

أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين "مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي أنموذجاً"

"تقرير حول أعمال التدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي في المدّة الزمنيّة الواقعة

بين ٢٠١٦/١٢/١٢ وحتى ٢٠١٧/٣/١٠

أعدّ لنيل شهادة الماستر المهني في العلوم السياسيّة - قسم التخطيط والإدارة"

إعداد الطالب

محمد حسين عواضة

لجنة المناقشة

رئيساً

أستاذ مشرف

الدكتور علي أحمد خليفة

عضواً

أستاذ مساعد

الدكتور عماد نجيب وهبة

عضواً

أستاذ مساعد

الدكتورة رنا عبدالسلام شكر

2018

الجامعة اللبنانية
كلية الحقوق والعلوم السياسيّة والإداريّة
العمادة

أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين "مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي أنموذجاً"

"تقرير حول أعمال التدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي في المدّة الزمنيّة الواقعة
بين ٢٠١٦/١٢/١٢ وحتى ٢٠١٧/٣/١٠
أعدّ لنيل شهادة الماستر المهني في العلوم السياسيّة - قسم التخطيط والإدارة"

إعداد الطالب

محمد حسين عواضة

لجنة المناقشة

رئيساً	أستاذ مشرف	الدكتور علي أحمد خليفة
عضوا	أستاذ مساعد	الدكتور عماد نجيب وهبة
عضوا	أستاذ مساعد	الدكتورة رنا عبدالسلام شكر

الجامعة اللبنانية غير مسؤولة عن الآراء الواردة في هذه الرسالة وهي تعبر عن رأي صاحبها فحسب.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ"

(سورة البقرة، الآية 222)

"وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ"

(سورة هود، الآية ٨٨)

بطاقة شكر

في مثل هذه اللحظات يتوقّف اليراع ليفكّر قبل أن يخطّ الحروف ليجمعها في كلمات... تتبعثر الأحرف وعبثاً
أن يحاول تجميعها في سطور.

سطورٌ كثيرةٌ تمر في الخيال ولا يبقى لنا في نهاية المطاف إلا قليلاً من الذكريات، وصور تجمعنا برفاق
كانوا إلى جانبنا.....

فواجب علينا شكرهم ووداعهم ونحن نخطو خطواتنا الأولى في غمار الحياة.

وهنا، نتوجّه بالشكر الجزيل إلى كل من أشعل شمعة في دروب عملنا،

وإلى كل من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا...

إلى الأساتذة الكرام في كلية الحقوق والعلوم السياسية في الجامعة اللبنانية، وأخصّ بجزيل الشكر والعرفان
أستاذي ومعلمي الدكتور علي أحمد خليفة، الذي تفضّل بالإشراف على هذا البحث.

فجزاه الله عنا كل خير، وله منا كل التقدير والاحترام...

كما أشكر إدارة مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، لاستضافتها لي على مدى ثلاثة أشهر، وتقديمها
التسهيلات اللازمة، وأخصّ بالشكر مديرة دائرة الجودة الأنسة عليا علوش، التي أشرفت شخصياً على مرحلة
التدريب في المستشفى.

الإهداء

إلى من جرع الكأس فارغاً ليسقيني قطرة حب...
إلى من كلت أنامله ليقدم لنا لحظة سعادة...
إلى من حصد الأشواك عن دربي، ليمهد لي طريق العلم...
إلى القلب الكبير، عنيت به والذي العزيز.

إلى من علمتني الحب والحنان...
إلى رمز الحب وبلسم الشفاء...
إلى القلب الناصع بالبياض، عنيت بها والدتي الحبيبة.

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة...
إلى رياحين حياتي، عنيت بهم إخوتي.

الآن تفتح الأشرعة، وترفع المرساة لتتطلق السفينة في عرض بحرٍ واسعٍ مظلمٍ هو بحر الحياة، وفي هذه
الظلمة لا يضيء إلا قنديل الذكريات...
ذكريات الأحوّة الصادقة...
إلى الذين أحببتهم وأحبوني، عنيت بهم أصدقائي.

المقدّمة

إنّ المنظّمات العالميّة والمحليّة على اختلافها، تواجه العديد من التحدّيات والصعوبات، نتيجة التغيّرات والتطوّرات السريعة والمفاجئة، التي ترافقت مع التطوّر التكنولوجي الهائل في المجالات كافة، بالإضافة إلى الزيادة الكبيرة في اعداد المنظّمات، وبروز مفاهيم عديدة، التي منها: العولمة، اقتصاد السوق، وتحرير التجارة. وكلّها تحدّيات رفعت من حدّة المنافسة المحليّة والدوليّة، وأوجدت تغييرات جذريّة في بيئة الأعمال والاقتصاد، ونمط الحياة، تجاوزت بأساليبها ومبادئها الإداريّة التقليديّة، لقدرة المنظّمات على التكيف معها والصمود أمامها.

وأمام عجز المنظّمات التقليديّة عن مواصلة النموّ والتقدّم في ظلّ تلك التحدّيات المثارة، كان لا بد لها أن تعيد التفكير في المبادئ والأساليب التي تعمل بها، وأن تتّجه إلى تطبيق مبادئ وأساليب حديثة، تتناسب مع كثرة التحدّيات التي تواجهها، وتستطيع من خلالها زيادة قدراتها التنافسيّة ومستوى أداءها، من خلال تقديم السلع والخدمات القادرة على الصمود أمام البدائل المنافسة، لتتمكّن من الوصول إلى رضى العميل، خاصّة وأن الأخير أصبح أكثر وعياً في الحصول على السلعة أو الخدمة المتميّزة.

ولعلّ أكثر تلك الأساليب شيوعاً وتطبيقاً في العالم اليوم هو مفهوم إدارة الجودة الشاملة، التي أضحت تمثل النظام الإداري الأمثل، الذي يتوجّب على أيّ منظمة في العالم أن تتبنّاه، لتتمكّن من البقاء والاستمرار، والتقدّم في ظلّ كل هذه التغيّرات والتحدّيات، باعتبارها عمليّة مستمرّة لا تتقضي بانتهاء فترة معيّنة، بل أسلوباً وهدفاً في العمل وفي نفس الوقت، يكون التركيز فيها على تحسين وتطوير جودة المنتج والأداء، وعلى تلبية متطلّبات وتوقّعات المستفيدين، سواء أكانوا من داخل أو خارج المنظمة (زبائن أو موظّفين).

وعلى الرغم من أنّ مفاهيم إدارة الجودة الشاملة قد نشأت أساساً في إطار تحسين السلع والمنتجات، للارتقاء بها في القطاع الاقتصادي الهادف إلى الربح، إلا أنّ النجاحات الباهرة لتلك المفاهيم، التي طبّقت في الولايات المتّحدة الأمريكيّة واليابان وغيرها من دول أوروبا الغربيّة، قد شجّع على امتدادها إلى المؤسسات الخدميّة، من أجل الارتقاء بالجودة في الخدمات، وبشكل خاصّ المؤسسات الصحيّة والاستشفائيّة.

أمّا في لبنان، فقد سعت العديد من المؤسّسات الصحيّة الحكوميّة والخاصّة، بمبادرة فردية منها أو بمساعدة الدولة، إلى تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، في ظلّ الأوضاع الصحيّة والاجتماعيّة الصعبة التي تعيشها البلاد، وكان من بينها مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي.

أهميّة البحث:

إنّ أسلوب إدارة الجودة الشاملة هو من الموضوعات التي زاد الإهتمام بها مؤخراً بشكل كبير خلال العقدين الأخيرين، فانتشرت حوله الدراسات والأبحاث والكتابات والمؤتمرات وورش العمل، في الوقت الذي شاعت شعارات تطبيق الجودة الشاملة في كثير من المنظّمات، وتسابقت إليه الشركات للحصول على شهادات الجودة المختلفة. وذلك لما لهذا التطبيق من آثار مهمّة ونتائج إيجابية، أهمّها: تقليل الكلفة والوقت، بناء ثقافة الأداء الإيجابي للعاملين في المنظمة لتطوير المنظمة، والمساعدة على نجاحها .

ومن هنا يمكن القول، أنّ أهميّة الدراسة تكمن في كونها تتناول موضوعاً غايةً في الأهميّة، ألا وهو تطبيق أسس إدارة الجودة الشاملة، من حيث تسليط الضوء على آثارها في أداء العاملين بالمؤسسة. والذي كان عبر اختيار مؤسسة حكوميّة لبنانية هي مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، كمثل واقعي للاستدلال على تطبيق إدارة الجودة الشاملة، نظراً لما تقدّمه هذه المؤسسة من خدمات مهمّة وأساسيّة للمجتمع، وما يفرضه من ضرورة استمراريتها وتحقيق نجاحاتها في تقديم هذه الخدمات بجودة عالية، ونظراً لاعتبار هذا الموضوع من الموضوعات الجديرة بالدراسة والبحث.

أسباب اختيار موضوع البحث:

لقد فرض اختيار موضوع البحث سببين رئيسيين:

الأول: المنهجية المعتمدة في الجامعة اللبنانية، والتي تفرض الخضوع لفترة تدريبية في إحدى إدارات أو مؤسّسات الدولة ضمن برنامج الماجستير، وإعداد تقرير حول موضوع التدريب.

الثاني: العنصر البشري الذي يعتبر الحجر الأساس التي تقوم عليه أي منظّمة، والمصدر الحقيقي لتكوين وتعزيز القدرات التنافسية لديها. فالتمييز لا يمكن أن يكون نتيجة امتلاك الموارد المالية والمادية والتكنولوجية فقط، بل يعتمد في الأساس على امتلاك المورد البشري القادر على تحويل العناصر الأخرى إلى

قوة منتجة. فهو الذي يتحكّم بباقي الموارد، وهو الذي يخطّط ويبتكر وينظم ويوجه ويراقب ويطوّر. ولكون إدارة الجودة الشاملة هي إحدى أهم المفاهيم الإدارية الحديثة لحلّ مشاكل المنظّمات وتطوير أداءها، فإنّ دراسة أثرها على أداء العنصر البشري يعتبر موضوع جدير بالبحث.

المؤسسة محل التدريب:

مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي - دائرة الجودة.

نوع التدريب:

مهني، تناول العمل على المشاركة وتنفيذ العديد من أعمال الموضوع على عاتق دائرة الجودة.

علاقة الموضوع باختصاص الطالب:

تدخل المفاهيم الحديثة في علم الادارة في صلب اختصاص التخطيط والإدارة في الجامعة اللبنانية، لذا فإنّ البحث في مفهوم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها على الأداء، باعتبارها إحدى أهم المفاهيم الادارية الحديثة وأكثرها تطبيقاً حول العالم، هو جزء لا يتجزء من الاختصاص المذكور، وهو ما سيتم تقديمه في هذا التقرير الذي يتناول:

في الجزء العملي منه، هو ملخص حول التدريب في دائرة الجودة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي.

في الجزء النظري من موضوع البحث، فهو يتناول مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتطبيقها في المستشفى وأثر هذا التطبيق على أداء العاملين فيها.

إشكالية البحث:

يعد أسلوب إدارة الجودة الشاملة من المقومات الأساسية لنجاح أيّ مؤسسة في ظلّ المتغيرات التي يشهدها العالم اليوم، فهو عملية مستمرة يكون التركيز فيها على تلبية متطلّبات وتوقّعات المستفيدين، سواء أكان هذا المستفيد داخل أو خارج المنظمة، من أجل النهوض بالمؤسسة وتأمين أداءها لعملها على أكمل وجه.

وإنطلاقاً من أن أداء العاملين يعكس أداء المؤسسة بشكل عام، وأنّ هناك علاقة وثيقة بين إدارة الجودة الشاملة وتحسين الأداء، فإنّ هذه الدراسة تطرح إشكالية أساسية محورها السؤال الآتي: ما هو أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي؟

وإنّ هذه الإشكالية الأساسية ينبثق عدّة إشكاليات فرعية:

- ما هو مفهوم إدارة الجودة الشاملة؟
- ما هو مفهوم أداء العاملين وأهميته في المؤسسة؟
- كيف دخلت ادارة الجودة الشاملة الى قطاع المستشفيات الحكومية في لبنان ؟
- ما هو مفهوم ادارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي؟
- هل يتم تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي؟ وما هو أثر ذلك التطبيق على أداء العاملين فيها؟

الفرضيات:

إنّ البحث يفترض أنّ هناك إرتباط وثيق بين أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة وبين أداء العاملين، كما يفترض أنّ تطبيق هذه الأسس والمبادئ يساهم بشكل إيجابي في تحسين أداء العاملين ورفع مستواهم، ممّا يساهم في تحقيق أهداف المنظمة، وأنّ مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي يمكن أن تكون قد نجحت في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، ممّا أثر إيجاباً على أداء العاملين فيها.

الفرضية الرئيسية: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر ايجابا على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي.

الفرضية الفرعية الأولى: يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

الفرضية الفرعية الثانية: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين.

منهجية الدراسة:

من أجل الوصول إلى هدف البحث والإجابة عن الإشكالية التي طرحت، فإنّه سيتم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، من أجل معرفة أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين، وعلى المنهج الاستقصائي عبر إتباع أسلوب الدراسة الميدانية من خلال إعداد وتطوير إستمارة الدراسة، كأداة رئيسية لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بموضوع البحث والقيام بتحليلها والتعرّف على جوهرها. وكذلك فإنّه لتدعيم الموضوع المعالج سيتم الاعتماد على المراجع المتاحة باللغة العربية أو الأجنبية التي تناولت موضوع البحث، التي تتمثل بالكتب والرسائل الجامعية والمجلات والوثائق الرسمية، بغية إثراء الموضوع وإضافة مصداقية أكبر.

حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في:

الحدود الزمنية:

تتمثل في الفترة التدريبية التي أجريت في المستشفى طوال مدة ثلاثة أشهر تقريباً.

الحدود المكانية:

تمثلت في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي.

أقسام البحث:

فإنه لدراسة موضوع الإشكالية والتحقق من الفروض، والالتزام بالمنهجية المقررة للبحث العلمي لطالب الدراسات العليا- مهني، سيتم تقسيم البحث إلى قسمين:

القسم الأول، المعنون بأعمال التدريب العملي وطبيعته وماهيته، وهو يستعرض أعمال التدريب العملية في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، والذي تم تجزئته إلى فصلين:

الفصل الأول، تناول وصف المؤسسة المذكورة التي جرى فيها التدريب، إنطلاقاً من النشأة والمهمة والهيكلية التنظيمية، وكذلك تفاصيل فترة التدريب في المستشفى.

الفصل الثاني، يتناول الأعمال التي تم تنفيذها والتدريب عليها خلال فترة التدريب، مع شرح موجز لهذه الأعمال.

القسم الثاني، المعنون بإدارة الجودة الشاملة وفعاليتها وآثارها في الأداء المطلوب للعاملين في النموذج المعالج، والذي تم تجزئته إلى فصلين:

الفصل الأول، تناول أهم التعريفات المتعلقة بأداء العاملين وطرق ومعايير تقييمه، وأهم التعريفات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة، وتطورها ومبادئها، والأسباب المباشرة وراء دخولها إلى المستشفيات الحكومية في لبنان.

الفصل الثاني، تناول مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، وأثر تطبيق هذا المفهوم على أداء العاملين فيها.

القسم الأول

أعمال التدريب العملي وطبيعته وماهيته

لقد أظهرت تجارب الدول، بما فيها المتطورة، ان نجاح أية جهود للتقدم والازدهار يتوقف بقدر كبير على وجود مجتمع صحي وسليم، ونظام صحي ناجع وفعال. والمستشفى بمفهومها الحديث ودورها الكبير في صحة المجتمع الذي تتواجد فيه، تعتبر المكون الاساسي في النظام الاجتماعي الطبي. حيث أنه لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي يقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين فقط، بل المستشفى الحديث يعد تنظيمياً طبيّاً متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل، وقاية وعلاج وتعليم طبي إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها.

سنتناول في هذا القسم من البحث لوصف عام لمستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي وظروف إنشائها، والمهام التي أوكلت اليها وأهدافها وهيكليتها الإدارية، على أن نتطرق بعدها إلى فترة التدريب التي نفذت في المستشفى، وما تم فيها من نشاطات وأعمال كانت محور التدريب المنجز.

الفصل الأول

وصف عام للتدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

سيتم في هذا الفصل وصف مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، من حيث النشأة والمهمة والاهداف والتنظيم. كما سنتناول وصف عام للتدريب الذي نفذ في المستشفى، المدّة، الدوام، المكتب، المسؤول عن التدريب، المقابلات والعلاقات، المشكلات والتسهيلات، الندوات والمحاضرات، والقوانين والأنظمة التي تمّ الاطلاع عليها.

أولاً: نبذة تعريفية لمستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

أ.النشأة: لقد عانت أغلبية المناطق الجنوبية منذ الإستقلال من الحرمان والفقر والغياب الشبه التام للدولة بمختلف مؤسساتها، وبشكل خاص الخدماتية منها. وجاءت الإعتداءات الإسرائيلية المتكررة على مناطق الجنوب وعلى رأسها الإجتياح الإسرائيلي لجنوب لبنان عام ١٩٨٢ وما رافقه من دمار وقتل وتهجير، لتزيد الطين بله وتعمق جراح الجنوبيين وتزيد معاناتهم على مختلف الصعد. وأمام هذا الوضع المزري والمعاناة المستمرة، أجبرت الدولة اللبنانية على التحرك لمساعدة الجنوبيين ولتعزيز صمودهم، خصوصاً في المناطق القريبة من خطوط التماس مع الإحتلال الإسرائيلي، وذلك من خلال تأمين الأمور الأساسية والضرورية للبقاء والصمود وعلى رأسها الرعاية الصحية والإستشفائية. ولأن منطقة النبطية بأكملها كانت خالية من وجود أي مؤسسة صحية رسمية أو خاصة صالحة لإيواء ومعالجة جرحى القصف المستمر الذي كانت تتعرض له المنطقة من الاسرائيليين، صدر عام ١٩٨٤ مرسوم عن مجلس الوزراء ينص على "إنشاء مستشفى حكومي تابع لوزارة الصحة والشؤون الإجتماعية في منطقة النبطية يسمى مستشفى النبطية الحكومي"^١، وعلى الرغم من وضوح النص بقيت عملية التنفيذ حبراً على ورق حتى العام ١٩٩٦، وإنطلاق العملية الفعلية لبناء المستشفى على قطعة أرض تبلغ مساحتها حوالي ٢٠ دونماً من حرج تلة العسكر على أطراف مدينة النبطية بتمويل من الصندوق الكويتي للتنمية الاقتصادية والعربية. تم الانتهاء من البناء والتجهيز في أيلول عام ١٩٩٧، وكان بدء العمل في تشرين الأول عام ١٩٩٨، فيما جاء الإعلان عن

^١ المرسوم رقم ١٩٦٩ ، انشاء مستشفى النبطية الحكومي وتحديد ملاكه، تاريخ ١٧/١١/١٩٨٤، المادة ١.

الافتتاح رسمياً في ١/١/١٩٩٩^٢ ليدلي الستار عن مستشفى النبطية الحكومي، مستشفى ريفي مكون من مبنى مؤلف من ٣ طبقات يحتوي على حوالي ٧٠ سرير وبتقنيات متواضعة تقتضي مهمته تعزيز صمود أهالي المنطقة من خلال تأمين الخدمات الطبية الضرورية والرعاية الأولية والإستشفائية.

ونظراً للدور المؤثر الذي لعبته المستشفى خصوصاً خلال العدوان الإسرائيلي عام ٢٠٠٦. جرت عملية توسيع للمستشفى في العام ٢٠١١، بتمويل كويتي أيضاً، وذلك من خلال إضافة طابق آخر على المبنى الأساسي يشمل قسماً للأمراض وجراحة القلب وقسماً متخصصاً لمعالجة الحروق، ومن خلال بناء مبنى ملحق بالمستشفى بالتعاون مع المركز الطبي في الجامعة الأميركية في بيروت مكون من ٣ طوابق مخصص لعلاج الأورام والأمراض الخبيثة، أطلق عليه إسم مركز الشيخ جابر الأحمد الصباح لمعالجة الأمراض السرطانية. وفي العام نفسه، قام فريق التدقيق في المستشفيات GATES بزيارة المستشفى ذلك تحت إطار عمل تصنيف المستشفيات الحكومية والخاصة لتطبيق نظام التصنيف الجديد. وبعد الزيارة تم إرسال تقرير التصنيف من GATES، وشمل هذا التقرير على نقاط القوة ونقاط تحسين الموصفات، وجاء تصنيف المستشفى في المراتب الأولى بين المستشفيات الحكومية والخاصة^٣. الأمر الذي ساهم بشكل كبير في توقيع بروتوكول بين المستشفى وكلية العلوم الطبية التابع للجامعة اللبنانية عام ٢٠١٢، بعد أن استوفت المستشفى الشروط والمعايير المعتمدة لدى الكلية لتصبح مستشفى جامعي. ليصدر بعدها في العام ٢٠١٣ مرسوم جديد من مجلس الوزراء يرمي إلى تعديل تسمية المستشفى من المؤسسة العامة لإدارة مستشفى النبطية الحكومي لتصبح مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي في النبطية^٤، تقديراً للدور الذي لعبه رئيس مجلس النواب اللبناني في تطوير ودعم المستشفى وتحويلها من مستشفى ريفي صغير إلى مستشفى جامعي بطاقة حوالي ١٧٠ سرير، ويضم مبنى أساسي مكون من ٤ طوابق ومبنى ملحق مكون من ٣ طوابق.

ب. المهمة: لمستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي مهمتين أساسيتين:

^٢ سامر زعيتر ، مستشفى نبيه بري الحكومي في النبطية ي دشّن مرحلة متطورة جديدة برعاية رئيس الجمهورية، ٢٠ آذار ٢٠١٣، راجع موقع بلدية النبطية على الإنترنت www.nabatieh.gov.lb، تاريخ الدخول: ٦-٨-٢٠١٧.

^٣ سامر زعيتر ، مستشفى نبيه بري الحكومي في النبطية ي دشّن مرحلة متطورة جديدة برعاية رئيس الجمهورية، المرجع نفسه.

^٤ المرسوم رقم ٩٨٥٦ ، تعديل تسمية مستشفى النبطية الحكومي، تاريخ ٧/٢/٢٠١٣، المادة ١.

١. مهمة صحية وطبية : تعتبر هذه المهمة هي المهمة الأساسي التي أسست من أجلها المستشفى، وهي تقديم الرعاية الصحية الأولية والخدمات الطبية والإستشفائية بجودة عالية وبأقل كلفة ممكنة لأهالي منطقة النبطية بدون تمييز. وتجدر الإشارة إلى أن التطور والتقدم الذي شهدته المستشفى وترافقه مع إنشاء أقسام متطورة جديدة وبشكل خاص أقسام الحروق، علاج الأورام والسرطان بالأشعة، وأقسام تمثيل القلب والتصوير النووي PET scan وسع من بقعة المستفيدين من خدمات المستشفى، فأصبحت مقصداً ليس فقط لأبناء المنطقة بل لأبناء الجنوب بشكل عام.

٢. مهمة علمية وتعليمية (تدريب، أبحاث ومؤتمرات علمية): وقد بدأت هذه المهمة عموماً مع التحول الذي شهدته المستشفى وتحولها إلى مستشفى جامعي بعد توقيع بروتوكول التعاون عام ٢٠١٢ مع كلية العلوم الطبية في الجامعة اللبنانية يقضي بتدريب دفعات من طلاب الكلية. وتوسعت هذه المهمة مع مرور السنوات، ففي العام ٢٠١٤ مع توقيع اتفاقية مع المركز الطبي في الجامعة الأمريكية في بيروت للتعاون في الأمور المتعلقة بعلاج الأمراض السرطانية بالأشعة من أبحاث ومؤتمرات وتبادل خبرات. وفي الخامس من أيلول ٢٠١٥ وقع مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي في النبطية، مع الجامعة اللبنانية - كلية العلوم، اتفاقية تعاون بحثي وتدريب طلاب ماجستير تغذية^٥. وفي نيسان ٢٠١٧ وقعت اتفاقية تعاون بين المركز الطبي للجامعة اللبنانية الأمريكية - مستشفى رزق ومستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، تهدف الى التعاون الطبي والأكاديمي لتأمين خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة في الاختصاصات الثلاثة التالية: جراحة طب الأطفال وجراحة القلب المفتوح، وإجراء عمليات جراحة بعض أنواع السرطانات وعمليات التجميل للمرضى النساء المصابات بسرطان الثدي، بالإضافة إلى التعاون على صعيد الفحوص المخبرية، وخصوصاً في مجال الزرع وزرع نخاع العظم أو (BONE MARROW) والعمل باتجاه تحول مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي أيضاً الى مستشفى تدريبي للأطباء المقيمين^٦.

^٥الوكالة الوطنية للإعلام، توقيع اتفاقية تعاون بين مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي و الجامعة اللبنانية، ٠٥ أيلول ٢٠١٥. راجع موقع الوكالة الوطنية للإعلام على الإنترنت www.nna-leb.gov.lb، تاريخ الدخول ١٠-٨-٢٠١٧.

^٦الوكالة الوطنية للإعلام، اتفاقية تعاون بين المركز الطبي للجامعة اللبنانية الأمريكية مستشفى رزق ومستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، ٢١ نيسان ٢٠١٧. راجع موقع الوكالة الوطنية للإعلام على الإنترنت www.nna-leb.gov.lb، تاريخ الدخول ١٠-٨-٢٠١٧.

وبالإضافة إلى هذه الإتفاقيات وبروتوكولات التعاون، تلعب المستشفى دوراً علمياً بارزاً من خلال حملات التوعية الطبية المستمرة، والمحاضرات والمؤتمرات العلمية المتخصصة التي تقيمها المستشفى، إما بمبادرة فردية منها أو بالتعاون مع العديد من الجمعيات والنقابات والمؤسسات الطبية الأخرى.

ج. الأهداف الاستراتيجية للمستشفى: لقد وضعت ادارة المستشفى الاهداف الاستراتيجية التالية:

- تطوير نظام الجودة في المستشفى وتطبيق معايير الجودة المطلوبة من نظام الإعتقاد .
- دعم برامج التعليم والتدريب المستمر لجميع الموظفين.
- التحسين المتواصل من نوعية الخدمات الطبية والتمريضية والإدارية المقدمة للمرضى.
- المحافظة على سلامة الزبائن بشكل مستمر وعدم تعريضهم للمخاطر .
- التحسين من مستوى رضى الزبائن بشكل متواصل .
- تعزيز وتطوير الخدمات الحالية واستحداث خدمات جديدة متخصصة تستجيب لاحتياجات المنطقة.

- تحسين الأداء المالي للمستشفى، الرصد والتكيف المالي مع الإصلاحات وافتتاح الأقسام الجديدة.
- تفعيل نظام المعلوماتية المتوفر وإستغلاله بشكل كامل لتسهيل الأعمال الإدارية والإحصائية وغيرها.

د. الهيكل التنظيمي: مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي مثلها مثل باقي المؤسسات العامة التي تولى مرفقاً عاماً. تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلاليين المالي والاداري، وتتولى إدارتها سلطة تقريرية يتولاها مجلس الادارة تم تعيينه بناء على المرسوم رقم ١٦٢٠٧/٢٠٠٦، وهو يتالف من: رئيس مجلس الإدارة والمدير العام الدكتور حسن وزني، والأعضاء الدكتور خطار رزوق، الدكتورة رولا غندور، الدكتور عمار شميساني، ومفوض الحكومة الأستاذ حسن حطيط . وسلطة تنفيذية يرأسها المدير العام الدكتور حسن وزني.^٧

أما بالنسبة للهيكلية التنظيمية فيضم مستشفى نبيه بري الحكومي ٤ دوائر أساسية، هي:

^٧المرسوم رقم ١٦٢٠٧ ، تعديل عدد الاسرة وتعيين مجلس ادارة المؤسسة العامة لادارة مستشفى النبطية الحكومي والمدير ومفوض الحكومة لدى المؤسسة المذكورة، تاريخ ٢٥/١/٢٠٠٦، المواد ١،٢،٣ .

١. دائرة الجودة :تعتبر دائرة الجودة من الأقسام الحيوية في المستشفى من خلال العمل المتواصل والمتداخل ومن خلال التواصل الأفقي والعامودي بين جميع الأقسام الطبية والإدارية، حيث تهدف هذه الدائرة إلى التحسين المستمر والحصول على أفضل النتائج ، وإلى رفع مستوى جودة الرعاية الطبية للوصول إلى أعلى مستويات الرضى لدى المريض وذويه. ترأس دائرة الجودة في المستشفى السيدة عليا علوش، وتجدر الإشارة إلى أن مسؤولية إدارة وتحسين الجودة في المستشفى لا تقع كلها على عاتق دائرة الجودة، فهناك لجنة خاصة بالجودة في الأقسام التمريضية تسمى لجنة الجودة والنوعية مهمتها تحسين الجودة والنوعية للخدمات التمريضية المقدمة للمرضى. أما الأقسام الطبية والإدارية تخضع لدائرة الجودة.

٢. الدائرة الإدارية والمالية :بالرغم من أن المستشفى مهمتها طبية وإستشفائية، إلا أنه يلزمها موظفين إداريين للقيام بالوظائف الإدارية. وفي مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي تتولى هذه الدائرة الأمور التي تتعلق بإدارة شؤون العاملين وشؤون المستشفى ككل وتجهيزاته وصيانتته، وبالمعاملات والخدمات الادارية والمالية. يرأس الدائرة الادارية والمالية السيد عبد الإله شمس الدين وتضم ٨ أقسام هي:

- القسم الإداري، ويضم: قسم التغذية والمطبخ، قسم الغسيل، قسم الإستعلامات، وقسم الحرس.
- قسم المالية
- قسم الموارد البشرية
- قسم المعلوماتية
- قسم الصيانة
- قسم الدخول ومحاسبة المرضى
- قسم المشتريات والمخازن
- قسم الخدمات البيئية

٣. الدائرة التمريضية: تسعى دائرة التمريض في المستشفى الى تقديم الرعاية الصحية والتمريضية الافضل للمرضى المقيمين وذويهم وتطوير الخدمات الصحية والاشراف الاداري على العاملين

بالتمريض والمتابعة المستمرة لهم والعمل على رفع كفاءتهم من خلال التعليم المستمر وتوفير بيئة عمل آمنة. ترأس الدائرة السيدة ريما فران الزعتري، وتضم ١٠ أقسام هي:

- قسم العناية الفائقة ICU
- قسم الصحة والجراحة
- قسم النسائي والتوليد
- قسم العناية الفائقة الفائقة بحديثي الولادة
- قسم الأورام وأمراض الدم
- قسم العناية القلبية CCU
- قسم الأطفال
- الحضانة
- قسم الحروق
- مركز التدريب المستمر

٤. الدائرة الطبية: تسعى الدائرة الطبية الى تقديم الخدمات الصحية والطبية للمرضى المقيمين والغير المقيمين في المستشفى. يرأسها الدكتور علي طفيلي، وتضم ١٧ قسم هي:

- قسم التخدير والإنعاش
- قسم العمليات
- قسم الأشعة
- قسم تمثيل القلب
- قسم المختبر وبنك الدم
- قسم غسل الكلى
- قسم العلاج الفيزيائي
- قسم التعقيم
- قسم الصيدلية
- قسم الطوارئ

– العيادات الخارجية

– قسم التشخيص

– قسم الأورام ليوم واحد

– قسم العلاج بالأشعة

– قسم الأرشيف الطبي

– قسم التصوير النووي PET CT SCAN

– قسم جراحة اليوم الواحد

وبالإضافة إلى هذه الأقسام يوجد عدة لجان مساعدة من أجل تحسين خدمة المريض ورفع مستوى

الجودة في المستشفى، هي:

– اللجان التي تدخل تحت إشراف الدائرة التمريضية :

لجنة الجودة التمريضية، لجنة سلامة المريض وإدارة المخاطر، لجنة مكافحة العدوى، لجنة الصحة

والسلامة المهنية، لجنة ادارة الكوارث ومكافحة الحرائق، لجنة الإنعاش القلبي الرئوي، لجنة إدارة الألم، لجنة

إرشاد المرضى، لجنة الرضاعة ومستشفى صديق الأطفال، لجنة القوانين والإجراءات التمريضية .

– اللجان التي تدخل تحت إشراف الدائرة الطبية :

لجنة الصيدلانية، لجنة تقييم الممارسات المهنية، لجنة نقل الدم، لجنة التخدير والعمليات، اللجنة

الطبية العلمية، لجنة الوفيات والمرضاة، لجنة اعتماد الأطباء .

– اللجان التي تدخل تحت إشراف الدائرة الإدارية :

لجنة فرز النفايات، لجنة المعلوماتية، لجنة المشتريات، لجنة استلام البضائع، لجنة المناقصات

وفض العروض، لجنة التلف، اللجنة الفنية.

ويتم التنسيق بين رؤساء اللجان المتنوعة ومديرة الجودة في المستشفى، من أجل متابعة عمل

وإنجازات هذه اللجان من قبلها وتقديم المساعدة والتوجيه المناسب إذا دعت الحاجة .

ثانياً:القسم الذي أجري فيه التدريب

أجري التدريب في دائرة الجودة في المستشفى، ويقع مكتبها في الطابق الارضي من مبنى مركز الشيخ جابر الأحمد الصباح لمعالجة الأمراض السرطانية الملحق بالمستشفى.

ثالثاً: مدة التدريب ودوام العمل

أجري التدريب طوال ٢٥٠ ساعة عمل فعلية بدأت بتاريخ ١٢-١٢-٢٠١٦ حتى ١٠-٣-٢٠١٧، أما بالنسبة لدوام العمل فكان ٤ أيام بالأسبوع من الساعة الثامنة حتى الساعة الثالثة ظهرا بمعدل ٧ ساعات يومياً.

رابعاً:المسؤول في المؤسسة عن التدريب ودوره أثناء تنفيذ التدريب

كلفت السيدة عليا علوش رئيسة دائرة الجودة في المستشفى في مهمة التدريب. ولعبت السيدة علوش دور أساسي ومهم طوال مدة التدريب وذلك من خلال:

- شرح وتفسير الأعمال التي تقوم بها الدائرة وطريقة القيام بها.
- التوجيه والمتابعة المستمرة للأعمال التي كلفت القيام بها لضمان تنفيذها بالطريقة الصحيحة.
- إعطاء كافة المعلومات والمعارف المطلوبة لضمان نجاح فترة التدريب وجعلها مفيدة لي وللمؤسسة.

خامساً:المقابلات التي أجريت أثناء فترة التدريب

بهدف إنجاح فترة التدريب وتنفيذ المهام والأعمال بأكمل وجه وبهدف إعداد التقرير، أجريت العديد من المقابلات مع رؤساء الأقسام الطبية والإدارية .

سادساً:العلاقة مع العاملين في المؤسسة

تميزت هذه العلاقة منذ الأيام الأولى من فترة التدريب بالإحترام المتبادل مع مختلف العاملين الذين تم التعامل معهم بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء التدريب .

سابعاً: الندوات والأنشطة العلمية أثناء التدريب

أثناء مدة التدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي شاركت في ثلاثة محاضرات على الشكل

التالي:

١. محاضرة حول خطط تحسين الجودة **QIP Lecture** (كانون الثاني ٢٠١٧):

أعطت رئيسة دائرة الجودة السيدة عليا علوش محاضرة عن خطة تحسين الجودة في القاعة المؤتمرات في الطابق الثاني من المستشفى، وشارك بها رؤساء الأقسام في الدائرتين الطبية والإدارية والمالية.

بدأت المحاضرة بإعطاء عدة تعاريف للجودة منها تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتماد التي عرفتها بأنها درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة.

وبعد شرح مفهوم الجودة بدأت السيدة علوش بالحديث عن خطة تحسين الجودة Quality Improvement Plan، فعرفتها بأنها عملية تنسيق على صعيد المؤسسة لتحديد الأماكن التي يوجد فيها مشاكل، وإنشاء الآليات المناسبة لتحسين هذه الأماكن بالموارد المتوفرة، فهي تتعلق بكل الجهود والموارد التي يجب أن تستعمل للوصول إلى الأهداف التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على سلامة المريض ورضاه. ومن حسناتها: الحصول على رضى الزبون وسلامته، تحسين جودة ونوعية الخدمات، تحسين صورة المؤسسة أمام الزبائن والمنافسين، تطبيق متطلبات نظام الإعتقاد، إنشاء الوثائق والمراجع لملاحقة درجة التحسين، وإثبات على وجود عمليات لتحسين الجودة .

كما وشددت السيدة علوش على مسؤولية كل مسؤول قسم في وضع خطة تحسين الجودة والنوعية الخاصة بقسمه للعام الجديد إستناداً على نتائج تدقيق سابقة أو المؤشرات أو الإحصائيات، على أن يبدأ بوضعها خلال تشرين الثاني لتنتهي قبل نهاية كانون ثاني من كل عام. ومن مسؤولية دائرة الجودة ورئيس الدائرة الإشراف على وضع خطط تحسين الجودة في كل قسم والتوجيه وإجراء التدريب اللازم، ومتابعة التطبيق والتنفيذ .

وبعد التعريف شرحت السيدة علوش الخطوات المطلوبة لوضع خطة لتحسين الجودة وقسمتها بالشكل التالي:

- اختيار الموضوع :حيث يتوجب على مسؤول كل قسم العمل خلال العام على جمع البيانات والاحصائيات بالاعتماد على مصادر موثقة مثل Audit Process أو Statistic أو Indicators أو Standards أو استمارات رضى المرضى من بعد اجراء تحليل لها، وذلك للإستفادة منها في تحديد المشاكل أو نقاط الضعف التي تحتاج الى تحسين والتي لها تأثير مباشر على سلامة الزبون والخدمات المقدمة له. ومن بعد تحديدها لا بد منه العمل على اختيار الموضوع الأهم أو المواضيع الأكثر أهمية التي تؤثر بشكل مباشر على سلامة الزبون، وتتناسق مع اهداف المؤسسة الاستراتيجية.

- تحديد الهدف الاستراتيجي الذي يتناسب مع الموضوع المطروح: وذلك بعد مراجعة الأهداف الاستراتيجية مستشفى.

- تحديد الهدف الواجب الوصول إليه عند الإنتهاء من تنفيذ الخطة :مع ضرورة الإعتماد على مبادئ (SMART(S: Specific M: Measurable A: Attainable R: Relevant T: Time base

- تحديد مؤشرات العمل (: KPI'S (Key Performance Indicator المؤشر هو عدد رقمي أو نسبة مئوية يفيد لمعرفة اذا تم الوصول الى الهدف المنشود ام لا، ومؤشرات العمل هي أداة قياس لحالة معينة مبنية على أساس مبادئ SMART. تقسم المؤشرات إلى ثلاثة أنواع أساسية في المستشفى: Structure (مثل: عدد الموظفين ، عدد المواد، عدد المغاسل...) Processes (مثل: فترة إنتظار المريض في قسم الطوارئ، عدد حالات الوخز بالإبر....) Outcomes (مثل: نسبة الوفيات ، نسبة الولادات ، نسبة رضى المرضى...). أما بالنسبة لكيفية كتابة قاعدة المؤشر فهي على الشكل التالي:

السؤال عن الحالة التي نريد قياسها _____ مع تحديد المدة الزمنية للحالة.

السؤال عن العدد الكلي للمجموعة التي نقيس فيها

- تحديد الأعمال : حيث يتم كتابة كافة الأعمال والنشاطات التي توصل لحل المشكلة وتحقيق الهدف، مع تحديد تاريخ للتنفيذ لكل عمل أو نشاط باليوم أو الشهر والسنة، وتحديد الشخص المسؤول عن تطبيق كل عمل أو نشاط، ومن ثم توثيق كافة الاعمال المنجزة .

– المراقبة والتقييم: للأعمال المحددة إن كانت قد نفذت أو لا مع ذكر من سيقوم بالمتابعة والتقييم والوقت اللازم لذلك باليوم والشهر والسنة (تدقيق ، أحصائيات ، استمارات ، فحص الكفاءة)، وتجدر الإشارة أن عملية المراقبة والتقييم والمراجعة يجب أن تجرى على الأقل مرة كل ثلاثة أشهر، لتحديد ما تم تطبيقه أو ما لم يتم تطبيقه من أجل تحديد العوائق والصعوبات ومحاولة إيجاد حل لها خلال العام ذاته وعدم الإنتظار حتى نهاية العام. وفي حال حلت المشكلة يجب تبني الأعمال وتطبيقها بشكل دائم مع المتابعة المستمرة، أما في حال بقاء المشكلة الاعدادة من الأول مع امكانية اتخاذ اجراءات وأعمال جديدة.

وأخيراً أعطت السيدة علوش نموذج للخطة^٨ ووزعت نسخ عن المحاضرة لرؤساء الأقسام المشاركين.

٢. محاضرة حول إدارة المخاطر بإستخدام طريقة ال **FMEA** (شباط ٢٠١٧)

أعطت رئيسة دائرة الجودة السيدة عليا علوش محاضرة عن إدارة المخاطر بإستخدام FMEA في قاعة المؤتمرات في الطابق الثاني، وشارك بها رؤساء الأقسام في الدائرتين الطبية والإدارية والمالية. بدأت المحاضرة بتعريف سلامة المريض بانها التقليل والحد من الخطوات الغير آمنة في مؤسسات الرعاية الصحية، وكذلك تطبيق أفضل الممارسات المعروفة والمثبتة علمياً في مجال الصحة لتحقيق أفضل النتائج للمرضى، وبتعريف إدارة المخاطر أو تقليل المخاطر بانها في الأساس إستراتيجية وقائية، تعتمد على تحديد المخاطر، تقديرها، التعامل معها وتقييم نتائج التعامل معها. وبعدها قدمت السيدة علوش تعريف لل **FMEA (Failure Modes & Effects Analysis)** أنماط الفشل وتحليل تأثيراته، فهي طريقة إستباقية وقائية موجهة، تركز على النشاطات أو العمليات التي لها خطر عالي على سلامة الزبائن في المستشفى، وعلى عمل فريق من أجل الوصول الى العمليات أو النشاطات الأكثر أمناً" أو سلامة، وتتطلب مراقبة النتائج بعد تنفيذ خطط العمل المحددة.

تبدأ عملية ال **FMEA** بتحديد الفريق المعني **FMEA Team** المناسب لكل عملية أو نشاط تم تحديده، وبعدها يتم تدريب كل فريق وتوجيهه ليصبح مؤهلاً للعمل بشكل منظم وفعال (على الفريق أن يكون متعدد الإختصاصات ومناسب لكل عملية من ٦-٨ أشخاص حد أقصى، على أن يكون هناك قائداً لكل فريق).

^٨ الملحق رقم ٣، نموذج عن خطة تحسين الجودة في المستشفى.

ومن خلال عقد إجتماعات دورية حسب خطة عمل مسبقة يقوم كل فريق بالعمل على العمليات أو النشاط بإتباعه الخطوات التالية :

- رسم العملية من خلال وصف وتحديد كامل خطواتها بشكل متسلسل (STEP ١ , ٢, ٣, ٤, ٥, ...)
- اجراء العصف الذهني من قبل الفريق Brainstorming من أجل تحديد أماكن الفشل الممكن Failures في كل خطوة، تحديد أسباب الفشل Causes of Failure الممكنة لكل خطوة، وتحديد تأثيرات الفشل في كل خطوة Failure effects .

