

مدى إمكانية تبني نموذج Crosby في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة استطلاعية في مستشفى السلام التعليمي

م.د. عادل محمد عبد الله
قسم إدارة الأعمال/جامعة الموصل

Email:adelmanag@yahoo.com

المخلص

يلقى موضوع جودة الرعاية الصحية جدلاً واسعاً في المجالات التخصصية والإدارية على حد سواء، ويرصد للرعاية الصحية المبالغ الكبيرة، بوصفها أحد العوامل المهمة والحرية التي يقاس في ضوءها تقدم الدول ونظامها الصحي، فضلاً عن أن غاية جودة الرعاية الصحية هو الإنسان للارتقاء به نحو تكوين المجتمع المعافى جسدياً ونفسياً، إن الرعاية الصحية أحد أهم الحقوق التي يفترض أن توفرها الدولة لمواطنيها. ويوجد العديد من البرامج للنهوض بجودة الخدمات الصحية التي تمثل جزءاً من إدارة الجودة الشاملة التي تهدف إلى الانتقال بالمنظمة الصحية من الوضع الحالي إلى الوضع المرغوب بمواردها البشرية والمادية والتقنية لتحقيق الجودة في افادة المرضى الراقيين في المستشفيات. فالبحث يتبنى

ويحاول البحث الحالي تقديم نموذج يركز في البيئة الداخلية للمنظمة في تقديم جودة الرعاية الصحية التي من خصائصها أنها تحدد مقدار الحاجة لها من قبل مقدم الخدمة، لتتمكن المنظمة الخدمية من تقديم الخدمات على نحو فاعل، عبر الإجابة على تساؤل "كيف يمكن لأنموذج محدد أن يحقق الإدارة الفاعلة لجودة خدمات الرعاية الصحية؟" ويفترض هذا البحث أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في إيجاد أنموذج محدد بالإدارة عبر متغيرات فرعية داخل ذلك الأنموذج، ولتحقيق هدف البحث استخدم أسلوب تحليل الانحدار لتحديد أهم المبادئ التي اقترضاها Crosby في أنموذجه من وجهة نظر الموظفين في المستشفى تجاه جودة خدمات الرعاية الصحية في المنظمة المبحوثة، وتوصل البحث إلى أن خدمات الرعاية الصحية تعتمد على ثلاثة نماذج مشتقة من مبادئ أنموذج Crosby تمثل نماذج تنبؤية تساعد على تفسير مجمل الظاهرة الكلية وهي جودة الرعاية الصحية.

The Possibility of Adoption Crosby Model to Improve the Quality of Health Services: Exploratory Study in in ASalam Teaching Hospital

D. Adel M. Abdullah Al- Ta'e

Lecturer

Department of business Administration

University of Mosul

Abstract

The subject of healthcare has been argued from many specialist and managerial interest in many places for its importance, and countries always allocate good budget for healthcare, because its one of the important and critical factor used in measuring development in healthcare system in the world. Healthcare consider as an important human rights offered from governments to their citizens. There are many health programs could be adopted to improve health services which represent important part of Total Quality Management, This research trying to introduce an approach to provide health services focusing on internal environment to promote the quality of the health service and help the organization to provide this service in an effective way through answering the following question "how and wich model can achieved efficiency management in provide health service in high quality"?

To achieve the the research aim, we used regression analysis to determine Philip Crosby essential priority in his approach from employee point view in the hospital toward the provision of health service to evaluate the organization.

The main conclusion of this research was that the health care services based on three models derived from the principles of Crosby represent predictive models help to explain the entire phenomenon, which represented in the quality of health care.

المقدمة

يواجه المريض مواقف عديدة تتطلب منه المرور بها للوصول إلى إشباع حاجاته من الخدمة الصحية، وصولاً إلى علاج حالته المرضية حيث يكون تقليل الهدر في وقت الانتظار وتقليل الهدر في الحركة من المتطلبات المهمة في جودة الرعاية الصحية. وينطبق ذلك على أنواع خدمات الرعاية الصحية العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية وغيرها وضمن المستويات الثلاث للرعاية الصحية (الأولية، والثانية، والثالثة) وبما تضمنه من موارد بشرية ومادية ومعلوماتية وأوقات مخصصة لتقديم الخدمة. من أجل الوصول إلى القرار الأنسب بالاستفادة من خدمات الرعاية الصحية يفترض البحث ليس فقط في توفير الخدمة فحسب بل الاهتمام المستمر بالتحسين المستمر لها الذي هو من أهم عوامل جودة الخدمات عموماً والخدمات الصحية على نحو خاص.

ويقدم البحث الحالي طرحاً مهماً يمكن العاملين في مجال الخدمات الصحية وجودتها من الأخذ به لتحسين جودة الرعاية الصحية عبر تساؤل مهم هو كيف يمكن تحسين جودة خدمات المنظمات الصحية؟، الهدف من ذلك هو إبراز حقيقة استخدام نموذج Crosby في تحقيق ذلك التحسين، والتحسين هو ليس عملية عشوائية وإنما هو عملية اختيار نموذج تفرضه إدارة الجودة الشاملة والتأكد من تطبيق معاييرها وفقاً لذلك النموذج.

اعتمدت الدراسة أسلوب الاستقراء في عرض البيانات وتحليلها وتكييفها بما يتلاءم مع الانتقال من الجزئيات التي هي المبادئ الأربعة عشر المفترضة وفق نموذج Crosby بغية الوصول إلى أحكام عامة، عبر اختبار توافرها في مجال الرعاية الصحية. وتضمن البحث المحاور الآتية:

المحور الأول: منهجية الدراسة وإجراءاتها.

المحور الثاني: الإطار الفكري لنموذج Crosby وجودة خدمات المنظمات الصحية.

المحور الثالث: الجانب الميداني.

المحور الرابع: الاستنتاجات والتوصيات.

المحور الأول: منهجية البحث.

أولاً: مشكلة البحث

تعد المستشفى ومراكز الرعاية الصحية الأولية المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي لتوصيل الخدمات الصحية والعلاجية للمرضى، وهذا ما يفرض عليها أن تكون في تطلع دائم نحو استخدام التقنية واستخدام كل ما هو مستحدث لتقديم خدماتها إلى زبائنهم لإشباع حاجاتهم، لذا فقد أصبح لزاماً تطبيق المنهج العلمي وتطبيقات التطورات المتسارعة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ويمكن توضيح مشكلة البحث من خلال مجموعة من التساؤلات البحثية الآتية:

- أ- هل تسهم من الناحية الإحصائية الالتزام، والتكوين، والقياس، والتكاليف، والوعي، في جودة الرعاية الصحية للمرضى الراغبين في المستشفى؟
- ب- هل يسهم من الناحية الإحصائية مجموعة نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار، في مستوى جودة الرعاية الصحية؟
- ت- هل التخلص من الأخطاء، ومعوقات الاتصال، وتقدير الأفكار، ومجالس الجودة (لجان متخصصة في المستشفى)، والاستمرارية، في جودة الرعاية الصحية؟

ثانياً: أهمية البحث.

تعتمد الجودة في المستشفيات مزايا متعددة، منها اعتماد النمذجة في إصلاح نوعية الخدمات وتقييمها وصولاً للجودة بدلاً من الاعتماد على عمليات عشوائية أو إقامة دراسات ذات معايير منتقاة من هنا وهناك يطلق عليها مسمى الجودة، ويحقق الاهتمام بالجودة الوفرة في الموارد وإقامة طريق مختصر نحو الجودة عبر إيجاد فريق عمل، و ضمان التحسين لا سيما أن الخدمات الصحية تقوم على أساس الحاجة وليس الرغبة في قدوم المريض من عدمه إذن عملية إدارة جودة الرعاية الصحية عملية داخلية تتعلق بإدارة المستشفى والقائمين على اتخاذ القرار في المنظمات الصحية الأخرى كمراكز الرعاية الصحية الأولية، ومراكز الوقاية من الأمراض، والعيادات المتخصصة، ومراكز رعاية المجتمع مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة وغيرها.

ثالثاً: فرضيات البحث

- أ- لا يسهم من الناحية الإحصائية للالتزام، وتكوين الفرق، والقياس، والتكاليف، والوعي، في جودة الرعاية الصحية $H_0: \mu_1 = \mu_2 \dots \mu_k$
- ب- لا يسهم من الناحية الإحصائية مجموعة نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار، في مستوى جودة الرعاية الصحية. $H_0 \mu_1 = \mu_2 \dots \mu_k$
- ت- لا يسهم التخلص من الأخطاء، ومعوقات الاتصال، وتقدير الأفكار، ومجالس الجودة، والاستمرارية، في مستوى جودة الرعاية الصحية. $H_0: \mu_1 \neq \mu_2 \dots \mu_k$.

