

## واقع تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات: دراسة مسحية لأقسام الجودة في عدد من المستشفيات الحكومية في محافظتي نينوى ودهوك

أ.م.د. صفاء إدريس عبودي  
كلية الإدارة والاقتصاد  
جامعة الموصل  
safa\_adres@uomosul.edu.iq

الباحثة: بيداء رجب حسين  
كلية الإدارة والاقتصاد  
جامعة الموصل  
Baideekhalil@gmail.com

### المستخلص:

تناول هذا البحث موضوع واقع تحديات جودة الرعاية الصحية المتمثلة بـ (التحديات الاستراتيجية، التحديات الثقافية، تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة، التحديات الهيكلية، التحديات الإجرائية) لمستشفيات محافظتي نينوى ودهوك متمثلة بـ (14) مستشفى إذ تمثلت مستشفيات محافظة نينوى بـ (مستشفى الخنساء التعليمي، مستشفى ابن الأثير، مستشفى الشفاء، مستشفى السلام، مستشفى ابن سينا، مستشفى البتول، مستشفى الموصل العام، مستشفى الحروق) أما مستشفيات محافظة دهوك فشملت (مستشفى آزادي التعليمي، مستشفى هيفي للأطفال، مستشفى نسائية وتوليد، مستشفى الحروق والجراحة التجميلية، مستشفى الطوارئ، مستشفى العيون)، وطُبقَ البحث على عينة مكونة من (200) فرداً من مسؤولي الجودة في المستشفيات المبحوثة. واستخدم البحث الاستبيان كأداة رئيسة لجمع البيانات والمعلومات فضلاً عن المقابلات الشخصية، وقد سعت الدراسة لاختبار عدد من الفرضيات المتعلقة بمدى وجود تحديات أمام تطبيق جودة الرعاية الصحية، وكذلك الفروق بين المستشفيات في تلك التحديات وذلك للإجابة عن التساؤلات المتعلقة بمشكلة البحث والوصول إلى الأهداف الموضوعية، ولأجل معالجة البيانات والمعلومات استعملت العديد من الأساليب الإحصائية وهي: (الوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسب المئوية، ونسبة الاستجابة). وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات من بينها وجود مجموعة من التحديات التي تحول دون تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية من أبرزها التحديات الاستراتيجية، إذ حققت التحديات الاستراتيجية المرتبة الأولى من حيث الأهمية مقارنة بالتحديات الأخرى لجودة الرعاية وهذا ما يشير إلى أن المنظمات المبحوثة تولي اهتماماً ضعيفاً بجودة الرعاية الصحية ضمن استراتيجياتها الأساسية، فضلاً عن تباين تلك التحديات، بالإضافة إلى ذلك إن نظام الرعاية الصحية يعمل ضمن بيئة تتأثر داخلياً وخارجياً بقوى ذات علاقة بذوي المصالح وقوى قانونية وحكومية وتقانية وإدارية وقضايا استراتيجية، وهذه النتائج جاءت متطابقة مع الفرضيات في هذا الجانب. واستناداً إلى ما توصل إليه البحث من نتائج فقد وضعت مجموعة من المقترحات كان من أهمها ضرورة اهتمام إدارات المستشفيات المبحوثة بهذه التحديات واتخاذ الإجراء اللازم لمواجهتها وعلاجها، ووضع خطة استراتيجية طويلة الأجل موضوعية وواضحة تشمل على رؤية ورسالة وأهداف من قبل إدارة المستشفى بهدف تطوير برامج جودة الرعاية الصحية، لاسيما أن نتائج الدراسة الميدانية قد أوضحت تباين هذه التحديات بين المستشفيات. وعليه فإذا ما أرادت المستشفيات المبحوثة أن تواجه هذه التحديات، وتحقق الجودة في مجال الرعاية الصحية فينبغي أن تضع السياسات والبرامج التي تكفل مواجهتها على نحو صحيح.

**الكلمات المفتاحية:** جودة الرعاية الصحية، تحديات جودة الرعاية الصحية.

## **The Reality of Healthcare Quality Challenges in Hospitals: A survey Study of Quality Departments in Government Hospitals in Nineveh and Duhok Governorates**

Researcher: Bidaa Rajab Hussein  
College of Administration and Economics  
University of Mosul

Assist. Prof. Dr. Safaa Idrees Abboudi  
College of Administration and Economics  
University of Mosul

### **Abstract:**

This research dealt with the Healthcare Quality Challenges, represented by (the strategic, cultural, qualified administrative staff challenges, structural and procedural challenges) for (14) hospitals in Nineveh and Duhok governorates. The hospitals Nineveh are (AlKhansaa Teaching Hospital, Inb AlAtheer, AlShifaa, AlSalam, Ibn Sina, AlBatoool, Mosul General Hospitals in addition to the Hospital of Burns). Duhok hospitals included: (Azadi Teaching Hospital, Hevi Pediatrics Hospital, Maternity Hospital, Burns and Plastic Surgery Hospital, Emergency hospital and Ophthalmology Hospital. The research was applied to a sample consisting of (200) individuals in charge of quality in the hospitals in question. The researcher used the questionnaire form as a main tool for collecting the data and information in addition to the personal interviews. The study endeavored to test a number of hypotheses related to the challenges against the application of healthcare quality and the differences between these hospitals in terms of the extent of those challenges so as to answer the questions related to the research problem and to accomplish the goals set forth. Moreover, several statistical tools were used to deal with the data, they are: (the arithmetic mean, standard deviation, percentage and the response ratio). The study reached a set of conclusion including a group of challenges that preclude the quality in the domain of healthcare, most prominent of which are the strategic challenges, which came in the first status in terms of the importance compared to other challenges of healthcare quality. This indicates that the organizations in question do not pay a sufficient attention to the healthcare quality within their basic strategies in addition to the differences between those challenges. Moreover, the healthcare system operates within an environment that is internally and externally influenced by the power of the people of interests, legal, governmental, technical, administrative powers and strategic issues. These results were in conformity with the hypotheses. Based on the results of the research, a set of recommendations were put forward by the researcher. The most important recommendations are: the managements of the hospitals studied should pay a good attention to these challenges and should take the necessary actions to confront them and deal with them, developing a long-term objective and clear strategy that involves the vision, message and the goals of the hospital management concerning developing programs of healthcare quality, especially if we know that the results of the study had clarified the difference between these hospitals. Therefore, if these hospitals wanted to face these challenges and achieve the quality in the field of healthcare quality, they should develop policies and programs that ensure confronting these challenges in the proper way.

**Keywords:** healthcare quality, Challenges against healthcare quality.

## المقدمة

تعد الجودة من أهم القضايا التي تهتم بها القيادات الإدارية للمنظمات حيث تساعد المنظمات على تلبية متطلبات المستفيدين في جميع العمليات والمجالات الإدارية والخدمية، إن الرغبة في تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاماً بعد عام لذلك فالجودة توضع في المرتبة الأولى ضمن أولويات الرعاية الصحية، فالجودة هي مفتاح النجاح في عالم يعتمد اليوم أساساً على المنافسة إذ تواجه المنظمات الصحية تحديات وصعوبات كبيرة في بيئة الأعمال التي تتسم بالتغيير المستمر الذي وصل على حد الاضطراب وأصبح سمة ملازمة للمنظمات، ولعل كثيراً من العوامل المتغيرة أصبغت بيئة الأعمال بهذه السمات والتي من أهمها اشتداد المنافسة وتوسع الأعمال عالمياً والتنوع في مواصفات ومهارات الموارد البشرية المطلوبة، كل ذلك فرض على المنظمات البحث عن العناصر الأساسية التي عن طريقها تستطيع مواجهة هذه التحديات والوقوف على نحوٍ قوي تجاهها، كي تتمكن من الاستمرار وتحقيق النجاحات المستمرة في أعمالها.

إن الارتقاء بمستوى الصحة العامة في أي بلد من البلدان في العالم يعد أحد الأركان الرئيسية للتقدم والتطور فيه، ومن الوسائل التي تساعد على تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فقد بات الاهتمام بجودة القطاع الصحي والمنظمات الصحية والتخطيط لمرافقها وتنظيم منظماتها والرقابة على خدماتها وتقييم تلك الخدمات من الأمور المهمة والأساسية التي ينبغي أخذها بالاعتبار. يلقي موضوع جودة الرعاية الصحية أهمية كبيرة في المجالات التخصصية والإدارية على حد سواء، إذ تعد جودة الرعاية الصحية أحد العوامل المهمة والدرجة التي من خلالها يقاس بها تقدم الدول ونظامها الصحي.

وبناءً على المعطيات المقدمة فإن مسألة تبني الجودة في الرعاية الصحية لا تزال قضية مهمة في مجال توظيفها في القطاع الصحي، لاسيما في العراق، إذ إن القطاع الصحي العراقي قد بدأ بتبني مثل هذه الأساليب الإدارية الحديثة.

## المبحث الأول: منهجية البحث

تمهيداً للجانب التطبيقي نعرض من خلال هذا المبحث المنهجية التي تعتمدها في ضوء مشكلة البحث وأهميتها وأهدافها وفرضياتها، فضلاً عن الأساليب الحقيقية في جمع البيانات وتحليلها وذلك ضمن المحاور الآتية:

**أولاً. مشكلة البحث:** إن الخدمات الصحية على نحو عام كانت وما زالت من أهم متطلبات المجتمعات المدنية وقد ادى التقدم الكبير في المجال الصحي والتطور المتسارع في الاختصاصات الطبية فضلاً عن ظهور مجال التخصص الدقيق الى تعاظم الاهتمام بالصحة الشخصية للفرد وبالتالي الى تنوع المنظمات المقدمة لهذه الخدمات، كل ذلك دفع القائمين على الإدارة للتوجه نحو رفع مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة لتتناسب مع احتياجات افراد المجتمع عامة، إن الوصول الى مستوى متميز لجودة الرعاية لا يمكن ان يتحقق إلا بتظافر جهود جميع الكوادر العاملة في المنظمة الصحية والمتمثلة بالكادر الطبي والترفيضي والعاملين والفنيين الإداريين وبالمشاركة الفاعلة من قبل المستفيدين والمجتمع ككل.