- تحديد درجة خطورة كل فشل ممكن من خلال إتباع طريقة SAC Score (Severity Assessment Code Score) بهدف تحديد أولويات العمل حسب درجة الخطورة.^٩

- وبعد تحديد الأولويات، يتم وضع خطة عمل مبنية على المقاييس الوقائية الإضافية لتجنب المخاطر المهمة، يتم التحديد فيها: الهدف من الخطة، مؤشر الأداء، الأعمال أو الإجراءات التي يجب أن تشمل مزيجاً من الأعمال القوية والمتوسطة والخفيفة (أعمال قوية مثل: تغييرات في البناء، تعديلات هندسية، تغيير في العملية وإلغاء خطوات غير ضرورية أو زيادة خطوات ضرورية، توحيد المعدات أو العمليات، تأمين أجهزة جديدة، تغييرات قيادية، أعمال متوسطة مثل: وضع لوائح تشييك جديدة، زيادة عدد الموظفين، تحسين التوثيق والتواصل، القضاء على أسباب عدم التركيز في العمل، أعمال خفيفة مثل: التشييك، لفت نظر وإنذارات، وضع قانون وإجراء جديد، التدريب، التحليل والدراسة الإضافية....)، المسؤول عن التنفيذ، الموارد، مكان التطبيق، تاريخ البدء وتاريخ انتهاء التنفيذ، والمراقبة والمتابعة.^{١٠}

يتم تنفيذ الخطة من قبل الأشخاص المعنيين في الأوقات المحددة، مع متابعة ومراقبة دورية لسير العمل (على الأقل مرة كل ٣ أشهر)، للتأكد من سير الخطة كما يجب، ومن أجل تحديد العوائق والصعوبات التي تعترض سير الخطة وإتخاذ تعديلات مناسبة للوصول إلى أفضل النتائج في التحسين. وعند الإنتهاء من تنفيذ الخطة، يجب إجراء التقييم وقياس درجة التحسين من خلال إستعمال أدوات القياس المناسبة لمعرفة درجة التحسين التي تم الوصول إليها. وفي حال كانت نتيجة التحسين إيجابية ومقبولة يتم

^٩ الملحق رقم ٤، SAC Score (Severity Assessment Code Score).

^{١٠} الملحق رقم ٥، نموذج عن خطة العمل وفق ل. FMEA.

الاكتفاء بالمتابعة والمراقبة. أما في حال كانت نتيجة التحسين غير مقبولة يجب وضع خطة جديدة بعد معرفة العوائق وأسباب الفشل بإستعمال RCA Root Cause Analysis (تحليل جذور المشكلة)، مع إعادة إتباع الخطوات من الأول لوضع خطة جديدة أكثر فعالية .

يقوم مفهوم تحليل جذور المشكلة على مبدأ أن كل إنسان لا يأتي الى وظيفته بهدف القيام بأخطاء، ولكن هناك ظروف معينة تجعل الجميع عرضة لإحتمال ارتكاب خطأ ما. فهي طريقة منهجية للتحقيق في مشكلة ما، بهدف تحديد العوامل العديدة التي ساهمت وتسببت في المشكلة. ويركز التحليل على تحديد الظروف الكامنة التي منعت تحقيق النتائج المتوقعة أو أحدثت نتائج سلبية غير متوقعة، كما وتقدم اقتراحات لتحسين الأداء والتقليل من احتمالات حصول حالات مشابهة. تعتمد عملية تحليل جذور المشكلة على الخطوات التالية:

- تحديد وتعريف الخطأ: من خلال الاجابة على مجموعة من الأسئلة، ماذا ترى؟ ماذا حصل ؟ ما هي الأعراض الخاصة ؟
- جمع المعلومات: من خلال الاجابة على مجموعة من الأسئلة، ما الدليل على وجود الخطأ ؟ منذ متى وجد الخطأ ؟ ما هو تأثير الخطأ ؟
- تحديد العوامل المسببة الممكنة: من خلال الاجابة على مجموعة من الأسئلة، ما هو تسلسل الأحداث الذي أدى الى الخطأ ؟ ما هي الشروط التي أدت لحدوث الخطأ ؟ ما هي الأخطاء الأخرى التي تحيط بالخطأ الأساسي ؟
- تحديد جذور المشكلة: من خلال الاجابة على مجموعة من الأسئلة، لماذا العوامل السببية موجودة ؟ ما هو السبب الحقيقي لحصول الخطأ ؟
- التوصية وتنفيذ الحلول: من خلال الاجابة على مجموعة من الأسئلة، ماذا يمكنك أن تفعل لتجنب تكرار ذات الخطأ ؟ كيف سيتم تنفيذ الحل؟ من الذي سيكون مسؤولاً عن تنفيذ الحل ؟ ما هي مخاطر تنفيذ الحل؟

٣. ورشة عمل حول خطة الكوارث والسلامة من الحريق في المستشفى

إنقسمت هذه الورشة على مرحلتين :

– الأولى حول خطة الكوارث في المستشفى، وأعطاهما السيد نصرات شعبان رئيس لجنة الكوارث ومكافحة الحريق .

– الثانية حول السلامة من الحريق، وأعطاهما رئيس مركز الدفاع المدني في النبطية السيد حسين فقيه بالتعاون مع السيد شعبان.

وقد شارك في هذه المحاضرة التي أعيدت عدة مرات على مدى شهرين، كل موظفي المستشفى على دفعات كل محاضرة يشارك قسم من الموظفين ووزعت في الختام شهادات للمشاركين.^{١١}

المرحلة الأولى: خطة الكوارث في المستشفى

بدأ هذا القسم من المحاضرة بتعريف الكوارث بأنها أي حدث يسبب أضراراً أو اضطرابات اقتصادية أو خسائر في الأرواح البشرية أو تدهوراً في الخدمات على نطاق كاف يبرر استجابة استثنائية. ولمواجهة هذه الكوارث لا بد من وضع خطة إستراتيجية لإدارة الكوارث والطوارئ بهدف تنظيم وإدارة مختلف أنواع المخاطر والأزمات الداخلية والخارجية والتي ممكن أن ينتج عنه تضرر في مختلف قطاعات العمل في المستشفى والمجتمع سواء. وتنقسم أنواع المخاطر في المستشفى إلى قسمين:

– المخاطر الداخلية: تشمل كل ما يمكن أن يؤثر أو يحدث ضرر في سير العمل الطبيعي في المستشفى، وهي بشكل عام: الحرائق الداخلية، انقطاع الكلي للتيار الكهربائي، انقطاع الغازات الطبية، انقطاع وسائل التواصل الداخلية والخارجية، تهديد بوجود قنبلة.

– المخاطر الخارجية: تشمل كل ما هو خارج قدرة المستشفى على السيطرة المباشرة، وهي بشكل عام: وصول أعداد كبيرة من المصابين الى المستشفى (وصول أعداد كبيرة من المصابين ناتج عن كوارث خارجية الى قسم الطوارئ عبر سيارات الإسعاف)، سوء الأحوال الجوية (الثلوج)، المخاطر الكيميائية.

بعد تحديد الأخطار والتهديدات الممكن حدوثها ومعرفة مدى تأثيرها على سير العمل، يتم وضع الخطط المسبقة للتعامل مع هذه الأخطار بناءً على الأولويات التي ممكن أن تهدد المستشفى، وكل خطة طوارئ يجب أن تركز على إدارة المراحل الأربعة التالية :

^{١١} الملحق رقم ٦، صورة عن الشهادة الممنوحة من إدارة المستشفى بعد المشاركة بورشة عمل حول خطة الكوارث والسلامة من الحريق في المستشفى.

– التخفيف : توجيه العمل على الحد من المخاطر والأضرار التي يمكن أن تنتج عند حدوث الكارثة .

– التأهب: التحضير لإدارة الكوارث، وذلك من خلال: وضع خطط مسبقة توزع على الأقسام، تعليم وتدريب الموظفين، التنسيق مع الإدارات المختلفة ووضع آلية تنسيق مع الإدارات الحكومية والمدنية (المستشفيات المحيطة، الجهات الحكومية (الجيش , قوى الأمن)،الدفاع المدني /الصليب الأحمر) للتعاون في مواجهة الكوارث والأزمات، وكذلك تنظيم وإدارة الموارد من خلال العمل على معرفة وتوثيق الموارد والأصول الموجودة في المستشفى ضمن لوائح والتي تعتبر من الأولويات التي قد تستعمل عند حدوث الكارثة وتشمل: معدات الوقاية الشخصية، ماء، وقود، اللوازم الطبية والجراحية والصيدلانية المتاحة، مجال الاتصالات، إمدادات إزالة التلوث.

– الرد: تفعيل الخطط الاستراتيجية المعدة سلفاً لإدارة الطوارئ والأزمات.

– الانتعاش:العمل على عودة العمل بشكل كامل لجميع مرافق المستشفى .

كما شرح السيد نصرات نظام النداء الخاص بالطوارئ وهو عبارة عن مجموعة Codes Colors

كل واحد خاص بحالة معينة :

– الأحمر للحريق (Red Fire Smoke)

– الأزرق لحالات الضرورة الطبية (Blue Medical Emergency)

– الأصفر لحالات الطوارئ الداخلية (Yellow Internal Emergency)

– البرتقالي للإخلاء (Orange Evacuation)

– البنفسجي للتهديد بوجود قنبلة (Purple Bomb Threat)

– البني لحالات الطوارئ الخارجية (Brown External Emergency)

– الأسود لتهديد الشخصي (Black Personal Threat)

المرحلة الثانية: السلامة من الحريق

بدأ السيد نصرات شعبان هذا القسم من المحاضرة بتعريف الحاضرين بالإشارات والرسوم الواضحة

عن مكافحة الحريق (مخارج الطوارئ، مناطق الإخلاء، عدم استعمال المصاعد عند نشوب حريق...)

وبتعريفهم أيضاً بأمكان المطافئ ومخارج الطوارئ وعلب الحريق في كل القسم من خلال عرض جدول

بأماكن تواجد المطافئ ومخارج الطوارئ. مع ضرورة التأكد دائماً من توفر المطافئ وغيرها من وسائل إطفاء الحريق المطلوبة في كل قسم، والتأكد من صلاحيتها، وإعلام قسم الصيانة عند إستعمالها أو إنتهاء صلاحيتها من أجل إستبدالها.

ثم بدأ بشرح سياسة الإخلاء في المستشفى، والتي تنص على أن المرجع في أمر الإخلاء يعود إلى أعضاء لجنة الكوارث ومكافحة الحريق بالتنسيق مع مدير المستشفى ولكن في حال إكتشاف أية حالة خطرة (حريق كبير لا يمكن السيطرة عليه، زلزال، قصف عشوائي، إنتشار غاز سام، مواد كيميائية خطرة) تستدعي الإخلاء بسرعة يجب المبادرة إلى ذلك فوراً دون الرجوع إلى الموافقة. وأنواع الإخلاء في المستشفى ثلاثة هي:

- الإخلاء ضمن القسم الواحد (Horizontal evacuation) : يكون الإخلاء من مكان الخطر إلى مسافة آمنة ضمن القسم حتى يتيح السيطرة على الوضع .
- الإخلاء إلى قسم آخر (Vertical Evacuation) : وعادة يتم الإخلاء إلى الأقسام السفلى ضمن المبنى وذلك حسب طبيعة الخطر ومدى إنتشاره.
- إخلاء المبنى (Evacuation out building) : وهذا يجب إخلاء المبنى بشكل كامل وعدم العودة إلا بعد أخذ الإذن من الإدارة.

أما بالنسبة لخطوات الإخلاء في المستشفى فهي على الشكل التالي:

- يتم تجميع المرضى والزوار في الأماكن الآمنة ضمن الأقسام.
- البدء بعملية الإخلاء عبر مدارج الطوارئ المحددة سلفاً.
- إغلاق كل الأبواب والنوافذ في القسم.
- عدم إستعمال المصاعد.
- إصطحاب الأوراق والمستندات المهمة قدر الإمكان.
- إتباع تعليمات موظف الأمن عند المخارج.
- التوجه إلى المكان المحدد لإحصاء الموظفين.
- في حال وجود دخان يمكن وضع منديل مبلل بالماء على الفم من أجل التنفس.

ويتم إخلاء المرضى حسب الحالات المرضية :

– المرضى القادرين على التحرك وهنا يمكن أن يتم الإخلاء دون مساعدة ولكن بتوجيه من فريق الإخلاء .

– المرضى القادرين على التحرك بمساعدة وهنا يجب تحديد شخص ما (قريب، زائر مريض، ممرض) لمساعدته على الإخلاء.

– المرضى الفاقدين الوعي وهنا يجب إخلاءهم عبر مخارج الطوارئ في الأقسام بمساعدة شخص (ممرض أو زائر قوي البنية) أو عبر المصعد إذا كان آمناً بعد موافقة مشرف السلامة.

– المرضى الفاقدين الوعي وعلى التنفس الإصطناعي وهنا يجب نقلهم على حمالات يحملها أربعة أشخاص مع إجراء تنفس يدوي.

– المرضى الذين يتم لهم إجراء عمليات جراحية:المرضى الذين هم في الإنعاش المرضى ضمن العملية محاولة تسكير الجراح بسرعة وإخلائهم .

وبعدها بدأ السيد حسين فقيه بتعريف عناصر الحريق وكيفية مكافحته. فعرف عناصر الحريق بثلاثة، الجسم القابل للاشتعال والأكسجين والحرارة، ومن الواجب منع توفرها مجتمعة لمنع حصول حريق. كما عرف الموظفين بأنواع المطافئ والوسائل الأخرى لإطفاء الحريق، وبكيفية إستعمالها^{١٢} . وسرد الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الحرائق والتي لا بد من تجنبها وهي على الشكل التالي:

- الجهل والإهمال واللامبالاة والتخريب.
- التخزين السيئ والخطر للمواد القابلة للاشتعال أو الانفجار.
- تشبع مكان العمل بالأبخرة والغازات والأتربة القابلة للاشتعال في ظل وجود سوء التهوية.
- حدوث شرارة أو ارتفاع غير عادي في درجة الحرارة نتيجة إحتكاك في الأجزاء الميكانيكية.
- الأعطال الكهربائية أو وجود مواد سهلة الاشتعال بالقرب من أجهزة كهربائية تستخدم لأغراض التسخين.

– العبث وإشعال النار بالقرب من الأماكن الخطرة أو رمي بقايا السجائر.

^{١٢} الملحق رقم ٧، أنواع المطافئ والوسائل الأخرى لإطفاء الحريق، وكيفية إستعمالها.

وشرح السيد فقيه للموظفين كيفية التصرف في حال نشوب حريق :

- إبعاد كل الأشخاص عن مكان الحريق .
 - الضغط على زر الإنذار في موقع الحريق .
 - إغلاق كل الأبواب والنوافذ لحصر الحريق .
 - إقفال مفاتيح ال O₂ في الأقسام العلاجية .
 - إطفاء الكهرباء (الزر الرئيسي في الطابق).
 - المباشرة بإطفاء الحريق اذا كان صغيراً وكنت متأكداً من قدرتك على السيطرة عليه .
 - الإخلاء (من مخارج الطوارئ) .
 - عدم استعمال المصاعد خلال اندلاع الحريق .
 - إذا كان الحريق كبيراً، غادر غرفتك وأغلق الباب خلفك وشغل جهاز الإنذار .
 - في حالة وجود دخان كثيف يكون التدحرج على الأرض أفضل وسيلة لوجود الهواء النقي.
 - تحسس الباب والمقبض بظاهر يدك فإذا لم يكن ساخناً افتح بحذر وأخرج .
 - إذا وجدت الباب ساخناً عند ملامسته فلا تفتحه .
 - انزع الستائر وافتح الغرفة لتهويتها وطرده الدخان .
- وفي نهاية الورشة التدريبية تم إجراء تدريب عملي حول كيفية استعمال المطفأة في إطفاء الحريق من خلال إفتعال حريق صغير خلف المبنى .

ثامناً:القوانين والأنظمة والقرارات المطلع عليها أثناء التدريب

- كتاب القوانين والإجراءات العامة في المستشفى.
- كتاب القوانين والإجراءات الخاصة بدائرة الجودة.
- كتاب القوانين والإجراءات الخاصة بقسم الموارد البشرية.
- كتاب القوانين والإجراءات الخاصة بقسم الصيانة.
- كتاب القوانين والإجراءات الخاصة بقسم التخدير.
- القانون الخاص بلجنة الجودة والنوعية في المستشفى.

- نظام الإعتدال المعتمد لدى وزارة الصحة للعام ٢٠٠٩.
- القرارات المتعددة الصادرة عن الإدارة طوال مدة التدريب.
- الكتب والتقارير الداخلية الموجه من وإلى دائرة الجودة طوال مدة التدريب.

تاسعاً: المشاكل والتسهيلات أثناء التدريب

لم أواجه أي مشكلات تذكر على مستوى المستشفى أثناء التدريب، بل على العكس كانت مستوى التسهيلات التي منحت لي ممتازة وقد استعدت منها بشكل كبير في إنجاح فترة التدريب وفي إعداد التقرير. وأهم هذه التسهيلات تمثلت بالعمل مباشرة تحت سلطة مديرة دائرة الجودة في المستشفى مما سهل عملية التعارف والتعامل مع بقية الدوائر والأقسام في المستشفى، والسماح لي بالإطلاع على العديد من القوانين والتقارير الداخلية التي لم تنشر.

الفصل الثاني

الأعمال المنفذة خلال فترة التدريب

سيتم في هذا المبحث عرض لأهم الاعمال والأنشطة التي شاركت فيها خلال فترة التدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي بالإضافة الى ملاحظات المشرف على هذه الأعمال، كما سيتم عرض أبرز المهارات التي اكتسبتها خلال هذه الفترة.

أولاً : النشاطات المنفذة

بدأت المرحلة الأولى من فترة التدريب بالإطلاع إلى المهام الموضوعية على عاتق دائرة الجودة، وبالتعرف على الأعمال اليومية التي تقوم بها مديرة الجودة. وبعد إنتهاء هذه المرحلة مع بداية الأسبوع الثاني من التدريب بدأت أشارك بشكل فعلي في أعمال الدائرة، والأعمال التي شاركت فيها أثناء التدريب هي:

أ. المشاركة بتوثيق محاضر الإجتماعات للجان والإجتماع مع رؤساء الأقسام التي تتعلق بمناقشة الخطط والقوانين والإجراءات (وتم إنجاز هذا العمل طوال مدة التدريب)

تتضمن هذه المحاضر بشكل عام:

- إسم المجموعة التي تجتمع.
- التاريخ.
- أسماء المجتمعين، وإمضاءاتهم.
- أهم النقاط و البنود التي تم مناقشتها.
- أهم المواضيع والأعمال التي تم الإتفاق عليها، والشخص المكلف بها.

ونظراً لما تتضمنه هذه المحاضر من معلومات مهمة يمكن إستخدامها في الإجتماعات المستقبلية للتأكد من تنفيذ القرارات وكمستند للتذكير بالأحداث والأعمال السابقة، تقوم مديرة الجودة في المستشفى بتدوين محضر لكل إجتماع وتضعه في سجل خاص بعد أخذ توقيع المجتمعين، وقد شاركت مديرة الجودة في القيام بهذه المهمة طوال فترة التدريب.

ملاحظات مديرة الجودة:

ساعد الطالب محمد عواضة مديرة الجودة في توثيق المحضر، وعمد على كتابة المحاضر بسرعة ودقة متناهية، وإلى توثيقها بشكل علمي ومنهجي صحيح.^{١٣}

ب. المشاركة بوضع خطط تحسين الجودة (QIP(quality improvement plans)

للأقسام الطبية والإدارية (وتم إنجاز هذا العمل خلال الشهرين ٢ و١)

خطة تحسين الجودة هي عملية تقوم على تحديد الأماكن التي يوجد فيها مشاكل تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على سلامة المريض ورضاه، وعلى إنشاء الآليات المناسبة لتحسين هذه الأماكن بالموارد المتوفرة.

لذلك بعد الاجتماع مع رئيس كل قسم من هذه الأقسام وتحديد المواضيع أو المشاكل ونقاط الضعف التي تحتاج إلى تحسين. بدأنا بوضع مسودات لخطط تحسين الجودة الخاصة بكل قسم من الأقسام، فقمنا أولاً بربط هذه النقاط والمواضيع بإحدى الأهداف الإستراتيجية للمستشفى، وبعدها تم تحديد الهدف الواجب الوصول إليه عند الإنتهاء من تنفيذ الخطة، ووضعنا مؤشرات العمل KPI'S، والأعمال والنشاطات الواجب إتباعها وتنفيذها لحل المشكلة والوصول للهدف المحدد مع تحديد تاريخ للتنفيذ لكل عمل أو نشاط باليوم أو الشهر والسنة، والشخص المسؤول عن تطبيق كل عمل أو نشاط. وأخيراً قمنا بوضع أسس خاصة بالمراقبة والتقييم للأعمال المحددة للتأكد ما إن كانت قد نفذت أو لا مع ذكر من سيقوم بالمتابعة والتقييم والوقت اللازم لذلك باليوم والشهر والسنة .

ومع الإنتهاء من وضع الخطط ، أجريت إجتماعات مع رئيس كل قسم لمناقشة وشرح المسودة تفصيلها، للوصول إلى الخطة الأفضل والحل الأمثل للمشاكل ونقاط الضعف.

ملاحظات مديرة الجودة:

شارك الطالب محمد عواضة في التركيز و تسليط الضوء على نقاط الضعف الموجودة، وساهم بشكل

فعال في وضع خطط مستقبلية تساعد على التخلص من تلك النقاط.^{١٤}

^{١٣} الملحق رقم ٨، ملاحظات مديرة الجودة على الأعمال المنفذة.

^{١٤} الملحق رقم ٨، ملاحظات مديرة الجودة على الأعمال المنفذة.

ج.وضع دراسة حول الرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية والإدارية (وتم إنجاز هذا

العمل خلال شهر ١)

يمكن تعريف الرضا الوظيفي بأنه مجموعة من " القناعات والإستجابات النفسية والعاطفية السلبية والإيجابية من الموظف تجاه جوانب عديدة من مهامه ومسئوليته وعن أدائه أو بيئة عمله"^{١٥}، وكما إرتفعت هذه المشاعر الإيجابية وبالتالي حالة الرضا لدى الموظفين، كلما إزدادت لديهم الرغبة للإبداع والإبتكار والإنتاجية مما ينعكس إيجاباً على المؤسسة وفعاليتها وإنتاجيتها. وبالعكس إنخفاض هذه المشاعر الإيجابية وظهور السلبية سيؤدي بشكل عام إلى تراجع ملحوظ في إنتاجية الموظفين وفعالية المؤسسة ككل. ونظراً لأهمية الرضا الوظيفي وتأثيره ليس فقط على أداء العاملين بل على أداء المستشفى بشكل عام، تقوم دائرة الجودة بدراسة الرضا الوظيفي للعاملين فيها عند بداية كل سنة. وقد أسندت إلي مديرة الجودة إعداد دراسة حول الرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية والإدارية إستناداً على إستمارات تقييم رضى الموظف التي تم توزيعها سابقاً (خلال كانون الأول).

موجز عن الإستمارة:

بدأت الإستمارة بتعريف الموظف من الغرض منها، مع شكر الموظف والتمني منه الإجابة بدقة ومهنية وتطمينه من جهة سرية المعلومات. وبطلب بعض المعلومات الشخصية عن الموظف منها إختياري (الإسم-القسم)، ومنها إلزامي(الجنس-الوضع العائلي-الوضع الوظيفي).

كما وتحتوي الإستمارة على ٢٠ سؤال مباشر مع تحديد ٤ إجابات ممكنة لتحديد مستوى رضا

الموظف بالنسبة لكل سؤال :

٣.راضٍ قليلاً

٢.غير راضٍ

١.لست راضٍ أبداً

٤.راضٍ جداً

ومن هذه الأسئلة:

— هل أنت راضٍ عن الراتب الحالي الذي تتقاضاه مقارنة بزملائك وبجحم مهامك ومسئولياتك؟

^{١٥} إيناس فلمبان ، الرضا الوظيفي وعلاقته بالالتزام التنظيمي لدى المشرفين التربويين والمشرفات التربويات بإدارة التربية والتعليم بمدينة مكة المكرمة،

رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة (المملكة العربية السعودية) ،٢٠٠٧، ص: ٩.

- ما مستوى رضاك عن معاملة مسؤولك بعدالة وشفافية كافية؟
- ما مستوى رضاك من حيث أن مسؤولك المباشر يعاملك باحترام؟
- ما مستوى رضاك عن المركز الذي تشغله مقارنة مع كفاءتك وخبرتك وشهادتك والتقييم السنوي لك؟

- ما مستوى رضاك عن الإدارة من حيث تعاونها معك في حال وجود ظرف شخصي طارئ؟
- و تحتوي أيضاً على ٤ أسئلة مفتوحة للتعرف على رأي الخاص لكل موظف بالنسبة للمسائل المطروحة، منها:
- هل ينعكس أداؤك سلباً أم إيجاباً من حيث معاملتك للزبائن في المستشفى متأثراً برضاك أو عدم رضاك؟

- ما هي إقتراحاتك للوصول إلى رضا الموظف بشكل أفضل؟
- موجز عن الدراسة:
- في الأسئلة المباشرة تم جمع أجوبة كل سؤال على حدة من أجل قياس نسبة الرضا وعدمه إتجاه كل سؤال، لمعرفة الأمور الأساسية التي تؤثر سلباً على الرضا الوظيفي للموظفين من أجل وضع خطط للحل والتحسين والتقدم. أما في الأسئلة المفتوحة فتم جمع الأجوبة المتشابهة والمتقاربة لمعرفة أهم آراء وإقتراحات الموظفين بالنسبة للمواضيع المطروحة.

- وبعد الإنتهاء من إحتساب النسب وجمع الأجوبة تم وضع خلاصة وإقتراحات للدراسة.
- أبرز ما ورد في الخلاصة:
- نسبة الرضا العام للموظفين بلغت حوالي ٨٨%.
- أعلى نسبة عدم الرضا أتت في الأمور التي تتعلق بالراتب، الأخذ بأفكار الموظف، التقدير عند القيام بعمل مميز.

- أكثر من نصف الموظفين يتأثر أداءهم إيجابياً في حال رضاهم .
- من أهم الإقتراحات لدى الموظفين: منح حوافز، الأخذ بالرأي، والإحترام.
- من أهم الأمور التي تتميز بها المستشفى من وجهة نظر الموظفين: التطور المستمر وعدم التمييز بين المرضى.

أهم الإقتراحات:

- إعادة النظر في الرواتب وتعديلها لما يتوافق مع الشهادات والخبرات.
- منح حوافز مادية ومعنوية للموظفين حسب الإنتاجية والتميز في العمل وحسب التقييم السنوي.
- الإستمرار في الإجتماعات الدورية للموظفين ومتابعة مشاكلهم والأخذ بأراءهم وأفكارهم في التحسين.

ملاحظات مديرة الجودة:

ساهم الطالب محمد عوضة في تحليل الدراسة التي تتعلق بالرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية والإدارية و في وضع المقترحات التي تساعد على رفع الرضا الوظيفي.^{١٦}

د.المشاركة بوضع القوانين والإجراءات الخاصة بقسم التخذير (وتم إنجاز هذا العمل خلال الشهرين ٢٠١١)

عملاً بمبدأ التحديث المستمر للأنظمة والقوانين قامت مديرة الجودة بتحديث القوانين والإجراءات الخاصة بقسم التخذير، ووضع بعض القوانين والإجراءات الجديدة لكي تتلائم مع التطورات في الأعمال والإجراءات والمعدات المستعملة في هذا القسم.

وقمت بالمشاركة بهذا العمل من خلال ترجمة بعض الإجراءات العالمية والنصوص العلمية التي تتوافق مع المهام داخل القسم.

ملاحظات مديرة الجودة:

ساهم الطالب محمد عوضة في ترجمة الإجراءات العلمية التي تتلاءم مع التطورات وشارك بوضع قوانين جديدة لقسم التخذير تتلاءم معها.

هـ.المشاركة بوضع خطط التدريب الخاصة بموظفين الأقسام الإدارية والمالية(وتم إنجاز هذا العمل خلال الشهرين ٢٠١١)

يعرف التدريب بأنه " الوسيلة التي من خلالها يتم إكساب الأفراد العاملين الأفكار والمعارف الضرورية لمزاولة العمل والقدرة على إستخدام وسائل جديدة بأسلوب فعال أو إستخدام نفس الوسائل بطرق

^{١٦} الملحق رقم ٨، ملاحظات مديرة الجودة على الأعمال المنفذة.

أكثر كفاءة مما يؤدي إلى تغيير سلوك وإتجاهات الأفراد^{١٧}. ونظراً لأهمية التدريب وإنعكاسه المباشر ليس فقط على أداء العاملين بل على أداء المستشفى ككل، أجريت إجتماعات مع رئيس كل قسم من هذه الأقسام لتحديد المواضيع والنقاط التي تحتاج الى تحسين وتغيير وتدريب، بالاستناد الى نتائج تقييم الأداء وملاحظات الرئيس المباشر. وتم وضع خطط التدريب الخاصة بكل قسم من الأقسام.

ملاحظات مديرة الجودة:

ساعد الطالب محمد عواضة بوضع خطط التدريب الخاصة بموظفين الاقسام الإدارية والمالية .

٦. وضع القوانين الخاصة بقسم الصيانة(خلال الشهرين ٢ و٣)

إستكمالاً لعملية التحديث التي تقوم بها دائرة الجودة، طلبت مني مديرة الجودة تحديث القوانين والإجراءات الخاصة بقسم الصيانة ووضع قوانين جديدة للقسم تتلائم مع التطورات الحاصلة في مهامه. خصوصاً وأن عملية توسيع المستشفى وزيادة الأقسام والمعدات الجديدة في السنوات الأخيرة لم ترافقها أي عملية تحديث وتجديد للقوانين الخاصة بقسم الصيانة.

بدأت أولاً بمراجعة القوانين والإجراءات المطبقة في القسم وبمراجعة الأجزاء الخاصة بالصيانة في نظام الاعتماد الصادر عن وزارة الصحة، والذي هو عبارة عن مجموعة من المعايير التي وضعتها الوزارة لتصنيف المستشفيات ولتأكد من جودتها والتي يجب على قوانين وإجراءات المستشفى أن تتطابق معها لكي تحافظ على تصنيفها كمستشفى جامعي معتمد لدى الوزارة.

وتدخل الصيانة في نظام الاعتماد في ٣ أجزاء :

- البناء ويشمل هذا الجزء: نظام الحرائق، نظام الماء، الكهرباء، الغازات الطبية، الحالة العامة للبناء ، المداخل، نظام الكهرباء الإحتياطية، التهوية، التكييف، وكل ما يتعلق بمبنى المستشفى.
- الهندسة الطبية ويتضمن هذا الجزء بشكل عام كل ما يتعلق بصيانة الأجهزة الطبية في المستشفى من إجراءات وعقود خدمات خارجية والبرامج والمعدات .
- هندسة الصيانة ويتضمن هذا الجزء الأخير المعايير الخاصة بقسم الصيانة من موظفين، قوانين، الملفات، البرامج، إجراءات الحماية والصحة والسلامة المهنية داخل القسم، سجلات، برامج التشغيل، مواصفات خاصة بورشة الصيانة بالقسم .

^{١٧} محمد سهيلة. علي حسين، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار وائل، الأردن (عمان)، ١٩٩٩، ص: ١٠٧.

ثم أجريت العديد من الإجتماعات مع مسؤول قسم الصيانة للتعرف على طبيعة الأعمال في القسم وطرق تنفيذها، موظفي القسم وتوصيف العمل لكل موظف، الإجراءات والبرامج المعتمدة، المعدات المستعملة في الصيانة، حال البناء والأنظمة الموجودة في المستشفى من كهرباء ومياه وتهوئة وتكييف وطرق حفظ وإيصال الغازات الطبية وغيرها من الأنظمة .

وبعد تكوين فكرة شاملة عن القسم ومهامه والأنظمة الموجودة في المستشفى. قمت بوضع مسودة لكتاب القوانين والإجراءات الخاصة بقسم الصيانة يتوافق مع مهام القسم من جهة ونظام الإعتماد من جهة أخرى، وقدمتها لمديرة الجودة للإطلاع عليه ومراجعته .
تضمن هذا الكتاب بشكل عام العناوين التالية:

- قسم الصيانة
- مبادئ السلامة الخاصة بالمبنى
- الصحة و السلامة المهنية في قسم الصيانة
- النظام الكهربائي
- التغذية الإحتياطية
- نظام المياه
- مولد الأكسجين
- الغازات الطبية
- التبريد و التدفئة
- نظام النداء
- المصاعد
- آلية الصيانة

بالإضافة إلى هذا الكتاب، ومن أجل مساعدة مسؤول قسم الصيانة في وضع البرامج والجدول الجديدة للصيانة على مختلف أنواعها. قمت بوضع لائحة بجميع المعدات الكهربائية في المستشفى (ما عدا الحواسيب) على الشكل التالي:

Maintenance timing	Urgent maintenance company	Preventative maintenance company	Date of use (تاريخ الوضع في الخدمة)	Serial number (الرقم التسلسلي)	Company (الشركة المصنعة)	Machine (نوع الألة)	ward (القسم)
(تاريخ الصيانة)	(شركة الصيانة المستعجلة، في حال وجدت)	(شركة الصيانة الوقائية، في حال وجدت)					

ملاحظات مديرة الجودة:

لقد قام الطالب محمد عواضة بالمهام التي أوكلت إليه بشكل دقيق وسريع ومنظم وواضح حيث سهل وبسط طريقة العمل بقسم الصيانة، وساهم وساعد على وضع قوانين جديدة وتحديث القوانين الموجودة.

ثانياً: الإيجابيات والسلبيات التي رافقت الأعمال التدريبية

أ. السلبيات:

لا يمكننا الإعتبار أن هناك سلبيات في الأعمال التدريبية على الرغم من وجود بعض الصعوبات تمثلت في قلة الخبرة وقلة المعلومات وعدم معرفة الطريقة المثلى للقيام بهذه الأعمال، خصوصاً وأن هذه الفترة التدريبية تمثل اللقاء الأول مع سوق العمل والتجربة الأولى لترجمة المعلومات الدراسية إلى الواقع.

ب. الإيجابيات:

رافقت الأعمال التدريبية العديد من الإيجابيات :

- تعزيز المهارات الموجودة واكتساب مهارات جديدة .
- إكتساب خبرة ميدانية في تنفيذ الأعمال وزيادة القدرات العملية والعلمية.
- زيادة الثقة بالنفس من خلال تحمل المسؤولية وإعطائي الفرصة للابتكار والتعلم من خلال هذه

الأعمال.

- التعرف عن قرب وبالذقة اللازمة على الطريقة العمل في إحدى المؤسسات العامة، المتصلة مباشرة مع الجمهور.

ثالثاً: المهارات المكتسبة من الفترة التدريبية:

أهم ما تم اكتسابه في فترة التدريب هو التعرف عن قرب على مؤسسة حكومية معنية بالصحة وطريقة تنفيذها لمهامها وإدارتها وتنظيمها، ويمكن تلخيص المهارات المكتسبة في فترة التدريب فيما يلي:

- كيفية وضع مسودة للأنظمة الخاص بكل قسم من الأقسام.
- طريقة دراسة رضا الموظفين.
- كيفية الاعداد للاجتماعات وتوثيق نتائجها.
- كيفية وضع الخطط التدريبية.
- كيفية إعداد خطط لتحسين الجودة.

القسم الثاني

إدارة الجودة الشاملة وفعاليتها وآثارها على الأداء المطلوب للعاملين في

النموذج المعالج

لقد إعتدنا للإجابة عن الإشكاليات المثارة والتحقُّق من صحَّة الفروض، معالجة هذا القسم في

فصلين:

الفصل الأول، يستعرض المفاهيم العامة وأسباب دخول الجودة إلى المستشفيات الحكومية، ويتضمَّن

المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين، ودور وزارة الصحة اللبنانية في فرض شروط إدارة

الجودة الشاملة.

الفصل الثاني، يبحث في كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

والنتائج والآثار التي ترتبت من خلالها على أداء العاملين فيها، ويتضمَّن إدارة الجودة الشاملة في مستشفى

نبيه بري الجامعي الحكومي، وأثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين المستشفى (دراسة تطبيقية).

الفصل الأول

إدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين، ودخولها إلى المستشفيات الحكومية

يعتبر مفهوم الأداء من المفاهيم التي نالت نصيباً وافراً من الاهتمام والبحث في الدراسات الإدارية بشكل عام، وذلك لأهمية المفهوم ليس فقط على مستوى الفرد بل على مستوى المنظمة ككل، فتحقيق المنظمة لأهدافها وعلى رأسهم رفع الإنتاجية وتحسين أدائها مرتبط بشكل كبير برفع إنتاجية وتحسين أداء الأفراد العاملين.

ونظراً لما شهدته المؤسسات والمنظمات على مستوى العالم أجمع من ظروف صعبة ومعقدة في مختلف مجالات، منعتها من المنافسة ومن تلبية طلبات زبائننا، توجه اهتمام وتركيز هذه المؤسسات والمنظمات إلى الجودة وإدارتها باعتبارها الوسيلة الأساسية لتحقيق الميزات التنافسية والوصول إلى الأهداف المنشودة والنهوض بالمؤسسة على كافة الصعد.

أما في لبنان فقد عانت المستشفيات الحكومية من العديد من الصعوبات خلال العقود الماضية، الأمر الذي استوجب التحرك من وزارة الصحة نحو معالجة الوضع واخذ الخطوات التصحيحية لهذا القطاع. وفي طليعتها التركيز على جودة الخدمات الصحية وإدخال أفكار الجودة إلى هذه المؤسسات الصحية، باعتبار أن الجودة وسيلة تحقق الميزات التنافسية وتمكننا من الوصول إلى المفهوم الواسع والشامل لما يسمى بإدارة الجودة الشاملة.

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى الجودة وإدارتها وإلى أداء العاملين وتقييمه، وكذلك إلى أبرز الآليات والقواعد التي ساهمت بشكل أساسي في إدخال الجودة وإدارتها إلى المستشفيات الحكومية في لبنان. وذلك من خلال مبحثين هما:

المبحث الأول: المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين.

المبحث الثاني: وزارة الصحة اللبنانية والجودة في المستشفيات الحكومية.

المبحث الأول: المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة والاداء:

سنتناول في هذا المبحث تعريف الجودة وتطويرها وصولاً الى مفهوم ادارة الجودة الشاملة ومبادئها. كما سنتطرق إلى مفهوم الاداء والعوامل المؤثرة عليه، وطرق وخطوات تقييمه.

أولاً: الاطار المفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يعد من أحدث المفاهيم الادارية التي تقوم على مجموعة من المبادئ والأفكار الهادفة الى تحسين وتطوير الأداء العام للمؤسسة بصفة مستمرة من خلال الاستجابة لمتطلبات العميل والزبون، ويمكن لأي ادارة أن تتبناها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن. ورغم الاهتمام الواسع النطاق بمفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً إلا ان اصل الموضوع قديم ويعود الى عصور تطور الإدارة منذ عهد الثورة الصناعية. لذا سوف نبدأ بتعريف وفهم معنى الجودة وتطويرها، وصولاً لإدارة الجودة الشاملة ومرتكزاتها.

أ. مفهوم الجودة

لقد أدت كثرة التحولات الاقتصادية والصناعية والتكنولوجية التي مر بها العالم عبر التاريخ إلى إختلاف المفكرين والباحثين فيما بينهم حول إعطاء تعريف عام وموحد عن مفهوم الجودة، حتى ديمينج الذي يعتبر واحد من أهم علماء الجودة على مر التاريخ حينما طلب منه إعطاء مفهوم عام ومحدد للجودة أجاب بأنه لا يعرف.

كلمة الجودة Quality من حيث اللغة يرجع أصلها إلى الكلمة اللاتينية Qualitas التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته، وكانت تعني قديماً الدقة و الإتقان.^{١٨} وعرفها البعض مثل جونسون بأنها القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له^{١٩}، أما سيكيوموتو فقد عرف الجودة بأنها

^{١٨} مأمون الدرادكة. طارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان(الأردن)، ٢٠٠٢، ص: ١٥.

^{١٩} فريد زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب للنشر، مصر، ١٩٩٦، ص: ١٠.

المنتجات والخدمات الجيدة وهي التي تلبى حاجات الزبائن وتحترمها"^{٢٠}. فيما عرفها آخرون بأنها مجموعة من الصفات التي يتميز بها المنتج أو الخدمة، والتي تؤدي إلى تلبية حاجات العملاء سواء من حيث تصميم المنتج أو تصنيعه أو قدرته على الأداء، إضافة إلى ضرورة التركيز على الجودة أثناء تقديم هذه السلع والخدمات إلى العملاء. كذلك عرفت الجودة بأنها "مطابقة المتطلبات أو ملائمة الاستخدام أو إنها الوفاء بحاجات المستفيد حاليا ومستقبلا"^{٢١}.

كما وعرفت الجمعية الأمريكية لرقابة الجودة ASQC بأنها: مجموعة من مزايا وخصائص المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين المذكورة أو الضمنية. فيما عرفها معهد الجودة الأمريكي بأنها "أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح من المرة الأولى مع الاعتماد على تقسيم الزبائن لمعرفة مدى التحسين"^{٢٢}. وعرفها المكتب القومي للتنمية الاقتصادية ببريطانيا NEDO بأنها "تحقيق متطلبات السوق من حيث التصميم والأداء الجيد وخدمات ما بعد البيع"^{٢٣}.

أما المؤسسة الأوروبية للجودة EOQ عرفت الجودة على أنها: "مجموعة من الصفات التي يتميز به منتج معين، تحدد قدراته على تلبية متطلبات المستهلكين"^{٢٤}. وكذلك عرفت المنظمة الدولية للمعايير على أنها مجموعة من الخصائص والمميزات لمنتج ما تحدد قدرته على تلبية حاجات ومتطلبات الزبائن الصريحة والضمنية .

ونستنتج من هذه التعاريف بأن الجودة ترتبط برضا العميل وتوقعاته واحتياجاته ومدى إستجابة المنتج لها، ويمكن القول بأنها تقديم منتج أو خدمة ذو نوعية عالية ومتميزة تلبى حاجات ومتطلبات العميل بأقل كلفة ممكنة وبأسرع وقت.

^{٢٠} أحمد الحسيني. كامل الوظيفي. عبد الخالق الجبوري ، إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحقيق الميزة التنافسية دراسة ميدانية في مصنع المحاقن الطبية في بابل، مجلة جامعة بابل للعلوم الصرفة والتطبيقية ، الإصدار ٤، المجلد ٢١، جامعة بابل، العراق، ٢٠١٣، ص: ١٣١٩.

^{٢١} عباس علي محمد، معايير الجودة ودورها في تطوير الجامعات العراقية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، الإصدار ٣، المجلد ١، جامعة الكوفة، النجف(العراق)، ٢٠١٠، ص: ٩٩.

^{٢٢} أحمد الحسيني. كامل الوظيفي. عبد الخالق الجبوري ، إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحقيق الميزة التنافسية دراسة ميدانية في مصنع المحاقن الطبية في بابل، مرجع سابق، ص: ١٣١٩.

^{٢٣} ربيع مسعود ، متطلبات تحقيق الجودة في ظل قيادة إبداعية، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خضير ، بسكرة(الجزائر)، ٢٠١٤، ص: ٣١.

