

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية

تخصص تسيير

عنوان الرسالة

إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية تراي بوجمعة-بشار

تحت إشراف:

د. بلحاج فراحي

من تقديم الطالب:

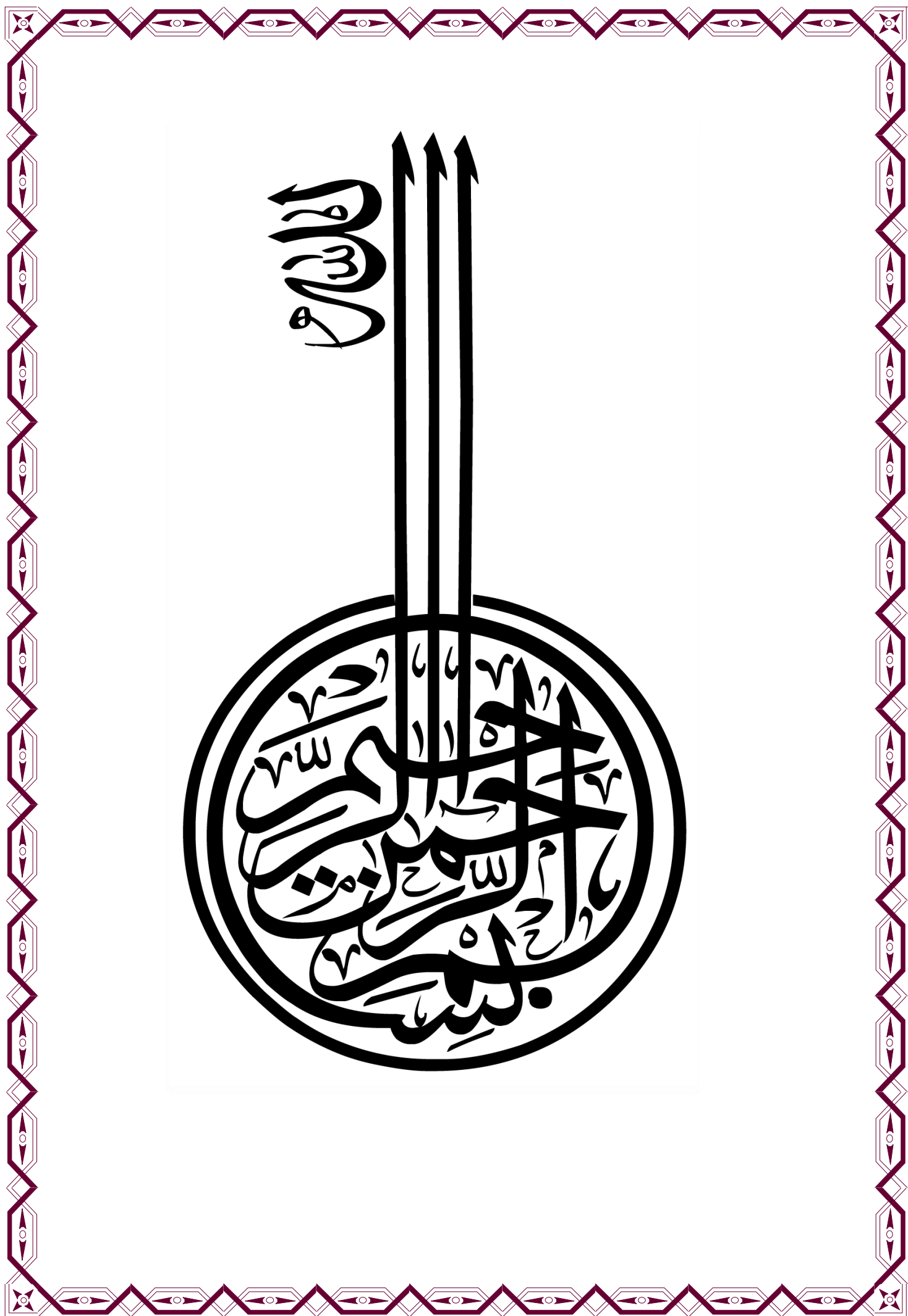
بودية بشير

أعضاء اللجنة:

أ.د. صوار يوسف	أستاذ التعليم العالي	جامعة سعيدة	رئيساً
د. بلحاج فراحي	أستاذ محاضر	جامعة بشار	مشرفاً
د. شليل عبد اللطيف	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	ممتحناً
د. خالدي مصطفى	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحناً
د. قارة تركي أسية	أستاذة محاضر	جامعة تلمسان	ممتحنة
د. مزيان تاج	أستاذ محاضر	المركز الجامعي تموشنت	ممتحناً

السنة الجامعية: 2015-2016

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ



شكر وتقدير

الحمد لله الواحد الأحد السيد الصد

المتفرد بالجلال والكمال على التفصيل والإجمال

القائل: {لَيْنَ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ}

وأصلي وأسلم على رسول الله محمد بن عبد الله ﷺ

القائل: (لا يشكر الله من لا يشكر الناس)

وعلى آله وصحبه ومن سار على دبره واتبع هداه أما بعد:

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الدكتور

بلحاج فراحي

الذي لم يبخل علي بنصائحه القيّمة وإسهاماته المفيدة

بارك الله في عمله وعمله

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة

الإهداء

أهدي هذا العمل

إلى الوالدين الكريمين

متنيا لهما العافية وطول العمر على طاعة الله ورسوله

رب ارحمهما كما ربياني صغيرا

إلى جميع الإخوة والأخوات وإلى كل الأقارب

إلى جميع الأصدقاء

إلى كل طالب علم متنيا له من الله التوفيق والنجاح

وأسأل الله تعالى الحكيم العظيم أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم

وأن ينفع به مؤلفه وقارئة

وصلى الله على نبينا محمد

وعلى آله وأصحابه وسلم تسليماً كثيراً

بودية بشير

الفهرس

	شكر وتقدير
	الإهداء
I	الفهرس العام
VIII	قائمة الجداول والأشكال
أ	المقدمة العامة
01	الفصل الأول: الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة
02	مقدمة
03	المبحث الأول: ماهية الجودة
03	المطلب الأول: الجودة ومراحل تطورها
03	أولاً: تعريف الجودة
09	ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم الجودة.
13	المطلب الثاني: أهمية وأهداف وتكاليف الجودة
13	أولاً: أهمية الجودة
15	ثانياً: أهداف الجودة
16	ثالثاً: تكاليف الجودة.
18	المبحث الثاني: ماهية إدارة الجودة الشاملة
18	المطلب الأول: إدارة الجودة الشاملة
19	أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة
25	ثانياً: أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة
27	المطلب الثاني: المراحل والمبادئ والمتطلبات لإدارة الجودة الشاملة
27	أولاً: مراحل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.
28	- المرحلة الصفرية الإعداد:
29	- المرحلة الأولى التخطيط
30	- المرحلة الثانية التقويم والتقدير
31	- المرحلة الثالثة التطبيق
32	- المرحلة الرابعة تبادل ونشر الخبرات
32	- المرحلة الخامسة التحسين المستمر
33	ثانياً: المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة
34	- الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة

34	- التركيز على العميل
35	- مشاركة العاملين
36	- تشكيل فرق العمل
36	- تدريب العاملين:
37	- إظهار التقدير والاحترام
37	- التحسين المستمر:
39	- التركيز على العمليات والنتائج معاً
39	- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها
39	- شحن وتعبئة خبرات القوى العاملة
40	- اتخاذ القرارات بناءً على الحقائق
40	- العلاقة مع الموردين
41	- التعدية العكسية
42	ثالثا: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
46	خاتمة
47	الفصل الثاني: نماذج إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية أيزو 9000
48	مقدمة
49	المبحث الأول: نماذج وأدوات وجوائز إدارة الجودة الشاملة
49	المطلب الأول: نماذج رواد إدارة الجودة الشاملة
49	أولاً: نموذج والتر شيوارت Walter A. Shewhart
50	ثانياً: نموذج إدوارد ديمينج Edward Deming
54	ثالثاً: نموذج جوزيف جوران Joseph M. Juran
57	رابعاً: نموذج فليب كروسي Philip, B. Crosby
58	خامساً: نموذج كايرو إيشيكافا Kaoru Ishikawa
60	سادساً: نموذج أرماند فيجنباوم Armand Feigenbaum
61	سابعاً: نموذج مارتن ماري Martin Merry
62	ثامناً: نموذج جاكو JCAHO للجودة
63	ثامناً: نموذج تاجوشي Genich Taguchi
64	المطلب الثاني: أدوات إدارة الجودة الشاملة
66	المطلب الثالث: جوائز التميز في الجودة
67	أولاً: جائزة ديمينج Deming Prize
71	ثانياً: جائزة مالكولم بالدريج Malcolm Baldrige Prize

73	ثالثا: جائزة الجودة الأوروبية European Quality Award
75	رابعا: جائزة الجودة الجزائرية
77	المبحث الثاني: المواصفات القياسية الدولية الأيزو 9000
77	المطلب الأول: مفهوم مواصفات الأيزو 9000
77	أولا: الخلفية التاريخية لمواصفات الأيزو 9000
79	ثانيا: تعريف مواصفات الأيزو 9000
81	ثالثا: فوائد تطبيق سلسلة الأيزو 9000
82	رابعا: عائلة مواصفات الأيزو 9000
82	خامسا: مبادئ نظام إدارة الجودة ايزو 9000
83	المطلب الثاني: متطلبات المواصفة أيزو 9001
84	أولا: نظام إدارة الجودة وفقا لمواصفة الأيزو 9001
89	ثانيا: مراحل تطبيق أنظمة إدارة الجودة أيزو 9001
90	ثالثا: علاقة إدارة الجودة الشاملة بالمواصفة أيزو 9001
93	خاتمة
94	الفصل الثالث: الجودة في الخدمات الصحية
95	مقدمة
96	المبحث الأول: قطاع الخدمات
96	المطلب الأول: الخدمات
96	أولا: مفهوم قطاع الخدمات
98	ثانيا: مكانة الجودة في قطاع الخدمات
100	ثالثا: الفرص المساعد على تبني الجودة في الخدمات
101	رابعا: تصنيف الخدمات
104	المطلب الثاني: طبيعة الخدمة
104	أولا: مفهوم الخدمة
106	ثانيا: خصائص الخدمة
107	- الخدمات غير ملموسة
108	- التلازمية
109	- الخدمات غير متجانسة
110	- الخدمات غير قابلة للتخزين
111	المطلب الثالث: جودة الخدمة
111	أولا: تعريف جودة الخدمة

112	ثانيا: أبعاد جودة الخدمة
113	ثالثا: جودة الخدمة ورضا الزبون
115	رابعا: نموذج جودة الخدمة (Servqual)
117	خامسا: نموذج أداء الخدمة (ServPerf)
118	المطلب الرابع: أنظمة تقديم الخدمات
118	الأول: الخدمة كعملية
121	ثانيا: الخدمة كنظام
123	المبحث الثاني: الجودة في الخدمات الصحية
123	المطلب الأول: تطور الجودة في الخدمات الصحية
123	أولا: مفهوم الصحة والمرض
128	ثانيا: تاريخ الجودة في أنظمة الرعاية الصحية.
132	المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية
133	أولا: تعريف جودة الخدمة الصحية
139	ثانيا: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية
140	خاتمة
141	الفصل الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر
142	مقدمة
143	المبحث الأول: عموميات حول المستشفيات
143	المطلب الأول: مفهوم وتطور المستشفيات
143	الفرع أولا: تعريف المستشفى
144	الفرع الثاني: التطور التاريخي للمستشفيات.
148	المطلب الثاني: تصنيف المستشفيات ووظائفها
148	أولا: تصنيف المستشفيات
150	ثانيا: وظائف المستشفيات
150	- الوظيفة العلاجية
150	- الوظيفة الوقائية:
152	- وظيفة التدريب والتعليم
153	- الوظيفة البحثية:
154	- الخدمات الممتدة إلى المنزل:
154	المطلب الثالث: المستشفى كنظام مفتوح
158	المطلب الرابع: مفهوم إدارة المستشفى

- 159 أولاً: تعريف إدارة المستشفيات
- 159 ثانياً: طبيعة الإدارة في المستشفى
- 160 ثالثاً: الخصائص والاختلافات المميزة للخدمة الصحية عن السلع والخدمات الأخرى.
- 161 رابعاً: الخصائص المميزة للمستشفى
- 163 خامساً: قسم إدارة الجودة في المستشفى
- 165 سادساً: فوائد إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات
- 166 المبحث الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر
- 166 المطلب الأول: النظام الصحي في الجزائر
- 166 الفرع الأول: المراحل التاريخية للنظام الصحي بعد الاستقلال
- 166 - المرحلة الأولى: 1962-1972
- 167 - المرحلة الثانية: 1972-1982
- 167 - المرحلة الثالثة: 1982-1992
- 168 - المرحلة الرابعة: 1992-2002
- 169 - المرحلة الخامسة: 2002-2012
- 171 الفرع الثاني: هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر
- 171 أولاً: على المستوى المركزي
- 173 ثانياً: على المستوى الولائي
- 173 ثالثاً: على مستوى الدائرة والبلدية
- 174 رابعاً: التنظيم الجديد للقطاع الصحي
- 177 المطلب الثاني : عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر
- 178 أولاً: البنية التحتية الصحية للنظام الصحي الجزائري
- 181 ثانياً: الموارد البشرية
- 183 خاتمة
- 184 الفصل الخامس: الدراسة الميدانية
- 185 المبحث الأول: القطاع الصحي في ولاية بشار
- 186 المطلب الأول: هيكل النظام الصحي في الولاية
- 187 أولاً: الهياكل الصحية
- 188 ثانياً: الموارد البشرية
- 189 ثالثاً: الجناح التقني
- 189 رابعاً: المنشآت الصحية في طريق الإنجاز
- 190 المطلب الثاني: المستشفى الجديد (ترابي بوجمعة)

190	أولاً: تقديم المؤسسة
190	ثانياً: توزيع اليد العاملة في المستشفى تراي بوجمة
192	ثالثاً: تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية وتنظيمها
197	المبحث الثاني: الدراسة الميدانية في مستشفى تراي بوجمة
197	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية.
197	أولاً: منهج الدراسة
197	ثانياً: مجتمع الدراسة
197	ثالثاً: عينة الدراسة
198	رابعاً: أداة الدراسة
203	خامساً: أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات
203	سادساً: أنموذج الدراسة
204	سابعاً: اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة
205	المطلب الثاني: عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها
205	الفرع الأول: نتائج تحليل متغيرات الاستبانة الموجهة للموظفين في المستشفى
205	أولاً: وصف أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالموظفين
206	ثانياً: نتائج مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى من وجهة نظر الموظفين
207	- مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
209	- مبدأ التحسين المستمر
210	- مبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية
212	- مبدأ فرق العمل
213	- مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة
214	- مبدأ المقارنة المرجعية
216	- مبدأ المعلومات والقياس والتحليل
217	- مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم
219	- مبدأ التنظيم
220	- مبدأ إدارة العلاقات مع الموردين
222	الفرع الثاني: نتائج تحليل متغيرات الاستبانة الموجهة للمرضى في المستشفى
222	أولاً: وصف أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمرضى
222	ثانياً: نتائج درجة مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى
223	- بعد الأشياء الملموسة
225	- بعد الاعتمادية

226	- بعد الاستجابة
227	- بعد الأمان
228	- بعد التعاطف
230	المطلب الثالث: اختبار الفرضيات
230	أولاً: الفرضية الرئيسة الأولى
233	- الفرضية الفرعية الأولى
235	- الفرضية الفرعية الثانية
237	- الفرضية الفرعية الثالثة
240	- الفرضية الفرعية الرابعة
241	- الفرضية الفرعية الخامسة.
243	ثانياً: الفرضية الرئيسة الثانية
243	- الفرضية الفرعية الأولى
244	- الفرضية الفرعية الثانية
244	- الفرضية الفرعية الثالثة
245	- الفرضية الفرعية الرابعة
247	- الفرضية الفرعية الخامسة
248	ثالثاً: الفرضية الرئيسة الثالثة
248	- الفرضية الفرعية الأولى
248	- الفرضية الفرعية الثانية
249	- الفرضية الفرعية الثالثة
250	- الفرضية الفرعية الرابعة
251	خاتمة
253	خاتمة عامة
260	قائمة المراجع
280	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(1، 1)	المقارنة بين الجودة التقليدية والجودة الشاملة	07
(1، 2)	التطور التاريخي لمفاهيم وأساليب الجودة	12
(1، 3)	مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة	23
(1، 4)	مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة	26
(2، 1)	تقييم عناصر جائزة الجودة الجزائرية	76
(2، 2)	تطور سلسلة مواصفات أيزو 9000	79
(2، 3)	نموذج عام لعملية تطبيق أنظمة إدارة الجودة أيزو 9001	90
(2، 4)	الاختلافات الأساسية بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9001	91
(3، 1)	أنماط الخدمة	103
(3، 2)	يلخص بعض الاختلافات الموجودة بين السلعة والخدمة	106
(3، 3)	العلاقة بين عناصر جودة الخدمات الصحية	135
(3، 4)	مقارنة أساليب الجودة في المجال الصناعي ومجال الرعاية الصحية	137
(4، 1)	عرض الخدمات الصحية في القطاع العمومي حسب المناطق الجغرافية لسنة 2014	179
(4، 2)	عرض الخدمات الصحية في القطاع الخاص حسب المناطق الجغرافية لسنة 2014	180
(4، 3)	يلخص أهم المعطيات الديموغرافية من الاستقلال الى سنة 2013م	180
(4، 4)	يلخص المعطيات الوبائية لسنة 2010	181
(4، 5)	التطور الزمني لعدد حالات تحويل المرض إلى الخارج	181
(4، 6)	تطور التغطية الصحية بالنسبة لعدد السكان	182
(5، 1)	توزيع عدد السكان في دوائر الولاية سنة 2013	186
(5، 2)	تعداد المستخدمين الطبيين في القطاع العام والقطاع الخاص	188
(5، 3)	توزيع المستخدمين الشبه الطبيين في القطاع العام.	188
(5، 4)	توزيع الموظفون بالمستشفى	190
(5، 5)	الاستبانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة الدراسة.	197
(5، 6)	المتوسط المرجح لسلم ليكرت الخماسي	199
(5، 7)	معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية لكل بعد	200

200	معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية لكل بعد.	(5، 8)
201	معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية للاستبانة	(5، 9)
201	معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية والدرجة الكلية للاستبانة	(5، 10)
202	قيم معامل الثبات لكل بعد من أبعاد الدراسة	(5، 11)
204	التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة	(5، 12)
205	وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة بالموظفين	(5، 13)
206	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة	(5، 14)
208	نتائج التحليل الوصفي لبعدهم الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	(5، 15)
209	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم التحسين المستمر	(5، 16)
211	نتائج التحليل الوصفي لبعدهم التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	(5، 17)
212	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم فرق العمل	(5، 18)
213	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم التخطيط الاستراتيجي للجودة	(5، 19)
215	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم المقارنة المرجعية	(5، 20)
216	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم المعلومات والقياس والتحليل	(5، 21)
218	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم تدريب العاملين ومشاركتهم	(5، 22)
219	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم التنظيم	(5، 23)
220	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم إدارة العلاقات مع الموردين	(5، 24)
222	وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمرضى	(5، 25)
223	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة	(5، 26)
224	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم الأشياء الملموسة	(5، 27)
225	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم الاعتمادية	(5، 28)
226	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم الاستجابة	(5، 29)
227	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم الأمان	(5، 30)
228	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعدهم التعاطف	(5، 31)
230	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة	(5، 32)
231	نتائج اختبار معامل تضخم التباين VIF	(5، 33)

232	نتائج اختبار الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة	(5، 34)
233	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة	(5، 35)
234	نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة	(5، 36)
235	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية	(5، 37)
236	نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية	(5، 38)
237	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة	(5، 39)
238	نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة	(5، 40)
239	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان	(5، 41)
240	نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان	(5، 42)
241	نتائج اختبار الانحدار البسيط لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف	(5، 43)
242	نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف	(5، 44)
243	نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الجنس	(5، 45)
244	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير العمر	(5، 46)
245	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير الوظيفة	(5، 47)
245	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	(5، 48)
246	نتائج اختبار LSD للفروق في فئات المستوى التعليمي	(5، 49)

247	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير الخبرة	(5، 50)
248	نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الجنس	(5، 51)
249	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير العمر	(5، 52)
249	نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	(5، 53)
250	نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير عدد مرات دخول المستشفى	(5، 54)

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
(1، 1)	تطور مفهوم إدارة الجودة	13
(2، 1)	النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة.	18
(1، 2)	نموذج شيوارت لإدارة الجودة الشاملة.	50
(2، 2)	أبعاد جائزة مالكولم بالدريج	71
(3، 2)	أبعاد الجائزة الأوروبية للجودة	73
(4، 2)	نموذج نظام إدارة الجودة المبني على أساس العملية	84
(1، 3)	مقياس وحدات السوق (الدرجة المادية)	103
(2، 3)	نظام إنتاج السلعة	109
(3، 3)	نظام إنتاج الخدمة	109
(4، 3)	نموذج جودة الخدمة	116
(5، 3)	نظام تقديم الخدمة	121
(6، 3)	مفهوم الصحة من ناحية درجتها	126
(1، 4)	المكونات الأساسية للمستشفى كنظام مفتوح	155
(1، 5)	المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "ترايب بوجمعة"	191
(2، 5)	أنموذج متغيرات الدراسة	203

المقدمة العامة

مقدمة عامة

تعد إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الفكرية والفلسفية الرائدة التي لاقى اهتمام كبير من قبل الاختصاصيين والباحثين في علم الإدارة وتحسين الأداء الإنتاجي والخدمي وفي كافة مختلف المنظمات، وكان للإدارة اليابانية دور مهم في بروز أسلوب إدارة الجودة الشاملة، من خلال النجاح الباهر في تقديم المنتجات عالية الجودة نتيجة تطبيق حلقات السيطرة النوعية في جميع الميادين الإنتاجية والخدمية.

ومنذ الستينيات من القرن الماضي أدرك الباحثون والمختصون في الإدارة والأفراد أن الجودة لها مكانة أساسية في المنافسة السوقية العالمية. ويشير جابلونسكي¹، إلى وجود اختلاف في مفهوم إدارة الجودة الشاملة كغيره من المفاهيم الإدارية التي تتباين بشأنه المفاهيم والأفكار، إلا أن هذا التباين الشكلي يكاد يكون متماثلاً في المضامين الهادفة، إذ أنه يتمحور حول الهدف الذي تسعى لتحقيقه المنظمة والذي يتمثل برضا المستهلك من خلال تفاعل كافة الأطراف الفاعلة في المنظمة.

وفي خضم التنافس الكبير الذي تشهده الساحة العالمية، صارت الجودة سلاح تنافسي رئيسي تعتمد عليه المنظمات في بلوغ أهدافها، ويعزز هذا أو كلاهوند Oakland² بقوله " أن الأداء ذو الجودة العالية كان على الدوام عاملاً استراتيجياً رئيسياً للنجاح في الأعمال التجارية، ولكن أصبح الآن أكثر من أي وقت مضى مطلوب، لتحقيق التنافس بنجاح في الأسواق العالمية في القرن الحادي والعشرين". كما تسعى جميع المنظمات إلى تحقيق رضا المستهلك الذي يعد جوهر إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال إدراك كافة الحاجات والرغبات المستقبلية التي تعتبر حجر الزاوية في تصميم السلع أو الخدمات المطلوبة، مع استمرارية التطوير والتحسين. إن من فطرة الإنسان البحث دوماً عن الجودة في ملبسه ومأكله وجوانب حياته كلها، حيث أصبحت الجودة وبشكل متزايد الجزء السائد في حياة الأشخاص³، فالناس يبحثون باستمرار عن

¹ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 72.

² John S. Oakland, Total quality management and operational excellence: text with cases, Fourth edition, Routledge, New York, 2014, P 03.

³ Hall JE. Pluralistic evaluation: A situational approach to service evaluation. Journal of Nursing Management, 2004; one (12), PP: 22-27.

جودة المنتجات والخدمات الصحية، التي تعتبر حق من حقوق الإنسان، لذا فهو يسعى جاهداً ليعيش حياة خالية من الأمراض الجسمية، والنفسية، والاجتماعية.

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

وتظهر نتائج الجودة العالية للخدمات الصحية في رضا المرضى والمجتمع بشكل عام، والموظفين والموردين والأداء الأفضل للمنظمة¹. كما إن تحسن جودة خدمات الرعاية الصحية، يؤدي إلى انخفاض التكاليف وزيادة الإنتاجية وإتاحة أفضل خدمة للمستفيدين، مما يعزز الأداء التنظيمي ويوفر علاقات عمل طويلة الأجل للموظفين والموردين².

ونظراً لأهمية الخدمات الصحية لكل فرد من أفراد المجتمع³، سواء كانت هذه الخدمات وقائية، أو علاجية، أو جراحية، بغض النظر عن قدراته المادية في دفع ثمنها، فإن الحكومات مطالبة بتجسيد هذا الحق، والتكفل به عن طريق توفير الخدمات الصحية الضرورية، وبالجودة المقبولة إلى مواطنيها لغرض تحقيق المصلحة العامة، ورفع المستوى الصحي لكافة شرائح المجتمع.

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

فالملاحظ اليوم أنه رغم ما تقدمه المنظمات الصحية، من خدمات صحية إلا أنها لازالت تواجه بعض التحديات والمشاكل من بينها:

- ارتفاع النمو السكاني، وارتفاع نسبة كبار السن في المجتمع، وما صاحب ذلك من زيادة الطلب على الخدمات الصحية، وما يقابلها من محدودية الموارد.

¹ Lam SS., SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. Total Quality Management. Vol 8 No 4, 1997, PP: 145-152.

² Lee PM, Khong P, Ghista DN. Impact of deficient healthcare service quality. The TQM Magazine, Vol 18, No 6, 2006, PP: 563-571.

³ Raymond L. Goldsteen, Karen Goldsteen, Terry L. Dwelle, Introduction to public health : promises and practices, Second edition, Springer Publishing Company, New York ,2015 ,P71

- اختلاف في جودة تقديم الخدمات الصحية ما بين المستشفيات، مما يوضح عدم وجود توزيع عادل للمخصصات الممنوحة للمنظمات الصحية.
- شح الموارد المالية، قلة من الاستثمار في مجالات الخدمات الصحية.
- التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصحية، وتذمرهم وعدم رضاهم على جودة الخدمة وكلفتها.
- التصاعد المستمر في كلفة الخدمات الصحية، وما يصاحبه من عدم رضا الممول سواء كانت جهات حكومية، أو خاصة، أو شركات تأمين.
- الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية، التي تضع قيود أمام الاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية.
- وتزداد مشاكل النظام الصحي صعوبة خاصة على الدول النامية، من حيث قلة توفر المعدات، والآلات الطبية الحديثة، والأدوية، والكوادر الصحية المؤهلة، وسرعة تقديم الخدمات في المكان والزمان المناسب، وارتفاع نسبة تكاليف الخدمات الصحية بالنسبة لمستويات دخل الأفراد.

1- إشكالية الدراسة

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يساعدها في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات المادية والبشرية ومن ثم التخلص منها، كما يعد هذا الأسلوب الإداري من أفضل الأساليب التي تدفع بالعاملين إلى المشاركة نحو تحقيق النجاح، والفهم الجيد للجودة الشاملة، كما إنه يساهم في وضع الإجراءات اللازمة لتلبية متطلبات المريض مع التحسين المستمر ودائم لها.¹ كما أن المؤسسات الصحية التي طبقت هذا الأسلوب تمكنت من تحسين أساليب العمل، ورفع الروح المعنوية للعاملين وزيادة درجة الرضا الوظيفي. فإدارة الجودة الشاملة هي استراتيجية شاملة للمنظمة وموقف نحو التغيير لتمكين الأفراد من معرفة واستخدام أساليب الجودة من أجل الحد من التكاليف، وتلبية احتياجات المرضى وغيرهم من العملاء.²

إن المؤسسات الصحية الجزائرية تواجه كغيرها من المؤسسات تحولات ذات أهمية قصوى، حيث أن الخدمات الصحية تزداد تنافسية خاصة مع تقدم التقنيات الطبية وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا، ومن أجل بقاء سمعة ومكانة المؤسسة الصحية العمومية في المجتمع باعتبارها الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية لكافة المواطنين، فهي مطالبة أكثر من

¹ محمد صلاح مطبقاني، محمد عزت عجمي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وتأثيرها على الارتقاء بأداء وتحقيق الرضا الوظيفي، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 2001، ص 105.

² John Øvretveit , Total quality management in European healthcare, International Journal of Healthcare Quality Assurance, Vol. 13, No. 2, (2000), PP : 74-90.

غيرها بتبني برامج إدارية تتسم بالشمولية والدوام تساعد على تحسين جودة خدماتها، والارتقاء إلى مستوى الذي يتطلع إليه المواطنين، وتساعد في الرفع من أداء الموظفين، وتطوير الوسائل والتجهيزات الطبية، بما يعزز مكانتها التنافسية أمام المستشفيات الخاصة.

انطلاق مما سبق تحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

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

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى ترابي بوجمعة من وجهة نظر الموظفين؟

- ما مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر المرضى المقيمين في مستشفى ترابي بوجمعة؟

- هل هناك علاقة تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى ترابي بوجمعة على جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمريض؟

- هل هناك اختلاف في رؤى الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، الوظيفة، المستوى التعليمي، الخبرة)؟

- هل هناك اختلاف في رؤى المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد مرات دخول المستشفى)؟

2- فرضيات الدراسة:

لمعالجة موضوع البحث تم صياغة الفرضيات التالية:

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

- الفرضية الرئيسة الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، الوظيفة، المستوى التعليمي، الخبرة).

- الفرضية الرئيسة الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد مرات دخول المستشفى).

3- أهمية الدراسة:

- تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية إدارة الجودة الشاملة في تسيير الجودة في المؤسسات الصناعية والخدمية على حد سواء، والتي ظهرت فوائدها عملياً من خلال التطبيق الفعلي لها، بالإضافة إلى أهمية الدور الذي تلعبه جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المرضى وهو الهدف الأسمى الذي تسعى إليه كل مؤسسة صحية.

- لفت انتباه مدراء المستشفيات، إلى أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة وماله من تأثير على تطوير وتحسين الجودة والإنتاجية، وتدعيم القدرة التنافسية للمستشفى، ومواجهة التحديات المستقبلية كالتغيرات السكانية المتوقعة كماً ونوعاً وما يترتب عنها من الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية ذات الجودة والكفاءة المطلوبة.

- إثراء المكتبة الجامعية بمرجع حول موضوع إدارة الجودة الشاملة وأهمية تطبيقه في المستشفيات.

4- أهداف الدراسة:

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

- التعرف على اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفى تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً، ومقارنتها بجودة الخدمة الطبية المتوقعة من جانبهم وذلك للتعرف على مدى التطابق أو وجود فجوة بين توقعات المرضى مع ما يقدم لهم فعلياً.

- تحليل وتشخيص لواقع خدمات الصحية المقدمة في المستشفى مع بيان أهمية توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة الصحية.

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

5- منهج الدراسة

لاستكمال تحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها كيفياً بوصفها وبيان

خصائصها، وكمياً بإعطائها وصفاً رقمياً من خلال أرقام وجداول توضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى¹. حيث يعد هذا المنهج مناسب في التحقق من الواقع الوصفي لمحاو الدراسة من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقة بين المتغيرات، من أجل الوصول إلى نتائج تسهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات.

6- حدود الدراسة:

- المجال البشري والمكاني: اقتصر المجال البشري والمكاني في هذه الدراسة على عينة من الموظفين والمرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة ولاية بشار.

- المجال الزمني: طبقت هذه الدراسة خلال شهري أبريل وماي من العام الدراسي 2014/2015.

7- الدراسات السابقة:

• دراسة طعمانة (2001)²، بعنوان "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة". هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي بالأردن، والتعرف على مستوى التطبيق والممارسة، بالإضافة إلى تحليل المعوقات التي تحول دون التطبيق. وتوصلت الدراسة لعدة نتائج منها: وجود مستوى متوسط من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة عند العاملين في وزارة الصحة، وجود معوقات من بينها مقاومة العاملين للتغير، وعدم وجود استراتيجية واضحة لإدارة الجودة، قلة التدريب، عدم الالتزام بروح الفريق، عدم تقدير الإنجازات، قلة المشاركة العاملين، وعدم وجود معايير لقياس الجودة. وهناك علاقة ارتباط سلبية بين المعوقات وبين ممارسة مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

• دراسة الحاضر (2001)³، بعنوان "مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في مستشفى قوى الأمن بالرياض: آراء وتوجهات الطبية والإدارية بالمستشفى". هدفت الدراسة إلى التعرف على آراء الأطباء والإداريين حول مدى فعالية برنامج الجودة المطبق في المستشفى، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: فعالية برنامج إدارة الجودة الشاملة بمستشفى قوى الأمن، عدم وجود الدورات التدريبية يعيق من فعالية برنامج إدارة الجودة.

¹ ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص 87.

² محمد طعمانة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي: حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد الأول، الأردن، مارس 2001.

³ إبراهيم بن سعد الحاضر، مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في مستشفى قوى الأمن بالرياض: آراء وتوجهات الطبية والإدارية بالمستشفى، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2000.

• دراسة هيفاء بنت فؤاد مختار (2003)¹، بعنوان " دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة ". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بمستشفى الملك فهد العام من جهة، ومن جهة أخرى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج عديدة من أهمها: وجود فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ما عدا متغير المعلومات والاتصالات وتقنياتها، عدم وجود فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات ما عدا متغير المعلومات والاتصالات وتقنياتها)، ومتغير المبنى وتجهيزاته والتسهيلات، عدم وجود اختلاف في اتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً تبعاً لخصائصهم الديمغرافية، أما بالنسبة إلى اتجاهات المرضى المقيمين وجد اختلاف تبعاً لمتغير العمر والمؤهل الدراسي.

• دراسة فتيحة حبشي (2007)²، بعنوان "إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة". هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إدراك الإدارة العليا والعاملين لمفهوم وأهمية إدارة الجودة الشاملة، وإلى تقييم وتحليل فرص تطبيقها في الوحدة، وذلك بتحليل وقياس وتقييم عناصر الثقافة التنظيمية السائدة وتحديد مدى ملائمتها مع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: إن الوحدة غير مهيأة لتقبل فلسفة وثقافة إدارة الجودة الشاملة، نمط القيادة العليا بعيد عن الدور المطلوب من القيادة لتحقيق إدارة الجودة الشاملة، سياسة الجودة غايتها الحصول على شهادة الأيزو 14000 فقط.

• ناصر سلطان السويدي (2009)³، بعنوان " استخدام التحليل العملي في تحديد عوامل النجاح الحرجة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء المستشفى العسكري في

¹ هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الملك عبد العزيز كلية الاقتصاد والإدارة الدراسات العليا، جدة، 2003.

² فتيحة حبشي، إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2006/2007.

³ ناصر سلطان السويدي، استخدام التحليل العملي في تحديد عوامل النجاح الحرجة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء المستشفى العسكري في مملكة البحرين، رسالة للحصول على الماجستير في إدارة الأعمال جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية الأعمال، عمان، الأردن، 2009.

مملكة البحرين". هدفت هذه الدراسة إلى تحديد عوامل النجاح الحرجة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة باستخدام التحليل العاملي وأثرها على أداء المستشفى، كما هدفت إلى بيان إن كان هناك اختلافات دالة في وجهات نظر المديرين في المستشفى حول هذه العوامل تبعاً لاختلاف المتغيرات الديمغرافية. توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان أهمها، عدم وجود اختلاف دال معنويًا من وجهة نظر المديرين في المستشفى لعوامل النجاح الحرجة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة تبعاً لاختلاف الجنس، العمر، المستوى التعليمي، التخصص، الخبرة العملية، ووجود تأثير ذي دلالة معنوية لعوامل النجاح الحرجة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة على أداء المستشفى.

• دراسة الطويل والعبودي (2010)¹، بعنوان " إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل". هدفت الدراسة إلى التعرف على آراء المدراء حول مدى توافر متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المستشفى. وقد تم التوصل إلى مجموعة من الاستنتاجات من أبرزها: يتوفر في بيئة المستشفى قيد البحث المتطلبات اللازمة لتبني إدارة الجودة الشاملة.

• دراسة ذياب (2012)²، بعنوان " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين". هدفت الدراسة إلى معرفة آراء المرضى والموظفين حول جودة الخدمات الطبية المقدمة وفق مقياس SERVQUAL، وتم استخدام استبانتين، واحدة للموظفين والأخرى للمرضى. توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أن المستشفيات الحكومية تتوفر فيها تطبيق أبعاد الخدمة الطبية باستثناء بعد الاستجابة، وذلك من وجهة نظر العاملين في المستشفيات، وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدا بعدي الاستجابة والتعاطف، ولم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة تعزى إلى أي من المتغيرات الديمغرافية.

¹ أكرم أحمد الطويل، محمد نائر العبدي، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل. مجلة تنمية الرافدين العدد 100 مجلد 32، جامعة الموصل، كلية الإدارة والاقتصاد، 2010، ص: 231-253.

² صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، غزة، فلسطين، يناير 2012، ص 69-104.

• دراسة مزيان (2014)¹، بعنوان " الرضا الوظيفي وأبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية: قياس وتقييم الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان". هدفت الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمة المقدمة في المؤسسات العموميتين في ظل الإصلاحات المستحدثة لغرض عصرنة تسيير الموارد البشرية في المرافق العمومية. وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المؤسسات لم ترق إلى المستوى المطلوب.

• دراسة (2000) Kunst and Lemmink²، بعنوان " Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search For Success Parameters ". هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين إدارة الجودة وأداء المستشفيات في ثلاث بلدان هي: إسبانيا، بريطانيا، هولندا، تكونت عينة الدراسة من 227 شخص مقسمين على النحو التالي: 56 من هولندا، 46 من إسبانيا، 125 من بريطانيا. وقد توصلت الدراسة إلى هناك علاقة دالة بين إدارة الجودة وأداء المستشفيات محل الدراسة، بالإضافة إلى أن هناك عوامل رئيسة تؤثر على أداء المستشفيات وهي: القيادة، الاستراتيجية والسياسة، الموارد البشرية، إدارة الموارد، إدارة العمليات، رضا العملاء، رضا العاملين، المجتمع المحيط.

• دراسة (2003) Jabnoun and Chaker³، بعنوان " Comparing the quality of private and public hospitals ". هدفت الدراسة إلى مقارنة جودة الخدمة المقدمة في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة. تكونت عينة الدراسة من 205 مريض منوم في المستشفيات قيد الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثين بتطوير استبانة بالاعتماد على مقياس SERVQUAL بأبعاده الخمسة. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اختلاف بين المستشفيات العامة والخاصة في مستوى جودة الخدمة المقدمة.

• دراسة (2005) Pakdil and Harwood⁴، بعنوان " Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions ". هدفت الدراسة إلى

¹ مزيان التاج، الرضا الوظيفي وأبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية: قياس وتقييم الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان، أطروحة مقدمة لينيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير جامعة بلفايد تلمسان، الجزائر، 2013/2014

² Kunst, Paul; Lemmink, Jos, Quality management and business performance in hospitals: A search for success parameters, Total Quality Management, Vol. 11, No. 8, (2000): 1123 – 1133.

³ Jabnoun, Naceur and Chaker, Mohammed, Comparing the Quality of Private and Public Hospitals, Managing Service Quality, Vol. 13, No. 4,(2003): 290-299.

⁴ Fatma Pakdil , Timothy N. Harwood , Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions, Total Quality Management, Vol. 16, No. 1,(2005) :15–30.

قياس الفجوة بين توقعات المرضى وإدراك مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى. أجريت الدراسة في مستشفى جامعي على عينة مكونة من 669 مريض، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على أبعاد مقياس SERVQUAL. وقد توصلت الدراسة إلى أن أهم بعد في توقعات المرضى هو الحصول على معلومات كافية حول التخدير والجراحة، ثم يليه الود والمعاملة الكافية من قبل الموظفين، ثم عدم الانتظار لفترة طويلة لأجراء العملية الجراحية. بالإضافة إلى أهمية مقياس SERVQUAL في تحديد الاختلافات بين تفضيلات المرضى وتجاربهم الفعلية.

• دراسة (Dilber, et.al, (2005)¹، بعنوان "Critical Factors of Total Quality Management And Its Effect on Performance in Health Care Industry: A Turkish Experience". هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل الحرجة لإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي في تركيا، بالإضافة إلى قياس أثر هذه العوامل على أداء أعمال المستشفيات الصغيرة ومتوسطة الحجم. وقد توصلت الدراسة إلى أن العوامل المهمة تمثلت في دور الإدارة العليا وسياسة الجودة، وإدارة العمليات، وبيانات الجودة وتقاريرها، والعلاقة مع الموظفين. بالإضافة إلى أن هناك علاقة دالة بين العوامل السابقة وبين أداء المستشفيات عينة الدراسة ممثلة في العائد على الاستثمار، وصافي الربح، وتطوير الخدمات، وسمعة المستشفى.

• دراسة (Ramsaran-Fowdar, (2008)²، بعنوان "The Relative Importance of Service Dimensions in a Healthcare Setting". هدفت الدراسة إلى قياس توقعات المرضى نحو مستوى الخدمة المقدمة لهم وهذا بالاعتماد على مقياس SERVQUAL. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك أداة جديدة لجودة الخدمة تسمى PRIVHEALTHQUAL استناداً إلى التحليل العاملي والموثوقية، بالإضافة إلى أن الثقة والعدالة والمعاملة الحسنة هي العوامل الأكثر أهمية لجودة خدمة الرعاية الصحية.

• دراسة (Ali Morad Heidari Gorji and Jamal A Farooquie (2011)³، بعنوان "A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran". قام الباحثان بتطوير أداة لقياس جودة الخدمة الصحية والأداء في المستشفى (IHCQPM)، وذلك بالاعتماد على معايير بالدريج للتميز في الرعاية الصحية 2010/2009،

¹ Dilber, Mustafa; Bayyurt, Nizamettin; Zaim, Selim & Tarim, Mehves, Critical Factors of Total Quality Management and Its Effect on Performance in Health Care Industry: A Turkish Experience, Problems and Perspectives in Management, No. 4, (2005): 220- 234.

² Rooma Roshnee Ramsaran-Fowdar, The relative importance of service dimensions in a healthcare setting, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21, No. 1(2008): 104-124.

³ Ali Morad Heidari Gorji , Jamal A Farooquie , A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran , BMC Research Notes 2011, 4:566.

والإرشادات من قبل جمعية المستشفيات الأمريكية المقترحة للمستشفيات في السعي لتحقيق التميز. وتمت المقارنة مع المستشفيات الأمريكية الحاصلة على جائزة بالدريج. توصلت الدراسة إلى أن هناك اختلاف كبير في ممارسة فلسفة إدارة الجودة الشاملة للتميز في مجال الرعاية الصحية في الهند وإيران.

• دراسة (2012) Mosadeghrad¹، بعنوان " A Conceptual Framework for Quality of Care ". هدفت الدراسة إلى التعرف على خصائص جودة الخدمة الصحية وأبعادها على مستوى القطاع الصحي الإيراني، وقد توصلت الدراسة إلى أكثر من 100 خاصية لجودة الخدمة الصحية. وتم تصنيف هذه الخصائص في خمس فئات هي: الفاعلية والفعالية والكفاءة، والتعاطف، والبيئة. وأدت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى وضع نموذج للجودة الرعاية الصحية يؤدي إلى فهم أفضل للجوانب المختلفة للجودة في الخدمات الصحية، ويوفر أساس أفضل لتحديد وقياس ومراقبة الجودة في القطاع الصحي.

• دراسة (2013) Awuor and Kinuthia²، بعنوان " Total Quality Management Practices in Kenya, Selected Private Hospitals in Nairobi ". هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تحديد العوامل الحرجة الأكثر تأثيراً على أداء أعمال المستشفيات الخاصة في كينيا. وقد توصلت الدراسة إلى أن نظام إدارة الجودة الشاملة لا يطبق بشكل كلي، لعدم وجود فلسفة واضحة لإدارة الجودة الشاملة لدى مديري الرعاية الصحية، والاعتقاد بأنها تكاليف زائدة.

• دراسة (2014) Mosadeghrad³، بعنوان " Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations ". هدفت الدراسة إلى معرفة الحواجز التي تعترض التنفيذ الناجح لإدارة الجودة الشاملة في منظمات الرعاية الصحية في إيران. وتوصلت الدراسة إلى العديد من العوائق التي كانت سبب في عدم نجاح إدارة الجودة الشاملة في هذه المنظمات، وتمثلت هذه العوائق في: عدم شمولية المنهج المعتمد في التنفيذ، المعرفة المحدودة للمديرين حول تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، التغيير المستمر في الإدارة العليا، سوء التخطيط، أهداف التحسين غير واضحة، قلة التنسيق بين المديرين والموظفين حول المشاركة والالتزام بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، غياب

¹ Ali Mohammad Mosadeghrad, A Conceptual Framework for Quality of Care, *Materia Socio Medica*, Vol.24, No.4 (2012): 251-261.

² Emmanuel Otieno Awuor , Doris M.W. Kinuthia ,Total Quality Management Practices in Selected Private Hospitals in Nairobi, Kenya, *European Journal of Business and Management*, Vol.5, No.13, 2013,PP:33-44.

³ Ali Mohammad Mosadeghrad, Why TQM does not work in Iranian healthcare organizations, *International Journal of Health Care Quality Assurance* ,Vol. 27 No. 4, 2014, pp. 320-335.

ثقافة الجودة في المؤسسة، غياب العمل كفريق، غياب التعليم والتدريب المستمر، عدم التركيز على العملاء، وكانت مشاكل الموارد البشرية، والمشاكل الثقافية والاستراتيجية من أهم العقبات التي توجه التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة.

8- تقسيمات الدراسة:

تم تقسيم الدراسة إلى الفصول التالية:

الفصل الأول:

يتناول دراسة مفهوم النظري لإدارة الجودة الشاملة، وتطوره التاريخي، والأهمية والأهداف، بالإضافة إلى مبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة، ومراحل تطبيقها.

الفصل الثاني:

يتطرق إلى دراسة نماذج وأدوات إدارة الجودة الشاملة، وجوائز التميز في الجودة، وإلى مفهوم مواصفات الأيزو 9001 وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة.

الفصل الثالث:

يتعرض إلى دراسة قطاع الخدمات بصفة عامة، والخدمات الصحية بصفة خاصة، بالإضافة إلى توضيح أهم الأساليب المستعملة في قياس جودة الخدمة الصحية.

الفصل الرابع:

يتم فيه استعراض مفهوم المستشفيات وتطورها التاريخي، وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيها، ثم تطور النظام الصحي في الجزائر، وعرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر.

الفصل الخامس:

يتطرق إلى تحليل نتائج الدراسة الميدانية التي تم إجراؤها على عينة من الموظفين والمرضى في مستشفى ترابي بوجمعة، من أجل الوقوف على العلاقة الموجودة بين توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة والجودة الصحية المقدمة.

الفصل الأول

الإطار النظري

لإدارة الجودة الشاملة

مقدمة:

منذ نشأة الإنسان ارتبطت معه خاصية الجودة في سلوكه وتصرفاته، فالجودة هي شكل من أشكال الإبداع الحضاري، وان الاهتمام بها لم يكن محصورا في حقبة زمنية معينة، بل انه ومنذ فجر التاريخ كانت ولا تزال فنا يستند إلى الذوق والحس الجمالي والعاطفي الإنساني.

ونظرا إلى النتائج الباهرة التي حققتها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات اليابانية وأمريكية، لقي هذا المفهوم اهتمام واسعا من قبل الباحثين والدارسين لموضوع الجودة، أما من ناحية الصعيد الدولي فقد أصبح الاهتمام بالجودة ظاهرة عالمية، حيث أصبحت لها مكانة بارزة في المؤسسات الإنتاجية والخدمية على حد سواء. يتناول هذا الفصل الإطار النظري والفكري للجودة الشاملة.

في المبحث الأول يتم التطرق إلى تعريف الجودة، الجودة من منظور الإسلام، التطور التاريخي لمفهوم الجودة، أهمية وأهداف وتكاليف الجودة. المبحث الثاني يستعرض مفهوم إدارة الجودة الشاملة، أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة، مراحل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الأول: ماهية الجودة

المطلب الأول: الجودة ومراحل تطورها

أولاً: تعريف الجودة

يوجد العديد من التعاريف التي وردت من قبل الكثير من الباحثين في توضيح معنى الجودة حيث يجد الدارس أن كل مفكر في مجال العلوم الإدارية له تعريف خاص حسب مفهومه للجودة. ويفهم كثيراً من الناس الجودة بأنها تعني النوعية الجيدة أو الخامة الأصلية ويقصد بها الكيف عكس الكم الذي يعني العدد¹ إلا أن هذه الرؤية تجمع بين النوعية Variété والجودة Qualité، ولغرض رفع الالتباس فإن النوعية تعرف بأنها " اختلاف المنتجات أو الخدمات من حيث المظهر أو المستويات"²، أي هي تشير إلى الخصائص الخارجية للمنتج كالحجم واللون... فمثلاً يمكن تقسيم المنتجات حسب الحجم إلى: كبيرة، ومتوسطة، وصغيرة³.

ويرجع مفهوم الجودة Qualité إلى الكلمة اللاتينية Qualitas، والتي تعني بالفرنسية Tel que أي كما هو⁴، والتي تعني أيضاً طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وقديماً كانت تعني الدقة والإتقان⁵، وحديثاً أصبح لمفهوم الجودة أبعاد جديدة ومتشعبة ومن التعاريف الواردة في موضوع الجودة:

الجودة لغة أصلها " جود والجيد نقيض الرديء، وجاد الشيء جوده أي صار جيداً وأجاد أي أتى بالجيد من القول والفعل"⁶.

ويعرف إدوارد ديمينج W.E.Deming الجودة بأنها " تخفيض مستمر للخسائر وتحسين مستمر للجودة في جميع الأنشطة"⁷، ويقول أيضاً " الجودة ينبغي أن تستهدف حاجات المستهلك الحالية والمستقبلية"⁸.

أما جوزيف جابلونسكي R.Jablonski يعرف الجودة بأنها "عبارة عن الخصائص الخاص بالمنتج والخدمة التي يدفع الزبون نقوده مقابل الحصول عليها وبناء على مفهوم التركيز على الزبون يمكن

¹ حامد السقاف، المدخل الشامل والسريع لفهم وتطبيق إدارة الجودة الشاملة، مكتبة المجتمع، الرياض، 1995، ص 5.

² محمد سعيد أوكيل، وظائف ونشاطات المؤسسة الصناعية، ديوان المطبوعات الجزائرية، 1992، ص 85.

³ عبد الكريم يحي بريقيات، إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الايزو 9001، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008، ص 12.

⁴ Daniel Duret, M. Pillet, Qualité en production de l'ISO900 aux outils de la qualité, Editions d'organisation, Troisième édition, paris2000, p17.

⁵ مأمون الدرادكة، طارق شبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 15.

⁶ محمد ابن منظور، لسان العرب، المجلد الرابع عشر، مطبعة بيروت، بيروت، لبنان، 1968، ص 72.

⁷ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، الرياض، 2012، ص 49.

⁸ John Oakland and Marton Marosszeky, Total Quality in the Construction Supply Chain, First edition, Butterworth-Heinemann, Oxford, Great Britain, 2006, P05.

أن تشمل الجودة على التشطيب النهائي، أو وقت التسليم أو الحجم والتكلفة أو درجة الاعتماد على المنتج أو أي عوامل أخرى¹.

ويرى فيجنباوم A.V.Feigenbaum. أن الجودة هي " ناتج تفاعل خصائص نشاطات التسويق والهندسة والصناعة والصيانة والذي من خلاله يتمكن المنتج والخدمة من تلبية توقعات العميل"². أما فيليب كروسبي P.B.Crosby فيعرف الجودة بأنها " المطابقة مع المتطلبات"³. ويعرفها جوزيف جوران J.M.Juran بأنها " ملاءمة الاستعمال"⁴.

ويرى كايزرو ايشكاوا K. Ishikawa أن الجودة تتسع لتشمل " جودة العمل وجودة الخدمة، وجودة المعلومات والتشغيل وجودة القسم والنظام وجودة القوى العاملة وجودة الشركة وجودة الأهداف وغيرها، مما يجعل مراقبة الجودة وأبعادها المتعددة من الأدوات الأساسية لتحقيق الأهداف المنشودة"⁵.

بينما عرفها جينتشي تاكوشي G.Taguchi بأنها " تفادي الخسارة التي يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه للزبون"⁶.

وعرفت المنظمة الدولية للتقييس ISO 8042 الجودة بأنها " مجموعة خصائص أو مميزات المنتج أو الخدمة التي تمنح كفاءة لتلبية حاجات ظاهرة أو ضمنية"⁷، أي أن الجودة هي مجموعة الخصائص والصفات التي تعطي المنتج القدرة على تحقيق احتياجات محددة وأخرى ضمنية. فالاحتياجات المحددة تكون معلنة من قبل المستهلك أما الضمنية فتتمثل في الأمن، والقابلية للصيانة، والقابلية للتخزين.⁸

وعرفتها الجمعية الأمريكية للجودة بأنها " خصائص المنتج أو الخدمة التي تعطي القدرة على تلبية احتياجات الزبون المعلنة أو الضمنية"، ويقول عنها Siemens " الجودة هي عندما يعود إلينا زبائننا، أما منتجاتنا فلا"⁹.

¹ جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، الجزء الثاني، بميك، مصر، 1996، ص 194.

² John Oakland and Marton Marosszeky, Op-cit., P05.

³ Philip .B. Crosby, La Qualité C'est gratuit, Economica, Paris, 1986, p19.

⁴ Joseph M. Juran, A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, 5th edition, McGraw-Hill, New York, 1999, P 2.2.

⁵ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 47.

⁶ Mohamed Zairi, Total Quality Management for Engineers, First Edition, Wood head Publishing, Cambridge, England, 1991, P27.

⁷ Association Française De La Normalisation (AFNOR), Norme Française (vocabulaire), Paris, 1er tirage, Septembre, 1987, p04.

⁸ P. Laurent, F. Bouard, Economie entreprise d'organisation, Tome 1, Paris, 1997, p263

⁹ Philip Kotler and Gary Armstrong, Principles of Marketing, 15th Edition, Pearson Education, United States of America, 2014, p253.

أما معهد المقاييس البريطاني يعرف الجودة بأنها " فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع"¹.

بينما يرى معهد المقاييس القومي الأمريكي للسيطرة النوعية أن الجودة هي "جملة السمات والخصائص التي تميز المنتج أو الخدمة والتي تجعله قادراً على الوفاء بالاحتياجات المطلوبة"².

وهي " قدرة وكفاءة المنتج أو الخدمة على إشباع رغبات العميل بأقل تكلفة وفي أقل زمن"³.

ويشير إيفانس Evans إلى الجودة بأنها " تلبية توقعات الزبائن أو تجاوزها"⁴.

والجودة هي " قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية احتياجات الزبون مع احترام المطابقة فيما يخص الكمية والزمن والمكان والتكلفة، إضافة إلى الضغوطات المحيطة بالمساهمين الحكومات والتشريع"⁵.

بينما يشير Jean Marie Chatlet بأن مفهوم الجودة قد مر بعدة مفاهيم مختلفة:⁶

- المفهوم الأول يفرض وجود الشيء ليتم تحديد جودته والتي هي مرهونة بمدى رضا مستعمليه.
- المفهوم الكلاسيكي يسعى إلى توسيع معنى الجودة إلى إدراك قيمة الأشياء.
- المفهوم التجاري يعتبر الجودة هي قدرة السلعة أو الخدمة على إشباع وتلبية الحاجات.

أما Michel فقد عرفها بأنها " قدرة مجموعة خصائص مميزة لمنتج ما على إشباع الحاجات"⁷.

أما Patrice Marvanne يقول إنها " مجموعة الخصائص المحددة والمميزة لمنتج أو نظام أو مسار والتي تؤدي إلى إشباع حاجات الزبائن أو أي أطراف أخرى معينة"⁸.

أما المنظمة اليابانية للمعايير الصناعية JIS⁹ تحدد مفهوم الجودة بمدى قابلية المنتج أو الخدمة على إرضاء حاجات المستهلكين.

وحدد قاموس أكسفورد الأمريكي الجودة بأنها " درجة أو مستوى التميز أو التفوق"¹⁰.

وتشير الجودة إلى " قدرة المنتج على تلبية حاجات المستهلكين وبأقل تكلفة"¹¹.

¹ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 22.

² رشيد أحمد طعيمة وآخرون، الجودة الشاملة في التعليم، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 21.

³ Lue Boyer et Noel Equilbey, Organisation : theories et applicaton, Editions d'organisation, Paris, France, 2eme tirage, 2000, p272.

⁴ James R . Evans, Quality and Performance Excellence: Management Organization and Strategy, 7th Edition, Cengage Learning, United States of America, 2013, P06.

⁵ F. Mispelblom beye, Au-delà de la Qualité, Editions la découvert et Syros ,2eme Edition, Paris, 1999, p128.

⁶ Jean Marie Chatelet, Méthodes productives et qualité, Edition ellipses, 1996, p57.

⁷ Michel Ballaiche, les exigences de management e L'ISO 9001 : la qualité de service, Afnor, 2002, p 5,6.

⁸ Patrice Marvanne, le vade mucum de la qualité totale, Editions EME, Paris, 2001, p57.

⁹ Katsuya Hosotana, Les 20 lis de la Qualité, l'expérience japonaise au service de votre entreprise, Editions Dunod, Paris, 1994.p20.

¹⁰ Dennis F. Kehoe, The Fundamentals of Quality Management, First edition, Chapman & Hall, London ,1996, P01.

¹¹ Maria Christian, La Qualité des produits industriels, Edition Dunod, p03.

وقد حدد الباحث جافين Garvin 1988م خمس مداخل تعكس مجمل تعاريف الجودة من قبل المتخصصين، هذه المداخل هي:¹

المدخل المعتمد على أساس التفوق : ويقصد بذلك أنه رغم أن الفرد يستطيع أن يميز بين الجودة العالية والجودة الرديئة إلا أنه ليس هناك تعريف دقيق ومحدد للجودة²، كما أنه من الصعب تعريف جودة السلعة أو الخدمة قبل أن يراها الزبون فمثلا لا نستطيع أن نحكم على كفاءة أي طبيب جراح وأنه يتمتع بجودة عالية في تأديته لعمله إلا بعد أن يقوم بعدد من العمليات الجراحية الناجحة³، وما يؤخذ على هذا المدخل انه غامض حيث ينظر من خلاله إلى الجودة على أنها مرادف للتميز الفطري مثل جودة سيارة رولس رويس⁴، لذا لا يمكن استخدامه كأساس لتحقيق ميزة تنافسية، ولا يمكن قياس الجودة ولا وضعها في موصفات التشغيل، فكثيرا من وظائف التصميم والإنتاج والخدمة تجد صعوبة في استخدام هذا المدخل كأساس لإدارة الجودة⁵. المدخل المعتمد على أساس المنتج: وينظر للجودة وفق هذا المدخل على أنها كفاءة إشباع حاجات المستفيدين بأقل تكلفة ممكنة⁶. وتعني أيضا الدقة والقياس للمميزات المطلوبة في المنتج والتي لها القدرة على تحقيق رغبات المستهلك، وتتفق هذه الرؤية مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة والتي تؤكد على دقة ومطابقة المواصفات الموضوعية. ويمتاز هذا المدخل بأنه في الحالات التي تعتمد الجودة فيها على التفضيل الشخصي، فإن المعايير التي يتم القياس على أساسها قد تكون مظلمة⁷. المدخل المعتمد على أساس المستخدم: ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملاءمة المنتج أو الخدمة الاستعمال وذلك وفقاً للمتطلبات التي تحقق رضا المستهلك، أي أعلى مستوى صفات وأداء السلع والخدمات التي تلبى رغبات المستهلك واحتياجاته وتوقعاته⁸، ويتفق هذا المدخل مع ما ذهب إليه وديمنج Deming وجوران Juran و فيجنبوم Feigenbaum⁹، في تعريف الجودة. ويعاب على هذا المدخل أن تفضيلات الزبون متعددة ومن الصعب أن تتجمع هذه التفضيلات كلها في منتج واحد حتى يكون له قبول عام، وقد يحدث عدم تطابق بين الجودة ورضا المستهلك¹⁰.

¹ David. A, Garvin, Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge, the Free Press, New York, 1988, P40, 41.

² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 21، 22.

³ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 52.

⁴ عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن، 2009، ص 14.

⁵ Vincent K. Omachonu, Joel E. Ross, Principles of total quality, 3rd edition, CRC Press, New York, 2004, P68.

⁶ Robert le DUFF, Encyclopédie de la gestion et du management, Dalloz gestion, Paris, France, p 1009

⁷ سونيا محمد البكري، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل النظم، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 108.

⁸ Vincent K. Omachonu, Joel E. Ross, Op-cit., P68.

⁹ يوسف حجيم الطائي وآخرون. نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.

ص 57-58.

¹⁰ Vincent K. Omachonu, Joel E. Ross, Op-cit., P68.

المدخل المعتمد على أساس التصنيع: وتعني الجودة بموجب هذا المدخل مطابقة السلع والخدمات للمتطلبات المحدد مسبقاً، أي صنع منتجات خالية من النسب المعيبة وبأقل كلفة ممكنة، حيث يتفق هذا المدخل مع مفهوم التلف الصفري الذي جاء به كروسبي Crosby. ومن عيوب هذا المدخل أن تعتمد عملية التصميم والتصنيع على التعامل مع تخفيض التكلفة على أنه هدف يتم التوصل إليه بطريقة محددة.¹

المدخل المعتمد على أساس القيمة: وتعرف الجودة على أساس قيمة من حيث التكاليف والأسعار²، حيث يرتبط مفهوم الجودة حسب هذا المدخل بتحديد عناصر السعر، بحيث تعرف الجودة بأنها التفوق بأقل الأسعار، ومدى مراقبة الانحرافات بأقل التكاليف، أي مقارنة خصائص السلع والخدمات التي تلي رغبة المستهلك مع سعر شراءها. وتتفق أفكار هذا المدخل مع فلسفة ايشكاوا Ishikawa. ويؤخذ على هذا المدخل أن المنتج الأعلى جودة لا يعني عادة الأفضل قيمة، وإنما تطلق هذه الصفة على المنتج أو الخدمة الأكثر شراءً.³

والجدول الموالي يوضح أهم الفروق بين النظرة التقليدية والحديثة للجودة.

الجدول (1، 1): المقارنة بين الجودة التقليدية والجودة الشاملة.

الجودة التقليدية	الجودة الشاملة
تركز الجودة على المنتج.	تركز الجودة على إرضاء العميل.
الاهتمام كله على المطابقة.	الاهتمام كله على الوقاية من الأخطاء.
أسباب الأخطاء محددة.	أسباب الأخطاء، ترجع إلى سوء النظام
تعد الجودة من مهام الخبراء والمراقبين والمفتشين.	الجودة عمل ومسؤولية الجميع.
مفهوم الجودة، محدد وتام.	الجودة تعني التحسين المستمر
حل المشاكل، يتم حسب التسلسل الهرمي.	يساهم كل فرد في التحكم والسيطرة على المشاكل.
تسعى الجودة إلى مطابقة المعايير.	تسعى الجودة إلى التميز.

Source : Daniel Boeri, Maitriser la qualité : toutes sur la certification et la qualité totale les nouvelles normes ISO9001, Maxima, Paris, France, 2001, p21.

أما مفهوم الجودة وفق المنظور الإسلامي أشمل وأوسع، وذلك لأنه يرتبط بإيمان المسلم بمراقبة الله له في السر والعلن، وهناك الكثير من الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة تبين الاهتمام بالجودة، لمالها من فوائد ملموسة تسهم في رفع مستوى الأداء وفي بناء مجتمع قوي و متماسك.

فالفكر الإداري الإسلامي يتميز عن غيره بربط الإدارة بالعقيدة الإسلامية الصحيحة وما تحمله من ثوابت من القرآن والسنة النبوية. فالمسلم مهما كان موقعه في الخريطة التنظيمية يشعر أنه محاسب ومراقب في عمله وأن جزاؤه على العمل حاصل في الدنيا والآخرة وذلك مصدقا لقوله تعالى

¹ Ibid., P69.

² Ibid., P69.

³ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره ص 57-58.

" فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ ﴿٧﴾ وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ ﴿٨﴾ " ¹، فكلما أتقن المسلم وأحسن وأجاد في عمله نال أجره عاجلا في الوظيفة والحياة الدنيا ومؤجلا في الآخرة.

ومن المبادئ التي جاء بها الإسلام والتي تسهم في تحقيق الجودة: ²

- مبدأ الشورى.

- مبدأ حرية الإنسان.

- مبدأ المساواة وتحقيق العدالة.

- مبدأ التعاون والتكافل الاجتماعي

- مبدأ احترام العلم.

- مبدأ احترام العمل.

- مبدأ شمولية التوجيهات الإسلامية العقديّة لكل جوانب الحياة.

أمر الإسلام الالتزام بمبدأ الشورى والذي يعني التشاور واقترح أفضل الحلول للمشكلات المعروضة واتخاذ القرارات المناسبة لها، فقال تعالى لرسوله ﷺ موجها له في تعامله مع أصحابه وأتباعه، " فاعف عنهم واستغفر لهم وشاورهم في الأمر ﴿159﴾ " ³.

كما حث على التعاون والتكافل بين المسلمين في سبيل الخير وروح الجماعة في كل توجيهاته وتعليماته، يقول تعالى "وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان ﴿2﴾ " ⁴.

ودعا العامل المسلم بإتقان عمله وأن يكون مسؤولا عن جودته وسلامته من العيوب، وقد ورد الإتقان في القرآن الكريم في قوله تعالى "صُنِعَ اللَّهُ الَّذِي أَتَقَنَ كُلَّ شَيْءٍ إِنَّهُ خَبِيرٌ بِمَا تَفْعَلُونَ ﴿88﴾ " ⁵، ولقد ربط الإسلام بين الإيمان والعمل الصالح لقوله تعالى "إِلَّا الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ فَلَهُمْ أَجْرٌ غَيْرُ مَمْنُونٍ ﴿6﴾ " ⁶، ورجب في العمل وحث على إتقانه، لقوله تعالى "إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ إِنَّا لَا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلًا ﴿30﴾ " ⁷، وقال رسول الله ﷺ "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه " وفي رواية أخرى قال رسول الله ﷺ " إن الله تعالى يحب من العامل إذا عمل أن يحسن " ⁸، فعلى العامل أن يعمل بما علمه الله من عمل وإتقان وإحسان بقصد نفع الناس .

¹ سورة الزلزلة

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 08.

³ سورة ال عمران

⁴ سورة المائدة

⁵ سورة النمل.

⁶ سورة التين.

⁷ سورة الكهف.

⁸ رواه البيهقي

والإسلام اهتم بنوعية العمل المنجز لا بكثرته، لقوله تعالى " لِيَبْلُوكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ ﴿30﴾"¹، وفي تفسير هذه الآية أن الله سبحانه وتعالى لم يقل أيكم أكثر عملاً بل أيكم أحسن عملاً، أي أصوبكم وأكثركم خشية لله، وهذا هو مبدأ الاعتناء بالكيف لا بالكم.

والمسلم يجيد عمله ويتقن صنعته بقصد حب الله ومرضاته بعيداً عن التقصير والغش، وهو ملتزم بذلك في كل الظروف والأحوال لا يتغير عمله وفق الريح والخسارة، ويكون إتقان العمل عنده مرتبطاً بمبدأ الأمانة والعدل، فشرطاً قبول العمل هما المتابعة والإخلاص. أما الفكر غير الإسلامي فإن العامل يجيد عمله بقصد رواج سلعته وتبعاً لهواه دون مراعاة مرضاة الله، فقد يتذبذب إحسانه لعمله حسب تغير ظروف الريح والخسارة.

ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم الجودة.

يرجع تاريخ الجودة إلى 2000 عام قبل الميلاد²، حيث يحتوي قانون حمورابي ملك بابل على أقدم لائحة تضم جزاءات لحالات الإهمال والقصور في تقديم الخدمات الصحية بإضافة إلى الرسوم وتكاليف الخدمات المقدمة، وفي الحضارة المصرية والعصر الإغريقي وضعت معايير من شأنها الاهتمام بجودة الممارسات الطبية.

وفي الحضارة الإسلامية تعتبر الجودة وإتقان من المبادئ التي دعا إليها الإسلام، ويعزز ذلك الكثير من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية التي تحث المسلم على حب العمل وإتقانه، يقول الله تعالى " إن الذين ءامنوا وعملوا الصالحات إنا لا نضيع أجر من أحسن عملاً"³، وقد وردت معاني الإحسان بمعنى التجويد وإتقان والالتزام بصحيح الأقوال والأعمال في كثير من موضع بالقران الكريم والسنة الشريفة، الأمر الذي يؤكد قيمة هذه الصفة وعظمتها في عمل المسلم⁴.

ويعد محمد رسول الله ﷺ، أول من تحدث عن الجودة وإتقان العمل وترغيب فيه، ويقول صلى الله عليه وسلم "إن الله يحب من العامل إذا عمل أن يحسن" وفي رواية أخرى " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"⁵، وقد ربط رسول الله ﷺ مفهوم الجودة وإتقان العمل بتحصيل منافع دنيوية مادية ومعنوية ومنافع أخروية تتمثل في دخول الجنة بإذني الله.

وفي الحضارة الغربية، ومع بداية 1880 م، أحدث عصر الإدارة العلمية تغيرات واسعة في إدارة المصانع، ويعد فريدريك تايلور F. Taylor (1865-1915 م) الأب للإدارة العلمية الحديثة والذي اقترح تحسين أساليب العمل استناداً إلى المراقبة والقياس والتحليل إلى جانب الحوافز الاقتصادية

¹ سورة الملك.

² Christian N. Madu, Handbook of Total Quality Management, First Edition, Kluwer Academic, London, 1998, P1.

³ القرآن الكريم، سورة الكهف، الآية 30.

⁴ علي السلي، إدارة التميز نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، مكتبة الإدارة الجديدة، القاهرة، 2002، ص 347.

⁵ رواهما البيهقي

وقد ركز تاييلور في كتابه مبادئ الإدارة العلمية الذي طبع عام 1911م على أهمية دراسة الوقت والحركة وأوضح هذه المبادئ التوجيهية: (1) تطوير العلمي لكل عنصر من عناصر العمل: (2) اختيار العلمية وتدريب العمال: (3) التعاون بين الإدارة والعمال الموظفين (4) المسؤولية مناصفة بين العمال والإدارة.¹ وكذلك أكد على الفصل بين التخطيط وتحسين العمل، وبهذا ظهرت مرحلة نشاط التفتيش والفحص كنشاط مستقل مسؤوليته مراقبة الجودة داخل المؤسسة، حيث اهتم هذا النشاط بالتركيز على المنتجات النهائية والتأكد من مطابقتها مع المواصفات والمعايير الموضوعية في المنشأة²، وقد امتدت هذه المرحلة ما بين 1900-1930م.

وفي عام 1931م قام والتر شوارت W.A. Shewhart بعرض كتابه الشهير " الرقابة الإحصائية على جودة السلع المصنعة Economic Control Of Quality Of Manufactured Product"³، والذي شرح فيه طريقة استخدام الأساليب الإحصائية في مراقبة جودة الإنتاج.

وفي عام 1941م ساهم ديمينج Deming بتطوير دراسة Shewhart، ثم انضم إلى دائرة الحرب الأمريكية وقام بتعليم تقنيات السيطرة على الجودة فيها، ثم في عام 1950م قام بتدريسها للخبراء اليابانيين حيث ركز على موضوع رقابة الجودة⁴، وكانت مرحلة الرقابة على الجودة الممتدة ما بين 1930-1950 م، تهدف إلى التأكد بأن أنشطة التصنيع تحت التحكم والسيطرة.

وشهد عام 1951م، قيام جوزيف جوران JURAN بنشر كتابه عن رقابة الجودة⁵، ثم قدم A.V. Feigenbaum فكرة الرقابة الشاملة على الجودة عام 1956م⁶، ثم جاءت فكرة إنشاء أول حلقة من حلقات الجودة من قبل كايرو إشكاوا K. Ishikawa عام 1962م⁷، ثم ظهور مفهوم التلف الصفري على يد فيليب كروسبي Crosby سنة 1970م، وفي 1979م نشر كتابه حول الجودة مجاناً⁸، وبصفة عامة اتسع مفهوم الجودة ليشمل الإدارة وليس على التصنيع فقط وامتدت مرحلة ضمان الجودة ما بين 1950-1970 م.

شهد مجال إدارة الجودة تحولاً ملموساً بعد عام 1970م، حيث تم الانتقال من مرحلة ضمان الجودة إلى مرحلة إدارة الجودة الشاملة. وكان لليابانيين دور كبير في تطوير مواصفات جديدة لإدارة

¹ Ozcan Yasar A, Quantitative methods in health care management : techniques and applications, Jossey-Bass, United States of America, P 02.

² Frédéric Canard ,Management de la qualité, lextenso editions, Paris, 2009, P178.

³ James J. O'Brien, Construction inspection handbook: total quality management, 4th Edition, Chapman & Hall, New York, 1997, P70.

⁴ Frédéric Canard, Op-cit., P179-181.

⁵ David. A, Garvin, Op-cit., P12.

⁶ عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2008، ص 58، 59.

⁷ محمد قاسم أحمد القريوتي، ويوسف محمد المطيري، إدارة الجودة الشاملة للعملية التربوية في جامعة الكويت من منظور أعضاء هيئة التدريس، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، م 21 ع 1، 2007، ص 57-99.

⁸ Frédéric Canard, Op-cit., P183.

الجودة الشاملة حيث كان التركيز على أن الجودة قضية ومسؤولية الجميع داخل المنظمة، وبسبب النجاح الباهر الذي حققته المنشآت اليابانية انتشرت فكرة تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في شمال أمريكا ودول أوروبا الغربية إلى أن صار موضوع الساعة¹.

وفي عام 1980م، قام التلفزيون الأمريكي بتقديم برنامج وثائقي يحث ويؤكد إذا كان اليابان هكذا فلماذا لا نكون نحن "If Japan Can ... Why Can't We ?" وهذا اعترف بنجاح أفكار الإدارة اليابانية. ثم في العام الموالي دعت الإدارة العليا لشركة فورد، الأمريكي ديمنج Deming لعقد ندوات يبين فيها أهمية العلاقة المنتجين وخبراء الجودة وتوطيد هذه العلاقة². وفي سنة 1982م، قام المفكر ديمنج Deming بنشر كتابه الموسوم بـ "الجودة الإنتاجية والموقع التنافسي"³.

وشهد عام 1983م عقد المؤتمر الخاص بالجودة بمبادرة من أمريكا وقد قدم هذا المؤتمر 66 توجيهه للنهوض بالجودة في المؤسسات الصناعية الأمريكية، وفي عام 1984م تم إحداث الجمعية الأمريكية للرقابة على الجودة والمركز الأمريكي لشؤون الجودة الإنتاجية⁴. وفيه أيضا نشر كروسبي Crosby كتابه الموسوم بـ "الجودة بدون ندم Quality without tears".

ولقد اعتمد الكونجرس الأمريكي جائزة مالكوم بالدريج للجودة على مستوى الولايات المتحدة سنة 1987م، ثم تبنت وزارة الدفاع الأمريكية أساليب الجودة الشاملة ولأول مرة سنة 1988م، وفي سنة 1989م، تحصلت أول شركة أمريكية "فلوريدا للقوة الكهربائية والإضاءة"، على جائزة ديمنج Deming⁵.

وفي سنة 1993م صار موضوع إدارة الجودة الشاملة يدرس في جل الجامعات والكليات الأمريكية⁶، ثم تلا ذلك ظهور أساليب إدارية جديدة كإعادة الهندسة Six Sigma. وتشير الأبحاث العلمية إن المرحلة المستقبلية ستكون الجهود فيها نحو الاهتمام بالمستهلك، وذلك بتوفير ما يحتاج إليه هذا المستهلك من حيث سهولة وسرعة الحصول على المنتج والخدمة عند الطلب.

وفي الأخير يمكن القول إن جميع الجهود المبذولة من قبل هؤلاء الباحثين والمفكرين تصب في الوصول بالمنظمة إلى مستوى أعلى من الكفاءة والفعالية، في تقديم منتج أو خدمة يلبي قدر المستطاع توقعات المستهلك عن طريق نظم وإجراءات ترقى إلى مستوى جودة ما تقدمه.

الجدول الآتي يلخص أبعاد التطور التاريخي لمفاهيم وأساليب الجودة، كما قدمها K.T.Yeo.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 17.

² يوسف حجيم الطائي، مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سبق ذكره، ص 26، 27.

³ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 42.

⁴ مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 52.

⁵ يوسف حجيم الطائي، مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سبق ذكره، ص 26، 27.

⁶ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، مرجع سبق ذكره، ص 43.

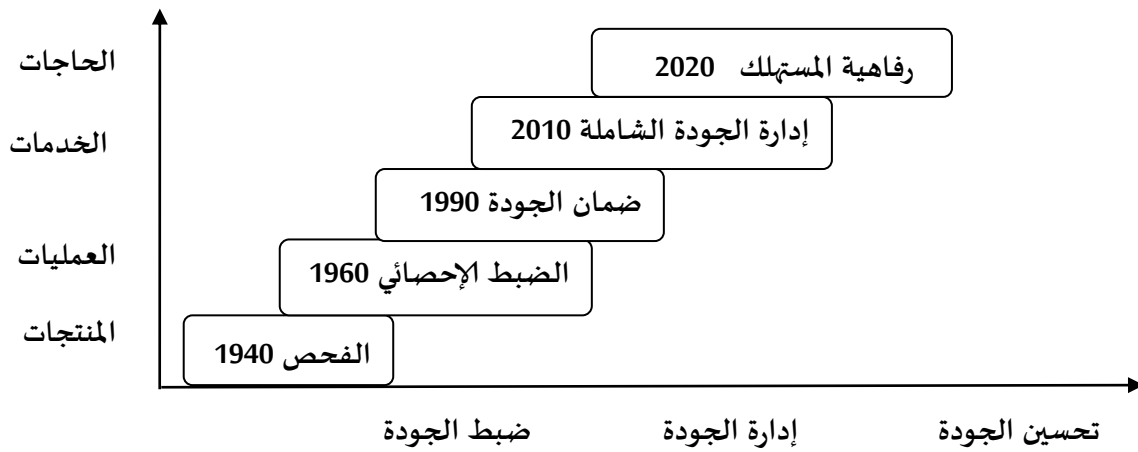
الجدول (1، 2): التطور التاريخي لمفاهيم وأساليب الجودة.

الفترة	تطور مفهوم الجودة	التركيز	الأحداث الأساسية	ابتكارات TQM وانبثاق المعتقدات
قبل الخمسينات والخمسينات	الملاءمة للمواصفات	- الإنتاج الواسع - خط الإنتاج - التوحيد القياسي - الفحص	- ديمنج يدخل الرقابة الإحصائية إلى اليابان	- إقامة العملية الإحصائية
الستينات	الملاءمة للإستعمال (التصميم للملاءمة)	- بحوث السوق - المشاركة الوظيفية - الجودة المتوقعة	الوعي المتزايد للزبون	رقابة الجودة الشاملة
السبعينات	الملاءمة للتكلفة	--تحسين العمل - المشاركة في جميع المستويات الهرمية - الجودة المتوقعة بسعر تنافسي	أزمة النفط (تساعد التكلفة)	ضمان الجودة
الثمانيات	الملاءمة للإحتياجات الكامنة	-أدوات التحسين الإداري - الجودة الجذابة - تحسين جميع العمليات	المنافسة الاقتصادية الصناعية الجديدة مع ميزة التكلفة المتصورة والمنافسة العالمية الكثيفة.	حركة (TQM) في الدول الغربية مفهوم نشر دالة الجودة، سلسلة الايزو 9000 شهاداتها
التسعينات	الملاءمة لثقافة الشركة	إدارة المشروع الشاملة	الاهتمامات البيئية المتزايدة.	إعادة هندسة عملية الأعمال، التعلم التنظيمي و آيزو 14000 البيئية.
العقد الحالي	الملاءمة للبيئية المجتمعية والعالمية.	جودة الحياة للجميع (Quality of life for all)	في البحث عن الكياسة	ما بعد إعادة هندسة عملية الأعمال وTQM، إدارة جودة الحياة؟

Source: K.T. Yeo , Management of Change From TQM To BPR and Beyond , International Journal of Project Management ,Vol.(14),No.(6),pp222-321.

والشكل الموالي يلخص المراحل الزمنية التي مر بها تطور مفهوم الجودة، حسب ما يراه كثير من الدرسين في مجال الجودة.

الشكل (1، 1): تطور مفهوم إدارة الجودة



المصدر: على السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للأيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1995، ص 11.

المطلب الثاني: أهمية وأهداف وتكاليف الجودة أولاً: أهمية الجودة

للجودة أهمية بارزة في نشاط الشركات فهي تحدد حجم الطلب على السلع والخدمات التي تقدمها، وفي تحقيق رضا المستهلكين ويمكن إيجاز هذه الأهمية في الآتي^{1، 2}:

1- سمعة الشركة: تستمد الشركة شهرتها من مدى جودة السلع والخدمات التي تقدمها، فهناك علاقة طردية بين جودة منتجات الشركة ومكانتها عند المستهلكين مما تقدمه، مقارنة مع المنافسين لها في النشاط الذي تنتهي إليه. حيث تربط الشركة علاقات مع الموردين والعاملين ذوي الخبرة أساسها مبني على تجسيد الجودة، لغرض تلبية متطلبات زبائنها.

2- المسؤولية القانونية للجودة: زيادة الوعي للزبون دفع بالمحاكم إلى النظر في القضايا ذات صلة بالشركات التي تقدم السلع والخدمات رديئة الجودة، لذا فإن كل شركة صناعية أو خدمية تكون مسؤولة قانوناً عن كل ضرر يصيب المستهلك من جراء استخدامه لهذه المنتجات.

3- المنافسة العالمية: تؤثر تغيرات البيئة العالمية في كيفية وتوقيت تبادل السلع والخدمات إلى درجة كبيرة في السوق الدولي، وفي ظل التطور الهائل لنظم المعلومات تكتسب الجودة ميزة بارزة في تحقيق المنافسة العالمية بين الشركات. ولهذا تسعى كل شركة للحصول على موطن قدم في الأسواق العالمية من خلال مدخل الجودة، حيث انه كلما كانت منتجات الشركة ذات جودة منخفضة نتج عنها أضرار قد تلحق بأذى على الميزان التجاري للبلد.

¹ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، مرجع سبق ذكره، ص 30، 31.

² نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة: في عصر الأنترنت، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص 176.

4- حماية المستهلك: يحدد نظام الجودة مواصفات قياسية في إنتاج السلع والخدمات دورها حماية المستهلك من الغش وتعزيز الثقة في الشركات المنتجة. فالجودة الرديئة مثلاً ينجر عنها إحجام المستهلك عن شراء منتجات الشركة، ويرجع هذا الإحجام إلى إخفاق السلعة أو الخدمة بتأدية الوظيفة التي كان المستهلك يتوقعها. وبسبب الأضرار التي وقع فيها المستهلك بشرائه للمنتجات منخفضة الجودة ظهرت جماعات حماية المستهلك، والتي يتمثل دورها في حماية وإرشاد المستهلك إلى أفضل المنتجات جودةً وأماناً.

5- التكاليف والحصة السوقية: تطبيق الجودة المخطط لها في جميع العمليات ومراحل الإنتاج يمكن من تقليل الأخطاء والزمن العاطل عن الإنتاج وتصحيح الانحرافات في حينها، مما يؤدي إلى تخفيض الكلفة، ومنه انخفاض السعر الذي يؤدي بدوره إلى زيادة مبيعات الشركة وبالتالي زيادة حصتها السوقية.

كما تؤثر الجودة الرديئة للسلعة أو الخدمة سلباً على الشركة ويمكن إيجاز أهم آثار الجودة الرديئة على النحو التالي:¹

1- فقدان النشاط: قد تؤدي رداءة جودة السلع أو الخدمات إلى خسارة الشركة وفقدان القدرة على الاستمرار في عملها، بحيث تؤثر الجودة الرديئة لمخرجات المنظمات على سمعتها، وتدمر مكانتها عند المستفيدين الأمر الذي ينجر عنه فقدان جزء من حصتها السوقية أو ترك مجال العمل.

2- المسؤولية عن الأخطاء المحتملة: يترتب عن الجودة الرديئة تكاليف مالية باهظة، تتحملها الشركة نتيجة لمسؤوليتها عن الأخطاء المحتملة، للإصابات الناتجة عن استخدام السلع أو الخدمات ذات التصميم أو الصنع الرديء، وخاصة إذا ما كانت هناك أحجام أو أعداد كبيرة من الوحدات المعيبة.

3- الإنتاجية: هناك علاقة طردية بين الجودة والإنتاجية، حتى أن البعض يرى أنهما وجهان لعملة واحدة، فالمحافظة على الجودة وتحسينها باستمرار له أثر إيجابي على الإنتاجية، أما رداءة الجودة لها أثر سلبي على الإنتاجية. وقد تبث خطأ الفكرة التي كانت ترى أن التركيز على الجودة يزيد من التكلفة ومنه تخفيض الإنتاجية، إلى صحة إثبات انه يمكن الجمع بين تحسين الجودة والإنتاجية، مما ينتج عن هذا الجمع تعظيم القدرة التنافسية للشركات.

4- التكاليف: ينتج عن رداءة الجودة أنواع مختلفة من التكاليف التي تتحملها المنظمة، خاصة تلك التكاليف المتعلقة بالوحدات المعيبة، وتكاليف إعادة الإنتاج، وتكاليف الفحص والنقل وتكاليف التعامل مع شكاوى العملاء والتكاليف المتعلقة بالخصم الذي يمنح عن السلع والخدمات رديئة الجودة.

¹ سونيا محمد البكري، مرجع سبق ذكره، ص 115-116.

ثانياً: أهداف الجودة

هناك أهداف تخدم ضبط الجودة وهي متعلقة بالمعايير التي ترغب المنظمة في البقاء عليها، حيث تصاغ هذه المعايير على المستوى العام للمنظمة، وذلك باستخدام متطلبات تتعلق بصفات مميزة مثل: الأمان وإرضاء العملاء وغيرها. وأهداف أخرى في تحسين الجودة وهي تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير سلع وخدمات جديدة تلبى حاجات الزبائن بفعالية أكبر. وبشكل عام يمكن تقسيم أهداف الجودة إلى خمسة أقسام هي:¹

- 1- أهداف الأداء الخارجي لمنظمة ويشمل الأسواق والبيئة والمجتمع.
- 2- أهداف الأداء للسلعة أو الخدمة ويشمل حاجات العملاء والمنافسة.
- 3- أهداف العمليات وتشمل مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط.
- 4- أهداف الأداء الداخلي ويشمل مقدرة المنظمة وفعاليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل.

5- أهداف الأداء للعاملين ويشمل المهارات والقدرات والتحفيز وتطوير العاملين.

وهناك عدة عوامل تؤثر على الجودة يمكن إيجاز في ست نقاط أساسية كالآتي:²

- 1- الأسواق: تعتمد السلع والخدمات في وصولها إلى المستفيدين بصفة عامة على وجود الأسواق، بالتالي فانتفاء الأسواق بمعناه المادي أو المعنوي يؤدي إلى انتفاء هذه السلع والخدمات، والتي بدورها تنعدم معها الجودة وأساليبها، وحتى تستحوذ السلع والخدمات على الريادة في الأسواق العالمية أو المحلية فلا بد أن تتميز بجودة عالية تحقق لها هذه المكانة مع الاستقرار اللازم.
- 2- العامل: إن التقدم الهائل في وسائل الإنتاج بمختلف مستوياته، نتج عنه البحث عن الأيدي الماهرة ذات الخبرة والتخصص العالي، لمواكبة هذا التقدم ولتحقيق الجودة في الأداء.
- 3- رأس المال: يتطلب رفع مستوى جودة السلع والخدمات توفر التكنولوجيا الحديثة لتغطية تكاليف الحصول عليها يلجئ المستثمرون إلى طلب رأس المال اللازم لهذه العملية.
- 4- الإدارة: من متطلبات تنفيذ أساليب الجودة وجود نظام إداري فعال مهمته متابعة ومراقبة تطبيق الجودة بجميع مراحلها وفي جميع مستويات المنظمة. وبالتالي صارت للإدارة مسؤولية تامة في نجاح ضبط نظام الجودة.

5- المواد الأولية: ساهمت التقنيات الحديثة في سهولة الحصول واختيار جودة المواد الأولية، وتصنيع المواد التي تفي بالاحتياجات المطلوبة، مما نتج عن ذلك تقليل تكاليف الإنتاج.

¹ مأمون السلطي، سهيل إلياس، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة والايزو 9000، الطبعة الأولى، دار الفكر المعاصر، دمشق، 1999، ص 103.

² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة في الخدمات، الشروق، عمان، 2006، ص 43، 44.

6- الآلات والوسائل الفنية الحديثة: إن تنوع واختلاف احتياجات المستفيدين وزيادة حجم الطلب على المنتجات، كان سبب وراء اختراع الكثير من الماكينات والآلات ذات جودة ودقة عالية لغرض إشباع هذه المتطلبات.

ثالثاً: تكاليف الجودة.

