



كلية الدراسات العليا

برنامج إدارة الأعمال

الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل
تطويرها

**Total Quality Management in Non-governmental Hospitals of
Central and Southern West Bank and Ways of Developing Them**

إعداد:

أريج حسونة

إشراف:

د. سمير أبو زنيد

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية الدراسات
العليا في جامعة الخليل

2017م



جامعة الخليل

كلية الدراسات العليا

إدارة الأعمال

إجازة الرسالة

الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل

تطويرها

**Total Quality Management in Non-governmental Hospitals of
Central and Southern West Bank and Ways of Developing Them**

إعداد الباحثة:

أريج حسونة

نوقشت هذه الرسالة يوم الاحد بتاريخ 2017/04/09 وأجيزت من لجنة المناقشة المدرجة

أسمائهم وتواقيعهم:

1- د. سمير أبو زنيد (مشرفاً ورئيساً):

2- د. حسين محمد الجبارين (ممتحناً داخلياً):

3- د. معتصم عبدالله حمدان (ممتحناً خارجياً):

(لَا يَزَالُ الْمَرْءُ عَالِمًا مَا طَلَبَ الْعِلْمَ، فَإِذَا ظَنَّ أَنَّهُ قَدْ عِلِمَ، فَقَدْ

جَهَلَ).

ابْنُ الْمُبَارَكِ

الإهداء

إلى من سهرت الليالي، واحتضنتني ولم تبخل علي

أمي الغالية

إلى من وقف إلى جانبي وتعب من أجل سعادتني

أبي العزيز

إلى من شجعني، وجعل الحياة جميلة في عيني

زوجي الغالي

إلى زهراتي وفلذات كبدي، وبهجتي في الحياة

ليان، جمان، ليما

إلى منهم عزوتي وسندي في الحياة أختي

كاظم، إيهاب، إسلام

إلى من علمتني الصمود مهما تبدلت الظروف أختي

إيناس

إلى الشموع التي تحترق لتضيء للأخرين

إلى كل من علمني حرفا

الشكر والتقدير

أحمد وأشكر الله تبارك وتعالى الذي أعانني على إنجاز هذا الجهد العلمي، فاللهم لك الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء وسيد المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم.

وانطلاقاً من العرفان بالجميل فإنه يسرني إن أتقدم بالشكر والامتنان إلى الدكتور سمير أبو زبيد الذي مدني من منابع علمه بالكثير، وما توانى عن مد يد العون والمساعدة لي في جميع المجالات.

كما أتقدم بعظيم الشكر والامتنان إلى أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التمويل والإدارة وكلية الدراسات العليا والبحث العلمي في جامعة الخليل الذين لم يبخلوا عن تقديم العون العلمي والتوجيه الإرشادي خلال سنوات دراستي وعند إعداد هذه الدراسة.

مسرد المحتويات

ت	الإهداء
ث	الشكر والتقدير
د	فهرس الأشكال
ز	فهرس الملاحق
س	ملخص الدراسة باللغة العربية
ص	Abstract
١	الفصل الأول
١	الإطار العام للدراسة
٢	1.1 المقدمة
٤	1.2 مشكلة الدراسة
٧	1.3 أهداف الدراسة
٨	1.4 أهمية الدراسة
٨	1.5 حدود ومحددات الدراسة
٩	1.6 التعريفات الإجرائية
١١	الفصل الثاني
١١	الإطار النظري والدراسات السابقة
١٢	2.2 المبحث الأول : الضفة الغربية:
١٦	2.3 المبحث الثاني: الجودة الشاملة
١٦	2.3.1 مفهوم الجودة Quality concept
١٧	2.3.2 مفهوم إدارة الجودة الشاملة TQM

٢١	2.3.3 أهداف إدارة الجودة الشاملة:
٢٢	2.3.4 عناصر إدارة الجودة الشاملة:
٢٣	2.3.5 متطلبات إدارة الجودة الشاملة:
٢٦	2.3.6 مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:
٢٩	2.3.7 أبعاد الجودة The Dimensions of Quality
٣٠	2.3.8 مفهوم جودة الخدمات الصحية
٣٢	2.3.9 أبعاد جودة الخدمات الصحية وكيفية قياسها
٣٦	2.3.10 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية (المستشفيات)
٣٦	2.3.11 أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية (المستشفيات)
٣٧	2.3.12 فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية (المستشفيات)
٤١	2.3.13 أساليب تحسين وتطوير الجودة الشاملة في تقديم الخدمة:
٤٣	2.3.14 مداخل التحسين المستمر
٤٧	2.3.15 معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية
٥٠	2.4 القطاع الصحي في فلسطين
٥٠	2.4.1 تعريف المستشفيات وأهدافها
٥١	2.4.2 تصنيف المستشفيات
٥٤	2.4.3 الوضع الصحي في المستشفيات في فلسطين
٥٦	2.5 الدراسات السابقة
٥٦	2.5.1 الدراسات العربية
٦٢	2.5.2 الدراسات الأجنبية
٦٤	2.5.3 التعقيب على الدراسات السابقة
٦٦	2.5.4 ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:
٦٩	الفصل الثالث

٦٩	..... منهج وإجراءات الدراسة
٧٠	..... 3. منهج وإجراءات الدراسة
٧١	..... 3.2.2 مجتمع وعينة الدراسة (The Population and Sample):
٧٥	..... 3.2.3 أسلوب وأداة جمع البيانات
٧٧	..... 3.2.4 صدق الأداة
٨١	..... 3.2.5 ثبات الأداة
٨٣	..... 3.2.6 متغيرات الدراسة
٨٣	..... 3.2.7 المعالجة الإحصائية
٨٤	..... 3.2.8 مفتاح التصحيح
٨٦	..... الفصل الرابع
٨٦	..... تحليل وعرض النتائج
٨٧	..... 4.1 مقدمة
٨٧	..... 4.2 نتائج أسئلة الدراسة
١٢٧	..... 4.3 تحليل القسم الرابع من الاستبانة
١٢٩	..... الفصل الخامس
١٢٩	..... نتائج الدراسة والتوصيات
١٣٧	..... المراجع

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل أو الرسم البياني أو الخريطة	الصفحة
2-1	خريطة فلسطين	15
2-2	شكل يوضح مفهوم إدارة الجودة الشاملة	19
2-3	شكل العلاقة بين متطلبات إدارة الجودة الشاملة	24
2-4	شكل نموذج لممارسات إدارة الجودة الشاملة	42
2-5	شكل دورة P.D.C.A- Cycle للتحسين المستمر	44
2-6	نموذج الدراسة	68

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
٢-١	توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في فلسطين حسب القطاع الصحي المشرف	56
٣-١	قائمة بعدد الأسرة الموجودة في المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية.	71
٣-٢	جدول حجم العينة لكل طبقة	73
3-3	جدول خصائص عينة الدراسة	74
3-4	جدول مصفوفة قيم معاملات الاستخراج Factor Analysis	79
3-5	جدول معاملات الثبات كرونباخ ألفا	82
3-6	جدول مفتاح التصحيح الخماسي	85
4-1	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الملموسية	88
4-2	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاعتمادية	90
4-3	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاستجابة	92
4-4	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد التوكيد (الثقة)	95
4-5	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد المجاملة	97
4-6	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد التعاطف	99
4-7	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الرضا عن الخدمات	101
4-8	الأوساط الحسابية الكلية والانحرافات المعيارية الكلية لمجالات الدراسة	104

105	مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون	4-9
108	الانحدار الخطي	4-10
109	نتائج اختبارات للعينات المستقلة للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير الجنس	4-11
112	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير المؤهل العلمي	4-12
115	نتائج اختبار توكي للمقارنات الثنائية البعدية حسب المؤهل العلمي	4-13
117	الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير المؤهل العلمي.	4-14
120	نتائج اختبارات للعينات المستقلة للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير نوع المستشفى	4-15
122	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى	4-16
125	الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى.	4-17

فهرس الملاحق

رقم الملحق	الموضوع	رقم الصفحة
1	رسالة الجامعة التي تدعم عملية التعاون مع الباحثة	145
2	الاستبانة	146
3	أسماء المحكمين	153

ملخص الدراسة باللغة العربية

الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل

تطويرها

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى مدى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية (الملموسية، الاعتمادية، المجاملة، التعاطف، الاستجابة والثقة) ومدى تأثير هذه الأبعاد على درجة الرضا لدى المرضى. لتحقيق هدف الدراسة تم إعداد استبانة اشتملت محاورها بالاعتماد على أبعاد الجودة الشاملة. إذ تم توزيع 300 استبانة على عينة ميسرة (المتاحة) من المرضى المقيمين لمدة يوم فأكثر في المستشفيات. بعد تعريف البيانات، تم تحليلها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حيث تم تطبيق الإحصاء الوصفي بالإضافة لمنهجية التحليل العملي وذلك من أجل تحديد أبعاد الجودة الشاملة ومتغير الرضا لدى المرضى. تم كذلك استخدام نموذجين من الانحدار الخطي المتعدد. توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها ان واقع تطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في جنوب ووسط الضفة الغربية مرتفع. إذ بلغ المتوسط الحسابي لجميع أبعاد الجودة الشاملة 4.09 والانحراف المعياري 0.56 وكان محور المجاملة هو الأكثر تطبيقاً من بين محاور الجودة. فيما كان محور الاعتمادية هو الأقل تطبيقاً. كما أظهرت النتائج أن هنالك علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين متغير الرضا وجميع أبعاد الجودة الشاملة باستثناء الاستجابة. في حين أن درجة رضا المرضى داخل المستشفى لا تختلف باختلاف الجنس، مدة الإقامة و نوع المستشفى، تبين ان اختلاف الدرجة العلمية يؤثر على رضا المرضى داخل

المستشفى. وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات أهمها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والنظر على أنها نظام متكامل من الخدمات. كما أوصت بإعطاء اهتمام أكبر بأبعاد الجودة الشاملة التي نالت اهتماماً أقل من قبل المستشفيات مقارنة مع غيرها من الأبعاد لما لها من أثر كبير على رضا المرضى، أهمها بعدي التعاطف والاعتمادية. بالإضافة لضرورة الاستمرار في تطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين.

Abstract

Total Quality Management in Non-governmental Hospitals of Central and Southern West Bank and Ways of Developing them

This study aims to identify the extent to which the total quality management of health services in private and Non-governmental Hospitals in the middle and south of the West Bank is applied (tangibility, reliability, courtesy, empathy, responsiveness and confidence) and the impact of these variables on the degree of satisfaction amongst patients. To achieve the goal of the study, a questionnaire was developed whose domains were derived relying on the total quality variables. Where 300 questionnaires were distributed to a stratified random sample to regular residents who admitted to the hospitals for a day and more. Data was analyzed using the Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) where the application of descriptive statistics in addition to the factor analysis were carried out in order to determine the total quality variables and the variable satisfaction amongst patients (patient's satisfaction). Two models of multiple linear regression were also applied.

The study concluded a group of results, the most important is that total quality application in private and civil hospitals in the middle and southern part of the west bank is high. Where the arithmetic average of all dimensions of the total quality reached 4.09 stand out 5% with a deviation of 0.56, and the dimension of courtesy was the most element applied amongst all axes. And reliability was the less applied in return. The results have also shown that there is a statistically significant positive

correlation between satisfaction and all total quality variables except the responsiveness variable. While the degree of patient's satisfaction within the hospital did not differ according to sex, length of stay and hospital type, the variation of the degree of education affects patient satisfaction within the hospital. The study came to many recommendations most importantly: The need to focus on the quality of health services standards in private hospitals and considering it as an integrated system of services. And it also recommended giving greater attention to the total quality variables application which received less attention from hospitals compared to other dimensions as they have a significant impact on patients' satisfaction, most importantly the variables of empathy and reliability. An additional recommendation was the need to continue to improve the health services in line with the changing and renewed needs of beneficiaries.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

إن الرغبة في تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية أصبح هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاما بعد عام. لذلك توضع الجودة في المرتبة الأولى ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية في الوطن العربي. إن الخدمات التي تقدمها الرعاية الصحية لها تأثير مباشر على صحة المواطنين، حيث تعتبر الجودة مفتاح النجاح في عالم يعتمد أساسا على المنافسة. كما يشهد العالم الحديث متغيرات عديدة في جميع الميادين بسبب العولمة التي ساهمت في حرية انتقال العقول، والخبرات، والمعلومات التقنية حتى أصبح العالم قرية صغيرة مترامية الأطراف (أبو حليفة، 2013). هذا بدوره دعى المؤسسات الصحية الى البحث عن عنصر يمكن أن ترتقي به في أداءها لتحافظ على حصتها السوقية. إذ أصبح اعتماد الجودة معيار أساسي للمفاضلة بين المنشآت الصحية لتساهم في تقديم خدمة متميزة ذات جودة عالية من خلال تطبيقهم لبرنامج الجودة (Saravanan, 2006).

لقد غدا موضوع إدارة الجودة الشاملة من الموضوعات التي تلقى اهتماما واسعا في منظمات الأعمال على اختلاف أنواعها وأحجامها وفي قطاع المستشفيات على وجه التحديد، وذلك لأن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز على الزبون وكيفية تلبية احتياجاته المتنامية، فضلا على أنها تركز على تكامل الأنشطة والوظائف داخل المنظمة، بالإضافة الى اعتماد التحسين المستمر في كل جوانب المنظمة والتأكيد على توعية كافة العاملين في المنظمة كأساس للتفوق (بن عيشي، 2012).

تعتبر الجودة المؤسسية في مؤسسات الرعاية الصحية خطوة هامة نحو رفع الكفاءة الداخلية للأداء داخل المستشفيات والعيادات الطبية، بحيث تقدم نظرية إدارة الجودة الشاملة معايير فعالة تهدف الى تحسين مستوى المنتج والخدمة للعميل من خلال نظرة واقعية تبدأ بالفلسفة والأهداف ثم الاجراءات والتدريب والتنفيذ والمتابعة. لقد بدأت إدارة الجودة الشاملة في أنظمة الرعاية الصحية تطبيقها منذ بدايات عقد التسعينات من القرن السابق في بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا و اليوم أصبح منهج جودة الرعاية الصحية من المسائل الاستراتيجية الملحة، إذ بدأت بالبحث عن المساحات التي تحتاج الى تحسين جودة الخدمات الصحية Clinical Services، وقد قامت الإدارات في مؤسسات الرعاية الصحية بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات باعتبارها البديل الأفضل الذي يساعدهم على العمل مع المهنيين (الكوادر البشرية من الأطباء والمختصين و طاقم التمريض وكذلك الفنيين والعاملين في المختبرات وغيرهم) لغرض تحسين أنظمة الرعاية ومساعدتهم على العمل الجماعي (العلي، 2010؛ Talib et al., 2011)

لعل أهم الدوافع وراء الدعوة إلى تبني إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات هو واقع الرعاية الصحية الفلسطينية وما يعانيه من مشكلات خدمتية يجعلها غير قادرة على ملاحقة الإضافات المعلوماتية الضخمة التي طرأت على بنية المعرفة للخدمات الصحية في العصر الحديث التي ساهمت بها العولمة بالإضافة إلى التغيرات المجتمعية. حديثاً، شهدت العديد من المنظمات الصحية (المستشفيات) الحكومية والأهلية والخاصة على الصعيدين الإقليمي والعالمية تطوراً كبيراً في مستوى جودة الخدمة الصحية نتيجة لتبنيها تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة كاستراتيجيه تهدف إلى التحسين المستمر في مستوى جودة الخدمة الصحية

المقدمة للزيائن (المرضى). لقد أدركت وزارة الصحة الفلسطينية أهمية تطوير وتعزيز جودة خدماتها الصحية. يظهر ذلك جليا حين احتل هدف تطوير جودة الخدمات الصحية المرتبة الثالثة في مجموعة الأهداف الاستراتيجية الوطنية الثمانية التي وضعتها وزارة الصحة لنفسها ضمن خطتها الخماسية فأنشأت وحدة تعني بجودة الخدمات الصحية في عام 1994 وكان ذلك في سياق إنشاء مجموعة من الوحدات تعنى بوضع الخطط وتطويرها من أجل النهوض بالقطاع الصحي وتطوير خدمات الرعاية الصحية في فلسطين. وبالتالي نرى أن مستوى الأداء لدى المستشفيات لن يرتفع بدون التوجه إلى المفاهيم الإدارية الحديثة مثل مفهوم إدارة الجودة الشاملة، والذي يعد من أكثر الأساليب الإدارية الحديثة نجاحاً في السنوات الأخيرة (الهالي، 2011؛ الخطة الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية، 1995)

نظراً للمنافسة الشديدة التي تواجه المستشفيات فإنها في حاجة ماسة وضرورية لإتباع الجودة الشاملة حتى تقدم هذه المستشفيات خدمة طبية جيدة وتفي باحتياجات وتوقعات المرضى ويسعر مقبول في نفس الوقت (العلي، 2010).

1.2 مشكلة الدراسة

على خلاف المؤسسات الانتاجية، تعتبر الخدمات التي تقدمها مؤسسات الرعاية الصحية غير ملموسة وصعبة القياس، حيث تواجه إدارة المستشفيات الأهلية والخاصة بعد اتساع وتطوير العديد من المستشفيات منافسة قوية في الداخل و الخارج. لذلك فإن مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها أمر في غاية الأهمية لتتمكن من البقاء والاستمرار. فبالرغم من أنه

لا توجد وصفه إدارية تمكن المستشفيات من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها، وجد الباحثون في تطبيق إدارة الجودة الشاملة حلا لهذه المشكلة (العرب، 2007؛ العلي، 2010). من هنا يتبين لنا مدى أهمية تسليط الضوء على واقع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة. حيث ستركز الدراسة على بحث هذه القضية في وسط وجنوب الضفة الغربية. إذ يمكن للباحثة أن تلخص مشكلة الدراسة بالأسئلة التالية:

السؤال الرئيسي الأول: ما واقع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية التالية:

- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (الملموسية) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟
- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (الاعتمادية) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟
- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (الاستجابة) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟
- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (التوكيد(الثقة)) في المستشفيات الأهلية

والخاصة؟

- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (المجاملة) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟
- ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (التعاطف) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

السؤال الرئيسي الثاني: ما درجة رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات

الأهلية والخاصة؟

السؤال الرئيسي الثالث: ما أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة (الملموسية، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الاستجابة، الثقة) على درجة رضا المرضى في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

السؤال الرئيسي الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغيرات الجنس، المؤهل العلمي، مدة الإقامة ونوع المستشفى (المستشفيات الأهلية والخاصة)؟
ويتفرع عنه الأسئلة التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة ودرجة رضاهم عن الخدمات المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير المؤهل العلمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير نوع المستشفى؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير مدة الإقامة في المستشفى؟

1.3 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة الى:

- ١- التعرف إلى مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية (الملموسية، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الاستجابة والثقة) من وجهة نظر المرضى.
- ٢- التعرف إلى مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية.
- ٣- التعرف إلى تأثير أبعاد الجودة الشاملة على درجة رضا المرضى في المستشفيات الخاصة والأهلية.
- ٤- محاولة تقديم بعض الحلول والمقترحات تسهم في إمكانية تحسين وتطوير واقع الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية.

1.4 أهمية الدراسة

إن أهمية الدراسة نابعة من الدور الذي تلعبه الصحة في حياة الفرد وبالتالي أهمية تقديم خدمات صحية بجودة أفضل لكسب رضاه وتحسين مستوى حياته. كما تستمد أهمية البحث من ضرورة دراسة موضوع الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية كونها متطلب حديث لتطوير جودة الخدمات والتميز في أداء عالي الجودة حتى تصبح قادرة على تحقيق متطلبات زبائنهم وإرضائهم وتكون قادرة على التنافس مع المستشفيات الأخرى.

1.5 حدود ومحددات الدراسة

1.5.1 حدود الدراسة

- **الحدود البشرية:** المرضى المقيمين لمدة يوم فأكثر في المستشفيات.
- **الحدود الزمنية:** تمت هذه الدراسة من شهر نوفمبر وانتهت في ديسمبر من العام 2016.
- **الحدود المكانية:** اقتصرت هذه الدراسة في محافظة رام الله والبيرة، محافظة بيت لحم، ومحافظة الخليل، تم استثناء محافظة القدس، وذلك لصعوبة الوصول إليها بسبب الظروف السياسية.

- **الحدود الموضوعية:** تم التركيز على موضوع الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في جنوب ووسط الضفة الغربية ورضا المرضى المقيمين.
- **الحد المؤسسي:** اقتصرت الدراسة على المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة وسط وجنوب الضفة الغربية ذات الإدارة العربية وتم استثناء جميع المستشفيات التي إدارتها أجنبية.

1.5.2 محددات الدراسة

- غياب مدراء العلاقات العامة في المستشفيات المستهدفة مما صعب عملية التنسيق معهم من أجل توزيع الاستبانات على المرضى.

1.6 التعريفات الإجرائية

1.6.1 إدارة الجودة الشاملة: هي فلسفة وخطوط عريضه ومبادئ تدل وترشد المؤسسة لتحقيق وتطوير وتحسين مستمر فهي تعد مهمة أساسية لكل الأفراد العاملين في المؤسسة لخلق قيمة مضافة لتحقيق رضا المشتركين والعاملين من خلال تقديم ما يتوقعونه أو ما يفوق توقعاته (العزاوي، 2005).

1.6.2 الجودة الشاملة في المستشفيات: هي أسلوب القيادة والتشغيل للمنظمة من أجل التحسين المستمر بالأداء على الأمد الطويل من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات

المرضى بالإضافة إلى تبني المستشفى مبادئ وأبعاد الجودة باعتبارها جزء من الأهداف الاستراتيجية لها.

1.6.3 المستشفى الخاص: هو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو شركة أهلية ويستهدف تحقيق الربح (تقرير الإدارة العامة للمستشفيات، 2013).

1.6.4 المستشفى الأهلي (غير ربحي): هو المستشفى الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية ولا يستهدف الربح ويقدم خدمات صحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه، وقد يكون المالك مؤسسة أو جمعية خيرية أو دينية أو أحد المستثمرين (تقرير الإدارة العامة للمستشفيات، 2013).

1.6.5 الضفة الغربية: هي منطقة سياسية تقع في فلسطين، سميت بالضفة الغربية لوقوعها غرب نهر الأردن تشكل مساحة الضفة الغربية ما يقارب 21% من مساحة فلسطين أي حوالي 5860 كم². قامت إسرائيل باحتلال الضفة الغربية وقطاع غزة في عام 1967، تطلق اسرائيل عليها اسم يهودا والسامراء.

- محافظات شمال الضفة الغربية: جنين، طوباس، طولكرم، نابلس، قلقيلية.
- محافظات وسط الضفة الغربية: أريحا، رام الله والبيرة، القدس.
- محافظات جنوب الضفة الغربية: بيت لحم، الخليل (الغنيمات، 2012)

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 مقدمة

يتناول هذا الفصل عدة محاور دراسية ومنها معرفة ما هو المقصود بالضفة الغربية والتعرف على إدارة الجودة الشاملة ومعاييرها ومبادئها بالإضافة إلى معوقات تطبيقها داخل المستشفيات الأهلية والخاصة ومراجعة الأدبيات العربية والأجنبية المتعلقة في مجال الدراسة وذلك من خلال ثلاث محاور دراسية وهي على النحو التالي:

١.المبحث الأول: الضفة الغربية.

