وجه الخصوص من خلال عدم تلبية طلباتهم المتكررة، الأمر الذي أنجر عنه تدني وانخفاض جودة الخدمات الصحية؛

– زيادة الاهتمام بموضوع الجودة في الخدمات الصحية بالنظر لأهمية الدور الذي يؤديه في تطوير الخدمات المقدمة في المستشفيات؛

– اعتباره الجودة موضوع يشغل اهتمام كل من الأفراد والجمعيات والمؤسسات والدول، ودليل ذلك انعقاد العديد من المؤتمرات والندوات بشكل دوري على المستوى المحلي والدولي.

ب – المبررات الذاتية:

– حداثة نظام الجودة وعلاقته بالتخصص.

– أن نظام إدارة الجودة الشاملة هو وسيلة لتحقيق الأداء المتميز للمؤسسة، وقد أثبت نجاعته في كثير من الدول (مثلا: اليابان، الولايات المتحدة الأمريكية ...الخ).

– قلة الاهتمام بموضوع الجودة من قبل المؤسسات الجزائرية.

– الميول الشخصي لمعالجة مثل هذا النوع من المواضيع، خصوصا وأن هذاالموضوع يتماشى والأوضاع الراهنة، وبالأخص في ظل تحول الجزائر إلى نظام السوق الحر.

– رابعا:أهداف الدراسة وأهميتها:

أ– أهداف الدراسة:

يهدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الآتي:

– توضيح الأصول الحقيقية للجودة الشاملة ومراحل تطبيقها في المؤسسات الصحية، والمعايير

المستخدمة في تقييم أدائها كما وردت من خلال أراء ومؤلفات الكتاب والمتخصصين؛

– إبراز أهمية ودور قطاع الخدمات الصحية باعتباره القلب النابض والمحرك الأساسي لكل اقتصاد مهما كان توجهه وحجمه؛

– السعي لإيضاح كيفية إدماج مبادئ وأساليب TQM داخل المؤسسة الصحية كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية، والسعي للسيطرة على تلك الزيادة المضطردة في تكاليفها بشكل يضمن حصول المريض على قيمة تتناسب والمبالغ التي يدفعها ثمنا لهذه الخدمة؛

– السعي للكشف عن مختلف الصعوبات التي تواجه الموظفين في تطبيق منهج TQM بغية تذليلها وتقليص حجم أثارها السلبية بما يحقق المنفعة المتبادلة لإدارة المستشفى والمريض؛

– التعرف على مدى اهتمام إدارة المستشفى بموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، ومن ثم تشخيص أهم الشروط الواجب توفيرها في الخدمات الصحية لضمان جودة خدمات ذات مستوى عال تحقق أعلى درجات الرضا للمستفيدين منها(المرضى)؛

– محاولة التعرف على واقع تطبيق أسلوب TQM في إدارة وتنظيم النشاط الصحي من وجهة نظر الزبائن الداخليين (الموظفين) والخارجيين (المرضى) بالمستشفيات عينة الدراسة في الجزائر؛

– السعي للكشف عن الأساليب الملائمة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في بعض المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر التي تسعى لتطبيق أسلوب الجودة الشاملة؛

– لفت انتباه المسؤولين عن إدارة القطاع الصحي في الجزائر إلى الدور الذي يؤديه تطبيق نظم وبرامج الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية والرقي بجودة خدمتها؛

– تقليص حجم الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى الخدمة الأفضل؛

– السعي لإيضاح كيفية إدماج مبادئ وأساليب نظام إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة الاقتصادية بما يحقق الأهداف المرغوبة من استخدامه؛

– محاولة إيجاد صلة وثيقة بين أثر تبني تقنية الجودة وحسن تطبيقها في بناء وتعزيز الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية بما يؤدي إلى تحقيق الأداء المميز كهدف يضمن البقاء والنمو.

ب– أهمية الدراسة:

تنبع أهمية البحث من أهمية الجودة في الخدمة الصحية، والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال المؤشرات التالية:

– تعد الخدمات الصحية من أهم الخدمات التي يجب على الدولة الالتزام بتوفيرها لطالبيها من أفراد المجتمع باعتبارها من الاحتياجات الأساسية لأي إنسان، وأن توفيرها بجودة عالية يعد من الأولويات لارتباطها بحياة الإنسان وصحته؛

– أهمية القطاع الصحي باعتباره قطاعًا خدماتيًا مؤثرًا في اقتصاديات الدول، وبالتالي يجب على الدول ومنها الجزائر أن تشجع القائمين على هذا القطاع وتنميه وتكرس فكرة الجودة نظراً لما يتوخى من تطبيقها

في القطاع من إيجابيات؛

– اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المحقق لدى المستفيد من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة، إذ ارتبطت الخدمة إلى حد كبير بالجودة حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من هذه المقاييس؛

– تأشير مستوى الجودة من خلال أبعاد رئيسة تم الاعتماد عليها كأساس في القياس وهي (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف)، لأن الجودة في الخدمات الصحية لم تعد خاضعة للاعتمادات أو الاجتهادات الشخصية البحتة؛

– الإسهام في الدراسات التي تناولت مقياس (servqual) لقياس جودة الخدمات الصحية، وإمكانية التعرف على الخدمات الصحية الأكثر أهمية وقبولاً؛

– تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء باعتبار أن الجودة في الخدمات الصحية لا تعبر عن حالة السكون لما يقدم للمستفيد كونها تخضع للتطور المستمر عبر إدارة متخصصة؛

– توفير الجودة وتحديد إمكانية تطبيقها يعد من المحكمات الرئيسة، التي من خلالها تتعرف المؤسسات الصحية والإدارات المختلفة على أدائها الحقيقي؛

– تسليط الضوء على مكامن الخلل في التنظيمات الإدارية المستخدمة، وتسهم في إيجاد الحلول لها أثناء تنفيذ البرنامج وليس بعد الانتهاء منها؛

– توجه نظرة المسؤولين في وزارة الصحة في الجزائر بهذا الموضوع الذي قد يسهم في حل كثير من المشكلات التي تعاني منها الإدارات في المستشفيات العامة والخاصة.

ـ خامسًا: حدود الدراسة:

تجرى الدراسة الحالية في إطار حدود تتعلق بمعطيات الدراسة، وأخرى بالإطار الزمني والمكاني للدراسة، وهو ما يتم تناوله فيما يلي:

أ– الحدود المكانية: تمثلت في عدة مؤسسات استشفائية متواجدة عبر التراب الوطني الجزائري، والتي تمثلت في المؤسسات الإستشفائية العمومية والعيادات الخاصة، والتي تنشط في الميدان الصحي، والتي تسهم بشكل فعال في تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من المرضى.

ب– الحدود الزمنية: تمت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من: 2014/11/20 إلى غاية: 2015/03/20 بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة في الجزائر.

جـ– الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على الزبائن الداخليين والخارجيين للمؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر؛ حيث إن:

1– الزبائن الداخليين: هم المديرون، والأطباء، والممرضون، والإداريون.

2– الزبائن الخارجيين: هم المرضى.

د– حدود تتعلق بأداة الدراسة: تتحدد الدراسة بمدى صدق وثبات أداة الدراسة، والمجالات التي تغطيها.

– سادسا: المنهج المستخدم في البحث:

في إطار القيام بتحليل ومعالجة الإشكالية الرئيسية للبحث والإلمام بمختلف حيثياتها سواء تعلق بالجانب النظري أو التطبيقي فقد اعتمدت طريقة البحث على الأسلوبين التاليين:

1 – المنهج الوصفي: تم اعتماد هذا المنهج في الجانب النظري للبحث بغية جمع البيانات والمعلومات من الكتب والمراجع والدراسات المتصلة بالبحث، بهدف تحليل واستنباط المفاهيم والأسس النظرية للدراسة، التي تتعلق بأهمية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية، وأهمية الخدمات عامة والصحية خاصة وجودتها والعوامل المؤثرة في مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها، وعلاقة كل منها بالأخرى وصولا إلى تحديد مفهوم نظام الجودة الشاملة داخل المستشفى، ومفهوم وخصائص المستشفيات التي تشكل الحقل الأساسي لهذه الدراسة.

2 – المنهج التحليلي: تم الاعتماد في دراسة الحالة التطبيقية على المنهج المقارن بين عينة من المؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، باستخدام أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة والاستبيان، بهدف التعرف على واقع الجودة في الخدمات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة، والمقارنة بين النتائج والآثار التي تسببها الظاهرة المدروسة على أداء الزبائن الداخليين(الموظفين) والمتعاملين معها من الزبائن الخارجيين(المرضى وذويهم)، قصد قياس رضا الموظفين على الأعمال التي يقدمونها بالمستشفيات عينة الدراسة، وما يقابلها من رضا المرضى على الخدمات الصحية المدركة ليتحول في نهاية المطاف لولاء للمستشفى، وبغية استخراج أوجه التشابه والاختلاف بين النوعين من المستشفيات، والوقوف على أهم العراقيل التي تحول دون تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بها، سعيا لتقديم التوصيات المناسبة التي تمكن المستشفيات المعنية من تحقيق التميز في جودة الخدمات التي تقدمها لطالبيها من الزبائن خاصة المرضى منهم.

– سابعا: أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث في جمع البيانات على الأدوات التالية:

أ– المسح المكتبي: من خلال الاعتماد على عدة مراجع باللغة العربية والأجنبية تتمثل في الكتب والمجلات المتخصصة، رسائل الماجستير والدكتوراه، الملتقيات العلمية والانترنت بغية الإحاطة بالجوانب النظرية والمعرفية لإشكالية الدراسة.

ب– المقابلة الشخصية: مع المديرين بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة.

جـ– الاستبيان: يعد كأحد المصادر الأساسية لجمع البيانات، والذي وجه لكل من الموظفين والمرضى.

د– الأدوات الإحصائية: تم في هذا المجال الاستعانة بالبرمجيات في الميدان لتحليل الإجابات الواردة في الاستقصاء من خلال برنامج spss.

– ثامنا: الدراسات السابقة:

قام الباحث بالاطلاع على عدة أدبيات ودراسات سابقة ناقشت موضوع الدراسة الحالية ليس كما هو

حاليا ولكن في جوانب ذات علاقة بالموضوع، وقد سعت هذه الدراسة إلى مراجعة أبرز الدراسات السابقة للتعرف على مجمل ما توصل إليه الباحثون في مجال دراسة وتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، لأن عملية التطبيق تحتاج لمعرفة مسبقة حول واقع تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات عموما وفي المستشفيات على وجه الخصوص، ومعرفة محددات الجودة من منظور العاملين والقائمين على هذه الخدمات بهدف الاستفادة منها في تحديد الإطار المنهجي لهذه الدراسة، كما أن الدراسات السابقة تعد منظاراً يتم من خلاله رؤية موضوع الدراسة بصورة واضحة وسهلت الإطلاع عليه وفهمه من ناحيته التطبيقية بصفة كبيرة، ولعل أهم وأقرب هذه الأدبيات من موضوعنا الحالي، التي توصلنا إليها في حدود إمكانياتنا، والتي نوردها وفقا للترتيب التالي:

I – الدراسات المحلية (المستوى الوطني).

II – الدراسات العربية.

III– الدراسات الأجنبية.

I – الدراسات المحلية (المستوى الوطني):

للتعرف على الجوانب النظرية والتطبيقية في مجال TQM في المؤسسات الإنتاجية والخدمية بصفة خاصة وما تناولته بعض الدراسات التي تمت على المستوى الوطني وتطرقت إلى هذه الجوانب نعرضها كما يلي بالتفصيل:

1 – دراسة (بتيت أحمد:2005/2004):دراسة بعنوان:"**دور الجودة في ضمان وتنمية الميزة التنافسية للمؤسسة**"، مذكرة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، تناولت هذه الدراسة الإشكالية التالية: **هل بإمكان جودة المنتج ضمان ميزة تنافسية دائمة للمؤسسة تمكنها من كسب مركز تنافسي في بيئة تمتاز بالمزاحمة ؟**

وقد توصل الباحث إلى نتائج عديدة منها: الجودة متغير استراتيجي ومورد مهم لتخفيض التكاليف، ورفع الإنتاجية، كسب رضا وولاء الزبائن، تحسين صورة المؤسسة، ورفع الحصص السوقية والأرباح، وأن لعملية تطبيق TQM أثراَ ايجابياَ على أداء المنظمات الصناعية العاملة في المدن المؤهلة.

2 – دراسة (العيهاري فلة:2005):دراسة بعنوان:"**دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية**"، مذكرة ماجستير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بالخروبة، جامعة الجزائر، تناولت الدراسة الإشكالية التالية: **ما هو دور الجودة في بناء وتحقيق ميزة تنافسية للمؤسسة ؟**

ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الجودة مسؤولية جميع أفراد المؤسسة، ويؤثر مستواها بالنسبة للمنتجات والخدمات على سمعة المؤسسة، ومن ثم درجة ثقة عملائها.

3– دراسة (أحمد بن عيشاوي:2008/2007): الدراسة بعنوان:"**إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية في الجزائر**"، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، (غير منشورة)، تناولت هذه الدراسة الموضوع بالإشكالية

التالية: **كيفية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة؟ وتحديد الشروط الكفيلة بتحقيقه على مستوى المؤسسات الفندقية في الجزائر من خلال عينة من المؤسسات الفندقية ذات خمسة نجوم في الجزائر؟،** وقد توصلت هذه الدراسة إلى اقتراح نموذج لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية الجزائرية تمثلت عناصره أساسا في كيفية التحكم في تطبيقات ومهارات التسيير، ووضع إستراتيجية مناسبة للجودة وتنفيذها وفق إجراءات مدروسة ومحكمة، وتختلف دراستنا عنها من حيث بيئة الدراسة، وتركيزنا على الخدمات الصحية بدلا من الخدمات الفندقية.

4 – دراسة (عدمان مريزق:2008):دراسة بعنوان: "**واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية:دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**"، تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة الجزائر، ومن بين النتائج التي توصل إليها الباحث نذكر ما يلي:

– تختلف النظرة إلى جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي؛ حيث يختلف مفهومها حسب المنظور الطبي والإداري، وأيضا حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة.

– تقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسة هي: تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج، تكاليف التقويم وتكاليف الفشل أو الأعمال الخاطئة والمعيبة.

– يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي اهتمت بها العديد من الدول، وذلك بتبني سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي.

5– دراسة (حامد نور الدين/العابد محمد:2012): هذه الدراسة عبارة عن مقال بعنوان: "**أهمية تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**"، مجلة رؤى اقتصادية، العدد الثالث بجامعة الوادي، الجزائر، ص ص66 – 84، تناول من خلالها الباحثان الموضوع بالإشكالية التالية: **ما مدى أهمية تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية؟**

ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة نذكر الآتي:

– يعد التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية هو الغرض الرئيس لمنهج إدارة الجودة الشاملة، والأثر الذي ينبغي أن يحدثه تطبيق هذا المنهج في المؤسسات الصحية.

– أن تطبيق منهج TQM في المؤسسات الصحية من شأنه أن يحقق العديد من المزايا ومن أهمها:تبسيط وتحسين الإجراءات، تحقيق كفاءة التشغيل، تحقيق الرضا المتزايد للعملاء، تحسين معنويات العاملين، تحسين الأداء، تخفيض التكاليف، مستويات إنتاجية أحسن، تخفيض شكاوى العملاء...الخ.

II – الدراسات العربية:

يتم التطرق فيما يلي لبعض الدراسات السابقة التي تمت على المستوى العربي وتناولت ظاهرتي تطبيق الجودة الشاملة والخدمات بما فيها الخدمات الصحية التي كانت مجالات للدراسة وحقلا للبحث:

1 – دراسة (الخولي والبوريني:1993): هذه الدراسة عبارة عن بحث مقدم في المؤتمر السادس للتدريب والتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، ص ص19 – 21، بعنوان:**"تقييم انخفاض مستوى إدارة الجودة الكلية للخدمات عن المستوى العالمي مع التطبيق على قطاع المستشفيات في القاهرة الكبرى"**، وقد تناولت الدراسة: انخفاض الاهتمام بالجودة الشاملة في القطاع الصحي في مصر قياسا بالمستوى العالمي، وهدفت الدراسة إلى تحديد مجالات العمل التي تعاني من انخفاض الجودة، وقد توصلت إلى أن جودة الخدمة الصحية في القطاع العام لا تزيد عن 41.4%، بينما بلغت نسبتها 68.3% في مستشفيات القطاع الخاص مقارنة بالمستوى العالمي، والسبب في ذلك يعود إلى: ضعف الرقابة، والخلل في السلطات الإدارية، وضعف تراكم الخبرة الطبية في المستشفيات.

2 – دراسة (مسعود عبد الله بدري:1994):الدراسة عبارة عن بحث بعنوان: **"العوامل الرئيسية في إدارة الجودة الشاملة في منشآت دولة الإمارات"**، المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، المجلد: 01، عدد:02، تناولت هذه الدراسة العوامل الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة بمنشآت دولة الإمارات العربية المتحدة، بهدف استكشاف المدى الذي وصلت إليه ممارسات الجودة الشاملة في المنشآت الإماراتية، لذلك استندت إلى التصميم المسحي، والاستبيان في جمع المعلومات، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة الآتي:

– أن منظمات القطاع الصناعي أكثر ممارسة لإدارة الجودة الشاملة من منظمات الخدمة، والسبب في ذلك يعود إلى: قلة مبالاة الإدارة العليا بالمفهوم، وتجسدت قلة المبالاة في منظمات الخدمة أكثر منها في المنظمات الصناعية، وأن هناك انخفاضا في درجة الاهتمام بالزبون وفي فعالية العلاقات العمالية وضعف التغذية العكسية.

3 – دراسة (ياسر منصور المنصور:1997):الدراسة موسومة بعنوان:**"إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني: دراسة ميدانية مقارنة بين القطاع العام والخاص"**، تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، العراق، قارنت هذه الدراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص في دولة الأردن، وبالتحديد معرفة مدى تطبيق كل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة في كل من مستشفى البشير مثالاً للقطاع العام، والمستشفى الإسلامي مثالاً للقطاع الخاص، وقد توصلت هذه الدراسة من خلال عملية المقارنة إلى وجود تفوق للقطاع الخاص على القطاع العام في تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة.

4 – دراسة (محمد الطعامنة:1998):الدراسة عبارة عن بحث غير منشور بجامعة اليرموك، قسم الإدارة العامة، بعنوان: **"إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي...حالة وزارة الصحة"**، تناولت هذه الدراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة من القطاع الحكومي في دولة الأردن بهدف التعرف على اتجاهات شاغلي الوظائف الإشرافية في وزارة الصحة الأردنية حول مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

– وجود وعي نحو مفهوم الجودة الشاملة.

– وجود مساندة من الإدارة العليا لتطبيق TQM، وبالتالي تكوين فرق العمل واحتراماً للعاملين.

5– دراسة (الحيدري:2001): دراسة بعنوان: "**تقويم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية لآراء واتجاهات المرضى الراقدين في المستشفى الكندي التعليمي في بغداد**"، هدفت هذه الدراسة إلى قياس رضا المرضى الراقدين، وتحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية عن تحقيقه، وأثر العوامل الديمغرافية في تباين مستوياته عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود اتجاه إيجابي في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى الراقدين عن كفاية إدارة المستشفى ومستوى الأسعار والأجور ونظافة المستشفى، ومرافقها وإجراءات تنظيم زيارة عوائلهم، وسرعة إجراءات الاستقبال، وتلقي العلاج وكفاءة خبرة الطبيب المعالج والعاملين وحسب معاملتهم وتمتعهم بالراحة والهدوء.

6 – دراسة (النعيمي:2002): هذه الدراسة بعنوان:"**مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرفة التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت**"، هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة للمرضى في غرفة التنويم.

تكونت عينة الدراسة من أربعمائة مريض ومريضة تمت مقارنة مائتين منهم في خمسة مستشفيات عامة والمائتان الأخريان في أربعة مستشفيات خاصة.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات المرضى عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة والخاصة؛ حيث كانت نسبة الراضين عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة 91.8% أكبر من نسبة الراضين عن جودة الخدمة في المستشفيات العامة 3.80%، كما وجدت الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضا عن أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضات، الخدمة المعاونة) بين المستشفيات الخاصة.

7– دراسة (بدران بن عبد الرحمن العمر:2002): دراسة بعنوان: "**مدى تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض: من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض**"، معهد الإدارة العامة، المجلد: 42، العدد: 02، ص ص307 – 352، هدفت الدراسة إلى التعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في مستشفيات مدينة الرياض، وتحديد مدى تطبيقها، وكذلك التعرف على المبادئ المؤثرة في مدى تطبيقها، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

– أن المستشفيات المدروسة تطبق أربعة مبادئ فقط تتمثل في: مبدأ التحسين المستمر، مبدأ المعلومات واتخاذ القرارات، مبدأ دعم الإدارة العليا، مبدأ التركيز على العميل.

– أن مدى تطبيق TQM مرتبط بشكل جوهري في المقام الأول بتطبيق مبدأ التحسين المستمر، ثم مبدأ اتخاذ القرار بناءاً على الحقائق فمبدأ التركيز على العميل.

وقد أوصت الدراسة بضرورة الأخذ بما يلي:

– نشر ثقافة الجودة الشاملة بين جميع موظفي المستشفيات، من خلال إنشاء إدارة مختصة بإدارة الجودة

والتحسين المستمر، وتزويد الإدارة التي تم إنشاؤها بالكفاءات والخبرات اللازمة، ومنحها المسؤوليات والصلاحيات المطلوبة.

– قيام إدارات المستشفيات المدروسة بتطبيق مبادئ TQM بصورة أكبر من المستوى السابق.

8 – دراسة (محمد بن عبد العزيز العميرة:2003): دراسة بعنوان: "**علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض**"، قدمت هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الإدارية إلى قسم العلوم الأمنية، وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها:

– أغلب الموظفين في المركز محل الدراسة يطبقون TQM، وهم ملتزمون بها التزاما شخصيا.

– أغلب الموظفين يرون أن هناك فوائد من تطبيق الجودة الشاملة في المركز وقد أقر بذلك من يطبق الجودة أو لا يطبقها.

– يوجد دعم من قبل الإدارة العليا لبرنامج الجودة، وأن لديهم إلماماً كاملاً بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.

– توجد علاقة طردية بين الجودة الشاملة والأداء التنظيمي؛ أي أنه كلما زاد تطبيق إدارة الجودة الشاملة زاد أداء الموظف بالمركز محل الدراسة.

9–دراسة(الحوري:2008):دراسة بعنوان:"**تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية:دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة**"، هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا المرضى، التزام ودعم الإدارة العليا، والتحسين المستمر بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم. كما هدفت إلى بيان مدة وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، إضافة إلى بيان العلاقة بين المتغيرات الشخصية(الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي).

ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

– أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وتعود أساسا لبعض المتغيرات الديمغرافية؛ كالخبرة والمستوى التعليمي.

– وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين العوامل الشخصية وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة.

10– دراسة(الهويدي:2009): دراسة بعنوان: "**قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة: دراسة تطبيقية بمستشفيات شعبية الزاوية**"، هدفت هذه الدراسة إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة بالتطبيق على مستشفيات الزاوية في مدينة طرابلس بدولة ليبيا، تكونت عينة الدراسة من مائة وأربعين مريضاً، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أبرزها:

– وجود تدني في مستوى خدمات الاعتمادية من حيث تقديم الخدمة في الوقت الذي يطلبها المريض وبالشكل الصحيح من المرة الأولى.

– وجود تدني في مستوى جودة خدمة الاستجابة المقدمة من حيث سرعة تلبية احتياجات المرضى، وانخفاض جودة خدمات الأمان الذي يشعر بها المريض أثناء تقديم الخدمة لهم، وانخفاض جودة التعاطف مع المريض من حيث إبداء روح الصداقة والحرص عليه وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة له.

11 – دراسة (الغباري:2010): الدراسة بعنوان:"**أثر تحقيق أبعاد الجودة في الخدمات الصحية في رضا العملاء: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة بأمانة العاصمة صنعاء**"، المجلة العربية لضمان جودة التعليم العالي، المجلد: 06، العدد: 11، وهدفت الدراسة إلى ما يلي:

– التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة تعود للمتغيرات الشخصية والوظيفية.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:

– عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة لمدى تحقيق أبعاد وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، والمهنة، ونوع الخدمة.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات المؤهل، ومدة الخدمة، ومستوى الدخل، في مدى تحقق بعض أبعاد جودة الخدمة الصحية.

وقد أكدت الدراسة على عدة توصيات من أهمها:

– ضرورة وضع آليات مناسبة للالتزام بالمواعيد المحددة للمرضى، وتقديم الخدمات الإضافية.

– معالجة شكاوى العاملين وتبني مقترحاتهم، إضافة إلى الحد من الأخطاء الطبية.

12–دراسة (جميل حميد الأثوري/ جميل عبد المجيد المقطري:2011):الدراسة عبارة عن بحث بعنوان: "**دراسة مستوى تطبيق أساسيات الجودة الشاملة في الشركات اليمنية المطبقة لنظام ISO 9001**"، قدم هذا البحث خلال الملتقى الدولي حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال في جزئه الثاني بجامعة سكيكدة، الجزائر، ص ص13 – 75، تناول من خلاله الباحثان أهم العناصر التي من خلالها يتم تشخيص الوضع في شركات القطاع الخاص التي تطبق نظام الأيزو ومستوى تطبيق أساسيات الجودة الشاملة في هذه الشركات بالإضافة إلى محاولة توجيه اهتمام وأنظار المسؤولين عن الإدارة في شركات القطاع الخاص في الجمهورية اليمنية بشكل عام، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

– إن حصول الشركات الصناعية التي شملتها الدراسة على شهادة الجودة العالمية ISO 9001 لم يساعدها كثيراً في تعميم وتطبيق أساسيات الجودة الشاملة.

– وجود تباين في درجة تطبيق أساسيات الجودة الشاملة في الشركات الإنتاجية الحاصلة على شهادة الجودة العالمية.

13– دراسة (ناجي معلا:1998): دراسة بعنوان: "**قياس جودة الخدمات المصرفية التي تقدمها المصارف الأردنية**"، دراسة مقدمة لمجلة العلوم الأردنية، الجامعة الأردنية؛ حيث تم تطبيق نموذج الفجوة ونموذج الاتجاه في تقييم مستوى جودة المصارف الأردنية، وتختلف دراستنا عنها من حيث بيئة الدراسة،

وتركيزنا على جودة الخدمات الصحية بدلا من الخدمات المصرفية.

14- دراسة (صالح عمر كرامة الجريري:2006): دراسة بعنوان:"**أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون: دراسة تطبيقية في عينة من المصارف اليمنية**"، رسالة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة دمشق، سوريا، غير منشورة، وهدفت هذه الدراسة لقياس أثر التسويق الداخلي على جودة الخدمات في رضا الزبون، وتوصلت إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

- أن هناك علاقة ارتباط بين التسويق الداخلي وجودة الخدمات، مما يترك أثراً في رضا الزبائن.
- أن نقطة الانطلاق للوصول إلى جودة الخدمات ونيل رضا الزبائن تبدأ من التركيز على تحسين العمليات الداخلية في جميع أقسام المصرف لكي تضمن تسليم خدمات عالية الجودة للزبائن.

وتختلف دراستنا عن هذه الدراسة في كون هذه الأخيرة ركزت على جودة الخدمات المصرفية إلى جانب تأثير التسويق الداخلي على ذلك، بينما دراستنا تهتم بتأثير الجودة على تحسين الخدمات الصحية في الجزائر.

III- الدراسات الأجنبية:

1 - دراسة (Kaboalianil and Brazaley:1990): دراسة بعنوان:

«TQM in the Federal Sector: Discourse, Proctices and Movements paper Presented at the Annual conference of the Association of publicly and Management san Franxis-co. »

في هذه الدراسة المسحية التي تم إجراؤها من قبل عدد من أعضاء هيئة التدريس بكلية كيندي الحكومية بجامعة هارفارد، والتي تم تطبيقها على اثنين وسبعين شخص من مديري المواقع العليا في الحكومة الفيدرالية، لاحظ (Kaboalianil and Brazaley) أن إدارة الجودة الشاملة تنال مكانة جوهرية في نطاق الحكومة الفيدرالية باعتبارها طريقة لتحسين الأداء الوظيفي، وقد وجد أن 61% من أولئك الذين أجريت عليهم الدراسة المسحية قد تلقوا تدريبا في إدارة الجودة الشاملة، وأن 90% كانوا قادرين على إيضاح المعتقدات والقيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة، كما وجد أن هناك اهتماماً كبيراً بإدارة الجودة الشاملة فيما بين هؤلاء المديرين.

2 - دراسة (Fotter-et, al:2006): دراسة بعنوان:

«Comparing hospital staff and Patient Perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and Focus group data»

هدفت هذه الدراسة إلى أن قياس رضا المرضى أمر حاسم لدعم خدمة العاملين والميزة التنافسية في تقديم رعاية صحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس.

طبقت هذه الدراسة على عدة مستشفيات أمريكية ركزت على المقارنة ومقابلة إدراكات المرضى والعاملين

لخدمة المريض باستخدام بيانات مسحية وبيانات ركزت على مجموعة، ومن النتائج المتوصل إليها:

- وجود درجة مرتفعة من الارتباط بين إدراكات المرضى والعاملين لخدمة المرضى.
- وقد وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفاصيل أدق وأكثر ملاءمة للأغراض الإدارية.

ومن اقتراحات الدراسة الآتي:

- تنويع مصادر البيانات وعدم الاقتصار على مسوح المرضى يدعم استخدام المعلومات خدمة للمريض.
- أن إجراء دراسات أخرى أثبتت هذه النتائج وذلك بهدف الجمع بين الصحة والمعولية وكفاءة الكلفة لمعلومات خدمة المريض.

3 – دراسة (Fadi-et, al:2008): دراسة بعنوان:

«the impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses»

هدفت هذه الدراسة إلى بيان تقييم أثر الاعتمادية على جودة الرعاية الصحية من خلال العاملين في القطاع الصحي، وكانت عينة الدراسة من الممرضين هدفت أيضا إلى بيان وشرح أثر العوامل التي تؤثر في جودة الرعاية الصحية.

أجريت الدراسة في دولة لبنان على مستشفيات قد اعتمدت بتقديم معايير الاعتماد الصحية للمرضى، كانت العينة (الفا وثماني وأربعين) ممرضة قانونية من (تسع وخمسين) مستشفى معتمداً، وكانت النتائج مرتفعة وإيجابية لعينة الدراسة؛ حيث إن المعايير التي استخدمت أشارت إلى ارتفاع وتحسن إدراك ووعي الممرضات في تقديم الرعاية الصحية، وكانت النتيجة بأن الاعتماد الصحي هو نظام ناجح لتطوير وتحسن الرعاية الصحية لذلك أوصت الدراسة بتقديم جودة النتائج حسب تحسن حالات المرضى.

4 – دراسة (Ebrahim. J-el, al:2011): دراسة بعنوان:

« Health care Accreditation Systems: Further Perspectives on Performance Measures»

هدفت الدراسة إلى تحديد واقتراح تدابير لتقييم أداء برامج الاعتماد في الرعاية الصحية، واستخدام بعض التدابير كوسيلة لدعم قرار قد اتخذته السلطات وصناع القرار لتقييم برامجها خلال فترة محددة، والإسهام في معرفة قياس الأداء وتحسين الاعتماد في مجال الرعاية الصحية، وقد استندت هذه الدراسة على البحوث الاستكشافية التي استخدمت الطرق النوعية كأسلوب أخذ العينة، مقابلات، البريد الالكتروني وتحليل المحتوى الموضوعي بين مؤسسات الرعاية الصحية والجامعات والمؤسسات المصاحبة للاعتماد في كندا، استراليا وفرنسا.

نتائج التحليل أدت إلى مفاتيح لقياس وتقييم برامج الاعتماد والمقاييس التي من الممكن استخدامها لتقييم الأداء العام لبرامج الاعتماد في الرعاية الصحية، هذه التدابير تعتمد على ملامح ومحتوى كيفية الأداء والاعتماد لمن يعمل على هذه البرامج، وأوصى الباحثون بضرورة إجراء المزيد من البحوث التجريبية

والمستمرة في محاولة تحقيق علامات مؤكدة وبناءة إضافية من تدابير الأداء.

- ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

يظهر لنا من الدراسات السابقة الذكر الآتي:

1 – وجود علاقة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة تتمثل فيما يلي:

أ – الدراسات السابقة والدراسة الحالية تناولت موضوع إدارة الجودة الشاملة.

ب – أن الدراسة الحالية مشتركة مع الدراسات السابقة من حيث الموضوع ومجال تطبيقه وبيئته كدراسة عدمان مريزق، ودراسة نور الدين الحامد/العابد محمد، وهذا من شأنه أن يشخص واقع الخدمات الصحية في الجزائر بصفة دقيقة.

جـ – تمت الدراسة الحالية مع دراسات أخرى في مجال إدارة الجودة الشاملة في نفس القطاع وهو القطاع الصحي رغم اختلاف البيئة ومنها: دراسة ياسر منصور المنصور ومحمد الطعامنة والحيدري والنعيمي وبدران بن عبد الرحمن العمر.

2 – وجود اختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة من عدة جوانب من أهمها:

أ – الدراسة الحالية تناولت إمكانية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، بينما الدراسات الأخرى تمت في مجالات أخرى ومن بينها دراسة أحمد بن عيشاوي وأحمد بتيت وفلة العيهاري التي تمت في مجال الخدمات وتحديداً الفندقية والميزة التنافسية.

ب – أن الدراسات السابقة تمت في بيئة تختلف عن تلك التي تمت فيها الدراسة الحالية، إذ طبقت الدراسة الحالية في الجزائر في بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية وبعض العيادات الخاصة، في الوقت الذي نجد فيه بعض الدراسات الأخرى تمت في بيئة خارج الجزائر كدراسة الخولي والبوريني.

جـ – لقد تعددت وتنوعت الأهداف البحثية في الدراسات السابقة من حيث قياس وتأثير جودة الخدمة كدراسة محمد بن عبد العزيز عميرة، ودراسة الحوري والهويدي، بينما في الدراسة الحالية تتطلع إلى التعرف على كيفية إدماج مبادئ وأساليب نظام إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الصحية كوسيلة للتحسين وتأثير ذلك في رضا الزبائن خاصة المرضى منهم.

د – منهجيا تعد الدراسة الحالية بمثابة دراسة استطلاعية، وتحليلية كونها تأخذ وجهة نظر مقدمي الخدمة من الموظفين بمثابة دراسة استطلاعية في المستشفيات عينة الدراسة، في الوقت ذاته نجد ذلك مبني على متلقي الخدمة ورضاهم كالعملاء، وهذا ما نجده في الدراسات الأخرى كدراسة الغباري وناجي معلا، ودراسة صالح عمر كرامة الجريري.

هـ – اعتمدت الدراسة الحالية في جمع البيانات على أداتين هما: المقابلة والاستبيان، بينما اعتمدت الدراسات السابقة على نفس الأداتين، والاختلاف بينهما يكمن في أن الدراسات السابقة وجه فيها الاستبيان لفئة واحدة من المبحوثين كدراسة fotter –et,al ودراسة Ebrahim.j – et,al، في حين أن الاستبيان في الدراسة الحالية تم إعداده على شكلين مختلفين؛ بحيث وجه الأول لفئة الزبائن الداخليين

(الموظفين) والثاني وجه لفئة الزبائن الخارجيين (المرضى)، أما المقابلة فوجهت لفئة المديرين العاملين بالمستشفيات عينة الدراسة.

و – اختلفت النتائج المتوصل إليها في نهاية الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة سواء على المستوى المحلة (الوطني) أو العربي أو الأجنبي.

– تاسعا: تقسيمات البحث:

لقد تناولنا دراسة الموضوع من خلال خمسة فصول هي:

– **الفصل الأول:** تم تخصيصه لنظام إدارة الجودة الشاملة، والذي يحتوي على ثلاثة مباحث؛ حيث تناولنا في المبحث الأول الجودة من حيث مفهومها وأبعادها، محدداتها وتكاليفها وأهدافها والعوامل المؤثرة فيها، أما المبحث الثاني فقد خصص لدراسة فلسفة إدارة الجودة الشاملة؛ حيث تم تجزئته لكل من الجودة الشاملة من حيث مفهومها وأساليب نشأتها وأسسها وأهدافها وشروط نجاحها، وإدارة الجودة الشاملة كفلسفة إدارية من حيث مفهومها ونشأتها، والفوائد والمبادئ التي أدت إلى تبنيها من قبل المؤسسات، بالإضافة إلى متطلبات ومعوقات تطبيقها، كما تناولنا في المبحث الثالث معايير التقييس الدولية المتمثلة في كل من نظام إدارة الجودة ISO:9000 من حيث مكوناته ومتطلباته وخطوات الحصول عليه، ونظام الإدارة البيئية ISO:14000 كمفهوم ومستوياته ودوافعه وفوائد تبنيه، بالإضافة إلى علاقته بـ:ISO:9000 وبنظام إدارة الجودة الشاملة، ونظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000 من حيث مفهومه ومكوناته ومتطلباته، ومعوقات تطبيق معاييره وتأثير ذلك على تحسين الأداء، بالإضافة إلى أهدافه وفوائده.

– **الفصل الثاني:** تم تخصيصه لدور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية، والذي يحتوي على ثلاثة مباحث؛ تم تخصيص الأول منها للخدمات الصحية الذي تعرضنا فيه لكل من الخدمات من حيث مفهومها وأهميتها وخصائصها وتصنيفاتها ودورة حياتها، والصحة من حيث مفهومها والعوامل المؤثرة فيها ومستوياتها والأهداف المتوخاة منها، وجودة الخدمة الصحية من حيث المفهوم والأهمية والأبعاد وطرق قياسها؛ أما المبحث الثاني فخصص للمستشفى حيث تم تجزئته للتنظيم والهيكل التنظيمي في المستشفيات من حيث المفهوم والمبادئ التي يرتكز عليها وأهدافه وفوائده، والمستشفى باعتباره مورد للرعاية الصحية المتمثل في كل من المستشفى كنظام ومكوناته سواء أكان مفتوح أو معقد، والرهانات الحالية والمستقبلية للمستشفى من حيث الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة والتفاعل مع الطلب على الخدمات الصحية والتحكم في نفقاتها بغية تحقيق التحسين المرجو من خدماتها انطلاقا من مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية، أما المبحث الثالث فخصص لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، والذي تم تقسيمه لكل من القطاع الصحي المعني بتطبيق الجودة الشاملة من المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة من حيث مفهومها وأنواعها وخصائصها، وأسباب وأهداف تواجدها وانتشارها والعلاقة بينها، إضافة لدراسة متطلبات تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية من حيث المفهوم والمقومات

والأسباب الفوائد من عملية التطبيق، وما ينجم عنها من مشكلات والحلول المقترحة لعلاجها.

- **الفصل الثالث:** خصص هذا الفصل للجانب التطبيقي وقد تمت فيه الدراسة الميدانية انطلاقا من توزيع نوعين من الاستبيانات على المؤسسات الإستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر، حيث خصص الاستبيان الأول (المقابلة) لفئة المديرين بالموئسات الإستشفائية من خلال ستة وعشرون سؤال تخص الجودة من حيث المفهوم والمتطلبات والأسباب التي تؤدي إلى تطبيقها من عدمه في المؤسسات المعنية، أما الاستبيان الثاني فقد خصص لفئة الموظفين (الأطباء، الممرضين، الإداريين) بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، والذي يحتوي قسمين الأول خصص للمعلومات الشخصية عن أفراد العينة، فيما خصص القسم الثاني لمحاور الاستبيان، والذي بدوره ينقسم إلى أربعة محاور متقايسة من حيث عدد العبارات إذ يحتوي كل محور على ستة عبارات، وقد جزء هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث؛ حيث تناولنا في المبحث الأول مجتمع وعينة الدراسة وأداة الدراسة وصدق واثبات أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما المبحث الثاني فخصص لتحليل بيانات الدراسة، فيما خصص المبحث الثالث لاختبار الفرضيات.

- **الفصل الرابع:** خصص هذا الفصل للجانب التطبيقي، انطلاقا من الدراسة الميدانية للاستبيان الموزع على أفراد عينة المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة بالجزائر من المرضى، الذي يحتوي على ثلاثة أقسام، خصص الأول منها للمعلومات الشخصية لأفراد العينة، فيما خصص القسم الثاني لأبعاد جودة الخدمات الطبية والذي تم تقسيمه إلى سبعة محاور متقايسة من حيث عدد العبارات، إذ يحتوي كل محور على ثلاثة عبارات، أما القسم الثالث والأخير فقد خصص لقياس درجات الولاء لدى مرضى المستشفى والذي تم تقسيمه إلى ثلاثة محاور، إذ يحتوي كل واحد منها على عدد من العبارات، وقد جزء هذا الفصل إلى أربعة مباحث؛ حيث تناولنا في المبحث الأول مجتمع وعينة الدراسة وأداتها وصدق واثبات أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما المبحث الثاني فخصص لتحليل بيانات الدراسة، وخصص المبحث الثالث لاختبار الفرضيات، فيما خصص المبحث الرابع للنموذج المقترح لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لتحسين جودة خدماتها، وقد أنهينا هذا البحث بخاتمة عامة للموضوع تضم جملة من النتائج والتوصيات، إضافة إلى آفاق البحث.

- **عاشراً: الصعوبات الملازمة لإنجاز البحث:**

لقد واجهتنا في إطار إعداد هذا البحث عدة صعوبات من أهمها ما يلي:

- صعوبة الحصول على المعلومات الدقيقة نتيجة اختلاف البيانات والإحصاءات المتحصل عليها؛
- صعوبة إجراء دراسة حالة نتيجة للأسباب التالية:

* أغلب المستشفيات مازالت تعمل بالطرق التقليدية في عملية التسيير، بالإضافة إلى عدم حصولها على شهادة الآيزو؛

* رفض مديري بعض المؤسسات الاستشفائية للدراسة وأكثرها من العيادات الخاصة، رغم إلحاحنا

المتواصل وتأكيدنا على أنها تدخل في إطار البحث العلمي لا غير ولكن دون جدوى، بداعي أن هذه المؤسسات مازالت غير جاهزة لمثل هذه الدراسات؛

* عدم تعاون بعض رؤساء المصالح في بعض المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة؛

* صعوبات متعلقة باستقصاء الموظفين (مديرين، وأطباء وممرضين، وإداريين) والزبائن الخارجيين (المرضى) وإحجام وتردد الكثيرين عن الإجابة بسبب التخوف أو الرقابة أو التجاهل؛

* تغيير استمارة الاستبيان الموجه لفئة المرضى في آخر لحظة بعد إعدادها وتوزيعها، إذ اضطررنا إلى تغييرها بالاستبيان الحالي وإعادة توزيعها من جديد في المستشفيات المعنية بالدراسة باعتبار الاستبيان الحالي يتوافق ونموذج servqual المذكور في الدراسة النظرية.

- مقدمة الفصل:

إن مصطلح الجودة قديم قدم التاريخ، وقد ظهر جليا في حضارة وادي الرافدين قبل أكثر من خمسة آلاف سنة, نسمعه يتردد كثيراً على لسان العديد من الزبائن والمسيرين, لكن لا ندري القصد منه, وأصبح من اهتمامات المؤسسات في عصرنا الحاضر للوصول إلى منتَج خال من العيوب. كما أن الجودة لا يمكن أن تحصل بالمصادفة أو بعملية عابرة، بل هي نتيجة إرادة واضحة, وعزيمة صادقة وعمل دؤوب لكونها تتعلق برؤية الزبون وتوقعاته لما تكون عليه السلعة أو الخدمة؛ كما توجد عدة عوامل من بينها المنافسة، التي دفعت المؤسسة إلى البحث عن الجودة وتطبيقها، ومحاولة إبرازها كميزة تميز بها منتجاتها عن باقي ما هو معروض في السوق من منتجات المؤسسات الأخرى.

أصبح الاهتمام بالجودة يتم في جميع الأنشطة والعمليات التي تتم بالمؤسسة، أو ما يعرف بالجودة الشاملة التي يتم التركيز فيها على الاهتمام بتلبية حاجات ورغبات المستهلكين وكيفية إشباعها، بل يتعداه إلى السعي لإيجاد رغبة أو حاجة جديدة ثم العمل على تلبيتها، لذلك فإن الأمر يستوجب توجيه كل العمليات الداخلية والجهود والموارد نحو هذا الهدف, والتنسيق بين مختلف الوظائف والهيئات، وهذا ما يطلق عليه نظام إدارة الجودة الشاملة، وهو ما نرغب في التعرض إليه في هذا الفصل من خلال التطرق للمباحث التالية:

I – الجودة.

II – فلسفة إدارة الجودة الشاملة.

III – معايير التقييس الدولية.

I – الجودة:

تعد الجودة المحور والقاعدة الأساسية التي تبنى عليها العديد من مفاهيم فلسفة الجودة الشاملة، ومن هذا المنطلق ينبغي أولاً أن نتعرف على المعنى الذي يتضمنه مفهوم الجودة قبل أن نضفي عليه صفة الشمولية، وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق لكل من:تعريف الجودة ونشأتها، تكاليف وأبعاد الجودة وأهميتها، دعائم وأهداف الجودة، طرق قياسها والعوامل المؤثرة عليها.

I – 1 – ماهية الجودة وأبعادها ومحدداتها:

يتم التطرق لماهية الجودة وأبعادها ومحدداتها فيما يلي:

I – 1 – 1 – ماهية الجودة:

يتم التطرق لماهية الجودة من حيث نشأتها وتعريفها ومراحل تطورها فيما يلي:

I – 1 – 1 – 1 – نشأة الجودة:

لقد مرّ مفهوم الجودة بالعديد من المراحل والتطورات إلى غاية يومنا هذا؛ إذ يعد موضوع الجودة من أهم المواضيع الحيوية في بيئة الأعمال، لذا أصبح اهتمام الشركات به كبيراً من أجل الوصول إلى مستوى راق من الجودة، ومنه على الشركات باختلاف أنشطتها تطوير جودة منتجتها من أجل إتاحة الفرصة للمؤسسات الوطنية لمنافسة منتجات المؤسسات الأجنبية في الأسواق العالمية؛ لأن المؤسسات التي تفتقر منتجاتها للجودة قد تعجز عالمياً على المنافسة في الأسواق.

I -1 -1 – 2 – تعريف الجودة:

بالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة إلا أن الملاحظ أن هناك اختلافات في تعريف الجودة وفقا لاختلاف وجهات النظر للكتابات في هذا الموضوع، إذ من الصعب حصر أو دمج جميع التعريفات الواردة في الجودة في تعريف واحد، ونورد فيما يلي بعضا من هذه التعاريف:

– **المعنى اللغوي والاصطلاحي للجودة:**يمكن توضيح المعنيين للجودة في الآتي:[1]

– **المعنى اللغوي للجودة:**أشار المعجم الوسيط إلى أن الجودة تعني كون الشيء جيداً وفعلها جاد، في حين يعرفها قاموس Webster بأنها: سمعة متميزة وضرورية، ودرجة من الامتياز.

– **المعنى الاصطلاحي للجودة:**توجد محاولات عديدة لتعريف مصطلح الجودة من أهمها:الجودة تعني ضرورة مراجعة كافة نظم الإدارة في شتى المجالات من أجل تحقيق التفوق والبعد عن الأخطاء.

– **تعريف Fisher:**حسب رأيه فالجودة:"تعبر عن درجة التألق والتميز...أو أن بعض خصائص المنتَج ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعة من منظور المنظمة أو منظور الزبون."[2]

– **تعريف Kwan:** حدد مفهوم الجودة في خمسة اتجاهات هي:[3]

---

1 - http://hrdiscussion.com/hr3927.html(02/08/2009).

2 - Fisher , Barry, **Installing Implement the Document at** – Loughbrangh University, U.K, 1996, P5.

3 - Kwan. Paule, **Application of Total Quality Management** in Education : Retrospect and Prospect. The international**, journal of Educational Management**, Vol. 10, N°5, 1996 , PP 25 – 32.

أ – الجودة هي مدى قدرة المنظمة على إنتاج وتقديم خدمة استثنائية مميزة عن المنظمات الأخرى.

ب – الجودة هي مدى قدرة المنظمة على إنتاج وتقديم خدمة تقترب من الكمال.

جـ – الجودة هي مدى قدرة المنظمة على تلبية احتياجات الزبون بما يتناسب مع الأهداف المنشودة.

د– الجودة هي مدى قدرة المنظمة على إجراء التغيير في المنتج وفق حالة العرض والطلب في السوق.

هـ – الجودة هي مدى قدرة المنظمة على تحقيق أرباح مالية أكثر.

– **تعريف Deming , William Edward:** أكد أن الجودة تعني:"توقع احتياجات الزبون الحالية والمستقبلية، وترجمة هذه الاحتياجات إلى سلعة أو خدمة مفيدة وقابلة للاعتماد، وإيجاد النظام الذي ينتج السلعة أو الخدمة بأقل سعر ممكن، وهذا ما يمثل قيمة جديدة للزبون والأرباح بالنسبة للمنظمة."[1]

– **تعريف Sinha, Madhavn & Walter, Willborn:** اقتصر تعريف كل منهما على ما يفكر به الأفراد ويدركونه أو يجربونه "فالجودة تدرك وتلاحظ على أنها عالية أو منخفضة أو سلبية، وتوصف قيمتها في مدى المنفعة والاستفادة منها."[2]

– **الجمعية الأمريكية لضبط الجودة ومعهد المقياس القومي الأمريكي:** عرفا الجودة بأنها:"مجموعة الصفات الخاصة بالمنتَج التي تؤثر قابليتها على إرضاء الزبون المحددة والواضحة والضمنية*."[3]

انطلاقا من تعاريف الجودة السالفة الذكر، وعلى الرغم من تعددها وفقا لتنوع وجهات النظر، إلا أنه يمكننا حصرها في أربعة اتجاهات رئيسية هي:

أ – يرى **الاتجاه الأول** والذي يطلق عليه مدخل **المستخدم أو العميل** أن الجودة تعني القدرة على تحقيق رغبات الزبون بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام على كل ما هو مقدم له من منتج.

ب – أما **الاتجاه الثاني** فيطلق عليه مدخل **جودة المطابقة**، فيرى أن الجودة تعني المطابقة للمواصفات ومن ثم فإن الجودة ستكون عالية عندما تكون خصائص المنتج مطابقة للمواصفات المتفق عليها.

ج – يرى أنصار **الاتجاه الثالث** والذي يطلق عليه مدخل **جودة التصميم**، إن الجودة المرتفعة التصميم تدل على احتواء المنتج على بعض الخصائص المميزة، كتقديم خدمات أسرع...إلخ.

د – أما أصحاب **الاتجاه الرابع** الذين يركزون في تعريف الجودة على ضرورة تخطي المفاهيم الضيقة إلى مفهوم شامل ومتكامل للجودة، وهذا ما يطلق عليه بمدخل **إدارة الجودة الشاملة**، والذي يركز على أن الجودة هي حاصل تفاعل العديد من العناصر والأبعاد ومنها الاهتمام بالجودة لتحقيق رغبات الزبون.

I - 1 – 1 – 3 – مراحل تطور مفهوم الجودة:

لقد تم الاهتمام بالجودة بصيغ ومفاهيم متعددة جميعها تهدف إلى تحسين جودة المنتَج، وبالتالي فإن تطور مفهوم الجودة مر بسلسلة من التطورات المستمرة تتمثل في المراحل التالية:

---

1 - Rose, Peter s, **Commercial Bank Management**, Mc Graw- Hill companies Inc.(5th ed) Boston, 2002, P4.
2 - Mishkin, Frederic s**, the Eeconomics** , **of Money, Banking and financial Markets**, (6th ed), Addison, Wesley Boston, 2002 , P8.

* المقصود بالحاجات الضمنية: تلك الحاجات التي تهدف إلى إرضاء الزبون.

3 - Kenneth C.Laudon & Jan P.laudon , **Management Information Systems**, six edition, 2001, P161.

1 – مرحلة ما قبل الثورة الصناعية: قبل الثورة الصناعية لم يكن هناك مصنع وإنتاج، وإنما المصنع كان عبارة عن ورشة يتواجد فيها رب العمل وعدد من العمال يقومون بتصنيع سلعة معينة بأدوات يدوية[(1)]. وفي هذه المرحلة كان الإحساس بالانجاز والفخر موجود لدى العامل الذي يخلق حافزاً للعمل لديه[(2)].

2– مرحلة ما بعد الثورة الصناعية: أحدثت تغييرات جذرية في مجال الصناعة نجم عنها ما يلي:[(3)]

– ظهور المصنع ليحل محل الورشة، مما أدى إلى زيادة عدد العاملين في المصنع.

– كبر حجم الإنتاج بسبب استخدام الآلة في ميدان العمل، مما نجم عنه ارتفاع مستوى جودة المنتجات.

3– مرحلة الإدارة العلمية Seientific Management: ظهرت هذه المرحلة مطلع القرن العشرين بريادة "**فريدريك ونسلو تايلور**"، الذي عمل على ضبط الحركة مع الوقت اللازم لها بقصد زيادة الإنتاج، من خلال تخفيض تكلفة الإنتاج بالحد من الهدر والضياع في العمل الصناعي الذي كان سائداً آنذاك[(4)].

4–مرحلة ضبط الجودة إحصائياً Statistical Quality control: شاعت أثناء الحرب العالمية الثانية في اليابان ومنها: العينات الإحصائية، عينات القبول، الرقابة العملية ومخططات الرقابة على الجودة[(5)].

5– مرحلة تأكيد الجودة Quality Assurance: يقوم مفهوم هذه المرحلة على فلسفة مفادها ما يلي:[(6)]

إن الوصول إلى مستوى عالٍ من الجودة يعود إلى تحقيق إنتاج بدون أخطاء، وهذا ما يتطلب رقابة شاملة على كافة العمليات ابتداءاً من مرحلة تصميم المنتَج حتى وصوله للسوق ليد المستهلك.

6 – مرحلة إدارة الجودة الإستراتيجية Stratigic Quality Management: يرمز لها بـ: SQM، وظهرت خلال الفترة:(1970–1980)، وأدى دخول التجارة العالمية في حالة منافسة بين الشركات لكسب حصص أكبر من السوق، مما نتج عنه غزو الشركات اليابانية لأسواق العالم بمنتجاتها ذات الجودة المتميزة والأسعار المعقولة، وقد اعتمدت شركة(IBM) الأمريكية SQM لمجابهة الزحف الياباني[(7)].

7 – مرحلة إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management: سبب ظهوره هو تزايد حدة المنافسة العالمية واكتساح الصناعة اليابانية للأسواق وخاصة البلدان النامية، مما نجم عنه خسارة الشركات الأمريكية والأوربية لحصص في الأسواق[(8)].

– مما سبق يمكن القول إن:

*إدارة الجودة الشاملة هي امتداد لإدارة الجودة الاستراتيجية.

*إدارة الجودة الشاملة أكثر عمقاً وشمولاً من إدارة الجودة الاستراتيجية.

---

[1]- عمر وصفي عقيلي، **المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة**، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص 22.

[2]- محمد مصطفى حلاوي، **إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحسين الأداء المالي**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق، 2000، ص 11.

[3]- عمر وصفي عقيلي(2001)، المرجع نفسه، ص 22.

[4]- مهدي السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، ط1، دار جرير للنشر والتوزيع،عمان، الأردن، 2007، ص 45.

[5]- محمد عبد العال النعيمي وآخرون، **إدارة الجودة المعاصرة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص52.

[6]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، **نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص 66.

[7]- مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص47.

[8]- عمر وصفي عقيلي (2001)، مرجع سابق، ص 26.

I – 1 – 2 – أبعاد الجودة:

للسلعة والخدمة أبعاداً ترتبط بالجودة، والباحثين يجدون اختلافا بينها، فالأبعاد المتعلقة بجودة السلعة ليست منفصلة عن بعضها، إذ قد يتوفر في المنتَج الواحد أكثر من بعد في نفس الوقت، غير أن ما يفيدنا هو أبعاد جودة الخدمة التي تتعلق برضا المستهلك، ويمكن ذكرها باختصار في الآتي:[1]

1 – الوقت: كم ينتظر المستهلك من الوقت للحصول على دوره في تقديم الخدمة.

2 – دقة التسليم: تعني التسليم في الموعد المحدد.

3 – الإتمام: إنجاز جميع جوانب الخدمة بشكل كامل.

4 – التعامل: مدى ترحيب العاملين بكل الزبائن.

5 – التناسق: يقصد بها تسليم جميع الخدمات بنفس النمط لكل الزبائن.

6 – سهولة المنال: أي الحصول على الخدمة بسهولة.

7 – الدقة: تعني انجاز الخدمة بصورة صحيحة من أول لحظة.

8 – الاستجابة: تتمثل في التفاعل بسرعة من العاملين(مقدم الخدمة)، أي كل المشاكل غير متوقعة.

I - 1 – 3 – محددات الجودة:

توجد لها أربع محددات أساسية تساعد المنتجات على تحقيق الغرض المقصود منها بنجاح وهي:[2]

أ – جودة التصميم: تعني الإثارة إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص في المنتج.

ب – جودة التطابق: تعني تطابق المنتَج مع الغرض الذي صمم من أجله.

جـ – سهولة الاستخدام: تعني توفر التعليمات والإرشادات اللازمة للزبون عن كيفية استخدام المنتَج.

د – خدمات ما بعد البيع: تؤدي هذه الخدمات إلى المحافظة على أداء المنتَج أو الخدمة كما هو متوقع.

I – 2 – أهمية وأهداف ودعائم الجودة:

يتم التعرض فيما يلي لكل من أهمية وأهداف ودعائم الجودة.

I – 2 – 1– أهمية الجودة:

فيما يخص أهمية الجودة فإننا نتعرض لها من الجوانب التالية:

– أولاً: بالنسبة للمؤسسة المنتجة: يمكن النظر لأهمية الجودة بالنسبة للمؤسسة من زاويتين هما:

1 – المخاطر التي قد تتحملها المؤسسة من خلال عدم اهتمامها بالجودة:

تؤثر الجودة الرديئة للمنتجات أو الخدمات على المنظمات في عدة مجالات منها:[3]

– فقدان مجال العمل: تؤدي الجودة الرديئة للمنتج لحدوث خسائر للمنظمة كعدم القدرة على الاستمرار.

– المسؤولية عن الأخطاء الناتجة: ينتج عن رداءة الجودة المسؤولية المالية للمنظمة.

---

[1]- محمد عبد الوهاب العزاوي، **أنظمة إدارة الجودة والبيئة**، ط2، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005، ص 22.

[2]- نبيل محمد مرسي، **إستراتيجية الإنتاج والعمليات(مدخل إستراتيجي)**، ط1، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2002، ص ص337 – 339.

[3]- نبيل محمد مرسي، مرجع سابق، ص ص339 – 340.

– الإنتاجية:إن المحافظة على الجودة وتحسينها يؤدي إلى تحقيق نتائج إيجابية أو سلبية على الإنتاجية.

– التكاليف:وجود الجودة الرديئة يؤدي إلى زيادة أنواع معينة من التكاليف التي تتحملها المنظمة.

2– المزايا التي تستفيد منها المؤسسة من خلال اهتمامها بالجودة:

يترتب على الاهتمام بجودة المنتجات أو الخدمات داخل المنظمة إلى تحقيق نتائج أهمها:(1)

– تزايد المسؤولية القانونية للمؤسسة عن كل ضرر يصيب المستهلك لمنتجاتها.

– تحسين سمعة المؤسسة في السوق، ويتأكد ذلك من خلال تقديمها منتجات تلبي رغبات زبائنها.

– تطبيق المؤسسة لمواصفات محددة من شأنه أن يسهم في حماية المستهلك من الغش التجاري.

– من خلال الجودة تستطيع المؤسسة أن تحقق ميزة تنافسية، وبالتالي جذب أكبر عدد من الزبائن.

– ثانيا:بالنسبة للزبائن:يتوقف قرار شراء الزبائن للمنتَج على مستوى جودته، بحيث يكون الزبون مستعداً لدفع ثمن مرتفع مقابل منتَج ما شرط أن يكون ذا جودة جيدة، وتتضح أهمية ذلك من خلال الآتي:(2)

1 – الرضا:لا يمكن لأي صناعة أن تستمر إلا إذا كانت المنتجات التي تسوقها ذات جودة جيدة.

2 – الوفاء:إن الاحتفاظ بزبون موجود وضمان وفائه يكلف خمس مرات أقل من اكتساب زبون جديد.

– ثالثا:بالنسبة للعمال:إن تطبيق مداخل الجودة يؤدي إلى ما يلي:(3)

– تنمية روح المسؤولية لدى الأفراد من خلال تشجيعهم على اتخاذ القرار، وتطوير كفاءاتهم.

– تكاتف جهود الجميع بهدف تحقيق الجودة المطلوبة للمنتجات.

ومن الأوجه التي تتخذها أهمية الجودة بالنسبة للعمال ما يلي:(4)

1 – دعم نشاط كل فرد:إن تحسين جودة العمل يعد عاملاً أساسياً لرفع فعالية الأداء.

2– المساهمة في تنسيق عملية التسيير:إن الهدف من التسيير هو تنشيط وتحفيز فرق العمل من أجل تحقيق الرضا لدى الزبائن بصفة مستمرة ودائمة.

3– التناسق والترابط:تعني تطوير شبكات الاتصال الأفقي بين أقسامها بالمشاركة في حل مشاكل العمل.

– رابعاً: أهمية الجودة كأساس للمنافسة:تتسابق المؤسسات على تحسين مركزها التنافسي من خلال تحقيق عوامل المنافسة الآتية:(5)

– الجودة، وخفض التكلفة، وخدمات ما بعد البيع.

– خفض أزمنة العمليات والالتزام بمواعيد التسليم "المنافسة على الوقت".

– توفر وتنوع المنتَج أو الخدمة من خلال "التجديد والابتكار والانتشار".

---

1 ـ قاسم نايف علوان، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو9001: 2000**، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، سرت، ليبيا، 2005، ص ص30-33.

2 ـ فلة العيهاري، **دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال بالخروبة، جامعة الجزائر، الجزائر، 2005، ص6.

3 ـ فلة العيهاري، مرجع سابق، ص 6.

4 - Detrie Philippe,"**Conduire une Démarche Qualité**", les éditions d'organisations, Paris, 2001, PP33 – 34.

5 ـ محمد حسن رياض, **دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة المواصفات العالمية ISO9000 اصدار2000**, منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية, القاهرة, مصر, 2006, ص ص4-5.

I – 2– 2 – أهداف الجودة:

هناك نوعان من أهداف الجودة هما:[1]

أ – أهداف تخدم ضبط الجودة: هي تلك الأهداف التي تتعلق بالمعايير التي تسعى المنظمة للمحافظة عليها باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل:رضا الزبائن.

ب – أهداف تحسين الجودة: تنحصر غالبا في الحد من الأخطاء، وتطوير منتجات ترضي الزبائن.

انطلاقا مما سبق يمكن القول بأن وضع أهداف وسياسات الجودة داخل المؤسسة بصورة رسمية وواضحة من قبل الإدارة العليا يعد التزاما صريحا منها بالجودة.

I – 2 – 3 – دعائم الجودة:

تقوم الجودة على أساس دعامتين أساسيتين لا يمكن لها أن تتحقق دون توفرهما معًا:

أ– جودة تصميم المنتج: تعني تحديد خصائص للمنتَج تجعله قادراً على إشباع أو تقديم خدمة مطلوبة[2].

ب – جودة التنفيذ: تعني درجة مطابقة المنتج للمواصفات المحددة مسبقا[3].