تعرف الجمعية الأمريكية للجودة تكلفة الجودة بأنها التكلفة الناجمة عن تقديم السلعة أو الخدمة رديئة الجودة، وتعرف أيضاً بأنها التكلفة التي لن يتم تحملها لو تم القيام بشكل صحيح وبدون قصور لجميع الأنشطة، وهي جميع التكاليف التي تم إنفاقها في أي منظمة لضمان تقديم سلعة أو خدمة تلي متطلبات المستفيدين، كما إن معرفة قياس وحساب التكاليف بدقة يحول الجودة إلى أرقام بسيطة ومرئية تساعد الإدارة والعاملين من فهم أهمية عمل الشيء بصورة صحيحة من المرة الأولى، ووسيلة هامة بين الموظفين والإدارة العليا والمنظمات¹.

وتصنف تكاليف الجودة إلى أربعة أقسام، كما قسمها كل من فنجنوم Feigenbaum وجوران Juran عام 1960 م، ويمكن إيجازها في الآتي:^{2,3}

1- تكاليف الوقائية: وتشمل جميع تكاليف الأنشطة التي تصرف خصيصاً لمنع حدوث عيوب أو أخطاء في السلع أو الخدمة، وتتمثل هذه التكاليف في تخطيط وتحسين الجودة، والتعامل مع الموردين، والتدريب لرفع مستوى الجودة، وإجراءات مراقبة الجودة، ويلزم الحرس المتزايد في كل مرحلة من مراحل التصميم والإنتاج بغرض تقليل حدوث الأخطاء.

2- تكاليف التقييم: وهي التكاليف التي تنفق على عمليات الفحص والاختيار ومرجعة الجودة، وذلك لغرض التأكد من عدم وجود عيوب، والتحقق من مدى مطابقة المنتجات للموصفات المطلوبة.

3- تكاليف الفشل: وهي التكاليف الناتجة عن تباين السلع والخدمات مع متطلبات المستفيدين المطلوبة، ويمكن تمييز نوعين من التكاليف:

أ- تكاليف الفشل الداخلي وتتمثل في التكاليف التي تصرف في جميع مدخلات العمليات الإنتاجية كإصلاح العيوب التي حدثت في الإنتاج، وتكاليف الوحدات التي لا يمكن إصلاحها.

ب- تكاليف الفشل الخارجي وتتمثل في التكاليف التي تنفق بعد تقديم السلعة أو الخدمة للمستفيدين، كمعالجة شكاوى العملاء، والمنتجات المردودة، وقسيمة الضمان.

ومن المعروف أن كل منظمة تسعى إلى بلوغ الجودة المثلى في تقديم سلعة أو خدمة بأقل تكلفة ممكنة، ومطابقة لمتطلبات الزبائن، وقد يحدث في بعض الحالات عدم تطابق هذه السلعة أو

¹ عوض سالم الحربي، زياد الكحلوت، تكاليف الجودة وطرق قياسها، ورقة عمل، المؤتمر الوطني الأول للجودة، 2003.

² James Teboul, Service is Front Stage: Positioning services for value advantage, First Edition, Palgrave Macmillan, New York, 2006 P81, 82.

³ أحمد محروس محرم، محمد عماد فهد، تكاليف الجودة: مدخل إلى التطوير والتحسين المستمر، مركز نور الإيمان، القاهرة، 2000، ص 19.

الخدمة مع المتطلبات المطلوبة، ما ينجم عن ذلك تكاليف اللأجودة والتي تعرف بأنها " انحراف بين الجودة المستهدفة والجودة المتحصل عليها فعلاً"¹، ومن الأسباب المؤدية لذلك:

أ- عدم وصول القرارات المتعلقة بالجودة إلى جميع العاملين في المنظمة.

ب- إهمال بعض العناصر التقنية كغياب الصيانة الوقائية مثلاً.

ج- غياب فعالية الخدمة المقدمة للمستفيد كسوء المعاملة مثلاً.

ولقد أكدت الدراسات أن تطبيق إدارة الجودة لها أثر في تخفيض تكاليف عدم الجودة، حيث أن ما تنفقه المنظمات في سبيل تحقيق الجودة تسترجعه عن طريق زيادة المبيعات، ويعزز هذا الاتجاه العالم الأمريكي كروسبي في كتابه " الجودة مجاناً"²، ويقصد بمجانبة الجودة أن غيابها يكلف أكثر وتطبيقها يعطي مردودية أكبر.

وهناك نوعين من العلاقات بين الجودة والتكاليف وقد تم تحديد³:

أ- تكلفة الحصول على الجودة: وهي التكاليف الواجب تحملها ليصل إنتاج السلعة أو الخدمة إلى المستوى المرغوب فيه، ويترضى عليه كل الأطراف من منتج، وموزع، ومستعمل، ومستهلك.

ب- الحد من التكاليف اللأجودة: وهي الفرق بين التكلفة المتوقعة والمخططة، والتكلفة الحقيقية المحصل عليها.

إن الإدارة الفعالة التي تؤدي العمل بإتقان، تؤسس عملها على الموازنة بين الجودة المتحققة وعوامل التكلفة، ويتحقق هذا الهدف من خلال تحليل تكاليف الجودة⁴. ويعد تحليل تكاليف الجودة أداة قياس هامة، فهي توفر قياس الفعالية الشاملة في تقديم المنتجات، ومراقبة التغير الناتج عن الجودة الشاملة، وتساعد في اتخاذ القرار لمواجهة المشكلات التي تم الكشف عنها.

¹ Jambert. C, L'Assurance Qualité, Economica, 2^{eme} Edition, Paris, 1997, p11.

² خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، مرجع سبق ذكره، 2007، ص 42.

³ رحيمة حوالف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لموقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان: باستخدام نظرية السلوك المخطط، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010/2009، ص 66.

⁴ هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، الرياض، السعودية، 2002، ص 219.

المبحث الثاني: ماهية إدارة الجودة الشاملة

المطلب الأول: إدارة الجودة الشاملة

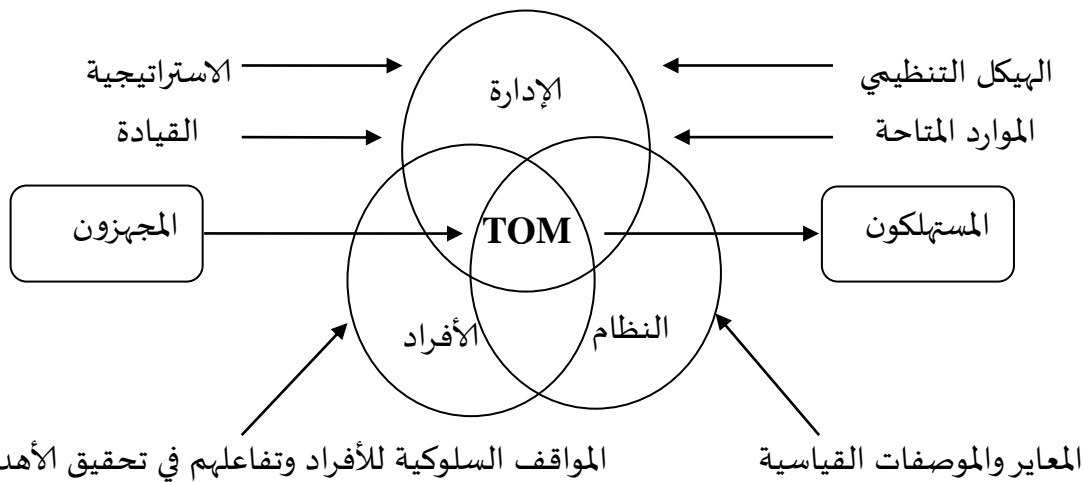
برزت فكرة إدارة الجودة الشاملة كعنوان شامل عام 1988م¹، لتعبر عن عملية تحسين الجودة، وهي عبارة عن أسلوب إداري جديد يستخدم في إدارة مختلف المنظمات، حيث يتضمن هذا الأسلوب وصف العمليات الإنتاجية والتعديلات المقترحة التي تساعد في تحسين الجودة وبشكل مستمر.

وتهدف إدارة الجودة الشاملة إلى التحقق من مفهومي الشمولية والتكاملية، فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية المنتجات التي يتوقعها المستفيدين، ويقصد بالتكاملية أن جميع النظم والبرامج الفرعية يعتمد بعضها على بعض، في شكل تكامل أفقي بين جميع الإدارات والأقسام، لكي يتم الارتقاء بمستوى جودة الخدمات المقدمة وجودة النظام الإداري.

ومن هنا فإنها تعتمد على تكامل شامل وإشراف مباشر على جميع عناصر التشغيل التي تضم الشؤون الإدارية والمالية والتسويق والمبيعات والمشتريات وأخيراً السلعة نفسها، من أجل تحقيق الأهداف المنشودة، ومن متطلباتها الأساسية وجود قادة لديهم الاستعداد لابتكار تحسينات يمكن إضافتها إلى جودة منتجات منظماتهم، والقدرة على تحديد أدوار أعضاء الفريق الذي يشرفون عليه، وبالتالي يمكن القول إنها تعد عملية أفقية متكاملة تغطي مستويات المنشأة كافة وتحد من الفروق القائمة في الإدارات وفي الهيكلية الهرمية.

ويمكن التعبير عن النظرة الشمولية لإدارة الجودة الشاملة بالشكل التالي:

الشكل رقم (1، 2): النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة.



المصدر: خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 73.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 72.

أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة

يرى كل من ستيفن ورونالد (Steven & Ronald)¹ وساندلندز J.Sandelands² أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يتكون من ثلاث كلمات هي:

- الإدارة: تعني التطوير، والكيفية التي تمكن المنظمة من المحافظة على تحسين الجودة بشكل مستمر. أما ساندلندز J.Sandelands يرى أن الإدارة تعني وجود فلسفة قوامها التركيز على العميل سواء الخارجي أو الداخلي، وذلك من خلال التنظيم لا الإشراف، والإدارة تعني أيضاً خلق الثقافة والمناخ التنظيمي وإزالة العقبات، والتأكد من إتاحة الأدوات المستخدمة.

- الجودة: وتعني الالتزام أو الوفاء باحتياجات الزبون بل تتجاوزها. وعند ساندلندز J.Sandelands تعني التأكد من تحقيق رغبات العملاء ومتطلباتهم، أو ما يفوق توقعاتهم، وكذلك بناء علاقات طيبة مع الموردين.

- الشاملة: وتعني أن الإدارة تتبنى تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في أي مكان في العمل، بدءاً بالتعرف على حاجات الزبون وتحديد أهدافها وانتهاءً بتقييم ما إذا كان الزبون راضياً عن المنتج أو الخدمة. وعند ساندلندز J.Sandelands تعني أن كل شخص في المنظمة يجب أن يشترك في برنامج الجودة سواء بصورة شخصية أو من خلال فرق العمل.

قام سيامبا D. Ciampa بتحديد تعريف إدارة الجودة الشاملة من خلال ثلاثة طرق هي:³

- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس العملاء.
- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس النتائج.
- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس الأدوات.

1- الطريقة الأولى: وتتمحور أساساً حول فكرة العميل ومتطلباته، واحتياجاته وتوقعاته، ومن التعريفات التي جاءت تعزز هذا الاتجاه ما يلي:

يعرف أوماتشونو Vincent K. Omachonu إدارة الجودة الشاملة للخدمة (TSQM) بأنها "مفهوم يحدد الجودة ويعرفها في إطار تجربة الزبون في مجال الخدمات، وتتأثر تجربة الزبون وما يلحقها من إدراك بالجودة بالمكونات الملموسة وغير الملموسة للخدمات المقدمة، وبما يحدث بعد خروج الزبون من نظام تقديم الخدمة. وتبدأ إدارة الجودة الشاملة للخدمة بالالتزام الإدارة العليا ويجب أن تعمم على جميع مستويات المنظمة"⁴.

¹ Steven Conn and Brad Ronald, Total Quality Management in Government: A Practical Guide for the Real World, Jossey Bass, Inc, San Francisco, 1993, p. XI- XII.

² علي أحمد بن عبود، إدارة الجودة الشاملة: مدخل متكامل لتطوير الأداء بالدوائر المحلية بحكومة دبي، رسالة دكتوراه في فلسفة إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، القاهرة، 2003، ص 5.

³ Vincent K. Omachonu, Joel E. Ross , Op-cit., P6

⁴ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 74، 75.

أما روبرت كول Robert.E. Cole فيعرفها على أنها " نظام إداري يجعل رضا العميل على رأس قائمة الأولويات بدلاً من التركيز على الأرباح قصيرة المدى، فتحقيق رضا العميل ينتج أرباحاً ثابتة على الأجل الطويل مقارنة بالأرباح المحدودة في الأجل القصير"¹.

وتعرفها المنظمة الدولية للتقييس (ISO) بأنها " أسلوب إداري يركز على الجودة ويعتمد على مشاركة جميع العاملين في المنظمة، بهدف النجاح في المدى الطويل، عن طريق رضا المستفيدين، وتحقيق مزايا لجميع العاملين في المنظمة وللمجتمع"².

ويعرفها تونكس Roger Tunks بأنها " اشتراك والتزام الإدارة والموظف في ترشيد العمل عن طريق توفير ما يتوقعه العميل أو ما يفوق توقعاته"³، ويتضمن هذا التعريف ثلاثة عناصر مهمة:

- مشاركة الإدارة والموظفين والتزامهم.

- إن إدارة الجودة الشاملة تعد طريقة تأدية العمل وليست مجرد برنامج.

- اعتبار العميل وتوقعاته هدف تحسين الجودة.

وتعرف على أنها "الأداء الذي يحوز على رضا العميل ويلبي احتياجاته ويخلو مما لا يرضيه"⁴.

2- الطريقة الثانية: ويتحدد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال النتائج النهائية التي تم التخطيط لتحقيقها ومن التعريفات التي وردت حسب هذه الطريقة:

يعرف جوزيف جابلونسكي Joseph.R. Jablonski إدارة الجودة الشاملة على أنها " شكل تعاوني لإنجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بشكل مستمرة عن طريق فرق العمل"⁵، ويظهر هذا التعريف ثلاثة عناصر مهمة تعتمد عليها إدارة الجودة الشاملة:

- الإدارة بالمشاركة.

- التحسين المستمر للعمليات.

- استخدام أسلوب العمل الجماعي.

أما هوفهر وزملاءه Glen.D. Hoffherr فلقد عرفوا إدارة الجودة الشاملة بأنها " فلسفة إدارية مصممة لجعل المنشأة أكثر سرعة ومرونة، في إنشاء نظام هيكلي متين توجه عن طريقه جهود كافة

¹ Robert.E.Cole, The death and life of the American quality movement, Oxford University Press, 1995, pp 116-117.

² Norm Internationale ISO 8402 (1994) : Management de la Qualité et Assurance de la Qualité, Vocabulaire, ISO Suisse, 1994.

³ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 75.

⁴ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، السعودية، 2010، ص 126.

⁵ جوزيف جابلونسكي، مرجع سبق ذكره، ص 26.

العاملين لكسب ثقة العميل، كما تسهم هذه الطريقة في استحداث بيئة تسمح بمشاركة منسوبي المنشأة جميعهم في التخطيط وتنفيذ أساليب تحسين مستمر لتلبية رغبات العميل¹.

في حين عرفها فليب كروسبي Philip.B. Crosby على أنها "الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، كما أنها الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التي تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمراً ممكناً"².

أما kotler و Armstrong³ فقد عرفا إدارة الجودة الشاملة بأنها "مدخل يعتمد على مشاركة جميع أفراد الشركة في التحسين المستمر لجودة المنتجات والخدمات، والعمليات التجارية. وبالنسبة لمعظم الشركات الكبرى أصبح انسياق الزبون وراء الجودة أسلوب لممارسة الأعمال".

3- الطريقة الثالثة: وتنطلق من فكرة استخدام الوسائل العلمية والأدوات الإحصائية المتاحة لتطبيق مفهوم الجودة الشاملة. ومن التعاريف التي جاءت موافق مع هذه الطريقة:

يعرف جوزيف جوران J.M.Juran إدارة الجودة الشاملة بأنها "ليست سلسلة من البرامج بل هي نظام إداري، إذ يمكن تطبيق كثير من الأدوات التي قامت إدارة الجودة الشاملة بتطويرها بصورة فعالة على المنشأة، في حين لا يمكن جني الفوائد كاملة دون إحداث تغيير في انطباع العاملين وتوجهاتهم، وكذلك إحداث تغيير على أوضاع التشغيل اليومية وأولوياته. ومن أجل تحقيق نجاح في عملية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة فإنه يجب على جميع أقسام المنشأة الالتزام طويل الأجل إلى جانب توافر الولاء من قبل منسوبي المنشأة"⁴.

ويعرف كالوزني A.D.Kaluzny، وماكلوغلين McLaughlin، وسيمبسن Simpson إدارة الجودة الشاملة بأنها "مدخل نظامي قائم على المشاركة في التخطيط وتنفيذ عملية التحسين المستمر للمنظمة، ويركز هذا المدخل على إرضاء وتلبية توقعات الزبون، تحديد المشاكل، زيادة الشعور بالانتماء، وتعزيز فكرة المشاركة في اتخاذ القرار عند العمال. وتطبق إدارة الجودة الشاملة أدوات تحليلية مثل الخرائط التدفق والخرائط الإحصائية وقوائم الاختبار لجمع البيانات حول الأنشطة المتعددة داخل المنظمة. وتستخدم إدارة الجودة الشاملة تقنيات للعملية الإنتاجية مثل المجموعات الصورية والعصف الذهني وتكوين اتفاق جماعي لتسهيل عمليات الاتصال واتخاذ القرار"⁵.

¹ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 76.

² Crosby, la qualité c'est gratuit, Op.cit., p 24.

³ Philip Kotler and Gary Armstrong, Op.cit. p 253-254.

⁴ مأمون الدراركة، إدارة الجودة الشاملة، دار الصفاء للنشر، عمان، 2001، ص 20.

⁵ A.D. Kaluzny ,C. P. McLaughlin and K. Simpson , Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations, Public Health Reports ,1992 ,Vol 107, No3,PP:257-264.

ويعرفها جون أوكلاند John.S. Oakland بأنها "مدخل لتحسين التنافسية والفعالية والمرونة لكامل المنظمة، وهي في الأساس وسيلة لتخطيط وتنظيم وفهم كل نشاط بالاعتماد على كل فرد وفي كل مستوى. وحتى تكون المنظمة فعالة حقاً يجب أن يعمل كل جزء منها مع الأجزاء الأخرى بشكل صحيح نحو تحقيق نفس الأهداف، وذلك لأن كل شخص وكل نشاط يؤثر ويتأثر بدوره من الآخرين. وإدارة الجودة الشاملة هي أيضاً وسيلة تساعد الأفراد على التخلص من الجهد الضائع من خلال إشراك الجميع في عمليات التحسين، التي تمكنهم من تحقيق نتائج أفضل وفي وقت أقل"¹.

أما كينج B.King فيعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها "مبدأ إداري عام يمكن تطبيقه على بيئة معينة، في حين توجد عدة أساليب لوضعها موضع التنفيذ بعدد المنشآت التي تقوم عملياً بممارستها وهناك هدف واضح يشكل القاسم المشترك لجميع المنشآت، يتمثل في حرص كل فرد على منتجات وخدمات تتكاتف من أجل توفير تطلعات عملائها أو تتفوق عليها، في حين يتم توظيف الأساليب المحددة في سبيل إنجاز تطوير مستمر لتلك المنتجات والخدمات"².

ويعرفها معهد الجودة الفدرالي الأمريكي على أنها "نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل، ويستوجب تطبيق هذا النظام مشاركة جميع المديرين والموظفين، ويعتمد على الأساليب الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر"³.

أما الأستاذ جيمس كورتاده James.W. Cortada فيعرفها بأنها "مجموعة من التنظيمات الاستراتيجية طويلة الأجل تساعد الإدارة على توفير مبادرات تحسين مستمرة من خلال جميع أقسام الإنتاج⁴، إذ أنها قد تنطلق من أحد الأقسام وبمرور الزمن ستدخل إلى جميع أقسام المنشأة بسبب التداخل في النشاطات بين الأقسام المختلفة. إن ممارسات الجودة تعمل على التكامل والتنسيق بين عدد من الأساليب والمبادئ الإدارية المختلفة ومنها على سبيل المثال انتشار دالة الجودة ومراقبة العمليات الإحصائية وتحليل الوقت وخرائط إيشكاوا، والتخطيط الاستراتيجي بحيث تصبح ممارسة عناصر الجودة من قبل جميع أقسام المنشأة هدف يسعى لتحقيقه الجميع"⁵.

ويمكن تعريفها بأنها "أسلوب للإدارة الحديثة يلتزم بتقديم قيمة لكل العملاء من خلال إيجاد بيئة يتم فيها تحسين وتطوير مستمر لمهارات الأفراد، ولنظم العمل وصيغ كل جانب من جوانب المنشأة ونشاطاتها بصيغة التفوق، بالإضافة إلى الالتزام بمبادئ نظام الجودة الشاملة التي تتمثل في

¹ John Oakland and Marton Marosszeky, Op.cit., P35.

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 80.

³ عبد الإله ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 100.

⁴ L.Suganthi and Anand A.Samuel, Total Quality Management, Prentice –Hall, India, New Delhi, 2004, P56.

⁵ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 81.

إرضاء العميل ودعم العمل الجماعي واستخدام الوسائل الإحصائية البسيطة لمراقبة سير العمل وتحديد أنواع الانحرافات¹.

والجدول الموالي يوضح مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول إدارة الجودة الشاملة.

الجدول (1، 3): مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة.

المفكر	رؤيته حول العناصر الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة.
ديمنج Deming	<ul style="list-style-type: none"> • التوجه نحو تقييم عملية تقديم الخدمات أو الوظائف. • استخدام الإحصاءات. • ضرورة طرد أو إزالة الخوف من مخيلة الموظفين. • خفض درجات الانحراف عن المستويات القياسية لأداء الخدمات.
جوران Juran	<ul style="list-style-type: none"> • إشراك جميع الطاقم الإداري في موضوع الجودة. • التخطيط للجودة. • الرقابة على الجودة. • تحسين الجودة.
فيجنبوم Feigenbaum	<ul style="list-style-type: none"> • نظام الجودة الشاملة. • تصميم الجودة. • التوجه نحو العميل.
إيشيكاوا Ishikawa	<ul style="list-style-type: none"> • استخدام الإحصاءات. • حلقات الجودة. • اشتراك الموظفين.
كروسي Crosby	<ul style="list-style-type: none"> • العيوب الصفرية. • تكلفة الجودة. • شعارات الجودة.

المصدر: هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص 29.

ومن خلال ما سبق يمكن تلخيص أهم النقاط المتفق عليها على النحو التالي:²

- التزام الإدارة العليا بجعل الجودة في المقام الأول من اهتماماتها.
- العمل باستمرار من أجل تحسين العمليات التي يؤدي بها العمل.
- التنسيق والتعاون بين الإدارات والأقسام مع التأكيد على استخدام فرق العمل.
- محاولة إشراك الموردين والمستفيدين في الجهود تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 81.

² عبد الرحمان أحمد محمد هيجان، منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية، مجلة الإدارة العامة، المجلد 34، العدد 3، ديسمبر، 1994، ص

- التركيز على مبدأ الجودة من خلال جميع مراحل تقديم السلع والخدمات وليس فقط في المرحلة النهائية.

- الاستخدام المستمر لأساليب البحث العلمي وتحديد المشكلات.

- التأكيد المستمر على وجوب التميز بين جهود الفرد وجهود الجماعة.

أما في المنظور الإسلامي تعد المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة الرقابة بأنواعها، فلاسلام يرى أن الرقابة الذاتية هي أحد أهم مقومات استقامة العبد ومباشرة عمله بإخلاص وأمانة وبمتمهى الدقة والإتقان دون خوف من احد أو طمع في منصب وإنما إيمانه الصادق بان الله يراه، وإحساسه الكامل بالمسؤولية تجاه عمله، قال الله تعالى " وَأَنْ لَيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَىٰ ﴿39﴾ وَأَنْ سَعِيَهُ سَوْفَ يُرَىٰ ﴿40﴾ ثُمَّ يُجْزَاهُ الْجَزَاءَ الْأَوْفَىٰ ﴿41﴾ " ¹ ، والموظف صاحب الوازع الديني يفوق الغير في حسن أداء عمله وتعامله مع الناس لم يحمله من تعاليم إسلامية تحته على دقة العمل والإتقان في الأداء. وفي الإسلام مبادئ ومفاهيم لإدارة الجودة الشاملة تدعوا إلى مراعاة الإتقان من خلال الآتي: ²

- القيم: التعرض إلى القيم السامية، قال رسول الله ﷺ " إن الله كتب الإحسان في كل شيء " ³.
- العمل: إنجازه بإتقان وجودة عالية، الحديث " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه " ⁴.
- المهارات: تطوير المهارات الإدارية والفنية والعملية.
- الوقت: استخدام الوقت بحساب وعدم تضييعه في اللهو.
- الناس: التعامل مع الأفراد باحترام وتعاون، قال تعالى " وإنك لعلی خلق عظیم ﴿4﴾ " ⁵.
- الموارد: استخدام الموارد على مختلف أنواعها باقتصاد وعدم الإسراف فيها.
- القرار: ويتم من خلال التشاور والصدق، وقال تعالى " وَأَمْرُهُمْ شُورَىٰ بَيْنَهُمْ ﴿38﴾ " ⁶.
- المعاملة: وتكون من خلال العدل في التعامل مع العاملين وإعطاء الحقوق لأصحابها
- المقاييس: التزام الدقة في المقاييس والمعايير، فالإسلام يقيمها بالذرة مصداقاً لقوله تعالى " فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ ﴿7﴾ وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ ﴿8﴾ " ⁷.

¹ سورة النجم.

² صالح ناصر عليما، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004م، ص 20-21.

³ رواه مسلم.

⁴ رواه البيهقي

⁵ سورة القلم.

⁶ سورة الشورى

⁷ سورة الزلزلة.

ثانياً: أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة

تتجلى أهمية إدارة الجودة الشاملة من خلال النتائج الكبيرة التي حققتها اليابان والولايات المتحدة الأمريكية، وغيرها ممن طبقوا هذه الفلسفة ومن أهم هذه النتائج:¹

- زيادة الإنتاجية.
 - الالتزام التام بمواعيد الإنتاج والتسليم.
 - زيادة اهتمام العاملين برضا العميل.
 - تحسين العلاقة بين العاملين والإدارة.
 - العمل بروح الفريق الواحد.
 - انخفاض التكاليف وزيادة الأرباح.
- كما ترجع أهمية إدارة الجودة الشاملة إلى وجود مبررات تتمثل في الآتي:²
- ارتباط الجودة بالإنتاجية.
 - اتصاف نظام الجودة بالشمولية في كافة المجالات.
 - عالمية نظام الجودة واعتباره سمة من سمات العصر الحديث.
 - عدم جدوى بعض الأنظمة والأساليب الإدارية السائدة في تحقيق الجودة المطلوبة.
 - نجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في العديد من المؤسسات الاستشفائية، سواء في القطاع الحكومي أو القطاع الخاص في معظم دول العالم.
- وترجع أهمية إدارة الجودة الشاملة أيضاً إلى الأسباب التالية:³
- إن إدارة الجودة الشاملة تؤدي إلى تخفيض التكلفة وزيادة الربحية.
 - إن إدارة الجودة الشاملة تمكن الإدارة من دراسة احتياجات العملاء والوفاء بتلك الاحتياجات.
 - في ظل المنافسة بين مؤسسات الأعمال، تسهم إدارة الجودة في تحقيق ميزة تنافسية في السوق.
 - تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة للحصول على بعض الشهادات الدولية مثل ISO 9000.
 - المساهمة في اتخاذ القرارات وحل المشكلات بسهولة ويسر.
 - تدعيم الترابط والتنسيق بين إدارات المنشأة ككل.
 - التغلب على العقبات التي تعوق أداء الموظف من تقديم منتجات ذات جودة عالية.
 - تنمية الشعور بوحدة المجموعة وعمل الفريق والشعور بالانتماء في بيئة العمل.

¹ محمد بديوي الحسين، مقدمة في إدارة الإنتاج والعمليات، دار المناهج، عمان، 2004، ص 161.

² محمد حميد الأحمد، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارات التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، 2005، ص 62.

³ محمد توفيق عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999، ص 120.

- توفير مزيد من الوضوح للعاملين، وبناء الثقة بين أفراد المنظمة ككل.
 - زيادة ارتباط العاملين بالمؤسسة وبمنتجاتها وأهدافها.
- وتظهر أيضا أهمية الجودة الشاملة عند مقارنتها بالإدارة التقليدية، كما في الجدول التالي:
- الجدول (1، 4): مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

مجالات المقارنة	الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
أسلوب العمل	فردى	جماعى (فرق العمل)
التخطيط	قصير المدى	طويل المدى
جهود التحسين	عندما تنشأ مشكلة أو حاجة للتحسين	تحسين مستمر
السياسات والإجراءات	جامدة	مرنة
طبيعة العمل	تركيز على النتائج	تركيز على العمليات والأنظمة التي تقود إلى النتائج المميزة.
مسؤولية الجودة	محصورة في جهة محددة	مسؤولية الجميع
المديرون والعاملون	المديرون يعرفون أكثر، والعاملون ينفذون التعليمات	العاملون الذين يؤدون العمل يعرفونه أكثر، فهم يشاركون في تحسين العمليات
الإنتاجية والجودة	هدفان متضاربان لا يمكن تحقيقها في آن واحد	تحسين الجودة يؤدي إلى زيادة الإنتاجية
أسلوب القياس والتقييم	يستخدم للحكم على النتائج	يستخدم في عمل التحسينات والتطوير.
الهيكل التنظيمى	هرمى	أفقى
اتخاذ القرارات	غير مؤسسى / مركزى / مبني على معرفة وتجربة الأشخاص في قمة الهرم	غير مركزى / مؤسسى / مبني على معلومات وبيانات علمية وتشاركيه في الصنع
حل المشاكل	تجنب المشكلات وتفاديها، وعدم إصلاح الخلل ما لم يحدث، وإتباع أسلوب رد الفعل والتفتيش	البحث عن المشكلات الوهمية وترقيتها عن طريق أسلوب الفعل للكشف عنها ومنعها قبل حدوثها.
مصدر المشاكل	العاملون أنفسهم	العمليات والنظم
متطلبات العمل	لا تتسم بالوضوح التام	محددة، واضحة، مفهومة

المصدر: محمد حميد الأحمدى، مرجع سبق ذكره، ص 66.

وتهدف إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين الإنتاجية، كما تهدف إلى رضا المستفيد وتقديم أجود المنتجات والخدمات له من خلال التحسين المستمر للعمليات داخل المنظمة، كما تهدف إلى رضا العاملين وتهيئة المناخ المناسب لهم.

- وهناك أهداف أخرى لإدارة الجودة الشاملة يمكن إيجازها على النحو التالي:¹
- 1- توفير بيئة عمل تشجع على الابتكار وزيادة معدلات الإنتاجية والأداء الجيد، وكذلك التشجيع على طرح الأفكار والرؤى التطويرية لتحسين وتطوير إجراءات العمل.
 - 2- ارتفاع معدلات الرضا الوظيفي بين العاملين.
 - 3- اختصار الوقت والروتين في إنجاز الأعمال.
 - 4- تطوير وتبسيط إجراءات العمل.
 - 5- سهولة قياس أداء العاملين وفق معايير واضحة.
 - 6- رفع مستوى التعاون والتكامل بين الإدارات.
 - 7- تدريب العاملين على العمل بروح الفريق الواحد.
 - 8- استبعاد المهام والأعمال عديمة الفائدة والمكررة.
 - 9- رفع مستوى الثقة وزيادة الكفاءة العملية بين العاملين والعملاء.
 - 10- مشاركة كافة العاملين في عمليات التطوير والتحسين لبرامج الجودة الشاملة وإجراء المناقشات للتعرف على مؤشرات النجاح والفشل.

المطلب الثاني: المراحل والمبادئ والمتطلبات لإدارة الجودة الشاملة أولاً: مراحل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.

إن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مختلف المنظمات ليست سهلة وتحتاج إلى وقت طويل لاستكمال مراحلها، حيث تعد منهجية علمية متطورة ترتبط بكافة نشاطات المنظمة وتهدف إلى تحسين جودة المنتج ليحقق رضا العميل وإسعاده².
ومن ناحية أخرى، فلا يمكن تعميم مراحل معينة نجحت في تطبيقها منظمة ما على المنظمات الأخرى، وذلك بسبب الاختلافات الموجودة بينها، فالمنظمات الخدمية تختلف عن المنظمات الإنتاجية، وفي الدول المتقدمة عن مثيلاتها في الدول النامية. وتشمل الاختلافات طبيعة العاملين من ناحية الثقافة والتأهيل وغيرها، بالإضافة إلى حجم المنظمة، ودرجة التعقيد، والخط القيادي، والتقنية المطبقة، وعمر المنظمة. وبالتالي فإن المراحل التي يمكن تطبيقها في منظمة حديثة تختلف عما يمكن أن تكون عليه في منظمة لها تاريخ طويل³.

¹ أحمد الشمري، وآخرون، مبادئ إدارة الأعمال الأساسية والإتجاهات الحديثة، مكتبة العبيكان، الرياض، 2004، ص56.

² أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية في الجزائر، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2007/2008، ص34.

³ جاسم بن فيحان الدوسري، الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية ودورها في تطبيق الجودة الشاملة، رسالة دكتوراه في العلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص88.

وقد حدد جوزيف جابلونسكي Jablonski خمس مراحل لتنفيذ ناجح لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في مختلف المنظمات، حيث تعد هذه المنهجية الأكثر استعمالاً برغم من وجود طرق أخرى. ويمكن إيجاز هذه المراحل على النحو الآتي:¹

1- المرحلة الصفرية الإعداد: تعد هذه المرحلة من أهم مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث تتخذ فيها الإدارة العليا قراراً مدى الحاجة إلى تبني وتطبيق هذا الأسلوب في المنظمة، لهذا تسمى هذه المرحلة بمرحلة الاقتناع والتبني.² وفيها تحدد عدد من القضايا مثل: توضيح الرؤية الاستراتيجية للمنظمة، وتحديد رسالة المنظمة.³

ويبدأ الإنجاز الناجح للتطبيق من هذه المرحلة، وقد أطلق عليها المرحلة الصفرية لأنها تسبق عملية البناء الحقيقية التي يشارك فيها المديرون التنفيذيون بالتعاون مع خبراء محترفين في عملية التنسيق. حيث يقوم المديرون بتوضيح رسالة المنظمة والرؤية المستقبلية لها، كما يتم فيها وضع الأهداف المشتركة ورسم السياسة العامة للمنظمة من خلال الدعم المباشر للخطة الاستراتيجية الشاملة، وتنتهي هذه المرحلة بالالتزام بالموارد الضرورية اللازمة لتنفيذ خطة تطبيق إدارة الجودة الشاملة.⁴

وتشمل هذه المرحلة على مجموعة من الخطوات مرتبة بشكل منطقي وفق فترات زمنية مناسبة وهذه الخطوات هي:⁵

- القرار بتطبيق إدارة الجودة الشاملة
- تدريب المدراء الرئيسيين بالمنظمة.
- تحديد الحاجة للخبراء من خارج المنظمة.
- اختيار الخبراء.
- وضع خطة استراتيجية.
- تحديد الرؤية المستقبلية للمنظمة.
- تحديد الأهداف.
- وضع سياسات التطبيق.
- تبني خطة اتصال فعال.
- القرار بالاستمرارية.

¹ جوزيف جابلونسكي، مرجع سبق ذكره، ص 70.

² محمد توفيق عبد المحسن، مرجع سبق ذكره، ص 129.

³ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001: 2000، مرجع سبق ذكره، ص 110.

⁴ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 88.

⁵ صلاح معاذ المعيوف، نموذج جابلونسكي التطبيقي لإدارة الجودة الكلية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1996، ص 03.

2- المرحلة الأولى التخطيط: تبدأ هذه المرحلة بإرساء حجر الأساس لعملية التغيير داخل المنظمة. وبناءً على البيانات التي جمعت في المرحلة السابقة وفي حالة كونها مشجعة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإنه يتم في هذه المرحلة تشكيل لجنة إدارة الجودة الشاملة والتي تقوم بإعداد الخطط التفصيلية بشكل مفهوم وسهل للجميع، وتحديد الموارد الأزمنة واستراتيجية التطبيق، ويمكن تلخيص خطوات نجاح إنجاز هذه المرحلة فيما يلي:¹

أ- اختيار المجلس الاستشاري ومنسق الجودة: يتكون المجلس من القائد المدير وكبار المديرين التنفيذيين الذين شاركوا بكفاءة عالية في المرحلة الصفرية، بالإضافة إلى جميع المديرين الآخرين في المنظمة، أما المنسق فيتم اختياره كمسؤول عن ربط الأنشطة التعاونية وتسهيل عمل الفرق.

ب- تدريب أعضاء المجلس الاستشاري: بعد عملية الاختيار على أسس واقعية وموضوعية للأعضاء مجلس الاستشاري والمنسق العام، يتم إعطاؤهم دورات تدريبية مكثفة ومتوازنة عن إدارة الجودة الشاملة، سواء مبادئها أو أدواتها، والتأكيد على استيعابهم للكثير من المبادئ الإدارية واقتناعهم بأهمية التطبيق.

ج- الاجتماع الأول للمجلس الاستشاري للجودة: ويتم فيه تحديد النقاط التالية

- ميثاق المجلس الاستشاري للجودة.

- تقسيم وتحديد المسؤوليات لدعم تطبيق الخطط والمراحل.

- جدولة الأحداث المتوقعة.

د- إعداد مسودة تطبيق إدارة الجودة الشاملة: ويتم إعدادها من قبل جميع أعضاء المجلس الاستشاري، وبمشاركة ممثلي العمال، وأن يكون التنسيق والعمل من مسؤوليات منسق إدارة الجودة الشاملة، ويعتبر حضور مدير التدريب ضرورياً، في اختيار ومراجعة وتطبيق برامج التدريب اللازمة لإنجاح التطبيق.

هـ- اختيار المجلس الاستشاري لاستراتيجية التطبيق: حيث تتوفر العديد من الاستراتيجيات المتاحة للتطبيق، وعلى أعضاء المجلس اختيار استراتيجية واحدة هي الأمثل بالنسبة لظروف المنظمة.

و- الموافقة على خطة التطبيق وتخصيص الموارد اللازمة لذلك: وتكمن الصعوبة في توفير الموارد المالية اللازمة، حيث تعتبر هذه الخطوة حساسة بالنسبة للمنظمة بسبب ضخامة الأموال المطلوبة، فقد يتطلب الأمر إعادة تخصيص الموازنات داخل المنظمة أو الاستدانة من الخارج، وتعتبر هذه الأموال بمثابة استثمار طويل الأجل.

¹ صالح ناصر عليمات، مرجع سبق ذكره، ص 69-73.

ز- تحديد واختيار الأهداف: ويتم تحديد الأهداف الطويلة والقصيرة الأجل باستعمال أدوات الجودة الشاملة ثم اختيار ما يتناسب منها مع المنظمة في الحاضر والمستقبل. وتحدد فيها الصلة المباشرة بين العمليات والأهداف، وإجراء التعديلات الضرورية.

ومن أجل التغلب عن مقاومة التغيير التي قد تصادفها إدارة المنظمة أثناء عملية التطبيق، فإنه يجب عليها أن تكون متأهبة لمواجهة المعارضة على كل مستوى، عن طريق إتباع سياسة متوازنة لإقناع الجميع تدريجياً بمزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة.¹

3- المرحلة الثانية التقويم والتقدير: إن تقدير وتقويم التركيبة البشرية عن طريق أعمال المسح الميداني والاستبيانات وإجراء المقابلات الشخصية داخل وخارج المنظمة، عملية ضرورية قبل الانطلاق في عملية التطبيق. وذلك لمعرفة نقاط القوة والضعف في المنظمة، من أجل الوقوف على موقعها فيما يتعلق بموضوع الجودة.

وتتضمن هذه المرحلة خمس خطوات رئيسية هي:²

أ- الخطوة الأولى: التقويم الذاتي ويتم بواسطة ثلاثة أدوات أساسية، هي:

- الأداة الأولى: أعدها كروسبي " أين موقع منظمتك فيما يتعلق بالجودة "، والهدف منها الحصول على قناعة كل فرد على أن هناك مجالاً للتحسين في الطريقة التي تنجزها المنظمة أعمالها.

- الأداة الثانية: وتتمثل في المسح الشامل للموظفين، وذلك عن طريق قائمة استقصاء معينة، وقد صممت أسئلتها بشكل يساعد الإدارة على معرفة إدراكهم الخاصة نحو إدارة الجودة الشاملة، والدور الذي يمكن أن يلعبه هذا الإدراك في عملية التطبيق.

- الأداة الثالثة: وهي نظام نمط الشخصية، ويساعد في فهم الأنماط السلوكية المختلفة لجميع العاملين في المنظمة، وفي معرفة المعوقات التي تحد من توقعات الأفراد، ولإنجاز الأعمال. وبالتالي تكوين فرق عمل أكثر فعالية.

ب- الخطوة الثانية: التقويم التنظيمي

يعتبر التقدير التنظيمي أمراً مفيداً في تقييم وتقويم الوضع الحالي للمنظمة، ويمكن أن يؤدي إلى توصيات فعالة وقابلة للتطبيق فيما يتعلق بالتطوير التنظيمي، والى تحديد ما تريد أن تكون عليه المنظمة، إضافة إلى توقعات العملاء.

ج- الخطوة الثالثة: المسح الشامل للعملاء

¹ محمد فائل الشراري، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في حرس الحدود، رسالة ماجستير في العلوم الشرعية، قسم العلوم الشرعية، معهد الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2000، ص 138.

² جوزيف جابلونسكي، مرجع سبق ذكره، ص 120-141.

يمنح هذا المسح المنظمة إمكانية الاهتمام برضا العملاء، حيث يساعد على ضبط توقعات العملاء وبالتالي تفادي ما هو سلبي منها تجاه المنظمة. كما تساعد هذه الطريقة المجلس الاستشاري في تحديد الاستراتيجية المناسبة للتطبيق.

د- الخطوة الرابعة: إرجاع الأثر التدريبي.

ويتم فيها معرفة إدراكات المشاركين من خلال البرامج التدريبية، ومن تم تقييم أثر الاستثمار على المردود النهائي للتدريب. إن نتائج هذه المسوحات لا بد من اطلاع المجلس الاستشاري عليها، ليتم إقرار الالتزامات المالية المتعلقة باستكمال أو مواصلة عملية التدريب.

هـ- الخطوة الخامسة: المردود النهائي لنتائج التدريب. تشكل نفقات التدريب الجزء الأكبر من ميزانية إدارة الجودة الشاملة، ويمكن تقييم التدريب في أربعة مستويات¹:

- ردود أفعال المتدربين من البرامج المقدمة.

- التعلم المكتسب من التدريب.

- سلوك المتدربين تجاه أداء العمل.

- النتائج النهائية للبرامج التدريبية.

4- المرحلة الثالثة التطبيق: ويتم في هذه المرحلة اختيار المدربين ثم تدريبهم تدريباً مكثفاً لإكسابهم الخبرة اللازمة في مهمتهم الجديدة، وذلك باستخدام أحدث وسائل التدريب. وتشمل برامج التدريب مزيج من المبادئ والمفاهيم والأدوات الخاصة بإدارة الجودة الشاملة.

تأسيس مكتبة إدارة الجودة الشاملة مزودة بالمراجع والدوريات والوسائل السمعية البصرية والمواضيع العلمية والحالات العملية المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة.

بعد تهيئة المدربين يشرف هؤلاء على عملية تدريب الإدارة والعاملين، وتعد هذه المهمة من المجالات التي تثير صعوبات عديدة للمنظمات، فتدريب مجموعة من الأفراد سواء كانت صغيرة أو كبيرة العدد، لا بد من التخطيط الضروري، واختيار المصطلحات التي تستخدم في التدريب، وينقسم التدريب إلى ثلاثة أنواع²:

- تدريب يتعلق بخلق الإدراك والوعي بإدارة الجودة الشاملة.

- تدريب يتعلق بالتوجه نحو الأهداف المطلوب تحقيقها.

- تدريب يتعلق بتنمية المهارات.

¹ عبد الرحمان محمد توفيق، الجودة الشاملة: الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات، الطبعة الثانية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، بميك، القاهرة، 2005، ص 290.

² جوزيف جابلونسكي، مرجع سبق ذكره، ص 140-150.

5- المرحلة الرابعة تبادل ونشر الخبرات: وهي الخطوة التي تطور فيها المنظمة فرق العمل، وتنمي فيها الشعور بالمسؤولية الفردية، ويتم فيها تدريب العاملين على خدمة العميل وإرضائه، وهي التي تحرك الأفراد وتنقل الاستراتيجية من الورق إلى الواقع، وتتعامل مع أكثر الأسئلة صعوبة عن كيفية نشر عملية تحسين الجودة في المنظمة وعند الموردين.¹

ويتم في هذه المرحلة استثمار الخبرات والنجاحات التي تحققت في أحد القطاعات، وتعميم الفوائد الناجمة من التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة، وكذلك تجاوز السلبيات التي حدثت. ويتم فيها دعوة جميع الفروع والوحدات التابعة للمركز الرئيس، لمناقشة التجربة التي طبقت في أحد فروع المنظمة، وتبادل الآراء حولها، ودعوة الموردين ومناقشتهم في أهمية الالتزام بمبدأ إدارة الجودة الشاملة، والحصول على تأييدهم، باعتبار أن متطلبات إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها دون معاونتهم. كما يجب دعوة كبار العملاء وشرح لهم مفهوم الجودة الذي تأخذ به المنظمة وكيفية تطبيقه، ليكون هناك ولاء مشترك للمنتج والمنظمة.²

6- المرحلة الخامسة التحسين المستمر: إن الدرس المهم في إدارة الجودة الشاملة هو أنها مستمرة وليس لها نهاية، لذا يجب غرس الإلحاح نحو الجودة، وبشكل دائم في نفس كل شخص بالمنظمة، والبحث المستمر عن التحسين والتطوير، ومكافأة التقدم وإعادة وضع أهداف جديدة للتحسين، مقابل الحاجات المتجددة للعملاء والعاملين، وعلى المنظمات تحسين عملياتها لتلبية متطلبات عملائها وتحقيق طموحاتهم، ومطالبة مورديها بتحسين جودة منتجاتهم وخدماتهم.³

ويلاحظ مما سبق أنه لا توجد معادلة سحرية لضمان التطبيق. وقد أكد الباحثون في مجال الجودة، على أن زيادة فرص النجاح في مجهود التنفيذ يكون بالاهتمام بنقاط الضعف التالية:⁴

- الفشل في التركيز: إن عدم التركيز على أهداف استراتيجية سيؤدي إلى تحسينات عشوائية وإلى تأثير سلبي على الإنتاجية

- تجاهل البنية الأساسية: إن عدم بناء تنظيم أساسي رسمي يتوافق مع احتياجات الإدارة والعاملين، سوف يقود إلى عدم وضوح المسؤوليات بالنسبة للعاملين، وتعثر الجهود الخاصة بالجودة.

- تجاهل الحوافز والمكافآت: وينتج عنه تباطؤ العاملين في الفهم والتفاعل مع العمليات الجديدة.

¹ عبد المجيد بن حسن آل الشيخ، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في إدارة جوازات منطقة الرياض من وجهة نظر الضباط العاملين فيها، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2004، ص 60.

² محمد فائق الشراري، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في حرس الحدود، مرجع سبق ذكره، ص 140.

³ فهد بن عبد الله الغزي، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الإدارة المرورية بمدينة الرياض: دراسة تطبيقية، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2005، ص 63.

⁴ جاسم بن فيحان الدوسري، مرجع سبق ذكره، ص 94-95.

- النظر إلى الجودة كبرنامج: إن إدارة الجودة الشاملة عملية لا نهائية يتم استخدامها لتحقيق أهداف متجددة، وليست كما يظن البعض هدفاً يتم تحقيقه في لحظة ما.
- التوقف عن الجودة: تتطلب الجودة الجهد والمال، والمنظمات التي تجهز العدة لها، هي فقط التي ستحصد نتائج الجودة.

ثانياً: المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

هناك إجماع شبه عام من كبار العلماء المساهمين في ابتكار وتطوير نظام الإدارة بالجودة الشاملة حول المبادئ الرئيسية لهذا النظام.

إذ يرى بيري Berry Geoff أنها تتكون من الأسس التالية:¹

1- العناية بالعمل.

2- العمل الجماعي.

3- التحسين المستمر.

4- الوقاية من المشكلات.

5- المشاركة في صنع القرار.

6- الإدارة بالحقائق.

7- استشعار المسؤولية.

8- الالتزام بتدريب العاملين.

ويتفق كل من آرثر تنر Arthur R.Tenner، وايفين ديتورو Iving J.Detoro مع جوزيف جابلونسكي Joseph Jablonski، وكار وليتمن Carr and Littman، وروبرت كول Robert Cole، وبروكا وبروكا B.Brocka and M.S.Borcka على أنها تتكون من الآتي:²

1- التركيز على العملاء.

2- التركيز على العملية والنتائج معاً.

3- الرقابة بدلاً من التفتيش.

4- الاستفادة من خبرات القوى العاملة.

5- اتخاذ القرارات مبني على حقائق.

6- التغذية العكسية.

7- المشاركة الكاملة.

¹ Berry, Geoff. Leadership and the development of quality culture schools, International journal Education Management, Vol. 111, No 2, 1997, pp 62-63

² مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة، رسالة دكتوراة في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004، ص94.

- 8- الاهتمام بالرسالة العامة للمنظمة
 9- التركيز على برامج التدريب.
 10- الاهتمام بتحسين علاقة المورد مع العميل.
 وقد أوضح أوكلاند Okland مع جلاسوب Glassop، وستينج Stebbing أن المبادئ الأساسية لهذا النظام تتكون مما يلي:¹

- 1- تطوير برامج متخصصة لزيادة الوعي والإدراك عند العاملين بمفهوم الجودة الشاملة.
 - 2- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمنظمة وأهدافها.
 - 3- التنظيم والتخطيط والتصميم من أجل الجودة.
 - 4- تطبيق مراقبة العمليات الإحصائية وقياس تكاليف الجودة.
 - 5- الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر وبفكرة الفريق والمشاركة من قبل العاملين.
 - 6- صنع القرارات ومراقبة نظم الجودة وتوثيقها.
- بعد التطرق إلى المبادئ التي تبناها المفكرين والباحثين في إدارة الجودة الشاملة، يلاحظ أن هناك عناصر مشتركة بينها، ويمكن تلخيصها أهم المبادئ التي يركز عليها مفهوم إدارة الجودة الشاملة على النحو التالي:²

- 1- الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة: تعد الجودة معياراً أو هدفاً أو مجموعة من المتطلبات، فهي تبدأ بادراك مفهوم الجودة باعتباره هدفاً يمكن قياسه وليس إحساساً مهماً بالصلاحية، فالجودة لا تمتلك ولكن تمارس، وهي جهد متواصل من أجل التطور وليست درجة محددة للامتياز، وهي معيار لإنتاج السلع والخدمات بأفضل أسلوب وأحسن نوعية تلائم احتياجات العميل وتجعله راضياً وسعيداً.³

- ويتطلب من الإدارة العليا التي تطبق إدارة الجودة الشاملة إحداث تغييرات في أساليب الاتصالات والعلاقات الإنسانية، وطرق قياس الأداء، وأساليب اتخاذ القرارات، وإعادة ترتيب الأولويات، وبالتالي تعظيم فرص النجاح والازدهار لزيادة الإنتاجية وتحسين النوعية.⁴
- 2- التركيز على العميل: إن معيار النجاح لأية منظمة تقدم منتجاتها أو خدماتها للجسم هو مدى رضا المستفيدين منها، ومن هذا المنطلق يتحتم على المنظمة الفهم الجيد لاحتياجاتهم الحالية

¹ المرجع السابق، ص 97.

² هاني يوسف خاشقي، نماذج إدارة الجودة الشاملة T.Q.M. والمعوقات التي تحول دون تطبيقها في الأجهزة الأمنية العربية، مجلة جامعة عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، المجلد 17، العدد 2، 2003، ص 29-64.

³ ديان بون وريك جريجز، الجودة في العمل: دليلك الشخصي لتأسيس وتطبيق معايير الجودة الكلية، ترجمة سامي حسن الفرس وناصر محمد العديلي، دار أفاق الإبداع العالمية، الرياض، 1996، ص 15-16.

⁴ واين شمدمت وجيروم فاتجا، مدير الجودة الشاملة: الدليل العلمي للقادة والمدربين لتحقيق إدارة الجودة الشاملة، ترجمة محمود عبد الحميد مرسي وناصر محمد العديلي، دار أفاق الإبداع العالمية، الرياض، 1997، ص 7.

والمستقبلية وتحقيق متطلباتهم والحرس على تجاوز توقعاتهم¹، حيث يمثل العملاء الركيزة الأساسية لإدارة الجودة الشاملة لذا تسعى المنظمة بشكل مستمر نحو تحقيق رضاهم وسعادتهم في الداخل والخارج، من خلال تقديم منتجاتها وخدماتها بشكل متميز يتوافق أو يفوق توقعاتهم، حتى تكسب ولاءهم وبذلك يتحقق لها النجاح والقدرة على المنافسة.²

إن إرضاء العميل واستقطابه وتلبية متطلباته من الأولويات الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، لأنه لا وجود لأي منظمة سواء كانت إنتاجية أو خدمية بدون العملاء، حيث يعد العميل مصدر دخل المنظمات الأساسي ومحور الارتكاز عند تصميم المنتجات والخدمات بصفته المراقب الأول للجودة، لذا يجب على هذه المنظمات تكريس كل وقتها وجهودها لتحفيز العملاء الخارجيين على شراء منتجاتها وخدماتها، والعملاء الداخليين على أداء العمل المطلوب منهم على أكمل وجه وبشكل يحقق مستوى الجودة المخطط لها.³

3- مشاركة العاملين: ينظر خبراء الجودة الشاملة إلى مشاركة العاملين على أنها مبدأ أساسي من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، ويقرون أن كل فرد من أفراد التنظيم معني بالمشاركة في تقديم سلع وخدمات ذات جودة عالية وبأقل تكلفة، ويعد إشراك العاملين في عملية اتخاذ القرار ضرورية جداً وهامة على أساس أن العامل هو الذي يقدر الجودة⁴، وهذا يتطلب من الإدارة العليا تصميم برنامج تدريبي وتأهيلي للأفراد على تطبيق الجودة الشاملة ونظام حوافز مناسب لتنمية روح الانتماء لديهم والتشجيع على العمل ضمن فريق واحد.

وتساهم المشاركة في نشر الحماس بين العاملين ودفعهم إلى الإبداع والابتكار والتحسين، وهي عملية تفاعل الأفراد عقلياً ووجدانياً مع جماعات العمل في التنظيم، تحقق تعبئة الجهود والطاقات اللازمة لتحقيق الأهداف التنظيمية.

ويرى كل من كوهين Cohen وبراند Brand أن مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات لها أثر كبير على سلوكهم، فهي تشجع العامل على التوجه للعمل بعقل متفتح يقظ، وتشجع على الإبداع ورفع الروح المعنوية، وإلى درجة أكبر من الانتماء للمنظمة والالتزام نحو العمل.⁵

¹ Philippe Detrie, Conduire une démarche qualité, Editions d'organisation, Quatrième édition, Paris, 2001, p23.

² عبد الله موسى الخلف، ثلوث التميز: تحسين الجودة وتخفيض التكاليف وزيادة الإنتاجية، الإدارة العامة، المجلد 38، العدد 01، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997، ص 128.

³ علي فلاح المناصير، إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية على سلطة الكهرباء الأردنية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، 1994، عمان، ص 38.

⁴ محمد فاتل الشراري، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين مستوى الأداء في حرس الحدود، رسالة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، قسم العلوم الشرطية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2011، ص 19.

⁵ ستيفن كوهين، ورونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة: دليل عملي بالنسبة لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمان أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997، ص 51.

ويعزز ذلك قول إن مشاركة الموظفين الواسعة في حل المشكلات واتخاذ القرارات يزيد من ولائهم للمنظمة مما يؤدي إلى رفع الروح المعنوية وتحسين أداء العمل وتطويره.

ومشاركة المرؤوسين لها دور كبير في تحديد المشاكل التي تواجههم في أداء أعمالهم، واقتراح الحلول المناسبة لها، مما يتيح الفرصة لاستغلال خبراتهم ومعارفهم وضمان تعاونهم لتطبيق هذه الأفكار، كما أن المشاركة الفعالة تخلق جو من القبول وعدم مقاومة التغيير.¹

4- تشكيل فرق العمل: يتم إنجاز المشاريع الناجحة بالفرق الرئيسية وليس بواسطة المدراء الكبار، ولكن القيادة الرشيدة والتشجيع من طرف هؤلاء المدراء يقود دائماً إلى نجاح المشروع²، تقوم الإدارة العليا بتكوين فرق العمل المعنية بتحسين الجودة، وهي بذلك تعطي البداية الحقيقية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. ومن مهام المنوطة بالفرق المشكلة تحليل العمليات الإدارية والإنتاجية ومعرفة حاجات العملاء والاتصال بالموردين، وكل هذا من أجل معالجة المشكلات التي تحول دون تحقيق الجودة الشاملة.

ويجب تكوين فرق العمل من أفراد لديهم المهارات والقدرات اللازمة لتحليل ومعالجة المشكلات من تحسين الجودة، وتقديم لهم الإدارة العليا برنامج تدريب تأهيلي المناسب لتنمية قدراتهم، وإشعار العاملين بأنهم أعضاء فريق واحد متميز.

ويشير جوران J.M.Juran إلى أن الطريقة التي يتم بها تكوين فرق العمل تختلف تبعاً لمهام كل إدارة وحجمها، وعلى العموم فإن تكوين أي فريق يجب مراعاة ما يلي:³

- أن يتم اختيار أعضاء الفريق من بين الأفراد الموثوق فيهم الذين يحبون المشاركة في العمل الجماعي ولديهم الاستعداد لتكريس وقتهم لهذه المهمة.

- أن يكون أعضاء الفريق لديهم القدرة على تحليل العمل في منظماتهم.

- أن يكون أعضاء الفريق ممثلين للعديد من المستويات الإدارية في المنظمة.

- إعطاء أعضاء الفريق الصلاحية التي تمكنهم من أداء العمل.

- أن يدمج عمل الفريق في البناء الهيكلي للمنظمة على أساس أنه جزء من العمل.

5- تدريب العاملين: يعد التدريب من المرتكزات الأساسية التي يحتاجها برنامج إدارة الجودة للتحويل من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة⁴، فهو يمكن العاملين من تطبيق مفاهيم إدارة الجودة واستخدام أدواتها بفعالية، والمساهمة في تحسين جودة المنتجات والخدمات، وأن يؤدي أعمالهم بشكل صحيح من أول مرة، للحد من الأخطاء وإعادة الأعمال وإهدار الأموال.

¹ عبد الله موسى الخلف، مرجع سبق ذكره، ص 125.

² مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، الطبعة الأولى، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 260.

³ محمد فائل الشراي، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين مستوى الأداء في حرس الحدود، مرجع سبق ذكره، ص 20.

⁴ المرجع نفسه، ص 20.

وتهدف برامج التدريب إلى تعليم الأفراد كيفية إنجاز الأعمال المسندة إليهم، وهو بذلك أهم وأفضل وسيلة لتزويد الأفراد بالمهارات والمعارف اللازمة لأداء العمل بشكل مميز، وتجاهل التدريب يؤدي إلى ممارسة العمل دون كفاءة أو فعالية مما يحد من التحديث والتطوير في الأداء¹.

والتدريب هو عملية دائمة ومستمرة لتزويد العاملين بقدرات إضافية لتكيف مع عمليات التحسين المستمرة، ويجب أن يشمل جميع العاملين في المنظمة، وأن يكون وفق أسس علمية تساهم في رفع مستوى أداء العاملين وقدراتهم.

ويرى ويليامز ريتشارد أن أية منظمة تسعى لتطبيق الجودة الشاملة يجب عليها وضع مبدأ التدريب ضمن سلم أولوياتها، وأن تعمل على إخضاع جميع العاملين لبرامج التدريب في مختلف المستويات الإدارية في المنظمة².

6- إظهار التقدير والاحترام: تعد كلمات التشجيع في الظروف الصعبة الحافز الذي يعطي النفس الجديد على الاستمرار في العمل ومواجهة التحديات، فالاعتراف والتقدير بالإنجازات التي حققها العامل من خلال الثناء والإطراء الشفوي والتحريري³، يحفزه للوصول إلى مستويات أعلى من الأداء. إن ما يستهلكه معظم العاملين من ساعات النهار في العمل أكثر من ساعات تواجدهم مع أسرهم، ويترتب على ذلك أن طريقة المعاملة في مكان العمل لها أثر عميق على شعورهم بالقيمة الذاتية كأفراد، ويؤثر هذا بدوره على أدائهم الوظيفي، لذا فإن مدير الجودة الشاملة على دراية بأهمية وجود مناخ وظيفي قائم على التقدير والاحترام والثقة المتبادلة، يساعد في تنمية علاقات عمل مرضية، وتشجيع الأفراد وتحفيزهم على ممارسة الجودة الشاملة وترغيبهم في إتقان الأداء⁴.

إن نجاح إدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل كبير على جهود ومساهمة الأفراد، فلا يمكن لأي منظمة تحقيق نتائج التطبيق بمعزل عن هؤلاء الأفراد، ولا استخراج مكنونات العاملين من اقتراحات وأفكار بناءة، وقدراتهم الإبداعية التي تمكنهم من اكتشاف المشاكل قبل حدوثها وإيجاد الحلول المناسبة لها، لا بد من المكافأة والعرفان على أدائهم المميز، والتشجيع والتحفيز على المساهمة في تحسين الجودة، وإعطائهم الفرصة في إبداع أساليب عمل حديثة نابعة من خبرتهم المهنية⁵.

7- التحسين المستمر: يؤكد رواد الجودة على أهمية التحسين المستمر، والذي يهدف إلى إدخال التحسينات اللازمة والمستمرة على عمليات تقديم المنتج أو الخدمة في ضوء البيانات المتجددة

¹ عبد الله موسى الخلف، مرجع سبق ذكره، ص 126.

² ريتشارد ويليامز، أساسيات الجودة الشاملة، ترجمة محمد الحديدي، مكتبة جرير، الرياض، 1999، ص 30.

³ مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 287.

⁴ واين شميدت وجيروم فاتجا، مرجع سبق ذكره، ص 65.

⁵ عبد الله موسى الخلف، مرجع سبق ذكره، ص 129.

والناتجة عن تغير حاجات المستفيدين واحتياجات الأسواق والمجتمع¹، للوصول إلى حالة الكمال المنشودة². وتبين الدراسات العلمية أن أي فشل وإخفاق في تحقيق النتائج المطلوبة للأعمال يعود سببه بنسبة 80 % على الأقل إلى العمليات والنظم المطبقة و20 % بسبب أخطاء الأشخاص، ولتجاوز أي إخفاق وإصلاح أي عيب ينبغي تحسين جودة العمليات التي أدت إلى هذا الإخفاق برفع فعاليتها وكفاءتها في تحقيق النتائج المرغوبة.

ويجسد التحسين المستمر المفهوم الأساسي للجودة، والمتمثل في دائرة والتر شيوارت Walter Shewhart، هذه الدائرة مكونة من أربع عمليات يتم تنفيذها بشكل دوري ودون أي توقف، حيث تنطلق من مرحلة التخطيط ثم تليها مرحلة الفعل أو الممارسة ثم تمر بمرحلة الفحص أو الدراسة وأخيراً مرحلة التصرف. إن استعمال فكرة هذه الدائرة وتطبيقها في تحسين جودة العمليات، يساعد المنظمة في تحقيق الامتياز في أدائها³.

وإدارة الجودة الشاملة ليست برنامجاً مقيداً مسبقاً ببداية ونهاية بل هي جهود للتحسين والتطوير بشكل مستمر ودون نهاية، وذلك لأن فرص التطوير والتحسين لا تتوقف أبداً مهما بلغت كفاءة وفعالية الأداء، ويجب على المنظمة تقييم مستوى الجودة والعمل على تحسينها وبشكل مستمر، وفق تحليل البيانات التي تجمع عن التغير المتجدد لرغبات وتوقعات المستفيدين⁴. ويقترح كل من Baghel. A ، و Bhuiyan .N مجموعة من سلوكيات التحسين المستمرة الأساسية أو المشتركة في المؤسسات⁵:

- وعي وفهم العاملين لغاية وأهداف المنظمة.
- استعمال الأهداف الاستراتيجية للتركيز ووضع أولويات لأنشطة التحسين.
- وضع آليات لتشجيع المشاركة في التحسين المستمر.
- ضمان أن البنيات التنظيمية والإجراءات والآليات المستخدمة من أجل التحسين المستمر تدعم بعضها بعضاً.
- التزام الإدارة في جميع المستويات بالتحسين المستمر.
- مشاركة الأفراد بفعالية في التحسين.
- وجود عمل فعلي عبر الحدود التنظيمية في كل المستويات في المنظمة.
- تعلم الأفراد من أنفسهم أو من خبرات الآخرين سواء الإيجابية أو السلبية.

¹ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 156.

² مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 225.

³ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 98-99.

⁴ محمد فائل الشراي، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين مستوى الأداء في حرس الحدود، ص 22.

⁵ عبد الكريم يحي برويقات، مرجع سبق ذكره، ص 101.

- نشر خبرات الأفراد المكتسبة.

- اعتماد الأفراد التحسين المستمر في عملهم اليومي.

8- التركيز على العمليات والنتائج معاً: إن الحكم على جودة العمليات وفق مفهوم الإدارة التقليدية يكون مقتصر على ملاحظة النتائج النهائية فقط، أما في إدارة الجودة الشاملة فيجب أن يمتد ليشمل ملاحظة العمليات وتصميمها لتعطي نتائج بلا أخطاء، ويجب أيضاً الاهتمام بأساليب العمل، وكيفية الأداء واستمرار تطور هذا الأداء، والرقابة على المخرجات وفهم تدفق العمليات لمنع الاختناقات، وإيجاد الحلول للمشاكل التي تعترض سبيل تحسين جودة المخرجات للوصول إلى نتائج بلا أخطاء.¹

كما إن مبدأ التركيز على العمليات وجودتها يؤدي إلى تقليل التلف والضياع، ومطابقة المواصفات المعد سلفاً²، وسهولة معرفة المشاكل ومعالجتها في وقتها، وهذا كله يقود في النهاية إلى الحصول على خدمة أو منتج خالي من العيوب من أول مرة.

9- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها: من مبادئ إدارة الجودة الشاملة أن الجودة عبارة عن ثمرة العملية الوقائية وليست العملية التفتيشية، ويتطلب هذا المبدأ استخدام معايير مقبولة لقياس جودة المنتجات والخدمات أثناء العملية الإنتاجية لمنع وقوع الأخطاء بدل من استخدامها بعد وقوع تلك الأخطاء.³

ويتم إدخال عنصر الوقاية في العمليات الإنتاجية ومراقبة الانحرافات بأنواعها عن طريق الفحص والتحليل المستمر لاكتشاف المشاكل قبل حدوثها، ثم العمل على تصحيحها لتفادي وقوعها، لأن تكلفة الوقاية أقل بكثير من تكلفة العلاج، كما إن نظام إدارة الجودة الشاملة يؤكد على ضرورة ترسيخ فكرة الوقاية وتطويرها عند العاملين أثناء ممارستهم لأعمالهم اليومية⁴.

كما إن التزام العاملين بمعايير قياس الجودة يساعدهم على تحسين مستوى أدائهم، وتقديم خدمات ومنتجات بجودة عالية تحقق رضا المستفيدين. ولتسهيل على العاملين فهم وتطبيق معايير قياس الجودة، فإن الإدارة العليا تعمل على وضع عدة حلول لمختلف المهام وخاصة المعقدة منها والتي لا يمكن قياسها، مع توفير المعلومات ومعالجة المشاكل الإدارية التي تقف دون حصول المستفيدين من الخدمة.

10- شحن وتعبئة خبرات القوى العاملة: تقوم المفاهيم الإدارية التقليدية على افتراض أن العاملين لا يمكنهم المساهمة في تحسين الجودة ولا يهتمهم سوى الحصول على الأجر، أما إدارة الجودة الشاملة

¹ فهد بن عبد الله الغزي، مرجع سبق ذكره، ص 47.

² مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 296.

³ عبد الله موسى الخلف، مرجع سبق ذكره، ص 13.

⁴ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 102.

فإنها تنظر إليهم على أنهم أفراد أذكياء وقادرين على الابتكار والإبداع، وتعتبر التعويض المالي جزء من تعويض العاملين عن جهودهم في مجال الجودة، ولقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأفراد يستمرون في عملهم لعدة أسباب تنمي اهتمامهم بالمنظمة وانتمائهم لها ولا يمثل الأجر سوى واحد منها، فهم يحبون أن تقابل جهودهم بالثناء والتقدير من خلال التدريب والاستماع لآرائهم والمشاركة في جميع نشاطات المنظمة.¹

وتمثل خبرات القوى العاملة مورداً واسعاً للمعلومات والمهارات والكفاءات وفرصاً للتحسين يمكن استغلالها في تطوير العمل وتحسين الأداء، من خلال تحسيسهم بأنهم جزء مهم من المنظمة ويستحقون المساندة والتأييد بهدف تحقيق أفضل النتائج.

11- اتخاذ القرارات بناءً على الحقائق: تعتمد المنظمات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة في اتخاذ قراراتها على حقائق وبيانات صحيحة وليس مجرد تخمينات فردية أو افتراضات أو توقعات مبنية على آراء شخصية، ومن أجل الحصول على هذه الحقائق والبيانات يجب تواجد نظام معلومات فعال في المنظمة يمدّها وبصفة مستمرة كافة المعطيات عن أدائها المالي والبشري، وعن المتغيرات البيئية الخارجية من منافسين ومستهلكين وموردين.²

وقد ساهمت التقنيات الحديثة كأنظمة الحاسوب وما تضمنه من قاعدة معلومات ونماذج تحليلية وعروض تصاميم، في وجود قاعدة بيانات متكاملة من المعلومات والحقائق الدقيقة التي تساعد صاحب القرار في التوصل إلى قرار صائب وله القبول من جميع الأفراد.

ويستخدم نظام إدارة الجودة الشاملة مجموعة من الأدوات الإحصائية للحصول إلى نتائج دقيقة تساعد على اتخاذ القرارات ووضع السياسات العامة للمنظمة، وتمثل هذه الأدوات في المدرجات التكرارية وخريطة باريتو، وهيكل السمكة لاشيكاوا وغيرها.

12- العلاقة مع الموردين: تتأثر جودة المخرجات من منتجات أو خدمات مقدمة طردياً بجودة مداخلات العمليات من مواد خام وغيرها، لذا تقوم إدارة الجودة الشاملة بتأسيس علاقة قوية مع الموردين سواء الداخليين أو الخارجيين، قائمة على الشراكة والمنفعة المتبادلة والحرص على نجاح وربحية وجودة عمليات كل منهما على الآخر.

وتعني العلاقة التزام طويل الأمد بين طرفين من أفراد أو منظمات بغرض تحقيق أهداف محددة للعمل، ويؤكد ديمينج Deming أن اختيار الموردين يكون على أساس الجودة بدل من السعر فقط،

¹ عبد الرحمان محمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 48.

² سملاي محمد يحييه، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية: مدخل الجودة والمعرفة، رسالة دكتوراه غير منشورة في العلوم الاقتصادية، تخصص علوم تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2005، ص 205.

والى توطيد العلاقة بين المنظمة والمورد كشركاء لتحسين الجودة وتخفيض التكاليف، وقد اقترح من أجل ذلك مجموعة من العناصر تتمثل في:¹

- الالتزام طويل الأجل: ويتحقق هذا العنصر عندما تكون الموارد وفق المواصفات المطلوبة وفي الأجل المتفق عليها، مما يسمح بالاعتماد أكثر على المورد.

- الثقة: وتعبر عن سمعة المورد وجدية التزامه وإيفائه بشروط العقد نحو عملائه.

- الرؤية المشتركة: ويقصد بها أن يكون للموردين الغاية نفسها والتي تتمثل في إرضاء العميل.

13- التعديدية العكسية: يعد واينز Wiener أول من تطرق إلى مصطلح التغذية العكسية على أنها " تقرير عن الطاقة المخرجة والتي تعاد إلى النظام كمدخلات، وفي عمل لاحق عرفها كأسلوب أو طريقة للتحكم في النظام"²، ويعتبر وجود التغذية العكسية من الركائز المهمة التي تعتمد عليها إدارة الجودة الشاملة، حيث تتيح لجميع المبادئ السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة.

ويتحقق هذا في ظل وجود نظام اتصال فعال يسمح بتبادل المعلومات بين جميع الأفراد بهدف تصحيح الاتجاهات أو تغييرها نحو إنجاح التطبيق ويعمل على اكتشاف فرص النجاح والإبداع بين العاملين، وقد عرف الاتصال على أنه " عملية تدفق المعلومات والتعليمات والتوجيهات والأوامر والقرارات من جهة الإدارة إلى المرؤوسين، وتلقي المعلومات والبيانات الضرورية منهم في صورة تقارير وأبحاث ومذكرات واقتراحات وشكاوى، واستفسارات بهدف اتخاذ قرار معين وتنفيذه"³.

والاتصال الفعال هو أساس اتخاذ القرار، والعمل الجماعي، والتدريب، وإدماج الأفراد، والتحسين المستمر⁴، حيث ينتشر داخل المنظمة رأسياً في الاتجاهين بين القيادة والعاملين، وأفقياً بين الأقسام المختلفة وفرق تحسين العمل ويؤدي إلى:

- إيصال رسالة رؤية وأهداف المنظمة إلى جميع العاملين.

- تقوية الروابط والعلاقات بين العاملين.

- إنجاح فرق التحسين المستمر للجودة.

- دعم الشفافية والوضوح وإزالة الإشاعات المؤثر سلباً على العمل.

- توصيل رسائل المنظمة وبشكل مفهوم ودقيق إلى كافة العاملين وتنفيذها على الوجه المرغوب.

- توصيل آراء وشكاوى العاملين إلى الإدارة العليا والمشرفين.

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 290.

² أحمد مداوس اليامي، مفهوم التغذية العكسية في حقل السلوك التنظيمي: مراجعة لبعض الأدبيات الغربية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، المجلد 12، العدد 3، سبتمبر 2005، ص ص 358-360.

³ سملاي محمد يحضيه، مرجع سبق ذكره، ص 229.

⁴ عبد الكريم يحي برويقات، مرجع سبق ذكره، ص 78.

ثالثاً: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يستلزم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة بعض المتطلبات التي تسبق البدء بتطبيق هذا البرنامج في المنظمة، حتى يمكن إعداد العاملين على قبول الفكرة والتأكد من دعمهم لنجاحها، ومن تم السعي نحو تحقيقها بفعالية وحصر نتائجها المرغوبة، وقد أورد المعهد الفدرالي الأمريكي للجودة قائمة من العناصر تمثل متطلبات إدارة الجودة الشاملة، وهذه العناصر هي:¹

1- اقتناع ودعم الإدارة العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة: تعد مساندة والتزام الإدارة العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة من أهم عناصر نجاح تطبيقها في المنظمة، لأنها استراتيجية ينبغي أن تنبع من قمة هرم الهيكل التنظيمي، ولا يمكن تصور نجاح أي مشروع بدون دعم وتأييد الإدارة العليا، وينبغي لإدارة المنظمة أن تمتلك صفات قيادية تجعلها تؤثر وبصورة طوعية على العاملين وخلق الرغبة لديهم لتحقيق أهداف المنظمة أو تحقيق ما يتجاوز هذه الأهداف.²

ويعزز ذلك رأي خبراء الجودة الشاملة الذين أقروا بضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة من أعلى الهيكل التنظيمي إلى أسفله، بمعنى أن العملية تبدأ بدعم وتأييد واقتناع الإدارة العليا بجدية التطبيق وأهميته في المنظمة، وفي عدم وجود القناعة الكاملة عند الإدارة العليا بضرورة التطبيق يترتب عنها فشل جميع الجهود المبذولة في المستويات الإدارية الأخرى، ويتمثل دعم الإدارة العليا أيضاً في إعداد ونشر رؤية المستقبلية للمنظمة وتوفير المتطلبات اللازمة لتنفيذها.³

ويتطلب من الإدارة العليا إقناع العاملين في المستويات الوسطى والدنيا بأهمية التغيير وأنه السبيل الأمثل للإصلاح، وتعزيز الثقة في أنفسهم لضمان حماسهم نحو برنامج التطبيق والحد من المواجهة والخوف من التغيير، كما لا يمكن لرئيس المنظمة أن يبدأ إدارة الجودة الشاملة بخطاب واحد ثم يفوض الأمر لأحد مساعديه، وإنما يتطلب التطبيق الدعم الكامل والمتواصل للإدارة العليا في كل المستويات، والافتقار لهذا الدعم يعني الفشل والإخفاق.⁴

2- التوجه بالعمل وتعميق فكرة أن العمل يدير المنظمة: لم يعد العمل يقتصر فقط على الأفراد من خارج المنظمة كما كان سائداً في الإدارة التقليدية، بل يمتد ليشمل العمل الداخلي وفق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، فالعملاء الداخليون هم أفراد الوحدات التنظيمية داخل المنظمة من الإدارات والأقسام حيث ينظر لهم جميعاً نظرة المورد والزبون في آن واحد، ويمثل الحرص والجدية في إرضاء العملاء الداخليين والخارجيين أحد أهم متطلبات تطبيق الجودة الشاملة.

¹ فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، جامعة الزقازيق، مصر، 1996، ص 45-50.

² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 154.

³ عبد الكريم يعي برويات، مرجع سبق ذكره، ص 64.

⁴ واين شمدمت وجيروم فاتجا، مرجع سبق ذكره، ص 28.

وانطلاقاً من أن العميل هو محور كافة جهود إدارة الجودة الشاملة، فلا بد من اتخاذ جميع التدابير التي من شأنها تحقيق إرضاء العملاء والعمل على تعميق فكرة أن العميل يدير المنظمة على كافة المستويات التنظيمية¹.

ويستدعي تحقيق هذه الفكرة وجود قسم داخل نظام المعلومات مهمته جمع كافة المعلومات عن العميل بواسطة المعاملة المباشرة مع العميل أثناء تقديم الخدمة أو بعدها، ودراسات السوق والبحوث الاستقصائية حول رضا العميل وغيرها، ثم تحليل حاجاته وتوقعاته والتغيرات التي حدثت فيها وأسباب تحول العميل إلى منتجات منافسة ومستوى الرضا لديه².

3- تهيئة مناخ العمل وثقافة المنظمة: تتضمن تهيئة المناخ الملائم للتطبيق توفير الموارد الفنية والتسهيلات الضرورية³، وتهيئة وإعداد العاملين بالمنظمة على مختلف مستوياتهم نفسياً لفهم وقبول مفاهيم وممارسات إدارة الجودة الشاملة والاقتران بها بهدف التقليل من مقاومتهم للتغيير والحصول على تعاونهم والتزامهم، وتتم عملية ترويج برنامج إدارة الجودة الشاملة بين أفراد المنظمة بواسطة المحاضرات والمؤتمرات والدورات التدريبية.

إن إدخال أي مبدأ جديد في المنظمة يتطلب إعادة تشكيل ثقافتها، حيث أن قبول أو رفض أي مبدأ يعتمد على ثقافة ومعتقدات العاملين فيها، فالثقافة السائدة عن الإدارة التقليدية تختلف جذرياً عن ثقافة الجودة، أما هذه الأخيرة المناسبة لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة تؤكد على قيم التعاون والمشاركة واللامركزية والاتصالات المفتوحة وحرية إبداء الرأي وخدمة العملاء ومساندة العاملين وغيرها⁴.

لذا يجب إيجاد هذه الثقافة الملائمة لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة وجعلها هي السائدة في المنظمة وذلك بتغيير الأساليب الإدارية وتهيئة البيئة التي تستوعب هذا المفهوم الجديد بما فيه من ثقافات جديدة.

4- قياس الأداء للإنتاجية والجودة: تعد عملية قياس أداء الجودة والإنتاجية من أحد المتطلبات الضرورية عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث يمكن من خلالها الوقوف على مستوى الأداء الفعلي بهدف إيجاد الطرق الصحيحة لتحسينه، وتتطلب عملية التقييم وجود نظام قادر على القياس الدقيق المبني على الأساليب الإحصائية المناسبة لتحديد الاختلافات السلبية في الأداء

¹ رحيمة حوالم، مرجع سبق ذكره، ص 115.

² عبد الكريم يحي بروبقات، مرجع سبق ذكره، ص 74.

³ خالد ناصر عليمات، مرجع سبق ذكره، ص 38.

⁴ كارول بستر فليد، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة راشد بن محمد الحمالي، جامعة الملك سعود، الرياض، 2004، ص 78.

وتنفيذ العمليات والأنشطة، مثل رصد عدد الأخطاء ومعدل تكرار العيوب وعدد العناصر المطابقة والتغيرات والانحرافات ومن ثم العمل على القضاء على الاختلافات وتصحيحها بشكل جذري¹. ولكي يتم التشغيل والعمل والتطبيق الفعلي لنظام القياس يجب تدريب جميع العاملين على استخدام التحليلات الإحصائية البسيطة التي تساعدهم على جدولة أدائهم لفترة طويلة، وحتى تكون المقاييس المستخدمة فعالة يجب أن تتلائم مع المعلومات والمعطيات الجديدة ومرنة بشكل يسمح بتحويل القياس اليدوي إلى قياس رقمي²، وذلك لأن ما يمكن قياسه يمكن عمله وتطويره.

5- الإدارة الفعالة للموارد البشرية: يعد الاستثمار في المورد البشري في المنظمة عاملاً مهماً في تحسين جودة تقديم الخدمة وضمان استمرارها، وهذا يستدعي وجود إدارة فعالة تعمل على تنمية قدرات الفرد العامل وإكسابه الخبرة، عن طريق وضع أنظمة مناسبة في المنظمة بدءاً بالتعيين والتوظيف، واختيار الكفاءات، وتعيين القيادات و انتهاءً بنظام الحوافز وبرامج التدريب والتأهيل والمشاركة الفاعلة، وتهدف هذه الأنظمة لجعل جميع الموارد البشرية الموجودة في المنظمة تعمل ضمن فريق واحد مهمته المساهمة في إنشاء وتنفيذ خطط التحسين المستمر.

واستناداً لأهمية الموارد البشرية بالمنظمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يؤكد ديمنج على فكرة العمل ضمن الفريق الواحد، والتدريب المستمر، والمشاركة في وضع خطط التحسين المستمر، ومكافأة الفريق المبدع مع تقدير الجهود المتميزة، وفي الوقت نفسه يؤكد على ضرورة الابتعاد والتوقف عن نظام الجدارة والمكافأة الذي يستند على الأداء الفردي لأنه يتعارض مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة³.

6- تبني الأنماط القيادية المناسبة لإدارة الجودة الشاملة: تعد القيادة من الموضوعات التي نالت الاهتمام الكثير من الباحثين وخصوصاً في مجال السلوك الإنساني والسلوك التنظيمي، فحسب دوبراين Dubrin.A.S فان القيادة هي " القدرة على منح الثقة والدعم للأفراد لتحقيق الأهداف التنظيمية"⁴، ويتمثل دور القائد في دفع الأفراد طوعياً نحو إنجاز الأهداف المرسومة من خلال التحفيز وشحن الهمم⁵.

إن تبني النمط القيادي الأمثل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هو ذلك النمط الذي يعمل بروح الفريق، ويشجع العمل الجماعي والتنسيق بين كافة أعضاء الفريق، والذي يولي اهتماماً متوازناً

¹ جاسم بن فيحان الدوسري، مرجع سبق ذكره، ص 86.

² نيلز جوران، وجان روي، وماجتر ووتر، الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازنة: أفكار عالمية معاصرة، ترجمة علا احمد إصلاح، سلسلة إصدارات بريك، مصر، 2003، ص 426.

³ جوزيف كيلادا، تكتمل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، ترجمة: سرور علي سرور، دار المريح للنشر، الرياض، 2004، ص 235.

⁴ عبد الكريم يحي بروبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 62.

⁵ ممدوح جلال الرخيبي، دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة على قطاع الصناعات الكيماوية بمحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، 2000، ص 85.

بالعنصر البشري والعمليات والجانب الهيكلي في التنظيم، ويعمل على غرس القيم الإيجابية بين الأفراد العاملين لتعزيز روح الفريق وتعظيم مصلحة كل من الفرد والمنظمة.¹

7- تأسيس نظام المعلومات لإدارة الجودة الشاملة: يقصد بنظام المعلومات بالقاعدة المكونة من الأفراد والمعدات والإجراءات والمصممة من أجل جمع وتخزين وتحليل ومعالجة وتوزيع المعلومات اللازمة والصحيحة على متخذي القرار في الوقت الحاجة إليها، ويعزز هذا وجود نظام اتصال فعال يسمح بتبادل المعلومات بين جميع الأفراد بهدف تصحيح الاتجاهات أو تغييرها نحو إنجاح التطبيق ويعمل على اكتشاف فرص النجاح والإبداع بين العاملين.

إن تأسيس قاعدة البيانات داخل المنظمة يعد من أهم متطلبات إدارة الجودة الشاملة، فهي تزود الإدارة العليا بجميع المعلومات الدقيقة والقيمة، التي تساعد على اتخاذ القرارات الصائبة بهدف رفع مستويات جودة الأداء وتحقيق التميز في إنتاج السلع والخدمات وزيادة تعزيز ولاء العملاء، ومن مزايا التي توفرها قاعدة البيانات أيضا:

- تنسيق الجهود بين جميع العاملين وفي مختلف المستويات.
- تعليم العاملين على التحكم بالتقنيات الحديثة، كوسائل الاتصال والحواسيب.
- نشر المعرفة بين جميع العاملين بالمنظمة والمتعاملين معها.
- إنجاح جهود التحسين المستمر.

¹ جاسم بن فيحان الدوسري، مرجع سبق ذكره، ص 87.

خاتمة:

تعد إدارة الجودة الشاملة أسلوب أداري حديث يساعد المؤسسة على تطوير أداءها بصفة مستمرة ومواجهة التحديات المتغيرة من خلال الاستجابة لمتطلبات العميل بتقديم منتجات ذات جودة عالية، كما أن لإدارة الجودة الشاملة مبادئ ومتطلبات، ومراحل يجب أن تتبع عند التطبيق.

وقد تم استعراض أهم تعاريف رواد الجودة أمثال ديمينج deming و جوران Juran وكروسبي Crosby و فايجنباوم Feigenbaum ومفكرون آخرون من المدرسة اليابانية أمثال تاغوشي Taguchi وكايرو ايشيكاوا K. Ishikawa وقد كان لهؤلاء دورا كبيرا في إبراز إدارة الجودة الشاملة وإعطائها الزخم والاهتمام الكبيرين.

وتمثل إدارة الجودة الشاملة منهج إداري متكامل، يتكون من العديد من المظاهر الواجب تطبيقها بشكل كلي وفي ظل ظروف داخلية مواتية، وهي تتكون من تنظيمات استراتيجية طويلة الأجل، تساعد على عمليات التحسين المستمر عن طريق جميع أقسام المنظمة، وتعمل على تنسيق بين جميع الأساليب العلمية والقواعد الإدارية.

وتتجلى أهمية إدارة الجودة الشاملة من خلال زيادة الإنتاجية، الالتزام التام بمواعيد الإنتاج والتسليم، زيادة اهتمام العاملين برضا العميل، تحسين العلاقة بين العاملين والإدارة، العمل بروح الفريق الواحد، انخفاض التكاليف وزيادة الأرباح.

ومن أهداف التي تحقق من تطبيق إدارة الجودة الشاملة رضا المستفيد الناتج عن تقديم أجود المنتجات والخدمات له من خلال التحسين المستمر للعمليات داخل المنظمة، بالإضافة إلى رضا العاملين وتهيئة المناخ المناسب لهم من خلال توفير بيئة عمل تشجع على الابتكار وزيادة معدلات الإنتاجية والأداء الجيد، وكذلك التشجيع على طرح الأفكار والرؤى التطويرية لتحسين وتطوير إجراءات العمل.

الفصل الثاني

نماذج إدارة الجودة الشاملة

والمواصفات الدولية

أيزو 9000

مقدمة:

إن فلسفة إدارة الجودة الشاملة قد أسهم في بلورتها وصياغة مبادئها والمداخل الأساسية لها مجموعة من العلماء والمفكرين الرواد الذين يعود الفضل لهم في إرساء هذه الفلسفة أو النظرية على أسس متينة قابلة للتطبيق في مختلف المنظمات، وقد فتح الرواد المجال أمام جميع الباحثين في إثراء هذه النظرية بمزيد من المعلومات والنتائج. وهناك العديد من النماذج العلمية المستخدمة في توضيح مفاهيم الجودة وكيفية تطبيق هذه المفاهيم، والتي تعبر عن اتجاهات الرواد البارزين أو المنتسبين لإدارة الجودة الشاملة.

إن للمواصفات أو المعايير القياسية دور أساسياً في المؤسسة، فهي تستخدم في تحديد الخصائص والصفات النوعية لمدخلات المؤسسة، وطرق الفحص والنقل والتخزين وجميع الأنشطة، بما يتفق مع المعايير المطلوب توافرها في مخرجات المؤسسة. ومن أجل فهم المواصفات القياسية الدولية أيزو 9000 ونماذج وأدوات وجوائز إدارة الجودة الشاملة يتطرق هذا الفصل إلى:

في المبحث الأول نماذج رواد إدارة الجودة الشاملة، أدوات إدارة الجودة الشاملة، جوائز التميز في الجودة.

