جامعة قاصدي مرياح - ورقة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسبيير
قسم علوم التسبيير

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسبيير
التخصص: اقتصاد وتسير المؤسسة

عنوان:

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

إعداد الطالب: محمد الهلة
نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ: 29 / 06 / 2017

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

<table>
<thead>
<tr>
<th>الصفة</th>
<th>الجامعة الأصلية</th>
<th>الرتبة العلمية</th>
<th>أعضاء اللجنة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>رئيساً</td>
<td>الجامعة ورقلة</td>
<td>أستاذ</td>
<td>أ.د/ محمد حمزة بن قريبة</td>
</tr>
<tr>
<td>مشرف ومقرراً</td>
<td>الجامعة ورقلة</td>
<td>أستاذ</td>
<td>أ.د/ أحمد بن عيساوي</td>
</tr>
<tr>
<td>مساعد مشرف</td>
<td>جامعة ورقلة</td>
<td>أستاذ</td>
<td>أ.د/ عمر غزاوي</td>
</tr>
<tr>
<td>مناشقًا</td>
<td>المدرسة العليا للتجارة الجزائر</td>
<td>أستاذ</td>
<td>أ.د/ مرير عدام</td>
</tr>
<tr>
<td>مناشقًا</td>
<td>جامعة برج يوبريج</td>
<td>أستاذ</td>
<td>أ.د/ حسين رحم</td>
</tr>
<tr>
<td>مناشقًا</td>
<td>جامعة الأغواط</td>
<td>أستاذ</td>
<td>د/ فويدر عياش</td>
</tr>
<tr>
<td>مناشقًا</td>
<td>جامعة ورقلة</td>
<td>أستاذ محاضر &quot;أ&quot;</td>
<td>د/ الحاج عرابية</td>
</tr>
</tbody>
</table>

السنة الجامعية: 2016/2017
ال rencontrer:

إن التحدي الذي يتعاني منه الدول اليوم، وخاصة تلك السائرة في طريق النمو، يتمثل في البحث عن الطرق المتاحة التي يتم عن طريقها إحداث التقدم الشامل، وفق معدلات نمو مناسبة وذلك من خلال تطوير التحديث المستمر في أساليب وأنظمة تسيير مواردها المالية والبشرية، لمواجهة تحديات العولمة الاقتصادية - سواء أتت تلك الصعوبات بداخل الأسواق أو إنشاد المشاهدة. خصوصاً وأن المؤسسات في الوقت الحالي أصبحت محوراً على إحداث تغييرات شاملة وجرحي بغية التأقلم مع المحيط الذي تنشط فيه، ولن يتحقق لها ذلك إلا من خلال إدخال وتبني مفاهيم جديدة كمفهوم الجودة - الذي يعد من المفاهيم المعاصرة التي تساعد المؤسسة الاقتصادية والخدمية ومنها المؤسسات الاستثمارية العمومية، وخاصة على تحسين وتطوير منتجاتها وخدماتها، وتمكنها من الاستمرارية والبقاء في عالم سريع التغيير.

إن الهدف الأساس لنظام الجودة يتمثل في أن النشاط الاقتصادي للمؤسسة تعتمد على قدراتها في تلبية حاجات السوق، وبعد الزبون الأساس الذي يجب العمل على إرضائه وتلبية حاجاته التي تكون محور كافة القرارات المتخذة؛ وهذا ما ينطبق من المؤسسة بصورة عامة والاستثمارية بصورة خاصة السعي للعثور على حاجات ورغبات الزبائن الداخليين (الموظفين) والخارجيين (المرضى ومراقبهم) وعاداتهم ودوافعهم الشرائة، باعتبار أن لكل واحد منهم خصوصياته في هذا المجال، كما أن تطور مفهوم الجودة ودور الدولة في عصرنا الحالي بالنظر لزيادة مسؤولياتها اتجاه أفراد المجتمع ككل، الأمر الذي تطلب زيادة الاهتمام بقطاع الخدمات ومختلف أنشطتها بغية توفير الاحتمالات الاجتماعية للمواطنين، فالخدمات الصحية تعد من أهم العوامل التي تسهم في تحقيق التنمية، وتعد أحد مؤشراتها باعتبارها مفتاحًا لزيادة الإنتاج والإنجاحية، إذ إنه من غير الممكن تصور وجود تسمية حقيقية دون تحسين وتطور الأوضاع الصحية للإنسان الذي يمثل النواة الرئيسية للتنمية ولهذا لأن الإنسان السليم صحياً هو الأقدر على بناء تنمية صحية ومستدامة.

إن النظام الصحي العام والخاص في الجزائر، وخاصة بعد اعتماد الطب المجاني تطور على أساس مبادئ ضمان إيلاء العلاج إلى جميع المواطنين مما كان خصوم المادية ومكانتهم الاجتماعية، خصوصا في ظل وجود قوانين ومراسيم حددت الإطار القانوني لإنشاء وتسيير وتوجيه الهياكل الصحية منذ الاستقلال حتى الآن، أما من ناحية تسهيل الموارد البشرية فقد عرف النظام الصحي في الجزائر تطورات كبيرة، إذ عرف التكوير الطبى وشبه الطبي قفة نوعية في هذا المجال إضافة إلى مضاعفة النفايات الوطنية للصحة وإنشاء العديد من الهياكل الصحية والمخابز ومدارس ولحقات التكوين وغيرها. والله، وهذا ما يتطلب من السلطات العمومية وضع الأليات التنسيقية التي تستطيع من خلالها إيجاد العلاج لجميع المواطنين ومن ثم التحكم في تكلفة التكوين والعلاج معا.

وتتطلب قطاع الصحة يعد من بين القطاعات ذات الأولوية بالنظير لمكانته في أوساط المجتمع والذي يحتاج إلى أملاً بهائكة ينبغي ألا تقتصر على الدولة لكونها أصبحت غير قادرة من خلال المؤسسات
المقدمة العامة

الاستفاغية على إيضاح العلاج لكل المواطنين وبصورة عادلة.

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

- أولاً: طرح إشكالية البحث:

الإشكال الأساسي الذي يتحرر حوله موضوع دراستنا يتمثل في الآتي:
ما إمكانية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية العمومية والعيادات الخاصة...

- الأسئلة الفرعية:

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

ما هي الأسس الفكرية والتطبيقية التي يركز عليها مفهوم إدارة الجودة الشاملة؟ وما أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية؟

- مستوى خدمات الصحة المقدمة في المستشفيات الجزائرية عينة الدراسة؟

هل يختلف مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة عن مستوى الخدمات الصحية في العيادات الخاصة في الجزائر؟

هل يمكن أن يحسن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في تحسن مستوى أداء الخدمات الصحية لتنجب لحاجات المجتمع؟

- ثانياً: فرضيات البحث:

للاجابة عن التساؤلات السابقة تمّ اعتماد الفرضيات التالية:

- الفرضية العامة:

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

- الفرضية الفرعية:

- توفر المؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة في الجزائر على المتطلبات الأساسية لإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وفق آراء المبحوثين من الموطنين.

- إن رضا الموطنين عن الأعمال التي يقومون بها داخل المستشفي من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية المقدمة ويزيد من ولائهم له.

- تختلف المعايير التي يعتمد عليها المرضى في أهميتها بالنسبة عند تقييمهم لجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة في الجزائر.

- تختلف درجات الاهتمام بأبعاد جودة الخدمات الصحية لدى المبحوثين من مرضى المؤسسات.
المقدمة العامة

الاستشغالية العامة والعيادات الخاصة عبارة الدراسة في الجزائر.

- توجد علاقة تأثير إيجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة يتم بناءها عنها تحقيق وراء المرمي للمؤسسة الاستشغالية.

ثالثًا: مبادىء اختيار موضوع البحث:

أ) المبادئ الموضوعية:

- معظم المؤسسات الجزائرية ما زالت تطبق أساليب تسيير تقليدية باعتبارها كنتاكة لمخلقات مرحلة الاقتصاد المخطط، ومرحلة التحول للاقتصاد الحر تتطلب ضرورة تبني أنماط تسييرية جديدة ومنها نظام TQM كأداة ناجحة لتطوير المعلومات السليمة بغية اتخاذ القرارات التسييرية بصورة رشيدة;
- تعز الجودة من المовымات التي تجعل المؤسسة قابلة لخوض غمار المنافسة، إذ هي إحدى متطلبات الدخول للأسواق العالمية، وذلك تسعى المؤسسة للاكتمال وتطبيق فماهاها في الميدان.
- تتأ뷘 الاهتمام بمفهوم الخدمات ومنها الصحية في ظل الكتابة التنظيمية المعاصرة، بالنظر لمكانتها ودورها في تمكين المؤسسات الاقتصادية من تحقيق التميز التنافسي في ظل اقتصاد الجودة والمعرفة;
- ضعف الاهتمام بالموارد البشرية في المؤسسات الجزائرية عموما و الصحية على وجه الخصوص من خلال عدم تلبية طلباتهم المتكررة، الأمر الذي أثير عنه تدني وانخفاض جودة الخدمات الصحية;
- زيادة الاهتمام بموضوع الجودة في الخدمات الصحية بالنظر لأهمية الدور الذي يؤديه في تطوير الخدمات المقدمة في المستشفيات;
- اعتباره الجودة موضوع يشكل اهتمام كل من الأفراد والجمعيات والمؤسسات والدول، ودليل ذلك انعقاد العديد من المؤتمرات والندوات بشكل دوري على المستوى المحلي والدولي.

ب) المبادئ الذاتية:

- حديثة نظام الجودة وعلاقته بالخصوص.
- أن نظام إدارة الجودة الشاملة هو وسيلة لتحقيق الأداء المتميز للمؤسسة، وقد أثبت نجاعته في كثير من الدول (مثل: اليابان، الولايات المتحدة الأمريكية ...الخ).
- قلة الاهتمام بموضوع الجودة من قبل المؤسسات الجزائرية;
- المبادئ الشخصي لمعالجة مثل هذا النوع من المواضيع، خصوصا وأن هذالوضوع يتشابه بالأوضاع الراهنة، وبالذات في ظل تحول الجزائر إلى نظام السوق الحر.

رابعا: أهداف الدراسة وأهميتها:

أ) أهداف الدراسة:

بهذ الباحث من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الآتي:

- توضيح الأصول الحقيقية للجودة الشاملة ومراحل التطبيقها في المؤسسات الصحية، والمعايير ت
المقدمة العامة

المستخدمه في تقييم أدائها كما وردت من خلال أراء ومؤلفات الكاتب والمختصين؛
- إبّار أهمية وتوزيع الخدمات الصحية باعتباره القلب النابض والمحرك الأساسي لكل اقتصاد
  مهما كان توجهه وحجمه;
- السعي لإضافة كيفية إدماج مبادئ وأساليب TQM داخل المؤسسة الصحية كوسيلة لتحسين
  الخدمة الصحية، والسعى للمبطة على تلك الزيادة المضطردة في تكاليفها بشكل يضمن
  حصول المريض على قيمة تناسب والبالغ التي يدفعها ثمناً لهذه الخدمة;
- السعي للكشف عن مختلف الصعوبات التي تواجه الموظفين في تطبيق منهج TQM
  بتقليص حجم أثارها السلبية بما يحقق المفهعة المبتللة بإدارة المستشفى والمريض;
- الاعتراف على مدى اهتمام إدارة المستشفى بوضوح جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، ومن ثم
  تشخيص أهم الشروط الواجب توفرها في الخدمات الصحية لضمان جودة خدمات ذات مستوى عالٍ
  تحقق أعلى درجات الرضا للمستفيدين منها (المرضى);
- محاولة الاعتراف على واقع تطبيق أساليب TQM في إدارة وتنظيم النشاط الصحي من وجهة نظر
  الزبائن الداخليين (الموظفين) والخارجيين (المرضى) بالمستشفيات عينة الدراسة في الجزائر;
- السعي للكشف عن الأساليب الملازمة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في بعض المستشفيات
  العامة والعوامل الخاصة في الجزائر التي تسعى لتطبيق أساليب الجودة الشاملة؛
- لاقت انتباه المسؤولين عن إدارة القطاع الصحي في الجزائر إلى الدور الذي يؤديه تطبيق نظام وبرامج
  الجودة في تحسين أداء المراقب الصحي والرقي بجودة خدماتها;
- تقليص حجم الفجوة بين الخدمة المركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى الخدمة الأفضل;
- السعي لإضافة كيفية إدماج مبادئ وأساليب نظام إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة الاقتصادية
  بما يحقق الأهداف المرغوبة من استخدامهم;
- محاولة إيجاد صلة وثيقة بين أثر بني تقنية الجودة وحسن تطبيقها في بناء وتعزيز المبطة التنافسية
  للمؤسسة الاقتصادية بما يؤدي إلى تحقيق الأداء المميز كهدف يضمن البقاء والنمو.
ب- أهمية الدراسة:

تتبع أهمية البحث من أهمية الجودة في الخدمة الصحية، والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال

المؤشرات التالية:
- تعد الخدمات الصحية من أهم الخدمات التي يجب على الدولة الالتزام بتوفيرها لطالبيها من أفراد
  المجتمع باعتبارها من الاحتياجات الأساسية لأي إنسان، وأن توفيرها بجودة عالية يعد من الأولويات
  لتراثها بحياة الإنسان وصحته؛
- أهمية القطاع الصحي باعتباره قطاعًا خدميًا مؤثرًا في اقتصاديات الدول، وبالتالي يجب على الدول
  ومنها الجزائر أن تشجع القائمين على هذا القطاع وتنمية وتكرير فكرة الجودة نظراً لما يتيح من تطبيقها

ثم
المقدمة العامة

في القطاع من إجابات;

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

- تأييض مستوى الجودة من خلال أبعاد رئيسية تم اعتماد عليها كأساس في القياس وهي (الملومية، الاعتمادية، الاستجابة، النقص، التعاطف)، لأن الجودة في الخدمات الصحية لم تعد خاضعة للعاميات أو الاعتدادات الشخصية البينة؛

الإسهام في الدراسات التي تتناولت مقياس (servqual) لقياس جودة الخدمات الصحية، وإمكانية التعرف على الخدمات الصحية الأكثر أهمية وقيمة؛

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

- توفير الجودة وتحديد إمكانية تطبيقها بعد من المحكمات الرئيسية، التي من خلالها تتعرف المؤسسات الصحية والإدارات المختلفة على أدائها الحقيقي؛

- تسليط الضوء على مكالم الخلل في التنظيمات الإدارية المستخدمة، وتسهم في إيجاد الحلول لها أثناء تنفيذ البرنامج وليس بعد الانتهاء منها;

- توجه نظرة المسؤولين في وزارة الصحة في الجزائر بهذا الموضوع الذي قد يساهم في حل كثير من المشاكل التي تعاني منها الدراسات في المستشفيات العامة والخاصة.

- خامساً: حدود الدراسة:

تجري الدراسة الحالية في إطار حدود تتعلق بمعطيات الدراسة، وأخرين بالإطار الزمني والمكان عن الدراسة، وهو ما يتم تضاؤ ويفي يلي:

أ- الحدود الإمكانية: تمتثل في عدة مؤسسات تشريفيات متواجدة عبر التراب الوطني الجزائري، والتي تمثلت في المؤسسات التشريفيات العمومية والعيادات الخاصة، والتي تنشط في الميدان الصحي، والتي تسهم بشكل فعال في تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من المرضى.


بالمؤسسات التشريفيات عينة الدراسة في الجزائر.

ج- الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على الزبائن الداخليين والخارجيين للمؤسسات التشريفيات العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر؛ حيث إن:

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

2- الزبائنخارجيي: هم المرضى.

د- حدود تتعلق بأداة الدراسة: تتشدد الدراسة بمدى صدق وثبات أداة الدراسة، والمحسال التي تغطيها.
المقدمة العامة

ساساً: المنهج المستخدم في البحث:

في إطار القياس بتحليل ومعالجة الإشكالية الرئيسية للبحث والإمام بمختلف حياتها سواء تتعلق بالجوانب النظري أو التطبيقي فقد اعتمدت طريقة البحث على الأساليب التالية:

1- المنهج الوظيفي: تم اعتماد هذا المنهج في الجانب النظري للبحث بمساعدة جمع البيانات والمعلومات من الكتب والمعارج والدراسات المتصلة بالبحث، بهدف تحليل واستنباط المفاهيم والأسس النظرية للدراسة، التي تتعلق بأهمية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية، وأهمية الخدمات عامه والصحية خاصة ووجودتها والعمل المؤثر في مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها، وعلاقة كل منها بالآخرين وصولاً إلى تحديد مفهوم نظام الجودة الشاملة داخل المستشفى، ومفهوم وخصائص المستشفيات التي تشكل الحقل الأساسي لهذه الدراسة.

2- المنهج التحليلي: تم الاعتماد في دراسة الحالة التطبيقية على المنهج المقارن بين عينة من المؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، باستخدام أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة والاستبيان، بهدف التعرف على واقع الجودة في الخدمات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة، والمقارنة بين النتائج والأثار التي تسببها الظاهرة المدروسة على آداء الزبائن الداخليين(الموظفين) والتعامل معها من الزائرين الخارجيين(المرضى وذويهم)، فصد قياس رضا الموظفين على الأعمال التي يقدمونها بالمستشفيات عينة الدراسة، وما يقابلها من رضا المرضى على الخدمات الصحية المدرجة ليتحول في نهاية المطاف لولاء للمستشفى، وبغية استعراض أوجه النشأة والاختلاف بين النوعين من المستشفيات، والوقوف على أهم العوامل التي تحول دون تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بها، سعياً لتقدم التوصيات المناسبة التي تمكن المستشفيات المعنية من تحقيق التميز في جودة الخدمات التي تقدمها لطاعتها من الزائرين خاصة المرضى منهم.

- سابعاً: أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث في جمع البيانات على الادوات التالية:

أ- المسح المكتبي: من خلال الاعتماد على عدة مراجع باللغة العربية والأجنبية تتمثل في الكتب والمجلات المتخصصة، رسائل الماجستير والدكتوراه، الملقى العلمية والإنترنتنج بحث الإحاطة بالجوانب النظرية والمعرفية الإشكالية للدراسة.

ب- المقابلة الشخصية: مع المديرين بالمؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة.

ج- الاستبيان: بعد أخذ المصادر الأساسية لجمع البيانات، الذي وجه لكل من الموظفين والمريض.

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

- ثامناً: الدراسة السابقة:

قام الباحث بالإطلاع على عدة أبحاث ودراسات سابقة ناقشت موضوع الدراسة الحالية ليس كما هو
القدمـة العامة

حالياً ولكن في جوانب ذات علاقة بالموضوع، وقد سعت هذه الدراسة إلى مراجعة أبرز الدراسات السابقة
هذا، وخلاصة جملة توصل إليه الباحثون في مجال دراسة وتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، لأن
عملية التطبيق تحتاج لمعرفة مسبقة حول واقع تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات
عموماً وفي المستشفيات على وجه الخصوص، ومعرفة محددت الجودة من منظور الأعضاء والقائنين
على هذه الخدمات بهدف الاستفادة منها في تحقيق الأطراف المنهمجي لهذه الدراسة، كما أن الدراسات
السابقة تعد ممارسة لا يمكن من خلالها رؤية موضوع الدراسة بصورة واضحة وسهلت الإطلاع عليه وفهمه
من ناحيتها التطبيقية بصورة كبيرة، ولعل أهم وأقرب هذه الأدبيات من موضوعنا الحالي، التي توصلنا إليها
في حدود إمكاننا، والتي نوردها وفقاً للتسلسل التالي:

I - الدراسات المحلية (المستوى الوطني).
II - الدراسات العربية.
III - الدراسات الأجنبية.

I - الدراسات المحلية (المستوى الوطني):

للتفوق على الجوانب النظرية والتطبيقية في مجال تQM في المؤسسات الإنتاجية والخدمية بصورة
خاصة وما تناولته بعض الدراسات التي تمت على المستوى الوطني وتطرقت إلى هذه الجوانب تعرضها
كما يلي بالتفصيل:

للمؤسسة"، مكلة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، تناولت هذه الدراسة
الإشكالية التالية: هل يمكَن جودة المنتج ضمان ميزا تنافسية دائمة للمؤسسة تمكَنها من كسب مركز
تنافسي في بيئات ممتازة بالجزائر؟

وقد توصل البحث إلى نتائج بعدة منها: الجودة متغير استراتيجي ومورد مهم لتخفيض التكاليف، ورفع
الإنتاجية، كسب رضا وولاء الزبائن، تحسن صورة المؤسسة، ورفع الحصص السوقية والأرباح، وأن
عملية تطبيق TQM أمراؤاً ايجابياً على أداء المنظمات الصناعية العاملة في المدن المؤهلة.

2 - دراسة (العهديي فئة: 2005): الدراسة بعنوان: "دور الجودة في تحقيق المياة التنافسية، مكلة
ماجستير، قسم علوم التسويق، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسويق الحضرية، جامعة الجزائر، تناولت
الدراسة الإشكالية التالية: ما هو دور الجودة في بناء وتحقيق ميزا تنافسية للمؤسسة؟

ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الجودة مسؤولية جميع أفراد المؤسسة، وثورة مستوىً بالنسبة
المنتجات والخدمات على سمعة المؤسسة، ومن ثم درجة ثقة عملائها.

العندية في الجزائر"، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم
الاقتصادية وعلوم التسويق، جامعة الجزائر، (غير منشورة)، تناولت هذه الدراسة الموضوع بالإشكالية
اخ
المقدمة العامة

التالية: كيفية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة؟ وتحديد الشروط الكفيلة بتحقيقه على مستوى المؤسسات الفنية في الجزائر من خلال عينة من المؤسسات الفنية ذات خمسة نجوم في الجزائر؟

وقد توصلت هذه الدراسة إلى اقتراح نموذج تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفنية الجزائرية تمثلت عناصره أساسا في كيفية التحكم في تطبيقات ومهارات التسبي، وضع إستراتيجية مناسبة للجودة وتفسيدها وفق إجراءات مدروسة وممكنا، وتحللت دراستها عنها من حيث فئة الدراسة، وتركيزنا على الخدمات الصحية بدلا من الخدمات الفنية.

4 - دراسة (عثمان مريزيق:2008)دراسة بعنوان: "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية" و עומس الموضوعات الصحية "بالجزائر العاصمة". تدخل ضمن مطلبات تقبل شهادة الدكتوراه في علوم التسبي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسبي بجامعة الجزائر، ومن بين النتائج التي توصل إليها الباحث تذكر ما يلي:
- تختلف النظرية إلى جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث يختلف مفهومها حسب المنطوق الطبي والإداري، وأيضا هيئة وجهة نظر المستفيد من الخدمة.
- تقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي: تكاليف الوقاية من عيبات الجودة، تكاليف التدقيق، تكاليف التشخيص، والأعمال الخاطئة والمميزة.
- يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتربية البشرية التي اهتم بها العديد من الدول، وذلك بتبني سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي.


ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة تذكر الآتي:
- يعد التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية هو الفرض الرئيس لمنهج إدارة الجودة الشاملة، والأثر الذي ينبغي أن يحدثه تطبيق هذا المنهج في المؤسسات الصحية.
- أن تطبيق منهج TQM في المؤسسات الصحية من شأنه أن يحقق العديد من المزايا ومن أهمها: تبسيط وتحسين الإجراءات، تحقيق كفاءة التشغيل، تحقيق الرضا المتزايد للعملاء، تحقيق معنوية العملين، تعزيز الأداء، تخفيف التكاليف، مستويات إنتاجية أحسن، تخفيف شكاوى العملاء... الخ.

الدراسات العربية:

- يتم التطرق فيما يلي لبعض الدراسات السابقة التي تمت على المستوى العربي وتناولت ظاهرة تطبيق الجودة الشاملة والخدمات بما فيها الخدمات الصحية التي كانت مجالات للدراسة وحلاً للبحث:
1 - دراسة (الخولي والبويرني:1993): هذه الدراسة عبارة عن بحث مقدم في المؤتمر السادس للتدريب والتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، ص 19 - 21، يعبنى: تقييم انخفاض مستوى إدارة الجودة الكلية للخدمات عن المستوى العالمي مع التطبيق على قطاع المستشفيات في القاهرة الكبرى، وقد تناولت الدراسة: انخفاض الاهتمام بالجودة الشاملة في القطاع الصحي في مصر قياساً بالمستوى العالمي، وهدفت الدراسة إلى تحديد محاور العمل التي تعاني من انخفاض الجودة، وقد توصلت إلى أن جودة الخدمة الصحية في القطاع العام لا تزيد عن 41.4٪، بينما بلغت نسبتها 68.3٪ في مستشفيات القطاع الخاص مقارنة بالمستوى العالمي، والسبب في ذلك يعود إلى: ضعف الرقابة، والخطأ في السلطات الإدارية، وضعف تراكم الخبرة الطبية في المستشفيات.

2 - دراسة (مصعب عبد الله بديري:1994): الدراسة عبارة عن بحث بعنوان: "العوامل الرئيسية في إدارة الجودة الشاملة في منشآت دولة الإمارات"، المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، المجلد: 01، عدد: 02، تناولت هذه الدراسة العوامل الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة بمنشآت دولة الإمارات العربية المتحدة، بهدف استكشاف مدى الذي وصلت إليه ممارسات الجودة الشاملة في المناشئ الإماراتية، لذلك استبعد إلى التصميم المسمي، والاستبيان في جمع المعلومات، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة الآتي:
- أن منظمات القطاع الصناعي أكثر ممارسة لإدارة الجودة الشاملة من منظمات الخدمة، والسبب في ذلك يعود إلى: قلة ميالية الإدارة العليا بالموضوع، وتجسده ملف شركات في منظمات الخدمة أكثر منها في المنظمات الصناعية، وأن هناك انخفاضاً في درجة الاهتمام بالزبون وفي فعالية العلاقات العمالية وضغوط التدريبية العكسية.

3 - دراسة (ياسر منصور المنصور:1997): الدراسة موسومة بعنوان: "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني: دراسة ميدانية مقارنة بين القطاع العام والخاص"، تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه غير مشاركة، جامعة بغداد، العراق، قررت هذه الدراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين مستشفات القطاع العام والقطاع الخاص في دولة الأردن، والتحدي من معرفة مدى تطبيق كل من عنصر إدارة الجودة الشاملة في كل من مستشفى الشير مثالاً للقطاع العام، والمستشفى الإسلامي مثالًا للقطاع الخاص، وقد توصلت هذه الدراسة من خلال عملية المقارنة إلى وجود تفاوت للقطاع الخاص على القطاع العام في تطبيق عنصر إدارة الجودة الشاملة.

4 - دراسة (محمد الطاعم:1998): الدراسة عبارة عن بحث غير مشاركة بجامعة اليمامة، قسم الإدارة العامة، يعنى: "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي"، حملة وزارة الصحة، تناولت هذه الدراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة من القطاع الحكومي في دولة الأردن، هدف التعرف على اتجاهات شاغل الوظائف الإشرافية في وزارة الصحة الأردنية حول مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعوقاتها تطبيقها، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود وعي نحو مفهوم الجودة الشاملة.
المقدمة العامة

- وجود مساعدة من الإدارة العليا لتطبيق TQM، وبالتالي تكون فرق العمل واحترام للموظفين.

5- دراسة (الحيدري:2001): دراسة بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية للآراء وإتجاهات المرضى الراقدين في المستشفى الكندي التعليمي في بغداد، هدفت هذه الدراسة إلى قياس رضا المرضى الراقدين، وتحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية عن تحقيقه، وأثر العوامل الديمقراطية في تبائل مستويات عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود اتجاه إيجابي في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى الراقدين عن وكالة إدارة المستشفى ومستوى الأسعار والأجور ونظافة المستشفى، ومرافقتها وإجراءات تنظيم زيارة عوائلهم، وسرعة إجراءات الاستقبال، وتلقي العلاج وكفاءة خبرة الطبيب المعالج والعملاء وحسب معاييرهم وتمتعهم بالراحة والهدوء.


- تكمن عينة الدراسة من أربع مراقبة مريض وربما تمت مقارنة ماثتين منهن في خمسة مستشفيات عامة والمتناثرة الأخرى في أربعة مستشفيات خاصة.

- توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دالة إحصائية في مستويات المرضى عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة والعامة، حيث كانت نسبة الراضين عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة 91.8% أعلى من نسبة الراضين عن جودة الخدمة في المستشفيات العامة 3.80%، كما وجدت الدراسة فروقات ذات دالة إحصائية في مستويات الراضي عن أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضات، الخدمات المعاونة) بين المستشفيات الخاصة.

7- دراسة (بدنان بن عبد الرحمن العمر:2002): دراسة بعنوان: مدى تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض: من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، معهد الإدارة العامة، المجلد: 42، العدد: 02، ص 307 - 352، هدفت الدراسة إلى التعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في مستشفيات مدينة الرياض، وتحديد مدى تطبيقها، وكذلك التعرف على المبادئ المؤثرة في مدى تطبيقها، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- أن المستشفيات المتقدمة تطبق أربعة مبادئ فقط تتمثل في: مبدأ التحسين المستمر، مبدأ المعلومات، واتخاذ القرارات، ومبادئ التطبيق على العملية.

- أن مدى تطبيق TQM مرتفع بشكل جوري في المقام الأول بتطبيق مبدأ التحسين المستمر، ثم مبدأ اتخاذ القرار بناءً على الحقائق ثم مبدأ التركيز على العملية.

- وقد أوصت الدراسة بضرورة الأخذ بما يلي:

- نشر ثقافة الجودة الشاملة بين جميع موظفي المستشفيات، من خلال إنشاء إدارة مخصصة بإدارة الجودة.
والتحسين المستمر، وتزويد الإدارة التي تم إنشاؤها بالكفاءات والخبرات اللازمة، ومنحها المسؤوليات والصلاحيات المطلوبة.

- قيام إدارات المستشفيات المدروسة بتطبيق مبادئ TQM بصورة أكبر من المستوى السابق.
- دراسة (محمد بن عبد العزيز العمرة: 2003): "العلاقة بين جودة القيادة، جودة الإدارة، وتوثيق النتائج (بوعنير: 2003): "العلاقة بين جودة القيادة، جودة الإدارة، وتوثيق النتائج". هذه الدراسة ضم منظمات مولدة شبهة الماجستير في العلوم الإدارية إلى قسم العلوم الأمنية، وقد توصلت إلى مساهمة جديد النتائج أهمها:
  - أغلب الموظفين في المركز محل الدراسة يقدمون TQM، وهما ملتزمان بها التزاماً شخصياً.
  - أغلب الموظفين يرون أن هناك فوائد في تطبيق الجودة الشاملة في المركز وقد أقر بذلك من يطبق الجودة أو لا يطبقها.
  - يوجد دعم من قبل الإدارة العليا لبرنامج الجودة، وأن لديهم إعاقة كاملاً بفهم إدارة الجودة الشاملة.
  - توجد علاقة طردية بين الجودة الشاملة والأداء التنظيمي؛ أي أنه كلما ازداد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
  - وازداد الموظف في المركز محل الدراسة.


ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:
  - أن العالم في المستشفيات الأردنية الخاصية يدرك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وتعود أساساً لبعض المتغيرات الديموغرافية كالخبرة، والمستوى التعليمي.
  - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين العوامل الشخصية وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة.

10- دراسة (الهودي: 2009): "قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة". هذه الدراسة تهدف إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة بالتحديد على مستشفيات زيارة في مدينة طرابلس بدولة ليبيا، تكوين علاقة الدراسة من مائة وأربعين مريضاً، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أبرزها:
  - وجود تدني في مستوى الخدمات الاعتمادية من حيث تقديم الخدمات في الوقت الذي يطلبها المريض.
  - وبالشكل الصحيح من المرة الأولى.
المقدمة العامة

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

11 - دراسة (الغباري: 2010): الدراسة بعنوان: أثر تحقيق أبعاد الجودة في الخدمات الصحية في رضا العملاء: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة بأكملها العاصمة صنعاء، المجلة العربية لضمان جودة التعليم العالي، المجلد: 06، العدد: 11، ونالت الدراسة إلى ما يلي:
- التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة تعود للمتغيرات الشخصية والوظيفية.
- وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:
  - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة لمدى تحقيق أبعاد وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة تبعاً لمتغيرات الجنس، العمر، المهنة، نوع الخدمة.
  - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات المؤهل، ومدة الخدمة، ومستوى الدخل، في مدى تحقيق بعض أبعاد جودة الخدمة الصحية.
- وقد أكدت الدراسة على عدة توصيات من أهمها:
  - ضرورة وضع آليات مناسبة للالتزام بالمواصفات المحددة للمريض، وتقديم الخدمات الإضافية.
  - معالجة شكاوى العملاء وتبني مقترحاتهم، إضافة إلى الحد من الأخطاء الطبية.

12 - دراسة (جميل حمد الأثوري/ جميل عبد المجيد المقطري: 2011): الدراسة عبارة عن بحث بعنوان:

دراسة مستوى تطبيق أساليب الجودة الشاملة في الشركات اليمنية المطبقة لنظام ISO 9001.

قدم هذا البحث خلال الملتقى الدولي حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال في جزء الثاني بجامعة سكينة، الجزائر، ص 13-75، تناول من خلاله الباحثان أهم العناصر التي من خلالها يتم تشخيص الوضع في شركات القطاع الخاص التي تطبق نظام الأيزو ومستوى تطبيق أساليب الجودة الشاملة في هذه الشركات بالإضافة إلى محاولة توجيه اهتمام وأJOR المسؤولين عن الإدارة في شركات القطاع الخاص في الجمهورية اليمنية بشكل عام، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:
- إن حصول الشركات الصناعية التي شملتها الدراسة على شهادة الجودة العالمية ISO 9001 لم يساعدوها كثيرًا في تعميم وتطبيق أساليب الجودة الشاملة.
- وجود تبادل في درجة تطبيق أساليب الجودة الشاملة في الشركات الإنتاجية الحائزة على شهادة الجودة العالمية.

13 - دراسة (ناجي معلا: 1998): الدراسة بعنوان: قياس جودة الخدمات المصرفية التي تقدمها المصارف الأردنية، دراسة مقدمة لمجلة العلوم الأردنية، الجامعة الأردنية؛ حيث تم تطبيق نموذج الفجوة ونموذج الاتجاه في تقسيم مستوى جودة المصارف الأردنية، وتختلف دراستنا عنها من حيث بيئة الدراسة،
ونركزنا على جودة الخدمات الصحية بدلاً من الخدمات المصرفية.

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

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

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

الدراسات الأجنبية:

- III
- دراسة بعنوان: 

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

- دراسة بعنوان: 
  (Fotter- et, al:2006) "Comparing hospital staff and Patient Perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and Focus group data"

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

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

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

- وجد درجة مرتفقة من الارتباط بين إدراكات المرضى والعملاء لخدمة المرضي.
- وقد وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفسير أدق وأكثر ملاءمة للأغراض الإدارية.
- ومن اقتراحات الدراسة الآتي:

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

3 - دراسة (Fadi–et. al:2008) :

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

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

أجريت الدراسة في دولة لبنان على مستشفى تم اعتباره معيار الاعتماد الصحية للمرضى، كانت العينة (الفا وثاني وأربعين) ممرضة قانونية من تسع وخمسين مستشفى معتدلاً، وكانت النتائج مرتفعة وهي إيجابية لعينة الدراسة، حيث إن المعيار التي اعتمدت أسعار إلى ارتفاع وتحسين إدراك ووعي الممرضات في تقديم الرعاية الصحية، وكانت النتيجة بأن الاعتماد الصحي هو نظام ناجح لتطوير وتحسين الرعاية الصحية لذلك أوصت الدراسة بتقييم جودة النتائج حسب تحسن حالات المرضى.

4 - دراسة (Ebrahim. J–et, al:2011) :

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

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

نتائج التحليل أدت إلى مفاتيح قياس وتقليم برامج الاعتماد والمعايير التي من الممكن استخدامها لتقليم الأداء العام لبرامج الاعتماد في الرعاية الصحية، هذه التدابير تتفق على ملامح وتحتوي كافية الأداء والاعتماد لمن يعمل على هذه البرامج، وأوصى الباحثون بضرورة إجراء المزيد من البحوث التجريبية

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

- ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

1. وجود علاقة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة تمت بالفعل فيما يلي:
   أ - الدراسات السابقة والدراسة الحالية تناولت موضوع إدارة الجودة الشاملة.
   ب - أن الدراسة الحالية مشتركة مع الدراسات السابقة من حيث الموضوع ووسائل تطبيقها وبيئته كدراسة عمان مريزة، ودراسة نور الدين الحامد/الخليفة محمد، وهذا من شأنه أن يشغل واقع الخدمات الصحية في الجزائر بصفة دقيقة.

2. يوجد اختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة من عدة جوانب من أهمها:
   أ - الدراسة الحالية تناولت إمكانية تطبيق أساليب إدارة الجودة الشاملة في عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، بينما الدراسات الأخرى تمثل في مجالات أخرى ومن بينها دراسة أحمد بن عيشاوي وأحمد بنت وفيلة الهيباري، التي تمثل في مجال الخدمات وتحديداً المكذبة والميرزة التدفينة.
   ب - أن الدراسات السابقة تمثل في بيئة تختلف عن تلك التي تتم فيها الدراسة الحالية، إذ طبقت الدراسة الحالية في الجزائر في بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية وبعض العيادات الخاصة.

3. في الوقت الذي نجد فيه بعض الدراسات الأخرى تمثل في بيئة خارج الجزائر كدراسة الحليوالي والبورتوري.

4. لقد تعددت وتنوعت الأهداف البحثية في الدراسات السابقة من حيث قياس وتأثير جودة الخدمة كدراسة محمد بن عبد العزيز عزبة، ودراسة الديري والهويدي، بينما في الدراسة الحالية تتطلع إلى التعرف على كيفية إدخال مبادئ وأساليب نظام إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الصحية.

5. توجد فيها تأثير ذلك في رضا الزبائن خاصة المرضى منهم.

6. منهجياً تم الدراسة الحالية ببحثية دراسة استطلائية، وتحليلية كونها تأخذ وجهة نظر مقدمي الخدمة من الموظفين ببحثية دراسة استطلائية في المستشفيات عينة الدراسة، في الوقت ذاته نجد ذلك مبني على مثلى الخدمة ورضا العملاء، وهذا ما نجده في الدراسات الأخرى كدراسة الجامعي ونظام معا، ودراسة صالح عمر كرامه الجريزي.

7. اعتمدت الدراسة الحالية في جميع البيانات على أدائات هما: المقابلة والاستبيان، بينما اعتمدت الدراسات السابقة على نفس الأدائات، والاختلاف بينهما يكمن في أن الدراسات السابقة وجه فيها الاستبيان لفئة واحدة من الموجبين كدراسة et al. ودراسة et al. ودراسة et al.، وفي حين أن الاستبيان في الدراسة الحالية تم إعداده على شكلين مختلفين؛ بحيث وجه وقراة اللفة الزائنين الداخليين.
المقدمة العامة

المؤلفين) والثاني وجه لفئة الزبائن الخارجيين (الممرضي)، أما المقابلة فوجئت لفئة المديرين العامين بالمستندات عينة الدراسة.

و - اختلفت النتائج الملتزمة إليها من نهاية الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة سواء على المستوى المحلة (الوطني) أو العربي أو الأجنبي.

- تاسعا: تقسيمات البحث:

- لقد تناولنا دراسة الموضوع من خلال خمسة قصور هي:

- الفصل الأول: تم تصميمه لنظام إدارة الجودة الشاملة، والذي يحتوي على ثلاثة مباحث، حيث تناولنا في المبحث الأول الجودة من حيث مفهومها وأبعادها، محدداتها وتقاليدها والعوامل المؤثرة فيها، أما المبحث الثاني فقد خصص لدراسة قلبية إدارة الجودة الشاملة، حيث تم تجزئتها لكل من الجودة الشاملة من حيث مفهومها واساليب نشأتها وأسسها وأهدافها وشروط نجاحها، وإدارة الجودة الشاملة كفلسفة إدارية من حيث مفهومها ونشأتها، والفوائد والمبادئ التي أدت إلى تبنيها من قبل المؤسسات، بالإضافة إلى متطلبات ومعوقات تطبيقها، كما تناولنا في المبحث الثالث معايير التغيير الدولية الممثالة في كل من نظام إدارة الجودة ISO:9000 من حيث مكوناته ومتطلباته وخطوات الحصول عليها، ونظام الإدارة البيئية ISO:14000 كمفهوم ومستوياته ودوافعه وفائدته، بالإضافة إلى علاقته بـ:9000:OHSAS 18000 من حيث مفهومه ومكوناته ومتطلباته، ومعوقات تطبيق معاييره، وتاثير ذلك على تحسين الأداء، بالإضافة إلى أهدافه وفوائده.

- الفصل الثاني: تم تصميمه لدور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية، والذي يحتوي على ثلاثة مباحث، تم تخصيص الأول منها للخدمات الصحية الذي تعرفنا فيه لكل من الخدمات من حيث مفهومها وأسئلتها وخصائصها وصيغتها وظروف حياتها، والصحة من حيث مفهومها والعوامل المؤثرة فيها ومستوياتها، والإحساس المنتجا منها، ووجهة الخدمات الصحية من حيث المفهوم والأهمية والأبعاد وطرق قياسها؛ أما المباحث الثاني فخصص للمستشفى حيث تم تجزئته لتنظيم الهيكل التنظيمي في المستندات من حيث المفهوم والمبادئ التي يركز عليها وأهدافه، والمستشفى باعتباره مرور للرعاية الصحية المتمل في كل من المستشفى كنظام ومكوناته سواء أكان مفتوح أو مغلق، والرخصات الحالية والمستقبلية للمستشفى من حيث استخدام الأمثل للمواد المتوفرة والتفاعل مع الطلبات على الخدمات الصحية والتحكم في نفقاتها بغية تحقيق التحسين المرجو من خدماته انطلاقا من داخل تحسين جودة الخدمات الصحية، أما المبحث الثالث فخصص لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، والذي تم تقسيم لكل من القطاع الصحي المحلي وتطبيق الجودة الشاملة من المؤسسات الاستثنائية العامة والخاصة من حيث مفهومها وأنواعها، وخصائصها، وأسباب وأهداف تواجدها وانتشارها والعلاقة بينهما، إضافة لدراسة متطلبات تحسين تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية من حيث المفهوم والمقومات
الأساليب المقدمة من عملية التطبيق، وما ينظم عنها من مشاكل والحلول المقترحة لعلاجها.

- الفصل الثالث: خصص هذا الفصل للجوانب التطبيقية، وقد شمل فيه الدراسة الميدانية الانتقائية من توزيع

نويع من الاستبيانات على المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالزائرين،

حيث خصص الاستبيان الأول (المقابلة) للفئة المحدود بالمجموعة بالمعلومات الاستشفائية، من خلال ستة وعشرون

نوع سؤال تخص الجودة من حيث المفهوم والقضايا والأسئلة التي تؤدي إلى تطبيقها من عضوية

في المؤسسات المغنية، أما الاستبيان الثاني فقد خصص لفئة الموظفين (الأطباء، الممرضين، الإداريين)

بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، والذي يحتوي على دراسة الأول مجتمع وعينة الدراسة وأداة الدراسة وشيقة

الحيوية المستخدمة، أما البحث الثاني فخصص لتحليل بيانات الدراسة، فيما خصص البحث الثالث

لاختبار الفرضيات.

- الفصل الرابع: خصص هذا الفصل للجوانب التطبيقية، انتقائية من الدراسة الميدانية للدراسات الموعظ

علي أفراد عينة الدراسة استشارية العمومية والعيادات الخاصة بالزائرين من المرضى، الذي يحتوي

على ثلاثة أقسام، خصص الأول منها للمعلومات الشخصية لأفراد العينة. فيما خصص القسم الثاني

لأباعد جودة الخدمات الطبية والذي تم تقييمه إلى سعبة محاور متقبلي من حيث عدد العيادات، إذ

يحتوي كل محور على ثلاثة عيادات، أما القيم الثالث والأخير فقد خصص لقياس درجات البقاء لدى

مرضى المستشفى والذي تم تقديمه إلى ثلاثة محاور، عند مصدر كل واحد منها على عدد من العيادات،

وقد جزء هذا الفصل إلى عينة مباحث، حيث تتناول في البحث الأول مجتمع وعينة الدراسة وأداتها

وصدق وثائق أدات الدراسة، والحوار الإحصائية المستخدمة، أما البحث الثاني فخصص لتحليل بيانات

الدراسة، وخصص البحث الثالث لاختبار الفرضيات، فيما خصص البحث الرابع لنموذج المقترح

لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لتحسين جودة خدماتها، وقد أنهينا هذا البحث

بخاتمة عامة للموضوع تضم جملة من النتائج والوصفات، إضافة إلى أفق البحث.

- عاشرًا: الصعوبات المطلوبة لإجبار البحث:

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

- صعوبة الحصول على المعلومات الدقيقة نتيجة اختلاف البيانات والإحصائيات المتاح عليها;

- صعوبة إجراء دراسة حالة نتيجة للأسئلة التالية:

* أغلب المستشارات مازالت تعمل بالطرق التقليدية في عملية التسويق، بالإضافة إلى عدم حصولها

على شهادة الأيزو؟

* رفض مدير بعض المؤسسات الاستشفائية للدراسة، وأكثرها من العيادات الخاصة، رغم الحاجة

ظ.
المقدمة العامة

المتواصل وتأكيدنا على أنها تدخل في إطار البحث العلمي لا غير ولكن دون جدوى، بدأنا أن هذه المؤسسات مازالت غير جاهزة لملئ هذه الدراسات;

* عدم تعاون بعض رؤساء المصالح في بعض المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة;
* صعوبات متعلقة بمستقصاء الموظفين (مديرين، أطباء ومرضى، وإداريين) والزبائن الخارجي
(المرضى) وإحجام وتردد الكثيرين عن الإجابة بسبب التخوف أو الرقابة أو التجاهل;
* تغيير استمرار الاستبيان الموجه للفئة المرضى في آخر لحظة بعد إعدادها وتوزيعها، إذا اضطرراً
إلى تغييرها بالاستبان الحالي وإعادة توزيعها من جديد في المستشفيات المعنية بالدراسة باعتبار
الاستبان الحالي يتوافق ونموذج servqual المذكور في الدراسة النظرية.
الفصل الأول
نظام إدارة الجودة الشاملة

- مقدمة الفصل:

إن مصطلح الجودة قديم التأريخ، وقد ظهر جليا في حضارة وادي الرافدين قبل أكثر من خمسة آلاف سنة. نسمعه يتردد كثيراً على لسان العديد من الزمان والBERS، لكن لا ندرى القصد منه، وأصبح من اهتمامات المؤسسات في عصرنا الحاضر للوصول إلى منتج خال من العيوب. كما أن الجودة لا يمكن أن تحصل بالصادفة أو بعملية عابرة، بل هي نتيجة إرادة واضحة، وعزم صادق وعمل جيوب لكونها تتعلق برؤية الزبون وتوقعاته لما تكون عليه السلعة أو الخدمة؛ كما يوجد عدة عوامل من بينها المنافسة، التي دفعت المؤسسة إلى البحث عن الجودة وتطبيقها، ومحاولة إبرازها كمثبت لله منتجاتها.

أصبح الاهتمام بالجودة يتم في جميع الأنشطة والعمليات التي تم بالمؤسسة، أو ما يعرف بالجودة الشاملة التي يتم التركيز فيها على الاهتمام بتنفيذ حاجات ورغبات المستهلكين وكيفية إشباعها، بل ينعدد إلى السعي لإيجاد رغبة أو حاجة جديدة ثم العمل على تلبيتها، لذلك فإن الأمر يتطلب توجيه كل العمليات الداخلية والجهود والموارد نحو هذا الهدف، والتنسيق بين مختلف الوظائف والهيئات، وهذا ما يطلق عليه نظام إدارة الجودة الشاملة، وهو ما يرغب في التعرض إليه في هذا الفصل من خلال النطاق.

المبادئ التالية:

I - الجوالة.

II - فلسفة إدارة الجودة الشاملة.

III - معايير التقييم الدولية.
الفصل الأول: نظم إدارة الجودة الشاملة

الجودة:

تعتبر الجودة المحور والقاعدة الأساسية التي تبني عليها العديد من مفاهيم فلسفة الجودة الشاملة، ومن هذا المنطلق ينبغي أن نتعرف على المعنى الذي يتضمنه مفهوم الجودة قبل أن نضيف عليه صفة الشمولية، وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق لكل من: تعريف الجودة ونشأتها، تكاليف وأبعاد الجودة وأهميتها، تعريف جودة العميل، وضمان جودة المنتج، ومعرفة جودة الموارد، وتخزين المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات، ومعرفة جودة المنتجات.

1 - 1 - 1 - ماهية الجودة وعلاقتها وحدوداتها:

نستطيع لفظ مفهوم الجودة ببعض المعاني المระบعة، كما يمكن معرفة جودة من عدة منصات، ومن أهم المواقع التعليمية في بيئة الأعمال، إذا أبحثت هذه الشركات كتافاً من أجل الوصول إلى مستوى راق من الجودة، ومن هنا على الشركات بالاختلاف أنشطة تطوير جودة منتجتها من أجل إنتاج الفرصة للمؤسسات الوطنية لمنافسة منتجات المؤسسات الأجنبية في الأسواق العالمية، لأن المؤسسات التي تفتقد منتجاتها للجودة قد تعجز عالياً على المفاضلة في الأسواق.

1 - 1 - 2 - تعريف الجودة:

بالنسبة إلى الاهتمام المتزايد بخصوص الظروف فلا تلاحظ أن هناك اختلافًا في تعريف الجودة وفقاً لاختلاف وجهات النظر للكتاب في هذا الموضوع، إذ من الصعب حصراً أو دمج جميع التعريفات الواردة في التعريف واحد، ونورد فيما يلي بعض من هذه التعريفات:

- المعنى اللفظي والاصطلاحي للجودة: يمكن توضيح المعنيين للجودة في الآتي:

   - المعنى اللفظي للجودة: يشير المعنى الوحشي إلى أن الجودة تعني كون الشيء جيداً وفعلاً جاد، WEBSTER

   - المعنى الاصطلاحي للجودة: توجد محاولات عديدة لتلخيص مصطلح الجودة من أهمها: الوجهية، القدرة، ضرورة مراجعة كافة نظم الإدارة في شتى المجالات من أجل تحقيق التفوق واليابع عن الأخلاق. FISHER

- تعريف جودة: تعتبر عن درجة التألق والتميز... أو أن بعض خصائص المنتج

- ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعة من منظور المنظمة أو منظور الزبون.

1 - 1 - 1 - نشأة الجودة:

لقد مرّ مفهوم الجودة بالعديد من المراحل والتطورات إلى غاية يومنا هذا؛ إذ بعد موضوع الجودة من أهم المواضيع البحتية في بيئات الأعمال، إذا أصبح الاهتمام الشركات به أكبراً من أجل الوصول إلى مستوى راق من الجودة، ومنه على الشركات بالاختلاف أنشطة تطوير جودة منتجتها من أجل إنتاج الفرصة للمؤسسات الوطنية لمنافسة منتجات المؤسسات الأجنبية في الأسواق العالمية، لأن المؤسسات التي تفتقد منتجاتها للجودة قد تعجز عالياً على المفاضلة في الأسواق.

1 - 1 - 3 - تطبيق الجودة:

- HTTP://HRdiscussion.com/hr3927.html(02/08/2009).


الفصل الأول

نظام إدارة الجودة الشاملة

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

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

ج - الجودة هي مدى قدرة المنظمة على تلبية احتياجات الزبون بما يتاسب مع الأهداف المنشودة.

د - الجودة هي مدى قدرة المنظمة على إجاء للتغير في المنتج وفق حالة العرض والطلب في السوق.

ه - الجودة هي مدى قدرة المنظمة على تحقيق أرباح مالية أكثر.

_feature - تعريف:

أكد أن الجودة تعني: "توقع احتياجات الزبون الحالية والمستقبلية، وترجمة هذه الاحتياجات إلى سلعة أو خدمة مفيدة وقابلة للاعتماد، وإيجاد النظام الذي ينتج السلعة أو الخدمة بأقل سعر ممكن، وهذا ما يمثل قيمة جديدة للزبون بالأرباح بالنسبة للمنظمة."  

- تعريف:

"اقتصر تعريف كل منهما على ما يفتك به الأفراد ويدركونه أو يجرونها "الجودة" تدرك وتلاحظ على أنها عالية أو منخفضة أو سلبية، وتوفر قيمتها في مدى المنافع والاستفادة منها."  

جمعية الأمريكية لضمان الجودة ومعهد التقييم القومي الأمريكي: "عرف الجوْدة بأنها: مجموعة الصفات الخاصة بالمنتج التي تؤثر قابليتها على إرضاء الزبون المحددة والواضحة والضمانية."   

- انطلاقا من تعريف الجودة السالفة الذكر، وعلى الرغم من تعددها وفوق تتنوع وجهات النظر، إلا أنه يمكن حصرها في أربعة اتجاهات رئيسية هي: 

أ - يرى الاتجاه الأول، والذي يطلق عليه مدخلا المستخدم أو العميل أن الجوْدة تعني القدرة على تحقيق رغبات الزبون بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويفض مع رضاه الشامل على كل ما هو مقدم له من منتج.

ب - يرى الاتجاه الثاني، الذي يطلق عليه مدخلا جودة الشاملة، أن الجوْدة تعني المتابعة للمراقبات، ومن ثم فإن الجوْدة ستكون عالية عندما تكون خصائص المنتج متاحة للمراقبات المتوقعة عليها.

ج - يرى أنصار الاتجاه الثالث، والذي يطلق عليه مدخلا جودة التصميم، أن الجوْدة المرتبطة التصميم تدل على احتراء المنتج على بعض الخصائص المميزة، كالحزمة التي أمست فاصل.

د - أما أصحاب الاتجاه الرابع الذين يركزون في تعريف الجوْدة على ضرورة تحقيق المفاهيم الضيقة إلى مفهوم شامل ومتكامل للجوْدة، وهذا ما يطلق عليه بمدخلا إدارة الجوْدة الشاملة، والذي يركز على أن الجوْدة هي حاصلة تفاعل العديد من العناصر والأبعاد ومنها الاهتمام بالجودة لتحقيق رغبات الزبون.

1 - 1 - 3 - مراحل تطور مفهوم الجوْدة:

لقد تم الاهتمام بالجوْدة بصيغ ومفاهيم متنوعة جميعها تهدف إلى تحسين جودة المنتج، وبالتالي فإن تطور مفهوم الجوْدة مر بسلسلة من التطورات المستمرة تتمثل في المراحل التالية:

الفصل الأول

كـ: Entertainment

1- مرحلة ما قبل الثورة الصناعية: قبل الثورة الصناعية لم يكن هناك مصنع وإنتاج، وإنما المصنع كان

2- مرحلة ما بعد الثورة الصناعية: أحدث تغييرات جذرية في مجال الصناعة نحو ما يلي:

3- مرحلة الإدارة العلمية: هذه المرحلة مطلع القرن العشرين

4- مرحلة ضبط الجودة إحصائياً:

5- مرحلة تأكيد الجودة: يقبل مفهوم هذه المرحلة على فلسفة مفادها ما يلي:

6- مرحلة إدارة الجودة الاستراتيجية:

7- مرحلة إدارة الجودة الشاملة: المنافسة العالمية باكتساب الصناعة اليابانية لأسواق وخصص البلدان النامية، بما نجم عنه خسارة

8- إدارة الجودة الشاملة هي امتداد لإدارة الجودة الاستراتيجية.

---

1- عمر وصفي عنالي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، ط: دار أوان للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2001، ص. 22

2- محمد مصطفى حلوي، إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحقيق الأداء العالي: نظريات ومنهج، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، بغداد العراق، 2000، ص. 11

3- عمر وصفي عنالي(2001)، المرجع نفسه، ص. 22

4- مهدي السارياني، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، ط: دار جرير للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2007، ص. 45

5- محمد عبد العزيز وآخرون، إدارة الجودة المعاصرة، دار البيروغر.�لثمة للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2009، ص. 52

6- يوسف حناني وأخرون، نظام إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار البيروغر.�لثمة للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2009، ص. 66

7- مهدي السارياني، مرجع سابق، ص. 47

8- عمر وصفي عنالي(2001)، مرجع سابق، ص. 26
الفصل الأول

1 - 2 - أبعاد الجودة:

للسلعة والخدمة أبعاداً ترتبط بالجودة، والباحثين يجدون اختلافاً بينها، فالأبعاد المتعلقة بجودة السلعة ليست منفصلة عن بعضها، إذ قد يتوفر في المنتج الواحد أكثر من بعد في نفس الوقت، غير أن ما يغدر هو أبعاد جودة الخدمة التي تتعلق برضاء المستهلك، ويمكن ذكرها باختصار في الآتي:

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

2 - دقة التسليم: تعني التسليم في الموعد المحدد.

3 - الالتزام: إنجاز جميع جوانب الخدمة بشكل كامل.

4 - التعامل: مدى ترحيب العاملين بكل الزبائن.

5 - التناسق: يقصد بها تسليم جميع الخدمات بنفس التمعن لكل الزبائن.

6 - سهولة المثال: أي الحصول على الخدمة بسهولة.

7 - الدقة: تعني إنجاز الخدمة بصورة صحيحة من أول لحظة.