I – 3 – تكاليف الجودة وطرق قياسها والعوامل المؤثرة فيها:

يتم التطرق لتكاليف الجودة وطرق قياسها والعوامل المؤثرة فيها في الآتي:

I – 3 – 1 – تكاليف الجودة:

تهدف كل مؤسسة من نشاطها لبلوغ الجودة المثلى في منتجاتها، ومطابقة ذلك بحاجات الزبائن بأقل التكاليف الممكنة، وهذا ما يتطلب منها تفادي عدم المطابقة والتي تدعى بتكاليف اللاجودة.*

I – 3 – 1 – 1 – تعريف تكاليف الجودة:

يقصد بها تلك:"التكاليف المتعلقة بمنع إنتاج المنتجات المعيبة أو اكتشاف المنتجات المعيبة."[4]

I – 3 – 1 – 2 – أنواع تكاليف الجودة:

لقد تزايد الاهتمام بتكاليف الجودة في السنوات الأخيرة، إذ يتم تقسيمها إلى عدة أنواع رئيسة:

أ – تكاليف الوقاية: هي التكاليف التي تتحملها المؤسسة لتجنب مشاكل الفشل من أول مرة[5].

ب – تكاليف التقويم: تتعلق بتقويم المنتَج والتأكد من مدى مطابقته لما هو مطلوب من الزبون[6].

ج – تكاليف الفشل الداخلي: تتحملها المؤسسة نتيجة إنتاجها منتجات ذات جودة رديئة.

د– تكاليف الفشل الخارجي: تظهر في المنتَج بعد تقديمه للمستهلك مثل:تكاليف الإصلاح.

1- قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 38.

2- قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 37.

3- خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة الشاملة**، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص270.

* اللاجودة تعني الفرق بين الجودة المحققة فعلا والجودة المنتظرة، والناجمة عن وجود أخطاء على مستوى المنتَج أو عدم مطابقته للمواصفات الموضوعة.

4- محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات**، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 167.

5- محمد عبد العال النعيمي وآخرون(2009)، مرجع سابق، ص 73.

6- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سابق، ص ص84- 85.

I – 3 – 2 – طرق قياس الجودة:

يلاحظ تعدد الطرق المستخدمة في قياس الجودة ومن بينها:

أ– الرتبةأوالدرجة: عندما يشار إلى الرتبة رقمياً تميز الرتبة الأعلى عادة بالرقم:1، وحينما يشار لها بمجموع نقاط؛ مثل:عدد النجوم فإن الرتبة الأدنى عدداً أقل من النقاط أو النجوم[1].

كما تعد من طرق قياس الجودة ما يلي:[2]

أ – التحليل الفني أوالكيميائي: يعد من الطرق الهامة في تحديد مستوى الأصناف المرغوب في شرائها.

ب– الاختبارات الفعلية: تستخدم في قياس جودة المُنتَج من حيث القوة والمتانة وحسن الأداء...إلخ.

جـ– عينات القبول: تعد من المقاييس الإحصائية الهامة لما تتميز به من استخدامات كالفحص[3].

– إضافة للخطوات السابقة التي تتخذ من قبل المنتِج فإن البضاعة تخضع للفحص من قبل المستهلك.

I – 3 – 3– العوامل المؤثرة في الجودة:

تتمثل العوامل المؤثرة في الجودة في عدة عوامل أساسية هي:[4]

أ – الأسواق: تعني بدون الأسواق لن تكون هناك منتجات ولن يكون هناك اهتمام بالجودة وأساليبها.

ب – العامل: أدى التقدم التكنولوجي في وسائل الإنتاج إلى التخصص لتحقيق الإتقان والجودة في الأداء.

جـ – رأس المال: ضروري للحصول على المعدات الحديثة لرفع مستوى الجودة وتغطية تكاليف الإنتاج.

د – الإدارة: ضرورة وجود نظام إدارة واع لمتابعة نظام فعال لضبط الجودة.

هـ – المواد الأولية: من أجل الوصول إلى جودة عالية فإنه من الممكن اختيار جودة المواد الأولية.

و– الآلات والوسائل الفنية الحديثة: أدت الزيادة في الطلب على المنتجات إلى اختراع الكثير من الآلات.

[1] ـ مأمون سليمان الدرادكة، **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 86.

[2] ـ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص41.

[3] ـ خضير كاظم حمود، مرجع سابق، ص 239.

[4] ـ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص ص43 – 44.

II – فلسفة إدارة الجودة الشاملة:

يتم التطرق فيما يأتي لكل من الجودة الشاملة، وإدارة الجودة الشاملة ومتطلبات ومعوقات تطبيقها.

II – 1 – الجودة الشاملة:

لقد تزايد الاهتمام بالجودة في ظل زيادة حدة المنافسة؛ بحيث لم تعد فكرة تستند على مطابقة المنتَج للمعايير المحددة؛ بل تتعداه إلى ضرورة الوصول إلى توفر الجودة وتحقيقها في جميع المهام والنشاطات.

II – 1 – 1 – تعريف الجودة الشاملة:

يقصد بها:"جودة كل شيء في كل عناصر التنظيم وعناصر الإنتاج وكل مرافق المشروع طالما أنها جميعا في النهاية تشترك في تحديد ما يقدم للمستهلك، وبالتالي تحقيق رضاه أو عدم رضائه."[1]

وتعرف أيضا بأنها:"طريقة لإدارة المنظمة تهدف إلى التعاون والمشاركة من كل العاملين في المنظمة لتحسين منتجاتها وخدماتها، لتحقق رضا العملاء وأهداف المنظمة بما يتفق مع متطلبات المجتمع."[2]

كما تعرف الجودة الشاملة أيضا بأنها:"عملية تسير بموجبها الأمور بانتظام."[3]

يعرفها "**لام Lam**"على أنها:"التغيير الجوهري في أداء الأعمال، فهي اتجاه جديد لأفراد الإدارة العليا من أجل توفير مناخ يتضمن الإبداع والقيادة الابتكارية والمسؤولية الفردية وتطبيق المحاسبة."[4]

يتضح لنا من التعاريف السابقة ما يلي:

– أن يتم تقديم السلعة أو الخدمة إلى المستهلك مع ضرورة تحقيق الرضا لدى الزبون.

– ضرورة تركيز حركة الجودة الشاملة على التحسينات المستمرة في كل العمليات والوظائف.

– ربط مفهوم الجودة برضا العميل باعتباره الهدف الأساس الذي تسعى المؤسسة لتحقيقه.

وعلى الرغم من الاختلافات الظاهرة بين التعاريف السابقة إلا أنها تلتقي جميعها في نفس الهدف، ألا وهو التركيز على أهمية الزبون والسعي لتلبية حاجاته وبلوغ رغباته ومن ثم كسب رضاه وولائه.

II– 1 – 2 – أسباب نشأة الجودة الشاملة:

يتم التطرق لمجموعة من الأسباب التي أدت إلى نشأة الجودة الشاملة، ومن أهمها:[5]

1 – المتغيرات الداخلية:تعني البحث عن الإتقان، وجعل أساس العلاقة بين المورّد والزبون الثقة.

2 – المتغيرات الخارجية:من أهم هذه المتغيرات ما يلي:

– التعقيد المتزايد للسلع والخدمات، بالإضافة للمتطلبات والحاجات الجديدة للزبائن والمستهلكين.

– تنافسية المؤسسات، إضافة إلى غزو المنتجات اليابانية للأسواق الغربية، لتميزها بجودتها العالمية.

3 – تكاليف الحصول على الجودة:تتمثل في تكاليف التقييم والرقابة؛ مثل:تكاليف الفحص، والرقابة.

1- علي السلمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو9000**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1995، ص 11.

2- السيد عليوة، **تنمية مهارات مديري الإدارات**، ط$_1$، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2001، ص94.

3- حمدى عبد العظيم، **المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008، ص 165.

4- ربيع عبد الرؤوف محمد عامر، مبادئ ونماذج تطبيق إدارة الجودة الشاملة في التعليم العالي إيجابياتها ومعوقاتها، **الملتقي الدولي حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء الأول**، ط$_1$، كلية العلوم الاقتصادية جامعة سكيكدة، الجزائر، 2011، ص ص136– 137.

5 - Chantal Boussingault et Martine Prête**: Organisation et Gestion de l'Enterprise**, Vuibert, Paris, juillet 1991, PP8-9.

– وإلى جانب الأسباب السابقة يرجع البعض اعتماد المؤسسة للجودة الشاملة للعوامل التالية:(1)

أ – عولمة السوق: ساهمت في زيادة حدة التنافس بين المؤسسات التي تسعى لجذب المستهلكين.

ب – التطور التقني والتنظيمي: تعني أن المؤسسات تولي أهمية بالغة للتطور التقني، والتنظيمي لأهميته.

جـ– التطور الاجتماعي: أي تغير في حاجات الأفراد نحو الحاجات الذاتية وحاجات تحقيق الرضا للزبائن.

إضافة إلى الأسباب السابقة توجد عدة أسباب أخرى أدت إلى الاهتمام بالجودة، ومنها:(2)

1 – زيادة حدة المنافسة بين المؤسسات مما أدى إلى ضرورة إنتاج أفضل السلع وبأقل التكاليف.

2 – تحول بعض الدول النامية إلى دول متطورة صناعيا؛ مثل: دول جنوب شرق آسيا.

3 – العجز المتواصل في الميزان التجاري لبعض الدول المتقدمة، مما دفعها للاهتمام بالجودة.

* ونتيجة لهذه الأسباب وما قبلها منفردة أو مجتمعة، التي تشترك في نقاط أساسية هامة من بينها اعتماد المؤسسات على عنصر الجودة الشاملة عن طواعية منها بغية مسايرة التطورات الناجمة عن ظاهرة عولمة السوق، وسعياً منها للتأقلم مع الحاجيات الجديدة للمتعاملين معها، باعتبارها المحرك لسلوكهم.

II– 1 – 3 – أسس وأهداف الجودة الشاملة:

يتم التطرق إلى أهم الأسس التي تقوم عليها الجودة الشاملة في الآتي:(3)

– توسيع مجالات تحسين النشاط من خلال تحديد الأسباب وتحليلها، واتخاذ الرقابة كأولوية.

– الرقابة مسؤولية جميع أفراد المؤسسة وكلا في حدود مسؤوليته.

– التحكم في التكاليف من خلال التقييم، إضافة إلى أن ثقة الزبون والمستهلك ترتبط بسمعة المؤسسة.

هذا وهناك من يلخص أهداف الجودة فيما يلي:(4)

1 – أهداف خارجية: تتجسد في تقديم أفضل السلع والخدمات للزبائن والمستهلكين.

2 – أهداف داخلية: تصنف هذه الأهداف إلى نوعين هما:

أ – هدف اجتماعي: السعي نحو تحقيق المنفعة لأفراد المؤسسة وزيادة إنتاجيتهم وتحفيزهم مادياً ومعنوياً.

ب – هدف اقتصادي: يتجسد في تحقيق القدرة التنافسية للمؤسسة من خلال تحقيق الكفاءة والفعالية.

وما يمكن استخلاصه، يتمثل في أن الجودة الشاملة تعد بمثابة فلسفة تقوم على جملة من الأسس التي تسعى المؤسسة من خلالها لتحقيق أهدافها المسطرة بغية تحقيق التميز تنافسياً.

II– 1 – 4 – مبادئ الجودة الشاملة:

إنّ نجاح تطبيق الجودة الشاملة بالمؤسسة يعود الفضل فيها للعمل بمجموعة من المبادئ والشروط التي من شأنها الإسهام في تحقيق أفضل أداء ممكن، والتي نذكر منها:(5)

1- Patrick Lyonnet :**les Outils de la Qualité Totale, Technique et Documentions**, 2ème édition, Paris, 1991, PP8 – 9.

2ـ علاء فرج الطاهر، **إدارة الموارد والجودة الشاملة**، ط1، دار الراية للنشر التوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص ص136-137.

3ـ مليكة علالي، **أهمية الجودة الشاملة ومواصفات الأيزو في تنافسية المؤسسة**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير، تخصص تسيير المؤسسات الصناعية بجامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2003- 2004، ص ص20–21.

4ـ مليكة علالي، مرجع سابق، ص ص21- 22.

5 - Chantal Boussingault et Martine Prête, op. cit., PP 9 – 12.

1– **المطابقة**:يتم ذلك من خلال ضمان مطابقة هذه السلع والخدمات للخصائص المحددة من قبل الزبون.

2 – **الوقاية**:تتمثل في الإجراءات التي تمنع حدوث الأخطاء، والسعي لاكتشافها قبل الوقوع فيها.

3– **القياس**:أي قياس نسبة مطابقة المنتج المقدم للزبون مع الحاجات الواضحة له، بغية تحقيق التحسين.

4 – **الإتقان**:يعني السعي لتحقيق صفر خطأ من خلال عملية التحكم الكلي في الجودة.

5 – **المسؤولية**:تعني مدى تحمل الأفراد للمسؤوليات من خلال المهام التي يؤدونها في المؤسسة.

*إضافة إلى ما سبق ذكره هناك من يرى بأن مبادئ الجودة الشاملة تتمثل في الآتي:(1)

1 – **الاندماج الكلي للإدارة**:أي أن الإدارة مسؤولة عن عدة مهام ومنها تطبيق نظام الجودة بالمؤسسة.

2– **تماسك وترابط كل أفراد المؤسسة**:لتحقيق المؤسسة أهدافها لزام عليها أن تقوم بتأهيل وتحفيز عمالها.

3 – **الاحتياط من الأخطاء الوظيفية**:أي القيام بنشاطات وقائية لاكتشاف الأخطاء قبل وقوعها.

4– **قياس الجودة**:يتم قياس الجودة وفق معايير موحدة للإنتاج، وتحديد الأهداف ومقارنتها بما هو منجز.

5 – **تضافر كل الجهود**:تسعى المؤسسة من خلال قيامها بنشاطها إلى تحقيق الأصفار الخمسة.

6 – **التحسين المستمر للجودة**:تسعى المؤسسة بكل الوسائل إلى تحقيق التحسين في نشاط الجودة.

II– 1 – 5 – شروط نجاح الجودة الشاملة:

يتم التطرق للشروط التي يتوقف عليها نجاح الجودة الشاملة في المؤسسة في الآتي:(2)

– إعداد قاعدة للجودة، ومن ثم الانطلاق في تطبيق الجودة الشاملة بتحفيز من الإدارة العامة.

– المشاركة الجماعية لكل إطارات وأفراد المؤسسة وتحفيزهم على تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة.

وهناك من يرى أن نجاح تطبيق الجودة الشاملة بالمؤسسة يتطلب ما يلي:(3)

– دراسة وضعية المؤسسة في السوق لفترة طويلة، واعتماد التكنولوجيا كوسيلة للتطور وليس للتحويل.

– مساهمة كل أفراد وعناصر المؤسسة في دراسة أي مشكلة قد تتعرض لها المؤسسة.

II– 2 – إدارة الجودة الشاملة:

إن الجودة هي أحد نظم الجودة الشاملة, أخذت بمبادئها العديد من المؤسسات الإنتاجية والتي تقدم الخدمات العامة والخاصة في حياتها الربحية، وغير الربحية في معظم الدول المتقدمة، ثم تلتها بعض الدول النامية التي تحاول أن تشق طريقها نحو التقدم, ولقد أدت زيادة حدة المنافسة بين المؤسسات إلى تغيير نظرتها بالتركيز فيها على جودة كل العمليات والأنشطة التي تقوم بها، انطلاقا من اعتمادها على ما يسمى بالجودة الشاملة, بغية تلبية حاجات ورغبات الزبائن والمستهلكين.

II– 2 – 1 – ماهية إدارة الجودة الشاملة:

ساهمت التغيرات الاقتصادية الجديدة الناجمة عن ظاهرة عولمة السوق في ضرورة تطبيق المؤسسات الاقتصادية لأنظمة تسيير جديدة وفعالة، واعتماد استراتيجيات ملائمة لمواجهة التحديات التنافسية

---

[1] - Michel Weill, **le Management, la Pensée, les Concepts, les Faits**, Armand Colin, Paris, 1994, P134.

[2] - Chantal Boussingault et Martine Prête, op. cit., P12.

[3]- علي رحال/ إلهام يحياوي، الجودة والسوق، **"مجلة آفاق"**، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، العدد:05، مارس 2001، ص 45.

المتزايدة، وتعد TQM أحد أهم تلك الأنظمة التي يؤدي تطبيقها إلى امتلاك ميزة تنافسية لأجل طويل.

II– 2 – 2 – نشأة وتطور إدارة الجودة الشاملة:

اختصاراً لكل ما كتب بشأن المراحل التي اجتازتها الجودة في تطورها عبر العصور، فإن بعض الكتابات حصرتها في المراحل التالية:

1 – مرحلة التفتيش(الفحص): كانت الجودة سابقا تركز فقط على فحص المنتَج، وكان القرار الرئيسي السائد هو الخاص بتحديد متى يتم فحص المنتجات، وما هي عدد الوحدات التي تخضع للفحص(1).

وفي هذه المرحلة انقسمت وظيفة الجودة بين العامل الذي يقوم بالإنتاج والمفتش الذي يفحص المنتجات للتقليل من المعيبات، وفصلها عن المنتج النهائي؛ لأنه لا يمنع من وقوع الخطأ(2).

2– مرحلة ضبط الجودة: حسب رأي:"**Dale Besterfield**" بأن ضبط الجودة هو استخدام الأدوات والقيام بالأنشطة المختلفة لتطوير جودة السلعة أو الخدمة (3).

3 – مرحلة تأكيد الجودة: يمكن القول بأن هذه المرحلة تهدف إلى ضمان ثبات الجودة باستخدام التخطيط، ولإدارة نظم الجودة بالإضافة إلى الوسائل المستعملة السابقة (4).

4 – مرحلة إدارة الجودة الشاملة: تعد TQM نظام شامل للقيادة والتشغيل للمنظمة يركز على العمل الجماعي للعاملين والزبائن، ويهدف إلى التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد البعيد(5).

II– 2 – 3 – مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

نال مفهوم إدارة الجودة الشاملة اهتماماً كبيراً من قبل الكثير من الكتاب والباحثين وغيرهم من ذوي الاختصاص، مما أدى إلى اختلافهم حول إيجاد تعريف محدد له، وفيما يلي بعض التعاريف:

– ومنهم من قال إنها:"شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين، بهدف التحسين المستمر في الجودة والإنتاجية وذلك من خلال فرق العمل."(6)

وهناك من يرى بأنها:"عملية مستمرة من التركيز على القيادة، وتفعيل دور الموظفين، وتحسين العمليات، وإدارة النظام العام في المؤسسات، واستخلاص المعلومات التي تدعم اتخاذ القرارات الإستراتيجية."(7)

وعرفها معهد الجودة الفيدرالي بأنها:"منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات العميل وتوقعاته وفيها يتم استخدام الأساليب الكمية لغرض التحسين المستمر في العمليات والخدمات في المنظمة."(8)

عرفها أيضا "**جوسبان**" بأنها:"خلق ثقافة متميزة من الأداء من خلالها يعمل الجميع بأقصى جهد ممكن

1- فريدعبد الفتاح زين الدين، **المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية**، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر، 1996، ص13.

2- بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، **مجلة الباحث**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:05/2007، ص ص29- 30.

3 -D.H.Beserfield ,**Quality Control**, 4th Ed, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice –Hall Inc,1994, P2.

4- صلاح محمد عبد الباقي، **قضايا إدارية معاصرة**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 194.

5- سعدون بوكبوس، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، **مجلة جديد الاقتصاد**، الجمعية الوطنية للاقتصاديين الجزائريين، الجزائر، العدد:00، 2006، ص ص27 – 28.

6 - http:// www. Ibtesama. Com/ Vb/ show thread – t – 80882. html (02/08/2009).

7- http://Faisa L kamis. Com/ ?P=235(02/08/2009).

8- محسن علي عطية، **الجودة الشاملة والمنهج**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص111.

لتحقيق توقعات العملاء، وأداء العمل بطريقة سليمة من أول مرة."[1]

*مما تقدم يمكن صياغة التعريف التالي:إنTQMعبارة عن مجموعة من المبادئ تصاغ وفق استراتيجية إدارية تنتهجها المنظمة، من أجل تحقيق جودة شاملة تمس جميع الأنشطة داخل المنظمة، بغية تحقيق هدفها الأسمى، والمتمثل في ضرورة إدخال الرضا والسعادة على المستهلك والموظف على حد السواء.

II- 2 – 4 – أهمية تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

تمثل أهميةTQMللمنظمة مكانة هامة بسبب الاستخدام الهادف، ونتيجة لجملة من الأسباب منها:[2]

منها:[2]

– تخفيض التكلفة وزيادة الربحية.

– إرضاء المستهلك، وتحقيق ميزة تنافسية.

* وهناك العديد من الظواهر التي تؤكد للإدارة ضرورة تبني أسلوب TQM، ومنها ما يلي:[3]

– زيادة الوقت المقرر للعمليات، وزيادة عمليات المراقبة.

– زيادة عدد الاجتماعات بين الإدارة والعاملين، إضافة إلى كثرة حالات إلقاء اللوم على الآخرين.

II- 2 – 5 – فوائد ومبادئ إدارة الجودة الشاملة:

لإدارة الجودة الشاملة فوائد ومبادئ في غاية الأهمية يتم التعرض لها بإيجاز فيما يلي:

II- 2 – 5 – 1 – فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

من الفوائد التي يمكن أن تجنيها المنظمة من خلال تطبيقها لمنهج إدارة الجودة الشاملة الآتي:[4]

– تعزيز تنافسية المنظمات بالتركيز على تطبيق TQM في تقديم المنتج ذا الجودة العالية للزبون.

– إنجاز أهدافها الممثلة في تحقيق النمو والاستثمار الأمثل لمواردها البشرية.

– تقليص المشاكل المتعلقة بالزبائن كشكاوى الزبائن الداخليين والخارجيين.

*كما أن هناك فوائد يجنيها العاملون في المؤسسة نتيجة لالتزامهم بتطبيق إدارة الجودة الشاملة منها:[5]

– زيادة الولاء والانتماء عند العاملين للمؤسسة.

– تنمية مهارات العاملين في المؤسسة من خلال توفير وتسهيل التدريب اللازم لهم.

– إعطاء العاملين الحوافز نتيجة للجهود التي يبذلونها للقيام بأعمالهم.

* وبالإضافة إلى ما سبق توجد فوائد أخرى لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة ومنها الآتي:[6]

– تقليل الوقت اللازم لإنهاء المهام والمسؤوليات، والاستفادة المثلى من الموارد الموجودة في المنشأة.

---

[1]- أحمد محمد غنيم، **إدارة الجودة الشاملة**، بدون طبعة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2008 – 2009، ص 41.

[2]- صالح ناصر عليمات، **إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية (التطبيق ومقترحات التطوير)**، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص29.

[3]- أحمد شاكر العسكري، **التسويق الصناعي**، ط3، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 255.

[4]- محمد عبد الوهاب العزاوي **إدارة الجودة الشاملة**، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص ص68 – 69.

[5]- محمد عوض الترتوري/أغادير عرفات جويحان، **إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2006، ص ص38 – 41.

[6]- http:// www. Hajr- net work. Net/ hajr Vb/ show thread. Php? T= 402942389 (02/08/2009).

– تحديد المسؤولية وعدم إلقاء التبعات على الآخرين عند حدوث أي أمر غير مبرر.

II– 2 – 5 – 2 – مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

لم تعد إدارة الجودة الشاملة مجرد أفكار تتبناها أو تؤمن بها المؤسسة، بل هي عبارة عن تجسيد لهذه الأفكار وتطبيقها في الواقع العملي للمؤسسة، بغرض تحقيق الأهداف المسطرة التي تسعى لبلوغها، من خلال الاعتماد على مجموعة مبادئ تتمثل في العناصر التالية:

1 – التركيز على العميل: يعد العميل أهم المرتكزات التي تعتمد عليها TQM نتيجة لما يلي:

– إن إدارة التسويق داخل المنظمة مطالبة بالبحث المستمر عن الوسائل، والأساليب التي تحقق رضا الزبون باعتباره مصدر ربحية المنظمة وسبب وجودها[1].

– الزبون يعد نقطة البداية والنهاية بالنسبة للمنظمة، ويعد رضاه الهدف الأساسي لديها[2].

2– التعليم والتدريب المستمر: إن عملية نقل فلسفةTQMوتطبيقها تتطلب عملية تدريب وتحسين، لتأهيل جميع العاملين في الشركة وبدون توقف، وأن يكون الهدف النهائي هو الكمال والذي لا يمكن بلوغه[3].

3 – دعم الإدارة العليا: إن اقتناع الإدارة بضرورة تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة، يجعلها مستعدة لدعم كل التغييرات التي ستحدث في المنظمة[4].

4 – مشاركة العاملين وتكوين فرق العمل: ضرورة احترام العنصر البشري وتقديره؛ لأن عن طريقه يتحقق الرضا لدى الزبائن[5].

5 – تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة الشاملة: تعني تأسيس نظام لإدارة الجودة الشاملة باعتباره من الركائز الأساسية التي تقتضيها متطلبات TQM[6].

6 – التغذية العكسية: تبرز مكانة وأهمية التغذية العكسية في TQM، نتيجة ارتباط البيانات الصحيحة بعملية اتخاذ القرارات الصائبة، كما أن استمرارية عملية التحسين المستمر تقترن بالتدفق المعلوماتي[7].

II– 2 – 6 – عناصر وأهداف إدارة الجودة الشاملة:

يتم التعرض لكل من عناصر وأهداف إدارة الجودة الشاملة فيما يلي:

II– 2 – 6– 1– عناصر إدارة الجودة الشاملة:

تتضمن إدارة الجودة الشاملة ثلاثة عناصر أساسية هي:

1 – تخطيط الجودة: هي عملية منهجية يتم بموجبها ترجمة سياسة الجودة إلى أهداف قابلة للقياس.

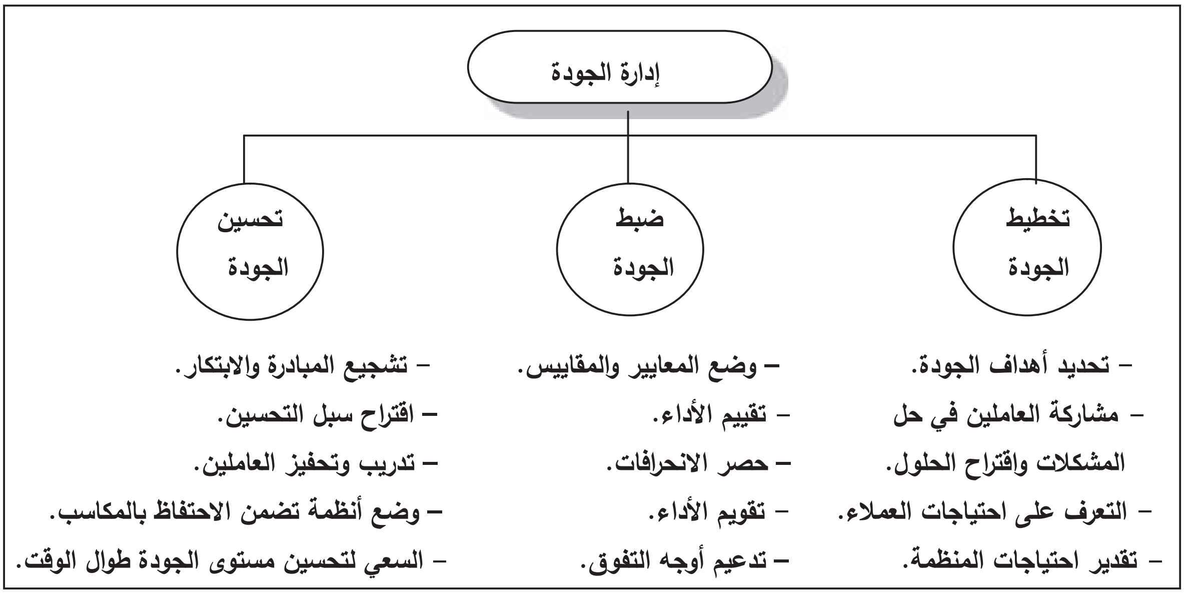
2 – ضبط الجودة: تعني مجموعة الجهود التي يبذلها العاملين التي تسمح بتحقيق المستويات القياسية.

1ـ طارق طه، **التسويق والتجارة الإلكترونية**، ط2، الإسكندرية، مصر، 2005، ص 195.
2ـ عمر وصفي عقيلي(2001)، مرجع سابق، ص 113.
3ـ قاسم نايف علوان، مرجع سابق، ص 106.
4ـ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 205.
5ـ عمر وصفي عقيلي(2001)، مرجع سابق، ص 51.
6ـ أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، **مجلة الباحث**، جامعة ورقلة، الجزائر، العدد:04، 2006، ص 11.
7ـ حسن صادق حسن عبد الله/ السيد علي حبيب الأمير، **مقال بعنوان:نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة**ـ دراسة تطبيقية على الموظفين الإداريين بجامعة البحرين، مملكة البحرين، 2005، ص 239.

3 – **تحسين الجودة:** يقصد بها جلب الجديد والأحسن بشكل دائم لتحقيق التميز ومن ثم البقاء والاستمرار.

وكل عنصر من العناصر السالفة الذكر نجده يتكون من مجموعة من المبادئ الموضحة له، ويمكن توضيح ذلك من خلال معطيات الشكل رقم(1.1) الموالي: [1]

– **الشكل رقم(1.1): العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة**



– **المصدر:** مدحت محمد أبو النصر، تنمية مهارات بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، ط$_1$، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص 31.

* يمكن القول بأن تطبيق فلسفة الجودة الشاملة على أرض الواقع يحتاج إلى استيعاب مفهومها، وجعله حلقة عملية تستعملها الإدارة التنفيذية بالمنظمة التي تحتاج إلى متسع من الوقت لتصبح سارية المفعول.

II– 2 – 6 – 2 – أهداف إدارة الجودة الشاملة:

إن المؤسسة ومن خلال تطبيقها لفلسفة إدارة الجودة الشاملة تسعى جاهدة لتحقيق عدة أهداف منها:

– ضمان التحسين المتواصل لكل قطاعات المؤسسة وزيادة مرونتها في التعامل مع المتغيرات[2].

– أن تمتاز جودة منتجات الشركة بالاستقرار، وأن تملك أفضل القنوات لتوزيع منتجاتها بشكل سريع[3].

– أما "**ريتشارد فرمان R. Ferman**" فقد لخص أهداف إدارة الجودة الشاملة في النقاط التالية:[4]

- التركيز على احتياجات السوق، والسعي لتلبيتها، وابتكار مقاييس للأداء.
- تحقيق أعلى أداء في كل المجالات.

– وهناك من يرى بأن أهداف إدارة الجودة الشاملة تتمثل فيما يلي:[5]

- تحاول المؤسسة أن تكون الأفضل في السوق من وجهة نظر الزبون، والتأقلم مع الحاجيات الجديدة.

1- مدحت محمد أبو النصر، **تنمية مهارات بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة**، ط$_1$، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص 31.
2- علي السلمي(1995)، مرجع سابق، ص 40.
3- قاسم نايف علوان، مرجع سابق، ص 99.
4- مدحت أبو النصر، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة**، ط$_1$، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008، ص 69.
5- عمر لعلاوي، دور وأهمية الجودة والتقييس في حماية المستهلك، **الملتقى الوطني لحماية المستهلك في ظل الانفتاح الاقتصادي**، معهد العلوم القانونية والإدارية، المركز الجامعي بالوادي، الجزائر، 13- 14 أفريل 2008، ص 155.

● الاهتمام بالإنتاجية بغرض تخفيض التكلفة ومنها الحصول على ميزات تنافسية.

* انطلاقا مما سبق نجد أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة هو مفهوم واسع وشامل للمؤسسة ككل، وهدفه الأساسي يتمثل في كسب رضا الزبون بأي شكل من خلال تلبية حاجاته وتوقعاته المستقبلية.

II- 3 – متطلبات ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

نتناول مراحل تطبيق الجودة الشاملة، والمعوقات والأخطاء الناجمة عنها, إضافة إلى المقارنة بينها وبين الإدارة التقليدية ومستويات تبنيها ومؤشرات القياس والأداء.

II- 3 – 1- متطلبات إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها:

يتم التطرق إلى نقطتين أساسيتين هما:

II- 3 – 1- 1 – متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يحتاج لبعض المتطلبات التي تسبق البدء بتطبيق هذا البرنامج في المؤسسة حتى يمكن إعداد العاملين على قبول الفكرة، ومن ثم السعي نحو تحقيقها.

ومن أهم متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة نذكر الآتي:[1]

1 – توفر القيادة الإدارية العليا للجودة الشاملة.

2 – التركيز على الأداء بصورة صحيحة منذ اللحظة الأولى.

3 – فهم متطلبات المستهلك وتحقيقها وتجاوزها.

4 – تحقيق الجودة من خلال إدارة الجودة الشاملة وليس من خلال أنظمة فحص الجودة.

5 – تصميم أنظمة وأساليب لتوفير الجودة في المنتجات والخدمات.

6 – وضع برامج التطوير والتحسين المستمر لضمان الجودة الشاملة.

7 – تعلم وتدريب الموظفين على أدوات الجودة الشاملة.

8 – تقييم المدير من خلال قياسات الأداء الخاص بالجودة والمقارنة المراجعة والإعادة الهندسية.

9–أن تنظرالمنظمة إلى أن الجودة سلاح تنافسي يؤثر في التصميم والعمليات والمخزون والجدولة...إلخ.

II- 3 – 1- 2 – مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

لكي تحقق الأهداف المرجوة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة ينبغي أن تمر بخمس مراحل[2].

1- مرحلة الإعداد:تسبق عملية البناء التي يشارك فيها كبار الموظفين المسؤولين بالمنظمة[3].

2 – مرحلة التخطيط:يقوم مجلس الجودة باستعمال البيانات التي تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ مرحلة التخطيط الدقيق[4].

1- مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص341.

2- عبد الرحمن توفيق، **الجودة الشاملة الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات**، مركز الخبرات المهنية للإدارة (بميك)، القاهرة، مصر، ط$_2$، 2005، ص 63.

3- سعدون بوكبوس، مرجع سابق، ص32.

4- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي**، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997, ص 85.

3 – مرحلة التقويم والتقدير: تقوم على تهيئة الأرضية لبدء تطبيق النظام على أرض الواقع[1].

4 – مرحلة التطبيق: تعني التطبيق الفعلي للمبادئ في المجال الذي تنشط فيه المنظمة.

5 – مرحلة التنويع: يتم فيها استثمار الخبرات التي تم تحقيقها من تطبيق إدارة الجودة الشاملة[2].

II- 3 – 2 – المعوقات والأخطاء المترتبة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

يتم التطرق لكل من المعوقات والأخطاء التي تترتب عن تطبيق منهج TQM في الآتي:

II- 3 – 2 – 1 – معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

من الأسباب التي تؤدي إلى الفشل في تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة العناصر التالية:[3]

– عدم التزام الإدارة العليا بتطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة.

– التركيز على أساليب معينة في إدارة الجودة الشاملة وليس البرنامج ككل.

– توقع نتائج سريعة وليست على المدى البعيد مع ضرورة اعتماد برامج TQMمن طرف خبراء بالجودة.

* أيضا من بين معوقات إدارة الجودة الشاملة ما يلي:[4]

– نقص الخبرة الإدارية لدى بعض المسؤولين، مما ينجم عنه عدم القدرة على اتخاذ القرارات.

– ضعف التنسيق بين الأجهزة ذات العلاقة الواحدة وعدم وجود الموظف المناسب في المكان المناسب.

* انطلاقا مما سبق فإنه على إدارة المنظمة أن تسعى جاهدة إلى إزالة هذه المعوقات والقضاء عليها أو على الأقل الحد من تأثيرها وذلك بهدف تيسير عملية التطبيق بسهولة ووفقا لما هو مخطط له.

II- 3 – 2 – 2 – الأخطاء الشائعة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

على الرغم من النجاح الذي قد تحققه أغلب المنظمات عند تطبيقها لمنهج إدارة الجودة الشاملة، إلا أن ذلك لا يمنع من الانتباه إلى بعض الأخطاء الشائعة التي تؤدي إلى فشل تطبيقها، ومنها:[5]

أ – الأخطاء الإدارية: معظمها تنجم عن غياب دعم الإدارة العليا للإدارات في المستويات الأدنى.

ب – الأخطاء الفنية: تتمثل في الأخطاء العملية والتي غالبا ما يكون عددها أكبر من الأخطاء الإدارية.

* كما توجد أخطاء أخرى يمكن اكتشافها في مجال تطبيق الجودة الشاملة ومنها:[6]

– عدم التقدير الكافي بأهمية المورد البشري، والفشل في توفير معلومات عن الإنجازات المحققة.

– عدم الإنصات الكافي للعملاء والموردين، وضرورة التصدي للمشاكل الكبيرة مع بداية التطبيق.

II- 3 – 3 – المقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة:

يتم التطرق إلى المقارنة بين أسلوبي الإدارة التقليدية وTQM في عدة أوجه هي:[7]

1- عبد الرحمن توفيق، مرجع سابق، ص 65.

2- مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص 347.

3- محمد عوض الترتوري/أغادير عرفات جويحان، مرجع سابق، ص ص49 – 51.

4 - http:// www. Hajr – net work. Net/ hajr Vb/ show thread. Php ? t = 402942389(02/08/2009).

5- سونيا محمد البكري، **إدارة الجودة الكلية**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004/2003، ص ص65 – 66.

6- عبد الحميد عبد المجيد البلداوي/ زينب شكري محمود نديم، **إدارة الجودة الشاملة والمعولية [الموثوقية]والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستدامتها**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 91.

7- عمر وصفي عقيلي(2001)، مرجع سابق، ص ص57 – 58.

1 – الهدف:تهدف الإدارة التقليدية إلى تعظيم أرباح وعوائد المنظمة، بينما تركز إدارة الجودة الشاملة اهتمامها على تحقيق رضا زبائنها من خلال تلبية احتياجاتهم بمستوى عال من الجودة.

2 – التخطيط:تركز الإدارة التقليدية على المدى القصير، بينما تعمل إدارة الجودة الشاملة على تكامل وتوازن ما بين المدى القصير والطويل.

3 – أسلوب العمل وتحمل المسؤولية:يقوم كل فرد أو إدارة بعمله بصفة انفرادية في ظل الإدارة التقليدية ولهذا تكون المسؤولية شخصية، في حين تؤكد إدارة الجودة الشاملة على العمل الجماعي.

4 – السياسات والإجراءات:تتميز بالجمود في الإدارة التقليدية، وبالمرونة في ظل تطبيقTQM.

5 – نظام الحوافز:يتّسم في الإدارة التقليدية بالثبات ومعظم الحوافز المستعملة مادية، في حين نجده فيTQMيعتمد على تطوير نظام الحوافز حيث نجده يشتمل على الحوافز المادية والمعنوية في آن واحد.

6– الزبائن والموردون:يتم التركيز في ظل الإدارة التقليدية على الزبون الخارجي دون سواه، في حين يتم التركيز في ظل TQM على كل من الزبائن الداخليين والخارجيين باعتبار أحدهم يمثل امتداداً للآخر.

II– 3 – 4 – مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة والقياس ومؤشرات الأداء:

نتعرض في هذا العنصر لنقطتين أساسيتين هما:

II– 3 – 4 – 1 – مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة:

يعود تقسيم مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة حسب"**B. G. Dale**" إلى ستة مستويات أساسية هي:[1]

1–مستوى غير الملتزمين:أي المنظمات التي بدأت بتطبيق مفاهيم الجودة دون أن تبدأ بتطبيق تحسينها.

2–مستوى المترددين:تسمى المنظمات في هذا المستوى بالمترددة نتيجة حداثة عهدها بتحسينات الجودة.

3 – مستوى مستخدمي الأدوات:أي المنظمات التي لديهم خبرة في تحسين الجودة لمدة خمس سنوات.

4 – مستوى منفذي التحسينات:تصل المنظمة إلى هذا المستوى بعد أقل من ثماني سنوات من التحسين.

5 – مستوى رابحي الجوائز:في هذا المستوى تكون المنظمة مؤهلة للدخول إلى المسابقات وقد لا تربحها.

6– المستوى العالمي:تصل المنظمة إلى هذا المستوى بعد تطبيق منهج TQM لأكثر من عشر سنوات.

II– 3 – 4 – 2 – القياس ومؤشرات الأداء:

يمكن إجمال إجراءات القياس ومؤشرات الأداء في عدة نقاط من أهمها:[2]

أولاً: وضع المواصفات:لكي تتمكن إدارة المنظمة من الحكم على أدائها وإنجازاتها سواء، أكان أثناء مرحلة التطبيق أم بعدها يجب عليها وضع مواصفات للجودة منذ بداية تطبيقها لمنهج TQM، ومن أهمها:

1– مواصفات تصميم المنتَج:يقوم قسم التصميم بوضع التصاميم الرئيسة لكل منتَج في المنظمة.

2– مواصفات المواد المشتراة:تعني شراء المواد التي تلبي الحاجات التي تتناسب مع جودة المنتَج.

3 – مواصفات عمليات الإنتاج:يتم وضع مواصفات للعمليات الإنتاجية كطريقة الأداء، أو النتائج...إلخ.

1ـ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص ص208 – 213.
2ـ محفوظ أحمد جودة، المرجع نفسه، ص ص218 – 220.

4 – مواصفات المنتَج: يتم وضع هذه المواصفات طبقا لنتائج دراسة احتياجات الزبون.

ثانيا: إجراء القياس: يمر هذا النظام بعدة مراحل كالتصميم والتحليل والتطوير والتنفيذ والتقييم.

ثالثا: مؤشرات الإنتاجية: تتمثل هذه المؤشرات في كل من: الإنتاجية والكفاءة والفعالية والنجاعة والأداء.

1 – الإنتاجية Productivité:

أ – تعريف الإنتاجية: هي مقياس كمي وكيفي للإنجاز، يعمل على تحقيق الأهداف عن طريق تحويل المدخلات إلى المخرجات بأقل تكلفة ممكنة، فهي مقياس لنجاح أو فشل إدارة المنشأة[1].

تمثل الاستخدام الأمثل لعناصر الإنتاج بما يحقق أكبر قدر ممكن من الإنتاج بمستوى جودة وبتشكيلة معينة، وفي وقت محدد بأقل تكلفة ممكنة، وبما يعطي أعلى فائض ممكن من الربحية[2].

ويعرف " **Evans** " الإنتاجية على أنها: "مقياس لتحديد المدى الذي تكون به الموارد في أية منظمة والتي تستخدم بشكل فعال ونقلها من حالة كونها مدخلات إلى حالة المخرجات"[3].

ب – قياس الإنتاجية: عادة ما يتم التعبير عن الإنتاجية في شكل نسبة المخرجات (السلع والخدمات) إلى المدخلات (العمالة، المواد، الطاقة ومواد أخرى)، ويتم حسابها وفق الصيغة التالية:[4]

$$\text{الإنتاجية} = \frac{\text{المخرجات}}{\text{المدخلات}}$$

والجدير بالذكر أن الإنتاجية ذات شقين هما:[5]

1 – شق كمي: يعني إن الإنتاج الذي نحصل عليه باستخدام موارد محددة بصورة كمية.

2 – شق نوعي: يتعلق هذا المؤشر بالجودة ودرجة الإنفاق في الإنتاج.

جـ- التمييز بين الإنتاج والإنتاجية: إذا كانت الإنتاجية تتمثل في العلاقة بين المخرجات والوسائل المستخدمة في إنتاج هذه المخرجات، فإن الإنتاج يمثل قيمة أوكمية المخرجات دون النظر للمدخلات[6].

2 – الكفاءة: Efficience:

أ – تعريف الكفاءة: من أهم التعاريف التي تلامس ظاهرة الكفاءة الإقتصادية، نذكر ما يلي:

– تاريخيا: يعود مفهومها إلى الاقتصادي الايطالي "**فلفريدو باريتو**" الذي طور صياغتها وعرفها على أنها تمثل: "زيادة كمية الإشباع في ظل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبالصورة التي لا يمكن فيها تحقيق إشباع أكبر من ذلك المتحقق من نفس الحجم المستخدمة"[7].

1ـ محمد سمير أحمد، **الإدارة الإستراتيجية وتنمية الموارد البشرية**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2009، ص ص110 – 111.

2ـ صالح السعيد، الكفاءة الاقتصادية لاستخدام الإمكانية المتاحة للمؤسسة الإنتاجية بناء نموذج قياسي لمؤسسة (القطن المعقم)، **مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير** جامعة سطيف (1)، الجزائر، العدد:12، 2012، ص 124.

3ـ ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 191.

4ـ نبيل محمد مرسي، مرجع سابق، ص 39.

5ـ خضير كاظم حمود/هايل يعقوب فخوري، **إدارة الإنتاج والعمليات**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص 45.

6ـ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 225.

7ـ صالح السعيد، مرجع سابق، ص 122.

– **لغة:**تعرف الكفاءة لغة على أنها:"كافأ الشيء أي ساواه وماثله، وكفاء الأمر مثله، والكفاية أو الكفاءة

هي المساواة والكفء هو النظير، والكفاءة في ضوء ذلك هي القدرة على تحقيق المطلوب"(1).

– **اصطلاحا:**تعرف الكفاءة على أنها: "الطريقة المثلى لاستعمال الموارد"(2).

ويعرف قاموس **Le petit rebert** الكفاءة على أنها:"معرفة معمقة ومعروفة تمكن صاحبها أو تعطي لصاحبها حق الحكم واتخاذ القرارات في مجالات معينة"(3).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية كفاءة الخدمات الصحية على أنها:"العلاقة بين النتائج النهائية المتحققة والجهود المصروفة على شكل نقود وموارد ووقت"(4).

ومهما سردنا من تعاريف للكفاءة فإننا لن نستطيع أن نستوفيها حقها، وانطلاقا من التعاريف السابقة نخلص إلى القول إن الكفاءة تعني الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

ب – قياس الكفاءة:تعني الوصول إلى تحقيق الأهداف الموضوعة مع وجود تحسينات في المدخلات كتخفيض التكلفة واختصار مدة المشروع، ويمكن قياسها وفق المعادلة التالية:(5)

$$\text{الكفاءة} = \frac{\text{الموارد المستخدمة}}{\text{الموارد المخططة}} \times 100$$

تقيس هذه النسبة مدى كفاءة الإدارة في استخدام الموارد المتوفرة لديها من رأس مال وآلات ومواد خام، وعمالة بالمقارنة مع الموارد المخططة لها من نفس عناصر المدخلات.

جـ– أنواع الكفاءة:يوجد نوعيان من الكفاءة؛ هما:(6)

1– الكفاءة الإنتاجية:تتضمن العملية الإنتاجية جانبين من الكفاءة هما:

أ – الجانب التقني:يتمثل في عملية التوليف بين عناصر المدخلات لإنتاج كمية من المخرجات.

ب – الجانب التكاليفي:يتعلق بأسعار المدخلات، ويعبر عنه بمقياس الكفاءة السعرية.

2 – الكفاءة الهيكلية:تهدف إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسن أدائها.

3 – الفعالية effectivités:

أ – تعريف الفعالية:من بين تعاريفها نذكر ما يلي:

– **الفاعلية لغة:**تعني الفاعل الذي قام أو يقوم بالفعل؛ أما الفعال فهي صيغة مبالغة من اسم الفاعل،

1- محمد مولود غزيل/محمد بلال الوادي، الموارد البشرية ودورها في تعزيز الميزة التنافسية للمؤسسات المصرفية، **مجلة الواحات للبحوث والدراسات** بالمركز الجامعي، غرداية، الجزائر، العدد:07/2009، ص471.

2- محمد الجموعي قريشي/الحاج عرابة، قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) – دراسة تطبيقية لعينة من المستشفيات ، **مجلة الباحث**، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:11/2012، ص12.

3 - Partrik GILBERT et René THIONVILLE,**Gestion de l'Emploi et –Evaluation des Compétences**, Paris/ESF éditeur, 1990, P37.

4- ثامر ياسر البكري (2005 أ)، مرجع سابق، ص187.

5- محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 227.

6- محمد الجموعي قريشي/الحاج عرابة، مرجع سابق، ص ص12 – 13.

والفاعلية في ضوء ذلك هي القدرة العملية الملموسة على تحقيق الأهداف المنشودة[1].

يعرفها(**Khemkhem**)بأنها:"القدرة على تحقيق الأهداف مهما كانت الإمكانيات المستخدمة في ذلك"[2].

وهناك من يعرف الفعالية على أنها:"الدرجة التي تحقق فيها أهداف المنظمة"[3].

ويرى آخرون بأن الفعالية تعرف على أنها:"مدى تحقيق الأهداف المسطرة مقارنة بالأهداف المحققة"[4].

4 – العلاقة بين الإنتاجية والكفاءة والفعالية:

من أهم جوانب العلاقة بين هذه العناصر الثلاث يتمثل في الآتي:[5]

1 – تعد الإنتاجية أشمل وأعم من الكفاءة والفعالية باعتبارها تتعلق بالكم الإنتاجي بشكل أساسي.

2 – يتطلب تحسين الإنتاجية اختيار أفضل البدائل المتاحة من العاملين.

3 – يتم في الغالب حساب الإنتاجية بالوحدات، بينما يتم حساب الكفاءة والفعالية كنسبة مئوية.

5 – التمييز بين الكفاءة والفعالية:

كثيراً ما يساوي بين مفهوم الفعالية ومفهوم الكفاءة، علما بأن المصطلحين مختلفان ومترابطان، فالفعالية تعني كما يقول **دراكر** "ماذا نعمل؟"، أما الكفاءة فتعني "كيف نعمل؟"[6].

ومنه فيوجد اختلاف واضح بينهما، إذ تتعلق الكفاءة بالمدخلات، أما الفعالية فتتعلق بالمخرجات والنتائج.

6 – النجاعة:Efficacité :

تعبر عن الإنجاز الجيد للعمل، وسبل تحقيق الأهداف المقترحة عليها[7].

أ – تعريف النجاعة:توجد عدة تعاريف للنجاعة نذكر من أهمها الآتي:

"هي استعمال أفضل الوسائل الممكنة في أسرع الأوقات بأقل التكاليف لتحقيق أعلى النتائج"[8].

7 – الأداء:La Performance :

يعد الدافع الأساسي لوجود أية مؤسسة من عدمه باعتباره الأكثر إسهاما في تحقيق ضمان بقائها.

أ– تعريف الأداء:إن مصطلح الأداء أكثر المفاهيم استعمالا، ومن أهم تعاريفه نذكر ما يلي:[9]

– **لغة:**بأنه إنجاز عمل ما، واعتبره جل الباحثين بأنه الأداء البشري دون الموارد الأخرى.

–**اصطلاحا:**بمعنى القيام بفعل يساعد على الوصول إلى الأهداف المسطرة.

1- محمد مولود غزيل/محمد بلال الوادي، مرجع سابق، ص471.

2- عبد الرزاق بن حبيب، **اقتصاد وتسيير المؤسسة**، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2006، ص127.

3- رائد عبد الخالق عبد الله العبيدي، إدارة الجودة الشاملة:التغيير والتطوير التنظيمي من أجل إنجاح المنظمة، **المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات**، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، الجزائر، 08 – 09 مارس 2005، ص185.

4- الزهراء بوتيفور، فعالية نظام التسيير في المؤسسة المصرفية دراسة ميدانية في مؤسسة القرض الشعبي الجزائري بوهران، **مجلة الواحات للبحوث والدراسات** بالمركز الجامعي، غرداية، الجزائر، العدد:2009/07، ص80.

5- محمود أحمد الفياض/عيسى يوسف قدادة، **إدارة الإنتاج والعمليات**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص ص86 – 88.

6- الحاج عرابة، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية:دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات، **مجلة الباحث**، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:2012/10، ص334.

7- الحبيب ثابتي/الجيلالي بن عبو، **تطوير الكفاءات وتنمية الموارد البشرية**، بدون طبعة، مؤسسة الثقافة الجامعية 40 شارع سوتير الازاريطة، الإسكندرية، مصر، 2009، ص204.

8- http : //www Ahewar. Org/debate/ show .Art. ASP? Aid = 168974 (16/04/2009).

9- إلهام يحياوي، الجودة كمدخل لتحسين الأداء الإنتاجي للمؤسسات الصناعية الجزائرية، **مجلة الباحث**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:05، 2007، ص 46.

ويرى"**لانفدون Langdon**"أن مفهوم الأداء يعني إنجاز العمل وفقا لأسس ومعايير معنية ومحددة[1].

– يعرفه "**هاينز Haynes**"بأنه:الناتج الذي يحققه الموظف عند قيامه بأي عمل، ويعبر الأداء الوظيفي عن المجهود الذي يبذله الفرد في تنسيق عمله لإنجاز مهام وظيفته بدقة في أقصر وقت وأقل جهد [2].

– يعرفه "**A. Kherak hem**"على أنه:"تأدية عمل أو إنجاز نشاط أو تنفيذ مهمة، بمعنى القيام بفعل يساعد على الوصول إلى الأهداف المسطرة"[3].

ويعبر " **Eccles** "عن الأداء بكونه:"انعكاس لقدرة منظمة الأعمال وقابليتها على تحقيق أهدافها"[4].

II– 3 – 5 – علاقة الإنتاجية بإدارة الجودة الشاملة:

يتم التعرض للعلاقة التي تربط الإنتاجية بـ:TQM باعتبارها علاقة وثيقة، وباعتبارها إحدى الركائز الأساسية للجودة، من خلال العلاقات المشتركة بينهما والمتمثلة في:[5]

1 – التحسين المستمر للجودة:يؤدي إلى رفع الإنتاجية وزيادة أرباح المؤسسة وزيادة رضا المستهلك.

2 – دراسة العمل:الهدف منها تحسين طرق العمل المتبعة واستبعاد العمليات غير المجدية.

3 – السيطرة على النوعية:هي نظام لفحص المنتَج، قصد تقليل المرفوضات إلى الحد الأدنى.

وتستخدم الشركات في المدى القصير مجموعة من المقاييس يتم على أساسها تقييم العلاقة بين الإنتاجية وإدارة الجودة الشاملة، ومن أمثلتها:[6]

مستوى المخزون، وقت دورة الإنتاجية، التوقيت المناسب للتوريد، مستويات جودة المنتج...إلخ.

II– 3 – 6 – أوجه الاختلاف بين الجودة وإدارة الجودة الشاملة:

رغم الارتباط بين الجودة و TQM إلا أن ذلك لا يمنع من وجود اختلافات بينهما، وأهمها:[7]

1 – الجودة مرتبطة بالمنتَج النهائي للعملية الإنتاجية، في حين يوسع نظام TQM مفهوم الجودة ليشمل جودة الأداء في مختلف الأنشطة الوظيفية والتسييرية.

2 – يسعى نظام الجودة إلى حل المشكلات العارضة بالتعرّف على أسبابها مع اعتماد الأسلوب العقابي اتجاه الأفراد المعنيين بها، في حين نجد أن TQM ترتكز على التحسين المستمر للعمليات.

3 – إذا كان نظام TQM يرتكز على أهمية الولاء والانتماء من قبل العاملين والإدارة لأهداف المؤسسة، فإن نظام الجودة لا يعير أدنى اهتمام لذلك.

1ـ هشام سفيان صلواتشي، تنمية الموارد البشرية من منظور تسيير الأداء، **مجلة الواحات للبحوث والدراسات** بالمركز الجامعي، غرداية، الجزائر، العدد:2009/07، ص375.

2ـ عبد القادر قرش، الثقافة التنظيمية طريق الأداء المتميز في المؤسسة الاقتصادية، **مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة**، بجامعة الجزائر العدد:17، المجلد رقم:2، 2008، ص 87.

3ـ الشيخ الداوي، تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء، **مجلة الباحث**، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:2009/07 – 2010، ص218.

4ـ وائل محمد صبحي إدريس/ طاهر محسن منصور الغالبي، **أساسيات الأداء وبطاقة التقويم المتوازن**، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص38.

5ـ مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص ص398 – 400.

6ـ فريد النجار، **إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق**، الدار الجامعية 48 شارع زكريا غنيم – الابراهمية – رمل الإسكندرية، مصر، 2007، ص109.

7ـ سملالي يحضيه، إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية، **الملتقى الوطني الأول حول المؤسسة الاقتصادية الجزائرية وتحديات المناخ الاقتصادي الجديد**، جامعة ورقلة، الجزائر، 23/22 أفريل2003، ص 177.

4 – إذا كان نظام الجودة يركز على تلبية احتياجات الزبائن الخارجيين للمؤسسة، فإن نظام TQMيتعداه إلى الزبائن الداخليين، وأن في تلبية احتياجاتهم يعد بمثابة تلبية لاحتياجات الزبائن الخارجيين.

III – معايير التقييس الدولية:

يتم التعرض فيما يلي لكل من نظام إدارة الجودة ISO 9000، ونظام إدارة البيئة ISO14000، وعلاقة الآيزو بإدارة الجودة الشاملة، ونظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO18000.

III – 1 – نظام إدارة الجودة ISO 9000:

أصبح الاهتمام بالجودة قضية تشغل اهتمام المؤسسات في كافة أنحاء العالم من أجل مواكبة التطور الحاصل، واقتناص الفرص المتاحة للوصول إلى أعلى مستويات الجودة، خصوصاً وأن هذه الأخيرة لم تعد خياراً إستراتيجياً تنتهجه المؤسسة فحسب؛ بل أصبحت ضرورة ملحة لنجاح أي نظام اقتصادي.

III – 1 – 1 – ماهية ومواصفات ISO 9000:

يتم التطرق فيما يأتي لعدة نقاط من أهمها:نشأة الأيزو وتعريفه كمصطلح، وتعارفه كنظام.

أ – نشأة فكرة الأيزو:

نشأة فكرة المواصفات القياسية لنظام الجودة ومنها:الأيزو 9000 من المواصفات القياسية العسكرية Mil- Q 9857Aالصادر سنة1963، والمواصفات القياسية لحلف الناتو AQAP، والمواصفات القياسية البريطانيةBS 5750 التي أصدرها المعهد البريطاني للمواصفات القياسية عام1979[1].

ولقد حققت هذه المواصفات فوائد كثيرة غير أنها خاصة بقطاع الأسلحة والمعدات الحربية، لذا اشتدت الحاجة إلى نظام مماثل للجودة يمكن استخدامه في مختلف الصناعات[2].

وكانت أولى المعايير التي حققت هذا الغرض هي:BS5750 الصادرة عن المعهد البريطاني التي تعرف على أنها:نظام لإدارة الجودة الذي يؤكد على جودة إجراءات رسمية مكتوبة، وتعليمات مرشدة للعاملين من أجل التأكيد من أنهم يقومون بأداء مهامهم بطريقة صحيحة[3].

تلت هذه المواصفةISO8042 الصادرة في:1986/06/15، والتي جاءت لتحديد مصطلحات الجودة[4].

أما في سنة1987 وتلبية للطلب العالمي فإنه تم لأول مرة إصدار المواصفة الدولية لنظم إدارة الجودة ISO9000، والمطابقة تماماً للمواصفة البريطانية BS5750، وبالتالي أطلق عليها المواصفة BS5750/ISO9000، ولقد تم تعديل الاسم في عام 1994 على النحو التالي:BS/EN/ISO9000 لإرجاعها إلى أصلها البريطاني(BS) وإضافة البعد الأوربي لها(EN)[5].

ب – تعريف ISO9000:

إن مصطلح "ISO" الذي يعني الحروف الأولى من اسم المنظمة العالمية للموصفات: international Standardization Organization التي تأسست عام1946 عقب الحرب العالمية

1- حسين عبد العال محمد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة والمواصفات القياسية(الأيزو) وأهم التعديلات التي أدخلت عليها**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2006، ص95.

2- علي السلمي(1995)، مرجع سابق، ص91.

3- خضير كاظم حمود، مرجع سابق، ص107.

4 - GUY Landoyer, **la Certification ISO 9000, un Moteur Pour la Qualité**, édition d'organisation, 2000,P57.

5- غول فرحات، **الوجيز في اقتصاد المؤسسة**، ط، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة القديمة، الجزائر، 2008، ص137.

الثانية، ويقع مقرها في جنيف عاصمة سويسرا، وتضم أكثر من90 دولة [1].

وجاء اختصارها:ISO اعتماداً على الكلمة اليونانية "ISOS" التي تعني متساوي "Equal"[2].

– يعد نظامISO:9000 من أهم الأنشطة التي تسعى المنظمات لاعتمادها في ظل التنافسية لذا لقي تعريفه اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين، ونظراً لأهميته نوجز أهم تعريفاته فيما يلي:

–يعرف نظامISO:9000على أنه:"شهادة تمنحها المنظمة العالمية للمواصفات"ISO"للشركات التي تتوفر على مجموعة من المقاييس والمعايير في نظام جودتها والتي تفرضها هذه المنظمة."[3]

– يعرف ISO:9000 بأنه:"يعد هيكلاً أساسياً للمؤسسة التي تهدف إلى الوصول لـ:(TQM)."[4]

*انطلاقا من هذه التعاريف نستنتج أن:ISO :9000 عبارة عن نظام تتبناه المؤسسة، من أجل تلبية رغبات وحاجات الزبائن، ويشتمل على عدة معايير تتصف بالشمولية والعالمية.

III – 1 – 2 – تصنيفات (مستويات) الأيزو ISO 9000 :

يتكونISO:9000 من سلسلة من المعايير الأكثر انتشاراً دولياً، وتمثلت في ثلاثة إصدارات هي:[5]

– **الإصدارالأولISO9000:1987**:ركز هذا الإصدار على ضبط الجودة والمتعلق بتطبيق النشاطات والأساليب المتعلقة بضمان استمرار متابعة الزبون(أي اكتشاف الأخطاء وتصحيحها بالدرجة الأولى).

– **الإصدارالثانيISO9000:1994**:ركز هذا الإصدار الذي صدر سنة 1994 **على تأكيد الجودة** والذي يعني تطبيق الأنشطة الضرورية لتوفير الثقة بأن المنتَج يلبي متطلبات العميل.

– **الإصدارالأخيرISO9000:2000**:والذي صدر سنة 2000 فقد **ركز على نظام إدارة الجودة** مما يعني تطبيق النشاطات والأساليب المتعلقة بإدارة الجودة.

1 – سلسلة مواصفات (ISO9000:1994):

أ – مفهوم المواصفات:يقصد بها تلك الخصائص والمميزات الخاصة بالمنتَج لتأدية غرض محدد، وتعد المواصفات لغة تفاهم ووسيلة اتصال بين كافة الحلقات المتعاملة مع المنتَج، كما تعد المواصفات من أكثر الوسائل وضوحاً، وقبولاً لدى كافة شرائح المجتمع لاعتمادها على الشفافية[6].

ب – الشروط الواجب توفرها في المواصفات:تتمثل هذه الشروط فيما يلي:[7]

1 – وضوح المواصفة:أن تكون واضحة المعاني حتى يسهل فهمها بواسطة كافة المعنيين بها.

2 – التكامل:يجب أن تكون المواصفة متكاملة في المضمون والمعنى، مما يبعد اجتهادات الأفراد.

3– الواقعية:يجب أن تكون المواصفة واقعية، وسهلة التطبيق وألا يقود ذلك إلى رفع التكاليف.

1ـ حسين عبد العال محمد(2006)، مرجع سابق، ص95.
2ـ مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص377.
3ـ عمر وصفي عقيلي(2001)، مرجع سابق، ص63.
4ـ محمد عوض الترتوري/أغادير عرفات جويحان، مرجع سابق، ص51.
5ـ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص ص307- 308.
6ـ محمد علي عبد العزيز حلواني، **مفهوم الجودة الشاملة، برنامج ماجستير إدارة الأعمال**، الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا والنقل البحري/الغرفة التجارية الصناعية، جدة، المملكة العربية السعودية، 2003 -2004، ص8.
7ـ محمد علي عبد العزيز حلواني، المرجع نفسه، ص9.

