



## Implementation of comprehensive quality standards in some health units in the countryside of Minya Al-Qamh, Sharkia governorate



Samir M.M. ELdash\* and Hamdy A.M. Alhalwany

Agricultural Extension and Rural Sociology Department, Faculty of Agriculture, Al-Azhar University, Cairo, Egypt

### تطبيق معايير الجودة الشاملة في بعض الوحدات الصحية بريف مركز منيا القمح محافظة الشرقية

#### المستخلص

استهدف البحث تحديد مستوى معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية، ومستوى تطبيق المبحوثين لهذه المعايير، وتحديد معنوية العلاقة بين المتغيرات المستقلة المدروسة للمبحوثين وبين كل من درجة معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية، ودرجة تطبيق هذه المعايير، والتعرف على المعوقات التي تحد من تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية ومقترحاتهم لحلها. وقد أجرى هذا البحث بمركز منيا القمح محافظة الشرقية على عينة قوامها ٢٥٠ مبحوثاً من العاملين بالوحدات الصحية، وجمعت البيانات بإستمارة استبيان خلال شهري فبراير ومارس عام ٢٠٢٤م.

#### وجاءت أهم النتائج:

- ١- أن ما يقرب من نصف المبحوثين (٤٨,٤%) جاءوا في فئة المستوى المرتفع من حيث معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً.
  - ٢- ارتفاع مستوى تطبيق المبحوثين لمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً بنسبة ٤٦%.
  - ٣- وجود علاقة ارتباطية بين متغيري السن، ودافعية الانجاز وبين درجة المعرفة الاجمالية بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً.
  - ٤- وجود علاقة ارتباطية بين متغيري السن، ودافعية الانجاز وبين رأى المبحوثين في درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً.
  - ٥- وجود علاقة معنوية بين المركز الوظيفي وبين مستوى رأى المبحوثين في درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية.
  - ٦- أهم معوقات تطبيق الجودة الشاملة في الوحدات الصحية: التغييرات المستمرة في مديري الإدارة العليا والمتعلقة بالإدارة الصحية، عدم وجود قانون أو تعليمات من الجهات العليا توجه بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.
  - ٧- أهم المقترحات: مطالبة الجهات العليا بتسريع قوانين وتعليمات تدعم تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في الإدارة الصحية، تشجيع وتحفيز الأبداع والابتكار لدى العاملين في الإدارة الصحية.
- الكلمات المفتاحية:** الجودة، الجودة الشاملة، إدارة الجودة الشاملة، الوحدات الصحية.

\*Corresponding author: [samireldash9@gmail.com](mailto:samireldash9@gmail.com) (S.M.M. ELdash -Mob.: 01028001809)

<https://doi.org/10.21608/FJARD.2024.294925.1050>

Received: 6/06/2024

Accepted: 2/07/2024

الإدارية فيها كونها تضع رؤيتها المستقبلية، وترسم خططها وسياساتها وتحركها نحو تحقيق أهداف الجودة (حميدة، ٢٠١٧: ٥)

أصبح الاهتمام بالجودة يتم في جميع الأنشطة والعمليات التي تتم بالمنظمة، أو ما يعرف بالجودة الشاملة التي يتم التركيز فيها على الاهتمام بتلبية حاجات ورغبات المستهلكين وكيفية اشباعها، بل يتعداه الى السعي لايجاد رغبة أو حاجة جديدة ثم العمل على تلبيتها، فإن الأمر يستوجب توجيه كل العمليات الداخلية والجهود والموارد نحو هذا الهدف والتنسيق بين مختلف الوظائف والهيئات وهذا ما يطلق عليه نظام إدارة الجودة الشاملة (الهلة، ٢٠١٧: ٢).

ونظراً للنجاح الذي سجله تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإنتاجية في ظل التنافس الاقتصادي، فكان على المؤسسات الصحية أن تتبنى نفس معايير هذا النظام، إذ يعالج نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية المشكلات المزمنة التي تعاني منها الأجهزة الصحية والتكلفة المتعاظمة لتقديم الخدمات للمواطنين، وكون الوحدات الصحية إحدى أبرز المنظمات الصحية التي تهتم بجانب مهم من جوانب الحياة للأفراد والجماعات في الريف، فقد تطلب الأمر القيام بإجراءات تهدف في الأساس إلى تعديل أوضاع تلك المؤسسات الصحية وتصويبها في جميع جوانب أنظمتها المتعددة لكي تسير مع أحدث المفاهيم الحديثة الإدارية والعصرية التي بدأت تظهر في الوقت الراهن، وهو تطبيق إدارة الجودة الشاملة الذي يتطلب وجود إدارات قوية وواعية تعمل على قيادة هذه المنظمات نحو الأفضل دائماً نظراً للدور الريادي والجانب الخدمي الذي تضطلع به هذه الوحدات الصحية، حيث لا يوجد هناك منظمة صحية أظهرت تقدماً ملموساً في هذا المجال دون وجود قيادة ذات قدرة عالية في مجال إدارة هذه المنظمات. (حميدة، ٢٠١٧: ٦)

### مشكلة البحث

لمواجهة التغيرات الاقتصادية والسياسية والثقافية والتكنولوجية التي شهدتها العقود الأخيرة من القرن العشرين والتي تركز على البعد الإنساني في العمليات التنظيمية، اهتم الفكر الإداري الحديث بتحقيق الكفاءة الانتاجية للمنظمات من خلال تنمية الموارد البشرية، والتركيز على الثقافة التنظيمية، والتركيز على المستهدفين، ودعم القيادة العليا والعمل على ايجاد المناخ التنظيمي المناسب، وترسيخ دعائم الديمقراطية، لذلك لجأت بعض المنظمات كالوحدات الصحية والمدارس ومراكز الشباب وغيرها الى تبني الاساليب الادارية التي أثبتت فعاليتها في تحسين الانتاجية، ومنها معايير إدارة الجودة الشاملة الذي

نتيجة للتطورات الحاصلة التي يشهدها العالم في شتى ميادين الحياة، بالإضافة إلى الثورة المعرفية والتكنولوجية فلقد أصبح العالم قرية صغيرة، مما أدى اهتمام الكثير من القطاعات والمؤسسات الصحية إلى الاهتمام بجودة الخدمات التي تقدمها للفرد، لذلك تعتبر صحة الفرد هي المحور الرئيسي للمنظومة الصحية، وذلك لتحسين الوضع الصحي للأفراد لذا أصبح موضوع الجودة يحظى باهتمام عالمي وإقليمي ومحلي، حيث يشهد العصر الحالي تغيراً مسرعاً ومستمرًا في جودة المنظومة الصحية وتطوير خدماتها. (البكري، ٢٠٠٥: ١٥)

وتسعى المنظمات الصحية إلى تطوير خدماتها وتحسين أدائها، من خلال اتباع عدد من الاستراتيجيات والمعايير المحلية والدولية، وذلك من أجل الوصول للمستوى المتميز في تقديم الخدمات من قبل مقدمي الخدمات الصحية، والاهتمام بالجودة باعتبارها من أهم أهداف المنظومة الصحية والغاية التي تسعى إليها، ويتحقق ذلك عن طريق دراية مقدم الخدمة بمعايير الجودة للإسهام في رفع المستوى المهني للكوادر الطبية على مختلف مستوياتها، وتطبيقها من خلال تقديم الخدمات العالية الجودة، وتلبية متطلبات واحتياجات وتوقعات العملاء، وما أعلنته المنظمات الصحية من أهداف معلنة وغير معلنة، فالجودة هي من أولويات القيادة الإدارية التي تهدف إليها ولرفع مستوى إنتاجيتها، فالجودة هي المحرك الأساسي لجميع المؤسسات بوجه عام، والمؤسسات الطبية بوجه خاص، وذلك لتحقيق أعلى ميزة تنافسية عن طريق تطبيق معايير الجودة، ويكمن الاهتمام بجودة الخدمات في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج الجودة، وكذلك في وضع المعايير الملائمة وتقويم مستويات الأداء والمحافظة على أعلى مستوى من الأداء الإداري والفني والطبي لجميع مقدمي الخدمات الصحية، وإتقان مقدمي الخدمات الطبية ومعرفتهم لمعايير الجودة الطبية، وتطبيقها في المنظومة الصحية (الجزائري وآخرون، ٢٠١١: ٦٥)

وقد أدى هذا التغيير والتطور إلى تحولات أساسية في إطار المفاهيم الخاصة بإدارة المؤسسات، فقد تحول الحديث من الإدارة إلى الريادة، ومن السيطرة المهنية إلى سيادة العميل، ومن ضبط أو مراقبة التكاليف إلى إدارة الأداء، ومن زيادة كمية المخرجات إلى تحسين جودة الخدمات، ومن تقييم مدى سلامة الإجراءات إلى المساءلة عن النتائج ومستويات الأداء، فأصبح رهان المؤسسات هو تقدمها واستمرارها في ظل هذه التطورات والتغيرات المستمرة والمتسارعة، وهذا ما يقع على عاتق القيادات

١. توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات معرفة الباحثين بمعايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة  
٢. توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات تطبيق الباحثين لمعايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة.  
٣. توجد علاقة معنوية بين المتغيرات المستقلة للباحثين وهي: السن، النوع، المؤهل الدراسي، المركز الوظيفي، عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية، عدد سنوات العمل في وزارة الصحة، عدد الدورات التدريبية في مجال الجودة الشاملة، درجة الضغوط في العمل بالوحدة الصحية، دافعية الانجاز، وبين درجة معرفة الباحثين بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً.  
٤. توجد علاقة بين المتغيرات المستقلة المدروسة للباحثين وبين رأيهم في درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إجمالاً.  
ولاختبار صحة هذه الفروض تم وضعها في صورتها الصفرية.

### الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الجزء من الإطار النظري مفهوم الجودة، مفهوم الجودة الشاملة، مفهوم إدارة الجودة الشاملة، عناصر تطبيق الجودة الشاملة، أبعاد الجودة الشاملة، فوائد تطبيق إدارة الجودة، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، مشكلات تطبيق الجودة الشاملة في بعض المنظمات، وأخيراً الدراسات السابقة وهو ما يتم تناوله بالتفصيل فيما يلي:

#### ١- مفهوم الجودة

لقد تعددت وتباينت التعريفات التي أوردها الكتاب والمهتمين بموضوع الجودة في وضع تعريف محدد لمعنى الجودة وأبعادها المختلفة، ومن الصعب أن نجد تعريفاً بسيطاً يعرفها تعريفاً شاملاً بسبب تعدد جوانبها وتعدد زوايا النظر إليها، وسيظهر ذلك بوضوح من خلال مجموعة التعاريف التي سنوردها فيما يلي:

يعرف "عبد المحسن" (٢٠٠٤: ١٣) الجودة بأنها عامل أساسي ضمن عوامل أخرى تؤثر على تنافسية المؤسسة. ويعرف "عبوي" (٢٠٠٦: ٢٤) الجودة بأنها القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته وتحقيق رضاه التام.

يعرفها "العلاق" (٢٠٠٨: ١٦) بأنها تشير إلى قدرة الإدارة على إنتاج سلعة أو تقديم خدمة تكون قادرة على الوفاء بحاجات المستهلك.

يعرف "القران" (٢٠٠٩: ٣٠) الجودة بأنها درجة أو مستوى التميز أو التفوق.

