

# مدى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر- دراسة ميدانية-

L'application du management de la qualité totale (TQM) au sein des établissements publics de santé en Algérie -Etude

de terrain-

الربيع بوعريوة

جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، الجزائر

[r.bouarioua@univ-boumerdes.dz](mailto:r.bouarioua@univ-boumerdes.dz)

تاريخ النشر: 2021/12/31

خديجة شيخي\*

مخبر أداء المؤسسات الاقتصادية الجزائرية في ظل الحركة الاقتصادية

الدولية، جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، الجزائر

[k.chikhi@univ-boumerdes.dz](mailto:k.chikhi@univ-boumerdes.dz)

تاريخ القبول: 2021/08/22

تاريخ الإستلام: 2021/07/10

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة ومدى تطبيق معايير الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية، من أجل إرضاء المرضى وتحسين مستوى الخدمة المقدمة لهم بالإضافة إلى التقليل من النقائص والمعوقات التي تواجه هاته الأخيرة، وذلك من خلال استطلاع آراء الطاقمين الطبي والإداري على مستوى المؤسسات الصحية الجزائرية.

وخلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها، يتم تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الجزائرية بشكل متوسط، واختلاف مفهوم الجودة من منظور الإداري والأطباء على مستواها.

الكلمات المفتاحية: الجودة، جودة الخدمات الصحية، إدارة الجودة الشاملة، المؤسسات الصحية.

تصنيف JEL: M1 , L6 , L0 .

## Abstract:

La présente étude a pour but de connaître le niveau de qualité des services de santé fournis, et dans quelle mesure les normes de qualité totale sont appliquées au sein des établissements de santé publics algériens, afin de satisfaire les patients et d'améliorer le niveau de service qui leur est fourni, ainsi que réduire les carences et les obstacles auxquels ces derniers sont confrontés.

Cette étude est menée à travers un sondage auprès du personnel médical et administratif au niveau des Institutions sanitaires algériennes, ainsi elle s'est conclut par un ensemble de résultats dont le plus marquant est que les normes de qualité sont appliquées dans les hôpitaux algériens de manière moyenne, et le concept de qualité diffère du point de vue des administrateurs et des médecins à leur niveau.

**Keywords:** Qualité, qualité des services de santé, management de la qualité totale, établissements de santé.

**Jel Classification Codes:** M1, L6, L0.

\*المؤلف المراسل.

## 1. مقدمة:

مع ازدياد التغيرات والتطورات الناجمة عن الانفجار المعرفي في كل الميادين بما فهم الميدان الصحي، والتي اتسمت بالتعقيد وظهور حركة مستمرة في مختلف الأفاق الاقتصادية وازدياد حدة المنافسة على الصعيدين المحلي والدولي، تطور نظم التكنولوجيا والمعلومات، وازدياد وعي المستهلك إلى غير ذلك من التغيرات التي جعلت المؤسسات تدرك أهمية الجودة الشاملة كوسيلة ناجعة لمواجهة التغيرات الجديدة.

ونظرا لأهمية القطاع الصحي العام في تقديم الخدمات الدائمة والمستمرة للمواطنين أصبحت ترقبته مسألة إلزامية لا بد منها، لأي دولة في خطتها التنموية لدفع عجلة تنمية الخدمة الصحية، بالانتقال من الإطار القديم للمستشفى كونه مجرد مكان تمارس فيه مهنة الطب إلى إطار أشمل في كيفية تطوير تقديم الخدمة الصحية لطالبيها سواء من المرضى أو غير المرضى فضلا عن التخطيط وتنفيذ برامج البحث والتطوير إلى جانب جودة الخدمات المقدمة.

إن الجودة الشاملة من المتطلبات الأساسية التي يجب على المؤسسات الصحية تحقيقها، والسعي لاكتسابها، نظرا للدور المهم الذي تلعبه في بقاء واستمرارية هذه الأخيرة، وتبرز أهميتها أكثر فأكثر من خلال توجه المؤسسة الصحية نحو عملائها (المرضى) وسهرها على تلبية رغباتهم واحتياجاتهم، والجزائر كغيرها من دول العالم الثالث تعرف مؤسساتها الصحية العديد من المشاكل والمعوقات هذا كان دافعا إلى زيادة الاهتمام بالجودة وقضايا الصحة في المجتمع.

وانطلاقا مما سبق تتمحور الإشكالية الرئيسية لموضوع البحث فيما يلي:

ما مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر العاملين فيها؟

ومن أجل الإجابة على هذه الإشكالية تم طرح الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي الجودة وما هي مختلف أبعادها؟
- ما لمقصود بإدارة الجودة الشاملة وما هي أهدافها؟
- هل يختلف مفهوم الجودة عند الأطباء والإداريين في المؤسسات الصحية الجزائرية؟
- ومن أجل الإجابة على هذه التساؤلات تم طرح الفرضيات التالية وتم اختبارها في الجانب التطبيقي لهذه الدراسة:
- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر العاملين فيها.
- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية تعود لمدة الخبرة.

