



الجمهورية اليمنية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الريان

كلية الدراسات العليا

إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات
الحكومية بساحل محافظة حضرموت - دراسة ميدانية

رسالة مقدمة إلى كلية الدراسات العليا جامعة الريان

لاستكمال متطلبات نيل درجة الماجستير. تخصص: إدارة أعمال

إعداد

محمد علي صالح باحکم

إشراف

الأستاذ المشارك الدكتور

صلاح عمر بلخير

2023م / 1445هـ



الجمهورية اليمنية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الريان

كلية الدراسات العليا

إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات

الحكومية بساحل محافظة حضرموت - دراسة ميدانية

رسالة مقدمة إلى كلية الدراسات العليا جامعة الريان

لاستكمال متطلبات نيل درجة الماجستير، تخصص: إدارة أعمال

إعداد

محمد علي صالح باحکم

إشراف

الأستاذ المشارك الدكتور

صلاح عمر بلخير

2023م / 1445هـ

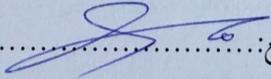
إقرار المراجع اللغوي

أشهد أن رسالة الماجستير الموسومة بـ إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت - دراسة ميدانية، التي تقدّم بها الطالب/ محمد علي صالح باحکم، قد تَمَّت مُراجعتها من الناحية اللغوية تحت إشرافي، بحيث أصبحت ذات أسلوب علمي، وسليمة من الأخطاء اللغوية؛ ولأجل هذا أوقّع.

المراجع اللغوي: علي سالم الشرفي

الدرجة العلمية: مدرس (ماجستير)

جامعة: حضرموت

التوقيع: 

التاريخ: 2023/9/24م

إقرار المراجع اللغوي لترجمة ملخص الرسالة

أشهد أن رسالة الماجستير الموسومة بـ إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت - دراسة ميدانية، التي تقدّم بها الطالب / محمد علي صالح باحکم، قد تَمَّت مُراجعتها من الناحية اللُّغويّة تحت إشرافي، بحيثُ أصبحت ذات أسلوبٍ عِلْمِيٍّ، وسليمةً من الأخطاء اللُّغويّة.

المراجع اللغوي: صالح عمر حسين باحسين

الدرجة العلمية: مدرس (ماجستير)

جامعة: حضرموت

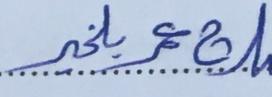
التوقيع:

التاريخ: 2023/9/19م

إقرار المشرف العلمي

أشهد أن رسالة الماجستير الموسومة بـ إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت- دراسة ميدانية، التي تقدّم بها الطالب / محمد علي صالح باحکم، قد استُكمِلت بمراحلها كافة تحت إشرافي، وأرشدتها للمناقشة.

المشرف العلمي /

.....
الدكتور: 

.....
التوقيع: 

التاريخ: / / 2023م

قرار لجنة المناقشة

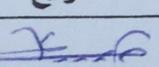
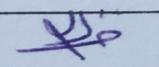
بناء على قرار رئيس الجامعة رقم (1) لعام 2024 م الصادر بتاريخ 21/1/2024 م بشأن تشكيل لجنة مناقشة لرسالة الماجستير الموسومة بـ:

إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت - دراسة ميدانية

المقدمة من الباحث: محمد علي صالح باحکم
تخصص: إدارة أعمال

نقر نحن -رئيس لجنة المناقشة وأعضاءها- أننا اطلعنا على الرسالة العلمية المذكورة آنفًا، وقد ناقشنا الباحث في محتوياتها، وفيما له علاقة بها، وأجيزت الرسالة بتاريخ: 2024/2/6 م.

أعضاء لجنة المناقشة

م	الاسم	اللقب العلمي	الصفة في اللجنة	التوقيع
1	د. هبة عمر بنعيم	استاذ مشاركة	رئيسة اللجنة	
2	د. خالد محمد زايدو	استاذ مشارك	نائبة	
3	د. عائد قاسم هسين	استاذ مشارك	مناقش خارجي	

تفويض الباحث للجامعة

أنا الباحث: محمد علي صالح باحكم، تخصص: إدارة أعمال، أفوض جامعة الريان، وأمنح لها الحق بتصوير رسالتي العلمية للماجستير الموسومة بـ:

إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة
حزرموت - دراسة ميدانية

ونسسخها ورقياً، وإلكترونياً، كلياً، أو جزئياً، وذلك لأغراض البحث والنشر العلمي، وللتبادل مع المؤسسات والجهات التعليمية والجامعية ذات العلاقة.

الاسم: محمد علي صالح باحكم

التاريخ: 2024/11/11

المستخلص

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثل مجتمع الدراسة في العاملين في المستشفيات محل الدراسة البالغ عددهم (1370) عاملاً، وكذلك المستفيدون من المستشفيات محل الدراسة (مجتمع غير مؤطر)، وتم أخذ عينة عشوائية بسيطة قوامها (302) مفردة من العاملين في المستشفيات، و(384) مفردة من المستفيدين من المستشفيات وفقاً لجدول (أوما سيكاران)، وقد تم جمع البيانات الأولية من خلال أداة الاستبيان، وبعد التوزيع تم استرجع (300) مفردة من استبيان من العاملين، و(380) مفردة من استبيان من المستفيدين، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها: أن مستوى إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت كان متوسطاً، ومستوى جودة الخدمات الصحية كذلك كان متوسطاً، ووجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة بأبعادها في جودة الخدمات الصحية بأبعادها، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات عينة الدراسة تُعزى لتغير سنوات الخبرة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات عينة الدراسة من العاملين تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي)، كما توصلت إلى جملة من التوصيات أهمها: ضرورة اهتمام إدارة المستشفيات بتبني بشكل أكبر ووسع إدارة الجودة الشاملة في العمل، من خلال عمل دورات في إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين و الإدارة.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال تعالى:

﴿وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ

وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾

الإهداء

إلى من أحمل اسمه بكل فخر، الذي لم أجد عبارات تجزيه حقه من التقدير والاحترام، الذي علمني كيف يكون الصبر طريقاً للنجاح، إلى قدوتي وسندي، ومصدر فخري واعتزازي

والدي العزيز -أطال الله في عمره-

إلى من تتسابق الكلمات فتخرج معبرة عن مكنون ذاتها، من علمتني وعانت الصعاب للوصول بي إلى ما أنا فيه، وعندما تكسوني الهموم أسبح في بحر حنائها لتخفف من آلامي

والدتي الغالية -أطال الله في عمرها-

إلى من شاركوني الذكريات وأحلام الطفولة، وبهم أستمد القوة والعزيمة، أهديهم محبتي وإخلاصي ووفائي

إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى من علمونا حروفاً من ذهب، وكلمات من درر، وعبارات من أسمى وأجلى عبارات في العلم، إلى من صاغوا لنا من علمهم حروفاً، ومن فكرهم منارةً تُنيرُ لنا مسيرة العلم والنجاح

أساتذتنا الكرام

إلى جميع الأحبة والأصدقاء، وإلى كل من قدم لي العون والمساعدة في إنجاز هذه الرسالة.

إليهم جميعاً أهدي هذا الجهد..

محمد

الشكر والتقدير

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾

الشكر والحمد والثناء لله سبحانه وتعالى الذي ألهمني الطموح والصبر وسدد خطاي بأن منّ عليّ بإتمام هذه الدراسة، وأسأل الله أن يزيدني علمًا بها، وقد تأذن بالزيادة لمن شكر. كذلك فإنّ الواجب يدفعني إلى أن أوجه شكري بعد الله تعالى إلى نبع المعرفة والعلم أستاذي الفاضل، الدكتور/ صلاح عمر بلخير، الذي شرفني بالإشراف على إعداد هذه الدراسة، وغمرني بفضله وتشجيعه المستمر لي منذ اختيار عنوان الرسالة حتى إتمامها، فكان حقًا نعم المشرف الجوّاد، فله مّي كل التقدير والاحترام، وله الأجر العظيم من الله تعالى، وجعله من أفضل الناس بعلمه وخبرته.

كما أتقدم بجزيل الشكر لجامعة الريان التي أتاحت لي الفرصة لاستكمال دراسة الماجستير، ولا أنسى كافة أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، وكل ما بذلوه من نصح وإرشاد وتقدير وتقديم يد العون دائمًا.

وكل الشكر والامتنان لمؤسسة صلة للتنمية وفي مقدمتهم الأستاذ علي حسن باشماخ على دعمهم المالي الذي كان السبب بعد توفيق الله في استكمال دراسة الماجستير.

وأيضًا كل الحب والتقدير للأساتذة المحكمين لأداة الدراسة، وما أبدوه من ملاحظات عليها.

والشكر موصول لطلاب الدفعة الـ 23 طب بشري كلية الطب جامعة حضرموت على جهودهم المبذولة في توزيع أداة الدراسة.

وكذلك لا أنسى أن أتقدم بفائق الشكر والاحترام والتقدير، إلى الأعضاء في لجنة المناقشة؛ على قبولهم مناقشة رسالتي وإبداء ملاحظاتهم القيمة عليها.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحث

المستخلص

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثل مجتمع الدراسة في العاملين في المستشفيات محل الدراسة البالغ عددهم (1370) عاملاً، وكذلك المستفيدون من المستشفيات محل الدراسة (مجتمع غير مؤطر)، وتم أخذ عينة عشوائية بسيطة قوامها (302) مفردة من العاملين في المستشفيات، و(384) مفردة من المستفيدين من المستشفيات وفقاً لجدول (أوما سيكاران)، وقد تم جمع البيانات الأولية من خلال أداة الاستبيان، وبعد التوزيع تم استرجع (300) مفردة من استبيان من العاملين، و(380) مفردة من استبيان من المستفيدين، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها: أن مستوى إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت كان متوسطاً، ومستوى جودة الخِدْمات الصحية كذلك كان متوسطاً، ووجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة بأبعادها في جودة الخِدْمات الصحية بأبعادها، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات عينة الدراسة تُعزى لمتغير سنوات الخبرة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات عينة الدراسة من العاملين تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي)، كما توصلت إلى جملة من التوصيات أهمها: ضرورة اهتمام إدارة المستشفيات بتبني بشكل أكبر ووسع إدارة الجودة الشاملة في العمل، من خلال عمل دورات في إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين و الإدارة.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	الشكر والتقدير
ج	المستخلص
د	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ك	قائمة الأشكال
ل	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	مقدمة
3	المبحث الأول: منهجية الدراسة
3	أولاً: مشكلة الدراسة
3	ثانياً: أهمية الدراسة
4	ثالثاً: أهداف الدراسة
5	رابعاً: فرضيات الدراسة
6	خامساً: نموذج الدراسة
7	سادساً: منهجية الدراسة
7	سابعاً: مجتمع وعينة الدراسة
8	ثامناً: مصادر جمع المعلومات والبيانات
8	تاسعاً: أداة الدراسة
10	عاشراً: صدق وثبات أداة الدراسة
12	حادي عشر: الأساليب الإحصائية المستخدمة
14	ثاني عشر: حدود الدراسة
15	المبحث الثاني: الدراسات السابقة
15	أولاً: استعراض الدراسات السابقة

الصفحة	الموضوع
15	1- الدراسات التي تناولت إدارة الجودة الشاملة (المتغير المستقل)
15	1-1- الدراسات العربية
19	1-2- الدراسات الأجنبية
21	2- الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع)
21	1-2- الدراسات العربية
26	2-2- الدراسات الأجنبية
27	3- الدراسات التي تناولت إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية:
28	ثانياً: مناقشة الدراسات السابقة
30	ثالثاً: ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة
30	رابعاً: أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
31	الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة
32	تمهيد
33	المبحث الأول: مدخل لإدارة الجودة الشاملة
33	أولاً: ماهية إدارة الجودة الشاملة
33	1. مدخل عام إلى الجودة
33	تعريف الجودة
34	2. مراحل تطور مفهوم الجودة
35	3. تعريف إدارة الجودة الشاملة
37	4. أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة
37	5. أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة
38	ثانياً: مبادئ إدارة الجودة الشاملة
40	1. التزام الإدارة العليا بالجودة الشاملة
40	2. التخطيط الإستراتيجي
41	3. التحسين المستمر
42	4. تحفيز ومشاركة العاملين

الصفحة	الموضوع
43	5. التركيز على المستفيد (العميل)
44	ثالثاً: عوامل نجاح ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
46	المبحث الثاني: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
46	أولاً: مفهوم المؤسسات الصحية وأنواعها
46	1. تعريف المؤسسة الصحية (المستشفى)
46	2. وظائف المؤسسات الصحية
47	3. أنواع المؤسسات الصحية
48	ثانياً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
48	1. تعريف إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
49	2. مبررات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
50	3. أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
50	ثالثاً: خصائص وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
50	1. خصائص تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
51	2. فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
51	رابعاً: محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
52	1. عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
53	2. معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
55	خامساً: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
58	الفصل الثالث: جودة الخدمات الصحية
59	تمهيد
60	المبحث الأول: مدخل إلى الخدمات الصحية
60	أولاً: ماهية الخدمة
60	1. تعريف الخدمة
61	2. أهمية الخدمات
62	3. خصائص الخدمات

الصفحة	الموضوع
62	4. طبيعة الخدمات
63	ثانياً: مفهوم الخدمة الصحية
63	1. تعريف الخدمات الصحية
63	2. خصائص الخدمات الصحية
64	3. أهداف الخدمات الصحية
64	ثالثاً: أنواع ومستويات الخدمة الصحية
64	أولاً: أنواع الخدمة الصحية
66	مستويات الخدمة الصحية
68	المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية وأبعادها وقياسها
68	أولاً: ماهية جودة الخدمات الصحية
68	1. مفهوم جودة الخدمة
69	2. تعريف جودة الخدمات الصحية
70	3. أهمية جودة الخدمات الصحية
71	4. أهداف جودة الخدمات الصحية
72	ثانياً: أبعاد جودة الخدمات الصحية
77	ثالثاً: مقاييس جودة الخدمات الصحية
78	رابعاً: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
79	خامساً: أثر جودة الخدمة الصحية في رضا المستفيد
80	سادساً: معايير ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية
81	سابعاً: نماذج قياس جودة الخدمات الصحية
86	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية
87	المبحث الأول: وصف خصائص عينة الدراسة
87	أولاً: توزيع مفردات العينة وفقاً لاسم المستشفى
88	ثانياً: توزيع مفردات العينة وفقاً للجنس
89	ثالثاً: توزيع مفردات العينة وفقاً للعمر

الصفحة	الموضوع
90	رابعًا: توزيع مفردات العينة وفقا للمؤهل العلمي
92	خامسًا: توزيع مفردات العينة وفقا للمسمى الوظيفي
93	سادسًا: توزيع مفردات العينة وفقا لعدد سنوات الخبرة
95	المبحث الثاني: الوصف التحليلي لمتغيرات الدراسة
95	أولًا: الإحصاءات الوصفية للإدارة الجودة الشاملة
107	ثانياً: الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة الصحية
117	المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
117	أولًا: اختبار التوزيع الطبيعي: (Normality)
118	ثانياً: اختبار استقلالية المتغيرات المستقلة
119	ثالثاً: اختبار الفرضية الرئيسة الأولى
119	1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى
121	2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية
122	3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة
124	4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة
125	5. اختبار الفرضية الفرعية الخامسة
126	رابعاً: اختبار الفرضية الرئيسة الثانية
131	الخاتمة
131	أولاً: ملخص النتائج
133	ثانياً: التوصيات
133	ثالثاً: المقترحات
134	قائمة المراجع
145	الملاحق
162	Abstract

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
7	حجم العينة الكلي للدراسة وتوزيعها على المستهدفين من العاملين في المستشفيات	(1-1)
8	حجم العينة الكلي للدراسة وتوزيعها على المستهدفين من المستفيدين (المرضى)	(2-1)
11	معامل ثبات أداة الدراسة (استبيان مقدمي الخدمة الصحية) بطريقة ألفا كرونباخ	(3-1)
12	معامل ثبات أداة الدراسة (استبيان المستفيدين من الخدمة الصحية) بطريقة ألفا كرونباخ	(4-1)
29	مصنوفة تكرار أبعاد إدارة الجودة الشاملة	(5 -1)
30	مصنوفة تكرار أبعاد جودة الخدمات الصحية	(6 -1)
87	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المستشفى	(1-4)
88	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الجنس	(2-4)
89	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب العمر	(3-4)
91	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي	(4-4)
92	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الوظيفة لمقدمي الخدمة الصحية	(5-4)
93	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب سنوات الخبرة لمقدمي الخدمة الصحية	(6-4)
95	ترتيب الأهمية النسبية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة	(7-4)
97	الإحصاءات الوصفية لدعم ومساندة الإدارة العليا	(8-4)
99	الإحصاءات الوصفية للتخطيط الإستراتيجي للجودة	(9-4)
101	الإحصاءات الوصفية للتحسين المستمر	(10-4)
103	الإحصاءات الوصفية لدعم ومشاركة العاملين	(11-4)
105	الإحصاءات الوصفية للتركيز على المستفيد	(12-4)
107	ترتيب الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	(13-4)
109	الإحصاءات الوصفية لُبعد الملموسية	(14-4)
110	الإحصاءات الوصفية لُبعد الاعتمادية	(15-4)
112	الإحصاءات الوصفية لُبعد الاستجابة	(16-4)

113	الإحصاءات الوصفية لُبعد الأمان	(17-4)
115	الإحصاءات الوصفية لُبعد التعاطف	(18-4)
118	مصنوفة الارتباط للمتغير المستقل	(19-4)
119	تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية	(20-4)
120	تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية	(21-4)
121	تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخدمات الصحية	(22-4)
123	تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية	(23-4)
124	تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية	(24-4)
126	تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتركيز على المستفيد في جودة الخدمات الصحية	(25-4)
127	نتائج تحليل اختبار t-test لاستجابة عينة الدراسة بحسب متغير الجنس	(26-4)
128	نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA لاستجابة عينة الدراسة بحسب البيانات الشخصية	(27-4)
130	نتيجة اختبار شيفيه Scheffe التتابعي للفروق في عدد سنوات الخبرة	(28-4)

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
6	أنموذج الدراسة	(1-1)
88	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المستشفى	(1-4)
89	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الجنس	(2-4)
90	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب العمر	(3-4)
91	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي	(4-4)
93	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الوظيفة	(5-4)
94	توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب عدد سنوات الخبرة	(6-4)
117	اختبار التوزيع الطبيعي	(7-4)
119	العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.	(8-4)

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
	استبانة الدراسة الاستطلاعية	(1)
146	استبانة الدراسة (استمارة مقدم الخدمة)	(2)
154	استبانة الدراسة (استمارة المستفيد)	(3)
161	أسماء المحكمين لأداة الدراسة	(4)

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المبحث الأول: منهجية الدراسة

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

إن إدارة الجودة الشاملة قد صارت تعبر عن إستراتيجية متكاملة في تنمية وتطوير المؤسسات التي تُسهم في تقديم المنتجات والخدمات على وجه سواء، وإن الاهتمام بجودة الخدمات في مؤسسات الدول المتقدمة لا بد أن يكون مساويا للاهتمام بالمنتجات السلعية، وفي هذا الإطار، يحظى القطاع الصحي من حيث جودة خدماته باهتمام أكبر من غيره، بناء على تعلقه بالصحة البشرية، التي تُعدُّ لدى دول العالم الحديث من أعلى القيم شأنًا واعتبارًا.

إن فعالية إدارة جودة الخدمات الصحية ومستواها، هو ما يعبر عن مؤشر قياس مدى ومستوى الجودة الصحية في الدولة. ومع تنامي الحاجة في السنوات الأخيرة في كثير من الدول إلى مختلف أنواع الرعاية الصحية بالإضافة إلى تضاعف شرائح المجتمع التي صارت تتمتع بمختلف أنماط الرعاية، أصبح لزاما على المؤسسات أن تستقطب أعلى مهيات إدارة الجودة الشاملة ليكون أثرها منعكسا على جودة الخدمات الصحية.

ومن هنا بدأت المنظمات الصحية بتطبيق مفهوم الجودة الشاملة كأحد الأساليب الحديثة التي تساعد الإدارة على التحسين المستمر لجميع أوجه الخدمات الصحية وتحقيق أداء جيد للخدمات، لتتسجم مع توقعات المستفيدين منها، وأن نجاح الإدارة في تلك المنظمات يعود على وجود إدارة واعية تعتمد على أحدث الأساليب العلمية في وظائفها واستثمارها من أجل تحقيق متطلبات الجمهور المستهدف وإنجاز ما ينال رضاهم ويلبي احتياجاتهم وفقا لنظام إدارة الجودة الشاملة. حيث أوجد التطور في مفاهيم إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها حاجة ضرورية، لوجود أنظمة قياس وتقويم لمستويات جودة الأداء والتميز المؤسسي، وصولاً لمرحلة تضمن جودة الخدمات بكافة أنواعها وأشكالها وذلك وفق معايير واضحة ومحددة وموضوعية.

وتتكون هذه الدراسة من أربعة فصول الفصل الأول الإطار العام للدراسة ويتضمن مبحثين المبحث الأول منهجية الدراسة والمبحث الثاني الدراسات السابقة، والفصل الثاني ينطوي تحت إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة ويتكون من ثلاثة مباحث رئيسة المبحث الأول مدخل لإدارة الجودة الشاملة والمبحث الثاني إدارة الجودة الشاملة في المنشآت الصحية والمبحث الثالث محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي، والفصل الثالث ينطوي تحت جودة الخدمات الصحية ويتكون من ثلاثة مباحث المبحث الأول مفهوم الخدمات الصحية والمبحث الثاني مدخل إلى جودة الخدمات الصحية والمبحث الثالث قياس جودة الخدمات الصحية، الفصل الرابع يتضمن الدراسة الميدانية ويتكون من ثلاثة مباحث المبحث الأول وصف خصائص عينة ومتغيرات الدراسة والمبحث الثاني اختبار فرضيات الدراسة والمبحث الثالث النتائج والاستنتاجات والتوصيات والمقترحات.

المبحث الأول: منهجية الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة:

إن الوضع الراهن الذي تعيشه اليمن بكافة محافظاتهما والظروف التي عكست اثارها على كافة القطاعات ومنها القطاع الصحي والذي يشمل كافة المرافق الصحية بما فيها المستشفيات؛ فقد أدت تلك الظروف إلى تدني جودة الخدمات الصحية المقدمة على صعيد القطاعات الحكومية.

ومن خلال دراسة استطلاعية قام بها الباحث على (70) مستفيد (مريض) في المستشفيات الحكومية، ومن خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية يتضح إن مستوى جودة الخدمات الصحية متدني على حساب آراء العينة الاستطلاعية، ويؤكد ذلك ما اشارت إليه دراسة (بن صديق، 2020) التي اشارت إلى تدني جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل حضرموت، وأيضاً دراسة (بلحاج والجابري، 2020) التي اشارت إلى انخفاض جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات في محافظة حضرموت؛ وهذا يستلزم التفكير في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تبني مدخل إداري جديد مغاير للطرائق التقليدية التي بات قصورها واضحاً، حيث تشير دراسة (عياد، 2017)، إلى أن تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة من شأنه ان يعزز ويطور مستوى جودة الخدمات بصورة مبتكرة.

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- 1- ما مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟
- 2- ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟
- 3- ما أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟
- 4- هل توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة)؟

ثانيًا: أهمية الدراسة:

تتضمن أهمية الدراسة الآتي:

1-الأهمية العلمية:

تكمن أهمية الدراسة العلمية في الآتي:

أ- تأتي أهمية الدراسة من خلال أهمية موضوع الدراسة (إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية) والذي يعد من المواضيع المهمة على الصعيد الدولي.

ب- تعد هذه الدراسة إحدى الإضافات العلمية للمكتبة اليمنية والعربية في مجال إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية.

ج- على حد علم الباحث هذه دراسة من الدراسات العلمية القليلة التي تتناول موضوع إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في مستشفيات ساحل حضرموت على مستوى اليمن

2-الأهمية العملية:

ويمكن تحديدها من خلال الآتي:

أ- محاولة تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل حضرموت التي تلعب دور كبير من خلال تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

ب- تزويد المسؤولين في تلك المستشفيات بالتوصيات لتعزيز تطبيق إدارة الجودة الشاملة لرفع جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها.

ج- محاولة لفت نظر القائمين على المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت إلى إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1- قياس مستوى إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

2- قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

3- قياس أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

4- قياس الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة).

5- تقديم جملة من التوصيات التي من شأنها تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيها.

رابعاً: فرضيات الدراسة:

بناء على مشكلة الدراسة وأهدافها تم صياغة فرضياتها كالآتي:

الفرضية الرئيسة الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

وتنبثق من الفرضية الرئيسة الأولى الفرضيات الفرعية الآتية:

1- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

2- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

3- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

4- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتدريب العاملين ومشاركتهم في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

5- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتركيز على المستفيد في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

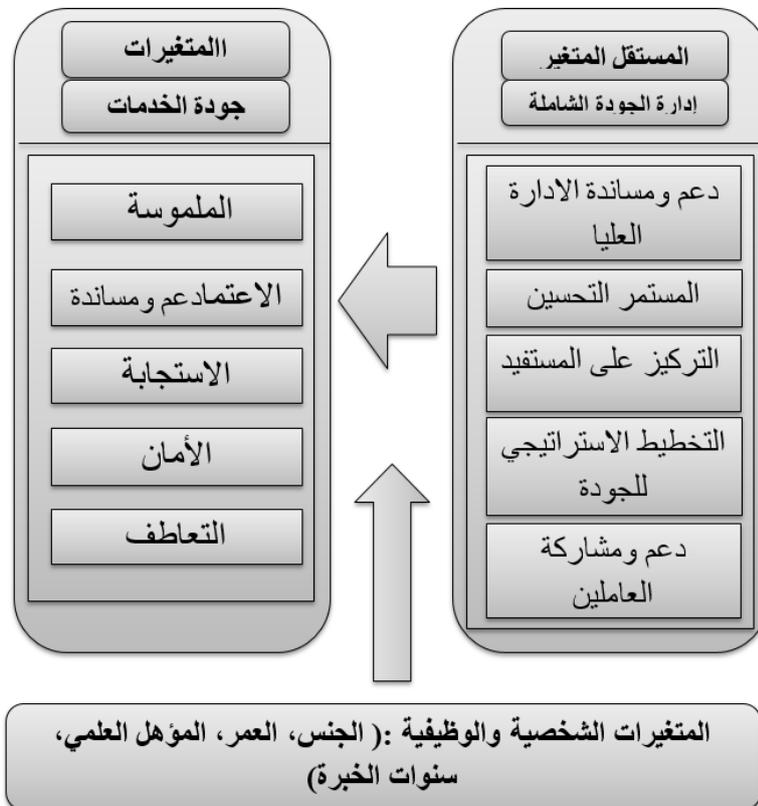
الفرضية الرئيسة الثانية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية في استجابات عينة الدراسة حول إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة).

خامساً: نموذج الدراسة:

اعتمدت الدراسة في بناء النموذج على مشكلة الدراسة وأهدافها ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة والنماذج ذات العلاقة بموضوع الدراسة، تم بناء نموذج الدراسة والذي يتكون من متغيرين هما إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية كما هو موضح في الشكل الآتي:

شكل رقم (1-1): نموذج الدراسة



المصدر: إعداد الباحث بالاستفادة من الدراسات السابقة.

سادساً: منهجية الدراسة:

لاستكمال تحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث يعد هذا المنهج مناسباً في التحقق من الواقع الوصفي لمجاور الدراسة من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقات بين المتغيرات، وتعتمد الدراسة على الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وتحليلها بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS، من أجل الوصول إلى النتائج.

سابعاً: مجتمع وعينة الدراسة:

1- مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من مجتمعين المجتمع الأول جميع العاملين (القيادات الإدارية، الأطباء، الممرضين، الصيادلة، المختبريين، الفنيين) في المستشفيات بساحل حضرموت والبالغ عددهم (1370) عاملاً في الثلاثة المستشفيات الحكومية (مستشفى بن سينا، مستشفى المكلا، ومستشفى الشحر) (سجلات شؤون الموظفين في تلك المستشفيات، 2022)، والمجتمع الثاني المستفيدين من الخدمات الصحية في مستشفيات ساحل حضرموت وهو مجتمع غير مؤطر.

2- عينة الدراسة:

تم اختيار عينتين منفصلتين العينة الأولى مكونة من (302) عاملاً في المستشفيات الحكومية في ساحل حضرموت، في حين تتكون العينة الثانية من (384) مستفيداً من الخدمات الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات وفقاً لجداول (أوما سيكران، 2010، ص 421)، وتم توزيع الاستبانات على المستشفيات الحكومية والمستفيدين منها في ساحل حضرموت بحسب الجداول التالية:

جدول رقم (1-1): حجم العينة الكلي للدراسة وتوزيعها على المستهدفين من العاملين في المستشفيات

عدد الاستبانات			العاملين مقدمي الخدمات لعام 2022		اسم المستشفى
%	المسترجعة	الموزعة	%	عدد	
34.6%	104	105	35%	480	ابن سينا
31.6%	96	97	32%	440	المكلا_باشراحيل
33%	100	100	33%	450	الشحر
99.2%	300	302	100%	1370	الإجمالي الكلي

جدول رقم (1-2): حجم العينة الكلي للدراسة وتوزيعها على المستهدفين من المستفيدين (المرضى)

(عدد الاستبيانات الموزعة على المستفيدين (المرضى))			اسم المستشفى
%	المسترجعة	الموزعة	
%33.3	128	128	ابن سينا
%33.3	128	128	المكلا_باشراحيل
%32.2	124	128	الشحر
%98.8	380	384	الإجمالي الكلي

المصدر: إعداد الباحث

ثامناً: مصادر جمع المعلومات والبيانات:

اعتمدت الدراسة في جمع المعلومات على المصادر الآتية:

1- المصادر الثانوية:

تعد البيانات الثانوية ركيزة مهمة في تكوين الجانب النظري، وبناء النموذج الافتراضي، وتكوين معرفة حول متغيرات الدراسة، وبناء مؤشرات قياس أبعاد ومتغيرات الدراسة وقد تم جمع تلك البيانات من خلال البحث والقراءة في عدد من المصادر تمثلت في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والتقارير، والمجلات العلمية المحكمة، والرسائل، والاطروحات، والروابط الالكترونية، وغيرها.

2- المصادر الأولية:

اعتمدت الدراسة على الاستبيان أداة رئيسة لجمع البيانات الأولية من مجتمع الدراسة، حيث قام الباحث بتصميم استبانة خاصة لغرض جمع البيانات المتعلقة باتجاهات المستجيبين نحو مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في ساحل حضرموت وكذلك قياس جودة الخدمات الصحية من خلال المستفيدين من المستشفيات في ساحل حضرموت.

تاسعًا: أداة الدراسة:

بالاعتماد على الدراسات السابقة والإطار النظري المتعلق بموضوع الرسالة، ولأغراض تغطية الجانب الميداني، تم تصميم استبيانين، شملت كل استمارة على مجموعة من الأسئلة مقسمة على عدة محاور، وتم توزيعهما على أفراد عينة البحث، ويمكن بيان تلك المحاور والأهداف المنشودة منها على النحو الآتي:

الاستبيان الأول: استبيان مقدمي الخدمة الصحية:

ويشمل الأجزاء الآتية:

الجزء الأول: يتناول الجزء الأول البيانات الشخصية والوظيفية، حيث تم السؤال عن اسم المستشفى التي يعمل فيها، ونوع الجنس، وعمره، ومؤهله العلمي، والوظيفة التي يشغلها الشخص المجيب، وعدد سنوات خبرته في مجال الخدمات الصحية. والهدف من تلك الأسئلة إجراء دراسة الفروق بين مستوى إدراك هؤلاء الأفراد لمتغيرات الدراسة تبعاً للبيانات الشخصية والوظيفية المتعلقة بهم.

الجزء الثاني: ويوجد به الأسئلة التي تتعلق بمدى تطبيق مبادئ أبعاد إدارة الجودة الشاملة وهي:

■ أولاً: دعم ومساندة الإدارة العليا: ويتضمن الفقرات من (1-10).

■ ثانياً: التخطيط الإستراتيجي للجودة: ويشمل الفقرات من (11-21).

■ ثالثاً: التحسين المستمر: ويتضمن الفقرات من (22-31).

■ رابعاً: دعم ومشاركة العاملين: ويتضمن الفقرات من (32-43).

■ خامساً: التركيز على المستفيد: ويتضمن الأسئلة من (44-53).

الاستبيان الثاني: استبيان المستفيدين من الخدمة الصحية:

ويشمل الأجزاء الآتية:

الجزء الأول: يتناول الجزء الأول البيانات الشخصية والوظيفية، حيث تم السؤال عن اسم المستشفى التي تلقى الشخص المجيب الخدمة الصحية فيها، ونوع الجنس، وعمره، ومؤهله العلمي، والهدف من تلك الأسئلة إجراء دراسة الفروق بين مستوى إدراك هؤلاء الأفراد لمتغيرات الدراسة تبعاً للبيانات الشخصية والوظيفية المتعلقة بهم.

الجزء الثاني: يتضمن مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بأبعاد جودة الخدمة الصحية متمثلة في:

- بُعد الملموسية: ويتضمن الفقرات من (1-7).
- بُعد الاعتمادية: ويتضمن الفقرات من (8-13).
- بُعد الاستجابة: ويتضمن الفقرات من (14-20).
- بُعد الأمان: ويتضمن الفقرات من (21-28).
- بُعد التعاطف: ويتضمن الفقرات من (29-34).

وقد لجأ الباحث إلى دمج تلك الأبعاد الخمسة وتم أخذ المتوسط الحسابي لها كنتيجة معبرة عن جودة الخدمة الصحية بشكل عام، وذلك بسبب كثرة أبعاد المتغير التابع وخوفاً من الاستطرد في تفاصيل قد تكسب الدراسة حجماً مبالغاً فيه وتشتتاً في الأفكار الرئيسة.

عاشراً: صدق وثبات أداة الدراسة:

تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال الآتي:

1- الصدق الظاهري (صدق الحكمين):

حيث تم عرض الاستبيانين في صورتهم الأولى على عدد من الحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص لأخذ وجهات نظرهم والاستفادة من آرائهم في تعديله والتحقق من مدى ملائمة كل فقرة للمحور الذي ينتمي إليه، ومدى سلامة ودقة الصياغة اللغوية والعلمية لعبارات الاستبيان، وشمول كلا الاستبيانين بمشكلة الدراسة وتحقيق أهدافها.

2- اختبار ثبات أداة الاستبيان المستخدمة في الدراسة:

يعبر ثبات المقياس عن الاتساق الداخلي للفقرات المستخدمة في قياس محور أو بعد معين، وقد اعتمد الباحث على أسلوب تحليل معامل الارتباط ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لقياس ثبات فقرات المجالات المشمولة بالاستبانة، ويمكن الإشارة إلى أن معامل الارتباط ألفا تتراوح بين (الصفير والواحد) ويمكن الحكم على المقياس بأنه يتمتع بالثبات حين لا تقل قيمة هذا المعامل عن (0.70).

ويمكن توضيح قيمة معامل ألفا كرونباخ للمتغير المستقل والذي يمثل أبعاد إدارة الجودة الشاملة على النحو الموضح في الجدول (3-1):

جدول رقم (1-3): معامل ثبات أداة الدراسة (استبيان مقدمي الخدمة الصحية) بطريقة ألفا كرونباخ

م	مبادئ إدارة الجودة الشاملة	أرقام الفقرات	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق*
1	دعم ومساندة الإدارة العليا	10-1	10	0.906	0.952
2	التخطيط الإستراتيجي للجودة	21-11	11	0.929	0.964
3	التحسين المستمر	31-22	10	0.921	0.960
4	دعم ومشاركة العاملين	43-32	12	0.959	0.979
5	التركيز على المستفيد	53-44	10	0.945	0.972
	إجمالي فقرات الاستبيان		53	0.982	0.991

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

* تم حساب صدق المحك الإحصائي عن طريق جذر معامل الثبات

دلت معاملات ألفا كرونباخ في الجدول (3-1) أنها كانت عالية جدا لكل أبعاد الجودة الشاملة، ويتضح أن أعلى قيمة ثبات بلغت (0.959) لمجال دعم ومشاركة العاملين، وأدناها (0.906) لمجال دعم ومساندة الإدارة العليا. وفقرات الاستبانة عموما فإن قيمة ألفا كرونباخ بلغت (0.982) وهي قيمة مرتفعة جدًا تدل على ثبات فقرات الاستبيان إجمالاً.

وللمتغير التابع الذي يمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية فإن قيم معامل ألفا كرونباخ يمكن بيانها كما في الجدول (4-1) الآتي.

جدول رقم (1-4): معامل ثبات أداة الدراسة (استبيان المستفيدين من الخدمة الصحية) بطريقة ألفا كرونباخ

م	أبعاد جودة الخدمة الصحية	أرقام الفقرات	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق*
1	الملموسية	7-1	7	0.684	0.827
2	الاعتمادية	13-8	6	7170.	0.847
3	الاستجابة	20-14	7	0.677	0.823
4	الأمان	28-21	8	0.808	0.899
5	التعاطف	34-29	6	0.649	0.806
	إجمالي فقرات الاستبيان		34	0.905	0.951

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

* تم حساب صدق الحك الإحصائي عن طريق جذر معامل الثبات

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد جودة الخدمات الصحية تراوحت بين (0.649-0.808) وهي معاملات جيدة ومقبولة وتتسم بالثبات، ولفقرات الاستبانة عموماً فإن قيمة ألفا كرونباخ بلغت (0.905) وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات فقرات الاستبيان إجمالاً.

وبناء على اختبار ثبات أداة الدراسة يمكن للباحث القول إن جميع المقاييس المستخدمة في قياس معاملات الثبات في الاستبيان مرتفعة، وتتميز بالثبات لفقراتها.

حادي عشر: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل بيانات الدراسة عن طريق البرنامج الإحصائي (SPSS)، واستخدمت الأساليب الإحصائية الآتية:

1. التكرارات والنسب المئوية للبيانات الشخصية الواردة في الجزء الأول من الاستبانة.

2. الرسوم البيانية لعرض قيم المؤشرات الإحصائية بيانياً كي يسهل فهمها.

3. المتوسط الحسابي: وهو أحد مقاييس النزعة المركزية، ويعبر عن تركز إجابات العينة حول نقطة معينة وتكون محصورة بين (1-5) درجات تبعاً للدرجات المعطاة في بدائل مقياس ليكرت في الاستبيان. كما استخدم أيضاً في ترتيب الفقرات من حيث أهميتها في المحور بالاعتماد على أكبر قيمة متوسط حسابي، وعند تساوي المتوسط الحسابي بين فقرتين فإنه يأخذ في الحسبان أقل قيمة للانحراف المعياري (أقل تشتت) بينهما.
4. الانحراف المعياري: وهو مقياس من مقاييس التشتت، يستخدم لقياس وبيان تشتت إجابات مفردات عينة الدراسة حول وسطها الحسابي.
5. معامل ارتباط بيرسون Pearson's Correlation Coefficient في اختبار الفرضيات.
6. معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لقياس ثبات فقرات مجالات الاستبانة.
7. الاختبار التائي T-Test لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين تقديرات أفراد العينة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى لمتغير (الجنس).
8. اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد العينة لقياس أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات: (العمر، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة).
9. تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression للتحقق من أثر كل بُعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت. ولاتخاذ القرار فيما يتعلق بالدلالة الإحصائية واختبار الفرضيات والكشف عما إذا كان هناك أثر معنوي (دال إحصائياً) نجد أنه:
 - إذا كانت قيمة مستوى المعنوية (Sig.) أقل من مستوى الدلالة (0.05) فإن الفرق الملاحظ هو فرق دال إحصائياً وعليه نرفض الفرضية الإحصائية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة.
 - إذا كانت قيمة مستوى المعنوية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) فإن الفرق هو فرق غير دال إحصائياً وعليه نقبل الفرضية الإحصائية الصفرية، ونرفض الفرضية البديلة.

ثاني عشر: حدود الدراسة:

- الحدود الزمانية: تمت الدراسة في المدة من مارس الى يونيو 2023
- الحدود المكانية: اقتصرت الدراسة على المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت
- الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على المواضيع المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة وجودة الخدّات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت.
- الحدود البشرية: تضمنت الدراسة العاملين والمستفيدين في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

أولاً: استعراض الدراسات السابقة

1-الدراسات التي تناولت إدارة الجودة الشاملة (المتغير المستقل):

1-1-الدراسات العربية:

1-دراسة (خروي، وآخرون، 2021) بعنوان: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء في المستشفيات دراسة حالة مستشفى خاص في جنوب لبنان.

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء في المستشفيات من خلال دراسة حالة إحدى المستشفيات الخاصة العاملة في جنوب لبنان، استخدمت الدراسة 6 متغيرات مستقلة و6 فرضيات مستمدة من أهداف الدراسة. تم اعتماد الاستبيان كأداة للدراسة حيث تم توزيعها على عينة ملائمة مؤلفة من 97 مفردة من الأطباء والتمريض والإداريين، وتم الحصول على 53 استمارة بنسبة استجابة %54.64 استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. وتشير نتائج الدراسة إلى التطبيق الجزئي لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، وتتمثل في عدم وضوح العمل الجماعي، ونقص في تحفيز العاملين. وبينت النتائج عن وجود علاقة إيجابية مهمة إحصائياً بين دعم الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وبين الأداء في المستشفى، وأوضحت النتائج عن وجود علاقة إيجابية مهمة إحصائياً بين نظام الحوافز المتبع في المستشفى وبين الأداء في المستشفى، ووجود علاقة إيجابية مهمة إحصائياً بين اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق وبين الأداء في المستشفى.

