



الجامعة الإسلامية - غزة  
عمادة الدراسات العليا  
كلية التجارة  
قسم إدارة الأعمال

## إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة

إعداد الباحث  
زكريا شعبان يوسف جراد

إشراف الدكتور  
فارس محمود أبو معمر

قدمت هذه الرسالة استكمالاً للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال

1432هـ - 2011م

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

(وَتَرَى الْجِبَالَ تَحْسَبُهَا جَامِدَةً وَهِيَ تَمْرٌ مُّرٌّ  
السَّحَابِ مُنْعَ اللّٰهِ الَّذِي أَنْزَلَ كُلَّ شَيْءٍ إِنَّهُ  
خَيْرٌ بِمَا تَفْعَلُونَ)

صدق الله العظيم

(سورة النمل: آية 88)

## دعاء

اللهم اهدنا فيمن هديت .. وعافنا فيمن عافيت .. وتولنا فيمن توليت .. وبارك لنا فيما أعطيت .. وقنا  
شر ما قضيت .. انك تقضي ولا يقضى عليك .. انه لا يذل من واليت .. ولا يعز من عاديت .. تباركت  
ربنا وتعاليت .. لك الحمد على ما قضيت .. ولك الشكر على ما أعطيت .. نستغفرك اللهم من جميع  
الذنوب والخطايا وتوب إليك . اللهم أقسم لنا من خشيتك ما تحول به بيننا وبين معصيتك .. ومن طاعتك ما  
تبلغنا به جنتك .. ومن اليقين ما تهون به علينا مصائب الدنيا .. ومتعنا اللهم بأسماعنا وأبصارنا وقواتنا ما  
أبقيتنا .. واجعله الوارث منا .. واجعل ثأرنا على من ظلمنا .. وانصرنا على من عادانا .. ولا تجعل  
مصيبتنا في ديننا .. ولا تجعل الدنيا أكبر همنا .. ولا مبلغ علمنا .. ولا إلى النار مصيرنا .. واجعل الجنة  
هي دارنا .. ولا تسلط علينا بذنوبنا من لا يخافك فينا ولا يرحمنا . اللهم أصلح لنا ديننا الذي هو عصمة  
أمرنا .. وأصلح لنا دنيانا التي فيها معاشنا .. وأصلح لنا آخرتنا التي إليها معادنا .. واجعل الحياة زيادة لنا في  
كل خير .. واجعل الموت راحة لنا من كل شر . اللهم إنا نسألك فعل الخيرات .. وترك المنكرات ..  
وحب المساكين .. وأن تغفر لنا وترحمنا وتوب علينا .. وإذا أردت بقوم فتنة فتوفنا غير مفتونين .. ونسألك  
حبك .. وحب من يحبك .. وحب عمل يقربنا إلى حبك يا رب العالمين .  
اللهم تقبل منا انك أنت السميع العليم .. وتب علينا انك أنت التواب الرحيم .  
وصللي اللهم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم

# إهداء

- إلى أرواح الشهداء الأبرار ...
- إلى والدتي العزيزة رمز الحب والحنان ...
- إلى والدي العزيز رمز الكرم والعطاء ...
- إلى زوجتي الصابرة ...
- إلى أولادي وبناتي الأعزاء ...
- إلى إخواني وأخواتي الكرام ....
- إلى عائلة جراد الصامدة في الوطن والشتات ...
- إليكم جميعاً أهدي ثمرة جهدي هذا ...

الباحث  
زكريا شعبان جراد

## شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً ، أما بعد ...

إقراراً بالفضل لذوي الفضل ونزولاً عند قول النبي صلى الله عليه وسلم " من لا يشكر الناس لا يشكر الله عز وجل " ، فإن الواجب يدفعني إلى أن أخص بالشكر بعد الله تعالى أستاذي المشرف على رسالتي **الدكتور/ فارس أبو معمر**، الذي تفضل عليّ بإعطائي الكثير من وقته الثمين ، فلم يدخر جهداً ، في مساعدتي وتقديم العون لي ، فجزاه الله عني خير الجزاء وبارك الله له في علمه وعمره.

والشكر موصول كذلك إلى الأستاذ **الدكتور/ يوسف عاشور**، و**الدكتور/ رشدي وادي** على ما أفاداني به من علم خلال دراستي ، وكل الشكر والتقدير إلى الجامعة الإسلامية وخصوصاً عمادة الماجستير في كلية التجارة.

كما لا أنسى أن أوجه الشكر إلى كل من الزميل الأخ **الدكتور/ أيمن زكي كردية** - مدير دائرة الصيدلة بالرعاية الأولية ، و**الأخت الدكتورة / ماجدة القيشاوي** - مديرة دائرة صيدلة المستشفيات بوزارة الصحة، وكذلك أوجه خالص الشكر لكل من الأخ/**علاء عصام جراد** و**الأخت/ فاطمة شامخ جراد** لمساعدتهما لي في إتمام هذا البحث ، وأخيراً أتقدم بالشكر والعرفان لكل من ساهم وساعد على إتمام وإنجاح هذه الرسالة.

# إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة

## ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، بالإضافة إلى التعرف على دور الجودة الشاملة في تحسين أداء الرعاية الصيدلانية بالوزارة.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم تصميم استبانة لدراسة متغيرات الدراسة من أجل اختبار الفرضيات ، بحيث يتكون مجتمع الدراسة من جميع الصيادلة العاملين في كل من الإدارة العامة للرعاية الأولية ، والإدارة العامة للمستشفيات ، والإدارة العامة للصيدلة في وزارة الصحة ، وعددهم ( 225 ) صيدلي، حيث تم توزيع استبانة على عينة الدراسة ، وتم استردادها جميعاً أي بنسبة (100%).

وقد توصلت الدراسة إلى أن وزارة الصحة الفلسطينية تمتلك الإمكانيات لتطبيق بعض مبادئ الجودة الشاملة وهي (التركيز على الزبائن ، والتحسين المستمر، والسياسات والاستراتيجيات) بدرجات ومستويات ايجابية متفاوتة، بينما لا تستطيع تطبيق باقي متغيرات الدراسة والتي تتمثل في (التزام الإدارة العليا بالجودة، وإشراك العاملين وتمكينهم، والنظم الإدارية). كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جميع متغيرات الجودة الشاملة التي تم اعتمادها وتحسين الرعاية الصيدلانية بالوزارة.

وقد استخلصت الدراسة عدة توصيات كان من أهمها : ضرورة اهتمام الوزارة بتطبيق نظام الجودة الشاملة، وضرورة العمل على توفير الإمكانيات المادية والبشرية لتطبيق جميع مبادئ الجودة الشاملة، وضرورة التزام الإدارة العليا بالجودة، وضرورة إشراك العاملين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالجودة مع ضرورة العمل على تحسين العمليات الإدارية من أجل تقديم خدمة صيدلانية ذات جودة عالية، وأخيراً ضرورة إيجاد نظم إدارية مرنة تسهل من تقديم الخدمات بالجودة والسرعة المطلوبتين.

# **The possibility of applying the principles of Total Quality Management to improve pharmaceutical care in the Palestinian Ministry of Health in the Gaza Strip**

## **Abstract**

This study aims to examine the possibility of applying the principles of TQM to improve pharmaceutical care in the Palestinian Ministry of Health in the Gaza Strip, and in addition to identify the role of TQM to improve the performance of pharmaceutical care practice .

