

التكليف الاول / قضايا بحثية

تحليل للبحث الوارد في الملف المرفق بنفس الملف

"ب عنوان "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة" من حيث العنوان والمشكلة والفجوة البحثية وحادثة الموضوع والمنهجية والنتائج والتوصيات:

◆ أولاً: العنوان

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة

العنوان واضح ومباشر ويعكس بدقة موضوع البحث، إذ يحدد المجال (إدارة الجودة الشاملة) ومكان التطبيق (المستشفيات الخاصة). إلا أنه عام نسبياً ولا يوضح المتغيرات التابعة أو الأثر المتوقع للتطبيق (مثل جودة الخدمات، رضا المرضى، الكفاءة التشغيلية...). من الأفضل لو تم صياغته بصيغة أكثر تحديداً مثل:

"أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة".

◆ ثانياً: مشكلة الدراسة

مشكلة البحث تناولت ضعف تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة، وما يترتب على ذلك من قصور في جودة الخدمات الصحية، وغياب ثقافة التحسين المستمر. كما ركزت على العوائق التنظيمية والإدارية التي تحد من فاعلية تطبيق الجودة [ÖB].

تقييم: صياغة المشكلة جيدة وواضحة وتعكس وجود حاجة فعلية للدراسة، إلا أن الباحث لم يربطها بمتغيرات كمية قابلة للقياس (مثل مستوى الالتزام أو رضا العملاء)، مما يحد من إمكانية اختبارها إحصائياً.

◆ ثالثاً: الفجوة البحثية

تظهر الفجوة البحثية في أن الدراسات السابقة – كما أشار الباحث – ركزت على المستشفيات الحكومية أو العامة، بينما قلة من الدراسات تناولت المستشفيات الخاصة في البيئة المحلية. كما لاحظ أن معظم الأبحاث ركزت على المفاهيم النظرية للجودة دون تحليل تطبيقي داخل مؤسسات القطاع الخاص [OBJ].

تقييم: الفجوة واضحة ومنطقية، وتبرر إجراء البحث. كما أن ربطها بالبيئة السعودية أو العربية (إن وُجد) يضيف قيمة علمية واقعية.

◆ رابعاً: حداثة الموضوع

موضوع الجودة الشاملة في المستشفيات من المواضيع المستمرة في الأهمية حتى الوقت الحاضر، رغم أن الدراسة تعود إلى عام 2009 تقريباً.

ومع ذلك، المنهج والنتائج ما زالت ذات صلة في ظل التطورات الجارية في تحسين الأداء الصحي والاعتماد الأكاديمي للمستشفيات.

لكن لم تُدمج مفاهيم حديثة مثل إدارة المخاطر أو الحوكمة السريرية أو التحول الرقمي في الجودة، مما يقلل من حداثة الإطار النظري.

◆ خامساً: ارتباط الدراسة بالدراسات السابقة

الدراسة استعرضت عدداً من الأبحاث العربية والأجنبية (Ashok 1996, Colin & Stephen 1994,) (Goetsch & Davis 1994) [OBJ]، وبيّنت أوجه الاتفاق والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية.

التقييم: العرض كافٍ لكنه وصفي أكثر من كونه تحليلياً، إذ لم يُبيّن بوضوح كيف تسد هذه الدراسة الثغرات النظرية أو التطبيقية في الدراسات السابقة.

◆ سادساً: النتائج وأهميتها العلمية

أبرز النتائج تُشير إلى أن:

- تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية ورفع رضا المرضى.
- هناك قصور إداري وبشري في بعض المستشفيات في تبني فلسفة الجودة بسبب ضعف التدريب أو غياب الدعم القيادي.
- الحاجة إلى تخطيط استراتيجي للجودة وتبني مؤشرات أداء واضحة [OBJ].

الأهمية العلمية: تسهم الدراسة في تعزيز الفهم النظري والتطبيقي للجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الخاصة، خاصة في البيئات العربية.

◆ سابعاً: الأهمية التطبيقية

- تقدم الدراسة نموذجاً يمكن تطبيقه فعلياً في المستشفيات الخاصة لتحسين الأداء.
- نتائجها مفيدة للإداريين وواضعي السياسات الصحية في تحديد أولويات التحسين.
- تسهم في دعم برامج الاعتماد الصحي والجودة الوطنية.

تقييم: الجانب التطبيقي واضح ومتناسك مع النتائج، ما يعزز القيمة العملية للبحث.

◆ ثامناً: مدى اتساق التوصيات مع النتائج

التوصيات ركزت على:

- ضرورة تدريب العاملين على مبادئ الجودة.
- إشراك الإدارة العليا في دعم ثقافة الجودة.

- إنشاء وحدات خاصة بإدارة الجودة داخل المستشفيات.

التقييم: التوصيات منسجمة مع النتائج وتنبع منها مباشرة، مما يدل على اتساق منطقي في التسلسل التحليلي للبحث.

◆ تاسعاً: المنهجية العلمية

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، واستعان بأساليب إحصائية تحليلية مناسبة (مثل المتوسطات والانحراف المعياري وربما اختبار (ت)).

التقييم: المنهجية ملائمة لطبيعة الموضوع، وتُظهر التزامًا بالخطوات البحثية الأكاديمية، لكن لم يُذكر بوضوح مدى صلاحية الأداة وثباتها، وهو ما يُعد ضعفًا منهجيًا جزئيًا

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة

إعداد

د محمد عزات الحلايمة

د . سلامة سويلم النوافعة

مجلة بحوث التربية النوعية – جامعة المنصورة
العدد الثالث عشر – يناير ٢٠٠٩

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة

د محمد عزات الحلالة

د . سلامة سويلم النوافعة

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تطبيق المستشفيات الخاصة الأردنية والصعوبات التي تواجهها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، ولتحقيق غايات هذه الدراسة تم تصميم استبانة تتعلق بمتغيرات الدراسة وقد تم توزيع (١٠٠) استبانة على المسؤولين الإداريين في المستشفيات الخاصة ، وقد بينت النتائج أن المستشفيات الخاصة الأردنية تطبق إدارة الجودة الشاملة ، كما بينت النتائج أيضا إن المستشفيات الخاصة تواجه صعوبات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

مقدمة

يعتبر مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين من الأمور التي تدل على تقدم الدولة فالأنشطة المتوفرة في مجال الرعاية الصحية تشكل مقياساً إلى ما وصلت إليه الدولة من تقدم تكنولوجي في كل المجالات ، ولقد تزايدت أهمية الجودة في المستشفيات في العقود الأخيرة وتعددت ألوان الرعاية خاصة بعد بروز المستشفيات الخاصة إذ لم تعد الخدمات الصحية مقتصرة على ما تقدمه الدولة فقد دخلت الخدمات الصحية نطاق العمل التجاري.

ولقد تزايد الطلب في العقود الأخيرة وخاصة في المجتمعات المتقدمة على مختلف ألوان الرعاية الصحية بالإضافة إلى تزايد عدد فئات المجتمع التي أصبحت تتمتع بتلك الرعاية أصبحت مركزاً صحياً متكاملاً. وتجدر الإشارة إلى أن التقدم في مجالات الطب والجراحة قد ساعد أيضاً على زيادة كفاءة الأداء والكفاية الإنتاجية وتقليل الفترة التي يقضيها المريض في المستشفى إلا أن ذلك كان على حساب تزايد التخصصات التي تعمل لخدمة المريض والسرير.