2-دراسة (جديد، حميطوش، 2019) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية -دراسة حالة المستشفى الجامعي ندير محمد.

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر وذلك من وجهة نظر المستفيد، ومحاولة الوقوف على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، تم اعتماد الاستبيان كأداة للدراسة حيث تم توزيعها على عينة ملائمة مؤلفة من 100 مفردة من الأطباء والتمريض والإداريين، وتحديد الأسباب التي يمكن أن تدفع بالمؤسسات الحكومية وبالخصوص المؤسسات الصحية إلى تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة. أما المنهج المتبع فهو المنهج الوصفي التحليلي وهو الذي يتضمن دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو مجموعة من الأحداث، حيث لا تقتصر الدراسة الوصفية على معرفة خصائص الظاهرة فقط إنما تتعدى ذلك إلى إدراك المتغيرات والحقائق المندرجة في موضوع الدراسة اعتمادنا عليه لتحديد الإطار

النظري ومختلف المفاهيم الأساسية حول إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية وكذلك المؤسسة الاستشفائية. وتمثلت نتائج الدراسة في أنه قد أصبحت المؤسسات سواء كانت خدماتية أو إنتاجية تعطي أهمية كبيرة لأسلوب إدارة الجودة الشاملة وذلك يعود إلى الفوائد الكبيرة التي حققتها المؤسسات تعمل بهذا الأسلوب.

3-دراسة (عبد الرحمن، 2019) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة الموجهة وأثرها في الأداء المؤسسي، الدور المعدل للثقافة.

هدفت الدراسة التعرف إلى إدارة الجودة الشاملة الموجهة وأثرها في الأداء المؤسسي، الدور المعدل للثقافة في السودان، اعتمدت الدراسة المنهج الوصف التحليلي، وتم تصميم استبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، تم توزيع 256 استبانة، تم استرجاع 216 منها، وقد بلغت نسبة الاستبانات الصالحة للتحليل 92.3 %، أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى عدد من الإسهامات النظرية، حيث أوضحت المساهمات النظرية للدراسة وجود علاقة إيجابية بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وبعض أبعاد الأداء المؤسسي فقد بينت الدراسة أن هناك علاقة إيجابية بين التزام الإدارة العليا بالجودة، مشاركة العاملين، التركيز على العملاء والإنتاجية، كما توصلت لوجود علاقة إيجابية بين التركيز على العملاء ورضا العملاء، وعلاقة إيجابية بين التزام الإدارة العليا بالجودة، التركيز على العمليات، التركيز على العملاء والربحية

4-دراسة (المالكي، 2018) بعنوان: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة في ليبيا، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة الميدانية، حيث اتخذت مركز طرابلس الطبي ومركز بنغازي الطبي، تمثلت عينة الدراسة في عدد من المدراء والموظفين والأطباء والمرضى بحيث تم توزيع 60 استبانة وتم استرجاع 48 استبانة صالحة للتحليل، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في عدم وجود تطبيق فعال لإدارة الجودة الشاملة، وكذلك عدم توفر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل يتيح تطبيقها بفاعلية، ومن أبرز المعوقات التي تحول دون التطبيق الفعال لإدارة الجودة الشاملة ضعف الحوافز بأنواعها، وضعف قنوات الاتصال بين الأقسام، وكذلك اتباع الطرائق التقليدية في الإدارة، وضعف إدراك وفهم الموظفين لأهمية إدارة الجودة الشاملة.

5-دراسة (بقاط، وآخرون، 2018) بعنوان: أثر تبني معايير إدارة الجودة الشاملة على تسويق الخِدْمات الصحية، دراسة مقارنة: لعينة من المنظمات الصحية المحمية والأجنبية.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر إدارة الجودة الشاملة على تسويق الخِدْمات الصحية في عينة من المنظمات الصحية (مصحة النور بتونس، مصحة الرمال بالوادي، المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي، المؤسسة الاستشفائية بالوادي) في الجزائر، وكذا معرفة اختلاف وجهات النظر حول تقييم تسويق الخِدْمات الصحية من وجهتي نظر المتقدم والمتلقي، بالإضافة للتعرف إلى الفجوات بين التنظيمات الصحية حول تقييم تسويق الخِدْمات الصحية من وجهتي نظر المتقدم والمتلقي، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث على المنهج الوصفي. كما استخدم الاستبانة كأداة لجمع البيانات في الدراسة الميدانية، وقد تمخض عن الجمع 44 استمارة صالحة للدراسة بالنسبة لمقدم الخدمة 100 استمارة صالحة للدراسة بالنسبة لتلقي الخدمة. توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: توجد فجوات على مستوى تقديم الخدمة الصحية في المنظمات الصحية المدروسة بين وجهتي نظر المقدم والمتلقي في تقييمهم لتسويات بعض عناصر المزيج التسويقي، في حين أنها أظهرت تطابقا في بعضها الآخر.

6-دراسة (أوشن، 2018) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخِدْمات الصحية -دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى واقع الخِدْمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من إصلاحات في المنظومة الصحية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات الباحثين من الأطباء نحو درجة ملاءمة كل من التزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة، ونظام الاتصال والمعلومات المعتمد في المراكز الاستشفائية الجامعية، لتحقيق ذلك تم الاعتماد على كل من تحليل المؤشرات الصحية، المقابلة، الملاحظة، والاستبيان كأدوات للدراسة، حيث تم توزيع الاستبيان على 354 عامل في اربعة مراكز استشفائية جامعية. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخِدْمات الصحية، تم تقييم جودة هذه الأخيرة على أنها في أدنى مستوياتها، والحاجة إلى تحديث نظام الاتصال والمعلومات الذي أصبح عاجزا عن تحقيق الأهداف المرجوة منه.

7-دراسة (أبو زر، وآخرون، 2018) بعنوان: التمكين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة الجوده في الصحة وزارة الجنوبية المحافظات - الفلسطيني.

هدفت الدراسة التعرف واقع إلى التمكين الإداري لدى الموظفين في وزارة الصحة الفلسطينية بالمحافظات الجنوبية، كذلك التعرف إلى مستوى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومن ثم لديهم، العلاقة اختبار بين التمكين الإداري ومستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وأثر التمكين الإداري على إدارة الجودة الشاملة لدى شاغلي الوظائف الإشرافية. وتم استخدام أسلوب المنهج الوصفي التحليلي وتم استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات وتوزيعها على عينة عددها 563 من مجتمع الدراسة البالغ عدده 1741 موظفا وموظفة من شاغلي الوظائف الإشرافية في وزارة الصحة الفلسطينية بالمحافظات الجنوبية. وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن واقع التمكين الإداري ككل في وزارة الصحة الفلسطينية بالمحافظات الجنوبية جاء بدرجة متوسطة، وبوزن نسبي 07.13% وأن مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ككل في وزارة الصحة الفلسطينية بالمحافظات الجنوبية جاء بدرجة متوسطة، وبوزن نسبي 07.47% وتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التمكين الإداري وإدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة الفلسطينية بالمحافظات الجنوبية.

8-دراسة (الموسوي، 2012) بعنوان: أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة والمقارنة المرجعية في تحسين خدمة المستفيد.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر إدارة الجودة الشاملة والمقارنة المرجعية في تحسين خدمة المستفيد، ومن أجل تحقيق ذلك تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، وأجريت الدراسة في القطاع المصرفي العراقي، حيث تم الحصول على المعلومات اللازمة للجانب الميداني من خلال استمارة الاستبانة التي أعدت لهذا الغرض وزعت على عينة مكونة من تسعة مصارف منها 2 حكومية و7 أهلية كما بلغ عدد أفراد العينة 74 مديرا يمثلون القيادات الإدارية الوسطى. توصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات يمكن تلخيصها بأنه هناك تأثير لإدارة الجودة الشاملة وللمقارنة المرجعية بشكل منفرد ومجتمع في تحسين خدمة المستفيد في المصارف في عينة الدراسة.

9-دراسة (نصيرات، 2007) بعنوان: الجودة الشاملة والأداء المؤسسي دراسة استطلاعية لآراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان/الأردن.

حاولت هذه الدراسة تقييم خبرة عدد من الإداريين في مستشفيات القطاع الخاص الأردني في منطقة العاصمة عمان فيما يتعلق بتطبيقات إدارة الجودة الشاملة وهدفت إلى تحديد ما إذا كانت هنالك اختلافات ذات دلالة بين المستشفيات المدروسة بالنسبة لتطبيق عناصر الجودة الشاملة؛ وذلك عند أخذ هذه العناصر مجتمعة ومنفردة. وكذلك تحديد ما إذا كان هنالك اختلافات ذات دلالة في مؤشرات الأداء بين هذه المستشفيات. ولتحقيق أهداف الدراسة

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي ودراسة تسعة مستشفيات في منطقة العاصمة وتم تطوير أداة الدراسة (الاستبانة) واختبار درجة ثباته اكما تكونت عينة الدراسة من 320 فردًا، حيث تم توزيع استبانة الدراسة عليهم، وتم استعادة 250 استبانة صالحة للتحليل وكانت أهم نتائج الدراسة إن هنالك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات المدروسة في تطبيق عناصر الجودة الشاملة. كما وجدت اختلافات ذات دلالة في مؤشرات الأداء وقد وجدت هذه الاختلافات عند تحليل عناصر الجودة مجتمعة ومنفردة لكافة العناصر باستثناء عنصر تمكين العاملين.

2-1- الدراسات الأجنبية:

1-دراسة (ZAKUAN، 2016) بعنوان: علاقة إدارة الجودة الشاملة وأداء الموظفين في الشركات الصناعية الماليزية

الهدف الرئيس من هذه الدراسة هو تحليل العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وأداء الموظفين. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وقد وزع ما مجموعه 350 استبانة على 10 شركات صناعية في ماليزيا وعينة فعالة من 294 استقصاء استكملت (84% من معدل الاستجابة القابلة للاستعمال)، أظهرت النتائج إن مستوى إدارة الجودة الشاملة كان عاليًا، وأن ممارسات إدارة الجودة الشاملة لها علاقة كبير على أداء الموظفين.

2-دراسة (Akhtar, 2014) بعنوان: دور إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخِدْمات في باكستان.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم دور إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخِدْمات في باكستان. طبقت إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصناعية وكانت النتائج ممتازة. وفي هذه الأيام تطبق في قطاع الخِدْمات الذي يوجد به العديد من مقدمي الخِدْمات لنفس النوع من الخِدْمات. ولكن العملاء يفضلون مزود الخدمة الذي يوفر أفضل خدمة، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت بجمع البيانات من خلال إجراء المقابلات مع الإدارة العليا للمستشفيات والبنوك وشركات الاتصالات والمنظمات التعليمية وشركات الطيران في باكستان، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين إدارة الجودة الشاملة وأداء مؤسسات الخِدْمات في باكستان.

3-دراسة (NECHI NDUBUISI. H, 2012) بعنوان: أثر إدارة الجودة الشاملة على الإنتاجية التنظيمية_دراسة حالة مصنع Amat في نيجيريا.

هدفت الدراسة لمحاولة دراسة تأثير إدارة الجودة الشاملة على الإنتاجية التنظيمية في مصنع Amat في نيجيريا، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، ومن خلال طريقة الاستبيان والمقابلة الشخصية يتم جمع البيانات من جميع العاملين في المصنع والبالغ عددهم 200 عامل، وركزت الدراسة أيضًا على النهج الذي اتبعته

المنظمات التي نفذت المفهوم ومعدل النجاح الذي تحقق وهذا يثبت أن التنفيذ الفعال لإدارة الجودة الشاملة يمكن أن يحسن قدراتها التنافسية ويوفر مزايا إستراتيجية في السوق. وتوصلت الدراسة إلى أن إدارة الجودة الشاملة لها تأثير في الإنتاجية التنظيمية. وأنه ليس كل مستويات الإدارة في مصنع Amat تُسهّم في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة. وكان الفشل في تنظيم تدريب متكرر للموظفين انتكاسات كبيرة لمنظمتهم، في حين أن بعض التحديات الإدارية تعطل تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في المصنع، وينبغي أن تشارك في تدريب الموظفين المتكرر من أجل زيادة مستوى الكفاءة الفردية والتنظيمية. وينبغي أن تتضافر جميع مستويات الإدارة في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة بحيث يتم تحقيق الجودة.

4-دراسة (Jain & Gupta, 2012) بعنوان: أثر إدارة الجودة الشاملة في تصورات الموظفين لنتائج إدارة الموارد البشرية في الهند.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة آثار إدارة الجودة الشاملة في تصورات الموظفين أو الإدراك الحسي لنتائج إدارة الموارد البشرية داخل الهند. حيث اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الدراسة أسلوب الاستبانة، وتألقت عينة الدراسة من 324 موظفاً. وقد تم تحليل البيانات وظهرت النتائج أن الثقافة التنظيمية وتمكن الموظف من ممارسة إدارة الجودة الشاملة لهما أثر قوي في الإدراك الحسي للموظفين والاتصال.

5-دراسة (Nayak, 2012) بعنوان: أثر ممارسات إدارة الجودة الشاملة في قطاع الشركات في منطقة غوجارات الجنوبية في الهند.

هدفت إلى معرفة تأثير ممارسات إدارة الجودة الشاملة في قطاع الشركات في منطقة غوجارات الجنوبية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وأجريت الدراسة على عينة تألفت من 250 موظفاً في الهند لجمع البيانات المتعلقة بالاستبانة. وظهرت نتائج الدراسة أن مشاركة الموظف الاجمالية أمر حيوي لنجاح تنفيذ إدارة الجودة الشاملة. كما أظهرت النتائج أيضاً ان الشركة تقوم بوضع خطة لعمليات النمو التي تقوم على أساس الابتكار الدائم لتوفير رضا العملاء وإدخال التحسينات وخلق المعرفة لتوفير رضا العملاء.

6-دراسة (Ijaz & et.al, 2012) بعنوان: علاقة إدارة الجودة الشاملة ورضا الموظفين في المنظمات الباكستانية.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين ممارسات إدارة الجودة الشاملة ورضا الموظفين في المنظمات الباكستانية. حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وعلى الاستبانة كأداة لدراسة، حيث بلغت عينة الدراسة على 243 من الموظفين العاملين في ست مؤسسات حيث تم استرجاع جميع الاستبانات وتحليلها، وأظهرت

نتائج الدراسة الأثر الإيجابي والكبير لممارسات إدارة الجودة الشاملة في أداء الموظف والرضا الوظيفي الذي ينتج عنه مزيد من الالتزام والدافعية وتقليل الغياب.

7-دراسة (HASSAN KERR,2003) بعنوان: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحسين الفاعلية في المنظمات الخدمية في استراليا.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على زيادة الإنتاجية وتحسين الفاعلية في المنظمات الخدمية، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة من خلال توزيع الاستبيانات على عينة عشوائية تبلغ 250 ممثلة في العاملين في المنظمات الخدمية محل الدراسة، وتوصلت الدراسة إن اهم عامل في تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو دعم الإدارة العليا، فكلما توافر هذا الدعم زادت سهولة تطبيق الجودة الشاملة، وكذلك توصلت إلى إن أهم نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هي رضا العملاء.

2-الدراسات التي تناولت جودة الخِدْمات الصحية (المتغير التابع)

2-1-الدراسات العربية:

1-دراسة (القحطاني، 2022) بعنوان: مدى تأثير إدارة الجودة في أداء الخِدْمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام في المملكة العربية السعودية.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مدى تأثير إدارة الجودة على أداء الخِدْمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام وذلك من خلال التعرف إلى ثقافة العاملين -المصدقية - دعم الادارات العليا -احتياجات العملاء، وتأثير هذه العوامل في رفع مستوى إدارة الجودة ومدى تحسين ذلك على أداء الخِدْمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت على عينة من العاملين بمستشفى أحد رفيدة العام مكونة من 196 موظف وموظفة، تم استطلاعهم عبر استبانة استقصاء تم تصميمها لأغراض هذه الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى وجود مستويات مرتفعة من ثقافة العاملين لدى موظفي وموظفات مستشفى أحد رفيدة العام. ووجود مستويات مرتفعة جداً من دعم الإدارة العليا، بينما كانت مستويات فهم احتياجات العملاء بمستشفى أحد رفيدة العام مرتفعة بحسب وجهة نظر العاملين بالمستشفى. كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين كل من عناصر متغيرات الدراسة (ثقافة العاملين - المصدقية -دعم الإدارات العليا -فهم احتياجات العاملين) وأداء الخِدْمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام. كما أظهرت النتائج أن متغيرات الدراسة مجتمعة تفسر ما نسبته 78.3% من مستويات أداء الخِدْمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام بحسب نموذج الدارسة الحالي.

2-دراسة (بودور، وبولاحة، 2021) بعنوان: جودة الخِدْمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي -ولاية قالمة.

هدفت هذه الدراسة إلى إبراز واقع جودة الخِدْمات الصحية في الجزائر -لولاية قالمة -وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي والتحليل الإحصائي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على استمارة والتي وزعت على عينة عشوائية بسيطة قدر حجمها ب 70 مريض وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية فقدان الثقة من قبل المرضى في مستوى الخِدْمات المقدمة في المستشفى، وإن الوسيلة الوحيدة لاسترجاع ثقة المرضى المفقودة هو العمل على تحقيق الجودة في الخِدْمات الصحية.

3-دراسة (بن صديق، 2020) بعنوان: جودة الرعاية الصحية وعلاقتها برضا مقدمي الخدمة دراسة ميدانية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت.

استهدفت الدراسة التعرف إلى مستوى جودة الخِدْمات الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة (العاملين). وعلاقتها برضا مقدمي الخدمة بالمستشفيات الحكومية الرئيسية بمدينة المكلا. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ووزع من الاستبانة (215) مفردة منها، مثلت عينة على العاملين بمستشفى ابن سينا ومستشفى المكلا، وتمت استعادة (213) مفردة منها، مثلت عينة الدراسة. وكانت النتائج التي توصلت إليها الدراسة: وجود علاقة ارتباط وتأثير ذات دلالة معنوية بين رضا مقدمي الخدمة وجودة الخدمة المقدمة بالمستشفيات المدروسة، وكذلك تدني مستوى جودة الخِدْمات الصحية في تلك المستشفيات، وتدني رضا مقدمي الخدمة في المستشفيات المدروسة.

4-دراسة (بلحاج، والجاربي، 2019) بعنوان: أثر الإبداع التنظيمي في جودة الخِدْمات الصحية دراسة ميدانية في المستشفيات العاملة في محافظة حضرموت.

هدفت هذه الدراسة التعرف على أثر الإبداع التنظيمي في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات العاملة في محافظة حضرموت، وذلك من وجهة نظر الموظفين العاملين، والمستفيدين من الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات، إضافة إلى معرفة المعوقات التنظيمية للإبداع التنظيمي. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واختار عينة عشوائية من الموظفين بلغت (375) موظفًا وموظفة، أما عينة المستفيدين فقد بلغت (384) مستفيدًا. وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود مستوى مرتفع للإبداع التنظيمي لكن هناك مستوى متوسطًا للإبداع التكنولوجي في المستشفيات محل الدراسة، كما أظهرت الدراسة مستوى منخفضًا لجودة الخِدْمات الصحية

من خلال أبعادها المتمثلة في: الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف، من وجهة نظر المستفيدين من تلك الخِدْمات.

5-دراسة (بدوذة، 2019) بعنوان: أثر جودة خدمة الرعاية الصحية على رضا المرضى دراسة مقارنة بين المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف وعيادة الضياء بورقلة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير جودة خدمة الرعاية الصحية على رضا المرضى الماكثين في المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف (الجزائر) والمؤسسة الاستشفائية الخاص عيادة الضياء بورقلة وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام أداة الاستبيان لجمع المعلومات، وزعت عينة بالمستشفى العمومي محمد بوضياف قدرت ب 164 فردا ووزعت عينة بالمستشفى الخاص عيادة الضياء قدرت ب 50 فردا، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: تتميز جودة خدمة الرعاية الصحية بمستوى مرتفع في المؤسستين محل الدراسة، وهناك مستوى عال لرضا المرضى في المؤسستين محل الدراسة، كما توصلت أيضاً أنه يوجد أثر إيجابي لجودة خدمة الرعاية الصحية على رضا المرضى الماكثين بالمؤسستين محل الدراسة، وتوجد فروق في تصور المرضى حول جودة خدمة الرعاية الصحية وكذا رضاهم عنها في المؤسستين محل الدراسة.

6-دراسة (بومارة، وبويلوط، 2018) بعنوان: أثر جودة الخِدْمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية على رضا المستفيد دراسة حالة مستشفى مجذوب السعيد -طاهير.

هدفت الدراسة إلى توضيح المفاهيم النظرية حول جودة الخِدْمات الصحية وعرض واقع قطاع الصحة في الجزائر عامة ومستشفى الطاهير خاصة، ومعرفة مدى قيام المؤسسة العمومية الاستشفائية الطاهير بتقييم جودة الخِدْمات الصحية المقدمة، وإظهار مدى أهمية الجودة في رفع رضى المستفيدين من الخدمة الصحية. أما المنهج المتبع فقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لملائمة هذا النوع من الدراسات أما مجتمع وعينة الدراسة فإنَّ مجتمع الدراسة يمثل مجتمع الدراسة في الأفراد المقيمين بالمستشفى مجذوب السعيد الطاهير والبالغة عددهم 220 مريض ومريضة، أما نتائج الدراسة فتمثلت فيما يأتي: يختلف تقييم زبائن العمومية الاستشفائية للمعايير التي يستخدمونها في تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم وفق المتغيرات الشخصية السن والجنس، ويجب تصميم الخِدْمات الصحية وفق توقعات المرضى لان هذا يعد حجر الزاوية في تطوير الخِدْمات المتوقعة مع آمال المرضى وتوقعاتهم.

7-دراسة (القضاة وآخرون، 2018) بعنوان: أثر إدارة الجودة الصحية في تسويق خدمات الرعاية الصحية:

دراسة ميدانية على مستشفى رابغ العام في السعودية.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر إدارة الجودة الصحية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، وذلك من خلال تقصي آراء الموظفين والعملاء عن مدى جودة الخدمات المقدمة في مستشفى رابغ العام. واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، وقد تم توزيع 100 استبانة على مفردات عينة الدراسة استرجعت بأكملها، ومن ثم فقد تشكلت عينة الدراسة من 100 فردا من موظفي وعمالء مستشفى رابغ. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك تصورا إيجابيا لدى وحدات العينة حول أثر إدارة الجودة في تسويق الخدمات الصحية، وخلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها التركيز بضرورة الاهتمام بمقترحات الموظفين والأخذ بها، وتشجيع التعاون بين الموظفين، والعمل بروح الفريق الواحد، والتأكيد على أهمية اعتبار الموظفين شركاء أساسيين في عملية اتخاذ القرارات.

8-دراسة (الأشهب، 2017) بعنوان: مدى توافر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة ودورها في تحسين الخدمات

الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية (دراسة ميدانية على مستشفى مصراتة المركزي) في ليبيا.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى توافر الإمكانيات لتطبيق الجودة لتحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية بمسشفى مصراتة المركزي بمدينة مصراتة، وأثر الاختلاف في الخصائص الشخصية والوظيفية لهم. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، مستخدمه استبانة أعدت كأداة لجمع بيانات الدراسة، ووزعت على عينة حجمها 89 مفردة اختيرت بطريقة قصدية، وتمثل ما نسبته 77.39% من حجم المجتمع الأصلي البالغ 115 من القيادات الإدارية، وقد بلغ عدد الاستثمارات الخاضعة للتحليل 62 استثمارا، شكلت ما نسبته 69.6% من الاستثمارات الموزعة، وتم تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: تتوفر الإمكانيات المادية والإمكانيات المالية والإمكانيات التقنية والإمكانيات البشرية لتطبيق الجودة في مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر القيادات الإدارية، وعدم وجود فروق ذات علاقة إحصائية بين إجابات المبحوثين تُعزى إلى متغير المؤهل التعليمي والوظيفة والعمر والخبرة الوظيفية من وجهة نظر القيادات الإدارية.

9-دراسة (دريدي، 2014) بعنوان: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس.

تهدف هذه الدراسة إلى بيان الفائدة التي يمكن أن تعود على المؤسسات الصحية من استخدام نماذج صفوف الانتظار كأحد أساليب بحوث العمليات، وتوفير نموذج لحل جميع المشكلات المشابهة من خلال دراسة كمية دقيقة

لجميع محددات الظاهرة، وذلك لتمكين إدارة المؤسسات الصحية من تحسين قراراتها بشأن ظاهرة الانتظار، بعيداً عن القرارات العشوائية التي لا تخضع لأي أساس علمي وتخفيض زمن انتظار المرضى الطويل الذي يؤدي إلى نقص في جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، إمداد الدارسين في تخصص الأساليب الكمية وبحوث العمليات بمعلومات مستمدة من دراسة ميدانية قائمة على أساس علمي في مؤسسة صحية. تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، أما أدوات البحث المستخدمة فهي المقابلة والملاحظة المباشرة وتم سؤال عينة مكونة من 100 مريض حول مدة الانتظار التي يرونها مقبولة، حيث تم تطبيق طريقة المقابلة المباشرة مع المرضى. أما النتائج التي توصلت لها الدراسة فهي: أن الوقت في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس) ذو أهمية كبيرة وخاصة الوقت المتعلق بمدة بقاء المريض في النظام ككل، حيث تبين أنه أحد مؤشرات الأداء المهمة والتي لها أثر كبير في الحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة من قبل المرضى، وهذا ما رأيناه من خلال عرضنا لمؤشرات الأداء. وتوصلوا إلى أن المرضى ينتظرون وقتاً طويلاً في صف الانتظار وفي النظام ككل قبل تلقي الخدمة.

10-دراسة (الطويل، وآخرون، 2010) بعنوان: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى.

هدفت الدراسة إلى تعريف الأفراد العاملين في المستشفيات قيد البحث بمفهوم وأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية، وتحديد إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات قيد البحث، إضافة إلى تحديد المستشفى الأكثر استجابة لأبعاد جودة الخدمات الصحية من أجل إقامتها. بالاعتماد على المنهج الوصفي والتحليلي، في وصف مجتمع وعينة الدراسة، كما اعتمدت الدراسة على استمارة الاستبيان كأداة رئيسة للحصول على البيانات المتعلقة بالقسم الميداني. واعتمدت الدراسة على مستشفى ابن الأثير التعليمي للولادة والأطفال، ومستشفى ابن سينا التعليمي، ومستشفى النساء التعليمي للولادة والأطفال، كما كانت عينة الدراسة متمثلة في كل العاملين في المستشفيات السالفة الذكر. ومن أهم نتائج الدراسة ما يأتي: هناك قدر من الاتفاق بين عدد من الكتاب في مجالي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات على أبعاد جودة الخدمات الصحية، ويتمتع أغلب أفراد العينة بأن لديهم خدمة فعلية في المستشفى لأكثر من عشر سنوات وهي سنوات يكتسب بها الأفراد العاملين بالخبرة والمعرفة في إنجاز الأعمال بكفاءة.

2-2-الدراسات الأجنبية:

1-دراسة (Suprihanto and Meliala,2018) بعنوان: مستوى جودة الخدمات الصحية وعلاقتها بالموارد

البشرية في مستشفى ماردي والويو في إندونيسيا.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة جودة الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى وعلاقتها بالعوامل الموارد البشرية من الموظفين والعاملين. حيث ركزت الدراسة على قياس العلاقة بين التسويق الداخلي والالتزام التنظيمي للأطباء والمرضات العاملين في مستشفى ماردي والويو في إندونيسيا. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي حيث شملت الدراسة الكمية على عينة مكونة من (105) أطباء وممرضات في مستشفى ماردي والويو. أظهرت نتائج الدراسة أن الرؤية والمكافأة والتطوير والتي تشكل مع بعض مفهومات واحد للتسويق الداخلي ترتبط بعلاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية مع الالتزام التنظيمي للأطباء والمرضات في مستشفى ماردي والويو. كما بينت النتائج إن التسويق الداخلي من العوامل الهامة، وذات علاقة إيجابية مع الالتزام التنظيمي للأطباء والمرضات العاملين لدى المستشفى والتي تعكس مستوى جودة الخدمة الطبية التي يقدمها المستشفى للعميل الداخلي في المستشفى.

2-دراسة (Purcarea,2013) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية في رومانيا.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف والتوصل إلى مقياس يمكن من خلاله قياس مستوى الخدمة الطبية المدركة في المؤسسات الصحية في رومانيا. ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وذلك ب استخدام استبيان مكون من (22) متغيراً تقيس ابعاد جودة الخدمة المدركة، المكوّنة من خمسة أبعاد: (الملموسة، الاعتمادية، الثقة، الاستجابة، التعاطف). وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع نساء مدينة (بوخارست)، واختيرت عينة عشوائية غرضية مكونة من (183) امرأة كُنَّ قد خضن تجربة الانتفاع من الخدمات الطبية المتعلقة بأمراض النساء خلال الأشهر الثلاثة الماضية في الحد الأقصى، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: وجود فجوة بين توقعات أفراد العينة وبين الخدمة المدركة من قبلهم، وقد كانت الفجوة أكبر من بُعد الملموسة، يليه الاستجابة، ثم الاعتمادية.

3-الدراسات التي تناولت إدارة الجودة الشاملة وجودة الخِدْمات الصحية:

1-دراسة (الشمري وآخرون، 2022) بعنوان: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخِدْمات الصحية من وجهة نظر الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بجفر الباطن.

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة علي جودة الخِدْمات الصحية من وجهة الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بجفر الباطن. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وذلك للاستفادة منه في التعرف إلى أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخِدْمات الصحية من وجهة نظر الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بجفر الباطن. تكون مجتمع الدراسة من الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بجفر الباطن، والبالغ عددهم (869) اعتمدت الدراسة على العينة العشوائية البسيطة، وذلك بنسبة 20% من إجمالي مجتمع الدراسة وهو ما يمثل (174)، واعتمدت الدراسة العينة العشوائية لكونها تمكن كافة أعضاء مجتمع الدراسة من المشاركة وتمثيل الجميع بصورة حقيقية. بناء على طبيعة البيانات، وعلى المنهج المتبع في الدراسة، وجدت الدراسة أن الأداة الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة هي "الاستبانة". توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها ما يأتي: الدورات التدريبية وورش العمل للممارسين الصحيين لتعزيز قدراتهم ومهاراتهم في أداء مهام عملهم، وهذا من شأنه أن يُساهم في تعزيز جودة الخِدْمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

2- دراسة (كواديك، 2021) بعنوان: مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخِدْمات الصحية المقدمة للمستفيدين، عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخِدْمات الصحية المقدمة للمستفيدين، حيث تم التركيز على تجارب رائدة لمؤسسات صحية، انتهجت الدراسة أسلوب إدارة الجودة الشاملة بهدف تحسين الأداء الصحي وتحقيق جودة الخِدْمات الصحية، ولقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج المناسب في هذه الدراسة، وقد قامت بتحليل أربع تجارب دولية لمؤسسات صحية، هذا وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن لإدارة الجودة الشاملة مساهمة كبيرة في تحسين جودة الخِدْمات الصحية من خلال إرساء محيط داخلي ينعكس إيجاباً على نفسية المستفيد، وكذا تحسين ظروف عمل العاملين الصحيين لتحقيق رضاهم الوظيفي، ومن ثمَّ تحقيق رضا المستفيدين من الخِدْمات الصحية، هذا وقد أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة الاستفادة من التجارب الرائدة للمؤسسات الصحية التي اعتمدت على أسلوب إدارة الجودة الشاملة كأحد أهم الأساليب التي تُسهم في تحسين جودة الخِدْمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين، ومن ثمَّ تحقيق رضاهم.

3-دراسة (مكيد والعربي، 2020) بعنوان: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها: دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير إتباع مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى أداء الخدمة الصحية في المستشفيات الجزائرية، من خلال توضيح مدى تأثير العوامل الآتية لإيمان الإدارة العليا والتزاماته بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، والثقافة التنظيمية كذلك السائدة والسعي المستمرة لعمليات تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية وهي مستشفى محمد بوضياف بالمدينة. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت الدراسة على الاستبانة لجمع البيانات، حيث تم توزيعها على 60 استبانة على عمال المستشفى وتم استرجاع 58 استبانة، وكذلك تم استخدام استبانة أخرى تم توزيعها على 40 مرضى لمعرفة تقييمهم لجودة الخدمة الصحية، وقد بينت النتائج أن أغلب مبادئ هذا المنهج غير مطبقة والخدمات الصحية المقدمة ذات جودة متدنية وهذا من وجهة نظر المرضى والعاملين بالمستشفى.

4-دراسة (بودية، 2017) بعنوان: أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى تراي بوجمة -بشار.

تتلخص أهداف الدراسة في التعرف إلى اتجاهات الموظفين بالمستشفى تجاه مستوى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومقارنتها مع مستوى جودة الخدمة المقدمة في المستشفى، والتعرف إلى اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفى تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً، ومقارنتها بجودة الخدمة الطبية المتوقعة من جانبهم، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وأما مجتمع الدراسة وعينة الدراسة فإنه يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى تراي بوجمة بمدينة بشار والبالغ عددهم 473 شخص، وجميع المرضى المقيمين الذين تلقوا العلاج في جميع مصالح المستشفى خلال الفترة الممتدة من 2015/ 05/01 إلى 2015/ 06/01 والبالغ عددهم 808 شخص، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: وجود وعي لدى أفراد عينة الدراسة نحو أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، مستوى جودة الخدمة المقدمة غير مقبول من جانب النظافة، ونقص المعدات الحديثة، والتباطؤ وتأخير في تقديم الخدمة، وجود تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة.

جدول (1-5): مصفوفة تكرار ابعاد إدارة الجودة الشاملة

التغذية العكسية	التدريب والتطوير	الثقافة إدارة التغيير	اتباع المنهج العلمي في اتخاذ القرارات	التركيز على المستفيد	دعم ومشاركة العاملين	التحسين المستمر	التخطيط الاستراتيجي للجودة	التزام الإدارة العليا بالجودة الشاملة	الأبعاد الدراسات
				√		√	√	√	خروبي، واخرون، 2021
				√		√	√		جديد، وحطموش، 2019
				√	√	√	√	√	عبدالرحمن، 2019
						√	√	√	المالكي، 2018
			√	√	√		√	√	بقاط، واخرون، 2018
				√		√	√	√	اوشن، 2018
				√		√	√	√	أبو زار، واخرون، 2018
				√	√		√	√	الموسوي، 2012
	√			√	√	√	√	√	نصيرات، 2007
√			√		√		√	√	Zakuan, 2016
		√			√	√	√	√	Akhtae, 2014
	√		√		√		√	√	Nechi , 2012
		√		√		√	√	√	Jain & Gupta, 2012
					√	√	√	√	Nayak, 2012
					√	√	√	√	Ijaz & et. al, 2012
				√		√	√	√	HASSAN KERR, 2003
				√	√	√	√	√	الشمري وآخرون، 2022
				√	√	√	√	√	كواديك، 2021
				√	√	√	√	√	مكيد والعربي، 2020
				√	√	√	√	√	بودية، 2017
1	2	2	3	14	13	16	20	19	الإجمالي

المصدر: أعداد وتصميم الباحث

جدول (1-6): مصفوفة تكرار ابعاد جودة الخدمات الصحية

التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	الملموسية	الابعاد
					الدراسات
√	√	√	√	√	القحطاني، 2022
√	√	√	√	√	بودور، 2021
√	√	√	√	√	بن صديق، 2020
√	√	√	√	√	بلحاج والجابري، 2019
√	√	√	√	√	بدودة، 2019
√	√	√	√	√	بومارة وآخرون، 2018
√	√	√	√	√	القضاة وآخرون، 2018
√	√	√	√	√	الأشهب، 2017
√	√	√	√	√	دريدي، 2014
√	√	√	√	√	الطويل، وآخرون، 2010
√	√	√	√	√	Suprihanto and Meliala, 2018
√	√	√	√	√	Purcareia, 2013
√	√	√	√	√	الشمري وآخرون، 2022
√	√	√	√	√	كواديك، 2021
√	√	√	√	√	مكيد والعربي، 2020
√	√	√	√	√	بودية، 2017
16	16	16	16	16	الاجمالي

المصدر: أعداد وتصميم الباحث

ثانيا: مناقشة الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة ان هناك اهتمام متزايد ومتصاعد من قبل الباحثين بموضوع إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية وكما يتضح من استعراض الدراسات السابقة ان البيئات التي أجريت فيها الدراسات السابقة تنوعت ما بين عربية وأجنبية، وكذلك تنوعت المنظمات التي طبقت عليها الدراسات (مستشفيات، وزارات، مصارف، وشركات صناعية)، واما فيما يتعلق بالمنهجية المستعملة في الدراسات السابقة فقد استعملت اغلب الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث كانت معظم الدراسات ميدانية والاستبانة هي الأداة

الرئيسية لها بخلاف دراسة (كواديك، 2021) فقد قامت على عرض وتحليل تجارب سابقة والاستنتاج من خلالها بدون عمل ميداني.

ومن حيث العينات التي جرى اتخاذها في مختلف الدراسات، فنلاحظ أنها تتعلق بكل من له علاقة بالمستشفيات التي جرى تطبيق الدراسة الميدانية عليها، فقد اختلفت العينات في الكيف والكم، اما من حيث الكيف فقد كانت بعض الدراسات تهتم بدراسة اراء العاملين داخل المؤسسة محل الدراسة فقط مثل دراسة (خروي، وآخرون) و(جديد، 2019) و(الشمري، وآخرون، 2022)، كما اهتمت بعض الدراسات بأراء المستفيدين من الخدمات فقط (بومارة، وآخرون 2018) ودراسة دراسة ((Purcarea,2013، بينما اهتمت دراسات أخرى بدراسة اراء العاملين والمستفيدين كعينتين مستقلتين مثل دراسة (بلحاج والجايري، 2019) و(بودية، 2017). اما من حيث الكم فقد كانت بعض الدراسات، مثل: دراسة (عبد الرحمن، 2019) قد اتخذت التطبيق على أكثر من 250 عينة، وبعضها كدراسة (جديد، 2019) ودراسة دراسة (أوشن، 2018) فقد اتخذت التطبيق على كل عمال المستشفى، أما مثل (أبو زر وآخرون، 2018) فقد طبقت على أكثر من 560 عينة، وهذا أدعى من حيث الاستقراء لنفاذ النتائج وعدم تخلف عينة عن استيعاب النتائج لها. بخلاف باقي الدراسات، فمنها من طبق على ما يقل عن 150 عينة، مثل دراسة (خروي آخرون، 2021) أو دراسة (بودور، 2021) حيث طبقت على 70 عينية، ودراسة (القضاة، 2010) ودراسة (بقاط، 2018) حيث طبقتا على 100 عينة فقط، وهذا ما سيكون له تأثير على استيعاب النتائج لكل مجتمع الدراسة.

ومن حيث النتائج فقد تباينت بين الدراسات لأسباب عدة، ويمكن أن نعزو نتيجة فقدان الثقة من قبل المرضى في مستوى الخدمات المقدمة في المستشفى إلى اتخاذ عينة بسيطة قدر حجمها ب 70 مرضى في دراسة (بودور، 2021)، فإنه قد تكون النتيجة عكسية في حال ما لو كانت الدراسة قد استقصت عدد أكبر من حيث العينة. بخلاف الدراسات التي طبقت على كل العينات ضمن مجتمع الدراسة كدراسة (أوشن، 2018) التي خلصت إلى أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة. ويلاحظ أن جودة الخدمات الصحية تتقدم من حيث إيجابية النتائج في الدراسات مع مرور السنوات بحسب الدراسات التي تم عرضها.

أما بخصوص الدراسات التي طبقت في محافظة حضرموت فهناك دراسة (بن صديق، 2020) ودراسة (بلحاج والجايري، 2019) كلتا الدراستين طبقت على المستشفيات في محافظة حضرموت ولكن تختلفان في كون دراسة (بن صديق، 2020) جعلت جودة الخدمات الصحية متغير مستقل وذلك يبحث العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا مقدمي الخدمة، بينما دراسة (بلحاج والجايري، 2019) جعلت جودة الخدمات الصحية متغير تابع وذلك من خلال دراسة أثر الابداع التنظيمي في جودة الخدمات الصحية، وكذلك فدراسة (بلحاج

والجابري، 2019) شملت المستشفيات الحكومية والخاصة بينما دراسة (بن صديق، 2020) شملت فقط المستشفيات الحكومية.

ثالثًا: ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

- 1- تعد الدراسة الأولى في الجمهورية اليمنية - على حد علم الباحث- التي درست موضوع إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت.
- 2- اختلفت عن جميع الدراسات السابقة من حيث زمن إجراءه.
- 3- اختلفت من حيث البيئة التي أجريت عليها هذه الدراسة في البيئة اليمنية (محافظة حضرموت) بينما أجريت الدراسات السابقة في بيئات عربية وأجنبية ماعدا دراسة بن صديق ودراسة بلحاج والجابري.
- 4- تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث الفئات المستهدفة فقد شملت جميع العاملين في القطاع الصحي مثل الصيادلة والمختبريين وذلك بخلاف الدراسات السابقة التي لم تضم تلك الفئات لعينتها.