^{٢٤} فتحية حبشي ، إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة (الجزائر)، ٢٠٠٧، ص: ٢٣.

ب.تطور الجودة

ظهر مفهوم الجودة وتحسينها لأول مرة في اليابان في بداية القرن الماضي ، ثم انتشر بعد ذلك في شمال أمريكا ودول أوروبا، وقد كان القطاع الصناعي محور التطور التاريخي لهذا المفهوم ثم امتدت سبل تطبيقه في كافة الميادين الاقتصادية الأخرى إذ شملت القطاعات الإنتاجية والخدمية على حد سواء. ومما ساعد على انتشار هذا المفهوم خسارة المؤسسات الأمريكية والأوروبية لجزء من حصصها في الأسواق العالمية لصالح المؤسسات اليابانية التي إنتقلت إلى العالمية بعدما اتخذت الجودة كأداة تعبر من خلالها إلى هذه الأسواق، في حين أن المؤسسات العالمية الأخرى وخاصة الأمريكية كانت تولي اهتمامها لمسألة العلاقة بين الإنتاجية والتكلفة على اعتبار أن السعر هو الهدف الأول للعميل.

ويمكن تقسيم مراحل تطور مفهوم الجودة كالتالي:

المرحلة الأولى : الفحص

إمتدت هذه المرحلة من أواخر القرن التاسع عشر حتى أوائل القرن العشرين، وفي هذه المرحلة كان التركيز على تحديد مواصفات للمنتج بالإضافة إلى تحديد الخطوات اللازمة لصناعته وتقع مسؤولية تحديد الجودة على مشرفين ومفتشين متخصصين للتمييز بين المنتجات الجيدة والرديئة وإستبعاد المنتج الذي به عيوب.

المرحلة الثانية: ضبط الجودة

إمتدت هذه المرحلة من عشرينات القرن العشرين حتى الخمسينات، وفي هذه المرحلة تم إستخدام بعض الأساليب الإحصائية في ضبط الجودة (العينات الإحصائية، خرائط الرقابة ...)، وقد بدأت في هذه المرحلة تظهر أقسام مستقلة لضبط الجودة في المؤسسات للتأكد من جودة المنتج أثناء الإنتاج ومحاولة إصلاح الأخطاء والتقليل من المنتجات التي بها عيوب.

المرحلة الثالثة: تأكيد وضمان الجودة

إمتدت هذه المرحلة من الخمسينات إلى سبعينات القرن الماضي، وفي هذه المرحلة تطور مفهوم الجودة وضبطها ولم تعد مسؤولية ضبط جودة المنتج تقتصر على دائرة واحدة فقط بل أصبحت الجودة مسؤولية المنظمة ككل وجزءا لا يتجزء من خططها، وعلى كافة المستويات الإدارية ان تتسق فيما بينها وتشارك في تخطيط ومراقبة الجودة. فتأكيد الجودة لا يهتم فقط بالمنتج النهائي، بل يهتم ايضا بالموارد التي

تساهم في العملية الإنتاجية، كالمواد الأولية، التجهيزات، واليد العاملة. كما شهدت هذه المرحلة بداية ظهور منظمات متخصصة بضبط الجودة مثل المنظمة الدولية للمقاييس ISO، وشهدت أيضاً ظهور حلقات الجودة في اليابان التي هدفت إلى إجراء إجتماعات دورية للعمال للمناقشة في سبل التحسين وتحديد المشكلات المحتملة كطريقة للتحفيز والتطوير.

المرحلة الرابعة: إدارة الجودة الشاملة

والتي بدأت أوائل الثمانيات ولا تزال تمتد حتى اليوم، وفي هذه المرحلة ظهر مفهوم جديد في الإدارة وهو إدارة الجودة الشاملة، يهدف إلى نقل المنظمات المعاصرة من أنماط التفكير التقليدية إلى أنماط تفكير وممارسات تتلاءم مع البيئة والمتطلبات المعاصرة، تقوم فلسفته على مجموعة من المبادئ التي يجب أن تتبناها أي منظمة من أجل الوصول إلى الهدف المنشود، ويعتمد بذلك على مشاركة جميع العاملين والزبائن والموردين بهدف التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد البعيد.

ج. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تعتبر إدارة الجودة الشاملة من أكثر المفاهيم الفكرية والفلسفية الحديثة التي إستحوذت على إهتمام واسع من قبل الإختصاصيين والباحثين. مما جعل إتفاقهم على مفهوم واحد وعام أمراً صعباً، ولذلك تعددت التعاريف التي أعطيت لهذا المفهوم، فلكل باحث رأيه ونظرته وأسلوبه الخاص في فهم وتعريف إدارة الجودة الشاملة.

ويمكن القول أن أول محاولة لوضع تعريف لإدارة الجودة الشاملة كانت من قبل منظمة الجودة البريطانية BQA حيث عرفت على أنها "الفلسفة الإدارية للمؤسسة التي تدرك من خلالها تحقيق كل من إحتياجات المستهلك وكذلك تحقيق أهداف المشروع معاً"^{٢٥}. وبعد هذا التعريف تناوب العديد من المفكرين والعلماء والمؤسسات العالمية على تعريف إدارة الجودة الشاملة، منهم:

– جون أوكلاندي الذي عرفها بأنها "وسيلة التي تدار بها المنظمة لتطور فاعليتها ومرونتها ووضعها

التنافسي على نطاق العمل ككل"^{٢٦}.

^{٢٥} محمود رضوان ، إدارة الجودة الشاملة فكر وفلسفة قيل أن يكون تطبيق، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، ٢٠١٢، ص: ٢٣.

^{٢٦} محمود رضوان ، إدارة الجودة الشاملة فكر وفلسفة قيل أن يكون تطبيق، المرجع نفسه، ص: ٢٣.

– أما ديمينغ فعرفها بأنها: " فلسفة إدارية مبنية على أساس إرضاء المستفيد وتحقيق احتياجاته حاضرا ومستقبل".^{٢٧}

– وعرفها روبرت برنهد Robert Bernhard على أنها " خلق ثقافة متميزة في الأداء، تتظافر فيها جهود المديرين والموظفين بشكل متميز لتحقيق توقعات العملاء، وذلك بالتركيز على جودة الأداء في مرحلة الأولى وصولاً إلى الجودة المطلوبة بأقل كلفة وأقصر وقت".^{٢٨}

– بينما حدد كول مفهوم إدارة الجودة الشاملة بأنه " نظام إداري يضع رضا العمال على رأس قائمة الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح ذات الأمد القصير، إذ أن هذا الإتجاه يحقق أرباحاً على المدى الطويل أكثر ثباتاً وإستقراراً بالمقارنة مع المدى الزمني القصير".^{٢٩}

– ومنهم من إعتبرها صيغة من صيغ العمل التعاوني فقد عرفها جابونسكي بأنها " شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة أو العاملين بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فرق العمل".^{٣٠}

– وتشوكتر Schuster مثلاً يرى أن إدارة الجودة الشاملة عبارة عن "ثقافة مميزة في الأداء، حيث يعمل ويكافح المديرون بشكل مستمر لتحقيق توقعات العملاء والمستفيدين، وأداء العمل بشكل صحيح".^{٣١}

– وعرفها كروسبي (Crosby) وهو أحد المؤسسين ل TQM أن إدارة الجودة الشاملة "تمثل المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي تم التخطيط لها مسبقاً حيث انها الاسلوب الامثل الذي يساعد على منع وتجنب المشاكل من خلال العمل على تحفيز وتشجيع السلوك الإداري التنظيمي الأمثل في الأداء بإستخدام الموارد المادية والبشرية بكفاءة عالية".^{٣٢}

^{٢٧} محمد الطراونة ، الجودة الشاملة والقدرة التنافسية – دراسة تطبيقية على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن، مجلة العلوم الإدارية، العدد ١، المجلد ٢٩، ٢٠٠٢، ص: ٣٦.

^{٢٨} محمد الترتوري. أغادير جويحان ، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار المسيرة ، عمان(الأردن)، ٢٠٠٩، ص: ٣١.

^{٢٩} خضير حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان(الأردن)، ٢٠١٦، ص: ٧٥

^{٣٠} محمد الترتوري. أغادير جويحان ، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، مرجع سابق، ص: ٣٠.

^{٣١} فريد زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب للنشر، مصر، ١٩٩٦، ص ٢٤.

^{٣٢} ناظم الزبيدي. سدى محمد، إدارة الجودة الشاملة مفهومها وأسلوب إرسائها، مجلة كلية التربية، الإصدار ٤، جامعة المستنصرية، بغداد(العراق)، ٢٠٠٨، ص: ٩١٨.

- ومنهم من فصل بين مكونات ادارة الجودة الشاملة حيث يرى أن:^{٣٣}
- الإدارة (Management) تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المنظمة من أجل التحسين المستمر للجودة.
- أما الجودة (Quality) فتعني تحقيق رغبات ومتطلبات المستفيد، بل وتجاوزها، وهي تلافي العيوب منذ المرحلة الأولى للعملية بما يرضي المستفيد.
- و أما كلمة الشاملة (Total) فتعني البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بدءا من حاجات المستهلك أو المستفيد، وانتهاء بتقويم رضاه عن الخدمات المقدمة له.
- و عرفت المنظمة الفرنسية لحلقات الجودة (AFCERQ) بأنها "مجموعة المبادئ والأساليب المنظمة في إستراتيجية شاملة، بهدف توجيه كل المؤسسة نحو الحصول على أحسن إرضاء للزبون بأقل تكلفة".^{٣٤}
- والمعهد الفدرالي الأمريكي عرفها على أنها تأدية العمل الصحيح بشكل صحيح من أول مرة مع الإعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى التقدم التحسن في الأداء.
- وعرفها دليل إدارة الجودة الصادر عن وزارة الدفاع الأمريكية بأنها "مجموعة من المبادئ الإرشادية والفلسفية التي تمثل التحسين المستمر لأداء المنظمة من خلال إستخدام الأساليب الإحصائية والمصادر البشرية لتحسين الخدمات والمواد التي يتم توفيرها للمنظمة، وكل العمليات التي تتم في التنظيم والدرجة التي يتم فيها تلبية حاجات العميل في الوقت الحاضر والمستقبل".^{٣٥}
- ووفقا Royal Mail إنها الطريقة أو الوسيلة الشاملة للعمل التي تشجع العاملين للعمل ضمن فريق واحد مما يعمل على خلق قيمة مضافة لتحقيق إشباع حاجات المستهلكين".^{٣٦}
- وعرف معهد المقاييس البريطاني (British standards institute) إدارة الجودة الشاملة: "فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع وتحقيق

^{٣٣} محمد الترتوري. أغادير جويحان ، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، مرجع سابق، ص: ٢٩، ٣٠.

^{٣٤} كاملية بن شلوية . آمال شرفي، الجودة كمدخل لتحسين الأداء الإنتاجي في المؤسسات العمومية (دارسة حالة مؤسسة مطاحن الواحات الرياض سطيف-تقرت-)، مذكرة ليسانس، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ٢٠١٣، ص: ٣٦.

^{٣٥} محمد الترتوري. أغادير جويحان ، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، مرجع سابق، ص: ٣١.

^{٣٦} خضير حمود، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص: ٧٥.

اهداف المنظمة كذلك بأكفاً الطرق وأقلها تكلفة عن طريق الإستخدام الأمثل لطاقات جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير".^{٣٧}

– وتعرف منظمة التقييس العالمية إدارة الجودة الشاملة بأنها "عقيدة أو عرف متأصل وشامل في أسلوب القيادة والتشغيل لمنظمة ما بهدف التحسين المستمر في الأداء على المدى الطويل من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات الزبائن مع عدم إغفال متطلبات المساهمين وجميع أصحاب المصالح الأخرى".^{٣٨}

– أما منظمة الأيزو فتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها: "مدخل إداري يركز على الجودة بمساهمة جميع أفراد المؤسسة من أجل تحقيق النجاح الطويل الامد من خلال إرضاء الزبون وتحقيق المنفعة للجميع".^{٣٩}

وبالنظر إلى هذه التعاريف يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة هي نظام شامل تعتمد على مشاركة جميع العاملين الزبائن والموردين، تهدف إلى التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد البعيد من أجل الوصول الدائم إلى رضا العملاء. فهي فلسفة إدارية ومدخل إستراتيجي يقوم على مجموعة من المبادئ التي يمكن أن تتبناها من أجل الوصول إلى أفضل أداء ممكن، تهدف إلى نقل المنظمات المعاصرة من أنماط التفكير التقليدية لمختلف أوجه المنظمة إلى أنماط تفكير وممارسات تتلاءم مع البيئة والمتطلبات المعاصرة.

د. مبادئ إدارة الجودة الشاملة

تقوم إدارة الجودة الشاملة على مجموعة من المبادئ والقواعد والإرشادات التي تساعد المنظمة على وضع نظام إدارة الجودة الشاملة موضع التطبيق، وعلى جميع المنظمات العمل على تطبيق هذه القواعد والإرشادات للوصول إلى الأهداف المرجوة من هذا النظام وتحقيق التميز في مجال الجودة. ولكن مثل أي فكرة متعلقة بالجودة، إختلف المفكرون والباحثون في تحديد مفاهيم دقيقة لهذه المبادئ .

^{٣٧} قيس زهير جعفر ، أثر الإدارة الالكترونية في إدارة الجودة الشاملة دراسة حالة في دائرة تكنولوجيا المعلومات بوزارة العلوم والتكنولوجيا- بغداد، مجلة الإدارة و الإقتصاد، الإصدار ١٠٠، جامعة المستنصرية، بغداد(العراق) ، ٢٠١٤ ، ص: ١٣٣.

^{٣٨} رشاد بدر، أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة ، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة(فلسطين)، ٢٠٠٩، ص: ٣٧.

^{٣٩} برهان الدين السامرائي، دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة(دراسة تطبيقية على مصنع سيراميك رأس الخيمة) ، أطروحة

ماجستير، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، المملكة المتحدة، ٢٠١٢، ص: ٤٢.

فمثلا المستشار الأميركي ديمنج الذي يعتبر الأب الروحي للجودة وضع ١٤ مبدأ لإدارة الجودة الشاملة على الشكل التالي:^{٤٠}

– خلق الإندماج والتناسق بين الهدف والخطة وذلك لتحسين الخدمة والإنتاج، وتوزيع المصادر لتحقيق الحاجات طويلة الأجل.

– تبني المؤسسة للفلسفة الجديدة في إدارة الجودة الشاملة.

– التوقف عن الإعتماد على التفقيش بنهاية العملية الإنتاجية كطريقة لتحقيق الجودة، والقيام ببناء الجودة في المنتج من الأساس.

– التخلي عن فلسفة الشراء من الممولين إعتمادا على السعر فقط، والبحث عن مقاييس هادفة أكثر للجودة بالإضافة إلى السعر، والعمل على تقليل التكاليف الكلية وليس التكاليف الإبتدائية فقط.

– تعريف وتوضيح المشاكل، والعمل المستمر على تحسين الإنتاج والخدمات داخل المؤسسة.

– إيجاد طرق حديثة للتدريب على رأس المال وإشراك الإدارة في التدريب.

– إيجاد طرق جديدة في الإشراف على العمال.

– طرد الخوف من نفوس العاملين، وبناء ثقافة الثقة وخلق بيئة مشجعة للإبداع في المؤسسة وتشجيع الإتصالات من الأعلى إلى الأسفل، وبالعكس داخل المنظمة.

– القضاء على العوائق التنظيمية بين الأقسام، وضرورة عمل الأفراد في كافة أقسام المؤسسة كفريق واحد لحل المشكلات التي تواجههم في عملية إنتاج السلع والخدمات.

– التوقف عن نقد الموظفين في المؤسسة حيث أن معظم مشاكل الجودة تتعلق بالأنظمة والعمليات التي أوجدت من قبل إدارة المؤسسة والتي لا علاقة للموظفين بها.

– إلغاء مقاييس العمل التي تفرض حصصا عددية على العاملين في المؤسسة، وبدلا من ذلك

العمل على إيجاد نظام إشراف مشجع، وإستعمال طرق إحصائية في عملية التحسين المستمر للجودة والإنتاجية.

– التشجيع على البراعة في العمل عند تقييم الأداء وتشجيع الإدارة بالأهداف داخل المنظمة.

– إيجاد برنامج قوي وفعال للتعليم والتنمية الذاتية لكل فرد داخل المؤسسة.

^{٤٠} محمد الترتوري. أغادير جويحان، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، مرجع سابق، ص: ٤٤، ٤٥.

– إعداد الإدارة العليا- وكل موظفي المؤسسة – للعمل على تحقيق المبادئ الثلاثة عشر السابقة ومتابعتها يوميا، وذلك لتحقيق عملية التحول اللازمة.

أما العالم الأميركي الآخر أرماند فيجينوم، خبير مراقبة الجودة وصاحب مفهوم مراقبة الجودة الشاملة، فقد حددها في ٧ وهي^{٤١}:

– الجودة عملية نظامية ومسؤولية الجميع.

– دعم الجودة وأفرادها وفرقها .

– التحسين المستمر.

– حاجات الزبون حاجات المؤسسة.

– الجودة بمساعدة الحاسوب.

– مشاركة وتمكين العاملين.

– التوجه القائم على الزبون.

بينما أكد أحد أبرز علماء الجودة فيليب كروسبي، صاحب فكرة العيوب الصفرية، على وجود ١٤

مبدأ لإدارة الجودة الشاملة، وهي^{٤٢}:

– التزام الإدارة العليا بالجودة.

– إنشاء فريق لتحسين الجودة.

– استعمال القياس كأداة موضوعية.

– تحديد تكلفة الجودة الشاملة.

– زيادة الوعي بأهمية إدارة الجودة الشاملة .

– اتخاذ الإجراءات التصحيحية

– التخطيط السليم لإزالة العيوب من المنتج .

– الاهتمام بتدريب وتعليم المشرفين والعاملين على القيام بدورهم في تحسين الجودة الشاملة.

^{٤١} فاروق عزون، دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة- دراسة حالة بعض المؤسسات الاقتصادية الجزائرية، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، ٢٠١٥، ص: ٢٣، ٢٤.

^{٤٢} نسيم الشريف، معيار إدارة الجودة الشاملة كداعم لجودة الخدمات الإستشفائية- دراسة حالة: مؤسسة العمومية الإستشفائية عميرات سليمان، جامعة قاصدي مرباح-ورقلة، الجزائر، ٢٠١١، ص: ١١.

- إنشاء يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار "صناعة اللاعيوب".
- تشجيع الابتكار الفردي وتحديد الأهداف داخل التنظيم .
- التخلص من أسباب الأخطاء، وإزالة معوقات الاتصال الفعال .
- التعرف على أهمية عملية التحسين ومكافئة من يقوم بتحسين وتطوير الجودة الشاملة .
- إنشاء مجالس للجودة الشاملة، هدفها القيام بعملية التنسيق والاتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة.

– استمرار في عملية تحسين الجودة الشاملة، وهذا بتكرار العمليات السابقة، من اجل إعطاء الموظفين تشجيع مستمر لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المنظمة.

وهناك أيضا من جعل لإدارة الجودة الشاملة ٩ مبادئ مثل المعهد الأمريكي للجودة أو ٨ مثل تاييلور أو حتى ٦ مثل جابلونسكي.

ولكن برغم من هذا الإختلاف بين العلماء حول عدد هذه المبادئ وأهمية وأولوية كل منها، يمكن أن نرى أنه بالمجمل هناك توافق بين أغلبية الباحثين والمفكرين حول مجموعة من المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن حصرها في الشكل التالي:

- إلتزام ودعم الإدارة العليا: وما يتضمنه ذلك من العمل على نشر ثقافة الجودة ووضع الخطط الاستراتيجية لها، ومن الدعم المستمر لبرامج الجودة الشاملة مادياً ومعنوياً.
- التركيز على الزبون: أي الاهتمام برضاه والتنبؤ بحاجاته ورغباته المتغيرة بإستمرار ومحاولة تلبيةها والاستجابة لها بسرعة ودقة.

– التركيز على القوى العاملة: أي أن يكونوا دائما محل إهتمام وتركيز في جميع النواحي الوظيفية وكذلك العمل على فهم إحتياجات وتطلعات ومحاولة تلبيةها للوصول إلى رضاهم .

– مشاركة العاملين: إشراك جميع العاملين في عمليات التحسين والتطوير وإتخاذ القرارات ووضع الحلول، وزرع روح العمل الجماعي لديهم وانشاء فرق العمل وفرق الجودة.

– التحسين المستمر: وما يتضمنه هذا التحسين من تصميم وتطبيق نظام إبداعي جديد يشمل كافة العمليات ومجالات العمل داخل المنظمة، ويسعى دوماً لتحقيق رضا المستفيدين والوصول إلى المنتج الأفضل والأداء الأمثل من خلال إجراء عمليات مستمرة لتحسين العمل وتقويم الجودة.

– القرارات المبينة على الحقائق: ويتضمن هذا المبدأ، تبني تقنيات معينة لجمع البيانات والحقائق، وتوفير قاعدة بيانات متكاملة ، وتهيئة القنوات اللازمة لتمكين الأفراد من إيصال ما يمتلكونه من معلومات إلى متخذي القرارات لتشكيل رؤية واضحة عندهم عن الظروف المحيطة به.

ثانياً: الإطار المفاهيمي لأداء العاملين

يعتبر مفهوم الأداء المحور الرئيسي الذي يحظى بإهتمام المدراء وتتصب حوله أغلب جهودهم، كونه يشكل أحد أهم عوامل نجاح المؤسسة وبقائها وإستمرارها. فكفاءة أداء أي مؤسسة في أي قطاع كانت، يتوقف على كفاءة العاملين فيها. لذلك إهتم الباحثون والمفكرون في المجال الإداري بموضوع الأداء والعوامل المؤثرة فيه وطرق وأساليب تقييمه وتحسينه لما له من تأثير ليس على صعيد الأفراد فحسب بل على صعيد المؤسسة ككل.

أ.تعريف الأداء

نظراً لأهمية أداء العامل في المؤسسة لم يتفق الباحثون على إعطاء مفهوم واحد وشامل للأداء، فكل باحث قدم تعريفه الخاص للأداء بالنسبة إلى طريقة نظرته لهذه الأهمية ولطبيعة العمل الذي قام بدراسته. فمنهم من عرف الأداء بأنه قدرة الموظف على تحقيق المهام والأنشطة والأهداف الخاصة بالوظيفة التي يشغلها في المؤسسة، فيما عرفه آخرون بأنه "درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد، وهو ما يعكس الكيفية التي يحقق أو يشبع بها الفرد متطلبات الوظيفة"^{٤٣}، ورأى البعض أن "أداء العامل يشمل كل السلوكيات التي يظهرها العامل أثناء القيام بالعمل مثل إتمام المهام، التحسن في الإنجاز، التصرفات إتجاه الآخرين، المهارات والخبرات المكتسبة" .^{٤٤}

^{٤٣} فريد خميلي، التدريب كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية دراسة حالة مجمع صيدال فرع فرمال بعنابة، مجلة الإستراتيجية والتنمية، مجلد ٤، العدد ٦، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم (الجزائر)، ٢٠١٤، ص: ٧٠.

^{٤٤} فؤاد عبد الرحمن. سمية مجيد، بيئة العمل المادية وأثرها في تحسين أداء العاملين دراسة استطلاعية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية، مجلة الإدارة والإقتصاد، العدد: ٩١، الجامعة المستنصرية،العراق، ٢٠١٢، ص: ١٩٠.

وعرفته المنظمة العالمية للمعايير (الأيزو) "بأنه يشمل الكفاءة والفعالية، فهذه الأخيرة هي مدى بلوغ النتائج، أما الكفاءة فهي العلاقة بين النتيجة المتحصلة والموارد المستخدمة".^{٤٥}

أما فريد Fred فقد عرف الأداء بحسب نتائج السلوك المرافقة لذلك الأداء، "فيرى أن الأداء هو نتيجة السلوك، والسلوك هو نشاط وفعالية فردية، بينما نتائج السلوك هي التغييرات التي تحصل في البيئة المحيطة بالفرد بسبب ذلك السلوك"^{٤٦}، وبالإتجاه ذاته عرفها نيكولاس الذي عرف أداء العاملين بأنه "نتائج سلوك، فالسلوك هو النشاط الذي يقوم به الفرد، أما نتائج السلوك فهي النتائج التي تمخضت عن ذلك السلوك"^{٤٧}. في حين فرق توماس عند تعريفه الأداء بين كل من السلوك والإنجاز والأداء، "فعرّف السلوك بأنه ما يقوم به الأفراد من أعمال في المنظمة التي يعملون بها كعقد الاجتماعات وأداء النشاطات والمهام المكلفين بها وجميع الأعمال التي يمارسونها في سبيل إنجاز الأعمال الموكلة لهم، وعرف الإنجاز بأنه ما يبقى من أثر أو نتائج بعد توقف الأفراد عن العمل كالمخرجات النهائية لأعمالهم ونشاطاتهم، وعرف الأداء بأنه التفاعل بين السلوك والإنجاز، فهو مجموع السلوك والنتائج معاً، فهو ليس السلوك وحده أو الإنجاز وحده بل هو تكاملهما معاً".^{٤٨}

انطلاقاً مما سبق، يمكن القول ان الاداء هو مجموع ما يقوم به الافراد من اعمال في المؤسسة التي يعملون بها، وما حققه من نتيجة لهذه الأعمال المنفذة.

ب.العوامل المؤثرة على الأداء

يتأثر أداء العاملين بجملة متعددة من العوامل المختلفة في المكان والزمان، منها السلبي ومنها الإيجابي، ولبعضها تأثير مباشر على الأداء، بينما للبعض الآخر تأثيراً غير مباشر عليه. و يمكن أن نقسم هذه العوامل إلى ٣ أقسام أساسية:

^{٤٥} فاروق جهلان. عبد الحكيم حمامي، أثر المطابقة وفق الإيزو ٩٠٠٠ في أداء العاملين دراسة حالة:مؤسسة ليند غاز الجزائر - وحدة ورقلة، شهادة الليسانس، جامعة قاصدي مرباح_ورقلة، الجزائر، ٢٠١٣، ص:١٧.

^{٤٦}فاروق جهلان. عبد الحكيم حمامي، أثر المطابقة وفق الإيزو ٩٠٠٠ في أداء العاملين دراسة حالة:مؤسسة ليند غاز الجزائر - وحدة ورقلة، المرجع نفسه، ص:١٧.

^{٤٧} حفصة مناد، أثر تطبيق إدارة الوقت على أداء المورد البشري" دراسة ميدانية على مستوى بنك الفلاحة و التنمية الريفية بالعبادية - عين الدفلى"، شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، جامعة الجيلاي بونعامة بخميس مليانة،الجزائر، ٢٠١٧، ص:١٦.

^{٤٨} فاروق جهلان. عبد الحكيم حمامي، أثر المطابقة وفق الإيزو ٩٠٠٠ في أداء العاملين دراسة حالة: مؤسسة ليند غاز الجزائر - وحدة ورقلة، مرجع سابق، ص:١٨.

1. العوامل الخاصة بالموظف: تشمل بشكل عام:

- الخصائص الديمغرافية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية).
- القدرات الذهنية والسمات الشخصية.
- القدرات والمهارات العلمية والمهنية.
- الرضا الوظيفي.
- الرغبة والدافعية.

2. العوامل الداخلية: أو ما يعرف بمكونات البيئة الداخلية التي تحيط بالموظف أثناء أدائه

لوظيفته في المؤسسة، وأهمها:

- العلاقات الإجتماعية والتنظيمية أثناء العمل.
- الثقافة التنظيمية في المؤسسة.
- الظروف المادية (مثل: المعدات والأدوات والإضاءة والحرارة...).
- العوامل التنظيمية (مثل: الإشراف، التصميم التنظيمي، السياسات التنظيمية، الإتصال، نظم الأجور والحوافز والترقية...).

3. العوامل الخارجية: وهي تلك العوامل التي تقع خارج سيطرة المؤسسة والتي يجب أن تتكيف

معها لتضمن الأداء الجيد سواء على مستوى المؤسسة ككل أو على مستوى الفرد. أبرزها:

- البيئة الإجتماعية والثقافية: وتتضمن البيئة الإجتماعية تركيب المجتمع والطبقات، وطبيعة التنظيم الاجتماعي وتطوير المؤسسات الاجتماعية، أما البيئة الثقافية فتشمل خلفية المجتمع التاريخية ومعتقداته وقيمه وقواعد السلوك فيه. وتؤثر هذه البيئة بشكل كبير على وجهات النظر المختلفة حول علاقات السلطة وأنماط القيادة، والعلاقات بين الأفراد والعقلانية والمعرفة وطبيعة المؤسسات الاجتماعية.
- البيئة السياسية والقانونية: تعني البيئة السياسية المناخ السياسي العام في المجتمع وطبيعة التنظيم السياسي ونظام الأحزاب السياسية والنقابات العمالية، أما عن البيئة القانونية فتعني الجوانب الدستورية والقوانين والأنظمة والتي تتصل بإنشاء المؤسسات والمنظمات وطرق إدارتها.
- البيئة الاقتصادية: وتشمل نوع التنظيم الاقتصادي والتخطيط الاقتصادي والنظام البنكي والسياسات المالية ومستوى الاستثمار وخصائص الاستهلاك.

ج.تقييم الأداء

١.تعريف تقييم الأداء:

لقد قدم علماء الادارة العديد من التعاريف لعملية تقييم الاداء.فهناك من عرفها بانها" النظام الذي يساعد في قياس وتقييم العلاقة بين كفاءة أداء العامل وواجبات ومسئوليات الوظيفة التي يشغلها وكل من سلوكه ومقدرته على أداء تلك الواجبات والمسئوليات بما يساعد على التعرف على جوانب القوة والضعف في الأداء الماضي وتحديد كيف يمكن تجنب جوانب الضعف وإستثمار جوانب القوة في الوقت الحالي وفي المستقبل للوصول إلى أعلى درجات كفاءة الأداء بما يعود بالفائدة على الفرد والمنظمة والمجتمع".^{٤٩}

كما عرفت بانها "العملية الإدارية والفنية التي يتم من خلالها جمع البيانات واستنباط المعلومات الوصفية والكمية التي تدل على مستويات الأداء المتحقق فعلا للعاملين لمقارنته بأدائهم السابق وبأداء أقرانهم أو بالمعدلات والمعايير التي توضح ما ينبغي أن يتحقق".^{٥٠}

وكذلك هناك من عرف عملية تقييم الأداء بأنها " الحصول على حقائق وبيانات المحددة من شأنها أن تساعد على تحليل وفهم وتقييم أداء العامل لعمله ومسلكه فيه في فترة زمنية محددة، وتقدير مدى كفاءته الفنية والعملية والعلمية للنهوض بأعباء المسؤوليات والواجبات المتعلقة بعملهم بالحاضر والمستقبل".^{٥١} فيما رأى البعض أنها"عملية إدارية للحكم على مدى تقدم الموظف في واجباته وسلوكياته خلال فترة زمنية لا تتعدى السنة، ويصدر عن العملية تقريراً في نموذج معين يرفق بملف العامل وينتج أثارا إدارية قانونية".^{٥٢} انطلاقا مما سبق، وعلى الرغم من تعدد التعاريف المقدمة حول تقييم الاداء، الا انه يمكن القول ان عملية تقييم الاداء هي عملية ادارية دورية تقوم الادارة خلالها بجمع معلومات وبيانات محددة عن اداء

^{٤٩} يزن تيم، ادارة الموارد البشرية (أساليب الإدارة الحديثة)، فضاءات للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠١٧، ص:٩٣

^{٥٠} عبدالله حمد الجاسسي، اثر الحوافز المادية والمعنوية في تحسين اداء العاملين في وزارة التربية والتعليم بسلطنة عمان، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، المملكة المتحدة، ٢٠١١، ص:١٠٨.

^{٥١} امال حجاج وآخرون،الاتصال التنظيمي و علاقته بالداء الوظيفي-دراسة ميدانية بالمديرية الجهوية لمؤسسة موبيليس،شهادة ليسانس،جامعة قاصدي مرباح-ورقلة،الجزائر، ٢٠١٤، ص:٤٣.

^{٥٢} فاطمة طويهي، أثر إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال على أداء الموارد البشرية في المؤسسة الجزائرية-دراسة حالة شركة إنتاج الكهرياء بتيارت، شهادة ماجستير، جامعة وهران ٢، الجزائر، ٢٠١٥، ص:٥٣.

العاملين وتحليلها للتعرف على جوانب القوة والضعف في الاداء، لتتمكن من إتخاذ القرارات الإدارية المناسبة (تدريب، تحفيز، عقوبة...) لتحسين الأداء والوصول الى اعلى درجات الكفاءة.

٢. أهمية وأهداف تقييم الأداء:

يمكن تبيان أهمية قياس أداء العنصر البشري من الأهداف التي يسعى لتحقيقها قياس الأداء والتي يمكن تلخيصها فيما يأتي:

- تعريف العاملون ما إذا كان الاداء الخاص بهم مقبول أو لا.
- تعريف الإدارة بمستوى أداء المرؤوسين وبالتالي إتخاذ القرارات المناسبة التي تتضمن لها تحقيق أهداف المنظمة وتحسين مستوى خدماتها.
- تخطيط التطوير المهني للموظف.
- المساعدة في تخطيط الموارد البشرية.
- إجراء تعديلات في الرواتب والأجور.
- تنمية وتطوير أداء الموظفين.
- تحسين علاقات العمل ورفع معنويات العاملين وإحساسهم بعدالة إجراءات المنظمة.

٣. خطوات تقييم الأداء:

يعد تقييم الأداء عملية معقدة تتداخل فيها الكثير من العوامل لكونها تتعامل مع العنصر البشري، لذا كان لزاماً على القائمين بها أن يتبعوا خطوات منطقية مخطط لها مسبقاً لكي تتحقق الأهداف المرجوة من هذه العملية. واختلف الباحثون في تحديد هذه الخطوات، ولكن اجتمع أغلبيتهم على الخطوات التالية:

- تحديد الهدف من التقييم: تتضمن الخطوة الاولى في تصميم نظام تقييم الاداء تحديد أهداف التقييم، وإبلاغ ذلك لجميع العاملين والمدراء ليعرفوا الغرض الذي من أجله يتم تقييم الأداء.
- تحديد ما ينبغي تقييمه: يجب تحديد جوانب عمل العامل التي ينبغي تقييمها، ويتضمن ذلك تحديد أبعاد أو عوامل أداء محددة يتم تقييم العامل على أساسها، والعوامل التي يتم تقييم العامل على أساسها تكون متعلقة إما بالصفات الشخصية للعامل أو بسلوك عمله أو بنتائج عمله.

– تحديد طرق تقييم الأداء: هناك طرق كثيرة للتقييم ولا تصلح طريقة واحدة لكل المنظمات ولكل الوظائف وعلى كل منظمة ان تختار الطريقة المثلى لتقييم الاداء فيها وفق نشاطها واهدافها والسياسات الخاصة بها، وكذلك الوظائف الادارية التي تتضمنها فطريقة تقييم الموظف الإداري تختلف عن المهني وتختلف عن الوظائف الدنيا. كما انه من الممكن استخدام عدة طرق للتقييم في المنظمة الواحدة.

– تحديد الجهة المسؤولة عن تقييم الأداء: تحديد الجهة الملقاة عليها مسؤولية اجراء التقييم، وتدريب المشرفين على كيفية تقييم الأداء بطريقة عادلة وفعالة. وهناك عدة انواع لتقييم الاداء وفقا لجهة الملقاة عليها مسؤولية اجراء التقييم، وهي على الشكل التالي:

- أن يقيم الرئيس مرؤوسه: أي أن يقيم الرئيس المباشر عمل الموظف التابع له إدارياً. يعتبر هذا النوع اكثر الانواع شيوعاً في عملية التقييم، ويتفق أغلبية المفكرون على أن الرئيس المباشر هو أفضل الأشخاص للقيام بعملية التقييم لأداء الموظفين التابعين له لعدة اسباب، ابرزها:^{٥٣}
 - " أن الرئيس المباشر هو الاكثر معرفة بقدرات الشخص المقوم بحكم إحتكاكه اليومي معه.
 - امتلاك معرفة واسعة عن متطلبات الوظيفة.
 - توافر الفرصة للملاحظة المستمرة لأداء العامل وسلوكياته أثناء العمل.
 - المدراء قد يتحقق لهم بعض الكسب في حالة الاداء الجيد لمعاونيهم كما أنهم قد يتحملون بعض الخسائر في حالة إنخفاض الأداء ومن ثم فانه يتحقق لهم الدافع للقيام بتقييمات دقيقة.
- أن يقيم المرؤوس رئيسه: أي أن يقيم الموظف عمل رئيسه المباشر. وطبقاً لهذه طريقة تستطيع الادارة التعرف عن قرب على مدى نجاح وكفاءة الرئيس المباشر في قيادة الموظفين التابعين له إدارياً و توجيه عملهم.

● أن يقيم الموظف نفسه (التقييم الذاتي): أي أن يقيم كل موظف العمل الذي يؤديه باعتبار انه ادري الناس جميعا بحقيقة ادائه، ومهمة الرئيس المباشر في هذه الحالة يكون في إبداء ملاحظاته حول التقييم. يتميز هذا النوع من التقييم بأنه يزيد من مقدرة الموظف بالاعتماد على النفس ويساعده في تطوير أدائه الذاتي، ويزيد من خبرته في العمل وفهمه له، ولكن يؤخذ على هذا النوع الميل للمبالغة في التقييمات.

^{٥٣} يزن تيم، ادارة الموارد البشرية (أساليب الإدارة الحديثة)، مرجع سابق، ص: ٩٥.

● أن يقيم الموظف زميله :يعتبر الزملاء من المصادر الهامة للحصول على معلومات وافية عن أداء الموظف، حيث يعلم الزملاء عن الموظف ما لا يعلمه الآخرون لاحتكاكهم اليومي به ومعرفتهم له عن قرب، فهم يعرفون نقاط ضعفه ونقاط قوته و إمكاناته و قدراته.وتزداد أهمية هذا النوع من التقييم في الحالات التي يصعب فيها على الرؤساء ملاحظة سلوك موظفيهم أو المواقف التي يكون فيها العمل المشترك(مثل فرق العمل).

● ان يقيم العميل الموظف: يعتبر العملاء أحد أهم مصدر للمعلومات عن جودة و طريقة أداء الموظفين للعملهم خصوصا عند الموظفين الذين لديهم تماس مباشر معهم. ولكن يختلف العملاء في تقييمهم عن الباقين في أنه لا يطلب منهم تقييم شخص محدد، إنما يقيمون الأداء الإجمالي لإدارة ما أو قسم معين أو المؤسسة ككل، بالإضافة الى ان رأيهم في الاداء يكون دائما من زاوية واحدة وهي نتيجة الاداء من دون النظر في الجهد المبذول او العوامل المؤثرة على الاداء .لذلك غالبا ما لا يستعمل هذا النوع بشكل منفرد في عملية التقييم.

● تقييم ٣٦٠ درجة": وهو نظام لقياس الأداء يستند إلى الحصول على معلومات مرتدة من أكثر من مصدر من المصادر الخمسة المشار إليها سابقا. ولعل من أشهر المنظمات التي قامت بتطبيق هذه الطريقة بنجاح هي موتورولا وشركة جنرال الكتريك وبركتور وجامبل".^{٥٤}

يعتبر هذا النوع حديثا نسبيا بالنسبة الى باقي الانواع ،وقد قدم علماء الإدارة برنامج ٣٦٠ درجة لتقييم الموظفين لأسباب عديدة.ابرزها:

- إلغاء عيوب الطرق القديمة للتقييم.
 - تحول الشركات من التنظيم الهرمي إلى التنظيم الأفقي. وتغيير نظام الاتصال وقنواته ، بحيث أصبحت الاتصالات تسير في اتجاهين بدلا من اتجاه واحد (الراسي والأفقي).
 - اتساع دائرة الإدارة ونطاق الاشراف.
 - افتقار بعض الرؤساء إلى المعرفة الفنية والتقنية اللازمة لتقييم الموظفين.
 - حاجة المؤسسات لاستطلاع آراء العملاء و رضاهم عن الخدمات المقدمة.
- وعلى الرغم من أهمية هذا النوع من التقييم الا انه لا يطبق الا في عدد قليل من الشركات الكبرى.

^{٥٤}يزن تيم ، ادارة الموارد البشرية(أساليب الإدارة الحديثة) ، مرجع سابق، ص:٩٧.

– تحديد موعد التقييم: يجب ان يتم التقييم بصورة دورية ومنتظمة، وبالتالي فلا بد من تحديد متى يتم التقييم ومتى يعاد تنفيذه.

– تنفيذ التقييم ومراجعة نتائجه مع الموظفين :بعد إجراء التقييم وكشف الانحرافات بين الاداء الفعلي والمعايير الموضوعية، يتم مراجعة هذه النتائج مع الموظفين من أجل توضيح ومناقشة الجوانب المهمة التي قد لا يدركها الفرد وخاصة السلبيية منها. كما يعطى الحق للموظف في التظلم ومراجعة الادارة العليا لاعادة النظر في النتائج.

– التغذية العكسية: وهي مرحلة التي تقوم خلال الادارة بإتخاذ القرارات الخاصة بالعاملين بناءً على نتائج التقييم. حيث يجب استخدام نتائج التقييم في تحديد الاحتياجات التدريبية، المكافآت والعلوات، الترقية والنقل، اجراءات التأديب.

د. طرق تقييم الأداء:

تتوفر أمام الأشخاص المكلفين بتقييم الأداء مجموعة من طرق تقييم الأداء، وعليهم إختيار الطريقة الأكثر تناسباً مع طبيعة الأعمال التي ينفذها الأفراد ومع حجم المؤسسة وطبيعة ونوعية نشاطها وغيرها من التغيرات والعوامل الأخرى، كما و يمكن استخدام اكثر من طريقة مجتمعة. و يمكن تصنيف هذه الطرق إلى مجموعتين:

الطرق التقليدية: ابرزها:

– طريقة التدرج البياني: تعد هذه الطريقة من اقدم وابسط طرق تقييم الاداء.تعتمد هذه الطريقة على تحديد عدد من الصفات أو الخصائص التي تتعلق بالعمل ،و تكون لكل واحدة منها درجة مختلفة مرقمة أو مصنفة بشكل متسلسل، ويتم تقييم كل فرد وفقاً لدرجة امتلاكه لهذه الصفات أو الخصائص من قبل المقيم الذي يضع علامة تناسب مع ما يراه في مستوى أداء الموظف.

– طريقة الترتيب البسيط: "وبمقتضى هذه الطريقة يتم ترتيب الموظفين من الافضل الى الاسوء بناء على مجموعة من السمات او الخصائص".^{٥٥}

^{٥٥} جاري ديسلر، ادارة الموارد البشرية، ترجمة احمد سيد عبد المتعال، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٣، ص: ٣٢٨.