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

1 - 2 - محددات الجودة:

توجد بها أربع محددات أساسية تساعد المنتجات على تحقيق الغرض المقصود منها بنجاح وهي:

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

ب - جودة التطبيق: تعني تطابق المنتج مع الغرض الذي صممه من أجله.

ج - سهولة الاستخدام: تعني توفير التعليمات والإرشادات اللازمة للزيون عن كيفية استخدام المنتج.

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

1 - 2 - أهمية وأهداف ودعامات الجودة:

1 - 2 - 1 - أهمية الجودة:

فيمما يخص أهمية الجودة فإننا نتعرض لها من الجوانب التالية:

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

1 - المخاطر التي قد تتحملها المؤسسة من خلال عدم اهتمامها بالجودة.

- فدكما مجال العمل: تؤدي الجودة الربدية للمنتج لحدوث خسائر للفترة كعدم القدرة على الاستمرار.

- المسؤولية عن الأخطاء الناتجة: ينتج عن رداء الجودة المسؤولية المالية للمنظمة.

---

1. محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة والبيئة، ط. دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005، ص 22.
2. نبيل محمد مرسي، استراتيجيات الإنتاج والعمليات (مداخل استراتيجي)، ط. دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2002، ص ص 337 - 339.
3. نبيل محمد مرسي، مرجع سابق، ص ص 339 - 340.
الفصل الأول

نظام إدارة الجودة الشاملة

الإنترنا: إن المحافظة على الجودة وتحسينها يؤدي إلى تحقيق نتائج إيجابية أو سلبية على النتائج.

- التكاليف: توفير الجودة الرديئة يؤدي إلى زيادة أنواع معينة من التكاليف التي تتحملها المنظمة.

المزايا التي تستفيد منها المؤسسة من خلال اهتمامها بالجودة:

1- يتطلب الاهتمام بجودة المنتجات أو الخدمات داخل المنظمة لتحقيق نتائج أهمها:  

- تزايد المسؤولية القانونية للمؤسسة عن كل ضرر يصيب المستهلك لمنتجاتها.
- تحسين سمعة المؤسسة في السوق، ويتأكد ذلك من خلال تقديم منتجات تلبى رغبات زبائنها.
- تطبيق المؤسسة لمواصفات محددة من شأنه أن يسهّل في حماية المستهلك من الغش التجاري.

2- من خلال الجودة تستطيع المؤسسة أن تحقق مزية تنافسية، وبالتالي جنباً إلى جنب عدد من الزبائن.

ثانياً: بالنسبة للزبائن: يتوفر قرار شراء الزبائن للمتّج على مستوى جودته، بحيث يكون الزبون مستعداً لدفع ثمن مرفق مقابل متّج ما شرط أن يكون ذا جودة جيدة، وتتضح أهمية ذلك من خلال الآتي:

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

الوفاء: إن الاحتفاظ بزبائن موجود وضمان وفائه بكفء خمس مرات أقل من اكتساب زبون جديد.

ثالثاً: بالنسبة للعمال: إن تطبيق مداخل الجودة يؤدي إلى ما يلي:

- تنمية روح المسؤولية لدى الأفراد من خلال تشجيعهم على اتخاذ القرارات، وتطوير كفاءاتهم.
- تكاثف جهود الجميع بهدف تحقيق الجودة المطلوبة للمنتجات.
- ومن الأدوات التي تتضمن أهمية الجودة بالنسبة للعمال ما يلي:

- دعم نشاط كل فرد.
- المساهمة في تنسيق عملية التسويق.

التناسق والاتساق: تعني تطوير شبكات الاتصال الأقليمي بين أقسامها بالمشاركة في حل مشاكل العمل.

رابعاً: أهمية الجودة كأساس للمنافسة: تتساوق المؤسسات على تحصين مركزها التنافسي من خلال

تحقيق عوامل المنافسة الآتية:

- تفوق وتتوع المنتج أو الخدمة من خلال "التجديد والابتكار والانتشار".

2- فلسطين، دور الجودة في تحقيق المزية التنافسية للمؤسسة، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسويق، قسم علوم التسويق، تتضمن إدارة الأعمال بالجودة، جامعةجازان، الجزائر، 2005، ص 6.
3- فلسطين، مراجع سابق، ص 6.
5- محمد حسن زكاري، "دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة المواصفات العالمية ISO90000، إصدار 2000، دورة 2006، مصر، الفئة الإيرانية، القاهرة، مصر، ص 34.
الفصل الأول

- أهداف الجودة: هناك نوعان من أهداف الجودة هما:

أ) أهداف تخدم ضغط الجودة: هى تلك الأهداف التي تتعلق بالمعايير التي تسعى المنظم للحفاظة عليها باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل رضا الزبائن.

ب) أهداف تحسين الجودة: تتحصل غالباً في الحد من الأخطاء، وتطوير منتجات ترضي الزبائن.

إشارة مما يسبق يمكن القول بأن وضع أهداف وسياسات الجودة داخل المؤسسة بصورة رسمية وواضحة من قبل الإدارة العليا يعد التزاماً صريحاً منها بالجودة.

- دعائم الجودة:

تقوم الجودة على أساس دعمتين أساسيتين لا يمكن لها أن تتحقق دون توفرهما معاً:

أ) جودة تصميم المنتج: تعني تحديد خصائص المنتج تجعله قادراً على إشباع أو تقديم خدمة مطلوبة.

ب) جودة التنفيذ: تعني درجة مطابقة المنتج للمواصفات المحددة مسبقاً.

1 - تكاليف الجودة وطرق قياسها والعوامل المؤثرة فيها:

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

1 - 3 - 1 - تكاليف الجودة:

تهتم كل مؤسسة من نشاطها بلبلوغ الجودة المثلى في منتجاتها، ومتابعة ذلك بحاجات الزبائن بأقل التكاليف الممكنة، وهذا ما يتطلب منها تقديم عدم المطابقة والتي تدعو بتكاليف اللاجودة.

1 - 3 - 2 - تعرف تكاليف الجودة:

يقصد بها تلك: التكاليف المتعلقة بمنع إنتاج المنتجات المعيبة أو اكتشاف المنتجات المعيبة.

1 - 3 - 2 - أنواع تكاليف الجودة:

لقد تزايد الاهتمام بتكلفة الجودة في السنوات الأخيرة، إذ يتم تقسيمها إلى عدة أنواع رئيسية:

أ) تكاليف الوقاية: هي التكاليف التي تتحملها المؤسسة لتجنب مشاكل الفشل من أول مرة.

ب) تكاليف التدقيق: تعني تقييم المنتج وتأكد من مدى مطابقتها لما هو مطلوب من الزبائن.

ج) تكاليف الفشل الداخلي: لتحمل المؤسسة نتيجة إنتاجها منتجات ذات جودة رديئة.

د) تكاليف الفشل الخارجي: تظهر في المنتج بعد تقديمه للمستهلك مثل تكاليف الإصلاح.
الفصل الأول:

نظام إدارة الجودة الشاملة

1 - 3 - 2 - طريقي قياس الجودة:

1. يلاحظ عدد الطرق المستخدمة في قياس الجودة ومن بينها:
   - الرتبة والدرجة: عندما يشار إلى الربة رقمياً تميز الربة الأولى عادة بالرقم:1، وحينما يشار لها بمجموع نقاط؛ مثل: عدد النجوم فإن الربة الأولى عدد أقل من النقاط أو النجوم (1).
   
   كما تعد من طرق قياس الجودة ما يلي: (2)

   أ - التحليل الفني والكيميائي: يعد من الطرق الهامة في تحديد مستوى الأصناف المرغوب في شرائها.
   
   ب - الاختبارات الفعلية: تستخدم في قياس جودة المنتج من حيث القوة والثباتية وحسن الأداء... الخ.

   ج - عينات القبول: تعد من المقاييس الإحصائية الهامة لما تميز بها من استخدامات كالفحص (3).

   - إضافة للخطوات السابقة التي تتخذ من قبل المنتج فإن البضاعة تخضع لفحص من قبل المستهلك.

1 - 3 - 3 - العوامل المؤثرة في الجودة:

- تتمثل العوامل المؤثرة في الجودة في عدة عوامل أساسية هي: (4)

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

   ب - العامل: أدى التقدم التكنولوجي في وسائل الإنتاج إلى التخصيص لتحقيق الإنتاج والجودة في الأداء.

   ج - رأس المال: ضروري للحصول على المعدات الحديثة لرفع مستوى الجودة وتعتبرها تكاليف الإنتاج.

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

   ه - المواد الأولية: من أجل الوصول إلى جودة عالية فإنه من الممكن اختيار جودة المواد الأولية.

و - الآلات والوسائط الفنية الحديثة: أدت الزيادة في الطلبات على المنتجات إلى اختراع الكثير من الآلات.

1. ماهون سليمان الدرابكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، ط. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2008، ص 86.

2. قاسم نايف طولان المحياوي، مرجع سابق، ص 41.

3. خضر خضر محمود، مرجع سابق، ص 239.

4. قاسم نايف طولان المحياوي، مرجع سابق، ص 43 - 44.
الفصل الأول

II - فلسفة إدارة الجودة الشاملة:

يتم التطرق فيما يأتي لكل من الجودة الشاملة، وإدارة الجودة الشاملة ومبادرات وعمليات تطبيقها.

II - الجودة الشاملة:

حدد الفهم الصحيح للجودة الشاملة في ضوء زيادة حدة المنافسة، بحيث لم يعد فقط نسبة تفادي على مبادئ المنتج للمعايير المحددة، بل تهدف إلى ضرورة الوصول إلى تفاوت الجودة وتحقيقها في جميع المهام والنشاطات.

II - تعريف الجودة الشاملة:

يقصد بها: "جودة كل شيء في كل عنصر التنظيم وعناصر الإنتاج وكل مرافق المشروع طالما أنها جميعا في النهائية تشكّل في تحقيق إعلامي، وبالتالي تحقيق رضا أو عدم رضاه.

وعرف أيضا بأنه: "طريقة إدارة المنظمة تهدف إلى التعاون والمشاركة من كل العاملين في المنظمة لتحقيق مشاريعهم وخدماتهم، لتحقيق رضا العملاء وأهداف المنظمة بما يتفق مع متطلبات المجتمع".

كما تعريف الجودة الشاملة أيضا بأنها: "عملية تسريع موجه الأمول بالمنصوب، يتم العمل بها لتأديب الجهود العليا" لام. التغيير الجوهر في أداء الأعمال، فهي اتجاه جديد لأفكار الإدارة العليا من أجل تحقيق متطلبات الإنتاج والقيادة الابتكارية والمسؤولية الفردية وتطبيق المحاسبة.

1 - أن تطبيق السلعة أو الخدمة إلى المستهلك مع ضرورة تحقيق رضا قائم.

2 - ضرورة تركز عملية الجودة الشاملة على التحسينات المستمرة في كل الخدمات والوظائف.

3 - ربط مفهوم الجودة ببراعة العمل بتعزيز الهدف الأساسي الذي يسعى المؤسسة لتحقيقه وتفوقه.

وعلى الرغم من الاختلافات الملموسة بين التعريف السابق إلا أنها تلتقي جميعا في نفس الهدف، ألا وهو التركيز على أهمية الزبون والسيطرة في تلبية حاجاته ويوقع رجعته، ومثل كما يجب رضاه وولائه.

II - أسباب نشأة الجودة الشاملة:

1 - المتغيرات الداخلية: تعني البحث عن الإبتكار، وجعل أساس العلاقة بين المورد والزبون النقي.

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

- التعبير المتزايد للسلع والخدمات، بالإضافة للمبادرات والتحولات الجديدة للزيادات المستقبليين.

- تنافسية المؤسسات، إضافة إلى غزو المنتجات اليابانية للأماكن العالمية، لتعزيزها جودتها العالمية.

- تكاليف الحصول على الجودة: تتمثل في تكاليف التقييم والرقابة، ومنها تكاليف الفحص والرقابة.

---

1. على السليم، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأمان 9000، دار غرب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1995، ص 11.
2. السيد عثمان، تنمية مؤسسات مدنية لإدارة معايير الفنادق، مط، إيرانية، القاهرة، مصر، 2001، ص 94.
3. حمدى عبد العليم، المنظمة الع管理局ية لإدارة الجودة الشاملة، دار الجامعية الإسكندرية، القاهرة، مصر، 2008، ص 165.
4. ربيع عبد الزهير، محمد عمار، مبادئ واحتياجات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في التعليم العالي، إعداد ونشرها، الجمهورية المعنية الدولية حول الجودة.
الفصل الأول

- إلى جانب الأسباب السابقة يرجع البعض اعتقاد المؤسسة للجودة الشاملة للعوامل التالية:
  
أ- عوامل السوق: ساهمت في زيادة حدة التنافس بين المؤسسات التي تسعى لجذب المستهلكين.
ب- التطور التقني والتنظيمي: تعني أن المؤسسة تولي أهمية بالغة للتطور التقني، والتنظيمي لأتمته.

ج- التطور الاجتماعي: أي نجاح في حميات الأفراد نحو الحوارات الذاتية وحاجات تحقيق الراحة للزبائن.

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

1- زيادة حدة المنافسة بين المؤسسات مما أدى إلى ضرورة إنتاج أفضل السلع وبأقل التكاليف.
2- تحول بعض الدول النامية إلى دول متطرفة صناعية؛ مثل: دول جنوب شرق آسيا.
3- العجز المتواصل في الميزان التجاري لبعض الدول المتقدمة، مما دفعها للاهتمام بالجودة.

* ونتيجة لهذه الأسباب وما قبلها منفردة أو مجتمعة، التي تتشكل في نقاط أساسية هامة من بينها اعتماد المؤسسات على عنصر الجودة الشاملة عن طرودية منها بغية مساحة التطورات الناجمة عن ظاهرة عوامل السوق، وسعيًا منها للتأكد مع الحاجيات الجديدة للمتعاملين معها، باعتباره المحرك لسلوكهم.

II

- أهداف جودة الشاملة:

1- أهداف خارجية: تتضمن تقديم أفضل السلع والخدمات للزبائن والمستهلكين.

2- أهداف داخلية: تصميم هذه الأهداف إلى نواعهما:

أ- هدف اجتماعي: السعي نحو تحقيق المنعة لأفراد المؤسسة وزيادة إنتاجيتها وتحفيزهم وتحفيزهم مادياً ومعنوياً.
ب- هدف اقتصادي: يتجسد في تحقيق القدرة التنافسية للمؤسسة من خلال تحقيق الكفاءة الفعالية.

وأما ممكن استخلاصه، يتمثل في أن الجودة الشاملة تعد بمثابة فلسفة تقوم على جملة من الأسس التي تسعى المؤسسة من خلالها لتحقيق أهدافها المطردة بغية تحقيق التميز التنافسيًا.

1- 1 - 4 - مبادئ الجودة الشاملة:

إن نجاح تطبيق الجودة الشاملة بالمؤسسة يتطلب الفضل فيها للعمل بجمعية من المبادئ والشروط التي من شأنها الإسهام في تحقيق أفضل أداء ممكن، والتي تذكر منها:


2- علاء فرج الطاهر، إدارة الموارد والجودة الشاملة، ط. دار الرأيا للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص ص:136-137.

3- ملكي علال، اهمية الجودة الشاملة ومواصفات الألوئ في نفاذية المؤسسة، مذكرة م.vaier عبر مشاركة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، قسم علم التسويق، تخصص مسيرة المؤسسات الصناعية بجامعة محمد حسبر، بسكرة، الجزائر، 2003، ص ص:20-21.

4- ملكي علال، مرجع سابق، ص ص:21. 22.

5- Chantal Boussingault et Martine Prête, op. cit., PP 9 – 12.
1- المطابقة: يتم ذلك من خلال ضمان مطابقة هذه السلع والخدمات للخصائص المحددة من قبل الزبون. 

2- الوضاءة: تتمثل في الإجراءات التي تمنح حدوث الأخطاء، والمساعد على كشفها قبل الوقوع فيها. 

3- القياس: أي قياس نسبة مطابقة المنتج المقدم للزبون مع الحاجات الواضحة له، بغية تحقيق التحسن. 

4- الإلتقاء: يعني السعي لتحقيق صفر خطأ من خلال عملية التحكم الكلي في الجودة. 

5- المسؤولية: تتيح مدى تحمل الأفراد المسؤوليات من خلال المهام التي يهتم فيها في المؤسسة. 

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

1- الاندماج الكلي للإدارة: أي أن الإدارة مسؤولة عن عدد مهام ومنها تطبيق نظام الجودة بالمؤسسة. 

2- تطبيق كل أفراد المؤسسة: لتحقيق المؤسسة أهدافها لازم عليها أن تقدم بتأهيل وتحقيق عمالها. 

3- الاحتياط في الأخطاء الوظيفية: أي القيام بنشاطات وقائية لاتخاذ الأخطاء قبل وقوعها. 

4- قياس الجودة: يتم قياس الجودة وفق معايير موحدة للإلتقاء، وتحديد الأهداف ومقارنتها بما هو منجز. 

5- تضافر كل الجهود: تسعى المؤسسة من خلال قيامها بنشاطاتها إلى تحقيق الأصدار الفخمة. 

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

II- 1 - 5 - شروط نجاح الجودة الشاملة: يتم التحقق للشروط التي توقف عليها نجاح الجودة الشاملة في المؤسسة في الآتي (3): 

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

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

- هناك من برى أن نجاح تطبيق الجودة الشاملة بالمؤسسة يتطلب ما يلي (3): 

1- دراسة وضعية المؤسسة في السوق لفترة طويلة، واعتماد التكتلوجيا كوسيلة للتطور وليس للتحويل. 

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

II- 2 - إدارة الجودة الشاملة: إن الجودة هي أحد أوضحية جودة الشاملة، أخذت بمبانيها العديد من المؤسسة JIT الناجحة والتي تقدم الخدمات العامة والشربة في حياتها الربحية، وغير الربحية في معظم الدول المتقدمة، ثم تلتها بعض الدول النامية التي تحاول أن تشق طريقها نحو التقدم، ولقد أدت زيادة حدة المنافسة بين المؤسسات إلى تغيير نظرتها بالتركيز فيها على جودة كل الخدمات، لأنها تنفعها، انطلاقا من اعتقادها على ما يسمى بالجودة الشاملة، بغية تلبية حاجات ورغبات الزائرين المستهلكين. 

II- 1 - ماهية إدارة الجودة الشاملة: ساهمت التغيرات الاقتصادية الجديدة الناجحة عن ظاهرة عولمة السوق في ضرورة تطبيق المؤسسات الاقتصادية لأنظمة تسويق جديدة وفعالة، واعتماد استراتيجيات ملائمة لمواجهة التحديات التنافسية. 

---
3- على رحلات إسلامية يهوي، الجوقة والسوق، "مجلة أفاص"، جامعة باجي مختار، علابة، الجزائر، العدد: 50، مارس 2001، ص 45.
الفصل الأول

 sistem TQM المزايده، وتعتبر TQM أحد أهم تلك الأنظمة التي يؤدي تطبيقها إلى امتلاك ميزة تنافسية لأجل طويل.

- 2 - نشأة وتطور إدارة الجودة الشاملة:

اختصارًا لكل ما كتب بشأن المراحل التي اجتازتها الجودة في تطورها عبر العصور، فإن بعض الكتب ذات الأهمية في المراحل التالية:

1 - مرحلة التفتيش (الفحص): كانت الجودة سابقاً تركز فقط على فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد هو الخاص بتгибّد مني يتمَّ فحص المنتجات، وما هي عودات الجودة التي تخضع للفحص.

وفي هذه المرحلة انقسمت وظيفة الجودة بين العامل الذي يقوم بالإنتاج والمستشار الذي يفحص المنتجات للتأكد من صحة المنتجات، وقبلها كان يمنع من وقوع الخطأ.

2 - مرحلة ضبط الجودة: حسب رأي Dale Besterfield، والقيام بالأنشطة المختلفة لتطوير جودة السلعة أو الخدمة.

3 - مرحلة تأكيد الجودة: يمكن القول بأن هذه المرحلة تهدف إلى ضمان رفعة الجودة باستخدام التخطيط، وإدارة نظام الجودة بالإضافة إلى الوسائل المستعملة السابقة.

4 - مرحلة إدارة الجودة الشاملة: تعد نظام شامل للقيادة والتشغيل للمنظمة يركز على العمل الجماعي للعاملين والزبائن، ويهدف إلى التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد بعيد.

- II

- مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

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

- ومنهم من قال إنها: "شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القرارات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين، بهدف التحسين المستمر في الجودة والانتاجية وذلك من خلال فرض العمل.

- وهناك من يرى بأنها: "عملية مستمرة من التركيز على القيادة، وتعزيز دور الموظفين، وتحسين العمليات، وإدارة النظام العام في المؤسسات، وتشخيص المعلومات التي تتعمَّم اتخاذ القرارات الاستراتيجية.

وعرِفها معهد الجودة الفيدرالي بأنها: "منهج تطبيق شامل يهدف إلى تحقيق حاجات العمل وتوقعاته فيها. "وتم استخدام الأساليب الكمية لغرض التحسين المستمر في الخدمات والعمليات في المنظمة.

عرفها أيضًا "جوسبان" بأنها: "خلق ثقة متينة من الأداء من خلالها يعمل الجميع بأقصى حجم ممكن.

استناداً إلى已經提出来的 TQM، يمكن اختصار ما كتب عن المراحل التي اجتازتها الجودة في تطورها عبر العصور، إلا أن بعض الكتب ذات الأهمية في المراحل التالية:

1 - مرحلة التفتيش (الفحص): كانت الجودة سابقاً تركز فقط على فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد هو الخاص بتغيّد مني يتمَّ فحص المنتجات، وما هي عودات الجودة التي تخضع للفحص.

وفي هذه المرحلة انقسمت وظيفة الجودة بين العامل الذي يقوم بالإنتاج والمستشار الذي يفحص المنتجات للتأكد من صحة المنتجات، وقبلها كان يمنع من وقوع الخطأ.

2 - مرحلة ضبط الجودة: حسب رأي Dale Besterfield، والقيام بالأنشطة المختلفة لتطوير جودة السلعة أو الخدمة.

3 - مرحلة تأكيد الجودة: يمكن القول بأن هذه المرحلة تهدف إلى ضمان رفعة الجودة باستخدام التخطيط، وإدارة نظام الجودة بالإضافة إلى الوسائل المستعملة السابقة.

4 - مرحلة إدارة الجودة الشاملة: تعد نظام شامل للقيادة والتشغيل للمنظمة يركز على العمل الجماعي للعاملين والزبائن، ويهدف إلى التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد بعيد.

- II

- مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

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

- ومنهم من قال إنها: "شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القرارات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين، بهدف التحسين المستمر في الجودة والانتاجية وذلك من خلال فرض العمل.

- وهناك من يرى بأنها: "عملية مستمرة من التركيز على القيادة، وتعزيز دور الموظفين، وتحسين العمليات، وإدارة النظام العام في المؤسسات، وتشخيص المعلومات التي تتعمَّم اتخاذ القرارات الاستراتيجية.

وعرِفها معهد الجودة الفيدرالي بأنها: "منهج تطبيق شامل يهدف إلى تحقيق حاجات العمل وتوقعاته فيها. "وتم استخدام الأساليب الكمية لغرض التحسين المستمر في الخدمات والعمليات في المنظمة.

عرفها أيضًا "جوسبان" بأنها: "خلق ثقة متينة من الأداء من خلالها يعمل الجميع بأقصى حجم ممكن.
للتحقيق توقعات العملاء، وأداء العمل بطريقة سليمة من أول مرة.(1)

- تطبيق النهج الإداري: من أجل تحقيق جودة شاملة تتساهم الأنشطة داخل المنظمة، يُثني تحقيق هدفها الأساسي، وتمثل في ضرورة إدخال الرضا والسعادة على المستهلك وموظفي المنظمة. 

II

- 2 – 4 - أهمية تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة: (2)

المنظمة مكانتها هامة بسبب الاستخدام المناسب، ونتيجة لجمالي من الأسباب منها:

- تخفيف التكلفة وزيادة الربحية.
- إرضاء المستهلك، وتحقيق ميزة تنافسية.
- هناك العديد من الظواهر التي تؤكد للإدارة ضرورة تبني أساليب TQM، ومنها ما يلي: (3)
- زيادة الوقت المقدر للعمليات، وزيادة عمليات المراقبة.
- زيادة عدد الاجتماعات بين الإدارة والعميل، إضافة إلى كثرة حالات إلغاء اللوم على الآخرين.

II

- 2 – 5 - فوائد ومبادئ إدارة الجودة الشاملة:

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

- من الفوائد التي يمكن أن تجنيها المنظمة من خلال تطبيقها لنمنح إدارة الجودة الشاملة الآتي: (4)

- تعزيز تنافسية المنظمات بالتركيز على تطبيق TQM في تقديم المنتج ذو الجودة العالية للزبائن.
- إيجاز أهدافها المتمثلة في تحقيق النمو والاستدامة الأمثل لمواردها البشرية.
- تقليص المشاكل المتعلقة بالزيانيات كشكاوى الزبائن الداخليين والخارجيين.
- كما أن هناك فوائد يجنيها العملاء في المؤسسة نتيجة لالتزامهم بتطبيق إدارة الجودة الشاملة منها: (5)

- زيادة الولاء والالتزام عند العاملين للمؤسسة.
- تنمية مهارات العاملين في المؤسسة من خلال توفير وتسهيل التدريب اللازم لهم.
- إعطاء العاملين الحوافز نتيجة للجهود التي يبذلونها للقيام بأعمالهم.
- بالإضافة إلى ما سبق توجد فوائد أخرى لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة ومنها الآتي: (6)

- تقليل الوقت اللام لإنجاز المهام والمسؤوليات، والاستفادة المثلى من المواد الموجودة في النشأة.

---

1. أحمد محمد غيني، إدارة الجودة الشاملة، دورة طباعة، الكتبية العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2008—2009، ص 41.
2. صالح ناصر، علاقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية (التعليم والتدريب)، ط دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص 29.
3. أحمد محمد غيني، الكتبية العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2008—2009، ص 41.
4. محمد عبد القدوس، الكتبية العصرية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 255.
5. محمد عبد القدوس، الكتبية العصرية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 68—69.
6. محمد عبد القدوس، الكتبية العصرية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 38—41.
الفصل الأول

- تحديد المسؤولية وعدم إلغاء التبعات على الآخرين عند حدوث أي أمر غير مبرر.

٢ - ٢ - ٥ - مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

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

١ - التركيز على العميل: بعد العمل أهم المركزيات التي تعتمد عليها نتائج لما يلي:
- إن إدارة التسويق داخل المنظمة مطلوبة بالبحث المستمر عن الوسائل، والأساليب التي تحقق رضا الزبائن باعتباره مصدر ريحية المنظمة وسبب وجودها.(١)
- الزبائن يعد نقطة البداية والنهائية بالنسبة للمنظمة، ويعود رضاء الهدف الأساسي لديها.(٢)

٢ - التعليم والتدريب المستمر: إن عملية نقل فلسفة TQM وتطبيقها تتطلب عملية تدريب وتحسين، لتأهيل جميع العاملين في الشركة وبدون توقف، وأن يكون الهدف النهائي هو الكمال والذي لا يمكن بلوغه.(٣)

٣ - دعم الإدارة العليا: إن اقتناع الإدارة بصورة تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة، يجعلها مستعدة لدعم كل التغييرات التي ستحدث في المنظمة.(٤)

٤ - مشاركة العاملين وتكوين فرق العمل: ضرورة احترام العنصر البشري وتقديره، لأن عن طريقه يحقق الرضا لدى الزبائن.(٥)

٥ - تأسيس نظام معلومات إدارة الجودة الشاملة: تبني تأسيس نظام إدارة الجودة الشاملة باعتباره من الركائز الأساسية التي تقتضيها متطلبات TQM.(٦)

٦ - التغذية العكسية: تبرز مكانة وأهمية التغذية العكسية في عملية اتخاذ القرارات الصائبة، كما أن استمرارية عملية التحسين المستمر تقتصر بالتفقيد المعلوماتي.(٧)

- يتم التعهد لكل من عناصر وأهداف إدارة الجودة الشاملة فيما يلي:

٢ - ٢ - ٦ - عناصر وأهداف إدارة الجودة الشاملة:

تنتمي إدارة الجودة الشاملة ثلاثة عناصر أساسية هي:

١ - تخطيط الجودة: هي عملية منهجية يتم بموجبه اخضاع سياسة الجودة إلى أهداف قابلة للقياس.

٢ - ضبط الجودة: تعني مجموعة الجهود التي يبذلها العاملين التي تسمح بتحقيق المستويات القياسية.

١ - مطار د. النسيم، التسويق والتجارة الإلكترونية، طب الإسكندرية، مصر، ٢٠٠٥، ص ١٩٥.
٢ - عمر ومصطفى علوية، (٢٠٠٤)، مرجع سابق، ص ١١٣.
٣ - قاسم نادرة علوية، مرجع سابق، ص ١٠٦.
٤ - محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص ٢٠٥.
٥ - عمر ومصطفى علوية (٢٠٠٤)، مرجع سابق، ص ٥١.
٦ - أحمد بن عيسى، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، مجلة البحوث، جامعة ورقة، الجزائر، العدد:٤، (٢٠٠٤) ص ١١.
٧ - حسن صادق حسن عبد الله السيد علي حبيب الأحمري، مقال يعنوا: نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة. دراسة تطبيقية على الموظفين الإداريين بجامعة الجهراء، المملكة البحرينية، (٢٠٠٥)، ص ٢٣٩.
الفصل الأول

نظام إدارة الجودة الشاملة

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

وكل عنصر من العناصر السالفة الذكر نتجه يكون من مجموعة من المبادئ الموضحة له، ويمكن توضيح ذلك من خلال معطيات الشكل رقم (1) الموالي:

- الشكل رقم (1.1): العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

المصدر: مدحت محمد أبو النصر، تربية مهارات بناء وتدعم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، ط. إنتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص 31.

يمكن القول بأن تطبيق فلسفة الجودة الشاملة على أرض الواقع يحتاج إلى استعداد مفهوميا وجعله حلقة عملية تستعملها الإدارة التنفيذية بالمنظمة التي تحتاج إلى منسوب من الوقت لتصبح سارية المفعول.

- أهداف إدارة الجودة الشاملة

- تحرير تفاصيل إدارة الجودة الشاملة تسعى جاهدة لتحقيق عدة أهداف منها:

- التحسين المتواصل لكل قطاعات المؤسسة وزيادة مرونتها في التعامل مع المتغيرات.

- أن تستدعي جودة منتجات الشركة بالاستقرار، وأن تمكّن أفضل النفقات لتوسيع منتجاتها بشكل سريع.

- أمّا ريتشارد فرمان فقد لخص أهداف إدارة الجودة الشاملة في النقاط التالية:

  - التركيز على احتياجات السوق، والسعى لتلبيتها، وابتكار معايير الأداء.
  - تحقيق أعلى أداء في كل المجالات.
  - وهناك من يرى بأن أهداف إدارة الجودة الشاملة تنتمي فيما يلي:
  - تحاول المؤسسة أن تكون الأفضل في السوق من وجهة نظر الزبون، والتأقلم مع الحاجيات الجديدة.

---

1. مدحت محمد أبو النصر، تربية مهارات بناء وتدعم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، ط. إنتراك للنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص 31.
3. قاسم نايف غنان، مرجع سابق، ص 99.
4. مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، ط. دار النشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008، ص 69.
5. عمر لعلاوي، دور وأهمية الجودة والتقدير في حماية المستهلك، الملفت الوطني لتحياة المستهلك في ظل الانفتاح الاقتصادي، معهد العلوم القانونية والادارية، المركز الجامعي، الجزائر، 13-14 أفريل 2008، ص 155.
الفصل الأول

نظام إدارة الجودة الشاملة

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

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

- II

- 3 - متطلبات ومواقف تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- 3 - 1 - متطلبات إدارة الجودة الشاملة ومرافق تطبيقها:

- يتم التطرق إلى نقاطين أساسيتين هما:

- 3 - 1 - متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- إن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يحتاج لبعض المتطلبات التي تسقب البدء بتطبيق

- هذا البرامج في المؤسسة حتى يمكن إعداد العاملين على قبول الفكرة، ومن ثم السعي نحو تحقيقها.

- ومن أهم متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة نذكر الآتي:

1 - توفير القيادة الادارية العليا للجودة الشاملة.
2 - التركيز على الأداء بصورة صحيحة منذ اللحظة الأولى.
3 - فهم متطلبات المستهلك وتحقيقها وتجاوزها.
4 - تحقيق الجودة من خلال إدارة الجودة الشاملة وليس من خلال أنظمة فحص الجودة.
5 - تصميم أنظمة وأساليب لتوفير الجودة في المنتجات والخدمات.
6 - وضع برنامج التدريب والتحسين المستمر لضمان الجودة الشاملة.
7 - تعلم وتذكير الموظفين على أهداف الجودة الشاملة.
8 - تقييم المدير من خلال قياسات الأداء الخاص بالجودة والمقارنة المراجعة وإعادة الهندسة.
9 - أن تتعلق منظمة إلى أن الجودة سلاح تنافسي يؤثر في التصميم والعملية والمخزون والجداول...

- 3 - 2 - مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- لكي تحقق الأهداف المرجوة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة ينبغي أن تمر بخمس مراحل:

1 - مرحلة الإعداد: تشبيه عملية البناء التي يشارك فيها كبار الموظفين المسؤولين بالمنظمة.
2 - مرحلة التخطيط: يقوم مجلس القيادة باستعمال البيانات التي تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ

مرحلة التخطيط الدقيق.

---

1. مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص341
2. عبد الرحمن توفيق، الجودة الشاملة الشاملة المتكامل للفاعليات والأعمال، مركز البحوث المهنية للإدارة، القاهرة، مصر، مصر، ط3، 2005، ص63.
3. سعودي، بركل، مرجع سابق، ص32.
الفصل الأول

3 - مرحلة التقويم والتقدير: تقوم على تهيئة الأرضية لبدء تطبيق النظام على أرض الواقع.(1)

4 - مرحلة التطبيق: تعني التطبيق الفعلي للمبادئ في المجال الذي تنتشر فيه المنظمة.

5 - مرحلة التنويع: يبدأ فيما يسمى اختبار النتائج التي تم حقيقية من تطبيق إدارة الجودة الشاملة.(2)

II - المعوقات والأخطاء المرتبطة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

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

II - معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

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

- عدم التزام الإدارة العليا بتطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة.
- التركز على أساليب معينة في إدارة الجودة الشاملة وليس البرنامج ككل.
- توقيت نتائج سريعة ولست على المدى البعيد مع ضرورة اعتماد برنامج TQM من طرف خبراء بالجودة.
- أيضا من معوقات إدارة الجودة الشاملة ما يلي:(4)

- نقص الخبرة الإدارية لدى بعض المسؤولين، مما ينجم عنه عدم التزام على اتخاذ القرارات.
- ضعف التنسيق بين الأجهزة ذات العلاقة الواحدة وعدم وجود الموظف المناسب في المكان المناسب.
- انطلاقا مما سبق فإنه على إدارة المنظمة أن تسعى جاهدة إلى إزالة هذه المعوقات والقضاء عليها أو على الأقل الحد من تأثيرها وذلك بهدف تحسين عملية التطبيق بسهولة وفعالية لما هو مخطط له.

II - الأخطاء الشائعة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

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

أ - الأخطاء الإدارية: معموضا تنتج عن غياب دعم الإدارة العليا لإدارة في المستويات الأدنى.
ب - الأخطاء الفنية: تتمثل في الأخطاء العملية والتي غالبا ما يكون عددها أكبر من الأخطاء الإدارية.

- كما توجد أخطاء أخرى يمكن اكتشافها في مجال تطبيق الجودة الشاملة ومنها:(6)

- عدم التنسيق الكافى بأهمية المورد البشري، والفشل في توفير معلومات عن الإنجازات المحققة.
- عدم الإنصات الكافى للعملاء والموردين، وضرورة التصدي للمشاكل الكبيرة مع بداية التطبيق.

II - المقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة:

يتم النظر إلى المقارنة بين أسلوب الإدارة التقليدية و TQM في عدة أوجه هي:(7)

---

1 - عبد الرحمن توفيق، مرجع سابق، ص 65.
2 - مهدي السالمي، مرجع سابق، ص 347.
3 - محمد عوض التوراني، غار عراقي، مرجع سابق، ص 49 – 51.
6 - عبد الحليم عبد المجيد البكري، زريب شكري محمد نويري، إدارة الجودة الشاملة والعولية (المؤلفة والدراسات الحديثة في تطبيقها) والإستعداد في دار الشرق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، د. 2007، ص 91.
7 - عمر وصفي عبده (2010)، مرجع سابق، ص 57 – 58.
الفصل الأول

1 - الهدف: تهدف الإدارة التقليدية إلى تعليم أرباح وعوائد المنظمة، بينما تركز إدارة الجودة الشاملة

2 - التخطيط: تركز الإدارة التقليدية على المدى القصير، بينما تعمل إدارة الجودة الشاملة على تكامل

وتوائم ما بين المدى القصير والطويل.

3 - أساليب العمل وتحمل المسؤولية: يقوم كل فرد أو إدارة عمله بصفة افرادية في ظل الإدارة التقليدية

ولهذا تكون المسؤولية شخصية، في حين تؤكد إدارة الجودة الشاملة على العمل الجماعي.

TQM

4 - السياسات والإجراءات: يتميز بالjomود في الإدارة التقليدية، وبالمرنة في ظل تطبيق

5 - نظام الحوافز: يتم في الإدارة التقليدية بالشروع وثمة الحوافز المستمدة مادياً، في حين نجد

في TQM يتم تعديل نظام الحوافز حيث نجد تشجيع على الحوافز المادية والمعلوماتية في إن واحد.

6 - الزبان والموردون: يتم التركيز في ظل الإدارة التقليدية على الزبون الخارجي دون سوء في حين يتم

التركيز في ظل TQM على كل من الزبائن الداخليين والخارجيين باعتبار أحدهم يمثل الاعتدال للما بعد.

- 3 - 4 - مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة والقياس ومؤشرات الأداء:

- II

- 3 - 4 - 1 - مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة:

- II

1 - يعتبر تقييم مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة حسب 'B. G. Dale' إلى ستة مستويات أساسية:

1 - مستوى غير المرئيين: أي المنظمات التي بدأ بتطبيق مفاهيم الجودة دون أن تبدأ بتطبيق تحسينها.

2 - مستوى المتقدمين: تسر المنظمات في هذا المستوى بالرتبة نتيجة حداثة عهدها بتحسينات الجودة.

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

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

5 - مستوى رابحي الجوائز: في هذا المستوى تكون المنظمات مؤهلة للدخول إلى المسابقات وقد لا ترىها.

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

- II

- 3 - 2 - القضاة ومؤشرات الأداء:

- II

- يمكن إجراء مشاريع القياس ومؤشرات الأداء في عدة نقاط من أهمها:

أولاً: وضع المواصفات: لكي تتمكن إدارة المنظمة من الحكم على أدائها وإنجازاتها سواء، أكان أثناء مرحلة

التطبيق أم بعدا يجب عليها وضع مواصفات للجودة منذ بداية تطبيقها لمنهج TQM، ومن أهمها:

1 - مواصفات التصميم المنتج: يقوم بوضع التصميم الدقيق لكل منتج في المنظمة.

2 - مواصفات المواد المشتركة: تعني شراء المواد التي تلبي الحاجات التي تتطلب مع جودة المنتج.

3 - ممارسات عمليات الإنتاج: يتم وضع مواصفات للعمليات الإنتاجية بطريقة الأداء، أو النتائج...

1. محفوظ أحمد جوده، مرجع سابق، ص ص288 – 213.
2. محفوظ أحمد جوده، المرجع نفسه، ص ص218 – 220.
الفصل الأول

- مراجعات المنتج: يتم وضع هذه المراجعات طبقاً لنتائج دراسة احتياجات الزبائن.

ثانياً: إجراء القياس: يمر هذا النظام بعده مراحل التصميم والتحليل والتثخير والتنفيذ والقيمة.

ثالثاً: مؤشرات الإنتاجية: تتمثل هذه المؤشرات في كل من: الإنتاجية والكفاءة والفعالية والنجاح والآداء.

1 - الإنتاجية (Productivité)

أ - تعريف الإنتاجية: هي مقياس كمي وكيفي للإنجاز، يعمل على تحقيق الأهداف عن طريق تحسين المدخلات إلى المخرجات بأقل تكلفة ممكنة، وهي مقياس لنجاح أو فشل إدارة المشروع.(1)

تمثل الاستخدام الأمثل لعناصر الإنتاج بما يحقق أكبر قدر ممكن من الإنتاج بمستوى جودة وتشكيلية معينة، وفي وقت محدد بأقل تكلفة ممكنة، بما يعني أُعلى فائدة ممكن من الربحية.(2)

Evans يعرض الإنتاجية على أنها: "مقياس تحديد المدى الذي تكون به المواد في أية منظمة والتي تستخدم بشكل فعال وفقاً من حالة كونها مدخلات إلى حالة المخرجات".(3)

ب - قياس الإنتاجية: عادة ما يتم التعبير عن الإنتاجية في شكل نسبة المخرجات (السلاسل والخدمات) إلى المدخلات (العمالة، المواد، الطاقة، مواد أخرى)، ويتم حسابها وفق الصيغة التالية:(4)

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

والجدير بالذكر أن الإنتاجية ذات شقين هما:(5)

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

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

ج - التمييز بين الإنتاج والإنجاز: إذا كانت الإنتاجية تتمثل في العلاقة بين المخرجات والوسائل المستخدمة في إنتاج هذه المخرجات، فإن الإنتاج يمثل قيمة أوكية للمخرجات دون النظر للمدخلات.(6)

2 - الكفاءة (Efficiency)

أ - تعريف الكفاءة: من أهم التعريف التي تلاقى ظاهرة الكفاءة الاقتصادية، تذكر ما يلي:

- تاريخياً: يعود مفهومها إلى الاقتصادي الإيطالي "غلفرديو بارتيتو" الذي طور صياغتها وعرفها على أنها تمثل: زيادة كمية الإنتاج في ظل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبالضرورة التي لا يمكن فيها تحقيق إشباع أكبر من ذلك المحقق من نفس الحجم المستخدم.(7)

1. محمد سمير أحمد، الإدارة الإستراتيجية وتنمية الموارد البشرية، ط. دار السيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2009، ص. 110 - 111.

2. صالح السيد، الكفاءة الاقتصادية لاستخدام الإمكانية المتاحة للمؤسسة الإنتاجية بناءً على نموذج قياسي لمؤسسة (قطاع النログرام)، مجلة العالم الاقتصادية، جامعة صنعاء، 2012، ص. 124.

3. نبيل محمد مرسي، مرجع سابق، ص. 39.

4. خضير كاظم حمود، شرقي، إدارة الإنتاج والعمليات، ط. دار صفاء للتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص. 45.

5. محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص. 225.

6. صالح السيد، مرجع سابق، ص. 122.
الفصل الأول

لغة: تعريف الكفاءة لغة على أنها: "كفاءة الشيء أي ساواه وماثله، وكفاءة الأمر مثله، والكفاءة أو الكفاعة" (1).

- يستطيع: تعريف الكفاءة على أنها: "الطريقة المثلى لاستعمال الامور" (2).
- الكفاءة على أنها: "معرفة معمقة ومعرفة تمكين صاحبها أو تعطي Le petit rebert ويعبر قاموس لصاحبا حق الحكم واتخاذ القرارات في مجالات معينة" (3).

ويقال عنها من المنظمة العالمية كفاءة الخدمات الصحية على أنها: "العلاقة بين النتائج النهائية المحققة والجهود المصرفية على شكل نقود ومواد ووقت" (4).

ومهما سرنا من تعريف للكفاءة فإننا لن نستطيع أن نستوفي نحن أن نستطيع أن نستوفي نحن، وإنطلاقا من التعريف السابق.

أ نتالي: إلى القول إن الكفاءة تعني الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

ب - قياس الكفاءة: يعني الوصول إلى تحقيق الأهداف الموضوعة مع وجود تحسينات في المدخلات 

كانت هذه النسبة مدى كفاءة الإدارة في استخدام الموارد المتاحة لديها من رأس مال علاوات، ومواد خام، وعمالة بالمقارنة مع الموارد المخططة لها من نفس عنصر المدخلات.

ج - أنواع الكفاءة: يوجد نوعان من الكفاءة، هما: (5)

1- الكفاءة الإنتاجية: تنتمي العملية الإنتاجية جانبين من الكفاءة هما:

أ - الجانب التقني: يمثل في عملية التوليف بين عنصر المدخلات لإنتاج كمية من المخرجات.

ب - الجانب التكنولوجي: يتعلق بأسعار المدخلات، ويعبر عنه بقيمة الكفاءة السعرية.

2- الكفاءة الهيكلية: تهدف إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسين أدائها.

3- الفعالية: effectivités

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

- الفاعلية لغة: تعني الفاعل الذي قام أو يقوم بالفعل، أما الفعال فهي صيغة مبالغة من اسم الفاعل.

ملاحظات:
1- محمد مولود غزيل/محمد بلاد اليدي، الموارد البشرية، المرشدين لدورة في تعزيز الميزة التنافسية للمؤسسات المصرفية، مجلة واحة للمبحوث، عدد 471، الجزائر، 2009.
2- محمد الجماعي قريشي/ الحاج عراب، قياس كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية، دراسة تعريفية مفصلة للبيانات، جامعة الجزائر، جامعة الجزائر، 2012.
الفصل الأول

ولفاعلية في ضوء ذلك هي الفترة العملية الملموسة على تحقيق الأهداف المنشودة(1).

(2)

يحترفوا بها: "القرية على تحقيق الأهداف مما كانت الإمكانية المستخدمة في ذلك.

(3)

وإثر ذلك، النجاح في تنفيذ الأهداف المتمثلة في "المحاولة المفهومة".

(4)

ويernity أن النجاح يتعارف على أنها: "لم تحقق الأهداف المسطرة مقارنة بالأهداف المحققة".

4 - العلاقة بين الإنتاجية والكفاءة والفاعلية:

من أهم جوانب العلاقة بين هذه العناصر الثلاثة يتمثل في الآتي:

1 - تمكين الإنتاجية أشعل وأعم من الكفاءة والفاعلية باعتبارها تتعلق بالكم الإنتاجي بشكل أساسي.

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

3 - يتم في الغالب حساب الإنتاجية بالوحدات، بينما يتم حساب الكفاءة والفاعلية كنسبة مئوية.

5 - التمييز بين الكفاءة والفاعلية:

كثيراً ما يساوي بين مفهوم الفعالية ومفهوم الكفاءة، علماً بأن المصطلحين مختلفان ومترابطان، فالفعالية تعني كما يقول دراكر "ماذا نفعل؟"، أما الكفاءة فتعني كيف نفعل؟(6).

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

: Efficacité:

6 - النجاعة:

تعبر عن الإنجاز الجيد للعمل، وبذلك تحقيق الأهداف المقرطة عليها.

أ - تعريف النجاعة: تجدر عدة تعريف للنجاعة نذكر من أهمها الآتي:

: La Performance:

7 - الأداء:

إن الدافع الأساسي لوجود أي مؤسسة من عدمه اعتبارها الأكثر إسلاماً في تحقيق ضمان بقائها.

أ - تعريف الأداء: إن مصطلح الأداء أكثر المفاهيم استعمالاً، من أهم تعريفه نذكر ما يلي:

- لغة: "إنجاز عمل ما، واعترف جل الباحثين بأنه الأداء البشري دون الموارد الأخرى.

- اصطلاحاً: "معنى القيم بفضل على الوصول إلى الأهداف المسطرة."

(1) محمد مولود غزيلل، محمد بلال الودي، مرجع سابق، ص. 471.

(2) رائد عبد الحق القوى الله، citations لـ "إدارة النقل"، التوزيع والتطوير التنظيمي من أجل إنجاز الخدمات، مؤتمر عن:\ ختام النقل الدولي حول الأداء الامكاني للعمل، المبادرات المتعددة، كلية الحقوق والاقتصادية، جامعة رافعة، 08 - 10 مارس 2005، ص. 118.

(3) دولاز من التزمات،养育 النشاط في مؤسسة القصص العربية، مجلة القصص، في تموز 1996. للباحثون والمرشحين، مركز المركز، العامة، الجزائر، 07/07/2007، ص. 80.

(4) محمد أحمد القيسي: "دراسة جودة الأداء والاقتصادية، مؤسسة النقل، الجزائر، 18/12/2010، ص ص 86 - 88.

(5) أنور بن عبد الحليم، "دراسة جودة الأداء والاقتصادية، مؤسسة النقل، الجزائر، 18/12/2010، ص ص 86 - 88.

(6) - حمدي بن عبد القادر، "دراسة جودة الأداء والاقتصادية، مؤسسة النقل، الجزائر، 18/12/2010، ص ص 86 - 88.


8 - cite:

9 - إلهام بحاري، "المصداقية كمفصل للتنقيح الأولي للمؤسسات الصناعية الجزائرية، مجلة البحث، جامعة قابضي مرجان، 2007، ص ص 212 - 213.

الأسد، مصر، 2009، ص ص 212 - 213.

العدد 05، 2007، ص ص 212 - 213.
أن فهم الأداء يعني إنجاز العمل وفقاً لأسس ومعايير معينة ومحددة(1).

ويرى "الانغدلون" Langdon(2) بأنه: الناتج الذي يحقق الموظف عند قيامه بأي عمل، ويعبر الأداء الوظيفي عن المجهود الذي يبذل منه في تنفيذ عمله إنجاز مهام ووظائفه بدقة في أقصر وقت وأقل جهد.

ويعرفه "هينز" Haynes(3) بأنه: تأدية عمل أو إنجاز نشاط أو تنفيذ مهمة، بمعنى القيام بفعل يستند على الوصول إلى الأهداف المطلوبة.

ويعبر "أ. كهرك ستيم" A. Kherak hem(4) عن الأداء كونه "انكاس" لائدة منظمة الأعمال والقابلية على تحقيق أهدافها.

II

- 3 – 5 – علاقة الإنتاجية بإدارة الجودة الشاملة:

- يتم التعرض للعلاقة التي ترتبط الإنتاجية TQM باعتبارها علاقة وثيقة، وباختصاراً إحدى الركائز الأساسية للجودة، من خلال العلاقات المشتركة بينهما، والمتصلة في:

1 - التحسن المستمر للجودة: يؤدي إلى رفع الإنتاجية وزيادة أرباح المؤسسة وزيادة رضا المستهلك.
2 - دراسة العمل: الهدف منها تحسين طرق العمل المتبعة واستبدال العوامل غير المجدية.
3 - السيطرة على النوعية: هي نظام لفحص المنتج، قصد تقليل المفارقات إلى الحد الأدنى.

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

- مستوى المخزون، وقت دورة الإنتاجية، التوقفي المناسب للتوتر، مستويات جودة المنتج...إلخ.

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

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

1 - الجودة مرتبطة بالنتاج النهائي للعملية الإنتاجية، في حين يوسع نظام TQM جودة الأداء في مختلف الأنشطة الوظيفية والتنسيقية.
2 - يسعى نظام الجودة إلى حل المشكلات العارضة بالتعرف على أسبابها مع اعتماد الأساليب العقارية، إنجاز الأفراد المعنيين بها، في حين تركز أن TQM تركز على التحسين المستمر للعمليات.
3 - إذا كان نظام TQM يركز على أهداف الولاء والانتماء من قبل العاملين والإدارة لأهداف المؤسسة، فإن نظام الجودة لا يعترف أدنى اهتمام لذلك.

---

1. هاشم سيفان صلواتي، "تنمية الموارد البشرية من منظور تسيير الأداء، مجلة البحوث والدراسات بالمركز الجامعي، غرداية، الجزائر، العدد 7، ص 375، 2009.
2. عبد القادر قريش، "الثقافة التنظيمية طرق إدارة الأداء المتغير في المؤسسة الاقتصادية، مجلة علوم الاقتصاد والتجارة، جامعة الجزائر، العدد 17، ص 87، 2008.
3. النجاح، "مجلة جامعة أسيوط"، كليات الآداب، التربية، العلوم الإدارية، ص 218، 2009.
4. الكامل محمد صبري، "طاهر محمد هبة، أساسيات الأداء بإدارة التقييم المتوازن، طار، دار النشر والتوزيع، عماني.
6. عبد الباسط بن سعيد، "نظام إدارة الجودة الشاملة الإستراتيجية والتنظيمية للتقييم والقياس، جامعة الجزائرية، ص 222، 2009.
7. محمد محمد محمد محمد، "نظام إدارة الجودة الشاملة"، جامعية الجزائرية، ص 177، 2009.
8. محمد محمد محمد، "نظام إدارة الجودة الشاملة"، جامعية الجزائرية، ص 177، 2009.
الفصل الأول

إذا كان نظام الجودة يركز على تلبية احتياجات الزبائن الخارجيين للمؤسسة، فإن نظام TQM يتعداه إلى الزبائن الداخليين، لأن في تلبية احتياجاتهم يعد بمثابة تلبية لاحتياجات الزبائن الخارجيين.
الفصل الأول
SYSTEM OF OVERALL QUALITY MANAGEMENT

- معايير التقييم الدولية:

III

يتم التعرض فيما يلي لكل من نظام إدارة الجودة ISO 9000، ونظام إدارة البيئة ISO14000، وувلاقة الأذرو بإدارة الجودة الشاملة، ونظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO18000:

ISO 9000

أصبح الاهتمام بالجودة قضية تشغيل اهتمام المؤسسات في كافة أنحاء العالم من أجل معايير التطور الحالي. واكتساب الفرص المتاحة للوصول إلى أعلى مستويات الجودة، خصوصاً وأن هذه الأخيرة لم تعد خياراً استراتيجياً تندرج المؤسسة فحسب، بل أصبحت ضرورة ملحة لنجاح أي نظام اقتصادي.

ISO 9000  - 1 – نظام إدارة الجودة 9000

III

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

أ – نشأة فكرة الأذرو:


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

وأولى المعايير التي حققت هذا الغرض هي: BS57500، الصادرة عن المعهد البريطاني التي تعبر على أنها:نظام لإدارة الجودة الذي يعتمد على جودة إجراءات رسمية مكتوبة، وتعليمات مرشدة للعمل، من أجل التأكد من أنهم يقومون بأداء مهامهم بطريقة صحيحة.

متت هذه المواصفةISO8042 الصادرة في:06/06/1986، والتي جاءت لتحديد مصطلحات الجودة.


ب – تعريف ISO9000

تم إصدار "ISO" الذي يعني الحروف الأولى من اسم المنظمة العالمية للمواصفات:

التي تأسست عام1946 عقب الحرب العالمية الباردة.

GUY Landoyer, la Certification ISO 9000, un Moteur Pour la Qualité, édition d’organisation, 2000,P57.

1 - حسين عبد العال محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة والمواصفات القياسية (الأذرو) وأهم التعديلات التي أدخلت عليها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2006، ص.95.

2 - علي العلي (1995)، مرجع سابق، ص.91


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

5 - غول فراجات، الوجيز في اقتصاد المؤسسة، طب دار العلوم للنشر والتوزيع، المجلة الحديثة، الجزائر، 2008، ص137.
الفصل الأول

Again, and it is placed in the middle of its state, and contains more than 90 rules.

(2) "Equal" according to the character "ISO" in the list of codes of the organization that it is used in the field of management and its effectiveness in determining the importance of the features of ISO 9000 standards, which are available to the organizations worldwide on a voluntary basis.

(3) ISO 9000 standards, as well as the certification in the form of a certificate, which is issued by the accredited body in the field of management and its effectiveness in determining the importance of this organization.

(4) ISO 9000 standards, and the need for this certification to be issued in the form of a certificate, based on the importance of the organization the certificate is issued to, and the ability to list in the list of organizations.

Tables and graphics, and is presented on a numerical scale and internationally.

ISO 9000:2000

ISO 9000:2008

ISO 9000:2014

ISO 9000:2017

ISO 9000:2020

ISO 9000:2023

ISO 9000:2026

ISO 9000:2029

ISO 9000:2032

ISO 9000:2035

ISO 9000:2038

ISO 9000:2041

ISO 9000:2044

ISO 9000:2047

ISO 9000:2050

ISO 9000:2053

ISO 9000:2056

ISO 9000:2059

ISO 9000:2062

ISO 9000:2065

ISO 9000:2068

ISO 9000:2071

ISO 9000:2074

ISO 9000:2077

ISO 9000:2080

ISO 9000:2083

ISO 9000:2086

ISO 9000:2089

ISO 9000:2092

ISO 9000:2095

ISO 9000:2098

ISO 9000:2000

ISO 9000:2003

ISO 9000:2006

ISO 9000:2009

ISO 9000:2012

ISO 9000:2015

ISO 9000:2018

ISO 9000:2021

ISO 9000:2024

ISO 9000:2027

ISO 9000:2030

ISO 9000:2033

ISO 9000:2036

ISO 9000:2039

ISO 9000:2042

ISO 9000:2045

ISO 9000:2048

ISO 9000:2051

ISO 9000:2054

ISO 9000:2057

ISO 9000:2060

ISO 9000:2063

ISO 9000:2066

ISO 9000:2069

ISO 9000:2072

ISO 9000:2075

ISO 9000:2078

ISO 9000:2081

ISO 9000:2084

ISO 9000:2087

ISO 9000:2090

ISO 9000:2093

ISO 9000:2096

ISO 9000:2099
الفصل الأول

- الرهبنة: يجب أن تعود المواصفة عند تطبيقها إلى خفض تكاليف الإنتاج ورفع كفاءة الأداء... إلخ.