رابعًا: أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- 1- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد ابعاد المتغير المستقل والمتغير التابع.
- 2- التأسيس النظري العلمي لمشكلة الدراسة، والعلاقة بين متغيرات الدراسة.
- 3- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في أن الدراسات السابقة أسهمت في رفاء وإثراء الإطار النظري للدراسة الحالية وفي إعداد الاستبيان.
- 4- إرشاد الباحث إلى المصادر والدوريات والبحوث ذات الصلة بمتغيرات الدراسة وتسهيل تحديد الأساليب الملائمة لاختيار نموذج الدراسة، وكيفية عرض وتحليل بيانات الدراسة من خلال الاطلاع على الوسائل والأدوات الإحصائية التي تبنتها هذه الدراسات.
- 5- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في مناقشة نتائج الدراسة الحالية ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة، وكذلك ساعدت في التركيز على الجوانب التي لم تتم دراستها.

الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة

المبحث الأول: مدخل لإدارة الجودة الشاملة

المبحث الثاني: إدارة الجودة الشاملة في القطاع

الصحي

مقدمة الفصل:

ليست التطورات الاقتصادية والإدارية التي يشهدها العالم منذ عقود بمعزل عن الطفرة التي تشهدها مختلف نواحي الحياة من تطورات تكنولوجية وعلمية واجتماعية، فقد تغير وجه الأرض وأسلوب حياة الإنسان كما لم يتغير من قبل، مما أثر في احتياجات البشر الاقتصادية والاجتماعية، مما جعل مختلف الإدارات في مختلف القطاعات تسعى لمواكبة هذه التطورات بتحسين أساليبها الإدارية والترويجية بتكوين نظريات وفلسفات قادرة على مواجهة مختلف التحديات التي تتجدد باستمرار وذلك عن طريق تعزيز قدراتها خاصة مع المنافسة المحتدمة في الأسواق العالمية والمحلية.

وفي خضم هذه الظروف ظهرت إدارة الجودة الشاملة في اليابان كفلسفة إدارية تسعى للتحسين الشامل والمستمر انطلاقاً من تنسيق وتوحيد جهود العاملين في المؤسسة لإشباع احتياجات المستفيد بما يتوافق مع توقعاته، بالتوازي مع تنمية مهارات العاملين وإمكانياتهم وإشراكهم في القرارات وتطوير قدرات المؤسسة وتعزيز مكانتها في السوق. وقد ذاع صيت إدارة الجودة الشاملة في الأوساط الإدارية والبحثية، حتى اعتبرت معياراً ضرورياً يطرد مع الإدارة المثلى للموارد البشرية والمالية للمؤسسة وتمكينها من المنافسة في الأسواق، ولم تكن المنظومات الصحية استثناء عن بقية القطاعات الصناعية والخدمية، خاصة مع التقدم التقني الذي يحرزه المجال الطبي وكذا الجانب الاقتصادي في الموضوع، فقد أصبح للقطاع الصحي مكانة مهمة في اقتصاديات الكثير من الدول ويأتي هذا انطلاقاً من احتياج جميع البشر إلى العلاج وإلى حياة صحية وكذلك حاجة المجتمعات إلى الحد من الأمراض وزيادة الوعي حول الصحة. مما أدى إلى السعي إلى تحسين الأداء الصحي بما ينسجم مع تطور احتياجات العملاء ومصالح المؤسسة التنظيمية والاقتصادية، بناء أساس إداري وخدمي صلب يمكنها من تحقيق أهدافها، واستيفاء مقتضيات رضا الزبائن، وتلافي مواطن النقص والخلل، والقدرة على المنافسة، ومن خلال هذا الفصل يتم استعراض المباحث الآتية:

- المبحث الأول: مدخل لإدارة الجودة الشاملة.

- المبحث الثاني: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

المبحث الأول: مدخل لإدارة الجودة الشاملة:

ازدهر مفهوم الجودة خلال الثمانينات من القرن الماضي بعدما أظهرت فعاليتها وناجعتها في تحقيق نقلة نوعية للمؤسسات وتحسين مستواها وموقعها التنافسي، وكذا خلق البيئة الملائمة لاستمرارية تحسين أداء المؤسسة وزيادة الكفاءة العملية والإنتاجية، ما دفع الكثير من المنظمات حول العالم إلى تبنيها، كما أصبحت محور دراسة عند الكثير من الباحثين الذين سعوا لتطوير مفاهيمها.

أولاً: ماهية إدارة الجودة الشاملة:

تُعَدُّ إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية معاصرة شكلت محور دراسة عند كثير من الباحثين الذين تباينت تعريفاتهم لها، واختلف بياهم لحيياتها كالكثير من الأفكار والمفاهيم الإدارية، إلا أنهم اشتهروا في الكثير من التفاصيل التي نحاول دراستها من خلال هذا الجزئية.

1. مدخل عام إلى الجودة:

تعد الجودة من أهم المرتكزات والقواعد الأساسية التي تقوم عليها العديد من مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، لذلك وجب أن نأخذ لمحة عن الجودة تمكن من فهم ما سيأتي:

تعريف الجودة:

يمكن فهم الجودة لغةً على أنها تعني كون الشيء جيداً، في حين يُعرَّفُها قاموس Webster بأنها: سمعة متميزة وضرورية، ودرجة من الامتياز. (الهلة، 2017، ص 3) وتباين التعريفات التي تناولت تعريف الجودة بتباين الباحثين والمؤسسات التي تعرضت لتعريفه.

في حين يحدد Kwan مفهوم الجودة في خمسة اتجاهات تتمثل في أن: (الهلة، 2017، ص 4)

- الجودة هي مدى قدرة المؤسسة على إنتاج وتقديم خدمة استثنائية مميزة عن المنظمات الأخرى.

- الجودة هي مدى قدرة المؤسسة على إنتاج وتقديم خدمة تقترب من الكمال.

- الجودة هي مدى قدرة المؤسسة على تلبية احتياجات المستفيد بما يتناسب مع الأهداف المنشودة.

- الجودة هي مدى قدرة المؤسسة على إجراء التغيير المنتج وفق حالة العرض والطلب في السوق.

- الجودة هي مدى قدرة المؤسسة على تحقيق أرباح مالية أكثر.

كما تُعرَّفُها الجمعية الفرنسية للتقنين AFNOR على أنها: "قدرة مجموعة من الخصائص والمميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء". (مباركي، 2019، ص 77)

وكذا عرِّفت المؤسسة الدولية للمقاييس وفقاً للمواصفات (ISO 8402)، على أنها: "مجموعة من المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة، والتي تُسهِّم في إشباع الرغبات المعلنة أو الكامنة". ووفقاً للمواصفات (ISO 9000) تُعرِّفُ الجودة بأنها "قابلية مجموعة من الخصائص الباطنية لمنتج لإرضاء المتطلبات". (صغيرو، 2012، ص 25)

ويُعرِّفُها عمر وصفي عقيلي بمعناها العام على أنها: "إنتاج المؤسسة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوى عالٍ من الجودة والتميز تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم. ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفاً لإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة وإيجاد صفة التميز فيهما". (عبد الكريم، 2009، ص 14)

استناداً إلى ما سبق؛ يرتبط تعريف الجودة من وجهة نظر المستفيد بإرضائه وتلبية حاجاته وهي نتيجة مقارنة بين مستوى ما يتوقعه من الخدمة أو السلعة التي يتلقاها وبين مستوى الخدمة التي تلقاها بالفعل، فإذا كان مستوى الخدمة المقدمة مساوياً للمستوى المأمول أو أكثر منه فإنها خدمة تتمتع بالجودة. أما في حال كان مستوى الخدمة أقل من المستوى المتوقع فإن تلك الخدمة لا تتمتع بالجودة المطلوبة. (أوشن، 2018، ص 19)

في حين يرتبط مفهومها بالنظر إلى السلعة أو الخدمة بمدى مطابقتها للسلعة للمواصفات المحددة لهما، وفي هذا دلالة على أنه يمكن تحديد مواطن الخطأ بسهولة واصلاحها وتفايدها قبل تقديم المنتج أو الخدمة للزبون. وبهذا يتبين أن مفهوم الجودة لا ينفك عن السعي لتلبية احتياجات وطلبات الزبائن الحالية والمستقبلية وكذا ملاءمة المنتج أو الخدمة للاستخدام والمطابقة للمواصفات الموضوعة مع توفر كل من الثقة والأمان. وكل هذا يصب في تحقيق كل من الكفاءة والفعالية في تحقيق أهداف المؤسسة. (عيسى، 2012، ص 4)

2. مراحل تطور مفهوم الجودة:

لقد تم الاهتمام بالجودة منذ أمد بعيد بهدف تحسين السلع، مما أدى إلى تطور مفهومها عبر سلسلة مراحل مهمة منذ فترة ما قبل الثورة الصناعية إلى يومنا هذا. تتمثل هذه المراحل في:

2-1- السيطرة على الجودة بالفحص: خلال الأزمنة التي سبقت الثورة الصناعية كانت مراقبة الجودة تتم عن طريق الفترات التدريبية الطويلة التي تتطلبها نقابات الصناعة والتجارة مما يغرس في العاملين الفخر بجودة المنتج. وقد ظهر

مفهوم التخصص في العمل بداية أثناء الثورة الصناعية وانطلاقاً من هذا لم تعد مهمة العامل تتمثل في عمل منتج بكامله، بل أصبح يساهم في عمل المنتج بإتمام جزء يسير منه، وقد أدى هذا التغيير إلى تخفيض الأيدي العاملة، كما أدى التحسن الملحوظ في الإنتاجية إلى انخفاض تكلفة المنتج مما أدى إلى تدني سقف توقعات المستهلك، كما أدى ذلك إلى ضرورة فحص المنتج بعد عملية التصنيع نظراً للتعقيد الذي طرأ على المنتجات والتخصص في الوظائف. (مباركي، 2019، ص78)

2-2- مرحلة الضبط الإحصائي للجودة: شاعت أثناء الحرب العالمية الثانية في اليابان وتقوم على: العينات الإحصائية، عينات القبول، الرقابة العملية ومخططات الرقابة على الجودة. (مباركي، 2019، ص78)

2-3- مرحلة تأكيد الجودة: يقوم مفهوم هذه المرحلة على فكرة مفادها أن الوصول إلى مستوى عالٍ من الجودة يعود إلى تحقيق إنتاج بدون أخطاء، وهذا ما يستوجب رقابة شاملة على جميع العمليات ابتداءً من تصميم المنتج حتى وصوله إلى السوق ويد المستهلك. (الطائي وآخرون، 2009، ص66)

2-4- مرحلة إدارة الجودة الإستراتيجية (SQM): أدى دخول التجارة العالمية في حالة من المنافسة بين الشركات خلال السبعينات لكسب حصة أكبر من السوق إلى غزو الشركات اليابانية لأسواق العالم بمنتجاتها ذات الجودة المتميزة والأسعار المعقولة وقد اعتمدت شركة (IBM) الأمريكية إدارة الجودة الإستراتيجية لمواجهة زحف الشركات اليابانية، وتعد إدارة الجودة الشاملة امتداداً لإدارة الجودة الإستراتيجية. (سامرائي، 2007، ص45)

2-5- مرحلة إدارة الجودة الشاملة: بدأ مفهوم إدارة الجودة الشاملة يسيطر منذ الثمانينات من القرن العشرين، هذا بعد بزوغ معالمه بأكثر من عقدين في اليابان وهو يعني نظام شامل للقيادة والتشغيل للمؤسسة ككل ويعتمد أساساً على مشاركة جميع العاملين واندماجهم. (مباركي، 2019، ص81)

3. تعريف إدارة الجودة الشاملة:

لا يوجد تعريف موحد لإدارة الجودة الشاملة، إذ تتباين التعريفات التي تقودنا إلى فهمها ومرد ذلك بحسب ما قالته ريمية أوشن إلى أن كل باحث يخلص إلى تعريفه الخاص بحكم الأحكام المسبقة والتجارب الأكاديمية والميدانية، إضافة إلى التطور التاريخي لمفهوم إدارة الجودة الشاملة التي تعد مفهوماً نتج تراكمات لجهود عدد من الباحثين مما صعب إيجاد تعريف موحد. (أوشن، 2018، ص21)

ويرى فيليب كروسي (Crosby) أن إدارة الجودة الشاملة هي: "الطريقة المنهجية المؤسسة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً كما أنها الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات". (مباركي، 2019، ص 95)

ويُعرِّفها أوماتشونو (Omachonu) بأنها: "مفهوم يحدد الجودة ويُعرِّفها في إطار تجربة المستفيد في مجال الخدمات، وتتأثر تجربة المستفيد وما يلحقها من إدراك بالجودة بالمكونات الملموسة وغير الملموسة للخدمات المقدمة، وبما يحدث بعد خروج المستفيد من نظام تقديم الخدمة. وتبدأ إدارة الجودة الشاملة للخدمة بالتزام الإدارة العليا ويجب أن تعمم على جميع مستويات المؤسسة". (بدو، 2019، ص 168)

كما يُعرِّفها جوران (Juran) بأنها: "مفهوم يستلزم ضرورة تحديد الأهداف من تطبيقه، وتحديد العمل واحتياجاته وتحديد ملامح المنتج والخدمة المقدمة وتحديد ملامح العمليات ووسائل التحكم بالعمليات". (عيسى، 2012، ص 19)

ويُعرِّفها لام (Lam) على أنها: "التغيير الجوهرى في أداء الأعمال، فهي اتجاه جديد لأفراد الإدارة العليا من أجل توفير مناخ يتضمن الإبداع والقيادة الابتكارية والمسؤولية الفردية وتطبيق المحاسبة". (عامر، 2011، ص 136)

وعرّف وليام إدوارد ديمينج (W. Edwards Deming) إدارة الجودة الشاملة بأنها طريقة لإدارة المؤسسة، تهدف إلى تحقيق التعاون والمشاركة المستمرة من العاملين بالمؤسسة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضا العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع". (مباركي، 2019، ص 96)

وعرّفها معهد المقاييس البريطاني بأنها: "فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المؤسسة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع وتحقيق أهداف المؤسسة بأكفاً الطرائق وأقلها تكلفة عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير". (جودة، 2008، ص 22)

أما معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي فيُعرِّف الجودة الشاملة بأنها: "نظام إداري إستراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا الزبائن" ويضيف بأن: "تطبيق هذه الفلسفة الإدارية يستدعي مشاركة جميع المديرين والأفراد العاملين، ويقوم باستخدام الطرائق الكمية لتحسين عمليات المؤسسة بشكل مستمر". (عبد الكريم، 2009، ص 49)

واستناداً إلى ما سبق من التعريفات يمكن للباحث القول إن إدارة الجودة الشاملة تمثل أسلوب إداري شامل يهدف لجعل جميع من في المؤسسة يسعى نحو تحسين الخدمة أو السلعة بما يجعلها تحقق رضا العملاء.

4. أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

تكمن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كونها بالغة الأثر على أداء المؤسسة وفعاليتها كما تظهر أهميتها من خلال: (القضاة، 2018، ص 13) (أوشن، 2018، ص 29)

- 4-1- تقلص شكاوى المستفيدين وتخفيض تكاليف الجودة، مما يؤدي إلى تحقيق رضا العميل.
- 4-2- تعزيز الموقف التنافسي للمؤسسة طالما يجري التركيز على تقديم سلعة أو خدمة ذات جودة عالية للزبون، ومن ثمَّ كسب المستفيد بزيادة ولائه للمنتج أو الخدمة.
- 4-3- زيادة شهرة المؤسسة.
- 4-5- تشجع إدارة الجودة الشاملة على ابتكار أساليب وتقنيات إدارية جديدة لمواجهة التغيرات السريعة والمستمرة.
- 4-6- تحسين عملية التنسيق والاتصال بين مختلف مستويات المؤسسة، إضافة إلى تعزيز العلاقات الوظيفية بين العمال في مختلف المستويات مما يساهم في تحسين الأداء.
- 4-7- كون إدارة الجودة الشاملة تستمد أسسها من تحقيق أعلى درجات الرضا لدى المستفيدين بشكل مستمر مما يجعل المؤسسة مؤهلة للحفاظ على المستفيدين الحاليين واستقطاب آخرين في ظل المنافسة.

5. أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- تسعى المؤسسات من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى: (الموسوي، 2012، ص 55، 56)
- 5-1- تطوير المنتجات والخدمات وتصميمها بجودة عالية مع تخفيض التكلفة مما يؤدي إلى تحسين خدمة المستفيد.
 - 5-2- تحقيق التميز في كل الجوانب (الخدمات، المنتجات) والتكامل في كل العمليات والنهوض بمتطلبات العملاء وإشباع حاجاتهم ورغباتهم، ومن ثمَّ توسيع نطاق عمل المؤسسة.
 - 5-3- التطوير المستمر لكافة العمليات مع الإسهام في قدرة الزبائن على الدفع وتحسين العلاقات المتبادلة بين الموردين والزبائن.

4-5- زيادة الفعالية التنظيمية للمؤسسة من خلال تنمية روح التعاون الجماعي بين مختلف مستويات المؤسسة مع الحرص على تنمية المهارات وترسيخ مفاهيم إدارة الجودة الشاملة بالتأكيد على الجودة وإتقان العمل.

5-5- التركيز على احتياجات السوق وتحقيق أعلى مستويات الأداء وإدراك المنافسة وتحسين سمعة المؤسسة.

ثانيا: مبادئ(أبعاد) إدارة الجودة الشاملة:

من أجل أن تكون فلسفة إدارة الجودة الشاملة ناجحة لا بد وان تعتمد على مجموعة من المبادئ التي تساعد جميع المنظمات في تحقيق إدارة الجودة في تحسين منتجاتها وزيادة حصتها التنافسية لذا لا بد من التركيز على هذه المبادئ ودراستها دراسة مستفيضة ويمكن بيان اهم هذه المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، وقد تعددت الآراء والكتابات حول مبادئ إدارة الجودة الشاملة حيث يرى **بستر فيلد** أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة هي: (ديبل، بسترفيلد، وآخرون، 2004، ص 49، 75، 93، 115)

1. القيادة.
 2. رضى العميل.
 3. مشاركة العاملين.
 4. التحسين المستمر للعمليات.
 5. مشاركة الموردين.
- في حين إن **العزاوي** يرى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة هي: (العزاوي، 2005، ص 6، 9)

1. التخطيط الإستراتيجي.
2. الإسناد والدعم من قبل الإدارة العليا.
3. مشاركة العاملين.
4. التحسين المستمر للعمليات والجودة.
5. اتخاذ القرارات على أساس الحقائق.
6. تحقيق رضا العميل.
7. التدريب والتطوير.

ويرى **العلي** أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة تتمثل في الآتي: (العلي، 2010م ص 37، 43)

1. التركيز على العميل.
2. القيادة والتخطيط الإستراتيجي.
3. التحسين المستمر

4. مشاركة العاملين.

5. الثقافة وإدارة التغيير.

6. المقارنة المرجعية.

كما يستعرض **علوان** مبادئ إدارة الجودة الشاملة كالآتي: (علوان، 2012، ص 94، 96)

1. التزام الإدارة العليا.

2. التركيز على العميل.

3. اتباع المنهج العلمي في اتخاذ القرارات.

4. مشاركة الموردين.

5. الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.

6. النظرة التكاملية للمنظمة.

7. تدعيم وتدريب العاملين.

8. التغذية العكسية.

أما **جودة** فيرى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة تتمثل في الآتي: (جودة، 2012م، ص 69، 77، 105،

129، 149)

1. التركيز على العميل.

2. القيادة الموجهة.

3. الإدارة الإستراتيجية.

4. العلاقات مع الموردين.

5. التحسين المستمر.

6. ضبط التكلفة.

ونظرًا إلى تعدد الآراء والكتابات فإنَّ الجميع لا يختلف على المبادئ في هذه الدراسة والتي نكتفي بدراستها

لازتيابها الوثيق بالموضوع محل الدراسة وقربها للواقع العملي والمتمثلة في ستة مبادئ وهي كالآتي:

1. التزام ومساندة الإدارة العليا بالجودة الشاملة.

2. التخطيط الإستراتيجي للجودة.

3. التحسين المستمر.

4. دعم ومشاركة العاملين.

5. التركيز على المستفيد (العميل).

ويمكن توضيح كل مبدأ (بعد) على حده بشيء من التفصيل كالاتي:

1. التزام ومساندة الإدارة العليا بالجودة الشاملة:

إن نجاح إدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل أساسي على مدى تفهم وإيمان والتزام الإدارة العليا بهذه الفلسفة الجديدة، فالجودة أساسها هذا الالتزام وتستمد قوتها وفعاليتها من الإدارة العليا بالمؤسسة لصنع التغيير في جميع الأنشطة والعمليات ونظم وإجراءات العمل والعلاقة مع العاملين بما يؤدي إلى بناء إدارة الجودة في المؤسسة، فالإيمان والتفهم التام والالتزام وروح المشاركة من قبل الإدارة العليا يجعل من الجودة في قمة اهتمامات المؤسسة. (الترتوري، وآخرون، بدون عام، ص 35)

وأهمية التزام الإدارة العليا هي أبعد من مجرد تخصيص الموارد اللازمة فقط من خلال تحديد احتياجاتها من أجل التطبيق الأمثل لفلسفة إدارة الجودة الشاملة، فإذا كانت الإدارة العليا للمؤسسة غير قادرة على إظهار التزامها الطويل المدى من خلال القيادة الفعالة والمتميزة والمتفهمة لهذه الفلسفة فلن تنجح في تنفيذها. (بركات، 2007، ص 42)

وقد وصف بيرنز في كتابه "القيادة" القائد بأنه الذي يغرس الأهداف في النفوس وليس الذي يتحكم بالقوة، فالقائد يلهم ويقوي أتباعه لإنجاز الأهداف المشتركة، فالقادة يبلورون قيما منظمة ويقومون بنشرها في أوساط العاملين ويعملون على تشجيعها. (ديل، وآخرون، 2004، ص 22)

لذا فإنه يجب أن تلقى قيادة عملية الجودة بشخص واعٍ تمامًا للجودة الشاملة وملم بها ويفهم أنها تشمل كافة الأنشطة والوظائف، وأن يتصف بالشخصية النشيطة والرؤية الواضحة لعملية التحسين فلا بد ان يكون هو القدوة في المثابرة والتصميم على عمل الأشياء بالطريقة الصحيحة ومن المرة الأولى وإلا فلن تكون لديه القدرة على توجيه غيره نحو الإتقان في العمل. (Anastasi, 1982, p.24)

كما يجب أن ترتبط القيادة بالقدرة على معالجة الخلافات والصراعات واتخاذ القرارات والمعالجات في الوقت المناسب. (Bo Edvardsson, 1994, p.5,7)

2. التخطيط الإستراتيجي للجودة:

لا بد أن تكون الإستراتيجية للجودة ذات تصور واضح وهذا التصور يتم عرضه من خلال رسالة المؤسسة إلى الأفراد في كافة المستويات الإدارية، ويتم في هذه الإستراتيجية أولاً توضيح آلية عمل أنشطة الجودة في إطار الإستراتيجية الشاملة للمؤسسة وبعدها يتم تحديد دور الجودة في الإستراتيجيات المتعلقة بجميع العمليات ووظيفة ومهمة كل فرد على كافة المستويات الإدارية بالمؤسسة. (الفضل، وآخرون، 2004، ص 366)

وذلك من خلال التنسيق بين مختلف الجهود والنشاطات، كما أن الخطة الإستراتيجية هي أفضل معيار للتقويم المستمر لمقارنة ما تحقق فعلاً مع ما تم التخطيط له. (العنزي، 2005، ص 49)

إن نقطة البدء للتخطيط الاستراتيجي في إدارة الجودة هي الاستعداد وبذل الجهد للمرحلة المقبلة، والتفكير والتنبؤ بالمستقبل، مع أخذ طبيعة عمل المؤسسة في هذه المرحلة في الحسبان، والاستراتيجيات التي تتبعها لتحقيق الأهداف طويلة المدى، ومن ثم يتم تطوير الخطط التفصيلية لعمل الأقسام والعاملين والنشاطات الموجودة بالمؤسسة. (اللوزي، 2004، ص 376)

ويتم من خلال الخطة الإستراتيجية وضع السياسات والبرامج في ظل دراسة كاملة للبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة حيث تؤخذ بالحسبان نقاط القوة والضعف بالإضافة إلى تحديد الفرص والتهديدات المحيطة بالمؤسسة، وتحتوي عملية لتخطيط على المحاور الأساسية لتطوير المؤسسة من خلال الآتي: (العلي، 2010م، ص 38)

أ. تحليل البيئة الداخلية والخارجية.

ب. رسالة الجودة.

ج. تطوير المهداف الإستراتيجية للجودة.

د. وضع خطط تطوير الجودة.

هـ. تنفيذ إستراتيجية الجودة.

و. مراقبة وتقييم جودة الأداء والنتائج.

3. التحسين المستمر:

يؤكد مبدأ التحسين المستمر على جودة أداء العمليات والنتائج على حد سواء وذلك كمؤشر يقصد به تقليل التلف والضياع وتحسين العملية الداخلية للإنتاج وحسب المواصفات المعدة لذلك؛ لأجل بناء جودة مطابقة للمواصفات الموضوعية. (الدرادكة، وآخرون، 2001، ص 32)

يشمل التحسين المستمر كلا من التحسين الإضافي والتحسين المعرفي الإبداعي الجديد لكل من العمليات اليومية وجميع وحدات العمل في المؤسسة، ان التحسين المستمر في ظل إدارة الجودة الشاملة يتجلى في قدرة التنظيم على تصميم وتطبيق نظام ابداعي يحقق باستمرار رضا تام للعميل (المستفيد). (بركات، 2007، ص 42) ويرى كروسبي أن متطلبات التحسين المستمر هي: الإيمان والاقتناع الراسخ من جانب الإدارة العليا بأهمية مشكلة الجودة. (ماضي، 1995، ص 31)

كما يشمل التطوير والتحسين المستمر جميع الأفراد والمعدات والمجهزين والموارد والإجراءات وأساس الفلسفة أنه يمكن تحسين كل جانب من العملية. (الفضل، وآخرون، 2004، ص 335، 356)

وللتحسين المستمر طريقتان هما: (منصور، 2005، ص 143، 144)

أ. الطريقة اليابانية Kaizen

وتعني فعالية النشاطات قصيرة المدى ويطلق على هذه الطريقة النظام الإداري Kaizen تم ابتكار هذا النوع من الإدارة على يد الدكتور مساكى أماي Dr. Masaaki Imai رئيس وصاحب معهد Kaizen كايزن في طوكيو، وتتكون هذه الكلمة Kaizen - كلمة يابانية- من مقطعين Kai والتي تعني بالإنجليزية change التغيير و Zen والتي تعني بالإنجليزية good جيد، وكلمة التغيير الجيد مرادفة للتحسين المستمر، وتتخلص هذه الطريق في إجراء التحسينات في كل المجالات والوظائف وفي جميع الأوقات.

ب. الطريقة الأمريكية

حيث تعتمد على أساليب التكنولوجيا المتطورة والمتقدمة جدًا والإمكانات المالية الكبيرة حيث إنَّها تركز على العنصر البشري في عمليات التحسين كاليابانيين ولكن ينحصر تركيزها على التكنولوجيا المتقدمة والتي تمكن المؤسسة من السيطرة ولو لفترة زمنية معينة على التقدم في مجال الجودة على منافسيها وتحقيق النجاح من خلال استخدام تلك التقنية مع البحث عمًا هو أفضل للمستقبل لاستمرارية النجاح.

4. تحفيز ومشاركة العاملين:

أي دفعهم لتقديم ما لديهم من اقتراحات وأفكار بناءه والتغلب على مقاومة التغيير لديهم وإثارة القدرة الإبداعية لاكتشاف المشكلات قبل حدوثها وإيجاد الحلول المناسبة لها. (العنزي، 2005، ص 100)

إذ إنَّ تشجيع الابتكار والابداع وخلق البرامج التطويرية والتحفيزية، وزرع روح المشاركة الذاتية والفريق الواحد يؤدي إلى ترصين البناء المنظمي وتحقيق الأهداف المثلى التي تسعى لتحقيقها المؤسسة، فالجودة مسؤولية الجميع، ولكونها فلسفة شمولية؛ لا بد من مشاركة جميع الأفراد داخل المؤسسة؛ لتحقيق هدف الشمولية والمشاركة. (الفضل، وآخرون، 2004، ص 372)

ومشاركة الأفراد والعاملين تعني إشراكهم في وضع الأهداف والخطط وغيرها من الأمور الخاصة بأداء المؤسسة وتفعيل دورهم بالشكل الذي يشعرون بأهميتهم ومكانتهم بالمؤسسة؛ إذ إنَّ المشاركة الفعلية تعني إسهام العاملين في المستويات الإدارية المختلفة وخاصة المستويات الدنيا وكل في مجال تخصصه في وضع الأهداف وإعداد الخطط. (العلي، 2010م، ص 39)

وكنوع من التحفيز يُنظَرُ للتدريب على أنَّه ووسيلة لتنمية إمكانات الأفراد العاملين باستمرار كلٍّ ضمنَ وظيفته وبما يحقق الأداء الأمثل، فالتدريب يحتل أهمية متميزة؛ لأنه سلسلة من الأنشطة المؤسسة المصممة لتعزيز معرفة الأفراد بما يتصل بوظائفهم ومهاراتهم، فالإدارة تشجع أفرادها وترفع من مهاراتهم التقنية وتزيد من خبراتهم التخصصية

باستمرار، بما يؤدي إلى تفوقهم في أداء وظائفهم لما للتدريب من دور في رفع مستوى قابليتهم على أداء المهام والوظائف. (بركات، 2007، ص42)

لذلك تهتم إدارة الجودة الشاملة بفاعلية التدريب واستمراريته وتصميم البرامج التدريبية وفقًا للاحتياجات التدريبية الفعلية للعاملين من خلال تحديد تلك الاحتياجات من قبل الإدارة والمشرفين. (الغزي، 2005، ص50)

إن اليابانيين يؤمنون إيمانًا راسخًا في التعاون فليس هناك اختلاف في الوضع بين المهندس ذو المعرفة النظرية والعاملين ذو المعرفة التطبيقية، فكلا النوعين من المعرفة أساسي للتقدم والتطوير، ولذلك يتعين أن يدرك العاملون من كل فئة معرفية أو مستوى إداري أنهم يعتمدون على بعضهم البعض لفاعلية الإدارة وينظرون إلى أنفسهم نظرة تكافؤيه تكاملية متعادلة وأنهم ككل هم سبب النجاح ولا يتم ذلك إلا من خلال تفعيل فرق العمل وغرس مبدأ التعاون والمشاركة لدى جميع العاملين والموظفين بالمؤسسة في كافة المستويات. (بركات، 2007، ص42)

إن تنوع المهارات والخبرات التي تتكون المشاركة والتعاون من خلال الفريق الواحد في المنظمات تكون أداة فعالة للحصول على نتائج تتصف بالجودة العالية حيث يأتي التأزر المطلوب لإدخال تحسينات الجودة من الأشخاص الذين يعملون في تناغم، فتحسين الجودة هو عمل شاق، ولا يتم الا بتضافر الجهود من خلال تشكيل فرق العمل التي تكون قادرة على القيام بعدد من الوظائف المهمة التي تتضمن:

أ. المسؤولية أو جودة التعلم.

ب. المسؤولية عن إجراء تحسينات الجودة في مجال مسؤوليتهم.

ج. رصد وتقييم وتحسين الجودة.

د. رفد الإدارة بالمعلومات اللازمة لتحسين الجودة واتخاذ القرار.

وغالبًا ما يتم تحسين الجودة بواسطة سلسلة من الفرق التي تعمل على مشاريع تدريجية صغيرة، كل منها مصمم لحل مشكلة أو تحسين عملية قائمة أو تصميم جديد. عادةً ما يكون الموجز لكل منها محدودًا نظرًا لأنه من الأسهل تحقيق النجاح باستخدام المهام الصغيرة والميسورة. فالفرق الصغيرة التي تفشل لا تعرض للخطر مصداقية العملية برمتها. الفكرة هي أن سلسلة من الفرق الصغيرة الناجحة يمكن أن تقود إلى نجاح أكبر على مستوى المؤسسة ككل، يحتاج الفريق إلى أن يتم تدريسه في اتباع منهجيات واضحة وإيجاد حلول دائمة وطويلة الأمد. يمكن للفرق الاستفادة من أدوات إدارة الجودة الشاملة في تحسين أداءها للأعمال. (Edward Sallis, 2005.p72,73)

5. التركيز على المستفيد (العميل):

يعد العميل من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة فهو المحور الأساسي للأنشطة التي تتعلق بإدارة الجودة الشاملة، ويشمل مصطلح العميل كلا من العميل الداخلي (العاملين بالمؤسسة) والعميل الخارجي (من خارج

المؤسسة)، ولذلك فإنَّ المؤسسة تسعى إلى تقديم المنتجات التي تنسجم مع متطلبات العميل سواء الداخلي أو الخارجي وضرورة تعزيز أواصر الثقة بينه وبين المؤسسة وكسب ولاءه ورضاه الهدف الأسمى الذي ينبغي التركيز عليه في كافة الأنشطة التي تؤديها المؤسسة. (خضير، 2000، ص 98، 99)

فإدارة الجودة الشاملة تضع المستفيد في مقدمة الاهتمامات ومنه تبدأ مراحل التعرف إلى حاجات ورغبات المستفيد ومن ثم ترجمتها في عمليات تصميم المنتج والعمليات وخدمات ما بعد البيع. (علوان، 2012، ص 94) وكذلك فإنَّ معيار النجاح لأية منظمة تقدم منتجاتها أو خدماتها للجمهور هو مدى رضا المستفيدين منها، ومن هذا المنطلق يتحتم على المؤسسة الفهم الجيد لاحتياجاتهم الحالية والمستقبلية وتحقيق متطلباتهم والحرص على تجاوز توقعاتهم، حيث يمثل العملاء الركيزة الأساسية لإدارة الجودة الشاملة لذا تسعى المؤسسة بشكل مستمر نحو تحقيق رضاهم وسعادتهم في الداخل والخارج من خلال تقديم منتجاتها وخدماتها بشكل متميز يتوافق أو يفوق توقعاتهم، حتى تكسب ولاءهم؛ وبذلك يتحقق لها النجاح والقدرة على المنافسة. (بودية، 2017، ص 169)

و يتم التركيز على المستفيد الداخلي لكونه هو المسلم للسلع والخدمات ضمن حدود المؤسسة التي يعمل فيها، بينما المستفيد الخارجي يمثل المستلم النهائي للسلع والخدمات التي تقدمها المؤسسة، ويقوم المستفيد الخارجي بتقييم جودة بتقييم جودة السلع المستلمة بينما يركز المستفيد الداخلي على الجودة بالنسبة للأفراد والعمليات والنشاطات والبيئات التي ترافق تقديم السلع لأن الجودة عمل مشترك؛ لكون عمل كل منهما متكاملًا فجودة الخدمة المقدمة للزبون الخارجي تعتمد على كفاءة ومرونة المستفيد الداخلي في تقديمها وقدرته على توفير احتياجات المستفيد الخارجي المتغيرة باستمرار. (الموسوي، 2012، ص 64)

ثالثاً: عوامل نجاح ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

يجب على المؤسسة دراسة مختلف جوانب تطبيق إدارة الجودة الشاملة قبل أن تقدم على تنفيذها، فتضطلع على عوامل نجاحها لتوفيرها بغية خلق البيئة الملائمة لتحقيق أهداف المؤسسة، وكذا الاضطلاع على المعوقات التي ينبغي تجنبها كونها حائل دون نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها.

1. عوامل نجاح المؤسسة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

ترتكز إدارة الجودة الشاملة على تنظيم والتزام مشتركين لتحقيق أهداف مشتركة تتمثل في: (أوشن، 2018،

ص 50)

- 1-1- تغيير ثقافة المؤسسة وتعزيز التشارك بين الإدارة ومختلف هياكل المؤسسة.
- 2-1- ضمان التدريب لكل فرد ووجوب اتزانه بمقاييس متساوية للإدارة والأساليب.
- 3-1- اللقاءات المباشرة مع العملاء والتعرف إلى معايير الجودة من منظورهم لتحقيق رضاهم.
- 4-1- استخدام الدراسات التقييمية والاستطلاعية للوقوف على مدى رضا الأفراد عن السلع والخدمات المقدمة.

5-1- ضرورة تعرف المؤسسات على منافسيها في السوق المحلي والعالمي، وهذا يعتمد على قدرتها على تحليل الأسواق للتعرف إلى الجهات المنافسة من حيث الحجم والموارد والقدرات حتى تستطيع وضع إستراتيجيات معينة تسيّر عليها عمليات إنتاج وتسويق منتجاتها وإجراء مقارنات كلية مع هذه المؤسسات والعمل على رفع مستوياتها إلى الحد المطلوب، ويتطلب ذلك من المؤسسات أن تكون على درجة كبيرة من الوعي لجميع المتغيرات البيئية والاستجابة للفرص والتهديدات.

6-1- اتخاذ الإجراءات التي تصب في تحسين الجودة فوراً وواقعياً بتعيين مدير جودة كفاء، يعطى مطلق الحرية.
7-1- أن تعمل المؤسسة على تعديل وتطوير السلوك أو الأساليب اللازمة والضرورية بما يتماشى مع احتياجات الأفراد والتغيرات والتطورات في السوق، وكذا التمكن من تطوير آليات تساعد على تفهم احتياجات العاملين والعملاء.

8-1- اعتماد إجراءات وقائية عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهذا ما يساعد المؤسسات على زيادة قدراتها في مواجهة المشكلات قبل حدوثها بدلا من إهدار الوقت والطاقات في علاجها.

2. معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

تمثل معوقات تطبيق الجودة الشاملة فيما يأتي: (زيني، 2015، ص 95)، (الموسوي، 2012، ص 57، 58)

1-2- قلة معرفة المديرين والعاملين بمحتوى وجوهر مزايا تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة إضافة إلى عدم اقتناع وتأيد الإدارة العليا بتطبيق هذا النظام.

2-2- ضعف عمليات التنسيق والاتصال بين العاملين والإدارة بالإضافة إلى قلة التدريب وتختلف أساليبه وضعف معايير قياس التحسين.

3-2- نقص وعدم وضوح الخطة الإستراتيجية اللازمة للتغيير تقلل من فرص النجاح، بتجاهل الحاجة إلى توجيه تطبيقات تغيير الإستراتيجية.

4-2- ضعف القيادة والتوجيه، والتركيز على النتائج المالية قصيرة الأمد.

5-2- نقص في الواقعية أو ضعف نظام الحوافز فينبغي على المديرين التأكد من أن جميع العاملين والموظفين تم تحفيزهم.

6-2- نقص التركيز على المستفيد مما يؤدي إلى مخاطرة عدم إمكانية إرضاء وإقناعه بالخدمة.

7-2- عدم الموازنة بين احتياجات العملاء واحتياجات العاملين.

8-2- العجز عن إيجاد حلول وقائية تحول دون حدوث أزمات في المؤسسة من شأنه أن يضعف توازنها.

المبحث الثاني: إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في القطاع الصحي:

تتطلب الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات إتقاناً ودقة ورعاية منقطعة النظير بالإضافة إلى عامل السرعة في تقديم الخدمة، كون هذه المستشفيات في النهاية مؤسسات تهدف للنجاح في مخططاتها وتحقيق الأهداف التي تنشدها خاصة في حال كانت هذه المستشفيات فقيرة عن مؤسسات خاصة، حيث يشتد التنافس بينها؛ ما يجعلها تحرص حرصاً شديداً على تأمين العلاقات الجيدة مع المستفيدين (المرضى) إضافة إلى تحسين جودة الخدمة وجعلها في أرقى مستوياتها. (شطناوي، 2016، ص 39)

كما أن نظام الجودة الشاملة TQM من شأنه أن يتيح تحقيق أهداف هذه المؤسسات وذلك بالنظر إلى الطفرة التي أحدثتها في السنوات الأخيرة على مستوى الكثير من المؤسسات على تنوع القطاعات التي تعمل فيها. أولاً: مفهوم المؤسسات الصحية وأنواعها:

تعد المؤسسات الصحية من أهم مظاهر العمران في المجتمع، ومرد ذلك إلى أهمية الوظائف والاحتياجات التي تلبها للأفراد، والتي تتغير وتتطور وفقاً للتطورات التي تشهدها الساحة العالمية كأى قطاع خدمتي في العالم. فقد تحولت وظيفتها من مجرد مرفق مخصص لمعالجة الناس إلى مرفق قادر على تكوين إطارات منتجة في مجال الصحة في المجتمع.

1. تعريف المؤسسة الصحية (المستشفى):

اهتمت العديد من البحوث المتخصصة في مجال الصحة بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية وتباين هذا المفهوم بتباين وجهات نظر الباحثين.

حيث يُعرّف المستشفى وفق منظمة الصحة العالمية بأنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما يعد أيضاً مركز تدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية". (بودية، 2017، ص 169)

كما تُعرّف الهيئة الأمريكية للمستشفيات (AHA): "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى". (كوري، 2017، ص 37) وانطلاقاً من تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى يمكن إيجاز وظائفه بحسب (كوري، 2017) في الرعاية الطبية والصحية التعليم، التدريب، البحوث الطبية والاجتماعية. (كوري، 2017، ص 37)

2. وظائف المؤسسات الصحية:

تتمثل وظائف المؤسسة الصحية انطلاقاً من تعريف منظمة الصحة العالمية في: (ساعاتي، 2010، ص50) 2-1- الوظيفة العلاجية: تعد الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى حيث يقدم خدماته للمرضى من خلال العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ والعيادات الداخلية بشكل مستمر، ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة أطارات بشرية متخصصة من أطباء وممرضين وإداريين.

2-2- الوظيفة الوقائية: تعد مساهمة المستشفى في الوقاية من الأمراض جزءاً من اخلاقياته للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسسات المجتمع المحلي، وأبرز السبل لذلك قيام بدوره الفعال في مجال التوعية الصحية عن طريق تنظيم ندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بجوانب الصحة والمرض والعادات المؤدية إلى المرض وسبل المحافظة على الصحة.