– طريقة المقارنة بين العاملين:تساهم هذه الطريقة في جعل طريقة الترتيب اكثر دقة."ووفقاً لهذه الطريقة يعطى لكل فرد الفرصة لكي يتم مقارنته بباقي الأفراد في نفس القسم أو الإدارة، ويتكون وفقاً لذلك ثنائيات (أو زوجيات) من المقارنات ويتحدد في كل منهما أي فرد أفضل، وبتجميع هذه المقارنات يمكن التعرف على ترتيب العاملين تنازلياً.^{٥٦}

– طريقة التوزيع الإجباري: "وفي هذه الطريقة يكون كل رئيس مجبراً (نسبياً) على توزيع مرؤوسيه على درجات قياس الكفاءة بشكل تحدده المنظمة. ويأخذ هذا الشكل ما يطلق عليه بالتوزيع الطبيعي، وهو توزيع يرى أن غالبية الناس يأخذون درجة وسيطة من المقياس، وتأخذ نسبة الناس في الانخفاض كلما بعدنا عن هذه الدرجة الوسيطة، سواء بالارتفاع أو بالانخفاض".^{٥٧}

– طريقة قوائم المراجعة:وفقاً لهذه الطريقة يستخدم المقيم قوائم خاصة محددة مسبقاً من قبل الإدارة، تشرح جوانب كثيرة من سلوك المرؤوسين في العمل والصفات الواجب توافرها فيهم. وعلى المقيم أن يختار العبارة التي تصف أداء العاملين، وعند إتمام قوائم المراجعة ترسل إلى الإدارة لتحليلها وتحديد الدرجات لكل عامل من العوامل المحددة في القائمة حسب درجة أهميتها.

الطرق الحديثة: إن الطرق التقليدية المذكورة سابقاً كلها تعتمد على الحكم الشخصي مما يضع العديد من الاحتمالات للخلل والخطأ، لذا إتجهت الإدارات الحديثة للبحث عن طرق أفضل لتقييم أداء الأفراد، أبرزها:
– طريقة الإدارة بالأهداف والنتائج: عند استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف لقياس أداء العاملين، يشترك العاملون مع رؤسهم في تحديد الأهداف والنتائج المطلوب تحقيقها ضمن مدة زمنية معينة، وفي نهاية المدة المتفق عليها يتم تقييم النتائج التي تحققت والمقارنة ما تم الاتفاق عليه في البداية بما تم تحقيقه، ثم يتم تحديد الانحرافات واقتراح الطرق والأساليب للأداء المستقبلي. فالعبرة إذا بالنتائج أي أن الرئيس المباشر يلتفت إلى سلوك المرؤوسين لا إلى صفاتهم، بل يهتم فقط بما استطاعوا أن يحققوا من نتائج.

^{٥٦} سارة نبيل، طرق تقييم الاداء، المنتدى العربي لادارة الموارد البشرية، صفحة المنتدى على الإنترنت www.hrdiscussion.com تاريخ

الدخول: كانون اول ٢٠١٧.

^{٥٧} أحمد ماهر ، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٤، ص: ٤١٩.

- طريقة الاحداث الهامة: وتقوم هذه الطريقة بالتقييم بالاستناد الى سجل خاص لكل موظف،" حيث يقوم المراقب او المشرف بعمل سجل لامثلة من الفاعليات والاحداث المرغوب واللامرغوبة لسلوك كل من مرؤسيه في العمل"^{٥٨}، وعند التقييم يتم استخدام هذه الاحداث كأدلة .

^{٥٨} جاري ديسلر ، ادارة الموارد البشرية، مرجع سابق، ص: ٣٣٠.

المبحث الثاني: دور وزارة الصحة اللبنانية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

"ان الصحة كما عرفها دستور منظمة الصحة العالمية، هي حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً ومهنياً واجتماعياً وليس مجرد انعدام المرض والعجز".^٩ ويعتبر تمتع الإنسان بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه دون تمييز بسبب اللون أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية، أحد الحقوق الأساسية للإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق كفلته كل المعاهدات والإتفاقيات الدولية وأغلبية الدساتير الوطنية حول العالم، وعلى الحكومات اتخاذ التدابير الصحية والاجتماعية اللازمة للوفاء بهذا الحق.

وفي لبنان، عانى القطاع الإستشفائي العام في منتصف القرن الماضي من مشاكل وصعوبات كثيرة، أبرزها:

— الحرب الأهلية وما رافقها من تدمير للعديد من المنشآت والمراكز الصحية العامة، والتوقف القسري لأغلبية المؤسسات الباقية بسبب الحرب.

— غياب إدارات الدولة عن الاطراف، ومن بينهم وزارة الصحة العامة.

— النقص في التجهيزات، الأموال، والكوادر الطبية والإدارية المؤهلة لتوفير الخدمات الصحية الجيدة.

— البيروقراطية والفساد الإداري واعتماد المركزية الادارية في ادارة شؤون المستشفيات والمؤسسات الصحية.

وبعد إنتهاء الحرب، وامام رغبة الدولة في اعادة تفعيل دورها في المجتمع في ظل هيمنة القطاع الخاص على القطاع الصحي في البلاد، اطلقت وزارة الصحة العامة خطة استراتيجية للإصلاح في القطاع المذكور. فعملت على اعادة تنظيم وحدات الوزارة وادخال المكننة واللامركزية فيها، وأطلقت حملة وطنية لتنمية العناصر البشرية العاملة في القطاع الصحي، وعملت على احتواء تكاليف الرعاية الصحية وتخفيض أعبائها المالية على الأسر وتخفيض سعر الادوية والتحسين من جودتها، وكذلك عملت الوزارة على تنظيم امور المستشفيات، فبدأت بترميم وتأهيل المستشفيات الموجودة وبناء مستشفيات جديدة في

^٩ كامل مهنا، الرعاية الصحية الاولية واقع وحلول، المؤتمر الوطني الاول لتجمع الهيئات الاهلية في لبنان، قصر الأونيسكو(بيروت)، ١٩٩٩، ص:٦.

المناطق المحرومة، واصدرت قانون استقلالية المستشفيات الحكومية، ووضعت اسس حديثة لاعتماد المستشفيات وركزت على تحسين جودة الخدمات الصحية فيها، وغيرها من الامور الضرورية لاصلاح القطاع.

نجحت هذه الأليات والقواعد ضمن الخطة الاصلاحية للوزارة في ادخال فكر الجودة الى المؤسسات الصحية وبشكل خاص القسم العام منها، الامر الذي يعتبر سابقة في تاريخ القطاع الصحي في لبنان، وساهمت بشكل مباشر وغير مباشر في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المؤسسات. ولعل اكثر هذه الالات تأثيراً في ادخال افكار ادارة الجودة الشاملة الى المستشفيات الحكومية هي:

- اصدار قانون استقلالية المستشفيات الحكومية وإنشاء مجالس ادارة لادارتها.
- وضع اسس جديدة لاعتماد المستشفيات.

أولاً: إستقلالية المستشفيات الحكومية

بعد عجز القطاع العام و فشل العديد من الوزارات والإدارات العامة في تنفيذ مهامها وبشكل خاص في الإدارة المباشرة للمرافق التابعة لها مع التطورات التكنولوجية والتقنية المتسارعة التي زادت من مسؤوليات وواجبات الدولة وأدخلتها في مجالات عديدة كانت قد تركت سابقا للمبادرة الفردية، لجأت الدولة اللبنانية إلى إنشاء مؤسسات عامة لإدارة هذه المرافق بإعتبارها أحد الحلول المناسبة للنهوض بالقطاع العام ومشاكله، فهي نموذج جديد للإدارة يجمع بين العام والخاص يعمل على تنظيم المرافق العامة ويحررها من الروتين الحكومي ومشاكله لتكون قادرة على تحقيق المصلحة العامة وعلى منافسة المشروعات الفردية التي تمارس نفس النشاط أو نشاطاً مماثلاً من خلال إتباع أنظمة وقواعد وأساليب حديثة أكثر مرونة وإستقلالية.

١. مفهوم ونشأة المستشفيات الحكومية المستقلة

لقد اختلف الفقهاء الإداريين فيما بينهم في وضع تعريف دقيق للمؤسسة العامة فمنهم من قال بأنها مرفق عام متخصص يتمتع بالشخصية المعنوية، ومنهم من عرفها بأنها "شخص إداري أنشأ بقانون خاص لممارسة نشاط مالي أو صناعي أو تجاري أو زراعي وله إستقلال مالي بحيث تعتبر حقوقه وأمواله مستقلة عن حقوق وأموال الدولة"^{١٠}. أما بالنسبة للمشرع اللبناني فقد حسم هذا الإختلاف وعرفها من خلال النظام العام

^{١٠} زيد عبودي، إدارة المؤسسات العامة وأسس تطبيق الوظائف الإدارية عليها، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان (الأردن)، ٢٠١٠، ص: ١٩.

للمؤسسات العامة الصادر عام ١٩٧٢ بأنها "المؤسسة التي تولى مرفقاً عاماً وتتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلالين المالي والاداري وتتولى إدارتها سلطة تقريرية يتولاها مجلس إدارة وسلطة تنفيذية يرئسها مدير عام أو مدير. تنشأ المؤسسات العامة وتدمج وتلغى بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء، ويتضمن نص إنشاءها تحديد نوعها وغايتها ومهمتها ومركز ونطاق عملها والوسائل الفنية والادارية والمالية اللازمة لها، كما يتضمن ربطها حسب طبيعة أعمالها باحدى الوزارات التي تمارس الوصاية الادارية عليها"^{٦١}. وقد أراد المشرع من هذا التعريف أن يؤكد على عدة مرتكزات للمؤسسات العامة في لبنان أهمها:

- القيام بنشاط ذات نفع عام لا يهدف الربح.
- تملك ميزات السلطة العامة و تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلالين المالي والاداري:أي أنها تتصف بالديمومة والإستمرارية التي لا تنتهي إلا بإنهيار الدولة، ولها أجهزتها وأنظمتها المنفصلة وذمتها المالية وموازنتها الخاصة بها والمنفصلة عن الإدارات المركزية.مما يعطيها الحق في التقاضي والتملك والإنفاق والحماية والتعيين وإتخاذ القرارات دون إنتظار الأوامر من أحد. ولكن تجدر الإشارة أن هذه الإستقلالية ليست مطلقة بل خاضعة لوصاية الإدارة المركزية ورقابة هيئات رقابية حفاظاً على النظام العام والمصلحة العامة.

- التخصص: كل مؤسسة لها غاية وهدف ومهمة تنشأ لأجلها، وعليه أن تنفذ نشاطها وتمارس مهامها ضمن هذه العناوين المنصوص عليها في مرسوم إنشاءها.

ومن بين تلك المرافق العامة التي شملتها خطط التنمية والتطوير الإداري كانت المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة العامة، فجاءت أول محاولة لإنشاء مؤسسات عامة لإدارة هذه المستشفيات عام ١٩٧٨ في فترة كانت البلاد تمر فيها في وضع أمني مضطرب وكان لا بد من الدولة أن تتدخل وتنظم ولو بصورة شكلية سير المؤسسات الصحية حفاظاً على وجودها وإستمراريتها بإعتبارها مؤسسات حيوية لا بديل عنها في المجتمع. فجاء القانون رقم ١٥٣٦ الصادر عام ١٩٧٨ الذي نص على أن "تنشأ في كل من مراكز المحافظات وفي قضاء بعلبك مؤسسة عامة تتولى ادارة مستشفيات وزارة الصحة العامة القائمة فيها. وأن تتمتع كل من هذه المؤسسات العامة بالشخصية المعنوية وبالاستقلالين المالي والاداري ,وترتبط بوزارة

^{٦١}المرسوم 1972/4517، النظام العام للمؤسسات العامة في لبنان، تاريخ ١٣/١٢/١٩٧٢، المواد ٣،٤،٢٠٣.

الصحة العامة وتخضع لوصايتها الادارية"^{٦٢} كما نص على تشكيل هيئة مرتبطة بالوزير تسمى الهيئة العليا للخدمات الطبية تتولى مهمة التنسيق بين المؤسسات، تقديم الإقتراحات والإستشارات، والتصديق على بعض قرارات مجالس الإدارة.

ولكن بعد مرور فترة على تطبيق هذا النظام برزت العديد من الثغرات والصعوبات منعت نجاحه وإستمراره، فمن جهة هناك صعوبة بالغة في تطبيق نظام المؤسسة الواحدة في المحافظة في ظل وجود تفاوت بين المستشفيات الحكومية من ناحية حجمها ومن ناحية منهج العمل الاداري المتبع فيها، ومن جهة أخرى فإن الظروف الإستثنائية التي وضع فيها القانون قد تلاشت مع الوقت وبدأت وزارة الصحة العامة بإستعادة دورها لا سيما على صعيد تخطيط وتنظيم القطاع الاستشفائي العام في البلاد فلم يعد هناك ضرورة للإبقاء على إزدواجية العمل بوجود هيئة عليا للخدمات الطبية من جهة ودوائر مختصة في وزارة الصحة العامة تقوم بنفس عمل اللجنة من جهة ثانية.

فكان لا بد من وضع نظام جديد للمستشفيات، ولكن بقي الوضع على حاله حتى العام ١٩٩٦ و صدور القانون رقم ٥٤٤ بهدف إعطاء نظام عصري للمؤسسات عامة التي تعنى بإدارة المستشفيات الحكومية يتماشى مع خطط الوزارة و إستراتيجياتها لتطویر وتحسين القطاع الصحي العام. و ينص القانون ٥٤٤ في مادته الأولى على أنه "يمكن إنشاء مؤسسة عامة لكل مستشفى من مستشفيات وزارة الصحة العامة وتتولى إدارتها، وتتمتع كل من هذه المؤسسات العامة بالشخصية المعنوية وبالاستقلال المالي والاداري وترتبط بوزارة الصحة العامة التي تمارس الوصاية الادارية عليها"^{٦٣}، وتخضع هذه المؤسسات لأحكام النظام العام للمؤسسات العامة في كل ما لا يتعارض واحكام هذا القانون. كما ونص على أن تتولى وزارة الصحة العامة مهمة "تنسيق العمل بين جميع المؤسسات العامة التي تقوم بإدارة المستشفيات العامة، تحديد الفروع الطبية والاختصاصات والمعدات الطبية المتطورة في كل من المستشفيات، مراقبة نوعية وكلفة الخدمات الطبية المقدمة للمريض في المستشفى العام، وتحديد السياسة الصحية العامة والدور المطلوب من

^{٦٢} القانون رقم ١٥٣٦ ، وضع مشروع القانون المعجل بموجب المرسوم رقم ١١١٦ الرامي الى إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة

موضع التنفيذ، تاريخ: ١٩٧٨/١١/٢٥ ، المادة ١ .

^{٦٣} القانون رقم ٥٤٤ وتعديلاته، إنشاء مؤسسات عامة لإدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة، تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦، المادة ١ .

كل مؤسسة عامة في اطار هذه السياسة".^{٦٤} وكذلك إستحدث النظام الجديد لجنة جديد تسمى لجنة متابعة إستشارية تؤلف من أعضاء حكميين و أعضاء غير حكميين وفقا لما يأتي:^{٦٥}

يتألف الاعضاء الحكميون من:

- مدير عام وزارة الصحة العامة، رئيسا.
 - رئيس مصلحة المستشفيات في وزارة الصحة العامة.
 - عميد كلية الصحة العامة في الجامعة اللبنانية.
 - عمداء كليات الطب في الجامعات العاملة في لبنان والمرخص لها قانونا.
 - رئيسي مجلس إدارة مستشفى بيروت الحكومي الجامعي ومستشفى بعيدا الجامعي، أعضاء.
- ويعين الاعضاء الاربعة غير الحكميين بمرسوم بناء على اقتراح وزير الصحة العامة، على أن يكونوا من إختصاصات وخبرات متنوعة تشمل العلوم المالية وادارة الاعمال والاقتصاد والقانون".

وحددت مهمتها بدراسة إنعكاسات الاستقلالية المعطاة للمستشفيات العامة على الصعيد الوطني من النواحي الصحية والاقتصادية ونوعية العلاج، وتقديم الاقتراحات والآراء التي تساعد وزير الصحة العامة على إتخاذ القرارات التي تؤدي الى تفعيل وتطوير المستشفيات العامة التي تتولى إدارتها مؤسسات عامة.

٢. تنظيم المستشفيات الحكومية في لبنان وفق القانون الجديد

نص القانون ٥٤٤ الصادر عام ١٩٩٦ على أن تحدد بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة" النظام الداخلي لكل مؤسسة عامة على ان تعتمد في وضعه الاسس الحديثة المعتمدة في ادارة المستشفيات، نظام المستخدمين المتعاقدين والاجراء العائد لكل مستشفى، النظام المالي، تعيين مجلس الإدارة ومفوض حكومة لكل مؤسسة عامة وتحديد مهام كل منهما وصلاحياته وشروط تعيينه، وملاكات وسلم رتب ورواتب وتعويضات وأجور المستخدمين والمتعاقدين والاجراء وشروط إستخدامهم وتعاقدهم".^{٦٦}

^{٦٤} القانون رقم ٥٤٤ وتعديلاته، إنشاء مؤسسات عامة لإدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة، المرجع السابق، المادة ٣.

^{٦٥} القانون رقم ٥٤٤ وتعديلاته، إنشاء مؤسسات عامة لإدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة، المرجع نفسه، المادة ٨.

^{٦٦} القانون رقم ٥٤٤ وتعديلاته، إنشاء مؤسسات عامة لإدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة، المرجع نفسه، المادة ٤.

وإنطلاقاً من رغبة الوزارة في توحيد القوانين والأنظمة التي تنظم هذه المؤسسات، صدر المرسوم ١١٢١٤ عام ١٩٩٧ وحدد الشروط المطلوبة لتعيين مجلس الإدارة والمفوض الحكومي في المستشفيات الحكومية ومهام كل منهما وصلاحياته. حيث نص على أن يعين بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على إقتراح وزير الصحة العامة في كل مؤسسة عامة تتولى إدارة مستشفى حكومي مجلس إدارة لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد أو التمديد، على أن يتألف هذا المجلس من ٣ أعضاء للمستشفى الذي يحتوي على أقل من ١٠٠ سرير، ٥ أعضاء للمستشفى غير الجامعي الذي يحتوي على مئة سرير وما فوق، و ٧-٩ أعضاء للمستشفى الجامعي".^{٦٧}

كما وشدد المرسوم ١١٢١٤ على وجوب توافر شروط إضافية لأعضاء مجلس الإدارة تضاف إلى الشروط العامة للتوظيف المتبعة في القطاع العام حيث نص في مادته الثانية على أن يعين أعضاء مجلس الإدارة من بين أصحاب الاختصاصات التالية:^{٦٨}

- "طبيب اختصاصي مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات أو طبيب حامل شهادة بالإدارة أو صاحب خبرة إدارية لا تقل عن ٥ سنوات .
- مجاز في إدارة المستشفيات مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات أو مجاز في بأحد فروع العلوم المالية مع خبرة في مجال الاختصاص لا تقل عن ٥ سنوات.
- مجاز في الحقوق مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات .
- مجاز بأحد فروع الصحة العامة مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات.
- مجاز في الهندسة مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات.
- مجاز في الاقتصاد أو في إدارة الأعمال مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات.
- ٥ سنوات.
- مجاز في التمريض مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات.
- مجاز في الصيدلة مع خبرة في مجال اختصاصه لا تقل عن ٥ سنوات.

^{٦٧} المرسوم رقم ١١٢١٤ وتعديلاته، تحديد شروط تعيين مجلس إدارة ومفوض الحكومة لكل مستشفى حكومي وتحديد مهام كل منهما وصلاحياته، تاريخ ٢٩/١٠/١٩٩٧، المادة ١ .

^{٦٨} المرسوم رقم ١١٢١٤ وتعديلاته، المرجع نفسه، المادة ٢ .

على أن يراعى في تأليف مجلس الإدارة في كل مستشفى حكومي تعدد اختصاصات الأعضاء ولا يجوز تعيين اثنين من نفس الاختصاص في مجلس الإدارة المكون من ثلاثة أعضاء أو أكثر من اثنين بنفس الاختصاص في مجالس الإدارة المكونة من ٥ الى ٩ أعضاء".

و يتولى هذا المجلس صلاحيات السلطة التقريرية في المؤسسة العامة ومنها :^{٦٩}

— وضع السياسة العامة والمالية والصحية والادارية المتعلقة بالمؤسسة العامة بما يحقق السياسة العامة الصحية الموضوعة من قبل الحكومة في هذا الشأن والسهر على تنفيذها واتخاذ القرارات اللازمة لتحقيق الغاية التي من اجلها انشئت المؤسسة العامة.

— الإشراف على سير العمل الطبي والاداري والمالي والاستشفائي في المستشفى.

— مراقبة نوعية الخدمة التي يؤديها المستشفى الحكومي في اقسامه كافة.

— درس امكانية ومجالات التعاون مع الجامعات والمؤسسات التعليمية ورفع التوصيات بهذا الشأن الى وزارة الصحة العامة بواسطة مفوض الحكومة.

— تحديد التوجه العام لجميع اقسام الاستشفاء ولعمليات الرصد الوبائي والاحصاءات الحيوية ووضع الدراسات الاستشفائية كالادارة الصحية وتحليل كلفة الخدمات المختلفة وغيرها من الدراسات المتطورة في الحقول العلمية والتكنولوجية في الإطار الاستشفائي.

— اقرار خطة تطوير المؤسسة العامة قبل رفعه الى وزارة الصحة العامة بواسطة مفوض الحكومة.

— اقرار مشروع الموازنة ورفعها الى وزارة الصحة العامة بواسطة مفوض الحكومة.

— السهر على تطبيق السياسة والاسس والمقاييس الفنية لبدائل الاستشفاء كالاستشفاء النهاري والخدمات الجراحية السريعة والاستشفاء المنزلي وسواها من التقديمات التي يمكن ان يؤديها المستشفى.

— العمل على بناء علاقة وثيقة مع المراكز الصحية والمؤسسات الاستشفائية الاخرى ضمن نظام واضح للاحالة من والى المراكز المرتبطة بالمؤسسة والمستشفيات التي لها علاقة بالمؤسسة.

— تحديد كلفة الاعمال الطبية والخدمات الاستشفائية و وضع الخطة المالية الواجب اعتمادها لسنة مالية مكتملة وبلورتها في مشروع الموازنة.

^{٦٩} المرسوم رقم ١١٢١٤ وتعديلاته، مرجع السابق، المادة ٤ .

- التعاقد مع المؤسسات الضامنة العامة والخاصة.
- عقد صفقات اللوازم والاشغال والخدمات التي تتجاوز قيمتها الخمسين مليون ليرة.
- مراقبة تنفيذ الموازنة السنوية الخاصة بالمؤسسة العامة بعد المصادقة عليها من قبل سلطة الوصاية.
- إقرار قطع حساب الموازنة وحساب الأرباح والخسائر وميزان الحسابات العام والميزانية العامة السنوية والجردة
- الاجمالية السنوية للمواد.
- الموافقة على استعمال مال الاحتياط وطلب سلفات من الخزينة.
- قبول التبرعات والهبات بعد موافقة سلطة الوصاية.
- المدعاة أمام المحاكم.
- التعاقد مع الاطباء في المستشفى بناء على إقتراح المدير العام أو المدير.
- إقتراح ملاك للمستشفى الحكومي ينسجم والدور المحدد له.
- بت مشاريع الاتفاقات مع المؤسسات الاستشفائية والعلمية المحلية والدولية للتعاون والتنسيق وتبادل المعلومات وبرامج التأهيل وتوجيه الاطباء نحو الاختصاصات اللازمة والاشراف على برامج تمرين الاطباء.
- أما بالنسبة للسلطة التنفيذية والهيكلية الإدارية للمؤسسات العامة المنشئة بموجب القانون ٥٤٤ فقد صدر مرسوم رقم ٥٥٥٩ تاريخ ٢٦/٠٥/٢٠٠١ وحدد الهيكلية الادارية للمؤسسات العامة التي تعنى بإدارة المستشفيات الحكومية وفق ٣ النماذج المعتمدة نسبة إلى حجم المستشفى على الشكل التالي: ^{٧٠}
- "نموذج" أ "مستشفى مئة سرير وما فوق.
- نموذج" ب "مستشفى من ٧٠ الى ٩٩ سريرا.
- نموذج" ج "مستشفى من ٤٠ الى ٦٩ سريرا.

^{٧٠}المرسوم رقم ٥٥٥٩ ، تحديد ملاك المؤسسة العامة التي تتولى ادارة مستشفى عام ومهام الوحدات ومؤهلات وخبرات العاملين فيها وسلسلة الرتب والرواتب للمستخدمين، تاريخ ٢٦/٠٥/٢٠٠١، المادة ٢ .

ونص على أن "يرأس ادارة المستشفى العام مدير أو مدير عام متفرغ للعمل الاداري داخل المستشفى ولا يحق له القيام بأي عمل طبي مأجور"^{٧١}، ووضع شروط خاص لتعيينه تضم بالإضافة إلى الشروط العامة المنصوص عليها في نظام الموظفين، عليه أن يكون حائزاً على شهادة في الطب ومجاز له بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية ومنتسباً إلى إحدى نقابتي الأطباء في لبنان بالإضافة إلى حيازة شهادة إختصاص بإدارة المستشفيات أو بالصحة العامة. أو حائزاً إجازة جامعية في إدارة الأعمال أو الإقتصاد على أن لا تقل مدة الدراسة عن ٧ سنوات، بالإضافة إلى حيازة شهادة إختصاص بإدارة المستشفيات أو بالصحة العامة من جامعة أو معهد معترف به رسمياً.

كما وحدد هذا المرسوم مهام وحدات المستشفى العام الملاك الخاص بالمستشفى وتوزيع وظائف هذا الملاك حسب الفئات ووفق حجم المستشفى، بالإضافة إلى سلسلة الفئات والترتب والرواتب والمؤهلات والخبرات والشروط الخاصة لتوظيف العاملين.

ثانياً: نظام إعتاماد المستشفيات

١. مفهوم نظام الاعتماد واهميته

يمكن تعريف نظام الإعتاماد بأنه "العملية التي يتم بموجبها تقييم المنظمة على أساس مجموعة من المعايير المحددة مسبقاً تسعى إلى تعزيز عمليات تحسين الجودة من خلال نهج متنوعة، وقد تكون طوعية أو قررت من قبل الحكومة أو بادرت بها وكالات مستقلة"^{٧٢}. وأنه "عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى، لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة، ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة مستقلة وليست تابعة للمستشفى".^{٧٣}

^{٧١}المرسوم رقم ٥٥٥٩ ، مرجع سابق، المادة ٨ .

^{٧٢}Walid Ammar. Fadi EL-Jardalil, Diana Jamal, .Hani Dimassi and Victoria Tchaghchaghian, **The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses**, International Journal for Quality in Health Care ,Volume 20, Number 5, Oxford University Press (OUP),United Kingdom,1 July 2008, p: 363

^{٧٣}خلود أبورحمة ، تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين(دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)، مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، مجلد ٥، عدد ١٨، السودان، ٢٠١٦، ص:١٠.

كما وعرفته الجمعية الدولية للجودة في مجال الرعاية الصحية (إسكوا) بأنه "عملية تقييم ذاتي وخارجي تستخدمها منظمات الرعاية الصحية لتقييم مستوى أدائها بدقة فيما يتعلق بالمعايير المعمول بها وتنفيذ طرق التحسين المستمر لنظام الرعاية الصحية، وأنه إقرار عام من قبل منظمة اعتماد وطنية بإمتثال مؤسسة للرعاية الصحية لمعايير الاعتماد التي وضعتها المنظمة، فهو الإلتزام الذي يثبت من خلال عملية تقييم خارجية مستقلة مستوى أداء هذه المنظمة فيما يتعلق بالمعايير".^{٧٤}

وانطلاقاً مما سبق، يمكن القول ان اغلبية من عرف نظام الاعتماد قد ركز على انه العملية المتكاملة التي تقوم خلاله جهات مستقلة بمنح الاعتماد للمؤسسة الصحية نتيجة تقييم لمعرفة مدى التزامها بالمعايير والاسس التي صممت لتطوير جودة الرعاية الصحية.

ويمكن تلخيص فوائد نظام الاعتماد فيما يلي:^{٧٥}

- "تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال غايات وأهداف محددة ترتبط بالوصول إلى الإلتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقاً، والتي تتميز بأنها معايير طموحة غير أنها قابلة للتحقيق.
- يشجع برنامج الاعتماد على تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة .
- إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الإلتزام بكل معيار، الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين حتى يصبح التحسين المستمر جزءاً من ثقافة المؤسسات الصحية .
- تقليل الإنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص والعلاج وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية ، الأمر الذي يؤدي الى تقليل نفقات العلاج بالخارج.

^{٧٤} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Version 2, 2010, p: 5. See the ministry of public health site on internet: www.moph.gov.lb , Date of entry : 15-12-2017.

^{٧٥} خلود أبورحمة، تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين(دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)، مرجع سابق، ص: ١١.

– توفير فرص تعليمية واستشارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيق نظمها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة.

– استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم.

– تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرهم والعاملين في المستشفيات والمراكز الصحية مثل: إمكانية حدوث العدوى، أو الإصابات الناتجة عن الجراحات الخاطئة، أو الحوادث الخاطئة في نقل الدم والعلاج الخاطئ. "

٢. مراحل تطور نظام الاعتماد في لبنان

نظراً لأهمية نظام الاعتماد في تطوير القطاع الصحي والإستشفائي، عملت المنظمات الدولية المعنية في أمور الرعاية الصحية وعلى رأسها منظمة الصحة الدولية على تشجيع ومساعدة الدول ومن بينها لبنان على تطبيق هذا النظام أو تطويره ليتلائم مع التطورات والمتغيرات في حال كان مطبقاً. والجدير بالذكر أن هذا النظام ليس بجديد على القطاع الصحي في لبنان، فقد تم إدخال نظام الاعتماد في لبنان على أساس المرسوم الذي تم تعديله في عام ١٩٦٢ والذي وضع الإطار القانوني لوزارة الصحة العامة لتنظيم قطاع المستشفيات في لبنان. فالمادة ٧ من مرسوم المعدل تنص تحديداً على أنه لوزارة الصحة العامة الحق في تقييم وتصنيف واعتماد المستشفيات وفقاً لمركزها ومجال تخصصها ومجموعة الخدمات المقدمة.

فكان هناك نظام لتصنيف المستشفيات من فئة ألفا بناء على المرسوم الصادر عام ١٩٨٣، ويعكس تصنيف ألفا مستوى الخدمات الطبية على شكل التالي، كلما زادت كمية وتعقيد الخدمات السريرية المقدمة كلما كان تصنيف ألفا أفضل^{٧٦}. وبالنسبة لهذا النظام كان لا بد من التركيز على الهيكل المادي والمعدات دون مراعاة

كفاءة الموظفين، مما أعطى للمستشفيات حينها الحافز المالي القوي للإستثمار في إمتلاك المعدات الطبية المتطورة وتقديم الخدمات التكنولوجية العالية دون إجراء أي تخطيط عقلائي إنطلاقاً من الفكرة السائدة

^{٧٦} Walid Ammar, Ibrahim Hajj, R. Wakim , **Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience**, **Eastern Mediterranean Health Journal**, The World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo(Egypt), Vol. 13, No.1, 2007,p:140

وقتها والتي تقوم على مفهوم أن المستشفى لا يعتبر جيد إلا إذا إمتلك مجموعة كاملة من أحدث التقنيات الطبية المتطورة فتحول النظام من أسلوب تحسين إلى نظام فاشل زاد من التكلفة الإجمالية للعلاج وحصرها في مؤسسات معينة ومناطق محددة.

ونتيجة لهذه الآثار السلبية لنظام التصنيف القديم، إتخذت وزارة الصحة العامة قراراً بإدخال نظام إعتداف جديد ضمن إستراتيجيتها للنهوض بالقطاع الصحي وتحسين نوعية الخدمات الصحية وجودتها مع ما يتضمنه ذلك من تحسين في جميع مكونات عملية الرعاية الصحية. "و في أيار ٢٠٠٠، وعقب عملية مناقصة دولية، تم التعاقد مع فريق إستشاري أسترالي لوضع معايير للإعتداف ووضع أدلة توجيهية للمستشفيات في لبنان. بدعم وإشراف من مشروع إعادة تأهيل القطاع الصحي الذي يموله البنك الدولي".^{٧٧}

وتم تقسيم تطبيق نظام الاعتداف الجديد إلى ٤ مراحل:

المرحلة الأولى: تطوير واختبار المعايير والإجراءات الموضوعية. فبعد وضع المعايير من قبل اللجنة الإستراتيجية و مناقشتها مع أصحاب المصالح،" جربت هذه المعايير في ٦ مستشفيات في لبنان، تمثل عينة عن القطاع الاستشفائي، وذلك بهدف التأكد من مدى مطابقة هذه المعايير للواقع المحلي، وقد أجريت تعديلات عليها قبل أن تخرج بمرسوم من مجلس الوزراء في نيسان ٢٠٠١.

وقسمت المقاييس والمعايير إلى قسمين:

— مقاييس أساسية: ترتبط بمستلزمات الترخيص للمستشفى، وتعنى بتأمين الحد الأدنى من شروط السلامة في المستشفى.

— مقاييس الاعتداف: تتمحور حول تأمين الجودة وتحسينها وتقييم الأداء في جميع أقسام وخدمات المستشفى".^{٧٨}

و تعتبر مستوفية لشروط الاعتداف، المستشفيات التي تحصل على " معدل يساوي أو يزيد عن ثمانين بالمئة من المعايير الأساسية وعن ستين بالمئة من معايير الإعتداف".^{٧٩}

^{٧٧} Walid Ammar, Ibrahim Hajj, R. Wakim, **Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience**, **Eastern Mediterranean Health Journal**, Former reference, p: 141.

^{٧٨} راند الخطيب، مسح ميداني يدرس مواصفات المستشفيات وزارة الصحة تطبق اعتماد معايير للتعاقد ٨٤ مؤسسة استوفت الشروط من أصل ١٧٨، جريدة المستقبل، العدد ١٤٩١،٧ كانون الثاني ٢٠٠٤، ص: ١٠.

المرحلة الثانية: إجراء المسح الوطني الأول وبدأت هذه المرحلة في أيلول ٢٠٠١ وانتهت في تموز ٢٠٠٢، وتم خلالها منح ٤٧ مستشفى من أصل ١٢٨ شملهم الاستطلاع (٣٧%) الاعتماد^{٨٠}.
المرحلة الثالثة: إجراء مراجعة ومتابعة للعملية من خلال مسح ثانٍ شمل المستشفيات التي لم تستوف متطلبات ٦٠ في المائة و ٨٠ في المائة في الدراسة الأولى، فضلاً عن المستشفيات الجديدة التي لم تدرج في المرحلة الأولى .

المرحلة الرابعة: مراجعة المعايير وإجراء دراسة استقصائية وطنية ثالثة، وفي هذه المرحلة التي جرت عام ٢٠٠٤ أحدثت عملية تعديل وإعادة تنظيم للمعايير الموضوعية بناءً على نتائج المراحل السابقة، كما وتمت إضافة معايير جديدة لم تكن موجودة سابقاً. "ومن بين ١٤٢ مستشفى شملتها الدراسة، لم يستوف سوى ٨٥ مستشفى. وكان للمستشفيات ذات الحجم الكبير درجات أعلى من المستشفيات المتوسطة الحجم في حين أن المستشفيات الصغيرة الحجم كانت الأقل تصنيفاً. أما المستشفيات ال ٥٧ المتبقية فشلت في تلبية متطلبات الاعتماد"^{٨١}.

ونظراً لتطورات المتلاحقة في القطاع الصحي والإستشفائي وتطبيقاً لإستراتيجية الإصلاح الصحي المستمر، كان لا بد من العمل على تطوير معايير الاعتماد ووضع أطر تنظيمية جديدة تتماشى مع هذه التغييرات. ولهذه الغاية صدر عام ٢٠٠٩ القرار رقم ٤٨٢ عن وزير الصحة العامة، والذي ينص على وضع نظام جديد لإعتماد المستشفيات العامة والخاصة في لبنان، يحتوي على ٤٠ فصلاً و٥٩٣ معيار تشمل جميع مجالات نشاط المستشفى (الرعاية، الأمور الطبية، تقنيات، إدارة)، و"يقوم بشكل أساسي على ٣ أسس أساسية هي ضمان الجودة والتحسين المستمر للجودة، وكذلك إدارة المخاطر"^{٨٢}.

^{٧٩} القرار رقم ٥٢٦ / ١ الصادر عن وزير الصحة العامة ، تحديد معدلات اعتماد المستشفيات، تاريخ: ٢٠٠٢/٧/٢٩.

^{٨٠} Walid Ammar, Ibrahim Hajj, R. Wakim, **Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience**, **Eastern Mediterranean Health Journal**, Former reference, p: 142.

^{٨١} Walid Ammar. Fadi EL-Jardalil, Diana Jamal, .Hani Dimassi and Victoria Tchaghchaghian, **The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses**, Former reference, p: 364.

^{٨٢} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference.

٥. نظام الإعتاماد المطبق في لبنان

يقسم هذا النظام الجديد المستشفيات إلى ٤ فئات:^{٨٣}

- مستشفى جامعي ذو اقسام متطورة وبرامج تعليمية ويرتبط بصورة كلية بإحدى الجامعات المعترف بها.
- مستشفى ذو اقسام متطورة غير مرتبط بصورة كلية او جزئية باحدى الجامعات المعترف بها.
- مستشفى ذو مستوى متوسط.
- مستشفى عام يشمل الاقسام الاساسية (طب، جراحة،توليد، اطفال، طوارئ).
ويسمح للمستشفيات إختيار فئتها بتقديم طلب للدخول في الفئة التي تريدها من الفئات الأربعة المذكورة في النظام،" الأمر الذي يضمن عدم معاقبة أي منظمة بسبب غياب الأنشطة، حيث أن مستوى الاعتماد لا يقدم تقارير إلا عن الأنشطة التي تمت الموافقة عليها ونشرها في المنظمة المعنية. وبناء على ذلك، فإن أجزاء من الدليل لن تكون قابلة للتنفيذ في المنظمات التي لا تقدم أساسا الأنشطة ذات الصلة".^{٨٤}
و يتميز عن النظام القديم بما يلي:
- زيادة فصول إضافية في دليل الاعتماد (سلامة المرضى، وتقييم الممارسات المهنية) وتعديل وزيادة بعض المعايير على الفصول التي كانت قائمة.
- إنشاء لجنة فنية لاعتماد المستشفيات مساعدة لوزارة الصحة (HATC وهي " كيان محايد يتمتع بالكفاءة والموثوقية المطلوبة تتكون اللجنة من خمسة أشخاص أجانب مؤهلين تقترح أسماءهم من قبل الهيئة العليا للصحة وتعيينهم لمدة ثلاث سنوات بقرار وزاري. وتعتبر مسؤولة عن المهام التالية: تحليل ملفات طلب الحصول على موافقة الجهات التدقيق،اختيار هيئات التدقيق واقتراح الموافقة على وزارة الصحة، تحليل

^{٨٣} القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة ، نظام اعتماد المستشفيات الخاصة والحكومية، تاريخ ٢٠٠٩/٦/١، المادة الأولى.

^{٨٤} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference.p: 6

تقارير التدقيق التي تعدها هيئات التدقيق، تقديم تقارير الاعتماد إلى وزارة الصحة اللبنانية، مراقبة هيئات التدقيق المعتمدة وتقديم تقرير لوزارة الصحة".^{٨٥}

– اعتماد هيئات التدقيق المسؤولة عن إجراء عمليات تدقيق الاعتماد، والمعروفة باسم زيارات الاعتماد، وذلك للتأكيد على المصادقية والإبتعاد عن المحسوبيات على " تتعهد هذه المؤسسات بإيقاف أي نشاط لها يتعلق بمواكبة المستشفيات في عملية التحضير لزيارة الإعتماد وتشطب من اللائحة أي مؤسسة تخل بذلك".^{٨٦}

– إلزام جميع المنظمات الصحية بإجراء تقييم ذاتي قبل زيارة الإعتماد الأمر الذي يتيح للمستشفى:

"- تقييم الممارسات المهنية بالمقارنة مع معايير الاعتماد.

– مدى التقدم في ضمان الجودة.

– تحديد مدى التطابق مع المعايير ونقاط التحسين.

ويقوم المستشفى بتشكيل فريق عمل مؤلف من اشخاص مؤهلين متعددي الاختصاصات وتدريبهم

لإنجاز عملية التقييم الذاتي".^{٨٧}

– إمكانية قيام المنظمات الصحية بالتعليق على محتويات التقرير أو الطعن في قرارات اللجنة الوطنية لاعتماد المستشفيات. حيث " يجوز للمستشفى المعني بالإعتراض على نتيجة الاعتماد الخاصة به أمام وزير الصحة العامة ،ويقدم الاعتراض بصورة خطية معلة ووفقا للقانون العام خلال مهلة شهر من تاريخ تبليغه قرار الاعتماد .يبت وزير الصحة العامة الاعتراض بالاستجابة او بالرفض المعل خلال مهلة شهر من تاريخ تقديم الاعتراض إليه وفقا للاصول".^{٨٨}

– إنشاء لجنة توجيهية للإعتماد من أجل مراقبة العملية إذا لم تضم المنظمة في الأساس لجنة، ويمكن أن تنشأ خصيصا لهذا الغرض أو قد تنشأ عن الهيئات التنظيمية القائمة، مثل لجنة إدارة

^{٨٥} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference,p: 8.

^{٨٦}القرار رقم ٣٩٤ الصادر عن وزير الصحة العامة، زيارات التدقيق الخاصة بنظام الاعتماد، تاريخ ٢/٥/٢٠٠٩، المادة ٢ .

^{٨٧} القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة، مرجع سابق، المادة ١ .

^{٨٨}القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة ، مرجع نفسه، المادة ٤ .

الجودة. و مهام هذه اللجنة هي: " تحديد أهداف الاعتماد، تحديد الخطة الشاملة لتنفيذ الإجراءات، توفير التدريب / التعليم المناسب والدعم اللازم للمنظمة، تعزيز عملية الاعتماد في المنظمة، تحديد تكوين فرق التقييم الذاتي، تنسيق جميع مستويات التسلسل الهرمي، مراقبة أنشطة منسق الاعتماد، و متابعة التوصيات بعد زيارة الاعتماد".^{٨٩}

— تحديد منسق للاعتماد في كل مستشفى، حيث تتطلب عملية الاعتماد أن تقوم المنظمة بتعيين شخص لإدارة أنشطة الاعتماد وإقامة الصلة بين المنظمة وسلطة الاعتماد، وتقع على هذا الشخص المهام التالية: " وضع خطة للتحضير لعملية الاعتماد،المساهمة في تحديد أهداف الاعتماد، تقييم الاحتياجات التدريبية للفرق وتنسيق برنامج التدريب، قيادة الفريق أثناء التقييم الذاتي، تزويد الفرق بالأدوات اللازمة مثل دليل الاعتماد وأدلة المناهج الدراسية لإجراء التقييم الذاتي، ضمان التواصل والتعاون الفعالين طوال العملية، ضمان استكمال شبكات التقييم الذاتي وتقديمها في الوقت المحدد، تنظيم وتخصيص الدعم اللوجستي اللازم خلال زيارة الاعتماد، جمع وفهرسة جميع الوثائق المتاحة في المنظمة،إعداد فرق التقييم الذاتي للاجتماعات مع مدققي الحسابات خلال الزيارة، و التواصل مع هيئة التدقيق المعتمدة"^{٩٠}

تجري عملية الإعتماد وفق النظام الجديد على ٤ مراحل أساسية، تبدأ بمبادرة من إدارة المستشفى للإلتزام بالإعتماد عبر تقديم ملف كامل الى وزارة الصحة يتضمن المستندات الآتية:

— "كتاب مقدم من الممثل القانوني للمستشفى يحدد الفئة التي يطلب المستشفى ان ينتسب اليها وفقا للاقسام التي يحتويها.