وبناءً على ذلك، تتمحور مشكلة الدراسة على نحوٍ كبير في هذا الجانب المهم الذي عن طريق تقييمه وتشخيصه سوف يمكن للمنظمات من تحقيق الجودة في الرعاية الصحية، لاسيما إذا

علمنا أن الاهتمام بهذه التحديات كان ضئيلاً، وحتى وإن كان قائماً فإن استثمارها أو توظيفها لم يكن لصالح أداء المنظمات المبحوثة (المستشفيات)، وهذا ما شخصته الباحثتان في أثناء عملية الاستقصاء والمقابلات الشخصية التي قامت بها لعدد من المسؤولين في أقسام الجودة. وفي ضوء ذلك يمكن بلورة مشكلة الدراسة وتأطيرها بالتساؤلات الآتية:

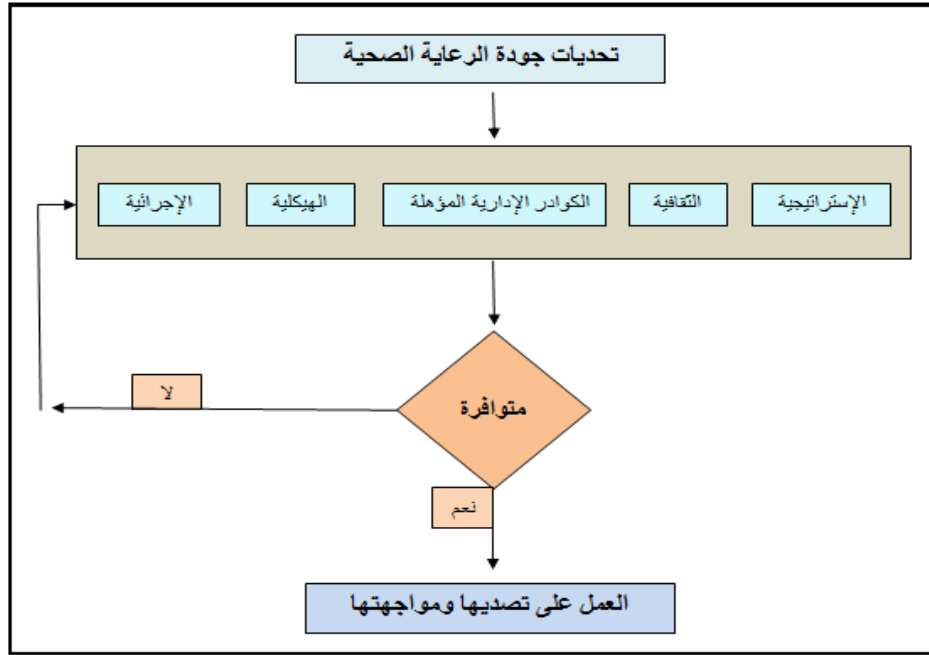
١. ما هي تحديات جودة الرعاية الصحية في المنظمة المبحوثة؟ وما الجدل الدائر حولها؟ وما طبيعة تصنيفاتها في ضوء عروض المفكرين عنها؟ وما تأطر عنها في ضوء التحليلات التطبيقية لمعرفة ما يعكسه الواقع الميداني من متغيرات حقيقية على مستوى الواقع العراقي؟
٢. هل تتباين تحديات جودة الرعاية الصحية فيما بين المستشفيات المبحوثة؟
٣. ما هي التحديات الأكثر تأثيراً في تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة من وجهة نظر العاملين في أقسام الجودة؟

**ثانياً. أهمية البحث:** يستمد البحث أهميته من أهمية الموضوع الذي يعالجه والميدان المختار للدراسة وتتجلى أهمية البحث في الآتي:

١. أهمية المتغيرات المبحوثة (الرئيسية: الجودة، والفرعية: الجودة في الرعاية الصحية، تحديات جودة الرعاية الصحية) بوصفها ظواهر إدارية، وذلك بتركيز هذا البحث على مجموعة من تلك التحديات ذات التأثير الكبير في الوصول إلى الجودة.
٢. إن أهمية البحث تكمن في كونه يتناول جانباً مهماً في موضوع الجودة، وهو التحديات التي تحول دون تطبيق الجودة في المستشفيات من حيث تسليط الضوء على مستشفيات نينوى ودهوك والقيادات الإدارية لهذه المستشفيات ومدى اهتمام الإدارة بتطبيق الجودة، وجودة الرعاية في المستشفيات، باعتبار أن قطاع الصحة واحد من أهم القطاعات في أي مجتمع.
٣. يمكن لهذا البحث أن يقدم حلولاً للمشكلات التي تعاني منها المستشفيات المبحوثة لاسيما في كيفية مواجهة التحديات التي تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.

**ثالثاً. أهداف البحث:** يروم البحث الحالي إلى تحقيق جملة من الأهداف، تتمثل بالآتي:

١. عرض ومناقشة الأطر المفاهيمية والمعرفية لجودة الرعاية الصحية عن طريق الاطلاع على أبرز الأدبيات المعاصرة ذات الصلة المباشرة والتعرف على مضامينها الفكرية واستخلاص المؤشرات لبناء فكر خاص بالدراسة الحالية.
  ٢. تحديد أهم التحديات التي تواجهها المنظمات المبحوثة والتي تحول دون تطبيق الجودة في الرعاية الصحية ومحاولة تصنيفها.
  ٣. تحديد مستوى التباين في تبني تلك التحديات التي تواجهها المنظمات المبحوثة والتي تحول دون تطبيق الجودة في الرعاية الصحية.
  ٤. عرض مجموعة من المقترحات أمام القائمين على إدارة المنظمات المبحوثة بشأن ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، فضلاً عن تلك المقترحات التي تخص الباحثين في هذا المجال لإجراء البحوث العلمية وأهداف التراكم المعرفي المطلوبة.
- رابعاً. نموذج البحث الافتراضي:** من أجل المعالجة المنهجية لمشكلة البحث وتحقيقاً لأهدافها اعتماداً على الإطار النظري والمعالجة الميدانية للبحث تم اعتماد الانموذج الفرضي الذي يوضح تحديات جودة الرعاية الصحية.



الشكل (١): انموذج البحث الافتراضي

المصدر: من إعداد الباحثتان.

**خامساً. فرضيات البحث:** تماشياً مع أهداف البحث وللإجابة عن تساؤلاته واختباراً لمخططه اعتمدت الباحثتان على مجموعة من الفرضيات وعلى النحو الآتي:  
**الفرضية الرئيسية الأولى:** تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية. وينبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية.

١. تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات استراتيجية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.
  ٢. تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات ثقافية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.
  ٣. تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.
  ٤. تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات هيكلية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.
  ٥. تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات إجرائية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية.
- الفرضية الرئيسية الثانية:** يمكن تفعيل بنية مؤشرات القياس (تحديات جودة الرعاية الصحية بخمسة تحديات تتمثل بـ (الاستراتيجية، الثقافية، الكوادر الإدارية المؤهلة، الهيكلية، الإجرائية).
- الفرضية الرئيسية الثالثة:** توجد فروقات معنوية في تبني تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة.

**سادساً. منهج البحث:** اعتمد البحث المنهج الوصفي التحليلي للتحقق مما يتبعه هذا البحث في تحليل ما يستلزم من البيانات وتحديد استمارة الاستبانة، وفيما يأتي إيضاح لأهم الخطوات التي تم اعتمادها:

١. أساليب جمع البيانات: اعتمدت الباحثتان على نوعين من المصادر لجمع البيانات وهي:

أ. المصادر الثانوية: اعتمد البحث على ما متوافر من المراجع العربية والاجنبية من كتب ودوريات ورسائل وأطاريح جامعية ومؤتمرات، فضلاً عن شبكة المعلومات العالمية (الانترنت) إذ أن هذه المصادر كان لها دور كبير في إثراء مضامين البحث.

ب. المصادر الأولية: نظراً لأن البحث الحالي يهدف للتعرف على واقع تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية ولاتباع البحث المنهج الوصفي التحليلي اعتمدت الباحثتان استخدام استمارة الاستبانة بوصفها أداة لهذا البحث.

٢. استمارة الاستبيان: اعتمدت الباحثتان على استمارة الاستبيان بوصفها أداة رئيسة لجمع البيانات وقياس متغيرات الدراسة والجدول (١) يبين هيكلية استمارة الاستبيان.

الجدول (١): هيكلية استمارة الاستبانة

| ت | المتغيرات الرئيسية         | المتغيرات الفرعية          | عدد الاسئلة | أرقام الفقرات                    | المصدر                      |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 1 | المعلومات الشخصية          | الجنس                      | -           | 1                                |                             |
|   |                            | الفئة العمرية              | -           | 2                                |                             |
|   |                            | التحصيل الدراسي            | -           | 3                                |                             |
|   |                            | عدد سنوات الخدمة بالمستشفى | -           | 4                                |                             |
| 2 | تحديات جودة الرعاية الصحية | الاستراتيجية               | 12          | X <sub>1</sub> - X <sub>12</sub> | (McGee & Wilson, 2015)      |
|   |                            | الثقافية                   | 8           | X <sub>13</sub> -X <sub>20</sub> | (Maphumulo & Bhengu, 2019)  |
|   |                            | الكوادر الإدارية المؤهلة   | 10          | X <sub>21</sub> -X <sub>30</sub> | (Al-Ali, 2014)              |
|   |                            | الهيكلية                   | 7           | X <sub>31</sub> -X <sub>37</sub> | (Dixon-Woods, et al., 2012) |
|   |                            | الإجرائية                  | 6           | X <sub>38</sub> -X <sub>43</sub> |                             |

المصدر: إعداد الباحثتان.