يهدف الى تطوير أداء المنظمة في مجال توفير الخدمات الصحية وظهور الاختصاصات الفرعية، حيث حدث تطور في مفهوم الرعاية الصحية من علاج المريض في مكان تقديم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يوجد فيها، ونتيجة للاهتمام بموضوع الجودة، فقد ظهرت بعض الجهات الدولية التي تمنح شهادات تدل على أن المنظمات قد التزمت بتنفيذ نظم الجودة. وأفضل مثال لهذا هي شهادات الأيزو (ISO) التي تمنحها المنظمة الدولية، وبالرغم من أن هذه الشهادة تفيد المنظمة في تحسين نظمها الإدارية وفي التسويق، إلا أنها ليست بالضرورة متصلة بالرعاية الصحية أو خدمة المرضى فقط، ونظراً للخصوصية التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات فقد تزايدت الحاجة إلى وضع نظام جودة خاص بالوحدات الصحية. لذلك طُوّر نظام الاعتماد في العقدين الأخيرين من القرن الماضي ووضعت معايير الرعاية الصحية الجيدة، ويأتي نظام اعتماد الوحدات الصحية ليتوج جهود الدولة في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء في المنظمات التي تقدم هذا النوع من الخدمات، بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة، كما يعتبر أحد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي، وهو ما يتطلب الاهتمام بها من خلال فكر إداري حديث ثبت نجاحه في العديد من المنظمات وهو الجودة الشاملة، فهل يعرف العاملون بالوحدات الصحية من أطباء وتمريض وجهاز إداري بمعايير الجودة الشاملة في العمل، ودرجة تطبيق هذه المعايير، والمعوقات التي تواجههم عند تطبيق هذه المعايير، ومقترحات التغلب على هذه المعوقات، هذا ما يسعى البحث للإجابة عليه.

#### أهداف البحث

- ١- تحديد مستوى معرفة الباحثين بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية.
- ٢- تحديد مستوى تطبيق الباحثين لمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية.
- ٣- تحديد معنوية العلاقة بين المتغيرات المستقلة المدروسة للباحثين وبين كل من درجة معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية، ودرجة تطبيق هذه المعايير.
- ٤- تحديد الفروق المعنوية بين متوسطات درجات معرفة الباحثين بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية المدروسة، ودرجة تطبيق هذه المعايير.
- ٥- التعرف على المعوقات التي تحد من تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية ومقترحاتهم لحلها.

#### الفروض البحثية

ويعرفها "بن سعيد" (١٩٩٧: ٧٥) بأنها نظام إدارى استراتيجى متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل. ويعرفها "الدرادكة" (٢٠٠١: ١) بأنها التفوق فى الاداء لاسعاد المستهلكين عن طريق عمل المديرين والموظفين مع بعضهم البعض من أجل تحقيق أو تزويد المستهلكين بجودة ذات قيمة من خلال تأدية العمل الصحيح وبالشكل الصحيح من المرة الأولى فى كل وقت.

ويعرف "حمود" (٢٠٠٢: ١٦) إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية مصممة لجعل المؤسسة أكثر مرونة وسرعة فى انشاء نظام هيكلى متين توجه من خلاله جهود كافة العاملين لكسب العملاء عن طريق سبل المشاركة فى التخطيط والتنفيذ للاداء التشغيلى.

وعرفها "الصيرفى" (٢٠٠٣: ٩٩) بأنها التطوير والمحافظة على امكانيات المؤسسة من أجل تحسين الجودة وبشكل مستمر وتلبية متطلبات العميل وتجاوزها، وكذلك البحث عن الجودة وتطبيقها فى أى مظهر من مظاهر العمل بدءاً من التعرف على احتياجات العميل والانتهاه بمعرفة مدى رضا العميل عن الخدمات أو المنتجات المقدمة له.

تعرف "حصه الهداق" (٢٠١٣: ١٠) ادارة الجودة الشاملة بأنها الفلسفة الادارية للمؤسسة التى تدرك من خلالها تحقيق كل من احتياجات المستهلك وكذلك تحقيق أهداف المشروع معاً.

#### ٤- عناصر تطبيق الجودة الشاملة:

يتضمن أسلوب إدارة الجودة الشاملة مجموعة من العناصر والمبادئ الواجب التقيد والالتزام بها لتحقيق النجاح فى تطبيق هذا المفهوم، والأهداف التى يسعى هذا الأسلوب الإدارى الى تحقيقها والتمثلة فى تحسين الأداء الإدارى، وتحقيق الرضا لدى الجمهور عن الخدمات أو الإنتاج والعناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة هي:

**أولاً: التخطيط الإستراتيجى:** يبدأ تطبيق إدارة الجودة الشاملة بوضع رؤية مستقبلية واضحة ومحددة، ووضع أهداف بعيدة المدى تسعى المنظمة الى تحقيقها، إضافة الى تحديد المراحل والخطوات الرئيسية والمتبعة لتحقيق تلك الأهداف، ووضع أهداف خاصة لكل مرحلة تحققها، إضافة الى التخطيط لبقاء التنظيم واستمراره من خلال عمليات التنبؤ المدروس والمنظم للمستقبل، ووضع التقديرات والاحتمالات الدقيقة لإتجاهات الأحداث المستقبلية بناء على أسس علمية.

**ثانياً: التركيز على العميل:** إذ يعد رضا العملاء الداخليين (العاملين) أو الخارجيين (المستفيدين) المحور الأساسى للجودة، ومعيار النجاح لأية منظمة، لذا تسعى إدارة الجودة الشاملة باستمرار الى تحقيق رضا العملاء وضمان ولائهم للمنتج أو الخدمة التى تقدمها المنظمة، وكذلك محاولة

ويعرفها "زيدان" (٢٠١٠: ٨٧) بأنها مجموعة من الخصائص والمواصفات للسلعة أو الخدمة ولها القدرة على تلبية الحاجات وتعمل على احترام وفهم رغبات الزبون. وتعني الجودة بأنها خصائص المنتجات التى تلبى احتياجات ورضا الزبائن. وهى تختلف باختلاف نوع المنتج والخدمات وطرق استخدامها (كرداشة، ٢٠١٢: ١٣).

#### ٢- مفهوم الجودة الشاملة

تتعدد التعريفات التى تتناول مفهوم الجودة الشاملة وتمثل أبرز هذه التعريفات فى:

يعرفها "القحطانى" (١٩٩٣: ٢٧) بأنها قيام العمل بالشكل الصحيح من أول خطوة مع ضرورة الاعتماد على تقييم العمل فى معرفة مدى تحسين الأداء.

ويعرفها "زين الدين" (١٩٩٦: ١٠) بأنها مجموعة من المزايا وخصائص المنتج والخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين.

يعرف "الهيثمى" (٢٠٠٠: ٤١) الجودة الشاملة بأنها التجاوب المستمر مع حاجات المستهلكين.

يعرف "الحداد" (٢٠٠٣: ١٢٩) الجودة الشاملة بأنها "اندماج ومساهمة كل فرد يعمل بالمنظمة فى المراقبة والتطوير والتحسين المستمر لكيفية أداء العمل، من أجل الوفاء بتوقعات العميل لمستوى الجودة".

ويعرفها "علوان" (٢٠٠٥: ٢٠) هى القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذى يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التى تقدم له.

ويعرفها "سعد" (٢٠٠٩: ٦٢) بأنها جملة السمات والخصائص للمنتج أو الخدمة التى تجعلها قادرة على الوفاء باحتياجات معينة.

#### ٣- مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تعد إدارة الجودة الشاملة من أكثر المفاهيم الفكرية والفلسفية التى استحوذت على الاهتمام الواسع من قبل الباحثين والاداريين والاكاديميين المعنيين بتطوير وتحسين الاداء الانتاجى والخدمى فى مختلف المنظمات، إلا أن إدارة الجودة الشاملة مازال مفهومها غامضاً وذلك بسبب اختلاف آراء المهتمين بها حيث أن كل من المهتمين بها يركز على جانب من جوانبها وهذا جعل من الصعب الوصول الى مفهوم واضح لمعنى إدارة الجودة الشاملة ويمكن إبراز أهم التعريفات لإدارة الجودة الشاملة على النحو التالى:

ويعرفها "السلمى" (١٩٩٥: ١٥) بأنها شكل تعاونى لأداء الاعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين يهدف الى التحسين المستمر فى الجودة والانتاج، وذلك من خلال فرق العمل.

قصارى جهودهم لتحقيق أهداف التنظيم، فأنظمة الحوافز وما يتبعها تعتبر وسائل فعالة لتطوير أداء العاملين وزيادة إنتاجيتهم وتحسين نوعيتها. وللحوافز صور متعددة مثل المكافآت المادية، والترفيح، والاعتراف، أو العمل على تخصيص نسب حصصية من الأسهم لبعض الأفراد المميزين في حالة تطبيق إدارة الجودة في الشركات الخاصة، أما في تنظيمات القطاع العام فإن الحوافز المادية والمعنوية ومشاركة الأفراد في اتخاذ القرار تعتبر جميعها أدوات تحفيز فعالة. (Tomas, 1994: 7)

**تاسعاً: تدريب العاملين:** يعد التدريب أحد أهم المقومات الأساسية التي يركز عليها برنامج إدارة الجودة الشاملة لتمكين العاملين من الأداء بشكل مميز يحد من الأخطاء، وتكرار الأعمال، وإهدار الأموال، والتدريب المكثف و أهم وأفضل وسيلة متاحة لإكساب العاملين المهارات والمعارف والسلوكيات اللازمة لأداء العمل بجودة وإتقان، ولما كانت عملية تحسين الجودة تحتاج إلى مهارات تتغير بتطور أساليب العمل، ويتقدم العلم والتقنية فإن التدريب لتطوير المهارات الإدارية للعاملين وتطوير مهارات التفكير مع التحديث المستمر في عمليات الجودة يعد أمراً حيوياً في إدارة الجودة الشاملة التي تنظر إلى التدريب كعملية جماعية ضرورية في التنظيم، نابعة من تغيير العملية الإنتاجية أو الخدمية (العصيمي، ٢٠٠٧: ٨٥).

#### ٥- أبعاد الجودة الشاملة

تتمثل الأبعاد الرئيسية للجودة الشاملة كما ذكرها "جودة" (٢٠٠٦: ٢٢)

١. الأداء: خصائص المنتج الأساس أو الخدمة المقدمة.
  ٢. المظهر: خصائص المنتج الثانوية أو الخدمات المساعدة التي تساعد في تقديم الخدمات الأساسية.
  ٣. المطابقة: مطابقة المنتج أو الخدمة المقدمة مع المواصفات المتعارف عليها عالمياً.
  ٤. الاعتمادية: مدى ثبات الأداء بمرور الوقت سواء بالنسبة للمنتج أو الخدمة المقدمة.
  ٥. الصلاحية: ويقصد بها أقصى مدة للمنتج أو الخدمة تكونان فيها صلاحية للاستخدام.
  ٦. الاستجابة: مدى تجاوب مقدم المنتج أو الخدمة مع متطلبات العميل.
  ٧. الجمالية: إحساس الإنسان بالخصائص المفضلة لديه كالتشطيبات النهائية الخارجية.
  ٨. السمعة: الخبرة والمعلومات السابقة عن المنتج، أو الخدمة المقدمة.
- ويذكر "الصيرفي" (٢٠٠٣: ٢٧٨) مجموعة من أبعاد الجودة الشاملة للخدمات الصحية تتمثل في:

معرفة متطلباتهم وتوقعاتهم المستقبلية، والعمل على تلبيتها وقياس مدى رضا العملاء على تطبيق سياسة المنظمة وكذلك إدارة الاتصالات مع العملاء (العصيمي، ٢٠٠٧: ١٦).

