

خطة بحثية بعنوان :

أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية
بالمستشفيات الحكومية السعودية

دراسة ميدانية على العاملين في مدينة...../ محافظة

إعداد الطالب :

حسين فرحان العنزي

تخصص : إدارة أعمال

إشراف / د. فايز جراد
د. الفيصل عبدالكريم

1447هـ - 2026 م

ملخص الخطة

تتناول هذه الخطة البحثية موضوع أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية، وهو موضوع يتقاطع بصورة مباشرة مع تخصص إدارة الأعمال في المجال الصحي؛ لأنه يربط بين فلسفة الإدارة الحديثة ومتطلبات تطوير الأداء في المؤسسات الصحية. تنطلق الخطة من افتراض مؤداه أن جودة الخدمة الصحية لا تتحسن بالقرارات الإدارية المجردة أو بالشعارات التنظيمية وحدها، بل تحتاج إلى التزام فعلي من الإدارة العليا، ومشاركة العاملين، واعتماد التحسين المستمر، والتركيز على احتياجات المريض، وإدارة العمليات بالاستناد إلى البيانات والمؤشرات. وتستند الخطة نظرياً إلى أدبيات إدارة الجودة الشاملة كما عرضها جودة (2004) والمناور وآخرون (2021)، وإلى أدبيات جودة الخدمات الصحية في ضوء نموذج (1988) Donabedian وأبعاد SERVQUAL لدى (1988) Parasuraman et al. ، مع الاستفادة من دراسات عربية حديثة في السياق الصحي مثل علي والسماوي (2024) والمالكي (2025). وتقترح الخطة استخدام المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المسح الميداني لعينة طبقية من العاملين في المستشفيات الحكومية، بهدف قياس مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومستوى جودة الخدمات الصحية، ثم اختبار أثر أبعاد المتغير المستقل في المتغير التابع باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة. ومن المتوقع أن تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العربية في الإدارة الصحية، وتقديم نتائج عملية تساعد إدارات المستشفيات الحكومية على ترتيب أولويات التحسين، وتعزيز الثقافة المؤسسية للجودة، ورفع كفاءة الخدمة المقدمة للمستفيدين.

الكلمات المفتاحية :

إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمات الصحية، المستشفيات الحكومية، الإدارة الصحية، رضا المستفيد، التحسين المستمر.

فهرس المحتويات :

م	المحتوى
1	المقدمة
2	مشكلة الدراسة
3	أسئلة الدراسة
4	أهداف الدراسة
5	أهمية الدراسة
6	مبررات اختيار الموضوع
7	حدود الدراسة
8	مصطلحات الدراسة
9	الإطار النظري للدراسة
10	الدراسات السابقة والفجوة البحثية
11	النموذج المفاهيمي والفرضيات
12	منهجية الدراسة
13	الهيكل المقترح للرسالة
14	الخطة الزمنية
15	النتائج المتوقعة والقيمة المضافة
16	قائمة المراجع

1. المقدمة :

يشكل القطاع الصحي أحد أكثر القطاعات ارتباطاً بحياة الإنسان وجودة معيشتة، ولذلك لم يعد الحكم على كفاءة النظم الصحية مقتصرًا على مجرد توافر الخدمة، بل أصبح مرتبطًا بمدى جودة هذه الخدمة واستجابتها لاحتياجات المستفيدين وملاءمتها للمعايير المهنية المعتمدة. وتعرّف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها الدرجة التي تزيد بها الخدمات المقدمة للأفراد والسكان من احتمال تحقيق النتائج الصحية المرغوبة بما يتسق مع المعارف المهنية المسندة بالبيانات) منظمة الصحة العالمية، (2025) ويكشف هذا التعريف أن الجودة في القطاع الصحي ليست نشاطاً تكميليًا، بل هي جوهر الأداء الصحي وشرط أساسي لتحسين المخرجات الصحية وتعزيز ثقة المجتمع بالمؤسسات العلاجية.

وفي بيئة المستشفيات الحكومية على وجه الخصوص، تتعاظم أهمية الإدارة الصحية بسبب تعدد أصحاب المصلحة، وتداخل الأبعاد الطبية والإدارية والمالية والتنظيمية، وارتفاع توقعات المرضى تجاه سرعة الخدمة ودقتها وأمانها وعدالتها. وقد بين كل من الأحمدى (2004) وزياب (2009) والعتيبي (2016) أن إدارة المستشفيات الحديثة تتطلب مزيجًا من التخطيط والتنظيم والرقابة وإدارة الموارد البشرية والمعلومات والعمليات؛ لأن أي ضعف في التنسيق الإداري أو في ثقافة الجودة ينعكس مباشرة على مستوى الخدمة المقدمة. كما يؤكد شعيب (2014) أن جودة الأداء المؤسسي في المستشفى ترتبط بفاعلية العمليات الداخلية، والتزام الإدارة العليا، والتطوير المستمر، والاعتماد على معايير واضحة للتقييم والتحسين.

ومن بين المداخل الإدارية التي حظيت باهتمام واسع في الأدبيات المعاصرة يبرز مدخل إدارة الجودة الشاملة بوصفه فلسفة إدارية تقوم على التحسين المستمر، والتركيز على العميل أو المستفيد، والمشاركة الواسعة للعاملين، واتخاذ القرار على أساس البيانات، وقيادة الإدارة العليا لجهود التطوير) جودة، 2004؛ المناور وآخرون، (2021) وقد انتقل هذا المدخل من المجال الصناعي إلى القطاعات الخدمية ثم إلى المؤسسات الصحية، بسبب قدرته على تنظيم العمليات، وتقليل الهدر والأخطاء، ورفع رضا المستفيدين، وتحويل الجودة إلى ثقافة مؤسسية راسخة وليست مجرد إجراءات رقابية مؤقتة. (Carman et al., 1996; Lammers et al., 1996)

وتدل الدراسات التطبيقية العربية الحديثة على استمرار الاهتمام بعلاقة إدارة الجودة الشاملة بجودة الخدمات الصحية، وإن كانت نتائجها تكشف تفاوتاً يرتبط بالسياق المؤسسي ودرجة النضج الإداري. فقد خلص أنساعد وفلاق (2013) إلى أهمية تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتحسين مستوى الخدمات الصحية، كما بين مراد ورديف وبن عبد الرحمان (2020) أن الالتزام بمبادئ الجودة يساعد المؤسسات الاستشفائية على تحسين مستوى الخدمة. وفي السياق اليمني، توصل علي والسماوي (2024) إلى أن جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمدينة تعز جاءت بمستوى مرتفع، بينما أظهر المالكي (2025) أ (وجود أثر معنوي لسياسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفى مجمع الملك فيصل الطبي.

انطلاقاً من ذلك، تتجه هذه الخطة البحثية إلى اختيار موضوع "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية: دراسة ميدانية على العاملين في مدينة/محافظة يحددها الباحث". وتمت صياغة الخطة بصيغة مرنة تسمح بتكييف المجال المكاني وفق البيئة التطبيقية للباحث من دون المساس بالمنطق العلمي للخطة أو بأبعادها النظرية والمنهجية. ويُعد هذا الموضوع مناسباً لتخصص إدارة الأعمال في المجال الصحي؛ لأنه يجمع بين البعد الإداري الاستراتيجي والبعد التطبيقي الميداني في المؤسسات الصحية.