4 – الربحية: يجب أن تقود المواصفة عند تطبيقها إلى خفض تكاليف الإنتاج ورفع كفاءة الأداء...إلخ.

5 – الملاءمة: أي الملائمة في التطبيق لفترة طويلة، حتى لا تكون عرضة للتبديل والتغيير والإضافات.

جـ – أقسام مواصفات (ISO9000:1994): تنقسم هذه السلسلة إلى خمس مواصفات رئيسية هي:

– **ISO:9000:** تعني مجموعة الإرشادات الواجب إتباعها في اختيار وتطبيق نظام الجودة الشاملة[1].

– **ISO:9001:** تحتوي على عشرين عنصراً وتقدم نموذجاً لتأكيد الجودة للمنشآت المتخصصة[2].

– **ISO:9002:** تطبق في المؤسسات التي تقوم بنفس الأنشطة في ISO:9001 ما عدا التصميم والتطوير، وخدمة ما بعد البيع [3].

– **ISO:9003:** يغطي هذا المستوى المؤسسات التي تقوم بخدمات الفحص والتفتيش، والاختبار على المنتجات دون أن يكون لها أي تدخل في التصميمات أو الإنتاج[4].

– **ISO:9004:** تتضمن هذه المواصفة التعليمات الإرشادية التي يجب إتباعها من قبل الشركات للحصول على إحدى شهادات الأيزو التالية: ISO:9001، ISO:9002، ISO:9003 [5].

– يتضح مما سبق أنه لا يوجد نموذج أفضل من نموذج وليست النماذج الثلاثة مستويات مختلفة للجودة:

2 – سلسلة مواصفات (ISO9000 :2000): تم في هذه السلسلة الجديدة إدماج معايير: ISO:9001، ISO:9002، ISO:9003 في معيار واحد هو ISO:9001 بإصدار عام 2000، استجابة للانتقادات الموجهة لمجموعة الأيزو التعاقدية، لكونها تتميز بالمرونة في مجالات التطبيق لمختلف الشركات[6].

III – 1 – 3 – متطلبات نظام إدارة الجودة ISO 9000:

لكي يتم اعتماد مواصفات نظام إدارة الجودة ISO:9000 لابد من توفر مجموعة من العناصر التي تعد أساسية لتطبيقه، وقد عرفت هذه العناصر تعديلات عدة من حيث الشكل الذي كانت عليه في نظام (ISO 9000:1994)، إلى الشكل الذي أصبحت عليه في نظام (ISO 9000:2000) ولأهمية ذلك نستعرض المتطلبات لكلا الإصدارين لمعرفة جوانب التعديلات فيما يلي:

– حسب ISO 9000:1994 يبلغ عدد العناصر التي يتوقف عليها نظام إدارة الجودة عشرين عنصراً إلا أن هذا العدد يختلف حسب نوع المواصفة المعتمدة من سلسلة مواصفات هذا النظام، حيث تضم المواصفة ISO:9001 عشرين عنصراً، في حين تضم المواصفة ISO:9002 ثمانية عشر عنصراً، أما المواصفة ISO:9003 فتقتصر على أثنى عشر عنصراً فقط[7].

III – 1 – 4 – فوائد وتكاليف الحصول على شهادة ISO 9000:

يتم التعرض في هذا المجال للفوائد التي يجنيها التنظيم والأفراد في مختلف المؤسسات من تطبيق

---

[1]- سمير محمد عبد العزيز، **جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو9000، و10011**، ط1، مطبعة الإشعاع الفنية، مصر، 1999، ص137.
[2]- أديدجي باديرو، ترجمة فؤاد هلال، **الدليل الصناعي إلى أيزو9000**، ط2، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1999، ص34.
[3]- غول فرحات(2008)، مرجع سابق، ص138.
[4]- صالح ناصر عليمات، مرجع سابق، ص60.
[5]- عمر وصفي عقيلي(2001)، مرجع سابق، ص65.
[6]- قاسم نايف علوان، مرجع سابق، ص218.
[7]- علي السلمي(1995)، مرجع سابق، ص 94.

نظام إدارة الجودة الشاملة للأيزو 9000، بالإضافة إلى التكاليف التي تترتب على ذلك.

III – 1 – 4 – 1 – فوائد الحصول على شهادة ISO 9000:

قدم الباحثون قوائم مطولة للفوائد التي تجنيها المؤسسة من تطبيقها لشهادة ISO 9000، ومنها:[(1)]

– تحقيق الاستقرار للمؤسسة والثقة بإنتاجها وخدماتها، وتحقيق الانخفاض المستمر في التكاليف.

– إطالة عمر المؤسسة لتتزايد الثقة بإنتاجها وخدماتها.

– تعزيز قدرة المؤسسة في تحقيق صور النجاح والتفوق النوعي في الأداء.

– التحسين المستمر وذلك من خلال منع حدوث الأخطاء بدلاً من اكتشافها بعد حدوثها.

III – 1 – 4 – 2 – تكاليف الحصول على شهادة المطابقة(التسجيل):

تشمل تكلفة التأهيل للحصول على شهادة المطابقة مع المواصفة الدولية الأنواع الآتية من النفقات:[(2)]

أ – رسوم طلب التسجيل والتقديم: تدفع هذه الرسوم إلى الجهة المختصة بالتسجيل لتغطية نفقاته.

ب – أتعاب الاستشارة: تمثل أتعاب الاستشاريين الخارجيين لكي تتطابق مع متطلبات شروط المواصفة.

ج – نفقات الخبراء الداخليين: هي مكافآت تقدم للخبراء من أجل الحصول على شهادة المطابقة.

د – تكاليف الالتزام والوقت: تعني أن المؤسسة لابد عليها من مضي وقت طويل تلتزم فيه بالسير وفق شروط ومتطلبات نظام الجودة المعتمد، كما توجد تكاليف أخرى تتمثل في تكاليف الأدلة والنظم.

III – 1 – 5 – مقومات فاعلية تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

لتطبيق TQM يتطلب التزام صريح من قبل الإدارة العليا التي يتوقع منها القيام بما يلي:[(3)]

– تهيئ الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل برنامج الجودة الشاملة.

– تزرع ثقافة الجودة الشاملة وتنمي روح الإبداع في العاملين بشتى تخصصاتهم ومستوياتهم الإدارية.

– تشجع العملاء الداخليين والخارجيين على تقديم الاقتراحات التي تسهم في رفع مستوى الجودة.

– تطور نظام الحوافز لتربطه بالأفكار المبتكرة التي تضمنها اقتراحات العاملين وتجعله متجاوبا معها.

– تدريب العاملين بشكل مستمر وتعزيز قدراتهم بتكنولوجيا المعلومات واستخدامها كل في مجاله.

III – 2 – نظام إدارة البيئة ISO14000:

لا يختلف اثنان في أنّ التطور المتزايد للمؤسسات الإقتصادية الذي كان له الأثر الايجابي في توفير السلع والخدمات ذات الاستعمال الواسع لطالبيها من المستهلكين، بشكل أسرع وأوفر وأحسن، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود الأثر السلبي لذلك التطور على الجانب البيئي، والمحيط خصوصاً وأن بعض الصناعات لا تعير أدنى احترام, أو اهتمام لقوانين البيئة، متذرعة في ذلك بأنها تتعارض مع أهدافها المشروعة، والحقيقة غير ذلك، لذا كان من الضروري على الحكومات وضع قوانين، من شأنها إخضاع

---

[1]- مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص ص385- 387.

[2]- علي السلمي(1995)، مرجع سابق، ص ص97- 98.

[3]- أحمد سيد مصطفى، **إدارة الجودة الشاملة والآيزو 9000 منهج علمي للتنافس بالجودة**، دار النشر مجهولة، القاهرة، مصر، 2006، ص ص99 - 100.

هذه المؤسسات إلى اعتماد معايير تساعدها على احترام قوانين حماية البيئة من أخطار التلوث...إلخ.

III – 2– 1 – نشأة المواصفة البيئة ISO 14000:

لقد تزايد الاهتمام العالمي في العقود الثلاثة الأخيرة بالبيئة، الأمر الذي نجم عنه الاهتمام الواضح من قبل المسؤولين ومتخذي القرارات سواء أكان محلياً أم دولياً، منظمات كانت أم حكومات باللجوء إلى وضع قوانين وتشريعات متعلقة بالحفاظ على البيئة، والمحافظة عليها من مخاطر التلوث والأضرار التي تلحق بالموارد الطبيعية والبشرية، مما أدى إلى انعقاد عدة مؤتمرات، وكان مؤتمر ستوكهولم سنة 1972 يمثل بداية الاهتمام، ثم مؤتمر ريودي جانيرو بالبرازيل 1992[1].

فضلا عن مؤتمر نيويورك سنة 1996، بالإضافة إلى قمة الأرض بجوها نسبورغ سنة 2002 للتنمية المستدامة التي تعد بمثابة أكبر قمة عبر التاريخ؛ والتي حضرها ممثلي174 بلداً[2].

أما بخصوص قمة كوبنهاغن المنعقدة بالدانمارك في:2009/12/07 ولمدة أسبوعين فجاءت نتائجها مخيبة للآمال وذلك بالنظر لما تمخض عنها من التزامات للدول المتقدمة، والتي تمثلت في تقديم مصادر جديدة أهمها مبلغ:ثلاثين(30) مليار دولار إلى غاية عام 2012 للدول الأكثر تأثراً بالتغيرات المناخية.

وقد جاء في بيانها الختامي أن الدول الحاضرة فيها اتفقت على تحديد سقف ارتفاع حرارة الأرض بدرجتين مئويتين نسبة إلى فترة ما قبل الثورة الصناعية، ولم يتضمن الإعلان هدف تقليص انبعاثات الغازات المسببة لارتفاع حرارة الأرض بنسبة خمسين بالمائة حتى عام 2050، ولا يزال هنالك الكثير من الجهد الواجب بذله بغية توصل المجتمع الدولي لاتفاق ملزم[3].

* ومن أهم نتائج أشغال قمة كوبنهاغن ما يلي:[4]

– عدم حصول إجماع يكون في مصلحة البلدان المتضررة من نفايات الدول المتطورة.

– ضغوط الدول المتقدمة نحو فرض غرامات مالية على الدول التي لاتستعمل الكاربون في أي مجال.

– تصميم الدول المتقدمة على فرض ضغوط على نظيرتها البلدان النامية قصد إخضاعها لمنطقها.

* وهناك من يرى بأن نتائج مؤتمر كوبنهاغن جاءت مخيبة للآمال وذلك لعدة اعتبارات، أهمها:[5]

– جاء في شكل إعلان نوايا غير ملزمة بهدف أن يبقى ذلك من احتكار الدول المتطورة دون سواها.

– اجتهاد الدول الغنية في امتلاك التكنولوجيا واحتكارها، ومنع كل من سواها من ذلك.

ومن هذا المنطلق انقسم العالم إلى نصفين عالم يملك الصناعة، المال، القوة، وآخر لا يمتلك إلا التخلف الذي يعمل العالم الأول على إبقاء الآخر في هذا الجو إلى الأبد، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى وجود عالمين أحدهما ينتج كل شيء وآخر يستهلك كل ما ينتج.

1- محمد عبد الوهاب العزاوي(2005 أ)، مرجع سابق، ص 185.

2- غول فرحات، أثر الاهتمام بالبيئة والعمل بالمواصفات العالمية للبيئة ISO14000 على تنافسية المؤسسات، **مجلة جديد الاقتصاد**، الجزائر، العدد:02، 2007، ص ص148- 149.

3- آسيا مني، قمة كوبنهاغن الملوثين الكبار يتخلون عن التزاماتهم، **جريدة الشعب**، الجزائر، العدد:15065، الأحد:2009/12/20، ص 24 (بتصرف).

4- جمال أوكيلي، تسييس البيئة، **جريدة الشعب**، الجزائر، العدد:15068، الأربعاء:2009/12/23، ص03.

5- أمين بلعمري، احتكار التفوق، **جريدة الشعب**، الجزائر، العدد:15068، الأربعاء:2009/12/23، ص02.

III – 2 –2 – مفهوم نظام إدارة الجودة البيئية:

للتطرق إلى مفهوم14000: ISO ينبغي علينا ضرورة التطرق إلى ما يلي:

أ– مفهوم البيئة: البيئة كلمة مأخوذة من المصطلح اليوناني"OIKOS" والذي يعني بيت أو منزل وكثيراً ما يحدث الخلط بين علم البيئة "ECOLOGY" والبيئة المحيطة أو ما تسمى أحياناً بعلم البيئة الإنساني "Environnement"، ذلك أن علم البيئة(الايكولوجيا) يشمل دارسة كل الكائنات أينما تعيش، بينما يقتصر علم البيئة الإنسانية على دراسة علاقة الإنسان بالطبيعية دون سواها[1].

ب– تعريف البيئة: للبيئة عدة تعاريف نذكر منها ما يلي:

تعرف على أنها:"الإطار الذي يضم جميع العناصر، الطبيعية والبيولوجية، والحضارية والتاريخية كالمُناخ والأرض والأنهار والجبال، والتي يعيش فيها الإنسان مع الكائنات الأخرى من نباتات وطيور وحيوانات في تكامل وتجانس وتوازن يساعد على استمرار الحياة وبقائها كما أرادها الخالق."[2]

تعرف البيئة أيضا على أنها:"الموازنة بين الإنسان والحيوان والنبات والماء."[3]

* إن المتتبع لتسارع النمو الاقتصادي للمؤسسات الصناعية لاشك أنه لاحظ جليا الأثر الإيجابي في توفير السلع والخدمات للزبائن والمستهلكين بشكل أسرع وأحسن، غير أن ذلك لا يمنع من تفاقم المشاكل البيئية نتيجة لاستنزاف الموارد الطبيعية، وتلوث البيئة والإخلال بالتوازن البيئي.

جـ – الأيزو في مجال البيئة: عرف خبراء الجودة نظام إدارة متكامل أطلقوا عليه اسم "Quensh"، وهذا التعبير مكون من :[4]

المقاطع لكلمات الجودة "Quality"والتي أخذ منها حرفي"Qu"ويمثلهاISO:9000، أما حرف"en" فهما أول حرفين من كلمة "environnement" وتعني البيئة ويمثلهاISO:14000، أما حرفي"sh" فهما أول حرفين من كلمتي "Safety Health"، والتي يمثلهاISO:26000 وتعني جودة الأنفاق والصحة البيئية. وغرض العلماء من وضع ضوابط الجودة البيئية هو الحفاظ على صحة الإنسان من عوامل الأضرار به وبصحته وهذا ليس أقل من الصناعة التي وضع لها العلماء معايير للجودة، فغاية الحفاظ على البيئية هو الحفاظ على صحة الإنسان مما يحيط به من تلوث سواء أتمثل في الهواء أم الماء أم التربة.

د – تعريف ISO:14000: لقي نظام ISO:14000 لإدارة البيئة عدة تعاريف وفيما يلي بعضاً منها:

يعرف نظام إدارة البيئيةISO:14000على أنه:"مجموعة نظم خاصة بالإدارة البيئية تهدف إلى رعاية البيئة ومحيطها من التأثيرات السلبية للنظم الإنتاجية عليها."[5]

يعرف نظام إدارة البيئة على أنه:"مجموعة عناصر ومفاهيم توضح مدى ارتباط (TQM)بالبيئة."[6]

---

[1]ـ محمد طالبي/محمد ساحل، أهمية الطاقة المتجددة في حماية البيئة لأجل التنمية المستدامةـ عرض تجربة ألمانياـ ، **مجلة الباحث**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد:06، 2008، ص202.

[2]ـ خالد كواش، السياحة والأبعاد البيئية، **مجلة جديد الاقتصاد**، الجزائر، العدد:02، 2007، ص ص123- 124.

[3]ـ غول فرحات(2007)، مرجع سابق، ص150.

[4]ـ حسين عبد العال محمد، مرجع سابق، ص ص110- 112.

[5]ـ محمد درويش/ يحي إبراهيم، **إدارة الجودة الشاملة**، مطابع الدار الهندسية، مصر، 2000، ص225.

[6]ـ فرانكلين أوهار، **دليل ISO**، الدار العربي للعلوم، بيروت، لبنان، 2001، ص97.

– من التعاريف السابقة الذكر نستنتج أنISO:14000 هو نظام لتسيير النواحي المتعلقة بمحيط المؤسسة، ويشتمل على مجموعة من المعايير تساعد المؤسسة على احترام قوانين حماية البيئة، وتشير بعض معايير إدارة الجودة إلى أنه لابد من الحصول على تصريح يتضمن توافق المنتَج أو الخدمة مع معايير البيئة، بل يحمل علامة تدل على ذلك، ولقد ظهرت سلسلة المواصفاتISO:14000 لإيجاد توازن يهدف لتحقيق الربحية للمؤسسة دون إلحاق الضرر بالبيئة بمختلف مكوناتها[1].

III – 2– 3 – فوائد وتكاليف ومتطلبات إدارة الجودة البيئية:

يتم تناول كل من فوائد نظام إدارة الجودة البيئية وتكاليفها ومتطلباتها فيما يلي:

III – 2– 3 – 1 – فوائد نظام إدارة الجودة البيئية:

إن تطبيق نظام إدارة الجودة البيئية ISO:14000 من قبل المنظمة يحقق لها العديد من الفوائد التي تدفعها إلى تبني هذا النظام، ومن أهمها الآتي:[2]

1 – **رفع كفاءة الإنتاج**:يترتب عنه من حيث الاستخدام تقليل حالات الضياع و الهدر والنفايات.

2– **تحسين الأداء البيئي**:يتم ذلك من خلال ترشيد استخدام موارد الطاقة؛ مثل:الكهرباء والماء وغيرها.

3 – **تحقيق الميزة التنافسية**:يتم ذلك من خلال إعطاء صورة حسنة عن المنظمة لدى زبائنها.

III – 2– 3 – 2 – تكاليف نظام إدارة الجودة البيئية:

تعني ضرورة تحديد التكاليف التي تتحملها المؤسسة من خلال الاعتماد على عدة عوامل من أهمها:[3]

– تكاليف المدقق وحجم فريق التدقيق، بالإضافة إلى حجم المنظمة وطبيعتها.

– عدد المواقع التي سيتم تقييمها, وعدد العاملين فيها.

– عدد الزيارات الموقعية التي يقوم بها المدققون، إضافة إلى رسوم التسجيل ونفقات الإقامة والسفر.

– اختلاف طريقة حساب أو تقدير التكاليف من منظمة لأخرى.

*ويمكن الإشارة إلى أن معظم الدول، وخاصة الصناعية منها تسعى حسب تقرير"**الوكالة الأوربية للبيئة**" إلى فرض رسوم بيئية نتيجة لفاعليتها، والآثار الإيجابية المترتبة عنها, فمثلا في عدد كبير من مدن الولايات المتحدة الأمريكية كانت الرسوم على النفايات المنزلية هي السبب الأساسي في الانخفاض الكبير في حجم هذه النفايات، وأيضا الرسوم الأكثر فعالية كانت تلك التي تعالج مشكل تلوث الهواء في السويد، وتلوث الماء في هولندا...إلخ [4].

والبيئة التي تعد الخزان الوحيد للموارد التي يحتاج إليها الإنسان في صناعاته المختلفة، ولهذا كان من الطبيعي على معظم الدول لاسيما المتقدمة منها بأن لا تبخل بالمعلومات والإمكانيات المادية والتكنولوجية في سبيل تخفيض الضغوط البيئية على الدول النامية، وألا تعمق جراحها خصوصاً وأنها

---

[1]ـ غول فرحات (2007)، مرجع سابق، ص158.

[2]ـ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص ص285- 286.

[3]ـ محمد عبد الوهاب العزاوي(2005أ)، مرجع سابق، ص243.

[4]ـ أحمد باشي، دور الجباية في محاربة التلوث البيئي، **مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة**، الجزائر، العدد:9، 2003، ص ص131- 132.

السبب الأول, والمباشر في استخدام مواردها الطبيعية، بأبخص الأسعار من جهة، واستعمال أراضيها كمقابر للنفايات الصناعية والنووية من جهة ثانية.

III – 2- 3 – 3 – متطلبات نظام إدارة الجودة البيئية:

سنتعرف فيما يلي على أهم المتطلبات التي يتكون منها نظام TQEM، والمتمثلة في مجموعة من المتطلبات، التي ينبغي على المنظمة الالتزام بها لتحسين سياستها اتجاه البيئة، ومنها:

أ – السياسة البيئية: تقوم الإدارة العليا في المنظمة بتحديد السياسة البيئية لها من خلال ما يلي:[1]

– تناسب طبيعة وحجم وتأثير أنشطتها ومنتجاتها وخدماتها على البيئة.

– الالتزام بالتحسين المستمر ومنع التلوث.

– وضع ومراجعة الأهداف البيئية، بحيث تكون موثقة ومطبقة ومعلنة لجميع العاملين، ومتاحة للعامة.

ب – التخطيط: تعني مجموعة الخطوات التي تقوم بها المنظمة في مجال العمليات المتعلقة بالبيئة [2].

جـ- التنفيذ والتشغيل: يحتاج تنفيذ الخطة البيئية إلى وجود موظفين مؤهلين وإلى إجراءات موثقة [3].

د – إجراء الفحص والتصحيح: يتضمن توافق أداء المنظمة مع برنامج نظام الإدارة الموضوع [4].

هـ – مراجعة الإدارة: أي إنشاء برنامج ومراجعته دوريا لنظام إدارة البيئة [5].

* ويلاحظ أن المواصفة ISO:14001 قد تناولت متطلبات نظام الإدارة البيئة, وتحديد سياستها وأهدافها وهي المواصفة الإلزامية الوحيدة لوضع نظام الإدارة البيئية [6].

III – 2- 4 – دوافع تبني نظام إدارة الجودة البيئية والمزايا والسلبيات المترتبة عن تنفيذها:

يتم التطرق فيما يلي لكل من دوافع تبني نظام TQEM وما يترتب عنها من مزايا وسلبيات.

III – 2- 4 – 1 – دوافع تبني نظام إدارة الجودة البيئية:

أدى تطبيق نظام الإدارة البيئية الذي يتوافق ومتطلبات ISO:14001 في إنجاز العديد من الأعمال بشكل يكون له الأثر البالغ في بيئة السوق العالمية، بحيث عد كمقياس اختياري إلا أنه يمكن أن يتخذ صفة الإلزام بالنسبة للمنظمات على المستويين المحلي والدولي باعتباره بطاقة لدخول الأسواق.

وتتباين الدوافع وراء تبني المنظمات ISO:14000 ما بين دوافع خارجية وأخرى داخلية، ومنها:[7]

– أولاً: الدوافع الخارجية:

تتمثل في عدة نقاط أساسية لا يمكن الاستهانة بها نتيجة لتأثيرها البالغ الأهمية؛ ومنها:

أ – طلب السوق: يعد طلب السوق على السلع المسؤولة بيئيًا سببًا رئيسيًا لزيادة الوعي البيئي المتنامي لدى المنتجين، مما يجبرهم على الأخذ به والعمل على تقليل المؤثرات البيئية لدى الزبائن.

____

1ـ خالد مصطفى قاسم، **إدارة البيئة والتنمية المستدامة في ظل العولمة المعاصرة**، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، مصر، 2007، ص ص244- 245.

2ـ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص283.

3ـ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 320.

4ـ محمد عبد الوهاب العزاوي(2005أ)، مرجع سابق، ص ص207 - 209.

5ـ خالد مصطفى قاسم، مرجع سابق، ص ص259- 260.

6ـ مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص393.

7ـ محمد عبد الوهاب العزاوي(2005 أ)، مرجع سابق، ص ص193 - 197.

ب – مزايا السوق: تمتلك المنظمات التي تنتج منتجات غير مضرة بالبيئة, حصة تسوقية أكبر لكونها تساعد الزبائن على تحقيق أهدافهم البيئية.

جـ – المتطلبات التعاقدية: أصبحت ضرورة الضغط على المجهزين وسيلة لتحسين أدائهم البيئي وإثبات مسؤولياتهم اتجاه البيئة.

د – المتطلبات الحكومية: تؤدي الحكومات دوراً مهماً في تعزيز الأداء البيئي من خلال التشريعات والأنظمة البيئية، وقد تزايد دورها خلال العقدين الماضيين في الدول المتقدمة.

– ثانياً: الدوافع الداخلية:

تتعلق بالمزايا التي من الممكن أن تجنيها الشركة من جراء تبنيها لمواصفة ISO:14001 عن طريق:

1 – زيارة الكفاءة التشغيلية من خلال تقليل حالات عدم التطابق الذي يؤدي إلى الوقاية من التلوث.

2 – استخدام أقل الطاقة عن طريق تقليل هدر الطاقة.

3 – السيطرة الجيدة على سلوك الأفراد وطرائق العمل ذات التأثير البيئي المحتمل.

III – 2- 4 – 2 – مزايا وعيوب تنفيذ نظام الإدارة البيئية:

– أولاً: مزايا نظام الإدارة البيئية: تقرير البنك الدولي لعام 1992 ميز بين ثلاث درجات في سلم إجراءات حماية البيئة؛ هي:[1]

– **الدرجة الأولى:** وجود حشداً كبيراً من إجراءات رفع كفاءة التشغيل، ووقف الفقد والتسربات إلى البيئة.

– **الدرجة الثانية:** ينجم عنها تحسين في أحوال البيئة، وهذه الحالة أكثر شيوعا في الصناعات الكبيرة.

– **الدرجة الثالثة:** هي التي تتجاوز فيها تكلفة تحسين أحوال البيئة أي مردود اقتصادي.

– ثانيا: عيوب نظام الإدارة البيئية: من العيوب الناجمة عند تنفيذ نظام الإدارة البيئية النقاط التالية:[2]

1 – إن تكاليف نظام الإدارة البيئية متغيرة, وغالبا ما تكون مقرونة بحجم وتعقيد العملية.

2 – هناك بعض المجالات المهمة في ISO:14001 منها: وضع الأولويات والأهداف البيئية للمؤسسة.

3 – إن الاستثمار في تطبيق الإدارة لا يضمن إجراء تحسين في الجودة البيئية.

4– يرجع ISO:14001 مبادئ الإدارة التقليدية "**لهنري فايول**" الذي يعيد التركيب الهرمي لتنفيذ النظام.

III – 3- علاقة الأيزو بإدارة الجودة الشاملة:

يتم التعرض لعلاقة TQM بكل من ISO 9000 و ISO 14000، والعلاقة بينهما فيما يلي:

III – 3 – 1 – العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و ISO 9000:

إن الحصول على شهادة المطابقة لا يعد هدفاً في حد ذاته، وإنما وسيلة تلجأ إليها المؤسسة وتستخدمها الإدارة الناجحة للوصول إلى المزايا المترتبة عن ذلك التفوق الإداري، ومنها:[3]

– زيادة القدرة التنافسية للشركة من خلال تحقيق رضا الزبائن.

---

[1]- زكريا محمد عبد الوهاب طاحون، **إدارة البيئة نحو الإنتاج الأنظف**، ط1، مطبعة ناس بعابدين للطباعة والتوزيع، القاهرة، مصر، 2005، ص ص283- 285.

[2]- يوسف حجيم الطائي وآخرون(2009)، مرجع سابق، ص ص395- 396.

[3]- علي السلمي(1995)، مرجع سابق، ص ص175- 176.

– إمكانية دخول منتجات الشركة للأسواق العالمية.

– توفير مناخ إداري يقوم على تطبيق مفاهيم الجودة في كل الأنشطة بما يحقق الوفرة في التكاليف.

وترتبط معايير الأيزو بإدارة الجودة الشاملة من خلال النقاط التالية:[1]

– إن المواصفة القياسية للأيزو تعبر عن إدارة الجودة من وجهة نظر الزبون، في حين تتبع إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر المورد.

– إن تركيز إدارة الجودة الشاملة على رفع فاعلّية وكفاءة عمليات المؤسسة بشكل شامل ومستمر بغية إرضاء الزبائن يشكل نقطة توافق مع مواصفات الأيزو.

– إن تركيز مواصفات الأيزو على التوثيق المستمر يسهم في تحسين إدارة الجودة ونظم تأكيدها.

* إن ما يمكن استنتاجه في نهاية المطاف يتمثل في أن مواصفة الأيزو 9000 تمثل نظاما للجودة يقوم على مواصفات موثقة، بينما TQM هي إدارة للجودة من منظور شامل، ومنه فهما ليستا متعارضتين بل هما متكاملتان، وأنه من الممكن أن تحصل المنظمة على شهادة الأيزو دون أن تكون متبنية لفلسفة الجودة الشاملة، كما يمكن أن تتبنى المنظمة فلسفة الجودة الشاملة دون الحصول على شهادة الأيزو، إذ تضع في هذه الحالة لنفسها المعايير الخاصة بها، وغالبا ما تسعى الشركات للحصول على شهادة الأيزو كبداية لمواصلة طريقها نحو تطبيق فلسفة TQM [2].

إن تطبيق الجودة الشاملة أضحى من متطلبات بقاء المؤسسة في الأسواق العالمية التي تتصف بحدة المنافسة، وبقاء الأفضل فيها، والذي يقدم أفضل وأجود المنتجات أو الخدمات.

III – 3 – 2– علاقة إدارة الجودة الشاملة بالإدارة البيئية:

لقد بدأ الاهتمام بشؤون البيئة بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية, وذلك لكثرة ما استخدمته الحرب من مواد كيمياوية ألحقت الضرر بالشجر والبشر والحجر وكل ما هو كائن حي.

ومنذ مطلع السبعينيات من القرن المنصرم شهد العالم وعياً بيئياً متصاعداً لم يتوقف عند حماية البيئة وفقا للضوابط والتشريعات بل تعداه إلى ضرورة تبني سياسات، واستراتيجيات بيئيةعلى مستوى الدولة والمنظمات العامة فيها, مما نجم عنه وجود رؤوية موحدة لدى جميع أفراد المجتمع على اختلاف أهوائهم، ومصالحهم حول ما يكتنف البيئة من مخاطر [3].

ونتيجة لما سبق تعالت أصوات رجال البيئة بالدفاع عنها؛ لأن القوانين لم تعد تكفي لردع تجاوزات الإنسان، لذا أخذت المؤتمرات تتوالى محذرة من الاستمرار في استلاب البيئة عذريتها والإساءة إليها.

لقد تطور مفهوم إدارة البيئة بعد أن تم تطبيق أساليب TQM عليه وأصبحت تعرف بإدارة الجودة البيئية الشاملة TQEM، وفي هذا السياق فقد مرّت الإدارة البيئية بنفس المراحل التي مرت بها الجودة إذ كانت تعتمد على عمليات الفحص اللاحق للتلوث، لذلك كانت استجابة العمل الأولية علاجية وكانت عاقبة ذلك

---

[1] ـ سمير محمد عبد العزيز، مرجع سابق، ص ص140- 142.
[2] ـ مصطفى أحمد سيد، **إدارة الجودة الشاملة والآيزو 9000، دليل علمي**، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر، 2001، ص 65.
[3] ـ مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص391.

هو التعامل مع المواضيع البيئية، كمواضع فنية مستقلة تحتاج إلى أقسام مستقلة وأفراد وسياسات وإجراءات متميزة، ومن الاختلافات لكل من TQM و TQEM والتي نلخصها في الجدول التالي:[1]

– الجدول رقم(1.1):الاختلافات بين مفهومي TQM و TQEM

نظام TQM	نظام TQEM
ندرة الخلاف حول قضايا الجودة.	سعة الخلاف حول قضايا البيئة.
وضوح وسهولة تميز حالات الفشل.	حالات الفشل غير مباشرة وصعبة التمييز.
أساسه غير هندسي.	أساسه ISO 14001.
موجّه نحو الزبون.	موجّه للمصلحة العامة.
يستهدف العيوب الصفرية.	يستهدف تقليل النفايات.

– **المصدر:** يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سابق، ص 374.

وعملا بالتوصية (96) قامت منظمة اليونسكو بالتعاون مع اليونيب* بإنشاء برنامج دولي للتربية البيئية سنة 1975 يكون من شأنه تعديل سلوك الإنسان المدمر للبيئة, وفي فترة التسعينيات من القرن الماضي شهد العالم قفزات نوعية في مجال البيئة تمثلت فيما يلي:[2]

– اعتماد معايير لقياس الظواهر البيئية، وضرورة التركيز المتزايد على تقليل التلوث من مصادره.

– ظهور مواصفات قياسية لأنظمة الإدارة البيئية وإلزام المنظمات بوجوب اعتمادها.

– وفي هذا المجال يمكننا القول بأن النقاشات حول البيئة غالبا ما تصل إلى نهايات مسدودة بسبب الغموض وسوء الفهم الذي يحيط بها، إذ هناك من يرى بأن الكلمتين بيئة وإدارة تعني أشياء مختلفة ولهذا ينبغي التطرق إلى مفهومها رغم تعدد وجهات نظر المؤلفين حولها.

فقد أتفق بعض الدارسين مثل:"**Klaus و Kolk و Lillubet**" وآخرون على أن الإدارة البيئية هي:"جزء من النظام الإداري الشامل الذي يتضمن الهيكل ونشاطات التخطيط والمسؤوليات والإجراءات والعمليات والموارد المتعلقة بتطوير السياسة البيئية وتطبيقها ومراجعتها والحفاظ عليها."[3]

ومنه يمكن القول بأن نظام الإدارة البيئية EMS هو جزء من نظام المنظمة الذي يستخدم كأداة فاعلة للمحافظة على التطور من خلال تطبيق EMS ميدانيا.

III – 3 – 3 – علاقة ISO 14000 بـ ISO 9000:

يتم التطرق إلى نوع العلاقة بين ISO:9000 و ISO:14000 وقبل استنتاجها لابد لنا من الإشارة إلى أنه كثيراً ما تعقد مقارنات تؤكد أوجه الشبه بينهما، بحيث:[4]

إن ISO:14000 تدعو إلى التحسين في نظام الإدارة البيئية وهو الأمر الذي لا نظير له في ISO:9000.

1ـ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سابق، ص ص373- 374.

* اليونيب(UNEB): برنامج الأمم المتحدة للبيئة.

2ـ مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص ص391- 393.

3ـ نجم العزاوي/عبد الله حكمت النقار، **إدارة البيئة نظم ومتطلبات وتطبيقات ISO14000**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2007، ص122.

4ـ زكريا محمد عبد الوهاب طاحون(2005)، مرجع سابق، ص ص300- 301.

– إن المنظمة التي لديها نظام لإدارة الجودة وفقا للمواصفة ISO:9000 وتريد بناء نظام للإدارة البيئية وفقا للمواصفةISO:14000.

إن التكامل بين النظامين يعد الخطوة المنطقية إذ إنه ليس أمرًا ممكنا فقط, وإنما مرغوب ومفضل، وأن التنفيذ المنفصل لأي من النظامين هو ضياع للجهد والوقت والمال، ومن هنا فإنه توجد نقاط تشابه واختلاف بين المواصفتين والتي نتعرض لها مختصرة فيما يلي:[(1)]

أ – أوجه التشابه بين المواصفتين: يمكن إجمالها مختصرة في العناصر التالية:

– التزام الإدارة العليا بالسياسة الواضحة والأهداف المبرمجة.

– توثيق السجلات وضبطها، وضبط معدات القياس والرقابة.

– توفير الموارد اللازمة للنظامين، والسعي لإرضاء الزبائن وذوي العلاقة.

ب – أوجه الاختلاف بين المواصفتين:تتمثل في النقاط التالية:

1 – التدقيق:إن التدقيق الداخلي وفقا للمواصفةISO:14001 أكثر شمولاً منه في ISO:9001.

2 – السياسة:تناقش سياسة الجودة داخليا, في حين أن السياسة البيئية تكون نحو الناس خارج المنظمة.

3– تحديد الجوانب البيئية:تعتبر مطلب رئيسي في ISO:14001، وهو مالا تتناوله ISO:9001.

4– الزبون وذووالمصالح:تركز ISO:9001على الزبون, في حين تركز ISO:14001على ذوي المصالح.

5– كلف الأسس الهيكلية:تطلبISO:14001 من المنظمات أن تأخذ بعين الاعتبار الكلف عند رسمها الأسبقيات، والحلول البديلة لمعالجة مشاكلها البيئية, في حين لا تتناول المواصفةISO:9001 ذلك.

III – 4 – نظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO 18000:

إن التطور الذي عرفه مجال العمل خاصة في المؤسسات الصناعية، والتعقيد الذي عرفته شروطه نجم عنه زيادة كبيرة في حوادث العمل، والأمراض المهنية بالنظر لتزايد المخاطر التي تواجه العامل في مكان عمله، مما أدى بالمؤسسات إلى السعي نحو توفير بيئة آمنة عن طريق توفير الصحة والسلامة لموردها البشري، والتقليل من خسائر الأموال التي تنفقها في علاجه.

III – 4 – 1 – نشأة المواصفة ISO 18000 المطابقة لنظام OHSAS 18000:

بالنظر للتطور الملاحظ في مجال العمل في المؤسسات الصناعية الكبرى، والتعقيد الذي عرفته طرقه وشروطه، فقد عرفت هذه المؤسسات ارتفاعاً محسوساً في عدد حوادث العمل والأمراض المهنية، نجم عنه تحمل خسائر مادية وبشرية جسيمة، الأمر الذي جعلها توجه اهتماماتها بالإضافة إلى الجودة وتلبية متطلبات ورغبات الزبائن إلى الاهتمام بحماية البيئة، والسعي لإيجاد نظام يحمي العمال داخلها من الأخطار والأمراض المهنية، ويوفر لهم بيئة عمل آمنة ومناسبة بغية تحقيق الأهداف المنشودة.

ولقد أنشئ نظام OHSAS 18000 وفقا لمواصفة ISO18000 من خلال تضافر جهود العديد من

---

[1] ـ محمد عبد الوهاب العزاوي(2005 أ)، مرجع سابق، ص ص222 – 228(بتصرف).

الهيئات والمنظمات العالمية وهيئات المعايير الوطنية المختصة في إدارة نظم الصحة والسلامة المهنية، وهيئات إصدار الشهادات وهيئات الاستشارات المتخصصة في هذا المجال.

III – 4 – 2 – مفهوم ومكونات مواصفة نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000:

يتم التطرق في هذا العنصر إلى ما يلي:

III – 4 – 2 – 1 – مفهوم مواصفة نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000:

إن نظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO18000 في ظل اعتبار المورد البشري بمثابة الرأسمال الاستراتيجي لمؤسسات الأعمال، ومن أهم الموجودات الإنتاجية، فإن الحفاظ عليه وتوفير متطلبات الأمن المهني والصحي له يعد من أهم الأهداف التي تسعى المؤسسات إلى تحقيقها في ظل سعيها لتحقيق التنافسية، وهذا ما يتطلب منا معرفة هذا النظام من خلال بعض التعريفات، ومنها:

– يعرف نظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO18000 بأنه عبارة عن:"جزء من النظام العام للإدارة بهدف تسهيل تسيير المخاطر، والحوادث المرتبطة بنشاطات المؤسسة"[1].

كما تعرف الصحة والسلامة المهنية بأنها:"توفير ما يلزم من الشروط والمواصفات الفنية والإجراءات التنظيمية في بيئة العمل لجعلها آمنة وصحية"[2].

يتضح لنا من التعريفات السابقة ما يلي:

– تعنى المواصفة OHSAS 18001 بالقيام بأعمال المراقبة المستمرة للنواحي البيئية والصحية؛
– يعمل على البحث عن الأسباب الحقيقية لحوادث العمل، والأمراض المهنية والعمل على الحد منها؛
– يعنى بالعلاقة بين الإنسان والمادة وبيئة العمل، والتنسيق بينها لخدمة العاملين والمؤسسة والمجتمع؛

وما يمكن أن نخلص إليه أن غالبية المؤسسات تسعى للاهتمام بصحة وسلامة العاملين ويزداد هذا الاهتمام كلما زادت مدة العاملين بها نظراً لأنه مع تقدم السن تزداد احتمالات إصابة العاملين بالأمراض.

كما تدعو الحاجة إلى الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية نتيجة لعدة اعتبارات، من أهمها:[3]

1 – **الاعتبار الإنساني:** يعد أحد أهم العوامل التي تدعو إلى ضرورة الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية، بسبب الآثار الجسدية والنفسية والاجتماعية المترتبة عن مختلف الأمراض التي يمكن أن تصيب العامل.

2 – **الاعتبار الاقتصادي:** يتطلب هذا العامل ضرورة الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية لما لها من انعكاسات على المؤسسة وعلى الاقتصاد الوطني.

III – 4 – 2 – 2 – مكونات مواصفة نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000:

تقسم مواصفة OHSAS 18000 وفقا للايزو إلى معيارين أساسيين هما:[4]

1- مليكة علالي، مرجع سابق، ص72.
2- سنان الموسوي، **إدارة الموارد البشرية وتأثير العولمة عليها**، ط1، دار مجدلاوي للطبع والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص26.
3- طارق راشي، **الاستخدام المتكامل للمواصفات العالمية (الايزو) في المؤسسة الاقتصادية لتحقيق التنمية المستدامة دراسة حالة شركة مناجم الفوسفاط بتبسة (SOMIPHOS)**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال الإستراتيجية للتنمية المستدامة بجامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2011/2010، ص170.
4- Bernard Froman, Jean – Marc Gey, Fabrice Bonnifet, **Qualité – Sécurité – Environnement, construire un système de management intégré**, AFNOR, 2002, P111.

–OHSAS18001:تحتوي على المتطلبات الأساسية لهذا النظام التي من خلالها يتم منح الشهادة للمؤسسة بناء على مراجعة مدى تطبيق المتطلبات بالإضافة للمصطلحات الرئيسية.

– OHSAS 18002:تقدم إرشادات بشأن تنفيذ متطلبات نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية.

III – 4 – 3 – متطلبات نظام إدارة الصحة وسلامة العمل OHSAS 18001:

تتلخص متطلبات نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18001 في ما يلي:[1]

1 – المتطلبات العامة:ينبغي على المؤسسة أن تقوم بإنشاء والحفاظ على نظام لإدارة الصحة والسلامة.

2 – سياسة الصحة المهنية والسلامة:وجود سياسة للصحة والسلامة صادق عليها من إدارة المؤسسة.

3 – التخطيط:يتعلق بالجوانب التالية:

3 – 1 – التخطيط لتحديد المخاطر وتقييم وضبط المخاطر المحتملة:تقوم المؤسسة بإنشاء إجراء لتحديد المخاطر والتقييم المستمر للخطر المحتمل والتطبيق الفعال لقياسات الضغط الضرورية.

3– 2– المتطلبات التشريعية والمتطلبات الأخرى:ينبغي على المؤسسة أن تنشئ وتحافظ على الإجراءات لتحديد الوصول إلى تشريعات الصحة المهنية والسلامة والمتطلبات الأخرى التي يمكن تطبيقها.

3 – 3 –الأهداف:أن تنشئ وتحافظ على أهداف الصحة المهنية بالنسبة إلى كل وظيفة داخل المؤسسة.

3 – 4 – برامج السلامة والصحة المهنية:على المؤسسة أن تقوم بإنشاء برامج في هذا المجال.

4 – التطبيق والتشغيل:يتعلق بالجوانب التالية:

4 – 1 – الهيكل والمسؤوليات:يجب تحديد وتوثيق أدوار ومسؤوليات الأشخاص الذين يديرون النشاطات التي تؤثر على مخاطر الصحة والسلامة المهنية، كما يجب أن يتم نشرها وإيصالها للعاملين.

4 – 2 – التدريب والتوعية والكفاءة:ينبغي أن يكون الأفراد العاملين في المؤسسة على كفاءة عالية.

4 – 3 – الاستثمارات والاتصالات:يجب على المؤسسة أن تكون لديها إجراءات للتأكد من أن المعلومات المتعلقة بنظام إدارة الصحة والسلامة المهنية يتم تبادلها بين المؤسسة وكافة الأطراف ذات المصلحة.

4 – 4 – التوثيق:يجب على المؤسسة إنشاء وصيانة معلومات في وسائط مناسبة.

4 – 5– ضبط الوثائق والبيانات:على المؤسسة أن تقوم بإنشاء وصيانة إجراءات للتحكم في كل الوثائق.

4 – 6– الرقابة على العمليات:يجب على المؤسسة تعيين العمليات والأنشطة المتعلقة بالأخطار المعينة.

5 – التحقيق والإجراءات التصحيحية:ونجدها تتمثل في العناصر التالية:

5 – 1 – قياس ورصد الأداء:أن تقوم المؤسسة بإنشاء وصيانة إجراءات لقياس ورصد أداء الصحة.

5 – 2 – الحوادث والحوادث المحتملة وعدم المطابقة والإجراءات التصحيحية والوقائية:يجب على المؤسسة أن تنشيء وتحافظ على الإجراءات لتحديد المسؤوليات والسلطات.

5 – 3 – إدارة السجلات:يجب على المؤسسة القيام بما يلي:

– إنشاء والمحافظة على إجراءات تحديد وصيانة سجلات نظام OHSAS 18001 ونتائج المراجعات؛

[1]- OHSAS 18001 : http://www.anet. pt/downloads/legislacao/OHSAS%2018001.PDF :day (23 /05 /2012).

– أن تكون السجلات مقروءة ومحددة ويمكن تتبعها لكل الأنشطة، إضافة إلى حفظها وصيانتها.

5 – 4 – المراجعة: يجب على المؤسسة أن تنشيء وتحافظ على برنامج المراجعة، وإجراءاته الدورية.

6 – مراجعة الإدارة: على الإدارة العليا بالمؤسسة مراجعة نظام OHSAS 18001 في فترات محددة تقررها للتأكد من مناسبة النظام وكفاءته وفعاليته.

III – 4 – 4 – معوقات تطبيق معايير OHSAS 18001 وأثره في تحسين الأداء:

من بين المعيقات التي تعيق تطبيق معايير OHSAS 18001 نجد الآتي:

أولا: بيئة العمل: تعني تقديم الخدمات الأمنية اللازمة لحماية عناصر الإنتاج وفي مقدمتها العنصر البشري، ورغم أن بعض المؤسسات لا تعمل على توفير بيئة آمنة وإن وجدت لا تكون بالمواصفات المطلوبة، ويكون ذلك من مكونات بيئة العمل التي تعرف بأنها المكان والظروف التي يتم فيها العمل[1].

وتتكون بيئة العمل داخل المؤسسة من شقين هما: [2]

1 – بيئة العمل المادية: تتمثل في الظروف المناخية السائدة في مكان العمل داخل المنظمة كالتهوية.

2 – بيئة العمل النفسية والاجتماعية: تعني العلاقات السائدة بين العمال في مكان العمل، والصراعات التنظيمية الموجودة بين العاملين، التي لها انعكاس على الناحية النفسية لدى كل من يعمل في المنظمة.

ثانيا: ثقافة الفرد: تعني مجموعة السلوكات التي تتبع من قبل الفرد، إذ تؤدي دور مهم في نجاح وفشل نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية، كما تعد السبب الرئيس في تحديد مستوى أدائه في العمل، كما أن نقص الوعي لدى العامل حول السلامة المهنية تجعله المتسبب الأول في الحوادث والأمراض المهنية.

ثالثا: طبيب العمل: يساهم في الكشف عن العمال المرضى وتقديم العلاج لهم، فإذا كان العامل بصحة جيدة فإن ذلك ينعكس إيجابا على أدائه، وعليه يعد طب العمل من التزامات المؤسسة اتجاه عمالها، لأنه في حالة عدم توفر مصلحة طب العمل على مستواهايتعين عليها إيجاد حلول لذلك ومنها: [3]

– المشاركة في إيجاد مصلحة ما بين المؤسسات لطب العمل على أساس مؤهل؛

– إبرام اتفاقية مع أي هيئة في طب العمل أو أي طبيب مؤهل؛

– إبرام اتفاقية مع القطاع الصحي.

III – 4 – 5 – أهداف وفوائد نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية ISO 18000:

تسعى العديد من المؤسسات لاعتماد معايير نظام OHSAS 18000 لتحقيق أهداف وفوائد، ومنها:

III – 4 – 5 – 1 – أهداف نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000:

يهدف نظام الصحة والسلامة في العمل إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:[4]

1- ناصر منصور الروسان وآخرون، **الأمن الصناعي والسلامة المهنية**، ط$_2$، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان، الأردن، 2009، ص71.
2- عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص 560(بتصرف).
3- مليكة علالي، مرجع سابق، ص85(بتصرف).
4- الطاهر خامرة، **المسؤولية البيئية والاجتماعية مدخل لمساهمة المؤسسات الاقتصادية في تحقيق التنمية المستدامة "حالة سوناطراك"**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير البيئة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2007، ص ص104 – 105.

– ضمان تطابق النظام مع سياسة المؤسسة في مجال الصحة والأمن في العمل؛
– البرهنة على هذا التطبيق لأطراف أخرى؛
– البحث عن شهادة المطابقة وتسجيل النظام لدى هيئة خارجية؛
– إجراء تقييم ذاتي وإعداد تصريح ذاتي بالمطابقة مع محتويات OHSAS 18000.
* هذه المتطلبات تخضع لمجموعة من العوامل أهمها:طبيعة المخاطر ودرجة تعقيد العمليات...الخ.

III – 4 – 5 – 2 – فوائد اعتماد نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18000:

تسعى المؤسسات لاعتماد معايير نظام إدارة الصحة وسلامة العمل OHSAS 18000 للاستفادة من الفوائد التي قد تحققها باعتمادها لمعاييره بكفاءة وفعالية، ومن بين الفوائد نذكر ما يلي:[1]

– مساعدة المؤسسة على توفير إطار قانوني يساعد على تحديد الأخطار العملية والعمل على تفاديها؛
– تحسين أداء المؤسسة من خلال توفير تعليمات لإدماج مبادئ إدارة الصحة والسلامة في مكان العمل؛
– مساعدة المؤسسة على تخفيض التكاليف والخسائر المادية والبشرية الناجمة عن الحوادث العمليّة.

إضافة لما سبق توجد فوائد أخرى منها:[2]

– إرضاء العاملين والزبون ورفع الروح المعنوية وزيادة جودة مكان العمل؛
– التوفير لمواد الإنتاج نتيجة استخدام عمليات آمنة وخفض استهلاك الطاقة أثناء العمليات الإنتاجية؛
– خفض وقت الأعطال الناجمة عن الإصابات والحوادث جراء الظروف الآمنة لمكان العمل؛

وباعتبار ISO 18000 مواصفة تهتم بتسيير الأمور المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية من أجل ضمان سلامة أفراد المؤسسة، فقد أصبحت مسعى العديد من المؤسسات رغبة منها في الاستفادة من المزايا التي تحققها، وإضافة لما تم ذكره، توجد مزايا أخرى من أهمها:[3]

– تحسين أداء المؤسسة في مجال الصحة وسلامة العمل، ومن ثم تحسين سمعة المؤسسة.
– تعزيز الثقة بالمؤسسة، الأمر الذي يؤدي إلى إيجاد جو محفز لتحسين الأداء، وزيادة الإنتاجية.
– تخفيض التكاليف التي قد تنشأ عن الخسائر المادية والبشرية الناجمة عن الأخطار والحوادث العملية.

انطلاقا مما سبق يمكن القول بأن نظام إدارة الصحة وسلامة العمل يعد نظاماً للتسيير، ويهدف لحماية أفراد المؤسسة وضمان حقوقهم في حالة تعرضهم للحوادث المهنية، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين ورفع مستوى أداء العمل من قبل العمال بالمؤسسة وتحسين جودة كل ما ينتج بها، إلى جانب أنه يعمل على تحقيق التكامل مع الأنظمة الأخرى كنظام إدارة الجودة ونظام إدارة البيئة، من أجل تحقيق جودة شاملة بالمؤسسة، ومن ثم تحقيق أقصى إشباع ممكن لكل من الأفراد والزبائن والمؤسسة بأقل التكاليف.

---

[1]- مليكة علالي، مرجع سابق، ص73.
[2]- رشيد مناصرية، أهمية الكفاءات البشرية في تحقيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة "حالة سوناطراك"، **مجلة الباحث**، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، العدد:2012/11، ص196.
[3]- حميد قرومي/ ميلود وعيل، أهمية الجودة الشاملة ومواصفات الايزو- ISO- في تنافسية المؤسسة، **الملتقى الدولي الرابع حول:المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية**، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، الجزائر، يومي: 09/08 نوفمبر2010، ص11.

- خلاصة الفصل:

انطلاقا مما تم التطرق إليه فيما سبق يمكن أن نخلص إلى أنه يوجد عدد كبير من التعريفات للجودة وما تم استعراضه إلا الجزء القليل منها, وذلك يدل على الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة، كما توجد اختلافات في تعريف الجودة وفقا لوجهات النظر المتعددة، إلا أنه يمكن الاتفاق على تعريف واضح داخل أي منظمة حتى يسهل قياسه وتطبيقه على العمل.

ومن الأسباب الرئيسة لانخفاض الجودة في المؤسسة يعود إلى تركيز معظمها على التكلفة والإنتاجية أكثر من اهتمامها بموضوع الجودة، إضافة إلى عدم إدراك بعض مسؤوليها لثقافة الجودة واعتقادهم بأنها تؤدي إلى زيادة التكاليف, غير أن الحقيقة على عكس مما يعتقدون إذ أنها تمكن المؤسسة من خفض الهدر في الجهد والمال والوقت، وهذا أمر محبذ ومطلوب في عمل كل مؤسسة إنتاجية أو مقدمة للخدمات، يجب أيضا أن يكون كل فرد في نظام المؤسسة مسؤولاً وقادراً على الالتزام بمتطلبات الجودة والوفاء بها من أجل جودة العمل الذي يؤديه في المؤسسة الإنتاجية أو الخدماتية، وأن يتحمل الجميع الأعمال الجماعية, وذلك لاعتبار الجودة تشمل عناصر عديدة إضافة إلى المنتَج, كما يمكن القول بأن الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية وثقافة جديدة ينبغي أن تحل محل الثقافة التقليدية السائدة وهذا ما يؤدي بالمؤسسة لأن تعمل بقيادتها العليا على نشر ثقافة الجودة بين جميع العاملين فيها وخلق حالة من الإيمان بهذه الثقافة والسعي إلى تطبيقها وفق مبادئ ديمنج, خصوصاً في ظل المنافسة.

ولتطبيق ما سبق ينبغي إتباع منهج TQM باعتباره مدخلاً من الاتجاهات الحديثة في الإدارة، والذي يقوم على مجموعة من المبادئ تلك التي يمكن تبنيها من أجل الوصول إلى أفضل أداء ممكن, كما أن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة ليس بالأمر السهل؛ لأنه لا يخلو من المعوقات والأخطاء التي قد تكون إدارية أو فنية تحول دون بلوغ الغايات المنشودة، خاصة في بداية تطبيقها من خلال توقع نتائج سريعة دون الاعتماد على خبراء مؤهلين في مجال الجودة، إضافة إلى الاعتقاد الخاطئ لدى بعض العاملين وخاصة القدامى منهم بعدم حاجتهم إلى التدريب، ناهيك عن ضعف الربط بين أهداف الجودة والعوائد المالية وبالتالي فإنه يجب على إدارة المؤسسة السعي إلى إزالة هذه المعوقات أو الحد منها بهدف تيسير عملية التطبيق وفق مبادئ الجودة بسهولة، ووفقا لما هو مخطط له، كما تم التطرق إلى كل من:ISO:9000 و ISO:14000، إذ يمثل الأول تاريخ نشوء المواصفة العالمية ISO:9000 ومفهومها والهدف من تواجدها والخطوات الواجب إتباعها للحصول عليها، إضافة إلى نسختيها الأولى الممثلة في:ISO9000:1994 والأخرى المعدلة والمتمثلة في إصدار سنة2000 والمتضمنة المواصفة التعاقدية وهي:ISO:9001 التي حلت محل المواصفات الثلاثة:(ISO:9001, ISO:9002, ISO:9003 إصدار سنة:1994)، أما الثاني المتمثل في مواصفة ISO:14000 فهي تمثل مجموعة الإرشادات المتعلقة بالأداء البيئي للمنظمة والهدف منه مساعدتها على وضع الخطط وتنفيذها، ومراقبة مدى تحسين أدائها البيئي بشكل مستمر، بالإضافة إلى ISO:18001 لإدارة الصحة والسلامة المهنية بغية تحقيق الأهداف المسطرة.

III- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

III- 1 - القطاع الصحي المعني بتطبيق الجودة الشاملة:

بالرغم من اختلاف وجهات النظر حول التقسيمات الممكنة للمستشفيات إلا أنها تكاد تتفق جميعها في المحتوى العام لأنواعها، إذ نجدها لا تخرج في الغالب الأعم من حيث اعتبارها مؤسسات عامة أو خاصة أو دمج بين الاثنين في شكل معين، وعلى العموم يمكن توضيح ذلك في الآتي:

III- 1 - 1- مفهوم المؤسسة الصحية العمومية والخاصة:

المؤسسة الصحية هي تلك المؤسسة التي يتم إنشائها بغرض تحقيق الهدف من تواجدها وهي على نوعان هما:

III- 1 - 1- 1 - مفهوم المؤسسة الصحية العمومية:

للمؤسسة الصحية العمومية العديد من التعاريف حسب الكتاب والمختصين في المجال الصحي ونحاول في هذا المجال الاقتصار على ذكر بعضها في الآتي:

تعتبر مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري تدعى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة والمتكونة من المستشفيات والعيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص والعلاج، مراكز الأمومة، مراكز المراقبة في الحدود وكل منشئة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان[1].

وهناك من يرى بأنها: تلك المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مباشرة وتقوم بتقديم مختلف الخدمات الطبية والعلاجية لجميع أفراد المجتمع[2].

وتبرز أهمية منظمات القطاع غير الربحي من خلال معرفة الازدياد الكبير والمطّرد لأعداد هذه المنظمات، إضافة إلى اتساع نطاق أنشطتها إلى الدرجة التي لامست فيها جميع مناحي حياة الأفراد الصحية والتعليمية والاجتماعية، وما يميز أهمية القطاع غير الربحي ما يلي:[3]

1. مساهمة تلك المنظمات في الناتج القومي.
2. توفير فرص العمل.
3. توفير المستلزمات الأساسية لحاجات الأفراد غير القادرين أو المؤهلين جسدياً.
4. تعمل كحلقة وصل بين هيئاتها وبين المؤسسات الحكومية والخاصة.

انطلاقا من التعاريف السابقة يمكننا استنتاج ما يلي:

- المؤسسة العمومية تحدثها الدولة، وفقا لما تقدره من أنشطة معينة تحقيقا للنفع العام.
- خضوع المؤسسة العمومية للسلطة الإدارية، إذ لا يمكن أن تفصل عن سلطة الدولة وتخضع

---

[1]- حسين طاهري، **الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة**، بدون طبعة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع بوزريعة، الجزائر، 2002، ص11.

[2]- سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، بدون طبعة، مطبعة العشري بالإسماعيلية، مصر، 2008، ص45.

[3]- نظام موسى سويدان/ نزار عبد المجيد البرواري، **إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية**، ط1، دار الحامد النشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص21.

في تنظيمها الداخلي والخارجي لإدارتها.

- المؤسسة العمومية يتم إنشائها بغرض تحقيق حاجة من حاجات النفع العام.

ولقد تعددت أشكال المؤسسة الاقتصادية العمومية، ونجدها تنقسم إلى نوعين أساسيين هما:[1]

أ – المؤسسات العمومية: هي مؤسسات رأسمالها تابع للقطاع العام، وتسيّر بواسطة شخص أو مجموعة أشخاص يتم اختيارهم من طرف الجهة الوصية.

ب – المؤسسات نصف العمومية: سميت كذلك نظراً لكونها تتشكل من طرفين هما الدولة أو إحدى هيئاتها والتي لها الحق في مراقبتها، والطرف الآخر يتمثل في القطاع الخاص.

وتتمثل أنواع المؤسسات الصحية في الآتي:[2]

1 – المراكز الاستشفائية الجامعية: من مهامها العلاج والبحث في المجال الطبي والتكوين.

2 – القطاعات الصحية: من مهامها التكفل بالصحة المدنية والوقاية وتقديم العلاج الأولي.

3– المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: يتكفل هذا النوع بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره.

III– 1 – 1– 2 – مفهوم المؤسسة الصحية الخاصة:

إن المكون الثاني للنظام الصحي بالإضافة إلى النظام الحكومي نجده يتمثل في القطاع الصحي الخاص، الذي تطور بشكل ملفت للانتباه خلال العقدين الآخرين، إذ أصبح يشكل قطاع استثماري مربح في مجال الصحة والخدمات الصحية.

إن نشأة هذا القطاع الطبي ليكون رديفاً مساعداً ومسانداً للقطاع الطبي العام، ويعد قطاعا فعالا يستفيد من خدماته ما لا يقل عن نصف المواطنين تقريباً بدرجات متفاوتة، ويقدم هذا القطاع خدمات متطورة في مختلف التخصصات خاصة الخدمات الوقائية والتخصصية في أدق الأمراض الجراحية وغيرها[3].

ويمكن تعريف هذا النوع من المؤسسات على أنها تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للأفراد ويشرفون على إدارتها بأنفسهم؛ حيث تكون وسائل الخدمة الطبية من عيادات وأجهزة ومعدات ملكاً خاصاً للأطباء والأفراد، وتخضع فيها العلاقة بين المريض والطبيب للمعاملة الحرة وفق قوانين العرض والطلب.

III– 1 – 2– خصائص المؤسسة الصحية العمومية والخاصة:

يتم التطرق في هذا المجال لخصائص كل من المؤسسة الصحية العامة والخاصة كما يلي:

III– 1 – 2– 1 – خصائص المؤسسة الصحية العمومية:

بالنظر للأهمية الاقتصادية والاجتماعية والمردودية الضعيفة على المدى القصير للمؤسسة العمومية إلا أنها تتميز بالعديد من الخصائص، ومن أهمها:[4]

---

[1]- ناصر دادي عدون/عبد الله قويدر الواحد، مرجع سابق، ص ص96 – 97.

[2]- حسين طاهري، مرجع سابق، ص ص11 – 12.

[3]- أمل سالم العواردة، **العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي**، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص120.

[4]- عبد القادر براينيس، **التسويق في مؤسسات الخدمات العمومية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2006، ص ص57 – 59.

- إن الصفة المشتركة لكل المؤسسات العمومية هي تمركزها في القطاعات القاعدية لأهميتها؛
- أغلب المؤسسات العمومية متواجدة في سوق الاحتكار مثل: شركة الكهرباء والغاز في الجزائر؛
- معظم المؤسسات المقدمة للخدمات العمومية هي مؤسسات ضخمة وكبرى من حيث عدد عمالها ورقم أعمالها ومعدل استثماراتها المحققة خاصة إذا تعلق الأمر بالقطاعات القاعدية؛
- الهدف الأساسي من تواجد هذه المؤسسات هو السعي لتحقيق الرضا لزبائنها من خلال تلبية رغباتهم لما يطلبونه في الأسواق وبأقل تكلفة؛
- ليس من أولويات أغلب المؤسسات العمومية ذات الطابع الخدمي وحتى ذات الطابع الصناعي والتجاري البحث عن تحقيق الربح المادي، بل تحقيق الربح الاجتماعي؛
- تتميز المؤسسات العمومية بمعيار كثافة رأس المال، وذلك لانتمائها إلى قطاع الصناعات الثقيلة.