٢.المبحث الثاني: إدارة الجودة الشاملة.

٣.المبحث الثالث: المستشفيات الأهلية والخاصة.

2.2 المبحث الأول : الضفة الغربية:

هي منطقة سياسية تقع في فلسطين ويعتبر مصطلح الضفة الغربية من الناحية الزمنية حديثا جدا، سميت بهذا الاسم لوقوعها غرب نهر الأردن ولم يظهر إلا بعد ضم هذه المنطقة الفلسطينية إلى المملكة الأردنية بعد مؤتمر أريحا الذي انعقد في عام 1950 واعتبر سكان هذه المنطقة مواطنين أردنيين وتشكل مساحة الضفة الغربية ما يقارب 21% من مساحة فلسطين أي حوالي 5860 كم². وتطلق اسرائيل عليها اسم يهودا والسامراء. في عام 1988، قرر الأردن فك الارتباط الإداري والقانوني مع الضفة الغربية ولم يعد سوى الأوقاف تحت سيطرة الإدارة الأردنية والتي بقيت حتى يومنا هذا (الموسوعة الحرة; الغنيمات، 2012).

2.2.1 الضفة الغربية من الجانب الجغرافي وتقسيماتها الإدارية:

١. التقسيمات الإدارية زمن الحكم الأردني (1948-1967): (الغنيمة، 2012)

نص قرار رقم (3) في مؤتمر أريحا الذي انعقد في عام 1948 على طلب وحدة الضفة الغربية مع الأردن باعتبار ذلك يعبر عن إدارة سكان الضفة الغربية، وقد حضر المؤتمر من وجهاء وقيادات الضفة الغربية ما يعادل 5 آلاف شخص، وهذا يعبر عن رغبة أهالي الضفة في هذه الوحدة، وتلا هذا المؤتمر مؤتمرات آخران دعما لمقررات مؤتمر أريحا وقد عقدا في مدينتي رام الله ونابلس.

وبعد فترة وجيزة أعلنت الأردن عزمها على إجراء انتخابات نيابية في الضفتين كاستفتاء شعبي على قضية الوحدة، وفي عام 1950 أجريت الانتخابات أسفر عنها تكوين مجلس نيابي يمثل الضفتين، وتم تشكيل وزارة أردنية موحدة تشمل وزراء من الضفتين تتكون من عشرين نائبا من الضفة الغربية وعشرين نائبا آخرين من الضفة الشرقية قام بتعيينهم الملك عبدالله بمرسوم ملكي في مجلس الأعيان الأردني.

وفي عام 1952 تم حل الحكم المحلي في الضفة الغربية ليتم توحيد الإدارة في كلا الضفتين تحت الإشراف من السلطة المركزية في عمان. وقد أعطيت صلاحية التقسيمات الإدارية وتنظيم عمل الأجهزة الإدارية المركزية، وفي بداية الأمر اعتمدت التقسيمات الإدارية التي اعتمدها الإنتداب البريطاني حتى عام 1957، حيث قامت الحكومة الأردنية بإنشاء ثلاثة أقسام إدارية وتمثلت هذه الأقسام بالشكل الآتي: اللواء: وهي أكبر وحدة إدارية وتضم هذه الوحدة مجموعة من الأفضية. وهذه الأفضية تشتمل على نواحي ريفية، وقد قسمت الضفة

الغربية إلى ثلاث ألوية رئيسية وهي: القدس، نابلس، الخليل.

2. التقسيمات الإدارية زمن السلطة الفلسطينية (1994 - لغاية الآن): (الغنيمة،

2012؛ بنك المعلومات القانونية، 2008)

بدأت الحقبة الفلسطينية بتوقيع اتفاقية غزة وأريحا في القاهرة بتاريخ 1994-5-4، والتي جاء فيها تسليم السلطة الفلسطينية للمسؤوليات الأمنية والمدنية لمنطقتي غزة وأريحا في الضفة الغربية وانسحاب القوات الاسرائيلية منها، وتلا تلك المرحلة انسحاب تدريجي من مدن الضفة أحرها مدينة طولكرم إذ تم الانسحاب منها في عام 1995.

بخصوص التقسيمات الإدارية التي كانت في الضفة الغربية فترة الحكم الأردني بقيت سارية المفعول في عهد السلطة الفلسطينية، ولكنها لم تلزم السلطة الفلسطينية بالتقسيمات التي حددتها التشريعات النافذة في الأراضي الفلسطينية، وإنما أخذت بمستوى واحد من التقسيمات، وهو المحافظة وقد عين على كل واحدة منها رئيسا سمي محافظا، وهو ممثل السلطة المركزية في المحافظة، حيث قسمت الأراضي الفلسطينية الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 16 محافظة، وتضم المحافظة العديد من التجمعات السكنية، ويبلغ عدد المحافظات في الضفة الغربية 11 محافظة وهم: جنين، طوباس، طولكرم، نابلس، قلقيلية، أريحا، رام الله والبيرة، القدس، بيت لحم، الخليل.

وقسمت المحافظات حسب موقعها الجغرافي إلى ثلاث أقسام: الشكل (2.1)

- محافظات شمال الضفة الغربية: جنين، طوباس، طولكرم، نابلس، قلقيلية.

- محافظات وسط الضفة الغربية: أريحا، رام الله والبيرة، القدس.
- محافظات جنوب الضفة الغربية: بيت لحم، الخليل.



http://awraq.birzeit.edu/sites/default/files/node_images/Palestine_PC

[BS.jpg](#)

الشكل (2.1) خارطة فلسطين

2.3 المبحث الثاني: الجودة الشاملة

2.3.1 مفهوم الجودة Quality concept

كلمة جودة في أصل اللغة تعني الجيد ينقص الرديء، وقد عرفت الجمعية الأمريكية للجودة American Society of Quality بأنها مجموعة الخصائص والمميزات للسلع والخدمات التي تعتمد على مقدرتها في إرضاء الحاجات المحددة للمستهلك، كما عرفت المنظمة الدولية لقياس الجودة (ISO) بأنها الدرجة التي تشبع فيها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة الخصائص الرئيسة المحددة مسبقاً.

فالجودة لا تعني بالضرورة التميز، وإنما ببساطة المطابقة للمواصفات، وترجمة لحاجات الزبائن و توقعاتهم، ومن ثم فإن الذي يحكم على الجودة في النهاية هو الزبون الذي يقرر ما إذا كان المنتج يلبي حاجاته أم لا (الطائي، 2009).

ولمعرفة أكبر عن الجودة وكيف نستطيع الاستفادة منها يجب علينا معرفة أشكال الجودة، فلجودة ثلاثة أشكال وهي:

١. **الجودة التي يمكن قياسها هي:** الجودة التي تتطابق مع المعايير حيث يتم التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع، وهذه المعايير هي الأدلة على التفوق.

٢. **الجودة التي يمكن تقديرها هي:** إدراك وتقدير التفوق من خلال تطبيق الحد الأدنى للمعايير والمقاييس، حيث تتطلب الحكم من ذوي الخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة.

٣. الجودة التي يمكن إدراكها وهي: درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية، مبنية على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضين (أبو حليقة، 2013).

2.3.2 مفهوم إدارة الجودة الشاملة TQM

المقدمة:

تعد إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) من المفاهيم الإدارية الحديثة، التي فرضت نفسها بقوة كأسلوب إداري متميز ومتطور ولاقى رواجاً كاملاً لتطوير وتحسين أداء المؤسسات وذلك عن طريق وضع النظم والعمليات التي تؤدي للتفوق ومنع الأخطاء، وخلق قاعدة من القيم والمعتقدات والثقافات بمشاركة الجميع باعتبارها مسؤولية تضامنية لكافة المستويات الإدارية وفرق العمل والأفراد لقناعتهم التامة بأن الجودة الشاملة هي الملاذ الحقيقي لجميع المؤسسات لتحقيق أهدافها (زين الدين، 1995؛ حمود، 2002). إذ بدأ مفهوم إدارة الجودة الشاملة يسيطر من الثمانيات من القرن العشرين، هذا بعد بزوغ معالمه بأكثر من عقدين في اليابان، حيث تعددت تعاريف إدارة الجودة الشاملة بتعدد الباحثين في هذا الموضوع حيث عرفها ديمينج Deming الذي يعتبر الأب الروحي لمفهوم إدارة الجودة الشاملة أنها نظاماً شاملاً للقيادة والتنشغيل للمؤسسة ككل، ويعتمد أساساً على مشاركة جميع العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على العملاء لمشاركة الموردين من أجل التحسين المستمر للجودة، ومن خلال تلك المراحل لتطور مفهوم الجودة يمكننا القول أن مفهوم الجودة انتقل من السيطرة على

العيوب إلى منع العيوب وهو مبدأ (الوقاية خير من العلاج)، بالإضافة إلى مفهوم وضبط الجودة (السيطرة الإحصائية) تدرج من منظور المنتج إلى منظور العميل وانتقل الاهتمام بالمنتج الى العمليات، ودور الإدارة انتقل من الحرفي ورئيس العمال وقسم الجودة في المؤسسة الى الدور الاستراتيجي للجودة حيث تتولاه الإدارة العليا (بن عشاوي، 2013).

و تعتبر الجودة اليوم سلاحاً تنافسياً هاماً لأي شركة أو مؤسسة معاصرة لتكون لها القدرة على مواجهة التحديات التي تفرضها العولمة، سواء كانت المؤسسة شركة إنتاجية أو مؤسسة خدماتية أو حتى منظمة غير ربحية.

ويرجع مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلى الكلمة اللاتينية *Qualitas* والتي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة والدقة، وقد عرفت مفرداتها بما يلي:

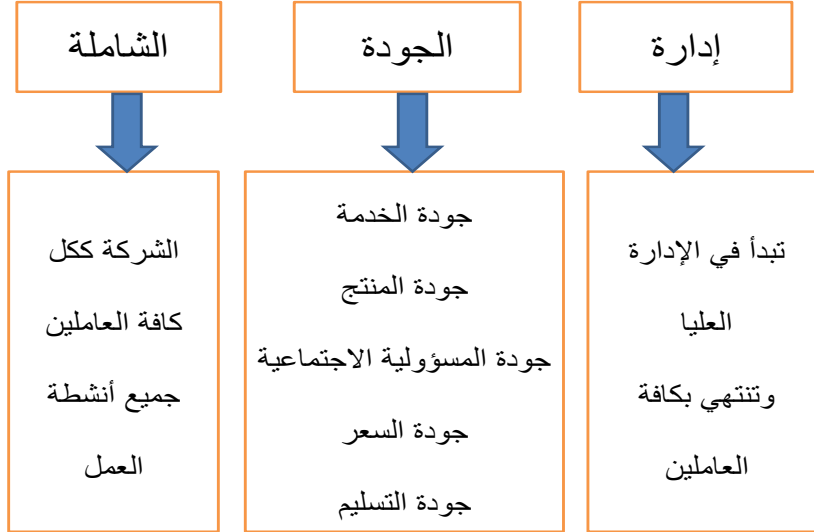
إدارة: تعني تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة كافة النشاطات المتعلقة بتطبيق الجودة، كما يتضمن التطوير والمحافظة على إمكانيات المنظمة لتحسن الجودة باستمرار.

الجودة: تعني الوفاء بمتطلبات العميل، والاستجابة لحاجاته ورغباته وتوقعاته.

الشاملة: تتضمن تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بدءاً من التعرف على احتياجات العميل، وانتهاءً بتقييم ومراجعة رضا العميل عن الخدمات أو المنتجات المقدمة له، كما تتطلب مشاركة واندماج الموظفين بالمنظمة. (الدرادكة والشبلي،

(2010)

ويوضح الشكل (2.2) مفهوم إدارة الجودة الشاملة



الشكل رقم (2.2) مفهوم إدارة الجودة الشاملة (جودة، 2012)

كما عرف معهد المقاييس البريطاني British Standards Institute إدارة الجودة الشاملة بأنها: فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة، التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع، ومن ثم تحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وأقلها تكلفة، عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقات جميع العاملين، بدافع مستمر للتطوير (جودة، 2012).

والتعريف الأكثر تعاملاً مع فلسفة TQM هو:

إدارة الجودة الشاملة هي ثورة حقيقية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسة الإدارة التي تؤكد

الاتصالات في الاتجاهين، وأهمية المقاييس الإحصائية، حيث أنها نتاج ممارسة الإدارة للطرائق التحليلية التي تقود إلى عملية التحسين المستمر التي بدورها تؤدي إلى خفض الكلف، وبالتالي ان كافة تعاريف الجودة الشاملة تتفق على التحسين المستمر والتطوير، والمراجعة والاستجابة لمتطلبات متلقي الخدمة ومطابقة المنتجات والخدمات مع المواصفات والمعايير العالمية (الهالات، 2014).

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها: منهج إداري شامل يهدف إلى إيجاد ثقافة تنظيمية، يتم عن طريقها إشراك جميع العاملين في المنظمة من مدراء وموظفين في عمليات التحسين المستمرة للسلع والخدمات بغية تحقيق رضا عملائها، بالاستعانة إلى الأساليب الإحصائية والكمية والتقنية الحديثة، الأمر الذي يجعل المنظمة في وضع تنافسي متجدد، يمكنها من تقديم الخدمات والمنتجات السلعية بشكل متقن وباستمرار (الخالدي، 2011).

ويمكن تلخيص مجموعة من النقاط توضح وتلخص مفهوم إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر الباحثة وهي:

1. إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة وفكر إداري حديث تقوم على أساس العمل الجماعي ومشاركة جميع العاملين.
2. تركز على التحسين المستمر وتسعى إليه وبالتالي هي عملية مستمرة لا تتوقف.
3. تتطلب دعم الإدارة العليا التي تملك رؤية واضحة وتعمل على مشاركة هذه الرؤية مع جميع العاملين.

٤. اعتماد عملية اتخاذ القرارات على البيانات مما يتطلب التوثيق الدائم للأحداث التي تتم في المؤسسة والعمل على تحليلها لضمان التطوير والتحسين المستمر للأنشطة.
٥. تتطلب وجود ثقافة تنظيمية داعمة للجودة.
٦. الاهتمام بتدريب العاملين لإكسابهم المهارات والقدرات اللازمة لتطوير وتحسين جودة أدائهم في العمل وتحفيزهم مما يضمن المزيد من العطاء والإبداع والتأثير الإيجابي على نوعية الخدمة المقدمة وإزالة المعوقات التي تحد من ذلك.
٧. تسعى لتلبية متطلبات الزبون وتحقيق توقعاته ونيل رضاه.
٨. تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب إحداث عدد من التغييرات الفكرية والسلوكية بما يتعلق بالثقافة التنظيمية.
٩. تهدف لاستخدام الموارد المادية والبشرية المتاحة بكفاءة وفعالية لتحقيق ميزة تنافسية مستدامة وبالتالي نجاح المنظمة على المدى البعيد.
١٠. تعتبر المؤسسة نظام متكامل لا يقبل التجزئة لأنها تعمل ككل وليس كأجزاء.

2.3.3 أهداف إدارة الجودة الشاملة:

هناك العديد من الأهداف التي يمكن أن نستفيد منها من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إذ تتفق برامج الجودة الشاملة المختلفة في كونها تسعى جميعاً لتحقيق الأهداف المشتركة التالية: إذ يرى (السلمي، 2002) بأن أهداف الجودة الشاملة تتمثل في النقاط التالية .

١. تقديم السلع والخدمات للمستخدمين، بما يحقق احتياجاتهم، ويتفق مع توقعاتهم ويلبي رغباتهم وطموحاتهم.
٢. كفاءة العمليات في المنظمة، بما يحقق تخفيض تكلفة الأداء، وتقليل الوقت المستغرق في الأداء وتحسين أسلوب تقديم المنتجات للمستخدمين وتطوير منتجات وخدمات جديدة أفضل وأسرع للوفاء باحتياجات المستخدمين.
٣. مواكبة حركة التحسين والتطوير في أساليب تقديم المنتجات والخدمات، والارتقاء بها إلى المستويات العالمية المتعارف عليها.
٤. التحسين المستمر، ويكون في كافة مرافق وعمليات ومستويات المنظمة الإدارية.
٥. تطوير كافة عناصر المنظمة وعملياتها ومنتجاتها، ودمج التطوير في صلب فلسفة الإدارة.
٦. تأكيد المركز التنافسي للمنظمة، وبناء وتنمية وتفعيل قدراتها التنافسية في مواجهة تطورات السوق ومحاولات المنافسين.
٧. ضمان استكمال المنظمة للمقومات المؤدية إلى وصولها لمراتب التميز، وفق المعايير العالمية المتعارف عليها في نماذج إدارة التميز (السلمي، 2002).

2.3.4 عناصر إدارة الجودة الشاملة:

معظم الباحثين يتفقوا على المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، ولكن بعضهم يختلف على تسميتها فمنهم من يسميها أبعاد وبعضهم يسميها عناصر وبعضهم الآخر يسميها

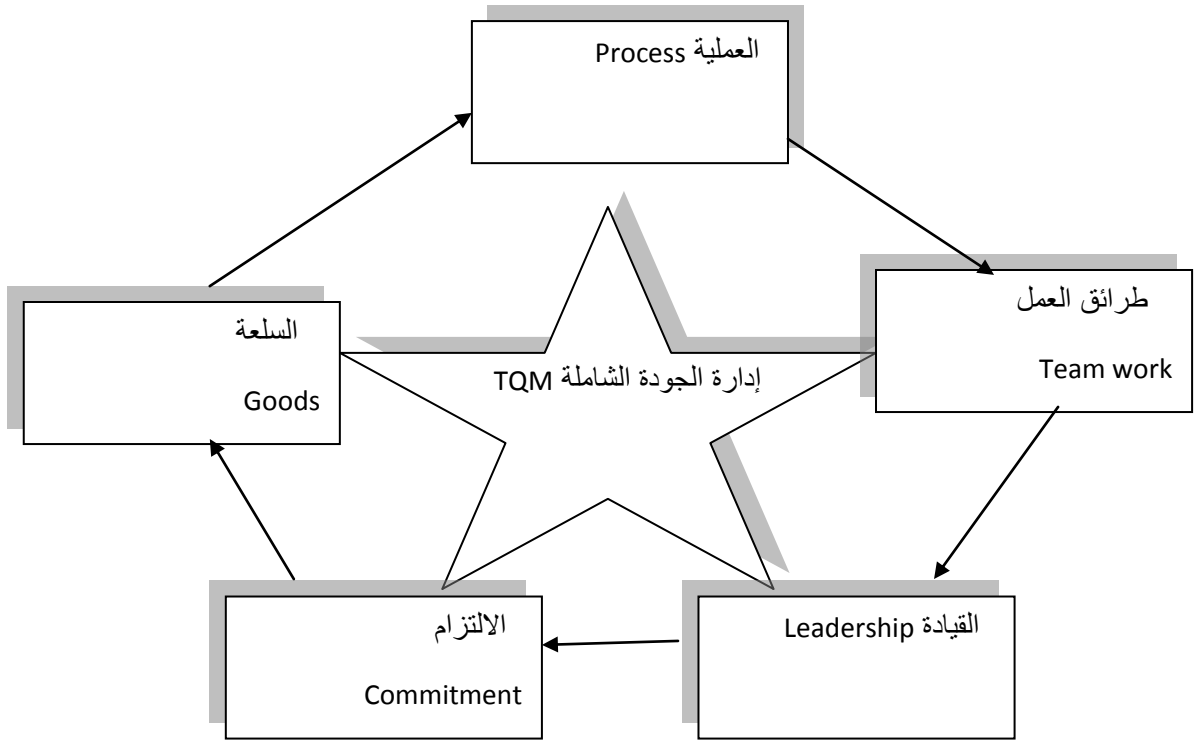
مبادئ ولكن هذا اختلاف لا يمس جوهرها. وإذا ما طبقت المؤسسة أو الشركة تلك المبادئ بالفاعلية والطريقة الصحيحة فإنها ستنجح في تحقيق المستوى المطلوب من التميز في مجال الجودة.

ويرى (علوان، 2009) أن أهم عناصر إدارة الجودة الشاملة هي: التزام الإدارة العليا، التركيز على المستهلك، اتباع المنهج العلمي في اتخاذ القرارات، مشاركة الموردين، الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، مسؤولية الجودة، النظرة التكاملية للشركة، تدعيم وتدريب العاملين، معلومات التغذية العكسية.

كما يرى (نجم، 2010) أن أهم عناصر إدارة الجودة الشاملة هي: الرؤية الاستراتيجية، التحسين المستمر، التركيز على الزبون، التزام وتمكين العاملين، المعايير.

2.3.5 متطلبات إدارة الجودة الشاملة

توجد عدة متطلبات لا بد أن تأخذ بالحسبان من أجل تنفيذ برنامج إدارة الجودة الشاملة، حيث تتفاعل هذه المتطلبات مع بعضها البعض من أجل تطبيق TQM بنجاح داخل المنظمة والشكل (2-3) يوضح هذا التفاعل بين المتطلبات. (عبدالستار، 2012؛ العرب، 2008)



الشكل (2-3) العلاقة بين متطلبات إدارة الجودة الشاملة

المصدر: (عبدالستار، 2010، ص208)

2.3.5.1 القيادة Leadership

قامت إدارة الجودة الشاملة بإضافة مهام إضافية إلى قادة العمل إلى جانب مهامهم الاعتيادية، حيث قامت بوضع مسؤوليات جديدة القتها على عاتقهم ممثلة بما يأتي:

- بناء شبكة اتصالات فاعلة.
- الدعم والإشراف وأهمية أن يكون المشرفين منفتحين ومتفاعلين مع مرؤوسيهـم.
- تكوين فرق العمل.
- كتابة إجراءات الجودة الشاملة بشكل واضح ومفهوم.

- تحديد إجراءات عمليات التحسين المستمر Kaizen للوظائف جميعها للوصول إلى تحقيق المعيب الصفري zero defects.
- فهم المناخ الخارجي والمتغيرات التي تحدث فيه والتفاعل معها والاستجابة لها (عبدالستار، 2010).

2.3.5.2 التزام الإدارة العليا Commitment of top Management

أشار Deming إلى أن غالبية مشاكل الجودة سببها الإدارة العليا، وخصوصاً الإدارة التي لا تمتلك أنظمة للجودة في المنظمة، أو بسبب فشلها في تدريب العاملين، كما أكد Coling أنه عندما تقوم الإدارة العليا برعاية إدارة الجودة الشاملة بوصفها وسيلة مناسبة لتحسين الجودة، فإن هذا يشجع حاجات الزبون ويعزز كفاءة السوق (عبدالستار، 2010).

2.3.5.3 ضرورة وجود أهداف محددة تسعى المنشأة إلى تحقيقها باعتبار أن تحديد الأهداف هو المدخل الأول في إدارة الجودة الشاملة.