في المبحث الثاني مفهوم مواصفات الأيزو 9000 وتاريخ تطورها، متطلبات المواصفة أيزو 9001، نظام إدارة الجودة وفقاً لمواصفة الأيزو 9001 ومراحل تطبيقها، علاقة إدارة الجودة الشاملة بالمواصفة أيزو 9001.

المبحث الأول: نماذج وأدوات وجوائز إدارة الجودة الشاملة

المطلب الأول: نماذج رواد إدارة الجودة الشاملة

أولاً: نموذج والتر شيوارت Walter A. Shewhart

يعد شيوارت (1891م-1967م) من الرواد الأوائل للرقابة المعاصرة للجودة، حيث عمل خبيراً إحصائياً في معامل BELL للتلفونات في ولاية نيويورك الأمريكية خلال العشرينات والثلاثينات، وله كتاب عن الجودة نشره عام 1931م¹، بعنوان "Economic Control Of Quality Of Manufactured Product"، وقد قدم في هذا الكتاب مفهوم مراقبة الجودة التي تعد من الأدوات الأساسية المستعملة في الرقابة على الجودة في معظم المنشآت الصناعية².

ويرى شيوارت أن التطوير المستمر يعد أحد مظاهر إدارة الجودة الشاملة، وقد وضع نموذجاً يركز على أربعة أبعاد تتشابه إلى حد كبير مع الطريقة العلمية في التطوير المستمر أطلق عليه "دائرة شيوارت للجودة"³، ويتكون من: التخطيط PLAN - الفعل DO - الدراسة STUDY - التصرف ACT، وعرفت هذه الدائرة "بدورة PDSA"، ثم قام ديمنج بإعادة تسمية دورة PDSA إلى دورة PDCA حيث غير مكان الدراسة "S" إلى الفحص "C"⁴.

ويمكن إيضاح مفردات هذه الدائرة على النحو الآتي:^{5,6}

1- المرحلة الأولى التخطيط: تعد هذه المرحلة الابتدائية مهمة في دائرة شيوارت حيث يتم فيها بعد استعراض الوضع القائم واختيار وتحديد العملية التي يجب تطويرها، ثم تحديد أين ومتى تحدث المشكلة؟، وكيف يمكن قياس رضا المستفيد عن المخرجات؟، ثم بعد ذلك تحليل العمليات بهدف تحديد الأسباب المحتملة، ثم يلي ذلك وضع استراتيجية لجمع البيانات المطلوبة للتطوير المقترح الذي سيتم تجربته.

2- المرحلة الثانية الفعل: وفي هذه المرحلة يتم تنفيذ وتجريب التطوير المقترح على نطاق محدود وفي بيئة يمكن التحكم فيها والرقابة عليها، كما يتم تدريب العاملين على كيفية التحول من الوضع القائم إلى الوضع الجديد من الناحية النفسية والفنية والإدارية.

¹ James J. O'Brien, Op-cit., P70.

² Mary Walton, The Deming Management Method, Perigee Book, New York, 1986, P12

³ Thomas McCarty, Lorraine Daniels, Michael Bremer, Praveen Gupta, John Heisey, Kathleen Mills, The Six Sigma Black Belt Handbook :Six sigma operational methods series, McGraw Hill Professional, 2004, P548.

⁴ Elizabeth R. Ransom, Maulik S. Joshi, David B. Nash, and Scott B. Ransom, The healthcare quality book: vision, strategy, and tools, 2nd edition, Health Administration Press, Chicago, 2008, P 65.

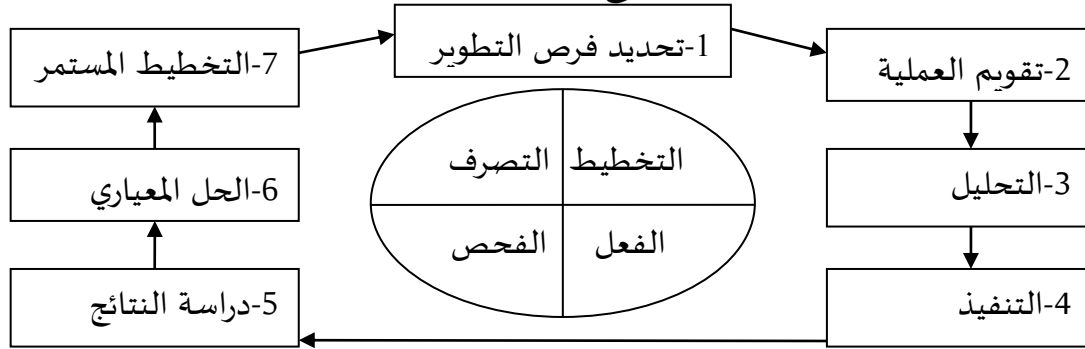
⁵ مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 82.

⁶ Gopal K. Kanji and Mike Asher, 100 Methods for Total Quality Management, First Edition, Sage Publications, London, 1996, P40.

3- المرحلة الثالثة: الفحص: ويتم في هذه الخطوة دراسة النتائج وأثار التغيير بعد التحول إلى الوضع الجديد من خلال جمع وتحليل البيانات باستخدام أدوات إدارة الجودة، وذلك لمعرفة ما إذا كان التطوير المقترح يحظى بقبول من المستفيد أم لا.

4- المرحلة الرابعة التصرف: وبناء على نتائج المرحلة السابقة، فإنه يتم تبني التطوير المجرب إذا كان التحول الجديد إيجابياً واستخدامه كمعيار الأعمال في المستقبل أما في الحالة العكسية فيتم التخلي عنه أو تكرار العمل من جديد مع إحداث بعض التغييرات في الظروف المحيطة.

الشكل (2، 1): نموذج شيوارت لإدارة الجودة الشاملة.



Source: Lam, K. D., Et.al, Total Quality: A Textbook of Strategic Quality Leadership and Planning, Colorado, Springs: Air Academy, 1991, p3

ثانياً: نموذج إدوارد ديمينج Edward Deming

ولد ديمينج في مدينة Iowa، Sioux بالولايات المتحدة الأمريكية يوم 14 أكتوبر 1900م¹، وحصل على شهادة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء من جامعة Yale عام 1928م²، وعمل أستاذاً في جامعة نيويورك 1931م، وبعد الحرب العالمية سافر إلى اليابان وقام بتدريب المهندسين اليابانيين على الأساليب الإحصائية التي ترفع من مستوى جودة السلع المنتجة وتقليل تكاليفها. وقد كان النجاح الذي حققه سبباً في تأسيس جائزة باسمه من قبل إمبراطور اليابان عام 1962م³، تمنح سنوياً للشركة التي تتميز بالابتكار في إدارة الجودة الشاملة، وتوفي عن عمر ناهز 93 عام⁴.

ويعد ديمينج أبو ثورة إدارة الجودة ومن أبرز المؤسسين لهذا المنهج⁵، وقد طور عدة أساليب تساعد الأفراد على العمل بشكل جماعي، وأكد على عدد من الجوانب المهمة للإدارة وكيفية تحسين مستوياتها في الأداء من خلال وضع سلسلة من الأعمال تمثلت في:

- النقاط الأربعة عشر لإدارة الجودة.

¹ Mary Walton, Op-cit., P03.

² Ralph Early, Guide to Quality Management Systems for the Food Industry, First edition, Blackie Academic and Professional, New York, 1995, P203.

³ إبراهيم عبد الله المنيف، الإدارة: المفاهيم المهام الأسس، دار العلوم، الرياض، 1997، ص 206.

⁴ Christian N. Madu, Op-cit., P xxi.

⁵ Vincent K. Omachonu, Joel E. Ross, Op-cit., P07.

- الأمراض السبعة القاتلة أو المميتة.
 - المعوقات الستة عشر.
 - نظام المعرفة المعمقة.
- ويمكن إيجاز المبادئ الأربعة عشر كالآتي:¹
- 1- إنشاء هدف ثابت نحو تحسين جودة المنتجات والخدمات، من اجل أن تصبح المنظمة قادرة على المنافسة والبقاء وتوفير فرص العمل.
 - 2- تبني فلسفة جديدة. يجب أن تنبه الإدارة بتحديات العصر الاقتصادي الجديد، وان تتعلم مسؤولياتها، وان تقوم بالدور القيادي من اجل التغيير.
 - 3- وقف الاعتماد على التفتيش لتحقيق الجودة. ولكن يفضل اعتماد الجودة من البداية.
 - 4- التوقف عن ممارسة الأعمال على أساس السعر وحده. ويفضل تقليل التكلفة الإجمالية، وبناء علاقة طويلة المدى مع المورد على أساس الثقة والولاء.
 - 5- التحسين المستمر في جميع مكونات نظام الإنتاج والخدمات. وبالتالي تحسين الجودة والإنتاجية والانخفاض المستمر للتكاليف.
 - 6- معهد للتدريب في مكان العمل. استخدام الأساليب الحديثة في تدريب جميع أفراد المنظمة.
 - 7- معهد للقيادة ينبغي أن يكون هدف عملية الإشراف مساعدة الأفراد والآلات والأدوات للقيام بعمل أفضل. وبالتالي فان أساليب الإشراف على مستوى المنظمة بحاجة إلى إصلاح شامل.
 - 8- الابتعاد عن الخوف. حتى يتمكن الجميع من العمل بشكل فعال لأجل الشركة.
 - 9- كسر الحواجز بين الأقسام المختلفة. المسؤولين عن الأبحاث والتصميم والمبيعات والإنتاج، يجب أن يعملوا كفريق واحد لمواجهة المشاكل التي قد تصادفهم في إنتاج السلعة أو الخدمة.
 - 10- القضاء على الشعارات والتدخل في شؤون العاملين، وأن يكون الهدف هو الوصول إلى الخطأ الصفري والى مستويات عالية من الإنتاجية.
 - 11- القضاء على مفهوم الحصص الرقمية والإدارة بالأهداف. واستبدالها بمفهوم القيادة.
 - 12- إزالة العوائق التي تسلب الأفراد العاملين الفخر بالاعتزاز بنوعية عملهم. ويجب على المشرفين إشراك العاملين في برامج الجودة وإلغاء العمل بالإدارة بالأهداف.
 - 13- وضع برنامج قوي للتعليم وتحسين الذات.
 - 14- كل شخص في المنظمة يعمل من اجل تحقيق عملية التحول. التحول هو مهمة الجميع.
- وهناك ما سماه ديمنج الأمراض السبعة القاتلة التي تصيب الإدارة، وتحد من تحسين أدائها، هي:²

¹ W. Edwards Deming, Out of the Crisis, First MIT Press edition, Cambridge, 2000, P 23-24.

² W. Edwards Deming, Op-cit., P 97-98.

- 1- عدم ثبات الهدف في البقاء في العمل.
 - 2- التركيز على الأرباح قصيرة الأجل، والتفكير قصير المدى.
 - 3- تقييم الأداء وتقدير الجدارة أو المراجعة السنوية.
 - 4- التغيير في القيادة الإدارية والتنقل بين الوظائف.
 - 5- الإدارة عن طريق استخدام الأرقام المرئية فقط.
 - 6- الإفراط في التكاليف الطبية.
 - 7- الإفراط في تكاليف المسؤولية (ارتفعت تكلفة التأمين على المسؤولية).
- وتوصل ديمنج إلى معوقات لها تأثير كبير في فشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، هي:¹
- 1- الأمل بالحلول الفورية.
 - 2- افتراض أن حل المشاكل، والأتمتة، والأدوات والآلات الجديدة ستغير صناعة.
 - 3- البحث عن الأمثلة.
 - 4- المشاكل الموجودة مختلفة.
 - 5- التعليم الخاطئ بالمدارس.
 - 6- ضعف تدريس الأساليب الإحصائية.
 - 7- استخدام المعايير العسكرية بالمصانع.
 - 8- قسم مراقبة الجودة يهتم بجميع مشاكل الجودة.
 - 9- المتاعب الموجودة تعود كلياً إلى القوى العاملة.
 - 10- بدايات خاطئة مثل دوائر مراقبة الجودة.
 - 11- القيام بتثبيت مراقبة الجودة.
 - 12- الافتراض بضرورة مطابقة المواصفات فقط.
 - 13- مغالطة مبدأ صفر عيب.
 - 14- عدم كفاية اختبار النماذج الأولية.
 - 15- افتراض أن أي شخص يساعد المنظمة يجب أن يكون على دراية تامة بإعمالها.
 - 16- الاستخدام السيئ للكمبيوتر.
- ويتكون نظام المعرفة المعمقة حسب ديمنج من أربعة عناصر هي:^{2,3}

¹ Ibid., P 126-143.

² Edward Sallis, Total Quality Management in Education, Third edition, Kogan Page, London, 2002, P40, 41.

³ Reza Ziaee and James Bologna, Preparing for Continuous Quality Improvement in Healthcare: Sustainability through Functional Tree Structures, CRC Press, New York, 2015, P102-104

1- معرفة النظام: يؤكد ديمينج على فهم الجيد للنظام السائد ومدى ملاءمة كل جزء من أجزائه، والدور الوظيفي الذي يلعبه كل جزء فيه، بالإضافة إلى التعامل مع الموظفين والعملاء والموردين كجزء لا يتجزأ من هذا النظام.

2- معرفة الاختلاف: معرفة أسباب الاختلاف يساعد في اتخاذ الإجراءات التي تؤدي إلى تحسين جودة المنتج، وقد ترجع أسباب تباين الجودة إلى الإنسان، أو الآلة، أو الطريقة، ويمكن أن يكون الاختلاف داخل العملية أو بين العمليات، وكل هذه الأسباب تقضي على عملية تحسين الجودة، ولذلك فإن المعرفة الدقيقة للتباين لها آثار كبيرة في حل المشكلات التي تواجه المنظمة، كما إن تحقيق المعرفة العميقة يتمثل في فهم أنواع ومصادر الاختلاف كخطوة لا بد منها في عملية التحسين.

3- نظرية المعرفة: إن ميزة الاقتصاد الجديد هي الإدارة بالمعرفة بدل من الإدارة عن طريق الحظ أو الخرافة، وأكد ديمينج على أهمية المعرفة، حيث أعرب عن حاجة المنظمة لفهم ما هي المعرفة، وكيف يتم الحصول عليها، وكيف يمكن تحسينها وكما أكد على نقل المعرفة إلى الموظفين بطريقة مفهومة، وذلك لأن المعرفة تبقى بدون فائدة إذا لم تكن قابلة للتحويل.

4- النظام السائد من خلال نظرية المعرفة وعلم النفس: تقدير النظام السائد من خلال نظرية المعرفة وعلم النفس، والذي يتطلب الفهم الجيد لمبادئ الأربعة عشر للاستفادة منها في المعرفة والتحويل إلى الأسلوب الجديد للإدارة، ويمكن أن يتحقق التحويل عن طريق:

- إدراك المعنى الجيد للفرد.
 - الحاجة إلى التفاعلات بين الناس.
 - فهم المدير لحاجات الأفراد، وإدراكه بوجود فروقاً بينهم.
 - العمل على استخدام معايير الأداء ومعالجة العمليات، بالاعتماد على التقارير والإحصائيات.
- ويرى ديمينج أن الإدارة العليا لها دور مهم في نجاح التحويل نحو إدارة الجودة وذلك من خلال:¹
- 1- جعل الجودة نقطة الارتكاز لأية منشأة في تحديد الرسالة العامة وتوضيح الرؤية المستقبلية لها بحيث تقودها نحو التطوير المستمر.
 - 2- مسؤوليتها عن جميع مشكلات الجودة.
 - 3- إعطاء الموظفين معايير واضحة لما هو مطلوب منهم مع توفير النظم المساعدة في ذلك.
 - 4- معرفة متطلبات متلقي الخدمة، وبناء شراكة مع الموردين على أساس الجودة.

1 مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 83.

كما يرى ديمنج أن تتبنى الإدارة العليا فكرة تطوير السياسات والإجراءات الروتينية لأنشطتها، وتهيئة موظفيها لعملية التغيير والتطوير المستمر وإدراكهم لمهامهم الإدارية والتنظيمية. فحسب نموذجه فإن الجودة في جوهرها تعد ثمرة قرارات الإدارة العليا وليست ثمرة تصرفات العاملين. وركز ديمنج على أهمية تكوين علاقة دائمة ومستمرة مع الموردين مبنية على أساس الجودة العالية، وعلى أهمية تعلم صانع القرار الطرق الإحصائية التي تساعد في اختيار المسار الأمثل وتحديد الانحرافات خلال العملية الإنتاجية.

وينبه ديمنج إلى عدم الخلط بين المبدئين السادس والثالث عشر، فالتدريب يخص الجوانب التي يحتاجها الفرد في إتقان العمل الموكل إليه، أما التعليم أوسع من ذلك فهو يشمل جميع المعارف والعلوم التي يكتسبها الفرد سواء كانت لها علاقة بالعمل أو ليست لها علاقة.

ثالثاً: نموذج جوزيف جوران Joseph M.Juran

Joseph M.Juran عالم أمريكي ولد في مدينة Braila في رومانيا في البلقان يوم 24 ديسمبر 1904م. وهو حاصل على شهادة الهندسة 1924م جامعة Minnesota والقانون الدولي جامعة Loyola في 1935م، ومنذ عام 1942م تعمق في الجودة، وأدخل مفاهيم جذرية ونظريات رائدة في هذا المجال، وله مؤلفات عديدة متداولة كمراجع أساسية لتخطيط وتحسين الجودة، وهو صاحب المقولة المشهورة "الجودة لا تحدث بالصدفة بل يجب أن يكون مخطط لها".¹

وفي عام 1951م، تجسدت أفكار جوران حول إدارة الجودة في كتابه الشهير مراقبة الجودة «The Quality Control Handbook»². وفي سنة 1981م تحصل على جائزة ديمنج من اليابان.

وفي سنة 1986م قام جوران بترجمة أفكاره في شكل أطلق عليه ثلاثية عمليات الإدارة لجوران «The Juran Trilogy of Management Processes»³، وتتضمن هذه الثلاثية الأنشطة التالية:

- تخطيط الجودة
- مراقبة الجودة
- تحسين الجودة.

¹ جاسم بن فيحان الدوسري، مرجع سبق ذكره، ص 72.

² Christian N. Madu, Op-cit., P xxii

³ Joseph M. Juran, A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, Op-cit., 1999, P 2.5.

1- تخطيط الجودة: تخطيط الجودة هو " عملية منظمة لتطوير المنتجات (السلع والخدمات)، وضماناً لتلبية احتياجات الزبون من خلال النتيجة النهائية"¹، وهو أيضا " عملية إعداد لبلوغ أهداف الجودة. ونتيجة النهائية لهذه العملية هي أن تكون قادرة على تحقيق هذه الأهداف"². وتعد هذه المرحلة نقطة البداية بحيث يتم فيها إعداد الأنشطة والعمليات اللازمة التي من خلالها يتم تحقيق الأهداف الموضوعية. وتتم عملية التخطيط وفق خطوات محددة هي:³

- وضع أهداف الجودة.

- تحديد من هم الزبائن.

- تحديد احتياجات الزبائن.

- تطوير ميزات المنتج التي تستجيب لاحتياجات الزبائن.

- تطوير العمليات التي تستطيع إنتاج ميزات المنتج.

- تحديد عمليات المراقبة، ثم تحويل الخطط إلى القوى العاملة.

2- مراقبة الجودة: مراقبة الجودة هي "عملية إدارية شاملة، تهدف إلى ضمان ثبات إجراء العمليات ومنع التغيير السلبي، بمعنى الحفاظ على الوضع القائم. ويتم تقييم الأداء الفعلي، من خلال مقارنته مع الأهداف الموضوعية، واتخاذ الإجراءات الأزمية في حالة وجود انحراف"⁴، وبمعنى " سير العمليات وفق خطط الجودة"⁵، والنقاط التي تشتمل عليها هذه المرحلة:⁶

- تقييم الأداء الفعلي.

- مقارنة الأداء الفعلي مع أهداف الجودة.

- العمل على تصحيح الانحرافات.

3- تحسين الجودة. التحسين يعني " إنشاء المنظمة شكل من أشكال التغيير المفيد. تحقيق مستويات غير مسبقة من الأداء"⁷. وهو أيضا " سير العمليات في مستويات ذات جودة عالية وفق الأداء المخطط له"⁸، وتعد هذه المرحلة مهمة في ثلاثية الجودة، ويتم فيها ما يلي:⁹

- تحديد الحاجيات.

- تأسيس البنية التحتية.

¹ Ibid., P 3.2.

² Joseph M. Juran, The Quality Trilogy: A Universal Approach to Managing for Quality, Quality Progress, Juran Institute, 1986, PP:19-24

³ Joseph M. Juran, A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, Op-cit., P 2.6.

⁴ Ibid., P 4.2.

⁵ Joseph M. Juran, The Quality Trilogy: A Universal Approach to Managing for Quality, Op-cit., PP:19-24

⁶ Joseph M. Juran, A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, Op-cit., P 2.6.

⁷ Ibid., P5.3.

⁸ Joseph M. Juran, The Quality Trilogy: A Universal Approach to Managing for Quality, Op-cit., PP:19-24

⁹ Joseph M. Juran, A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, Op-cit., P 2.6.

- تحديد مشاريع التحسين.
- إنشاء فرق المشروع.
- تزويد فرق المشروع بالموارد والتدريب والحوافز التي تمكنهم من تشخيص وعلاج المشكلات.
- وضع ضوابط تسهم في الاحتفاظ بالمكاسب.
- وقد أكد جوران على أن التحسينات المستمرة في المنتجات والخدمات والعمليات تطبق على جميع العملاء، حيث قسم الزبائن إلى قسمين:¹
 - الزبون الخارجي: ويمثل المستهلك الذي يشتري السلع أو الخدمة، ولا يكون من أعضاء المنشأة التي تنتجها. وقد يكون العميل هو المورد الذي يتم الشراء منه، أو مؤسسة حكومية تتعامل مع المنشأة أو الأفراد الذين يتأثرون بمخرجاتها النهائية.
 - الزبون الداخلي: ويمثل المستهلك الذي يعمل ضمن المنشأة ويستفيد من منتجاتها، فهو يعتبر عميلاً غير حقيقي بالنسبة للمصطلحات المتعارف عليها. والعميل الداخلي هو الذي يساهم في إنتاج السلع والخدمات التي تشبع رغبات العملاء.
- وقد لخص جوران أفكاره عن الجودة في عشر نقاط لتوجيه برنامج إدارة الجودة الشاملة كما يلي:²
 - 1- إيجاد الوعي بالحاجة لعملية التحسين وكذلك الفرص.
 - 2- تحديد أهداف عملية التحسين.
 - 3- الاهتمام بعملية التنظيم للوصول إلى الأهداف، وذلك من خلال إنشاء مجلس الجودة، وتحديد المشكلات، واختيار المشاريع، وتعيين فرق العمل، وتعيين منسقين للجودة.
 - 4- توفير التدريب.
 - 5- تنفيذ المشاريع الهادفة لحل المشاكل.
 - 6- تقارير عن التقدم المحرز.
 - 7- منح الاعتراف للموظفين.
 - 8- إبلاغ النتائج حتى يتسنى للجميع معرفتها.
 - 9- الحفاظ على النتائج.
 - 10- الحفاظ على الاستمرارية من خلال جعل عملية التحسين سنوية وجزء أساسي من نظام المنشأة وعملياتها المختلفة.

¹ Ibid., P 3.10-11.

² Jens J. Dahlgaard, Kai Kristensen and Gopal K. Kanji, Fundamentals of Total Quality Management: Process analysis and improvement, Nelson Thornes Limited, London, 2002, P09.

رابعاً: نموذج فليب كروسبي Philip, B. Crosby

فليب كروسبي من مواليد 1926م، ويعد من أشهر الرواد في مجال الجودة وأساليب تطويرها، بدأ عمله كمشرف على عملية فحص الإنتاج وخطوط الإنتاجية في شركة ITT¹، وكانت خبرته المهنية الطويلة في مجال التصنيع سبب في توليه مدير الجودة لمشروع الصواريخ في شركة "مارتن ماريتا" في الولايات المتحدة الأمريكية.

كما يعد كروسبي صاحب فكرة صناعة بلا عيوب أو العيوب الصفريّة Zero defects، وله عدة مؤلفات في مجال إدارة الجودة الشاملة من أهمها: الجودة مجانية Quality is free²، والجودة بدون ندم Quality without tears، وقد قام بتأسيس كلية الجودة والتي من مهامها تطوير الجودة وتخفيض التكاليف. ويتكون منهج كروسبي في الجودة من أربعة عشر مبدأ هي³:

- 1- الالتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة.
- 2- تشكيل فرق تحسين الجودة.
- 3- استخدام القياس كأداة موضوعية.
- 4- تحديد تكلفة الجودة.
- 5- زيادة الوعي بأهمية الجودة والتزام العاملين بها.
- 6- اتخاذ الإجراءات التصحيحية.
- 7- التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.
- 8- التركيز على تعليم العاملين وتدريب المشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.
- 9- تخصيص يوم للتعريف بأهمية الخطأ الصفري أو شعار صناعة بلا عيوب.
- 10- تحديد أهداف التحسين وتشجيع الإبداع الفردي داخل كل قسم.
- 11- التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعال.
- 12- مكافأة الأفراد الذين قدموا جهوداً غير عادية في تطوير وتحسين الجودة.
- 13- تكوين مجالس للجودة، والتي تعمل على التنسيق والاتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة.
- 14- الاستمرار في عملية تحسين الجودة.

¹ John Oakland and Marton Marosszeky, Op-cit., P22.

² Mohamed Zairi, Total Quality Management for Engineers, First Edition, Wood head Publishing, Cambridge, England, 1991, P23.

³ Crosby .P.B , Op-cit., p 137-142

ويركز كروسبي على أربعة محاور أساسية، أطلق عليها اسم أسس الجودة les absolus de la qualité حيث تمثل ركائز عملية تحسين الجودة والتي يجب أن يفهمها كل العاملين في المنشأة، وهذه الأسس الأربعة هي:^{2,1}

1- الجودة تعني المطابقة مع المتطلبات: تحديد المتطلبات من مسؤولية الإدارة وكذلك أجهزة الاتصال ومدى فعاليتها. ويقول كروسبي إذا كانت الإدارة تريد من الأفراد " فعل صحيح من أول مرة " يجب أن توضح للجميع ما هي الجودة. بمعنى التزام جميع أفراد المنظمة بمطابقة السلعة أو الخدمة المقدمة مع المعايير الأساسية الموضوعية.

2- الجودة تأتي من الوقاية (التطعيم هو السبيل للوقاية من الأمراض): الأساس الأول كان حول فهم العملية التي تشارك مختلف العمليات في إنتاج السلعة والخدمة، أما الأساس الثاني حول كيفية تحديد وإزالة حدوث جميع احتمالات الخطأ. ويتم ذلك بوضع طرق وقائية في العملية الإنتاجية ومحاولة تجنب المشكلات قبل وقوعها والابتعاد عن التفتيش والمراقبة.

3- جودة الأداء المعياري هو صفر عيوب: وفق كروسبي فإنه ينبغي أن يكون معيار الأداء الشخصي لكل فرد في المنظمة هو مطابقة المتطلبات والذي يتحقق من خلال تغيير مواقفهم تجاه الجودة. بمعنى إيمان الإدارة وجميع أفراد المنظمة بإمكانية تحقيق مستوى صفر من العيوب.

4- قياس الجودة هو تكلفة عدم المطابقة: فتكلفة العيب أو الخطأ إذا ما تم إصلاحه لها تأثير إيجابي مباشر على الأداء النهائي وكذلك على علاقات العملاء. ويقدر كروسبي تكاليف الجودة بنسبة تتراوح بين 25 % و 40 % من إيرادات الشركات.

خامسا: نموذج كايزو إيشيكاوا Kaoru Ishikawa

إيشيكاوا من مواليد 1915م، وهو من أبرز رواد الجودة اليابانيين ومن المساهمين في تطوير مفاهيمها، حيث يطلق عليه أبو حلقات مراقبة الجودة التي تمثل إحدى أدوات الوصول إلى إدارة الجودة الشاملة³، ومن وجهة نظره فإن تطبيق حلقات مراقبة الجودة Quality control circles من أهم الوسائل التعليمية لنشر مفهوم الجودة بين العاملين. كما إن الجودة الشاملة تبدأ بشكل فعلي بعملية التدريب والتعليم وتنتهي أيضا بالتدريب والتعليم للموظفين.

وفي عام 1939م، تخرج إيشيكاوا من جامعة طوكيو تخصص كيمياء تطبيقية، وفي عام 1952م، حصل على "جائزة ديمنج" تكريماً له لإسهامه العلمي والعملي في تطوير مفهوم الجودة والطرق

¹ Mohamed Zairi, Total Quality Management for Engineers, Op-cit., P23.

² Harold Kerzner, Project management: a systems approach to planning scheduling and controlling, 10th Edition John Wiley & Sons, Inc, New York, 2009 P880.

³ Ralph Early, Op-cit., P208.

الإحصائية لتطبيقها. وتتجلى إسهاماته في كتابه " ما هي مراقبة الجودة الشاملة Total Quality Control "،¹ يمكن إيجاز أهم الأفكار التي قدمها إيشيكاوا على النحو التالي:

- 1- التحكم الشامل في الجودة على مستوى المنشأة: وترتكز هذه الفكرة على النقاط التالية:²
 - وضع الجودة في قائمة الأولويات والتركيز على الربحية على المدى الطويل.
 - يجب أن تركز سياسة الجودة في المنشأة على العميل في كل عمليات الإنتاج.
 - إقامة علاقات متينة بين العميل والمورد فيما يتعلق بجميع مستويات التعامل بالمنشأة.
 - استخدام الوسائل الإحصائية لمعالجة البيانات والمعلومات من أجل اتخاذ القرارات.
 - ضرورة الاهتمام بالجوانب الإنسانية والاجتماعية في المنشأة.
 - يجب أن يعنى بالجودة في جميع المستويات من الإدارة العليا إلى آخر مستوى.
 - إدماج حلقات الجودة في كل مستويات التنظيم بالمنشأة.

ويلاحظ أن مفهوم فكرة التحكم الشامل الذي قدمه إيشيكاوا سنة 1968م، اعتمد فيه كثيراً على مفهوم الرقابة الشاملة على الجودة الذي قدمه الأمريكي فيجنوم عام 1961م، حيث يركز على مساهمة جميع أنشطة المنشأة في تحقيق جودة المنتج النهائي، وليس فقط قسم الإنتاج. كما إن فيجنوم أغفل الجانب البشري في مفهومه وهو الجانب الذي ركز عليه إيشيكاوا، حيث نادى إيشيكاوا على ضرورة إشراك جميع الأقسام والعاملين بالمنشأة في إدارة الجودة.

2- حلقات الجودة: قام إيشيكاوا عام 1960م³، بابتكار حلقات الجودة في اليابان والتي عرفها بأنها " مجموعات صغيرة من العاملين يتراوح عددهم من 5 إلى 10 عمال، تقوم بصفة طوعية، تهتم بالتعرف على المشاكل التي يواجهونها في أعمالهم وإيجاد الحلول المناسبة لها، لتطوير الأداء وتحسينه، ومراعاة البعد الإنساني في العمل، وإبراز القدرات الإنسانية، واعتبار حلقات الجودة مكملة لمدخل إدارة الجودة الشاملة باستهدافها التحسين المستمر"⁴.

ومن الأهداف الأساسية لتطبيق حلقات الجودة:⁵

- العمل على تحسين مستوى الأداء للمنشأة ككل وتطويرها المستمر.
- جعل بيئة العمل أكثر جاذبية للأفراد، مما يشعرهم أن عملهم له قيمة.
- إبراز القدرات الإنسانية وتثمينها.

¹ Gopal K. Kanji, Total Quality Management, First published, Chapman & Hall, New York, 1995, P93.

² عبد الكريم يعي برويقات، مرجع سبق ذكره، ص 44.

³ Joseph Berk and Susan Berk., Quality management for the technology sector, Butterworth-Heinemann, United States of America, 2000, p70.

⁴ M. Joseph Gordon, Jr., Total Quality Process Control for Injection Molding, Second edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2010, P 69.

⁵ Elizabeth R. Ransom, Maulik S. Joshi, David B. Nash, and Scott B. Ransom, Op-cit., P 81.

3- فكرة مخطط السبب والنتيجة لإيشكاوا: في عام 1943م، قدم إيشكاوا فكرة مخطط عظمة السمكة أو ما يطلق عليها نموذج تحليل العلاقة بين السبب والنتيجة¹، فمن خلال هذا النموذج تستطيع الإدارة تحديد مشكلة معينة، ودراسة الأسباب الرئيسية والفرعية التي أدت إلى حدوث المشكلة، ثم بعد ذلك توجيه الجهود نحو معالجتها.

4- الأدوات الإحصائية السبع: استخدام إيشكاوا أساليب علمية وأدوات إحصائية في حل مشكلات الجودة أطلق عليها اسم الأدوات السبع²، ومن وجهة نظره فإن هذه الأدوات تساعد المنشأة في تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة. وقد استنتج إيشكاوا أن 95 % من المشكلات التي تعرضت لها المنشأة تم السيطرة عليها من خلال استخدام الأدوات السبع. والتي تتمثل في: تحليل باريتو، مخطط علاقة الأسباب بالنتيجة، المدرجات التكرارية، خرائط المراقبة، خرائط الانتشار، الخريطة الانسيابية، وقائمة الفحص.

سادسا: نموذج أرماند فيجنباوم Armand Feigenbaum

ولد Armand Feigenbaum عام 1922م، وتقلد عدة مناصب منها مدير العمليات الصناعية بشركة جنرال الكتريك موتورز (1958-1968)، ورئيس للجمعية الأمريكية للجودة (1961-1963)، فهو يعد من الرواد الأوائل الذين ساهموا بكتاباتهم في إدارة الجودة الشاملة.

فكان أول من استخدم مفهوم مراقبة الجودة الشاملة، وكان ذلك في إحدى المقالات التي قدمها في عام 1956م³، حيث عد هذا المفهوم نظاما يعمل على ربط تطوير الجودة بالصيانة وتحسين جميع أقسام المنشأة، والهدف الأساسي منه هو تقليل التكلفة من خلال إنتاج سلع وخدمات بأسعار اقتصادية وتوفيرها بصورة جيدة عند وبعد تقديمها للعملاء. وهو صاحب الفكرة المعروفة باسم " تكلفة الجودة " كوسيلة لتحديد الفوائد العائدة من تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التركيز على أهمية العلاقة المكتملة التي تربط بين الجودة والتكلفة.

وكان له دور كبير في حركة تحسين الجودة على مستوى العالم من خلال فكرته التي مفادها أن مسؤولية الجودة مسؤولية جماعية، بمعنى أن إدارة الإنتاج في المنشأة ليست الوحيدة المسؤولة عن جودة الأداء، بل إن جميع أنظمة الإدارات الأخرى تتحمل مسؤولية جودة المنتج، حيث من وجهة نظره فإنه لا يمكن تحقيق الجودة في مجال التصنيع مثلاً إذا كان تصميم المنتجات رديئاً، أو نظام توزيعها غير فعال، أو تسويقها غير سليم أو نظام دعمها ومساندتها في مواقع العميل غير مناسب.

¹ Charles Protzman, Joyce Kerpchar, and George Mayzell, Leveraging Lean in Ancillary Hospital Services, CRC Press, New York, 2015, P108.

² Carlos Noronha, The Theory of Culture-specific Total Quality Management: Quality management in Chinese regions, First Edition, Palgrave, New York, 2002, P21.

³ Tito Conti, Building total quality: a guide for management, 1st edition, Chapman & Hall, New York, 1993, P21.

ولقد وضع Feigenbaum جميع أفكاره في كتابه الذي ألفه في عام 1961م، والذي نشر بعنوان رقابة الجودة الشاملة Total quality control¹، وفي 1991م، عرف رقابة الجودة الشاملة على أنها "نظام فعال الذي يضمن تكامل تطوير والمحافظة على الجودة وجهود تحسين الجودة للجماعات المختلفة في منظمة ما، وذلك لجعل التسويق والهندسة والإنتاج والخدمات في أعلى المستويات الاقتصادية، لكي تحوز على الرضا التام للعملاء"². وقد خلص Feigenbaum إلى عشر نقاط تسهم في رفع مستوى الجودة، يمكن إيجازها في الآتي:³

- 1- جعل الجودة عملية واسعة النطاق تتبناها المنشأة.
- 2- أن تكون الجودة ما يريده ويتقبله الزبون.
- 3- أن تكون الجودة والتكلفة كلاً متكاملًا لا توجد بينهما التضارب.
- 4- توافر الحماس عند كل العاملين في المنشأة تجاه مسألة الجودة.
- 5- أن تكون الجودة أسلوبًا للإدارة.
- 6- أن تعتمد الجودة والإبداع كل منها على الآخر.
- 7- أن تكون الجودة عملية أخلاقية.
- 8- أن يكون هناك تطوير مستمر للجودة.
- 9- أن تكون الجودة أقل قدر من رأس المال وأعلى قدر من فعالية التكلفة في العملية الإنتاجية.
- 10- أن تطبق الجودة من خلال نظام شامل يرتبط بالزبائن والموردين.

سابعاً: نموذج مارتن ماري Martin Merry

قام مارتن بوضع نموذج لقياس الجودة في القطاع الصحي، من خلال استخدام المقاييس النوعية المبنية على ملاحظات وأدلة مادية سواء إدارية أو إكلينيكية، ويوفر هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية صورة واضحة عن:⁴

- ماهية التفوق الحقيقي في مجال الرعاية الصحية.
 - موقع المستشفى بالنسبة للوضع المثالي.
 - العمل اللازم لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التفوق في الرعاية الصحية.
- ويشير مارتن إلى وجود نوعين من المقاييس لتقييم جودة الأداء في المؤسسة الصحية تتمثل في:⁵

¹ Ralph Early, Op-cit., P209.

² Carlos Noronha, Op-cit., P18.

³ Ralph Early, Op-cit., P210.

⁴ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 178

⁵ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 178-179

- 1- المقاييس الموضوعية: تقوم هذه المقاييس على حقائق وأرقام واقعية، ولا تتدخل فيها آراء شخصية، مثل مقاييس: معدل حالات الوفيات في المستشفى أو نسبة الأطباء للمرضى.
- 2- المقاييس غير الموضوعية: تبنى على آراء شخصية ووجهات نظر فردية قد يتخللها بعض التحيز سواء كان تحيزاً جنسياً أو عنصرياً أو إقليمياً أو تحيزاً نتيجة الجهل بأبعاد المشكلة. ورغم أن هذه المقاييس المبنية على أساس أحاسيس وآراء المرضى حول الخدمات التي يتلقونها قد تبدو مؤشرات غير محسوسة لتقويم الجودة الفعلية، إلا أنها تشكل مصدر هام يزود الإدارة الصحية بالمعلومات التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الأرقام الفعلية.
- ولقياس جودة أداء الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، فإن إدارتها تقوم بإدراج جميع أنواع المقاييس سواء كانت كمية أو نوعية في قائمة، تكون بمثابة مؤشرات تساعد على الوصول إلى مستويات عالية من الأداء، والسعي إلى مرتبة عالية بين المؤسسات الصحية المماثلة.

ثامنا: نموذج جاكو JCAHO للجودة

في عام 1951م¹ تم تأسيس الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية JCAHO ومنذ بداية عملها اهتمت الهيئة المشتركة بعمليات تحسين الجودة كعملية التدقيق الطبي، وتقويم الرعاية الطبية. وفي الثمانينات ركز القائمون في الهيئة على عنصرين رئيسين هما: الهيكل التنظيمي للمنشأة والنشاط الداخلي في تأكيد الجودة ومساعدة المستشفيات في تطبيق أنشطة الجودة النوعية وكيفية مراقبة وتقويم الأداء.

كما قامت الهيئة المشتركة بتطوير نموذج للجودة يتكون من عشر نقاط هي²:

- 1- تحديد مسؤولية المراقبة والتقويم.
- 2- تحديد مجالات الخدمات الطبية المقدمة وأنواعها.
- 3- تحديد نوعية الخدمات الطبية الأكثر أهمية.
- 4- تحديد المؤشرات اللازمة لتقويم الخدمات الطبية المختارة.
- 5- وضع الحدود المعيارية للمساعدة في عملية التقويم.
- 6- على الفريق المسؤول جمع البيانات اللازمة وتحليلها.
- 7- تقويم الرعاية عندما يتم تحقيق الحدود المعيارية.
- 8- اتخاذ الإجراءات التصحيحية لحل المشكلة.
- 9- تقويم فعالية الإجراءات التصحيحية من قبل الفريق المسؤول.

¹ http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx. 15/02/2016.

² سعيد يس عامر، أثر نظام إدارة الجودة الشاملة على تقييم أداء العاملين بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة، بحث مقدم إلى مؤتمر الإدارة وتحديات التغيير، القاهرة، 2001، ص 473.

- 10- على الفريق المسؤول كتابة تقرير وإرسال نسخة منه للأقسام التي لها علاقة بالمشكلة القائمة. ولتطبيق هذا النموذج وضعت الهيئة أربعة معايير تساعد في ضبط عملية التحسين، هي¹:
- حجم المتضررين من الأنشطة الداخلية.
 - الأفراد الذين يواجهون المخاطرة.
 - المشكلات التي تظهر بشكل مستمرة ومن فترة لأخرى.
 - التكاليف.

تاسعا: نموذج تاجوشي Genich Taguchi

لقد حقق تاجوشي نجاحاً كبيراً في حركة الجودة في اليابان من خلال أفكاره ومفاهيمه حول فعالية الجودة في مرحلة التصميم حيث نادى إلى التركيز على جودة تصميم المنتج أو الخدمة بدل من التركيز على جودة العملية الإنتاجية. بالإضافة إلى تركيزه على استخدام الأساليب الإحصائية لضبط الجودة²، وتكريماً له على ما قدمه من أساليب متميزة في تحسين الجودة حصل تاجوشي على جائزة ديمنج في مجال الجودة في اليابان عام 1960م³.

ولقد اعتمد تاجوشي في تعريفه للجودة على مفهومين مهمين هما⁴:

1- دالة الخسارة ويقصد بها أن أي انحراف عن الهدف يعدُّ خسارة⁵. حيث يتم حساب تكاليف الانحراف من القيمة المستهدفة، علماً أن هذه التكاليف تقاس من الناحية الاجتماعية، فمثلاً إذا كان المنتج المعروض يتوافق مع توقعات المستهلكين فإن هذا يؤدي إلى انخفاض تكلفة الانحراف عن الهدف (رضا المستهلك)، وفي حالة عدم رضا المستهلك (عدم التوافق مع التوقعات) يؤدي ذلك إلى ارتفاع قيمة التكلفة الاجتماعية.

2- خصائص التصميم والتي تعني جعل نظام يساعد في تطوير المواصفات الخاصة بتصاميم العمليات والمنتجات. وكذلك تعني ربط حاجات الزبون بالتصميم والتصنيع⁶.

ويمكن إيجاز أهم النقاط التي أكد عليها تاجوشي في نموذج الجودة كالآتي⁷:

- أ- إن التصميم المتين والجيد للعملية والمنتج يسهم بشكل فاعل في جودة المنتج وتقليل التكاليف.
- ب- تتطلب عملية تحسين الجودة تخفيضاً مستمراً في الانحرافات الخاصة بأداء العملية أو المنتج.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 184

² Carlos Noronha, Op-cit., P23.

³ Mohamed Zairi, Total Quality Management for Engineers, Op-cit., P27.

⁴ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 192.

⁵ Dennis F. Kehoe, Op-cit., P60.

⁶ نجم عبود نجم، مرجع سبق ذكره، ص 41.

⁷ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 193

ج- استخدام الدراسات الإحصائية لتحديد المقاييس والمعايير الخاصة بالعملية والمنتج.
د- يمكن تخفيض انحراف الأداء عن طريق استخدام التأثيرات غير الخطية بين مقاييس العملية أو المنتج وخصائص أداء المنتج.

المطلب الثاني: أدوات إدارة الجودة الشاملة

تتنوع أدوات الجودة التي تستخدم بواسطة الأفراد وفرق العمل لتحسين جودة العمليات، فمنها ما يستخدم للتخطيط أو التحليل أو للبحث عن الأسباب الجذرية للأخطاء والعيوب في المنتج أو الخدمة، ومنها ما يستعمل لإيجاد الحلول المناسبة لمشاكل وعيوب العمليات الإنتاجية والخدمية، وعلى المسؤولين اختيار بعناية أداة الجودة المناسبة للغرض المطلوب وأن تطبق بدقة وحرفية حتى يتمكنوا من الحصول على النتائج المرغوبة وبمصداقية عالية.

وأمام هذا التنوع في الأدوات الإحصائية فإن أغلب الباحثين في مجال الجودة ركزوا على الأدوات السبع الأساسية لتحسين الجودة The Basic Seven Quality Tools لإيشيكافا Kaoru Ishikawa والمعروفة بالسبع الروائع The magnificent seven التي أثبتت كفايتها في الواقع العملي.

ويمكن التطرق إلى هذه الأدوات على النحو التالي:¹

1- مخطط باريتو (Pareto Chart): هو رسم بياني على شكل أعمدة يرتب الأسباب من حيث حجم تأثيرها في المشكلة محل الدراسة ترتيباً تنازلياً، وينسب إلى العالم الاقتصادي الإيطالي Pareto Vilfredo (1880)²، وترتكز فكرته على قاعدة 20/80 والتي مفادها أن 80 % من النتائج تعود إلى 20 % من الأسباب وبالتالي 80 % من الأسباب تؤدي إلى 20 % فقط من النتائج³، بمعنى أنه غالباً ما يكون هناك عدد محدود من الأسباب الأساسية (القلة الحيوية) ذات تأثير كبير في حدوث المشكلات، بينما إن بقية الأسباب الهامشية المتعددة الأخرى (الكثرة التافهة) لها نسبة تأثير ضئيلة في ظهور المشكلات، وتتمثل أهمية استخدام مخطط باريتو في:

- طريقة سهلة ومفيدة في التعرف على الأسباب الأساسية للمشكلات للتعامل معها.

- إحداث التحسينات في كافة الأنشطة، والتقليل من التكاليف.

- المساعدة في اتخاذ القرارات المناسبة.

2- مخطط السبب والنتيجة (Cause and Effect Diagram): طور هذا المخطط من طرف العالم

الياباني كايرو ايشكاوا في بداية 1950م، وهو ما يعرف باسم مخطط هيكل السمكة Fishbone

¹ Thomas Friedli, Prabir Basu, Daniel Bellm, Jurgen Werani, Leading Pharmaceutical Operational Excellence: Outstanding Practices and Cases, Springer Heidelberg, New York, 2013, P287-

² Elizabeth R. Ransom, Maulik S. Joshi, David B. Nash, and Scott B. Ransom, Op-cit., P 75.

³ Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright., Principles of Service Marketing and Management, 2nd Edition, Prentice Hill, 1999, P271.

Diagram، والذي يستخدم لتوضيح الأسباب المختلفة لحدوث مشكلة ما، والعلاقة بين الأسباب والنتائج. ولرسم مخطط عظم السمكة لا بد من اتباع الخطوات التالية:¹

- استنباط وجمع الأسباب الداعية لحدوث المشكلة.

- تحديد المشكلة المراد حلها بشكل دقيق وواضح، ثم كتابتها في رأس السمكة.

- تسجيل الأسباب الرئيسة للمشكلة وإذا صعب ذلك تكتب العناصر العامة الرئيسة لأي عملية

وهي: الإدارة (Management)، العاملون (Manpower)، المكينات (Machines)، الطرق (Methods)،

المواد (Materials)، القياسات (Measurements)، البيئة (Milieu).

- تسجيل جميع الأسباب الفرعية لكل سبب رئيس دون استبعاد، أو تقييم أي سبب في هذه

المرحلة.

- تحليل جميع الأسباب وتصنيفها باستعمال الطرق العلمية والوسائل الإحصائية، التي تمكن من

الوقوف على الأسباب الحقيقية للمشكلة المطروحة، وبالتالي اتخاذ القرارات المناسبة والإجراءات

التصحيحية اللازمة.

3- خريطة التدفق (Flow Chart): هي تمثيل بياني يستعمل رموز وأشكال معين، لوصف تصويري

للخطوات أو المراحل التي تمر بها العملية أو نشاط في الواقع، حيث توضح هذا الخريطة جميع

مكونات العملية ومراحلها المتعددة وسير العمل من البداية إلى النهاية.

تساعد هذه الخريطة في تيسير فهم العمليات المعقدة وتحديد مدى ترابطها واعتمادها على

بعضها البعض، وإظهار مواطن الخلل والتكرار، وتوضيح الصورة أمام العاملين وخاصة الجدد

منهم، والوصول إلى طرق عمل موحدة، وتحديد الأماكن التي تستفيد من برامج التطوير والتحسين

المستمر². وتوفر خرائط التدفق توثيقاً جيداً للعمليات في نظم إدارة الجودة بدل من طرق أخرى

قد تحتاج إلى زمن أطول كوضع الإجراءات لكل نشاط أو لكل عملية.

4- مخططات التشتت أو التبثر (Scatter Diagram): يوضح الرسم البياني الانتشاري طبيعة العلاقة

بين متغيرين، أحدهما يطلق عليه المتغير المستقل والثاني المتغير التابع، ويعد هذا المخطط من أسهل

الأدوات السبع والأكثر فائدة في تحديد درجة الارتباط بين المتغيرين. ومن إيجابيات مخططات

التشتت تقليص نفقات والوقت اللازم لأجراء الفحص والاختيار، والقيام بضبط العمليات الفعالة

على أساس النتائج المتحققة بين المتغيرين، وإيجاد المستوى الأمثل من العوامل المقيمة في ضوء

العلاقة بين المتغيرين كالعلاقة بين الجودة وخصائص المخرجات.

¹ Hamilton Nana, Améliorer la qualité des services : Avec la Gestion des Problèmes ITIL, Eyrolles, Paris, 2009, P98, 99.

² Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright., Principles of Service Marketing and Management, Op-cit., P270.

5- قائمة الفحص (Check Sheet): قائمة الفحص هي نماذج جاهزة على شكل جداول، سهلة الفهم وبسيطة تدون فيها المعلومات الضرورية المتعلقة بالمشكلة المدروسة. وتعد من الأساليب الأساسية لنظام الجودة الشاملة حيث تساعد على الإجابة على السؤال التالي: كم عدد مرات حدوث ظاهرة معينة خلال فترة زمنية محددة؟.

ويستخدم هذا الأسلوب في جمع البيانات على شكل أرقام أو أحداث أو صفات بصورة محددة وثابتة، وتنظيمها وفق تصنيفات معينة تسهل عملية التحليل. كما تعطي قائم الفحص صورة واضحة عن مواقع الخلل في الأنشطة ومدى تكراره، ووقت حدوثه. ويتم تصميم هذه القائمة حسب ما يريد المستخدم معرفته من جمع البيانات، وهي أداة تساعد المستخدم على اتخاذ قرارات مبنية على موضوعية.

6- خريطة الرقابة (Control Chart): وهي عبارة عن رسوم أو خرائط بيانية ترسم على ثلاثة خطوط تمثل الحدود المسموح بها لعدد الوحدات المعيبة، يمثل الأول الحد الأعلى والثاني الحد الأدنى والثالث الخط المركزي والذي يمثل أنسب مستوى يمكن الوصول إليه¹.

إن الهدف من خرائط المراقبة على العمليات هو معرفة مدى كون هذه العمليات تحت السيطرة أم لا، فهي تبين تطور ظاهرة ممكنة القياس خلال فترة زمنية معينة والكشف عن الانحرافات بالنسبة عن الخط المركزي، والتي تمثل التباين بين المواصفات والنتائج المحققة وبالتالي أخذ الإجراءات التصحيحية الضرورية.

7- المدرج التكراري (Histogram): يعد المدرج التكراري تصويراً مرئياً لانتشار البيانات وتوزيعها، وهو يعكس ملخصاً للنتائج المقاسة طوال مدة العمل للمتغير المدروس، وهو يسهل معرفة مركز وانتشار البيانات، وتحديد الانحرافات عن الوضع الطبيعي أو التوزيع المتوقع.

المطلب الثالث: جوائز التميز في الجودة

تعد الجوائز الدولية الشهيرة نماذج تعتمد عليها الدول في إعداد جوائزها الوطنية، حيث تتضمن معظم الجوائز المحلية مجموعة معايير لتقييم جودة أداء المنظمات تكون متقاربة إلى حد كبير مع معايير الجودة في جوائز التميز الدولية، وهناك بعض الاختلافات القليلة تكون في التركيز على نقاط خاصة تبع إلى طبيعة بلد الجائزة.

وتهدف الدول من تخصيص جوائز وطنية للتميز في الجودة إلى²:

- نشر ثقافة الجودة والتميز في أداء الأعمال.

¹ Marco Gobetto, Operations Management in Automotive Industries, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, 2014, P191.

² Gopal K. Kanji, Measuring Business Excellence, First published, Routledge, New York, 2002, P 57.

- تحفيز الشركات والمؤسسات لتطوير عملياتها وأدائها ونتائجها.
- نشر التجارب الناجحة للشركات المتميزة الحاصلة على الجائزة.
- الاعتراف بأهمية ومكانة التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة.
- زيادة وعي المجتمعات بإدارة الجودة الشاملة وأهميتها في تعزيز القدرة التنافسية.
- وتمثل الفوائد التي تستفيد منها المؤسسات المتقدمة للحصول على جائزة الجودة في الآتي:
- تقويم أداء عملياتها ونتائجها مقارنة بعناصر ومعايير الجائزة.
- التعرف على الفجوة بين واقع المؤسسة ومعايير الجائزة.
- وضع الخطط التصحيحية لإزالة هذه الفجوة والوصول إلى تميز في إدارة الجودة.
- كما تستفيد المؤسسة الفائزة بالجائزة على فوائد إعلامية ودعائية وتاريخية لا تقدر بثمن، ومكانة بارزة ضمن المؤسسات المتميزة.
- وفي جميع الدول التي تقدم جوائز وطنية تكون خطوات العمل فيها شبه متطابقة لاختيار المؤسسات الفائزة بالجائزة وهذه خطوات هي:
- تنشر هيئة الجائزة معايير الجائزة للجميع سنوياً مع تحديد مواعيد التقديم، وتطلب من المؤسسات بتقديم تقويم ذاتي لنظامها الإداري وأنشطتها موثقة بحسب معايير الجائزة المنشورة.
- تقدم المؤسسة الراغبة في المشاركة للحصول على الجائزة تقويماً ذاتياً تفصيلياً عن أنشطتها ونظامها الإداري ومدى مطابقته لمعايير الجائزة.
- تتسلم المؤسسة تقريراً فنياً من هيئة الجائزة عن نقاط القوة والضعف في نظامها لإدارة الجودة بحسب التقويم الذاتي المقدم من المؤسسة.
- تعلن هيئة الجائزة المؤسسات المؤهلة لزيارات فرق التقويم الميدانية.
- يقوم المقومين بزيارة هذه المؤسسات ميدانياً والتحقق من مطابقتها للمعلومات المقدمة.
- تقدم فرق التقويم تقاريرها الفنية وتقويمها لهيئة الجائزة التي تشكل لجنة من المحكمين لمراجعة التقارير الفنية والتقويمات لجميع المؤسسات، ثم تحدد المؤسسات الفائزة بالجائزة.
- ويمكن التطرق إلى الجوائز الدولية الشهيرة على النحو الآتي:

أولاً: جائزة ديمينج Deming Prize

كانت اليابان الدولة الأولى التي تأسست فيها أول جائزة لتميز في الجودة، ففي عام 1951م قام اتحاد العلماء والمهندسين في اليابان (JUSE)¹، بدعوة العالم الأمريكي ديمينج لإلقاء محاضرات عن الجودة والأساليب الإحصائية، واعترفاً بالجهود التي قدمها ديمينج في تطوير الصناعة اليابانية اقترح

¹ Jens J. Dahlgaard, Kai Kristensen and Gopal K. Kanji, Op-cit., P20.

رئيس الاتحاد إنشاء جائزة تحمل اسم ديمينج DEMING، وهي تمنح للمنظمات التي تحقق مؤشرات عالمية في مجال الجودة. وتمنح جائزة ديمينج إلى فئات التالية:¹

1- جائزة ديمينج للأفراد: وتمنح للأفراد أو المجموعات الذين قدموا مساهمات بارزة في دراسة ونشر مفاهيم وتطبيقات إدارة الجودة الشاملة.

2- جائزة ديمينج للخدمة المتميزة في نشر وترويج خارج اليابان: وتقدم للأفراد الذين يزاولون أعمالهم في الخارج والتي تقدم إسهامات بارزة في نشر وترويج لإدارة الجودة الشاملة.

3- جائزة ديمينج للتطبيقات أصبحت جائزة ديمينج في سنة 2012 للمنظمات مثل: الشركات، والمعاهد، وأقسام المنظمات، وحدات الأعمال التشغيلية وهي تقدم إلى المنظمات التي طبقت الإدارة الجودة الشاملة التي تتوافق مع فلسفتها الإدارية، من حيث مجال، ونوع، وحجم الأعمال التي تزاولها وكذلك بيئتها الإدارية.

4- جائزة ديمينج الكبرى للمنظمات التي حازت على جائزة ديمينج أو جائزة ديمينج الكبرى: وتقدم للمنظمات التي حافظت وعززت مستوى إدارة الجودة الشاملة لأكثر من ثلاثة سنوات من فوزها بجائزة ديمينج.

وتتضمن جائزة ديمينج عشرة معايير تتمثل في الآتي:^{2,3}

1- السياسات:

- سياسات الجودة ومراقبة الجودة ومكانتها في إدارة الأعمال.
- وضوح السياسات (الأهداف والإجراءات الأولية).
- طرق وعمليات وضع السياسات.
- العلاقة بين السياسات والخطط الطويلة والقصيرة الأجل.
- نشر السياسات ومتابعة السياسات أثناء تنفيذها.
- المدراء التنفيذيين والمديرين في القيادة.

2- التنظيم:

- ملائمة الهيكل التنظيمي لمراقبة الجودة ومستوى مشاركة الموظفين.
- وضوح السلطة والمسؤولية.
- درجة التنسيق ما بين الأقسام.
- وضعية أنشطة اللجان وفرق المشروع.

¹ http://www.juse.or.jp/deming_en/award/02.html /22/01/2016.

² L. J. Porter and S. J. Tanner, Assessing Business Excellence, Second edition, Butterworth-Heinemann, Oxford, 2004, P202-204.

³ Mohamed Zairi, Measuring Performance for Business Results, Chapman & Hall, Oxford, London, 1994, P76.

- وضعية أنشطة الأفراد.

- العلاقات مع الشركات المرتبطة بها.

3- المعلومات:

- ملائمة جمع وتوصيل المعلومات الخارجية.

- ملائمة جمع وتوصيل المعلومات الداخلية.

- وضعية تطبيق التقنيات الإحصائية في تحليل المعطيات.

- ملائمة الاحتفاظ بالمعلومات.

- كيفية استخدام المعلومات.

- مدى استخدام الحاسوب في معالجة المعلومات.

4- المعايير:

- ملائمة نظام المعايير.

- إجراءات إعداد، ومرجعة، وإلغاء المعايير.

- الأداء الفعلي في إعداد، ومرجعة، وإلغاء المعايير.

- محتوى المعايير.

- مدى استخدام والالتزام بالمعايير.

- وضعية الاستخدام المنتظم للتكنولوجيات على مدى الحياة.

5- تطوير واستخدام الموارد البشرية:

- خطط التعليم والتدريب ونتائجها.

- درجة وعي العاملين للجودة ومهام الإدارة وفهم مراقبة الجودة.

- وضعية دعم وتحفيز الأفراد على التطوير والإنجاز.

- وضعية تطوير حلقات الجودة ومقترحات التحسين.

- وضعية دعم تنمية الموارد البشرية عند المؤسسات الشريكة.

6- أنشطة ضمان الجودة:

- وضعية إدارة نظام ضمان الجودة.

- وضعية تشخيص مراقبة الجودة.

- وضعية المنتجات الجديدة وتطوير التكنولوجيا.

- وضعية عمليات التحكم.

- وضعية تحليل وتحسين العمليات.

- وضعية تفتيش وتقييم وتدقيق الجودة.
 - وضعية إدارة معدات الإنتاج وأدوات القياس والموردين.
 - وضعية التخزين والنقل والبيع وأنشطة الخدمة.
 - معلومات عن رضا الزبون.
 - وضعية ضمان الاعتمادية والأمان في الاستعمال، والمسؤولية على المنتج وحماية البيئة.
- 7- أنشطة التحكم:
- دورة PDCA.
 - أساليب تحديد عناصر التحكم ومستوياتها.
 - وضعية اتخاذ التدابير المؤقتة والدائمة.
 - حالات التحكم الداخلي.
 - وضعية الأنظمة التشغيلية للتكاليف والكميات والتسليم.
 - علاقة نظام ضمان الجودة بإدارة الأنظمة التشغيلية الأخرى.
- 8- أنشطة التحسين:
- أساليب تحديد المشاكل الهامة والمواضيع ذات أولوية.
 - الربط بين الأساليب التحليلية والتكنولوجية.
 - وضعية استخدام الأساليب الإحصائية للتحليل.
 - استخدام نتائج التحليل.
 - وضعية تأكيد نتائج التحسين وتحويلها إلى أنشطة التحكم.
 - مساهمة أنشطة حلقات الجودة.
- 9- النتائج:
- النتائج الملموسة (كالجودة والتسليم والتكلفة والربح والسلامة والبيئة).
 - النتائج غير الملموسة.
 - أساليب قياس النتائج.
 - رضا الزبون والعاملين.
 - الأثر على الشركات المرتبطة بها.
 - الأثر على المجتمع محليا ودوليا.
- 10- الخطط المستقبلية:
- وضعية استيعاب وفهم الظروف القائمة.

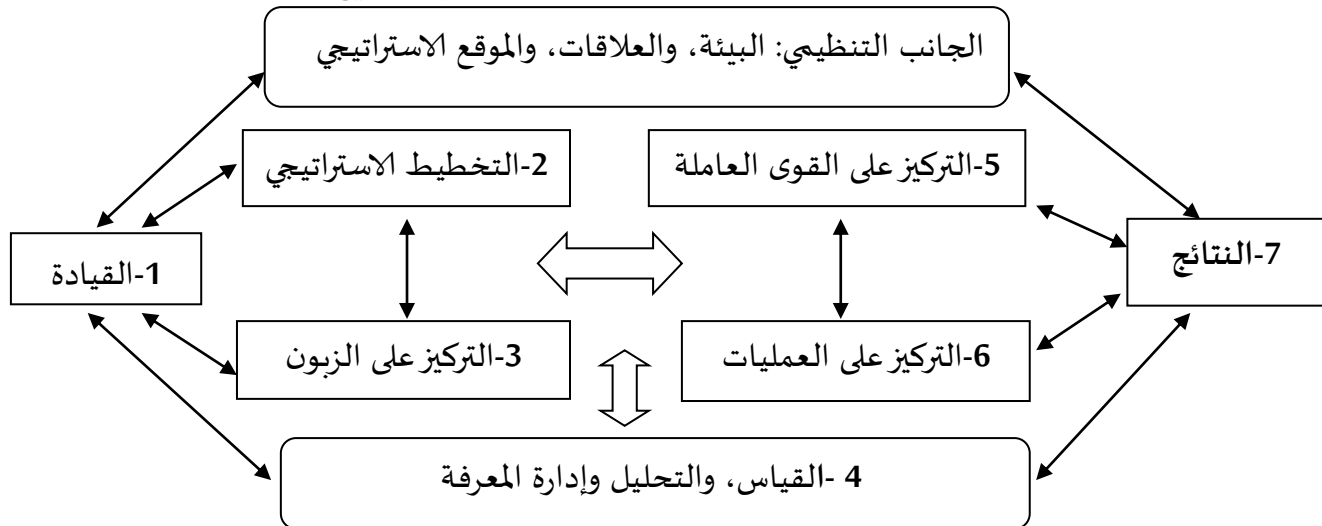
- الخطط المستقبلية لمشاكل التحسين.
- تقدير التغيرات في البيئة الاجتماعية ومتطلبات الزبائن والخطط المستقبلية المناسبة لها.
- العلاقة بين فلسفة الإدارة والرؤية والخطط الطويلة الأجل.
- استمرارية أنشطة مراقبة الجودة.
- الواقعية في الخطط المستقبلية.

ثانياً: جائزة مالكولم بالدريج Malcolm Baldrige Prize

هي جائزة سنوية للمؤسسات المتميزة في إدارة الجودة يقدمها الرئيس الأمريكي للمؤسسات الأمريكية المتقدمة للمنافسة على الجائزة عند تحقيقها معايير التميز في الجودة المطلوبة للجائزة، تأسست في 20 أوت سنة 1987م¹، وسميت باسم وزير التجارة الأمريكي Malcolm Baldrige الذي توفي في نفس العام².

وتعد هذه الجائزة أهم وأرقى جائزة في وزارة التجارة الأمريكية، وتمنح سنوياً في ستة قطاعات مختلفة هي: التصنيع، والخدمات، والأعمال الصغيرة، والتعليم، والرعاية الصحية، والمنظمات غير الربحية³. والغرض منها تشجيع وتكريم المؤسسات التي أظهرت التزاماً كبيراً في تحسين الجودة، والعمل على نشر تجاربها الناجحة حتى يمكن الاستفادة منها. ويتولى المعهد الوطني للمواصفات والتكنولوجيا الأمريكي إدارة برنامج الجائزة، وتقييم المؤسسات وفق سبعة أبعاد رئيسية، وهذه الأبعاد موضحة في الشكل الآتي:

الشكل (2، 2): أبعاد جائزة مالكولم بالدريج



Source: Mark graham brown, Op-cit., P 28.

¹ Gopal K. Kanji, Measuring Business Excellence, Op-cit., P 58.

² L. J. Porter and S. J. Tanner, Op-cit., P90.

³ Mark graham brown, Baldrige Award Winning Quality: How to Interpret the Baldrige Criteria for Performance Excellence, 18 edition, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York, 2014, P 05.

وفيما يلي أبعاد وعناصر جائزة مالكولم بالدريج وقيمة التنقيط لكل عنصر:¹
1.0- القيادة:

- 1.1- القيادة العليا. 70 نقطة
- 1.2- الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية. 50 نقطة
- 2.0- التخطيط الاستراتيجي:
- 2.1- تطوير الاستراتيجية. 40 نقطة
- 2.2- نشر الاستراتيجية. 45 نقطة
- 3.0- التركيز على الزبون:
- 3.1- صوت الزبون (الحاجات والرغبات). 45 نقطة
- 3.2- إشراك الزبون. 40 نقطة
- 4.0- القياس، التحليل، وإدارة المعرفة:
- 4.1- قياس وتحليل، وتحسين أداء المنظمة. 45 نقطة
- 4.2- إدارة المعلومات والمعرفة، وتكنولوجيا المعلومات. 45 نقطة
- 5.0- التركيز على القوى العاملة:
- 5.1- بيئة العمل. 40 نقطة
- 5.2- مشاركة القوى العاملة. 45 نقطة
- 6.0- التركيز على العمليات:
- 6.1- إجراءات العمل. 45 نقطة
- 6.2- الفعالية التشغيلية. 40 نقطة
- 7.0- النتائج:
- 7.1- نتائج المنتج والعمليات. 120 نقطة
- 7.2- نتائج التركيز على الزبون. 85 نقطة
- 7.3- نتائج التركيز على القوى العاملة. 85 نقطة
- 7.4- نتائج الحوكمة والقيادة. 85 نقطة
- 7.5- نتائج المالية والسوق. 80 نقطة

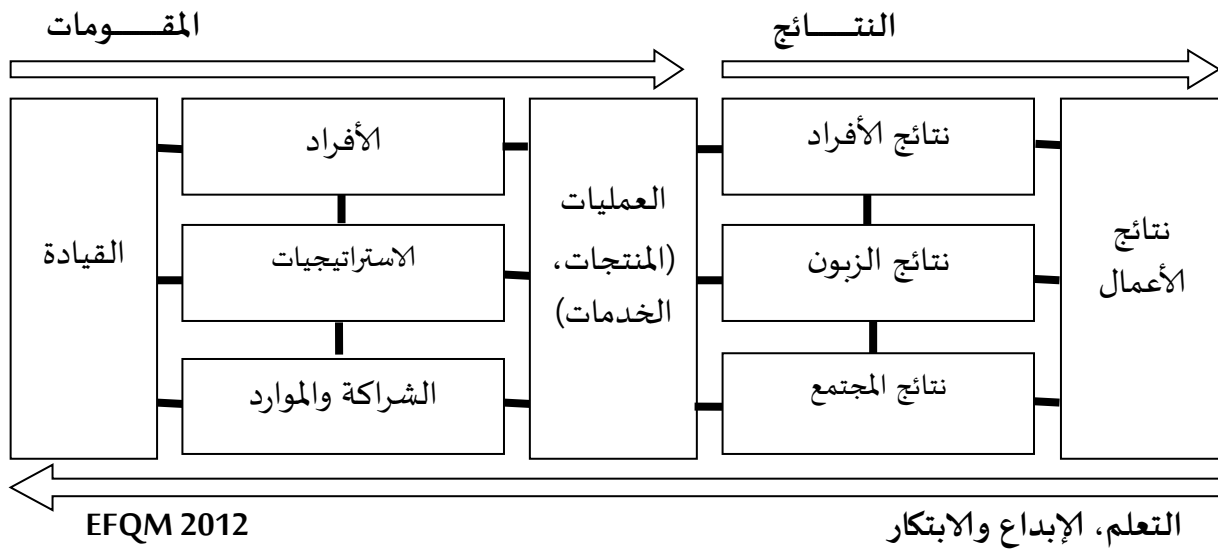
¹ Criteria for Performance Excellence, Baldrige Performance Excellence Program, National Institute of standards and Technology (NIST) , United States Department of Commerce,2013-2014, Gaithersburg ,P54,55.

ثالثاً: جائزة الجودة الأوروبية European Quality Award

في 15 سبتمبر 1988م¹، قام الرؤساء التنفيذيين للأربعة عشر شركة رائدة من الشركات الأوروبية بتشكيل المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM) بهدف تعزيز المكانة التنافسية للشركات الأوروبية في السوق العالمية. وفي سنة 1991م² قامت المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، بتأسيس الجائزة الأوروبية للجودة لغرض تشجيع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الأوروبية ولرفع قدرتها التنافسية، وقد قدمت أول جائزة في عام 1992م³. وقد تم صياغة نموذج هذه الجائزة بالتعاون مع ثلاث جهات أوروبية ساهمت في ذلك وهي: ممثل المجموعة الأوروبية، المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة، المنظمة الأوروبية للجودة.

وتتولى المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة إدارة برنامج الجائزة، وتخضع عمليات التقييم بناءات على تسعة أبعاد أساسية تتفاعل مع بعضها البعض، وقسمت هذه الأبعاد إلى مجموعتين: الأولى تسمى المقومات المساعدة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتضم خمسة أبعاد، أما المجموعة الثانية هي مجموعة النتائج المتوقعة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي تبين كيفية قياس المنظمة لأدائها، والشكل الموالي يوضح جميع الأبعاد المعتمدة في الجائزة الأوروبية.

الشكل (2، 3): أبعاد الجائزة الأوروبية للجودة



Source: EFQM Framework for Innovation Agencies, 2012, p33.

<https://ec.europa.eu/easme/sites/easme-site/files/Paper-EFQM-framework-Innovation-Agencies.pdf>
26/012016.

ويمكن ذكر أبعاد وعناصر الجائزة الأوروبية على النحو التالي:⁴

¹ L. J. Porter and S. J. Tanner, Op-cit., P151.

² Mohamed Zairi, Measuring Performance for Business Results, Op-cit., P87.

³ Klaus J. Zink, Total quality management as a holistic management concept: the European model for business excellence, 1st edition, Springer-Verlag Berlin· Heidelberg, 1998, P41.

⁴ EFQM Framework for Innovation Agencies, 2012, Op-cit., PP 9-22.

● معايير المقومات.

1- القيادة:

- تطوير الرؤية، الرسالة، القيم والأخلاق، وأن تكون المنظمة نموذج يحتذى به.
- التحديد، الرصد، المراجعة ودفع نحو تحسين نظام والأداء إدارة المنظمة.
- المشاركة مع جميع الأطراف المتعاملة مع المنظمة.
- تعزيز ثقافة التميز مع أفراد المنظمة.
- التأكد من مرونة المنظمة وأن الإدارة نحو التغيير الفعال.

2- الاستراتيجية:

- تقوم الاستراتيجية على أساس فهم حاجات وتطلعات كل الأطراف المتعاملة مع المنظمة.
- تقوم الاستراتيجية على أساس فهم الأداء والقدرات الداخلية للمنظمة.
- إعداد ومراجعة وتحديث السياسة والاستراتيجية.
- شرح وتنفيذ ومراقبة السياسة والاستراتيجية.

3- الأفراد:

- تخطيط وتنمية الأفراد في المنظمة.
- تطوير معارف وقدرات الأفراد.
- مشاركة الأفراد مع السلطة في اتخاذ القرارات.
- التواصل الأفراد بشكل فعال في جميع مستويات المنظمة.
- مكافأة وتقدير جهود وإنجازات الأفراد.

4- الموارد والشراكة:

- إدارة الموارد والشركاء بما يحقق المنفعة المستدامة.
- إدارة الموارد المالية لضمان النجاح المستدام.
- إدارة المباني والمعدات، والمواد والموارد الطبيعية بطريقة مستدامة.
- إدارة التكنولوجيا لدعم نشر الاستراتيجية.
- إدارة المعلومات والمعرفة لدعم صنع القرار الفعال وبناء القدرة التنظيمية.

5- العمليات:

- تصميم وإدارة العمليات من أجل تعظيم قيمة إضافية للأطراف المتعاملة.
- تطوير المنتجات والخدمات لخلق القيمة المثلى للزبائن.
- التسويق والترويج الفعال للمنتجات والخدمات.

- إنتاج وتسليم المنتجات والخدمات، وإدارتها.
- إدارة وتعزيز العلاقة مع الزبون.

● معايير النتائج.

1- نتائج الزبون:

- قياس توقعات الزبون حول المنظمة.
- مؤشرات الأداء حول ما حققته المنظمة لزبون.

2- نتائج الأفراد:

- قياس توقعات الأفراد حول المنظمة.
- مؤشرات الأداء حول ما تحقق للأفراد.

3- نتائج المجتمع:

- قياس توقعات المجتمع حول المنظمة.
- مؤشرات أداء المنظمة حول مساهمتها في المجتمع.

4- نتائج الأداء:

- النتائج الاستراتيجية الرئيسية.
- المؤشرات الأداء الرئيسية.

رابعاً: جائزة الجودة الجزائرية

اقتداء بالدول المتطورة، قامت الجزائر بإنشاء الجائزة الجزائرية للجودة في مارس 2000 ولم يتم الإعلان عنها إلا سنة 2003 من قبل وزارة الصناعة¹، بمرسوم تنفيذي رقم 02-05 الصادرة في 22 شوال عام 1422 هـ الموافق لـ 6 يناير 2002م، تتألف هذه الجائزة من مسابقة مفتوحة للمؤسسات والأجهزة الحكومية التي تنشط بالجزائر، ويتم تسيير هذه الجائزة من قبل وزارة الصناعة التي وضعت الجائزة تحت إشرافها، حيث تمنح الجائزة في شكل مكافأة مالية مليونين دينار جزائري، وشهادة شرف وهدية شرفية².

وتعد جائزة الجزائر للجودة بمثابة مرجع لكل المنظمات، والتي تشمل المؤسسات الصناعية، والتجارية، والخدمات العامة المسوقة والإدارة العامة والخدمات غير المسوقة، وكذلك المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الحجم أو المؤسسات كبيرة الحجم. واتباع مسار عمليات جائزة الجودة يعد

¹ Ministère de l'Industrie et des Mines, Direction générale de la compétitivité industrielle, Division de la Qualité et de la sécurité industrielle, Le prix algérien de la qualité, objectifs conditions de participation et questionnaire, Edition 2015, P02.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 02، المرسوم التنفيذي رقم 02-05 المؤرخ في 22 شوال عام 1422 الموافق لـ 6 جانفي 2002 ص 08-07.

دليل مرجعي، يتيح لجميع المنظمات إمكانية تحديد وبدقة نقاط القوة ومحاور تحسين عمليات الجودة. كما أن النتائج الجيدة التي تحققت في جميع أنشطة المنظمات هي بفضل تطبيق الجودة.

1- المشاركة في هذه الجائزة تعني:¹

- تقييم أسلوب الجودة من قبل مجموعة من خبراء الجودة.
- المنافسة من أجل الحصول على هذه الجائزة التي تضمن الاعتراف وتعزيز عملية التحسين في مجال الجودة.

- تحفيز وإشراك جميع العاملين في مشروع الجودة.

- تعزيز صورة علامة المنظمة من خلال جائزة الجودة.

- التعرف على الجهود المبذولة من قبل المنظمات والمعاهد في البحث عن الجودة.

- إثبات مستوى متطلبات الجودة لزيائن المنظمة.

2- عناصر جائزة الجودة الجزائرية: تضم جائزة الجودة الجزائرية تسعة فصول مجموع نقاطها 1000 نقطة كما يبين الجدول الموالي، وعدد النقاط في كل فصل تختلف وفقا لأهميتها النسبية في نجاح جودة المشروع.

الجدول (2، 1): تقييم عناصر جائزة الجودة الجزائرية

الفصل الأول	التزام الإدارة	120 نقطة
الفصل الثاني	الاستراتيجية والأهداف	90 نقطة
الفصل الثالث	إدارة الموظفين	100 نقطة
الفصل الرابع	إدارة الموارد	80 نقطة
الفصل الخامس	إدارة عملية	260 نقطة
الفصل السادس	رضا الزبائن	120 نقطة
الفصل السابع	رضا الموظفين	80 نقطة
الفصل الثامن	التكامل مع المجتمع	60 نقطة
الفصل التاسع	النتائج	90 نقطة
المجموع		1000 نقطة

Source : Ministère de l'Industrie et des Mines, Direction générale de la compétitivité industrielle, Division de la Qualité et de la sécurité industrielle, Le prix algérien de la qualité, objectifs conditions de participation et questionnaire, Edition 2015, P19.

¹ Ministère de l'Industrie et des Mines, Direction générale de la compétitivité industrielle, Division de la Qualité et de la sécurité industrielle, Le prix algérien de la qualité, objectifs conditions de participation et questionnaire, Edition 2015, P03.

المبحث الثاني: المواصفات القياسية الدولية أيزو 9000.

المطلب الأول: مفهوم مواصفات أيزو 9000

أولاً: الخلفية التاريخية لمواصفات أيزو 9000

ترجع فكرة توحيد مقاييس عالمية إلى سنة 1906م¹، عندما تأسست اللجنة الإلكترونية تقنية الدولية International Electrotechnical Commission (IEC)، التي أنشئت معايير دولية في مجال الصناعات الإلكترونية والكهربائية والتكنولوجيات المتعلقة بها، وفي عام 1926م²، ظهرت الفدرالية العالمية للجمعيات الوطنية للتقييس، وبعد الحرب العالمية الثانية عقد مؤتمر لندن عام 1946م والذي ضم أعضاء من 25 دول، ونتج عن مداوات هذا الاجتماع قرار إنشاء المنظمة الدولية للتقييس (ISO)، والتي باشرت أعمالها رسمياً سنة 1947م³. وكلمة أيزو مشتقة من الحروف الأولى لاسم المنظمة الدولية للتقييس International Organization Standardization، وبسبب العديد من الاختصارات للمنظمة الدولية للمواصفات القياسية حسب اللغات الوطنية، أعتد الرمز ISO المشتق من الكلمة اليونانية ISOS⁴ والتي تعني التساوي في كل الدول وفي كل اللغات.

والمنظمة العالمية للتقييس هي منظمة غير حكومية تتمتع بالصفة الاستشارية في المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع لهيئة الأمم المتحدة، ومقرها مدينة جنيف بسويسرا، تتكون عضويتها من هيئات المواصفات والمقاييس الوطنية في 162 دولة⁵، وينحصر عملها في إصدار المواصفات القياسية للمنتجات والمواد والعمليات، أنظمة إدارة الجودة أيزو 9000، وأنظمة إدارة البيئة أيزو 14000، وقد أصدرت المنظمة منذ إنشائها وحتى الآن أكثر من 19000 مواصفة عالمية⁶.

ويمكن استعراض أهم التواريخ لمواصفات أنظمة إدارة الجودة على النحو التالي:^{7,8}

- في عام 1959م⁹، ونتيجة للتطور الكبير في صناعات العسكرية وزيادة الاهتمام بضمان جودة هذه المنتجات، أصدرت المواصفة العسكرية الأمريكية MIL-Q-9858 كبرنامج لإدارة الجودة، وعدلت بعد أربع سنوات لتصبح MIL-Q-9857، وقد استخدمت لأغراض الصناعة العسكرية لحلف شمال الأطلسي (NATO).

¹ Jérôme Lerat-Pytlak, Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale, Thèse de doctorat en Science Gestion, Université des sciences sociales, TOULOUSE, France, 2002, P 73.

² Ibid., P 73.

³ <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016

⁴ <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016

⁵ <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016

⁶ <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016

⁷ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 116-117.

⁸ محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة والبيئة ISO 9000 - ISO 14000، داروائل، عمان، الأردن، 2002، ص 35-36.

⁹ Elisabeth Lefranc, Management de l'expérience client Au-delà des enquêtes satisfaction : la mesure de l'expérience vécue, Thèse de doctorat en Science Gestion, ÉCOLE DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE, France, 2013, P48.

- في عام 1968م، تم إدماج مواصفات الدفاع وهي إجراءات للجودة يلتزم بها صناع المعدات الحربية، فيما أطلق عليه مواصفات الحلفاء للجودة (AQAP Allied Quality Assurance Publications).
- في عام 1970م، أصدرت وزارة الدفاع البريطانية المواصفة العسكرية لضمان جودة التجهيزات العسكرية الموردة للجيش DEF-STAN:05-08، وهي نسخة من مواصفات الحلفاء AQAP.
- في سنة 1972م قام المعهد البريطاني للتقييس BSI بتطوير هذه المواصفة وإصدار المواصفة BS 4891، وهي دليل تأكيد الجودة للمؤسسات التي ترغب في تأسيس أنظمة الجودة.
- في سنة 1973م قامت وزارة الدفاع البريطانية بإصدار المواصفة DEF-STAN:05-08 على شكل سلسلة تضم ثلاث مواصفات DEF-STAN:05-21/24/29¹.
- وشهد عام 1974م قيام المعهد البريطاني للتقييس BSI بإصدار المواصفة BS 5173² دليل للعمليات وتقييم نظم الجودة.
- في عام 1979م أصدر المعهد البريطاني للتقييس BSI المواصفة BS 5750³، في ثلاثة أجزاء للأغراض تعاقدية، وتضمنت شروط تسجيل المؤسسات طبقاً للمواصفة، وتطوير نظام لاعتماد الجهات المانحة لشهادات المطابقة، ونظر للنجاح الكبير الذي حققته هذه المواصفة قام المعهد البريطاني للتقييس بتقديم طلب رسمي إلى منظمة ISO لتطوير مواصفات عالمية لتقنيات وممارسات ضمان الجودة، والتي قامت بإنشاء اللجنة الفنية ISO /TC 176 والتي أوكلت لها هذه المهمة.
- وفي عام 1984م، وإدراكاً من منظمة ISO لضرورة توحيد مواصفات عالمية، واستجابة لطلب المعهد البريطاني للتقييس، قامت اللجنة الفنية ISO /TC 176 بوضع مسودة مجموعة من المواصفات الخاصة بإدارة وضمان الجودة، حيث نشرت اللجنة أول مواصفة عالمية لأنظمة الجودة للمناقشة سنة 1985م، وتمت المصادقة عليها للنشر النهائي سنة 1987م⁴ على شكل سلسلة سميت مواصفات الأيزو 9000، وهي مطابقة للمواصفة البريطانية لذا سميت ب BS 5750/ISO 9000.
- وفي عام 1994م⁵، تم تعديل اسم المواصفة BS 5750/ISO 9000 بإضافة البعد الأوروبي EN فكان الاسم الجديد EN/IOS 9000، لتتماشى مع المتطلبات والاحتياجات لأنظمة إدارة الجودة المطبقة عالمياً من قبل اللجنة التقنية ISO /TC 176.

¹ Ralph Early, Op-cit., P23.

² Dennis F. Kehoe, Op-cit., P08.

³ Yeming Gong, Global Operations Strategy Fundamentals and Practice, Springer Heidelberg, New York, 2013, P118.

⁴ Elisabeth Lefranc, Op-cit., P50.

⁵ AFNOR, Qualité et systèmes de management ISO 9000, Paris, 2001, P 461-534

- وجاء تعديل ثاني سنة 2000م، ليغير المواصفات القديمة بمواصفات جديدة، ويؤكد على تعزيز رضا الزبون بدل من التأكيد على المطابقة فقط. والجدول الموالي يبين تطورات مواصفة أيزو 9000:2000:

الجدول (2، 2): تطور سلسلة مواصفات أيزو 9000

الإصدار الثاني 1994	الإصدار الثالث 2000
أيزو 8402: مصطلحات أيزو 9000-1: اختيار المواصفات	أيزو 9000: أنظمة إدارة الجودة - مبادئ أساسية ومصطلحات
أيزو 9001، 9002، 9003: أنظمة الجودة - ضمان الجودة	أيزو 9001: أنظمة إدارة الجودة - متطلبات
أيزو 9004-1، 9004-2، 9004-3، 9004-4: إدارة الجودة - إرشادات	أيزو 9004: أنظمة إدارة الجودة - إرشادات لتحسين الأداء.
أيزو 10011-1، 10011-2، 10011-3: إرشادات لتدقيق أنظمة الجودة	أيزو 19011: إرشادات لتدقيق أنظمة إدارة الجودة والبيئة.

Source : Froman B, De la manuelle qualité au manuel de management : l'outil stratégique AFNOR, Paris, 2001, P 16.

Jérôme Lerat-Pytlak, Op-cit., P 89.

- ثم جاء التعديل الثالث سنة 2008م، والذي لم يأتي بمتطلبات جديدة وإنما كانت تعديلاته في مجملها تتعلق بإعادة صياغة بعض العبارات لغرض توضيحها وإزالة الغموض عنها مع إضافة بعض الملاحظات في المواصفة، بهدف تكييفها مع المتغيرات التكنولوجية وتطور الأسواق ومتغيرات الجودة.

ثانياً: تعريف مواصفات الأيزو 9000

تعود نشأة معايير الأيزو 9000 إلى سنة 1987م، عندما قامت المنظمة العالمية للتقييس بإصدار أول نظام معتمد دولياً لإدارة الجودة على شكل سلسلة سميت المواصفات القياسية الأيزو 9000، ويحتوي على مجموعة من المعايير والمواصفات الضرورية لإدارة الجودة في المؤسسات الصناعية أو الخدمية. ويتم تطوير هذه المعايير دورياً، من قبل اللجنة التقنية ISO/TC 176¹ لإدارة الجودة وضمان الجودة، والتي تعد المسؤولة عن تطوير عائلة المواصفات القياسية الأيزو 9000، حيث تتولى إعداد المتطلبات والإرشادات الضرورية لبناء أنظمة الجودة وتقييمها، وتهدف إلى:

- توفير لغة تفاهم مشتركة تضمن تطبيق أنظمة جودة معيارية في جميع الدول.
- وضع أنظمة للمرجعة الداخلية تمكن المؤسسة من تقييم فاعلية نظامها والتأكد من مدى مطابقته مع مواصفات الأيزو 9000.

¹ David Hoyle, ISO 9000 Quality Systems Handbook, Sixth edition, published by Elsevier, Oxford, 2009, P 55.

- تحديد طرق وأساليب عمل تساعد على الاستخدام الأمثل لمواردها وتضمن الانسجام والتكامل في الأداء بين جميع وظائفها.

وتعتبر المواصفة الأداة العلمية لإدارة الجودة، لذا عرفت بأنها "الخاصية الفنية المتعلقة بالإنتاج أو بالمنتجات التي يجري الاتفاق عليها بين أطراف معينة، كالمنتجين والمستهلكين"¹. و "المعايير التي تستخدم في قياس الجودة والأداء، وتوضع بالاشتراك بين المؤسسات والزبائن، وهي مشروطة بالموافقة أو بقرار من هيئة متخصصة، وتستخدم كأساس للمقارنة خلال فترة زمنية معينة"². وقد عرفت المنظمة العالمية للتقييس على إنها " الوثيقة التي تحدد المتطلبات، والخصائص، والمميزات التي تستعمل بنظام من اجل ضمان كفاءة استخدام المواد، والمنتجات، والعمليات والخدمات."³، "عرض موجز لمجموعة من المتطلبات التي ينبغي أن تتحقق في المنتج أو المادة أو العملية أو الخدمة"⁴.

وفي تعريف شامل للمواصفة، هي "عبارة عن تقنية أو وثيقة متوفرة عند العامة يتم إعدادها بالتعاون والاتفاق والمصادقة العامة لجميع الأطراف ذات الاهتمام، وتركز على النتائج المترجمة للعلم والتكنولوجيا والخبرة والتوجه إلى تحقيق المصلحة العامة للمجتمع، يتم المصادقة على هذه المواصفة من طرف هيئة مؤهلة على المستوى الوطني أو الإقليمي أو الدولي"⁵.

وتعرف الأيزو 9000 على أنها "سلسلة من المواصفات والمقاييس المكتوبة، التي تحدد وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توافرها في نظام إدارة الجودة، الذي يجب أن تتبناه المنظمة للتأكد من أن منتجاتها تتوافق أو تفوق حاجات وتوقعات العملاء"⁶.