III- 1 - 2- 2 - خصائص المؤسسات الصحية الخاصة:

إن المؤسسة الصحية الخاصة بالنظر للدور الحيوي الذي تقوم به في ظل الخدمات الصحية نجدها تتميز بالعديد من الخصائص، من أهمها:[1]

1 – المنظمات الصحية الخاصة تمثل القطاع الصحي الخاص في المجتمع؛

2 – إن ملكية العيادات الخاصة تعود لفرد أو مجموعة من الأفراد يقومون بإدارتها أو يعينون من يديرها في العيادات الطبية الصغيرة، وقد يكونوا غير مهنيين كما في المستشفيات العملاقة؛

3 – في المنظمات الصحية العملاقة قد يكون هناك مجلس إدارة منتخب من بين المالكين والمساهمين والذي يضم خبرات متنوعة، بالإضافة إلى المهنيين الصحيين؛

4 – يرتكز تمويل المنظمات الصحية الخاصة على الاستثمارات الخاصة من أجل الحصول على المزيد من العملاء، ومن ثم المزيد من الأرباح والمكاسب؛

5 – تتنوع الأنشطة في المنظمات الصحية العملاقة ولا تقتصر فقط على النشاط العلاجي أو الوقائي، بل تمتد إلى أنشطة أخرى مثل: أنشطة السياحة والترفيه...الخ؛

6 – تخضع المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية الخاصة إلى النظم والتشريعات الضريبية والنظم والتشريعات السائدة في المجتمع خاضعة لرقابة الأجهزة المعينة.

III- 1 - 3- أسباب تواجد المؤسسة الصحية العمومية:

بدون شك أن المؤسسة العمومية تواجدت في الواقع بغرض تحقيق أهداف اقتصادية سواء تم إنشاؤها بالتأميم الكلي أو الجزئي، أو إنشاؤها كلية من جديد بأموال عمومية، ولقد تعددت واختلفت الأسباب التي تساعد على إنشائها، حيث يتميز بعضها بالوضوح والبعض الآخر بالغموض، ومن الأسباب التي أدت إلى ظهور وانتشار المؤسسات الاقتصادية نذكر ما يلي:[2]

[1]ـ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص ص59 – 61.
[2]ـ ناصر دادي عدون/عبد الله قويدر الواحد، مرجع سابق، ص ص95 – 96.

أ – الأسباب السياسية: تتفرع هذه الأسباب إلى عدة عناصر هي:

1– أسباب أمنية: الغرض منها حماية وضمان استقلاليتها في اتخاذ القرارات، خاصة فيما يتعلق بالقطاعات الإستراتيجية الخاصة باقتصادها.

2 – أسباب إيديولوجية سياسية: إن المسؤولين في السلطة نظراً لموقعهم ومكانتهم القانونية التي تخولهم بإصدار الأوامر طبقا لبرامجهم وميولا تهم لإيديولوجية.

ب – الأسباب الاقتصادية: في بعض الأحيان تتدخل الدولة لاحتكار بعض القطاعات التي يجتنبها القطاع الخاص سواء لانخفاض مردوديتها أو ارتفاع تكاليفها، والتي قد يصعب عليها الصمود اقتصادياً ومالياً.

جـ – الأسباب الاجتماعية: تتمثل في الاتجاه نحو توفير بعض الخدمات والمنتجات للمواطنين أو لبعض الطبقات منهم، بشيء من الدعم أو بدون مقابل.

إضافة لما سبق توجد أسباب أخرى أدت لوجود المؤسسات الصحية، ومن أهمها:[1]

1 – عدد الأسرة في العيادة الداخلية وحجم الخدمة في العيادة الخارجية.

2 – نوع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة مثل: جراحة القلب، أمراض النساء، طب العيون...الخ وسواء كانت وقائية أو علاجية.

3 – المساحة المتاحة للمؤسسة والتخطيط الداخلي والهندسي، والموقع ومدى توفر مساحات للتوسع.

4 – حجم الطلب على الخدمات والتوزيع الديمغرافي لسكان المنطقة التي تقع في دائرتها المؤسسة الصحية، وظروف البيئة من حيث الصحة العامة وتلوث الجو والمياه.

5 – حجم وتركيب القوة العاملة ومستوى المهارة الصحية للأطباء والممرضات ومدير المخبر.

6 – حجم ميزانية المؤسسة الصحية ومصادر التمويل، ومدى توفر الأموال وسرعة الحصول عليها.

7 – تؤثر درجة التخصص في الوظائف الصحية في حجم المؤسسة الصحية كالأطباء الأخصائيين.

III– 1 – 4– أهداف المؤسسة الصحية العمومية:

تسعى المؤسسة العمومية ومنها الصحية إلى تحقيق عدة أهداف، تختلف وتتحدد حسب اختلاف المؤسسات وطبيعتها وميدان نشاطها، ويمكن تلخيص الأهداف الأساسية في الآتي:[2]

أ – الأهداف الاقتصادية: من بين أهم هذه الأهداف التي تسعى المؤسسة العمومية إلى تحقيقها الآتي:

1 – تحقيق الربح: غالبا أن المؤسسة لكي تضمن إستمراريتها في حقل النشاط الذي تزاوله ينبغي لها أن تحقق ربحاً يضمن لها إمكانية رفع رأسمالها، غير أنه ليس كل مؤسسة عمومية غايتها تحقيق الربح بل توجد البعض منها لتحقيق الخدمة في حد ذاتها لطالبيها مثل: المؤسسات الصحية والتعليمية.

2 – تحقيق متطلبات السوق: إن تحقيق المؤسسة لنتائجها يمر عبر عملية تصريف أو بيع إنتاجها المادي أو المعنوي (خدماتي) وتغطية تكاليفها.

---

[1]- فريد النجار (2007)، مرجع سابق، ص ص156 – 157.

[2]- ناصر دادي عدون/عبد الله قويدر الواحد، مرجع سابق، ص ص97 – 99(بتصرف).

3 – عقلنة الإنتاج: لكي تحقق المؤسسة الأهداف التي تواجدت من أجلها بما فيها الربح ينبغي لها استعمال الموارد المتاحة بشيء من العقلنة والرشد.

ب – الأهداف الاجتماعية: هي الأهداف التي تزداد أهميتها في المؤسسات العمومية والتي من أهمها:

1– ضمان مستوى مقبول من الأجور: يعتبر العمال في المؤسسة من بين المستفيدين الأوائل من نشاطها حيث يتقاضون أجور مقابل عملهم ومجهوداتهم المقدمة.

2 – تحسين مستوى معيشة العمال: إن التطور السريع الذي تشهده المجتمعات في الحقل التكنولوجي يجعل العمال أكثر حاجة إلى تلبية رغباتهم المتزايدة باستمرار، وهو ما يدعو إلى تحسين وعقلنة الاستهلاك وفق تنويع وتحسين عمليات الإنتاج.

3 – الدعوة إلى تنظيم وتماسك العمال: عادة ما تتوفر داخل المؤسسة علاقات مهنية واجتماعية بين الأشخاص، قد تختلف مستوياتهم العملية وانتماءاتهم الاجتماعية والسياسية.

4 – توفير تأمينات ومرافق العمال: من بين أهم هذه المرافق نذكر على سبيل المثال التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث، إضافة إلى توفير مرافق عامة مثل: المطاعم وتعاونيات الاستهلاك...الخ.

جـ – الأهداف التكنولوجية: تؤدي المؤسسة العمومية دوراً هاماً في الميدان التكنولوجي، فقد نجد عند بعضها مصلحة خاصة بالبحث والتطوير وذلك من أجل تطوير الوسائل والطرق الإنتاجية علميا.

د – الأهداف الثقافية: تسعى المؤسسات لتدريب عمالها الجدد أو رسكلة عمالها القدامى، وذلك من أجل استغلال الفرص والكفاءات المتاحة استغلالا أمثل.

III– 2 – العلاقة بين المستشفيات الحكومية والعيادات الخاصة:

توجد علاقة تربط بين مستشفيات القطاع العام والخاص داخل الدولة الواحدة وتوجه المريض إليها والتي نتطرق لها في الآتي:

III– 2 – 1 – الفروقات بين القطاعين العام والخاص:

توجد عدة فروقات بين القطاعين في عدة جوانب من أهمها:[1]

أ – من حيث التأثير في المتغيرات الاقتصادية:

إن الملاحظ لواقع المؤسسات الصحية الممثلة في المستشفيات الحكومية والخاصة يجد مجموعة من الفروق بينهما فيما يتعلق بتأثير البيئة الاقتصادية، ومن أهم هذه الفروق نذكر ما يلي:

1 – من حيث درجة التعرض للسوق: تعني الإشارة إلى درجة ارتباط التنظيم بقوى الطلب والعرض والمنافسة وأثارها على الإيرادات، وفي هذا المجال نجد أن المستشفيات الحكومية لديها تعريض أقل للسوق مقارنة بالعيادات الخاصة، وهذا ما أدى بالمستشفيات الحكومية إلى تقليل الاهتمام نحو تخفيض التكلفة، وتحسين الكفاءة أو تحسين الأداء بصفة عامة.

2 – من حيث التوجيه بالربح وعدم الربح: إن المستشفيات الحكومية لا تبحث عن تحقيق الربح بقدر ما

---

[1]- فوزي شعبان مذكور، مرجع سابق، ص ص(118 – 119) و(181 – 182).

تبحث عن تحقيق العدالة والكفاءة في إشباع الحاجات، والنجاح أو الفشل لا يقاس بأسس مالية، أما العيادات الخاصة نجد أن دافع الربح هو المغزى الأساسي للقرارات التي تتخذها.

3 – التسعير: إن وظيفته الأولى في عيادات القطاع الخاص تتمثل في رفع الإيرادات، أما المستشفيات الحكومية فتسعى إلى تقديم الخدمات الصحية مجاناً أو بأسعار رمزية للمرضى دون اعتبار لتكلفة الأداء.

4 – من حيث الأداء: يقاس أداء العيادات الخاصة بمقاييس وأسس اقتصادية، أما المستشفيات الحكومية نجد أن أدَاءَها يقاس من خلال ثلاثة معايير هامة، وهي:

أ – الفعالية: تعني تحقيق الأهداف المرسومة والمخططة.

ب – الكفاءة: تمثل درجة تخفيض التكاليف وتعظيم المخرجات.

جـ– العدالة: تتمثل في درجة التوزيع العادل للخدمات الصحية أو توزيع الخدمات على المناطق.

ب – من حيث التأثير في السوق المستهدف:

إضافة إلى الفروقات السابقة بين القطاعين، توجد فروقات أخرى من أهمها:

1 – السوق المستهدف: إن العيادات الخاصة تعمل على إعطاء الأولوية لتطوير وتنمية قطاعات السوق التي تعتبر أكثر استجابة لمدخلات معينة، أما المستشفيات الحكومية فإن الأسواق المستهدفة لا تستجيب أو أن المتلقين للخدمة معارضين تماما لتلقي الخدمة.

2 – التعرض للضغوط: قد تتعرض المؤسسات الصحية العامة إلى ضغوط من أجل اتخاذ إستراتيجيات معينة كأن تكون مطالبة بخدمة أكبرعدد ممكن من الأفراد لإعطاء فرص متساوية لجميع الأفراد، في حين أن المستشفيات الخاصة نجدها تعرف تماما حاجات القطاعات المختلفة بالأسواق.

3 – من حيث التنافس: إن المستشفيات التي لا تهدف للربح لا تنافس العيادات الخاصة.

III– 2 – 2 – تكامل القطاعين العمومي والخاص:

إن القطاعيين العام والخاص ينبغي أن يكونا مكملين لبعضهما البعض في مجال تحسين الخدمات الصحية والتكفل الجيد بالمريض، خصوصاً وأن نفس الإجراءات القانونية التي تطبق في القطاع العام تطبق أيضا على القطاع الخاص، وعلى الأطباء اختيار أحد القطاعين للعمل فيه، كما أن الدولة تسمح بدخول القطاع الخاص بوحداته كاملة في تقديم الخدمة من أجل التخفيف من الحمل الذي أثقل كاهل الدولة، ولكن لا تنسحب من هذا النشاط، بل تظل المنظمات الحكومية تعمل إلى جانب المنظمات الخاصة، فالسماح بإنشاء عيادات خاصة أو معاهد تعليمية خاصة لا يعني بالضرورة إلغاء المؤسسات الحكومية التي تواجدت لأداء ذات الأنشطة، كما أن بقاء الدولة كمنافس في هذه المجالات يحقق العديد من المزايا، من أهمها ما يلي:[1]

– إعطاء المواطن حرية الاختيار في الحصول على الخدمة من خلال الهيئات الحكومية أو الخاصة.

---

[1] ـ فؤاد أبو إسماعيل وآخرون، **إصلاح وتطوير مؤسسات المنافع العامة**، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية مصر الجديدة، القاهرة، مصر، 2000، ص50(بتصرف).

– إن توجه البعض للحصول على الخدمة من المنظمات الخاصة يخفف العبء على المؤسسات الحكومية، وهذا من شأنه أن يساعد على تحقيق بعض الوفرات لتطوير الخدمة وتحسينها.

– عدم تعرض المواطن محدود الدخل للحرمان من الحصول على الخدمة، خصوصا وأن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص تتميز بالتكلفة المرتفعة مقارنة بالتي يقدمها القطاع الحكومي.

– تواجد القطاعين معا – الحكومي والخاص – في نفس مجال النشاط يكون نوعا من المنافسة البناءة التي تؤدي إلى تطوير الخدمة، ومن ثم خدمة أهداف المجتمع ككل.

– لتحقيق هذه الخطوة الأخيرة قد تلجأ الدولة أحيانا إلى إعطاء منح أو تعويضات للقطاع الخاص في شكل إعفاءات ضريبية أو مساعدات مالية...الخ.

ولضمان متابعة صحية جيدة للمواطن ينبغي التقليل أو الحد من النقائص التي يعاني منها القطاعان ولاسيما المتعلقة بالتسيير والتنظيم ونقص الموارد البشرية، كما ينبغي إعطاء مكانة متميزة للقطاع الخاص، على غرار ما هو معمول به في دول توصلت إلى تحسين التغطية الصحية، ودون خلق تميز بين القطاعين من شأنه أن يؤثر على أحدهما بالسلب خصوصا وإن كلا القطاعين ينبغي أن يعملا في تكامل في ظل احترام المقاييس الدولية المعمول بها ولاسيما في مجال التكوين وفي كل ما يخص الحفاظ على الصحة، بغية الوصول إلى وضع تصور حول العمل التكاملي الذي ينبغي القيام به بين القطاعين العام والخاص لخدمة الصحة العمومية، وبما يساعد السلطات العمومية على اتخاذ القرار الرشيد خدمة للقطاع الصحي والمريض، من أجل تحويل النموذج الصحي الجزائري إلى نموذج محترم دوليا من خلال العمل المتواصل، وإزالة الفروقات بينهما والنظر لهما وكأنهما قطاع واحد.

وفي الغالب ما توجد منافسة قوية بين القطاع الصحي العام والخاص خاصة إذا كانت إمكانيات القطاع الصحي العام ذات كفاءة متميزة كما يحدث في الدول المتقدمة، أما في الدول النامية فتنعدم المنافسة نظراً لتدني مستوى الأداء والخدمة الصحية في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة بوجه عام، وفي الجزائر كمثال فبرغم من رفع القيود على حرية المبادرة حتى شهدت أغلب ولايات الشمال وخاصة المدن الكبرى منها فتح عيادات جراحية وطبية منها المتخصصة في العلاج، ومنها المتخصصة في الكشف، وعيادات أخرى شاملة تكاد تغطي كل احتياجات المريض منذ دخوله إلى غاية خروجه من العيادة، إلا أن ذلك لم يمنع وجود العديد من التناقضات بين القطاعين والتي نوجز بعضها في الآتي:

- عدم وجود تأطير قانوني لقطاع المؤسسات الطبية الخاصة.
- انعدام وجود نظام واضح لتسعير الأداءات، مما ترتب عنه إرهاق المريض مادياً.
- عدم وجود تخطيط مركزي للتوزيع الجغرافي لعيادات القطاع الخاص، ويظهر ذلك بوضوح بين ولايات الشمال والجنوب الجزائري.
- سعي أصحاب العيادات الخاصة للدفاع عن عياداتهم واعتبارها كبديل للمستشفى العام.

وما ذكر أعلاه يمثل عينة بسيطة للأسباب التي حالت دون الوصول إلى الهدف الأسمى من وجود

القطاع الخاص في مجال الصحة، مما أدى إلى الفشل الذريع في تحقيق الأهداف المسطرة من السلطات الوصية للنهوض بهذا القطاع والوصول به إلى شاطئ الأمان والحد إن لم نقل القضاء على كل الصعاب التي مازال إلى حد الآن يعاني منها المريض ويعتبرها أفقاً (حلماً) مستقبلياً للتحقيق.

III– 2 – 3 – توجه المريض نحو أي من القطاعين:

إذا نظرنا للخدمات الصحية المقدمة في الجزائر فيمكننا القول ما أحوج المريض لخدمات القطاع الصحي بغض النظر عن تصنيفه، ومن المفروض أن تكون الخدمات المقدمة تسد الرمق وتحقق المطلوب بغض النظر عن الوجهة التي يسلكها المريض، لكن بالنظر للنقص الواضح والمسجل في القطاع العام والذي حال دون تكفله بالمشاكل الصحية للمريض؛ رغم تخصيص ميزانية ضخمة بشكل دوري تشمل تجهيزات طبية كبيرة وتكوين مستمر للأطباء واستحداث مرافق طبية جديدة في كل مرة أرهقت ميزانية الدولة، إلا أن المريض لا يجد ضالته عند اللجوء للمؤسسات الاستشفائية فيدخل في دوامة البحث عن جهة تتكفل بأمراضه وتجيب عن تساؤلاته، مما يجعله مضطراً للجوء إلى العيادات الخاصة التي أضحت سيدة الموقف مقارنة بما هو موجود في مستشفيات القطاع العام.

إن انتشار ظاهرة تراجع الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام مقارنة بالعيادات الخاصة التي وبالرغم من عجزها أمام الحالات الحرجة وتنازلها للقطاع العام في حل أصعب الحالات بسبب توفرها على أقدم الأطباء، إلا أن العيادة الخاصة أصبحت ضرورة لابد منها وواقع يثبته تفاقم وضعية الخدمات الصحية بالمستشفى العام بشكل كبير، بدءا من كثرة الإضرابات والتوقفات التي أثرت حتى على أدنى الخدمات الضرورية المقدمة وصولا إلى غياب الإمكانيات اللازمة ونقص التكفل الصحي بالمريض الطامع في الحصول على علاج يشفي علته، مما يجعله يعيش ظروفاً مزرية ضائعا من خلالها بين مجانية القطاع العام الذي أضحى عاجزاً أمام توفير التكفل التام بالخدمات الصحية، وبين غلاء العيادات الخاصة التي تفرض مبالغ مالية خيالية مقابل عمليات جراحية أو خدمات صحية بسيطة.

وفي ظل التراجع الذي تعرفه المستشفيات في التكفل الصحي بسبب الإهمال واللامبالاة وجدت العيادات الخاصة فرصة لجذب المواطن نحو الإستفادة من خدماتها رغم ارتفاع تكاليفها، ولم يتأتى ذلك إلا من خلال عوامل مساعدة أهمها: حسن الإستقبال والجودة في الخدمات المقدمة والتميز في التشخيص...الخ.

وفي الأخير نجد المريض محتاراً في اختيار وجهته فهو مخير بين مطرقة المستشفيات العمومية التي تعتبر مجرد هياكل لا تقدم أي خدمات ترقى وطموحاته وسندان العيادات الخاصة التي يدفع إليها بطريقة أو بأخرى، خصوصا وأن المواطن البسيط غير قادر على تحمل تكاليفها الباهظة سيما في ظل تدني المستوى المعيشي.

III– 3 – متطلبات تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يتم التطرق في هذا العنصر لكل من متطلبات وفوائد تقييم تطبيق TQM في المستشفيات وفق الآتي:

III – 3 – 1– مفهوم الجودة الشاملة وأسباب تطبيقها بالمؤسسات الصحية:

يتم التطرق في هذا العنصر لكل من مفهوم الجودة الشاملة وأسباب تطبيقها في المستشفيات وفق الآتي:

III – 3 – 1– 1– مفهوم الجودة الشاملة للخدمات الصحية:

توجد العديد من التعاريف التي تطرقت إلى مفهوم TQM في الخدمات الصحية باعتبارها البديل الذي يساعد على العمل مع المهنيين* في القطاع الصحي لغرض التحسين، ومن أهم تعاريفها ما يلي:

تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها:"إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط المنظمات لتحسينها بشكل مستمر "[(1)].

وعرفها "**ساعاتي**" على أنها:"عملية ذاتية شاملة ومتسلسلة لضمان التقدم المستمر في جودة الخدمات الصحية بما يتناسب وما يكفل توفر الخدمات التي يقدمها المستشفى وسهولة الحصول عليها، وأن مجال العمل في المستشفى يركز على الاهتمام بالمرضى وتحسين الخدمات المقدمة لهم"[(2)].

كما تعرف TQM في المؤسسات الصحية على أنها:"الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"[(3)].

وقد عرف "**Donabedian**" الجودة الشاملة الصحية بأنها:"تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى إفادة للصحة العامة دون التعرض للمخاطر، مركزاً في ذلك على محورين أساسيين هما:[(4)]

– **المحور الفني**:يتضمن تطبيق العلم والتقنية الصحية في تشخيص العلاج.

– **المحورالإنساني**:يركزعلى تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف وتقديم المعلومات اللازمة له.

انطلاقاً من التعاريف السابقة لـ TQMفي المستشفيات يمكننا أن نخلص إلى بعض الاستنتاجات، منها:

- أسلوب TQM يساعد تطبيقه في المؤسسات الصحية من تمكين العاملين في القطاع وتحسينه.
- نظام الجودة بالمؤسسات الصحية يدعو إلى تحقيق رضا المريض بغض النظر عن تحيق الربح.
- يساهم مدخل TQM في تبسيط الإجراءات والعمليات والأنشطة وتنفيذ البرامج التدريبية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الصحية.
- مشاركة العاملين بالمستشفى في تطوير خطط العمل لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

---

* المقصود بالمهنيين هم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد السواء، أنظر:نبيلة كحيلة، مرجع سابق، ص 103.

[1]- نبيلة كحيلة، مرجع سابق، ص103.

[2]- صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص218.

[3]- عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2008، ص ص300– 301.

[4]- سمر خليل إبراهيم جوادة، **مدى توافر مقومات تطبق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال بالجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2011، ص33.

- جعل زبائن المستشفى(المرضى) بمثابة النقطة المحورية التي تتمحور حولها جميع أنشطة المستشفى وتسعى في جميع أعمالها على إرضائه.

III – 3 – 1– 2– الأسباب التي أدت بالمؤسسات الصحية إلى تطبيق أسلوب TQM:

توجد العديد من الأسباب التي أدت بالمؤسسة الصحية إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، ووفق تقرير نشر حول نتائج ورشة عمل تم فيها تقديم ومناقشة مجموعة من البحوث في المؤتمر الدولي الثالث والعشرون للعلوم الإدارية أفضى إلى وجود رأيين حول تطبيق TQM في المؤسسات هما:[1]

1 – رأي المتحمسين: يرى أن تطبيق TQM في المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية يؤدي إلى تحسين الإنتاجية في كميتها ونوعيتها وإجراءاتها، وتكريس النظرة الإيجابية في المؤسسة تجاه زبائنها.

2 – رأي المتشائمين: يرون أنها تحوي إجراءات طويلة ومملة والمؤسسات لديها الكثير من العيوب مما لا يحتاج للزيادة، كما أن تركيبة المؤسسات لا تمكنها من التأقلم مع فلسفة TQM المبنية على المشاركة في صنع القرار، وأن التبني الناجح لها يتطلب التعامل مع أهداف واضحة ومحددة ومدعومة بمعايير ذات مصداقية وهو ما لا نجده في المؤسسات الصحية.

ويعتبر أن أسلوب TQM من أفضل الأساليب الواجب تطبيقها في المؤسسات الصحية لسببين هما:[2]

1 – أن منهج TQM يقوم على فرضية أساسية مفادها أن التحسين المستمر لجودة الخدمات من خلال المشاركة والتعاون بين العاملين في المؤسسة يؤدي إلى تحسين إنتاجيتها وزيادة رضاء العملاء.

2 – أن تبني إدارة المؤسسة الصحية لمنهج TQM من خلال الفهم الصحيح له والتطبيق السليم من طرف جميع العاملين، يؤدي إلى الارتقاء بمستوى هذه الأهداف من سنة لأخرى.

ويعود السبب في تطبيق معظم المؤسسات الصحية لمنهج TQM لاعتباره مدخلاً واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية وضمان للإدارة في الحفاظ على المرضى، وهذا ما توصل إليه كل من "**جاكلين كويل**" و"**جيمس هارنجتون**"؛ حيث:[3]

- **الأول:** يرى أن مدى إسهام الموظفين في إدارة الجودة الشاملة يتأثر برؤيتهم لمدى تطبيق رؤسائهم لأسلوب إشراكهم في صنع القرارات وما يؤديه من الأثر الإيجابي على جميع الأفراد من مرضى وعاملين.

- **الثاني:** لاحظ من خلال دراسة أجريت على مجموعة من المؤسسات تطبق منهج TQM أن:40% حققت تحسن كبير، و45% حققت بعض التحسن، و15% حققت تحسن هامشي.

ويمكن القول بأن أهمية تطبيق TQM في المؤسسات الصحية تعود بالأساس لاعتبار أن المستشفيات تتميز عن غيرها من المؤسسات الأخرى من حيث عدم قبول مستوى متدنياً في الأداء، خاصة في المجال الإكلينيكي، والسبب في ذلك يعود إلى أن حدوث أخطاء طبية من شأنه أن يؤدي إلى عواقب وخيمة

---

[1]- عائشة واله، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون**، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر (03)، الجزائر، 2011/2010، ص79.

[2]- طلال بن عابد الأحمدي، مرجع سابق، ص ص150 – 151.

[3]- عائشة واله، مرجع سابق، ص79.

كالإعاقة أو العجز الكلي أو الوفاة، بينما حدوث بعض الأخطاء في المؤسسات الأخرى قد لا يترتب عنه خطورة بدرجة الأخطاء الطبية.

وبالنظر لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للدول ومنها العربية، فنجد أن بعض المبررات قد تنطبق على بعض الدول دون غيرها، ومن هذه المبررات الآتـي:(1)

– ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة التخصصية والفنية والطبية المساعدة بين المستشفيات، نتيجة لغياب المعايير القياسية للقوى العاملة حسب الطاقة الاستيعابية وطبيعة الخدمات المقدمة.

– قصور برامج التدريب والتعليم المستمر في المستشفيات عن متطلبات القوى العاملة كماً ونوعاً.

– قلة الحوافز المادية والمعنوية المعمول بها في حفز العاملين على الارتقاء بمستوى أدائهم.

– عدم استقرار القوى العاملة المتعاقدة وقلة ولائها للمستشفيات التي تعمل بها.

– تباين كفاءة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لها.

– تقادم بعض التجهيزات وكثرة أعطالها مما يقلل من مسايرتها للتطورات التقنية.

– قصور عمليات التخطيط لتحديد احتياجات التجديد أو رفع كفاءة التجهيزات الطبية المتاحة.

– ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية والخدمية بشكل ملحوظ نتيجة عدم كفاءة النظم المعمول بها في الصرف ومراقبة الاستهلاك.

– ضعف نظم المعلومات بالمستشفيات يؤثر سلبا على كفاءة وتوازن الخدمات التي يقدمها المستشفى.

– تزايد الضغط على خدمات وإمكانيات المستشفى نتيجة لضعف الوعي لدى طالبي الخدمة.

– سوء معاملة المرضى في بعض المستشفيات الحكومية، بسبب بطء الاستجابة لاحتياجاتهم.

– عدم اهتمام إدارة المستشفيات بشكاوى المرضى، والتفرقة في معاملتهم على أساس العلاقات الشخصية.

وفي الأخير يمكننا أن نقول بأنه توجد العديد من الأسباب التي أدت بالمؤسسات خاصة الصحية منها إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بالنظر لما يعود عليها من فوائد في عدة مجالات، من أهمها:

- تخفيض في التكلفة وتقليل للأخطاء وتحسين في العمليات، أدى إلى الزيادة في رضا المرضى؛
- ساعد المؤسسة الصحية في الوقوف أمام منافسيها من المؤسسات القوية؛
- تمكن المؤسسة من الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال.

III – 3 – 2– فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية:

توجد العديد من الفوائد التي تحققها المؤسسات الصحية من جراء تطبيقها لمنهج TQM، ومن أهما:(2)

1– تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق منهجTQMعلى تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها، وقد تمكن "**مستشفى جامعة ميتشجن University of Michigan Hôpital**" بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته خمسمائة ألف(500000) دولار أمريكي سنويا،

1- عبد العزيز مخيمر/ محمد الطعامنة، مرجع سابق، ص ص215 – 220.
2- مريزق محمد عدمان، مرجع سابق، ص ص63 – 65.

وهذا نتيجة لتبسيط إجراءات دخول المريض إلى المستشفى.

2- تحسين الإجراءات: يهدف نموذج TQM إلى السعي المستمر للبحث عن فرص التحسين واغتنامها وقد تمكن مستشفى: "**وست باسن فيري West Paces Ferry**" من تخفيض معدل العمليات القيصرية بنسبة 22% من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10% باستخدام أسلوب "المعايرة Benchmarking"، وأيضا تمكن مستشفى "**جامعة ميتشجن University of Michigan Hôpital**" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة لتحسين جدولة استعمالها.

3- كفاءة التشغيل: تعتبر من أهم المزايا التي يحققها تطبيق منهج TQM، وذلك نتيجة للتقليل من الهدر في أداء العمليات، والرفع من مستوى مهارة العاملين، فقد تمكن مستشفى **سنترال دوبيج في ولاية إلينوى الأمريكية** من توفير ثلاثة وسبعون ألف (73000) دولار أمريكي سنويا، وذلك بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

4 - القضاء على اختلافات الممارسة الاكلنيكية (العيادية): يعد اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية، وهذا ما ينعكس على مستوى الجودة والكفاءة، ويساهم تطبيق منهج TQM في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العملية.

5 - الحد من تكرار العمليات: يتم ذلك من خلال تحديد أفضل الطرق على مستوى الجودة، الكفاءة، الإنتاجية، ورضا المريض، وفي دراسة أجريت في المستشفى "**هنري فورد**" بولاية "**ميتشجن**" الأمريكية وجد أن 25% من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة غير مناسب لإجراء التحليل؛ حيث أن ذلك يزعج المريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج، وقد قلل المستشفى من مشكلة التكرار بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقا متباينة لإجراء مسحة عنق الرحم، وبعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيرها.

وتوجد فوائد أخرى يمكن أن تجنيها المؤسسات الصحية من خلال تطبيقها لمنهج TQM، ومنها:

- رفع معنويات العاملين في المستشفى عن طريق إشعارهم بأهمية دورهم.
- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- زيادة عدد المرضى المستفيدين من خدمات المؤسسة الصحية عن طريق خفض التكلفة.
- خلق جو تنافسي بين العاملين يساعدهم على الابتكار والتحسين المستمر للخدمات المقدمة.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة تؤدي إلى تحقيق رضا العميل وولائه للمؤسسة الصحية [(1)].
- خفض التكاليف من خلال تقليل الأشياء التالفة أو إعادة انجازها بأقل التكاليف.
- تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهمات للعميل من خلال الإجراءات التي تتخذها المؤسسة.

[1]ـ أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة من المستشفيات في محافظة نينوى، **المؤتمر العلمي الثالث حول إدارة منظمات الأعمال: التحديات العالمية المعاصرة جامعة العلوم التطبيقية**، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان، الأردن، أيام:27 – 29 افريل 2009، ص7.

- تحقيق الجودة من خلال تطوير المنتجات والخدمات وفقا لرغبة العملاء.

* ما يمكن استخلاصه مما سبق أن تطبيق أسلوب TQM في المؤسسة الصحية يعود بفوائد جمة على كل من العميل (المريض) والعاملين بالمستشفى جميعهم، غير أن ذلك لكي يتحقق بيسر وفي ظرف زمني وجيز يتطلب قيادة رشيدة وتوجيه قوي من قمة التنظيم لتبنيه، من خلال وضع خطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحله، وعلى جميع المستويات التنظيمية المتواجدة في المؤسسة الصحية.

III – 3 – 3– مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

من أجل ضمان نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توفير مجموعة من المقومات، يمكن تلخيص أهمها في النقاط التالية:[1]

- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة.
- ينبغي أن تتوقع الإدارة في المؤسسة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام.
- ترتفع تكاليف تطبيق TQM في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض حتى تستقر عند حجم معين.
- يتطلب تطبيق نظام TQM في كثير من جوانبه تغييرا في السياسات التنظيمية في المؤسسة الصحية.
- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاماً بديلاً للنظم السائدة، بقدر ما هو أداة للبحث عن الأداء المتميز.
- لنجاح تطبيق نظام TQM تحتاج المؤسسة الصحية إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:[2]

* الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة.
* يعد نظاماً فعالاً للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم الجودة.
* نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.

ومن بين العوامل التي تؤدي إلى فشل برنامج إدارة الجودة الشاملة ما يلي:[3]

- محدودية فهم المديرين لأهمية تحسين الجودة ومدى ارتباطها بفاعلية المؤسسة وكفاءتها.
- عدم وجود قائد قوي في المؤسسة، والذي له القدرة على توجيه العمال في تطبيق برنامج TQM.
- وضع برامج محدودة وضيقة الأبعاد لتحسين الجودة، مما يعترض تطور الإبداع على المدى البعيد.
- عدم توظيف الخبرات في عملية التحسين، مما يؤدي إلى تكرار الأخطاء وانخفاض مستوى الأداء.

أيضا ما ينبغي على الشركات تجنبه حتى لا تفشل في تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة الآتي:[4]

1. عدم تعجيل النتائج والصبر والمثابرة على نجاح النظام.
2. تجنب إجراء التحسين على مجال واحد فقط دون بقية المجالات.
3. عدم المبالغة في الفوائد التي يمكن أن تجنيها من وراء تبني فلسفة TQM.

---

[1]- سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص ص340 – 341.
[2]- عائشة واله، مرجع سابق، ص84.
[3]- عبد الرحمان بن عنتر، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة، **الملتقى الدولي حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء الثاني**، ط1، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، الجزائر، 2011، ص261.
[4]- رمضان الشراح، الجودة والتميز في قطاع الشركات الاستثمارية والخدمات المالية، **الملتقى الدولي حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء الثاني**، ط1، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، الجزائر، 2011، ص158.

4. الاستفادة من جهود جميع العاملين للوصول إلى الهدف المسطر.
5. عدم البدء في تطبيق البرنامج قبل تهيئة المناخ المناسب للتطبيق.

وفي الختام يمكننا التأكيد على أن أسلوب TQMهي فلسفة إدارية جديدة ينبغي أن تتبناها المؤسسات التي لديها الرغبة في تحقيق ميزة تنافسية في بيئة الأعمال المحلية والدولية التنافسية وتحقيق النجاح والتميز في الأجل الطويل.

III – 3 – 4 – مشكلات المؤسسات الصحية وعلاجها:

يتم التطرق في هذا العنصر لكل من المشاكل التي تواجه المستشفيات والحلول المقترحة لمجابهتها قصد الحد منها مؤقتا أو حلها بشكل جذري.

III – 3 – 4– 1– مشكلات المؤسسات الصحية:

إن العديد من المؤسسات الصحية خاصة في البلدان النامية تعاني العديد من المشكلات، أهمها:[1]

1 – أن معظم المؤسسات الصحية تسير من قبل أطباء عاملين فيها:في هذه الحالة نجد الطبيب يركز جل اهتماماته على الجوانب الطبية باعتبار أن تخصصه فنيا، مما يجعله يقلل من أهمية دور النشاطات الإدارية في المستشفى لعدم معرفتهم بالأمور الإدارية.

2 – عدم اهتمام المسؤولين في إدارة المؤسسات الصحية بالوظيفة التسويقية:في معظم الحالات يركز المسؤولون في المؤسسات الصحية على تقديم العلاج ومشاكله، لاعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشاكل التي تواجه مؤسساتهم، وهذا ما يؤدي إلى التوجه إلى الإنتاج على حساب التسويق.

3 – سيطرة التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارات المستشفيات:في الكثير من الحالات نجد سيطرة واضحة لبعض السلوكات على تصرفات عدد كبير من مسؤولي إدارات المستشفيات وعلى بعض مقدمي الخدمات، مما أدى إلى وجود هوة كبيرة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها كالبيروقراطية.

4 – التحول إلى المعدات الآلية:يتجه الإنتاج وعرض الخدمات الصحية بصورة متزايدة إلى استخدام الآلة بعد أن كان يعتمد كليا على الجهد البشري، وفي الوقت ذاته تتخذ الخدمات الصحية صورة غير شخصية أكثر من ذي قبل وهي مساعدة الآلة للإنسان في تشخيص الأمراض وعلاجها كاستخدام آلات الأشعة والتحليل ورسم القلب...الخ، وأخرى في العمليات الجراحية والولادة...الخ.

5 – النقص في الاعتمادات المالية:هو الشغل الشاغل لمعظم المستشفيات لاعتبارها تعتمد في تمويل نشاطاتها على ما تخصصه الدولة لهذا الغرض، وهذا في الغالب لا يغطي جميع احتياجاتها التي تتزايد بمرور الزمن، إضافة إلى عدم وجود بعض المصادر الذاتية التي يمكن الاعتماد عليها لتغطية بعض نفقاتها في ظل تقديم بعضها لجزء من خدماتها مجانا.

6 – عدم وجود بحوث التسويق:يترتب على ذلك مشكلة تتمثل في أن أغلب القرارات التي تتخذ تعتبر إلى حد ما غير سليمة، ولا تؤدي الغرض الذي اتخذت من أجله ويؤثر ذلك بالتبعية على وضع

---

[1]ـ زكي خليل المساعد، **تسويق الخدمات الصحية**، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998، ص ص215 – 225 (بتصرف).

ستراتيجيات غير دقيقة، مما يؤثر على أداء المؤسسة في تحقيق أهدافها.

7 – تباطؤ عملية التحديث:تتباطأ هذه العملية في بعض المستشفيات مقارنة بالتقدم الحاصل في العالم ويعود السبب في ذلك إلى انشغال الإدارة في إنتاج وتقديم الخدمات العلاجية لمقابلة الطلب المتزايد عن تلك الخدمات دون اهتمامها بدراسة وعلاج المسببات الفعلية التي يمكن أن تخلق هذا الطلب.

8 – قلة التخطيط على المدى الطويل:لا تأخذ المؤسسات الصحية بالتخطيط في الأجل الطويل.

* إضافة لما سبق ذكره توجد أنواع أخرى من المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية، ومنها:(1)

1 – خفض طاقة التشغيل تدريجيا:تعني هذه الحالة أنه بعد مضي مدة من نجاح المستشفى الخاص واجتذابها لعدد ملائم من المرضى، تحاول إدارة المستشفى تخفيض طاقة التشغيل سعيا وراء مكاسب وقتية غير محسوبة قد تؤثر بعد ذلك على مستوى الخدمة، ومن أمثلتها:

- الاستغناء عن بعض العمالة؛
- الإقلال من أجهزة التكييف إن وجدت في التصميم الهندسي للمبنى؛
- إهمال الصيانة وعدم سرعة الإصلاح؛
- عدم تطبيق الاستبدال للأجهزة التالفة، وتحسين مستوى التجهيز الآلي.

2 – انخفاض مستوى الخدمات:من أهم المشاهد الملاحظة في كثير من المنشآت الصحية الخاصة عدم المحافظة على المستوى الجيد من الخدمات لأن الخدمات الأقل لن يدركها المريض.

3 – عدم الرقابة الجادة من الإدارة:كثير من الدول النامية والمتخلفة لا تضع للرقابة مكانها في العملية الإدارية، إذ أن الرقابة ليست تشدداً أو تهديداً ولكن من الضروري توفيرها باستمرار على جميع الأعمال داخل المستشفى، كالتفتيش والمراجعة المستمرة لمجابهة الإهمال والإضرار بسمعة المستشفى.

4 – تدخل الجهات الرسمية:كثيرا ما تفرض الجهات الرسمية نفسها على العيادة الخاصة عن طريق القوانين والقرارات التي تصدر من السلطة الرسمية لحماية مصالح المواطنين، والإدارة الواعية هي التي تقي نفسها من الدخول في نقد من الجهات الرسمية التي تستطيع سحب الترخيص عن المستشفى.

أيضا توجد مشاكل من نوع أخر تعاني منها الكثير من المؤسسات الصحية، ومن أهمها ما يلي:(2)

1 – سوء الإدارة:تعني أن المستشفى الخاص يحتاج في كثيراً من الأحيان إلى مهارة إدارية، مما يتطلب عدم التهاون مع العاملين في المستشفى.

2 – تسبب جهاز التمريض:تتمثل في أن الشكوى الدائمة والمنتشرة في كثير من العيادات الخاصة والمراكز العلاجية تتمثل في عدم دقة الرعاية الطبية المقدمة من طاقم التمريض لسبب أو لآخر، مرجعه عدم الاهتمام بالمريض سواء في معاملة المرضى أو ذويهم المرافقين لهم.

3– محاولة خفض التكلفة على حساب الجودة:المشكلة التي تواجه إدارة المستشفى الخاص هي محاولتها

1ـ أحمد محمد المصري، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، مؤسسة شباب الجامعة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1998، ص ص89 – 94.

2ـ محمد الصيرفي، **إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها**، ط1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2009، ص ص44– 51.

خفض التكاليف الجارية للمستشفى على حساب جودة الأداء لأن المريض في المستشفى سرعان ما يكتشف هذه المحاولة والتي تظهر في حجم الرعاية والدواء والإطعام وخدمة الغرف...الخ.

4 – الضرائب وإجراءات الحصر الضريبي:كثيراً ما نسمع عن قفل أو إغلاق عيادة خاصة بسبب مطالبتها بضرائب باهظة أو استخدام مصلحة الضرائب لأسلوب التقدير الجزافي*.

انطلاقا من التحليل السابق يمكن القول بأن المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية كثيرة ولا حصر لها، ونجدها تختلف من مستشفى إلى آخر، سواء كان في المدينة أو القرية أو الريف.

III – 3 – 4 – 2- الحلول المقترحة لمواجهة المشكلات الصحية:

انطلاقا من المشكلات التي سبق سردها فيما سبق ورغم كثرتها والتي تعرضنا لجزء صغير منها، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود حلول لها، ومن أهمها:[1]

1 – تحديد عدد المترددين من المرضى على المؤسسة الصحية:ينبغي على المؤسسة الصحية كإجراء أولي لحل مشكلاتها تحديد عدد المترددين من المرضى من السكان على مراكزها.

2 – اعتماد المؤسسة الصحية على هيئاتها لجلب المرضى:تعتمد المؤسسات الصحية على كادرها من الهيئة الصحية لجلب المرضى وجذب الأطباء من خلال الاعتماد على ما يلي:

- جلب الأطباء للعمل في المؤسسة الصحية.
- التأكد من استفادتهم من التسهيلات التي تقدمها المؤسسة الصحية والتي لا تختلف عن غيرها.
- توفير معدات علاجية خاصة من أجهزة تشخيص وآلات تصوير، وأجهزة علاجية أخرى...الخ.

3 – عدم وجود اختلاف بين المؤسسات الصحية:إن أنماط الاختلاف في الهدف الأساسي الذي تسعى لتحقيقه والمتمثل في خدمة المجتمع دون الأخذ بالاعتبار تحقيق الربح.

4 – عدم وجود اختلاف من حيث تعامل المؤسسات الصحية مع العملاء:من الواجب على المؤسسة الصحية أن تعرف المستفيدين من منتجاتها ومحاولة إقناعهم بها، واستخدام أفضل الطرق لإيصالها إليهم.

5 – تحقيق أهداف المؤسسة الصحية:يرتكز على الاهتمام بالجهود الترويجية التي تقوم بتحقيقها الأجهزة المختلفة من أجل إيجاد وعي صحي يحقق السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية.

6 – توعية الإدارات ومقدمي الخدمات الصحية لاستخدام أفضل أساليب المعاملة:تعني توعية الإدارات ومقدمي الخدمات وإرشادهم لاستعمال أفضل الأساليب في معاملة المستفيد من الخدمات الصحية.

7 – تحقيق الكفاية والسرعة في تقديم الخدمات الصحية:يتم ذلك عن طريق توافر العدد الكافي من مقدمي الخدمة، وتقليص فترة انتظار المستفيد للحصول على الخدمة إلى أدنى حد ممكن.

---

* يقصد بالتقدير الجزافي أن مصلحة الضرائب لم تجد ما يثبت انتظام الحسابات وتوفر المستندات الصحية وهذه المشكلة سببها الأصلي عدم إتباع الأسلوب المحاسبي السليم وإجراء القيود في الدفاتر المحاسبية طبقا للأصول المتعارف عليها،أنظر:محمد الصيرفي، مرجع سابق، ص51.

[1]- زكي خليل المساعد (1998)، مرجع سابق، ص ص225 – 234 (بتصرف).

- خلاصة الفصل:

تعد المؤسسات الصحية (المستشفى) ذات مكانة هامة ضمن مجال قطاع الخدمات بالنظر لما تقدمه من خدمات لأفراد المجتمع، من حيث الحفاظ على صحتهم وعلاجهم من مختلف الأوبئة والأمراض التي يمكن أن تصيبهم، ومن المتعارف عليه أن مؤشر الحالة الصحية لأفراد المجتمع يعد في الوقت الحاضر من مؤشرات التنمية البشرية، لذلك فإننا نجد أن هذه المؤسسات قد لاقت اهتماماً كبيراً من قبل حكومات الدول من خلال السعي إلى الرفع من أدائها وتحسين جودة خدماتها.

إن الاستخدام الأفضل لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يكون له الأثر الأكبر على عملية تحسين الخدمات المقدمة، ويصاحب ذلك تحقيق العديد من المزايا للمؤسسة والمجتمع ككل، سواء في المجال الإكلينيكي أو خارجه، وفي ظل هذه المؤشرات تسعى المؤسسات الصحية لتجنيد طاقاتها بغية الاستجابة لمتطلبات الزبائن لأية خدمة سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية، هذه الاستجابة لا تتم بمعزل عن جملة من العوامل، يؤدي تسلسلها إلى تحقيق رضا المريض عن المؤسسة وخدماتها المقدمة، أهمها دراسة مستفيضة لسلوك المرضى ودوافعهم الشرائية والعوامل المؤثرة على قراراتهم النهائية، لتصل إلى إجابة واضحة عن السؤال الذي يطرح دائما: ماذا يريد المرضى من الأطباء والمؤسسات الصحية، وهل وجدت فعلا لرسم الابتسامة على شفاه الزبائن (المرضى) بعد مغادرتهم قاعات العلاج وبالتالي ستكسب رضا الله أولا ورضا المريض ثانيا وذويه ثالثا، وإن كانت حالة الرضا التي يشعر بها المريض مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر ومن ظرف موقفي إلى آخر، ومن زمن لآخر، كما نجدها خاضعة لعدة معايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تعني تقديم أفضل الخدمات وأجودها لشريحة الزبائن المستفيدين بما يتناسب واحتياجاتهم أو يفوقها، لذا من المتوقع أن تكون نتيجة عمليات تطبيق الجودة في النهاية الوصول إلى رضا الزبون، وأن تحوز المؤسسة بما تقدم من خدمات على زيادة زبائنها وتمسكهم بخدماتها ورضاهم عنها وقد يتطور إلى ولاء دائم لها، ولتحقيق ذلك ينبغي الاهتمام أكثر بالرقابة الميدانية على الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية بالنظر للدور المنوط بها.

- مقدمة الفصل:

نتناول في هذا الفصل دراسة الجانب التطبيقي من أجل تحليل ودراسة ما تطرقنا له في الجانب النظري تطبيقيا في الميدان، إذ وقع اختيارنا على عينة من المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة بدولة الجزائر، واصفا مختلف المراحل التي تمت فيها الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة انطلاقا من أسئلة المقابلة الموجهة **لفئة المدراء**، والاستبيان الموجه **لفئة الموظفين** (أطباء، ممرضين، إداريين) بغية اختبار الفرضيات.

تم التطرق في بداية هذا الفصل إلى التعريف بمجتمع وعينة الدراسة، مع إبراز خصائصها وكذا أداة الدراسة المستخدمة والهدف منها، مع الإشارة إلى الأساليب الإحصائية التي اعتمدت في الدراسة، وفي تحليل البيانات المتحصل عليها بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة من القطاعين العام والخاص؛ ومنه فقد تم تجزئة هذا الفصل في المباحث التالية:

I - مجتمع وعينة الدراسة.

II - تحليل بيانات الدراسة.

III - اختبار الفرضيات.

I – مجتمع وعينة الدراسة:

نتطرق في هذا المبحث الأولي لكل من المجتمع والعينة المدروسة منه، بالإضافة إلى تقديم كلا من أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة التطبيقية، مع ضرورة إبراز لخصائص العينة التي طبقت عليها الدراسة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة.

I – 1 – مجتمع وأداة الدراسة:

أ – مجتمع الدراسة:

بالرغم من كبر مجتمع الدراسة، والمتمثل في **عدد الموظفين** من فئة (أطباء، ممرضين، إداريين) في عينة الدراسة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، ونظراً لصعوبة حصر هذه المستشفيات والعيادات في ظل عدم توفر معطيات دقيقة عنها وعن طريقة توزيعها الجغرافي غير المتجانس على مستوى ولايات الوطن رغم الاتصال المباشر لعدة مرات بوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات قصد إفادتنا بالمعلومات المطلوبة دون جدوى، مما أدى بنا إلى الاقتصار على عينة تشمل مختلف جهات الوطن دون تمييز بغية التشخيص الحقيقي لموضوع الجودة في القطاع الصحي من وجهة نظر الموظفين في هذا القطاع.

ونظراً لكون الموضوع قد اعتمد على المنهج الشامل في الجانب التطبيقي، فقد قمنا باختيار ثلاث مؤسسات استشفائية دون التمييز بين العامة والخاصة في خمس جهات من الوطن، وقد حاولنا أن يكون هناك شبه توازن في عدد المستشفيات، ونؤكد أن اختيارنا لبعض المؤسسات الاستشفائية لم يكن عشوائيا وإنما راجع إلى الاعتبارات التالية:

1- في بعض المناطق راجع لاعتبارها الأفضل في تقديم الخدمات الصحية للمرضى كعيادة الضياء والواحات بولاية ورقلة وغرداية.

2- فيما يرجع اختيار بعضها الآخر لاعتبارها الوحيدة الموجودة في المنطقة كالمؤسسات الاستشفائية ملوي ايدابير بتمنراست وابن سيناء بأدرار والأخوة رحماني بولاية النعامة.

3- فيما يعود اختيار باقي المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة الأخرى في باقي المناطق الأخرى لأنها هي التي قبلت التعامل معنا.

ب – عينة الدراسة:

عند اختيار عينة الدراسة تم مراعاة عدة جوانب من أهمها:

1- وجود الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات أثناء أوقات العمل تحت تأثير السلطتين الطبية والإدارية في نفس الوقت وبصورة مباشرة.

2- عدم التمييز بين التركيبة البشرية المعنية بالدراسة للمصالح الموجودة في المستشفيات عينة الدراسة.

3- عدم التمييز في الاختيار بين المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، ويعود الاقتصار على اختيار البعض منها من جهات الوطن لأن بعضها وافقت على الدراسة والبعض الآخر رفضها جملة وتفصيلا،

وأكثر الرافضين للدراسة كانت من العيادات الخاصة التي تتوخى السرية في نشاطها.

*وللإشارة فإن العينة المعتمدة هي **عينة عنقودية**، وتم توزيعها عبر التراب الوطني (دولة الجزائر) وفق مكونات الجدول التالي:

– **الجدول رقم (1.3): انتشار المستشفيات المعنية بالدراسة عبر جهات الوطن**

المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة				الدولة
اسم المستشفى/العيادة	الولاية	الرمز المقترح	الجهة	
مستشفى سيدي عقبة	بسكرة	01	ولايات الجنوب الشرقي	الجزائر
عيادة الضياء	ورقلة	02		
عيادة الواحات	غرداية	03		
مستشفى الإخوة رحماني	النعامة	04	ولايات الجنوب الغربي	
مستشفى ابن سيناء	أدرار	05		
مستشفى ملوي ايدابير	تمنراست	06		
عيادة عباد	وهران	07	ولايات الغرب الجزائري	
عيادة مليانى	معسكر	08		
عيادة المكرة	سيدي بلعباس	09		
عيادة ابن سينا	باتنة	10	ولايات الشرق الجزائري	
عيادة الفارابي	عنابة	11		
مستشفى الأمومة والطفولة (الباز)	سطيف	12		
عيادة رفاق الفتح	الجزائر	13	ولايات الوسط الجزائري	
مستشفى الثنية	بومرداس	14		
مستشفى فرانس فانون	البليدة	15		

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

جـ – أدوات الدراسة:

توجد أداتان تم الاعتماد عليهما في الدراسة التطبيقية في هذا الفصل هما:المقابلة والاستبيان.

1 – المقابلة:

تعد المقابلة الأداة الأولى في هذه الدراسة لجمع البيانات الأولية؛ حيث استخدمت لجمع البيانات الضرورية التي يصعب الحصول عليها بواسطة الاستبيان، وقد تم استخدام المقابلة الموجهة من خلال إعداد أسئلة محددة ومغلقة؛ حيث تم إجراء المقابلة مع **15 مدير من مديري** المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة، وتتكون استمارة المقابلة من ستة وعشرين سؤالاً تتمحور في مجملها حول إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية التي تقدم خدمات صحية لطالبيها من الزبائن (المرضى) الداخليين والخارجيين(**أنظر الملحق رقم:01**).

2 – الاستبيان:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسة لجمع البيانات الأولية لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها فقد تم بناء الاستبيان على الإطار النظري للدراسة والذي خصص لفئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة، وقد قسم الاستبيان على قسمين:أولهما خصص للمعلومات الشخصية للموظف، والآخر تضمن أربعة وعشرين فقرة موزعة بشكل متساوي بين أربعة محاور، وقد صيغت جميع فقرات الاستبيان على أساس مقياس ليكرت الثلاثي الذي يتكون من ثلاث درجات **(أنظر الملحق رقم:02)**.

د – صدق أداة الدراسة:

من أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحث بعرض الاستبيان الموجه لفئة الموظفين وأسئلة المقابلة على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم ستة عشر محكماً متخصصاً في مجال الإدارة والتسويق والجودة، وستة من الأطباء المتخصصين في الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، وقد أدرج الباحث أسماء هؤلاء المحكمين**(أنظر الملحق رقم:03)**، هذا وقد تم الأخذ بمختلف ملاحظاتهم واقتراحاتهم القيمة للتعرف على مدى تناسق العبارات حتى يظهر الاستبيان في أحسن صورة في شكله النهائي مقارنة عما كان عليه في بداية الدراسة.

ه – أثبات أداة الدراسة:

سنحاول هنا تحليل محاور وأقسام الاستبيان الموجه لفئة الموظفين، انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من برنامج $spss_{v22}$ **(أنظر الملحق رقم:04)**، وهذا التحليل يفند أو يؤيد الفرضيات المبني عليها الاستبيان، ويأتي ذلك بعد ثبات وصدق أسئلة الاستبيان، ويمكن توضيح ذلك لمتغيرات الدراسة من خلال معطيات الجدول التالي:

– الجدول رقم (2.3): معاملات ثبات الأداة ومؤشر الصدق لمتغيرات الدراسة الرئيسة

الرقم	المتغيرات الرئيسية	عدد عبارات المتغير	معامل الثبات (ألفا α)	مؤشر الصدق (الثقة)
01	درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.	06	0.816	0.9033
02	الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.	06	0.792	0.8899
03	مستوى الأداء في المستشفى.	06	0.823	0.9072
04	الرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى يحقق الجودة.	06	0.661	0.8130
	المستوى العام		**0.906**	**0.9518**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج $spss_{v22}$.

يتضح لنا من الجدول رقم (2.3) الخاص بنتائج اختبار ثبات وصدق الاستبيان الموزع على عينة الدراسة من الموظفين، إذ استعملنا معامل **كرونباخ ألفا** cronbach's Alpha الذي يعد من أفضل المقاييس

التي تستعمل في برنامج **spss** وذلك لاختبار صدق وثبات الاستبيان فيه، إذ لاحظنا بعد ما قمنا بالحساب أن المتغير الثالث مستوى الأداء في المستشفى لأسئلة الاستبيان قد حصل على أكبر معامل ثبات وصدق، فيما تلاه كل من المتغير الأول والثاني والرابع على الترتيب، وبما أن معامل الثبات قدر بـ:(**90.60%**) لجميع محاور الاستبيان وهو مرتفع، مما يدل على قوة وثبات وصدق أسئلة الاستبيان، وبالنسبة لمعامل صدق الاستبيان فقد قمنا بجذر معامل كرونباخ ألفا إذ حصلنا على (**95.18%**) كما يدل هذا أيضا على أن معامل الصدق مرتفع جداً، مع العلم أن النسبة المقبولة لمعامل كرونباخ ألفا هي60% في دراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية، وبما أن كل من معامل الصدق والثبات قد تجاوزت قيمتاهما **70%** و**80%** على التوالي فيدل هذا على قوة وثبات وصدق أسئلة الاستبيان.

و – الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمت معالجة البيانات وفقا للأساليب الإحصائية(spss) وفق النسخة 22 باستخدام الحاسب الآلي وهي:

1 – تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (النسب المئوية والتكرارات) للمعلومات الشخصية.

2 – تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) للمتغيرات الرئيسة والمتغيرات التابعة لكل متغير من المتغيرات الرئيسة.

3 – اختبار فروق المتوسطات (t) Independent – t – test، للمقارنة بين متوسط الإجابات في كلى القطاعين عند مستوى الدلالة (0.05).

4 – تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الفرعية الموجودة في الاستبيان بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الفرعية.

5 – تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الرئيسة لفئات عينة البحث بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الرئيسة.

6 – استخدام معادلة كرونباخ ألفا (cronbach's Alpha) لقياس درجة الثقة.

7 – معامل ارتباط بيرسون لقياس قوة الارتباط بين المتغير المستقل(إدارة الجودة الشاملة) والمتغير التابع (الخدمات الصحية).

I – 2 – خصائص عينة الدراسة:

I – 2 – 1 – المقابلة:

إضافة إلى أداة الاستبيان الموجهة للموظفين، تم الاستعانة بأسئلة المقابلة الموجهة للمديرين قصد الإلمام بالموضوع والتعرف على خباياه انطلاقا من وجهة نظر المسيرين الحقيقيين للمؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة من خلال أسئلة المقابلة الموضوعة، التي تخص الموضوع، والتي نحاول استعراضها على الترتيب ومتابعة إجابات المديرين عنها، مع العلم أننا وجدنا صعوبة كبيرة في ذلك لعدة أسباب من أهمها:

1– تخوف الكثير من المديرين واعتذار بعضهم عن الإجابة خاصة مديري العيادات الخاصة بصفتهم

مسيرين وليس مالكين.

2- ضبط مواعيد مع الكثير منهم، وعدم احترامهم لتلك المواعيد بداعي العديد من الأسباب والحجج.

3- وجود انشغالات كثيرة لهؤلاء المديرين من أهمها:كثرة الاجتماعات على المستوى المحلي والجهوي وحتى الوطني، وكثافة ودورية الأعمال على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية.

4- بعض مديري العيادات الخاصة يرون بأن كل ما يتعلق بالعيادة ينبغي أن يحاط بالسرية ولا ينبغي البوح به لأي كان، ومسموح به فقط للمسؤولين المباشرين دون سواهم.

5- بعض المستجوبين من المديرين يرون في وثيقة أسئلة المقابلة بأنها المتنفس للتعبير وتسليط جام غضبهم على الوضع الصحي للمستشفى العام منه على وجه الخصوص.

6- عدم وضوح خطوط السلطة والمسؤولية داخل المستشفيات العمومية مقارنة بالعيادات الخاصة.

* ورغم ما ذكر وجدنا بعض التفهم والتعاون من بعض المديرين للإجابة عن الأسئلة المطروحة في استبيان المقابلة لدى الكثير من مديري المؤسسات الاستشفائية العمومية والقليل من مديري العيادات الخاصة، التي نوجزها مختصرة في الآتي:

- **<u>السؤال الأول</u>:** ماذا يقصد بالجودة في نظرك؟

* بخصوص إجابة هذا السؤال وجدنا تضارباً كبيراً؛ حيث:

أ - بعض الإجابات لا مست المفهوم الصحيح للجودة.

ب- آراء البعض الآخر بعيدة كل البعد عن مفهوم الجودة المطلوب، وربما يعود ذلك أساساً لأن بعض المديرين يباشرون وظيفة التسيير في المستشفى بالأقدمية دون الاطلاع على المفاهيم الحديثة للتسيير ومنها مفهوم الجودة.

- **<u>السؤال الثاني</u>:** ما هو رأيكم في دور عملية تدريب الموظفين في خدمة ضيوف المستشفى من المرضى ومرافقيهم؟

* وعن عملية تدريب الموظفين على خدمة ضيوف المستشفى من المرضى ومرافقيهم فإن الإجابات جاءت كما يلي:

أ - البعض يرى بأنها عمل ضروري وايجابي.

ب - البعض الأخر يحصره في كونه عملاً إنسانياً.

جـ - والبعض الآخر يرى في عملية تدريب الموظفين بأنه عمل إجباري من الواجب القيام به ولكن ضمن آليات مسطرة ومضبوطة وفق قواعد متبعة، وضرورة توفير المؤهلات الكافية من أجل تقديم خدمة صحية جيدة لطالبيها من المرضى ومرافقيهم تجعلهم يشعرون بالراحة[1].

- **<u>السؤال الثالث</u>:** ما رأيكم في عملية تفويض الصلاحيات في مجال خدمة المرضى؟

[1] ـ بشير بهاز، مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية 28 فيفري بمتليلي، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، غرداية، الجزائر، الأربعاء: 2015/03/11 (مقابلة شخصية).

*بخصوص تفويض السلطة(الصلاحيات) في مجال خدمة المرضى فجاءت الإجابات على النحو التالي:

أ – يرى بعض المستجوبين من المديرين أنه ينبغي أن تفوض السلطة وليس بشكل تام.

ب – فيما يرى آخرون بأنها عمل ايجابي يتيح أكثر سلاسة في التعامل.

جـ – ويرجعه البعض الآخر بأنه يتوقف على إمكانية المؤسسة الاستشفائية، مع ضرورة تفويض الصلاحية لفئة واحدة ألا وهي فئة رؤساء المصالح دون سواها باعتبارها الفئة الأكثر فهما ودراية بشؤون المصالح التي يشرفون عنها[1].

وفي كل الحالات فإن تفويض الصلاحية يعد عملية هامة داخل المؤسسات الاستشفائية لتقليل الضغط وتسهيل تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من المرضى وذويهم، مع ضرورة تحميل المسؤولية كاملة للمفوضة لهم الصلاحيات.

– **السؤال الرابع:** هل يوجد اتصال وتنسيق بينكم بصفتكم تمثلون الإدارة وبين الطاقم الطبي في مجال خدمة المرضى؟

* وبخصوص وجود اتصال وتنسيق بين ممثلي الإدارة والطاقم الطبي في مجال الخدمة المقدمة للمريض فجاءت الإجابات على النحو التالي:

أ – البعض يرى أنه من الضرورة وجود الاتصال قصد معرفة مكامن الخلل.

ب – فيما يرى آخرون أن هذا الاتصال موجود ولكن ليس بالشكل المطلوب.

جـ – أما آخرون فيؤكدون على وجوده بشكل دائم وفي أحسن صورة (العيادات الخاصة).

د – والفئة الأخير من آراء المبحوثين تؤكد على ضرورة وجود اتصال وتنسيق دائم بين الإداريين والطاقم الطبي، وتؤكد بأن الأمور مبنية على وجود تسيير عشوائي وتحديدا في المؤسسات الإستشفائية العمومية.