2. مشكلة الدراسة :

على الرغم من الانتشار الواسع لخطاب الجودة في المؤسسات الصحية، ومن تبني كثير من المستشفيات الحكومية لبرامج تطوير الأداء والاعتماد والتحسين، فإن سؤال الأثر الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة الصحية ما يزال مطروحاً بقوة؛ لأن مجرد إعلان تبني الجودة لا يعني بالضرورة تحولها إلى ممارسة تشغيلية يومية داخل الأقسام والوحدات المختلفة. وتكشف الأدبيات العربية أن مستويات جودة الخدمة في المستشفيات الحكومية ليست متجانسة؛ إذ وجدت جبره (2020) أن جودة الخدمات الصحية في عينة من مستشفيات محافظة بورسعيد كانت عند مستوى متوسط، في حين توصل علي والسماوي (2024) إلى مستوى مرتفع في مستشفيات حكومية بمدينة تعز، كما أثبت المالكي (2025) أ (وجود أثر معنوي لسياسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة بمستشفى مجمع الملك فيصل الطبي.

ويعني هذا التباين أن العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية علاقة تحتاج إلى اختبار ميداني أكثر دقة في كل بيئة صحية على حدة، مع تحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً: هل يعود التحسن إلى التزام الإدارة العليا؟ أم إلى تدريب العاملين؟ أم إلى التركيز على احتياجات المريض؟ أم إلى تحسين العمليات الداخلية؟ كما أن العديد من الدراسات العربية ركزت على مستشفى واحد أو على سياقات محلية محددة، في حين ما تزال الحاجة قائمة إلى بناء خطط بحثية مرنة قابلة للتطبيق في بيئات حكومية مختلفة ضمن تخصص الإدارة الصحية.

وبناءً عليه، تتمثل مشكلة الدراسة في الحاجة إلى التعرف على مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية، وقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها، ثم اختبار أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة في هذه الجودة من وجهة نظر العاملين، وصولاً إلى تقديم نموذج تطبيقي يدعم قرارات التحسين المؤسسي داخل المستشفيات الحكومية. وعليه يمكن صياغة المشكلة في السؤال الرئيس الآتي: ما أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية؟

3. أسئلة الدراسة:

- (1) ما الإطار المفاهيمي والنظري لكل من إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية؟
- (2) ما مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية محل الدراسة من وجهة نظر العاملين؟
- (3) ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية محل الدراسة من وجهة نظر العاملين؟
- (4) هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية؟
- (5) ما الأبعاد الأكثر تأثيراً في جودة الخدمات الصحية: التزام الإدارة العليا، أم مشاركة العاملين، أم التدريب والتحسين المستمر، أم التركيز على المريض، أم إدارة العمليات واتخاذ القرار بالبيانات؟
- (6) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراكات أفراد العينة تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية والوظيفية مثل الجنس، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة؟

4. أهداف الدراسة :

- تهدف الدراسة بصفة عامة إلى اختبار أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية، وذلك في ضوء نموذج مفاهيمي يجمع بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وأبعاد جودة الخدمات الصحية القابلة للقياس الميداني.
1. تأصيل المفاهيم الرئيسة المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في الأدبيات العربية والأجنبية.
 2. تحديد مستوى تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الحكومية محل الدراسة.
 3. تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية محل الدراسة.
 4. اختبار أثر كل بعد من أبعاد إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية.
 5. تحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً في جودة الخدمات الصحية بما يساعد على ترتيب أولويات التحسين الإداري.
 6. الخروج بجملة من التوصيات العلمية والعملية التي يمكن أن تفيد إدارات المستشفيات الحكومية وصانعي القرار في القطاع الصحي.

5 . أهمية الدراسة :

تنبع الأهمية العلمية للدراسة من كونها تربط بين حقل الإدارة العامة للأعمال في المجال الصحي وبين أحد أهم موضوعات التطوير المؤسسي في القطاع الصحي، وهو موضوع إدارة الجودة الشاملة. كما أنها تبني نموذجاً يجمع بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة من جهة، وأبعاد جودة الخدمات الصحية من جهة أخرى، مستفيدة من النموذج البنائي/الإجرائي/النتائجي لدى Donabedian (1988) ومن أبعاد SERVQUAL لدى (Parasuraman et al. (1988). وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في أنها توفر أداة علمية مساندة لإدارات المستشفيات الحكومية في تشخيص واقع الجودة، وتحديد مواطن القوة والقصور في ممارسات الإدارة العليا والعمليات والخدمة الموجهة للمريض. ومن ثم يمكن استخدام نتائجها في تصميم برامج تدريبية، وتطوير الإجراءات، ورفع كفاءة الاستجابة، ودعم مبادرات الاعتماد والتحسين المستمر.

أما الأهمية المهنية لتخصص الإدارة الصحية فتتمثل في أن الدراسة تعزز الحضور العملي لدارس إدارة الأعمال في المجال الصحي، إذ لا تقتصر على وصف واقع صحي، بل تفسر كيف تؤثر

الاختيارات الإدارية والقيادية والتنظيمية في جودة الخدمة الصحية، وهو جوهر الدور الإداري في المؤسسات الصحية الحديثة (العتيبي، 2016 ؛ شعيب، 2014).

كما أن للدراسة أهمية مجتمعية غير مباشرة، لأن أي تحسين في جودة الخدمات الصحية ينعكس على رضا المستفيدين، وثقتهم بالمستشفيات الحكومية، وكفاءة استخدام الموارد، والقدرة على الحد من الشكاوى والتأخير والهدر، وهو ما يتسق مع توجهات النظم الصحية نحو تقديم خدمات أكثر أماناً وكفاءة وتمحوراً حول الإنسان (منظمة الصحة العالمية، 2025، Mosadeghrad، 2014).

6. مبررات اختيار الموضوع :

1. الارتباط المباشر بين موضوع الدراسة وتخصص الباحث في إدارة الأعمال بالمجال الصحي، بما يجعل الموضوع منسجماً مع البناء المعرفي والمنهجي للتخصص.
2. الأهمية التطبيقية المرتفعة لموضوع الجودة في المستشفيات الحكومية، خاصة مع ازدياد توقعات المستفيدين، وتعقد العمليات الصحية، والحاجة إلى تعظيم أثر الموارد المتاحة.
3. وجود رصيد عربي وأجنبي معتبر من الأدبيات والدراسات السابقة يسمح ببناء إطار نظري متين، مع بقاء حاجة حقيقية إلى دراسات ميدانية في بيئات حكومية محلية متنوعة.
4. قابلية الموضوع للقياس الميداني باستخدام أدوات كمية واضحة، وإمكانية تحويل نتائجه إلى توصيات إدارية قابلة للتطبيق داخل المستشفيات الحكومية.

7. حدود الدراسة:

تقترح الخطة الحدود الآتية للدراسة، مع إمكانية مواءمتها عند التطبيق الفعلي بحسب موافقة الجهة العلمية والظروف الميدانية:

جدول (1): الحدود المقترحة للدراسة

نوع الحد	الوصف
الحدود الموضوعية	قياس أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الحدود البشرية	العاملون في المستشفيات الحكومية: أطباء، تمريض، فنيون، وإداريون.
الحدود المكانية	المستشفيات الحكومية في مدينة/محافظة يحددها الباحث لاحقًا وفق بيئته التطبيقية.
الحدود الزمانية	الفترة التي يتم خلالها جمع البيانات الميدانية خلال العام الجامعي 2025/2026 أو ما يعادله.
الحدود المؤسسية	المستشفيات الحكومية دون غيرها من المستشفيات الخاصة أو الخيرية أو العسكرية، ما لم تقرر الجهة العلمية خلاف ذلك.