وتعرفها الوكالة الفرنسية للتقييس AFNOR بأنها "وثائق موضوعة بالإجماع والمصادقة من قبل هيئة معروفة، تقدم للدول مجموعة من القواعد وأسس السير المتكرر أو المستمر"⁷. وتعرف على أنها "مجموعة مواصفات تحكم توثيق نظام الجودة، الذي تتطابق فيه جميع المتطلبات وبما يتلائم مع طبيعة الشركة"⁸.

والأيزو 9000 هي مجموعة من المواصفات التي تعطي الحد الدنيا للضوابط والقواعد الواجب الالتزام بها لضمان التحكم المستمر في مستوى الجودة، وهي ليست مواصفات خاصة بالمنتجات، وإنما

¹ محمد السعيد أوكيل، وظائف ونشاطات المؤسسة الصناعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1992، ص 98.

² عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008، ص 317.

³ <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm> 28/01/2016.

⁴ عبد الفتاح الصيرفي، الإدارة الرائدة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 22.

⁵ Anne Gratacap, Pierre Medan, Management de Production : concepts, méthodes, cas, Edition Dunod, Paris, 2001, p407.

⁶ سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011، الإسكندرية، مكتبة الإشعاع، 2000، ص 119.

⁷ Debruyne Michel, La certification qualité selon les normes ISO, Revue des sciences de Gestion, Compétence et Management, N°194, Mars-Avril, 2002, p58.

⁸ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001: 2000، مرجع سبق ذكره، ص 190.

هي مواصفات تقدم للمؤسسات مجموعة من المتطلبات والإرشادات الضرورية، لتأسيس أنظمة إدارة الجودة تهدف إلى تقديم منتجات أو خدمات تطابق متطلبات محددة ولتقييم هذه الأنظمة. فالأيزو 9000 مواصفة عالمية تطبق في جميع المؤسسات مهما كان حجمها ونوع نشاطها¹، تهتم بنظم إدارة الجودة، وتعطي الحرية للمؤسسة في اختيار الطرق والأساليب التفصيلية التي تمكنها من تنفيذ المتطلبات والإرشادات الواردة فيها، ويعبر الرقم 9000 عن سلسلة المواصفات التي تختص بإدارة الجودة في الصناعة والخدمات.

ثالثاً: فوائد تطبيق سلسلة الأيزو 9000

يعد تطبيق مطابقة المواصفات الدولية دليل ثقة بالنسبة للزبائن على أن المنتجات مؤكدة وفعالة وليست مضرة بالبيئة² وتتمثل فوائدها في:

1- بالنسبة للمؤسسات: المواصفات الدولية هي أدوات استراتيجية وإرشادات تساعد المؤسسات في تقليل التكاليف، ورفع الإنتاجية، وتخفيض التلف والأخطاء³، وعلى تجاوز التحديات الأكثر صعوبة في الاقتصاد الحديث. فهي تضمن فعالية أفضل للعمليات التجارية، وزيادة الإنتاجية ومساعدة المؤسسات على الوصول إلى الأسواق الجديدة. ومن مزايا هذه المعايير⁴:

- تقليل التكاليف: تساهم المعايير الدولية في تقليل العمليات ويترتب عنها أثر إيجابي في الميزانية.
 - تعزيز رضا الزبون: تساعد المعايير في تحسين الجودة، لهدف تعميق رضا الزبون وزيادة المبيعات.
 - الوصول إلى الأسواق الجديدة: تساعد في إزالة حواجز أمام التجارة، والنفوذ إلى الأسواق العالمية.
 - زيادة الحصة السوقية: تساعد المعايير الدولية في زيادة الإنتاجية والمزايا التنافسية.
 - المنافع البيئية: تساعد المعايير الدولية على الحد من الأثار السلبية على البيئة.
- 2- بالنسبة للمجتمع: قامت أيزو بإصدار أكثر من 19500 مواصفة لغرض تغطية جميع جوانب الحياة، فعندما تكون المنتجات والخدمات مطابقة للمعايير الدولية، فهذا يعطي ضمان مؤكد للزبائن على جودة جيدة وموثوق فيها، فمثلاً: معايير أيزو المتعلقة بتأمين الطرق وتأمين مواد التغليف الخاصة بالأدوية، ما هي إلا عينة من مجموعة المعايير التي ساهمت في جعل العالم أكثر أماناً ومصداقية.
- كما تعد إيجابيات المعايير الدولية الأيزو الأكثر انتشاراً وقبولاً في المجتمع، وقد دعمت أيزو مشاركة الزبائن في إعداد المعايير عن طريق اللجنة الخاصة بالسياسة الاستهلاكية. فالمعايير الدولية على جودة الهواء، والماء، والتراب، وعلى انبعاثات الغاز الناتج عن الضغط، وعلى الإشعاعات، وعلى الجانب البيئي للمنتجات تسهم بمبادرة واضحة في حفظ البيئة وصحة المواطنين.

¹ فواز التميمي، أحمد الخطيب، مرجع سبق ذكره، ص50.

² http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/benefitsofstandards.htm?_=28/01/2016

³ http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm?_=28/01/2016

⁴ http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm?_=28/01/2016

3- بالنسبة للحكومات: تعد معايير أيزو تراكم التجارب والخبرات على المستوى الدولي، وبالتالي مصدراً لا غنى عنه للحكومات في وضع السياسات العامة. والحكومات قد تستخدم معايير أيزو في دعم سياستها العامة، لا سيما تلك المعايير المشار إليها في اللوائح. ومن مزايا هذه المعايير ما يلي:

- رأي الخبراء: يتم تطوير معايير أيزو من قبل الخبراء. وبالتالي فإن دمج هذه المعايير في التشريعات الوطنية، يعني استفادة الحكومات من مشورة الخبراء دون الحاجة إلى خدماتهم مباشرة.

- فتح الأسواق العالمية: إن اعتمدت معايير أيزو الدولية من قبل العديد من الحكومات، ودمجها في التشريعات الوطنية، يساعد الحكومات على توحيد متطلبات الاستيراد والتصدير في جميع أنحاء العالم، الأمر الذي يسهل حركة السلع والخدمات والتكنولوجيات من بلد إلى آخر.

رابعاً: عائلة مواصفات أيزو 9000

قدمت أيزو 9000 مجموعة من الأقسام تحتوي على نماذج وخطط إرشادية تساعد المؤسسة في بناء وتطبيق نظم إدارة جودة فعالة، حيث تكون لها ثقة بأن نظام الجودة فيها قادر على تقديم منتجات وخدمات للزبون وفق احتياجاته ورغباته، وتتمثل هذه الأقسام في أربعة مواصفات هي:¹

1- مواصفة أيزو 9000: عبارة عن تعريفات ومصطلحات إدارة الجودة، فهي تصف المبادئ الأساسية لأنظمة إدارة الجودة وتشرح المصطلحات الخاصة بها.

2- مواصفة أيزو 9001: وهي تمثل شروط ومعايير نظام إدارة الجودة، وقد صيغت هذه المعايير بأسلوب عام ليسهل على المؤسسات تبنيه وتطبيقه مهما كان طبيعة عملها صناعية أو خدمية، وهذه المواصفة تمثل الحدود الدنيا للمتطلبات التي تؤهل للشهادة.

3- مواصفة أيزو 9004: وهي عبارة عن نصائح إرشادية لتحسين الأداء، وتوجيهات لزيادة فعالية وكفاءة نظام إدارة الجودة المطبق في المؤسسة، وهي تحتوي على العناصر الكاملة لنظام الجودة، للمؤسسة التي تريد مواصلة رحلة التميز في إدارة الجودة الشاملة.

4- مواصفة أيزو 19011: إرشادات خاصة بتدقيق أنظمة إدارة الجودة، وأنظمة إدارة البيئة.

خامساً: مبادئ نظام إدارة الجودة أيزو 9000

يقوم نظام إدارة الجودة أيزو 9000 على أساس ثمانية مبادئ، وقد تمت صياغتها بالاعتماد على تجارب خبراء اللجنة الفنية ISO/TC 176، وهذه المبادئ موجودة في إصدار 2005: IOS 9000 نظام إدارة الجودة و 2009: IOS 9004 التحسين المستمر للنظام، وتتمثل في:²

1- التركيز على الزبون: تعتمد المنظمة على زبائنها، لذا يجب عليها تفهم حاجاتهم الحالية والمستقبلية، والعمل على تلبية متطلباتهم، والسعي الجاد لتجاوز توقعاتهم.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سبق ذكره، ص 16.

² WWW.ISO.ORG/qmq-2012.pdf, Principes de management de la qualité, PP1-12.

- 2- القيادة: يقوم المدراء بوضع الهدف وتوجيهات المنظمة، والالتزام بتكوين والحفاظ على بيئة داخلية، تمكن الأفراد في المساهمة في تحقيق أهداف المنظمة.
 - 3- إشراك الأفراد: يعد الأفراد في كافة المستويات جزء من المنظمة، ومشاركتهم الكاملة تسمح باستخدام كفاءتهم لصالح المنظمة.
 - 4- مدخل العملية: يتم الوصول إلى النتيجة المرجوة بشكل أفضل وأكثر فاعلية، عندما يتم إدارة المواد والأنشطة التابعة لها في عملية واحدة.
 - 5- مدخل إدارة النظام: إن تحديد وفهم إدارة العمليات المرتبطة كنظام، يساهم في فعالية وفاعلية المنظمة في تحقيق أهدافها.
 - 6- التحسين المستمر: يجب أن يكون التحسين المستمر للأداء الكلي للمنظمة هدفا دائما للمنظمة.
 - 7- مدخل الواقعية في اتخاذ القرار: تستند القرارات الفعالة على تحليل البيانات والمعلومات.
 - 8- علاقات المنفعة المتبادلة مع المورد: يوجد ترابط بين المنظمة ومورديها، وعلاقات ذات منافع مشتركة، وتؤدي كفاءة إدارتها إلى رفع قدرة كل من المنظمة والمورد على خلق قيمة لكل منهما.
- المطلب الثاني: متطلبات المواصفة أيزو 9001**

لقد تم إعداد الإصدار الرابع 9001:2008 ليحل مكان الإصدار الثالث 9001:2000، وقد تم بموجبه تعديل نقاط في نصوص المواصفة السابقة وتدعيم التوافق مع مواصفة المتطلبات البيئية الأيزو 14001:2004¹، ويغطي الإصدار الرابع متطلبات أنظمة إدارة الجودة التي يمكن بموجبها الحصول على شهادة المطابقة.

والشكل (2، 4) يوضح نظام إدارة الجودة المبني على أساس أنموذج العملية والروابط القائمة بين المتطلبات الأساسية، حيث تقوم المنظمة بتحديد وإدارة العديد من الأنشطة المرتبطة مع بعضها البعض، ويعد كل نشاط يستخدم موارد ويدار بطريقة تسمح بتحويل المدخلات إلى مخرجات عملية، وان مخرجات هذه العملية تشكل مدخلات لعملية لاحقة، ليبني ما يعرف بأسلوب العملية.

ومن المزايا نموذج العملية الرقابة المستمر التي توفر العلاقات بين العمليات الفردية داخل نظام العمليات بالإضافة إلى التجميع والتفاعل بينها، وعند استخدامه فان هذا الأسلوب يؤكد على أهمية:²

- فهم وإيفاء بالمتطلبات.

- الحاجة إلى اعتبار العمليات ضمن مصطلح القيمة المضافة.

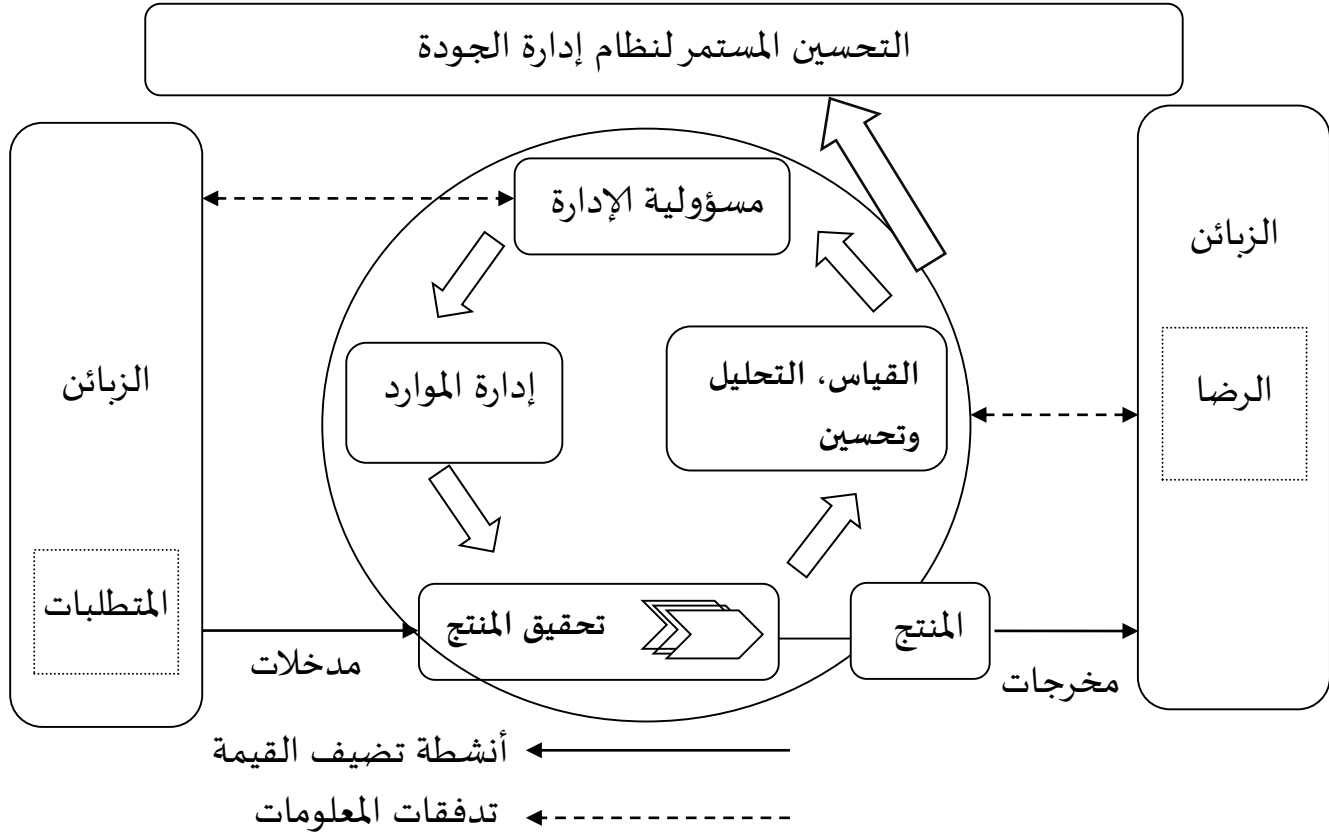
- حصول على نتائج الأداء وفاعلية العمليات.

- التحسين المستمر للعمليات على أساس قياس الأهداف.

¹ International Standard, IOS 9001 :2008(E) Quality management systems-Requirements, IOS, Switzerland, fourth Edition, 15-11-2008 , P IV.

² International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P V.

الشكل (2، 4): نموذج نظام إدارة الجودة المبني على أساس العملية



Source: International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-city., P VI.
يتكون النموذج من دورتين الأولى توجد على مستوى المتطلبات الأساسية، وتبدأ بمسؤولية الإدارة في تحديد متطلبات الزبون ثم توفير الموارد اللازمة لتنفيذ العمليات حسب أسلوب العملية، وفي الأخير قياس النتائج لغرض التحسين، ثم الانطلاق من جديد وفق منهجية التحسين المستمر. أما الدورة الثانية يكون فيها الزبون هو المحور الأساسي، من خلال تحديد متطلباته التي تمثل عناصر مدخلات العمليات، والمخرجات من المنتج أو الخدمة التي تلي حاجاته، وأن متابعة رضا الزبون يتطلب تقييم المعلومات المتعلقة بتوقعات الزبون للوقوف على مدى وفاء المنظمة بمتطلباته، والنموذج يغطي كل متطلبات المواصفة ولكن لا يعرض المستوى التفصيلي للعمليات.

أولاً: نظام إدارة الجودة وفقاً لمواصفة الأيزو 9001

يقوم نظام إدارة الجودة وفقاً لمواصفة الأيزو 9001 الإصدار الرابع على خمسة متطلبات أساسية تضم كل منها مجموعة من العناصر الفرعية، والتي أعدت على أساس المبادئ المذكورة سابقاً، ويمكن التطرق إليها على النحو التالي:

1- نظام إدارة الجودة: البند الرابع من المواصفة

ويتكون هذا العنصر من متطلبات عامة، حيث تقوم المنظمة بوضع وتوثيق والمحافظة على نظام إدارة الجودة، وباستمرارية تحسين فاعليته وفق متطلبات هذه المواصفة، وعليها القيام بالمهام التالية:¹

¹ International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P 2.

- تحديد العمليات الأزمة لنظام الجودة وتطبيقها في المنظمة ككل.
 - تحديد تتابع وتفاعل لهذه العمليات.
 - تحديد المعايير والأساليب الأزمة لضمان فعالية كل من العمليات والسيطرة عليها.
 - ضمان توفير المواد والمعلومات الأزمة لدعم العمليات ومراقبتها.
 - مراقبة وقياس وتحليل هذه العمليات.
 - اتخاذ التدابير الضرورية للوصول إلى النتائج المخططة والتحسينات المستمرة لهذه العمليات.
- ويجب على المنظمة أن تقوم بإدارة العمليات طبقاً لمتطلبات هذه المواصفات الدولية، وعندما تختار المنظمة أية عملية من مورد خارجي يمكنه أن يؤثر على مطابقة المنتج للمتطلبات، فعلى المنظمة أن تضمن ضبط تلك العمليات.
- متطلبات التوثيق، ويتضمن توثيق نظام إدارة الجودة ما يأتي:¹
- نصوص موثقة لسياسة وأهداف الجودة.
 - دليل الجودة، هو أعلى وثيقة تصف نظام إدارة الجودة طبقاً لسياسة الجودة المعلنة في المنظمة والأهداف المطابقة لمواصفة الأيزو 9001:2008.²
 - الإجراءات الموثقة والسجلات المطلوبة بموجب هذه المواصفة الدولية، وهي طرق مواصفة لتنفيذ نشاط أو عملية داخل النظام.³
 - الوثائق، متضمنة السجلات الضرورية للمنظمة من أجل ضمان التخطيط والتشغيل والتحكم الجيد في عملياتها.
 - ويتم ضبط الوثائق من خلال إجراء موثق للمصادقة عليها قبل إصدارها، ومراجعتها، وتحديثها، وتوفيرها في الاستخدام، ومنع الاستخدام غير المقصود للوثائق الملغاة. وتتمثل أهمية وثائق نظام إدارة الجودة في الآتي:⁴
- أ- المنظمة:
- إظهار التزام إدارة المنظمة بالجودة.
 - الحد من حدوث الأخطاء من خلال تطبيق أحسن الطرق الموثقة للنشاط اليومي للمنظمة.
 - ضمان استمرارية تحقيق متطلبات الجودة.
 - مرجع لأعمال التدقيق الداخلي للجودة.
 - ضمان استمرارية العمل بشكل فعال في حال غياب أشخاص معينة.

¹ International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P2.

² إسماعيل القزاز، IOS 9001:2008 التطبيق العملي للمواصفة، الطبعة الأولى، دار دجلة، عمان، 2009، ص 42.

³ المرجع السابق، ص 42.

⁴ مأمون السليطي، سهيلا إلياس، مرجع سبق ذكره، ص 55-56.

ب- العاملين:

- إظهار اهتمام والتزام الإدارة العليا بالجودة.
 - تعريفهم بنظام الجودة، وبمسؤوليتهم وصلاحياتهم.
 - القيام بمهامهم بشكل مناسب من خلال اتباعهم للمعلومات والإرشادات الموثقة.
 - وسيلة لتدريبهم على كيفية تنفيذ النظام الموثق.
 - تحسين التواصل بين الأقسام والفعاليات والأشخاص.
- ج- الجهات الخارجية:

- دليل للزبائن وللهيئات المانحة على وجود نظام إدارة الجودة مبني على أساس متطلبات الأيزو.
- منح الثقة للزبائن على قدرة المنظمة على تلبية متطلباتهم.

2- مسؤولية الإدارة: البند الخامس من المواصفة

- يعد هذا العنصر الأكثر أهمية كون الإدارة العليا تمثل حجر الزاوية في المنظمة، فبدون الالتزام الواضح والملموس وبشكل دائم من الإدارة في تنفيذ وتحسين برنامج الجودة، يبقى هذا البرنامج مستحيل تحقيقه في الواقع. ولتلبية متطلبات هذا العنصر يجب على الإدارة القيام بالمهام الآتية:¹
- إشعار أفراد المنظمة بأهمية تلبية متطلبات الزبون والمتطلبات التنظيمية والقانونية.
 - وضع سياسة الجودة، ومراجعتها بانتظام لضمان استمرار ملاءمتها.
 - التأكد من أن تكون سياسة الجودة مفهومة ومنشورة بين جميع العاملين في المنظمة.
 - التأكد من وضع أهداف للجودة، قابلة للقياس ومتسقة مع سياسة الجودة، وموضوعة في الوظائف والمستويات المناسبة داخل المنظمة.
 - توفير الموارد الكافية والمناسبة لتنفيذ برنامج الجودة.
 - التأكد من أن متطلبات الزبون تم تحديدها، والوفاء بها بهدف تحسين رضا الزبون.
 - تعيين ممثل الإدارة، مهمته التأكد من وضع وتطبيق والمحافظة على العمليات الضرورية لنظام إدارة الجودة، رفع التقارير إلى الإدارة العليا عن أداء نظام إدارة الجودة لغرض التحسين.
 - مراجعة الإدارة لنظام إدارة الجودة في فترات زمنية مخططة لضمان استمرارية ملاءمته وصلاحيته وفاعليته، ويجب أن تشمل هذه المراجعة تقييم فرص التحسين، والحاجة لتغيير النظام بما في ذلك سياسة الجودة وأهداف الجودة. حفظ سجلات مراجعات الإدارة.

¹ International Standard, IOS 9001 :2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P 3-5.

3- إدارة الموارد: البند السادس من المواصفة

تحدد المنظمة الموارد المطلوبة لتنفيذ نظام إدارة الجودة بموجب مواصفة الأيزو 9001، ولتلبية متطلبات هذا العنصر يجب على المنظمة القيام بالمهام التالية:¹

- تحديد وتوفير الموارد اللازمة لتطبيق والحفاظ على نظام إدارة الجودة والتحسين المستمر لفاعليته، وزيادة رضا الزبون من خلال تلبية متطلباته.

- تحديد الكفاءات الضرورية للأفراد القائمين بأعمال تؤثر على جودة المنتج.

- توفير التدريب أو إجراءات أخرى لتحقيق الكفاءات الضرورية، وتقييم فاعلية هذه الإجراءات،

توثيق وتسجيل كل أعمال الدورات التكوينية والمحافظة على سجلاتها.

- التأكد من أن الأفراد على دراية بأهمية أنشطتهم وكيفية مساهمتهم في تحقيق أهداف الجودة.

- تحديد وتوفير والحفاظ على البنية التحتية الضرورية لتحقيق مطابقة المنتج، وتتضمن هذه

الأبنية الأساسية: المباني، والمنشآت، والمعدات، والخدمات المساندة مثل النقل والاتصالات.²

- توفير بيئة عمل مناسبة لتحقيق مطابقة المنتج للمتطلبات.

4- تنفيذ المنتج: البند السابع من المواصفة

ويتضمن هذا البند مجموعة من المتطلبات الواجب توافرها حتى تتمكن المنظمة من تقديم منتج يلبي متطلبات الزبون، ولذا يجب على المنظمة القيام بالمهام التالية:³

أ- التخطيط لتنفيذ المنتج:

- تخطيط وتطوير العمليات الأربعة لتنفيذ المنتج، ويكون التخطيط متوافقاً مع متطلبات العمليات

الأخرى لنظام إدارة الجودة.

- ضبط وحفظ السجلات للبرهنة على أن عمليات التنفيذ والمنتج الناشئ عنها تلي المتطلبات.

ب- العمليات ذات العلاقة بالزبون:

- تحديد المتطلبات المواصفة من قبل الزبون من ضمنها متطلبات التسليم وما بعده.

- تحديد المتطلبات غير المصرحة من قبل الزبون، ولكنها ضرورية للاستخدام الموصف أو المقصود.

- تحديد المتطلبات التشريعية والتنظيمية المطبقة على المنتج، وأي متطلبات إضافية تعد ضرورية.

- مراجعة المتطلبات الخاصة بالمنتج قبل الالتزام مع الزبون على توريد المنتج.

- التأكد من تحديد متطلبات المنتج، والحلول المتعلقة بالانحرافات بين متطلبات العقد والمتطلبات

المواصفة سابقاً، وقدرة المنظمة على الوفاء بالمتطلبات المحددة.

¹ International Standard, IOS 9001 :2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P 6.

² إسماعيل القزاز، مرجع سبق ذكره، ص 95-96.

³ International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P 7-11.

- تحديد وتنفيذ ترتيبات فاعلة للاتصال بالزبون حول المعلومات الخاصة بالمنتج، ومعالجة الاستفسارات، والعقود أو الطلبيات، والمعلومات المرتدة من الزبون من ضمنها الشكاوى.
- ج- التصميم والتطوير:
 - التخطيط والتحكم في عملية تصميم وتطوير المنتج، حيث يتم تحديد ومراجعة مراحل التصميم والتطوير والأنشطة المتعلقة بتنفيذ كل مرحلة، وتحديد المسؤوليات وصلاحيات.
 - إدارة وتنظيم العلاقات المتداخلة بين المجموعات المختلفة المشاركة في عملية التصميم والتطوير، لضمان فاعلية الاتصال ووضوح المسؤوليات.
 - تحديد وتسجيل مدخلات التصميم والتطوير المتعلقة بمتطلبات المنتج، بما في ذلك المتطلبات التشريعية والتنظيمية.
 - تقديم مخرجات التصميم والتطوير بشكل يلبي متطلبات المدخلات، وتتضمن المعلومات الخاصة بالإنتاج وتقديم الخدمة والتفاصيل الخاصة بحفظ وحماية المنتج.
 - د- المشتريات: من البديهي أن جودة المواد المشتراة تؤثر بشكل مباشرة في جودة المنتجات، ولهذا ينبغي التأكد من مطابقة المواد المشتراة مع متطلبات الشراء المحددة، ولتحقيق ذلك يجب على المنظمة:
 - تقييم واختيار الموردين على أساس قدرتهم على تزويد المنظمة بالمواد طبقاً للمتطلبات المحددة.
 - توفير المعلومات الضرورية والتي تصف بوضوح عملية الشراء.
 - التأكد من أن المنتج المشتري يلبي المتطلبات المحددة عن طريق التفيتش أو طرق تعتمد على المنظمة.
 - هـ- الإنتاج وتقديم الخدمة:
 - تخطيط وتنفيذ أنشطة الإنتاج والخدمة في ظروف متحكم بها.
 - إثبات صلاحية العمليات التي لا يمكن التحقق من نتائجها.¹
 - تميز المنتج وتتبعه في جميع مراحل إنتاجه.
 - العناية بملكية الزبون الموجودة تحت تصرف واستخدام المنظمة.
 - المحافظة على المنتج والأجزاء المكونة له، ووضع معدات المراقبة والقياس الضرورية للتأكد من مطابقة المنتج للمتطلبات المحددة.
- 5- القياس والتحليل والتحسين: البند الثامن من المواصفة
 - وتتضمن المهام التي يجب على المنظمة القيام بها لتلبية متطلبات هذا العنصر ما يلي:²
 - تخطيط وتنفيذ عمليات المراقبة والقياس والتحليل والتحسين الضروري لإثبات مطابقة مع متطلبات المنتج، وضمان مطابقة نظام إدارة الجودة، واستمرارية التحسين لفعاليتها.

¹ إسماعيل القزاز، مرجع سبق ذكره، ص 156.

² International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems-Requirements, Op-cit., P 12-14.

- مراقبة المعلومات المتعلقة بتوقعات الزبون حول مستوى رضاه من تلبية متطلباته، وتحديد طرق التي تمكن من حصول واستخدام هذه المعلومات.
- القيام بتدقيقات داخلية بشكل دوري ومخطط للوقوف على مدى مطابقة نظام إدارة الجودة للمتطلبات المحددة من قبل المنظمة ووفقا لما في المواصفة، ومنفذ بفاعلية، ومحافظ عليه.
- تخطيط برنامج التدقيق الداخلي، بما يتناسب مع حالة وأهمية العمليات التي سيتم تدقيقها.
- استخدام الطرق المناسبة لمراقبة وقياس عمليات نظام إدارة الجودة، ويجب أن تثبت هذه الأساليب قدرة العمليات على الوصول إلى النتائج المخططة، وفي حالة عدم الوصول إلى النتائج المخططة ينبغي الشروع في الأعمال تصحيحية المطلوبة.
- مراقبة وقياس خصائص المنتج في مراحل مناسبة من عملية تنفيذ المنتج وفقا للترتيبات المخططة، بهدف التحقق من تلبية متطلبات المنتج.
- ضمان اكتشاف وضبط المنتج غير المطابق للمتطلبات، لمنعه من الاستخدام أو التسليم.
- يجب أن يوفر تحليل البيانات معلومات عن رضا الزبون، والمطابقة مع متطلبات المنتج، وخصائص وتطورات العمليات والمنتجات، والموردون.
- التحسين المستمر لفعالية نظام إدارة الجودة باستخدام سياسة الجودة، وأهداف الجودة، ونتائج التدقيق، وتحليل البيانات، والأعمال التصحيحية والوقائية ومراجعة الإدارة.

ثانيا: مراحل تطبيق أنظمة إدارة الجودة أيزو 9001

تتطلب عملية تطبيق نظام إدارة الجودة أيزو 9001 من المنظمة إعدادا جيدا ودراسة عميقة حتى تنجح في جميع مراحل التطبيق، والجدول (2، 3) يلخص المراحل الخمسة الأساسية لعملية التطبيق. بعد حصول المنظمة على شهادة الأيزو، فهي مطالبة بالحفاظ على المستوى الذي منحت بسببه هذه الشهادة، والعمل بجد على التحسين المستمر للجودة. ويهدف التأكد من تلبية المنظمة لمتطلبات نظام إدارة الجودة وفق مواصفة الأيزو. تقوم الجهة المانحة للشهادة بنوعين من الزيارات، الأولى دورية وتتم عادة كل ستة شهور، وتكون الثانية مفاجئة استجابة للشكاوى المتعلقة بالعيوب المستكشفة في منتجات المنظمة.

إن حصول المنظمة على إحدى شهادات الأيزو، لا يعني أن منتجاتها تتسم بالجودة المطلوبة وأنها أصبحت ترقى إلى الدرجة العالمية، حيث أن تلك الشهادات لا تتعلق بجودة المنتجات ولكنها تتعلق بالأنظمة الفنية لمجالات بعينها داخل المنظمة¹.

¹ بومدين يوسف، دراسة إثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية: مع دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد للمصبرات الحاصل على شهادة الجودة العال مية ISO، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراة في علوم التسيير، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2006، ص 105.

الجدول (2، 3): نموذج عام لعملية تطبيق أنظمة إدارة الجودة أيزو 9001.

المرحلة	الخطوات التي تتضمنها المرحلة
المرحلة الأولى مرحلة التحضير لعملية التطبيق	-اتخاذ قرار ببدء عملية التطبيق والتزام الإدارة العليا. -تعيين ممثل الإدارة، وتشكيل لجنة توجيه. -تقييم الوضع الحالي، وتحديد الإجراءات وتعليمات العمل، والوثائق الإرشادية المطلوب تطويرها. -وضع خطة التطبيق التفصيلية. -تحديد فرق فرعية، وتحديد مهامها. -إعلان بدء برنامج التطبيق وتوعية العاملين فيما يتعلق بالمواصفة التي سيتم تأسيس نظام إدارة الجودة بناءً عليها.
المرحلة الثانية مرحلة توثيق نظام الجودة	-إعداد دليل الجودة. -توثيق الإجراءات، وتعليمات العمل، وإعداد الاستمارات. -إعداد الوثائق الإرشادية.
المرحلة الثالثة مرحلة تطبيق النظام الموثق	-تدريب الأفراد على وثائق نظام إدارة الجودة. -تطبيق نظام الجودة الموثق.
المرحلة الرابعة مرحلة التدقيق الداخلي للنظام المطبق ومراجعة الإدارة	-تعيين مدققين داخليين، وتدريبهم. -التدقيق الداخلي لنظام إدارة الجودة. -مراجعة الإدارة.
المرحلة الخامسة مرحلة التحضير للتسجيل والحصول على شهادة المطابقة	-التقييم الذاتي لنظام إدارة الجودة. -اختيار الهيئة المانحة وتقديم طلب إليها، وإرسال الوثائق المطلوبة لها لتدقيقها. -التحضير لتدقيق ما قبل التقييم. -إعداد الترتيبات اللازمة لتنفيذ التدقيق.

المصدر: مأمون السليطي، سهيلا إلياس، مرجع سبق ذكره، ص 98.

ثالثاً: علاقة إدارة الجودة الشاملة بالمواصفة أيزو 9001

كثيراً ما يحدث خلط بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة ونظام مواصفة الأيزو 9001 برغم من الاختلاف الشاسع بينهما، حيث قد يسمع البعض من يتحدث عن الأيزو وهو يعتقد انه يصف إدارة الجودة الشاملة، ويمكن توضيح أهم الاختلافات الموجودة بين إدارة الجودة الشاملة والمواصفة أيزو 9001 في الجدول التالي:

الجدول (2، 4): الاختلافات الأساسية بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9001.

العناصر	إدارة الجودة الشاملة	الأيزو 9001
التركيز على الزبون	- إرضاء الزبون هي أولوية الأولويات. - فهم، وتلبية حاجات وتطلعات الزبون بصفة مستمرة. - دراسة ومتابعة عوامل ولاء الزبون. - قياس رضا الزبون وإجراء المقارنات مع المنافسين.	- ضمان مطابقة المنتج مع متطلبات الزبون. - معالجة شكاوى الزبون. - متابعة إدراك الزبون حول مستوى إرضاء متطلباته.
القيادة	- وضع رؤية المنظمة وخلق قيم واضحة، وجعل الجميع يتقاسمونها ويؤمنون بها داخل المنظمة. - إعطاء القدوة، وتشجيع وتمكين الأفراد.	- وضع سياسة الجودة وأهداف الجودة، وتوفير الموارد الضرورية لوضعها حيز التنفيذ.
إشراك الأفراد	- توفير بيئة تحقق المشاركة الكاملة، والتحسين المستمر. - التأكد أن كل فرد في المنظمة يعرف غايتها وأهدافها. - الاستفادة الكاملة من الأفراد. - تعليم وتدريب جميع الأفراد.	- تحديد مستوى الكفاءة الضرورية لكل منصب عملي. - تدريب وتأهيل الأفراد الذين لهم تأثير على جودة المنتج. - التحديد الواضح لمسؤولية وصلاحيات الأفراد.
مدخل العملية	- فهم وتحليل أداء العمليات لغرض وضع الأهداف للتحسين.	- وضع، والتحكم والإبقاء على عمليات موثقة تعطي الثقة في قدرة العمليات على تقديم بصفة منتظمة منتجاً مطابقاً لمتطلبات الزبون والمتطلبات القانونية.
مدخل إدارة النظام	- إدارة المنظمات كنظام من العمليات المترابطة والمتفاعلة فيما بينها. - جعل جميع العمليات تساهم في تحقيق أهداف المنظمة وتعظيم النظام ككل. - دراسة الترابطات بين العمليات وقياس النتائج ومقارنتها مع الأهداف.	- تأسيس والحفاظ على نظام إدارة الجودة فعال وموثق. - إدارة نظام عمليات مترابطة وقادرة على تحقيق أهداف الجودة في إطار سياسة الجودة المحددة.

العناصر(تابع)	إدارة الجودة الشاملة	الأيزو 9001
التحسين المستمر	- القيام بقياسات لتحديد أداء العمليات ووضع أهداف لبلوغها لتقييم التحسينات. - المقارنة مع المنظمات المتفوقة لغرض تحسين الفوارق. - إتاحة لجميع الأفراد فرص وأدوات التحسين.	- تحسين المنتجات، والعمليات التشغيلية عن طريق الأعمال التصحيحية، والوقائية، والتدقيقات، والمراجعات.
العلاقات مع الموردين	- إقامة علاقات طويلة الأجل لتطوير، وتحسين المنتجات، والعمليات أو الأنظمة. - الاشتراك في المعلومات حول الخطط المستقبلية.	- تحديد وتوثيق المتطلبات المطبقة على الموردين. - انتقاء وتقييم الموردين حسب قدرتهم على تقديم منتج مطابق لمتطلبات المنظمة وإبلاغهم بها.

المصدر: عبد الكريم يحي برويقات، مرجع سبق ذكره، ص 147-148.

ومن خلال تفحص الخصائص والسمات ومواضع التركيز التي تهتم نظام إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9001، يمكن الوقوف على:

- إن إدارة الجودة الشاملة تضم في جوانبها الأيزو 9001، فالمنظمة يمكن أن تحصل على شهادة الأيزو 9001 دون أن تكون قد استكملت تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- يمكن للمنظمة تطبيق إدارة الجودة الشاملة دون الاضطرار للحصول على شهادة الأيزو 9001 والعكس صحيح.

خاتمة:

من خلال الفصل يتبين ما يلي:

إن نماذج الجودة ساهمت بشكل كبير في بلورة مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وفي عملية تطبيقه في المؤسسات الإنتاجية والخدمية، حيث تعد هذه النماذج بمثابة الأسس التي يعتمد عليها المدراء في تبني وتنفيذ إدارة الجودة الشاملة.

إن أدوات تحسين الجودة هي أساليب ومهارات عملية تطبق على أنشطة محددة لغرض التطوير والتحسين، وهي مجموعة من الأدوات الإحصائية وغير إحصائية التي تساعد متخذ القرار في تقليل التلف أو المعيب.

جائزة التميز في الجودة هي جائزة منافسة وطنية تقدم في كثير من الدول لأفضل الشركات والمؤسسات التي تستوفي معايير التميز والجودة القياسية. وتوجد ثلاث جوائز شهيرة عالمياً هي: جائزة ديمينج في اليابان، وجائزة مالكولم بالدريج للجودة في الولايات الأمريكية، وجائزة الجودة الأوروبية تعتمد عليها المؤسسات في إعداد جوائز الجودة المحلية. تقدم المواصفات الدولية فوائد على المستوى التقني والاقتصادي والاجتماعي، فهي تساعد في مطابقة الخصائص التقنية للمنتجات والخدمات وتسمح أيضاً في تعزيز فعالية التصنيع وإزالة عوائق التجارة الدولية.

نظام الأيزو 9001 جزء من مكونات واهتمامات نظام إدارة الجودة الشاملة وليس نظامان متطابقان، حيث إن نظام الجودة الشاملة يعتمد على التحسين المستمر بصفة دائمة، في حين يعد تطبيق الأيزو 9001 خطوة متقدمة في الطريق إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الثالث

الجودة في الخدمات

الصحية

مقدمة:

لقد كان الاهتمام طيلة الفترة الماضية لمعظم البحوث والدراسات منصباً على مجال التصنيع لأنه كان ينظر إليه على أنه أساس التطور، أما الخدمات فلم تحظ بالاهتمام الكافي من طرف الاقتصاديين رغم أهميتها، وخصائصها، والاستراتيجيات المعتمدة في إدارتها بل بقيت النظرة إليها على أنها غير قابلة للتأطير وفق الأسس العلمية المعروفة.

أما في الوقت الحاضر أصبحت الخدمات هي الصناعات السائدة في معظم المجتمعات مما نتج عنها زيادة في استقطاب رؤوس الأموال واليد العاملة، فهذه الأهمية أدت إلى ضرورة دراسة موضوع جودة الخدمات من طرف الباحثين لغرض إيجاد الأساليب التي تتوافق مع طبيعة وخصائص الخدمة.

تختلف جودة الخدمات عن جودة السلع، والسبب يعود إلى طبيعة الخدمة واختلافها عن السلعة من حيث خواصها، وطرق إنتاجها وتقديمها. ولمعرفة أكثر حول طبيعة الخدمة وجودتها يتناول هذا الفصل الجودة في قطاع الخدمات بشكل عام وفي المجال الصحي بشكل خاص.

في المبحث الأول، مفهوم قطاع الخدمات، مكانة الجودة في قطاع الخدمات، مفهوم الخدمة وخصائصها، طرق قياس جودة الخدمة، أنظمة تقديم الخدمة.

في المبحث الثاني: مفهوم الصحة والمرضى، تطور الجودة في الخدمات الصحية، مفهوم جودة الخدمة الصحية، أساليب قياس جودة الخدمة الصحية.

المبحث الأول: قطاع الخدمات

المطلب الأول: الخدمات

أولاً: مفهوم قطاع الخدمات

1- تعريف: لم يحظ قطاع الخدمات بأي اهتمام من طرف الاقتصاديين الأوائل فقد اعتبروا الخدمة غير منتجة ولا تضيف قيمة إلى الاقتصاد مثل السلعة، فقد اعتقد آدم سميث Adam Smith (1977)¹، أن الإنتاج عديم المخرجات الملموسة مثل: جهود الأطباء والمحامين والقوات المسلحة أنه فاقد لأي قيمة، أي غير مثمر أو منتج، وظل هذا الموقف من الخدمات مهيمناً حتى الجزء الأخير من القرن التاسع عشر.

ولقد ساد هذا الاعتقاد حتى مجيء الاقتصادي² Alfred Marshall، الذي اعتبر أن الفرد الذي يقدم خدمة هو فرد قادر على تقديم منفعة للمستفيد منها. بحيث اعتبر وصول المنتجات الملموسة إلى الزبائن لا يتم إلا عن طريق سلسلة من الخدمات تتمثل في التوزيع والنقل وغيرها من الخدمات. يعرف قطاع الخدمات بأنه " جزء من اقتصاد الأمم ممثل في كافة أنواع الخدمات، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المنظمات العامة وغير الربحية"³.

وقطاع الخدمات هو كل الأنشطة التي لا يمكن ضمها أو حصرها ضمن القطاعين الزراعي والصناعي بحيث تعتبر أنشطة خاصة بقطاع الخدمات.⁴

2- أسباب تنامي قطاع الخدمات: تشكل الخدمات اليوم الجزء الأكبر من اقتصاد في جميع أنحاء أوروبا والاقتصاديات المتقدمة حول العالم، فقطاع الخدمات في أمريكا يستحوذ على 65% من الناتج المحلي الإجمالي، وتشير تقديرات سنة 2014 إلى أن أكثر من أربعة من أصل خمس وظائف في الولايات المتحدة الأمريكية ستكون في صناعات الخدمات⁵. وتغييرات التي حدثت في التركيبة الاقتصادية في بعض الدول الأوروبية على مدى العقود الثلاثة الماضية، كانت هائلة وتعكس مدى مساهمة قطاع الخدمات في النمو الاقتصادي بحيث معظم القيمة المضافة تأتي من الخدمات، في حين يلاحظ انخفاض نسبي في الأنشطة الاقتصادية التقليدية مثل الزراعة، والتعدين، وأنواع

¹ Michael J. Baker, The Marketing Book, Fifth Edition, Butterworth-Heinemann An imprint of Elsevier Science, Oxford, 2003, P 585.

² بشير عباس العلق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 1999، ص 19.

³ Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright., Principles of Service Marketing and Management, 2nd Edition, Prentice Hill, 1999, P7.

⁴ سيدي محمد ساهل، آفاق تطبيع التسويق في المؤسسات المصرفية العمومية الجزائرية مع الإشارة إلى بنك الفلاحة والتنمية الريفية BADR، رسالة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية تخصص تسويق، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، ص 93.

⁵ Philip Kotler and Gary Armstrong, Principles of Marketing, 15th Edition, Pearson Education, United States of America, 2014, p259.

معينة من الصناعات التحويلية.¹

ويستحوذ قطاع الخدمات على ثلثي اليد العاملة تقريباً، وما بين 60 و70 % من الرقم الإجمالي للقيمة المضافة المحقق من قبل الدول الأوروبية يعود إلى الخدمات.² ولقد تم استحداث 1.3 مليون منصب شغل جديد في أوروبا ما بين سنة 1980 و1992 أي ما يعادل مرتين متوسط الاقتصاد في مجمله.³ كما إن 75 % من الوظائف في الولايات المتحدة الأمريكية⁴، و60% في اليابان وجدت نتيجة النشاطات المتعلقة بالخدمات.

إن انتقال الأيدي العاملة من الزراعة إلى القطاع الثاني ثم إلى القطاع الثالث يشكل التغيير الجذري لهذا القرن ويمكن ملاحظته في جميع دول العالم، ففي سنة 1997 تقلصت نسب اليد العاملة في القطاع الزراعي إلى 5.3 % بالنسبة لليابان، و2.7 % بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية و1.8% بالنسبة لبريطانيا، وهذا التقلص ملاحظ أكثر في إسبانيا بحيث كانت نسبة اليد العاملة في القطاع الزراعي تمثل 40% سنة 1960 تغيرت إلى 8.4% سنة 1997.⁵

ومن العوامل التي ساعدت على نمو وتطور القطاع الخدمي ما يلي:⁶

- الزيادة في أعداد وأشكال السلع مما ساهم في زيادة الخدمات المرافقة لها.
- زيادة أوقات الفراغ والخلو من العمل نتيجة التطور التكنولوجي مما سمح للأفراد من استخدام الخدمات والإقبال عليها.

- تحسين ظروف الأفراد ومعيشتهم نتيجة ارتفاع دخولهم، مكنهم من إنفاق أكثر على الخدمات.

- تغيير البيئة وتعقيدها أدى إلى الطلب على الخدمات مثل: الخدمات الاستشارية القانونية... الخ.

ويتميز عصر الخدمات العالمية بما يلي:⁷

- زيادة مشاركة الزبائن في اتخاذ القرارات الاستراتيجية للأعمال التجارية.
- الاقتصاديات وعدد القوى العاملة التي يهيمن عليها قطاع الخدمات.
- تزايد المنتجات التي تركز على السوق والتي هي أكثر استجابة للاحتياجات المتغيرة.
- تطوير التكنولوجيات التي تساعد الزبائن والموظفين في تقديم الخدمات.
- منح المزيد من الحرية إلى مقدمي الخدمة لتطوير حلول مناسبة لطلبات الزبائن الخاصة، وحلا

¹ Christopher H. Lovelock, Sandra Vandermerwe, Barbara Lewis, Suzanne Fernie , Services Marketing, Edinburgh Business School Heriot-Watt University Edinburgh, United Kingdom, 2011, P04.

² Philip Kotler, Kevin Lane Keller, Mairead Brady, Malcolm Goodman and Torben Hansen, Marketing Management, 13th Edition, Pearson Education Prentice Hall, United States of America, 2009, P08.

³ Liliane Bensahel, Introduction à l'économie du service, Presses universitaires De Grenoble, 1997, P07, 08.

⁴ Fatima Pakdil ,Timothy N. Harwood, Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions, Total Quality Management, Vol.16, No. 1, January, 2005, PP:15-30 .

⁵ James Teboul, Le Temps des Services : une nouvelle approche de management, Edition d'organisation, paris, 1999, P08.

⁶ المؤذن محمد صالح، مبادئ التسويق، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 1999، ص 215، 216.

⁷ K. Douglas Hoffman and John E. G. Bateson, Services Marketing Concepts, Strategies, Cases, Fourth Edition, Cengage Learning, United States of America, 2010, P04.

شكاويهم بسرعة وبأقل ضرر.

- ظهور صناعات الخدمات الجديدة و "خدمة إجبارية" حيث الجوانب غير الملموسة للمنتج أصبحت أكثر السمات الرئيسية التي تميز المنتجات في الفضاء السوقي.

ثانياً: مكانة الجودة في قطاع الخدمات

هناك آراء متباينة حول مكانة الجودة ودوره في قطاع الخدمات، فمنهم من يرى أن دورها محدود منطلقاً من عدة أسباب يمكن ذكر منها:¹

- مشكلة صفة اللاملموسية التي تتميز بها الخدمات وما ينتج عنها من صعوبة تطبيق الجودة.
- بعض المؤسسات الاحتكارية (المستشفيات العامة، الجامعات الحكومية) لا تحاول جاهدة لتلبية حاجات العملاء مثل باقي المؤسسات بسبب عدم وجود منافسة لها.
- أغلب الأبحاث كان اهتمامها بالمنظمات السلعية دون الاهتمام بالمنظمات الخدمية.
- أما من ناحية أخرى فيرى بعض الباحثين أنه توجد درجة عالية نحو توجه إدارة الجودة داخل حقل الخدمات، بحيث أنهم يروا أن نجاح بعض المؤسسات الخدمية مثل: البنوك والفنادق على المستوى الدولي كان نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وفي هذا الاتجاه يرى Lovelock أن أهم التطورات التي ساعدت قطاع الخدمات على تبني الجودة هي:²
- التغيير في أشكال القوانين الحكومية.
- التسهيل من معايير النقابات المهنية خاصة ما يتعلق بالوسائل الاتصال.
- خصخصة الشركات العامة والجمعيات التي لا تهدف إلى ربح.
- الابتكارات التكنولوجية لاسيما المعلوماتية وتطور الاتصالات عن بعد.
- التطور المتواصل لسلاسل الخدمات عن طريق التراخيص الممنوحة من طرف الشركات.
- توسيع عملية الإيجار والكرء.
- خلق مراكز ربحية خدمية في وسط المؤسسات الصناعية.
- الضغوطات على المنظمات التي لا تهدف إلى ربح لإيجاد مصادر جديدة لمدخلاتها.
- عولمة المؤسسات الخدمية.

إن هذه العوامل ساعدت في تغيير إدارة الخدمات وأعطتها مكانة أكثر ليس فقط على مستوى الاقتصاديات عالية التطور كالولايات المتحدة، كندا، اليابان وأعضاء المجموعة الأوروبية بل كذلك في اقتصاديات الدول النامية. ويمكن شرح بعض هذه العوامل بشيء من التفصيل كما يلي:³

¹ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، داروائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثالثة، 2005، ص62.

² Christopher Lovelock, Denis Lapert, Marketing Des Services : Stratégie, Outils, Management, Pupli-Union, Paris, 1999, P13.

³ Christopher H. Lovelock, Sandra Vandermerwe, Barbara Lewis, Suzanne Fernie, Op-cit., PP : 08-12.

- 1- التغيير في التشريعات والقوانين الحكومية: بحيث قامت بعض الدول بتعديل وتقليص درجة تدخلها وخفض القيود المفروضة على المنافسة بين الصناعات الخدمية، مما ساعد في زيادة حرية دخول المؤسسات الجديدة إلى السوق والتي نتج عنها زيادة في جودة الخدمات. وهذا التدخل يجب أن يكون لصالح حماية المستهلك والبيئة معاً وذلك لخلق توازن ما بين أهداف المنظمة والمجتمع.
- 2- التسهيل من القيود والمعايير الخاصة بالنقابات والجمعيات المهنية: ساهم تبسيط القيود والمعايير على خلق أجواء تنافسية ساعدت على تطوير الخدمات، وتخفيض الأسعار نتيجة حرية ممارسة وسائل الترويج ومن المهن التي تأثرت بهذا العامل المحاسبة، الطب، المحاماة... الخ.
- 3- التوجه نحو التخصصية في مجال الخدمات العامة: إن هذا التوجه أدى إلى تحويل الصناعات القومية إلى صناعات خاصة، مما نتج عنها إعادة تصميم هذه الهياكل التنظيمية حسب احتياجات ورغبات العملاء، والتركيز على قطاعات سوقية معينة وخدمتها بالجودة المطلوبة وبتكاليف أقل. وعندما تقترن التخصصية مع تخفيف الحواجز التنظيمية تسمح بدخول منافسين جدد يساهموا في توسيع مجال الخدمات.
- 4- التقدم التكنولوجي: أحدثت التكنولوجيات الجديدة تغير جذري في المعاملات التجارية للعديد من المنظمات الخدمية مع عملائها ، وتأتي قوة هذا التغيير اليوم من التكامل بين أجهزة الكمبيوتر والاتصالات السلكية واللاسلكية. كما ساعدت الابتكارات التكنولوجية الهائلة بشكل كبير على تطوير أساليب العمل داخل المنظمات الخدمية، وساهمت أيضاً في ابتكار وتطوير خدمات جديدة، وتحسين قدرة المؤسسات في المحافظة على معايير محددة لجودة مخرجاتها نتيجة إحلال الآلات مكان الأيدي العاملة وكذلك ساعدت في سرعة جمع وتوصيل المعلومات... الخ.
- 5- نمو الخدمات وانتشارها على شكل سلاسل وطنية وعالمية: إن نمو الخدمات وانتشارها على شكل سلاسل وطنية وعالمية كالفنادق والمطاعم نتيجة التراخيص التي منحت إلى بعض الشركات بإعطائها حق الاستخدام ضمن شروط متفق عليها، ساهمت هذه الطريقة في توسيع هذه السلاسل ذات المواقع المتعددة والتي تتميز بتقدم خدمات نمطية، حيث يتم تقديم الخدمات بكثرة من خلال سلاسل وطنية أو حتى العالمية. إن ضخامة هذه السلاسل ساعد على قدرتها على تمويل البرامج التي تعمل على البحث عن منتجات جديدة وبالجودة عالية.
- 6- المصنعون كمقدمين للخدمات: العديد من الشركات المعروفة في مجالات: أجهزة الكمبيوتر، والسيارات والمعدات الكهربائية والميكانيكية. قامت بتحويل الخدمات التكميلية إلى مراكز الهدف منها الربح، بحيث أصبحت الخدمات التي كانت تقدم لمجرد المساعدة في عملية البيع كالنقل والتسليم والتركيب والصيانة وغيرها، أصبحت مراكز مستقلة في حد ذاتها تسعى لتحقيق ربح للشركة، وفي كثير من الأحيان ما تساهم هذه المراكز بنسبة كبيرة من إيرادات المكتسبة مثل شركة IBM.

7- تبني المنظمات التي لا تهدف إلى الربح مفهوم إدارة الجودة: إن الضغوط المالية التي تواجه المنظمات العامة والمنظمات غير الربحية، تجبرها ليس فقط خفض التكاليف وتطوير عمليات أكثر كفاءة، بل إيلاء المزيد من الاهتمام باحتياجات العملاء وأنشطة المنافسين. وفي بحثها عن مصادر جديدة للدخل، فإن العديد من هذه المنظمات توجهت بقوة نحو التسويق، والذي غالباً ما ينطوي على إعادة النظر في خطوط الإنتاج، وإضافة خدمات هادفة للربح مثل متاجر التجزئة والمطاعم، واختيار قطاعات السوق التي تستهدفها واعتماد سياسات تسعير أكثر واقعية. وبالإتباع إدارة الجودة الشاملة لغرض تطوير خدماتها بما يتماشى مع الجودة والقبول من طرف جمهورها.

8- العولمة والتوجه الدولي: العديد من شركات الخدمات المالية ووكالات الإعلان، وسلاسل الفنادق، مطاعم الوجبات السريعة، ووكالات تأجير السيارات وشركات المحاسبة تعمل الآن في عدة قارات، وتدويل شركات الخدمات واضح للعيان لأي سائح أو رجل أعمال سافر إلى الخارج.

فشركات الطيران وشركات الشحن الجوي التي كانت سابقاً المحلية فقط أصبحت اليوم لها شبكات واسعة من المسارات الخارجية، وتعكس هذه الاستراتيجية الرغبة في خدمة العملاء الحاليين بشكل أفضل، واختراق أسواق جديدة. والأثر الصافي من هذا التدويل هو زيادة المنافسة وتشجيع على نقل الابتكار في المنتجات والعمليات من بلد إلى بلد، والمساهمة في تحسين جودة منتجاتها.

ثالثاً: الفرص المساعد على تبني الجودة في الخدمات

إن التحولات التي طرأت على قطاع الخدمات سواء في الدول النامية أو المتقدمة نتج عنها عدة فرص ساهمت بالاهتمام بموضوع الجودة في مجال الخدمات، وهذه الفرص يمكن تلخيصها كالآتي:

1- فرص تخفيضات القوانين والقيود المهنية: نتج عن عملية تخفيض القوانين الحكومية وتدخلات الجمعيات المهنية عدة تغييرات مست مجال الخدمات منها:¹

- سهولة الدخول إلى الأسواق. والنزوع نحو تميز أكثر لمفهوم الخدمات.

- حذف عدة قيود جغرافية من أمام تسليم الخدمات.

2- فرص التكنولوجيات الجديدة: إن استعمال التكنولوجيات الحديثة من طرف المؤسسات الخدمية ساهمت في توفير عدة فرص منها:²

- خلق خدمات جديدة أو محسنة (مطورة).

- إيجابيات إشراك الزبون في عمليات إنتاج الخدمة (الخدمة الذاتية)، بحيث يستطيع أن يقوم

هو بنفسه بالخدمة مثل الموزع الآلي في البنوك.

- تسجيل المعلومات الخاصة بالزبائن في بنوك المعلومات وهذه الاستراتيجية توفر عدة مزايا منها

¹ Christopher Lovelock, Denis Lapert, op-cit, P19.

² Ibid., P20.

سهولة وسرعة الرجوع لهذه المعلومات لغرض تسهيل على المسؤول اتخاذ قرارات هادفة ومدروسة.
- استخدام ملفات خاصة بالزبائن عن طريق أنظمة الإعلام الآلي والاتصالات المجانية، بحيث تسمح هذه الملفات بتقديم مستوى عالي من الجودة، من خلال تحليل المعلومات الخاصة بالزبائن من حيث الشكاوى، والطلبات، والآراء المقترحة، ومعالجتها.

3- الفرص المتعلقة بالمنتجات: إن جميع السلع المادية خاصة تلك التي تمتاز بطول فترة بقاءها (السلع المعمرة) تنشأ عنها خدمات مرتبطة بها يمكن أن نذكر منها:¹

- النقل والتخزين، عمليات التركيب والتموين، الصيانة، التصليح والتحرك

- التنظيف والخدمات النهائية، حماية البيئة أو إعادة تأهيلها.

رابعاً: تصنيف الخدمات

هناك تصنيفات مختلفة باختلاف طبيعة وشكل الخدمة تساهم في الوصول إلى الفهم الجيد للخدمة، ولوضع استراتيجيات مرتبطة بالجودة فعالة تعمل على مواجهة التحديات في المستقبل باستغلال الفرص الممنوحة وتجنب الأخطار الواردة، بهدف تحقيق غاية المشروع ومصصلحة المجتمع، ويعزز ذلك قول Theodore Levitt (1976) "إن التمييز بين السلعة والخدمة يختفي بصورة متزايدة، كلما زادت معرفتنا أكثر لمفهوم الخدمة"². وفيما يتعلق بالهدف من مخططات التصنيف يرى Shelby Hunt (1976) أن " تطوير نظام تصنيف الخدمات يستخدم في بناء النظريات في مجالات البحث وتفسير مختلف الظواهر. ومخططات التصنيف هي الوسيلة الأساسية لتنظيم الظواهر إلى فئات أو مجموعات قابلة لمنهجية البحث والتطور النظري"³، ومن بين هذه التصنيفات ما يأتي:

1- التصنيف الأول: يمكن تصنيف الخدمات وفق أسلوب مبسط بحيث يعطي صورة عامة عن الأنواع الشائعة للخدمات، ومن أهم الأسس المتبعة حسب هذا الأسلوب ما يلي:⁴

أ- حسب نوع السوق هناك: الخدمات الاستهلاكية، التي تقدم لإشباع الحاجات الشخصية الصرفة مثل: خدمات صحية، وخدمات النقل، والاتصالات، وحلاقة الشعر بحيث تتعلق بالفرد. والخدمات التي تتعلق بمنتجات الأعمال بحيث تقدم لإشباع حاجاتها مثل الخدمات الاستشارية والمحاسبة، والخدمات المتعلقة بصيانة المباني، والمعدات وغيرها.

ب- حسب درجة كثافة العمل: هناك بعض الخدمات التي تعتمد على قوة عمل كثيفة مثل خدمات الحلاقة، خدمات استشارية. وخدمات أخرى تعتمد على مستلزمات مادية أكثر مع درجة

¹ Ibid., P21

² André Boyer et Ayoub Nefzi, La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts, La Revue des Sciences de Gestion, n° 237-238, 2009, pp. 43-54.

³ Ziv Baida, Software-aided Service Bundling: Intelligent Methods & Tools for Graphical Service Modeling, to obtain the degree of Doctor of Vrije University Amsterdam, 2006, P39.

⁴ بشير عباس العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 46، 47.

كثافة قوة عمل أقل مثل خدمات الاتصالات، خدمات النقل، البيع الآلي وغيرها.

ج- حسب درجة الاتصال بالزبون: تصنف الخدمات في هذه الحالة حسب درجة الاتصال الشخصي بين مقدم الخدمة والزبون بحيث توجد خدمات ذات اتصال عالي (خدمات الطبيب) وخدمات ذات اتصال منخفض (الصراف الآلي) وخدمات ذات اتصال متوسط (خدمات المطاعم).

د- حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات: تصنف الخدمات في هذه الحالة إلى خدمات مهنية مثل خدمات الأطباء، المحامين. وغير مهنية مثل خدمات حراسة العمارات فلاحه الحدائق وغيرها.

2- التصنيف الثاني: وقد صنف الأستاذين Dubois و Kotler¹، الخدمات إلى خمس فئات هي:

أ- المنتج الخالص: ويتمثل في السلع الملموسة الخالصة كالصابون، معجون الأسنان أو الملح، حيث لا يرتبط بهذا المنتج أية خدمات.

ب- المنتج مع عدة خدمات مرافقة له: المؤسسة تقدم منتج رئيسي مدعم بعدة خدمات مصاحبة له مثل: بيع السيارات وما يرافقها من ضمان، خدمات الصيانة وغيرها. وفي هذا يقول Theodore Levitt أنه كلما كان المنتج يتمتع بأكثر تقنية (الكمبيوتر) كلما احتاج إلى خدمات أكثر مصاحبة له.

ج- المنتج/الخدمة: في هذه الحالة يكون العرض متساوي من حيث السلعة والخدمة مثل المطاعم، بحيث يكون تساوي بين استهلاك الطعام وخدمة الزبائن.

د- الخدمة مع سلعة مرافقة لها أو خدمات أخرى: في هذه الحالة يكون عرض المؤسسة الخدمية معزز ببعض السلع أو الخدمات التكميلية مثل شركات الطيران بحيث أن الخدمة الأساسية هي النقل مدعمة ببعض السلع مثل: الطعام، والشراب، والجرائد، والصحف والخدمات التكميلية.

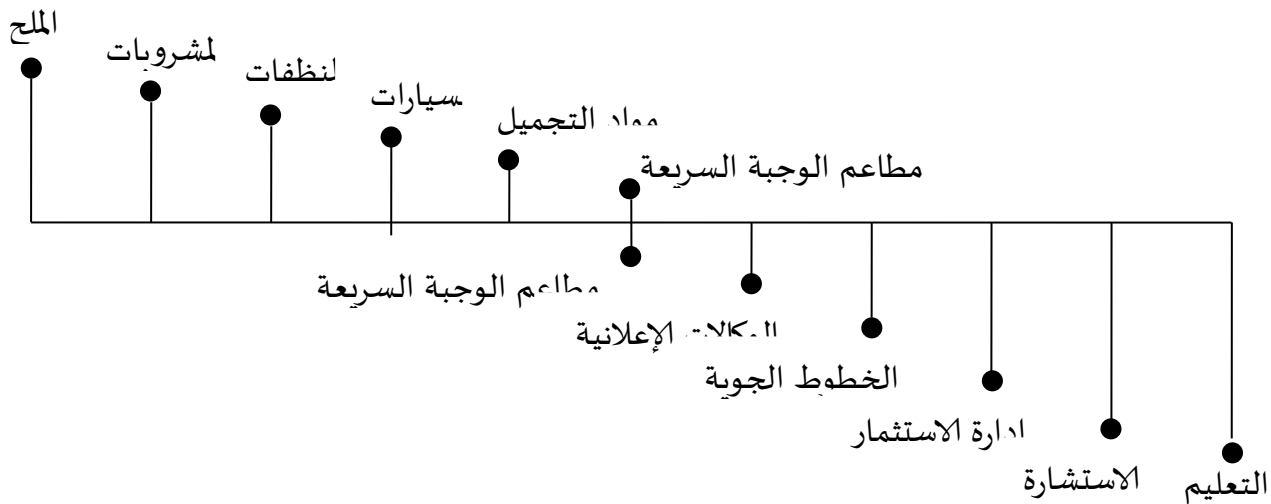
هـ- الخدمة الخالصة: في هذه الحالة تقدم المؤسسة خدمة واحدة مثل خدمة محامي أو معالج نفسي بغير سلعة أو خدمة تكميلية.

ويشير الشكل (3، 1) إلى مقياس Shostack، الذي يوضح درجة الملموسية بين السلع والخدمات، بحيث يلاحظ أن القليل جداً من الخدمات، التي لا توجد فيها عناصر ملموسة مثل خدمات التدريس التي توجد في نهاية المقياس وكذلك بالنسبة للسلع فالقليل منها من هو خالي من العناصر الغير ملموسة مثل الملح في النهاية المقابلة من المقياس²، وتترتب باقي المجموعة على طول السلسلة وفق وزن عناصر الملموسة التي تتألف منها. ويتيح هذا النموذج آلية للمقارنة وتحديد موقع السلعة أو الخدمة في السوق، بحيث كلما زاد وزن العناصر غير الملموسة يكون الاختلاف عن تسويق المنتجات في الأولويات والمناهج.

¹ Philip Kotler ET B Bernard Dubois, Marketing Management, 10 éme Edition, Pupli-Union, Paris 2000, P443, 445.

² Raymond p .Fisk. Stephen j.Grove., Joby John .,Interactive Services Marketing , Houghton Mifflin Company ,2000 ,P10.

الشكل (3، 1): مقياس وحدات السوق (الدرجة المادية)



Source: G. Lynn Shostack., Breaking Free from Product Marketing, op-cit, P77.

والجدول التالي يعرض تصنيفات الخدمة لباحثين البارزين، ركزت أبحاثهم على تطوير الخدمة.

الجدول (3، 1): أنماط الخدمة

المؤلف	الفئات / المجموعات
JUDD ,R.C.,1964	خدمات السلع المستأجرة -خدمات السلع المملوكة -الخدمات غير السلعية
Rathmell,J.M.,1974	نوع البائعين-نوع المشترين-دوافع الشراء -ممارسات الشراء -درجة التقييد بالنظام
Shostack,1977;Sasser,W. E.Jr., Olsen,R.P., 1978	نسبة السلع المادية والخدمات غير الملموسة التي تتألف منها كل حزمة منتج/سلعة
Hill, T.P. (1977)	الخدمات التي تؤثر على الأفراد مقابل تلك التي تؤثر على السلع. التأثير الدائم مقابل التأثير المؤقت للخدمة. التأثير العكسي مقابل عدم التأثير العكسي للخدمة. الآثار المادية مقابل الآثار المعنوية للخدمة. الخدمات الفردية مقابل الخدمات الجماعية.
Chase, R.B. (1977, 1981)	درجة الاتصال بالزبون
Kotler, P. (1980)	الخدمات التي تعتمد على الأفراد مقابل الخدمات التي تعتمد على المعدات -درجة حضور الزبون -الخدمات العامة مقابل الخاصة، والموجهة للربح مقابل عدم الربح
Lovelock. C.H. (1980)	خمس مصفوفات ثنائية مصنفة على أساس الأفكار التالية: - طبيعة عمل الخدمة - العلاقة بين مقدم الخدمة و الزبون - التوجه للعميل بصورة فردية (customization) - نمط العرض و الطلب - نمط تسليم الخدمة
Schmenner,R.W. (1986)	مصفوفة عملية تقديم الخدمة تقوم على بعدين: -درجة الاتصال بالزبون والتوجه له بصورة فردية -درجة كثافة العمل

الفئات / المجموعات	تاي (مؤلف)
درجة الاتصال بالزبون. تحديد الاتصال بالزبون اتسع ليشمل الاتصال الإيجابي والسلبي	Mersha. T. (1990)
يقوم على المرحلة التنافسية	Chase,R.B., Hayes , 1990
مصنوفة ثنائية الأبعاد على أساس "جامدة" مقابل "مرنة". عمليات الخدمة ودرجة اتصال بالزبون	Wemmerlov, U. 1990
مصنوفة منتج خدمة-عملية تقديم الخدمة	Kellogg and Nie, 1995.
مصنوفة تصنيف ثنائية الأبعاد على أساس ممارسة الخدمة ومؤشر الأداء	Roth, A.V., Chase, R.B. and Voss, C. 1997

Source: Verma, R., An empirical analysis of management challenges in service factories, service shops, mass services and professional services, International Journal of Service Industry Management, Vol.11, No.1,2000, PP: 8-25.

Christopher H. Lovelock, Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights , Journal of Marketing Vol. 47 ,1983,PP: 9-20 .

المطلب الثاني: طبيعة الخدمة

أولاً: مفهوم الخدمة

إن مفهوم الخدمة اكتسب زخم أكبر في مجال التسويق، وكانت أطروحة جونسون Johnson سنة 1969م، أول من طرح السؤال "هل السلع والخدمات مختلفة حقاً؟"، وريغان Regan سنة 1963 أول من كتب ثلاثة مقالات في خدمات التسويق والتي نشرت في مجلة التسويق خلال الستينات، ووصف الولايات المتحدة بأنها متقدمة في " ثورة خدمة " والتي من شأنها إحداث تغيير كبير في سلوك المستهلك¹، و Judd سنة 1964م، اقترح تصنيف الخدمة، و Rathmell سنة 1966م، شجع المسوقين لتكريس المزيد من الاهتمام لقطاع الخدمات². وبما أن الخدمة تختلف عن السلعة من حيث خصائصها فيكون من الصعب إيجاد مفهوم محدد لها لدى ظهرت عدة تعاريف من طرف الباحثين محاولة منهم إيجاد تعريف شامل ومحدد للخدمة ومن بين هذه التعاريف ما يلي:

1- لقد التفت جاد Judd إلى الفرق الموجود بين السلعة والخدمة بحيث عرف الخدمة على أنها "صفة تقوم بها المؤسسة أو صاحب المشروع في السوق، ويكون الهدف من هذه الصفة وغيرها، هو نقل ملكية السلعة الملموسة"³.

2- أما kotler و Armstrong فقد عرفا الخدمة على أنها " نشاط أو منفعة أو رضا معروضة للبيع

¹ Stephen W. Brown., Raymond P. Fisk., Mary Jo Bitner., The Development and Emergence of Services Marketing Thought, International Journal of Service Industry Management, Vol. 5 No. 1, 1994, pp. 21 -48.

² Robert Johnston, Service operations management: return to roots, International Journal of Operations & Production management, Vol. 19 No. 2, 1999, pp. 104-124.

³ Robert C. Judd, The Case for Redefining Services ,Journal of Marketing ,Vol.28,No.1,Jan.,1964,PP: 58-59.

- والتي هي في الأساس غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكية"¹.
- 3- وقد عرف Gronroos الخدمة على أنها " نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة على الأكثر أو أقل ملموسة، والتي طبيعيا ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدم الخدمة، أو السلع والموارد المادية أو الأنظمة التي توفرها والتي تقدم كحل لمشاكل المستهلكين"^{2,3}.
- 4- ويرى Gummesson أن " الخدمات هي بعض الأداءات التي يمكن شراؤها وبيعها بحيث لا يمكن الاستغناء عنها أو تركها"⁴.
- 5- أما Zeithaml وBitner فقد عرفا الخدمة على أنها "عبارة عن أفعال، أعمال وإنجازات". وتقولاً " أن المفهوم الكلي الذي يعرف الخدمات، هي أنها كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست منتجات مادية، وهي عموما تستهلك في الوقت الذي تنتج فيه، وتقدم قيمة مضافة مثل (المصلحة، التسلية، اختصار الوقت، الراحة أو الصحة) وهي بشكل أساسي غير ملموسة لمشتريها الأول"⁵.
- 6- وعرفت الجمعية الأمريكية للتسويق AMA الخدمة بأنها "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة"⁶.
- 7- وعرفت على أنها نشاط أو تتابع من الأنشطة بمدة وموضع (محل) محددين تنجز بفضل الوسائل البشرية والمادية لغرض تقديم منفعة إلى الزبون، وفقا لتطورات وسلوكيات محددة مسبقا.⁷
- 8- وقد عرفت الخدمة أيضا على أنها عبارة عن تجارب زمنية صادرة من قبل الزبون حين تفاعله مع أفراد المؤسسة الخدمية أو الدعم المادي والتقني للمؤسسة.⁸
- 9- ويرى Vargo و Lusch أن الخدمة هي "تطبيق الكفاءات المتخصصة (المهارات والمعرفة) من خلال الأفعال والعمليات والأداء لصالح شخص آخر أو الشخص نفسه (خدمة ذاتية)"⁹.
- 10- أما Stanton الخدمة بأنها "نشاطات غير ملموسة تهدف إلى إشباع الرغبات والاحتياجات عندما يتم تسويقها إلى المستهلك النهائي أو المستعمل الصناعي، مقابل سداد مبلغ معين من المال بحيث لا تقترن هذه الخدمات ببيع منتجات أخرى"¹⁰.
- ومن خلال ما سبق يظهر وجود بعض الاختلافات بين السلعة والخدمة يمكن توضيحها كالآتي:

¹ Philip Kotler and Gary Armstrong, Op-cit., p 248.

² Monique Zollinger. Eric lamarque ., Marketing et Stratégie de Banque ,Dunod ,paris 1999.P08.

³ Grönroos.C.Adopting a Service Logic for Marketing, Marketing Theory, Vol.6, N. °3, 2006, P 323.

⁴ Monique Zollinger. op-cit,P08.

⁵ Valarie a. Zeithaml., Mary jo. Bitner., Services Marketing , Irwin McGraw-hill,2^{ème} edition,2000.P02,03

⁶ Robert C. Judd, Op-cit., PP: 58-59.

⁷ Carole Logiez., Elisabeth Vinay ., entreprendre dans les services, dunod, paris2001, P03.

⁸ Mustapha Bouhafs, La Qualité Du Service Bancaire Et La Satisfaction Des Clients Cas De BADR, Mémoire De Magistère, Universitaire de Tlemcen, 2005, P12.

⁹ Stephen, L.Vargo., Robert, F.Lusch., The Four Service Marketing Myths: Remnants of Goods Based, Manufacturing Model, Journal of Service Research, Vol.6, No.4, 2004, PP: 324-335.

¹⁰ Stanton, W. J , Fundamentals of Marketing, MC Graw , Hill Auckland 1984, P494.

الجدول (3، 2): يلخص بعض الاختلافات الموجودة بين السلعة والخدمة

الخدمة	السلعة
- الخدمة غير ملموسة.	- السلعة عموماً ملموسة.
- نادراً ما يتم انتقال الملكية.	- الشراء يتضمن انتقال الملكية.
- لا يمكن بيع الخدمة مرة أخرى.	- يمكن بيع السلعة مرة أخرى.
- لا يمكن رؤية الخدمة.	- يمكن إثبات السلعة (إظهارها).
- لا يمكن تخزين الخدمة.	- يمكن تخزين السلعة.
- الإنتاج والاستهلاك معا (متلازمين).	- الإنتاج يكون قبل الاستهلاك (يسبقه).
- عملية الإنتاج والاستهلاك وكذلك البيع تكون في نفس المكان.	- انفصال (زمني ومكاني) بين عملية الإنتاج والبيع والاستهلاك.
- لا يمكن نقل الخدمة.	- يمكن نقل السلعة.
- يشارك الزبون في إنتاج الخدمة.	- تنتج السلعة من طرف البائع.
- عموماً يكون الاتصال مباشرة بالزبون لأنه ضروري (مجدي).	- يمكن الاتصال بالزبون بطريقة غير مباشرة.
- طبيعياً لا يمكن تصدير الخدمة.	- يمكن تصدير السلعة.
- لا توجد الخدمة من قبل فهي تنشأ أثناء عملية تقديمها.	- وضع السلعة في السوق يأتي بعد تصنيعها.
- إن مسؤولية التحكم في الأداء والجودة تكون من طرف المنتج والزبون	- يتحكم المنتج في الأداء والجودة
- في الحقيقة لا يمكن التحكم في النتيجة لان المنتج لا يستطيع أن يلتزم بالنتيجة.	- المنتج هو المسؤول عن النتيجة والمتحكم فيها.
- القيمة الاستعمالية هي العنصر الأكثر أهمية.	- القيمة التبادلية هي المحددة.
- السوق ليس مكاناً لتحديد السعر والكمية	- عملية مبادلة السلع تتم في السوق الذي يقوم بدور المنظم لهذه الصفقات.

Source : Richard Normann., le management des services : théorie du moment de vérité dans les services, InterEdition, paris, 1994, P21.
Liliane Bensahel, op-cit, P38.

ثانياً: خصائص الخدمة

قدمت المساهمات الفلسفية منذ ثلاثة قرون مجموعة من الخصائص للخدمات، والتي أصبحت في الوقت الحاضر تميزها عن السلع ومن أكثرها شهرة: غير ملموسة (intangibility)، عدم التجانس (heterogeneity)، عدم الانفصال (inseparability)، وفنائية (perishability)، والمعروفة باسم (I.H.I.P)¹.

¹ Evert Gummesson, Exit Services Marketing: Enter Service Marketing, The Journal of Customer Behaviour, Vol. 6, No. 2, 2007, and PP: 113-141.

فخاصية الفناء ترجع إلى العالم الاقتصادي الكلاسيكي Adam Smith سنة 1776 الذي ميز في كتابه ثروة الأمم ما بين مخرجات العملية الإنتاجية التي يمكن تخزينها وتلك التي تفتى لحظة إنتاجها، وأول من استخدم مصطلح غير مادي (Immatériel) الكاتب الفرنسي Jean-Baptiste Say سنة 1803 وأول من قدم مفهوم عدم الانفصال ، أي الحدوث في نفس الوقت (Simultaneity)¹ ، وفي منتصف القرن التاسع عشر انتشر مصطلح المنتجات المادية وغير المادية ، ويظهر هذا المصطلح بشكل واضح في مناقشة Nassau Senior لطبيعة الإنتاج في كتابه الاقتصاد السياسي سنة 1863². أما خاصية عدم التجانس فترجع إلى القرن العشرين إلى الكاتبة Robinson سنة 1933 في مناقشتها عن الفرق بين المنافسة الكاملة وغير الكاملة والتي تعرض لها أيضا فيما بعد Chmberlin بثيء من التفصيل في سياق كلامه عن الاختلاف والتمييز الطبيعي والمخطط للسلع³. ويعد كل من Judd (1964)، و Rathmell (1974)، و Shostack (1977)، و Bateson (1977)، و Sasser، Olsen و Wyckoff (1978) من أول الباحثين الذين فكروا في الآثار المترتبة على خصائص الخدمة والمتمثل في أنها غير ملموسة، وسهلة التلف، وتزامن الإنتاج والاستهلاك، وعدم التجانس⁴، ومشاركة المستهلك في عمليات الخدمة⁵.

ومن أبرز الخصائص الرئيسية التي تنفرد بها الخدمات عن السلع هي:

1- الخدمات غير ملموسة: إن معظم الخدمات غير ملموسة (Berry 1980, Bateson 1977, Lovelock 1981, Shostak 1977)، لأنها أداءات بدل من الأشياء⁶، لذلك لا يمكن رؤيتها أو تذوقها أو سماعها أو شمها أو لمسها قبل شرائها⁷، ولملموس يعني محسوس و مادي، أما غير ملموس فهو عكس ذلك ويعني غير محسوس و غير مادي⁸، ويعرف قاموس Webster 1994 الالموسية " تلك التي لا يمكن لمسها أو إمساكها ،فهي غير مادية وغير محسوسة"⁹، والصفة اللالموسية قد تكون ذهنية كما أشارتا لها Zeithaml and Bitner " يصعب على الزبون فهم الخدمة حتى ذهنيا "¹⁰، أي عدم قدرة الزبون على إدراكها ذهنيا، وتكون غير مادية يصعب الشعور بها.

¹ Christopher H. Lovelock, Evert Gummesson., Whither Services Marketing ? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives, Journal of Service Research, Vol.7, No.1, 2004, PP: 20-41.

² Peter Hill , Tangibles Intangibles and Services: A New Taxonomy for the Classification of Output, Canadian Journal of Economics Revue canadienne d'Economie, Vol. 32, No. 2, 1999, PP 426-446.

³ Christopher H. Lovelock, Evert Gummesson., Op-cit.,PP:20-41.

⁴ Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman and Leonard L. Berry, Problems and Strategies in Services Marketing, Journal of Marketing, Vol. 49, No. 2 ,1985,PP: 33-46.

⁵ G. Lynn Shostack, Service Positioning through Structural Change, Journal of Marketing, Vol. 51, No. 1, January 1987, pp. 34-43.

⁶ Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman and Leonard L. Berry, Problems and Strategies in Services Marketing, Op-cit., PP: 33-46.

⁷ Philip Kotler and Gary Armstrong. , Op-cit., p 260.

⁸ G. Lynn Shostack, Breaking Free from Product Marketing, Op-cit., pp. 73-80

⁹ Webster's New World Dictionary of American English, 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1994,p701.

¹⁰ Banwari Mittal, The Advertising of Services: Meeting the Challenge of Intangibility, Journal of Service Research, Vol.2, N°.1, 1999, PP: 98-116.

وقد تجعل صفة غير ملموسة عامل المخاطرة ملازم للمنتجات الخدمية، مما يشكل صعوبة على الشركة في فهم إدراك الزبون للخدمة وطريقة تقييمه لجودتها¹. بحيث أن المستفيد من الخدمة قد لا يجد ما كان يتوقعه من الخدمة ذلك لأنه في كثير من الحالات ما تكون عمليتي الإنتاج والاستهلاك للخدمة تحدثان في آن واحد، وعليه يكون من الصعب على الزبون معاينة وتجربة الخدمة قبل شرائها، في هذه الحالة قد يلجأ مقدمو الخدمة إلى إضفاء رموز ملموسة على منتجاتهم لإبراز منافعها والتعبير عن جودتها². وقد تنتج عن هذه الخاصية عدد من المشاكل تتمثل في:³

- صعوبة تخزين الخدمة والاحتفاظ في بها كاحتياطي.
 - صعوبة حماية الخدمة قانونيا من خلال براءات الاختراع مما يزيد من خطر التقليد.
 - صعوبة حساب تكاليف الخدمات.
 - صعوبة قياس وقت إنتاج وتقديم الخدمة (servuction).
 - صعوبة تقييم الخدمة من قبل الزبون، لعدم وجود أي تمثيل مادي للخدمة، والزبون يجد نفسه غير قادر على تجسيد صورة ذهنية للخدمة كما هو الحال بالنسبة للمنتجات ملموسة.
- 2- التلازمية: أطلقت صفة تلازمية على الخدمات من قبل الكاتب الفرنسي Say (1803) الذي أكد أن إنتاج والاستهلاك للخدمات تحدث في وقت واحد⁴، وتعني عدم انفصال الخدمة عن مقدمها⁵، ويعزز ذلك قول Berry (1980) " الإنتاج والاستهلاك في وقت واحد يعني أن مزود الخدمة غالبا ما يكون حاضرا بدنيا في مكان استهلاك الخدمة "، من الأمثلة الشائعة للخدمات التي لا ينفصل مقدمها عن المستفيدين منها، هي التعليم، فحوصات الأطباء أو الحفلات الموسيقية⁶. فهي تعبر عن درجة ارتباط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها وهذا بخلاف ما عليه المنتجات الملموسة، وعملية تفاعل المستهلك مع مقدم الخدمة، تستوجب من هذا الأخير تحسين علاقته بالزبون أثناء عملية تقديم الخدمة، ويعد Richard Normann أول من وصف لحظة مواجهة مقدمي الخدمة مع مستهلك الخدمة باللحظة الحقيقية (The Moment of Truth)، ونتائج هذا التفاعل قد تؤثر على تصورات جودة الخدمة⁷. بما أن الخدمة تنتج وتستهلك في نفس الوقت فانه من الصعب فصلها عن مصدرها، سواء كان إنسان أو آلة⁸، فمن يقوم بتقديم الخدمات يشارك في

¹ A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research , Journal of Marketing, Vol. 49, No. 4 ,1985, pp. 41-50

² زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2003، ص 46.

³ André Boyer et Ayoub Nefzi , Op-cit., pp. 43-54

⁴ Sabine Moeller, Characteristics of services: a new approach uncovers their value, Journal of Services Marketing, Vol.24, No. 5 ,2010, pp. 359 - 368

⁵ Philip Kotler and Gary Armstrong, Op-cit., p 260.

⁶ Sabine Moeller, Op-cit., pp. 359-368.

⁷ Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright., Op-cit., P55.

⁸ Philip Kotler and Gary Armstrong, Principles of Marketing, 15th Edition, 2014, Op-cit., p 260.

العملية المقدمة ويصبح طرف في تكوين جودة ونوعية الخدمة¹. وتشتمل خاصية تزامن الإنتاج والاستهلاك الخدمات على أربع نتائج رئيسية:²

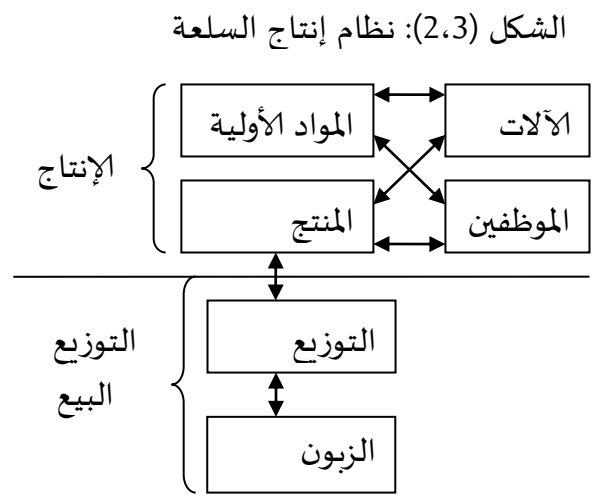
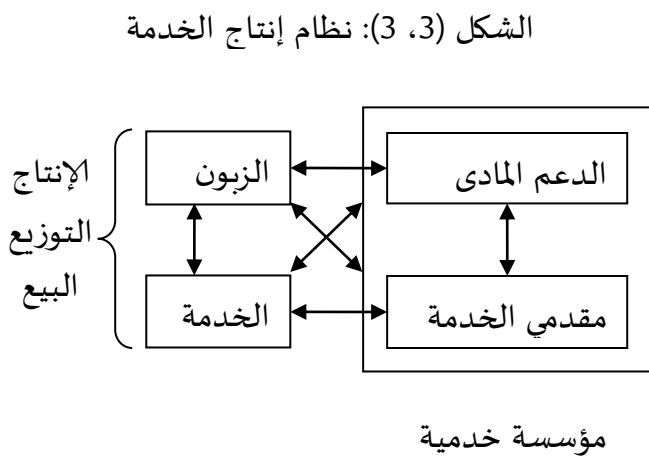
- أهمية مشاركة الموظفين أثناء اتصالهم مع الزبون.

- أهمية مشاركة الزبون.

- ارتباط وثيق بين وظائف التسويق والعمليات.

- إمكانية تقديم الخدمة لكل زبون في حدود معينة وإلا ستكون التكاليف باهظة.

ويمكن توضيح الفرق بين السلعة والخدمة من حيث نظام إنتاجها وتقديمها إلى الزبون حسب خاصية التلازمية من خلال الشكلين التاليين:



Source : Pierre Eiglier., Eric Langeard et Valérie Mathieu., Marketing Des Services, Encyclopédie de gestion, 2^{ème} édition, economica, paris, 1997, P1943.

3- الخدمات غير متجانسة: يكاد يكون من المستحيل الحصول على نفس الخدمة من نفس البائع مرة الثانية فالخدمات جد متغيرة³، ويكون من الصعب المحافظة على مستوى نمطي للخدمة وذلك يعود إلى المحددات التي تؤثر في مدخلات إنتاج الخدمة وتمثلة في مهارة المورد، والتوقيت، والمكان، والسرعة، والأدوات المستعملة وغيرها⁴، وحسب Kotler و Armstrong " جودة الخدمات قد تختلف اختلافا كبيرا تبعا للشخص الذي يقدم الخدمة، ومتى، وأين، وكيف يتم تقديمها"⁵. وهذا ما يفسر عدم تماثل وتجانس الخدمات على الدوام. بما أن الخدمات أغلبها تقدم من طرف أشخاص فإن قدرتهم على الأداء تتغير وتتأثر بعدة عوامل بعضها يتعلق بالشخص نفسه، وبعضها الآخر يتعلق

¹ زكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص 48.

² André Boyer et Ayoub Nefzi , Op-cit., pp. 43-54.

³ K.Rama Mohana Rao, Services Marketing, Third Edition, Dorling Kindersley, New Delhi, India, 2009, P09.

⁴ Yeming Gong , Global Operations Strategy Fundamentals and Practice , Springer Heidelberg ,New York,2013, P5, 6.

⁵ Philip Kotler and Gary Armstrong, Op-cit., p 260.