وغني عن الذكر أن المريض اليوم يسعى في البداية إلى الحصول على خدمة صحية متميزة ، خاصة أولئك المرضى الذين يراجعون المستشفيات الخاصة والقادرين على دفع تكاليف العلاج، وهذا يفرض على هذه المستشفيات تقديم خدمة صحية متكاملة وذات جودة عالية إذا ما اردت البقاء في السوق والمحافظة على حصتها السوقية.

أهمية الدراسة :

لم تعد الجودة مقتصرة على المنتجات المادية إذا اتسعت لتغطي كافة الخدمات ، إلا أن متطلبات جودة الخدمة الصحية تختلف عن الخدمات الأخرى وذلك لأنها تعنى بحياة الإنسان نفسه ، الأمر الذي يجعل موضوع الوصول بهذه الخدمة إلى أعلى جودة ممكنة من الضروريات . وتكمن أهمية الدراسة في كونها تساهم في إلقاء الضوء على اثر أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى

عن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة في الأردن، فضلا عن ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، كما تنبع أهمية هذه الدراسة في تقديم إطار علمي يتضمن معرفة وجهة نظر المرضى تجاه الخدمات الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الخاصة.

مشكلة الدراسة

شهدت العقود الأخيرة من القرن الماضي انتشار كبيرا للمستشفيات الخاصة في الأردن، إذ استقطب هذا القطاع الكثير من المستثمرين بحيث أصبحت الخدمات الصحية التي يقدمها هذا القطاع رديفا للخدمات الصحية التي تقدمها الدولة، إضافة إلى تميزها بتجميع الكفاءات والتخصصات الطبية. وعلى الرغم من ارتفاع تكلفة العلاج في هذه المستشفيات إلا أنها تلاقى قبولا كبيرا من بعض شرائح المجتمع القادرة على دفع التكاليف المترتبة، وتحدد مشكلة الدراسة في البحث عن مدى أثر أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

١- هل تطبيق المستشفيات الخاصة إدارة الجودة الشاملة ؟

٢- ما المعوقات التي تواجهها المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؟

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- ١- التعرف على مدى تطبيق المستشفيات الخاصة لإدارة الجودة الشاملة.
- ٢- تحديد أهم المعوقات التي تؤثر على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في إدارات المستشفيات الخاصة وكيفية التغلب عليها.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أ - الإطار النظري

أصبحت الجودة عنصرا أساسيا في نجاح مؤسسات الأعمال وهي من أهم عناصر المنافسة في الأسواق المحلية والدولية، وقد عرف المكتب القومي للتنمية الاقتصادية في بريطانيا الجودة بأنها " مجموعة العوامل أو الخصائص التي يجب أن تتوفر في منتج أو خدمة معينة بهدف الوفاء بمتطلبات السوق " (عبد المحسن ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٩). ولتحقيق الجودة لا بد من التطوير المستمر في السلعة والخدمة وأسلوب العمل ،والجودة هي الملائمة للمعايير التي يضعها المصمم والملاءمة لاستخدامات العميل من خلال معرفة وفهم حاجاته وملائمة السعر أي تقديم أي منتج ذو جودة عالية بسعر معقول وملائمة الاحتياجات الكامنة أي تحديد حاجات العميل قبل أن يشعر بها (Ashok, 1996. p 52). وعرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة بأنها: مجموعة المواصفات والسمات لسلعة ما أو منتج التي تمتلك القدرة على إشباع حاجات معينة. (Colin & Stephen , 1994 , p 8) و الجودة هي ترجمة احتياجات وتوقعات العملاء بشأن المنتج إلى خصائص محددة تتكون أساسا لتصميم المنتج وتقديمه للعميل بما

يوافق حاجاته وتوقعاته ، أما جودة الرعاية الصحية فتتلخص في تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة دون التعرض للمخاطر وعلى هذا الأساس فان درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (اخضير ، ١٩٩٦ : ٨) ، وإدارة الجودة هي صناعة البيئة التنظيمية التي تساعد العاملين على أداء أعمالهم المطلوبة بمستوى متميز من الأداء طبقا للمواصفات المطلوبة ، فهو الهيكل التنظيمي المسئول والإجراءات والعمليات والموارد اللازمة لإدارة الجودة (هلال، ٢٠٠٠)

أما إدارة الجودة الشاملة فتعتبر أداة الرئيسية التي تؤدي إلى إستراتيجية تطوير العمل وتحسين الأداء بما يحقق الربحية من خلال الخدمة الجيدة والجودة في المنتجات .. الأمر الذي يوفر النجاح ويقود إلى التقدم المادي والتكنولوجي والحضاري. ومن أجل هذا فان دول العالم تهتم بل وتتسابق نحو تطبيق المستحدث في مجال الجودة وتهتم فلسفة إدارة الجودة الشاملة بالعمل وتعتبره الركن الأساسي في فلسفتها وذلك من خلال تركيزها على الجودة المقدمة له ، و تهدف إدارة الجودة الشاملة إلى تلبية رغبات العميل الحالية وتوقع رغباته المستقبلية ، كما أنها مدخل لتطوير وتحسين جودة المنتجات والجهات من خلال مشاركة جميع العاملين وتحديد دور لكل واحد منهم بالتنسيق مع ادوار الآخرين وهي نظام متكامل للإدارة يقوم بشكل دائم على رغبات العمل (حرفوش ، ١٩٩٦ ، ٦)

وعرف) (Dennis, 1992, p1) إدارة الجودة الشاملة على أنها "الإستراتيجية التي تستند إلى تضافر جهود جميع ويرى (Roger, 1992, p12) إن إدارة الجودة الشاملة هي "مجموعة الأعمال والأنشطة التي يلتزم بها جميع المديرين والأفراد في الشركة أو المؤسسة. ومن أجل تلبية احتياجات ورغبات العملاء "أفراد الشركة أو المؤسسة، من إداريين وعاملين، لأغراض رفع مستوى الجودة" ويشير (Avid, & Stanley, 1994) إدارة الجودة الشاملة بأنها حالة ديناميكية مرتبطة بالمنتجات المادية والخدمات وبالأفراد والعمليات والبيئة المحيطة بحيث تتطابق هذه الحالة، كما عرفها Goetsch (and Davis, 1994, p 6) على أنها "الأعمال والجهود التي تهدف إلى تعظيم القدرة التنافسية للشركة. وذلك من خلال تضافر جهود الأفراد، للعمل على تحسين السلع والخدمات من خلال التعليم والتدريب المستمرين"