8. مصطلحات الدراسة:

8.1 إدارة الجودة الشاملة:

تُعرّف إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية شمولية تقوم على إشراك جميع العاملين في جهود التحسين المستمر للعمليات والمخرجات، وتوجيه المنظمة نحو تلبية احتياجات المستفيدين بفاعلية وكفاءة أعلى، في ظل قيادة واضحة من الإدارة العليا واعتماد على البيانات ومعايير القياس (جودة، 2004؛ المناور وآخرون، 2021). وفي المجال الصحي ترتبط إدارة الجودة الشاملة ببناء ثقافة مؤسسية تجعل الجودة جزءًا من كل إجراء إداري أو طبي أو خدمي داخل المستشفى (Carman et al., 1996; Lee & Lee, 2022).

وتُعرّف إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها الدرجة التي تطبق بها المستشفيات الحكومية مجموعة من الممارسات الإدارية المنظمة المتمثلة في: التزام الإدارة العليا، ومشاركة العاملين، والتدريب والتحسين المستمر، والتركيز على المريض، وإدارة العمليات واتخاذ القرار بالاستناد إلى البيانات، وذلك كما تُقاس عبر استبانة الدراسة المقترحة.

8.2 جودة الخدمات الصحية :

تُعرّف جودة الخدمات الصحية بأنها مدى قدرة الخدمات المقدمة على زيادة احتمال تحقيق النتائج الصحية المرغوبة للأفراد والسكان، بالاستناد إلى المعارف المهنية المسندة بالبيانات، مع

مراعاة السلامة والفاعلية والتمحور حول المستفيد) منظمة الصحة العالمية، (2025) كما ينظر Donabedian (1988) إلى الجودة الصحية من خلال علاقة البنية والعمليات والنتائج، بينما قدّم Parasuraman et al. (1988) أبعادًا خدمية عملية لقياس الجودة تمثلت في الاعتمادية والاستجابة والضمان والملموسية والتعاطف.

وتُعرّف إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها الدرجة التي يدرك عندها العاملون أن الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية تتسم بالاعتمادية، وسرعة الاستجابة، وتوافر الضمان المهني، والملموسية المناسبة، والتعاطف مع المستفيدين، وذلك وفق الأداة المقترحة للدراسة.

8.3 المستشفيات الحكومية :

المستشفيات الحكومية هي المؤسسات الصحية التي تُدار وتموّل بصورة أساسية من الدولة أو من الجهات العامة، وتُقدّم خدماتها للجمهور ضمن إطار السياسات الصحية العامة، وتخضع لهيكل تنظيمي وإداري رسمي، وتستهدف تحقيق المصلحة العامة الصحية أكثر من استهداف الربح التجاري (الأحمدي، 2004؛ العتيبي، 2016).

9 . الإطار النظري للدراسة:

9.1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتطورها:

ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة أولاً في البيئات الصناعية بوصفه تحولاً من فلسفة التفتيش على المنتج النهائي إلى فلسفة بناء الجودة داخل كل خطوة من خطوات العمل، ثم ما لبث أن انتقل إلى القطاع الخدمي والقطاع العام، وصولاً إلى القطاع الصحي الذي يتسم بحساسية عالية للخطأ وبحاجة شديدة إلى الانضباط الإجرائي والتعلم المستمر. ويؤكد جودة (2004) أن إدارة الجودة الشاملة ليست برنامجاً محدود المدة، بل إطار عمل متكامل يعيد تشكيل الثقافة التنظيمية لتصبح الجودة مسؤولية الجميع لا مسؤولية وحدة محددة فقط.

ويضيف المناور والعلبان والدويلة (2021) أن جوهر إدارة الجودة الشاملة في المنظمات العامة يتمثل في تحويل الجودة إلى مدخل مؤسسي للإصلاح الإداري، من خلال وضوح الأهداف، ومأسسة التحسين، وتحديد معايير العمل، وربط الأداء بالتقويم المستمر. وعندما تُنقل هذه الفلسفة إلى المستشفى، فإنها تصبح أكثر أهمية؛ لأن الخدمة الصحية تتكون من سلسلة مترابطة من الإجراءات

الإدارية والطبية والفنية، وكل خلل في هذه السلسلة قد ينعكس على سلامة المستفيد أو رضاه أو زمن حصوله على الخدمة.

وتُظهر الأدبيات الأجنبية في الإدارة الصحية أن إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات لا يمكن اختزالها في الشهادات والمعايير الشكلية؛ بل تعتمد على الالتزام القيادي، والتعلم التنظيمي، وتمكين العاملين، واستخدام المعلومات في اتخاذ القرار، وتحويل الخطأ إلى فرصة للتعلم والتحسين. وقد بينت دراسات (Carman et al. (1996 و Lammers et al. (1996 أن نجاح الجودة في المستشفيات يرتبط بمدى تحولها إلى ممارسة يومية مدعومة بالتدريب والفرق والتحليل المنهجي للعمليات.

9.2 مبادئ وأبعاد إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات :

أولاً : التزام الإدارة العليا. يمثل هذا البعد نقطة الانطلاق في أي مشروع جاد للجودة؛ فالإدارة العليا هي التي تحدد الأولويات، وتخصص الموارد، وتضع مؤشرات المتابعة، وترسل الرسائل التنظيمية التي تؤكد أن الجودة ليست خياراً ثانوياً. وتكشف الدراسات الصحية أن ضعف التزام الإدارة العليا يؤدي غالباً إلى بقاء الجودة في مستوى الشعار، بينما يسهم الالتزام القيادي الواضح في استدامة

التحسين وفي تقليل مقاومة التغيير (جودة، 2004؛ Carman et al., 1996; Lee & Lee, 2022).

ثانياً : التركيز على المريض أو المستفيد. لا تكتمل الجودة الصحية إلا إذا انطلقت من فهم احتياجات المستفيد وتوقعاته وحقوقه، سواء تعلق الأمر بسرعة الحصول على الخدمة أو وضوح المعلومات أو الأمان أو حسن المعاملة أو الاستمرارية. ولذلك يؤكد العتيبي (2016) أن إدارة المستشفى الحديثة مطالبة بإعادة تنظيم العمليات من منظور رحلة المريض داخل المؤسسة، لا من منظور التقسيمات الإدارية المجردة. كما أن نموذج SERVQUAL يضع توقعات المستفيد وإدراكه للخدمة في قلب عملية القياس. (Parasuraman et al., 1988)

ثالثاً : مشاركة العاملين وتمكينهم. تمثل الكوادر الطبية والتمريضية والفنية والإدارية المصدر الأهم للمعرفة العملية داخل المستشفى؛ لأنها الأقرب إلى المشكلات اليومية وإلى نقاط التعطّل والاختناق. ومن ثم فإن الثقافة التي تستبعد العاملين من اقتراح الحلول أو من المشاركة في التحسين تفقد فرصة كبيرة لتحويل المعرفة الضمنية إلى تحسينات تشغيلية قابلة للتنفيذ. ولهذا يعد التمكين، والعمل بروح الفريق، والاستماع إلى المبادرات الميدانية من متطلبات نجاح الجودة في المستشفيات (المناور وآخرون، 2021؛ Lammers et al., 1996).