1.1. أهمية الدراسة: تتجلى أهمية هذه الدراسة من خلال:

- تناولها أحد أبرز القطاعات الحساسة والتي لها تأثير على كافة المجالات في المجتمعات وهو القطاع الصحي.
- الحث على القيام بتغييرات في استراتيجيات وخطط المؤسسات الصحية الجزائرية وذلك بالانتقال من الطريقة التقليدية المعتمدة على آراء متلقي الخدمة فقط إلى طريقة حديثة تعتمد على توقعات المرضى وآراء مقدمي الخدمة.
- التعرف على الواقع العملي في إحدى المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

أما لضبط الموضوع وإعطائه شكله النهائي فقد تم حصر الموضوع في ثلاثة محاور أساسية هي:

- الجودة في المؤسسات الصحية.

- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

-الدراسة الميدانية على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية بالروبية.

## 2. الجودة في المؤسسات الصحية:

تعتبر الجودة في الوقت الراهن محل اهتمام للمؤسسات، وذلك نتيجة لعدة اعتبارات، كون الجودة مرتبطة بكل من رضا العملاء وارتفاع حجم المبيعات ومدى مطابقة المنتوجات للمواصفات، مما حتم اعتمادها على الجودة كأحد المفاتيح التي تهدف إلى تحقيق النمو والاستمرارية لها.

### 1.2. تعريف الجودة:

الجودة لغة أصلها من الجود والجيد نقيض الرديء، أما الجودة اصطلاحاً فهي كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية Qualities ويقصد بها طبيعة الشيء ودرجة صلاحه. (خديجة، 2016، صفحة 227):

يعرف Crosby. Ph الجودة على أنها: التوافق مع المتطلبات وهي تبدأ حينما تحاول المؤسسات الطلب من موظفيها بأن يقومو بفعل الشيء الصحيح من المرة الأولى، ويتوجب بالتالي على الموظفين أن يعرفوا ما هو الشيء الذي يجب تنفيذه من المتطلبات والتي يقصد بها، أن المعايير أو المقاييس المراد تحقيقها لا بد أن تكون واضحة ومعروفة للجميع (محمداليحي، 2020، صفحة 42)

كما عرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة على أنها: مجموعة الخصائص والصفات الخاصة بالمنتج التي تؤثر قابليتها على إرضاء المستهلك المحددة والواضحة والضمنية، وتشير الحاجات الضمنية إلى رضا المستهلك (السمرائي، 2007، صفحة 28).

أما الجودة في المستشفيات فلا تختلف كثيراً عما ذكر سابقاً، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها "التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة، وتكلفة مقبولة من المجتمع، بحيث تؤدي إلى تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات بالإضافة إلى الإعاقة وسوء التغذية (بودية بشير، 2017، صفحة 171).

كما عرفت على أنها: درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية (يوسف، الصالح وليد، 2011، صفحة 50).

وبناء على ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة الصحية: هي تقديم الخدمات الصحية المطابقة للمعايير المعاصرة ومدى ملاءمتها للتشخيصات الطبية الحديثة بما يضمن الرعاية الصحية الملائمة للمريض.

### 2.2. أبعاد جودة الخدمات الصحية:

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد التي تحدد مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للعملاء، شريطة التوافق مع جملة من الأبعاد والتي تعتبر الدعم الذي يساعد مقدمي الخدمات الصحية على تحديد المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها، ومنه يمكن أبعادها فيما يلي: (كورتل، فريد، 2008، صفحة 362، 363) (الشريف بوفاسي وربع بلايلية، 2006، صفحة 03) (الشريف (المحياوي، قاسم نايف وعلوان، 2006، صفحة 94)

- الجوانب المادية: ويتعلق الأمر بالمعدات والأجهزة ومختلف التسهيلات المادية داخل المؤسسة الصحية وكذا مظهر مقدمي الخدمة وموقع المستشفى.

- الفعالية والكفاءة: فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة الصحية للوصول على النتائج المرجوة، أي أن يتم تقديم الخدمة بطريقة صحيحة، أما الكفاءة تعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة. وهذا ما يركز عليه هذا الأخير في العلاقة الموجودة بين مردود الخدمة والتكلفة.