2-3- وظيفة التدريب والتعليم: لقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بسرعة التطور إلى وجود حاجة ماسة لمهارات وقدرات جديدة في الكوادر البشرية في المستشفيات بالإضافة إلى مراكز تعليمية تتوافر فيها الإمكانيات التدريبية اللازمة لتعزيز المهارات الطبية والميدانية للطواقم الطبية التي تكونت حديثاً ولاكسابهم القدرة على تسلم مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة. فيتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض أثناء فترة دراستهم وبعد تخرجهم فيما يعرف بسنة الامتياز، والتي تُعدُّ متطلباً أكاديمياً لكي يحصل الطالب على صفة طبيب.

2-4- الوظيفة البحثية: تعد المستشفيات مجالاً خصباً لإجراء البحوث والدراسات الطبية في مختلف مجالات العلوم الطبية وغيرها من العلوم ذات الصلة بالصحة، حيث يساعد وجود سجلات طبية تامة ومنظمة في تعزيز البحوث الطبية، كما يتيح وجود المختبرات والتجهيزات الطبية الفرصة أمام إجراء البحوث التطبيقية إضافة إلى هيئة مشرفة على البحوث.

2-5- الخدمات الممتدة إلى المنزل: يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الخدمات الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن، ولقد رأت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية سنة 1959 مد خدمات المستشفيات لتشمل العيادة الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية اللاحقة والتأهيل الطبي وكذا التطعيم والتثقيف الصحي.

3. أنواع المؤسسات الصحية:

تصنف المستشفيات وفق عدة معايير تحدد طبيعتها واسلوب عملها، فتصنف: (مباركي، 2019، ص 39،

(37

3-1- من حيث التخصص الطبي:

- مستشفيات عامة: تتمثل في المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل: أمراض الاطفال والنساء والتوليد وأمراض القلب... الخ

- مستشفيات تخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط كأن تكون متخصصة في مجال طب العيون أو أمراض القلب أو الاطفال أو السرطان، دون غيره من التخصصات. وما يميز هذا النوع من المؤسسات هو السعي لتوفير جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة بالمجال الذي يعمل عليه المستشفى.

3-2- حسب الملكية:

- المستشفى الحكومي: وهو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية قد تكون وزارة الصحة أو الدفاع أو التعليم العالي. وهذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في النواحي الإدارية والاجرائية.

- المستشفى التعليمي: وهو المستشفى الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية طبية، وتكون وظيفته الأساسية متمثلة في التعليم الطبي، ويقوم في ذات الوقت بتقديم خدمات طبية.

- المستشفيات الخاصة: تكون ملكا لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال في القطاع الخاص.

3-3- من حيث الربحية:

- مستشفيات تهدف للربح: وهي مستشفيات تعود ملكيتها عادة لأفراد هم في الغالب من الأطباء والتي تكون عادة لغرض الربح، حيث تقوم بكسب أرباحها من المرضى مقابل ما تقدم إليهم من خدمات.

- مستشفيات خيرية: وهي مستشفيات أنشئت من قبل إحدى الجهات الخيرية وهي في الغالب مملوكة لجمعيات غير حكومية، وتقدم خدمات صحية مقابل رسوم ضئيلة نسبيا والتي تستخدم في تطوير المستشفى وتحسين مستوى أداؤها، وهي وإن كانت تهدف إلى الربح نسبيا إلا أن الغرض منها غير ربحي.

- مستشفيات لا تهدف إلى الربح: وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الصحية للأفراد دون مقابل، أو مقابل رسوم ضئيلة، ومثل هذا النوع من المستشفيات يكثر في الدول ذات التوجه الاشتراكي.

ثانيا: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاعات الصحية مفهوما جديدا على هذا القطاع، حيث طبقت ابتداء في القطاع الصناعي ثم امتدت لاحقا لتشمل قطاعات أخرى منها قطاع الصحة، لذلك تراهن عليه المستشفيات اليوم باعتباره مدخلا يحقق التحسين المستمر للجودة إضافة إلى كونه ضامنا لرضا وجلب العملاء. (أوشن، 2018، ص 74)

1. تعريف إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

تُعرّف إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، بأنها: "خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى". (عيسى، 2012، ص 81)

وتُعَرِّفُهَا حنان عبد الرحمن الأحدي على أنها: "إطار تلتزم من خلاله المؤسسات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المؤسسات لتحسينها بشكل مستمر". (جديد وحميطوش، 2019، ص 58)

كما عَرَّفَهَا عدد من الباحثين على أنها: "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفاة، والإعاقة، وسوء التغذية". (خروي وآخرون، 2021، ص 441)

وتم تعريفها بأنها: "تحقيق رضا كل من المستفيد، الأطباء، المهنيين الصحيين، الموردين الشركاء، والمساهمين الاجتماعيين، الذي يتحقق عن طريق التنفيذ الفعال لكل من التخطيط، البرامج، السياسات والإستراتيجيات، الموارد البشرية، وباقي أصول المستشفى بكفاءة وفعالية وباستمرارية". (Talib &Rahman,2011, p.253)

2. مبررات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

هناك العديد من المبررات المنطقية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية نذكر منها:

1-2- زيادة اهتمام الدول بالدور الأساسي للرعاية الصحية في التنمية البشرية، والتنمية الشاملة والمستدامة للمجتمعات.

2-2- تحول اهتمام السلطات الصحية من التركيز من الكم إلى الكيف.

2-3- زيادة التطلعات الصحية لدى أفراد المجتمع نتيجة ارتفاع الوعي الصحي لديهم مما يؤدي إلى زيادة الضغوط لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2-4- الحاجة لاحتواء وترشيد الإنفاق الصحي الفردي والحكومي من خلال تعظيم الاستفادة من الموارد في ظل التطور التقني مرتفع التكاليف والتطورات الاقتصادية الراهنة. (المالكي، 2018، ص 217)

وتضيف رمة أوثن بالإضافة إلى ذلك المبررات التالية: (أوشن، 2018، ص 78، 79)

2-5- قصور برامج التدريب والتعليم المستمر في المستشفيات في تحديد متطلبات القوى العاملة كما ونوعا.

2-6- عدم كفاية المعايير القياسية المعمول بها في تحديد حجم ومواصفات التجهيزات الطبية المساعدة اللازمة لكل قسم من أقسام المستشفى بحسب طبيعة وحجم العمل، إضافة إلى تباين كفاءة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لهذه التجهيزات وتنوع مصادرها، والتركيز في كثير من الحالات على تكلفة توفيرها وليس كفاءة أدائها.

2-7- قصور أنظمة وسياسات التشغيل وإجراءات العمل المكتوبة والموحدة لأقسام المستشفى وما يتبع ذلك من تباين في أساليب العمل بين الأقسام المختلفة وصعوبات في التقييم والرقابة ومعالجة المشكلات.

2-8- ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة المتخصصة والفنية والطبية المساعدة بين المستشفيات وبين الأقسام الداخلية للمستشفى الواحد وذلك نتيجة غياب المعايير القياسية للقوى العاملة بحسب الطاقة الاستيعابية وطبيعة الخِدْمات المقدمة.

3. أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

- يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى تحقيق ما يأتي: (خروبي وآخرون، 2021، ص 442)
- 3-1- تعزيز الموقف التنافسي للمؤسسة الصحية.
 - 3-2- إيجاد ثقافة تركز على العملاء، وزيادة رضا المستفيدين وزيادة الولاء للمؤسسة الصحية.
 - 3-3- زيادة الإنتاجية والمرونة في التعامل مع المتغيرات الخارجية.
 - 3-4- تحسين نوعية المخرجات.
 - 3-5- تحسين التواصل بين مختلف العاملين ومشاركة الجميع في عملية التحسين وتدريبهم على أسلوب تطوير العمليات.

ثالثاً: خصائص وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية بطرائق عملية صحيحة وسليمة سيميزها بخصائص معينة ينجم عنها الكثير من التغييرات والتطورات في جودة العمل ومن حيث رضا العملاء والعاملين والتي تظهر أهمية هذا النظام وانعكاساته الإيجابية على المؤسسة الصحية.

1. خصائص تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

- إضافة إلى ما سبق، يقول عاشور مريزق أن خصوصية مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تقوم على عدة أبعاد تتمثل في: (مريزق، 2010، ص 6)
- 1-1- جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى وتسعى في أعمالها إلى إرضاءه.
 - 1-2- يعد التركيز على الجودة في الخِدْمات الصحية المقدمة هي العنصر الأساسي الذي يجب أن تسعى المستشفيات إليه، كما أنها تسخر كافة مواردها وإمكاناتها لتحقيقه.
 - 1-3- لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخِدْمات الصحية، بل يجب أن تبنى في كل خطوة من خطوات تقديمها، وذلك ليتسنى الوصول للهدف المنشود، وتُعدُّ كل خطوة مدخلا لما بعدها من خطوات تالية.
 - 1-4- الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقديم الخدمة الصحية دون الاعتماد على الحدس والأحاسيس.
 - 1-5- تحقيق التوافق بين العاملين وتنمية كفاءاتهم بتكوين فرق العمل لإرضاء المرضى.
 - 1-6- وضع نظام لتطوير جودة الخِدْمات الصحية التي يقدمها المستشفى بصفة مستمرة.

7-1- الاعتماد على مستوى من الأداء يعادل 100%، أي أن نسبة الخطأ يجب أن تكون صفراً وهذا معناه القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح ومن أول مرة وفي كل مرة.

8-1- الاهتمام بالجوانب النفسية للعاملين بالمستشفى والسعي نحو تحقيق رضاهم عن العمل، والعمل على تنمية شعورهم بالولاء والانتماء إلى المستشفى الذي يعملون فيه.

2. فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

يترتب على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية العديد من الفوائد تتمثل في:

1-2- تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق فلسفة الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط العمل من خلال اختصار الإجراءات وتحسينها. (المالكي، 2018، ص 222)

2-2- تحسين الإجراءات: يهدف نظام إدارة الجودة الشاملة إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. (المالكي، 2018، ص 222)

3-2- تحقيق رضا العملاء: فمن المعروف أن من الأهداف الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة أفضل للعميل تتناسب مع متطلباته وتوقعاته، لذا فإن نتيجة عملية تحسين الجودة تكون في نهاية رضا العميل، وتحوز المؤسسات على رضا العميل، من خلال الجهود المتماسكة التي يبذلها كل فرد لكسب العمل إلى زيادة الثقة من قبل العملاء عندما يرون تحقيق رغباتهم فيما يتعلق بجودة الخدمات. (المالكي، 2018، ص 223)

4-2- تحسين معنويات الموظف: هناك جانب أساسي في إدارة الجودة الشاملة يتمثل في مشاركة الموظف في صنع القرار المتعلق بالعمل حيث يتم تشجيع الموظفين على المشاركة في المعلومات والمعارف واقتراح الحلول المناسبة للمشكلات مما يساعد على انطلاق الطاقة الفنية الخلاقة الكامنة لدى الموظف حيث يكون لديه شعور كبير بتحسين مركز المؤسسة الصحية. (مهداوي، بودي، 2017، 242، 243)

5-2- القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية: من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية اختلاف الطرائق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما له من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل طرائق الأداء وفقاً للأدلة والحقائق العلمية.

6-2- الحد من تكرار العمليات: يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرائق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وماله من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا العملاء. (أوشن، 2018، ص

(77)

رابعاً: محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

يستوجب التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تحديد العوامل الأساسية للنجاح ورصد العوائق من أجل تجنبها والوقاية منها بمعالجتها قبل وقوعها يتم عرضه فيما كياتي:

1- عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

تعود ضرورة تبني إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية إلى سعي المؤسسة إلى تحقيق توقعات زبائنها ورضاهم عن خدماتها، عن طريق التحسين النوعي للخدمات الصحية وتميزها لتعزيز قدراتها التنافسية وتحصيل مكانة مرموقة في السوق. (مباركي، 2019، ص 128)

ويتطلب نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تحقيق عوامل محددة من شأنها أن تضمن نجاح

نظام TQM تتمثل فيما أشارت إليه Ching-chow Yang: (Yang, 2003, p.94)

1-1- تحديد المؤسسة الصحية لمهمتها الأساسية والجوهرية، وما هي عليه قدراتها الأساسية كي تركز عليها من أجل تحقيق التبنّي الناجح لإدارة الجودة الشاملة.

1-2- توضيح المكاسب من تقديم الخدمات الصحية، وكذا المقابل الذي سيكسبه المريض.

1-3- الاستفادة من تجارب المستشفيات الناجحة وإقامة دورات تدريبية مكثفة للعاملين.

1-4- التركيز على أهمية البحث والتطوير.

1-5- الاهتمام بأن يكون جو العمل مريحاً وأن يكون الموظفين الذين يزاولون فيه واجباتهم متكاتفين، وأن تكون هناك ثقة بينهم وبين رؤسائهم.

كما يشير سيد جاد الرب إلى مجموعة عوامل أخرى، وهي: (مريزق، 2008، ص 69)

1-6- وجوب اقتناع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية تطبيق نظام الجودة الشاملة.

1-7- أن تفنّع الإدارة العليا جميع العاملين في المؤسسة بفوائد ومزايا هذا النظام.

1-8- يجب أن تتوقع الإدارة في المؤسسة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام.

1-9- أن ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين.

كما تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة تتمثل في: (مباركي، 2019، ص 129)

1-10- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة أو المتعاملين معها.

1-11- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي.

1-12- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق بين مختلف الإدارات وفروع المؤسسة.

13-1- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المؤسسات حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ الملائم وحرية اتخاذ القرارات.

2- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

تواجه المؤسسات الصحية الكثير من العوائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، نذكر منها: (نصيرات، 2007، ص 241)، (أوشن، 2018، ص 82)، (مهداوي، بودي، 2017، ص 244)

2-1- الهيكل التنظيمي التقليدي السائد في معظم مؤسسات الرعاية الصحية والذي يقوم على التخصص الدقيق؛ إذ درجت المؤسسات الصحية، وبشكل تقليدي، على تنظيم أنشطتها وخدماتها وإدارتها على أساس وظيفي وما ينتج عن ذلك من هياكل هرمية تتصف بعلاقات هرمية حادة بين الرئيس والمرؤوس الأمر الذي يجعل عملية الاتصال والتعاون بروح الفريق بين الأنشطة أمراً صعباً.

2-2- أنماط القيادة السائدة، حيث نجد أن معظم القيادات في مؤسسات الرعاية الصحية هم مهنيون صحيون على درجة عالية من المهنية يتسلحون بسلطة المعرفة إلى جانب السلطة الإدارية الممنوحة للبعض منهم، وهذا يصعب مشاركتهم وتقبلهم لآراء مرؤوسيههم. وكذا الثقافة التنظيمية السلطوية السائدة في مؤسسات الرعاية الصحية والتي تعد مفرزات للهرمية السائدة والنمط القيادي السائد، والدرجة العالية من المهنية في مؤسسات الرعاية الصحية وهذا يتضارب مع متطلبات تمكين العاملين ومشاركتهم.

2-3- طبيعة العناصر البشرية العاملة: فمن المعروف أن العنصر البشري هو الأكثر حسماً في عملية إنتاج وتقديم الخدمة الصحية. كما أن المهنيين في المؤسسة الصحية تحكم ادائهم الطبي مبادئ وأخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم، وعلى ذلك فإن أي عمل يضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرائق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطر القانونية المترتبة على ذلك.

2-4- طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات والتعديلات والتكيفات حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر. - تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات مؤسسات الرعاية الصحية والتي لا بد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها.

2-5- عدم اهتمام معظم الأطباء في المؤسسات الصحية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة لاعتقادهم بأنها لا تنطبق على وظائفهم. وبأن الجودة الشاملة بالدرجة الأولى فقرة عن آلية لضبط التكلفة، كما تؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير،

ولا تحقق الأهداف المرجوة منها. كما أن عدم التنسيق بين الخط الإداري والخط الطبي، ويزداد على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين مما يؤدي إلى الحيلولة دون نجاح عملية التحسين.

2-6- ميل المؤسسات الصحية إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى.

2-7- قد يحتاج تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى وقت كبير نسبياً مقارنة بالمفاهيم والنظم الأخرى وقد يشكل عامل الوقت هذا عائقاً أمام تطبيق إدارة الجودة الشاملة وقد ذكرت الباحثة ريمه أوشن مجموعة من الدراسات التي تبحث معيقات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، نذكر منها: (أوشن، 2018، ص 85، 86)

● دراسة بيموسكي: توضح هذه الدراسة أن معيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي قد يترتب عنها فشل تطبيقها تتمثل في:

- ضعف التركيز وعدم كفاءة القيادة وعدم وضوح الفرق بين أساليب الجودة الشاملة وفلسفة الجودة الشاملة.
- عدم وجود هدف محدد وقيادة ملتزمة وغياب التخطيط الإستراتيجي لقنوات الاتصال وتكوين مجموعات عمل لتحسين الجودة.

- غياب الالتزام بالفلسفة ذاتها وعدم إعطاء الأفراد التفويض الكافي لنجاح الجودة الشاملة.

● دراسة دال وزملائه: توجز هذه الدراسة عوائق النجاح التي أشارت إليها الدراسة في عدم توافر العوامل التي تدعم وتساند الفلسفة وتخلق البيئة المناسبة لنجاحها، والتي تتمثل في قيادة غير ملتزمة بفلسفة إدارة الجودة الشاملة والخوف من التغيير، ونقص المهارات والتدريب على حل المشكلات، والفشل في استكمال مشروع الجودة الشاملة، وتفكك وعدم استمرارية مجموعات تحسين الأداء ونقص الموارد المخصصة، وعدم كفاية المعلومات وطرائق تحليلها.

● دراسة Ching-chow Yang: تقترح هذه الدراسة مجموعة من العوائق الحائلة دون نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- صعوبة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية إن لم يتم التعرف إلى أساس وجوهر الخدمات الصحية ولماذا هي موجودة.

- صعوبة فهم الطريقة الجديدة لأداء الأعمال بسبب كثرة المصطلحات الجديدة والتي تكون غريبة على الطاقم الطبي.

- وجود قادة ذوي اختصاصات محددة وصلاحيات واسعة وعدم تقبلهم الآراء من باقي العاملين.

- نقص الموارد البشرية المتخصصة مما يشكل ضغطاً على العاملين لإنهاء المهام وعدم وجود فرصة للتركيز على الجودة أو المشاركة في تطبيق طرائق وأساليب جديدة من شأنها تحسين الخدمات الصحية.

- الاستقلالية المهنية الصادرة عن المعالجين، الأطباء، المهنيين الصحيين، وغيرهم من العاملين الصحيين يعملون بصورة مستقلة في مجالات عملهم، مما يجعل مراحل انتاج وتقديم الخدمة الصحية تتميز بأنها منفصلة، ويكون من الصعب التنسيق والتعاون بين مختلف المجموعات والفرق.

والخلاصة لقد أصبح اعتماد نظام إدارة الجودة الشاملة في نظر معظم المؤسسات ضرورياً لتحسين أدائها، وذلك لناجته وقدرته على تجنيد كل العاملين في المؤسسة على جميع المستويات لخدمة أهدافها، التي تكفل لها تثبيت قدمها في السوق وتعزيز مكانتها وقدراتها والمحافظة على رضا المستفيدين بالتوازن مع رضا الموظفين داخل المؤسسة من خلال تجسيد مشاركتهم في تبني نظام إدارة الجودة الشاملة واتخاذ القرارات وكذا مكافأتهم على جهودهم وتحفيزهم على تطوير مهاراتهم. كما يفرض هذا النظام التحسين الدائم لمختلف أنواع الخدمات والمرافق والتجهيزات وكذا المهارات والخبرات.

وقد تم تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بعد ظهور نجاحه بشكل جلي في قطاعات الصناعة والخدمات؛ وذلك بهدف تحسين جودة الرعاية المقدمة التي تتطلبها الخدمات التي تقدمها المستشفيات بتقديم مستويات عالية من الجودة فيما يخص الرعاية الطبية، وكذا ترشيد النفقات والاستخدام الجيد للموارد المادية والبشرية.

غير أن العديد من المؤسسات الصحية تفشل في تطبيق هذا النمط الإداري بشكل جيد، وذلك لفشلها ابتداءً في تحقيق متطلباته في المؤسسة الصحية والتي من شأنها أن توفر البيئة الخصبة له، وتضمن تبني المؤسسة لنظام إدارة الجودة الشاملة بشكل ناجح وفعال مع مراعاة الظروف الداخلية والخاصة بالمؤسسة والتغلب على الأخطاء والصعوبات التي تعيق تطبيقه فيها. فيتطلب تبني نظام إدارة الجودة الشاملة على سبيل المثال: دعم إدارة المؤسسة لبرنامج إدارة الجودة الشاملة والتزامها به، إعادة تشكيل ثقافة المؤسسة بما يتوافق مع إدارة الجودة الشاملة، الإدارة الفعالة للموارد البشرية، تعزيز فرق العمل والمشاركة الجماعية في التحسين. وهذا ما من شأنه التمكين لنظام إدارة الجودة الشاملة وتلافي معيقات تطبيقها، وضمان فعاليتها بتحقيق أهداف المؤسسة على أمثل صورة ممكنة.

الفصل الثالث: جودة الخِدمات

الصحية

المبحث الأول: مدخل إلى الخِدمات الصحية

المبحث الثاني: ماهية جودة الخِدمات الصحية وأبعادها

وقياسها

مقدمة الفصل:

يُعنى القطاع الصحي في مختلف المجتمعات بحياة الإنسان ووقايته من الأمراض واستيفاء مقتضيات الحياة الصحية المثلى للمجتمع عبر التقليل من الظواهر المرضية والممارسات غير الصحية سواء عبر العلاج أو الوقاية أو التوعية. وقد حظي هذا القطاع باهتمام كبير دائما، على اختلاف الأزمنة والعصور والبلدان والثقافات والمجتمعات لكونه يضمن استمرارية الإنسان، فهو المحرك الأساسي لإنتاج الحضارة، ومن هنا اكتسبت المؤسسة الصحية مكانتها في المجتمع، كميول يشبع احتياجات البشر للتداوي والحفاظ على السلامة الصحية، كما أن له (اي القطاع الصحي) مكانة اقتصادية من شأنها تحقيق أداء اقتصادي جيد، فهو حقل خصب للاستثمارات حاليا.

وتعد المستشفى منظمة خدمية مسؤولة عن تقديم خدمات صحية متكاملة تشخيصية وعلاجية وتعليمية وبحثية. والمستشفى كنظام إداري يستخدم موارد بشرية وفنية ومادية ومالية تتزايد احجامها وقيمها توكبا مع التقدم التقني والصحي. وبتزايد الطلب على الخدمات الصحية لعوامل متعددة أهمها الحروب وآثارها، والزيادة في عدد السكان وتزايد حوادث الطرائق ونسب التلوث، والحوادث الصناعية وغيرها. واتفقا مع ذلك يظهر التحدي أمام إدارة المستشفى والعاملين فيها في أن تقدم خدمات صحية بجودة مميزة.

وأصبحت الجودة اليوم تشكل سلاحا تنافسيا مهما لا يمكن لأي شركة أو مؤسسة معاصرة أن تواجه التحديات التي يفرضها تيار العولمة دون أن تتسلح بالجودة.

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

وعلى الرغم من أن الجودة موعلة منذ القدم كما سلف إلا أنه حتى في العصر الحديث لا يوجد اتفاق كلي حول مفهوم تعريف موحد لمفهوم الجودة، إذ تعدد الآراء بحسب القطاع الذي تنتمي إليه الجودة، وتعد الخدمات الصحية عنصر مهم للغاية في مجال إدارة المستشفيات حيث ترتبط بأهم جانب من جوانب حياة الإنسان وهي صحته. ومن خلال هذا الفصل سنتعرض للمباحث الآتية:

- المبحث الأول: مدخل إلى الخدمات الصحية

- المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية وأبعادها وقياسها

المبحث الأول: الخِدْمَات الصحية

تزايد ازدهار قطاع الخِدْمَات في السنين الأخيرة وعرف اهتماما ملحوظا من المستثمرين والشركات والدول، مما مكّنه من شغل مكانة معتبرة في اقتصاديات الكثير من الدول.

وانطلاقا من أهمية الصحة في كل المجتمعات البشرية وتسبق الدول والحكومات على تنميتها وتطويرها كان لقطاع الخِدْمَات الصحية مكانة خاصة ضمن الخِدْمَات بعمومها وهذا ما يمكن التوسع فيه من خلال هذا المبحث. **أولاً: ماهية الخدمة:**

سنتطرق من خلال هذا الجزئية إلى ماهية الخدمة انطلاقا من تعريفها وخصائصها وأهميتها كما يأتي:

1. تعريف الخدمة:

تتفق الدراسات الحديثة على أنّ مفهوم الخدمة من المفاهيم التي يصعب تعريفها بدقة ومرد ذلك إلى خصائصها التي تنفرد بها مقارنة بالسلع المادية، وهذا ما أدى إلى تعدد التعاريف بتعدد الباحثين والمهتمين بالموضوع (دبساوي، دون سنة نشر، ص 8).

وتُعرّف الخدمة بأنها: "أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وإن إنتاجه قد يكون مرتبطا بإنتاج مادي أو قد لا يكون". (البكري، 2005، ص 226) كما تُعرّف بأنها: "النشاط الذي يشتمل على البُعد الإجرائي والبُعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، أما الجانب الإجرائي فيتكون من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخِدْمَات أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارستهم اللفظية مع العملاء". (الدرادكة، 2006، ص 32)

وتُعرّفها سمر جوادة بأنها: "نشاط أو منفعة غير ملموسة يتم تقديمها من قبل الجهة المنتجة والتي تشكل طرفا أساسيا في تقديم المنفعة بناء على حاجة ورغبة غير مشبعة لدى جهة أخرى، وهي تختلف عن المنتجات المادية الملموسة بأنها تنتج وتباع في نفس الوقت". (جوادة، 2011، ص 31)

وتُعرّف أيضا بأنها: "النشاط غير الملموس الذي يهدف أساسا إلى إشباع رغبات متطلبات العملاء، بحيث لا يرتبط هذا النشاط ببيع سلعة أو خدمة أخرى". (دبساوي، دون سنة نشر، ص 8)

ويُعرّفها كوتلر على أنّها "نشاط ومنفعة غير ملموسة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عنها انتقال الملكية فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون". (بومالة، بويلوط، 2018، ص 8)

أما ادريان بلاتر، فالخدمة عنده هي: "عملية إنتاج منفعة غير ملموسة بالدرجة الأساس إما بذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس حيث يتم من خلال شكل من أشكال تبادل إشباع حاجة أو رغبة مشخصة لدى العميل أو المستفيد". (بومالة، بويلوط، 2018، ص 8)

ويمكن تعريفها بشكل عام بكونها: "فقرة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم من طرف إلى طرف آخر وهذه الأنشطة لا تعبر عن ملموسية ولا يترتب عنها نقل الملكية أي شيء كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبط أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس". (بومالة، بويلوط، 2018، ص 8)

2. أهمية الخدمات:

يمكن تحديد أهمية الخدمات في الآتي: (بومالة، بويلوط، 2018، ص 9، 10)

- 1-2- يعد هذا القطاع من القطاعات المربحة قياسا إلى قطاع السلع.
- 2-2- رغبة أعداد متزايدة من المديرين التنفيذيين من التحول من قطاع السلع إلى قطاع الخدمات لازدهار هذا القطاع.
- 3-2- زيادة درجة التعقيد في السلع المادية والانترنت والاتصالات وأنظمة السلامة وهي أمثلة للسلع المادية التي تتطلب خدمات متخصصة وخاصة أن مثل هذه السلع يتم استيرادها ولا يتم انتاجها.
- 3-2- قطاع الخدمات في العالم العربي يعد أكثر ربحية قياسا إلى السلع والمنتجات وأقل حاجة إلى رأس المال.

3. خصائص الخدمات:

تتميز الخدمات بجملة من الخصائص التي تميزها عن السلع المادية، وأهمها:

- 1-3- اللاملموسية: بمعنى عدم إمكانية لمس الخدمة كما يحدث في حالة المنتج المادي الملموس فيصعب على العميل التعرف إلى جودة هذه الخدمة باستخدام حواسه المختلفة (اللمس والتذوق والنظر والسمع والشم) التي نستخدمها للتمييز بين السلع. ويمكن تقسيم مفهوم اللاملموسية إلى: خدمات تتصف بعدم ملموسية الكاملة، مثل خدمات الأمن، خدمات تعطي قيمة مضافة للشيء الملموس، مثل خدمات التنظيف، خدمات توفر منتجات ملموسة، مثل خدمات محلات التجزئة. (دبساوي، دون سنة نشر، ص 12)
- 2-3- التلازمية: نعي بالتلازمية تلازم عمليات الإنتاج والاستهلاك، وتشير هذه الخاصية إلى أن معظم الخدمات تنتج وتستهلك في نفس الوقت، وأنها تعتمد في تقديمها على الاتصال الشخصي بين مقدم الخدمة والمستفيد. (دبساوي، دون سنة نشر، ص 12)

- 3-3- عدم التجانس: يختلف أداء كل من مورد الخدمة أو المستفيد في كل مرة تقدم فيه تلك الخدمة، ففي بعض الأحيان لا يلتزم مورد الخدمة بمعايير الأداء المتفق عليها، أو ألا يتمكن من المحافظة على الثبات في التعامل مع من

يحيطون به وإن كان خلال نفس اليوم، أما بالنسبة للزبون فإن إدراكه للخدمة قد يتغير من مناسبة إلى أخرى، وقد تصبح بعض أنماط الخدمة مملة إذا استمر تقديمها بنفس الرتبة التي تقدم بها. (الأشهب، 2017، ص 44)

3-4- عدم القابلية للتخزين: تختلف الخدمات عن السلع في عدم إمكان تخزينها، حيث يستطيع منتج السيارات غير القادر على بيع كل إنتاجه في الفترة الحالية الاحتفاظ بالمخزون لبيعه في فترة لاحقة، وتكون التكاليف المهمة الوحيدة هي تكاليف التخزين وتكاليف التمويل وإمكانية تكبد الخسارة بسبب تقادم المخزون. وعلى العكس من ذلك، فلا تتوافر لمنتج الخدمة العاجز عن بيع كل إنتاجه المنتج في الفترة الحالية فرصة الاحتفاظ به لبيعه في فترة تالية. (الأشهب، 2017، ص 45)

3-5- عدم انتقال الملكية: إن عدم انتقال الملكية يمثل خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية فبالنسبة للسلع يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة بشكل كامل وبإمكانه تخزينها واستهلاكها أو بيعها في وقت لاحق وعندما يدفع ثمنها فإنَّ المستفيد يمتلك السلعة، أما بالنسبة للخدمة فإنَّ المستفيد قادر فقط على الحصول عليها واستخدامها شخصيا لوقت محدد في كثير من الأحيان (مثل تأجير غرفة في فندق استئجار شقة أو سيارة) وأن ما يدفعه لا يكون إلا لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة المقدمة إليه. (الأشهب، 2017، ص 45)

4. طبيعة الخدمات:

يمر فهم طبيعة الخدمات بتحليل العلاقة بينها وبين السلع المادية خصوصا في مراحل التسليم، ومن ثمَّ فإنَّ طبيعة الخدمة قد تأتي مستقلة عن السلع المادية أو مصاحبة أو مصحوبة بها، ويتم تحديدها على النحو الآتي: (دبساوي، دون سنة نشر، 14، 15)

4-1- خدمات مستقلة: تمثل الخدمة هنا القطب الأساسي والأوحد وهي تمثل أيضا الفئة النادرة من الخدمات، وتدور أغلبها حول الأفكار والقضايا السياسية والاجتماعية والثقافية ويضيف البعض إلى هذه الفئة خدمات من قبيل: الخدمات البنكية والاستشارات القانونية والإدارية. بينما يذهب آخرون إلى أن مثل هذه الخدمات تكون مصحوبة بسلع من قبيل التقارير ونتائج الاستشارة كما ترتبط خدمات البنوك بتقديم نقود وأوراق مالية أو عقود ضمانات وغيرها من العناصر المادية.

4-2- خدمات تصاحبها سلع: وتمثل الحالات التي فيها الخدمة هي أصل التعاقد، إلا أن أداءها بصورة مجردة أمر يميل إلى الاستحالة ويحتم ضرورة إلحاق بعض السلع المادية إليها. ومن أمثلة هذه الخدمات خدمات النقل، العلاج... 4-3- خدمات مصحوبة بسلع مادية: وتمثل الحالات التي تكون فيها كسب ثقة العملاء وزيادة رضاهم، تلجأ بعض المؤسسات إلى إلحاق بعض الخدمات لبيع سلعها المادية، ومن أمثلة هذه السلع المعدات التي يقدم معها خدمات قبل البيع مثل خدمات التركيب، أو بعد البيع كخدمات الصيانة والضمان.

ثانيا: مفهوم الخدمة الصحية:

تكمن فعالية الخدمات الصحية في كونها تصون حياة الإنسان وترتبط بالعنصر البشري وصحته، وإشباع حاجات المجتمع من الناحية الصحية التي لا غنى للإنسان عنها ولهذا يحظى هذا القطاع باهتمام الحكومات والمستثمرين والباحثين.

1. تعريف الخدمات الصحية:

تُعرّف الخدمات الصحية بأنها: "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاج والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية". (مريزوق، 2012، ص35)

كما تُعرّف على أنها: "الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية العادية والمتخصصة، خدمات الإسعاف والطوارئ، خدمات التمريض والخدمات الصيدلانية". (مخيمر والطعامنة، 2003، ص 8)

وعُرفت الخدمة الصحية على أنها: "مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال ظهورها أو قبل ظهور الحاجة إليها"، كما أنها بحسب حسن القضاة: "فقرة عن خطط وبرامج تدخل إلى المجتمع بهدف مكافحة الأمراض ومعالجة المرضى أو وقاية المجتمع صحيا وكذلك تصميم منتجات متنوعة من الخدمات المختلفة التي يحتاجها الأفراد وقائيا وتشخيصيا وعلاجيا وتأهليا". (القضاة، 2018، ص 15)

واستنادًا إلى ما سبق من التعريفات يمكن القول إن الخدمة الصحية كل ما يقوم به القطاع الصحي من إجراءات وممارسات تسعى لتعزيز صحة المجتمع وحمايته من الأمراض.

2. خصائص الخدمات الصحية:

من خلال التعريفات السابقة، وبالإضافة إلى الخصائص السابقة التي تم ذكرها في معرض الحديث عن خصائص الخدمة عموما، توجد خصائص تميز الخدمة الصحية عن غيرها من الخدمات، نذكر منها: (بودور، 2021، ص 88، 89)

1-2- أن الخدمات الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليمية والمادية.

2-2- الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد من أجل الفحص والتشخيص إجراء التحاليل والمعالجة.

3-2- يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد، اي (المريض) حيث إن درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية.

3-2- أن أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي.

4-2- تلقي الخدمة الصحية من طرف المريض يعد أمراً ضرورياً لتخليصه من المعاناة من آلام مرضه حيث إن دخول المريض إلى غرفة العمليات لإجراء جراحة، قد يكون أمراً غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه الآمه واستعادته لصحته.

5-2- كما تتميز الخدمات الصحية بارتباطها بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه وإعادة شرائه بضرورة أن تكون على درجة عالية من الجودة ولذلك فإنّ معيارية الأداء للخدمات الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة.

3. أهداف الخدمات الصحية:

تتمثل أهداف الخدمات الصحية فيما يأتي: (بودور، بولاحة، 2021، ص 93) (بومالة، بويلوط، 2018،

ص 20)

- 3-1- الإسهام في تحقيق أفضل الخدمات للمرضى بالتعاون مع طاقم الفريق الطبي بمختلف التخصصات.
- 3-2- تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للمرضى وذويهم وحل مشكلاتهم بالاستفادة من موارد المجتمع المحلي.
- 3-3- تحسين معنويات العاملين إذ إنّ المؤسسة الصحية الخاصة هي التي تتمكن من تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وتجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفعالية وهذا لتحسين الجودة.
- 3-4- رفع مستوى الوعي الاجتماعي عبر تقديم التوجيه والارشاد للمرضى وأسرههم.
- 3-5- القيام ببرامج وأنشطة تسيقية مع أقسام الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة وذلك لزيادة التواصل وتقديم أفضل الخدمات.
- 3-6- تحقيق أفضل مستويات الإنتاجية إذ يعد المستوى المطلوب على الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين من الخدمة الصحية.

ثالثاً: أنواع ومستويات الخدمة الصحية:

يمكن من خلال هذ الجزئية التعرف إلى أنواع ومستويات الخدمات الصحية:

1- أنواع الخدمة الصحية: (خريف، 2008، ص 67، 68)

- 1-1- التصنيف على أساس طبيعة الخدمات الصحية: تصنف الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف إلى:
 - الفحوصات والاستشارات: يمثل هذا النوع من الخدمات واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها.

- الخِدْمَات السريرية: تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية.

- الأرضية التقنية: تضم وسائل التكنولوجيا والتجهيزات التي تخص التشخيص والعلاج.

- خِدْمَات الإمداد: تتكون من جميع دعائم الأنشطة السابقة مثل الترميم، والصيانة والنقل وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي.

- الخِدْمَات الإدارية: تجمع مختلف الوظائف الإدارية (التخطيط، التوجيه، التنظيم، الرقابة) وتضم مختلف الأقسام الإدارية.

كما تأخذ الخِدْمَات الصحية أشكالاً عديدة وفق هذا التصنيف هي: (النجار، 2007، ص 56، 55)

- الخِدْمَات الباطنية: الطب العام والأخصائي، طب الأطفال، طب الأعصاب، والعديد من التخصصات الأخرى.

- الخِدْمَات الجراحية: جراحة عامة، جراحة لكل الأمراض الباطنية، جراحة أمراض النساء والولادة.

- الخِدْمَات المساعدة: كالأشعة والتحليل.

كما يعتمد هذا التصنيف على عدة مؤشرات تتمثل في: (دريدي، 2014، ص 20)

- الاعتمادية: حيث تتنوع الخِدْمَات الصحية استناداً إلى اعتمادها على السلع الملموسة كالتحاليل المختبرية أو

الأشعة والجراحة، وهناك خِدْمَات أخرى تعتمد على العنصر البشري كالعلاج النفسي أو تشخيص المرض.

- من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها: مثل العمليات الجراحية وسحب الدم.

- من حيث نوع الحاجة: فقد تشعب الخِدْمَات حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة

إلى حزمة منافع مثل الرقود في المستشفى حيث تقدم خِدْمَات الاطعام والعناية لجميع الراقدين في المستشفى.

- من حيث أهداف مقدمي الخِدْمَات الصحية: حيث يختلف مقدمو الخِدْمَات الصحية فهي أهدافهم الربحية أو

اللاربحية، ومن حيث الملكية المؤسسات الصحية الخاصة أو العامة من حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى

خاص عن تلك البرامج المطبقة في المستشفيات عامة، والأهداف التي تسعى لتحقيقها.

1-2- التصنيف على أساس التوجه للصحة الشخصية أو العامة: يعد هذا التصنيف من أشهر التصنيفات وينقسم

إلى نوعين رئيسيين: (الأشهب، 2017، ص 58، 59)

● الخِدْمَات الصحية الشخصية:

وهي الخِدْمَات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من الفريق الطبي أو من المؤهلين

للتشخيص كاختصاصي المختبر والأشعة والرعاية النفسية والتغذية والعلاج الطبيعي والتمريض، فزيارة المريض للطبيب

أو اختصاصي العلاج الطبيعي هما من أشكال الخِدْمات الصحية الشخصية ويتضمن هذا الضرب من الخِدْمات ما يأتي:

- خِدْمات الرعاية الخارجية: تُعرَّف بأنها الخِدْمات الصحية التي لا تشتمل على اي رعاية إيوائية للمستفيدين، ويقدم هذا النوع من الخِدْمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو قسم الطوارئ الملحق به، أو من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في العيادات المجمعَة أو في مراكز العلاج الطبي.
- خِدْمات الرعاية الداخلية: ويُقصدُ بها خِدْمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية وتجعل التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز الثلاثين يوماً.
- خِدْمات الرعاية طويلة الأجل: وهي خِدْمات تجمع بين نمطي الرعاية سابقة الذكر: الرعاية الخارجية والأخرى الإيوائية، وتتجاوز مدتها مدة الرعاية الإيوائية وفي الغالب بحسب الحالة المرضية، وأغلب المستفيدين من هذه الخِدْمات هم أشخاص يعانون من الإعاقة والأمراض المزمنة.

● الخِدْمات الصحية العامة:

- وهي الخِدْمات الصحية التي تهدف إلى حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى الدولة متمثلة في وزارة الصحة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخِدْمات التي تشتمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية:
- مكافحة الأمراض المعدية ولا سيما المتوطن منها.
 - مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء والغذاء والماء ومكافحة الحشرات والقوارض.
 - الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين ضد الأمراض.
 - القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
 - توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخِدْمات الصحية المتاحة.
 - وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

2. مستويات الخدمة الصحية:

تقوم المؤسسة الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمرضى (المستفيدين)، والتي تتضمن تقديم الخدمة الأساسية (الجوهر) إضافة إلى العديد من الخِدْمات الأخرى التي تعد "خِدْمات تكميلية" داعمة للخدمة الأساسية. والتي تتفاوت بحسب مستويات الخدمة الصحية التي تتمثل في: (بودور، بولاحة، 2021، ص 97)

- **المستوى الأول:** الرعاية الصحية الأولية: يمكن تعريف الرعاية الصحية الأولية على أنها تلك الخدمات الطبية والوقائية التي تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى البقاء في المستشفى، وكذلك هي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية، إضافة إلى تقديم التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية العامة وصحة البيئة والتنظيف الصحي.