2.3.5.4 تشكيل فرق العمل Team Work

يتم تأليف فرق العمل بحيث يضم كل منها ما بين خمسة إلى ثمانية أعضاء من الأقسام المعنية مباشرة أو ممن يودون فعلاً العمل المراد تطويره والذي سيؤثر في نتائج المنظمة، حيث أن الفرق ستقوم بالتحسين فيجب أن تتألف من الأشخاص الموثوق بهم والذين لديهم

الاستعداد بالعمل والتطوير وكذلك يجب أن يعطوا الصلاحيات لمراجعة وتقييم المهام التي تتضمنها العملية وتقديم مقترحات لتحسينها (الهلال، 2014).

2.3.5.5 التركيز على العمليات Focus on Process

إن المنظمات بكافة أنواعها وعلى اختلاف أهدافها تبقى دائما بحاجة إلى تحسين مستمر في عملياتها Continuous improvement وأنشطتها ومنتجاتها، فحاجات العميل وتوقعاته متغيرة باستمرار والبيئة الخارجة تتغير كذلك بمرور الزمن وبالتالي فإن على المنظمة أن تحسن وتطور من منتجاتها وعملياتها بما يلائم التغير في البيئة الخارجية. ويمكن تعريف التحسين المستمر بأنه فلسفة إدارية تهدف إلى العمل على تطوير العمليات والأنشطة المتعلقة بالآلات والمواد والأفراد وطرق الإنتاج بشكل مستمر (جودة، 2009).

2.3.6 مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة مجموعة من المراحل، إذ تسهم في إعداد ثقافة المنظمة، ويعتبر منهج إدارة الجودة الشاملة أسلوبا إداريا متطورا يستدعي القيام بالعديد من النشاطات نحو تهيئة الطرق المناسبة لإنجاحه.

ويحدد المعهد الأمريكي للجودة عدد من العناصر الأساسية التي تمثل في مجموعها متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جميع المؤسسات سواء كانت سلعية أم خدماتية ومهما كان حجمها (زين الدين، 1996):

١. دعم وتأييد الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. و الذي ينبع من اقتناعها وإيمانها بضرورة التحسين والتطوير الشامل للمؤسسة.

٢. تهيئة مناخ العمل وثقافة المؤسسة من خلال إعداد الأفراد العاملين بالمؤسسة وإقناعهم بقبول منهج إدارة الجودة الشاملة عن طريق إبراز فوائده ومزاياه وإنشاء رسالة ورؤية واضحة للمؤسسة، تتضمن الأهداف العامة وأهداف الجودة التي تسعى إلى تحقيقها بالإضافة إلى نشرها بحيث تصل لجميع أفراد المؤسسة.

٣. التركيز على العميل فالعميل هو مرتكز كل المجهودات في فلسفة إدارة الجودة الشاملة وبالتالي على الإدارة أن تعمل ما في وسعها لتوفير قاعدة بيانات غنية عن العملاء واحتياجاتهم الحاضرة والمستقبلية.

٤. قياس الأداء ويتمثل ذلك في وجود نظام قادر على القياس الدقيق للأداء المتعلق بالإنتاجية والجودة.

٥. الإدارة الفعالة للموارد البشرية: إذ يدعو Deming إلى إقامة نظام يرتكز على فكرة العمل الجماعي والتدريب المستمر وربط المكافآت بأداء فرق العمل ودورها في تحقيق رضا العميل.

٦. تشكيل فرق عمل للجودة يضم في عضويته المديرين التنفيذيين في المؤسسة ورؤساء الأقسام المختلفة فيها، حيث يقوم هذا المجلس بالإشراف على عملية تخطيط وتنفيذ برنامج الجودة.

٧. تكوين إستراتيجية لإدارة الجودة الشاملة بحيث يتم تحديد الهيكل التنظيمي لإدارة الجودة، ودمج نشاطات إدارة الجودة الشاملة ضمن استراتيجيات وخطط المؤسسة، وتكوين نظام داخل وحدات المؤسسة لوضع أهداف محددة للجودة الشاملة داخلها، بالإضافة إلى تحديد كيفية إشراك العاملين في تنفيذ برنامج الجودة، واستخدام الأنظمة الإدارية الحالية في تنفيذ هذا البرنامج.

٨. اتخاذ القرار حول مجال تطبيق برنامج الجودة، وهل سيكون على مستوى المؤسسة بشكل كلي أم جزئي، أو اختيار وحدة أو قسم في البداية لتنفيذ البرنامج.

٩. تحليل الاحتياجات التدريبية للمديرين التنفيذيين ورؤساء الأقسام والإدارات والعاملين، للتدريب على مفاهيم الجودة، وتحديد أنواع ومحتوى التدريب اللازمة لكل مجموعة ومتطلبات عملية التدريب من موارد بشرية ومادية وتنظيمية.

١٠. إرساء نظام المعلومات لإدارة الجودة الشاملة ليساعد على تدفق المعلومات ويضمن وصولها لمختلف مستويات النشاط بالمؤسسة مما يفعل دور إدارة الجودة الشاملة بشكل أكبر.

١١. إدخال برنامج الجودة الشاملة في الهيكل التنظيمي للمؤسسة، ووضع التفاصيل اللازمة لتطبيق البرنامج مثل: الكيفية التي سوف يكون عليها التنفيذ، والهيكل التنظيمي الملائم،

وكيفية تفويض الصلاحيات والسلطات للعاملين، والإجراءات والمصادر المطلوبة لتسهيل تطبيق البرنامج (زين الدين، 1996).

2.3.7 أبعاد الجودة The Dimensions of Quality

توجد أبعاد ومفردات لقياس الجودة ويمكن تحديد الأبعاد الشائعة منها على النحو الآتي (بن عيشاوي، 2013؛ جودة، 2010)

١. الأداء **Performance**: يشير هذا إلى الخصائص الأساسية في المنتج.
٢. الهيئة **Features**: وهي الخصائص المكملة للخصائص الرئيسية، والتي تضيف قيمة لجودة المنتج.
٣. المعولية **Reliability**: وتشير إلى الاتساق والثبات بالأداء يجب أن تكون هناك درجة من الاعتمادية والثقة في أداء المنتج وعدم تكرار الأعطال وأن يكون جاهز وقت الطلب.
٤. المطابقة **Conformance**: تمثل درجة تطابق المنتج مع مواصفات التصميم.
٥. المتانة **Durability**: تشير إلى معدل العمر الاقتصادي للمنتج قبل الاستهلاك أو الاستبدال.
٦. الجمالي **Aesthetics**: تشير إلى الهيئة الخارجية للمنتج، والشعور الذي تثيره لدى المستهلك.
٧. التفميص العاطفي **Empathy**: يعبر عن درجة تمكن الجهاز من فهم الحاجات البشرية للزبون وتحديدها، وتلبية تلك الحاجات في المنتج.

٨. الاحترافية **Professionalism**: يقصد بها احترام المهنة وقدرة المجهز على تقديم منتج خال من العيوب، ودعم الزبون .
٩. السلامة **Safety**: تعني ضآلة مقدار الضرر أو الأذى الذي يمكن أن يسببه المنتج إلى الزبون في أثناء الاستخدام أو بعده.
١٠. إمكانية تقديم الخدمة **Service Ability**: تعني سهولة تقديم الخدمة وسرعتها وحسن تصرف القائم بالعملية وكفاءته.
١١. الإدراك **Perception**: تعني قدرة الزبون على إدراك ما يراه في المنتج اعتمادا على خبراته السابقة وسمعة الشركة.
١٢. الكمال **Faultless**: تعني درجة خلو المنتج من العيوب (بن عيشاوي، 2013; جودة، 2010).

2.3.8 مفهوم جودة الخدمات الصحية

أصبحت جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية وقد عرف أن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب الممرضة فلورانس ناينفيل ممرضة بريطانية كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية خلال حرب القرم حيث قامت بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفى (خسروف، 2008).

كما يعد مفهوم الجودة من أحدث المفاهيم الإدارية التي تقوم على مجموعة من الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، إذ أن إدارة الجودة الشاملة هي أسلوب القيادة والتشغيل للمنظمة من أجل التحسين المستمر بالأداء على الأمد الطويل من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات المرضى، ويمثل مفهوم الجودة العملية التي يتم من خلالها تبني المنظمة مبادئ وأبعاد الجودة، باعتبارها جزء من الأهداف الاستراتيجية للمنظمة (سلطان، 2012).

وتعني جودة الخدمة الصحية تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر اقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة (العسالي، 2006).

وقد رأى (البكري، 2005) أن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية الصعوبة والتعقيد، لأن العديد من أوجه الخدمات الصحية غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها، وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة ستعكس وجهة نظر الشخص أو الجهة القائمة بها إذ ينظر:

١. المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
٢. الطبيب (المهنيين الصحيين): وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المرضى وفيما إذا تم اختيار الإجراءات الطبية الصحيحة وتم عملها بشكل صحيح.
٣. المالكون: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة.

٤. إدارة المستشفى: وتعني الاستعمال الكفاء للموارد بما يعظم الانتاجية ويلبي حاجات العملاء من غير هدر وضمن الحدود والتوجيهات المقدره من الإدارة العليا.

هناك وجهة نظر أخرى للجودة وهي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تزيد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها (الداركة، 2006؛ عتيق، 2012).

كما تعرف الجودة أنها ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة، والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له (الداركة، 2001).

ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج أن جودة الخدمة تتعلق بذلك التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة حيث يرى العميل جودة الخدمة من خلال مقارنته بين ما يتوقعه والأداء الفعلي للخدمة.

2.3.9 أبعاد جودة الخدمات الصحية وكيفية قياسها

لقد لخص Berry & Parasuraman عقب دراسة استطلاعية أجراها على العديد من مؤسسات تقديم الخدمة في الولايات المتحدة الأمريكية في محاولة لوضع مقياس لجودة الخدمة يتسم بالصدق والثبات، واعتمادا على العديد من المقابلات مع مجموعة من عملاء هذه المؤسسات أمكن التوصل إلى خمسة أبعاد أساسية في قياس جودة الخدمة وهي:

الجانب الملموس من تقديم الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة السريعة، المجاملة، المصادقية، ثم تقديمها في شكل مقياس عام أطلق عليه اسم Servqual يتم استخدامه مرتين، الأولى قبل حصول العميل على الخدمة لقياس مايسمى بالجودة المتوقعة، أما الثانية فهي مستوى الجودة المدركة والتي يتم قياسها بعد حصول العميل على الخدمة، حيث يتم بعد ذلك مقارنة الجودة المدركة لتحديد درجة رضا العميل عن الخدمة المقدمة (بن عيشاوي، 2013).

حيث تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى (Berry, 1985) الذي يطلق عليه سيرفكوال (SERVQUAL) حيث تم ذكره سابقاً، وهو يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة التي تقدمها المستشفى بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمسة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة وهي:

١. الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية.
- مظهر الأطباء والعاملين.

٢. الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.

- توافر التخصصات المختلفة.
 - الثقة في الأطباء والأخصائيين.
 - الحرص على مشكلات المريض.
 - الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.
٣. الاستجابة، وتشمل 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 والشكوى.
 - اخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها. (أبو حليقة، 2013).
٤. الأمان، وتشمل المتغيرات الآتية:
- الشعور بالأمان في التعامل.
 - المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
 - الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
 - استمرارية متابعة حالة المريض.
 - سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
 - دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

٥. التعاطف، وتشمل المتغيرات الآتية:

- تفهم احتياجات المريض.
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- العناية الشخصية بكل مريض.
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض (أبو حليقة، 2013).

إلا أن مقياس سيرفكوال (SERVQUAL) أثار جدل طويل حول استخدامه من خلال مجموعة من الباحثين أمثال (Taylor & Cronin, 1992) كون أن هذا المقياس يقوم بقياس توقعات العميل من الخدمة ويركز على الفجوات ولا يقيس جودة الخدمات المدركة والفعلية، والنموذج البديل الأكثر شهرة سيرفبارف (SERVPERF) (لمقياس الأداء الفعلي)، يعتمد هو الآخر على ذات الأبعاد فالاختلاف بينه وبين سابقه أنه لم يتم اعتماد مفهوم الجودة المدركة، فهو يستغني عن التوقعات، ويكتفي بالأداء الفعلي فقط، وقد دعم هذه الفكرة (Feinbury&Ruyter, 1995).

ولما سبق فإن الباحثة قامت باستخدام مقياس سيرفبارف (SERVPERF) (لمقياس الأداء الفعلي) بالأبعاد الخمسة، كون هذا المقياس أكثر ملائمة لأغراض الدراسة وقد استخدم في قياس الخدمات الصحية من قبل مجموعة من الباحثين.

2.3.10 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية (المستشفيات)

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في

- سهولة الوصول إلى موقع المستشفى بالإضافة يجب أن يكون في بيئة صحية ملائمة فيه تتوافر المرافق الأساسية كالطرق والمياه.
- تصميم مبنى المستشفى بالشكل المناسب مع مراعاة المساحات المناسبة للمرور وحرية الحركة بالإضافة إلى التصميم الجمالي من الداخل والخارج.
- تجهيز المعدات والأجهزة بحيث تكون مطابقة للمواصفات المعتمدة في مختلف المنظمات الصحية.
- اختيار الموارد البشرية المناسبة.
- توفر نظم فعالة للمعلومات والاتصالات لاتخاذ القرارات مبنية على معلومات واتباع نظام تقييم الأداء والتحسين المستمر (الرب، 2008).

2.3.11 أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية (المستشفيات)

إن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في اعتبارها أحد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات بأشكالها المتعددة وتقديم الجودة العالية، والتي يترتب عليها تحقيق رضا العميل باعتباره مفتاح النجاح لأي مؤسسة، حيث أن طبيعة المنافسة العالمية الواسعة والشاملة تتطلب بصفة عامة من أي مؤسسة خصائص رئيسية هي:

- فهم ما يريد العميل وإشباع احتياجاته وقت طلبها وبأقل تكلفة.
- الإمداد بالسلع والخدمات بجودة عالية وبشكل ثابت ومستمر.
- مجارة التغيير في النواحي التكنولوجية والسياسية والاجتماعية.
- توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية.
- تساهم في تقليل كلفة انتاج الخدمات الصحية.
- تقليل ومنع الإخطاء الطبية في مجال التشخيص والعلاج والدواء (نصيرات، 2008؛ الأحدي، 2000).

2.3.12 فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية (المستشفيات)

لو نظرنا بشكل عام على ما قدمته إدارة الجودة الشاملة بشكل موجز فقد قدمت أربعة ثورات في عالم الأعمال هي:

- منح الزبون الأولوية والأسبقية.
- التحسين المستمر بكل ما يجري داخل المؤسسة.
- مشاركة الجميع في تحقيق الأهداف ورسمها.
- إدراج المؤسسة في شبكة اجتماعية.

أما عن خصوصية مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات فإنه يقوم أساسا على:

١. تحقيق رضا الزبون (المرضى):

جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى، وتسعى في جميع أعمالها على إرضاءه، حيث تستهدف إدارة الجودة إلى تقديم خدمة صحية عالية الجودة بما يتطابق مع تطلعات المستفيدين منها، من خلال عملية تستهدف تحسين مستمر للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء (نصيرات، 2008).

وتعتبر برامج إدارة الجودة الشاملة الأكثر نجاحاً مؤخراً فهي التي تبدأ بتحديد الجودة من منظور الزبون، حيث هناك نوعان من الزبائن، الزبون الخارجي والزبون الداخلي. الزبون الخارجي هو ذلك الذي يشتري ويستخدم المنتج أو الخدمة (المرضى)، أما الزبون الداخلي فهو كل شخص يتواجد ضمن مرحلة من مراحل العملية أو النشاط ويعتبر زبونا للعملية السابقة التي تم إنجازها (العاملين داخل المستشفى).

٢. جودة الرعاية الصحية المقدمة:

الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المنشآت الصحية والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات والاستخدام وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية (أبو حليقة، 2013).

حيث لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمات الصحية، بل يجب أن تتبنى كل خطوة من خطوات تقديمها، وذلك ليتسنى الوصول للهدف المنشود، وتعتبر كل خطوة مدخلا لما بعدها من الخطوات التالية (إبراهيم، 2009).

٣. القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية:

تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية، وفي أربع مستشفيات تابعة لمركز (انتر ماونتن Intermountain) وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت إليهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحا للمركز: تراوحت مدة العملية الجراحية بين 20-90 دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين 13-45 غرام، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين 2.7 - 4.9 أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع، وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات (أبو حليقة، 2013).

٤. تبسيط الإجراءات:

يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، حيث تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (500.000) دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخص المريض (الأحمدي، 2000).

٥. الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء، وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد أن 25% من مسحات عنق الرحم (Pap Smear) تتم إعادتها لأن العينة غير مناسبة لإجراء التحليل. وذلك يسبب إزعاجا للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقا مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق تحقق نتائج أفضل من غيرها (الأحمدي، 2000).

ويرى (عبدالستار، 2010) أن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة يمكن أن يحقق جملة من الفوائد يمكن تلخيصها:

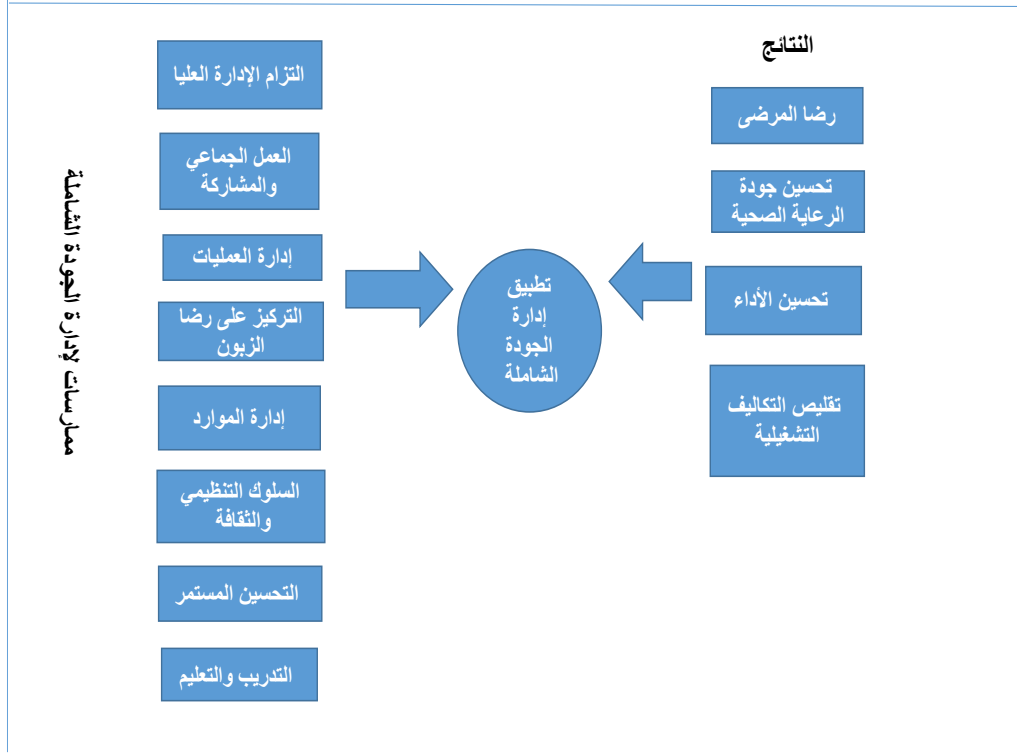
- تخفيض شكاوى العملاء من جودة ما يقدم لهم من خدمات.
- تخفيض تكاليف الجودة.
- زيادة النصيب السوقي بسبب تخفيض التكاليف، وزيادة رضا العملاء.
- زيادة الربحية نتيجة جذب عملاء جدد لديهم الرغبة في دفع مقابل أكبر للحصول على جودة متميزة.
- التقليل من البيروقراطية.
- تحسين الاتصال والتعاون بين وحدات المؤسسة.
- زيادة الابتكارات والتحسين المستمر.

- تحفيز العاملين بسبب وجود اتجاهات ايجابية لديهم نحو عناصر المناخ التنظيمي.
- تحسين الأداء الكلي بشكل عام مما يؤدي إلى تدعيم المركز التنافسي للمؤسسة.

كما أن إدارة الجودة الشاملة تستهدف إلى تقديم خدمة صحية عالية الجودة تتطابق مع تطلعات المستفيدين منها، من خلال عملية التحسين المستمر للجودة داخل المستشفى وتقديم خدمة تتفوق وتتفوق على توقعات المرضى وسيتم عرض بعضا من أساليب تحسين وتطوير الجودة الشاملة داخل المستشفى.

2.3.13 أساليب تحسين وتطوير الجودة الشاملة في تقديم الخدمة

أظهرت دراسة (Talib,2011) أن أفضل ثمانية ممارسات لإدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الصحية هم: التزام الإدارة العليا، القيادة والعمل الجماعي والمشاركة، إدارة العمليات، التركيز على رضا الزبون، ممارسة السلوك التنظيمي، وتغيير ثقافة داعمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتحسين المستمر والتدريب والتعليم، وقد تبين أن تنفيذ هذه الممارسات الثمانية في المؤسسات الصحية، سوف تؤدي إلى تحسين الأداء وإرضاء المرضى، وتحسين نوعية الرعاية الصحية، وانخفاض في تكاليف تشغيل الرعاية الصحية، حيث يوضح الشكل (2.4) نموذج لممارسات إدارة الجودة الشاملة وتأثير تنفيذها في المؤسسات الصحية.



الشكل (2.4) نموذج لممارسات إدارة الجودة الشاملة، دراسة (Talib,2011)

كما يمكن كسب رضا وولاء العميل الخارجي الذي يتوقف على درجة الانتماء وولاء الأفراد العاملين داخل المؤسسة داعمين للأهداف والسياسات المطبقة، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام بهم، وذلك بالعمل على تنمية قدراتهم ومهاراتهم وتلبية حاجاتهم المادية والمعنوية، مع توفير بيئة ملائمة للأداء الفردي والجماعي، ويمكن للمؤسسة من خلال إدارة الجودة الشاملة التركيز على العميل الخارجي عن طريق التعرف الدائم على احتياجاته الحالية والمتوقعة اعتماداً على الدراسات التسويقية المرتبطة بالمستهلك، مع ضرورة تقديم خدمات مناسبة لرغباته وتوقعاته، وقياس مدى رضائه عن جودة الخدمات المقدمة باستمرار (جودة، 2004).

إذ يعد التحسين المستمر أحد أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما يساهم التحسين المستمر في المجالات والأنشطة المختلفة للمستشفى بتقديم الخدمة المميزة للزبون وتلبية توقعاته، ويتوقف نجاح التحسين المستمر في المستشفى على جهود العاملين ومساهماتهم فيه، بالإضافة إلى ضرورة دعم الإدارة لهذه الجهود.