— بطاقة تعريف بالمؤسسة.

— الخطة الاستراتيجية للمؤسسة.

— أي تعديلات تكون قد طرأت منذ آخر زيارة اعتماد على وضع المستشفى القانوني او على

سياسته في استقبال المرضى والعناية بهم .

— وصف لمدى التقدم في نظام الجودة.

^{٨٩} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference, p: 11.

^{٩٠} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference, p: 12.

— مدى تنفيذ التوصيات المقترحة خلال آخر زيارة اعتماد.

— تحديد مؤسسة التدقيق التي تم اختيارها لتنفيذ زيارة المسح الميداني.

— البرنامج الزمني المتوقع لانتهاء عملية التقييم الذاتي".^{٩١}

وبعد إرسال الملف تبدأ المستشفى بإجراء عملية للتقييم الذاتي. " تركز عملية التقييم الذاتي بشكل اساسي على مطابقة المعايير المعتمدة من وزارة الصحة العامة في دليل الاعتماد الصادر بالمرسوم رقم ١٤٢٦٣ تاريخ ٢٠٠٥/٣/٤".^{٩٢} ونظراً لأن دليل الاعتماد يتكون من عدة فصول مقسمة إلى عدد من المراجع تحتوي على مجموعة معايير و إتاحة في المجال أمام المدقق لفهم وضعية المستشفى، تجري عملية تقييم المطابقة على دفعتين:

— يتم تقييم مدى مطابقة المعايير من قبل فريق التقييم الذاتي وفقاً لثلاثة أجوبة محتملة: مطابق، غير مطابق، مطابق جزئياً. أما المعايير التي تكون خارج فئة المستشفى توصف بعبارة (لا ينطبق).

— يتم تقييم المرجع وفقاً للمقاييس التالية:

A المستشفى تنطبق عليه المعايير التي تشكل المرجع بصورة كلية ودائمة.

B المستشفى غالباً ما تنطبق عليه المعايير التي تشكل المرجع أو بصورة عامة.

C المستشفى نادراً ما تنطبق عليه المعايير التي تشكل المرجع بصورة جزئية.

D المستشفى لا تنطبق عليه المعايير التي تشكل المرجع.

وبعد الإنتهاء من إجراء التقييم و إحداث التحسينات المطلوبة ترسل المستشفى إلى وزارة الصحة تقرير مفصل عن نتائج التقييم وفق النماذج المعتمدة من قبل الأخيرة.

بعد إستلام الوزارة لتقرير التقييم تبدأ المرحلة الثانية من الإعتاماد بزيارة تجريها مؤسسة التدقيق المعتمدة للمستشفى وذلك لمطابقة نتائج التقييم الذاتي مع معايير دليل الاعتماد الصادر عن الوزارة، و لتحقق من "مستوى الجودة المحققة و عمليات تحسين الجودة التي بدأتها المنظمة في إطار تطبيق معايير ومراجع دليل الاعتماد"^{٩٣}. تنقسم زيارة مؤسسة التدقيق للمستشفى إلى عدة خطوات رئيسية (الاجتماع الأولي مع إدارة

^{٩١}القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة، مرجع سابق، المادة ١ .

^{٩٢}القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة، المرجع نفسه، المادة ١ .

^{٩٣} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization in Lebanon as of 1 January 2009**, Former reference, p: 23.

المستشفى للتعرف على المستشفى بشكل عام، الإجتماع مع اللجنة التوجيهية للإعتماد، زيارة فعلية للمستشفى، تحليل المعلومات المقدمة في التقييم الذاتي على أرض الواقع، إجراء مقابلات مع المرضى، إجراء إجتماعات مع مجموعات التقييم الذاتي في المستشفى، إجراء إجتماعات أو مقابلات فردية داخل المستشفى ، القيام بزيارة ليلية لتقييم مشاركة الموظفين الليليين في تشغيل المنظمة و إستمرارية التحسين المستمر للجودة، إجراء إجتماعات تنسيقية يومية مع إدارة المستشفى) وعند الإنتهاء منها تضع المؤسسة المدققة تقريرها العام يتضمن رأيها بالتوصية أو بالتحفظ عن إعطاء الإعتماد و ترفعه إلى اللجنة الفنية.

وفي المرحلة الثالثة تقوم اللجنة الفنية بدراسة تقرير مراجعة مؤسسة التدقيق والتقييم الذاتي للمستشفى وترفع بدورها الملف مع التوصية إلى لجنة تقييم وتصنيف وإعتماد المستشفيات في وزارة الصحة العامة التي تبدي رأيها بفئة ومستوى الإعتماد الذي يتوافق مع وضع المستشفى:

المستوى ١: تطابق تام بين ملف المستشفى ونظام الإعتماد.

المستوى ٢: هناك توصية واحدة على الأقل في ملف المستشفى.

المستوى ٣: هناك تحفظ واحد على الأقل في ملف المستشفى.

مستوى ٤: هناك تحفظ واحد رئيسي على الأقل في ملف المستشفى.

وأخيراً، وبناءً على رأي لجنة تقييم وتصنيف واعتماد المستشفيات وإقتراح مدير عام وزارة الصحة العامة بعد دراسة الملف يصدر قرار الاعتماد عن وزير الصحة العامة . و"يمنح الاعتماد للمستشفى لمدة سنتين وفقاً للقانون المنفذ بالمرسوم رقم ٩٨٢٦ تاريخ ١٩٦٢/٦/٢٢ وتعديلاته وتعطى مهلة سنة للمستشفى لانتهاء اجراءات تجديد الاعتماد"^{٩٤} ، فالإعتماد يقوم على دورة مستمرة مدتها ثلاث سنوات. "وفي حالة عدم قيام منظمة الرعاية الصحية بتنفيذ إجراءات تصحيحية كافية لرفع التحفظات الرئيسية، قد يتم فرض عدم اعتماد، مما يدعو منظمة الرعاية الصحية إلى إعادة عملية الاعتماد"^{٩٥}.

لهذا يمكن القول أن "أي منظمة تسعى للحصول على الاعتماد لا بد لها من أن تلتزم تطوير نظام خاص للجودة، مما يسمح بتقديم أفضل مستوى من الخدمة الممكنة للمريض من خلال:

— تحديد القضايا الرئيسية المتعلقة بسلامة المرضى والتصرف فيها.

^{٩٤} القرار رقم ٤٨٢ الصادر عن وزير الصحة العامة، مرجع سابق، المادة ١ .

^{٩٥} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization in Lebanon as of 1 January 2009**, Former reference, p: 27.

- التقييم الذاتي وتحسين الجوانب الرئيسية للخدمات وفقا لمعايير الاعتماد.
- إدخال تصحيحات على أوجه القصور التي تم تحديدها.
- دعوة مدققين مستقلين وخارجيين لتقييم جودة الخدمات.
- استغلال التوصيات لتحقيق التحسين المستمر.^{٩٦}

خلاصة الفصل: لقد استعرضنا في المبحث الأول المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة واداء العاملين، حيث عرفنا إدارة الجودة الشاملة بأنها النظام الشامل الذي يعتمد على مشاركة الجميع من موظفين وزبائن وموردين، ويهدف إلى التحسين المستمر للجودة والأداء على الأمد البعيد في جميع نشاطات ووظائف وعمليات المنظمة، والتي هي فلسفة إدارية ومدخل إستراتيجي يقوم على مجموعة من المبادئ الاساسية التي تشكل الركائز الرئيسية لهذا النظام، وتعكس الممارسات الإدارية الأفضل في المنظمات والمؤسسات التي يجب أن تتبناها من أجل الوصول إلى أفضل أداء ممكن، وتهدف إلى نقل المنظمات المعاصرة من أنماط التفكير التقليدية لمختلف أوجه المنظمة إلى أنماط تفكير وممارسات تتلاءم مع البيئة والمتطلبات المعاصرة من أجل الوصول الدائم إلى رضا العملاء.

إن هذا الموقع الاستراتيجي المتقدم الذي باتت تمثله إدارة الجودة الشاملة، وما رافقها من مفاهيم وصيغ للتعامل مع الجودة، لم يكن ابتكار العصر الحالي، بل له جذور تاريخية، وتطور خلال العديد من المراحل التاريخية اللاحقة. والجدير بالذكر أن مفهوم العميل في إدارة الجودة الشاملة ليس مجرد الزبون الذي يشتري السلعة (الزبون الخارجي) بل أن التركيز يجب أن يكون أيضا على العاملين او ما يعرف عنه بفلسفة الجودة بالعميل الداخلي.

أما بالنسبة لاداء العاملين الذي هو مجموع ما يقوم به الافراد من اعمال في المؤسسة التي يعملون بها، وما حققوه من نتائج لهذه الأعمال المنفذة. وان هذا الاداء يتأثر بجملة متعددة من العوامل المختلفة بعضها خاصة بالموظف أما بعضها الأخر منها ما يتعلق بالبيئة الداخلية للمؤسسة ومنها ما يقع خارج

^{٩٦} Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France), **The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In Lebanon As Of 1 January 2009**, Former reference,p: 5.

سيطرة المؤسسة أو ما يعرف بالبيئة الخارجية ، منها السلبي ومنها الإيجابي، ولبعضها تأثير مباشر على الأداء، بينما للبعض الآخر تأثيراً غير مباشر عليه.

كما تم التطرق الى تقييم الأداء باعتباره احد العمليات الادارية الاساسية لقياس اداء العاملين واتخاذ القرارات الخاصة بهم وتحفيزهم لتقديم أفضل الجهود لنجاح عملهم، فهو العملية الادارية الدورية التي تقوم الادارة خلالها بجمع معلومات وبيانات محددة عن اداء العاملين بشكل دوري وتحليلها لتعرف على جوانب القوة والضعف في الاداء، لتتمكن من إتخاذ القرارات الادارية المناسبة(تدريب، تحفيز، عقوبة...) لتحسين الأداء والوصول الى اعلى درجات الكفاءة، وتم أيضا استعراض اهميته وخطواته وطرقه.

أما المبحث الثاني فقد استعرضنا فيه أهم الآليات التي تضمنتها الخطة الاصلاحية لوزارة الصحة اللبنانية لتطوير المؤسسات الصحية الحكومية وادخال الجودة اليها، والتي ساهمت في ادخال وتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة الى هذه المؤسسات. وهي على الشكل التالي:

- تحويل المستشفيات الحكومية الى مؤسسات عامة وتعديل هيكلها الادارية واعطائها الاستقلال المالي والاداري، وتعيين مجالس ادارتها. الامر الذي سمح لادارة هذه المستشفيات اتخاذ القرارات ووضع السياسات والاهداف بشكل مستقل، ووفقا لما يتوافق مع محيطها ومواردها ومتطلباتها.
- وضع اسس جديدة لاعتماد المستشفيات تتوافق مع التطورات الحاصلة في المجال الطبي، وتسعى الى ضمان جودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة والتحسين المستمر لها، وزيادة الكفاءة والفعالية في المستشفيات. وقد شكلت هذه الاسس الركيزة الاساسية لنظام ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات اللبنانية وعلى رأسها العامة منها.

الفصل الثاني

إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي وأثرها على أداء

العاملين فيها

لقد أدت النجاحات التي حققتها إدارة الجودة الشاملة في قطاعات الصناعية الى انتشار هذا المفهوم في القطاعات الأخرى ومنها المؤسسات الصحية وفي مقدمتها المستشفيات سواء أكانت عامة أو خاصة. حيث سعت هذه المؤسسات إلى تبني إدارة الجودة الشاملة عند تقديمها للخدمات الصحية، من أجل رفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية والوقوف أمام المنافسة القوية وكسب رضا المريض وتخفيض التكلفة، وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات.

أما في لبنان، لم يكن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أغلب المستشفيات الحكومية طوعياً وبسبب الفوائد المحققة من هذا التطبيق، بل جاء كنتيجة للأليات التي إتبعتها وزارة الصحة العامة ضمن خطتها الإصلاحية للقطاع الإستشفائي، والتي ساهمت في إدخال هذا المفهوم الى المستشفيات الحكومية وفي وضع العناوين الرئيسية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفيات ، ومن بينها مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي.

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق الى مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الحكومي والى الهيئات في مراقبة تطبيق وتطوير نظام الجودة الخاص بالمستشفى، وكذلك سنقوم بدراسة ميدانية لأثر تطبيق هذا المفهوم ومبادئه على أداء العاملين في المستشفى نظراً للأهمية هذا الأداء في تحديد واقع ومستقبل المستشفى ككل. وذلك من خلال مبحثين هما:

المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي.

المبحث الثاني: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في المستشفى(دراسة تطبيقية).

المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي:

وفي هذا المبحث سنتناول مفهوم ادارة الجودة الشاملة ومبادئها في المستشفيات بشكل عام. كما سنتطرق الى مفهومها في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، والى الهيئات التي أنشئت في المستشفى من أجل تطبيق ومراقبة وتطوير نظام الجودة الخاص بها.

أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات ودورها في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي:

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة، كنظام إداري يعتبر من المفاهيم الحديثة نسبياً في المؤسسات الصحية. ونظراً لأهمية الخدمات التي تقوم بتقديمها هذه المؤسسات، لكونها متعلقة مباشرة بحياة الإنسان وسلامته، فقد حاول العديد من العلماء وضع مفهوماً محدداً لهذا النظام في القطاع الصحي باعتباره أحد أهم الطرق الناجعة لمعالجة المشاكل التي تواجهه أو قد تواجه المؤسسات الصحية، فوضعت لذلك العديد من المفاهيم والتعريفات حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية والطبية، بالاستناد إلى ما قدمه رواد نظرية الجودة في هذا المجال، أمثال ديمينغ وجوران، وهي مفاهيم ومبادئ أثبتت نجاحها في القطاعات الأخرى.

١. المنطلقات المؤسسة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومرتكزاتها في المستشفيات

لقد لجأ العديد من أصحاب النظريات إلى وضع تعريفات واضحة لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فالبعض عرفها بأنها "نهج إداري للمنظمات الطبية يهدف لتعزيز رضا الأطراف المعنية (على سبيل المثال المرضى والأطباء والممرضات، والموردين، والهيئات الداعمة الأخرى)^{٩٧}. أو "إطار تلتزم

^{٩٧}Mohammad Al-Ali Abdulsattar, **Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations**, Proceedings of the 2014 International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, Bali (Indonesia), January 7 – 9, 2014,P:890.

من خلاله المنظمات الصحية و العاملون فيها بمراقبة و تقويم جميع جوانب نشاط المنظمات(المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر".^{٩٨}

ومنهم من عرفها بأنها " إستراتيجية شاملة للتغيير التنظيمي والسلوكي لتمكين الموظفين من تعلم وإستخدام أساليب الجودة، من أجل خفض التكاليف وتلبية متطلبات المرضى وغيرهم من العملاء"^{٩٩}، كما ذهب إلى تعريفها بأنها " الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية".^{١٠٠}

أما بالنسبة لماكلوجليم وكالوزني فإن" إدارة الجودة الشاملة هي أكثر من مجرد تغيير في القيم والاستجابة من قبل الإدارة العليا، وهي تتطلب تدفقاً دقيقاً للعملية والتحليل الإحصائي والتقييم والأنشطة الجارية، والاعتراف بالمبادئ النفسية الأساسية التي تؤثر على الأفراد والجماعات داخل المنظمة وتطبيقها، وهي تتطلب أيضاً قبول الافتراض الأساسي بأن معظم المشاكل التي تواجهها منظمات الرعاية الصحية هي نتيجة للهيكل و/أو النظم، وليس الأخطاء من قبل المهنيين الإداريين أو السريريين، بل عدم قدرة الهيكل الذي يعمل فيه جميع الموظفين".^{١٠١}

^{٩٨} نبيلة كحيلة ، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي _ جيجل"، رسالة دكتوراه في تسيير الموارد البشرية ، جامعة منتوري ،القسطنطينية(الجزائر)، ٢٠٠٩، ص: ١٠٣.

^{٩٩} M. Balasubramanian, **Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup**, Science Journal of Public Health, Vol. 4, No. 4, Science publishing group, 2016, P:272.

^{١٠٠} نبيلة كحيلة ، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي _ جيجل"، المرجع السابق نفسه.

^{١٠١} Mohammad Al-Ali Abdulsattar, **Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations**, Previous reference, P: 891.

أما بالنسبة لبلومنتال و لافيل (Laffel & Blumenthal) فإن إدارة الجودة في الرعاية الصحية هي بشكل عام تتمثل في:^{١٠٢}

- " دعم نشط ومرئي من القيادة السريرية والإدارية لتحسين الجودة المستمر.
- التركيز على العمليات كأهداف التحسين.
- القضاء على الاختلاف غير الضروري.
- الاستراتيجيات المنقحة لإدارة شؤون الموظفين".

كما على الأطباء والمديرين تطوير رؤية مشتركة لتقسيم وتنسيق العمل ومناقشة القيم والمعايير والأهداف التي تركز عليها رعاية المرضى.

أما إيشيكاوا فقد رأى أن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي " النظام الهادف إلى ضبط التباينات غير المرغوبة في الأداء بإستعمال الطرق الاحصائية ، فضلاً عن أنشطة وجهود الجودة المتعلقة بتحقيق التوافق بين حاجات وامكانات المؤسسة الصحية".^{١٠٣}

إنطلاقاً مما سبق، يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي فلسفة ونهج إداري يعتمد على التغيير التنظيمي، وعلى التغيير في السلوك والخصائص والصفات ضمن إستراتيجية شاملة تهدف إلى العمل الدائم على التحسين المستمر وتعزيز رضا كل الأطراف المعنية في أعمال المؤسسة الصحية، وتقديم الخدمات الصحية بجودة أعلى وبكلفة أقل.

فإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في النهاية، ليست ذلك النظام الذي يستهدف التحسين في النتيجة النهائية من الخدمة الطبية المقدمة فحسب، بل لا بد لها أن تشمل التحسين لنواحي العملية كافة، التي يمر بها إنتاج هذه الخدمة. وانه مثل أي نظام إداري لا بد له من وجود مجموعة من المبادئ والدعائم التي يتوقف عليها نجاحه.

^{١٠٢} M. Balasubramanian, **Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup**, Previous reference.

^{١٠٣} علي غالب شاتي، دور القيادة الإستراتيجية في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة حالة في بعض المؤسسات الصحية /محافظة ذي قار، رسالة دبلوم في التخطيط الاستراتيجي ،جامعة القادسية ، العراق، ٢٠١٧، ص: ٣١.

وفي المؤسسات الصحية فان نظام إدارة الجودة الشاملة يقوم بشكل عام على مجموعة من المبادئ والمفاهيم المتطابقة بنسبة كبيرة مع تلك المعتمدة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاعات والمجالات الأخرى، وهي بشكل عام على الشكل التالي:

- إلتزام ودعم الإدارة العليا : يعد هذا المبدأ من أهم المبادئ التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة ، فالإدارة العليا هي العقل المدبر والمخطط في المستشفى وتبني الإدارة العليا لهذا المفهوم يمثل الحجر الأساس في نجاحه. على اعتبار أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب وضع خطة إستراتيجية شاملة تحدد الخطوط العريضة للعمل وتدخل الجودة في الرؤيا والرسالة والأهداف المستقبلية للمستشفى، والإدارة العليا هي الوحيدة التي تمتلك صلاحية وضع الخطط وإتخاذ هكذا قرارات. ويتجلى دعم ومساندة الإدارة العليا لهذا النظام من خلال، تهيئة المناخ التنظيمي المناسب لتطبيقه وخلق ثقافة للجودة الشاملة بالمستشفى وشرح مفاهيمها ومبادئها والتدريب المستمر لكيفية تطبيقها لجميع فئات العاملين بالمستشفى من اطباء وفنيين وممرضات واداريين وعمال، وبمعنى أخر يجب على الإدارة العليا تعبئة المستشفى بأكملها لتبني التغيير نحو تحسين الجودة والإهتمام بالتحسين والتطوير، وكذلك يتجلى من خلال الدعم المستمر لبرامج الجودة الشاملة مادياً ومعنوياً وتزويد برنامج الجودة الشاملة بالموارد اللازمة لتنفيذه.

- التركيز على الزبون(المريض): يعتبر الزبون أحد أهم المرتكزات التي تستند إليها إدارة الجودة الشاملة. فلا توجد منظمة أو مؤسسة إلا وتعمل على تقديم خدمات أو منتجات لزبائنها، ومدى رضا الزبون عن ما تقدمه المنظمة يعتبر المعيار الأول لنجاحها أو فشلها في ظل الأجواء التنافسية الموجودة. لذلك يمثل رضا الزبائن الهدف الإستراتيجي الذي ينبغي التركيز عليه في كافة الأنشطة داخل المستشفى، وعليها أيضاً أن تسعى بشكل مستمر إلى تحقيق هذا الرضا من خلال التنبؤ بحاجات ورغبات المريض ومحاولة تلبيتها والاستجابة لها بسرعة ودقة، فسياسة ارضاء المستفيدين من الخدمة الصحية هي الاساس. بالإضافة إلى ذلك على المستشفى أن تسعى دوماً إلى توفير جو من الألفة والمودة بينها وبين المرضى وعائلاتهم، وإلى إنشاء علاقات جيدة معهم والأخذ بأراءهم عند تطوير أو إضافة خدمات جديدة لما لذلك من آثار إيجابية على رضاهم وثقتهم بالمستشفى وعلى تحسين صورتها بطريقة تعزز من نجاحها.

- التركيز على القوى العاملة: يعتمد نجاح أي منظمة أيضاً على أداء قواها العاملة في جميع المستويات أو ما يعبر عنه بفلسفة الجودة الشاملة بالعميل الداخلي. وهنا تجدر الإشارة الى ان لفظ العميل لا

يشير فقط الى المرضى والزائرين وغيرهم من الافراد من خارج المستشفى وانما يمتد ليشمل ايضا جميع فئات العاملين بالمستشفى فهؤلاء في ظل مفهوم الجودة الشاملة ينظر اليهم انهم موردين ومستهلكين في نفس الوقت فأقسام التحاليل والاشعة مثلاً تعتبر مستهلكة للافلام والمواد والمعدات التي يوفرها قسم الشراء وهي نفسها تعتبر موردة للتقارير والمعلومات اللازمة للاطباء. الأمر الذي يتطلب أن يكونوا دائماً محل إهتمام وتركيز في جميع النواحي الوظيفية، بدءاً من عملية الاستقطاب والاختبار والتعيين وصولاً إلى عمليات تقييم الاداء والتحفيز ووضع برامج التدريب والتعلم والتطوير لما لذلك من تأثير على أداء العاملين وإنتاجيتهم وقدراتهم الإبداعية. وكذلك لا بد من العمل أيضاً على فهم إحتياجات وتطلعات العاملين الحالية والتنبؤ بإحتياجاتهم المستقبلية ومحاولة تلبية هذه المطالب للوصول إلى رضا العاملين بإعتباره هدف إستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة ولا بد من تحقيق لنجاح النظام ككل.

– مشاركة العاملين: يعتبر المرؤوسين والعمال دائماً أكثر دراية ومعرفة بتفاصيل العمل من الإدارة العليا داخل المستشفى وأكثر قدرة على تحديد المشاكل التي ترافق أعمال تقديم الخدمة وعلى إيجاد الحلول المناسبة لها لممارستهم لهذه الأعمال بشكل يومي، لذلك تتطلب إدارة الجودة الشاملة مشاركة جميع العاملين وعلى كافة المستويات الادارية في عمليات التحسين من تخطيط واتخاذ القرارات وصياغة الأهداف والأفكار الجديدة ووضع الحلول المناسبة للمشكلات عبر إنشاء حلقات الجودة وفرق العمل وصناديق الاقتراحات وزرع روح العمل الجماعي لدى العاملين. وتعتبر هذه المشاركة مبدأً أساسياً من مبادئ إدارة الجودة الشاملة ليس فقط لجهة وضع حلول وإقتراحات بل أيضاً للدور الذي تلعبه في زيادة الرضا الوظيفي والإنتاجية لدى العاملين وفي تحفيزهم وتنمية مهاراتهم وقدراتهم الإبداعية وتحسين الأداءهم نتيجة الإلتزام الداخلي المكون داخلهم لتحقيق الأهداف والحلول التي وضعوها بأنفسهم أو شاركوا في وضعها بشكل أو بآخر. كما وتقيد هذه المشاركة في إنصراف الإدارة العليا إلى ممارسة دورها القيادي والتخطيطي في رسم السياسات العامة للمنظمة والتقليل من رقابتها الدقيقة وتوجيهاتها وتعليماتها المستمرة، وتؤدي كذلك إلى زيادة تدفق المعلومات والمعرفة وتساهم في عافية المؤسسة لحل المشكلات.

– التحسين المستمر: تعتبر فلسفة الجودة الشاملة أن فرص التطوير والتحسين لا تنتهي مهما بلغ مستوى جودة المنتج ومهما بلغت كفاءة وفاعلية الأداء، فبيئة المنظمات مليئة بالتطورات والتقلبات، وحاجات وتوقعات المستفيدين ليست ثابتة، ولا يمكن النجاح والمنافسة من دون مواكبة كل هذه التغيرات والتكيف

معها، فأفضل أداء وأفضل ممارسات اليوم قد تكون غير مقبولة وأداء عتيق في المستقبل. لذا تعتمد إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على تصميم وتطبيق نظام إبداعي جديد يسعى دوماً لتحقيق رضا المستفيدين والوصول إلى الخدمة الأفضل والأداء الأمثل من خلال إجراء عمليات مستمرة لتحسين العمل وتقييم الجودة بالاعتماد على جمع وتحليل المعلومات الآتية من عمليات البحث المستمر أو من الأفكار الحديثة والجديدة لا سيما تلك التي يأتي بها العاملين أو من خلال الاعتماد على معلومات دورية عن الزبائن وعن البيئة المحيطة. وعليه فإن عمليات التحسين هذه لا يمكن أن تشمل فقط على إدخال تعديلات وإبتكارات جديدة ومستمرة على الخدمة أو تدريب الموظفين على تقنيات الرعاية الصحية الجديدة وعلى المعارف والمهارات والقيم الجديدة ليطبّقونها في تحسين أداء المؤسسة، بل لا بد لها من أن تشمل كافة العمليات ومجالات العمل داخل المستشفى.

– العلاقة مع الموردين: تعد العلاقة مع الموردين من الركائز الأساسية في نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة، فلتقديم الخدمات الصحية بجودة عالية لا بد من أن تبدأ عملية تقديم الخدمة بمدخلات من مواد طبية ومعدات وفق المواصفات والمعايير المطلوبة. ونظراً للدور المهم الذي يلعبه في تحديد نوعية المدخلات في المستشفيات وبالتالي مخرجاتها، وحتى تضمن المستشفى إستمرارية جودة خدماتها لا بد لها من عمل علاقة تعاون وشراكة مع الموردين خصوصاً الأكفاء منهم.

– نظام المعلومات والتغذية العكسية: يشكل هذا النظام عنصراً أساسياً في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، ويعتبر من الركائز المهمة التي بدونها لا يمكن لبرنامج إدارة الجودة الشاملة ان تستمر وتكتمل، لأن نجاح أي عملية من عمليات إتخاذ القرارات، التخطيط، التطوير والتحسين و حتى أداء المهام والوصول إلى الأهداف الإستراتيجية يرتبط بشكل مباشر بتوفر المعلومات والبيانات المطلوبة في الوقت المناسب، وبالتدقيق المستمر والدقيق لها بين أجزاء التنظيم، سواء أكانت أفقية بين الأقسام والإدارات أو رأسية بين المدير العام والمرؤوسين بالمستويات الأدنى. لذا يمكننا القول أن توفر مثل هكذا نظم وما تتضمنه من تجميع وتنظيم وتحليل للبيانات والمعلومات وأرشفتها، سيؤثر إيجابياً ليس فقط على عوامل التكلفة والوقت والكفاءة والفاعلية في المستشفى بل سينعكس بدوره على جودة وكفاءة المستشفى بشكل عام.

– القرارات المبنية على الحقائق: يمكن تعريف عملية إتخاذ القرار على أنها قيام متخذ القرار بإختيار بديل معين بعد تقييمه للبدائل المطروحة، والقرارات الصائبة والصحيحة لا تتحقق دون الإعتماد

على المعلومات والحقائق الواقعية. لذلك تقوم فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على تبني تقنيات معينة لجمع البيانات والحقائق، وعلى توفير قاعدة بيانات متكاملة، وعلى تهيئة القنوات اللازمة لتمكين الأفراد من إيصال ما يمتلكونه من معلومات إلى متخذي القرارات لتشكيل رؤية واضحة عندهم عن الظروف المحيطة به، الأمر الذي يساعدهم على اتخاذ القرارات في ضوء تلك البيانات والحقائق. فالقرار ايا كان نوعه (اداري او طبي) بدون معلومات يعتبر نوعاً من التخمين والتقدير الشخصي قد يخطئ وقد يصيب، وإذا كنت معظم القرارات الطبية لا تحتمل التجربة والخطأ، فان القرارات الادارية السليمة على الجانب الاخر تتطلب فهما واضحا لظروف العمل ومحدداته ومشاكلاته.

يعد تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومبادئها مهم جداً بالنسبة لأي مؤسسة صحية، لما يتضمنه من فوائد مهمة على المؤسسة وأدائها العام وعلى مختلف أقسامها ومجالات عملها، ومن أبرز النتائج المترتبة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي:

- تحسين العلاقات مع المرضى (الإتصالات المفتوحة والميسرة)، وزيادة نسبة رضاهم عن الخدمات الصحية العالية الجودة المقدمة لهم، بما يتفق مع تطلعاتهم منها.
- زيادة رضا العاملين ورفع معنوياتهم.
- تخفيض نسبة شكاوى العملاء من مرضى وعاملين.
- تقليل كلفة إنتاج الخدمة الصحية (الكفاءة التشغيلية).
- تبسيط الإجراءات وتحسينها .
- القضاء على الهدر في أداء العمليات والحد من تكرارها.
- النقل وصولاً إلى منع الاخطاء الطبية (التحسين المستمر للتقنيات) .
- القضاء على الإختلافات في الممارسة الإكلينيكية (الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم) والتي تعتبر واحدة من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية وإختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية.
- تحسين الإنتاجية الكمية (معدل دوران السرير): وهذا يعني زيادة عدد المرضى المخدومين للسرير الواحد .
- زيادة القدرة التنافسية للمؤسسة الصحية.

٢. واقع نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

إن مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، وعلى الرغم من الإهتمام الكبير والمحاولات من قبل مجلس الإدارة منذ توليه إدارة المستشفى بضرورة التطوير والتحسين، وإدخال الجودة إلى كل أقسام وخدمات المستشفى والوصول إلى درجة عالية من رضا العملاء، لم يكن هناك أي نظام واضح المعالم للجودة وتحسينها في المستشفى.

ولكن مع إقرار نظام الإعتماد من قبل وزارة الصحة، وما يتضمنه من معايير شاملة تتعلق بتعزيز التحسين المستمر للجودة في الرعاية الصحية، وإرتباط هذا النظام مع نظام التعاقد لدى وزارة الصحة العامة ولدى صناديق التأمين العامة والخاصة. فقد سعت إدارة المستشفى إلى التقييد وإتباع معايير هذا النظام لما له من منافع كبيرة على عدة صعد، فمن جهة ضرورة التعاقد مع الوزارة والصناديق الضامنة من الناحية المالية ومن ناحية الحفاظ على سمعة المستشفى ومكانتها بين المواطنين في المنطقة، ومن جهة أخرى يعتبر نظام الإعتماد الفرصة المناسبة للتقدم والتطوير، وتحسين جودة خدمات المستشفى صورتها في المجتمع.

وبدأت تدخل أفكار إدارة الجودة الشاملة تدريجياً إلى النظام الداخلي في المستشفى، خصوصاً في ظل عمليات التطوير والتحديث التي خضع لها نظام الإعتماد ليتماشى مع التطورات في المجالات الطبية والصحية، فرسم بمعاييره المترابطة والشاملة الخطوط العريضة لمفهوم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى .

عمدت ادارة المستشفى على مستوى الهيكل التنظيمي للمستشفى إلى تعديله ليتلائم مع متطلبات التحسين والتطوير، فعدلت الأنظمة الداخلية والخاصة بالأقسام، وحددت مهام الأقسام وموظفيها بشكل دقيق، ووضعت إجراءات على أداء أي عمل أو خدمة للتلائم مع التطورات الحديثة. كما وضعت خطة إستراتيجية للمستشفى تتضمن تحسين جودة الخدمات وأساليب تطويرها، فأنشئت دائرة مختصة بأمور الجودة وتحسينها في المستشفى، وأنشئت لجان مساعدة لها (مجلس الجودة، لجنة الجودة، لجنة تحسين الجودة التمريضية)، كما حولت قسم شؤون الموظفين إلى إدارة الموارد البشرية، ووضعت خطط التوظيف والتوصيف الوظيفي، والأسس المطلوبة للإهتمام بالموظفين وقياس رضاهم، وتقييم أداءهم وتطويرهم وإشراكهم في أعمال الإدارة والتحسين، وأنشئت نظام حديث ومتطور للمعلومات والإتصال والأرشيف، ووضعت المفاهيم والأسس

الخاصة بالتركيز على المرضى وطرق تقديم الخدمات بجودة عالية ودراسة مستوى رضاهم عن هذه الخدمات. كما وضعت الأسس الفعالة لتلقي شكاويهم وإقتراحاتهم، ووضعت المفاهيم والأنظمة الخاصة بالسلامة والوقاية من الحوادث والأخطاء، وأنشئت لجان خاصة بها (لجنة سلامة المريض وإدارة المخاطر، لجنة مكافحة العدوى، لجنة الصحة والسلامة المهنية، لجنة ادارة الكوارث ومكافحة الحرائق، لجنة فرز النفايات). أما لجهة أبرز معايير الإعتماد المطبقة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي والمنصوص عليها في نظامها الداخلي، فقد شكلت عناوين الأسس الرئيسية التي تقوم عليها مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وهي الآتي:^{١٠٤}

– وجود خطة تحسين جودة عامة للمستشفى، تتضمن أقسام خاصة بالإدارة، المالية، والخدمات الطبية، والخدمات التمريضية، والخدمات العامة. كما يجب أن تحتوي على مؤشرات الأداء / مؤشرات محددة وقابلة للقياس وقابلة للتحقيق وتتسم بالواقعية ولها جداول زمنية، مع وجود أدلة على المراقبة المستمرة لهذه الخطة.

– وجود خطط لتحسين جودة كل قسم من أقسام المستشفى، تتوافق مع الخطة الشاملة في المستشفى.

– إجراء الرصد الموثق لخطة تحسين الجودة بمعدل كل ثلاثة أشهر على الأقل.

– وجود نظام للشكاوى لكل من المرضى، الزوار، الموظفين. حيث يتم توثيق التحقيق والتحقق من الإجراءات الناتجة عن الشكاوى.

– توافر حقوق ومسؤوليات المرضى بشكل موثق لجميع المرضى والأقارب

– وضع صندوق للاقتراح للموظفين والمرضى، ونظام خاص لتحليلها وأخذ الخطوات اللازمة .

– وجود نظام لدراسة رضا المرضى والموظفين وتحليله، وأخذ الخطوات اللازمة وفقاً لنتائج الدراسة.

– تجميع البيانات الخاصة بكل القسم وتوثيقها.

– وجود نظام للوقاية والصيانة خاص بالمبنى والأنظمة الحيوية والمعدات.

– وضع معايير الصحة و السلامة المهنية في كل قسم (مثل القفازات والأقنعة وحماية العين)

^{١٠٤} يمكن مراجعة نظام الإعتماد للمستشفيات ٢٠١٤ على موقع وزارة الصحة اللبنانية www.moph.gov.lb – صفحة الرعاية الصحية:إعتماد المستشفيات،نظام إعتماد المستشفيات في لبنان(إعتماد مستشفيات الإقامة القصيرة)، تاريخ الدخول: تشرين الثاني ٢٠١٧.

- القيام بإجراء تقييم سنوي لمتطلبات التعليم المستمر للموظفين في كل قسم، وإعادة توجيه التقرير إما إلى قسم التعليم أو إلى منسق الجودة.
- وجود نظام خاص لسلامة المريض وإدارة المخاطر، وتدريب كل العاملين على كيفية عمله وتطبيقه.
- وجود نظام لإدارة المخاطر الخارجية (التدفق الهائل ، الضحايا ، الكوارث الطبيعية ، الأوبئة ...)
- والداخلية المتعلقة بسلامة المهنيين والمرضى (الهيكل ، أحكام الرعاية ، الممارسات السريرية ، الاتصال الداخلي ...)
- وجود نظام إنذار في كل أقسام المستشفى.
- وجود نظام خاص وألية معتمدة للإبلاغ عن الحوادث والوقائع، ووضع الحل المناسب لها.
- وجود نظام خاص لتقييم الأداء وتدريب الموظفين وفق النتائج المحصلة.
- وجود نظام خاص بمكافحة العدوى والسلامة.
- وجود أدلة موثقة على الاختبار المنتظم لكفاءات الموظفين الخاصة بالأدوار والمسؤوليات في كل قسم، قادرة على اتخاذ إجراءات تصحيحية لتحسين أوجه القصور التي تم تحديدها في أعقاب اختبار الكفاءة.
- وجود نظام محوسب ومكان مخصص للأرشيف الطبي، كما ويتم منح المرضى رقم سجل طبي فريد للمرضى، بالإضافة إلى فهرس محوسب رئيسي للمريض .
- وجود نظام خاص لمكافحة الحريق و الوقاية منه.
- توفير إشارات / تعليمات المرور من أجل:المرضى، الموظفين، الزوار/ غيرهم.
- إمتلاك طاقم التمريض السريري للمعدات والإمدادات المناسبة لتلبية أهداف رعاية المرضى.
- وجود المراجعة الدورية للأنظمة تقوم بعملها بانتظام.
- وجود أنظمة واضحة المعالم في المستشفى. يتم عرضها والإجراءات الملائمة بطريقة موحدة واسعة في المستشفى.
- وجود فهرس دقيق لدليل الأنظمة والإجراءات.
- توفير نظام متكامل لتكنولوجيا المعلومات في جميع أنحاء المستشفى.

– إتباع النتائج المحققة من القضايا التي نوقشت في جميع الاجتماعات من خلال الوثائق الموثقة لها.

كما وبالإضافة إلى هذه المعايير، فإنه هناك معايير أخرى تختص بكل قسم من الأقسام وتتضمن الإجراءات والأنظمة الخاصة والتي لا بد من إتباعها لضمان فعالية نظام إعتاماد الجودة في تأمين نتائجه. انطلاقاً مما تقدم، فإن ادارة مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي قد نجحت في عمليات التصنيف التي تجريها وزارة الصحة للمستشفيات، إنطلاقاً من الإلتزام بمعايير نظام الإعتاماد. وحازت على الإعتاماد في التصنيف الأخير عام ١٠٠.٢٠١٤

ثانياً: الهيئات المختصة بالجودة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي:

نظراً لأهمية الجودة في المستشفى، فقد أحدثت إدارة المستشفى دائرة للجودة ولجان مختصة بأمورها تقتضي مهمتها المساعدة في تطبيق ومراقبة تطبيق نظام الجودة الخاص بالمستشفى، وتحسينه وتطويره بشكل مستمر. وهذه الهيئات هي الآتي:

١. مجلس الجودة^{١٠٦} : (Quality Council) وهو السلطة العليا بالمؤسسة المناط بها وضع السياسات العامة والموافقة على الخطط السنوية للجودة ومتابعة تطبيقها، وإزالة كل الصعوبات والعوائق التي تعترض سيرها. وهو يجتمع بصورة دورية (كل ٣ اشهر على الأقل) وعند الضرورة، ويتألف من :

- المدير العام General Director رئيساً للمجلس .
- مدير دائرة الجودة Quality Manager .
- رئيس الجسم الطبي Medical Director .
- رئيسة الدائرة التمريضية Nursing Director .

^{١٠٥} يمكن مراجعة نتائج تصنيف المستشفيات عام ٢٠١٤ على موقع وزارة الصحة اللبنانية www.moph.gov.lb – صفحة الرعاية الصحية: إعتاماد المستشفيات، تاريخ الدخول: تشرين الثاني ٢٠١٧.

^{١٠٦} النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، كتاب الأنظمة الخاصة بدائرة الجودة.

– رئيس الدائرة الإدارية والمالية . Administrative & Financial Director

أما لجهة مهام مجلس الجودة فإنها تركز على الأمور الآتية:

- وضع الخطة الإستراتيجية للمستشفى ونشرها على كافة الدوائر في المستشفى .
- الموافقة على خطة الجودة السنوية المقدمة من لجنة الجودة ورؤساء الدوائر في المستشفى.
- مناقشة التقارير ربع السنوية عن أداء لجنة الجودة.
- حشد الدعم المادي والمعنوي لتنفيذ برامج الجودة.
- تكوين اللجان المساعدة والمطلوبة ضمن معايير نظام الاعتماد (لجنة مكافحة العدوى وفرز النفايات، لجنة الوفيات والمرضاة، لجنة الكوارث والسلامة من الحريق، لجنة التعامل مع الألم ، لجنة سلامة المريض وإدارة المخاطر، لجنة الصحة والسلامة المهنية ، لجنة الصيدلانية ، لجنة نقل الدم ، لجنة الجودة التمريضية ، لجنة تقييم الممارسات المهنية EPP ...).
- مناقشة التقارير السنوية عن النشاطات والنتائج التي تم التوصل إليها في تطبيق خطة الجودة في المستشفى.

٢. لجنة الجودة ()^{١٠٧}: **Quality Committee** تمثل لجنة الجودة الأداة الفعلية لنشر أعمال

الجودة والمعايير الوطنية لإعتماد المستشفيات، ويناط بها الإشراف على تطبيقها ومتابعة أعمال التنفيذ وتقديم المساعدة اللازمة لذلك، وتشكل وفق الآتي:

- مديرة الجودة رئيساً للجنة (مسؤولة عن متابعة أعمال الجودة ومعايير الاعتماد الوطنية للأقسام الإدارية والمالية والطبية ، ومتابعة إنجازات اللجان المتنوعة بالتنسيق مع رؤساء الدوائر المعنية بكل لجنة) .
- مسؤول لجنة الجودة التمريضية وهو يمثل رؤساء الأقسام التمريضية (مسؤول عن متابعة أعمال الجودة ومعايير الاعتماد الوطنية للأقسام التمريضية) .

– رؤساء الأقسام الطبية التالية: الإنعاش و التخدير، الأشعة، المختبر و بنك الدم، الصيدلانية .

أما الأقسام الطبية المتبقية يتم تمثيلها في اللجنة من قبل مديرة الجودة(العلاج الفيزيائي- الأرشيف

الطبي- العلاج بالأشعة- التصوير النووي)، وكذلك ينضم إليهم ممثل عن الجسم الطبي في المستشفى.

^{١٠٧} النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، المرجع السابق نفسه.