- **المستوى الثاني:** الرعاية الصحية الثانوية: يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته في المستشفى في مجالات الطب الرئيسية وهي الباطنية، الجراحة العامة، الأطفال، النساء والتوليد...

- **المستوى الثالث:** الرعاية الصحية التخصصية: وهذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، سوى أن الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات عدا التخصصات الطبية الرئيسية مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات، التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى كوادر بشرية متميزة.

- **المستوى الرابع:** الرعاية الصحية الرابعة أو التأهيلية أو خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد: ويشتمل هذا المستوى على تلك الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو مرضى لا يأمل شفاءهم، بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت به، بهدف إعادة المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه وقضاء احتياجاته بنفسه.

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية وأبعادها وقياسها:

تعد "فلورنس نايتفيل" أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب وهي ممرضة بريطانية كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة على عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات. (عبد القادر، 2012، ص 39)

ليصبح موضوع جودة الخدمة الصحية من أهم المواضيع في تسويق الرعاية الصحية، إضافة إلى كونه موضوعا محوريا ومحل اهتمام المؤسسات والإدارات الصحية وكذا المشتغلين في الوسط الصحي من أطباء وممرضين وممولين وباحثين.

أولاً: ماهية جودة الخدمات الصحية:

من خلال هذه الجزئية يمكن التطرق إلى تعريف جودة الخدمة، لكي نستطيع الولوج إلى مختلف تعريفات جودة الخدمة الصحية التي عرفها كل باحث أو مؤسسة من منظوره الخاص.

1. مفهوم جودة الخدمة:

ليس من السهل تعريف جودة الخدمة بطريقة دقيقة، فمن يمارسها أو يكتب عنها يجد أنه من الصعوبة بمكان الوصول إلى تعريف عملي يكون محل إجماع.

فقد عُرِّفت جودة الخدمة على أنها: "معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستفيدين لها". (المحياوي، 2006، ص 52)

كما عُرِّفت على أنها: "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص". (الصالح، 2010، ص 62)

ويرى بيتسون أن جودة الخدمة: "موقف يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة وأن هذا الموقف غالبا ما يكون مستندا أو مبنيا على سلسلة من خبرات تقييمه السابقة". (الطائي والعالق، 2009، ص 150)

أما غروننوز فيرى أن لجودة الخدمة بعدين أساسيين يتمثلان في: الجودة الفنية والجودة الوظيفية. فالجودة الفنية تشير إلى الجوانب الكمية للخدمة، بمعنى الجوانب التي يمكن التعبير عنها بشكل كمي، أما الجودة الوظيفية فهي تشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى المستفيد من الخدمة. (هويدي، 2006، ص 25)

ويعد قياس جودة الخدمة أمرا ضروريا في المؤسسات التي تهتم لرضا ومتطلبات العملاء إلا أن عملية القياس تتطلب مقياسا يتسم بالدقة والموضوعية لتقييم الأداء ومعرفة مواضع الخلل والنقص، وانطلاقا من هذا يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الجودة. (موسى، 2006، ص 56)

2. تعريف جودة الخدمات الصحية:

يختلف تعريف جودة الخدمات الصحية من شخص إلى آخر بحسب وجهة نظره التي يحددها غالبا موقعه منها، فيمكن تعريفها من خلال الزوايا الآتية: (أوشن، 2018، ص 61) (مهداوي، بودي، 2017، ص 238) - الجودة من منظور المهني الطبي: وهي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسة وهي اخلاقيات الممارسة الصحية ونوعية الخدمة الصحية المقدمة.

- الجودة من منظور المستفيد: يرى المستفيد (المريض) في جودة الخدمة الصحية درجة الرعاية التي يتقبلها هو نفسه، فهي تختلف عن المفهوم المهني بكونها تركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي التركيز على فرض التنظيمات و سن التشريعات التي تبني على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى حاجة ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك.

- الجودة من الناحية الإدارية: ترى المؤسسات الصحية أن جودة الخدمة الصحية هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المرضى بتكلفة أقل. إضافة إلى جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، ويقدر التركيز على التكاليف وترشيد الموارد فلا ينبغي بأي حال التفريط في الجودة في الأداء.

أما صانعو السياسات الصحية في أي بلد فيرون أن الجودة هي تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة، وتؤكد على أنه ليس من السهل تعريف الجودة خاصة في المؤسسات الصحية، وذلك لطبيعة الصحة حيث إنها موضوع شخصي خاص بالمريض، ويختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم وتقديراتهم الشخصية.

وقد عرّف لي جون جودة الخدمة الصحية بأنها: "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان". (المالكي، 2018، ص 219)

كما يُعرّفها خبيراً الصحة العالمية ميلتون روم وكارلوس مونتويا بأنها: "رضا المريض عما قدم له من خدمات صحية والذي يتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من ناحية وتوقعات واحتياجات المريض من ناحية أخرى". (مريزق، 2010، ص 11)

وتُعرّف أيضاً بكونها: "تحقيق مستوى عالي وجيد في الخدمة الطبية والصحية المقدمة للمريض منذ المرة الأولى، كما تشكل الجودة أحد الأسبقيات التنافسية، إضافة إلى التكلفة والمرونة ووقت التسليم والإبداع في تحقيق المؤسسة الاستجابة لطلبات السوق والتنافس من خلالها". (بدودة، 2019، ص 6)

كما عرّفت بأنها: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإنّ درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد". (القضاة، 2018، ص 9)

وتُعرّف جودة الخدمة الصحية بأنها: "تقديم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس، والذي يضمن أفضل النتائج في مجال الصحة وفقا للوضع الحالي لعلم الطب وبأفضل تكلفة وبأقل المخاطر". (كواديك، 2021، ص 275)

وهي بحسب آخرين (برهوم، زاهر، السليمان): "ذلك الأسلوب الذي يتم من خلاله تقديم خدمات طبية ذات فعالية عالية باستخدام برامج علاجية حديثة بمساعدة الأجهزة الحديثة وبالاعتماد على مقاييس ومعايير علمية للوصول إلى أفضل خدمة وبأنسب الأسعار وصولاً إلى تحقيق إشباع كامل لرغبات المراجعين وتوقعاتهم". (برهوم، وآخرون، 2007، ص 10)

ويمكن تعريفها على أنها: "السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة". (أنساعد، 2015، ص 55)

ويرد تعريفها بوصفها: "ذلك المستوى من الأداء الذي يراه المريض في الخدمة المقدمة له مقارنة بما كان يتوقعه". (بديسي وزبوش، 2011، ص 139)

في حين عرّفتها منظمة الصحة العالمية بأنها: "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة وتكاليف مقبولة من المجتمع، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدل الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية". (المالكي، 2018، ص 219)

واستناداً إلى ما سبق من التعريفات يمكن القول إنَّ جودة الخدمات الصحية تمثل الطريقة المثلى المتبعة في تقديم الخدمة الطبية بأمان عالي وتكلفة اقل.

3. أهمية جودة الخدمات الصحية:

يمكن حصر أهمية جودة الخدمة الصحية في عدد من النقاط تتمثل في: (كواديك، 2021، ص 276)

(جديد، حميطوش، 2019، ص 55) (دريدي، 2014، ص 29، 30) (الأشهب، 2017، ص 47، 48)

3-1- تحقيق رضا المستفيد وولائه للمؤسسة الصحية فتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

3-2- نمو مجال الخدمة: فقد تزايدت أعداد المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف مؤسسات الأعمال التجارية الأمريكية بالخدمات، إضافة إلى أن نمو المؤسسات المتصلة بالخدمات الصحية سريع ولا يزال مستمرا بالتوسع.

3-3- ازدياد المنافسة: فبقاء المؤسسات الصحية يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فإنَّ توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المؤسسات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.

3-4- تعد الجودة في الخدمة الصحية عاملاً رئيساً في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة الصحية، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة. كما أن مقاييس الجودة متعددة الأبعاد تقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستفيد من الخدمة وما يتوقعه، ومن ثمَّ فإنَّه لا يمكن تحليل تسويق الخدمة الصحية دون اختبار الجودة فيها.

3-5- معرفة الأفراد ذوي معدلات الأداء المرتفع وذوي الأداء المنخفض؛ حتى تتسنى مكافأة المتميز أو دفع الآخرين لتحسين ادائهم.

3-5- القدرة على تحديد ما هو جيد وما هو سيء فيما يخص المؤسسة الخدمية وعمالئها مما يساعد على الوصول لتوازن بين مصالح كل من الطرفين وتحقيق التحسين المستمر.

4. أهداف جودة الخدمات الصحية:

تتمحور أهداف جودة الخدمات الصحية حول تحسين الحالة الصحية لأي تجمع من البشر وتوفير الخدمات الضرورية لضمان حياة مرضية للإنسان، وإشباع حاجة الفرد من الأمان من الخطورة المرضية. وتتمثل أهم أهدافها فيما سيأتي: (الأشهب، 2017، ص 55) (بجر والجدي، 2018، ص 6) (بودور، بولاحة، 2021، ص 111) 4-1- تقديم خدمات صحية بجودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض والذي سيصبح فيما بعد وسيلة ترويجية فاعلة للمؤسسة الصحية.

4-2- ضمان الصحة النفسية والبدنية للمستفيدين.

4-3- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

4-4- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.

4-5- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيد الهدف الأساسي من تطبيقها.

4-6- تحسين مستويات العاملين إذ إنَّ المؤسسة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يستمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم، ومن ثمَّ للحصول على أفضل النتائج.

كما يرى دونابديان أن تعدد الأهداف من جودة الخدمات الصحية راجع إلى اختلاف توقعات العملاء وهي على رايه تتمثل في: -قرب الخدمة -جودة العلاج -حفظ الحريات الشخصية وحرية الاختيار. ويرى هويدي أن الأهداف طبقاً لتوقعات مقدمي الخدمات هي: (هويدي، 2006، ص 46)

- حرية الاحتراف المهني واختيار النشاط.

- إمكانية الحكم على التفوق المهني وجودة العلاج.

- إعطاء مكافآت مناسبة.

- الرقابة على الحالات المرضية، وعلى طرائق متابعتها.

- الاحتفاظ بالأنماط المهنية.

أما أهداف التنظيم بحسب دونابديان فهي: (هويدي، 2006، ص 46)

- الرقابة على التكلفة.

- الرقابة على الجودة.

- الكفاءة والقابلية على جذب العملاء ولاستخدام وتوظيف القوى العاملة.

- الاستخدام المناسب للموارد المتاحة.

ثانيا: أبعاد جودة الخدمات الصحية:

أنفق عدد كبير من الكُتَّاب على أنَّ أبعاد جودة الخدمات الصحية تتمثل في الآتي: الملموسية، الاعتمادية،

الاستجابة، الضمان، والتعاطف.

وفيما يأتي شرح الأبعاد المعتمدة في الدراسة الحالية:

1- بُعد الملموسية Tangibles: ذكر (Chia-Ming & et.al., 2002, p 5) أن الملموسية تشير إلى

مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. وأشار (Britner & Zeithmal

(2003, p28), إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة

فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية

للمؤسسة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك. وأوضح (Shaikh and

(Rabbani, 2005, p195) أن بُعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية: مكاتب

الأطباء نظيفة، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات

طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم. وبين (ديوب وعطية، 2005، ص124) بأن تقييم الخدمة الصحية من قبل

المستفيد غالبًا ما يتم بناءً على التسهيلات المادية مثل (الأجهزة والتقنيات المستخدمة، المظهر الداخلي للمستشفى،

المظهر الشخصي للعاملين). وذكر (حامد، 2002، ص19) بأن بُعد الملموسية يعد من أبعاد جودة الخدمة

الصحية ويشمل الآتي: جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، حداثة المعدات

والأجهزة الطبية.

وأوضح (البكري، 2005، ص212) بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات

والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البُعد (16%) كأهمية نسبية قياسًا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا

البُعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

وأوضح (Shahril, et.al.,2004,p5) أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. وبين (Shaikh,2005,515) أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى. وأكد (أدريس، 2006، ص294) بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة. وأشار (العلي، 2008، ص309) بأن الملموسية تشمل الحقائق والمعطيات المادية للخدمة مثل التسهيلات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض وأكد (Chang,2008,p7) بأن الملموسية تعني مظهر التسهيلات المادية والبشرية. تأسيساً على ما تقدم نرى بأن بُعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقنية المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

2- بُعد الاعتمادية Reliability: يرى (Cronin & Tylor, 1992, p55) بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح (Lovellock,1994,p54) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد (Goncalves, 1998, p61) بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه. وبين (الشميمري، 2001، ص281) بأن الاعتمادية هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد بالدقة المطلوبة ومدى الوفاء بالالتزامات.

ويرى (Slack & et.al,2004,p49-50) بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين بحسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن. وأوضح (Stevenson, 2005, p387) أن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية ومطابقة وبدقة عالية. وبين (Shaik and

(Rabhani, 2005, p195) أن الاعتمادية في الخِدْمات الصحية يمكن التعبير عنها بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشكلات المتوقعة فضلاً عن إعطاء الحلول المطلوبة للمشكلات. ويبيّن (البكري، 2005، ص 212-213) أن الاعتمادية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البُعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. وان من معايير التقييم لبُعد الاعتمادية الآتي: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية. وذكر (Shaikh, 2005, p515) أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقاً لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة. وأوضح (Evans & Collier, 2007, p78) بأن الاعتمادية تعني قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية.

وفي ضوء ما تقدم يرى الباحث بأن بُعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية يشير إلى قدرة المؤسسة الصحية على تقديم وأداء الخِدْمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمؤسسة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية ومطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشكلات المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساساً وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والإخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم ارتكاب الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج، وكذلك ثقة المستفيد بأن حساباته المالية سليمة عند مغادرته المؤسسة الصحية (المستشفى).

3- بُعد الاستجابة Responsiveness: يرى (Lovelock, 1996, p90) بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. وذكر (Chang, et.al., 2002, p66) أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة المستفيد وتقديم الخدمة السريعة. وأوضح (ديوب، وعطية، 2005، ص 124) بأن الاستجابة في مجال الخِدْمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها. ويبيّن (Shaikh, 2005, p515) أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج. وأكد بأن الاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى، وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها. وذكر (البكري، 2005، ص 212-213) بأن الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض). ويمثل هذا البُعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم بُعد الاستجابة

الآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم. وبين (Shaikh and Rabbani, 2005, p195) بأن الاستجابة تعني قيام العاملين في المستشفى بتقديم رعاية سريعة للمريض اعتماداً على احتياجاته للرعاية وبأقصر وقت ممكن.

وعرّف (المحياوي، 2006، ص 94) الاستجابة بأنها القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، فمثلاً ما هو مدى استعداد ورغبة المؤسسة في تقديم المساعدة للمريض أو حل مشكلاته المحددة.

وذكر (الطائي، وقدارة، 2008، ص48) بأن الاستجابة تعني مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد. وعرف (Chang,2002,p7) الاستجابة بأنها الرضا وقابلية تقديم الخدمة السريعة.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول إنَّ بُعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المؤسسة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المؤسسة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

4-بُعد الضمان Assurance: أشار (محمود والعلاق، 2001، ص42) إلى أن هذا البُعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدراتهم على استلهاهم الثقة والائتمان. وذكر (Shaikh,2002,p515) أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم. أما (البكري، 2005، 212-213) فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم العاملون بها من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البُعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البُعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين. وأكد (Shahril et.al.,2004,p5) أن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين " مقدمي الخدمة " وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والمستفيدين. وبين (Shaikh & Rabbani,2005, 591) بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللطف. وبين (رشود، 2008، ص 54) أن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة.

وأطلق (علوان، 2005، 28) تسمية توكيد الجودة على بعد ضمان الجودة إذ يرى أن مرحلة توكيد الجودة تؤكد على كل الأنشطة المخططة أو النظامية المهمة لمطابقة وضمن الخدمة وفق احتياجات المستفيد، وأن هذه الأنشطة هي مستمرة وأساسها منع وقوع الخطأ عند تقديم الخدمة للمستفيد. اتساقاً مع ما تقدم يمكن القول إنَّ الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

5-بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy: يرى كل من (Parasuraman, et.al.,1988,p50) بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: اهتمام العاملين في المؤسسة بالمستفيدين اهتماماً شخصياً، تفهم العاملين في المؤسسة لحاجات المستفيدين، ملاءمة ساعات عمل المؤسسة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المؤسسة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجات المستفيدين.

ويرى (محمود، والعلاق، 2001، 42) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشكلاته والعمل على إيجاد حلول لها بطرائق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد. وبيّن (Chia-Ming, et.al.,2002,p70) بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المؤسسة إلى المستفيدين. وأشار (Zeithaml,et.al.,2003,p44) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة بحسب حاجاته. وعرف (Shahril, et.al.,2004,p23) التعاطف بأنه الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح (Shaikh,2005,26) أن بعد التعاطف "الجوانب النفسية" يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطى إلى المرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى. وذكر (Maher, et. al., 2005, p43) أن التعاطف يشير إلى الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين. كما يرى (البكري، 2005، ص28) بأن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالإبعاد الأخرى. ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمرضى، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ. وأوضح (Shaikh and Rabbani, 2005,p90) بأن عناصر التعاطف هي: العاملون في المستشفى يتمتعون باللفظ والكمياسة، الطبيب ينادي المريض باسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض. وأشار (إدريس، 2006، ص23) إلى أن التعاطف يقصد به وضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات العاملين

والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيدين.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول إن بُعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللطف والكيافة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.

ثالثاً: مقاييس جودة الخدمات الصحية:

تعد عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات ضرورة ملحة، إلا أنها في غاية الصعوبة ويرجع ذلك إلى عدة عوامل، أهمها: (دبساوي، دون سنة نشر، ص 43) (بودور، بولاحة، 2021، ص 118)

- صفة غير الملموسية الملازمة للخدمات إذ لا يمكن الحكم عليها إلا عند الحصول عليها.
- كون درجة تعاون المستفيد محدد مهم لجودة الخدمات الصحية من خلال ما يقدمه من معلومات دقيقة.
- اختلاف احتياجات المستفيدين من الخدمة يتطلب ضرورة تنوع أساليب القياس.

ولذلك تم تخصيص هذه الجزئية لاستعراض قياس جودة الخدمات الصحية على النحو الآتي:

1- طرائق قياس جودة الخدمات الصحية:

من خلال هذه الجزئية سنتطرق إلى طرائق وأنواع قياس جودة الخدمة الصحية التقليدية والحديثة، إضافة إلى العوامل المؤثرة فيها.

1-1- الطرائق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية: (عبد القادر، 2012، ص 219)

- المقاييس الهيكلية: وهي مرتبطة بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطرائق التي تقدم بها، ولذا فإنَّ أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد التسهيلات المتاحة في المستشفى.
- مقاييس الإجراءات: وتسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل على مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى نتائج (المخرجات). وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض.

■ مقياس النواتج: يعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك:

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقياس.
- مؤشرات النواتج لأمراض محددة: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.

1-2- الطريقة الحديثة لقياس جودة الخدمات الصحية:

وفق هذه الطريقة يتم التركيز على الجودة ورقابتها فيجب أن يوجه في ملامح محددة للمخرجات والعمليات والهيكلي ولكن كل مؤسسة الخدمة الصحية من خلال: (دريدي، 2014، ص 34، 33)

- دراسة وتحديد توقعات المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية.
- وضع مواصفات محددة ومعلنة ومدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسة الصحية وذلك كأداة رئيسة لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى والمترددین على المؤسسة الصحية.
- تقييم الأداء الفعلي أولاً بأول للتعرف إلى مدى مقابلة الخدمة لتطلعات وتوقعات طالبي الخدمة الصحية.

إن تحقيق جودة عالية في مجال الخدمات الصحية أمر مهم وعنصر جوهري في أي مؤسسة صحية، إلا أن هناك صعوبة في قياس الجودة والرقابة عليها في مجال الخدمات مقارنة بمجال الإنتاج، وذلك راجع للعوامل أو الخصائص التي يصعب قياسها كمياً في الخدمة.

2- أنواع القياسات المستخدمة في جودة الخدمات الصحية:

مما ييسر عملية قياس جودة الخدمات الصحية تميّزها بثلاثة أنواع من القياسات: (مباركي، 2019، ص 71)

- 1-2- قياسات للبنية مثل الموارد البشرية والأجهزة والإمدادات.
- 2-2- قياسات الإجراءات مثل قياس إجراءات رعاية الحوامل من تغطية بالخدمة وعدد الحوامل اللاتي راجعن أكثر من خمس زيارات أثناء فترة الحمل ومدة انتظار المريض في العيادة الخارجية وغيرها.
- 3-2- قياسات النتائج مثل الوفيات والمعدلات المرضية ودرجة رضا العميل عن الخدمة وغيرها ولا بد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات، وذلك بحسب الغرض من القياسات فقياس النتائج يستخدم غالباً بغرض تقييم الأداء بينما قياس الإجراءات والبنية يستخدم بغرض تحسين وضبط الإجراءات.

رابعاً: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتتمثل في:

1- تحليل توقعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم الخدمة الصحية. ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي: (أوشن، 2018، ص 68)

1-1- الجودة المتوقعة: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.

1-2- الجودة المدركة: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى.

1-3- الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.

1-4- الجودة الفعلية: وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

2- تحديد جودة الخدمات الصحية: حينما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستفيدين (المرضى) فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.

3- أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرائق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب. (بودور، بولاحة، 2021، ص 124)

4- إدارة توقعات الخدمة الصحية: من المهم بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية والخاصة بدرجة أكبر من الاستعداد لمواجهة توقعات المستفيدين لجودة الخدمات الصحية المقدمة أو التي سوف تقدم، وهنا يكون من الضروري للقائمين على شؤون المؤسسة الصحية العمل وبشكل جدي على الاتصال والتواصل مع المرضى داخل المؤسسة وكذلك مختلف شرائح المجتمع والتعرف إلى ما يريدونه. (بومالة، بويلوط، 2018، ص 24)

خامساً: أثر جودة الخدمة الصحية في رضا المستفيد:

تتميز المؤسسات الصحية الناجحة عن غيرها من المؤسسات من ناحيتين رئيسيتين، الأولى تتمثل في كونها تتضمن تنظيمًا فعالاً يفي باحتياجات العاملين فيها، ومن ثم فهي تمثل مصدر جلب لأفضل العاملين كفاءة ويتمتع العاملون فيها بمستويات عالية من الرضا الوظيفي، أما الزاوية الثانية فتتمثل في كونها قادرة على الإيفاء باحتياجات ورغبات المستفيدين. ووفقاً لتأكيد الباحثين على أنَّ جودة الخدمة هي حجر الزاوية في الجهود المبذولة للوصول إلى

إرضاء المستفيد وخدمتهم بمصداقية، فإنَّ المستفيدين من ناحية أخرى يحملون توقعات اتجاه الخدمة التي يجب تحقيقها، ويحكمون على جودة الخدمات من خلال مقارنة ما يريدون أو ما يتوقعون بما يحصلون عليه فعلا، وتشير الأبحاث والدراسات إلى أن توقعات المستفيدين توجد على مستويين مختلفين: (الأطرش وآخرون، 2020، ص 24)

1- المستوى المرغوب: ويتمثل في المستوى من الخدمة الذي يتمنى المستفيد الحصول عليه فهو خليط مما يعتقد المستفيد أنه من الممكن حدوثه وما الذي ينبغي حدوثه.

2- المستوى الملائم من التوقعات: وهو يمثل ذلك المستوى من الخدمة الذي يجده المستفيد مقبولا ويتكون جزئيا من تقدير المستفيد مسبقا لمدى جودة الخدمة. ويوجد بين هذين المستويين نطاق يعرف باسم منطقة التحمل أو نطاق التسامح، ويقصد به ذلك المدى من مستوى أداء الخدمات الذي يجده المستفيد مرضيا، فإذا ما وجد الأداء الفعلي أعلى من التحمل فإنه سيشعر بالسعادة والرضا وتزيد درجة ولاءه للمؤسسة.

سادسًا: معايير ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية: (نافلة وعاشور، 2010، ص 14، 16)

هناك محاولات لتحسين الجودة في الخدمات الصحية بناء على مؤشرات مختلفة، تتطلبها جودة الخدمات الصحية، ويأتي هذا في ظل تطور احتياجات المريض وبروز ضرورة قياس جودة الخدمة الصحية بعرض تقييم الأداء وتحسين وضبط الإجراءات المتبعة ومعرفة مدى ملائمة الخدمات الصحية للمستفيدين (المرضى).

1- مقاييس جودة المدخلات: وتتضمن:

1- كفاءة مقدمي الخدمة: من أطباء وإداريين وفنيين ومستخدمين والتي تنعكس من خلال العديد من المؤشرات من أهمها:

1-1- جودة العلاقات الشخصية بين المرضى والفريق الصحي.

1-2- درجة معرفة الفريق الطبي بنظم وإجراءات العمل المتبعة بالمستشفى.

1-3- التمكين الفني (من تدريب وخبرة ومؤهلات).

2- كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية: وتنعكس هذه الكفاءة من خلال العديد من المؤشرات منها:

1-2- معدلات العمال.

2-2- مدى الإمكانيات التكنولوجية. للأجهزة.

2-3- مدى تكلفة وطاقة تشغيل الأجهزة.

3- كفاءة نظام السجلات الطبية والمعلومات: وهذا ما يتمظهر في جملة من المؤشرات تتمثل في:

1-3- وفرة السجلات الطبية ووضوحها.

2-3- مدى كفاية هذه البيانات.

3-3- حداثة البيانات التي توفرها.

3-4- سهولة الحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة. وسهولة الحصول عليها بما يكفل السرية والخصوصية.

4- الكفاءة في خصائص الهيكل التنظيمي: ويمكن أن يظهر هذا من خلال:

4-1- درجة وضوح الأهداف.

4-2- النظام المتكامل للاتصالات.

4-3- وجود نظام للمساءلة والمحاسبة.

4-4- سهولة تداول المعلومات بين أقسام المؤسسة.

4-5- جودة القرارات الإدارية التي تضمن تحقيق الخدمة الصحية بالسرعة المطلوبة وبأقل تكلفة.

5- كفاءة التسهيلات وغيرها من الإمكانيات: ومن مؤشراتهما:

5-1- التصميم الداخلي للمستشفى.

5-2- النظافة والمظهر الخارجي وموقع المستشفى وقربه.

5-3- القدرة الاستيعابية للمستشفى.

5-4- مدى توافر الطاقة الكهربائية الاحتياطية.

5-5- التنظيم المحكم لجدول زيارات المرضى.

2- مقياس العمليات:

وهي تلك المقاييس التي تركز على جودة المراحل المختلفة لتقديم الخدمة الصحية، وهي تنطوي على مجموعة من المؤشرات التي تم اعتمادها من قبل جهات استشارية خارجية إضافة إلى منظمة الصحة العالمية، وتوضح هذه المؤشرات النسب المعيارية لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية (الوقائية، التشخيصية، العلاجية) والتي يجب أن تستوفيها كافة هاته العناصر، حتى تكون هذه الخدمات مؤهلة باعتبارها خدمات صحية جيدة.

3- مقياس المخرجات:

يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرائق منها:

3-1- القياس المقارن: أي أن تجري مقارنة كمية بين المعادلات المستهدفة والأداء الفعلي؛ بهدف اكتشاف أوجه

القصور ومحاولة تفاديها مستقبلاً.

3-2- استقصاء رضا المريض: بخصوص الخدمات الصحية المقدمة.

3-3- استقصاء رضا العاملين في المستشفى: لمعرفة كافة المشكلات والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأداء

المنشود.

سابعًا: نماذج قياس جودة الخدمات الصحية:

تشير الدراسات الخاصة بقياس جودة الخدمة إلى أن هناك نموذجين رئيسيين لقياس جودة الخدمة في أي قطاع خدمي، يعتمدان بشكل أساسي على مجموعة من المؤشرات التقييمية هما: نموذج الفجوات ونموذج الأداء الفعلي. إضافة إلى نماذج أخرى نستعرضها فيما سيأتي:

1- مقياس عدد الشكاوى:

تُعدُّ الشكاوى التي يتقدم بها المستفيدين خلال فترة زمنية معينة مقياسًا مهمًّا يعبر عن أن الخدمات المقدمة دون مستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة؛ لتجنب حدوث مشكلات وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من الخدمات لربائتها. (بودور، بولاحة، 2021، ص 119)

2- مقياس الفجوة:

تنسب أول محاولة لقياس جودة الخدمة إلى البحوث الثلاثي الأمريكي (BPZ) إذا تمكنوا سنة 1988 من تصميم نموذجهم الشهير (ServQual).

وقد بنى الفريق الأمريكي هذا النموذج من خلال دراسة استكشافية نوعية كان الهدف منها فهم أفضل لطبيعة جودة الخدمة من وجهة نظر كل من الإدارة والمستفيد.

وتتمثل الجودة بحسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها، وذلك بمعرفة مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة وقد توصل Berry وزملاءه سنة 1985 من خلال الدراسات إلى أن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة وفق هذا النموذج يتمثل في الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاتها بشأنها وأن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها. (الأطرش وآخرون، 2020، ص 19)

وتتمثل الفجوات التي يشير إليها هذا النموذج في: (عبد الرحمن ديساوي، دون سنة نشر، ص 25، 26) (بودور، بولاحة، 2021، ص 121)

- الفجوة الأولى: وهي الفجوة بين ما يرغبه العملاء وبين ما تعتقده الإدارة عما يرغبه هؤلاء العملاء، وتنتج هذه الفجوة من نقص في الفهم أو سوء تفسير حاجات ورغبات العملاء وتزداد هذه الحالة في تلك النوعية من الشركات التي لا تقوم باستكشاف رضا العملاء أو تلك التي لا تقوم بمثل هذه الأبحاث الا في حالات قليلة أو نادرة ولذلك فإنَّ أهم خطوة لسد هذه الفجوة إنما نجدها تتمثل في البقاء عن قرب من العملاء، والقيام بالبحوث المتعلقة بالتعرف إلى حاجاتهم وقياس مدى رضاهم عن الخدمات التي تم تقييدها.

- الفجوة الثانية: وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع إدراكات الإدارة لتوقعات العميل أي أنه رغم إدراك إدارة المؤسسة الخدمية لتوقعات العميل إلا أنها غير قادرة على ترجمة ذلك إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة.
- الفجوة الثالثة: تشير إلى عدم وجود تطابق بين مواصفات جودة الخدمة الموضوعية، ومواصفات التسليم الفعلي للخدمة. وتعود أهم أسباب هذه الفجوة إلى الآتي:
 - تديني مستوى مهارة مقدمي الخدمات أو حدوث عطب في الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة.
 - عدم فعالية عملية الرقابة في المؤسسة.
 - عدم تناسب أنظمة الثواب والعقاب مع أداء مقدمي الخدمات.
 - عدم فعالية التسويق الداخلي في إقناع مقدمي الخدمات بأهمية تسليم الخدمة على النحو المخطط لها.
 - عدم موافقة مقدمي الخدمات على مواصفات جودة الخدمة والتي قد تتطلب سلوكا محددًا.
- الفجوة الرابعة: وهي فجوة الاتصالات تنتج عن الاختلاف بين مواصفات التسليم الفعلي للخدمة، والخدمة المروجة. وقد يعزى سبب ذلك إلى المبالغة في تقديم وعود لا تستطيع المؤسسة الوفاء بها.
- الفجوة الخامسة: وتتعلق بالفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المؤداة، وهذا يعني أن الخدمة المتوقعة لا تتطابق مع الخدمة المدركة وتكون محصلة لجميع الفجوات بحيث يتم على أساسها الحكم على جودة أداء المؤسسة الخدمية.

3- مقياس الرضا:

وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المستفيدين نحو جودة الخدمات المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسات الخدمية طبيعة شعور المستفيدين نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، كما يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات المستفيدين وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدمه لهم من خدمات. (الأطرش وآخرون، 2020، ص 22)

4- مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أنّ القيمة التي تقدمها المؤسسة للمستفيدين تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب المستفيد والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للمستفيد زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح، بهذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جيد نحو تقديم خدمة متميزة بأقل تكلفة ممكنة. (بودور، بولا، 2021، ص 122)

5- الأداء الفعلي: (دبساوي، دون سنة نشر، ص 27، 28)

ينسب هذا النموذج الذي ظهر سنة 1992، إلى كلٍّ من الباحثين كرونين وتايلور وقد جاء هذا النموذج نتيجة للانتقادات والتحفظات التي وجهت من طرفهم إلى نموذج الفجوات والتي يمكن تلخيصها وفق النقاط الآتية:

5-1- إن مقياس الفجوة يقيس في الواقع رضا المستفيد وليس الجودة، كما أنه يعطي الجوانب النفسية والاجتماعية في الخدمة وكيفية تقديمها قيمة أكبر من مضمون الخدمة فالمعاملة الحسنة للطبيب لا تعوض قلة كفاءته.

5-2- إن استخدام نموذج الفجوة يتطلب قياس التوقعات مع الإدراك ومن ثم حساب الفرق بين متوسطي المتغيرين وهذا ما يجعل من عملية القياس والتحليل عملية معقدة، إلى جانب ذلك قد لا تكون توقعات المستفيدين واضحة عن الخدمة، وبخاصة عندما تكون الخدمة جديدة عليه، كما يمكن أن يسبب مفهوم التوقعات ميلا اجتماعيا في الاجابات بسبب رغبة المستجوب في الظهور بأن له توقعات عالية بشأن جودة الخدمة والميل لإعطاء تقييم متدي للأداء الفعلي.

ويركز نموذج أداء الخدمة على تقييم الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للزبون، اي التركيز على إدراك المستفيدين للأداء الفعلي للخدمة المقدمة. ويعد هذا المقياس من الناحية العملية أحد الأدوات الفعالة التي يمكن أن تساعد على إظهار جوانب القصور في مستوى جودة الخدمة المقدمة من وجهة نظر المستفيدين منها. لم يختلف هذا النموذج عن سابقه في اعتماده على نفس مؤشرات التقييم (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف)، إلا أنه يتميز عنه بالبساطة من حيث القياس والتحليل وكذلك بزيادة درجة الثقة والمصادقية وإمكانية التطبيق فهو يركز على الأداء الفعلي للخدمة المقدمة باعتبار أن جودة هذه الخدمة يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال وجهة نظر المستفيدين، ويعبر عن ذلك بالمعادلة الآتية: جودة الخدمة = الأداء الفعلي.

والخلاصة اشتمل هذا الفصل على مختلف المفاهيم التي تحيط بالخدمات الصحية ومستوياتها وأنواعها وصولا إلى جودة الخدمات الصحية التي أصبح السعي إليها ضرورة ملحة بالنسبة للمؤسسة الصحية وبيان متطلبات تحقيق الجودة في الخدمات الصحية، وكيفية حمل المؤسسة على إشباع احتياجات المستفيدين وارضائهم مع تجنب الإخلال بتوازنها وذلك عن طريق الموازنة بين احتياجات المستفيدين (المرضى) دون إغفال الموارد والتكاليف وقدرات وإمكانيات المؤسسة، وطرائق وسبل قياس جودة الخدمات الصحية والمعايير المؤشرات والنماذج المعتمدة لقياسها، والتي يضمن التعرف عليها وأخذها في الحسبان استمرارية تحسين الخدمات المقدمة والمرافق والتجهيزات ومختلف الأدوات المساعدة على تعزيز جودة الخدمة الصحية.

وأن قياس جودة الخدمات الصحية من شأنه أن يقوي العلاقة بين المؤسسة والمستفيدين باعتباره آلية موضوعية إلى حد بعيد تقدم تقييما واقعيا للخدمة، ونظرة فاحصة للنقائص التي يجب تجنبها للمحافظة على المستفيدين واستقطاب آخرين، والارتقاء بالمؤسسة الصحي.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

المبحث الأول: وصف خصائص عينة الدراسة.

المبحث الثاني: الوصف التحليلي لمتغيرات الدراسة.

المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: وصف خصائص عينة الدراسة:

تم حساب التكرارات والنسب المئوية للبيانات الشخصية والوظيفية المشمولة في الاستبيان والتي تشمل على:
(اسم المستشفى، الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة، عدد سنوات الخبرة) وكانت النتائج، كما يأتي:

أولاً: توزيع مفردات العينة وفقاً لاسم المستشفى:

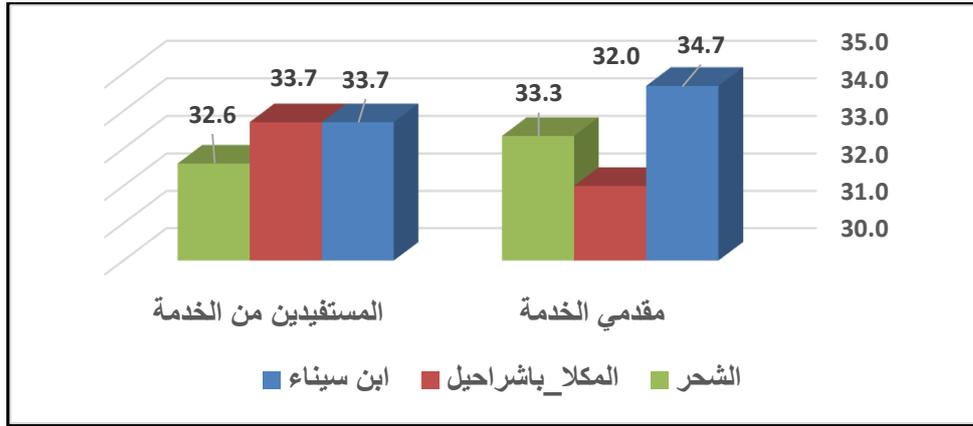
يظهر من الجدول (1-4) أن (34.7%) من أفراد عينة الدراسة يعملون في هيئة مستشفى ابن سينا التعليمي، وأن (32%) في مستشفى المكلا للأمومة والطفولة، في حين أن (33.3%) موظفون في مستشفى الشحر العام، كما يلاحظ أن (33.7%) من المستفيدين من الخدمة الصحية تلقوا العلاج في عيادات مستشفى ابن سينا التعليمي، و(33.7%) في مستشفى المكلا للأمومة والطفولة، في حين بلغت نسبة المترددين على عيادات مستشفى الشحر العام (32.6%).

جدول رقم (1-4): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المستشفى

المستفيدون من الخدمة الصحية		مقدمو الخدمة الصحية		المستشفى
%	التكرار	%	التكرار	
33.7%	128	34.7%	104	ابن سينا
33.7%	128	32.0%	96	المكلا-باشراحيل
32.6%	124	33.3%	100	الشحر
100%	380	100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

شكل رقم (4-1): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المستشفى



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج على نتائج الجدول رقم (4-1).

ثانياً: توزيع مفردات العينة وفقاً للجنس:

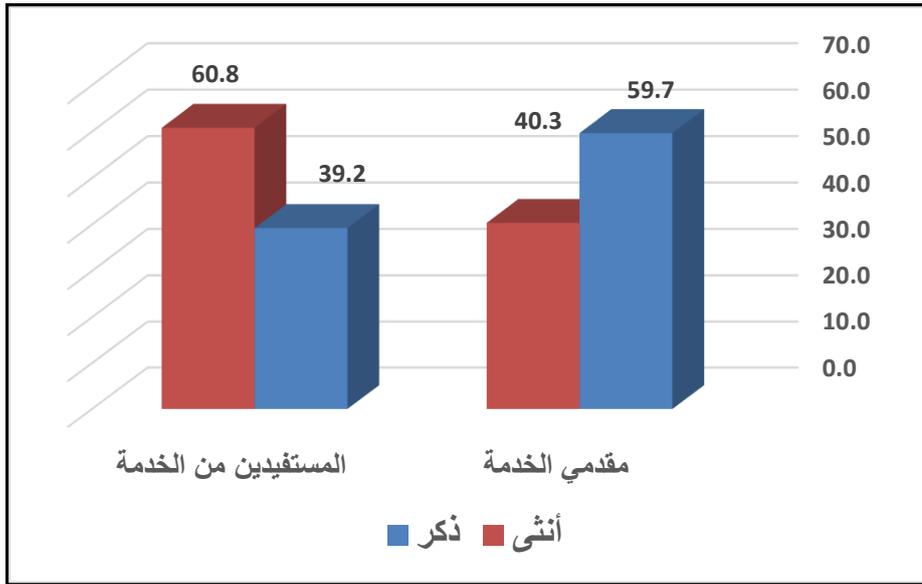
يلاحظ من أن عدد مقدمي الخدمة الصحية الذكور يفوق عدد الإناث بنسبة (59.7%)؛ ولعل ذلك يعود إلى طبيعة بيئة العمل التي تميل للذكورية، أما المستفيدون من الخدمة الصحية فبالرغم من أن الدراسة شملت كلا الجنسين لمعرفة اتجاهاتهم حول جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، إلا نسبة الإناث كانت أعلى من الذكور حيث بلغت (60.8%)، ويعزو الباحث ذلك إلى طبيعة الحالات الصحية الخاصة بالإناث، حيث نجد أن أغلب المستفيدين هن من المترددات على عيادات مستشفى المكلا للأمومة والطفولة، كما سبقت الإشارة في متغير اسم المستشفى.

جدول رقم (4-2): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الجنس

المستفيدون من الخدمة الصحية		مقدمو الخدمة الصحية		الجنس
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
39.2%	149	59.7%	179	ذكر
60.8%	231	40.3%	121	أنثى
100%	380	100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

شكل رقم (4-2): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الجنس



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (4-2).