بيئة العمل المادية والاجتماعية المحيطة به مما يجعل تنميط الخدمة شبه مستحيلة¹.
ومما يزيد من درجة تنوعها وتباينها التغير الدائم في شكل الخدمة حسب البيانات، والمعلومات الجديدة التي يتلقاها المورد بنية تحسين الجودة، وعلى الرغم من محاولة العديد من المؤسسات تنميط مخرجاتها إلا أنه من الصعب عليها التأكد من تقديم مستوى الجودة نفسها لمخرجاتها².
4- الخدمات غير قابلة للتخزين: إن العديد من الخدمات ذات طبيعة فنائية غير قابلة للتخزين من أجل استخدامها في أوقات أخرى مثل السلع، فالخدمة " لا يمكن تخزينها للبيع في وقت لاحق أو استخدامها"³، وهذا راجعاً لأن الخدمة تعتبر مستهلكة لحظة إنتاجها، بمعنى آخر إنه كلما زادت درجة اللاملموسية انخفضت فرصة تخزينها⁴. ونتيجة لهذه الخاصية فإن الكثير من منظمات الخدمة تحقق خسائر لعدم استغلال الكامل من إمكانياتها، فمثلاً عدم تمكن من ملئ القاعة، أو الفندق، أو الطائرة كلها تصبح أنشطة أعمال فقدت إلى الأبد⁵.
5- عدم تملك الخدمة: بما أن الخدمات غير ملموسة وذات طبيعة فنائية فإن الزبون لا يمتلكها⁶، ويحصل الزبون من الخدمة على خبرة أو تجربة وليس الملكية⁷. إن صفة عدم انتقال الملكية تميز الإنتاج الخدمي عن الإنتاج السلعي، وذلك لأن الزبون له الحق باستخدام الخدمة لفترة معينة دون أن يمتلكها⁸، مثل: تأجير سيارة أو قضاء عدة ليالي في فندق فهذه الخدمات لا يجوز له الحق في امتلاكها، بل له حرية التمتع والانتفاع بها مقابل ما يدفعه من نقود⁹.
وحسب Adrian Palmer¹⁰ تؤثر هذه الخاصية على تصميم قنوات التوزيع، بحيث لا يمكن لتاجر الجملة أو التجزئة إتباع الطرق نفسها المستعملة في توزيع السلع، وطرق التوزيع المباشرة هي أكثر شيوعاً في تقديم الخدمة، حيث يتم استخدام الوسطاء كمنتج مشارك في تزود الزبون بالخدمة. وفي محاولة منهما للإجابة على سؤال: إذا كان الزبائن لا يحصلون على ملكية عند شراء الخدمة، فماذا اشترؤا؟، اقترحا Lovelock و Gummesson رؤية تبين الجوانب غير المرئية بشكل واضح، من خلال القول بأن الخدمات تتضمن نوعاً من الإيجار، أو الوصول أي حصول الزبون على فوائد من

¹ أحمد علي سليمان. سلوك المستهلك بين النظرية والتطبيق مع التركيز على السوق السعودية. مكتبة الملك فهد الوطنية الرياض، السعودية 2000، ص 452.

² هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 29.

³ Philip Kotler and Gary Armstrong, Op-cit., p 261.

⁴ محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2003، ص 56.

⁵ Jean-Jacques Lambin et Chantal de Moerloose, Marketing stratégique et opérationnel : Du marketing à l'orientation-marché, 7e édition, Dunod , Paris, 2008, P85.

⁶ Jim Blythe, Marketing Essentials, First edition, Elsevier, Great Britain, 2008, P116.

⁷ K.Rama Mohana Rao, Op-cit., P10.

⁸ Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright., Op-cit., P10.

⁹ تامر البكري، التسويق: أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 220.

¹⁰ Michael J. Baker ,The Marketing Book, Fifth Edition, P 591.

خلال منحه الحق المؤقت في:¹

- استخدام شيء مادي، كاستئجار وسائل النقل، أو معدات البناء، أو ملابس رسمية.
- استئجار مكان أو مساحة، كغرفة في فندق، أو مقعد في الطائرة، أو جناح في بناية.
- استئجار عمل أو خبرة مثلا خدمات تنظيف المنزل، أو إصلاحات السيارات، أو استشارات إدارية.

- الوصول واستخدام المرافق المادية مثل متحف، أو متنزه، أو منتجع.

- الوصول واستخدام الشبكات مثل الاتصالات، أو الخدمات المصرفية، أو خدمات التأمين.

المطلب الثالث: جودة الخدمة

إن موضوع الجودة يعد من أكثر الموضوعات أهمية لدى رجال الأعمال، والمفكرين الاقتصاديين وسبب ذلك أن المستهلكين دائماً يهتمون بجودة الخدمة، إضافة إلى دور الخدمة في تحقيق ميزة تنافسية للمؤسسة المعنية.

أولاً: تعريف جودة الخدمة

عرفت الجودة على أنها ما يتطابق مع المواصفات التي تحددها المنظمة في إنتاج خدماتها.

ويشير Gronroos² إلى وجود بعدان للجودة هما: الجودة الفنية، والجودة الوظيفية، فالجودة الفنية تشير إلى الجوانب الكمية للخدمة، أما الجودة الوظيفية فهي تتمثل في الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى الزبون.

ويرى كل من Lewis وBooms³، إن الجودة ما هي إلا قياس لمدى تطابق مستوى جودة الخدمة المقدمة مع توقعات الزبون.

وعرفت الجمعية الأمريكية AMA⁴، الجودة على أنها المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في سلعة أو خدمة معينة على تلبية حاجات معينة. وهنا الجودة تعني عرض خدمة للزبائن بما يرضي ويشبع حاجاتهم كما يريدونها، أي هي مجموعة مظاهر وخصائص الخدمة أو المنتج التي تعمل على خلق رضا لدى الزبون مع تلبية حاجاته المعينة.

أما AFNOR⁵، فتعرف الجودة على أنها مجموعة من الخصائص والمميزات لسلعة أو خدمة ما

¹ Christopher H. Lovelock, Evert Gummesson., Op-cit., PP:20-41.

² A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research ,Op-cit., pp. 41-50

³A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Op-cit., pp. 41-50.

⁴ تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 329.

⁵ Jean-Pierre Baruche., la qualité du service dans l'entreprise : satisfaction et rentabilité , édition d'organisation , paris, 1992, P23.

والتي تكون قابلة لإشباع الحاجات الضمنية أو المبينة للزبون. وبطريقة أخرى يمكن القول إن الجودة هي كل ما يروق (يسر) الزبون، وهناك طريقتين للوصول إلى هذه النتيجة هما:

- جذب الزبون لمحبة ما تقدمه إليه (المنظمة)، وهذا دور الإعلان.
- خلق خدمة موافقة لحاجاته، وهذا هدف مسعى الجودة.

وفي هذا الاتجاه يرى Détrie P¹ أن أساس تمرير الجودة في المؤسسات الخدمية يكون من قبل الأشخاص، بحيث يمثلوا سفراء المؤسسة.

ثانياً: أبعاد جودة الخدمة

في عام 1985، قام كل من Parasuraman و Berry و Ziethaml بدراسة على أربعة مؤسسات خدمية مختلفة، وذلك من أجل وضع مقياس لجودة الخدمة، وقد توصلت الدراسة إلى عشرة أبعاد لجودة الخدمة هي:²

1- الاعتمادية (Reliability): وتتمثل في ثبات الأداء وقدرة المنظمة على تقديم الخدمة التي وعدت بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها، بالإضافة إلى أداء الخدمة بطريقة صحيحة من أول مرة، ويضم هذا البعد: الدقة في الحسابات، الحفاظ على سجلات صحيحة، التقديم في المواعيد المحددة.

2- الاستجابة (Responsiveness): وتتعلق بمدى رغبة واستعداد مقدمي الخدمة لتقديم خدمة فورية للزبائن، وتشمل: الاستجابة الفورية لاحتياجات الزبائن، الرد الفوري على استفساراتهم أو شكاويهم، تقديم خدمة فورية (: تحديد المواعيد بسرعة).

3- الكفاءة (Competence): وتعني امتلاك المهارات والمعارف المطلوبة لتقديم الخدمة، وتتضمن: معارف ومهارات موظفي المكاتب الأمامية، معارف ومهارات موظفي الجهاز التنظيمي، قدرة المنظمة على إنجاز بحوث من أجل تقديم خدمات أفضل.

4- الوصول إلى الخدمة (Access): ويتعلق الأمر بالقرب وسهولة الاتصال بمقدم الخدمة، ويضم هذا البعد: سهولة الوصول إلى الخدمة عن طريق الهاتف (الخطوط غير مشغولة)، مدة الانتظار من أجل الحصول على الخدمة ليست طويلة، ملائمة أوقات العمل، ملائمة مكان تقديم الخدمة.

5- المجاملة (Courtesey): وتشمل أدب، واحترام، ومراعاة، وصدقة موظفي المكاتب الأمامية للزبائن ويتضمن هذا البعد: مراعاة ظروف الزبائن والتعاطف معهم، حسن مظهر موظفي المكاتب الأمامية.

6- الاتصال (Communication): ويقصد به أن يقوم مورد الخدمة على جعل الزبائن على علم مستمر بخصائص الخدمة، وكيفية الحصول عليها عن طريق مخاطبتهم باللغة التي يستطيعون

¹ Mustapha Bouhafs ,Op-cit., P45.

² A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research , Op-cit., pp. 41-50

فهمها، وتعديل هذه اللغة حسب مستوى كل عميل وذلك بزيادة مستوى التعقيد مع الزبون المثقف والتحدث ببساطة ووضوح مع الأقل تثقيفاً، بالإضافة إلى الإنصات لهم من أجل الحصول على المعلومات المرتدة، ويتضمن هذا البعد: شرح الخدمة نفسها للزبائن، توضيح تكلفة الخدمة، توضيح المفاضلة بين الخدمة والتكلفة، طمأنة العميل على إمكانية حل مشكلة ما.

7- المصدقية (Credibility): وتعبر عن الثقة، والصدق، والأمانة فهي تعني جعل خدمة الزبون من أهم أولويات المنظمة ويتضمن هذا البعد: الثقة في اسم المنظمة، الثقة في سمعة المنظمة، الثقة في الخصائص الشخصية لموظفي المكاتب الأمامية، درجة الصعوبة في البيع أثناء التفاعل مع الزبائن.

8- الأمان (Security): ويعني الخلو من الخطر، والمخاطرة والشك، ويتضمن هذا البعد: الأمان المادي، الأمان المالي، المحافظة على سرية تعاملات العميل مع المنظمة.

9- فهم/ معرفة الزبون (Understanding/Knowing the customer): ويتعلق هذا البعد ببذل جهد من أجل فهم حاجات العميل، وذلك عن طريق: معرفة حاجات العملاء بدقة، تقديم اهتمام فردي لكل عميل، معرفة العملاء الدائمين للمنظمة.

10- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): وتشير إلى الدلائل المادية التابعة لمنظمة الخدمة، ويشمل هذا البعد: التسهيلات المادية، مظهر الموظفين في منظمة الخدمة، الأدوات والتجهيزات المستخدمة في تقديم الخدمة، الصورة المادية للخدمة مثل: البطاقة البلاستيكية أو كشوفات البنك، الزبائن الآخرون في منظمة الخدمة.

وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين عام 1988¹، توصلوا إلى إمكانية دمج الأبعاد العشرة السابقة الذكر في خمسة أبعاد هي: الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف. بحيث اعتبروا أن التعاطف يتضمن (الاتصال، المصدقية، الأمان، الكفاءة، المجاملة) أما الأمان يشمل كل من (فهم/معرفة الزبون وإمكانية الحصول على الخدمة)، وتمثل هذه الأبعاد في:

1- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): وتشمل التسهيلات المادية، والتجهيزات ومظهر الموظفين.

2- الاعتمادية (Reliability): وتعني القدرة على تقديم الخدمة بجدارة وعلى الوجه الصحيح.

3- الاستجابة (Responsiveness): وتعني الرغبة في مساعدة الزبون وتقديم خدمة فورية.

4- الأمان (Security): ويعني تحلي الموظفين بالمعرفة والقدرة على جعل الزبون يحس بالثقة والأمان.

5- التعاطف (Empathy): ويعني مستوى العناية والاهتمام الشخصي الذي تقدمه المنظمة لزيائنها.

ثالثاً: جودة الخدمة ورضا الزبون

1- مقارنة إدراكات الزبون بتوقعاته: يحكم الزبائن على جودة الخدمة من خلال مقارنة الخدمة التي

¹ Parasuraman A, Ziethmail V, Berry L, SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality, Journal of Retailing, Vol.64.No.1,1988,PP: 12- 49.

يتلقونها فعلياً مع توقعاتهم السابقة عن الخدمة، وعليه فإن جودة الخدمة هي حالة التناقض بين توقعات الزبائن وبين إدراكاتهم¹، فإذا كانت جودة الخدمة المقدمة للزبائن تفوق توقعاتهم فإنهم سوف يكونوا راضيين عن الخدمة، أما في حالة ما إذا كان أداء الخدمة أقل من توقعاتهم فإنهم سيكونون غير راضيين عن مستوى الخدمة. وهناك عدة عوامل تؤثر على توقعات الزبائن هي:²

أ- الحاجات الشخصية: وتتمثل في الحاجات والمطالب الشخصية للزبون، والتي تحدد عن طريق العوامل النفسية، والاجتماعية والشخصية للفرد.

ب- التجارب السابقة: تتمثل في تجربة الزبون للخدمة من قبل، ودرجة معرفته بطبيعتها.

ج- الكلمة المنطوقة: وهي تلك الأحاديث والأقاويل التي تقال عن المنظمة، وخدماتها من قبل أي شخص لا ينتمي إلى المنظمة، مثل آراء الأصدقاء، أو الخبراء، والتي تؤثر على الزبون.

د- الاتصالات الخارجية: وهي تلك الإعلانات أو الوعود المصريح بها من قبل مقدم الخدمة، باستخدام العديد من أدوات الترويج، مما يجعل الزبون يكون انطباعات عن جودة الخدمة التي سوف يتلقاها، في ذلك الموعد المحدد.

2- العلاقة بين جودة الخدمة المدركة ورضا الزبون: على الرغم من وجود علاقة وطيدة بين رضا الزبون وجودة الخدمة، إلا أن الباحثين مازالوا غير متفقين بخصوص ماهية وكيفية الترابط بين جودة الخدمة ورضا الزبون.

وفي هذا يرى Bateson³ أن الجودة هي موقف يكونه الزبون من خلال تقييمه لعرض الخدمة، بحيث غالباً ما يكون هذا الموقف مبنياً على أساس سلسلة من التجارب السابقة، وبالتالي فإن الجودة أقل ديناميكية قياساً إلى الرضا، أما الرضا فهو عبارة عن الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه الزبون أو المستفيد لعملية تبادل معينة.

ويرى باحثون آخرون أن التمييز بين جودة الخدمة ورضا الزبون يتحدد من خلال تعريف معنى التوقعات، بحيث أنهم أكدوا أنه عند قياس جودة الخدمة المدركة يكون من خلال الإجابة على السؤال التالي، ما الذي ينبغي على الزبون توقعه؟، ففي هذه الحالة فإن الزبون يكون توقعه على الخبرات السابقة عن الخدمة المقدمة له، وكذلك على تقييمه لجودة الخدمة المقدمة من طرف منظمات أخرى تقدم نفس الخدمة.

أما في حالة قياس الرضا فإن مستوى المقارنة يكون على أساس الإجابة على ما قد يتوقعه الزبون من الخدمة؟، فإن التوقع في هذه الحالة يكون على شكل تنبؤ يستند على مظهر المؤسسة التي تقدم

¹ بشير عباس العلق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 261.

² هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 454.

³ بشير عباس العلق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 264.

الخدمة، والخبرات السابقة للعميل في تعامله مع مؤسسات أخرى تقدم الخدمة نفسها وتابعة لها. كما يؤكد كل من Berry و Parasuraman و Ziethaml¹ أن مفهوم رضا الزبون يكون من خلال مقارنة الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة، أما مفهوم جودة الخدمة ينتج من خلال مقارنة من قبل الزبون بين الخدمة المطلوبة والتي يرغبها، والخدمة المقدمة (المدركة).

ويرى كل من Cronin و Taylor² أن جودة الخدمة تسبق رضا الزبون، وأن الرضا له تأثير أقوى على أن نوايا الشراء مقارنة مع جودة الخدمة، وعليه فإن الإدارة مطالبة بالاهتمام بعناصر الرضا الأخرى مثل السعر ومدى توفير الخدمة. وهو ما توصل إليه أيضا (PZB,1994) أن جودة الخدمة تسبق رضا العميل وليست ناتجة عنه وهو عكس ما توصلوا إليه في دراسة سابقة (PZB,1988)³. وقد استخدم Carman⁴ مفهومين في محاولة تمييز بين رضا الزبون والجودة، المفهوم الأول يتمثل في رضا الزبون القائم على تبادل تجاري محدد أما المفهوم الثاني يتمثل في رضا الزبون الناتج عن التبادلات التراكمية أي إجمالي خبرة الاستخدام لدى الزبون عبر مدة زمنية.

رابعا: نموذج جودة الخدمة (Servqual)

طورا كل من Parasuraman و Berry و Ziethaml⁵، سنة 1985 نموذجا لقياس جودة الخدمة يقوم على أساس خمس فجوات، أربع فجوات من جهة مقدم الخدمة، وفجوة واحدة من جهة الزبون، ونموذج الفجوات يعني قياس الفرق بين توقعات الزبون من الخدمة المقدمة وإدراكه الفعلي للخدمة المقدمة، ولقد شخصوا أربعة مسببات محتملة لهذه الفجوة هي:⁶

أ- يجب على مقدمي الخدمة أن يتأكدوا من أن الإدارة، تعرف تماما الخدمة الأكثر أهمية بالنسبة للزبون وبالأولويات التي يرغبها.

ب- قد يكون مقدم الخدمة يدرك المشاكل التي يعاني منها الزبون، غير أنه غير قادر، أو غير مهتم لحل هذه المشاكل، مثل طول وقت الانتظار للحصول على الخدمة إلا أنه لا يفعل شيئا.

ج- في حالة وضع معايير الجودة بشكل صحيح. إلا أنه قد تكون على درجة منخفضة من الإلتقان بسبب عجز، أو سوء أداء القائمين على تقديم الخدمة، وهذا يرجع إلا أن مقدمي الخدمة قد يكونوا غير مؤهلين، أو أنهم لا يعرفون واجبا تهم ومهامهم بالضبط.

د- حالة عدم توافق بين الوعود التي تتعهد بها المؤسسة، من حيث تقديم خدمة ذات مستوى

¹ Parasuraman A, Ziethmail V, Berry L, SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality, Journal of Retailing, Vol.64.No.1,1988,PP: 12- 49.

² J. Joseph Cronin, Jr. and Steven A. Taylor, Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, Journal of Marketing, Vol. 56, No. 3 (Jul., 1992), pp. 55-68.

³ Ibid. PP: 55-68.

⁴ تيسير العجاردة، مرجع سبق ذكره، ص 352.

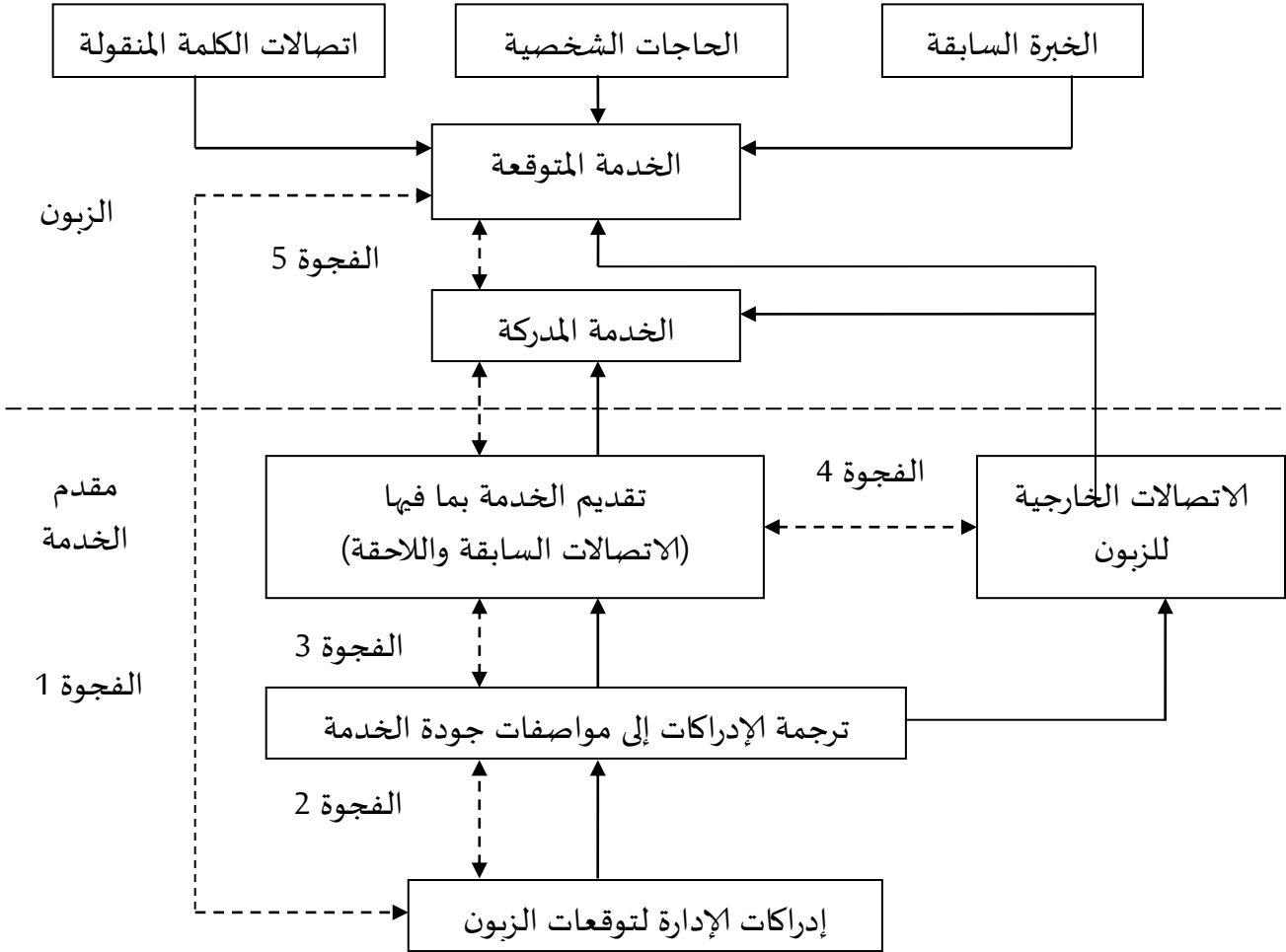
⁵ A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Op-cit., pp. 41-50.

⁶ بشير عباس العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 262.

معين من جودة وبين ما تقدمه في الواقع الميداني (فجوة الوعود)، وبالتالي فإنها تصبح مسؤولة عن عدم رضا الزبون عن الخدمة المقدمة.

والشكل الآتي يبين مختلف هذه الفجوات، حيث يمثل الجزء العلوي من النموذج الفجوة التي تتعلق بالزبون، والتي تتطلب قياساً خارجياً (Measurement External)، بينما يمثل الجزء السفلي الفجوات الأربع المتعلقة بمقدم الخدمة والتي تتطلب قياساً داخلياً (Measurement Internal).

الشكل (3، 4): نموذج جودة الخدمة



Source: A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Op-cit., pp. 41-50.

يمكن استعراض هذه الفجوات على النحو التالي:¹

1- الفجوة الأولى: بين توقعات الزبون وإدراك الإدارة لهذه التوقعات، وتنتج هذه الفجوة عن عجز الإدارة في معرفة احتياجات الزبون وتوقعاته، وذلك بسبب ضعف التفاعل مع الزبائن أو ارتفاع مستويات الإدارة، أو نقص البحوث التسويقية فمثلاً قد تعتقد إدارة مستشفى أن المرضى يريدون طعاماً أفضل إلا أنهم يهتمون أكثر بمدى استجابة الممرضين.

¹ Valarie A. Zeithaml, Leonard L. Berry and A. Parasuraman, Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality, Journal of Marketing, Vol. 52, No. 2 (Apr., 1988), pp. 35-48

2- الفجوة الثانية: بين إدراك الإدارة ومواصفات جودة الخدمة، وتنتج عن عدم تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع إدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن، بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات الزبائن المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة، فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود مادية، أو تنظيمية للمنظمة، أو عدم احترام الأهداف الموضوعية.

3- الفجوة الثالثة: بين مواصفات جودة الخدمة والتسليم الفعلي للخدمة، والتي يمكن أن يطلق عليها أيضا اسم فجوة أداء الخدمة (Service Performance Gap)، تنتج هذه الفجوة عن عدم التزام مقدمو الخدمة بالمواصفات الصحيحة الموضوعية لتقديم الخدمة التي تقابل توقعات الزبائن، وذلك بسبب مستوى مهارة القائمين على أدائها، أو نتيجة لتعقد هذه المواصفات وعدم مرونتها.

4- الفجوة الرابعة: بين تقديم الخدمة والاتصالات الخارجية، وهي تعني أن الوعود التي قطعها المنظمة على نفسها خلال اتصالاتها بالزبائن لا تتطابق مع الأداء الفعلي للخدمة، وقد يرجع هذا إلى وجود خلل في مصداقية المنظمة سواء من حيث التسويق أو عدم التنسيق.

5- الفجوة الخامسة: بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة، تمثل هذه الفجوة المحصلة النهائية لجميع الفجوات السابقة إذ يتم على أساسها الحكم على جودة الخدمة ككل، أما عن أسباب حدوث هذه الفجوة فإنها تنتج إذا ظهرت إحدى الفجوات السابقة أو جميعها، لأن ظهور أي فجوة من هذه الفجوات يعني أن الخدمة لم تقدم بما يقابل توقعات الزبائن، وحتى تتمكن المنظمة من سد هذه الفجوة فإنه يتوجب عليها أن تسد جميع الفجوات السابقة.

خامسا: نموذج أداء الخدمة (ServPerf)

يطلق على نموذج أداء الخدمة (service performances) الذي يعرف باختصار (ServPerf) تسميات أخرى هي: الإدراكات (Perceptions Only)، التركيز على الأداء (Performance-based)، ظهر هذا النموذج سنة 1992¹ نتيجة للدراسات التي قام بها الباحثين Steven Taylor و Joseph Cronin، وذلك نتيجة للانتقادات التي وجهوها لنموذج جودة الخدمة (Servqual) وخاصة الجزء المتعلق بالتوقعات، بحيث يرى الباحثان أنه من غير المناسب قياس جودة الخدمة بالاعتماد على الفرق بين توقعات وإدراكات الزبائن، وهو ما دفعهما إلى تقديم مقياس آخر يعتمد على الأداء الفعلي للخدمة وذلك باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات. وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج بأنها مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك الزبون للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، أما الاتجاه فهو " تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة"².

¹ J. Joseph Cronin, Jr. and Steven A. Taylor, SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, Journal of Marketing, Vol. 58, No. 1 (Jan., 1994), pp. 125-131.

² ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية المجلد، 25 عدد، 02 جوان 1988، ص 362.

ويركز هذا النموذج على الأداء الفعلي للخدمة ويرفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة، وتم معرفة ذلك بعد دراسة تطبيقية قام بها الباحثين باختبار أربعة بدائل من مقاييس جودة الخدمة. ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة الآتية: مقياس أداء الخدمة: جودة الخدمة = الأداء الفعلي. ويعد الرضا حسب هذا النموذج عاملاً وسيطاً بين الإدراكات السابقة لجودة الخدمة والأداء الحالي لها وعلى هذا الأساس يتم تقييم جودة الخدمة من طرف الزبون، وفي حالة إنعدام الخبرة السابقة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء وذلك لتقييمه للأداء الحالي¹. أما فيما يتعلق بأبعاد ومحددات جودة الخدمة، فقد استخدم كل من Taylor و Cronin نفس الأبعاد ونفس العبارات الاثنتين عشر المنقحة التي اقترحها (PZB,1991)، وتم قياسها باستخدام مقياس ليكرت السباعي².

ولقد تعرض هذا النموذج بدوره إلى انتقادات عديدة، وإن تركزت معظمها حول منهجية القياس والطرق الإحصائية المستخدمة للتحقق من ثباته ومصداقيته، وفي هذا الصدد يرى Lloso et al 1998³، أن قياس نموذج الفجوة يعد أكثر منطقية ومعنى من قياس الأداء وحده، وذلك لأن المجيبين على الاستبيان حتى عند قياسهم للأداء وحده يقومون ضمناً بحساب الفرق بين الإدراكات والتوقعات بصرف النظر عن فهمهم أو لا لمفهوم التوقعات.

ويرى (PZB,1994)⁴، أنه بالرغم من تفوق نموذج اتجاهي على نموذج الفجوة فيما يخص نسبة التباين التفسيرية، والمقدر بـ 6% فإن هذه النسبة غير كافية للدعاء والمطالبة بأفضلية الأول على الثاني، لأن هذا الأخير يتفوق على نموذج الإتجاهي من خلال القيمة التشخيصية التي تسمح بتحديد مواطن الضعف في الخدمة حسب ما يراه الزبائن والعمل على معالجتها.

وبغض النظر عن الانتقادات الموجهة لهذين النموذجين Servqual و Servperf، فإنهما من أهم النماذج المستخدمة لقياس جودة الخدمات في شتى المجالات. وما زال الجدل مستمر حول أفضلية أي منهما، لذا انقسم الباحثون إلى فريقين ما بين مؤيد ومعارض لكل مقياس منهما.

المطلب الرابع: أنظمة تقديم الخدمات

الأول: الخدمة كعملية

هناك عدة أنظمة ونماذج تساهم في محاولة فهم طبيعة وأبعاد الاستراتيجيات، التي يقوم بها مقدمو الخدمات لبلوغ أهدافهم المخطط لها، بغية الوصول إلى تقديم أفضل الخدمات، وبأقل

¹ ناجي معلا، المرجع السابق.

² J. Joseph Cronin, Jr. and Steven A. Taylor, SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-MinusExpectations Measurement of Service Quality, Op-cit., PP: 125-131.

³ Coulthard, Lisa J. Morisson, Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual, International Journal of Market Research, Vol.46,Quarter 4, 2004,PP. 479-497.

⁴ Parasuraman,A.,Zeithaml,V.A.,Berry,L.L, Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research, Journal of Marketing,Vol.58,1994 ,PP 111-124.

التكاليف الممكنة، ويمكن توضيح البعض منها كما يلي:¹

1- طبيعة عمل الخدمة: بما أن الخدمة هي عملية تتضمن تحويل المدخلات إلى مخرجات، يمكن أن نميز أربعة فئات من الخدمة حسب درجة مشاركة الزبون في عملية إنتاج الخدمة، أو مستوى تفاعل مقدم الخدمة مع الزبون وهذه الفئات هي:²

أ- معالجة الناس: هناك خدمات توجه مباشرة نحو جسم الزبون مثل: العناية الصحية، النقل، عملية التجميل، لذا فإن الحصول عليها يتطلب الحضور المادي للزبون حتى يتمكن من الانتفاع من الخدمة الموجهة إليه، وبعبارة أخرى يمكن القول إن معالجة الناس هي تلك النشاطات الملموسة التي توجه مباشرة إلى الجانب المادي للزبون، وفي هذه الحالة يكون من السهل على مقدمي الخدمة التعرف على مشاكل الزبون ومنه السعي إلى معالجتها.

ب- معالجة الممتلكات: هناك بعض الخدمات التي يطلبها الزبون والتي تكون موجهة إلى ممتلكاته المادية مثل: خدمات التنظيف، صيانة وتصليح المعدات، الخ. أي هي تلك النشاطات المادية التي توجه مباشرة إلى ممتلكات الزبون، بحيث تكون مشاركته في إنتاجها أقل من تلك الموجهة إليه مباشرة، والهدف منها هو تحسين هذه الممتلكات أو زيادة فعاليتها أو التخلص من النفايات وغيرها.

ج- خدمات المثير العقلي: هي مجموعة من الخدمات التي تتكون من نشاطات غير ملموسة موجهة إلى فكر وعقول الأفراد، وهي تتطلب المشاركة الذهنية للزبون خلال تقديم الخدمة، ومن الخدمات التي تتفاعل مع عقول الأفراد مثل: التعليم، الإذاعة، المسارح، النشاطات الدينية، وهذه الخدمات تتطلب من الزبون الحضور الذهني و العاطفي حتى يتمكن من التفاعل مع مقدمي الخدمة والاستفادة من المعلومات المقدمة له، وهناك نوع من هذه الخدمات لا تتطلب الحضور المادي للأفراد بل يكفي الاتصال غيرا لمباشر عن طريق قنوات الاتصال السلوكية واللاسلكية.

د- معالجة المعلومات: هي نشاطات غير ملموسة موجهة إلى ممتلكات الأفراد ومن هذه الخدمات الخدمات القانونية، البنوك، التأمين. إن المعلومات تعتبر من الخدمات البحتة غير أنه غالبا ما يتم تحويلها إلى شكل مادي مثل التقارير، الأشرطة، الكتب، الأقراص، أما مشاركة الزبون في هذا النوع من الخدمات تكون حسب إمكانيات المنظمة.

2- مضامين وانعكاسات الفئات الأربعة للخدمة: إن التصنيفات المقترحة لطبيعة عمل الخدمة تظهر أسس هامة من أجل فهم وتطوير الاستراتيجيات الخاصة بالخدمة، ومن بين هذه المضامين والانعكاسات ما يلي:³

¹ بشير عباس العلق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 139، 143.

² Christopher H. Lovelock., Lauren K. Wright, Op-cit., PP: 34, 37.

³ بشير عباس العلق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 145.

أ- منافع الخدمة: إن نجاح مقدمو الخدمات يكمن في معرفتهم الدقيقة للمنافع التي تقدمها الخدمة إلى الزبائن، وعليه يجب على مقدمو الخدمات تحديد الجهة التي تستهدفها الخدمة، ثم يقوموا بعد ذلك بتحليل الكيفية التي تعمل على تعديل، أو تغيير خدماتهم للوصول أفضل إلى زبائنهم. فالمؤسسة الخدمية مهمتها الإجابة على السؤال الأساسي "ما هي حقيقة نشاطنا"¹، أي ما هي المنافع الحقيقية التي يمكن تقديمها لهدف إشباع رغبات زبائن.

ب- سلوك وخبرات الزبون: في كثير من الخدمات يتطلب الأمر حضور الزبون، ومشاركته الفعالة في إنتاج وتقديم الخدمة، وفي حالات أخرى قد يشارك الزبون ولو بشيء أقل من الحالة الأولى، فإنه يستلزم منه دائماً قضاء وقت معين أو إنفاق مال من أجل التنقل إلى مكان الخدمة، وفي كلتا الحالتين فإن رضا الزبون يتحدد بعدة عوامل هي:²

- الاتصال مع مقدمي الخدمة.
- المظهر الداخلي والخارجي لمكان تقديم الخدمة.
- التغيرات والتفاعلات مع معدات الخدمة الذاتية.
- خواص وسلوك الزبائن الآخرين.

ج- القنوات البديلة: إن العديد من المؤسسات الخدمية تلجأ إلى إيصال خدماتها التي لا تحتاج بالضرورة حضور الزبون عن طريق قنوات توزيع مادية، لهذا فإن العديد من الخدمات المالية أو التأمينية تقدم إلى الزبائن من خلال البريد، مما يسهل على المنظمة والزبون توفير الوقت والجهد المبذول لغرض الحصول على الخدمة. كما إن قنوات التوزيع الإلكتروني ساهمت بشكل كبير في تقديم الخدمات، وبطريقة سريعة خاصة تلك الموجهة إلى معالجة المعلومات.

د- تصميم مصنع الخدمة: بما أن الزبون مضطر إلى الذهاب بنفسه إلى موقع تقديم الخدمة فإنه من اللازم تصميم المصنع بطريقة توفر للزبون الرضا والراحة النفسية، لذا يجب أن يكون موقع المصنع بالقرب من الزبائن، بحيث يوفر لهم الوقت والجهد المبذول للحصول على الخدمة. إن غرض المنظمات هو تقديم خدمات نمطية حتى تستطيع إرضاء جميع الزبائن، والقضاء على حالة التباين في تقديم الخدمة، لذا فهي تحاول التقليل من الاتصالات الشخصية، خاصة في الخدمات التي لا تتطلب الحضور المادي للزبون، لأن الكثير منها قد تفقد زبائنها بسبب عدم تماثل خدماتها.

3- المستويات الثلاث للاتصال بالزبون: إن معرفة درجة أو مستوى الاتصال بالزبون تساعد المنظمة على تقديم خدماتها وبشكل جيد ومرغوب فيه، ومن أجل الفهم الجيد لهذه الاتصالات يمكن تقسيم الخدمات حسب اتصال الزبون إلى ثلاثة مستويات هي:³

¹ Christopher Lovelock, Denis Lapert ,op-cit,P43.

² Ibid.,P43

³ بشير عباس العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 147.

أ- الخدمات ذات مستوى الاتصال العالي: وهي الخدمات التي تجبر الزبائن على انتقالهم شخصيا إلى موقع الخدمة، بحيث يساهموا مع مقدمي الخدمة طيلة عملية تقديم الخدمة حتى يتمكنوا من الحصول عليها، مثل فحص طبي. وكل الخدمات التي تمس الفرد تقع ضمن هذا الصنف ماعدا تلك التي تقدم له في منزله.

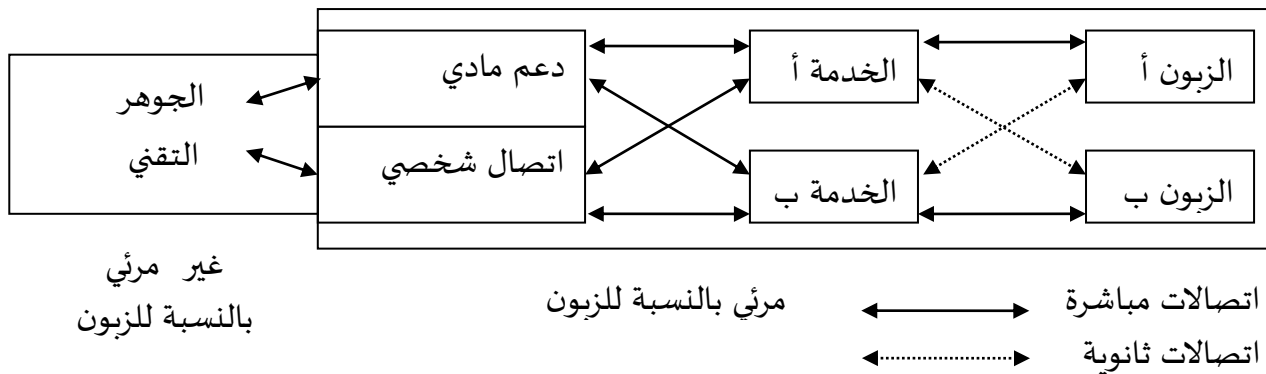
ب- الخدمات ذات مستوى الاتصال المتوسط: تتطلب هذه الخدمات مستوى أقل لمشاركة الزبون مع مقدمي الخدمة، في هذه الحالة لا يتطلب من الزبون الانتظار حتى إنجاز الخدمة، كما إن اتصاله بموردي الخدمة يكون محدوداً، لأنه يتمثل فقط في تعريف المشكلة لمورد الخدمة، أو تسليم ممتلكات المادية لغرض معالجتها ثم أخذها بعد ذلك، أو لغرض دفع الفاتورة.

ج- الخدمات ذات مستوى الاتصال المنخفض: إن هذا النوع من الخدمات لا يتطلب اتصال مادي بين الزبون ومقدمي الخدمة، يكفي فقط في هذه الحالة الاتصال بالزبون عن بعد، وتقع ضمن هذه الفئة الخدمات الموجهة نحو فكر وعقول الأفراد مثل التعليم عن بعد، وخدمات معالجة المعلومات مثل التأمين. وفي هذا يمكن القول إن العديد من الخدمات ذات الاتصال العالي تم تحويلها إلى خدمات ذات اتصال أقل، بحيث أصبح المستهلكون يقومون بعملية الشراء من منازلهم عن طريق اتصالاتهم هاتفياً مع البنوك، وإجراء صفقاتهم من خلال الأنترنت.¹

ثانياً: الخدمة كنظام

1- مفهوم الخدمة كنظام: جميع الخدمات يمكن النظر إليها على أنها نظام يتكون من عمليات خدمية، أو أي عنصر يدخل ضمن هذه الإجراءات، بحيث يمكن اعتبار المنظمات الخدمية بمثابة نظام يعمل على معالجة المدخلات عن طريق عمليات تقوم بإنتاج وإيصال الخدمة إلى الزبون، والشكل التالي يوضح مفهوم الخدمة كنظام.

الشكل (3، 5): نظام تقديم الخدمة



Source: Christopher Lovelock, Denis Lapert, op-cit, P47

¹ Christopher Lovelock, Denis Lapert ,op-cit,P46.

من الشكل السابق، يتكون نظام تقديم الخدمة من قسم مرئي بحيث يستطيع الزبون رؤيته ويسمى المكتب الأمامي، أما القسم الآخر يكون غير ظاهر للزبون ويسمى المكتب الخلفي. كما إن بعض الكتاب يعبرون عن القسم المرئي بالمسرح الأمامي أما القسم غير المرئي بالمسرح الخلفي، لأنهم يروا أن أداء الخدمة تماما كالأداء المسرحي.

إن العناصر المرئية لنظام عمليات الخدمة بالنسبة للزبون يمكن تقسيمها إلى عناصر مرتبطة بمقدمي الخدمة، وأخرى بالأجواء المحيطة بالمعدات والوسائل المادية الأخرى، فالزبون يتفاعل مع هذه العناصر من خلال عملية تقديم الخدمة، وعلى ضوء النتائج التي يحصل عليها يستطيع تقييم الخدمة، أما ما يحصل داخل المكتب الخلفي فإن الزبون ومقدمي الخدمة ليس لهم أي صلة به. وبالتالي فإذا أخفق العاملون أصحاب المكتب الخلفي في أداء مهامهم بشكل صحيح فإن هذا سوف يؤثر على نتائج الخدمة التي يتلقاها الزبائن.¹

2- نظام توريد وتسليم الخدمة: إن توريد وتسليم الخدمة يتعلق بعدة أسئلة هي أين، متى، وكيف يتم تقديم الخدمة للزبون، فتسليم الخدمة لا يتضمن فقط المكونات المرئية التي تتعلق بعملية تسليم كالدعم المادي، بل أيضا الأفراد المرئيين (الموجودين داخل النظام) من طرف الزبائن.² تقليديا إن موردي الخدمة يتفاعلون مباشرة مع زبائنهم عن طريق عمليات فعالة وذات كفاءة لغرض تلبية حاجاتهم، ومن أجل توفير الراحة للزبون فإن العديد من الخدمات التي لا تتطلب بالضرورة حضور الزبون أصبح لمقدمها نزعاً، أو ميول نحو تقليص مستوى الاتصال المباشر. وقد ساهم التطور التكنولوجي للاتصالات بشكل كبير في تحول نظام تقديم الخدمة من مستوى الاتصال العالي، إلى مستوى الاتصال المنخفض وجعل الخدمة ذاتية. ولكن ورغم سعي المنظمات الخدمية إلى توفير جميع وسائل الراحة للزبائن عن طريق الخدمة الذاتية، إلى أن بعض الزبائن غير مرتاحين لهذا الاتجاه، لذا فإن بعض هذه المنظمات تلجأ إلى تقديم جميع الخيارات إلى زبائنهم وعلى سبيل المثال حزمة الخيارات التي تقدمها بعض البنوك لزبائنهم:³

- ذهاب الزبون إلى البنك شخصياً لتنفيذ صفقاته مباشرة مع المصرفي.
- تعامل الزبون بنفسه مع الصراف الآلي (خدمة ذاتية).
- قيام الزبون بصفقاته عن طريق الهاتف مع المصرفي.
- استخدام مفاتيح الهاتف من أجل تغيير المعلومات مع البنك.
- قيام الزبون بالتعامل مع البنك عن طريق استخدام الأنترنت.

¹ بشير عباس العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 152، 153.

² Christopher Lovelock, Denis Lapert ,op-cit,P48.

³ Ibid, P49.

المبحث الثاني: الجودة في الخدمات الصحية.

المطلب الأول: تطور الجودة في الخدمات الصحية.

أولاً: مفهوم الصحة والمرض

يرى الفيلسوف دافيد David Seedhouse¹ أنه " يوجد ارتباط وثيق بين الصحة والمرض، كما لو كان على تواصل، وذلك أن كثرة الأمراض التي تصيب الشخص تبعده عن الصحة المثالية وتجعله في دائرة الخطر" ويشير إلى أن الصحة هي " القدرة على التعامل والتكيف مع مشاكل الحياة".

1- تعريف الصحة: يعرف Perkins الصحة على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن عملية تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

ويقول وينسلو Winslow بأنها " علم وفن منع المرض وإطالة العمر، وترقية الصحة وكفاءتها من جميع الوجوه بواسطة جهود منسقة ومنظمة، من قبل المجتمع ومنظماته ومؤسساته"³.

وقد جاء في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتاب ألفريد مارشال "مبادئ الاقتصاد"⁴، أن الصحة تعني " مجموع القوتين الجسمية والعقلية للفرد، فضلا عن الاحتياجات الضرورية كالحاجة إلى المسكن اللائق، ومستوى التعليم والغذاء والنظافة وشتى الخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها بشكل يمكنه العودة إلى حالة السلامة الصحية"⁵.

بينما التعريف الطبي للصحة في قاموس Webster هي " حالة الجسم أو أحد أجزائه التي يمارس بها وظائفه الحيوية بشكل طبيعي أو صحيح، أو حالة سليمة في الجسم أو العقل (صحة الأسنان، صحة النفسية)، خصوصا غياب المرض الجسدي والألم"⁶.

في حين فإن الصحة هي " حالة الإنسان بدون أي داء أو أمراض، والصحة يجب أن تكون بدنية وعقلية واجتماعية، فالعقل السليم في الجسم السليم. والإنسان السليم هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وهو ذو نظرة واقعية للعالم، ويتعامل مع الأفراد بصورة جيدة. ومعنى الصحة يشمل أمرين السلامة من الأمراض، ذهاب المرض بعد حلوله"⁷.

والصحة هي " مدى استمرار القدرة الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية للتعامل مع بيئة واحدة. والصحة الجيدة هي أصعب لتحديد من صحة سيئة، والتي يمكن أن تتساوى مع وجود

¹ Valerie Iles, Really Managing Health Care, 2nd edition, first published, Open University Press, England, 2005, P42.

² ايمن مزاهرة، الصحة والسلامة، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 13.

³ سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 41.

⁴ Alfred Marshall, Principles of economics, Eighth editions, London: the Macmillan press LTD, 1977, p161.

⁵ عبد المعى محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 2003، ص 63.

⁶ <http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>.

⁷ فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية -1996-51 الصحة-الموسوعة العربية العالمية -مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع. من الموقع

<http://mawdoo3.com/> تاريخ الزيارة 2015/10/09.

المرض، لأنه يجب أن ينقل مفهوم أكثر إيجابية من مجرد غياب المرض، وهناك منطقة متغيرة بين الصحة والمرض. قد يكون الشخص في حالة بدنية جيدة ولكن لديها البرد أو أن يكون مريضاً عقلياً. قد يظهر شخص بصحة جيدة ولكن لديه حالة خطيرة (مثل السرطان)، والتي يمكن كشفها إلا من خلال الفحص البدني أو اختبارات تشخيصية أو حتى بدونها¹.

وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد انعدام المرض أو العجز"²، وهي "حالة حسنة أو سوية جسمياً وعقلياً"³، وحسب المادة 54 من الدستور الجزائري فإن "الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية، ومكافحتها"⁴، والرعاية الصحية هي "حق من حقوق الإنسان، وإصلاح نظام الرعاية الصحية يجب أن يتيح الوصول للجميع، ويضمن معيار واحد من الرعاية الصحية بغض النظر عن العرق أو الإقامة أو المواطنة أو الموقع الوظيفي، وتشمل الرعاية كذلك الأشخاص ذوي الإقامة غير قانونية"⁵، ومن خلال هذه التعاريف يظهر أن:⁶

- الصحة لا تعني الخلو من الأمراض فقط.

- التكامل بين الجوانب البدنية، والنفسية، والاجتماعية.

- لا يمكن تحديد نسبة الصحة تحديداً مطلقاً.

ويرى الإسلام أن الصحة نعمة كبرى يمن الله بها على عباده، بل يعدها أعظم نعمة بعد نعمة الإيمان، حيث يقول النبي محمد ﷺ "نِعْمَتَانِ مَغْبُونٌ فِيهِمَا كَثِيرٌ مِنَ النَّاسِ: الصِّحَّةُ وَالْفَرَاغُ"⁷. كما يقول عليه الصلاة والسلام "ما أوتي أحدٌ بعدَ اليقين خيراً من مُعَاْفَاة"⁸.

والصحة مسؤولية عظيمة أمام الله عز وجل، فالرسول ﷺ يقول "إِنَّ أَوَّلَ مَا يُحَاسَبُ بِهِ الْعَبْدُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَنْ يُقَالَ لَهُ: أَلَمْ أُصِحِّحْ لَكَ جِسْمَكَ وَأَرْوِكَ مِنَ الْمَاءِ الْبَارِدِ"⁹.

ويقول ﷺ " لا تَزُولُ قَدَمَا عَبْدٌ يَوْمَ الْقِيَامَةِ حَتَّى يُسْأَلَ عَنْ أَرْبَعٍ: عَنْ عُمُرِهِ فِيمَ أَفْنَاهُ، وَعَنْ عِلْمِهِ فِيمَ فَعَلَ بِهِ، وَعَنْ مَالِهِ مِنْ أَيْنَ اكْتَسَبَهُ وَفِيمَ أَنْفَقَهُ، وَعَنْ جِسْمِهِ فِيمَ أَبْلَاهُ"¹⁰.

¹ <http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>

² Gavin Mooney, Economics Medicine and Health Care, Third edition, Pearson Education Limited, England, 2003, P 18.

³ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة، دار حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2004، ص 26.

⁴ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76، الصادرة بتاريخ 8 ديسمبر سنة 1996، ص 14.

⁵ Tim Berthold, Jennifer Miller, Alma Avila-Esparza, Foundations for community health workers, Jossey-Bass, United States of America, 2009, P112.

⁶ رحيمة حوالف، مرجع سبق ذكره، ص 24.

⁷ رواه البخاري.

⁸ رواه ابن ماجه.

⁹ رواه الترمذي وابن جبان والحاكم وغيرهم، وصححه الحاكم ووافقه الذهبي.

¹⁰ رواه الترمذي.

ولذلك، كان من واجب المسلم أن يحافظ على هذه النعمة، ويحذر عليها من التبديل والتغيير بإساءة التصرف، وإلا حل به العقاب بمقتضى سنة الله الثابتة وقوانينه، يقول الله عزَّ وجلَّ "ومن يُبَدِّل نِعْمَةَ اللَّهِ من بَعْدِ ما جَاءَتْه فإنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ"¹.

أما المحافظة على هذه النعمة فتكون برعاية الصحة والقيام بكل ما يبقمها ويحسنها، فكل ما يقرره الأطباء أنه مفيد للصحة يجدر بالمسلم أن يعمل به. وقد ورد في الكتاب والسنة كثير من التعاليم التي ترسم للمسلم طرق المحافظة على صحة بدنه جملة، وصحة أعضائه تفصيلاً.

2- تعريف المرض: المرض أو الداء هو "حالة غير طبيعية تصيب الجسد البشري أو العقل البشري محدثة انزعاجاً، أو ضعفاً في الوظائف، أو إرهاقاً للشخص المصاب مع إزعاج. ويستخدم هذا المصطلح أحياناً للدلالة على أي أذى جسدي، أو إعاقة، أو متلازمة أعراض غير مريحة، أو سلوك منحرف، أو تغيرات لا نمطية في البنية والوظيفة، وفي سياقات أخرى قد يستلزم الأمر التمييز بين هذه الأمور كلها"².

ويعرف بأنه "عدم الارتياح أو القلق، بل أكثر من ذلك أن أي ابتعاد عن الصحة هو مرض"³، ويشار إليه على أنه " الانحراف النسبي عن الحالة الطبيعية للفرد جسماً أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً"⁴، وحسب قاموس Webster فإن المرض هو "حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة، وأن يكون الجسم في حالة توعك، وأن حالة المرض هو الاحتياج للراحة"⁵، وهو حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما يكون الشفاء منه صعب أو مستحيلًا بدون علاج، وأنه مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطراب في الجسم أو أحد أجزائه جواباً لتنبيهه قد يحدث مرضاً.

والمرض عملية متطورة منذ بدئ السبب وحتى ظهور المضاعفات، ويميز Susser وWatson⁶، بين كل من المرض والذي يعني الإدراك الواعي بعدم الراحة ويؤثر في صحة الفرد وشخصيته، والسقم فهو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على فردية وشخصية الفرد، والاعتلال يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي، تؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

والتعريف الطبي للمرض في قاموس Webster هو "وجود ضعف في الحالة الطبيعية للجسم الحي أو أحد أجزائه تعمل على تعطيل أو تغيير أداء الوظائف الحيوية، ويتجلى عادة بعلامات مميزة وأعراض، ويعتبر استجابة لعوامل بيئية (مثل سوء التغذية، أو الأخطار الصناعية، أو المناخ)، وإلى

¹ سورة البقرة، الآية 211

² <https://en.wikipedia.org/wiki/Disease>. 15/02/2016

³ عبد المهدي بواعنة، مرجع سبق ذكره، ص 26.

⁴ سلوى عثمان الصديقي، في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، 1999، ص 25-26.

⁵ إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات وتطبيقات، دار المعرفة، الإسكندرية، 1991، ص 44.

⁶ Bryan S.Turner, Medical Power and Social Knowledge, Second Edition, sage publication company, 1995, P: 2-3.

العوامل المعدية محددة (كالديدان والبكتيريا، أو الفيروسات)، وإلى العيوب المتأصلة في الكائن الحي (كالشذوذ الوراثية)، أو إلى مزيج من هذه العوامل"¹.

ومن خلال مفهومى الصحة والمرض يمكن وضع مستويات للصحة، في مدرج قياسي أحد طرفية الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت)، وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة وعلى ذلك تكون درجات الصحة كالآتي:²

أ- الصحة المثالية: هي درجة التكامل والمثالية عند اكتمال الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية، وهذا وضع نظري ونادر ما يتوفر في الطبيعة.

ب- الصحة الإيجابية: تتوفر فيها طاقة صحية إيجابية، وتؤدي الأجهزة والأعضاء الوظائف الخاصة بها بكفاءة عالية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية.

ج- سلامة متوسطة: لا تتوفر فيها طاقة إيجابية من الصحة، ولكن يؤدي الجسم الوظائف ويقاوم المرض تحت الظروف الطبيعية.

د- المرض غير الظاهر: لا يشكو المريض من أعراض ظاهرة للمرض، ولكن يمكن في هذه الحالة التعرف أو اكتشاف المرض عن طريق الفحص الطبي أو اختبارات خاصة.

هـ- المرض الظاهر: يشكو المريض من أعراض يحس بها، أو علامات مرضية ظاهرة.

و- مستوى الاحتضار: وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد بعيد يصعب معه على المريض أن يستعيد صحته.

ز- الموت: وفيه تنتهي الحياة.

وهذا المستويات نسبية يصعب قياسها قياساً دقيقاً، والشكل الموالي يوضح مفهوم الصحة من ناحية دراجتها.

الشكل (3، 6): مفهوم الصحة من ناحية درجتها

الصحة المثالية	الصحة الإيجابية	متوسط السلامة	مرض غير ظاهر	المرض الظاهر	مستوى الاحتضار	الموت
----------------	-----------------	---------------	--------------	--------------	----------------	-------

المصدر: إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سبق ذكره، ص 49.

3- أنواع الأمراض: إن المهمة الأساسية لكافة الهياكل الصحية هي مواجهة وإيجاد العلاج لجميع المشاكل الصحية التي تعيق الحياة الطبيعية للإنسان، والتي تنتج عن مختلف الأمراض التي يتعرض لها، وقد ازداد الاهتمام بالأمراض أكثر بعد مقاومة بعض الجراثيم للمضادات الحيوية مما جعل منظمة الصحة العالمية تعتبره تهديداً للاستقرار العالمي والأمن القومي، ويكشف تقرير المنظمة لعام

¹ <http://www.merriam-webster.com/dictionary/disease>

² إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سبق ذكره، ص 48-49.

2014¹ أن مقاومة المضادات الحيوية لم تعد مجرد تنبؤ في المستقبل بل هي تحدث فعلاً في العالم، مهددة بذلك القدرة على علاج أنواع من العدوى الشائعة في المجتمع والمستشفيات، ويقول كييجي فيكييدا Keiji Fukuda² المدير العام المساعد لدائرة الأمن الصحي " إذا لم تتخذ إجراءات عاجلة ومنسقة في هذا الصدد سيسير العالم نحو عصر ما بعد المضادات الحيوية، حيث يمكن لحالات العدوى الشائعة وللإصابات الطفيفة التي يمكن علاجها منذ عقود من الزمان أن تحصد الأرواح من جديد". وتثير مقاومة مضادات الميكروبات قلقاً عالمياً يتمثل في:³

- ظهور وانتشار آليات مقاومة جديدة للأدوية يهدد القدرة على علاج الأمراض المعدية الشائعة، وبدون العلاج الفعال فإن العديد من العلاجات تفشل أو تتحول إلى إجراءات عالية المخاطر.

- تسبب العدوى الناجمة عن الكائنات المجهرية المقاومة للعلاج إطالة فترة المرض مما يؤدي إلى زيادة مخاطر الوفاة.

- الحد من فعالية العلاج يتسبب في بقاء العدوى في المرضى لمدة أطول، الأمر الذي يزيد من مخاطر انتشار الكائنات المجهرية المقاومة إلى أشخاص آخرين.

- عند فشل أدوية الخط الأول يجب استعمال علاجات جديدة وبأسعار مرتفعة، مما يؤدي إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وزيادة العبء الاقتصادي على الأسر والمجتمعات.

- تشكل مقاومة مضادات الميكروبات خطراً كبيراً على إنجازات الطب الحديث، فبدون المضادات الفعالة في الوقاية والعلاج من العدوى سيتأثر سلباً النجاح في زرع الأعضاء والعلاج الكيميائي للسرطان والعمليات الجراحية الدقيقة.

- إن نمو حركة البشر والأغذية يتيح للكائنات المجهرية المقاومة، الانتشار بسرعة في جميع أنحاء العالم. وتبين التقديرات أن تزيد خسائر الناتج المحلي الإجمالي بأكثر من 1%، وأن التكاليف غير المباشرة التي يتحملها المجتمع قد تكون أكبر بثلاثة مرات من نفقات الرعاية الصحية المباشرة.

ويمكن تصنيف الأمراض طبقاً للخصائص والأهمية الصحية المشتركة بينها إلى:⁴

أ- الأمراض المعدية الخطيرة: ويطلق على هذا النوع من الأمراض بالأوبئة، وهي معدية وسريعة الانتشار، تنشأ من كائنات مجهرية، وتنتقل عدواها بطرق مباشرة أو غير مباشرة. وتسبب هذه الأمراض مضاعفات خطيرة على صحة الإنسان قد تصل إلى الموت، لذا تتخذ حيالها إجراءات صحية دولية لمكافحة ومنع انتشارها ومن هذه الأمراض الطاعون، والكوليرا، والحمى الصفراء، والجذري.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/> 15/02/2016.

² <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/> 15/02/2016.

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/> 15/02/2016.

⁴ إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سبق ذكره، ص 54-56.

- ب- الأمراض المعدية في سن الطفولة المدرسية: يصيب الأطفال في مراحل أعمارهم المختلفة الكثير من الأمراض المعدية، فمنها ما هو:
- فيروس يشمل: الحصبة Measles، والجديري Chickempo، والنكاف Mumps، وشلل الأطفال.
 - بكتيري يشمل: السعال الديكي Pertussis، والتهاب اللوزتين الحاد والحمى القرمزية.
 - فطري: مثل القراع Tineacapitis
 - طفيلي: مثل الجرب Scabies
- ج- الأمراض المعدية ذات الصبغة الاجتماعية: وهي أمراض لها آثار اجتماعية واضحة، ويترتب عن انتشارها في المجتمع عواقب وأضرار اجتماعية واقتصادية، وتشمل هذه الأمراض:
- السل (الدرن) Tuberculosis: حيث إن سوء التغذية، والمسكن الذي لا تتوفر فيه قواعد حفظ الصحة، وارتفاع عدد السكان في محلات ضيقة، تعمل على انتشار هذا المرض الاجتماعي.
 - الجذام Leprosy
 - الأمراض التناسلية المعدية Venereal Disease، هي أمراض يصاب بها الإنسان تشمل: الزهري Syphilis، السيلان Conorrhea، القرحة الرخوية Chancroid or Soft choncre.
- د- أمراض القذارة (تلوث البيئة): هي مجموعة من الأمراض التي تنشأ من ميكروبات تنتقل عن طريق تلوث إلى فم الإنسان، تشمل هذه الأمراض: التيفوئيد، الباراتفويد، والأميبيا.
- هـ- الأمراض المتوطنة: ويقصد بها استمرار تواجد مرض أو ميكروب داخل منطقة جغرافية، مع استمرار حدوث الإصابة به بين أفراد هذه المنطقة، نتيجة عوامل بيئية واجتماعية وثقافية تساعده في البقاء. وتشمل هذه الأمراض: الرمد الحبيبي، الرمد الصديدي، الملاريا.
- ثانياً: تاريخ الجودة في أنظمة الرعاية الصحية.
- منذ نشأة الإنسان ارتبطت معه خاصية الجودة في سلوكه وتصرفاته، فهو يسعى جاهداً ليعيش حياة خالية من الأمراض الجسمية والنفسية والاجتماعية، ويعود الاهتمام بفكرة جودة الرعاية الصحية قديم جداً قدم سعي الإنسان للسيطرة ومحاربة المرض حسب علمه وظروفه وإمكاناته.
- ويقول المؤرخون إنه في عهد الملك البابلي حمورابي قبل 4000 سنة، تم إصدار قوانين شملت عقوبات خاصة بالأخطاء الجراحية حيث نصت المادة 218 على أنه إذا تسبب طبيب في جرح خطير لمريض في جسمه أو عينه بمشروط (حربة حادة) من البرونز وأدى ذلك إلى فقدان حياته أو عينه، يجب قطع أصابعه¹.

¹ Fabien Martinez, Du management de la qualité au management par la qualité, Actualité et dossier en santé publique n° 35, Accréditation et Qualité des soins Hospitaliers, Juin 2001, P19

وفي القرن الخامس قبل الميلاد إحتوت كتب المصريين القدامى على معايير الممارسات الطبية حيث أعتبر أي انحراف عنها جريمة تستوجب العقاب. وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانون يؤكد أنه يمكن للأطباء تغيير طريقة العلاج للمريض بعد اليوم الرابع من بداية مرضه، وفي الحضارة الإغريقية طلب أبقرات من تلاميذه أن يقسموا يميناً على أن يقدموا لمرضاهم الأفضل من الخدمة والرعاية الصحية.¹

وقد أصدر وزير الدولة Jean-Baptiste Colbert في 03 أوت 1664م، في عهد الملك لويس الرابع عشر بيان مازال قائم إلى حد الآن "إذا الصناعات اعتنوا أكثر بمنتجاتهم، فإن الجودة العالية للمنتجات تجد ميزة عند الأجانب في الطلب عليها، وأموالهم سوف تتدفق إلى خزائن المملكة".²

وفي عام 1518 م، اهتم المسؤولون عن الكلية الملكية بلندن بجودة الخدمة الصحية، وفي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني فرانسيس كليفتون³ Francis Clifton مبادئ أساسية للجودة النوعية. وفي عام 1908م، قام الطبيب البريطاني أموري جروفيس Emory Groves باستخدام طريقة النتائج النهائية لدراسة معدل الوفيات في المستشفيات.⁴

وفي حرب القرم قامت البريطانية فلورنس نايتنجيل Florence Nightingale 1820-1910م ببرنامج تحسين جودة خدمات التمريض، من خلال تحسين أوضاع النظافة في ثكنات المرضى من الجنود وتحسين نظم التغذية إلى جانب تطبيق أساسيات التمريض، مما نتج عنه تخفيض معدل الوفيات من 32% إلى 2%⁵. وتعتبر أول من وضع قواعد للتمريض الحديث، وأسس لتعليم التمريض، ووضعت مستويات للخدمات التمريضية، والخدمات الإدارية في المستشفيات.⁶

وفي سنة 1910م، اقترح الجراح الأمريكي أرنت كودمان⁷ Ernest Codman قياس مدى تأثير العلاج بالمستشفيات، ويعتبر هذا أول تطبيق لمخرجات العمل الطبي ومدى نجاحه، والذي يعد أساس تحسين الجودة في الرعاية الصحية⁸. كما أكد على النقاط التالية:⁹

- أن يتم التركيز على إجازة الأطباء والممرضات، والتشدد في منحها.

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص 166-167.

² Fabien Martinez , Op-cit., P19

³ James E. Casanova ,Status of Quality Assurance Programs in American Hospitals ,Medical Care ,Vol.28,No.11, Nov., 1990, PP 1104-11109.

⁴ A.F.AL-Assaf, June A.Schmele, The textbook of total quality in healthcare, CRC PRESS LLC ,United States of America ,1997 P222.

⁵ A.F.AL-Assaf, June A.Schmele, The textbook of total quality in healthcare, Op-cit. P222.

⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale . 15/02/2016

⁷ Carole H. Patterson, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 16, No.1, Jan 1995, pp. 36-42.

⁸ على بن سعيد محمد القحطاني، تاريخ تطور الجودة وسلامة المرضى في أنظمة الرعاية الصحية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، 2013، ص 21.

⁹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 17-18.

- ألا يسمح للمنشآت بمزاولة الطب، إلا بعد إجازتها واعتمادها رسمياً.
 - أن هناك ضرورة لمعرفة مراحل المرض، والآلام الناتجة عنه.
 - من الضرورة معرفة ما إذا كان هناك أكثر من مرض عند الشخص، وفي الفترة نفسها.
 - أن هناك ضرورة لمعرفة سلوك الفرد خلال مرضه وصحته.
- وفي عام 1918م، بدأ التفتيش عن المستشفيات التي طبقت الحد الأدنى من المعايير، التي وضعتها كلية الجراحين الأمريكية في مجال جودة الرعاية الصحية، وتشمل هذه المعايير:¹
- وجود هيئة طبية في المستشفى.
 - اختيار الأطباء يكون مبني على التخرج من كلية الطب، وتوفير الكفاءة، والتحلي بالأخلاق.
 - عقد اجتماعات منتظمة لمراجعة الحالات الطبية (المرضية والوفيات).
 - تسجيل كل الحالات المرضية، وحفظها في الملفات.
 - توفر مختبر للتحاليل، وقسم الأشعة في كل مستشفى.
- وفي سنة 1933م²، قدم كل من Lee و Jones تقرير حول أساسيات الرعاية الطبية الجيدة.
- وفي الخمسينات وبسبب الارتفاع المتزايد في تكاليف الخدمة الصحية ومطالبة المرضى بنوعية أفضل للخدمات، ظهرت أولى المحاولات لتقييم نوعية الخدمة المقدمة، وتم تأسيس اللجنة المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية في أمريكية (JCAH)* سنة 1951م، مهمتها التحسين المستمر للرعاية الصحية للجمهور، وبالتعاون مع القائمين على القطاع الصحي، من خلال تقييم مؤسسات الرعاية الصحية، وإلزامهم على التفوق في تقديم الرعاية الآمنة والفعالة وبأعلى مستويات الجودة والقيمة³.
- وفي عام 1966م⁴، قدم أفيديس دونابديان Avedis Donabedian نموذج لنظام الرعاية الطبية مبني على ثلاث عناصر هي: البنية Structure (الموارد)، العملية Process (إجراءات الرعاية)، النتيجة Outcome (نتائج عملية الرعاية).
- وفي سنة 1980م، ظهور وترسيخ مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الصناعة ثم شمل كافة الخدمات والمنظمات الحكومية. ويعزز اهتمام المستشفيات بالجودة ما توصلت إليه دراسة شركة KMPG في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1988م، عن الجودة الشاملة في المنظمات في وجود علاقة بين التكلفة وجودة الرعاية الصحية⁵.

¹ على بن سعيد محمد القحطاني، مرجع سبق ذكره ص 22.

² Walter Holland ,Improving Health Services: Background Method and Applications, Edward Elgar Cheltenham, UK, 2013, P26.

* Joint Commission on Accreditation of Hospitals

³ http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx. 15/02/2016

⁴ Avedis Donabedian , Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Part 2: Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, October 15-16, 1965 (Jul. 1966), pp. 166-206.

⁵ هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص 38.

وفي سنة 1989م، تم إنشاء وكالة البحث الطبي والجودة التابعة لوزارة الصحة الأمريكية ورسالتها تعضيد البحث لتحسين الجودة، والسلامة، والكفاءة، والفعالية في الرعاية الصحية.

وفي 1990م¹، تأسست اللجنة الوطنية لضمان الجودة بالقطاع الصحي (NCQA)* وهي لجنة خاصة غير ربحية، مخصص لتحسين جودة الرعاية الصحية والمساعدة في رفع قضية تطوير منظومة الرعاية الصحية إلى أعلى قائمة جدول الأعمال الوطني.

وفي 1991م²، تم رسمياً إنشاء معهد تحسين الرعاية الصحية بالولايات المتحدة (IHI)* مهمته تحسين الصحة والرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، وهذا بالاعتماد على نهج علم التحسين الذي يجمع بين عدة موضوعات تشمل معارف الخبراء بأساليب وأدوات التحسين، والعلوم السريرية، ونظرية النظم، وعلم النفس والإحصاءات وغيرها من المجالات.

وفي عام 1994م³، تم إنشاء اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (JCI)*، كذراع للجنة المشتركة بالولايات المتحدة بمراكزها الثلاثة في فرنسا ودبي وسنغافورة. تعمل اللجنة على تحسين سلامة وجودة الرعاية الصحية في المجتمع الدولي عن طريق تقديم التثقيف و المطبوعات، والخدمات الاستشارية، والاعتماد، والشهادات العالمية في أكثر من 100 دولة، و تشارك مع المستشفيات والمراكز الطبية الأكاديمية، والأنظمة والوكالات الصحية، والوزارات الحكومية، لتعزيز المعايير الصارمة للرعاية ولتقديم حلول لتحقيق أعلى مستويات من الأداء⁴، فهي تقوم بالتعرف على أفضل الممارسات في مجال الجودة وسلامة المرضى ثم تقييمها وتشاركها مع العالم أجمع .

وسنة 2001م⁵، قامت اللجنة المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية بالولايات المتحدة (JCAH) بوضع معايير لسلامة المرضى.

وفي سنة 2008م⁶، تأسس الوكالة الوطنية لسلامة المرضى (NHS)* تابعة لنظام التأمين الصحي بالمملكة المتحدة. وفي محاولة للحد من الأخطاء الطبية أثناء عمليات التدخل الجراحي أنشأ التحالف العالمي لسلامة المرضى التابع لمنظمة الصحة العالمية، قائمة التحقق من السلامة في العمليات الجراحية، "الجراحة الآمنة تنقذ الأرواح"⁷، للحد من عدد الوفيات في جميع أنحاء العالم.

¹ <http://www.ncqa.org/AboutNCQA.aspx>. 15/02/2016

* National Committee for Quality Assurance

² <http://www.ihl.org/about/Pages/History.aspx>. 15/02/2016

* Institute for Healthcare Improvement

³ <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jc>. 15/02/2016

* Joint Commission International

⁴ <http://www.jointcommissioninternational.org/> 15/02/2016

⁵ http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2015.pdf 15/02/2016

⁶ <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>. 15/05/2015

* National Health Service

⁷ <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> 15/02/2016

وفي 2009م، حدد معهد لوسيان ليب Lucian Leape Institute التابع للمؤسسة الوطنية لسلامة المرضى بأمريكا (NPSF)*، خمس مفاهيم تسهم في تحقيق تحسن في سلامة نظام الرعاية الصحية وهذه المفاهيم هي:¹

- الشفافية.

- برامج الرعاية المتكاملة.

- إشراك المستهلك.

- متعة وهدف العمل.

- إصلاح التعليم الطبي.

وفي سنة 2010م، أصدرت اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCI) الأهداف الدولية لسلامة المرضى، في الطبعة الثانية لمعايير الاعتماد، لغرض إيجاد حلول جذرية وشاملة لبعض الجوانب والممارسات في الخدمة الطبية المتعلقة بسلامة المرضى، وتتمثل هذه الأهداف في:²

- تحديد هوية المرضى بشكل صحيح.

- تحسين التواصل الفعال.

- تحسين سلامة الأدوية ذات المحاذير العالية.

- ضمان الإجراء الجراحي الصحيح في الموضع الصحيح وعلى المريض الصحيح (المناسب).

- الحد من خطر الإصابة بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

- الحد من خطر تعرض المرضى للأذى نتيجة السقوط.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية

إن تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً، وذلك بسبب طبيعتها وخصائصها غير الملموسة، وهي أكثر صعوبة في التحديد والقياس مقارنة بالقطاعات الأخرى³، وهي تتميز عن السلعة في أنها غير قابلة للمس، وعدم التجانس، والتزامن في الإنتاج والتسليم، كلها تجعل من الصعب تحديد وقياس الجودة⁴. ومن صعوبات أيضا الطبيعة المعقدة للممارسات الرعاية الصحية، المصالح المختلفة للمشاركين في تقديم الرعاية الصحية، والاعتبارات الأخلاقية⁵.

* National Patient Safety Foundation

¹ L Leape, D Berwick, C Clancy, J Conway, P Gluck, J Guest, D Lawrence, J Morath, D O'Leary, P O'Neill, D Pinakiewicz and T Isaac, Transforming healthcare: a safety imperative, Quality Safety Health Care 2009 Vol 18, PP: 424-428

² Joint Commission International Standards for Clinical Care Program Certification, Second Edition, 1 July 2010, P 29.

³ Zabada CP, Rivers A, Munchus G. Obstacles to the application of total quality management in health care organisations. Total Quality Management, 1998, 9(1):57-66.

⁴ McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care. 3rd. 6. Vol. 11. Jones and Bartlett Publishers, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2006, pp: 181-187.

⁵ Eiriz V, Figueiredo JA. Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2005; 18(6-7):404-412.

أولاً: تعريف جودة الخدمة الصحية

الجودة من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات، وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، والخبرات ونوعيتها، وطبيعة الخدمات الصحية المقدمة¹، أما من المنظور الإداري فتعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة، والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد فتعني طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية²، التي تشعرهم بالأداء الأفضل³.

وفي سنة 1933م، عرف كل من لي وجونس Lee et Jones جودة الخدمة الطبية على أنها " تطبيق جميع أنواع الخدمات الطبية الحديثة، لتلبية احتياجات الناس"⁴.

وصف بيفان Bevan عام 1948م الخدمة الصحية بأنها " نتاج أعمال رجال ونساء ذوي مهارات عالية، كرسوا أنفسهم لتقديم رعاية ذات جودة عالية لمرضاهم الكثير"⁵.

ويعرف شمادل Schmadl الجودة في القطاع الصحي على أنها " ضمان للمستفيد بأن خدمات التمريض على درجة معينة من التفوق، من خلال القياس والتقييم المستمر"⁶.

ويرى كل من Sulek et al بأنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه، وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع"⁷.

أما بالمر وآخرون Palmer et al⁸ فقد عرفوا الرعاية الصحية على أنها " نتاج تحسين الصحة وتلبية حاجة السكان في حدود التكنولوجيا المتوفرة، والموارد، وظروف المستهلك".

وعرفها مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية WHSSB * بأنها " تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية، سواء كانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة، أم بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية"⁹.

¹ Ozcan, Yasar A, Op-cit., P 289-290.

² على سكر عبدون وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد 03، العراق، 2009، ص 56-57.

³ Matthew H Liang, Paul Fortin, Quality assurance and audit: lessons from North America, Annals of the Rheumatic Diseases, 1991, PP 522-525.

⁴ A. Jacquerye, La Qualité des Soins Infirmiers : Implantation évaluation accréditation, Editions Maloine, 1999, P10.

⁵ هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص 17.

⁶ J. C. Schmadl, Quality Assurance: Examination of the Concept, Nursing Outlook, Vol.27, No7, 1979, PP 21-30.

⁷ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، داريازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص 199.

⁸ Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. In RH Palmer, A Donabedian, GJ Povar (Eds.) Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor, Health Administration Press, 1991, pp 1-53.

* Western Health and Social Services Board

⁹ هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص 19.

واقترح كل من روبرتس وبريفوست Roberts and prevost عام 1987م¹، وروديجيس Rodriguez 1988م²، أن مفهوم جودة الرعاية الصحية يعتمد على من سيقوم بتحديدها، بمعنى آخر ما هي القيم، والمعايير المتفق عليها لتحديد مفهوم الجودة في الرعاية الصحية.

ووصفها ويليمسون Williamson بأنها "قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة، مع بذل الجهود اللازمة لتعديل، وتحسين مستوى هذه الخدمة"³.

وتعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية JCAHO سنة 1987م، الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها، للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة، أو إجراء، أو تشخيص مشكلة طبية معينة"⁴. وفي تعريف آخر سنة 1989م "درجة خدمات رعاية المرضى التي تزيد من احتمال النتائج المرجوة للمريض، وتقليل من احتمال النتائج غير مرغوب فيها، وفق المعرفة الطبية الحالية"⁵.

ويقول أفيديس دونابيديان Avedis Donabedian "إن جودة الرعاية الصحية تتلخص في تطبيق العلوم والتقنيات الطبية، بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد"⁶.

وحسب اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب فإن الجودة الصحية هي "درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية"^{7,8}.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة، وسوء التغذية"⁹.

¹ Roberts JS, Prevost JA., using outcome indicators to evaluate quality of care, Internist, 1987, PP: 10-15.

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد ، مرجع سبق ذكره ، ص 41.

³ J.W. Williamson, Formulating Priorities Pore Quality Assurance Activity: Description of a Method and its Application , Journal of Medical Association, Vol. 23, N° 9, 1978, pp.53-59.

⁴ JCAH, Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care: An Ambulatory Health Care Example, Quality Review Bulletin, 1987, P26.

⁵ Kathleen N. Lohr, Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume II: Sources and Methods, Washington D.C: National Academy Press; 1990, P131.

⁶ Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, Vol 260 No 12, 1988, PP :1743-1748.

⁷ Kathleen N. Lohr, Medicare: a strategy for quality assurance, Volume I, Washington D.C: National Academy Press; 1990, P 21.

⁸ Lohr KN, Harris-Wehling J., Medicare: a strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. Quality Review Bulletin, Vol 17, 1991, PP: 6-9.

⁹ الديوجي، أبي سعيد، عبد الله عادل محمد، النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مكتبة تنمية الرافدين، آلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العدد 73، 2003، ص14.

وحسب الجمعية الطبية الأمريكية فإن جودة الرعاية " هي التي تساهم باستمرار نحو تحسين، أو الحفاظ على الجودة بصفة دائمة"¹.

وتعرف وزارة الصحة الماليزية جودة الرعاية في المستشفيات العمومية بأنها " أفضل نتيجة يمكن تحقيقها لكل مريض، وتفادي مضاعفات العدوى في المستشفيات، والاهتمام باحتياجات المريض وأسرته بطريقة معقولة ترعي جانب التكلفة والثقة"².

في حين حددت كل من Monica و Morgan ماهية الرعاية الصحية من ثلاث زوايا رئيسية هي:³

- 1- فني ذو صلة بتطبيق العلوم، والتقنية الطبية للتعامل مع المشكلات.
 - 2- إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية، والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة.
 - 3- يتعلق بتحقيق احتياجات العميل من الكماليات والتي تشمل المكان، والإجراءات وغيرها.
- ويعزز ذلك ما يبينه الجدول الموالي من وجود ثلاثة عناصر مترابطة تحدد معنى جودة الرعاية الصحية والأبعاد التي تتضمنها:⁴

- 1- الرعاية التقنية: وتشمل استخدام المعارف الطبية، والتكنولوجيا لتعظيم فوائد الرعاية للمريض مع التقليل إلى أدنى حد من المخاطر التي ينطوي عليها.
- 2- الرعاية الشخصية: وتشمل الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للرعاية، العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة، والعلاقة بين المحيط الاجتماعي الذي تقدم فيه الرعاية الصحية، والظروف الاجتماعية التي يجب على المريض التكيف معها.
- 3- منظمة الرعاية الصحية: التي تحدد إمكانية الوصول إليها، وفي الوقت المناسب، ووسائل الراحة المقدمة والكفاءة.

الجدول (3، 3): العلاقة بين عناصر جودة الخدمات الصحية.

عناصر الجودة	البعد الداخلي في عنصر الجودة
العنصر التقني	الملاءمة، الفعالية.
العنصر الإنساني	القبول.
المنظمة الصحية	العدالة، سهولة المنال، الشمولية، الكفاءة

Source: Christel A. Woodward, Op-cit., P05.

¹ Matthew H Liang, Paul Fortin, Op-cit., PP 522-525.

² Hussein NBA. Development and experiences of national quality assurance programme in hospitals in Malaysia, Paper presented at the Interregional Meeting on Assurance of Quality in Primary Health Care. Shanghai, China, October 1990.

³ Monica, Elaine and Morgan P., Management in Health Care: A theoretical and experiential approach Kent, MacMillan, 1994, P. 327.

⁴ Christel A. Woodward, Improving provider skills: Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care a process of change, World Health Organization 2000, P 05.

ويلاحظ أن قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة قد يقوم البعض بتقويمها من الجانب الفني المتعلق بمعرفة ومهارات الطاقم الطبي والتقنيات الحديثة المستعمل في العلاج والتي تكون سبب في شفاء المرضى، وقد تقاس من المنظور النفسي للمريض، أي مدى مودة واهتمام وتفاعل مقدمي الخدمة من موظفين وأطباء وممرضين مع المريض، وقد يرى البعض أن قياس جودة الخدمة يتحدد على أساس المظهر الخارجي للمؤسسات الصحية وما تتوفر عليه من النظافة، والتهوية الجيدة، الخ.¹ وتتضمن تعاريف جودة الرعاية عدة الخصائص مثل الكفاءة، والفعالية، والنجاعة، والإنصاف، وسهولة الوصول، والشمولية، والقبول، وفي الوقت المناسب، وملاءمة الرعاية والاستمرارية، والخصوصية والثقة.² وهناك سمات أخرى استخدمت لوصف جودة الرعاية الصحية تتمثل في توفير التعليم للمريض وأسرته حول القضايا الصحية ذات الصلة، إدراج المريض والأسرة في تخطيط العلاج وصنع القرار، ورضا المريض. ضمان السلامة والدعم في بيئة الرعاية، خفض معدل الوفيات والإصابة بالأمراض، وتحسين جودة الحياة والحالة الصحية للمريض.³ وتشتمل جودة الرعاية الطبية على أبعاد أساسية يمكن من خلالها الحكم على جودتها، هي:⁴

- 1- العدالة: وتعني حصول الجميع على قسط متساو من الخدمة الصحية.
- 2- إمكانية الوصول: الخدمات الطبية يجب ألا تكون مقيد لمن يحتاج إليها وقت الحاجة إليها.
- 3- القبول: الرعاية الطبية المقدمة في المستشفى يجب أن تحظى بقبول المرضى، وذويهم، ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء، وممرضين، وفنيين، وأفراد المجتمع بشكل عام.
- 4- الملاءمة: وتعني تقدم الرعاية المطلوبة، وتجنب الرعاية غير المناسبة أو الضارة. وهي ملاءمة الخدمة للغرض الذي تقدم من أجله من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسدية والذهنية. وهي درجة من التدخلات الطبية التي تناسب الاحتياجات الإكلينيكية للمريض وترتكز على آخر ما توصل إليه العلم والمعرفة.
- 5- الشمولية: وتعني توفير الرعاية الصحية التي تغطي جميع جوانب لمنع حدوث المرض، بما فيها معالجة الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بالرعاية.
- 6- الفعالية: وتعني أن الرعاية تنتج التغيير الإيجابي في الحالة الصحية أو جودة حياة المريض. أي تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية على مستوى المريض أو على مستوى المجتمع ككل.
- 7- الكفاءة: وتعني تقديم رعاية صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة. وهي التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمستفيدين منها، دون أن تطغى خدمة مريض على الآخرين.

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 168-169.

² Christel A. Woodward, Op-cit., P 03.

³ Ibid., P04.

⁴ Christel A. Woodward, Op-cit., P04.

8- الأمان: هي درجة التي تقل فيها مخاطر التدخلات الطبية ومخاطر البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية للمريض وللأفراد الآخرين متضمنة كل الممارسين للمهنة.¹
تختلف أساليب الجودة في المجال الصناعي عن القطاع الصحي والجدول الموالي يبين هذا الاختلاف:
الجدول (3، 4): مقارنة أساليب الجودة في المجال الصناعي ومجال الرعاية الصحية

التاريخ	أساليب الجودة في الصناعة	أساليب الجودة في الرعاية الصحية
إلى سنة 1900 م	- العضوية في النقابات - تفتيش - التقييس - شهادة المورد	- الترخيص الطبي - الجمعيات المتخصصة - الجهود الفردية (حفظ السجلات)
1900 إلى 1920	- نظام التفتيش والاختبار - التصميم التجريبي - مراقبة الخرائط	- الدراسات الاستقصائية، مثل E. W. Groves (1908) - منح الشهادات المهنية - التشريعات - توحيد المعايير في التمريض والمستشفيات - عمليات المتابعة، الدكتور كودمان (1914)
1920 إلى 1940	- أخذ العينات - الأساليب الإحصائية - التنظيم المهني	- دراسات حول سلوك التمريض - تشريعات التأمين الصحي - تشريعات الحكومة (الدولة) والمعايير
1940 إلى 1960	- التدريب في مجال مراقبة الجودة الإحصائية - جمعيات الجودة - المطبوعات عن الجودة - مراقبة الجودة الكلية - التصميم التجريبي - إشراك الإدارة العليا - المعايير - الجوائز مثل جائزة ديمينج Deming	- تشكيل الهيئات التنظيمية - قاعدة البيانات - التفتيش الداخلي والخارجي - المعايير المهنية - مقاييس الأداء - اعتماد المستشفيات

¹ بثينة المضيف، تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت، الملتقى الرابع للجودة، تطبيقات الجودة في الشركات والمؤسسات الحكومية، الكويت، 8-9 ماي، 2007.

أساليب الجودة في الرعاية الصحية	أساليب الجودة في الصناعة	(تابع) التاريخ
<ul style="list-style-type: none"> - زيادة وتيرة الكتابات في مجال الجودة. - التركيز على عملية والتفتيش الموجه - المزيد من الدراسات الاستقصائية - الرقابة وسجلات التدقيق - اعتماد المستشفيات - أدوات التدقيق، والمراجعة. - مقياس جودة رعاية المرضى. 	<ul style="list-style-type: none"> - دوائر الجودة - استخدام الأساليب الإحصائية في مراقبة العمليات على نطاق واسع - المزيد من جمعيات جودة والمنشورات - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة 	1960 إلى 1980
<ul style="list-style-type: none"> - زيادة في نشر المعايير - منشورات عن مؤشرات - التركيز على قياس والمتابعة - المزيد من الهيئات التنظيمية - رفع مشاركة الحكومة 	<ul style="list-style-type: none"> - انتشار التصميم التجريبي والأساليب الإحصائية في المراقبة العمليات - الشهادات والجوائز والمعايير الوطنية والدولية - ستة سيجما - نشر وظيفة الجودة QFD - إدارة الجودة الشاملة 	1980 إلى 2000
<ul style="list-style-type: none"> - استيراد التقنيات الصناعية - معايير جديدة وأكثر صرامة - جمعيات المستهلك 	<ul style="list-style-type: none"> - معايير دولية جديدة، مثل: ISO 14000 - ISO 9000 - أتمتة الجودة - نظم الجودة في المؤسسة 	ما بعد 2000

Source : Alexander Komashie, Ali Mousavi and Justin Gore, A review of historical developments of quality assessment in industry and healthcare, LUND UNIVERSITY Campus Helsingborg , Sweden,2007,P05.

ثانياً: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية

ومن الأساليب المستعملة في قياس جودة الخدمة من منظور المرضى ما يلي:¹

1- مقياس عدد الشكاوى: تعد الشكاوى التي تأتي من المرضى مقياس هام يعبر عن رداءة جودة الخدمة الصحية المقدمة، أو عدم موافقتها لتصوراتهم لها والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، ويساعد هذا المقياس المنظمات الصحية من اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة لحل المشكلات والعمل على عدم حدوثها في المستقبل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من الخدمات.

2- مقياس الرضا: ويستخدم لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة والتي تحصلوا عليها، عن طريق توجيه الأسئلة باستخدام الاستبيانات أو المقابلات الشخصية، لمعرفة شعور المرضى نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، وبشكل يمكن المنظمات الصحية تبني استراتيجية للجودة تتناسب مع متطلبات المرضى وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

3- مقياس جودة الخدمة ServQual: يعتمد هذا المقياس على تحديد الفرق بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة لهم، والذي يمثل جودة الخدمة المدركة ويعبر عنه بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة الصحية = التوقعات - الإدراكات.

- فإذا كانت الجودة المتوقعة أكبر من الخدمة المدركة (الأداء الفعلي) فإن جودة الخدمة الصحية تكون أقل من مرضية.

- أما إذا كانت الجودة المتوقعة متساوية مع الجودة المدركة، فإن جودة الخدمة الصحية تكون مرضية.

- أما إذا كانت الجودة المتوقعة أقل من الخدمة المدركة فإن جودة الخدمة الصحية تكون أكثر من مرضية.

4- مقياس أداء الخدمة Servperf: يركز هذا المقياس على تقييم الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة للمريض، وجودة الخدمة الصحية يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال اتجاهات المرضى، ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة الصحية = الأداء الفعلي للخدمة.