رابعاً: هدف البحث

يهدف هذا البحث إلى التركيز في جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى وفيما إذا كانت إدارة المستشفى تؤمن الإدارة الفاعلة والأساسية تجاه الجودة من حيث المعايير والأدوات والقياس والاعتمادية وتنظيم فرق العمل، ودراسة مدى نجاح نموذج Crosby بالتطبيق في الخدمات الصحية من حيث المبادئ فقط، كما يهدف البحث إلى إظهار أهمية العنصر الإنساني في مجال الخدمة الصحية وبيان أهمية تسويق الخدمات الصحية بشكل عام وفي المستشفى بشكل خاص.

خامساً: حدود البحث وأساليب تحليل البيانات.

- أ- الحدود المكانية: مستشفى السلام التعليمي في كلية الطب الثانية في الموصل.
- ب- الحدود الزمانية: الفترة الممتدة ما بين 2011/9/1 ولغاية 2011/10/30.
- ت- مصادر المعلومات: تعتبر المكتبة المركزية وشبكة المعلومات الدولية من أهم مصادر الجانب النظري، وتم تصميم استمارة استبيان للموظفين في المستشفى المبحوث وهم وفق الآتي:

(1) 20 استمارات للموظفين في الإدارة العليا

(2) 20 استمارات للموظفين في الإدارة الوسطى.

(3) 72 استمارة للموظفين في الإدارة الدنيا.

ث- أساليب التحليل الإحصائي: برمجية SPSS* برمجية Excel2003 .

* Statistical Package for Social Scienc

المحور الثاني: الإطار الفكري لنموذج Crosby وجودة خدمات المنظمات الصحية.

نحاول عرض أنموذج Phillip Crosby وفق المبادئ الأربعة عشر المرتبطة بالجودة عموماً وخدمات الرعاية الصحية على نحو خاص من حيث مفهوم كل مبدأ ووفق ما ورد حوله من آراء وما استنتج عنه من استنتاجات من أجل تحقيق أهداف وأهمية البحث الحالي وعلى النحو الآتي:

1. المقدمة والخلفية النظرية

شهد القرن العشرين تطورات عديدة في مجال إدارة الجودة الشاملة ولاسيما وان بدايتها كانت في الستينيات، إذ ظهرت فلسفات عديدة للجودة وإدارتها، كان أبرزها فلسفة الرواد الأوائل للجودة وهم: Edward Deming الذي وضع أربعة عشر مبدأ يمكن للإدارة في المنظمات استخدامها لتحقيق ميزة تنافسية على المنافسين في الأسواق، ثم ظهرت بعد ذلك في بداية السبعينات فلسفة Phillip Crosby، الذي حدد أربع عشرة خطوة لتطوير وتحسين الجودة وإدارتها، وأخيراً ظهرت فلسفة Joseph Juran الذي أوضح ثلاث عمليات للجودة وهي عملية التخطيط وعملية التحسين وعملية التطوير.

ويعد Crosby من أوائل من طرح مصطلح المعيب الصفر في الإدارة Zero Defect الذي هو تعبير عن انجاز العمل الصحيح من أول مرة للوصول إلى الإتقان، ويعني المعيب الصفر في الإنتاج الخدمي خدمة بدون أخطاء Zero Error فهو لا يشمل عدم التزام مقدم الخدمة بخطوات واجراءات محددة في تقديم الخدمة، أو تدهور في النواحي الملموسة للخدمة فحسب، بل يكون الاهتمام بالإتقان في العمل أو تبسيط الإجراءات، أو توسيعها، أو اتخاذ الإجراءات المناسبة في الوقت والزمان المناسبين الذي يصطلح عليه بالإنشاء الذي يفترض أن يتلاءم مع احتياجات المريض زمانياً ومكانياً فضلاً عن نوع الحالة المرضية، كما أن المعيب الصفر لا يشمل أي تعديل ناتج عن سوء استخدام الموارد أو ما ينتج عن حادث عرضي أو الصدفة (Crosby, 2009, 2).

يعرف Crosby الجودة بوصفها "مدى المطابقة مع المتطلبات"، وفي تحقيق مستوى جودة الرعاية الصحية، كلما كانت مواصفات المستلزمات المادية للخدمة، والإجراءات، وتوافر الملاكات الصحية والطبية المتخصصة، وفق المعايير القطاعية، والمحلية، والمقاييس العالمية كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة. ويفترض أيضاً أن على المنظمة الخدمية أن تعرف الجودة المتوافرة لديها فما يعد جيداً في منظمة قد لا يعتبر كذلك في منظمة أخرى وما يعتبر جيداً في وقت معين قد لا يكون كذلك في وقت حالي أو لاحق منه، وتختلف أيضاً الجودة بحسب الاختصاصات الطبية وما تعتمد عليه تلك الاختصاصات وصولاً لتحقيق الغرض من قدوم المريض للمستشفى، مثلاً للعلاج أو الوقاية أو التأهيل (سفيان، 2006، 108).

2. مبادئ جودة الرعاية الصحية وأنموذج Crosby.

سنتناول المبادئ الأربعة عشر التي تناولها Crosby التي ركز فيها على المستفيد الداخلي ممثلاً بالأطباء والممرضين والمعينين الفنيين والإداريين كونهم المعنيين أكثر من غيرهم بمستوى الجودة الأمثل المفترض تقديمه للمريض، تلك الجودة التي تنطبق وخصوصية الخدمات الصحية في المستشفيات وهي كالآتي (منصور، 2005، 125-126):

1. جودة الإدارة: يفترض بإدارة الرعاية الصحية في المستشفى أن تحقق عنصر الالتزام، ذلك

الالتزام الأخلاقي، والتخصصي، والقانوني، والإداري، وضمن حزمة متكاملة يكمل أحداها الآخر، فمدير المستشفى مثلاً يفترض أن يكون طبيباً، لكن ليس كل طبيب مديراً وقد يكون اختصاص الطب هو أعلى شهادة في المجتمع إلا أن الطبيب قد يكون أمياً في النواحي الإدارية وأسسها ومعاييرها، فمدير المستشفى يفترض أن يكون مديراً لفندق، كون لديه مرضى راقدين، وان يكون مدير حسابات كون لديه إنفاق وإيراد مالي، وان يكون مديراً

مطعم كون لديه مطبخ ومطعم متنقل ومرضى يحتاجون إلى تغذية ذات مواصفات خاصة، ويكون مهندساً كون لديه أمور هندسية معينة، وان يكون مديراً لنظم النقل للمرضى، والموظفين. كل ذلك قد لا يتوافر في الاختصاص الطبي (Crosby, 2005, 60-64).

2. فريق تحسين جودة الخدمة: يفترض جمع ممثلين عن أقسام المستشفى وهؤلاء يمثل كل واحد منهم القسم المختص، الذي يفترض فيه الاعتماد على الاختصاص الطبي أو الصحي لذلك القسم، ومن المفضل أن يتمتع ممثل القسم بالشخصية المؤثرة في توجيه قسمه فالجودة تعتمد إلى حد كبير على الاعتبار الأخلاقية والضمير المراقب لضمان تحقيقها، وضمان التوجيه نحو المحتوى وغرض البرنامج. يفترض بمدير المستشفى أن يوضح الأدوار على نحو دقيق لممثلي الأقسام، كما يفترض أن يختار الأعضاء منسقين من بينهم وممثلاً عنهم مع المدير لمواجهة التغييرات الآتية.

3. قياس الجودة: يحدد هذا المبدأ أهمية الأقسام ومدى تأثيرها في جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى عموماً، ويساعد تحقيق هذا المبدأ إدارة المستشفى على توثيق وترتيب أولويات احتياجاتها ضماناً للجودة، ويوضح جدول (1) بعض المعايير غير القياسية التي يمكن أن تشكل مقاييس الجودة في الخدمات الصحية.