2.3.14 مداخل التحسين المستمر

١. مدخل دورة P.D.C.A- Cycle لديمينج وشوهارت

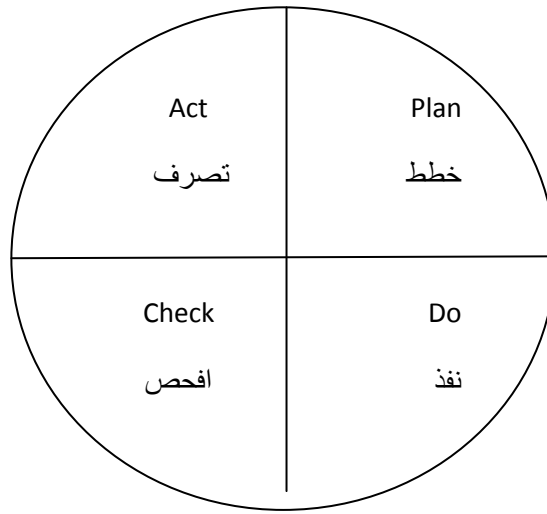
من أهم المداخل المعروفة في مجال تصميم مراحل عملية التحسين المستمر مدخل دورة P.D.C.A-Cycle كما يوضحه الشكل (2.5) الذي قام بتطويره ديمينج وشوهارت ليصبح إطار مهما لمرحلة أنشطة التحسين المستمر والذي يتكون أساساً من الخطوات التالية:

• **خطـ Plan:** تبدأ الخطوة الأولى بالتخطيط أي بتقديم الخطط اللازمة لتحسين الجودة في المستشفى بعد تحديد المشكلة وجميع البيانات الضرورية وتحليلها باستخدام أساليب التحليل (مخطط باريتو، ومخطط السبب والنتيجة، ومخطط التشتت).

• **نفذـ Do:** في هذه الخطوة يتم تنفيذ خطة التحسينات في مجالات العمل التي تم تحديدها في المستشفى وفق برامج موضوعة ضمن إطار زمني محدد، وجمع البيانات بشكل مستمر لقياس التحسينات في المستشفى.

• **افحص Check:** يتم قياس النتائج وتقييمها ومعرفة هل كان هناك نجاح في جهود التحسين أم لا.

• **تصرف Act:** إذا كانت النتائج التي تم الحصول عليها مرضية يتم اعتماد الخطة ويتم توثيقها، أما إذا حدث العكس فيتم تعديل خطة التحسين أو إلغاءها وتعويضها بخطة أخرى.



الشكل (2.5) (جودة، 2010)

٢. مدخل ثلاثية جوران للجودة: تتألف عملية التحسين المستمر من وجهة نظر جوران

Juran وفق ما يلي:

• **التخطيط Planning:** يبدأ التخطيط لتحسين العمليات بالعمل الجماعي، بحيث تتضمن

هذه العملية ما يلي:

١. تحديد من هم العملاء.

٢. التعرف على احتياجات العملاء ومتطلباتهم الحقيقية.

٣. تطوير خصائص المنتج الذي يلبي احتياجات العميل.

٤. تحديد العمليات اللازمة لإنتاج المنتج.

٥. تحويل الخطط على عمليات تنفيذية .

• **الرقابة على الجودة Quality Control**: تتمحور عملية الرقابة على الجودة حول

اختيار ومقارنة نتائج التحسين بالمتطلبات الأساسية للعملاء، واكتشاف الانحرافات ومحاولة

تصحيحها. وتقوم الإدارة باستخدام التغذية العكسية لمعرفة مدى تلبية الخدمة لمتطلبات

العملاء.

• **تحسين الجودة Improvement**: تهدف هذه العملية إلى الوصول إلى مستويات أداء

أعلى من مستويات الأداء الحالية، وتتضمن إنشاء فرق عمل ودعمها بالموارد اللازمة لأداء

مهامها.

٣. مدخل طريقة كايزن **Kaizen Method** :

قام اليابانيون بتطوير تقنية ناجحة تعتمد على مفهوم التحسين المستمر وتتكون هذه الكلمة

في اللغة اليابانية من مقطعين Kai ويعني التغيير و Zein يعني الجيد، وبناء عليه فإن

الكلمة Kaizen تعني "التغيير الجيد" حيث يشمل هذا التغيير أو التحسين عمليات المؤسسة

وأفرادها وتتضمن عملية Kaizen إجراء التحسينات المستمرة في كل المجالات وفي جميع

الأوقات (عشاوي، 2013).

لتطبيق kaizen يعتمد اليابانيون على الخطوات الخمسة المعروفة "Five-steps plan" والتي يمكن تلخيصها وفق ما يلي:

الخطوة الأولى: الفرز: وهي عملية الانتقاء والاحتفاظ بالأشياء التي يمكن الاستفادة منها والتخلص من الأشياء التي لا يمكن الاستفادة منها.

الخطوة الثانية: الترتيب المنهجي: وتعني وضع الأشياء في أماكنها وحسب تسلسلها بدون إضاعة الوقت، ويستند في ذلك إلى الممارسة اليابانية المعروفة "بقانون الثلاثين ثانية" عند عمليات الوضع والترتيب إذ لا يجب أن يستغرق وقت وضع الأشياء ترتيبها أكثر من ثلاثين ثانية.

الخطوة الثالثة: تنظيف مكان العمل: وهي قيام عمال المؤسسة بأعمال التنظيف الشامل لأماكن أعمالهم وذلك أثناء الخمسة دقائق الأولى والأخيرة من كل يوم كما يحدث في اليابان، وما للنظافة من تأثير على عملية التحسين.

الخطوة الرابعة: التعقيم الشامل تكمن هذه الفكرة في متابعة تطبيق المراحل الثلاثة السابقة باستمرار في كافة أماكن العمل بالمؤسسة.

الخطوة الخامسة: الانضباط الذاتي وهي تدريب الآخرين على متابعة الانضباط الذاتي والتقيد بتعليمات النظافة والترتيب واستخدام اللطف مع الآخرين واحترام قوانين وأنظمة العمل وتحويلها إلى تقاليد قوية (عشاوي، 2013).

حيث كل هذه العوامل تولد الراحة والرضا الوظيفي والذي يعتبر من مرتكزات فلسفة إدارة الجودة الشاملة التي تهدف إلى تحسين الأداء وكسب رضا العميل وتحقيق تطلعاته، لذا يتطلب التحسين المستمر ضرورة اهتمام إدارة المستشفى.

ويمكن تلخيص مجموعة من النقاط توضح وتلخص أساليب تحسين وتطوير الجودة الشاملة في تقديم الخدمة داخل المستشفى من وجهة نظر الباحثة وهي:

١. ضرورة اهتمام الإدارة بمشكلة الجودة.
٢. تكوين فريق جودة يقوم بتطوير الجودة داخل المستشفى.
٣. تقييم الجودة الحالية وتحديد الجودة الحالية والمستقبلية.
٤. تدريب العاملين داخل المنشأة والتأكد من إيصال مفهوم وأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
٥. تهيئة مناخ بالمؤسسة يؤكد على عدم وجود أخطاء في الخدمة.
٦. التأكد من عدم وجود معيب بشكل يومي لجعل العاملين يشعرون بالمسؤولية.
٧. تشجيع الابتكار الفردي داخل المنظمة.
٨. تأسيس مجلس الجودة الذي يقوم بعملية التنسيق والاتصال بأعضاء فريق تطوير الجودة.
٩. وضع مكافأة وتحفيز من يساهم في تطوير وتحسين الجودة.

2.3.15 معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية

تواجه المنظمات الصحية عموماً والمستشفيات تحدياً العديد من المعوقات التي تحد من نجاح وفعالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث يرى (مجيد وزيادات، 2008؛ عيشاوي، 2013؛ نصيرات، 2007) أن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات هي:

- الفهم غير الصحيح لدى الكثير من المهنيين الصحيين بأن إدارة الجودة الشاملة تساعد على تحقيق الكفاءة الإدارية وجودة الخدمات، ولكنها غير قابلة للتطبيق في العلاج الطبي.
 - حداثة موضوع إدارة الجودة الشاملة وخاصة في البلدان النامية.
 - التسرع في تطبيق مراحل برنامج الجودة، إذ ينبغي التأكد من اتمام كل مرحلة قبل الانتقال إلى المرحلة الموالية.
 - عدم توفر الكفاءات البشرية المؤهلة في هذا المجال.
 - تخصيص مبالغ غير كافية لأجل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، التكاليف المبالغ بها وغير الضرورية المتعلقة ببناء مشروع الجودة.
 - الاعتقاد الخاطئ لدى بعض العاملين بعدم حاجتهم إلى التدريب.
 - اتباع الأسلوب الديكتاتوري في الإدارة و تشدد المديرين في تفويض صلاحياتهم.
 - مقاومة التغيير لدى بعض العاملين بسبب طبيعتهم أو بسبب تخوف العاملين بالتأثير على مستقبلهم الوظيفي من أجل انجاح هذا التطبيق.
- حيث دعمت دراسة (Sughayir, 2014) فكرة أن مقاومة التغيير من أصعب المعوقات التي تظهر في مرحلة تطبيق إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات ولإنجاح تطبيقها يجب تغيير ثقافة المستشفى التي تدعم إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى توضيح فوائد تطبيق الجودة الشاملة وطمأنتهم على وظائفهم.
- عدم الإلمام بالأساليب الإحصائية لضبط الجودة.
 - توقع النتائج السريعة للفوائد التي يمكن أن تجنيها المنظمة من جراء تطبيق الجودة الشاملة.

- عدم وجود نظام فعال للاتصالات والتغذية العكسية.
 - عدم وجود الانسجام والتناغم بين أعضاء فريق العمل أو بين فرق العمل ببعضها.
- ويمكن القول بأن من بين الأسباب الأخرى الشائعة للفشل في تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة ما يلي: (1997, Martinich؛2015,Talib and Abdelrahman)

- عدم التزام الإدارة العليا بتطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة،
- التركيز على أساليب معينة في إدارة الجودة الشاملة، وليس على النظام ككل ولا يوجد أسلوب واحد يضمن تطبيقه تحقيق الجودة العالية، إذ يجب النظر إليها على أنها نظام متكامل.
- عدم الحصول على مشاركة العاملين في برنامج إدارة الجودة الشاملة، ولإنجاح هذا البرنامج لابد من مشاركة الجميع والتزامهم المستمر والشعور بمسؤوليتهم اتجاهه.
- اعتماد برنامج إدارة الجودة الشاملة وتدريب العاملين على البرنامج، وإهمال الخطوة اللاحقة وهي تحويل هذا التدريب إلى حيز الواقع مثل إيجاد مشاريع تحسين الجودة ونظام الاقتراحات.

وتوصلت دراسة (Mosadeghrad, 2013) أن فشل إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية يعزى إلى الهيكل البيروقراطي والهرمي، بالإضافة إلى الاستقلالية المهنية، والتوترات بين المدراء والمهنيين والصعوبات التي ينطوي عليها تقييم عمليات الرعاية الصحية. وتشمل العقبات الأخرى لنجاح إدارة الجودة الشاملة عدم التزام المدراء في المشاركة

في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وسوء القيادة والإدارة، وعدم وجود ثقافة موجهة نحو الجودة والتدريب الكافي، وعدم كفاية الموارد.

2.4 القطاع الصحي في فلسطين

2.4.1 تعريف المستشفيات وأهدافها

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

كما قامت منظمة الصحة العالمية تعريفاً آخر للمستشفى من منظور وظيفي على أنه "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية وبيولوجية (منظمة الصحة العالمية، 2005).

وعرفت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية في عام 1967 المستشفى "هي مؤسسة تكفل للمريض الداخلي ماوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض" (منظمة الصحة العالمية، 2005).

ومن الواضح أن تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى أكثر شمولاً من تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات و لجنة خبراء إدارة المستشفيات، حيث لا تقتصر وظائف المستشفى على التشخيص والعلاج، بل توسعت في ذلك لتشمل التعليم والتدريب والقيام بالبحوث. ومن خلال تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى يمكن معرفة وظائف المستشفيات الأساسية وهي:

١. الرعاية الطبية.

٢. التعليم والتدريب.

٣. البحوث الطبية والاجتماعية.

2.4.2 تصنيف المستشفيات في فلسطين (تقرير الإدارة العامة للمستشفيات، 2013)

يمكن تصنيف المستشفيات على أساس عدة معايير، من أهمها معيار الملكية والتبعية الإدارية، ومعيار التخصص أو نوع الخدمة التي تقدمها المستشفى، كما يمكن تقسيمها على أساس الحجم أو الطاقة الاستيعابية للمرضى، بالإضافة إلى بعض المعايير الأخرى مثل موقع المستشفى ومتوسط فترة الإقامة وغيرها. و يعتبر تصنيف المستشفيات على أساس الملكية والتبعية الإدارية وأيضاً على أساس التخصص ونوع الخدمة هما الأكثر شيوعاً.

2.4.2.1 تصنيف المستشفيات حسب الهيكلية:

مستشفيات صغيرة: هي المستشفيات التي تبلغ قدرتها السريرية 100 سرير أو أقل.

مستشفيات كبيرة: هي المستشفيات التي تبلغ قدرتها السريرية فوق 100 سرير.

مجمع طبي: ويشمل أكثر من مستشفى وكل مستشفى يكون له تخصص مختلف عن المستشفيات الأخرى.

2.4.2.2 تصنيف المستشفيات حسب التخصصات الطبية، وتقسّم إلى:

١. مستشفيات عامة، أو متعدد التخصص: وهو المستشفى الذي يضم معظم التخصصات (الطوارئ، الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، الولادة، أمراض القلب، الأمراض الجلدية والتناسلية، الأنف والأذن والحنجرة، العظام).

٢. مستشفيات أحادية التخصص: وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض، كأمراض العظام أو أمراض الأورام (السرطان) أو الأمراض النفسية أو الأمراض المعدية، أو المستشفى المتخصص في علاج فئة معينة في المجتمع النساء والأطفال، أو يكون المستشفى متخصص في علاج أمراض جزء معين من جسم الإنسان.

2.4.2.3 حسب الملكية وتقسيم المستشفيات إلى:

١. المستشفى الحكومي:

هو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية، قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية أو الجامعات، أو غيره. وهذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيماتها ولوائحها المالية والإدارية والإجرائية، وإن كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة، وهذا النوع من المستشفيات لا يهدف إلى تحقيق الربح حيث تقدم الخدمات مقابل رسوم رمزية حيث الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع. كما ورد من أرقام في جدول رقم (2.1)

٢. المستشفى الجامعي والتعليمي:

هو المستشفى الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية طبية، وهدفه الأساسي التعليم الطبي، ويقوم في ذات الوقت بتقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة، والمستشفى الحكومي يكون مملوكا للدولة، قد تديره مباشرة أو عن طريق شركة متخصصة.

٣. المستشفى الخاص:

وهو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو شركة أهلية ويستهدف تحقيق الربح.

٤. المستشفى الخيري أو الأهلي:

وهو المستشفى الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية ولا يستهدف الربح، ويقدم خدمات صحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه، وقد يكون المالك مؤسسة أو جمعية خيرية أو دينية أو أحد المستثمرين.

2.4.3 الوضع الصحي في المستشفيات في فلسطين

2.4.3.1 واقع الخدمات الصحية في فلسطين:

يتكون قطاع الخدمات الصحية في فلسطين من خمسة قطاعات رئيسية، وهي وزارة الصحة، ووكالة الغوث، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص والقطاع العسكري. حيث تشرف وزارة الصحة على 32.5% من المستشفيات، وعلى 54.8% من مجموع الأسرة، وعلى 61.5% من عيادات الرعاية الصحية الأولية وذلك للعام 2014، وتشرف وكالة الغوث الدولية على 1.3% من المستشفيات، وعلى 1.1% من مجموع الأسرة، و8.1% من عيادات الرعاية الصحية الأولية وذلك للعام 2014، كما لعبت المنظمات غير الحكومية دورا كبيرا في تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء فترة السيطرة الإسرائيلية على الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الريفية النائية المهمشة والفقيرة، حيث قدمت الخدمات الصحية مقابل رسوم رمزية. وقد برز دور هذه المنظمات خلال الانتفاضة الأولى (1987) والثانية (2000) وما صاحبهما من إغلاقات وحصار للمدن الفلسطينية، والتي وقفت عائقا أمام تنمية خدمات الرعاية الصحية الفلسطينية، وقد تميز هذا القطاع بأعلى عدد من الأطباء العامين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها، كما أشرف هذا القطاع على 42.5% من المستشفيات في فلسطين، وعلى 33.1% من مجموع الأسرة في العام 2014 وعلى 27.4% من عيادات الرعاية الأولية. حيث أشرف القطاع الخاص على 20.0% من المستشفيات وعلى 8.6% من مجموع الأسرة، بالإضافة إلى القطاع العسكري حيث يشرف على 3.8% من المستشفيات، وعلى 2.3% من مجموع أسرة المستشفيات في فلسطين،

وعلى 3.0% ويوضح الجدول (1.2) توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في فلسطين حسب القطاع الصحي المشرف. (أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في فلسطين، 2015)

وأشار (تقرير وزارة الصحة لعام 2015)

أن عدد المستشفيات العاملة في فلسطين خلال عام 2015 يبلغ (80) مستشفى، يعمل (51) منها في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، ويبلغ إجمالي عدد أسرة المستشفيات 5,487 سريرا بمعدل 793 نسمة لكل سرير.

توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في فلسطين حسب القطاع الصحي المشرف، 2014

القطاع المشرف	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عيادات الرعاية الأولية
المجموع	80	5,939	767
وزارة الصحة	25	3,259	472
وكالة الغوث الدولية	1	63	62
المنظمات غير الحكومية	34	1,967	210
القطاع الخاص	17	512	0
القطاع العسكري	3	138	32

المصدر: وزارة الصحة، 2014 مركز المعلومات الصحية: نابلس - فلسطين

جدول (2.1)

2.5 الدراسات السابقة

2.5.1 الدراسات العربية

١. دراسة سويطي (2016): بعنوان مستوى رضا المرضى عن خدمات أقسام الطوارئ في

مستشفيات جنوب فلسطين:

هدفت الدراسة لقياس مدى رضا المرضى من أقسام الطوارئ في مستشفيات جنوب فلسطين، تم مقابلة 397 مريضاً يراجعون أقسام الطوارئ في أربعة مستشفيات هي مستشفى الأهلي وعالية الحكومي والجمعية العربية للتأهيل وبت جالا الحكومي، من أجل معرفة رضاهم عن هذه الأقسام. أظهرت النتائج أن مستوى رضا المرضى عن الخدمات كان عالي نسبياً أما بالنسبة لمقارنة مستوى الرضا بالمستشفيات الحكومية نسبة إلى الخاصة لا يوجد فرق في مستوى الرضا في المستشفيات الحكومية والخاصة، كذلك توصلت الدراسة بالنسبة لمتغيرات مكان السكن، المستوى التعليمي أو الجنس لا يوجد فروقات إحصائية.

٢. دراسة شديفات (2015): بعنوان واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:

هدفت الدراسة إلى معرفة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية، حيث تم توزيع استبانة على 332 ممرضة يعملن في القطاع الصحي الحكومي، والعسكري و الجامعي والخاص، وأظهرت النتائج أن 70% من التفاوت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن تحقيقها باتباع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وهذه المبادئ تشمل التحسين المستمر، والعمل الجماعي، والتدريب والتزام الإدارة العليا، والتركيز على

العملاء، والتحسين المستمر هو أهم عامل في تفسير التفاوت في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية بمستوى أقل من 60% وكان أكثر المبادئ تطبيقاً هو التركيز على العملاء والأقل تطبيقاً هو التحسين المستمر. في القطاع الخاص هذه المبادئ أكثر من القطاعات الأخرى.

٣. دراسة عبدالقادر(2015): بعنوان قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات

الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين:

تهدف الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، وأجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم، وتم اختيار عينة ميسرة من المرضى المنومين والمراجعين، واستخدم استبانة اشتملت على (22) عبارة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك إدراكاً تاماً لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية. كما بينت أيضاً عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية عند مستوى معنوية أقل من (0.05) تبعا للمتغيرات الديمغرافية للعينة المتمثلة في النوع والعمر والتعليم والدخل ومكان السكن، وأوصت الدراسة بتهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة والمعدات المطلوبة، وتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المؤهلة، وتوفير التقييم المادي المناسب لها لضمان استمرارها في العمل بها، لزرع الثقة والأمان في نفوس المرضى والمراجعين لها.

٤. دراسة دياب (2012): بعنوان قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في

المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى:

تهدف الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وعددها 30 مستشفى موزعة في مختلف محافظات الأردن الاثنى عشر، أما عينة الدراسة فقد تم اختيارها بطريقة عشوائية من المرضى والموظفين في ثلاث مستشفيات في شمال ووسط وجنوب المملكة، وتم استخدام استبانتين (واحد للموظفين وأخرى للمرضى) كأداة رئيسية لجمع البيانات، واستخدمت الوسائط الحسابية وفحص (ت) وتحليل التباين الأحادي لاختبار فرضيات الدراسة، وقد توصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها:

المستشفيات الحكومية تطبق أبعاد الجودة الطبية الاعتمادية، والملموسية، والتعاطف، والأمان، باستثناء بعد الاستجابة وذلك من وجهة نظرالعاملين في المستشفيات مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا التطبيق متباين بين الأبعاد الخمسة. وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدى بعدي الاستجابة والتعاطف. ولم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديمغرافية . وفي ضوء نتائج الدراسة فإن الباحث يوصي بالتزام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات الطبية للمريض في الوقت المحدد وإعطاء الاهتمام لمشاكل المرضى، والمحافظة على السجلات الطبية وسيرتها، واستحداث أنظمة للمواعيد المسبقة وإبلاغ المرضى بذلك، وتوفير قاعات انتظار للمرضى ودورات مياه مناسبة، الحوافز والدورات التدريبية للعاملين، وتبسيط

الإجراءات لتقديم الخدمات الطبية، بالإضافة إلى استحداث وحدة إدارية تعنى بالجودة وأبعادها.

٥. دراسة عتيق (2012): بعنوان جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية

الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة:

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، حيث قامت الباحثة بتوزيع 111 استبانة على المرضى المقيمين التي صممت لأغراض هذه الدراسة عبر مصالح المستشفى على عينة عشوائية طبقية غير نسبية من مرضى المستشفى، وقد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)، إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

٦. دراسة سلطان (2013): بعنوان أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

المستفيدين-دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة:

هدفت الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة من خلال قياس أبعاد هذه المتمثلة (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والفندقة) باستخدام استمارة استبانة محكمة ومختبرة

تضمنت ستة متغيرات تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية. اعتمد البحث على فرضيتين رئيسيتين:

- امكانية توافر أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات.
- يتوقع ظهور فروق ذات دلالة احصائية تصف في أبعاد جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة نتائج منها صحة الفرضية تتوفر في بعض المستشفيات (الموسي وابن البيطار) أبعاد جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية، وعلى ضوء الاستنتاجات صيغت مجموعة من التوصيات منها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والنظر على أنها نظام متكامل من الخدمات.

٧. دراسة مصلح (2011): بعنوان قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين

والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الطبية الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود في استجاباتهم تبعاً للمتغيرات الأتية: المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث (أنوروا)، وشملت العينة 126 موظفاً ومريضاً من أصل 420 شخصاً أي ما نسبته 30% من مجتمع الدراسة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية، تكونت الاستبانة من 28 فقرة مقسمة إلى 6 مجالات وهي: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، خصائص المستشفى، تبيين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية على المتغيرات الأتية: المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، العمر، الحالة الاجتماعية على أبعاد الدراسة، وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله.