٣. اختبارات صدق الاستبانة وثباتها: لغرض التأكد من صدق الاستبانة وثباتها، قامت الباحثتان بإخضاعها الى عدد من الاختبارات قبل البدء بتوزيعها على الأفراد المبحوثين في المستشفيات الحكومية، وتتمثل هذه الاختبارات بالآتي:

أ. اختبار الصدق الظاهري: يؤكد (Mohajan, 2017: 73) على أن أفضل من يتحقق من الصدق الظاهري للمقياس هم الخبراء والمتخصصون في المجال، أو في الشيء المراد قياسه، لذا فقد تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين والمختصين في العلوم الإدارية، وذلك من اجل إثبات إن الفقرات التي تضمنتها الاستبانة ذات علاقة قوية ومباشرة ببعيد الدراسة، فضلاً عن التأكد من صحة الفقرات ومدى ملاءمتها لفرضيات الدراسة وأهدافها وأيضاً التأكد من مدى وضوح فقراتها وسهولة فهمها من قبل المجيب ودقتها من الناحية العلمية، إذ تم استطلاع آراءهم بشأن مقدرة استمارة الاستبيان على قياس تغيرات البحث ومدى شمولية ابعادها وعلى اساسها يتم الاخذ بملاحظات السادة المحكمين ومقترحاتهم، وقد نتج عن ذلك عدداً من الملاحظات تم الاخذ بها وتعديل الاستبانة على ضوءها تصبح أكثر وضوحاً وتحقيقاً للأهداف المرجوة منها.

ب. الاتساق الداخلي: يعرف (Tang, et al., 2014) الاتساق الداخلي بأنه الترابط بين أسئلة استمارة الاستبانة داخل البعد الواحد، ويجب الاتساق الداخلي على التساؤل (هل إن الأسئلة تتشعب بشكل

عالي على البعد الذي هي عليه)، ويتم قياس الاتساق الداخلي من خلال متوسط معاملات الارتباط المطلقة بين أزواج الارتباطات للأسئلة داخل البعد الواحد، وتشير المصادر أنه إذا كانت قيمة هذا المتوسط أكبر من أو يساوي (0.2) فهذا يدل على وجود اتساق داخلي إن قيم الارتباط المعنوية تعبر عن مصداقية تلك الفقرات الخاصة لكل بعد من أبعاد الدراسة، وذلك بدلالة.

ج. **ثبات الاستبانة:** يقصد بالثبات إن مقياس الاستبانة يعطي النتائج نفسها لمواعيد تطبيقه على مجتمع الدراسة نفسه بعد فترة من الزمن، ويُعد الصدق في القياس والاختبارات من أهم الشروط الواجب توافرها، لأنه يكشف دقة المقاييس لما أعدت لقياسه، ويعد هذا أهم الشروط الواجب توافرها في بناء المقياس للخاصية المراد قياسها وفقدان هذا الشرط يعني عدم صلاحيته وعدم اعتماد نتائجه.

لقد قامت الباحثتان باستخدام معامل كرونباخ (Cronbach Alpha) لتحديد درجة ثبات أداة القياس في هذه الدراسة وتبين أن قيمة معامل كرونباخ ألفا أكبر من (0.70) وهذا يدل على قوة الثبات للأبعاد المدروسة.

٤. **أساليب التحليل الإحصائي:** بغية الوصول إلى دقة النتائج الإحصائية الخاصة بالدراسة واختبار فرضياتها، قامت الباحثتان بالاستعانة بالبرمجيات الإحصائية الجاهزة مثل (SPSS.Ver-26) بوصفها أداة رئيسية في التحليل الإحصائي للبحث الحالي مع التركيز على الأدوات الإحصائية الآتية: (التوزيعات تكرارية، الوسط الحسابي، الانحراف المعياري، نسبة الاستجابة).

#### **المبحث الثاني: مراجعة الأدبيات**

**أولاً. مفهوم جودة الرعاية الصحية:** تعد جودة الرعاية الصحية من أكثر المجالات أهمية وانتشاراً في قطاع الخدمات الصحية بشكل عام، وإن البحث في جودة الرعاية الصحية العامة والخاصة يقوم على مبدأ البحث العلمي ولهذا تسعى الكثير من المنظمات وخصوصاً المستشفيات إلى الارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها من أجل الوصول إلى درجة عالية من التميز، وتقوم هذه المنظمات بالعمل على استخدام عدد من الاستراتيجيات والتي من شأنها تحسين مستوى الجودة ومن أهمها هو الاهتمام بالجودة (الجزائري، وآخرون، ٢٠٠٩: ٣٨-٤١). أصبحت جودة الرعاية الصحية من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية فهي تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة، إن جودة الرعاية الصحية تتمثل بالعمل على توفير الرعاية اللازمة بالوقت المناسب وبأفضل الإجراءات والطرق، والعمل على تقديمها للشخص المناسب وذلك من أجل الوصول لأفضل النتائج لكل مريض بشكل خاص والمجتمع بشكل عام، وبالنظر إلى مسألة التركيز على الجودة في الرعاية الصحية، لا يوجد فهم مشترك بخصوص من يلعب الدور الرئيسي في تحديد جودة الرعاية الصحية. ويمكن القول بأن التركيز يجب أن يكون على المرضى كزبائن لأنهم قد يتركون "حلقة الاستهلاك" فإن وجودهم يعد أمر ضروري لمنظمة الرعاية الصحية أن تعمل (Owusu-Frimponh, 2010: 17). والجدول (٢) يعرض مفاهيم جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر بعض الكتاب والباحثين في مجال إدارة الجودة.

الجدول (٢): مفهوم جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الكتاب والباحثين في مجال إدارة الجودة

| ت | الكاتب-الكتاب              | مفهوم جودة الرعاية الصحية   |
|---|----------------------------|---|
| 1 | (Donabedian, 1988: 34)     | هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض لمخاطر العلوم والتقنيات الطبية، أي إن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة ممكنة بين المخاطر والفوائد.  |
| 2 | (Black, et al., 2014: 106) | تعرف بأنها "تشمل على ثلاثة مجالات: سلامة المريض والفعالية السريرية وتجربة المريض التعاطف والكرامة والاحترام.  |
| 3 | (أنيس وعلي، ٢٠١٥: ١٢٧)     | هي الاستخدام الواضح للمعايير والمواصفات سعياً للتميز والكمال في تقديم رعاية صحية مثالية، وبالتالي تحقيق رضا المستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية، وتلبية كافة الاحتياجات والتوقعات.   |
| 4 | (عبد المهدي، ٢٠١٦: ٣٩)     | هي مجموعة الإجراءات التي تعمل على توفير الرعاية الصحية اللازمة في الأوقات المناسبة وللأشخاص المعنيين وبأفضل الطرق من أجل الوصول لأفضل النتائج على مستوى الأفراد والمجتمع، وينبغي السعي لتحقيق الجودة في أعلى مستوياتها والمحافظة عليها من أجل تحسين صورة المنظمة. |
| 5 | (Javed & Ilyas, 2018: 3)   | هي حكم المرضى أو انطباعهم عن التميز العام لوحدة الرعاية الصحية والتفوق في جوهرها.   |

المصدر: من إعداد الباحثتان بالاعتماد على المصادر الواردة في متنه.

استناداً لما تقدم تعرف الباحثتان جودة الرعاية الصحية بأنها تحقيق مستوى عالٍ وجيد من الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ومنذ المرة الأولى والسعي المستمر من أجل تحقيق متطلبات المريض وبأقل تكلفة ممكنة والالتزام بالمعايير الصحية للخدمات المقدمة والتي ترتقي بمستوى النتائج المرتبطة بتوفير وسائل الراحة المتعلقة برضى المريض.

**ثانياً. تحديات تطبيق الجودة في الرعاية الصحية:** تعد الجودة في منظمات الرعاية الصحية من أهم الأساليب الناجحة في تطوير وتحسين بيئة النظام الصحي بمكوناته المادية والبشرية، بل وأصبحت ضرورة ملحة وخياراً استراتيجياً تمليه طبيعة الوقت الحاضر، إلا أن تطبيق هذه الثورة الإدارية في المنظمات الصحية تواجهها الكثير من العقبات أو التحديات التي تمثل مجموعة المشكلات والصعوبات المتعلقة بالإدارة والبيئة التي تحد من تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية، وإن هذه التحديات تزداد يوماً بعد يوم في عصرنا هذا. إذ لا يوجد خيار أمام أي مدير يريد الحفاظ على منظمته إلا أن يكون لديه علم بهذه التحديات ولديه المرونة الكافية لمواجهتها.

واختلفت آراء الباحثين والكتاب في عرض التحديات التي تواجه تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية إذ صنفت تطبيقات متعددة يمكن عرضها من خلال الجدول (٣).