رابعًا : التدريب والتحسين المستمر .طبيعة القطاع الصحي تتسم بالحركة والتحديث المتواصلين، سواء في البروتوكولات أو الأجهزة أو معايير السلامة أو أنظمة المعلومات؛ ولذلك فإن الجودة في المستشفى لا تستقر عند مستوى واحد، بل تحتاج إلى تعلّم مستمر ومراجعة دائمة للعمليات. وقد أظهرت دراسة (Wang et al. (2019 أن إدارة الجودة الشاملة تخلق بيئة عمل أفضل وتدعم ثقافة سلامة المرضى عبر الرضا الوظيفي والقيم المهنية، بينما أكد المالكي (2025) أن التدريب وترسيخ قناعة العاملين بأهمية الجودة من المرتكزات العملية لتحسين الخدمة الصحية.

خامسًا : إدارة العمليات واتخاذ القرار بالبيانات. لا يمكن تحسين ما لا يتم قياسه؛ لذلك تقوم إدارة الجودة الشاملة على وصف العمليات وتحليلها وتحديد مؤشرات الأداء، مثل زمن الانتظار، وعدد الشكاوى، والانحرافات الإجرائية، ونسب التزام العاملين بالمعايير. ويشير شعيب (2014) إلى أن جودة المستشفى المعاصر ترتبط بقدرته على تحويل البيانات التشغيلية إلى قرارات تطويرية. كما يرى (Mosadeghrad (2014 أن جودة الخدمة الصحية تتأثر بمنظومة واسعة من العوامل التنظيمية والبيئية والإنسانية، وهو ما يتطلب قرارات مبنية على معلومات دقيقة لا على الانطباعات فقط.

9.3 مفهوم جودة الخدمات الصحية :

تحتل جودة الخدمات الصحية موقعًا مركزيًا في أدبيات الإدارة الصحية؛ لأنها ترتبط مباشرة بنتائج الرعاية من جهة، وبإدراك المستفيد لقيمة ما يتلقاه من جهة أخرى. ولا يمكن فهم جودة الخدمة الصحية على أنها بُعد تقني صرف أو بعد خدمي صرف، بل هي مزيج من الدقة المهنية، والسلامة، وحسن التنظيم، والاتصال الفعال، واحترام الوقت، والعدالة، والتعاطف. ومن هذا المنطلق، تتعامل منظمة الصحة العالمية مع الجودة بوصفها جزءًا من الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة، لا عنصرًا منفصلًا عنها (منظمة الصحة العالمية، 2025).

وقد قدّم (Donabedian (1988 أحد أكثر الأطر رسوخًا في هذا المجال؛ إذ قسم الجودة إلى ثلاثة مكونات مترابطة: البنية، والعمليات، والنتائج. وتشمل البنية الموارد البشرية والتجهيزات والسياسات والتنظيم، بينما تشير العمليات إلى ما يتم فعليًا أثناء تقديم الرعاية، أما النتائج فتتعلق بالمنتجات الصحية ورضا المستفيدين. وتفيد هذه الرؤية في الدراسات الصحية لأنها تسمح بتتبع الخلل من المنبع، لا الاكتفاء بالحكم النهائي على المخرجات.

إلى جانب هذا الإطار، قدم (Parasuraman et al. (1988 نموذج SERVQUAL الذي يُعد من أكثر الأدوات استخدامًا في قياس الجودة من منظور المستفيد أو المتعامل مع الخدمة. وقد حدد خمسة أبعاد أساسية هي: الاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والملموسية، والتعاطف. وعلى الرغم من أن النموذج صيغ أساسًا في بيئات خدمية عامة، فإن الأدبيات العربية في القطاع الصحي استفادت منه على نطاق واسع، مع تكييف عباراته لتلائم خصوصية الخدمة الصحية (عبدالرحمن، 2017؛ جبره، 2020؛ علي والسماوي، 2024).

9.4 نماذج قياس جودة الخدمات الصحية ومسوغات الاختيار:

تستند الخطة الحالية إلى مزاجية منهجية بين نموذجين رئيسين. الأول هو نموذج (Donabedian (1988 الذي يمنح الدراسة بعدًا بنائيًا وتفسيريًا، ويجعل الجودة نتيجة لتفاعل البنية والعمليات والنتائج. أما الثاني فهو نموذج SERVQUAL لدى (Parasuraman et al. (1988، الذي يوفر أبعادًا كمية قابلة للقياس الميداني في بيئات الخدمة، وهي: الاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والملموسية، والتعاطف.

وتنبع ملائمة هذا الدمج من أن موضوع الدراسة لا يكتفي بوصف مستوى جودة الخدمة الصحية، بل يسعى إلى تفسيره في ضوء الممارسات الإدارية للجودة داخل المستشفى. فإدارة الجودة الشاملة تمثل متغيرًا إداريًا سابقًا للجودة، في حين تمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية مخرجات إدراكية وتشغيلية يمكن قياسها ميدانيًا. وقد أشار عبدالرحمن (2017) إلى أهمية بناء أطر قياس تربط بين أبعاد الجودة من جهة، ورضا المستفيد أو إدراكه لمستوى الخدمة من جهة أخرى، وهو ما يعزز وجاهة النموذج المقترح في هذه الخطة.

كما أن (Mosadeghrad (2014 يوضح أن جودة الخدمة الصحية لا تتحدد بعامل منفرد، وإنما تتشكل من البيئة، والتعاطف، والكفاءة، والفاعلية، والجدوى، وهي أبعاد تتقاطع بدرجة كبيرة مع الممارسات التي تستهدفها إدارة الجودة الشاملة. لذلك فإن اختيار أبعاد SERVQUAL لقياس جودة الخدمة في هذه الخطة لا يلغي بقية التصورات، بل يوفر إطارًا عمليًا ومجربًا يمكن ربطه بأبعاد إدارية داخل المستشفى الحكومي.

9.5 العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية :

من الناحية النظرية، يمكن تفسير العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية عبر منطق بسيط ومترابط: فإذا التزمت الإدارة العليا بالجودة، وأشركت العاملين، ووطرت

التدريب، وحللت العمليات، وركزت على المريض، فإن ذلك ينعكس على انتظام الإجراءات، وتحسن التواصل، وانخفاض الأخطاء، وسرعة الاستجابة، وتحسن البيئة المادية والمعنوية للخدمة. وهذه المخرجات تظهر في النهاية في صورة جودة خدمة أعلى.

وتدعم الدراسات التطبيقية هذه الفرضية. فقد بينت دراسات (Carman et al. (1996) و (Lammers et al. (1996) أن القيادة والالتزام المؤسسي وفرق الجودة والتدريب عوامل حاسمة في نجاح تطبيق الجودة بالمستشفيات. كما توصل (Wang et al. (2019) إلى أن إدارة الجودة الشاملة تؤثر إيجاباً في ثقافة سلامة المرضى عبر متغيرات وسيطة مثل الرضا الوظيفي والقيم المهنية، في حين أثبت (Zehir and Zehir (2023) أن ممارسات إدارة الجودة الشاملة تؤثر في الأداء التشغيلي والمالي للمستشفيات، وهو ما يعني أن الجودة ليست منفعة خدمية فقط بل منفعة مؤسسية أيضاً. وفي الأدبيات العربية، أثبتت دراسات مهداوي وبودي (2017)، ومراد ورديف وبن عبد الرحمان (2020)، والمالك (2025) أ؛ 2025 ب (وجود علاقة أو أثر إيجابي بين تطبيق مبادئ أو سياسات إدارة الجودة الشاملة وبين تحسين مستوى الخدمة الصحية أو جودتها المدركة. كما تكشف دراسة علي والسماوي (2024) أن نتائج الجودة قد تختلف بين السياقات الحكومية باختلاف درجة التطبيق والتنظيم والمتابعة. ويعني ذلك أن البيئة الميدانية لكل دراسة تظل مؤثرة، وأن اختبار هذه العلاقة في بيئات محلية مختلفة يبقى ضرورة علمية وعملية.