– **السؤال الخامس:** ما هو رأيكم في عملية تلبية حاجات ورغبات الموظفين من أطباء وممرضين وإداريين باعتبارهم زبائن داخليين في المستشفى؟ وهل مؤسستكم تقوم بذلك؟

* وفي إطار عملية تلبية حاجات الموظفين من أطباء وممرضين وإداريين باعتبارهم زبائن داخليين في المستشفى، فإن إجابات المبحوثين من المديرين جاءت كما يلي:

أ– البعض منهم يرى بأن طلبات الموظفين ملباة حسب الدور الذي يقوم به الموظف في حدود التكاليف التي يعاد النظر فيها في كل مرة بناءاً على الإمكانات المتوفرة وفقا للحلول التي تراها المؤسسة الإستشفائية مجدية[2].

ب– البعض الآخر يرى بأن هذا الفعل يعد عملاً ايجابياً والمؤسسة الإستشفائية تسعى إلى ذلك.

جـ– فيما يرى آخرون أن كل طلبات الموظفين غير ملباة فهي دائما تعاني التهميش واللامبالاة والرفض.

---

1 ـ عاشور حبي، متصرف رئيسي مكلف بالتسيير الإداري بالمركز الاستشفائي ملوي ايدابير سرسوف، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، تمنراست، الجزائر، الأحد: 2015/03/22 (مقابلة شخصية).

2 ـ إسماعيل صلاح، المدير الفرعي للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2015/05/14 (مقابلة شخصية).

* وإذا كانت الآراء السابقة للمديرين العاملين في المؤسسات الإستشفائية العمومية، فإن لنظرائهم في العيادات الخاصة رأي آخر، إذ تعد كل طلباتهم ملباة بمجرد الإعلان عنها.

– **السؤال السادس**:هل تمتلك مؤسستكم الإستشفائية ثقافة الجودة؟ وإذا كانت الإجابة بـ:"نعم" فكيف ذلك؟

* وإذا نظر لوجود ثقافة الجودة من عدمه في المؤسسات الاستشفائية، وكيف يتم ذلك، فإن إجابات المبحوثين من المديرين في القطاعين جاءت على النحو التالي:

أ – بعض المديرين يرون أن المؤسسات الاستشفائية التي يشرفون على تسيير شؤونها توجد بها ثقافة الجودة، ويتم ذلك من خلال عملية التكوين والتدريب المستمرين.

ب – البعض الآخر يرى بأن ثقافة الجودة موجودة نسبيا، وهي مكلفة وتتطلب توفير الإمكانات وخاصة الموارد المالية الكبيرة.

جـ– فيما يرى آخرون أن ثقافة الجودة منعدمة بشكل نهائي، والظروف الحالية لا تسمح بتطبيقها.

د– وإذا كانت الآراء السابقة تخص المبحوثين من المديرين العاملين في المؤسسات الاستشفائية العمومية، فإن بعض مسؤولي العيادات الخاصة يرى أن ثقافة الجودة موجودة، وتتطلب لإرسائها أكثر ضرورة توفر العناصر التالية[1]:

* تحسين الخدمات الصحية أكثر مما هي عليه حاليا.

* توفير يد عاملة مؤهلة في المجال الصحي.

* استثمار أكبر للأموال وتوفير أحدث التكنولوجيا.

– **السؤال السابع**: هل تتسم الخدمات الصحية التي يقوم بها العاملون بمؤسستكم بالروتين؟ وإذا كانت الإجابة بـ:"لا" فما هي الإجراءات التي تقومون بها من أجل جعل الخدمات الصحية التي يقدمها الموظفين بمؤسستكم تتسم بالإبداع؟

* أما فيما يخص الروتين الذي تتسم به الخدمات الصحية في المستشفى، وفيما تتمثل الإجراءات الواجب اتخاذها للقضاء عليه، فإن إجابات المبحوثين جاءت كما يلي:

أ– أغلبية المديرين يرون أن الخدمات الصحية في المستشفى الذي يديرون شؤونه تتسم بالروتين القاتل، مما يجعل الموظف في تذمر دائم، ولا يجد البديل الذي يبحث عنه (المؤسسات الإستشفائية العامة).

ب– البعض الآخر وهي فئة قليلة ترى غير ذلك، ويتم التغلب على الروتين حسب رأيهم من خلال إعطاء الحرية لموظفيها قصد الإبداع في المجالات التي يشرفون على تسييرها (العيادات الخاصة).

– **السؤال الثامن**: ما هي وضعية الخدمات الصحية في المستشفى الذي تديرون شؤونه؟

* وعن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات المدروسة، فالإجابة جاءت نحو وجهتي نظر هما:

أ– بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية العمومية يرى مسيروها من المديرين أنها متدهورة من السيئ

---

[1] ـ حمو بالحاج، المدير الإداري بعيادة الواحات، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، غرداية، الجزائر، الأحد: 2015/04/19 (مقابلة شخصية).

إلى الأسوأ، خصوصا وأنها تتسم بالمحسوبية واللامسؤولية وما يؤكد ذلك المعاناة اليومية للمرضى.

ب- بالنسبة للعيادات الخاصة يرى مسيروها من المديرين بأن الخدمات الصحية فيها حسنة وفي تطور مستمر نحو الأحسن، ويستدلون في ذلك بزيادة عدد المرضى القاصدين لهذه العيادات باستمرار.

- **السؤال التاسع:** هل أن مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية يختلف عنه في العيادات الخاصة حسب رأيكم؟

* أما بخصوص اختلاف مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية عنه في العيادات الخاصة، فإن الإجابات كانت على النحو التالي:[(1)]

أ - بالنسبة لمسؤولي المستشفيات العامة يجيبون بنعم ويؤكدون على وجود هذا الاختلاف لعدة اعتبارات:

* فئة المرضى من السكان القاصدين للمؤسسات الاستشفائية العمومية عددها كبير مقارنة بتلك التي تقصد العيادات الخاصة.

* وجود اختلاف في الموارد المتوفرة، ومنها المالية على وجه الخصوص.

* اختلاف في حجم المرافق (المباني والمقرات...إلخ).

- ويؤكدون على أن الخدمات الصحية في هذه المستشفيات تحسنت كثيراً عما كانت عليه من قبل رغم أنها مازالت دون المستوى المطلوب.

ب - بالنسبة لمسؤولي العيادات الخاصة يؤكدون على وجود هذا الاختلاف لعدة اعتبارات من أهمها:[(2)]

* المستشفيات العمومية: وسائل أكثر وصرامة أقل.

* العيادات الخاصة: وسائل أقل وصرامة أكثر، وجودة أحسن شرط وجود الضمير المهني.

- **السؤال العاشر:** ما هو واقع تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية التي تشرفون على إدارة شؤونها؟

* وبخصوص واقع تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، فقد جاءت وجهات النظر وفق وجهتين متباعدتين هما:

أ - بالنسبة لمديري المؤسسات الإستشفائية العمومية يرون أن لهذا المفهوم دوراً أساسياً في عملية التسيير، ولا أثر له في الواقع العملي من حيث التطبيق في هذه المستشفيات، غير أنها تنظر له على أنه أفق مستقبلي تسعى لتجسيده باعتبارها في بداية الطريق نحو التحديث والتطور.

ب - بالنسبة لمسؤولي العيادات الخاصة المبحوثين فإن معظمهم يؤكدون على عدم وجود هذا النمط التسييري في الظرف الحالي رغم أن مبادئ تطبيقه متوفرة، وهو أفق مستقبلي من حيث التطبيق[(3)].

- أما بخصوص المؤسسات الاستشفائية الحالية التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاعين العام

---

[1] ـ أحمد العابد، المدير الفرعي للاقتصاد بالمؤسسة الاستشفائية العمومية ابن سينا، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، أدرار، الجزائر، الثلاثاء: 2015/07/14 (مقابلة شخصية).

[2] ـ حمو بالحاج، مرجع سابق، الأحد: 2015/04/19 (مقابلة شخصية).

[3] ـ صالح صياغ، مدير عيادة الضياء الخاصة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2015/06/11 (مقابلة شخصية).

والخاص عينة الدراسة في الجزائر، فجاءت الإجابات على النحو التالي:

– **<u>السؤال الحادي عشر</u>:** في نظركم هل تطبق بعض المستشفيات العمومية في الجزائر نظام إدارة الجودة الشاملة؟ ومن هي؟

* بالنسبة لرأي المبحوثين من المديرين في المؤسسات الاستشفائية العمومية وهم الأغلبية يرون بأنه لا يوجد تطبيق لنظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات التي يديرون شؤونها.

– **<u>السؤال الثاني عشر</u>:** في نظركم هل تطبق بعض العيادات الخاصة في الجزائر نظام إدارة الجودة الشاملة؟ ومن هي؟

* بالنسبة لرأي المبحوثين من المديرين في العيادات الخاصة يرون بأنه لا يوجد تطبيق لنظام إدارة الجودة الشاملة في العيادات التي يديرون شؤونها، غير أنه يمكن أن يوجد في عيادات أخرى.

* وتكملة لما سبق فإن المؤسسات الاستشفائية العمومية مازالت تسير بطرق تسيير تقليدية وهي بعيدة كل البعد عن طرق التسيير الحديثة ومنها: الجودة والجودة الشاملة، وما يؤكد ذلك المذكرة الوزارية رقم:01 لمدراء المؤسسات العمومية للصحة المؤرخة في:16أفريل 2014 المتعلقة بوضعها حيز التنفيذ لمشروع المؤسسة، ولوحة القيادة ومؤشرات التسيير التي جاء فيها ما يلي:

– مواصلة للجهود التي ترمي إلى عصرنة تسيير ومناجمنت المؤسسات الصحية ضرورة وضع عقد انجاز الأنشطة حيز التنفيذ المنصوص عليه في المذكرة رقم:06 لمديري الصحة والسكان المؤرخة في:2014/01/08 والمنشور رقم:05 المؤرخ في:30يوليو 2013، المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة، آليات أساسية تتمثل في مشروع المؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير؛ حيث تمثل هذه الأدوات مرجع تقييم لكل التدابير التي يعتزم مديرو المؤسسات الإستشفائية العمومية القيام بها من أجل تعزيز خطة عملهم المتعلقة بالموضوع وفق الآتي:

أ– مؤشرات التسيير **(أنظر الملحق رقم:01 من المذكرة الوزارية السابقة رقم:01)** التي تتعلق بما يلي:

* مؤشرات تتعلق بالفعالية (النوعية).
* مؤشرات متعلقة بالأنشطة.

ب– لوحة القيادة لتسييرالمؤسسة الإستشفائية**(أنظرالملحق رقم:02 من المذكرة الوزارية السابقة رقم:01)**؛

جـ– نموذج موجز لمشروع المؤسسة **(مرتكز على مشاريع المصلحة أنظر الملحق رقم:03 من المذكرة الوزارية السابقة رقم:01)**.

د – مشروع المؤسسة المعد على العموم لمدة سنتين، ولسنتي: 2015/2014 **(أنظر الصفحة رقم:02 من المذكرة رقم:01 المؤرخة في:2014/04/16)** يتوجب أن يستند على الخطط التالية(ثلاث خطط)، وهي موجودة في الملحق رقم:04 من نفس المذكرة المذكورة أعلاه رقم:01 كما يلي:

– خطة عمل لتصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة.

– خطة عمل للتصفية المالية فيما يخص ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور بالجزائر.

– خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية خارجية والعلاج داخل الهيكل الاستشفائي.

– عقد نجاعة لانجاز الأنشطة حيز التنفيذ نجده موضح بالتفصيل في المذكرة رقم:06 المؤرخة في:08 جانفي 2014 في مواده من:01 إلى 18 من خلال ثلاثة أبواب كما يلي:

* الباب الأول:أساس العقد (المادتين:01 و02).

* الباب الثاني:مجال العقد (المواد من:03 إلى 11).

* الباب الثالث:وضع العقد حيز التنفيذ (المواد من: 12 إلى 18).

* إضافة إلى وجود جدولين كما يلي:

– الجدول01: خاص بالأنشطة الطبية والشبه طبية.

– الجدول 02: خاص بالتميز في التسيير.

– **السؤال الثالث عشر**: ما هي في نظركم أهم الصعوبات والمعوقات التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر؟

* وفيما يتعلق بأهم الصعوبات والعراقيل التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر، فإنها عديدة ومتنوعة حسب المبحوثين، ومنها:[1]

– نقص في التأطير وضعف في التسيير.

– قلة الإمكانات التجهيزية والخبراء في المجال الطبي.

– عدم وجود مسؤولين مؤهلين لعملية التأطير، مما كرس مبدأ الرجل غير المناسب في المكان المناسب.

– نقص في اليد العاملة المتخصصة في مجال النظافة خاصة.

– نقص واضح في عملية الاتصال والاتصال المباشر.

* إضافة لما سبق توجد صعوبات أخرى، ومنها:[2]

– عدم وجود خريطة صحية واضحة المعالم.

– نقص في تخصصات شبه الطبي.

– عدم الصرامة في تطبيق القوانين.

– اللامبالاة ونقص الوسائل، بالإضافة إلى مشاكل التموين.

– نقص في الأدوية خاصة تلك المتعلقة بالأمراض المكتشفة حديثاً.

* وإذا كانت هذه النقائص دورها غير مؤثر في العيادات الخاصة، فإن دورها مستفحل في المستشفيات العامة، باعتبار قطاع الصحة في الجزائر يعد من القطاعات التي تعاني من العديد من المشاكل، مما جعل الكثير من المرضى يعيشون بعض الحقائق المرة بمختلف المصالح الاستشفائية، ويحتاج إحصاء

1- رشيد زروال، مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية بسيدي عقبة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، بسكرة، الجزائر، الأربعاء:2015/08/05 (مقابلة شخصية).

2- عبد الكريم بوكار، مدير المؤسسة الاستشفائية الجوارية للصحة العمومية بالمنيعة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، غرداية، الجزائر، الأربعاء: 2015/06/03 (مقابلة شخصية).

مشاكل قطاع الصحة في الجزائر إلى جهد كبير نظراً لكثرتها.

وفي الأخير يمكن القول أن وضعية الصحة في المستشفيات الجزائرية في تأزم مستمر، والوضع بها أصبح حرجا للغاية، وبحاجة إلى التفاتة من قبل المسؤولين، وعلى رأسهم الوزارة الوصية في ظل المطالب التي ما فتئت تتزايد من قبل عمال المستشفيات، الذين يبحثون عن حقوقهم باستمرار (الإضرابات المتكررة) ويتجاهلون واجباتهم اتجاه طالبي الخدمات الصحية من المرضى على اختلاف أمراضهم وتعدد آلامهم، ومن أجل تحسين ظروف العمل في القطاع الصحي والارتقاء بمستوى الخدمات إلى مصاف الجودة لابد من إيجاد حلول جذرية، والتي لن تتأتى إلا بتنظيم حوار عام وجاد يشارك فيه جميع الشركاء من نقابات وجمعيات وخبراء فضلا عن الوزارة المعنية، للتعبيرً عن آمال الجزائريين في الاستفادة من خدمات صحية راقية، كما أن العيادات الخاصة نجدها في كثير من الأحيان الطرف المسهم في تعميق جراح القطاع الصحي العام بالنظر للصراع الخفي بين القطاعين، فمن المفروض أن تكون العلاقة بينهما علاقة تكاملية غير أن الواقع يؤكد غير ذلك نتيجة لعدة أسباب من أهمها:

أ- أغلب العاملين في العيادات الخاصة هم من العاملين في المستشفيات العامة، وهذا ما يؤكد استنزاف العيادات الخاصة لخبرة الأطباء في المستشفيات العامة باستمرار.

ب- الكثيرً من الأطباء يعملون في القطاعين معاً، إذ نجد الطبيب يقوم بتشخيص المريض في القطاع العام ويطلب من المريض إجراء العملية في العيادة الخاصة أو بوسائل القطاع العام لصالح الطبيب وعلى حساب المستشفى العام.

ج- هروب الأطباء الأكفاء من القطاع الصحي العام إلى العيادات الخاصة نتيجة لعدة أسباب أهمها:

1 - وجود امتيازات مادية وغير مادية كدوام غير مكتمل.

2 - توفر العيادات الخاصة على أحدث وسائل التكنولوجيا.

د- التنظيم المحكم الذي تتميز به العيادات الخاصة، وتقابله فوضى عارمة في المستشفى العمومي.

هـ- عدم وضوح خطوط السلطة والمسؤولية في المستشفى العمومي بالمقارنة بالعيادة الخاصة.

و- كبر حجم المستشفيات العامة الذي يفرز هيكلاً تنظيمياً معقداً، في حين نجد أن صغر حجم العيادات الخاصة يولد رؤية واضحة في تحمل المسؤولية.

*وتأكيداً للنقائص السالفة الذكر في القطاع الصحي وخصوصا في المستشفيات العامة هو ما توضحه تعليمية الأمين العام للصحة بالجزائر **عبد الحق سايحي** رقم:19 المؤرخة في:06 جويلية 2014التي تتعلق بتحسين ظروف المرضى من حسن استقبال، وتوجيه لمرتفقي الصحة وظروف التكفل بالمرضى وإقامتهم؛ التي جاء فيها ما يلي:

لقد لاحظ الوزير خلال زيارته لمؤسسات الصحة وحسبما ورد في تقارير عمليات التفتيش المختلفة على أرض الواقع، تعارضا مع الالتزامات التي تعاهدتم بها معه، التي تتعلق خاصة بانعدام النظافة، ووجود أدوية منتهية الصلاحية بالمصالح الطبية، وغياب مستخدمي المناوبة والأمن.

* إضافة إلى المشاكل السابقة توجد مشاكل أخرى يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، والتي لا نستطيع ذكرها كاملة وإنما نحاول أن نذكر منها الآتي:

أ- ظروف العمل التي يعيشها الموظف في القطاع الصحي ليست على أحسن حال في السلك الطبي والشبه الطبي، ومن بينها:[1]

- المقابل المادي الضعيف مقارنة بالقطاعات الأخرى خاصة المستشفيات العمومية.
- غياب الأمن في المؤسسات الصحية بصفة عامة والعمومية على وجه التحديد.
- العلاقة مع الإدارة ليست دائما على أحسن ما يرام.
- الاعتداءات اللفظية والجسدية التي يتعرض لها الطاقم الطبي والشبه الطبي أثناء تأديتهم للعمل.

ب- وجود تدهور في الخدمات الصحية في الجزائر، وبالأخص في المستشفيات العمومية التي نجدها في تزايد مستمر بسبب قلة الحلول الناجعة، وإن دل ذلك إنما يدل على توجه الكثير من المرضى الجزائريين للعلاج في الخارج وتحديداً في دول الجوار، ومنها على وجه التحديد دولة **تونس** الشقيقة.

جـ- وجود فوارق كبيرة بين الخدمات الصحية المقدمة على مستوى القطاعين العام والخاص يصعب تذليلها بدءا من الاستقبال إلى غاية العلاج، مما أدى إلى تذمر المرضى خاصة ذوي المداخيل المحدودة.

د- وجود نقص كبير في الكوادر الطبية المتخصصة والأطباء بشكل عام وتحديداً في ولايات الجنوب، مما أدى إلى زيادة اتساع الفجوة في المجال الطبي بين ولايات الشمال والجنوب، مما يعمق جراح سكان هذه الأخيرة بالنظر لما يترتب عنه من قطع لمسافات طويلة، وتحمل لتكاليف مالية إضافية في ظل النقص الواضح لوسائل النقل الصحي كسيارات وطائرات النقل الطبية المتخصصة.

هـ- وجود هيمنة للجنس الأنثوي على حساب الجنس الآخر في قطاع الخدمات الصحية، مما ترتب عنه وجود حساسيات بين الجنسين في المعالجة الطبية لبعض الأمراض مثل:الفحص الطبي، ووخز الإبر من النساء اتجاه الرجال والعكس صحيح.

و – عدم وجود توزيع عادل للأطباء الأخصائيين على المستوى الوطني، وهذا من شأنه عرقلة التسيير الجيد للمستشفيات[2].

- **<u>السؤال الرابع عشر</u>:** حسب رأيكم فيما يتمثل دور نظام الجودة الشاملة الذي يؤدي إلى تحسين أداء المستشفى؟ وما مدى إدراك الزبائن الداخليين (العمال، الإداريين، الأطباء، الممرضين) والزبائن الخارجيين (المرضى) في المستشفى لهذا التحسين؟

* وفيما يخص دور نظام الجودة الشاملة في تحسين أداء المستشفى حسب رأي المبحوثين، فيرون أن ذلك الدور يتحقق من خلال توفر الآتي:

---

[1] - عبد القادر حرور، طبيب بالمؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية بسيدي بوغفالة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2015/06/04 (مقابلة شخصية).

[2] - محمد حميد، مسؤول التمريض بالمؤسسة الاستشفائية العمومية عين صالح، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، تمنراست، الجزائر، الأثنين: 2015/08/24 (مقابلة شخصية).

أ- احترام التطبيق الصارم للقوانين.

ب- توفير الإمكانات المادية والبشرية اللازمة.

جـ- تحسيس العمال بالهدف المرجو وطريقة تحقيقه، من خلال تضافر الجهود والتحلي بالمسؤولية.

د- توفير وسائل الراحة للمريض بالمستشفى من استقبال واتصال، وتحسين ظروف العمل بالمصالح.

* أما بخصوص إدراك الزبائن الداخليين(الإداريين، الأطباء، الممرضين) والزبائن الخارجيين(المرضى) في المستشفى لتحسين الجودة الشاملة، فقد أكد معظمهم أنه يتم بتضافر الجهود والعمل المشترك.

- **<u>السؤال الخامس عشر</u>:** في نظركم هل توجد أسباب تحفز وزارة الصحة في الجزائر على تطبيق متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة؟

* وعن تحفيز وزارة الصحة في الجزائر على تطبيق متطلبات TQM في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة فإن إجابات المبحوثين ترى أن ذلك يتم من خلال توفر عدة عوامل أهمها:

أ- تنظيم ملتقيات وطنية ودولية وإلزام المعنيين بحضورها.

ب- إجراء مسابقات بشكل دوري ومستمر.

جـ- إدخال تكنولوجيا حديثة تتماشى مع تلك المطبقة في الدول المتقدمة.

- **<u>السؤال السادس عشر</u>:** هل تلتزم الإدارة الوسطى ومن ثم الإدارة السفلى (الموظفين) في المستشفى الذي تديرون شؤونه بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة؟ وهل هي على أتم الاستعداد لذلك؟

* وفيما يخص التزام الإدارة الوسطى والإدارة السفلى (الموظفين) في المستشفى بتطبيق مبادئ TQM ومدى الالتزام بذلك، فإن آراء المبحوثين جاءت متطابقة في القطاعين؛ بحيث أكدت على التزام الإداريين بمبادئ TQM مع ضرورة توفير كل الظروف والشروط الضرورية لذلك.

- **<u>السؤال السابع عشر</u>:** ما هو موقف الزبائن الداخليين (العمال، الممرضين، الأطباء، الإداريين) من نوعية الخدمات المقدمة حاليا بالمستشفى؟ وما هي توجهاتها المستقبلية؟

* وعن موقف الزبائن الداخليين(الأطباء، الممرضين الإداريين)من نوعية الخدمات المقدمة حاليا بالمستشفيات العامة والعيادات الخاصة، وفيما تتمثل توجهاتها مستقبلا، فإن الكل يؤكد بأنهم راضون عن الخدمات التي يقدمها المستشفى للمريض، وهم على دراية بضرورة تحسينها أكثر في المستقبل القريب.

- **<u>السؤال الثامن عشر</u>:** ما هي الإدراكات الحسية للمستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى) من جراء مستوى الخدمة الصحية المقدمة؟

* وعن الإدراكات الحسية للمستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية فقد جاءت متفاوتة من مريض لآخر جراء مستوى الخدمات الصحية المقدمة له، وهي على النحو التالي:

أ - بعضهم دائما يشكك في خبرة الأطباء والممرضين من ذوي الكفاءات الوطنية، وأيضا يشتكون من نقص الإمكانات المقدمة والأدوية ومن ثم تفاقم الوضع والألم على صحتهم، ومنه عدم الرضا والتذمر من كل ما يقدم لهم، ويكثر هذا تحديدا في المؤسسات الاستشفائية العمومية.

ب – البعض الآخر يرى عكس سابقيه مما يتولد لديه الرضا عن كل ما يقدم لهم من خدمات طبية داخل المستشفى، ويكثر هذا تحديداً في العيادات الخاصة.

– **السؤال التاسع عشر**: ما هي في نظركم أهم الاقتراحات التي من شأنها معالجة مواطن الخلل في المستشفيات ذات جودة الخدمات الصحية المقدمة المنخفضة؟

* وفي مجال الاقتراحات المقدمة من قبل المبحوثين من المديرين في المؤسسات عينة الدراسة بغية تحسين الخدمات الصحية ذات الجودة المنخفضة، فيرون ضرورة القيام بما يلي:

أ– ضرورة توفير الموارد المادية والبشرية الضرورية.

ب– انتقاء الأطباء المتخصصين والممرضين الأكفاء وعمال يغلب على طابعهم الجانب الإنساني أكثر من الجانب المادي، ويحملون روح المسؤولية ويقظة الضمير، ويملكون قدرات تؤهلهم لتقديم خدمات طبية جيدة للمرضى والمستشفى على وجه الخصوص[1].

جـ– ضرورة تحديد المسؤوليات وتحميل المسؤولية كاملة من فوضت لهم الصلاحيات.

د– توفير الوسائل التي تساعد الطاقم الطبي والإداري على أداء عمله، وتوفير الراحة للمريض[2].

هـ– رسكلة وتحسين مستوى كافة فئات المستخدمين دون استثناء.

ز– السعي لإيجاد نوع من التواصل بين الزبائن الداخليين (الموظفين) والزبائن الخارجيين (المرضى).

– **السؤال العشرون**: حسب رأيك هل توجد دواعي في الوقت الراهن لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر؟ إذا كانت الإجابة بـ: "نعم" فكيف يتم ذلك؟

* وبخصوص وجود دواعي في الظرف الراهن لإصلاح المنظومة الصحية من عدمه في الجزائر، وكيف يتم ذلك، فإن إجابات المبحوثين من المديرين جاءت وفق رأيين مختلفين على النحو التالي:

أ – الرأي الأول:هو رأي أغلبية المبحوثين، وإجاباتهم جاءت بنعم، ويرون أن ذلك يتم عن طريق الآتي:

– إشراك القاعدة في جميع القرارات المتخذة.

– القيام بالتشخيص الدقيق للوضعية الراهنة للمنظومة الصحية، ومن ثم اقتراح الحلول المناسبة.

– وضع مخططات قطاعية متوسطة وطويلة المدى.

– وضع استراتيجيات لتسيير المستشفيات عن طريق إدخال نظام المعلوماتية في جميع المرافق الصحية.

ب – الرأي الثاني:أنصار هذا الرأي يرون أنه لا توجد دواعي في الوقت الراهن لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، ويستدلون في ذلك بأن جل المسؤولين يتجهون نحو الخارج للمعالجة بأثمان باهظة على حساب خزينة الدولة، بالإضافة إلى أن الحلول التي يتم بها معالجة مشاكل القطاع الصحي ترقيعية وليست حلولاً جذرية، مما يتركنا في تبعية دائمة للغير، ومنها على وجه الخصوص الدول الأوربية (كفرنسا)، والدول العربية كدولة الأردن، والدول المغاربية المجاورة كدولة تونس والمغرب.

---

[1]- رشيد زروال، مرجع سابق، الأربعاء:2015/08/05 (مقابلة شخصية).

[2] - توفيق مختار، المنسق العام بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بباب الواد، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، باب الواد، الجزائر، الثلاثاء:2015/07/21 (مقابلة شخصية).

* ويمكن الإشارة في هذا الجانب إلى أنه قد حان الوقت إلى إعادة النظر في النظام الصحي بالجزائر الذي أراه من وجهة نظري أنه يتطلب إدخال إصلاحات عميقة عليه من الداخل لتدارك النقائص بغية النهوض به عن طريق تصحيح الاختلالات الموجودة فيه، وهذا يعد من بين أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع الصحي من مشاكل التي نجدها قد تفاقمت نتيجة قلة الاهتمام بجودة الخدمة الصحية، وقلة فعالية الحلول المنتهجة رغم الإمكانيات المصخرة، ورغم المجهودات التي بذلت ومازالت تبذل إلا أنها لم ترق بعد إلى طموحات المواطن الجزائري، مما جعله عرضة للعديد من الانتقادات، كما أن العلاج بالخارج يكلف الدولة ماليا وبالعملة الصعبة.

– **<u>السؤال الحادي والعشرون</u>**: ماذا تقترح لإنجاح المنظومة الصحية مستقبلا؟

* لإنجاح المنظومة الصحية مستقبلا يقترح المبحوثين من المديرين الآتي:

أ- إعادة هيكلة المنظومة الصحية من جديد.

ب- منح التحفيزات للعاملين في القطاع الصحي.

جـ- توفير الهياكل المادية والموارد البشرية المطلوبة.

د- تكثيف مراكز التكوين في المجال الصحي والتوعية.

هـ- دراسة دقيقة لكل الأمور بدءاً من التثقيف الصحي للعامل والمسؤول والمريض والإمكانات الموجودة، ضف إلى ذلك ضرورة أن تكون أرضية المستشفى مبنية على أسس وقواعد ومقاييس عالمية ذات جودة ومدروسة، ومتواجدة في أماكن مختارة بدقة وبعيدة عن كل أنواع الضجيج حتى يصل المريض إلى الراحة المفقودة حاليا في مستشفياتنا.

و- توعية الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بمدى خطورة تحملهم مسؤولية حمل هم المريض على عاتقهم، وأن يكون ذلك شغلهم الشاغل وإحياء ضمائرهم بكل ما ينور بصرهم وبصيرتهم.

ز- وضع نظام صحي يتماشى والتنمية الاقتصادية في البلاد.

حـ- إعداد برامج وفتح المجال للتكوين في جميع التخصصات المطلوبة.

ط- تدعيم الصحة الجوارية بالنظر لفائدتها بغية تدعيم الخدمة الصحية المقدمة وتقريبها من المواطن.

ي- تدعيم الصحة في المناطق الجنوبية بإنشاء مستشفيات متخصصة للتقليل من النزوح نحو الشمال.

ك- إنشاء مراكز للبحث العلمي في المجال الطبي.

ل- إنشاء مصانع لصناعة الأدوية ذات الجودة العالية للتقليل من فاتورة استيراد الأدوية.

م- تطبيق وتوسيع البرامج الوطنية للصحة ومتابعتها.

ن- تدعيم الصحة المدرسية.

– **<u>السؤال الثاني والعشرون</u>**: ما هي أهم الاقتراحات التي تعتقد أنها ضرورية ولها علاقة بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؟

* أما فيما يخص الاقتراحات المعتقد أنها ضرورية وذات علاقة مباشرة بتطبيق نظام TQM في المؤسسة الصحية فيرى المستجوبون من المديرين أنها تتمثل في الآتي:

أ- أنّ إشراك جميع العاملين في تحسين الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى يعد أداة مثالية لتطبيق الجودة الشاملة.

ب- تحفيز العمال معنويا وماديا عن طريق زيادة أجورهم، وجعل التكوين الجانب الأساسي في عملية التحسين في جميع المجالات ولجميع العاملين في الحقل الصحي.

جـ- ضرورة تحميل المسؤولية لكل عامل في المجال الذي ينشط فيه بالمستشفى.

د- الصرامة في تطبيق القوانين، والسعي للقضاء على المحسوبية في جميع الأطوار.

هـ- فتح معاهد للتكوين وتوعية جميع الأفراد العاملين بالمستشفى بضرورة تطبيق نظام الجودة في جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسة الإستشفائية.

و- إنشاء مستشفيات جامعية في الولايات الكبرى من الوطن، وتعميم تخصص الطب والشبه الطبي في جميع جامعات الجزائر.

- **<u>السؤال الثالث والعشرون</u>:** ما هي المزايا التي تجعلك تفضل التعامل مع هذا المستشفى دون غيره من المستشفيات الأخرى؟

* وبخصوص السؤال الذي يجعل المستجوب يفضل هذا المستشفى أو العيادة عن غيرها من المؤسسات الإستشفائية الأخرى، فيرى المستجوبون أن ذلك يعود لعدة عوامل أهمها:

أ- وجود تواصل بين الرئيس والمرؤوس (أي عدم وجود حواجز).

ب- قد تكون الخدمة المطلوبة تقتصر على هذا المستشفى دون غيره، مما يجعل الطالب لها مضطراً دون وجود خيار في ذلك.

جـ- نوعية الخدمة المقدمة، وكذلك الطاقم الطبي وشبه الطبي المميز.

د- يريد البعض التعامل مع من لديهم كفاءة في العمل، بالإضافة إلى عامل قرب المسافة من البيت[1].

هـ- وإذا كانت الآراء السابقة للمبحوثين مبنية على عوامل محددة، فإن آراء الآخرين تؤكد على أنه لا توجد مزايا تجعلها تفضل هذا المستشفى والعيادة على غيرها؛ لأن التعامل في نظرهم يعد واحداً، وبالتالي لا مجال للاختيار.

- **<u>السؤال الرابع والعشرون</u>:** ما هو تصورك للجودة؟ وكيف تكون مكونات تحقيقها؟

* وبخصوص تصور المستجوب للجودة وكيف تكون مكوناتها، فإن الآراء جاءت مختلفة واقتصرنا في هذا المجال على ذكر عينة لكل فئة منها، وهي:

أ- حب المهنة واعتبارها مهنة شرف.

[1] ـ عادل بن الشيخ، طبيب بالمؤسسة الاستشفائية العمومية فرانس فانون بالبليدة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، البليدة، الجزائر، الأحد:2015/08/16 (مقابلة شخصية).

ب- الصرامة في تطبيق القوانين.

جـ- من خلال التطوير المستمر للموارد البشرية والمادية.

د- ضرورة أن يكون ذلك مبنياً على دراسات دقيقة وفقا لمعايير تكون مكونات تحقيقها على يد أخصائيين أكفاء وممرنين على ممارسة مثل هذه الأعمال.

هـ- أن يكون هذا التصور مبنياً على عدة جوانب منها: نوعية الخدمة المقدمة، وضرورة توفير التعامل الجيد مع المرضى، مما يؤدي إلى أن تنال المؤسسة الإستشفائية سمعة طيبة(1).

و- أن يتم ذلك دائما على أساس أن الخدمة المقدمة يغلب عليها طابع الدقة من جميع النواحي، وتكون مكونات تحقيقها هي وضع الموظف المناسب في مكان العمل المناسب عن طريق عملية الانتقاء.

- **السؤال الخامس والعشرون**: هل يمكن تجسيد مصلحة لإدارة الجودة في المستشفيات؟

* وفيما يخص إمكانية تجسيد مصلحة لإدارة الجودة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، فإن الإجابات كلها جاءت بنعم، ورأى آخرون أنه لتجسيد ذلك ينبغي أن يكون رئيس هذه المصلحة متشبعاً بثقافة الجودة.

- **السؤال السادس والعشرون**: فيما تتمثل صعوبات تحقيق الجودة في الخدمة الصحية في المستشفى العام أو الخاص (التنظيم، القانون، ...إلخ)؟

* أما بخصوص الصعوبات التي حالت دون وجود مصلحة الجودة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة إلى غاية الوقت الحالي، فيرى الكثير منهم أن ذلك يعود لعدة عوامل أهمها:

أ- عدم احترام القوانين المعمول بها على مستوى المؤسسة الصحية.

ب- أن المحسوبية طغت على تقديم الخدمة لطالبيها من المرضى.

جـ-لا يوجد تنظيم دقيق في العمل لكونه يتم بطريقة عشوائية، مما يؤدي إلى عدم تحقيق النتيجة المرجوة.

د- نقص التوعية بالمستشفيات بالنسبة لكل من مقدم الخدمة (الموظف) والمستفيد منها(المريض).

هـ- وجود فوضى بالمستشفى من خلال التصرف التلقائي.

و- الإطار القانوني الذي تسير به المؤسسات الاستشفائية العمومية ما زال دون المستوى المطلوب بدليل أن الموظف يكون مقيداً ببعض القوانين تجعله غير قادر على التصرف مع تحمل المسؤولية، أي إن الإبداع منعدم في ظل هذه القوانين.

ز - وضع المصلحة الشخصية فوق كل اعتبار.

انطلاقا مما سبق فإن إدخال إصلاحات في المجال الصحي أضحى أكثر من ضرورة باعتباره ذو حساسية خاصة، لتأثيره المباشر على حياة الفرد، وتعد هذه الإصلاحات من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع من مشاكل تفاقمت بكثرة نتيجة قلة الاهتمام بجودة الخدمة

---

1 ـ محمد عبدين بن ساري، المدير العام لعيادة بن ساري الخاصة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر**، وهران، الجزائر، الأربعاء:2015/07/29 (مقابلة شخصية).

الصحية بالشكل الكافي وقلة فعالية الحلول المتبعة والإمكانيات المسخرة لتحسين وضعية المؤسسات الصحية، ورغم المجهودات التي بذلت ومازالت تبذل إلا أنها لم ترق إلى المستوى المطلوب من طرف المواطن الجزائري، مما جعل العديد من المستشفيات في السنوات الأخيرة محل للعديد من الانتقادات في عدة مجالات بسبب ما هو محقق من نتائج، والتي لم ترق للمستوى المطلوب مقارنة بدول الجوار(تونس، المغرب)، الأمر الذي أدى بالقائمين على القطاع بخلق العديد من الورشات لتدارس وتشريح أسباب الإخفاق وتدارك مواضع الفشل قبل استفحالها، خصوصا وأنها تعلقت بعدة مواطن، فالبعض يرجعها لنقص التأطير البشري، في حين يرجعها البعض الآخر لغياب أسلوب أمثل للتمويل، والبعض يرجعها لضعف أنظمة المعلومات الفعالة واستخدام تكنولوجيا معلومات واتصالات حديثة من شأنها أن ترفع من مستوى الخدمة المقدمة...الخ، وباعتبار صحة الأفراد تمثل الحافز الداعم لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي دولة، ولا يمكن تحقيقه إلا من خلال الاعتناء بمتطلبات المستشفى، وزيادة الاهتمام به سواء عن طريق القطاع الخاص أو العام وإسهام الهيئات والجمعيات الخيرية.

I – 2 – 2- الاستبيان:

تم توزيع سبعين(70) استبيان على جميع أفراد عينة الدراسة على مستوى بعض المصالح الموجودة في المؤسسات الاستشفائية العمومية، وثمانين(80) استبياناً على جميع أفراد عينة الدراسة على مستوى المصالح الموجودة في العيادات الخاصة.

وقد تم استرجاع خمسة وستين (65) استبيان من المؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بنسبة استرجاع (92.85%) منها: واحد وستون(61) مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، أما بالنسبة للعيادات الخاصة محل الدراسة، فقد تم استرجاع تسعة وستين(69) استبيانا وذلك بنسبة استرجاع إجمالية قدرت بـ:(86.25%)، منها:اثنان وستون(62) استبيانا مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، والجدول الموالي يوضح عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبتهاعلى مستوى كل قطاع من القطاعات المدروسة.

– **الجدول رقم(3.3): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والمستوفاة للشروط على مستوى كل قطاع**

المستشفيات العامة									العيادات الخاصة								
اسم المستشفى	الولاية	الرمز	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع(%)	عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط	عدد الاستبيانات الضائعة	عدد الاستبيانات الملغاة	اسم العيادة	الولاية	الرمز	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع(%)	عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط	عدد الاستبيانات الضائعة	عدد الاستبيانات الملغاة
سيدي عقبة	بسكرة	01	10	10	100	09	00	01	الضياء	ورقلة	02	10	09	90	08	01	01
الإخوة رحماني	النعامة	04	10	10	100	10	00	00	الواحات	غرداية	03	10	08	80	07	02	01
ابن سيناء	أدرار	05	10	10	100	10	00	00	عباد	وهران	07	10	10	100	10	00	00
ملوي ايدابير	تمنراست	06	10	09	90	09	01	00	ملياني	معسكر	08	10	10	100	10	00	00
الأمومة والطفولة (الباز)	سطيف	12	10	08	80	06	02	02	المكرة	سيدي بلعباس	09	10	08	80	07	02	01
الثنية	بومرداس	14	10	09	90	09	01	00	ابن سيناء	باتنة	10	10	09	90	09	01	00
فرانس فانون	البليدة	15	10	09	90	08	01	01	الفارابي	عنابة	11	10	07	70	05	03	02
/	/	/	/	/	/	/	/	/	رفاق الفتح	الجزائر	13	10	08	80	06	02	02
المجموع			**70**	**65**	**92.85**	**61**	**05**	**04**	**المجموع**			**80**	**69**	**86.25**	**62**	**11**	**07**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* انطلاقا من الجدول أعلاه نلاحظ ما يلي:

1– عدد الاستبيانات الموزعة على مستوى العيادات الخاصة يفوق عدد الاستبيانات الموزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية.

2– عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط إجمالا قدرت بـ: مائة وثلاثة وعشرين(123)استبيانا منها:واحد وستون(61) بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية واثنان وستين(62) بالنسبة للعيادات الخاصة.

3- وجود تنوع في انتشار المستشفيات والعيادات على مستوى جهات الوطن رغم اختلاف الثقافة السكانية وتنوع السلوكات والثقافات.

4- وجود فارق كبير في حجم مقرات المستشفيات وعدد العاملين بالمؤسسات الاستشفائية العامة مقارنة بالعيادات الخاصة.

5- إن نسبة استرجاع الاستبيانات الموزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العامة والمقدرة بـ: (92.85%)، أفضل من مثيلتها في العيادات الخاصة والمقدرة بـ:(86.25%)، وهذا رغم الاختلاف البسيط في عدد الاستبيانات الموزعة بين القطاعين، ويعود ذلك أساسا إلى الاهتمام الذي أبداه رؤساء المصالح في المستشفيات العامة مقارنة بالعيادات الخاصة.

6- بلغت أعلى نسبة استرجاع على مستوى المستشفيات العامة لدى كل من مستشفى سيدي عقبة ببسكرة والأخوة رحماني بالنعامة وابن سينا بولاية أدرار بنسبة 100%، أما على مستوى العيادات الخاصة فبلغت نسبة الاسترجاع ذاتها (100%) بكل من عيادة عباد بولاية وهران وعيادة ملياني بولاية معسكر.

7- النسبة العالية للاستبيانات المملوءة بشكل صحيح بلغ في شكله الإجمالي بين مستشفيات القطاعين (82%) وهذا يدل على قبول الموظفين (الأطباء، الممرضين، الإداريين) للاستبيان وعلى طريقة صياغة الأسئلة وسهولة فهمها، ويمكن توضيح طريقة حساب النسبة السابقة على النحو التالي:

- نسبة الاستبيانات المقبولة في مستشفيات القطاع العام هي: $\frac{61}{70} = \% 87.14$

- نسبة الاستبيانات المقبولة في العيادات الخاصة هي: $\frac{62}{80} = \% 77.50$

- نسبة الاستبيانات المقبولة في القطاعين معا هي: $\frac{(62+61)}{(80+70)} = \frac{123}{150} = \% 82$

- نسبة الاستبيانات المرفوضة في مستشفيات القطاع العام هي: $\frac{(61-70)}{70} = \frac{09}{70} = \%12.85$

- نسبة الاستبيانات المرفوضة في العيادات الخاصة هي: $\frac{(62-80)}{80} = \frac{18}{80} = \%22.50$

- نسبة الاستبيانات المرفوضة في القطاعين معا هي: $\frac{(18+9)}{150} = \frac{27}{150} = \%18$

$\% 100 - \%82 = \%18$:

* ويمكننا تفصيل معطيات الجدول السابق، حسب بعض المصالح التي أجريت فيها الدراسة بالنسبة لكل مستشفيات القطاع العام والخاص لكل قطاع على حدة، وفق معطيات الجداول الموالية:

– **الجدول رقم (4.3): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى مستشفيات القطاع العام**

اسم المستشفى	مصلحة الاستعجالات			مصلحة الطب الداخلي رجال			مصلحة جراحة العظام			مصلحة الأشعة			مصلحة التحاليل الطبية		
	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)
سيدي عقبة (بسكرة)	03	03	100	03	03	100	/	/	/	03	03	100	01	01	100
الإخوة رحماني (النعامة)	01	01	100	03	03	100	03	03	100	03	03	100	/	/	/
ابن سيناء (أدرار)	01	01	100	03	03	100	03	03	100	/	/	/	03	03	100
ملوي ايدابير (تمنراست)	03	02	66.67	/	/	/	01	01	100	03	03	100	03	03	100
الأمومة والطفولة الباز (سطيف)	03	01	33.34	03	03	100	/	/	/	03	03	100	01	01	100
الثنية (بومرداس)	/	/	/	03	03	100	03	03	100	01	01	100	03	02	66.67
فرانس فانون (البليدة)	03	02	66.67	/	/	/	03	03	100	01	01	100	03	03	100
المجموع	**14**	**10**	**71.43**	**15**	**15**	**100**	**13**	**13**	**100**	**14**	**14**	**100**	**14**	**13**	**92.86**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1– أن أغلب نسب الاستبيانات المسترجعة من المصالح جيدة.

2– أن أعلى نسبة استرجاع للاستبيانات الموزعة على عينة الدراسة (أطباء، ممرضين، إداريين) سجلت في كل من: مصلحة الطب الداخلي رجال، ومصلحة جراحة العظام، ومصلحة الأشعة بنسبة:(100%).

– **الجدول رقم (5.3): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى العيادات الخاصة**

اسم العيادة	مصلحة الاشعة			مصلحة طب الأطفال			مصلحة جراحة العيون			مصلحة الجراحة بالمنظار			مصلحة الجراحة العامة			مصلحة التحاليل الطبية		
	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)
الضياء (ورقلة)	03	03	100	03	03	100	/	/	/	/	/	/	04	03	75	/	/	/
الواحات(غرداية)	04	03	75	/	/	/	03	02	66.67	/	/	/	/	/	/	03	03	100
عباد (وهران)	03	03	100	/	/	/	/	/	/	04	04	100	03	03	100	/	/	/
ملياني (معسكر)	04	04	100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	03	03	100	03	03	100
المكرة (سيدي بلعباس)	05	04	80	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	05	04	80
ابن سيناء (باتنة)	/	/	/	04	03	75	03	03	100	/	/	/	03	03	100	/	/	/
الفارابي (عنابة)	/	/	/	05	04	80	/	/	/	05	03	60	/	/	/	/	/	/
رفاق الفتح (الجزائر)	03	02	66.67	/	/	/	03	02	66.67	/	/	/	04	04	100	/	/	/
المجموع	**22**	**19**	**86.36**	**12**	**10**	**83.33**	**09**	**07**	**77.78**	**09**	**07**	**77.78**	**17**	**16**	**94.12**	**11**	**10**	**9091**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1– أن أغلب نسب الاستبيانات المسترجعة من المصالح جيدة.

2– أن العيادات التي تم استرجاع بها كل الاستبيانات من قبل المصالح تمثلت في عيادة عباد (وهران) وعيادة ملياني (معسكر) بنسبة:(100%).

3– أن أعلى نسبة استرجاع للاستبيانات تمت على مستوى مصلحة التحاليل الطبية بنسبة:(90.91%)، وأقلها تمت على مستوى مصلحتي: جراحة العيون والجراحة بالمنظار بنسبة:(77.78%)، وقد يعود ذلك لعدة أسباب من بينها:

أ– الحركة المكثفة والتنقل الدائم للمرضى داخل هذه المصالح.

ب– الانشغال المستمر لعمال هذه المصالح (أطباء، ممرضين، إداريين) من شأنه أن يؤدي إلى ضياع الاستبيانات وعدم تقديمها في الوقت المخصص لدفعها.

4 – وبعد تفحصنا لجميع الاستبيانات المسترجعة على مستوى المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، تبين لنا أنه توجد مجموعة من الاستبيانات غير صالحة للتحاليل الإحصائي ومن الضروري إلغاؤها لعدة أسباب من أهمها:

أ– البيانات ناقصة وغير مؤدية للغرض.

ب- وجود معلومات مكررة (إجابتين أو أكثر في نفس البند).

والجدول الموالي يوضح لنا عدد الاستبيانات الملغاة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة.

- الجدول رقم (6.3): عدد الاستبيانات الملغاة على مستوى مستشفيات كل قطاع

المستشفيات العامة				العيادات الخاصة			
اسم المستشفى	عدد الاستبيانات المسترجعة	عدد الاستبيانات الملغاة	النسبة المئوية (%)	اسم العيادة	عدد الاستبيانات المسترجعة	عدد الاستبيانات الملغاة	النسبة المئوية (%)
سيدي عقبة (بسكرة)	10	01	10	الضياء (ورقلة)	09	02	22.22
الإخوة رحماني (النعامة)	10	00	00	الواحات (غرداية)	08	03	37.5
ابن سيناء (أدرار)	10	00	00	عباد (وهران)	10	00	00
ملوي ايدابير (تمنراست)	09	01	11.11	ملياني (معسكر)	10	00	00
الأمومة والطفولة الباز (سطيف)	08	04	50	المكرة (سيدي بلعباس)	08	03	37.5
الثنية (بومرداس)	09	01	11.11	ابن سيناء (باتنة)	09	01	11.11
فرانس فانون (البليدة)	09	02	22.22	الفارابي (عنابة)	07	05	71.42
/	/	/	/	رفاق الفتح (الجزائر)	08	04	50
المجموع	**65**	**09**	**13.85**	المجموع	**69**	**18**	**26.08**

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

- **ملاحظة:**

عدد الاستبيانات الملغاة: تتضمن كل من الاستبيانات الضائعة وغير المستوفاة للشروط؛ حيث:

عدد الاستبيانات المسترجعة ≠ عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة إلغاء الاستبيانات كانت أقل في المؤسسات الاستشفائية العمومية مقارنة بالعيادات الخاصة؛ حيث بلغت: 13.85% في مستشفيات القطاع العام، وتعدت ذلك في العيادات الخاصة إذ بلغت نسبة:26.08%.

2- صعوبة الوصول إلى عينة الدراسة وخاصة الأطباء بسبب انشغالهم طوال فترة العمل في العمليات الجراحية ومتابعة مرضاهم، إضافة إلى الاجتماعات الدورية.

3- النظام الداخلي للمستشفيات يحد من التنقل داخل المصالح لكل من هو دخيل على المصلحة بسبب القوانين المطبقة.

4- عدم التزام عمال الإدارة بالمواعيد المحددة من قبلهم، وهذا راجع للعمل الإداري المكثف ومن بينها تلك التي لا تستدعي التأجيل أو التأخير نتيجة لارتباطها بأعمال الإدارة العليا.

I – 3 – معلومات شخصية عن عينة الدراسة:

يتم في هذا المجال تحليل المعلومات الشخصية للجزء الأول من الاستبيان الخاص بفئة الموظفين

المبحوثين في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر(**أنظر الملحق رقم:05**) وفق التحليل التالي:

1- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير الجنس كما يلي:

- الجدول رقم (7.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مج	النسبة
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	المئوية
ذكور	32	52.46	23	37.10	55	44.70
إناث	29	47.54	39	62.90	68	55.30
المجموع	**61**	**100**	**62**	**100**	**123**	**100**

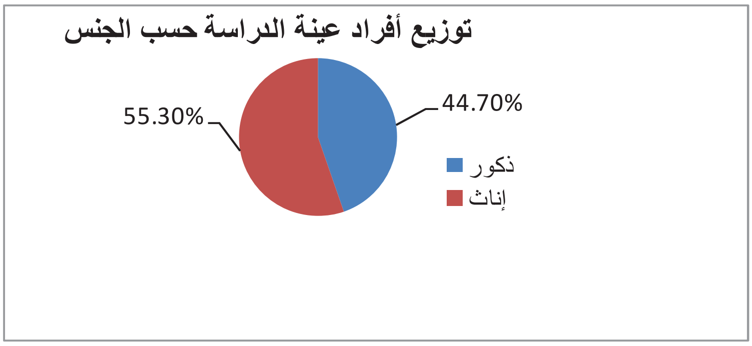
- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة الذكور في مستشفيات القطاع العام أكبر من نسبة الإناث حسب نسبة المبحوثين، في حين نلاحظ في العيادات الخاصة عكس ما هو موجود في المستشفيات العمومية.

2- أن نسبة الإناث تعد الأكبر مقارنة بنسبة الذكور على مستوى مستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة معاً وهذا أمر طبيعي، ويمكن تفسير ذلك على أن معظم الإناث يحبذن اللجوء إلى مهنة التمريض ومعاملة المريض، لأنهم أكثر اهتماماً بهذا الجانب مقارنة بعنصر الذكور.

- الشكل رقم (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس



- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات كل قطاع، حسب متغير الفئات العمرية كالأتي:

– الجدول رقم (8.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

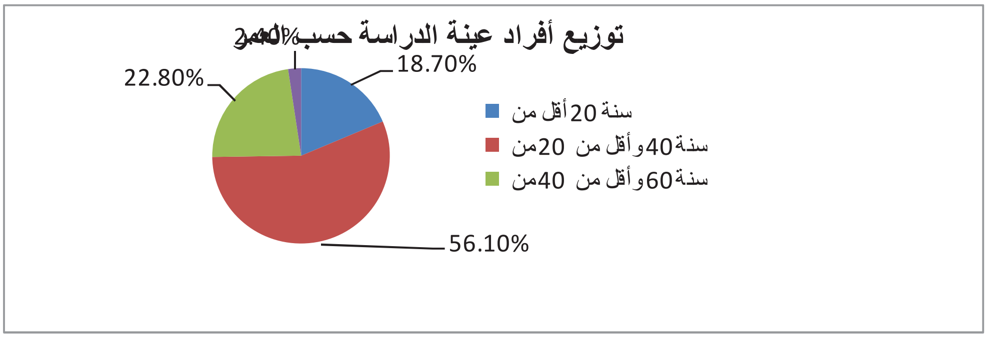
العمر	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
أقل من 20 سنة	15	24.59	08	12.90	23	18.70
من 20 وأقل من 40 سنة	24	39.34	45	72.58	69	56.10
من 40 وأقل من 60 سنة	20	32.79	08	12.90	28	22.80
من 60 إلى ما فوق	02	3.28	01	1.61	03	2.40
المجموع	**61**	**100**	**62**	**100**	**123**	**100**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

أن توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية؛ حيث يلاحظ أن معظم أفراد العينة هم من فئة **[20 – 40[** بنسبة 56.10% والمقدر عددهم بـ: تسعة وستين(69) فرداً على مستوى القطاعين العام والخاص معاً، وهي موزعة بنسب متفاوتة بالنسبة لكل قطاع، تلتها في الترتيب الفئة العمرية:**[40 – 60[** بنسبة 22.80% والمقدر عددهم بـ: ثمانية وعشرون(28) فرداً على مستوى القطاعين معاً، ثم تلتها الفئة العمرية**[0 – 20[** بنسبة 18.70% والمقدر عددهم بـ: ثلاثة وعشرين(23) فرداً على مستوى القطاعين معاً، وأخيرا الفئة العمرية **[60سنة فما فوق]** بنسبة 2.40% والمقدر عددهم بثلاثة أفراد، ويلاحظ أن أفراد الفئة الأخيرة قليل جداً بالمقارنة مع باقي الفئات الأخرى من المبحوثين، ويعود ذلك لأن سن التقاعد هو60 سنة ويتم الاحتفاظ بعدد قليل من الذين تعدوا هذا السن على مستوى المؤسسات الوطنية لاعتبارات خاصة بالتسيير نظراً لكفاءتهم وعدم وجود بديل يعوضهم، ويمكن توضيح ذلك بيانيا كما يلي:

– **الشكل رقم (2.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر**



– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

3– توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير المؤهل العلمي كما يلي:

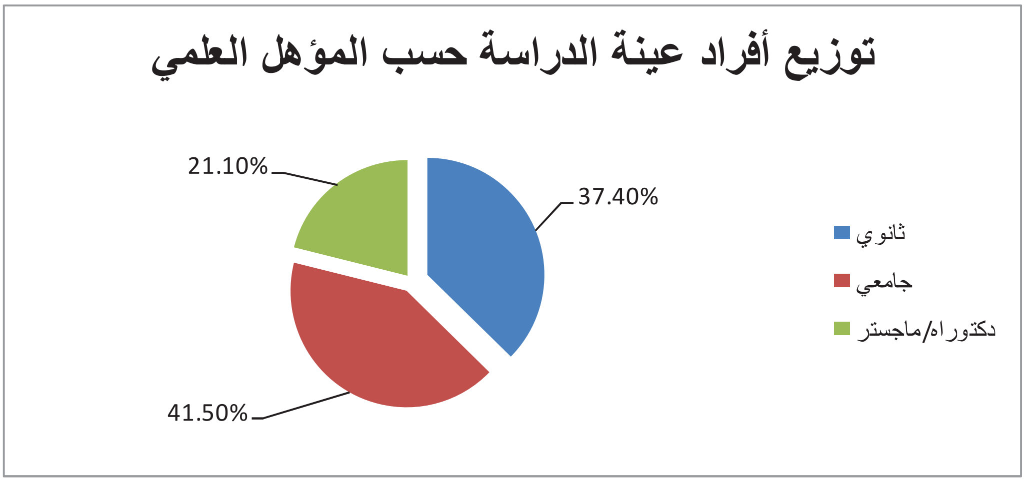
– الجدول رقم (9.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
ثانوي	21	34.43	25	40.32	46	37.40
جامعي	25	40.98	26	41.93	51	41.50
ماجستير / دكتوراه	15	24.59	11	17.74	26	21.10
المجموع	**61**	**100**	**62**	**100**	**123**	**100**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه أن النسبة الأولى من أفراد عينة الدراسة في القطاعين العام والخاص هم ذوو المستوى الجامعي بنسبة 41.50% والتي توزع بنسبة:41.93% بالنسبة للعيادات الخاصة وبنسبة: 40.98% بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية وهو يمثل جانبا إيجابيا يعكس حقيقة التحسن الملحوظ في المستوى الدراسي للأفراد الذين يتم توظيفهم في القطاع الصحي من سنة إلى أخرى، تليها في المرتبة الثانية ذوات المستوى الثانوي بنسبة 37.40% إجمالياً موزعة بنسبة:40.32% بالنسبة للعيادات الخاصة و34.43% بالنسبة لمستشفيات القطاع العام، أما النسبة الأضعف فتمثلت في الفئة التي تحمل شهادة ماجستير أو دكتوراه بنسبة إجمالية تقدر بنسبة:21.10% وتوزع بين القطاعين كما يلي:24.59% بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية، و17.74% بالنسبة للعيادات الخاصة، وبخصوص فئة العمال المتحصلين على مستوى دراسي متوسط وابتدائي فإن عددها قليل، ويعود ذلك حاليا لتطور شروط التوظيف على مستوى القطاع الصحي، ويمكن توضيح ذلك بيانيا وفق الشكل التالي:

– **الشكل رقم (3.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي**



– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

3– توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات

القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير الوظيفة كما يلي:

- الجدول رقم (10.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

الوظيفة	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع	النسبة
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	المئوية
طبي أو شبه طبي	41	67.21	45	72.58	86	69.92
إداري	20	32.79	17	27.42	37	30.08
المجموع	**61**	**100**	**62**	**100**	**123**	**100**

- **المصدر**: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* نلاحظ من الجدول أعلاه أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة في مستشفيات القطاعين تقدر بـ: 69.92% وتخص ذوي الوظيفة طبي أو شبه طبي، التي نجدها توزع حسب كل قطاع كما يلي:

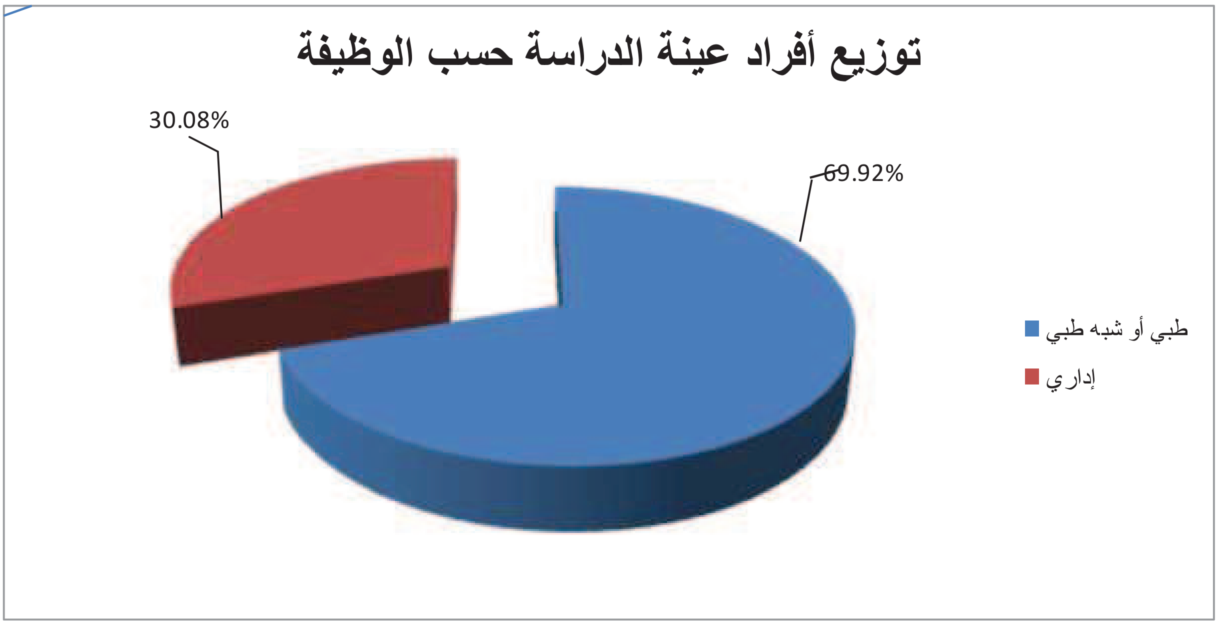
*ما نسبته 67.21% تخص المؤسسات الاستشفائية العمومية.

*ما نسبته 72.58% تخص العيادات الخاصة، هذه الأخيرة تسعى لاستقطاب العدد الأكبر من ذوي الوظيفة وجلبهم من القطاع العام مقابل مزايا مادية بغية تحسين مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.

أما وظيفة إداري فجاءت في المرتبة الثانية بنسبة:30.08% موزعة بين مستشفيات القطاعين كما يلي: ما نسبته 32.79% بالنسبة للمستشفيات العامة وما نسبته 27.42% بالنسبة للعيادات الخاصة.