الجدول (٣): تحديات تواجه تطبيق الجودة في الرعاية الصحية وفقاً لآراء الباحثين في مجال إدارة الجودة

| ت | الكتاب                           | التحديات   |
|---|----------------------------------|--|
| 1 | (حمود، ٢٠٠٧: ٢٤٠-٢٤١)            | <p>١. عدم التزام الإدارة العليا بمبادئ إدارة الجودة وعدم الاهتمام بتوفير متطلباتها.</p> <p>٢. التركيز على أساليب معينة وليس على النظام ككل.</p> <p>٣. عدم مشاركة جميع العاملين في تطبيق إدارة الجودة.</p> <p>٤. عدم انتقال الترتيب لمرحلة التطبيق.</p> <p>٥. تبني طرق وأساليب لإدارة الجودة لا تتوافق وخصوصية المنظمة.</p> <p>٦. مقاومة التغيير سواء من العاملين أو من الإدارات، وخاصة الإدارات الوسطى.</p> <p>٧. عدم وجود قيم ثقافية واضحة لعديد من المنظمات ولاسيما منظمات الدول النامية.</p> <p>٨. عدم توفر المخصصات.</p> <p>٩. عدم التزام الإدارة العليا بمبادئ إدارة الجودة وعدم الية اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة.</p> <p>١٠. قلة المهارات التدريبية في تطبيق أنظمة الإحصاء في ضبط الجودة في المنظمة.</p> <p>١١. توقع نتائج فورية وليست على المدى البعيد، من خلال الرغبة المتسرعة في معرفة النتائج المتحققة لتطبيق الجودة، علماً أن النتائج تتطلب زمناً ليس بالقصير خصوصاً إن طبيعة إدارة الجودة ترتبط بمتغيرات جزئية في ثقافة المنظمة وإرساء قيم جوهرية تختلف عن سير المنظمة في الوقت الحاضر.</p> |
| 2 | (Dixon-Woods, et al., 2012: 879) | <p>١. السياق التنظيمي والثقافات القدرات.</p> <p>٢. نقص مشاركة الموظفين.</p> <p>٣. القيادة.</p> <p>٤. تسخير الالتزام من خلال الحوافز والعقوبات المحتملة.</p> <p>٥. تأمين الاستدامة.</p> <p>٦. الآثار الجانبية للتغيير.</p> <p>٧. تدخلات التصميم والتخطيط للتحسين.</p> <p>٨. تحفيز المشاركة والأطراف الصعبة.</p> <p>٩. جمع البيانات والمراقبة أنظمة.</p>   |
| 3 | (Al-Ali, 2014: 890-891)          | <p>١. طبيعة مهام الرعاية الصحية: حيث أنها تتصف بالغموض وعدم الوضوح مما يصعب تحديد أهداف قابلة للقياس، وإن الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتتطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية.</p> <p>٢. طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية خاصة من ناحية مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وما يتصف به من تعداد الأقطاب، مما يصعب تحديد نطاق السلطة والتأثير داخل المنظمة.</p> <p>٣. طبيعة العناصر البشرية العاملة: من المعروف أن العنصر البشري هو العنصر الحاسم في عملية إنتاج وتقديم الرعاية الصحية، كما إن المهنيين في المنظمات الصحية تحكم لأنهم الطي مبادئ وأخلاقيات كبنياً عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم.</p>  |

| ت | الكاتب                           | التحديات  |
|---|----------------------------------|---|
| 4 | (McGee & Wilson, 2015: 797)      | <ol style="list-style-type: none"> <li>١. تحديد وتحقيق التوازن بين وجهات النظر المتنافسة للمشاركين الرئيسيين في نظام تقديم الرعاية الصحية.</li> <li>٢. تطوير إطار المسألة.</li> <li>٣. وضع معايير صريحة للحكم على أداء النظام الصحي.</li> <li>٤. اختيار مجموعة فرعية من المؤشرات للإبلاغ الروتيني.</li> <li>٥. تقليل الصراع بين الحوافز المالية وغير المالية وأهداف جودة الرعاية.</li> <li>٦. تسهيل تطوير نظم المعلومات اللازمة لدعم مراقبة الجودة.</li> </ol>                            |
| 5 | (محمد علي، شركت الله، ٢٠١٩: ٣٩٥) | <ol style="list-style-type: none"> <li>١. التغيير الدائم في القيادات العليا مما يؤدي إرباك الخطط التي تهدف إلى التطوير باستمرار.</li> <li>٢. عمق ثقافة الإدارة العليا بالتدريب.</li> <li>٣. صعوبة قياس وتصميم نتائج العمل.</li> <li>٤. نقص أوقية الكفاءة البشرية.</li> <li>٥. ضعف الإمكانيات المالية.</li> <li>٦. عدم مرونة القوانين والأنظمة.</li> <li>٧. زيادة حجم المستفيدين وتنوع فئاته مما يزيد من الصعوبة في إرضاء كافة الزبائن بنفس الدرجة.</li> <li>٨. صعوبات التنفيذ.</li> </ol> |
| 6 | (Maphumulo & Bhengu, 2019: 312)  | <ol style="list-style-type: none"> <li>١. التوزيع غير المتكافئ للموارد.</li> <li>٢. أزمة الإدارة والقيادة.</li> <li>٣. زيادة عبء المرض.</li> <li>٤. عوامل السحب والنفج.</li> <li>٥. تقم بطيء في إعادة هيكلة نظام الرعاية الصحية بما في ذلك الاستراتيجيات المعتمدة لتحسين جودة تقديم الرعاية الصحية.</li> <li>٦. زيادة في طلبات المستهلكين.</li> </ol>   |

المصدر: من إعداد الباحثتان بالاعتماد على المصادر الواردة في متنه.

وبعد الاطلاع على آراء العديد من الباحثين والمختصين في مجال الجودة حول تحديات تطبيق الجودة في المنظمات الصحية (المستشفيات)، ارتأت الباحثتان جمعها في تحديات محددة بسبب أن هذه التحديات أكثر شمولاً للتحديات التي طرحها الباحثون، وكما يلي:

١. **التحديات الاستراتيجية:** الاستراتيجية هي خطط وأنشطة المنظمة والتي يتم وضعها بطريقة تضمن بناء درجة من التطابق بين رسالة المنظمة وأهدافها وبين هذه الرسالة والبيئة التي تعمل فيها بصورة فعالة وذات كفاءة عالية (الشميلي، ٢٠١٧: ٢١).

تعد استراتيجية الجودة ضرورة تنافسية ترقى لمستوى استراتيجية المنظمة بذلك تُظهر استراتيجية الجودة الأهمية للنظام الواسع الذي يأخذ المنظمة جزءاً منه إذ إن نجاح إدارة الجودة في المنظمات يعتمد في الدرجة الأولى على ممارسات الإدارة، فهي ثقافة وفلسفة يجب أن تنتشر في المنظمة كأسلوب للإدارة. كما تزداد الحاجة لدعم الإدارة العليا من أجل تحقيق النجاح في أنشطة إدارة الجودة فهي الأقدر على الإقناع بضرورة تطبيقها كما تملك تقديم الدعم المادي والمعنوي بسبب سلطة الإدارة العليا على المستويات الإدارية الأخرى، وتبدأ إدارة الجودة باعتبار إن منهجية هذا الالتزام وتكتسب قوتها وفعاليتها من الإدارة العليا للمنظمة (عبد الغني، ٢٠١٧: ١١٥-١٢٥)،

وتعتبر استراتيجية الجودة من إحدى الأساليب والطرق الإدارية التي تتبعها المنظمات لمواجهة تحديات البيئة المحيطة، لكونها تركز على ضرورة التحسين لمستويات الأداء من خلال بناء ثقافة تنظيمية والتي تجعل كل عامل يدرك أن الجودة بالمدخلات والعمليات والمخرجات هي هدف أساسي. والإدارة الاستراتيجية للجودة هي عملية ترتبط بأهداف الجودة طويلة الأمد مع تحديد طرق فاعلة للوصول إلى تلك الأهداف، وهي إحدى المسؤوليات الحيوية للإدارة العليا تنفذ وفق أساس منهجي مستمر (الجبوري، ٢٠١٠: ٢٧).

٢. **التحديات الثقافية:** هي واحدة من أهم العوامل المؤثرة في تنفيذ إدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية، وإن أصعب معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة هي العقبات الثقافية، تنشأ ثقافة الجودة في إطار الثقافة العامة التي تعرف بأنها بنية اجتماعية تتضمن مجموعة من المبادئ والقيم والمفاهيم التي تمكن العاملين من إدراك الإحداث المختلفة، وتؤدي دور مؤثر في عملية اتخاذ القرار وحل المشاكل التي تواجه المدراء والعاملين أثناء تنفيذهم للاستراتيجيات المختلفة (Lund, D. B. 2003: 219). إن تغيير مجموعة المبادئ والمعتقدات التنظيمية السائدة بين أعضاء المنظمة وتوحيدها من خلال ثقافة تنظيمية جديدة، حيث يلعب دوراً مهماً في تشكيل وتوجيه الأنماط السلوكية داخلها، وبما يخدم أهداف استراتيجية إدارة الجودة في المنظمة. فالثقافة التنظيمية الجديدة التي تحتاجها إدارة الجودة هي التي تكون قادرة لإحداث التكامل الداخلي للأنماط السلوكية بين الأفراد والجماعات في المنظمة، وهذا التكامل يوحد الأنماط ويوجهها نحو تحقيق رسالتها، وثقافة الجودة تشمل القيم والتقاليد والإجراءات والتوقعات الناتجة من محيط المشاركة، وتؤدي إلى التحسين المستمر والارتقاء بمستوى الجودة (عبد الله، ٢٠١٤: ٢٤).