جدول (1) بعض المعايير غير القياسية للخدمات الصحية

المعايير			أقسام المستشفى
نسبة التقارير المتأخرة	الإدخال الخاطئ لبيانات الحاسبة	أخطاء معينة في تقارير الحالة المرضية.	المحاسبة
حجم الأخطاء في الطلبات	العطل في المكونات البرمجية أو المادية للحاسبة.	تثبيت الحالات المتكررة المراجعة.	البيانات المعالجة
وقت مفقود بسبب تعطل الأجهزة	الأخطاء في صياغة البيانات حسب الحالة المرضية.	الانذونات المتأخرة	الهندسة
أخطاء في الجبابة والتأخر في المعالجة.	أخطاء في قائمة الرواتب.	عدم احتساب الخصم على أسعار الخدمات.	التمويل
تحطم الغرف وملحقاتها من قبل المرضى وتأخر الإصلاح	البرامج غير محمية.		الخدمة الفندقية
أخطاء في التصميم	عدم تقبل الأدوات للتصحيح والتحديث.	تحسين أماكن تقديم الخدمة.	الهندسة الصناعية
أخطاء في توصيل الخدمة	الوصف الخاطئ لطبقات المرضى.		التسويق
أخطاء في عرض النواحي الجمالية للنباتات في المستشفى	الإجابة على طلبات الصيانة وتوثيقها.		الهندسة الزراعية
التغيير المتكرر بطلبات الشراء	الإبصال المتأخر للمنتج.	الرفض للمشتريات الناقصة والمعيبة	المشتريات

1. Source Crosby, Phillip B., (2005), Crosby's 14 Steps to Improvement, www.asq.org, p 62.

4. تقييم كلفة جودة الخدمات الصحية: إن التخمينات الأولية للكلف من المحتمل أن تكون مفاجئة على الرغم من أنها قد تكون منخفضة، فمراجعة بسيطة للحسابات التي يوثق فيها كل صغيرة وكبيرة عن عمل المستشفى يمكن أن يعطي صورة دقيقة معتمدة على الحقائق في عمل المستشفى وأوجه الصرف والتكاليف التي تتحملها من دون الحاجة إلى المعاينة والتجوال على الأقسام ومعرفة نواحي القوة والضعف فيها، الأمر الذي يتطلب للوصول إلى جودة الإدارة معرفة التكاليف الدقيقة التي تصرف فيها التكاليف على خدمات المستشفى.

5. الوعي بالجودة وتكوين ثقافة الجودة: يتحقق الوعي وصولاً للثقافة العامة في المستشفى عبر استخدام الوسائل النوعية غير المكلفة كتدريب الأطباء وذوي المهام الإشرافية على التوجيه والرعاية للمنفذ، ووضع الدليل المرئي لتحسين الجودة عبر نقل المعلومة بالإمتاع Infotainment باستخدام الأفلام والكتيبات والملصقات، هذه الوسائل تمكن الإدارة من ضمان المشاركة ببرنامج الجودة فضلاً عن استخدام الكلام الإيجابي والترفق في عرض الأمور وتكليف المهام لضمان الاتصال الإيجابي.
 6. العمل التصحيحي: يفترض بالإدارة الجيدة أن تشجع الموظفين للتحدث عن مشاكلهم، الذي يمكنها من أن تسلط الضوء عليها، ونقل انطباع من أن التصحيح ليس تفتيشاً بل هو تمكينهم من التصحيح والتقييم الذاتي، مع ضرورة إعطائهم الانتباه والإصغاء الذي يستحقوه عبر عقد الاجتماعات مع مختلف المستويات الإدارية.
 7. تكوين لجنة خاصة لبرنامج خدمة بدون أخطاء: تعرف الخدمة بدون أخطاء عموماً كونها إزالة كل شيء لا يضيف قيمة للمريض، والمعيب يمثل التغيير في شكل المادة الملموسة سواء نتيجة الإهمال أو المناولة أو النقل وفي الخدمات الصحية يفترض التفرقة بين الخطأ Error الذي يرتكبه البشر أو الآلة وبين العيب Defect الذي هو الخروج عن المواصفات، والمعيب Defective الذي هو المنتج بمجموعه الذي به عيب. وفي قطاع لخدمات التي خصائصها غير قابلة للخرن والنقل، فضلاً عن خاصية التلازم والتباين (بين الإنتاج والاستهلاك). ويتحول في بعض الأحيان المعيب Defect إلى خطأ Error في المنظمات الصحية نتيجة ضغوط الزخم في عدد المراجعين، تقادم الأجهزة والمستلزمات المادية، والمنظمات الصحية لها موقف خاص من المعيب الذي يمثل الزبائن التالفين Defective Consumer وهم الزبائن الذين يطلبون الخدمة وبسبب سوء جودتها أو الخطأ والعيب في تقديمها فلن يعاودوا شراءها مرة ثانية (أبو رمان، 1999، 93)، الأمر الذي يتطلب من المنظمات الصحية تكوين أنظمة جودة تتسم بالصرامة والتقانة العالية والتعقيد من حيث التفاصيل، ودقيقة ومنظمة للأفراد.
- يظهر التحدي الأكبر في نظام الجودة عند الحاجة إلى سرعة المعالجة لنقل المريض من الاستياء إلى الرضا ثم الإسعاد، ويتطلب ذلك القيام بالأشياء بشكل صحيح، والاعتذار والتعويض عن التكاليف والنفقات النقدية غير الظاهرة التي تحقق الرضا في مرحلة سابقة. ويتأثر مبدأ الخدمة بدون خطأ بحسب درجة اتصال مقدم الخدمة وتدخله في معاييرها وتوقيتها والرقابة عليها فضلاً عن مشاركته فيها الأمر الذي يؤدي إلى تقليل استياء المستفيد من الخدمات ويتم تهيئته في هذه المرحل لبلوغ مرحلة الرضا، وفي خدمات الرعاية الصحية، يزداد تدخل المريض في مواصفات العلاج كلما اتجهت الخدمات الصحية نحو الاختصاص الباطني ذلك التدخل الذي يتطلب منه تعريف مقدم الخدمة بمعاناته أو الحالة المرضية، ومعه يفترض أن يلاحظ مقدم الخدمة أن المريض يجب أن تترك له الحرية في التعبير عن معاناته كون العلة غير ظاهرة كالاختصاصات الجراحية. (Bellows, 2003, 15).



شكل (1) مراحل القيمة التي يحصل عليها المريض.

Source: Bellows, William J., (2003), Conformance to Specifications Zero Defects and Six Sigma Quality A Closer Look, International Journal of Internet and Enterprise Management, April 2003, p15.

8. **تدريب المدراء والمشرفين:** يفترض وضع برنامج تدريبي يشرف عليه متخصصون بالإدارة متمكنين من المعرفة والتطبيق على حد سواء, إذ يفترض أن يكون المتدربون مدركين لكل خطوة في العمل الإداري وكيفية قياس الجودة ولاسيما في الخدمات ليتكفوا هم من نقل المفاهيم التي تدربوا عليها لموظفيهم, باعتماد مبدأ الإدارة قبل التطبيق, ونتيجة لذلك التدريب يمكن تكوين قيمة للعمل, وبما يتناغم على نحو ملحوظ العمل الإداري والعمل الصحي من خلال الموظف, ثم التركيز في برنامج الجودة (نعمة, 2005, 125).
9. **تحديد يوم لخدمات بلا خطأ:** أن الدخول في موضوع الخدمة الصحية وجودتها يقودنا إلى تكوين برنامج له ايعازات ومعايير وقواعد وأوامر لتكوين لغة خاصة بالمنظمة الصحية تكون ثقافة الجودة فيها, عنصراً أساسياً لجميع العاملين وتكون ملموسة في التعامل مع الموظفين. ليس من المهم إنشاء قسم خاص مكانياً للجودة فحسب, وإنما يفترض تخصيص توقيت زمني لها يتم فيه الاجتماع مع لجان الجودة في المنظمة لبحث الأخطاء والعيوب والمعيب في الخدمة الصحية (عسيري, 2009, 26).
10. **تحديد الهدف وتشجيع الابتكار الفردي داخل التنظيم:** يفترض أن يطلب المدير من الموظفين تحديد الأهداف التي يسعون لبذل الجهد والوقت والكلفة لتحقيقها, وضمن مدى زمن بين 30, و60, و90 يوم شرط أن تكون محددة بدقة وقابلة للقياس. تساعد هذه المرحلة الموظفين من وضع معايير مفهومة والتهيئة للمناقشة في الاجتماع, فضلاً عن تشجيع العمل كفريق لتبادل الأفكار (عسيري, 2009, 26).
11. **التخلص من أسباب الخطأ وإزالة معوقات الاتصال الفعال:** يقوم المدير بالطلب من الموظفين وصف الحلول التي تمنعهم من ارتكاب الأخطاء في العمل عبر تحرير وصف للعمل بصفحة واحدة فقط. وهذا ليس نظاماً مقترحاً لإدارة الجودة ومن ثم إدارة المشاكل فحسب وإنما سيتكون من قوائم من المشاكل المعدة على نحو وظيفي جماعي وسيتم تطوير الجواب, ويفترض أن تقدم الإجابات عن المشاكل خلال 24 ساعة من الطلب لوصفها (عسيري, 2009, 26).