¹ نايف قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان 2006، ص

خاتمة:

إن بنية نظام تقديم الخدمات تتباين حسب تباين المنظمات الخدمية من حيث حجمها وأهدافها وطبيعة خدماتها، لذا يجب على المديرين أن يدركوا الطريقة الفعالة التي يتعاملون بها مع زبائنهم من حيث اختيار الخدمة المقدمة ونظام تسليم الخدمات المتبع، حتى يسمح للمستفيدين أن يكون نظرة جيدة عن المنظمة. كما إن الفهم الجيد لحاجات ورغبات الزبائن يعد مهماً لتصميم نظام تقديم الخدمة ذو فعالية، وكفاءة تساعد على حل مشاكل الزبائن وتقديم العون لهم.

ولفهم أفضل لطبيعة الخدمات وإظهار العلاقة بينها وبين السلع، قام الباحثون بوضع تصنيفات تساعد مقدمها من وضع سياسات واستراتيجيات قادرة على تذليل قدر المستطاع المشاكل الناشئة عن خصائصها، منها خاصية اللاملموسية التي تعد الأكثر هيمنة في تعريف الخدمة، تزامن الإنتاج والاستهلاك، عدم تماثل مخرجاتها خاصة ذات الاتصال العالي مع مقدمها، لا يمكن تخزينها لأنها ذات طبيعة فنائية إضافة إلى عدم الاحتفاظ بها أي عدم انتقال ملكيتها.

إن ظهور الجودة في مجال القطاع الصحي كان لغرض السيطرة على الأمراض وانتشارها، وتلبية لمتطلبات المرضى من الاستفادة من العلاجات الجيدة والتي تكون سبب في شفائهم، وتشعرهم بالسعادة والأمل في الحياة. والجودة في الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية، التميز المهني، كفاءة استخدام الموارد، الحد من تعرض المريض للخطر، وبلوغ درجة عالية من رضا المرضى والمستفيدين منها.

الفصل الرابع

واقع النظام الصحي

في الجزائر

مقدمة:

لم يعد المستشفى كما كان في الماضي، حيث كان أقدم وأبسط تعريف له هو " أنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم"¹، كما لم يعد دوره مقتصر على تقديم الخدمات العلاجية، بل أصبح في العصر الحالي تنظيماً طبياً متكاملًا، يقدم الخدمات الصحية بمفهومها الشامل: وقايةً، وعلاجاً، وتعليماً طبياً إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها.

أعطت الدولة الجزائرية أهمية كبرى لقطاع الصحة منذ الاستقلال، وذلك بوضع منظومة صحية وطنية يمكنها التكفل بالاحتياجات الصحية للمواطنين، والقضاء على العديد من الأمراض. وفي سنة 2007 جاء مشروع إصلاح المستشفيات الذي يهدف إلى إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، والترشيد في النفقات الصحية، والارتقاء بجودة الخدمات، وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

ولمعرفة مكان وطريقة تقديم الخدمة الصحية، يتناول هذا الفصل واقع النظام الصحي في الجزائر.

في المبحث الأول، مفهوم المستشفيات وتطورها التاريخي، تصنيف المستشفيات ووظائفها، دور قسم إدارة الجودة في المستشفى، فوائد تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفيات،

في المبحث الثاني، تاريخ النظام الصحي في الجزائر، هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر، عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر.

¹ زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1988، ص 08

المبحث الأول: عموميات حول المستشفيات

المطلب الأول: مفهوم وتطور المستشفيات

الفرع أولاً: تعريف المستشفى

عرفت المنظمة الصحية العالمية المستشفى بأنه " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما يعد أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية"¹، وقد رأت المنظمة إنه من الضروري تعريف المستشفى بشكل ينطبق على واقع مستشفيات البلدان النامية، أي أنه "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض"²، كما ذكرت أنه من الممكن التوسع في هذا التعريف ليشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالاً أخرى مثل: التعليم، والتدريب، والبحوث الطبية، والوبائية، والاجتماعية، والتنظيمية. أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association عرفت أنه " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى "³.

ويقسم بعض علماء إدارة المستشفيات، تعريف المستشفى إلى نوعين هما:⁴

1- التعريف التنظيمي: وهو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمنومين، وبهذا فإن هذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى. وتميز الجمعية الأمريكية للمستشفيات، المستشفى بأنه:⁵

- يضم على الأقل ستة أسرة تنويم تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن 24 ساعة.
- مؤسسة طبية مرخص لها رسمياً.
- تضم هيئة طبية منظمة.
- تقدم فيها رعاية طبية منظمة.
- تتوافر فيها سجلات طبية منظمة.
- تتوافر فيها الخدمة الطبية على مدار الأربع والعشرين ساعة.
- تتوافر فيها غرف عمليات ووسائل تقديم خدمة طبية تشخيصية وعلاجية متكاملة.
- تتوافر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.

¹ منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف سويسرا، 1980، ص 06.

² منظمة الصحة العالمية، المرجع السابق، ص 6-7.

³ American Hospital Association, Classification of Health Care Institutions, 1974 edition Chicago: American Hospital Association, P10.

⁴ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 19.

⁵ R.Stevens, In Sickness and in health: American Hospitals in the Twentieth Century, New York: Basic Books, 1989, P14.

2- التعريف الوظيفي: ويركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى وليس على أجزائه، ويتمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة أفراد المجتمع وتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع، ومن هذا المنطلق فإن التعريف الوظيفي:

- يتيح للمستشفى التوسع في أهدافه وأغراضه في الإطار الصحي.

- يتيح للمستفيدين من خدماته المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها.

- يركز على أن احتياجات المجتمع والاستخدام الفعال للخدمة مقابل التكلفة، هي المعيار الذي تعتمد عليه المستشفيات في تحديد نظام خدماتها.

- يؤكد على أن مصلحة المجتمع تظل هي المعيار لحسن إدارة المستشفى.

وعرف المستشفى على أنه " نظام كلي يضم مجموعة النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية، ونظام الخدمات الطبية المعاونة، ونظام الخدمات الفندقية، ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معاً بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وتدعيم الأنشطة التعليمية، والتدريبية، والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي."¹

وتوفر المستشفيات مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية، من الرعاية الصحية الأولية الأساسية إلى عالية التقنية والرعاية المتخصصة، معظم المستشفيات لديها كل من مرافق المرضى الخارجيين أو العيادات، وخدمات المرضى الداخليين.²

الفرع الثاني: التطور التاريخي للمستشفيات.

أولاً: المستشفيات في الحضارات القديمة

تشير بعض الوثائق التاريخية إلى أن تاريخ وجود المستشفيات يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد في المعابد الإغريقية³، وأن الطبيب الشهير أبقراط Hippocrates 370 – 460 ق.م، هو أول من استعمل أسلوب الفحص الطبي للمرضى، كما قام بالاحتفاظ بسجلات طبية مفصلة عن مرضاه تشبه إلى حد ما السجلات الطبية الحديثة. وتعد معابد آلهة الطب Aesculapius الإغريقية أول المستشفيات التي استخدمت كماوى للمرضى وعلاجهم، وكانت تجرى فيها العمليات الجراحية وكان يتم فيها تعليم الراغبين في ممارسة الطب، ويعتبر أهم ما أنجزه الإغريق هو قدرتهم على استخدام المنطق لتفسير سبب المرض وليس على أفكار خرافية قديمة عن الأرواح.⁴

ويشير التراث الحضاري للهند القديمة أن بوذا في القرن السادس قبل الميلاد شيدا مستشفيات للفقراء والمعاقين جسدياً، ويروي التاريخ أيضاً وجود مستشفيات في سيلان منذ 437 قبل الميلاد،

¹ السيد عليوة، إدارة الأزمات في المستشفيات، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 81.

² Tim Berthold, Jennifer Miller, Alma Avila-Esparza, Op-cit., P122.

³ حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 20.

⁴ ادموند هنتر، قصة الطب، ترجمة محمد العدناني، سلسلة الإنجازات الحضارية، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان، 1980، ص 16.

وخلال فترة حكم الملك أسوكا Asoka¹، 232-273 ق م كان للهند (18) مستشفى أطلق عليها تسمية السيكيستا Cikista² أي معابد الشفاء، وتعتبر هذه المستشفيات متطورة وفقاً لمعايير ذلك الزمان. ويذكر المؤرخون أن الحضارة المصرية قبل 600 سنة قبل الميلاد شهدت وجود معابد لرعاية المرضى سميت بمعابد الشفاء، وقد طور المصريون طرقاً عملية لشفاء المرضى منها ضرورة وضع حافظا الجرح معاً حتى تلتئم الجراح، فضلاً عن استخدام الجبائر والضمادات للأطراف المكسورة³. ومن السمات التي تميزت بها المستشفيات في بعض الحضارات القديمة ما يلي⁴:

- استخدام المستشفى كمركز للتدريب.
- قيام الأطباء بإجراء العمليات الجراحية، وتجبير الكسور، ووصف العقاقير الطبية.
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على الصحة والمرض.
- استخدامه مكاناً لإيواء المرضى وتقديم العلاج، مع التركيز على الاهتمام بالتغذية والنظافة.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.

ثانياً: المستشفيات في مطلع الديانة المسيحية

جاءت المسيحية فغيرت ما كان سائداً في بعض الديانات القديمة من اعتقاد أن المرض ظاهرة غير طبيعية ويعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح، فالجماع المثقوبة التي وجدت في الحضارة المصرية فسرها علماء الآثار على أنها إخراج الروح الخبيثة من رأس المريض⁵، إلى الإيمان بأن المرض من مشيئة الله في خلقه.

وقد أنشأت الإمبراطورية الرومانية أماكن لإيواء وعلاج المرضى ملحقة بالكنائس المسيحية خلال الفترة 350-500 للميلاد. كما أنشئوا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود المصابين، وتميزت المستشفيات في هذه المرحلة بالتركيز على الناحية الإنسانية أكثر منها على الناحية العلاجية، وكان وجودها امتداداً للدين أكثر منه لتطور الطب. وقد بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين وقد كانت تبعية هذه الأماكن إلى الأديرة والكاتدرائيات.

- ومن الصفات التي ظهرت في هذه المستشفيات ما يلي⁶:
- الدافع لعلاج المرضى وتقديم الخدمات لهم ديني بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.
- الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم.

¹ ثامرياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 10.

² حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 21.

³ ادmond هنتر، قصة الطب، ترجمة محمد العدناني، مرجع سبق ذكره، ص 12.

⁴ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 22.

⁵ بهجة المعرفة، هذا الإنسان، موسوعة علمية مصورة، المجموعة الثانية، الجزء الأول، الطبعة الثانية، دار المختار للطباعة والنشر والتوزيع، جنيف سويسرا، 1980، ص 213-214.

⁶ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 24.

- اعتبار المستشفى مكاناً لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين لفترة معينة من أجل خدمتهم.

ثالثاً: المستشفيات في العصر الإسلامي

شيد المسلمون مستشفيات سابق لزمانها لرعاية المرضى في كل من بغداد ودمشق والقاهرة وقرطبة وغيرها من المدن في أنحاء العالم الإسلامي، حيث اتسمت بالتنظيم الدقيق والكفاءة وجودة الخدمة المقدمة، حيث كان المستشفى يقسم بناءً على أساس علمي طبي إلى أجنحة منفصلة للأمراض المختلفة، مع وجود قسماً خاصاً لمعالجة الحالات الطارئة وكان به سجلات وتقارير طبية للمرضى ومكتبة طبية كما استخدم كمركز للتعليم.

ويقول Jesus Pena " إن المستشفيات عالية الكفاءة التي شيدها المسلمون خلال العصور الوسطى تعد إسهاماً رائعاً ومتميزاً للحضارة الإسلامية، ولا يمكن مقارنة المستشفيات العسكرية الرومانية والمسيحية بذلك المستوى الرفيع للمستشفيات العربية من حيث العدد، والتنظيم، والتميز، إن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوروبا بعشرة قرون"¹. وتعتبر خيمة رفيعة التي كانت في مسجد رسول الله ﷺ أول مستشفى ثابت في الإسلام، حيث تمت فيها معالجة المرضى ومن بينهم سعد بن معاذ (رضي الله عنه) حيث أمر الرسول ﷺ رفيعة الأسلمية أن تشرف على معالجه².

وقد أسس الخليفة الأموي الوليد أول مستشفى في الإسلام عام 88هـ (706م)³ بدمشق وحشد له مجموعة من الأطباء، وأقام مستشفى خاص بالمجذومين لأول مرة في التاريخ الإنساني، وقد أطلق العرب على مستشفيات تسمية البيمارستانات وهي كلمة فارسية تعني دار للمريض. أما في العصر العباسي فقد شهد ازدهاراً كبيراً في الطب والاستشفاء نتيجة انتشار الفتوحات الإسلامية وتواصل المسلمين مع الحضارات الأخرى، فيشير التاريخ أن الخليفة هارون الرشيد 786-809 ميلادي، بنى نظاماً ضخماً من المستشفيات بحيث ذكر أحد الرحالة اليهود 1160م، أنه وجد أكثر من 60 مستوصفاً ومركزاً لصرف العلاج في بغداد وحدها⁵.

ومن الصفات التي اتسمت بها المستشفيات في العصر الإسلامي ما يلي⁶:

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى من الناحية الصحية.
- وجود المستشفى المتنقل عندما تدعو الضرورة وإرساله إلى المناطق النائية.

¹ Lawrence Wolper and Jesus Pena, Health Care Administration, Maryland: An Aspen Publication, 1987, P5.

² سعيد الديوه جي، الموجز في الطب الإسلامي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 1989، ص32.

³ Guenter B.Risse, Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals, Oxford University Press, New York, 1999, P125.

⁴ Ibid., P 125.

⁵ فريد توفيق نصيرات، فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص19

⁶ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص27.

- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
- تنظيم مزاولة مهنة الطب والصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان.

رابعاً: المستشفيات في عصر النهضة الأوروبية

كان للكنيسة دور كبير في تقديم الرعاية الطبية للأشخاص للتخفيف من آلامهم ومعاناتهم الجسدية، وكان اهتمام الرهبان بتطهير الروح وتنقيتها لإعدادها لما بعد الحياة الدنيا، أهم من العلم والمعرفة التجريبية وهذا قبل ظهور الحركة العلمية التي شهدتها أوروبا في القرن الرابع عشر. قد نمت المستشفيات بسرعة أيام الحروب الصليبية 1096م وأقيمت المستشفيات العسكرية على الطرق التي سلكتها الحملات الصليبية، وقد بنى الصليبين أول مستشفى عسكري في الأراضي المقدسة عام 1099م، كما بنى أول مستشفى في بريطانيا مستشفى القديس جون 1084م، وتميزت المستشفيات في هذه العصور بسيطرة الكنيسة.

ومع نهاية القرن الرابع عشر ونتيجة للنهضة العلمية التي شاهدها أوروبا بإحياء العلوم والمعارف والاستفادة من علوم الحضارة الإسلامية، ظهرت الكثير من المستشفيات الجديدة التي اهتمت بالمنهج العلمي في طريقة علاج المرضى، كما انتشرت المدارس الطبية والتعليم الطبي بالممارسة بحيث ظهرت أول مدرسة للتمريض في فرنسا سنة 1639م ومدرسة في بريطانيا عام 1860م.¹

خامساً: المستشفيات في العصر الحديث

أدى التقدم الهائل في مجال العلوم الطبية إلى إحداث قفزة نوعية بالنسبة للمستشفيات الحديثة، بحيث أصبح المستشفى العصري اليوم هو ذلك الذي يقدم الخدمات الصحية بجودة ونوعية عالية لمستحقيها، ويساهم كمركز لتعليم الطب والتمريض ويسهم في التثقيف الصحي للمجتمع. ولعل من أبرز سمات المستشفيات الحديثة ما يلي:²

- 1- التركيز على العيادات الخارجية: تحولت المستشفيات الحديثة من التركيز على التنويم إلى التركيز على العيادات الخارجية وعلى ما يعرف بالرعاية المنزلية، والمتمثلة في إيصال الخدمات الصحية إلى المريض في منزله، وأكدت الدراسات أن هذا التوجه ساعد في تخفيض تكاليف نفقات المستشفيات.
- 2- عملية اليوم الواحد: اعتماد المستشفى الحديث على تقنيات إجرائية حديثة ساعدت في علاج المريض في مدة لا تزيد عن يوم واحد بالمستشفى.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 22

² المرجع السابق، ص 14-16

3- عمليات المناظير: تسهم عمليات المناظير في تخفيض فترة إقامة المريض بالمستشفى الأمر الذي يؤدي إلى خفض تكاليف ونفقات العلاج، كما أن عمليات المناظير تقلل من فترة معاناة المرضى وتعيدهم إلى حياتهم الطبيعية في وقت أسرع، كما ترفع من معدل خلو الأسرة وتقليل مدة انتظار المرضى لمواعيد إجراء العمليات.

4- استخدام الليزر: ينتشر في المستشفيات الحديثة استخدام الليزر الذي ساهم بشكل كبير في تخفيض آلام المرضى، وتقليل مدة بقاءهم في المستشفى وبالتالي تخفيض تكاليف العلاج ونفقاته.

5- استخدام الطب الاتصالي: يعد من الخدمات الطبية المتطورة حيث بواسطة الأقمار الصناعية يستطيع الأطباء تبادل الخبرات الطبية من مختلف أنحاء العالم، كما يمكن تقديم الاستشارات الطبية للمرضى من قبل الأطباء وإن بعدت المسافات. ومن فوائده أيضا تدريب وتعليم الأطباء على أحدث التقنيات الطبية عن طريق النقل المباشر للمحاضرات والعمليات الجراحية هوائياً.

6- أساليب إدارية حديثة: تستخدم المستشفيات أساليب إدارية حديثة مثل هندسة المستشفيات وغيرها، كما أنها تطبق مناهج إدارة الجودة الشاملة TQM، والجودة المستمرة CQM بهدف الوصول إلى رضا المستفيدين من خدمات المستشفى من حيث جودة الخدمة وخفض التكاليف.

المطلب الثاني: تصنيف المستشفيات ووظائفها

أولاً: تصنيف المستشفيات

يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقاً لعدة معايير ومن أكثر هذه المعايير قبولاً وشيوعاً ما يلي:

1- المعيار الإكلينيكي: وحسب هذا المعيار تصنف المستشفيات إلى نوعين رئيسيين هما:¹

أ- المستشفى العام: وهو مستشفى يضم تخصصات متعددة مثل طب الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، أمراض الأطفال كما يضم خدمات أخرى مثل: طب الأنف والحنجرة والأذن، طب العيون، وطب النفسي وغيرها بالإضافة إلى خدمات العيادات الخارجية للمستشفى وخدمات الطوارئ.

ب- المستشفى التخصصي: وهو المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض (كمستشفى العيون) ولعلاج فئة معينة من أفراد المجتمع مثل النساء والأطفال وغيرها.

وطبقاً للمفهوم الحديث للرعاية الطبية، أصبح الاتجاه السائد هو إقامة المستشفيات العامة ذات التخصصات المتعددة لما تتميز به من قدرتها على تقديم خدمات رعاية طبية شاملة ومتكاملة.

2- معيار الملكية والإدارة: تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى حكومية وأخرى خاصة:²

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 69.

² أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية، مصر، 2006، ص 31.

- أ- المستشفيات الحكومية: تتضمن كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة وهي تدار بواسطة جهات حكومية متعددة، كوزارة الصحة ويتم إدارتها وفق مفاهيم الإدارة العامة وهي لا تهدف إلى تحقيق الربح وهي تنقسم إلى عدة أنواع منها:
- المستشفيات الحكومية العامة: وهي التي تقدم خدماتها لجميع فئات المجتمع.
 - المستشفيات الحكومية لخدمة فئات خاصة: وهي التي تقدم خدماتها إلى فئات محددة.
 - المستشفيات الجامعية: وهدفها الأساسي هو التعليم الطبي بالإضافة إلى العلاج.
- ب- المستشفيات الخاصة: وهي كافة المستشفيات التي تكون ملكيتها تابعة لشخص، أو مجموعة، أو مؤسسة، أو اتحاد، أو جمعيات خيرية وتدار وفق أساليب إدارة الأعمال، وتنقسم إلى نوعين هما:
- مستشفيات ربحية: وهي تسعى إلى تحقيق الربح شأنها شأن مشروعات الأعمال.
 - مستشفيات غير ربحية: الهدف من إنشائها تقديم الخدمات بالمجان أو بأسعار زهيدة.
- 3- معيار معدل الإقامة: تنقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى:¹
- أ- مستشفيات ذات عناية قصيرة: وهي التي لا يزيد متوسط مدة الإقامة فيها عن ثلاثين يوماً.
 - ب- مستشفيات ذات عناية طويلة: وهي التي يزيد متوسط مدة الإقامة فيها عن ثلاثين يوماً.
- 4- معيار السعة السريرية (عدد الأسرة): ويمكن تقسيم المستشفيات حسب حجمها إلى:²
- أ- مستشفيات صغيرة الحجم: وهي التي تخدم تجمعات سكنية صغيرة يتراوح عدد أسرتها بين 50 إلى 100 سرير وتقدم الخدمات التالية: الأمراض الباطنية، الجراحة العامة ورعاية الأمومة والطفولة.
 - ب- مستشفيات متوسطة الحجم: ويتراوح عدد أسرتها ما بين 100 و500 سرير وهي تخدم تجمعات سكنية متوسطة كضواحي المدن، وتقدم ما يعرف بخدمات الرعاية الثانوية.
 - ج- مستشفيات كبيرة الحجم: وهي مستشفيات إقليمية عدد أسرتها أكثر من 500 سرير، تحتوي على خدمات تخصصية لا يمكن توفرها في المستشفيات الأخرى.
- والجدير بالذكر أن هذا التصنيف يعتمد بشكل كبير على الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع لذلك فهو تصنيف نسبي يختلف من دولة إلى أخرى.
- 5- معيار الاعتراف: تصنف المستشفيات حسب مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة كالآتي:³
- أ- المستشفيات المعتمدة: وهي المعترف بجودة خدماتها الصحية من قبل بعض الهيئات العالمية الاستشارية المتخصصة في هذا المجال وفق معايير محددة.

¹ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 46.

² المرجع السابق، ص 47.

³ أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 40.

ب- المستشفيات غير المعتمدة: وهي غير المرخص لها من قبل هيئات الاعتماد المختصة، والتي لا تمثل للضوابط والشروط الموضوعية من قبل هذه الهيئات.

ثانياً: وظائف المستشفيات

تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن البعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها، إلا أن هناك خمسة وظائف أساسية، أوصت بها لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية هي:¹

1- الوظيفة العلاجية: تعتبر الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى، حيث يقدم خدماته للمرضى من خلال العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ والعيادات الداخلية بشكل مستمر، ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة إطارات بشرية متخصصة من أطباء وممرضين وإداريين، ونظراً لارتفاع تكلفة الخدمات الصحية وتزايد المستمر للطلب عليها ومحدودية الموارد المتاحة، فإن المستشفيات تسعى لاستخدام أساليب رفع الكفاءة وجودة الأداء لترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف، من خلال الاستخدام الأمثل لخدمات ومرافق المستشفى، حيث يمكن للإدارة التركيز على النقاط التالية:²

- اقتصار الإدخالات إلى المستشفى على الحالات المرضية التي تتطلب ذلك فعلاً.
- تقليل مدة إقامة المرضى في المستشفى لأدنى حد ممكن وتبعاً للحاجة الفعلية لهم.
- توفير خدمات بديلة للخدمات الصحية الداخلية للمرضى الذين لا يحتاجون الدخول للمستشفى في العيادات الخارجية والمراكز والمستوصفات.
- التأكد على الجانب الوقائي عند التعامل مع الحالات المرضية التي تدخل المستشفى والكشف المبكر عن المرض قبل استفحاله ومعالجته في المراحل الأولى.

2- الوظيفة الوقائية: من أهداف المستشفى المساهمة في الوقاية المجتمع من الأمراض، بحيث ينظر بعض الباحثين بأن دور المستشفى الوقائي هو جزء من أخلاقياته للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسسات المجتمع المحلي³، وأبرز السبل لذلك قيام المستشفى بدوره الفعال في مجال التوعية الصحية، عن طريق تنظيم ندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بجوانب الصحة والمرض والعادات المؤدية إلى المرض وسبل المحافظة على الصحة⁴. وهناك اتجاه عام حول وجوب قيام المستشفيات بدورها الصحيح في مجال حفظ وصيانة صحة المجتمع، وتصنف الخدمات الوقائية إلى ثلاث مستويات هي:⁵

¹ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 41.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 57.

³ المرجع السابق، ص 60.

⁴ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 43.

⁵ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 60.

أ- خدمات الوقاية الأولية: ويطلق عليها الرعاية الصحية الأولية الرسمية وهي " أول نقطة اتصال للأفراد، وعادة ما تكون عامة بدلاً من متخصصة وتقدم في المجتمع من قبل الممرضات أو الأطباء العامين"¹. يتم تسليم الرعاية الأولية عموماً في مكتب الطبيب أو في العيادات الخارجية أو مراكز الرعاية الاستعجالية أو العيادات الحية وغيرها من مرافق الرعاية المتنقلة، ولشرائح معينة من السكان. قسم الطوارئ في المستشفى هو مصدر الرعاية الصحية الأولية وبالإضافة إلى ذلك فقد أصبح المنزل موقع مشترك لتوفير الرعاية الصحية الأولية.²

وتشمل الرعاية الصحية الأولية في المستشفى عادة الإجراءات الروتينية الطبية والجراحية، والفحوصات التشخيصية، والخدمات التوليد، فضلاً عن الرعاية في حالات الطوارئ، والعديد من الخدمات للمرضى الخارجيين. وعادة ما تكون الرعاية الصحية الأولية غير متخصصة وتتطلب مستوى منخفض نسبياً من التطور التكنولوجي.³

كما تدخل خدمات ترقية الصحة ضمن هذا المستوى وتركز على العوامل البيئية المؤثرة على الصحة ومنها صحة الماء والهواء والغذاء ومكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للمرض، والتخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة وتحسين ظروف الإسكان وتقليل الحوادث بأنواعها المختلفة وغيرها. ب- خدمات الوقاية الثانوية: وتسمى الرعاية الصحية الثانوية أو الرعاية المتخصصة، والتي غالباً ما يمكن الوصول إليها إلا عن طريق إحالة الحالة المرضية من قبل أحد العاملين في الرعاية الصحية الأولية، وعادة ما يتم توفيرها في المستشفيات المحلية⁴.

وهي تحتوي على درجة عالية من التخصص والتقنية العالية من الرعاية الصحية الأولية بسبب زيادة خطورة المشاكل الصحية التي تتعامل معها، ويتم تقديمها من قبل ممارسين مدربين تدريباً عالياً أكثر مثل الجراحين المتخصصين. وبالتالي فإن جميع المشاكل الصحية التي تتطلب المزيد من المهارات المتخصصة والمعدات الطبية عالية التقنية مدرجة في هذه الفئة.⁵ وللمستشفى دور كبير في الخدمات الثانوية حيث يقوم بما يلي:⁶

- اكتشاف الأمراض عند المرضى عن طريق الفحوصات التي تمكن من الكشف عن الأمراض، ومن تم علاجها في مراحلها الأولى قبل استفحالها.

- المشاركة الفعالة في عمليات المسح الصحي لتقصي الأمراض والكشف عنها، وبالتالي الوقوف على احتياجات الصحة الفعلية لأفراد المجتمع والعمل على تلبية هذه الاحتياجات.

¹ Nick Black and Reinhold Gruen, Understanding health services, first published, Open University Press, England, 2005, P 22.

² Richard K. Thomas, Marketing health services, second edition, Health Administration Press, United States of America, 2010, P189.

³ Ibid. P189.

⁴ Nick Black and Reinhold Gruen, Op-cit., P 22.

⁵ Richard K. Thomas, Op-cit., PP: 189,192.

⁶ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 62.

ج- الخدمات الوقائية من الدرجة الثالثة: وهي الرعاية عالية التخصصية والتي غالباً ما يتم الوصول إليها إلا عن طريق الإحالة من الرعاية الثانوية، وعادة ما تقدم في المستشفيات الوطنية أو الإقليمية¹، وخدمات الدرجة الثالثة موجهة إلى الحالات الأكثر تعقيداً طبياً وجراحياً، وعادة ما يتم تقديمها من قبل فريق من الأطباء والجراحين المتخصصين وبدعم من قسم الأشعة، وعلم الأمراض، والتخدير. ويتم تقديم هذه الخدمات في عدد قليل من المراكز التي تخدم مناطق جغرافية واسعة إلى جانب وظيفة التدريس والبحث.²

3- وظيفة التدريب و التعليم: تمثل المستشفيات المكان الأنسب والأمثل للتعليم والتدريب الطبي والتمريض وكافة العلوم الطبية المساعدة، حيث أصبحت في العصر الحالي مركزاً هاماً لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه طبية وتطوير مهاراتهم وقدراتهم وزيادة فعالية الأدوار التي يؤدونها³، وأكدت منظمة الصحة العالمية أن مستوى الخدمات الصحية الأعلى متوفر في المؤسسات الصحية التي تولي اهتماماً كبيراً بالتعليم والتدريب، فالتعليم يوفر المعارف الأساسية والتدريب يكمله بتوفير المهارات التطبيقية فتتحقق الأهداف التالية:⁴

- تطوير وتنمية المعارف والمعلومات.

- تطوير وتنمية المهارات والقدرات.

- تطوير وتنمية الدوافع والسلوك الوظيفي.

كما إن التقدم التكنولوجي المذهل في العلوم الصحية والطبية، زاد من أهمية وجود مهارات وقدرات جديدة في الموارد البشرية العاملة في المستشفيات تتمثل في:⁵

- سرعة الاستجابة.

- قدرتها على التعاون والعمل ضمن فريق طبي.

- القدرة على تحليل المشاكل الصحية.

والتي لا يمكن اكتسابها إلا من خلال وظيفة التعليم والتدريب، وحتى تتمكن المستشفيات من القيام بأنشطة هذه الوظيفة يجب أن تتوفر فيها:⁶

- الإمكانيات المادية المطلوبة مثل الأجهزة، والمعدات، وقاعات التدريس، وغرف لطلبة الطب

- لمراقبة عمليات التشخيص والعلاج أو المشاركة فيها، وزيادة على ذلك توفير الكتب والمراجع العلمية.

¹ Nick Black and Reinhold Gruen, Op-cit., P 22.

² Richard K. Thomas, Op-cit., P192.

³ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 39.

⁴ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 44.

⁵ المرجع السابق، ص 44.

⁶ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 65.

- توفير العناصر البشرية المطلوبة كماً ونوعاً ويشمل ذلك كبراء الأطباء من ذوي التخصصات العالية كأعضاء هيئة التدريس، فني المختبرات والمعامل.

ويعد التعليم المستمر من أهم وسائل تحقيق المواكبة الفعالة للتطورات العلمية السريعة في مختلف حقول المعرفة والحياة، ومن أهم الطرق لإيجاد وتكوين الكفاءات البشرية المؤهلة بأحسن العلوم والمهارات الحديثة، وتعرف منظمة الصحة العالمية التعليم الطبي المستمر بأنه "التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو المتخصصة"¹. كما يعتبر التعليم الطبي المستمر من اللبنات الأساسية لتحقيق الجودة الشاملة للخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

أما فيما يخص التدريب على إدارة المستشفى، فيمكن القول "أن المستشفى تعتبر منظمة معقدة التركيب ومتعددة الأنشطة ومتنوعة الفئات مما يجعل العملية الإدارية بها تكون على نفس المستوى من التعقيد، ولذا أصبح مجال إدارة المستشفيات مجالاً واسعاً للدراسة والبحث ووضع البرامج لتنمية القدرات الإدارية، فمدير المستشفى يجب أن يحصل على قدر من تعليمه في مدرسة الخبرة"².

4- الوظيفة البحثية: تعد المستشفيات مجالاً خصباً لإجراء البحوث والدراسات الطبية في مختلف مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات الصلة بالصحة، ويساعد وجود سجلات طبية تامة ومنظمة بالمستشفى في تعزيز البحوث الطبية لما تحتويه من معلومات عن السيرة المرضية والتطور المرضي للمرضى، كما يتيح وجود المعامل الإكلينيكية والتجهيزات الطبية الفرصة أمام إجراء البحوث التطبيقية إضافة إلى وجود هيئة طبية متخصصة تشرف على إجراء هذه البحوث³، وقد تكون هذه البحوث حول معرفة فاعلية أساليب التشخيص المتبعة، أو فاعلية عقاقير، أو أي إجراءات طبية متخذة وغيرها، أو تطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة.

ويمكن تقسيم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى:⁴

أ- البحوث الطبية: وتشمل الفحوصات والبحوث المخبرية التي تطلبها عملية علاج المرضى، كما تشمل البحوث الطبية المخططة والهادفة إلى تحسين رعاية المرضى وعلاجهم.

ب- البحوث الإدارية: تشمل كافة الأنشطة التي تدعم الخدمات الصحية كالبحوث الإدارية والمالية والجودة في المستشفى وبحوث التمريض وخدمات الطعام والتدبير المنزلي وغيرها.

ولقد أشارت جمعية الصحة العالمية الثالثة والأربعون المنعقدة في 17 ماي 1990م⁵، إلى أن هناك تباين بين الاستثمارات في البحوث الصحية الموجهة بشكل كبير نحو المشاكل الصحية في

¹ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص46.

² سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997، ص 55.

³ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص40.

⁴ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص66.

⁵ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 48.

البلدان الصناعية وعبء المرضى، لذلك فقد دعت الجمعية إلى الاضطلاع على البحوث الصحية الملائمة للاحتياجات الوطنية من أجل¹:

- تحديد وفهم المشاكل الصحية ذات الأولوية الخاصة.
- تحسين استخدام الموارد المتاحة.
- تحسين السياسة والإدارة الصحية.
- تشجيع روح الابتكار والتجربة.
- المساهمة في المعارف الجديدة.

5- الخدمات الممتدة إلى المنزل: يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الخدمات الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن، الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتاً طويلاً من العلاج، والتي لا تتطلب حضوراً إلى المستشفى، ويمكن الإشراف عليهم والاهتمام بهم من قبل الأطباء وممرضين متخصصين يقومون بتقديم العلاج لهم في منازلهم². ولقد رأت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية سنة 1959م " من مد خدمات المستشفى خارج أسوارها لتشمل كل من خدمات العيادة الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية اللاحقة، والتأهيل الطبي، والتثقيف الصحي والتطعيم"³.

والمستشفى كمؤسسة اجتماعية تتأثر بما يحيط بالمجتمع وتؤثر فيه، لا ينبغي له أن يكون دوره مقتصرًا فقط على الخدمات الصحية داخل مبناه بل يتعداه ليشمل الخدمات الممتدة إلى المرضى في بيئتهم المنزلية، ونظراً لما لهذه الخدمات من فوائد اقتصادية تتمثل في تخفيض تكلفة العلاجية التي يتحملها المستشفى وتوفير الأسرة للحالة المرضية الملحة، وفوائد اجتماعية كبقاء المريض مع ذويه مما يساعده على الراحة النفسية، ونتيجة لهذه الفوائد وغيرها هناك الكثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا وأمريكا تدير مثل هذه البرامج الممتدة إلى المنزل.

المطلب الثالث: المستشفى كنظام مفتوح

يعتبر المستشفى نظام مفتوح يتأثر ويؤثر في البيئة التي تحيط به ضمن علاقة متبادلة مع بيئته الخارجية، من خلال المدخلات التي يحصل عليها أو المخرجات التي يقدمها والمتمثلة في الخدمات الصحية. ويعد العالم Barnard برنارد⁴ أول من تبنى نظرية النظم ووصف المؤسسات بالأنظمة والأجهزة المتعاونة والتي تقوم أساساً على المساهمات الجماعية للأشخاص ولأهداف مؤسسية محددة.

¹ المرجع السابق، ص 49.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 67.

³ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 52.

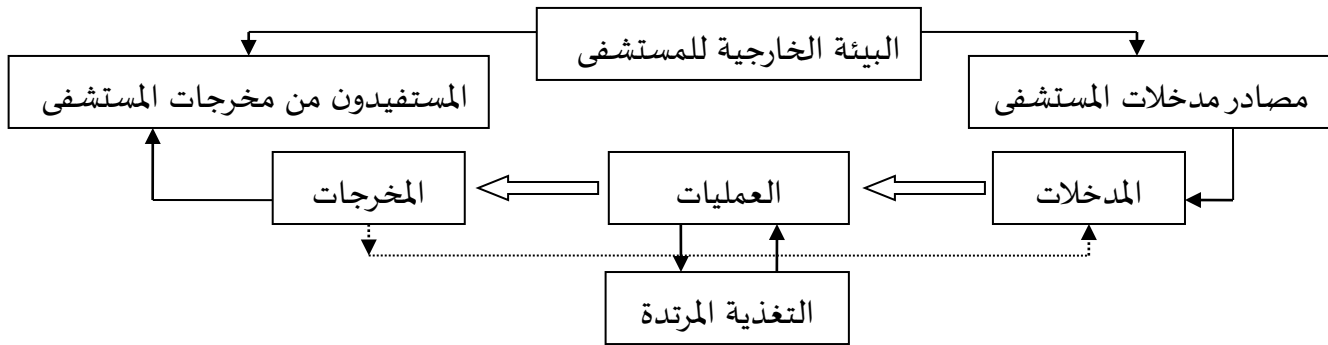
⁴ حسين إبراهيم بلوط، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، 2005، ص 102

وقدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً شاملاً لنظام الرعاية الصحية بأنه "يتضمن جميع الأنشطة التي تهدف أساساً إلى تعزيز واستعادة أو الحفاظ على صحة ويشمل المرضى وأسرههم، والعاملين في مجال الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية داخل المنظمات وفي المجتمع، والبيئة السياسية الصحية التي تحدث فيها كل الأنشطة الصحية ذات الصلة"¹.

والهدف من نظام الرعاية الصحية هو تنظيم وتوجيه المستشفيات، والصحيين، وشركات الأدوية وغيرها حتى يتمكن الأفراد من الحصول على الرعاية الوقائية من أجل المحافظة على صحة جيدة، وجودة الرعاية الطبية عندما يكونوا مرضى أو جرحى.² أي تحسين صحة الأشخاص، ومدخلاً مفيداً يبين كيف تؤثر الرعاية الصحية في الحالة الصحية.³

ويتكون المستشفى كنظام مفتوح من عناصر عدة يمكن توضيحها في الشكل التالي:

الشكل (4، 1): المكونات الأساسية للمستشفى كنظام مفتوح



المصدر: حسان محمد نذير حرستاني، مرجع سبق ذكره، ص 53.

1- مدخلات النظام: هي الموارد اللازمة للرعاية الصحية⁴، وتشمل الموارد البشرية والمادية والمعلومات اللازمة لقيام المستشفى بمهمته والمتمثلة أساساً في تحويل هذه المدخلات إلى خدمات صحية، تسهم في علاج المرضى وتلبية احتياجاتهم، أي تحويلهم من مرضى إلى معافين.

أ- العنصر البشري: ويشمل المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى وجميع العاملين فيه من إداريين وفنيين. ويعتبر المريض من أهم مدخلات التنظيم لأنه محور تركيز واهتمام عملية المعالجة⁵. إلى جانب القوى العاملة التي تعتبر مهمة هي الأخرى لما تساهم به من مجهودات في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين، وبالجودة المطلوبة، ووفق أحدث الأساليب التكنولوجية المستخدمة في التشخيص والعلاج.

¹ Philip Kotler, Joel Shalowitz, and Robert J. Stevens, Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system, 1st edition, Jossey-Bass, United States of America, 2008, P15.

² Tim Berthold, Jennifer Miller, Alma Avila-Esparza, Op-cit., P113.

³ Nick Black and Reinhold Gruen, Op-cit., P 09.

⁴ Ibid. P 09.

⁵ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 79.

ب- العنصر المادي: ويمثل جميع الموارد الطبيعية والمالية التي تحتاجها المستشفى من المباني والأراضي للتوسعة المستقبلية، والأدوات الطبية والجراحية والأدوية والأسرة ومستلزماتها، والتزويد الفندقية من أغذية وملابس، ومواد كيميائية وغيرها، وكذا توفير الأموال اللازمة لنشاطات المستشفى وتنوع مصادرها واستمرارية تدفقها.

ج- عنصر المعلومات: وينقسم إلى نوعين:¹

- معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى: وتتمحور حول المعلومات المتعلقة بمدى استغلال موارد المستشفى بالصورة المناسبة، التي هي ضرورية لمعرفة نتائج نشاطات المرضى من حيث الاستفادة من الخدمات الصحية، وآرائهم حول جودة هذه الخدمات المقدمة، كما يمكن معرفة نشاطات العاملين ورصد اتجاهات التكاليف.

- معلومات عن البيئة الخارجية للمستشفى: وهي مهمة لمعرفة العوامل البيئية للمنطقة التي تقدم لها الخدمات الصحية، حتى تتمكن المستشفى من خلال تحليل الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من تقديم خدمات صحية تلبي احتياجات هذه المنطقة، وتوفير الرعاية الصحية لأفرادها.

2- العمليات: وتوصف بأنها استخدام الموارد أو نشاط داخل النظام²، وتشمل جميع النشاطات التي تقوم بها أقسام المستشفى، والتي يتم فيها تحويل المدخلات إلى المخرجات³ المرغوبة، وفق التنظيمات المعدة لها للوصول إلى نتائج تحقق الأهداف العامة المسطرة، ويمكن تقسيم العمليات إلى:⁴

أ- عمليات المستشفى الأساسية: وهي التي تسهم في تحقيق الأهداف العامة المرغوبة من قبل المستشفى، والمتعلقة بتقديم الخدمة الطبية للأشخاص، وتنقسم إلى:

أ.1- عمليات التشخيص وتمثل في:

- التشخيص السريري: في مجالات الطب الباطني والأطفال والتوليد والجراحة وغيرها
- التشخيص المخبري: في مجالات فحوصات الدم وإفرازات المريض المختلفة من الناحية الكيميائية والجرثومية والطفيلية.

- التشخيص الشعاعي: ويشمل عمليات المنظار الشعاعي والتصوير بالموجات فوق صوتية.

- التشخيص التخطيطي: كتخطيط القلب، تخطيط الرأس... وغيره.

- التشخيص النفسي: ويشمل البحث عن الأسباب الرئيسية للأمراض النفسية عند المصابين.

¹ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 56.

² Nick Black and Reinhold Gruen, Op-cit., P 09.

³ عبد الإله سيف الدين سعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 34.

⁴ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 57.

أ.2-عمليات العلاج وتتمثل في:

- العلاج بالعقاقير: كالأدوية والمسكنات والمضادات الحيوية.
 - العلاج الشعاعي: يستخدم في علاج الأمراض السرطانية بالمواد المشعة.
 - العلاج الجراحي: ويستعمل في عمليات الاستئصال أو التقويم أو تركيب الأعضاء وزرعها.
 - العلاج الطبيعي: وذلك باستخدام التدليك والتمارين الرياضية والحمامات الساخنة.
 - العلاج بالتنفس الاصطناعي: كالإنعاش بالأوكسجين للمرضى تحت العمليات الجراحية.
 - العلاج التأهيلي: يستخدم في علاج الحالات النفسية أو الأمراض الناتجة من الحوادث.
- ب- عمليات المستشفى المساعدة: وهي التي تساعد في عملية تقديم الخدمات الصحية للمرضى والمستفيدين، وتعمل على تطوير هذه الخدمات، وهي بطريقة غير مباشرة تمكن من تحقيق الأهداف العامة للمستشفى، وتنقسم إلى:

ب.1-عمليات ذات طبيعة خدمية: وهي تخدم المرضى والعاملين في المستشفى مثل:

- عمليات الوحدات الإدارية: كإدارة المستخدمين والمحاسبة والمشتريات.
 - عمليات خدمات التمريض: في الأقسام الداخلية، العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ.
 - عمليات الخدمات العامة: وتتمثل في دائرة الصيانة والتنظيف والتدبير المنزلي، وغيرها.
 - عمليات الخدمات الطبية المساعدة: كالأشعة والمختبرات والتعقيم والصيدلة والتخدير وغيرها.
- ب.2-عمليات ذات طبيعة استشارية: وهي التي تساعد الإدارية العليا في عملية اتخاذ القرارات مثل:
- عمليات وحدات التخطيط والعلاقات العامة، ونظام المعلومات والإدارة المالية.
 - عمليات اللجان الطبية وشبه الطبية: كلجنة جودة الخدمات الطبية وغيرها.
- 3- المخرجات: تتمثل في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات للمرضى من خلال استخدام كافة مواردها البشرية والمادية، لبلوغ الأهداف المخطط لها والتي أنشئت من أجلها، والمتمثلة في تقديم خدمات صحية بأعلى جودة ممكنة وبأقل تكلفة، وتوفير التعليم والبحوث الطبية¹. وهي أيضا التغيير في الحالة الصحية نتيجة لتلك العمليات².

ويمكن تقسيم هذه المخرجات إلى:³

- أ- المخرجات المتعلقة بحالة المرضى عند الخروج: وتتمثل في الحصيلة النهائية لعملية معالجة المريض⁴، أو انتقال حالته إلى التحسن، أو الشفاء، أو الوفاة، أو الإحالة إلى مراكز طبية أكثر تخصصاً.

¹ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 34.

² Nick Black and Reinhold Gruen, Op-cit., P 09.

³ حسان محمد نذير حراستاني، مرجع سبق ذكره، ص 59-60.

⁴ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 87.

ب- المخرجات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية المقدمة: يمكن قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة عن طريق النتائج النهائية لعملية معالجة المرضى، وتمثلة في تغير انخفاض معدلات الإعاقة والعدوى، ومعدلات الوفيات نتيجة الإجراءات الطبية المتخذة والأساليب الوقائية والعلاجية الجديدة. كما يزيد نجاح جودة الخدمات المقدمة ثقة أفراد المجتمع في المستشفى، الأمر الذي يعمل على دعمه، ومساندته في تحقيق أهدافه.

4- التغذية العكسية (المرتدة): تعبر عن المعلومات المرتدة من البيئة المستخدمة للمخرجات المقدمة لها، ويستفاد منها في تشخيص، وتقويم، ومواجهة المشكلات التي تواجه تقديم الخدمات الصحية في حالة انحرافها عن الخطط، والسياسات، والبرامج المرسومة من قبل الإدارة العليا للمستشفى. وتتم عملية تشخيص وتقويم نتائج المخرجات عن طريق مقارنتها بالأهداف والمعايير الموضوعية لها، فإذا كانت نتائج المقارنة مطابقة للأهداف المرسومة، أو قريبة منها فهذا يدل على أن مستوى الأداء كان جيداً، أما إذا كان هناك انحراف عما خطط له فعلى الإدارة التفكير في اتخاذ القرارات المناسبة لتصحيح الوضع وجعل المستشفى في مساره الصحيح. وحتى تتمكن الإدارة الاستفادة من المعلومات المرتدة، فإنها تقوم بتسجيل وحفظ المعلومات من أجل استرجاعها عند الضرورة. ويمكن تقسيم هذه المعلومات إلى قسمين هما:¹

أ- معلومات عن البيئة المحيطة بالمستشفى: وتتمثل في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية والسياسية وغيرها، والتقارير والدراسات الخاصة بالظروف الصحية للمجتمع.
ب- معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى: وتتمثل في التقارير الخاصة عن احتياجات الوحدات الطبية والإدارية وإنجازاتها، للتعرف على نشاطات العاملين وكفاءتهم، ومعرفة معدل استخدام الخدمات المتاحة لصالح المرضى، ومعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم.

المطلب الرابع: مفهوم إدارة المستشفى

يعد علم إدارة المستشفيات علماً حديثاً نسبياً، حيث ظهر للوجود نتيجة تطور المستشفيات واتساع وتنوع وظائفها، وكانت بداية هذا العلم في الولايات المتحدة الأمريكية عقب الحرب العالمية الثانية ثم اتسع ليشمل جميع الدول المتقدمة، حيث أصبح يدرس في الجامعات كتخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى.

كما ازداد الاهتمام بموضوع هذا العلم والإدارة الصحية بشكل عام من قبل الدارسين والمهتمين بالقطاع الصحي من مخططين وغيرهم، وذلك لقناعتهم بأن المشكلة التي تواجه المستشفيات هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانات وموارد.²

¹ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص 61.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 29.

فالكساد الكبير الذي شهده العالم في أواخر الثلاثينات وما نتج عنه من ارتفاع تكلفة العلاج خاصة في المستشفيات الأمريكية، ألح إلى ضرورة وجود مختصين في علم إدارة المستشفيات دورهم يكمن في الاستخدام الأمثل لموارد المادية والبشرية للمستشفى، وتحقيق التوازن بين مواردها وتكلفة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، وتنسيق مصروفاتها، والحد من ارتفاع أسعارها.¹

أما في الدول العربية فإن مهمة إدارة المستشفى يقوم بها الأطباء وإداريون غير مختصون في الإدارة الصحية، مما ينقص من نشاط المستشفيات، ويحد من قدرتها على تزويد المجتمع بالخدمات الصحية ذات الجودة العالية، وبشكل يحافظ على توازن بين مواردها المحدودة وتكلفة خدماتها.²

أولاً: تعريف إدارة المستشفيات

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية على أنها " تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد، والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على الخدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات، وللمجتمع ككل".³

ولقد عرفت إدارة المستشفيات على أنها " وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى، من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، ولذلك فإن الإدارة تستهدف إنجاز أهداف السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في خدماتها الصحية علاجياً، ووقائياً، وبحثاً، وتنميةً للقوى البشرية الصحية".⁴

وفيما يخص أهمية الإدارة في النظام الصحي " تعد بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفؤ لجميع الأجزاء، فالإدارة الجيدة تبرز الأولويات وتقابل الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة، وتستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة، وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها".⁵

ثانياً: طبيعة الإدارة في المستشفى

رغم وجود أشياء مشتركة من حيث الوظائف الإدارية فإن الإدارة في المستشفيات تتميز عن باقي إدارات المنظمات الأخرى، وهذا راجع لعدة خصائص يتمتع بها القطاع الصحي عن غيره من القطاعات الأخرى، والتي تتمثل في:^{6,7}

¹ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 104.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 29.

³ المرجع السابق، ص 30.

⁴ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 103.

⁵ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 29.

⁶ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 107-108.

⁷ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 31، 32.

- المستشفى تنظيم طبي وظيفته تقديم خدمات صحية، وهي خدمة إنسانية في المقام الأول تتعلق بالمرضى، والمرضى فئات مختلفة وطبقات متنوعة.
- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية، مما يتطلب تقديمها وفق حاجة كل مستفيد، وبالتالي فالخدمة الصحية لا يمكن إخضاعها لمفهوم الناتج الكبير.
- تميز المستشفى بالمجالس واللجان، مثل مجلس الإدارة، المجلس الطبي، والمجلس التعليمي، ومن اللجان لجنة الجودة والنوعية، ولجنة مكافحة العدوى، ولجنة الكوارث وغيرها.
- يضم المستشفى موظفين بمؤهلات عالية كالأطباء المختصين، ويضم في نفس الوقت موظفين ليست لهم أية مؤهلات علمية، وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى ظهور ما يعرف بالتنظيمات غير الرسمية.
- نفوذ وسلطة الأطباء وما ينتج عنها من صعوبة تنظيم وإدارة هذه الفئة من خلال التشريعات والأنظمة الرسمية المعروفة مما يؤدي إلى الاحتكاك والاختلاف مع الإدارة.
- المستشفى يختلف عن المنظمات الأخرى من حيث دوام العمل، فهو يعمل مدة 24 ساعة دون توقف، ويتعامل مع أمور تتعلق بالحياة والموت وإنقاذ أرواح البشر.
- تنوع الحالات المرضية تجعل من الخدمات الصحية مختلفة وغير خاضعة إلا للقليل من التنميط والقياس، إلى جانب أن الجزء الأعظم من هذه الخدمات يتم بواسطة الإنسان وليس الآلة.
- المستشفى يعتبر كياناً تنظيمياً معقد التركيب فهو يتكون من عدة تنظيمات كالتنظيم الطبي وغيرها إلى جانب وجود سلطتان رئيسيتان هما: السلطة الطبية والسلطة الإدارية.
- عدم خضوع الخدمة الصحية لقانون العرض والطلب، فالطلب عليها يبقى دائماً أكبر من المعروض منها، وذلك لأن العرض في القطاع الصحي ينتج عنه المزيد من الطلب على هذه الخدمات.
- ثالثاً: الخصائص والاختلافات المميزة للخدمة الصحية عن السلع والخدمات الأخرى
- هناك مجموعة من الاختلافات ذات طبيعة عالمية تميز الخدمة الصحية عن الخدمات والسلع المادية الأخرى وتجعلها متميزة في كافة المجتمعات والأنظمة الصحية ويمكن إيجازها فيما يلي¹:
- صعوبة تقييم جودة الخدمة الصحية من طرف المستفيد، كما هو الحال بالنسبة للسلع والخدمات التي تستهلك بشكل متكرر وأكثر معيارية.
- صعوبة تحديد المنفعة عند استهلاك الخدمة الصحية، فمن المعروف أن 90% من الزيارات للأطباء ليس لها أساس بيولوجي وذلك لقدرة جسم الإنسان إصلاح ذاته بدون تدخل طبي.
- عدم اليقين من النتيجة النهائية لاستهلاك الخدمات الصحية، وذلك لظهورها بعد عدة أيام أو أسابيع أو أشهر من استعمال الخدمات الصحية على عكس السلع.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 33.

- قلة المعلومات حول الخدمات الصحية يعيق قدرة المستفيد على تقييم جودتها والحكم عليها، الأمر الذي يجعله يتصل بالأطباء لأخذ بالنصيحة والإرشاد حول هذه الخدمات المقدمة.
 - عدم خضوع الخدمات الصحية لقوى السوق (قوى العرض والطلب)، وذلك بسبب الاعتبارات الأخلاقية ودواعي العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع.
 - عدم مرونة اليد العاملة في القطاع الصحي بسبب الحصول على الشهادات العلمية والتراخيص لمزاولة هذه المهنة وهذا يشكل قيود أمام الأفراد، مما يعطي قوة شبه احتكارية للعمل الطبي.
 - غالبية التكنولوجيا الطبية تزيد من الطلب على العمالة في القطاع الصحي على عكس القطاعات الأخرى، لذا تتميز الخدمات الصحية بكثافة العمالة مما يعني أن 70 % من مجمل الإنفاق يذهب للرواتب، بينما تتراوح هذه النسبة ما بين 15% إلى 25% في القطاعات الصناعية.
 - علاقة المستفيدين من الخدمات الصحية مع مقدميها (الأطباء) هي علاقة إذعان فيما يتعلق بقرارات العلاج من حيث الكم والكيف ومكان وزمان العلاج، على عكس السلع التي له الحرية في اتخاذ القرارات التي يريد لها لغرض اقتنائه.
 - صعوبة وضع وتقدير حجم الإنفاق على الخدمات الصحية من قبل الشخص مهما كان مستوى دخله المادي، وذلك راجع لعدم معرفة والتنبؤ بحدوث المرض وتكلفة الخدمات الصحية التي يحتاجها، الأمر الذي يستدعي تجميع موارد المجتمع من خلال برامج التأمين الصحي، أي على أساس التضامن والمسؤولية الاجتماعية عن مرض وصحة الفرد.
 - تعتبر الخدمات الصحية مزيج من عناصر كل من الاستثمار والاستهلاك، فالخدمات المقدمة لمعالجة الآلام والمعاناة عند كبار السن هو استهلاك، بينما ما يقدم للقوى العاملة يعتبر استثماراً في العنصر البشري وهذا ما يؤخذ في الاعتبار عند التخطيط والإنفاق في الكثير من الدول.
- رابعاً: الخصائص المميزة للمستشفى
- يتميز المستشفى عن غيره من المنظمات الخدمية الأخرى بعدة خصائص تنبع من طبيعة نظامه المعقد والمتميز مقارنة مع أي تنظيم آخر، ومن أهم الخصائص التي ينفرد بها المستشفى هي:¹
 - 1- تعدد الأهداف التي يسعى المستشفى الحديث لتحقيقها: إضافة إلى الهدف الرئيسي الذي أنشئ من أجله المستشفى، وهو تقديم أفضل مستوى ممكن من الخدمات الصحية وبأقل تكلفة ممكنة إلى أفراد المجتمع، هناك عدة أهداف أخرى يعمل على تحقيقها منها:
 - تدريب وتعليم الأطباء والممرضين والعاملين في مجال الإدارة الصحية.
 - القيام بالأبحاث العلمية والطبية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 38-48.

- 2- تنوع واختلاف العناصر البشرية العاملة: تتميز العناصر البشرية العاملة في المستشفى بدرجة عالية من التخصص، والاختلاف من حيث خلفيتها العلمية وخبراتها ومهاراتها. ابتداءً من العناصر البشرية الأكثر تعلماً وثقافة كالأطباء والمدراء وحساسة وأهمية الدور الذي يقومون به، وانتهاءً بعمال التغذية والنظافة الأقل مستوى من التعليم والثقافة.
- 3- تداخل الخدمات والأنشطة: بسبب الدرجة العالية من التخصص والتقسيم الواسع للعمل، يلاحظ أن كل فرد يعمل في المستشفى يعتمد إلى حد كبير على غيره من العاملين. إن مثل هذا التداخل والتكامل في الأنشطة والاعتماد الكبير على بعضها البعض، يتطلب جزء كبير من التنسيق والانسجام بين الأقسام والدوائر المختلفة، لضمان الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف المسطرة.
- 4- الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى: أن الطلب على الجزء الأكبر من الخدمات الصحية هو ذو طبيعة طارئة وغير قابلة للتأجيل أو الانتظار، مما يجعل صعوبة تقدير حجم العمل ومزيج الحالات المرضية التي يمكن أن تصل إلى المستشفى من قبل الإدارة والعاملين.
- 5- المستشفى تنظيم شبه بيروقراطي: يعتمد المستشفى إلى حد كبير على السياسات والقواعد واللوائح الرسمية لضبط سلوكيات العاملين وتنظيم علاقات العمل بينهم. إن هذا التركيز على الإجراءات المحددة للعمل والرقابة المفروضة من طرف الإدارة العليا تعطي المستشفى الشخصية البيروقراطية التسلطية.
- 6- المستشفى تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة: يعد المستشفى في الأساس تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلي، بحيث يعتمد وإلى حد كبير في تقديم خدماته للمرضى على الأطباء، والممرضين والمهنيين الصحيين، وفقاً للاحتياجات والمتطلبات المحددة لكل مريض، وبالتالي فإن هذه خدمات لا يمكن تنميطها ومكنتها كما هو الحال في المصانع ومؤسسات الأعمال.
- 7- مشكلة التمهين والاحتراف في المستشفى: إن المراكز العليا التي يحتلها الأطباء في تنظيم المستشفى قد تشكل مصدراً للمشاكل الإدارية والتشغيلية للإدارة، وهذا راجع إلى نزعة الأطباء لمقاومة النظام والانضباط بحكم أنهم الفئة الوحيدة التي تمتلك المعرفة في الوسائل الطبية. بالإضافة إلى تداخل بين صلاحيات الإدارة العليا وعمل الأطباء، ميل الأطباء إلى الالتزام باستعمال معارفهم وفقاً للمعايير التي تضعها مهنة الطب، لا وفقاً للقواعد والتعليمات اللوائح التي تضعها السلطة الإدارية.
- 8- غياب خط السلطة المنفرد: السلطة في المستشفى لا تصدر من مصدر واحد ولا تتسلسل عبر خط واحد للأمر كما هو الحال في التنظيمات الأخرى. وينتج عن هذه الخاصية مشاكل إدارية وتشغيلية تتمثل في تعدد مصادر السلطة مما يزيد من صعوبة مهمة التنسيق، ويؤدي إلى المشاكل المتعلقة بالاتصالات وقضايا المسألة والانضباط والتأديب.

9- ظروف العمل غير العادية: يتعامل المستشفى مع قضايا الحياة والموت، مما يضع عبئاً ثقيلاً وإرهاقاً مادياً ونفسياً على العاملين فيه بمختلف مستوياتهم، فالأطباء والممرضين في حالة من القلق والإجهاد الدائم بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ومسؤولية الأمانة التي يحملونها، والمرضى فإنهم على قدر كبير من القلق والترقب وعدم الارتياح بسبب حالتهم المرضية، ونفس الشيء بالنسبة لذويهم. كل هذه العناصر تجعل من بيئة العمل في المستشفى أمر مختلف عن التنظيمات الأخرى.

10- مشكلة قياس المخرجات النهائية: رغم إحراز بعض النجاح والتقدم في قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات، إلا أنه لا توجد معايير دقيقة يمكن بها قياس هذه الخدمات وحصيلتها النهائية، لأن هناك مقدار كبير من عدم الاتفاق بين الخبراء والباحثين فيما يتعلق بما يجب أن يقاس وكيف يقاس.

خامساً: قسم إدارة الجودة في المستشفى

تعد المستشفيات الأمريكية أول من أدخل نظام TQM إلى القطاع الصحي، ثم تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم وأصبح في عام 1994 من معايير الاعتراف بالمستشفيات، لتطبق في كثير من الدول المتقدمة بعد ذلك.

إن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتمد على وجود قسم إدارة الجودة، والذي يمثل فريقاً يضم استشاري الجودة، ويعمل كمستشار يقدم النصائح والاقتراحات وتقييم الإنجازات. ومن أعماله كذلك تحسين الطرق والإجراءات والتحليل الإحصائية للمعلومات، وإيجاد الحلول للمشاكل والخلافات العملية، وتكوين فرق تحسين الجودة وتدريبهم.

وتتلخص أهم أعمال قسم إدارة الجودة فيما يلي:¹

- مساعدة رؤساء الأقسام في تطبيق نظام تحسين الجودة في أقسامهم.

- تقديم المساعدات التقنية لفرق تحسين الجودة.

- التنسيق بين فرق التحسين المختلفة وإعداد تقارير عن أعمالهم.

- مساعدة الإدارة العليا بالنسبة لاستراتيجية تحسين الجودة.

- تسهيل وتقوية العلاقات بين الأقسام وفرق التحسين المختلفة وبين الإدارة العليا.

- تنسيق التدريب المتواصل في إدارة الجودة الشاملة وطرقه وأدواته.

ولتحقيق مبدأ الشمولية يجب على نظام إدارة الجودة القيام بالأنشطة التالية:²

- مراقبة جودة الخدمات المقدمة والتحقق من مستوياتها من خلال الاستغلال المناسب والفعال

للموارد المتاحة، وبشكل يتناسب مع ما تقدمه المستشفى من خدمات صحية جيدة و متميزة، وتقييم

¹ عبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 132.

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 82-84.

- أنماط الممارسة، والأداء، والنتائج لمعرفة مدى تأثيرها النسبي على جودة الخدمات والاستغلال الفعال للموارد، وعلى سلامة المرضى والموظفين والزائرين.
- وضع نظام متكامل لمراجعة وتوثيق الخدمات من خلال معرفة مدى ملائمة نظام الخدمات القائم لاحتياجات المرضى، ومدى توافقها مع الإمكانيات والأهداف العامة للمنشأة.
- رفع الروح المعنوية للأفراد والاعتراف بمجهوداتهم عند تحقيقهم الأهداف، ومساعدتهم في زيادة خبراتهم من خلال الدورات التدريبية والتعليم المستمر.
- وضع نظام مناسب وفعال للاتصال والتبليغ يساهم في تحقيق التكامل والتنسيق بين إدارات المستشفى، وفي توثيق نشاطاتها ورفع تقريرها بصفة دورية إلى رؤساء الأقسام وإلى الإدارة العليا.
- وضع التدابير اللازمة للتأكد من تطابق العمليات والسياسات التنظيمية مع المواصفات التي وضعتها وزارة الصحة، أو الهيئات الرسمية التي تقوم بعمليات تقييم المنشآت الصحية.
- تحديد الصلاحيات والمسؤوليات لمنع حدوث التصادمات والمشكلات، وصياغة هيكل تنظيمي فعال يساعد في تنفيذ عملية التنسيق والتوجيه، والمتابعة المنهجية الشاملة لنشاطات إدارة الجودة.
- وضع نظام يسمح لأي موظف بتقديم الأفكار والاقتراحات لحل المشكلات وجوانب النقص، ثم استخدام هذه الحلول بعد دراستها وتحليلها وتنقيحها لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.
- ومن الصعوبات التي تواجه إدارة المستشفى في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة ما يلي:¹
- أسلوب العناية بالمرضى معقد، مقارنة مع أي إجراءات عملية في أي مصنع، أو مؤسسة، أو خدمات مقدمة مهما كان نوعها.
- الخدمات الصحية تحكمها الكثير من الأنظمة الحكومية، هذه الأنظمة تتطلب جمع المعلومات وتحليلها، وتقديم تقارير للجهات الحكومية المعينة الأمر الذي لا تتطلبه إدارة الجودة الشاملة.
- تبذل أقسام الجودة جهوداً واسعة لمساعدة الأطباء على فهم وتطبيق نشاطات إدارة الجودة باعتبارهم الفئة الرئيسية التي تقدم الخدمات، بينما في المؤسسات الصناعية لا تواجه هذا الوضع.
- عملية تطبيق إدارة الجودة تعتمد على مدى مقدار وقوة الإدارة العليا والتزامها، وكذلك الهيكل التنظيمي وحجم المستشفى ونوعية الخدمات المقدمة.
- ويمكن تلخيص أهم النقاط الرئيسية لنظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفى فيما يلي:²
- العميل (المريض) أو المستفيد من الخدمات الصحية هو المركز الذي تدور حوله النشاطات والعمليات سعياً إلى إرضائه.

¹ عبد الإله سيف الدين سعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 132.

² عبد الإله سيف الدين سعاتي مرجع سبق ذكره، ص 135.

- تكوين فرق لتنمية وتطوير كفاءة العاملين وترسيخ التعاون بينهم، وهذا كله من أجل تحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمريض والعمل.
 - تبني مفهوم الجودة في كل خطوات العمل، ولا يقتصر دورها على المخرجات النهائية للخدمة، وتعتبر كل خطوة مكتملة لما بعدها حتى يمكن الوصول للهدف المنشود.
 - الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقييم جودة الخدمات دون استخدام الحدس والأحاسيس، وذلك باعتبار الجودة هي العنصر الأساسي المراد تحقيقه وسخرت من أجله جميع الموارد اللازمة.
 - جعل نظام لتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة بصورة مستمرة، والاعتماد على مستوى من الأداء نسبة الخطأ فيه يجب أن تكون صفراً، وأي انحراف عن هذه النسبة يعتبر فرصة للإصلاح يجب بحثها.
 - تحقيق شعور الموظف بالانتماء إلى المستشفى ورضاه عن عمله وإدارته، كما تعتبر مشاركته أساساً في تنفيذ وتطوير العمل وتحسين الخدمة التي يقدمها.
- سادساً: فوائد الجودة الشاملة بالمستشفيات
- تحقق إدارة الجودة الشاملة الاستخدام الأمثل للموارد وترشيد الإنفاق، وجودة متكاملة في جميع عمليات تقديم الخدمات الصحية للمرضى وغيرهم من المستفيدين، خاصة وأن المستشفيات تواجه العديد من التحديات المتمثلة أساساً في التكاليف المتزايدة في الإنتاج والخدمات الطبية وتحديات جودة ما تقدمه لصحة وبقاء الإنسان، ويمكن إيجاز أهم فوائد تطبيق هذا الأسلوب كالآتي:¹
- 1- جودة الخدمات الصحية: يهدف تطبيق أسلوب إدارة الجودة في المستشفيات لتحقيق مستويات عالية من الجودة في الخدمات الطبية المقدمة للمستفيدين، وذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية، وترشيد النفقات، وتقويم الجودة الإنتاجية، والعمل الدائم المستمر على تحسينها.
 - 2- رضا العميل: يقوم أسلوب إدارة الجودة الشاملة على تقديم خدمة صحية عالية الجودة بما يتطابق مع تطلعات المستفيدين منها، عن طريق التحسين المستمر للجودة، كما أنه يهدف إلى تحسين صورة المستشفى وتعزيز مكانتها في أذهان المجتمع المتواجد فيه.
 - 3- رفع معنويات العاملين: تعد مشاركة كل فرد في العمل الجماعي من الأمور التي تساعد في زيادة الولاء والانتماء للمنشأة، لذا يسعى نظام إدارة الجودة الشاملة إلى تعزيز مكانة القوى العاملة وتشجيع مشاركتها في العمل الجماعي الذي يفجر طاقات وإبداعات العاملين، ويحقق بذلك الرضا الوظيفي بإيجابياته المتعددة.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 30-34.

المبحث الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر

المطلب الأول: النظام الصحي في الجزائر

كانت وضعية الصحة العمومية للشعب الجزائري قبل الاستقلال متردية جداً، حيث كان أهل المدن والقرى والمداشريعانون الفقر والحرمان بسبب المستدمر الفرنسي، ومختلف الأمراض والأوبئة من الملاريا، والسل والكوليرا والتيفوئيد والإسهال وغيرها من الأمراض المعدية والمتنقلة¹، وحق العلاج كان محتكر على فئة قليلة من أفراد المجتمع، والمستشفيات والأطباء في تلك الفترة كانت متواجدة في المدن التي يقطنها المحتل بكثافة، أما المناطق الريفية كانت تداوي مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية، وعدد الأطباء 300 مقابل عشرة ملايين مواطن².

قد شهد القطاع الصحي عشية الاستقلال انهياراً في عدد العاملين، فقد ترجع عدد الأطباء من 2500 إلى 600 طبيب منهم 285 جزائري³، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن، متواجدين في كبريات المدن كالجائر، وهران، وقسنطينة، و135 طبيب أسنان، و266 صيدلية، و1380 ممرض معظمهم بدون شهادات بالإضافة إلى انعدام التجربة للفريق الإداري المسير⁴.

الفرع الأول: المراحل التاريخية للنظام الصحي بعد الاستقلال

عرف النظام الصحي في الجزائر عدة تحولات وتطورات منذ الاستقلال يمكن التطرق إليها من خلال المراحل التاريخية الآتية⁵:

المرحلة الأولى: 1962-1972.

بعد الاستقلال مباشرة كان في الجزائر أقل من 500 طبيب، 50% منهم جزائريين⁶، لتغطية الحاجات الصحية للسكان البالغ عددهم 10.5 مليون نسمة، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بارتفاع معدل وفيات الرضع تجاوز 180‰ ومتوسط العمر المتوقع أقل من 50 سنة⁷، وانتشار الأمراض المتوطنة على نطاق لم يسبق له نظير، كان سبب رئيسي في الوفاة والإعاقة، وفي ظل الموارد المحدودة حددت وزارة الصحة هدفين أساسيين لمعالجة الوضع، مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية الصحية.

¹ Fatima-Zohra Oufriha, Cette Chère Santé : une analyse économique du système de soins en Algérie, O.P.U, 1992, P 89.

² نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص 128

³ براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية: واقع وأفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 06، 2009، ص 113.

⁴ رحيمة حوالف، مرجع سبق ذكره، ص 133.

⁵ L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

⁶ عياش وهواه، التنمية والتحويلات الصحية -الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002، رسالة دكتوراه في علوم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2006/2005، ص 279.

⁷ Abdelhak Saihi, le système de la sante publique en Algérie : Analyse et perspective, revue gestion hospitalière, la revue décideur hospitalier N°455, avril 2006, P 241.

وعلى الميدان تم تنفيذ برنامج الصحة الموجه لحماية السكان والوقاية من الأمراض المنتشرة، حيث التطعيم الإلزامي لجميع الأطفال وبرنامج القضاء على الملاريا تم إطلاقه بنجاح، وسهولة استيراد وتوزيع الأدوية.¹

المرحلة الثانية: 1972-1982.

تميزت النظام الصحي في هذه المرحلة بثلاثة ميزات رئيسية هي:²

- إدخال مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية ابتداء من يناير 1974، والذي عزز وصول السكان إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وهذا تطبيقا للمرسوم التنفيذي رقم 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973³، والذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية⁴.
- إصلاح الدراسات الطبية، من خلال تحسين نوعية التعليم وتوفير التأطير طبي، مما سمح بتوفير عدد هام من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إنشاء القطاع الصحي، والذي يعد حجر الزاوية في تنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

المرحلة الثالثة: 1982-1992.

تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- إنجاز عدد كبير من المرافق الصحية وخصوصا المستشفيات، والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات متعددة الخدمات، والمراكز الصحية، بهدف توسيع نطاق التغطية الصحية في البلاد.
- تشيد 13 مركزا استشفائي جامعي مكلف بثلاث مهام هي الرعاية، والتدريب، والبحث العلمي.
- أهمية الترقيات السنوية الصادرة من التكوين الطبي والشبه الطبي.
- تألق الأطباء الباحثين في المؤتمرات الدولية، ساهم في تطور البحوث في العلوم الطبية.
- معالجة الأمراض الوبائية، مع انخفاض ملحوظ في معدل حدوث بعض الأمراض المعدية.
- الاضطرابات الاجتماعية العميقة أدت إلى صعوبة الإمدادات الدورية للمستحضرات الصيدلانية والمواد الاستهلاكية، وإلى الاختناق المالي للنظام العمومي.
- الإصلاحات الصحية، الخطوة أولى سنة 1986 خصخصة الممارسات الطبية، والخطوة الثانية سنة 1990 السماح بفتح عيادات خاصة.

¹ M.chaouch, développement du Système National de Santé : Stratégies et perspectives, gestionnaire revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin 2001, P 4-5.

² Mohamed Boulahrik, Planification Sanitaire et Gestion des Services de Sante : cas de Algérie, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques (Option Gestion), Université d'Alger, 2008 P 129.

³ الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 65-73، الصادرة بالتاريخ 1 جانفي 1974، ص 2.

⁴ Fatima-Zohra Oufriha, Op-cit., P 13.

- أما المؤشرات الصحية سجل تراجع في معدل وفيات، وتراجع بعض الأمراض المتنقلة، والقيام بنشاطات هدفها التحكم بالخصوبة لتقليل من النمو الديموغرافي.

المرحلة الرابعة: 1992-2002

عانت الجزائر في هذه المرحلة من مشاكل مالية بسبب انخفاض الإيرادات النفطية، ومن العشرية السوداء التي تسببت في 100000 قتيل ومليون ضحية، وتدمير المئات من الهياكل الصحية والمؤسسات التعليمية والوحدات الصناعية، وللتكيف مع الوضع الاجتماعي والاقتصادي للبلاد تم تطبيق مشروع الجهوية الصحية، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة. إلا أن هذه الجهوية الصحية لم تتمكن من تحقيق مهامها بسبب عدم كفاءة إطارها القانوني والتنظيمي.

كما عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية، والتي سمحت بإنشاء ووضع حيز التنفيذ هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت في:¹
المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) سنة 1993²، والمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) سنة 1993م، ومعهد باستور الجزائري (IPA) الذي تحول إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري سنة 1994م، والصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) سنة 1994، والوكالة الوطنية للدم (ANS) سنة 1995م، والوكالة الوطنية للوثيق الصحي (ANDS) سنة 1995³، والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية (CNPM)، والمركز الوطني لمكافحة التسمم (CNT)، والمعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه طبي (INPEP) سنة 1996م، والمدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة المرسي (ENMAS) سنة 2009م والتي يرجع تاريخ إنشائها إلى المرسوم التنفيذي 1989م، والمجلس الوطني للأخلاق الطبية (CNDM) سنة 1992م⁴. كما عرفت هذه المرحلة مراجعة النصوص القانونية للمجالس الإدارية في مؤسسات الصحية.

وفي سنة 1994 ونظر للظروف الاقتصادية الصعبة، خضعت الجزائر رسميا لشروط برنامج التعديل الهيكلي المطبق من طرف صندوق النقد الدولي، والذي تلخصت أهدافه في الضغط على النفقات الصحية، بتخفيض حجم استيراد الأدوية والمعدات الطبية، وتقليص مجانية العلاج وتوسيع الخصخصة الطبية.⁵

¹ <http://www.sante.gov.dz/index.php/2015-02-12>

² Djamilia BARR, La Réforme Hospitalière en Algérie : Une Analyse Critique, Thèse de Doctorat en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2009, P 26.

³ Jean-Paul Grangaud et autre, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : monographies nationales, Les Notes IPAMED, N°13 AVRIL 2012, P52.

⁴ Malika Boukella Bouzouane, Réforme du Système : Hospitalier en Algérie Contraintes et Perspectives, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2009, P 120.

⁵ Kaid Nouara, Le Système de Santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2003, P 60-61.

وفي إطار إجراءات خصخصة النظام فقد تم وضع تنفيذ النشاط التكميلي للممارسين في الصحة العمومية والمستشفيات الجامعية. بالإضافة إلى تنشيط برامج الصحة والسكان، وإعادة تحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد والتسجيل والمراقبة والتوزيع، ورفع احتكار الدولة عن استيراد وإنتاج وتوزيع بالجملة للمنتجات الصيدلانية.

المرحلة الخامسة: 2002-2012.

عرفت هذه الفترة استرجاع الأمن والاستقرار في الجزائر بعد العشرية الدامية التي أدت إلى إضعاف دور المؤسسات الصحية في حماية المواطن، ولغرض تدارك هذا الدور، تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق.

ومن أجل استيعاب الطلب المتزايد على الخدمات الصحية قامت الدولة بإنشاء وتحديث المؤسسات الطبية، وتنمية الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والمستمر لرفع وتحسين مستوى أداء الممارسين، وتشجيع القطاع الخاص، أما في مجال توزيع الأدوية تم دعم الأدوية الضرورية للأمراض المزمنة مع تعزيز الأدوية المماثلة. كما ساهم تطبيق الخريطة الصحية الجديدة في تقريب الصحة من المواطن، من خلال تعزيز كافة الهياكل الصحية العمومية وتطور القطاع الخاص حيث وصل عدد العيادات إلى 286 والأخصائيين 5095 والطب العام 6205.

كما إن سياسة إصلاح المستشفيات التي قامت بها الدولة كانت تهدف إلى تحقيق ما يلي:

- تخطيط وتنظيم الرعاية في المؤسسات الاستشفائية.
- إضفاء الطابع الإنساني وتأمين تقديم العلاج في المؤسسات الاستشفائية.
- عصرنة المؤسسات الصحية وتأهيل الخدمات العلاجية، من خلال إنشاء أنشطة تكيف مع المتطلبات والأساليب الجديدة.
- تقريب المؤسسات الصحية العمومية من المواطن، لضمان حصوله على الدعم المقدم من الدولة وفقا لمبديي العدالة والتضامن.

- الأخذ في عين الاعتبار عند وضع الإصلاحات التغير الديمغرافي والوبائي.

وفي سنة 2007¹، تم إعادة تنظيم القطاع الصحي، أي فصل المؤسسات الصحية عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي، وقد مكن التنظيم الجديد المستشفى من التركيز على مهامه الاستشفائية دون إهمال النشاط الوقائي، وتحسين العلاقة الجوارية مع المواطن.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 10.

وفي جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد حيث تم استبدال القطاع الصحي بكيانين هما المؤسسة العمومية الاستشفائية، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.¹

وقد استفاد القطاع الصحي من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دج تم استثماره لإنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية. وقد حقق القطاع خلال العشرية الأخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية باللقاحات بنسبة 90 بالمائة، مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت إلى الوفيات والإعاقات خلال السنوات الأولى للاستقلال بجانب القضاء على الأمراض المتنقلة، وتراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل أوصت به المنظمة العالمية للصحة بالإضافة إلى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 بالمائة كل سنة.

كما استفاد من تجهيزات طبية عصرية لعبت دورا هاما في الكشف المبكر، والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهور خلال السنوات الأخيرة، مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شهدتها المجتمعات المتقدمة، لأن هذه الأمراض مرتبطة بالمحيط والسلوك الفردي.

لقد استفاد القطاع الصحي في العشرية الأخيرة من استثمارات هامة حيث تضاعف الميزانية إلى أربع مرات، كما سجلت نتائج هام وتقدم ملحوظ يؤكد أهمية الأسس والمبادئ العامة والأهداف التي قامت عليها الإصلاحات، ورغم هذه الميزات الإيجابية للتنظيم الجديد فقد حددت نتائج الدراسة الاستقصائية سنة 2011 المشاكل والصعوبات فضلاً عن اقتراحات لتحسين الوضعية هي:²

- استياء المستفيدين والعاملين في الصحة والدولة، وعدم الرضا المستمر على الخدمات الصحية.
- عدم رضا المواطن على تنظيم وجودة وكفاءة أنظمة العلاج.
- انتقادات الممارسين الصحيين للنظام الصحي في طريقة تعامله مع التغيرات الديمغرافية والوبائية، والاجتماعية، والاقتصادية في البلاد.
- التفاوت واللامساواة في التغطية الصحية الوطنية، فضلاً عن التكاليف الصحية المرتفعة.
- يعاني النظام الصحي الوطني من صعوبة التماسك، وبجاجة إلى القوة التي تعطيه التآزر والتكامل بين مختلف الجهات الفاعلة في القطاعات العمومية وشبه عمومية والخاصة.
- انهيار القطاع العمومي تحت الصعوبات الاقتصادية التي تعاني منها عدت مؤسسات الوطنية.
- تمركز القطاع الخاص في المناطق الحضرية الكبيرة، حيث تواجد أكبر فئة من الموظفين.

¹ نورالدين حاروش، الإدارة الصحية: وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 206.

² L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

- انعدام العقلانية والمرونة في القطاع العام من أجل تمكين المواطنين من الحصول على علاجات ذات جودة وبأقل تكلفة.

- يجب الوقوف على نجاعة الاستراتيجية المتبعة في التعامل التغيير الديموغرافي والوبائي.

- الأمراض المزمنة التي شهدتها البلاد في الآونة الأخيرة يجب أن تشكل العمود الفقري لتطوير النظام الصحي في المستقبل.

الفرع الثاني: هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء، ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الصحية، تلمها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها، ويمكن توضيح مختلف المستويات التي يتكون منها الهرم التنظيمي للقطاع الصحي كما يلي:

أولاً: على المستوى المركزي

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والتي تتكون من:

1- الوزير: وتتمثل مهامه في¹:

- إعداد الاستراتيجية والسياسة الوطنية وتنفيذها وتقييمها.
- تنظيم الوقاية وحفظ صحة السكان ومكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
- المبادرة ببرامج نشاطات الصحة الخاصة بفئات المواطنين الهشة أو التي هي في وضع صعب.
- إعداد برامج الصحة الجوارية.
- السهر على مكافحة إدمان المخدرات والممارسات الإدمانية.
- إعداد واقتراح تنظيم المنظومة الوطنية للصحة لاسيما إعداد الخريطة الصحية.
- تنظيم العلاج الطبي في هياكل الصحة.
- ضبط ممارسة مهنة الصحة.
- إعداد السياسة الوطنية للمنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية والتجهيزات الصحية المستعملة في الطب البشري.
- السهر على التموين بالمنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية والتجهيزات الصحية وعلى نوعيتها.
- السهر على حماية الصحة في الأوساط الخاصة.
- الحث على الأعمال المرتبطة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمتوطنة وغير المتنقلة واقتراح تدابير الكشف المرتبطة بها.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 11-379، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 63، الأربعاء 23 نوفمبر سنة 2011، ص 6-7.

- المبادرة بتدابير مكافحة الأضرار والتلوث التي تؤثر في صحة السكان وتنفيذها.
- تحديد الأولويات في مجال التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي.
- السهر على تنفيذ مسعى الجودة في العلاجات في الوسط الاستشفائي.
- اقتراح التدابير الموجهة لضمان ترقية العلاج ذي المستوى العالي في المنظومة الوطنية للصحة.
- تحديد أنماط مستخدمي الصحة في مجال تطوير هياكل الصحة والإصلاح الاستشفائي.
- تكوين وتطوير الموارد البشرية المؤهلة لإنجاز نشاطات القطاع، بالإضافة إلى تقييم احتياجات القطاع من الموارد البشرية والمادية والمالية الضرورية واتخاذ التدابير الأزمة من أجل تلبيتها.
- السهر على إعداد الأحكام القانونية الأساسية المطبقة على موظفي الصحة.
- وتشمل الادارة المركزية في وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، تحت سلطة الوزير على: ¹
- 2- الامين العام: ويساعده مديرا (2) دراسات ويلحق به مكتب البريد والاتصال، والمكتب الوزاري للامن الداخلي في المؤسسة .
- 3- رئيس الديون: ويساعده ثمانية (8) مكلفين بالدراسات والتلخيص، ويكلفون بما يأتي:
 - تحضير وتنظيم مشاركة الوزير في النشاطات الحكومية، وفي مجال العلاقات الخارجية.
 - متابعة الملف المتعلق بحماية الممتلكات، والمبادرة بحملات تفتيش ترمي إلى سلامة الأشخاص والممتلكات العمومية.
 - متابعة الحصائل وتلخيصها في جميع نشاطات الوزارة.
- 4- المفتشية العامة: يسييرها مفتش عام، يساعده في أداء مهامه عشرة (10) مفتشين.²
- 5- المديريات العامة : وتضم عشر مديريات لكل منها اختصاص معين، وهي:
 - المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة.
 - المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات.
 - المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية.
 - مديرية السكان.
 - مديريات الدارسات والتخطيط.
 - مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون.
 - مديرية التكوين.
 - مديرية المالية والوسائل.
 - مديرية المنظومة الإعلامية والأعلام الآلي.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 11-380، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 63، الأربعاء 23 نوفمبر سنة 2011، ص 7-8.

² المرسوم التنفيذي رقم 13-155، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 22، الخميس 25 أبريل سنة 2013، ص 28.

ثانيا: على المستوى الولائي

1- مديرية الصحة والسكان: يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل الوزير على مستوى الولاية بكل مايتعلق بالصحة والسكان¹، ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، ومراقبة توزيع الموارد الصحية والأدوية والمواد الصيدلانية، وإعداد تلخيص حول الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين، وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة. ومن مهام المديرية الولائية أيضا تحديد احتياجات موظفي الصحة، ودراسة المنازعات والمشاكل المرتبطة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، كما أنها لاتمتاون في تطبيق أي اجراء من شأنه تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

2- المركز الاستشفائية الجامعية: أنشئت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر ب 13 جوان 1974. يعد المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم انشأها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي²، وهو مستشفى كبير يقع بمنطقة حضرية، ويتولى تقديم مجموعة من الخدمات تتمثل في التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والبحث العلمي، وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في العلوم الطبية، وهو يشرف على ثلاثة ميادين أساسية هي:

- ميدان الصحة
- ميدان التكوين.
- ميدان الدراسة والبحث.

ويدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي

ثالثا: على مستوى الدائرة والبلدية

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية تتمثل في المؤسسات العمومية الاستشفائية، ووحدات إستشفائية متخصصة، ووحدات صحية قاعدية. تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية.

وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية، وأوكلت لها مهمة إنتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-261، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، الأربعاء 16 جويلية سنة 1997، ص 12-13.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، الأربعاء 10 ديسمبر سنة 1997، ص 29-30.

منها إلى المستشفى، و الرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من:

1- عيادة متعددة الخدمات: تقوم على تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، والإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، و بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

2- المركز الصحي: ويبني في كل قرية أو تجمع سكاني، ومن مهامه الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والعلاجات والفحوصات العامة.

3- قاعات العلاج: وهي التي تقدم العلاجات البسيطة لكل ألف حتى ألفين ساكن.

رابعا: التنظيم الجديد للقطاع الصحي

في سنة 2007 جاء المرسوم التنفيذي رقم 07-140¹، لتنظيم القطاع الصحي على النحو التالي:

1- المؤسسات العمومية الاستشفائية: وهي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، كما تحدد المشتملات المادية المتعلقة بها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وبالخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكنها أن تكون ميداناً للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

2- المؤسسات العمومية للصحة الجوية: وهي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من مجموعة من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان، وتحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بمايلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوي.

- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، الأحد 20 ماي سنة 2007، ص 10-11.

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكفل بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة

الاضرار والافات الاجتماعية ، وفي تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

وتصنف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وفق مجموعة من المعايير¹:

- عدد السكان، عدد البلديات.

- عدد هياكل الصحة الجوارية (عيادة متعددة الخدمات، عيادة التوليد، قاعة علاج).

وحسب عدد النقاط المتحصل عليها يتم تصنيف هذه المؤسسات إلى أربعة فئات هي:

"أ"، "ب"، "ج"، "د".

3- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة : وهي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية

المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة

متخصصة للتكفل ب: 2 مرض معين، مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معين، مرض أصاب

مجموعة ذات عمر معين. ومهامها تتمثل في :

- التشخيص، والوقاية، والعلاج، وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.

- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

كما تصنف المؤسسات العمومية الاستشفائية وفق مجموعة من المعايير تتمثل في:³

- عدد السكان ، عدد البلديات ، عدد الاسرة ، عدد المصالح.

- الطابع الجامعي ، مقر الولاية .

وحسب عدد النقاط المتحصل عليها يتم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة فئات هي:

"أ"، "ب"، "ج".

إن سياسة الاصلاح التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وخاصة بعد

سنة 2007 تركزت على تحقيق الأهداف التالية:

1- رفع الكفاءة التشغيلية للمستشفيات من خلال :

أ- تحسين ادارة المستشفى ، وهذا بمنح الاسقلالية بخصوص ميزانية التسيير ، ومنح الشخصية

المعنوية ، وتعزيز الرقابة ، بالاضافة إلى:

¹ قرار وزاري مشترك مؤرخ في 15 يناير 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الأربعاء 4 أبريل سنة 2012، ص 25.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، الأربعاء 10 ديسمبر سنة 1997، ص 13.

³ قرار وزاري مشترك مؤرخ في 15 يناير 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الأربعاء 4 أبريل سنة 2012، ص 24.