وبناء على ما سبق، فإن العلاقة المتوقعة في هذه الخطة هي علاقة تأثير إيجابي مباشر بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة من جهة، ومستوى جودة الخدمات الصحية من جهة أخرى. ولا يقتصر اهتمام الدراسة على إثبات وجود العلاقة فقط، بل يمتد إلى تحديد الأبعاد الأكثر قدرة على تفسير التحسن في جودة الخدمة داخل المستشفى الحكومي.

10. الدراسات السابقة والفجوة البحثية :

10.1 الدراسات العربية

جدول (2) : ملخص الدراسات العربية ذات الصلة

الدراسة	الموضوع والمنهج	أبرز النتائج ووجه الاستفادة
أنساعد وفلاق (2013)	دراسة وصفية تحليلية تناولت دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية في مستشفى الجامعة الأردنية.	أكدت أهمية تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة لرفع مستوى الخدمات الصحية، واستفيد منها في تدعيم العلاقة النظرية بين متغيري الدراسة.
عبدالرحمن (2017)	قدم إطاراً مقترحاً لقياس تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض في المجلة الاجتماعية القومية.	أبرز أهمية بناء إطار قياس متكامل لأبعاد الجودة، واستفيد منه في تبرير المزج بين القياس الإدراكي للجودة والمنظور الإداري.
مهداوي وبودي (2017)	دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية ترابي بوجمعة ببشار حول أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية.	أظهرت وجود تأثير إيجابي لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية، وهو ما يدعم الفرضية الرئيسة للخطوة.
مراد وآخرون (2020)	دراسة على 40 موظفًا بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بعين تموشنت حول دور الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات.	توصلت إلى أن المؤسسة توفر مستويات مقبولة لعوامل التحفيز والجودة، مع توصية بضرورة الالتزام المنظم بمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

جبره (2020)	بحث ميداني على عينة من مستشفيات محافظة بورسعيد لقياس واقع جودة الخدمات الصحية.	خلصت إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية متوسط، ما يبرز وجود فجوات تشغيلية وإدارية تستدعي المعالجة.
علي والسماعي (2024)	دراسة ميدانية على 201 عاملاً في مستشفيات حكوميين بمدينة تعز لقياس واقع جودة الخدمات الصحية.	وجدت أن جودة الخدمات الصحية جاءت بمستوى مرتفع، مع اختلاف ترتيب الأبعاد الفرعية للجودة.
المالكي (2025) أ)	دراسة وصفية تحليلية على 413 عاملاً لاختبار أثر سياسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بمجمع الملك فيصل الطبي.	أثبتت وجود أثر معنوي لأبعاد سياسات إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية.

يتضح من الدراسات العربية السابقة أن موضوع الجودة في المستشفيات الحكومية أو الاستشفائية لم يعد موضوعاً وصفيًا بحثًا، بل أصبح مرتبطاً أكثر فأكثر بقياس أثر الممارسات الإدارية المحددة في مستوى جودة الخدمة. كما يظهر من هذه الدراسات أن العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية غالباً ما جاءت إيجابية، إلا أن مستوى الجودة ذاته يختلف من سياق إلى آخر، وهو ما يمنع التعميم غير المشروط ويدعو إلى مزيد من الدراسات الميدانية المحلية.

كما يُلاحظ أن عددًا من الدراسات العربية ركز على مؤسسات منفردة أو بيئات جغرافية محددة، وبعضها اهتم بجودة الخدمات الصحية من زاوية توصيف المستوى دون بناء نموذج

تفسيرى كافٍ لأبعاد الإدارة المؤثرة. ومن هنا تستفيد الخطة الحالية من هذه الدراسات مع السعي إلى تقديم نموذج أكثر تكاملاً يربط الأبعاد الإدارية للجودة بمخرجات الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية.

10.2 الدراسات الأجنبية

جدول (3) : ملخص الدراسات الأجنبية ذات الصلة

الدراسة	موضوع الدراسة	أهم النتائج ووجه الاستفادة
Donabedian (1988)	طرح إطار البنية - العمليات -النتائج لقياس جودة الرعاية الصحية.	قدّم الأساس المفاهيمي الذي يفسر الجودة بوصفها ناتجاً لتفاعل الموارد والعمليات والمخرجات.
Carman et al. (1996)	تحليل تطبيق الجودة الشاملة/التحسين المستمر في 10 مستشفيات حادة الرعاية.	حدد مفاتيح النجاح في التزام الإدارة والثقافة التنظيمية والتدريب والمتابعة.
Lammers et al. (1996)	مسح بمستشفيات إدارة شؤون المحاربين القدامى حول التزام الجودة والمجالس والفرق والتدريب.	بيّن أن الالتزام المؤسسي وعدد الفرق النشطة يفسران نسبة معتبرة من التحسن المدرك في الجودة.
Mosadeghrad (2014)	دراسة نوعية معمقة على 222 من أصحاب المصلحة لتحديد العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية.	خلصت إلى أن الجودة الصحية تشكل من مزيج بيئي وإنساني وتنظيمي وكفائي، ما يدعم النظرة الشمولية للجودة.

Wang et al. (2019)	اختبار نموذج بنائي على 492 ممرضاً لقياس أثر الجودة الشاملة في ثقافة سلامة المرضى.	أثبتت أن إدارة الجودة الشاملة تحسن الثقافة الآمنة عبر الرضا الوظيفي والقيم المهنية.
Zehir and Zehir (2023)	دراسة كمية على 1069 استبانة في 32 مستشفى بتركيا لقياس أثر ممارسات الجودة الشاملة في الأداء.	أظهرت أثراً جوهرياً لممارسات الجودة الشاملة في الأداءين التشغيلي والمالي للمستشفيات.

تكشف الدراسات الأجنبية أن الجودة الشاملة في المستشفيات تُفهم بوصفها منظومة إدارة وليست مجرد أداة تقييم. فمن جهة، يوضح (Donabedian 1988) أن جودة الرعاية لا تنفصل عن البنية والعمليات والنتائج، ومن جهة أخرى تبرهن الدراسات التطبيقية اللاحقة على أن القيادة والتدريب والقياس والتحسين المستمر عناصر ضرورية لتحويل هذا الإطار النظري إلى نتائج محسوسة داخل المستشفى.

كما تضيف الدراسات الحديثة بعداً مهماً يتمثل في ربط الجودة ليس فقط برضا المستفيد أو سلامته، بل كذلك بالأداء التشغيلي والمالي والاستدامة والتنظيم الداخلي. وقد عززت دراسة Eissa et al. (2025) هذا الاتجاه حين قارنت بين منظور مقدمي الخدمة ومنظور المرضى في مستشفى جامعي، وأظهرت الحاجة إلى دعم تنظيمي وتدريب مستهدف لتجسير الفجوة بين ما يراه العاملون وما يدركه المرضى من جودة.