٣. **تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة:** إن عدم توفر الكفاءات البشرية القادرة على استلها سبل التطبيق الفعال لنظام إدارة الجودة، وعدم اهتمام الموظفين بإدارة الجودة، وعدم وجود الدافع للعاملين ورضاهم، وعدم المشاركة والالتزام ببرامج إدارة الجودة من قبل العاملين، عاملين غير أكفاء وكذلك مقاومة العاملين للتغيير تعتبر من التحديات والمعوقات التي تواجه المنظمات العاملة في مجال تقديم الرعاية، وكما هو معروف بإدارة الموارد البشرية تعتبر إحدى أهم الوظائف الإدارية لتركيزها على المورد البشري والذي يعتبر من أثن الموارد التي تمتلكها الإدارة، فهي تشكل ركناً أساسياً في أغلب المنظمات التي تسعى إلى تطوير قدراتها التنظيمية، والتي تمكن المنظمات من استقطاب الكفاءات اللازمة والقادرة على تلبية الحاجات الحالية والمستقبلية (Dissler, 2013: 17)، كما يعتبر ضعف التدريب والتعليم وعدم وجود دورات تدريبية لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم وأساليب الجودة هي أيضاً عقبات رئيسية أمام تطوير وتنفيذ مبادرات إدارة الجودة، فالتعليم والتدريب من المكونات المهمة في إدارة الجودة في المنظمات إن كانت خدمية أو إنتاجية، وله دور مهم في إنشاء لغة مشتركة للجودة وتأمين الالتزام وتغيير السلوك نحو التحسين للجودة، والبحوث والدراسات تؤكد أهمية التعليم والتدريب في عملية تنفيذ إدارة الجودة. التعليم والتدريب وسيلة فعالة تتمكن المنظمة من خلالها تحقيق الفهم الواضح للمنهجية الجديدة لدى العاملين في المنظمة، والارتقاء بمستوى الأداء، وتغيير السلوك الإنساني للأفضل، تحقيق التناؤل، وهذا كله يساهم بشكل كبير في رفع الكفاءة الإنتاجية وخاصة الجودة، وبالتالي تحقيق الرضا لدى زبائن المنظمة (عبد الله، ٢٠١٤: ٤٥).

٤. **التحديات المرتبطة بالهيكل التنظيمي:** يمكن أن يشكل التعقيد الشديد لنظام الرعاية الصحية وبنيتها البيروقراطية، والهيكل المعقد والبيروقراطي وطبقات السلطة المتعددة والتعقيد هي أصعب الحواجز أمام التنفيذ الناجح لإدارة الجودة في منظمات الرعاية الصحية، علاوة على ذلك، يتم تنظيم إعدادات الرعاية الصحية في أقسام تتمتع باستقلالية كبيرة في العمل، مما يعزز قدرتها على مقاومة التغيير، فالهيكل التنظيمي غير الملائم يترتب عليه آثار سلبية من حيث تدني معنويات وحافزيه العاملين واتخاذ قرارات غير سليمة وتزداد النزاعات التنظيمية والوظيفية وكذلك انخفاض الطموح والإبداع وتزايد النفقات (والي، ٢٠١٢: ٤)، تمارس المنظمة التصميم التنظيمي، بوصفها عملية مهمة في اختيار الهيكل المناسب للمنظمة، إذ يمثل وسيلة يتم من خلالها تنظيم المنظمة للوصول للأهداف من خلال تحديد الواجبات، يمثل الهيكل التنظيمي نقطة البداية في تحديد شكل المنظمة الذي يساعد في فهم وتحليل إجراءاتها وعملياتها، وان تأثير الهيكل التنظيمي لا يقتصر على تحسين الإنتاجية والخدمات والكفاءة الاقتصادية للمنظمة، بل يعمل على تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين ورفع معنوياتهم وتوليد التماسك بينهم، لذا يجب أن يصمم الهيكل التنظيمي بشكل يشجع على المشاركة الفاعلة لأعضاء المنظمة (الموسوي، ٢٠٢٠: ٧٠-٧٧).

٥. **التحديات المرتبطة بإجراءات العمل:** تميل المشكلات الإجرائية الرئيسية التي قد تواجهها منظمات الرعاية الصحية أثناء تنفيذ إدارة الجودة إلى أن تكون عل النحو التالي: تعقيد العمليات، والبيروقراطية، والصعوبات في قياس نتائج الرعاية الصحية والتحكم فيها، حيث يتطلب تنفيذ إدارة الجودة في منظمات الرعاية الصحية فهم الطبيعة الخاصة للقطاع والتي تؤثر على إمكانية تطبيق ممارسات الجودة، وتضيف بيئة الهيمنة المهنية للرعاية الصحية والطبيعة المعقدة لممارسات الرعاية الصحية والاعتبارات الأخلاقية، فالتعقيد في الرعاية الصحية هو عقبة أمام تفكير النظم، وهو أمر بالغ الأهمية في التنفيذ الناجح لإدارة الجودة، من الصعب تحديد وقياس ومراقبة النتائج في الرعاية الصحية بسبب عدم قابلية قياس الرعاية الصحية، إذ يختلف كل مريض عن الآخر، لا يمكن معاملة المرضى مثل المنتجات المصنعة (Hanefeld, et al., 2017: 371)، المريض هو الغاية التي يعمل الجميع في المنظمات الصحية لإرضائه بل وإسعاده، فرضا المريض يعني البقاء والاستمرار ولذلك يجب على المنظمة أن تجعل المريض في قمة الهرم لأولوياتها وان يكون المريض هو الدافع الأساسي لكل أعمال المنظمة، وان جوهر مفهوم التركيز على المريض هو إرضاءه بعمل المطلوب بشكل صحيح من المرة الأولى، فاستراتيجية الجودة تتطلب أن ينظر جميع العاملين للزبون (المريض) على أنهم محور النشاط والاهتمام، مهما كانت طبيعة وظائفهم، وكذلك يجب أن يستقصي العاملين في القطاع الصحي ردود الأفعال للمرضى على الرعاية المقدمة، وملاحظة أن يكون الإبداع جزءاً من تحقيق الجودة للزبائن (Suganthi & Samuel, 2015: 91).

### المبحث الثالث: مناقشة النتائج

١. **واقع تحديات جودة الرعاية الصحية:** اعتمدت الباحثتان على خمسة تحيات لجودة الرعاية الصحية وذلك باستخدام (43) عبارة بالاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي، وفيما يأتي وصف لهذه التحديات من وجهة نظر الافراد المبحوثين:

أ. **التحديات الاستراتيجية:**

الجدول (٤) التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة لبعد التحديات الاستراتيجية

| نسبة الاستجابة % | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مقياس الاستجابة    |     |               |     |               |     |           |     |                |     | رمز المتغير     | أسم المتغير           |         |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|-----------|-----|----------------|-----|-----------------|-----------------------|---------|
|                  |                   |               | غير موافق بشدة (1) |     | غير موافق (2) |     | إلى حد ما (3) |     | أوافق (4) |     | أوافق بشدة (5) |     |                 |                       |         |
|                  |                   |               | %                  | عدد | %             | عدد | %             | عدد | %         | عدد | %              | عدد |                 |                       |         |
| 39.20            | 0.70              | 1.96          | 26                 | 52  | 53.5          | 107 | 19.5          | 39  | 1         | 2   | -              | -   | X <sub>1</sub>  | التحديات الاستراتيجية |         |
| 44.60            | 0.76              | 2.23          | 15.5               | 31  | 50.5          | 101 | 29.5          | 59  | 4.5       | 9   | -              | -   | X <sub>2</sub>  |                       |         |
| 42.60            | 0.73              | 2.13          | 18                 | 36  | 54            | 108 | 25            | 50  | 3         | 6   | -              | -   | X <sub>3</sub>  |                       |         |
| 38.40            | 0.90              | 1.92          | 37                 | 74  | 40            | 80  | 18.5          | 37  | 3         | 6   | 1.5            | 3   | X <sub>4</sub>  |                       |         |
| 56.60            | 0.84              | 2.83          | 7.5                | 15  | 22.5          | 45  | 49.5          | 99  | 20.5      | 41  | -              | -   | X <sub>5</sub>  |                       |         |
| 50.40            | 0.84              | 2.52          | 12                 | 24  | 34.5          | 69  | 43            | 86  | 10.5      | 21  | -              | -   | X <sub>6</sub>  |                       |         |
| 46.40            | 0.70              | 2.32          | 10.5               | 21  | 50            | 100 | 36.5          | 73  | 3         | 6   | -              | -   | X <sub>7</sub>  |                       |         |
| 50.60            | 0.90              | 2.53          | 12.5               | 25  | 37            | 74  | 36            | 72  | 14        | 28  | 0.5            | 1   | X <sub>8</sub>  |                       |         |
| 50.00            | 0.89              | 2.50          | 11.5               | 23  | 42            | 84  | 31.5          | 63  | 15        | 30  | -              | -   | X <sub>9</sub>  |                       |         |
| 49.80            | 0.74              | 2.49          | 5                  | 10  | 51            | 102 | 34            | 68  | 10        | 20  | -              | -   | X <sub>10</sub> |                       |         |
| 52.20            | 0.75              | 2.61          | 4.5                | 9   | 40.5          | 81  | 45.5          | 91  | 8.5       | 17  | 1              | 2   | X <sub>11</sub> |                       |         |
| 51.00            | 0.84              | 2.55          | 9                  | 18  | 40.5          | 81  | 38            | 76  | 12        | 24  | 0.5            | 1   | X <sub>12</sub> |                       |         |
| 47.65            | 0.80              | 2.38          | 14.08              |     | 43.00         |     | 33.88         |     | 8.75      |     | 0.88           |     | المعدل العام    |                       |         |
|                  |                   |               | 57.08              |     |               |     | 33.88         |     |           |     | 9.63           |     |                 |                       | المجموع |

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS p26.