وإدارة الجودة الشاملة هي اتجاه إداري في المنظمة يركز على الجودة اعتمادا على مشاركة جميع العاملين في المنظمة بهدف تحقيق أهداف العمل على المدى الطويل ويرى (Heilriegel et al (2002) ان إدارة الجودة الشاملة هي عملية مستمرة لضمان إن كل جانب من جوانب الإنتاج يبني الجودة في المنتجات ،وهناك فرق بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة إذ ان الأولى تسعى للمحافظة على الوضع القائم بينما تسعى إدارة الجودة الشاملة إلى التطوير المستمر في الأنظمة والعمليات ، وهناك فرق آخر يتمثل في ان الهيكل التنظيمي في الإدارة التقليدية يتسم بالجمود بينما يكون مرنا في إدارة الجودة الشاملة و يتمثل الفرق الثالث في العلاقات بين الرئيس والمؤوس إذ ان هذه العلاقة في الإدارة التقليدية تقوم على السيطرة بينما تقوم في إدارة الجودة الشاملة على الثقة والمشاركة ، ويتمثل الفرق الرابع في المواصفات إذ تحدد مواصفات الجودة في الإدارة التقليدية قبل

معرفة رغبات المستفيدين بينما تحدد في إدارة الجودة الشاملة من خلال مساهمة العملاء وأخيرا فإن الفرق الخامس هو تركيز الإدارة التقليدية على الجهد الفردي بينما تركز إدارة الجودة الشاملة على الجودة الجماعية وتؤكد فلسفة إدارة الجودة الشاملة على استخدام جميع العاملين لإجراء التحسين من داخل المنظمة تشدد هذه الفلسفة على دورة حياة وتكاليف واستخدام المقاييس ضمن منهجية منظمة للتحسينات المستهدفة ويعد منع العيوب والتأكيد على الجودة في التصميم من أهم العناصر الرئيسية لفلسفة الجودة الشاملة (Samuel, 1994)، ويشير كل (Haksever et al, 2000) إن من أهم المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة هو التركيز على المستهلك وهذا يعني تلبية متطلبات وتوقعات المستهلك من أول مرة وكل مرة، ويضيف أنه يجب على جميع العاملين اعتناق هذا المبدأ وأن يصبح جزءا من ثقافة المنظمة ويتطلب تحليل منهجي متكرر لرغبات وحاجات العميل من أهم المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة هو التركيز على المستهلك وهذا يعني تلبية متطلبات وتوقعات المستهلك من أول مرة وكل مرة، ويضيف أنه يجب على جميع العاملين اعتناق هذا المبدأ وأن يصبح جزءا من ثقافة المنظمة ويتطلب تحليل منهجي متكرر لرغبات وحاجات العميل، وتنجح إدارة الجودة الشاملة إذا اقتنعت المنظمة كلها بها ولذلك فإن مشاركة العاملين في جميع المستويات يعد أحد المبادئ الهامة لإدارة الجودة الشاملة (Hellriegel, 2002) ويرى خضر (1996) إن العاملين يستفيدون من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظماتهم بغض النظر عن نشاطها ومن أهم هذه الفوائد: الوضوح والفهم التام لأهداف العمل، والمشاركة في صنع القرار، وزيادة التعاون بين الإدارة وتطوير القدرات والمهارات عن طريق التدريب المستمر. ومن بين أهم الفوائد المتحققة عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتمثل في المساهمة في تحقيق هدف المنشأة بتعظيم المبيعات والربحية وتلافي العيوب ونقاط الضعف وزيادة الإنتاجية والقدرة التنافسية وزيادة الحصة السوقية وتحسين معدل الربحية وارتفاع سعر الأسهم وانخفاض التكاليف وزيادة قدرتها على التعامل مع المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وزيادة قدرتها على النمو وضمان جودة المنتجات والمخرجات والعمليات وزيادة رضا العملاء حيث أن تلبية احتياجات العملاء وإشباع رغباتهم وتوقعاتهم هي من الأهداف الأساسية لتنفيذ برنامج إدارة الجودة الشاملة الفعالة (القبح، 2005، 11)، وقد حدد ميا (2000) أسباب تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة بتزايد عدد المنظمات واحتدام المنافسة بينها الأمر الذي دفع المنظمات للبحث على أساليب إدارية تمكنها من رفع مستوى تلك المنظمات وتحسين جودة ما تقدم أما السبب الثاني فيتمثل في ازدياد مستوى وعي العملاء وثقافتهم، إذ إن وعي العملاء وارتفاع مستوى ثقافتهم يعد من أهم العوامل التي تدفع المنظمات إلى تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وحدد (Sale, 2000) إن على المنظمات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة أن تقوم بالتركيز على حاجات وتوقعات أسواقها وعملائها وتحقيق أداء جودة عالي في جميع المجالات لنشاطها الإنتاجي والعمليات الداخلية وإدخال وتشغيل الإجراءات البسيطة والمعقدة لتحقيق أداء عالي الجودة وإدراك وتطوير إستراتيجية اتصال فعالة وتطوير إجراءات جيدة للاتصال والتغذية الراجعة للعاملين في أي مستوى ومراجعة مستمرة للعمليات أعلاها لتطوير ثقافة لتحسين مستمر.

الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

يعود تاريخ الاهتمام بجودة الرعاية الصحية إلى عام ١٨٦٠ عندما قامت فلورانس نايتنجيل بوضع برامج تأكيد الجودة من خلال وضع نظام موحد لجمع وتقييم إحصائيات المستشفى ، وقد أظهرت إحصائياتها أن نسب الوفاة تختلف بشكل كبير من مستشفى لآخر .و يعتبر كودمان من رواد تقييم جودة الرعاية الصحية ففي عام ١٩١٦ قام بدراسة النتائج النهائية للرعاية الصحية وقد أكدت دراسته المشهورة على نفس الأمور التي تناقش في يومنا هذا لدى فحص جودة الخدمة الصحية وتشمل :

❖ أهمية ترخيص مقدمي الخدمة .

❖ اعتماد المؤسسات .

❖ ضرورة الأخذ بعين الاعتبار قسوة مرحلة المرض .

❖ صحة وسلوك المريض .

❖ العوائق الاقتصادية لتلقي الخدمة .

وفي عام ١٩٥٥ أخذت الهيئة المشتركة في الولايات المتحدة بالضغط على مفهوم التدقيق الطبي وفي كانون الثاني من عام ١٩٨١ طبقت الهيئة المشتركة معيار جديد لتقييم الجودة . ويتطلب هذا المعيار ضرورة دمج نشاطات المستشفى في نظام تدقيق واحد كما يتطلب المعيار بأن يكون لدى المستشفى خطة تأكيد الجودة . وفي نهاية عام ١٩٨٦ طرحت اللجنة المشتركة مشروعاً جديداً بعنوان جدول التغيير ، وكان هدف هذا البرنامج تحسين مراقبة الناتج وعملية التقييم التي تساعد مؤسسات الرعاية الصحية في تحسين جودة خدماتها . (Budair, 2002, p 76) ، وبالنسبة للأردن فإن برامج تأكيد الجودة بدأت متأخرة بالمقارنة مع الدول المتقدمة ، ففي عام ١٩٩٢ بدأت الاتصالات بين وزارة الصحة والوكالة الأمريكية (USAID) حيث طلبت الوزارة عقد ورشة عمل على ضمان الجودة وذلك لطرح المفهوم إلى المعنيين بهذا المجال . وقد عقدت وحضر ٢٥ مسؤولاً من وزارة الصحة هذه الندوة، وقد أوصت ورشة العمل بعدة توصيات من بينها تأسيس وحدة مركزية في وزارة الصحة لتكون مسئولة عن ضمان الجودة. (وزارة الصحة ، ١٩٩٤) ، وفي عام ١٩٩٣ تم تأسيس إدارة جديدة أطلق عليها مديرية مراقبة وضبط الجودة ، وكان أهم الأسباب وراء إنشاء هذه المديرية ما يلي :

❖ الضمان الاستعمال الأمثل للموارد المتاحة لدى وزارة الصحة .