التعقيب على الدراسات السابقة والفجوة البحثية

يمكن استخلاص ثلاث ملاحظات رئيسة من مراجعة الدراسات السابقة. الأولى أن الغالبية العظمى من الدراسات- عربية كانت أم أجنبية -تؤكد وجود علاقة إيجابية بين ممارسات إدارة الجودة الشاملة وتحسن جودة الخدمة أو الأداء أو السلامة. والثانية أن هذه العلاقة تتأثر بالسياق المؤسسي ودرجة النضج الإداري وخصوصية البيئة التنظيمية، ما يفسر تباين مستويات الجودة بين دراسة وأخرى. أما الثالثة فتتمثل في أن كثيراً من الدراسات العربية ركز على مؤسسات منفردة

أو على قياس مستوى الجودة دون بناء نموذج يجمع بصورة متوازنة بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وأبعاد جودة الخدمة الصحية.

ومن هنا تتحدد الفجوة البحثية التي تستهدفها هذه الخطة في بناء دراسة ميدانية قابلة للتطبيق في بيئة المستشفيات الحكومية، تجمع بين أبعاد إدارية واضحة لإدارة الجودة الشاملة وبين أبعاد قابلة للقياس لجودة الخدمات الصحية، مع الاهتمام بتحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً عملياً. كما تضيف الخطة بعداً تطبيقياً مهماً يتمثل في قابليتها للتكييف المكاني بحسب البيئة التي ينتهي إليها الباحث، وهو ما يجعلها أكثر ملاءمة لمتطلبات رسائل الماجستير في الإدارة الصحية.

11. النموذج المفاهيمي والفرضيات :

• النموذج المفاهيمي :

استناداً إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة، تقترح هذه الخطة نموذجاً مفاهيمياً يجعل إدارة الجودة الشاملة متغيراً مستقلاً بأبعاده الرئيسة، ويجعل جودة الخدمات الصحية متغيراً تابعاً يُقاس عبر أبعاده الخمسة الشائعة في الأدبيات الخدمية الصحية. ويتيح هذا النموذج اختبار الأثر الكلي لإدارة الجودة الشاملة، وكذلك الأثر النسبي لكل بعد من أبعادها في جودة الخدمة الصحية.

جدول (4) : المتغيرات الرئيسة وأبعادها المقترحة

المتغير	الأبعاد الفرعية المقترحة	المصدر المرجعي
إدارة الجودة الشاملة	التزام الإدارة العليا؛ التركيز على المريض؛ مشاركة العاملين؛ التدريب والتحسين المستمر؛ إدارة العمليات واتخاذ القرار بالبيانات	جودة (2004)؛ المناور وآخرون (2021)؛ المالكي (2025) أ؛ Zehir and Zehir (2023)
جودة الخدمات الصحية	الاعتمادية؛ الاستجابة؛ الضمان؛ الملموسية؛ التعاطف	Parasuraman et al. (1988)؛ Donabedian

(1988)؛ عبدالرحمن (2017)؛ جبره (2020)		
--	--	--

• الفرضيات :

بناءً على هذا النموذج السابق ، يمكن صياغة فرضيات الدراسة على النحو الآتي :

الفرضية الرئيسية : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الفرضية الفرعية الأولى : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للالتزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الفرضية الفرعية الثانية : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمشاركة العاملين وتمكينهم في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الفرضية الفرعية الثالثة : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتدريب والتحسين المستمر في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الفرضية الفرعية الرابعة : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتركيز على المريض في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

الفرضية الفرعية الخامسة : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة العمليات واتخاذ القرار بالبيانات في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية.

فرضية إضافية مقترحة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة تعزى لبعض الخصائص الديموغرافية والوظيفية.

12 . منهجية الدراسة :

12.1 منهج الدراسة :

تتبنى الخطة المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المسح الميداني، لكونه المنهج الأنسب لدراسة الظواهر الإدارية في بيئاتها الطبيعية، ووصف مستوى المتغيرات كما يدركها الأفراد، ثم تحليل العلاقات والأثر بينها باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة. ويُعد هذا المنهج ملائمًا لموضوع الدراسة؛ لأنه يسمح بقياس مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومستوى جودة الخدمات الصحية في وقت واحد، ثم اختبار أثر المتغير المستقل في المتغير التابع كما هو شائع في الدراسات الصحية والإدارية العربية الحديثة (علي والسماوي، 2024 ؛ المالكي، 2025 أ).

12.2 مجتمع الدراسة وعينتها :

يتكون مجتمع الدراسة المقترح من جميع العاملين في المستشفيات الحكومية الواقعة في المدينة أو المحافظة التي سيحددها الباحث لاحقاً، ويشمل ذلك الأطباء، وهيئة التمريض، والفنيين، والإداريين. ويُقترح اختيار هذه الفئات لأنها تمثل حلقات أساسية في تقديم الخدمة الصحية وإدارتها، كما أن إدراكها لمستوى تطبيق الجودة يتأثر بمواقعها المختلفة داخل العملية الخدمية. وفيما يتعلق بالعينة، تقترح الخطة استخدام العينة العشوائية الطبقية التناسبية؛ لأن مجتمع الدراسة غير متجانس وظيفياً، ولأن هذا الأسلوب يساعد على تمثيل الفئات الوظيفية الرئيسة تمثيلاً عادلاً، ويقلل من تحيز التمثيل. أما الحجم النهائي للعينة فيحدد وفق الحجم الكلي للمجتمع وبالاستناد إلى المعايير الإحصائية المناسبة، ويمكن الاسترشاد بجدول Krejcie and Morgan (1970) في تحديد الحجم الملائم إذا توافر الإطار العددي النهائي للمجتمع. ولضمان كفاية التحليل الإحصائي، تقترح الخطة ألا يقل الحجم النهائي للعينة عن 300 استبانة صالحة للتحليل متى كان حجم المجتمع كبيراً نسبياً، مع مراعاة إمكانية زيادة العدد لتعويض الفاقد المحتمل من الاستبانات غير المكتملة أو غير الصالحة. كما يُقترح تنفيذ دراسة استطلاعية أولية على عينة محدودة) نحو 30 مفردة (لاختبار الأداة قبل التطبيق الموسع.

12.3 أداة الدراسة المقترحة :

تقترح الخطة استخدام الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات، نظراً لملاءمتها للدراسات التي تستهدف قياس الاتجاهات والإدراكات لدى عينات كبيرة نسبياً، وسهولة معالجتها إحصائياً. وتُصمَّم الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي، بحيث تتدرج الإجابات من (أوافق بشدة) إلى (لا أوافق بشدة).

جدول (5) : البناء المقترح لأداة الدراسة

المحور	الأبعاد/المكونات	عدد الفقرات المقترح	مصدر البناء
--------	------------------	---------------------	-------------

البيانات العامة	الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة، المستشفى	6 فقرات تقريبًا	من إعداد الباحث
إدارة الجودة الشاملة	التزام الإدارة العليا؛ التركيز على المريض؛ مشاركة العاملين؛ التدريب والتحسين المستمر؛ إدارة العمليات واتخاذ القرار بالبيانات	25-30 فقرة	جودة (2004) ؛ المالكي (2025)؛ Zehir and Zehir (2023)
جودة الخدمات الصحية	الاعتمادية؛ الاستجابة؛ الضمان؛ المللموسية؛ التعاطف	20-25 فقرة	Parasuraman et al. (1988) عبدالرحمن (2017)؛ جبره (2020)

ويُستحسن عند بناء الأداة أن تصاغ الفقرات بأسلوب واضح ومباشر، وأن تُراجع لغويًا وإحصائيًا قبل التطبيق النهائي، مع الحرص على ملاءمة الصياغة لمختلف الفئات الوظيفية داخل المستشفى، وتجنب المصطلحات الفنية المفرطة التي قد تؤدي إلى اختلاف الفهم بين أفراد العينة. ولإضفاء مزيد من القيمة التطبيقية على الخطة، يمكن أن يضم الملحق التنفيذي النهائي نموذجًا أوليًا للاستبانة أو أمثلة على الفقرات المقترحة، بما يسهل على الباحث الانتقال من الخطة النظرية إلى التطبيق الميداني لاحقًا.