To achieve the objectives of this study, a questionnaire was designed to study the variables of the study and to test the hypotheses. The community of the study constitutes of all of the pharmacists working in each of the General Administration of Primary healthcare, the General Administration of Hospitals, and the General Administration of Pharmacy, in MoH, and their number is 225 pharmacists .

A questionnaire was designed and distributed, and all were recovered at a rate of (100%).

The study revealed that the Palestinian Ministry of Health can apply some of TQM principles, (focus on customers, continuous improvement, policies and strategies) with varying levels of positive degrees.

While the ministry can't apply the rest of the variables of the study (top management commitment, participation of employees and empowerment, and managerial systems).

The study also showed that there is a statistically significant relationship between all the variables of total quality adopted in the research and improvement of pharmaceutical care in the ministry.

Several recommendations were concluded from the study, the most important are the need to increase the interest of the ministry to apply all the principles of TQM, the need to provide human and material resources to apply all the principles, the need to involve workers in decisions concerning the quality, the need to work to improve administrative processes in order to provide better quality service to customers, as well as the need for a flexible management systems that facilitate the provision of quality services and expedition, and finally increased interest in the development and improvement of pharmaceutical care.

## قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى	التسلسل
II	آية قرآنية	1
III	دعاء	2
IV	إهداء	3
V	شكر وتقدير	4
VI	ملخص الدراسة بالعربية	5
VII	ملخص الدراسة بالإنجليزية	6
VIII	قائمة المحتويات	7
X	قائمة الجداول	8
XI	قائمة الأشكال	9
XII	قائمة الملاحق	10
1	<b>الفصل الأول : الإطار العام للدراسة</b>	
2	المقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	1.2
4	متغيرات الدراسة	1.3
5	أنموذج الدراسة	1.4
5	فرضيات الدراسة	1.5
6	أهداف الدراسة	1.6
6	أهمية الدراسة	1.7
7	الدراسات السابقة	1.8
23	<b>الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة المبحث الأول : مفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة</b>	
25	المقدمة	2.1.1
26	تعريف الجودة	2.1.2
26	الجودة في الإسلام	2.1.3
28	الجودة في القطاع الخدماتي	2.1.4
28	أبعاد جودة الخدمة	2.1.5
30	الجودة في القطاع الصحي	2.1.6
30	عناصر جودة الخدمات الصحية	2.1.7
31	مراحل تطور الجودة	2.1.8
32	رواد إدارة الجودة الشاملة	2.1.9
36	المفاهيم العامة في الجودة الشاملة	2.1.10
37	مبادئ إدارة الجودة الشاملة	2.1.11
44	أهداف إدارة الجودة الشاملة	2.1.12
44	فوائد إدارة الجودة الشاملة	2.1.13
45	أدوات إدارة الجودة الشاملة	2.1.14
47	مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة	2.1.15
48	معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام	2.1.16

الصفحة	المحتوى	التسلسل
50	<b>المبحث الثاني : الرعاية الصيدلانية</b>	
51	المقدمة	2.2.1
52	القطاع الصحي الفلسطيني	2.2.2
53	وزارة الصحة الفلسطينية	2.2.3
54	خدمات الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية	2.2.4
57	تعريف الرعاية الصيدلانية	2.2.5
57	عناصر الرعاية الصيدلانية	2.2.6
60	وظائف الرعاية الصيدلانية	2.2.7
60	تطبيق الرعاية الصيدلانية	2.2.8
61	مؤشرات الجودة في الرعاية الصيدلانية	2.2.9
66	معايير جودة الخدمات الصيدلانية	2.2.10
69	<b>الفصل الثالث : منهجية الدراسة</b>	
70	المقدمة	3.1
70	أسلوب الدراسة	3.2
70	مصادر جمع البيانات	3.3
70	مجتمع وعينة الدراسة	3.4
71	خصائص مجتمع الدراسة	3.5
77	أداة الدراسة	3.6
78	صدق الإستبانة	3.7
84	ثبات الاستبيان	3.8
86	المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة	3.9
88	<b>الفصل الرابع : تحليل وتفسير محاور الدراسة واختبار الفرضيات</b>	
89	عرض وتحليل بيانات الاستبانة	4.1
89	تحليل محاور (مبادئ الجودة الشاملة)	4.1.1
104	تحليل محور (دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية)	4.1.2
107	اختبار فرضيات الدراسة	4.2
126	<b>الفصل الخامس : النتائج والتوصيات</b>	
127	النتائج	5.1
129	التوصيات	5.2
130	الدراسات المقترحة	5.3
131	<b>المراجع</b>	<b>6.1</b>
143	<b>الملاحق</b>	<b>7.1</b>

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	71
2	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	72
3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الفئة العمرية	72
4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير السكن	73
5	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل	74
6	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الإدارة	74
7	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي	75
8	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي	75
9	توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة	76
10	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل	77
11	درجات مقياس ليكرت الخماسي	78
12	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التركيز على الزبائن والدرجة الكلية للمجال	79
13	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التزام الإدارة العليا بالجودة والدرجة الكلية للمجال	80
14	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال إشراك العاملين وتمكينهم والدرجة الكلية للمجال	80
15	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال السياسات والاستراتيجيات والدرجة الكلية للمجال	81
16	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التحسين المستمر والدرجة الكلية للمجال	81
17	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال النظم الإدارية والدرجة الكلية للمجال	82
18	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية والدرجة الكلية للمجال	83
19	معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الإستبانة والدرجة الكلية للإستبانة.	84
20	معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الإستبانة	85
21	طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات الإستبانة	86
22	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال التركيز على الزبائن "	90
23	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال التزام الإدارة العليا بالجودة "	92
24	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال إشراك العاملين وتمكينهم "	94

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
25	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " السياسات والاستراتيجيات "	97
26	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " التحسين المستمر "	99
27	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " النظم الإدارية "	101
28	المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " دور الجودة الشاملة تحسين الرعاية الصيدلانية "	104
29	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لجميع فقرات مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	106
30	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية	107
31	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية	108
32	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية	109
33	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والاستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية	110
34	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية	111
35	معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية	112
36	نتائج الفرضية السابعة - الجنس	113
37	نتائج الفرضية السابعة - الحالة الاجتماعية	114
38	نتائج الفرضية السابعة - العمر	115
39	متوسطات الرتب للإجابات - متغير العمر	116
40	نتائج الفرضية السابعة - منطقة السكن	117
41	نتائج الفرضية السابعة - مكان العمل	118
42	نتائج الفرضية السابعة - الإدارة	119
43	متوسطات الرتب للإجابات - متغير الإدارة	120
44	نتائج الفرضية السابعة - المسمى الوظيفي	121
45	نتائج الفرضية السابعة - المؤهل العلمي	122
46	نتائج الفرضية السابعة - سنوات الخبرة	123
47	نتائج الفرضية السابعة - الدخل	124
48	المتوسط الحسابي للإجابات - متغير الدخل	125

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	التسلسل
5	أنموذج الدراسة	1
43	خطوات PDCA	2

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	التسلسل
138	الاستبانة	1
143	أسماء المحكمين	2

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

- 1.1 المقدمة.
- 1.2 مشكلة الدراسة.
- 1.3 متغيرات الدراسة.
- 1.4 أنموذج الدراسة.
- 1.5. فرضيات الدراسة.
- 1.6 أهداف الدراسة
- 1.7 أهمية الدراسة.
- 1.8 الدراسات السابقة.