- الملازمة: أي الملازمة في التطبيق لفترة طويلة، حتى لا تكون عرضة للتغيير والإضافات.

ج – أقسام معايير ISO9000:1994:

- تعني مجموعتنا الإرشادات الواجب إتباعها في اختيار وتطبيق نظام الجودة الشاملة.

- تحتوي على عشرين عنصر وتشمل معايير لتأكيد الجودة للمؤسسات المتخصصة.

- تطبيق في المؤسسات التي تقوم بنفس الأنشطة في ISO 9001 ما عدا التصميم والتطوير، وخدمة ما بعد البيع.

- تغطي هذا المستوى المؤسسات التي تقوم بخدمات الفحص والتفتيش، والاختبار على المنتجات دون أن يكون لها أي تدخل في التصميم أو الإنتاج.


- يتضح مما سبق أن لا يوجد نموذج أفضل من نموذج وليست النماذج الثلاثة متشابهة للجودة: ISO 9002 (سلسلة معايير 2000).

- تتم في هذه السلسلة الجديدة إدراج معايير: ISO 9002 في معيار واحد هو ISO 9003 إصدار عام 2000، استجابة للانتقادات الموجهة لمجموعة الأيزو العالمية، فتكون تميز بالمرتبة في مجالات التطبيق لمختلف الشركات.

- ISO 9001:3-1 متطلبات نظام إدارة الجودة ISO:9001


- نستعرض المتطلبات لكلا الإصدارين لمعرفة جوانب التحديال فيما يلي:


- فوائد وتكاليف الحصول على شهادة ISO:9001

- يتم التعرض في هذا المجال للفوائد التي يعدها التصميم والأفراد في مختلف المؤسسات من تطبيق

---

1. سمير محمد عبد العزيز، جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000، ط.، طباعة الإعلام الفنية، مصر، 1999، ص 137.
2. أبوطبيعي، دور إدارة الجودة في تحقيق الجودة، نشرة، القاهرة، مصر، 1999، ص 54.
4. صالح ناصر، مرجع سابق، ص 60.
5. عمر ومصطفى، مرجع سابق (2001)، مرجع سابق، ص 65.
6. قاسم منصور عثمان، مرجع سابق، ص 218.
7. علي السليمي (1995)، مرجع سابق، ص 94.
نظام إدارة الجودة الشاملة ISO 9000، بالإضافة إلى التكاليف التي تترتب على ذلك.

ISO 9000

- قدم الباحثين قوائم مطلوبة للقواعد التي تجنبها المؤسسة من تطبيقها لشهادة ISO 9000، ومنها:
  1. تحقيق الاستقرار للمؤسسة والثقة بإنتاجها وخدماتها، وتحقيق الانخفاض المستمر في التكاليف.
  2. إطالة عمر المؤسسة لترتازد الثقة بإنتاجها وخدماتها.
  3. تعزيز قدرة المؤسسة في تحقيق صور النجاح والتفوق النوعي في الآداء.
  4. التحسين المستمر وذلك من خلال منع حدوث الأخطاء بدلًا من اكتشافها بعد حدوثها.

- تكاليف الحصول على شهادة المطابقة (التسجيل):

تشمل تكلفة التأهيل للحصول على شهادة المطابقة مع المواصفات الدولية الأنواع الآتيه من النفقات:

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

ب - أتعاب الاستشارة: تتمثل أتعاب الاستشاريين الخارجيين لكي تطابق مع متطلبات شروط المواصفة.

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

د - تكاليف الالتزام والوقت: تعني أن المؤسسة لا بد عليها من مضي وقت طويل لتلتزم فيه بالسیر وفق شروط ومتطلبات نظام الجودة المعتمد، كما توجد تكاليف أخرى تتمثل في تكاليف الأدلة والانظمة.

- مقومات فاعلة تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

يتطلب التزام صريح من قبل الإدارة العليا التي توفق منها القيام بما يلي:

1. تطبيق TQM
2. تجهيز الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل برنامج الجودة الشاملة.
3. تزريع ثقافة الجودة الشاملة وتشجيع روح الإبداع في العاملين بتشيئ تخصصاتهم ومستوياتهم الإدارية.
4. تشجيع العملاء الداخليين والخارجيين على تقديم الاقتراحات التي تساهم في رفع مستوى الجودة.
5. تطوير نظام الحوافز لترطيب بالأفكار المبتكرة التي تضمنها الاقتراحات العاملين وتجعله متجربًا معهًا.
6. تدريب العاملين بشكل مستمر وتثمين قدراتهم بتكثفيها المعرفية والستخداما فيها كل في مجاله.

ISO 9000

- لا يختلف اثنان في أن التطور المتزايد للمؤسسات الاقتصادية الذي كان له الأثر الإيجابي في توفير السلع والخدمات ذات الاستعمال الواسع لطابيها من المستهلكين، بشكل أسرع وأفوق وأحسن، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود الأثر السلبي لذلک التطور على الجانب البيئي، والمحيط خصوصاً وأن بعض الصناعات لا تعيد أدنى احترام، أو اهتمام لقوانين البيئة، متردعة في ذلك بأنها تعرض مع أهدافها المشروعة، والحقيقة غير ذلك، لما كان من الضروري على الحكومات وضع قوانين، من شأنها إخضاع

1. مهدي السارياني، مرجع سابق، ص ص 385-387.
2. على السليمي (1995)، مرجع سابق، ص ص 97-98.
3. أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 منهج علمي للتنافس بالجودة، دار النشر جمهورية القاهرة، مصر، 2006، ص ص 99-100.
الفصل الأول

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

IO 14000

- III


فضلا من مؤتمر نيويورك سنة 1996، بالإضافة إلى قمة الأرض بجودا نسبي سنة 2002 للتنمية المستدامة التي تعد بمثابة أكبر قمة عبر التاريخ؛ والتي حضرها مثلي 174 بلداً.

أما بخصوص قمة كوبنهاجن المنعقدة بالدنمارك في: 07/12/2009 ولمدة أسبوعين فاجتت نتائجها مخيبة للآمال وذلك بالنظر لما تمتلك منها من الالتزامات للدول المتقدمة، والتي تمثلت في تقديم مصادر جديدة أهمها منغ 30 مليار دولار إلى غاية 2012 للدول الأكثر تأثرا بالتغيرات المناخية.

وفد جاء في بيانها العالمي أن الدول الحاضرة فيها اتفقت على تحقيق سقف ارتفاع حرارة الأرض بدرجتين مئويين نسبة إلى فترة قبل الثورة الصناعية، ولم يتضمن الإعلان هدف تقليص انبعاثات الغازات المسؤولة لارتفاع حرارة الأرض بنسبة خمسين بالمائة حتى عام 2050، ولا يزال هناك الكثير من الجهود الواجب بذلها بحجة توسيع المجتمع الدولي لاتفاق ملزم.

* من أهم النتائج أشهر قمة كوبنهاجن ما يلي:

- عدم حصول إجماع يكون في مصلحة البلاد المتضررة من نغابات الدول المتطرفة.
- ضغوط الدول المتقدمة نحو فرض غرامات مالية على الدول التي لا تستعمل الكربون في أي مجال.
- تصميم الدول المتقدمة على فرض ضغوط على نظيرتها البلدان النامية قصد إضعافها لمنطقة.
- وجود من ترى بأن نتائج مؤتمر كوبنهاجن جاءت مخيبة للآمال وذلك لعدة اعتبارات، أهمها:

- جاء في شكل إعلان نوايا غير ملزمة بهدف أن يبقى ذلك من احتكار الدول المتطرفة دون سواها.
- اجتهاد الدول الغربية في امتلاك التكنولوجيا واحتكارها، ومنع كل من سواهم من ذلك.
- ومن هذا المنطلق اقرقسم العالم إلى نصفين عالم يملك الصناعة، المال، القوة، وأخر لا يملك إلا التخلف الذي يعمل العالم الأول على إقلاع الآخر في هذا الجزء إلى الأبد، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى وجود عالمين أحدهما ينتج كل شيء وأخر يستطيع كل ما ينتج.

1. محمد عبد الوهاب العزاوي (2005)، مرجع سابق، ص 185.
2. غول فرحات، الاعتماد البيئي والعمل بالمؤسسات العالمية للبيئة على تنافسية المؤسسات، مجلة جديدا الاقتصاد، الجزائر، ISO14000 على تنافسية المؤسسات، مجلة جديدا الاقتصاد، الجزائر، العدد:02، سنة 2007، ص 148-149.
3. أساب غافر، قمة كوبنهاجن المنعقدة بالدنمارك إثر التراكمات، جريدة الشعب، الجزائر، العدد:15065، الأحد:12/12/2009، الص 24 (نص صرف).
4. حافظ أسلم، نسب النزاع، جريدة الشعب، الجزائر، العدد:15068, 30 ديص 2009، ص 03.
5. أمين بلغري، احتكار الثروة، جريدة الشعب، الجزائر، العدد:15068، 30 ديص 2009، ص 03.
الفصل الأول

2- مفهوم نظام إدارة الجودة البيئية

يفتخر علينا ضرورة التطرق إلى ما يلي:

أ- مفهوم البيئية: "البيئة كلمة مأخوذة من المصطلح اليوناني "OIKOS" والذي يعني بيت أو منزل و كثيراً ما يحدث الخلط بين علم البيئة "ECOLOGY" والبيئة المحيطة أو ما تسمى أحياناً بعلم البيئة الإنساني "Environnement"، ذلك أن علم البيئة (الانيكولوجيا) يشمل دارسة كل الكائنات أيهما تعيش، بينما يقتصر علم البيئة الإنسانية على دراسة علاقة الإنسان بالطبيعية دون سواها.

ب- تعريف البيئة: "البيئة عدة تعريف تذكر منها ما يلي:

البيئة تعريف على أنها: "الإطار الذي يضم جميع العناصر، الطبيعية والبيولوجية، والحضارية والتاريخية كالمناخ والأرض والأهار والجبال، والتي يعيش فيها الإنسان مع الكائنات الأخرى من نباتات وطيور وحيوانات في تكافل وتجانس وتوارزن يساعد على استمرار الحياة وبقائها كما أرادها الخالق".

تعرَّف البيئة أيضاً على أنها: "الموازنة بين الإنسان والحيوان والنباتات والطبيعة".

* إن المتعارف على نمو الاقتصاد المعاشبي للاثاث أنه لا يحظ جلياً الإيجابي في توفير السلع والخدمات للناشرين والمستهلكين بشكل أسرع وأحسن، غير أن ذلك لا يمنع من تفاوت المشاكل البيئية نتيجة لاستنزاف الموارد الطبيعية، وتلوث البيئة والانحلال بالتوازن البيئي.

- الأزو في مجال البيئة: "عرض خبراء الجودة نظام إدارة متكامل أطلقو عليه اسم "Quensh"، وهذا التعبير مكون من: en"، أما حرف "Qu"، وغالبًا "Quality"، وهو حرف "en"، أما حرف "sh"، وغالبًا "Safety Health"، وهو حرف "en"، وغالبًا "ISO".

البيئات يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنواع: "Quality"، "Safety Health"، "ISO".

ويمثل "Quality" حقيقة فهم إدارة الجودة البيئية، وتعني "Safety Health" حقيقة فهم إدارة الجودة البيئية، وتعني "ISO" حقيقة فهم إدارة الجودة البيئية.

وشراء العلماء من وضع ضوابط الجودة البيئية هو الحفاظ على صحة الإنسان من عوامل الضرار به وصحته ولهدف أقل من الصناعة التي وضع لها العلماء معايير للجودة، فغاية الحفاظ على البيئة هو الحفاظ على صحة الإنسان مما يعطي به من ثروة سواء أتمنى في البداية أم الماء أم التربة.

د- تعريف ISO 14000

لإطار البيئة عدة تعريف، وفيما يلي بعضها منها:

- يشير نظام إدارة البيئة ISO 14000 إلى "مجموعة نظام متكاملة بالإدارة البيئية تهدف إلى رعاية البيئة وتحريمه من التأثيرات السلبية للنظم الإنتاجية عليها".

- يشير نظام إدارة البيئة على أنه: "مجموعة عناصر ومفاهيم توضح مدى ارتباط (TQM) بالإدارة البيئية".

1. محمد طالب/محمد سالم، أهمية الطاقة المتاحة في جملة البيئة لأغنية التنمية المستدامة، عرض تجربة ألمانيا، مجلة الباحث، جامعة كامدي.
5. حسين عبد الله محمد، مرجع سابق، ص: 110- 112.
7. فرانكتن أومار، "دليل ISO: فلسطين العربي للتعليم، بيروت، لبنان، 2001، ص: 97."
الفصل الأول

- من التعريف السابق الذي نستنتج أن ISO:14000 هو نظام لتنسيق النواحي المتعلقة بمحيط المؤسسة، ويتمثل على مجموعة من المعايير لتساعد المؤسسة على احتراز قوانين حماية البيئة، وتثير بعض معايير إدارة الجودة إلى أنه لا يوجد من الحصول على توصيف يتضمن توافقي المنتج أو الخدمة مع معايير البيئة، بل يظل عاليا تدل على ذلك، وقد ظهرت سلسلة المواصفات ISO:14000

تراز يهدف لتحقيق الربحية للمؤسسة دون إحراق الضرر بالبيئة بخلاف مكوناتها(1).

III - 2- 3 - فوائد وتتكيف ومتطلبات إدارة الجودة البيئية:

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

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

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

1 - رفع كفاءة الإنتاج: يتيح ترتيب عن طريق استخدام تقليل حالات الضياع والهدر والификаوات.
2 - تحسين الأداء البيئي: يتم ذلك من خلال ترشيد استخدام موارد الطاقة، مثل: الكهرباء والماء وغيرها.
3 - تحقيق الميزا التنافسية: يتم ذلك من خلال إعطاء صورة حسنة عن المنظمة لدى زبائنها.

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

تعني ضرورة تحديد التكاليف التي تتغذى المنظمة من خلال الاعتماد على عدة عوامل من أهمها:(3)

- تكاليف المدقق وحجم فريق التدقيق، بالإضافة إلى حجم المنظمة وطبيعتها.
- عدد المواقع التي سيتم تقييمها، وعدد العملاء فيها.
- عدد الدراسات الموضوعية التي يقوم بها المدققون، إضافة إلى رسوم التسجيل ونفقات الإقامة والسفر.
- اختلاف طريقة حساب أو تقدر التكاليف من منظمة أخرى.

ويمكن الإشارة إلى أن معظم الدول، وخاصة الصناعية منها تسعى حسب تقرير "الوكالة الأوربية للبيئة" إلى فرض رسوم بيئة نتيجة لفاعليتها، والأثر الإيجابية المتزايدة عنها. فمثلما في عدد كبير من مدن الولايات المتحدة الأمريكية كانت الضرر على الريفات المنزلي هي السبب الأساسي في انخفاض كبير في حجم هذه الريفات، وأيضا الضرر الأكثر فعالية كانت تلك التي تتعلق بشكل ثلث الهواء في السويد، وثلث الماء في هولندا...إلخ.(4)

والبيئة التي تعد الخزان الوحيد للموارد التي يحتاج إليها الإنسان في صناعاته المختلفة، ولذا كان من الطبيعي على معظم الدول لاسيما المتقدمة منها بأن لا تدخل بالمعلومات والمهارات المادية والتكنولوجية في سبيل تخفيف الضغوط البيئية على الدول النامية، وألا تعمق جراحها خصوصا وأنها

1. غول فرخاز (2007)، مرجع سابق، ص158.
2. قاسم باييفاfluence، مرجع سابق، ص 285-286.
4. أحمد باشي، دور الجبائل في ممارسة الثروات البيئية، مجلة علم الاقتصاد والتسير والتغارة، الجزائر، überh:0، ص ص 131-132.
الفصل الأول

السبب الأول، والبديهية في استخدام مواردها الطبيعية، بأفضل الأساليب من جهة، واستعمال أراضيها

كمقاير للنفايات الصناعية والنواوية من جهة ثانية.

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

ستتعرف فيما يلي على أهم المتطلبات التي يتمكن منها نظام TQEM، والمتصلة في مجموعة

من المتطلبات، التي ينبغي على المنظمة الالتزام بها لتحسين سياستها اتجاه البيئة، ومنها:

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

- تناسب طبيعة وحجم وتأثير أنشطتها ومنتجاتها وخدماتها على البيئة.

- الالتزام بالتحسين المستمر ومنع النثؤ.

- وضع وراجع الآليات البيئية، بحيث تكون موثقة ومطابقة ومتعلقة لجميع العاملين، ومتعاطي للعامة.

ب – التخطيط: تعني مجموعة الخطط التي تقوم بها المنظمة في مجال العمليات المتعلقة بالبيئة.

ج – التنفيذ والتشغيل: يتضمن تنفيذ الخطط البيئية إلى وجود موظفين مؤهلين وإجراءات موثقة.

د – إجراء الفحص والتصحيح: يتضمن تفاوت أداء المنظمة مع برنامج نظام الإدارة الموضوع.

ه – مراجعة الإدارة: أي إنشاء برنامج ومراجعته دورية لنظام إدارة البيئة.

* ويرجى أن تلاحظ أن المواصفة ISO:14001 قد تتعاون متطلبات نظام الإدارة البيئية، وتحديد سياستها وأهدافها

وهي المواصفة الإلزامية الوحيدة لوضع نظام الإدارة البيئية.

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

تتم التطرق فيما يلي لكل من دوافع تبني نظام TQEM وما يرتبط عنها من مزايا وسلبيات.

IIII - 2 - 4 - 1 - دوافع تبني نظام إدارة الجودة البيئية:

أدى تطبيق نظام الإدارة البيئية الذي يتوافق ومتوافق مع المنظمة في إنجاز العديد من الأعمال

بشكل يكون له الأثر البالغ في بيئة السوق العالمية، بحيث قد يكون اختياري إلا أنه يمكن أن يتخذ

صرف الإعفاء بالنسبة للمنظمات على المستويين المحلي والدولي باعتباره بطاقة للدخول الأسواق.

وتشابه الدوافع وراء تبني المنظمات ISO:14000 ما بين دوافع خارجية وأخرى داخلية، ومنها:

أولاً: الدوافع الخارجية:

* تتمثل في عدة نقاط أساسية لا يمكن الاستثناء بها نتيجة لتأثيرها البالغ الأهمية، ومنها:

أ - طلب السوق: يعد طلب السوق هو السبب الأساسي لزيادة الوعي البيئي المتنامي

لدى المنتجين، مما يجعلهم على الأخذ به والعمل على تقليل المؤثرات البيئية لدى الزبائن.

---

الفصل الأول

- مزايا السوق: تمتلك المنظمات التي تنتج منتجات غير مصورة بالبيئة حصة سوقية أكبر لكونها تساعد الزبائن على تحقيق أهدافهم البيئية.

- المتطلبات التشغيلية: أصبحت ضرورة الضغط على المجهزين وسيلة لتحسين أدائهم البيئي وإثاث مسؤولياتهم إتجاه البيئة.

- المطالبات الحكومي: تؤدي الحكومات دورًا مهمًا في تعزيز الآداء البيئي من خلال التشريعات والأنظمة البيئية، وقد تزايد دورها خلال العقود الماضية في الدول المتقدمة.

- ثانيًا: الدوافع الداخلية:

- تتبع بالمزايا التي من الممكن أن تجنيها الشركة من جراء تبنيها لمواصفة ISO:14001 عن طريق:
  1 - زيادة الكفاءة التشغيلية من خلال تقليل حالات عدم التطابق الذي يؤدي إلى الوقاية من التلوث.
  2 - استخدام أقل الطاقة عن طريق تقليل هدر الطاقة.
  3 - السيطرة الجيدة على سلوك الأفراد وطرق العمل ذات التأثير البيئي المحتمل.

- III - أولًا: مزايا نظام الإدارة البيئية:

- إجراءات حماية البيئة: هلي (1)
  - الدورة الأولى: توجد حصة كبيرة من إجراءات رفع كفاءة التشغيل، ووقف الفقد والتسربات إلى البيئة.
  - الدورة الثانية: ينجم عنها تحسين في أحوال البيئة، وهذه الحالة أكثر شيوعاً في الصناعات الكبيرة.
  - الدورة الثالثة: هي التي تتجاوز فيها تكلفة تحسين أحوال البيئة أي مردود اقتصادي.

- ثانيًا: عوامل نظام الإدارة البيئية: من العوامل الناجمة عند تنفيذ نظام الإدارة البيئية النقاط التالية: (2)
  1 - إن تكاليف نظام الإدارة البيئية متغيرة، وغالباً ما تكون مقررة بحجم وتنفيذ العملية.
  3 - إن الاستمرار في تطبيق الإجراء لا يضمن إجراء تحسين في الظروف البيئية.
  4 - برجع 14001:2004 مبادئ الإدارة التقليدية "لهنري فاولر" الذي يعيد التركيب الهرمي لتنفيذ النظام.

- III - علاقة الأيزو بدارة الجودة الشاملة:

- يتم التعرض لعلاقة TQM بكل من 9000 و14000 ISO، والعلاقة بينهما فيما يلي:

- ISO 9000 و14000 ISO

- العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و ISO 9000 و14000 ISO

- إن الحصول على شهادة المطابقة لا يعد هدفاً في حد ذاته، وإنما وسيلة تلتحي إليها المؤسسة

- وتستخدمها الإدارة الناجحة لوصول إلى المزايا المتزمنة عن ذلك الفوائد الإداري، ومنها: (3)

- زيادة القدرة التنافسية للشركة من خلال تحقيق رضا الزبائن.

---

1. حكيم عبد الرب طلاب (2003)، إدارة البيئة نحو الإنتاج الأخلاقي، تكتب، بضع نسخات بالطبع، التوزيع، القاهرة، مصر، ص 343-285.
2. يوسف حسن الطالب، أخطر (2009)، مرجع سابق، ص ص 395-396.
الفصل الأول

- إمكانية دخول منتجات الشركة إلى الأسواق العالمية.
- توفير مناخ إداري يقوم على تطبيق مفاهيم الجودة في كل الأنشطة بما يحقق الوفيرة في التكاليف.
- وترتبط معايير الأيزو إدارة الجودة الشاملة من خلال النقاط التالية:(1)
- إن المواصفات القياسية للأيزو تعبر عن إدارة الجودة من وجهة نظر الزبون، في حين تتبع إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر المورد.
- إن تركيز إدارة الجودة الشاملة على رفع فاعلية وكمية عمليات المؤسسة بشكل شامل ومستمر بغية إرضاء الزبائن يشكل نقطة تواصل مع معايير الأيزو.
- إن تركيز معايير الأيزو على التوثيق المستمر يسهم في تحسين إدارة الجودة ونظم تأكيدها.

إن ما يمكن استنتاجه في نهاية المطاف ينتمي في أن معايير الأيزو 9000 تمثل نظاماً للجودة يقوم الواجهة تطبيق الأيزو 9000 تتمل منظمة فقط في معايير شامل، ومنه فيما ليسا مترابطتين بل كما من الممكن أن تحصل المنظمة على شهادة الأيزو دون أن تكون متبقية لفسلة الجودة الشاملة، كما يمكن أن تتبني المنظمة فلسفة الجودة الشاملة دون الحصول على شهادة الأيزو، إذ تضع في هذه الحالة نفسها المعايير الخاصة بها، وغالباً ما تسعى الشركات للحصول على شهادة الأيزو كبداية لمحاولة تطبيق فلسفة QM.

إن تطبيق الجودة الشاملة أضحى من متطلبات بقاء المؤسسة في الأسواق العالمية التي تتصرف بتحديث المناضفة، ويبقى الأفضل فيها، والذي يقدم أفضل وأوجز المنتجات أو الخدمات.

- III

- علاقة إدارة الجودة الشاملة بالإدارية البنائية:

لقد بدأ الاهتمام بشؤون البيئة بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وذلك لكثرة ما استخدمته الحرب من مواد كيميائية ألحقت الضرر بالشراب والبحر والجح وكم هو كائن حي.

ومنذ مطلع السبعينيات من القرن المنصرم شهد العالم عبئاً بيئياً متزايداً لم يتوقف عند حماية البيئة وفقاً للضوابط والتشريعات بل تعهد إلى ضرورة تبني سياسات، واستراتيجيات بيئية على مستوى الدولة والمنظمات العامة فيها، مما نجم عنه وجود رؤية موحدة لدى جميع أفراد المجتمع على اختلاف أهوائهم، ومصالحهم حول ما يكتف البيئة من مخاطر.

وانتخب ما سبق تعلل أصوات رجال البيئة بالدفاع عنها؛ لأن القوانين لم تعد تكفي لرد تجاوزات الإنسان، لذا أخذت المؤتمرات تتولى محرزة من الاستمرار في استصلاح البيئة عزتها وهمراء إلى إيها.

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

١ - سمير محمد عبد العزيز، مرجع سابق، ص ص401-142.
٢ - مصطفى أحمد سيد، إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000، دليل علمي، جامعة الزقاقية، القاهرة، مصر، 2001، ص 65.
هو التعامل مع المواضيع البيئية، كمواضيع فنية مستقلة تحتاج إلى أقسام مستقلة وأفراد وسياسات وإجراءات متخصصة، ومن الاختلافات لكل من TQEM و TQM والذين نلصقهما في الجدول التالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>TQEM نظام حماية البيئة</th>
<th>TQM نظام المصداقية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سعة الخلاف حول قضايا البيئة.</td>
<td>تدفق الخلاف حول خصائص المصداقية.</td>
</tr>
<tr>
<td>حالات الخلاف غير مبشرة وصعبة التمييز.</td>
<td>أساس الخلاف غير محدود.</td>
</tr>
<tr>
<td>TQM ISO 14001.</td>
<td>TQM ISO 14001.</td>
</tr>
<tr>
<td>موجه نحو النزاهة.</td>
<td>موجه نحو النزاهة.</td>
</tr>
<tr>
<td>يستهدف تقليل النفقات.</td>
<td>يستهدف تقليل النفقات.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: يوسف حجي، وأخرون، مراجع سابق، ص 374.
وعمل بالتصويت (96) قامت منظمة اليونسكو بتنفيذ برنامج دولي للتدريب البيئي سنة 1975 يوم من شأنه تعديل سلوك الإنسان المدير البيئي، وفي الفترة التسعينيات من القرن الماضي شهد العالم قفزة نوعية في مجال البيئة تمثّل فيما يلي: (2)
- اعتماد معايير لقياس الطواهر البيئية، وضرورة التركيز المتزايد على تقليل النفايات من مصادرها.
- ظهور ممارسات قياسية لأنظمة الإدارة البيئية والمزمار المنظمات بوجوب اعتمادها.
- وفي هذا المجال يمكننا القول بأن النقاشات حول البيئة غالبا ما تصل إلى نهايات مسدودة بسبب الغموض وسوء الفهم الذي يحيط بها، إذ هناك من يرى أن الكليّتين بيئة وإدارة تعني أشياء مختلفة ولذا ينبغي النظر إلى مفهومهما رغم تعدد وجهات نظر المؤلفين حولها.
- فقد أثق بعض الدارسين مثل: "Lilubet، Kolk، وKlaus"، وأنجحون على أن الإدارة البيئية هي: جزء من النظام الإداري الشامل الذي يتضمّن الهياكل، ونشاطات التخطيط، ومهمويات وإجراءات العمليات والموارد المتعلقة بتطوير السياسة البيئية وتطبيقها ومرافقتها و الحفاظ عليها. (3)
- ومنه يمكن القول بأن نظام الإدارة البيئية EMS هو جزء من نظام المنظمة الذي يستخدم كآداة فاعلة للمحافظة على التطور من خلال تطبيق مداني. 

III - 3 - 2 - علاقة ISO 9000 بـ ISO 14000

يتم التطرق إلى نوع العلاقة بين 9000 و14000 ISO، وقبل استنتاجها لا بد لنا من الإشارة إلى أنه كثيرا ما تعدد مقارنات توفر أوجه الشبه بينهما، بحيث: (4)
إن المنظمة التي لديها نظام لإدارة الجودة وفقًا للمواصفة ISO 9000

وفقًا للمواصفة ISO 9001:

إن التكامل بين النظامين يعد الخطوة المنطوية إذ إنه ليس أمرًا ممكنًا فقط، وإنما محدود ومفضل، وأن التنقيط المنفصل لأي من النظامين هو ضياع للجهد والوقت والمال، ومن هنا فإنه نشود نقاط تشابه

واختلاف بين المواصفتتين والتي تنطوي على اختصارًا فيما يأتي: (1)

أ - أوجه التشابه بين المواصفترين: يمكن إجمالها مختصرة في العناصر التالية:

- التزام الإدارة العليا بالسياسة الباشطة والأهداف المبرمة.
- توثيق السجلات وضبطها، وضبط معدات الفيزياء والرقابة.
- توفير الموارد اللازمة للنظامين، والسعي لإرساء الزياتن وذوي العلاقة.

ب - أوجه الاختلاف بين المواصفترين: تتمثل في النقاط التالية:

1 - التدقيق: إن التدقيق الداخلي وفقًا للمواصفة ISO 14001 أكثر شمولًا منه في ISO 9001.

2 - السياسة: تناقش سياسة الجودة داخلها، في حين أن السياسة الباشطة تكون نحو الناس خارج المنظمة.

3 - تحديد الجهاز الباشتي: تعتبر مطلبة رئيسي في ISO 14001، وهو مالم تنطلق من ISO 9001.

4 - الزبون وذوي المصلحة: تركز 9001:14001 على الزبون، في حين تركز ISO 14001 على ذوي المصالح.


ISO 18000:

إن التطور الذي عرفه مجال العمل خاصة في المؤسسات الصناعية، والتعقيد الذي عرفته شروطه

نجم عنه زيادة كبيرة في حوادث العمل، والأمراض المهنية بالنظر لزيادة المخاطر التي تواجه العامل في مكان عمله، مما أدى إلى تقدمات إلى السعي نحو توفير بيئة آمنة عن طريق توفير الصحة والسلامة

لموردها البشري، والتنقل من خسائر الأمور التي تنظفها في علاجها.

OHSAS 18000:

بالنظر للتطور الملاحظ في مجال العمل في المؤسسات الصناعية الكبرى، والتعقيد الذي عرفته طرقة

وشروطه، فقد عرفت هذه المؤسسات ارتفاعًا محسوسًا في عدد حوادث العمل والأمراض المهنية، نجم عنه تحمل خسائر مادية وبشرية جسيمة، الأمر الذي جعلها توجه اهتماماتها بالإضافة إلى الحوادث وتبيلة مرتقبات ورغبات الزياتن إلى الاهتمام بحماية البيئة، والسعي لإيجاد نظام يحمي العمالة والعمال داخلها

من الأخطار والأمراض المهنية، وتوفر لهم بيئة عمل آمنة ومناسبة يغنية لتحقيق الأهداف المنشودة.

وقد أنشى نظام 18000 وفقًا للمواصفة ISO 18000 من خلال تضاجر جهود العديد من

1. محمد عبد الرباط العزاوي (2005)، مرجع سابق، ص 222–228 (النادر).
الفصل الأول

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

OHSAS 18001 - 2 - 4 - III

تم التطرق إلى هذا النصرد إلى ما يلي:

OHSAS 18001 - 2 - 4 - III

إن نظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO 18001 في ظل انتشار المورث الشبري بمتازة الأساليب الاستراتيجي لمؤسسات الأعمال، ومن أهم الموجودات الإنتاجية، فإن الحفاظ عليه وتوفر متطلبات الأمان المهني والصحة له يعد من أهم الأهداف التي تسعى المؤسسات إلى تحقيقها في ظل سعيها لتحقيق التنافسية، وهذا ما يعلب لنا معرفة هذا النظام من خلال بعض التعريفات، ومنها:

- يعرف نظام إدارة الصحة وسلامة العمل ISO 18001 بأنه عبارة عن: جزء من النظام العام للإدارة بهدف تسهيل تسيير المخاطر، والحوادث المرتبطة بنشاطات المؤسسة.1

- كما تعرف الصالة المهنية بأنها: توفير ما يلزم من الشروط والمواصفات الفنية والإجراءات التنظيمية في بيئة العمل لجعلها آمنة وصحية.2

يتضح لنا من التعريفات السابقة ما يلي:

- تعني المواصفة 180001 بالقيام بأعمال المراقبة المستمرة للحالات البيئية والصحية.
- يعمل على البحث عن الأسباب الحقيقية لحوادث العمل، والأمان في العمل، والمراقبة المهنية والمراقبة على الحد منها.
- يعني بالعلاقة بين الإنسان والمادة، وبيئة العمل، والتنسيق بينها لخدمة العاملين، والصحة، والسلامة، والمراقبة، ويزداد هذا الاهتمام كماؤت جدا العاملين بها نظراً لأنه مع تقدم السن تزداد احتمالات إصابات العاملين بالأمراض.

- كما تدعو الحاجة إلى الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية نتيجة لعدد اعتبارات، من أهمها:3

1 - الاعتماد الإنساني: يعد أحد أهم العوامل في تدفق الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية، بسبب الآثار الجسدية والنفسية والاجتماعية المتزامنة عن مختلف الأتراك المتزامنةانتivity، الذي يمكن أن يصيب العامل.

2 - الاعتماد الاقتصادي: يتطلب هذا الاهتمام ضرورة الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية لما لها من انعكاسات على المؤسسة وعلى الاقتصاد الوطني.

OHSAS 18001 - 2 - 4 - III

مكونات مواصفة نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية 0001

وفقًا للإيزي إلى معايير أساسين هما:4

1. ملكة علامة، مرجع سابق، ص27.
2. مرتكز المسري، إدارة الموارد البشرية وتأثير العاملة عليها، طب، دار مجدال، للطب والتعليم، عمان، الأردن، 2004، ص26.
3. خاص رابي، الاستخدام الحقيقي ل phúcافح الوضوحية (الإربور) في المؤسسة الاقتصادية لتحقيق التنمية المستدامة دراسة حالة شركة نانلينغ SOMPISPHOS الوظيفة بنظام، مذكرة ماستير غير مرئية، كلية العلوم الاقتصادية، فصل 2010، تخصص إدارة الأعمال الاستراتيجية للمؤسسات جامعة فرنسا في الجزائر، 2010/2011، ص170.
تحتوي 1- OHSAS 18001 على المطابقات الأساسية لهذا النظام التي من خلالها يتم منح الشهادة للمؤسسة بناء على مراجعة مقدار تطبيق المطابقات بالإضافة للمصطلحات الرئيسية.

- OHSAS 18002 - 3 - 4 - 18001 OHSAS

III

تنطلق من مطابقات نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية 18001 في ما يلي: (1)

1 - مطابقات العامة: ينبغي على المؤسسة أن تقوم بإنشاء وحماية مطابقات نظام إدارة الصحة والسلامة.

2 - سياسة الصحة المهنية والسلامة: وجود سياسة للصحة والسلامة صادق عليها من إدارة المؤسسة.

3 - التخطيط: يتعلق بالجوائز التالية:

3.1 - التخطيط لتحديد المخاطر وتمكين وضمان المخاطر المحتملة: يقوم المؤسسة بإنشاء إجراء لتحديد المخاطر والتقييم المستمر للخطر المحتمل والتطبيق الفعلي لقياسات الضغط الضرورية.

3.2 - مطابقات التشريعية والمطابقات الأخرى: ينبغي على المؤسسة أن تسعي وتحاول على الإجراءات للحصول إلى تشريعات الصحة المهنية والسلامة والمطابقات الأخرى التي يمكن تطبيقها.

3.3 - الأهداف: أن تسعي وتحاول على أهداف الصحة المهنية بالنسبة إلى كل وظيفة داخل المؤسسة.

3.4 - برامج السلامة والصحة المهنية: على المؤسسة أن تقوم بإنشاء برامج في هذا المجال.

4 - التدريب والمشكلة: يتعلق بالجوائز التالية:

4.1 - الهيكل والمسؤوليات: يجب تحديد وتثبيت دورات ومسؤوليات الأساتذة الذين يديرون التشغيلات التي تؤثر على مطابقة الصحة والسلامة المهنية، كما يجب أن يتم نشرها وإيضاحها للعاملين.

4.2 - التدريب والتفعيل والتفصيلة: ينبغي أن يكون الأفراد العاملين في المؤسسة على كفاءة عالية.

4.3 - الاستمرار والاتصالات: يجب على المؤسسة أن تكون لديها إجراءات للاستماع إلى أي المعلومات المتعلقة بنظام إدارة الصحة والسلامة المهنية، يتم نشرها بين المؤسسة وكافة الأطراف ذات الصلة.

4.4 - التوثيق: يجب على المؤسسة إنشاء وصيانة معلومات في وسائط مناسبة.

4.5 - ضبط الوثائق والبيانات: على المؤسسة أن تقوم بإنشاء وصيانة إجراءات للمحاسبة في كل الوثائق.

4.6 - الرقابة على العمليات: يجب على المؤسسة تعيين المراقبة والأنشطة المتعلقة بالأخطار المعرضة.

5 - التحقق والإجراءات التقصي: ونجمهما في العناصر التالية:

5.1 - قياس ورصد الآداء: أن تقوم المؤسسة بإنشاء وصيانة إجراءات لقياس ورصد أداء الصحة.

5.2 - الحوادث والحوادث المحتملة وعدم المطابقة والإجراءات التقصي ونجة: يجب على المؤسسة أن تسعي وتحاول على الإجراءات لتحديد المسؤوليات والسلطات.

5.3 - إدارة السجلات: يجب على المؤسسة القيام بما يلي:

- إنشاء المحافظة على إجراءات تحديد وصيانة سجلات نظام OHSAS 18001

---

الفصل الأول
نظام إدارة الجودة الشاملة

- أن تكون السجلات مقوية ومحددة ويمكن تتبعها لكل الأنشطة، إضافة إلى حفظها وصيانتها.

5 - 4 - المراجعة يجب على المؤسسة أن تنتمى وتعتمد على برنامج المراجعة، وإجراءاته الدورية.

6 - مراجعة الإدارة: على الإدارة العليا للمؤسسة مراجعة نظام OHSAS 18001 في فترات محددة تقريرها.

للتأكد من مناسبة النظام وكفاءته وفعاليته.

وأثره في تحسين الأداء:

OHSAS 18001

III

- معايير معايير OHSAS 18001

من بين المعقيات التي تحقق تطبيق معايير OHSAS 18001:

أولا: بيئة العمل: تجنب تقديم الخدمات الأمنية اللازمة لحماية عناصر الإنتاج وفي مقدمتها العناصر البشري، رغم أن بعض المؤسسات لا تعمل على توفير بيئة آمنة وإن وجدت لا تكون بالمواصفات المطلوبة، ويمكن ذلك من مكونات بيئة العمل التي تعبر بأنها المكان والظروف التي يتم فيها العمل.

وبتكون بيئة العمل داخل المؤسسة من شقي هما:

1 - بيئة العمل المادية: تتضمن في الظروف المناخية السائدة في مكان العمل داخل المنظمة كالتهوية.

2 - بيئة العمل النفسية والاجتماعية: تعني العلاقات السائدة بين عمال في مكان العمل، والصراعات التنظيمية الموجودة بين العاملين، التي لها انعكاس على الناحية النفسية لدى كل من يعمل في المنظمة.

ثانيا: ثقافة الفرد: تعني مجموعة السلوكات التي تتبع من قبل الفرد، إذ يؤدي دور مهم في ناجح وفشل نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية، كما تعد رمزى الرئيسي في تحقيق مستوى أداءه في العمل، كما أن نفس الوعي لدى العامل حول الصحة المهنية تجعله الممبتش الأول في الحادث والأمراض المهنية.

ثالثا: طبيب العمل: يساهم في الكشف عن العمال المرضى وتقييم العلاج لهم، إذا كان العامل بصحبة حيدة فإن ذلك يعكس إيجابًا على أدائه، وعليه يعد طب العمل من النزوات المؤسسة اتجاه عمالها، لأنه في حالة عدم توفر مصلحة طب العمل على مستوى محافظتهم عليها إيجاد حلول لذلك ومنها:

- المشاركة في إيجاد مصلحة ما بين المؤسسات لطب العمل على أساس مؤهل;
- إبرام اتفاقية مع أي هيئة في طب العمل أو أي طبيب مؤهل;
- إبرام اتفاقية مع القطاع الصحي.

ISO 18000

5 - 4 - أهداف وفوائد نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية

لتحقيق أهداف وفوائد، ومنها:

OHSAS 18000

III

- تسعى العديد من المؤسسات لاعتماد معايير نظام OHSAS 18000

OHSAS 18000

III

- يهدف نظام الصحة والسلامة في العمل إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:

1. ناصر مصطفى الروس وآخرون. "الأمن الصناعي والسلامة المهنية"، طب، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمّان، الأردن، 2009، ص 71.

2. عمر وصفي علي. "مراجع سابقة"، ص 350 (التصنيف).

3. ملكية علامة، مرجع سابق، ص 81 (التصنيف).

4. القاضي، "المسؤولة البيئية والإجتماعية" داخل لمسؤلية المؤسسات الاقتصادية في تحقيق التنمية المستدامة "حالة سوينترالك".

5. "الтратينج"، مادة الجاكيز، "الثقة في العلاج"، "مناهج إعداد ونشر"، "الثقة في العلاج"، "مناهج إعداد ونشر"، جامعة قاصدي مرياح.

- ضمان تطابق النظام مع سياسة المؤسسة في مجال الصحة والأمن في العمل;
- الربح على هذا التطبيق لأطراف أخرى;
- البحث عن شهادة المطابقة وتسلسل النظام لدى هيئة خارجية;
- إجراء تقييم ذاتي وإعداد تصريح ذاتي بالمطابقة مع محتوايات OHSAS 18000.

هذه المتطلبات تخص مجموعة من العوامل أهمها: متابعة المخاطر ودرجة تعدد العمليات...

OHSAS 18000:

تشمل المؤسسات لاعتماد متاح نظام إدارة الصحة وسلامة العمل OHSAS 18000. 

- من الفوائد التي قد تحققها بتعزيزها ومعاييره وفعالية، ومن بين الفوائد نذكر ما يلي:
  1- مساعدة المؤسسة على توفير إطار قانوني يساعد على تحديد الأخطار العملية والعمل على تقليدها;
  2- تحسين آداء المؤسسة من خلال توفير تعليمات لإدماج مبادئ إدارة الصحة والسلامة في مكان العمل;
  3- من المزايا التي تحققها، إضافة لما تم ذكره، توجد مزايا أخرى من أهمها:

- إضافة لمسعى أفراد المؤسسة، فقد أصبحت مساعي العديد من المؤسسات رغبة منها في الاستفادة من المزايا التي تحققها.

- التحصين آداء المؤسسة في مجال الصحة وسلامة العمل، ومن ثم تحسين سمعة المؤسسة.
- تغذية النتائج للمؤسسة، الأمر الذي يؤدي إلى إيجاد جو محفز لتحسين الآداء، زيادة الإنتاجية.
- تعزيز الثقافة بالمؤسسة، الأمر الذي يؤدي إلى إيجاد جو محفز لتحسين الآداء، زيادة الإنتاجية.
- تخفيف التكلفة التي قد تنشأ عن الخسائر المادية والبشرية الناجمة عن الأخطار والحوادث العملية.

انطلاقاً مما سبق يمكن القول بأن نظام إدارة الصحة وسلامة العمل يعد نظاماً للتفسير، ويفيد لحماية أفراد المؤسسة وضمان حقوقهم في حالة تعرضهم للحوادث المهنية، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين وضع مستوى أداء العمل من قبل العمال بالمؤسسة وتحقيق جودة كل ما ينتج بها، إلى جانب أنه يعمل على تحقيق التكافل مع الأنظمة الأخرى كنظام إدارة الجودة ونظام إدارة البيئة، من أجل تحقيق جودة شاملة بالمؤسسة، ومن ثم تحقيق أقصى إشباع ممكن لكل من الأفكار والبيانات والمؤسسة بأقصى التكافل.
- خلاصة الفصل:

انطلاقاً ما تم التطرق إليه فيما سبق يمكن أن نخلص إلى أنه يوجد عدد كبير من التعريفات للجودة وما تم استعراضه إلا الجزء القليل منها. وذلك لعل الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة، كما توجد اختلافات في تعريف الجودة وفقاً لوجهات النظر المتعددة، إلا أنه يمكن الاتفاق على تعريف واضح داخل أي منظمة حتى يسهل قياسه وتطبيقه على العمل.

ومن الأسباب الرئيسية لأنخفاض الجودة في المؤسسة يعود إلى تركيز معظمها على التكلفة والإنتاجية أكثر من اهتمامها بموضوع الجودة، إضافة إلى عدم إدراك بعض مسؤوليها لثقافة الجودة واعتقادهم بأنها تؤدي إلى زيادة التكاليف. غير أن الحقيقة على عكس مما يعتقدون إذ أنها تمكن المؤسسة من خفض الهد في الجهد والمال والوقت، وهذا أمر منحى ومطلوب في عمل كل مؤسسة إنتاجية أو مقدمة للخدمات، يجب أيضاً أن يكون كل فرد في نظام المؤسسة مسؤولاً وقادرًا على الالتزام بمختلفات الجودة والوفاء بها من أجل جودة العمل الذي يؤديه في المؤسسة الإنتاجية أو الخدمية، وأن يتحمل الجميع الأعمال الجماعية. وذلك لاعتزار الجودة تشمل عناصر عديدة إضافة إلى المنتج. كما يمكن القول بأن الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية وثقافة جيدة ينبغي أن تحل محل الثقافة التقليدية السائدة وهذا ما يؤدي للمؤسسة لأن تعمل بقيادتها العليا على نشر ثقافة الجودة بين جميع العاملين فيها وخلق حالة من الإيمان بهذه الثقافة والسعى إلى تطبيقها وفق مبادئ ديمج، خصوصاً في ظل المناقصة.

الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

- III

المفهوم المستقبلي: قطاع صحي

1. III

المفهوم الصحي المعني بتطبيق الجودة الشاملة:

بالرغم من اختلاف وجهات النظر حول التقييمات الممكنة للمستشفيات إلا أنها تكاد تتفق جميعاً
في المحتوى العام لأدوارها، إذ نجدها لا تخرج في الغالب الأعم من حيث اعتبارها مؤسسات عامة
أو خاصة أو دمج بين الاثنين في شكل معين، وعلى العكس يمكن توضح ذلك في الآتي:

المفهوم الصحي المعني بتطبيق الجودة الشاملة:

الجودة الشاملة هي تلك المؤسسات التي يتم إنشائها بغرض تحقيق الهدف من تواجها وهي على

III

نوعان هما:

1. III

المفهوم الصحي المعني بتطبيق الجودة الشاملة:

المؤسسة الصحية العمومية المعني بتطبيق الجودة الشاملة:

لمؤسسات الصحة العامة ج赛道 من التواصل جدوداً عبر الكتيب والمتخصصين في المجال الصحي

والضياسة في هذا المجال الاكتشاف على ذكر بعضها في الآتي:

تتكرر مؤسسة صحة عمومية ذات طابع إداري تدعى القطاع الصحي مجمع هياكل الوقاية، التشخيص،
العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة والمكونة من المستشفيات
والعيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص والعلاج، مراكز الأمومة، مراكز المراقبة
في الحدود وكل منشأة صحة عمومية تحت ولاية وزارة الصحة والسكان (1).

وذلك من بينها: تلك المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مباشرة وتقوم بتقديم مختلف الخدمات الطبية
والعلاجية لجميع أفراد المجتمع (2).

وتبرز أهمية منظمات القطاع غير الربحى من خلال معرفة الإزدياد الكبير والمطراد لأعداد
هذه المنظمات، إضافة إلى اتساع نطاق أنشطتها إلى الدورة التي لامست فيها جميع مناحي حياة الأفراد
الصحية والتعليمية والاجتماعية، وما يميز أهمية القطاع غير الربحى ما يلي: (3)

1. مساهمة تلك المنظمات في الناتج القومي.
2. توفير فرص العمل.
3. توفير المستلزمات الأساسية لحالات الأفراد غير القادرين أو المرضى جسدياً.
4. تعم كحلقة وصل بين هياكلها وبين المؤسسات الحكومية والخاصة.

انطلاقاً من التعريف السابق يمكننا استنتاج ما يلي:

المؤسسة الصحية تحدثها الدولة، وفقاً لما تقدمه من أنشطة معينة لتحقيق النفع العام.

- خضوع المؤسسة الصحية للسلطة الإدارية، إذ لا يمكن أن تفتق عن سلطة الدولة وتضخض

---

1. حسين طاهري، النطاق الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، بدون طبعة، دار هيئة الطباعة والنشر والتوزيع ببورزيه، الجزائر، 2002، ص. 11.
2. بديع محمد، أديرة الربي، الإنجذاب الحقيقة في إدارة المنظمات الصحية، بدون طبعة، مطبعة صغيرة بالسادسية، مصر، 2008، ص. 45.
3. ن узнام هوسو سوبيان، نزار عبد المجيد البروباري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، ط، دار الحامد النشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص. 21.
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

في تنظيمها الداخلي والخارجي لإدارتها.

- المؤسسة العمومية يتم إنشائها بغرض تحقيق حاجة من حاجات النفع العام.

وقد تعددت أشكال المؤسسة الاقتصادية العمومية، ونجد أنها تتسم إلى نوعين أساسيين هما:

أ - المؤسسات الاقتصادية: هي مؤسسات رأس المالها تابع للقطاع العام، وتستيق عبارة عن شخص أو مجموعة

أشخاص يختارون من طرف جهة وصية.

ب - المنشآت الاقتصادية: تتمثل بذلك نظراً كونها تنشأ من طرفين، هما الدولة أو إحدى

هيئاتها والتي لها الحق في مراقبتها، والطرف الآخر يتمثل في القطاع الخاص.

وتتمثل أنواع المؤسسات الصحية في الآتي:

1 - المراكز الاستشوارية الجامعية: من مهامها العلاج والبحث في المجال الطبي والتكوين.

2 - القطاعات الصحية: من مهامها التكفل بالصحة المدنية والوقاية وتقديم العلاج الأولي.

3 - المؤسسات الاقتصادية المتخصصة: يتكلم هذا النوع بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره.

III

إذا المكون الثاني لل القرار الصحي بالإضافة إلى النظام الحكومي نجد أنه يتمثل في القطاع الصحي

الخاص، الذي تطور بشكل ملفت للانتباه خلال العقود الأخيرة، إذ أصبح بشكل قطاع استثماري مربح

في مجال الصحة والخدمات الصحية.

إذا نشأت هذا القطاع الطبي ليكون رديفاً مساعداً ومسانداً للقطاع الصحي العام، وبعد قطاعاً فعالاً يستفيد

من خدمته ما لا يقل عن نصف المواطنين تقريباً بدرجات متقاربة، ويقدم هذا القطاع خدمات متنوعة

في مختلف الخدمات خاصة الخدمات الوقائية والعلاجية في أوقات الأزمات الجراحية وغيرها.

ويمكن تعريف هذا النوع من المؤسسات على أنها تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للأفراد ويشتغل

على إدارتها بأنفسهم، حيث تكون وسائل الخدمة الطبية من عادات وأجهزة ومعدات خاصة للأطباء

الأطفال، وتفتح فيها العلاقة بين المرضع والطبيب للمعالجة الحرة وفق قوانين العرض والطلب.

III

1 - 2 - خصائص المؤسسة الصحية العامة والخاصة:

والمتضرر في هذا المجال خصائص كل من المؤسسة الصحية العامة والخاصة كما يلي:

III

1 - 2 - خصائص المؤسسة الصحية العامة:

بالنظر للأهمية الاقتصادية والاجتماعية والمرورية الضخمة على المدى القصير للمؤسسة العمومية

لا أنها تتميز بالعديد من الخصائص، ومن أهمها:

---

1. ناصر داني عبد الله وتر، مرحبا سوق، ص ص69 - 97.
2. حسين شعري، مرحبا سوق، ص ص11 - 12.
3. أم سالم، الموارد، الترخيصسفرة الرعاية، الطبعة العربية، دار الباري، الأردن، 2009، ص ص120.
4. عبد الفرد برديسي، التصويت في ممارسات الخدمات، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم التسويق، جمعية الجزائر، 2006، ص ص57 - 59.
الفصل الثاني

دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

- إن الصفة المشتركة لكل المؤسسات العومية هي تمركزها في القطاعات الادارية لأهميتها؛
- أغلب المؤسسات العومية متواجدة في سوق الاحتكار مثل شركة الكهرباء والغاز في الجزائر؛
- معظم المؤسسات المقدمة للمؤسسات العومية هي مؤسسات ضخمة وكبرى من حيث عدد عمالها.
- ورقم أعمالها ومعدل استثماراتها المحقة خاصة إذا تعلق الأمر بالقطاعات الادارية.
- الهدف الأساسي من تواجد هذه المؤسسات هو تحقيق الرضا لزبائنها من خلال تلبية رغباتهم بما طلبتهم في الأسواق وباقل الكلفة.
- ليس من أولويات أغلب المؤسسات العومية ذات الطابع الخديوي وحتى ذات الطابع الصناعي والتجاري البحث عن تحقيق الربح المادي، بل تحقيق الربح الاجتماعي.
- تتميز المؤسسات العومية بعيار كثافة أداء المال، وذلك لأنشطتها إلى قطاع الصناعات الثقيلة، والصناعات ذات أسعار مرتفعة.

- III

- 1 – 2 - خصائص المؤسسات الصحية الخاصة:

إن المؤسسة الصحية الخاصة بالنظر للدور الحيوي الذي تقوم به في ظل الخدمات الصحية

نجدها تتميز بالعديد من الخصائص، من أهمها:

1- المنظمات الصحية الخاصة تمتلك القطاع الصحي الخاص في المجتمع.
2- إن ملكية العيادات الخاصة تعود لفرد أو مجموعة من الأفراد يقومون بإدارتها أو يعينون من

3- في المنظمات الصحية العولمة قد يكون هناك مجلس إدارة منتخب من بين المساهمين،

4- يركز توزيع المؤسسات الصحية الخاصة على الاستثمارات الخاصة من أجل الحصول على

5- تتنوع الأنشطة في المنظمات الصحية العولمة ولا تقصر فقط على النشاط العلاجي

6- تخصّع المستشفى والمصالح والمؤسسات الطبية الخاصة إلى النظم والتشريعات الضريبية

والنظم والتشريعات السائدة في المجتمع خاضعة لرقابة الأجهزة المعنية.

- III

- 1 – 3 - أسباب تواجد المؤسسة الصحية العولمية:

بدون شك أن المؤسسة العولمية تواجدت في الواقع بغرض تحقيق أهداف اقتصادية سواء تم إنشاؤها

بالتأميم الكلي أو الجزئي، أو إنشاؤها كلية من جديد بأموال عومية، وقد تعددت واجتازت الأسباب

التي تساعدها على إنشائها، حيث تتميز بعضها بالوضع والبعض الآخر بالغموص، ومن الأسباب

التي أدت إلى ظهور وانتشار المؤسسات الاقتصادية ذكرنا ما يلي: 

1- سيد محمد جاد، ك.م، مرجع سابق، ص ص59 – 61.
2- ناصر داعي، د.م، مرجع سابق، مرجع سابق، ص ص95 – 96.
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

أ - الأسباب السياسية: تتفرع هذه الأسباب إلى عدة عناصر هي:
1 - أسباب أمنية: العرض منها حماية وضمان استقلاليتها في اتخاذ القرارات، خاصة فيما يتعلق بالقطاعات الاستراتيجية الخاصة باقتصادها.
2 - أسباب إيدولوجية سياسية: إن المسؤولين في السلطة نظراً لموقعهم ومكانتهم القانونية التي تحوّلهم بإصدار الأورام طبقاً لبرامجهم ومبادئهم الإيدولوجية.

ب - الأسباب الاقتصادية: في بعض الأحيان تدخل الدولة لاحتراف بعض القطاعات التي يجتنبها القطاع الخاص سواء لانخفاض مرسوميتها أو ارتفاع تكاليفها، والتي قد يصعب عليها الصمود الاقتصادية وماهياً.

ج - الأسباب الاجتماعية: تتمثل في الاتجاه نحو توفير بعض الخدمات والمنتجات للمواطنين أو لبعض الطبقات منهم، بشيء من الدعم أو بدون مقابل.

إضافة لما سبق توجد أسباب أخرى أدت لوجود المؤسسات الصحية، ومن أهمها: (1)
1 - عدد الأسرة في العدالة الداخلية وحجم الخدمات في القيادة الخارجية.
2 - نوع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة مثل: جراحة القلب، أمراض النساء، طب العيون... الخ.
3 - المساحة المتاحة للمؤسسة والتخطيط الداخلي والهندسي، والموقع ومدى توفر مساحات للتوسع.
4 - حجم الطلب على الخدمات والتوزيع الديمغرافي لسكان المنطقة التي تقع في دائرتها المؤسسة الصحية، وظروف البيئة من حيث الصحة العامة ونطاق الجو والمياه.
5 - حجم وتركيب القوة العاملة ومستوى المهارة الصحية للأطباء والممرضات ومدير المخبر.
6 - حجم ميزانية المؤسسة الصحية ومصادر التمويل، ومدى توفر الأموال وسرعة الحصول عليها.
7 - توزع درجة التخصص في الوظائف الصحية في حجم المؤسسة الصحية كالأطباء الأخصائيين.