– رؤساء الأقسام الإدارية والمالية التالية : الموارد البشرية ، مكتب الدخول والمحاسبة، المعلوماتية، الصيانة، التغذية والمطبخ ، المشتريات، التنظيفات،و الأقسام الإدارية الأخرى (قسم الغسيل- الحرس- الإستعلامات) فتمثلها رئيسة القسم الإداري .

– المستشارون : وهم رؤساء اللجان المتنوعة في المستشفى (لجنة الجودة التمريضية ، لجنة الكوارث ومكافحة الحريق، لجنة مكافحة العدوى، لجنة فرز النفايات ، لجنة الصحة والسلامة المهنية، لجنة توقف القلب والتنفس ، لجنة ادارة الألم ، لجنة الرضاعة ومستشفى صديق الأطفال، لجنة الممارسات الطبية المهنية، لجنة نقل الدم ، لجنة الصيدلانية، لجنة إرشاد المرضى، لجنة الوفيات والمرضاة ، لجنة القوانين والإجراءات التمريضية،لجنة التخدير).

أما لجهة مهام لجنة الجودة فإنها تتمثل بالآتي:

- نشر مفاهيم الجودة والعمل على تطوير مهارات الموظفين من خلال برامج التطوير والتحسين المستمرة.
- التعرف على خطط الجودة في المستشفى والعمل على تطويرها.
- تطبيق معايير نظام الإعتماد الوطنية والتقييم المستمر للمعايير والمؤشرات ومراجعتها وتطويرها، ووضع خطة سنوية لتطبيقها .
- العمل على تحديد المخاطر الممكنة و وضع خطط وقائية لتجنبها .
- توثيق و ضبط السجلات والوثائق ذات العلاقة بالجودة ومراجعتها وتعديلها عند الضرورة، بالتنسيق مع الأشخاص المعنيين .
- التدقيق الدوري للتأكد من أن الإجراءات الموثقة تطابق الإجراءات المنفذة، وتحديد حالات عدم المطابقة واتخاذ الإجراءات اللازمة .
- مناقشة ومتابعة خطط الجودة ومعايير الإعتماد الوطنية لمعرفة النتائج، ودراسة العوائق من أجل ايجاد حلول لتذليل الصعوبات، والسير قدماً في تنفيذ هذه الخطط .

٥. دائرة الجودة (١٠٨): **Hospital Quality Department** تعتبر دائرة الجودة من الأقسام الأساسية والحيوية في المستشفى التي تهدف إلى التمايز في تطبيق معايير الإعتماد الوطني، ورفع مستوى جودة العناية الطبية والإستمرار في تحسين جودة الخدمات المقدمة لجميع المرضى ، من أجل الحصول على أفضل النتائج الممكنة و الوصول إلى أعلى مستويات الرضى لدى المريض ولدى ذويه.

كما وتعمل دائرة الجودة على نشر وترسيخ ثقافة الجودة في المستشفى، وإرساء قواعد السلامة العامة وسلامة المريض وخدمة الزبائن، وعلى خلق لغة مشتركة تهدف إلى تقديم الجودة الشاملة والإرتقاء إلى أفضل درجات الأداء الطبي، التمريضي، التقني والخدماتي من خلال رؤية إستراتيجية كاملة تقوم على الإشراف على أمور الجودة بشكل كامل ومراقبة ضبط الأداء وتحسينه المستمر، وعلى التنسيق المستمر أفقياً مع رؤساء الدوائر وعمودياً مع الأقسام الطبية والإدارية والمالية (بالتنسيق مع رئيس الدائرة) بغية متابعة أعمال الجودة ومعايير الإعتماد الوطنية على مستوى الدوائر واللجان المتنوعة المعنية بكل رئيس دائرة .

أما بالنسبة لمهام مدير الجودة، فإنها تتعلق بالآتي:

- وضع خطة سنوية للجنة الجودة وعرضها على مجلس الجودة للموافقة عليها .
- تقديم تقرير نصف سنوي لمجلس الجودة والمدير العام عن مسار أعمال الجودة في المستشفى .
- مساعدة رؤساء الأقسام الإدارية والمالية والطبية و اللجان التابعة لها في وضع خطط تحسين الجودة QIP و إجراء التعديلات والتحسينات اللازمة لها، بالإضافة إلى متابعة تطبيقها بشكل دوري.
- متابعة أعمال الأقسام الإدارية والمالية والطبية وإنجازات اللجان المتنوعة التابعة لها من خلال إستلام تقارير دورية عن أنشطتها بالتنسيق مع رؤساء الدوائر، وتقديم النصائح والتوجيهات اللازمة عند الضرورة .
- التنسيق مع المدير العام لتطبيق نشاطات الجودة ومعايير الإعتماد الوطنية التي تحتاج إلى دعم إداري و مالي .

^{١٠٨} النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، مرجع السابق نفسه.

– التنسيق المستمر لإجراء التدريب اللازم حول مواضيع: الجودة ، سلامة المريض وإدارة المخاطر، أدوات تحسين الجودة، المؤشرات وغيرها في الأقسام الإدارية والمالية والطبية، وفي الأقسام التمريضية عند الطلب .

– الإشراف على تقييم مستوى أداء الموظفين في الأقسام الإدارية والمالية والطبية بالتعاون مع قسم الموارد البشرية .

– مراجعة و تحليل الشكاوى على الأقسام الإدارية والمالية والطبية، والعمل على إستخلاص النتائج والحلول بهذا الخصوص مع الاخذ بالتنسيق مع رؤساء الأقسام والدوائر المعنية، مع الأخذ بعين الإعتبار تعليقات وملاحظات المرضى للإستفادة منها.

– متابعة أعمال تطبيق برامج الجودة ومعايير نظام الإعتماد الوطنية الخاصة بالأقسام الطبية والإدارية والمالية واللجان الملحقة بها، والعمل على وضع حلول للمشاكل والعقبات التي تعرقل التطبيق بالتنسيق مع رؤساء الدوائر المعنية.

٨. لجنة الجودة والنوعية (Nursing Quality Improvement committee):^{١٠٩} يمكن

تعريف هذه اللجنة بأنها اللجنة التي تهتم بتحسين الجودة والنوعية للخدمات التمريضية المقدمة للمرضى من خلال العمل على تجنب حدوث مشاكل أو أخطاء أو إكتشاف المشاكل في بدايتها وإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل لتجنب تكرارها، ومن خلال التحسين المستمر في أداء الفريق التمريضي.

كما وأن الهدف من وراء إنشاء هذه اللجنة يكمن في التحسين من نوعية الخدمات التمريضية المقدمة للمرضى، والمحافظة على سلامتهم، والحصول على رضى المريض وعائلته من خلال السير قدماً في مجال العناية التمريضية ومواكبة التطورات والمستجدات في مجال الطب والتمريض، والتنسيق مع اللجان الأخرى للوصول الى أعلى مستوى ممكن من العناية التمريضية.

لذلك فإن نشاط اللجنة لا يشمل قسم التمريض فقط، بل هناك إمكانية لتدخل عند الضرورة بالأقسام الأخرى التي قد يتأثر بها قسم التمريض سلباً أم ايجاباً(قسم التنظيفات، الغسيل، الأمن، المختبر والأشعة،

^{١٠٩} النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، كتاب الأنظمة الخاصة بالدائرة التمريضية(النظام الخاص بلجنة الجودة والنوعية).

وغيرها). ويرأس هذه اللجنة المشرف التمريضي في المستشفى وتشمل أعضائها على رؤساء الأقسام التمريضية في المستشفى.

كذلك فان اللجنة تتبع بشكل عام آلية محددة في حل المشاكل التي تصادف الأقسام التمريضية، لا

سيما:

١. تحديد المشاكل المتعلقة بالجودة وجمع المعلومات حولها، ذلك من خلال:

- التدقيق Audits .
- دراسة الملفات الطبية .
- دراسة استمارات رضى المرضى.
- دراسة أوراق المشاكل والحلول.
- تقارير الحوادث في العمل.
- تقارير الأخطاء الدوائية.
- تقارير لجنة مكافحة العدوى.
- احصائيات المؤشرات الكلينيكية (Clinical Indicators) في الأقسام التمريضية .
- ٢. تحديد الأولويات للمشكلة الواجب البدء بها .
- ٣. تحليل المشكلة لتحديد الأسباب .
- ٤. تحديد الحلول الممكنة ، واختيار الحل الأنسب .
- ٥. إعلام رئيسة دائرة التمريض والمنسق للجنة الجودة بالمشكلة والحل .
- ٦. التطبيق والتصرف .
- ٧. المتابعة والتقييم للطرق المتبعة .

أما لجهة المهام والأعمال المطلوبة من المشرف التمريضي في أمور التحسين والتطوير، بالإضافة

إلى تنظيم الأمور الداخلية للجنة، فإنها تشمل الأتي:

- المتابعة الحثيثة لجميع أعمال رؤساء الأقسام التمريضية بخصوص تحسين الجودة والنوعية في

أقسامهم من خلال الإشراف المباشر عليهم أو المشاركة الفعلية معهم اذا إستدعى الأمر بأعمال الجودة.

- متابعة كافة التطورات الجديدة عن طرق التحسين و إدارة الجودة ،وتقديم المحاضرات عن إدارة الجودة و أدوات العمل فيها لأعضاء اللجنة / رؤساء الأقسام التمريضية.
- وضع الخطط مع تحديد المواضيع التي يجب مراقبتها ومتابعتها بشكل مستمر من خلال تحديد الأولويات وإستعمال الادوات المناسبة وان ضمن تلك المواضيع :
- التدقيق بملفات المرضى وملاحقة المشاكل المرتبطة بالتمريض والتركيز في كل مرة على هدف معين حسب الأولويات.
- التدقيق على عربة الطوارئ ، خزانة الأدوية المخدرة , خزانة الأدوية ، أوراق الأدوية...
- التدقيق على المريض نفسه ، الأمصال ، الأسرة والحواجز ...
- التدقيق على المعدات الطبية من حيث نوعيتها وتعدادها....
- التدقيق على النظافة والترتيب في الأقسام .
- التدقيق على الأمن وفعاليته والزوار وتنظيمهم
- التدقيق على تطبيق مبادئ الوقاية من الحرائق .
- التدقيق على الغسيل ، الطعام ، الصيانة .
- الاشراف على الإستطلاع المباشر لرضى المرضى وإستخلاص النتائج و الحلول من خلال تحليل التدقيق بهذا الخصوص مع الاخذ بعين الإعتبار تعليقات وملاحظات كل مريض للإستفادة منها.
- التدخل الفوري لتصحيح الأخطاء ورفع تقارير خطية للجان المختصة أو المعنيين في أمور التطوير و التحسين أو في حال ملاحظة أي إهمال أو تقصير .
- مراقبة تنفيذ وتطبيق الأنظمة والاجراءات العملية للعناية التمريضية، و متابعة أعمال اللجان المختصة فيها .
- المشاركة من خلال تقارير خطية في تحديد إحتياجات الفريق التمريضي من التدريب والتتقيف والتوجيه وتقديمها الى مركز التدريب المستمر للتمريض.

المبحث الثاني: منهجية الدراسة (أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في المستشفى)

يهدف هذا المبحث إلى تحديد عينة الدراسة، ووضع منهجية الدراسة وشرح أدواتها، كما سيتم التأكد من صدق أداة الدراسة وثباتها عبر عرض النتائج التي تبينها الاختبارات بالاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS وفي الختام سنخلص نتائج المبحث.

أولاً: عينة وأدوات الدراسة الميدانية

لقد تم الاعتماد في الدراسة على مجموعة من الأدوات وكذلك الاعتماد في تحليل نتائج الدراسة على SPSS، من أجل الوصول إلى نتائج واستنتاج العلاقة بين متغيري الدراسة.

١. عينة الدراسة

تمّ تحديد العينة العشوائية من مجتمع الدراسة بالاعتماد على معادلة ريتشارد جيجر (Richard Jaeger)

$$n = \frac{\left(\frac{z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2}{1 + \frac{1}{N} \left[\left(\frac{z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2 - 1\right]}$$

n: حجم العينة.

N: حجم المجتمع.

Z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة ٠,٩٥ وتساوي ١,٩٦.

d: نسبة الخطأ = ٠,٠٥.

تمت دراستنا على مستوى العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي فتم اختيار عينة وهي موظفي الدائرة الطبية والدائرة الإدارية والمالية بتعداد ٨٢ موظفاً حيث تم توزيع ٨٢ استبانة ولكن تم استرجاع منها ٧٥ فقط، للوقوف على واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى وأثرها على أداء العاملين.

٢. أدوات البحث ومصدر البيانات

اعتمد الباحث أسلوب الاستبانة لجمع المعلومات، كما اعتمد على برنامج الإحصاء SPSS لاستخلاص المعلومات وإجراء الاختبارات التي تساعد في الإجابة عن الإشكاليات المطروحة والتأكد من فرضيات الدراسة، وذلك وفق التفصيل أدناه:

١. الاستبيان

عمد الباحث إلى إعداد استبيان لتوزيعه على العينة التي حددها، وقد تضمنت ثلاثة أقسام:

- القسم الأول: يتضمّن رسالة موجهة لمالئ الاستبيان
- القسم الثاني: يتضمن المتغيرات الديموغرافية أو البيانات العامة المتعلقة بمالئ الاستبيان ويحتوي على الجنس، والعمر، والمستوى العلمي، وسنوات الخدمة.
- القسم الثالث: يتضمّن العبارات المتعلقة بمتغيرات الدراسة أي تأثير تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين والتي يجب عليها مالئ الاستبيان وفق مقياس ليكرت الخماسي، وقد تمّ اعتماد معايير (موافق بشدة، موافق، متردد، غير موافق، غير موافق بشدة) لقياس درجة الموافقة لدى مالئ الاستبيان، حيث أنّ هذه المعايير تعتمد للإجابة عن عبارات السلوك، ويتألّف هذا القسم من محورين اثنان وفق التفصيل التالي:

جدول رقم ١: محاور الاستبيان

اسم المحور	يتضمّن عبارات:	عدد العبارات
المحور الأول	مبادئ إدارة الجودة الشاملة	20
المحور الثاني	أداء العاملين	10
مجموع العبارات		30

(من إعداد الباحث)

جدول رقم ٢: مقياس ليكرت الخماسي

المستوى	الدرجة أو المثقال	المدى Range
غير موافق بشدة	1	من ١ إلى ١,٧٩
غير موافق	2	من ١,٨ إلى ٢,٥٩
متردد	3	من ٢,٦ إلى ٣,٣٩
موافق	4	من ٣,٤٠ إلى ٤,١٩
موافق بشدة	5	من ٤,٢٠ إلى ٥

(ويكيبيديا)

٢. برنامج التحليل SPSS

عمد الباحث إلى استخلاص نتائج المعلومات التي جمعها وإجراء الاختبارات عبر البرنامج وفق

المراحل التالية:

- جدول البيانات: حيث تم وضع البيانات في جداول إحصائية تتضمن التكرارات والنسب المئوية.
 - تمثيل البيانات بيانياً: حيث تم التعبير عن البيانات برسوم بيانية تتلاءم مع طبيعتها.
 - حساب المقاييس الإحصائية التالية:
- المتوسط الحسابي **MEAN**: استخدامه الباحث لتحديد مستوى النزعة المركزية واتجاه العبارات، بالإضافة إلى المتوسطات المتعلقة بالمتغيرات الديموغرافية.
- المدى **RANGE**: استخدامه الباحث لمعرفة مدى التشتت في الإجابة عن عبارات الاستبيان.
- الانحراف المعياري **Standard Deviation**: لتحديد مستوى التشتت في كل عبارة من عبارات الاستبيان.

- إجراء الاختبارات التالية:

- معامل الثبات Reliability حيث تم إجراء اختبار كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha وذلك لاختبار ثبات الاستبيان.

- معامل الصدق Validity ويقصد به أنّ الاستبيان يقيس ما وضع لقياسه ويساوي رياضياً الجذر التربيعي لمعامل الثبات.
 - تحليل التباين الاحادي Anova استخدمه الباحث لمعرفة حال تأثر إجابات العينة بالمتغيرات الديموغرافية.
 - معامل الارتباط لبيرسون Pearson Correlation استخدمه الباحث لقياس الاتساق الداخلي Internal Validity لعبارات الاستبيان، بالإضافة إلى الصدق البنائي Structure Validity لمحاور الاستبيان.
 - معامل الارتباط R Square استخدمه الباحث لقياس قدرة المتغيرات المستقلة في التأثير على المتغير التابع.
- صدق أداة الدراسة وثباتها

– الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي هو مدى اتساق أو ارتباط كل عبارة من عبارات الإستبيان مع المحور الذي تنتمي إليه، وقد عمد الباحث إلى إجراء اختبار معامل الارتباط بيرسون لمعرفة درجة الاتساق الداخلي للاستبيان.

جدول ٣: مقياس قوة الارتباط

المستوى	المدى Range
لا علاقة	من ٠ إلى ٠,٠٩
ضعيف جداً	من ٠,١ إلى ٠,٣
ضعيف	من ٠,٣١ إلى ٠,٤٩
متوسط	من ٠,٥ إلى ٠,٦٩
قوي	من ٠,٧ إلى ٠,٨٩
قوي جداً	من ٠,٩ إلى ١

(ويكيبيديا)

المحور الأول: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

جدول رقم ٤: معامل الارتباط بيرسون للمحور الأول

#	عبارات المحور الأول	مستوى الدلالة sig	Pearson Correlation	مستوى الارتباط	الترتيب التنازلي
1	تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقتها في جميع مجالات وأقسام المستشفى.	0.000	0.909	قوي جدا	15
2	تقوم الإدارة بمراقبة مستوى جودة الخدمات المقدمة باستمرار.	0.000	0.933	قوي جدا	4
3	توفر المستشفى الوقت والكادر البشري والمعدات والمال الكافي لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالجودة.	0.000	0.924	قوي جدا	9
4	تسعى المستشفى إلى التحسين من جودة خدماتها بشكل مستمر.	0.000	0.917	قوي جدا	12
5	تعمل ادارة المستشفى على مراجعة انظمتها وتبسيطها بشكل مستمر من اجل ضمان التحسين المستمر لخدماتها	0.000	0.921	قوي جدا	10
6	تسعى الإدارة بشكل مستمر إلى مواكبة التطورات التكنولوجية في المجال الطبي لتحسين خدماتها.	0.000	0.919	قوي جدا	11
7	يتم ابتكار طرق ووسائل جديدة بشكل مستمر تساعد في تحسين جودة الخدمات في المستشفى.	0.000	0.917	قوي جدا	13
8	يساهم العاملین في تقديم الحلول والمقترحات لتحسين الجودة والخدمات ضمن فرق وحلقات الجودة.	0.000	0.874	قوي	20
9	تشجع الإدارة مشاركة العاملين في وضع السياسات وخطط العمل المتعلقة بأعمالهم.	0.000	0.877	قوي	19
10	تعمل الإدارة على دعم إنجاز العاملين لمهامهم بمشاركتهم في فرق عمل.	0.000	0.935	قوي جدا	3
11	يحصل العاملون على الحوافز المناسبة (المادية-المعنوية) تقديراً لعملهم.	0.000	0.936	قوي جدا	2

14	قوي جدا	0.91	0.000	توفر المستشفى للعاملين فرص جيدة للتطور والتقدم الوظيفي.	12
18	قوي	0.882	0.000	تعمل المستشفى على تقييم أداء العاملين وتدريبهم وبشكل مستمر.	13
5	قوي جدا	0.93	0.000	تستمع الإدارة إلى شكاوى العاملين وتعمل على تلبيتها وتسعى دائماً إلى تحقيق رضاهم	14
17	قوي	0.886	0.000	تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى وتقوم بدراسته بصورة دورية	15
16	قوي	0.896	0.000	تعمل المستشفى بشكل مستمر على تلبية حاجات ورغبات أكبر عدد ممكن من المرضى	16
8	قوي جدا	0.925	0.000	تستمع الإدارة إلى آراء وشكاوى المرضى وتعمل على تلبيتها بشكل سريع	17
7	قوي جدا	0.928	0.000	توفر الإدارة بشكل سريع كافة المعلومات اللازمة للموظف اثناء اداءه عمله.	18
6	قوي جدا	0.929	0.000	تحرص الإدارة على تدوين كافة نتائج الاعمال وحفظها في سجلات للاستعانة بها عند اتخاذ القرارات	19
1	قوي جدا	0.939	0.000	تعمل الإدارة على جمع البيانات والمعلومات وتحليلها بشكل دوري	20

المحور الثاني: أداء الموظفين

جدول رقم ٥: معامل الارتباط بيرسون للمحور الثاني

#	عبارات المحور الثاني	مستوى الدلالة sig	Pearson Correlation	مستوى الارتباط	الترتيب التنازلي
1	الإهتمام الإضافي من قبل الإدارة وإعطاء الحوافز يحفز على أداء المهام.	0.000	0.925	قوي جدا	1
2	برامج التدريب المقدمة تساهم في تطوير القدرات وأداء المهام بشكل أفضل	0.000	0.886	قوي	8
3	المشاركة في إتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام.	0.000	0.884	قوي	9
4	العمل الجماعي يساهم في تحسين الأداء	0.000	0.891	قوي	7
5	تساعد الطرق والوسائل الجديدة على أداء العمل بشكل أفضل.	0.000	0.921	قوي جدا	3

4	قوي جدا	0.92	0.000	إلتزام الإدارة إتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجابا على الأداء.	6
6	قوي جدا	0.905	0.000	تركيز على تحقيق رضا المرضى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام بشكل أفضل	7
10	قوي	0.882	0.000	تبسيط الإجراءات وتحديد المهام يساعد على أداء العمل بشكل أفضل	8
2	قوي جدا	0.922	0.000	توفير كافة المعلومات المطلوبة بشكل سريع يساهم في تحسين الأداء	9
5	قوي جدا	0.915	0.000	مواكبة المستشفى للتطورات العلمية والتكنولوجية يساهم في تحسين وتطوير الاداء.	10

(SPSS)

يمكن القول أنّ جميع عبارات الاستبيان مرتبطة مع محورها وتركزت درجة الارتباط "قوي"، وهذا يدل على ترابط وتناسق عبارات الاستبيان مع بعضها البعض.

– الصدق البنائي Structure Validity

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقّق الأهداف التي يريد الباحث من خلال الاستبيان الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل محور من محاور الدراسة بالدرجة الكلية لمحاور الاستبيان، وقد عمد الباحث إلى إجراء اختبار معامل الارتباط بيرسون لمعرفة درجة الصدق البنائي للاستبيان.

الجدول رقم ٦: معامل الارتباط بيرسون بين المحاور والاستبيان ككل

#	ارتباط كل محور مع الاستبيان ككل	مستوى الدلالة sig	معامل الارتباط Pearson Correlation	مستوى الارتباط
1	المحور الأوّل	0.000	0.914	قوي جدا
2	المحور الثّاني	0.000	0.905	قوي جدا

(SPSS)

تشير النّتائج الواردة في الجدول أعلاه أنّ مستوى الدلالة أقل من ٠,٠٥ بأنّ ارتباط المحور الأوّل والمحور الثّاني قوي أي ارتباط المتغيّر المستقل ككل والمتغيّر التّابع قوي، وهذا يدل على أنّ صدق بناء الإستبيان قوي ومتمين.

– ثبات الاستبيان Reliability

يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي الاستبيان ذات النتائج في حال إعادة توزيعه أكثر من مرة مع الحفاظ على نفس الظروف والشروط، وقد اعتمد الباحث اختبار معامل الثبات كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha وذلك لاختبار ثبات الاستبيان، وتتراوح قيمة نتيجة هذا الاختبار بين ٠ و ١ وكلما اقتربت هذه النتيجة من الرقم ١، كلما كان الثبات أقوى، كما أن النتيجة يجب ألا تقل عن ٠,٦٠ أي ما يعادل ٦٠% ليعتبر الباحث أن هناك ثبات على صعيد الأسئلة أو العبارات، وقد جاءت النتائج على الشكل التالي:

جدول رقم ٧: مقياس ثبات الاستبيان

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.984	0.977	40

(SPSS)

يتبين من الجدول أعلاه أن نتائج معامل الثبات كرونباخ ألفا أكبر من القيمة المطلوبة ٠,٦٠ أي ٦٠%، وبالتالي يمكن الحكم على أن الاستبيان يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات وصلت إلى ٠,٩٧٧ أي ما يعادل ٩٧%.

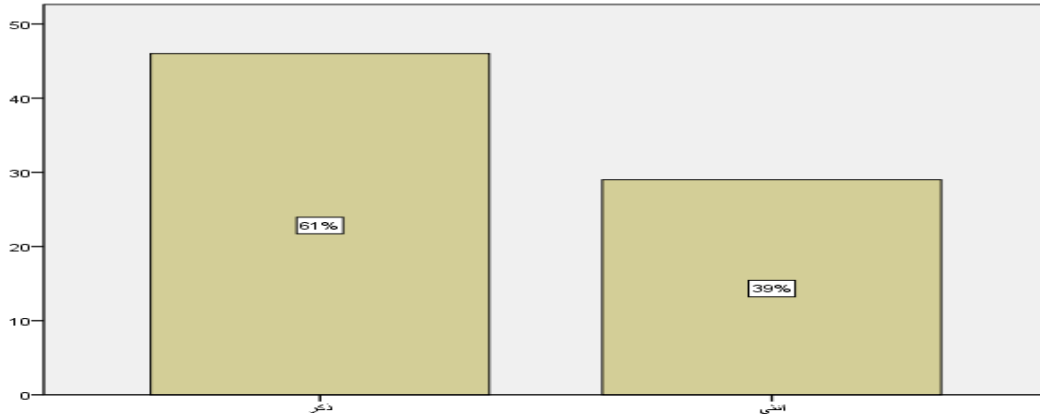
ثانياً: تحليل البيانات

١. نتائج البيانات العامة

فيما يلي النتائج الوصفية التي توضح بعض المتغيرات في البيانات العامة لعينة الاستبيان ونسبها المئوية.

– الجنس

الشكل رقم ١: جنس المستجيبين بالاستبيان



جدول رقم ٨: جنس المستجيبين بالاستبيان

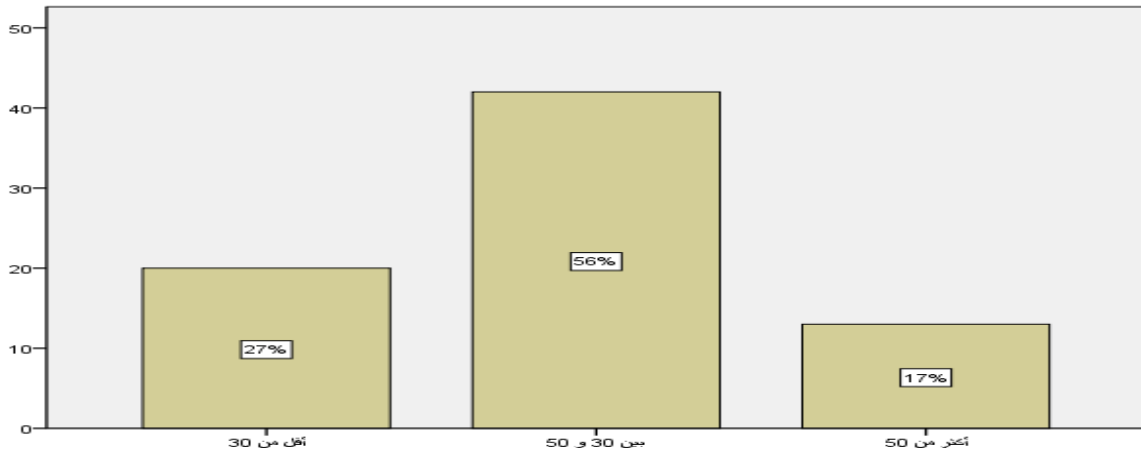
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ذكر	46	61.3	61.3	61.3
Valid انثى	29	38.7	38.7	100.0
Total	75	100.0	100.0	

(SPSS)

كما هو مبين في الشكل أعلاه، كان ٣٩ ٪ من الموظفين الذين شاركوا في الاستبيان من الإناث، و ٦١ ٪ من الذكور.

العمر

الشكل رقم ٢: عمر المستجيبين بالاستبيان



جدول رقم ٩: عمر المستجيبين بالاستبيان

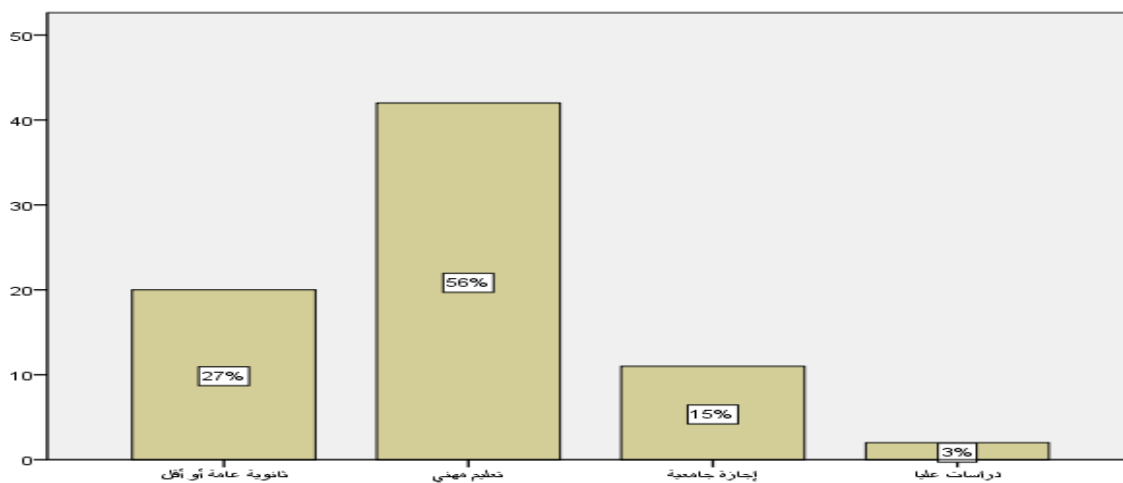
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
أقل من 30	20	26.7	26.7	26.7
Valid بين 30 و 50	42	56.0	56.0	82.7
أكثر من 50	13	17.3	17.3	100.0
Total	75	100.0	100.0	

(SPSS)

كما هو مبين في الشكل أعلاه، ٢٧٪ من المستجيبين أقل من ٣٠ سنة، ٥٦٪ بين ٣٠ و ٥٠، و ١٧٪ أكبر من ٥٠ عاماً.

المؤهل العلمي

الشكل رقم ٣: المستوى العلمي للمستجيبين بالاستبيان



جدول رقم ١٠: المستوى العلمي للمستجيبين بالاستبيان

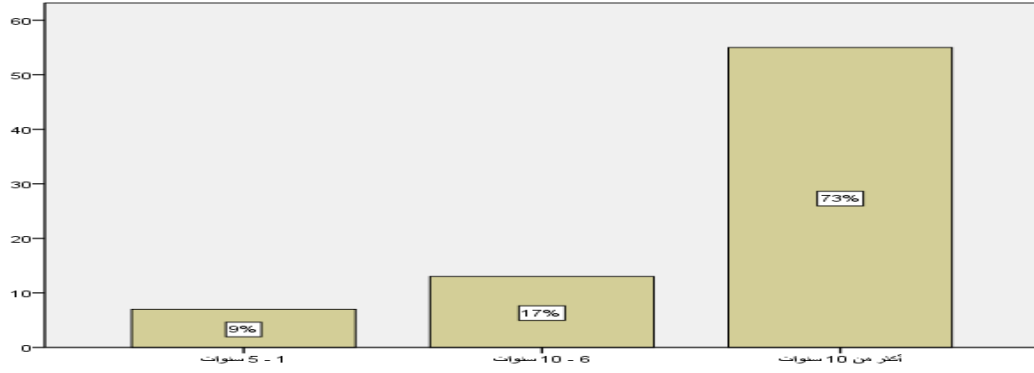
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ثانوية عامة أو أقل	20	26.7	26.7	26.7
Valid تعليم مهني	42	56.0	56.0	82.7
إجازة جامعية	11	14.7	14.7	97.3
دراسات عليا	2	2.7	2.7	100.0
Total	75	100.0	100.0	

(SPSS)

كما هو مبين في الشكل أعلاه، فإن ٢٦٪ من الموظفين الذين شاركوا في الاستبيان لديهم مستوى التعليم الثانوي أو اقل، و٥٦٪ من طلاب التعليم المهني، و١٥٪ من المتخرجين أي إجازة جامعية، و٣٪ دراسات عليا.

عدد سنوات الخدمة في المستشفى

الشكل رقم ٤: عدد سنوات العمل في المستشفى للمستجيبين بالاستبيان



جدول رقم ١١: عدد سنوات العمل في المستشفى للمستجيبين بالاستبيان

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ١ - ٥ سنوات	7	9.3	9.3	9.3
٦ - ١٠ سنوات	13	17.3	17.3	26.7
أكثر من ١٠ سنوات	55	73.3	73.3	100.0
Total	75	100.0	100.0	

(SPSS)

كما هو مبين في الشكل أعلاه، فإن ٩٪ من الموظفين المشاركين في الاستبيان لديهم من سنة إلى ٥ سنوات، ١٧٪ لديهم ما بين ٦ و ١٠ سنوات، و٧٣٪ لديهم أكثر من ١٠ سنوات.

٢. اختبار تحليل التباين الأحادي

يتم إجراء اختبار التباين الاحادي One-Way Anova للتأكد من عدم تأثير متغير مستقل على متغير تابع، وقد استخدمه الباحث لمعرفة حال تأثر إجابات العينة بالمتغيرات الديموغرافية.

١. تحليل التباين الاحادي تبعاً للجنس

جدول رقم ١٢: تحليل التباين الاحادي تبعاً للجنس

#	تحليل التباين الاحادي تبعاً للجنس	مستوى الدلالة sig
1	المحور الاول: ادارة الجودة الشاملة	0.000
2	المحور الثاني: اداء العاملين	0.000

(SPSS)

ظهرت نتيجة اختبار تحليل التباين الاحادي بين محاور الدراسة ومتغير الجنس حسب الجدول أعلاه، حيث أن قيمة مستوى الدلالة أقل من ٠,٠٥ في كل المحورين لذا لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الإجابات على المحورين للاستبيان بالمقارنة مع جنس أفراد العينة، وبالتالي ليس هناك تأثير للجنس على أجوبة أفراد العينة.

٢. تحليل التباين الاحادي تبعاً للعمر

جدول رقم ١٣: تحليل التباين الاحادي تبعاً للعمر

#	تحليل التباين الاحادي تبعاً للعمر	مستوى الدلالة sig
1	المحور الاول: ادارة الجودة الشاملة	0.000

0.000	المحور الثّاني: اداء العاملين	2
-------	-------------------------------	---

(SPSS)

ظهرت نتيجة اختبار تحليل التّباين الاحادي بين محاور الدّراسة ومتغيّر العمر حسب الجدول أعلاه، حيث أنّ قيمة مستوى الدّلالة أقل من ٠,٠٥ في كل المحورين لذا لا يوجد فروق معنويّة ذات دلالة إحصائيّة بين متوسّطات الإجابات على المحورين للاستبيان بالمقارنة مع عمر أفراد العيّنة، وبالتالي لا تأثير للعمر على أجوبة أفراد العيّنة.

٣. تحليل التّباين الاحادي تبعاً للمؤهل العلمي

جدول رقم ١٤: تحليل التباين الاحادي تبعاً للمؤهل العلمي

مستوى الدلالة sig	تحليل التّباين الاحادي تبعاً للمستوى العلمي	#
0.000	المحور الاوّل: ادارة الجودة الشاملة	1
0.000	المحور الثّاني: اداء العاملين	2

(SPSS)

ظهرت نتيجة اختبار تحليل التّباين الاحادي بين محاور الدّراسة ومتغيّر المستوى العلمي حسب الجدول أعلاه، حيث أنّ قيمة مستوى الدّلالة أقل من ٠,٠٥ في كل المحورين لذا لا يوجد فروق معنويّة ذات دلالة إحصائيّة بين متوسّطات الإجابات على المحورين للاستبيان بالمقارنة مع المستوى العلمي لأفراد العيّنة، وبالتالي لا تأثير للمستوى العلمي على أجوبة أفراد العيّنة.

٤. تحليل التّباين الاحادي تبعاً لعدد سنوات العمل بالمستشفى

جدول رقم ١٥: تحليل التباين الاحادي تبعاً لعدد سنوات العمل بالمستشفى

مستوى الدلالة sig	تحليل التّباين الاحادي تبعاً لعدد سنوات العمل بالشركة الحالية	#
0.000	المحور الاوّل: ادارة الجودة الشاملة	1
0.000	المحور الثّاني: اداء العاملين	2

ظهرت نتيجة اختبار تحليل التباين الاحادي بين محاور الدراسة ومتغير عدد سنوات العمل بالشركة الحالية حسب الجدول أعلاه، حيث أنّ قيمة مستوى الدلالة أقل من ٠,٠٥ في كل المحورين لذا لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الإجابات على المحورين للاستبيان بالمقارنة مع عدد سنوات العمل لأفراد العينة، وبالتالي لا تأثير لعدد سنوات العمل على أجوبة أفراد العينة.

٥. ملخص لنتائج تحليل التباين الأحادي

يمكن القول بأنّ أجوبة أفراد العينة لم تتأثر بالمتغيرات الديموغرافية المذكورة في الاستبيان بشكل عام وبالتالي فإنّ النتائج التي سنحصل عليها يمكن تعميمها على كامل أفراد المجتمع بغض النظر عن جنس أو عمر العاملين أو مستواهم العلمي أو سنوات خدمتهم.

٣. تحليل نتائج الدراسة

عمد الباحث بعد إدخال البيانات على البرنامج الإحصائي إلى استخلاص النتائج

المحور الأول: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

يُظهر الجدول أدناه توزع العبارات حسب التكرارات والنسب المئوية على معايير التقييم في الاستبيان:

جدول رقم ١٦: توزع عبارات المحور الأول حسب التكرارات والنسب المئوية

#	عبارات المحور الأول	غير موافق بشدة	غير موافقاً	متردد	موافق	موافق بشدة	المجموع	معدل العبارة ١١٠
1	التكرار	0	9	7	39	20	75	79
	النسبة	0%	12%	9%	52%	27%	100%	
2	التكرار	3	8	6	41	17	75	76
	النسبة	4%	11%	8%	55%	23%	100%	
3	التكرار	4	9	8	43	11	75	73

	100%	15%	57%	11%	12%	5%	النسبة	والمال الكافي لتنفيذ الانشطة المتعلقة بالجودة	
76	75	13	44	10	6	2	التكرار	تسعى المستشفى إلى التحسين من جودة خدماتها بشكل مستمر	4
	100%	17%	59%	13%	8%	3%	النسبة		
73	75	9	46	9	8	3	التكرار	تعمل ادارة المستشفى على مراجعة انظمتها وتبسيطها بشكل مستمر من اجل ضمان التحسين المستمر لخدماتها	5
	100%	12%	61%	12%	11%	4%	النسبة		
74	75	10	47	7	9	2	التكرار	تسعى الإدارة بشكل مستمر إلى مواكبة التطورات التكنولوجية في المجال الطبي لتحسين خدماتها	6
	100%	13%	63%	9%	12%	2%	النسبة		
78	75	19	40	8	6	2	التكرار	يتم ابتكار طرق ووسائل جديدة بشكل مستمر تساعد في تحسين جودة الخدمات في المستشفى	7
	100%	25%	53%	11%	8%	2%	النسبة		
88	75	43	22	6	4	0	التكرار	يساهم العاملین في تقديم الحلول والمقترحات لتحسين الجودة والخدمات ضمن فرق وحلقات الجودة	8
	100%	57%	29%	8%	5%	0%	النسبة		
85	75	39	22	9	4	1	التكرار	تشجع الإدارة مشاركة العاملين في وضع السياسات وخطط العمل المتعلقة بأعمالهم	9
	100%	52%	29%	12%	5%	1%	النسبة		
75	75	16	39	8	8	4	التكرار	تعمل الإدارة على دعم إنجاز العاملين لمهامهم بمشاركتهم في فرق عمل	10
	100%	21%	52%	11%	11%	5%	النسبة		
75	75	16	40	8	8	3	التكرار	يحصل العاملون على الحوافز المناسبة(المادية- المعنوية) تقديراً لعملهم	11
	100%	21%	53%	11%	11%	4%	النسبة		
70	75	9	43	6	11	6	التكرار	توفر المستشفى للعاملين فرص جيدة للتطور والتقدم الوظيفي	12
	100%	12%	57%	8%	15%	8%	النسبة		
63	75	40	22	10	3	0	التكرار	تعمل المستشفى على تقييم اداء العاملين وتدريبهم وبشكل مستمر	13
	100%	53%	29%	13%	4%	0%	النسبة		
86	75	16	38	11	7	3	التكرار	تستمع الإدارة إلى شكاوى العاملين وتعمل على	14

	100%	6%	19%	2%	26%	47%	النسبة	تلبيةها وتسعى دائماً إلى تحقيق رضاهم	
89	75	48	15	10	2	0	التكرار	تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى وتقوم بدراسته بصورة دورية	15
	100%	64%	20%	13%	2%	0%	النسبة		
86	75	46	13	9	6	1	التكرار	تعمل المستشفى بشكل مستمر على تلبية حاجات ورغبات أكبر عدد ممكن من المرضى	16
	100%	61%	17%	12%	8%	1%	النسبة		
76	75	21	36	4	11	3	التكرار	تستمع الإدارة إلى آراء وشكاوى المرضى وتعمل على تلبيةها بشكل سريع	17
	100%	28%	48%	5%	15%	4%	النسبة		
77	75	18	40	7	8	2	التكرار	توفر الإدارة بشكل سريع كافة المعلومات اللازمة للموظف أثناء اداءه عمله	18
	100%	24%	53%	9%	11%	2%	النسبة		
75	75	14	42	9	8	2	التكرار	تحرص الإدارة على تدوين كافة نتائج الاعمال وحفظها في سجلات للاستعانة بها عند اتخاذ القرارات	19
	100%	19%	56%	12%	11%	2%	النسبة		
77	75	20	37	6	9	3	التكرار	تعمل الإدارة على جمع البيانات والمعلومات وتحليلها بشكل دوري	20
	100%	26%	49%	8%	12%	4%	النسبة		
79	75	23	35	8	7	2	التكرار	مجموع المحور الاول	
	100%	31%	47%	11%	9%	2%	النسبة		

(SPSS)

معزل العبارة يساوي = (مجموع عدد التكرارات لكل معيار × المثقال) / (عدد الاستمارات × أعلى قيمة مثقال) =
(مجموع تكرارات غير موافق بشدة × ١ + مجموع تكرارات غير موافق × ٢ + مجموع تكرارات متردد × ٣ + مجموع تكرارات موافق × ٤ + مجموع تكرارات موافق بشدة × ٥) ÷ (عدد الإستمارات × ٥).