## 1.1 المقدمة :

تعد الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تقوم على مجموعة من الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن و تحسين الإنتاجية و زيادة الأرباح، وتحسين سمعتها في السوق المحلية و الخارجية في ظل الارتفاع الكبير في عدد الشركات والمؤسسات على اختلاف مجالاتها و نشاطاتها ، و لهذا فقد أصبح لزاماً عليها العمل على استكمال مقومات و نظم الجودة لكي تحظى بالقبول العالمي حسب معايير الجودة المتفق عليها دولياً وتستطيع بالتالي السير باتجاه تيار العولمة الذي لا يقبل إلا الشركات التي تتميز بالجودة في منتجاتها و خدماتها (الدرادكة، الشبلي، 2001).

فإدارة الجودة الشاملة هي مدخل متكامل يهدف إلى تطوير شامل ومستمر يشمل كافة مراحل ومناحي الأداء، ويشكل مسئولية تضامنية للإدارة العليا والإدارات والأقسام وفرق العمل والأفراد سعياً لإشباع حاجات وتوقعات العميل، ويشمل نطاقها كافة مراحل التشغيل منذ التعامل مع المورد مروراً بعمليات التشغيل وحتى التعامل مع العميل ببعاً وخدمةً (مصطفى، 2000).

ولا يتحقق التمايز إلا إذا عم الالتزام بالجودة في جميع مستويات الأداء بمعنى المدخلات والمخرجات والعمليات إذ تعتبر إدارة الجودة الشاملة أساساً للتطوير والتحسين المستمر للأداء والذي ترمي من خلاله المؤسسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في الوصول إلى رضا العميل وذلك بالاعتماد على الحقائق و توفير بيئة تهيئ للأفراد العمل بحماس و قدرة و الالتزام في جميع مجالات العمل (مصطفى، 2005). إن الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المستشفيات والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية (المختار، 2003).

تعد الأخطاء الدوائية مشكلة أزرية وهي تحدث طالما هناك استخدام للأدوية، وقد ورد في قسم أبقراط: لا تسبب الأذى لأي شخص، واستناداً لإحصائيات المعهد الطبي الأمريكي (IOM) فإنه يموت سنوياً بين 44 ألف إلى 98 ألف مواطن أمريكي سنوياً بسبب الأخطاء الدوائية هذه الحقائق تجعل الأخطاء الدوائية في مقدمة أسباب الوفيات حيث يموت بسببها أشخاص أكثر من الذين يموتون في حوادث

السير أو بسبب سرطان الثدي أو الإيدز. وبالرغم من صحة استنتاجات (IOM) فقد كانت مجال بحث واسع ، فالرقم الدقيق للوفيات لم يكن مهماً فالأهم هو أن الوفيات التي تحدث بسبب الأخطاء الدوائية والتي يمكن تجنبها لا تزال تحدث رغم كل شيء .

تقدر التكلفة السنوية لمعدل الوفيات و الأمراض المتعلقة بالدواء حوالي 140 بليون دولار. أدى نشر المعلومات السابقة إلى شد انتباه الرأي العام واستجابة الهيئات الصحية حيث تضطلع بمهمة متابعة تعليم ممارسي المهن الطبية للتقليل من الأخطاء الدوائية وزيادة الأمان في العناية الصحية. هناك فهم واقعي لتكرار ونتائج الأخطاء الدوائية ، وهناك أيضاً فهم واقعي للخطوات اللازمة لجعل استعمال الدواء أكثر أمناً يساهم الصيادلة من خلال خدماتهم واهتمامهم بجزء مهم وفعال جداً في الإقلال من الحوادث العكسية للدواء ، ويفهمهم لآلية حدوث الخطأ وكيفية تجنب حدوثه فإن لهم الدور الحيوي في ضمان سلامة مرضاهم (www.sayadla.com).

لذلك تأتي هذه الدراسة لتتلمس مدى إمكانية تطبيق أحد أهم المداخل الإدارية الحديثة وهي الجودة الشاملة لتحسين الأداء الوظيفي في وزارة الصحة الفلسطينية بشكل عام و في مجال الرعاية الصيدلانية بشكل خاص للتقليل من الأخطاء الدوائية وزيادة رضا المرضى والمراجعين .

## 1.2 مشكلة الدراسة :

لقد ساد الاعتقاد لدى الكثير من المدراء أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يقتصر فقط على القطاع الخاص والمؤسسات الربحية، وأنه غير مناسب أو غير قابل للتطبيق في القطاع العام، فقد أشارت الكثير من الأبحاث والدراسات إلى نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مختلف مؤسسات القطاع العام، وخصوصاً الخدمية منها، إلا أن التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة في القطاع العام يحتاج لتعديل المفهوم والتدرج في التطبيق (Jreisat, 1996). نشير هنا إلى أهم ما جاء في بحث سترنجهام (Stringham, 2004)، من جدل لبعض المفكرين حول إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في القطاع العام مثل (Cohen and Eimicke, 1994) و (Swiss, 1994) و (Rago, 1994) حيث يعتقد (Cohen and Eimicke, 1994) أنه لا يوجد مشاكل جوهرية تواجه القطاع العام في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وأن أداء الحكومة يمكن تطويره في حال رفع مستوى العاملين من خلال التطوير المستمر لعمليات التشغيل وتشكيل مجموعات فعالة من العاملين .

بينما عارضه (Swiss and Rago) في ذلك حيث اعتبرا تطبيق الجودة الشاملة في القطاع العام يمكن أن يشكل مشكلة حقيقية. وكما جاء عن (Swiss)، بأنه يعتقد أن إدارة الجودة الشاملة يمكن أن تلعب دور مفيد في القطاع العام، ولكن في حال إجراء تعديلات جوهرية لها تجعلها مناسبة لخصائص القطاع العام ويؤكد على أن الصعوبة تكمن في المؤسسات المنتجة أكثر منها في الخدمة، وذلك لصعوبة تحديد العميل (Stringham, 2004).

ونظراً لعمل الباحث في القطاع الصحي وفي مجال الصيدلة بالتحديد فقد استشعر مدى تفاوت مستوى الخدمة الصيدلانية المقدمة في وزارة الصحة الفلسطينية، فقد تولدت لديه الرغبة في الإجابة عن التساؤل الخاص بمدى توافر المقومات اللازمة لتطبيق الجودة الشاملة لتحسين جودة الرعاية الصيدلانية بالوزارة، ومن هنا فإن مشكلة الدراسة تتلخص في: " مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة " .

### 1.3 متغيرات الدراسة :

بالرغم من وجود مبادئ أخرى لإدارة الجودة الشاملة مثل اتخاذ القرارات على أساس الحقائق ومبدأ التدريب والتطوير، إلا أن هناك إجماع لدى العديد من الباحثين والمختصين في مجال الجودة الشاملة أمثال (عقيلي، 2001) ، (العزاوي، 2005) ، (جودة، 2006) ، (الحوري، 2008)، (بدر، 2009) ، على المبادئ الأساسية لها والتي تم اعتمادها لتكون بمثابة المتغيرات المستقلة للدراسة وهي:

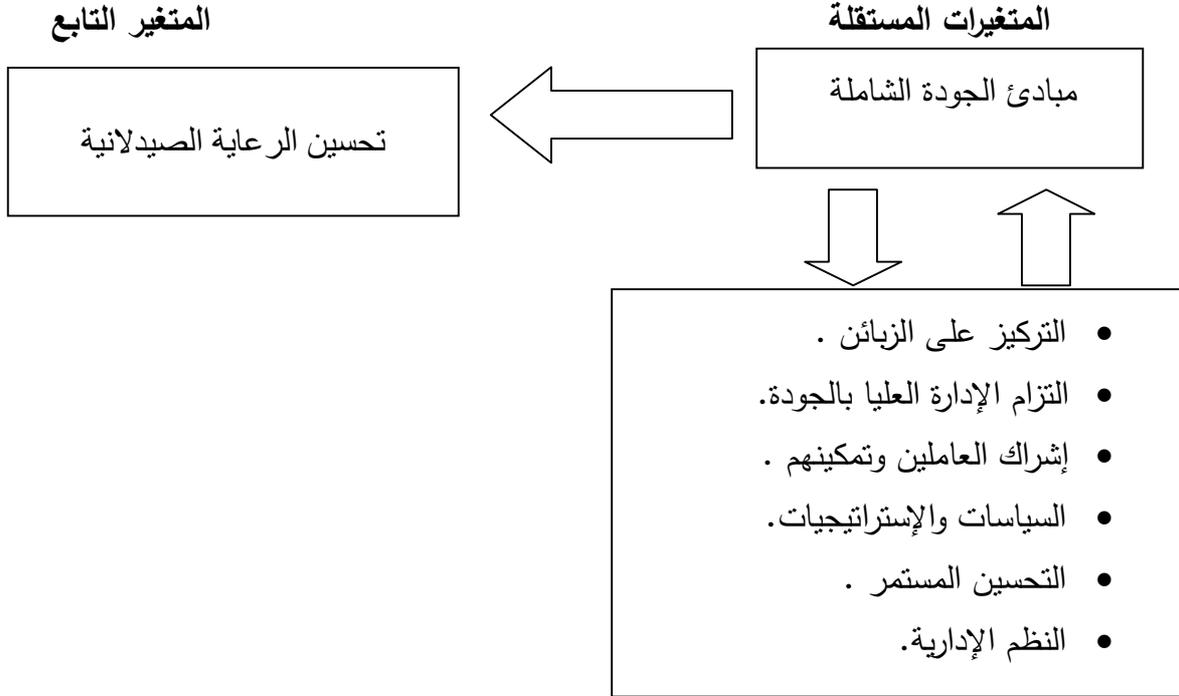
1. التركيز على الزبائن.
2. التزام الإدارة العليا بالجودة.
3. إشراك العاملين وتمكينهم.
4. السياسات والإستراتيجيات.
5. التحسين المستمر.
6. النظم الإدارية.

أما المتغير التابع فهو : "تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة".

#### 1.4 أنموذج الدراسة:

#### شكل رقم ( 1 )

#### شكل يوضح أنموذج الدراسة



#### 1.5 فرضيات الدراسة:

يمكن صياغة فرضيات الدراسة على النحو الآتي :-

- 1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.
- 2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.
- 3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.
- 4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

5- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

6- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى للمتغيرات الشخصية و الديموغرافية الآتية (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، منطقة السكن، منطقة العمل، الإدارة العامة التابع لها، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الدخل الشهري).

#### 1.6 أهداف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في مجال الصيدلة لتحسين جودة الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

2. دراسة العلاقة بين تطبيق مبادئ الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

#### 1.7 أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسة في إطار الميدان المبحوث من الاهتمام بمستوى جودة الرعاية الصيدلانية التي تقدم للمرضى في وزارة الصحة الفلسطينية، ويمكن إجمال أهمية الدراسة بما يأتي:

1. أهمية مفهوم إدارة الجودة الشاملة بالنسبة للباحثين والمستشارين في المجالات الإدارية ومنظمات الأعمال عموماً، و في مجال الرعاية الصحية و الصيدلانية خصوصاً، وكوادر من الأساليب الحديثة والمهمة لضمان تحقيق الجودة داخلياً (الأنشطة والعمليات)، وخارجياً (جودة الرعاية الصيدلانية المقدمة للمريض).

2. إدراك إدارات وزارة الصحة الفلسطينية لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة كخطوة لتعزيز مسعى الوزارة في تقديم رعاية صيدلانية بما يتلاءم واحتياجات المرضى والمراجعين كأساس إستراتيجي للوزارة .

3. تعتبر وزارة الصحة الفلسطينية من أهم و أكبر القطاعات الخدمية الحكومية كونها تقدم خدمات صحية للمجتمع المحلي في فلسطين، مما يتطلب منها الاهتمام بمستوى جودة الخدمات التي تقدمها ومن ضمنها الرعاية الصيدلانية.
4. تبرز أهمية هذه الدراسة من أنها ستثري المعرفة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في المؤسسات الصحية و الصيدلانية التابعة للوزارة .

## 1.8 الدراسات السابقة :

### أولاً: الدراسات المحلية:

#### 1. دراسة جوادة (2011) بعنوان:

" مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا "

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر الإدارة العليا وذلك من خلال التعرف على مدى توافر العوامل الرئيسية كالعوامل الإدارية والتقنية والمالية والبشرية، كما هدفت الدراسة للتعرف على أثر ذلك على تحسين جودة الخدمات الصحية. تم استخدام استبانة لاستطلاع آراء عينة الدراسة المكونة من 207 موظفاً من فئة الإدارة العليا بأسلوب المسح الشامل . توصلت الدراسة إلى توفر المتطلبات الأساسية لتطبيق ستة سيجما منها الإدارية والبشرية والتقنية، مع عدم توفر الدعم المالي للاستعانة بالخبراء وشراء التقنيات اللازمة. كما توصلت الدراسة إلى أن هناك أثر لتطبيق ستة سيجما على جودة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بمفهوم ستة سيجما والعمل على توفير المتطلبات اللازمة لعملية التطبيق. وكذلك توفير نظام للمعلومات عن المرضى يتم تحديثها بشكل مستمر .

#### 2. دراسة بدر (2009) بعنوان :

"أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة"

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة أثر تطبيق متغيرات مبادئ الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة على أداء المؤسسات في المنظمات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة، بالإضافة إلى التعرف على واقع تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في المؤسسات الأهلية الأجنبية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: وجود اهتمام كبير من قبل هذه المؤسسات بمبادئ الجودة الشاملة، وتطبيق هذه المتغيرات بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة، فقد كان أعلى مستوى تطبيق من نصيب التركيز على الزبائن، يليه التزام القيادة بمفهوم الجودة، ثم متغير السياسات والإستراتيجيات، يليه التحسين والتطوير المستمرين، ومن ثم النظم والقواعد الإدارية، وأخيراً مشاركة العاملين .

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة زيادة اهتمام والتزام الإدارة بتطبيق كافة أبعاد الجودة الشاملة، وضرورة إشراك العاملين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالجودة مع ضرورة العمل على تحسين وتطوير العمليات الإدارية، وكذلك ضرورة وجود النظم الإدارية المرنة التي تسهل من تقديم الخدمات بالجودة والسرعة المطلوبتين.

### 3. دراسة قنديل (2008) بعنوان:

"أثر تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة على السياسات التنافسية في المنشآت الصناعية - دراسة تطبيقية على منشآت القطاع الصناعي في قطاع غزة"

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة أثر تطبيق متغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة كمتغيرات مستقلة على السياسات التنافسية المتبعة في المنشآت الصناعية الفلسطينية كمتغير تابع، بالإضافة إلى التعرف على واقع نظام إدارة الجودة الشاملة في المنشآت الصناعية الفلسطينية، والتعرف على السياسات التنافسية التي تتبعها هذه المنشآت. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبانة تهدف إلى الدراسة الميدانية لمتغيرات مشكلة الدراسة من أجل اختبار الفرضيات، بحيث يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في الإدارة العليا في المنشآت الصناعية الحاصلة على شهادة المواصفات الدولية ISO 9000 والمنشآت الحاصلة على علامة الجودة الفلسطينية وعلامة الإشراف من مؤسسة المواصفات والمقاييس الفلسطينية، حيث تم توزيع ( 121 ) استبانة على عينة الدراسة، وتم استرداد ( 110 ) استبانة.

وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اهتمام من قبل المنشآت الصناعية- محل الدراسة- بمتغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة، وتطبيق أغلب هذه المتغيرات بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة، فقد كان أعلى مستوى تطبيق من نصيب كل من التركيز على الزبائن والتزام الإدارة العليا بالجودة، يليهما التحسين المستمر، ثم متغير الإجراءات التشغيلية، وأخيراً النظم الإدارية ويمثل هذا المتغير الأقل من

حيث التطبيق. كما وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن هناك اهتمام كبير من قبل هذه المنشآت بالسياسات التنافسية وتطبيقها بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة. وأيضاً أظهرت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جميع متغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة التي اعتمدها الباحث في الدراسة والسياسات التنافسية المتبعة في المنشآت الصناعية الفلسطينية.

خرجت الرسالة بعدة توصيات كان من أهمها: زيادة الاهتمام والوعي بضرورة تطبيق كافة أبعاد الجودة الشاملة، وضرورة تحديد المنشآت لأهدافها الإستراتيجية والمرحلية واختيار السياسات والأساليب المناسبة لتحقيقها بشكل دقيق ومدروس، كذلك ضرورة أن تسعى المنشآت لزيادة قدرتها التنافسية كهدف إستراتيجي بشكل يتفق ومتطلبات النظام الاقتصادي العالمي الجديد.

#### 4. دراسة جرار والقواسمي (2008) بعنوان:

" واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارة الاقتصاد الوطني الفلسطينية في الضفة الغربية:

##### دراسة تحليلية من وجهة نظر المديرين والمستفيدين".

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف تصورات العاملين في وزارة الاقتصاد الوطني نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التعرف على مستوى رضا المستفيدين عن جودة الخدمات المقدمة من الوزارة. ولتحقيق الهدف، تم استخدام المنهج الوصفي المسحي من خلال إعداد استباننتين وفقاً لنظام ليكرت الخماسي، وزعت الأولى على عينة مكونة من 155 مفردة من العاملين تم اختيارهم بأسلوب العينة العشوائية الطبقية، والثانية على 70 مفردة من المستفيدين تم اختيارهم بأسلوب العينة العشوائية البسيطة. وقد حرص الباحثان على أن تمثل محافظات الضفة الغربية كافة في عيني الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى نتيجة رئيسة مفادها: أن اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الوزارة، وكذلك مستوى رضا المستفيدين عن خدماتها كانت بمستويات متوسطة الدرجة. وأظهرت الدراسة عدم رضا من العاملين عن آليات صنع القرارات الإدارية في الوزارة، كما أن الوزارة لا تقوم بجهود كافية لتدريب العاملين وتطويرهم في مجال إدارة الجودة ولا تقوم بتحسين أعمالها بشكل مستمر. كما لم تظهر الدراسة وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى لمتغيرات: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمستوى الإداري، وموقع العمل، والإدارة العامة التي يتبع لها الموظف، والدورات التدريبية في مجال الجودة. وأوصت الدراسة

بضرورة تكريس الجودة الشاملة وتعزيزها في الوزارة كي تكون أفدر على تقديم خدماتها إلى المستفيدين بكفاءة وفاعلية.

#### 5. دراسة الدقي (2006) بعنوان:

##### "واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة"

هدفت هذه الدراسة للكشف عن واقع تطبيق معايير وركائز إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة ، والوقوف على مستوى الوعي لمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في تلك الوزارات ، ومعرفة مدى تطبيقهم وممارستهم لها والمعوقات التي تحول دون تطبيقها، في محاولة للإجابة على التساؤل فيما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية للعاملين في الوزارات تعزى للمتغيرات الشخصية المتمثلة بالجنس والمؤهل العلمي والمستوى الوظيفي وسنوات الخبرة.

فقد قام الباحث بتصميم استبانة لاستطلاع عينة الدراسة المكونة من الموظفين العاملين في الوزارات الفلسطينية في قطاع غزة والتي بلغ عددها ( ٤٣٠ ) موظفاً، تم اختيارهم من بين (3633) موظفاً، وهو المجموع الكلي لمجتمع الدراسة أي حوالي ١٤ % من العينة الطبقية العشوائية الممثلة لمجتمع الدراسة وقد استندت منهجية الدراسة على التصميم المسحي، وتم استخدام المنهج التحليلي الوصفي. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج كان من أهمها وجود اقتناع ورغبة قوية لدى الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، مع وجود تدني في درجة الالتزام والدعم لعمليات التحسين والتطوير، وسوء استغلال وتقييم فرص التدريب المتاحة، ووجود نقص في مستوى وعي العاملين حول عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة حيث أن التوجه العام نحو مشاركة العاملين كان ضعيفاً. وبناءً على النتائج السابقة تم الخروج ببعض التوصيات لمعالجة النقاط السلبية وتطوير الأنظمة المعمول بها، كما تم عرض إطار علمي مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية على مراحل.

## 6. دراسة الكحلوت (2004) بعنوان :

"العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة، من خلال التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة الخدمية في بعض أقسامها وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي:

تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة. وأن الحوافز بشقيها المادي والمعنوي غير كافية من وجهة نظر المستطلعين وكذلك تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة لدى المستطلعين، ضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعاراً وممارسة، وعدم وجود خطط أو أهداف واضحة .

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة العمل على إيجاد نظام معلومات متقدم يقوم بتزويد كافة المؤسسات الصحية بالبيانات الخاصة بقياس الأداء وتدريب العاملين على استخدامها وتحليلها بطرق إحصائية وكذلك ضرورة إعادة النظر في أنظمة الحوافز المتبعة في مؤسساتها بشكل عام، وضرورة تفعيل دور الإدارات العليا الصحية المختلفة وزيادة حجم مشاركتها في تبني تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة ، وضرورة تبني خطة عمل إستراتيجية شاملة تهدف إلى نشر ثقافة وفلسفة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات تتعلق بالتركيز على المرضى واحتياجاتهم والتركيز على الأفراد العاملين وتدريبهم بشكل مستمر.

## 7. دراسة شاهين ( 2004 ) بعنوان:

" إدارة الجودة الشاملة وأنظمتها في نجاح المنظمة والمنتج "

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم المفاهيم الإدارية الحديثة من خلال تقديم تصوراً شاملاً عن مفاهيم ومبادئ وأسس إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة للتعرف على أهم نظمها، و تحديد العلاقة بين هذا المفهوم وبين الأنظمة المساندة له بغرض رفع مستوى أداء المنظمة والأفراد والتحسين المستمر في هذا الأداء مما يساعد في تقديم منتج أو خدمة بأعلى جودة ممكنة، و إيجاد مزايا تنافسية استجابة للتغيرات الاقتصادية و الإدارية المتلاحقة و التطورات المتواعدة في بيئة إدارة الأعمال محلياً وعالمياً من خلال تشجيع ثقافة الجودة على مستوى المنظمة على شكل برنامج شامل تتكامل

عناصره الأساسية من إدارة عليا، عاملين، عملاء، مسؤولية جماعية، تحسين مستمر مع بعضها البعض للوصول إلى أجواء التميز والتفوق الدائم.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي:

1- تعظيم أثر القيادة في المؤسسات و مشاركة العاملين فيها في عملية صنع و اتخاذ القرار في كل المراحل و جميع المستويات.