يشير الجدول (٤) إلى التوزيعات التكرارية والنسب المئوية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لبعدها التحديات الاستراتيجية، والذي يتمثل بالمتغيرات الفرعية (X<sub>1</sub>-X<sub>12</sub>)، إذ تبين من معطيات الجدول عدم وجود اتفاق بين آراء الأفراد المبحوثين بشأن فقرات التحديات الاستراتيجية إذ بلغ المعدل العام لنسبة عدم الاتفاق (غير موافق، غير موافق بشدة) (57.08) ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي والبالغة (2.38)، وانحراف معياري قدره (0.80) أي أن آراء الأفراد المبحوثين تتجه نحو الاتجاه السلبي، وهذا ما يشير إلى وجود تحديات استراتيجية في المنظمات المبحوثة، في حين كان اتجاهها نحو الاتفاق (أوافق بشدة، أوافق) ضعيف جداً إذ بلغت نسبته (9.63) أما الأفراد الذين كانت نسبة اتفاقهم إلى حد ما بلغت (33.88)، وكان المتغير (X<sub>4</sub>) ابرز متغيرات هذا البعد فقد حقق أعلى نسبة عدم اتفاق بلغت (77%) وبوسط حسابي (1.92) وانحراف معياري (0.90) والذي يشير إلى تؤكد إدارة المستشفى دائماً بان التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها، بالإضافة إلى مساهمة المتغير (X<sub>1</sub>) في تعزيز نسبة عدم الاتفاق لهذا البعد، إذ حقق نسبة عدم اتفاق (80%) بوسط حسابي وانحراف معياري (1.96) (0.70) على التوالي والذي يشير إلى تعدد إدارة جودة الرعاية الصحية شعاراً حقيقياً تعمل من أجله باستمرار.

وتأسيساً على ما سبق ذكره ونتائج الوصف التشخيصي للتحديات الاستراتيجية في الجدول (٤) يمكن القول إن المستشفيات المبحوثة تواجه تحديات استراتيجية لتطبيق الجودة في الرعاية الصحية وبالتالي يمكن قبول الفرضية الفرعية الأولى (تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات استراتيجية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية)، وجاء ذلك مطابقاً لدراسة

(3: 2019, Maphumulo & Bhengu), (محمد علي، شكرت الله، ٢٠١٩: ٣٩٥) والتي تشير إلى أن تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية تواجه تحدياً استراتيجياً.

### ب. التحديات الثقافية:

الجدول (٥): التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة لبعدها التحديات الثقافية

| نسبة الاستجابة % | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مقياس الاستجابة    |     |               |     |               |     |           |     |                |     | رمز المتغير     | اسم المتغير       |         |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|-----------|-----|----------------|-----|-----------------|-------------------|---------|
|                  |                   |               | غير موافق بشدة (1) |     | غير موافق (2) |     | إلى حد ما (3) |     | أوافق (4) |     | أوافق بشدة (5) |     |                 |                   |         |
|                  |                   |               | %                  | عدد | %             | عدد | %             | عدد | %         | عدد | %              | عدد |                 |                   |         |
| 42.40            | 0.72              | 2.12          | 15.5               | 31  | 62            | 124 | 18.5          | 37  | 3.5       | 7   | 0.5            | 1   | X <sub>13</sub> | التحديات الثقافية |         |
| 52.20            | 0.85              | 2.61          | 8                  | 16  | 38            | 76  | 41            | 82  | 11.5      | 23  | 1.5            | 3   | X <sub>14</sub> |                   |         |
| 43.20            | 1.03              | 2.16          | 29                 | 58  | 40.5          | 81  | 19.5          | 39  | 8         | 16  | 3              | 6   | X <sub>15</sub> |                   |         |
| 59.80            | 0.85              | 2.99          | 6                  | 12  | 17            | 34  | 51.5          | 103 | 23.5      | 47  | 2              | 4   | X <sub>16</sub> |                   |         |
| 47.60            | 0.91              | 2.38          | 14.5               | 29  | 47            | 94  | 25            | 50  | 13        | 26  | 0.5            | 1   | X <sub>17</sub> |                   |         |
| 63.40            | 0.95              | 3.17          | 3                  | 6   | 22            | 44  | 37.5          | 75  | 30.5      | 61  | 7              | 14  | X <sub>18</sub> |                   |         |
| 47.60            | 0.81              | 2.38          | 13.5               | 27  | 41.5          | 83  | 39            | 78  | 5.5       | 11  | 0.5            | 1   | X <sub>19</sub> |                   |         |
| 50.60            | 0.80              | 2.53          | 5.5                | 11  | 49            | 98  | 34.5          | 69  | 9.5       | 19  | 1.5            | 3   | X <sub>20</sub> |                   |         |
| 50.85            | 0.87              | 2.54          | 11.88              |     | 39.63         |     | 33.31         |     | 13.13     |     | 2.06           |     | المعدل العام    |                   |         |
|                  |                   |               | 51.50              |     |               |     | 33.31         |     |           |     | 15.19          |     |                 |                   | المجموع |

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS p26.

تضمن هذا البعد المتغيرات الفرعية (X<sub>13</sub>-X<sub>20</sub>)، وتشير معطيات الجدول (٥) أن المعدل العام لنسبة عدم اتفاق الأفراد المبحوثين قد بلغت (51.50) بينما بلغت نسبة الاتفاق (15.19) بوسط حسابي قدره (2.54) وانحراف معياري (0.87) وهذا يؤكد على عدم اتفاق أفراد العينة (المبحوثين) على فقرات التحديات الثقافية أي أن آراء الأفراد المبحوثين تتجه نحو الاتجاه السلبي، وهذا ما يشير إلى وجود تحديات ثقافية في المنظمات المبحوثة، أما الأفراد الذين كانت نسبة اتفاقهم إلى حد ما بلغت (33.31)، وكان المتغير (X<sub>15</sub>) أبرز هذا البعد فقد أسهم في تعزيز نسبة عدم الاتفاق لهذا البعد، إذ حقق أعلى نسبة عدم اتفاق (69.5) وبوسط حسابي (2.12) وانحراف معياري (0.72) الذي يشير إلى أن الإدارة تعمل على نشر ثقافة جودة الرعاية الصحية في جميع الأقسام والمستويات الإدارية، كذلك المتغير (X<sub>13</sub>) قد حقق نسبة عدم اتفاق بين متغيرات هذا البعد بلغت (77.5) بوسط حسابي وانحراف معياري (2.12) (0.72) على التوالي، الذي يشير إلى أنه يعتقد أن جودة الرعاية الصحية لا تعني الرفاهية.

تأسيساً على ما سبق ذكره ونتائج الوصف التشخيصي للتحديات الثقافية في الجدول (٥) يمكن القول أن المستشفيات المبحوثة تواجه تحديات ثقافية لتطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية وبالتالي قبول الفرضية الفرعية (تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات ثقافية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية)، وجاء ذلك مطابقاً لدراسة (الأغا، ٢٠٠٦: ١٨) ودراسة (Dixon-Woods, et al., 2012: 879) ودراسة (Handefeld, et al., 2017: 102).

### ج. تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة:

الجدول (٦): التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة لبعث تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة

| نسبة الاستجابة % | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مقياس الاستجابة    |      |               |      |               |     |           |     |                |                 | رمز المتغير     | اسم المتغير              |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|------|---------------|------|---------------|-----|-----------|-----|----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
|                  |                   |               | غير موافق بشدة (1) |      | غير موافق (2) |      | إلى حد ما (3) |     | أوافق (4) |     | أوافق بشدة (5) |                 |                 |                          |
|                  |                   |               | عدد                | %    | عدد           | %    | عدد           | %   | عدد       | %   | عدد            | %               |                 |                          |
| 51.80            | 0.87              | 2.59          | 17                 | 8.5  | 77            | 38.5 | 42            | 84  | 8         | 16  | 3              | 6               | X <sub>21</sub> | الكوادر الإدارية المؤهلة |
| 53.00            | 0.87              | 2.65          | 18                 | 9    | 64            | 32   | 47.5          | 95  | 8.5       | 17  | 3              | 6               | X <sub>22</sub> |                          |
| 56.40            | 0.90              | 2.82          | 15                 | 7.5  | 48            | 24   | 51.5          | 103 | 13        | 26  | 4              | 8               | X <sub>23</sub> |                          |
| 54.20            | 0.89              | 2.71          | 18                 | 9    | 57            | 28.5 | 48.5          | 97  | 11        | 22  | 3              | 6               | X <sub>24</sub> |                          |
| 51.40            | 0.98              | 2.57          | 23                 | 11.5 | 81            | 40.5 | 31.5          | 63  | 12.5      | 25  | 4              | 8               | X <sub>25</sub> |                          |
| 46.80            | 0.90              | 2.34          | 36                 | 18   | 81            | 40.5 | 31.5          | 63  | 9.5       | 19  | 0.5            | 1               | X <sub>26</sub> |                          |
| 47.00            | 0.82              | 2.35          | 26                 | 13   | 96            | 48   | 31            | 62  | 7.5       | 15  | 0.5            | 1               | X <sub>27</sub> |                          |
| 52.00            | 0.76              | 2.60          | 11                 | 5.5  | 80            | 44   | 88            | 10  | 20        | 0.5 | 1              | X <sub>28</sub> |                 |                          |
| 49.80            | 0.87              | 2.49          | 18                 | 9    | 97            | 48.5 | 28            | 56  | 13.5      | 27  | 1              | 2               | X <sub>29</sub> |                          |
| 50.40            | 1.00              | 2.52          | 30                 | 15   | 77            | 38.5 | 28            | 56  | 16.5      | 33  | 2              | 4               | X <sub>30</sub> |                          |
| 51.28            | 0.89              | 2.56          | 10.60              |      | 37.90         |      | 38.35         |     | 11.00     |     | 2.15           |                 | المعدل العام    |                          |
|                  |                   |               | 48.50              |      |               |      | 38.35         |     | 13.15     |     |                |                 | المجموع         |                          |

المصدر: من إعداد الباحثتان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS p26.