❖ لوضع معايير للأداء المالي والإداري والفني .

❖ لرفع مستوى الخدمات الصحية . (وزارة الصحة ، التقرير السنوي ، ١٩٩٤) . ولتحقيق هذا الهدف تم عقد يوم علمي في مستشفى البشير أحد أكبر المستشفيات الحكومية في الأردن ، تحت رعاية وزير الصحة وحضره المدراء العاملون والمدراء التنفيذيون في وزارة الصحة إضافة إلى موظفين في مؤسسات صحية أخرى. فقد تم وضع برنامج تدريب ، بهدف التدريب على نشاطات ضمان الجودة وفي هذا الشأن تم إجراء ثمانية دورات تتعلق بالمواضيع التالية : مفهوم الجودة ، المهارات الأساسية لضمان الجودة ، مهارات بناء الفريق ، وتقنيات حل المشاكل ، ووضع المعايير ، وجودة خدمة

العمل ، والمهارات الأخرى ، وتدريب مدراء الإدارة العليا على ضمان الجودة. لقد أولت وزارة الصحة العناية التامة لمسألة ضمان ومراقبة الجودة من خلال إنشاء مديرية متخصصة في هذا المجال سعياً وراء تحسين الجودة وتقليل التكاليف ورفع مستوى أداء مقدمي الخدمة الصحية .

والجودة في الخدمات الصحية تشير إلى إيجاد محيط عمل من قبل القادة الصحيين لتعزيز قناعة العاملين الصحيين من أجل حقهم مع العمل بمثالية والوصول إلى قناعة المستهلكين (ميا ، ٢٠٠٠) وأشار (Maxwell & Temin, 2003) بأن أحدث مفهوم للجودة في الرعاية الصحية يعبر عن الدرجة التي تعمل بها الخدمات الصحية على التعزيز والسير نحو تحقيق النتائج الصحية المرغوبة والتي تتوافق مع المعرفة العلمية والمهنية للهيئة الطبية وأن هذا المفهوم يعني أن تحسين الجودة يجب أن يركز على المعرفة والممارسات للأطباء وعلى علميات الرعاية والتي يركز عليها في تقديم الخدمات الصحية وذلك من قبل منظمات الرعاية الصحية (مسودة ، ٢٠٠٤ ، ٧٩)

ويشير (Kovner, 1999) إلى أن جودة الرعاية الصحية تهدف إلى تعهد وحفظ رد الصحة وأنها تقدم في الموقع الملائم بطريقة ترضي المرضى وتتلخص أبعاد الجودة في الخدمات الصحية بما يلي : (اخضير ، ١٩٩٦ : ١٠)

١ - الكفاءة الفنية

ويقصد بها المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمات الصحية والإداريين والكوادر المساعدة ، وتعني الكفاءة للكوادر الصحية القدرة على أداء الخدمات الوقائية والعلاجية والاستشارية ، أما بالنسبة لكفاءة الإداريين فتعني الكفاءة في الإشراف والتدريب وحل المشاكل ، أما بالنسبة للكوادر المساعدة فهي تعتمد على التوصيف الوظيفي ، فالمهارات المطلوبة من فني الأشعة تختلف عن فني المختبر ، وتقاس الكفاءة بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة .

٢ - سهولة الوصول للخدمات

يعتبر هذا البعد من أهم الأبعاد ذلك لأن صعوبة الوصول إلى المستشفى تؤدي إلى زيادة الأمراض والوفيات التي يمكن تفاديها ، وتعني سهولة الوصول للخدمات عدم وجود عوائق (جغرافية ، مادية ، اجتماعية ، مؤسسية أو لغوية) تقف حائلاً دون الوصول للخدمة . ويقاس الوصول الجغرافي بتوفر المواصلات والمسافة والوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الصحية أو أي عوائق طبيعية تمنع المريض من الوصول إلى الخدمة الصحية ، أما بالنسبة للوصول المادي فيقصد به المقدرة على شراء الخدمة الصحية ، أما بالنسبة للوصول الاجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد ، أما بالنسبة للوصول المؤسسي فيعني نظام المؤسسة الصحية لاستقبال المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العيادة ، نظام المواعيد ، ووقت الانتظار ، وطريقة تقديم الخدمة ، أما بالنسبة للوصول اللغوي فيعني أن الخدمات متوفرة بلغة المواطن وبطريقة لطيفة وواضحة يستطيع فهمها .

٣- الفعالية :

ويقصد بها مدى الحصول على النتائج المرجوة من الإجراء المطبق ، ويقاس من خلال قسمة النتائج على المدخلات .

٤- العلاقة بين الأفراد:

ويقصد به التفاعل بين المراجعين والفريق الصحي وكذلك بين الإداريين والفريق الصحي وبين الفريق الصحي والمجتمع ، فالعلاقات الجيدة تبعث على الثقة والمصادقية من خلال إظهار الاحترام والمحافظة على السرية والمجاملة والاستجابة والعطف والإصغاء ، وتساهم العلاقات الجيدة الثابتة في إنجاح المشورة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية ، أما العلاقات السيئة فإنها تعمل على إضعاف فعالية الخدمة الصحية الجيدة ويمكن ان تؤدي إلى امتناع المريض عن طلب هذه الخدمة .

٥- الكفاءة باستخدام الموارد :

ويقصد بذلك تقديم أفضل رعاية صحية للمجتمع وذلك بتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة ، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وكلفتها خاصة إن الموارد الصحية عادة محدودة وتتطلب تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتجنب الخدمات غير الضرورية والخاطئة أو التقليل منها .

٦- الاستمرارية :

ويقصد بها تقديم مختلف الخدمات الصحية الضرورية دون تقطع أو توقف ، ويمكن ان تعني بان المريض الواحد يراجع نفس الطبيب دائما ، والذي يعرف سيرته المرضية وفي بعض الحالات تعني الاستمرارية الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم . والاستمرارية ضرورية لان انقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة مما يؤدي إلى تفاقم العلاقة بين المريض والفريق الصحي .

٧- السلامة الصحية

ويقصد بها تقليل خطر التعرض للإصابات والالتهابات وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الصحية ، وتشمل هذه الإجراءات المريض والفريق الصحي.

٨- الكماليات

ويقصد بها مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية ولكنها تزيد من إقبال المرضى ورضاهم وعودتهم للخدمة الصحية ، واستعدادهم لدفع ثمن هذه الخدمة . وتشمل الكماليات شكل البناء الخارجي ووسائل الراحة والخصوصية وتوفر بعض الأجهزة التي تسلياً لمراجعين .