2- تشجيع نهج الشفافية و المصارحة في النظام و طرحه بشكل واضح على مستوى الأقسام ومستوى الإدارة.

3- تشجيع و تنمية العلاقات ذات المنفعة المتبادلة مع الموردين ومع العملاء ومعاملتهم كشركاء في العمل والإنتاج.

#### 8. Baidoun , Zairi (2003):

##### A proposed model of TQM Implementation in the Palestinian context

##### "نموذج مقترح لتطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الفلسطينية"

هدفت هذه الدراسة إلى إنشاء نظام خاص للجودة الشاملة تقوم المنظمات الفلسطينية بتطبيقه تطبيقاً فاعلاً. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أنه لا يوجد اهتمام لدى إدارة المنظمات الفلسطينية في تطبيق الجودة الشاملة وهذا يتطلب رحلة طويلة وجهداً متواصلًا للبدء في تطبيق معايير الجودة الشاملة في هذه المنظمات، كما توصلت إلى أن هيكل الجودة الشاملة يمكن أن يتم تطبيقه في مختلف القطاعات ومختلف هذه المنظمات بغض النظر عن نوعها. وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: أن على المنظمات أن تجد الطرق المرشدة والمستمرة ودراسة أفضل التطبيقات لتحقيق النجاح في تطبيق الجودة الشاملة وتحقيق الاستمرارية في نجاح هذا التطبيق وأن تنتهج تطبيق الجودة الشاملة وعليها أن تتقن تطبيق الجودة الشاملة في بعض الدوائر المحددة بغض النظر عن مكانها في المؤسسة.

## 9. Baidoun (2003):

### An Empirical Study Of Critical Factors Of TQM In Palestinian Organizations

"دراسة ميدانية للعوامل الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الفلسطينية"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل التي تؤثر على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الفلسطينية وإلى قياس مدى تطابق هذه العوامل مع الأوامر في التركيبة الهرمية للمنظمة. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن هناك عدة عوامل أجمعت عليها المؤسسات تعتبر أساسية في إنجاح الجودة الشاملة وأهم هذه العوامل هي: حل المشاكل، واستمرارية تحسين العمليات التي تعتمد على الحقائق والتحليل النظامي، الوضوح في الاتصال، شمولية معرفة العملاء واحتياجاتهم ومدى انحياز الوسائل المتبعة لتحقيق هذه الحاجات وهناك عدة عوامل ترى بعض المنشآت أنها أساسية لنجاح الجودة ومنها: تدريب الموظفين لتحسين المهارات المتبادلة مثل مهارات الاتصال ومهارات المقابلات ومهارات القيادة، تدريب الموظفين على مهارات تعريف المشاكل وحلها ومهارات تحسين الجودة ومهارات تقنية أخرى. وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة جمع معلومات عن جميع العناصر المرتبطة بالمشروع والتي تخدم الجودة الشاملة مثل العملاء والموردين والمنافسين والذين يخدمون الأبحاث المستقبلية.

### 10. دراسة عبد اللطيف (2002) بعنوان:

"تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمائية غير الحكومية في الضفة الغربية

في فلسطين"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل التي تؤثر على ممارسات وركائز إدارة الجودة الشاملة، والتعرف على مدى الفروق والانحرافات في تطبيق هذا النظام، إضافة إلى وضع تصور لآلية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمائية الفلسطينية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن ما نسبته (82%) من العينة لم يتوفر لديهم إدارة خاصة بالجودة، وأن نسبة (60%) من المؤسسات لم يشاركوا في دورات تدريبية أو تعريفية في إدارة الجودة الشاملة، كما بينت الدراسة أن معايير ضمان الجودة لم تكن

ضمن أولويات المؤسسة، وأن الخدمة تنتج دائماً بأخطاء متنوعة في المرحلة الأولى، إضافة إلى ذلك عدم اهتمام مؤسسات الخدمات الفلسطينية بالبيئة والصحة العامة.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي:

1. إعادة هيكلة المؤسسات واستحداث دائرة خاصة بإدارة الجودة الشاملة .
2. العمل على نشر وتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية .
3. سن قوانين تتعلق بمعايير ومقاييس ركائز الجودة الشاملة ومتابعة تطبيقها.
4. الرقابة على المؤسسات التي تحمل شهادات (الأيزو) من قبل مؤسسة المواصفات والمقاييس.
5. إعادة تأهيل المدراء والموظفين من خلال برامج ودورات تدريبية في الجودة الشاملة.

### ثانياً: الدراسات العربية:

#### 1- دراسة الحوري (2008) بعنوان :

" تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية "

"دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة"

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون(المريض)، والتزام ودعم الإدارة العليا، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

## 2. دراسة السلايمة (2007) بعنوان:

### " إمكانية استخدام ستة سيجما لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي "

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق ستة سيجما في مستشفى المركز العربي الطبي في الأردن وذلك لتحسين الأداء الصحي بالمركز، حيث ركزت الدراسة على خمسة عناصر أساسية لاستخدامه وهي: الالتزام الفعال للإدارة العليا والتدريب والموارد البشرية ونظم المعلومات والثقافة التنظيمية، كما أشار الباحث إلى متغير تحسين الأداء الصحي من خلال تقليل الأخطاء الطبية وزيادة رضا المرضى.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: وجود استعداد لدى العاملين في المركز لاستخدام مفهوم ستة سيجما، وجود علاقة معنوية بين كل من الالتزام الفعال للإدارة العليا و سياسات التدريب واستخدام مفهوم ستة سيجما، بالإضافة إلى علاقة معنوية بين استخدام ستة سيجما وتحسين الأداء الصحي بالمركز.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة الاهتمام بمفهوم ستة سيجما، وضرورة العمل على الاستثمار في التدريب كما وأوصت الدراسة بضرورة توفير وتخصيص الموارد المالية لاستخدام وتطوير مفهوم ستة سيجما.

## 3. دراسة بومدين (2007) بعنوان:

### " إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز "

هدفت هذه الدراسة إلى إيجاد صلة وثيقة بين أثر تبني هذه الفلسفة الإدارية الحديثة (إدارة الجودة الشاملة) كأحد العوامل الأكثر تفسيراً وتحليلاً للعلاقة الموجودة مع حسن تطبيقها وبناء وتعزيز الميزة التنافسية للمنظمة وبما يؤول إلى تحقيق الأداء المتميز كهدف يضمن البقاء والنمو وكذلك إلى إظهار التقنيات المناسبة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة باعتبارها من القرارات المحورية حيث تنشأ مشكلات وأضرار جسيمة نتيجة الاستخدام غير المبرر لتقنيات لا تتناسب مع ظروف المنظمة وطبيعة الخدمات التي تقدمها ومدى انعكاس تطبيق هذه التقنيات في تحسين الأداء المنظمي لمنظمات الأعمال وصولاً لتقديم بعض الاستنتاجات والمقترحات بهذا الشأن.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي:

- 1- ضرورة احترام المنظمات للمنهج العلمي في تطبيق إدارة الجودة الشاملة من أجل الوصول إلى التحسين المستمر في جميع أنشطة المنظمة.
- 2- ضرورة قيام إدارة المنظمة باتخاذ كافة التدابير الضرورية والقيام بالممارسات العملية اللازمة لنشر وتعميم ثقافة الجودة في مختلف المستويات الإدارية.
- 3- ضرورة توسيع عدد المؤسسات التي تدخل للبرنامج الوطني للتأهيل في القطاعين العام والخاص للحصول على إحدى الشهادات المطابقة لأنظمة الجودة.
- 4- جعل إدارة الجودة الشاملة هدف إستراتيجي يبدأ بالإدارة العليا وينتهي بأخر فرد عامل.
- 5- الانفتاح على التجارب العالمية في مجال الجودة في الدول المتقدمة عموماً والعربية خصوصاً للاستفادة من تطبيقاتها ومن أبرزها جوائز الجودة العالمية.