- III - 1 - 4 - أهداف المؤسسة الصحية العمومية

تسعى المؤسسة العمومية ومنها الصحية إلى تحقيق عدة أهداف، تختلف وتتعدد حسب اختلاف المؤسسات وطبيعتها وميدان نشاطها، ويمكن تلخيص الأهداف الأساسية في الآتي: (2)

أ - الأهداف الاقتصادية: من بين أهم هذه الأهداف التي تسعى المؤسسة العمومية إلى تحقيقها الآتي:
1 - تحقيق الربح: غالباً أن المؤسسة لكي تضمن استمراريتها في حقل النشاط الذي تزاله ينبغي لها أن تحقق ربحاً يضمن لها إمكانية رفع أسماحلها، غير أنه ليس كل مؤسسة عمومية غايتها تحقيق الربح بل توجد البعض منها لتحقيق الخدمة في حد ذاتها لطابعها مثل: المؤسسات الصحية والتعليمية.
2 - تحقيق مطالب السوق: إن تحقيق المؤسسة لنتائجها يمر عبر عملية تصريف أو بيع إنتاجها المادي أو المعنوي (خدماتي) وجعلها تكاليفها.

---

2. ناصر دادي عدنان/عبد الله كويرز الزنادي، مرجع سابق، من ص 97 – 99 (بترخيص).
الفصل الثاني

- عقلنة الإنتاج: نكي تحقق المؤسسة الأهداف التي تواجهها من أجلها بما فيها الربح ينبغي لها استغلال الموارد المتاحة ب شيء من العقلنة والرشد.

- الأهداف الاجتماعية: هى الأهداف التي تزداد أهميتها في المؤسسات العرموية والتي من أهمها:

1- ضمان مستوى مقبول من الأجور: يعتبر العمال في المؤسسة من بين المستفيدين الأوائل من نشاطها حيث يتقاضون أجور مقابل عملهم ومجهوداتهم المقدمة.

2- تحسين مستوى معيشة العمال: إن التطور السريع الذي تشهده المجتمعات في الحقل التكنولوجي يجعل العمال أكثر حاجة إلى تلبية رغباتهم المتزايدة باستمرار، وهو ما يدعو إلى تعظيم وعقلنة الاستهلاك وفق تنوع وتحسين عمليات الإنتاج.

3- الدعوة إلى تنظيم وتماسك العمال: عادة ما تتوفر داخل المؤسسة علاقات مهنية واجتماعية بين الأشخاص، قد تختلف مستوياتهم العملية وإنتمائها الاجتماعية والسياسية.

4- توفير تامينات ومرافق العمال: من بين أهم هذا المزايا نذكر على سبيل المثال التامين الصحي والتأمين ضد الحوادث، إضافة إلى توفير مراقب عامة مثل: المطاعم وتعابير الاستهلاك... الخ.

- الأهداف التكنولوجية: تؤدي المؤسسة العرموية دوراً هاماً في الميدان التكنولوجي، فقد نجد عند بعضها مصلحة خاصة بالمجال والتزويد وذلك من أجل تطور الوسائل والطرق الإنتاجية علمياً.

- الأهداف الثقافية: تسعى المؤسسات لتدريب عمالها الجدد أو ركبت عمالها القديم، وذلك من أجل استغلال الفرص والكفاءات المتاحة استغلالاً أمثال:

III - العلاقة بين المستشفى الحكومي والعيادات الخاصة:

توجد علاقة تربط بين مستشفيات القطاع العام والخاص داخل الدولة الواحدة وتوجه المريض إليها والتي تتراوح لها في الآتي:

III - الفروقات بين القطاعين العام والخاص:

توجد عدة فروقات بين القطاعين في عدة جوانب من أهمها:

أ- من حيث التأثير في المتغيرات الاقتصادية:

إن الملاحظ لواقع المؤسسات الصحية الممثلة في المستشفيات الحكومية والخاصة يجد مجموعة من الفروق بينهما فيما يتعلق بتأثير البيئة الاقتصادية، ومن أهم هذه الفروق نذكر ما يلي:

1- من حيث درجة تعرض السوق: تتعين الإشارة إلى درجة ارتباط التنظيم بقوى الطلب والعرض والمنافسة وأثراها على الإيرادات، وفي هذا المجال نجد أن المستشفيات الحكومية لديها تعرض أقل للسوق مقارنة بالعيادات الخاصة، وهذا ما أدى إلى المستشفيات الحكومية إلى تقليل الاهتمام نحو تخفيض التكلفة، وتحسين الكفاءة أو تحقيق الأداء بصفة عامة.

2- من حيث التوجيه بالربح وعدم الربح: إن المستشفيات الحكومية لا تبحث عن تحقيق الربح بقدر ما

١- فوزي شعبان مكاوور، مرجع سابق، من ص(118 - 119) و(118 - 182).
الفصل الثاني

دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

يبحث عن تحقيق العدالة والكفاءة في إشباع الحاجات، والنجاح أو الفشل لا يقياس بأساس مالية، أما العيادات الخاصة فقد أن دافع الربح هو المغير الأساسي للقرارات التي تتخذها.

3 - التحسيس: إن وظيفته الأولى في عيادات القطاع الخاص تتطلب في رفع الإيرادات، أما المستشفيات الحكومية فتعمل على توفير الخدمات الصحية مجانًا أو بأسعار رمزية للمرضى دون اعتبار لتكلفة الأداء.

4 - من حيث الأداء: يقيد أداء العيادات الخاصة بمقاييس وأسس اقتصادية، أما المستشفيات الحكومية نجد أن أداءها يقيس من خلال ثلاثة معايير هامة، وهي:

أ - الفعالية: تعيق تحقيق الأهداف المرسومة والمخطط.

ب - الكفاءة: تمثل درجة تخفيف التكاليف وتعظيم المخرجات.

ج - العدالة: تتمثل في درجة التوزيع العادل للخدمات الصحية أو توزيع الخدمات على المناطق.

ب - من حيث التأثير في السوق المستهدف:

إضافة إلى الفروقات السابقة بين القطاعين، توجد فروقات أخرى من أهمها:

1 - السوق المستهدف: إن العيادات الخاصة تعمل على إعطاء الأولوية لتطوير وتنمية قطاعات السوق التي تعتبر أكثر استجابة لمدخلات معينة، أما المستشفيات الحكومية فإن الأسواق المستهدفة لا تستجيب أو أن المثقفين للخدمات معارضين تماما لتلك الخدمة.

2 - التعرض للضغوط: قد تعرض المؤسسات الصحية العامة إلى ضغوط من أجل اتخاذ استراتيجيات معينة كأن تكون مطالبة بخدمة أكبر عدد ممكن، أو الأفراد لإعطاء فرص متساوية لجميع الأفراد، في حين أن المستشفيات الخاصة نجدها تعرف تماما حاجات القطاعات المختلفة بالأسواق.

3 - من حيث التنافس: إن المستشفيات التي لا تهدف للربح لا تنافس العيادات الخاصة.

- III

إن القطاعين العام والخاص ينبغي أن يكونا مكملين لبعضهما البعض في مجال تحسين الخدمات الصحية والتكفل الحيد للمريض، خصوصا وأن نفس الإجراءات القانونية التي تطبق في القطاع العام تطبق أيضا على القطاع الخاص، وعلى الأطباء اختيار أحد القطاعين للعمل فيه، كما أن الدولة تسمح بدخول القطاع الخاص بوحداته كاملا في تقديم الخدمات من أجل التخفيف من الحمل الذي أثقل كاهل الدولة، ولكن لا تستحب من هذا النشاط، بل تظل المنظمات الحكومية تعمل إلى جانب المنظمات الخاصة، فالسماح بإنشاء عيادات خاصة أو معاهد تعليمية خاصة لا يعني بالضرورة إلغاء المؤسسات الحكومية التي تواجه لأداء ذات الأنشطة، كما أن بقاء الدولة كمنافس في هذه المجالات يحقق العديد من المزايا، من أهمها ما يلي:

- إعطاء المواطنين حرية الاختيار في الحصول على الخدمة من خلال الهيئات الحكومية أو الخاصة.

---

1. فؤاد أبو إسماعيل وأخرون، إصلاح وتطوير مؤسسات المنافع العامة، مشاريع المنظمة العربية للتنمية الاقتصادية مصر الجديدة، القاهرة، مصر، 2000، ص 50 (بتصريف).
الفصل الثاني

- أن توجه البعض للحصول على الخدمة من المنظمات الخاصة يخفف العبء على المؤسسات الحكومية، وهذا من شأنه أن يساعد على تحقيق بعض الورقات لتطوير الخدمة وتحسينها.
- عدم تعرض المواطن محدد الدخل للحرمان من الحصول على الخدمة، خصوصا وأن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص تميز بالتكلفة المنخفضة بما أن يقدمها القطاع الحكومي.
- تواجد القطاعين معًا – الحكومي والخاص – في نفس مجال النشاط يكون نوعا من المنافسة البناءة التي تؤدي إلى تطوير الخدمة، ومن ثم خدمة أهداف المجتمع كل.
- لتحقيق هذه الخطوة الأخيرة قد تنازل الدولة أحيانا إلى إعطاء منح أو تعويضات للقطاع الخاص.

وفي شكل إعلاءات ضرورية أو مساعدات مالية...الخ.

ولضمان متابعة صحيحة جيدة للمواطنين ينبغي التقليل أو الحد من النفايات التي يعاني منها القطاعان ولاسيما المتعلقة بالتبخير والتنظيم ونقص المواد البشرية، كما ينبغي إعطاء مكانة متميزة للقطاع الخاص، على غرار ما هو معمول به في الدول توافرت إلى تحسين التغذية الصحية، ودون خلق تزامن بين القطاعين من شأنه أن يؤثر على أهدافه بالسلب خصوصا وإن كلا القطاعين ينبغي أن يعملا في تكافؤ في ظل احتراز الخصائص疏导ية المعمول بها ولاسيما في مجال التكوين وفي كل ما يخص الحفاظ على الصحة، بغية الوصول إلى وضع تصور حول العمل التكاملى الذي ينبغي القيام به بين القطاعين العام والخاص لخدمة الصحة العمومية، وما يساعد السلطات العمومية على اتخاذ القرار الرشيد خدمة للقطاع الصحي والمريض، من أجل تحويل النموذج الصحي الجزائري إلى نموذج محترم دوليا من خلال العمل المتواصل، وإزالة الفروقات بينهما والنظر لها وكأنهما قطاع واحد.

وفي الغالب ما توجد منافسة قوية بين القطاع الصحي العام والخاص خاصة إذا كانت إمكانيات القطاع الصحي العام ذات كفاءة متميزة كما يحدث في الدول المتقدمة، أما في الدول النامية فتعد المنازلة نظراً لفخري مستوى الأداء والخدمة الصحية في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة بوجه عام.

وفي الجزائر كمثال فيرغم من رفع القيود على حرية المبادرة حتى شهدت أغلب ولايات الشمال وخاصة المدن الكبرى منها فتح عيادات جراحية وطنية منها المتخصصة في العلاج، ومنها المتخصصة في الكشف، وعيادات أخرى شاملة تكاد تغطي كل احتياجات المريض منذ دخوله إلى غاية خروجه من العيادة، إلا أن ذلك لم يمنع وجود العديد من النفايات بين القطاعين والتي توجد بعضها في الآتي:

- عدم وجود تأطير قانوني لقطاع المؤسسات الطبية الخاصة.
- اندماج وجود نظام واضح لتسهيل الأداء، مما تزايده عن إرهاب المريض مادياً.
- عدم وجود تخطيط مركزي للتوسيع الجغرافي لعيادات القطاع الخاص، ويظهر ذلك بوضوح بين ولايات الشمال والجنوب الجزائري.
- سعي أصحاب العيادات الخاصة للدفاع عن عياداتهم واعتبارها كبديل للمستشفى العام.

وما ذكر أعلاه يمثل عينة بسيطة للأسباب التي حالت دون الوصول إلى الهدف الأساسي من وجود...
الفصل الثاني

القطاع الخاص في مجال الصحة، مما أدى إلى الفشل الذريع في تحقيق الأهداف المسطرة من السلطات الوصية للنفوس بهذا القطاع والوصول به إلى شاطئ الأمان، والنظام لا يزال في أن يعانيها من الصعاب التي مازالت إلى حد الآن تؤدي من المريض ويعتبرها أفقاً (حلماً) مستقبلياً لتحقيق.

III

- 2-3 - توجه المريض نحو أي من القطاعين:

- إذا نظرنا لخدمات الصناعة المقدمة في الجزر فيمكننا القول ما أوجج المريض لخدمات القطاع الصحي بغض النظر عن تصنيفه، ومن المفروض أن تكون الخدمات المقدمة تسد المريض وتحقق المطلوب بغض النظر عن الوجهة التي يسلكها المريض، لكن بالنذر للنقد الواضح والمسجل في القطاع العام والذي حاول دون تكفله بالمشاعر الصحية للمريض، رغم تخصص عالمي صحي دوري تشمل تجديذات طبية كبيرة وتكوين مستلزمات للأطباء واستحداث مراكز طبية جديدة في كل مرة في竖ت ميزانية الدولة، إلا أن المريض لا يجد ضالته عند اللجوء للمؤسسات الاستشفائية في دوام الراحة عن جهة تكفل بأمراضه وتجيب عن تساؤلاته، مما يجعله مضطراً للجوء إلى العيادات الخاصة التي أضحكت سيدة الموقف المقارنة بما هو موجود في مستشفيات القطاع العام.

- إن انتشار ظاهرة تراجع الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام مقارنة بالعيادات الخاصة التي وبالرغم من عجزها أمام الحالات الحرجة وتفاوتها للقطاع العام في حل أصعب الحالات بسبب توفرها على أقدم الأطباء، إلا أن العيادة الخاصة أصبحت مدة ضرورة لابد منها وواقع بثته تحاكي وضعية الخدمات الصحية في المستشفى العام بشكل كبير، بدأ من كثرة الإجراءات والتوقفات التي أثرت علي أدناي الخدمات الضرورية المقدمة وصولاً إلى غياب الإمكانات اللازمة ونقص التكفل الصحي بالمرض الطامع في الحصول على علاج نفسي عنقه، مما يجعله يعشي ظروفًا مزرية ضائعة من خلالها بين جماعية القطاع العام الذي أضحى عاجزاً أمام توفير التكفل القديم بالخدمات الصحية، وبين غلاء العيادات الخاصة التي تفرض مبالغ مالية خيالية مقابل خدمات جراحية أو خدمات صحية بسيطة.

- وفي ظل التراجع الذي تعرّفه المستشفيات في التكفل الصحي بسبب الإهمال واللامبالاة وحيدت العيادات الخاصة فرصة لجنب المواطنين نحو الإسفادة من خدماتها رغم ارتفاع تكلفتها، ولم يتأتي ذلك إلا من خلال عوامل مساعدة أهمها: حسن الاستقبال والجودة في الخدمات المقدمة والتميز في التشخيص... الخ.

- وفي الأخير نجد المريض محترأً في اختيار وجهته فهو مخبر بين مترقى المستشفيات العومية التي تعتبر مجرد هياكل لا تقدم أي خدمات ترقى وطموحاته وسندان العيادات الخاصة التي يدفع إليها بطريقة أو بأخرى، خصوصاً وأن المواطنين البسيط غير قادر على تحمل تكاليفها الباهظة سوا ما في ظل تدني المستوى المعيشي.
الفصل الثاني

-3- مطلبات تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يتم النظر في هذا العنصر لكل من مطلبات تقييم تطبيق TQM في المستشفيات وفق الآتي:
-3-1- مفهوم الجودة الشاملة وأساليب تطبيقه بالمؤسسات الصحية:

يتم النظر في هذا العنصر لكل من مفهوم الجودة الشاملة وأساليب تطبيقها في المستشفيات وفق الآتي:

-3-2- مفهوم الجودة الشاملة للخدمات الصحية:

توجد العديد من التعريفات التي تطرقت إلى مفهوم TQM في الخدمات الصحية باعتبارها البدل الذي يساعد على العمل مع المهنيين في القطاع الصحي لغرض التحسين، ومن أهم تعريفاتها ما يلي:

تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها: "طريقة تتزامن من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمرافق وعمليات جميع جوانب نشاط المنظمات لتحقيقها بشكل مستمر". (1)

وعبرها "ساعاتي" على أنها: "عملية ذاتية شاملة ومتسلسلة لضمان التقدم المستمر في جودة الخدمات الصحية بما يتطلب وما يكفل توفر الخدمات التي يقدمها المستشفى وسهولة الحصول عليها، وأن مجال العمل في المستشفى يركز على الاهتمام بالمرضى وتحسين الخدمات المقدمة لهم." (2)

كما تعرف TQM في المؤسسات الصحية على أنها: "المستدامة الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغييرات في الخصائص والصفات التي تجعل الأفراد جمعهم من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة بشكل الذي يحقق الوفير والكفاء، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية". (3)

"Donabedian" وقد عرف الجودة الشاملة الصحية بأنها: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى إفادة للعامة دون التعرض للخطر، مركزاً في ذلك على محيط أساسيين هما: (4)

- المحمول الفيزيائي: يضمن تطبيق العلوم والتقنية الصحية في تشخيص العلاج.
- المحمول الإنساني: يركز على تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كتعاطف وتقديم المعلومات اللازمة له.

انطلاقاً من التعريف السابق لـ TQM في المستشفيات يمكن أن نخلص إلى بعض الاستنتاجات، منها:
- أساليب TQM يساعد تطبيقه في المؤسسات الصحية من تمكن العاملين في القطاع وتحسينه.
- نظام الجودة بالمؤسسات الصحية يدعو إلى تحقيق رضا المريض بغض النظر عن تحقيق الربح.
- يساهم مدخل TQM في تبسيط الإجراءات والعمليات والممارسات، وتنفيذ البرامج التدريبية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الصحية.
- شراكة العاملين بالمستشفى في تطوير خطط العمل لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

المصادر المفيدة:
1. نبيلة كحيلوني، مرجع سابق، ص 103.
2. صلاح محمود شوقي، مرجع سابق، ص 218.
3. عبد السلام، تعريفات في إدارة الجودة الشاملة، ط. دار الصحراء للنشر والتوزيع وطباعة، عمان الأردن، 2008، ص 300-301.
4. سمير خليل إبراهيم جودة، مدرة مسند النشر 10، ص 33.
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

- جعل زياني المستشفى (المرضى) بمتابعة النقطة المحورية التي تتمحور حولها جميع أنشطة المستشفى وتسعى في جميع أعمالها على إرضائه.

III - الأسباب التي أدت بالمؤسسات الصحية إلى تطبيق أساليب TQM

1 - رأي المتخصصين: يرى أن تطبيق TQM في المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية يؤدي إلى تحسين الإنتاجية في كميتها ونوعيتها وإجراءاتها، وتكرس النظرية الإيجابية في المؤسسة تجاه ذاتها.

2 - رأي المتحدثين: يرون أنها تحوى إجراءات طويلة وملهمة والمؤسسات لديها الكثير من العيوب مما لا يحتاج للإعادة، كما أن تركيبة المؤسسات لا تمكنها من التأقلم مع فلسفة TQM المبنية على المشاركة في صنع القرار، وأن التبني الناجح لها يتطلب التعامل مع أهداف واضحة ومحددة ومدعومة بمعايير ذات مصداقية وهو ما لا نجد في المؤسسات الصحية.

ويجدر ذكر أن أساليب TQM من أفضل الأساليب الواجب تطبيقها في المؤسسات الصحية لسببين هما:

- من طرف جميع العاملين، يؤدي إلى الارتقاء بمستوى هذه الأهداف من سنة لأخرى.
- يعود السبب في تطبيق معظم المؤسسات الصحية لمنهج TQM للاعتبار مدخلاً واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسن المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية وضمان الإدارة في الحفاظ على المرضي، وهذا ما توصل إليه كل من "جاكلي كويل" وجيمس هارجيتون؛ حيث:

الأول: يرى أن مدى إسهامموظفي في إدارة الجودة الشاملة يتأثر برؤيتهم لمدى تطبيق رؤسائهم لأساليب إشراكهم في صنع القرارات وما يؤديه من الأثر الإيجابي على جميع الأفراد من مرضى وعاملين.

- الثاني: لاحظ من خلال دراسة أجريت على مجموعة من المؤسسات تطبيق منهج TQM حقق تحسين كبير، و45% حققت بعض التحسين، و15% حققت تحسين هامشي.

ويستدلال المؤلف بأن أهمية تطبيق TQM في المؤسسات الصحية تعود بالأخص لاعتبار أن المستشفيات تتميز عن غيرها من المؤسسات الأخرى من حيث عدم قبول مستوى متناسبًا في الأداء، خاصة في المجال الإكلينيكي، والسبب في ذلك يعود إلى أن حدوث أخطاء طبية من شأنه أن يؤدي إلى عواقب وخيمة.

1. عاشولة وأ.Ε، أمة، جودة خدمة الصحة في تحقيق رضا الزبائن، مذكرة جامعية غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسويق، قسم العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعات الجزائر، (03)، الجزائر، 2010/2011، ص،79.
2. طلالين بن عابد الأمني، مرجع سابق، ص ص، (150 – 151).
3. عاشولة وأ.Ε، مرجع سابق، ص ص، 79.
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

كالإعاقة أو العجز الكلي أو الوفاة، بينما حدوث بعض الأخطاء في المؤسسات الأخرى قد لا يترتب عليه خطورة بدرجة الأخطاء الطبية. وبالنسبة لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للدول ومنها العربية، فنجد أن بعض المبادرات قد تنطبق على بعض الدول دون غيرها، ومن هذه المبادرات الآتي:

- ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة التخصصية والفنية والطبية المتعاونة بين المستشفيات، نتيجة لغياب المعايير القياسية للقوى العاملة حسب الطاقة الاستيعابية وطبيعة الخدمات المقدمة.
- قصور برنامج التدريب والتعليم المستمر في المستشفيات عن متطلبات القوى العاملة كماً وسعةً.
- قلة الحوافز المادية والمعنوية المعمول بها في حفظ العاملين على الارتداء بمستوى أدائهم.
- عدم استقرار القوى العاملة المتعاقدة وقلة ولاتها للمستشفيات التي تعمل بها.
- تباين درجة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لها.
- تقدم بعض التجهيزات وكمية أعطالها مما يقلل من مساهمتها للتطورات التقنية.
- قصور عمليات التخطيط لتحقيق احتياجات التعديل أو رفع كفاءة التجهيزات الطبية المتاحة.
- ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية والخدمية بشكل ملحوظ نتيجة عدم كفاءة النظيم المعمول بها في الصرف والرقابة والاستهلاك.

ضعف نظم المعلومات بالمستشفيات يؤثر سلباً على كفاءة واستقرار الخدمات التي يقدمها المستشفى.
- تزايد الضغط على خدمات إمكانيات المستشفى نتيجة لضعف الوعي لدى طالبي الخدمة.
- سوء معالمة المرضى في بعض المستشفيات الحكومية، بسبب عدم الاستجابة لاحتياجاتهم.
- عدم_angagement إدارة المستشفيات بشكاوى المرضى، والتفريق في معاملتهم على أساس العلاقات الشخصية.

وفي الأخير يمكننا أن نقول بأنه يوجد العديد من الأسباب التي أدت بالمؤسسات خاصة الصحية منها إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بالنظر لما يوجد عليها من فوائد في عدة مجالات، من أهمها:
- تخفيف في الكلفة وتقليل للآفات وتحسين في الخدمات، أدى إلى زيادة في رضا المرضى.
- سهول المؤسسة الصحية في الوقوف أمام منافساتها من المؤسسات القوية.
- تمكن المؤسسة من الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال.

III - 2 - 3 - فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية:

توجد العديد من الفوائد التي تحققها المؤسسات الصحية من جراء تطبيقهم منهج TQM، ومن أهمها:
- تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق منهج TQM
- University of Michigan Hospital
- تمكّن "مستشفى جامعة ميشيجن" من تخفيف مدة وكثافة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته خمسةLambda ألف(500000) دولار أمريكي سنويًا.

1. عيد المريض محمد/ محمد العوام، مرجع سابق، ص 215 – 220.
2. عيد المريض محمد/ محمد العوام، مرجع سابق، ص 63 – 65.
الفصل الثاني

دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

وهذا نتيجة لتسيبط إجراءات دخول المريض إلى المستشفى.

2- تحسين الإجراءات: يهدف نموذج TQM إلى السعي المستمر للبحث عن فرص التحسين واغتنامها من تخفيف معدل العمليات القسرية.

وقد تمكّن مستشفى "West Paces Ferry" ومستشفى "University of Michigan Hospital" من تخفيف معدل العمليات القسرية بنسبة 22% من المعدل السنوي للمواطنية المستشفى إلى أقل من 10% باستخدام أسلوب "المعايرة" Benchmarking، وأيضاً تمكّن مستشفى جامعة ميشيكان من تخفيف معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة لتحقيق جودة استعمالها.

3- كفاءة التشغيل: تعتبر من أهم المزايا التي يحققها تطبيق منهج TQM، وذلك نتيجة للتوافل من الهدر في أداء العمليات، ورفع من مستوى مهارة العاملين، فقد تمكّن مستشفى سنترال دوبيج في ولاية آلاباما الأمريكية من توفير ثلاثة وسبعين ألف (73000) دولار أمريكي سنوياً، وذلك بتخفيف استهلاك الإبر الوريدي نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

4- القضاء على اختلافات الممارسة الأكليينية (العابية): يعد اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية، وهذا ما يتذرع على مستوى الجودة والكفاءة، ويساهم تطبيق منهج TQM في القضاء على اختلافات الممارسة الأكليينية، واختيار أفضل الطرق للاداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العملية.

5- الحد من تكرار العمليات: يتم ذلك من خلال تحديد أفضل الطرق على مستوى الجودة، الكفاءة، الإنتاجية، ورضا المريض، وفي دراسة أجريت في المستشفى "هينري فورد" بولاية "ميشيكان" الأمريكية، فقد أن 25% من مسحات عنق الرحم يتم إعدادها لأن حجم العينة غير مناسب لإجراء التحليل، حيث أن ذلك يزعم المريض ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج، وقد قلل المستشفى من مشكلة التكرار بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتعينون طرقاً متباينة لإجراء مسحة عنق الرحم، وبعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيرها.

وتوجد فوائد أخرى يمكن أن تجنبي المؤسسات الصحية من خلال تطبيقها لمنهج TQM، ومنها:

- رفع معايير العاملين في المستشفى عن طريق إشعابهم بأهمية دورهم.
- تمكن المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- زيادة عدد المرضى المستفيدين من خدمات المؤسسة الصحية عن طريق تخفيف التكاليف.
- خلق جو تنافسي بين العاملين يساعدهم على الابتكار والتحسين المستمر للخدمات المقدمة.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة تؤدي إلى تحقيق رضا العميل وولائه للمؤسسة الصحية.
- خفض التكاليف من خلال تقليل الأشياء التكافل أو إعادة انجازها بأقل التكاليف.
- تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهام للعمل من خلال الإجراءات التي تتخذها المؤسسة.

1- أكرم أحمد الطويل وأخرين، إمكانية إبقاء جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مستشفيات في محافظة نينوى، المؤتمر العلمي الثالث حول إداره مланفات الأعمال: التحديات العالمية المعاصرة جامعة العلوم التطبيقية. كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان، الأردن، أيلام، 27-29 أفريل 2009، ص. 7.
الفصل الثاني

- تحقيق الجودة من خلال تطوير المنتجات والخدمات وفقاً لرغبة العملاء.

* ما يمكن استخلاصه مما سبق أن تطبيق أسلوب TQM في المؤسسة الصحية يعود بفوائد جمة على كل من العميل (المرضى) والعاملين بالمستشفى جميعهم، غير أن ذلك لكي يتحقق بسير وفي ظرف زمني وجيزي بتطلب قيادة رشيدة وتوجيه قوي من قمة التنظيم لتبنيه، من خلال وضع خطة عملية تطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحله، وعلى جميع المستويات التنظيمية المتواجدة في المؤسسة الصحية.

- 3 - مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

من أجل ضمان نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من توفير مجموعه من المقومات، يمكن تلخيص أهمها في النقاط التالية:(1)

- يجب أن تكون الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ورمزية تطبيق نظام الجودة الشاملة.
- ينبغي أن تكون الإدارة في المؤسسة بعض القيود والمعرفات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام.
- يجب توقع تكافؤ تطبيق TQM في أول الأمر ثم تأخير في الانشغال حتى تستقر عند حجم معين.
- يتطلب تطبيق نظام TQM في كثير من جوانب تغييره في السياسات التنظيمية في المؤسسة الصحية.
- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاماً بديلاً لنظماً النظام السائد، بل هو أداة للبحث عن الأداء المتميز.
- لنجاح نظام TQM تحتاج المؤسسة الصحية إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:(2)

الترويج لهذا النظام وتسويق لديه العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة.

* يعد نظاماً فعالاً للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعزيز الولاء التنظيمي وحقق ويعظم مفهوم الجودة.

* نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الاتصالات والوحدات الفرعية.

ومن بين العوامل التي تؤدي إلى نجاح برنامج إدارة الجودة الشاملة ما يلي:(3)

- محدودية فهم المديرين لأهمية تحسين الجودة ومدى ارتباطها بفاعلية المؤسسة وكفاءتها.
- عدم وجود قائد قوي في المؤسسة، والذي له القدرة على توجيه العمل في تطبيق برنامج TQM.
- وضع برنامج محدودة وضيقة الأبعاد لتحسين الجودة، مما يجعل تطور النظام في المدى البعيد.
- عدم توفر الخبراء في عملية التحسين، مما يؤدي إلى تكرار الأخطاء وانخفاض مستوى الأداء.

أيضا ما ينبغي على الشركات تجنبه حتى لا تكون فلسفة إدارة الجودة الشاملة الآتي:(4)

1. عدم تحويل النتائج والصبر والثباتة على نجاح النظام.
2. تجنب إجراء التحسين على مجال واحد فقط دون بقية المجالات.
3. عدم المبالغة في الفوائد التي يمكن أن تجنبنها من وراء تبني فلسفة TQM.

---

1. سيد محمد جاد الدين، مرجع سابق، ص ص 340 – 341.
2. عباسية وماحة، مرجع سابق، ص ص 340 – 341.
3. عبر السعوي بن عشتار، إدارة الجودة الشاملة كوجهة تقدمية في المنظمات المعاصرة، المنظمات الدولية حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء الثاني، طبا، كلية العلوم الاقتصادية وجامعة السcbd، الجزائر، 2011، ص ص 261 – 262.
4. جواز الشراع، إدارة الجودة والتميز في قطاع الشركات الاستثمارية والخدمات المالية، المنظمات الدولية حول الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء الثاني، طبا، كلية العلوم الاقتصادية وجامعة السcbd، الجزائر، 2011، ص ص 158 – 159.
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

4. الاستفادة من جهود جميع العاملين للوصول إلى الهدف المطلوب.
5. عدم البداية في تطبيق البرنامج قبل تهيئة المناقش المناسب للتطبيق.

وفي الختام يمكننا التأكيد على أن أسلوب TQM هي فلسفة إدارية جديدة ينبغي أن تتبنى المؤسسات التي لديها الرغبة في تحقيق ميزة تنافسية في بيئة الأعمال المحلية والدولية التنافسية لتحقيق النجاح والتميز في الأجل الطويل.

- III

- III

مشكات المؤسسات الصحية وعلاجها:

تتم التطرق في هذا العنصر لكل من المشاكل التي تواجه المستشفيات والحلول المفترضة لمجابتها.

- III

- III

مشكات المؤسسات الصحية:

إن العديد من المؤسسات الصحية خاصة في البلدان النامية تعاني العديد من المشاكل، أهمها:

1 - أن معظم المؤسسات الصحية تسير من قبل أطباء عاملين فيها في هذه الحالة نجد الطبيب يركز جل اهتمامه على الجوانب الطبية باعتبار أن تخصصه فنيا، مما يجعله يقلل من أهمية دور النشاطات الإدارية في المستشفى.

2 - عدم اهتمام المسؤولين في إدارة المؤسسات الصحية بالتسويقية في معظم الحالات يركز المسؤولون في المؤسسات الصحية على تقديم العلاج ومشاكلهم، لاعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشاكل التي تواجه مؤسساتهم، وهذا ما يؤدي إلى التوجه إلى الإنتاج على حساب التسويق.

3 - سيطرة التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارات المستشفيات: في الكثير من الحالات نجد مقتدي الخدمات، مما أدى إلى وجود هوة كبيرة بين معدل الخدمة والمستفيد منها كالبروراطية.

4 - التحول إلى المعدات الآلية: يتجه الإنتاج وعرض الخدمات الصحية بصورة متزايدة إلى استخدام الآلة بعد أن كان يعتبر كلها على الحيد البشري، وفي الوقت ذاته تتذبذب الخدمات الصحية بصورة غير شخصية أكثر من ذي قبل وهي مساعدة الآلة للإنسان في تشخيص الأمراض وعلاجها كاستخدام آلات الأشعة والتحليل ورسم القلب... الخ، وأخرى في العمليات الجراحية والولادة... الخ.

5 - النقص في الاعتماد المالية: هو الشغل الشائع لمؤسسات المستشفيات لاعتبارها تعتمد في تمويل نشاطاتها على ما تخصصه الدولة لهذا الغرض، وهذا في الغالب لا يعطي جميع احتياجات التي تتزايد بمرور الزمن، إضافة إلى عدم وجود بعض المصادر الذاتية التي يمكن الاعتماد عليها لتغطية بعض نفقاتها في ظل تقديم بعضها لجزء من خدماتها مجانا.

6 - عدم وجود حيوي التسويق يتزامن على ذلك مشكلة تتمثل في أن أغلب القرارات التي تتخذ تعتبر إلى حد ما غير سليمة، ولا تؤدي الغرض الذي اتخذت من أجله ويوثر ذلك بال sprzęبة على وضع...
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

7 - نبأ عملية التحديث: تنبأ هذا الطلب أن المواد العملية في بعض المؤسسات مقارنة بالثقل الحاصل في العالم. ويعود السبب في ذلك إلى اشغال الإدارة في إنتاج وتقديم الخدمات العلاجية لمقابلة الطلبات المتزايدة. عن تلك الخدمات دون اهتمامها برása وعلاج السحبات الفعلية التي يمكن أن تخلق هذا الطلب.

8 - مشكلة التخطيط على المدى الطويل: لا تأخذ المؤسسات الصحية بالتحديث في الأجل الطويل.

* إضافة لما سبق ذكره يوجد أنواع أخرى من المشاكل التي تتعاني منها المؤسسات الصحية، ومنها:

1 - خفض طاقة التشغيل تدريجيا: تعبير هذه الحالة أنه بعد مضي مدة من ناجي المستشفى الخاص واختبارها لعدم ملائم من المرضى، تحاول إدارة المستشفى تخفيض طاقة التشغيل سعيا وراء مكاسب وقتية غير محسوبة قد تؤثر بعد ذلك على مستوى الدورة، ومن أمثلتها:

- الاستغناء عن بعض العمال;
- الإقلال من إجراءات التكيف إن وجدت في التصميم المعماري للمنشأ;
- إهمال الصيانة وعدم سرعة الإصلاح;
- عدم تطبيق الاستبدال للأجهزة القليلة، وتحسين مستوى التجهيز الآلي.

2 - انخفاض مستوى الخدمات: من أهم المشاهد الملاحظة في كثير من المنشآت الصحية الخاصة عدم المحافظة على مستوى الجيد من الخدمات لأن الخدمات الأقل لن يدرها المريض.

3 - عدم الرقابة الجادة من الإدارة: أكثر من الدول النامية والمختلفة لا تضع للرقابة مكانة في العملية الإدارية، إذ أن الرقابة ليست تشدأ أو تهيئة ولكن من الضروري توفيرها باستمرار على جميع الأعمال داخل المستشفى، كالتفتيش والراجعة المستمرة لذابة الإهمال والإضرار بسمعة المستشفى.

4 - تدخل الجهات الرسمية: كثير ما تفرض الجهات الرسمية نفسها على العبادة الخاصة عن طريق القوانين والقرارات التي تصدر من السلطة الرسمية لحماية مصالح المواطنين، والإدارة الوضعية التي تقع نفسها في الداخل في مدى بعض الجهات الرسمية التي تستطيع سحب الترحيل عن المستشفى. أيضا يوجد مشاكل من نوع آخر تعاني منها الكثير من المؤسسات الصحية، ومن أهمها ما يلي:

1 - سوء الإدارة: تعبير أن المستشفى الخاص يحتاج في كثير من الأحيان إلى مهارة إدارية، مما يتطلب عدم التنازل مع الطلب.

2 - تسبب جهاز التشريع: تمثل في أن الشكوى الدائمة والنشرة في كثير من العادات الخاصة والمرافق العلاجية تمثل في عدم دقة الرعاية الطبية المقدمة من طاقم التشريع لسبب أو لآخر، مراجعه.

3 - محاولة خفض التكلفة على حساب الجودة: المشكلة التي تواجه إدارة المستشفى الخاص هي حلولها
الفصل الثاني
دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية

خفض التكاليف الجارية لمستشفى الصناعة على حساب جودة الأداء لأن المرضى في المستشفى سرعان ما يكتشف هذه المحاولة والتي تظهر في حجم الرعاية والدواء والإطعام وخدمة الغرف... الخ.

4 - الضرائب وإجراءات الحصر الضريبي: كثيراً ما نسمع عن قفل أو إغلاق عيداً خاصة بسبب مطالبتها بضرائب باهظة أو استخدام مصلحة الضرائب لأسلوب التقدير الجزائي.

انطلاقاً من التحليل السابق يمكن القول بأن المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية كثيرة ولا حصر لها، ونجد أنها تختلف من مستشفى إلى آخر، سواء كان في المدينة أو القرية أو الريف.

III - الحلول المقتته لمواجهة المشكلات الصحية:

انطلاقاً من المشكلات التي سبق سردها فيما سبق ورغم كثرتها والتي تعرضنا لجزء صغير منها، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود حلول لها، ومن أهمها:

1 - تحديد عدد المرضى من المرضى على المؤسسة الصحية: ينبغي على المؤسسة الصحية إجراء أولي لحل مشكلاتها تحديد عدد المرضى من المرضى من السكان على مراكزها.

2 - استخدام المؤسسات الصحية على هياكلها لجلب المرضى: تعتزم المؤسسات الصحية على كادرها من الهيئة الصحية لجلب المرضى وعذب الأطباء من خلال الاعتماد على ما يلي:

- جلب الأطباء لعمله في المؤسسة الصحية.
- التأكد من استعدادهم من التسهيلات التي تقدمها المؤسسة الصحية والتي لا تختلف عن غيرها.
- توفير معدات علاجية خاصة من أجهزة تشخيص وألات تصور، وأجهزة علاجية أخرى... الخ.

3 - عدم وجود اختلاف بين المؤسسات الصحية: إن أنماط الاختلاف في الهدف الأساسي الذي تسعى لتحقيقه والمتمثل في خدمة المجتمع دون الأخذ بالاعتبار تحقيق الربح.

4 - عدم وجود اختلاف من حيث تعامل المؤسسات الصحية مع العملاء: من الواجب على المؤسسة الصحية أن تعزز المرضى من منتجاتها ومحاولة إقناعهم بها، واستخدام أفضل الطرق لإيصالها إليهم.

5 - تحقيق أهداف المؤسسة الصحية: يركز على الاهتمام بال Vương دورية التي تقوم بتحقيق الأجهزة المختلفة من أجل إيجاد وعي صحي يحقق السلام الجسدي والعقلية والاجتماعية.

6 - توعية الإدارات ومقدمي الخدمات الصحية لاستخدام أفضل أساليب المعايير: تعني توعية الإدارات ومقدمي الخدمات وإرشادهم لاستخدام أفضل الأساليب في معايير المستفيد من الخدمات الصحية.

7 - تحقيق الكفاءة وسرعة في تقديم الخدمات الصحية: يتم ذلك عن طريق توفير العدد الكافي من مقدمي الخدمة، وتقليل فترة انتظار المستفيد للحصول على الخدمة إلى أدنى حد ممكن.

---

1 - يشدد على الفاحر الجزائي أن مصلحة الضرائب لم تجد ما يثبت أن تظام الحسابات وتورط المستفيدات الصحية وهذه المشكلة بسبب الأصول عموماً.
2 - الأسلوب الحسابي للسلام وإجراء الفوائد في الفكر المحسنة طبر الأصول المصرفية على ظهر: محمد الصويرفي، مرجع سابق، ص 315.
الفصل الثاني

- خلاصة الفصل:

تعد المؤسسات الصحية (المستشفى) ذات مكانة هامة ضمن مجال قطاع الخدمات بالنظر لما تقدمه من خدمات لأفراد المجتمع، من حيث الحفاظ على صحتهم وعلاجهم من مختلف الأوبئة والأمراض التي يمكن أن تسببهم، ومن المتعارف عليه أن مؤشر الحالة الصحية لأفراد المجتمع يعد في الوقت الحاضر من مؤشرات التنمية البشرية، لذلك فإنا نجد أن هذه المؤسسات قد لاقت اهتماماً كبيراً من قبل حكومات الدول من خلال السعي إلى الرفع من أدائها وتحسين جودة خدماتها.

إن الاستخدام الأفضل لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يكون له الأثر الأكبر على عملية تحسين الخدمات المقدمة، ويصاحب ذلك تحقيق العديد من المزايا للمؤسسة والمجتمع ككل، سواء في المجال الإكلينيكي أو خارجه. وفي ظل هذه المؤشرات تستعرض المؤسسات الصحية لتجنيد طاقاتها بفكرة الاستجابة لمنظمات الزبائن لأية خدمة سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية، هذه الاستجابة لا تتم بعزل عن جملة من العوامل، يؤدي تسليطها إلى تحقيق رضا المريض عن المؤسسة وخدماتها المقدمة، أهمها دراستها مستفيضة لسلوك المرضى ودفوعهم البدنية والمواد المؤثرة على قرارهم النهائي، لتصل إلى إجابة واضحة عن السؤال الذي يطرح دائماً: ماذا يريد المريض من الأطباء والمؤسسات الصحية، وهل وجدت فعلاً لرسم الإبداعية على شفاء الزبائن (المرضى) بعد مغادرتهم قاعات العلاج وبالتالي ستكسب رضا الله رأى أولاً ورضا المريض ثانياً وذوبه ثالثاً، وإن كانت حالة الرضا التي يشعر بها المريض مسألة نسبية تختلف من شخص لأخر ومن ظرف موقفي إلى آخر، ومن زمن لآخر، كما نجدها خاضعة لعدة معايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تعني تقدم أفضل الخدمات وأجودها لتلبية الزبائن المستفيدين بما يتاسب واحتياجاتهم أو يفوقها، لذا من المتوقع أن تكون نتيجة عمليات تطبيق الجودة في النهاية الوصول إلى رضا الزبائن، وأن تتحوز المؤسسة بما تقدم من خدمات على زيادة زبائنتها وتمسهم بخدماتها ورضاهم عنها وقد يتطور إلى وراء دائم لها، وتحقيق ذلك ينبغي الاهتمام أكثر بالرقابة الميدانية على الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية بالنظر للدور المنوط بها.
الفصل الثالث: مقدمة الفصل:

تنطلق في هذا الفصل دراسة الجانب التطبيقي من أجل تحليل ودراسة ما تطرقتنا له في الجانب النظري تطبيقيا في الميدان، إذ وقع اختيارنا على عينة من المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة بدولة الجزائر، واصفا مختلف المراحل التي تمت فيها الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة انطلاقا من أسئلة المقابلة الموجهة للفئة المدراء، والاستبيان الموجه لفئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين).

بغية اختبار الفرضيات.

تم التطرق في بداية هذا الفصل إلى التعريف بمجتمع وعينة الدراسة، مع إبراز خصائصها وكذا أداة الدراسة المستخدمة والهدف منها، مع الإشارة إلى الأساليب الإحصائية التي اعتمدت في الدراسة، وفي تحليل البيانات المتحصل عليها بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة من القطاعين العام والخاص؛ ومنه فقد تم تجزئة هذا الفصل في المباحث التالية:

1 - مجتمع وعينة الدراسة.
2 - تحليل بيانات الدراسة.
3 - اختبار الفرضيات.
الفصل الثالث

I - مجتمع وعينة الدراسة:

تتطرق في هذا البحث الأولي لكل من المجتمع والعينة المدروسة منه، بالإضافة إلى تقديم كلا من أداء الدراسة والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة التطبيقية، مع ضرورة إبراز لخصائص العينة التي طبقت عليها الدراسة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة.

I - 1 - مجتمع وعينة الدراسة:

أ – مجتمع الدراسة:

بالرغم من كبر مجتمع الدراسة، والمتمثل في عدد الموظفين من فئة (أطباء، ممرضين، إداريين) في عينة الدراسة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، ونظراً لصعوبة حصر هذه المستشفيات والعيادات في ظل عدم توفر معطيات دقيقة عنها وعن طريق توزيعها الجغرافي غير المتجانس على مستوى ولايات الوطن رغم الاتصال المباشر لعدد مرات برزارة الصحة وإصلاح المستشفيات قصد إعدادا بالمعلومات المطلوبة دون جدوى، مما أدأ إلى الاقتراض على عينة تشمل مختلف جهات الوطن دون تميز بغية التشخيص الحقيقي لموضوع الموجة في القطاع الصحي من وجهة نظر الموظفين في هذا القطاع.

ونظراً لكون الموضوع قد اعتمد على المنهج الشامل في الجانب التطبيقي، فقد قمنا باختيار ثلاثة مؤسسات استشفائية دون التمييز بين العامة والخاصة في خمس جهات من الوطن، وقد حاولنا أن يكون هناك شبه توازن في عدد المستشفيات، ونؤكد أن اختيارنا لبعض المؤسسات الاستشفائية لم يكن عشوائياً وإنما راجع إلى الاعتبارات التالية:

1- في بعض المناطق راجع لاختيارها الأفضل في تقديم الخدمات الصحية للمرضى كOwnership عيادة الضياء والواحات بولاية ورقلة وغراودية.

2- فيما يرجع اختيار بعضها الآخر لاختيارها الوحيدة الموجودة في المنطقة كالمؤسسات الاستشفائية ملوي إديسر بمنيرات وعين سفانة بأدرار، والأخرى اقليمي بولاية 행동ة.

3- فيما يعود اختيار باقي المؤسسات الاستشفائية العوامية والعيادات الخاصة الأخرى في بقية المناطق الأخرى لأنها هي التي قبلت التعامل معنا.

ب – عينة الدراسة:

عند اختيار عينة الدراسة تم مراعاة عدة جوانب من أهمها:

1- وجود الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات أثناء أوقات العمل تحت تأثير السلطات الطبية والإدارية في نفس الوقت بصورة مباشرة.

2- عدم التمييز بين التركيبة البشرية المعنية بالدراسة للمصالح الموجودة في المستشفيات عينة الدراسة.

3- عدم التمييز في الاختيار بين المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، وبعد الاقتراض على اختيار البعض منها من جهات الوطن لأن بعضها وايقنت على الدراسة والبعض الآخر رفضها جملة وتفصيلاً.
وأكثر الراضين للدراسة كانت من العيادات الخاصة التي تتوجذر السرية في نشاطها.
ولإضافة فإن العينات المعتمدة هي عينة عقدية، وتم توزيعها عبر التراب الوطني (دولة الجزائر) وفق مكونات الجدول التالي:

الجدول رقم (1.3): انتشار المستشفيات المعنية بالدراسة عبر جهات الوطن

<table>
<thead>
<tr>
<th>الدولة</th>
<th>الجهة</th>
<th>الرمز المقترح</th>
<th>اسم المستشفى/عيادة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>01</td>
<td>مستشفى سيدي عقبة</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>02</td>
<td>عراحة ضدية</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>03</td>
<td>عادة الولادات</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>04</td>
<td>مستشفى الإخوة رحماني</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>05</td>
<td>مستشفى ابن سينا</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>06</td>
<td>مستشفى ملوي إدماير</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>07</td>
<td>عادة عباد</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>08</td>
<td>عادة ملليان</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>09</td>
<td>عادة المكرة</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>10</td>
<td>عادة ابن سينا</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>11</td>
<td>عادة الغارب</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>12</td>
<td>مستشفى الأمومة والطفولة (الباز)</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>13</td>
<td>عادة رفاق الفتح</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>14</td>
<td>مستشفى النهضة</td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائر</td>
<td>الجزائر</td>
<td>15</td>
<td>عادة فرنس قانون</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

- أدوات الدراسة:

توجد أدوات تم الاعتماد عليها في الدراسة التطبيقية في هذا الفصل هما: المقابلة والاستبيان.

1- المقابلة:

بعد المقابلة الأداة الأولى في هذه الدراسة لجمع البيانات الأولية؛ حيث استخدمت لجمع البيانات الضرورية التي يصعب الحصول عليها بواسطة الاستبيان، وقد تم استخدام المقابلة الموجهة من خلال إعداد أسئلة محددة ومغلفة؛ حيث تم إجراء المقابلة مع 15 مدير من مديري المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة، وتتكون استمارة المقابلة من ستة وعشرين سؤالاً تتحور في مجملها حول إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية التي تقدم خدمات صحية لطالبها من الزبائن (المرضى) الداخليين والخارجيين (نظر الملحق رقم: 01).
الفصل الثالث

2 - الاستبيان:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة واختيار فرضياتها فقد تم بناء الاستبيان على الإطار النظري للدراسة والذي يخص فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة، وقد قسم الاستبيان على قسمين: أولهما يخص المعلومات الشخصية للموظف، والآخر تضمن أربعة وعشرين فقرة موزعة بشكل متوازي بين أربعة محاور، وقد صِيِّبَت جميع فقرات الاستبيان على أساس مقياس ليكرت الثلاثي الذي يتكون من ثلاث درجات (انظر الملحق رقم: 02).

د - صدق أداة الدراسة:

من أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحث بعرض الاستبيان الموجه لفئة الموظفين وآسئة المقابلة على مجموعة من المحكرین بلغ عددهم ستة عشر محكمة متخصصة في مجال الإدارة والتسويق والجودة، وستة من الأطباء المختصين في الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، وقد أدرج الباحث أسماء هؤلاء المحكرین (انظر الملحق رقم: 03)، هذا وقد تم الأخذ بعطف ملاحظاتهم واقتراحاتهم للقيمة لتكون على مدى تناول العبارات حتى يظهر الاستبيان في أحسن صورة في شكله النهائي مقارنة عما كان عليه في بداية الدراسة.

ه - آثاث أداة الدراسة:

سنحاول هنا تحليل محاور وآسئة الاستبيان الموجه لفئة الموظفين، انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من برنامج spss (انظر الملحق رقم: 04)، وهذا التحليل يفند أو يؤيد الفرضيات المبني عليها الاستبيان، ويأتي ذلك بعد تثبات وصدق آسئة الاستبيان، ويمكن توضيح ذلك لمقترحات الدراسة من خلال معطيات الجدول التالي:

- الجدول رقم (2.3): معاملاً ثبات الأداة ومؤشر الصدق لمتغيرات الدراسة الرئيسية

<table>
<thead>
<tr>
<th>مؤشر الصدق (الثقة)</th>
<th>معامل الثبات (الفاأل)</th>
<th>عدد عبارات المتغير</th>
<th>المتغيرات الرئيسية</th>
<th>الرقم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.9033</td>
<td>0.816</td>
<td>06</td>
<td>درجة التنزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>0.8899</td>
<td>0.792</td>
<td>06</td>
<td>الدور الذي يوديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>0.9072</td>
<td>0.823</td>
<td>06</td>
<td>مستوى الأداء في المستشفى.</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>0.8130</td>
<td>0.661</td>
<td>06</td>
<td>الرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى يحقق الجودة.</td>
<td>04</td>
</tr>
<tr>
<td>0.9518</td>
<td>0.906</td>
<td></td>
<td>المستوى العام</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss

يَتضح لنا من الجدول رقم (2.3) الخاص بنتائج اختبار ثبات وصدق الاستبيان الموزع على عينة الدراسة من الموظفين، إذ استُخدمَ معامل كرئنباخ ألفا cronbach's Alpha
الفصل الثالث

والتي تستعمل في برنامج spss وذلك لاختيار صدق وثبات الاستبان في، إذ لاحظنا بعد ما قمنا بالحساب أن المتغير الثالث مستوى الأداء في المستشفى لفئة الاستبان قد حصل على أكبر معدل ثبات وصدق، فيما تلاه كل من المتغير الأول والثاني والرابع على الترتيب، وبدا أن معدل الثبات قد بـ (90.60%) لجميع معايير الاستبان وهو مرتفع، مما يدل على قوة وثبات وصدق فئة الاستبان، وبالنسبة لمعمل صدق الاستبان فقد قمنا بذراع معامل كرونباخ ألفا إذا حصلنا على (95.18%) كما يدل هذا أيضا على أن معامل الصدق مرتفع جدا، مع العلم أن النسبة المقبولة لمعامل كرونباخ ألفا هي (60%) في دراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية، التراهم 70% و 80% على التوالي فنجد هذا على قوة وثبات وصدق فئة الاستبان.

و - الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمت معالجة البيانات وفقاً للأساليب الإحصائية (spss) وفق النسخة 22 باستخدام الحاسب الآلي وهي:

1 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (النسب المئوية والتكرارات) للمعلومات الشخصية.

2 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) للمتغيرات الرئيسية والمتغيرات التابعة لكل متغير من المتغيرات الرئيسية.

3 - اختيار فروع المتوسطات (t) اختبار t - test لمقارنة بين متوسط الإجابات في كل القطاعين عند مستوى الدالة (0.05).

4 - تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الفرعية الموجودة في الاستبان بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الفرعية.

5 - تم استخراج الأهمية النسبية لكل متغير من المتغيرات الرئيسية لنفسات عينة البحث بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الرئيسية.

6 - استخدم معادلة كرونباخ ألفا (cronbach's Alpha) لقياس درجة الثقة.

7 - معالج ارتباط بيرسون لقياس قوة الارتباط بين المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة) والمتغير التابع (الخدمات الصحية).

1 - خصائص عينة الدراسة:

1 - 2 - 1 - 2 - 1 - 1 - 2 - 1 - 1

إضافة إلى أداء الاستبان الموجه للموظفين، تم الاستعانة بتأملة المقابلة المشتركة للمديرين قصد الإمام بالمنصوب والرجل على خياله بذلحا من وجهة نظر المسؤولين الحقيقيين للمؤسسات الاستشفائية العمومية وال окруجيتك الخاصة من خلال أسئلة المقابلة الموضوعة، التي تخص الموضوع، والتي تواصل استعراضها على الترتيب ومتابعة إجابات المديرين عنها، مع العلم أننا وجدنا صعوبة كبيرة في ذلك لعدة أسباب من أهمها:

1 - تخوف الكثير من المديرين واعتراف بعضهم عن الإجابة خاصة مدير القيادة الخاص برتبهم بين المستجيبين على الرؤية المشتركة.
مسيرين وليس مالكين.

2- ضبط معايير مع الكثير منهم، وعدم احترازهم لذلك المواعيد بدأعي العديد من الأسباب والحجج.
3- وجود انشغالات كثيرة لهؤلاء المديرين من أهمها: كثرة الاجتماعات على المستوى المحلي والجهوي وحتى الوطني، وكثافة ودورية الأعمال على مستوى المؤسسات الاستشارية العضوية.
4- بعض مديري العبادات الخاصة يرون بأن كل ما يتعلق بالعابد ينبغي أن يخط بالسيرة ولا ينبغي الأبوين لأي كان، وسمح به فقط للمؤسسين المشاركون دون سوام.
5- بعض المستجيبين من المديرين يرون في وثيقة أسلمة المقابلة بأنها المتنفس للتعبير وتسليط جام غضبهم على الوضع الصحي للمستشفى العام منه على وجه الخصوص.

6- عدم وضوح خطوط السلطة والمسؤولية داخل المستشفيات العضوية مقارنة بالعبادات الخاصة.

* ورغم ما ذكر وجدنا بعض التفاصيل والتعاون من بعض المديرين للإجابة عن الأسئلة المطروحة في استبيان المقابلة لدى الكثير من مدير المؤسسات الاستشارية العضوية والقليل من مدير الديودات الخاصة، التي نوجزها مختصرة في الآتي:
   1- السؤال الأول: ماذا يقصد بالجودة في نظركم؟

* بخصوص إجابة هذا السؤال وجدنا تضارباً كبيراً حيث:
   - بعض الإجابات لا مست المفهوم الصحيح للجودة.
   - آراء البعض الآخر بعيدة كل البعد عن مفهوم الجودة المطلوب، وربما يعود ذلك أساساً لأن بعض المديرين يشاركون وظيفة التسويق في المستشفى بالإقامة دون الاطلاع على المفاهم الحديثة للتسويق ومنها مفهوم الجودة.

7- السؤال الثاني: ما هو رأيك في دور عملية تدريب المديرين في خدمة ضيوف المستشفى من المرضى ومراقبتهم؟

* وعن عملية تدريب المديرين على خدمة ضيوف المستشفى من المرضى ومراقبتهم فإن الإجابات جاءت كما يلي:

   أ- البعض يرى بأنها عمل ضروري ونافذ.
   ب- البعض الآخر يحصره في كونه عملًا إنسانياً.
   ج- والبعض الآخر يرى في عملية تدريب المديرين بأنه عمل إجباري من الواجب القيام به ولكن ضمن آليات مسطرة وضيوفا وفق قواعد متبعة، وضرورة توفير المؤهلات الكافية من أجل تقديم خدمة صحيحة جيدة لطالبيها من المرضى ومراقبتهم يجعلهم يشعرون بالراحة.