**ثالثاً: دعم الإدارة:** يعد إيمان الإدارة بأن النجاح يتصل اتصالاً مباشراً بالتحسين الدائم للجودة أهم عنصر في عملية التحسين، وعلى الإدارة أن تحدد رؤية مستقبلية واضحة مبنية على الحقائق مع إعطاء المثل والقوة لجميع العاملين والعملاء.

**رابعاً: مشاركة العاملين:** تتم هذه العملية من خلال مشاركتهم في فرق العمل وحلقات الجودة التي تمتلك صلاحية اتخاذ القرار، فالعاملون هم الأكثر دراية بمشكلات العمل وأكثر معرفة بإيجاد الحلول المناسبة لها، وكذلك تتطلب إدارة الجودة الشاملة لإستجابة اقتراحات العاملين وآرائهم الإيجابية، لأن ذلك يؤدي الى رفع الروح المعنوية وتحقيق الرضا الوظيفي وزيادة مستوى الإنتماء والولاء، وإبداء العاملين استعداداً كبيراً للمشاركة في تقديم سلع وخدمات ذات جودة شاملة وتكلفة قليلة.

**خامساً: التحسين المستمر:** إن سر النجاح في المنافسة هو السعي إلى التحسين المستمر والتدريجي، من خلال أداء الأشياء الصغيرة بطريقة أفضل، وإقامة وتحقيق مستويات أعلى للأداء. ويعتمد هذا على مشاركة جميع الأفراد من خلال التعرف إلى فرص التحسين، واختيار طرق جديدة، وتسجيل النتائج واقتراح التغييرات المناسبة (سعد، ٢٠٠٩: ٨٧-٨٨).

**سادساً: تشكيل فرق العمل:** يعتبر تشكيل فرق العمل داخل التنظيمات الإدارية الحديثة أحد متطلبات تطبيق إدارة الجودة الرامية الى حل المشكلات وإيجاد الحلول وذلك باستخدام ما يعرف بفريق العمل، فإدارة الجودة الشاملة تتطلب من الإدارة العليا ضرورة العمل على تكوين فريق عمل من أفراد تتوافر لديهم المهارات والقدرات اللازمة لمعالجة المشكلات وذلك بهدف تحسين نوعية وجودة الخدمات والسلع المنتجة (القاضي، ١٩٨٩: ٩١).

**سابعاً: تحديد معايير قياس الجودة:** هناك معايير يتم بموجبها قياس جودة ونوعية الخدمة المقدمة، وهذه المعايير هي من أسس ومقومات نجاح إدارة الجودة. ويجب على الأفراد العاملين الالتزام بها حتى يتم ضمان أداء العاملين بشكل أفضل، ولكي يتم وضع معايير دقيقة في إدارة الجودة يجب توافر شرطين أساسيين هما: ضرورة التمييز بين المهام القابلة للقياس والمهام غير القابلة للقياس، ووضع معالجة مختلفة للمهام التي تتطلب عملاً أكثر تعقيداً وذلك من خلال المؤثرات التي تنتج من عملية تحليل المهام.

**ثامناً: مكافأة العاملين:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة إعطاء الأفراد حوافز تساعد على إشباع حاجاتهم وتدفعهم لبذل

الوضع الراهن للمنظمة بخصوص تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وضرورة معرفة الأسباب والمشكلات من خلال الدراسات التحليلية للمنظمة التي تدفعها الى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ووضع برامج تدريبية للمستويات الإدارية آفة بهدف تنمية مهارات العاملين حول مفهوم إدارة الجودة، وضرورة توفير ما يعرف "بدليل الجودة"، وتوفير قاعدة معلوماتية وبيانات ضرورية، وتطبيق أنظمة حوافز مادية ومعنوية جيدة (البشراوي، ١٩٩٥: ١-٢).

#### ٨- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يتطلب تحقيق الجودة الشاملة على أرض الواقع تهيئة مناخ العمل والثقافة التنظيمية للمنظمات الصحية، وكذلك الاستعانة بالاستشاريين، وتوفير أدوات ووسائل مناسبة لقياس الجودة عبر إدارة فاعلة للموارد البشرية وتوفير تعليم وتدريب للعاملين في المنظمة، وتبنى أنماط قياسية مناسبة، ومشاركة جميع العاملين في الجهود المبذولة لتحسين مستوى الاداء، وتأسيس نظام معلومات دقيق لإدارة الجودة الشاملة، وأهم هذه المتطلبات ما يلي كما ذكرها "عقيل" (١٩٩٦: ٧٨).

١- ضرورة إيمان الإدارة العليا بأهمية مدخل إدارة الجودة الشاملة من خلال تغيير من اللوائح والاعمال الروتينية.

٢- ضرورة وضع أهداف محددة ممكنة التحقيق وموجهة نحو احتياجات العملاء ورغباتهم.

٣- تعاون الاقسام كافة في المنظمة وتنسيق جهودها.

٤- ضرورة ادخال التحسينات والتطويرات على أساليب حل المشكلات وتدريب العاملين عليها.

٥- ضرورة ارتكاز فلسفة الجودة الشاملة الى قاعدة موثوقة من البيانات والمعلومات.

٦- منح الموظفين السلطة اللازمة لأداء أعمالهم ومنحهم الثقة في العمل.

٧- ضرورة الابتعاد عن سياسة التهديد والتخويف للعاملين.

٨- التدريب المستمر للعاملين داخل المنظمة.

٩- الاستمرار في عملية إدارة الجودة الشاملة وتطويرها وتحسينها.

#### ٩- مشكلات تطبيق الجودة الشاملة في بعض المنظمات

تتعدد مشكلات تطبيق الجودة الشاملة داخل المنظمات منها مشكلات متعلقة بالإدارة ومنها مشكلات متعلقة بالعاملين داخل المنظمة وهي:

**أولاً: المشكلات المتعلقة بالإدارة وتتمثل في:** مقاومة التغيير من قبل الإدارة العليا، وتركيز السلطة ومركزية الإدارة، والوقت المستنفذ حيث يتطلب جنى ثمار تطبيق الجودة الشاملة وقتاً غير محدد، واختلاط أعمال التخطيط

١- الاتصالات: وتتمثل في القدرة على الاصغاء للعميل لفهم جميع رغباته ومتطلباته سواء تحددت أو صمت تعتبر أيضاً وسيلة للتعبير.

٢- الفهم والادراك: وتتمثل في استعداد مقدم الخدمة في إعطاء الوقت الكافي للعميل للتحدث وابداء وجهة نظره دون ملل بهدف فهم حاجات العميل الخفية.

٣- التوقيت: ويمثل في محاولة تحقيق رغبة العميل في تقديم الخدمة له في الوقت الذي يريده.

٤- الثقة في أداة الخدمة: وهذه الثقة إنما تتأثر من خلال السمعة التي يتمتع بها مقدم الخدمة.

٥- المضمون الذاتي للخدمة: يتمثل في المهارة التي يجب أن يتمتع بها مقدم الخدمة ذلك فيما يتعلق بطريق عرض الخدمة وإقناع الزبائن بها.

٦- الاستمرارية: وتعنى المقدره على أداء الخدمة بنفس الكفاءة والفاعلية طول الوقت.

٧- المطابقة: أى تحقيق التجانس بين تطلعات العميل والخدمة المقدمة أى تحقيق الخدمة درجة الاشباع التي يتطلع اليها العميل.

٨- الأدوات: قد يتطلب بعض الخدمات استعمال الأدوات المادية لذلك الأدوات التي يستخدمها الطبيب، وهنا يتوقع العميل بأن تكون الأدوات متوفرة وعلى درجة عالية من الكفاءة.

#### ٦- فوائد تطبيق إدارة الجودة:

إن استخدام مبادئ ومفاهيم إدارية معينة لا يمكن أن يحظى باهتمام الإدارة العليا إلا إذا ترتب على تطبيق واستخدام هذه المبادئ تحقيق فوائد معينة، وتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة يؤدي الى تحقيق مجموعة من الفوائد منها تحسين نوعية الخدمات والسلع المنتجة، ورفع مستوى الأداء، وتخفيض تكاليف التشغيل، والعمل على تحسين وتطوير إجراءات وأساليب العمل، وزيادة ولاء العاملين للمنظمة، وزيادة قدرة المنظمات على البقاء والاستمرار (راست، ١٩٩٦: ٦).

أما الفوائد التي يجنيها الأفراد العاملون نتيجة

لالتزامهم بتطبيق إدارة الجودة الشاملة فهي: إعطاء العاملين الوقت والفرصة لاستخدام خبراتهم وقدراتهم، وتنمية مهاراتهم من خلال المشاركة في تطوير أساليب وإجراءات العمل، وتوفير التدريب اللازم، وإعطاؤهم الحوافز الملائمة للجهود التي يبذلونها للقيام بأعمالهم.

ويعتمد نجاح إدارة الجودة الشاملة على العنصر البشري من حيث تدريب الأفراد العاملين وزيادة مهاراتهم وقدراتهم وزيادة الحوافز المقدمة لهم بشكل يساعد على إيجاد المناخ التنظيمي الملائم، وفي هذا الخصوص يمكن توضيح بعض التوصيات الضرورية الواجب أخذها بالاعتبار لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي: تقييم

الصحي لضمان جودة خدمات متقدمة، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد تحديث للأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حالياً في المنشأة الصحية ومسيرة التطور الحاصل، مما انعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية، وأوصت الدراسة بزيادة التفاعل بين الطاقم الطبي والعاملين والمرضى، من خلال تحسين الفهم المشترك بين الطرفين، والعمل على وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز العمل من خلال الجدارة والمصادقية.

٧- دراسة سلطان (٢٠١٢) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الأهلية، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في مجال جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية. وعلى ضوء الاستنتاجات صيغت مجموعة من التوصيات أهمها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية، والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات يتأثر بما حوله من معطيات، ولا بد من أخذ البيئة بعين المدير الثاقبة.

٨- دراسة الهلة (٢٠١٧) تهدف الى توضيح الأصول الحقيقية الحقيقية للجودة الشاملة ومراحل تطبيقها في المؤسسات الصحية والمعايير المستخدمة في تقييم أدائها، وكانت أهم النتائج وجود فروق كبيرة في جودة الخدمات الطبية المقدمة في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العامة.

### الطريقة البحثية

تم إجراء هذا البحث بمركز منيا القمح محافظة الشرقية حيث يحتوي هذا المركز على عدد ٤٠ وحدة صحية تابعة له، وعدد العاملين بالوحدات الصحية إجمالاً ٣٤٠١ عامل من أطباء وتمريض وجهاز ادارى، حيث تم اختيار أربع وحدات صحية من الوحدات الصحية بالمركز عشوائياً لتمثل شاملة البحث وهي وحدة صحة أول وعدد العاملين به ٢٢٣ عامل، ووحدة صحة السعديين وعدد العاملين به ٢١٢ عامل، ووحدة صحة العزيزية وعدد العاملين به ١١٢ عامل، وأخيراً وحدة صحة الربعمية وعدد العاملين به ١٦٦ عامل حيث بلغ اجمالى الشاملة ٧١٣ عامل، وباستخدام جدول كريسجى ومورجان لتحديد حجم العينة المقابلة للشاملة بلغت ٢٥٠ مبحوثاً، وبتوزيع العينة على الوحدات الصحية المختارة فكانت العينة من وحدة صحة أول ٧٨ مبحوثاً، ووحدة صحة السعديين ٧٤ مبحوثاً، ووحدة صحة العزيزية ٣٩ مبحوث، ووحدة صحة الربعمية ٥٩ مبحوثاً.