- الاعتمادية: وتعتبر على مدى ثقة العميل في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في علاجه، ويعكس هذا البعد مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بالتزاماتها من خلال الدقة في القيام بالعمل، تقديم الخدمة بطريقة صحيحة وأداء الخدمة في الوقت المحدد.
- الأمان والسلامة: أي تقليل المخاطر لأبعد الحدود وأن يشعر متلقي الخدمة بالأمن داخل المؤسسة الإستشفائية، وتقليل مخاطر الإصابة بالعدوى وغيرها من الأعراض.
- الاستجابة: وهي السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، من خلال تقديم خدمات علاجية فورية.
- الاتصال: ويعني الاتصال بين مقدم الخدمة والمريض، وقدرته على شرح خصائص الخدمة، أي قدرة الطبيب على إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تصيبه جراء العملية الجراحية، وإذا لم يلتزم بما هو مطلوب منه، بمعنى يشير الاتصال إلى المعلومات المتعلقة بالخدمة المتبادلة بين مقدمي الخدمة والعملاء بشكل سهل ومبسط.
- التعاطف: ويشمل ذلك حسن التعامل وإظهار مساعي الود والصدقة للعميل، ويقول أحد الخبراء أن العملاء لا يهتمون بمضمون الخطط أو السياسات بقدر ما يهتمون بالطريقة التي يعاملون بها، وأن مجرد كلمة "شكرا" قد تكون أفضل من عشرة إعلانات لتحقيق الانطباع الذهني لدى العميل.
- الاستمرارية: أي بمعنى عدم الانقطاع أو التوقف عن تقديم الخدمات الصحية وأن يحصل عليها المريض دائما عند الحاجة.

### 3. متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يعد من أهم الركائز التي تسمو إلى تطبيقها هاته المؤسسة بطريقة ناجعة من أجل الوصول إلى الرقي وتحقيق الأهداف التي تطمح إليها هذه الأخيرة.

#### 1.3. تعريف إدارة الجودة الشاملة:

إدارة الجودة الشاملة من أكثر المفاهيم الفكرية والفلسفية التي استحوذت على الاهتمام الواسع من قبل الباحثين والإداريين، غير أن مفهومها يعتبر حديثا نسبيا في المؤسسات الصحية، وعرفت كما يلي:

تعرف الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية على أنها: إطار تلتمز من خلاله المؤسسات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المؤسسات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر. (عدمان مريزق، 2008، صفحة 41)

وتعرف أيضا بأنها: نظام للتسيير يعتمد على الموارد البشرية التي تسعى إلى تحقيق التحسين المستمر من أجل إرضاء وإشباع حاجات المستهلكين وتكلفة أقل (Jean BRILMAN, 2001, p. 217).

كما عرفت على أنها: الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون...الخ) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالتكاليف، بالإضافة إلى تلبية حاجات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية (عبد الستار العالي، 2008، صفحة 301,300)

ومما سبق يمكن تعريف الجودة الشاملة على أنها تطور لمفهوم الجودة، والذي كان يركز على الاهتمام برضا العميل فقط إلى الاهتمام بالمشاركة الفعالة لجميع العاملين وعلى مختلف مستوياتهم مع إدارة المؤسسة الصحية للوصول إلى التحسين المستمر للجودة، فالجودة الشاملة عبارة عن منهج علمي لتطوير أداء المؤسسات الصحية والعاملين فيها، مع المحافظة على إمكانياتها من أجل تحسين الجودة باستمرار والحرص على الإيفاء بمتطلبات العملاء (المرضى) وتجاوزها، وذلك بالاعتماد على

الأساليب العلمية والإحصائية وتدريب العاملين (الأطباء والكوادر) وتشكيل فرق العمل والعمل على التنسيق فيما بينها لكي تؤدي العمل بشكل صحيح منذ البداية وصولاً إلى تحقيق أهداف المؤسسة الصحية.

ويقوم نظام إدارة الجودة الشاملة على جملة من المبادئ تتمثل في (شيخي خديجة، 2016، صفحة 167، 171):

- توفر الرؤية والالتزام لدى الإدارة العليا بالجودة
- المنظور والتخطيط الاستراتيجي للجودة
- التركيز على العميل والانطلاق منه
- توطيد العلاقة مع الموردين
- تمكين العاملين؛
- التحسين المستمر؛
- التغذية العكسية أو المقارنة المرجعية.

### 2.3. أهمية تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

نظراً لازدياد المنافسة بين المؤسسات الصحية وانتشار الأخطاء الطبية، وكذا زيادة نسبة شكاوى المرضى، بسبب سوء المعاملة والممارسات الطبية، وهذا وما ألزمها على تطبيق الجودة الشاملة على مستواها، حيث تعمل هذه الأخيرة على تخفيض التكلفة، تقليل الأخطاء وتحسين جودة أدائهم، بهدف تحقيق متطلعات المرضى وكسب رضاهم، وأهم الفوائد المحققة من تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة ما يلي (بدران عبد الرحيم العمر، 2008، صفحة 314):

- تسهيل الإجراءات: يساعد تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال تحسينها.
- تحسين العمليات: إن هدف إدارة الجودة الشاملة هو البحث عن النقائص وفرص التحسين واغتنامها
- كفاءة التشغيل: تعتبر أهم فائدة تتحقق من تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك بالقضاء على الهدر في أداء العمليات وكذا تحسين مهارة العمال.
- القضاء على اختلافات ممارسات الإكلينيكية: إن اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية لما له من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة، ويساهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية، وأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية.
- الحد من تكرار العمليات: إن تكرار العمليات له تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا المرضى فتطبيق هذا المفهوم يساعد تحديد أفضل الطرق لأداء العمل.