8- السؤال الثالث: ما رأيك في عملية تقييم الصلاحيات في مجال خدمة المرضى؟

---

1. يشير بهزا، مدير المؤسسة الاستشارية العضوية 28 فيري بتميلي، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، غرادة، الجزائر، الإعداد: 11/03/2015 (مقابلة شخصية).
الفصل الثالث

في مجال خدمة المرضى، فجاءت الإجابات على النحو التالي:

أ - يرى بعض المستجيبين من المديرين أن تقويض السلطة ليس بشكل عام.

ب - فيما يرى آخرون بأنها عمل إيجابي يتيح أكثر سلامة في التعامل.

ج - يرجع البعض الآخر بأنه يتوقف على إمكانية المؤسسة الإستشفائية، مع ضرورة تقويض الصلاحية فئة واحدة أو فئة تروء المصالح دون سواها باعتبارها الفئة الأكثر، فيما ودراسة بضرورة المصالح التي يشتركون منها.(1)

وفي كل الحالات فإن تقويض الصلاحية يعد عملية هامة داخل المؤسسات الاستشفائية لتقليل الضغط وتسييل تقديم الخدمات الصحية لطلابها من المرضى وذويهم، مع ضرورة تحميل المسؤولية كاملة للمفوض لهم الصالح.

السؤال الرابع: هل يوجد اتصال وتنسيق بينهم بعضهم تمثلون الإدارة وبين الطاقم الطبي في مجال

خدمة المرضى؟

* وبخصوص وجود اتصال وتنسيق بين ممثل الإدارة والطاقم الطبي في مجال الخدمة المقدمة للمرضى.

فجاءت الإجابات على النحو التالي:

أ - البعض يرى أنه من الضرورة وجود الاتصال قصد معرفة مكان الخلل.

ب - فيما يرى آخرن أن هذا الاتصال موجود ولكن ليس بالشكل المطلوب.

ج - أما آخرون يؤكدون على وجوده بشكل دائم وفهي في أحسن صورة (العيادات الخاصة).

د - وانتظار الآخر من أراء المبحثين تؤكد على الضرورة وجود اتصال وتنسيق دائم بين الإدارة والطاقم الطبي، وتأكيد بأن الأمور مبنية على وجود تسريعات وتحديث في المؤسسات الإستشفائية العموية.

السؤال الخامس: ما هو رأيك في عملية تلبية حاجات ورغبات الموظفين من أطباء وممرضين.

هاديؤدون عبئهم زبائن داخليين في المستشفى؟ وهؤلاء المستشفى في ذلك؟

* وفي إطار عملية تلبية حاجات الموظفين من أطباء وممرضين هاديؤدون عبئهم زبائن داخليين.

في المستشفى، فإن إجابات المبحثين من المديرين جاءت كما يلي:

أ - البعض منهم يرى بأن طلبات الموظفين ملزمة حسب الدور الذي يقوم به الموظف في حدود التكاليف التي يعاد النظر فيها كل مرة بناءً على الإمكانات المتوفرة وفقاً للحلول التي تراها المؤسسة الإستشفائية مجدية.(2)

ب - البعض الآخر يرى هذا الفعل يعد عمالياً إيجابياً ومؤسسة الإستشفائية تسعى إلى ذلك.

ج - فيما يرى آخرن أن كل طلبات الموظفين غير ملزمة فهي دائماً تعاني التهميش واللامبالاة والرفض.

---

1. عاشور حبي، منصصف، مكلف بالتسويق الإداري بالمركز الاستشفائي ملوى إمام، مرسوم، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزار، مرسيوت، الجزائر، الأحد، 22/03/2015 (مقابلة شخصية).

2. إسلام، صلاح الدين، المدير النفي لموردي المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، وقفة: الجزائر، الخمسة، 14/05/2013 (مقابلة شخصية).
إذا كانت الآراء السابقة للمديرين العامين في المؤسسات الإستشفائية العمومية، فإن نظراً في العيادات الخاصة رأي آخر، إذ تعدد كل طلباتهم مبتعداً بمجرد الإعلان عنها.

- السؤال السادس: هل تمتلك مؤسستكم الإستشفائية ثقافة الجودة؟ وإذا كانت الإجابة بـ: "نعم" كيف ذلك؟
- إذا نظر لوجود ثقافة الجودة من عدمه في المؤسسات الإستشفائية، وكيف يتم ذلك، فإن إجابات المبحوثين من المديرين في القطاعين جاءت على النحو التالي:
  
أ - بعض المديرين يرون أن المؤسسات الاستشفائية التي يشرفون عليها تشيرنها توجد بها ثقافة الجودة، ويتم ذلك من خلال عملية التكوين والتدريب المستمر.
  
ب - البعض الآخر يرى بأن ثقافة الجودة موجودة نسبياً، وهي مكلفة وتتطلب توفير الإمكانيات وخاصة الموارد المالية الكبيرة.

- فيما يرى آخرون أن ثقافة الجودة مبنودة بشكل نهائي، والظروف الحالية لا تسمح بتطبيقها.

- إذا كانت الآراء السابقة تخص المبحوثين من المديرين العامين في المؤسسات الاستشفائية العمومية، فإن بعض مؤسسي الموظفين، يرون أن ثقافة الجودة موجودة، والتطلب لإرسالها أكثر ضرورة توفر

العناصر التالية(1):

* تحسين الخدمات الصحية أكثر مما هي عليه حالياً.
* توفير بدعمه مؤهلة في المجال الصحي.
* استمرار أكبر للأموال وتوفير أحدث التكنولوجيا.

- السؤال السابع: هل تمتلك الخدمات الصحية التي يقوم بها العاملين بمؤسساتكم بالروتين؟ وإذا كانت الإجابة بـ: "لا" فما هي الإجراءات التي تقومون بها من أجل جعل الخدمات الصحية التي يقدمها الموظفين بمؤسستكم تتسم بالإبداع؟

أما فيما يخص الروتين الذي تتبعه الخدمات الصحية في المستشفى، فيما تتمثل الإجراءات الواجب اتخاذها للقضاء عليه، فإن إجابات المبحوثين جاءت كما يلي:

أ - أغلبية المديرين يرون أن الخدمات الصحية في المستشفى الذي يديره شؤونه تتبع بالروتين القاتل، مما يجعل الموظف في تذمر دائم، ولا يجد البديل الذي يبحث عنه (المؤسسات الإستشفائية العامة).
  
ب - البعض الآخر وهي فئة قليلة تتبع غير ذلك، ويتم التغلب على الروتين حسب رأيهم من خلال إعطاء الحرية لموظفها قصد الإبداع في المجالات التي يشرفون عليها (العمليات الخاصة).

- السؤال الثامن: ما هي وضعية الخدمات الصحية في المستشفى الذي تديره شؤونه؟

* وعن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات المدروسة، فإجابات جاءت نحو وجهتها نظر هما:

أ - بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية يرى مسبيهما من المديرين أنها متدهرة من السبب:  

---

1 حمو بالنسبة للمدير الإداري بعيدة الوافدين، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، غرداية، الجزائر، الأحد:  

---

19/04/2015 (مقدمة شخصية).
الفصل الثالث

إلى الأسوا، خصوصا وأنها تسم بالمحسوبة والإشرافية بما يؤكذ ذلك المعاناة اليومية للمرضى.

ب- بالنسبة للعوامل الخاصة يرى مسيروها من المتغير بأن الخدمات الصحية فيها خصبة وفي تطور مستمر نحو الأحسن، ويستدلون في ذلك زيادة عدد المرضى القاصدين لهذه العوامل باستمرار.

- السؤال التاسع: هل أن مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية يختلف عنه في العيادات الخاصة حسب رأيك؟

أما بخصوص اختلاف مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية عنه في اليعادات الخاصة، فإن الإجابات كانت على النحو التالي:

أ- بالنسبة للمسؤولي المستشفيات العامة يجيبون بنعم ويؤكدون على وجود هذا الاختلاف لعدة اعتبارات:

1. فئة المرضى من السكان القاصدين للمؤسسات الاستشفائية العمومية عديما كبيرة مقارنة بتلك التي تقصد العيادات الخاصة.

2. وجود اختلاف في الموارد المتوفرة، ومنها المادية على وجه الخصوص.

3. اختلاف في حجم المرافق، (المبنى والمقرات)...

- ويؤكدون أن الخدمات الصحية في هذه المستشفيات تحسنت كثيراً ما كانت عليه من قبل رغم أنها مازالت دون المستوى المطلوب.

ب- بالنسبة لمسؤولي العيادات الخاصة يؤكدون على وجود هذا الاختلاف لعدة اعتبارات من أهمها:

1. المستشفيات العمومية: وسائل أكثر وصرامة أكثر.

2. العيادات الخاصة: وسائل أقل وصرامة أكثر، وجودة أحسن شرط ووجود المضيف المهني.

- السؤال العاشر: ما هو واقع تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية التي تشرفون على إدارة شؤونها؟

وخصوصاً واقع تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، فقد جاءت وجهات النظر وفق وجهات متباينة هما:

أ- بالنسبة لمدير المؤسسات الاستشفائية العمومية بيرين أن هذا المفهوم دوراً أساسياً في عملية التسبيبة، ولا أثر له في الواقع العملي من حيث التطبيق في هذه المستشفيات، غير أنها تتراوح له على أنه أفق مستقبلي يسعى لتجسيده باعتبارها في بداية الطريق نحو التحديث والتطور.

ب- بالنسبة لمسؤولي العيادات الخاصة المبدعين فإن معظمهم يؤكدون على عدم وجود هذا النمط التسبيبي في الظروف الحالية رغم أن مبادئ تطبيقه متواضعة، وهو أفق مستقبلي من حيث التطبيق.

- أما بخصوص المؤسسات الاستشفائية الحالية التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاعين العام...
الفصل الثالث

مصطلحات

والخاصة عينة الدراسة في الجزائر، فُجاعت الإجابات على النحو التالي:

- السؤال الحادي عشر: في نظرة هل تطبق بعض المستشفيات العمومية في الجزائر نظام إدارة الجودة الشاملة؟ ومن هي؟

بالنسبة لرأي المбедنين من المديرين في المؤسسات الإستشفائية العمومية هم الأغلبية يرون بأنه لا يوجد تطبيق لنظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات التي يديرن شؤونها.

- السؤال الثاني عشر: في نظرة هل تطبق بعض القيادة الخاصة في الجزائر نظام إدارة الجودة الشاملة؟ ومن هي؟

بالنسبة لرأي المبدنين من المديرين في القيادة الخاصة يرون بأنه لا يوجد تطبيق لنظام إدارة الجودة الشاملة في القيادة التي يديرن شؤونها، غير أنه يمكن أن يوجد في عيادات أخرى.

وتكملة لما سبق فإن المؤسسات الإستشفائية العمومية مازالت تسير بطرق تسيير تقليدية وهي بعيدة كل البعد عن طرق التسويق الحديثة ومنها: الجودة والجودة الشاملة، وما يؤكِّد ذلك المذكرة الوزارية رقم: 01 لمد相对 المؤسسات العمومية للصحة المؤرخة في: 16 أبريل 2014 المتعلقة بوضعها جزء التنفيذ لمشروع المذكرة، وليحة القيادة ومؤشِّرات التسويق التي جاء فيها ما يلي:

- مواصلة للجهود التي تمر ب kursy 글اطلاً لمشروع تسويق ومناجم المستشفيات الصحية ضرورة وضع عقد إنجاز الأنشطة حسب التنفيذ المنصوص عليه في المذكرة رقم: 06 لمديري الصحة والسكان المؤرخة في: 08/01/2014 والمنشور رقم: 05 المؤرخ في: 30 يوليو 2013، المتعلق بإعداد تأهيل المرافق العمومية للصحة، آليات أساسية تتمثل في مشروع المذكرة، لوحة القيادة ومؤشِّرات التسويق، حيث تمت هذه الأدوات مرجع تقييم لكل التدابير التي يتم تمديد المؤسسات الإستشفائية العمومية القيام بها من أجل تعزيز خطة عملهم المتعلقة بالمشروع، وفق الآتي:

أ- مؤشِّرات التسويق (أنظر الملحق رقم: 01 من المذكرة الوزارية السابقة رقم: 01) التي تتعلق بما يلي:

* مؤشِّرات تتعدى البعالية (النوعية).
* مؤشِّرات متعلقة بالأنشطة.

ب- لوحة القيادة لتسويق JMPTU (أنظر المذكرة الوزارية السابقة رقم: 02);

ج- موجز مشروع المؤسسة (مرتكز على مشروع المذكرة المصلحة أنظر الملحق رقم: 03 من المذكرة الوزارية السابقة رقم: 01).


* تعيين أسس تنفيذية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة.
* خطة عمل تنفيذية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة.

- خطة عمل تنفيذية أوضاع الحياة المهنية فيما يخص دينية الصيدلانية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور بالجزائر.
الفصل الثالث

خطاً عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية خارجية والعلاج داخل الهيكل الاستشفائي.

- عقد نجاعة لانجاز الأنشطة حيث التنفيذ نجده موضح بالتفصيل في المذكرة رقم:06 المؤرخة في:08

جاجي 2014 في مواده من:01 إلى 18 من خلال ثلاثة أبواب كما يلي:

* الباب الأول:أساس العقد (المادتين:01 و02).
* الباب الثاني:مجال العقد (المواد من:03 إلى 11).
* الباب الثالث:وضع العقد حيز التنفيذ (المواد من:12 إلى 18).

إضافة إلى وجود جدولين كما يلي:

- الجدول 01: خاص بالأنشطة الطبية والشبه طبية.
- الجدول 02: خاص بالتميز في التسريع.

السؤال الثالث عشر: ما هي في نظرك أهم الصعوبات والمعلومات التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر؟

وформاً يتعلق بأهم الصعوبات والعراقيل التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر، فإنها عديدة ومتعددة

حسب المجموعة، ومنها:

1) نقص في التأثير وضعف في التسريع.
2) قلة الإمكانيات التشريعيه والخبراء في المجال الطبي.
3) عدم وجود مسؤولين موثوقين لعملية التأثير، مما كرس مبدأ الرجل غير المناسب في المكان المناسب.
4) نقص في اليد العاملة المتخصصة في مجال النظافة خاصة.
5) نقص واضح في عملية الاتصال والاتصال المباشر.
6) إضافة لما سبق توجد صعوبات أخرى، ومنها:
7) عدم وجود خريطة صحية واضحة للمعالم.
8) نقص في تخصصات شبه الطبي.
9) عدم الصرامة في تطبيق القوانين.
10) اللامبالاة ونقص الوسائل، بالإضافة إلى مشاكل التموين.
11) نقص في الأدوية خاصة تلك المتعلقة بالأمراض المكتشفة حديثاً.

وإذا كانت هذه النقاشات التي غير مؤثر في العمليات الخاصة، فإن دورها مستقبل في المستندات
العامة، باعتبار قطاع الصحة في الجزائر يعد من القطاعات التي تعاني من العديد من المشاكل، مما
جعل الكثير من المرضى يعيشون بعض الحقائق المرة بخلاف المصالح الاستشفائية، ويحتاج إحصاء

---

1. رشيد زنوار، مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة الخارجية، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر،
   سكرتية الجزائر، الإربعاء 05/08/2015 (مقابلة شخصية).
2. عبد الكريم بوكاكر، مديرو المؤسسة الاستشفائية الجوبوية للصحة الاستشفائية للصحيحة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر،
   غرادة، الجزائر، الإربعاء 03/06/2015 (مقابلة شخصية).
المشكلات القطاعية في الجزائر إلى جهد كبير نظراً لكتتها.

وفي الأخير يمكن القول أن وضعية الصحة في المستشفيات الجزائرية في تأزم مستمر، والوضع بها أصبح حرجا للغاية، وتحاجب إلى التفافة من قبل المسؤولين، وعلى رأسهم الوزارة الصحية في ظل المطالبة التي ما قالت تتزايد من قبل عمال المستشفيات، الذين يبحثون عن تحسين باستمرار (الإشرافات المتكررة) ومجاهدات واجباتهم اتجاه طالبي الخدمات الصحية من المرضى على اختلاف أوضاعهم وتعدد آلامهم، ومن أجل تحسين ظروف العمل في القطاع الصحي والارتقاء بمستوى الخدمات إلى مصاف الجودة لابد من إيجاد حلول جذرية، والتي لن تتأتي إلا بتنظيم حوار عام وجاد يشارك فيه جميع الشركاء من نقابات وجمعيات وخبراء فضلاً عن الإدارة المتخصصة، للتعبير عن احتياج الجزائرين في الاستفادة من خدمات صحية راقية، كما أن العيادات الخاصة نجدها في كثير من الأحيان على مسافة بعيدة في تعميق جراح القطاع الصحي العام بالنظر للصراع الخفي بين القطاعين، فمن المفروض أن تكون العلاقة بينهما علاقة تكاملية غير أن الواقع يؤسف غير ذلك نتيجة لعدة أسباب من أهمها:

أ- غلب العاملين في العيادات الخاصة هم من العاملين في المستشفيات العامة، وهذا ما يؤكده استناد العيادات الخاصة لخبرة الأطباء في المستشفيات العامة باستمرار.

ب- الكثير من الأطباء يعملون في القطاعين معاً، إذ نجد الطبيب يقوم بتشخيص المريض في القطاع العام ويطلب من المريض إجراء العملية في العيادة الخاصة أو بوسائل القطاع العام لصالح الطبيب.

وعلى حساب المستشفى العام.

ج- هروب الأطباء الأكفاء من القطاع الصحي العام إلى العيادات الخاصة نتيجة لعدة أسباب أهمها:

- وجود امتيازات مادية وغير مادية كندوام غير مكتمل.
- توفير العيادات الخاصة على أحدث وسائل التكنولوجيا.
- التنظيم المحكم الذي تميز به العيادات الخاصة، وتقلبه فوضى عارية في المستشفى العمومي.
- عدم وضوح خطوط السلطة والمسؤولية في المستشفى العمومي بالنسبة للعية الخاصة.
- كبر حجم المستشفيات العامة الذي يبرز هيكلاً تطبيقياً معاقداً، في حين نجد أن صغر حجم العيادات الخاصة يولد رؤية واضحة في تحمل المسؤولية.

وتؤكدنا للنقاش الساقي الذكر في القطاع الصحي وخصوصاً في المستشفيات العامة هو ما توضحه تعليمية الأمين العام للصحة بالجزائر عبد الحق سابيح رقم: 19 المؤرخة في: 06/آب/2014، والتي تتطلب بتحسين ظروف المرضى من حسن استقبال، وتوخي لمرتفع الصحة وظروف التقليد بالمرضى وإقامتهم;

التقنيات المختلفة على أرض الواقع، تعارضوا مع الالتزامات التي تعاقدت بها معه، التي تتعلق خاصة بانعدام النظافة، ووجود أدوات متنوية الصلاحية بالمصالح الطبية، وغياب مستخدمي المناوبة والأمن.
الفصل الثالث

إضافة إلى المشاكل السابقة توجد مشاكل أخرى يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر، والتي لا تستطيع ذكرها كاملة وإنما نحاول أن نذكر منها الآتي:

أ- ظروف العمل التي يعيشها الموظف في القطاع الصحي ليست على أحسن حال في السلك الطبي والشبه الطبي، ومن بينها:

- المقابل المادي الضعيف مقارنة بالقطاعات الأخرى خاصة المستشفيات العمومية.

- غياب الأمن في المؤسسات الصحية بصفة عامة والعمومية على وجه التحديد.

- العلاقة مع الإدارة ليست دائمًا على أحسن حال بارم.

- الاعتداءات اللزانية والجسدية التي يتعرض لها الطاقم الطبي والشبه الطبي أثناء تأديتهم للعمل.

ب- وجود تدهور في الخدمات الصحية في الجزائر، والأخص في المستشفيات العمومية التي نجدها في تزايد مستمر بسبب قلة الحلول الناجعة، وإن دل ذلك إنما يدل على توجه الكثير من المرضى الجزائريين للعلاج في الخارج وتحديداً في دول الجوار، ومنها على وجه التحديد دولة تونس الشقيقة.

- وجود فوارق كبيرة بين الخدمات الصحية المقدمة على مستوى القطاعين العام والخاص يصعب تحليلها بدءاً من الاستقبال إلى غاية العلاج، مما أدى إلى تأخر المرضى خاصة ذوي المداخيل المحدودة.

- وجود نقص كبير في الكوادر الطبية المتخصصة والأطباء بشكل عام وتحديدا في ولايات الجنوب، مما أدى إلى زيادة اتساع الفجوة في المجال الطبي بين ولايات الشمال والجنوب، مما يعمر جراح سكان هذه الأخيرة بالنظرة لما ترتيب عن مشكلة طويلة، وتحمل تكاليف مالية إضافية في ظل النقص الواضح لوسائل النقل الصحي كسيارات وطارات النقل الطبي المتخصصة.

- وجود هيمنة للجنس الأثري على حساب الجنس الآخر في قطاع الخدمات الصحية، مما ترتيب عنه وجود حساسيات بين الجنسين في المعالجة الطبية لبعض الأمراض مثل:الفحص الطبي، ووخز الإبر من النساء اتجاه الرجال والعكس صحيح.

- عدم وجود توزيع عادل للأطباء الأخصائيين على المستوى الوطني، وهذا من شأنه عرقلة التسير الجيد للمستشفيات(1).

- السؤال الرابع عشر: حسب رأيك فيما يمثل دور نظام الجودة الشاملة الذي يؤدي إلى تحسين أداء المستشفى؟ وما مدى إدراج الزبائن الداخليةيّن (العمال، الإداريين، الأطباء، الممرضين، والضيّة الخارجيين (المريضي) في المستشفى لهذا التحسين؟

- فيما يخص دور نظام الجودة الشاملة في تحسين أداء المستشفى حسب رأي المبحوثين، فيرون أن ذلك الدور يتحقق من خلال توفر الآتي:
الفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

أ- احترام التطبيق الصارم للقوانين.

ب- توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة.

ج- تحسين العمل بالهدف المرجع وطريقة تحقيقه، من خلال تضفاء الجهد والتحلي بالمسؤولية.

د- توفير وسائل الراحة للمريض المستشفى من استقبال واتصال، وتحسين ظروف العمل بالمصالح.

أما بخصوص إدراك الزيات الداخليين (الأطباء، الممرضين) والزيائنين الخارجيين (المريض) في المستشفى لتحسين الجودة الشاملة، فقد أكد معظمهم أنه يتم تضفاء الجهود والعمل المشترك.

- السؤال الخامس عشر: في نظركم هل توجد أسباب تخفج وزارة الصحة في الجزائر على تطبيق متطابقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية TQM؟

- السؤال السادس عشر: هل تتزامن الإدارة الوسطى ومن ثم الإدارة السفلى (الموظفين) في المستشفى الذي تديره سواء بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة؟ وهل هي على أتم الاستعداد لذلك؟

- السؤال السابع عشر: ما هو موقف الزيبات الداخليين (العمال، الممرضين، الأطباء، الإداريين) من نوعية الخدمات المقدمة حاليا بالمستشفى؟ وما هي توقعاتهم المستقبلية؟

- السؤال الثامن عشر: ما هي الإدارات الحسية للمستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى) من جراء مستوى الخدمات الصحية المقدمة؟

- السؤال التاسع عشر: ما هي الإدارات الحسية للمستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية فقد جاءت متفاوتة من مريض لأخر جراء مستوى الخدمات الصحية المقدمة له، وهي على النحو التالي:

أ- بعضهم دائما يشكك في خبرة الأطباء والممرضين من ذوي الكفاءات الوطنية، وأيضا يشكون من نوعية الخدمات المقدمة والأدوية ومن ثم تفاقم الوضع والآلم على صحتهم، ومنه عدم الرضا والتذمر من كل ما يقدم لهم، ويكثر هذا تحدثا في المؤسسات الاستشفائية العومية.
ب - البعض الآخر يرى عكس سابقه مما يتولد لديه الرضا عن كل ما يقدم لهم من خدمات طبية داخل المستشفى، ويكثر هذا تحديداً في العيادات الخاصة.

- السؤال التاسع عشر: ما هي في نظرك أهم الاقتراحات التي من شأنها معالجة مطاط الخلل في المستشفيات ذات جودة الخدمات الصحية المقدمة المنخفضة؟

وفي مجال الاقتراحات المقدمة من قبل المحبوسين من المديرين في المؤسسات عينة الدراسة بغية تحسين الخدمات الصحية ذات الجودة المنخفضة، فبرن ضرورة القيام بما يلي:

أ- ضرورة توفير الموارد المادية والبشرية الضرورية.

ب- اتخاذ الإطباء المتخصصين والمرضى الآخرين عملاء على طابعهم الجانب الإنسان أكثر من الجانب المادي، ويحملون روح المسؤولية وفظة الضمير، ويملكون قدرات تؤهم لتقديم خدمات طبية جيدة للمريض والمستشفى على وجه الخصوص.

ـ- ضرورة تحديد المسؤوليات وتحليل المسؤولية كاملة من فرضت لهم الصلاحات.

ـ- توفير الوسائل التي تساع الطاقم الطبي والإداري على أداء عمله، وتوفر الراحة للمريض.

ـ- رشدة وتحسين مستوى كافة فئات المستخدمين دون استثناء.

ز- السعي لإيجاد نوع من التواصل بين الزنان الداخليين (الموظفين) والزنان الخارجيين (الممرضين).

- السؤال العشرون: حسب رأيك هل توجد دواعي في الوقت الراهن لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر؟ إذا كانت الإجابة: "نعم" كيف يتم ذلك؟

وبخصوص وجود دواعي في الظرف الراهن لإصلاح المنظومة الصحية من عدمه في الجزائر، وكيف يتم ذلك، فإن إجابات المحبوسين من المديرين جاءت وفق رأيين مختلفين على النحو التالي:

أ- الراي الأول: هو رأي أغلبية المحبوسين، إجابتهم جاءت بنعم، ويرون أن ذلك يتم عن طريق الآتي:

- إشكال القاعدة في جميع القرارات المتخذة.

- القيام بالتشخيص الدقيق للوضعية الراهنة للمنظومية الصحية، ومن ثم اقتراح الحلول المناسبة.

- وضع مخططات قطاعية متساوية وطويلة المدى.

- وضع استراتيجيات تسير المستشفيات عن طريق إدخال نظام المعلوماتي في جميع المرافق الصحية.

ب- الراي الثاني: أنصار هذا الرأي يرون أنه لا توجد دواعي في الوقت الراهن لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، ويستلزم في ذلك بأن جل المسؤولين يتوجه نحو الخارج للمعالجة بأفكار بائسة على حساب خريزة الدولة، بالإضافة إلى أن الحلول التي يتم بها معالجة مشاكل القطاع الصحي ترقية ليست حلولاً جذرية، مما يتزكى في عناية دائمة للغير، ومنها على وجه الخصوص الدول الأوروبية (كنفنسا)، والدول العربية كدولتي الأردن، والدول المغاربية المجاورة كدولة تونس والمغرب.

---

1. رشيد زروال، مرجع سابق، الأرجاء: 05/08/2015 (مقابلة شخصية).

2. توفيق مختار، المنظمة العالمية للصحة الجوازية ببراء الوداد، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، باب الوداد، الجزائر، الثلاثاء: 07/07/2015 (مقابلة شخصية).
الفصل الثالث

* ويمكن الإشارة في هذا الجانب إلى أنه قد حان الوقت إلى إعادة النظر في النظام الصحي بالجزائر.

الذي أراه من وجهة نظره أنه يتطلب إدخال إصلاحات عميقة عليه من الداخل لتدرك التفاوتات بيئة
النوعية، فهناك تصحيح الاختلافات الموجودة فيه، وهذا يعني أن أهم التحديات التي تواجه
الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع الصحي من مشاكل التي نجد في تفاوتات نتيجة قلة الاهتمام
بجودة الخدمات الصحية. وقلة فعالية الحلول المنتهية رغم الإمكانات المصرفية، ورغم المجهودات
التي بذلت وإرادة تبذل إلا أنها لم ترق بعد إلى طموحات المواطنين الجزائري، مما جعله عرضة للعديد
من الانتقادات، كما أن العلاج بالخارج يكلف الدولة مالياً وبالعملة الصعبة.

السؤال الحاد والبعضون: ماذا تقترح إنجاز المنظومة الصحية مستقبلاً؟

* إنجاز المنظومة الصحي مستقبل يقترح المبدعين من المديرين الآتى:

- إعادة هيكل المنظومة الصحية من جديد.
- منح التخفيفات للمالكين في القطاع الصحي.
- توفير الموارد المادية والهياكل البشرية المطلوبة.
- تكثيف مراكز التكوين في المجال الصحي والتنوع.
- دراسة دقيقة لكل الأمور بدءًا من التنظيف الصحي للعامل والمكلف والموظف والمريض والإمكانات الموجودة،
ضمن ذلك ضرورة أن تكون أرضية المستشفى مبنية على أسس وقواعد ومقاييس عالمية ذات جودة
مبدعة، ومتواجدة في أماكن مختارة بذات وعية عن كل أنواع الضاحية حتى يصل المريض إلى الراحة
المفيدة حالياً في مستشفياتنا.

- توعية الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بحدود خطورة تحميل المسؤولية حملهم المريض
على عاتقه، وأن يكون ذلك شعبي الخلاف وإحياء ضماناتهم كل ما ينور بصرهم وبصيرتهم.

- وضع نظام صحي يتفاوت والتنمية الاقتصادية في البلاد.

- إعداد برامج وفتح المجال لتكوين في جميع التخصصات المطلوبة.

- تدريس الصحة الجوية بالنظر لفائدتها بغية تدريس الخدمات الصحية المقدمة وتنقية من المواطنة.

- تدريس الصحة في المناطق الجنوبية بإنشاء مستشفيات متخصصة للتكيف من النزوى نحو الشمال.

- إنشاء مراكز للبحث العلمي في المجال الطبى.

- إنشاء مصانع لصناعة الأدوية ذات الجودة العالمية للتكيف من فائرة استيراد الأدوية.

- تطبيق وتوسيع البرامج الوطنية للصحة ومتبعتها.

- تدريس الصحة المدرسية.

السؤال الثاني والعشرون: ما هي أهم الاقتراحات التي تعتقد أنها ضرورية ولها علاقة بتطبيق نظام
إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؟
الفصل الثالث

* أما فيما يخص الاقتراحات المعتمد أنها ضرورية وذات علاقة مباشرة بتطبيق نظام TQM في المؤسسة الصحية فبرز المستجيبون من المديرين أنها تتمثل في الآتي:

أ- أن إشراك جميع العاملين في تحسين الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى بعد أداء مثالية لتطبيق الجودة الشاملة.

ب- تحسين المجالات ولجميع العاملين في الحقل الصحي.

ج- ضرورة تحميل المسؤولية لكل عمل في المجال الذي ينتمي فيه للمستشفى.

د- الصرامة في تطبيق القوانين، والсуبي للقضاء على المفسوبية في جميع الأطراف.

ه- فتح معاهد للتكون وتوظيع جميع الأفراد العاملين بالمستشفى بضرورة تطبيق نظام الجودة في جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسة الإستشفائية.

و- إنشاء مستشفيات جامعية في الولايات الكبرى من الوطن، وتعميم تخصص الطب والشبه الطبي.

- السؤال الثالث والعشرون: ما هي المزايا التي تجعلك تفضل التعامل مع هذا المستشفى دون غيره من المستشفيات الأخرى؟

وبخصوص السؤال الذي يجعل المستجيب يفضل هذا المستشفى أو العيداه عن غيرها من المؤسسات الإستشفائية الأخرى، فبرز المستجيبون أن ذلك يعود لعدة عوامل أهمها:

ا- وجود تواصل بين الرئيس والممرضين (أي عدم وجود حواجز).

ب- قد تكون الخدمة المطلوبة تقتصر على هذا المستشفى دون غيره، مما يجعل الطالب لها مضطراً دون وجود خيار في ذلك.

ج- نوعية الخدمة المقدمة، وكذلك الطاقم الطبي وشبه الطبي المميز.

د- يزيد البعض التعامل مع من لديهم كفاءة في العمل، بالإضافة إلى عامل قرب المسافة من البيت(1).

ه- وإذا كانت الآراء السابقة للمحتجين مبنية على عوامل محددة، فإن الآراء الأخرى تؤكد على أنه لا توجد مزايا تجعلها تفضل هذا المستشفى والعبارة على غيرها؛ لأن التعامل في نظرهما يعد واحداً وبالتالي لا مجال للاختيار.

- السؤال الرابع والعشرون: ما هو تصوترك للجودة؟ وكيف تكون مكونات تحقيقها؟

وبخصوص تصور المستجيب للجودة وكيف تكون مكوناتها، فإن الآراء جاءت مختلفة واقتصرنا في هذا المجال على ذكر عينة لكل فئة منها، وهي:

أ- حرب المهنة واعتبارها مهنة شرف.

---

1- عدال بن الشيخ، طبيب بالمؤسسة الإستشفائية العمومية فرانس فانون بالبلدة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، البريدة، الجزائر، الأحد:16/08/2015 (مقابلة شخصية).
الفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

ب- الصرامة في تطبيق القوانين.

ج- من خلال التدريب المستمر للموارد البشرية والمادية.

د- ضرورة أن يكون ذلك متبناً على دراسات دقيقة وفقاً لمعايير تكون مكونات تحقيقها على يد أصحابهن وأكفاء وممرين على ممارسة مثل هذه الأعمال.

ه- أن يكون هذا التصور مبنياً على عدة جوانب منها: نوعية الخدمة المقدمة، وضرورة توفير التعامل الجيد مع المرضى، مما يؤدي إلى أن تكون المؤسسة الإستثنائية سمعة طيبة.

و- أن يتم ذلك دائمًا على أساس أن الخدمة المقدمة يغلب عليها طابع النزاهة من جميع النواحي، وتكون مكونات تحقيقها هي وضع الموظف المناسب في مكان العمل المناسب عن طريق عملية الانتقاء.

السؤال الخامس والعشرون: هل يمكن تجسيد مصلحة إدارة الجودة في المستشفيات؟

* فيما يخص إمكانية تجسيد مصلحة إدارة الجودة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة في الجزائر، فإن الإجابات كلها جاءت بنعم، ورأى أحدهم أن تجسيد ذلك ينبغي أن يكون رئيس هذه المصلحة متشابهاً بثقة الجودة.

السؤال السادس والعشرون: فيما تمثل صعوبات تحقيق الجودة في الخدمة الصحية في المستشفى العام أو الخاص (التنظيم، القانون، إلخ)?

* أما بخصوص الصعوبات التي حالت دون وجود مصلحة الجودة في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة إلى غاية الوقت الحالي، فإنه الكثير منهم أن ذلك يعود لعدة عوامل أهمها:

أ- عدم احترام القوانين المعمول بها على مستوى المؤسسة الصحية.

ب- أن المحسوبة طغت على تقديم الخدمة لطالبيها من المرضى.

ج- لا يوجد تنظيم دقيق في العمل لكونه يتم بطريقة عشوائية، مما يؤدي إلى عدم تحقيق النتيجة المرجوة.

د- نقص التوعية بالمستشفيات بالنسبة لكل من مقدم الخدمة (الموظف) والمستفيد منها (المرضى).

ه- وجود فوضى بالمستشفى من خلال التصرف التقليدي.

و- الإطار القانوني الذي تسير به المؤسسات الاستثنائية العمومية ما زال دون المستوى المطلوب بدليل أن الموظف يكون مقيداً ببعض القوانين تجعله غير قادر على التصرف مع تحمل المسؤولية، أي إن الإبداع منعدم في ظل هذه القوانين.

ز- وضع المصلحة الشخصية فوق كل اعتبار.

انطلاقاً مما سبق فإن إدخال إصلاحات في المجال الصحي أصعب أكثر من ضرورة باعتباره ذو حساسيّة خاصة، لتأثيره المباشر على حياة الفرد، وتعتبر هذه الإصلاحات من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع من مشاكل تفاقمت بكتلة نتيجة قلة الاهتمام بجودة الخدمة.

1: محمد عبد بن ساري، المدير العام لعئادة بن ساري الخاصة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، وهران، الجزائر، الأربعاء: 29/07/2015 (مطلبية شخصية).
الفصل الثالث

الصحة بالنظام الكافى وقلة فعالية الحلول المتبقية والإمكانيات المسجية لتحسين وضعية المؤسسات الصحية، ورغم الجهود التي بذلت ومازالت تبذل إلا أنها لم ترق إلى المستوى المطلوب من طرف المواطن الجزائري، مما جعل العديد من المستشفيات في السنوات الأخيرة محل للعديد من الانتقادات في عدة مجالات بسب ما هو محقق من نتائج، والتي لم ترق للمستوى المطلوب مقارنة بدول الجوار (تونس، المغرب)، الأمر الذي أدى بالقائمين على القطاع بخلق العديد من الورشات لتدارس وتستجوب أسباب الاختلاف وتدارك وسائل الفشل قبل استفاها، خصوصا وأنها تعلقت بعدة مواطن، فالبعض يراجعها لنقص التأثير البشري، في حين يراجع البعض الآخر لغياب أسلوب أمثل للتمويل، والبعض يراجعها لضعف أنظمة المعلومات الفعالة واستخدام تكنولوجيا معلومات واتصالات حديثة من شأنها أن ترفع من مستوى الخدمة المقدمة...الخ، ويعتبر صحة الأفراد تمثل الحافز الداعم لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي دولة، ولا يمكن تحقيقه إلا من خلال الاعتناء بمطالب المستشفى، وزيادة الاهتمام به سواء عن طريق القطاع الخاص أو العام وساهم الهيئات والجمعيات الخيرية.

1 - 2 - الاستبيان:

تم توزيع سبعين (70) استبيان على جميع أفراد عينة الدراسة على مستوى بعض المصالح الموجودة في المؤسسات الاستشفائية العمومية، وثمانين (80) استبياناً على جميع أفراد عينة الدراسة على مستوى المصالح الموجودة في العيادات الخاصة.

وقد تم استرجاع خمسة وستين (65) استبيان من المؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بنسبة استرجاع (85.28%) منها: واحد وستون (61) مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، أما بالنسبة للعيادات الخاصة محل الدراسة، فقد تم استرجاع تسعة وستين (69) استبياناً وذلك بنسبة استرجاع إجبارية قدرت بـ (86.25%)، منها: تسعون وستين (62) استبياناً مستوفية لشروط التحليل الإحصائي، والجدول الموالي يوضح عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجة ونسبتها على مستوى كل قطاع من القطاعات المدروسة.
الفصل الثالث

جدول رقم (3.3): عدد الاستيابات الموزعة والمسترجعة والمستوفاة للشروط على مستوى كل قطاع

<table>
<thead>
<tr>
<th>القطاع الخاص</th>
<th>المستشفيات العامة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مسمى الاستيابة</td>
<td>مسمى الاستيابة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>صحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>صحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>صحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>صحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة العامة</td>
<td>الصحة العامة</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3- وجود تراجع في انتشار المستشفيات والعيادات على مستوى جهات الوطن رغم ارتفاع الثقافة السكانية وتنوع السلوكيات الثقافية.
4- وجود فارق كبير في حجم مقرات المستشفيات وعدد العاملين بالمؤسسات الإستشفائية العامة مقارنة بالعيادات الخاصة.
5- إن نسبة استرخاج الاستبيانات الموزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العامة والمقدرة ب: (92.85%), أفضل من مثيلتها في العيادات الخاصة والمقدرة ب: (86.25%), وهذا رغم الاختلاف البسيط في عدد الاستبيانات الموزعة بين القطاعين، ويعود ذلك أساساً إلى الاهتمام الذي أبداه رؤساء المصالح في المستشفيات العامة مقارنة بالعيادات الخاصة.
6- بلغت نسبة استرخاج المستشفيات العامة لدى كل من مستشفى سيدي عقية ببسكرة والأزهر رحماني بالعامة وأبن سينا بولاية أدرار بنسبة 100%, أما على مستوى العيادات الخاصة فبلغت نسبة الاسترخاج ذاتها (100%) بكل من عيادة عباد بولاية وهران وعيادة ملياني بولاية معسكر.
7- النسبة العالمية للاستبيانات المملوكة بشكل صحيح بلغ في شكله الإجمالي بين مستشفيات القطاعين (82%) وهذا يدل على قبول الموظفين (الأطباء، الممرضين، الإداريين) للأستبيان وعلى طريقة صياغة الأسئلة وسهوية فهمها، ويمكن توضيح طريقة حساب النسبة السابقة على النحو التالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة الاستبيانات المقبولة في مستشفيات القطاع العام هي:</th>
</tr>
</thead>
</table>
| \[
\% 87.14 = \frac{61}{70}
\]
| النسبة الاستبيانات المقبولة في العيادات الخاصة هي: |
| \[
\% 77.30 = \frac{62}{80}
\]
| النسبة الاستبيانات المقبولة في القطاعين معاً هي: |
| \[
\% 82 = \frac{123}{150} = \frac{(62 + 61)}{(80 + 70)}
\]
| النسبة الاستبيانات المرفوضة في مستشفيات القطاع العام هي: |
| \[
\% 12.85 = \frac{19}{70}
\]
| النسبة الاستبيانات المرفوضة في القطاعين معاً هي: |
| \[
\% 22.50 = \frac{18}{80} = \frac{(62 - 61)}{80}
\]

* ويمكننا تفصيل معطيات الجدول السابق، حسب بعض المصالح التي أجريت فيها الدراسة بالنسبة لكل مستشفيات القطاع العام والخاصة لكل قطاع على حدة، وفق معطيات الجداول الموالية:


الفصل الثالث

الجدول رقم (3.4): عدد الاستيبيات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى مستشفيات القطاع العام

<table>
<thead>
<tr>
<th>اسم المستشفى</th>
<th>مصلحة التحاليم الطبية</th>
<th>مصلحة الكشف العام</th>
<th>مصلحة الطب الداخلي رجال</th>
<th>مصلحة الاستيبيات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>الحد الاستراج (عدد)</td>
<td>نسبة الاسترجاع (%)</td>
<td>الحد الاستراج (عدد)</td>
<td>نسبة الاسترجاع (%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
<td>01</td>
<td>01</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>03</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
<td>01</td>
<td>01</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>66.67</td>
<td>02</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>03</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>92.86</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:
1- أن أغلب نسب الاستيبيات المسترجعة من المصالح جيدة.
2- أن أعلى نسبة استرجاع للاستيبيات الموزعة على عينات الدراسة (أطباء، ممرضين، إداريين)سجلت في كل من: مصلحة الطب الداخلي رجال، ومصلحة جراحة العظام، ومصلحة الأشعة بنسبة (100%).
الفصل الثالث
دراسة حالة الموظفين

- الجدول رقم (5.3): عدد الاستيابات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترخاج حسب بعض العيادات الخاصة

<table>
<thead>
<tr>
<th>اسم العيادة</th>
<th>عدد الاسترياج (م)</th>
<th>نسبة الاسترياج (%)</th>
<th>عدد الاستيابات الموزع (م)</th>
<th>نسبة الاستيابات الموزعة (%)</th>
<th>عدد الاستيابات المسترجعة (م)</th>
<th>نسبة الاستيابات المسترجعة (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>النبي (قير)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>أولاد (قير)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>04</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>عباس (قير)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>مهنا (قير)</td>
<td>80</td>
<td>04</td>
<td>80</td>
<td>05</td>
<td>80</td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>ابن سهاء (قير)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>75</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>الغازلي (قير)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>05</td>
<td>80</td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>رافق الفوج (قير)</td>
<td>100</td>
<td>04</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>66.67</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>9091</td>
<td>10</td>
<td>94.12</td>
<td>16</td>
<td>77.78</td>
<td>07</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:
1- أن أغلب نسب الاستيابات المسترجعة من المصالح جيدة.
2- أن العيادات التي تم استرخاجها بها كل الاستيابات من قبل المصالح تمثلت في عيادة عباس (قير) وعيادة مهنا (قير) بنسبة (100%).
3- أن أعلى نسبة استرخاج لlesiابات تم على مستوى مصلحة التحاليل الطبية بنسبة: (91.9%)، وأقلها تمت على مستوى مصلحيتى: جراحة العيون والجلدية بالمنطقة بنسبة: (77.78%)، وقد يعود ذلك لعدة أسباب من بينها:
   - الحركة المكثفة والنقل الدائم للمرضى داخل هذه المصالح.
   - الانتشال المستمر لعمل هذه المصالح (أطباء ممرضين، إداريين) من شأنه أن يؤدي إلى ضياع الاستيابات وعدم تقديمها في الوقت المخصص لدفعة.
4- ويعود تفصلاً لجميع الاستيابات المسترجعة على مستوى المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، تبين لنا أنه يوجد مجموع من الاستيابات غير صالحة للتحليل الإحصائي ومن الضروري إلغاؤها لعدة أسباب من أهمها:
   - البيانات ناقصة وغير مؤذية للغرض.
الفصل الثالث

- وجود معلومات مكررة (إجابةين أو أكثر في نفس البدن).

والجدول الموالي يوضح لنا عدد الاستبيانات الملغاة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة.

- الجدول رقم (6.3): عدد الاستبيانات الملغاة على مستوى مستشفيات كل قطاع

<table>
<thead>
<tr>
<th>المستشفيات الخاصة</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اسم المستشفى</td>
<td>اسم العيادة</td>
</tr>
<tr>
<td>سيدي عقبة (습니까)</td>
<td>الضياء (ورقة)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>الرنا (عرايبة)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>عين النبي (عرايبة)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>السيدة مي زيادة</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>المركبة (سيدة بلعباس)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ابن ساعدة (بائنة)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>الرما (عرايبة)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>رفاق النصر (الجزائر)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>المستشفيات العامة</th>
<th>العيادات العامة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اسم المستشفى</td>
<td>اسم العيادة</td>
</tr>
<tr>
<td>اللذعة (ديماس)</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>فرانس فانوس (البلدة)</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>/</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على البيانات المتوفرة.

التعليمات:

عدد الاستبيانات الملغاة: تضمن كل من الاستبيانات الضائعة وغير المستوفاة للشروط، حيث:

عدد الاستبيانات المستورجة ≠ عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط.

يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة إلغاء الاستبيانات كانت أقل في المؤسسات الاستشفائية العمومية مقارنة بالعيادات الخاصة، حيث بلغت: 13.85% في مستشفيات القطاع العام، وتعتبر ذلك في العيادات الخاصة إذ بلغت نسبة: 26.08%.

2- صعوبة الوصول إلى عينة الدراسة وخاصة الأطباء بسبب انشغالهم طوال فترة العمل في العمليات الجراحية ومتابعة مرضاءهم، إضافة إلى الاجتماعات الدورية.

3- النظام الداخلي للمستشفيات يحد من التنقل داخل المصالح لكل من هو دخيل على المصلحة بسبب القوانين المطبقة.

4- عدم التزام عمال الإدارة بالمواصفات المحددة من قبلهم، وهذا راجع للعمل الإداري الكثيف ومن بينها تلك التي لا تستدعي التأجيل أو التأخير نتيجة لارتباطها بأعمال الإدارة العليا.

1- معلومات شخصية عن عينة الدراسة:

يتم في هذا المجال تحليل المعلومات الشخصية للجزء الأول من الاستبيان الخاص بفئة الموظفين
المبحثين في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر (انظر الملحق رقم: 05) وفق التحليل التالي:

1- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير الجنس كما يلي:

الجدول رقم (7.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجنس</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>مستشفيات القطاع العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>التكرارات</td>
<td>التكرارات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>الجنسية المنوية</td>
<td>الجنسية المنوية</td>
</tr>
<tr>
<td>ذكور</td>
<td>52.46</td>
<td>47.54</td>
</tr>
<tr>
<td>إناث</td>
<td>32</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتياماً على نتائج spss.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة الذكور في مستشفيات القطاع العام أكبر من نسبة الإناث حسب نسبة المبحوثين، في حين

2- أن نسبة الإناث تعد الأكبر مقارنة بنسبة الذكور على مستوى مستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة معًا وهذا أمر طبيعي، ويمكن تفسير ذلك على أن معظم الإناث يجذبون اللجوء إلى مهنة التمريض ومعالجة المريض، لأنهم أكثر اهتماماً بهذا الجانب مقارنة بعصر الذكور.

- الشكل رقم (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

المصدر: من إعداد الباحث اعتياماً على نتائج Excel.

- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات كل قطاع، حسب متغير الفئات العمرية كالتالي:
- الجدول رقم (3.8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

<table>
<thead>
<tr>
<th>العمر</th>
<th>النساء الممنوبة</th>
<th>الرجال الممنوبة</th>
<th>النساء المتزوجات</th>
<th>الرجال المتزوجات</th>
<th>النساء المتزوجات</th>
<th>الرجال المتزوجات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 20 سنة</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>من 20 وافق من 40 سنة</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>من 40 وافق من 60 سنة</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>من 60 إلى ما فوق</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

أن توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية؛ حيث يلاحظ أن معظم أفراد العينة هم من فئة [20 - 40] بنسبة 56.10% والمقدر عددهم بـ: 56.10% (69) فرداً على مستوى القطاعين العام والخاص معاً، وهي موزعة بنسبة متقارنة بالنسبة لكل قطاع، تلتها في الترتيب الفئة العمرية: [20 - 40] بنسبة 22.80% والمقدر عددهم بـ: 22.80% (28) فرداً على مستوى القطاعين معاً، ثم تلتها الفئة العمرية [60 سنة فما فوق] بنسبة 18.70% والمقدر عددهم بـ: 18.70% (23) فرداً على مستوى القطاعين معاً، وأخيراً الفئة العمرية [40 سنة فما فوق] بنسبة 56.10% والمقدر عددهم بـ: 56.10% (69) فرداً على مستوى القطاعين معاً، ويلاحظ أن أفراد الفئة الأخيرة قليل جداً بالمقارنة مع باقي الفئات الأخرى من المبحوثين، ويعد ذلك لأن سن التقاعد هو 60 سنة ويتطلب الاحتياط يعد قليل من الذين يتجاوز هذا السن على مستوى المؤسسات الوطنية لاعتبارات خاصة بالتسجيل نظراً للفائتتهم وعدم وجود بدائل يبرؤهم، ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما يلي:

- الشكل رقم (3.2): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير المؤهل العلمي كما يلي:
- الجدول رقم (3.9): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>نسبة المجموع</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>مستشفيات القطاع العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>مجموع</td>
<td>التكرارات</td>
<td>النسبة المئوية التكرارات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>النسبة المئوية</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ذوي المستوى الجامعي</td>
<td>46</td>
<td>25</td>
<td>54.32%</td>
</tr>
<tr>
<td>ذوي المستوى الثاني</td>
<td>51</td>
<td>26</td>
<td>41.93%</td>
</tr>
<tr>
<td>ذوي المستوى الثالث</td>
<td>26</td>
<td>11</td>
<td>17.74%</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>123</td>
<td>62</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

- يتضح لنا من الجدول أعلاه أن النسبة الأولى من أفراد عينة الدراسة في القطاعين العام والخاص هم ذوو المستوى الجامعي بنسبة 41.50% والتي توزع بنسبة:3:93% بالنسبة للعيادات الخاصة وبنسبة: 40.98% بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية وهو يمثل جابياً إيجابياً بعكس حقيقة التحسن الملحوظ في المستوى الدراسى للأفراد الذين يتم توظيفهم في القطاع الصحي من سنة إلى أخرى، تلبى في المرتبة الثانية ذوات المستوى الثاني بنسبة 37.40% إجمالى موزعة بنسبة: 40.32% بالنسبة للعيادات الخاصة و34.43% بالنسبة لمؤسسات القطاع العام، أما النسبة الأضعف فتمثل في الفئة التي تحمل شهادة ماجستير أو دكتوراه بنسبة إجمالى تقدر بنسبة: 21.10% وتوزع بين القطاعين كما يلي: 24.59% بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية، و17.74% بالنسبة للعيادات الخاصة، وخصوص فئة العمالة المتحصين على مستوى دراسي متوسط وابتدائي فإن عدها قليل، ويعود ذلك حالياً لتطور شروط التوظيف على مستوى القطاع الصحي، ويمكن توضيح ذلك ببياناً وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (3.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة:

يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات
الفصل الثالث

القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير الوظيفة كما يلي:

- الجدول رقم (10.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الوظيفة</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>القطاع العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>الكنىادات</td>
<td>الكنىادات</td>
</tr>
<tr>
<td>طبي أو شبه طبي</td>
<td>67.21</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>إداري</td>
<td>32.79</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100</td>
<td>61</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss

* نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة في مستشفيات القطاعين تقدر ب: 69.92% وتخليص ذوي الوظيفة طبي أو شبه طبي، التي نجد توزع حسب كل قطاع كما يلي:
* ما نسبته 67.21% تخص المؤسسات الاستشفائية العمومية.
* ما نسبته 72.58% تخص العيادات الخاصة، هذه الأخيرة تعني استقطاب العدد الأكبر من ذوي الوظيفة وجلبهم من القطاع العام مقابل مزايا مادية بغية تحسين مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.
* أما وظيفة إداري ف'):ت في المرتبة الثانية بنسبة: 30.08% موزعة بين مستشفيات القطاعين كما يلي:
* ما نسبته 32.79% بالنسبة للمستشفيات العامة وما نسبته 27.42% بالنسبة للعيادات الخاصة.

ومن الطبيعي أن تجد عدد مهني وظيفة الطبي وشبه الطبي أكثر عددًا من الإداريين في القطاع الصحي باعتبار هذا الأخير قطعاً خدمياً، حيث يجد عملاء يركزون على تقديم الخدمات الصحية لطبيبيها من زوارهم في المرضى ومرافقهم، ويمكن توضيح ذلك ببياناً وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (4.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel
الفصل الثالث

- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية:

ينظر إلى الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستويات الخبرة في القطاع العام والiotics الخاصة، حسب متغير الخبرة المهنية كالتالي:

- الجدول رقم (11.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

<table>
<thead>
<tr>
<th>الخبرة المهنية</th>
<th>الكثارة</th>
<th>القياسات الخاصة</th>
<th>مستويات القطاع العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 5 سنوات</td>
<td>58.06</td>
<td>36</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>من 5 سنوات إلى 10 سنوات</td>
<td>25.81</td>
<td>16</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>أكثر من 10 سنوات</td>
<td>16.13</td>
<td>10</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100</td>
<td>62</td>
<td>61</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد البحث اعتماداً على نتائج SPSS

* يتضح لنا من معطيات الجدول أعلاه أن النسبة الأعلى من أفراد عينة الدراسة في القطاعين العام والخاص هم من ذوي الخبرة أقل من خمس سنوات بنسبة: 44.71% التي تتوزع بين القطاعين بنسب متقاربة، تليها على التوالي ذوي الخبرة من 5 إلى 10 سنوات وأكثر من 5 سنوات نسب متقاربة، وما يميز الفنين الأخيرتين من الخبرة المهنية أنه يوجد تفوق في هذا المجال للقطاع العام مقارنة بالعائدات الخاصة، ويعود ذلك لعدة عوامل من بينها الأقدمية في ممارسة النشاط، إضافة إلى ذوي الخبرة في العائدات الخاصة أغلبهم جاءوا من مستويات القطاع العام نتيجة وجود مزايا مادية محفزة على العمل، ويمكن توضيح ذلك بيانيا وفق الشكل التالي:

- الشكل رقم (5.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

- المصدر: من إعداد البحث اعتماداً على نتائج Excel
الفصل الثالث

5- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى:
يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير نوع المستشفى كما يلي:

الجدول رقم (3.12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>النوع المستشفى</th>
<th>التكرارات</th>
<th>المج. التكرارات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مستشفى حكومي</td>
<td>71</td>
<td>57.70</td>
</tr>
<tr>
<td>عيادة خاصة</td>
<td>52</td>
<td>42.30</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>123</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج spss.

- يتضح لنا من معطيات الجدول أعلاه وجود نوعين من المستشفيات، وهما مستشفيات عامة تابعة للدولة والعيادات الخاصة، وكلاهما ينتمي في القطاع الصحي بدولة الجزائر، إذ نجد أن النسبة الأعلى لأفراد عينة الدراسة تعود لمستشفيات القطاع الحكومي بنسبة:70% تليها في المرتبة الثانية العيادات الخاصة بنسبة:30%.

- يمكن توضيح ما سبق من الشكل البياني التالي:

- المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج Excel.

6- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى:
يوضح الجدول الموالي توزيع فئة الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) عينة الدراسة بالنسبة لمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة، حسب متغير مكان المستشفى كما يلي:
- الجدول رقم (13.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجهة من الوطن</th>
<th>العيادات الخاصة التكرارات</th>
<th>مستشفيات القطاع العام التكرارات</th>
<th>مكان المستشفى/العارة التكرارات</th>
<th>نسبتها المئوية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ولايات الجنوب</td>
<td>6.50</td>
<td>08</td>
<td>7.30</td>
<td>09</td>
</tr>
<tr>
<td>الجنوب</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الشرق</td>
<td>5.70</td>
<td>07</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الغربي</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دول</td>
<td>8.10</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الغربي</td>
<td>8.10</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الجزائي</td>
<td>5.70</td>
<td>07</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الشرق</td>
<td>4.10</td>
<td>05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الغربي</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دول</td>
<td>4.90</td>
<td>06</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الغربي</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنوب</td>
<td>4.90</td>
<td>06</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الغربي</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>عموم</td>
<td>50.40</td>
<td>62</td>
<td>49.50</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS

- ملاحظات:

1- تم ترتيب المستشفيات في الجدول أعلاه حسب مكان تواجدها بالولايات وفقًا للرمز الذي سبق إعطاؤه في البداية لكل ولاية.