بأعمال التنفيذ، وسيطرة المفاهيم الادارية التقليدية التى تقس الشكل دون المضمون (سعد، ٢٠٠٩: ٨٠).

**ثانياً: المشكلات المتعلقة بالعاملين داخل المنظمة ومنها:** تعدد أجهزة الرقابة الخارجية مما يربك العاملين، وإخفاق بعض محاولات الإصلاح، وإنخفاض المستوى التعليمي والثقافي لبعض العاملين، وقلة الإهتمام بتخطيط برامج تدريبية للعاملين، وتسرب الكفاءات من المنظمة(عبيد، ٢٠٠١: ٥٨)

وقد وضع (الراشد، ٢٠١١: ١٩) سبعة معوقات ينبغي لإدارة الجودة الشاملة الإبتعاد عنها وعدم الوقوع فيها وقد سميت بالأمراض القاتلة وهى: الفشل فى توفير مصادر الدعم لتحسين عملية الانتاج والخدمات، والتركيز وعدم اغفال الارياح قصيرة الأجل، واعتماد تقييم الأفراد على التقارير السنوية، وتنقل المديرين المستمرين بين الإدارات، واستخدام المعلومات المتاحة دون الإهتمام بالمطلوب لتحسين العملية الانتاجية، وتكاليف العناية الصحية الزائدة، والاعباء القانونية الزائدة.

### الدراسات السابقة

١- استهدفت دراسة العميرة (٢٠٠٣) التعرف على معوقات تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مركز الأمير للأمراض وجراحة القلب، وإلى قياس أثر تطبيق الجودة على الأداء الوظيفي للعاملين، وكانت أهم النتائج إلى عدم وجود تشجيع كافٍ من قبل الإدارة العليا لتبني فكر وثقافة الجودة، مما أعاق الوصول إلى نتائج مرضية، وأوصت الدراسة بالعمل على زيادة الدورات التدريبية في مجال برامج الجودة لجميع العاملين في المستشفى، وضرورة تبني الإدارة العليا لفكر وثقافة الجودة، وتعزيزها سلوكياً، وتوفير الدعم المادي والمعنوي لها.

٥- هدفت دراسة برهوم (٢٠٠٧) تقويم المبادئ العلمية التدريبية التى تتم فى مستشفيات التعليم العالى وأوصت هذه الدراسة الى الاهتمام بتحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين على نحو علمي ومدروس، ومتابعة حثيثة من الإدارة لمدى كفاءة البرامج التدريبية على مخرجات المستشفى، وضرورة إعداد البرامج التدريبية والتثقيفية حول مفاهيم الجودة والجودة الشاملة بما يتناسب مع ثقافة البيئة المحلية، والعمل على إجراء تحولات تهدف إلى اعتماد مدخل إدارة الجودة الشاملة في المستشفى كثقافة ودليل عمل ضمن الخطط الاستراتيجية.

٦- دراسة أبو حليقة (٢٠١٣) هدفت إلى التعرف على مدى اهتمام المنشآت الصحية بعامل الجودة، والوقوف على أبرز الصعوبات والعقبات والمعوقات لتطبيق مبادئ الجودة، ولمعرفة الشروط الواجب توافرها في القطاع

جدول ١. عدد الوحدات الصحية والعاملين بمركز منيا القمح محافظة الشرقية والعينة المختارة

العينة	عدد العاملين بها	الوحدة الصحية	م	العينة	عدد العاملين بها	الوحدة الصحية	م
	٩٥	ميت بشار	٢١	٧٨	٢٢٣	صحة أول	١
	٨٦	كوم حلين	٢٢		١١١	المركز الطبى	٢
	٨٩	الولجا	٢٣		٩١	ملامس	٣
٣٩	١١٢	العزيرية	٢٤		١٩١	الصنافين	٤
	٧٩	الميمونة	٢٥		٦٠	شلشلمون	٥
	٦٢	زهر شرب	٢٦		٧٦	سنهوت	٦
	٦٤	كفر على غالى	٢٧		١٣٠	النعامنة	٧
	٣٨	ميت ربعية	٢٨		٦٤	بنى هلال	٨
	١٤٨	القرقرة	٢٩		٨٤	الجديدة	٩
	٩٥	قمرونة	٣٠		١١٧	سنهوا	١٠
	٤٠	الحميدية	٣١		٤٣	بيشة عامر	١١
	٦٥	شبرا السلام	٣٢		١٣٨	ميت سهيل	١٢
	٦٤	كرديدة	٣٣		٦٦	التلين	١٣
	٤٣	المحمدية	٣٤	٧٤	٢١٢	السعديين	١٤
	٤٩	بنى قريش	٣٥		٨٥	ميت يزيد	١٥
٥٩	١٦٦	الربعماية	٣٦		٤٩	تلبانة	١٦
	٢٤	قطيفة العزيرية	٣٧		٧٩	شبر العنب	١٧
	٣٨	شبية قش	٣٨		٧٥	كفر شلشلمون	١٨
	٢٠	كفر أبو شحاته	٣٩		٥٩	أبو طواله	١٩
	٣٣	العقدة	٤٠		٣٨	بندف	٢٠
٧١٣				اجمالي الشاملة			
٢٥٠				اجمالي العينة			

بيانات من الإدارة الصحية بمركز منيا القمح ٢٠٢٣ م بيانات غير منشورة

## أدوات جمع البيانات

تم جمع البيانات من خلال استمارة استبيان تم اعدادها لهذا الغرض وتضمنت الاقسام التالية:

**القسم الاول:** اختص بقياس خصائص المبحوثين من حيث السن، النوع، المؤهل الدراسى، المركز الوظيفى، عدد سنوات العمل فى الوحدة الصحية، عدد سنوات العمل فى وزارة الصحة، عدد الدورات التدريبية فى مجال الجودة الشاملة، التعرض للضغوط فى العمل بالوحدة الصحية، دافعية الانجاز.

**القسم الثانى:** اختص بقياس معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية، ومدى تطبيقها، وشملت عشرة معايير تم قياسها على النحو التالى: معيار التزام ودعم الإدارة العليا لتطبيق معايير الجودة تم قياسه بست عبارات، ومعيار اجراء التخطيط الاستراتيجى تم قياسه بثمانى عبارات، ومعيار الاهتمام بالتدريب وتنمية قدرات العاملين تم قياسه بسبع عبارات، ومعيار تشجيع العمل الجماعى وبناء فريق العمل تم قياسه بثمانى

عبارات، ومعيار اجراء التحسين المستمر تم قياسه بسبع عبارات، ومعيار العمل على تمكين العاملين تم قياسه بثمانى عبارات، ومعيار تنمية القيادة بالنظام الصحى تم قياسه بتسع عبارات، ومعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات تم قياسه بثمانى عبارات، ومعيار إدارة الموارد البشرية تم قياسه بست عبارات، ومعيار التركيز على المستهدفين تم قياسه بتسع عبارات.

حيث تم استقصاء رأى المبحوثين على مقياس مكون من فئتين هما يعرف، ولا يعرف بالنسبة للمعرفة بهذه المعايير، وأعطيت الدرجات ١، صفر على الترتيب، وجمعت الدرجة الكلية لتعبر عن معرفة المبحوثين بكل معيار، وبالنسبة لمدى تطبيق هذه المعايير استخدم مقياس مكون من أربع مستويات هى: يطبق بدرجة كبيرة، متوسطة، صغيرة، لا يطبق وأعطيت الدرجات ٣، ٢، ١، صفر على الترتيب، وجمعت الدرجة الكلية لتعبر عن رأى المبحوثين فى مدى تطبيق كل معيار من هذه المعايير.

**القسم الثالث:** اختص بقياس المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية، ومقترحات الباحثين للتغلب على هذه المعوقات.

#### مرحلة الاختبار المبدئي لاستمارة الاستبيان (Pretest):

لإجراء هذه المرحلة تم استبيان عدد ٢٠ مبحوثاً من العاملين بالوحدات الصحية عن مدى معرفتهم بتطبيق معايير الجودة الشاملة وتطبيقهم لها داخل الوحدات الصحية وهذه العينة خارج عينة الدراسة المختارة، وذلك للتأكد من سهولة فهم عبارات الاستبيان من جانب المبحوثين، وقد تم إجراء الاختبار المبدئي للاستمارة خلال شهر ديسمبر ٢٠٢٣م وذلك بالمقابلة الشخصية مع المبحوثين، حيث طلب من كل مبحوث توضيح رأيه أمام كل عبارة من العبارات، وبناء على نتيجة هذا الاختبار تم عمل التعديلات **اجمالي معرفة المبحوثين بتطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية:** تم الحصول عليها من خلال جمع درجات المعرفة بمعايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة في الوحدات الصحية وقد بلغ الحد الأدنى لإجمالي المعرفة ٤١ درجة، والحد الأعلى ٧٦ درجة، وبناءً عليه تم توزيع المبحوثين وفقاً للمدى الفعلي لإجمالي المعرفة بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إلى ثلاث مستويات هي:

معرفة منخفضة	٤١ - ٥٢ درجة.
معرفة متوسطة	٥٣ - ٦٤ درجة.
معرفة مرتفعة	٦٥ - ٧٦ درجة.

اللازمة حتى أصبحت الاستمارة صالحة للحصول على البيانات اللازمة لتحقيق أهداف البحث وفروضه.

**مرحلة جمع البيانات:** تم جمع البيانات الميدانية للبحث خلال شهرى فبراير ومارس عام ٢٠٢٤م، عن طريق المقابلة الشخصية مع المبحوثين، وبعد جمع البيانات تم ترميزها وتفرغها وتحليلها باستخدام برنامج الحزم الإحصائي (spss) مستخدماً التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسط المرجح، ومعامل الارتباط البسيط لبيرسون، ومربع كاي، وتحليل التباين **المعالجة الكمية للبيانات**

- **اجمالي تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية:** تم الحصول عليها من خلال جمع درجات تطبيق معايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة في الوحدات الصحية وقد بلغ الحد الأدنى لإجمالي التطبيق ٦٧ درجة، والحد الأعلى ١٩٦ درجة، وبناءً عليه تم توزيع المبحوثين وفقاً للمدى الفعلي لإجمالي تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية إلى ثلاث مستويات هي:

تطبيق منخفض	٦٧ - ١٠٩ درجة.
تطبيق متوسط	١١٠ - ١٥٣ درجة.
تطبيق مرتفع	١٥٤ - ١٩٦ درجة.

الوظيفي يعملون بالتمريض، وما يزيد على نصف المبحوثين (٥٢,٨٪) يقعون في فئة المستوى المتوسط في عدد السنوات للعمل بالوحدة الصحية (٩-١٧) سنة، وما يزيد على خمسي المبحوثين (٤٥,٢٪) عملهم بوزارة الصحة يقعون في فئة المستوى المتوسط (٩-١٧) سنة، وأن ما يزيد على نصف المبحوثين (٥٥,٢٪) حاصلون على دورات تدريبية في مجال الجودة الشاملة منخفض من (٢-٧) دورات، وأن ما يزيد على ثلثي المبحوثين (٧٢٪) يعانون من الضغوط بدرجة مرتفعة، وما يزيد على نفس النسبة بقليل (٧٢,٢٪) دافعيتهم للانجاز مرتفعة.