ومن الطبيعي أن نجد عدد ممتهني وظيفة الطبي وشبه الطبي أكثر عدداً من الإداريين في القطاع الصحي باعتبار هذا الأخير قطاعاً خدماتياً؛ حيث نجد عماله يركزون على تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من زواره من المرضى ومرافقيهم، ويمكن توضيح ذلك بيانيا وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (4.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة



- **المصدر**: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

4- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير الخبرة المهنية كالآتي:

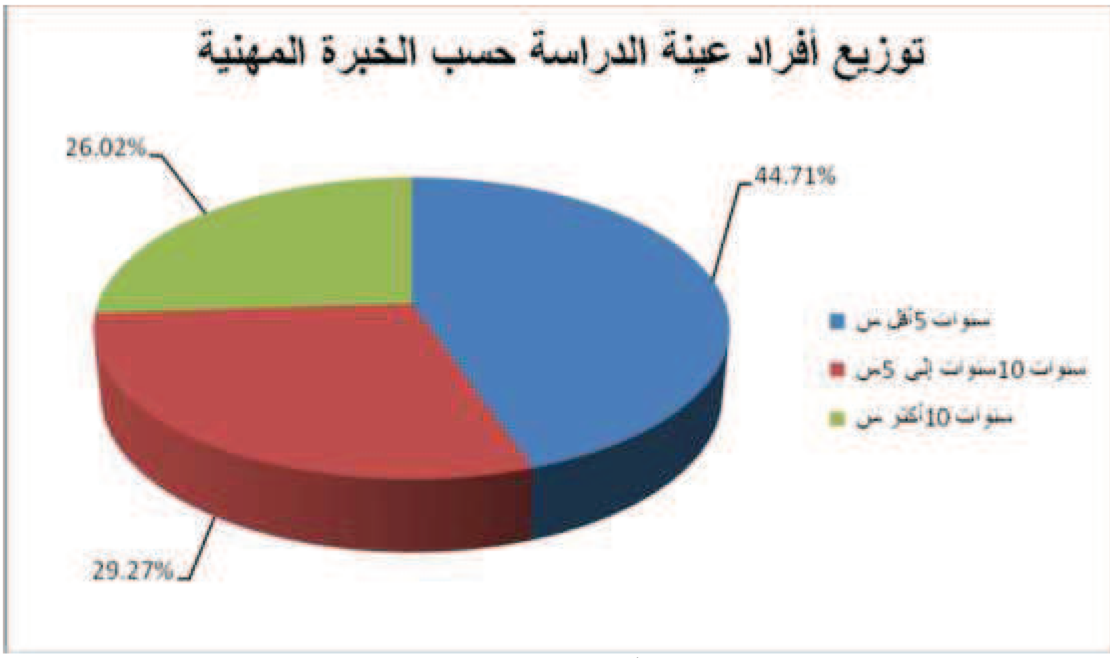
- الجدول رقم (11.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
أقل من 5 سنوات	19	31.15	36	58.06	55	44.71
من 5 سنوات إلى 10 سنوات	20	32.79	16	25.81	36	29.27
أكثر من 10 سنوات	22	36.06	10	16.13	32	26.02
المجموع	**61**	**100**	**62**	**100**	**123**	**100**

- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من معطيات الجدول أعلاه أن النسبة الأعلى من أفراد عينة الدراسة في القطاعين العام والخاص هم من ذوي الخبرة أقل من خمس سنوات بنسبة:44.71% التي تتوزع بين القطاعين بنسب متفاوتة، تليها على التوالي ذوي الخبرة من 5 إلى 10 سنوات وأكثر من 10 سنوات بنسب متقاربة، وما يميز الفئتين الأخيرتين من الخبرة المهنية أنه يوجد تفوق في هذا المجال للقطاع العام مقارنة بالعيادات الخاصة، ويعود ذلك لعدة عوامل من بينها الأقدمية في ممارسة النشاط، إضافة إلى ذوي الخبرة في العيادات الخاصة أغلبهم جاؤوا من مستشفيات القطاع العام نتيجة وجود مزايا مادية محفزة على العمل، ويمكن توضيح ذلك بيانيا وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (5.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية



- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

5- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير نوع المستشفى كما يلي:

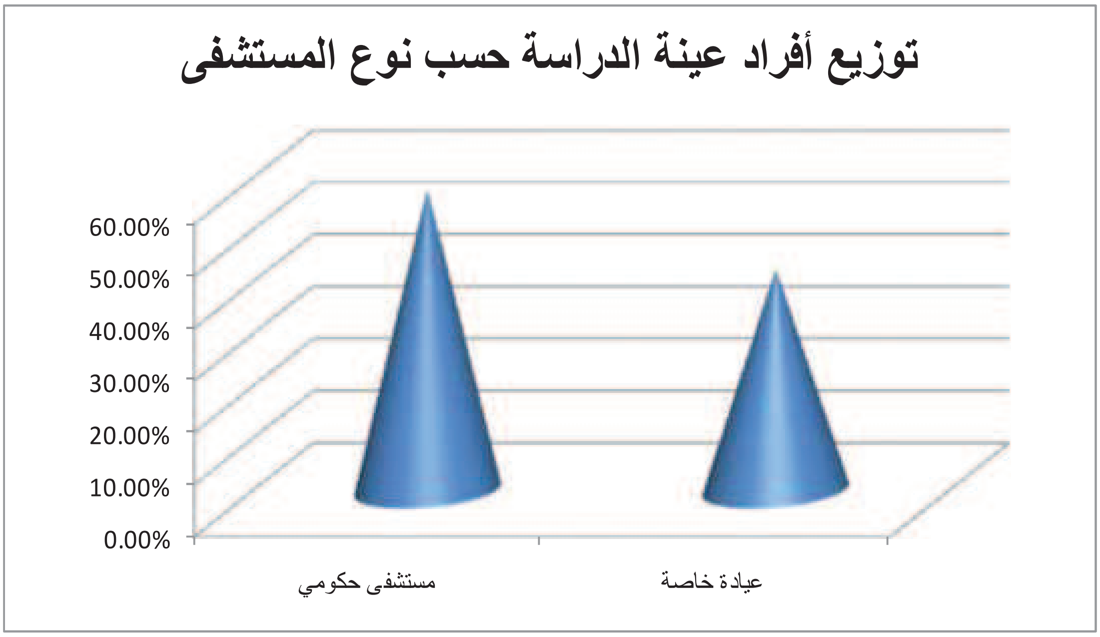
- الجدول رقم (12.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى

نوع المستشفى	مج التكرارات	النسبة المئوية
مستشفى حكومي	71	57.70
عيادة خاصة	52	42.30
المجموع	**123**	**100**

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من معطيات الجدول أعلاه وجود نوعين من المستشفيات، وهم مستشفيات عامة تابعة للدولة والعيادات الخاصة، وكلاهما ينشط في القطاع الصحي بدولة الجزائر، إذ نجد أن النسبة الأعلى لأفراد عينة الدراسة تعود لمستشفيات القطاع الحكومي بنسبة:57.70% تليها في المرتبة الثانية العيادات الخاصة بنسبة:42.30%، ويمكن توضح ما سبق من الشكل البياني التالي:

- الشكل رقم (6.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى



- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

6- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير مكان المستشفى كما يلي:

– الجدول رقم (13.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى

مكان المستشفى/العيادة	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		الجهة من الوطن
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	
سيدي عقبة (بسكرة)	09	7.30	/	/	ولايات الجنوب الشرقي
الضياء (ورقلة)	/	/	08	6.50	
الواحات (غرداية)	/	/	07	5.70	
الاخوة رحماني (النعامة)	10	8.10	/	/	ولايات الجنوب الغربي
ابن سينا (أدرار)	10	8.10	/	/	
ملوي ايدابير(تمنراست)	09	7.30	/	/	
عباد (وهران)	/	/	10	8.10	ولايات الغرب الجزائري
ملياني (معسكر)	/	/	10	8.10	
المكرة (سيدي بلعباس)	/	/	07	5.70	
ابن سيناء (باتنة)	/	/	09	7.30	ولايات الشرق الجزائري
الفارابي (عنابة)	/	/	05	4.10	
الأمومة والطفولة الباز (سطيف)	06	4.90	/	/	
رفاق الفتح (الجزائر)	/	/	06	4.90	ولايات الوسط الجزائري
الثنية (بومرداس)	09	7.30	/	/	
فرانس فانون (البليدة)	08	6.50	/	/	
المجموع	61	49.50	62	50.40	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

– **ملاحظات:**

1 – تم ترتيب المستشفيات في الجدول أعلاه حسب مكان تواجدها بالولايات وفقا للرمز الذي سبق إعطاؤه في البداية لكل ولاية.

2 – عدد التكرارات يمثل عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط.

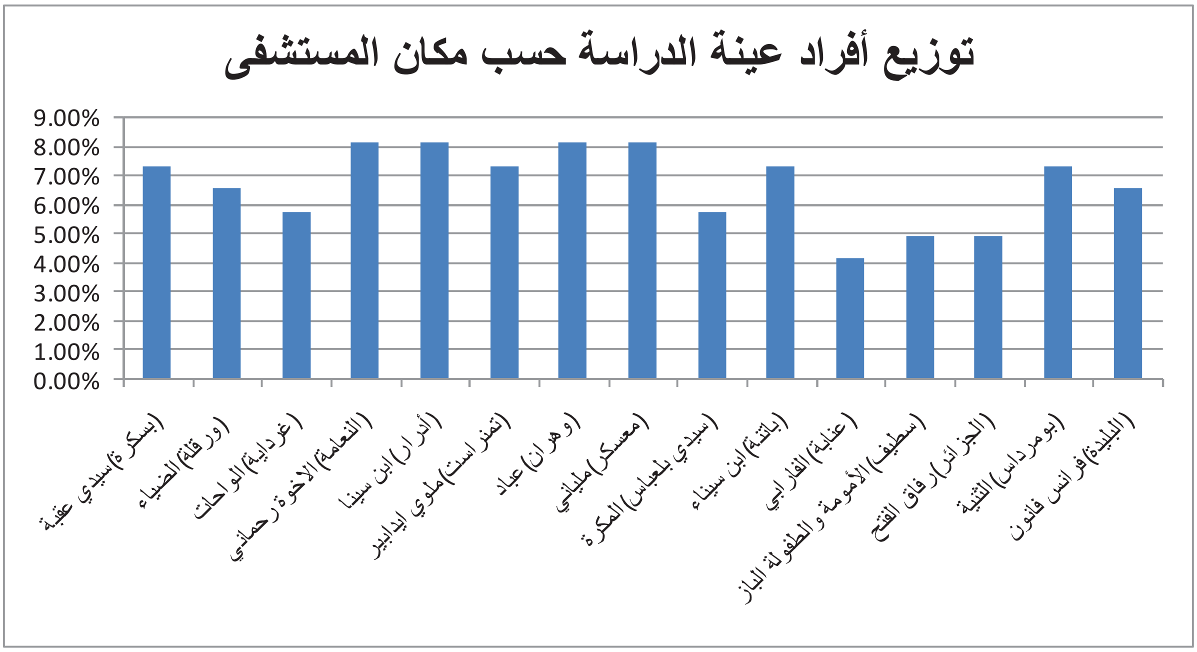
* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1– عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية متقاربة بعدد العيادات الخاصة.

2– توزيع المؤسسات الاستشفائية متماثل؛ حيث تم اختيار ثلاث مؤسسات على مستوى خمس جهات في الوطن دون تمييز فيما بينها.

*ويمكن توضح معطيات الجدول السابق بيانيا من خلال الشكل البياني التالي:

– **الشكل رقم (7.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى**



– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

II – المعالجة الإحصائية للبيانات:

للقيام بعمليات التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات هذه الدراسة استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي "spss" طبعة 22، وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

– التوزيعات التكرارية، والنسب المئوية؛

– المتوسطات الحسابية؛

– اختبار الانحدار والارتباط؛

وقد تم استخدام مقياس "ليكرت الثلاثي likert scale"، وذلك بغية الإجابة عن فقرات الاستبيان بناءاً على القيم التي يوضحها الجدول التالي:

– **الجدول رقم (14.3): مقياس ليكرت الثلاثي المعتمد**

درجة الموافقة		
موافق	**محايد**	**غير موافق**
3	**2**	**1**

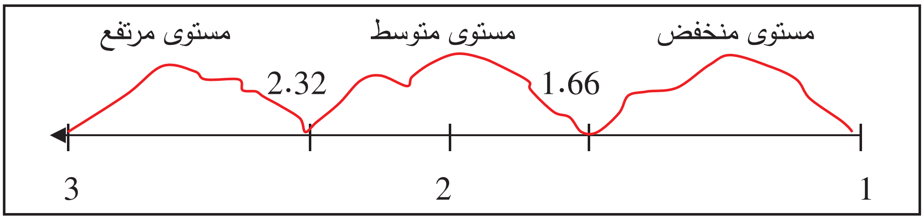
– الأهمية النسبية لوحدات القياس على سلم "ليكرت" ذات ثلاث درجات، التي تم تحديدها وفق القياس:

$$\text{الأهمية النسبية} = \frac{\text{الحد الأعلى للبديل} - \text{الحد الأدنى للبديل}}{\text{عدد مستويات القياس}}$$

$$\text{الأهمية النسبية} = \frac{3-1}{3} = \frac{2}{3} = 0.66$$

ومنه يقسم مدى القياس إلى ثلاث مستويات بمقدار 0.66 للمستوى، كما هو مبين في الشكل أدناه:

– الشكل رقم(8.3): مستويات سلم القياس لعبارات الاستبيان



– **المصدر:** من إعداد الباحث على ضوء معطيات الحساب السابقة.

يتم حساب المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح)، ثم يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط المرجح كما يلي:

– المستوى المنخفض: من 1.00 إلى 1.66غير موافق؛

– المستوى المتوسط: من 1.67 إلى 2.32 محايد؛

– المستوى المرتفع: من 2.33 إلى 3.00 موافق.

II – 1 – تقييم محاور الاستبيان:

لقد تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري، لوصف إجابات عينة الدراسة من كلا القطاعين على نحو ما جاء في فقرات القسم الثاني من محاور الاستبيان الموالية(**أنظر الملحق رقم:06**) كما يلي:

II – 1 – 1 – الجودة الشاملة:

يتم التطرق في هذا العنصر لكل من درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة والدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.

1 – درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة:

الجدول الموالي يبين المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واتجاه الإجابة بالنسبة للمبحوثين من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات والعيادات التي تمت فيها الدراسة.

– **الجدول رقم (15.3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM**

رقم العبارة	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه
01	تؤخذ مقترحات وآراء الموظفين بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.	2.14	0.88	محايد
02	تسعى إدارة المستشفى لتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى.	2.49	0.79	موافق
03	تدعم إدارة المستشفى جهود العاملين نحو تطبيق نظام TQM لاقتناعها بأهميته في الرفع من أدائها.	2.29	0.83	محايد
04	تعتمد إدارة المستشفى في اتخاذها للقرارات على حقائق وبيانات كافية.	2.15	0.86	محايد
05	تركز إدارة المستشفى في اتصالها بالموظفين على طرق الجودة لا على خفض التكاليف.	2.06	0.89	محايد
06	تحفز إدارة المستشفى عمالها ماديا ومعنويا نحو أداء أفضل في أعمالهم من أجل التقليل من الأخطاء.	2.06	0.89	محايد
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام	**2.20**	**0.85**	محايد

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

نلاحظ من الجدول السابق، أن اتجاهات عينة الدراسة من المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة اتجاهها كله نحو عبارة محايد بالنسبة للفقرات (1– 6) ماعدا العبارة رقم:02 التي تعد ايجابية ذات اتجاه موافق؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لدرجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة

الجودة الشاملة في خدمات المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر بمتوسط حسابي ما مقداره بـ : (2.20)، وبانحراف معياري(0.85)، وباتجاه محايد، كما بلغ أعلى متوسط حسابي بين الفقرات (2.49) بالنسبة للفقرة رقم(02)، وأدنى متوسط حسابي كان بالنسبة للفقرتين الخامسة والسادسة بمقدار(2.06)، وهو ما يؤكد إمكانية التزام إدارة المستشفى سواء أكان في القطاع العام أم العيادات الخاصة بنظام إدارة الجودة الشاملة عند تطبيقه باعتبار أن مستشفيات القطاع العام مازالت بعيدة نسبيا عن التطبيق لكونها ما زالت تسير حاليا بطرق تسيير تقليدية **كعقد النجاعة**، في حين نجد أن بعض العيادات الخاصة بالنظر لإمكانياتها نجدها مؤهلة لتطبيق متطلبات TQM مستقبلا.

2 – الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى:

الجدول رقم(16.3)الموالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.

– الجدول رقم(16.3):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى

رقم العبارة	العبـــــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه
07	يوفر المستشفى التدريب الملائم لكل العاملين والأطباء وبصورة عادلة.	1.95	0.88	محايد
08	ينظم المستشفى دورات تدريبية لعماله لتثقيفهم في أساسيات جودة الخدمة الصحية.	1.98	0.87	محايد
09	تعمل إدارة المستشفى في تدريب العاملين على أحدث التقنيات والمهارات المبنية على أداء الفريق الواحد بدلا من الأداء الفردي.	1.99	0.88	محايد
10	كل الموظفين العاملين بالمستشفى معنيون بعملية التدريب وتحسين الجودة بما فيهم المديرون.	2.22	0.85	محايد
11	تهدف برامج التدريب المتعلقة بالجودة في المستشفى على تأكيد أهميتها من خلال الاستماع بفعالية لرأي الزبون والتعلم منه.	2.11	0.83	محايد
12	يؤدي تطبيق نظام الجودة دوراً مهما في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد (المادية والبشرية) والإمكانات المتاحة.	2.41	0.79	موافق
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام	**2.11**	**0.85**	محايد

– المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

من معطيات الجدول أعلاه نجد أن أعلى متوسط حسابي لهذه الفقرات بلغ:(2.41) بالنسبة للفقرة رقم:(12)، وهو ما يشير إلى الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في الرفع من أداء المستشفى اتجاه الخدمات الصحية المقدمة لطالبيها من المرضى، أما أقل متوسط حسابي فقد بلغ:(1.95) بالنسبة للفقرة رقم:(07) باتجاه محايد وهو قريب من غير موافق، وهذا ما يشير إلى أن التدريب الذي يوفره المستشفى لعماله مازال دون المستوى المطلوب أو أنه يتم بصورة غير عادلة بين جميع فئات الموظفين من أطباء وممرضين وإداريين وعمال، وما ينطبق على هذه الفقرة ينطبق أيضا على الفقرات رقم:(08) و(09)

و(10) و(11) في اعتبار المستشفى في القطاعين العام والخاص مازال دون المستوى في عملية التثقيف، والتدريب لعماله على أساسيات جودة الخدمة الصحية وتحسينها من خلال الاستماع بفعالية لرأي الزبون والتعلم منه، ويمكن اعتبار ذلك صحيحاً باعتبار مصطلح الجودة من المصطلحات الحديثة في عمليات التسيير، وأن العمل الجماعي بالمستشفى ما يزال ضعيف بالمقارنة بالعمل الفردي، كما يمكن الإشارة إلى أن مستشفيات القطاع الحكومي تتميز بهيكل تنظيمي معقد بالنظر لكثرة المصالح فيه التي تربطها علاقات متداخلة ومعقدة بالمقارنة بتلك الموجودة في العيادات الخاصة، وقد بلغ المتوسط الحسابي العام للفقرات:(07 – 12) ما مقداره:(2.11) بانحراف معياري يقدر بـ: (0.85) وباتجاه محايد.

II – 1 – 2 – جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى:

يتم التطرق في هذا العنصر لمستوى الأداء في المستشفى من خلال معطيات الجدول رقم(17.3) الذي يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واتجاه الإجابة بالنسبة للمبحوثين من الموظفين في المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة التي تمت فيها الدراسة في الجزائر.

– الجدول رقم (17.3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الأداء في المستشفى

رقم العبارة	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه
13	لدى إدارة المستشفى الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.	2.32	0.85	محايد
14	درجة الكفاءة والفعالية في استغلال المستشفى للموارد (المادية والبشرية) والإمكانات المتاحة تحسنت بدرجة عالية بعد تطبيق نظام الجودة في المستشفى.	2.24	0.82	محايد
15	يساهم تطبيق نظام الجودة بالمستشفى في التكفل الجيد بالمرضى.	2.32	0.81	محايد
16	أدى تطبيق نظام الجودة بالمستشفى إلى تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها.	2.17	0.81	محايد
17	مستوى أداء المستشفى يتحسن بصورة مستمرة بعد تطبيق نظام الجودة.	2.24	0.86	محايد
18	إن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة يجعل المستشفى يحقق ما ينشده من أهداف.	2.49	0.80	موافق
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام	**2.30**	**0.82**	محايد

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

نلاحظ من معطيات الجدول أعلاه أن معظم إجابات الفقرات:(13– 18) جاءت باتجاه محايد بمتوسط حسابي عام(2.30) وبانحراف معياري(0.82) وباتجاه محايد؛ حيث بلغ أعلى متوسط حسابي (2.49) بالنسبة للفقرة رقم (18) وهذا ما يؤكد بأن أغلبية المستجوبين قد أشاروا إلى أن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة من شأنه أن يجعل المستشفى يحقق الأهداف التي يرجوها من عملية التطبيق سواء أكان قطاع عام أم خاص، أما أدنى متوسط حسابي فكان بالنسبة للفقرة رقم:(16) بمقدار:(2.17) وهذا ما يؤكد من خلال المبحوثين من الموظفين بأن نظام TQMهو أسلوب مازال لم يطبق في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة الجزائرية عينة الدراسة رغم الإمكانيات التي تتوفر عليها

والتي تؤهلها مستقبلا لتطبيقه في الميدان.

II – 1 – 3 – درجة الولاء للمستشفى بناءاً على الخدمات المقدمة:

يتم التطرق في هذا العنصر للرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى لتحقيق الجودة وفق الآتي:

1 – الرضا الوظيفي للموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بالمستشفى يحقق الجودة:

يوضح الجدول الموالي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واتجاه الإجابة بالنسبة لفئة المبحوثين من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات عينة الدراسة بالجزائر.

– **الجدول رقم(18.3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى يحقق الجودة**

رقم العبارة	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه
19	إن الخدمات المقدمة حاليا بالمستشفى ترضي حاجات ورغبات المرضى.	2.02	0.92	محايد
20	يوجد مستوى من الهدوء في أماكن العمل يساعد العامل والطبيب على أداء عمله بأريحية.	2.06	0.93	محايد
21	إن ظروف العمل المادية (المباني، الإضاءة، التهوية، التكييف) المتاحة بالمستشفى ملائمة مما أدى إلى تحسين مستوى الأداء فيه.	2.16	0.92	محايد
22	تهتم إدارة المستشفى بشكاوى ومقترحات الموظفين وتعمل على التقليل من حدوثها مستقبلا.	2.12	0.87	محايد
23	إن الخدمات العامة بالمستشفى (كالهاتف، صندوق بريد، كافتريا، موقف سيارات) تساعد على أداء الخدمة بشكل جيد.	1.92	0.90	محايد
24	إن رضا المريض يعكس جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى.	2.54	0.76	موافق
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام	**2.14**	**0.88**	محايد

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

انطلاقا من معطيات الجدول أعلاه يتضح لنا أن إجابات أفراد عينة الدراسة من موظفي المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة كانت كلها سلبية باتجاه محايد نحو الفقرات:(19 – 24)، باستثناء العبارة رقم(24) التي جاءت باتجاه موافق، وأن أعلى متوسط حسابي لهذه الفقرات بلغ (2.54) بالنسبة للفقرة رقم:(24)، وهو ما يشير إلى عدم رضا الموظفين وظيفيا بالمستشفى الذي يعملون به وسعيه إلى تحقيق الجودة انطلاقا من الخدمات الطبية التي يقدمها لطالبيها من المرضى ومرافقيهم، أما أقل متوسط حسابي فقد بلغ:(1.92) بالنسبة للفقرة رقم:(23) وباتجاه محايد، وهو ما يؤكد على أن المستشفيات العامة، والعيادات الخاصة بأقل درجة لم تعط بعد المكانة الأساسية للخدمات العامة بالمستشفى (الهاتف، البريد، كافتريا...إلخ) خصوصاً وأن هذه الخدمات العامة من شأنها أن تساعد المرضى وذويهم على اختيار المستشفى الذي يوفرها على غيره وتجعله مقصداً لهم، كما أن الخدمات العامة من شأنها أن تساعد على التحسين للخدمات الصحية المقدمة والرقي بها نحو درجات أحسن، وقد بلغ المتوسط الحسابي لكل الفقرات ما مقداره:(2.14) وبانحراف معياري(0.88) وباتجاه محايد.

وبناءا على ما سبق يمكن تلخيص المستوى العام لأداء المؤسسة الاستشفائية وجودة الخدمات الصحية

بالمستشفيات المعنية بالدراسة بالجزائر انطلاقا من إدراكات الموظفين بها من معطيات الجدول التالي:

- الجدول رقم(19.3): المستوى العام للأداء وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر حسب إدراكات الموظفين

الرقم	المقيـــــــاس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه	الرتبة
01	درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام TQM.	2.20	0.85	محايد	02
02	الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.	2.11	0.85	محايد	04
03	مستوى الأداء في المستشفى.	2.30	0.82	محايد	01
04	الرضا الوظيفي للموظفين يحقق الجودة.	2.14	0.88	محايد	03
المستوى العام لجودة خدمات المستشفى		**2.19**	**0.85**	محايد	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

تؤكد معطيات الجدول أعلاه، إلى أن مستوى الأداء وجودة الخدمات الصحية المقدمة بشكل عام في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر من منظور الموظفين بأنها دون المتوسط؛ حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية ما بين:(2.11) كأدنى متوسط حسابي و(2.30) كأعلى متوسط حسابي، وقد جاء المقياس رقم:(03) الخاص بجانب مستوى الأداء في المستشفى في المرتبة الأولى وذلك بمتوسط حسابي قدره:(2.30) وبانحراف معياري (0.82)، وقد يعود ذلك للمجهودات التي يبذلها الطاقم الطبي والإداري من الموظفين في المستشفيات عينة الدراسة في الجزائر بغية التوفيق بين الخدمات المقدمة وتلك التي يدركها المرضى، فيما جاء المقياس رقم:(01) الخاص بجانب درجة التزام المستشفيات المعنية بالدراسة بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في الرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.20) وبانحراف معياري (0.85)، وفي هذا المجال ينبغي الإشارة إلى وجود جهود كبيرة تبذل في هذا المجال وخاصة في العيادات الخاصة، أما المؤسسات الإستشفائية الحكومية فهي مازالت بعيدة عن عملية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة باعتبارها مازالت تسير بأساليب إدارية تقليدية تجاوزها الزمن، أما المراتب المتبقية فهي للمقاييس الباقية على التوالي:جانب الرضا الوظيفي للموظفين يحقق الجودة في الرتبة الثالثة، وجانب الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى في الرتبة الرابعة، بمتوسطات حسابية متقاربة وهي على الترتيب:(2.14)، و(2.11).

- خلاصة تحليل بيانات الدراسة:

انطلاقا مما سبق يمكن أن نخلص إلى الآتي:

1 - جميع فقرات المتغير درجة إلتزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة (من 1 إلى 6) غير إيجابية بالنسبة للأفراد عينة الدراسة من المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة وباتجاه محايد، وهذا ما يؤكد عدم إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في الوقت الحالي في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة منها رغم ما تتوفر عليه من مؤهلات، وإمكانات مادية ومالية وبشرية مؤهلة لذلك.

2 - بالنسبة لفقرات المتغير الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في الرفع من أداء المستشفى(من7

إلى12)، فقد كانت أغلب فقرات هذا المتغير باتجاه محايد ماعدا الفقرة رقم:(12) التي جاءت باتجاه موافق وهذا ما يؤكد ما سبق، وقد أشرنا إلى أن التدريب الذي يوفره المستشفى لموظفيه (أطباء، ممرضين، إداريين، عمال) غير كاف ودون المستوى بالنظر لما هو مطلوب، وإن وجد فإنه لا يتم بصورة عادلة اتجاه جميع فئات الموظفين وخاصة في مستشفيات القطاع العام، إضافة إلى أن المؤسسات الاستشفائية في القطاعين العام والخاص مازالت لم تعط طرق التسيير الحديثة المكانة الخاصة بها ومنها الجودة، ناهيك عن تدريب عمالها على أساسيات جودة الخدمات الصحية وهذا لكون مستشفيات القطاع العام مازالت تسير إلى حد الآن بالطرق التقليدية كعقد النجاعة، وأن ظاهرة التغيير في عملية التسيير ينبغي ألا تكون إلا بعد موافقة السلطة المركزية بالنسبة لمستشفيات القطاع العام، ويعد هذا أقل حدة بالنسبة للعيادات الخاصة التي تتميز بالسلطة اللامركزية في اتخاذ القرارات، ويعود ذلك لعدة عوامل منها: صغر حجمها وقلة العاملين فيها...إلخ.

3 – بالنسبة لفقرات المتغير مستوى الأداء في المستشفى(من13إلى18)، فقد جاءت أغلبية فقرات هذا المتغير سلبية باتجاه محايد ماعدا الفقرة رقم (18) التي جاءت باتجاه موافق، وهذا ما يؤكد على عدم إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة في الوقت الحالي، غير أن ذلك قد يكون ممكنا مستقبلا بالنظر للإمكانات المادية والمؤهلات البشرية التي يتوفر عليها كلا القطاعين العام والخاص.

4 – بالنسبة لفقرات المتغير الرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى يحقق الجودة والذي يتضمن الفقرات: (من 19 إلى 24)، فنجد أن جميع فقرات هذا المتغير جاءت سلبية وباتجاه محايد باستثناء العبارة رقم(24) التي جاءت باتجاه موافق، وهذا ما يؤكد حقيقة واحدة مفادها أن الموظفين المبحوثين من أطباء وممرضين وإداريين يؤكدون على عدم إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية حاليا رغم كونه يسهم إيجابا في تحسين جودة الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى والمرافقين لهم، لأن ذلك يؤكد رضا المريض من خلال انطباعه الجيد من عدمه عن الخدمات التي تقدم له في المستشفى سواء أكان تابعا للقطاع العام أم العيادات الخاصة، ومن ثم يظهر ولاءه للمستشفى بناء عن التجربة وعلى ما حصل عليه من مزايا معنوية خاصة في مجال معاملة الطاقم الطبي والإداري له.

III– اختبار فرضيات الدراسة:

بعد أن تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام مقياس ليكرت المكون من ثلاثة نقاط تراوحت بين رقم:(1) ويعبر عن عدم الموافقة على العبارة، ورقم:(3) يعبر عن الموافقة، في حين يعبر رقم:(2) عن حياد المقياس، وفي ضوء الفرضيات التي استهدفتها هذه الدراسة نستعرض نتائج التحليل لكل منها كما يلي:

III– 1– اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

نص هذه الفرضية:**تتوافر بالمستشفيات العامة والعيادات الخاصة قيد الدراسة في الجزائرعلى المتطلبات الأساسية لإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وفق أراء المبحوثين من الموظفين.**

ولاختبارها يتم التطرق إلى العبارات التالية:

الترتيب	المتغيرات الرئيسية	العبارات
1	درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام TQM	1 – من أجل تطبيق متطلبات TQM في المستشفى ينبغي أن تؤخذ مقترحات وأراء المرضى بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.
		2 – بغية تطبيق متطلبات TQM في المستشفى ينبغي على الإدارة بضرورة التحسين في خدماتها لتلبية حاجات المرضى.
		3 – تدعم إدارة المستشفى جهود العاملين نحو تطبيق منهج TQM بعد إقناعهم به.
		4 – تدعم إدارة المستشفى عملية تطبيق نظام TQM انطلاقا من اتخاذها للقرارات المبنية على الحقائق.
		5 – من أجل تطبيق نظام TQM ينبغي على إدارة المستشفى في اتصالها بالموظفين ضرورة التركيز على طرق تحسين الجودة بدلا من خفض التكاليف.
		6 – من أجل العمل بمتطلبات TQM على إدارة المستشفى أن تحفز عمالها ماديا ومعنويا للوصول نحو أداء أفضل في أعمالهم.
2	الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى	7 – للعمل بمتطلبات نظام TQM على إدارة المستشفى توفير التدريب الملائم لكل عمالها دون استثناء وبصورة عادلة.
		8 – لتطبيق نظام TQM في المستشفى ضرورة اجراء دورات تكوينية لعمالها على أساسيات جودة الخدمة الصحية.
		9 – للعمل بنظام الجودة في المستشفى ينبغي تدريب العاملين على أحدث المهارات التقنية ذات العمل الجماعي بدلا من الأداء الفردي.
		10 – بغية تطبيق متطلبات الجودة ميدانيا ينبغي على إدارة المستشفى أن يمر جميع عمالها بعملية التدريب لتحسين مستوى الجودة.
		11 – من متطلبات تطبيق نظام TQM الاستماع لرأي الزبون والاستفادة منه.
		12 – يمكن التطبيق الجيد لمتطلبات الجودة من الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة.
3	مستوى الأداء في المستشفى	13 – لتطبيق متطلبات TQM بالمستشفى ضرورة وجود الكفاءة البشرية المؤهلة.
		14 – يؤدي تطبيق نظام TQM بالمستشفى إلى الاستغلال المحكم للموارد المتاحة عما كان عليه من قبل.
		15 – يؤدي العمل بنظام TQM داخل المستشفى إلى التكفل الجيد بالمريض.
		16 – إن تطبيق نظام TQM بالمستشفى من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة من تطبيقه.
		17 – مستوى الأداء في المستشفى يتحسن عما كان عليه بعد تطبيق نظام TQM.
		18 – تطبيق نظام TQM بالمستشفى يجعله يحقق الأهداف المرجوة على المدى الطويل.

– **المصدر:** من إعداد الباحث.

وقد تم اختبار هذه الفرضية من خلال إجابات مفردات العينة من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) على العبارات المتضمنة في الاستبيان، وتم الاعتماد على المتوسطات الحسابية لتلك الإجابات، فضلا عن اختبار(t) للمقارنات الثنائية للتأكد من الدلالة الإحصائية للنتائج في هذا المجال، إذ تم في البداية استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابة مفردات العينة من الموظفين على كل عبارة من العبارات، وذلك بجمع درجات إجاباتهم على كل عبارة، ثم قسمة المجموع على عدد مفردات العينة، لتصل لثماني عشرة(18) متوسطا حسابيا لإجابات مفردات العينة من الموظفين(أطباء، ممرضين، إداريين)، اختبار العبارات الثماني عشرة (18)، ويوضح الجدول الموالي رقم:(20.3) هذه المتوسطات.

ولقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فعليا للعبارات الثماني عشرة (18) واختبار الفرضيات الأخرى، تم استخراج المتوسط العام (Grand mean) وقد بلغ المتوسط الحسابي العام (2.20) ويعبر

هذا المتوسط عن مستوى جودة الخدمات الصحية للعبارات فعليا، وبمقارنة هذا المتوسط بالمقياس ذي النقاط الثلاث المستخدم، فإننا نرى أن مستوى جودة الخدمات الصحية دون المستوى المطلوب في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة وبالتالي لا تعد مؤشراً ايجابيا لبلوغ مستوى الطموح باعتبارها خدمات صحية تتعلق بحياة الإنسان، وهذا يعني في واقع الأمر أن هناك عوامل مازالت غير مدركة، الأمر الذي يتطلب تشخيصها ووضع الحلول الملائمة لها.

ولهذا قمنا بالتأكد من الدلالة الإحصائية لهذه النتيجة وتم اختبار الفرضية الرئيسية بالمتوسط الحسابي البالغ(2.20) واعتبار هذا المتوسط قاعدة لقرار اختبار الدلالة الإحصائية لتلك الفرضية، وباستخدام (t) للمقارنات الثنائية وبمستوى دلالة (0.05) لجميع العبارات المتضمنة في الاستبيان، تبين أن قيمة (t) المحسوبة (1.755) في حين بلغت (t) المجدولة (1.645) وبمقارنة القيمتين يتضح أن قيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولة، وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) العامة المشار إليها وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وما يؤكد ذلك هو معدل الإجابات إذ بلغ (2.20) باتجاه غير موافق بأن معايير جودة الخدمة لا ترقى إلى مستوى تقديم الخدمة بالجودة المطلوبة.

– **الجدول رقم(20.3):المتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات الموظفين على المقياس ذي النقاط الثلاث (ليكرت)**

الترتيب	العبـــــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
01	تؤخذ مقترحات وآراء الموظفين بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.	2.14	0.88
02	تسعى إدارة المستشفى لتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى.	2.49	0.79
03	تدعم إدارة المستشفى جهود العاملين نحو تطبيق نظام TQM لاقتناعها بأهميته في الرفع من أدائها.	2.29	0.83
04	تعتمد إدارة المستشفى في اتخاذها للقرارات على حقائق وبيانات كافية.	2.15	0.86
05	تركز إدارة المستشفى في اتصالها بالموظفين على طرق تحسين الجودة لا على خفض التكاليف.	2.06	0.89
06	تحفز إدارة المستشفى عمالها ماديا ومعنويا نحو أداء أفضل في أعمالهم من أجل التقليل من الأخطاء.	2.06	0.89
07	يوفر المستشفى التدريب الملائم لكل العاملين والأطباء وبصورة عادلة.	1.95	0.88
08	ينظم المستشفى دورات تدريبية لعماله لتثقيفهم في أساسيات جودة الخدمة الصحية.	1.98	0.87
09	تعمل إدارة المستشفى في تدريب العاملين على أحدث التقنيات المبنية على أداء الفريق بدلا من الأداء الفردي.	1.99	0.88
10	كل الموظفين العاملين بالمستشفى معنيون بعملية التدريب وتحسين الجودة.	2.22	0.85
11	تهدف برامج التدريب المتعلقة بالجودة على تأكيد أهميتها من خلال الاستماع بفعالية لرأي الزبون والتعلم منه.	2.11	0.83
12	يؤدي تطبيق نظام الجودة دوراً مهما في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد (المادية والبشرية) والإمكانات المتاحة.	2.41	0.79
13	لدى إدارة المستشفى الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.	2.32	0.85
14	درجة الكفاءة والفعالية في استغلال المستشفى للموارد المتاحة تحسنت بدرجة عالية بعد تطبيق TQM .	2.24	0.82
15	يساهم تطبيق نظام الجودة بالمستشفى في التكفل الجيد بالمرضى.	2.32	0.81
16	أدى تطبيق نظام الجودة بالمستشفى إلى تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها.	2.17	0.81
17	مستوى أداء المستشفى يتحسن بصورة مستمرة بعد تطبيق نظام الجودة.	2.24	0.86
18	إن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة يجعل المستشفى يحقق ما ينشده من أهداف.	2.49	0.80
	المتوسط العام	**2.20**	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

أما بخصوص العبارات(من1إلى18) فإن نتائج الاختبار يوضحها الجدول التفصيلي رقم:(21.3) الذي يتضمن تسلسل كل عبارة، والقيمة المحسوبة والجدولية (t)، ونتيجة فرضية (H_0) فضلا عن توضيح ما إذا كان الاتجاه نحو كل عبارة من العبارات الـ (18) التي تمت صياغتها على شكل فرضية ايجابيا أو سلبيا(**أنظر الملحق رقم:07**)، وفيما يلي نتائج اختبار العبارات الثمانية عشر(18)، التي يوضحها الجدول الموالي رقم(21.3):

– الجدول رقم (21.3): نتائج اختبار العبارات الـ(18) المتضمنة في الدراسة

رقم الفرضية	(t) المحسوبة	(t) المجدولة	Sig:t	نتيجة H_0	النتيجة الخاصة بالفرضية
01	0.778	1.645	0.438	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (1)
02	4.078	1.645	0.000	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (2)
03	1.228	1.645	0.222	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (3)
04	0.581	1.645	0.562	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (4)
05	1.765	1.645	0.080	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (5)
06	1.765	1.645	0.080	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (6)
07	3.115	1.645	0.002	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (7)
08	2.851	1.645	0.005	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (8)
09	2.616	1.645	0.010	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (9)
10	0.253	1.645	0.800	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (10)
11	1.149	1.645	0.253	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (11)
12	2.980	1.645	0.003	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (12)
13	1.523	1.645	0.130	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (13)
14	0.591	1.645	0.555	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (14)
15	1.597	1.645	0.113	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (15)
16	0.397	1.645	0.692	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (16)
17	0.456	1.645	0.649	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (17)
18	3.973	1.645	0.000	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (18)
الفرضية العامة	**1.755**	**1.645**	**0.255**	**رفض**	**اتجاهات ايجابية نحو الفرضية الرئيسية**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

وسنحاول اختبار كل عبارة من هذه العبارات على حدى مستخدمين نفس الأسلوب المتبع في اختبار الفرضية العامة وعلى الشكل التالي:

1 – درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام TQM:

* **العبارة الأولى** التي تنص على أن (من أجل تطبيق متطلبات TQM في المستشفى ينبغي أن تؤخذ مقترحات وآراء المرضى بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه في الغالب الأعم لا تؤخذ مقترحات المرضى بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات خاصة تلك المتعلقة بالخدمات الطبية، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.778) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ

معدل إجابات أفراد العينة(2.14) باتجاه محايد على أن تؤخذ مقترحات وآراء الموظفين بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة الثانية** التي تنص على أن (بغية تطبيق متطلبات TQM في المستشفى ينبغي على الإدارة بضرورة التحسين في خدماتها لتلبية حاجات المرضى).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه رغم المجهودات المبذولة إلا أن مستوى تحسين الجودة مازال دون الرغبات الملحة من طرف المرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (4.078) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، ومنه ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.49) باتجاه الموافقة على أن أغلب المؤسسات الاستشفائية الجزائرية مازالت تسير بطرق تقليدية، هذا من شأنه أن يؤدي إلى مستوى ضعيف للخدمات المقدمة مما يقلل من مستوى الخدمات الصحية وفقاً لما يتطلع إليه المريض.

* **العبارة الثالثة:**تنص (تدعم إدارة المستشفى جهود العاملين نحو تطبيق منهج TQM بعد اقتناعهم به).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن توجد نوايا مقبولة من إدارة المستشفى نحو تدعيم كل الجهود المبذولة من قبل العاملين لتطبيق منهج TQM غير أنها مازالت لم ترق إلى المستوى المطلوب، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.228) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية المقدرة(1.645)، ومنه تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.29) باتجاه محايد وهذا ما يدل على أن الإدارة لا تدعم كل جهود العاملين نحو عملية التحسين في الخدمات المقدمة لطالبيها من المرضى رغم أن مستوى TQM مازال بعيد ويتطلب مضاعفة المجهودات لبلوغه.

* **العبارة الرابعة** التي تنص على أن(تدعم إدارة المستشفى عملية تطبيق نظام TQM انطلاقا من اتخاذها للقرارات المبنية على الحقائق).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد عمل واضح تقوم به إدارة المستشفيات نحو التحسين وذلك من خلال السعي لتطبيق نظام TQM انطلاقا من القرارات التي تتخذ وأساسها الحقائق الموجودة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.581) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية المقدرة(1.645)، وعليه تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.15) باتجاه محايد، وهذا ما يدل على أنه توجد مجهودات تبذل من إدارة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر غير أنها لم تصل بعد لمستوى الجودة، وهذا ما يتطلب مضاعفة المجهودات في هذا المجال.

* **العبارة الخامسة** التي تنص على أن (من أجل تطبيق نظام TQM ينبغي على إدارة المستشفى في اتصالها بالموظفين ضرورة التركيز على طرق تحسين الجودة بدلا من خفض التكاليف).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اتصال حقيقي في أغلب المواضع بين الإدارة والموظفين، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.765) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.06)

باتجاه محايد مما يدل على عدم وجود اتصال حقيقي في كل المواضع بين الإدارة والموظفين والعمل سويا لتحسين جودة الخدمات الصحية بما يرقى لما هومطلوب وإدركات المرضى دون النظر لخفض التكاليف.

* **العبارة السادسة** التي تنص على أن (من أجل العمل بمتطلبات TQM على إدارة المستشفى أن تحفز عمالها ماديا ومعنويا للوصول نحو أداء أفضل في أعمالهم).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد عمل بمتطلبات TQM في المستشفيات عينة الدراسة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.765) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.06) باتجاه محايد، مما يدل على عدم وجود تحفيز كافي سواء أكان ماديا أو معنويا من قبل إدارة المستشفى اتجاه عمالها من أجل تخفيض الأخطاء، وهذا ما يدل على أن هناك ضعف في تجاوب العاملين مع طلبات الإدارة مما ينعكس سلباً على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2 – الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى:

* **العبارة السابعة** التي تنص على أن (للعمل بمتطلبات نظام TQM على إدارة المستشفى توفير التدريب الملائم لكل عمالها دون استثناء وبصورة عادلة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد تدريب ملائم لكل العاملين والأطباء، وإن وجد فلا يتم بصورة عادلة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.115) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (1.95) باتجاه محايد، مما يدل على وجود عدالة في التدريب بين الموظفين، إذ نجد أن بعض المسؤولين وكأن عملية التدريب لا تعنيهم، وهذا من شأنه أن يؤثر سلباً على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمقارنة مع تلك التي يطلبها المريض.

* **العبارة الثامنة** التي تنص على أن (لتطبيق نظام TQM في المستشفى ضرورة إجراء دورات تكوينية لعمالها على أساسيات جودة الخدمة الصحية).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد تكوين لعمال المستشفى على أساسيات جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.851) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (1.98) باتجاه محايد وهو ما يفسر عدم وجود تكوين حقيقي لعمال المستشفى على أساسيات جودة الخدمات الصحية، مما ينعكس سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة التاسعة** التي تنص على أن (للعمل بنظام الجودة في المستشفى ينبغي تدريب العاملين على أحدث المهارات التقنية ذات العمل الجماعي بدلا من الأداء الفردي).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه ما يزال العمل الجماعي ضعيف بالمقارنة بالأداء الفردي، ناهيك على تدريب العاملين على أحدث التقنيات، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.616) وهي أكبر من قيمة (t)

الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (1.99) باتجاه محايد، وهو ما يفسر عدم وجود تدريب بالشكل الكافي لعمال المستشفى على أحدث المهارات والتقنيات، كما أن العمل يرتكز أكثر على الأداء الفردي بدلاً من العمل الجماعي وهو ما يؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة العاشرة** التي تنص على أن (بغية تطبيق متطلبات الجودة ميدانيا ينبغي على إدارة المستشفى أن يمر جميع عمالها بعملية التدريب لتحسين مستوى الجودة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه من أجل بلوغ مستويات عليا من الجودة ينبغي أن يمر جميع عمال المستشفى بعملية التدريب بغية التحسين في مستواهم ومن ثم بلوغ مستويات الجودة الموجودة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.253) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.22) باتجاه محايد، وهذا ما يدل على أن المستشفيات عينة الدراسة مازالت دون مستوى تطبيق متطلبات TQM بالنظر لمستويات التـدريب التي يمر بها العمال أثناء أدائهم للعمل، مما يؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة الحادية عشر** التي تنص على أن (من متطلبات تطبيق نظام TQM الاستماع لرأي الزبون والاستفادة منه).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن برامج التدريب المتعلقة بالجودة تهدف إلى تأكيد أهميتها عن طريق الاستماع بفعالية لرأي الزبون ويمكن التعلم منه، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.149) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.11) باتجاه محايد، مما يدل على أنه من الضروري استحداث برامج تخص التدريب للعاملين على مبادئ الجودة قصد بلوغ التحسين المرجو ومنها الاستماع لصوت الزبون والتعلم منه، مما يكون لذلك الأثر الايجابي في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة الثانية عشر** التي تنص على أن (يمكن التطبيق الجيد لمتطلبات الجودة من الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن التطبيق الجيد لنظام الجودة من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتوفرة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.980) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.41) باتجاه الموافقة على أن المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر مازالت لم تصل بعد إلى تطبيق نظام TQM وهذا نتيجة عدم الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة، مما يؤثر ذلك سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

3 – مستوى الأداء في المستشفى:

* **العبارة الثالثة عشر** التي تنص على أن (لتطبيق متطلبات TQM بالمستشفى ضرورة وجود الكفاءة

البشرية المؤهلة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد بالمستشفيات عينة الدراسة الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.523) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.32) باتجاه محايد على أن الكفاءات البشرية موجودة بإدارات المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر غير أن بعضها مهمش، والبعض الأخر لم يستغل أحسن استغلال، ناهيك عن الطاقات الشابة التي لم تعطى لها الفرصة بالشكل اللائق، مما يؤثر سلبا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة الرابعة عشر** التي تنص على أن (يؤدي تطبيق نظام TQM بالمستشفى إلى الاستغلال المحكم للموارد المتاحة عما كان عليه من قبل).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن للمستشفيات التي تطبيق نظام TQM درجة الكفاءة والفعالية في استغلال الموارد المادية والبشرية والإمكانات المتاحة تحسنت بدرجة عالية بالمقارنة مع تلك التي لم تطبق بعد نظام TQM ومنها المستشفيات عينة الدراسة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.591) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.24) باتجاه محايد، مما يدل على أن مستوى الأداء في المستشفى لم يرق إلى التحسين من خلال الاستغلال المحكم للموارد البشرية والمادية المتاحة وذلك يكون بعد تطبيق نظام TQM وليس قبله، وهذا ما لم نجده في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، مما يؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

***العبارة الخامسة عشر:** تنص على أن(يساهم تطبيق نظام الجودة بالمستشفى على التكفل الجيد بالمرضى).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن نظام الجودة يساهم في التكفل الجيد بالمرضى في المستشفيات التي تطبق منهج الجودة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.597) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.32) باتجاه محايد، مما يدل على أن التطبيق الجيد لنظام الجودة يكون التكفل فيها بالمريض جيد وعكسه يحول دون التكفل الجيد بالمريض، مما يكون لهذا الأخير ضعف واضح في أن الإدارة تصبح قادرة على تلبية حاجات المرضى، وهذا بدوره يعطل دور مستوى الخدمة من الارتقاء بها إلى مستوى طموح المريض.

* **العبارة السادسة عشر** التي تنص على أن (إن تطبيق نظام TQM في المستشفى من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة من تطبيقه).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن المؤسسات الاستشفائية التي تطبق نظام TQM تستطيع تحقيق الأهداف التي أنشى من أجلها هذا النظام، غير أن المؤسسات التي لا تطبق نظام TQM نجدها قد تفشل

في تحقيق أهدافها المخططة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.397) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.17) باتجاه محايد، مما يدل على أن التطبيق الجيد لنظام الجودة بالمستشفى من شأنه أن يحقق الأهداف المرجوة وهذا ما لم نلمسه في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، مما يكون لذلك الأثر السلبي على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة السابعة عشر** التي تنص على أن (مستوى الأداء في المستشفى يتحسن عما كان عليه بعد تطبيق نظام TQM).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن مستوى الأداء يتحسن في المستشفيات التي تطبق نظام TQM بالمقارنة قبل تطبيقه، وهذا لاعتبار أن نظام TQM يعد من المقاييس التي يعتمد عليها في قياس ذلك التحسن، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.456) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.24) باتجاه محايد، مما يدل على أن مستوى الأداء يتحسن بصورة مستمرة بعد تطبيق نظام الجودة، أما المستشفيات التي لا تطبق نظام الجودة ومنها المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة فإن هذه الأخيرة لا تستطيع قياس مستوى التحسن لديها، الأمر الذي من شأنه أن يصعب من عملية التعرف على مدى التحسن من عدمه في مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.

* **العبارة الثامنة عشر** التي تنص على أن (تطبيق نظام TQMبالمستشفى يجعله يحقق الأهداف المرجوة على المدى الطويل).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد تطبيق لنظام TQM في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة وما بالك بالتطبيق السليم لمبادئ TQM، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.973) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.49) باتجاه الموافقة على عدم تطبيق المؤسسات عينة الدراسة بالجزائر لمبادئ ومتطلبات نظام TQMباعتبارها مازالت تسير بطرق تقليدية وهو ما يفسر بعدها على طرق التسيير الحديثة، وعلى المشاكل التي تتخبط فيها خاصة المؤسسات الاستشفائية العامة منها، مما يكون لذلك الأثر السلبي على مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.

III-1-1 – ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية والرئيسة حسب الأهمية:

يتم فيما يلي ترتيب متغيرات الدراسة سواء أكانت فرعية أم رئيسية حسب الأهمية:

III-1-1 -1- ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب الأهمية:

يمكننا توضيح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها وفقا للمتوسط الحسابي لكل عبارة انطلاقا من معطيات الجدول الموالي رقم (22.3):

– الجدول رقم (22.3): ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب الأهمية

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
18	إن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة يجعل المستشفى يحقق ما ينشده من أهداف.	2.49	0.80
02	تسعى إدارة المستشفى لتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى.	2.49	0.79
12	يؤدي تطبيق نظام الجودة دوراً مهما في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد (المادية والبشرية) والإمكانات المتاحة.	2.41	0.79
13	لدى إدارة المستشفى الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.	2.32	0.85
15	ساهم تطبيق نظام الجودة بالمستشفى في التكفل الجيد بالمرضى.	2.32	0.81
03	تدعم إدارة المستشفى جهود العاملين نحو تطبيق نظام TQM لاقتناعها بأهميته في الرفع من أدائها.	2.29	0.83
17	مستوى أداء المستشفى يتحسن بصورة مستمرة بعد تطبيق نظام الجودة.	2.24	0.86
14	درجة الكفاءة والفعالية في استغلال المستشفى للموارد (المادية والبشرية) والإمكانات المتاحة تحسنت بدرجة عالية بعد تطبيق نظام الجودة في المستشفى.	2.24	0.82
10	كل الموظفين العاملين بالمستشفى معنيون بعملية التدريب وتحسين الجودة.	2.22	0.85
16	أدى تطبيق نظام الجودة بالمستشفى إلى تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها.	2.17	0.81
04	تعتمد إدارة المستشفى في اتخاذها للقرارات على حقائق وبيانات كافية.	2.15	0.86
01	تؤخذ مقترحات وأراء المرضى بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.	2.14	0.88
11	تهدف برامج التدريب المتعلقة بالجودة في المستشفى على تأكيد أهميتها من خلال الاستماع بفعالية لرأي الزبون والتعلم منه.	2.11	0.83
05	تركز إدارة المستشفى في اتصالها بالموظفين على طرق تحسين الجودة لا على خفض التكاليف.	2.06	0.89
06	تحفز إدارة المستشفى عمالها ماديا ومعنويا نحو أداء أفضل في أعمالهم من أجل التقليل من الأخطاء.	2.06	089
09	تعمل إدارة المستشفى في تدريب العاملين على أحدث التقنيات والمهارات المبنية على أداء الفريق الواحد بدلا من الأداء الفردي.	1.99	0.88
08	ينظم المستشفى دورات تدريبية لعماله لتثقيفهم في أساسيات جودة الخدمة الصحية.	1.98	0.87
07	يوفر المستشفى التدريب الملائم لكل العاملين والأطباء وبصورة عادلة.	1.95	0.88

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

من الجدول أعلاه رقم(22.3) الذي يوضح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها أتضح ما يلي:

1 – المتغير الفرعي الخاص بالمتغير الرئيس(مستوى الأداء في المستشفى) قد جاء في الرتبة الأولى من حيث الأهمية في تسلسل أولويات إدارة المستشفى باعتباره يمكنها من تحقيق أهدافها المسطرة ومن بينها أن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات TQM يجعل المستشفى يحقق ما ينشده من أهداف والتي تشكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته (2.49)، وهذا مؤشر على أن هناك حاجة فعلية من قبل المستشفيات الجزائرية عينة الدراسة لتطبيق نظام TQM باعتباره يمكنها من تحقيق أهدافها المرجوة ومن أهمها رفع مستوى جودة الخدمات الصحية باعتبارها تشكل الأساس لما يطمح له زبونها الخارجي (المريض)، فجاءت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيس(مستوى الأداء في المستشفى)

تتفاوت في درجات الأهمية، ليأتي هذا التحليل منسجما مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الثامنة عشر والمتعلقة بضرورة تطبيق المستشفيات عينة الدراسة لمبدأ نظام TQM وأثره في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، وهذا ما أتفق عليه أغلبية أفراد العينة من الموظفين.

2 – أما المتغير الرئيسي الثاني (درجة إلتزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) قد جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في سلم الأولويات، إذ بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على المتغير الفرعي الأول من المتغير الرئيسي (درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) والذي يشير إلى أنه من الأهمية أن تسعى إدارة المستشفى لتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى، وقد بلغ المتوسط الحسابي ما مقداره (2.49)، وقد شكل اهتمام ملحوظ لدى أفراد العينة من الموظفين بضرورة الاهتمام بعامل التحسين باستمرار بغية تلبية حاجات المرضى من الخدمات الصحية التي يطلبونها، وهذا من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى، وهذا التحليل ينسجم مع ما جاء في اختبار الفرضية الثانية، التي نصت على ضرورة أن يكون هناك اهتمام من قبل إدارة المستشفى بالتحسين وباستمرار قصد تلبية احتياجات المرضى بالشكل المطلوب، فيما جاءت المتغيرات الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي (درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) بدرجات متفاوتة من حيث الأهمية.

3 – أما المتغير الرئيسي الثالث (الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى) قد جاء في المرتبة الثالثة والأخيرة من حيث الأهمية النسبية لها ليسجل المتغير الفرعي الذي ينص على أن (يؤدي تطبيق نظام الجودة دوراً مهماً في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة)، المرتبة الأولى من حيث الأهمية للمتغير الرئيسي أعلاه والتي شكل فيها المتوسط الحسابي ما قيمته (2.41)، فيما سجلت المتغيرات الأخرى قيماً متفاوتة من حيث الأهمية، مما يدل على أن هناك اتفاق حول أهمية تطبيق نظام TQM في المستشفى من أجل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة سواء أكانت مادية أو بشرية، وهذا ما يؤكد انسجام هذه النتيجة مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الثانية عشر والمتعلقة بضرورة التطبيق الفعلي لنظام TQM في الميدان من قبل إدارة المستشفى بغية الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، وهذا من شأنه أن يمكن العاملين بالمستشفى من رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4 – إضافة لما سبق يمكن تقديم التوضيحات التالية:

أ – تم ترتيب العبارة رقم:18 في الجدول في المرتبة رقم:01 بدلا من العبارة رقم:02 رغم تساوي متوسطهما الحسابي، إذ تم اللجوء إلى الانحراف المعياري؛ حيث 0.80 أكبر من 0.79، ونفس الشيء بالنسبة للعبارتين رقم:13 و15فرغم تساوي متوسطهما الحسابي فإنه تم اللجوء للانحراف المعياري المختلف بينهما على ما هو عليه في الجدول رقم: (22.3)، وأيضا بنفس الطريقة بالنسبة للعبارتين رقم:17 و14 على الترتيب.

ب – فيما يخص العبارتين رقم:05 و06 فنجد أنه لهما نفس المتوسط الحسابي والانحراف المعياري،

وهذا ما يتطلب حساب معامل الاختلاف الأقل بغية ترتيب العبارتين؛ حيث:

$$\text{معامل الاختلاف} = \frac{\text{الانحراف المعياري}}{\text{المتوسط الحسابي}} \times 100$$

– بالنسبة للعبارة رقم05:

$$\text{معامل الاختلاف} = \frac{2.06}{0.899} \times 100 = 229.143$$

– بالنسبة للعبارة رقم06:

$$\text{معامل الاختلاف} = \frac{2.06}{0.899} \times 100 = 229.143$$

III-1- 1 -2- ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب الأهمية:

يمكننا توضيح ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب أهميتها وفقا للمتوسط الحسابي لكل عبارة انطلاقا من معطيات الجدول الموالي رقم(23.3):

– الجدول رقم (23.3): ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب الأهمية

رقم العبارة	العبـــــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه	الرتبة
01	مستوى الأداء في المستشفى.	2.30	0.82	محايد	01
02	درجة التزام المستشفى إدارة لمستشفى بتطبيق نظام TQM.	2.20	0.85	محايد	02
03	الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.	2.11	0.85	محايد	03
	المتوسط العام	**2.20**	**0.84**	محايد	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

* يتضح من معطيات الجدول أعلاه ما يلي:

تؤكد معطيا الجدول أعلاه إلى أن مستوى الأداء وجودة الخدمات الصحية من منظور الموظفين بشكل عام في المؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر؛ حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية بين(2.11) كأدنى متوسط حسابي و(2.30) كأعلى متوسط حسابي، وقد جاء المقياس الخاص بمستوى الأداء في المستشفى في المرتبة الأولى وذلك بمتوسط حسابي قدره:(2.30) وانحراف معياري(0.82)، وقد يعود ذلك للمجهودات التي يبذلها الطاقم الإداري والطبي من الموظفين في المستشفيات عينة الدراسة في الجزائر، بغية التوفيق بين الخدمات المقدمة التي يدركها المرضى، فيما جاء المقياس الخاص بجانب درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM في الرتبة الثانية، وبمتوسط حسابي (2.20) وانحراف معياري (0.85)، وفي هذا المجال ينبغي الإشارة إلى وجود جهود كبيرة تبذل من قبل المستشفيات الجزائرية سواء كانت عامة أو عيادات خاصة، رغم أن المستشفيات الحكومية مازالت تطبق أساليب تسيير تقليدية تجاوزها الزمن **كعقد النجاعة**، وهي بعيدة عن طرق التسيير الحديثة كنظام TQM، أما مقياس الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى فجاء في الرتبة الثالثة

والأخيرة بمتوسط حسابي (2.11) وانحراف معياري (0.85).

III – 2 – اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

إن رضا الموظفين على الأعمال التي يقومون بها داخل المستشفى من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية المقدمة ويزيد من ولائهم له.

لاختبار مدى صحة الفرضية تم الاعتماد على تحليل الانحدار المتعدد، عن طريق اختبار المعلمات مجتمعة، واعتبار ولاء الموظف (المتغير التابع)، وجودة الخدمات الصحية (متغير مستقل)، وكانت نتائج الاختبار كما هو مبين في الجدول الموالي:

– الجدول رقم (24.3): نتائج اختبار أثر جودة الخدمة على رضا الموظفين بالمؤسسات الاستشفائية

المتغير التابع	r معامل الارتباط	R^2 معامل التحديد	F اختبار فيشر	dF درجات الحرية	sig درجة المعنوية		معـــامل الانحدار			
					0.05	0.01	معلمات النموذج			الخطأ المعياري
							Bo		5.045	1.047
ولاء الموظفون	0.570	0.325	58.319	1 121	دال	دال	(B) درجـــة التأثير	الموظفين	0.196	0.026

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

إن معطيات الجدول أعلاه يوضحها الملحق(**أنظر الملحق رقم:08**)، وهذا الجدول يتعلق بمتغير أثر رضا الموظفين على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة لطالبيها من المرضى ومرافقيهم، وإذ أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة الصحية بمكوناتها والتي ينبغي لتحقيقها ضرورة توفير الظروف الملائمة في المستشفى للطاقم الإداري والطبي لكسب رضا المريض على ما يقدم له من خدمات، وذلك انطلاقا من توفير الهدوء في العمل، وتوفير ظروف العمل المادية والإجابة على شكاوى ومقترحات الموظفين من الإدارة من شأنه أن يساعد على أداء العمل بأريحية ويسهم في تحسين مستوى الأداء بالمستشفى، وذلك عند درجة معنوية ($sig = 0.000$) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، إذ بلغ معامل الارتباط ($r = 0.570$)، وتدل قيمة معامل الارتباط على وجود علاقة موجبة ولكنها متوسطة بين المتغيرين، مما يفسر على أن ظروف العمل خاصة في المستشفيات العامة مازالت دون المستوى المطلوب، مما يكون له تأثير سلبي على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، وما يمكن قوله في الأخير أن الخدمة الطبية المقدمة من طرف الموظف في المستشفى لم ترق بعد لمستوى رضا المريض، أما معامل التحديد($R^2 = 0.325$)، أي أن ما قيمته (0.570) من التغيرات في مستوى رضا الموظفين للعمل في المستشفى من أجل تقديم أفضل الخدمات الصحية ناتج عن التغير في مستوى ظروف العمل المتوفرة بوحدة واحدة؛ وأن متغير جودة الخدمة يوضح 32.50%

من الاختلافات في قيم متغير رضا الموظفين وباقي المتغيرات الأخرى التي لم تدرس في مجملها تمثل 67.50% وهي نسبة مرتفعة، أما بخصوص معادلة الولاء (y) فيمكن التعبير عنها رياضيا كما يلي:

$$y = B_0 + B_1x \quad \Leftrightarrow \quad y = 5.045 + 0.196\,x$$

* ومن المعادلة أعلاه فإن إشارة معامل الانحدار موجبة وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية بين الرضا والولاء، وما يمكن التوصل إليه في نهاية المطاف أن رضا الموظف على ظروف العمل داخل المستشفى تجعله يحب العمل الذي يؤديه، ومن ثم العمل بعزيمة وإرادة، في الوقت الذي نجد فيه أن عامل الرضا الوظيفي يعد من العوامل الصعبة القياس، ومن المؤكد أن الموظف يكون مدفوعا إلى العمل إذا كانت جهوده ستعود عليه بالفائدة بالقدر العادل والمناسب لما قدمه من أعمال، وأن مستوى الأداء ينخفض مما يجعل العامل يشعر بالاستياء إذا ما أهملت مطالبه، ومن ثم فإن العوامل الهامة لرفع مستوى الأداء الوظيفي وترشيد العملية الإنتاجية يتمثل في الاهتمام بالجانب الاجتماعي والإنساني للموظفين، والعمل على رفع مستوى الرضا الوظيفي لديهم من خلال تقديم الحوافز المختلفة سواء أكانت مادية أو معنوية، باعتبارها تعمل على إشباع حاجاتهم الإنسانية وخفض مستوى الضغوط العملية، ويمكننا في الأخير القول بأن عدد درجات الموافقة لكل فقرة من فقرات الاستبيان حسب المتغير الرئيسي لكل واحدة منها انطلاقا من إجابات المبحوثين من الموظفين توضحها الدراسة الإحصائية **(أنظر الملحق رقم:09).**

III – 3 – تأثير المتغيرات الشخصية على آراء الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى:

يتم التطرق في هذا العنصر لتأثير المتغيرات الشخصية على آراء الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى وفق الآتي:

1 – بالنسبة لعامل الجنس:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف جنسهم.