2- عدد التكرارات يمثل عدد الاستجابات المستوفاة للشروط.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية مقارنة بعدد العيادات الخاصة.

2- توزيع المؤسسات الاستشفائية متماثل؛ حيث تم اختيار ثلاث مؤسسات على مستوى خمس جهات في الوطن دون تميز فيما بينها.

* ويمكن توضح معطيات الجدول السابق بيانياً من خلال الشكل البياني التالي:
- الشكل رقم (7.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان المستشفى

- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.

- المعالجة الإحصائية للبيانات:

للقيام بعملية التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات هذه الدراسة استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي "spss" طبعة 22، وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:
- التوزيعات التكرارية، والنسب المئوية;
- المتوسطات الحسابية;
- اختبار الانحدار والارتباط؛
- "likert scale"، وذلك بكتابة الإجابة عن فقرات الاستبيان بناءً على القيم التي يوضحها الجدول التالي:
- الجدول رقم (14.3): مقياس ليكرت الثلاثي المعتمد

<table>
<thead>
<tr>
<th>درجة الموافقة</th>
<th>غير موافق</th>
<th>محايد</th>
<th>موافق</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- الأهمية التنبؤية لوحدات القياس على سلم "ليكرت" ذات ثلاث درجات، التي تم تحديدها وفق القياس:

البند الأولي لليكرت = الحد الأدنى لليكرت
البند الثاني لليكرت = الحد الأعلى لليكرت
عدد مستويات القياس

الأهمية للتنبؤة = \( \frac{2}{3} - \frac{1}{3} \) = 0.66

ومنه يقسم مدى القياس إلى ثلاث مستويات بمقدار 0.66 للمستوى، كما هو مبين في الشكل أدناه:
الفصل الثالث

- الشكل رقم (8.3): مستويات سلم القياس لعبارات الاستبيان

المصدر: من إعداد الباحث على ضوء معطيات الحساب السابقة.

- يتم حساب المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح)، ثم يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط المرجح كما يلي:
  - المستوى المنخفض: من 1.00 إلى 1.66 غير مواقف;
  - المستوى المتوسط: من 1.67 إلى 2.32 محايدة;
  - المستوى المرتفع: من 2.33 إلى 3.00 مواقف.

- تقييم محاور الاستبيان:
  لقد تم استخراج الوسط الحسابي والإحرازات المعياري، لوصف إجابات عينة الدراسة من كلا القطاعين على نحو ما جاء في قفرات القسم الثاني من محاور الاستبيان الموالية (انظر الملحق رقم:06) كما يلي:

- الجودة الشاملة:

  يتم التطرق في هذا العنصر لكل من درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة والدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.

- درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة:

  1- الجدول الموالي بين المفاهيم المستخدمة، والإحرازات المعيارية، واتجاه الإجابة بالنسبة للمقيمين من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات والعيادات التي تمت فيها الدراسة.

- الجدول رقم (15.3): المفاهيم الحسابية والإحرازات المعيارية لدرجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاتجاه</th>
<th>الإحراز</th>
<th>المتوسط</th>
<th>العميل</th>
<th>رقم الدراسة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.88</td>
<td>2.14</td>
<td>1</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.79</td>
<td>2.49</td>
<td>2</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.83</td>
<td>2.29</td>
<td>3</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.86</td>
<td>2.15</td>
<td>4</td>
<td>04</td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.89</td>
<td>2.06</td>
<td>5</td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.89</td>
<td>2.06</td>
<td>6</td>
<td>06</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS

نلاحظ من الجدول السابق، أن اتجاهات عينة الدراسة من المؤسسات الاستثنائية العمومية والعيادات الخاصة تجاهها كله نحو عبارة محايد بالنسبة للعوامل (1-6) معاً عبارة رقم:02 التي تعد إيجابية ذات اتجاه محايد حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لدرجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام إدارة
الفصل الثالث
دراسة حالة الموظفين

الجودة الشاملة في خدمات المستشفى العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر بمتوسط حسابي ما مقداره ب: (2.0)، وبانحراف معياري(0.85)، وباتجاه محايد، كما بلغ متوسط حسابي بين الفترات (2.49) بالنسبة للفترة رقم(02)، وأدى متوسط حسابي كان بالنسبة للفترتين الماضية والسادسة بـ (2.06)، وهو ما يؤكد إمكانية التزام إدارة المستشفى سواء أكان في القطاع العام أم العيادات الخاصة بنظام إدارة الجودة الشاملة عند تطبيقه باعتبار أن مستشفيات القطاع العام مازالت بعيدة نسبياً عن التطبيق كله لا زالت تسير حاليًا بطرق تسيير تقليدية كعمد النجاعة، في حين نجد أن بعض العيادات الخاصة بالنظام لإمكانية بها نجدها مهولة تطبيق متطلبات TQM مستقبلاً.

2 - الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى:

الجدول رقم(16.3) الموالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى.

- الجدول رقم(16.3):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاتجاه</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>العيانة</th>
<th>رقم الدراسة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.88</td>
<td>1.95</td>
<td>07</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.87</td>
<td>1.98</td>
<td>08</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.88</td>
<td>1.99</td>
<td>09</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.85</td>
<td>2.22</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محايد</td>
<td>0.83</td>
<td>2.11</td>
<td>11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>موافق</td>
<td>0.79</td>
<td>2.41</td>
<td>12</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS

من معطيات الجدول أعلاه نجد أن أعلى متوسط حسابي لهذه الفترات بلغ: (2.41) بالنسبة للفترة رقم(12)، وهو ما يشير إلى الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في الرفع من أداء المستشفى اتجاه الخدمات الصحية المقدمة لطالبها من المرضى، أما أقل متوسط حسابي فقد بلغ: (1.95) بالنسبة للفترة رقم(07) باتجاه محايد وهو قريب من غير موافق، وهذا ما يشير إلى أن التدريب الذي يوفره المستشفى لعماله مازال دون المستوى المطلوب أو أنه يتم بصورة غير عادلة بين جميع فئات الموظفين من أطباء وممرضين وإداريين وعمال، وما ينطبق على هذه الفتره ينطبق أيضاً على الفترات رقم(08) و(09).
الفصل الثالث

(11) و(12) في اعتبار المستشفي في القطاعات العام والخاص مازال دون المستوى في عملية التطبيق والتدريب لعماله على أسسية جودة الخدمة الصحية وتحسينها من خلال الاستماع لرأي الزبائن والعمل منه، ويمكن اعتبار ذلك صحيحاً باعتبار مصطلح الجودة من المضمنات الحديثة في علوم التسويق، وأن العمل الجماعي بالمستشفي ما يزال ضعيف بالمقارنة بالعمل الفردي، كما يمكن الإشارة إلى أن مستشفيات القطاع الحكومي تتميز بشكل تنظيمي معقد بالنظر لكثرة المصالح فيه التي تربطها علاقات متداخلة ومعقدة بالمقارنة بحل المستشفيات الخاصة، وقد بلغ المتوسط الحسابي العام للفقرات (13-18) ما مقداره (2.10) بانحراف معياري يقدر ب: (0.85) وياتجاه مانيد.

- جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى

يتم التركيز في هذا العنصر لمستوى الأداء في المستشفى من خلال معطيات الجدول رقم (3.2) الذي يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واتجاه الإجابة بالنسبة للمبحوثين من الموظفين في المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة التي تمت فيها الدراسة في الجزائر.

- الجدول رقم (3.1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الأداء في المستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاتجاه</th>
<th>الانتشار المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>القيمة</th>
<th>رقم القياس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.85</td>
<td>2.32</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.82</td>
<td>2.24</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.81</td>
<td>2.32</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.81</td>
<td>2.17</td>
<td>16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.86</td>
<td>2.24</td>
<td>17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>موافق</td>
<td>0.80</td>
<td>2.49</td>
<td>18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ملكي</td>
<td>0.82</td>
<td>2.30</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS

نلاحظ من معطيات الجدول أعلاه أن معظم إجابات الفقرات (13-18) جاءت باتجاه ملكي بمتوسط حسابي عام (2.30) وبانحراف معياري (0.82) واتجاه ملكي؛ حيث بلغ أعلى متوسط حسابي (2.49) بالنسبة للفترة رقم (18) وهذا ما يؤكد بأن أغلبية المستجيبين قد أشاروا إلى أن التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة من شأنه أن يجعل المستشفى يحقق الأهداف التي يرقبها من عملية التطبيق سواء أكان قطاع عام أم خاص، أما أدنى متوسط حسابي فكان بالنسبة للفترة رقم (16) بمقدار (2.17) وهذا ما يؤكد من خلال المبحوثين من الموظفين بأن نظام TQM هو أسلوب مازال لم يطبق في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة الجزائرية عينة الدراسة رغم الإمكانيات التي توفر عليها.
والتي تؤهلها مستقبلًا لتطبيقه في الميدان.

- 1 - 3 - درجة الولاء للمستشفى بناءً على الخدمات المقدمة:

يتم النظر في هذا العنصر للرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى لتحقيق الجودة وفق الآتي:

1 - الرضا الوظيفي للموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) بالمستشفى يحقق الجودة:

يوضع الجدول الموالي المتوسطات الحسابية والإحرازات المعيارية واتجاه الإجابة بالنسبة لفئة المفحوصين من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) في المستشفيات عينة الدراسة بالجزائر.

- الجدول رقم(18): المتوسطات الحسابية والإحرازات المعيارية للرضا الوظيفي للموظفين بالمستشفى يحقق الجودة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاتجاه الم.MOUSE</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>القيمة</th>
<th>رقم الدراسة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مخالف</td>
<td>0.88</td>
<td>2.14</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مقبول</td>
<td>0.76</td>
<td>2.54</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محدد</td>
<td>1.90</td>
<td>3.82</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محدد</td>
<td>0.92</td>
<td>2.02</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ال مصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS.

انطلاقاً من معطيات الجدول أعلاه ينصح لنا أن إجابات أفراد عينة الدراسة من موظفي المستشفيات الاستجابة الجميلة والعيادات الخاصة كانت كلها سلبية باتجاه محاذ نحو الفقرات (19 - 24)، باستثناء العبارة رقم (24) التي جاءت باتجاه موافق، وأن أعلى متوسط حسابي لهذه الفقرات بلغ (2.54) بالنسبة للفرقة رقم (24)، وهو ما يشير إلى عدم رضا الموظفين وظيفياً بالمستشفى الذي يعملون به وسعيه إلى تحقيق الجودة انطلاقاً من الخدمات الطبية التي يقدمها لطالبيها من المرضى ومرافقهم، أما أقل متوسط حسابي فقد بلغ (1.92) بالنسبة للفرقة رقم (23) وباتجاه محاذ، وهو ما يؤكد على أن المستشفيات العامة، والعيادات الخاصة بأقل درجة لم تعط بعد السكينة الأساسية للخدمات العامة بالمستشفى (الهاتف، البريد، كفايتي...إلخ). خصوصاً وأن هذه الخدمات العامة من شأنها أن تساعد المرضى وذويهم على اختيار المستشفى الذي يوفرها على غيره وتجعل مقصدًا لهم، كما أن الخدمات العامة من شأنها أن تساعد على التحسين للخدمات الصحية المقدمة والرقي بها نحو درجات أحسن، وقد بلغ المتوسط الحسابي لكل الفقرات ما مقداره (2.14) وبانحراف معياري (0.88) وباتجاه محاذ. وبناءً على ما سبق يمكن تلخيص المستوى العام لأداء المؤسسة الاستجابة ووضع الخدمات الصحية
بالإضافة إلى ذلك، إن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة يساعد في زيادة احتراف الموظفين، مما يؤدي إلى تحسين نوعية الخدمات الصحية في المؤسسات المستشفوية.

<table>
<thead>
<tr>
<th>- الترتيب</th>
<th>المقدار</th>
<th>الاتجاه</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>01</td>
<td>0.85</td>
<td>محيد</td>
<td>2.20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>0.85</td>
<td>محيد</td>
<td>2.11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>0.82</td>
<td>محيد</td>
<td>2.30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>0.88</td>
<td>محيد</td>
<td>2.14</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المستوى العام لجودة خدمات المستشفى

المصدر:
- من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

وتؤكد معطيات الجدول أعلاه، إلى أن مستوى الأداء وجودة الخدمات الصحية المقدمة بشكل عام في المؤسسات الاستشفائية العمومية وال大切な الخاصة عينة الدراسة بالجزائر من منظور الموظفين بأنها دون المتوسط؛ حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية ما بين (2.11) كأدنى متوسط حسابي و(2.30) كأعلى متوسط حسابي، وقد جاء المقياس رقم: (03) الخاص بجانب مستوى الأداء في المستشفى في المرتبة الأولى وذلك بمتوسط حسابي قدره: (2.30) وانحراف معياري (0.82)، وقد يوجد ذلك للمجودات التي تبذلها الطاقم الطبي والإداري من الموظفين في المستشفيات عينة الدراسة في الجزائر بعدها التوفيق بين الخدمات المقدمة وذلك التي يدركها المستفيض، فيما جاء المقياس رقم: (01) الخاص بجانب درجة التزال المستشفيات المعنية بالدراسة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في الرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.20) وانحراف معياري (0.85)، وفي هذا المجال ينبغي الإشارة إلى وجود جهد كبير تبذل في هذا المجال وخاصة في الاعمال الخاصة، أما المؤسسات الاستشفائية الحكومية فهي مازالت بعيدة عن عمليات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة باعتبارها مازالت تسير بأساليب إدارية تقليدية تجاوزها الزمن، أما المراتب المتبقية فهي للمقابس الباكرة على التوالي: جانب الرضا الموظفي للموظفين يحقق الفرق في الرتبة الثالثة، وجانب الدور الذي يؤديه التحسن المستمر في رفع أداء المستشفى في الرتبة الرابعة، بمتوسطات حسابية مقاربة وهي على الترتيب: (2.11) و(2.12).

خلاصة تحليل بيانات الدراسة:

- انطلاقاً مما سبق يمكن أن نخلص إلى الآتي:

1 - جميع فقرات المتغيرات درجة التزال إدارة المستشفى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة (من 1 إلى 6) غير إيجابية بالنسبة للأفراد عينة الدراسة من المستشفيات العمومية وال apiUrlادات الخاصة واتجاه محايد، وهذا ما يؤكد عدم إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في الوقت الحالي في المستشفيات العامة وال apiUrlادات الخاصة منها رغم ما توفر عليه من مساهمات، وإمكانات مادية ومالية وبشرية مؤهلة لذلك.
2 - بالنسبة لفقرات المتغير الدور الذي يؤديه التحسن المستمر في الرفع من أداء المستشفى (من 7
الفصل الثالث
دراسة حالة الموظفين

12) فقد كانت أغلب قفارات هذا المتغير باتجاه محاذ يناعا للفترة رقم (12) التي جأت باتجاه موافق وذا ما يؤكد ما سابق، وقد أشارنا إلى أن التدريب الذي يوفره المستشفى لموظفيه (أطباء، ممرضين، إداريين، عمال) غير كاف ودون المستوى البالغ لمواعيد، وإن وجد فإنه لا يتم بصورة عادلة اتجاه جميع فئات الموظفين وخاصة في مستشفيات القطاع العام، إضافة إلى أن المؤسسات üstاشانافية في القطاعين العام والخاص ما زالت تتم تخط طرق التسخير الحديثة المكانة الخاصة بها ومنها الجودة، ناهيك عن تدريب عمالها على أساسيات جودة الخدمات الصحية وهذا لكون مستشفيات القطاع العام مازالت تشير إلى حد الآن بالطرق التقليدية كمثج النجاعة، وأن ظاهرة التسخير في عملية التسخير ينبغي ألا تكون إلا إذا مواجهة السلطة المركزية بالنسبة لمستشفيات القطاع العام، وبعد هذا أقل حدة بالنسبة للعيادات الخاصة التي تتميز بالسلطة المركزية في اتخاذ القرارات، وبعد ذلك لعدة عوامل منها:

3 - بالنسبة للفقرات المتغير مستوى الآداء في المستشفى (من 13 إلى 18)، فقد جاءت أغلب قفارات هذا المتغير مسبلة باتجاه محاذ يناعا للفترة رقم (18) التي جأت باتجاه موافق، وهذا ما يؤكد على عدم إمكانية تنظيم نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات üstاشانافية عينية الدراسة في الوقت الحالي، غير أن ذلك قد يكون يمكننا مستقبلا بالنظر لالتزامات المادية والمؤهلات البشرية التي تتوفر عليها كلا القطاعين العام والخاص.

4 - بالنسبة للفقرات المتغير الرضا الوظيفي للمؤسسات üstاشانافية في القطاع العام، والذي يتضمن الفقرات:

(من 19 إلى 24)، فنجد أن جميع فقرات هذا المتغير جاءت مسبلة باتجاه محاذ يناعا للفترة رقم (24) التي جأت باتجاه موافق، وهذا ما يؤكد حقيقة واحدة مفادها أن الموظفين المبحوثين من أطباء وممرضين وإداريين يؤكدون على عدم إمكانية تنظيم نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات üstاشانافية حاليا رغم كونه يسمى إيجابيا في تحسين جودة الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى والمرضانيين لهم، لأن ذلك يؤكد رضا المريض من خلال أنطابع الجيد من عدمه عن الخدمات التي تقدم له في المستشفى سواء أكان تابعا للقطاع العام أم العيادات الخاصة، ومن ثم يظهر وجود للمستشفى بناء على التجربة وعلى ما حصل عليه من مزايا معنوية خاصة في مجال معاملة الطاقم الطبي والإداري له.

اختيار فرضيات الدراسة:

بعد أن تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام مقياس ليكرت المكون من ثلاثة نقاط تراحت بين رقم (1) ويعبر عن عدم الموافقة على العبارة، ورق (3) يعبر عن الموافقة في حين يعبر رقم (2) عن حياد المقياس، وفي ضوء الفرضيات التي استهدفتها هذه الدراسة نستعرض نتائج التحليل لكل منها كما يلي:

III - اختيار فرضية الفرعية الأولي:
نص هذه الفرضية: تتوافر بالمستشفيات العامة والعيادات الخاصة قد الدراسة في الجزائر على المتطلبات الأساسية لإمكانية تنظيم نظام إدارة الجودة الشاملة وفق أراء المبحوثين من الموظفين.
والخبير يتم تطبيق العبارات التالية:

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارات</th>
<th>المتغيرات الرئيسية</th>
<th>الترتيب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>درجة التزام إدارة المستشفى بنظام TQM</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تدشين الالتزام إدارة المستشفى بنظام TQM</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تنفذ إدارة المستشفى جهود الامكان نحو تحقيق نهج TQM</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تدشين الالتزام إدارة المستشفى بنظام TQM</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تدشين الالتزام إدارة المستشفى بنظام TQM</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تدشين الالتزام إدارة المستشفى بنظام TQM</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى بعفترض أن تكون مقتضيات وآراء المرضى بينين الاعتبار عند اتخاذ القرارات.</td>
<td>تطبيق متطلبات نظام TQM في المستشفى</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث.

وما تم اختيار هذه الفرضية من خلال إجابات مفردات العينة من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين) على العبارات المتضمنة في الاستبيان، وتم الاعتماد على المتوسطات الحسابية لتكثف الإجابات، فضلاً عن اختبار (t) للمقارنات الثنائية للتأكد من الفاصل الإحصائي للنتائج في هذا المجال. إذ تم في البداية استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات مفردات العينة من الموظفين على كل عبارة من العبارات، وذلك بجمع درجات إجاباتهم على كل عبارة، ثم قسمة المجموع على عدد مفردات العينة، لتصبح ثماني عشرة (18) متوسطا حسابيا لإجراءات مفردات العينة من الموظفين (أطباء، ممرضين، إداريين)، اختبار العبارات الثمانية عشرة (18)، ويوضح الجدول الموالي رقم (0.3) هذه المتوسطات.

ولقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فعلياً للعبارات الثمانية عشرة (18) واختبار الفرضيات الأخرى، تم استخراج المتوسط العام (Grand mean) وقد بلغ المتوسط الحسابي العام (20.2) ويعبر (124)
الفصل الثالث
دراسة حالة الموظفين

هذا المتوسط عن مستوى جودة الخدمات الصحية للعبارات فعليًا، وبمقارنة هذا المتوسط بالقياس ذي النقاط الثلاث المستخدم، فإننا نرى أن مستوى جودة الخدمات الصحية دون المستوى المطلوب في المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة وبالتالي لا تعد مؤشرًا إيجابيًا لبلغ مستوى الخدمة باعتبارها خدمات صحية تتعلق بحياة الإنسان، وهذا يعني في واقع الأمر أن هناك عوامل مازالت غير مدركة، الأمر الذي يتطلب تثبيطها ووضع حلول الملائمة لها.

ولذا فمنا بالتأكد من الدالة الإحصائية لهذه النتيجة وتم اختبار الفرضية الرئيسية بالموثوقية البديلة (1.20) واكتساب هذا المتوسط تأكد اختبار الدالة الإحصائية لتلك الفرضية، ويستخدم (t) للمقارنات الثنائية ويستوعي دالة (0.05) لجميع العبارات المتبالية في الاستبان، تبين أن قيمة (t)
المحسوبة (1.755) في حين بلغت (t) المجدولة (1.645) ومقارنة القيمتين ينصح أن قيمة المحسوبة أكبر من القيمة المجدولة، وذلك ترفض فرضية القد (H_0) (العامة المشر جزءًا وقبول الفرضية البديلة (H_1) وما يؤكد ذلك هو معدل الإجابات إذ بلغ (2.20) باتجاه غير مواقف بأن معيار جودة الخدمة
لا ترقى إلى مستوى تقديم الخدمات بالجودة المطلوبة.

- الجدول رقم (20.3): المتغيرات والانحرافات المعيارية لإجابات الموظفيين على المقياس ذي النقاط الثلاث (ليكرت)

<table>
<thead>
<tr>
<th>الصيغة</th>
<th>المتوسط العصبي</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>الترتيب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.88</td>
<td>2.14</td>
<td></td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>0.79</td>
<td>2.49</td>
<td></td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>0.83</td>
<td>2.29</td>
<td></td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>0.86</td>
<td>2.15</td>
<td></td>
<td>04</td>
</tr>
<tr>
<td>0.89</td>
<td>2.06</td>
<td></td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>0.89</td>
<td>2.06</td>
<td></td>
<td>06</td>
</tr>
<tr>
<td>0.88</td>
<td>1.95</td>
<td></td>
<td>07</td>
</tr>
<tr>
<td>0.87</td>
<td>1.98</td>
<td></td>
<td>08</td>
</tr>
<tr>
<td>0.88</td>
<td>1.99</td>
<td></td>
<td>09</td>
</tr>
<tr>
<td>0.85</td>
<td>2.22</td>
<td></td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>0.83</td>
<td>2.11</td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>0.79</td>
<td>2.41</td>
<td></td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>0.85</td>
<td>2.32</td>
<td></td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>0.82</td>
<td>2.24</td>
<td></td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>0.81</td>
<td>2.32</td>
<td></td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>0.81</td>
<td>2.17</td>
<td></td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>0.86</td>
<td>2.24</td>
<td></td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>0.80</td>
<td>2.49</td>
<td></td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المتوسط العام

المصدر: من إعداد البحث اعتمادًا على نتائج SPSS
أما بخصوص العبارة (من 1 إلى 18) فإن نتائج الاختبار يوضحها الجدول التفصيلي رقم (21.3) الذي يتضمن تسجيل كل عبارة، والقيمة المحسوسة والجدولية (t)، ونتيجة فرضية (H0) فضلاً عن توضيح ما إذا كان الاتجاه نحو كل عبارة من العبارات (18) مثبتًا صياغتها على شكل فرضية إيجابية أو سلبية (انظر الملحق رقم 70)، فيما يلي نتائج اختبار العبارات الثامنة عشر (18)، التي يوضحها الجدول الموالي رقم (21.3):

الجدول رقم (21.3): نتائج اختبار العبارات (18) المتضمنة في الدراسة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الأداة الخاصة بالفرضية</th>
<th>H0</th>
<th>t المحسوسة</th>
<th>t المجدولة</th>
<th>نتائج فرضية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (1)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.438</td>
<td>1.645</td>
<td>0.778</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (2)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.000</td>
<td>4.078</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (3)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.222</td>
<td>1.645</td>
<td>1.228</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (4)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.562</td>
<td>1.645</td>
<td>0.581</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (5)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.080</td>
<td>1.645</td>
<td>1.765</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (6)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.080</td>
<td>1.645</td>
<td>1.765</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (7)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.002</td>
<td>1.645</td>
<td>3.115</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (8)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.005</td>
<td>1.645</td>
<td>2.851</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (9)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.010</td>
<td>1.645</td>
<td>2.616</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (10)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.800</td>
<td>1.645</td>
<td>0.253</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (11)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.253</td>
<td>1.645</td>
<td>1.149</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (12)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.003</td>
<td>1.645</td>
<td>2.980</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (13)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.130</td>
<td>1.645</td>
<td>1.523</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (14)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.555</td>
<td>1.645</td>
<td>0.591</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (15)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.113</td>
<td>1.645</td>
<td>1.597</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات سلبية نحو العبارة (16)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.692</td>
<td>1.645</td>
<td>0.397</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (17)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.649</td>
<td>1.645</td>
<td>0.456</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (18)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.000</td>
<td>1.645</td>
<td>3.973</td>
</tr>
</tbody>
</table>

الفرضية العامة: 1.755

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج spss، وسنحاول اختيار كل عبارة من هذه العبارات على حدى مستخدمين نفس الأسلوب المتبع في اختبار الفرضية العامة وعلى الشكل التالي:

- درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام TQM

1 - العبارة الأولى التي تنص على أن (من أجل تطبيق متطلبات TQM في المستشفى ينبغي أن توافق مقتراحات وآراء المرضى مع الاعتبار عند اتخاذ القرارات).

ويمتصد نتائج الاتجاه تبين أنه في الغالب الأعم لا تتوافق مقتراحات المرضى مع الاعتبار عند اتخاذ القرارات خاصة تلك المتعلقة بالخدمات الطبية، إذ بلغت قيمة (t) المحسوسة (0.778) وهي أقل من قيمة الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية عدم (H0) وترفض الفرضية البديلة (H1) إذا بلغ (t) الجدولية البالغة (1.645).
لدرس حالة الموظفين

معدل إجابات أفراد العينة (2.14) باتجاه محايد على أن تؤخذ مقترحات وأراء الموظفين بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* الدراسة الثانية التي تنص على أن (بöyle تطبيق مبادئ QM في المستشفى ينغي على الإدارة بضرورة التحسين في خدماتها لتلبية حاجات المرضى).

وبمختص نتائج الاختبار تبين أنه رغم الجهود المنذولة إلا أن مستوى تحسين الجودة مازال دون الرغبات الملحة من طرف المرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحورية (4.078) والتي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، ومنه ترفض فرضية العدد (H0)، وتقبلك الفرضية البديلة (H1).

إن إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.49) باتجاه الموافقة على أن أغلب المؤسسات الاستشفائية الجزائرية مازالت تسير بطرق تقليدية، هذا من شأنه أن يؤدي إلى مستوى ضعيف للخدمات المقدمة مما يقلل من مستوى الخدمات الصحية وفقاً لما يتطلع إليه المرضى.

* الدراسة الثالثة تنصم (تدعم إدارة المستشفى جهود الفاعلين نحو تطبيق نظام QM) بعد اقتناحهم به.

وبمختص نتائج الاختبار أن توجد نوايا مقبلة من إدارة المستشفى نحو تعيين كل الجهود المنذولة من قبل الفاعلين لتطبيق نظام QM، غير أنها مازالت لم ترق إلى المستوى المطلوب، إذ بلغت قيمة (t) المحورية (1.228) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية المقدرة (1.645)، ومنه تقبل فرضية العدد (H0) وتقبلك الفرضية البديلة (H1).

إن إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.29) باتجاه محايد وهذا ما يدل على أن الإدارة لا تدعم كل جهود الفاعلين نحو عملية التحسين في الخدمات المقدمة لطالبيها من المرضى رغم أن مستوى QM مازال بعيد ويطلب مضاعفة الجهود لبلوغه.

* الدراسة الرابعة التي تنص على أن (تدعم إدارة المستشفى عملية تطبيق نظام QM انطلاقاً من اتخاذها للقرارات المبنية على الحقائق).

وبمختص نتائج الاختبار أن يوجد عمل واضح تقوم به إدارة المستشفيات نحو التحسين وذلك من خلال السعي لتطبيق نظام QM انتقلاً من القرارات التي تنخفض وأسأسا الحقوق الموجودة، إذ بلغت قيمة (t) المحورية (0.581) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية المقدرة (1.645)، وعلى تقبل فرضية العدد وتقبلك الفرضية البديلة (H1).

إن إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.15) باتجاه محايد، وهذا ما يدل على أنه توجد مجهودات تبذل من إدارة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، غير أنها لم تصل بعد مستوى الجودة، وهذا ما يتطلب مضاعفة الجهودات في هذا المجال.

* الدراسة الخامسة التي تنص على أن (لم أي تطبيق نظام QM ينبغي على إدارة المستشفى تحسينه بشكل ناجح).

في تخصصها بالموظفين ضرورة التركيز على طرق تحسين الجودة بدلاً من خفض التكاليف.

وبمختص نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اتصال حقيقية في أغلب المواضيع بين الإدارة والموظفين، إذ بلغت قيمة (t) المحورية (1.765) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية المقدرة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدد (H0) وتقبلك الفرضية البديلة (H1) إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة من الموظفين (2.06).
الفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

باتجاه محايد مما يدل على عدم وجود اتصال حقيقي في كل المواضيع بين الإدارة والموظفين والعمل سوياً لتحسين جودة الخدمات الصحية بما يرقى لما هو مطلوب وإدراك المرضى دون النظر ل نقاط التكامل.

* القيادة السادسـة التي تنص على أن (من أجل العمل بمتطلبات نحو القيادة المستشفي أن تحقق TQM عمالاً مادياً ومعنويًا للوصول نحو أداء أفضل في أعمالهم).

وبمثلى نتائج التحليل تبين أنه لا يوجد عمل بمتطلبات TQM في المستشفيات عينة الإحصاء، إذ بلغت قيمة (t) المحسوزة (1.765) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدد (H0)، وتقبل الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.06) باتجاه محايد، مما يدل على وجود تخفيف كافـي سواء أكان مادياً أو معنويًا من قبل إدارة المستشفـى اجتاء عمالاً من أجل تخفيف الأخطاء، ولهذا يدل على أن هناك ضعف في تجاوب العاملين مع طلبات الإدارة مما يعكس سلبًا على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2- الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفـى:

* العبارة السابعة التي تنص على أن (للعمل بمتطلبات نظام TQM الملازم لكل أعمال دون استخدام بصورة عادية).

وبمثلى نتائج التحليل تبين أنه لا يوجد تدريب ملازم لكل العاملين والأطباء، وإن وجود فاً تم بصورة عادية لمحسوزة (1.115) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدد (H0)، وتقبل الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (1.95) باتجاه محايد، مما يدل على وجود عادة في التدريب بين الموظفين، إذ نجد أن بعض المسؤولين وكان عملية التدريب لا تعني، وهذا من شأنه أن يؤثر سلبياً على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمقارنة مع تلك التي يطلبها المريض.

* العبارة الثامنة التي تنص على أن (تطبيق نظام TQM في المستشفـى ضرورة إجراء دورات تكوينية في المستوى الثاني) التي تنص على أن (العمل بمتطلبات نظام TQM الملازم لكل أعمال دون استخدام بصورة عادية).

وبمثلى نتائج التحليل تبين أنه لا يوجد تكوين للملازم المستشفي على أساسيات جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (t) المحسوزة (2.851) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدد (H0)، وتقبل الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (1.98) باتجاه محايد وهو ما يفسر عدم وجود تكوين حقيقي لعمال المستشفي على أساسيات جودة الخدمات الصحية، مما يعكس سلبًا على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* القيادة التاسعة التي تنص على أن (للعمل بمتطلبات نظام جودة في المستشفـى ينبغي تدريب العاملين على أحدث المهارات التقنية ذات العمل الجماعي بدلاً من الآداء الفردي).

وبمثلى نتائج التحليل تبين أنه ما يزال العمل الجماعي ضعيفًا بالمقارنة بالأداء الفردي، ناهيك على

تدرب العاملين على أحدث التقنيات، إذ بلغت قيمة (t) المحسوزة (2.616) وهي أكبر من قيمة (t)
الفصل الثالث

الجودة البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H<sub>0</sub>) وتقبل الفرضية البديلة (H<sub>1</sub>)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (1.99) باتجاه محايد، وهو ما يفسر عدم وجود تدريب بالشكل الكافي لعمال المستشفى على أخذ المهارات والتقييم، كما أن العمل يركز أكثر على الأداء الفردي بدلاً من العمل الجماعي.

* العبارة العاشرة التي تنص على أن (تقييم متطلبات الجودة ميدانياً ينبغي على إدارة المستشفى أن يمر جميع عمالها بعملية التدريب لتحسين مستوى الجودة).

وبمثلى نتائج الاختبار تبين أنه من أجل بلوغ مستويات عالية من الجودة ينبغي أن يمر جميع عملاء المستشفى بعملية التدريب لتحسين مستوى التدريب، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.253) وهي أقل من قيمة (t) الجودية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H<sub>0</sub>) وترفض فرضية العدم (H<sub>1</sub>)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.22) باتجاه محايد، وهذا ما يدل على أن المستشفيات عينة الدراسة مازالت دون مستوى تطبيق متطلبات TQM بالنظر لمستويات التدريب التي يمر بها العمال أثناء أدائهم للعمل، مما يؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* العبارة الحادية عشر التي تنص على أن (من متطلبات تطبيق نظام TQM الاستماع لرأي الزبون والاستفادة منه).

وبمثلى نتائج الاختبار تبين أن برامج التدريب المتعلقة بالجودة تهدف إلى تأكيد أهميتها عن طريق الاستماع بفعالية لرأي الزبون ويمكن التعلم منه، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.149) وهي أقل من قيمة (t) الجودية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H<sub>0</sub>) وترفض فرضية العدم (H<sub>1</sub>)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.11) باتجاه محايد، مما يدل على أن برامج تدريب العاملين على مبادئ الجودة قد بلغ التحسين المرجع ومنها الاستماع لصوت الزبون والتعلم منه، مما يكون لذلك الأثر الإيجابي في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

* العبارة الثانية عشر التي تنص على أن (يمكن التطبيق الجيد لمتطلبات الجودة من الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة).

وبمثلى نتائج الاختبار تبين أن التطبيق الجيد لنظام الجودة من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.980) وهي أكبر من قيمة (t) الجودية البالغة (1.645)، وبالتالي ترفض فرضية العدم (H<sub>0</sub>) وتقبل فرضية العدم (H<sub>1</sub>)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.41) باتجاه الموافقة على أن المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزء مازالت TQM، وهذا نتيجة عدم الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة، مما يؤثر ذلك سلباً على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

3 - مستوى الأداء في المستشفى: 

* العبارة الثالثة عشر التي تنص على أن (تطبيق متطلبات TQM بالمستشفى ضرورة وجود الكفاءة المقدمة.)
الفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

البشرية المؤهلة.

ويمتى نتائج الاختبار تبين أنه يوجد في المؤسسات عينة الدراسة الكفءات البشرية المؤهلة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.523) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدده (H0)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.32) باتجاه محايد على أن الكفءات البشرية موجودة بإمدادات المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، غير أن بعضها نموذج، وبعض الآخر لم يعد أفضل. احتجاج على الطاقات التشريعة التي لم تعطى لها الفرصة بالشكل اللائق، مما يؤثر سلبًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* الاعبار الرابعة عشر: تنص على أن (ب小事) تطبيق نظام TQM بالمستشفى إلى الاستغلال المحكوم للموارد المتاحة طماً كان عليه من قبل.

وبمعنى نتائج الاختبار تبين أن للمؤسسات التي تطبق نظام تقدم نفس درجة الكفاءة والفعالية في استغلال الموارد البشرية والإمكانيات المتاحة تحسن بدرجة عالية بالمقارنة مع تلك التي لم تطبق بعد نظام TQM ومنها المؤسسات عينة الدراسة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.591) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدده (H0)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.24) باتجاه محايد، مما يدل على أن مستوى الآداء في المستشفى لم يرق إلى التحسين من خلال الاستغلال المحكم للموارد البشرية والإمكانيات المتاحة وذلك يكون بعد تطبيق نظام TQM وليس قبله، وهذا ما لم تنجده في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، مما يؤثر سلباً على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* الاعبار الخامسة عشر: تنص على أن (ب小事) تطبيق نظام الجودة بالمستشفى على التكفل الجيد (المرضى).

وبمعنى نتائج الاختبار تبين أن نظام الجودة يساهم في التكفل الجيد بالمرضى في المستشفى التي تطبق منهج الجودة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.597) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العدده (H0)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.32) باتجاه محايد، مما يدل على أن التطبيق الجيد لنظام الجودة يكون التكفل فيها بالمرضى جيد وعكسي يحل دون التكفل الجيد بالمرضى، مما يكون لهذا الأخير ضعف واضح في أن الإدارة تحصل قادة على ثلثية حاجات المرضى، وهذا يدور دور مستوى الخدمة إلى مستوى طموح المريض.

* الاعبار السادسة عشر: تنص على أن (إن تطبيق نظام TQM في المستشفى من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة من تطبيقه).

وبمعنى نتائج الاختبار تبين أن المؤسسات الاستشفائية التي تطبق نظام TQM تستطيع تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها هذا النظام، غير أن المؤسسات التي لا تطبق نظام TQM نجدها قد تفشل.
لفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

في تحقيق أهدافها المخططة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.397) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العددم (H0) وتقبل فرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.17) باتجاه محادي، مما يدل على أن التطبيق الجديد لنظام الجودة بالمستشفى من شأنه أن يحقق الأهداف المرجوة وهذا ما لم يتساهم في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، مما يكون لذلك الأثر السلبي على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* العبارة السابعة عشر التي تنص على أن (مستوى الأداء في المستشفى يحسن عما كان عليه بعد تطبيق نظام TQM).

ويمقتضى نتائج الاختبار تبين أن مستوى الأداء يحسن في المستشفيات التي تطبق نظام TQM بالنسبة من المقابلات التي يعتمد عليها في قياس ذلك التحسن، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.546) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العددم (H0) وتقبل فرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.24) باتجاه محادي، مما يدل على أن مستوى الأداء يحسن بصورة مستمرة بعد تطبيق نظام الجودة، أما المستشفيات التي لا تطبق نظام الجودة ومنها المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة فإن هذه الأخيرة لا تستطيع قياس مستوى التحسن لديها، الأمر الذي من شأنه أن يصعب على عملية التعرف على مدى التحسن من عدمه في مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.

* العبارة الثامنة عشر التي تنص على أن (تطبيق نظام TQM بالمستشفى يجعله يحقق الأهداف المرجوة على المدى الطويل).

ويمقتضى نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد تطبيق لنظام TQM وما بالك بالتطبيق السليم لمبادئ TQM، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.973) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.645)، وبالتالي تقبل فرضية العددم (H0) وتنفي فرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد العينة (2.49) باتجاه المواجهة على عدم تطبيق المؤسسات عينة الدراسة بالجزائر باعتبارها مازالت تسير بطرق تقليدية وهو ما يفسر بعدها على طرق التسخير الحديثة، وعلى المشاكل التي تتحطم فيها خصائص المؤسسات الاستشفائية العامة منها، مما يكون لذل ذلك الأثر السلبي على مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها.

1-1-1 ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية والرئيسة حسب الأهمية:

يتطلب فيما يلي ترتيب متغيرات الدراسة سواء أكانت فرعية أم رئيسية حسب الأهمية:

1-1-1-1 ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب الأهمية:

يمكن توضيح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها وفقاً للمتوسط الحسابي لكل عبارة انطلاقاً من معطيات الجدول الموالي رقم (224):
- الجدول رقم (22.3): ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها

<table>
<thead>
<tr>
<th>المتغير الفرعي</th>
<th>الافتراضي</th>
<th>القيمة الإحصائية</th>
<th>القيمة الافتراضية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>إنجاز الهدفين</td>
<td>18</td>
<td>2.49</td>
<td>2.49</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين الجودة</td>
<td>02</td>
<td>2.49</td>
<td>2.49</td>
</tr>
<tr>
<td>تحقيق الأهداف</td>
<td>12</td>
<td>2.41</td>
<td>2.41</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين البيئة</td>
<td>13</td>
<td>2.32</td>
<td>2.32</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين الخدمة</td>
<td>15</td>
<td>2.31</td>
<td>2.31</td>
</tr>
<tr>
<td>تحقيق الأهداف</td>
<td>03</td>
<td>2.29</td>
<td>2.29</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين البيئة</td>
<td>17</td>
<td>2.24</td>
<td>2.24</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين الخدمة</td>
<td>14</td>
<td>2.24</td>
<td>2.24</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين البيئة</td>
<td>11</td>
<td>2.11</td>
<td>2.11</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين الجودة</td>
<td>05</td>
<td>2.06</td>
<td>2.06</td>
</tr>
<tr>
<td>تحقيق الأهداف</td>
<td>06</td>
<td>2.06</td>
<td>2.06</td>
</tr>
<tr>
<td>تحقيق الأهداف</td>
<td>09</td>
<td>1.99</td>
<td>1.99</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين الخدمة</td>
<td>08</td>
<td>1.98</td>
<td>1.98</td>
</tr>
<tr>
<td>تحسين البيئة</td>
<td>07</td>
<td>1.95</td>
<td>1.95</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

من الجدول أعلاه رقم (23.2) الذي يوضح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها أضحى ما يلي:
1- المتغير الفرعي الخاص بالموظف ل.OP (مستوى الأداء في المستشفى) قد جاء في الرتبة الأولى من حيث أهمية في تسلسل أولويات إدارة المستشفى باعتباره يمكنه من تحقيق أهدافها المسطرة بجعل المستشفى يحقق ما ينتدب من أهداف TQM ومتطلبات TQM التي تشكل بها المستوى المتساوي من قيمته (2.49)، وهذا مؤشر على أن هناك حاجة فعلية من قبل المستشفى الجزائرية عينة الدراسة لتطبيق نظام TQM باعتباره يمكنه من تحقيق أهدافها المرجوة ومن أهمها رفع مستوى جودة الخدمات الصحية باعتبارها شكل الأسأس لما يطمث له زبونها الخارجي (المرضى).

(المريض)، فнятиعت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيس (مستوى الأداء في المستشفى)
تتزاوت في درجات الأهمية، ليأتي هذا التحليل منسجماً مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الثانية عشر المتعلقة بضرورة تطبيق المستويات الأمثل للإدارة لبدء نظام TQM وأنه في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، وهذا ما أتفق عليه أغلبية أفراد العبء من الموظفين.

2 - أما المتغير الرئيسي الثاني (درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) فقد جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في سلم الأولويات، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابة أفراد العبء على المتغير الفعلي الأول من المتغير الرئيسي (درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) والتي يشير إلى أنه من الأهمية أن تتضمن إدارة المستشفى لتحسين الجودة بشكل مستمر لمواجهة احتياجات المرضى، وقد بلغ المتوسط الحسابي ما مقداره (2.49)، وقد شكل اهتمام ملحوظ لدى أفراد العبء من الموظفين بضرورة الاهتمام بعمليات التحسين باستمرار بوجه تلبية حاجات المرضى من الخدمات الصحية التي يطلبونها، وهذا من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى، وهذا التحليل ينجم مع ما جاء في اختبار الفرضية الثانية، التي نستند إلى ضرورة أن يكون هناك اهتمام من قبل إدارة المستشفى بالتحسين والاستمرار قصد تلبية احتياجات المرضى بالشكل المطلوب، فيما جاءت المتغيرات الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي (درجة التزام المستشفى بتطبيق نظام TQM) بدرجات متفاوتة من حيث الأهمية.

3 - أما المتغير الرئيسي الثالث (الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في رفع أداء المستشفى) فقد جاء في المرتبة الثالثة والأخيرة من حيث الأهمية بالنسبة لها ليسجل المتغير الفعلي الذي ينص على أن يؤدي تطبيق نظام الجودة دوراً مهمأً في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة، في المرتبة الأولى من حيث الأهمية للمتغير الرئيسي أعلاه والتي يشكل فيها المتوسط الحسابي ما يعادل (2.41)، فيما سجلت المتغيرات الأخرى قيمًا متفاوتة من حيث الأهمية، مما يدل على أن هناك اتفاق حول أهمية تطبيق نظام TQM في المستشفى من أجل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة سواء أكانت مادية أو بشرية، وهذا ما يؤكد أن استغلال هذه النتيجة مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الثانية عشر المتعلقة بضرورة تطبيق الفعلي لنظام TQM في الميدان من قبل إدارة المستشفى بمعنى الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، وهذا من شأنه أن يمكن العاملين بالمستشفى من رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4 - إضافة لما سبق يمكن تقييم التوصيات التالية:

أ - تم ترتيب العبء رقم:18 في الجدول في المرتبة رقم:01 فبلا من العبء رقم:02 رغم تساوي متوسطهما الحسابي، إذ تم اللجوء إلى الانحراف المعياري؛ حيث 0.80 أكبر من 0.79، ون권 الشيء بالنسبة للعبء رقم:13 و15 رقم:02 رغم تساوي متوسطهما الحسابي فإنه تم اللجوء للانحراف المعياري مختلف بينهما على ما هو عليه في الجدول رقم: (22.3)، وأيضًا بنفس الطريقة بالنسبة للعباء رقم:17 و14 على الترتيب.

ب - فيما يخص العبء رقم:05 و06 فنجد أنه لهما نفس المتوسط الحسابي والانحراف المعياري،
وقد ما يتطلب حساب معامل الاختلاف الأقل باغية ترتيب العبارةين؛ حيث:

\[
\text{معامل الاختلاف} = \frac{\text{الاتجاه أو الاتجاه المعكسي}}{100}
\]

- بالنسبة للعبارة رقم 05:
  
  \[
  \frac{2.06}{0.899} \approx 2.30
  \]

- بالنسبة للعبارة رقم 06:
  
  \[
  \frac{2.06}{0.899} \approx 2.30
  \]

- بالنسبة للعبارة رقم 07:
  
  \[
  \frac{2.06}{0.899} \approx 2.30
  \]

- بالنسبة للعبارة رقم 08:
  
  \[
  \frac{2.06}{0.899} \approx 2.30
  \]

III - 1-2 - ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب الأهمية:

يمكننا توضيح ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب أهميتها وفقاً للمتوسط الحسابي لكل عبارة أطلاقا من معطيات الدول الموالية رقم (3.3):

الجدول رقم (3.3): ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسة حسب الأهمية

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرتبة</th>
<th>الاتجاه</th>
<th>الانحراف القياسي</th>
<th>المعياري</th>
<th>العبرة</th>
<th>رقم العبارة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>محدد</td>
<td>0.82</td>
<td>2.30</td>
<td>مستوى الأداء في المستشفى</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>محدد</td>
<td>0.85</td>
<td>2.20</td>
<td>درجة التزام المستشفى إداريا لمتطلبات نظام TQM</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>محدد</td>
<td>0.85</td>
<td>2.11</td>
<td>الدور الذي يؤديه التحسين المستمر في فرع أداء المستشفى</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>محدد</td>
<td>0.84</td>
<td>2.20</td>
<td>المتوسط العام</td>
<td>/</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS

يتضح من معطيات الجدول أعلاه ما يلي:

* تؤكد معايير الجدول أعلاه إلى أن مستوى الأداء وجودة الخدمات الصحية من منظور الموظفين بشكل عام في المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر، حيث تراوحت متوسطات الأداء بين (2.11) كأدنى متوسط حسابي و (2.30) كأعلى متوسط حسابي، وقد جاء المقياس الخاص في المستوى الثاني في المرتبة الأولى وذلك بمتوسط حسابي قدره (2.30) مع انحراف معeworthy (0.82)، وقد يعد ذلك للمجهودات التي بذلها الطاقم الإداري والطبي من الموظفين في المستشفى عينة الدراسة في الجزائر، بغية التوفيق بين الخدمات المقدمة التي يدركها المرضى، فيما جاء المقياس الخاص بجانب درجة التزام المستشفى بتطبيقات نظام TQM في المرتبة الثانية، ومتوسط حسابي (2.0) مع انحراف معeworthy (0.85)، وفي هذا المجال ينبغي الإشارة إلى وجود جهود كبيرة تبذل من قبل المستشفى جزائري سواء كانت عامة أو عيادات خاصة، رغم أن المستشفى مازالت تطبيق أساليب تقشير تقليدية تجاوزها الزمن كدف النجاعة، وهي بعيدة عن طرق التسبيح الحديثة كنظام TQM.
والأخيرة بمتوسط حسابي (11.2) وانحراف معياري (0.85).

- 2 - اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

إن رضا الموظفين على الأعمال التي يقومون بها داخل المستشفى من شأنه أن يحسن من جودة الخدمات الصحية المقدمة وزيادة من ولاءهم لها.

لاختبار مدى صحة الفرضية تم الاعتماد على تحليل الاتجاه المتعدد، عن طريق اختبار المعلومات مجتمعة، واعتبار ولاء الموظف (المتغير التابع)، وجودة الخدمات الصحية (متغير مستقل)، وكانت نتائج الاختبار كما هو مبين في الجدول المولي:

الجدول رقم (2.43): نتائج اختبار أثر جودة الخدمة على رضا الموظفين بالمؤسسات الاستشفائية

<table>
<thead>
<tr>
<th>العامل</th>
<th>sig</th>
<th>dF</th>
<th>F</th>
<th>R²</th>
<th>r</th>
<th>Wلاء الموظف</th>
<th>Wرضا الموظف</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bo</td>
<td>5.045</td>
<td>5.045</td>
<td>0.01</td>
<td>0.05</td>
<td>1</td>
<td>58.319</td>
<td>0.325</td>
</tr>
<tr>
<td>معايير الخدمات</td>
<td>0.026</td>
<td>0.196</td>
<td>0.564</td>
<td>0.196</td>
<td>0.564</td>
<td>0.564</td>
<td>0.196</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث باعتماداً على نتائج

إن معطيات الجدول أعلاه بوضوحها الملحق (النحو المحقق رقم:80)، وهذا الجدول يتعلق بمتغير أثر رضا الموظفين على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة لطالبيها من المرضى ومرافقهم، إذ أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذو دالة إحصائية لجودة الخدمة الصحية بمكوناتها والتي ينبغي لتحقيقها ضرورة تأثير الظروف الملائمة في المستشفى للطاقم الإداري والطبي لكسب رضا المريض على ما يقدم له من خدمات، وذلك انطلاقا من توفر الهدف في العمل، وتوفير ظروف العمل المادية والإجابة على شكاوى وملاحظات الموظفين من الإدارة من شأنه أن يساعد على أداء العمل بأريحية ويسهم في تحسين مستوى الأداء بالمستشفى، وذلك عند درجة معنوية (0.001 =(sig، أصغر من مستوى الدلالة (0.05، إذ بلغ معامل الارتباط (0.570 = (r = α ، وتقل قيمة معامل الارتباط على وجود علاقة موجبة ولكنها مئوية بين المتغيرين، مما يشير إلى أن فرض العمل خاصة في المستشفى fut ura مزالت دون المستوى المطلوب، مما يكون له تأثير سلبي على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة. وما يمكن قوله في الأخير أن الخدمة الطبية المقدمة من طرف الموظف في المستشفى لم ترق بعد لمستوى رضا المريض، أما معامل التحديد (R²  = 0.325، أي أن قيمته (0.570) من التغيرات في مستوى رضا الموظف للعمل في المستشفى من أجل تقديم أفضل الخدمات الصحية ناتج عن التغير في مستوى ظروف العمل المتلائمة بوحدة واحدة؛ وأن متغير جودة الخدمة يوضح 32.50%.
من الاختلافات في قيم متعاقبة رضا الموظفين وباقي المتعاقبات الأخرى التي لم تدرس في مجملها تمثل

$$y = B_0 + B_1 x \quad \Leftrightarrow \quad y = 5.045 + 0.196 x$$

* ومن المعادلة أعلاه فإن إشارة معامل الانحدار مؤجبة وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية بين رضا
والولاية، وما يمكن التوصل إليه في نهاية المطاف أن رضا الموظف على ظروف العمل داخل المستشفى
تجلو بحسب العمل الذي يؤديه، ومن ثم العمل بعزمية وإرادة، في الوقت الذي نجد فيه أن عامل رضا
الوظيفي يعد من العوامل الصعبة القياس، ومن المؤكد أن الموقف يكون مدعوما إلى العمل إذا كانت
جهوده ستستند عليه بالفائدة بالقدر العادل والمناسب لما قدمنه من أعمال، وأن مستوى الآداء يخفف
ما يجعل العمل يشعر بالاستياء إذا ما أخذت مطالبه، ومن ثم فإن العوامل الهامة لرفع مستوى الآداء
الوظيفي وترشيد العملية الإنتاجية يتطلب في الاهتمام بالجانب الاجتماعي والإنساني للموظفين، والعمل
على رفع مستوى الوضع الوظيفي لديهم من خلال تقديم الحوافز المختلفة سواء أكانت مادية أو معنوية،
باختصار تعمل على إنشاء حاجاتهم الإنسانية وخفض مستوى الضغوط العملية، ويمكننا في الأخير القول
بأن عدد درجات الموافقة لكل فقرة من فقرات الاستجواب حسب المتغير الرئيسي لكل واحدة منها انطلاقا
من إجابات المجموعات من الموظفين توضحها الدورة الإحصائية (الشريحة رقم 09).

- 3 - تأثير المتغيرات الشخصية على آراء الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى;

هذا الواقع يشير إلى تأثير المتغيرات الشخصية على آراء الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية
المقدمة بالمستشفى وفق الآتي:

1 - بالنسبة لعامل الجنس:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب
آراء الموظفين باختلاف جنسهم.

- لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات الاستشفائية حسب الجنس.

- يوجد اختلاف دل إحصائي حسب جنس الموظفين بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة.
- من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين نستعين باختبار t

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

- عينتين مستقلتين، وکشرط أساسي في تطبيق اختبار t لابد من ضمان فرضية تجانس التباين لإجابات
الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الذكور والإناث وهذا يظهر من خلال القيمة الإحتمالية
$$< \text{Sig} = 0.682$$

- إجراء الاختبار: يمكن قبول أو رفض إحدى الفرضيتين السابقتين من خلال مقارنة القيمة الإحتمالية
لاختبار sig (bilatérale)

$$H_0 \text{ تقبل} \quad H_1 \text{ ترفض} \quad 0.05 \geq \text{sig}$$

$$H_0 \text{ تقبل} \quad H_1 \text{ ترفض} \quad 0.05 < \text{sig}$$
لفصل الثالث (أنتير الملحق رقم: 10) أن القيمة الاحتمالية للاختبار = 0.714 وهي أكبر من مستوى الدالة 0.05 وعليه نقبل بالفرضية H0 بعدم وجود دالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الجنس، أي أن الجنس ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان عام أو عيدًا خاصة، ويمكن تفسير ذلك على أن كل من الذكور والإناث يجيدون العمل في المستشفى بغية مراعاة المريض وخدمته صحية.

2 - بالنسبة لعامل الوظيفة:

هل يوجد اختلاف ذو دالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب وجهات نظر الموظفين وفق عامل الوظيفة.

لا يوجد دالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات حسب الوظيفة التي يؤديها بالمستشفى.

أ- من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيات السابقتين نستعين باختبار t للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرح أساسي في تطبيق اختبار t لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الموظفين حسب الوظيفة وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية 0.284 < Sig = 0.05 ومنه نقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين(طبي أوضي)

3 - بالنسبة لنوع المستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف نوع المستشفى.

لا يوجد دالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين للخدمات الاستشفائية حسب نوع المستشفى.

أ- من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيات السابقتين نستعين باختبار t للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرح أساسي في تطبيق اختبار t لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات الموظفين حول خدمات المستشفى الصحية بين الموظفين حسب نوع المستشفى وهذا يظهر من خلال القيمة الاحتمالية 0.679 < Sig = 0.05 ومنه نقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين(مستشفى
لفصل الثالث

حكومي وعيادة خاصة.

لدينا من نتائج الجدول (انظر الملحق رقم: 10) أن القيمة الإحتمالية للاختبار= 0.809 وهي أكبر من مستوى الدالة 0.05 وله نقبل بالفرضية H₀ بعدم وجود دالة إحصائية لاختلاف أراء الموظفين حول الخدمات الصحية المقدمة باختلاف نوع المستشفى، وهذا يدل على أن نوع المستشفى ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة للمستشفى سواء كان عام أم عيادة خاصة؛ لأن المريض لما يحتاج للعلاج من المرض الذي أصابه لا نجده يفكر في نوع المستشفى بقدر ما يفكر في المستشفى الذي يحقق حاقيته من العلاج بسرعة.

- بالنسبة للعمر:

هل يوجد اختلاف ذو دالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب أراء الموظفين باختلاف أعمارهم.

