

أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية

المقدمة بمستشفى تراي بوجمة - بشار

د. بودية بشير

جامعة طاهري محمد - بشار - الجزائر

bbachirboudia@gmail.com

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر الموظفين، وأثرها على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى. 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.

الكلمات المفتاحية: أبعاد جودة الخدمة، إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمة الصحية، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، المستشفى.

Abstract:

The study aims to identify the staff's viewpoint of the availability of the total quality principles management, in the Algerian public health organizations, and their impact on the quality of health services provided at the hospital. The study came up with the following major conclusions: an awareness among members of the study sample towards the importance of applying total quality management in the hospital; the quality level of service provided is not unacceptable for hygiene; a lack of modern equipment; the slowdown and the delay in providing the service; and an existing impact of the availability of the total quality principles management on the quality of provided health service management.

Keywords: Dimensions of Quality (ServQual)-hospital-quality of health service -the principles of total quality management-total quality management.

JEL Classification: M1.

مقدمة

يرجع الاهتمام بموضوع الجودة في مجال القطاع الصحي إلى جهود العديد من الباحثين، الذين حاولوا منذ القدم الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية، كونها ترتبط بصحة وسلامة حياة الإنسان، ومحاربة المرض والسيطرة عليه، ونظراً إلى النتائج العظيمة التي حققتها أساليب الجودة في القطاع الصناعي، فقد تم تبني هذه الأساليب في قطاع الخدمات، مع تعديلها بما يتماشى مع طبيعة وخصائص الخدمة الصحية.

وتظهر نتائج الجودة العالية للخدمات الصحية في رضا المرضى والمجتمع بشكل عام، والموظفين والموردين، والأداء الأفضل للمنظمة (Lam, 1997). ويؤدي تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، إلى انخفاض التكاليف وزيادة والإنتاجية وإتاحة أفضل خدمة للمستفيدين، مما يعزز الأداء التنظيمي ويوفر علاقات عمل طويلة الأجل للموظفين والموردين (Lee, Khong and Ghista, 2006).

ونظراً لأهمية الخدمات الصحية لكل فرد من أفراد المجتمع، سواء كانت هذه الخدمات وقائية، أو علاجية، أو جراحية، بغض النظر عن قدراته المادية في دفع ثمنها، فإن الحكومات مطالبة بتجسيد هذا الحق، والتكفل به عن طريق توفير الخدمات الصحية الضرورية، وبالجودة المقبولة إلى مواطنيها لغرض تحقيق المصلحة العامة، ورفع المستوى الصحي لكافة شرائح المجتمع (Raymond, Karen and Terry, 2015, p71).

ونتيجة لهذه الحاجة ظهر التوجه نحو إدارة الجودة الشاملة، كعلم له نظرياته ومقوماته يساعد تطبيقه المنظمات الصحية، على رشادة استخدام مواردها المحدودة والتي تتصف بالندرة وارتفاع تكلفتها، وتحقيق الهدف الأساسي وهو تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وبأقل تكلفة ممكنة.

- إشكالية الدراسة: إن المؤسسات الصحية الجزائرية تواجه كغيرها من المؤسسات تحولات ذات أهمية قصوى، حيث أن الخدمات الصحية تزداد تنافسية خاصة مع تقدم التقنيات الطبية وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا، ومن أجل بقاء سمعة ومكانة المؤسسة الصحية العمومية في المجتمع باعتبارها الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية لكافة المواطنين، فهي مطالبة أكثر من غيرها بتبني برامج إدارية تتسم بالشمولية والدوام تساعد على تحسين جودة خدماتها، والارتقاء إلى مستوى الذي يتطلع إليه المواطنون، وتساعد في الرفع من أداء الموظفين، وتطوير الوسائل والتجهيزات الطبية، بما يعزز مكانتها التنافسية أمام المستشفيات الخاصة.