#### نتائج البحث:

##### أولاً: وصف خصائص المبحوثين

تبين من النتائج جدول (٢) أن ما يقرب من نصف المبحوثين (٤٨,٨٪) تقع في فئة السن الصغيرة (٢٦-٣٥) سنة، وما يزيد على ثلث (٣٧,٧٪) تقع في فئة السن المتوسطة (٣٦-٤٥) سنة، وأن حوالي ثلثي المبحوثين (٦٦,٤٪) من الإناث والباقي منهم ذكور (٣٣,٦٪)، وأن غالبية المبحوثين (٨٣,٦٪) حاصلون على مؤهل جامعي، وأن ما يزيد على ثلثي المبحوثين (٦٨,٤٪) مركزهم

جدول ٢. توزيع المبحوثين وفقاً لخصائصهم المدروسة

م	المتغيرات	عدد	(%)	م	المتغيرات	عدد	(%)
١	السن	١٢٢	٤٨,٨	٦	عدد سنوات العمل في وزارة الصحة	٧١	٢٨,٤
	من (٣٥-٢٦) سنة				منخفضة (٨-١) سنوات		
	من (٤٥-٣٦) سنة	١٠١	٤٠,٤		متوسطة (١٧-٩) سنة	١١٣	٤٥,٢
	من (٥٥-٤٦) سنة	٢٧	١٠,٨		مرتفعة (٢٥-١٨) سنة	٦٦	٢٦,٤
٢	النوع	٨٤	٣٣,٦	٧	عدد الدورات التدريبية في مجال الجودة الشاملة بالمستشفيات	١٣٨	٥٥,٢
	ذكر				منخفضة (٧-٢) دورات	٩٤	٣٧,٦
	أنثى	١٦٦	٦٦,٤		متوسطة (١٣-٨) دورة	١٨	٧,٢
٣	المؤهل الدراسي	٨	٣,٢	٨	الضغط في العمل بالوحدة الصحية	٣	١,٢
	دبلوم				منخفض (٨-١١) درجة		
	بكالوريوس	٢٠٩	٨٣,٦		متوسط (١٦-١٢) درجة	٦٧	٢٦,٨
	فوق الجامعي	٣٣	١٣,٢		مرتفع (٢٠-١٧) درجة	١٨٠	٧٢,٠
٤	المركز الوظيفي	٥	٢,٠	٩	دافعية الانجاز	٢٣	٩,٢
	مدير مستشفى				منخفض (٩-١٢) درجة	٤٥	١٨,٠
	رئيس قسم	١٣	٥,٢		متوسط (١٦-١٣) درجة	١٨٢	٧٢,٨
	طبيب	٤٦	١٨,٤		مرتفع (٢٠-١٧) درجة		
	موظف ادارى	١٥	٦,٠				
	تمريض	١٧١	٦٨,٤				
٥	عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية	٦٩	٢٧,٦				
	منخفضة (٨-١) سنوات						
	متوسطة (١٧-٩) سنة	١٣٢	٥٢,٨				
	مرتفعة (٢٥-١٨) سنة	٤٩	١٩,٦				

ن = ٢٥٠

ثلث المبحوثين (٣٥,٢٪) مستوى معرفتهم بهذا المعيار منخفض مقابل ١٠,٤٪ من المبحوثين قاموا بتطبيق هذا المعيار، بينما ما يقرب من خمس المبحوثين (١٥,٦٪) مستوى معرفتهم بمعيار التزام ودعم الإدارة العليا بمعيار الجودة الشاملة متوسط مقابل ما يزيد على خمسيهم (٤١,٦٪) قاموا بتطبيق هذا المعيار، مما يدل على ارتفاع معرفة وتطبيق المبحوثين لهذا المعيار نتيجة الالتزام بنشر ثقافة المعرفة بمعيار الجودة الشاملة بين كافة العاملين بالنظام الصحي وتطبيقهم لها.

جدول ٣. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار الالتزام ودعم الإدارة العليا بمعيار الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	عدد	(%)	منخفض	متوسط	مرتفع	الاجمالي
المعرفة	٨٨	٣٥,٢	(٣-٢)	(٤)	(٦-٥)	(٦-٢)
التطبيق	٢٦	١٠,٤	(٦-١)	(١٢-٧)	(١٨-١٣)	(١٨-١)

أوضحت النتائج الواردة بجدول رقم (٤) أن ما يقرب من ثلاثة أخماس المبحوثين (٥٨,٨٪) جاءوا في فئة

ثانياً: مستوى معرفة المبحوثين بمعيار الجودة الشاملة في الوحدات الصحية وتطبيقهم لها  
١- المعرفة بمعيار التزام ودعم الإدارة العليا بمعيار الجودة ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار التزام ودعم الإدارة العليا ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٣) تبين أن أعلى نسبة من المبحوثين يعرفون ويطبقون معيار التزام ودعم الإدارة العليا بنسبة ٤٩,٢٪، ٤٨,٠٪ تقع في فئة المستوى المرتفع، وأن ما يزيد على

جدول ٣. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار الالتزام ودعم الإدارة العليا بمعيار الجودة ومستوى تطبيقهم لها

٢- المعرفة بمعيار إجراء التخطيط الاستراتيجي لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المبوحثين (٢,٤٪) في فئة المستوى المنخفض من حيث درجة المعرفة مقابل ما يقرب من خمسيهم (٣٧,٦٪) ذات الفئة من حيث درجة التطبيق نتيجة اشراك كل الجهات المعنية بالنظام الصحي في التخطيط الاستراتيجي واتخاذ قراراته

المستوى المرتفع من حيث درجة معرفتهم بمعايير إجراء التخطيط الاستراتيجي لتطبيق معايير الجودة مقابل ما يقرب من نصفهم (٤٥,٢٪) في ذات الفئة من حيث التطبيق، وجاء ما يقرب من خمسيهم (٣٨,٨٪) في فئة المستوى المتوسط من حيث درجة المعرفة مقابل ١٧,٢٪ في ذات الفئة من حيث التطبيق، وجاءت أقل نسبة من

جدول ٤. توزيع المبوحثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعايير إجراء التخطيط الاستراتيجي لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	
المعرفة	٦	٢,٤	٩٧	٣٨,٨	١٤٧	٥٨,٨	٢٥٠ (٨-٢)
التطبيق	٩٤	٣٧,٦	٤٣	١٧,٢	١١٣	٤٥,٢	٢٥٠ (٢٤-٢)

من المبوحثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق لهذا المعيار، وأن أقل نسبة من المبوحثين ١٢,٠٪، ١٨,٨٪ يقعون في فئة المستوى المتوسط للمعرفة والتطبيق بمعايير تدريب وتنمية قدرات العاملين بمعايير الجودة الشاملة، نتيجة تدريب العاملين بالنظام الصحي على النظم والتقنيات والاجهزة والمعدات الحديثة وفق معايير الجودة الشاملة.

٣- المعرفة بمعايير تدريب وتنمية قدرات العاملين بالنظام الصحي ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبوحثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعايير تدريب وتنمية قدرات العاملين بالنظام الصحي لتطبيق معايير الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٥) ارتفاع مستوى معرفة المبوحثين وتطبيقهم بمعايير تدريب وتنمية قدرات العاملين بالنظام الصحي بنسبة ٦٤,٨٪، ٥٩,٢٪، وأن ٢٣,٢٪، ٢٢,٠٪

جدول ٥. توزيع المبوحثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعايير تدريب وتنمية قدرات العاملين بمعايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	
المعرفة	٥٨	٢٣,٢	٣٠	١٢,٠	١٦٢	٦٤,٨	٢٥٠ (٧-٣)
التطبيق	٥٥	٢٢,٠	٤٧	١٨,٨	١٤٨	٥٩,٢	٢٥٠ (٢١-٣)

المبوحثين قاموا بتطبيق هذا المعيار، وأن ٤,٤٪، ٢٦,٤٪ من المبوحثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق بمعايير تشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل، مما يدل على ارتفاع معرفة المبوحثين وتطبيقهم بهذا المعيار نتيجة الاستماع لشكاوى فريق العمل حول المعوقات التي تواجه انجاز العمل لذلك ينبغي بناء تشكيل فريق العمل مع العاملين الأكثر انسجاماً مع بعضهم لتأدية المهام والواجبات الموكلة لهم، والاهتمام بالانشطة والفعاليات غير الرسمية بين العاملين بالنظام الصحي.

٤- المعرفة بمعايير تشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبوحثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعايير تشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل بمعايير الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٦) أن أعلى نسبة من المبوحثين يعرفون ويطبّقون معيار تشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل يقع في فئة المستوى المرتفع بنسبة ٦٨,٤٪، ٥٨,٠٪، بينما ما يزيد على ربع المبوحثين (٢٧,٢٪) مستوى معرفتهم بهذا المعيار يقع في فئة المستوى المتوسط مقابل ١٥,٦٪ من

جدول ٦. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار تشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	
المعرفة	١١	٤,٤	٦٨	٢٧,٢	١٧١	٦٨,٤	٢٥٠ (٨-٢)
التطبيق	٦٦	٢٦,٤	٣٩	١٥,٦	١٤٥	٥٨,٠	٢٥٠ (٢٤-٢)

٥- المعرفة بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٧) تبين أن ما يزيد على ثلاثة أخماس المبحوثين (٦٠,٨%) مستوى معرفتهم بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق الجودة الشاملة مرتفع مقابل ٥١,٦% من المبحوثين يطبقون هذا المعيار، و ٣٤,٠%، ٢٣,٦% من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق لهذا المعيار،

٥- المعرفة بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٧) تبين أن ما يزيد على ثلاثة أخماس المبحوثين (٦٠,٨%) مستوى معرفتهم بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق الجودة الشاملة مرتفع مقابل ٥١,٦% من المبحوثين يطبقون هذا المعيار، و ٣٤,٠%، ٢٣,٦% من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق لهذا المعيار،

جدول ٧. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار اجراء التحسين المستمر لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	
المعرفة	٨٥	٣٤,٠	١٣	٥,٢	١٥٢	٦٠,٨	٢٥٠ (٧-٣)
التطبيق	٥٩	٢٣,٦	٦٢	٢٤,٨	١٢٩	٥١,٦	٢٥٠ (٢١-٣)

المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق لهذا المعيار، وأن ٩,٢%، ٢٩,٦% من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المتوسط للمعرفة والتطبيق بمعيار العمل على تمكين العاملين لتطبيق الجودة الشاملة دل ذلك على دعم القرارات المتخذة من مسؤولى الاقسام وتطبيق نظام عادل لتوزيع المكافئات، ومنح الدعم والثقة المتبادلة بين المسؤولين والعاملين بالوحدات الصحية والمشاركة فى اتخاذ القرارات.