- استخدام الأساليب الحديثة في التسيير.
- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية الصحية نحو المستشفى، مما يوحي بتولي المركز الصحي متابعة الحالة المرضية بصفة مستمرة.
- تحسين ظروف الاستقبال والاتصال بالمرضى، وإستخدام الوسائل التكنولوجية.
- توفير الخدمة الصحية للمواطنين في مختلف التخصصات.
- انتاج الخدمة وفق معايير دولية، والتوزيع العادل لها في جميع المناطق .
- تحسين كفاءة ممارسين الصحيين، والتأكيد على التكوين الطبي المستمر في المستشفى.
- ب- مبدأ التدرج في العلاج : ويقصد به الانتقال من الهياكل القاعدية إلى أعلى مستويات الهياكل الاستشفائية المتخصصة، ويعد من المبادئ الأساسية التي يركز عليها النظام الصحي الوطني. ونظراً لتمسك المواطن الجزائري في المؤسسات الاستشفائية الكبيرة وثقته بها أكثر من غيرها، يحتم وبشدة رد الاعتبار لمكتب الدخول كطرف مهم في توجيه المريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية .
- ج- إعداد وتطوير اليد العاملة : تكفلت الدولة بتكوين وتدريب الممارسين الصحيين من خلال اقامة الكليات والمعاهد المتخصصة، وهذا لضمان مايلي :
- زيادة عدد الممارسين الصحيين وفق المعدلات الموضوعة من قبل منظمة الصحة العالمية .
- وضع البرامج التدريبية لكافة الممارسين الصحيين في القطاعين العمومي والخاص .
- التدريب على التخصصات الطبية الدقيقة، واكتساب المهارات وتقنيات الحديثة، والتكوين الخارجي قصير المدى .
- الاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال توعية مقدمي الصحة بضرورة التعامل الجيد مع المواطنين وحسن استقبالهم.
- 2- ضبط الجودة والتحكم في التكاليف من خلال :
- أ- التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، بإتباع مايلي :
- وضع سياسة صحية شاملة ومتكاملة بين جميع المؤسسات الاستشفائية .
- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات المتعلقة بالخدمة الصحية.
- تحديد دور وصلاحيات كل مصلحة لتفادي ازدواجية العلاج.
- تطبيق معايير موحدة للجودة وتقييم الأداء .
- ب- ترشيد الانفاق وإحتواء التكاليف: ويعد تحقيقه من أهم أهداف سياسة اصلاح المستشفيات لضمان التسيير الجيد للموارد وتقليص التكاليف.

ج- رفع مستوى الصحة : إن التطبيق الجيد لسياسة الاصلاح في القطاع الصحي، يضمن بالإرتقاء بالرعاية الصحية من خلال :

- رفع متوسط العمر المتوقع للمواطن الجزائري .
- خفض معدلات الوفيات ، وخاصة وفيات الأمهات والأطفال أقل من خمس سنوات .
- خفض معدل الاصابة بالأمراض الوراثية ، والوبائية ، والأمراض المعدية .
- الحد من مخاطر التلوث البيئي والحوادث .

المطلب الثاني : عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر

من أجل التغطية الصحية الشاملة والفعالة لجميع السكان البالغ عددهم 38.7 مليون نسمة في 01 جانفي 2014¹، قامت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات بوضع مجموعة من المبادئ التوجيهية لتنظيم النظام الصحي الجزائري، تمثلت في:²

- التكيف مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية.
- الحفاظ على القطاع العام وتحسين أدائه.
- الإرتقاء بالقطاع الخاص في النظام الصحي الوطني .
- إعطاء الطابع المؤسسي على وظائف التقييم ومراقبة الصحة وفق للأهداف المحددة .
- تطوير نظام المعلومات الصحية .
- ترتيب توزيع العلاجات حسب مستويات الخريطة الصحية .
- التشجيع على تطوير الصناعة الوطنية للمعدات والمواد الصيدلانية وضمان استمرارية توافر المنتجات الاساسية .
- تعزيز مراقبة المنتجات الصيدلانية وسلامة جهاز نقل الدم.
- اعادة تقييم القاعدة التقنية بانشاء نظام ضمان الجودة وشبكة للصيانة .
- تحسين ظروف العمل والوضع الاجتماعي والمهني لجميع العاملين في مجال الصحة.
- وللارتقاء بالرعاية الصحية باشرت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات بإتباع خطة العمل التالية:³

- تقريب الصحة من المواطنين.
- تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية .
- تحمل مسؤولية التغير الديمغرافي والانتقال الوبائي.

¹ www.ons .dz / démographie algérienne 2013 N°658, P01.

² Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014

³ Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014

- تحقيق الأهداف الألفية التي حددت الأمم المتحدة نهايتها في سنة 2015م.
- محو الفوارق الجغرافية .
- ترشيد التسيير .

أولا: البنية التحتية الصحية للنظام الصحي الجزائري

يتم تقديم العناية الصحية للسكان بشكل متكامل ومتسلسل وفق حالتهم الصحية في مختلف المرافق الصحية، والتي تتكون من مايلي¹:

1- المستشفيات :

- 01 مؤسسة استشفائية بوهرا² (E.H.U) Etablissement Hospitalier Universitaire .
- 14 مركز استشفائي جامعي³،⁴ (C.H.U) Cente Hospitalier Universitaire .
- 74 مؤسسة استشفائية متخصصة (E.H.S) Etablissement Hospitalier Spécialise .
- 195 مؤسسة استشفائية عمومية (E.P.H) Etablissement Puplics Hospitalier .
- 169 مؤسسة استشفائية خاصة (EH.SP) Etablissement Hospitalier Privé .
- القدرة الاستيعابية للقطاع العمومي 65900 سرير والقطاع الخاص 4690 سرير، أي 70590 سرير ما يعادل سرير لكل 538 ساكن .

2- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) Etablissement Puplics de Sante Proximite
والبالغ عددها 271 مؤسسة، تتكون من :

- 1614 عيادة متعددة الخدمات، 637 منها تقدم خدمات بدون إنقطاع (24 سا).
- 5414 قاعة علاج .

3- القطاع الخاص، ويتمثل في:

- 6920 عيادة طبيب مختص.
- 6455 عيادة طبيب عام.
- 5290 عيادة طبيب جراحة الاسنان.
- 7876 صيدالية.
- 540 مخبر تحليل البيولوجي.

¹ Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014

² المرسوم الرئاسي رقم 03 – 270، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 48، الأربعاء 13 أوت سنة 2003 م، ص 06.

³ المرسوم التنفيذي رقم 97 - 467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، الأربعاء 10 ديسمبر سنة 1997م، ص 36.

⁴ المرسوم التنفيذي رقم 09 – 319 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 58، الأحد 11 أكتوبر سنة 2009م، ص 11.

الجدول (4، 1): عرض الخدمات الصحية في القطاع العمومي حسب المناطق الجغرافية لسنة 2014.

مناطق الجنوب (9 ولايات)	مناطق الهضاب العليا (14 ولاية)	مناطق الشمال (25 ولاية)	
المساحة 1.911.668 كم ² . % 82.5	المساحة 304.086 كم ² . % 12.8	المساحة 94.247 كم ² . % 4.0	
عدد السكان 3.632.850 نسمة % 10.0	عدد السكان 11.012.117 نسمة % 30.2	عدد السكان 21.813.361 نسمة % 59.8	
34 مستشفى: EPH27 - EHS 07 - 5829 سرير 1.6 سرير لكل 1000 ساكن	71 مستشفى: CHU 02 - EPH60 - EHS 19 - 16340 سرير 1.5 سرير لكل 1000 ساكن	162 مستشفى: EH 01 - EHU 01 - * CHU 12 - EPH115 - EHS 42 - 44590 سرير 2 سرير لكل 1000 ساكن	المستشفيات و عدد الأسرة
190 عيادة. عيادة لكل 19120 ساكن	493 عيادة. عيادة لكل 22336 ساكن	933 عيادة. عيادة لكل 23380 ساكن	عيادات متعددة الخدمات
770 قاعة. قاعة لكل 4718 ساكن	1663 قاعة. قاعة لكل 6621 ساكن	3388 قاعة. قاعة لكل 6438 ساكن	قاعات العلاج
68 قاعة 374 سرير	166 قاعة 1023 سرير	211 قاعة 1775 سرير	قاعات التوليد
01	02	06	مركز علاج السرطان

* مستشفى ديدوش مراد بقسنطينة مسجل كمركز استشفائي جامعي.

Source : Larbi ABID, L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014, pp 5-8
www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf.

الجدول (4، 2): عرض الخدمات الصحية في القطاع الخاص حسب المناطق الجغرافية لسنة 2014

مناطق الجنوب (9 ولايات)	مناطق الهضاب العليا (14 ولاية)	مناطق الشمال (25 ولاية)	
08	42	124	عيادة استشفائية
330 طبيب لكل 11008 ساكن	1191 طبيب لكل 9246 ساكن	5376 طبيب لكل 4060 ساكن	طبيب مختص
267 طبيب لكل 13606 ساكن	1349 طبيب لكل 8163 ساكن	4126 طبيب لكل 5286 ساكن	طبيب عام
591 طبيب لكل 6147 ساكن	1147 طبيب لكل 9601 ساكن	4876 طبيب لكل 4474 ساكن	طبيب أسنان
657 صيدلي لكل 5529 ساكن	2071 صيدلي لكل 5317 ساكن	6240 صيدلي لكل 3496 ساكن	صيدلي

Source : Larbi ABID, L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014, pp 5-8
www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf.

ويمكن تلخيص أهم المعطيات الديمغرافية من الاستقلال إلى سنة 2013، بالإضافة إلى أهم المؤشرات التي تعبر عن تحسن المنظومة الصحية من حيث التحكم العلمي، والتقني للارتقاء بالرعاية الصحية والسيطرة على الأمراض المتنقلة والوبائية.

الجدول (4، 3): يلخص أهم المعطيات الديموغرافية من الاستقلال إلى سنة 2013م

2013	2010	2007	1999	1962	
38.297	35.7	34.1	29.7	10.40	عدد السكان (مليون نسمة)
77.0	76.2	75.7	72	47	متوسط العمر المتوقع (سنة)
81	81.3	88.9	117.4	500	معدل وفيات الأمهات (لكل 100000)
26.1	26.1	26.2	36.9	180	معدل وفيات الأطفال (لكل 1000)
10.13	9.90	9.34	5.44	8.10	معدل الزواج (لكل 1000 ساكن)
35.5	33.5	33.5	31.3	25.2	معدل عمر الزواج للرجال (سنة)
31.4	31.5	29.9	27.6	19.6	معدل عمر الزواج للنساء (سنة)

Source : L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.
www.ons .dz / démographie algérienne 2013 N°658

الجدول (4، 4): يلخص المعطيات الوبائية لسنة 2010

نسبة الوفيات	الجزائر	منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)
الأمراض غير المعدية	% 60	75- 80 %
الأمراض المعدية	% 30	10- 15 %
الوفيات العنيفة	% 10	5- 10 %

Source : L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

الجدول السابق يبين أن الجزائر من حيث الوضع الوبائي التحقت تدريجيا بالوضعية المسجلة في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD). وأثر هذه نتيجة راجع إلى التنمية الوطنية وتحسين التغطية الصحية.

الجدول (4، 5): التطور الزمني لعدد حالات تحويل المرض إلى الخارج

السنة	2005	2006	2007	2008
عدد المرضى المحولين	1282	1002	779	578

Source : L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

تخفيض معتبر في حالات تحويل المرض إلى الخارج وذلك بسبب جهود الدولة التي بذلتها في الاستثمار في البنية التحتية، وتدريب العاملين وتوفير المعدات اللازمة لخدمات المستشفيات. ثانيا: الموارد البشرية

تعد تنمية الموارد البشرية في الصحة من أهم أولويات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وذلك من أجل¹:

- ضمان تغطية صحية متوازنة في جميع مناطق الوطن.
- إعداد برامج التكوين انطلاقا من المتطلبات الملحة.
- معرفة الاحتياجات استنادا للمعايير المحددة مسبقا.

وقد بلغ عدد الموظفين في القطاع الصحي 297.360 موظف، يتوزعون كالآتي²:

1- الممارسين الصحيين في المستشفيات الجامعية وعددهم 4000 موظف:

- 703 بروفيسور.

- 250 أستاذ محاضر صنف أ.

¹ Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014

² Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014

- 217 أستاذ محاضر صنف ب.
- 2830 أستاذ مساعد.
- 2 الموظفون في القطاعات الصحية غير جامعية:
 - 10161 طبيب مقيم.
 - 14737 طبيب مختص في القطاع العمومي .
 - 25604 طبيب عام في القطاع العمومي.
 - 7391 طبيب أسنان.
 - 1116 صيدلية.
 - 130682 شبه طبي.
 - 61189 في الإدارة.
- 3 القطاع الخاص، ويتمثل في:
 - 6920 طبيب مختص.
 - 6455 طبيب عام.
 - 5290 طبيب أسنان.
 - 7876 صيدلية.

نسبة التغطية طبيب لكل 550 ساكن، وممرض لكل 290 ساكن.

الجدول (4، 6): تطور التغطية الصحية بالنسبة لعدد السكان

السنوات	1962	1999	2009	2013
طبيب عام	طبيب لكل 25643 ساكن	طبيب لكل 1750 ساكن	طبيب لكل 1457 ساكن	طبيب لكل 1194 ساكن
طبيب مختص		طبيب لكل 3594 ساكن	طبيب لكل 2052 ساكن	طبيب لكل 1768 ساكن
طبيب أسنان	طبيب لكل 72848 ساكن	طبيب لكل 3752 ساكن	طبيب لكل 3241 ساكن	طبيب لكل 3020 ساكن
صيدلي	صيدلي لكل 41667 ساكن	صيدلي لكل 6134 ساكن	صيدلي لكل 4492 ساكن	صيدلي لكل 4259 ساكن
شبه طبي	ممرض لكل 2979 ساكن	ممرض لكل 346 ساكن	ممرض لكل 370 ساكن	ممرض لكل 290 ساكن

Source : L.Chachoua, Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

Larbi ABID., Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.

خاتمة:

أنجزت الجزائر منذ الاستقلال إلى سنة 2014 عدد هاما من المرافق الصحية سعياً منها لتحسين نوعية العلاج وتقريبه من المواطن ، ففي سنة 1962 كان عدد المرافق الصحية لايتعدى 143 مركزا بقدرة استيعاب 13395 سريرا لينتقل في سنة 2014 إلى أكثر من 1000 مؤسسة استشفائية بطاقة استيعابية تقدر ب 71 الف سرير، وكل هذه الإنجازات كان الهدف منها تقديم العناية الأفضل للمريض.

وانتقل عدد الموظفين في القطاع الصحي من 500 طبيب، 50 % منهم جزائريين بعد الاستقلال مباشرة إلى 297.360 موظف سنة 2014، وبنسبة تغطية طبيب لكل 550 ساكن وممرض لكل 290 ساكن، بالإضافة إلى تحسن في المؤشرات الصحية الأخرى. كما جاءت سياسة لإصلاح المستشفيات بمجموعة من الأهداف تمثلت في إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع المتطلبات الصحية للمرضى، والتأكيد على توفير الموارد اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية، والتأكيد على حقوق ووجبات المستعملين وحماية المرضى وغيرها، من أجل النهوض بالقطاع الصحي وتقديم خدمة صحية عالية الجودة.

الفصل الخامس

الدراسة الميدانية

مقدمة:

يتناول فصل الدراسة الميدانية في المبحث الأول التعريف بالقطاع الصحي بولاية بشار، وأهم الإنجازات التي تمت فيه، بالإضافة إلى تقديم مستشفى ترابي بوجمعة محل الدراسة الميدانية.

أما المبحث الثاني يعرض منهج البحث العلمي المستخدم في الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، كما يتطرق إلى كيفية تصميم أداة الدراسة لجمع البيانات الأزمة، والإجراءات العلمية التي تم إتباعها للتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، ويبين أيضا كيفية تطبيق الدراسة ميدانياً، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة وتحليل بيانات الدراسة، والإجابة على تساؤلات فرضياتها، وفي الأخير نتائج الدراسة.

المبحث الأول: القطاع الصحي في ولاية بشار

المطلب الأول: هيكل النظام الصحي في الولاية

تقع ولاية بشار في جنوب الغربي للجزائر بمساحة إجمالية تقدر ب 161400 كم²، وعدد سكان الولاية بلغ حسب الموقع الرسمي للولاية 307670 نسمة في 30 نوفمبر 2013م، أي بكثافة سكانية 1.91 ساكن لكل واحد كم²، والجدول الموالي يعطي بالأرقام عدد السكان والكثافة السكانية في جميع دوائر وبلديات الولاية.

الجدول (5، 1): توزيع عدد السكان في دوائر الولاية سنة 2013.

دوائر	البلديات	عدد السكان	المساحة كم ²	الكثافة السكانية
بشار	بشار	188615	5050	37.35
بني ونيف	بني ونيف	12300	16600	0.74
لحمر	لحمر	2409	820	2.94
	موغل	640	640	1.00
	بوكايس	1076	1760	0.61
القنادسة	القنادسة	15135	2770	5.46
	المريجة	696	8040	0.09
تاغيت	تاغيت	7033	2870	2.45
العبادلة	العبادلة	16511	6410	2.58
	عرق فراج	4497	2820	1.59
	مشرع هواري بومدين	3355	6410	0.52
تبلبالة	تبلبالة	5919	2280	2.60
اقلي	اقلي	7217	60560	0.12
بني عباس	بني عباس	13241	6220	2.13
	تامترت	1269	10040	0.13
الواتة	الواتة	8797	3130	2.81
كرزاز	كرزاز	5517	7950	0.69
	بني يخلف	2774	10520	0.26
	تيمودي	2579	2615	0.99
اولاد خضير	أولاد خضير	4559	1920	2.37
	القصابي	3531	2220	1.59
المجموع العام	21	309670	161400	1.91

المصدر: الموقع الرسمي لولاية بشار 2014/12/09 www.wilaya-bechar.gov.dz.

من الجدول السابق يظهر أن عدد سكان موزعين كآتي:

- 16 بلدية ذات طابع ريفي يقطنها 61868 نسمة، أي ما يعادل 20.11 % من سكان الولاية.

- 5 بلديات حضرية تأوي 245802 نسمة، وهي تمثل 79.89 % من سكان الولاية.

ومن أجل التكفل الجيد بجميع احتياجات سكان من الخدمات الصحية، والتغطية الشاملة من حيث الهياكل والمؤسسات الصحية على مستوى تراب الولاية، والتحكم في انتشار الأوبئة والأمراض الناتجة عن تغيرات المناخ الصحراوي الذي تتميز به المنطقة، جاء المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 م¹، بإنشاء القطاع الصحي بولاية بشار.

ويمكن حصر المؤسسات العمومية الصحية، وتحديد مسؤوليات التكفل بالرعاية الطبية والتمريضية لمواطني منطقة بشار، كآتي:²

أولاً: الهياكل الصحية

1- مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS) محمد بوضياف.

2- أربع مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) هي:³

- المستشفى الجديد بشار، ويصنف في الفئة "أ".⁴

- المستشفى القديم بشار، ويصنف في الفئة "ج".⁵

- مستشفى العبادلة، ويصنف في الفئة "ج".

- مستشفى بني عباس ويصنف في الفئة "ج".

3- سبع مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) متواجدة بكل من:⁶

- بشار، وتصنف في الفئة "ب".⁷

- بني عباس، وتصنف في الفئة "ج".⁸

- بني ونيف، العبادلة، تاغيت، تلبالة، كرزاز، وتصنف جميعها في الفئة «د».⁹

¹ مرسوم رقم 81-242، يتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، الجريدة الرسمية العدد 36، الصادرة بتاريخ 8 سبتمبر سنة 1981، ص 1229.

² وثائق مديرية الصحة السكان بولاية بشار DSPB.

³ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 15.

⁴ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 4 أبريل سنة 2012، ص 25.

⁵ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 4 أبريل سنة 2012، ص 26.

⁶ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 19.

⁷ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 4 أبريل سنة 2012، ص 29.

⁸ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 4 أبريل سنة 2012، ص 30.

⁹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 4 أبريل سنة 2012، ص 31.

وهي تغطي سكان هذه المناطق من حيث الإسعافات الأولية، وتحويل المرضى إلى كبريات المستشفيات.

- 4- كما وضع في الخدمة مستشفى طب العيون في إطار الشراكة الجزائرية الكوبية سنة 2013.
- 5- تسعة وسبعون (79) قاعة علاج.
- 6- اثنان وعشرون (22) عيادة متعددة الخدمات، تتوفر (17) عيادة منها على قاعات للولادة.
- 7- واحد وعشرون (21) قاعة للولادة.
- 8- ستة وثمانون وثمانمائة (886) سرير موزعة على جميع القطاع الصحي بمنطقة بشار.

ثانيا: الموارد البشرية

يتوفر القطاع الصحي بولاية بشار على كفاءات طبية وشبه طبية، تتوزع حسب حصيلة 2013/12/31 كما يلي:

الجدول (5، 2): تعداد المستخدمين الطبيين في القطاع العام والقطاع الخاص

القطاع الخاص	القطاع العام	الصفة
18	324	طبيب عام (MG)
20	55	جراح أسنان (C.D)
32	85	تخصصات أخرى (AS)
79	06	صيدلي (PH)
149	470	المجموع

المصدر: وثائق مديرية الصحة السكان بولاية بشار DSPB.

الجدول (5، 3): توزيع المستخدمين الشبه الطبيين في القطاع العام.

العدد	الصفة
124	ممرض رئيسي
323	ممرض حاصل على شهادة دولة (IDE)
188	ممرض مؤهل (I.B)
109	قابلية (S.P)
224	ممرض مساعد (A.S)
67	وظائف أخرى
1035	المجموع

المصدر: وثائق مديرية الصحة السكان بولاية بشار DSPB.

ثالثاً: الجناح التقني

تتكون حضيرة قطاع الصحة لولاية بشار من المعدات التالية:¹

- 02 جهاز المسح الضوئي.
- 37 جهاز تصوير بالأشعة.
- 28 جهاز تصوير بالموجات فوق الصوتية.
- 01 منظار طبي (التنظير الباطني).
- 21 مختبر للتحاليل.
- 03 مراكز لحفظ الدم (بنك الدم).
- 45 أريكة أسنان.
- 06 مختبر الأطراف الاصطناعية.
- 01 مختبر الوقاية الصحية (النظافة).
- 03 مراكز لتصفية الدم.
- 05 أجنحة للعمليات الجراحية.

رابعاً: المنشآت الصحية في طريق الإنجاز

هناك عدة منشآت صحية في طريق الإنجاز سترفع من القدرة الاستيعابية للقطاع الصحي بولاية

بشار، تتمثل في:²

- مركز مكافحة السرطان بسعة 140 سرير.
- مستشفى بالعبادلة ذو سعة 120 سرير.
- مستشفى بسعة 60 سرير بكرزاز.
- مستشفى بسعة 60 سرير ببني ونيف.
- مستشفى الأمراض العقلية بسعة 120 سرير.

عند انتهاء الانشغال بهذه المرافق الصحية سترتفع قدرة الاستيعاب من 886 سرير إلى 1386

سرير.

كما استفادت الولاية من مكسب هام سيغير جذرياً الخارطة الصحية والجامعية، يتمثل في مركز استشفائي جامعي بسعة 500 سرير يشتمل زيادة على مختلف الهياكل الصحية، التكوين والبحث العلمي.

¹ وثائق مديرية الصحة السكان بولاية بشار DSPB.

² الموقع الرسمي لولاية بشار 2014/12/09 www.wilaya-bechar.gov.dz

المطلب الثاني: المستشفى الجديد (تراي بوجمعة)

أولاً: تقديم المؤسسة

المستشفى الجديد "تراي بوجمعة" هو مؤسسة عمومية استشفائية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يقوم بضمان الحاجات الصحية للسكان عن طريق التشخيص، والعلاج، والاستشفاء، وإعادة التأهيل الطبي إلى جانب تطبيق البرامج الصحية الوطنية وغيرها من المهام المنوطة به، وقد افتتحه رئيس الجمهورية عبد العزيز بوتفليقة في سنة 2003، وبدأ العمل في بداية سنة 2004، وقد تداول على إدارة المستشفى عدة مدراء، وعرف زيارة عدة بعثات طبية من داخل وخارج الوطن.

ثانياً: توزيع اليد العاملة في المستشفى تراي بوجمعة

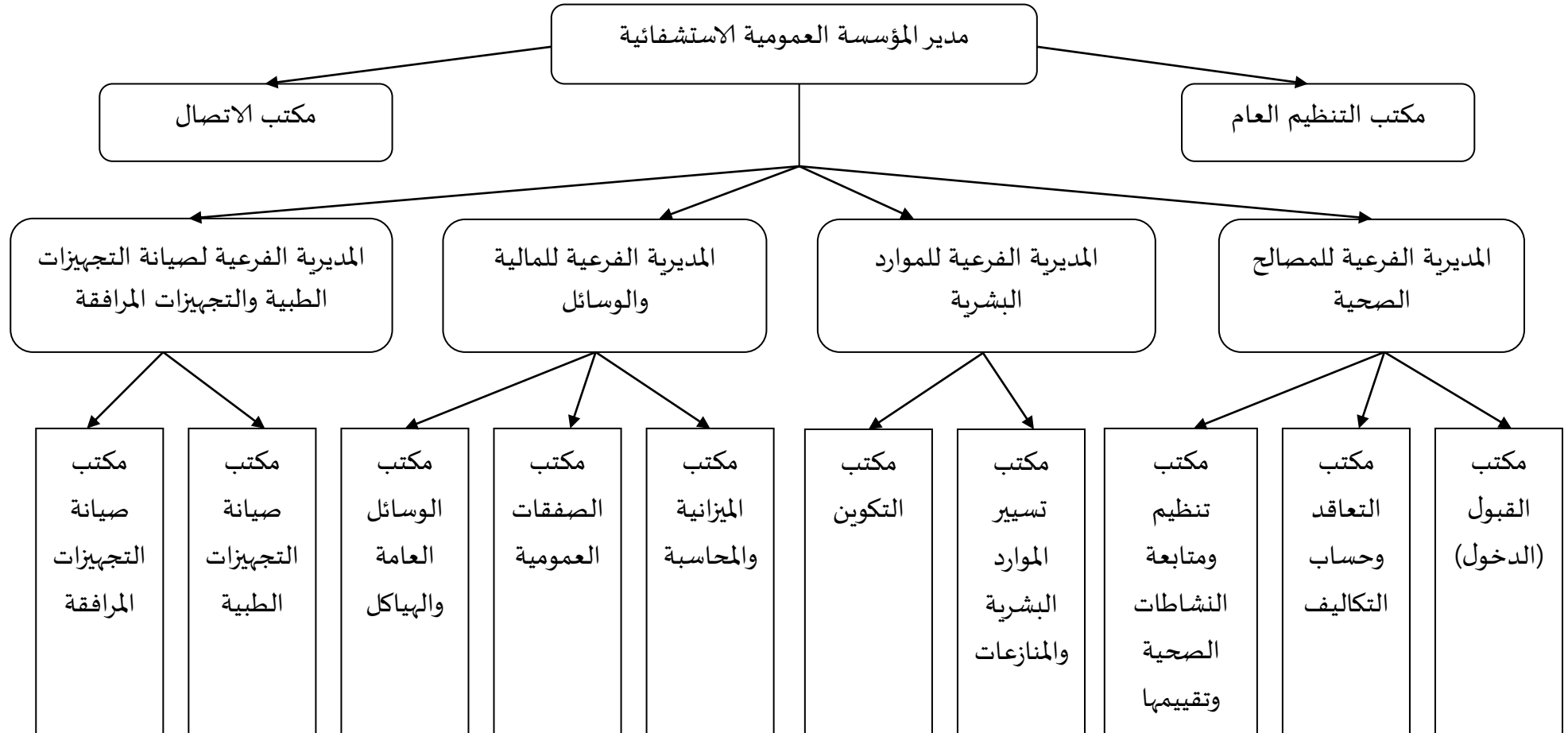
بلغ عدد الموظفين الرسميين في المستشفى 473 موظف في سنة 2015 حسب إحصائيات المديرية الفرعية للموارد البشرية، وهم موزعون كآتي:

الجدول (5، 4): توزيع الموظفون بالمستشفى.

الصفة	العدد	النسبة المئوية
طبيب عام	45	9.51
طبيب مختص	47	9.94
شبه طبي	271	57.29
إداري	56	11.84
مهندس، تقني، عامل مهني	54	11.42
المجموع	473	100

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية.

الشكل (5، 1): المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "تراي بوجمعة"



المصدر: قرار وزاري مشترك مؤرخ في 20 ديسمبر 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، الأحد 7 مارس سنة 2010، ص 20-21.

ثالثاً: تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية وتنظيمها

1- مدير المستشفى: يعين المدير بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وهو المسؤول على حسن سير المؤسسة، ومن مهامه ما يلي:¹

- يمثل المؤسسة أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية.
 - هو الأمر بالصرف في المؤسسة.
 - يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة.
 - يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة.
 - يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه.
 - يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات، في إطار التنظيم المعمول به.
 - يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
 - يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.
 - يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.
 - ويساعده في مهامه أربعة نواب مديرين يكلفون بتولي المديرية الفرعية التابعة للمؤسسة.
- 2- مجلس الإدارة: يقوم مجلس الإدارة بتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية تحت إشراف المدير، ويتكون المجلس من أعضاء منتخبين لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها، يجتمع المجلس مرتين في العام على الأقل ومن مهامه مداولة ما يلي:²

- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط.
- مشروع ميزانية المؤسسة.
- الحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري.
- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة.
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها.
- الاتفاقيات المتعلقة مع مؤسسات التكوين.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 12.

² المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 11.

- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة، لا سيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية، والتعاضديات، والجامعات المحلية، والمؤسسات والهيئات الأخرى.
- مشروع جدول تعداد المستخدمين.
- النظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار.
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها.
- الصفقات والعقود والاتفاقيات والاتفاقات، طبقاً للتنظيم المعمول به.
- 3- المجلس الطبي: يعتبر المجلس الطبي هيئة استشارية، مكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها، ولا سيما فيما يأتي¹:
 - التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.
 - مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية، وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
 - برامج الصحة والسكان.
 - برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
 - إنشاء هياكل طبية أو إلغائها.
- ويقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين وتنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية. كما يمكن لمدير المؤسسة العمومية الاستشفائية إخطاره بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني. ويتكون المجلس الطبي من:
 - مسؤولو المصالح الطبية.
 - الصيدلي المسؤول عن الصيدلية.
 - جراح أسنان.
 - شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين.
 - ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.
- ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيساً ونائب رئيس لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد يجتمع المجلس الطبي بناءً على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين، ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب إما من رئيسه وإما من أغلبية أعضائه وإما من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية، ويحرر في كل اجتماع محضر يقيّد في سجل خاص. لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه، وإذا لم يكتمل النصاب يستدعي المجلس من جديد في

¹ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، ص 13.

08 أيام الموالية، ويمكن أن يتداول أعضائه حينئذ مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين، ويحضر المجلس الطبي نظامه الداخلي ويصادق عليه أثناء إجتماعه الأول.

4- المديرية الفرعية للمصالح الصحية: تهتم هذه المديرية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية الوقائية والعلاجية التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة وهي تضم المكاتب التالية:
أ- مكتب القبول: يلعب هذا المكتب دوراً فعالاً في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة، من القبول إلى الخروج لاسيما وأنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في المنظومة الوطنية للصحة، وينقسم هذا المكتب إلى عدة أقسام، هي:

أ-1- قسم القبول والاستقبال، ويتم فيه:

- تسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف طبيب المستشفى في سجل خاص.

- إدراج كل معلومة خاصة بالمريض الاسم، اللقب، تاريخ ومكان الازدياد.....الخ.

- يسهر على استقبال وتوجيه الزائرين وتزويدهم بالمعلومات اللازمة، ولهذا فهو مجند ليلاً ونهاراً، ويمكن القول على أنه يعتبر أكثر المكاتب نشاطاً وحيوية.

أ-2- قسم حركة المرضى والإحصائيات: يهتم هذا القسم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها آلياً، ومن أهم التسجيلات ما يلي:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى، اعتماداً على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب الاستقبال.

- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي من أجل تسهيل عملية البحث.

- إعداد تقرير يومي لتعداد المرضى، ويتم تحديد تحركات المرضى من الدخول والخروج.

- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات وغيرها.

- جمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

أ-3- قسم الحالة المدنية: يقوم هذا القسم بتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية، يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بميلاد من طرف قابلة المستشفى، كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص، وإرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

أ-4- قسم الأرشيف: يسهر هذا القسم على الملفات والسجلات التي تخص المرضى، وهذا من أجل ضمان تقديم المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة، كما يعد خزان للمعلومات بحيث يتم اللجوء إليه في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

- ب- مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها، ومن مهامه:
- تطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة والخاصة بتنظيم النشاط العمومي.
 - متابعة وتقييم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات والإحصائيات حول حجم النشاط الصحي، والسهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها.
 - السهر على السير الحسن لنشاط المؤسسة وتنسيق عملها.
 - يقوم هذا المكتب يوميا بإعداد استمارة يومية وإرسالها لمديرية الصحة والسكان لإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي، أو أمراض ذات تصريح إجباري.
 - تنظيم عمليات جراحية والسهر على حسن سيرها.
 - تسيير صيدلية المؤسسة ومتابعتها وتنظيمها ومراقبتها.
- ج- مكتب التعاقد وحساب التكاليف.
- 5- المديرية الفرعية للموارد البشرية، وتتكون من مكاتبين هما:
- أ- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات: يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين، التعيين، والترقية، والعزل، والإحالة على التقاعد وهذا من خلال:
- السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين.
 - إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والذي يضم مختلف دورات تكوينية لفائدة الموظفين.
 - عقد اجتماعات لجان متساوية الأعضاء لترتيب ملفات كاملة لكل مستخدم المؤسسة.
 - استلام ملفات المترشحين لدى المؤسسة وتسطير برامج التريصات ومتابعتها.
- أما فيما يتعلق بالمنازعات فالمكتب يتولى تسيير مختلف القضايا، والتي تكون المؤسسة طرفاً فيها مدعي أو مدعي عليها كونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص، وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية ومحضر قضائي يتولى التبليغ.
- ب- مكتب التكوين: هذا المكتب مهامه تنحصر بعمل دورات تكوينية للعمال ولديهم نوعان من تكوين، قصير المدى وطويل المدى، حيث أن تكوين طويل المدى مدته تقريباً سنتان أو ثلاثة، أما قصير المدى يقتصر على يوم، أو يومين أو أسبوع أو شهر فقط حسب الحاجة.
- 6- المديرية الفرعية للمالية والوسائل، وتضم ثلاثة مكاتب هي:
- أ- مكتب الميزانية والمحاسبة: حيث تكمن مهامه في ترتيب وتنظيم الرواتب العمال، وتسيير الميزانية الخاصة بالمستشفى، وإعداد كشوف والفواتير، وأيضا تجميع مختلف تقديرات الميزانية، ومتابعة الوضعية المالية وهذا من خلال:
- السهر على تنفيذ الميزانية ومراقبة واحترام الاعتمادات الممنوحة.

- استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد، وإعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقة لأرقام الميزانية.

- الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنفة حسب أبواب الميزانية.

- إعداد وتنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية وإعداد الحالة لكل ثلاث أشهر.

- إعداد حوالات الدفع الخاصة بالإنفاق مثل حوالات دفع الأجور ورواتب الموظفين، حوالات الدفع، الأوامر، ويرسلها إلى قابضة الضرائب.

ب- مكتب الصفقات العمومية: ومن المهام التي يقوم بها هذا المكتب إنشاء جميع الصفقات الخاصة بالمؤسسة، من أدوية وأغذية، والاستشارات... الخ، حيث يقوم المكتب بإنشاء دفتر الشروط الخاص بالصفقة المراد عقدها وإرسالها إلى وزارة الصحة من أجل الموافقة عليها، ويقوم بنشرها في الجريدة الرسمية، ومن ثم يقوم هذا المكتب باستقبال الملفات وفتحها بحضور المدير ثم يقوم بدراسة الملفات على مستوى موظفين المكتب، من أجل اختيار الملف المناسب، وبعد اختياره يقوم بإرسال اسم الشخص للجريدة الرسمية من أجل نشره.

ج- مكتب الوسائل العامة والتجهيزات: من المهام التي يقوم بها هذا المكتب بالمحافظة على كل ما يتعلق بالمستشفى وعلى ممتلكاتها، وهو المسئول على نظافة المستشفى، وحظيرة السيارات، وعلى سيارات الإسعاف... الخ.

7- المديرية الفرعية لصيانة المعدات الطبية، وتتضمن مكتبين هما:

أ- مكتب صيانة المعدات الطبية: يقوم هذا المكتب بنوعين من صيانة، الصيانة الوقائية: قبل وقوع عطب يقوم بمراقبة المعدات من أجل تجنب الإعطاب، وهناك صيانة علاجية: هذا بعد وقوع العطب يأمر بصيانتها، ومن ثم يملأ استمارة يكتب فيها الآلات التي قام بصيانتها، ونوع العطب الموجود فيه، وكل المعلومات المتعلقة بالصيانة.

ب- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

المبحث الثاني: الدراسة الميدانية في مستشفى تراي بوجمعة

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

أولاً: منهج الدراسة

لاستكمال تحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها كيفياً بوصفها وبيان خصائصها، وكمياً بإعطائها وصفاً رقمياً من خلال أرقام وجداول توضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى¹. حيث يعد هذا المنهج مناسب في التحقق من الواقع الوصفي لمحاور الدراسة من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقة بين المتغيرات، من أجل الوصول إلى نتائج تسهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى تراي بوجمعة 240 سرير بمدينة بشار والبالغ عددهم 473 شخص، وجميع المرضى المقيمين الذين تلقوا العلاج في جميع مصالح المستشفى خلال الفترة الممتدة من 2015/05/2 إلى 2015/06/1 والبالغ عددهم 808 شخص.

ثالثاً: عينة الدراسة

قام الباحث باختيار عينة عشوائية من الفريق الإداري، والفريق الطبي والشبه الطبي، والفريق المساعدين من المهنين والتقنيين عدد مفرداتها 150 شخص، وعينة عشوائية من المرضى الذين تلقوا العلاج في المستشفى وعدد مفرداتها 250 شخص.

الجدول (5، 5): الاستبانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة الدراسة.

عدد الاستبانات الموزعة	عدد الاستبانات المستردة	عدد الاستبانات المستبعدة	عدد الاستبانات الصالحة للتحليل	
150	136	15	121	الموظفين في المستشفى
% 100	% 90.66	% 10	% 80.66	النسبة المئوية
250	200	35	165	المرضى في المستشفى
% 100	% 80	% 14	% 66	النسبة المئوية

تم استبعاد الاستبانات التي كان لها تأثير على التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.

المصدر: من إعداد الباحث.

¹ ذوقان عبيدات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 87.

رابعاً: أداة الدراسة

1- بناء أداة الدراسة: تتعدد أدوات البحث العلمي التي تستخدم في جمع المعلومات، والبيانات اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة من أفراد عينة مجتمع الدراسة، وتشمل هذه الأدوات كل من الملاحظة والمقابلة والاستبانة والاختبار والمقياس. استخدم الباحث الاستبانة كأداة لجمع المعلومات اللازمة لهذه الدراسة، باعتبارها أنسب أدوات البحث العلمي التي تتفق مع معطيات الدراسة، وتحقق أهداف الدراسة المسحية للحصول على معلومات، وحقائق مرتبطة بواقع معين¹.

قام الباحث بإعداد استبانة موجهة للموظفين واستبانة موجهة للمرضى، وقد قسمت كل استبانة إلى جزئيين هما:

أ- الجزء الأول: واحتوى هذا الجزء في كلتا الاستبانتين على المقدمة، والتي تضمنت عنوان الدراسة وطريقة الإجابة على الأسئلة، والتأكيد على المستجوبين أن الدراسة في إطار البحث العلمي فقط، والمتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد الدراسة.

ب- الجزء الثاني: تضمن الجزء الثاني من الاستبانة الموجهة للموظفين 50 عبارة تقيس مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وهي موزعة على عشرة أبعاد، كآتي:

- الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، ويتكون من خمس عبارات (1-5)
- التحسين المستمر، ويتكون من خمس عبارات (6-10)
- التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية، ويتكون من خمس عبارات (11-15)
- فرق العمل، ويتكون من خمس عبارات (16-20)
- التخطيط الاستراتيجي للجودة، ويتكون من خمس عبارات (21-25)
- المقارنة المرجعية، ويتكون من خمس عبارات (26-30)
- المعلومات والقياس والتحليل، ويتكون من خمس عبارات (31-35)
- تدريب العاملين ومشاركتهم، ويتكون من خمس عبارات (36-40)
- التنظيم، ويتكون من خمس عبارات (41-45)
- إدارة العلاقات مع الموردين، ويتكون من خمس عبارات (46-50)

كما تضمن الجزء الثاني من الاستبانة الموجهة للمرضى 22 عبارة تقيس جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى، وهي موزعة على خمسة أبعاد، كآتي:

- بعد الأشياء الملموسة، ويتكون من أربع عبارات (1-4)
- بعد الاعتمادية، ويتكون من خمس عبارات (5-9)
- بعد الاستجابة، ويتكون من أربع عبارات (10-13)

¹ ذوقان عبيدات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 125.

- بعد الأمان، ويتكون من أربع عبارات (14- 17)

- بعد التعاطف، ويتكون من خمس عبارات (18- 22)

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (likert) لقياس إجابات أفراد العينة نحو عبارات الاستبانة، وتم إعطاء درجات الإجابة وتحديد المستوى الأهمية بناءً على المتوسط الحسابي، على النحو التالي:

الجدول (5، 6): المتوسط المرجح لسلم ليكرت الخماسي.

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

المصدر: من إعداد الباحث

2- صدق أداة الدراسة: صدق الاستبانة يعني التأكد من أنها تقيس ما أعدت لقياسه¹، كما يقصد بالصدق شمول الاستمارة لكل عناصر التي يجب أن تدخل في تحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها².

أ- الصدق الظاهري للأداة: قام الباحث بعرض الاستبانة على مجموعة من الأساتذة والمختصين، وبناء على ملاحظاتهم المقدمة تم الوصول إلى الاستبانة في شكلها النهائي كما في (الملحق رقم 01).

ب- الاتساق الداخلي للأداة: ويقصد به مدى اتساق كل عبارة من عبارات الاستبانة مع البعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، ويتم معرفة الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أبعاد الاستبانة والدرجة الكلية للبعد نفسه.

¹ حمد صالح العساف، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، شركة العبيكان للطباعة والنشر، الرياض، 1995، ص 429.

² ذوقان عبيدات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 125.

الجدول (5، 7): معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية لكل بعد.

معامل الارتباط					
العبرة 05	العبرة 04	العبرة 03	العبرة 02	العبرة 01	مبادئ إدارة الجودة الشاملة
** 0.795	** 0.779	** 0.808	** 0.753	** 0.793	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
** 0.753	** 0.787	** 0.808	** 0.820	** 0.839	التحسين المستمر
** 0.872	** 0.782	** 0.887	** 0.908	** 0.891	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية
** 0.813	** 0.817	** 0.840	** 0.858	** 0.789	فرق العمل
** 0.872	** 0.779	** 0.894	** 0.853	** 0.867	التخطيط الاستراتيجي للجودة
** 0.816	** 0.859	** 0.855	** 0.881	** 0.669	المقارنة المرجعية
** 0.811	** 0.825	** 0.848	** 0.820	** 0.883	المعلومات والقياس والتحليل
** 0.874	** 0.846	** 0.821	** 0.818	** 0.803	تدريب العاملين ومشاركتهم
** 0.804	** 0.736	** 0.850	** 0.776	** 0.823	التنظيم
** 0.890	** 0.840	** 0.904	** 0.853	** 0.702	إدارة العلاقات مع الموردين

** عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$)

يتضح من الجدول رقم (5، 7) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، جاءت موجبة وقوية وقد تراوحت بين 0.669 و0.908 وذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من أبعاد أداة الدراسة.

الجدول (5، 8): معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية لكل بعد.

معامل الارتباط					
العبرة 05	العبرة 04	العبرة 03	العبرة 02	العبرة 01	أبعاد جودة الخدمة الصحية
	** 0.801	** 0.841	** 0.811	** 0.757	بعد الأشياء الملموسة
** 0.743	** 0.759	** 0.759	** 0.780	** 0.765	بعد الاعتمادية
	** 0.854	** 0.881	** 0.821	** 0.813	بعد الاستجابة
	** 0.836	** 0.849	** 0.876	** 0.849	بعد الأمان
**** 0.848	** 0.849	** 0.829	** 0.666	** 0.887	بعد التعاطف

** عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول رقم (5، 8) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، جاءت موجبة وقوية وقد تراوحت بين 0.666 و0.887 وذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.01)$ ، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من أبعاد أداة الدراسة.

ج- الصدق البنائي للأداة: يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين درجة ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة مع الدرجة الكلية لعبارات الأبعاد.

الجدول (5، 9): معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية للاستبانة.

معامل الارتباط	مبادئ إدارة الجودة الشاملة	معامل الارتباط	مبادئ إدارة الجودة الشاملة
** 0.712	المقارنة المرجعية	** 0.817	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
** 0.718	المعلومات والقياس والتحليل	** 0.721	التحسين المستمر
** 0.838	تدريب العاملين ومشاركتهم	** 0.787	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية
** 0.751	التنظيم	** 0.648	فرق العمل
** 0.782	إدارة العلاقات مع الموردين	** 0.759	التخطيط الاستراتيجي للجودة

** عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.01)$

يتضح من الجدول رقم (5، 9) أن جميع معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية للاستبانة، جاءت موجبة وقوية وقد تراوحت بين 0.648 و0.838 وذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.01)$ ، مما يشير إلى صدق البنائي لأداة الدراسة.

الجدول (5، 10): معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية والدرجة الكلية للاستبانة.

معامل الارتباط	أبعاد جودة الخدمة الصحية
** 0.566	بعد الأشياء الملموسة
** 0.746	بعد الاعتمادية
** 0.663	بعد الاستجابة
** 0.778	بعد الأمان
** 0.781	بعد التعاطف

** عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.01)$

يتضح من الجدول رقم (5، 10) أن جميع معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية للاستبانة، جاءت موجبة وقوية وقد تراوحت بين 0.566 و0.781 وذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)، مما يشير إلى صدق البنائي لأداة الدراسة.

د- ثبات الأداة: ويقصد به أن تعطي الاستبانة الإجابة نفسها لو تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم في أوقات مختلفة، وتم التحقق من الثبات بطريقة معامل كرو نباخ ألفا Cronbach-Alpha كما يلي:

الجدول (5، 11): قيم معامل الثبات لكل بعد من أبعاد الدراسة

متغيرات الدراسة	الرقم	أبعاد الدراسة	عدد العبارات	معامل كرو نباخ ألفا
المتغير المستقل	1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	05	0.844
	2	التحسين المستمر	05	0.905
	3	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	05	0.917
	4	فرق العمل	05	0.879
	5	التخطيط الاستراتيجي للجودة	05	0.907
	6	المقارنة المرجعية	05	0.873
	7	المعلومات والقياس والتحليل	05	0.893
	8	تدريب العاملين ومشاركتهم	05	0.889
	9	التنظيم	05	0.855
	10	إدارة العلاقات مع الموردين	05	0.893
		مبادئ إدارة الجودة الشاملة	50	0.969
المتغير التابع	1	بعد الأشياء الملموسة	04	0.815
	2	بعد الاعتمادية	05	0.818
	3	بعد الاستجابة	04	0.863
	4	بعد الأمان	04	0.875
	5	بعد التعاطف	05	0.872
		جودة الخدمة الصحية	22	0.904

يتضح من الجدول رقم (5، 11) أن معامل الثبات كرو نباخ ألفا Cronbach-Alpha مرتفع لكل الأبعاد الدراسة، حيث تراوحت بين 0.815 و0.969 وهي قيم مقبول لأغراض البحث العلمي.

خامسا: أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

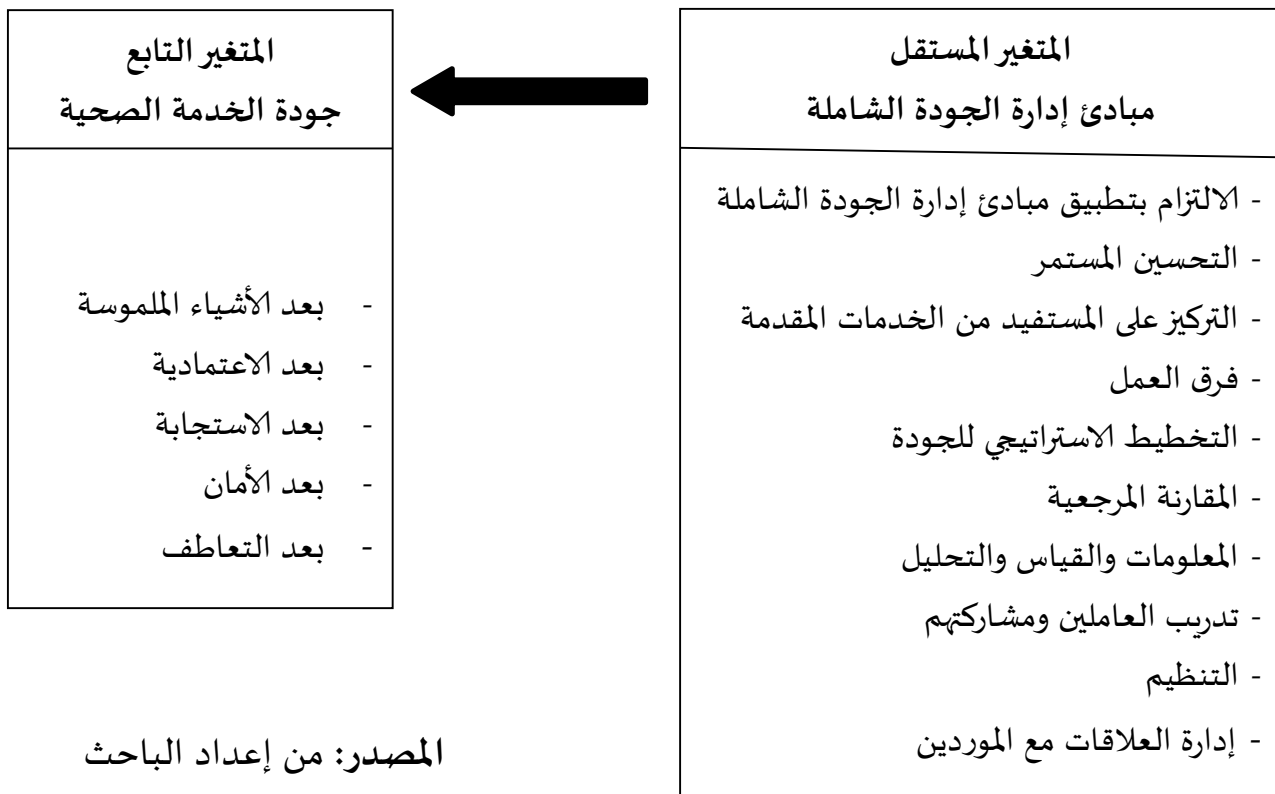
لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسب باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20) ، وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف إجابات العينة نحو متغيرات الدراسة، ولتحديد أهمية الموافقة على عبارات الاستبانة.
- معامل كرو نباخ ألفا Cronbach-Alpha للتأكد من درجة ثبات المقياس المستخدم.
- اختبار كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) للتأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات.
- اختبار (T) لعينتين مستقلتين.
- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.
- اختبار LSD لتحديد صالح الفروق بين كل فئتين.
- تحليل الانحدار البسيط والانحدار المتعدد المتدرج لقياس العلاقة بين المتغير المستقل والتابع.

سادسا: أنموذج الدراسة

تم بناء أنموذج الدراسة بالاستناد إلى أدبيات الموضوع والدراسات السابقة، لتوضيح العلاقة بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في مبادئ إدارة الجودة الشاملة والمتغيرات التابعة المتمثلة في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى، كما يبين الشكل التالي.

الشكل (5، 2): أنموذج متغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث

سابعاً: اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

لمعرفة هل متغيرات الدراسة تتبع توزيع الطبيعي كشرط من شروط اختبار الفرضيات، قام الباحث بالتحقق من ذلك باستخدام اختبار كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov -Smirnov)، فإذا كانت القيمة الإحصائية للمتغير عند مستوى دلالة ($\alpha > 0.05$) دل ذلك على أن المتغير يتبع التوزيع الطبيعي، أما إذا كانت عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) دل ذلك على أن المتغير لا يتبع التوزيع الطبيعي. والجدول الآتي يبين نتائج اختبار كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov -Smirnov) لمتغيرات الدراسة.

الجدول (5، 12): التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	الرقم	أبعاد الدراسة	Kolmogorov Smirnov	مستوى الدلالة * Sig
المتغير المستقل	1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	0.079	0.061
	2	التحسين المستمر	0.078	0.068
	3	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	0.079	0.062
	4	فرق العمل	0.077	0.073
	5	التخطيط الاستراتيجي للجودة	0.065	0.200
	6	المقارنة المرجعية	0.077	0.077
	7	المعلومات والقياس والتحليل	0.080	0.054
	8	تدريب العاملين ومشاركتهم	0.080	0.055
	9	التنظيم	0.080	0.055
	10	إدارة العلاقات مع الموردين	0.077	0.073
مبادئ إدارة الجودة الشاملة			0.058	0.200
المتغير التابع	1	بعد الأشياء الملموسة	0.068	0.059
	2	بعد الاعتمادية	0.067	0.069
	3	بعد الاستجابة	0.068	0.057
	4	بعد الأمان	0.066	0.076
	5	بعد التعاطف	0.062	0.200
جودة الخدمة الصحية			0.064	0.099

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية *Sig لجميع متغيرات الدراسة أكبر من 0.05، مما يدل على أن جميع متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي.

المطلب الثاني: عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها
 الفرع الأول: نتائج تحليل متغيرات الاستبانة الموجهة للموظفين في المستشفى
 أولاً: وصف أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالموظفين
 الجدول المولي يبين توزيع أفراد العينة المتعلقة بالموظفين في المستشفى تبعاً للخصائص الديمغرافية
 المتمثلة في الجنس، والعمر، والوظيفة، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة.
 الجدول (5، 13): وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة بالموظفين

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	62	51.2
	أنثى	59	48.8
العمر	أقل من 30 سنة	34	28.1
	من 30 إلى 39 سنة	29	24
	من 40 إلى 49 سنة	23	19
	من 50 إلى 59 سنة	20	16.5
	أكثر من 59 سنة	15	12.4
الوظيفة	طبيب عام	12	9.9
	طبيب مختص	09	7.4
	مرض (شبه طبي)	61	50.4
	إداري	18	14.9
	مهنة أخرى	21	17.4
المستوى التعليمي	أقل من المتوسط	06	5
	متوسط	12	9.9
	ثانوي	50	41.3
	جامعي	53	43.8
سنوات الخبرة	أقل من 05 سنوات	27	22.3
	من 06 إلى 10 سنة	29	24
	من 11 إلى 15 سنة	17	14
	من 16 إلى 20 سنة	13	10.7
	من 21 إلى 25 سنة	15	12.4
	أكثر من 25 سنة	20	16.5

يتضح من الجدول (5، 13) أن عينة الدراسة شملت الجنسين بشكل متساوي تقريباً، وأن نسبة 52.1 % من أفراد العينة أعمارهم أقل من 39 سنة، ويرجع السبب إلى سياسة توظيف الشباب التي انتهجتها الدولة في السنوات الأخيرة، وتمثل شريحة الممرضين أكبر نسبة في عينة تبعاً لعدددهم الذي يفوق 50 % من عدد الموظفين الإجمالي في المستشفى، أما المستوى التعليمي فإن معظم أفراد العينة مستواهم ما بين ثانوي وجامعي بنسبة 85.1 %، ويعود هذا إلى طبيعة عمل المستشفى الذي يعتمد على الكفاءات العالية.

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

الجدول (5، 14): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة

رقم	الأبعاد	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	05	2.90	0.869	4	متوسطة
2	التحسين المستمر	05	2.92	1.099	3	متوسطة
3	التركيز على الاستفادة من الخدمة الصحية	05	2.98	1.106	2	متوسطة
4	فرق العمل	05	3.11	0.911	1	متوسطة
5	التخطيط الاستراتيجي للجودة	05	2.87	0.979	5	متوسطة
6	المقارنة المرجعية	05	2.80	0.914	8	متوسطة
7	المعلومات والقياس والتحليل	05	2.57	0.917	10	منخفضة
8	تدريب العاملين ومشاركتهم	05	2.84	1.085	6	متوسطة
9	التنظيم	05	2.75	0.900	9	متوسطة
10	إدارة العلاقات مع الموردين	05	2.83	0.955	7	متوسطة
	مبادئ الجودة الشاملة	50	2.86	0.735		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 14) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.86، وانحراف معياري بلغ 0.735. مما يدل على وجود وعي لدى أفراد عينة الدراسة بأهمية الجودة بشكل عام في المستشفى، وتم ترتيب هذه المبادئ ترتيباً تنازلياً حسب درجة تواجدها في المستشفى كالآتي:

- جاء مبدأ " فرق العمل " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.11 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.98 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " التحسين المستمر " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.92 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " التخطيط الاستراتيجي للجودة " في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.87 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " تدريب العاملين ومشاركتهم " في المرتبة السادسة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.84 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " إدارة العلاقات مع الموردين " في المرتبة السابعة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.83 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " المقارنة المرجعية " في المرتبة الثامنة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.80 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " التنظيم " في المرتبة التاسعة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.75 وبمستوى أهمية متوسطة.
 - جاء مبدأ " المعلومات والقياس والتحليل " في المرتبة العاشرة من حيث درجة تواجده في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.57 وبمستوى أهمية منخفضة.
- كما جاءت نتائج الدراسة المتعلقة بكل مبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة على النحو التالي:
- 1- مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
- للتعرف على مدى توافر مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 15): نتائج التحليل الوصفي لبعـد الالـتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	تؤكد إدارة المستشفى على الالتزام التام ببرنامج الجودة المحدد مسبقاً.	2.84	1.110	4	متوسطة
2	يهتم رؤساء الأقسام بمتابعة برنامج الجودة بحزم وحث الموظفين على الالتزام به	3.00	1.132	1	متوسطة
3	تهدف إدارة المستشفى إلى اعتماد برامج الجودة التي تؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين من الخدمات المقدمة.	2.95	1.067	2	متوسطة
4	تتبنى الإدارة العليا في المستشفى الأهداف الاستراتيجية العامة للجودة بالاعتماد على حاجات ورغبات المستفيدين	2.79	1.139	5	متوسطة
5	تتغير الأهداف الاستراتيجية للجودة في المستشفى بتغير حاجات ورغبات المستفيدين	2.90	1.087	3	متوسطة
	الالتزام بتطبيق مبادئ الجودة الشاملة	2.90	0.869		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 15) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.90، وانحراف معياري بلغ 0.869، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " يهتم رؤساء الأقسام بمتابعة برنامج الجودة بحزم وحث الموظفين على الالتزام به " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.00 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن الاهتمام بالجودة غير كافي في المستشفى.

- جاءت عبارة " تهدف إدارة المستشفى إلى اعتماد برامج الجودة التي تؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين من الخدمات المقدمة " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.95 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن برامج الجودة المتاحة لا تؤدي إلى زيادة رضا المرضى على الخدمة المقدمة.

- جاءت عبارة " تتغير الأهداف الاستراتيجية للجودة في المستشفى بتغير حاجات ورغبات المستفيدين " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن خطط الجودة لا تنطلق من نتائج تحليل حاجات ورغبات المرضى.

- جاءت عبارة " تؤكد إدارة المستشفى على الالتزام التام ببرنامج الجودة المحدد مسبقاً" في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.84 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على عدم وجود برنامج جودة شامل من قبل الإدارة يتم الالتزام به.

- جاءت عبارة " تتبنى الإدارة العليا في المستشفى الأهداف الاستراتيجية العامة للجودة بالاعتماد على حاجات ورغبات المستفيدين" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.79 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يؤكد عدم وجود خطط للجودة مبنية على متطلبات المرضى.

2- مبدأ التحسين المستمر

للتعرف على مدى توافر مبدأ التحسين المستمر في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 16): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد التحسين المستمر

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يعتمد المستشفى على ابتكار خدمات جديدة أو تطوير الخدمات الحالية	2.91	1.248	5	متوسطة
2	تؤكد إدارة المستشفى على التحسين المستمر في طرق العمل داخل المستشفى	2.98	1.284	1	متوسطة
3	تعمل الإدارة العليا بالمستشفى في الحصول على أحدث التكنولوجيا باستمرار.	2.96	1.328	2	متوسطة
4	تسعى إدارة المستشفى إلى تقليل الزمن اللازم لإجراءات تقديم الخدمات.	2.93	1.282	4	متوسطة
5	يتوفر المستشفى على نظام معلوماتي يزود المستشفى بالمعلومات التي تخص العملاء والمستفيدين من الخدمات المقدمة.	2.93	1.249	3	متوسطة
	التحسين المستمر	2.92	1.099		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 16) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجدها مبدأ التحسين المستمر في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.92، وانحراف معياري بلغ 1.099، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " تؤكد إدارة المستشفى على التحسين المستمر في طرق العمل داخل المستشفى " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.98 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن تحسين طرق العمل في المستشفى يسير بويرة بطيئة.
- جاءت عبارة " تعمل الإدارة العليا بالمستشفى في الحصول على أحدث التكنولوجيا باستمرار " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.96 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن هناك نقص في المعدات الحديثة في المستشفى.
- جاءت عبارة " يتوفر المستشفى على نظام معلوماتي يزود المستشفى بالمعلومات التي تخص العملاء والمستفيدين من الخدمات المقدمة " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.93 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن نظام المعلومات لا يعطي معلومات دقيقة عن حاجات ورغبات المرضى.
- جاءت عبارة " تسعى إدارة المستشفى إلى تقليل الزمن اللازم لإجراءات تقديم الخدمات " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.93 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن هناك تباطؤ في إجراءات تقديم الخدمات.
- جاءت عبارة " يعتمد المستشفى على ابتكار خدمات جديدة أو تطوير الخدمات الحالية " في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.91 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن عملية تطوير وابتكار الخدمات ضعيفة.
- 3- مبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية
- للتعرف على مدى توافر مبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 17): نتائج التحليل الوصفي لبعء التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يلتزم المستشفى بشدة برضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها.	2.90	1.238	4	متوسطة
2	تقوم الإدارة بإثبات عملياً الأهمية النسبية لرضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها	2.94	1.156	3	متوسطة
3	يستخدم المستشفى المعلومات التي يقدمها متلقي الخدمات والمستفيدين في تحسين وتطوير الخدمات التي تقدم لهم.	2.95	1.340	2	متوسطة
4	يدرك العاملون أهمية الخدمات الخاصة التي يوفرها المستشفى	3.21	1.253	1	متوسطة
5	يراقب المستشفى شكاوى متلقي الخدمات والمستفيدين ويعمل على حلها.	2.90	1.384	5	متوسطة
	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	2.98	1.106		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 17) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.98، وانحراف معياري بلغ 1.106، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " يدرك العاملون أهمية الخدمات الخاصة التي يوفرها المستشفى " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.21 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على متوسط إدراك العاملين لأهمية الخدمات الخاصة بالنسبة للمريض.
- جاءت عبارة " يستخدم المستشفى المعلومات التي يقدمها متلقي الخدمات والمستفيدين في تحسين وتطوير الخدمات التي تقدم لهم " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.95 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على عدم الاستغلال الأمثل لهذه المعلومات في ترقية الخدمة.
- جاءت عبارة " تقوم الإدارة بإثبات عملياً الأهمية النسبية لرضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.94 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن أهمية رضا المرض تتساوى مع الاهتمامات الأخرى.

- جاءت عبارة " يلتزم المستشفى بشدة برضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها" في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يؤكد أن رضا المريض لا يدرج ضمن الأولويات الأولى لإدارة المستشفى.

- جاءت عبارة " يراقب المستشفى شكاوى متلقي الخدمات والمستفيدين ويعمل على حلها" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على عدم الاستفادة من شكاوى المرضى في تطوير الخدمة الصحية.

4- مبدأ فرق العمل

للتعرف على مدى توافر مبدأ فرق العمل في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 18): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد فرق العمل

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	لدى المستشفى فرق عمل متخصصة لإنجاز المهام اليومية.	3.25	1.235	1	متوسطة
2	تشجع إدارة المستشفى العمل بأسلوب الفريق.	3.19	1.130	2	متوسطة
3	تقوم إدارة المستشفى بتشكيل فرق العمل من مستويات تنظيمية متعددة	3.00	1.099	4	متوسطة
4	يرتكز أسلوب العمل في المستشفى على فرق العمل المدارة ذاتياً.	3.15	1.008	3	متوسطة
5	تؤكد إدارة المستشفى على تشكيل حلقات الجودة.	2.93	1.062	5	متوسطة
فرق العمل		3.11	0.911	متوسطة	

يتضح من نتائج الجدول (5، 18) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجدها مبدأ فرق العمل في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 3.11، وانحراف معياري بلغ 0.911، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " لدى المستشفى فرق عمل متخصصة لإنجاز المهام اليومية" في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.25 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على وجود فريق عمل يتشارك في إنجاز المهام اليومية.

- جاءت عبارة " تشجع إدارة المستشفى العمل بأسلوب الفريق" في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.19 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أدراك الإدارة لأهمية الاستفادة من خبرة أعضاء الفريق في علاج الحالة المرضية.
- جاءت عبارة " يركز أسلوب العمل في المستشفى على فرق العمل المدارة ذاتياً" في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.15 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن فريق العمل مدار بتنسيق مع الإدارة.
- جاءت عبارة " تقوم إدارة المستشفى بتشكيل فرق العمل من مستويات تنظيمية متعددة" في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.00 وبمستوى أهمية متوسطة.
- جاءت عبارة " تؤكد إدارة المستشفى على تشكيل حلقات الجودة" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.93 وبمستوى أهمية متوسطة.
- 5- مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة
- للتعرف على مدى توافر مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 19): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعده التخطيط الاستراتيجي للجودة

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يتعامل المستشفى مع الجودة الشاملة على أساس أنها خطة استراتيجية طويلة المدى	2.85	1.185	3	متوسطة
2	ترتكز رسالة المستشفى على تحقيق رضا العملاء والمستفيدين بالدرجة الأولى.	3.03	1.203	1	متوسطة
3	تدعم الإدارة العليا للمستشفى دائماً عملية التحسين المستمر للجودة على المدى البعيد.	2.88	1.177	2	متوسطة
4	أهداف وسياسات الجودة الشاملة في المستشفى مفهومة لدى العاملين.	2.80	1.027	4	متوسطة
5	تؤكد الإدارة العليا في المستشفى على عملية التخطيط الاستراتيجي للجودة باستمرار.	2.77	1.136	5	متوسطة
	التخطيط الاستراتيجي للجودة	2.87	0.979		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 19) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.87، وانحراف معياري بلغ 0.979، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " تركز رسالة المستشفى على تحقيق رضا العملاء والمستفيدين بالدرجة الأولى " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.03 وبمستوى أهمية متوسطة مما يدل على أن من خطط المستشفى السعي لتحقيق رضا المستفيدين من خدماتها.
- جاءت عبارة " تدعم الإدارة العليا للمستشفى دائماً عملية التحسين المستمر للجودة على المدى البعيد" في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.88 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن هناك دعم متوسط لعملية التحسين المستمر.
- جاءت عبارة " يتعامل المستشفى مع الجودة الشاملة على أساس أنها خطة استراتيجية طويلة المدى" في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.85 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن الجودة الشاملة لاتزال خطة غير استراتيجية.
- جاءت عبارة " أهداف وسياسات الجودة الشاملة في المستشفى مفهومة لدى العاملين" في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.80 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن الجودة الشاملة غير مفهومة تماماً عند العاملين.
- جاءت عبارة " تؤكد الإدارة العليا في المستشفى على عملية التخطيط الاستراتيجي للجودة باستمرار" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.77 وبمستوى أهمية متوسطة.

6- مبدأ المقارنة المرجعية

للتعرف على مدى توافر مبدأ المقارنة المرجعية في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 20): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعده المقارنة المرجعية

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يقوم المستشفى بدراسة أفضل الممارسات التي تقوم بها المستشفيات الأخرى.	2.54	1.095	5	منخفضة
2	عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تزيد من إمكانية تلبية رضا زبائن المستشفى.	2.73	1.143	3	متوسطة
3	تهتم الإدارة باعتماد المقاييس المحددة التي يعتمدها المنافسون عند إجراء عملية المقارنة.	2.72	1.024	4	متوسطة
4	عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تحقق سمعة وصورة المستشفى	2.95	1.171	2	متوسطة
5	المقارنة المرجعية تساعد المستشفى في تطوير وتحسين الخدمات الصحية.	3.05	1.156	1	متوسطة
المقارنة المرجعية		2.80	0.914	متوسطة	

يتضح من نتائج الجدول (5، 20) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ المقارنة المرجعية في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.80، وانحراف معياري بلغ 0.914، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " المقارنة المرجعية تساعد المستشفى في تطوير وتحسين الخدمات الصحية " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.05 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على وعي الموظفين بالأهمية تجارب المؤسسات الأخرى.

- جاءت عبارة " عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تحقق سمعة وصورة المستشفى " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.95 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تزيد من إمكانية تلبية رضا زبائن المستشفى " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.73 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " تهتم الإدارة باعتماد المقاييس المحددة التي يعتمد عليها المنافسون عند إجراء عملية المقارنة " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.72 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " يقوم المستشفى بدراسة أفضل الممارسات التي تقوم بها المستشفيات الأخرى " في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.54 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على عدم نقل تجارب الناجحة من المستشفيات الأخرى.

7- مبدأ المعلومات والقياس والتحليل

للتعرف على مدى توافر مبدأ المعلومات والقياس والتحليل في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 21): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد المعلومات والقياس والتحليل

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	تقوم الإدارة بقياس أداء برنامج الجودة في جميع الأقسام.	2.54	1.048	3	منخفضة
2	تعتمد الإدارة على المخططات والمؤشرات المالية وغير المالية لقياس ومراقبة الجودة	2.51	1.148	5	منخفضة
3	تعتمد الإدارة في المستشفى على الأساليب الإحصائية لقياس ومراقبة الجودة.	2.54	1.103	4	منخفضة
4	تعتمد الإدارة على أساليب متعددة في الحصول على المعلومات اللازمة لتخطيط فعاليتها فيما يتعلق بتقديم الخدمات.	2.63	1.095	2	متوسطة
5	تساهم أساليب القياس المعتمدة في المستشفى في تحسين الأداء الكلي.	2.63	1.087	1	متوسطة
	المعلومات والقياس والتحليل	2.57	0.917		منخفضة

يتضح من نتائج الجدول (5، 21) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجدها مبدأ المعلومات والقياس والتحليل في المستشفى جاءت بمستوى أهمية منخفضة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.57، وانحراف معياري بلغ 0.917، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة "تساهم أساليب القياس المعتمدة في المستشفى في تحسين الأداء الكلي" في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.63 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن الأساليب المستعملة لا تعطي تحليل وافي عن الأداء الكلي.
- جاءت عبارة "تعتمد الإدارة على أساليب متعددة في الحصول على المعلومات اللازمة لتخطيط فعاليتها فيما يتعلق بتقديم الخدمات" في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.63 وبمستوى أهمية متوسطة.
- جاءت عبارة "تقوم الإدارة بقياس أداء برنامج الجودة في جميع الأقسام" في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.54 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف قياس الجودة.
- جاءت عبارة "تعتمد الإدارة في المستشفى على الأساليب الإحصائية لقياس ومراقبة الجودة" في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.54 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف استعمال الأساليب الإحصائية.
- جاءت عبارة "تعتمد الإدارة على المخططات والمؤشرات المالية وغير المالية لقياس ومراقبة الجودة" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.51 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف الاعتماد على المؤشرات المالية وغير المالية.
- 8- مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم
- للتعرف على مدى توافق مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 22): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعث تدريب العاملين ومشاركتهم

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	تهدف برامج التدريب في المستشفى إلى التأكيد على أهمية الجودة في الخدمات المقدمة	2.90	1.183	2	متوسطة
2	يشترك في الدورات التدريبية الموظفين من كافة الأقسام	2.66	1.331	5	متوسطة
3	عند إدارة المستشفى توجّه نحو التدريب كفرق عمل وليس كأفراد	2.85	1.370	3	متوسطة
4	تقوم الإدارة بإشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالقسم الذي يعملون فيه.	2.73	1.223	4	متوسطة
5	تسود روح التعاون بين الموظفين في الأقسام المختلفة.	3.04	1.401	1	متوسطة
	تدريب العاملين ومشاركتهم	2.84	1.085		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 22) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.84، وانحراف معياري بلغ 1.085، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " تسود روح التعاون بين الموظفين في الأقسام المختلفة " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.04 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل العمل الجماعي بين الموظفين.

- جاءت عبارة " تهدف برامج التدريب في المستشفى إلى التأكيد على أهمية الجودة في الخدمات المقدمة " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " عند إدارة المستشفى توجّه نحو التدريب كفرق عمل وليس كأفراد " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.85 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " تقوم الإدارة بإشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالقسم الذي يعملون فيه " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.73 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على متوسط المشاركة.

- جاءت عبارة " يشترك في الدورات التدريبية الموظفين من كافة الأقسام" في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.66 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن دورات التدريب مقتصرة على فئة معينة.

9- مبدأ التنظيم

للتعرف على مدى توافر مبدأ التنظيم في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 23): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد التنظيم

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على العمل الجماعي	3.04	1.254	1	متوسطة
2	يوجد داخل المستشفى قسم متخصص لتقديم استشارات تتعلق بجودة الخدمات المقدمة	2.38	1.082	5	منخفضة
3	تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على إتباع أسلوب حلقات الجودة في العمل.	2.64	1.039	4	متوسطة
4	المشاكل داخل أقسام المستشفى المختلفة تناقش بشكل جماعي.	2.81	1.154	3	متوسطة
5	تقوم أقسام المستشفى بتوفير المعلومات للموظفين فيها عند طلبها.	2.89	1.116	2	متوسطة
	التنظيم	2.75	0.900		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 23) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجد مبدأ التنظيم في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.75، وانحراف معياري بلغ 0.900، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على العمل الجماعي " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.04 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يؤكد وجود فرق العمل.

- جاءت عبارة " تقوم أقسام المستشفى بتوفير المعلومات للموظفين فيها عند طلبها " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.89 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " المشاكل داخل أقسام المستشفى المختلفة تناقش بشكل جماعي " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.81 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على إتباع أسلوب حلقات الجودة في العمل " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.64 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " يوجد داخل المستشفى قسم متخصص لتقديم استشارات تتعلق بجودة الخدمات المقدمة " في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.38 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على عدم وجود هذا القسم.

10- مبدأ إدارة العلاقات مع الموردين

للتعرف على مدى توافر مبدأ إدارة العلاقات مع الموردين في المستشفى من وجهة نظر الموظفين، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 24): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد إدارة العلاقات مع الموردين

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يتم اختيار الموردين على أساس الجودة بدلاً من السعر.	2.78	1.170	4	متوسطة
2	يبني المستشفى علاقات متينة وطويلة مع الموردين.	2.85	1.100	3	متوسطة
3	يلتزم الموردون الذين يتم التعامل معهم ببرنامج جودة واضح	2.90	1.183	2	متوسطة
4	يهتم المستشفى بالفحص والمراقبة لجودة جميع المواد الموردة.	2.74	1.129	5	متوسطة
5	يقوم المستشفى بإشراك الموردين الأساسيين في عملية تحسين الخدمات المقدمة.	2.90	1.121	1	متوسطة
إدارة العلاقات مع الموردين		2.83	0.955	متوسطة	

يتضح من نتائج الجدول (5، 24) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على تواجدها مبدأ إدارة العلاقات مع الموردين في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.83، وانحراف معياري بلغ 0.955، وتم ترتيب عبارات هذا المبدأ ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة "يقوم المستشفى بإشراك الموردين الأساسيين في عملية تحسين الخدمات المقدمة " في المرتبة الأولى من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة، يدل على مشاركة المورد
- جاءت عبارة " يلتزم الموردون الذين يتم التعامل معهم ببرنامج جودة واضح " في المرتبة الثانية من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.90 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يعني التزام دون المتوسط.
- جاءت عبارة " يبني المستشفى علاقات متينة وطويلة مع الموردين " في المرتبة الثالثة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.85 وبمستوى أهمية متوسطة.
- جاءت عبارة " يتم اختيار الموردين على أساس الجودة بدلا من السعر " في المرتبة الرابعة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.78 وبمستوى أهمية متوسطة.
- جاءت عبارة " يهتم المستشفى بالفحص والمراقبة لجودة جميع المواد الموردة " في المرتبة الخامسة من حيث درجة تواجدها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.74 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل عدم مراجعة جودة المواد الموردة.

الفرع الثاني: نتائج تحليل متغيرات الاستبانة الموجهة للمرضى في المستشفى

أولاً: وصف أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمرضى

الجدول المولي يبين توزيع أفراد العينة المتعلقة بالمرضى في المستشفى تبعاً للخصائص الديمغرافية المتمثلة في الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وعدد مرات الدخول لمستشفى.

الجدول (5، 25): وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمرضى

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	74	44.8
	أنثى	91	55.2
العمر	أقل من 30 سنة	42	25.5
	من 30 إلى 39 سنة	39	23.6
	من 40 إلى 49 سنة	31	18.8
	من 50 إلى 59 سنة	33	20
	أكثر من 59 سنة	20	12.1
	المستوى التعليمي	أقل من ابتدائي	22
ابتدائي		26	15.8
متوسط		42	25.5
ثانوي		50	30.3
جامعي		25	15.2
عدد مرات الدخول للمستشفى		مرة واحدة	98
	أكثر من مرة	67	40.6

ثانياً: نتائج درجة مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى

للتعرف على درجة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات كل بعد من أبعاد الدراسة، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 26): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة

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

يتضح من نتائج الجدول (5، 26) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.68، وانحراف معياري بلغ 0.667. مما يدل على أن مستوى جودة الخدمة المقدمة غير مقبول بدرجة عالية من قبل المرضى فهي دون مستوى توقعاتهم، وتم ترتيب هذه الأبعاد ترتيباً تنازلياً حسب درجة مستوى جودتها في المستشفى كما يلي:

- جاء بعد " الأمان " في المرتبة الأولى من حيث درجة مستوى جودته في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.89 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاء بعد " الاعتمادية " في المرتبة الثانية من حيث درجة مستوى جودته في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.70 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاء بعد " التعاطف " في المرتبة الثالثة من حيث درجة مستوى جودته في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.68 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاء بعد " الاستجابة " في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودته في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.58 وبمستوى أهمية منخفضة.

- جاء بعد " الأشياء الملموسة " في المرتبة الخامسة من حيث درجة مستوى جودته في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.56 وبمستوى أهمية منخفضة.

كما جاءت نتائج الدراسة المتعلقة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة على النحو التالي:

1- بعد الأشياء الملموسة

للتعرف على درجة مستوى جودة بعد الأشياء الملموسة في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 27): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعء الأشياء الملموسة

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	موقع المستشفى ملائم ويسهل الوصول إليه.	2.75	1.261	1	متوسطة
2	يتوفر المستشفى على مرافق نظيفة ومريحة وذات مظهر جذاب.	2.46	1.212	4	منخفضة
3	تمتلك المستشفى أجهزة ومعدات طبية حديثة.	2.46	1.171	3	منخفضة
4	يتمتع الأطباء والممرضين وجميع العاملين في المستشفى بمظهر أنيق.	2.56	1.195	2	منخفضة
	بعء الأشياء الملموسة	2.56	0.973		منخفضة

يتضح من نتائج الجدول (5، 27) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة بعء الأشياء الملموسة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية منخفضة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.56، وانحراف معياري بلغ 0.973، وتم ترتيب عبارات هذا البعد ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة "موقع المستشفى ملائم ويسهل الوصول إليه." في المرتبة الأولى من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.75 وبمستوى أهمية متوسطة مما يدل على سهولة الوصول إلى المستشفى.

- جاءت عبارة "يتمتع الأطباء والممرضين وجميع العاملين في المستشفى بمظهر أنيق" في المرتبة الثانية من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.56 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على مظهر مقبول.

- جاءت عبارة "تمتلك المستشفى أجهزة ومعدات طبية حديثة" في المرتبة الثالثة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.46 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على نقص في المعدات الحديثة.

- جاءت عبارة "يتوفر المستشفى على مرافق نظيفة ومريحة وذات مظهر جذاب" في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.46 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف وعي العمال والإدارة معاً، بأهمية مكانة النظافة في إدارة الجودة الشاملة.

- جاءت عبارة " تُبدي المستشفى اهتمام كبير لحل المشكلات التي يعاني منها المرضى " في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.69 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على اهتمام دون المتوسط في حل مشاكل المريض.

- جاءت عبارة " يجرى تقديم الخدمة في المستشفى بطريقة صحيحة من أول مرة " في المرتبة الخامسة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.58 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على نقص تدريب الموظفين على إنجاز مهامهم بطريقة صحيحة من أول مرة.

3- بعد الاستجابة

للتعرف على مستوى جودة بعد الاستجابة في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 29): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد الاستجابة

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يقوم المستشفى بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم.	2.77	1.202	1	متوسطة
2	يقوم الموظفون بالمستشفى بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير.	2.42	1.215	4	منخفضة
3	يرغب الموظفون في المستشفى بتقديم المساعدة للمرضى.	2.64	1.229	2	متوسطة
4	الموظفون في المستشفى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم.	2.49	1.182	3	منخفضة
	بعد الاستجابة	2.58	1.017		منخفضة

يتضح من نتائج الجدول (5، 29) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة بعد الاستجابة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية منخفضة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.58، وانحراف معياري بلغ 1.071، وتم ترتيب عباراته ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة كما يلي:

- جاءت عبارة " يقوم المستشفى بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم " في المرتبة الأولى من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.77 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن المريض يتم إخباره بمواعيد الخدمة لكن درجة الاستجابة دون المتوسط.

- جاءت عبارة " يرغب الموظفون في المستشفى بتقديم المساعدة للمرضى " في المرتبة الثانية من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.64 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن نية المساعدة موجودة لكن الاستجابة دون المتوسط.

- جاءت عبارة " الموظفون في المستشفى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم " في المرتبة الثالثة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.49 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يؤكد ضعف استجابة الموظفين في معالجة مشاكل المرضى.

- جاءت عبارة " يقوم الموظفون بالمستشفى بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير " في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.42 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف وتباطؤ تفاعل الموظفون مع الحالات المرضية.

4- بعد الأمان

للتعرف على مستوى جودة بعد الأمان في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 30): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد الأمان

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	الموظفون في المستشفى موضع ثقة المرضى (أي يمكن الوثوق بهم)	2.98	1.112	1	متوسطة
2	المريض يشعر بالأمان عند تعامله مع الموظفين في المستشفى	2.96	1.123	2	متوسطة
3	يتصف الكادر الطبي والإداري العامل في المستشفى بالأدب واللطف على دوام.	2.77	1.128	4	متوسطة
4	يملك الكادر الطبي والإداري في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم	2.84	1.125	3	متوسطة
	بعد الأمان	2.89	0.956		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 30) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة بعد الأمان في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.89، وانحراف معياري بلغ 0.956، وتم ترتيب عبارات هذا البعد ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " الموظفون في المستشفى موضع ثقة المرضى (أي يمكن الوثوق بهم)" في المرتبة الأولى من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.98 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن هناك ثقة من جانب المرضى نحو الطاقم الطبي.

- جاءت عبارة " المريض يشعر بالأمان عند تعامله مع الموظفين في المستشفى" في المرتبة الثانية من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.96 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " يمتلك الكادر الطبي والإداري في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم " في المرتبة الثالثة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.84 وبمستوى أهمية متوسطة.

- جاءت عبارة " يتصف الكادر الطبي والإداري العامل في المستشفى بالأدب واللطف على دوام " في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.77 وبمستوى أهمية متوسطة.

5- بعد التعاطف

للتعرف على مستوى جودة بعد التعاطف في المستشفى من وجهة نظر المرضى، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات هذا البعد، كما يبين الجدول التالي:

الجدول (5، 31): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لبعد التعاطف

رقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	يعطي الموظفون في المستشفى الاهتمام الكافي لكل مريض	2.60	1.114	3	منخفضة
2	أوقات دوام المستشفى ملائمة للمرضى متلقي العلاج	3.00	1.194	1	متوسطة
3	يعطي الموظفون في المستشفى المرضى الاهتمام الشخصي	2.66	1.180	2	متوسطة
4	رغبات المرضى موضع اهتمام عالي من قبل الموظفين	2.55	1.066	5	منخفضة
5	يتفهم الموظفون في المستشفى احتياجاتك الشخصية.	2.56	1.089	4	منخفضة
	بعد التعاطف	2.68	0.918		متوسطة

يتضح من نتائج الجدول (5، 31) أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة بعد التعاطف في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 2.68، وانحراف معياري بلغ 0.918، وتم ترتيب عبارات هذا البعد ترتيباً تنازلياً حسب درجة الموافقة عليها كما يلي:

- جاءت عبارة " أوقات دوام المستشفى ملائمة للمرضى متلقي العلاج " في المرتبة الأولى من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 3.00 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن وقت دوام ملائمة خاصة وان المستشفى يشتغل 24 ساعة دون توقف.
- جاءت عبارة " يعطي الموظفون في المستشفى المرضى الاهتمام الشخصي " في المرتبة الثانية من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.66 وبمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن ضعف التعاطف مع المرضى.
- جاءت عبارة " يعطي الموظفون في المستشفى الاهتمام الكافي لكل مريض " في المرتبة الثالثة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.60 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على أن الموظفين لا يولون أهمية للجانب الإنساني في تعاملهم مع المريض.
- جاءت عبارة " رغبات المرضى موضع اهتمام عالي من قبل الموظفون " في المرتبة الرابعة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.56 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على يؤكد عدم حرص الموظفون الجاد في تعاملهم مع المرضى.
- جاءت عبارة " يتفهم الموظفون في المستشفى احتياجاتك الشخصية " في المرتبة الخامسة من حيث درجة مستوى جودتها في المستشفى، وذلك بمتوسط حسابي 2.55 وبمستوى أهمية منخفضة، مما يدل على ضعف الاتصال الشخصي بين الموظفين والمرضى.

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات

أولاً: الفرضية الرئيسة الأولى

تجيب الفرضية الرئيسة الأولى على السؤال " هل هناك علاقة تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى على جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمريض؟".

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للتحقق من أثر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة، كما يلي:

الجدول (5، 32): نتائج اختبار الانحدار البسيط

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة.

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
جودة الخدمة	0.976	0.952	1	2384.66	3.920	0.582	0.000
			119				
			120				

يبين الجدول (5، 32) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى تربطاً بوجمعة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.976) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.952)، أي أن ما قيمته (0.952) من التغير في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى ناتج عن التغير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.582) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في جودة الخدمة الصحية المقدمة بقيمة (0.582)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (2384.66) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولبيان درجة أثر توافر كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise)، الذي يساعد في ترتيب المتغيرات المستقلة حسب

أهميتها في تفسير المتغير التابع، بحيث يتم إدخال المتغيرات وهداً بعد الأخر إلى النموذج علماً أن المتغير الداخلى عرضة للاستبعاد في حالة ثبوت عدم معنويته بوجود المتغيرات الأخرى، ويتم التأكد من ثبوت معنوية المتغير من خلال قيمة الدلالة الإحصائية (Sig) التي تقابل ميل هذا المتغير فإذا كانت هذه القيمة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ يقبل المتغير وفي حالة العكس يستبعد المتغير من النموذج . وقبل الشروع في هذا الاختبار تم التأكد من عدم وجود ارتباط عال بين متغيرات المستقلة من خلال الاعتماد على معامل تضخم التباين VIF لكل متغير من المتغيرات المستقلة. بحيث إذا كانت قيمة VIF أقل من 5 فإنه يمكن الحكم بعدم وجود ازدواج خطي.

الجدول (5، 33): نتائج اختبار معامل تضخم التباين VIF

المتغيرات المستقلة	التباين المسموح به	معامل تضخم التباين VIF
الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة	0.366	2.733
التحسين المستمر	0.448	2.233
التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية	0.375	2.669
فرق العمل	0.503	1.989
التخطيط الاستراتيجي للجودة	0.325	3.078
المقارنة المرجعية	0.379	2.641
المعلومات والقياس والتحليل	0.360	2.777
تدريب العاملين ومشاركتهم	0.288	3.478
التنظيم	0.399	2.503
إدارة العلاقات مع الموردين	0.406	2.465

يتضح من الجدول (5، 33) أن قيمة معامل تضخم التباين لجميع المتغيرات المستقلة أقل من 5 وتراوحت قيمها من 1.989 و 3.478، وقيمة التباين المسموح به المقابلة لها أكبر من 0.05 حيث تراوحت بين 0.288 و 0.503 مما يشير إلى عدم وجود ارتباط عال بين هذه المتغيرات.