انطلاق مما سبق تحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

كيف يمكن لتبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية من تحسين جودة الخدمة

الصحية المقدمة؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى تراي بوجمة من وجهة نظر الموظفين؟
- ما مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر المرضى المقيمين في مستشفى تراي بوجمة؟
- هل هناك علاقة تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى تراي بوجمة على جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمريض؟

- **فرضيات الدراسة:** لمعالجة موضوع البحث تم صياغة الفرضيات التالية:

أ. الفرضية الرئيسية:

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ب. الفرضيات الفرعية:

H_{01} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة.

H_{02} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية.

H_{03} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة.

H_{04} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان.

H_{05} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف.

- **أهمية وأهداف الدراسة:** تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية إدارة الجودة الشاملة في تسيير الجودة في المؤسسات الصناعية والخدمية على حد سواء، والتي ظهرت فوائدها عملياً من خلال التطبيق الفعلي لها، بالإضافة إلى أهمية الدور الذي تلعبه جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المرضى والذي يعد الغاية الأسمى الذي تسعى إليه كل مؤسسة صحية. أما الأهداف فتتلخص فيما يلي:

- التعرف على اتجاهات الموظفين بالمستشفى تجاه مستوى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومقارنتها مع مستوى جودة الخدمة المقدمة في المستشفى.

- التعرف على اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفى تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً، ومقارنتها بجودة الخدمة الطبية المتوقعة من جانبهم.

- تحليل وتحديد طبيعة العلاقة والأثر بين تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية المقدمة.

1. الجانب النظري

1.1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة

برزت فكرة إدارة الجودة الشاملة كعنوان شامل عام 1988م (خالد بن سعد، 2012)، لتعبر عن عملية تحسين الجودة، وهي عبارة عن أسلوب إداري جديد يستخدم في إدارة مختلف المنظمات، حيث يتضمن هذا الأسلوب وصف العمليات الإنتاجية والتعديلات المقترحة التي تساعد في تحسين الجودة وبشكل مستمر. وهي تهدف إلى التحقق من مفهومي الشمولية والتكاملية، فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية المنتجات التي يتوقعها المستفيدين، ويقصد بالتكاملية أن جميع النظم والبرامج الفرعية يعتمد بعضها على بعض، في شكل تكامل أفقي بين جميع الإدارات والأقسام، لكي يتم الارتقاء بمستوى جودة الخدمات المقدمة وجودة النظام الإداري.

أ. تعريف إدارة الجودة الشاملة: يعرف كالوزني، وماكلوغلين، وسيمبسن (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992, p257) إدارة الجودة الشاملة بأنها: مدخل نظامي قائم على المشاركة في التخطيط وتنفيذ عملية التحسين المستمر للمنظمة، ويركز هذا المدخل على إرضاء وتلبية توقعات الزبون، تحديد المشاكل، زيادة الشعور بالانتماء، وتعزيز فكرة المشاركة في اتخاذ القرار عند العمال. وتطبق إدارة الجودة الشاملة أدوات تحليلية مثل الخرائط التدفق والخرائط الإحصائية وقوائم الاختبار لجمع البيانات حول الأنشطة المتعددة داخل المنظمة. وتستخدم إدارة الجودة الشاملة تقنيات للعملية الإنتاجية مثل المجموعات الصورية والعصف الذهني وتكوين اتفاق جماعي لتسهيل عمليات الاتصال واتخاذ القرار.

ويرى فليب كروسي (Crosby, 1986, p.24) بأنها: الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، كما أنها الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التي تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمراً ممكناً.

أما أوماتشونو (Omachonu, 2004, p.472) فيعرف إدارة الجودة الشاملة للخدمة (TSQM) بأنها: مفهوم يحدد الجودة ويعرفها في إطار تجربة الزبون في مجال الخدمات، وتتأثر تجربة الزبون وما يلحقها من إدراك بالجودة بالمكونات الملموسة وغير الملموسة للخدمات المقدمة، وبما يحدث بعد خروج الزبون من نظام تقديم الخدمة. وتبدأ إدارة الجودة الشاملة للخدمة بالتزام الإدارة العليا ويجب أن تعمم على جميع مستويات المنظمة.