٨. دراسة الحوري (2008): بعنوان تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في

المستشفيات الأردنية- دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة:

هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون (المريض)، والتزام ودعم الإدارة العليا، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم، كما هدفت إلى بيان مدى وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق المبادئ إضافة إلى بيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم)، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة فقد تم تطوير استبانة وتوزيعها على عينة من المستشفيات الأردنية مكونة من 6 مستشفيات كان اختيارها وفقا لمعيار الحجم، وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة. وبينت الدراسة وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين في

المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الخبرة، المستوى التعليمي). كما توصلت إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (المستوى الوظيفي، والحجم). وأظهرت الدراسة وجود علاقة بين العوامل الشخصية بدلالة أبعادها (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم) وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة، وبناء على ذلك تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمي.

2.5.2 الدراسات الأجنبية

١. دراسة AL Sughayir (2014): بعنوان **Barriers to TQM Implementation**

:within a Private Medical Service Organizations in Saudi Arabia

ركزت هذه الورقة على المعوقات التي واجهت مؤسسات القطاع الصحي الخاصة في المملكة العربية السعودية خلال مرحلة تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، استخدم الباحث المنهج الكمي حيث قام بتوزيع 220 استبانة على الموظفين العاملين داخل القطاع الصحي الخاص واستخدم المنهج الوصفي، قام بتحليل العوامل لاستكشاف العوائق التي تحول دون تنفيذ إدارة الجودة الشاملة

مستخدماً SPSS. حيث توصلت الدراسة إلى استكشاف 21 بند من معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة أهمها دوران الموظفين، ومقاومة التغيير بين الموظفين.

٢. دراسة Mosadeghrad (2013): بعنوان **Obstacles to the application of total quality management in health care organizations**

هدفت هذه الدراسة استكشاف العوائق التي تحول دون التنفيذ الناجح لإدارة الجودة الشاملة في قطاع الرعاية الصحية، ومعرفة الأسباب الرئيسية لفشل البرنامج، استخدم الباحث Meta Analysis حيث جمع بين نتائج 15 دراسة متعلقة بمعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي حيث توصلت إلى أن فشل إدارة لجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية يعزى إلى الهيكل البيروقراطي والهرمي، بالإضافة إلى الاستقلالية المهنية، والتوترات بين المدراء والمهنيين والصعوبات التي ينطوي عليها تقييم عمليات الرعاية الصحية والنتائج. وتشمل العقبات الأخرى لنجاح إدارة الجودة الشاملة عدم التزام المدراء في المشاركة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وسوء القيادة والإدارة، وعدم وجود ثقافة موجهة نحو الجودة والتدريب الكافي، وعدم كفاية الموارد.

٣. دراسة (Zaim et al., 2010) بعنوان: **Service Quality And Determinants Of Customer Satisfaction In Hospitals**

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل واقع جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات التركية للمرضى ومحددات رضا العملاء لديها. استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات من أفراد

العينة باستخدام مقياس SERVQUAL والعلاقة بين رضا العملاء لتحقيق هدف الدراسة حيث تم قياس مستوى رضا العملاء من خلال ثلاثة معايير التي تستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة التي تقدمها المستشفى بالفعل، بالإضافة لتقييم مستوى جودة المستشفى ككل، وتم قياس جودة الخدمة من خلال الفرق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة التي قيست من خلال مقياس ليكرت باستخدام الأبعاد الستة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة (الملموسية، الاستجابة، المجاملة، الثقة، التعاطف، الاعتمادية) وتم استخدام العوامل Factor Analysis والانحدار الخطي Logistic Regressio Model، وأظهرت النتائج هناك علاقة إيجابية بين رضا المرضى وأبعاد الجودة (الملموسية، المجاملة، التعاطف، الاعتمادية) ولا توجد علاقة بين رضا المرضى وبعدي (الاستجابة والثقة).

2.5.3 التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة والمتعلقة بموضوع الدراسة يمكن استنتاج ما يلي:

- هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في أحد أهم القطاعات الخدمية وهو قطاع الصحة في فلسطين، وقامت دراسات للتعرف على مجموعة من المؤسسات الناجحة التي تعمل في مجال الرعاية الصحية وتقوم بتنفيذ ممارسات إدارة الجودة الشاملة.
- ركزت مجموعة من الدراسات السابقة على المعوقات التي تواجه مؤسسات القطاع الصحي.

- أظهرت بعض الدراسات السابقة مجموعة من التوصيات التي تساهم في إنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحقيق رضا المرضى منها: التزام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات الطبية للمريض في الوقت المحدد وإعطاء الاهتمام لمشاكل المرضى، والمحافظة على السجلات الطبية وسيرتها، واستحداث أنظمة للمواعيد المسبقة وإبلاغ المرضى بذلك، وتوفير قاعات انتظار للمرضى ودورات مياه مناسبة، الحوافز والدورات التدريبية للعاملين، وتبسيط الإجراءات لتقديم الخدمات الطبية، بالإضافة إلى استحداث وحدة إدارية تعنى بالجودة وأبعادها.

- تنوعت الدراسات السابقة في انتقاء المنظمات التي قامت بدراستها ومن قطاعات مختلفة، فبعض الدراسات تم تطبيقه في القطاع العام، وبعضها الآخر طبق في القطاع الخاص مثل الدراسة الحالية.

- استخدمت معظم الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي بالاعتماد على أدوات الإستبانة والمقابلة، كما وقامت بعض الدراسات باستعراض أوراق بحثية.

- تباينت عينة الدراسة في الدراسات السابقة بناء على مجتمع الدراسة.

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في التعرف إلى مجموعة من الجوانب البحثية المهمة منها: المنهجية العلمية، الأدوات العلمية المستخدمة، الأساليب الإحصائية وطرق معالجة المعلومات، المراجع الأصلية في هذا المجال.

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في المقارنة بينها وبين نتائج الدراسة الحالية التي تم التوصل لها والتوصيات التي تم تقديمها، والوقوف على أوجه الاتفاق والاختلاف مما ساعد على إثراء الدراسة الحالية.

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة بالإطلاع على التجارب الحديثة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات مما مهد الطريق للباحثة في دراستها لدراسة واقع الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها بهدف خلق ثقافة متميزة نحو التحسين والتطوير المستمر الذي يلبي حاجات القطاع الصحي.

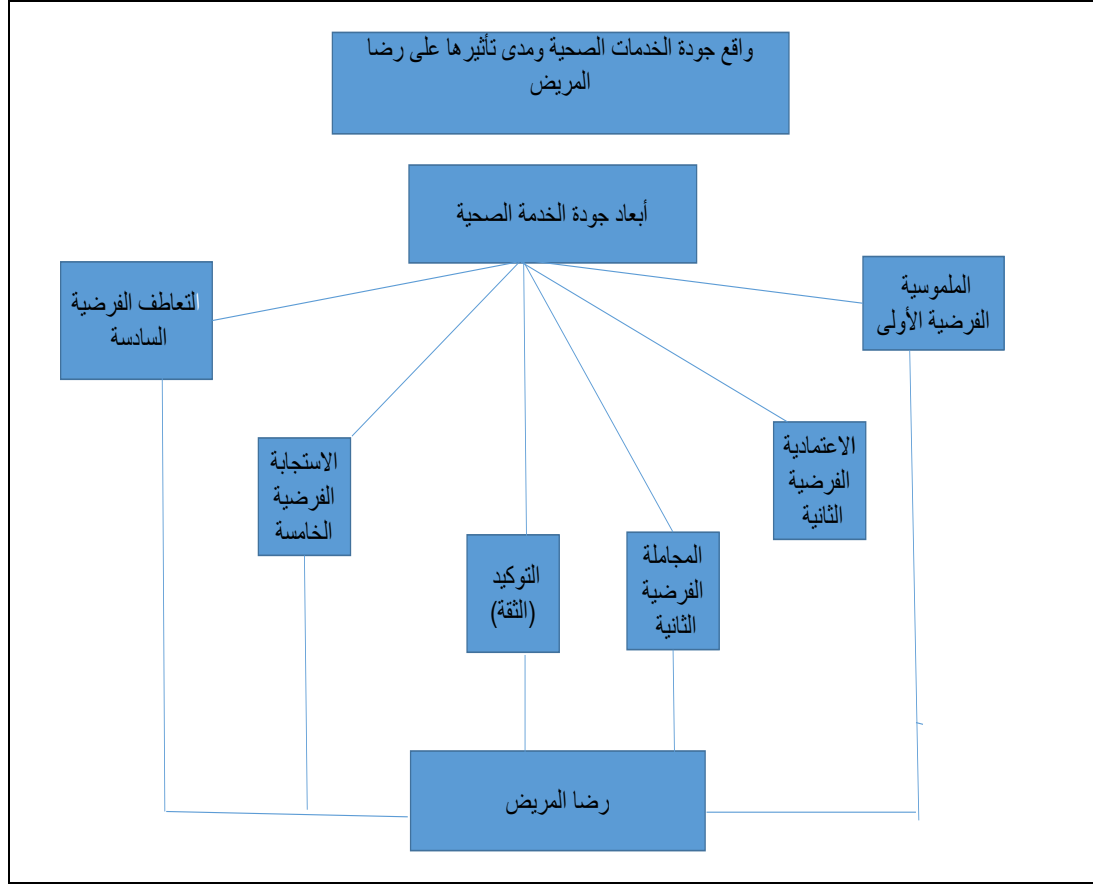
- تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث الموضوع بشكل كامل حيث أنها مختصة في دراسة الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة وسط وجنوب الضفة الغربية.

2.5.4 ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأنها تركز على المستشفيات الأهلية والخاصة في منطقة وسط وجنوب الضفة الغربية كما أنها تسلط الضوء على واقع جودة المستشفيات الأهلية والخاصة فقط وينبع هذا التخصيص. كما استخدم في هذه الدراسة مقياس SRVPERF (للأداء الفعلي) من أجل قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المرضى ، وفي الدراسات السابقة جزء قليل استخدم هذا المقياس، وتتميز هذه الدراسة عن غيرها بسبب اختلاف طبيعة وفلسفة القطاع الصحي عن أي قطاع آخر حيث تتميز المستشفيات عن غيرها من المؤسسات الأخرى بكونها أكثر تعقيداً، وذلك على صعيد التكنولوجيا المستخدمة فيها، ومن حيث تنوع التركيبة البشرية العاملة بها، هذا مع وجود العديد من العقبات التنظيمية والفنية والمادية التي قد تعرقل سير عملها وتقديمها لخدمات صحية ذات جودة

عالية في محيط يتغير باستمرار. ولا يمكننا أن ننسى ما نمر به من ظروف طارئة وقاهرة
ومتأزمة وأهم أسبابها الاحتلال. فعندما يكون هناك اهتمام بمنظومة الرعاية الصحية في ظل
وجود أزمات وصراعات تخلق حاجة لوجود مستلزمات طبية وكوادر بشرية ذات درجة عالية
من الكفاءة وهذا ما تتميز به الدراسة.

نموذج الدراسة



الشكل (2.6) نموذج الدراسة: المصدر عمل الباحثة

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

3. منهج وإجراءات الدراسة

3.1 تمهيد:

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً لمجتمع الدراسة وآلية تحديد حجم العينة واختيارها بالإضافة إلى عرض الجوانب المنهجية المستخدمة من أجل تحقيق هدف الدراسة.

3.2 منهج الدراسة (Methodology):

من أجل تحقيق هدف الدراسة، قامت الباحثة باستخدام كلا من المنهج الوصفي والمنهج الاستدلالي. إذ تم اتباع المنهج الوصفي (Descriptive statistics) لفهم أفضل لموضوع الدراسة، وذلك من خلال تنظيم وعرض النتائج التي تم التوصل إليها باستخدام الجداول والأشكال التوضيحية. من جهة أخرى تم استخدام الإحصاء الاستدلالي (Inferential statistics) من أجل الوصول لأهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها المذكورة سابقاً، وسيتم الحديث لاحقاً بشكل مفصل حول المنهجية المتبعة.

3.2.1 جمع البيانات والمعلومات (Data Collection):

تم جمع بيانات ومعلومات الدراسة من مصادر أولية وثانوية. المصادر الثانوية، اشتملت على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث. حيث قامت الباحثة بزيارة عدد من مكتبات الجامعات في الضفة الغربية، وتصفح العديد من المواقع الإلكترونية للمستشفيات ووزارة الصحة، بالإضافة إلى الإطلاع على العديد من البحوث والمقالات

العلمية المحكمة ورسائل الماجستير المنشورة وغير المنشورة ذات العلاقة بموضوع الدراسة. في ما يتعلق بالمصادر الأولية، فقد اعتمدت الباحثة على استبانة كأداة لجمع البيانات من أفراد العينة.

3.2.2 مجتمع وعينة الدراسة (The Population and Sample):

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المقيمين لمدة يوم فأكثر في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية خلال فترة الدراسة، نوفمبر وديسمبر 2016. لتحديد آلية توزيع الاستبانات على المرضى، تم جمع بعض المعلومات، مثل عدد الأسرة الموجودة في المستشفيات، وتم الحصول عليها من وزارة الصحة في رام الله¹ الجدول (3.1) يبين عدد الأسرة الموجودة في كل مستشفى من المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية.

¹ تم الحصول على كتاب رسمي من لجنة الدراسات العليا (برنامج ماجستير إدارة الأعمال) من أجل تسهيل مهمة الباحثة في جمع البيانات، ملحق رقم (1).

جدول 3.1: قائمة بعدد الأسرة الموجودة في المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط

وجنوب الضفة الغربية.

الرقم	اسم المستشفى	عدد الأسرة	المحافظة
1	الهلال الأحمر .	53	الخليل
2	الأهلي	162	الخليل
3	الميزان	69	الخليل
4	شهيرة	10	الخليل / لحول
5	بني نعيم للتوليد	10	الخليل
6	ناصر	14	الخليل / يطا
7	مستشفى الدبس	10	بيت لحم
8	اليمامة	16	بيت لحم / الخضر
9	الهلال الأحمر	69	رام الله
10	مستشفى خالد الجراحي	14	رام الله
11	مستشفى الناظر	10	رام الله
12	مستشفى الرعاية العربي التخصصي	37	رام الله
13	مستشفى مسلم	44	رام الله
	المجموع	554	

بعد تحديد مجتمع الدراسة، تم اختيار العينة الميسرة (المتاحة) من المرضى المنومين. إذ تم جمع المعلومات بشكل عشوائي من المرضى المقيمين في 13 مستشفى من المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وبحسب درجة الإشغال. بشكل أكثر تفصيلاً، تم تحديد حجم العينة الكلي وحجم العينة داخل كل مستشفى من خلال برنامج Sample size calculator مستندين على عدد الأسرة في كل مستشفى. الجدول 3.2 يبين حجم العينة الكلي (221)، وحجم العينة داخل كل مستشفى. من أجل الوصول لهذا العدد، قامت الباحثة بتوزيع 300 استبانة على المرضى في المستشفيات المذكورة سابقاً. وتم استرداد 220 استبانة فقط، استثنى منها 18 استبانة غير صالحة للتحليل الإحصائي لوجود نقص في المعلومات المعطاه من قبل المرضى.

جدول 3.2: حجم العينة لكل طبقة

الرقم	اسم المستشفى	المحافظة	عدد الأسرة	حساب العينة	عدد الاستبانات
1	الهلال الأحمر	الخليل	53	53/2.47	21
2	الأهلي	الخليل	162	162/2.47	66
3	الميزان	الخليل	69	69/2.47	27
4	شهيبة	الخليل /حلحول	10	10/2.47	4
5	بني نعيم للتوليد	الخليل	10	10/2.47	4
6	ناصر	الخليل/يطا	14	14/2.47	6

4	10/2.47	10	بيت لحم	مستشفى الدبس	7
7	16/2.47	16	بيت لحم / الخضر	اليمامة	8
27	69/2.47	69	رام الله	الهلال الأحمر	9
6	14/2.47	14	رام الله	مستشفى خالد الجراحي	10
4	10/2.47	10	رام الله	مستشفى الناظر	11
15	37/2.47	37	رام الله	مستشفى الرعاية العربي التخصصي	12
18	44/2.47	44	رام الله	مستشفى مسلم	13
12	30/2.47	30	رام الله	مستشفى المستقبل	14
221		548		المجموع	

جدول 3.3: خصائص عينة الدراسة

المتغير	الفئات	العدد	النسبة المئوية
الجنس	أنثى	105	52.0
	ذكر	97	48.0
	المجموع	202	100.0
المؤهل العلمي	أقل من توجيهي	89	44.1
	دبلوم	38	18.8

30.7	62	بكالوريوس	
6.4	13	ماجستير فما فوق	
100.0	202	المجموع	
54.0	109	أقل من ٤ أيام	مدة الإقامة بالمستشفى
28.2	57	من ٤-٨ أيام	
10.4	21	من ٩-١٥ يوم	
7.4	15	أكثر من ١٥ يوم	
100.0	202	المجموع	
56.9	115	خاص	نوع المستشفى
43.1	87	غير ربحي/ أهلي	
100.0	202	المجموع	

3.2.3 أسلوب وأداة جمع البيانات

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتصميم استبانة لقياس واقع الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية ومدى تأثير أبعادها على رضا المرضى المتلقين للخدمة. إذ تم الاعتماد على الأدبيات التربوية من كتب ورسائل جامعية وأبحاث متخصصة ذات صلة. من بين هذه الأبحاث دراسة (Zaim et al.,)

2010) التي هدفت إلى تحليل واقع جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات التركية للمرضى ومحددات رضا العملاء لديها. حيث تحقق الاستبانة الأهداف المختلفة للدراسة. إذ قامت الباحثة بتصميم وتطوير الاستبانة وتحكيمها، ومن ثم توزيعها على المبحوثين. تتكون استبانة الدراسة من أربعة أقسام كالتالي:

- **القسم الأول:** يشمل مقدمة عامة لتعريف المبحوثين بأهداف الدراسة ودورهم في المساهمة في إنجاح الدراسة.
- **القسم الثاني:** يتكون من مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالمعلومات الشخصية الخاصة بالمرضى (المعلومات الديموغرافية) وهي: الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، منطقة المستشفى، ونوع ملكية المستشفى.
- **القسم الثالث:** يتكون من ستة محاور أساسية تقيس أبعاد الجودة الشاملة وهي كالاتي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، المجاملة والتعاطف. ويحتوي هذا القسم أيضا على مجموعة من الأسئلة لقياس مدى رضا المرضى عن جودة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى.
- **القسم الرابع:** يتكون من ثلاثة أسئلة، اثنين منها مفتوحة، تهدف لمعرفة أهم الأسباب التي تدفع المرضى للقدوم لهذا النوع من المستشفيات وتحدثت عن المقترحات والتوصيات الكفيلة لتطوير الجودة الشاملة في المستشفيات من وجهة نظر المرضى.

3.2.4 صدق الأداة

يقصد بصدق الأداة هو قدرتها على قياس ما وضعت لقياسه (Sekaran, 2006)، مما يرفع مستوى الثقة بالنتائج. وللتحقق من صدق أداة الدراسة استخدمت الباحثة طريقة صدق المحتوى (Content validity) وذلك بعرضها على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص للتأكد من مدى شموليتها وملائمة فقراتها مع أهداف الدراسة. حيث قامت الباحثة بتعديل فقرات أداة الدراسة وأخذ ملاحظات وآراء جميع المحكمين إلى أن اكتملت الأداة في صورتها النهائية (انظر للمحق رقم 2).

من أجل فهم موضوع البحث، تم تطبيق منهجيتين مختلفتين.

من ناحية أخرى تم تطبيق منهجية التحليل العاملي (Factor analysis)، معتمدين على طريقة التدوير (Varimax rotation) على الجزء الأول من الاستبانة، وذلك لتحديد أبعاد الجودة الشاملة بالإضافة لمتغير الرضا. والتي توضح قيم معاملات الاستخراج لكل فقرة من فقرات محاور أداة الدراسة حسب كل محور مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة، وتعتبر أداة الدراسة بأنها تتمتع بدرجة صدق عالية عندما تزيد جميع أو معظم معاملات الاستخراج عن القيمة (0,5)، حيث تتبع هذه الطريقة أسلوب انحدار الفقرات على الدرجة الكلية في حساب معاملات الانحدار (الاستخراج)، حيث أنه من المعروف إحصائياً بأنه كلما زادت قيمة معامل الانحدار زادت قيمة ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية مما يدل على زيادة الاتساق أو التناسق الداخلي للفقرات داخل هذا المجال أو المحور. و يتضح من الجدول أدناه ارتفاع جميع هذه القيم عن 0,5 فيما يتعلق بأداة الدراسة المستخدمة مما يدل على تمتع أداة

الدراسة بصدق عالي وأن أداة الدراسة المستخدمة قادرة بدرجة مرتفعة على تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها، والجدول (3.4) يوضح نتائج التحليل العائلي Factor .Analysis

كما تم استخدام نموذجين من الانحدار الخطي المتعدد وذلك على النحو التالي:

$$Y_i = \beta_1^1 X_{1i} + \beta_2^1 X_{2i} + \beta_3^1 X_{3i} + \beta_4^1 X_{4i} + \beta_5^1 X_{5i} + \beta_6^1 X_{6i} + \beta_7^1 X_{7i} + u_i^1 \quad (1)$$

$$Y_i = \beta_1^2 X_{1i} + \beta_2^2 X_{2i} + \beta_3^2 X_{3i} + \beta_4^2 X_{4i} + \beta_5^2 X_{5i} + \beta_6^2 X_{6i} + \beta_7^2 X_{7i} + \beta_8^2 X_{8i} + \beta_9^2 X_{9i} + \beta_{10}^2 X_{10i} + \beta_{11}^2 X_{11i} + u_i^2 \quad (2)$$

حيث Y تمثل رضا المرضى لدى المستشفيات الأهلية والخاصة. X_1 and X_2 يظهران درجة المجاملة والتعاطف التي يشعر بها المريض قبل المستشفى، على التوالي. X_3, X_4, X_5 and X_6 ترمز لمتغيرات الاعتمادية، الثقة، الملموسية والاستجابة، على التوالي. X_7 تمثل التفاعل (Interaction) بين متغيري الاستجابة والثقة. X_8, X_9, X_{10} and X_{11} متغير الجنس، الإقامة في المستشفى، نوع المستشفى بالإضافة لمتغير المؤهل العلمي، على التوالي. حيث أن متغير الجنس يأخذ رقم 1 في حال كان المريض ذكر و 0 خلاف ذلك. أما متغير نوع المستشفى، تم اعطاء المستشفيات الخاصة رقم 1 والمستشفيات الأهلية قيمة 0. بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي للمرضى، تم اعطاء قيمة 0 للحاصلين على دبلوم فأقل و 1 للحاصلين على درجة البكالوريوس فأعلى. $B_1, B_2, B_3, B_4, B_5, B_6, B_7, B_8, B_9, B_{10}$ and B_{11} هي ثوابت وتمثل معاملات نموذج الانحدار الخطي و u_i عبارة عن حد الخطأ (Error term).