12. الاعتراف والتقدير: يفترض التأسيس لجوائز غير مالية تعتمد الاعتراف بتطابق تحقيق الأهداف كالمساهمة في التغطية بالخدمات, أو تقليل التكاليف أو تقليل معدل دوران العاملين أو تطوير العمل بالمستشفى, ويفترض عدم الربط بين التحقق النسبي للقيمة من الخدمة بنواحي المشاكل التفصيلية في القسم. فالمشاكل تم تمييزها في مرحلة إزالة سبب الخطأ, والاعتراف يكون بعدة أشكال اعتراف بالانجاز, الاعتراف بالأداء الأصلي أو الأصلي, فالاعتراف والتقدير يمكن الموظفين من دعم برامج الجودة على الرغم من عدم استلام جوائز (Crosby, 2005, 60-64).

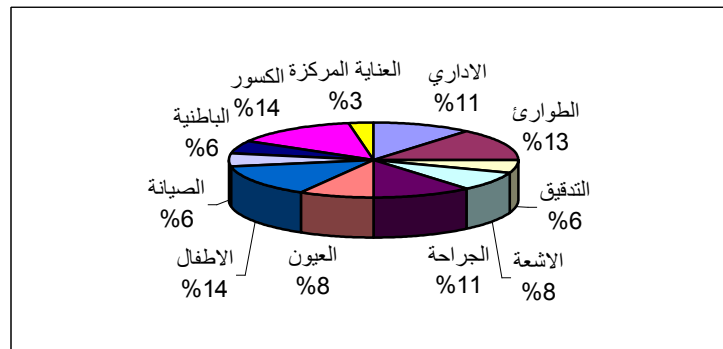
13. تكوين مجلس للجودة: يفترض عقد اجتماع بين المتخصصين بالجودة ورؤساء فرق العمل, لتوسيع أو تقليص أو إثراء برنامج الجودة عبر تكوين قاعدة معلومات للأفكار وبصورة منتظمة (Crosby, 2005, 60-64).

14. تكرار البرنامج مرة أخرى: أن البرنامج المثالي للنهوض بجودة الخدمات الصحية وفق أنموذج Crosby قائم على التطبيق للمبادئ الأربعة وتكرار اعتمادها من دون الإحباط من النتائج ذلك البرنامج القائم على الاستمرارية والاعتماد والعمل الجماعي, من أجل الوصول إلى النتائج فأنموذج Crosby يفترض متابعة خواتمه ومعرفة مدى توافر مبادئه وتشخيص القصور في توافر احدها, فهو فلسفة أو مدخل للإدارة قائم على تحديد الخصائص النوعية للأداء عبر معرفة مكوناته, وتطبيقها, وتحديد التقنيات المناسبة (Crosby, 2005, 60-64).

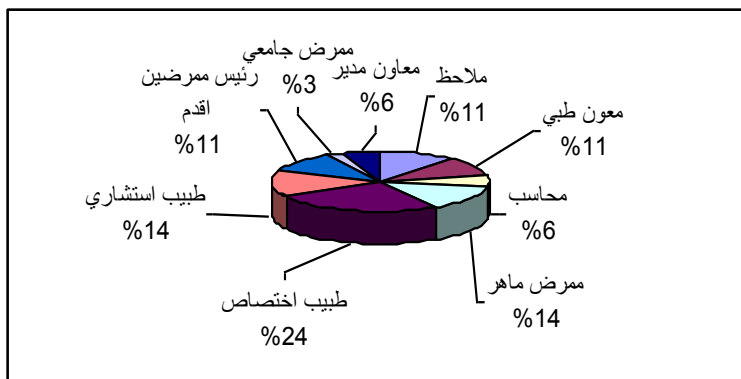
المحور الثالث: الجانب العملي وتحليل مواقف المستجيبين في الحالة المدروسة

من أجل الوصول إلى أهداف البحث سنتطرق إلى تحليل مواقف المجيبين وأنموذج Crosby ضمن المستوى الجزئي كالآتي:

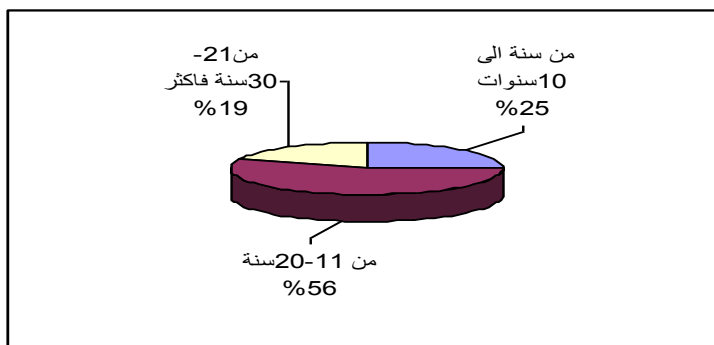
1. توزيع المجيبين وخصائصهم الشخصية: توضح الأشكال من (2-8) التباين في المستويات الإدارية والخصائص للمجيبين دلالة على التنوع في الإجابات وتطابقاً مع أنموذج Crosby الذي يفترض أن الجودة مسؤولية الجميع في المنظمة, كالآتي:



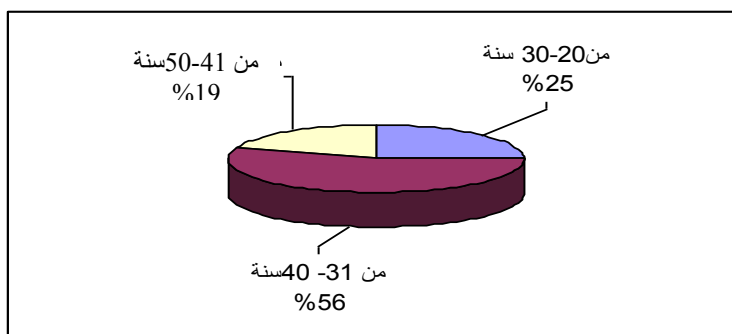
شكل (2) أقسام المجيبين



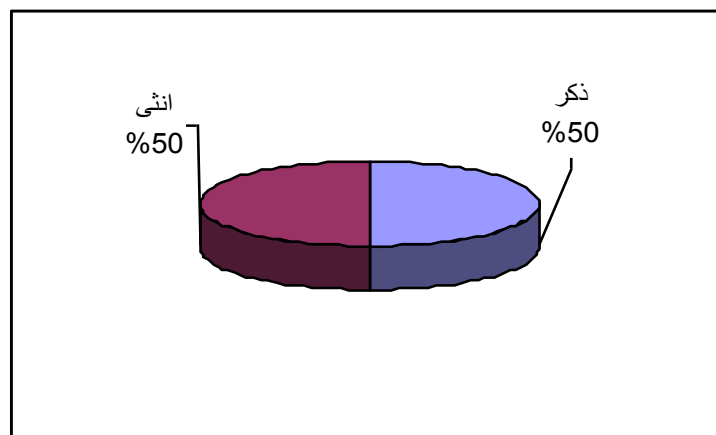
شكل (3) المجيبين حسب العنوان الوظيفي



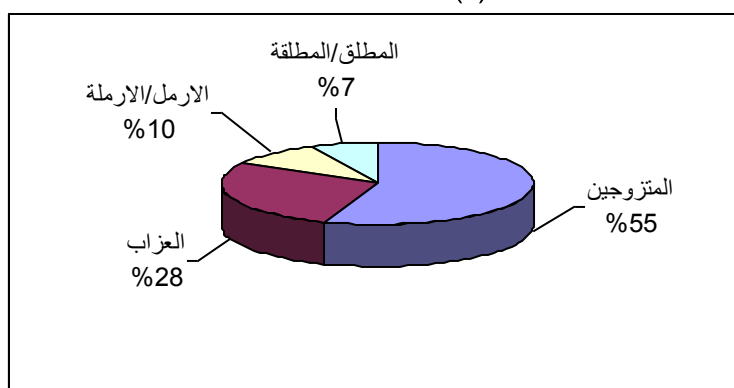
شكل (4) المجيبين حسب مدة الخدمة



شكل (5) المجيبين حسب الفئات العمرية



شكل (6) المجيبين حسب الجنس



شكل (7) المجيبين حسب الحالة الاجتماعية

2. تحليل نماذج إسهام مبادئ أنموذج Crosby في جودة الرعاية الصحية.
تم تشخيص نوع العلاقة (*) بين المتغير التوضيحي ومتغير الاستجابة والتحقق منها لتحديد درجة المعادلة (The Determination of The Degree of Polynomial) واتضح أن العلاقة بينهما خطية وباعتماد طريقة Enter التي تشير إلى إدخال جميع المتغيرات التوضيحية إلى المعادلة في خطوة واحدة لتحديد أي من هذه المتغيرات مما له أثر ذو دلالة إحصائية على متغير الاستجابة (شريف, 2002, 211).
ولقياس الأثر الإجمالي للمتغيرات التوضيحية في متغير الاستجابة عبر اختبار قيمة F وتحديد درجة معنويتها , استخدم الباحث أسلوب تحليل التباين ANOVA وباتجاه واحد , الذي يوضح مجموع مربعات الخطأ المعياري الذي يكون مهماً في المقارنة بين النماذج الثلاثة ومعدل ذلك المربع, فضلاً عن قيمة البواقي وقيمة F المحسوبة ومستوى الدلالة المعنوية لها. من أجل تحقيق أهداف البحث واختبار فرضياته الثلاث نناقش العلاقة التأثيرية وفقاً للآتي:
1. أنموذج العلاقة التأثيرية للالتزام, والتكوين, والقياس, والتكاليف, والوعي في جودة الرعاية الصحية: اتضح من خلال تحليل البيانات في إطار الانحدار الخطي أن الأنموذج الذي يوضح التنبؤ في علاقة التزام الإدارة, والتكوين, والاستخدام, والتكاليف, والوعي