- مبادئ إدارة الجودة الشاملة: اقتناع ودعم الإدارة العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة: تعد مساندة والتزام الإدارة العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة من أهم عناصر نجاح تطبيقها في المنظمة، لأنها استراتيجية ينبغي أن تنبع من قمة هرم الهيكل التنظيمي، ولا يمكن تصور نجاح أي مشروع بدون دعم وتأييد الإدارة العليا، وينبغي لإدارة المنظمة أن

تمتلك صفات قيادية تجعلها تؤثر وبصورة طوعية على العاملين وخلق الرغبة لديهم لتحقيق أهداف المنظمة أو تحقيق ما يتجاوز هذه الأهداف (نايف علوان، 2006).

- التركيز على العميل: إن معيار النجاح لأية منظمة تقدم منتجاتها أو خدماتها للجمهور هو مدى رضا المستفيدين منها، ومن هذا المنطلق يتحتم على المنظمة الفهم الجيد لاحتياجاتهم الحالية والمستقبلية وتحقيق متطلباتهم والحرس على تجاوز توقعاتهم (Detrie, 2001)، حيث يمثل العملاء الركيزة الأساسية لإدارة الجودة الشاملة لذا تسعى المنظمة 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 (الخلف، 1997).

- مشاركة العاملين: ينظر خبراء الجودة الشاملة إلى مشاركة العاملين على أنها مبدأ أساسي من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، ويقرون أن كل فرد من أفراد التنظيم معني بالمشاركة في تقديم سلع وخدمات ذات جودة عالية وبأقل تكلفة، ويعد إشراك العاملين في عملية اتخاذ القرار ضرورية جداً وهامة على أساس أن العامل هو الذي يقدر الجودة (الشراري، 2011)، وهذا يتطلب من الإدارة العليا تصميم برنامج تدريبي وتأهيلي للأفراد على تطبيق الجودة الشاملة ونظام حوافز مناسب لتنمية روح الانتماء لديهم والتشجيع على العمل ضمن فريق واحد.

- التحسين المستمر: يؤكد رواد الجودة على أهمية التحسين المستمر، والذي يهدف إلى إدخال التحسينات اللازمة والمستمرة على عمليات تقديم المنتج أو الخدمة في ضوء البيانات المتجددة والناجئة عن تغير حاجات المستفيدين واحتياجات الأسواق والمجتمع (نايف علوان، 2006)، للوصول إلى حالة الكمال المنشودة (السامرائي، 2007).

- التخطيط الاستراتيجي للجودة: ينبغي أن يكون لإدارة الجودة الشاملة رؤية مستقبلية محددة وأهداف بعيدة المدى تسعى المنظمة لتحقيقها، وبما أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب مشاركة جميع أفراد المنظمة فإن هذا لا يتحقق إلا بوجود خطة استراتيجية تنسق هذه الجهود وتوحيدها (الخلف، 1997).

2.1 مفهوم المستشفى

أ. تعريف المستشفى: عرفت المنظمة الصحية العالمية المستشفى بأنه: جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما يعد أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية (منظمة الصحة العالمية، 1980، 6).

ب. وظائف المستشفى: تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن البعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشاءها، إلا أن هناك خمسة وظائف أساسية، أوصت بها لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (ساعاتي، 2010) هي:

- الوظيفة العلاجية: تعتبر الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى، حيث يقدم خدماته للمرضى من خلال العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ والعيادات الداخلية بشكل مستمر، ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة إدارات بشرية متخصصة من أطباء وممرضين وإداريين.

- الوظيفة الوقائية: تعد مساهمة المستشفى في الوقاية من الأمراض جزءاً من أخلاقياته 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.

- وظيفة التدريب والتعليم: تمثل المستشفيات المكان الأنسب والأمثل للتعليم والتدريب الطبي والتمريض وكافة العلوم الطبية المساعدة، حيث أصبحت في العصر الحالي مركزاً هاماً لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه طبية وتطوير مهاراتهم وقدراتهم وزيادة فعالية الأدوار التي يؤدونها.