جدول رقم (3.4): مصفوفة قيم معاملات الاستخراج لفقرات أداة الدراسة

نتائج التحليل العاملي Factor Analysis

معاملات الاستخراج	الفقرة	رقم الفقرة
0.673	المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى حديثة.	.١
0.596	يتم الاهتمام بنظافة الحمامات.	.٢
0.666	تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة.	.٣
0.636	وجبات الطعام مناسبة.	.٤
0.617	يتم مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي.	.٥
0.691	مستوى الهدوء في الغرف عال.	.٦
0.641	يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة (نظيفة ومكيفة).	.٧
0.508	يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة.	.٨
0.664	يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.	.٩
0.518	توافر التخصصات المختلفة	.١٠
0.645	هناك ثقة في الأطباء والأخصائيين.	.١١
0.720	هناك ثقة بقيمة الفاتورة.	.١٢
0.803	رسوم المستشفى دقيقة.	.١٣
0.664	هناك سرعة في استجابة أفراد الطاقم لاحتياجات المرضى.	.١٤

رقم الفقرة	الفقرة	معاملات الاستخراج
.١٥	سهولة اجراءات الدخول للمستشفى.	0.581
.١٦	هناك رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائما.	0.627
.١٧	إجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفة.	0.627
.١٨	يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى.	0.653
.١٩	يوضح العلاج للمريض بشكل خطي.	0.521
.٢٠	هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال	0.700
.٢١	هناك سرعة في تقديم الخدمة داخل المستشفى.	0.645
.٢٢	اشعور بالاطمئنان من انه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى.	0.632
.٢٣	الشعور بالأمان من خلال التعامل مع المستشفى.	0.773
.٢٤	الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض.	0.656
.٢٥	يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار.	0.693
.٢٦	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	0.554
.٢٧	يمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة من وجهة نظرك.	0.617
.٢٨	عند إجراءات الدخول يتصرف الموظف بطريقة مهذبة.	0.759
.٢٩	الموظف المسؤول عن خدمة الغرف يتصرف بطريقة لائقة.	0.740
.٣٠	سلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذبا.	0.808

معاملات الاستخراج	الفقرة	رقم الفقرة
0.803	يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة.	.٣١
0.725	يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبه.	.٣٢
0.726	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بالمرضى.	.٣٣
0.718	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى.	.٣٤
0.672	هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه.	.٣٥
0.637	يتم وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	.٣٦
0.670	يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدافة في التعامل مع المريض.	.٣٧
0.746	إذا احتجت للعلاج مرة أخرى (في المستقبل)، سأقوم بالعودة الى نفس المستشفى.	.٣٨
0.759	أشعر بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.	.٣٩
0.725	بشكل عام أشعر بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى	.٤٠
0.740	إذا طلب مني تقديم النصيحة لشخص، بخصوص الذهاب الى مستشفى، سأقوم بتشجيعهم بالذهاب الى هذا المستشفى.	.٤١
0.808		

3.2.5 ثبات الأداة

يقصد بثبات الأداة مدى استقرار درجات أفراد العينة والاتساق الداخلي لإجاباتهم عبر فقراتها المختلفة وانسجامها مع بعضها البعض. لذلك ولقياس ثبات أداة الدراسة تم قياس ثبات الاتساق

الداخلي لمجالات أداة الدراسة بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمجالات والفقرات باستخدام

معاملات الثبات كرونباخ ألفا وكانت النتائج على النحو التالي :

جدول رقم(3.5): معاملات الثبات كرونباخ ألفا

معامل الثبات ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	المجال
٠,٨٢	٧	الملموسية
٠,٧٦	٥	الاعتمادية
٠,٨٧	٨	الاستجابة
٠,٨٨	٦	التوكيد(الثقة)
٠,٩٣	١٤	الاستجابة و الثقة
٠,٨٧	٥	المجاملة
٠,٨٥	٥	التعاطف
٠,٩٦	٣٦	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
٠,٩١	٤	درجة الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى

كما يتضح من الجدول(3.5) تراوحت قيم معاملات الثبات (٠,٧٦_٠,٩٦) عند مجالات

الدراسة، كما بلغت قيمة معامل الثبات الكلية للجودة الشاملة (٠,٩٦)، مما يدل على أن أداة

الدراسة الحالية قادرة على إعادة إنتاج ٩٦% من البيانات و النتائج الحالية المتعلقة بالجودة

الشاملة وهذه القيم اعتبرت مناسبة لأغراض الدراسة والأهداف التي وضعت هذه المجالات وفقراتها من أجلها. وهي قيم عالية وتفوق المستوى المقبول لمعامل الثبات وهو 0.70 فأكثر. فيما لو تم إعادة القياس والبحث واستخدامها مرة أخرى بنفس الظروف، بناء على ذلك تعتبر هذه الاستبانة جيدة لإجراء هذه الدراسة وقبول نتائجها (Sekaran, 2006; Hassouneh, 2017).

3.2.6 متغيرات الدراسة

المتغيرات الديمغرافية: (الجنس، المؤهل العلمي، نوع المستشفى، مدة الإقامة في المستشفى، الدخل الشهري).

المتغيرات المستقلة: (الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها وتشمل: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد(الثقة)، المجاملة، التعاطف).

المتغيرات التابعة: (درجة رضی المرضى عن الخدمات المقدمة).

3.2.7 المعالجة الإحصائية

بعد جمع بيانات الدراسة، قامت الباحثة بمراجعتها تمهيدا لإدخالها إلى الحاسوب وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقام معينة أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية حيث

أعطيت الإجابة موافق بشدة ٥ درجات، الإجابة موافق ٤ درجات، الإجابة محايد ٣ درجات، الإجابة معارض درجتين، أما الإجابة معارض بشدة فقد أعطيت درجة واحدة بحيث كلما زادت الدرجة زادت درجة الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة وسط وجنوب الضفة الغربية.

وقد تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخراج الأعداد والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقد تم فحص الإجابة عن أسئلة الدراسة عن طريق اختبار ت للعينات المستقلة (Independent Samples T Test) و اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، وأسلوب الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) وتم استخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا لفحص ثبات أداة الدراسة ومعاملات الاستخراج بأسلوب التحليل العاظمي Factor Analysis لفحص صدق أداة الدراسة، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية SPSS.

3.2.8 مفتاح التصحيح

بعد إعطاء اتجاهات أفراد العينة أرقاماً تمثل أوزاناً لاتجاهاتهم من (١ _ ٤)، تم حساب فرق أدنى قيمة وهي ١ من أعلى قيمة وهي ٥ = ٤ وهو ما يسمى المدى، ثم تم قسمة قيمة المدى على عدد المجالات المطلوبة في الحكم على النتائج وهو ٥ ليصبح الناتج = ٤/٥ = ٠,٨، وبالتالي نستمر في زيادة هذه القيمة ابتداء من أدنى قيمة وذلك لإعطاء

الفترات الخاصة بتحديد الحالة أو الاتجاه بالاعتماد على الوسط الحسابي، والجدول رقم

(3.6) يوضح ذلك :

جدول رقم (3.6): مفتاح التصحيح الخماسي

المستوى	الوسط الحسابي
منخفضة جدا	أقل من ١,٨
منخفضة	من ١,٨ _ أقل من ٢,٦
متوسطة	من ٢,٦ _ أقل من ٣,٤
مرتفعة	من ٣,٤ _ أقل من ٤,٢
مرتفعة جدا	من ٤,٢ فأكثر

الفصل الرابع

تحليل وعرض النتائج

نتائج الدراسة

4.1 مقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لتحليل بيانات الدراسة، حول واقع الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة وأهدافها.

4.2 نتائج أسئلة الدراسة

4.2.1 نتائج السؤال الرئيسي الأول: ما واقع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

الأهلية والخاصة؟

ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية التالية:

4.2.1.1 نتائج المحاور الفرعية للسؤال الأول الرئيس: ما واقع بعد إدارة الجودة

الشاملة (الملموسية) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد

الملموسية على النحو التالي:

الجدول (4.1): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بعد الملموسية

الرقم	بعد الملموسية في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١.	يتم مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي.	4.24	0.79	مرتفعة جدا
٢.	تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة.	4.22	0.69	مرتفعة جدا
٣.	يتم الاهتمام بنظافة الحمامات.	4.11	0.91	مرتفعة
٤.	وجبات الطعام مناسبة.	4.10	0.77	مرتفعة
٥.	يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة.	4.09	0.58	مرتفعة
٦.	يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة (نظيفة ومكيفة).	4.04	0.90	مرتفعة
٧.	المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى حديثة.	4.00	0.74	مرتفعة
٨.	مستوى الهدوء في الغرف عال.	3.91	1.03	مرتفعة
	الدرجة الكلية	4.00	0.74	مرتفعة

يوضح الجدول (4.1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بعد الملموسية

في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيبا تنازليا حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير

الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط

الحسابي للدرجة الكلية (٤) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٧٤)، مما يدل على أن درجة بعد الملموسية في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورُتبت فقرات الأداة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (يتم مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٤) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٩)، الفقرة (تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٢) وانحراف معياري مقداره (٠,٦٩)، الفقرة (يتم الاهتمام بنظافة الحمامات) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١١) وانحراف معياري مقداره (٠,٩١)، الفقرة (وجبات الطعام مناسبة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٧).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (مستوى الهدوء في الغرف عال) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٩١) وانحراف معياري مقداره (١,٠٣)، الفقرة (المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى حديثة) بمتوسط حسابي مقداره (٤) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٤)، الفقرة (يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة نظيفة ومكيفة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٤) وانحراف معياري مقداره (٠,٩)، الفقرة (يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٥٨).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع الملموسية في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يتم

مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي، تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة، يتم الاهتمام بنظافة الحمامات، وجبات الطعام مناسبة، يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة، يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة (نظيفة ومكيفة)، المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى حديثة، مستوى الهدوء في الغرف عالٍ.

4.2.1.2 السؤال الثاني: ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (الاعتمادية) في

المستشفيات الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاعتمادية على النحو التالي:

الجدول (4.2): الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاعتمادية

الرقم	بعد الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
٩.	يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.	4.26	0.70	مرتفعة جدا
١٠.	توافر التخصصات المختلفة	4.12	0.78	مرتفعة
١١.	هناك ثقة بقيمة الفاتورة.	4.09	0.83	مرتفعة
١٢.	هناك ثقة في الأطباء والأخصائيين.	4.03	0.78	مرتفعة
١٣.	رسوم المستشفى دقيقة.	3.66	0.95	مرتفعة
	الدرجة الكلية	4.03	0.58	مرتفعة

يوضح الجدول (4.2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٤,٠٣) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٥٨)، مما يدل على أن درجة بعد الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورتبت فقرات الأداة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٦) وانحراف معياري مقداره (٠,٧)، الفقرة (توافر التخصصات المختلفة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١٢) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٨)، الفقرة (هناك ثقة بقيمة الفاتورة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٣).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (رسوم المستشفى دقيقة) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٦٦) وانحراف معياري مقداره (٠,٩٥)، الفقرة (هناك ثقة في الأطباء والأخصائيين) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٣) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٨).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة، توافر التخصصات

المختلفة، هناك ثقة بقيمة الفاتورة، هناك ثقة في الأطباء والأخصائيين، رسوم المستشفى دقيقة.

4.2.1.3 السؤال الثالث: ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (الاستجابة) في المستشفيات

الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاستجابة على النحو التالي:

الجدول (4.3): الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاستجابة

الرقم	بعد الاستجابة في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١٤.	سهولة اجراءات الدخول للمستشفى.	4.20	0.87	مرتفعة جدا
١٥.	يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى.	4.09	0.74	مرتفعة
١٦.	هناك رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائما.	4.09	0.88	مرتفعة
١٧.	إجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفة.	4.09	0.89	مرتفعة
١٨.	هناك سرعة في تقديم الخدمة داخل المستشفى.	3.95	0.92	مرتفعة
١٩.	يوضح العلاج للمريض بشكل خطي.	3.91	0.88	مرتفعة

مرتفعة	0.98	3.79	هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال	٢٠.
مرتفعة	0.95	3.77	هناك سرعة في استجابة أفراد الطاقم لاحتياجات المرضى.	٢١.
مرتفعة	0.64	3.99	الدرجة الكلية	

يوضح الجدول (4.3) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بعد الاستجابة في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيبا تنازليا حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٣,٩٩) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٦٤)، مما يدل على أن درجة بعد الاستجابة في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورتبت فقرات الأداة ترتيبا تنازليا حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (سهولة اجراءات الدخول للمستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٧)، الفقرة (يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٤)، الفقرة (هناك رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائما) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٨)، الفقرة (إجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفه) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٩).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (هناك سرعة في استجابة أفراد الطاقم لاحتياجات المرضى) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٧٧) وانحراف معياري مقداره (٠,٩٥)، الفقرة (هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٧٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٩٨)، الفقرة (يوضح العلاج للمريض بشكل خطي) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٩١) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٨)، الفقرة (هناك سرعة في تقديم الخدمة داخل المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٩٥) وانحراف معياري مقداره (٠,٩٢).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع الاستجابة في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بسهولة إجراءات الدخول للمستشفى، يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى، هناك رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائما، إجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفه، هناك سرعة في تقديم الخدمة داخل المستشفى، يوضح العلاج للمريض بشكل خطي، هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، هناك سرعة في استجابة أفراد الطاقم لاحتياجات المرضى.

4.2.1.4 السؤال الرابع: ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (التوكيد(الثقة)) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد التوكيد(الثقة) على النحو التالي:

الجدول (4.4): الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد التوكيد(الثقة)

الرقم	بعد التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
٢٢.	يمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة من وجهة نظرك.	4.21	0.76	مرتفعة جدا
٢٣.	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	4.19	0.73	مرتفعة
٢٤.	يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار.	4.13	0.72	مرتفعة
٢٥.	الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض.	4.10	0.76	مرتفعة
٢٦.	الشعور بالاطمئنان من انه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى.	4.05	0.86	مرتفعة
٢٧.	الشعور بالأمان من خلال التعامل مع المستشفى.	3.97	0.83	مرتفعة
	الدرجة الكلية	4.11	0.62	مرتفعة

يوضح الجدول (4.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيبا تنازليا حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية(٤,١١) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٦٢)، مما يدل على أن درجة بعد التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورُتبت فقرات الأداة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (يمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة من وجهة نظر) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢١) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٦)، الفقرة (يحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١٩) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٣)، الفقرة (يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١٣) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٢).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (الشعور بالأمان من خلال التعامل مع المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٣,٩٧) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٣)، الفقرة (الشعور بالاطمئنان من انه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٥) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٦)، الفقرة (الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٦).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة من وجهة نظر، يحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى، يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار، الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض، الشعور بالاطمئنان من انه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى، الشعور بالأمان من خلال التعامل مع المستشفى

4.2.1.5 السؤال الخامس: ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (المجاملة) في المستشفيات

الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد المجاملة

على النحو التالي:

الجدول (4.5) : الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد المجاملة

الرقم	بعد المجاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
٢٨.	يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبه.	4.28	0.73	مرتفعة جدا
٢٩.	يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة.	4.27	0.76	مرتفعة جدا
٣٠.	الموظف المسؤول عن خدمة الغرف يتصرف بطريقة لائقة.	4.26	0.84	مرتفعة جدا
٣١.	سلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذبا.	4.18	0.81	مرتفعة
٣٢.	عند إجراءات الدخول يتصرف الموظف بطريقة مهذبة.	4.08	0.89	مرتفعة
	الدرجة الكلية	4.21	0.65	مرتفعة جدا

يوضح الجدول (4.5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد المجاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة جداً، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٤,٢١) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٦٥)، مما يدل على أن درجة بعد المجاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة جداً.

ورببت فقرات الأداة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٨) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٣)، الفقرة (يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٧) وانحراف معياري مقداره (٠,٧٦)، الفقرة (الموظف المسؤول عن خدمة الغرف يتصرف بطريقة لائقة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٦) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٤).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (عند إجراءات الدخول يتصرف الموظف بطريقة مهذبة) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٨) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٩)، الفقرة (سلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذباً) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١٨) وانحراف معياري مقداره (٠,٨١).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع المجاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبة، يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة، الموظف

المسؤول عن خدمة الغرف يتصرف بطريقة لائقة، سلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذبا، عند إجراءات الدخول يتصرف الموظف بطريقة مهذبة.

4.2.1.6 السؤال السادس: ما واقع بعد إدارة الجودة الشاملة (التعاطف) في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد التعاطف على النحو التالي:

الجدول (4.6): الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد التعاطف

الرقم	بعد التعاطف في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
٣٣.	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى.	4.26	0.81	مرتفعة جدا
٣٤.	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بالمرضى.	4.21	0.83	مرتفعة جدا
٣٥.	يتم وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	4.06	0.91	مرتفعة
٣٦.	هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه.	3.96	0.84	مرتفعة
٣٧.	يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدقة	3.94	0.85	مرتفعة

			في التعامل مع المريض.
مرتفعة	0.67	4.09	الدرجة الكلية

يوضح الجدول (4.6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد التعاطف في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيبا تنازليا حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات المبحوثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (4,09) والانحراف المعياري الكلي مقداره (0,67)، مما يدل على أن درجة بعد التعاطف في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورتبت فقرات الأداة ترتيبا تنازليا حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى) بمتوسط حسابي مقداره (4,26) وانحراف معياري مقداره (0,81)، الفقرة (يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بالمرضى) بمتوسط حسابي مقداره (4,21) وانحراف معياري مقداره (0,83).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض) بمتوسط حسابي مقداره (3,94) وانحراف معياري مقداره (0,85)، الفقرة (هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه) بمتوسط حسابي مقداره (3,96) وانحراف معياري مقداره (0,84).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : واقع التعاطف في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى، يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بالمرضى، يتم وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه، يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.

4.2.2 السؤال الرئيسي الثاني: ما درجة رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة برضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة على النحو التالي:

الجدول (4.7): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الرضا عن الخدمات

الرقم	رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
٣٨.	أشعر بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.	4.12	0.94	مرتفعة
٣٩.	إذا احتجت للعلاج مرة أخرى (في المستقبل)، سأقوم بالعودة الى نفس المستشفى.	4.11	0.89	مرتفعة

مرتفعة	0.90	4.10	بشكل عام أشعر بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.	٤٠.
مرتفعة	0.84	4.08	إذا طلب مني تقديم النصيحة لشخص، بخصوص الذهاب الى مستشفى، سأقوم بتشجيعهم بالذهاب الى هذا المستشفى.	٤١.
مرتفعة	0.61	4.05	الدرجة الكلية	

يوضح الجدول (4.7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الوسط الحسابي، وتشير الدرجة الكلية الواردة في الجدول أن اتجاهات الباحثين كانت مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٤,٠٥) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٦١)، مما يدل على أن درجة رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة.

ورببت فقرات الأداة ترتيباً تنازلياً حسب درجات الأوساط الحسابية، وقد جاء في مقدمة هذه الفقرات : الفقرة (أشعر بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١٢) وانحراف معياري مقداره (٠,٩٤)، الفقرة (إذا احتجت للعلاج مرة أخرى (في المستقبل سأقوم بالعودة إلى نفس المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١١) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٩).

في حين كانت أدنى الفقرات : الفقرة (إذا طلب مني تقديم النصيحة لشخص، بخصوص الذهاب إلى مستشفى، سأقوم بتشجيعهم بالذهاب إلى هذا المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,٠٨) وانحراف معياري مقداره (٠,٨٤)، الفقرة (بشكل عام أشعر بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى) بمتوسط حسابي مقداره (٤,١) وانحراف معياري مقداره (٠,٩).

ومن خلال آراء المبحوثين واتجاهاتهم العالية والموافقة، يمكن تلخيص ما سبق بالاستنتاجات التالية : رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنهم يشعرون بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى، إذا احتاجوا للعلاج مرة أخرى (في المستقبل) سيقومون بالعودة إلى نفس المستشفى، بشكل عام يشعرون بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى، إذا طلب منهم تقديم النصيحة لشخص، بخصوص الذهاب إلى مستشفى، سيقومون بتشجيعهم بالذهاب إلى هذا المستشفى.

الجدول (4.8) يوضح الأوساط الحسابية الكلية والانحرافات المعيارية الكلية لمجالات الدراسة:

الجدول (4.8): الأوساط الحسابية الكلية والانحرافات المعيارية الكلية لمجالات الدراسة

المستوى	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المجال
مرتفعة	0.58	4.09	الملموسية
مرتفعة	0.58	4.03	الاعتمادية
مرتفعة	0.64	3.99	الاستجابة
مرتفعة	0.62	4.11	التوكيد(الثقة)
مرتفعة	0.61	4.05	الاستجابة و الثقة
مرتفعة جدا	0.65	4.21	المجاملة
مرتفعة	0.67	4.09	التعاطف
مرتفعة	0.56	4.09	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
مرتفعة	0.79	4.10	درجة الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى

يلاحظ من الجدول (4.8) بأن أعلى درجات إدارة الجودة الشاملة كانت درجة بعد المجاملة (4.21)، يليها التوكيد(الثقة) (4.11)، يليها الملموسية (4.09)، يليها التعاطف (4.09)، يليها الاستجابة و الثقة (4.05)، يليها الاعتمادية (4.03)، وأخيرا الاستجابة (3.99). كما يتضح بأن درجة الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى (4.10) وهي مرتفعة وأن الدرجة الكلية للجودة الشاملة (4.09) وهي مرتفعة.

4.2.3 السؤال الرئيسي الثالث: ما أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة (الملموسية، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الاستجابة، الثقة) على درجة رضا المرضى في المستشفيات الأهلية والخاصة؟

الجدول (4.9) يظهر مصفوفة الارتباط (Correlations Matrix) بين الاثنا عشر متغيرا المستخدمة في هذه الدراسة. كما هو متوقع، يظهر الجدول وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين متغير الرضا وجميع أبعاد الجودة الشاملة. يتبين لنا كذلك أن أقوى علاقة بين متغير الرضا ومتغير الثقة وأقل علاقة بين الرضا والاعتمادية. في الأسفل سوف يتم الحديث بشكل مفصل حول العلاقة بين متغير الرضا ومحاور الجودة الشاملة بالإضافة لمتغيرات الجنس، مدة الإقامة في المستشفى، نوع المستشفى و المؤهل العلمي و ذلك من خلال عرض النتائج التي تم التوصل إليها باستخدام نموذجي الانحدار الخطي المتعددة، انظر للجدول (4.10).