### 3.3. مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

من بين أهم مقومات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة ما يلي (سيد محمد جاد الرب، 2009، صفحة 188، 189):

(ريمة اوثن، 2018، صفحة 85)

- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات
- الجودة الشاملة ثانياً.
- تكون تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في بادئ الأمر مرتفعة ثم تبدأ بالانخفاض تدريجياً حتى تستقر عند سعر معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما فيه من مزايا وفوائد.

- يجب أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكلما تفهم الجميع أهميتها كلما انخفضت حدة المقاومة وحجمها.
  - تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب بعض التغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المؤسسة الصحية.
  - إدارة الجودة الشاملة أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته والحد من الأخطاء إلى أقصى حد.
  - يمكن للمؤسسة أن تبدأ بتطبيق إدارة الجودة الشاملة بأحد فروعها أو نشاط فرعي معين ثم تبدأ بتعميمه تدريجياً.
  - تحتاج إدارة الجودة الشاملة قبل تطبيقها إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضاً إلى الاستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال، بالتركيز على أهمية البحث والتطوير.
  - التوعية والنشر المفهوم لرفع وعي العاملين بأهمية تطبيق الجودة.
  - أن يكون جو العمل مريحاً يكون العاملين متكاتفين، وأن تكون هناك ثقة بينهم وبين رؤسائهم.
  - يجب الاعتماد على نظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات ودعم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية.
- 4.3. معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

- تواجه إدارة الجودة الشاملة وهي بصدد ممارستها لعمليات التحسين مجموعة من التحديات على اختلاف نوعها تؤدي إلى إخفاق جهود تطبيق هذا النظام، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لإتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها، ويتعلق الأمر ب (مهديد يمينة، 2018، صفحة 114، 115) (فاتن محمد أبو بكر، موضي بنت محمد الزومان، 2007، صفحة 50، 54)
- ضعف التزام الإدارة العليا بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة (القيم، الرؤية، السياسات، الخطط...)
  - عدم وجود منافسة في القطاع العام، ونتيجة لهذه الخاصية في انفراد القطاع العام ومؤسساته بتقديم الخدمات، فإنه لا مجال لحصول المنافسة مع تنظيمات أخرى، الأمر الذي ينعكس سلباً على الإنتاجية؛
  - عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية
  - تأثير العوامل السياسية على اتخاذ القرارات وكذا قوانين الخدمة المدنية؛
  - عدم الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العمال؛
  - غياب الأساليب الإحصائية المعتمدة في قياس وتقييم أداء المؤسسات الصحية؛
  - عدم دراية أغلبية العمال باختلاف المستويات بمفهوم إدارة الجودة الشاملة وأساليبها بسبب عدم وجود دورات تكوينية للعمال حول المفهوم؛ وكذا غياب روح الفريق، وعدم وضوح مفهوم العمل الجماعي؛
  - عدم تطبيق أنظمة عقوبات والمسائلة في حالة التجاوزات؛
  - الافتقار إلى أنظمة حوافز جيدة مما يؤثر بشكل سلبي على الروح المعنوية للأفراد العاملين في المؤسسات الصحية وبالتالي انخفاض إنتاجيتهم؛
  - نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات الصحية مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب؛
  - وجود خطين واضحين للسلطة تتسم بها المؤسسات الصحية، أحدهما إداري والآخر طبي، ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها على بعض جوانب النشاط دون غيرها؛

وتعد المعوقات الثقافية الأكثر صعوبة أمام تطبيق إدارة الجودة الشاملة ويتجلى ذلك في (بودي، زينب مهداوي وعبد القادر، صفحة 244) (وفيق حلي الاغا، 2006، صفحة 18)

- إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمة أكثر من التركيز على احتياجات المرضى؛
  - اعتقاد المديرين والمسؤولين في الدرجة الوسطى أن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فهم يقاومون إدخالها إلى مؤسساتهم؛
  - اعتقاد بعض الأطباء في المؤسسات الصحية أن نشاطات إدارة الجودة الشاملة لا تنطبق على وظائفهم فهم لا يهتمون بها؛
  - نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة بسبب قناعتهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وأن إدارة الجودة الشاملة ما هي إلا آلية لضبط التكلفة، وقد أكدت دراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.
4. الدراسة الميدانية على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية بالروبية:

من أجل التعمق أكثر في بحثنا هذا تم القيام بدراسة ميدانية على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية بالروبية والمتواجدة بالجزائر العاصمة، وهذا من أجل معرفة مدى تطبيق معايير الجودة الشاملة في هذه المؤسسة الصحية، وهو ما يفسر حتما عصرية هذه المؤسسة من عدمها.