- الوظيفة البحثية: تعد المستشفيات مجالاً خصباً لإجراء البحوث والدراسات الطبية في مختلف مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى 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 وجود هيئة متخصصة تشرف على ذلك، وقد تكون هذه البحوث حول معرفة فاعلية أساليب التشخيص المتبعة، أو فاعلية عقاقير، أو تطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة، أو أي إجراءات طبية متخذة وغيرها.

- 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 1959م من مد خدمات المستشفى خارج أسوارها لتشمل كل من خدمات العيادة الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية اللاحقة، والتأهيل الطبي، والتثقيف الصحي والتطعيم.

3.1 مفهوم جودة الخدمة الصحية

إن تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً، وذلك بسبب طبيعتها وخصائصها غير الملموسة، وهي أكثر صعوبة في التحديد والقياس مقارنة بالقطاعات الأخرى (Zabada, Rivers and Munchus, 1998)، وهي تتميز عن السلعة في أنها غير قابلة للمس، وعدم التجانس، والتزامن في الإنتاج والتسليم، كلها تجعل من الصعب تحديد وقياس الجودة (McLaughlin and Kaluzny, 2006). ومن صعوبات أيضاً الطبيعة المعقدة للممارسات الرعاية الصحية، المصالح المختلفة للمشاركين في تقديم الرعاية الصحية، والاعتبارات الأخلاقية (Eiriz and Figueiredo, 2005).

أ. تعريف جودة الخدمة الصحية: في سنة 1933م، عرف لبي وجونس Lee et Jones جودة الخدمة الطبية على أنها: تطبيق جميع أنواع الخدمات الطبية الحديثة، لتلبية احتياجات الناس (Jacquerye,1999, p10). أما بلمر، ودونايديان، وبوفار (Palmer, Donabedian, Povar,1991, p270) فقد عرفوا الرعاية الصحية على أنها: نتاج تحسين الصحة وتلبية حاجة السكان في حدود التكنولوجيا المتوفرة، والموارد، وظروف المستهلك. ووصفها ويليمسون (Williamson,1978) بأنها: قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة، مع بذل الجهود اللازمة لتعديل، وتحسين مستوى هذه الخدمة.

وحسب اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب (Lohr ,1990,p21) فإن الجودة الصحية هي: درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها: التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة، وسوء التغذية (الديوجي، 2003، ص14).

ب. أبعاد جودة الخدمة: في سنة 1988 قام باراسورامان، وزيثامل وبري (Parasuraman, Zeithmail and Berry,1988) بدمج الأبعاد العشرة التي توصلوا لها في دراستهم سنة 1985م (Parasuraman, Zeithaml and Berry,1985) في خمسة أبعاد هي: الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف. بحيث اعتبروا أن التعاطف يتضمن (الاتصال، المصادقية، الأمان، الكفاءة، الجمالة) أما الأمان يشمل كل من (فهم/معرفة الزبون وإمكانية الحصول على الخدمة):

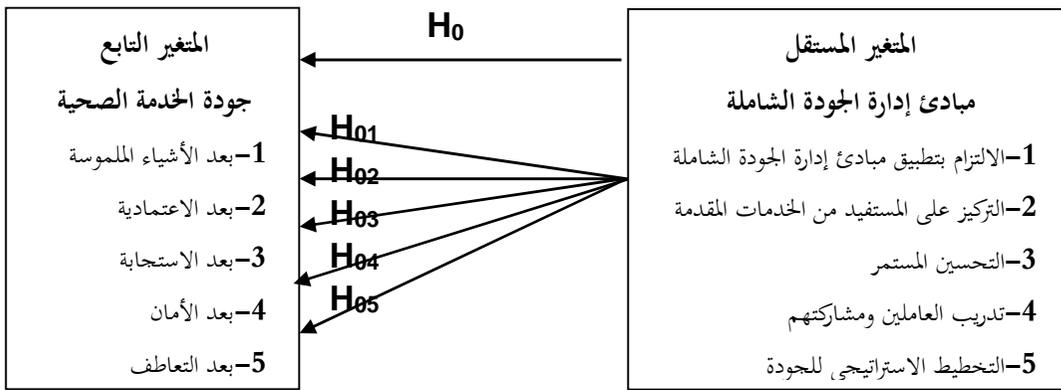
- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): وتشمل التسهيلات المادية، والتجهيزات ومظهر الموظفين.
- الاعتمادية (Reliability): وتعني القدرة على تقديم الخدمة بجدارة وعلى الوجه الصحيح.
- الاستجابة (Responsiveness): وتعني الرغبة في مساعدة الزبون وتقديم خدمة فورية.
- الأمان (Security): ويعني تحلي الموظفين بالمعرفة والقدرة على جعل الزبون يحس بالثقة والأمان.
- التعاطف (Empathy): ويعني مستوى العناية والاهتمام الشخصي الذي تقدمه المنظمة لزيائنها.