أما مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية فيشير إلى ثلاث جهات نظر مكملة لبعضها البعض وهي الشمولية : عملية على مستوى المنظمة تتضمن كل شخص في المنظمة ، الجودة صياغة الأهداف في كل عناصر العمليات لإنتاج خدمة أو منتج لمواكبة متطلبات المستهلك وتوقعاته

منذ الوهلة الأولى والإدارة لا تعني فقط التزام وتعهد الإدارة العليا بأهداف الجودة فقط بل العمل على الاندماج الفعلي فيه أو تبنيها (Nwabueze, 2001) وأشار مسودة (٢٠٠٤: ١٢٠) إلى أن أساسيات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تتضمن تعزيز النظم والعمليات وتشجيع العاملين على المشاركة والقيام بالعمل الجماعي لحل المشكلات والتوصية بالتحسين المستمر من خلال تمكين العاملين وضع واتخاذ وضع القرارات بناء على معلومات موضوعية وتحسين عمليات الاتصال والتنسيق ما بين الوحدات التنظيمية والمؤسسة الصحية والالتزام القيادة وتعهدا للعمل نحو جودة الخدمة. وقد حدد (مسودة، ٢٠٠٤، ١١٦) مقومات إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية بالتركيز على الجودة كأولوية واعتبارها قضية مركزية في المستشفيات وتوجيهات كل نشاطات المنظمة الصحية نحو الجودة والتركيز على المستهلكين ويقصد به الاهتمام بمتطلباتهم وحاجاتهم وتطلعاتهم والتركيز على العمليات ووصف العمليات الإدارية والسريية والقياس واستخدام المعلومات وفحص التباين في الرعاية الصحية.

وقد وضع بيرويك عشرة دروس أساسية استوحاها من نظريات الرواد في الجودة لتطبيقها في مجال الرعاية الصحية: (اخضير، ١٩٩٦: ٧١)

- ١- استعمال وسائل تحسين النوعية في مجال الرعاية الصحية: تساعد هذه الوسائل الفرق المشكلة على التركيز على مشكلة معينة، وليس على النظام كله، وتمكنهم من قياس وفهم وظائف العمليات.
- ٢- أهمية تشكيل الفرق المشتركة من جميع مستويات الوظائف الصحية: لتحسين نوعية الخدمة مما يساعد المؤسسة على فهم العلاقات المتداخلة والمتراصة بين العمليات، وبين التغيرات المتزامنة التي نحتاجها في مختلف الإجراءات للوصول إلى النتيجة المرجوة.
- ٣- استعمال أسلوب جمع البيانات لتحسين النوعية في الرعاية الصحية: تجمع المستشفيات كثيراً من البيانات، ويمكن تطبيق طرق تحليلية جديدة لمعالجة هذه البيانات والاستفادة من النتائج.
- ٤- وسائل تحسين النوعية ممتعة للاستعمال: متعة استعمال الطرق الجديدة وهي: تشكيل الفرق - التجارب العلمية - التحليلات العلمية، العلاقة بين الفريق الصحي والمنتفعين - الاحتفالات بالتحسين بدلاً من الطرق القديمة - المعايير - التفشي - المراقبة - اللوم - الحوافز.
- ٥- ارتفاع تكلفة تدني الجودة: وتوفيرات تطبيق برنامج النوعية: التكلفة المخفية عالية في الرعاية الصحية (تكلفة الهدر، الإعادة، الخدمات الزائدة، عدم الوثوقية، التعقيد في الإجراءات، كثرة الأوامر) كما في مجال الصناعة.
- ٦- استيعاب الأطباء في عملية التحسين صعب لانشغالهم في عملهم، ولكنه ضروري لأهمية دورهم في التحسين "يستطيعون بناء وهدم جهود التحسين".
- ٧- بروز أهمية التدريب: يجب تدريب جميع الكوادر حتى يتم التحسين، وهذا ينطبق على المدراء، والرؤساء والفرق.

- ٨- الاهتمام المبكر بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة التي تدعم الخدمات السريرية ، والتي تعطي نتائج سريعة وواضحة تشجع على الاستمرار وتحسين المشاكل السريرية المعقدة .
- ٩- المؤسسات الصحية بحاجة لتعريف أوسع وأشمل للجودة .
- ١٠- مصير برامج إدارة الجودة في المؤسسات الصحية : تقع مسؤولية مصير برامج إدارة الجودة على التزام وتعهد الإدارة العليا كما في الصناعة .

ويرى (Kline, 1992) أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية تتطلب إجراء بعض التغييرات كالتركيز على تحسين العمليات والاهتمام الزائد بالإنتاجية وتقليل تكلفة الخدمة الصحية ، كما تتطلب مشاركة وتفويض العاملين في صنع القرارات واعتبار المستفيدين من الخدمة الصحية المرجعية للتعرف على جودة الخدمة المقدمة لهم ، هذا بالإضافة إلى إنشاء نظام تعليمي وتدريب مناسب على مهارات حل المشكلات

ب - الدراسات السابقة

قام الطعاني (١٩٩٦) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى اتجاهات شاغلي الوظائف الإشرافية في وزارة الصحة الأردنية حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة وقد توصلت الدراسة إلى نتيجة عامة بوجود اتجاه إيجابي نحو مفهوم إدارة الجودة الشاملة والذي انعكس بتكوين فرقة للعمل واحترام للعاملين ، في حين إن هناك اتجاها سلبيا نحو مشاركة الموظفين والتدريب .

أما دراسة منصور (١٩٩٧) فقد هدفت إلى مقارنة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين مستشفيات القطاع العام والخاص ، وتحدد الهدف الأساسي للدراسة باستكشاف مدى تطبيق كل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة في كل من مستشفى البشير (كممثل للقطاع العام) والإسلامي (كممثل للقطاع الخاص) وقد خلصت الدراسة إلى نتيجة أن هناك تفوق للقطاع الخاص في تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة على القطاع العام .

وقام سلامة (١٩٩٩) بدراسة توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين توقعات العاملين وبين الخدمات المقدمة لهم في مجالات وبناء توقعات العاملين وبين الخدمات المقدمة لهم في مجالات دعم وامتناع الإدارة العليا وتقدير الموظفين والموظفات وتدريبهم وبناء الفرق ومشاركتهم ، وكذلك وجود فرق بين الخدمات الملموسة والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف وكذلك وجود فروق بين إمكانية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة وبين كل من التغير المستمر للقيادات ، وغموض موضوع التدريب وتقييم الأداء وتعدد المستفيدين واختلاف مستوياتهم

أشارت دراسة للأحمدي (٢٠٠٠) إن من أهم عوائق تطبيق مفهوم التحسين المستمر في المنظمات الصحية ناتجة عن اختلاف بيئة وثقافة وطبيعة نشاط هذه المنظمات ووجود حواجز تنظيمية وإدارية في الهيئة الإدارية والسريرية وعدم التزام القيادات بعناصر الجودة الشاملة وعدم رضا مقدمي الرعاية الصحية وخصوصا الأطباء بالتركيز على المستهلك الخارجي وعدم مشاركة

الأطباء في جهود التحسين المستمر ونقص في التدريب على مبادئ الجودة وحصرها في الجوانب الإدارية والفنية الأخرى

أجرى اللوزي (٢٠٠٠) دراسة هدفت إلى التعرف إلى مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أجهزة الخدمة المدنية الأردنية كما يراه أفراد العاملون فيه وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى الوظيفي والمؤهل العلمي والتخصص الأكاديمي والخبرة ، كذلك أهم المعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه الأجهزة وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أجهزة الخدمة المدنية الأردنية متوسط نسبياً أشارت أيضاً إلى أن من بين العوامل أو المجالات السبعة التي تشكل مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة كان الاهتمام بجمهور الخدمة في المرتبة الأولى من حيث الأهمية في حين احتل مجال تقدير العاملين وتحفيزهم المرتبة الأخيرة ، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين في أجهزة الخدمة المدنية الأردنية نحو مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للجنس والعمر والمستوى الوظيفي بينما دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمؤهل العلمي والتخصص الأكاديمي والخبرة ، وتوصلت الدراسة إلى أن من بين أهم المعوقات التي تواجه مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ضعف مستوى التحفيز ورقابة التدريب والتعليم وصعوبة قياس نتيجة الأداء .