#### 1.4. التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالروبية:

المؤسسة العمومية الإستشفائية الروبية تحتوي على 167 سرير، ويقدر معدل احتلال الأسرة بـ 75 % ، وتحتوي على

الأقسام التالية:

- الفحوص الطبية الإستعجالية؛
- طب داخلي (نساء ورجال)؛
- جراحة عامة (نساء ورجال)؛
- طب الأطفال؛
- طب الأمراض التنفسية (نساء ورجال)؛
- طب العمل؛
- مركز ولادة؛
- تصفية الدم؛
- الأمراض السرطانية؛
- المخبر؛
- الأشعة؛
- صيدلية.

كما تحتوي المؤسسة الإستشفائية على إمكانيات بشرية موضحة في الجدول التالي:

#### الجدول 01: الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالروبية:

| العدد | فئة المستخدمين                                |
|-------|---|
| 58    | المستخدمين الطبيين: طبيب عام                  |
| 56    | طبيب أخصائي                                   |
| 285   | المستخدمين الشبه طبيين                        |
| 31    | المستخدمين الإداريين والتقنيين                |
| 200   | عمال النظافة بما في ذلك السائقين وأعوان الأمن |
| 630   | المجموع                                       |

المصدر: مديرية المصالح الصحية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بالروبية.

#### 2.4. أداة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة، حيث تم تصميم استمارة وتم توزيعها على 20 إداري بالمستشفى أي ما نسبته 64 % من المجتمع الكلي، وعلى 25 طبيب بين عام وأخصائي أي ما نسبته 21 % من المجتمع الكلي، وهذا من أجل معرفة وجهة نظر هاتين الفئتين حول مدى تطبيق الجودة في المستشفى. وتم تصميم عبارات الاستبيان من أجل قياس الجودة بالاعتماد أساسا على المعايير الفرعية لتقييم المستشفيات، وتم التطرق إلى 5 معايير أساسية متمثلة في: (المعدات والأجهزة، الملاءمة، البنية التحتية الكفاءة، الفعالية) كما تم قياس درجات الاستجابات المحتملة على الفقرات إلى تدرج خماسي حسب مقياس ليكارت الخماسي ( Likart Scale)، والذي يتراوح من لا أوافق بشدة إلى أوافق بشدة، بوزن نسبي: أوافق بشدة (5)، أوافق (4) محايد (3)، لا أوافق (2)، لا أوافق بشدة (1).

#### 3.4. اختبار الاتساق والثبات لعبارات هذه الأداة:

تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، والذي يأخذ قيما تتراوح بين الصفر والواحد، فإذا كانت قيمة المعامل تساوي الصفر فهذا يعني عدم وجود ثبات في البيانات، وعلى العكس إذا كانت قيمة المعامل تساوي الواحد فهناك ثبات تام في البيانات، ويعتبر انخفاض قيمة هذا المعامل عن 0.6 دليل على انخفاض الثبات الداخلي. وفيما يلي نتائج تحليل الثبات لمقاييس الدراسة يتضح فيها قيمة معامل ألفا كرونباخ لمفاهيم الدراسة لكل من عبارات قياس الجودة في المستشفى:

الجدول 02: قيمة معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان:

| المحاور                         | المعايير         | عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|---------------------------------|------------------|--------------|--------------------|
| الجودة الشاملة                  | المعدات والأجهزة | 3            | 0.694              |
|                                 | الملاءمة         | 2            | 0.732              |
|                                 | الاعتمادية       | 3            | 0.691              |
|                                 | الكفاءة          | 4            | 0.793              |
|                                 | الفعالية         | 2            | 0.735              |
| معامل الثبات الكلي لمحور الجودة |                  |              | 0.793              |

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا على معطيات برنامج التحليل الإحصائي SPSS

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة معامل ألفا كرونباخ المقدر ب 0.793 هي نسبة مرتفعة، وهذا ما يعني تمتع أبعاد هذا المحور بدرجة عالية من الثبات، وبناء على ذلك يتضح إمكانية تطبيق أداة الدراسة والاعتماد عليها في التطبيق، والوثوق بنتائجها المتوقعة.

#### 4.4. عرض النتائج وتحليلها:

بعد توزيع الاستبيان تم القيام بتفريغته وتحليل بياناته من خلال استخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS وتم حساب الدرجات وفق قاعدة الفصل للأوساط الحسابية كما يلي:

- غير موافق بشدة : 1.0-1.8؛
- غير موافق: 1.81- 2.6 ؛
- محايد: 2.61-3.8 ؛
- موافق: 3.81-4.2؛
- موافق بشدة: 4.21-5.0.