2. الجانب التطبيقي

1.2 منهجية الدراسة الميدانية

أ. منهج الدراسة: لاستكمال تحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث يعد هذا المنهج مناسب في التحقق من الواقع الوصفي لمحاور الدراسة من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقة بين المتغيرات، من أجل الوصول إلى نتائج تسهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات.

ب. نموذج الدراسة الشكل (1): أنموذج متغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث.

ج. مجتمع الدراسة وعينة الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى ترابي بجمعة 240 سرير 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.

الجدول (1): الاستبانة الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة الدراسة.

العدد الموزع	العدد المسترد	العدد المستبعد	العدد الصالح للتحليل	
150	136	15	121	الموظفين في المستشفى
% 100	% 90.66	% 10	% 80.66	النسبة المئوية
250	200	35	165	المرضى في المستشفى
% 100	% 80	% 14	% 66	النسبة المئوية

المصدر: من إعداد الباحث.

الجدول (2): المتوسط المرجح لسلم ليكرت الخماسي.

الإجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5
المتوسط المرجح	1.00 إلى 1.79	1.80 إلى 2.59	2.60 إلى 3.39	3.40 إلى 4.19	4.20 إلى 5.00
مستوى الأهمية	منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جداً

المصدر: من إعداد الباحث.

د. ثبات الأداة واختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:

الجدول (3): قيم معامل الثبات واختبار التوزيع الطبيعي لكل بعد من أبعاد الدراسة

متغيرات الدراسة	أبعاد الدراسة	عدد العبارات	معامل كرو نباخ ألفا	Kolmogorov Smirnov	مستوى الدلالة Sig*
المتغير المستقل	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	05	0.844	0.079	0.061
	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	05	0.917	0.079	0.062
	التحسين المستمر	05	0.905	0.078	0.068
	تدريب العاملين ومشاركتهم	05	0.889	0.080	0.055
	التخطيط الاستراتيجي للجودة	05	0.907	0.065	0.200
مبادئ إدارة الجودة الشاملة					
المتغير التابع	بعد الأشياء الملموسة	04	0.815	0.068	0.059
	بعد الاعتمادية	05	0.818	0.067	0.069
	بعد الاستجابة	04	0.863	0.068	0.057
	بعد الأمان	04	0.875	0.066	0.076
	بعد التعاطف	05	0.872	0.062	0.200
جودة الخدمة الصحية					
0.099					
0.064					
0.904					
22					

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أن معامل الثبات كرو نباخ ألفا مرتفع لكل لأبعاد الدراسة، حيث جاءت ما بين (0.815 و0.951) وهي قيم مقبول لأغراض البحث العلمي. أما اختبار Kolmogorov Smirnov يلاحظ أن قيم مستوى الدلالة

الإحصائية*Sig لجميع متغيرات الدراسة أكبر من 0.05، مما يدل على أن جميع متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي ($\alpha > 0.05$).

2.2 نتائج الدراسة

أ. نتائج مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى من وجهة نظر الموظفين: للتعرف على مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات كل بعد من أبعاد الدراسة.