٦- المعرفة بمعيار العمل على تمكين العاملين لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار العمل على تمكين العاملين لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٨) ارتفاع مستوى معرفة المبحوثين وتطبيقهم بمعيار العمل على تمكين العاملين بنسبة ٧٩,٦%، ٥٨,٨%، بينما ما يزيد على عشر المبحوثين (١١,٢%)، (١١,٦%) يقعون في فئة

جدول ٨. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار العمل على تمكين العاملين لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	
المعرفة	٢٨	١١,٢	٢٣	٩,٢	١٩٩	٧٩,٦	٢٥٠ (٨-٣)
التطبيق	٢٩	١١,٦	٧٤	٢٩,٦	١٤٧	٥٨,٨	٢٥٠ (٢٤-٣)

يقرب من ربع المبحوثين (٢٣,٦٪)، (٢٤,٤٪) مستوى معرفتهم وتطبيقهم لهذا المعيار يقع في فئة المستوى المتوسط، بينما ٩,٦٪، ٣٨,٠٪ من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق، مما يدل على ارتفاع معرفة المبحوثين بتطبيق هذا المعيار نتيجة تفعيل دور القيادات الصحية كمنهج إداري، وتنمية روح القيادة وتحمل المسؤولية لدى العاملين بالنظام الصحي.

جدول ٩. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحي لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي	
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)
المعرفة	٢٤	٩,٦	٥٩	٢٣,٦	١٦٧	٦٦,٨	٢٥٠	١٠٠
التطبيق	٩٥	٣٨,٠	٦١	٢٤,٤	٩٤	٣٧,٦	٢٥٠	١٠٠

المستوى المنخفض للمعرفة مقابل ١٩,٢٪ من المبحوثين قاموا بتطبيق هذا المعيار، وأن ٨,٠٪، ١٩,٦٪ من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المتوسط للمعرفة والتطبيق بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات لتطبيق الجودة الشاملة بالوحدات الصحية، نتيجة هذا الارتفاع للمعرفة والتطبيق بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات نتيجة الاعتماد على نظم الاتصالات والمعلومات والبرامج الحديثة بين الإدارات الصحية والمواطنين المستفيدين.

جدول ١٠. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

المستوى	منخفض		متوسط		مرتفع		الاجمالي	
	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)	عدد	(%)
المعرفة	٤٧	١٨,٨	٢٠	٨,٠	١٨٣	٧٣,٢	٢٥٠	١٠٠
التطبيق	٤٨	١٩,٢	٤٩	١٩,٦	١٥٣	٦١,٢	٢٥٠	١٠٠

فئة المستوى المتوسط للمعرفة والتطبيق بهذا المعيار، وأن أقل نسبة من المبحوثين ٩,٢٪، ١٩,٢٪ يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق الجودة الشاملة، مما يدل على ارتفاع مستوى المعرفة والتطبيق بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق الجودة الشاملة نتيجة ذلك رسم أهداف وخطط للاستفادة من الموارد المتاحة بالنظام الصحي وسرية العمل الإداري بين العاملين.

جدول ١١. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

٧- المعرفة بمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحي ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحي لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (٩) أن ثلثي المبحوثين (٦٦,٨٪) مستوى معرفتهم بمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحي تقع في فئة المستوى المرتفع مقابل ٣٧,٦٪ من المبحوثين قاموا بتطبيق هذا المعيار، وأن ما

جدول ٩. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحي لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

٨- المعرفة بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (١٠) ارتفاع مستوى المعرفة والتطبيق للمبحوثين بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات بنسبة ٧٣,٢٪، ٦١,٢٪، وأن ما يقرب من خمس المبحوثين (١٨,٨٪) يقع في فئة

جدول ١٠. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

٩- المعرفة بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها

بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (١١) أن ما يزيد على ثلاثة أرباع المبحوثين (٧٧,٦٪) مستوى معرفتهم بمعيار إدارة الموارد البشرية لتطبيق معايير الجودة مرتفع مقابل ما يزيد على خمسي المبحوثين (٤١,٦٪) يطبقون هذا المعيار، وأن ١٣,٢٪، ٣٩,٢٪ من المبحوثين يقعون في

المستوى	منخفض	متوسط	مرتفع	الاجمالي
عدد	عدد	عدد	عدد	عدد
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
المعرفة	٢٣	٣٣	١٩٤	٢٥٠
	٩,٢	١٣,٢	٧٧,٦	١٠٠
	(٢-١)	(٤-٣)	(٦-٥)	(٦-١)
التطبيق	٤٨	٩٨	١٠٤	٢٥٠
	١٩,٢	٣٩,٢	٤١,٦	١٠٠
	(٦-١)	(١٢-٧)	(١٨-١٣)	(١٨-١)

١٠. المعرفة بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (١٢) أن ما يزيد على ثلاثة أخماس المبحوثين (٦٢,٠٪) مستوى معرفتهم بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق الجودة يقع في فئة المستوى المرتفع مقابل ما يزيد على نصف المبحوثين (٥١,٦٪) قاموا بتطبيق هذا المعيار، وأن

جدول ١٢. توزيع المبحوثين وفقاً لمستوى معرفتهم بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق معايير الجودة ومستوى تطبيقهم لها بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول (١٢) أن ما يزيد على ثلاثة أخماس المبحوثين (٦٢,٠٪) مستوى معرفتهم بمعيار التركيز على المستهدفين لتطبيق الجودة يقع في فئة المستوى المرتفع مقابل ما يزيد على نصف المبحوثين (٥١,٦٪) قاموا بتطبيق هذا المعيار، وأن

المستوى	منخفض	متوسط	مرتفع	الاجمالي
عدد	عدد	عدد	عدد	عدد
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
المعرفة	٢٧	٦٨	١٥٥	٢٥٠
	١٠,٨	٢٧,٢	٦٢,٠	١٠٠
	(٤-٣)	(٧-٥)	(٩-٨)	(٩-٣)
التطبيق	٧٣	٤٨	١٢٩	٢٥٠
	٢٩,٢	١٩,٢	٥١,٦	١٠٠
	(١٠-٣)	(١٩-١١)	(٢٧-٢٠)	(٢٧-٣)

أقل نسبة ٩,٦٪، ١٢,٠٪ من المبحوثين يقعون في فئة المستوى المنخفض للمعرفة والتطبيق بمعايير الجودة الشاملة، دل هذا الارتفاع في المعرفة والتطبيق نتيجة الارتفاع في الالتزام ودعم الإدارة العليا، والتخطيط الاستراتيجي، وتدريب وتنمية قدرات العاملين، وتشجيع العمل الجماعي وبناء فريق العمل، واجراء التحسين المستمر، والعمل على تمكين العاملين، وبناء قاعدة للبيانات والمعلومات، وادارة الموارد البشرية، والتركيز على المستهدفين، وارتفاع معرفة المبحوثين في تنمية القيادة بالنظام الصحي، والانخفاض في التطبيق بهذا المعيار.

مستوى المعرفة بمعايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية ومستوى تطبيقهم لها إجمالاً بتوزيع المبحوثين وفقاً لدرجة معرفتهم إجمالاً بمعايير الجودة الشاملة ومستوى تطبيقهم لها على ثلاث فئات جدول رقم (١٣) أن ما يقرب من نصف المبحوثين (٤٨,٤٪) مستوى معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة اجمالاً مرتفع مقابل حوالي خمسي المبحوثين (٤٦٪) مستوى تطبيقهم لهذه المعايير في نفس المستوى المرتفع، وأن ما يزيد على خمسي المبحوثين (٤٢,٠٪) مستوى معرفتهم وتطبيقهم بهذه المعايير يقع في فئة المستوى المتوسط، وأن

المستوى	منخفض	متوسط	مرتفع	الاجمالي
عدد	عدد	عدد	عدد	عدد
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
المعرفة	٢٤	١٠٥	١٢١	٢٥٠
	٩,٦	٤٢,٠	٤٨,٤	١٠٠
	(٤-٣)	(٧-٥)	(٩-٨)	(٩-٣)
التطبيق	٣٠	١٠٥	١١٥	٢٥٠
	١٢,٠	٤٢,٠	٤٦,٠	١٠٠
	(١٠-٣)	(١٩-١١)	(٢٧-٢٠)	(٢٧-٣)

ينص الفرض الاحصائي الأول على أنه "لا توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة" ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين (F) جدول رقم (١٤) وقد اتضح من النتائج أن قيمة

ثالثاً: اختبار الفروق المعنوية بين المتوسطات -١ اختبار الفروق المعنوية بين متوسطات درجات المعرفة بمعايير الجودة الشاملة.

٦,٦٠ درجة لمعيار بناء قاعدة بيانات ومعلومات، و٥,٥٩ لمعيار اجراء التخطيط الاستراتيجي، و٥,٧٧ لمعيار الاهتمام بالتدريب وتنمية قدرات العاملين، و٥,٧٤ لمعيار اجراء التحسين المستمر، و٤,٨٨ لمعيار إدارة الموارد البشرية، وأخيراً ٤,٥٧ درجة لمعيار التزام ودعم الإدارة العليا لتطبيق معايير الجودة.

(F) المحسوبة بلغت ٩٣,٨٠٧ وهي معنوية عند مستوى ٠,٠١ مما يعنى وجود فروق معنوية بين متوسطات درجة معرفة المبحوثين في تطبيق معايير الجودة الشاملة وهذا الفرق لمتوسط معيار تنمية القيادة بالنظام الصحى حيث بلغ ٧,٧١ درجة مقابل ٧,٣٨ درجة لمعيار التركيز على المستهدفين، و٧,٠٦ لمعيار العمل على تمكين العاملين، و٦,٧٥ لمعيار تشجيع العمل الجماعى وبناء فريق العمل،

جدول ١٤. جدول تحليل التباين بين معرفة المبحوثين بالوحدات الصحية بمعايير الجودة الشاملة

مصادر الاختلاف	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع مربعات الانحرافات	قيمة (ف)
بين المجموعات	٢٤٣٠,١٠٦	٩	٢٧٠,٠١٢	**٩٣,٨٠٧
داخل المجموعات	٧١٦٧,١٩٢	٢٤٩٠	٢٨٧٨	
المجموع	٩٥٩٧,٢٩٨	٢٤٩٩		

المستهدفين حيث بلغ المتوسط الحسابى لرأي المبحوثين في درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية ١٧,٣٢ درجة مقابل ١٧,٢٥ درجة لمعيار العمل على تمكين العاملين، و١٥,٩٨ درجة لمعيار بناء قاعدة للبيانات والمعلومات، و١٥,٢٩ لمعيار تنمية القيادة بالنظام الصحى، و١٣,٥٣ درجة لمعيار الاهتمام بالتدريب وتنمية قدرات العاملين، و١٣,٢٩ درجة لمعيار اجراء التحسين المستمر، و١٣,١٠ لمعيار اجراء التخطيط الاستراتيجي، و١١,٥٩ درجة لمعيار ادارة الموارد البشرية، و ١٠,٩٣ درجة لمعيار التزام ودعم الإدارة العليا لتطبيق معايير الجودة.

٢- اختبار الفروق المعنوية بين متوسطات تطبيق معايير الجودة الشاملة

ينص الفرض الاحصائى الثانى على أنه "لا توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات تطبيق المبحوثين لمعايير الجودة الشاملة العشرة المدروسة" ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين (F) جدول رقم (١٥) وقد اتضح من النتائج أن قيمة (F) المحسوبة بلغت ٢٩,٦٥٦ وهي معنوية عند مستوى ٠,٠١ مما يعنى وجود فروق معنوية بين متوسطات رأي المبحوثين في درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية وهذا الفرق لصالح معيار التركيز على

جدول ١٥. جدول تحليل التباين بين التطبيق المبحوثين بالوحدات الصحية بمعايير الجودة الشاملة

مصادر الاختلاف	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع مربعات الانحرافات	قيمة (ف)
بين المجموعات	١١٠٥٨,٢١٦	٩	١٢٢٨,٦٩١	**٢٩,٦٥٦
داخل المجموعات	١٠٣١٦٤,٠٢٤	٢٤٩٠	٤١,٤٣١	
المجموع	١١٤٢٢٢,٢٤٠	٢٤٩٩		

وبين درجة معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون واختبار مربع كاي وجاءت النتائج على النحو التالى جدول (١٦)

أ- نتائج اختبار معامل الارتباط البسيط

- وجود علاقة ارتباطية طردية عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين درجة دافعية الانجاز وبين درجة المعرفة الاجمالية بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً، وبلغت قيمة معامل الارتباط البسيط المحسوبة ٠,٢٠٤.