(*) أجريت العمليات التشخيصية والتحليلية من خلال البرنامج SPSS version 11.5

في جودة الرعاية الصحية هو أنموذج الانحدار الخطي المتعدد الموضح في المعادلة (1):

جودة الرعاية الصحية = 1,641 (الثابت) + 0,033 (الالتزام) + 0,027 (التكوين) - 0,005

(الاستخدام) + 0,049 (التكاليف) + 0,101 (الوعي)..... (1)

ويتضح من جدول (2) مؤشرات علاقة التأثير القائمة بين بعدي الأنموذج (1) وفقاً للآتي:

الجدول (2) مؤشرات علاقة التأثير القائمة بين المبادئ الخمسة الأولى لأنموذج Crosby وجودة الرعاية الصحية.

متغيرات التنبؤ*	المعامل	الخطأ المعياري	قيمة اختبار t	مستوى المعنوية**
الثابت	1,641	0,114	14,386	0,000
الالتزام	0,033	0,016	2,025	0,047
التكوين	0,027	0,014	1,881	0,064
القياس	-0,005	0,029	-0,162	0,872
والتكاليف	0,049	0,036	1,370	0,175
الوعي	0,101	0,021	4,835	0,000

*مقدار التفسير = 75% مربع التفسير = 56% مقدار التفسير المعدل = 53%

** مستوى المعنوية عند مستوى 0,05

المصدر إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

تشير معطيات جدول (2) أن هناك علاقة اثر طردية بين التزام الإدارة العليا بالجودة وتكوين فريق العمل والتكاليف المنفقة عليها والوعي بالمعايير وبين جودة الرعاية الصحية فيما عدا متغير وسائل قياس الجودة فكلما ازدادت الجودة قلت الحاجة إلى قياسها بمقدار -0,005 للوحدة الواحدة. ومن الملاحظ انخفاض قيمة الخطأ المعياري للتنبؤ لكل متغير على حدة الذي بلغ اقل قيمة فيه لمتغير تكوين فريق متخصص للجودة وهذا يفسر صواب اختيار فرق العمل المتخصصة في الحالة المدروسة. إن هناك توازناً نسبياً على معنوية قيمة (t) فمن خمسة متغيرات كانت اثنان منها معنوية في التأثير هما التزام الإدارة العليا بالجودة، والوعي بثقافة الجودة وهذا يبدو منطقياً حتى إن أنموذج Crosby يضع أول مبدأ التزام الإدارة العليا بنظام الجودة عند مستوى ثقة 0,05 فضلاً عن أن أي نجاح لنظام الجودة لا يمكن يتحقق بدون توافر ثقافة بالجودة لدى الموظفين فقد بلغت قيمة (t) المحسوبة اكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى ثقة 0,05 دلالة على رفض الفرضية الأولى فيما يخص متغيري التزام الإدارة العليا بالجودة ومتغير الوعي بموضوع الجودة وقبول تلك الفرضية بشأن باقي المتغيرات التي تنص على "لا يوجد إسهام من الناحية الإحصائية للالتزام، وتكوين الفرق، والقياس، والتكاليف، والوعي، في جودة الرعاية الصحية". فسر هذا الأنموذج ما مقداره 56% من التباين الكلي في المتغير المستجيب دلالة على أن المتغيرات المختارة تفسر 56% من التغير في جودة الرعاية الصحية.

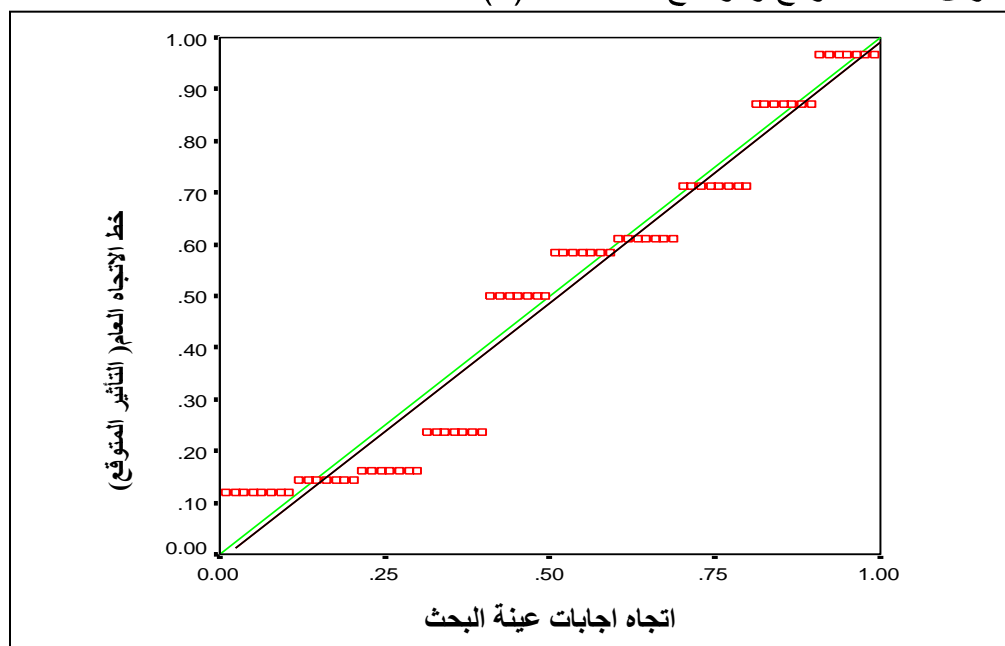
ولتحقق من كون معاملات الانحدار الجزئية للأنموذج رقم (1) الالتزام، والتكوين، والقياس، والتكاليف، والوعي، متساوية في التأثير مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، أو أن الأنموذج من الدرجة الخامسة كونه يضم خمسة متغيرات، فإن مؤشرات تحليل التباين الواردة في جدول (3) تحقق هذه المهمة وعلى النحو الآتي:

جدول (3) مؤشرات تحليل التباين للأنموذج (1)

الأنموذج	مجموع المربعات الخطأ	درجات الحرية	مربع الوسط الحسابي	قيمة *F	مستوى معنوية F
الانحدار	0,513	5	0,103	16,999	0.000
البواقي	0,398	66	0.006		
الاجمالي	0,911	71			

المصدر إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS
*مستوى المعنوية عند مستوى 0,05

يشير جدول (3) إلى أن قيمة $F = 16,999$ وهي معنوية عند مستوى ثقة 0,05 فقد كانت اكبر من مثيلتها الجدولية، بمقدار مربع الخطأ الذي يشكل مقدار منخفض نسبياً وهو مؤشر على نحو مناسب في استخدام المتغيرات الالتزام، والتكوين، والقياس، والتكاليف، والوعي على خط لانحدار دلالة على القدرة في استخدام الأنموذج في التنبؤ بالتباين في مستوى جودة الرعاية الصحية وفق هذا الأنموذج وموضح ذلك بالشكل (8).



شكل (8)

توزيع الخطأ المعياري على خط الاتجاه العام للأنموذج (1)

المصدر الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS.

2. أنموذج العلاقة التأثيرية لمجموعة نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، والتشجيع، في جودة الرعاية الصحية.

تم فحص البيانات لهذا المحور لغرض اختبار أنموذج الانحدار المناسب للتحليل، واتضح بأن العلاقة بين المبادئ الخمسة الثانية لأنموذج Crosby وهي نظام الجودة لتصحيح الأخطاء، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار، في جودة الرعاية الصحية. إن هذه العلاقة خطية، ومن خلال التحليل في إطار الانحدار الخطي المتعدد تبين أن المعادلة رقم (2) هي أفضل أنموذج تنبؤي هو الآتي:

جودة الرعاية الصحي = 1,735 الثابت + 0,022 نظام الجودة + 0,0110 التخطيط - 0,078 فرص التدريب + 0,059 تحديد يوم الجودة + 0,020 تشجيع الأفكار..... (2)

ويتضح من جدول (4) مؤشرات علاقة التأثير القائمة بين بعدي الأنموذج وفقاً للآتي:
جدول (4) مؤشرات علاقة التأثير القائمة بين المبادئ الخمسة الثانية لأنموذج Crosby وجودة الرعاية الصحية.