لدينا من نتائج الجدول (انظر الملحق رقم: 10) أن القيمة الإحتمالية للاختبار= 0.240 وهي أكبر من مستوى الدالة 0.05 وله نقبل بالفرضية H₀ أي أنه لا يوجد دالة إحصائية لاختلاف أراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف أعمار الموظفين، ومنه فإن ذلك يدل على أن عامل العمر بعد عنصر أساسي في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- بالنسبة للمؤهل العلمي:

هل يوجد اختلاف ذو دالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب أراء الموظفين باختلاف مؤهلهم العلمي.

لدينا من نتائج الجدول (انظر الملحق رقم: 10) أن القيمة الإحتمالية للاختبار= 0.082 وهي أكبر من مستوى الدالة 0.05 وله نقبل بالفرضية H₀ أي أنه لا يوجد دالة إحصائية لاختلاف في الخدمات
الفصل الثالث

دراسة حالة الموظفين

الصحة حسب المؤهل العلمي للموظفين; لأن الموظفين يسعون دائماً لتقديم الخدمات الصحية بأعلى جودة ممكنة في المستشفى رغم اختلاف المؤهل العلمي بين الطبيب والعامل ثم الإداري.

6 - بالنسبة للخبرة المهنية:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب أراء الموظفين باختلاف خبرتهم المهنية.

لا يوجد اختلاف دال إحصائياً في الخدمات الصحية المقدمة من الموظفين حسب خبرتهم المهنية.

ه - في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب عامل الخبرة المهنية حسب ثلاثة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيات السابقين.

لدينا من نتائج الجدول (الملحق رقم:10) أن القيمه الاحتمالية للاختبار= 0.469 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H0 التي توسط أن الخبرة المهنية عامل مهم في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى بغض النظر عن نوعه.

7 - بالنسبة لمكان المستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب أراء الموظفين باختلاف مكان المستشفى.

لا يوجد اختلاف دال إحصائياً في الخدمات الصحية المقدمة من الموظفين حسب مكان المستشفى.

ه - في هذه الحالة يختلف الموظفين حسب مكان المستشفى حسب عدة أماكن، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيات السابقين.

لدينا من نتائج الجدول (الملحق رقم:10) أن القيمه الاحتمالية للاختبار= 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H0 التي توسط أن مكان المستشفى عامل مهم في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.
خلاصة الفصل:

من أجل إسقاط الجانب النظري على الواقع التطبيقي للبحث تم الاعتماد في هذا الفصل على أداتان ألا وهم المقابلة الموجهة للمديرين المشرفين على إدارة المؤسسات الاستثنائية عينة الدراسة، والاستبيان الموجه لفئة الموظفين العاملين فيها، بفترة التعرف من خلال آرائهم ومعاملاتهم اليومية مع زوار المستشفى على إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية بالجزائر، باعتباره أحد الأساليب التسويقية الحديثة، ولأن القطاع الصحي يشت تأثيره من جهة، وبالكثر من الخصوصيات من جهة أخرى، بالنسبة للسياسات المتعددة والنتائج المحكمة وعلاقتها بالإمكانات المتاحة لذلك منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، قد الاستفادة من العلاج وفق توزيع عادل بين أفراد المجتمع عبر جهات الوطن المختلفة، وهذا من خلال الاهتمام بكل من الجانب القانوني والتنظيمي والجانب التمويمي والتسويقي، مع ضرورة الاهتمام بالجانب الهيكلي للمؤسسات الاستثنائية في الجزائر باعتبارها المكان الملائم لتطبيق نظام TQM، وهذا دون إهمال الوعي لدى القيادة العليا التي ينبغي أن تكون على دراية تامة بأهمية التغيير وتباطره بطريقة علمية من أجل أن تصل مؤسساتها الاستثنائية إلى ما يشبه المرض من جودة في الخدمات الصحية التي تقدمها لأفراد المجتمع، الأمر الذي يترتب عنه أثرًا إيجابيًا داخليًا ويرفع صممتها خارجياً ويقلص تبعيتها في هذا المجال للعالم الخارجي، وهذا بالطبع بعد الحد أو التقليل من كل الصعوبات والعراقيل التي تواجهها المستشفيات، بما فيها تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمهنية للموظفين.
الفصل الرابع

- مقدمة الفصل:

تم في هذا الفصل دراسة الجانب التطبيقي لمختلف مراحل الدراسة التطبيقية التي تم القيام بها في عينة الدراسة المتمثّلة في المؤسسات الإستشفائية العامة والعيادات الخاصة بدولة الجزائر، وأصفا مختلف المراحل التي تم تمت فيها الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة، بالإضافة إلى عرض لمختلف النتائج المتوصّل إليها انطلاقاً من تحليل بيانات الدراسة بالنسبة للمستشفيات عينة الدراسة انطلاقاً من الاستبيان الموجه لفئة المرضى واختبار الفرضيات.

وقد تم التطرق في بداية هذا الفصل إلى التعريف بجتمع وعينة الدراسة، مع إبراز خصائصها وأداة الدراسة المستخدمة والهدف منها، مع الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، وفي تحليل البيانات المتحصل عليها بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة من القطاعين العام والخاص، ومنه فقد تم تجزئة هذا الفصل في المباحث التالية:

I - جمّوع وعينة الدراسة.
II - تحليل بيانات الدراسة.
III - اختبار الفرضيات.
الفصل الرابع
دراسة حالة المرضى

I - مجتمع وعينة الدراسة:

تناول في هذا البحث الأولي كل من المجتمع والعينة المدروسة منه، بالإضافة إلى تقديم كلا من أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة التطبيقية، مع ضرورة إبراز خصائص العينة التي طبقت عليها الدراسة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة محو الدراسة.

I - 1 - مجتمع وآداء الدراسة:

أ - مجتمع الدراسة:

بالرغم من كبر مجتمع الدراسة، والمتمثل في عدد المرضى في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في دولة الجزائر، ونظراً لصعوبة حصر هذه المستشفيات والعيادات في ظل عدم توفر معطيات دقيقة عنها وعن طريقة توزيعها الجغرافي غير المتساوٍ من حيث الحجم والتخصصات الطبية والأقسام على مستوى ولايات الوطن دون تمييز بغية التشخيص الحقيقي لموضوع الجودة في القطاع الصحي من وجهة نظر المرضى في هذه المؤسسات الاستشفائية.

وقد اقتصرنا في هذه الدراسة التطبيقية على اختيار ثلاث مؤسسات استشفائية دون التمييز بين العامة والخاصة في خمس جهات من الوطن، وقد حاولنا أن يكون هناك شيء توازن في عدد المستشفيات، وقد سبق توضيح ذلك في الجدول رقم (1.3) في الفصل الثالث الذي يوضح انتشار المستشفيات عينة الدراسة عبر الوطن.

ب - عينة الدراسة:

إن العينة المعتمدة في الدراسة هي: عينة عشوائية وتوزيعها عبر مستشفيات التراب الوطني (دولة الجزائر) وفق محتويات الجدول رقم (1.3) المشار إليه في الفصل الثالث، وعند اختيار عينة الدراسة تم مراجعة عدة جوانب من أهمها الآتي:

- علاقة المريض بالمستشفى محل الدراسة قد تكون داخلية (سريرية) أو خارجية.
- عدم التمييز بين التركيبة البشرية المعنية بالدراسة للمصالح الموجودة في المستشفيات عينة الدراسة.
- عدم التمييز في الاختيار بين المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، وبعد الإقتراح على اختيار البعض منها من جهات الوطن لأن بعضها وافقت على الدراسة وبعض الآخر رفضا جملة وتفصيلا، وأكثر الراضين للدراسة كانت من العيادات الخاصة التي تتوخى السرية في نشاطها.
- عدم التمييز بين المصالح داخل المستشفى باعتبار كل المصالح تقدم خدمات طبية أساسية لطالبيها من المرضى بغض النظر عن علاقتهم بالمستشفى.

- آداء الدراسة:

توجه آداء واحدة تم الاعتماد عليها في الدراسة التطبيقية في هذا الفصل وهي: الاستبيان.

- الاستبيان:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كآداء رئيسية لجمع البيانات الأولية لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف
دراسة حالة المرضى

الفصل الرابع

الدراسة و اختبار فرصياتها فقد تم بناء الاستبيان بالاعتماد على الإطار النظري للدراسة والذي خصص لفترة المرضى المتولين مع المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة بغرض التعرف على علاقتهم بالمستشفى سواء أكانت علاقة داخلية (سريرية) أم خارجية بناءاً على الخدمات الطبية التي يطلبة المريض، وقد تم الاقتصار على الاستبان لصيدا القيمة بالمقابلة مع المرضى في المستشفيات عينة الدراسة، وقد قسم الاستبان إلى ثلاثة أقسام أحدثا خصوصاً للمعلومات الشخصية للمريض، والقسم الثاني تضمن ثلاثة وعشرين سؤالاً مغلقاً، إذ إن هذه الأسئلة تتمحور حول سعة محاورين، فيما خصص السهم الثالث لقياس درجات وذاء المرضى للمستشفى الذي تربط به علاقة ضمن أثني عشر سؤالاً التي تتمحور حول ثلاثة محاور (نظر الملحق رقم: 11).

د - صدق أداء الدراسة:

من أجل التحقق من صدق أداء الدراسة، قام الباحث بعرض الاستبان الموجه لفترة المرضى على مجموعة من المحكمين بلغ عدهم ستة عشر محكماً متخصصاً في مجال الإدارة والتسويق والجودة، وستة من الأطباء المتخصصين في الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، للتأكد من سلامة صياغة العبادات من ناحية ومدى مناسبتها للمجال المراقب، وقد أدرج الباحث أسماء هؤلاء المحكمين في الملحق رقم: 03، هذا وقد تم الأخذ بمختلف ملاحظاتهم وأقترحاتهم القيمة للتعرف على مدى تناسق العبادات، حتى يظهر الاستبان في أحسن صورة في شكله النهائي مقارنة عما كان عليه في بداية الدراسة.

ه - آثاث أداء الدراسة:

سنحاول هنا تحليل محاور أقسام الاستبيان الموجه لفترة المرضى، انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها من برنامج spss (نظر الملحق رقم: 12)، ano هذا التحليل يهدف أو يؤيد الفرضيات التي بني عليها الاستبان، ويت וי ذلك بعد اختبار ثبات وصدق أسلة الاستبان.

ج - الجدول رقم: 14: نتائج الأداء ومؤشر الصدق لمتغيرات الدراسة الرئيسية

<table>
<thead>
<tr>
<th>مؤشر الصدق (الثقة)</th>
<th>معدل الثبات (ألفا)</th>
<th>عدد عوامل المتغير</th>
<th>المتغيرات الرئيسية</th>
<th>الترتيب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.66</td>
<td>0.437</td>
<td>03</td>
<td>الملوسة</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>0.68</td>
<td>0.470</td>
<td>03</td>
<td>الاعتمادية</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>0.92</td>
<td>0.852</td>
<td>03</td>
<td>الاستجابة</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>0.87</td>
<td>0.761</td>
<td>03</td>
<td>التوكيد (الثقة)</td>
<td>04</td>
</tr>
<tr>
<td>0.88</td>
<td>0.784</td>
<td>03</td>
<td>التعاطف</td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>0.89</td>
<td>0.796</td>
<td>05</td>
<td>جوهر الخدمة</td>
<td>06</td>
</tr>
<tr>
<td>0.94</td>
<td>0.8836</td>
<td></td>
<td>المستوى العام</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss.

يتضح لنا من الجدول أعلاه الخاص بنتائج اختتام ثبات وصدق الاستبيان الموزع على عينة الدراسة، الذي يعد من أفضل Cronbach's Alpha من الموضوع، إذ استعملنا معامل الثبات كرونايأخ ألفا.
المقدمة 
والتي تعمل في برنامج SPSS. بالحساب أن المتغير الثالث الاستجابة لأسلمة الاستبان قد حصل على أكبر معدل ثبات وصدق، فيما تلاه كل من المتغير السادس والخامس والرابع والثالث والأول على الترتيب، بما أن معدل الثبات قدره: (88.36%) لجميع محاور الاستبيان وهو مرتفع، مما يدل على قوة وثبات وصدق أسلمة الاستبيان، وبال نسبة لمعامل صدق الاستبان فقد قمنا بجذر معامل كورنباخ ألفا إذ حصلنا على (94%), مما يدل هذا أيضاً على أن معامل الصدق مرتفع جداً، مع العلم أن النسبة المقبولة في دراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية تقدرة: 60%, و بما أن كل من معامل الصدق والثبات قد تجاوزت قيمتها 70% و 80%. على التوالي فإن هذا يدل على قوة وثبات وصدق أسلمة الاستبان. 
أما بخصوص الضعف الملاحظ في معامل الثبات (ألفا) للمتغيرات الرئيسية المتمثلة في عنصري الملموسية والاعتمادية التي تقدر نسبة كل واحدة منها بأقل من النسبة المقبولة في العلوم الاجتماعية والإنسانية والتي تقدر ب: 60% فهذا يعد لعدة أسباب من أهمها:
- عدم الفهم الجيد للعبارات المطرحه في الاستبيان بالنسبة لمتغيري الاستجابة والاعتمادية.
- إمكانية أن يكون هناك عناصر مطروحة فكرتها عامة في بعض المتغيرين المدروسين وهماء: الاستجابة والاعتمادية.
- تضارب أراء المستجيبين في بعض العناصر وهذا من شأنه أن يضعف من معامل الثبات.
- اختلاف مستويات المستجيبين يؤثر على ثبات الأداة المستخدمة.
- تباين العناصر المطروحة في الاستبان تتقص من قيمة معاملات الارتباط الجزئية بين العناصر المستخدمة في حساب معامل ألفا كورنبخ.
و - الأساليب الإحصائية المستخدمة:
للقيام بعملية التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات الدالة التطبيقية استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي وفق النسخة 22 باستخدام الحاسب الآلي وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:
1 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (النسب المئوية والتكاريات) للمعلومات الشخصية.
2 - تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) للمتغيرات الرئيسية والمتغيرات التابعة لكل متغير من المتغيرات الرئيسية، للمقارنة بين متوسط الإجابات في كلا القطاعين عند مستوى الدلالة (0.05).
3 - استخراج فروق المتوسطات (t) test (إف) القائمة بين متوسط الإجابات في كلا القطاعين عند مستوى الدلالة (0.05).
4 - استخراج الفروق بين متغير من المتغيرات الفرعية الموجودة في الاستبان بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الفرعية.
5 - استخراج الفروق بين متغير من المتغيرات الرئيسية لفائدة البحث بواسطة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الرئيسية.
الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى

6 - استخدام معادلة كرونباخ ألفا (cronbach’s Alpha)
7 - معامل ارتباط بيرسون لقياس قوة الارتباط بين المتغير المستقل (اَبعاد الجودة) والمتغير التابع

للخدمات الصحية.

١ - ٢ - خصائص عينة الدراسة:

تم توزيع سبعين (70) استبياناً على جميع المرضى على مستوى بعض المصالح الموجودة في المؤسسات الاستشافية العمومية، وثمانية (80) استبياناً على جميع المرضى على مستوى المصالح الموجودة في العيادات الخاصة.

وقد تم استرجاع سبعة وخمسين (57) استبياناً من المؤسسات الاستشافية العمومية، وذلك بنسبة استرجاع (43.14%) منها واحد وخمسون (51) مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، أما بالنسبة للعيادات الخاصة موح الدراسة، فقد تم استرجاع اثني وسبعون (72) استبياناً وذلك بنسبة استرجاع إجمالية قدرت ب (90%)، منها تسعة وستون (69) استبياناً مستوفاة لشروط التحليل الإحصائي، والجدول الموالي يوضح عدد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة ونسبة الاسترجاع على مستوى كل قطاع من القطاعات المدروسة.
الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى

الجدول رقم (2.4): عدد الاستتيانات الموزعة والمسترجعة والمستوفاة للشروط على مستوى كل قطاع:

<table>
<thead>
<tr>
<th>العوائد الخاصة</th>
<th>المستشفيات العامة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>العدد الاستتيانات الموزعة للشروط</td>
<td>العدد الاستتيانات المسترجعة</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>00</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>01</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>00</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>08</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2- إجمال عدد الاستبيانات المستوفية للشروط قدر ب: مائة وعشرين (120) استبيانا منها: واحد وخمسون (51) استبيانا بالنسبة لمؤسسات الاستشفائية العمومية، وتسع وستون (69) استبيانا بالنسبة للعيادات الخاصة.

3- نسبة استرجاع الاستبيانات الموزعة على مستويات القياسات الخاصة قدرت ب: (90%)، وهي بذلك أفضل من تلك المستخدمة من مراكز الاستشفائية العمومية التي قدرت ب: (43.14%)، وهذا بالرغم الاختلاف البسيط في عدد الاستبيانات الموزعة بين القطاعين، وبالمثل من أن كلا النسبتين تعود جيدتين.

4- بلغت نسبة استرجاع الاستبيانات الموزعة على مستويات المراكز الاستشفائية العامة لدى مستشفى ملوي إدابير بولاية تمتاز بنسبة 100%، أما على مستويات القياسات الخاصة فبلغت نسبة الاسترجاع ذاتها (100%) بعدة الضياء بولاية ورقة.

5- النسبة العالية للاستبيانات الملموسة بشكل صحيح بلغ في شكل الإجيمي بين مستشفيات القطاعين (80%) وهذا يدل على قبول المرضى للاستبيان، وعلى طريقة صياغة الأسئلة وسهولة فهمها، ويمكن توضيح طريقة حساب النسبة السابقة على النحو التالي:

* نسبة الاستبيانات المقبولة في مستشفيات القطاع العام هي: 
\[
\frac{51}{70} \times 100 = 72.06\%
\]

* نسبة الاستبيانات المقبولة في القياسات الخاصة هي: 
\[
\frac{69}{80} \times 100 = 86.25\%
\]

* نسبة الاستبيانات المقبولة في القياسات العامة هي: 
\[
\frac{120}{150} \times 100 = 80\%
\]

* نسبة الاستبيانات المقبولة في القياسات المختصرة هي: 
\[
\frac{19}{70} \times 100 = 27.14\%
\]

* نسبة الاستبيانات المقابلة في القياسات العامة هي: 
\[
\frac{11}{80} \times 100 = 13.75\%
\]

* نسبة الاستبيانات المقابلة في القياسات الخاصة هي: 
\[
\frac{30}{150} = 20\%
\]

يمكننا تفصيل معطيات الجدول السابق، حسب بعض الدراسات وفقا للمصادر التي أجريت فيها الدراسة بالنسبة لكل مستشفيات القطاع العام والخاص وكل القطاع على حدة، وفق معطيات الجداول الموالية:
- الجدول رقم (4.3): عدد الاستئنات الموزعة والمسترجة ونسبة الاسترجاع حسب بعض المصالح على مستوى مستشفيات القطاع الحكومي

<table>
<thead>
<tr>
<th>اسم المستشفى</th>
<th>مصلحة الاستئنات</th>
<th>مصلحة جراحة العظام</th>
<th>مصلحة الطب الداخلي رجال</th>
<th>مصلحة الاستئنات</th>
<th>مصلحة جراحة العظام</th>
<th>مصلحة الطب الداخلي رجال</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>العدد الاسترجل</td>
<td>نسبة العدد الاسترجل</td>
<td>العدد الموزع</td>
<td>نسبة العدد الموزع</td>
<td>العدد الاسترجل</td>
<td>نسبة العدد الاسترجل</td>
</tr>
<tr>
<td>مثلي إبراز (كلمت)</td>
<td>66.67</td>
<td>02</td>
<td>100</td>
<td>02</td>
<td>66.67</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>مثلي إبراز (كلمت)</td>
<td>100</td>
<td>03</td>
<td>03</td>
<td>100</td>
<td>02</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>مثلي إبراز (كلمت)</td>
<td>78.95</td>
<td>15</td>
<td>19</td>
<td>92.31</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على البيانات المتوفرة.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:
1- معظم نسب الاستئنات المسترجة من المصالح جيدة من المستشفيات العمومية.
2- أعلى نسبة استرجل للاستئنات الموزعة على عينية الدراسة (المريض) سجلت في مصلحة الأشعة بنسبة (92.31%)، وأقلها سجلت على مستوى مصلحة جراحة العظام بنسبة (69.23%).
المصادر: من إعداد الباحث اعتماداً على البيانات المتوفراً.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

1- معظم نسب الاستئصالات المستجدة من المصالح جيدة من العيادات الخاصة.
2- أعلى نسبة استجارة للاستئصالات الموزعة على عينة الدراسة (المريض) سجلت في مصلحة التحاليل الطبية بنسبة: (91.67%)، وأقلها سجلت على مستوى مصلحتي طب الأطفال والجراحة بالمنظر بنسبة: (88.89%) على التوالي، وقد يعد ذلك لعدة صعوبات تمنع من الوصول إلى المرضى من أهمها:
الفصل الرابع
دراسة حالة المريض

أ- في بعض الحالات أن الحالة الصحية للمريض لا تسمح بذلك.
ب- أن التعلقات تحد من تنقل كل دخيل على المصلحة مما كانت الأسباب، وهذا في إطار تطبيق التعليمات القانونية.
ج- أوقات الزيارات محددة بدقة خاصة في العيادات الخاصة التي تقتصر على زائرين من ذوي المرض ومرفوضة في أوقات العمل.
د- أثناء توقيت العمل يكون المريض محل تشخيص من قبل الطبيب المعالج، إضافة للأشرطة والتحاليل الطبية، ناهيك عن متابعة الممرض للمريض من خلال الوصفة المقدمة له من قبل الطبيب المعالج.

ويعتبر تفصيل الاستبيانات المتصلة على مستوى العيادات الخاصة والمستشفى العام بين أن بعضها من الواجب إلغاؤه لعدم استيفائها لشروط التحليل الإحصائي لعدة أسباب كنقص المعلومات أو تكرار الإجابات...إلخ، وجدول الموالى يوضح لنا عدد الاستبيانات المصغرة بالنسبة للمؤسسات الاجتماعية عينة الدراسة.

الجدول رقم (5.4): عدد الاستبيانات المصغرة على مستوى مستشفيات كل قطاع

<table>
<thead>
<tr>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>المستشفيات العامة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اسم العيادة</td>
<td>اسم المستشفى</td>
</tr>
<tr>
<td>الضياء (ورقة)</td>
<td>سيدي عقية (مركز)</td>
</tr>
<tr>
<td>الولادات (غذاء)</td>
<td>الإخوة رحماني (العامة)</td>
</tr>
<tr>
<td>علاج (فهرا)</td>
<td>ابن سبأ (دارا)</td>
</tr>
<tr>
<td>طباني (عقار)</td>
<td>مليس (حيس) (مكتبة)</td>
</tr>
<tr>
<td>المركز (سويدي بلعباس)</td>
<td>الأمومة والطفولة (طنطا)</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>debugger</td>
<td>debugger</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع (المعالجة)</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتداؤاً على البيانات المتوفرة.

- ملاحظة:

عدد الاستبيانات المصغرة: تتضمن كل من الاستبيانات الضائعة وغير المستوفاة للشروط؛ حيث:
عدد الاستبيانات المسترجعة ≠ عدد الاستبيانات المستوفاة للشروط.

* يتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:
1- أن نسبة إلغاء الاستبيانات المسترجعة كانت أقل في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العمومية؛ حيث بلغت:15.27% في العيادات الخاصة، فيما بلغت بالمستشفيات لعومية نسبة:33.34%.
الفصل الرابع

- النظام الداخلي لل/message
- تحديد العبادات الخاصة
- يتم من خلال البيانات الخاصة
- 3- يمنع إداريا على كل شريك زيارة المرضى خارج أوقات الزيارات المحددة.
- **- معلومات شخصية عن عينة الدراسة:**

1. توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

- الجدول رقم (4.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجنس</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>مستشفيات القطاع العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>الكتركارات</td>
<td>الكتركارات</td>
</tr>
<tr>
<td>ذكور</td>
<td>56.52</td>
<td>52.94</td>
</tr>
<tr>
<td>إناث</td>
<td>43.48</td>
<td>47.06</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS

* يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:

1- أن نسبة الذكور جاءت في المرتبة الأولى بنسبة 55% والتي تمت ستة وستين(66) فردًا من أفراد عينة الدراسة وهي أكبر من نسبة الإناث، ونجدوا تتوزع بنسب متفاولة على مستوى القطاعين كما يلي: 52.94% بالنسبة لمستشفيات القطاع العام، و56.52% بالنسبة للعيادات الخاصة.

2- أن نسبة الإناث جاءت في المرتبة الثانية بنسبة 45% على مستوى القطاعين معاً، وتوزع كما يلي: 47.06% بالنسبة لمستشفيات القطاع الحكومي و43.48% بالنسبة للعيادات الخاصة، ويكمن توضيح ما سبق من خلال الشكل التالي:

- **الشكل رقم (1.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس**

- المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج Excel
- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر:

يوضح الجدول الموالي توزيع المرضى بالمستشفيات العمومية والعيادات الخاصة، حسب متغير العمر:

- الجدول رقم (7.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

<table>
<thead>
<tr>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>مستشفيات القطاع العام</th>
<th>العمرة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
<tr>
<td>المتنوعة</td>
<td>المتنوعة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التكراكات</td>
<td>التكراكات</td>
<td>متغير</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى:

توضح الجدول الموالي توزيع أفراد عينة الدراسة من المرضى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة، حسب متغير علاقة المريض بالمستشفى كما يلي:

الجدول رقم (4.8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>العلاقة بالمستشفى</th>
<th>المجموع</th>
<th>المستشفيات القطاع العام</th>
<th>العيادات الخاصة</th>
<th>التكرارات</th>
<th>النسبة المئوية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مريض خارجي</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>0</td>
<td>69</td>
<td>80.39</td>
</tr>
<tr>
<td>مريض داخلي</td>
<td>120</td>
<td>69</td>
<td>41</td>
<td>22.50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>220</td>
<td>169</td>
<td>93</td>
<td>77.50</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

* يتضح من الجدول أعلاه أنه في خصخص علاقة المريض بالمستشفى فيتضوج لنا من الجدول أعلاه أن ثلاثة وعشرين (32) من أفراد العينة بما يعادل نسبة 77.50% هم مرضى داخليين، أما الباقين الذين يقدر عددهم بـ: سبعون وعشرين (27) مريض من العينة المبتهلة هم مرضى خارجيو أن ما يعادل نسبة 22.50%، وأن طبيعة الإقامة في أقسام المستشفيات توحي بها العامة والخاصة تحدد في صفة المرضي الداخلي والطبيعة تحدد في صفة المريض الخارجي وهنا من شأنه أن يمكننا من التمييز بين الخدمات الطبية الطارئة غير المبرمجة (22.50%) التي تقدم للمريض الخارجي القاعد للعلاج في المستشفى، ومبرمجة أي مخطط لها (77.50%)، وهنا لا بدأ عملية تقديم الخدمات بمجرد الاتصال الأول وإنما يجب على المريض التنسيق مع المستشفى حول إمكانية القبول وموعده، ويظهر ذلك بالعيادات الخاصة.

يشير النسب التي يظهرها الجدول السابق إلى أن معظم الخدمات المقدمة التي تتطلب مكوث المرضى في المستشفى هي من النوع الذي يتم التخطيط له مسبقًا، مما يعني قدرة المستشفى على توفير الموارد المتاحة (بشرية، مالية، مادية) مع الخدمات المطلوبة، ومن ثم الخروج بنتائج وصورة إيجابية للخدمات الصحية المقدمة لطالبيها، ويمكن توضيح ما سبق وفق الشكل التالي:

الشكل رقم (3.4): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب علاقة المريض بالمستشفى

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج Excel.
- المعالجة الإحصائية للبيانات:

للقيام بعمليات التحليل الإحصائي ومعالجة بيانات هذه الدراسة استعان الباحث بالبرنامج الإحصائي "spss" وفق الطبيعة 22، وذلك باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:
- التوزيعات التكرارية، والنسب المئوية;
- المتوسطات الحسابية;
- اختبار الانحدار والارتباط;
- مدى تأثر النتائج بآرائه المبدئية.

وقد تم استخدام مقياس "ليكرت الخماسي likert scale" وذلك بغية الإجابة على فقرات الاستبيان بناءً على القيم التي يوضحها الجدول الموالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>درجة الموافقة</th>
<th>غير موافق</th>
<th>موافق بشدة</th>
<th>موافقان</th>
<th>حيال</th>
<th>غير موافق بشدة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- الأهمية النسبية لوحدات القياس على سلم "ليكرت" ذو خمس درجات، والتي تم تحديدها كما يلي:

الأهمية النسبية = عدد متوسط الدرجات ÷ عدد متوسط الدرجات
الأهمية النسبية = 1.33

ومنه يقسم مدى القياس إلى ثلاثة مسويات بمقدار 1.33 للمستوي، كما هو مبين في الشكل أدناه:

- الشكل رقم (4.4): مستويات سلم القياس لعبارات الاستبيانات:

المصدر: من إعداد الباحث على ضوء معطيات الحساب السابق.

يتم بعد ذلك حساب المتوسط الحسابي (المتوسط المرجع)، ثم يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط كما يلي:
- المستوى المنخفض: من 2.33.
- المستوى المتوسط: من 2.34 إلى 3.66.
- المستوى المرتفع: من 3.67 إلى 5.00.

ولقد تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لوصف إجابات عينة الدراسة من كلا القطاعين على نحو ما جاء في فقرات القسم الثاني والثالث من محاور الاستبيان الموالئة، أما فيما يخص توزيع
مرضى حسب أسباب اختيار العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة، فقد جاءت درجات الموافقة وفق تكرازات متباينة حسب آراء المبحوثين من المرضى (نحظر الملحق رقم: 14)، ويمكن تلخيصها في الجدول الموالي:

- الجدول رقم (4.10): وصف العينة حسب أسباب اختيار العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية

<table>
<thead>
<tr>
<th>الإحراز المعيار المتوسط الحسابي النسبة المئوية التكرازات درجة الموافقة العبارة العبارة</th>
<th>رقم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.08 3.57</td>
<td>14.20 17 موافق بشدة جودة الخدمة الطبية المقدمة. 01</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>54.20 65 موافق</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>11.70 14 محايد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14.20 17 غير موافق</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.80 07 غير موافق بشدة</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100 120</td>
</tr>
<tr>
<td>1.04 4.03</td>
<td>32.50 39 موافق بشدة مجانية الخدمة الطبية المقدمة. 02</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>54.20 65 موافق</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.50 03 محايد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.00 06 غير موافق</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.80 07 غير موافق بشدة</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100 120</td>
</tr>
<tr>
<td>1.25 3.42</td>
<td>20.80 25 موافق بشدة عدم قدرة المستشفيات المجاورة. 03</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>36.70 44 موافق على تقديم الخدمة المطلوبة.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14.20 17 محايد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20.00 24 غير موافق</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8.30 10 غير موافق بشدة</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>100 120</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن 68.46% من مرضى العينة اختاروا المستشفيات المعنية بالدراسة لجودة الخدمة الطبية المقدمة بها، و 86.70% اختاروها لجودة الخدمة الطبية المقدمة وهذا ما يظهر علاجا في مستشفيات القطاع العام، و ما نسبته 57.50% اختاروا المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في كل جهة من جهات الوطن المعنية المختارة لعدم قدرة المؤسسات الاستشفائية المجاورة على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة من قبل المرضى وإرفاقهم.

كما يمكن توضيح أسباب العلاج في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة من خلال الأشكال الموالية:

حيث وضمنا لكل سبب يوضحه وذلك وفق الآتي:
- الشكل رقم (4.5): جودة الخدمة الطبية المقدمة

- المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج SPSS.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن النسبة الأكبر من المرضى اختلفوا المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة
لقد تقدمت الخدمات الطبية التي تقدمها لهم بالمقارنة مع المؤسسات الاستشفائية الأخرى.

- الشكل رقم (4.6): مزانية الخدمة الطبية المقدمة

- المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج SPSS.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن النسبة الأكبر من المرضى يفضلون المؤسسات الاستشفائية العامة عينة الدراسة لاعتبار أن الخدمات الطبية التي تقدمها للمريض عادة ما تكون مجانية، وبعضها الآخر بأسعار
مزانية مقارنة بالقيم المادية للخدمة، وهذا من شأنه ألا يرق المريض ماديا مقارنة بما تقدمه العيادات الخاصة.
- الشكل رقم (1.14): تقييم جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في الجزائر من قبل المستفيدين.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج SPSS.

يتضح لنا من الشكل الأعلا أن الأغلبية المرضى يفضلون العلاج في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالنظر لعدم قدرة المؤسسات الاستشفائية المجاورة لهم على تقديم الخدمات الصحية التي ينشدنها، حتى لو كانوا ذلك عناء السفر وقطع المسافات البعيدة، وهذا ما ينطبق على سكان الجنوب في تنقلاتهم للمستشفيات المتواجدة في الشمال الجزائري.

- 1- تقييم جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة بالجزائر من قبل المستفيدين: 

للتدريب مستوي جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر، استعان الباحث بتقييم العبارات المتعلقة بأبعاد الجودة، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية للإجابات، والانحرافات المعيبية، وأهمية الفرصة، من خلال جوانب الجودة في الخدمات المقدمة، التي تضمنها القسم الثاني من الاستبيان (أمثلة الملحق رقم:15).

1- تقييم بعد الملموسية:

يتم تقييم مستوى هذا بعد من خلال العبارات (04، 05، 06)، وهذا ما يوضح الجدول الموالي:

- الجدول رقم (1.4): تقييم مستوى الجودة المدركة لخدمات المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة في الجزائر، من خلال بعد الملموسية

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرتبة</th>
<th>أهمية العوارض المعيبية</th>
<th>الانحراف الحسابي</th>
<th>العوارض</th>
<th>رقم العبارات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16</td>
<td>1.16</td>
<td>3.20</td>
<td>المظهر الداخلي والخارجي للمنتسبين الذي تتعامل معه جذاب ومعلماً</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>2.13</td>
<td>3.18</td>
<td>قاعات الاستقبال واسعة واعدة وتحتوي على أحدث الأجهزة لتقدم الخدمات الطبية.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td>1.12</td>
<td>3.60</td>
<td>يعني قدمو الخدمة بمظهرهم الخارجي.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>M.0.63</td>
<td>1.63</td>
<td>المتوسط الحسابي والانحراف المعيبية بعد الملموسية</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.
يتضح من الجدول السابق، أن مستوى جودة بعد اللمسوية في خدمات المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة فسمت حسب الدرجات (3.63) و بانحراف معياري (1.82) حيث تراوحت المتوسطات الحسابية للعيادات الواردة فيها ما بين (3.18) كأدنى مستوى حسابي و (6.30) كأعلى مستوى حسابي، إذ جاءت العبارات رقم (04) و (05) في مرتبتين متقاربتين، بينما العبارات رقم (6) فجأت قبلهما من حيث الترتيب حيث وقعت في المرتبة رقم (7) وفي ذلك بعيدة عن حيث الترتيب على العبارات رقم (04) و (05) السابقتين، وعن وجود العبارات الأخرى في مراتب متقارنة حسب إجابات المبحوثين يؤكد على أن المظهر الداخلي والخارجي للخدمات المعالمة معها غير ملائم، إضافة إلى أن قاعات الاستقبال قد تكون غير مهيأة بالشكل الكافي لاستقبال المرضى، وقد تكون غير متوفرة على الظروف الراهنة التي تجعلها محل استقبال جيد للمرضى ومرافقهم.

- تقييم بعد الاعتمادية:

- يتم تقييم مستوى هذا الجدول بعد العبارات الثلاثة (07، 08، 09)، وفق معطيات الجدول التالي:

- الجدول رقم (12.4): تقييم مستوى الجودة المدرجة لخدمات المؤسسات الاستشافية المعمية بالدراسة في الجزائر من خلال بعد الاعتمادية

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارات</th>
<th>متزوجة المعياري</th>
<th>مؤشر الاعتدادية</th>
<th>المتزوجة الحسابي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الرتبة</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>04 متوسط</td>
<td>3.66</td>
<td>3.02</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 متوسط</td>
<td>3.50</td>
<td>1.24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>05 متوسط</td>
<td>3.63</td>
<td>1.20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>/ متوسط</td>
<td>3.60</td>
<td>1.82</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتبارًا على نتائج spss

- يتبنا لج من معطيات الجدول أعلاه، أن مستوى الجودة المدرجة بعد الاعتمادية في خدمات المؤسسات الاستشافية الصحية العامة والخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، وبمتوسط حسابي عام مقدر (3.60) و بانحراف معياري عام (1.82)؛ حيث كانت المتوسطات الحسابية متقاربة، والانحرافات المعيارية أيضاً باستثناء العبارات رقم (07)، وأن أدنى مستوى حسابي (3.50) للفئة رقم (08) وأعلى مستوى حسابي (6.30) للفئة رقم (02)، كما جاءت العبارات رقم (07) و (09) في مرتبتين متقاربتين، بينما العبارات رقم (6) فجأت بعدمها ووقعت في المرتبة رقم (10) وهذا ما يؤكد على وجود أخطاء في تقديم الخدمات الطبية وما ينجم عنها من آثار سلبية تجاه المرضى.

- تقييم بعد الاستجابة:

- يتم تقييم مستوى هذا الجدول بعد العبارات الثلاثة (10، 11، 12)، وفق ما يوضحه الجدول التالي:
- الجدول رقم (13): تقييم مستوى الجودة المدكره لخدمات المستشفيات من خلال بعد الإستجابة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرتبة</th>
<th>الأهمية النسبية</th>
<th>الإحراز المعياري الصافي</th>
<th>العيانة</th>
<th>رقم العيانة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>06</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.61</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.57</td>
<td>11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.45</td>
<td>12</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.54</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

- توضح معطيات الجدول أعلاه إلى أن مستوى الجودة المدكره لخدمات المستشفيات من خلال بعد الإستجابة في المؤسسات الاستشفائية العمومية ومعدلات الخاصة عينة الدرااسة بلجزائر متوسطة، إذ قدر المتوسط الحسابي العام (3.54) وبيان الحد المعياري (1.16)؛ حيث كانت المتوسطات الحسابية والاحرازات المعيارية متقاربة فيما بينها، أما رتبها فتباعدت، وأعلى متوسط حسابي بلغ (3.61) للفرقة رقم:(10)، وأدنى متوسط حسابي بلغ (3.45) للفرقة رقم:(12) التي ترتبطها متأخر بالمقارنة بالفرقات الأخرى، وهذا ما يفسر وجود تأخر وعمد احترام الموظفين لمواعيد اجتياز المرضى، مما ينجم عنه تأخر في تقديم العلاج.

II - 1 - 4 - تقييم بعد الموثوقية:

- يتم تقييم مستوى هذا بعد من خلال العبارات (13، 14، 15)، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

- الجدول رقم (14): تقييم مستوى الجودة المدكره لخدمات المستشفيات من خلال بعد الموثوقية

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرتبة</th>
<th>الأهمية النسبية</th>
<th>الإحراز المعياري الصافي</th>
<th>العيانة</th>
<th>رقم العيانة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>09</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.53</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.53</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.46</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>متوسطة</td>
<td>3.51</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج SPSS.

- من معطيات الجدول أعلاه يتضح لنا أن مستوى جودة بعد الموثوقية في خدمات المؤسسات الاستشفائية العمومية والمعدلات الخاصة عينة الدرااسة بالجزائر متوسطة، بمتوسط حسابي (3.51)، وبيان الحد المعياري (1.16)، وأن أعلى متوسط حسابي بلغ (3.53) للفرقات رقم:(13) و (14) وفي نفس الرتبة، مما يجعل المرضى يشعرون بالأمان اجتياز المؤسسة الاستشفائية والعاملين فيها بالنظام للبقاء وحسن التعامل، وأن أدنى متوسط حسابي بلغ (3.46) للفرقة رقم:(15) التي جاءت في رتبة بعد العبارات السابقتين.
الفصل الرابع

- 1 - 5 - تقييم بعد التعاطف:

يتم تقييم مستوى هذا الجدول بعد التعاطف بناءً على النتائج. وفق معطيات الجدول الموالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرقم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>رابع</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- الجدول رقم (15.4): تقييم مستوى معاملة الخدمات المستشفيات من خلال بعد التعاطف

<table>
<thead>
<tr>
<th>المرتبة</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد البحث اعتمادًا على نتائج SPSS.

انطلاقًا من الجدول أعلاه نتضح لنا أن مستوى جودة بعد التعاطف في خدمات المؤسسات الاستشفائية العومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، بمستوى حسابي عام (3.46)، وبانحراف معياري عام (1.11)، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية للعبارات الورادة فيها بأدبي متوسط حسابي (3.41) بالنسبة رقم (16)، وبأعلى متوسط حسابي (4.39) بالنسبة رقم (17)، كما جاءت العبارات رقم (16) و(18) في منتصف متوسط بينهما، بينما العبارة رقم (17) فقد جاءت بعدهما في المرتبة رقم (15).

- الجدول رقم (16.4): تقييم مستوى الجودة المصرفية للمستشفيات لما تقدمه من خدمات (جوهر الخدمة)

<table>
<thead>
<tr>
<th>المرتبة</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
<th>الاسم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>01</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
<td>burger</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد البحث اعتمادًا على نتائج SPSS.

تشير معطيات الجدول السابق إلى أن مستوى الجودة المصرفية في خدمات المؤسسات الاستشفائية العومية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة، بمستوى حسابي عام مقداره (3.56)، وانحراف معياري (1.19)؛ حيث جاءت العبارة رقم (19) و(20، 23) على الترتيب في مراتب جيدة ومتوايلة، وبمتوسطات حسابية وانحرافات معيارية (3.56) و(1.19) على الترتيب.
دراسة حالة المرضى
الفصل الرابع

منقارية فيما بينها، ما عدا العبارة رقم:(22) التي جاءت في مرتبة بعيدة ومتاخرة من حيث الترتيب وهذا ما يفسر وجود الكثير من المؤسسات الاستثنائية التي لا يتم بها إجراء التحاليل الطبية، مما يؤدي بالمرضى إلى قطع مسافات بعيدة للقيام بالتحاليل في مخابر أخرى بعيدة عن تلك التي تعود العلاج فيها.

وبناءً على ما سبق يمكن تلخيص المستوى العام لجودة خدمات المؤسسات الاستثنائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر حسب إدارات المرضى من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(17.4):المستوى العام لجودة خدمات بالمستشفيات المعنية بالجزائر حسب إدارات المرضى

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم البعد</th>
<th>البعد</th>
<th>الديف بايز</th>
<th>الديف بايز معنوي</th>
<th>الديف بايز معنوي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>0.33</td>
<td>1.63</td>
<td>3.31</td>
<td>1.35</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>0.36</td>
<td>1.82</td>
<td>3.46</td>
<td>1.55</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>0.54</td>
<td>1.16</td>
<td>3.60</td>
<td>1.63</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>0.51</td>
<td>1.16</td>
<td>3.54</td>
<td>1.69</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>0.46</td>
<td>1.11</td>
<td>3.56</td>
<td>1.75</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>0.56</td>
<td>1.19</td>
<td>3.50</td>
<td>1.78</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>0.34</td>
<td>1.34</td>
<td>3.50</td>
<td>1.78</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تمديد العبارة 0.33، 1.63، 3.31:

- Tوحيد معطيات الجدول أعلاه، إلى أن مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة بشكل عام في المؤسسات الاستثنائية العضوية والعيادات الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسطة؛ حيث تراوت متوسطاتها الحسابية ما بين (3.31) كأدنى متوسط حسابي و (3.60) كأعلى متوسط حسابي، فقد جاء البعد الأول الخاص بجانب "العتمادية" في المرتبة الأولى بدرجة أهمية متوسطة، وذلك بمتوسط حسابي قد يشير (3.60) وبيانات معنوي (1.82). وقد يعود ذلك إلى الجهود التي يبذلها الطاقم الطبي والإداري في المؤسسات الاستثنائية عينة الدراسة بالجزائر من أجل بلوغ رضا المرضى من خلال الخدمات الصحية المقدمة لهم، ويسعى قدمًا نحو تحسينها بشكل دائم في مجال الخدمات المقدمة والحركة اتجاه طالبيها من المرضى ومرافقهم، فيما حصل البعد رقم 06 (بالخاص بجانب "الخدمات المقدمة على المرتبة الثانية في مستوى الجودة المتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات عينة الدراسة بالجزائر بمستوى حسابي (3.56) وبيانات معنوي (1.19)، أما البعد الذي جاء في المرتبة الثالثة من حيث مستوى الجودة فيتمثل في جلب "العتمد" بدرجة أهمية متوسطة، وذلك بمستوى حسابي (3.54) والبيانات المعنوية (1.16)، أما المراتب المتبقية فهي للأعداد الثلاثة الواقعة على التوالي: "المتوسطي"، "المعنوي"، "المتزايد" بمستوى حسابية تقارير، وهي على الترتيب (3.51، 3.46، 3.33).

- II قياس دمج الولاء لدى مرضى المؤسسات الاستثمارية عينة الدراسة بالجزائر;

تحدد مستوى الولاء لدى مرضى المستشفيات العضوية والعيادات الخاصة عينة الدراسة استعان الباحث بتقييم العوامل المتعلقة بولاء المرضى، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية للإجابات،
والالحلافات المعيارية، وأهمية الفقرة، التي تضمنها القسم الثالث من الاستبيان وفق الجدول التالي:

- الجدول رقم (18.4): تقييم مستوى الولاء في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرتبة</th>
<th>الرأي والأهمية</th>
<th>العدد</th>
<th>الاحرار المعيار</th>
<th>المعدل الحسابي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>03</td>
<td>متوسطة</td>
<td>11.14</td>
<td>3.48</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>متوسطة</td>
<td>11.0</td>
<td>3.48</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>06</td>
<td>متوسطة</td>
<td>11.18</td>
<td>3.22</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>05</td>
<td>متوسطة</td>
<td>10.9</td>
<td>3.33</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>متوسطة</td>
<td>11.5</td>
<td>3.35</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>01</td>
<td>متوسطة</td>
<td>4.88</td>
<td>3.64</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>متوسطة</td>
<td>1.76</td>
<td>4.40</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS.

توضح بيانات الجدول أعلاه، أن مستوى ولاء المريض للمؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادية الخاصة عينة الدراسة بالجزائر متوسط، حيث تراجعت المتزلفات الحسابية لعجارات جانب الولاء ما بين (3.22) و(3.64)، ويلفظ بعض معياري يقدر ب: (1.76)، فقد جاعت العمارة رقم(20) في المريتة الأولى بأهمية نسبة متوسطة، ومتوسط حسابي (3.64) وانحراف معياري (4.88)، والعمارة رقم(25) جاعت في المريتة الثانية بمتزلف حصبي (3.48) وانحراف معياري (1.10)، لحين جاعت في المريتة الثالثة الولاء حائرة رقم(24) بمتوسط حصبي (3.38) وانحراف معياري (1.14)، ومنه نلاحظ أن العجارات الثلاثة الأولى تعبر عن الاحترام عند المريض عندما يتعامل مع المستشفى الذي يتعامل معه، أما العجارات رقم (28، 29، 26) على التوالى فقد جاعت في المراقبة الموالفة على الطرح، والتي نجدها تترك أساسًا على جانب الالتزام للمستشفى والدفاع عنه.

أما فيما يخص العجارات رقم (30) و(31) المتعلقة بالولاء من عدمه، فقد جاءت نتائجهما كما يلي:

- الجدول رقم (19.4): تصريحات المريض بتعزيز التعاون مع الطبيب والمستشفى من عدمه

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاحرار المعيار</th>
<th>المتزلف الحسابي</th>
<th>متزلف النسبة المنوية</th>
<th>التكراكت</th>
<th>اليد</th>
<th>نعم</th>
<th>لا</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.46</td>
<td>2.76</td>
<td>100</td>
<td>120</td>
<td>40</td>
<td>60</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>1.56</td>
<td>3.08</td>
<td>100</td>
<td>120</td>
<td>50</td>
<td>50</td>
<td>60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS.

يوضح من الجدول أعلاه أن: 40% من أفراد العينة من المرضى يفضلون عدم تعزيز طبيبيهم الحالي (المريضي الأقوياء)، في حين نجد أن ما نسبته 60% يفضلون تعزيز الطبيب الحالي بطبيب آخر، أما بخصوص التفكير في التعاون مع مستشفى آخر غير المستشفى الحالي فإن النسبة في هذا المجال جاءت متساوية ونسبة 50%، ففيهم يفكر في تعزيز الطبيب الحالي والمستشفى معاً، والبعض الآخر
يذكر في تغيير الطبيب الحالي يצותر أخر معالج له داخل نفس المستشفى، فيما يذكر آخر معالج ي万户 معا، ومن الأسباب التي تجعلهم يقتررين في ذلك يمكن ذكر أهمها في الجدول الموالي:

الجدول رقم (20.4): الأسباب التي أدت بالمرضى إلى تغيير وجهة المستشفى

<table>
<thead>
<tr>
<th>الاختلاف الزياري</th>
<th>المتواضعات</th>
<th>الانتكارات</th>
<th>الأسباب</th>
<th>الـ عبارة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.23</td>
<td>2.64</td>
<td>23.61</td>
<td>17</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>1.19</td>
<td>2.82</td>
<td>19.44</td>
<td>14</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>1.20</td>
<td>2.98</td>
<td>19.44</td>
<td>14</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>1.40</td>
<td>2.80</td>
<td>37.50</td>
<td>27</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج

يتضح من معطيات الجدول أعلاه الأسباب التي من شأنها أن تجعل المريض يحتفل جدياً في تغيير المستشفى حتى ولو قبل ذلك إنفاق أموال باهظة وزيارة الأطباء الذين يشتد من خلالهم الشفاء، حتى لو كانوا يعملون في مستشفىات بعيدة، مما يجعل المريض يتحمل عناء السفر والتأمل في الإقامة، وهذا ما نلمسه بوضوح في مرضى الجنوب الجزائر في تنقلهم للعلاج في المستشفى المتواجدة في ولايات الشمال الجزائر، ويتذكر ذلك بصورة واضحة في السبب الأول المتعلق بعدم وجود أطباء متخصصين لعلاج بعض الأمراض المستعصية، ويعود ذلك إلى المستوى غير العادلة للموارد الصحى والموارد البشرية وتحديدا الطاقم الطبي بين ولايات الجنوب والشمال، إضافة إلى عدم رغبة الأطباء المتخصصين للعمل بولايات الجنوب رغم المزايا المادية التي توفرها الحكومة الجزائرية.

- إختبار فرضيات الدراسة:

بعد أن تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام مقياس ليكرت (likert scale) المكون من خمس نقاط تراوحت بين رقم (1) واعتر عن عدم الموافقة المطلقة على العبارة، رقم (5) ليعبر عن الموافقة المطلقة عليها، في حين يعبر رقم (3) عن حياد المقياس، وفيما يلي نتائج التحليل بالنسبة لكل فرضية على حدة:

- 1- اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: تختلف المعايير التي يعتمد عليها المرضى في أهميتها بالنسبة عند تقديرهم لجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة في الجزائر.

يتضح لنا من معطيات الجدول رقم (4.17) الذي يوضح المستوى العام لجودة الخدمات الصحية بحسب إدارات المرضى، أن المتوسطات الحسابية لأبعاد الجودة تختلف فيما بينها بفرضية متلبياً تراوح بين (3.33) و (3.60) ومتوسط عام بلغ (5.30)، وبالإشارات معنوية تراوح بين (1.11) و (1.82)；

أما يعني أن المعايير التي يعتمد عليها المرضى في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر تختلف فيما بينها، وتختلف من فرد لآخر. وعليه يتذكر قبول الفرضية الأولى.
- 3 - اختبار الفرضية الفرعية الثانية:
نتص هذه الفرضية على ما يلي: تختلف درجات الاهتمام بـ "أبعاد جودة الخدمة الصحية لدى المبحوثين من مرضى المؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر.

وينبغي أن تتجاوز هذه الفرضية الفرعية العبارات التالية:

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارات</th>
<th>الترتيب</th>
<th>الملاحظات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1- تختلف درجات الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للمستشفى حاليًا، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>01</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>2- تختلف درجات الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية لحد ذاتها، التي تتمحور عليها حاليًا، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>02</td>
<td>الامتدادية</td>
</tr>
<tr>
<td>3- تختلف درجات الاهتمام لدى مرضى الخصوبة مبطنين خارجياً، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>03</td>
<td>الاستجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>4- تختلف درجات تفاوت الخدمات الصحية بين قائمة المستشفى مع القيمة الفعلية، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>04</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>5- تختلف درجات حرص عمال المستشفى على تقديم الخدمات الطبية المطلوبة من المرضى، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>05</td>
<td>الاستجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>6- تختلف درجات الاهتمام المستفيлик بـ &quot;العوامل الممكنة&quot; للمرضى، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>06</td>
<td>الاستجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>7- تختلف درجات استعمال عمال المستشفى على &quot;العوامل الممكنة&quot;، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>07</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>8- تختلف درجات &quot;العوامل الممكنة&quot; و&quot;الموضوعية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>08</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>9- تختلف درجات اهتمام موظفي المستشفى بـ &quot;العوامل الفردية&quot; للمريض، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>09</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>10- تختلف درجات اهتمام بين &quot;العوامل التربوية&quot; و&quot;الموضوعية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>10</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>11- تختلف درجات اهتمام بين &quot;العوامل التربوية&quot; و&quot;الموضوعية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>11</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>12- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>12</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>13- تختلف درجات اهتمام في عناية الفحصية والمجتمعية للمريض، ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>13</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>14- تختلف درجات اهتمام بين &quot;العوامل الفردية&quot; و&quot;الموضوعية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>14</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>15- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل الفردية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>15</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>16- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>16</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>17- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>17</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>18- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>18</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>19- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>19</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
<tr>
<td>20- تختلف درجات اهتمام في &quot;الموضوعية&quot; و&quot;العوامل التربوية&quot; ومستوى جودة الخدمة.</td>
<td>20</td>
<td>المتواصلة</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث.

وقد تم اختيار هذه الفرضية من خلال إجابات مفردات العينة من المرضى على العبارات المتضمنة في الاستبان، وتم الاعتماد على المتوسطات الحسابية لتلك الإجابات، فضلا عن اختيار (t) للمقارنات الثنائية للتأكد من الدلالة الإحصائية النتائج في هذا المجال، إذ تم في البداية استدراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات مفردات العينة من المرضى على كل عبارات في ذلك السياق، وذلك بجمع درجات إجابات المرضى على كل عبارات، ثم قياس المجموع على عدد مفردات العينة، لتصبح (20) متوسط حسابيا لإجابات مفردات العينة، تغطي العبارات (20) التي تم تقييمها تلك العبارات، ووفق الجدول الموالي رقم (4.1).

ويقرر معدلات جودة الخدمات الصحية فعلي للأعراض (20) واختبار الفرضيات الأخرى، تم استدراج المتوسط العام (Grand mean)، وفقا ل mitigate this method of comparing the effects of the variable الخصص المستخدمة، فإننا نرى أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستوى المطلوب في المؤسسات
الاستفاغية عينة الدراسة باعتبارها مؤشراً إيجابياً لبلوغ مستوى الطموح كونها خدمات صحية تتعلق بحياة الإنسان، غير أننا نوجد عوامل مازلت غير مدركة، مما يتطلب تشكيلها ووضع الحلول الملائمة لها.

ولذا فقدنا بالتأكيد من الدلالات الإحصائية لهذه النتيجة وتم اختيار فرضية الفرصة للمتوسط الحسابي البالغ (3.50) واعتبار هذا المتوسط قاعدة لقرار اختيار الدالة الإحصائية لتلك الفرضية، وباستخدام (t) للمقارنات الثنائية ومستوى داله (0.05) لجميع العمليات المتبعة الاستبيان، نبين أن قيمة (t) المحسوبة (0.9466) في حين بلغت (t) المجودة (1.658) ومقارنة القيمتين ينصح أن قيمة المحسوبة أقل من القيمة المجدولة، وذلك تقبل فرضية الوضع (H0) العامة المشار إليها وترفض الفرضية البديلة (H1) وما يؤكد ذلك هو معدل الإجابات إذا بلغ (3.50) باتجاه مواقف بأن معيار جودة الخدمة لم ترقى إلى مستوى تقديم الخدمة بالجودة المطلوبة انطلاقاً مما هو متوفير.