رابعاً: علاقة المتغيرات المستقلة المدروسة بمعرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية وتطبيقهم لها

١- علاقة المتغيرات المستقلة المدروسة بمعرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية

ينص الفرض الاحصائى الثالث على أنه "لا توجد علاقة بين المتغيرات المستقلة التالية للمبحوثين: السن، النوع، المؤهل الدراسى، المركز الوظيفى، عدد سنوات العمل فى الوحدة الصحية، عدد سنوات العمل فى وزارة الصحة، عدد الدورات التدريبية فى مجال الجودة الشاملة، درجة الضغوط فى العمل بالوحدة الصحية، دافعية الانجاز،

أ- نتائج اختبار معامل الارتباط البسيط

- وجود علاقة ارتباطية طردية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ بين متغيرى السن، ودافعية الانجاز وبين رأى المبحوثين فى درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً، وبلغت قيمة معامل الارتباط البسيط المحسوبة ٠,١٥٠.

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين باقى المتغيرات المستقلة المدروسة وبين رأى المبحوثين فى درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً.

ب- نتائج اختبار مربع كاي

- وجود علاقة معنوية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ بين المركز الوظيفى وبين مستوى رأى المبحوثين فى درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية وبلغت قيمة مربع كاي المحسوبة ١٦,٦٦٣ وهى أكبر من نظيرتها الجدولية.

- عدم وجود علاقة معنوية بين متغيرى النوع، والمؤهل الدراسى وبين مستوى رأى المبحوثين فى درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية وبلغت قيمتى مربع كاي المحسوبة ٠,٤٥٢، ٣,٥١٥ وهما أقل من نظيرتهما الجدولية.

وبناء على هذه النتائج فإنه لم تتمكن من رفض الفرض الاحصائى السابق كلية بل يمكن رفضه بالنسبة للمتغيرات التى ثبتت معنوياتها وهى: سن المبحوثين، ودافعية الانجاز، والمركز الوظيفى وامكانية قبول الفرض البحثى البديل لهذه المتغيرات.

- وجود علاقة ارتباطية طردية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ بين سن المبحوثين وبين درجة معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً، وبلغت قيمة معامل الارتباط البسيط المحسوبة ٠,١٥٠.

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين باقى المتغيرات المستقلة المدروسة وبين معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة فى الوحدات الصحية إجمالاً.

#### ب- نتائج اختبار مربع كاي

- عدم وجود علاقة معنوية بين المتغيرات النوع، المؤهل الدراسى، المركز الوظيفى وبين مستوى معرفتهم بمعايير الجودة الشاملة إجمالاً، حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة ٠,٤٥٢، ٣,٥١٥، ٩,٠٦٢ على الترتيب وجميعها أقل من نظيرتها الجدولية.

وبناء على هذه النتائج فإنه لم تتمكن من رفض الفرض الاحصائى الاول كلية بل يمكن رفضه بالنسبة لمتغيرات السن، ودافعية الانجاز والتى ثبتت معنوياتها، وامكانية قبول الفرض البحثى البديل بالنسبة لهذه المتغيرات.

#### ٢- علاقة المتغيرات المستقلة المدروسة بتطبيق المبحوثين لمعايير الجودة الشاملة

ينص الفرض الاحصائى الرابع على أنه "لا توجد علاقة بين المتغيرات المستقلة المدروسة للمبحوثين وبين رأيهم فى درجة تطبيق معايير الجودة الشاملة".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون واختبار مربع كاي وجاءت النتائج على النحو التالى جدول (١٦).

جدول ١٦. قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغيرات المستقلة المدروسة وبين اجمالي معرفة المبحوثين بمعايير الجودة الشاملة واجمالي تطبيق هذه المعايير

م	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط البسيط	م	المتغيرات المستقلة	قيم مربع كاي
<b>المعرفة بمعايير الجودة الشاملة اجمالاً</b>					
١	السن	*٠,١٥٠	١	النوع	٠,٤٥٢
٢	عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية	٠,٠٩٥	٢	المؤهل الدراسي	٣,٥١٥
٣	عدد سنوات العمل في وزارة الصحة	٠,٠٧٠	٤	المركز الوظيفي	٩,٠٦٢
٤	عدد الدورات في مجال الجودة الشاملة	٠,٠١٩			
٥	درجة الضغوط في العمل	٠,١٢٠			
٦	دافعية الانجاز	**٠,٢٠٤			
<b>تطبيق معايير الجودة الشاملة اجمالاً</b>					
١	السن	*٠,١٥٢	١	النوع	٠,٣٤٣
٢	عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية	٠,١٠٩	٢	المؤهل الدراسي	٥,٦٦٧
٣	عدد سنوات العمل في وزارة الصحة	٠,٠٥٠	٣	المركز الوظيفي	*١٦,٦٦٣
٤	عدد الدورات في مجال الجودة الشاملة	٠,٠٢٨			
٥	درجة الضغوط في العمل	٠,١١٨			
٦	دافعية الانجاز	*٠,١٥٣			

بتطبيق معايير الجودة الشاملة بالوحدة الصحية بنسبة ٩٤,٤٪، وفي المرتبة السابعة معوق عدم كفاءة أنظمة وأساليب تقييم أداء العاملين والخدمات بالوحدة الصحية بنسبة ٩٤٪، ثم قلة المخصصات المالية اللازمة لتطبيق معايير الجودة الشاملة بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف تطبيقها بنسبة ٩١,٢٪، ثم عدم توفر المستلزمات والإمكانات المادية ونظم المعلومات والاتصالات لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بنسبة ٨٩,٢٪، وجاء في المرتبة العاشرة معوق مقاومة التغيير من قبل العاملين في الإدارة الصحية لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بنسبة ٨٨٪، تليها معوق عدم توفر البيئة التنظيمية والمناخ الإداري المناسب لتطبيق الجودة الشاملة بالوحدة الصحية بنسبة ٨٥,٢٪، وأخيراً معوق إهمال الإدارة الصحية لمعايير الجودة الشاملة وعدم اعتبارها من ضمن أولوياتها بنسبة ٨٢,٤٪، يتضح أن أهم المعوقات التي تقف في وجه تطبيق الجودة الشاملة هي التغييرات المستمرة في مديري الإدارة العليا والمتعلقة بالإدارة الصحية، وعدم وجود قانون أو تعليمات من الجهات العليا توجه بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية، وقلة أعداد الموارد البشرية المتخصصة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.

#### خامساً: معوقات تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية

تشير النتائج جدول رقم (١٧) الى أن استجابة المبحوثين على المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية جاءت مرتبة تنازلياً على النحو التالي: حيث جاء في مقدمتها التغييرات المستمرة في مديري الإدارة العليا والمتعلقة بالإدارة الصحية بنسبة ٩٨,٤٪، ثم عدم وجود قانون أو تعليمات من الجهات العليا توجه بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية، وقلة أعداد الموارد البشرية المتخصصة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية بنسبة ٩٦,٨٪، وجاء في المرتبة الثالثة معوق الافتقار لفريق عمل جماعي منظم لحل مشكلات الإدارة الصحية نتيجة لقلة أعداد العاملين بها بنسبة ٩٦٪، وتلى معوق عدم قدرة المسؤولين على اتخاذ القرارات اللازمة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية بنسبة ٩٥,٦٪، ثم عدم توفر قسم أو وحدة ادارية معنية بتطبيق معايير ادارة الجودة الشاملة بالنظام الصحي، وقلة البيانات الإحصائية وعدم دقتها خاصة المتعلقة بالعاملين والمستفيدين من الوحدة الصحية بنسبة ٩٥,٢٪، وجاء في المرتبة السادسة نقص الخبرة الإدارية لدى بعض المسؤولين والمتعلقة

م	المعوقات التي تواجه تطبيق معايير الجودة الشاملة	توجد عدد (%)	لا توجد عدد (%)	الترتيب
١	إهمال الإدارة الصحية لمعايير الجودة الشاملة وعدم اعتبارها من ضمن أولوياتها.	٢٠,٦	٨٢,٤	١٢
٢	قلة المخصصات المالية اللازمة لتطبيق معايير الجودة الشاملة بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف تطبيقها.	٢٢,٥	٩١,٢	٨
٣	عدم توفر قسم أو وحدة إدارية معنية بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالنظام الصحي.	٢٣,٨	٩٥,٢	٥
٤	نقص الخبرة الإدارية لدى بعض المسؤولين والمتعلقة بتطبيق معايير الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٣,٦	٩٤,٤	٦
٥	عدم قدرة المسؤولين على اتخاذ القرارات اللازمة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٣,٩	٩٥,٦	٤
٦	مقاومة التغيير من قبل العاملين في الإدارة الصحية لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة.	٢٢,٠	٨٨	١٠
٧	عدم وجود قانون أو تعليمات من الجهات العليا توجه بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٤,٢	٩٦,٨	٢
٨	قلة أعداد الموارد البشرية المتخصصة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٤,٢	٩٦,٨	٢م
٩	عدم توفر المستلزمات والإمكانات المادية ونظم المعلومات والاتصالات لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة.	٢٢,٣	٨٩,٢	٩
١٠	عدم توفر البيئة التنظيمية والمناخ الإداري المناسب لتطبيق الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢١,٣	٨٥,٢	١١
١١	عدم كفاءة أنظمة وأساليب تقييم أداء العاملين والخدمات بالوحدة الصحية.	٢٣,٥	٩٤	٧
١٢	التغييرات المستمرة في مديري الإدارة العليا والمتعلقة بالإدارة الصحية.	٢٤,٦	٩٨,٤	١
١٣	الاقتدار لفريق عمل جماعي منظم لحل مشكلات الإدارة الصحية نتيجة لقلة أعداد العاملين بها.	٢٤,٠	٩٦	٣
١٤	قلة البيانات الإحصائية وعدم دقتها خاصة المتعلقة بالعاملين والمستفيدين من الوحدة الصحية.	٢٣,٨	٩٥,٢	٥م

مختصين في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة، وتوفير الإمكانات البشرية اللازمة لإدارة العمل بالنظام الصحي بشكل متميز، وتوفير الإمكانات المادية اللازمة لأداء الخدمات الصحية بشكل متميز بنسبة ١٠٠٪، ثم وضع برامج فعالة للتدريب والتعليم والتحسين المستمر في العمل الصحي، ونشر ثقافة معايير الجودة الشاملة في كافة مستويات الإدارة الصحية، بنسبة ٩٩,٢٪، وجاء في المرتبة الثالثة مقترح التزام واعتماد الإدارة العليا لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في الإدارة الصحية، وتوفير المخصصات المالية والإمكانات البشرية المادية والتقنية اللازمة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية، واستحداث قسم أو شعبة أو وحدة إدارية معنية بالإشراف ومتابعة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة

#### سادساً: مقترحات المبحوثين للتغلب على معوقات تطبيق الجودة الشاملة في الوحدات الصحية

تشير النتائج جدول (١٨) الى تعدد مقترحات المبحوثين للحد من المعوقات التي تواجه تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية، وجاء في مقدمتها مطالبة الجهات العليا بتسريع قوانين وتعليمات تدعم تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في الإدارة الصحية، تشجيع وتحفيز الأبداع والابتكار لدى العاملين في الإدارة الصحية، وبناء خطط استراتيجية وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها للبرامج والمشاريع والعاملين وأدائهم للخدمات الصحية باستمرار، و بناء فرق للعمل الجماعي تعمل على حل المشكلات ومواجهة المخاطر التي تواجه الإدارة الصحية وتحسين عملها، والاستعانة بالخبرات والاستشارات الخارجية من

بالوحدة الصحية، وتوفير الإمكانيات التقنية اللازمة لتسهيل أداء الإدارة الصحية لواجباتها، والاهتمام بالتخطيط الاستراتيجي بالإدارة الصحية بنسبة ٩٨,٤٪، وأخيراً جاء مقترح إعداد دليل لرؤية وأهداف ورسالة لمهام وواجبات جدول ١٨. مقترحات المبحوثين للتغلب على معوقات تطبيق معايير الجودة الشاملة في الوحدات الصحية

م	المقترحات	نعم عدد (%)	لا عدد (%)	الترتيب
١	إعداد دليل لرؤية وأهداف ورسالة لمهام وواجبات الإدارة الصحية وفق معايير إدارة الجودة الشاملة.	٢٤٣	٧	٢,٨
٢	بناء فرق للعمل الجماعي تعمل على حل المشكلات ومواجهة المخاطر التي تواجه الإدارة الصحية وتحسين عملها.	٢٥٠	٠	٠
٣	الاستعانة بالخبرات والاستشارات الخارجية من متخصصين في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة.	٢٥٠	٠	٠
٤	توفير الإمكانيات البشرية اللازمة لإدارة العمل بالنظام الصحي بشكل متميز.	٢٥٠	٠	٠
٥	تشجيع وتحفيز الأبداع والابتكار لدى العاملين في الإدارة الصحية.	٢٥٠	٠	٠
٦	بناء خطط استراتيجية وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها للبرامج والمشاريع والعاملين وأدائهم للخدمات الصحية باستمرار.	٢٥٠	٠	٠
٧	وضع برامج فعالة للتدريب والتعليم والتحسين المستمر في العمل الصحي.	٢٤٨	٢	٠,٨
٧	نشر ثقافة معايير الجودة الشاملة في كافة مستويات الإدارة الصحية.	٢٤٨	٢	٠,٨
٨	التزام واعتماد الإدارة العليا لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في الإدارة الصحية.	٢٤٦	٤	١,٦
٩	توفير المخصصات المالية والإمكانيات البشرية المادية والتقنية اللازمة لتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٤٦	٤	١,٦
١٠	استحداث قسم أو شعبة أو وحدة إدارية معنية بالأشراف ومتابعة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بالوحدة الصحية.	٢٤٦	٤	١,٦
١١	مطالبة الجهات العليا بتسريع قوانين وتعليمات تدعم تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في الإدارة الصحية.	٢٥٠	٠	٠
١٢	توفير الإمكانيات المادية اللازمة لأداء الخدمات الصحية بشكل متميز.	٢٥٠	٠	٠
١٣	توفير الإمكانيات التقنية اللازمة لتسهيل أداء الإدارة الصحية لواجباتها.	٢٤٦	٤	١,٦
١٤	الاهتمام بالتخطيط الاستراتيجي بالإدارة الصحية.	٢٤٦	٤	١,٦

٤. الاهتمام بالكوادر الطبية الشابة ممن يتوفر فيها الاستعداد المبدئي للقيادة التحويلية واكتشافهم للجديد في تطبيق الجودة الشاملة.

#### توصيات البحث

١. العمل على تطوير برامج تدريبية لضمان أن الموظفين في الوحدات الصحية لديهم المعرفة والمهارة اللازمة لتنفيذ ممارسات إدارة الجودة الشاملة.
٢. تعزيز ثقافة التحسين المستمر والتعلم في الوحدات الصحية للبقاء على اطلاعات جديدة بأحدث التطورات في تطبيق الجودة الشاملة.
٣. العمل على اختيار القيادات ذو الكفاءة التي تتوفر فيها القدرة على إيجاد رؤية مستقبلية واضحة وذات شخصية إلهامية قادرة على تشجيع التابعين واستثارة أفكارهم والرقى بحاجاتهم.

القزاز، اسماعيل ابراهيم (٢٠٠٩) اساليب حديثة في إدارة الجودة الشاملة، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع، ط (١).

الهداق، حصة (٢٠١٣) مفهوم إدارة الجودة الشاملة، الأكاديميون السعوديون.

الهيثمي، صلاح الدين حسين، زياد يوسف المعشر (٢٠٠٠) العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة ومجالات الموارد البشرية وأثرها على الأداء، دراسة ميدانية في القطاع الهندسي الاردني، مجلة النهضة.

الهلة، محمد (٢٠١٧) إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرياح.

برهوم، أديب (٢٠٠٧) أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي، مجلة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مجلد (٢٩)، العدد (٢).

بن سعيد، خالد سعد (١٩٩٧) إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، مكتبة العبيكان.

جودة، محفوظ احمد (٢٠٠٦) الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، عمان، دار وائل للنشر.

حمود، خضير كاظم (٢٠٠٢) إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط (١).

حميدة، دريادي (٢٠١٧) دور القادة والمديرين في تحقيق مبادا الجودة الشاملة في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة دكتوراه، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، الجزائر.

راست، رونالد (١٩٩٦) عائد الجودة لقياس النتائج المالية لبرنامج الجودة في شركتك، إصدار الشركة العربية للإعلام العلمي (شعاع)، القاهرة.

زيدان، سليمان (٢٠١٠) إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، الجزء الثاني، عمان، دار المناهج للنشر والتوزيع.

زين الدين، فريد عبد الفتاح (١٩٩٦) المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، القاهرة، دار الكتب للنشر.

سعد، وحيد موسى (٢٠٠٩) إدارة الجودة الشاملة في المكتبات، دراسة تطبيقية في بعض المكتبات المصرية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية.

سلطان، وفاء على (٢٠١٢) أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين بمحافظة البصرة، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد، العراق.

## المراجع

### أولاً: باللغة العربية

أبو حليقة، أشرف عبد الله (٢٠١٣) أثر الجودة في الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشوره، الجامعة العربية المفتوحة لشمال كندا.

البشراوي، عادل (١٩٩٥) الدليل العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، الشركة العربية للإعلام العلمي (شعاع)، القاهرة. البكري، تامر ياسر (٢٠٠٥) تسويق الخدمات الصحية، دار اليازور العلمية للنشر والتوزيع، عمان.

الجزائري، صفاء محمد هادي، محمد، علي غباشي، وششت، بشرى عبد الله (٢٠١١) قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، رسالة ماجستير، العراق.

الحداد، فيصل عبد الله حسن (٢٠٠٣) خدمات المكتبات الجامعية- دراسة تطبيقية للجودة الشاملة، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية.

الدرادكة، مأمون (٢٠٠١) إدارة الجودة الشاملة، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط (١).

الراشد، محمد بن عبد العزيز (٢٠١١) إدارة الجودة الشاملة - دراسة نظرية ونموذج مقترح لها في مكتبة الملك فهد الوطنية، مجلة مكتبة فهد الوطنية، مجلد (١٧)، العدد (٢).

السلمي، محمد (١٩٩٥) إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الصيرفي، محمد عبد الفتاح محمد (٢٠٠٣) الادارة الرائدة، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط (١).

العصيمي، خالد بن محمد حمدان (٢٠٠٧) أسس ومتطلبات ادارة الجودة الشاملة في سياسة التعليم بالمملكة العربية السعودية، الجمعية العلمية للعلوم التربوية والنفسية، عدد (١٤).

العلاق، بشير (٢٠٠٨) مبادئ الادارة، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

العميرة، محمد عبد العزيز (٢٠٠٣) علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي: دراسة في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بالرياض، رسالة ماجستير، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

القاضي، فؤاد (١٩٨٩) المشاركات في اتخاذ القرارات، مجلة الادارة، المجلد (٢٢)، العدد (٢).

القحطاني، سالم سعيد (١٩٩٣) إدارة الجودة الشاملة الكلية وامكانية تطبيقها في القطاع الحكومي، مجلة التنمية الإدارية، العدد (٧٨).

كرادشة، وفاء نايل عطا الله (٢٠١٢) تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة، رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.

#### أولاً: باللغة الإنجليزية

Higginson, T. and Waxler, R. P. 1994. Communication, commitment and corporate culture: The foundation for TQM and reengineering. *Industrial Management*, 36:4-7.

عبد المحسن، توفيق محمد (٢٠٠٤) قياس الجودة والقياس المقارن: أساليب حديثة في المعيرة والقياس، مصر، دار الفكر العربي للتوزيع والنشر.

عبوى، زيد منير (٢٠٠٩) إدارة الجودة الشاملة، عمان، دار الكنوز المعرفة والنشر.

عبيد، عصام (٢٠٠١) ادارة الجودة الشاملة في مؤسسات المعلومات، جريدة التوزيع والنشر.

عقيل، عبد الكريم (١٩٩٦) ادارة الجودة الشاملة في المكتبات، جريدة النشر والتوزيع.

علوان، قاسم نايف (٢٠٠٥) إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو ٩٠٠١، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

**ABSTRACT**

The research aimed to determine the level of knowledge of the respondents about comprehensive quality standards in health units, the level of Implementation of these standards by the respondents, and to determine the significance of the relationship between the independent variables studied by the respondents and the degree of their knowledge of comprehensive quality standards in health units, and the degree of Implementation of these standards, and to identify the obstacles that limit the Implementation Comprehensive quality standards in health units and their Suggestions to solve them.

This research was conducted at the Minya Al-Qamh District, Sharkia Governorate, on a sample of 250 respondents from health unit workers, and data was collected using a questionnaire during the months of February and March 2024 AD.

The most important results were:

1. Nearly half of the respondents (48.4%) came in the high-level category in terms of their knowledge of comprehensive quality standards in health units in general.
2. The level of respondents' Implementation of comprehensive quality standards in health units as a whole increased by 46%.
3. There is a correlation between the variables of age and achievement motivation and the overall degree of knowledge of comprehensive quality standards in health units as a whole.
4. There is a correlation between the variables of age and achievement motivation and the respondents' opinion on the degree of Implementation of comprehensive quality standards in health units as a whole.
5. There is a significant relationship between the job position and the level of opinion of the respondents regarding the degree of Implementation of comprehensive quality standards in health units.
6. The most important obstacles to implementing comprehensive quality in health units: continuous changes in senior management managers related to health management, the absence of a law or instructions from higher authorities directing the Implementation of comprehensive quality management standards in the health unit.
7. The most important proposals: Requesting higher authorities to legislate laws and instructions that support the Implementation of comprehensive quality management standards in health administration, encouraging and stimulating creativity and innovation among workers in health administration.

**Keywords:** Quality, Total quality, Total quality management, Health units