وقام النياي (٢٠٠٠) بدراسة هدفت إلى البحث في ممارسات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة العاملة في دولة الإمارات العربية المتحدة في القطاعين العام والخاص ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة معنوية في ممارسة ركائز الجودة الشاملة بين منظمات الخدمة العاملة في القطاع الخاص والقطاع العام لصالح منظمات الخدمة الخاصة ، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة معنوية بين أعمار المنظمات ومستوى ممارستها لغالبية ركائز إدارة الجودة الشاملة ، وأن هناك علاقة معنوية بين حجم المنظمة وعمرها ومدى ممارستها لركيزة المقارنة المرجعية والتزام القيادة الإدارية وتطوير الإدارة العملياتية والتحسين المستمر ودمج ثقافة الجودة في ثقافة المنظمة .

وأشارت دراسة البستنجي (٢٠٠١) إلى وجود بعض المعوقات الداخلية والخارجية تحول دون تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة في الأردن كعدم وجود مختصين في إدارة الجودة الشاملة ومحدودية الموارد المالية لدى المؤسسات واعتقاد الإدارة بعدم أهمية مشاركة العاملين .

وقام الطروانه (٢٠٠١) بدراسة هدفت إلى التعرف على واقع الجودة الشاملة في شركات الصناعات الدوائية في الأردن ومعرفة السياسات التنافسية التي تستخدمها هذه الشركات ودراسة العلاقة بين الجودة والسياسة التنافسية والعلاقة بين الجودة والقدرة التنافسية وكذلك العلاقة بين السياسات التنافسية والقدرة التنافسية وقد توصلت الدراسة إلى أن شركات الصناعات الدوائية تطبيق الجودة الشاملة بدرجة متوسطة ، كما أنها تطبق السياسات التنافسية بنسب متوسطة ومتفاوتة ، كما أظهرت الدراسة وجود علاقات معنوية بين الجودة الشاملة ومعظم السياسات

التنافسية لعكس تلك الموجودة بين الجودة الشاملة والقدرة التنافسية وكذلك بين السياسات التنافسية والقدرة التنافسية

وقام (Budair, 2002) بدراسة هدفت إلى التعرف على جودة الخدمة الصحية في مستشفى الأردن كإستراتيجية لرضى المريض ، كما هدفت إلى التعرف على الاستراتيجيات المستخدمة لتحقيق جودة خدمة صحية عالية ، وتوصلت الدراسة إلى أن مستشفى الأردن يعطي جودة الخدمة الصحية أهمية كبيرة ويسعى لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بهدف رضا المريض والاحتفاظ به .

وفي دراسة للعمر (٢٠٠٢) توصلت الدراسة إلى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تتبناها المستشفيات تتمثل في أربعة مبادئ وهي : التحسين المستمر والاستناد إلى المعلومات لاتخاذ القرارات ومبدأ دعم الإدارة العليا ومبدأ التركيز على العمل .

كما قام (Ahmet, 2005) دراسة هدفت إلى البحث في علاقة الجوانب الملموسة وغير الملموسة لجودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في تركيا برضا المريض ، وقد توصلت الدراسة إلى أن الجوانب غير الملموسة تلعب دورا هاما في رضا المريض مقارنة بالجوانب الملموسة .

فرضيات الدراسة :

بناء على مشكلة الدراسة وأهدافها فقد تمت صياغة الفرضيات التالية:

- ١- المستشفيات الخاصة الأردنية لا تطبق إدارة الجودة الشاملة
- ٢- المستشفيات الخاصة الأردنية لا تواجه صعوبات ومعوقات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

مجتمع وعينة الدراسة :

تألف مجتمع الدراسة من جميع المديرين ومساعديهم في المستشفيات الخاصة وقد تم اختيار عينة عشوائية من العاملين في المستشفيات الخاصة. وقد تم توزيع (١٠٠) نسخة من الاستبيان باليد على أفراد عينة الدراسة وقد تمت استعادتها بالكامل وبين الجدول رقم (١) إن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور وان غالبيتهم اكبرن ٧٠ سنة وان معظمهم يحملون البكالوريوس وان غالبيتهم لديهم خبرات تتراوح ما بين ٤- ٦ سنوات ويعملون بوظائف إدارية مختلفة وقد طلب من كل فرد ن افراد عينة الدراسة الإجابة على كل فرد على مقياس ليكرت (Likert) الذي يشتمل على خمس درجات : موافق بشدة (لها خمس درجات) وموافق (لها أربع درجات) و محايد (لها ثلاثة درجات) وغير موافق (لها درجتان) وغير موافق (درجة واحدة)

جدول رقم (١)

توزيع أفراد الدراسة حسب البيانات الديموغرافية

النسبة	التكرار	الخيارات	
%٧١	٧١	ذكر	الجنس
		أنثى	
		المجموع	
%٦	٦	أقل من ٢٥ سنة	العمر
		٢٦ - ٣٥ سنة	
		٣٦ - ٤٥ سنة	
%١٠٠	١٠٠	المجموع	المؤهل العلمي
		بكالوريوس	
		ماجستير	
		دكتوراه	
		المجموع	
%٩	٩	١ - ٣ سنة	سنوات الخبرة
		٤ - ٦ سنوات	
		٧ - ٩	
		المجموع	
%٣١	٣١	مساعد مدير	المركز الوظيفي
		مدير إداري	
		مدير فني	
		طبيب	
		المجموع	

أسلوب جمع البيانات :

- أ- البيانات الثانوية : اعتمد الباحثان في الحصول على هذه البيانات على الأسلوب المكتبي لبناء الإطار النظري من خلال مراجعة الكتب والدوريات والإنترنت والدراسات السابقة ذات العلاقة بإدارة الجودة الشاملة .
- ب- البيانات الأولية : اعتمد الباحثان في الحصول على هذه البيانات على الاستبانة التي تم تصميمها وفقاً لأهداف وفرضيات الدراسة لاستقصاء اتجاهات عينة الدراسة بخصوص تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

معالجة وتحليل البيانات :

لتحقيق أهداف هذه الدراسة والتعرف على مدى تطبيق المستشفيات الخاصة لإدارة الجودة الشاملة فقد تم استخدام الأسلوب الإحصائي الوصفي المتمثل في حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة ، كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات عينة الدراسة، إضافة إلى اختبار (ت) لفحص فرضيات الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروف ب (SPSS)

التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة :

يظهر الجدول رقم (٢) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة من العبارات التي تقيس تطبيق المستشفيات الخاصة الأردنية لإدارة الجودة الشاملة ويتبين من الجدول أن متوسط إجابات أفراد العينة على فقرات تطبيق المستشفيات الخاصة قد تراوحت ما بين (٣.٥٩ - ٤.٧٢) بينما تراوحت الانحراف المعياري ما بين (٠.٨٧٧٢٧ - ٠.٥١٤٠٥)

ويشير الجدول إلى أن إدانة التحسين والتدريب احتل المرتبة الأولى من جهود المستشفيات الخاصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بينما احتل رضا المريض المرتبة الثانية من جهود تطبيق المستشفيات لإدارة الجودة الشاملة ، واحتل قياس درجة المريض المرتبة الثالثة، واحتل سعي المستشفيات للتمييز في الأداء المرتبة الأخيرة ، كما يتبين ان المتوسط الكلي لجهود الإدارة في تطبيق إدارة الجهود الشاملة بلغ (٤.٢٧٨٠)، وهناك اتفاق بين المستجيبين على ذلك، ويدل هذا المتوسط الحسابي الذي يزيد عن (٣) على موافقة أفراد عينة الدراسة على الجهود التي تبذلها المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

جدول (٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابة عينة الدراسة

حول تطبيق المستشفيات الخاصة لإدارة الجودة الشاملة

السؤال	نص السؤال	المتوسط	الانحراف المعياري
١	يتوافر لدى المستشفى خطة لتحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة	٤,٤٧٠٠	٠,٥٩٣٨٢
٢	تشكل جودة الخدمة الصحية إستراتيجية بالنسبة للشركة	٤,٣١٠٠	٠,٦٧٧١٢
٣	تعمل إدارة المستشفى على إدامة التحسين والتدريب	٤,٧٢٠٠	٠,٥١٤٠٥
٤	تدرب إدارة المستشفى العاملين على تقديم خدمة صحية متميزة	٤,٣٢٠٠	٠,٧٨٩٨٣
٥	تحرص إدارة المستشفى على إرضاء العاملين	٤,٠٧٠٠	٠,٩٠١٧٩
٦	تقوم إدارة المستشفى بتأكيد الجودة للخدمة الطبية المقدمة	٤,١٣٠٠	٠,٧٤٧٤٥
٧	توفر إدارة المستشفى نظام معلومات حديث	٣,٨٩٠٠	٠,٧٥٠٦٩
٨	تشجع إدارة المستشفى العمل بروح الفرق الواحد	٤,٥٤٠٠	٠,٦٢٦٣٦
٩	تهدف إدارة المستشفى إلى ضمان مستوى عالي من الجودة	٤,٥٥٠٠	٠,٧٠١٧٣
١٠	يوجد لدى المستشفى مجلس يهتم بشؤون جودة الخدمات الصحية	٤,٤٣٠٠	٠,٧٤٢٠٣
١١	تسعى إدارة المستشفى إلى التميز دائما في تقديم الخدمات الطبية	٣,٥٩٠٠	٠,٨٧٧٢٧
١٢	تركز إدارة المستشفى اهتمامها على المريض	٤,٢٦٠٠	٠,٧٤٦٩٨
١٣	تقوم إدارة المستشفى بالتركيز على قياس درجة رضا المريض بشكل دوري	٤,٥٦٠٠	٠,٥٩١٥٢
١٤	تعمل إدارة المستشفى على تحديد ومعالجة شكاوي المرضى	٤,٣٠٠٠	٠,٦٢٧٦٥
١٥	تقوم إدارة المستشفى بالتأكد على تقديم خدمات تتوافق مع توقعات المدير	٤,٠٣٠٠	٠,٦٨٨٣٦
١٦	يشكل رضا المريض أولوية خاصة للمستشفى	٤,٦٣٠٠	٠,٦١٣٩٠
	المتوسط الكلي	٤,٢٧٨٠	٠,٣٩٧٨٧

ويظهر الجدول رقم (٣) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة من العبارات التي تقيس الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة الأردنية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ويتبين من الجدول أن متوسط إجابات أفراد العينة على فقرات الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة قد تراوحت ما بين (٣,٥٤ - ٤,٧٢) بينما تراوحت الانحراف المعياري ما بين (٠,٨٨١٠٠ - ٠,٥١٤٠٥) ويشير الجدول إلى أن عدم توافر إستراتيجية لتطبيق إدارة الجودة احتل المرتبة الأولى من الصعوبات التي تواجهها المستشفيات الخاصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بينما احتل قلة توافر الكوادر الطبية في بعض التخصصات الطبية المرتبة الثانية من الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، واحتل ارتفاع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة المرتبة الثالثة ، واحتل غياب وجود مقاييس معيارية لجودة الخدمة الصحية المرتبة الأخيرة ، كما يتبين ان المتوسط الكلي للصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجهود الشاملة بلغ (٤,٢٠٣٠)، وهناك

اتفاق بين المستجيبين على ذلك، ويدل هذا المتوسط الحسابي الذي يزيد عن (٣) على موافقة أفراد عنة الدراسة على الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

جدول (٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابة عينة الدراسة حول الصعوبات التي تواجهها

المستشفيات الخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

السؤال	نص السؤال	المتوسط	الانحراف المعياري
١٧	عدم توافر إستراتيجية معينة لتطبيق إدارة الجودة	٤,٧٢٠٠	٠,٥١٤٠٥
١٨	قلة الخبرات في المستشفى القادرة على تطبيق إدارة الجودة	٣,٩١٠٠	٠,٨١٧٦٧
١٩	نقص الموارد المالية المخصصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	٤,٠٦٠٠	٠,٧٧٦١٦
٢٠	غياب التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى	٤,٠١٠٠	٠,٧٥٨٧٢
٢١	قلة الكوادر المؤهلة في بعض المجالات الطبية	٤,٦٤٠٠	٠,٦١١٦٧
٢٢	نقص الكوادر في المجالات الطبية المساندة	٤,١٥٠٠	٠,٨٠٨٧٣
٢٣	غياب وجود مقاييس معيارية لجودة الخدمة الصحية	٣,٥٤٠٠	٠,٨٨١٠٠
٢٤	قصور برامج التدريب والتحسين المستمر	٤,١٨٠٠	٠,٨٢١١٨
٢٥	ارتفاع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة	٤,١٩٠٠	٠,٨٢٥٠٥
	المتوسط الكلي	٤,٢٠٣٠	٠,٠٤٩٧٨

اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى

Ho: لا تطبق المستشفيات الخاصة الأردنية إدارة الجودة الشاملة

جدول رقم (١٢)

نتائج اختبار الفرضية الأولى

T المحسوبة	T الجدولية	Sig. (ألفا)	نتيجة الفرضية العدمية
٣٧,١٢١	١,٩٨٤٢	صفر	رفض

تم استخدام اختبار One Sample T-Test وتدل نتائج الاختبار كما يبينها الجدول رقم (٤) أن قيمة (T المحسوبة) أكبر من قيمتها الجدولية، وذلك يعني رفض الفرضية العدمية (HO) وقبول الفرضية البديلة (Ha)، وهذا يعني أن المستشفيات الخاصة تطبيق إدارة الجودة الشاملة