ثالثاً: توزيع مفردات العينة وفقاً للعمر:

احتلت الفئة العمرية الثانية (28-37 سنة) المرتبة الأولى لأفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة، وكذلك للمستفيدين منها بنسبة (59%)، (40.8%) على التوالي، تليها الفئة العمرية الأولى (18-27 سنة) بنسبة (25%)، (36.6%)، ثم الفئة العمرية الثالثة (38-47 سنة) بنسبة (10.7%)، (12.9%) وأخيراً الفئة العمرية الرابعة (أكبر من 47 سنة) بنسبة (5.3%)، (9.7%) على التوالي، كما يتبين من بيانات الجدول (4-3).

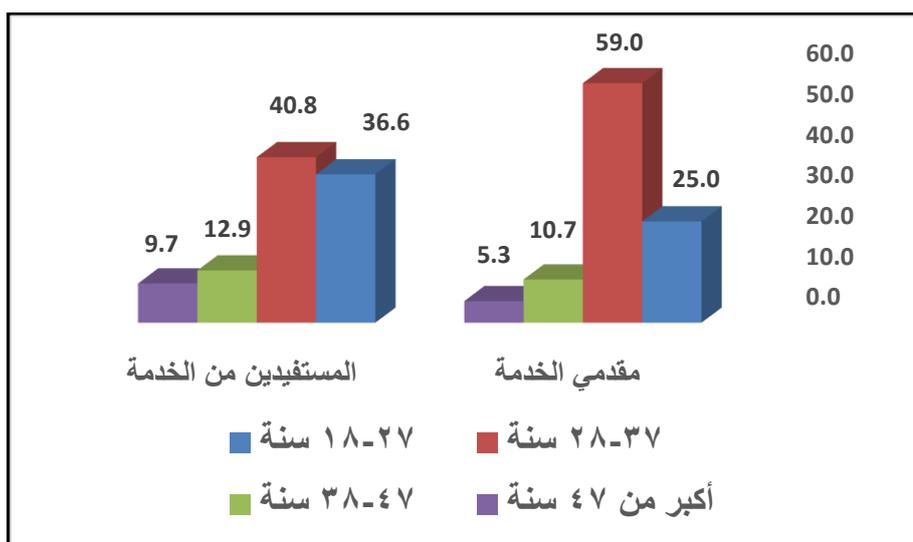
مما يستنتج أن مقدمي الخدمة تقع أعمارهم بين (18-37) سنة ويتركزون ويشكلون (84%)؛ لما يمكن أن يسهم هؤلاء مستقبلاً في تقديم الأفضل في أداء الخدمة الصحية للمستشفيات قيد الدراسة. وبالنسبة للمستفيدين فإن أكثر المتعالمين تتركز أعمارهم أيضاً في الفئتين الأولى والثانية، ويشكلون (77.4%)؛ ولعل ذلك يعود إلى أن هذه الفئة العمرية تكون عرضة أكثر للمشاكل الصحية وخصوصاً الإناث، ولقد أشرنا إلى ذلك في ما سبق إن نسبة الإناث أعلى من الذكور.

جدول رقم (4-3): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب العمر

المستخدمون من الخدمة الصحية		مقدمو الخدمة الصحية		العمر
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
36.6%	139	25.0%	75	18-27 سنة
40.8%	155	59.0%	177	28-37 سنة
12.9%	49	10.7%	32	38-47 سنة
9.7%	37	5.3%	16	أكبر من 47 سنة
100%	380	100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

شكل رقم (4-3): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب العمر



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (4-3).

رابعاً: توزيع مفردات العينة وفقاً للمؤهل العلمي:

يوضح الجدول رقم (4-4) أدناه أن نصف أفراد العينة الذين يعملون في المستشفيات الحكومية هم من الجامعيين وبلغت نسبتهم (54%)، وتوزعت بقية النسبة بين الحاصلين على دبلوم بعد الثانوية بنسبة (29.7%)، تليها حملة الماجستير بنسبة (8.7%)، ثم حصلوا على شهادة الثانوية العامة وهم يمثلون (6.3%)، وأخيراً حملة شهادة الدكتوراه بنسبة (1.3%). ويستدل الباحث من ذلك مدى اهتمام القائمين على المؤسسات الصحية

باستقطاب الحاصلين على مؤهلات عليا، لما يملكونه من معارف ومهارات تساعدهم في تقديم أفضل الخدمات الصحية.

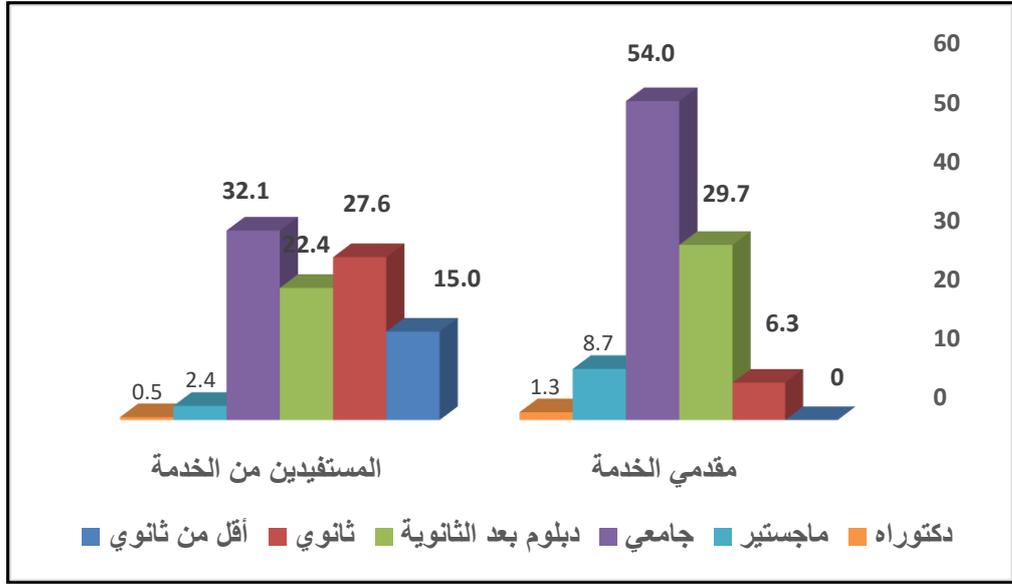
أما بالنسبة لعينة المستفيدين من الخدمة الصحية فيلاحظ أيضاً أن الجامعيين يشكلون أكثر أفراد العينة ويمثلون (32.1%)، يليهم خريجي الثانوية العامة بنسبة (27.6%)، ثم يلوئهم الذين مستواهم التعليمي أقل من الثانوي بنسبة (15%)، أما الذين واصلوا تعليمهم وحصلوا على شهادة الماجستير فهم (2.4%)، وحملة الدكتوراه (0.5%) من أفراد عينة المستفيدين من الخدمة الصحية في المستشفيات الثلاث قيد الدراسة.

جدول رقم (4-4): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي

المستفيدون من الخدمة الصحية		مقدمو الخدمة الصحية		العمر
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
15.0%	57	-	-	أقل من ثانوي
27.6%	105	6.3%	19	ثانوي
22.4%	85	29.7%	89	دبلوم بعد الثانوية
32.1%	122	54.0%	162	جامعي
2.4%	9	8.7%	26	ماجستير
0.5%	2	1.3%	4	دكتوراه
100%	380	100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

شكل رقم (4-4): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (4-4).

خامساً: توزيع مفردات العينة وفقاً للمسمى الوظيفي:

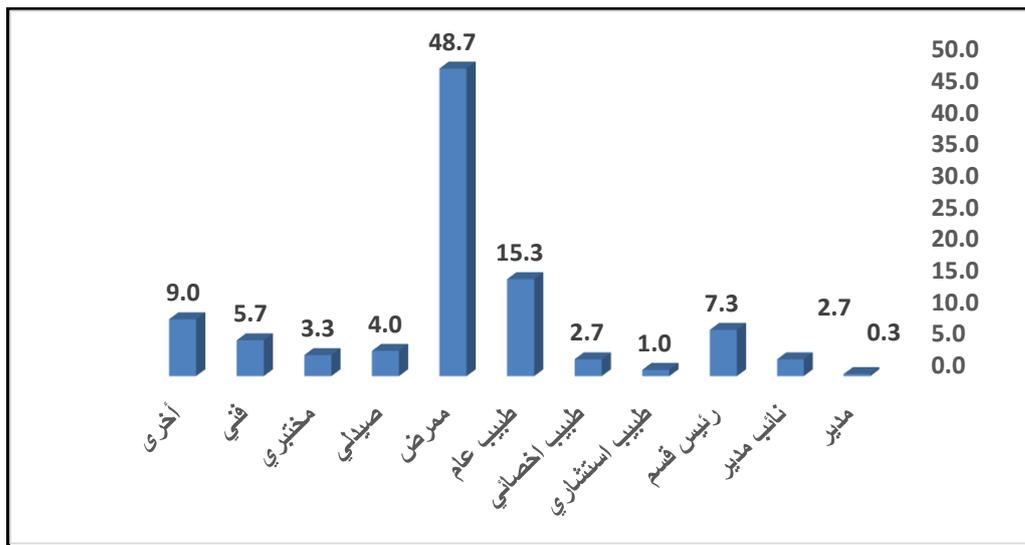
يلاحظ من بيانات الجدول (4-5) أن نسبة المرضين بلغت (48.7%) وهي أعلى نسب مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات عينة الدراسة، يليهم الأطباء العموم بنسبة (15.3%)، ثم يأتي رؤساء الأقسام في المستشفيات بنسبة (7.3%)، والفنيون بنسبة (5.7%)، ثم الصيدلانيين بنسبة (4%)، والمختبريون بنسبة (3.3%)، أما الأطباء الاختصاصيون فقد بلغت نسبتهم (2.7%) وتساوت هذه النسبة مع نواب المدير العام، كما يتضح أيضاً أن نسبة الأطباء الاستشاريين (1%)، أما الذين لم تحدد وظائفهم أي (أخرى) فهم (9%) من مقدمي الخدمة الصحية. ويستنتج من ذلك أن الدراسة استهدفت بشكل أساسي المرضين والأطباء (الاستشاريين، والإخصائيين، والعموم)، والصيدلانيين والمختبرين؛ لكونهم الفئات المقدمة للخدمة الصحية والقادرين على فهم عناصر إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية. كما يعزو الباحث سبب وجود أعلى نسبة من نسب مقدمي الخدمات لصالح كادر التمريض كون تواجدهم في المستشفيات بأعداد أكبر من التخصصات الأخرى وذلك لطبيعة عملهم الذي يجعلهم أكثر الطاقم الطبي عدداً ولذلك كنت نسبتهم في الدراسة أعلى.

جدول رقم (4-5): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الوظيفة لمقدمي الخدمة الصحية

النسبة %	التكرار	الوظيفة
0.3%	1	مدير
2.7%	8	نائب مدير
7.3%	22	رئيس قسم
1.0%	3	طبيب استشاري
2.7%	8	طبيب اخصائي
15.3%	46	طبيب عام
48.7%	146	ممرض
4.0%	12	صيدلي
3.3%	10	مختبري
5.7%	17	فني
9.0%	27	أخرى
100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

شكل رقم (4-5): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الوظيفة



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (4-5).

سادساً: توزيع مفردات العينة وفقاً لعدد سنوات الخبرة:

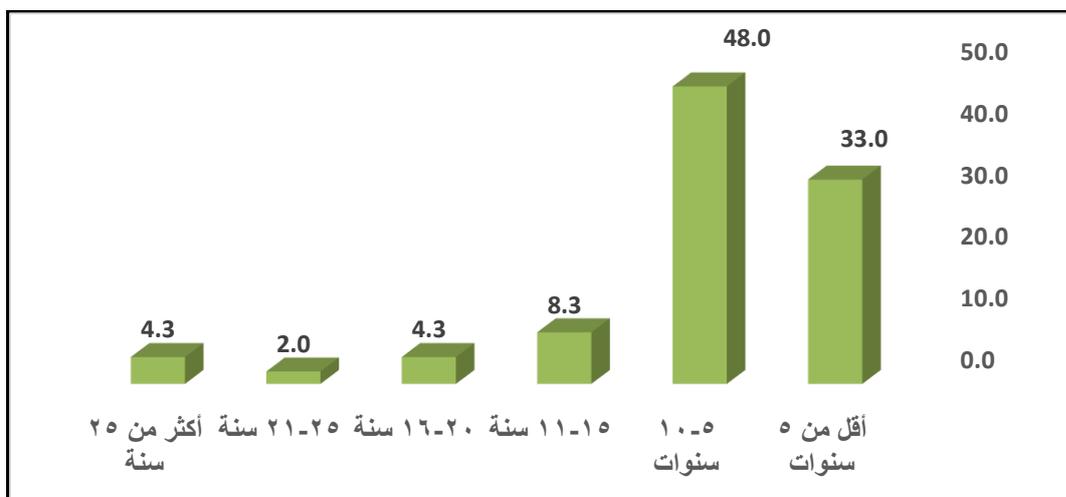
يتضح من الجدول (4-6) أن (48%) من مقدمي الخدمة الصحية تتراوح خبرتهم بين (5 إلى 10 سنوات)، وأن (33%) تقل خبرتهم عن الخمس سنوات، وذلك يؤكد ما سبق ملاحظته في الفقرة الخاصة بالعمر التي تبين أن (83%) تقل أعمارهم عن 40 سنة، بينما يلاحظ نسبة الذين تتراوح خبرة عملهم في المجال الصحي من (11-15 سنة) بلغت (8.3%)، وتساوت نسبة من لديهم خبرة عمل من (15-11 سنة) مع من له أكثر من 25 سنة بنسبة (4.3%)، وأخيراً بلغت نسبة مقدمي الخدمة الصحية الذين خبرتهم بين (21-25 سنة) (2%)،

جدول رقم (4-6): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب سنوات الخبرة لمقدمي الخدمة الصحية

النسبة %	التكرار	سنوات الخبرة
33.0%	99	أقل من 5 سنوات
48.0%	144	5-10 سنوات
8.3%	25	11-15 سنة
4.3%	13	16-20 سنة
2.0%	6	21-25 سنة
4.3%	13	أكثر من 25 سنة
100%	300	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

شكل رقم (4-6): توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب عدد سنوات الخبرة



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (4-6)

المبحث الثاني: الوصف التحليلي لمتغيرات الدراسة.

في هذا المبحث سيتم عرض مختلف نتائج المستجوبين بالاعتماد على أساليب الإحصاء الوصفي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة ومجال مستوى الموافقة لمتغيرات الدراسة الرئيسية بهدف تحديد اتجاهاتهم نحو متغيرات الدراسة وعبارات الاستبيان، وتحديد تلك التي حازت على أعلى وأقل درجات الموافقة وفقاً لإجابات العينة.

أولاً: الوصف التحليلي للمتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة):

يعرض الجدول (4-7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافق لأبعاد إدارة الجودة الشاملة مجتمعه.

جدول رقم (4-7): ترتيب الأهمية النسبية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة

رقم	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة التوافق	اتجاه الفقرة
1	دعم ومساندة الإدارة العليا	2.68	0.924	53.6	4	متوسطة	محايد
2	التخطيط الإستراتيجي للجودة	2.61	0.891	52.2	5	متوسطة	محايد
3	التحسين المستمر	2.82	0.899	56.4	1	متوسطة	محايد
4	دعم ومشاركة العاملين	2.71	0.881	54.2	2	متوسطة	محايد
5	التركيز على المستفيد	2.68	0.832	53.6	3	متوسطة	محايد
	الدرجة الكلية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة	2.70	0.813	54.0	-	متوسطة	محايد
الوزن النسبي للمتوسط الحسابي (%) = (المتوسط الحسابي ÷ 5) * 100							
	مجال المتوسط الحسابي	[-1.00] [1.80]	[-1.81] [2.60]	[-2.61] [3.40]	[-3.41] [4.20]	[-4.21] [5.00]	
	مستوى درجة التوافق	منخفضة جداً	منخفضة	متوسطة	عالية	عالية جداً	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يتبين بشكل عام من نتائج الجدول (4-7) إن المتوسط الحسابي الإجمالي والذي يمثل مركز الإجابات لاتجاهات أفراد العينة على جميع الفقرات للمبادئ (الأبعاد) الخمسة من الاستبيان المتعلقة بقياس توافر إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت بلغ (2.70) وهو ضمن مجال درجة التوافر المتوسطة [2.61-3.40] بانحراف معياري قدره (0.813) وهذا يدل على تقارب وتجانس آراء العينة في تقديراتهم ، وأنهم موافقون بنسبة (54.0%) من أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لدى المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت بدرجة متوسطة، وهذا يجيب على السؤال الأول : ما مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروي، 2021)، (بويدة، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في محل دراساتهم، وتختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في محل دراساتهم.

حيث جاء بعد (التحسين المستمر) في المرتبة الأولى، ثم يليه (دعم ومشاركة العاملين)، يليه (التركيز على المستفيد)، ثم مبدأ (دعم ومساندة الإدارة العليا)، وأخيراً مبدأ (التخطيط الإستراتيجي للجودة). ويمكن توضيح ذلك كما يأتي:

1. اتفاق عينة الدراسة بنسبة تباينات متوسطة في تقديراتهم من أن مستوى توافر (التحسين المستمر) بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط، حيث حصل هذا البعد على أعلى متوسط حسابي (2.82) بانحراف معياري (0.899)، ووزن نسبي (56.4%).
2. إن مستوى توافر دعم ومشاركة العاملين بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط، ويدل على ذلك اتفاق عينة الدراسة وبنسبة (54.2%) وبمتوسط حسابي بلغ (2.71) وانحراف معياري (0.881).
3. حصل مبدأ التركيز على المستفيد على متوسط حسابي (2.68) وانحراف معياري (0.832)، مما يشير إلى تقارب وتجانس آراء العينة في تقديراتهم وبنسبة (53.6%) من أن مستوى التركيز على المستفيد في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط.
4. حصل مبدأ دعم ومساندة الإدارة العليا على متوسط حسابي (2.68) بانحراف معياري (0.924)، مما يدل من أن مستوى دعم ومساندة الإدارة العليا كأحد أبعاد الجودة الشاملة بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط وبنسبة (53.6%).

5. إن مستوى توافر التخطيط الإستراتيجي للجودة بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.61) والانحراف المعياري (0.891)، وهذا يعني أن أفراد عينة الدراسة متفقون في تقديراتهم وبنسبة (52.2%) من توافر التخطيط الإستراتيجي للجودة بالمستشفيات الحكومية قيد الدراسة. وللتحقق من صحة التقديرات السابقة؛ قام الباحث باحتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على فقرات كل بُعد من أبعاد الجودة الشاملة كلاً على حده:

1- تحليل فقرات المبدأ الأول (دعم ومساندة الإدارة العليا):

تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتحديد درجة الموافقة لفقرات بعد دعم ومساندة الإدارة العليا، واجمالي البعد وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (4- 8): الإحصاءات الوصفية لدعم ومساندة الإدارة العليا

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
1	تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق خطة واضحة تتعلق بالجودة محددة بأهداف معينة.	2.66	1.380	53.2	6	متوسطة	محايد
2	تُعَدُّ إدارة المستشفى الجودة شعارًا لها وتلتزم به عن قناعة.	2.80	1.115	56.0	1	متوسطة	محايد
3	نقوم إدارة المستشفى بتطوير المعارف ودعم برامج التدريب في مختلف الأقسام.	2.80	1.242	56.0	2	متوسطة	محايد
4	تقوم إدارة المستشفى بنشر ثقافة الجودة في جميع الأقسام.	2.58	1.226	51.6	9	متوسطة	محايد
5	تشجع إدارة المستشفى موظفيها على الإسهام في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.	2.71	1.099	54.2	4	متوسطة	محايد
6	تقوم إدارة المستشفى بتوفير التسهيلات الكافية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.	2.60	1.041	52.0	8	متوسطة	محايد
7	تشجع إدارة المستشفى العاملين باتخاذ قرارات لحل بعض المشكلات لتلبية حاجات المريض بدون الرجوع إليها.	2.76	1.057	55.2	3	متوسطة	محايد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
8	تعمل إدارة المستشفى على توفير كافة الموارد اللازمة للتطوير المستمر في أقسامها.	2.64	1.144	52.8	7	متوسطة	محايد
9	تأخذ إدارة المستشفى في اعتباراتها تحقيق الأهداف الطويلة المدى.	2.55	1.154	51.0	10	متوسطة	محايد
10	تسعى إدارة المستشفى إلى تقديم الدعم اللازم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.	2.66	1.146	53.2	5	متوسطة	محايد
	دعم ومساندة الإدارة العليا	2.68	0.924	53.6	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

بالنظر إلى نتائج الجدول (4-8) يتضح أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المبدأ (البعد) الأول والذي يقيس تطبيق مبدأ دعم ومساندة الإدارة العليا بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت بلغ (2.68) بانحراف معياري (0.924) ووزن نسبي (53.6%)، وهذا يعني أن هناك اتفاق في آراء مقدمي الخدمة الصحية بدرجة متوسطة على مدى تطبيق مبدأ دعم ومساندة الإدارة العليا بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت.

وفيما يتعلق بترتيب كل فقرة من الفقرات الدالة على دعم ومساندة الإدارة العليا فقد جاءت جميع الفقرات بدرجة متوسطة، وتراوح قيمة المتوسطات الحسابية بين (2.55-2.80) ووزن نسبي يتراوح ما بين (51%) إلى (56.0%) أعلاها الفقرة (2) التي نصها: (تُعَدُّ إدارة المستشفى الجودة شعارًا لها وتلتزم به عن قناعة) بمتوسط حسابي بلغ (2.80) وانحراف معياري (1.115) يدل على تشتت آراء أفراد العينة و بوزن نسبي (56%)، وأدناها الفقرة رقم (9) وهي: (تأخذ إدارة المستشفى في اعتباراتها تحقيق الأهداف الطويلة المدى) بمتوسط حسابي بلغ (2.55) وانحراف معياري (1.154) يدل على تشتت آراء أفراد العينة و بوزن نسبي (51%) ، فمقدمي الخدمة الصحية يدركون بأن المستشفيات قيد الدراسة تسعى إلى تقديم الدعم اللازم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتلتزم بتطبيق خطة واضحة تتعلق بالجودة محددة بأهداف معينة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروبي، 2021)، (بويده، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في دعم ومساندة الإدارة العليا في محل دراساتهم، وتختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في دعم ومساندة الإدارة العليا في محل دراساتهم.

2- تحليل فقرات المبدأ الثاني (التخطيط الإستراتيجي للجودة):

يوضح الجدول (4-9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لفقرات التخطيط

الإستراتيجي للجودة وعددها (11) فقرة، وتوضح النتيجة في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-9): الإحصاءات الوصفية للتخطيط الإستراتيجي للجودة

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
11	تقوم إدارة المستشفى بوضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة.	2.87	1.160	57.4	2	متوسطة	محايد
12	تهتم السياسات والخطط الإستراتيجية باحتياجات المرضى.	3.11	0.954	62.2	1	متوسطة	محايد
13	يتم تحقيق التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمستشفى بشكل منتظم.	2.67	0.989	53.4	4	متوسطة	محايد
14	يتم تجميع معلومات تفصيلية ومن ثم تحليلها لتساعد في وضع إستراتيجية وسياسات المستشفى.	2.40	1.248	48.0	10	منخفضة	غير موافق
15	تستخدم إدارة المستشفى تحليل (نقاط القوة والضعف) للمستشفى لمراجعة وتحديث إستراتيجيات العمل.	2.37	1.274	47.4	11	منخفضة	غير موافق
16	تعتمد إدارة المستشفى على التغذية الراجعة في تعديل سياسات وإستراتيجيات العمل.	2.52	1.158	50.4	7	منخفضة	غير موافق
17	تأخذ إدارة المستشفى التغير في رغبات المرضى في الحسبان عند رسم الخطط المستقبلية للمستشفى.	2.41	1.163	48.2	9	منخفضة	غير موافق
18	تخصص إدارة المستشفى الموارد المختلفة من تكنولوجيا ونظم معلومات لتحقيق الأهداف.	2.60	1.053	52.0	5	منخفضة	غير موافق

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
19	تسعى إدارة المستشفى إلى تحديد واستغلال الوقت بطريقة أفضل.	2.55	1.151	51.0	6	منخفضة	غير موافق
20	تتبنى إدارة المستشفى خطة إستراتيجية لتحقيق الجودة في جميع الأقسام.	2.68	1.112	53.6	3	متوسطة	محايد
21	تقدم إدارة المستشفى تفاصيل عن مراحل خطة التغيير التي تسعى إليها.	2.51	1.111	50.2	8	منخفضة	غير موافق
	التخطيط الإستراتيجي للجودة	2.61	0.891	52.2	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يلاحظ من الجدول رقم (4-9) أن المتوسط الحسابي للفقرات بلغ (2.61) وبانحرافات معيارية (0.891) مما يشير إلى تقارب وتجانس آراء أفراد عينة الدراسة، وبنسبة تميل إلى المحايدة بمستوى أهمية يتجاوز (52%) مما يشير إلى أن أفراد العينة غير متأكدين من أن السياسات والخطط الإستراتيجية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت تهتم باحتياجات المرضى. ويمكن تفصيل ذلك كما يأتي:

جاءت أربع فقرات بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (12) التي نصها: (تتم السياسات والخطط الإستراتيجية باحتياجات المرضى) بمتوسط حسابي (3.11) وبوزن نسبي (62.2%)، وأدناها الفقرة (13) التي نصها: (يتم تحقيق التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمستشفى بشكل منتظم) بمتوسط حسابي (2.67) بانحرافات معيارية (0.989) يدل على تقارب وتجانس آراء أفراد عينة الدراسة وبوزن نسبي (53.4%)، مما يعني أن مقدمي الخدمة الصحية يدركون بأنه يقع على إدارة المستشفيات أهمية رسم السياسات والخطط الإستراتيجية التي من شأنها أن تؤدي إلى تحسين جودة الخدمة الصحية، لذلك تبنى عليها خطة إستراتيجية لتحقيق الجودة في جميع الأقسام.

وجاءت سبع فقرات بدرجة منخفضة، أعلاها الفقرة (18) التي نصها: (تخصص إدارة المستشفى الموارد المختلفة من تكنولوجيا ونظم معلومات لتحقيق الأهداف) بمتوسط حسابي (2.60) بانحرافات معيارية (1.053) يدل على تشتت آراء أفراد عينة الدراسة وبوزن نسبي (52.0%)، وأدناها الفقرة (15) التي نصها: (تستخدم إدارة المستشفى تحليل (نقاط القوة والضعف) للمستشفى لمراجعة وتحديث إستراتيجيات العمل) بمتوسط حسابي (2.37) بانحرافات معيارية (1.274) يدل على تشتت آراء أفراد عينة الدراسة وبوزن نسبي (47.4%)، مما يعني أن مقدمي الخدمة الصحية لا يدركون بأن إدارة المستشفى تسعى إلى تحديد واستغلال الوقت بطريقة أفضل، وأنها لا تعتمد على التغذية الراجعة في تعديل سياسات وإستراتيجيات العمل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروي، 2021)، (بويده، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في التخطيط الإستراتيجي للجودة في محل دراساتهم، في حين تختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في التخطيط الإستراتيجي للجودة في محل دراساتهم.

3- تحليل فقرات المبدأ الثالث (التحسين المستمر):

تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتحديد درجة الموافقة لفقرات بعد التحسين المستمر، واجمالي البعد وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-10): الإحصاءات الوصفية للتحسين المستمر

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
22	يعد التحسين المستمر مسؤولية جميع الأقسام المختلفة في المستشفى.	3.32	1.224	66.4	1	متوسطة	محايد
23	تسعى المستشفى إلى تحمل مسؤولياتها اتجاه المرضى من خلال التحسين والتطوير المستمر للخدمات المقدمة.	2.85	1.146	57.0	4	متوسطة	محايد
24	تنظر المستشفى إلى التحسين والتطوير المستمر على أنه جزء لا ينفصل من متطلبات الجودة الشاملة.	2.91	1.100	58.2	3	متوسطة	محايد
25	يتم تقييم مختلف عمليات وإجراءات الخدمات بصورة مخططة ومنظمة لهدف إحداث التغيير والتطوير.	2.81	1.074	56.2	5	متوسطة	محايد
26	تحرص المستشفى باستمرار على تقليل الفجوة بين جودة الخدمات المقدمة والجودة المتوقعة لتلك الخدمات.	2.69	1.112	53.8	8	متوسطة	محايد
27	يتم الإعداد للخدمات الجديدة بشكل دقيق وذلك للتأكد من مقابلتها لاحتياجات وتوقعات المرضى المستقبلية.	2.70	1.108	54.0	7	متوسطة	محايد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
28	يوجد نظام اتصال فعال بين مختلف الأقسام في المستشفى.	2.94	1.130	58.8	2	متوسطة	محايد
29	يتم وضع خطة لكافة الأقسام باحتياجات المرضى وتطلعاتهم وذلك للعمل على تحقيقها.	2.76	1.091	55.2	6	متوسطة	محايد
30	توفر المستشفى دليلاً للجودة يتضمن جميع تفاصيل مشاريع التحسين والتطوير المزمع تنفيذها.	2.66	1.056	53.2	9	متوسطة	محايد
31	يتم تقليص الإجراءات الروتينية وتقليل الزمن اللازم لإتمام خطوات تقديم الخدمة.	2.58	1.126	51.6	10	منخفضة	غير موافق
	التحسين المستمر	2.82	0.899	56.4	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

بالنظر إلى بيانات الجدول (4-10) أن المتوسط الحسابي للتحسين المستمر بلغ (2.82)، وانحراف معياري (0.899)، الأمر الذي يدل على تقارب وتجانس في آراء أفراد العينة بنسبة (56.4%) وأنهم محايدون من تطبيق مبدأ التحسين المستمر في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت. وهذا يعني أن أفراد العينة يدركون على أن التحسين المستمر يعد مسؤولية جميع الأقسام المختلفة في المستشفى، وعلى إدارة المستشفى أن تسعى إلى التحسين والتطوير المستمر على أنه جزء لا ينفصل من متطلبات الجودة الشاملة.

جاءت تسع فقرات بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (22) التي نصها: (يعد التحسين المستمر مسؤولية جميع الأقسام المختلفة في المستشفى) بمتوسط حسابي (2.32) وانحراف معياري (1.224)، الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (66.4%)، وأدناها الفقرة (30) وهي: (توفر المستشفى دليلاً للجودة يتضمن جميع تفاصيل مشاريع التحسين والتطوير المزمع تنفيذها) بمتوسط حسابي (2.66) وانحراف معياري (1.056) الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (53.2%)، مما يعني أن مقدمي الخدمة الصحية يدركون بدرجة متوسطة بأن على إدارة المستشفى تحمل مسؤولياتها اتجاه المرضى من خلال التحسين والتطوير المستمر للخدمات المقدمة.

وجاءت الفقرة (31) بدرجة منخفضة، ونصها: (يتم تقليص الإجراءات الروتينية وتقليل الزمن اللازم لإتمام خطوات تقديم الخدمة) بمتوسط حسابي (2.58) وانحراف معياري (1.224) الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (51.6%)، مما يدل على أنَّ إدارة المستشفى يجب أن تعمل على تقليص الإجراءات الروتينية سعياً للتحسين المستمر.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروي، 2021)، (بويده، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في التحسين المستمر في محل دراساتهم، في حين تختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في التحسين المستمر في محل دراساتهم.

4- تحليل فقرات المبدأ الرابع (دعم ومشاركة العاملين):

تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية تحديد درجة الموافقة لفقرات دعم ومشاركة العاملين، واجمالي البعد وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (4- 11): الإحصاءات الوصفية لدعم ومشاركة العاملين

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
32	يُعَدُّ الموظف عميلاً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات للمستشفى.	2.92	1.217	58.4	2	متوسطة	محايد
33	توجد لدى العاملين في المستشفى قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم في تحقيق أهداف المرضى والمستشفى.	3.02	1.193	60.4	1	متوسطة	محايد
34	تشجع إدارة المستشفى العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات.	2.61	1.138	52.2	11	متوسطة	محايد
35	تحرص المستشفى على اختيار العاملين بعناية فائقة للقيام بوظائفهم ومؤهلين بشكل كبير لحل مشكلات الجودة.	2.72	1.154	54.4	4	متوسطة	محايد
36	يتم يتدرب العاملين في المستشفى باستمرار على مبادئ الجودة والعمل بروح الفريق.	2.62	1.086	52.4	9	متوسطة	محايد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
37	يتم دمج العاملين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المستشفى.	2.64	1.080	52.8	7	متوسطة	محايد
38	تأخذ المستشفى باقتراحات العاملين لديها في كل ما يؤدي الي تحسين جودة العمل.	2.61	1.074	52.2	10	متوسطة	محايد
39	يشارك العاملون في تحقيق الجودة ومسؤولية النتائج المتحققة.	2.77	1.081	55.4	3	متوسطة	محايد
40	يوجد لدى المستشفى أقسام متخصصة بالجودة أو فرق عمل تسعى لتحسينها وتطويرها.	2.69	1.133	53.8	6	متوسطة	محايد
41	تمتلك المستشفى العديد من عوامل الاتصال والربط الفعالة مع العاملين فيها.	2.64	1.081	52.8	8	متوسطة	محايد
42	يُشجع العاملون على تطوير وتحسين جودة الخدمات المقدمة من خلال برامج التحفيز.	2.70	1.104	54.0	5	متوسطة	محايد
43	توفر المستشفى للعاملين فيها ظروف عمل تتصف بالسلامة المهنية.	2.54	1.151	50.8	12	منخفضة	غير موافق
	دعم ومشاركة العاملين	2.71	0.881	54.2	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

يتضح من الجدول (4-11) أن المتوسط الحسابي لفقرات دعم ومشاركة العاملين بلغ (2.71)، وانحراف معياري (0.881)، الأمر الذي يدل على تقارب وتجانس في آراء أفراد العينة بنسبة (54%)، وهذا يعني أن أفراد العينة يدركون بأن العاملين يشاركون في تحقيق الجودة الشاملة، لذلك تحرص إدارة المستشفى على اختيار العاملين المؤهلين لحل مشكلات الجودة.

جاءت إحدى عشر فقرة بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (33) التي نصها: (توجد لدى العاملين في المستشفى قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم في تحقيق أهداف المرضى والمستشفى) بمتوسط حسابي (3.02) وانحراف معياري (1.193) الأمر الذي يدل تشتت في آراء أفراد العينة ووزن نسبي (60.4%)، وأدناها الفقرة (34) وهي: (تشجع إدارة المستشفى العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات) بمتوسط حسابي (2.61) وانحراف

معياري (1.138) الأمر الذي يدل تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (52.2%)، مما يدل على أن مقدمي الخدمة الصحية يدركون أن تدريب العاملين باستمرار على مبادئ الجودة والأخذ باقتراحاتهم يؤدي إلى تحسين جودة العمل، باعتبار أن العاملين عملاء داخليون يشاركون في وضع السياسات والإستراتيجيات للمستشفى.

وجاءت الفقرة (43) بدرجة منخفضة، ونصها: (توفر المستشفى للعاملين فيها ظروف عمل تتصف بالسلامة المهنية) بمتوسط حسابي (2.54) وبانحراف معياري (1.151) الأمر الذي يدل تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (50.8%)، مما يدل على أن إدارة المستشفى يجب أن تسعى إلى توفير متطلبات السلامة المهنية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروبي، 2021)، (بويدة، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في دعم ومشاركة العاملين في محل دراساتهم، في حين تختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في دعم ومشاركة العاملين في محل دراساتهم.

5- تحليل فقرات البعد الخامس (التركيز على المستفيد):

تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتحديد درجة الموافقة لفقرات دعم ومشاركة العاملين، واجمالي البعد وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (4- 12): الإحصاءات الوصفية للتركيز على المستفيد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
44	تؤمن المستشفى أن الجودة تتحدد عن طريق تلبية حاجات وتوقعات المرضى.	2.89	1.133	57.8	2	متوسطة	محايد
45	تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى من خلال تحقيق احتياجاتهم.	2.64	1.053	52.8	6	متوسطة	محايد
46	يتم دراسة احتياجات المرضى والعمل على إشباعها من خلال تطوير الخدمات المقدمة لهم	2.63	1.088	52.6	7	متوسطة	محايد
47	تقوم المستشفى بالاستعانة بشكاوى وتظلمات المرضى من أجل تطوير الخدمات المقدمة.	2.70	1.052	54.0	3	متوسطة	محايد
48	تحرص المستشفى على تقديم الخدمات لتلبية حاجات ورغبات أكبر عدد من المرضى.	2.97	1.008	59.4	1	متوسطة	محايد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
49	تتصف المستشفى بسرعة تلبية رغبات وتوقعات المرضى.	2.69	1.031	53.8	4	متوسطة	محايد
50	تسعى المستشفى إلى رفع مستوى الالتزام اتجاه المرضى من خلال سياسات تشجع المرضى على الولاء.	2.61	1.074	52.2	8	متوسطة	محايد
51	تقوم المستشفى بمتابعة ما بعد تقديم الخدمة، وذلك لتقييمها ومعرفة مدى رضا المرضى عنها.	2.54	1.070	50.8	9	منخفضة	غير موافق
52	يتم الاستماع إلى ما يحتاجه المرضى وما يتوقعونه من الخدمات المقدمة لديهم من قبل المستشفى.	2.49	1.068	49.8	10	منخفضة	غير موافق
53	يتم الخروج عن الإجراءات والقوانين أحياناً كثيرة لأجل تقديم الخدمة الصحية للمرضى.	2.65	1.063	53.0	5	متوسطة	محايد
	التركيز على المستفيد	2.68	0.832	53.6	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يتضح من الجدول (4-12) أن المتوسط الحسابي للتركيز على المستفيد بلغ (2.68)، وبانحراف معياري (0.832)، الأمر الذي يدل على تقارب وتجانس في آراء أفراد العينة والأهمية النسبية (53.6%)، يميلون إلى المحايدة نحو التركيز على المستفيد كأحد مبادئ إدارة الجودة الشاملة. وهذا يعني أن أفراد العينة يدركون بأن إدارة المستشفى تستعين بشكاوى وتظلمات المرضى من أجل تطوير الخدمات المقدمة، وتركز على تحقيق رضا المرضى من خلال تحقيق احتياجاتهم.

جاءت ثمان فقرات بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (48) التي نصها: (تحرص المستشفى على تقديم الخدمات لتلبية حاجات ورغبات أكبر عدد من المرضى) بمتوسط حسابي (2.97) وبانحراف معياري (1.008)، الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة ووزن نسبي (59.4%)، وأدناها الفقرة (50) وهي: (تسعى المستشفى إلى رفع مستوى الالتزام اتجاه المرضى من خلال سياسات تشجع المرضى على الولاء) بمتوسط حسابي (2.61) وبانحراف معياري (1.074)، الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة ووزن نسبي (52.2%)، مما يدل على أن مقدمي الخدمة الصحية يدركون بأن إدارة المستشفى دراسة احتياجات المرضى والعمل على إشباعها، كون الجودة تتحدد عن طريق تلبية حاجات وتوقعات المرضى.

وجاءت عبارتان بدرجة منخفضة أولهما الفقرة (52) والتي تنص على أنه (يتم الاستماع إلى ما يحتاجه المرضى وما يتوقعونه من الخدمات المقدمة لديهم من قبل المستشفى) بمتوسط حسابي (2.49) وبانحراف معياري (1.068)، الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد وبوزن نسبي (49.8%)، وثانيهما الفقرة (51) والتي تنص على أنه (تقوم المستشفى بمتابعة ما بعد تقديم الخدمة، وذلك لتقييمها ومعرفة مدى رضا المرضى عنها) بمتوسط حسابي (2.54) وبانحراف معياري (1.070)، الأمر الذي يدل على تشتت في آراء أفراد العينة وبوزن نسبي (50.8%) مما يدل على أن إدارة المستشفى يجب أن تقيم رضا المرضى.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خروبي، 2021)، (بويدة، 2017)، وتختلف مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى مرتفعاً في التركيز على الاستفادة في محل دراساتهم، في حين تختلف الدراسة مع دراسة (مكيد والعري، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في التركيز على الاستفادة في محل دراساتهم.

ثانياً: الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة الصحية:

يعرض الجدول (4-13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافر لأبعاد جودة الخدمة الصحية مجتمعه.

جدول رقم (4-13): ترتيب الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية

رقم	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة التوافر	اتجاه الفقرة
1	الملموسية	2.86	0.611	57.2	4	متوسطة	محايد
2	الاعتمادية	2.75	0.647	55.0	5	متوسطة	محايد
3	الاستجابة	2.90	0.578	58.0	3	متوسطة	محايد
4	الأمان	3.05	0.598	61.0	1	متوسطة	محايد
5	التعاطف	2.91	0.651	58.2	2	متوسطة	محايد
	الدرجة الكلية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	2.90	0.501	58.0	-	متوسطة	محايد
الوزن النسبي للمتوسط الحسابي (%) = (المتوسط الحسابي ÷ 5) * 100							

-4.21]	-3.41]	-2.61]	-1.81]	-1.00]	مجال المتوسط
[5.00	[4.20	[3.40	[2.60	[1.80	الحسابي
عالية جدا	عالية	متوسطة	منخفضة	منخفضة جدا	مستوى درجة التوافر

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يتبين بشكل عام من نتائج الجدول (4- 14) إن المتوسط الحسابي الإجمالي والذي يمثل مركز الإجابات لاتجاهات أفراد العينة على جميع الفقرات للمبادئ (الأبعاد) الخمسة من الاستبيان المتعلقة بقياس مستوى توافر جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت بلغ (2.90)، وبانحراف معياري (0.501)، الأمر الذي يدل على تقارب وتجانس في آراء أفراد العينة و أنهم موافقون بنسبة (58%) أن توافر جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط ، وهذا يجيب على السؤال الثاني : ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، دراسة بلحاج والجابري (2019)، دراسة (مباركي، 2019) ودراسة (Purcarea,2013)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022)، ودراسة (Suprihanto and Meliala, 2018) حيث أظهرت مستوى مرتفعاً توفر جودة الخدمات الصحية في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في توفر جودة الخدمات الصحية في محل دراساتهم في محل دراساتهم.