يُظهر الجدول أدناه المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، وتوجّه العبارة بحسب مقياس ليكرت

جدول رقم ١٧: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمدى وتوجّه عبارات المحور الأول

#	عبارات المحور الأول	المتوسط الحسابي Mean	درجة الممارسة	الانحراف المعياري Std. Deviation	المدى Range
1	تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى	3.93	موافق	0.920	3
2	تقوم الإدارة بمراقبة مستوى جودة الخدمات المقدمة باستمرار	3.81	موافق	1.036	4
3	توفر المستشفى الوقت والكادر البشري والمعدات والمال الكافي لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالجودة	3.64	موافق	1.048	4
4	تسعى المستشفى إلى التحسين من جودة خدماتها بشكل مستمر	3.80	موافق	0.915	4
5	تعمل إدارة المستشفى على مراجعة انظمتها وتبسيطها بشكل مستمر من أجل ضمان التحسين المستمر لخدماتها	3.67	موافق	0.963	4
6	تسعى الإدارة بشكل مستمر إلى مواكبة التطورات التكنولوجية في المجال الطبي لتحسين خدماتها	3.72	موافق	0.938	4
7	يتم ابتكار طرق ووسائل جديدة بشكل مستمر تساعد في تحسين جودة الخدمات في المستشفى	3.91	موافق	0.961	4
8	يساهم العاملون في تقديم الحلول والمقترحات لتحسين الجودة والخدمات ضمن فرق وحلقات الجودة	4.39	موافق بشدة	0.853	3
9	تشجع الإدارة مشاركة العاملين في وضع السياسات وخطط العمل المتعلقة بأعمالهم	4,25	موافق بشدة	0.960	3
10	تعمل الإدارة على دعم إنجاز العاملين لمهامهم بمشاركتهم في فرق عمل	3.73	موافق	1.082	4
11	يحصل العاملون على الحوافز المناسبة (المادية-المعنوية) تقديراً لعملهم	3.77	موافق	1.034	4
12	توفر المستشفى للعاملين فرص جيدة للتطور والتقدم الوظيفي	3.51	موافق	1.132	4
13	تعمل المستشفى على تقييم أداء العاملين وتدريبهم وبشكل مستمر	4.32	موافق بشدة	0.857	3

4	1.025	موافق	3.76	تستمع الإدارة إلى شكاوى العاملين وتعمل على تلبيتها وتسعى دائماً إلى تحقيق رضاهم	14
3	0.827	موافق بشدة	4.45	تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى وتقوم بدراسته بصورة دورية	15
4	1.050	موافق بشدة	4.29	تعمل المستشفى بشكل مستمر على تلبية حاجات ورغبات أكبر عدد ممكن من المرضى	16
4	1.123	موافق	3.81	تستمع الإدارة إلى آراء وشكاوى المرضى وتعمل على تلبيتها بشكل سريع	17
4	0.996	موافق	3.85	توفر الإدارة بشكل سريع كافة المعلومات اللازمة للموظف اثناء اداء عمله	18
4	0.988	موافق	3.75	تحرص الإدارة على تدوين كافة نتائج الأعمال وحفظها في سجلات للاستعانة بها عند اتخاذ القرارات	19
4	1.083	موافق	3.83	تعمل الإدارة على جمع البيانات والمعلومات وتحليلها بشكل دوري	20
3.75	0.99	موافق	3.9	معدل المحور الأول	

(SPSS)

تحليل نتائج المحور الأول

تشير النتائج الواردة في الجداول أعلاه إلى الأمور التالية:

- حسب نتيجة الانحراف المعياري للمحور الأول والتي تساوي ١ والمدى الذي يساوي ٣,٧٥، يمكن القول بأن هناك تناسق في أجوبة العينة على عبارات هذا المحور، ولا يوجد تشتت يذكر.
- جاءت نتيجة المحور الأول على الشكل التالي: ٣١% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٤٧% لدرجة الممارسة "موافق"، ٩% لدرجة الممارسة "غير موافق"، و ٢% لدرجة الممارسة "غير موافق بشدة".
- إن درجة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بحسب المستجيبين هي "موافق" بحسب مقياس ليكرت الخماسي، حيث أن المعدل الوسطي يساوي ٣,٩ بمعدل مؤي ٧٩%.
- تراوحت نتائج الانحراف المعياري لكل عبارة من عبارات المحور الأول بين ٠,٨٢٧ و ١,١٣٢ والمدى لجميع العبارات يساوي ٣,٧٥، وبالتالي يمكن القول بأن هناك تناسق في أجوبة العينة على كل عبارة من عبارات المحور، ولا يوجد تشتت يذكر.

- تراوحت نتائج المتوسط الحسابي لعبارات المحور الاول بين ٣,٥١ و ٤,٤٥ أي بدرجة ممارسة "موافق" و"موافق بشدة" (حسب مقياس ليكرت الخماسي) لجميع العبارات.
- حلت العبارة رقم (١٥) "تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى وتقوم بدراسته بصورة دورية" في المرتبة الأولى من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٤,٤٥، بنسبة ٦٤% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٢٠% لدرجة الممارسة "موافق"، و ١٣% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدل ٨٩%.
- حلت العبارة رقم (٨) "يساهم العاملون في تقديم الحلول والمقترحات لتحسين الجودة والخدمات ضمن فرق وحلقات الجودة" في المرتبة الثانية من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٤,٣٩، بنسبة ٥٧% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٢٩% لدرجة الممارسة "موافق"، و ٨% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدل ٨٨%.
- حلت العبارة رقم (١٢) "توفر المستشفى للعاملين فرص جيدة للتطور والتقدم الوظيفي" في المرتبة العشرين والأخيرة من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٣,٥١، بنسبة ١٢% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٥٧% لدرجة الممارسة "موافق"، و ٨% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدل ٧٠%.

المحور الثاني: أداء العاملين

يُظهر الجدول أدناه توزع العبارات حسب التكرارات والنسب المئوية على معايير التقييم في الاستبيان

جدول رقم ١٨: توزع عبارات المحور الثاني حسب التكرارات والنسب المئوية

#	عبارات المحور الثاني	غير موافق بشدة	غير موافقاً	متردد	موافق	موافق بشدة	المجموع	معدل العبارة
1	الاهتمام الإضافي من قبل الإدارة وإعطاء الحوافز يحفز على أداء المهام	2	6	7	38	21	75	78
		2%	8%	9%	51%	28%	100%	
2	برامج التدريب المقدمة تساهم في تطوير القدرات وأداء المهام بشكل أفضل	0	3	7	26	39	75	87
		0%	4%	9%	35%	52%	100%	

89	75	46	20	6	3	0	التكرار	المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام	3
	100%	61%	27%	8%	4%	0%	النسبة		
86	75	39	26	5	4	1	التكرار	العمل الجماعي يساهم في تحسين الأداء	4
	100%	52%	35%	6%	5%	1%	النسبة		
83	75	23	35	9	6	3	التكرار	تساعد الطرق والوسائل الجديدة على أداء العمل بشكل أفضل	5
	100%	31%	47%	12%	8%	4%	النسبة		
78	75	19	40	8	6	2	التكرار	التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء	6
	100%	25%	53%	11%	8%	2%	النسبة		
77	75	16	42	10	4	3	التكرار	تركيز على تحقيق رضا المرضى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام بشكل أفضل	7
	100%	21%	56%	13%	5%	4%	النسبة		
88	75	46	19	8	2	0	التكرار	تبسيط الإجراءات وتحديد المهام يساعد على أداء العمل بشكل أفضل	8
	100%	61%	25%	11%	2%	0%	النسبة		
79	75	21	38	9	5	3	التكرار	توفير كافة المعلومات المطلوبة بشكل سريع يساهم في تحسين الأداء	9
	100%	28%	51%	12%	7%	4%	النسبة		
79	75	20	39	10	4	2	التكرار	مواكبة المستشفى للتطورات العلمية والتكنولوجية يساهم في تحسين وتطوير الاداء	10
	100%	27%	52%	13%	5%	2%	النسبة		
83	75	29	33	8	4	1	التكرار	مجموع المحور الثاني	
	100%	39%	44%	11%	5%	1%	النسبة		

(SPSS)

يُظهر الجدول أدناه المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، وتوجّه العبارة بحسب مقياس ليكرت

جدول رقم ١٩: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمدى وتوجّه عبارات المحور الثاني

#	عبارات المحور الثاني	المتوسط الحسابي Mean	درجة الممارسة	الانحراف المعياري Std. Deviation	المدى Range
1	الاهتمام الإضافي من قبل الإدارة وإعطاء الحوافز يحفز على أداء المهام	3.92	موافق	0.997	4
2	برامج التدريب المقدمة تساهم في تطوير القدرات وأداء المهام بشكل أفضل	4.35	موافق بشدة	0.814	3
3	المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام	4.45	موافق بشدة	0.810	3
4	العمل الجماعي يساهم في تحسين الأداء	4.31	موافق بشدة	0.915	4
5	تساعد الطرق والوسائل الجديدة على أداء العمل بشكل أفضل	3.95	موافق	0.999	4
6	التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء	3.91	موافق	0.961	4
7	تركيز على تحقيق رضا المرضى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام بشكل أفضل	3.85	موافق	0.954	4
8	تبسيط الإجراءات وتحديد المهام يساعد على أداء العمل بشكل أفضل	4.45	موافق بشدة	0.793	3
9	توفير كافة المعلومات المطلوبة بشكل سريع يساهم في تحسين الأداء	3.95	موافق	0.957	4
10	مواكبة المستشفى للتطورات العلمية والتكنولوجية يساهم في تحسين وتطوير الاداء	3.95	موافق	0.924	4
	معدل المحور الثاني	4.10	موافق	0.912	3.7

(SPSS)

تحليل نتائج المحور الثاني

تشير النتائج الواردة في الجداول أعلاه إلى الأمور التالية:

- حسب نتيجة الانحراف المعياري للمحور الثاني والتي تساوي ٠,٩١٢ والمدى الذي يساوي ٣,٧، يمكن القول بأن هناك تناسق في أجوبة العينة على عبارات هذا المحور، ولا يوجد تشتت يذكر.

- جاءت نتيجة المحور الثاني على الشكل التالي: ٣٩% لدرجة الممارسة " موافق بشدة"، و ٤٤% لدرجة الممارسة " موافق"، و ١١% لدرجة الممارسة "متردد".
- تراوحت نتائج الانحراف المعياري لكل عبارة من عبارات المحور الأول بين ٠,٧٩٣ و ٠,٩٩٩ والمدى يساوي ٣,٧، وبالتالي يمكن القول بأنّ هناك تناسق في أجوبة العينة على كل عبارة من عبارات المحور، ولا يوجد تشتت يذكر.
- تراوحت نتائج المتوسط الحسابي لعبارات المحور الاول بين ٣,٨٥ و ٤,٤٥ أي بدرجات ممارسة "موافق" و "موافق بشدة" (حسب مقياس ليكرت الخماسي) لجميع العبارات.
- حلّت العبارة رقم (٣) " المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام " في المرتبة الأولى من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٤,٤٥، بنسبة ٦١% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٢٧% لدرجة الممارسة "موافق"، و ٨% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدّل ٨٩%.
- حلّت العبارة رقم (٨) " (تبسيط الإجراءات وتحديد المهام يساعد على أداء العمل بشكل أفضل " في المرتبة الثانية من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٤,٤٥، بنسبة ٦١% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٢٥% لدرجة الممارسة "موافق"، و ١١% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدّل ٨٨%.
- حلّت العبارة رقم (٧) " (تركيز على تحقيق رضا المرضى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام بشكل أفضل " في المرتبة العاشرة والأخيرة من ناحية الممارسة حيث كانت نتيجة المتوسط الحسابي ٣,٨٥، بنسبة ٢١% لدرجة الممارسة "موافق بشدة"، و ٥٦% لدرجة الممارسة "موافق"، و ١٣% لدرجة الممارسة "متردد" ومعدّل ٧٧%.

٤. تحليل الفرضيات

١. فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر ايجابا على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي.

جدول رقم ٢٠: الفرضيات الفرعية للدراسة

<p>المتغير التابع: تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى.</p> <p>المتغير المستقل: المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام</p>	<p>الفرضية الفرعية الأولى: يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.</p>
<p>المتغير التابع: تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى.</p> <p>المتغير المستقل: التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء</p>	<p>الفرضية الفرعية الثانية: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجاباً على أداء العاملين.</p>

(من اعداد الباحث)

٢. تحليل الفرضيات

الفرضيات الفرعية:

بعد إجراء التحليل الوصفي، يجب علينا القيام باختبار الحالة الطبيعية Normality Test للتأكد من أنه يمكننا استخدام اختبار chi-square (وهو اختبار (غير بارامتري) وهو أمر مفيد ومهم للغاية.

– المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام

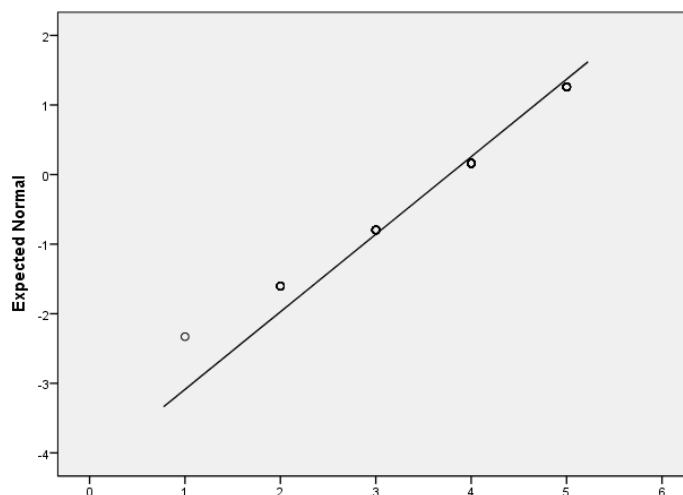
جدول رقم ٢١: Test of Normality 1

المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
تتبنى الإدارة خطة استراتيجية موافق لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى	.393	75	.000	.620	75	.000

(SPSS)

من خلال تطبيق اختبار الوضع الطبيعي، يوضح الجدول ٣٦ من Shapiro-Wilk أن sig < ٠ وهو أقل من ٠,٠٥ (نقطة الاختبار المثلى)، وهذا يعني أن الاختبار الطبيعي بين المتغير التابع "تتبنى الإدارة

خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى " والمتغير المستقل " المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام " لا يتم توزيعها بشكل طبيعي، لذلك نذهب إلى اختبار chi-square وهو اختبار (غير بارامتري).



Graphic for Normality Test 1
(SPSS)

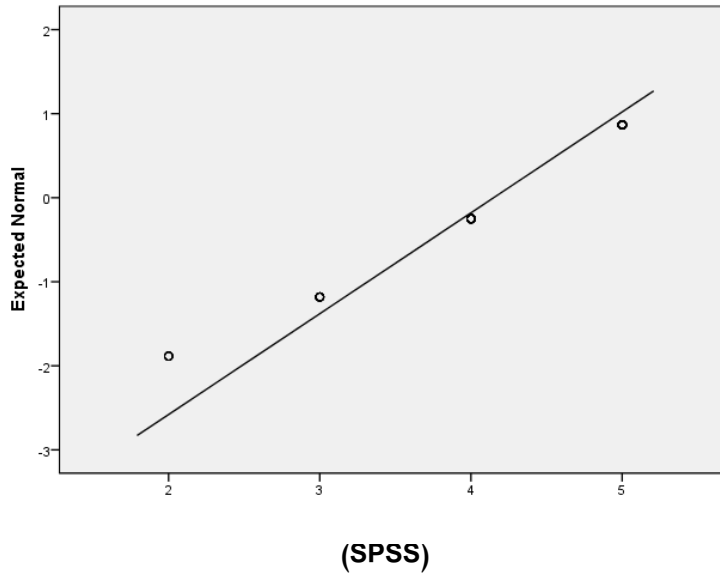
– التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء

جدول رقم ٢٢: Test of Normality 2

	التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء	Kolmogorov–Smirnov			Shapiro–Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
تتبنى الإدارة خطة استراتيجية موافق لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى		.525	75	.000	.282	75	.000

من خلال تطبيق اختبار الوضع الطبيعي، يوضح الجدول ٣٨ من Shapiro-Wilk أن sig $0,000$ وهو أقل من $0,05$ (نقطة الاختبار المثلى)، وهذا يعني أن الاختبار الطبيعي بين المتغير التابع "تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى" والمتغير المستقل "التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجاباً على الأداء" لا يتم توزيعها بشكل طبيعي، لذلك نذهب إلى اختبار chi-square (وهو اختبار غير بارامتري).

الشكل رقم 6: Graphic for Normality Test 2



اختبار chi-square

– الفرضية الأولى: يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى

H_0 : لا يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

H_1 : يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

المتغيرات هي :

– تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى.

– المشاركة في اتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام.

بما أن لدينا متغيرين من فئتين، فعلينا تطبيق اختبار .chi-square.

جدول رقم ٢٣: الفرضية الأولى Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	103.370 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	86.361	9	.000
Linear-by-Linear Association	52.025	1	.000
N of Valid Cases	75		

(SPSS)

من الجدول أعلاه إذا نظرنا إلى نسبة الاحتمالية:

قيمة $0,05 < 0,00$ وبالتالي نرفض H_0 .

لذا فإنه يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

وإذا كان علينا أن نعرف ونحدد مدى أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى ، فعلينا مراقبة قيمة

Phi

جدول رقم ٢٤: الفرضية الأولى Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1.174	.000
Cramer's V	.678	.000
N of Valid Cases	75	

(SPSS)

قيمة $\text{Phi} = 1,174$ التي تشير إلى أن هناك تطبيق لإدارة الجودة الشاملة في المستشفى

يمكننا أن نخلص إلى أنه هناك تطبيق لإدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وبالتالي يتم قبول الفرضية

الأولى.

– الفرضية الثانية: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين.

H_0 : ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة لا يؤثر إيجابا على أداء العاملين.

H1: ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين.

المتغيرات هي:

- تتبنى الإدارة خطة استراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقها في جميع مجالات وأقسام المستشفى.
- التزام الإدارة اتجاه الجودة وتحسينها ينعكس إيجابا على الأداء .

جدول رقم ٢٥: الفرضية الثانية Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	202.802 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	159.862	12	.000
Linear-by-Linear Association	69.740	1	.000
N of Valid Cases	75		

(SPSS)

من الجدول أعلاه إذا نظرنا إلى نسبة الاحتمالية:

قيمة $0,05 < 0,000$ وبالتالي نرفض H_0

لذا فإن ان تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين، ويتم قبول الفرضية الثانية.

وإذا كان علينا أن نعرف ونحدد مدى أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين، فعلى

مراقبة قيمة Phi

جدول رقم ٢٦: الفرضية الثانية Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1.644	.000
Cramer's V	.949	.000
N of Valid Cases	75	

(SPSS)

قيمة $\Phi = 1,644$ التي تشير إلى أن هناك فعالية من تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين

يمكننا أن نخلص إلى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤثر إيجابا على أداء العاملين وبالتالي يتم قبول

الفرضية الثانية.

الفرضية الرئيسية:

سيقوم الباحث بعرض وتحليل الفرضية الرئيسية، وذلك باستخدام اختبار عالمي هو "اختبار العينة الواحدة" أو *One-Sample T Test*، وتوجد عادةً فرضيتان أساسيتان تستخدم مع اختبار (t) ومع أي اختبار احصائي هما فرضية العدم H_0 والفرضية البديلة H_1 .

الفرضية H_0 : " لا يوجد اثر ايجابي لإدارة الجودة الشاملة على العاملين في المستشفى ".
الفرضية H_1 : " يوجد اثر ايجابي لإدارة الجودة الشاملة على العاملين في المستشفى ".

جدول رقم ٢٧: **One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الفرضية الرئيسية	35.135	74	0.000	3.74	3.53	3.95

(SPSS)

يظهر في الجدول المبين أعلاه "اختبار العينة الواحدة *One-Sample Test*" والذي استخرج من برنامج SPSS فيما خص الفرضية الرئيسية المطروحة في الدراسة أنّ قيمة الدالة الاحصائية $\text{Sig} = 0,000$ وهي أصغر من مستوى المعنويّة $\alpha = 0.05$.

وهذا يعني نفي الفرضية H_0 وبالتالي اثبات الفرضية H_1 أي أنه:

" هناك اثر ايجابي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي ".
وهذه النتيجة تعبر عن الاتجاه العام الذي سبق وقمنا بتحليله لكافة الأسئلة التي تتّجه نحو الاتفاق بشكل جيد.

أما بالنسبة للوسط الحسابي Mean لجميع الأسئلة والمبين في الجدول اعلاه الذي يساوي ٣,٧٤ يعبر بشكل واضح عن الاجابات الأكثر من ٣ أي الوسط الافتراضي للإجابات المقترحة سابقا (غير موافق

بشدة "١"، غير موافق "٢"، متردد "٣"، موافق "٤"، موافق بشدة "٥"، وبالتالي اتجاه الموافقة من قبل العاملين على وضع المستشفى.

قيمة معامل التحديد (R^2) لمحاور الدراسة

استخدم الباحث اختبار معامل التحديد R Square لتحديد حجم تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، وقد أظهرت النتائج نسباً مرتفعة:

نسبة تأثير تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين وصل إلى ٩٩%، وهي النسبة القصوى وملفتة جداً، والنسبة المتبقية تفسرها عوامل أخرى ولكنها معدومة لحد ما.

جدول رقم ٢٨: اختبار معامل التحديد R Square

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.999 ^a	.998	.997	.054

(SPSS)

خلاصة الفصل: لقد استعرضنا في المبحث الاول المفاهيم العامة لادارة الجودة الشاملة في المستشفيات، حيث عرفنا ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بانها فلسفة ونهج إداري يعتمد على التغيير التنظيمي، وعلى التغيير في السلوك والخصائص والصفات ضمن إستراتيجية شاملة تهدف إلى العمل الدائم على التحسين المستمر وتعزيز رضا كل الأطراف المعنية في أعمال المؤسسة الصحية، وتقديم الخدمات الصحية بجودة أعلى وبكلفة أقل. وانه في المؤسسات الصحية فان نظام إدارة الجودة الشاملة يقوم بشكل عام على مجموعة من المبادئ والمفاهيم المتطابقة بنسبة كبيرة مع تلك المعتمدة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاعات والمجالات الأخرى.

كما تطرقنا الى ادارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، وكيف ساهم نظام الاعتماد وما يتضمنه من معايير شاملة تتعلق بتعزيز التحسين المستمر للجودة في الرعاية الصحية، في رسم الخطوط العريضة لمفهوم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى. وما صاحب هذا التطبيق من تغيير في النظم والخطط والهيكل التنظيمي للمستشفى.

وكذلك استعرضنا الجهات المسؤولة عن الجودة في المستشفى (دائرة الجودة ولجان المساعدة لها- مجلس الجودة، لجنة الجودة، لجنة تحسين الجودة التمريضية-) ومهمة كل واحد منها.

وإستعرضنا في المبحث الثاني الدراسة التطبيقية التي اجريناها على عينة من موظفي المستشفى للوقوف على مدى تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفى واثر هذا التطبيق على اداء العاملين فيها. وقد تبين لنا نسبة النجاح الباهر الذي تحققه المستشفى في تطبيق ادارة الجودة الشاملة ، والاثر الايجابي لهاذا النجاح على اداء العاملين في المستشفى.

خاتمة/ إستنتاجات وأفاق

لا تتغير المؤسسات من أجل التغيير نفسه، بل تتغير لأنها جزء من محيط واسع يشهد تحولات سريعة ومتطورة باستمرار، وعليها أن تتفاعل مع هذا المحيط بمختلف فرصه وتهديداته. لذلك فإن الاتجاه الحديث في إدارة المؤسسات بإستخدام نظام إدارة الجودة الشاملة لم يعد خياراً بل أصبح فرضاً يتحتم على المؤسسات السير فيه لتحقيق التفوق والتميز. فقد تحول الإهتمام من المساعي الرامية إلى السيطرة عن طريق التكلفة والسعر إلى السيطرة عن طريق الجودة، لما لتطبيق الجودة من فوائد عديدة في كافة مجالات عمل المؤسسة، لا سيما من جهة علاقته الإيجابية بأداء العاملين لما لهذا العنصر البشري من اهمية في تعزيز القدرات التنافسية للمؤسسة وفي تحديد مصيرها، وخاصة في المؤسسات الخدماتية بما أنه الأساس في تقديم الخدمات. فتطوير وتحسين أداء العاملين هو وسيلة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهدف من تطبيقها في ذات الوقت. وفي عالم اليوم يتحتم على كافة الحكومات السعي الى ادخال هذا المفهوم الى كافة مؤسساتها، وإن أي تأخير يعني مزيداً من الفساد وتسريعاً في إنهيار هذه المؤسسات.

لقد بات واضحاً من خلال البحث والدراسة الدور الرائد الذي لعبته الدولة اللبنانية من خلال وزارة الصحة العامة في إدخال نظام إدارة الجودة الشاملة إلى المستشفيات الحكومية. فبدلت الوزارة نظم إدارة هذه المؤسسات وحولتها إلى مؤسسات عامة خاضعة لوصاية وزارة الصحة وتتمتع بالإستقلالية المالية والإدارية، كما ووضعت نظام خاص لإعتماد المستشفيات الحكومية والخاصة من قبل الوزارة يتضمن خطوط عريضة لنظام إدارة الجودة الشاملة خاص بالمستشفيات وأجبرت الجميع على تطبيقها .

وهذا ما وجدناه خلال دراستنا لحالة مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي التي نجحت في تطبيق معايير المنصوص عليها في نظام الإعتامد وتمكنت من بناء ثقافة للجودة داخل المستشفى بالإعتامد على خطط الوزارة في هذا المجال، حيث لمسنا ذلك من خلال دراسة التي أجريناها على النظام المعتمد داخل المستشفى كيف ساهم نظام الإعتامد وما يتضمنه من معايير شاملة تتعلق بتعزيز التحسين المستمر للجودة في الرعاية الصحية، في رسم الخطوط العريضة لمفهوم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى. وما صاحب هذا التطبيق من تغيير في النظم والخطط والهيكل التنظيمي للمستشفى.

وكذلك توصلنا من خلال الدراسة الميدانية التي أجريناها على عينة من العاملين داخل المستشفى إلى التأكيد على النظرية القائلة بأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة سيؤثر إيجاباً على أداء العاملين في المؤسسة، الأمر الذي ظهر جلياً في النتائج النهائية للدراسة التي أثبتت تطبيق مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي لمبادئ إدارة الجودة الشاملة:

- وعي إدارة المستشفى بأهمية الجودة وإدارتها وسعيها المستمر لتحقيقها ودعمها باستمرار.
 - تهتم إدارة المستشفى بأراء المرضى وشكاويهم، وتسعى دائماً إلى الوصول إلى رضاه.
 - تركز إدارة المستشفى على إحتياجات العاملين لديها ورضاهم، وتعمل بشكل مستمر على تدريبهم وتحفيزهم ووضعهم في فرق عمل وكذلك تهتم بشكاويهم وتقوم بإشراكهم في أغلبية القرارات المتعلقة بأعمالهم.
 - هناك إهتمام واضح من قبل الإدارة على التحسين المستمر لخدماتها وطرق تقديمها ومواكبة التطورات التكنولوجية العالمية في هذا مجال .
 - توفر المستشفى نظام خاص للمعلومات وإتخاذ القرارات، وأرشيف خاص بالبيانات والمعلومات.
- كما أثبتت الدراسة التأثير الإيجابي لتطبيق هذه المبادئ على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الحكومي الذي وصل تقريبا الى حدود ال ١٠٠% في التأثير الإيجابي، لا سيما من جهة المشاركة في إتخاذ القرارات ومن جهة تبسيط الإجراءات وتحديد المهام.
- إن إدارة الجودة الشاملة هي عملية مستمرة لا تتوقف مع مرور الزمن، لذا يجب ان يكون تطبيق هذا المفهوم متكاملأ يبدأ بتطبيق الأسس والمرتكزات الأساسية ويستمر بالعمل الدائم على تطوير وتحسين هذا النظام وإيجاد السبل الوسائل الجديدة.
- لذا في ضوء الإطار النظري للدراسة والنتائج التي توصلت إليها، نقترح على ادارة المستشفى التوصيات التالية :

- القيام بالمزيد من الدراسات عن إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وسبل تحسينها.
- الإستمرار في تطوير وتحسين أنظمتها وخدماتها للوصول الى الرضا التام من قبل الموظفين والمرضى.

- عقد دورات متخصصة في إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين في المستشفى لزيادة ثقافتهم في هذا المجال.
- حصر كل الأمور المتعلقة بالجودة بدائرة واحدة منعاً لإزدواجية القرارات، ومنحها الدعم والصلاحيات اللازمة لإجراء التغييرات والتحسينات في مختلف الأقسام .
- الإهتمام أكثر بأصحاب المؤهلات العلمية وأصحاب الدراسات العليا كونهم يعتبروا إضافة علمية ونوعية للمستشفى ويسهموا في تحسين الأداء بشكل عام.
- العمل على مواكبة ليس فقط المعايير الوطنية في مجال الاستشفاء بل المعايير الاقليمية والعالمية، لما لذلك من اهمية في تحسين المستشفى ومواكبتها آخر التطورات في المجالات الطبية والإستشفائية مما ينعكس إيجاباً على سمعتها ويقربها أكثر من هدفها وهو إعطاء أفضل خدمة ممكنة لأكبر عدد من المواطنين.

لائحة المراجع والمصادر

أولاً: الكتب العربية

١. الترتوري. محمد، جويحان. أعادير، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار المسيرة، عمان (الأردن)، ٢٠٠٩.
٢. تيم. يزن، ادارة الموارد البشرية (أساليب الإدارة الحديثة)، فضاءات للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠١٧.
٣. حمود. خضير، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان (الأردن)، ٢٠١٦.
٤. الدرادكة. مأمون، الشبلي. طارق، الجودة في المنظمات الحديثة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان (الأردن)، ٢٠٠٢.
٥. ديسلر. جاري، ادارة الموارد البشرية، ترجمة احمد سيد عبد المتعال، دار المريخ المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٣.
٦. رضوان. محمود، إدارة الجودة الشاملة فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، ٢٠١٢.
٧. زين الدين. فريد، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب للنشر، مصر، ١٩٩٦.
٨. سهيلة. محمد، حسين. علي، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار وائل، الأردن (عمان)، ١٩٩٩.
٩. عبودي. زيد، إدارة المؤسسات العامة وأسس تطبيق الوظائف الإدارية عليها، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان (الأردن)، ٢٠١٠.
١٠. ماهر. أحمد، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٤.

ثانياً: الأطروحات والرسائل:

١. أطروحات الدكتوراه:

١. حبشي. فتحية، إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة (الجزائر)، ٢٠٠٧.
٢. كحيلية. نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى _ جيجل"، رسالة دكتوراه في تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري، القسنطينة(الجزائر)، ٢٠٠٩.
٣. مسعود. ربيع، متطلبات تحقيق الجودة في ظل قيادة إبداعية، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خضير، بسكرة(الجزائر)، ٢٠١٤.
٢. رسائل الماجستير:
 ١. بدر. رشاد، أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة(فلسطين)، ٢٠٠٩.
 ٢. الجساسي. عبد الله حمد، أثر الحوافز المادية والمعنوية في تحسين أداء العاملين في وزارة التربية والتعليم بسلطنة عمان، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، المملكة المتحدة، ٢٠١١.
 ٣. السامرائي. برهان الدين، دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة (دراسة تطبيقية على مصنع سيراميك رأس الخيمة)، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي المملكة المتحدة، ٢٠١٢.
 ٤. شاتي. علي غالب، دور القيادة الاستراتيجية في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة حالة في بعض المؤسسات الصحية /محافظة ذي قار، رسالة دبلوم في التخطيط الاستراتيجي، جامعة القادسية، العراق، ٢٠١٧.
 ٥. الشريف. نسيم، معايير إدارة الجودة الشاملة كداعم لجودة الخدمات الاستشفائية- دراسة حالة: مؤسسة العمومية الاستشفائية عميرات سليمان، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح-ورقلة، الجزائر، ٢٠١١.

٦. طويهي. فاطمة، أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال على أداء الموارد البشرية في المؤسسة الجزائرية-دراسة حالة شركة إنتاج الكهرباء بتيارت، رسالة ماجستير، جامعة وهران ٢، الجزائر، ٢٠١٥.

٧. عزون. فاروق، دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة- دراسة حالة بعض المؤسسات الاقتصادية الجزائرية، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، ٢٠١٥.

٨. فلمبان. إيناس، الرضا الوظيفي وعلاقته بالالتزام التنظيمي لدى المشرفين التربويين والمشرفات التربويات بإدارة التربية والتعليم بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة (المملكة العربية السعودية)، ٢٠٠٧.

٩. مناد. حفصة، أثر تطبيق إدارة الوقت على أداء المورد البشري" دراسة ميدانية على مستوى بنك الفلاحة والتنمية الريفية بالعبادية - عين الدفلى"، شهادة ماجستير أكاديمي، جامعة الجبالي بونعامة بخميس مليانة، الجزائر، ٢٠١٧.

ثالثاً: المجالات والدوريات:

١. باللغة العربية:

١. أبورحمة. خلود، تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين(دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)، مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، مجلد ٥، عدد ١٨، السودان، ٢٠١٦.

٢. جعفر. قيس زهير، أثر الإدارة الإلكترونية في إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة في دائرة تكنولوجيا المعلومات بوزارة العلوم والتكنولوجيا - بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، الإصدار ١٠٠، جامعة المستنصرية، بغداد(العراق)، ٢٠١٤.

٣. الحسيني. أحمد، الوظيفي. كامل، الجبوري. عبد الخالق، إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحقيق الميزة التنافسية دراسة ميدانية في مصنع المحاقن الطبية في بابل، مجلة جامعة بابل للعلوم الصرفة والتطبيقية ، الإصدار ٤، المجلد ٢١، جامعة بابل، العراق، ٢٠١٣.

٤. الخطيب. رائد، مسح ميداني يدرس مواصفات المستشفيات وزارة الصحة تطبق اعتماد معايير للتعاقد ٨٤ مؤسسة استوفت الشروط من أصل ١٧٨، جريدة المستقبل، العدد ١٤٩١،٧ كانون الثاني ٢٠٠٤.

٥. خميلي. فريد، التدريب كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية دراسة حالة مجمع صيدال فرع فرمال بعنابة، مجلة الاستراتيجية والتنمية، مجلد ٤، العدد ٦، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم (الجزائر)، ٢٠١٤.

٦. الزبيدي. ناظم، محمد. سدى، إدارة الجودة الشاملة مفهومها وأسلوب إرسائها، مجلة كلية التربية، الإصدار ٤، جامعة المستنصرية، بغداد(العراق)، ٢٠٠٨.

٧. الطراونة. محمد، الجودة الشاملة والقدرة التنافسية - دراسة تطبيقية على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن، مجلة العلوم الإدارية، العدد ١، المجلد ٢٩، ٢٠٠٢.

٨. عباس.علي محمد، معايير الجودة ودورها في تطوير الجامعات العراقية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، الإصدار ٣، المجلد ١، جامعة الكوفة، النجف(العراق)، ٢٠١٠.

٩. عبد الرحمن. فؤاد ومجيد. سمية، بيئة العمل المادية وأثرها في تحسين أداء العاملين دراسة استطلاعية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد: ٩١، الجامعة المستنصرية، العراق، ٢٠١٢.

١٠. مهنا. كامل، الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول المؤتمر الوطني الاول تجمع للهيئات الاهلية في لبنان، قصر الأنيسكو(بيروت)، ١٩٩٩.

٢. باللغة الأجنبية

١. Abdulsattar. Mohammad Al-Ali, **Developing a Total Quality Management**

Framework for Healthcare Organizations, Proceedings of the 2014

- International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, Bali (Indonesia), January 7 – 9, 2014.
٢. Ammar. Walid, EL–Jardalil. Fadi, Jamal. Diana, Dimassi. Hani and Tchaghchaghian.Victoria, **The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses**, International Journal for Quality in Health Care, Volume 20, Number 5, Oxford University Press (OUP),United Kingdom,1 July 2008.
٣. Ammar.Walid, Hajj.Ibrahim, Wakim.R, **Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience**, Eastern Mediterranean Health Journal, The World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo (Egypt), Vol. 13, No.1, 2007.
٤. Balasubramanian .M, **Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup**, Science Journal of Public Health, Vol. 4, No. 4, Science publishing group,2016.

رابعاً: الوثائق والتشريعات

أ. باللغة العربية:

١. القانون رقم ١٥٣٦ تاريخ: ١٩٧٨/١١/٢٥ (وضع مشروع القانون المعجل بموجب المرسوم رقم ١١١٦ الرامي الى إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة موضع التنفيذ) .
٢. القانون رقم ٥٤٤ الصادر في ٢٤ تموز ١٩٩٦ وتعديلاته (إنشاء مؤسسات عامة لإدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة) .
٣. المرسوم رقم ٩٨٥٦ المنشور بتاريخ ٢٠١٣/٢/١٤.
٤. المرسوم ٤٥١٧ تاريخ ١٩٧٢/١٢/١٣ (النظام العام للمؤسسات العامة).

٥. المرسوم رقم ١١٢١٤ تاريخ ١٩٩٧/١٠/٢٩ وتعديلاته.
٦. المرسوم رقم ١٦٢٠٧ المنشور بتاريخ ٢٥/١/٢٠٠٦.
٧. المرسوم رقم ١٩٦٩ المنشور في ٢٩/١١/١٩٨٤.
٨. المرسوم رقم ٥٥٥٩ تاريخ ٢٦/٥/٢٠٠١ (تحديد ملاك المؤسسة العامة التي تتولى ادارة مستشفى عام ومهام الوحدات ومؤهلات وخبرات العاملين فيها وسلسلة الرتب والرواتب للمستخدمين) .
٩. القرار الصادر عن وزير الصحة العامة رقم ٣٩٤ تاريخ ٢/٥/٢٠٠٩ .
١٠. القرار الصادر عن وزير الصحة العامة رقم ٤٨٢ تاريخ ١/٦/٢٠٠٩ (نظام اعتماد المستشفيات الخاصة والحكومية) .
١١. القرار الصادر عن وزير الصحة العامة رقم ٥٢٦ /١ (تحديد معدلات اعتماد المستشفيات) تاريخ: ٢٩ /٧/٢٠٠٢ .
١٢. النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، كتاب الأنظمة الخاصة بدائرة الجودة
١٣. النظام الداخلي في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي، كتاب الأنظمة الخاصة بالدائرة التمريضية (النظام الخاص بلجنة الجودة والتنوعية).

ب.باللغة الأجنبية:

١. Ministry of Public Health (Lebanon) and High Authority of Health (France),

The National Accreditation Procedure of HealthCare Organization In

Lebanon As Of 1 January 2009, Version 2, 2010.

خامساً: المواقع الالكترونية

١. www.hrdiscussion.com

٢. www.moph.gov.lb

٣. www.nabatieh.gov.lb

٤. www.nna-leb.gov.lb

الملاحق

الصفحة	المحتوى	الرقم
135	إفادة إنتهاء التدريب الصادرة عن مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي	1
136	الهيكل التنظيمي للمستشفى واللجان	2
139	نموذج عن خطة تحسين الجودة	3
140	SAC Score (Severity Assessment Code Score)	4
143	نموذج عن خطة العمل وفق ل FMEA	5
144	صورة عن الشهادة الممنوحة من إدارة المستشفى بعد المشاركة بورشة عمل حول خطة الكوارث والسلامة من الحريق في المستشفى	6
145	أنواع المطافئ والوسائل الأخرى لإطفاء الحريق وكيفية إستعمالها	7
147	ملاحظات مديرة الجودة عن الأعمال المنفذة	8
154	إستمارة الدراسة الميدانية	9

الملحق رقم-1 - إفادة إنتهاء التدريب الصادرة عن مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

MINISTRY OF HEALTH
Nabih Berry
University Governmental Hospital
of Nabatieh

وزارة الصحة العامة
المؤسسة العامة لإدارة
مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
في النبطية

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

إفـادة

النبطية في: 2017/03/08

رقم: 17/41

تفيد المؤسسة العامة لإدارة مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي في النبطية

بأن السيد محمد عواضة عمل لدينا فترة تدريبية في (قسم الجودة) وذلك من تاريخ

2016/12/12 وحتى تاريخ 2017/03/10 وقد بلغ عدد الساعات خلال الفترة 250 ساعة

وقد أعطيت هذه الإفادة بناءً لطلبه.