متغيرات التنبؤ*	المعامل	الخطأ المعياري	قيمة اختبار t	مستوى المعنوية**
الثابت	1,735	0,049	35,757	0,000
نظام الجودة	0,022	0,010	2,202	0,031
التخطيط	0,0110	0,010	10,570	0,000
فرص التدريب	-0,078	0,008	-10,123	0,000
يوم الجودة	0,059	0,008	7,854	0,000
تشجيع الأفكار	0,020	0,008	2,386	0,020

*مقدار التفسير = 94% مربع التفسير = 89% مربع التفسير المعدل = 88%

** مستوى المعنوية عند مستوى 0,05

المصدر إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

من الملاحظ في جدول (4) ازدياد تأثير مبادئ أنموذج Crosby في جودة الرعاية الصحية بقيمة التفسير تضاعفت تقريباً ليلبلغ مربع التفسير المعدل ما نسبته 88% دلالة على صواب اختيار الأنموذج الذي يضم المبادئ الخمس الثانية للأنموذج (2). وإذا أردنا أن نوضح التأثير التفصيلي لكل مبدأ في جودة الرعاية الصحية يلاحظ من قيمة t وجود علاقة تأثير معنوية بين جميع المتغيرات والجودة عند مستوى ثقة بين مستويات $(\alpha = 0,000)$ و $(\alpha = 0,020)$ و $(\alpha = 0,031)$ على التوالي فقد كانت قيمة t المحسوبة لكل متغير أكبر من مثيلاتها الجدولية دلالة على معنوية التأثير.

أما البحث في العلاقة بين المتغيرات التوضيحية ومتغير الاستجابة فيلاحظ من قيم المعاملات Beta توافر علاقة تأثير طردية بين جميع متغيرات الأنموذج (2) فيما عدا متغير إتاحة الفرص في التدريب على الجودة فقد كانت العلاقة عكسية مع جودة الرعاية الصحية فكلما قلت جودة الرعاية الصحية ازدادت الفرص للموظفين في التدريب وهذه العلاقة منطقية في حالة كون الجودة ذات نتائج سلبية في كل مورد من موارد المنظمة أو عملياتها أو مخرجاتها، أو في أي نوع من أنواع خدمات الرعاية الصحية (وقائية، علاجية، تأهيلية، تعليمية)، إضافة إلى أن التدريب غير الحقيقي وغير المتخصص يفسر هذه العلاقة العكسية. ولاختبار الفرضية العدمية الثانية "لا يسهم من الناحية الإحصائية نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار، في جودة الرعاية الصحية". $H_0: \mu_1 = \mu_2 \dots \mu_k$ في ضوء المعطيات الإحصائية فإننا نرفضها ونقبل الفرضية البديلة التي تؤكد توافر إسهام نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار في جودة الرعاية الصحية.

ومن المهم الإشارة إلى التأثير الإجمالي للأنموذج (2) لنحاول الإجابة على تساؤل "ماذا لو تم وضع المتغيرات المتمثلة بنظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، وتشجيع الأفكار كحزمة واحدة وحساب تأثيرها مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، نلاحظ من الجدول (5) وجود تأثير معنوي بدلالة F المحسوبة البالغة 110,528 التي هي أكبر من مثيلاتها الجدولية عند مستوى المعنوية $(\alpha = 0,000)$ وبدرجات حرية 66، الأمر الذي يمكننا من رفض فرضية العدم وهي

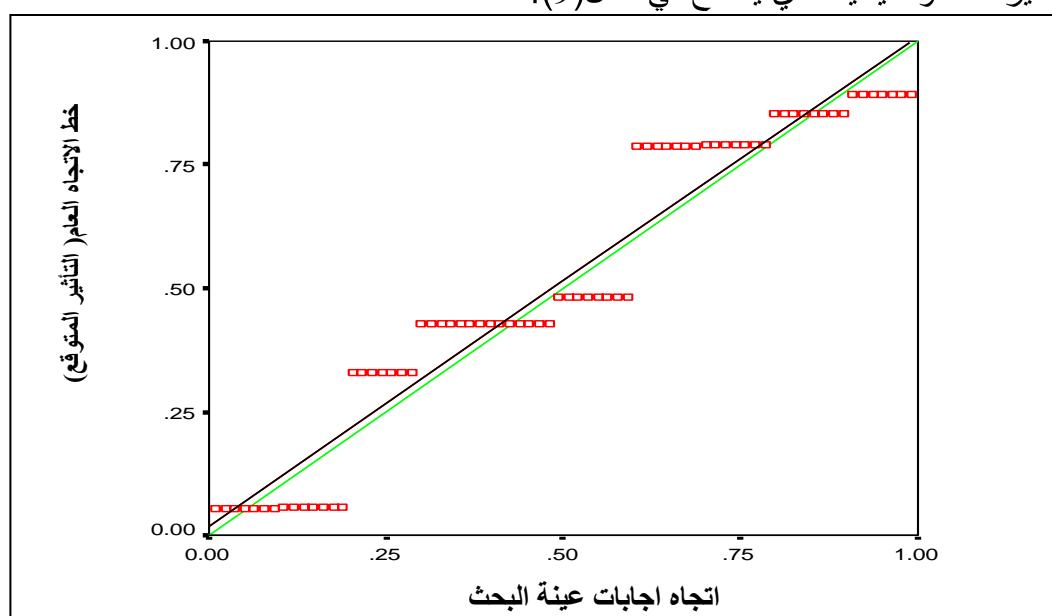
الفرضية الثانية التي تضم المبادئ الخمسة الثانية وقبول بديلتها التي تفترض توافر تأثير لمبادئ أنموذج Crosby في جودة الرعاية الصحية، وجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5) مؤشرات تحليل التباين للأنموذج (2)

الأنموذج	مجموع المربعات الخطأ	درجات الحرية	مربع الوسط الحسابي	قيمة *F	مستوى معنوية F
الانحدار	0,814	5	0,163	110,528	0,000
البواقي	0,097	66	0,001		
الإجمالي	0,911	71			

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

ويلاحظ من شكل (9) صواب الاختيار المتغيرات التوضيحية من حيث انخفاض مستوى الخطأ المعياري لكل متغير على حدة، مقارنة مع المقياس المكون من خمس درجات دلالة على التوزيع الطبيعي للمتغيرات على خط الاتجاه العام للتأثير الموضح في جدول (4). ويلاحظ أن مجموع مربعات الخطأ للأنموذج منخفض فهو لا يكاد يتجاوز 0,911 على المقياس المكون من خمس درجات وهو مقياس Lickert الخماسي دلالة على قدرة الأنموذج في استخدامه للتنبؤ بحسب المتغيرات التوضيحية الذي يتضح في شكل (9).



شكل (9)

توزيع الخطأ المعياري على خط الاتجاه العام للأنموذج (2)

المصدر: الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS.

3. أنموذج العلاقة التأثيرية لمجموعة التخلص من الأخطاء، ومعوقات الاتصال، وتقدير الأفكار، ومجلس الجودة، والاستمرارية، في جودة الرعاية الصحية $\mu_1 \neq \mu_2 \dots \mu_k$ H_0 . أفصحت نتائج تحليل الانحدار عن أفضل أنموذج للعلاقة بين المبادئ الخمس الأخيرة لأنموذج Crosby في جودة الرعاية الصحية الذي يتحقق من خلال المعادلة (3):

جودة الرعاية الصحية = 1,666 الثابت + 0,069 التخلص من الأخطاء + 0,081 معوقات الاتصال + 0,054 تقدير الأفكار - 0,009 مجلس الجودة + 0,13 الاستمرارية.....(3)

وتقاس العلاقة التأثيرية هنا من خلال معادلة من الدرجة الخامسة كونها تضم خمسة متغيرات التي اشرنا إليها وتشير معطيات التحليل إلى أن قيمة (t) معنوية لجميع حدود المعادلة فيما عدا متغيري تخصيص مجلس الجودة والاستمرار في إعادة العمل بالمبادئ الخمسة عشر مرة أخرى لغرض توكيدها الذي يعني الاستمرارية، وكما موضح في الجدول (6):

جدول (6) مؤشرات علاقة التأثير القائمة بين المبادئ الخمس الثانية لأنموذج Crosby وجودة الرعاية الصحية.