الجدول (5، 34): نتائج اختبار الانحدار الخطي المتعدد التدريجي
لأثر توافر كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
جودة الخدمة	0.978	0.956	10	236.534	1.917	0.000
			110			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	تدريب العاملين ومشاركتهم			0.031	2.043	0.043
2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية			0.062	4.789	0.000
3	المقارنة المرجعية			0.070	4.458	0.000
4	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة			0.054	3.231	0.002
5	إدارة العلاقات مع الموردين			0.067	4.653	0.000
6	التحسين المستمر			0.056	4.680	0.000
7	التخطيط الاستراتيجي للجودة			0.069	4.386	0.000
8	التنظيم			0.066	4.235	0.000
9	فرق العمل			0.064	4.707	0.000
10	المعلومات والقياس والتحليل			0.050	3.127	0.002

يوضح الجدول (5، 34) أثر توافر أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى تربي بوجمعة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد التدريجي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.978) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.956)، أي أن ما قيمته (0.956) من التغير في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى ناتج عن التغير في توافر أبعاد إدارة الجودة الشاملة.

وتفسر درجات تأثير معاملات الانحدار β على أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في جودة الخدمة الصحية المقدمة بقيمة (0.031)

لبعد تدريب العاملين ومشاركتهم، و(0.062) لبعد التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية ، و(0.070) لبعد المقارنة المرجعية ، و(0.054) لبعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، و(0.067) لبعد إدارة العلاقات مع الموردين ، و(0.056) لبعد التحسين المستمر، و(0.069) لبعد التخطيط الاستراتيجي للجودة ، و(0.066) لبعد التنظيم، و(0.064) لبعد فرق العمل ، و(0.050) لبعد المعلومات والقياس والتحليل. ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (236.534) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (1.917).

وللتحقق من أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على كل متغير من متغيرات جودة الخدمة (بعد الأشياء الملموسة، بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد الأمان، بعد التعاطف)، تم تقسيم الفرضية الرئيسة إلى خمسة فرضيات فرعية، واختبار هذه الفرضيات تم استخدام الانحدار الخطي البسيط، ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

1- الفرضية الفرعية الأولى

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (5، 35): نتائج اختبار الانحدار البسيط.

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة.

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
بعد الأشياء الملموسة	0.373	0.139	1	19.181	3.920	0.435	0.000
			119				
			120				

يوضح الجدول (5، 35) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.373) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.139)، أي أن ما قيمته (0.139) من التغير في بعد الأشياء الملموسة ناتج عن التغير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.435) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في بعد الأشياء الملموسة بقيمة (0.435)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (19.181)

وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة عند مستوى دلالة معنوية 0.05. ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

الجدول (5، 36): نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة.

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بعد الأشياء الملموسة	0.410	0.168	2	11.920	3.073	0.000
			118			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة			0.230	2.183	0.031
2	التحسين المستمر			0.174	2.088	0.039

يوضح الجدول (5، 36) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد المتدرج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر بعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و التحسين المستمر معاً على بعد الأشياء الملموسة، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.410) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.168)، أي أن ما قيمته (0.168) من التغيير في بعد الأشياء الملموسة ناتج عن التغيير في بعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.230) للالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و (0.174) للتحسين المستمر وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في هذين البعدين يؤدي إلى زيادة في بعد الأشياء الملموسة بقيمة (0.230) لبعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، و (0.174) لبعدي التحسين المستمر، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (11.920) وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.073).

2- الفرضية الفرعية الثانية

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (5، 37): نتائج اختبار الانحدار البسيط

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
بعد الاعتمادية	0.644	0.414	1	84.150	3.920	0.706	0.000
			119				
			120				

يوضح الجدول (5، 37) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على الاعتمادية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.644) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.414)، أي أن ما قيمته (0.414) من التغير في بعد الاعتمادية ناتج عن التغير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.706) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في بعد الاعتمادية بقيمة (0.706)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (84.150) وهي دالة عند مستوى α (≤ 0.05) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

الجدول (5، 38): نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي
لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بعد الاعتمادية	0.681	0.464	3	33.703	2.682	0.000
			117			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	التحسين المستمر			0.252	3.957	0.000
2	التخطيط الاستراتيجي للجودة			0.239	3.617	0.000
3	الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة			0.179	2.073	0.040

يوضح الجدول (5، 38) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية ، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد المتدرج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر ثلاثة متغيرات (بعد التحسين ، بعد التخطيط الاستراتيجي للجودة ، بعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة) على بعد الاعتمادية ، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.681) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.464) ، أي أن ما قيمته (0.464) من التغير في بعد الاعتمادية ناتج عن التغير في بعد التحسين المستمر ، وبعد التخطيط الاستراتيجي للجودة ، وبعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة مجتمعة ، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.252) للتحسين المستمر ، و(0.239) للتخطيط الاستراتيجي للجودة و(0.179) للالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في هذه الأبعاد يؤدي إلى زيادة في بعد الاعتمادية بقيمة (0.252) للتحسين المستمر ، و(0.239) للتخطيط الاستراتيجي للجودة و(0.179) للالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (33.703) وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.682).

3- الفرضية الفرعية الثالثة

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (5، 39): نتائج اختبار الانحدار البسيط

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
بعد الاستجابة	0.450	0.202	1	30.138	3.920	0.499	0.000
			119				
			120				

يوضح الجدول (5، 39) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.450) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.202)، أي أن ما قيمته (0.202) من التغير في بعد الاستجابة ناتج عن التغير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.499) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في بعد الاستجابة بقيمة (0.499)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (30.138) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

الجدول (5، 40): نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي
لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بعد الاستجابة	0.483	0.233	2	17.965	3.073	0.000
			118			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	التخطيط الاستراتيجي للجودة			0.234	3.043	0.003
2	التنظيم			0.253	3.031	0.003

يوضح الجدول (5، 40) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد المتدرج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر بعدي التخطيط الاستراتيجي للجودة والتنظيم معاً على بعد الاستجابة، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.483) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.233)، أي أن ما قيمته (0.233) من التغير في بعد الاستجابة ناتج عن التغير في بعدي التخطيط الاستراتيجي للجودة والتنظيم، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.234) للتخطيط الاستراتيجي للجودة و(0.253) للتنظيم وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في هذين البعدين يؤدي إلى زيادة في بعد الاستجابة بقيمة (0.234) لبعد التخطيط الاستراتيجي للجودة، و(0.253) لبعد التنظيم، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (25.021) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.073).

4- الفرضية الفرعية الرابعة

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (5، 41): نتائج اختبار الانحدار البسيط

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
بعد الأمان	0.580	0.336	1	60.277	3.920	0.637	0.000
			119				
			120				

يوضح الجدول (5، 41) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على الأمان، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.373) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.139)، أي أن ما قيمته (0.139) من التغيير في بعد الأمان ناتج عن التغيير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.435) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في بعد الأمان بقيمة (0.435)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (19.181) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

الجدول (5، 42): نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي
لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بعد الأمان	0.590	0.348	2	31.475	3.073	0.000
			118			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	إدارة العلاقات مع الموردين			0.378	5.122	0.000
2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية			0.158	2.481	0.015

يوضح الجدول (5، 42) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان ، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد المتدرج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر بعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وبعد التحسين المستمر معاً على بعد الأمان، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.410) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.168)، أي أن ما قيمته (0.168) من التغيير في بعد الاعتمادية ناتج عن التغيير في بعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.230) للالتزام بالالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و(0.174) للتحسين المستمر وهنئ يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في هذين البعدين يؤدي إلى زيادة في بعد الأمان بقيمة (0.230) لبعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، و(0.174) لبعدي التحسين المستمر، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (11.920) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.079).

5- الفرضية الفرعية الخامسة

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (5، 43): نتائج اختبار الانحدار البسيط

لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	مستوى الدلالة Sig*
بعد التعاطف	0.608	0.370	1	69.880	3.920	0.631	0.000
			119				
			120				

يوضح الجدول (5، 43) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.373) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.139)، أي أن ما قيمته (0.139) من التغيير في بعد التعاطف ناتج عن التغيير في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.435) وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يؤدي إلى زيادة في بعد التعاطف بقيمة (0.435)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (19.181) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.920). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولتحديد المتغيرات المستقلة حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع تم استخدام الانحدار الخطي المتعدد التدريجي (Stepwise) كما يلي:

الجدول (5، 44): نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي
لأثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بعد التعاطف	0.607	0.368	2	34.331	3.073	0.000
			118			
			120			
معاملات خط الانحدار المتدرج						
ترتيب حسب الأهمية	المتغيرات المستقلة			معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*
1	إدارة العلاقات مع الموردين			0.346	5.050	0.000
2	التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية			0.175	2.954	0.004

يوضح الجدول (5، 44) أثر توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف ، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد المتدرج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر بعد الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وبعد التحسين المستمر معاً على بعد التعاطف، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.410) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.168)، أي أن ما قيمته (0.168) من التغيير في بعد التعاطف ناتج عن التغيير في بعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر، كما بلغت قيمة درجة التأثير β (0.230) للالتزام بالالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و(0.174) للتحسين المستمر وهنئذ يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في هذين البعدين يؤدي إلى زيادة في بعد التعاطف بقيمة (0.230) لبعدي الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، و(0.174) لبعدي التحسين المستمر، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (11.920) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (3.079).

ثانياً: الفرضية الرئيسة الثانية

تجيب الفرضية عن السؤال هل هناك اختلاف في رؤى الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، الوظيفة، المستوى التعليمي، الخبرة)؟

وللتحقق من هذه الفرضية تم تقسيمها إلى خمسة فرضيات فرعية كما يلي:

1- الفرضية الفرعية الأولى

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين.

الجدول (5، 45): نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة

من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الجنس

مستوى الدلالة Sig*	القيمة الجدولية T	القيمة المحسوبة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	
0.716	1.980	- 0.365	0.680	2.837	62	ذكر	توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة
			0.794	2.886	59	أنثى	

يتضح من الجدول (5، 45) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الجنس، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة T المحسوبة والتي بلغت (-0.365) وهي غير دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (1.980). وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

2- الفرضية الفرعية الثانية

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير العمر عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 46): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	1.083	4	0.271	0.493	2.449	0.741
داخل المجموعات	63.792	116	0.550			
المجموع	64.875	120				

يتضح من الجدول (5، 46) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير العمر، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (0.493) وهي غير دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.449)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير العمر عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

3- الفرضية الفرعية الثالثة

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الوظيفة عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 47): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير الوظيفة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية DF	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	0.635	4	0.159	0.286	2.449	0.886
داخل المجموعات	64.241	116	0.554			
المجموع	64.875	120				

يتضح من الجدول (5، 47) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الوظيفة، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (0.286) وهي غير دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.449)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الوظيفة عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

4- الفرضية الفرعية الرابعة

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 48): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية DF	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	25.665	3	8.555	25.527	2.682	0.000
داخل المجموعات	39.210	117	0.335			
المجموع	64.875	120				

يتضح من الجدول (5، 48) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ويؤكد معنوية وجود هذا الاختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (25.527) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.682)، وعليه ترفض الفرضية الصفرية H_0 وتقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر إدارة مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ولتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات المستوى التعليمي نحو الاتجاه نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة استخدم الباحث اختبار LSD وجاءت النتائج كالتالي:

الجدول (5، 49): نتائج اختبار LSD للفروق في فئات المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	أقل من متوسط	متوسط	ثانوي	جامعي
أقل من متوسط	1.6067	—	0.435	** 1.190	** 1.642
متوسط	2.0417	- 0.435	—	** 0.755	** 1.207
ثانوي	2.7972	** -1.190	** - 0.755	—	** 0.451
جامعي	3.2487	** -1.642	** -1.207	** - 0.451	—

** عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$) في اتجاهات الموظفين الذين مستواهم التعليمي ثانوي واتجاهات الموظفين الذين مستواهم التعليمي أقل من المتوسط ومتوسط نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة لصالح الموظفين ذوي المستوى التعليمي الثانوي وترجع هذه النتيجة إلى أن الموظفين أصحاب مستوى الثانوي لهم معرفة أكثر بمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$) في اتجاهات الموظفين الذين مستواهم التعليمي جامعي واتجاهات الموظفين الذين مستواهم التعليمي أقل من المتوسط ومتوسط وثنائي نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة لصالح الموظفين ذوي المستوى التعليمي الجامعي، وترجع هذه النتيجة إلى أن الموظفين أصحاب مستوى الجامعي لهم معرفة أكثر بمبادئ إدارة الجودة الشاملة من دراستهم الجامعية أو من واقع حياتهم المهنية.

5- الفرضية الفرعية الخامسة

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الخبرة عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 50): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تبعاً لمتغير الخبرة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية DF	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	1.404	5	0.281	0.509	2.293	0.769
داخل المجموعات	63.472	115	0.552			
المجموع	64.875	120				

يتضح من الجدول (5، 50) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تبعاً لمتغير الخبرة، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (0.509) وهي غير دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.293)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الخبرة عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

ثالثاً: الفرضية الرئيسة الثالثة

تجيب الفرضية عن السؤال هل هناك اختلاف في رؤى المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد مرات دخول المستشفى)؟

وللتحقق من هذه الفرضية تم تقسيمها إلى أربعة فرضيات فرعية كما يلي:

1- الفرضية الفرعية الأولى

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين.

الجدول (5، 51): نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة

من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير الجنس

مستوى الدلالة Sig*	القيمة الجدولية T	القيمة المحسوبة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	
0.951	1.974	- 0.062	0.683	2.680	74	ذكر	جودة الخدمة الصحية
			0.657	2.687	91	أنثى	

يتضح من الجدول (5، 51) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لمتغير الجنس، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة T المحسوبة والتي بلغت (-0.062) وهي غير دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (1.974)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

2- الفرضية الفرعية الثانية

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير العمر عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 52): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية DF	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	0.904	4	0.226	0.501	2.428	0.735
داخل المجموعات	72.164	160	0.451			
المجموع	73.068	164				

يتضح من الجدول (5، 52) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لمتغير العمر، ويؤكد معنوية عدم الاختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (0.501) وهي غير دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.428)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير العمر عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

3- الفرضية الفرعية الثالثة

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

الجدول (5، 53): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية DF	متوسط مجموع المربعات	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
بين المجموعات	2.397	4	0.599	1.357	2.428	0.251
داخل المجموعات	70.671	160	0.442			
المجموع	73.068	164				

يتضح من الجدول (5، 53) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ويؤكد معنوية عدم وجود اختلاف قيمة F المحسوبة والتي بلغت (1.357) وهي غير دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.428)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

4- الفرضية الفرعية الرابعة

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير عدد مرات دخول المستشفى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين.

الجدول (5، 54): نتائج اختبار (T) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير عدد مرات دخول المستشفى.

عدد مرات دخول المستشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة T	القيمة الجدولية T	الدلالة Sig*	مستوى
مرة واحدة	98	2.741	0.641	1.332	1.974	0.185	
أكثر من مرة	67	2.600	0.700				

يتضح من الجدول (5، 54) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لمتغير عدد مرات دخول المستشفى، ويؤكد معنوية عدم وجود هذا الاختلاف قيمة T المحسوبة والتي بلغت (1.332) وهي غير دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة T الجدولية البالغة (1.974)، وعليه ترفض الفرضية البديلة H_1 وتقبل الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير عدد مرات دخول المستشفى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

خاتمة:

جاءت نتائج اختبار فرضيات الدراسة كما يلي:

1- نتائج الفرضية الرئيسة الأولى:

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف.

2- نتائج الفرضية الرئيسة الثانية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير العمر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الوظيفة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الخبرة.

3- نتائج الفرضية الرئيسة الثالثة:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير العمر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير عدد مرات دخول المستشفى.

الخاتمة العامة

خاتمة عامة

اهتمت هذه الدراسة في معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة من وجهة نظر الموظفين، وقياس الجودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى من وجهة نظر المرضى، وتحليل العلاقة بين توافر هذه المبادئ وجودة الخدمة الصحية المقدمة.

أظهرت نتائج الدراسة النظرية ما يلي:

- الاهتمام المتزايد بأسلوب إدارة الجودة الشاملة من قبل جميع المنظمات سواء كانت إنتاجية أو خدمية، وسواء كانت ربحية أو غير ربحية، ويعود السبب للفوائد العظيمة التي التمتت هذه المنظمات في الواقع العملي من وراء تطبيق هذا النظام في إدارتها.

- تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة يعتمد على مجموعة من المبادئ صيغت من إسهامات ونماذج عدة باحثين، وتم تعزيز وتشجيع المنظمات والأفراد الذين نجحوا في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بمنحهم جوائز محلية وعالمية مثل الجوائز الشهيرة العالمية كجائزة ديمنج في اليابان، وجائزة مالكولم بالدريج للجودة في الولايات الأمريكية، وجائزة الجودة الأوروبية.

- تقدم المواصفات الدولية فوائد على المستوى التقني والاقتصادي والاجتماعي، فهي تساعد في مطابقة الخصائص التقنية للمنتجات والخدمات، وتسمح أيضاً في تعزيز فعالية التصنيع وإزالة عوائق التجارة الدولية.

- نظام الأيزو 9001 جزء من مكونات واهتمامات نظام إدارة الجودة الشاملة وليس نظامان متطابقان، حيث إن نظام إدارة الجودة الشاملة يعتمد على التحسين المستمر بصفة دائمة، في حين يعد تطبيق الأيزو 9001 خطوة متقدمة في الطريق إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- تطور الجودة في مجال القطاع الصحي جاء لغرض السيطرة على الأمراض وانتشارها، وتلبية لمتطلبات المرضى من الاستفادة من العلاجات الجيدة، والتي تكون سبب في شفائهم وتشعرهم بالسعادة والأمل في الحياة.

- الجودة في الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة، ومدى توافرها مع المبادئ المهنية، والتميز المهني، وكفاءة استخدام الموارد، والحد من تعرض المريض للخطر، وبلوغ درجة عالية من رضا المرضى والمستفيدين منها.

- الخصائص المميزة للخدمات جعلت من عملية قياس جودة الخدمة تختلف اختلافاً كلياً عن عملية قياس جودة المنتجات المادية، فالجودة المدركة في الخدمات تختلف عن الجودة المدركة في

المنتجات، كما إن النماذج المستخدمة في قياس جودة الخدمة تعتمد في الأساس على تقييم المستفيد من الخدمة.

- هناك نموذجان هما الأكثر شهرة واستعمالا في قياس جودة الخدمة، فالأول يسمى مقياس جودة الخدمة أو مقياس الفجوة ServQual، ويعتمد هذا المقياس على تحديد الفرق بين توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة المقدمة لهم، أي أن جودة الخدمة = التوقعات - الإدراكات. أما الثاني مقياس أداء الخدمة Servperf ويركز هذا المقياس على تقييم الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للزبون، وجودة الخدمة يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال اتجاهات الزبائن، ويعني أن جودة الخدمة = الأداء الفعلي للخدمة.

- تطور النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال الى سنة 2014، من حيث البنية التحتية في سنة 1962 كان عدد المرافق الصحية لايتعدى 143 مركزا بقدرة استيعاب 13395 سريرا، لينتقل في سنة 2014 الى أكثر من 1000 مؤسسة استشفائية بطاقة استيعابية تقدر ب 71 الف سرير.

- وانتقل عدد الموظفين في القطاع الصحي من 500 طبيب، 50 % منهم جزائريين بعد الاستقلال مباشرة إلى 297.360 موظف سنة 2014، وبنسبة تغطية طبيب لكل 550 ساكن وممرض لكل 290 ساكن، بالإضافة إلى تحسن في المؤشرات الصحية الأخرى. وكل هذه الانجازات كان الهدف منها تحسين نوعية العلاج وتقريبه من المواطن، وتقديم العناية الأفضل للمريض.

- جاءت سياسة لإصلاح المستشفيات بمجموعة من الأهداف تمثلت في إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع المتطلبات الصحية للمرضى، والتأكيد على توفير الموارد اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية، والتأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى وغيرها، من أجل النهوض بالقطاع الصحي وتقديم خدمة صحية عالية الجودة.

وجاءت نتائج الدراسة الميدانية كما يلي:

- إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، وجميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، جاءت موجبة وقوية مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من أبعاد أداة الدراسة.

- إن جميع معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع الدرجة الكلية للاستبانة، وجميع معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية للاستبانة، جاءت موجبة وقوية مما يشير إلى صدق البنائي لأداة الدراسة.

- إن معامل الثبات كرو نباخ ألفا Cronbach-Alpha مرتفع لكل أبعاد الدراسة، مما يشير إلى ثبات أداة الدراسة.

- نتائج اختبار كولموغروف-سميرنوف لجميع متغيرات الدراسة يدل على أنها تتبع التوزيع الطبيعي وبالتالي فهي تخضع إلى الاختبارات المعلمية.

- نتائج درجة موافقة أفراد عينة الدراسة من الموظفين على تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى بشكل عام جاءت بمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على وجود وعي عند أفراد عينة الدراسة بأهمية إدارة الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة، وجاء ترتيب هذه المبادئ حسب درجة تواجدها في المستشفى كالآتي:

- مبدأ فرق العمل، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ التحسين المستمر، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ التخطيط الاستراتيجي للجودة، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ تدريب العاملين ومشاركتهم، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ إدارة العلاقات مع الموردين، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ المقارنة المرجعية، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ التنظيم، بمستوى أهمية متوسطة.
- مبدأ المعلومات والقياس والتحليل، بمستوى أهمية ضعيفة.

ويلاحظ من هذه النتائج أن تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة من وجهة نظر الموظفين حسب كل مبدأ محصورة بين درجة أهمية متوسطة وضعيفة. وهذا لا يمنع من تطبيق هذا المفهوم إن وجدت إرادة والتزام جاد من قبل الإدارة العليا للمستشفى.

- نتائج درجة موافقة أفراد عينة الدراسة من المرضى على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية متوسطة، مما يدل على أن مستوى جودة الخدمة المقدمة ذات درجة متوسطة من القبول من قبل المرضى فهي دون مستوى توقعاتهم، وجاء ترتيب هذه الأبعاد حسب درجة مستوى جودتها في المستشفى كما يلي:

- بعد الأمان، بمستوى أهمية متوسطة.
- بعد الاعتمادية، بمستوى أهمية متوسطة.
- بعد التعاطف، بمستوى أهمية متوسطة.
- بعد الاستجابة، بمستوى أهمية منخفضة.

- بعد الأشياء الملموسة، بمستوى أهمية منخفضة.

تظهر النتائج ضعف درجة بعد الاستجابة وتمثل في التباطؤ وتأخير في تقديم الخدمة للمرضى، وضعف في مستوى بعد الأشياء الملموسة خاصة ما يتعلق بجانب النظافة.

وجاءت نتائج اختبار فرضيات الدراسة كما يلي:

1- نتائج الفرضية الرئيسة الأولى:

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية.

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأشياء الملموسة.

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاعتمادية.

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الاستجابة.

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد الأمان.

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بعد التعاطف.

من خلال نتائج الفرضية الأولى يظهر جلياً، وجود ارتباط طردي بين متغير تواجد مبادئ الجودة الشاملة ومتغير مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، مما يدل على أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة ذو أثر إيجابي على مستوى جودة الخدمة. ويعني هذا أن المستشفيات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة تتميز عن غيرها بمستوى جودة عالية في خدماتها الصحية التي تقدمها. وهذا ما يثبت صحة الفرضية الرئيسة البديلة الأولى (H_1).

2- نتائج الفرضية الرئيسة الثانية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير العمر.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الوظيفة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من الموظفين نحو توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى تعود إلى متغير الخبرة.

تظهر النتائج إلى رفض صحة الفرضيات الفرعية البديلة الأولى والثانية والثالثة والخامسة وإثبات صحة الفرضية الفرعية البديلة الرابعة.

3- نتائج الفرضية الرئيسة الثالثة:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير العمر.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير عدد مرات دخول المستشفى.
- جاءت النتائج كلها برفض صحة الفرضيات الفرعية البديلة وهذا ما يؤدي إلى رفض صحة الفرضية الرئيسة الثالثة البديلة (H_1).
- من النتائج السابقة يمكن تقديم بعض الاقتراحات، والتي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية داخل المستشفيات العمومية، وهي تتمثل فيما يلي:
- ضرورة اقتناع المسؤولين عن القطاع الصحي العمومي بأهمية إدارة الجودة الشاملة كخيار استراتيجي في إدارة الجودة في المؤسسات الصحية، وتحقيق الميزة التنافسية أمام القطاع الخاص، وكأداة فعالة في تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية.
 - إعداد برامج إدارة الجودة من قبل وزارة الصحة باعتبارها المسؤول الأول عن القطاع الصحي العمومي، وهذا بالاعتماد على الخبراء والتجارب الناجحة، وتكيف هذه النجاحات حسب ما تتطلبه بيئة المؤسسات الاستشفائية العمومية، ووفق ما تمتلكه من الموارد المادية والبشرية.
 - تدريب مديري المؤسسات الصحية على كيفية تطبيق ومتابعة والتحسين المستمر لبرامج الجودة، بالإضافة إلى طرق معالجة المشاكل المترتبة عن هذا التطبيق.
 - قيام الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بتطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة المعدة مسبقاً، وسهر على تنفيذها بجميع مراحلها، مع تشجيع العاملين على ضرورة التحسين المستمر والإيجابي نحو التميز.
 - تعليم وتدريب العاملين على تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة وبشكل مستمر، وهذا لتكوين أفراد مناسبين من حيث الكم والنوع، ويمكنهم من اكتساب المعلومات والمهارات الإدارية والفنية اللازمة لأداء أعمالهم بكفاءة وفاعلية، مما ينعكس إيجابياً على أداء المستشفى.

- تأسيس نظام المعلومات ومن مهامه تجميع وتحليل وإعداد التقارير حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى معالجة الشكاوى والاقتراحات من كافة المؤسسات الصحية، والغرض منه تحسين نقاط القوة وتدارك نقاط الضعف.

- إنشاء قسم الجودة في كل مستشفى مهمته مساعدة رؤساء الأقسام في تطبيق نظام تحسين الجودة في أقسامهم، وتقديم المساعدات التقنية لفرق تحسين الجودة، والتنسيق بين فرق التحسين المختلفة وإعداد تقارير عن أعمالهم، تسهيل وتقوية العلاقات بين الأقسام وفرق التحسين المختلفة وبين الإدارة العليا، تنسيق التدريب المتواصل في إدارة الجودة الشاملة وطرقه وأدواته.

إن موضوع إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية واسع وعميق ويمكن دراسته من جوانب أخرى، والتي يمكن أن تكون عناويننا لبحوث مستقبلية كما يلي:

- تبني برنامج إدارة الجودة الشاملة خاص بالمؤسسات الصحية العمومية.
- دور العاملين في المستشفى العمومي في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- قياس موقف العاملين من التغير نحو إدارة الجودة الشاملة في مستشفى عمومي.
- مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسة صحية خاصة.

قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية

1- الكتب

- القرآن الكريم
- الأحاديث النبوية
- ابن منظور محمد، لسان العرب، المجلد الرابع عشر، مطبعة بيروت، بيروت، لبنان، 1968.
- أحمد علي سليمان، سلوك المستهلك بين النظرية والتطبيق مع التركيز على السوق السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنية الرياض، السعودية 2000.
- أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية، مصر، 2006.
- ادموند هنتر، قصة الطب، ترجمة محمد العدناني، سلسلة الإنجازات الحضارية، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان، 1980.
- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات وتطبيقات، دار المعرفة، الإسكندرية، 1991.
- أوكيل محمد السعيد، وظائف ونشاطات المؤسسة الصناعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1992.
- ايمن مزاهرة، الصحة والسلامة، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.
- البكري ثامر، التسويق: أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005.
- البكري سونيا محمد، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل النظم، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999.
- بلوط حسين إبراهيم، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، 2005.
- بن سعد خالد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، الرياض، 2012.
- بهجة المعرفة، هذا الإنسان، موسوعة علمية مصورة، المجموعة الثانية، الجزء الأول، الطبعة الثانية، دار المختار للطباعة والنشر والتوزيع، جنيف سويسرا، 1980.
- بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة، دار حامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2004.
- توفيق عبد الرحمان محمد، الجودة الشاملة: الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات، الطبعة الثانية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، بميك، القاهرة، 2005.
- تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
- جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.

- جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، الجزء الثاني، بميك، مصر، 1996.
- جوزيف كيلادا، تكتمل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، ترجمة: سرور علي سرور، دار المريخ للنشر، الرياض، 2004.
- حاروش نور الدين، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
- حاروش نورالدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.
- حجيم الطائي يوسف وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
- الحربي عوض سالم، زياد الكحلوت، تكاليف الجودة وطرق قياسها، ورقة عمل، المؤتمر الوطني الأول للجودة، 2003.
- حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1990.
- الحسين محمد بديوي، مقدمة في إدارة الإنتاج والعمليات، دار المناهج، عمان، 2004.
- حمد صالح العساف، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، شركة العبيكان للطباعة والنشر، الرياض، 1995.
- خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- الدرادكة مأمون سليمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- الدرادكة مأمون، شبلي طارق، الجودة في المنظمات الحديثة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
- الدراركة مأمون، إدارة الجودة الشاملة، دار الصفاء للنشر، عمان، 2001.
- ديان بون وريك جريجز، الجودة في العمل: دليلك الشخصي لتأسيس وتطبيق معايير الجودة الكلية، ترجمة سامي حسن الفرس وناصر محمد العديلي، دار أفاق الإبداع العالمية، الرياض، 1996.
- الديوه جي سعيد، الموجز في الطب الإسلامي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 1989.
- ريتشارد ويليامز، أساسيات الجودة الشاملة، ترجمة محمد الحديدي، مكتبة جرير، الرياض، 1999.
- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات والتطبيقات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2003.
- زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1988.

- زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، جامعة الزقازيق، مصر، 1996.
- ساعاتي عبد الإله سيف الدين، إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، السعودية، 2010.
- السامرائي مهدي صالح، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، الطبعة الأولى، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- ستيفن كوهين، ورونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة: دليل عملي بالنسبة لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمان أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997.
- سعيد أوكيل محمد، وظائف ونشاطات المؤسسة الصناعية، ديوان المطبوعات الجزائرية، 1992.
- السقاف حامد، المدخل الشامل والسريع لفهم وتطبيق إدارة الجودة الشاملة، مكتبة المجتمع، الرياض، 1995.
- السلطي مأمون، إلياس سهيل، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة والأيزو 9000، الطبعة الأولى، دار الفكر المعاصر، دمشق، 1999.
- السلمي علي، إدارة التميز نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، مكتبة الإدارة الجديدة، القاهرة، 2002.
- السليطي مأمون، إلياس سهيلا، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الأيزو 9000، دار الفكر المعاصر، دمشق، 1999.
- سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997.
- الشمري أحمد، وآخرون، مبادئ إدارة الأعمال الأساسية والاتجاهات الحديثة، مكتبة العبيكان، الرياض، 2004.
- الصديقي سلوى عثمان، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
- الصديقي سلوى عثمان، في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، 1999.
- الصيرفي عبد الفتاح، الإدارة الرائدة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
- الضمور هاني حامد، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثالثة، 2005.
- الطائي عبد الله، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2008.
- طعيمة رشيد أحمد وآخرون، الجودة الشاملة في التعليم، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- عامر سعيد يس، أثر نظام إدارة الجودة الشاملة على تقييم أداء العاملين بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة، بحث مقدم إلى مؤتمر الإدارة وتحديات التغيير، القاهرة، 2001.
- عبد العزيز سمير محمد، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011، الإسكندرية، مكتبة الإشعاع، 2000.

- عبد المحسن محمد توفيق، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.
- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 2003.
- عبيدات ذوقان وآخرون، البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2001.
- العزاوي محمد عبد الوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- العزاوي محمد عبد الوهاب، أنظمة إدارة الجودة والبيئة ISO 9000 - ISO 14000، دار وائل، عمان، الأردن، 2002.
- العلاق بشير عباس، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 1999.
- العلي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008.
- عليما صالح ناصر، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- عليوة السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
- عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن، 2009.
- القحطاني على بن سعيد محمد، تاريخ تطور الجودة وسلامة المرضى في أنظمة الرعاية الصحية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، 2013.
- القزاز إسماعيل، 2008: IOS 9001 التطبيق العملي للمواصفة، الطبعة الأولى، دار دجلة، عمان، 2009.
- كارول بستر فليد، إدارة الجودة الشاملة، ترجمة راشد بن محمد الحمالي، جامعة الملك سعود، الرياض، 2004.
- محرم أحمد محروس، محمد عماد فهيم، تكاليف الجودة: مدخل إلى التطوير والتحسين المستمر، مركز نور الإيمان، القاهرة، 2000.
- محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2003.
- المضيف بثينة، تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت، الملتقى الرابع للجودة، تطبيقات الجودة في الشركات والمؤسسات الحكومية، الكويت، 8-9 ماي، 2007.
- مطبقاني محمد صلاح، محمد عزت عجمي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وتأثيرها على الارتقاء بأداء وتحقيق الرضا الوظيفي، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 2001.
- المعيوف صلاح معاذ، نموذج جابلونسكي التطبيقي لإدارة الجودة الكلية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1996.

- المنيف إبراهيم عبد الله، الإدارة: المفاهيم المهام الأسس، دارالعلوم، الرياض، 1997.
- المؤذن محمد صالح، مبادئ التسويق، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 1999.
- نايف علوان قاسم، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001: 2000، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2009،
- نايف قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان 2006
- نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة: في عصر الأنترنت، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- نصيرات فريد توفيق، فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
- نيلز جوران، وجان روى، وماجتر ووتر، الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازنة: أفكار عالمية معاصرة، ترجمة علا احمد إصلاح، سلسلة إصدارات بيمك، مصر، 2003.
- هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، الرياض، السعودية، 2002.
- واين شممت وجيروم فاتجا، مدير الجودة الشاملة: الدليل العلمي للقادة والمديرين لتحقيق ادارة الجودة الشاملة، ترجمة محمود عبد الحميد مرسي وناصر محمد العديلي، دار آفاق الإبداع العالمية، الرياض، 1997.

2- أوراق العمل ودراسات

- براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية: واقع وأفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 06، 2009.
- خاشقجي هاني يوسف، نماذج إدارة الجودة الشاملة T.Q.M. والمعوقات التي تحول دون تطبيقها في الأجهزة الأمنية العربية، مجلة جامعة عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، المجلد 17، العدد 2، 2003.
- الخلف عبد الله موسى، ثالث التمييز: تحسين الجودة وتخفيض التكاليف وزيادة الإنتاجية، الإدارة العامة، المجلد 38، ال عدد 01، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997.
- الديوجي، أبي سعيد، عبد الله عادل محمد، النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مكتبة تنمية الرافدين، آلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العدد 73، 2003.
- ذياب صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، غزة، فلسطين، يناير 2012،
- طعمانة محمد، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي: حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث البرموك، المجلد 17، العدد الأول، الأردن، مارس 2001.

- الطويل أكرم أحمد، محمد ثائر العبيدي، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل، مجلة تنمية الرافدين العدد 100 مجلد 32، جامعة الموصل، كلية الإدارة والاقتصاد، 2010.
- عبدون على سكر وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد 03، العراق، 2009.
- القريوتي محمد قاسم أحمد، ويوسف محمد المطيري، إدارة الجودة الشاملة للعملية التربوية في جامعة الكويت من منظور أعضاء هيئة التدريس، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، م 21 ع 1، 2007.
- معلا ناجي، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية المجلد، 25 عدد، 02 جوان 1988.
- هيجان عبد الرحمان أحمد محمد، منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية، مجلة الإدارة العامة، المجلد 34، العدد 3، ديسمبر، 1994.
- اليامي أحمد مداوس، مفهوم التغذية العكسية في حقل السلوك التنظيمي: مراجعة لبعض الأدبيات الغربية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، المجلد 12، العدد 3، سبتمبر 2005.

3- الرسائل والأطروحات والتقارير

- أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية في الجزائر، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2008/2007.
- الأحمد محمد حميد، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارات التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، 2005.
- بن عبود علي أحمد، إدارة الجودة الشاملة: مدخل متكامل لتطوير الأداء بالدوائر المحلية بحكومة دبي، رسالة دكتوراه في فلسفة إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، القاهرة، 2003.
- بومدين يوسف، دراسة إثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية: مع دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد للمصبرات الحاصل على شهادة الجودة العال مية ISO، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2006.
- التاج مزيان، الرضا الوظيفي وأبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية: قياس وتقييم الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان، أطروحة مقدمة لينيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير جامعة بلكايد تلمسان، الجزائر، 2013/2014.
- حبشي فتيحة، إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2006/2007.
- حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لموقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان: باستخدام نظرية السلوك المخطط، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلكايد، تلمسان، 2009/2010.

- الدوسري جاسم بن فيحان، الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية ودورها في تطبيق الجودة الشاملة، رسالة دكتوراه في العلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.
- ساهل سيدي محمد، آفاق تطبيع التسويق في المؤسسات المصرفية العمومية الجزائرية مع الإشارة إلى بنك الفلاحة والتنمية الريفية BADR، رسالة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية تخصص تسويق، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان 2006/2005
- الشراري محمد فاتل، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين مستوى الأداء في حرس الحدود، رسالة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، قسم العلوم الشرطية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2011.
- مسودة مازن عبد العزيز عبد الحميد، أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة، رسالة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004.
- وهواه عياش، التنمية والتحويلات الصحية -الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 الى 2002، رسالة دكتوراه في علوم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2006/2005.
- يحضيه سملاي محمد، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية: مدخل الجودة والمعرفة، رسالة دكتوراه غير منشورة في العلوم الاقتصادية، تخصص علوم تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2005.
- يحي برويقات عبد الكريم، إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الأيزو 9001، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008.
- آل الشيخ عبد المجيد بن حسن، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في إدارة جوازات منطقة الرياض من وجهة نظر الضباط العاملين فيها، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2004.
- الحاضر إبراهيم بن سعد، مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في مستشفى قوى الأمن بالرياض: آراء وتوجهات الطبية والإدارية بالمستشفى، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2000.
- الرخيبي ممدوح جلال، دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة على قطاع الصناعات الكيماوية بمحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، 2000.
- الشراري محمد فاتل، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في حرس الحدود، رسالة ماجستير في العلوم الشرطية، قسم العلوم الشرطية، معهد الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2000.

- الغزي فهد بن عبد الله، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الإدارة المرورية مدينة الرياض: دراسة تطبيقية، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، قسم العلوم الإدارية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2005.
- المناصير علي فلاح، إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية على سلطة الكهرباء الأردنية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، 1994 عمان.
- هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الملك عبد العزيز كلية الاقتصاد والإدارة الدراسات العليا، جدة، 2003.
- منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف سويسرا، 1980.
- وثائق مديرية الصحة السكان بولاية بشار DSPB.

4- المراسيم والقوانين والجرائد الرسمية

- الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65، الصادرة بالتاريخ 1 جانفي 1974.
- مرسوم رقم 81-242، يتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، الجريدة الرسمية العدد 36، الصادرة بتاريخ 8 سبتمبر سنة 1981،
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76، الصادرة بتاريخ 8 ديسمبر سنة 1996.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-261، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، الأربعاء 16 جويلية سنة 1997.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، الأربعاء 10 ديسمبر سنة 1997.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 02، المرسوم التنفيذي رقم 02-05 المؤرخ في 22 شوال عام 1422 الموافق لـ 6 جانفي 2002.
- المرسوم الرئاسي رقم 03 – 270، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 48، الأربعاء 13 أوت سنة 2003.
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية العدد 33، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007.
- المرسوم التنفيذي رقم 09 – 319 الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 58، الأحد 11 أكتوبر سنة 2009.
- المرسوم التنفيذي رقم 11-379، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 63، الأربعاء 23 نوفمبر سنة 2011.

- المرسوم التنفيذي رقم 11-380، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 63، الأربعاء 23 نوفمبر سنة 2011.
- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 15 يناير 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الأربعاء 4 أبريل سنة 2012،
- المرسوم التنفيذي رقم 13-155، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 22، الخميس 25 أبريل سنة 2013.

5- المواقع الإلكترونية

- الموقع الرسمي لولاية بشار 2014/12/09 www.wilaya-bechar.gov.dz.
- فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية -1996-51 الصحة الموسوعة العربية العالمية -مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع. من الموقع <http://mawdoo3.com/> تاريخ الزيارة 2015/10/09.

ثانياً: باللغة الأجنبية

1- Ouvrage :

- AL-Assaf A.F, June A.Schmele, The textbook of total quality in healthcare, CRC PRESS LLC ,United States of America ,1997.
- American Hospital Association, Classification of Health Care Institutions, edition Chicago: American Hospital Association, 1974.
- Baker Michael J.,The Marketing Book ,Fifth Edition, Butterworth-Heinemann An imprint of Elsevier Science , Oxford ,2003.
- Ballaiche Michel, les exigences de management e L'ISO 9001 : la qualité de service, Afnor, 2002.
- Baruche Jean-Pierre, la qualité du service dans l'entreprise : satisfaction et rentabilité, édition d'organisation, paris, 1992.
- Bensahel Liliane, Introduction à l'économie du service, Presses universitaires De Grenoble, 1997.
- Berk Joseph and Susan Berk., Quality management for the technology sector, Butterworth-Heinemann, United States of America, 2000.
- Berthold Tim, Jennifer Miller, Alma Avila-Esparza, Foundations for community health workers, Jossey-Bass, United States of America, 2009.
- Blythe Jim, Marketing Essentials, First edition, Elsevier, Great Britain, 2008.
- Boyer Lue et Noel Equilbey, Organisation : théories et application, Éditions d'organisation, Paris, France, 2eme tirage, 2000.
- Canard Frédéric ,Management de la qualité, lextenso éditions, Paris, 2009.
- Carole Logiez, Élisabeth Vinay. entreprendre dans les services, dunod, paris2001.
- Chatelet Jean Marie, Méthodes productives et qualité, Edition ellipses, 1996.

- Christian Maria, La Qualité des produits industriels, Edition Dunod, 1991.
- Cole Robert .E, The death and life of the American quality movement, Oxford University Press, 1995.
- Conn Steven and Brad Ronald, Total Quality Management in Government: A Practical Guide for the Real World, Jossey Bass, Inc, San Francisco, 1993.
- Conti Tito, Building total quality: a guide for management, 1st edition, Chapman & Hall, New York, 1993.
- Crosby Philip .B, La Qualité C'est gratuit, Economica, Paris, 1986.
- Dahlgard Jens J., Kai Kristensen and Gopal K. Kanji, Fundamentals of Total Quality Management: Process analysis and improvement, Nelson Thornes Limited, London, 2002.
- Deming W. Edwards, Out of the Crisis, First MIT Press edition, Cambridge, 2000.
- Detrie Philippe, Conduire une démarche qualité, Editions d'organisation, Quatrième édition, Paris, 2001.
- DUFF Robert le, Encyclopédie de la gestion et du management, Dalloz gestion, Paris, France, 1999.
- Duret Daniel, M. Pillet, Qualité en production de l'ISO900 aux outils de la qualité, Editions d'organisation, Troisième édition, Paris 2000.
- Early Ralph, Guide to Quality Management Systems for the Food Industry, First edition, Blackie Academic and Professional , New York, 1995.
- Elaine Monica and Morgan P., Management in Health Care: A theoretical and experiential approach Kent, MacMillan, 1994.
- Evans James R, Quality and Performance Excellence: Management Organization and Strategy, 7th Edition, Cengage Learning, United States of America, 2013, P06.
- Fisk Raymond p., Stephen j.Grove., Joby John., Interactive Services Marketing, Houghton Mifflin Company, 2000.
- Friedli Thomas, Prabir Basu, Daniel Bellm, Jurgen Werani, Leading Pharmaceutical Operational Excellence: Outstanding Practices and Cases, Springer Heidelberg, New York, 2013.
- Garvin David. A, Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge, the Free Press, New York, 1988.
- Gobetto Marco, Operations Management in Automotive Industries, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, 2014.
- Gong Yeming, Global Operations Strategy Fundamentals and Practice, Springer Heidelberg, New York, 2013.
- Gordon M. Joseph, Jr., Total Quality Process Control for Injection Molding, Second edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2010.
- Gratacap Anne, Pierre Medan, Management de Production : concepts, méthodes, cas, Edition Dunod, Paris, 2001.
- Hamilton Nana, Améliorer la qualité des services : Avec la Gestion des Problèmes ITIL, Eyrolles, Paris, 2009.
- Hoffman K. Douglas and John E. G. Bateson, Services Marketing Concepts, Strategies, Cases, Fourth Edition, Cengage Learning, United States of America, 2010.

- Holland ,Walter Improving Health Services: Background Method and Applications, Edward Elgar Cheltenham, UK, 2013.
- Hoyle David, ISO 9000 Quality Systems Handbook, Sixth edition , Published by Elsevier , Oxford ,2009.
- Jacquerye A., La Qualité des Soins Infirmiers : Implantation évaluation accréditation, Editions Maloine,199 9.
- Jambert. C, L'Assurance Qualité, Economica, 2^{eme} Edition, Paris, 1997.
- Juran Joseph M., A. Blanton Godfrey, Juran's quality handbook, 5th edition, McGraw-Hill, New York, 1999.
- Juran Joseph M.,The Quality Tripoly: A Universal Approach to Managing for Quality, Quality Progress, Juran Institute, 1986.
- Kanji Gopal K. and Mike Asher, 100 Methods for Total Quality Management, First Edition, Sage Publications, London, 1996.
- Kanji Gopal K., Measuring Business Excellence, First published, Routledge, New York, 2002.
- Kanji Gopal K., Total Quality Management, First published, Chapman & Hall, New York, 1995.
- Katsuya Hosotana, Les 20 lis de la Qualité, l'expérience japonaise au service de votre entreprise, Editions Dunod, Paris, 1994.
- Kehoe Dennis F., The Fundamentals of Quality Management, First edition, Chapman & Hall, London, 1996.
- Kerzner Harold, Project management: a systems approach to planning scheduling and controlling, 10th Edition John Wiley & Sons, Inc, New York, 2009.
- Kotler Philip and Gary Armstrong, Principles of Marketing, 15th Edition, Pearson Education, United States of America, 2014.
- Kotler Philip ET B Bernard Dubois, Marketing Management, 10 éme Edition, Pupli-Union, Paris 2000.
- Kotler Philip, Joel Shalowitz, and Robert J. Stevens, Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system, 1st edition, Jossey-Bass, United States of America, 2008.
- Lambin Jean-Jacques et Chantal de Moerloose, Maketing stratégique et opérationnel : Du marketing à l'orientation-marché, 7e édition, Dunod, Paris, 2008.
- Laurent P., F. Bourard, Economie entreprise d'organisation, Tome 1, Paris, 1997.
- Liang Matthew H, Paul Fortin, Quality assurance and audit: lessons from North America ,Annals of the Rheumatic Diseases, 1991.
- Lohr Kathleen N., Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume II: Sources and Methods, Washington D.C: National Academy Press; 1990.
- Lohr Kathleen N., Medicare: a strategy for quality assurance, Volume I, Washington D.C: National Academy Press; 1990.
- Lovelock Christopher H., Lauren K. Wright., Principles of Service Marketing and Management, 2nd Edition, Prentice Hill, 1999.
- Lovelock Christopher H., Sandra Vandermerwe, Barbara Lewis, Suzanne Fernie, Services Marketing, Edinburgh Business School Heriot-Watt University Edinburgh, United Kingdom, 2011.

- Lovelock Christopher, Denis Lapert, Marketing Des Services : Stratégie, Outils, Management, Pupli-Union, Paris, 1999.
- Madu Christian N, Handbook of Total Quality Management, First Edition, Kluwer Academic, London, 1998.
- Marshall Alfred, Principles of economics, Eighth editions, London: the Macmillan press LTD, 1977.
- Marvanne Patrice, le vade mukum de la qualité totale, Editions EME, Paris, 2001.
- McCarty Thomas , Lorraine Daniels, Michael Bremer, Praveen Gupta, John Heisey, Kathleen Mills, The Six Sigma Black Belt Handbook :Six sigma operational methods series, McGraw Hill Professional, 2004.
- Mispelblom beye F., Au-delà de la Qualité, Editions la découverte et Syros ,2eme Edition, Paris, 1999.
- Mooney Gavin, Economics Medicine and Health Care, Third edition, Pearson Education Limited, England, 2003.
- Nick Black and Reinhold Gruen, Understanding health services, first published, Open University Press, England, 2005.
- Noronha Carlos, The Theory of Culture-specific Total Quality Management: Quality management in Chinese regions, First Edition, Palgrave, New York, 2002.
- Oakland John and Marton Marosszeky, Total Quality in the Construction Supply Chain, First edition, Butterworth-Heinemann, Oxford, Great Britain, 2006.
- Oakland John S., Total quality management and operational excellence: text with cases, Fourth edition, Routledge, New York, 2014.
- O'Brien James J., Construction inspection handbook: total quality management, 4th Edition, Chapman & Hall, New York, 1997.
- Omachonu Vincent K., Joel E. Ross, Principles of total quality, 3rd edition, CRC Press, New York, 2004.
- Oufriha Fatima-Zohra, Cette Chère Santé : une analyse économique du système de soins en Algérie, O.P.U, 1992.
- Ozcan Yasar A, Quantitative methods in health care management: techniques and applications, Jossey-Bass, United States of America, 2nd Ed, 2009.
- Philip Kotler, Kevin Lane Keller, Mairead Brady, Malcolm Goodman and Torben Hansen, Marketing Management, 13th Edition, Pearson Education Prentice Hall, United States of America, 2009.
- Porter L. J. and S. J. Tanner, Assessing Business Excellence, Second edition, Butterworth-Heinemann, Oxford, 2004.
- Protzman Charles, Joyce Kerpchar, and George Mayzell, Leveraging Lean in Ancillary Hospital Services, CRC Press, New York, 2015.
- Ransom Elizabeth R., Maulik S. Joshi, David B. Nash, and Scott B. Ransom, The healthcare quality book: vision, strategy, and tools, 2nd edition, Health Administration Press, Chicago, 2008.
- Rao K.Rama Mohana, Services Marketing, Third Edition, Dorling Kindersley, New Delhi, India, 2009.

- Raymond L. Goldsteen, Karen Goldsteen, Terry L. Dwelle, Introduction to public health: promises and practices, Second edition, Springer Publishing Company, New York, 2015.
- Risse Guenter B, Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals, Oxford University Press, New York, 1999.
- Roberts JS, Prevost JA., using outcome indicators to evaluate quality of care, Internist, 1987.
- Sallis Edward, Total Quality Management in Education, Third edition, Kogan Page, London, 2002.
- Stanton, W. J, Fundamentals of Marketing, MC Graw, Hill Auckland 1984.
- Stevens R., In Sickness and in health: American Hospitals in the Twentieth Century, New York: Basic Books, 1989.
- Suganthi L. and Anand A.Samuel, Total Quality Management, Prentice –Hall, India, New Delhi, 2004.
- Teboul James, Le Temps des Services : une nouvelle approche de management, Edition d'organisation, paris, 1999.
- Teboul James, Service is Front Stage: Positioning services for value advantage, First Edition, Palgrave Macmillan, New York, 2006.
- Thomas Richard K., Marketing health services, second edition, Health Administration Press, United States of America, 2010.
- Turner Bryan S, Medical Power and Social Knowledge, Second Edition, sage publication company, 1995.
- Valerie a. Zeithaml, Mary jo. Bitner, Services Marketing, Irwin McGraw-hill, 2ème edition, 2000.
- Valerie Iles, Really Managing Health Care, 2nd edition, first published, Open University Press, England, 2005.
- Walton Mary, The Deming Management Method, Perigee Book, New York, 1986.
- Webster's New World Dictionary of American English, 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1994.
- Wolper Lawrence and Jesus Pena, Health Care Administration, Maryland: An Aspen Publication, 1987.
- Zairi Mohamed, Measuring Performance for Business Results, Chapman & Hall, Oxford, London, 1994.
- Zairi Mohamed, Total Quality Management for Engineers, First Edition, Wood head Publishing, Cambridge, England, 1991.
- Ziaee Reza and James Bologna, Preparing for Continuous Quality Improvement in Healthcare: Sustainability through Functional Tree Structures, CRC Press, New York, 2015.
- Zink Klaus J., Total quality management as a holistic management concept: the European model for business excellence, 1st edition, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 1998.
- Zollinger Monique, Eric lamarque, Marketing et Stratégie de Banque, Dunod, paris 1999.

2- Articles :

- Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions, Total Quality Management, Vol.16, No. 1, January 2005, PP: 15-30.
- Awuor Emmanuel Otieno, Doris M.W. Kinuthia ,Total Quality Management Practices in Selected Private Hospitals in Nairobi, Kenya, European Journal of Business and Management, Vol.5, No.13, 2013,PP:33-44.
- Banwari Mittal, The Advertising of Services: Meeting the Challenge of Intangibility, Journal of Service Research, Vol.2, N° .1, 1999, PP: 98-116.
- Berry, Geoff. Leadership and the développement of quality culture schools, International journal Education Management, Vol. 111, No 2, 1997, PP: 62-63
- Boyer André et Ayoub Nefzi, La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts, La Revue des Sciences de Gestion, N° 237-238, 2009, pp. 43-54.
- Brown Stephen W., Raymond P. Fisk., Mary Jo Bitner., The Development and Emergence of Services Marketing Thought, International Journal of Service Industry Management, Vol. 5 No. 1, 1994, pp. 21 -48.
- Casanova James E.,Status of Quality Assurance Programs in American Hospitals ,Medical Care ,Vol.28,No.11, Nov., 1990, PP 1104-11109
- Coulthard, Lisa J.Morisson, Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual, International Journal of Market Research, Vol.46, Quarter 4, 2004, PP. 479-497.
- Cronin J. Joseph, Jr. and Steven A. Taylor, Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, Journal of Marketing, Vol. 56, No. 3 (Jul. 1992), pp. 55-68.
- Cronin J. Joseph, Jr. and Steven A. Taylor, SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus Expectations Measurement of Service Quality, Journal of Marketing, Vol. 58, No. 1 (Jan., 1994), pp. 125-131.
- Debruyne .Michel, La certification qualité selon les normes ISO, Revue des sciences de Gestion, Compétence et Management, N°194, Mars-Avril, 2002, p58.
- Dilber, Mustafa; Bayyurt, Nizamettin; Zaim, Selim & Tarim, Mehves, Critical Factors of Total Quality Management and Its Effect on Performance in Health Care Industry: A Turkish Experience, Problems and Perspectives in Management, No. 4, (2005): 220- 234.
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, Vol 260 No 12, 1988, PP: 1743–1748.
- Donabedian Avedis, Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Part 2: Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, October 15-16, 1965 (Jul. 1966), pp. 166-206.
- Eiriz V, Figueiredo JA. Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2005; 18(6-7):404–412.

- Grönroos.C.Adopting a Service Logic for Marketing, Marketing Theory, Vol.6, N °3, 2006, PP: 317-333.
- Gummesson Evert, Exit Services Marketing: Enter Service Marketing, The Journal of Customer Behaviour, Vol. 6, No. 2, 2007, and PP: 113-141.
- Hall JE., Pluralistic evaluation: A situational approach to service evaluation. Journal of Nursing Management, 2004; one (12), pp: 22–27.
- Heidari Gorji Ali Morad, Jamal A Farooque , A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran , BMC Research Notes 2011,4:566.
- Hill Peter, Tangibles Intangibles and Services: A New Taxonomy for the Classification of Output, Canadian Journal of Economics Revue canadienne d’Economie, Vol. 32, No. 2, 1999, PP 426-446.
- Jabnoun, Naceur and Chaker, Mohammed, Comparing the Quality of Private and Public Hospitals, Managing Service Quality, Vol. 13, No. 4,(2003): 290-299.
- Johnston Robert, Service operations management: return to roots, International Journal of Operations & Production management, Vol. 19 No. 2, 1999, pp. 104-124.
- Judd Robert C., The Case for Redefining Services ,Journal of Marketing ,Vol.28,No.1,Jan.,1964,PP: 58-59.
- Kaluzny A.D.,C. P. McLaughlin and K. Simpson , Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations, Public Health Reports ,1992 ,Vol 107, No3,PP:257-264.
- Kunst, Paul, Lemmink, Jos, Quality management and business performance in hospitals: A search for success parameters, Total Quality Management, Vol. 11, No. 8, (2000): 1123 – 1133.
- Lam SS., SERVQUAL: A tool for measuring patients’ opinions of hospital service quality in Hong Kong. Total Quality Management. Vol 8 No 4, 1997, PP: 145–152.
- Leape L, D Berwick, C Clancy, J Conway, P Gluck, J Guest, D Lawrence, J Morath, D O’Leary, P O’Neill, D Pinakiewicz and T Isaac, Transforming healthcare: a safety imperative, Quality Safety Health Care 2009 Vol 18, PP: 424-428
- Lee PM, Khong P, Ghista DN. Impact of deficient healthcare service quality. The TQM Magazine, Vol 18, No 6, 2006, PP: 563–571.
- Lohr KN, Harris-Wehling J., Medicare: a strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. Quality Review Bulletin, Vol 17, 1991, PP: 6-9.
- Lovelock Christopher H., Evert Gummesson, Whither Services Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives, Journal of Service Research, Vol.7, No.1, 2004, PP: 20-41.
- McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care. 3rd. 6. Vol. 11. Jones and Bartlett Publishers, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2006, pp: 181–187.
- Moeller Sabine, Characteristics of services: a new approach uncovers their value, Journal of Services Marketing, Vol.24,No. 5 ,2010, pp. 359 - 368
- Mosadeghrad Ali Mohammad, A Conceptual Framework for Quality of Care, Materia Socio Medica, Vol.24, No.4 (2012): 251-261.

- Mosadeghrad Ali Mohammad, Why TQM does not work in Iranian healthcare organizations, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 27 No. 4, 2014, pp. 320-335.
- Øvretveit John, Total quality management in European healthcare, International Journal of Healthcare Quality Assurance, Vol. 13, No. 2, (2000), PP : 74-90.
- Pakdil Fatima ,Timothy N. Harwood, Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions, Total Quality Management, Vol.16,No. 1, January, 2005,PP:15-30.
- Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. In RH Palmer, A Donabedian, GJ Povar (Eds.) Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor, Health Administration Press, 1991.PP:1-53.
- Parasuraman A, Ziethmail V, Berry L,SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality, Journal of Retailing ,Vol.64.No.1,1988,PP: 12- 49.
- Parasuraman A., Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research , Journal of Marketing, Vol. 49, No. 4 ,1985, pp. 41-50
- Parasuraman,A.,Zeithaml,V.A.,Berry,L.L, Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research, Journal of Marketing, Vol.58, 1994, PP 111-124.
- Patterson Carole H, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 16, No.1, Jan 1995, pp. 36-42.
- Ramsaran-Fowdar Rooma Roshnee, The relative importance of service dimensions in a healthcare setting, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21, No. 1(2008): 104-124.
- Saihi Abdelhak, le système de la sante publique en Algérie : Analyse et perspective, revue gestion hospitalière, la revue décideur hospitalier N°455, avril 2006, P 241.
- Schmadl J. C., Quality Assurance: Examination of the Concept, Nursing Outlook, Vol.27, No7, 1979, PP 21-30.
- Shostack G. Lynn, Service Positioning through Structural Change, Journal of Marketing, Vol. 51, No. 1, January 1987, pp. 34-43.
- Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman and Leonard L. Berry, Problems and Strategies in Services Marketing, Journal of Marketing, Vol. 49, No. 2 ,1985,PP: 33-46.
- Valarie A. Zeithaml, Leonard L. Berry and A. Parasuraman, Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality , Journal of Marketing, Vol. 52, No. 2 (Apr., 1988), pp. ,35-48
- Vargo Stephen, L., Robert, F.Lusch., The Four Service Marketing Myths: Remnants of Goods Based, Manufacturing Model, Journal of Service Research, Vol.6, No.4, 2004, PP: 324-335.
- Williamson J.W., Formulating Priorities Pore Quality Assurance Activity: Description of a Method and its Application , Journal of Medical Association, Vol. 23, N° 9, 1978, pp.53-59.
- Zabada CP, Rivers A, Munchus G. Obstacles to the application of total quality management in health care organizations, Total Quality Management, 1998;9:57-66.

3- Thèse et communication :

- BARR Djamilia, La Réforme Hospitalière en Algérie : Une Analyse Critique, Thèse de Doctorat en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2009.
- Boukella Bouzouane Malika, Réforme du Système : Hospitalier en Algérie Contraintes et Perspectives, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2009.
- Boulahrik Mohamed, Planification Sanitaire et Gestion des Services de Sante : cas de Algérie, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques (Option Gestion), Université d'Alger, 2008.
- Kaid Nouara, Le Système de Santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'état en Sciences Économiques, Université d'Alger, 2003.
- Lefranc Elisabeth, Management de l'expérience client Au-delà des enquêtes satisfaction : la mesure de l'expérience vécue, Thèse de doctorat en Science Gestion, ÉCOLE DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE, France, 2013.
- Lerat-Pytlak Jérôme, Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale, Thèse de doctorat en Science Gestion, Université des sciences sociales, TOULOUSE, France, 2002.
- Ziv Baida, Software-aided Service Bundling: Intelligent Methods & Tools for Graphical Service Modeling, to obtain the degree of Doctor of Vrije University Amsterdam, 2006.
- Bouhafis Mustapha, La Qualité Du Service Bancaire Et La Satisfaction Des Clients Cas De BADR, Mémoire De Magistère, Universitaire de Tlemcen, 2005.
- ABID Larbi, Organisation Actuelle du Système de Santé et Perspectives, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014
- Chachoua L., Le Système National de Sante 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger les 18 et 19 Janvier 2014.
- Grangaud Jean-Paul et autre, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : monographies nationales, Les Notes IPAMED, N°13 AVRIL 2012.
- chaouch M., développement du Système National de Santé : Stratégies et perspectives, gestionnaire revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin 2001.
- NBA Hussein. Development and experiences of national quality assurance programme in hospitals in Malaysia, Paper presented at the Interregional Meeting on Assurance of Quality in Primary Health Care. Shanghai, China, October 1990.
- Woodward Christel A, Improving provider skills: Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care a process of change, World Health Organization 2000.

4- Normes et Référentiels :

- AFNOR, Qualité et systèmes de management ISO 9000, Paris, 2001.
- Association Française De La Normalisation (AFNOR), Norme Française (vocabulaire), Paris, 1er tirage, Septembre, 1987.
- Criteria for Performance Excellence, Baldrige Performance Excellence Program, National Institute of standards and Technology (NIST) , United States Department of Commerce, 2013-2014, Gaithersburg .
- International Standard, IOS 9001:2008(E) Quality management systems- Requirements, IOS, Switzerland, fourth Edition, 15-11-2008.
- JCAH, Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care: An Ambulatory Health Care Example, Quality Review Bulletin, 1987.
- Joint Commission International Standards for Clinical Care Program Certification, Second Edition, 1 July 2010.
- Mark graham brown, Baldrige Award Winning Quality: How to Interpret the Baldrige Criteria for Performance Excellence, 18 edition, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York, 2014.
- Martinez Fabien, Du management de la qualité au management par la qualité, Actualité et dossier en santé publique n° 35, Accréditation et Qualité des soins Hospitaliers, Juin 2001.
- Ministère de l'Industrie et des Mines, Direction générale de la compétitivité industrielle, Division de la Qualité et de la sécurité industrielle, Le prix algérien de la qualité, objectifs conditions de participation et questionnaire, Edition 2015.
- Norm Internationale ISO 8402 (1994) : Management de la Qualité et Assurance de la Qualité, Vocabulaire, ISO Suisse, 1994.
- WWW.ISO.ORG/qmq-2012.pdf, Principes de management de la qualité.
- http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2015.pdf 15/02/2016
- [www.ons .dz](http://www.ons.dz) / démographie algérienne 2013 N°658.

5- Site Internet :

- <http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/benefitsofstandards.htm?=> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm?=> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm?=> 28/01/2016
- <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jc>. 15/02/2016
- <http://www.merriam-webster.com/dictionary/disease>
- <http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>
- <http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/> 15/02/2016.
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/> 15/02/2016.
- <http://www.sante.gov.dz/index.php/2015-02-12>
- <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>. 15/05/2015
- http://www.juse.or.jp/deming_en/award/02.html /22/01/2016.
- <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> 28/01/2016
- <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm> 28/01/2016.
- http://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale . 15/02/2016
- <http://www.ihl.org/about/Pages/History.aspx>. 15/02/2016
- http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx. 15/02/2016
- <http://www.jointcommissioninternational.org/> 15/02/2016
- <http://www.ncqa.org/AboutNCQA.aspx>. 15/02/2016
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/> 15/02/2016.
- <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> 15/02/2016
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Disease>. 15/02/2016

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): الاستبانة.

الاستبيان موجه للموظفين في المستشفى

أخي الفاضل ...أختي الفاضلة ...تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول تسيير الجودة الشاملة في المستشفيات. أرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، علماً أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي. فلکم جزيل الشكر مسبقاً على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الدراسة.

الخصائص الديموغرافية:

تفضل بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة

1- الجنس:

ذكر أنثى

2- العمر:

أقل من 30 سنة 39-30 سنة 49-40 سنة
 59-50 سنة أكثر من 59 سنة

3- الوظيفة:

طبيب عام طبيب مختص ممرض (شبه طبي)
 إداري مهنة أخرى

4- المستوى التعليمي:

جامعي ثانوي
 متوسط أقل من متوسط

5- سنوات الخدمة في المستشفى:

أقل من 05 سنوات 10-06 سنوات 15- 11 سنة
 20- 16 سنة 25-21 سنة أكثر من 25 سنة

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.
أولاً: الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	تؤكد إدارة المستشفى على الالتزام التام ببرنامج الجودة المحدد مسبقاً.					
02	يهتم رؤساء الأقسام بمتابعة برنامج الجودة بحزم وحث الموظفين على الالتزام به					
03	تهدف إدارة المستشفى إلى اعتماد برامج الجودة التي تؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين من الخدمات المقدمة.					
04	تبنى الإدارة العليا في المستشفى الأهداف الاستراتيجية العامة للجودة بالاعتماد على حاجات ورغبات المستفيدين.					
05	تتغير الأهداف الاستراتيجية للجودة في المستشفى بتغير حاجات ورغبات المستفيدين					

ثانياً: التحسين المستمر

06	يعتمد المستشفى على ابتكار خدمات جديدة أو تطوير الخدمات الحالية					
07	تؤكد إدارة المستشفى على التحسين المستمر في طرق العمل داخل المستشفى					
08	تعمل الإدارة العليا بالمستشفى في الحصول على أحدث التكنولوجيا باستمرار.					
09	تسعى إدارة المستشفى إلى تقليل الزمن اللازم لإجراءات تقديم الخدمات.					
10	يتوفر المستشفى على نظام معلوماتي يزود المستشفى بالمعلومات التي تخص العملاء والمستفيدين من الخدمات المقدمة.					

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة
ثالثا: التركيز على المستفيد من الخدمة المقدمة

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	الرقم
					يلتزم المستشفى بشدة برضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها.	11
					تقوم الإدارة بإثبات عملياً الأهمية النسبية لرضا متلقي الخدمات والمستفيدين منها	12
					يستخدم المستشفى المعلومات التي يقدمها متلقي الخدمات والمستفيدين في تحسين وتطوير الخدمات التي تقدم لهم.	13
					يدرك العاملون أهمية الخدمات الخاصة التي يوفرها المستشفى	14
					يراقب المستشفى شكاوى متلقي الخدمات والمستفيدين ويعمل على حلها.	15

رابعا: فرق العمل (Travail en équipe)

					لدى المستشفى فرق عمل متخصصة لإنجاز المهام اليومية.	16
					تشجع إدارة المستشفى العمل بأسلوب الفريق.	17
					تقوم إدارة المستشفى بتشكيل فرق العمل من مستويات تنظيمية متعددة	18
					يرتكز أسلوب العمل في المستشفى على فرق العمل المدارة ذاتياً.	19
					تؤكد إدارة المستشفى على تشكيل حلقات الجودة (cercles de la qualité).	20

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة
خامسا: التخطيط الاستراتيجي للجودة (planification stratégique de la qualité).

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	الرقم
					يتعامل المستشفى مع الجودة الشاملة على أساس أنها خطة استراتيجية طويلة المدى	21
					ترتكز رسالة المستشفى على تحقيق رضا العملاء والمستفيدين بالدرجة الأولى.	22
					تدعم الإدارة العليا للمستشفى دائماً عملية التحسين المستمر للجودة على المدى البعيد.	23
					أهداف وسياسات الجودة الشاملة في المستشفى مفهومة لدى العاملين.	24
					تؤكد الإدارة العليا في المستشفى على عملية التخطيط الاستراتيجي للجودة باستمرار.	25

سادسا: المقارنة المرجعية

					يقوم المستشفى بدراسة أفضل الممارسات التي تقوم بها المستشفيات الأخرى.	26
					عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تزيد من إمكانية تلبية رضا زبائن المستشفى.	27
					تهتم الإدارة باعتماد المقاييس المحددة التي يعتمدها المنافسون عند إجراء عملية المقارنة.	28
					عند اختيار قواعد المراجعة لغرض تحسين مستوى الأداء فان الإدارة تعطي الأولوية للخدمات الصحية التي تحقق سمعة وصورة المستشفى	29
					المقارنة المرجعية تساعد المستشفى في تطوير وتحسين الخدمات الصحية.	30

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة
سابعاً: المعلومات والقياس والتحليل

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
31	تقوم الإدارة بقياس أداء برنامج الجودة في جميع الأقسام.					
32	تعتمد الإدارة على المخططات والمؤشرات المالية وغير المالية لقياس ومراقبة الجودة					
33	تعتمد الإدارة في المستشفى على الأساليب الإحصائية لقياس ومراقبة الجودة.					
34	تعتمد الإدارة على أساليب متعددة في الحصول على المعلومات اللازمة لتخطيط فعاليتها فيما يتعلق بتقديم الخدمات.					
35	تساهم أساليب القياس المعتمدة في المستشفى في تحسين الأداء الكلي.					

ثامناً: تدريب العاملين ومشاركتهم

36	تهدف برامج التدريب في المستشفى إلى التأكيد على أهمية الجودة في الخدمات المقدمة					
37	يشترك في الدورات التدريبية الموظفين من كافة الأقسام					
38	عند إدارة المستشفى توجّه نحو التدريب كفرق عمل وليس كأفراد					
39	تقوم الإدارة بإشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالقسم الذي يعملون فيه.					
40	تسود روح التعاون بين الموظفين في الأقسام المختلفة.					

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة
تاسعا: التنظيم

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
41	تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على العمل الجماعي					
42	يوجد داخل المستشفى قسم متخصص لتقديم استشارات تتعلق بجودة الخدمات المقدمة					
43	تؤكد إدارة المستشفى وبشكل مستمر على إتباع أسلوب حلقات الجودة في العمل.					
44	المشاكل داخل أقسام المستشفى المختلفة تناقش بشكل جماعي.					
45	تقوم أقسام المستشفى بتوفير المعلومات للموظفين فيها عند طلبها.					

عاشرا: إدارة العلاقات مع الموردين (Fournisseurs)

46	يتم اختيار الموردين على أساس الجودة بدلا من السعر.					
47	يبني المستشفى علاقات متينة وطويلة مع الموردين.					
48	يلتزم الموردون الذين يتم التعامل معهم ببرنامج جودة واضح					
49	يهتم المستشفى بالفحص والمراقبة لجودة جميع المواد الموردة.					
50	يقوم المستشفى بإشراك الموردين الأساسيين في عملية تحسين الخدمات المقدمة.					

الاستبيان موجه إلى المستفيدين من الخدمات الصحية

أخي الفاضل...أختي الفاضلة ... تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول تسيير الجودة الشاملة في المستشفيات. أرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، علماً أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي. فلكم جزيل الشكر مسبقاً على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الدراسة.

الخصائص الديموغرافية:

تفضل بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة

1- الجنس:

ذكر أنثى

2- العمر:

أقل من 30 سنة 30-39 سنة 40-49 سنة
 50-59 سنة أكثر من 59 سنة

3- المستوى التعليمي:

أقل من ابتدائي ابتدائي متوسط
 ثانوي جامعي

4- عدد مرات الدخول لمستشفى 240 سرير:

مرة واحدة أكثر من مرة

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة
أولاً: بعد الأشياء الملموسة

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	موقع المستشفى ملائم ويسهل الوصول إليه.					
02	يتوفر المستشفى على مرافق نظيفة ومريحة وذات مظهر جذاب.					
03	تمتلك المستشفى أجهزة ومعدات طبية حديثة.					
04	يتمتع الأطباء والمرضى وجميع العاملين في المستشفى بمظهر أنيق.					

ثانياً: بعد الاعتمادية

05	عندما تُعدُّ إدارة المستشفى بتقديم خدمة معينة فإنها تفي بوعدتها.					
06	تُبدى المستشفى اهتمام كبير لحل المشكلات التي يعاني منها المرضى.					
07	يجرى تقديم الخدمة في المستشفى بطريقة صحيحة من أول مرة.					
08	تقدم الخدمة في المستشفى في الأوقات التي وَعَدت بها.					
09	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة عن المرضى.					

حدد مدى موافقتك على العبارات التالية، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة

ثالثا: بعد الاستجابة

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	الرقم
					يقوم المستشفى بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم.	10
					يقوم الموظفون بالمستشفى بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير.	11
					يرغب الموظفون في المستشفى بتقديم المساعدة للمرضى.	12
					الموظفون في المستشفى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم.	13

رابعا: بعد الأمان

					الموظفون في المستشفى موضع ثقة المرضى (أي يمكن الوثوق بهم)	14
					المريض يشعر بالأمان عند تعامله مع العاملين في المستشفى	15
					يتصف الكادر الطبي والإداري العامل في المستشفى بالأدب واللطف على دوام.	16
					يمتلك الكادر الطبي والإداري في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم	17

خامسا: بعد العاطفي

					يعطي الموظفون في المستشفى الاهتمام الكافي لكل مريض	18
					أوقات دوام المستشفى ملائمة للمرضى متلقي العلاج	19
					يعطي الموظفون في المستشفى المرضى الاهتمام الشخصي	20
					رغبات المرضى موضع اهتمام عالي من قبل الموظفين	21
					يتفهم الموظفون في المستشفى احتياجاتك الشخصية.	22

الملحق رقم (02): نتائج الفرضيات باستخدام برنامج SPSS 20

الفرضية الرئيسة الأولى: الانحدار البسيط

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,976 ^a	,952	,952	,09592
a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة لاجودة الشاملة				
b. Dependent Variable : المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة				

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	21,941	1	21,941	2384,661	,000 ^b
	Residual	1,095	119	,009		
	Total	23,036	120			
a. Dependent Variable : المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة						
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة						

Coefficients ^a												
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,700	,035		19,914	,000						
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة	,582	,012	,976	48,833	,000	,976	,976	,976	1,000	1,000	
a. Dependent Variable : المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة												

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	22,012	10	2,201	236,534	,000 ^b
	Residual	1,024	110	,009		
	Total	23,036	120			
a. Dependent Variable : المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة						
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين , المؤشر الكلي لبعء فرق العمل , المؤشر الكلي لبعء القياس والتحليل , المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي , المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر , المؤشر الكلي لبعء التنظيم , المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستقبل , المؤشر الكلي لبعء المقارنة المرجعية , المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة , المؤشر الكلي لبعء التدريب						

Coefficients ^a												
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,675	,040		16,929	,000						
	المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة	,054	,017	,107	3,231	,002	,793	,294	,065	,366	2,733	
	المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر	,056	,012	,141	4,680	,000	,701	,407	,094	,448	2,233	
	المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستقبل	,062	,013	,157	4,789	,000	,774	,415	,096	,375	2,669	
	المؤشر الكلي لبعء فرق العمل	,064	,014	,133	4,707	,000	,640	,409	,095	,503	1,989	
	المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي	,069	,016	,155	4,386	,000	,762	,386	,088	,325	3,078	
	المؤشر الكلي لبعء المقارنة المرجعية	,070	,016	,146	4,458	,000	,710	,391	,090	,379	2,641	
	المؤشر الكلي لبعء القياس والتحليل	,050	,016	,105	3,127	,002	,680	,286	,063	,360	2,777	
	المؤشر الكلي لبعء التدريب	,031	,015	,077	2,043	,043	,795	,191	,041	,288	3,478	
	المؤشر الكلي لبعء التنظيم	,066	,015	,135	4,235	,000	,730	,374	,085	,399	2,503	
	المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين	,067	,014	,147	4,653	,000	,770	,406	,094	,406	2,465	
a. Dependent Variable : المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة												

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,978 ^a	,956	,952	,09647
a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين , المؤشر الكلي لبعء فرق العمل , المؤشر الكلي لبعء القياس والتحليل , المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي , المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر , المؤشر الكلي لبعء التنظيم , المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستقبل , المؤشر الكلي لبعء المقارنة المرجعية , المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة , المؤشر الكلي لبعء التدريب				
b. Dependent Variable: المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة				

الفرضية الفرعية الأولى: الانحدار البسيط

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,373 ^a	,139	,132	,80024
a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة				
b. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12,283	1	12,283	19,181	,000 ^b
	Residual	76,207	119	,640		
	Total	88,490	120			
a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية						
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,057	,293		3,602	,000
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة	,435	,099	,373	4,380	,000
a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية						

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

Model Summary ^c				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,371 ^a	,137	,130	,80093
2	,410 ^b	,168	,154	,78986
a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة				
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة , المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر				
c. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12,152	1	12,152	18,944	,000 ^b
	Residual	76,337	119	,641		
	Total	88,490	120			
2	Regression	14,873	2	7,436	11,920	,000 ^c
	Residual	73,617	118	,624		
	Total	88,490	120			
a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية						
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة						
c. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة , المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر						

Coefficients ^a											
Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.	Correlations			Collinearity	
		Coefficients		Coefficients			Zero-order	Partial	Part	Statistics	
		B	Std. Error	Beta						Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,240	,254		4,875	,000					
	المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة	,366	,084	,371	4,352	,000	,371	,371	,371	1,000	1,000
2	(Constant)	1,126	,257		4,382	,000					
	المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ الجودة الشاملة	,230	,105	,233	2,183	,031	,371	,197	,183	,619	1,616
	المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر	,174	,083	,223	2,088	,039	,367	,189	,175	,619	1,616

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الملموسية

الفرضية الفرعية الثانية: الانحدار البسيط

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,644 ^a	,414	,409	,61950

a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة لجودة الشاملة
b. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاعتمادية

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	32,295	1	32,295	84,150	,000 ^b
	Residual	45,670	119	,384		
	Total	77,966	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاعتمادية
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,406	,227		1,788	,076
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة	,706	,077	,644	9,173	,000

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاعتمادية

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

Model Summary ^d				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,582 ^a	,339	,334	,65803
2	,666 ^b	,444	,434	,60618
3	,681 ^c	,464	,450	,59788

a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر
b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر, المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي
c. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر, المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي, المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ الجودة الشاملة
d. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاعتمادية

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	26,438	1	26,438	61,057	,000 ^b
	Residual	51,528	119	,433		
	Total	77,966	120			
2	Regression	34,606	2	17,303	47,090	,000 ^c
	Residual	43,359	118	,367		
	Total	77,966	120			
3	Regression	36,143	3	12,048	33,703	,000 ^d
	Residual	41,823	117	,357		
	Total	77,966	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر

c. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر, المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي

d. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر, المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي, المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ الجودة الشاملة

Coefficients ^a											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,177	,171		6,901	,000					
	المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر	,427	,055	,582	7,814	,000	,582	,582	,582	1,000	1,000
2	(Constant)	,651	,193		3,377	,001					
	المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر	,320	,055	,436	5,792	,000	,582	,470	,398	,831	1,204
	المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي	,292	,062	,355	4,715	,000	,535	,398	,324	,831	1,204
3	(Constant)	,482	,207		2,330	,022					
	المؤشر الكلي لبعء التحسين المستمر	,252	,064	,343	3,957	,000	,582	,344	,268	,609	1,642
	المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي	,239	,066	,291	3,617	,000	,535	,317	,245	,708	1,412
	المؤشر الكلي لبعء الالتزام بمبادئ إدارة الجودة الشاملة	,179	,086	,193	2,073	,040	,559	,188	,140	,528	1,895

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاعتمادية

الانحدار البسيط

الفرضية الفرعية الثالثة:

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,450 ^a	,202	,195	,73232

a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة

b. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	16,163	1	16,163	30,138	,000 ^b
	Residual	63,819	119	,536		
	Total	79,981	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة

Coefficients ^a						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	,810	,269		3,015	,003
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة	,499	,091	,450	5,490	,000

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

Model Summary ^c				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,417 ^a	,174	,167	,74522
2	,483 ^b	,233	,220	,72083

a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي , المؤشر الكلي لبعء التنظيم

c. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	13,895	1	13,895	25,021	,000 ^b
	Residual	66,086	119	,555		
	Total	79,981	120			
2	Regression	18,669	2	9,335	17,965	,000 ^c
	Residual	61,312	118	,520		
	Total	79,981	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي

c. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي , المؤشر الكلي لبعء التنظيم

Coefficients ^a											
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	1,240	,211		5,886	,000					
	المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي	,347	,069	,417	5,002	,000	,417	,417	,417	1,000	1,000
2	(Constant)	,867	,238		3,642	,000					
	المؤشر الكلي لبعء التخطيط الاستراتيجي	,234	,077	,281	3,043	,003	,417	,270	,245	,763	1,310
	المؤشر الكلي لبعء التنظيم	,253	,084	,280	3,031	,003	,416	,269	,244	,763	1,310

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الاستجابة

الفرضية الفرعية الرابعة: الانحدار البسيط

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,580 ^a	,336	,331	,66088

a. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة

b. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الامان

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	26,326	1	26,326	60,277	,000 ^b
	Residual	51,974	119	,437		
	Total	78,301	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الامان

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة

Coefficients ^a						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	,702	,242		2,898	,004
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة	,637	,082	,580	7,764	,000

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء الامان

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

Model Summary ^c				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,560 ^a	,314	,308	,67191
2	,590 ^b	,348	,337	,65781
المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين a. Predictors: (Constant),				
المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين , المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستفيد b. Predictors: (Constant),				
المؤشر الكلي لبعء الأمان c. Dependent Variable:				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	24,576	1	24,576	54,435	,000 ^b
	Residual	53,725	119	,451		
	Total	78,301	120			
2	Regression	27,240	2	13,620	31,475	,000 ^c
	Residual	51,061	118	,433		
	Total	78,301	120			
المؤشر الكلي لبعء الأمان a. Dependent Variable:						
المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين b. Predictors: (Constant),						
المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين , المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستفيد c. Predictors: (Constant),						
المستفيد						

Coefficients ^a											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,181	,192		6,144	,000					
	بالموردين لبعء العلاقة الكلي المؤشر	,474	,064	,560	7,378	,000	,560	,560	,560	1,000	1,000
2	(Constant)	,981	,205		4,791	,000					
	بالموردين لبعء العلاقة الكلي المؤشر	,378	,074	,447	5,122	,000	,560	,426	,381	,726	1,378
	المستفيد على التركيز لبعء الكلي المؤشر	,158	,064	,216	2,481	,015	,450	,223	,184	,726	1,378
المؤشر الكلي لبعء الأمان a. Dependent Variable:											

الانحدار البسيط

الفرضية الفرعية الخامسة:

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,608 ^a	,370	,365	,60792
المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة a. Predictors: (Constant),				
المؤشر الكلي لبعء التعاطف b. Dependent Variable:				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	25,826	1	25,826	69,880	,000 ^b
	Residual	43,979	119	,370		
	Total	69,804	120			
المؤشر الكلي لبعء التعاطف a. Dependent Variable:						
المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة b. Predictors: (Constant),						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,527	,223		2,365	,020
	المؤشر الكلي لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة	,631	,075	,608	8,359	,000
المؤشر الكلي لبعء التعاطف a. Dependent Variable:						

الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise)

Model Summary ^c				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,567 ^a	,321	,315	,63106
2	,607 ^b	,368	,357	,61152

a. Predictors: (Constant), بالموردين العلاقة لبعء الكلي المؤشر

b. Predictors: (Constant), بالموردين العلاقة لبعء الكلي المؤشر , بالموردين العلاقة لبعء الكلي المؤشر , المستفيد على التركيز

c. Dependent Variable: التعاطف لبعء الكلي المؤشر

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,414	1	22,414	56,284	,000 ^p
	Residual	47,390	119	,398		
	Total	69,804	120			
2	Regression	25,677	2	12,839	34,331	,000 ^c
	Residual	44,127	118	,374		
	Total	69,804	120			

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء التعاطف

b. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين

c. Predictors: (Constant), المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين , المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستفيد

Coefficients ^a											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,048	,180		5,810	,000					
	المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين	,452	,060	,567	7,502	,000	,567	,567	,567	1,000	1,000
2	(Constant)	,827	,190		4,347	,000					
	المؤشر الكلي لبعء العلاقة بالموردين	,346	,069	,434	5,050	,000	,567	,422	,370	,726	1,378
	المؤشر الكلي لبعء التركيز على المستفيد	,175	,059	,254	2,954	,004	,481	,262	,216	,726	1,378

a. Dependent Variable: المؤشر الكلي لبعء التعاطف

الفرضية الرئيسة الثانية:

الجنس

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة	Equal variances assumed	1,830	,179	-,365	119	,716	-,04900	,13421	-,31476	,21675
	Equal variances not assumed			-,364	114,306	,717	-,04900	,13473	-,31589	,21788

العمر					
ANOVA					
المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,083	4	,271	,493	,741
Within Groups	63,792	116	,550		
Total	64,875	120			

الوظيفة					
ANOVA					
المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,635	4	,159	,286	,886
Within Groups	64,241	116	,554		
Total	64,875	120			

المستوى التعليمي					
ANOVA					
المؤشر الكلي لجميع أبعاد الجودة الشاملة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	25,665	3	8,555	25,527	,000
Within Groups	39,210	117	,335		
Total	64,875	120			

الخبرة					
ANOVA					
الشاملة الجودة أبعاد لجميع الكلي المؤشر					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,404	5	,281	,509	,769
Within Groups	63,472	115	,552		
Total	64,875	120			

الفرضية الرئيسة الثالثة:

الجنس

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة	Equal variances assumed	,116	,734	-,062	163	,951	-,00649	,10480	-,21344	,20045
	Equal variances not assumed			-,062	153,672	,951	-,00649	,10522	-,21435	,20137

العمر

ANOVA					
المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,904	4	,226	,501	,735
Within Groups	72,164	160	,451		
Total	73,068	164			

المستوى التعليمي

ANOVA					
المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,397	4	,599	1,357	,251
Within Groups	70,671	160	,442		
Total	73,068	164			

عدد مرات دخول المستشفى

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
المؤشر الكلي لجميع أبعاد جودة الخدمة	Equal variances assumed	,527	,469	1,332	163	,185	,14063	,10556	-0,06782		,34907
	Equal variances not assumed			1,310	133,493	,192	,14063	,10733	-0,07167		,35292

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر الموظفين، وأثرها على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى. بالإضافة إلى معرفة إن كان هناك اختلاف في رؤى الموظفين تجاه توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعود لخصائصهم الديمغرافية، وإلى وجود اختلاف في رؤى المرضى تجاه مستوى الخدمة الصحية المقدمة تعود لخصائصهم الديمغرافية. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: وجود تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة، وجود اختلاف في اتجاهات الموظفين تبعاً للمؤهل الدراسي، عدم وجود اختلاف في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لخصائصهم الديمغرافية.

الكلمات المفتاحية:

إدارة الجودة الشاملة – مبادئ إدارة الجودة الشاملة – جودة الخدمة (ServQual) – إدارة المستشفيات – جودة الخدمة الصحية.

Abstract:

The study aimed at identifying the staff's viewpoint of the availability of the total quality principles management in the Algerian public health organizations, and their impact on the quality of health service provided at the hospital. In addition, it investigated whether there is a difference in the staff's visions towards the availability of TQM principles, or in the patients' visions of the health level of the provided service, due to demographic characteristics. The study came up with the following major conclusions: an existing impact of the availability of the total quality principles management on the quality of provided health service management, a noticed difference in the staff's perspectives depending on academic qualifications, no remarked difference in patients' attitudes towards the quality of provided health service depending on the demographic characteristics.

Keywords:

Total quality management – the principles of total quality management – quality of service (ServQual) – hospital management – the quality of health service.

Résumé :

La présente étude a tenté à vérifier la disponibilité des principes de gestion de la qualité totale dans les entreprises publiques hospitalières algériennes du point de vue du personnel, et leur impact sur la qualité des services de santé offerts au sein de l'hôpital. En plus de savoir qu'il y ait une différence dans les visions du personnel à l'égard de la disponibilité des principes de TQM appartenant aux caractéristiques démographiques, il est à noter l'existence de différences dans les visions des patients quant au niveau de service de santé par rapport à leurs caractéristiques démographiques. L'étude a révélé plusieurs conclusions, dont les plus significatives sont: l'existence d'un effet de la disponibilité des principes gestion de qualité totale sur la qualité des services de santé offerts, l'existence d'une différence dans les tendances du personnel en fonction de leurs qualifications éducatives, aucune différence n'est constatée dans les attitudes des patients envers la qualité des services de santé offerts en fonction des caractéristiques démographiques.

Mots clés :

La gestion de la qualité totale – les principes de gestion de la qualité totale – la qualité du service (ServQual) – la gestion de l'hôpital – la qualité des services de santé.