رئيس مجلس إدارة ومدير

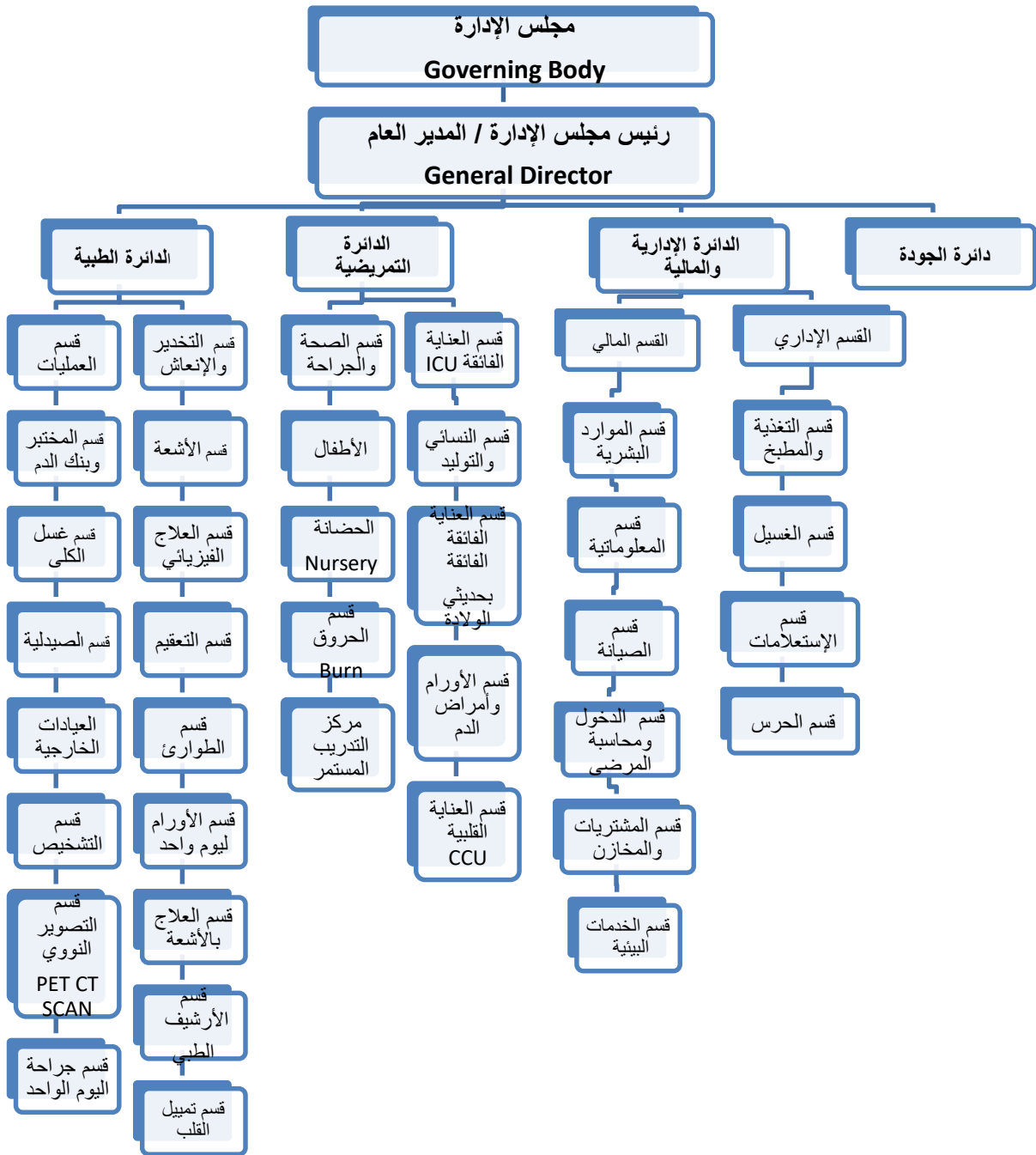
مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

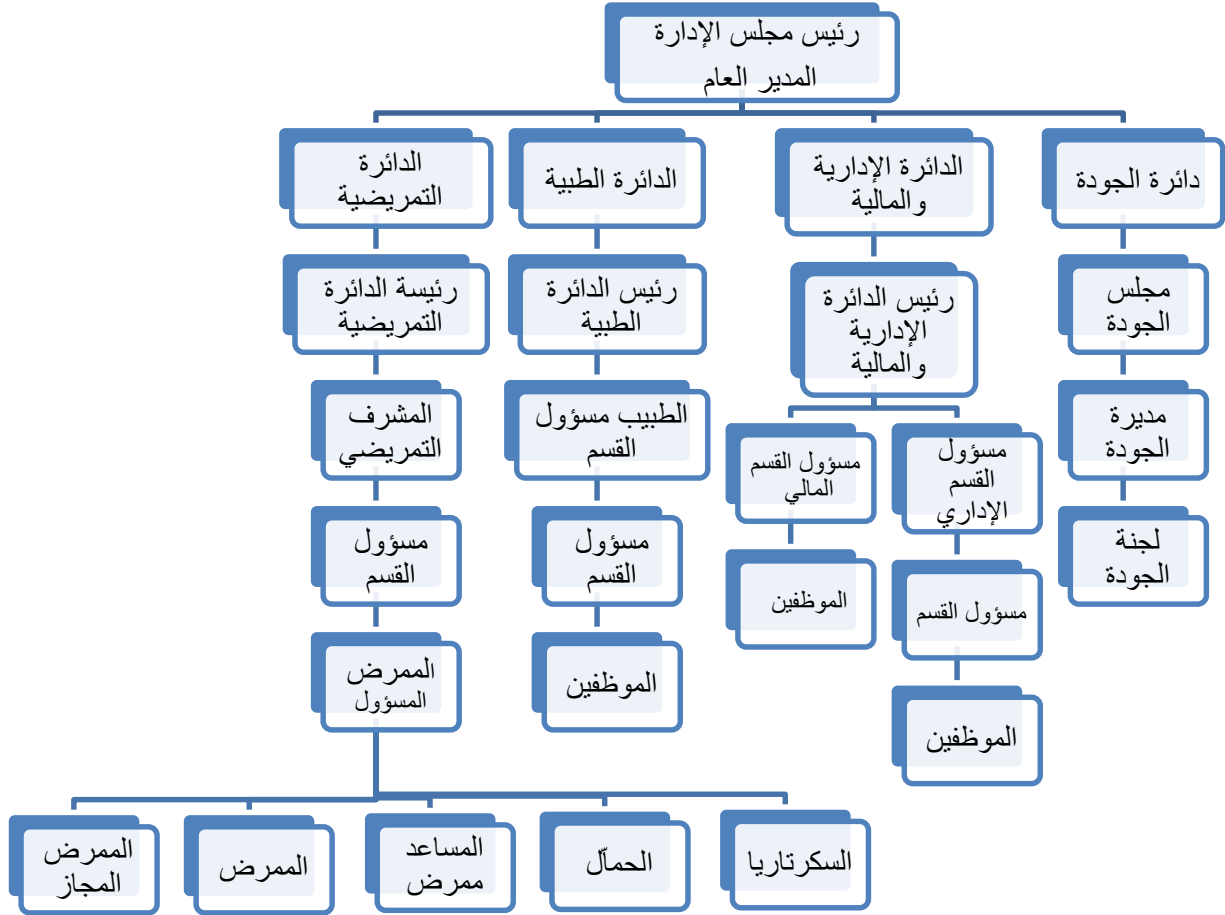
الدكتور حسن وزني

وزارة الصحة العامة
المؤسسة العامة لإدارة
مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
في النبطية
رقم: 17/41
تاريخ: 2017/03/08

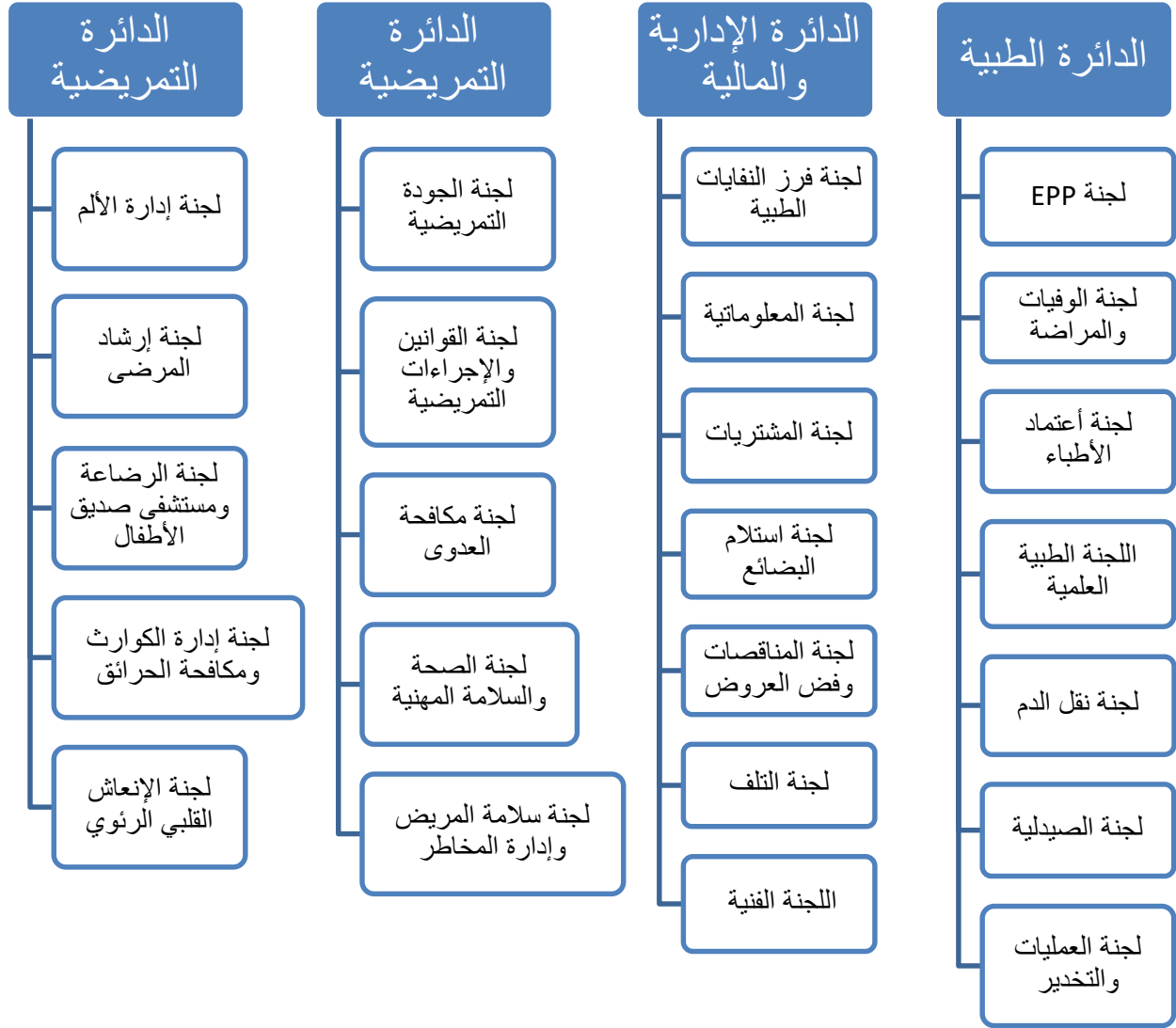
النبطية - كفرجوز - تلفون : 961 7 766 888 - 961 7 766 777 - فاكس: 961 7 767 716 - 961 7 766 999
Nabatieh - Kfarjoz - Tel : 961 7 766 777 - 961 7 766 888 - Fax: 961 7 767 716 - 861 7 766 999

الملحق رقم ٢- الهيكل التنظيمي للمستشفى واللجان





ملاحظة: في أوقات عدم تواجد رئيس الدائرة على مسؤول كل قسم أو الموظف المسؤول على الدوام التواصل مع المشرف التمريضي على الدوام في الأعمال الإدارية عند مواجهة أية مشكلة .



يتم التنسيق بين رؤساء اللجان المتنوعة ومدير الجودة في المستشفى ، من أجل متابعة عمل وإنجازات هذه اللجان من قبله وتقديم المساعدة والتوجيه المناسب إذا دعت الحاجة .

الملحق رقم-٣- نموذج عن خطة تحسين الجودة

Quality Improvement Plan					
المراقبة والتقييم Monitoring & Evaluation	الإجراءات والنشاطات Actions	المؤشر على أداء الأعمال KPI	الأهداف Objective	الموضوع Issue	الهدف الإستراتيجي Strategic Hospital Goal

الملحق رقم-٤ - (SAC Score (Severity Assessment Code Score)

بهدف تحديد أولويات العمل حسب درجة الخطورة .

يرتكز SAC Score على تحديد:

1. العواقب Consequences (من خلال الجدول الخاص بتحديد العواقب)

Consequences	Serious	Major	Moderate	Minor	Minimum
Patient المريض	موت مريض غير مرتبط بحالته المرضية. Sentinel Events	تعرض المريض الى اعلقة دائمة (حسية، حركية، نفسية، فيزيولوجية) غير مرتبطة بمرضه (تشوه ، غياب بسبب خطأ طبي (..	انخفاض في قدرة المريض الوظيفية(حسية، حركية، نفسية) غير مرتبط بالمرض . زيادة أيام الإستشفاء بسبب الحادث Incident. إجراء عملية جراحية بسبب الحادث	حاجة المريض الى زيادة في العنايةات (مراقبة، اجراءات إضافية، طبيب آخر...)	عدم حصول ضرر وعدم حاجة المريض الى عنايةات اضافية أو بقاء أكثر في المستشفى .
Staff الموظف	موت موظف بسبب حادث عمل او انتحاره . استشفاء لثلاث موظفين او أكثر.	أذى دائم لموظف . إستشفاء موظفين او مرضهم . غياب عن العمل . التعرض لإعتداء جسدي أو لفظي. إدعاء في النيابة	نفقات طبية . غياب عن العمل . مرض أو تضرر موظف .	علاج إسعافات أولية دون غياب عن العمل أو تأخر على دوام العمل .	لا يوج ضرر أو متابعة .
Visitors الزوار	موت زائر . استشفاء 3 زوار او أكثر .	استشفاء زائرين نتيجة الحادث . ادعاء في النيابة	نفقات طبية . علاج زائرين دون استشفاء .	تقييم وعلاج دون كلفة .	لا يتطلب علاج .
Services الخدمات	خسارة كاملة للخدمات .	خسارة مهمة في الخدمات .	تأخر الخدمات بسبب مشاكل المؤسسة .	تأخر فعالية الخدمات بسبب تأخر عمل المؤسسة .	لا يوجد خسارة في الخدمات
Financial مالية	خسارة ممتلكات المؤسسة بسبب الضرر . حريق >1M\$. خسارة السيولة النقدية / الممتلكات / الإستثمار نتيجة إحتيال >100\$	خسارة ممتلكات المؤسسة بسبب الضرر . حريق 100\$-1M\$. خسارة السيولة النقدية / الممتلكات / الإستثمار نتيجة إحتيال 50\$-100\$	خسارة ممتلكات المؤسسة بسبب الضرر . حريق 50\$-100\$. خسارة السيولة النقدية / الممتلكات / الإستثمار نتيجة إحتيال 10\$	خسارة ممتلكات المؤسسة بسبب الضرر . حريق <50\$	لا يوجد خسارة مالية
Environmental البيئة	تحرير مواد سامة خارج الموقع مع تأثير ضار للبيئة (حريق يتطلب إخلاء) .	تحرير مواد خارج الموقع دون تأثير ضار (امتداد حريق عن مرحلته الأولى)	تحرير خارج الموقع مع مساعدة خارجية (حريق) في مرحلته الأولى .	تحرير خارج الموقع دون مساعدة خارجية .	اصدار انزعاج

II. الأرجحية أو احتمالات الحدوث Likelihood

- متوقع حصوله مباشرة أو خلال فترة قصيرة (كل أسبوع أو كل شهر) **Frequent** متكرر.
- متوقع حدوثه عدة مرات في السنة **Likely** مرجح.
- متوقع حدوثه في بعض الأحيان (يحصل كل سنة أو كل سنتين) **Possible** ممكن.
- متوقع أن يحدث أحيانا" كل ٢ - ٥ سنوات **Unlikely** من غير المرجح.
- متوقع أن يحدث في حالات استثنائية كل ٥ - ٣٠ سنة **Rare** نادرا".

III. من بعد تحديدهما يتم إعتداد الجدول وحسب اللون يتم معرفة درجة الخطورة

STEP 3 SAC Matrix

		CONSEQUENCE				
		Serious	Major	Moderate	Minor	Minimum
LIKELIHOOD	Frequent	1	1	2	3	3
	Likely	1	1	2	3	4
	Possible	1	2	2	3	4
	Unlikely	1	2	3	4	4
	Rare	2	3	3	4	4

Every incident assessed against the Severity Assessment Code Matrix should be scored separately for both their actual and potential consequence or outcome

- اللون الأحمر : أولوية رقم ١ : خطر شديد **Extreme Risk**
 - أولوية أولى تتطلب اجراءات مباشرة خلال ٢٤ ساعة مع اعلام الإدارة بذلك .
 - يجب اجراء RCA مباشرة مع اتخاذ اجراءات وقائية مباشرة لجميع مخاطر اللون الأحمر .
- اللون البرتقالي : أولوية رقم ٢ : خطر عالي: **High Risk**
 - تطلب اعلام الإدارة ، يجب وضع خطط عملية للتحسين مع متابعة المراقبة .

• اللون الأصفر : أولوية رقم ٣ : خطر متوسط : **Medium Risk**

– يتم تحديد المسؤوليات ، تجميع معطيات Data ووضع خطة عملية للتحسين ، باستثناء أي خسارة مالية يجب إعلام الإدارة بها .

• اللون الأخضر : أولوية رقم ٤ : خطر منخفض : **Low Risk**

– متابعة ادارة الإجراءات الروتينية ، تجميع معطيات Data ووضع خطة عملية للتحسين.

مثال:

Steps	Failures	Causes (RCA)	Effects	Initial Risk		
				Consequences	Likelihood	Risk Rating

الملحق رقم-٥- نموذج عن خطة العمل وفق ل FMEA

Action Plan						
Objective 1	KPI	Actions	Monitoring & Evaluation	Residual Risk		
				Consequences	Likelihood	Risk Rating

الملحق رقم -6- صورة عن الشهادة الممنوحة من إدارة المستشفى بعد المشاركة بورشة عمل حول خطة الكوارث والسلامة من الحريق في المستشفى



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

This is to certify that Mr / Ms

MHAMMAD AWADA

Has Attended the

HOSPITAL DISASTER PLAN & FIRE SAFETY WORKSHOP

Given By : M. Nassrat Chaaban & M. Hussein Fakh (Civil Defense)
In Coordination with the Nursing Education Center in the Hospital

13 December 2016 (4 hrs).

Quality Manager
Ms. Alia Allouch

Head of Governing Body/ Director
Dr Hassan Waznt

الملحق رقم ٧- أنواع المطافئ والوسائل الأخرى لإطفاء الحريق وكيفية إستعمالها

١. أنواع المطافئ والوسائل الأخرى لإطفاء الحريق :

● مطفأة الماء

عبارة عن أسطوانة معبأة بالماء تحت ضغط غاز خامل ، وتستخدم لإطفاء حرائق الأخشاب والأوراق والنسيج والبلاستيك ، لا يمكن استخدام هذا النوع لإطفاء حرائق الأجهزة والمعدات الكهربائية المتصلة بالتيار الكهربائي الحي أو حرائق الزيوت والشحوم أو المعادن. ومطفأة الماء تعمل على تخفيض درجة حرارة المواد المشتعلة.

● مطفأة البودرة

أسطوانة معبأة بالبودرة الكيماوية الجافة وتستخدم لإطفاء حرائق الكحول والبتترول والأصباغ والمواد سريعة الاشتعال والمعادن (ماغنسيوم - صوديوم - بوتاسيوم) ، تعمل على عزل سطح المادة المشتعلة.

● مطفأة الرغوة

أسطوانة معبأة بالماء ومواد عضوية تنتج الرغوة (الفوم) وتستخدم المطفأة لإطفاء حرائق الزيوت والبتترول والشحم والأصباغ ، لا يمكن استخدام المطفأة مع حرائق التجهيزات الكهربائية المتصلة بالتيار الكهربائي الحي. تعمل على عزل سطح المادة عن الأكسجين والتبريد لاحتوائه الماء.

● مطفأة ثاني أكسيد الكربون

أسطوانة من الصلب تحتوي على غاز ثاني أكسيد الكربون الذي تم ضغطه لدرجة الإسالة ويستخدم لإطفاء حرائق الزيوت والشحوم والأصباغ وحرائق الكهرباء والوسائل سريعة الاشتعال . يعمل غاز ثاني أكسيد الكربون على خنق اللهب وتبريد درجة الحرارة ، ينطلق بدرجة حرارة (٧٦ تحت الصفر) ، المطفأة ضعيفة التأثير في الهواء الطلق، تتبدد بفعل الريح ،تصدر صوتاً قوياً عند الاستخدام.

● خرطوم المياه لمكافحة الحرائق

وهي عبارة عن نبريش طويل مثبت في خزانة ، يتصل النبريش بتمديدات مياه ومتوفرة بصورة مستمرة، وعلى رأس كل نبريش يوجد خرطوم لكي يعطي ضغطاً معيناً.

● بطانية الحريق

بطانية الحريق تستعمل بشكل عام في حرائق الغاز .

٢. كيفية إستعمال المطافىء:

- إقترب من الحريق قدر الإمكان مع إتجاه الهواء.
- إنزع حلقة الأمان.
- وجه فوهة المطفأة نحو أسفل الحريق ثم إضغط على المفتاح إلى أن تطفئ النار.
- تأكد من عدم إندلاع الحريق ثانية.
- كافح الحرائق الكبيرة باستعمال عدة مطافىء.
- لا تستعمل خرطوم المياه للإطفاء إلا بعد قطع التيار الكهربائي.
- لا توجه المطفأة إلى وجوه الأشخاص الآخرين.
- إرتدي كامامة داخل الغرف الصغيرة.
- يمكن إستعمال حرام مبلل بالمياه لمكافحة الحريق.
- إعلام الصيانة بعد كل إستعمال للمطفأة ليتم تعبئتها.
- أعد المطفأة إلى مكانها بعد إستعمالها.

الملحق رقم ٨- ملاحظات مديرة الجودة عن الأعمال المنفذة

الأعمال المنفذة خلال فترة التدريب

بدأت المرحلة الأولى من فترة التدريب بالإطلاع إلى المهام الموضوعية على عاتق دائرة الجودة ، و بالتعرف على الأعمال اليومية التي تقوم بها مديرة الجودة . و بعد إنتهاء هذه المرحلة مع بداية الأسبوع الثاني من التدريب بدأت أشارك بشكل فعلي في أعمال الدائرة، و الأعمال التي شاركت فيها أثناء التدريب هي :

1. المشاركة بتوثيق محاضر الإجتماعات للجان و الإجتماع مع رؤساء الأقسام التي تتعلق بمناقشة

الخطط و القوانين و الإجراءات(خلال الأشهر 12 و1 و2 و3)

تتضمن هذه المحاضر بشكل عام:إسم المجموعة التي تجتمع،التاريخ،أسماء المجتمعين،أهم النقاط و البنود التي تم مناقشتها،أهم المواضيع و الأعمال التي تم الإتفاق عليها،و الشخص المكلف بها. و نظراً لما تتضمنه هذه المحاضر من معلومات مهمة يمكن استخدامها في الاجتماعات المستقبلية للتأكد من تنفيذ القرارات و كمستند للتذكير بالأحداث و الأعمال السابقة، تقوم مديرة الجودة في المستشفى بتدوين محضر اكل اجتماع وتضعه في سجل خاص بعد أخذ توقيع المجتمعين، وقد شاركت مديرة الجودة في القيام بهذه المهمة طوال فترة التدريب.

ملاحظات مديرة الجودة :

في إطار عمله المتمثل بمساعدة مديرة الجودة على توثيق المحاضر فعمل محل الطالب محمد عواضه على توثيق كتابية محاضرة برعة ودقة متناهية كما نجد الى توثيقها بشكل علمي ووضحي صحيح مما يمكننا من الرجوع الى هذه المحاضر والدعم على من بحث و مناقشة الخلا المستقبالية والاستفادة منها لتطوير قطاع الجودة .
A.الله

2.المشاركة بوضع خطط تحسين الجودة (QIP quality improvement plans) للأقسام الطبية و

الإدارية (خلال الشهرين 12 و1)

خطة تحسين الجودة هي عملية تقوم على تحديد الأماكن التي يوجد فيها مشاكل تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على سلامة المريض ورضاه، و على إنشاء الأليات المناسبة لتحسين هذه الأماكن بالموارد المتوفرة.

لذلك بعد الإجتماع مع رئيس كل قسم من هذه الأقسام و تحديد المواضيع أو المشاكل أو نقاط الضعف التي تحتاج الى تحسين. بدأنا بوضع مسودات لخطط تحسين الجودة الخاصة بكل قسم من الأقسام، فقمنا أولاً بربط هذه النقاط و المواضيع بإحدى الأهداف الإستراتيجية للمستشفى، و بعدها تم تحديد الهدف الواجب الوصول إليه عند الإنتهاء من تنفيذ الخطة ، و وضعنا مؤشرات العمل KPI'S، و الأعمال والنشاطات الواجب إتباعها وتنفيذها لحل المشكلة والوصول للهدف المحدد مع تحديد تاريخ للتنفيذ لكل عمل أو نشاط باليوم أوالشهر والسنة، و الشخص المسؤول عن تطبيق كل عمل أو نشاط .و أخيراً قمنا بوضع أسس خاصة بالمراقبة والتقييم للأعمال المحددة للتأكد ما إن كانت قد نفذت أو لا مع ذكر من سيقوم بالمتابعة والتقييم والوقت اللازم لذلك باليوم والشهر والسنة .

و مع الإنتهاء من وضع الخطط ،أجريت إجتماعات مع رئيس كل قسم لمناقشة و شرح المسودة و تفاصيلها، للوصول إلى الخطة الأفضل و الحل الأمثل للمشاكل و نقاط الضعف.

ملاحظات مديرة الجودة :

لدي من المداخلة هنا إلى ان الطالب محمد عواينة و اهلها على محله حيث تمحو إلى التأكيد و تخطيط الضوء على نقاط الضعف التي يعاني منها أقسام المستشفى كما يجب تركيزه على المواجهة بوضع خطط مستقبلية تأهم بشكل مبرمج لحل هذه النقاط و تحويلها إلى نقاط قوة مما ياهم بتطوير عمل المستشفى .

A. Attia

3. وضع مسودة دراسة حول الرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية و الإدارية (خلال شهر 1)

يمكن تعريف الرضا الوظيفي بأنه مجموعة من " القناعات والإستجابات النفسية والعاطفية السلبية والإيجابية من الموظف تجاه جوانب عديدة من مهامه ومسئوليته وعن أدائه أو بيئة عمله، و كلما ارتفعت هذه المشاعر الإيجابية و بالتالي حالة الرضا لدى الموظفين ،كلما إزدادت لديهم الرغبة للإبداع و الإبتكار و الإنتاجية مما ينعكس إيجابا على المؤسسة و فاعليتها و إنتاجيتها.و بالعكس إنخفاض هذه المشاعر الإيجابية و ظهور السلبية سيؤدي بشكل عام إلى تراجع ملحوظ في إنتاجية الموظفين و فاعلية المؤسسة ككل.

ونظراً لأهمية الرضا الوظيفي و تأثيره ليس فقط على أداء العاملين بل على أداء المستشفى بشكل عام ،تقوم دائرة الجودة بدراسة الرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام التابعة لها عند بداية كل سنة .و قد أسندت إلي مديرة الجودة مهمة إعداد مسودة دراسة حول الرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية و الإدارية إستناداً على إستمارات تقييم رضى الموظف التي تم توزيعها سابقا (خلال كانون الأول).

موجز عن الإستمارة:

بدأت الإستمارة بتعريف الموظف من الغرض منها ،مع شكر الموظف و التمني منه الإجابة بدقة و مهنية وطمينه من جهة سرية المعلومات . و بطلب بعض المعلومات الشخصية عن الموظف منها إختياري(الإسم،القسم)،ومنها إلزامي(الجنس،الوضع العائلي،الوضع الوظيفي).

كما و تحتوي الإستمارة على 20 سؤال مباشر مع تحديد 4 إجابات ممكنة لتحديد مستوى رضا الموظف بالنسبة لكل سؤال :

1.لست راضٍ أبدا 2.غير راضٍ 3.راضٍ قليلا 4.راضٍ جدا

و من هذه الأسئلة:

- هل أنت راضٍ عن الراتب الحالي الذي تتقاضاه مقارنة بزملائك و بحجم مهامك و مسؤولياتك؟
- ما مستوى رضاك عن معاملة مسؤولك بعدالة و شفافية كافية؟
- ما مستوى رضاك من حيث أن مسؤولك المباشر يعاملك بإحترام؟
- ما مستوى رضاك عن المركز الذي تشغله مقارنة مع كفاءتك و خبرتك و شهادتك و التقييم السنوي لك؟

○ ما مستوى رضاك عن الإدارة من حيث تعاونها معك في حال وجود ظرف شخصي طارئ؟
و تحتوي أيضاً على 4 أسئلة مفتوحة للتعرف على رأي الخاص لكل موظف بالنسبة للمسائل المطروحة،و هذه الأسئلة مثل:

- هل ينعكس أداؤك سلباً أم إيجاباً من حيث معاملتك للزبائن في المستشفى متأثراً برضاك أو عدم رضاك؟

○ ما هي إقتراحاتك للوصول إلى رضا الموظف بشكل أفضل؟

موجز عن الدراسة:

في الأسئلة المباشرة تم جمع أجوبة كل سؤال على حدة من أجل قياس نسبة الرضا و عدمه إتجاه كل سؤال ،لمعرفة الأمور الأساسية التي تؤثر سلباً على الرضا الوظيفي للموظفين من أجل وضع خطط للحل و التحسين و التقدم. أما في الأسئلة المفتوحة فتم جمع الأجوبة المتشابهة و المتقاربة لمعرفة أهم آراء و إقتراحات الموظفين بالنسبة للمواضيع المطروحة. و بعد الإنتهاء من إحتساب النسب و جمع الأجوبة تم وضع خلاصة و إقتراحات للدراسة. أبرز ما ورد في الخلاصة:

- نسبة الرضا العام للموظفين بلغت حوالي 88%.
 - أعلى نسبة عدم الرضا أتت في الأمور التي تتعلق بالراتب،الأخذ بأفكار الموظف،التقدير عند القيام بعمل مميز .
 - أكثر من نصف الموظفين يتأثر أداءهم إيجابياً في حال رضاهم .
 - من أهم الإقتراحات لدى الموظفين :منح حوافز،الأخذ بالرأي،والإحترام.
 - من أهم الأمور التي تتميز بها المستشفى من وجهة نظر الموظفين:التطور المستمر و عدم التمييز بين المرضى.
- أهم الإقتراحات:

- إعادة النظر في الرواتب و تعديلها لما يتوافق مع الشهادات و الخبرات.
- منح حوافز مادية و معنوية للموظفين حسب الإنتاجية و التميز في العمل و حسب التقييم السنوي.
- الإستمرار في الإجتماعات الدورية للموظفين و متابعة مشاكلهم و الأخذ بأراءهم وأفكارهم في التحسين.

ملاحظات مديرة الجودة :

ساهم الطالب محمد عواضه إلى تحليل الدراسة التي تتعلق بالرضا الوظيفي للعاملين في الأقسام الطبية و الإدارية و من وضع المقترحات التي ساعدت على رفع الرضا الوظيفي مما يساهم بكل مباشر على تطوير انتاجية قسم بالعمل من خلال طرح المقترحات التي تساهم بحلهم عن العطاء و التطوير .

A. Alshaykh

4. المشاركة بوضع القوانين و الإجراءات الخاصة بقسم التخدير (خلال الشهرين 1 و2)

عملاً بمبدأ التحديث المستمر للأنظمة و القوانين قامت مديرة الجودة بتحديث القوانين و الإجراءات الخاصة بقسم التخدير، و وضع بعض القوانين و الإجراءات الجديدة لكي تتلائم مع التطورات في الأعمال و الإجراءات و المعدات المستعملة في هذا القسم.

و قمت بالمشاركة بهذا العمل من خلال ترجمة بعض الإجراءات العالمية و النصوص العلمية التي تتوافق مع المهام داخل القسم.

ملاحظات مديرة الجودة :

محمد الطالب محمد عواضه إلى مساعدة المتفني في مواكبة التطورات العلمية و القانونية من خلال قيامه بتدعيم الإجراءات العلمية التي ساهمت بوضع قوانين جديدة لقسم التخدير تواءم و تتلاءم مع التطور العلمي .

5. المشاركة بوضع خطط التدريب الخاصة بموظفين الاقسام الإدارية و المالية (خلال الشهرين 1 و2)

يعرف التدريب بأنه " الوسيلة التي من خلالها يتم إكساب الأفراد العاملين الأفكار و المعارف الضرورية لمزاولة العمل و القدرة على إستخدام وسائل جديدة بأسلوب فعال أو إستخدام نفس الوسائل بطرق أكثر كفاءة مما يؤدي إلى تغيير سلوك و اتجاهات الأفراد. و نظراً لأهمية التدريب و انعكاسه المباشر على أداء العاملين، أجريت إجتماعات مع رئيس كل قسم من هذه الأقسام لتحديد المواضيع و النقاط التي تحتاج الى تحسين و تغيير و تدريب. و وضعت خطط التدريب الخاصة بكل قسم من الأقسام.

ملاحظات مديرة الجودة :

ساعد الطالب محمد عواضه بوضع خطة التدريب الخاصة بموظفي الاقسام الادارية و المالية كما ساعد على وضع الخطط التي يجب مراعاتها من التدريب بتطوير تدريبي لكل قسم من اقسام المتفني .

A. Attou

6. وضع مسودة للقوانين الخاصة بقسم الصيانة (خلال الشهرين 2 و3)

إستكمالاً لعملية التحديث التي تقوم بها دائرة الجودة، طلبت مني مديرة الجودة تحديث القوانين و الإجراءات الخاصة بقسم الصيانة ووضع مسودة لقوانين جديدة للقسم تتلائم مع التطورات الحاصلة في مهامه. خصوصاً و أن عملية توسيع المستشفى وزيادة الأقسام و المعدات الجديدة في السنوات الأخيرة لم ترافقها عملية أي تحديث و تجديد للقوانين الخاصة بقسم الصيانة.

بدأت أولاً بمراجعة القوانين و الإجراءات المطبقة في القسم و بمراجعة الأجزاء الخاصة بالصيانة في نظام الاعتماد الصادر عن وزارة الصحة، والذي هو عبارة عن مجموعة من المعايير التي وضعتها الوزارة لتصنيف المستشفيات و لتأكد من جودتها و التي يجب على قوانين و إجراءات المستشفى أن تتطابق معها لكي تحافظ على تصنيفها كمستشفى جامعي معتمد لدى الوزارة.

و تدخل الصيانة في نظام الاعتماد في 3 أجزاء :

- البناء ويشمل هذا الجزء: نظام الحرائق، نظام الماء، الكهرباء، الغازات الطبية، الحالة العامة للبناء، المداخل، نظام الكهرباء الإحتياطية، التهوية، التكييف، وكل ما يتعلق بمبنى المستشفى.
 - الهندسة الطبية و يتضمن هذا الجزء بشكل عام كل ما يتعلق بصيانة الأجهزة الطبية في المستشفى من إجراءات و عقود خدمات خارجية و البرامج و المعدات .
 - هندسة الصيانة و يتضمن هذا الجزء الأخير المعايير الخاصة بقسم الصيانة من موظفين، قوانين، الملفات، البرامج، إجراءات الحماية و الصحة و السلامة المهنية داخل القسم، سجلات، برامج التشغيل، مواصفات خاصة بورشة الصيانة بالقسم .
- ثم أجريت العديد من الإجتماعات مع مسؤول قسم الصيانة للتعرف على طبيعة الأعمال في القسم و طرق تنفيذها، موظفي القسم و توصيف العمل لكل موظف، الإجراءات و البرامج المعتمدة، المعدات المستعملة في الصيانة، حال البناء و الأنظمة الموجودة في المستشفى من كهرباء و مياه و تهوية و تكييف و طرق حفظ و إيصال الغازات الطبية و غيرها من الأنظمة .
- و بعد تكوين فكرة شاملة عن القسم و مهامه و الأنظمة الموجودة في المستشفى. قمت بوضع مسودة لكتاب القوانين و الإجراءات الخاصة بقسم الصيانة يتوافق مع مهام القسم من جهة و نظام الاعتماد من جهة أخرى، و قدمتها لمديرة الجودة للإطلاع عليه و مراجعته .
- تضمن هذا الكتاب بشكل عام العناوين التالية:

- قسم الصيانة
- مبادئ السلامة الخاصة بالمبنى
- الصحة و السلامة المهنية في قسم الصيانة
- النظام الكهربائي
- التغذية الإحتياطية
- نظام المياه
- مولد الأكسجين
- الغازات الطبية
- التبريد و التدفئة
- نظام النداء
- المصاعد
- آلية الصيانة

بالإضافة إلى هذا الكتاب ، و من أجل مساعدة مسؤول قسم الصيانة في وضع البرامج و الجداول الجديدة للصيانة على مختلف أنواعها. قمت بوضع لائحة بجميع المعدات الكهربائية في المستشفى (ما عدا الحواسيب) على الشكل التالي:

Maintenance timing تاريخ الصيانة	Urgent maintenance company شركة الصيانة المستعجلة (في حال وجدت)	Preventative maintenance company شركة الصيانة الوقائية (في حال وجدت)	Date of use تاريخ الوضع في الخدمة	Serial number الرقم التسلسلي	Company الشركة المصنعة	Machine نوع الألة	ward القسم

ملاحظات مديرة الجودة:

شكروا الطالب محمد عواضه إلى تنفيذ المهمة الموكلة إليه بشكل دقيق وفعالاً على فتره قانونية فنظمة وواضحة وعلى عواضه دقيقه للعمل على أعلى سرعة و دقة و بتفاني بالعمل الموكلة إليه حيث سهل و ببطر طريقة العمل بضم الصيانة من خلال شرحه لعمل الصم بطريقة - واضحة وسهلة مما ساهم وساعدنا على وضع قوانين جديدة وتحديث القوانين الموجودة لتطوير عمل قسم الصيانة بشكل ينمي ويرفع اسم المستشفى.



الجامعة اللبنانية

كلية الحقوق والعلوم السياسيّة والإداريّة

الفرع الأوّل - قسم التخطيط والإدارة

حضرة موظفي مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي

تحية طيبة وبعد.

يسرني أن أقدم لكم هذه الإستمارة التي تخدم أهداف البحث العلمي الذي أقوم به استكمالاً لمتطلبات الحصول على شهادة ماستر في التخطيط و الادارة، بعنوان : أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على اداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي. لذا أرجو من سيادتكم التكرم بإعطائنا جزءاً من وقتكم والإجابة على جميع العبارات بدقة، وبما يعكس وجهة نظركم وتقديركم الشخصي، لما لإجابتكم من أهمية في نتائج الدراسة، علماً بأن كل ما تقدمونه من معلومات وآراء سيكون موضع السرية التامة ولن يستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

شكراً لكم على حسن تعاونكم

الباحث

ملاحظة: يرجى وضع علامة (x) في المربع المناسب

أولاً: معلومات شخصية

الجنس: ذكر أنثى

العمر: اقل من ٣٠ بين ٣٠ و ٥٠ اكبر من ٥٠

المؤهل العلمي: ثانوية عامة وأقل إجازة جامعية دراسات عليا

عدد سنوات الخدمة في المستشفى: ١-٥ سنوات ٦-١٠ سنوات أكثر من ١٠ سنوات

ثانياً: فقرات الإستمارة

مبادئ إدارة الجودة الشاملة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
١. تتبنى الإدارة خطة إستراتيجية لنشر ثقافة الجودة وتحقيقتها في جميع مجالات و أقسام المستشفى					
٢. تقوم الإدارة بمراقبة مستوى جودة الخدمات المقدمة باستمرار					
٣. توفر المستشفى الوقت والكادر البشري والمعدات والمال الكافي لتنفيذ الانشطة المتعلقة بالجودة					
٤. تسعى المستشفى إلى التحسين من جودة خدماتها بشكل مستمر					
٥. تعمل ادارة المستشفى على مراجعة انظمتها وتبسيطها بشكل مستمر من اجل ضمان التحسين المستمر لخدماتها					
٦. تسعى الإدارة بشكل مستمر إلى مواكبة التطورات التكنولوجية في المجال الطبي لتحسين خدماتها					

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	
					٧. يتم إبتكار طرق و وسائل جديدة بشكل مستمر تساعد في تحسين جودة الخدمات في المستشفى
					٨. يساهم العاملين في تقديم الحلول و المقترحات لتحسين الجودة و الخدمات ضمن فرق و حلقات الجودة
					٩. تشجع الإدارة مشاركة العاملين في وضع السياسات و خطط العمل المتعلقة بأعمالهم
					١٠. تعمل الإدارة على دعم إنجاز العاملين لمهامهم بمشاركتهم في فرق عمل
					١١. يحصل العاملون على الحوافز المناسبة(المادية- المعنوية) تقديراً لعملهم
					١٢. توفر المستشفى للعاملين فرص جيدة للتطور و التقدم الوظيفي
					١٣. تعمل المستشفى على تقييم اداء العاملين و تدريبهم و بشكل مستمر
					١٤. تستمع الإدارة إلى شكاوى العاملين و تعمل على تلبيةها و تسعى دائماً إلى تحقيق رضاهم
					١٥. تركز المستشفى على تحقيق رضا المرضى و تقوم بدراسته بصورة دورية
					١٦. تعمل المستشفى بشكل مستمر على تلبية حاجات و رغبات أكبر عدد ممكن من المرضى
					١٧. تستمع الإدارة إلى آراء و شكاوى المرضى و تعمل على تلبيةها بشكل سريع
					١٨. توفر الادارة بشكل سريع كافة المعلومات اللازمة للموظف اثناء اداءه عمله
					١٩. تحرص الادارة على تدوين كافة نتائج الاعمال و حفظها في سجلات للاستعانة بها عند اتخاذ القرارات

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	
					٢٠. تعمل الإدارة على جمع البيانات و المعلومات و تحليلها بشكل دوري
					أداء العاملين
					١. الإهتمام الإضافي من قبل الإدارة و إعطاء الحوافز يحفز على أداء المهام
					٢. برامج التدريب المقدمة تساهم في تطوير القدرات و أداء المهام بشكل أفضل
					٣. المشاركة في إتخاذ القرارات في المستشفى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام
					٤. العمل الجماعي يساهم في تحسين الأداء
					٥. تساعد الطرق و الوسائل الجديدة على أداء العمل بشكل أفضل
					٦. إلتزام الإدارة إتجاه الجودة و تحسينها ينعكس إيجابا على الأداء
					٧. تركيز على تحقيق رضا المرضى يعطي دافعية أكبر لأداء المهام بشكل أفضل
					٨. تبسيط الإجراءات و تحديد المهام يساعد على أداء العمل بشكل أفضل
					٩. توفير كافة المعلومات المطلوبة بشكل سريع يساهم في تحسين الاداء
					١٠. مواكبة المستشفى للتطورات العلمية و التكنولوجية يساهم في تحسين و تطوير الاداء

الفهرس

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	تقدير وشكر
ب	الإهداء
1	المقدمة
6	القسم الأول: أعمال التدريب العملي وطبيعته وماهيته
7	الفصل الأول: وصف عام للتدريب في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
7	أولاً: نبذة تعريفية لمستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
14	ثانياً: القسم الذي أجري فيه التدريب
14	ثالثاً: مدة التدريب ودوام العمل
14	رابعاً: المسؤول في المؤسسة عن التدريب ودوره أثناء تنفيذ التدريب
14	خامساً: المقابلات التي أجريت أثناء فترة التدريب
14	سادساً: العلاقة مع العاملين في المؤسسة
15	سابعاً: الندوات والأنشطة العلمية أثناء التدريب
24	ثامناً: القوانين والأنظمة والقرارات المطع عليها أثناء التدريب
25	تاسعاً: المشاكل والتسهيلات أثناء التدريب
26	الفصل الثاني: الأعمال المنفذة خلال فترة التدريب
26	أولاً: النشاطات المنفذة
33	ثانياً: الإيجابيات والسلبيات التي رافقت الأعمال التدريبية
34	ثالثاً: المهارات المكتسبة من الفترة التدريبية
35	القسم الثاني: موضوع التقرير (أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي)

36	الفصل الأول: إدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين، ودخولها إلى المستشفيات الحكومية
37	المبحث الأول: المفاهيم العامة لإدارة الجودة الشاملة والاداء
37	أولاً: الإطار المفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة
37	أ. مفهوم الجودة
39	ب. تطور الجودة
40	ج. مفهوم إدارة الجودة الشاملة
43	د. مبادئ إدارة الجودة الشاملة
47	ثانياً: الإطار المفاهيمي لأداء العاملين
47	أ. تعريف الأداء
48	ب. العوامل المؤثرة على الأداء
50	ج. تقييم الأداء
57	المبحث الثاني: دور وزارة الصحة اللبنانية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
58	أولاً: إستقلالية المستشفيات الحكومية
58	أ. مفهوم ونشأة المستشفيات الحكومية المستقلة
61	ب. تنظيم المستشفيات الحكومية في لبنان وفق القانون الجديد
65	ثانياً: نظام اعتماد المستشفيات
65	أ. مفهوم نظام الاعتماد وأهميته
67	ب. مراحل تطور نظام الاعتماد في لبنان
70	ج. نظام الاعتماد المطبق في لبنان
77	الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي وأثرها على أداء العاملين فيها
78	المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
78	أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات ودورها في مستشفى نبيه بري الجامعي

	الحكومي
78	أ. المنطلقات المؤسسة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومركزاتها في المستشفيات
85	ب. واقع نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
88	ثانياً: الهيئات المختصة بالجودة في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي
95	المبحث الثاني: منهجية الدراسة (أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في مستشفى نبيه بري الجامعي الحكومي)
95	أولاً: عينة وأدوات الدراسة الميدانية
102	ثانياً: تحليل البيانات
125	خاتمة/ إستنتاجات وأفاق
128	لائحة المراجع والمصادر
134	الملاحق
158	الفهرس