متغيرات التنبؤ*	المعامل	الخطأ المعياري	قيمة اختبار t	مستوى المعنوية**
الثابت	1,666	0,061	27,237	0,000
الأخطاء الطبية	0,069	0,024	2,909	0,005
معوقات الاتصال	0,081	0,011	7,720	0,000
التقدير	0,054	0,019	2,867	0,006
مجلس الجودة	-0,009	0,012	-0,801	0,426
الاستمرارية	0,013	0,10	1,282	0,204

*مقدار التفسير=86% مربع التفسير=75% مربع التفسير المعدل=74%

المصدر إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

وتشير معطيات معامل التحديد إلى ما نسبته 75% أي أنها نسبة مرتفعة، وذات تأثير معنوي في الأنموذج، وبدرجة ثقة ($\alpha=0,005$) لمتغير الأخطاء الطبية، و ($\alpha=0,000$) لمتغير معوقات الاتصال، و ($\alpha=0,006$) لمتغير التقدير، فيما كان متغيري مجلس الجودة والاستمرارية غير معنويين في التأثير. إن هذه النتائج تبرر عدم اهتمام مواقف المجيبين في الحالة المدروسة بإنشاء مجلس متخصص بنظام الجودة في المستشفى فضلاً عن تلك المواقف تؤكد عدم الحاجة إلى الاستمرارية في تطبيق المبادئ مرة ثانية بعد إقرارها الأمر الذي يمكننا من قبول فرضية العدم التي تنص على " لا يسهم إنشاء مجالس الجودة، والاستمرارية، في جودة الرعاية الصحية" وقبول الفرضية البديلة التي تنص " يسهم التخلص من الأخطاء، ومعوقات الاتصال، وتقدير الأفكار، في جودة الرعاية الصحية".

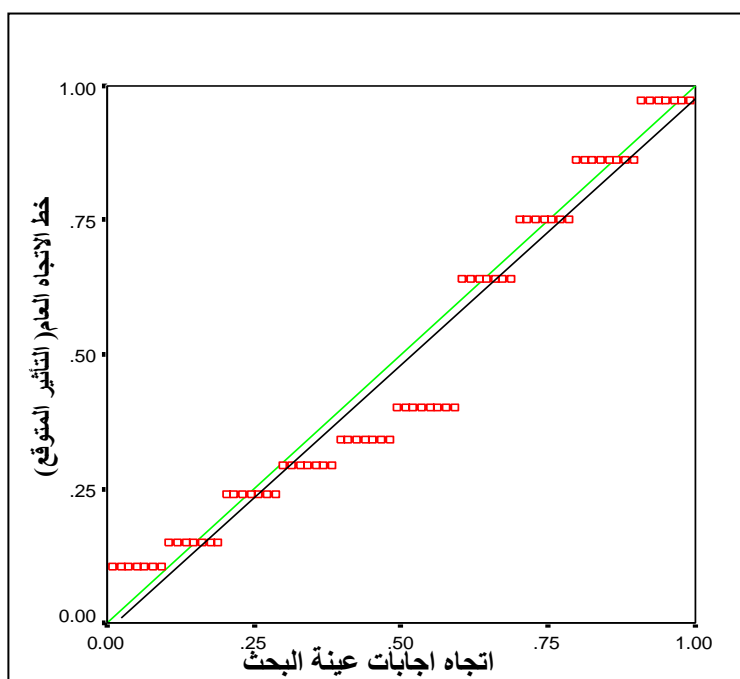
وتشير أرقام تحليل التباين وجود اثر معنوي للأنموذج ككل في جودة الرعاية الصحية بدلالة مستوى الثقة ($\alpha=0,002$) دلالة على معنوية التأثير لمجموع المتغيرات التوضيحية للأنموذج(3) في المتغير المستجيب جودة الرعاية الصحية وهذا يؤكد ميل الإدارة إلى اعتماد نظام الجودة ككل متكامل بمعنى تحقق الإسهام لأنموذج Crosby كونه احد أنظمة الجودة في تعزيز جودة الرعاية الصحية وهذا يؤكد جانبين الأول: رفض فرضية العدم الثالثة على نحو إجمالي، والثاني: تحقق هدف البحث في إشباع حاجة الحالة المدروسة بنظام متكامل للجودة بدلا من اعتماد تحسينات مجزئة هاهنا غير محترفة. كما تشير إلى ذلك معطيات تحليل التباين في الجدول(7).

الجدول (7) مؤشرات تحليل التباين للنموذج (3)

الأنموذج	مجموع المربعات الخطأ	درجات الحرية	مربع الوسط الحسابي	قيمة *F	مستوى معنوية F
الانحدار	0,688	5	0,138	40,629	0,000
البواقي	0,223	66	0,003		
الإجمالي	0,911	71			

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

ومن المهم الإشارة إلى قدرة الأنموذج (3) على التنبؤ بمقدار المتغيرات التي يضمها عبر معايير الخطأ المعياري لكل متغير والموضح في الجدول (6) فقد كانت جميع الأخطاء المعيارية للمتغيرات الخمسة منخفضة دلالة على انتشارها المتوازن على خط الانحدار مقارنة مع المقياس الخماسي المكون من خمس درجات فلا يتعدى الخطأ المعياري 0,061 وفي الوقت نفسه عند تربيع الخطأ المعياري لأنموذج التأثير يلاحظ انخفاضه على مستوى الأنموذج ككل دلالة على جودة الأنموذج بجميع المتغيرات التي افترضها في حساب التأثير في جودة الرعاية الصحية وشكل (10) يوضح انتشار الخطأ المعياري على خط الانحدار.



شكل (10)

توزيع الخطأ المعياري على خط الاتجاه العام للنموذج (3)

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات نظام SPSS

المحور الرابع: الاستنتاجات.

1. أن هناك علاقة اثر طردية بين التزام الإدارة العليا بالجودة وتكوين فريق العمل والتكاليف المنفقة عليها والوعي بالمعايير وبين جودة الرعاية الصحية فيما عدا متغير وسائل قياس الجودة فكلما ازدادت الجودة قلت الحاجة إلى قياسها.
2. إن أي نجاح لنظام الجودة لا يمكن يتحقق بدون توافر ثقافة الجودة لدى الموظفين.
3. أوضح البحث علاقة تأثير عكسية بين متغير إتاحة الفرص في التدريب مع جودة الرعاية الصحية فكلما ازدادت جودة الرعاية الصحية قلت إتاحة الفرص للموظفين في التدريب وهذه العلاقة منطقية كون الجودة متوافرة في كل مورد من موارد المنظمة ولا تحتاج إلى تركيز أكثر.
4. أوضح البحث إمكانية وضع متغيرات أنموذج العلاقة التأثيرية لمجموعة نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، والتشجيع، في جودة الرعاية الصحية كحزمة واحدة كونها ليست كالأنموذج السابق (احتوائه على متغيرات غير معنوية) فالأنموذج الثاني تشكل جميع متغيراته حزمة ذات تأثير معنوي في جودة الرعاية الصحية، وهذا موضوع جدير بالاهتمام.
5. قلة اهتمام مواقف المجيبين في الحالة المدروسة بإنشاء مجلس متخصص بنظام الجودة في المستشفى.
6. تحقق الإسهام لأنموذج Crosby كونه احد أنظمة الجودة في تعزيز جودة الرعاية الصحية وهذا يؤكد جانبين الأول: رفض فرضية العدم الثالثة على نحو إجمالي، والثاني: تحقق هدف البحث في إشباع حاجة الحالة المدروسة بنظام متكامل للجودة بدلاً من اعتماد تحسينات مجزئة هاوية غير محترفة.
7. أوضح البحث توافر إسهاماً لإجمالي مبادئ أنموذج Crosby في تعزيز جودة الرعاية الصحية هذا ما سلط عليه الضوء في تحليل التباين على نحو خاص قيمة F لكل أنموذج على حدة.

ثانياً: التوصيات.

تنقسم التوصيات إلى ثلاثة محاور أساسية:

أ- توصيات أنموذج العلاقة التأثيرية للالتزام، والتكوين، والقياس، والتكاليف، والوعي في جودة الرعاية الصحية.

1. نقطة البداية بتحسين جودة الرعاية الصحية هو ضمان الإقرار والاعتماد والمصادقة من قبل الإدارة العليا على نظام الجودة فكل النماذج وخطوات التحسين قد لا تشكل شيء ما لم تلتزم الإدارة بالجودة وهذا ما أكدته البحث فقد أوضح تأثيراً معنوياً لهذا المتغير.
- 2) يوصي البحث بضرورة التأكيد على بناء ثقافة الجودة لدى الموظفين على اختلاف اختصاصاتهم ومستوياتهم الإدارية حيث أن أهم عنصر في الثقافة عموماً هو اللغة فالتكن لغة الجودة بما تضمنه من معاني ومعايير هي لغة التخاطب الأساسية في المنظمة. وعلى أساسها يتم التقدير للجهود.

ب- توصيات أنموذج العلاقة التأثيرية لمجموعة نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، والتشجيع، في جودة الرعاية الصحية.