وكانت النتائج كالتالي:

الجدول 03: خصائص أفراد عينة الدراسة:

| المتغير         | الفئة            | التكرار | النسبة المئوية % |
|-----------------|------------------|---------|------------------|
| النوع الاجتماعي | ذكر              | 26      | 57.8             |
|                 | أنثى             | 19      | 42.2             |
| المسمى الوظيفي  | طبيب إداري       | 25      | 55.6             |
|                 |                  | 20      | 44.4             |
| الخبرة          | أقل من 5 سنوات   | 26      | 57.8             |
|                 | من 5-10 سنوات    | 17      | 37.8             |
|                 | أكثر من 10 سنوات | 2       | 4.4              |
| المجموع         |                  | 45      | 100              |

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا على مخرجات برنامج التحليل الإحصائي SPSS

الجدول 04: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومستوى استجابة أفراد عينة الدراسة نحو عبارات الجودة في الاستبيان

| المستوى    | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العبرة  |
|------------|-------------------|-----------------|---|
| محايد      | 1.290             | 2.71            | * يوجد في المستشفى جميع المعدات والأجهزة الطبية               |
| موافق بشدة | 0.735             | 4.22            | * لدى المؤسسة سيارة إسعاف مجهزة                               |
| محايد      | 1.151             | 3.24            | * يتوفر المستشفى على أسرة كفيلة بتحمل طاقة الاستيعاب          |
| محايد      | <b>0.853</b>      | <b>3.39</b>     | معيار المعدات والأجهزة (الملموسية)                            |
| محايد      | 1.069             | 3.24            | تقدم الخدمة الصحية المناسبة لحالات المرضى                     |
| محايد      | 1.217             | 3.13            | الأقسام المتواجدة في المستشفى تتلاءم مع الخدمات المطلوبة      |
| محايد      | <b>1.007</b>      | <b>3.18</b>     | معيار الملاءمة  |
| محايد      | 1.141             | 2.71            | * تتوفر في المستشفى جميع التخصصات الصحية المطلوبة             |
| محايد      | 0.991             | 2.87            | * يساعد تصميم المستشفى على سهولة وانسياب حركة المرضى          |
| غير موافق  | 0.834             | 2.38            | * يحظى المستشفى بثقة واستحسان المستفيدين من الخدمات الصحية    |
| محايد      | <b>0.778</b>      | <b>2.65</b>     | معيار الاعتمادية  |
| موافق      | 0.806             | 4.18            | * يتم التدريب على أداء الخدمة الصحية بشكل صحيح من أول مرة     |
| موافق      | 0.928             | 3.96            | * يتم تحليل التكاليف بهدف ترشيد النفقات                       |
| موافق      | 0.842             | 3.87            | * يوجد نظام لتقييم احتياجات المستشفى من كفاءات العنصر البشري  |
| موافق      | 0.780             | 3.93            | * تطبق المؤسسة خدمة لتنمية الموارد البشرية                    |
| موافق      | <b>0.660</b>      | <b>3.98</b>     | معيار الكفاءة   |
| محايد      | 1.550             | 3.22            | * يتم قياس نتائج العمل للتأكد من تحقيق الهدف من الخدمة الصحية |
| محايد      | 1.278             | 3.04            | * يتم تحقيق الأرقام المستهدفة والمعايير المرغوبة              |
| محايد      | <b>1.263</b>      | <b>3.13</b>     | معيار الفعالية  |
| محايد      | <b>0.555</b>      | <b>3.33</b>     | المقياس الكلي لأبعاد الجودة                                   |

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا على مخرجات برنامج التحليل الإحصائي SPSS

من الجدول أعلاه يتضح أن الاتجاه العام لجميع عبارات الجودة في مستشفى الروبية كان متوسطا بالنسبة للأطباء والإداريين، حيث كان المتوسط الحسابي لمعيار المعدات والأجهزة (3.39) بانحراف معياري قدره (0.853)، وتعكس هذه النتيجة متوسط حيالة المستشفى على الأجهزة والمعدات، وكان المتوسط الحسابي لمعيار الملاءمة (3.18) بانحراف معياري قدره (1.007)، وتعكس هذه النتيجة متوسط تلاؤم الخدمات في المستشفى مع احتياجات المرضى، أما معيار الاعتمادية والذي عرف متوسط حسابي قيمته (2.65) بانحراف معياري قدره (0.778) وهذا يدل ويوضح بأن الاعتمادية في المستشفى

بالكاد تكون ضعيفة، وقد اختلف معيار الكفاءة في المستشفى عن غيره من المعايير، حيث عرف متوسط حسابي قيمته (3.98) بانحراف معياري قيمته (0.660)، ويفسر هذا توفر المستشفى على كفاءة عالية، وفي الأخير عرف معيار الفعالية مستوى متوسطا نتيجة تسجيل متوسط حسابي قدره (3.13) بانحراف معياري قيمته (0.555).