جدول 4.9: مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون

المؤهل العلمي	نوع المستشفى	مدة الإقامة بالمستشفى	الجنس	الاستجابة والثقة	الاستجابة	الملموسية	الثقة	الاعتمادية	التعاطف	المجاملة	الرضا	
											1.00	الرضا
										1.00	0.458***	المجاملة
									1.00	0.00	0.597***	التعاطف
								1.00	0.00	0.00	0.360***	الاعتمادية
							1.00	0.278***	0.614***	0.430***	0.749***	الثقة
						1.00	0.00	0.338***	0.214***	0.281***	0.377***	الملموسية
					1.00	0.326***	0.683***	0.050	0.678***	0.513***	0.701***	الاستجابة
				1.00	0.522***	0.070	0.598**	0.157**	0.447***	0.417***	0.598***	الاستجابة والثقة
			1.00	0.117	0.163*	0.070	0.111	0.146*	0.052	0.177*	0.100	الجنس

		1.00	0.123	-0.018	-0.63	-0.105	-0.001	0.033	-0.058	0.003	0.100	مدة الإقامة بالمستشفى
	1.00	-0.043	0.105	0.247**	0.307**	0.080	0.247**	0.232**	0.190**	0.157*	0.242**	نوع المستشفى
1.00	0.035	-0.171	0.000	0.074	0.158*	0.163*	0.140	0.061	0.183*	0.124	0.269**	المؤهل العلمي

*, ** و *** تفيد وجود دلالة إحصائية عند مستوى 10%، 5% و 1%، على التوالي.

وللإجابة عن السؤال تم حساب الانحدار الخطي الأول (Regression 1) يأخذ بعين الاعتبار المتغيرات المستمدة من التحليل العاملي فقط. على وجه التحديد، تم دراسة تأثير المجاملة، التعاطف، الاعتمادية، الثقة، الملموسية، الاستجابة بالإضافة للتفاعل بين متغيري الاستجابة والثقة على رضا المرضى للخدمات المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة والأهلية في وسط وجنوب الضفة الغربية. تشير النتائج في الجدول (4.10) إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المجاملة ورضا المرضى. كلما زادت المجاملة في المستشفيات بنسبة 10%، يزداد الرضا عند المرضى للخدمة المقدمة بنسبة 1.69%. كما هو متوقع هنالك أيضا علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين متغير التعاطف ورضا المرضى. كلما زاد التعاطف تجاه المرضى بنسبة 10% في المستشفيات يزداد الرضا عندهم للخدمة المقدمة بنسبة 3.18%. عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.05 يتبين أن زيادة الاعتمادية، الثقة والملموسية تؤثر إيجاباً على متغير الرضا. تتسجم هذه النتائج مع الدراسات السابقة (انظر لدراسة عتيق، 2012 و سلطان، 2013).

بالإضافة إلى ذلك، تظهر النتائج أن زيادة الاستجابة لا تؤثر على رضا المرضى. هذه النتيجة تتفق مع دراسة (الأدهم، 2004). من ناحية أخرى، يتبين لنا أن التفاعل بين الاستجابة والثقة يؤثر بشكل إيجابي على متغير الرضا. تعتبر هذه النتيجة غير مفاجئة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن متغير الاستجابة يطبق بشكل عالي من قبل المستشفيات الفلسطينية. كذلك يتضح لنا أهمية التكاملية بين أبعاد الجودة الشاملة من أجل التأثير على درجة الرضا لدى المرضى. بذلك يتضح لنا أنه يوجد تأثير لأبعاد إدارة الجودة الشاملة (الملموسية، المجاملة، الاعتمادية، الأمان، التعاطف والثقة) على درجة رضا المرضى، باستثناء بعد الاستجابة حيث أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة الاستجابة و الرضا لدى المرضى.

الانحدار الخطي الثاني (Regression 2) لا يعطي فقط المتغيرات المدرجة في الانحدار الخطي الأول، ولكن أيضا يدرس أثر الجنس، التعليم، مدة الإقامة في المستشفى بالإضافة لنوع المستشفى على درجة رضا المرضى في المستشفيات الخاصة والأهلية. تشير النتائج إلى أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الجنس، مدة الإقامة بالمستشفى و نوع المستشفى من جهة ودرجة الرضا لدى المرضى من جهة أخرى. كذلك تظهر النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي ودرجة الرضا. بشكل أكثر تحديد، تبين أن المرضى الحاصلين على شهادة البكالوريوس فأعلى أكثر رضا من الأشخاص الحاصلين على مستوى تعليمي أقل. كانت قيمة R^2 للانحدار الخطي الأول والثاني (نسبة تفسير المتغيرات المستقلة للمتغير التابع، الرضا) تساوي 0.773 و

0.778، على التوالي. وهذا يدل التغير في المتغيرات المستقلة يؤدي إلى تفسير ما نسبته

77.3% و 77.8% من التغير في المتغير التابع.

جدول 4.10: الانحدار الخطي

				المتغيرات المستقلة
		نموذج الانحدار 2 Regression 2	نموذج الانحدار 1 Regression 1	
Standard error	Parameter estimate	Standard error	Parameter estimate	
.071	.180	.067	.169***	المجاملة
.080	.345	.076	.318***	التعاطف
.059	.239	.055	.205***	الاعتمادية
.090	.255	.086	.314***	الثقة
.066	.108	.059	.143**	الملموسية
.080	.065	.075	.035	الاستجابة
.026	.162	.025	.148***	الاستجابة والثقة
.089	-.055			الجنس
.004	.044			الإقامة في المستشفى
.092	-0.36			نوع المستشفى
.091	.096			المؤهل العلمي
	0.778		0.773	R Square
	0.000		0.000	P-value

المتغير التابع: الرضا. *، ** و*** تفيد وجود دلالة إحصائية عند مستوى ١٠%، ٥% و ١%، على التوالي.

4.2.4 السؤال الرئيسي الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغيرات الجنس، المؤهل العلمي، مدة الإقامة ونوع المستشفى؟

ويتفرع عنه الأسئلة التالية:

4.2.4.1 السؤال الأول : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في

اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير الجنس؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبارات للعينات المستقلة بالإضافة إلى استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (4.11): نتائج اختبار ت للعينات المستقلة للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد

إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير الجنس

المجال	الجنس	العدد	الأوساط الحسابية	الانحرافات المعيارية	قيمة اختبارات	درجات الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية
الملموسية	أنثى	105	4.14	0.52	1.362	200	0.175
	ذكر	97	4.03	0.63			
الاعتمادية	أنثى	105	4.12	0.51	2.329	200	0.021
	ذكر	97	3.94	0.64			

0.006	200	2.788	0.55	4.11	105	أنثى	الاستجابة
			0.71	3.86	97	ذكر	
0.049	200	1.981	0.54	4.19	105	أنثى	التوكيد (الثقة)
			0.69	4.02	97	ذكر	
0.013	200	2.496	0.52	4.15	105	أنثى	الاستجابة و الثقة
			0.67	3.94	97	ذكر	
0.017	200	2.409	0.58	4.32	105	أنثى	المجاملة
			0.71	4.10	97	ذكر	
0.011	200	2.568	0.57	4.20	105	أنثى	التعاطف
			0.74	3.96	97	ذكر	
0.012	200	2.530	0.48	4.18	105	أنثى	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
			0.62	3.98	97	ذكر	

يتضح لنا من الجدول رقم (4.8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في اتجاهات المرضى تعزى لمتغير الجنس عند جميع مجالات الدراسة (مستويات الدلالة أقل من 0,05) ما عدا متغير الملموسية (مستوى الدلالة أكبر من 0,05). ويتضح بأن الفروق كانت لصالح الإناث مقابل الذكور، ففي مجال الاعتمادية، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4,12) مقابل الذكور بوسط حسابي (3,94)،

وفي مجال الاستجابة، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.11) مقابل الذكور بوسط حسابي (3.86)، و في مجال التوكيد (الثقة)، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.19) مقابل الذكور بوسط حسابي (4.02)، وفي مجال الاستجابة والثقة، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.15) مقابل الذكور بوسط حسابي (3.94)، وفي مجال المجاملة، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.32) مقابل الذكور بوسط حسابي (4.10)، وفي مجال التعاطف، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.20) مقابل الذكور بوسط حسابي (3.96)، وفي مجال الدرجة الكلية للجودة الشاملة، كانت الفروق لصالح الإناث بوسط حسابي (4.18) مقابل الذكور بوسط حسابي (3.98). كما يلاحظ من قيم الأوساط الحسابية بأن جميع درجاتها مرتفعة.

4.2.4.2 السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في

اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير المؤهل العلمي؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ONE WAY ANOVA بالإضافة إلى استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (4.12): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية
الملموسية	بين المجموعات	4.127	3	1.376	4.319	0.006
	داخل المجموعات	63.059	198	0.318		
	المجموع	67.186	201			
الاعتمادية	بين المجموعات	3.434	3	1.145	3.550	0.015
	داخل المجموعات	63.857	198	0.323		
	المجموع	67.291	201			
الاستجابة	بين المجموعات	3.971	3	1.324	3.295	0.022
	داخل المجموعات	79.530	198	0.402		
	المجموع	83.500	201			

0.001	5.441	1.956	3	5.867	بين المجموعات	التوكيد (الثقة)
		0.359	198	71.173	داخل المجموعات	
			201	77.040	المجموع	
0.005	4.360	1.522	3	4.567	بين المجموعات	الاستجابة و الثقة
		0.349	198	69.133	داخل المجموعات	
			201	73.699	المجموع	
0.021	3.323	1.370	3	4.110	بين المجموعات	المعاملة
		0.412	198	81.645	داخل المجموعات	
			201	85.755	المجموع	
0.035	2.926	1.277	3	3.831	بين المجموعات	التعاطف
		0.436	198	86.396	داخل المجموعات	
			201	90.227	المجموع	

0.005	4.393	1.301	3	3.903	بين المجموعات	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
		0.296	198	58.635	داخل المجموعات	
			201	62.538	المجموع	
0.001	5.666	3.289	3	9.868	بين المجموعات	درجة الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى
		0.581	198	114.949	داخل المجموعات	
			201	124.817	المجموع	

يتضح لنا من الجدول رقم (4.12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير المؤهل العلمي عند جميع مجالات الدراسة (مستويات الدلالة أقل من 0,05). ومن أجل دراسة هذه الفروق، تم استخدام اختبار توكي (Tukey) للمقارنات الثنائية البعدية، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (4.13): نتائج اختبار توكي للمقارنات الثنائية البعدية حسب المؤهل العلمي

مستوى الدلالة الإحصائية	الفروق في الأوساط الحسابية I-J	المؤهل العلمي J	المؤهل العلمي I	المجال
0.004	0.318	بكالوريوس	أقل من توجيهي	الملموسية
0.032	0.260	بكالوريوس	أقل من توجيهي	الاعتمادية
0.027	0.531	ماجستير فما فوق	أقل من توجيهي	الاستجابة
0.036	0.315	دبلوم	أقل من توجيهي	التوكيد(الثقة)
0.007	0.322	بكالوريوس		
0.048	0.464	ماجستير فما فوق		
0.036	0.265	بكالوريوس	أقل من توجيهي	الاستجابة و الثقة
0.026	0.498	ماجستير فما فوق		
0.066	0.263	بكالوريوس	أقل من توجيهي	المجاملة
0.029	0.306	بكالوريوس	أقل من توجيهي	التعاطف
0.012	0.280	بكالوريوس	أقل من توجيهي	الدرجة الكلية للجودة الشاملة

ويتضح من جدول المقارنات الثنائية بأن الفروق في مجال الملموسية كانت لصالح فئة

المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس، الفروق في مجال

الاعتمادية كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي

بكالوريوس، الفروق في مجال الاستجابة كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي ماجستير فما فوق، الفروق في مجال التوكيد(الثقة) كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل كل من فئة المؤهل العلمي دبلوم وبكالوريوس وماجستير فما فوق، الفروق في مجال الاستجابة والثقة كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل كل من فئة المؤهل العلمي بكالوريوس و ماجستير فما فوق، الفروق في مجال المجاملة كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس، الفروق في مجال التعاطف كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس، الفروق في مجال الدرجة الكلية للجودة الشاملة كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس.

والجدول التالي رقم (4.14) يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير المؤهل العلمي، حيث يلاحظ من هذه القيم بأن جميع الأوساط الحسابية درجاتها مرتفعة.

جدول رقم (4.14): الأعداد و المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى

نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير

المؤهل العلمي.

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	المجال
0.46	4.24	89	أقل من توجيهي	الملموسية
0.57	4.03	38	دبلوم	
0.63	3.92	62	بكالوريوس	
0.82	3.96	13	ماجستير فما فوق	
0.58	4.09	202	المجموع	
0.45	4.16	89	أقل من توجيهي	الاعتمادية
0.59	4.05	38	دبلوم	
0.67	3.90	62	بكالوريوس	
0.71	3.77	13	ماجستير فما فوق	
0.58	4.03	202	المجموع	
0.50	4.11	89	أقل من توجيهي	الاستجابة
0.70	3.99	38	دبلوم	
0.74	3.90	62	بكالوريوس	

0.68	3.58	13	ماجستير فما فوق	
0.64	3.99	202	المجموع	
0.49	4.30	89	أقل من توجيهي	التوكيد (الثقة)
0.72	3.98	38	دبلوم	
0.66	3.98	62	بكالوريوس	
0.55	3.83	13	ماجستير فما فوق	
0.62	4.11	202	المجموع	
0.47	4.20	89	أقل من توجيهي	الاستجابة و الثقة
0.69	3.99	38	دبلوم	
0.68	3.94	62	بكالوريوس	
0.58	3.71	13	ماجستير فما فوق	
0.61	4.05	202	المجموع	
0.50	4.37	89	أقل من توجيهي	المجاملة
0.82	4.09	38	دبلوم	
0.69	4.11	62	بكالوريوس	
0.68	4.00	13	ماجستير فما فوق	
0.65	4.21	202	المجموع	
0.48	4.23	89	أقل من توجيهي	التعاطف

0.87	4.07	38	دبلوم	
0.75	3.93	62	بكالوريوس	
0.58	3.92	13	ماجستير فما فوق	
0.67	4.09	202	المجموع	
0.40	4.24	89	أقل من توجيهي	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
0.66	4.04	38	دبلوم	
0.64	3.96	62	بكالوريوس	
0.57	3.84	13	ماجستير فما فوق	
0.56	4.09	202	المجموع	

4.2.4.3 السؤال الثالث : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير نوع المستشفى؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبارات للعينات المستقلة بالإضافة إلى استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (4.15): نتائج اختبارات للعينات المستقلة للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير نوع المستشفى

المجال	نوع المستشفى	العدد	الأوساط الحسابية	الانحرافات المعيارية	قيمة اختبارات	درجات الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية
الملموسية	خاص	115	4.20	0.48	3.119	200	0.002
	غير ربحي/أهلي	87	3.94	0.66			
الاعتمادية	خاص	115	4.15	0.50	3.462	200	0.001
	غير ربحي/أهلي	87	3.88	0.64			
الاستجابة	خاص	115	4.20	0.44	5.771	200	0.000
	غير ربحي/أهلي	87	3.71	0.76			
التوكيد(الثقة)	خاص	115	4.27	0.44	4.408	200	0.000
	غير ربحي/أهلي	87	3.90	0.75			
الاستجابة و الثقة	خاص	115	4.23	0.40	5.339	200	0.000
	غير ربحي/أهلي	87	3.80	0.73			
المعاملة	خاص	115	4.36	0.49	3.699	200	0.000
	غير ربحي/أهلي	87	4.03	0.78			
التعاطف	خاص	115	4.29	0.46	5.280	200	0.000
	غير ربحي/أهلي	87	3.82	0.80			

0.000	200	4.869	0.39	4.24	115	خاص	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
			0.67	3.88	87	غير ربحي/أهلي	

يتضح لنا من الجدول رقم (4.15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير نوع المستشفى عند جميع مجالات الدراسة (مستويات الدلالة أقل من 0,05)، حيث يتضح بأن الفروق كانت لصالح المستشفيات الخاصة مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية عند جميع المجالات، حيث كانت الفروق في مجال الاعتمادية لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.15) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.88)، الفروق في مجال الاستجابة كانت لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.20) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.71)، الفروق في مجال التوكيد (الثقة) كانت لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.27) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.90)، الفروق في مجال الاستجابة والثقة كانت لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.23) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.80)، الفروق في مجال المجاملة كانت لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.36) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (4.03)، الفروق في مجال التعاطف كانت لصالح المستشفيات

الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.29) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.82)، الفروق في مجال الدرجة الكلية للجودة الشاملة كانت لصالح المستشفيات الخاصة بوسط حسابي مقداره (4.24) مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية بوسط حسابي مقداره (3.88). كما يلاحظ من قيم الأوساط الحسابية بأن جميع درجاتها مرتفعة.

4.2.4.4 السؤال الرابع : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير مدة الإقامة في المستشفى؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي بالإضافة إلى استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (4.16): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية
الملموسية	بين المجموعات	0.772	3	0.257	0.767	0.514
	داخل المجموعات	66.414	198	0.335		

			201	67.186	المجموع	
0.409	0.969	0.324	3	0.973	بين المجموعات	الاعتمادية
		0.335	198	66.318	داخل المجموعات	
			201	67.291	المجموع	
0.347	1.107	0.459	3	1.377	بين المجموعات	الاستجابة
		0.415	198	82.123	داخل المجموعات	
			201	83.500	المجموع	
0.469	0.848	0.326	3	0.977	بين المجموعات	التوكيد(الثقة)
		0.384	198	76.063	داخل المجموعات	
			201	77.040	المجموع	
0.371	1.050	0.385	3	1.154	بين المجموعات	الاستجابة و الثقة
		0.366	198	72.545	داخل المجموعات	
			201	73.699	المجموع	
0.651	0.546	0.235	3	0.704	بين المجموعات	المجاملة
		0.430	198	85.051	داخل المجموعات	

			201	85.755	المجموع	
0.103	2.088	0.922	3	2.767	بين المجموعات	التعاطف
		0.442	198	87.459	داخل المجموعات	
			201	90.227	المجموع	
0.325	1.164	0.361	3	1.084	بين المجموعات	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
		0.310	198	61.454	داخل المجموعات	
			201	62.538	المجموع	

يتضح لنا من الجدول رقم (4.16) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير مدة الإقامة في المستشفى عند جميع مجالات الدراسة (مستويات الدلالة أكبر من 0,05).

والجدول التالي رقم (4.17) يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى، حيث يلاحظ من هذه القيم بأن جميع الأوساط الحسابية درجاتها مرتفعة.

جدول رقم (4.17): الأعداد و المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاتجاهات المرضى

نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب متغير

مدة الإقامة في المستشفى.

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	مدة الإقامة في المستشفى	المجال
0.54	4.10	109	٣ أيام فأقل	الملموسية
0.67	4.00	57	من ٤-٨ أيام	
0.44	4.15	21	من ٩-١٥ يوم	
0.65	4.22	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.58	4.09	202	المجموع	
0.56	4.08	109	٣ أيام فأقل	الاعتمادية
0.65	3.93	57	من ٤-٨ أيام	
0.43	4.02	21	من ٩-١٥ يوم	
0.55	4.13	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.58	4.03	202	المجموع	
0.63	4.04	109	٣ أيام فأقل	الاستجابة
0.71	3.88	57	من ٤-٨ أيام	
0.52	3.92	21	من ٩-١٥ يوم	

0.63	4.13	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.64	3.99	202	المجموع	
0.58	4.15	109	٣ أيام فأقل	التوكيد(الثقة)
0.63	4.01	57	من ٤-٨ أيام	
0.68	4.10	21	من ٩-١٥ يوم	
0.75	4.21	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.62	4.11	202	المجموع	
0.58	4.10	109	٣ أيام فأقل	الاستجابة و الثقة
0.64	3.94	57	من ٤-٨ أيام	
0.58	4.01	21	من ٩-١٥ يوم	
0.67	4.17	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.61	4.05	202	المجموع	
0.64	4.26	109	٣ أيام فأقل	المجاملة
0.66	4.12	57	من ٤-٨ أيام	
0.67	4.24	21	من ٩-١٥ يوم	
0.74	4.21	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.65	4.21	202	المجموع	
0.60	4.17	109	٣ أيام فأقل	التعاطف

0.73	3.90	57	من ٤-٨ أيام	
0.63	4.12	21	من ٩-١٥ يوم	
0.91	4.15	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.67	4.09	202	المجموع	
0.52	4.13	109	٣ أيام فأقل	الدرجة الكلية للجودة الشاملة
0.62	3.97	57	من ٤-٨ أيام	
0.50	4.09	21	من ٩-١٥ يوم	
0.65	4.18	15	أكثر من ١٥ يوم	
0.56	4.09	202	المجموع	

4.3 تحليل القسم الرابع من الاستبانة

من أجل فهم أفضل لموضوع الدراسة، تم سؤال المبحوثين عن أهم الأسباب التي تدفعهم لتفضيل مستشفى على آخر. أظهرت النتائج أن 30% من المبحوثين تختار الذهاب للمستشفى بسبب توفر طاقم طبي مؤهل، تلاه في الأهمية جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى و سهولة الوصول للمستشفى بنسب 22.4% و 18%، على التوالي. فيما كان أقل سبب يدفع المرضى لتفضيل مستشفى على آخر هو معرفة المرضى بأحد أفراد المستشفى حيث حصل على نسبة 7.5%.

حين سؤال الباحثين عن وجهة نظرهم في الاليات المتاحة لتطوير المستشفيات، كانت الإجابات بشكل عام تنحصر في:

١. التركيز على بعد الملموسية من التصاميم الداخلية للمستشفى كزيادة عدد الغرف وتطوير المعدات وزيادة الاهتمام بالمرافق الصحية وتوفير موقف خاص للسيارات.
٢. زيادة الكوادر التمريضية والخدمية في المستشفيات الأهلية والخاصة لضمان سرعة الاستجابة وتلبية حاجات المرضى.
٣. متابعة الحالات المرضية التي تحتاج متابعة بعد الخروج من المستشفى.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة والتوصيات

بعد إجراء هذه الدراسة والتي هدفت إلى دراسة الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها، توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

١. تبين أن درجة بعد الملموسية في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٤) والانحراف المعياري الكلي مقداره (٠,٧٤). وتعزو الباحثة هذه النتيجة لعدة أسباب منها تبين بأن واقع الملموسية في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه:

- ١- يتم مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي حيث كانت بدرجة مرتفعة جداً.
- ٢- تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة كانت بدرجة مرتفعة جداً.
- ٣- يتم الاهتمام بنظافة الحمامات كانت بدرجة مرتفعة.
- ٤- وجبات الطعام مناسبة كانت بدرجة مرتفعة.
- ٥- يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة كان بدرجة مرتفعة .
- ٦- يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة (نظيفة ومكيفة).
- ٧- يتم الاهتمام بتحديث المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى.
- ٨- مستوى الهدوء في الغرف عال وبدرجة مرتفعة.

٩- بالإضافة إلى ذلك تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى وجود الإمكانيات المادية والبشرية لدى المستشفيات الأهلية والخاصة التي يمكنها من الاهتمام بالنظافة وتوفير الأجهزة الطبية الحديثة.

٢. تبين أن درجة بعد الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة. كما تبين أن واقع الاعتمادية في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة وكان بدرجة مرتفعة جداً، هناك ثقة بقيمة الفاتورة وثقة في الأطباء والأخصائيين وبدرجة عالية، بالإضافة إلى رسوم المستشفى دقيقة وهذا يتوافق مع دراسة (سلطان، 2013). وتعزو الباحثة هذه النتيجة للأسباب التالية:

١- العاملون منتقون بعناية فائقة للقيام بوظائفهم ومؤهلين لتطبيق معايير الجودة.
٢- توافر التخصصات المختلفة ومؤهلين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وكان بدرجة مرتفعة.