الجدول (4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة

رقم	الأبعاد	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	05	2.90	0.869	3	متوسطة
2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	05	2.98	1.106	1	متوسطة
3	التحسين المستمر	05	2.92	1.099	2	متوسطة
4	تدريب العاملين ومشاركتهم	05	2.84	1.085	5	متوسطة
5	التخطيط الاستراتيجي للجودة	05	2.87	0.979	4	متوسطة
	مبادئ إدارة الجودة الشاملة	25	2.90	0.832		متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يتضح من نتائج الجدول أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.90، وانحراف معياري بلغ 0.832. مما يدل على وجود وعي واهتمام لدى أفراد عينة الدراسة نحو أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

ب. نتائج درجة مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى: للتعرف على درجة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات كل بعد من أبعاد الدراسة.

الجدول (5): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة

رقم	الأبعاد	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	بعد الأشياء الملموسة	04	2.56	0.973	5	منخفضة
2	بعد الاعتمادية	05	2.70	0.871	2	متوسطة
3	بعد الاستجابة	04	2.58	1.017	4	منخفضة
4	بعد الأمان	04	2.89	0.956	1	متوسطة
5	بعد التعاطف	05	2.68	0.918	3	متوسطة
	جودة الخدمة الصحية	22	2.68	0.667	متوسطة	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يتضح من نتائج الجدول أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.68، وانحراف معياري بلغ 0.667. مما يدل على أن مستوى جودة الخدمة المقدمة غير مقبول بدرجة عالية من قبل المرضى فهي دون مستوى توقعاتهم. حيث عبر أفراد العينة من ازدرائهم تجاه النظافة، ونقص المعدات الحديثة، والتباطؤ وتأخير في تقديم الخدمة. ج. الفرضية الرئيسية: H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise)، الذي يساعد في ترتيب المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع. بحيث يتم إدخال المتغيرات واحداً بعد الآخر إلى النموذج علماً أن المتغير الداخل عرضة للاستبعاد في حالة ثبوت عدم معنويته ($\alpha > 0.05$) بوجود المتغيرات الأخرى.

الجدول (6): نتائج اختبار الانحدار المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة.

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
جودة الخدمة	0.950	0.903	05	213.091	2.293	0.000
			115			
			120			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد التدريجي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.950) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.903)، أي أن ما قيمته (90.3%) من التغير في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى ناتج عن التغير في توافر أبعاد إدارة الجودة الشاملة. ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (213.091) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.293). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

وللتأكد من عدم وجود ارتباط عال بين متغيرات المستقلة تم الاعتماد على معامل تضخم التباين VIF لكل متغير من المتغيرات المستقلة. بحيث إذا كانت قيمة VIF أقل من 5 فإنه يمكن الحكم بعدم وجود ازدواج خطي. يتضح من خلال الجداول الآتية أن قيمة معامل تضخم التباين VIF لجميع المتغيرات المستقلة أقل من 5 وتراوح قيمها من 1.000 و 2.542، وقيمة التباين المسموح به المقابلة لها أكبر من 0.05 حيث تراوحت بين 0.393 و 0.708 مما يشير إلى عدم وجود ارتباط عال بين هذه المتغيرات.

الجدول (7): معاملات خط الانحدار المتعدد التدريجي ونتائج اختبار معامل تضخم التباين VIF

اختبار الازدواج الخطي		الدلالة Sig*	القيمة المحسوبة T	معامل الانحدار β	ترتيب المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير نموذج الانحدار
معامل VIP	التباين المسموح به				
		0.000	18.507	0.895	الثابت
1.930	0.518	0.000	7.665	0.125	1 تدريب العاملين ومشاركتهم
2.542	0.393	0.002	3.199	0.059	2 التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية
2.280	0.439	0.000	5.250	0.116	3 الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
1.857	0.538	0.000	7.336	0.130	4 التخطيط الاستراتيجي للجودة
2.038	0.491	0.000	4.691	0.078	5 التحسين المستمر

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

وتفسر درجات تأثير معاملات الانحدار β على أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر كل مبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في جودة الخدمة الصحية المقدمة بقيمة (0.125) لبعد تدريب العاملين ومشاركتهم، و(0.059) لبعد التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية، و(0.116) لبعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة

الجودة الشاملة، و(0.130) لبعء التخطيط الاستراتيجي للجودة، و(0.078) لبعء التحسين المستمر، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة T المحسوبة وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

د. الفرضيات الفرعية

الجدول (8): نتائج الانحدار المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على أبعاد جودة الخدمة.