1.4.4. اختبار الفروق باختلاف المنصب: من أجل الكشف عن الفروق والتي تعزى لمتغير المنصب، تم إجراء اختبار (T test) للعينات المستقلة عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) وهذا لاختبار الفرضيتين التاليتين:

- H0: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة باختلاف المنصب.
  - H1: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة باختلاف المنصب.
- وفيما يلي عرض النتائج:

الجدول 05: نتيجة اختبار T test لاختبار دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة والتي تعزى إلى

#### اختلاف المنصب

| الدلالة الإحصائية | قيمة T | المتوسط الحسابي |       | المعايير         |
|-------------------|--------|-----------------|-------|------------------|
|                   |        | طبيب            | إداري |                  |
| 0.000             | 10.065 | 2.76            | 4.18  | معيار الملموسية  |
| 0.000             | 6.140  | 2.58            | 3.95  | معيار الملاءمة   |
| 0.000             | 7.509  | 2.13            | 3.30  | معيار الاعتمادية |
| 0.048             | 2.039  | 3.81            | 4.20  | معيار الكفاءة    |
| 0.435             | 0.788  | 3.00            | 3.30  | معيار الفعالية   |

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا إلى مخرجات برنامج التحليل الإحصائي SPSS

بالنظر إلى نتائج الجدول السابق يتبين ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة التالية: (الملموسية الملاءمة، الاعتمادية، الكفاءة) في المستشفى والتي تعزى لاختلاف المنصب، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (10.065 ، 6.140 ، 7.509 ، 2.039) على التوالي، وهي قيم معنوية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، وقد كانت الفروق لصالح المنصب الإداري ذو المتوسطات الحسابية الأعلى كما بينه الجدول السابق.

- بينما أفرزت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معيار "الفعالية" في المستشفى والتي تعزى لاختلاف المنصب، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (0.788) وهي قيمة غير معنوية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، وعليه فإن متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معيار "الفعالية" في المستشفى تعد متساوية. وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية.

2.4.4. اختبار الفروق باختلاف سنوات الخبرة: من أجل الكشف عن الفروق والتي تعزى لمتغير "سنوات الخبرة"، تم إجراء

اختبار "تحليل التباين الأحادي" (ANOVA) عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) وهذا لاختبار الفرضيتين التاليتين:

- H0: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة باختلاف الخبرة.
- H1: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة باختلاف الخبرة.

وفيما يلي عرض النتائج:

الجدول 6: تحليل التباين الأحادي لاختبار دلالة الفروق لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة والتي تعود إلى الخبرة المهنية

| المعايير          | سنوات الخبرة      | المتوسط الحسابي | مصدر التباين   | مجموع المربعات | قيمة F | الدلالة الإحصائية |
|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------|--------|-------------------|
| معييار الملموسية  | أقل من 5 سنوات    | 3.217           | بين المجموعات  | 2.518          | 1.790  | 0.179             |
|                   | من 5 إلى 10 سنوات | 3.568           | خلال المجموعات | 29.546         |        |                   |
|                   | أكثر من 10 سنوات  | 4.166           | المجموع        | 32.064         |        |                   |
| معييار الملاءمة   | أقل من 5 سنوات    | 3.134           | بين المجموعات  | 2.385          | 1.171  | 0.320             |
|                   | من 5 إلى 10 سنوات | 3.147           | خلال المجموعات | 42.286         |        |                   |
|                   | أكثر من 10 سنوات  | 4.250           | المجموع        | 44.644         |        |                   |
| معييار الاعتمادية | أقل من 5 سنوات    | 2.576           | بين المجموعات  | 0.726          | 0.588  | 0.560             |
|                   | من 5 إلى 10 سنوات | 2.705           | خلال المجموعات | 25.931         |        |                   |
|                   | أكثر من 10 سنوات  | 3.166           | المجموع        | 26.657         |        |                   |
| معييار الكفاءة    | أقل من 5 سنوات    | 3.807           | بين المجموعات  | 1.901          | 2.311  | 0.112             |
|                   | من 5 إلى 10 سنوات | 4.220           | بين المجموعات  | 17.274         |        |                   |
|                   | أكثر من 10 سنوات  | 4.250           | المجموع        | 19.175         |        |                   |
| معييار الفعالية   | أقل من 5 سنوات    | 3.173           | بين المجموعات  | 0.339          | 0.102  | 0.903             |
|                   | من 5 إلى 10 سنوات | 3.117           | خلال المجموعات | 69.861         |        |                   |
|                   | أكثر من 10 سنوات  | 2.750           | المجموع        | 70.200         |        |                   |

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا إلى مخرجات برنامج التحليل الإحصائي SPSS

بالنظر إلى نتائج الجدول السابق يتبين ما يلي:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة التالية: (الملموسية، الملاءمة، الاعتمادية، الكفاءة، الفعالية) في المستشفى والتي تعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (1.790، 1.171، 0.588، 2.311، 0.102) على التوالي، وهي قيم غير معنوية عند مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$ ، وعليه فإن متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة في المستشفى تعد متساوية. وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية.