جاءت المتغيرات (X<sub>21</sub>-X<sub>30</sub>) لتمثل بعث تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة، وضمن هذا البعد كان المتغير (X<sub>26</sub>) هو المتغير الذي حصل على أعلى نسبة عدم اتفاق بين المتغيرات الأخرى بلغت (58.5) وبوسط حسابي (2.34) وانحراف معياري (0.90)، وهذا يؤكد على عدم اتفاق أفراد العينة (المبحوثين) على فقرات تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة، الذي يشير إلى يتم أداء العمل بدون أخطاء لأن كل فرد يعمل في مجال تخصصه وحسب قدراته، بالإضافة إلى مساهمة المتغير (X<sub>27</sub>) في تعزيز نسبة عدم الاتفاق إذ جاء بنسبة عدم اتفاق بلغت (61) بوسط حسابي (2.35) وانحراف معياري (0.82) الذي يشير إلى يسعى العاملين في الإدارة لبناء جسور من الثقة بين العاملين في المستشفى، وقد حصل هذا البعد ضمن المعدل العام له على نسبة عدم اتفاق (48.50) يقابلها نسبة اتفاق (13.15) بوسط حسابي وانحراف معياري (2.56) (0.80) على التوالي، وهذا يؤكد على عدم وجود اتفاق لدى عينة الدراسة حول هذا البعد، أما الأفراد الذين كانت نسبة اتفاقهم إلى حد ما بلغت (38.35) وكما موضح في الجدول (٦).

وتأسيساً على ما سبق ذكره ونتائج الوصف التشخيصي لتحديات الكوادر الإدارية المؤهلة في الجدول (٦) يمكن القول أن المستشفيات المبحوثة تواجه تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة لتطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية وبالتالي قبول الفرضية الفرعية (تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية)، وجاء ذلك مطابقاً لدراسة (المضف، ٢٠٠٧: ١٤)، (Dixon-Woods, et al., 2012: 879)، (الكحلوت، ٢٠٠٤: ١٠).

#### د. التحديات الهيكلية:

الجدول (٧) التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة لبعدهم التحديات الهيكلية

| نسبة الاستجابة % | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مقياس الاستجابة    |     |               |     |               |     |           |     |                |     | رمز المتغير     | اسم المتغير       |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|-----------|-----|----------------|-----|-----------------|-------------------|
|                  |                   |               | غير موافق بشدة (1) |     | غير موافق (2) |     | إلى حد ما (3) |     | أوافق (4) |     | أوافق بشدة (5) |     |                 |                   |
|                  |                   |               | %                  | عدد | %             | عدد | %             | عدد | %         | عدد | %              | عدد |                 |                   |
| 49.60            | 0.86              | 2.48          | 14                 | 28  | 34            | 86  | 43            | 86  | 8.5       | 17  | 0.5            | 1   | X <sub>31</sub> | التحديات الهيكلية |
| 43.60            | 0.85              | 2.18          | 22.5               | 45  | 42            | 84  | 31.5          | 63  | 3         | 6   | 1              | 2   | X <sub>32</sub> |                   |
| 51.40            | 0.88              | 2.57          | 11                 | 22  | 34            | 68  | 45            | 90  | 7.5       | 15  | 2.5            | 5   | X <sub>33</sub> |                   |
| 50.00            | 0.89              | 2.50          | 12                 | 24  | 39.5          | 79  | 36.5          | 73  | 10.5      | 21  | 1.5            | 3   | X <sub>34</sub> |                   |
| 61.20            | 0.87              | 3.06          | 5                  | 10  | 18            | 36  | 45            | 90  | 30        | 60  | 2              | 4   | X <sub>35</sub> |                   |
| 50.40            | 0.81              | 2.52          | 8                  | 16  | 44            | 88  | 36.5          | 73  | 11        | 22  | 0.5            | 1   | X <sub>36</sub> |                   |
| 57.80            | 0.78              | 2.89          | 2                  | 4   | 30            | 60  | 46.5          | 93  | 20.5      | 41  | 1              | 2   | X <sub>37</sub> |                   |
| 52.00            | 0.85              | 2.60          | 10.64              |     | 34.50         |     | 40.57         |     | 13.00     |     | 1.29           |     |                 | المعدل العام      |
|                  |                   |               | 45.14              |     | 40.57         |     | 40.57         |     | 14.29     |     | 14.29          |     |                 | المجموع           |

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS p26.

نلاحظ من الجدول (٧) أن هذا البعد تضمن المتغيرات الفرعية من (X<sub>31</sub>-X<sub>37</sub>) وبلغ المعدل العام لنسبة عدم الاتفاق (45.14) يقابلها نسبة اتفاق (14.29) بوسط حسابي وانحراف معياري (2.60) (0.85) وهذا يؤكد على عدم اتفاق أفراد العينة المبحوثين على فقرات التحديات الهيكلية، وضمن هذا البعد كان المتغير (X<sub>32</sub>) هو المتغير الذي حصل على أعلى نسبة عدم اتفاق بين المتغيرات الأخرى بلغت قيمتها (64.5%) وبوسط حسابي (2.18) وانحراف معياري (0.85)، إذ يشير المتغير إلى أنه توجد سياسات وإجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وحمايتها من الفقد والتلف، واسهم المتغير (X<sub>31</sub>) برفع نسبة عدم الاتفاق لهذا البعد إذ بلغت نسبة عدم اتفاق له (48%) وبوسط حسابي (2.48) وانحراف معياري (0.86)، والذي يشير إلى أنه تمتلك إدارة المستشفى نظام معلومات لتطبيق جودة الرعاية الصحية، أما الأفراد الذين كانت نسبة استجابتهم إلى حد ما بلغت (40.57) وكما موضح في الجدول (٧).

وتأسيساً على ما سبق ذكره ونتائج الوصف التشخيصي للتحديات الهيكلية في الجدول (٧) يمكن القول إن المستشفيات المبحوثة تواجه تحديات الموارد البشرية لتطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية وبالتالي قبول الفرضية الفرعية (تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات هيكلية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية)، وجاء ذلك مطابقاً لدراسة (Maphumulo & Bhengu, 2019: 3)، (الكحلوت، ٢٠٠٤: ١٠).

## ٥. التحديات الإجرائية:

الجدول (٨): التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة لبعث التحديات الإجرائية

| نسبة الاستجابة % | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مقياس الاستجابة    |     |               |     |               |     |           |     |                |     | رمز المتغير     | اسم المتغير        |         |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|-----------|-----|----------------|-----|-----------------|--------------------|---------|
|                  |                   |               | غير موافق بشدة (1) |     | غير موافق (2) |     | إلى حد ما (3) |     | أوافق (4) |     | أوافق بشدة (5) |     |                 |                    |         |
|                  |                   |               | %                  | عدد | %             | عدد | %             | عدد | %         | عدد | %              | عدد |                 |                    |         |
| 67.20            | 0.82              | 3.36          | 15.5               | 31  | -             | -   | 40            | 80  | 38        | 76  | 6.5            | 13  | X <sub>38</sub> | التحديات الإجرائية |         |
| 55.00            | 0.68              | 2.75          | 3                  | 6   | 29.5          | 59  | 57            | 114 | 10.5      | 21  | -              | -   | X <sub>39</sub> |                    |         |
| 54.00            | 0.78              | 2.70          | 5                  | 10  | 35            | 70  | 46            | 92  | 13.5      | 27  | 0.5            | 1   | X <sub>40</sub> |                    |         |
| 38.40            | 0.85              | 1.92          | 38.5               | 77  | 33.5          | 67  | 26            | 52  | 2         | 4   | -              | -   | X <sub>41</sub> |                    |         |
| 47.40            | 0.85              | 2.37          | 14                 | 28  | 45            | 90  | 32            | 64  | 8.5       | 17  | 0.5            | 1   | X <sub>42</sub> |                    |         |
| 44.40            | 0.98              | 2.22          | 27                 | 54  | 36            | 72  | 26            | 52  | 10.5      | 21  | 0.5            | 1   | X <sub>43</sub> |                    |         |
| 51.07            | 0.83              | 2.55          | 17.17              |     | 35.80         |     | 37.83         |     | 13.83     |     | 2.00           |     |                 | المعدل العام       |         |
|                  |                   |               | 52.97              |     |               |     | 37.83         |     |           |     | 15.83          |     |                 |                    | المجموع |

وفقاً لمعطيات الجدول (٨) تضمن هذا البعث المتغيرات (X<sub>38</sub>-X<sub>43</sub>)، إذ بلغت نسبة عدم الاتفاق العام للأفراد المبحوثين على فقرات هذا البعث (52.97%) وبوسط حسابي قدره (2.55) وانحراف معياري (0.83) مما يؤكد أيضاً على عدم وجود اتفاق لأكثر من نصف العينة على هذا البعث، يقابل هذه النسبة من عدم الاتفاق نسبة من الاتفاق بلغت (15.38) أي إن أراء الأفراد المبحوثين تتجه نحو الاتجاه السلبي، وكان المتغير (X<sub>41</sub>) هو المتغير الذي حصل على أعلى نسبة عدم اتفاق بين المتغيرات الأخرى بلغت قيمتها (72%)، والذي يشير إلى يعتمد نجاح جودة الرعاية الصحية على تعاون المرضى، وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (1.92) (0.85) على التوالي. أما الأفراد الذين كانت نسبة اتفاقهم إلى حد ما بلغت (37.83). وتأسيساً على ما سبق ذكره ونتائج الوصف التشخيصي للتحديات الإجرائية في الجدول (٨) يمكن القول إن المستشفيات المبحوثة تواجه تحديات إجرائية لتطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية وبالتالي قبول الفرضية الفرعية (تواجه المستشفيات المبحوثة تحديات إجرائية تحول دون تحقيق الجودة في الرعاية الصحية)، وجاء ذلك مطابقاً لدراسة (الاغا، ٢٠٠٦: ١٨)، (حمود، ٢٠٠٧: ٢٤٠-٢٤١)، (محمد علي، وآخرون، ٢٠١٩: ٣٩٤).