12.4 الصدق والثبات :

يقترح التحقق من الصدق الظاهري وصدق المحتوى بعرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية، وإدارة الأعمال، والإحصاء، والقياس والتقويم؛ وذلك للتأكد من سلامة الفقرات، ووضوحها، وملاءمتها لأهداف الدراسة ومحاورها. كما يمكن الاستفادة من ملاحظات المحكمين في إضافة بعض الفقرات أو حذفها أو تعديل صيغتها.

أما الصديق البنائي فيمكن فحصه بعد الدراسة الاستطلاعية من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، وبين كل بعد والدرجة الكلية للمحور. كما يمكن استخدام التحليل العاملي الاستكشافي أو التوكيدي إذا توافرت الشروط الإحصائية المناسبة وحجم العينة الكافي.

وفيما يتعلق بالثبات، يُقترح حساب معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الدراسة، وللأداة ككل، مع اعتبار قيمة (0.70) فأعلى مؤشراً مقبولاً على الاتساق الداخلي في الدراسات السلوكية والإدارية. ويمكن دعم ذلك بطريقة التجزئة النصفية أو بإعادة التطبيق إذا سمحت الظروف الميدانية.

12.5 إجراءات جمع البيانات :

تبدأ إجراءات جمع البيانات بالحصول على الموافقات الرسمية من الجهة الأكاديمية ومن إدارات المستشفيات الحكومية المعنية. ثم تُنفذ الدراسة الاستطلاعية لاختبار الأداة، تليها عملية التعديل النهائية للاستبانة. بعد ذلك تُوزع الاستبانات على أفراد العينة وفق الخطة الزمنية المعتمدة، سواء بصورة ورقية أو إلكترونية أو بالأسلوب المزدوج بحسب ما تسمح به الجهة الميدانية. ويُراعى أثناء التوزيع توضيح هدف الدراسة للمبحوثين، وبيان أن المشاركة طوعية، وأن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، مع ضمان السرية وعدم الإفصاح عن أي بيانات شخصية أو مؤسسية يمكن أن تلحق ضرراً بالمشاركين أو بمستشفياتهم. كما يُستحسن تخصيص فترة مناسبة للمتابعة الميدانية من أجل رفع معدل الاستجابة وجودة البيانات المسترجعة.

12.6 أساليب تحليل البيانات :

1. الإحصاءات الوصفية : التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لترتيب الأبعاد وتوصيف مستوياتها.
2. اختبارات الصديق والثبات : معاملات ارتباط الفقرة بالبعد، ومعامل ألفا كرونباخ، وربما التحليل العاملي إذا لزم الأمر.
3. اختبارات الفروق : اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) وفقاً لطبيعة المتغيرات الديموغرافية والوظيفية.
4. اختبارات العلاقة والأثر : معامل ارتباط بيرسون، والانحدار الخطي البسيط والمتعدد لقياس أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الصحية.

5. يمكن- عند توافر الشروط المناسبة -استخدام النمذجة بالمعادلات الهيكلية أو SmartPLS كخيار متقدم لدعم التحليل البنائي للنموذج المقترح.

12.7 الاعتبارات الأخلاقية :

تلتزم الدراسة المقترحة بجملة من الضوابط الأخلاقية، في مقدمتها: الحصول على الموافقات النظامية، واحترام سرية المعلومات، وعدم إكراه المشاركين على الإجابة، وتوضيح حقهم في الانسحاب، وعدم استخدام البيانات إلا في حدود الهدف العلمي للدراسة. كما يجب تجنب أي صياغات قد تُفهم بوصفها تقويمًا شخصيًا للعاملين أو اتهامًا لمؤسسة بعينها، لأن الهدف من الدراسة هو التحسين المؤسسي لا المحاسبة الفردية.

ومن المهم أيضًا مراعاة البعد الأخلاقي عند تفسير النتائج؛ بحيث تُعرض كما هي، دون مبالغة أو انتقاء أو تحميلها ما لا تحتمل. فالقيمة العلمية للدراسة تتوقف على موضوعية الباحث ودقته في جمع البيانات وتحليلها وصياغة الاستنتاجات.

13. الهيكل المقترح للرسالة :

يمكن أن تُبنى الرسالة النهائية- بعد اعتماد الخطة وجمع البيانات -على أربعة فصول رئيسة على النحو الآتي :

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

ويشمل المقدمة، والمشكلة، والأسئلة، والأهداف، والأهمية، والفرضيات، وحدود الدراسة، ومصطلحاتها، ومنهجها وإجراءاتها.

الفصل الثاني:الإطار النظري والدراسات السابقة

يعرض مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ومفهوم جودة الخدمات الصحية، والنماذج النظرية ذات الصلة، ثم مراجعة الدراسات العربية والأجنبية والفجوة البحثية.

الفصل الثالث:الدراسة الميدانية وتحليل البيانات

ويشمل وصف مجتمع الدراسة وعينتها وأداتها، ونتائج الصدق والثبات، ثم عرض النتائج الوصفية والاستدلالية واختبار الفرضيات.

الفصل الرابع:الاستنتاجات والتوصيات

ويضم مناقشة النتائج في ضوء الأدبيات، والاستنتاجات العامة، والتوصيات التطبيقية، ومقترحات الدراسات المستقبلية.

14. الخطة الزمنية المقترحة :

تقترح الخطة الزمنية الآتية لإنجاز الدراسة خلال فترة تقديرية تمتد إلى ثمانية أشهر، مع إمكانية التعديل بحسب متطلبات البرنامج والظروف الميدانية:

جدول (6) : الخطة الزمنية المقترحة

م	الفترة	النشاط الرئيس	المخرج المتوقع
1	الشهر الأول	اعتماد الموضوع وصياغة الخطة الأولية وجمع المصادر الأساسية	خطة أولية معتمدة مبدئيًا
2	الشهر الثاني	استكمال المراجعة النظرية وصياغة الإطار النظري والدراسات السابقة	مسودة الفصلين النظريين
3	الشهر الثالث	بناء الاستبانة الأولية وعرضها على المحكمين	أداة محكمة
4	الشهر الرابع	تنفيذ الدراسة الاستطلاعية وتعديل الأداة النهائية	أداة نهائية قابلة للتطبيق
5	الشهر الخامس	الحصول على الموافقات الميدانية وتوزيع الاستبانات	بدء جمع البيانات
6	الشهر السادس	استكمال جمع البيانات وترميزها وإدخالها للحاسب	قاعدة بيانات جاهزة للتحليل
7	الشهر السابع	إجراء التحليلات الإحصائية وكتابة النتائج ومناقشتها	مسودة الفصل الميداني
8	الشهر الثامن	صياغة الاستنتاجات والتوصيات والمراجعة النهائية والإخراج	نسخة نهائية جاهزة للمناقشة أو التسليم

15. النتائج المتوقعة والقيمة المضافة :

استنادًا إلى الاتجاه العام في الأدبيات السابقة، يُتوقع أن تُظهر الدراسة وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية، وإن كانت درجة هذا الأثر قد تختلف بين بعد وآخر. ويُرجَّح- في ضوء ما انتهت إليه بعض الدراسات- أن يكون كل من التزام الإدارة العليا، والتدريب والتحسين المستمر، والتركيز على المريض من أكثر الأبعاد قدرة على تفسير التباين في جودة الخدمة الصحية .