الدلالة Sig*	القيمة الجدولية F	القيمة المحسوبة F	درجات الحرية DF			معامل التحديد R ²	معامل الارتباط R	المتغير التابع
0.00	3.073	11.920	12 0	11 8	2	0.168	0.410	بعء الملموسية
0.00	2.682	33.703	12 0	11 7	3	0.464	0.681	بعء الاعتمادية
0.00	3.920	25.021	12 0	11 9	1	0.174	0.417	بعء الاستجابة
0.00	3.073	22.997	12 0	11 8	2	0.280	0.530	بعء الأمان
0.00	3.073	28.591	12 0	11 8	2	0.326	0.571	بعء التعاطف

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد التدريجي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على كل بعء من أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية. وعليه ترفض الفرضيات الصفرية وتقبل الفرضيات البديلة التي تنص على:

H₁₁: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعء الأشياء الملموسة.

H₁₂: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعء الاعتمادية.

H₁₃: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعء الاستجابة.

H₁₄: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعء الأمان.

H₁₅: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعء التعاطف.

الجدول (9): معاملات خط الانحدار المتعدد التدريجي ونتائج معامل تضخم التباين VIF لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة

اختبار الازدواج الخطي	مستوى الدلالة Sig*	القيمة المحسوبة T	معامل الانحدار β	ترتيب المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير نموذج الانحدار		نماذج الانحدار
				معامل VI	التباين المسموح	
	0.000	4.382	1.126		الثابت	بعد
1.616	0.619	0.031	0.23	1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	الملموسية
1.616	0.619	0.039	0.174	2	التحسين المستمر	
	0.022	2.330	0.482		الثابت	بعد
1.642	0.609	0.000	0.252	1	التحسين المستمر	الاعتمادية
1.412	0.708	0.000	0.239	2	التخطيط الاستراتيجي للجودة	
1.895	0.528	0.040	0.179	3	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	
	0.000	5.886	1.240		الثابت	بعد
1.000	1.000	0.000	0.347	1	التخطيط الاستراتيجي للجودة	الاستجابة
	0.000	6.178	1.239		الثابت	بعد
1.442	0.694	0.001	0.249	1	تدريب العاملين ومشاركتهم	الأمان
1.442	0.694	0.005	0.194	2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	
	0.000	5.592	1.024		الثابت	بعد
1.442	0.694	0.000	0.260	1	تدريب العاملين ومشاركتهم	التعاطف
1.442	0.694	0.003	0.190	2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يلاحظ من الجدول أن بعد الملموسية وبعد الاعتمادية يشترك في تفسيرهما مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومبدأ التحسين المستمر، وبعد الاعتمادية وبعد الاستجابة يشترك في تفسيرهما مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة، أما بعد الأمان وبعد التعاطف يشترك في تفسيرهما مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم ومبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية. أي أن التغير في توافر مبدأ من هذه المبادئ يؤدي إلى التغير في الأبعاد المرتبطة بها ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة T المحسوبة وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

خاتمة

من أجل معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر الموظفين، وأثرها على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى، تمت المقارنة بين آراء المستجوبين من الموظفين والمرضى، وتحليل العلاقة والأثر الموجود بين مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة. ومن أهم النتائج التي تم التوصل لها وجود ارتباط طردي بين متغيرات تواجد مبادئ الجودة الشاملة ومتغيرات جودة الخدمة الصحية المقدمة، مما يدل على أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة ذو أثر إيجابي على مستوى جودة الخدمة. وقد أظهرت التجارب أن المستشفيات التي طبقت هذا الأسلوب تميزت عن غيرها بمستوى جودة عالية في خدماتها الصحية التي تقدمها.