1. يوصي البحث بالتكامل التنظيمي في متغيرات نظام الجودة، والتخطيط، وفرص التدريب، وتحديد يوم الجودة، والتشجيع كأساس في ضمان جودة الرعاية الصحية في المستشفيات عموماً. فقد كان الأنموذج بجميع عناصره من دون استثناء معنوي في التأثير الأمر الذي يتطلب التوصية بها دون استثناء.

2. يفترض الاهتمام بفرص التدريب الحقيقية ولاسيما في موضوع إدارة المستشفيات وجودة الرعاية الصحية فكلما قل مستوى جودة الرعاية الصحية ازدادت الحاجة للتدريب، فقد بين البحث علاقة عكسية بين التدريب وجودة الرعاية الصحية فالتدريب غير الحقيقي وغير المتخصص يفسر هذه العلاقة العكسية.

ت- توصيات أنموذج العلاقة التأثيرية لمجموعة التخلص من الأخطاء، ومعوقات الاتصال، وتقدير الأفكار، ومجلس الجودة، والاستمرارية، في جودة الرعاية الصحية.

1) يوصي البحث الحالي بإعادة تنظيم النظام الصحي بشكل يعطي الأولوية للتركيز في التخلص من الأخطاء، والقضاء على معوقات الاتصال، وتقدير الأفكار.

2) يوصي البحث الحالي بعدم الحاجة إلى ما يسمى بمجالس الجودة داخل المستشفى فضلاً عن قلة الحاجة إلى التكرار وإعادة تطبيق المبادئ بعد تطبيقها، وهذا ما وضحه الجانب العملي فليست كل المبادئ ذات تأثير معنوي في نظام جودة الرعاية الصحي وبالمقدار نفسه.

المصادر

1. سفياني، عصمان، (2006)، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، رسالة ماجستير، الجزائر.
2. القرني، عوض بن علي، (2011)، مبادئ الجودة لدى روادها: سلسلة ثقافة الجودة، عمادة الجودة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
3. Crosby, Phillip B., (2005), Crosby's 14 Steps to Improvement, www.asq.org.
4. أبو رمان اسعد حماد موسى، (1999)، تسويق الخدمات الفندقية من وجهة نظر النزلاء والإدارة: دراسة على عينة من الفنادق الأردنية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
5. Bellows, William J., (2003), Conformance to Specifications Zero Defects and Six Sigma Quality A Closer Look, International Journal of Internet and Enterprise Management, April 2003.
6. Crosby, David, (2009), Why Zero Defects Always Works, the Crosby Company, www.qualitynews.com.
7. منصور، نعمة عبد الرؤوف عبد الهادي، (2005)، تصور مقترح لتوظيف مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المدارس الثانوية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير منشورة، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة.

8. عسيري, علي بن احمد علي, (2009), متطلبات تطبيق اسلوب سيكما ستة لتطوير العمل الإداري بإمارة منطقة عسير, رسالة ماجستير, كلية الدراسات العليا, جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.
9. شريف, جلال سعد الملوك عبد الرحمن, (2002), أثر إستراتيجية التمكين في تعزيز الإبداع المنظمي: دراسة تحليلية في جامعة الموصل, أطروحة دكتوراه غير منشورة, كلية الإدارة والاقتصاد, جامعة الموصل.

الاستبيان

نوضح الآتي مجموعة من الفقرات التي نفترضها أساسية في تحقيق الجودة اعتماداً على الإدارة الناجحة للعاملين والمواد والمعلومات والوقت يرجى الإجابة عليها بما هو مناسب بيانات عن المجيبين القسم.....

العنوان الوظيفي.....
مدة الخدمة أقل من سنة - 10 سنة
21 - 30 فأكثر
العمر.....
الجنس ذكر
أنثى
الحالة الاجتماعية:.....
الاستبيان

نوضح الآتي مجموعة من الفقرات التي نفترضها أساسية في تحقيق الجودة اعتماداً على الإدارة الناجحة للعاملين والمواد والمعلومات والوقت يرجى الإجابة عليها بمجرد التأشير بعلامة (✓)

1. تلتزم إدارة المستشفى بالجودة	دائماً	في بعض الأقسام	لا تلتزم
2. تعتمد الأعمال الإدارية لتحسين الجودة على	قسم خاص في المستشفى	فريق عمل متنوع الاختصاصات	الإدارة العليا هي المسؤولة
3. عندما يتم اكتشاف أي خلل تعتمد الإدارة في المعالجة على:	قياس كل صغيرة وكبيرة في الخلل	التقارير المكتوبة بصيغة شرح	المقابلة الشفهية مع المسؤول.
4. تتحمل المستشفى تكاليف عن تحسين خدماتها تتركز في:	تكاليف تحسين العمل	توفير الادوية	تحسين صورة المستشفى امام الجهات العليا
5. لدى الموظفين بمختلف اختصاصاتهم وعي وادراك بتقديم الخدمات الجيدة ذلك الوعي بنسبة:	90%	50%	25%

6.	يتوافر لدى المستشفى نظام لاتخاذ الإجراءات التصحيحية بعد حدوث أي مشكلة أو خطأ من أي نوع:	دائماً	فقط عند حدوث الخطأ الطبي	لا يوجد تصحيح للأخطاء
7.	تتوافر خطة وبخطوات واضحة لازالة أي عيب او خلل في عمل المستشفى:	فقط في النواحي الطبية	فقط في بداية السنة	فقط عند تولي ادارة جديدة للمستشفى أو للقسم
8.	تتيح إدارة المستشفى الفرص للموظفين لتحسين أداءهم في تقديم الخدمات من اجل:	ضمان تقديم خدمات جيدة	حسب طلب الموظف	مجرد المشاركة دون فهم النتائج
9.	تحدد ادارة المستشفى اوقات خاصة منتظمة للاجتماع مع الفئات المختلفة من العاملين:	دائماً	فقط عند تولي ادارة جديدة	فقط الاجتماع مع الإدارات العليا
10.	تشجع ادارة المنظمة الافكار التي هدفها ايجاد طرق جديدة في العمل	دائماً	حسب شخصية المدير وتقبله للفكرة	لا يوجد اهتمام من قبل الإدارة
11.	عندما تحدث أخطاء في مجال العمل تقوم إدارة المستشفى بـ:	التخلص من سبب الخطأ للحيلولة دون تكراره	يترك الوضع على ما هو عليه دون معالجة	يعالج الخطأ وتترك الأسباب على حالها
12.	تعمل إدارة المستشفى على إزالة معوقات الاتصال بها:	دائماً	أحياناً	وجود إجراءات طويلة ومعوقات تحول دون الاتصال بالإدارة العليا.
13.	يتوافر لدى المستشفى التقدير سواء كان مادياً او ومعنوياً للموظفين لمكافأتهم عن أية جهود هدفها تحسين جودة الخدمة:	يوجد تقدير للجهد المتميز وعدالة في المكافأة	يوجد تقدير شامل دون تمييز بين الموظفين	لا يوجد تقدير
14.	تشكل فرق عمل متخصصة للبحث في كيفية تقديم خدمات جيدة تعمل على التنسيق بين أقسام المستشفى تشكل تلك الفرق:	تشكل فقط للبحث في الأمور الطبي وبيين الأطباء	تشكل الفرق بأوامر إدارية من دائرة الصحة	تشكل تلك الفرق لغرض التنسيق بين أقسام المستشفى والحيلولة دون تطور قسم دون اخر

15. بعد كل عملية تحسين وتطوير وصيانة في المستشفى تعمل الإدارة على:	المحافظة على ماتم انجازه	يترك حتى تعود نفس العيوب والعطلات	يتم التحسين عبر التوسيع والتقليص بالمكان والزمان المناسبين
حدد مدى توافر الحالات الآتية في إدارتك: يرجى الترتيب حسب الأهمية (المرتبة 1، والمرتبة 2، والمرتبة 3).			
16. تعتقد أنت إن مسألة الجودة في الخدمات هي	أساسية	إن ذلك مسؤولية الموظف ليس الإدارة	أمرأ ثانوياً
17. تعتقد أنت أن الجودة هي:	شيء غير ملموس وغير قابل للقياس	أمرأ لا يمكن تحقيقه كونه يرتبط بالمريض	أمرأ لا يمكن تحقيقه في الخدمات الصحية
18. تعتقد أنت بان الجودة ترتبط	بكلف عالية ليس لها مردود	بالحاجة إلى دعم مادي خارجي	ترتبط بالناحية التخصصية
19. تعتقد أنت أن الجودة ترتبط	بالعاملين	الأجهزة	بإدارة المستشفى
20. تعتقد أنت الجودة ترتبط	بإنشاء قسم متخصص بمتابعة معايير الجودة في المستشفى	بالإدارة العليا	بكل فرد وقسم وجهاز في المنظمة