ويمكننا توضيح الميزات والاختلافات الفعالية لإجابة مفردات عينة من المرضى على المقياس ذي النقاط الخمسة (ليبرت) لكل عبارة على مدى من خلال معطيات الجدول رقم (21.4) الموالي:

- الجدول رقم (21.4): الميزات الحسابية والاختلافات الفعالية لإجابة مفردات عينة من المرضى

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الregunta</th>
<th>الregunta</th>
<th>المتواضع الحسابي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>01</td>
<td>الوضع الداخلي والخارجي للمستشفى الذي أعمل معه جذاب وماتم.</td>
<td>1.64</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>قيادته الاستعداد والجهد من وإلى الأجهزة لتدمير الخدمات الطبية.</td>
<td>3.20</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>يعني مقدار الخدمة بجميعهم الخارجي.</td>
<td>2.13</td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>تواجد الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجاته ورغباته.</td>
<td>3.18</td>
</tr>
<tr>
<td>05</td>
<td>يحرص عمل المستشفى على تقديم الخدمة بشكل صحي من أول مرة.</td>
<td>1.12</td>
</tr>
<tr>
<td>06</td>
<td>عندما توهمى مكثفة صحة فإن الممرضين يظهرون الاهتمام الصادق بكلها.</td>
<td>3.02</td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td>يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمل المستشفى.</td>
<td>3.66</td>
</tr>
<tr>
<td>08</td>
<td>الموظف (أبا، ممرض) يظهر المرضى بثقة عن مواقف العلاج.</td>
<td>1.24</td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td>موظف المستشفى لا يتأخر على بنسبة الطبيب للمرضى.</td>
<td>3.50</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>نشر الأمان في تفعيل بعمل المستشفى.</td>
<td>1.20</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>يتم موظف المستشفى بالأحساس والرعاية أثناء أداءهم للعمل.</td>
<td>1.19</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>تواجد المعرفة الكافية لدى موظف المستشفى للإجابة عن سؤالات المطروحة.</td>
<td>3.61</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>أشعر أن موظف المستشفى يدور الاهتمام بي في تعاملهم معي.</td>
<td>3.57</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>نشر أن هذا المستشفى يقدم احترام شخصي.</td>
<td>1.17</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>نشر أن تفاعلي مع هذا المستشفى دون غيرão الجيد أفضل اهتمام.</td>
<td>3.53</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>أشعر أن الممرضون ساعدام في تقديم العلاج بشكل مكثف.</td>
<td>1.16</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>يوفر المستشفى لمرضى خدمات الفحص والأ sinaك.</td>
<td>3.48</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>يوفر المستشفى الخدمات الاستخباراتية للحالات الطارئة.</td>
<td>3.81</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>يوجد مستشفى محصنات بالتعاون الطبي.</td>
<td>1.04</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>يوفر الخدمات الفعالة للمرضى الجراحية.</td>
<td>3.46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادًا على نتائج SPSS.
الفصل الرابع
دراسة حالة المرضى

- ملاحظة:

العبارات الموجودة في الجدول أعلاه رقم: (21.4) مربية في استمرار استبيان المرضى من: 04 إلى 18.
أما بخصوص عبارة الفرعية من (1-20) فإن نتائج الاختبار يوضحها الجدول التفصيلي رقم (22.4) الذي يتضمن تسلسل كل عبارة، والقيمة المحسوبة والجدولية (t)، ونتيجة فرضية (H0) فضلاً عن توضيح ما إذا كان الاتجاه نحو كل عبارة من الاعيان (20) التي تم صياغتها على شكل فرضية ايجابية أو سلبية (انظر الملحق رقم: 16); ونتائج اختبار الاعيان: 20 المتضمنة في الدراسة.

يوضحها الجدول رقم (22.4) الموالي:

الجدول رقم (22.4): نتائج اختبار العابرات (20) المتضمنة في الدراسة

<table>
<thead>
<tr>
<th>النتيجة الخاصة بالفرضية</th>
<th>H0</th>
<th>Sig:t</th>
<th>(t) المجولة</th>
<th>(t) المحسوبة</th>
<th>رقم الفرضية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (1)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.010</td>
<td>1.658</td>
<td>2.635</td>
<td>01</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (2)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.000</td>
<td>1.658</td>
<td>3.915</td>
<td>02</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (3)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.242</td>
<td>1.658</td>
<td>1.176</td>
<td>03</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (4)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.409</td>
<td>1.658</td>
<td>0.828</td>
<td>04</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (5)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.860</td>
<td>1.658</td>
<td>0.176</td>
<td>05</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (6)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.189</td>
<td>1.658</td>
<td>1.321</td>
<td>06</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (7)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.243</td>
<td>1.658</td>
<td>1.174</td>
<td>07</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (8)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.402</td>
<td>1.658</td>
<td>0.842</td>
<td>08</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (9)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.780</td>
<td>1.658</td>
<td>0.280</td>
<td>09</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (10)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.673</td>
<td>1.658</td>
<td>0.423</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (11)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.632</td>
<td>1.658</td>
<td>0.481</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (12)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.831</td>
<td>1.658</td>
<td>0.214</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (13)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.910</td>
<td>1.658</td>
<td>0.113</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (14)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.498</td>
<td>1.658</td>
<td>0.679</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (15)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.958</td>
<td>1.658</td>
<td>0.052</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (16)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.002</td>
<td>1.658</td>
<td>3.241</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (17)</td>
<td>قبول</td>
<td>0.105</td>
<td>1.658</td>
<td>1.633</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (18)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.038</td>
<td>1.658</td>
<td>2.100</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (19)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.000</td>
<td>1.658</td>
<td>4.395</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>اتجاهات إيجابية نحو العبارة (20)</td>
<td>رفض</td>
<td>0.085</td>
<td>1.658</td>
<td>1.734</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>الفرضية الرئيسية</td>
<td>اتجاهات سلبية نحو الفرضية الرئيسية</td>
<td>0.393</td>
<td>1.658</td>
<td>1.3706</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج SPSS.

وستحاول اختيار كل فرضية مستخدمين نفس الأسلوب المتبع في اختيار الفرضية العامة كما يلي:

1. الملموسية:

* العبارة الأولى التي تنص على أن (تخالف درجات الاهتمام بالظهر الداخلي والخارجي للمستشفى حالياً، ومستوى جودة الخدمة).
الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى

وبمثاقب نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اهتمام بالمرضى الداخلى والخارجي بالنظر لما هو مطلوب، إذ بلغت قيمة (t) المحوسية (6.35) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبالتالي ترفض فرضية العلم (H₀) وتقبل فرضية البيانات (H₁). إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة البحث (3.20) باتجاه الموافقة على عدم جاذبية وسلامة المظهر الداخلي والخارجي للمستشفى ملح التعامل بما ينسجم مع المظهر الذي يفضله المريض، والذي ينبغي أن يرقى إلى مستوى الجودة المناسبة.

* العبارة الثانوية التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بفاعلات الاستقبال بالنظر لأحدث الأجهزة التي تحتوي عليها حاليا، ومستوى جودة الخدمات)، ويسري نتائج الاختبار تبين أنه يوجد اختلاف في الاهتمام بفاعلات الاستقبال والأجهزة المستعملة في تقديم الخدمات الطبية.

إذ بلغت قيمة (t) المحوسية (3.915) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.658) وبالتالي ترفض فرضية العلم (H₀) وتقبل فرضية البيانات (H₁) باتجاه الموافقة على عدم ملائمة فاعلات الاستقبال باعتبارها لا تحتوي على أحدث الأجهزة المناسبة لتقديم الخدمات الطبية المتضمنة من المرضى.

* العبارة الثالثة التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام لدى مقدمي الخدمات بمظهرهم الخارجي، ومستوى جودة الخدمات).

وبمثاقب نتائج الاختبار تبين أن هناك اهتمام جديد من قبل إدارة المستشفى والعمالين بطريقة ودينة جدًا، إذ بلغت قيمة (t) المحوسية (1.76) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658)، وبالتالي تقبل فرضية العلم (H₀) وترفض فرضية العينة (H₁)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.60) باتجاه موافقة على أن يوجد اهتمام ببيئة ملابس العمل يرقى إلى مستوى الاتفاق المطلق المفترض توافره لتحقيق مستوى جودة عالية للخدمات الصحية.

2 - الاعتمادية:

* العبارة الرابعة التي تنص على أن (تختلف درجات توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات ورغبات المرضى، ومستوى جودة الخدمات).

وبمثاقب نتائج الاختبار تبين وجود درجات للخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مقارنة بتلك التي توافق واحتياجات ورغبات المرضى، ومستوى جودة الخدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحوسية (0.828) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658) وبالتالي تقبل فرضية العلم (H₀) وترفض فرضية العينة (H₁)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.60) باتجاه موافقة يفسر بوجود توافق نسبي بين ما يقدمه المستشفى من خدمات طبية واحتياجات مرضاه.

* العبارة الخامسة التي تنص على أن (تختلف درجات حرص عمال المستشفى على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة من المرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثاقب نتائج الاختبار تبين أنه يوجد حرص من عمال المستشفى على تقديم الخدمات الصحية المطلوبة

---

الصفحة 168
الفصل الرابع
دراسة حالة المرضى
من المرضى والسعي لأن تكون بشكل صحيح من أول مرة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.176) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H0) وترفض الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.50) باتجاه مواقف على أنه يوجد حرص دائم من قبل عملاء المستشفى على تقديم الخدمة الصحية لطالبيها من المرضى وذويهم.

* الظاهرة السادسة التي تنص على أن (تختلف درجات اهتمام الممرضين بحل المشاكل التي تواجه
مرضاه، ومستوى جودة الخدمة).

ويمت некي نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف في درجات اهتمام الممرضين بحل المشاكل التي تواجه مرضاه، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.321) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658)، وبالتالي تقبل فرضية العدم (H0) وترفض الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.63) باتجاه الموافقة، إذ أنه في الغالب الأعم نجد أن الممرضين حريصين على الاهتمام بالمشاكل التي تواجه مرضاه ويسعون لإيجاد الحلول المناسبة لها.

3 - الاستجابة:

* العلامة السابعة التي تنص على أن (تختلف درجات استعداد عمال المستشفى على مساعدة مرضاه،
ومستوى جودة الخدمة).

ويمت некي نتائج الاختبار تبين أن يوجد علاقة إيجابية من حيث استعداد عمال المستشفى على تقديم بد المساعدة لمرضاه بما يتناسب ومستوى الخدمة الصحية المطلوبة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.74) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H0) وتقبل الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.61) باتجاه الموافقة على أنه يوجد استعداد دائم لمساعدة المرضى من قبل عمال المستشفى.

* العلامة الثامنة التي تنص على أن (تختلف درجات إعلام الأطباء والممرضين بدقة مواعيد علاجهم
للمرضى، ومستوى جودة الخدمة).

ويمت некي نتائج الاختبار تبين أن يوجد تقصير من بعض الأطباء والممرضين في إعلام مرضاه
بمواعيد علاجهم، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.842) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (1.658) وعليه
تقبل فرضية العدم (H0) وترفض الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.57) باتجاه
الموافقة على أنه في الكثير من الأحيان لا يعلم الأطباء والممرضين مرضاه عن مواعيد العلاج، وإن تم
ذلك فإنهم في كثير من الأحيان لا يلتزمون بدقة تلك المواعيد.

* العلامة التاسعية التي تنص على أن (تختلف درجات اهتمام موظفو المستشفى بالطلبات الفورية
لمرضاه، ومستوى جودة الخدمة).

ويمت некي نتائج الاختبار تبين أن توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تجاوب موظفو المستشفى
مع الطلبات الفورية للمرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.280) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية
الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى بالغة (1.658) وبالتالي تقبل فرضية القدامى (H₀) وترفض الفرضية البديلة (H₁)، إذ بلغ معدل إجادات أفراد العينة (3.45) باتجاه الموافقة على أن هناك مستوى جيد في تجنب العاملين مع طلبات المرضى الفوري رغم انسحاغهم مما يتسبب ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4 - الموثوقية:

* العبرة العاشرة التي تنص على أن (تختلف دراجات الاهتمام بين وضع المرضى وتفاقمهم في المهارات المهنية الطبية بثقة وآمان، ومستوى جودة الخدمات).

* ويعتبر نتائج الاختبار تبين أنه توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية لا تعبير عن الاختلاف بين الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى من قبل المرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.423) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وكذلك تقبل فرضية القدامى (H₀) وتترفض الفرضية البديلة (H₁)، إذ بلغ معدل إجادات أفراد العينة (3.53) باتجاه الموافقة بأن هناك مستوى جيد في الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى من قبل المرضى، يجعل المرضى يشعرون بالآمان، مما يؤثر إيجاباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* العبرة الحادية عشر التي تنص على أن (تختلف دراجات الاهتمام بين تفاعل الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى وتعاملهم بلطف ولياقة، ومستوى جودة الخدمات).

* ويعتبر نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اختلاف في دراجات الاهتمام بين تفاعل الطاقم الطبي والعاملين في المستشفى من المرضى، إذ يتم التعامل معهم بلطف ولياقة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.481) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وكذلك تقبل فرضية القدامى (H₀) وتترفض الفرضية البديلة (H₁)، إذ بلغ معدل إجادات أفراد العينة (3.53) باتجاه الموافقة على تحسين واضح في درجة التفاعل مع الطاقم الطبي والعاملين في المستشفى من جهة المرضى من جهة أخرى، كما يدل على أن ذلك سيؤدي حتماً إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

* العبرة الثانية عشر التي تنص على أن (تختلف دراجات الاهتمام في اعتبار أن موظفو المستشفى يملكون المعلومات الكافية للإجابة على تساؤلات المرضى، ومستوى جودة الخدمات).

* ويعتبر نتائج الاختبار تبين أنه لا يوجد اختلاف في دراجات الاهتمام في اعتبار موظفو المستشفى يملكون المعلومات الكافية للإجابة على تساؤلات المرضى، مما يكسب العاملين المصداقية أثراً أدائهم لأعمالهم، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.214) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وكذلك تقبل فرضية القدامى (H₀) وتترفض الفرضية البديلة (H₁)، إذ بلغ معدل إجادات أفراد العينة (3.46) باتجاه الاتفاق على تحسين واضح في توفر عناصر الجدارة والكياية والمصداقية لدى العاملين في أداء عملهم، الأمر الذي يترتب عليه تحسن في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

5 - التعاطف:

* العبرة الثالثة عشر التي تنص على أن (تختلف دراجات الاهتمام في اعتبار المريض يشعر اتجاه
ج - جوهر الخدمة:

* العيادة السادسة عشر التي تنص على أن (اختلاف درجات الاهتمام بأعمال المكوث في المستشفى خلال فترة العلاج) باعتبارها غير مكلفة حالياً بالمستشفى، ومستوى جودة الخدمة.

وبمثلى نتائج الاختيار تبين أن يوجد عدد معين من الاهتمام من شأنه أن يجعل المريض يشعر
ف، وفي حالات التعرض، حيث تقبل قيمة (t) المحسوبة (2.036) وهي أقل من
قيمة (t) الجدولية البالغة (1658)، وبذلك تقبل فرضية الاحتمال (H0)، إذ
بلغ معدل إجابات أفراد العينة (348) باتجاه الموقف على أن هناك عدد معين من إبلاة المرضى العناية
الشخصية من قبل ممرضي المستشفى يؤثر إلى مستوى الطموح في جودة الخدمات الصحية المقدمة.

* العيادة الـ4 عشر التي تنص على أن (اختلاف درجات الاهتمام بين قدرة العاملين في المستشفى
على تقديم عناية شخصية للمرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثلى نتائج الاختيار تبين أنه لا اختلاف في درجات الاهتمام بين قدرة العاملين في المستشفى.
على تقديم عناية شخصية للمريض، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.21) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية
البالغة (1658)، وبذلك تقبل فرضية الاحتمال (H0)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.41)، باتجاه الموقف على أن هناك عدد معين من إمكانية العاملين على تقديم عناية شخصية للمريض.

* العيادة العاشرة عشر التي تنص على أن (اختلاف درجات الاهتمام في اعتبار أن المرضى يشعرون
أن تعاملهم مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل الاهتمام، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثلى نتائج الاختيار تبين أن يوجد اختلاف نسبي في درجات الاهتمام في اعتبار أن المرضى
يشعرون أن تعاملهم مع هذا المستشفى دون غيره يولد أفضل الاهتمام باتبارهم يقدرون أفضل ما لديهم
للمرضى، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.036) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1658)،
والإثباتي تقبل فرضية الاحتمال (H0)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.48) باتجاه الموقف على أن هناك عدد معينة نتيجة لبعض المرضى في اعتبار المستشفى الذي
يعاملون معه بولد أفضل الاهتمام لديهم، فيما يرى بعض المرضى غير ذلك مما يحفزهم لتغيير المستشفى.

* العيادة الـ3 عشر التي تنص على أن (اختلاف درجات الاهتمام بأعمال المكوث بالمستشفى خلال
فترة العلاج باعتبارها غير مكلفة حالياً بالمستشفى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثلى نتائج الاختيار تبين أن يوجد اختلافة لأسعار المكوث بالمستشفى خلال فترة العلاج
بالمستشفيات العامة وعلى العلاج منه في العيادات الخاصة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.241) وهي
أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1658)، وبالتالي تقبل فرضية الاحتمال (H0)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (38.1) باتجاه الموقف على عدم جاذبية أسعار المكوث
بالمستشفى بالعيادات الخاصة لارتفاعها وعلى العلاج منه في المستشفيات العامة، والذي ينبغي أن يكون
في مستوى القدرة الشرائية للمرضى ومستوى جودة الخدمة الصحية المطلوبة.

الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى
العبارة السابعة عشر التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بخدمات الفحص والأشعة
التي يوفرها المستشفى لمرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثقيس نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف في الاهتمام بعمليات الفحص وخدمات الأشعة لدى طالبيها من المرضى، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.633) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبالتالي تقبل فرضية العدم (H0)، وتقبل فرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.67) باتجاه المواقفة على أهمية خدمات الفحص والأشعة بالنسبة للمرضى وعلى المستشفى تقديمها داخله وليس طالبيها من المرضى، مما يوفر لهم أكثر راحة ويزيده من جودة الخدمة الطبية المقدمة.

* العبارة الثامنة عشر التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بالخدمات الاستعجلية للحالات الطارئة للمريض داخل المستشفى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثقيس نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف بالاهتمام بالخدمات الاستعجلية لدى طالبيها من المرضى، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.100) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) مما يؤدي إلى رفض فرضية العدم (H0) وقبول الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.71) باتجاه المواقفة على ضرورة توفر الخدمات الاستعجلية للمستشفى لطالبي الخدمة الطبية من المرضى بالنظر لأهميتها في الخدمات الصحية.

* العبارة التاسعة عشر التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بمراكز التحاليل الطبية في المستشفى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثقيس نتائج الاختبار تبين أنه من الضروري أن يتوفر المستشفى على مراكز للتحاليل الطبية نتيجة لحاجة المريض لها بغض النظر عن نوع المستشفى سواء كان عام أم عيانة خاصة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (4.395) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) مما يؤدي إلى رفض فرضية العدم (H0) وقبول الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (2.95) باتجاه متوسط، مما يدل على اعتبار أن الخدمات الطبية الممثلة في مراكز التحاليل الطبية مازالت دون المستوى الذي يطليه المرضى في المستشفيات الجراحية عينة الدراسة.

* العبارة العشرون التي تنص على أن (تختلف درجات الاهتمام بإجراء العمليات الجراحية التي يوفرها المستشفى لمرضى، ومستوى جودة الخدمة).

وبمثقيس نتائج الاختبار تبين أن يوجد اختلاف في الاهتمام بعمليات الجراحية التي يجريها المستشفى مقاينة بطلبات المرضى عليها، مما يؤثر في مستوى جودة الخدمة الطبية المطلوبة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (1.734) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (1.658) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H0) وقبول الفرضية البديلة (H1)، إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.66) باتجاه متوسط، مما يدل على أن العمليات الجراحية التي تجري داخل المستشفيات الجراحية عينة الدراسة
الفصل الرابع
دراسة حالة المرضى

ملاحظات دون مستوى طلبات وطموحات طالبها من المرضى.

- 2 - 1 - 1 - ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية (العلامات) حسب الأهمية:

0، 0، 0، 0، 0، 0

- 2 - 1 - 1 - ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية (العلامات) حسب الأهمية:

يمكننا ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية (العلامات) حسب أهميتها كل متغير منها وفق الجدول الموالي:

- الجدول رقم (23.4): ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية (العلامات) حسب الأهمية

<table>
<thead>
<tr>
<th>المتغير العلائي</th>
<th>الفئة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0، 0، 0، 0، 0، 0</td>
<td>0، 0، 0، 0، 0، 0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- المصدر: من إعداد البحث اعتمادًا على نتائج

من الجدول السابق رقم (23.4) الذي يوضح ترتيب متغيرات الدراسة الفرعية حسب أهميتها يتضح لنا:

1- المتغير الفرعي الخاص بالمدير الرئيس (جوهر الخدمة) قد جاء في المرتبة الأولى من حيث الأهمية في تسلسل الأولويات والتي تتعلق بتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع طلبات المرضى من العلاج من حيث أسعار المكوث بالمشفى خلال فترة العلاج خاصة بالمستشفيات العامة، إضافة إلى ضرورة توفير المستشفى للمريض الخدمات الاستهلاكية للحالات الطارئة، وكذلك خدمات الفحص والأشعة التي تشكل بها المتوسط الحسابي على الترتيب ما قيمته: (3.81) و (3.71) و (3.67)

وهذا مؤشر يدل على حاجة المريض لتمثيل هذه الخدمات الطبية، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين
جودة الخدمة الطبية المقدمة، فيما جاءت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي (جذور الخدمة) ليست ذات أهمية بالنسبة للمرضى وخصوصاً العنصر المتعلق بتوفير المستشفى لمراكز التحاليل الطبية الذي جاء في المراجعة الأخيرة وهذا ما يعكس سلباً على الخدمات الطبية المقدمة باعتبار المستشفى لا يقدمها، مما يدفع المريض إلى البحث عن مراكز خارج المستشفى لإجراء التحاليل الطبية.

1 - المتغير الفرعي الخاص بالمتبخر الرئيسي (الإمتثالية) قد جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تسلسل الأولويات التي تتعلق بتتوافق الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات ورغبات المريض وهذا مؤشر يدل على أن من أولويات المريض أثناء توجهه للمستشفى يمثل في مستوى الخدمة الطبية المقدمة له، تلبية من حيث ترتيب الأممية مدى حرص المرضى على الاهتمام الصادق بحل المشاكل الصحية التي تواجهه، والتي تشكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.61) على التوالي، وهذا مؤشر على أن هناك حاجة فعلية لتوهجة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى، إضافة إلى مدى حرص موظفي المستشفى من الممرضين بحالتهم الصحية وسعفهم لحل المشكلات التي تواجهه.

2 - إذا تشكل هذه الأخيرة الأسس المهم لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية، فيما جاء المتغير الفرعي الآخر ضمن هذا المتغير الرئيسي (الإمتثالية) ليس ذو أهمية بالنسبة للمريض لأنه من اختصاص الطاقم الطبي بالمستشفى، ليأتي هذا التحليل منسجماً مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية الفرعية الرابعة والسابعة والمتطلعين بضرورة التوافق الصادق للممرضين بكل المشاركات التي تواجه المرضى وهذا ما أنفق عليه أغلبية أفراد عينة المستجيبين من المرضى.

3 - أما المتغير الرئيسي الثالث (الاستجابة) فقد جاء في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية في سلم الأولويات، كأياً أن متغيرات الفرعية جاءت متفاوتة من حيث الأمامية النسبية لها لتسجيل المتغير الفرعي الذي ينص على (يوجد استخدام دائم لمساعدة المرضي من قبل عمال المستشفى)، المرتبة الأولى من حيث الأممية للمتغير الرئيسي أعلاه والتي شكل فيها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.61) فيما سجلت المتغيرات الفرعية الأخرى فيما متفاوتة من حيث الأممية، مما يدل على أن هناك تأطلق حول أهمية إخبار المرضى عن الأوراق المحددة لتقديم الخدمة والاستعداد لتقديم تلك الخدمات بصورة فورية، وهذا ما يؤكّد انسجام هذه النتيجة مع ما تم الإشارة إليه في اختبار الفرضية السابعة والثامنة والمتطلعين بضرورة إعلام المرضى بدقة عن مواعيد علاجهم ومساعدتهم عمال المستشفى لهم في تقديم الخدمات الصحية.

4 - أما المتغير الرئيسي الرابع الملموسية فقد جاء في المرتبة الرابعة من حيث الأممية في تسلسل الأولويات وال المتعلقة باعتماد مقدارها الخدمات الطبية بمشاهيرهم الخارجي وتي شكل بها المتوسط الحسابي ما قيمته (3.60) وهذا مؤشر على أنه يوجد اهتمام من قبل الأطباء والمرضى بمشاهيرهم الخارجي المناسب لتقديم الخدمات الطبية، وهذا من شأنه أن يساعد على رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، فيما جاءت المتغيرات الفرعية الأخرى ضمن هذا المتغير الرئيسي (الملموسية) متفاوتة في درجات الأهمية باعتبارها جاءت في المراتب الأخيرة من حيث الترتيب، ليأتي هذا التحليل منسجماً مع ما تم الإشارة إليه
الفصل الرابع

دراسة حالة المرضى

في اختيار الفرضية الثالثة والمتصلة بضرورة اعتبار مقومات الخدمة الصحية بمظهرها الخارجي.

5) أما المتغير الرئيسي الخامس(الموثوقية) فقد جاء في المرتبة الخامسة من حيث الأهمية، وقاد المثيرين الفرعى الأول والثاني في المرتبة الأولى من المتغير الرئيسي (الموثوقية) والذان ينصان على ما يلي: (الشعور بالأمان في التعامل مع عمال المستشفى) و (يتم موظفو المستشفى بالأحسن النبيلة أثناء أدائهم للعمل) والتي يتضمنها المشرف حسابي ما قيمته 3.53) وهذا مثير على أنه يوجد نوع من الشعور بالثقة والأمان لدى المرضى في عمال المستشفى بالنظر لما يبدده عمل المستشفى اتجاه مرضاه من أحاسيس نبيلة أثناء التعامل، وهذا ما يؤدي إلى زيادة النبأة ومن ثم الشعور بالأمان، مما يساهم في رفع جودة الخدمات الصحية، وهذا ما أفق عليه أغلبية المبحوثين من المرضى عينة الدراسة.

6) أما المتغير الرئيسي السادس (التعامل) فقد جاء في المرتبة السادسة والأخيرة من حيث الأهمية في سلم الأولويات، جاء المتغير الفرعى الأول للمتغير الرئيسي (التعامل) الذي ينص (أضرع أن موظفي المستشفى يبدون الاهتمام بي في تعليمني معني) في المرتبة الأولى إذ شكل المتوسط الحسابي ما قيمته (4.9) وهذا مثير عن أنه يبقى مستوى جودة الخدمات الصحية إلى الطمأنينة والتوتائب، وهذا ما تم الوصول إليه أثناء اختيار الفرضية الثالثة عشر.

III - 2 = 2 - 1 - 2 - ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسي (الأبعاد) حسب الأهمية:

يتضح لنا من الجدول رقم(17.4) ترتيب متغيرات الدراسة الرئيسي حسب الأهمية وفق إدارات المبحوثين من المرضى في المؤسسات الاستشفائية عينه الدراسة بالجزائر، والتي جاء ترتيبها متباين.

* الاطلاق مما سبق يوضح لنا أن المتوسطات الحسابية لمختلف الأبعاد متباينة، وهذا يدل على أن درجة الاهتمام بأبعاد تجربة الخدمات الصحية لدى المرضى متفاوت، ويعود ذلك بالأساس لأن المريض لا يركز على جوانب الخدمة الأخرى بالمقارنة مع الخدمة الطبية التي يتقبها من الطاقم الطبى للمستشفى، كما أن المريض لا يمكنه إدراك حجم التكنولوجيا المستعملة في تقديم الخدمات الطبية، وبقي تعامله مع المستشفى مبني على جوهر الخدمات الطبية المقدمة له بالمقارنة مع توقعاته لها. وعلى تقبل الفرضية.

III - 3 - اختيار الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: توجد علاقة تأثير إيجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة يتم بناءً عليها تحقيق ولاية المرضى للمؤسسة الاستشفائية.

لاختار مدى صحة الفرضية تم الاعتماد على تحليل الانحدار المتعدد، عن طريق اختيار المعلمات مجتمعة، واعتبار ولاية المريض (المتغير التتابع)، وأبعاد جودة الخدمات (متغيرات متبقة)، كما يلي:
- الجدول رقم(4.4): نتائج اختبار أثر جودة الخدمة علىولاء المرضى بالمستقبلات عينة الدراسة

<table>
<thead>
<tr>
<th>المتغير التابع</th>
<th>r</th>
<th>R²</th>
<th>F</th>
<th>dF</th>
<th>sig</th>
<th>درجة الحرية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ولاء المريض</td>
<td>0.801</td>
<td>0.642</td>
<td>40.869</td>
<td>114</td>
<td>0.000</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss

يوضح الجدول أعلاه، أثر جودة الخدمة الصحية على ولاء المريض للمستقبلات عينة، إذ أظهرت نتائج التحليل الإحصائي (انظر الملحق رقم:17) وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة بمكوناتها على ولاء المريض للمستقبلات الجزائرية عند درجة معينة (seg = 0.05) اصغر من مستوى الدلالة (α ≤ 0.05)، إذ بلغ معامل الارتباط (0.801 - r)، وتتدقيمة الارتباط على وجود علاقة قوية (تردية) وموجبة بين المتغيرين ولاء المريض وأبعد جودة الخدمة، أما معامل التحديد (R²=0.642)، أي ما قيمته (0.801) من التغيرات في مستوى الولاء لدى مستقبلي المستقبلات العامة والعيادات الخاصة المعنية بالجزائر ناتج عن التغير في مستوى جودة وحدة واحدة، وأن متغير جودة الخدمة يوضح 64.20% من الاختلافات في قيم متغير ولاء المريض وباقي المتغيرات الأخرى التي لم تدرس تمثل 35.80%، كما بلغت درجة التأثير 'B' (0.75) للملموسية، و(0.168) للاستجابة، و(0.242) لجانب التعاون، بمعنى أن الزيادة بدرجة واحدة في مستوى جودة الخدمة المقدمة يؤدي إلى زيادة في مستوى ولاء مستقبلي المستقبلات الاستجابة العامة عينة الدراسة بالجزائر بقيمة:0.75 للملموسية، و(0.168) للاستجابة، و(0.242) للملموسية، و(0.105) للملموسية، و(0.397) للسياحة، و(0.397) للملموسية، و(0.105) للملموسية، و(0.242) لجانب التعاون، ومنه يمكن كتابة نموذج الانحدار الخطي للولاء المرضى بمثابة المتغير المستقل جودة الخدمة الصحية كما يلي: الشكل رقم(8.1): نموذج الانحدار الخطي للولاء المرضى بمثابة المتغير المستقل جودة الخدمة الصحية

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على نتائج spss

<table>
<thead>
<tr>
<th>والواء المريض</th>
<th>للمستقبلات الجزائرية = 2.767+0.168(الملموسية)+0.211(الاستجابة)+0.200(الملموسية)+0.175(الملموسية)+0.159(الملموسية)+1.356(السياحة)</th>
<th>عينة الدراسة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.168</td>
<td>0.211</td>
<td>0.200</td>
</tr>
</tbody>
</table>
الفصل الرابع
دراسة حالة المرضى

وعليه يتأكد قبول الفرضية الثلاثة التي تنص على: توجد علاقة تأثير إيجابية لجودة الخدمات الصحية المقدمة بتقدير أنها تحقق وراء المرضى لمؤسسة الاستشافية.

يمكن في الأخير القول بأن عدد درجات الموافقة لكل فترة من فترات الاستبيان حسب المتغير الرئيسي لكل واحدة منها انطلاقاً من إجابات المبحوثين من المرضى توضحها الدراسة الإحصائية (نظر الملف رقم: 18)، وهذه الإجابات جاءت بناءً على قناعات راسخة لدى المرضى انطلاقًا من تعاملهم الفعلي من المستشفيات موضوع الدراسة.

- 4 - تأثير المتغيرات الشخصية على آراء المرضى بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى:

1 - بالنسبة لعامل الجنس:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشافية عينة الدراسة حسب آراء المرضى باختلاف جنسهم.

لا توجد دلالة إحصائية لاختلاف آراء المرضى للخدمات الاستشافية حسب الجنس.

- H0 : يوجد اختلاف دال إحصائيا حسب جنس المرضى بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة.

من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيات السابقتين نستعين باختبار t للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار t لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات المرضى حول خدمات المستشفى الصحية بين الذكور والإصاب، وهذا يظهر من خلال القيمة الإحتمالية

- إجراء الاختبار: يمك ان قبول أو رفض إحدى الفرضيات السابقتين من خلال مقارنة القيمة الإحتمالية

لاختبار (bilatèrale) بمصطلح 0.05

إذا كانت: H0 وترفض H1

H1 وترفض H0

لدينا من نتائج الجدول (نظر الملف رقم: 19) أن القيمة الإحتمالية للاحتفاظ H0 0.192 وهي أكبر من مستوى الدالالة 0.05 ومنه نقل بالفرضية لاختلاف آراء المرضى في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الجنس، أي أن الجنس ليس عامل مؤثر في تحديد وجهات النظر حول الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى سواء كان أوم ابادة خاصة، ويمكن تفسير ذلك على أن كل من الذكور والإناث يجدون العمل في المستشفى بغض النظر عن نوع المرض وخدمته صحياً.

- بالنسبة لعلاقة المريض بالمستشفى:

هل يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشافية عينة الدراسة حسب آراء المرضى وفقاً لعامل علاقتهم بالمستشفى.
لا توجد دالة إحصائية اختلاف الخدمات الصحية وفقاً للعلاقة التي تربط المريض بالمستشفى.

: 
: 

من أجل قبول أو رفض إحدى الفرضيات السابقتين نستعين بمثابهة test - t للفرق في المتوسط بين عينتين مستقلتين، وكشرط أساسي في تطبيق اختبار T لابد من ضمان فرضية تجانس التباين بين إجابات المرضى حول خدمات المستشفى الصحية بين المرضى حسب علاقتهم بالمستشفى وهذا يظهر من خلال القمة الإحتمالية: 0.640 < 0.05 ومنه نقبل فرضية تجانس التباين بين العينتين.

(Sig bilateral)  

أني نتائج الجدول (الملحق رقم: 19) أن القمة الإحتمالية للاختبار (Sig) وهو أكبر من مستوى الدالة 0.05 وعليه نقبل الفرضية H0 0.680 ون erk نتائج دال إحصائيا في الخدمات الصحية ما بين المرضى الداخليين والخارجيين أي أن علاقة المريض بالمستشفى ليس محددا في وجهة نظر المريض حول خدمات المستشفى.

3 - بالنسبة للعمر:

هل يوجد اختلاف ذو دالة إحصائية في جودة الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة حسب آراء الموظفين باختلاف أعمارهم.

: 
: 

الان اختلاف دال إحصائيا في الخدمات الصحية المقدمة من طرف للمريض باختلاف أعمارهم.

- يعتبر عمر المريض محددا في تفسير الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى.

في هذه الحالة يختلف المريض حسب أعماره حسب أربعة أصناف، مما يجعلنا نستخدم اختبار ANOVA في اختبار الفرضيات السابقتين.

أني نتائج الجدول (الملحق رقم: 19) يمكن قبول إحدى الفرضيات ورفض الأخرى كما يلي: 

: 
: 

أني نتائج النتائج للاختبار (Sig) أن القمة الإحتمالية للاختبار = 0.019 وهي أقل من مستوى الدالة 0.05 ومنه نقبل بالفرضية H1 بعدم وجود دالة إحصائية لاختلاف آراء الموظفين في الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الوظيفة، أي أنه لا توجد دالة إحصائية للاختلاف في الخدمات الصحية حسب أعمار المرضى، ومنه فإن عمر المريض عنصر أساسي في تقييم مستوى جودة الخدمات.
خلاصة الفصل:
تم في هذا الفصل عرض نتائج دراسة القيادية المتعلقة بتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة من وجة نظر الزبائن الخارجيين (المرضى)، وقد اقتصرت الدراسة على أداة واحدة مماثلة في استمارة الاستبان الموجهة للفئة المرضى بنوعهم الداخليين والخارجيين بغية التعرف على وجهة نظرهم على الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بالجزائر، وبدلاً بلوغها لإدراكاتهم بالنظرة لما هو مقدم.
وإذا كان نتاج المصنع يمكن تحديده كماً و نوعاً، ومن ثم حساب تكاليفه وتقييم أرباحه من خلال اقتناه المستهلك لمنتجاتك، فإن المستشفى لا يتعذر فقط تحديده في صورة كمية بل أيضاً مفهوم يتبنى عنه خاصة في المؤسسات الاستشفائية ذات الطابع الحكومي، باعتبار المستشفى نظام بشري جل مدخلاته ومخرجاته وكل تركيزه هو الإنسان المتمثّل في شخص المريض ومرافقه، وبالتالي فإن هذا الأخير يطلق جل طموحاته على تلبية رغباته من العلاج الذي يقدمه له المستشفى، بغية الحد أو التقليل من آلامه ومعاناته مع المرض، إذ نجد مستعد دائماً لقطع مسافات بعيدة وإفاغة أموال طائلة من أجل بلوغ ذلك الهدف الأساسي، وهذا من شأنه أن يحظى كل الساهرين على شؤون المستشفى من طاقم إداري وطني على العمل بكل حيوية لبلوغ الأهداف المسطرة، والتي من أهمها تلبية طلبات المرضى والتعامل معهم وإجابة على كل تساؤلهم بصورة فورية، والاستعداد ليس فقط لتقديم الخدمات الصحية للمريض الداخلي بل يتعدى إلى الحالات الطارئة للمرضى الخارجي القاصد العلاج في المستشفى، وحتى أولئك المحتاجين في المنازل من المرضى الذين تعذر عليهم ووجه.
تسع المؤسسات الصحية لتجنيد طاقاتها بغية الاستجابة لمتطلبات الزبائن لأنية خدمة سواء كأكانت تشخيصية أم علاجية أم وقائية، هذه الاستجابة لا تمتع بعزل عن جملة من العوامل، يؤدي تسليمه إلى تحقيق رضا المريض عن المؤسسة وخدماتها المقدمة، أعمها دراسة مستفيضة لسلوك المرضى، ودواقعيه الشرياني والعوامل المؤثرة في قراراتهم النهائية، لتصنف إلى إجابة واضحة عن السؤال الذي يطرح دائماً: ماذا يريد المريض من الأطباء والمؤسسات الصحية؟، وهل وجدت فعلاً لرسم الابتسامة على شفاه المرضى بعد مغادرتهم قاعات العلاج وبالتالي ستكسب رضا الله أولاً ورضا المريض ثانياً وذويه ثالثاً؟ وإن كانت حالة الرضا التي يشعر بها المريض مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر ومن ظروف موقعي إلى آخر، ومن زمن لآخر، كما نجدها خاضعة لعدة معايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تقدمها أفضل الخدمات وأجودها لضرورة المرضى المستفيدين بما يتاسب واحتياجاتهم أو يفوقها.
الخاتمة

ما يمكن أن نخلص إليه في هذا البحث اعتقاداتاً على الإطار النظرى أن الجودة الشاملة تعد من المفاهيم الإدارة الحديثة التي تقوم على جملة من الأفكار، والمبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها في مجال نشاطها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، وتحسين الإنتاجية عالية زيادة الأرباح، والعمل على استكمال نظم الجودة وفقاً لمعايير الجودة المتقدمة عليها عالمياً، مما يohlأه لتحسين سمعتها في السوق المحلي والخارجي في ظل المنافسة الشديدة ما بين المؤسسات، التي ازدادت وعيها في غضون السنوات الأخيرة بضرورة تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في عملياتها التصنيعية، والخدماتية، ضد مواجهة التحديات الجديدة المرتبطة بنشأة المنافسة على المستوى المحلي والدولي، خصوصاً في ظل التركيز على حرية التجارة والسماح للسلع والخدمات بالتفوق الحر بين الدول وإلغاء الحواجز الجمركية.

لم يعد يقتصر دور الجودة على إنتاج السلع وتوفير الخدمات فقط، بل تعداه إلى ضرورة تحقيق رضا الزبائن عن كل ما تقدمه المؤسسة من خلال الوظيفة التسويقية، فالمؤسسات الاستشفائية بشقها العام والخاص تعد الأساس الذي يعتمد عليه في تقديم الخدمات الصحية لطابعها من أفراد المجتمع، وهذا ما أدى بالباحثين إلى اعتباره أحد الركائز الأساسية للدولة بالنظير لأهميته في تقديم الخدمات الصحية على اختلاف أنواعها، كما أنه الملء الأمن لجُل المرضى الذين يشكون العالية والأصحاب الذين يطلبون الوقاية، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تطوير الخدمة الصحية باعتبارها من السمات البارزة في عمل المستشفى لمواكبة التطور العلمي والتكنولوجي العالمي في المجال الصحي الذي هو في تغير مستمر.

ومن أجل مواجهة التطور العالمي في مجال الخدمات الصحية، تسعى الجزائر كغيرها من الدول الأخرى إلى إدخال إصلاحات على نظامها الصحي عن طريق إدخال مفاهيم إدارة حديثة ومنها نظام TQM الإستشفائية العالمية اهتمت منذ وقت مبكر بتطبيق مبادئ الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بها، بدءاً من التعرف على احتياجات المراجعين، وانتهاءً بتقييم رأي المرضى حول مستوى الخدمات الطبية المقدمة لهم بالمستشفى، ومدى رضاهم عنها، واعتبار القطاع الصحي ذا حساسية خاصة، لتأثيره المباشر على حياة الفرد اقتصادياً واجتماعياً وثقافياً، وتعتبر هذه الإصلاحات من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم بالنظر لما يعانيه القطاع من مشاكل تفاقمها بكثرنة نتيجة قلة الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بشكل الكافي، وقلة فعالية الحلول المتبعة والإمكانيات المخبرة لتحسين وضعتها المستشفيات.

ورغم المجهودات التي بذلت وما زالت تبذل إلا أن الخدمات الصحية مازالت لم ترق إلى طموحات المرضى ومراقبيهم، مما جعل العديد من المؤسسات الاستشفائية خاصة العامة منها في السنوات الأخيرة محلا للعديد من الانتقادات والتساءلات في عدة مجالات صحية مقارنة بما هو محقق من نتائج، وعلى
هذا الأس أس استهدف هذا البحث في جزءه التطبيقي تسليط الضوء على تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة اطلاقا من إمكانية تطبيق نظام TQM بها.
وفي الأخير يمكننا القول بأن العام والخاص يدرك بأن الخدمة الطبية الجيدة التي تؤدي إلى جذب الزبائن الخارجيين (المريض) لتلقي خدمة جيدة لن يتحقق من فراغ بل إنها نتيجة جهود شاقة تبذل، ينبغي أن تكون مدرسة تساهم بتحسين المستمر بخصوص الخدمات الطبية، من أجل إيجاد مكان لها وسط المؤسسات الإستشفائية المنافسة سواء كانت عامة أو خاصة في حقل الخدمات الصحية.

أ- نتائج الدراسة:

يمكن تقسيمها إلى قسمين أساسيين هما:

1- النتائج النظرية:
من أهم النتائج النظرية الموصول إليها تتمثل فيما يلي:
- يعتمد المستشفى على خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يكونون في المستشفى العام للعلاج مدة طويلة إذ ما قورنت بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخاصة في المستشفى، ويعود ذلك بالأساس لعملية التكافل المرتفعة للخدمات الطبية المقدمة;
- كفاءة الطبيب المهنية العام في المستشفى يُغب النظر عن تصنيفه (عام أو خاص) التي يُقصدها المريض تؤدي دوراً أساسيًا في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية;
- تشكيل سرعة استجابة المستشفى لاحتياجات المريض عامل مهمًا في خلق رضا عال لدى المريض;
- جودة الخدمات تحدد من خلال قياس أبعاد الجودة الخمسة الأساسية المتمثلة في كل من (الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، التموثية، التعاطف)، بالإضافة إلى بعد جوهر الخدمة، التي يمكن قياسها من خلال نمذجة الفجوات أو نمذج قياس الأداء الفعلي;
- إن تفهم توقعات المريض، بعد مطابقة أساسية لتقديم الخدمة الأفضل، كما أن عملية القياس لإشارات المريض للخدمات المقدمة إليه في المستشفى تعد المدخل الرئيس لتطوير جودة الخدمات الصحية;
- أهمية تقديم خدمات صحية تلبى طلبات المرضى وتجاوز توقعاتهم من خلال عملية التحسين المستمر في تلك الخدمات، وذلك من خلال ترسيخ ثقافة الجودة في المؤسسات الخدماتية وتحديداً الصحية منها واستخدامها جنب الأهمية التي يوليها المريض لأبعادها وذلك بما يعزز ولاء للمؤسسة الإستشفائية بغض النظر عن طابع ملكيتها.

2- النتائج التطبيقية:
على مستوى التطبيق تم التوصل إلى النتائج التالية:
- أن أغلب المؤسسات الإستشفائية بالجزائر لا تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مما يدل على أن المستشفيات الجزائرية مازالت تسير بطرق تقليدية;
- يتوفر في بيئة المؤسسات الإستشفائية عينة الدراسة في الجزائر ومنها الخاصة على وجه التحديد
المتطلبات المتعلقة بإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وفق وجهات نظر الموظفين (المديرين،
الأطباء، الممرضين، الإداريين). المبحوثين;
- تركز إجابات المبحوثين من الموظفين في المستشفيات عينة الدراسة في الجزائر بالموافقة على أن
المستشفى يقوم بتحسيين جودة خدماته باستمرار ارتفاعا من تخفيف العيوب في علباته، والسعي لمواكبة
التطورات في مجال الخدمات الصحية في العالم;
- توصلت الدراسة إلى وجود فروقات كبيرة في جودة الخدمات الطبية المقدمة في العيادات الخاصة
مقارنة بالمستشفيات العامة، مما يجعل المريض يفضل العلاج في العيادات الخاصة;
- ركزت إجابات المبحوثين من الموظفين بالموافقة على أن المستشفيات عينة الدراسة تلبى احتياجات
التشخيص والعلاج لزبائنها، فضلا عن أن رضا المرضى عن خدماتها بعد من أولى اهتماماتها;
- رغم وجود علاقة بين المساحة الجغرافية وجودة الخدمات المقدمة، إلا أن المساحة الجغرافية والبعد الجغرافي
للمستشفى لا يعد حائلا أمام علاج المرضي للمستشفى الذي يتبع مستودع خدماته;
- إن مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر
متوسطة بشكل عام من وجهة نظر زبائنها الخارجيين (المريض)، غير إنه كان لجانب الاعتمادية أعلى
درجات القياس بموضوع أهتمام متوسط، ويمكن الاستنتاج من ذلك أن اهتمام المستشفيات عينة الدراسة
يرتبط بالدرجة الأولى على جانب الاهتمام بتوفيق الخدمات الصحية مع تلك المدركة من قبل المرضى،
ويتضح ذلك في رضا المريض على كل ما يقدم له من قبل موظفي المستشفى انطلاقا من الاستقبال
إلى غاية تقديم العلاج، وهذا ما نلمه جليا في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العامة;
- تختلف المعايير التي يعتمدها طلاب العلاج من المرضى في تقييمهم لمستوى جودة الخدمات الصحية
بالمستشفيات عينة الدراسة في الجزائر؛ حيث جاءت الاعتمادية في المرتبة الأولى من حيث مستوى
الإدراك، تليها في المرتبة الثانية جانب الخدمات المقدمة المتمثلة في جوهير الخدمة، تلتها بعد الاستجابة،
ثم بعد الموثوقية، ثم بعد التعاطف، وأخيرا بعد الملموسية، ومن هنا يتبنا لنا أن الاختلافات تختلف
في تقييم الجودة نظرًا لاختلاف المعايير المعمدة في تقييمها من قبل مرضى المؤسسات الأساسية;
- تختلف درجات اهتمام المرضى بمديرية الحياة في الجزائر، إذ أشارت النتائج إلى أن مرضى المؤسسات الأساسية
عينة الدراسة بالجزائر بولون الأهمية الكبرى لجودة الخدمات، ليليها في المرتبة الثانية بعد الاعتمادية، ومن
ثم على التوالي بعد الموثوقية، وبعد الاستجابة، وفي المرتبة الأخيرة بعد الملموسية.
- إن مستوى المرضى للمؤسسات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة بالجزائر متوسط بشكل عام;
- إضافة لما سبق أظهرت نتائج تقييم آراء عينة الدراسة من المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية
المقدمة في المؤسسات الأسستانية بعض العناصر التي تشكل نقاط ضعف في الخدمة المقدمة، ومنها;
- ضيق قاعات الانتظار لبعض المؤسسات الأساسية;
- عدم حداثة الأجهزة المستخدمة في تقديم الخدمات الطبية;
- تخصصى سيرى واحد لأكثر من مريض؛
- حدوث أخطاء فى عملية تقديم الخدمة الطبية، ومنه ما أدى إلى الوفاة كالإهمال واللامبالاة...إلخ؛
- طول فترة انتظار الحصول على الخدمة الصحية، مما يجعل المريض يشعر بالشكبر؛
- نقص الاهتمام بالترويج للخدمات الصحية من قبل المستشفى، إذ يقتصر الإعلان عن وسائل ذات
استخدام محدود من قبل الجمهور، كالاعتماد على الرزنامة أو المنشورات غير الجذابة المتواجدة
على جانب مكاتب الاستقبال في التعريف بالخدمات الصحية.

ب- التوصيات:

بناءً على النتائج السابقة نتقدم بالتوصيات التالية:

- ضرورة تبني المستشفى الجزائرية منهج TQM كأسلوب إداري معاصر لجودة الخدمة الصحية،
والعمل على تحسين الخدمات التي تقدمها للمريض، وذلك بعد إقناع الإدارة العليا للمستشفى أولاً، والتزامها
ودعمها ثانياً لمنهج الجودة من خلال إنشاء وحدات تعنى بذلك في المستشفى بتنفيذ برامج
بصورة ملائمة؛

- مواكبة التطور التكنولوجي العالمي فيما يتعلق بأجهزة تقديم الخدمة الطبية كأجهزة الراديو وأدوات
الجراحية المتطورة...إلخ؛

- التوزيع العادل للموارد المالية والمالية والبشرية بين جميع المناطق والمراكز، والسعى لإيجاد الظروف
الملاحظة لتسبير هذه المراقبات؛

- مساهمة الإدارات الأخرى في نظام الصحة في اتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين المنظومة الصحية
مثل: البلدية، مديريات التجارة، الشؤون الدينية، قطاع التعليم...إلخ؛

- ضرورة العمل على تعزيز بذاء التركيز على المرضى، لأنهم يشكلون المحور الأساس في إدارة الجودة
ال شاملة؛ ويمكن أن يكون ذلك من خلال الاستثمار في الاستماع إليهم للتعرف على متطلباتهم، وتوظيفهم
والوقوف بها، لأنه من غير المنطقي اجبارهم عليه بل ينبغي ضرورة إقناهم بها؛
- إن الوصول إلى مستوى عال من جودة الخدمات في المؤسسات الاستشفائية يتطلب إشراك جميع
الأطراف دون استثناء، وتعزيز العمل وفق مبدأ الفريق الواحد؛

- يعد الاهتمام بالتحسين المستمر أكثر من ضروري تفرضه عدة عوامل من أهمها التناقص، مما يتطلب
عقد المزيد من المؤتمرات وندوات العصف الذهني لتوليد أفكار جديدة للمساهمة في عملية التحسين؛
- أن تتم الإجراءات بآراء وأفكار العاملين بالمستشفى بشأن تحسين الجودة في الأعمال التي يزاولونها.
- تبسيط طرق حصول الموظفين على المعلومات داخل المؤسسة الاستشفائية من شأنه أن يساعدهم
على أداء أعمالهم وفق ما هو مطلوب؛

- ضرورة إخضاع جهود الإصلاح الإداري في المستشفيات لرؤية استراتيجية متكاملة في مجالات تقنية
المعلومات وإدارة المعرفة للتقليل من حدة المشاكل المطروحة، ومن ثم تحسين جودة الخدمات التي تقدمها؛
- أن تقوم الدوائر المختصة في وزارة الصحة بتطوير مقاييس من شأنها قياس جودة الخدمة المقدمة من المستشفيات والاستفادة من المقاييس العالمية، وأن يقتصر إجراء الاستطلاع على العاملين دون المرضى.
- على مستشفيات القطاع العام الاستفادة من التجارب الناجحة في القطاع الصحي الخاص؛ حيث تالت بعض المستشفيات الخاصة سمعة طيبة على الرغم من قصر العمر التنظيمي في تقديم أفضل مساليات الجودة لخدماتها الصحية (التشخيصية والأعمال) بشكل خاص، ويمكن تشكيل فرق بحثية تقوم براساء وتحليل الحالات الناجحة في ذلك القطاع والأساليب التي تستخدمها في قياس وتقييم جودة خدماتها.
- إشاعة ثقافة الجودة وتعليمها على جميع مساليات المستشفى، وتدريب العمال على مفاهيم الجودة بغية التأكد من استيعابهم لها لضمان تحقيقها على أكمل وجه، والارتقاء بالأداء العام للمستشفى.
- الاهتمام باستغارة الموارد البشرية خصوصاً من جانب المستشفيات الفنية باعتباره استثماراً دائماً ومتجددًا، وهذا مرود مستقبلي على كل من المستشفى والفرد.
- ضرورة وضع نظام للجودة وإجراء مراجعات مستمرة له بهدف معرفة ما تم تحقيقه بما هو مستهدف أو مقارنته مع ما حققه الآخرون في قطاع الخدمات الصحية.
- من الضروري على المؤسسات الاستثنائية الجزائرية القيام على مدار فترات زمنية، بتقليم جودة الخدمات المقدمة بها من وجهة نظر زبائنها من المرضى ومراقبيهم، وهذا للتعريف على درجة رضاهم عمّا يقدم لهم من خدمات، والوقوف على جوانب القصور فيها والعمل على تدايبها مستقبلاً.
- القيام بعملية التحسين المستمر وحل المشاكل ومعرفة أسسها والسعي لمعالجتها عن طريق استخدام أدوات واساليب مختلفة منها: نشر وظيفة الجودة، الهندسة، SIX SIGMA...

- الإقتراحات:

ينصح الباحث على مسؤولي المستشفى من أجل تحسين ظروف العمل فيه ضرورة اتخاذ بعض الإجراءات غير المكلفة ماديا وإنما محفزة معنويًا، ومنها:
- التأكد على إدارة المستشفيات قيد الدراسة بتشكيل فرق عمل لوضع خطط خاصة لمناقشة المشكلات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية واقتراح حلول مناسبة لها لزيادة الحوافز المادية والمعنوية المنوحة لهم;
- تنمية مهارات العاملين في المستشفيات المعنية من خلال توفير وتسهيل التكوين والتدريب لهم بصفة دورية وبصورة عادلة، وألا يقتصر ذلك على العمالة بل يتعداه إلى المسؤولين، بما رفع كفاءتهم.
- يجب على الإدارة في المستشفى ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري؛ لأن إرضاء الزبائن الخارجيين (المرضى) يبدأ بإرضاء الزبائن الداخليين (الموظفين);
- على الإدارة أن تشرك العاملين في اتخاذ القرارات خاصة ما تتعلق منها بالأعمال التي تخصصهم;
- على الإدارة العليا في المستشفيات الحكومية أن تأخذ بسياسة المشاركة واللامركزية في الإدارة، وأن تحفز العاملين بالمستشاري لتحمل المسؤولية انطلاقاً من مشاركة القيادات الشابة في اتخاذ القرارات;
- تحديد مسؤولية كل شخص عن الجودة بدقة وشكل موثق، وتقديم السلطات اللازمة للقيام
بمسؤوليته ومساءسته بناءً على ذلك:

- ضرورة إيجاد نظام عدل للمكافآت ينتمي للمورونة، ويرتبط بالأداء وتحسين الجودة والعمل الجماعي.
- تعديل خدماتها المقدمة من خلال جمع المعلومات عن شكاوى واقتراحات المرضى، باستخدام أساليب متنوعة كمشاريع التشاور والاقتراحات، في مراكز خدمات كافة المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة المتمتعة عبر وANTIHE الوطن، أو عن طريق المقابلات الشخصية، أو عمل منتدى إلكتروني من خلال موقعها الخاص...إلخ، والعمل على دراستها وإيجاد حلول لها.
- الأخذ بعين الاعتبار ترتيب الأبعاد الخمسة للخدمة، بالإضافة إلى جوهرها، كما يوليها المرضى عند القيام بعملية تطوير وتحسين جودة الخدمات الصحية.
- العمل على تبني جوائز داخل المؤسسة الاستشفائية تقدم بشكل دوري للأقسام التي تلتزم بشكل كامل بتنفيذ جميع الخطط والسياسات المتعلقة بالجودة.
- تحديد أماكن تأدية الخدمات ووقائع الدورنج، مما يجعل المؤسسات الاستشفائية أكثر جاذبية، ومما يعني للمزون الإطباع بأنه في موقع تربح مستمر.
- ضرورة تطبيق المستشفيات للمحاسبة التحليلية للرصيد الجيد لتطوير النفقات والعمل على السيطرة عليها بدلا من صيغة الميزانية العامة (دور المديرين انتقل من وضعية المسرح إلى وضعية المنطق).
- وضع برامج خاصة بولات المريض لتعزيز الثقة أكثر في نفس المرضى وذويهم ومرافقهم.

د- أفاق البحث:

إن الدراسة تبقى مفتوحة من جوانب متعددة وأبعاد مختلفة، مما يتطلب اقتراح المواضيع التالية:

1- دور إدارة الجودة الشاملة في التأثير على تحقيق الميزنة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية.
2- استراتيجية إعادة الهندسة ودورها في تنمية القدرة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية.
3- واقع تبني المؤسسات الجزائرية لنظام إدارة الجودة الشاملة (دراسة مقارنة).
4- أثر تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي.
5- دراسات اختيارية لمدى أفضلية الاستخدام لمقياس الجودة في مجموعة الخدمات (servqual و servpef).
6- أثر التكنولوجيا الحديثة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية.
7- دراسات مقارنة حول تطبيقات جودة الخدمات في قطاعات الصحة وقطاعات أخرى عامة وخاصة.