ومن الاقتراحات التي يمكن تقديمها، والتي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية داخل المستشفيات العمومية ما يلي:

- ضرورة اقتناع المسؤولين عن القطاع الصحي العمومي بأهمية إدارة الجودة الشاملة كخيار استراتيجي في إدارة الجودة في المؤسسات الصحية، وتحقيق الميزة التنافسية أمام القطاع الخاص، وكأداة فعالة في تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية.
- تدريب مديري المؤسسات الصحية على كيفية تطبيق ومتابعة والتحسين المستمر لبرامج الجودة الشاملة، بالإضافة إلى طرق معالجة المشاكل المترتبة عن هذا التطبيق، دون إهمال التركيز على حاجات المرضى.
- تعليم وتدريب العاملين على تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة وبشكل مستمر، وهذا لتكوين أفراد مناسبين من حيث الكم والنوع، ويمكنهم من اكتساب المعلومات والمهارات الإدارية والفنية اللازمة لأداء أعمالهم بكفاءة وفاعلية، مما ينعكس إيجابيا على أداء المستشفى.

الهوامش

1. بن سعد عبد العزيز بن سعيد، خالد (2012). إدارة الجودة الشاملة. ط2. الرياض.
2. الخلف، عبد الله موسى. (1997). ثلوث التمييز: تحسين الجودة وتخفيض التكاليف وزيادة الإنتاجية، الإدارة العامة، المجلد 38، العدد 01، معهد الإدارة العامة، الرياض.
3. الديوجي، أبي سعيد وعادل محمد، عبد الله (2003). النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مكتبة تنمية الرافدين، آلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العدد 73.
4. ساعاتي، عبد الإله سيف الدين. (2010). إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق. السعودية: مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز.

5. السامرائي، مهدي صالح (2007). إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي. عمان: دار جرير للنشر والتوزيع.
6. الشراري، محمد فاتل (2011). إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين مستوى الأداء في حرس الحدود. رسالة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، قسم العلوم الشرطية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
7. منظمة الصحة العالمية. (1980). إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف سويسرا.
8. نايف علوان، قاسم (2006)، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
9. Crosby, Philip.B. (1986). La Qualité C'est gratuit. Paris : Economica
10. Detrie, Philippe. (2001). Conduire une démarche qualité. (4^e éd). Paris : Éditions d'organisation.
11. Eiriz V, Figueiredo JA. (2005). Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (6-7), 404-412.
12. Jacquerye A. (1999). La Qualité des Soins Infirmiers : Implantation évaluation accréditation. Paris : Éditions Maloine.
13. Kaluzny A.D., McLaughlin C. P. and Simpson K.(1992). Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations. *Public Health Reports*, 107(3), 257-264.
14. Lam SS. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.
15. Lee PM, Khong P, Ghista DN. (2006). Impact of deficient healthcare service quality. *The TQM Magazine*, 18 (6), 563-571.
16. Lohr Kathleen N. (1990). Medicare: a strategy for quality assurance, Volume I, Washington D.C: National Academy Press.
17. McLaughlin CP, Kaluzny AD. (2006). Continuous quality improvement in health care. 3rd. 6. Vol. 11. Jones and Bartlett Publishers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 181-187.
18. Omachonu Vincent K., Joel E. Ross. (2004). Principles of total quality. (3rd Ed). New York : CRC Press.
19. Palmer, RH., Donabedian, A.; Povar, GJ. (1991). Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Chicago, IL: Health Administration Press.
20. Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50
21. Parasuraman A., Ziethmail V. and Berry L. (1988). SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12- 49.
22. Raymond L. Goldsteen, Karen Goldsteen, Terry L. Dwelle,. (2015). Introduction to public health: promises and practices. (2nd ed). New York : Springer Publishing Company.
23. Williamson J.W.(1978). Formulating Priorities Pore Quality Assurance Activity: Description of a Method and its Application. *Journal of Medical Association*, 23 (9), 53-59.
24. Zabada CP, Rivers A, Munchus G. (1998). Obstacles to the application of total quality management in health care organisations. *Total Quality Management*, 9(1) ,57-66.