H_0: لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات الاستشفائية حسب الجنس.

H_1 : يوجد اختلاف دال إحصائيا حسب جنس الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة.

– من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار test – t للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين لإجابات الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الذكور والإناث وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية $Sig = 0.682 >$ من 0.05 ومنه تقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين (الذكور والإناث).

– **إجراء الاختبار:** يمكن قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين من خلال مقارنة القيمة الاحتمالية للاختبار (bilatérale) sig بمستوى المعنوية 0.05

إذا كانت: $sig \geq 0.05$ تقبل H_1 وترفض H_0

$sig < 0.05$ تقبل H_0 وترفض H_1

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم**:10) أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.714 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل بالفرضية H_0 بعدم وجود دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الجنس، أي أن الجنس ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان عام أو عيادة خاصة، ويمكن تفسير ذلك على أن كل من الذكور والإناث يحبذون العمل في المستشفى بغية مراعاة المريض وخدمته صحياً.

2 – بالنسبة لعامل الوظيفة:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب وجهات نظر الموظفين وفق عامل الوظيفة.

H_0: لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات حسب الوظيفة التي يؤدونها بالمستشفى.

H_1 : يوجد اختلاف دال إحصائيا وفق وظيفة الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار t – test للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الموظفين حسب الوظيفة وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية $Sig = 0.284 > 0.05$ من 0.05 ومنه نقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين(طبي أوشبه طبي وإداري).

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم**:10) أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.541 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل بالفرضية H_0 بعدم وجود دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الوظيفة، أي أن الجنس ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان عام أم عيادة خاصة، ويمكن تفسير ذلك على أن الموظف مهما كانت الوظيفة التي يؤديها بالمستشفى فنجده حريص أن يؤديها على أكمل وجه مادامت تتعلق بحياة المريض باعتبارها خدمة إنسانية في المقام الأول.

3 – بالنسبة لنوع المستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف نوع المستشفى.

H_0: لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات الاستشفائية حسب نوع المستشفى.

H_1 : يوجد اختلاف دال إحصائيا حسب نوع المستشفى للموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة.

– من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار t – test للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الموظفين حسب نوع المستشفى وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية $Sig = 0.679 > 0.05$ من 0.05 ومنه نقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين(مستشفى

حكومي وعيادة خاصة).

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.809 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل بالفرضية H_0 بعدم وجود دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين حول الخدمات الصحية المقدمة باختلاف نوع المستشفى، وهذا يدل أي أن نوع المستشفى ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان عام أم عيادة خاصة؛ لأن المريض لما يحتاج للعلاج من المرض الذي أصابه لا نجده يفكر في نوع المستشفى بقدر ما يفكر في المستشفى الذي يحقق غايته من العلاج بسرعة.

4 – بالنسبة للعمر:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف أعمارهم.

H_0: لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من طرف الموظفين حسب أعمارهم.

H_1 : يعتبر عمر الموظف محدداً في تفسير الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب الأعمار حسب أربعة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيتين السابقتين.

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** يمكن قبول إحدى الفرضيتين ورفض الأخرى كما يلي:

إذا كانت: القيمة الاحتمالية Signification > 0.05 نقبل H_0

Signification ≤ 0.05 نقبل H_1

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.240 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_0 أي أنه لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف أعمار الموظفين، ومنه فإن ذلك يدل على أن عامل العمر يعد عنصر أساسي في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

5 – بالنسبة للمؤهل العلمي:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف مؤهلهم العلمي.

H_0: لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من الموظفين حسب مؤهلهم العلمي.

H_1 : يعد المؤهل العلمي للموظف عاملاً محدداً في تفسير الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب المؤهل العلمي حسب ثلاثة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيتين السابقتين.

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.082 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_0 أي أنه لا توجد دلالة إحصائية للاختلاف في الخدمات

الصحية حسب المؤهل العلمي للموظفين؛ لأن الموظفين يسعون دائما لتقديم الخدمات الصحية بأعلى جودة ممكنة في المستشفى رغم اختلاف المؤهل العلمي بين الطبيب والعامل ثم الإداري.

6 – بالنسبة للخبرة المهنية:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف خبرتهم المهنية.

H_0: لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من الموظفين حسب خبرتهم المهنية.

H_1 : يعد عامل الخبرة المهنية عاملاً محدداً في تفسير جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب عامل الخبرة المهنية حسب ثلاثة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيتين السابقتين.

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.469 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_1 أي أنه توجد دلالة إحصائية للاختلاف في الخدمات الصحية حسب الخبرة المهنية للموظف، وهذا يدل على أن الخبرة المهنية عامل مهم في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى بغض النظر عن نوعه.

7 – بالنسبة لمكان المستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف مكان المستشفى.

H_0: لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من الموظفين حسب مكان المستشفى.

H_1 : يعتبر مكان المستشفى بالنسبة للموظف عاملاً محدداً في تفسير الخدمات الصحية بالمستشفى.

– في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب مكان المستشفى حسب عدة أماكن، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيتين السابقتين.

لدينا من نتائج الجدول **(أنظر الملحق رقم:10)** أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_1 أي أنه توجد دلالة إحصائية للاختلاف في الخدمات الصحية حسب مكان المستشفى بالنسبة للموظف، وهذا يدل على أن مكان المستشفى يعد عامل أساسي في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- خلاصة الفصل:

من أجل إسقاط الجانب النظري على الواقع التطبيقي للبحث تم الاعتماد في هذا الفصل على أداتان ألا وهما المقابلة الموجهة للمديرين المشرفين على إدارة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، والاستبيان الموجه لفئة الموظفين العاملين فيها، بغية التعرف من خلال آرائهم ومعاملاتهم اليومية مع زوار المستشفى على إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية بالجزائر، باعتباره أحدالأساليب التسييرية الحديثة، ولأن القطاع الصحي يتسم بالأهمية من جهة، وبالكثير من الخصوصيات من جهة أخرى، بالنظر للسياسات المتبعة والنتائج المحققة وعلاقتها بالامكانات المسخرة لذلك منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، قصد الاستفادة من العلاج وفق توزيع عادل بين أفراد المجتمع عبر جهات الوطن المختلفة، وهذا من خلال الاهتمام بكل من الجانب القانوني والتنظيمي والجانب التمويلي والتسييري، مع ضرورة الاهتمام بالجانب الهيكلي للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر باعتبارها المكان الملائم لتطبيق نظام TQM، وهذا دون إهمال الوعي لدى القيادة العليا التي ينبغي أن تكون على دراية تامة بأهمية التغيير وتباشره بطريقة علمية من أجل أن تصل مؤسساتنا الاستشفائية إلى ما ينشده المريض من جودة في الخدمات الصحية التي تقدمها لأفراد المجتمع، الأمر الذي يترتب عنه أثراً ايجابياً داخلياً ويرفع صمعتها خارجياً ويقلص تبعيتنا في هذا المجال للعالم الخارجي، وهذا بالطبع بعد الحد أو التقليل من كل الصعوبات والعراقيل التي تواجهها المستشفيات، بما فيها تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمهنية للموظفين.

– مقدمة الفصل:

تم في هذا الفصل دراسة الجانب التطبيقي لمختلف مراحل الدراسة التطبيقية التي تم القيام بها في عينة الدراسة المتمثلة في المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة بدولة الجزائر، واصفا مختلف المراحل التي تمت فيها الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة، بالإضافة إلى عرض لمختلف النتائج المتوصل إليها انطلاقا من تحليل بيانات الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة انطلاقا من الاستبيان الموجه لفئة المرضى واختبار الفرضيات.

وقد تم التطرق في بداية هذا الفصل إلى التعريف بمجتمع وعينة الدراسة، مع إبراز خصائصها وأداة الدراسة المستخدمة والهدف منها، مع الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، وفي تحليل البيانات المتحصل عليها بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة من القطاعين العام والخاص، ومنه فقد تم تجزئة هذا الفصل في المباحث التالية:

I – مجتمع وعينة الدراسة.

II – تحليل بيانات الدراسة.

III– اختبار الفرضيات.

I – مجتمع وعينة الدراسة:

نتناول في هذا المبحث الأولي كل من المجتمع والعينة المدروسة منه، بالإضافة إلى تقديم كلا من أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة التطبيقية، مع ضرورة إبراز خصائص العينة التي طبقت عليها الدراسة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة محل الدراسة.

I – 1 – مجتمع وأداة الدراسة:

أ – مجتمع الدراسة:

بالرغم من كبر مجتمع الدراسة، والمتمثل في **عدد المرضى** في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في دولة الجزائر، ونظراً لصعوبة حصر هذه المستشفيات والعيادات في ظل عدم توفر معطيات دقيقة عنها وعن طريقة توزيعها الجغرافي غير المتجانس من حيث الحجم والتخصصات الطبية والأقسام على مستوى ولايات الوطن دون تمييز بغية التشخيص الحقيقي لموضوع الجودة في القطاع الصحي من وجهة نظر المرضى في هذه المؤسسات الاستشفائية.

وقد اقتصرنا في هذه الدراسة التطبيقية على اختيار ثلاث مؤسسات استشفائية دون التمييز بين العامة والخاصة في خمس جهات من الوطن، وقد حاولنا أن يكون هناك شبه توازن في عدد المستشفيات، وقد سبق توضيح ذلك في الجدول رقم(1.3) في الفصل الثالث الذي يوضح انتشار المستشفيات عينة الدراسة عبر الوطن.

ب – عينة الدراسة:

إن العينة المعتمدة في الدراسة هي:**عينة عنقودية** وتم توزيعها عبر مستشفيات التراب الوطني (دولة الجزائر) وفق محتويات الجدول رقم(1.3) المشار إليه في الفصل الثالث، وعند اختيار عينة الدراسة تم مراعاة عدة جوانب من أهمها الآتي:

- علاقة المريض بالمستشفى محل الدراسة قد تكون داخلية (سريرية) أو خارجية.
- عدم التمييز بين التركيبة البشرية المعنية بالدراسة للمصالح الموجودة في المستشفيات عينة الدراسة.
- عدم التمييز في الاختيار بين المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، ويعود الاقتصار على اختيار البعض منها من جهات الوطن لأن بعضها وافقت على الدراسة والبعض الآخر رفضها جملة وتفصيلا، وأكثر الرافضين للدراسة كانت من العيادات الخاصة التي تتوخى السرية في نشاطها.
- عدم التمييز بين المصالح داخل المستشفى باعتبار كل المصالح تقدم خدمات طبية أساسية لطالبيها من المرضى بغض النظر عن علاقتهم بالمستشفى.

جـ – أداة الدراسة:

توجد أداة واحدة تم الاعتماد عليها في الدراسة التطبيقية في هذا الفصل وهي:الاستبيان.

– الاستبيان:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسة لجمع البيانات الأولية لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف

الدراسة واختبار فرضياتها فقد تم بناء الاستبيان بالاعتماد على الإطار النظري للدراسة والذي خصص لفئة المرضى المتعاملين مع المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة بغرض التعرف على علاقتهم بالمستشفى سواء أكانت علاقة داخلية (سريرية) أم خارجية بناءاً على الخدمات الطبية التي يطلبها المريض، وقد تم الاقتصار على الاستبيان لصعوبة القيام بالمقابلة مع المرضى في المستشفيات عينة الدراسة، وقد قسم الاستبيان إلى ثلاثة أقسام أحدها خصص للمعلومات الشخصية للمريض، والقسم الثاني تضمن ثلاثة وعشرين سؤالاً مغلقاً، إذ إن هذه الأسئلة تتمحور حول سبعة محاور، فيما خصص القسم الثالث لقياس درجات ولاء المرضى للمستشفى الذي تربطه به علاقة ضمن أثنى عشر سؤالاً التي تتمحور حول ثلاثة محاور **(أنظر الملحق رقم:11)**.

د – صدق أداة الدراسة:

من أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحث بعرض الاستبيان الموجه لفئة المرضى على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم ستة عشر محكما متخصصا في مجال الإدارة والتسويق والجودة، وستة من الأطباء المتخصصين في الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، للتأكد من سلامة صياغة العبارات من ناحية ومدى مناسبتها للمجال المراد، وقد أدرج الباحث أسماء هؤلاء المحكمين في الملحق رقم:03، هذا وقد تم الأخذ بمختلف ملاحظاتهم واقتراحاتهم القيمة للتعرف على مدى تناسق العبارات حتى يظهر الاستبيان في أحسن صورة في شكله النهائي مقارنة عما كان عليه في بداية الدراسة.

هـ – أثبات أداة الدراسة:

سنحاول هنا تحليل محاور وأقسام الاستبيان الموجه لفئة المرضى، انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من برنامج spss $_{v22}$ **(أنظر الملحق رقم:12)**، وهذا التحليل يفند أو يؤيد الفرضيات التي بني عليها الاستبيان، ويأتي ذلك بعد اختبار ثبات وصدق أسئلة الاستبيان.

– الجدول رقم(1.4): ثبات الأداة ومؤشر الصدق لمتغيرات الدراسة الرئيسية

الترتيب	المتغيرات الرئيسية	عدد عبارات المتغير	معامل الثبات (ألفاα)	مؤشر الصدق (الثقة)
01	الملموسية	03	0.437	0.66
02	الاعتمادية	03	0.470	0.68
03	الاستجابة	03	0.852	0.92
04	التوكيد (الثقة)	03	0.761	0.87
05	التعاطف	03	0.784	0.88
06	جوهر الخدمة	05	0.796	0.89
المستوى العام			**0.8836**	**0.94**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss $_{v22}$.

يتضح لنا من الجدول أعلاه الخاص بنتائج اختبار ثبات وصدق الاستبيان الموزع على عينة الدراسة من المرضى، إذ استعملنا معامل الثبات كرونباخ ألفا cronbach's Alpha، الذي يعد من أفضل

المقاييس التي تستعمل في برنامج spss وذلك لاختبار صدق وثبات الاستبيان فيه، إذ لاحظنا بعدما قمنا بالحساب أن المتغير الثالث الاستجابة لأسئلة الاستبيان قد حصل على أكبر معامل ثبات وصدق، فيما تلاه كل من المتغير السادس والخامس والرابع والثاني والأول على الترتيب، وبما أن معامل الثبات قدر بـ: (88.36%) لجميع محاور الاستبيان وهو مرتفع، مما يدل على قوة وثبات وصدق أسئلة الاستبيان، وبالنسبة لمعامل صدق الاستبيان فقد قمنا بجذر معامل كرونباخ ألفا إذ حصلنا على (94%)، كما يدل هذا أيضا على أن معامل الصدق مرتفع جداً، مع العلم أن النسبة المقبولة في دراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية تقدرة بـ:60%، وبما أن كل من معامل الصدق والثبات قد تجاوزت قيمتاهما70% و80% على التوالي فإن هذا يدل على قوة وثبات وصدق أسئلة الاستبيان.

أما بخصوص الضعف الملاحظ في معامل الثبات (ألفاα) للمتغيرات الرئيسية المتمثلة في عنصري الملموسية والاعتمادية التي تقدر نسبة كل واحدة منها بأقل من النسبة المقبولة في العلوم الاجتماعية والإنسانية والتي تقدر بـ:60% فهذا يعود لعدة أسباب من أهمها:

- عدم الفهم الجيد للعبارات المقترحة في الاستبيان بالنسبة لمتغيري الاستجابة والاعتمادية.
- إمكانية أن يكون هناك عناصر مطروحة فكرتها عامة فيما يخص المتغيرين المدروسين وهما: الاستجابة والاعتمادية.
- تضارب أراء المستجوبين في بعض العناصر وهذا من شأنه أن يضعف من معامل الثبات.
- اختلاف مستويات المستجوبين يؤثر على ثبات الأداة المستخدمة.
- تباين العناصر المطروحة في الاستبيان تنقص من قيمة معاملات الارتباط الجزئية بين العناصر المستخدمة في حساب معامل ألفا كرونباخ.

و - الأساليب الإحصائية المستخدمة:

للقيام بعمليات التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات الدراسة التطبيقية استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي (spss) وفق النسخة 22 باستخدام الحاسب الآلي وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

1 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (النسب المئوية والتكرارات) للمعلومات الشخصية.

2 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) للمتغيرات الرئيسية والمتغيرات التابعة لكل متغير من المتغيرات الرئيسة.

3 - اختبار فروق المتوسطات Independent – t – test (t)، للمقارنة بين متوسط الإجابات في كلا القطاعين عند مستوى الدلالة (0.05).

4 - تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الفرعية الموجودة في الاستبيان بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الفرعية.

5 - تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الرئيسية لفئات عينة البحث بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الرئيسية.

6 – استخدام معادلة كرونباخ ألفا (cronbach's Alpha) لقياس درجة الثقة.

7 – معامل ارتباط بيرسون لقياس قوة الارتباط بين المتغير المستقل(أبعاد الجودة) والمتغير التابع للخدمات الصحية.

I – 2 – خصائص عينة الدراسة:

تم توزيع سبعين(70) استبيانا على جميع المرضى على مستوى بعض المصالح الموجودة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، وثمانين(80) استبيانا على جميع المرضى على مستوى المصالح الموجودة في العيادات الخاصة.

وقد تم استرجاع سبعة وخمسين(57) استبيانا من المؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بنسبة استرجاع (81.43%) منها واحد وخمسون(51) مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، أما بالنسبة للعيادات الخاصة محل الدراسة، فقد تم استرجاع اثني وسبعون(72)استبيانا وذلك بنسبة استرجاع إجمالية قدرت بـ:(90%)، منها:تسعة وستون(69)استبيانا مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، والجدول الموالي يوضح عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع على مستوى كل قطاع من القطاعات المدروسة.

– **الجدول رقم(2.4): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والمستوفاة للشروط على مستوى كل قطاع**

المستشفيات العامة									العيادات الخاصة								
اسم المستشفى	الولاية	الرمز	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع (%)	عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط	عدد الاستبيانات الضائعة	عدد الاستبيانات الملغاة	اسم العيادة	الولاية	الرمز	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع (%)	عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط	عدد الاستبيانات الضائعة	عدد الاستبيانات الملغاة
سيدي عقبة	بسكرة	01	10	08	80	06	02	02	الضياء	ورقلة	02	10	10	100	10	00	00
الإخوة رحماني	النعامة	04	10	06	60	04	04	02	الواحات	غرداية	03	10	09	90	09	01	00
ابن سيناء	أدرار	05	10	09	90	08	01	01	عباد	وهران	07	10	09	90	09	01	00
ملوي ايدابير	تمنراست	06	10	10	100	10	00	00	ملياني	معسكر	08	10	09	90	08	01	01
الأمومة والطفولة (الباز)	سطيف	12	10	08	80	08	02	00	المكرة	سيدي بلعباس	09	10	09	90	09	01	00
الثنية	بومرداس	14	10	08	80	07	02	01	ابن سيناء	باتنة	10	10	08	80	06	02	02
فرانس فانون	البليدة	15	10	08	80	08	02	00	الفارابي	عنابة	11	10	09	90	09	01	00
/	/	/	/	/	/	/	/	/	رفاق الفتح	الجزائر	13	10	09	90	09	01	00
المجموع			**70**	**57**	**81.43**	**51**	**13**	**06**	**المجموع**			**80**	**72**	**90**	**69**	**08**	**03**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* انطلاقا من الجدول أعلاه يتضح لنا ما يلي:

1– عدد الاستبيانات الموزعة على مستوى العيادات الخاصة يفوق عدد الاستبيانات الموزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية.

2- إجمالي عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط قدر بـ: مائة وعشرين(120)استبيانا منها:واحد وخمسون(51)استبيانا بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية، وتسعة وستون(69)استبيانا بالنسبة للعيادات الخاصة.

3- نسبة استرجاع الاستبيانات الموزعة على مستوى العيادات الخاصة قدرت بـ: (90%)، وهي بذلك أفضل من تلك المسترجعة من المؤسسات الاستشفائية العمومية التي قدرت بـ:(81.43%)، وهذا بالرغم الاختلاف البسيط في عدد الاستبيانات الموزعة بين القطاعين، وبالرغم من أن كلا النسبتين تعدان جيدتين.

4- بلغت أعلى نسبة استرجاع على مستوى المؤسسات الاستشفائية العامة لدى مستشفى ملوي ايدابير بولاية تمنراست بنسبة 100%، أما على مستوى العيادات الخاصة فبلغت نسبة الاسترجاع ذاتها (100%) بعيادة الضياء بولاية ورقلة.

5- النسبة العالية للاستبيانات المملوءة بشكل صحيح بلغ في شكله الإجمالي بين مستشفيات القطاعين (80%) وهذا يدل على قبول المرضى للاستبيان، وعلى طريقة صياغة الأسئلة وسهولة فهمها، ويمكن توضيح طريقة حساب النسبة السابقة على النحو التالي:

* نسبة الاستبيانات المقبولة في مستشفيات القطاع العام هي : $\frac{51}{70} = \%72.86$

* نسبة الاستبيانات المقبولة في العيادات الخاصة هي : $\frac{69}{80} = \%86.25$

* نسبة الاستبيانات المقبولة في القطاعين معا هي : $\frac{(69+51)}{(80+70)} = \frac{120}{150} = \%80$

* نسبة الاستبيانات المرفوضة في مستشفيات القطاع العام هي : $\frac{(51-70)}{70} = \frac{19}{70} = \%27.14$

* نسبة الاستبيانات المرفوضة في العيادات الخاصة هي : $\frac{(69-80)}{80} = \frac{11}{80} = \%13.75$

* نسبة الاستبيانات المرفوضة في القطاعين معا هي : $\frac{(69-80)+(51-70)}{(80+70)} = \frac{(11+19)}{150} = \frac{30}{150} = \%20$

$\%100 - \%80 = \%20\%$:

* يمكننا تفصيل معطيات الجدول السابق، حسب بعض المرضى وفقا للمصالح التي أجريت فيها الدراسة بالنسبة لكل مستشفيات القطاع العام والخاص ولكل قطاع على حده، وفق معطيات الجداول الموالية:

– الجدول رقم (3.4): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى مستشفيات القطاع الحكومي

اسم المستشفى	مصلحة الاستعجالات			مصلحة الطب الداخلي رجال			مصلحة جراحة العظام			مصلحة الأشعة			مصلحة التحاليل الطبية		
	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)
سيدي عقبة (بسكرة)	/	/	/	04	03	75	/	/	/	02	02	100	04	03	75
الإخوة رحماني (النعامة)	02	02	100	03	02	66.67	03	01	33.34	02	01	50	/	/	/
ابن سيناء (أدرار)	01	01	100	03	03	100	03	02	66.67	/	/	/	03	03	100
ملوي ايدابير (تمنراست)	03	03	100	/	/	/	02	02	100	02	02	100	03	03	100
الأمومة والطفولة الباز (سطيف)	02	01	50	03	03	100	/	/	/	02	02	100	03	02	66.67
الثنية (بومرداس)	/	/	/	03	02	66.67	03	02	66.67	02	02	100	02	02	100
فرانس فانون (البليدة)	01	01	100	/	/	/	02	02	100	03	03	100	04	02	50
المجموع	**09**	**08**	**88.89**	**16**	**13**	**81.25**	**13**	**09**	**69.23**	**13**	**12**	**92.31**	**19**	**15**	**78.95**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1– معظم نسب الاستبيانات المسترجعة من المصالح جيدة من المستشفيات العمومية.

2– أعلى نسبة استرجاع للاستبيانات الموزعة على عينة الدراسة (المرضى) سجلت في مصلحة الأشعة بنسبة (92.31%)، وأقلها سجلت على مستوى مصلحة جراحة العظام بنسبة (69.23%).

– الجدول رقم (4.4): عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى العيادات الخاصة

اسم العيادة	مصلحة الاشعة			مصلحة طب الأطفال			مصلحة جراحة العيون			مصلحة الجراحة بالمنظار			مصلحة الجراحة العامة			مصلحة التحاليل الطبية		
	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)	العدد الموزع	العدد المسترجع	نسبة الاسترجاع (%)
الضياء (ورقلة)	03	03	100	02	02	100	/	/	/	/	/	/	05	05	100	/	/	/
الواحات(غرداية)	04	03	75	/	/	/	02	02	100	/	/	/	/	/	/	04	04	100
عباد (وهران)	02	02	100	/	/	/	/	/	/	03	03	100	05	04	80	/	/	/
ملياني (معسكر)	03	03	100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	03	03	100	04	03	75
المكرة (سيدي بلعباس)	06	05	83.34	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	04	04	100
ابن سيناء (باتنة)	/	/	/	03	02	66.67	03	03	100	/	/	/	04	03	75	/	/	/
الفارابي (عنابة)	/	/	/	04	04	100	/	/	/	06	05	83.34	/	/	/	/	/	/
رفاق الفتح (الجزائر)	02	02	100	/	/	/	05	04	80	/	/	/	03	03	100	/	/	/
المجموع	**20**	**18**	**90**	**09**	**08**	**88.89**	**10**	**09**	**90**	**09**	**08**	**88.89**	**20**	**18**	**90**	**12**	**11**	**91.67**

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1– معظم نسب الاستبيانات المسترجعة من المصالح جيدة من العيادات الخاصة.

2– أعلى نسبة استرجاع للاستبيانات الموزعة على عينة الدراسة (المرضى) سجلت في مصلحة التحاليل الطبية بنسبة:(91.67%)، وأقلها سجلت على مستوى مصلحتي طب الأطفال والجراحة بالمنظار بنسبة: (88.89%) على التوالي، وقد يعود ذلك لعدة صعوبات تمنع من الوصول إلى المرضى من أهمها:

أ- في بعض الحالات أن الحالة الصحية للمريض لا تسمح بذلك.

ب- أن التعليمات تحد من تنقل كل دخيل على المصلحة مهما كانت الأسباب، وهذا في إطار تطبيق التعليمات القانونية.

جـ- أوقات الزيارات محددة بدقة خاصة في العيادات الخاصة التي تقتصر على زائرين من ذوي المريض ومرفوضة في أوقات العمل.

د- أثناء توقيت العمل يكون المريض محل تشخيص من قبل الطبيب المعالج، إضافة للأشعة والتحاليل الطبية، ناهيك عن متابعة الممرض للمريض من خلال الوصفة المقدمة له من قبل الطبيب المعالج.

وبعد تفحصنا لجميع الاستبيانات المسترجعة على مستوى العيادات الخاصة والمستشفيات العامة تبين أن بعضها من الواجب إلغاؤه لعدم استيفائها لشروط التحليل الإحصائي لعدة أسباب كنقص المعلومات أو تكرار الإجابات...إلخ، والجدول الموالي يوضح لنا عدد الاستبيانات الملغاة بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة.

- الجدول رقم (5.4): عدد الاستبيانات الملغاة على مستوى مستشفيات كل قطاع

المستشفيات العامة				العيادات الخاصة			
اسم المستشفى	عدد الاستبيانات المسترجعة	عدد الاستبيانات الملغاة	النسبة المئوية (%)	اسم العيادة	عدد الاستبيانات المسترجعة	عدد الاستبيانات الملغاة	النسبة المئوية (%)
سيدي عقبة (بسكرة)	08	04	50	الضياء (ورقلة)	10	00	00
الإخوة رحماني (النعامة)	06	06	100	الواحات (غرداية)	09	01	11.11
ابن سيناء (أدرار)	09	02	22.22	عباد (وهران)	09	01	11.11
ملوي ايدابير (تمنراست)	10	00	00	ملياني (معسكر)	09	02	22.22
الأمومة والطفولة الباز (سطيف)	08	02	25	المكرة (سيدي بلعباس)	09	01	11.11
الثنية (بومرداس)	08	03	37.50	ابن سيناء (باتنة)	08	04	50
فرانس فانون (البليدة)	08	02	25	الفارابي (عنابة)	09	01	11.11
/	/	/	/	رفاق الفتح (الجزائر)	09	01	11.11
المجموع	**57**	**19**	**33.34**	**المجموع**	**72**	**11**	**15.27**

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

- **ملاحظة:**

عدد الاستبيانات الملغاة: تتضمن كل من الاستبيانات الضائعة وغير المستوفاة للشروط؛ حيث:

عدد الاستبيانات المسترجعة ≠ عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة إلغاء الاستبيانات المسترجعة كانت أقل في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العمومية؛ حيث بلغت:15.27% في العيادات الخاصة، فيما بلغت بالمستشفيات لعمومية نسبة:33.34%.

2- النظام الداخلي للمستشفى وتحديدا العيادات الخاصة يحد من التنقل داخل المصالح لكل دخيل عنه.

3- يمنع إداريا على كل شخص زيارة المرضى خارج أوقات الزيارات المحددة.

I – 3 – معلومات شخصية عن عينة الدراسة:

يتم في هذا المجال تحليل المعلومات الشخصية للجزء الأول من الاستبيان الخاص بفئة المرضى المبحوثين في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر(**أنظر الملحق رقم:13**) وفق التحليل التالي:

1- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة المرضى عينة الدراسة بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة، حسب متغير الجنس كما يلي:

- الجدول رقم (6.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
ذكور	27	52.94	39	56.52	66	55
إناث	24	47.06	30	43.48	54	45
المجموع	**51**	**100**	**69**	**100**	**120**	**100**

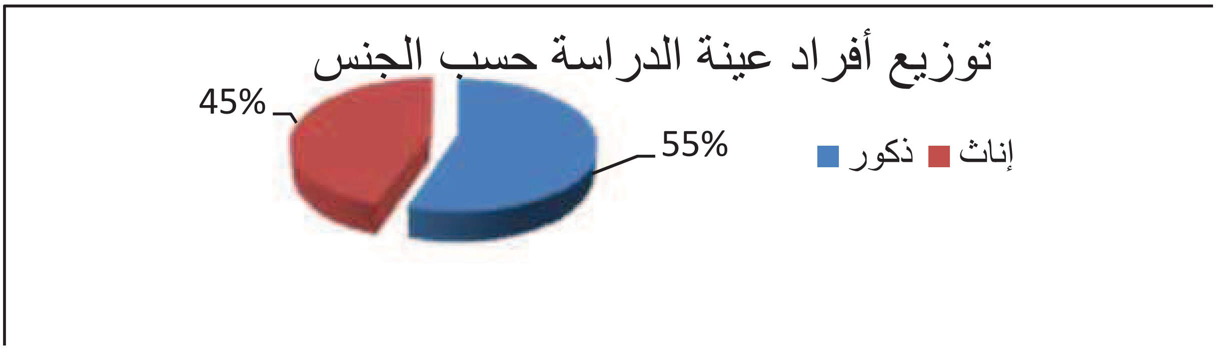
- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة الذكور جاءت في المرتبة الأولى بنسبة 55% والتي تمثل ستة وستين(66) فرداً من أفراد عينة الدراسة وهي أكبر من نسبة الإناث، ونجدها تتوزع بنسب متفاوتة على مستوى القطاعين كما يلي: 52.94% بالنسبة لمستشفيات القطاع العمومي، و56.52% بالنسبة للعيادات الخاصة.

2- أن نسبة الإناث جاءت في الرتبة الثانية بنسبة 45% على مستوى القطاعين معاً، وتتوزع كما يلي: 47.06% بالنسبة لمستشفيات القطاع الحكومي، و43.48% بالنسبة للعيادات الخاصة، ويمكن توضيح ما سبق من خلال الشكل التالي:

- الشكل رقم (1.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس



- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر:

يوضح الجدول الموالي توزيع المرضى بالمستشفيات العمومية والعيادات الخاصة، حسب متغير العمر:

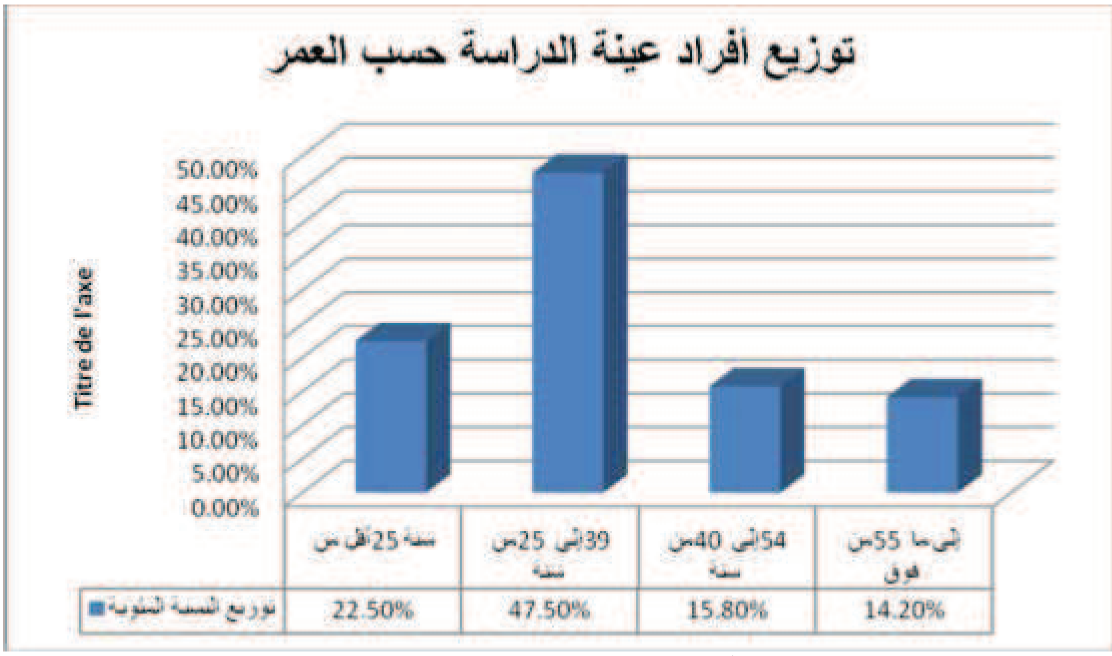
- الجدول رقم (7.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

العمر	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
أقل من 25 سنة	20	39.21	07	10.14	27	22.50
25 وأقل من 40 سنة	17	33.34	40	57.97	57	47.50
40 وأقل من 55 سنة	10	19.61	09	13.04	19	15.80
من 55 إلى ما فوق	04	07.84	13	18.84	17	14.20
المجموع	**51**	**100**	**69**	**100**	**120**	**100**

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية؛ حيث يلاحظ أن معظم أفراد العينة هم من فئة [25 – 40] بنسبة 47.50% والمقدر عددهم سبعة وخمسين(57) مريض على مستوى القطاعين العام والخاص معاً وهي موزعة بنسب متفاوتة بالنسبة لكل قطاع، تليها من حيث الترتيب الفئة العمرية [0 – 24] بنسبة 22.50% والمقدر عددهم سبعة وعشرين(27) مريضٍ من عينة الدراسة مجتمعةً، تليها الفئة العمرية [40 – 54] بنسبة 15.80% والمقدر عددهم تسعة عشر(19) مريض في القطاعين، وأخيراً الفئة العمرية [55 إلى ما فوق] بنسبة 14.20% والمقدر عددهم سبعة عشر(17) مريضا في القطاعين، ويمكن توضيح ما سبق بيانيا وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (2.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر



- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

3- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى:

يوضح الجدول الموالي توزيع أفراد عينة الدراسة من المرضى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة، حسب متغير علاقة المريض بالمستشفى كما يلي:

- الجدول رقم (8.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى

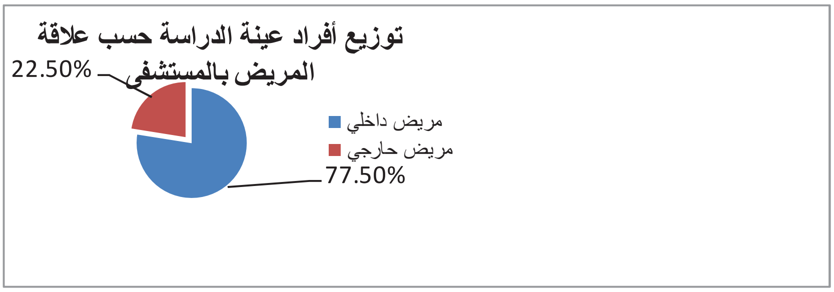
علاقة المريض بالمستشفى	مستشفيات القطاع العام		العيادات الخاصة		مجموع التكرارات	النسبة المئوية
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية		
مريض داخلي	41	80.39	52	75.36	93	77.50
مريض حارجي	10	19.61	17	24.64	27	22.50
المجموع	**51**	**100**	**69**	**100**	**120**	**100**

- **المصدر**: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

* يتضح من الجدول أعلاه الآتي:فيما يخص علاقة المريض بالمستشفى فيتضح لنا من الجدول أعلاه أن ثلاثة وتسعين(93) من أفراد العينة بما يعادل نسبة 77.50% هم مرضى داخليين، أما الباقي الذي يقدر عددهم بـ: سبعة وعشرين(27) مريض من العينة المبحوثة هم مرضى خارجيون أي ما يعادل نسبة 22.50%، وأن طبيعة الإقامة في أقسام المستشفيات بنوعيها العامة والخاصة تحدد في صفة المريض الداخلي، والطارئة تحدد في صفة المريض الخارجي، وهذا من شأنه أن يمكننا من التمييز بين الخدمات الطبية الطارئة غير المبرمجة (22.50%) التي تقدم للمريض الخارجي القاصد للعلاج في المستشفى، ومبرمجة أي مخطط لها(77.50%)، وهنا لا تبدأ عملية تقديم الخدمات بمجرد الاتصال الأول وإنما يجب على المريض التنسيق مع المستشفى حول إمكانية القبول وموعده، ويظهر ذلك بالعيادات الخاصة.

تشير النسب التي يظهرها الجدول السابق إلى أن معظم الخدمات المقدمة التي تتطلب مكوث المرضى في المستشفى هي من النوع الذي يتم التخطيط له مسبقا، مما يعني قدرة المستشفى على توفيق الموارد المتاحة (بشرية، مالية، مادية) مع الخدمات المطلوبة، ومن ثم الخروج بنتائج وصورة ايجابية للخدمات الصحية المقدمة لطالبيها، ويمكن توضيح ما سبق وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (3.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى



- **المصدر**: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

II - المعالجة الإحصائية للبيانات:

للقيام بعمليات التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات هذه الدراسة استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي "spss" وفق الطبعة 22، وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- التوزيعات التكرارية، والنسب المئوية؛
- المتوسطات الحسابية؛
- اختبار الانحدار والارتباط؛

وقد تم استخدام مقياس "ليكرت الخماسي likert scale"، وذلك بغية الإجابة على فقرات الاستبيان بناءاً على القيم التي يوضحها الجدول الموالي:

- **الجدول رقم (9.4): مقياس ليكرت الخماسي المعتمد**

درجة الموافقة				
موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
5	4	3	2	1

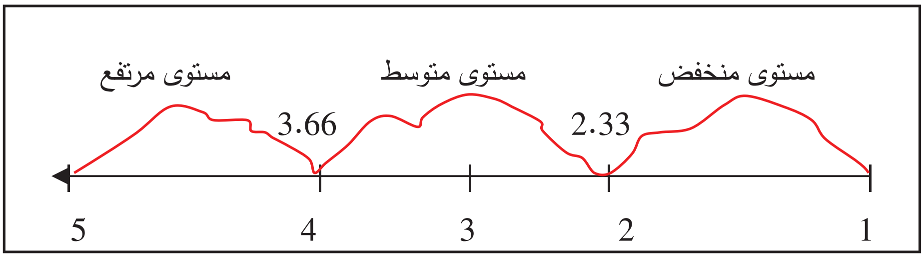
- الأهمية النسبية لوحدات القياس على سلم "ليكرت" ذو خمس درجات، التي تم تحديدها كما يلي:

$$\text{الأهمية النسبية} = \frac{\text{الحد الأعلى للبديل} - \text{الحد الأدنى للبديل}}{\text{عدد مستويات القياس}}$$

$$\Leftarrow \text{الأهمية النسبية} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

ومنه يقسم مدى القياس إلى ثلاثة مستويات بمقدار 1.33 للمستوى، كما هو مبين في الشكل أدناه:

- **الشكل رقم (4.4):مستويات سلم القياس لعبارات الاستبيان:**



- **المصدر:** من إعداد الباحث على ضوء معطيات الحساب السابق.

يتم بعد ذلك حساب المتوسط الحسابي(المتوسط المرجع)، ثم يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط كما يلي:

- المستوى المنخفض: من 1 إلى 2.33؛
- المستوى المتوسط: من 2.34 إلى 3.66؛
- المستوى المرتفع: من 3.67 إلى 5.00.

ولقد تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري، لوصف إجابات عينة الدراسة من كلا القطاعين على نحو ما جاء في فقرات القسم الثاني والثالث من محاور الاستبيان الموالية، أما فيما يخص توزيع

المرضى حسب أسباب اختيار العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة، فقد جاءت درجات الموافقة وفق تكرارات متباينة حسب آراء المبحوثين من المرضى **(أنظر الملحق رقم:14)**، ويمكن تلخيصها في الجدول الموالي:

- الجدول رقم(10.4): وصف العينة حسب أسباب اختيار العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية

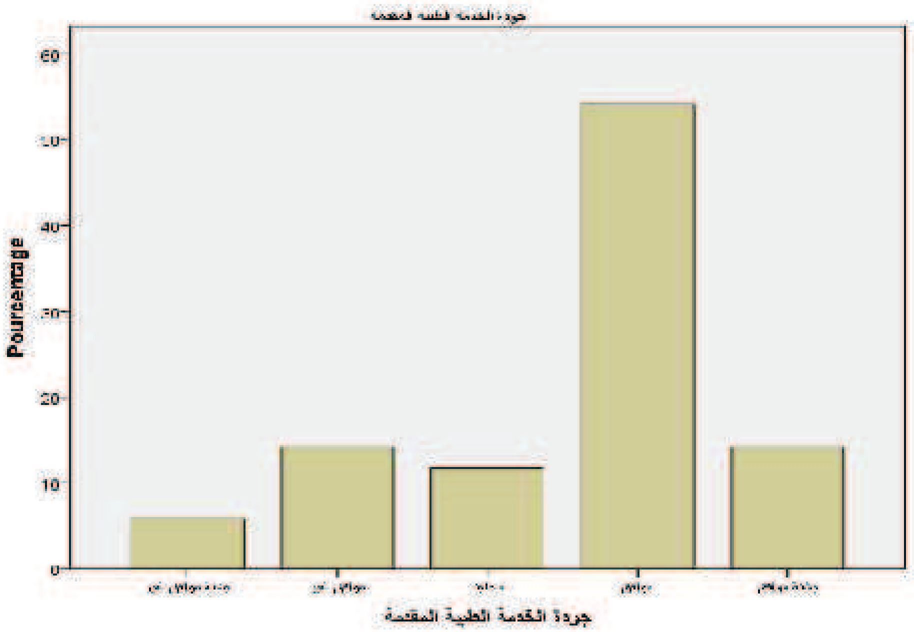
رقم العبارة	العبـــــــــارة	درجة الموافقة	التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
01	جودة الخدمة الطبية المقدمة.	موافق بشدة	17	14.20	3.57	1.08
		موافق	65	54.20		
		محايد	14	11.70		
		غير موافق	17	14.20		
		غير موافق بشدة	07	5.80		
	المجموع		**120**	**100**		
02	مجانية الخدمة الطبية المقدمة.	موافق بشدة	39	32.50	4.03	1.04
		موافق	65	54.20		
		محايد	03	2.50		
		غير موافق	06	5.00		
		غير موافق بشدة	07	5.80		
	المجموع		**120**	**100**		
03	عدم قدرة المستشفيات المجاورة على تقديم الخدمة المطلوبة.	موافق بشدة	25	20.80	3.42	1.25
		موافق	44	36.70		
		محايد	17	14.20		
		غير موافق	24	20.00		
		غير موافق بشدة	10	8.30		
	المجموع		**120**	**100**		

- المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يتضح من الجدول أعلاه أن 68.40% من مرضى العينة اختاروا المستشفيات المعنية بالدراسة لجودة الخدمة الطبية المقدمة بها، و86.70% اختاروها لمجانية الخدمة الطبية المقدمة وهذا ما يظهر جليا في مستشفيات القطاع العام، وما نسبته 57.50% اختاروا المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في كل جهة من جهات الوطن المعنية المختارة لعدم قدرة المؤسسات الاستشفائية المجاورة على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة من قبل المرضى ومرافقيهم.

كما يمكن توضيح أسباب العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة من خلال الأشكال الموالية؛ حيث وضعنا لكل سبب شكل يوضحه، وذلك وفق الآتي:

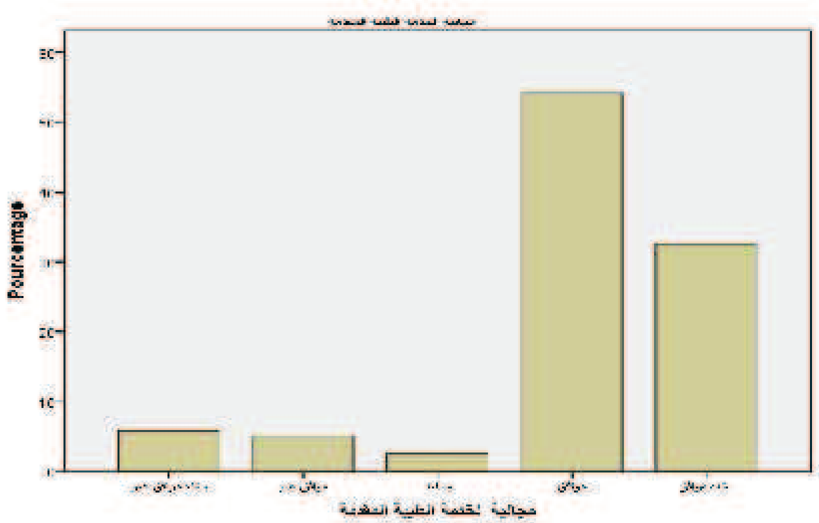
– **الشكل رقم(5.4): جودة الخدمة الطبية المقدمة**



– **المصدر:** من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج spss.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن النسبة الأكبر من المرضى اختاروا المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة لجودة الخدمة الطبية التي تقدمها لهم بالمقارنة مع المؤسسات الاستشفائية الأخرى.

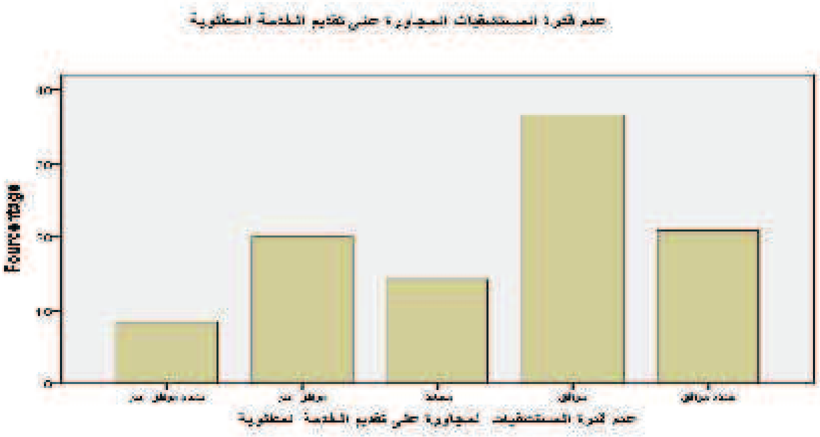
– **الشكل رقم(6.4): مجانية الخدمة الطبية المقدمة**



– **المصدر:** من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج spss.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن النسبة الأكبر من المرضى يفضلون المؤسسات الاستشفائية العامة عينة الدراسة لاعتبار أن الخدمات الطبية التي تقدمها للمرضى عادة ما تكون مجانية، وبعضها الأخر بأسعار رمزية مقارنة بالقيمة المادية للخدمة، وهذا من شأنه ألا يرهق المريض ماديا مقارنة بما تقدمه العيادات الخاصة.

– **الشكل رقم(7.4): عدم قدرة المستشفيات المجاورة على تقديم الخدمة المطلوبة**



– **المصدر:** من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج spss.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن أغلبية المرضى يفضلون العلاج في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالنظر لعدم قدرة المؤسسات الاستشفائية المجاورة لهم على تقديم الخدمات الصحية التي ينشدونها، حتى لو كلفهم ذلك عناء السفر وقطع المسافات البعيدة، وهذا ما ينطبق على سكان الجنوب في تنقلاتهم للمستشفيات المتواجدة في الشمال الجزائري.

II – 1– تقييم جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة بالجزائر من قبل المرضى:

لتحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر، استعان الباحث بتقييم العبارات المتعلقة بأبعاد الجودة، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية للإجابات، والانحرافات المعيارية، وأهمية الفقرة، من خلال جوانب الجودة في الخدمات المقدمة، التي تضمنها القسم الثاني من الاستبيان **(أنظر الملحق رقم:15).**

II – 1 – 1– تقييم بعد الملموسية:

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات (04، 05، 06)، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

– **الجدول رقم(11.4): تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في الجزائر من خلال بعد الملموسية**

رقم العبارة	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
04	المظهر الداخلي والخارجي للمستشفى الذي أتعامل معه جذاب وملائم.	3.20	1.16	متوسطة	16
05	قاعات الاستقبال واسعة ومكيفة وتحتوي على أحدث الأجهزة لتقديم الخدمات الطبية.	3.18	2.13	متوسطة	17
06	يعتني مقدمو الخدمة بمظهرهم الخارجي.	3.60	1.12	متوسطة	07
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الملموسية	**3.33**	**1.63**	**متوسطة**	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يتضح من الجدول السابق، أن مستوى جودة بعد الملموسية في خدمات المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، بمتوسط حسابي قدر بـ :(3.33) وبانحراف معياري (1.63)؛ حيث تراوحت المتوسطات الحسابية للعبارات الواردة فيها ما بين (3.18) كأدنى متوسط حسابي و(3.60) كأعلى متوسط حسابي، إذ جاءت العبارتان رقم:(04) و(05) في مرتبتين متقاربتين، بينما العبارة رقم(6) فجاءت قبلهما من حيث الترتيب حيث وقعت في المرتبة رقم: (7) وهي بذلك بعيدة من حيث الترتيب على العبارتين رقم:(04) و(05) السابقتين، وعن وجود العبارتين الأخيرتين في مراتب متأخرة حسب إجابات المبحوثين يؤكد على أن المظهر الداخلي والخارجي للمستشفيات المتعامل معها غير ملائم، إضافة إلى أن قاعات الاستقبال قد تكون غير مهيئة بالشكل الكافي لاستقبال المرضى، وقد تكون غير متوفرة على ظروف الراحة التي تجعلها محل استقبال جيد للمرضى ومرافقيهم.

II – 1 – 2– تقييم بعد الاعتمادية:

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات الثلاثة (07، 08، 09)، وفق معطيات الجدول التالي:

– الجدول رقم(12.4):تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في الجزائر من خلال بعد الاعتمادية

رقم العبارة	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
07	تتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجاتي ورغباتي.	3.66	3.02	متوسطة	04
08	يحرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.	3.50	1.24	متوسطة	10
09	حينما تواجهني مشكلة صحية فإن الممرضين يظهرون الاهتمام الصادق بحلها.	3.63	1.20	متوسطة	05
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الاعتمادية	**3.60**	**1.82**	**متوسطة**	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يتضح لنا من معطيات الجدول أعلاه، أن مستوى الجودة المدركة لبعد الاعتمادية في خدمات المؤسسات الاستشفائية الصحية العامة والخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، وبمتوسط حسابي عام مقداره (3.60) وبانحراف معياري عام (1.82)؛ حيث كانت المتوسطات الحسابية متقاربة، والانحرافات المعيارية أيضا باستثناء العبارة رقم:(07)، وأن أدنى متوسط حسابي (3.50) للفقرة رقم:(08) وأعلى متوسط حسابي (3.66) للفقرة رقم:(07)، كما جاءت العبارتان رقم:(07) و(09) في مرتبتين متقاربتين، بينما العبارة رقم:(08) فجاءت بعدهما ووقعت في المرتبة رقم:(10) وهذا ما يؤكد على وجود أخطاء في تقديم الخدمات الطبية وما ينجم عنها من آثار سلبية تجاه المرضى.

II – 1 – 3– تقييم بعد الاستجابة:

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات الثلاثة (10،11، 12)، وفق ما يوضحه الجدول التالي:

- الجدول رقم(13.4):تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المستشفيات من خلال بعد الاستجابة

رقم العبارة	العبـــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
10	يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى.	3.61	1.19	متوسطة	06
11	الموظفون (أطباء، ممرضون) يعلمون المرضى بدقة عن مواعيد تقديم العلاج.	3.57	1.12	متوسطة	08
12	موظفو المستشفى لا يتأخرون عن تلبية الطلبات الفورية للمرضى.	3.45	1.17	متوسطة	14
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الاستجابة	**3.54**	**1.16**	**متوسطة**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

توضح معطيات الجدول أعلاه، إلى أن مستوى الجودة المدركة لبعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، إذ قدر المتوسط الحسابي العام (3.54) وبانحراف معياري (1.16)؛ حيث كانت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية متقاربة فيما بينها، أما رتبها فجاءت متباعدة، وأعلى متوسط حسابي بلغ (3.61) للفقرة رقم:(10)، وأدنى متوسط حسابي بلغ (3.45) للفقرة رقم:(12) التي ترتيبها متأخر بالمقارنة بالعبارات الأخرى، وهذا ما يفسر وجود تأخر وعدم احترام الموظفين لمواعيدهم اتجاه المرضى، مما ينجم عنه تأخر في تقديم العلاج.

II - 1 - 4- تقييم بعد الموثوقية:

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات (13، 14، 15)، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

- الجدول رقم(14.4):تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المستشفيات من خلال بعد الموثوقية

رقم العبارة	العبـــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
13	أشعر بالأمان في تعاملي مع عمال المستشفى.	3.53	1.16	متوسطة	09
14	يتسم موظفو المستشفى بالأحاسيس الإنسانية واللباقة أثناء أدائهم للعمل.	3.53	1.21	متوسطة	09
15	توجد المعرفة الكافية لدى موظفي المستشفى للإجابة عن تساؤلاتي المطروحة.	3.46	1.11	متوسطة	13
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الموثوقية	**3.51**	**1.16**	**متوسطة**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

من معطيات الجدول أعلاه يتضح لنا أن مستوى جودة بعد الموثوقية في خدمات المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، بمتوسط حسابي(3.51)، وبانحراف معياري(1.16)، وأن أعلى متوسط حسابي بلغ (3.53) للفقرتين رقم:(13) و(14) وفي نفس الرتبة، مما يجعل المرضى يشعرون بالأمان اتجاه المؤسسة الاستشفائية والعاملين فيها بالنظر للباقة وحسن التعامل، وأن أدنى متوسط حسابي بلغ (3.46) للفقرة رقم:(15) التي جاءت في رتبة بعد العبارتين السابقتين.

II - 1 - 5- تقييم بعد التعاطف:

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات (16، 17، 18)، وفق معطيات الجدول الموالي:

- **الجدول رقم(15.4):تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المستشفيات من خلال بعد التعاطف**

رقم العبارة	العبـــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
16	أشعر أن موظفي المستشفى يبدون الاهتمام بي في تعاملهم معي.	3.49	1.13	متوسطة	11
17	أشعر أن خدمات هذا المستشفى تخدم احتياجاتي الشخصية.	3.41	1.16	متوسطة	15
18	أشعر أن تعاملي مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام.	3.48	1.04	متوسطة	12
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التعاطف		**3.46**	**1.11**	**متوسطة**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

انطلاقا من الجدول أعلاه يتضح لنا أن مستوى جودة بعد التعاطف في خدمات المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، بمتوسط حسابي عام (3.46)، وبانحراف معياري عام (1.11)؛ حيث تراوحت المتوسطات الحسابية للعبارات الواردة فيها بأدنى متوسط حسابي (3.41) للفقرة رقم:(17)، وبأعلى متوسط حسابي (3.49) للفقرة رقم:(16)، كما جاءت العبارتان رقم:(16) و(18) في مرتبتين متقاربتين، بينما العبارة رقم:(17) فقد جاءت بعدهما في المرتبة رقم:(15).

II - 1 - 6- تقييم ما يقدم من قبل المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر (جوهر الخدمة):

يتم تقييم مستوى هذا البعد من خلال العبارات (19 إلى 23)، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

-**الجدول رقم(16.4):تقييم مستوى الجودة المدركة للمستشفيات لما تقدمه من خدمات(جوهر الخدمة)**

رقم العبارة	العبـــــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
19	أسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج غير مكلفة.	3.81	1.11	مرتفعة	01
20	يوفر المستشفى لمرضاه خدمات الفحص والأشعة.	3.67	1.25	مرتفعة	03
21	يوفر المستشفى الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة.	3.71	1.19	مرتفعة	02
22	يوجد بالمستشفى مراكز للتحاليل الطبية.	2.95	1.32	متوسطة	18
23	يقوم الأطباء بالمستشفى بإجراء العمليات الجراحية لمرضاهم.	3.66	1.12	متوسطة	04
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمات الطبية		**3.56**	**1.19**	**متوسطة**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

تشير معطيات الجدول السابق، إلى أن مستوى الجودة المدركة من قبل المرضى بالنظر لما تقدمه المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر من خدمات متوسطة في عمومها، بمتوسط حسابي عام مقداره (3.56)، وبانحراف معياري (1.19)؛ حيث جاءت العبارات رقم:(19، 21، 20، 23)على الترتيب في مراتب جيدة ومتوالية، وبمتوسطات حسابية وانحرافات معيارية

متقاربة فيما بينها، ما عدا العبارة رقم:(22) التي جاءت في مرتبة بعيدة ومتأخرة من حيث الترتيب وهذا ما يفسر وجود الكثير من المؤسسات الاستشفائية التي لا يتم بها إجراء التحاليل الطبية، مما يؤدي بالمرضى إلى قطع مسافات بعيدة للقيام بالتحاليل في مخابر أخرى بعيدة عن تلك التي تعود العلاج فيها.

وبناءاً على ما سبق يمكن تلخيص المستوى العام لجودة خدمات المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر حسب إدراكات المرضى من خلال الجدول التالي:

- الجدول رقم(17.4):المستوى العام لجودة خدمات بالمستشفيات المعينة بالجزائر حسب إدراكات المرضى

رقم البعد	البعـــــــد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
01	جانب الملموسية	3.33	1.63	متوسطة	06
02	جانب الاعتمادية	3.60	1.82	متوسطة	01
03	جانب الاستجابة	3.54	1.16	متوسطة	03
04	جانب الموثوقية	3.51	1.16	متوسطة	04
05	جانب التعاطف	3.46	1.11	متوسطة	05
06	جوهر الخدمة	3.56	1.19	متوسطة	02
المستوى العام لجودة خدمات المستشفى		**3.50**	**1.34**	**متوسطة**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

تؤكد معطيات الجدول أعلاه، إلى أن مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة بشكل عام في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة؛ حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية ما بين(3.33) كأدنى متوسط حسابي و(3.60) كأعلى متوسط حسابي، فقد جاء البعد الأول الخاص بجانب "الاعتمادية" في المرتبة الأولى بدرجة أهمية متوسطة، وذلك بمتوسط حسابي قدر بـ: (3.60) وبانحراف معياري(1.82)، وقد يعود ذلك إلى الجهود التي يبذلها الطاقم الطبي والإداري في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر من أجل بلوغ رضا المرضى من خلال الخدمات الصحية المقدمة لهم، والسعي قدماً نحو تحسينها بشكل دائم في مجمل الخدمات المقدمة والمدركة اتجاه طالبيها من المرضى ومرافقيهم، فيما حصل البعد رقم:(06) الخاص بجانب "الخدمات المقدمة" على المرتبة الثانية في مستوى الجودة المتعلق بجوهر الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات عينة الدراسة بالجزائر بمتوسط حسابي (3.56)، وبانحراف معياري (1.19)، أما البعد الذي جاء في المرتبة الثالثة من حيث مستوى الجودة فيتمثل في جانب "الاستجابة" بدرجة أهمية متوسطة، وذلك بمتوسط حسابي(3.54) وبانحراف معياري (1.16)، أما المراتب المتبقية فهي للأبعاد الثلاثة الباقية على التوالي: "الموثوقية"،"التعاطف"،"الملموسية" بمتوسطات حسابية متقاربة وهي على الترتيب(3.51، 3.46، 3.33).

II - 2 - قياس درجات الولاء لدى مرضى المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر:

لتحديد مستوى الولاء لدى مرضى المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة استعان الباحث بتقييم العبارات المتعلقة بولاء المرضى، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية للإجابات،

والانحرافات المعيارية، وأهمية الفقرة، التي تضمنها القسم الثالث من الاستبيان وفق الجدول التالي:

– الجدول رقم(18.4): تقييم مستوى الولاء في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر

رقم العبارة	العبـــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الرتبة
24	يتمتع المستشفى المعني بالمصداقية بالنسبة لي.	3.38	1.14	متوسطة	03
25	أشعر بالارتياح عندما أتعامل مع موظفي المستشفى المعني.	3.48	1.10	متوسطة	02
26	أرغب في البقاء كزبون دائم لدى المستشفى الذي أتعامل معه لارتياحي لنوعية الخدمات الطبية التي يقدمها.	3.22	1.18	متوسطة	06
27	أوجه أقاربي وأصدقائي لخدمات المستشفى التي تلبي احتياجاتهم.	3.33	1.09	متوسطة	05
28	أدافع عن المستشفى الذي أتعامل معه عندما ينتقده الآخرون بشكل خاطئ.	3.35	1.15	متوسطة	04
29	عند الحديث عن المستشفى الذي أتعامل معه أشعر بانتمائي لطاقمه بفخر .	3.64	4.88	متوسطة	01
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكليين لمقياس الولاء.	**3.40**	**1.76**	**متوسطة**	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

توضح بيانات الجدول أعلاه، أن مستوى ولاء المريض للمؤسسة الاستشفائية العمومية والعيادة الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسط؛ حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لعبارات جانب الولاء ما بين (3.22) و(3.64)، وبمتوسط عام (3.40)، وبانحراف معياري يقدر بـ: (1.76)، فقد جاءت العبارة رقم:(29) في المرتبة الأولى بأهمية نسبية متوسطة، وبمتوسط حسابي (3.64) وانحراف معياري (4.88)، والعبارة رقم:(25) جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.48) وانحراف معياري (1.10)، في حين جاءت في المرتبة الثالثة العبارة رقم:(24) بمتوسط حسابي (3.38) وبانحراف معياري (1.14)، ومنه نلاحظ أن العبارات الثلاثة الأولى تعبر عن الارتياح عند المريض عندما يتعامل مع المستشفى الذي يتعامل معه، أما العبارات رقم (28، 27، 26) على التوالي فقد جاءت في المراتب الموالية على الترتيب، والتي نجدها تركز أساسا على جانب الانتماء للمستشفى والدفاع عنه.