5. خاتمة:

من خلال الدراسة تم تسليط الضوء على مفهوم الجودة بشكل عام ومفهوم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بشكل خاص، واستخلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في:

- ✓ يتم تطبيق نظام الجودة الشاملة بمختلف معاييرها بشكل متوسط عموما في المؤسسة الصحية الجزائرية بالروبية؛
- ✓ يعتبر معيار الكفاءة المعيار الوحيد الذي يرقى إلى المستوى المطلوب في المؤسسة الإستشفائية بالروبية وهذا من وجهة نظر الأطباء والإداريين؛
- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة (ما عدا معيار الفعالية) والتي تعود إلى اختلاف المنصب وكانت هذه الفروق لصالح المنصب الإداري؛
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو معايير الجودة والتي تعود لمتغير سنوات الخبرة.

## التوصيات والاقتراحات:

- مراجعة ملائمة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات وهذا بشكل دوري لتقديم الرعاية الصحية المناسبة للمريض.
- تفعيل نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات من خلال إنشاء أقسام خاصة بالجودة وتقييم معايير الأداء.
- توفير الأدوات المناسبة وخلق قنوات اتصال بين مختلف أقسام الإدارات في المؤسسات الصحية.
- إرساء ثقافة تنظيمية بين العاملين في المستشفيات من خلال تدريب العاملين على تطبيق معايير الجودة.

## 6. قائمة المراجع:

1. (hyyps://mawdoo3.com). تصفح يوم 2020/01/20.
2. Paris . Les Meilleures pratiques du Management. (2001). Jean BRILMAN.
3. الشريف بوفاسمي وربيع بلايلية. (2006). استخدام نموذج SERVQUAL لقياس وتقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة تحليلية - المتلقي الوطني الاول حول :الصحة وتحسين الخدمات الصحة في الجزائر بين غشكاية التسيير ورهانة التموين (صفحة 03). قالمة - الجزائر :-كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة 8ماي 1945 قالمة ، الجزائر. .
4. المحيوي، قاسم نايف وعلوان. (2006). ادارة جودة في الخدمات، مفاهيم وعموميات ،. الاردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
5. بدران عبد الرحيم العمر. (2008). مدى تطبيق مبادئ ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات. مجلة الادارة العامة المجلد الثاني والاربعون (العدد الثاني).
6. بودي، زينب مهداوي وعبد القادر. اثر ادارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات:دراسة المؤسسة الاستشفائية. مجلة مجاميع المعرفة/رقم05 (عدد اكتوبر 2017)، 244.
7. بودية بشير. (2017). اثرتبني وتطبيق مبادئ ادارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمة. مجلة البشائر الاقتصادية جامعة بشار (02)، 171.
8. ريمة او شن. (2018). ادارة الجودة الشاملة كالية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري رسالة دكتوراه. تخصص تسيير المنظمات. باتنة: جامعة باتنة.
9. سيد محمد جاد الرب. (2009). الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية. مطبعة العشري.
10. شيخي خديجة. (ديسمبر، 2016). دور نظام المعلومات الانتاج في تحسين جودة المنتج - دراسة تطبيقية على قطاع الصناعات الغذائية ،. مجلة الادارة والتنمية للبحوث والدراسات علي لونيس ، 227.
11. شيخي خديجة. (2016). نظم المعلومات الوظيفية ودورها في دعم تطبيق ادارة الجودة الشاملة ، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير ، تخصص : ادارة اعمال. الجزائر: جامعة الجزائر 3.
12. عبد الستار العالي. (2008). تطبيقات في ادارة الجودة الشاملة ، الطبعة الاولى ،. عمان ، الاردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع .
13. عدمان مريزق. (2008). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير بالجزائر العاصمة ،. الجزائر.
14. فاتن محمد ابوبكر ، موضي بنت محمد الزومان. (2007). معوقات ومقومات تطبيق ادارة الجودة الكلية في الاجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية ، بحث تطبيقي على مدينة الرياض.
15. كورتل، فريد. (2008). تسويق الخدمات. الاردن: كنوز المعرفة للنشر.
16. محمد اليحي. (2020). مدي تاثير معايير الجودة CROSBY على تطبيق متطلبات ادارة الجودة الشاملة بجامعة الشقراء. 42.
17. مهدي السمرائي. (2007). ادارة الجودو الشاملة في قطاعين الانتاج والخدمات. الاردن : دار جرير.
18. مهديد يمينه. (2018). التوجه نحو ادارة الجودة الشاملة ، كالية لعصرنة المرفق العام وتحسين الخدمة العمومية في الجزائر: الخدمة الصحية العمومية نموذجا ، المجلة الجزائرية للمالية العامة. المجلة الجزائرية للمالية العامة (08)، 114، 115.
19. وفيق حلمي الاغنا. (2006). الجودة الشاملة وطرق ابداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني. المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الادارية ، 18.
20. يوسف، الصالح وليد. (2011). ادارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية. عمان الاردن: دار اسامة للنشر والتوزيع.