حيث جاء بُعد (الأمان) في المرتبة الأولى، ثم يليه بُعد (التعاطف)، يليه بُعد (الاستجابة)، ثم بُعد (المللموسية)، وأخيراً بُعد (الاعتمادية)، ويمكن توضيح ذلك كما يأتي:

1. اتفاق عينة الدراسة بنسبة تباينات متوسطة في تقديراتهم من أن مستوى توافر (الأمان) بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت بدرجة متوسطة، حيث حصل هذا البعد على أعلى متوسط حسابي (3.05) بانحراف معياري (0.598)، ووزن نسبي (61.0%).
2. إن مستوى توافر التعاطف في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط، ويدل على ذلك اتفاق غالبية عينة الدراسة بنسبة (58.2%) وبمتوسط حسابي بلغ (2.91) وانحراف معياري (0.651).
3. حصل بُعد الاستجابة على متوسط حسابي (2.90) وانحراف معياري (0.578)، مما يشير إلى اتفاق وتجانس آراء عينة الدراسة في تقديراتهم بنسبة (58.0%) وأن مستوى الاستجابة في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط.

4. حصل بُعد الملموسية على متوسط حسابي (2.86) بانحراف معياري (0.611) مما يشير إلى اتفاق وتجانس آراء عينة الدراسة في تقديراتهم، مما يوضح من أن مستوى الملموسية كأحد أبعاد جودة الخدمات الصحية للمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط وبنسبة (57.2%).

5. إن مستوى الاعتمادية بالمستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوسط، بمتوسط حسابي (2.75) وانحراف معياري (0.647)، مما يشير إلى اتفاق وتجانس آراء عينة الدراسة في تقديراتهم وبنسبة (55%) من توافر الاعتمادية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة.

وللتحقق من صحة التقديرات السابقة قام الباحث باحتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على فقرات كل بُعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية كلاً على حده:

1- تحليل فقرات البُعد الأول (الملموسية):

يعرض الجدول (4-14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافر لفقرات بعد الملموسية.

جدول رقم (4-14): الإحصاءات الوصفية لبُعد الملموسية

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
1	توجد في المستشفى أحدث المعدات الطبية الخاصة بعلاج وتشخيص المرضى	2.45	1.007	49.0	6	منخفضة	غير موافق
2	توجد في المستشفى غرف ترقيد نظيفة ومريحة للمرضى	2.87	1.241	57.4	3	متوسطة	محايد
3	يهتم الكادر الطبي والإداري بالمظهر الأنيق	2.84	0.983	56.8	4	متوسطة	محايد
4	توجد لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى المرافق المطلوبة	2.98	1.172	59.6	2	متوسطة	محايد
5	يتميز المستشفى بموقع مناسب يسهل الوصول إليه	3.63	1.087	72.6	1	متوسطة	محايد
6	تتميز أقسام المستشفى بتصميم يسهل للمرضى الوصول إلى الخدمات المقدمة لهم	2.83	1.026	56.6	5	متوسطة	محايد

غير موافق	منخفضة	7	47.6	1.125	2.38	يتوافر في المستشفى مرافق عامه نظيفة ومريحة ومناسبة للمرضى والمرافقين؛ مصلى، قاعة انتظار، حدائق، دورات مياه، مواقف سيارات	7
محايد	متوسطة	-	57.2	0.611	2.86	بُعد الملموسية	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يظهر الجدول (4-14) أن المتوسط الحسابي لبُعد الملموسية بلغ (2.68)، وبانحراف معياري (0.611)، مما يدل على تقارب وتجانس آراء أفراد العينة، وأن الملموسية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة بساحل محافظة حضرموت متوافرة بنسبة (57.2%). حيث جاءت خمس فقرات بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (5) التي نصها: (يتميز المستشفى بموقع مناسب يسهل الوصول إليه) بمتوسط حسابي (3.63)، وانحراف معياري (1.087) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (72.6%)، وأدناها الفقرة (6) وهي: (تتميز أقسام المستشفى بتصميم يسهل للمرضى الوصول إلى الخدمات المقدمة لهم) بمتوسط حسابي (2.83) وانحراف معياري (1.026) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (56.6%)، مما يدل على أن المستفيدين من الخدمة الصحية يدركون بأن مواقع المستشفيات الحكومية قيد الدراسة مناسب ويسهل الوصول إليه، وتوجد بها لوحات إرشادية، كما أن الكادر الطبي والإداري مهتم بالمظهر الأنيق.

وجاءت فقرتان بدرجة منخفضة؛ أولهما الفقرة (7) التي تنص على أنه (يتوافر في المستشفى مرافق عامه نظيفة ومريحة ومناسبة للمرضى والمرافقين؛ مصلى، قاعة انتظار، حدائق، دورات مياه، مواقف سيارات) بمتوسط حسابي (2.38) وانحراف معياري (1.125) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (47.6%)، وثانيهما الفقرة (1) التي تنص على أنه (توجد في المستشفى أحدث المعدات الطبية الخاصة بعلاج وتشخيص المرضى) بمتوسط حسابي (2.45) وانحراف معياري (1.007) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (49.0%) مما يدل على عدم تجديد المعدات الطبية الخاصة بعلاج وتشخيص المرضى.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، دراسة بلحاج والجابري (2019)، دراسة (مباركي، 2019) ودراسة (Purcarea, 2013)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022)، ودراسة (Suprihanto and Meliala, 2018) حيث أظهرت مستوى مرتفعاً في بُعد الملموسية في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) التي أظهرت مستوى منخفضاً في بُعد الملموسية في محل دراساتهم.

2- تحليل فقرات البُعد الثاني (الاعتمادية):

يعرض الجدول (4-15) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافر لفقرات بعد الاعتمادية.

جدول رقم (4-15): الإحصاءات الوصفية لبُعد الاعتمادية

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
8	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة للمرضى في الوقت المحدد	2.84	0.912	56.8	2	متوسطة	محايد
9	يجري تقديم الخدمة الصحية في المستشفى للمرضى بطريقة صحيحة من أول مرة	2.61	1.043	52.2	5	متوسطة	محايد
10	يشعر المرضى باهتمام مميز من العاملين في المستشفى	2.75	0.978	55.0	3	متوسطة	محايد
11	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وسرية عن حالات المرضى	3.12	1.013	62.4	1	متوسطة	محايد
12	تتوافر في المستشفى جميع التخصصات الطبية التي يحتاجها المرضى	2.43	1.110	48.6	6	منخفضة	غير موافق
13	يقدم المستشفى آلية مناسبة لحجز المواعيد بسهولة ويسر	2.74	0.941	54.8	4	متوسطة	محايد
	الاعتمادية	2.75	0.647	55.0	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يوضح الجدول (4-15) أن المتوسط الحسابي لبُعد الاعتمادية كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية بلغ (2.75)، وانحراف معياري (0.647)، ويدل على تقارب وتجانس آراء أفراد العينة، وأن الاعتمادية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوافرة بنسبة (55.0%)، حيث كانت جميع فقرات هذا البُعد بدرجة متوسطة باستثناء فقرة واحدة منخفضة، أعلاها الفقرة (11) التي نصها: (يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وسرية عن حالات المرضى) بمتوسط حسابي (3.12) وانحراف معياري (1.013) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (62.4%)، وأدناها الفقرة (12) وهي: (تتوافر في المستشفى جميع التخصصات الطبية التي يحتاجها المرضى) بمتوسط حسابي (2.43) وانحراف معياري (1.110) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (48.6%)،

كما يدل على أنَّ المستفيدين من الخدمة الصحية يدركون بأن المستشفيات الحكومية تلتزم بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة للمرضى، وأن حجز المواعيد تتم بسهولة ويسر.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، دراسة بلحاج والجابري (2019)، ودراسة Suprihanto and Meliala, (2013)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022) ودراسة (Purcarea, 2013)، حيث أظهرت مستوى مرتفعاً في بُعد الاعتمادية في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى منخفضاً في بُعد الاعتمادية في محل دراساتهم.

3- تحليل فقرات البُعد الثالث (الاستجابة):

يعرض الجدول (4-16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافق لفقرات بعد الاستجابة.

جدول رقم (4-16): الإحصاءات الوصفية لبُعد الاستجابة

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
14	يهتم المستشفى بإشعار المرضى بمواعيد تقديم الخدمات الصحية لهم	3.17	1.137	63.4	1	متوسطة	محايد
15	يستجيب العاملون بالمستشفى فوراً لاحتياجات المرضى دون تأخير	2.74	0.873	54.8	5	متوسطة	محايد
16	يقوم مقدمو الخدمة بالرد على استفسارات وشكاوى المرضى	2.72	1.025	54.4	6	متوسطة	محايد
17	يستجيب العاملون بسرعة في حل مشكلات المرضى غير المتوقعة	2.96	1.008	59.2	3	متوسطة	محايد
18	يتم تقديم الخدمات الصحية بنفس النمط لجميع المرضى	2.70	0.949	54.0	7	متوسطة	محايد
19	ييدي مقدم الخدمة في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى	2.89	1.137	57.8	4	متوسطة	محايد
20	تسهل المستشفى إجراءات الحصول على الخدمات الصحية للمرضى	3.10	0.985	62.0	2	متوسطة	محايد
	الاستجابة	2.90	0.578	58.0	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يوضح الجدول (4-16) أن المتوسط الحسابي لُبعد الاستجابة بلغ (2.90)، وانحراف معياري (0.578)، ويدل على تقارب وتجانس آراء افراد عينة الدراسة، وأن الاستجابة في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوافرة بنسبة (58.0%)، حيث كانت جميع فقرات هذا البُعد بدرجة متوسطة، أعلاها الفقرة (14) التي نصها: (يهتم المستشفى بإشعار المرضى بمواعيد تقديم الخِدْمات الصحية لهم) بمتوسط حسابي (3.17) وانحراف معياري (1.137) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (63.4%)، وأدناها الفقرة (18) وهي: (يتم تقديم الخِدْمات الصحية بنفس النمط لجميع المرضى) بمتوسط حسابي (2.70) وانحراف معياري (0.949) يدل على تقارب وتجانس آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (54.0%)، مما يدل على أنَّ المستفيدين من الخدمة الصحية يدركون أنَّ العاملين يستجيبون في حل مشكلات المرضى غير المتوقعة، ويقوم مقدمو الخدمة بالرد على استفسارات وشكاوى المرضى، ويتعاونون معهم بتقديم الخِدْمات الصحية المطلوبة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، دراسة بلحاج والجابري (2019)، ودراسة Purcarena, (2013)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022) ودراسة Suprihanto and Meliala, (2018) حيث أظهرت مستوى مرتفعاً في بُعد الاستجابة في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى منخفضاً في بُعد الاستجابة في محل دراساتهم.

4- تحليل فقرات البُعد الرابع (الأمان):

يعرض الجدول (4-15) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافر لفقرات بعد الأمان.

جدول رقم (4-17): الإحصاءات الوصفية لُبعد الأمان

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
21	يثق المرضى بالعاملين داخل المستشفى	3.02	0.965	60.4	6	متوسطة	محايد
22	يشعر المرضى بالأمان عند تعاملهم مع العاملين في المستشفى	3.16	0.914	63.2	3	متوسطة	محايد
23	يتصف الكادر الطبي العامل في المستشفى على الدوام بالأدب واللطف العالية في أداء مهامهم	3.05	0.976	61.0	4	متوسطة	محايد

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
24	يملك الكادر الطبي في المستشفى المعرفة لكافية للإجابة عن استفسارات المرضى	3.04	0.896	60.8	5	متوسطة	محايد
25	يتميز العاملون في المستشفى بالاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى	2.89	1.114	57.8	7	متوسطة	محايد
26	يؤدي سلوك العاملين إلى تعزيز ثقة المرضى بالمستشفى	3.40	1.125	68.0	1	متوسطة	محايد
27	يحافظ مقدمو الخدمة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	3.30	0.928	66.0	2	متوسطة	محايد
28	يتمتع المستشفى بسمعة طيبة بين أفراد المجتمع	2.50	1.143	50.0	8	منخفضة	غير موافق
	الأمان	3.05	0.598	61.0	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يوضح الجدول (4-17) أن المتوسط الحسابي لبعُد الأمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية بلغ (3.05)، وانحراف معياري (0.598)، ويدل على تقارب وتجانس آراء أفراد العينة، وأن الأمان في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوافرة بنسبة (61.0%)، حيث كانت جميع فقرات هذا البعد بدرجة متوسطة باستثناء فقرة واحدة منخفضة، أعلاها الفقرة (26) التي نصها: (يؤدي سلوك العاملين إلى تعزيز ثقة المرضى بالمستشفى) بمتوسط حسابي (3.40) وانحراف معياري (1.125) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة ووزن نسبي (68.0%)، وأدناها الفقرة (28) وهي: (يتمتع المستشفى بسمعة طيبة بين أفراد المجتمع) بمتوسط حسابي (2.50) وانحراف معياري (1.143) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة ووزن نسبي (50.0%)، مما يدل على أن المستفيدين من الخدمة الصحية يشعرون بالأمان عند تعاملهم مع العاملين في المستشفيات الحكومية، وأنهم يثقون بهم.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، ودراسة بلحاج والجايري (2019)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022)، دراسة (Suprihanto and Meliala, 2018) ودراسة (Purcarea, 2013)

حيث أظهرت مستوى مرتفعاً في بعد الأمان في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى منخفضاً في بعد الامان في محل دراساتهم.

5- تحليل فقرات البُعد الخامس (التعاطف):

يعرض الجدول (4-18) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية والرتبة، بالإضافة إلى درجة التوافق لفقرات بعد التعاطف.

جدول رقم (4-18): الإحصاءات الوصفية لبُعد التعاطف

رقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة	درجة الموافقة	اتجاه الفقرة
29	يعطى العاملون في المستشفى اهتماماً كافياً لجميع المرضى	3.01	0.907	60.2	3	متوسطة	محايد
30	يعطي العاملون في المستشفى المرضى الاهتمام الشخصي	2.77	1.038	55.4	5	متوسطة	محايد
31	تمثل رغبات المرضى موضع اهتمام عالٍ من العاملين في المستشفى	2.57	0.912	51.4	6	منخفضة	غير موافق
32	يقدر مقدمو الخدمة في المستشفى ظروف المريض ويتعاطفون معه	2.87	0.941	57.4	4	متوسطة	محايد
33	يراعي العاملون في المستشفى عادات وتقاليد المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية	3.18	1.043	63.6	1	متوسطة	محايد
34	يتعامل مقدمو الخدمة في المستشفى بروح مرحة طيبة مع المرضى	3.04	0.980	60.8	2	متوسطة	محايد
	التعاطف	2.91	0.651	58.2	-	متوسطة	محايد

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS).

يوضح الجدول (4-18) أن المتوسط الحسابي لبُعد التعاطف كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية بلغ (2.91)، وانحراف معياري (0.651)، ويدل على تقارب وتجانس آراء أفراد العينة، وأن التعاطف في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت متوافرة بنسبة (58.2%)، حيث كانت جميع فقرات هذا البُعد بدرجة

متوسطة باستثناء فقرة واحدة منخفضة، أعلاها الفقرة (33) التي نصها: (يراعي العاملون في المستشفى عادات وتقاليد المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية) بمتوسط حسابي (3.18) وانحراف معياري (1.043) يدل على تشتت آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (63.6%)، وأدناها الفقرة (31) وهي: (تمثل رغبات المرضى موضع اهتمام عالٍ من العاملين في المستشفى) بمتوسط حسابي (2.57) وانحراف معياري (0.911) يدل على تقارب وتجانس آراء عينة الدراسة وبوزن نسبي (51.4%)، مما يدل على أنّ المستفيدين من الخدمة الصحية يدركون أنّ العاملين في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة يعطون اهتماماً كافياً لجميع المرضى، ويتعاملون معهم بروح مرحة طيبة، ويتعاطفون معهم.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بن صديق (2020)، ودراسة بلحاج والجابري (2019)، وتختلف مع دراسة (القحطاني، 2022)، دراسة (Suprihanto and Meliala, 2018) ودراسة (Purcarea, 2013) حيث أظهرت مستوى مرتفعاً في بُعد التعاطف في محل دراساتهم، في حين تختلف مع دراسة (مكيد والعربي، 2020) ودراسة (مباركي، 2019) التي أظهرت مستوى منخفضاً في بُعد التعاطف في محل دراساتهم.

المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

يتناول هذا المبحث نتائج اختبار فرضيات الدراسة، وتحديد مدى الدلالة الإحصائية لكل منها حول موضوع أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت. ولاختبار فرضيات الدراسة تم أسلوب الانحدار الخطي البسيط لبيان أثر المتغيرات المستقلة (أبعاد إدارة الجودة الشاملة) على متغير تابع واحد (أبعاد جودة الخدمات الصحية) مجتمعة، بهدف معرفة التأثير النسبي لكل بعد من أبعاد المتغير المستقل في المتغير التابع، بالإضافة إلى معرفة مقدرة النموذج على تفسير التغيرات التي تحدث في المتغير التابع، وذلك عند مستوى معنوية (0.05).

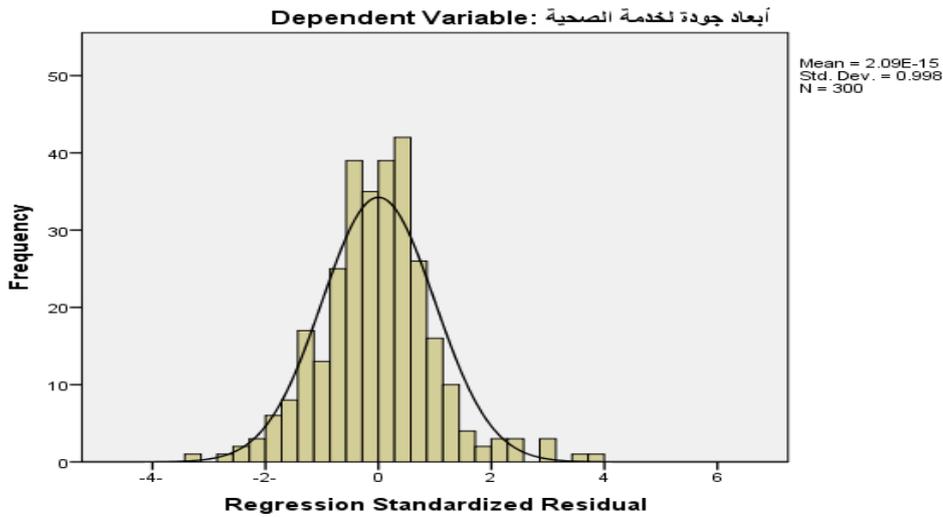
كما تم استخدام اختبار (T-test) وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) للكشف عما إذا كان هناك فرق جوهري (دال إحصائياً)، بحيث يتم رفض الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة مستوى المعنوية (Sig.) أقل من مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)، وهذا يعني إن نتيجة إجابة الباحثين دالة إحصائياً، والعكس عندما تكون قيمة مستوى المعنوية أكبر من (0.05) فإننا ننتيجة الإجابة غير دالة إحصائياً، ويتم قبول الفرضية الصفرية.

وفيما يأتي عرض للاختبارات القبلية، من أجل ملاءمة البيانات لافتراضات تطبيق الانحدار:

أولاً: اختبار التوزيع الطبيعي (Normality):

يتضح من الرسم البياني (4-7) الخاص بالتوزيع الطبيعي أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ويجب استخدام الاختبارات المعملية.

شكل رقم (4-7) اختبار التوزيع الطبيعي



ثانيا: اختبار استقلالية أبعاد المتغير المستقل:

تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط بيرسون (Correlation Matrix Person) لمعرفة العلاقة بين أبعاد المتغير المستقل، وذلك بهدف الكشف عن وجود ارتباط خطي بين أبعاد المتغير المستقل، والجدول (4-19) يوضح نتائج معاملات الارتباط بين المتغيرات.

جدول رقم (4-19): مصفوفة الارتباط للمتغير المستقل

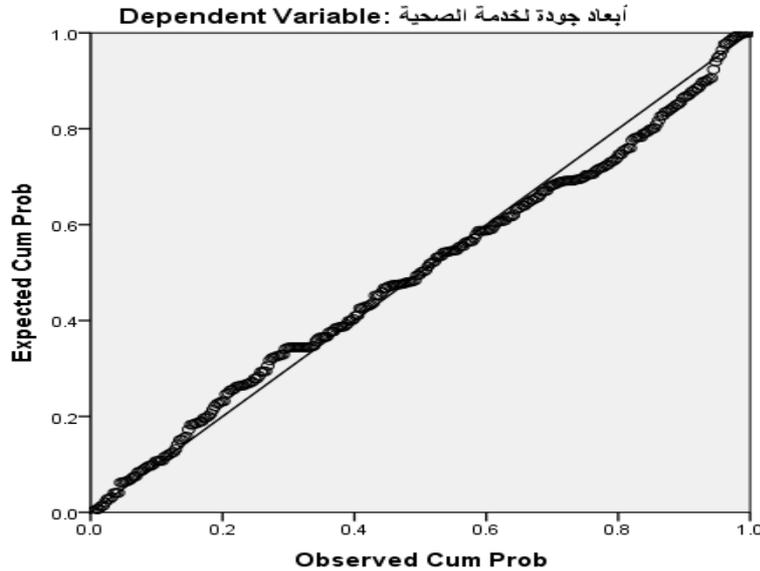
الأبعاد	دعم ومساندة الإدارة العليا	التخطيط الإستراتيجي للجودة	التحسين المستمر	مشاركة العاملين	التركيز على المستفيد	جودة الخدمة الصحية		
							r	sig.
دعم ومساندة الإدارة العليا	1	0.854**	0.813**	0.799**	0.733**	0.159**	r	
							sig.	0.006
التخطيط الإستراتيجي للجودة		1	0.805**	0.822**	0.783**	0.138**	r	
							sig.	0.017
التحسين المستمر			1	0.849**	0.778**	0.158**	r	
							sig.	0.006
مشاركة العاملين				1	0.784**	0.153**	r	
							sig.	0.008
التركيز على المستفيد					1	0.150**	r	
							sig.	0.009
جودة الخدمة الصحية						1	r	
							sig.	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتبين من الجدول (4-19) وجود علاقات ارتباط طرية قوية دالة إحصائيًا بين أبعاد الدراسة، وقد تبين أن أقوى ارتباط بلغ (0.854) بين (دعم ومساندة الإدارة العليا والتخطيط الإستراتيجي للجودة)، وبناء على ذلك لا توجد مشكلة ارتباط تام بين أبعاد المتغير المستقل. وأن طبيعة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع خطية، كما

يظهر من الشكل (4-8)، حيث يمثل المحور الرأسي المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية)، بينما المحور الأفقي المتوسطات الحسابية للمتغير المستقل المتمثلة أبعاد إدارة الجودة الشاملة.

شكل رقم (4-8): العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.



ثالثاً: اختبار الفرضية الرئيسة الأولى:

نصت الفرضية الرئيسة الأولى على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت، ولاختبار هذه الفرضية استخدمت الدراسة أسلوب تحليل الانحدار البسيط عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، وفق للمعادلة الآتية:

$$Y = A + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + B_5X_5$$

حيث أن:

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخدمات الصحية).

X_1 = يمثل المتغير المستقل الأول وهو (دعم ومساندة الإدارة العليا).

X_2 = يمثل المتغير المستقل الثاني وهو (التخطيط الاستراتيجي للجودة).

X_3 = يمثل المتغير المستقل الثالث وهو (التحسين المستمر).

X_4 = يمثل المتغير المستقل الرابع وهو (مشاركة العاملين).

X_5 = يمثل المتغير المستقل الخامس وهو (التركيز على المستفيد).

A = ثابت الانحدار.

B = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

والجدول رقم (4-20) يوضح أثر المتغيرات المستقلة (إدارة الجودة الشاملة) في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

جدول رقم (4-20): تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات

الصحية بالمستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت

المتغيرات	معامل الانحدار (b)	الخطأ المعياري Std. Error	معامل الانحدار Beta	قيمة f المحسوبة	مستوى الدلالة Sig.	الدلالة الإحصائية
الثابت (a)	.154	.029	-	5.250	.000	معنوي
دعم ومساندة الإدارة العليا	.151	.107	.142	4.189	.000	معنوي
التخطيط الاستراتيجي للجودة	.528	.231	.515	3.259	.000	معنوي
التحسين المستمر	.202	.119	.411	4.094	.000	معنوي
مشاركة العاملين	.439	.233	.583	3.655	.000	معنوي
التركيز على المستفيد	.211	.348	.497	3.713	.000	معنوي

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الاحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

بالاطلاع على بيانات الجدول أعلاه تبين وجود أثر معنوي لإدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت، ويمكن كتابة نموذج الانحدار المتعدد المقدر كالتالي:

$$Y = 0.154 + 0.151 X_1 + 0.528 X_2 + 0.202 X_3 + 0.439 X_4 + 0.211 X_5$$

وبناء عليه يتم رفض الفرضية الرئيسية الأولى والتي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وهذا يجيب عن التساؤل الرئيسي الثالث للدراسة: ما أثر إدارة الجودة الشاملة

في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت؟، حيث نجد أن أبعاد إدارة الجودة الشاملة لها دور معنوي وإيجابي في جودة الخدمات الصحية.

للتحقق من النتائج السابقة المتحصل عليها في نموذج الانحدار الخطي المتعدد قام الباحث بتجزئة الفرضية الرئيسية إلى خمس فرضيات فرعية كالتالي:

1- اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

نصت الفرضية الفرعية الأولى على ما يأتي:

H_{01} : " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة أثر دعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، وفق المعادلة الآتية:

$$y = a + b_1x_1$$

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخدمات الصحية).

X = يمثل المتغير المستقل وهو (دعم ومساندة الإدارة العليا).

a = ثابت الانحدار.

b = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

وتظهر النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-21): تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	ثابت الانحدار (a)	معامل الانحدار (b)	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية df	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة Sig.	نتيجة الفرضية
جودة الخدمات الصحية	2.688	0.091	.159	.025	298	7.689	2.214	0.006	رفض
$y = 2.688 + 0.091 X_1$									

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من الجدول رقم (4-21) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.159) وهو يشير إلى وجود علاقة ارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع، بمعنى أنه كلما زاد دعم ومساندة الإدارة العليا زادت جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت. ويشير معامل التحديد التي بلغت قيمته (0.025) إلى أن دعم ومساندة الإدارة العليا تسهم بمقدار (2.5%) في جودة الخدمات الصحية، بينما (97.5%) ترجع إلى أسباب أخرى ليست قيد الدراسة.

ويتبين من قيمة F المحسوبة أنها أكبر من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.006) وهي أصغر من (0.05)، وبذلك فإن نموذج الانحدار دال إحصائياً. وعليه يتم رفض الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05)، وقبول الفرضية البديلة لها والتي تنص على أنه: " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومساندة الإدارة العليا في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022)، دراسة (كواديك، 2021) ودراسة (بودية، 2017) التي بينت نتائجها أن لدعم ومساندة الإدارة العليا لها أثراً في جودة الخدمات الصحية.

2- اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

نصت الفرضية الفرعية الثانية على ما يأتي:

H₀₂: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة أثر التخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، وفق المعادلة الآتية:

$$y = a + b_2x_2$$

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخدمات الصحية).

X = يمثل المتغير المستقل وهو (التخطيط الإستراتيجي للجودة).

a = ثابت الانحدار.

b = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

وتظهر النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-22): تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخِدْمات الصحية

المتغير التابع	ثابت الانحدار (a)	معامل الانحدار (b)	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية df	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة Sig.	نتيجة الفرضية
جودة الخِدْمات الصحية	2.718	0.082	.138	.019	298	7.689	5.759	0.017	رفض
$y = 2.718 + 0.082 X2$									

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من الجدول رقم (4-22) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.138) وهو يشير إلى وجود علاقة ارتباط، بمعنى أنه كلما زاد الاهتمام بالتخطيط الإستراتيجي للجودة زادت جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت. ويشير معامل التحديد التي بلغت قيمته (0.019) إلى أن التخطيط الإستراتيجي للجودة تُسهمُ بمقدار (1.9%) في جودة الخِدْمات الصحية، بينما (98.1%) ترجع إلى متغيرات وأسباب أخرى.

ويتبين من قيمة F المحسوبة أنها أكبر من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.017) وهي أصغر من (0.05)، وبذلك فإنَّ نموذج الانحدار دال إحصائياً. وعليه يتم رفض الفرضية الفرعية الثانية والتي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05)، وقبول الفرضية البديلة لها والتي تنص على أنه: " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022)، دراسة (كواديك، 2021) ودراسة (بودية، 2017) التي بيّنت نتائجها أن لدعم ومساندة الإدارة العليا لها أثراً في جودة الخِدْمات الصحية.

3- اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

نصت الفرضية الفرعية الثالثة على ما يأتي:

H03: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحسين المستمر في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية

في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة أثر التحسين المستمر في جودة الخِدْمات

الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، وفق المعادلة الآتية:

$$y = a + b_3x_3$$

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخِدْمات الصحية).

X = يمثل المتغير المستقل وهو (التحسين المستمر).

a = ثابت الانحدار.

b = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

وتظهر النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-23): تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتحسين المستمر في جودة الخِدْمات الصحية

المتغير التابع	ثابت الانحدار (a)	معامل الانحدار (b)	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية df	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة Sig.	نتيجة الفرضية
جودة الخِدْمات الصحية	2.669	0.093	.158	.025	298	7.594	2.214	0.006	رفض
$y = 2.669 + 0.093 X_3$									

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من الجدول رقم (4-23) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.158) وهو يشير إلى وجود علاقة

ارتباط، بمعنى أنه كلما زاد الاهتمام بالتحسين المستمر زادت جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية

بساحل محافظة حضرموت. ويشير معامل التحديد التي بلغت قيمته (0.025) إلى أن التحسين المستمر تُسببهم

بمقدار (2.5%) في جودة الخِدْمات الصحية، بينما (97.5%) ترجع إلى متغيرات وأسباب أخرى.

ويتبين من قيمة F المحسوبة أنها أكبر من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.006) وهي أصغر من (0.05)، وبذلك فإن نموذج الانحدار دال إحصائيًا. وعليه يتم رفض الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05)، وقبول الفرضية البديلة لها، والتي تنص على أنه: " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022)، دراسة (كواديك، 2021) ودراسة (بودية، 2017) التي بيّنت نتائجها أن لدعم ومساندة الإدارة العليا لها أثرًا في جودة الخدمات الصحية.

4- اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

نصت الفرضية الفرعية الرابعة على ما يأتي:

H02: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة أثر دعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، وفق المعادلة الآتية:

$$y = a + b4x4$$

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخدمات الصحية).

X = يمثل المتغير المستقل وهو (دعم ومشاركة العاملين).

a = ثابت الانحدار.

b = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

وتظهر النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-24): تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	ثابت الانحدار (a)	معامل الانحدار (b)	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية df	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة Sig.	نتيجة الفرضية
جودة الخدمات الصحية	2.682	0.092	.153	.023	298	7.155	2.214	0.008	رفض
$y = 2.682 + 0.092 X4$									

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من الجدول رقم (4-24) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.153) وهو يشير إلى وجود علاقة ارتباط، بمعنى أنه كلما زاد الاهتمام بتدريب ومشاركة العاملين زادت جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت. ويشير معامل التحديد التي بلغت قيمته (0.023) إلى أن دعم ومشاركة العاملين تُسهم بمقدار (2.3%) في جودة الخدمات الصحية، بينما (97.7%) ترجع إلى متغيرات وأسباب أخرى. ويتبين من قيمة F المحسوبة أنها أكبر من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.008) وهي أصغر من (0.05)، وبذلك فإن نموذج الانحدار دال إحصائياً. وعليه يتم رفض الفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05)، وقبول الفرضية البديلة لها، والتي تنص على أنه: " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022)، دراسة (كواديك، 2021) ودراسة (بودية، 2017) التي بيّنت نتائجها أن لدعم ومساندة الإدارة العليا لها أثراً في جودة الخدمات الصحية.

5- اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

نصت الفرضية الفرعية الخامسة على ما يأتي:

H02: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتركيز على الاستفادة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات

الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة أثر التركيز على الاستفادة في جودة الخدمات

الصحية في المستشفيات الحكومية قيد الدراسة، وفق المعادلة الآتية:

$$y = a + bX$$

Y = يمثل المتغير التابع وهو (جودة الخدمات الصحية).

X = يمثل المتغير المستقل وهو (التركيز على الاستفادة).

a = ثابت الانحدار.

b = يمثل مقدار التأثير في المتغير التابع نتيجة التغير الذي يحدث في المتغير المستقل.

وتظهر النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (4-25): تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر للتركيز على الاستفادة في جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	ثابت الانحدار (a)	معامل الانحدار (b)	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية df	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة Sig.	نتيجة الفرضية
جودة الخدمات الصحية	2.676	0.095	.150	.022	298	6.823	2.214	0.009	رفض
$y = 2.676 + 0.095 X$									

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من الجدول رقم (4-25) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.150) وهو يشير إلى وجود علاقة

ارتباط، بمعنى أنه كلما زاد التركيز على الاستفادة زادت جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل

محافظة حضرموت. ويشير معامل التحديد التي بلغت قيمته (0.022) إلى أن التركيز على الاستفادة يساهم بمقدار

(2.2%) في جودة الخدمات الصحية، بينما (97.8%) ترجع إلى متغيرات وأسباب أخرى.

ويتبين من قيمة F المحسوبة أنها أكبر من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.009) وهي أصغر من (0.05)، وبذلك فإن نموذج الانحدار دال إحصائياً. وعليه يتم رفض الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على أنه: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتركيز على المستفيد في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05)، وقبول الفرضية البديلة لها التي تنص على أنه: " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتركيز على المستفيد في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت عند مستوى دلالة (0.05).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشمري وآخرون، 2022)، دراسة (كواديك، 2021) ودراسة (بودية، 2017) التي بينت نتائجها أن لدعم ومساندة الإدارة العليا لها أثر في جودة الخدمات الصحية.

رابعاً: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

لمعرفة هل تؤثر المتغيرات الشخصية والوظيفية في استجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى إدراكهم لمتغيرات الدراسة المتمثلة بأبعاد إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت فقد صاغ الباحث الفرضية الآتية:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة).

ولاختبار هذه الفرضية تمّ أولاً احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ثم استخدام اختبار (t) (Independent Sample T. Test) لمتغير الجنس لمعرفة الفروق بين فئتين، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق بين أكثر من فئتين لبقية المتغيرات الأخرى، لمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق، وتُعد الفروق دالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى دلالة الاختبار (Sig) أقل من مستوى الدلالة (0.05)، والعكس صحيح.

وكانت نتائج تحليل اختبار t-test لاستجابة عينة الدراسة بحسب متغير الجنس كما يأتي:

جدول رقم (4-26): نتائج تحليل اختبار t-test لاستجابة عينة الدراسة بحسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات N	المتوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري S.D.	درجات الحرية df	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	مستوى الدلالة	نتيجة الفرضية
ذكر	179	2.89	0.449	298	1.880	1.980	0.061	قبول
أنثى	121	3.00	0.628					لا توجد فروق

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

من بيانات الجدول (4-26) يتبين أن قيمة t المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية، وأن مستوى الدلالة بلغت (0.061) وهي أكبر من (0.05)، مما يدل على عدم وجود فروق بين متوسطات إجابات عينة الدراسة تُعزى لمتغير الجنس حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية. ويستنتج من ذلك أن متغير الجنس ليس له تأثير على مستوى إدراك عينة الدراسة لإدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

أما بالنسبة لنتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستجابة عينة الدراسة بحسب البيانات الشخصية بالنسبة للمتغيرات الأخرى فكانت كما يأتي:

جدول رقم (4-27): نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA لاستجابة عينة الدراسة بحسب البيانات

الشخصية

المتغيرات	العمر	التكرارات N	المتوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري S.D.	قيمة f المحسوبة	قيمة f الجدولية	مستوى الدلالة	نتيجة الفرضية
العمر	من 20 إلى 27 سنة	75	3.06	0.546	2.562	2.602	0.055	قبول
	من 28 إلى 37 سنة	177	2.90	0.522				لا توجد فروق

				0.495	2.78	32	من 38 إلى 47 سنة	
				0.542	2.98	16	أكبر من 47 سنة	
قبول الفرضية لا توجد فروق	0.524	2.372	0.804	0.516	2.96	19	ثانوية عامة	المؤهل العلمي
				0.492	2.93	89	دبلوم بعد الثانوية	
				0.537	2.91	162	جامعي	
				0.643	3.11	26	ماجستير	
				0.380	2.88	4	دكتوراه	
رفض الفرضية توجد فروق	0.041	2.214	2.354	0.547	3.05	99	أقل من 5 سنوات	عدد سنوات الخبرة
				0.500	2.87	144	من 5 إلى 10 سنوات	
				0.561	3.05	25	من 11 إلى 15 سنة	
				0.684	2.68	13	من 16 إلى 20 سنة	
				0.319	2.75	6	من 21 إلى 25 سنة	
				0.441	2.86	13	أكثر من 25 سنة	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتضح من نتائج تحليل التباين الأحادي أعلاه لاستجابة عينة الدراسة ما يأتي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى لمتغير العمر. أي أنّ العمر ليس له علاقة باتجاهات وآراء مفردات عينة الدراسة، وأنّ الأفراد الذين أعمارهم (من 20 إلى 27 سنة)، والذين أعمارهم من (من 28 إلى 37 سنة)، ومن (38 إلى 47 سنة)، والأفراد الذين أعمارهم (أكبر من 47 سنة)، لهم نفس الآراء تجاه أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية، وإن وجدت بعض الفروق بين المتوسطات فهي فروق رقمية وليست جوهرية بحسب ما أشار إليها اختبار تحليل التباين الأحادي، إذ بلغت قيمة F المحسوبة (2.562) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة (0.055)، وهي أكبر من (0.05)، وبهذه النتيجة يتم قبول الفرضية.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت تُعزى لمتغير المؤهل العلمي. أي أنّ المستوى التعليمي لا يؤثر في استجابات أفراد العينة، وأنّ الأفراد الذين مستوياتهم التعليمي ثانوية عامة، والذين لديهم دبلوم بعد الثانوية، أو بكالوريوس، أو دراسات عليا (ماجستير/دكتوراه)، لهم نفس الآراء تجاه أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية، وإن وجدت بعض الفروق فهي فروق رقمية وليست جوهرية بحسب ما أشار إليها اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، إذ بلغت قيمة F المحسوبة (0.804) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة (0.524)، وهي أكبر من (0.05)، وبهذه النتيجة يتم قبول الفرضية.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت لمتغير (عدد سنوات الخبرة)، حيث كانت قيمة F المحسوبة (2.354) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة (0.041)، وهي أقل من (0.05). ولمعرفة لصالح من تلك الفروق؛ تم استخدام اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية، والجدول (4-27) يبين ذلك.

جدول رقم (4-28): نتيجة اختبار شيفيه Scheffe التتابعي للفروق في عدد سنوات الخبرة

الاحتمالية Sig.	الخطأ المعياري	متوسط الفروق J - I	المتوسط الحسابي	عدد سنوات الخبرة	
				عدد سنوات الخبرة (J)	عدد سنوات الخبرة (I)
0.271	.06853	0.18	2.87	من 5 إلى 10 سنوات	أقل من 5 سنوات
1.000	.17950	0.00	3.05	من 11 إلى 15 سنة	
0.350	.15485	0.37	2.68	من 16 إلى 20 سنة	
0.869	.22070	0.30	2.75	من 21 إلى 25 سنة	
0.920	.15485	0.19	2.86	أكثر من 25 سنة	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS) لبيانات الدراسة الميدانية.

يتبين من الجدول أعلاه أن الفروق المعنوية تركزت بين أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.05) وذوي سنوات الخبرة (من 16 إلى 20 سنة) بمتوسط حسابي (2.68)، أي

بفروق معنوية في المتوسط الحسابي بلغت (0.37) ولصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات)، وبنسبة احتمالية معنوية أكبر من مستوى الدلالة (0.05). ويفسر الباحث أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عدد سنوات الخبرة جاءت لصالح (أقل من 5 سنوات)، يعود إلى أن هؤلاء من الفئة الحديثة التي التحقت بالقطاع الصحي وهم أكثر تفتح على الأساليب الإدارية الحديثة مثل إدارة الجودة الشاملة، بخلاف الذين لهم خبرة طويلة وقضوا فترات طويلة في نفس القطاع؛ وهذا بدوره يجعلهم أكثر ميل إلى النظام الكلاسيكي الذي تعودوا عليه في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت.

الخاتمة

أولاً: النتائج.

ثانياً: التوصيات.

ثالثاً: المقترحات.

النتائج والتوصيات والمقترحات

أولاً: النتائج:

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى إدارة الجودة الشاملة، ومستوى جودة الخدمة الصحية، وكذا قياس أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، وتوصلت إلى عدد من النتائج أبرزها:

1- مستوى إدارة الجودة الشاملة:

أظهرت الدراسة أن درجة توافر أبعاد إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت كانت متوسطة وبلغت نسبتها (54.0%)، وبمتوسط حسابي (2.70)، وانحراف معياري (0.813)، ويمكن ترتيب أبعاد إدارة الجودة الشاملة تنازلياً كما يأتي:

1-1- درجة توافر التحسين المستمر بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (2.82) وبوزن نسبي (56.4%)، وانحراف معياري (0.899).