الجدول (٩): الأهمية النسبية لتحديات جودة الرعاية الصحية.

| ت | الأبعاد                  | الوسط الحسابي | نسبة الاستجابة % | الترتيب |
|---|--------------------------|---------------|------------------|---------|
| 1 | التحديات الاستراتيجية    | 2.38          | 47.65            | الأولى  |
| 2 | التحديات الثقافية        | 2.54          | 50.85            | الثانية |
| 3 | التحديات الإجرائية       | 2.55          | 51.07            | الثالثة |
| 4 | الكوادر الإدارية المؤهلة | 2.56          | 51.28            | الرابعة |
| 5 | التحديات الهيكلية        | 2.60          | 52.00            | الخامسة |

المصدر: من إعداد الباحثتان.

يتضح مما تقدم أن هناك تباين بالأهمية النسبية لتحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة، مما يعني قبول الفرضية.

## المبحث الرابع: الاستنتاجات والتوصيات

### أولاً. الاستنتاجات:

١. وجود التباين فيما عرض من قبل الباحثين بخصوص تصنيف تحديات جودة الرعاية الصحية لذا اعتمدت الباحثتان على جمع وتحليل وجهات النظر عن طريق تضمينها للغالبية العظمى من الآراء منذ بداية ظهور التصنيفات التي حددت التحديات ولحد الآن.
٢. على الرغم من وجود تباين وأضح في وجهات نظر الدارسين والمختصين حول تحديات جودة الرعاية الصحية ومداخل دراستها إلا أن هناك إجماعاً واسعاً على أهمية الدور الذي تلعبه في نجاح القطاع الصحي واستدامته وتميزه عن المنظمات الصحية التقليدية.
٣. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي لآراء عينة الدراسة إن المنظمات المبحوثة تواجه تحديات في تطبيق جودة الرعاية الصحية والتي تتمثل بـ (التحديات الاستراتيجية، الثقافية، الكوادر الإدارية المؤهلة، الهيكلية والتحديات الإجرائية).
٤. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن هناك فروقات معنوية بين متوسط الرتب لتحديات جودة الرعاية الصحية للمنظمات المبحوثة بين كل من مدينتي الموصل ودهوك.
٥. أظهرت إجابات المبحوثين فيما يخص بعد تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة بشأن العبارات المعبرة عنه شغلت المرتبة الرابعة، الأمر الذي يفسر إن المنظمات المبحوثة تولي اهتماماً ضعيفاً بتنمية وتطوير وتدريب الكوادر الإدارية التي تعمل في أقسام الجودة.

### ثانياً. التوصيات:

١. تصميم خطة استراتيجية طويلة الأجل موضوعية وواضحة تشتمل على رؤية ورسالة وأهداف من قبل إدارة المستشفى بهدف تطوير برامج جودة الرعاية الصحية، وبالتالي تحقيق الأهداف وإدخال التحسينات المستمرة والمتواصلة لعدد من الأنشطة والفعاليات والتي تمكن المنظمة من الوصول إلى الريادة في مستوى جودة الرعاية الصحية.
٢. على إدارة المستشفيات المبحوثة السعي لتحسين ثقافة العاملين تجاه مفهوم إدارة الجودة من حيث البرامج التدريبية والندوات وبعثات لمنظمات أخرى سباقة للاستفادة من الخبرة.
٣. وضع خطة تدريبية وتطويرية للأفراد العاملين (الأطباء والممرضين) في المنظمة الصحية ولكافة الفئات من خلال تنفيذ برامج تدريبية في مجال جودة الرعاية الصحية مع مواكبة التطورات في العالم بهذا المجال.
٤. حث إدارات المستشفيات مجتمع الدراسة إلى تبني الأساليب الإدارية العلمية الحديثة وتطبيقها من أجل تحسين الرعاية الصحية.

### المصادر

#### أولاً. المصادر العربية:

##### أ. الكتب العربية:

١. الجبوري، ميسر إبراهيم، ٢٠١٠، إدارة الجودة، جوانب نظرية وتجارب واقعية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، ص ٢٧.
٢. حمود، خضير كاظم، ٢٠٠٧، إدارة الجودة وخدمة الزبائن، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ص ٢٤٠-٢٤١.

٣. الشميلي، عائشة يوسف، ٢٠١٧، الإدارة الاستراتيجية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص ٢١.

٤. الموسوي، علي سعد، ٢٠٢٠، طبيعة ومتطلبات تصميم الهيكل التنظيمي، ص ٧٠-٧٢.

#### ب. البحوث والدراسات:

١. الجزائري، صفاء محمد، ومحمد علي غباش، وشنتيت بشرى عبد الله، ٢٠٠٩، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام-البصرة، العراق، ص ٣٨-٤١.

٢. الكلوت، سعدي محمد، ٢٠٠٤، العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال من كلية التجارة بالجامعة الإسلامية، غزة، ص ١٠.

٣. عبد المهدي، رزان علي عمر، ٢٠١٦، أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، ص ٣٩.

#### ج. الدوريات:

١. أنيس، غانم رزوقي وعلي، فلاح حسن، ٢٠١٥، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمريضي في مستشفى ابن النفيس، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، بغداد، العراق، المجلد ٢١، العدد ٨٢، ص ١٢٧.

٢. عبد الله، حسن صادق حسن، ٢٠١٤، إدارة الجودة الشاملة في ظل استراتيجية الأعمال، مجلة كلية الاقتصاد العلمية، كلية العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية، مملكة البحرين، العدد ٤، ص ٢٤.

٣. عبد الغني، سوزان، ٢٠١٧، إمكانية تطبيق متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى آزادي التعليمي، مجلة الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العراق، العدد: ١١٢، ص ١١٥-١٢٥.

٤. محمد علي، مالك النعيم وشكرت الله، أمل بشير، ٢٠١٩، العوامل المؤثرة على تطبيق معايير الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية، دراسة حالة: مستشفى أمراض النساء والتوليد بمدينة ود مدني، السودان، المجلة المصرية التطبيقية، المجلد ٣٤، العدد ١٢، ص ٣٩٥.

#### د. المؤتمرات:

١. الأغا، وفيق حلمي، ٢٠٠٦، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، ص ١٨.

#### هـ. الانترنت:

١. المصف، بثينة، ٢٠٠٧، تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي دولة الكويت، ص ١٤

<http://www.knpc.org>

٢. والي، عدنان ماشي، ٢٠١٢، بناء الهياكل التنظيمية، رسالة نشرت في بوابات كنانة أونلاين.

<https://kenanaonline.com> ص ١٣-١٤.

## ثانياً. المصادر الأجنبية:

### A. Book

1. Dissler, G, 2013, Human Resource Management. New Jersey: Prentice Hall. p 17.
2. McGee, T. & Wilson, David, 2015, Strategy analysis and practice, London: McGraw Hillinc. p.797.
3. Suganathi, L. and Samuel, A. A., 2015, Total quality management. New Delhi: Asoke K. Ghosh, PHI Learning Private Limited. Delhi: Asoke K. Ghosh, PHI Learning Private Limited.

### B. Jornals and Artieles:

1. Al-Ali, A. M., 2014, developing a total quality management framework for healthcare organizations. In Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, p.p 890-891.
2. Black, N., Varaganum, M. and Hutching, A., 2014, Relationship between reported exported (PREMs) and patient reported outcome;s (PROMs) in elective surgery. BMJ Quality & Safety, Vol: 23, No.7, p106.
3. Dixon-Woods, M., McNicol, S., and Martin, G., 2012, ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. BMJ quality and safety, Vol: 21 No.10, p 879.
4. Donabedian, A., 1988, the quality of care: How can it be assessed, Journal of the American medical association, pp. 34.
5. Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., and Balabanova, D., 2017, Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bulletin of the World Health Organization, Vol: 95, No: 5, p.371.
6. Javed, S. A., Ilyas, F., 2018, Service quality and satisfaction in healthcare sector of Pakistan-the patients' expectations. Int J HealthCare QualAssur. Vol: 31, No.6 pp.489-501.
7. Lund, D.B., 2003, Organizational Culture and Job Satisfaction, Journal of Business and Industrial Marketing, Vol: 18, No: 3, P.219.
8. Maphumulo, W. T., and Bhengu, B., R., 2019, Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: A critical review. Curationis, Vol: 42, No.1, p.312.
9. Mohajan, H. K., 2017, two criteria for good measurements in research: Validity and reliability. Annals of Spiru Haret University. Economic Series, Vol: 17, No.4, p.73.
10. Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S. and Dason, B., 2010, Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. International Journal of Public Sector Management, p.17.