#### 4. دراسة العمر (2002) بعنوان:

"مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض "

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في المستشفيات السعودية، وعلى الفروق بين القطاعات المختلفة في مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتعرف على المبادئ المؤثرة في مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفيات.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن هناك تفاوت في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المستشفيات، وأوضحت أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري بتطبيق مبدأ التحسين المستمر .

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة إيجاد نظام معلومات متقدم لمساندة عملية اتخاذ القرارات الصحيحة، والعمل بشكل جاد لنشر ثقافة الجودة الشاملة والاستمرار في رفع مستوى تطبيق مبدأ التحسين المستمر، والعمل بشكل أكبر على تطبيق مبدأ التركيز على العميل.

## 5. دراسة جودة (2002) بعنوان:

"مبادئ إدارة الجودة الشاملة مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على

بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية بمصر"

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم بيئة المستشفيات الحكومية العامة والمركزية التابعة لمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية بمصر من كافة أبعادها، ومختلف عناصرها، وخاصة تلك المتعلقة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة، وقياس مدى تطبيق هذه المبادئ، والوقوف على مدى التفاوت في تطبيقها في المستشفيات محل الدراسة، والتعرف على متطلبات التطبيق والنواحي السلبية المعيقة لها. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: تدني فعالية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في بيئة المؤسسة.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي :

- 1- توفير الإمكانيات البشرية و المادية والمالية لتطبيق هذا المفهوم.
- 2- الاهتمام بتغيير وتطوير ثقافة الإدارة العليا في المؤسسات نحو تطبيق هذا المنهج الجديد.
- 3- تقديم المعرفة بمنهج إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين بالمؤسسات وذلك من خلال عقد ندوات مستمرة، أو إعداد برامج تدريبية رفيعة المستوى، أو إيفاد عدد من العاملين إلى بعثات خارجية لمؤسسات سبق لها التطبيق والعمل بهذا المنهج لاكتساب خبراتهم وتجاربهم.

## 6. دراسة أبو دولة و النياي (2000) بعنوان:

" تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة "

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العوامل الأساسية لإدارة الجودة الشاملة وماهية متغيراتها التي تراها منظمات الخدمة العاملة في بيئة الأعمال الإماراتية. وتوصلت الدراسة لتحديد ثلاثة عشر عاملاً أساسياً لإدارة الجودة الشاملة وهي (التركيز على الزبون، إبراز المظاهر الملموسة لجودة الخدمة في المنظمة، دمج ثقافة الجودة في ثقافة المنظمة، إدارة القوى البشرية، نظام المعلومات وبيانات الجودة، توكيد الجودة، العلاقة بالمورد، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا، تطوير العملية الإدارية، المشاركة و الحافزية، المقارنة المرجعية، أثر المنظمة تجاه المجتمع) وهذه العوامل هي كما رأتها منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة مرتبة حسب الأكثر ممارسة من قبل تلك المنظمات.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي : ضرورة إرسال المديرين وخاصة الذين في الإدارة العليا إلى برامج تدريبية متخصصة في إدارة الجودة الشاملة وإدارة التغيير، كما أوصت بضرورة أخذ البعد الثقافي لأي بلد لمعرفة أثره على ممارسات إدارة الجودة الشاملة عند إجراء المزيد من الأبحاث.

### ثالثاً: الدراسات الأجنبية:

#### 1. Prajogo, Brown, (2004):

**The relationship between TQM practices and quality performance and the role of formal TQM programs : an Australian empirical study .**

" العلاقة بين ممارسات الجودة الشاملة و جودة الأداء و أثر برامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة الرسمية: دراسة ميدانية مطبقة في استراليا ."

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى وجود علاقة بين أداء المنظمات من خلال تبني برامج رسمية أو عدم تبنيها و بين تطبيق ممارسات الجودة، من خلال دراسة: هل تطبيق الجودة الشاملة يؤثر على الإنجاز أم لا ؟ ودراسة مدى تأثير عدم تطبيق الجودة الشاملة على العلاقة بين ممارسات الجودة الشاملة وإنجاز الجودة، ودراسة كيف يمكن أن تؤثر برامج الجودة الشاملة على العلاقة بين ممارسة الجودة الشاملة وإنجاز الجودة ؟ ومعرفة ما هي طبيعة العلاقة بين ممارسات الجودة الشاملة وإنجاز الجودة الشاملة في المشاريع التي تطبق الجودة الشاملة وفي المشاريع التي لا تطبق الجودة الشاملة ؟ وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن للجودة الشاملة أثراً فعالاً وهذا الأثر يعتبر مشجع للشركات التي لا تطبق الجودة الشاملة، حيث أظهرت برامج الجودة الشاملة تحسين العمليات الإدارية والتخطيط الإستراتيجي و كان ذلك من خلال إيجاد العلاقة بين متغيرات إنجاز الجودة وبين الجودة الشاملة.

## 2. Hansson, (2003):

### Total Quality Management – Aspects of Implementation and Performance

#### *Investigations with a Focus on Small Organizations*

"إدارة الجودة الشاملة – سمات التطبيق والأداء"

تحقيقات مع التركيز على المنظمات الصغيرة

هدفت هذه الدراسة إلى عرض نتائج مشروع بحث مختلفين، حيث يركز المشروع الأول على العلاقة بين تطبيق إدارة الجودة الشاملة والأداء المالي في المنظمات السويدية. حيث تم الحصول على هذه النتائج من خلال دراسة المنظمات التي حصلت على جوائز الجودة السويدية بتطبيقها الناجح والفعال لنظام إدارة الجودة الشاملة. ويركز المشروع الآخر على تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصغيرة، حيث تم دراسة منطمتين حصلتا على شهادة الجودة - من خلال تطبيقهما الناجح لنظام إدارة الجودة الشاملة - كحالات دراسية، حيث تبين من خلال هذه الدراسة أن بعض المبادئ الأساسية لنظام إدارة الجودة الشاملة والتي توصف عادة بأنها قواعد هذا النظام أكثر أهمية من عناصر أخرى عند البدء بعملية التطبيق، وهذه المبادئ هي: القيادة، التزام جميع العاملين، والتركيز على الزبائن.

## 3. Shams-ur Rahman , Bullock, (2002):

**Soft TQM, hard TQM, and organizational performance relationships:**

**An empirical investigation,**

**An analysis of 260 Australian manufacturing companies**

"علاقة إدارة الجودة الشاملة للجهد البشري وإدارة الجودة الشاملة للجهد المادي مع الأداء"

التنظيمي (دراسة ميدانية) ."

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار العلاقة بين الجودة الشاملة و أداء المنظمات، من خلال تصميم نموذجين لاختبار هذه العلاقة بين الأداء و كل (من العوامل البشرية، والعوامل المادية) فالنموذج الأول: هو العلاقة بين soft TQM وبين الأداء وقام بتحديد ستة عوامل لتوضيح soft TQM.