2-1- درجة توافر دعم ومشاركة العاملين بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (2.71) وبوزن نسبي (54.2%)، وانحراف معياري (0.881).

3-1- درجة توافر التركيز على المستفيد بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (2.68) وبوزن نسبي (53.6%)، وانحراف معياري (0.832).

4-1- درجة توافر دعم ومساندة الإدارة العليا بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (2.68) وبوزن نسبي (53.6%)، وانحراف معياري (0.924).

5-1- درجة توافر التخطيط الإستراتيجي للجودة بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (2.61) وبوزن نسبي (52.2%)، وانحراف معياري (0.891).

2- مستوى جودة الخدمة الصحية:

بينت الدراسة أن درجة توافر مستوى جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت كانت متوسطة وبلغت نسبتها (58.0%)، وبمتوسط حسابي (2.90)، وانحراف معياري (0.501)، ويمكن ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية تنازلياً كما يأتي:

1-2- درجة توافر الأمان بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (61.0%)، حيث حصل هذا البعد على متوسط حسابي (3.05) بانحراف معياري (0.598).

2-2- درجة توافر التعاطف بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (58.2%)، وحصل هذا البُعد على متوسط حسابي (2.91) بانحراف معياري (0.651).

2-3- درجة توافر الاستجابة بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (58.0%)، حيث حصل هذا البُعد على متوسط حسابي (2.90) بانحراف معياري (0.578).

2-4- درجة توافر الملموسية بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (57.2%)، حيث حصل هذا البُعد على متوسط حسابي (2.86) بانحراف معياري (0.611).

2-5- درجة توافر الاعتمادية بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (55.0%)، حيث حصل هذا البُعد على متوسط حسابي (2.75) بانحراف معياري (0.647).

3- نتائج اختبار الفرضيات:

توصلت الدراسة من خلال التحليل الإحصائي إلى عدد من النتائج يمكن من خلالها الحكم على فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

3-1- وجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية لدعم الإدارة العليا في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، ومن ثَمَّ رفض الفرضية الفرعية الأولى.

3-2- وجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية للتخطيط الإستراتيجي للجودة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، وبهذا تم رفض الفرضية الفرعية الثانية.

3-3- وجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية للتحسين المستمر في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، وعليه تم رفض الفرضية الفرعية الثالثة.

3-4- وجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية لدعم ومشاركة العاملين في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، لذلك تم رفض الفرضية الفرعية الرابعة.

3-5- وجود أثرٍ ذي دلالة إحصائية للتركيز على المستفيد في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت، مما يعني رفض الفرضية الفرعية الخامسة.

3-6- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي).

3-7- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات عينة الدراسة حول أثر إدارة الجودة الشاملة في جودة الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في ساحل محافظة حضرموت تُعزى لمتغير (سنوات الخبرة).

ثانيًا: التوصيات:

بناء على النتائج فقد توصلت الدراسة إلى التوصيات الآتية:

1. اهتمام إدارة المستشفيات المدروسة بإدارة الجودة الشاملة من خلال تبني الإدارة العليا لفكرة إدارة الجودة الشاملة وتشجيعها وتهيئة المناخات اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال التدريب والتأهيل للإدارة والعمالين معاً.

2. ينبغي على إدارة المستشفيات المدروسة الاهتمام باستقطاب الكفاءات الإدارية، والطبية والمهنية المتميزة التي تقدم خدمة صحية للمستفيدين تليق بأهمية الخدمة الصحية وتلامس توقعاتهم.

3. الاهتمام ببعدها الموسمية في المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت لماله من أهمية نسبية في جودة الخدمات الصحية قياساً بالأبعاد الأخرى حتى لم تكن المستشفيات بحسب توقعات المستفيدين من الناحية الموسمية من خلال الآتي:

3-1- توفير غرف ترقيده نظيفة ومريحة للمرضى.

3-2- توفير مرافق عامة نظيفة ومريحة ومناسبة للمرضى والمرافقين (مصلين، قاعة انتظار، حدائق، دورات مياه، مواقف سيارات).

3-3- توفير أحدث المعدات الطبية الخاصة بعلاج وتشخيص المرضى.

3-4- إلزام جميع العاملين بلبس الزي الرسمي الملائم.

4. على إدارة المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت الاستماع لمتطلبات وتوقعات المستفيدين في كل مراحل تحسين جودة الخدمات الصحية والعمل على تلبية تلك التوقعات من خلال استغلال الموارد أفضل استغلال ممكن.

5. على إدارة المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت عمل دورات تدريبية باستمرار باتباع أسلوب التعليم المستمر في مجال الجودة الشاملة لجميع العاملين وتوعيتهم بأهميتها في تحسين جودة الخدمات الصحية.

ثالثًا: المقترحات:

1. يقترح الباحث إجراء دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية بساحل محافظة حضرموت تبحث معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

2. يقترح الباحث إجراء دراسة ميدانية حول إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية بين مستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة (دراسة مقارنة).

3. يقترح الباحث إجراء دراسة ميدانية حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة بشكل عام.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

1. أنساعد، رضوان. (2015). "أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة للمؤسسات الصحية". مجلة الردة لاقتصادات الأعمال: (01): 50-72.
2. أوثن، ريمة. (2018). إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدّمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المؤسسات جامعة باتنة.
3. أبو زر، فادي محمد (2018م). التمكين الإداري ودوره في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة الفلسطينية - المحافظات الجنوبية. مجلة جامعة الأزهر-غزة، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد (20)، العدد (2)، ص110.
4. الأشهب، سفيان محمد. (2017). "مدى توافر الإمكانيات لتطبيق معايير الجودة ودورها في تحسين الخدّمات الصحية من وجهة نظر القيادات الإدارية (دراسة ميدانية على مستشفى مصراتة المركزي)، رسالة ماجستير، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، الأكاديمية الليبية، مصراتة، ليبيا.
5. الأطرش، مصطفى وآخرون. (2020). "أثر جودة الرعاية الصحية على رضا المرضى (دراسة مقارنة بين مصحقي ابن حيان والرمال)"، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر.
6. إدريس، ثاب عبد الرحمن. (2006). كفاءة وجودة الخدّمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرائق القياس والتقييم، الإسكندرية، الدار الجامعية.
7. بركات، منال طه. (2007). واقع تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة في ظل الثقافة التنظيمية السائدة في البنوك العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية -غزة.
8. برهوم، أديب وآخرون. (2007). "أثر التدريب على تحسين جودة الخدّمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي: دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية". مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية: 29 (2): 215-238.
9. بن نافلة، قدور، وعاشور، مرزوق. (2010). إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدّمات الصحية في المستشفيات، مداخلة في الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الطاهر موالي، سعيدة.

10. بديسي، فهيمة وبلال، زيوش. (2011). "جودة الخدمات الصحية: الخصائص، الأبعاد والمؤشرات". مجلة الاقتصاد والمجتمع: (7): 135-156.
11. بومالة، فاتح وحمزة، بويلوط. (2018). "آثار جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية على رضا المستفيد (دراسة حالة مستشفى مجذوب السعيد - الطاهير، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد الصديق بن يحيى، جيجل، الجزائر).
12. بقاط، حسين، واخرون (2018م). أثر تبني معايير إدارة الجودة الشاملة على تسويق الخدمات الصحية دراسة مقارنة: لعينة من المنظمات الصحية الحممية والأجنبية، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي بالجزائر.
13. بحر، يوسف عبد عطية وبلال جمال، الجدي. (2019). "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية: 27 (3): 01-25.
14. بدودة، إنصاف. (2019). "أثر جودة خدمة الرعاية الصحية على رضا المرضى (دراسة مقارنة بين المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف وعبادة الضياء بورقلة)"، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
15. بلحاج، فوزي، والجابري، خالد. (2020م). أثر الابداع التنظيمي في جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية في المستشفيات العاملة في محافظة حضرموت. مجلة جامعة حضرموت للعلوم الإنسانية، المجلد (17)، والعدد (1)، ص 183.
16. بركات، منال طه. (2007م). واقع تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة في ظل الثقافة التنظيمية السائدة في البنوك العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية - غزة.
17. بودور، سناء، وميساء، بولاحة. (2021). "جودة الخدمات الصحية في الجزائر (دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي - ولاية قالمة-)"، مذكرة ماستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر.
18. بن صديق، عبد الرحمن (2020م). جودة الرعاية الصحية وعلاقتها برضا مقدمي الخدمات، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة عدن، اليمن.
19. البكري، ثامر ياسر. (2005). تسويق الخدمات الصحية عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

20. التميمي، وفاه صبحي، عيسى، سيد أحمد حاج. (2014). تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء العاملين دراسة ميدانية عن المستشفيات الجزائرية الخاصة، مجلة جامعة الشارقة دورية علمية محكمة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، م11، ع1، ص ص 31-70.
21. جودة، محفوظ أحمد. (2012). إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، ط1.
22. جديد، رزيقة وبلعيد، حميطوش. (2019). "إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية (دراسة حالة المستشفى ندير محمد)"، مذكرة ماستر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
23. خضير كاظم حمود. (2000). إدارة الجودة الشاملة، الأردن، عمان، دار المسيرة للنشر، ط1.
24. خريف، نادية. (2008). تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
25. خليل، جوادة سمر. (2011). مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا" رسالة ماجستير مقدمة في قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية غزة.
26. خبيزة، حاتم عبد القادر. (2012). السمات الشخصية المميزة لمدرء المؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية. رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة والتنظيم، شعبة إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات الأكاديمية الليبية.
27. خروي، فاطمة عبد الحسن وآخرون. (2021). "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى خاص في جنوب لبنان". المجلة العربية للنشر العلمي: (31): 436-453.
28. ديل، بستر فيلد، وآخرون. (2004م). مبادئ إدارة الجودة الشاملة. ترجمة راشد محمد الحمالي، السعودية، جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع.
29. دبساوي، زاهر عبد الرحمن. (دون سنة نشر). "أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات في جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة قسم الأطفال في مستشفى الأسد الطبي بمدينة حماة)، رسالة ماجستير، الجامعة الافتراضية السورية.

30. ديوب، محمد عباس؛ عطية، هاني رمضان. (2003). إدارة تسويق الخِدْمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي بالقذفية ومشفى الباسل بطرطوس"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 27، العدد 2، ص ص -273. 323.
31. ديون، عبد القادر. (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخِدْمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، العدد 11.
32. دريدي، أحلام. (2014). "أثر استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخِدْمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة - رزيق يونس)"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
33. الدرادكة، مأمون وآخرون. (2001). إدارة الجودة الشاملة، عمان، الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1.
34. الدرادكة، مأمون. (2006). إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
35. زيني، فريدة. (2015). "إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق التميز التنظيمي: دراسة ميدانية في شركة السويدي للكابلات. مجلة الاقتصاد الجديد: 02 (13): 89-114
36. ساعتي، عبد الإله سيف الدين. (2010). إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق. السعودية: مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز.
37. سيكاران، أوما. (2010). طرائق البحث في الإدارة مدخل لبناء المهارات البحثية، الطبعة الأولى القاهرة، مصر: دار المريخ للنشر.
38. السامرائي، مهدي صالح. (2007). إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
39. السامرائي، برهان الدين حسين. (2012). دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة دراسة تطبيقية على مصنع سيراميك رأس الخيمة، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، الامارات العربية المتحدة.
40. شطناوي، خالد رضوان. (2016). "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الفاعلية التنظيمية في المستشفيات الخاصة الأردنية"، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة عمان العربية، الأردن.
41. الشميمري، أحمد عبد الرحمن. (2001). جودة الخِدْمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة، المجلد (41)، العدد (2)، ص ص 401-495.

42. صغيرو، نجاة. (2012). تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المؤسسات، جامعة باتنة، الجزائر.
43. الصالح، وليد يوسف. (2010). "إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية" عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع
44. الطائي حميد، العالق بشير. (2009). تسويق الخدمات: مدخل إستراتيجي، وظيفي، تطبيقي، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع
45. الطويل، أكرم أحمد، وآخرون (2010م). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد (6)، العدد (19)، ص 9
46. عبد الكريم، يحي برويقات. (2009). إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الأيزو 9001، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان.
47. علوان، قاسم نايف، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، الاردن: عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الإصدار الثاني، 2009.
48. عيسى، سيد أحمد حاج. (2012). أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر.
49. العزاوي، محمد. (2005). إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
50. العنزي، عوض خلف، إدارة جودة الخدمات العامة المفاهيم وأساليب التطوير، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط1، 2005.
51. العلي، عبد الستار. (2010). تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الأردن: عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2.
52. العربي، آمال ومكيد، علي. (2020). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها: دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد السادس، العدد الرابع.

53. الغزي، فهد بن عبد الله. (2005). إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة على إدارة مرور مدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
54. فالح، محمد، وآخرون. (2017). تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، جامعة الشلف، الجزائر، العدد 70.
55. الفضل، مؤيد وآخرون، إدارة الجودة الشاملة من المستشفى إلى المستشفى (منهج كمي) الاردن: عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، ط1، 2004.
56. القضاة، حسن صالح سليمان. (2018). أثر إدارة الجودة الصحية في تسويق خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى رابع العام. المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية: 32 (2): 1-43.
57. القحطاني، سعود عبد الله محمد (2022م). مدى تأثير إدارة الجودة في أداء الخدمات الصحية بمستشفى أحد رفيدة العام. مجلة جامعة الملك عبد العزيز للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد (37)، العدد (1)، ص 63.
58. كرادشه، وفاء نايل عطا الله. (2012). "تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن (دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة)"، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
59. كوري، سالم صلاح الدين. (2017). "العوامل المؤثرة في تنفيذ نجاح لإدارة الجودة الشاملة لترقية رضا المستفيدين في المستشفى (دراسة لحالة مستشفى الخمدية التعليمي في مالانج UMM)"، كلية الدراسات العليا، جامعة مولانا مالك إبراهيم الإسلامية، مالانج، إندونيسيا.
60. كواديك، حمزة. (2021). "مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة)". مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية: 05 (02): 267-284.
61. اللوزي، موسى. (2004). إدارة الجودة الشاملة، بحث منشور، المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة الابداع والتجديد- دور المدير العربي في الابداع والتميز - مصر: شرم الشيخ، 27-29 نوفمبر، ص ص 368-393.
62. ماضي، محمد توفيق. (1995). إدارة الجودة الشاملة مدخل متكامل، دار المعارف.
63. محمود، أحمد؛ والعلاق، بشير. (2001). الصفة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تجميعية)، مجلة أربد للبحوث والدراسات، المجلد (3)، العدد (2)، ص ص 135-75.

64. مخيمر، عبد العزيز، والطعامنة، محمد. (2003). الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات "المفاهيم والتطبيقات"، المؤسسة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات.
65. مسعود، موسى عبد المجيد. (2007). "إدارة الجودة الشاملة وأثرها علي جودة الأداء الخدمي" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم إدارة الأعمال، أكاديمية الدراسات العليا.
66. منصور، نعمة عبد الرؤوف. (2005م). تصور مقترح لتوظيف مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المدارس الثانوية في غزة، رسالة ماجستير، فلسطين: غزة، الجامعة الإسلامية.
67. مريزق، محمد عدمان. (2008). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات للصحة بالجزائر، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر.
68. مريزق، عاشور. (2010). "إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات"، مداخلة أقيمت في الملتقى العلمي الوطني حول: إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، المنظم من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة الطاهر مولاي، يومي 07 و08 ديسمبر، سعيدة، الجزائر.
69. مريزق، محمد عدمان. (2012). مدخل في الإدارة الصحية، دار الراية، عمان.
70. موسى، أيمن علي إبراهيم. (2012). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين كفاءة تشغيل وصيانة محطات الرادار، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا والنقل البحري، معهد الانتاجية والجودة، مصر.
71. مباركي، صالح. (2019). "دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوية بسكرة (العيادة متعددة الخدمات أحمد بن رمضان قبائلي)"، مذكرة ماستر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
72. مهداوي، زينب وعبد القادر، بودي. (2017). "أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المتشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية". مجلة مجاميع المعرفة: رقم 05 (عدد أكتوبر 2017): 237-248.
73. المحياوي، قاسم نايف. (2010). إدارة الجودة في الخدمات " عمان: دار الشرق للنشر والتوزيع.
74. الموسوي، لمياء علي إبراهيم. (2012). "أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة والمقارنة المرجعية في تحسين خدمة المستفيد"، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق.
75. المالكي، أحمد محمد. (2018). "متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة"، مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية: 1 (4): 209-234

76. نصيرات، فريد (2007م). الجودة الشاملة والأداء المؤسسي دراسة استطلاعية لآراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص منطقة العاصمة عمان/الأردن. الجامعة الأردنية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد (34)، والعدد (2)، ص 238.
77. النجار، فريد. (2007). إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر.
78. هويدي، رضاء محمد. (2006). "قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة" رسالة ماجستير مقدمة في مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم إدارة الأعمال، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس.
79. الهلة، محمد. (2017). "إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر (دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة)"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
80. يوسف، ردينة عثمان. (2008). التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

ثانيا: المرجع الأجنبية:

1. Aized, Tauseef, **Total Quality Management and Six Sigma**, Marina Jozipovic Typesetting InTech Prepress, Novi Sad Cover InTech Design Team First copy, Croatia, July, 2012.
2. Akhtar, Shehzad and Others, **Impact of Total Quality Management on the Performance of Service Organizations in Pakistan**, International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences, Vol. 3, No.6, Nov 2014
3. Anastasi, Anne (1982) , **"Psychological testing"**, 5th edition, MacGregor publishing company, New York
4. B.T. Shaikh, N. Mobeen, S.I. Azam and F. Rabbani (2008) **Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan**. Eastern Mediterranean Health Journal. 14 (2) , p 447-456.

5. Bo Edvardsson , Bertil Thomsson and John Vretveit , **Quality of Service: Making it Rely Work**, (NewYork: McGraw – Hill Book Company, 1994)
6. Chia-Ming Chang, Chin-Tsuchen, and Cin-Hsien (2002) **A Review of Service Quality in Corporate and Recreational Sport: Fitness Programs**, The sport Journal, 5 (3) , p 5-7.
7. Ching- Chow Yang, 2003, **The establishment of TQM system for the health care industry**, in The TQM magazine, Volume15, Issue2, P94
8. Claude Ah-Teck, J., & Starr, K. (2013). **Principals’ perceptions of “quality” in Mauritian schools using the Baldrige framework**. Journal of Educational Administration, 51 (5) , 680- 704
9. Cronin, Jr & Tylor.S (1992) **Measuring Service Quality: Areexamination & Extension**, Journal of marketing. 4 (56) , p 465.
10. Edward Sallis, **Total Quality Management in Education, the Taylor & Francis e-Library**, 2005, fourth edition.
11. Evans, James R & Collier David A, (2007) **Operations Management**, Thomson South Western, Boston.
12. Evans, James R (1993) **Applied production and operation management**, West publishing Co.
13. Faisal Talib, Zillur Rahman, 2011, **Best practices of total quality management implementation in health care setting**, in Health marketing quarterly magazine, Volume 28, Issue 3. 2011, P 234-235
14. Goncalves K.P, (1998) **Services Marketing: A strategic Approach**, Prentice –Hall, New Jersey.

15. khairulnizam zahari& Norhayati zakuan, **The effects of total quality management on the employee performance in malaysian manufacturing industry**, International Journal of Management and Applied Science, ISSN: 2394-7926 Volume-2, Issue-12, Special Issue-1, Dec.-2016
16. Kwan. Paule, **Application of Total Quality Management in Education: Retrospect and Prospect. The international**, journal of Educational Management, Vol. 10, N°5, 1996.
17. Lovelock, C (1996) **Service Marketing**, Prentice-Hall, International Edition, New York
18. Lovelock, C. H. (1991) **Understanding costs and Developing Pricing strategies**, service marketing, New York: Prentice Hill. 12.Netter Oliver (2000) Customer Satisfaction, Paris, France.
19. Motwaini, J. 2001. **Measuring Critical Factors of TQM**. Measuring Business Excellence, 5 (2): 7-10.
20. Motwani, J., Brasier, L. 1996. **Implementing TQM in the Health Care Sector**, HCMR, 21 (1): 73-82.
21. Nechi ndubuisi.h. **Impact of total quality management on organizational productivity (a case study of ama brewery)**, 9th mile corner, enugu, PG/MBA, University of Nigeria Enugu Campus ,2012.
22. Nwabueze, U., Kanji, G. 1997. **The Implementation of Total Quality Management in the NHS: How to Avoid Failure**, Total Quality Management, 8 (5): 265-80.
23. Parasuraman A., Zeithaml, Valarie A., & Berry Leonard (1988) **SERVQUAL: A Multiple-Item Scale Measuring –Customer Perceptions of Service Quality**, Journal of Retaili, 64 (1) p 12-14

24. Shaahril Shafie, Dr. Wan Nursofiza, Sudin Haron (2004) **A Dopting & Measuring Customer Servece Quality in Islamic Banks: A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad**, Journal of Management & Islamic Finance Research, 1 (1) p5.
25. Slack , Nigel & Chambers , Stuart & Johnston , Robent , (2004) **Operations Management** , Prentice –Hill, New York.
26. Stevenson, William J (2005) **Operations Management**, McGraw –Hill , New York.
27. Suprihanto, J. & Meliala, A. (2018). **The Relationship Between Internal Marketing and The Organizational Commitment of Doctors and Nurses at Mardi Waluyo Hospital**, Metro Lampung Indonesia. International Journal of Healthcare Management, 11 (2) , 79-87.
28. Zeithaml, Valarie A. and Britner M., (2003) **Services Marketing Integrating Customer**, Focus across the Firm, McGraw-Hill, New York.

الملاحق

ملحق رقم (1) استبانة الدراسة الاستطلاعية



الجمهورية اليمنية
جامعة الريان
عمادة الدراسات العليا
كلية العلوم الإدارية
قسم إدارة الأعمال

استبانة الاستبيان الاستطلاعي

أخي / اختي المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بساحل
حضرموت

تحية طيبة وبعد،

هذه الاستبانة تهدف إلى استطلاع الآراء حول جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بساحل
حضرموت، وذلك لغرض تحديد مشكلة الدراسة لبحث الماجستير في إدارة الأعمال، وقد تم تصميم هذه
الاستبانة بغرض جمع البيانات التي تساعد في إتمام هذه الدراسة الاستطلاعية.

لذا يرجى التكرم بالمساعدة قدر الإمكان من خلال الإجابة الدقيقة على أسئلة هذه الاستبانة، علماً
بأن جمع المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير والشكر على المساعدة،،،،،،،،

الباحث

محمد علي صالح باحکم

يرجى وضع علامة (√) امام الاجابة التي تناسبك:

ت	السؤال	اوافق بشدة	اوافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	المستشفى موجود في مكان يسهل الوصول اليه.					
2	يتوفر اماكن كافية لوقوف سيارات المراجعين والزوار وقربه من المستشفى.					
3	يوجد لوائح ارشادية للمرضى والمراجعين.					
4	يمكن الوصول الى المكان المطلوب داخل حرم المستشفى بسهولة ويسر.					
5	خدمات الإدخال ومراجعة السجلات الطبية سهلة وميسرة.					
6	تتوفر في المستشفى المرافق العامة وسهولة الوصول اليها.					
7	وضوح البطاقات التعريفية بالأمكان والكوادر العاملة مما يسهل الوصول للأشخاص المعنيين.					
8	تنفذ الخدمة من مقدميها بشكل كامل ووافي.					
9	يتواجد الموظفين في اماكن عملهم وسهولة الوصول اليهم.					
10	سهولة تقديم الاقتراحات والشكاوى وتوفير الطرق المناسبة لذلك.					
11	وجود آلية فعالة وسريعة للتعامل مع الشكاوي والاقتراحات.					
12	حسن الاستقبال واللباقة في التعامل وحسن المظهر من قبل الموظفين.					
13	الحصول على الوقت الكافي للاستفسار والاستيضاح من الموظفين.					
14	الخدمة المقدمة افضل من المرة السابقة.					
15	الحصول على الفحوصات المخبرية والسريية الكافية والتشخيص السريع.					
16	الحصول على المعلومات الكافية من خلال الاتصال بالاستعلامات.					
17	استخدام الأنظمة الحاسوبية في حجز المواعيد والحصول على نتائج الفحوصات.					
18	الحرية في اختيار مقدم الخدمة.					
19	وجود الخدمات المساندة لدوي الاحتياجات الخاصة.					
20	وجود أماكن جلوس وانتظار المواعيد، مريحه ولائقة.					

ملحق رقم (2) استبانة الدراسة (استمارة مقدم الخدمة)



الجمهورية اليمنية

جامعة الريان

عمادة الدراسات العليا

كلية العلوم الإدارية

قسم إدارة الأعمال

الأخ العامل / العاملة (مقدم الخدمة)

تحية طيبة وبعد،

هذه الاستبانة تهدف إلى دراسة إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، وقد تم تصميم هذه الاستبانة بغرض جمع البيانات التي تساعد في إتمام هذه الدراسة. لذا يرجى التكرم بالمساعدة قدر الإمكان من خلال الإجابة الدقيقة على أسئلة هذه الاستبانة، علماً بأن جمع المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير والشكر على المساعدة،،،

الباحث

محمد علي صالح باحکم

الجزء الأول: البيانات الشخصية:

يرجى وضع إشارة (√) أمام المربع الذي يناسبك:

(1) اسم المستشفى:

- مستشفى ابن سينا مستشفى المكلا (باشراحيل) مستشفى الشحر مستشفى الغيل

(2) الجنس: ذكر أنثى

(3) العمر:

- 18-27 سنة 28-37 سنة 38-47 سنة أكبر من 47 سنة

(4) المؤهل:

- أقل من ثانوي ثانوي دبلوم بعد الثانوية جامعي ماجستير دكتوراه

(5) الوظيفة التي تشغلها:

- قيادي إداري أخصائي طبيب عام تمريض صيدلي مختبري فني

(6) عدد سنوات الخبرة:

- أقل من 5 سنوات 5-10 سنوات 11-15 سنة 16-20 سنة 21-25 سنة أكثر من 25 سنة

الجزء الثاني الفقرات: (أبعاد إدارة الجودة الشاملة)

يوجد في هذا الجزء مجموعة من الفقرات ذات العلاقة بمدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية من فضلك ضع علامة (√) أمام الخيار المناسب:

رقم الفقرة	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق بشدة	غير موافق
أولاً: دعم ومساندة الإدارة العليا						
1	تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق خطة واضحة تتعلق بالجودة محددة بأهداف معينة.					
2	تُعَدُّ إدارة المستشفى الجودة شعارًا لها وتلتزم به عن قناعة.					
3	نقوم إدارة المستشفى بتطوير المعارف ودعم برامج التدريب في مختلف الأقسام.					
4	تقوم إدارة المستشفى بنشر ثقافة الجودة في جميع الأقسام.					
5	تشجع إدارة المستشفى موظفيها على الإسهام في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.					
6	تقوم إدارة المستشفى بتوفير التسهيلات الكافية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.					
7	تشجع إدارة المستشفى العاملين باتخاذ قرارات لحل بعض المشكلات لتلبية حاجات المريض بدون الرجوع إليها.					
8	تعمل إدارة المستشفى على توفير كافة الموارد اللازمة للتطوير المستمر في أقسامها.					

					تأخذ إدارة المستشفى في اعتباراتها تحقيق الأهداف الطويلة المدى.	9
					تسعى إدارة المستشفى إلى تقديم الدعم اللازم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.	10
ثانياً: التخطيط الإستراتيجي للجودة						
					تقوم إدارة المستشفى بوضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة.	11
					تهتم السياسات والخطط الإستراتيجية باحتياجات المرضى.	12
					يتم تحقيق التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمستشفى بشكل منتظم.	13
					يتم تجميع معلومات تفصيلية ومن ثم تحليلها لتساعد في وضع إستراتيجية وسياسات المستشفى.	14
					تستخدم إدارة المستشفى تحليل (نقاط القوة والضعف) للمستشفى لمراجعة وتحديث إستراتيجيات العمل.	15
					تعتمد إدارة المستشفى على التغذية الراجعة في تعديل سياسات وإستراتيجيات العمل.	16
					تأخذ إدارة المستشفى التغير في رغبات المرضى في الحسبان عند رسم الخطط المستقبلية للمستشفى.	17

					تخصص إدارة المستشفى الموارد المختلفة من تكنولوجيا ونظم معلومات لتحقيق الأهداف.	18
					تسعى إدارة المستشفى إلى تحديد واستغلال الوقت بطريقة أفضل.	19
					تتبنى إدارة المستشفى خطة إستراتيجية لتحقيق الجودة في جميع الأقسام.	20
					تقدم إدارة المستشفى تفاصيل عن مراحل خطة التغيير التي تسعى إليها.	21
ثالثاً: التحسين المستمر						
					يعد التحسين المستمر مسؤولية جميع الأقسام المختلفة في المستشفى.	22
					تسعى المستشفى إلى تحمل مسؤولياتها اتجاه المرضى من خلال التحسين والتطوير المستمر للخدمات المقدمة.	23
					تنظر المستشفى إلى التحسين والتطوير المستمر على أنه جزء لا ينفصل من متطلبات الجودة الشاملة.	24
					يتم تقييم مختلف عمليات وإجراءات الخدمات بصورة مخططة ومنتظمة لهدف إحداث التغيير والتطوير.	25
					تحرص المستشفى باستمرار على تقليل الفجوة بين جودة الخدمات المقدمة والجودة المتوقعة لتلك الخدمات.	26

					35	تحرص المستشفى على اختيار العاملين بعناية فائقة للقيام بوظائفهم، ومؤهلين بشكل كبير لحل مشكلات الجودة.
					36	يتم يتدرب العاملين في المستشفى باستمرار على مبادئ الجودة والعمل بروح الفريق.
					37	يتم دمج العاملين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المستشفى.
					38	تأخذ المستشفى باقتراحات العاملين لديها في كل ما يؤدي الي تحسين جودة العمل.
					39	يشارك العاملون في تحقيق الجودة ومسؤولية النتائج المتحققة.
					40	يوجد لدى المستشفى أقسام متخصصة بالجودة أو فرق عمل تسعى لتحسينها وتطويرها.
					41	تمتلك المستشفى العديد من عوامل الاتصال والربط الفعالة مع العاملين فيها.
					42	يُشجع العاملون على تطوير وتحسين جودة الخدّمات المقدمة من خلال برامج التحفيز.
					43	توفر المستشفى للعاملين فيها ظروف عمل تتصف بالسلامة المهنية.
خامسًا: التركيز على المستفيد (المريض)						

					تؤمن المستشفى أن الجودة تتحدد عن طريق تلبية حاجات وتوقعات المرضى .	44
					تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى من خلال تحقيق احتياجاتهم.	45
					يتم دراسة احتياجات المرضى والعمل على إشباعها من خلال تطوير الخدمات المقدمة لهم	46
					تقوم المستشفى بالاستعانة بشكاوى وتظلمات المرضى من أجل تطوير الخدمات المقدمة.	47
					تحرص المستشفى على تقديم الخدمات لتلبية حاجات ورغبات أكبر عدد من المرضى .	48
					تتصف المستشفى بسرعة تلبية رغبات وتوقعات المرضى .	49
					تسعى المستشفى إلى رفع مستوى الالتزام اتجاه المرضى من خلال سياسات تشجع المرضى على الولاء.	50
					تقوم المستشفى بمتابعة ما بعد تقديم الخدمة، وذلك لتقييمها ومعرفة مدى رضا المرضى عنها.	51
					يتم الاستماع إلى ما يحتاجه المرضى وما يتوقعونه من الخدمات المقدمة لديهم من قبل المستشفى.	52

					يتم الخروج عن الإجراءات والقوانين أحياناً كثيرة لأجل تقديم الخدمة الصحية للمرضى.	53
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------	----

ملحق رقم (3) استبانة الدراسة (استمارة المستفيد)



الجمهورية اليمنية

جامعة الريان

عمادة الدراسات العليا

كلية العلوم الإدارية

قسم إدارة الأعمال

أخي / أختي المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت

تحية طيبة وبعد،

هذه الاستبانة تهدف إلى دراسة إدارة الجودة الشاملة وأثرها في جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية في المستشفيات الحكومية بساحل حضرموت، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، وقد تم تصميم هذه الاستبانة بغرض جمع البيانات التي تساعد في إتمام هذه الدراسة.

لذا يرجى التكرم بالمساعدة قدر الإمكان من خلال الإجابة الدقيقة على أسئلة هذه الاستبانة، علماً بأن جمع المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير والشكر على المساعدة،،،

الباحث

محمد علي صالح باحکم

الجزء الأول: البيانات الشخصية:

يرجى وضع إشارة (√) أمام المربع الذي يناسبك:

(1) اسم المستشفى الذي تلقيت فيه الخدمة الطبية:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | مستشفى ابن سينا | <input type="checkbox"/> | مستشفى المكلا (باشراحيل) |
| <input type="checkbox"/> | مستشفى الشحر | <input type="checkbox"/> | مستشفى الغيل |

(2) الجنس: ذكر أنثى

(3) العمر:

- 18 - 27 سنة 28-37 سنة 38-47 سنة أكبر من 47 سنة

(4) المؤهل:

- أقل من ثانوي ثانوي دبلوم بعد الثانوية جامعي ماجستير
- دكتوراه

الجزء الثاني الفقرات: (أبعاد جودة الخدمة الصحية)

يوجد في هذا الجزء مجموعة من الفقرات ذات العلاقة بأبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية من فضلك ضع علامة (√) أمام الخيار المناسب:

بدائل الإجابة ودرجتها					ت	البُعد والفقرات الخاصة به
لا	لا	محايد	أتفق	أتفق كلياً		
أُتفق كلياً	أُتفق					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
بعد الملموسة Tangibility يتمثل بالمؤسسات المادية والمعدات ومظهر العاملين ومعدات الاتصال بالمستشفى						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	توجد في المستشفى أحدث المعدات الطبية الخاصة بعلاج وتشخيص المرضى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	توجد في المستشفى غرف ترقيد نظيفة ومريحة للمرضى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	يهتم الكادر الطبي والإداري بالمظهر الأنيق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	توجد لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى المرافق المطلوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	يتميز المستشفى بموقع مناسب يسهل الوصول إليه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	تتميز أقسام المستشفى بتصميم يسهل للمرضى الوصول إلى الخدمات المقدمة لهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	يتوافر في المستشفى مرافق عامه نظيفة ومريحة ومناسبة للمرضى والمرافقين؛ مصلى، قاعة انتظار، حدائق، دورات مياه، مواقف سيارات

بدائل الإجابة ودرجتها						
لا أتفق كليًا	لا أتفق	محايد	أتفق	أتفق كليًا	بُعد الاعتمادية Reliability القدرة على أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق في المستشفى	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
<input type="checkbox"/>	يلتزم المستشفى بتقديم الخِدْمات الصحية المطلوبة للمرضى في الوقت المحدد	8				
<input type="checkbox"/>	يجري تقديم الخدمة الصحية في المستشفى للمرضى بطريقة صحيحة من أول مرة	9				
<input type="checkbox"/>	يشعر المرضى باهتمام مميز من العاملين في المستشفى	10				
<input type="checkbox"/>	يحفظ المستشفى بسجلات دقيقة وسرية عن حالات المرضى	11				
<input type="checkbox"/>	تتوافر في المستشفى جميع التخصصات الطبية التي يحتاجها المرضى	12				
<input type="checkbox"/>	يقدم المستشفى آلية مناسبة لحجز المواعيد بسهولة ويسر	13				
بدائل الإجابة ودرجتها						
لا أتفق كليًا	لا أتفق	محايد	أتفق	أتفق كليًا	بُعد الاستجابة Responsiveness الاستعداد لمساعدة المرضى وتقديم خدمة حقيقية وسريعة لهم في المستشفى	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
<input type="checkbox"/>	يهتم المستشفى بإشعار المرضى بمواعيد تقديم الخِدْمات الصحية لهم	14				
<input type="checkbox"/>	يستجيب العاملون بالمستشفى فوراً لاحتياجات المرضى دون تأخير	15				
<input type="checkbox"/>	يقوم مقدمو الخدمة بالرد على استفسارات وشكاوى المرضى	16				

<input type="checkbox"/>	17	يستجيب العاملون بسرعة في حل مشكلات المرضى غير المتوقعة				
<input type="checkbox"/>	18	يتم تقديم الخدمات الصحية بنفس النمط لجميع المرضى				
<input type="checkbox"/>	19	ييدي مقدم الخدمة في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى				
<input type="checkbox"/>	20	تسهل المستشفى إجراءات الحصول على الخدمات الصحية للمرضى				
لا أتفق كلياً	لا أتفق	محايد	أتفق	أتفق كلياً	Assurance بعد الأمان	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	إعطاء مقدم الخدمة الثقة والأمان ليكون متلقي الخدمة مطمئن قبل وبعد تلقي الخدمة	
<input type="checkbox"/>	21	يثق المرضى بالعاملين داخل المستشفى				
<input type="checkbox"/>	22	يشعر المرضى بالأمان عند تعاملهم مع العاملين في المستشفى				
<input type="checkbox"/>	23	يتصف الكادر الطبي العامل في المستشفى على الدوام بالأدب واللباقة العالية في أداء مهامهم				
<input type="checkbox"/>	24	يملك الكادر الطبي في المستشفى المعرفة لكافية للإجابة عن استفسارات المرضى				
<input type="checkbox"/>	25	يتميز العاملون في المستشفى بالاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى				
<input type="checkbox"/>	26	يؤدي سلوك العاملين إلى تعزيز ثقة المرضى بالمستشفى				
<input type="checkbox"/>	27	يحافظ مقدمو الخدمة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى				
<input type="checkbox"/>	28	يتمتع المستشفى بسمعة طيبة بين أفراد المجتمع				

بدائل الإجابة ودرجتها					Empathy بُعد التعاطف درجة الرعاية المقدمة والاهتمام الفردي للمرضى بالمستشفى
لا أتفق كلياً	لا أتفق	محايد	أتفق	أتفق كلياً	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<input type="checkbox"/>	يعطي العاملون في المستشفى اهتماماً كافياً لجميع المرضى 29				
<input type="checkbox"/>	يعطي العاملون في المستشفى المرضى الاهتمام الشخصي 30				
<input type="checkbox"/>	تمثل رغبات المرضى موضع اهتمام عالٍ من العاملين في المستشفى 31				
<input type="checkbox"/>	يقدر مقدمو الخدمة في المستشفى ظروف المريض ويتعاطفون معه 32				
<input type="checkbox"/>	يراعي العاملون في المستشفى عادات وتقاليد المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية 33				
<input type="checkbox"/>	يتعامل مقدمو الخدمة في المستشفى بروح مرحة طيبة مع المرضى 34				

ملحق رقم (4) أسماء المحكمين لأداة الدراسة

الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
الدكتور عبد الله سالم بن غوث	أستاذ	طب مجتمع	جامعة حضرموت
الدكتور خالد محمد الجابري	أستاذ م	إدارة أعمال	جامعة حضرموت
الدكتور محسن محمد بن كليب	أستاذ م	إدارة أعمال	جامعة حضرموت
الدكتور منير الجعيدي	أستاذ م	إدارة أعمال	جامعة حضرموت

Abstract

This study aimed to identify the impact of total quality management on the quality of health services in government hospitals in the coastal area of Hadhramout. A descriptive-analytical approach was employed, and the study population was workers from the hospitals under study; they were 1,370 workers and also beneficiaries from the hospitals under study (an unframed population). A simple random sample of 302 individuals was taken from workers in hospitals and 384 individuals from beneficiaries of hospitals, according to the Uma Sekaran table. Data was collected through a questionnaire tool, and after distribution of the questionnaire, 300 questionnaires were retrieved from employees and 380 questionnaires from beneficiaries. The study concluded with several results, the most important of which were that the level of total quality management in government hospitals in the coastal area of Hadhramaut was average and that the level of quality of health services was also average. There was a statistically significant impact between total quality management in its dimensions and the quality of health services in its dimensions. In addition, there were statistically significant differences between the average responses of the study sample based on years of experience, but no significant differences based on personal and job-related variables such as gender, age, and educational qualifications. Based on these results, the study recommended that hospital management prioritize total quality management and provide training programs for all employees.

Republic of Yemen
Ministry of Higher Education
& Scientific Research
Al-Rayan University
Faculty of Higher Studies



**Total Quality Management and Its Impact on the
Quality of Health Services on Government Hospitals in the
Coastal Area of Hadhramout Governorate- Field Study**

**A Thesis Submitted to Al-Rayan University in Fulfillment of the
Requirements for the Master's Degree in Business Administration**

By
Mohammad Ali Saleh Bahkam

Supervisor
Dr. Salah Omer Belkhair

1444/م/2023هـ

Republic of Yemen
Ministry of Higher Education
& Scientific Research
Al-Rayan University
Faculty of Higher Studies



**Total Quality Management and Its Impact on the
Quality of Health Services on Government Hospitals in the
Coastal Area of Hadhramout Governorate- Field Study**

**A Thesis Submitted to Al-Rayan University in Fulfillment of the
Requirements for the Master's Degree in Business Administration**

**By
Mohammad Ali Saleh Bahkam**

**Supervisor
Dr. Salah Omer Belkhair**

1444/م 2023