الفرضية الثانية

Ho: لأتواجه المستشفيات الخاصة الأردنية صعوبات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

جدول رقم (هـ)

نتائج اختبار الفرضية الثانية

T المحسوبة	T الجدولية	Sig. (ألفا)	نتيجة الفرضية العدمية
٢٤.١٦٨	١.٩٨٤٢	صفر	رفض

تم استخدام اختبار One Sample T-Test وتدل نتائج الاختبار كما يبينها الجدول رقم (هـ) أن قيمة (T المحسوبة) أكبر من قيمتها الجدولية، وذلك يعني رفض الفرضية العدمية (HO) وقبول الفرضية البديلة (Ha)، وهذا يعني أن المستشفيات الخاصة تواجه صعوبات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

نتائج وتوصيات الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق المستشفيات الخاصة الأردنية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كما هدفت إلى التعرف على الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة في تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة، وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات بأن المستشفيات الخاصة الأردنية تطبق إدارة الجودة الشاملة وتحرص على ذلك من خلال القيام بإجراءات معينة بهدف الالتزام بهذه الفلسفة الإدارية، كما أظهرت نتائج التحليل إلا أن المستشفيات الخاصة الأردنية تواجه صعوبات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وفي النهاية لابد للإشارة من حتمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة وذلك لكون المنافسة شديدة بين هذه المستشفيات.

وفي النهاية توصي الدراسة بضرورة التركيز على المريض إذ أنه المحور الرئيس لعمل المستشفيات، فضلاً عن أن رضا المريض عن جودة الخدمات الصحية المقدمة له تعمل على زيادة الحصة السوقية للمستشفيات وتحقق من خلالها ربحية تساعد في استمرار المستشفى، كما توصي الدراسة المستشفيات الخاصة بضرورة قياس رضا المريض بشكل دوري

المراجع

١. اخضير، نها عادل، مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، مؤسسة الأبحاث الجامعية، وزارة الصحة الأردنية، عمان ١٩٩٤.
٢. أسامة حسن سلامة (١٩٩٩)، إدارة الجودة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن - دراسة حالة مستشفى الجامعة الأردنية رسالة ماجستير - جامعة آل البيت
٣. بدران بن عبد الرحمن العمر (٢٠٠٢) مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، الإداري العامة، مجلد ٤٣ عدد (٣)، ص ٣٠٧ - ٣٥١
٤. توفيق محمد عبد المحسن (٢٠٠٤)، قياس الجودة والقياس المقارن، الزقاق: دار الفكر العربي

٥. حرفوش ، مدني (١٩٩٦) الطريق إلى إعادة اختراع الحكومة وإدارة الجودة الشاملة دعوة للإصلاح الإداري ، (د. ن)
٦. حمد علي حليس النيايدي (١٩٩٩) تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك ، ص ص ٢٠ - ٢٢
٧. حنان عبد الرحيم الأحمدى (٢٠٠٠) ، التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الحكومية ، الإدارة العامة ، مجلد ٤ ، عدد ٣ ، ص ص ٤٩ - ٤٤
٨. الطروانه ، محمد احمد ، الجودة الشاملة والقدرة التنافسية : دراسة تطبيقية على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن مجلة دراسات ، مجلد ٢٨ ، العدد ١ كانون الثاني ٢٠٠١ ،
٩. علي ميا (٢٠٠٠) إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في مؤسسات وشركات القطاع العام لصناعة الألبنيوم والشركة العامة لصناعة المحركات الكهربائية اللاذقية مجلد (٢٢) عدد (٢) ، ص ص ٤٩ - ٧٢
١٠. موسى اللوزي ، (١٩٩٩) التطوير التنظيمي ، اتجاهات المديرين نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة في الأردن
١١. مازن عبد العزيز مسودة (٢٠٠٤) اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة : دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة ، خلال الفترة (١٩٩٥ - ٢٠٠٣) ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ، الخرطوم
١٢. محمد الطعاني ، واحمد الشباب (١٩٩٦) ، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ، حالة وزارة الصحة ، بحث مقدم لمؤتمر الإدارة العامة الثاني ، جامعة اليرموك ، اريد
١٣. نبيل محمود البستاني (٢٠٠١) اتجاهات المديرين نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة في الأردن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان
١٤. نضال فائق القبيج (٢٠٠٥) ، تطبيق أنظمة إدارة الجودة على الأداء المالي للشركات الأردنية المساهمة العامة ، رسالة ماجستير ، الجامعة الأردنية
١٥. هلال محمد عبد الغني (٢٠٠٠) ، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب ، القاهرة: مركز تطوير الأداء والتنمية
١٦. وزارة الصحة الأردنية ، التقرير السنوي ، عمان ١٩٩٤ .
١٧. ياسر منصور (١٩٩٧) إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني ، دراسة ميدانية: مقارنة بين مستشفى البشير والإسلامي رسالة دكتوراه ، جامعة بغداد
18. Ahmet Kara , Subhash Lonial , Mehves Tarim ,Selim Zaim (2005) Service quality in Turkey , European Business Review Vol. 17 No. 1, 2005 Emerald Group Publishing Limited ,pp. 5-20
19. Ashok, R. (1996) , Total quality Management: A cross functional Perspective , John Wiley and Sons
20. Avid, G. and Stanley, D. (1994), Total quality. New York : Macmillan college Publishing

21. Colin, M. and Stephen. M (1994), Total quality Management in the public sector , : an International Perspective , Open University Press ,Philadelphia
22. David , L. Goetsch and Stanley , Davis (1994) Introduction to total quality , Singapore : Prentice – Hall International , Inc. p6
23. Dennis C. Kinlow , (1992) Continuous Improvement and
24. Don Hellriegel , Susan E. Jackson , John W. Slocum , JR. (2002), Management ,A Competency – Based Approach, South- Western.
25. H., Samuel K.M. (1994), The ISO series for Total Quality Management International Journal of quality & Reliability Management , Vol. 11 No. 9
26. Haksever, C., Render, B, Russell S, Murdick G., (2000) Service Management and Operations, Prentice Hall, New Jersey, 2nd Edition, ISBN 0130813389.
27. James Maxwell & Peter Temin (2003) Corporate Management of quality in Employee Health Plans, HealthCare Management Review , Volume 28, Issue 1, PP28-29.
28. Kovner, A.R. (1999) Health Care Delivery in the United Sates, 6th. Ed. Spring Publishing Company.
29. Nwabueze, U. (2001) The Implementation of TQM For NHS Manager , total Quality Management , Vol 12, Issue 5 , pp 657-666
30. Roger Tanks, (1992) Fast Track To quality , New York : McGraw –Hill Inc, P 12
31. Russell, R. S & Bernard W. Taylor III. (2001). Operation Management: Focusing on Quality and Competitiveness. Prentice Hall. Upper Saddle River, New Jersey
32. Sale, D. N. T. (2000). Quality Assurance: A Pathway to Excellence. First published. Macmillan Press Ltd. London. Printed in Malaysia.
33. Salim Budair, total quality Management in HealthCare, MSC. Thesis , Hudersfield University , 2002.
34. Slack, N. Chambers, S. Johnston, R. (2001) Operations Management. Third Edition. Prentice Hall