٣. تبين أن درجة بعد الاستجابة في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة. حيث تتوافق النتيجة مع دراسة (سلطان، 2013) وتعزو الباحثة النتيجة للأسباب التالية:
سهولة إجراءات الدخول للمستشفى، حيث يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى، كما يوجد رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائماً، وإجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفة، ويوضح العلاج للمريض بشكل خطي، كما هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.

٤. تبين أن درجة بعد التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة مرتفعة. كما تبين أن واقع التوكيد(الثقة) في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة ويحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى، كما يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار، حيث كان الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض مرتفع ، وكذلك الشعور بالإطمئنان من أنه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى كان مرتفع.

٥. تبين أن واقع المجاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة يتمثل بأنه يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبة وكان بدرجة مرتفعة جداً، كما يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة ولائقة وسلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذباً، و بعد المجاملة كان مرتفع جداً.

٦. تبين أن درجة بعد التعاطف في المستشفيات الأهلية والخاصة حسب آراء المرضى المقيمين كان مرتفعاً. و تعزو الباحثة هذه النتيجة للأسباب التالية:

١- أفراد الطاقم الطبي يظهرون الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى كان بدرجة مرتفعة جداً.

٢- يتم وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين وكان بدرجة مرتفعة جداً.

٣- هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه كان بدرجة مرتفعة.

٤- يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض كان بدرجة مرتفعة .

٧. تبين أن رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الأهلية والخاصة كان مرتفعاً حسب آراء المرضى حيث يشعرون بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى وهذا يتوافق مع دراسة (مصلح، 2011) وتعزو الباحثة للأسباب التالية:

١- إذا احتاجوا المرضى للعلاج مرة أخرى (في المستقبل) سيقومون بالعودة الى نفس المستشفى كان مرتفعاً.

٢- بشكل عام يشعرون المرضى بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى كان مرتفعاً.

٣- إذا طلب منهم تقديم النصيحة لشخص بخصوص الذهاب الى مستشفى سيقومون بتشجيعهم بالذهاب الى هذا المستشفى وكان بدرجة مرتفعة .

٨. أعلى درجات تطبيق إدارة الجودة الشاملة كانت درجة بعد المجاملة، يليها التوكيد(الثقة)، الملموسية، التعاطف، الاستجابة والثقة، الاعتمادية، وأخيرا الاستجابة. كما يتضح بأن درجة الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى مرتفعة وأن الدرجة الكلية للجودة الشاملة وهي مرتفعة وهذا يتوافق مع دراسة (مصلح، 2011).

٩. أظهرت نتائج الانحدار الخطي المتعدد وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين متغير الرضا وجميع أبعاد الجودة الشاملة باستثناء محور الاستجابة. غير أن محور الاستجابة إذا اجتمع مع غيره من المحاور (الثقة) يصبح مؤثر وبشكل إيجابي على متغير الرضا وترى الباحثة أن هذه النتيجة غير مفاجئة إذا ما أخذنا بعين الإعتبار أن متغير الاستجابة يطبق

بشكل عالي من قبل المستشفيات الفلسطينية. كذلك يتضح لنا أهمية التكاملية بين أبعاد الجودة الشاملة من أجل التأثير على درجة الرضا لدى المرضى.

١٠. تشير النتائج إلى أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الجنس، مدة الإقامة بالمستشفى من جهة ودرجة الرضا لدى المرضى من جهة أخرى، ولا يوجد فرق بين المستشفيات الأهلية والخاصة (نوع المستشفى) ودرجة الرضا لدى المرضى وتغزو الباحثة السبب جهل المجتمع بأنواع المستشفيات الموجودة في فلسطين وعدم التفريق بين المستشفيات الخاصة والأهلية وهذه النتيجة تتوافق مع (سويطي، 2016)

١١. أشارت النتائج أن أكثر الأسباب التي تدفع المرضى للقدوم إلى المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية هي توفر الطاقم الطبي ومن ثم جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى، تلاه في الأهمية سهولة الوصول إلى المستشفى، فيما كان أقل سبب هو معرفة المرضى بأحد أفراد المستشفى.

١٢. أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الإناث المبحوثين 52% فيما كانت نسبة الذكور 48%. هذه النتيجة تتسجم مع السياق الفلسطيني إذ الإناث يشكلن تقريبا نصف المجتمع في فلسطين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015). حيث تبين وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات المرضى واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تغزى لمتغير الجنس عند جميع مجالات الدراسة ما عدا مجال الملموسية المقدم للمرضى حيث تبين بأن الفروق كانت لصالح الإناث مقابل الذكور. وهذه النتيجة تتنافى مع دراسة (دياب، 2012) حيث لم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديمغرافية.

١٣. تبين وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير المؤهل العلمي عند جميع مجالات الدراسة، حيث تبين بأن الفروق في مجال الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد(الثقة)، المجاملة، التعاطف كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس فأعلى، والفروق في مجال الدرجة الكلية للجودة الشاملة كانت لصالح فئة المؤهل العلمي أقل من توجيهي مقابل فئة المؤهل العلمي بكالوريوس وماجستير فما فوق وهذا يتوافق مع دراسة (الحوري، 2008)

١٤. تبين وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير نوع المستشفى عند جميع مجالات الدراسة، حيث اتضح بأن الفروق كانت لصالح المستشفيات الخاصة مقابل المستشفيات غير الربحية/الأهلية عند جميع المجالات وهذا يتوافق مع دراسة (سلطان، 2013).

١٥. تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو واقع أبعاد إدارة الجودة الشاملة المقدمة في المستشفيات الأهلية والخاصة تعزى لمتغير مدة الإقامة في المستشفى عند جميع مجالات الدراسة.

التوصيات:

بناء على النتائج التي توصلت لها الدراسة يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

التوصيات الموجهة إلى المستشفيات الأهلية والخاصة

١. الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والخاصة والنظر على أنها نظام متكامل من الخدمات. على وجه التفصيل، تم ملاحظة أن بعد الاستجابة لا يؤثر على مستوى رضا المرضى على الرغم من أنه من أكثر الأبعاد تطبيقاً في المستشفيات الخاصة والأهلية. كذلك، تبين أن التفاعل بين الاستجابة والثقة يؤثر إيجاباً على الرضا لدى المرضى. من هنا يتضح لنا أن أبعاد الجودة تعتبر نظام متكامل من الخدمات.
٢. إن النتائج التفصيلية للدراسة أظهرت أن هناك أبعاد في مجال تطبيقات الجودة الشاملة لم تتل الاهتمام الكافي من قبل المستشفيات، مقارنة مع الأبعاد الأخرى للجودة الشاملة، وبالتالي توصي الدراسة بإعطائها الاهتمام وتفعيلها لما لها من أثر كبير على رضا المرضى. من أهم هذه العناصر: بعد التعاطف والاعتمادية.
٣. الاستمرار في تطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستخدمين، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في مجال الأجهزة الطبية.

التوصيات الموجهة إلى وزارة الصحة

١. توعية المجتمع بأنواع المستشفيات الموجودة في فلسطين والتفريق بين المستشفيات

الخاصة والأهلية.

٢. توعية العاملين في المستشفيات الأهلية والخاصة بمعايير الجودة الشاملة عن طريق

إدخال العاملين في دورات تدريبية لزيادة مهاراتهم على اعتبار أن العاملين في

المستشفيات يمثلون اللجنة الرئيسية لتطبيق نظام الجودة.

دراسات بحثية مستقبلية

توصي الباحثة بإجراء دراسات مماثلة لهذه الدراسة تطبق على قطاعات أخرى تفضيلها

لإجراء دراسات حالة مثل:

١. إجراء دراسة الجودة الشاملة في المستشفيات التي تديرها مؤسسات أجنبية

ومستشفيات وكالة الغوث ومقارنتها بالمستشفيات الأهلية والخاصة ذات الإدارة

العربية.

٢. إجراء دراسة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومقارنتها بنتائج الدراسة

الحالية.

المراجع

الكتب العلمية:

١. إبراهيم، إحسان، إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، دار الجنان للنشر والتوزيع- عمان، الأردن، ٢٠٠٩.
٢. البكري، تامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع- عمان، الأردن، 2005.
٣. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع- عمان، الاردن، 2010.
٤. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع- عمان، الاردن، 2012.
٥. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع- عمان، الاردن، 2004.
٦. حمود، خضير كاظم، إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2002.
٧. الخالدي، إبراهيم بدر شهاب، معجم الإدارة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
٨. الداركة، مأمون، محمد والشبلي، طارق أحمد، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع- عمان، 2010.

٩. الرب، جاد، سيد محمد، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار في المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية- القاهرة، مصر، 2008.
١٠. زين الدين، فريد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، الطبعة الأولى، مصر، 2002.
١١. زين الدين، فريد عبدالفتاح، المنهج العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، مطبعة الجامعة، مصر، 1996.
١٢. السلمي علي، إدارة التميز: نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، الطبعة الأولى، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع- القاهرة، مصر، 2002.
١٣. الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة الانتاجية والخدمية، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع-عمان، الأردن، 2009.
١٤. العزاوي، محمد عبدالوهاب، إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005.
١٥. علوان، نايف قاسم، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو، دار زهران للنشر والتوزيع- عمان، الأردن، 2009 .
١٦. العلي، عبدالستار، تطبيقات في ادارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع- عمان، 2010.
١٧. عليان، ربحي وغنيم عثمان، أساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، الطبعة الخامسة، دار صفاء للنشر والتوزيع- عمان، الأردن، 2013.

١٨. بن عيشاوي، أحمد، ادارة الجودة الشاملة الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في المؤسسات السلعية والخدمية، دار الحامد، الأردن، 2013.
١٩. مجيد، سوسن؛ والزيادات محمد، الجودة والاعتماد الاكاديمي لمؤسسات التعليم العام والجامعي، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع - عمان، الأردن، 2008.
٢٠. نجم عبود، إدارة المعرفة والاستراتيجيات والعمليات، دار الوراق للنشر والتوزيع - عمان الأردن، 2008.
٢١. نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار الثراء للنشر والتوزيع - عمان، الأردن، 2008.
٢٢. الهلالات، صالح علي عودة، إدارة التميز الممارسة الحديثة في إدارة منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، 2014.

المجلات والدوريات

١. الأحمدى، حنان، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، المجلد الأربعون، العدد الثاني، مركز البحوث معهد الإدارة العامة - الرياض، 2000.
٢. الخطة الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية، 1995.
٣. ذياب، صلاح، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى، عدد1، الجامعة الإسلامية للدراسات والإدارية، الأردن، 2012.

٤. سويطي، عيسى، مستوى رضا المرضى عن خدمات أقسام الطوارئ، مجلة نقابة التمريض والقبالة الفلسطينية، 2016.

٥. عبد القادر، محمد نور، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015.

٦. العسالي، محمد أديب، واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي، دمشق، سوريا، 2006.

٧. بن عيشي، عمار، تشخيص واقع تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية دراسة ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 11، الجزائر، 2012.

الرسائل الجامعية

١. الأدهم، مجد، تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية: نموذج لاداء الادارة الصحية الجيدة - رسالة ماجستير، جامعة النجاح، 2004.

٢. أبو حليقة، أشرف أثر الجودة في الرعاية الصحية - رسالة ماجستير، الجامعة العربية المفتوحة لشمال أميركا، 2013.

٣. الحوري، فالح، تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية - دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة، جامعة العلوم التطبيقية - الأردن، 2008.
٤. خسروف، أيمن، محمد كمال، تسويق الخدمات الصحية - بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات الدولي الاستشاري للتنمية الإداري، 2008.
٥. سلطان، وفاء، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين - دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، جامعة البصرة، 2012.
٦. الشديفات، عماد، واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات - رسالة دكتوراة، جامعة طيبة - السعودية، 2015.
٧. عتيق، عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية _ دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، جامعة أبو بكر بلقايد - الجزائر، 2012.
٨. الغنيمات، أسماء، التحليل المكاني للتقسيمات الإدارية لأراضي الضفة الغربية منذ العهد العثماني وحتى عام 2009، جامعة النجاح - فلسطين، 2012.
٩. فلاق، محمد، إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة مستشفى الجامعة الأردنية، الأردن، 2010.
١٠. مصلح، حسين، بعنوان قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، جامعة القدس المفتوحة - فلسطين، 2011.

١١. الهلالي، غيداء، تقييم جودة الخدمات الصحية على وفق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومعايير جائزة مالكوم بالدريج للتميز في الرعاية الصحية، جامعة بغداد- العراق، 2011.

المراجع الأجنبية

1. Al sughayir, A. Barriers to TQM Implementation within a Privet Medical Service organizations in Saudi Arabia: International Journal of Business Administration, vol. 5, Nov. 3, 2014.
2. Hassouneh, I. Israeli products in the eyes of Palestinians. IUG Journal of Economics and Business, Vol. 25 No. 1, 2017.
3. Martinich, J.S, "**Production and operation Management; An Applied Modern, New York**", John Wiley and Sons Inc, 1997.
4. Mosadeghrad, A. Obstacles to the application of total quality management in health care organizations. International Journal of health care Quality Assurance , February, 2013.
5. R.S Naagarazan, & A.A. Arivalgar. Total Quality Management, 2009.

6. Sarvanan, R. &K.S.P.RAO, Development and validation of an Instrument for Measuring Total Quality Service. Total Quality Management, India, July 17, 2006.
7. Sekaran, U. 2006. Research methods for business, fourth edition, South Illinois University at Carbondale.
8. Talib, F., & Rahman, Z. Identification and prioritization of barriers to total quality management implementation in service industry. The TQM Journal, 27(5), 2015.
9. Talib, F., Rahman, Z. & Azam, M. Best Practices of Total Quality Management Implementation in the healthcare setting. Indian Institute of technology Roorkee, 04 August, pp, 2011.
10. Zaim, H. Service Quality And Determinats Of Customer Satisfaction In Hospitals in Turkey. International Business & Economics Research Journal, May, 9. 2010.

المواقع الإلكترونية

١. موقع الموسوعة الحرة تم الوصول إليه من خلال عنوان الرابط الإلكتروني: في تاريخ

<https://ar.wikipedia.org/wiki> 01.01.2017 التاسعة مساء

٢. موقع جامعة بيرزيت تم الوصول إليه من خلال عنوان الرابط الالكتروني:

http://awraq.birzeit.edu/sites/default/files/node_images/Palestine_PC

[BS.jpg](#) في تاريخ 01.01.2017

٣. موقع وزارة الصحة الفلسطينية الالكتروني تم الوصول إليه من خلال عنوان الرابط

الالكتروني: <http://www.moh.ps/> 09.05.2016

٤. التقرير الصحي لفلسطين عام 2015 تم الوصول إليه من خلال عنوان الرابط

الالكتروني:

<http://www.moh.ps/index/Books/BookType/2/Language/ar/> 09.05.2016

٥. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. تم الوصول اليه من خلال عنوان

الرابط الالكتروني:

<http://www.pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?tabID=512&lang=ar&I>

[temID=1458&mid=3265&wversion=Staging](#) / 2015

ملحق رقم (1)

رسالة الجامعة التي تدعم عملية التعاون مع الباحثة



Ref.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الرقم :

Date

التاريخ :

2016/09/05

لمن يهمه الامر

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع / بحث دراسات عليا

يفيد برنامج الماجستير في ادارة الاعمال في جامعة الخليل بأن الطالبة اريج ابراهيم حسونه ورقمها الجامعي (21219052) هي احد طلاب برنامج الماجستير في ادارة الاعمال (MBA)، وهي في طور جمع المعلومات لبحثها بعنوان (الجودة الشاملة في المستشفيات الالهية والخاصة وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها).

يرجى مساعدتها في تسهيل مهمتها لإعداد الرسالة.

مع الاحترام و التقدير،،،

د. سمير ابو زنيد
عميد كلية التمويل والإدارة
رئيس لجنة الدراسات العليا



P.O.Box 40 , Hebron , West Bank , Palestine
URL : [http // www.hebron.edu](http://www.hebron.edu)

ص.ب ٤٠ الخليل - فلسطين
تلفون : 970 (0)2-222-0995
فاكس : 970 (0)2-222-9303

ملحق رقم (2) الإستهانة



كلية الدراسات العليا والبحث العلمي

برنامج ماجستير إدارة الأعمال

حضرات السادة و السيدات الأفاضل ,,,

تحية طيبة و بعد...

شهد القطاع الصحي في معظم دول العالم تطور في استخدام ادارة الجودة الشاملة التي اصبحت سمة من سمات العصر. وعليه فان الباحثة تقوم بإجراء دراسة ميدانية بعنوان:

"الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة وسط وجنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها"

و تهدف من خلالها الى استكشاف و تشخيص واقع الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية والخاصة في وسط وجنوب الضفة الغربية، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال من جامعة الخليل.

أرجو من حضرتكم التعاون بتعبئة هذه الاستبانة بما يعكس وجهة نظركم، علماً بأنه سيتم التعامل مع ما ستدلون به بسرية تامة، و لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة: أريج حسونة

إشراف الدكتور: سمير أبو زنيد

٢٠١٦

استبانة البحث

القسم الأول: معلومات شخصية

يرجى التكرم بوضع اشارة (x) امام الاجابة المناسبة :

أولا الجنس:

1- ذكر 2- أنثى

ثانيا العمر:

1- أقل من ٣٠ سنة 2- من ٣١-٤٠
3- من ٤١-٥٠ سنة 4- أكثر من ٥١

ثالثا المؤهل العلمي:

1- أقل من توجيهي 2- دبلوم
3- بكالوريوس 4- ماجستير فأعلى

رابعا معدل دخلك الشهري:

1- أقل من ١٥٠٠ شيكل/شهر 2- من ١٥٠١-٣٠٠٠ شيكل/شهر
3- من ٣٠٠١-٥٠٠٠ شيكل/شهر 4- أكثر من 5000 شيكل/شهر

اسم المستشفى؟ _____

مكان المستشفى _____

مدة الإقامة بالمستشفى _____

نوع المستشفى : ١- خاص 2- غير ربحي/ أه

القسم الثاني: محاور الاستبانة

يرجى التكرم بوضع إشارة (x) في المكان الذي تراه موافقاً لرأيك:

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
المحور الأول: الملموسية : هي الجوانب الملموسية حدثاً وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات.						
-١	المعدات والأجهزة الطبية داخل المستشفى حديثة.					
-٢	يتم الاهتمام بنظافة الحمامات.					
-٣	تقدم وجبات الطعام بطريقة لائقة.					
-٤	وجبات الطعام مناسبة.					
-٥	يتم مراعاة درجة خصوصية المريض من قبل أفراد الطاقم الطبي.					
-٦	مستوى الهدوء في الغرف عالٍ.					
-٧	يتوفر في المستشفى صالة انتظار مناسبة (نظيفة ومكيفة).					
-٨	يتوفر داخل المستشفى لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة.					
المحور الثاني: الاعتمادية: تشير الى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات.						
-٩	يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.					
-١٠	توافر التخصصات المختلفة					
-١١	هناك ثقة في الأطباء والأخصائيين.					
-١٢	هناك ثقة بقيمة الفاتورة.					
-١٣	رسوم المستشفى دقيقة.					

المحور الثالث: الاستجابة: هي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة.						
الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
١٤-	هناك سرعة في استجابة أفراد الطاقم لاحتياجات المرضى.					
١٥-	سهولة اجراءات الدخول للمستشفى.					
١٦-	هناك رغبة عند العاملين في تقديم مساعدة للمرضى دائما.					
١٧-	إجراءات الخروج من المستشفى واضحة ومعروفة.					
١٨-	يقوم المستشفى بالرد الفوري والإجابة على استفسارات وشكاوى المرضى.					
١٩-	يوضح العلاج للمريض بشكل خطي.					
٢٠-	هناك استجابة فورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال					
٢١-	هناك سرعة في تقديم الخدمة داخل المستشفى.					
المحور الرابع: التوكيد (الثقة): يقصد بالأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة						
٢٢-	اشعور بالاطمئنان من انه سيتم المعافاة قبل الخروج من المستشفى.					
٢٣-	الشعور بالأمان من خلال التعامل مع المستشفى.					
٢٤-	الشعور بالثقة بمعرفة وخبرة أفراد جهاز التمريض.					
٢٥-	يتابع العاملون في المستشفى حالة المريض باستمرار.					
٢٦-	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.					
٢٧-	يمتاز المستشفى بسعة ومكانة جيدة من وجهة نظرك.					

المحور الخامس: المجاملة

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
٢٨-	عند إجراءات الدخول يتصرف الموظف بطريقة مهذبة.					
٢٩-	الموظف المسؤول عن خدمة الغرف يتصرف بطريقة لائقة.					
٣٠-	سلوك أفراد جهاز التمريض باتجاه المرضى مهذباً.					
٣١-	يتعامل أفراد جهاز التمريض بطريقة لطيفة.					
٣٢-	يتم معاملة الزائرين بطريقة مهذبة.					

المحور السادس: التعاطف: يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية وراقية.

٣٣-	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بالمرضى.					
٣٤-	يظهر أفراد الطاقم الطبي الاهتمام الشخصي بأهالي المرضى.					
٣٥-	هناك تقدير لظروف المريض ويتم التعاطف معه.					
٣٦-	يتم وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.					
٣٧-	يظهر أفراد الطاقم الطبي الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.					

المحور السابع: الرضا وهي رضا المرضى عن الخدمة المقدمة لهم

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
٣٨-	إذا احتجت للعلاج مرة أخرى (في المستقبل)، سأقوم بالعودة الى نفس المستشفى.					
٣٩-	أشعر بالرضا اتجاه الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.					
٤٠-	بشكل عام أشعر بالرضا اتجاه جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.					
٤١-	إذا طلب مني تقديم النصيحة لشخص، بخصوص الذهاب الى مستشفى، سأقوم بتشجيعهم بالذهاب الى هذا المستشفى.					

من فضلك، أذكر أهم الأسباب التي تدفعك للقدوم لهذه المستشفى؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة).

- سهولة الوصول للمستشفى
- جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى
- معرفتي بأحد أفراد المستشفى
- وجود هذا المستشفى في قائمة التأمين
- توفر الطاقم الطبي المؤهل
- أخرى (الرجاء التحديد) _____ .

من وجهة نظرك كيف بالإمكان تطوير المستشفيات؟

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

أية معلومات ترغب / ين بذكرها ولم يتم التطرق إليها في الاستبانة.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

شكراً لحسن تعاونكم

ملحق رقم (3) أسماء المحكمين

الجامعة	التخصص	أسماء محكمي الإستبانة	
جامعة الخليل	إدارة أعمال	الدكتور محمد الجعبري	1.
جامعة بوليتكنك فلسطين	اقتصاد	الدكتور إسلام حسونة	2.
جامعة بوليتكنك فلسطين	محاسبة	الدكتور إقبال الشريف	3.
جامعة القدس	إدارة عامة	الدكتور محمد عوض	4.