أما فيما يخص العبارتين رقم:(30) و(31) المتعلقتان بالولاء من عدمه، فقد جاءت نتائجهما كما يلي:

– الجدول رقم(19.4): تصريحات المرضى بتغيير التعامل مع الطبيب والمستشفى من عدمه

رقم العبارة	العبـــــارة	التكرارات		النسبة المئوية		مج التكرارات	مج النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		نعم	لا	نعم	لا				
30	أفكر في تغيير طبيبي الحالي.	72	48	60	40	120	100	2.76	1.46
31	أفكر في التعامل مع مستشفى آخر .	60	60	50	50	120	100	3.08	1.56

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يتضح من الجدول أعلاه أن:40% من أفراد العينة من المرضى يفضلون عدم تغيير طبيبهم الحالي (المرضى الأوفياء)، في حين نجد أن ما نسبته 60% يفضلون تغيير الطبيب الحالي بطبيب آخر، أما بخصوص التفكير في التعامل مع مستشفى آخر غير المستشفى الحالي فإن النسبة في هذا المجال جاءت متساوية وبنسبة 50%، فبعضهم يفكر في تغيير الطبيب الحالي والمستشفى معاً والبعض الأخر

يفكر في تغيير الطبيب الحالي بطبيب آخر معالج له داخل نفس المستشفى، فيما يفكر آخرون بعدم تغييرهما معا، ومن الأسباب التي تجعلهم يفكرون في ذلك يمكن ذكر أهمها في الجدول الموالي:

– الجدول رقم(20.4): الأسباب التي أدت بالمرضى إلى تغيير وجهة المستشفى

رقم العبارة	الأسبـــــــاب	التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
32	عدم وجود أطباء مختصين في حالات الأمراض المستعصية.	17	23.61	2.64	1.23
33	تباعد فترات العلاج مما يشعر المريض بالإحباط.	14	19.44	2.82	1.19
34	عدم احترام موظفي (أطباء، ممرضين) المستشفى لمواعيد العلاج.	14	19.44	2.98	1.20
35	طول فترات الانتظار تجعل المريض يصاب بالملل والتذمر.	27	37.50	2.80	1.40
	المجموع	**72**	**100**	/	/

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يتضح من معطيات الجدول أعلاه الأسباب التي من شأنها أن تجعل المريض يفكر جديا في تغيير المستشفى حتى ولو كلفه ذلك إنفاق أموال باهظة وزيارة الأطباء الذين ينشد من خلالهم الشفاء، حتى لو كانوا يعملون في مستشفيات بعيدة، مما يجعل المرضى يتحملون عناء السفر وتكاليف الإقامة، وهذا ما نلمسه بوضوح في مرضى الجنوب الجزائري عند تنقلهم للعلاج في المستشفيات المتواجدة في ولايات الشمال الجزائري، ويتأكد ذلك بصورة واضحة في السبب الأول المتعلق بعدم وجود أطباء متخصصين لعلاج بعض الأمراض المستعصية، ويعود ذلك بالأساس لسياسة التوزيع غير العادلة للمرافق الصحية والموارد البشرية وتحديدا الطاقم الطبي بين ولايات الجنوب والشمال، إضافة إلى عدم رغبة الأطباء المتخصصين للعمل بولايات الجنوب رغم المزايا المادية التي توفرها الحكومة الجزائرية.

III– اختبار فرضيات الدراسة:

بعد أن تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام مقياس ليكرت (likert scale) المكون من خمسة نقاط تراوحت بين رقم:(1) ويعبر عن عدم الموافقة المطلقة على العبارة، ورقم:(5) يعبر عن الموافقة المطلقة عليها، في حين يعبر رقم:(3) عن حياد المقياس، وفيما يلي نتائج التحليل بالنسبة لكل فرضية على حدة.

III– 1– اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: **تختلف المعايير التي يعتمد عليها المرضى في أهميتها النسبية عند تقييمهم لجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة في الجزائر.**

يتضح لنا من معطيات الجدول رقم (17.4)، الذي يوضح المستوى العام لجودة الخدمات الصحية حسب إدراكات المرضى، أن المتوسطات الحسابية لأبعاد الجودة تختلف فيما بينها بترتيب متباين تراوحت بين (3.33) و(3.60) وبمتوسط عام بلغ (3.50)، وبانحرافات معيارية تراوحت بين (1.11) و(1.82)؛ مما يعني أن المعايير التي يعتمد عليها المرضى في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر تختلف فيما بينها، وتختلف من فرد لآخر. وعليه يتأكد **قبول الفرضية الأولى.**

III - 2- اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: **تختلف درجات الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة الصحية لدى المبحوثين من مرضى المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر.**

وينبثق عن هذه الفرضية الفرعية العبارات التالية:

الترتيب	المتغيرات الرئيسية	العبارات
01	الملموسية	1 – تختلف درجات الاهتمام بالمظهر الداخلي والخارجي للمستشفى حاليا، ومستوى جودة الخدمة.
		2 – تختلف درجات الاهتمام بقاعات الاستقبال بالنظر لأحدث الأجهزة التي تحتوي عليها حاليا، ومستوى جودة الخدمة.
		3 – تختلف درجات الاهتمام لدى مقدمي الخدمة بمظهرهم الخارجي، ومستوى جودة الخدمة.
02	الاعتمادية	4 – تختلف درجات توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات ورغبات مرضاه، ومستوى جودة الخدمة.
		5 – تختلف درجات حرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة الطبية المطلوبة من المرضى، ومستوى جودة الخدمة.
		6 – تختلف درجات اهتمام الممرضين بحل المشاكل التي تواجه مرضاهم، ومستوى جودة الخدمة.
03	الاستجابة	7 – تختلف درجات استعداد عمال المستشفى على مساعدة مرضاهم، ومستوى جودة الخدمة.
		8 – تختلف درجات إعلام الأطباء والممرضين بدقة مواعيد علاجهم للمرضى، ومستوى جودة الخدمة.
		9 – تختلف درجات اهتمام موظفي المستشفى بالطلبات الفورية لمرضاهم، ومستوى جودة الخدمة.
04	الموثوقية	10 – تختلف درجات الاهتمام بين وضع المرضى وثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة وأمان، ومستوى جودة الخدمة.
		11 – تختلف درجات الاهتمام بين تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى وتعاملهم بلطف ولباقة، ومستوى جودة الخدمة.
		12 – تختلف درجات الاهتمام في اعتبار أن موظفي المستشفى يملكون المعلومات الكافية للإجابة عن تساؤلات المرضى، ومستوى جودة الخدمة.
05	التعاطف	13 – تختلف درجات الاهتمام في اعتبار المريض يشعر اتجاه موظفي المستشفى بالاهتمام في التعامل معه، ومستوى جودة الخدمة.
		14 – تختلف درجات الاهتمام بين قدرة العاملين في المستشفى على تقديم عناية شخصية للمرضى، ومستوى جودة الخدمة.
		15 – تختلف درجات الاهتمام في اعتبار أن المرضى يشعرون أن تعاملهم مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام، ومستوى جودة الخدمة.
06	جوهر الخدمة	16 – تختلف درجات الاهتمام بأسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج باعتبارها غير مكلفة، ومستوى جودة الخدمة.
		17 – تختلف درجات الاهتمام باعتبار المستشفى يوفر لزبائنه من المرضى خدمات الفحص والأشعة، ومستوى جودة الخدمة.
		18 – تختلف درجات الاهتمام في اعتبار المستشفى يوفر لزبائنه من المرضى الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة، ومستوى جودة الخدمة.
		19 – تختلف درجات الاهتمام في كون المستشفى توجد به مراكز للتحاليل الطبية، ومستوى جودة الخدمة.
		20 – تختلف درجات الاهتمام في اعتبار أن أطباء المستشفى يقومون بإجراء العمليات الجراحية لمرضاهم، ومستوى جودة الخدمة.

– **المصدر:** من إعداد الباحث.

وقد تم اختبار هذه الفرضية من خلال إجابات مفردات العينة من المرضى على العبارات المتضمنة في الاستبيان، وتم الاعتماد على المتوسطات الحسابية لتلك الإجابات، فضلا عن اختبار (t) للمقارنات الثنائية للتأكد من الدلالة الإحصائية للنتائج في هذا المجال، إذ تم في البداية استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابة مفردات العينة من المرضى على كل عبارة من العبارات، وذلك بجمع درجات إجاباتهم على كل عبارة، ثم قسمة المجموع على عدد مفردات العينة، لتصل إلى (20) متوسطا حسابيا لإجابات مفردات العينة، تغطي العبارات الـ(20)التي تمثل تقييما لتلك العبارات، ووفق الجدول الموالي رقم(21.4).

ولقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فعليا للعبارات الـ(20) واختبار الفرضيات الأخرى، تم استخراج المتوسط العام(Grand mean)، وقد بلغ المتوسط الحسابي العام(3.50) ويعبر هذا المتوسط عن مستوى جودة الخدمات الصحية للعبارات فعليا، وبمقارنة هذا المتوسط بالمقياس ذي النقاط الخمس المستخدمة، فإننا نرى أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستوى المطلوب في المؤسسات

الاستشفائية عينة الدراسة باعتبارها مؤشراً ايجابيا لبلوغ مستوى الطموح كونها خدمات صحية تتعلق بحياة الإنسان، غير أنه توجد عوامل مازالت غير مدركة، مما يتطلب تشخيصها ووضع الحلول الملائمة لها.

ولهذا قمنا بالتأكد من الدلالة الإحصائية لهذه النتيجة وتم اختبار الفرضية الفرعية بالمتوسط الحسابي البالغ(3.50) واعتبار هذا المتوسط قاعدة لقرار اختبار الدلالة الإحصائية لتلك الفرضية، وباستخدام (t) للمقارنات الثنائية وبمستوى دلالة (0.05) لجميع العبارات المتضمنة الاستبيان، تبين أن قيمة (t) المحسوبة (0.9466) في حين بلغت (t) المجدولة (1.658) وبمقارنة القيمتين يتضح أن قيمة المحسوبة **أقل** من القيمة الجدولة، وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) العامة المشار إليها وترفض الفرضية البديلة (H_1) وما يؤكد ذلك هو معدل الإجابات إذ بلغ (3.50) باتجاه موافق بأن معايير جودة الخدمة لم ترقى إلى مستوى تقديم الخدمة بالجودة المطلوبة انطلاقا مما هو متوفر.

ويمكننا توضيح المتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات مفردات العينة من المرضى على المقياس ذي النقاط الخمس (ليكرت) لكل عبارة على حدى من خلال معطيات الجدول رقم (21.4) الموالي:

- الجدول رقم (21.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة من المرضى

الرقم	العبـــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
01	المظهر الداخلي والخارجي للمستشفى الذي أتعامل معه جذاب وملائم.	3.20	1.64
02	قاعات الاستقبال واسعة ومكيفة وتحتوي على أحدث الأجهزة لتقديم الخدمات الطبية.	3.18	2.13
03	يعتني مقدمو الخدمة بمظهرهم الخارجي.	3.60	1.12
04	تتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجاتي ورغباتي.	3.66	3.02
05	يحرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.	3.50	1.24
06	حينما تواجهني مشكلة صحية فإن الممرضين يظهرون الاهتمام الصادق بحلها.	3.63	1.20
07	يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى.	3.61	1.19
08	الموظفون (أطباء، ممرضون) يعلمون المرضى بدقة عن مواعيد العلاج.	3.57	1.12
09	موظفو المستشفى لا يتأخرون عن تلبية الطلبات الفورية للمرضى.	3.45	1.17
10	أشعر بالأمان في تعاملي مع عمال المستشفى.	3.53	1.16
11	يتسم موظفو المستشفى بالأحاسيس واللباقة أثناء أدائهم للعمل.	3.53	1.21
12	توجد المعرفة الكافية لدى موظفي المستشفى للإجابة عن تساؤلاتي المطروحة.	3.46	1.11
13	أشعر أن موظفي المستشفى يبدون الاهتمام بي في تعاملهم معي.	3.49	1.13
14	أشعر أن خدمات هذا المستشفى تخدم احتياجاتي الشخصية.	3.41	1.16
15	أشعر أن تعاملي مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام.	3.48	1.04
16	أسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج غير مكلفة.	3.81	1.11
17	يوفر المستشفى لمرضاه خدمات الفحص والأشعة.	3.67	1.25
18	يوفر المستشفى الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة.	3.71	1.19
19	يوجد بالمستشفى مراكز للتحاليل الطبية.	2.95	1.32
20	يقوم الأطباء بالمستشفى بإجراء العمليات الجراحية لمرضاهم.	3.66	1.12
	المتوسط العام	**3.50**	/

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

- ملاحظة:

العبارات الموجودة في الجدول أعلاه رقم:(21.4) مرتبة في استمارة استبيان المرضى من:04 إلى 18.

أما بخصوص العبارات الفرعية من (1– 20) فإن نتائج الاختبار يوضحها الجدول التفصيلي رقم:(22.4) الذي يتضمن تسلسل كل عبارة، والقيمة المحسوبة والجدولية (t)، ونتيجة فرضية (H_0) فضلا عن توضيح ما إذا كان الاتجاه نحو كل عبارة من العبارات الـ: (20) التي تمت صياغتها على شكل فرضية ايجابيا أو سلبيا(**أنظر الملحق رقم:16**)؛ ونتائج اختبار العبارات الـ: 20 المتضمنة في الدراسة يوضحها الجدول رقم (22.4) الموالي:

- الجدول رقم (22.4): نتائج اختبار العبارات الــ:(20) المتضمنة في الدراسة

رقم الفرضية	(t) المحسوبة	(t) المجدولة	Sig:t	نتيجة H_0	النتيجة الخاصة بالفرضية
01	2.635	1.658	0.010	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (1)
02	3.915	1.658	0.000	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (2)
03	1.176	1.658	0.242	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (3)
04	0.828	1.658	0.409	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (4)
05	0.176	1.658	0.860	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (5)
06	1.321	1.658	0.189	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (6)
07	1.174	1.658	0.243	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (7)
08	0.842	1.658	0.402	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (8)
09	0.280	1.658	0.780	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (9)
10	0.423	1.658	0.673	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (10)
11	0.481	1.658	0.632	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (11)
12	0.214	1.658	0.831	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (12)
13	0.113	1.658	0.910	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (13)
14	0.679	1.658	0.498	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (14)
15	0.052	1.658	0.958	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (15)
16	3.241	1.658	0.002	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (16)
17	1.633	1.658	0.105	قبول	اتجاهات سلبية نحو العبارة (17)
18	2.100	1.658	0.038	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (18)
19	4.395	1.658	0.000	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (19)
20	1.734	1.658	0.085	رفض	اتجاهات ايجابية نحو العبارة (20)
الفرضية الرئيسية	**1.3706**	**1.658**	**0.393**	**قبول**	**اتجاهات سلبية نحو الفرضية الرئيسية**

- **المصدر**: من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

وسنحاول اختبار كل فرضية مستخدمين نفس الأسلوب المتبع في اختبار الفرضية العامة كما يلي:

1 – الملموسية:

* **العبارة الأولى** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بالمظهر الداخلي والخارجي للمستشفى حاليا، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اهتمام بالمظهر الداخلي والخارجي بالنظر لما هو مطلوب، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.635) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة البحث (3.20) باتجاه الموافقة على عدم جاذبية وملائمة المظهر الداخلي والخارجي للمستشفى محل التعامل وبما ينسجم مع المظهر الذي يفضله المريض، والذي ينبغي أن يرقى إلى مستوى الجودة المناسبة.

* **العبارة الثانية** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بقاعات الاستقبال بالنظر لأحدث الأجهزة التي تحتوي عليها حاليا، ومستوى جودة الخدمة)، وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد اختلاف في الاهتمام بقاعات الاستقبال والأجهزة المستعملة في تقديم الخدمة الطبية.

إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.915) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.658) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.18) باتجاه الموافقة على عدم ملائمة قاعات الاستقبال باعتبارها لا تحتوي على أحدث الأجهزة المناسبة لتقديم الخدمات الطبية المنتظرة من المرضى.

* **العبارة الثالثة** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام لدى مقدموا الخدمة بمظهرهم الخارجي، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن هناك اهتمام جيد من قبل إدارة المستشفى والعاملين بطريقة وهيئة ملابس العمل، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.176) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.60) باتجاه موافق على أن يوجد اهتمام بهيئة ملابس العمل يرقى إلى مستوى الاتفاق المطلق المفترض توافره لتحقيق مستوى جودة عالية للخدمات الصحية.

2 – الاعتمادية:

* **العبارة الرابعة** التي تنص على أن (تختلف درجات توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات ورغابات مرضاه، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين وجود درجات للخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مقارنة بتلك التي تتوافق واحتياجات ورغبات المرضى. ومستوى جودة الخدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.828) وهي أقل من قيمة (t) المجدولة (1.658)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.66) باتجاه موافق يفسر بوجود توافق نسبي بين ما يقدمه المستشفى من خدمات طبية واحتياجات مرضاه.

* **العبارة الخامسة** التي تنص على أن (تختلف درجات حرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة من المرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد حرص من عمال المستشفى على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة

من المرضى والسعي لأن تكون بشكل صحيح من أول مرة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.176) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.50) باتجاه موافق على أنه يوجد حرص دائم من قبل عمال المستشفى على تقديم الخدمة الصحية لطالبيها من المرضى وذويهم.

* **العبارة السادسة** التي تنص على أن (تختلف درجات اهتمام الممرضين بحل المشاكل التي تواجه مرضاهم، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد اختلاف في درجات اهتمام الممرضين بحل المشاكل التي تواجه مرضاهم، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.321) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.63) باتجاه الموافقة، إذ أنه في الغالب الأعم نجد أن الممرضين حريصين على الاهتمام بالمشاكل التي تواجه مرضاهم ويسعون لإيجاد الحلول المناسبة لها.

3 – الاستجابة:

* **العبارة السابعة** التي تنص على أن (تختلف درجات استعداد عمال المستشفى على مساعدة مرضاهم، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه توجد علاقة ايجابية من حيث استعداد عمال المستشفى على تقديم يد المساعدة لمرضاهم بما يتناسب ومستوى الخدمة الصحية المطلوبة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.174) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.61) باتجاه الموافقة على أنه يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى.

* **العبارة الثامنة** التي تنص على أن (تختلف درجات إعلام الأطباء والممرضين بدقة مواعيد علاجهم للمرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد تقصير من بعض الأطباء والممرضين في إعلام مرضاهم بمواعيد علاجهم، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.842) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية(1.658) وعليه تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.57) باتجاه الموافقة على أنه في الكثير من الأحيان لا يعلم الأطباء والممرضين مرضاهم عن مواعيد العلاج، وإن تم ذلك فإنهم في كثير من الأحيان لا يلتزمون بدقة بتلك المواعيد.

* **العبارة التاسعة** التي تنص على أن (تختلف درجات اهتمام موظفو المستشفى بالطلبات الفورية لمرضاهم، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تجاوب موظفو المستشفى مع الطلبات الفورية للمرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.280) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية

البالغة(1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.45) باتجاه الموافقة على أن هناك مستوى جيد في تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم مما يتناسب ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4 – الموثوقية:

* **العبارة العاشرة** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بين وضع المرضى وثقتهم في المهارات المهنية الطبية بثقة وآمان، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية لا تعبر عن الاختلاف بين الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى من قبل المرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.423) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.53) باتجاه الموافقة بأن هناك مستوى جيد في الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى من قبل المرضى، يجعل المرضى يشعرون بالأمان، مما يؤثر إيجابا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* **العبارة الحادية عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بين تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى وتعاملهم بلطف ولباقة، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اختلاف في درجات الاهتمام بين تفاعل الطاقم الطبي والعاملين في المستشفى مع المرضى، إذ يتم التعامل معهم بلطف ولباقة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.481) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.53) باتجاه الموافقة على تحسين واضح في درجة التفاعل مع الطاقم الطبي والعاملين في المستشفى من جهة والمرضى من جهة أخرى، مما يدل على أن ذلك سيؤدي حتما إلى تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة.

* **العبارة الثانية عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام في اعتبار أن موظفو المستشفى يملكون المعلومات الكافية للإجابة على تساؤلات المرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اختلاف في درجات الاهتمام في اعتبار موظفو المستشفى يملكون المعلومات الكافية للإجابة على تساؤلات المرضى، مما يكسب العاملين المصداقية أثناء أدائهم لأعمالهم، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.214) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.46) باتجاه الاتفاق على تحسن واضح في توفر عناصر الجدارة والكياسة والمصداقية لدى العاملين في أداء عملهم، الأمر الذي يترتب عنه تحسن في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

5 – التعاطف:

* **العبارة الثالثة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام في اعتبار المريض يشعر اتجاه

موظفي المستشفى بالاهتمام في التعامل معه، ومستوى جودة الخدمة).
وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد قدر معين من الاهتمام من شأنه أن يجعل المريض يشعر في تعامله مع عمال المستشفى بنوع من الاهتمام، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.113) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.49) باتجاه الموافقة على أن هناك قدر معين من إيلاء المرضى العناية الشخصية من قبل موظف المستشفى يرقى إلى مستوى الطموح في جودة الخدمات الصحية المقدمة.
* **العبارة الرابعة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بين قدرة العاملين في المستشفى على تقديم عناية شخصية للمرضى، ومستوى جودة الخدمة).
وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا اختلاف في درجات الاهتمام بين قدرة العاملين في المستشفى على تقديم عناية شخصية للمرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.679) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبذلك تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة(3.41)، باتجاه الموافقة على أن هناك قدر معين من إمكانية العاملين على تقديم عناية شخصية للمرضى ترقى إلى المستوى المطلوب توفره في النظرة الإنسانية للمرضى.
* **العبارة الخامسة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام في اعتبار أن المرضى يشعرون أن تعاملهم مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام، ومستوى جودة الخدمة).
وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف نسبي في درجات الاهتمام في اعتبار أن المرضى يشعرون أن تعاملهم مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام باعتبارهم يقدمون أفضل ما لديهم للمرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.052) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.48) باتجاه الموافقة على أنه توجد موافقة نسبية لدى بعض المرضى في اعتبار المستشفى الذي يتعاملون معه يولد أفضل اهتمام لديهم، فيما يرى بعض المرضى غير ذلك مما يحفزهم لتغيير المستشفى.

6 – جوهر الخدمة:

* **العبارة السادسة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بأسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج باعتبارها غير مكلفة حاليا بالمستشفى، ومستوى جودة الخدمة).
وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن يوجد ارتفاع لأسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج بالمستشفيات العامة وعلى العكس منه في العيادات الخاصة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.241) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.81) باتجاه الموافقة على عدم جاذبية أسعار المكوث بالمستشفى بالعيادات الخاصة لارتفاعها وعلى العكس منه في المستشفيات العامة، والذي ينبغي أن يكون في مستوى القدرة الشرائية للمرضى ومستوى جودة الخدمة الصحية المطلوبة.

* **العبارة السابعة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بخدمات الفحص والأشعة التي يوفرها المستشفى لمرضاه، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف في الاهتمام بعمليات الفحص وخدمات الأشعة لدى طالبيها من المرضى، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.633) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.67) باتجاه الموافقة على أهمية خدمات الفحص والأشعة بالنسبة للمرضى وعلى المستشفى تقديمها داخله وليس طلبها من المرضى، مما يوفر لهم أكثر راحة ويزيد من جودة الخدمة الطبية المقدمة.

* **العبارة الثامنة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بالخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة للمرضى داخل المستشفى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف بالاهتمام بالخدمات الاستعجالية لدى طالبيها من المرضى، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.100) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) مما يؤدي إلى رفض فرضية العدم (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.71) باتجاه الموافقة على ضرورة توفير الخدمات الاستعجالية بالمستشفى لطالبي الخدمة الطبية من المرضى بالنظر لأهميتها في الخدمات الصحية.

* **العبارة التاسعة عشر** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بمراكز التحاليل الطبية في المستشفى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه من الضروري أن يتوفر المستشفى على مراكز للتحاليل الطبية نتيجة لحاجة المريض لها بغض النظر عن نوع المستشفى سواء كان عام أم عيادة خاصة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (4.395) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) مما يؤدي إلى رفض فرضية العدم (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.95) باتجاه متوسط، مما يدل على اعتبار أن الخدمات الطبية الممثلة في مراكز التحاليل الطبية مازالت دون المستوى الذي يطلبه المرضى في المستشفيات الجزائرية عينة الدراسة.

* **العبارة العشرون** التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بإجراء العمليات الجراحية التي يوفرها المستشفى لمرضاه، ومستوى جودة الخدمة).

وبمقتضى نتائج الاختبار يتبين أن يوجد اختلاف في الاهتمام بالعمليات الجراحية التي يجريها المستشفى مقارنة بطلبات المرضى عليها، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المطلوبة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.734) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة(1.658) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.66) باتجاه متوسط، مما يدل على أن العمليات الجراحية التي تجرى داخل المستشفيات الجزائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة

مازالت دون مستوى طلبات وطموحات طالبيها من المرضى.

III- 2 - 1 - ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة(الأبعاد) والفرعية(عباراتها) حسب الأهمية:

يتم فيما يلي ترتيب متغيرات الدراسة سواء أكانت رئيسية أم فرعية حسب الأهمية:

III- 2 - 1 - 1 - ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية(العبارات) حسب الأهمية:

يمكننا ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية(العبارات) حسب أهمية كل متغير منها وفق الجدول الموالي:

- الجدول رقم (23.4): ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية(العبارات) حسب الأهمية

رقم العبارة	العبـــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
16	أسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج غير مكلفة.	3.81	1.11
18	يوفر المستشفى الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة.	3.71	1.19
17	يوفر المستشفى لمرضاه خدمات الفحص والأشعة.	3.67	1.25
04	تتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجاتي ورغباتي.	3.66	3.02
20	يقوم الأطباء بالمستشفى بإجراء العمليات الجراحية لمرضاهم.	3.66	1.12
06	حينما تواجهني مشكلة صحية فإن الممرضين يظهرون الاهتمام الصادق بحلها.	3.63	1.20
07	يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى.	3.61	1.19
03	يعتني مقدمو الخدمة بمظهرهم الخارجي.	3.60	1.12
08	الموظفون (أطباء، ممرضون) يعلمون المرضى بدقة عن مواعيد العلاج.	3.57	1.12
11	يتسم موظفو المستشفى بالأحاسيس واللباقة أثناء أدائهم للعمل.	3.53	1.21
10	أشعر بالأمان في تعاملي مع عمال المستشفى.	3.53	1.16
05	يحرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.	3.50	1.24
13	أشعر أن موظفي المستشفى يبدون الاهتمام بي في تعاملهم معي.	3.49	1.13
15	أشعر أن تعاملي مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل اهتمام.	3.48	1.04
12	توجد المعرفة الكافية لدى موظفي المستشفى للإجابة عن تساؤلاتي المطروحة.	3.46	1.11
09	موظفو المستشفى لا يتأخرون عن تلبية الطلبات الفورية للمرضى.	3.45	1.17
14	أشعر أن خدمات هذا المستشفى تخدم احتياجاتي الشخصية.	3.41	1.16
01	المظهر الداخلي والخارجي للمستشفى الذي أتعامل معه جذاب وملائم.	3.20	1.16
02	قاعات الاستقبال واسعة ومكيفة وتحتوي على أحدث الأجهزة لتقديم الخدمات الطبية.	3.18	2.13
19	يوجد بالمستشفى مراكز للتحاليل الطبية.	2.95	1.32

- **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

من الجدول السابق رقم:(23.4) الذي يوضح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها يتضح لنا:

1)- المتغير الفرعي الخاص بالمتغير الرئيس **(جوهر الخدمة)** قد جاء في المرتبة الأولى من حيث الأهمية في تسلسل الأولويات والتي تتعلق بتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع طلبات المرضى من العلاج من حيث أسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج خاصة بالمستشفيات العامة، إضافة إلى ضرورة توفير المستشفى للمرضى الخدمات الاستعجالية للحالات الطارئة، وكذلك خدمات الفحص والأشعة التي تشكل بها المتوسط الحسابي على الترتيب ما قيمته:(3.81) و(3.71) و(3.67)، وهذا مؤشر يدل على حاجة المريض لمثل هذه الخدمات الطبية، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين

جودة الخدمة الطبية المقدمة، فيما جاءت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي(جوهر الخدمة) ليست ذات أهمية بالنسبة للمرضى وخاصة العنصر المتعلق بتوفير المستشفى لمراكز التحاليل الطبية الذي جاء في المرتبة الأخيرة وهذا ما ينعكس سلبا على الخدمات الطبية المقدمة باعتبار المستشفى لا يقدمها، مما يدفع المريض إلى البحث عن مراكز خارج المستشفى لإجراء التحاليل الطبية.

2 – المتغير الفرعي الخاص بالمتغير الرئيسي(الاعتمادية) قد جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تسلسل الأولويات التي تتعلق بتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات ورغبات المرضى وهذا مؤشر يدل على أن من أولويات المريض أثناء توجهه للمستشفى يتمثل في مستوى الخدمة الطبية المقدمة له، تليها من حيث ترتيب الأهمية مدى حرص الممرضين على الاهتمام الصادق بحل المشاكل الصحية التي تواجه المريض، والتي شكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته(3.66) و(3.63) على التوالي، وهذا مؤشر على أن هناك حاجة فعلية لنوعية الخدمة الطبية المقدمة للمريض، إضافة إلى مدى حرص موظفي المستشفى من الممرضين بحالته الصحية وسعيهم لحل المشكلات التي تواجهه، إذ تشكل هذه الأخيرة الأساس المهم لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية، فيما جاء المتغير الفرعي الآخر ضمن هذا المتغير الرئيسي **(الاعتمادية)** ليس ذا أهمية بالنسبة للمريض لأنه من اختصاص الطاقم الطبي بالمستشفى، ليأتي هذا التحليل منسجماً مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الرابعة والسادسة والمتعلقتين بضرورة التوافق الصادق للممرضين بكل المشاكل التي تواجه المرضى وهذا ما أتفق عليه أغلبية أفراد عينة المستجوبين من المرضى.

3)– أما المتغير الرئيسي الثالث**(الاستجابة)** فقد جاء في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية في سلم الأولويات، كما أن متغيراته الفرعية جاءت متفاوته من حيث الأهمية النسبية لها ليسجل المتغير الفرعي الذي ينص على (يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى)، المرتبة الأولى من حيث الأهمية للمتغير الرئيسي أعلاه والتي شكل فيها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.61) فيما سجلت المتغيرات الفرعية الأخرى قيما متفاوتة من حيث الأهمية، مما يدل على أن هناك اتفاق حول أهمية إخبار المرضى عن الأوقات المحددة لتقديم الخدمة والاستعداد لتلبية تلك الخدمات بصورة فورية، وهذا ما يؤكد انسجام هذه النتيجة مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية السابعة والثامنة والمتعلقتين بضرورة إعلام المرضى بدقة عن مواعيد علاجهم ومساعدة عمال المستشفى لهم في تقديم الخدمات الصحية.

4)– أما المتغير الرئيسي الرابع **(الملموسية)** فقد جاء في المرتبة الرابعة من حيث الأهمية في تسلسل الأولويات والمتعلقة باعتناء مقدموا الخدمة الطبية بمظهرهم الخارجي والتي شكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.60) وهذا مؤشر على أنه يوجد اهتمام من قبل الأطباء والممرضين بمظهرهم الخارجي المناسب لتقديم الخدمة الطبية، وهذا من شأنه أن يساعد على رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، فيما جاءت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي **(الملموسية)** متفاوتة في درجات الأهمية باعتبارها جاءت في المراتب الأخيرة من حيث الترتيب، ليأتي هذا التحليل منسجما مع ما تم الإشارة إليه

في اختبار الفرضية الثالثة والمتعلقة بضرورة اعتناء مقدموا الخدمة الصحية بمظهرهم الخارجي.

5)- أما المتغير الرئيسي الخامس(**الموثوقية**) فقد جاء في المرتبة الخامسة من حيث الأهمية، وقد جاء المتغيرين الفرعيين الأول والثاني في المرتبة الأولى من المتغير الرئيسي (**الموثوقية**) واللذان ينصان على ما يلي: (الشعور بالأمان في التعامل مع عمال المستشفى) و(يتسم موظفو المستشفى بالأحاسيس النبيلة أثناء أدائهم للعمل) والتي شكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.53) وهذا مؤشر على أنه يوجد نوع من الشعور بالثقة والأمان لدى المرضى في عمال المستشفى بالنظر لما يبديه عمال المستشفى اتجاه مرضاهم من أحاسيس نبيلة أثناء التعامل، وهذا ما يؤدي إلى زيادة الثقة ومن ثم الشعور بالأمان، مما يسهم في رفع جودة الخدمات الصحية، وهذا ما أتفق عليه أغلبية المبحوثين من المرضى عينة الدراسة.

6)- أما المتغير الرئيسي السادس(**التعاطف**) فقد جاء في المرتبة السادسة والأخيرة من حيث الأهمية في سلم الأولويات، جاء المتغير الفرعي الأول للمتغير الرئيسي (**التعاطف**) الذي ينص (أشعر أن موظفي المستشفى يبدون الاهتمام بي في تعاملهم معي) في المرتبة الأولى إذ شكل المتوسط الحسابي ما قيمته (3.49) وهذا مؤشر شأنه أن يرقى بمستوى جودة الخدمات الصحية إلى الطموحات والتوقعات، وهذا ما تم التوصل إليه أثناء اختبار الفرضية الثالثة عشر.

III- 2 – 1 – 2 - ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة (الأبعاد) حسب الأهمية:

يتضح لنا من الجدول رقم(17.4) ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسية حسب الأهمية وفق إدراكات المبحوثين من المرضى في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، والتي جاء ترتيبها متباين.

* انطلاقا مما سبق يتضح لنا أن المتوسطات الحسابية لمختلف الأبعاد متباينة، وهذا يدل على أن درجة الاهتمام بأبعاد جودة الخدمات الصحية لدى المرضى تختلف، ويعود ذلك بالأساس لأن المريض لا يركز على جوانب الخدمة الأخرى بالمقارنة مع الخدمة الطبية التي يتلقاها من الطاقم الطبي للمستشفى، كما أن المريض لايمكنه إدراك حجم التكنولوجيا المستعملة في تقديم الخدمات الطبية، ويبقى تعامله مع المستشفى مبني على جوهر الخدمة الطبية المقدمة له بالمقارنة مع توقعاته لها. وعليه **تقبل الفرضية.**

III- 3- اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: **توجد علاقة تأثير ايجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة يتم بناءاً عنها تحقيق ولاء المرضى للمؤسسة الاستشفائية.**

لاختبار مدى صحة الفرضية تم الاعتماد على تحليل الانحدار المتعدد، عن طريق اختبار المعلمات مجتمعة، واعتبار ولاء المريض (المتغير التابع)، وأبعاد جودة الخدمات (متغيرات مستقلة)، كما يلي:

– الجدول رقم(24.4):نتائج اختبار أثر جودة الخدمة على ولاء المرضى بالمستشفيات عينة الدراسة

المتغير التابع	r معامل الارتباط	R^2 معامل التحديد	F اختبار فيشر	dF درجات الحرية	sig درجة المعنوية	معـــامل الانحدار		معلمات النموذج	الخطأ المعياري
							Bo	2.767	1.356
				5		درجـــة التأثير (B)	الملموسية	0.75	0.159
ولاء المريض	0.801	0.642	40.869	114	0.000		الاعتمادية	-0.168	0.175
							الاستجابة	0.397	0.200
							الموثوقية	0.105	0.211
							التعاطف	1.242	0.168

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

يوضح الجدول أعلاه، أثر جودة الخدمة الصحية على ولاء المريض للمستشفيات العينة، إذ أظهرت نتائج التحليل الإحصائي(**أنظر الملحق رقم:17**) وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة بمكوناتها على ولاء المريض لخدمات المستشفيات الجزائرية عند درجة معنوية(**sig = 0.000**) أصغر من مستوى الدلالة (**$\alpha \leq 0.05$**)، إذ بلغ معامل الارتباط (**r = 0.801**)، وتدل قيمة الارتباط على وجود علاقة قوية (طردية) وموجبة بين المتغيرين ولاء المريض وأبعاد جودة الخدمة، أما معامل التحديد(**R^2 =0.642**)، أي ما قيمته (0.801) من التغيرات في مستوى الولاء لدى مرضى المستشفيات العامة والعيادات الخاصة المعنية بالجزائر ناتج عن التغير في مستوى الجودة بوحدة واحدة، وأن متغير جودة الخدمة يوضح 64.20% من الاختلافات في قيم متغير ولاء المرضى وباقي المتغيرات الأخرى التي لم تدرس تمثل 35.80%، كما بلغت درجة التأثير "B"(0.75) للملموسية، و(0.168-)للاعتمادية الذي يدل على العلاقة العكسية بين الاعتمادية والولاء، و(0.397)للاستجابة، و(0.105)للموثوقية، و(1.242) لجانب التعاطف، بمعنى أن الزيادة بدرجة واحدة في مستوى جوهر الخدمة المقدمة يؤدي إلى الزيادة في مستوى ولاء مرضى المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة عينة الدراسة بالجزائر بقيمة:(0.75) للملموسية، و(0.168-) للاعتمادية، و(0.397) للاستجابة، (0.105) للموثوقية، و(1.242) لجانب التعاطف، ومنه يمكن كتابة نموذج الانحدار الخطي لولاء المرضى تبعا للمتغير المستقل جودة الخدمة الصحية كما يلي:

–الشكل رقم(8.4): نموذج الانحدار الخطي لولاء المرضى تبعا للمتغير المستقل جودة الخدمة الصحية

ولاء المرضى
للمستشفيات الجزائرية = 2.767+0.75(الملموسية)+(0.168-)(الاعتمادية)+0.397(الاستجابة)+0.105(الموثوقية)+1.242(التعاطف)
عينة الدراسة

1.356 | 0.159 | 0.175 | 0.200 | 0.211 | 0.168

– **المصدر:** من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج spss.

* وعليه يتأكد **قبول الفرضية الثالثة** التي تنص على:"توجد علاقة تأثير ايجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة يتم بناءاً عنها تحقيق ولاء المرضى للمؤسسة الاستشفائية".

* يمكننا في الأخير القول بأن عدد درجات الموافقة لكل فقرة من فقرات الاستبيان حسب المتغير الرئيسي لكل واحدة منها انطلاقا من إجابات المبحوثين من المرضى توضحها الدراسة الإحصائية(**أنظر الملحق رقم:18**)، وهذه الإجابات جاءت بناءاً على قناعات راسخة لدى المرضى انطلاقا من تعاملهم الفعلي من المستشفيات موضع الدراسة.

III– 4– تأثير المتغيرات الشخصية على آراء المرضى بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى:

يتم التطرق في هذا العنصر لتأثير المتغيرات الشخصية على آراء المرضى بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى وفق الآتي:

1 – بالنسبة لعامل الجنس:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء المرضى باختلاف جنسهم.

H_0: لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء المرضى للخدمات الاستشفائية حسب الجنس.

H_1 : يوجد اختلاف دال إحصائيا حسب جنس المرضى بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة.

– من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار t – test للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات المرضى حول خدمات المستشفى الصحية بين الذكور والإناث وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية $Sig = 0.135 >$ من 0.05 ومنه تقبل فرضية التباين بين العينتين (الذكور والإناث).

– **إجراء الاختبار**:يمكن قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين من خلال مقارنة القيمة الاحتمالية للاختبار (bilatérale) sig بمستوى المعنوية 0.05

إذا كانت: $sig \geq 0.05$ تقبل H_1 وترفض H_0

$sig < 0.05$ تقبل H_0 وترفض H_1

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم**:19) أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.192 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_0 بعدم وجود دلالة إحصائية لاختلاف آراء المرضى في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الجنس، أي أن الجنس ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان عام أم عيادة خاصة، ويمكن تفسير ذلك على أن كل من الذكور والإناث يحبذون العمل في المستشفى بغية مراعاة المريض وخدمته صحياً.

2 – بالنسبة لعلاقة المريض بالمستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء المرضى وفقا لعامل علاقتهم بالمستشفى.

H_0 :لا توجد دلالة إحصائية اختلاف الخدمات الصحية وفقا للعلاقة التي تربط المريض بالمستشفى.

H_1 : يوجد اختلاف دال إحصائيا حسب علاقة المريض بالخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار t – test للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات المرضى حول خدمات المستشفى الصحية بين المرضى حسب علاقتهم بالمستشفى وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية: Sig = 0.640 < من 0.05 ومنه تقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين.

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم:19**) أن القيمة الاحتمالية للاختبار(Sig bilatéral)= 0.680 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل بالفرضية H_0 وهذا ما يدل على أنه لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية ما بين المرضى الداخليين والخارجيين أي أن علاقة المريض بالمستشفى ليس محدداً في وجهة نظر المريض حول خدمات المستشفى.

3 – بالنسبة للعمر:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف أعمارهم.

H_0 :لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من طرف للمرضى باختلاف أعمارهم.

H_1 : يعتبر عمر المريض محدداً في تفسيره الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

– في هذه الحالة يختلف المرضى حسب الأعمار حسب أربعة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيتين السابقتين.

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم:**19) يمكن قبول إحدى الفرضيتين ورفض الأخرى كما يلي:

إذا كانت: القيمة الاحتمالية Signification < 0.05 نقبل H_0

Signification ≥ 0.05 نقبل H_1

لدينا من نتائج الجدول (**أنظر الملحق رقم:**19) أن القيمة الاحتمالية للاختبار= 0.019 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H_1 بعدم وجود دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الوظيفة، أي أنه لا توجد دلالة إحصائية للاختلاف في الخدمات الصحية حسب أعمار المرضى، ومنه فإن عمر المريض عنصر أساسي في تقييم مستوى جودة الخدمات.

– خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية المتعلقة بتقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة من وجهة نظر الزبائن الخارجيين (المرضى)، وقد اقتصرت الدراسة على أداة واحدة ممثلة في استمارة الاستبيان الموجهة لفئة المرضى بنوعيهم الداخليين والخارجيين بغية التعرف على وجهة نظرهم على الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، ومدى بلوغها لإدراكاتهم بالنظر لما هو مقدم.

وإذا كان إنتاج المصنع يمكن تحديده كماً ونوعاً، ومن ثم حساب تكاليفه وتقدير أرباحه من خلال اقتناء المستهلك لمنتجاته، فإن المستشفى لا يتعذر فقط تحديده في صورة كمية بل أيضا مفهوم ينتهي عنده خاصة في المؤسسات الاستشفائية ذات الطابع الحكومي، باعتبار المستشفى نظام بشري جل مدخلاته ومخرجاته وكل تركيزه هو الإنسان المتمثل في شخص المريض ومرافقيه، وبالتالي فإن هذا الأخير يعلق جل طموحاته على تلبية رغباته من العلاج الذي يقدمه له المستشفى بغية الحد أو التقليل من آلامه ومعاناته مع المرض، إذ نجده مستعد دائما لقطع مسافات بعيدة وإنفاق أموال طائلة من أجل بلوغ ذلك الهدف الأسمى، وهذا من شأنه أن يحفز كل الساهرين على شؤون المستشفى من طاقم إداري وطبي على العمل بكل حيوية لبلوغ الأهداف المسطرة، والتي من أهمها تلبية طلبات المرضى والتعامل معهم والإجابة على كل تساؤلاتهم بصورة فورية، والاستعداد ليس فقط لتقديم الخدمات الصحية للمريض الداخلي بل يتعداه إلى الحالات الطارئة للمريض الخارجي القاصد العلاج في المستشفى، وحتى أولائك الماكثين في المنازل من المرضى الذين تعذر عليهم ولوجه.

تسعى المؤسسات الصحية لتجنيد طاقاتها بغية الاستجابة لمتطلبات الزبائن لأية خدمة سواء أكانت تشخيصية أم علاجية أم وقائية، هذه الاستجابة لا تتم بمعزل عن جملة من العوامل، يؤدي تسلسلها إلى تحقيق رضا المريض عن المؤسسة وخدماتها المقدمة، أهمها دراسة مستفيضة لسلوك المرضى، ودوافعهم الشرائية والعوامل المؤثرة في قراراتهم النهائية، لتصل إلى إجابة واضحة عن السؤال الذي يطرح دائما:ماذا يريد المرضى من الأطباء والمؤسسات الصحية؟، وهل وجدت فعلا لرسم الابتسامة على شفاه المرضى بعد مغادرتهم قاعات العلاج وبالتالي ستكسب رضا الله أولا ورضا المريض ثانيا وذويه ثالثا؟ وإن كانت حالة الرضا التي يشعر بها المريض مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر ومن ظرف موقفي إلى آخر، ومن زمن لآخر، كما نجدها خاضعة لعدة معايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تعني تقديم أفضل الخدمات وأجودها لشريحة المرضى المستفيدين بما يتناسب واحتياجاتهم أو يفوقها.

الخاتمة

ما يمكن أن نخلص إليه في هذا البحث اعتماداً على الإطار النظري أن الجودة الشاملة تعد من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تقوم على جملة من الأفكار، والمبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها في مجال نشاطها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، وتحسين الإنتاجية بغية زيادة الأرباح، والعمل على استكمال نظم الجودة وفقا لمعايير الجودة المتفق عليها عالميا، مما يؤهلها لتحسين سمعتها في السوق المحلي والخارجي في ظل المنافسة الشرسة ما بين المؤسسات، التي ازداد وعيها في غضون السنوات الأخيرة بضرورة تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في عملياتها التصنيعية، والخدماتية قصد مواجهة التحديات الجديدة المرتبطة بشدة المنافسة على المستوى المحلي والدولي، خصوصا في ظل التركيز على حرية التجارة والسماح للسلع والخدمات بالتدفق الحر بين الدول وإلغاء الحواجز الجمركية.

لم يعد يقتصر دور الجودة على إنتاج السلع وتقديم الخدمات فحسب، بل تعداه إلى ضرورة تحقيق رضا الزبائن عن كل ما تقدمه المؤسسة من خلال الوظيفة التسويقية، فالمؤسسات الاستشفائية بشقيها العام والخاص تعد الأساس الذي يعتمد عليه في تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من أفراد المجتمع، وهذا ما أدى بالمختصين والكثير من الباحثين بالاهتمام بهذا القطاع باعتباره أحد الركائز الأساسية للدولة بالنظر لأهميته في تقديم الخدمات الصحية على اختلاف أنواعها، كما أنه الملاذ الآمن لجل المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تطوير الخدمة الصحية باعتبارها من السمات البارزة في عمل المستشفى لمواكبة التطور العلمي والتكنولوجي العالمي في المجال الصحي الذي هو في تغير مستمر.

ومن أجل مواكبة التطور العالمي في مجال الخدمات الصحية، تسعى الجزائر كغيرها من الدول الأخرى إلى إدخال إصلاحات على نظامها الصحي عن طريق إدخال مفاهيم إدارية حديثة ومنها نظام TQM الذي يهدف إلى تحسين وتطوير الأداء، والاستجابة لمتطلبات العمل، خصوصا وأن المؤسسات الإستشفائية العالمية اهتمت منذ وقت مبكر بتطبيق مبادئ الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بها، بدءاً من التعرف على احتياجات المراجعين، وانتهاءاً بتقييم رأي المرضى حول مستوى الخدمات الطبية المقدمة لهم بالمستشفى، ومدى رضاهم عنها، وباعتبار القطاع الصحي ذا حساسية خاصة، لتأثيره المباشر على حياة الفرد اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا، وتعد هذه الإصلاحات من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع من مشاكل تفاقمت بكثرة نتيجة قلة الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بالشكل الكافي، وقلة فعالية الحلول المتبعة والإمكانات المسخرة لتحسين وضعية المستشفيات.

ورغم المجهودات التي بذلت ومازالت تبذل إلا أن الخدمات الصحية مازالت لم ترق إلى طموحات المرضى ومرافقيهم، مما جعل العديد من المؤسسات الاستشفائية خاصة العامة منها في السنوات الأخيرة محلا للعديد من الانتقادات والتسأولات في عدة مجالات صحية مقارنة بما هو محقق من نتائج، وعلى

هذا الأساس استهدف هذا البحث في جزئه التطبيقي تسليط الضوء على تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة انطلاقا من إمكانية تطبيق نظام TQM بها.

وفي الأخير يمكننا القول بأن العام والخاص يدرك بأن الخدمة الطبية الجيدة التي تؤدي إلى جذب الزبائن الخارجيين(المرضى) لتلقي خدمة جيدة لن يتحقق من فراغ، بل إنها نتيجة جهود شاقة تبذل، ينبغي أن تكون مدروسة تستهدف التحسين المستمر بجودة الخدمة الطبية، من أجل إيجاد مكان لها وسط المؤسسات الاستشفائية المنافسة سواء كانت عامة أو خاصة في حقل الخدمات الصحية.

أ- نتائج الدراسة:

يمكن تقسيمها إلى قسمين أساسيين هما:

1- النتائج النظرية:

من أهم النتائج النظرية المتوصل إليها تتمثل فيما يلي:

- يعتمد المستشفى على خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكثون في المستشفى العام للعلاج مدة طويلة إذ ما قورنت بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخاصة في المستشفى، ويعود ذلك بالأساس لعامل التكلفة المرتفعة للخدمات الطبية المقدمة؛
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المستشفى بغض النظر عن تصنيفه (عام أو خاص) التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية؛
- تشكل سرعة استجابة المستشفى لاحتياجات المريض عاملا مهما في خلق رضا عال لدى المريض؛
- جودة الخدمات تتحدد من خلال قياس أبعاد الجودة الخمسة الأساسية المتمثلة في كل من (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الموثوقية، التعاطف)، بالإضافة إلى بعد جوهر الخدمة، التي يمكن قياسها من خلال نموذج الفجوات أو نموذج قياس الأداء الفعلي؛
- إن تفهم توقعات المريض، يعد مطلبا أساسيا لتقديم الخدمة الأفضل، كما أن عملية القياس لإدراكات المريض للخدمات المقدمة إليه في المستشفى تعد المدخل الرئيس لتطوير جودة الخدمات الصحية؛
- أهمية تقديم خدمات صحية تلبي طلبات المرضى وتتجاوز توقعاتهم من خلال عملية التحسين المستمر في تلك الخدمات، وذلك من خلال ترسيخ ثقافة الجودة في المؤسسات الخدماتية وتحديداً الصحية منها واستخدامها حسب الأهمية التي يوليها المريض لأبعادها وذلك بما يعزز ولاءه للمؤسسة الإستشفائية بغض النظر عن طابع ملكيتها.

2- النتائج التطبيقية:

على مستوى التطبيق تم المتوصل إلى النتائج التالية:

- أن أغلب المؤسسات الإستشفائية بالجزائر لا تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مما يدل على أن المستشفيات الجزائرية مازالت تسير بطرق تقليدية؛
- يتوافر في بيئة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة في الجزائر ومنها الخاصة على وجه التحديد

المتطلبات المتعلقة بإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وفق وجهات نظر الموظفين (المديرين، الأطباء، الممرضين، الإداريين) المبحوثين؛

– تركز إجابات المبحوثين من الموظفين في المستشفيات عينة الدراسة في الجزائر بالموافقة على أن المستشفى يقوم بتحسين جودة خدماته باستمرار انطلاقا من تخفيض العيوب في عملياته، والسعي لمواكبة التطورات في مجال الخدمات الصحية في العالم؛

– توصلت الدراسة إلى وجود فروقات كبيرة في جودة الخدمات الطبية المقدمة في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العامة، مما يجعل المريض يفضل العلاج في العيادات الخاصة؛

– ركزت إجابات المبحوثين من الموظفين بالموافقة على أن المستشفيات عينة الدراسة تلبي احتياجات التشخيص والعلاج لزبائنها، فضلا عن أن رضا المرضى عن خدماتها يعد من أولى اهتماماتها؛

– رغم وجود رابط بين المسافة الجغرافية وجودة الخدمة المقدمة، إلا أن المسافة الجغرافية والبعد الجغرافي للمستشفى لا يعد حائلا أمام خيار المريض للمستشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالية لخدماته؛

– إن مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة في الجزائر متوسطة بشكل عام من وجهة نظر زبائنها الخارجيين (المرضى)، غير إنه كان لجانب الاعتمادية أعلى درجات القياس بمستوى أهمية متوسط، ويمكن الاستنتاج من ذلك أن اهتمام المستشفيات عينة الدراسة يرتكز بالدرجة الأولى على جانب الاهتمام بتوافق الخدمات الصحية مع تلك المدركة من قبل المرضى، ويتجسد ذلك في رضا المريض على كل ما يقدم له من قبل موظفي المستشفى انطلاقا من الاستقبال إلى غاية تقديم العلاج، وهذا ما نلمسه جليا في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العامة؛

– تختلف المعايير التي يعتمدها طالبو العلاج من المرضى في تقييمهم لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة في الجزائر؛ حيث جاءت الاعتمادية في المرتبة الأولى من حيث مستوى الإدراك، تلتها في المرتبة الثانية جانب الخدمات المقدمة المتمثلة في جوهر الخدمة، تلتها بعد الاستجابة، ثم بعد الموثوقية، ثم بعد التعاطف، وأخيراً بعد الملموسية، ومن هنا يتضح لنا أن الادراكات تختلف في تقييم الجودة نظراً لاختلاف المعايير المعتمدة في تقييمها من قبل مرضى المؤسسات الاستشفائية؛

– تختلف درجات اهتمام المرضى بأبعاد الجودة، إذ أشارت النتائج إلى أن مرضى المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر يولون الأهمية الكبرى لجوهر الخدمة، ليليها في المرتبة الثانية بعد الاعتمادية، ومن ثم على التوالي بعد الموثوقية، وبعد الاستجابة، ثم بعد التعاطف، وفي المرتبة الأخيرة بعد الملموسية.

– إن مستوى ولاء المرضى للخدمات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة بالجزائر متوسط بشكل عام؛

* إضافة لما سبق أظهرت نتائج تقييم آراء عينة الدراسة من المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية بعض العناصر التي تشكل نقاط ضعف في الخدمة المقدمة، ومنها:

– ضيق قاعات الانتظار لبعض المؤسسات الإستشفائية؛

– عدم حداثة الأجهزة المستخدمة في تقديم الخدمة الطبية؛

– تخصيص سرير واحد لأكثر من مريض؛

– حدوث أخطاء في عملية تقديم الخدمة الطبية، ومنه ما أدى إلى الوفاة كالإهمال واللامبالاة...إلخ؛

– طول فترة انتظار الحصول على الخدمة الصحية، مما يجعل المريض يشعر بالتذمر؛

– نقص الاهتمام بالترويج للخدمات الصحية من قبل المستشفى، إذ يقتصر الإعلان عن وسائل ذات استخدام محدود من قبل الجمهور، كالاعتماد على الرزنامة أو المنشورات غير الجذابة المتواجدة على جانب مكاتب الاستقبال في التعريف بالخدمات الصحية.

ب – التوصيات:

بناءاً على النتائج السابقة نتقدم بالتوصيات التالية:

– ضرورة تبني المستشفيات الجزائرية منهج TQM كأسلوب إداري معاصر لجودة الخدمة الصحية، والعمل على تحسين الخدمات التي تقدمها للمرضى، وذلك بعد إقناع الإدارة العليا للمستشفى أولاً والتزامها ودعمها ثانياً لمنهج الجودة من خلال إنشاء وحدات تعنى بذلك في المستشفيات بغية تنفيذ برامج TQM بصورة مثلى؛

– مواكبة التطور التكنولوجي العالمي فيما يتعلق بأجهزة تقديم الخدمة الطبية كأجهزة الراديو وأدوات الجراحة المتطورة...إلخ؛

– التوزيع العادل للموارد المالية والمادية والبشرية بين جميع المناطق والمرافق، والسعي لإيجاد الظروف الملائمة لتسيير هذه المرافق؛

– مساهمة الإدارات الأخرى في نظام الصحة في اتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين المنظومة الصحية مثل: البلدية، مديريات التجارة، الشؤون الدينية، قطاع التعليم...إلخ؛

– ضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على المرضى، لأنهم يشكلون المحور الأساس في إدارة الجودة الشاملة؛ ويمكن أن يكون ذلك من خلال الاستمرار في الاستماع إليهم للتعرف على متطلباتهم، وتوقعاتهم والوفاء بها، لأنه من غير المنطقي اجبارهم عليها بل ينبغي ضرورة إقناعهم بها؛

– إن الوصول إلى مستوى عال من جودة الخدمات في المؤسسات الاستشفائية يتطلب إشراك جميع الأطراف دون استثناء، وتعزيز العمل وفق مبدأ الفريق الواحد؛

– يعد الاهتمام بالتحسين المستمر أكثر من ضروري تفرضه عدة عوامل من أهمها التنافس، مما يتطلب عقد المزيد من المؤتمرات وندوات العصف الذهني لتوليد أفكار جديدة للمساهمة في عملية التحسين؛

– أن تهتم الإدارة بآراء واقتراحات العاملين بالمستشفى بشأن تحسين الجودة في الأعمال التي يزاولونها؛

– تبسيط طرق حصول الموظفين على المعلومات داخل المؤسسة الاستشفائية من شأنه أن يساعدهم على أداء أعمالهم وفق ما هو مطلوب؛

– ضرورة إخضاع جهود الإصلاح الإداري في المستشفيات لرؤية إستراتيجية متكاملة في مجالات تقنية المعلومات وإدارة المعرفة للتقليل من حدة المشاكل المطروحة،ومن ثم تحسين جودة الخدمات التي تقدمها؛

– أن تقوم الدوائر المختصة في وزارة الصحة بتطوير مقاييس من شأنها قياس جودة الخدمة المقدمة من المستشفيات والاستفادة من المقاييس العالمية، وألا يقتصر إجراء الاستطلاع على العاملين دون المرضى؛

– على مستشفيات القطاع العام الاستفادة من التجارب الناجحة للقطاع الصحي الخاص؛ حيث نالت بعض المستشفيات الخاصة سمعة طيبة على الرغم من قصر العمر التنظيمي في تقديم أفضل مستويات الجودة لخدماتها الصحية (التشخيصية والعلاجية) بشكل خاص، ويمكن تشكيل فرق بحثية تقوم بدراسة وتحليل الحالات الناجحة في ذلك القطاع والأساليب التي تستخدمها في قياس وتقييم جودة خدماتها؛

– إشاعة ثقافة الجودة وتعميمها على جميع مستويات المستشفى، وتدريب العمال على مفاهيم الجودة بغية التأكد من استيعابهم لها لضمان تحقيقها على أكمل وجه، والارتقاء بالأداء العام للمستشفى؛

– الاهتمام بوظيفة تسيير الموارد البشرية خصوصاً من جانب المستشفيات الفتية باعتباره استثماراً دائماً ومتجدداً، وذا مردود مستقبلي على كل من المستشفى والفرد؛

– ضرورة وضع نظام للجودة وإجراء مراجعات مستمرة له بهدف معرفة ما تم تحقيقه بما هو مستهدف أو مقارنته مع ما حققه الآخرون في قطاع الخدمات الصحية؛

– من الضروري على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية القيام على مدار فترات زمنية، بتقييم جودة الخدمات المقدمة بها من وجهة نظر زبائنها من المرضى ومرافقيهم، وهذا للتعرف على درجة رضاهم عمّا يقدم لهم من خدمات، والوقوف على جوانب القصور فيها والعمل على تذليلها مستقبلا؛

– القيام بعملية التحسين المستمر وحل المشاكل ومعرفة أسبابها والسعي لمعالجتها عن طريق استخدام أدوات وأساليب مختلفة منها: نشر وظيفة الجودة، الهندرة، SIX SIGMA...إلخ.

جـ – الإقتراحات:

يقترح الباحث على مسؤولي المستشفى من أجل تحسين ظروف العمل فيه ضرورة اتخاذ بعض الإجراءات غير المكلفة ماديا وإنما محفزة معنويا، ومنها:

– التأكيد على إدارة المستشفيات قيد الدراسة بتشكيل فرق عمل لوضع خطط خاصة لمناقشة المشكلات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية واقتراح حلول مناسبة لها كزيادة الحوافز المادية والمعنوية الممنوحة لهم؛

– تنمية مهارات العاملين في المستشفيات المعنية من خلال توفير وتسهيل التكوين والتدريب لهم بصفة دورية وبصورة عادلة، وألا يقتصر ذلك على العمال بل يتعداه إلى المسؤولين، بغية رفع كفاءتهم؛

– يجب على الإدارة في المستشفى ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري؛ لأن إرضاء الزبائن الخارجيين (المرضى) يبدأ بإرضاء الزبائن الداخليين (الموظفين)؛

– على الإدارة أن تشرك العاملين في اتخاذ القرارات خاصة ما تعلق منها بالأعمال التي تخصصهم؛

– على الإدارة العليا في المستشفيات الحكومية أن تأخذ بسياسة المشاركة واللامركزية في الإدارة، وأن تحفز العاملين بالمستشفى بتحمل المسؤولية انطلاقا من مشاركة القيادات الشابة في اتخاذ القرارات؛

– تحديد مسؤولية كل شخص عن الجودة بدقة وبشكل موثق، وتفويضه السلطات اللازمة للقيام

بمسؤولياته ومساءلته بناءاً على ذلك؛

– ضرورة إيجاد نظام عادل للمكافآت يتسم بالمورونة، ويرتبط بالأداء وتحسين الجودة والعمل الجماعي؛

– تفعيل خدماتها المقدمة من خلال جمع المعلومات عن شكاوى واقتراحات المرضى، باستخدام أساليب متنوعة كصناديق الشكاوى والاقتراحات، في مراكز خدمات كافة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة المتواجدة عبر ولايات الوطن، أو عن طريق المقابلات الشخصية، أو عمل منتدى إلكتروني من خلال موقعها الخاص...إلخ، والعمل على دراستها وإيجاد حلول لها؛

– الأخذ بعين الاعتبار ترتيب الأبعاد الخمسة للخدمة، بالإضافة إلى جوهرها، كما يوليها المرضى عند القيام بعملية تطوير وتحسين جودة الخدمات الصحية؛

– العمل على تبني جوائز داخل المؤسسة الاستشفائية تقدم بشكل دوري للأقسام التي تلتزم بشكل كامل بتنفيذ جميع الخطط والسياسات المتعلقة بالجودة؛

– تحديث أماكن تأدية الخدمات وقاعات الانتظار، مما يجعل المؤسسات الاستشفائية أكثر جاذبية، ومما يعطي للزبون الانطباع بأنه في موقع ترحيب مستمر؛

– ضرورة تطبيق المستشفيات للمحاسبة التحليلية للرصد الجيد لتطور النفقات والعمل على السيطرة عليها بدلا من صيغة الميزانية العامة (دور المديرين انتقل من وضعية المسير إلى وضعية المنفق)؛

– وضع برامج خاصة بولاء المريض لتعزيز الثقة أكثر في نفوس المرضى وذويهم ومرافقيهم.

د– آفاق البحث:

إن الدراسة تبقى مفتوحة من جوانب متعددة وأبعاد مختلفة، مما يتطلب اقتراح المواضيع التالية:

1 – دور إدارة الجودة الشاملة في التأثير على تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية.

2 – استراتيجية إعادة الهندسة ودورها في تنمية القدرة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية.

3 – واقع تبني المؤسسات الجزائرية لنظام إدارة الجودة الشاملة (دراسة مقارنة).

4 – أثر تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي.

5– دراسات اختباريه لمدى أفضلية الاستخدام لمقياس الجودة(servpef و servqual)بين أنواع الخدمات في مؤسسات تقديم الخدمة العامة والخاصة.

6 – أثر التكنولوجيا الحديثة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية.

7 – دراسات مقارنة حول تطبيقات جودة الخدمات في قطاع الصحة وقطاعات أخرى عامة وخاصة.