كما يُتوقع أن تكشف الدراسة عن تفاوت داخلي بين أبعاد جودة الخدمات الصحية ذاتها؛ فقد تظهر الاستجابة أو الضمان بمستوى أفضل من الملموسية أو التعاطف، أو العكس، بحسب واقع المستشفيات الحكومية محل التطبيق. وهذه النتيجة ستكون مهمة عمليًا لأنها تسمح لإدارات المستشفيات بتحديد مجالات التحسين ذات الأولوية بدل التعامل مع الجودة بوصفها مؤشرًا كليًا عامًا فقط.

أما القيمة العلمية المضافة للدراسة فتتمثل في تقديم نموذج عربي تطبيقي يجمع بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وأبعاد جودة الخدمات الصحية في سياق المستشفيات الحكومية، مع صياغة منهجية قابلة للتكييف بحسب البيئة المحلية للباحث. كما تضيف الدراسة قيمة تطبيقية من خلال تقديم مؤشرات وأبعاد يمكن تحويلها لاحقًا إلى برامج تدريب، وبطاقات متابعة، ومصفوفات أولويات للتحسين.

وتتمثل القيمة المهنية كذلك في دعم دور خريج الإدارة الصحية بوصفه فاعلاً في تحسين الأداء المؤسسي، وليس مجرد محلل لواقع الخدمات. فالدراسة المقترحة تمنح الباحث أدوات للتشخيص والتفسير واقتراح الحلول، وهو ما يجعلها مناسبة من حيث المضمون والنتائج لتخصص إدارة الأعمال في المجال الصحي.

قائمة المراجع الأولية :

أولاً- المراجع العربية :

- (١) الأحمدى، طلال بن عايد. (2004). إدارة الرعاية الصحية. الرياض: معهد الإدارة العامة.
- (٢) أنساعد، رضوان، وفلاق، محمد. (2013). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة: مستشفى الجامعة الأردنية أنموذجاً. مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، 2(2)، 61-82.
- (٣) بلمرداسي، يامن. (2020). إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية. الوقاية والأرغوميا، 81-101، 14(4).
- (٤) جبره، دميانة محروس رياض. (2020). واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: بحث ميداني على عينة من مستشفيات محافظة بورسعيد. مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية بجامعة قناة السويس، 3(32)، 214-244. <https://doi.org/10.21608/jfhsc.2020.278210>
- (٥) جودة، محفوظ أحمد. (2004). إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات. عمان: دار وائل للنشر.
- (٦) ذياب، صلاح محمود. (2009). إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل. عمان: دار الفكر.
- (٧) شعيب، محمد عبد المنعم. (2014). إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي - الإدارة المعاصرة، تقييم الأداء، الجودة الشاملة، اعتماد المستشفيات. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- (٨) عبدالرحمن، عادل محمد محمد. (2017). إطار مقترح لقياس تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض: دراسة تطبيقية. المجلة الاجتماعية القومية، 54(2)، 83-118. <https://doi.org/10.21608/jns.2017.205052>
- (٩) العتيبي، عامر عياد. (2016). إدارة المستشفيات والمرافق الصحية: المبادئ الأساسية. القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- (١٠) العنزي، سعد. (2019). الإدارة الصحية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- (١١) علي، غازي عبدالرحمن علي علي، والسماوي، عبدالقريب علي قاسم. (2024). واقع جودة الخدمات الصحية بمدينة تعز) دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات

- الحكومية. (مجلة جامعة السعيد للعلوم الإنسانية، 7(4)، 94-120. ،
<https://doi.org/10.59325/sjhas.v7i4.241>
- (١٢) المالكي، حزام (2025). أ. (أثر سياسات إدارة الجودة الشاملة علي تحسين جودة الخدمات الصحية بمستشفى مجمع الملك فيصل الطبي. المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، 39(1)، 1115-1165. <https://doi.org/10.21608/sjrbs.2025.274986.1644>،
- (١٣) المالكي، حزام (2025). ب. (العلاقة بين سياسات إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، 39(2)، 1513-1561. <https://doi.org/10.21608/sjrbs.2025.274953.1645>
- (١٤) المناور، فيصل، والعلبان، منى، والدويلة، عبدالله. (2021). متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام مع التركيز على التجربة اليابانية. الكويت: المعهد العربي للتخطيط.
- (١٥) مراد، إسماعيل، ورديف، مصطفى، وابن عبد الرحمان، فاطمة. (2020). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات - حالة المؤسسة الاستشفائية" الدكتور بن زرجب "بعين تموشنت Revue des reformes Economique et intégration dans l'économie mondiale 14(2)، 324-340.
- (١٦) مهداوي، زينب، وبودي، عبد القادر. (2017). أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية ترابي بوجمعة ببشار. مجاميع المعرفة، 3(2)، 237-248.
- (١٧) منظمة الصحة العالمية. (2025). نوعية الخدمات الصحية. استرجع من: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- (١٨) منظمة الصحة العالمية. (2025). دليل منظمة الصحة العالمية لسياسة واستراتيجية الجودة الوطنيتين. استرجع من- <https://www.who.int/ar/news-room/questions-and-answers/item/q-a-who-handbook-for-national-quality-policy-and-strategy>
- (١٩) قزاقرة، يوسف. (2020). إدارة الخدمات الصحية والتمريضية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

ثانيًا- المراجع الأجنبية :

- 20) Carman, J. M., Shortell, S. M., Foster, R. W., Hughes, E. F., Boerstler, H., O'Brien, J. L., & O'Connor, E. J. (1996). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Management Review*, 21(1), 48-60.
- 21) Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- 22) Eissa, A., Al-Tarrab, F., Kasem, E., Al Zaim, Y., Hmidoush, A., Salloum, J., & Ataya, J. (2025). A comparative study of total quality management in healthcare from provider and patient perspectives at Al-Mouwasat University Hospital. *Scientific Reports*, 15, 23746. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08512-2>
- 23) Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- 24) Lammers, J. C., Cretin, S., Gilman, S., & Calingo, E. (1996). Total quality management in hospitals: The contributions of commitment, quality councils, teams, budgets, and training to perceived improvement at Veterans Health Administration hospitals. *Medical Care*, 34(5), 463-478. <https://doi.org/10.1097/00005650-199605000-00008>
- 25) Lee, S. M., & Lee, D. (2022). Developing green healthcare activities in the total quality management framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6504. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116504>
- 26) Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77-89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
- 27) Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

- 28) Pasinringi, S. A., Rivai, F., Arifah, N., & Rezeki, S. F. (2021). The relationship between service quality perceptions and the level of hospital accreditation. *Gaceta Sanitaria*, 35(Suppl 2), S116-S119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.009>
- 29) Wang, K. Y., Chou, C. C., & Lai, J. C.-Y. (2019). A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient-safety-culture attitude among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 225-232. <https://doi.org/10.1111/jonm.12669>
- 30) World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO.
- 31) Zehir, S., & Zehir, C. (2023). Effects of total quality management practices on financial and operational performance of hospitals. *Sustainability*, 15(21), 15430. <https://doi.org/10.3390/su152115430>