والمقصود ب soft TQM هي عوامل الجودة الشاملة التي تخص الجهد البشري وتشمل:  
التزام الكادر البشري، مشاركة في الرؤيا، التركيز على العملاء، استخدام فرق العمل، تدريب الأيدي العاملة، التعاون مع الموردين و تحسين العلاقة معهم.  
أما النموذج الثاني: هو العلاقة بين hard TQM وبين الأداء وقام بتحديد أربعة عوامل لتوضيح hard TQM.و المقصود ب hard TQM هي عوامل الجودة الشاملة التي تخص العوامل المادية في المنشأة: مثل استخدام الحاسوب، واستخدام نظام " Just In Time " JIT ، استخدام الوسائل التكنولوجية، المساعدة في العمل، التحسين المستمر في العمل .  
وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عوامل soft TQM وبين الأداء، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين ثلاثة عناصر من أربعة في hard TQM و بين الأداء وهم: (استخدام نظام JIT، واستخدام التكنولوجيا، والتحسين المستمر في العمل).

#### 4. Antic & Novievic, (1999):

##### **Total quality management and activity – based costing**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفلسفات الإدارية الحديثة اللازمة لنجاح إدارة المؤسسات في يوغسلافيا في ظل المنافسة العالمية، و تغيرات التكنولوجيا السريعة بما يحقق الرضا للعميل في المقام الأول وذلك من خلال تحسين، وتحقيق جودة الخدمات والمنتجات بما يكفل تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة لمدة زمنية طويلة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن الجودة يجب أن لا تقتصر على الخدمات أو المنتجات فقط بل يجب أن تشمل كافة النشاطات بالمؤسسة، تؤكد إدارة الجودة على تصميم الجودة من البداية و ليس الرقابة بعد التصنيع.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها ما يأتي: ضرورة الاهتمام بشكل خاص بتقدير التكلفة على أساس النشاط بما يتوافق مع إدارة الجودة الشاملة.

## 5. Huq, Stolen, (1998):

### T Q M Contrasts In Manufacturing And Service Industries.

" مدى وجود فروق في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين الصناعات الإنتاجية و الخدمية "

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى وجود اختلافات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين الشركات الصناعية وشركات الخدمات وشملت ثلاثين شركة تصنيع وخدمات.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يأتي: أن الجودة الشاملة مفهوم شامل ولكن الشركات أخفقت في تقييم واضح لموقفها وفهمها للجودة الشاملة وخاصة تطبيق الجودة الشاملة في ظل ظروف متغيرة، وذلك على اعتبار أن الأدوات والخطوات المستخدمة في الجودة الشاملة تختلف عنها في قطاع الخدمات بالمقارنة مع قطاع الصناعة.

كما توصلت إلى أن هناك اختلاف بين الشركات الصناعية والشركات الخدمية حيث أظهرت قصور في فهم ومعرفة الجودة الشاملة و أن الالتزام الكامل بنتائج TQM كان بشكل منخفض في الشركات الخدمية والصناعية ، وعلى الرغم من عدم التشابه بين الشركات الصناعية وشركات الخدمات إلا أنهم يواجهون نفس المشاكل واعتقادهم بالاستفادة الكاملة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وأيضاً حل هذه المشاكل لاقى نفس وجهة النظر.

#### التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض السابق قلة أو ندرة الدراسات المحلية التي تتعلق بدراسة مبادئ الجودة الشاملة في الرعاية الصيدلانية، حيث أن كل الدراسات المحلية التي تتعلق بمفهوم الجودة الشاملة و تطبيقاتها على القطاع الصناعي أو الخدمي كالبنوك والوزارات لذلك، فإن أهم ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة هو تطرقها وإظهارها للأثر الذي تلعبه الجودة الشاملة في رفع مستوى أداء المؤسسات الصيدلانية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، لكون الجودة الشاملة من أكثر المداخل الإدارية شمولاً وعطاءً وأفضل الأساليب الإدارية الحديثة التي تسعى للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة، بما يحقق متطلبات واحتياجات العملاء بشكل أكثر تميزاً وإتقاناً.

ومن خلال الدراسات السابقة يمكن ملاحظة بعض النقاط المهمة والتي تأخذ بعين الاعتبار:

- 1- تتفق معظم الدراسات السابقة على ضرورة الاهتمام بالزبائن وبجمهور العملاء من خلال تقديم كل ما تحتاجه وتتوقعه من خدمات ومنتجات.
- 2- تختلف معظم الدراسات فيما بينها على عناصر إدارة الجودة الشاملة التي تعتمد عليها في دراساتهما، ويرجع السبب في ذلك لاختلاف بيئة الدراسة من رسالة لأخرى، إلا أنه توجد هناك بعض المتغيرات التي تتفق عليها جميع الدراسات كالاتمام بالزبائن والتحسين والتطوير المستمر ومشاركة العاملين.
- 3- كما تم الاستفادة من الدراسات السابقة في الوقوف على جوانب تتعلق بموضوع الدراسة وفي إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية، وأيضاً في المنهجية المتبعة و بناء أداة الدراسة، كما تم الاطلاع على بعض المراجع التي استندت إليها تلك الدراسات، بالإضافة إلى مناقشة ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج و توصيات.

## **الفصل الثاني**

### **الإطار النظري للدراسة**

**ويتكون من مبحثين :-**

**2.1 المبحث الأول: مفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة**

**2.2 المبحث الثاني: الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية**

# المبحث الأول

## مفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة

- 2.1.1 المقدمة.
- 2.1.2 تعريف الجودة.
- 2.1.3 الجودة في الإسلام.
- 2.1.4 الجودة في القطاع الخدماتي.
- 2.1.5 أبعاد جودة الخدمة.
- 2.1.6 الجودة في القطاع الصحي.
- 2.1.7 عناصر جودة الخدمات الصحية.
- 2.1.8 مراحل تطور الجودة.
- 2.1.9 رواد إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.10 المفاهيم العامة في الجودة الشاملة.
- 2.1.11 مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.12 أهداف إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.13 فوائد إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.14 أدوات إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.15 مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- 2.1.16 معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام.

### 2.1.1 المقدمة :

تسعى منظمات الأعمال في العصر الحالي إلى إثبات وجودها، من خلال تقديم أفضل ما تستطيع من خدمات، بحيث تفوق هذه الخدمات توقعات الزبائن ومتطلباتهم، فتقديم الأفضل هو المفتاح الأساس الذي تدخل من خلاله هذه المنظمات إلى تحقيق التقدم والتميز على منافسيها، وذلك لأن بيئة الأعمال الحالية أصبحت بيئة تتسم بالسرعة في التغيير، كما أن الأسلوب أو الطريقة المعتادة في أداء الأعمال باتت غير ملائمة لهذه البيئة. من هنا أصبحت منظمات الأعمال ملزمة في البحث عن كل ما يمكن أن يحقق لها إستراتيجياتها بمختلف الأساليب والطرق مما يساعدها في تحقيق أعلى مستويات الأداء والتميز للوصول إلى أعلى مرتبات رضا الزبون، إذ أصبح الزبون في دائرة الاهتمام والتركيز ومحط أنظار العديد من المنظمات التي تحاول اجتذابه بشتى الطرق والوسائل الممكنة (الحوري، 2008).

لقد أصبحت الجودة اليوم تشكل سلاحاً تنافسياً هاماً لا يمكن لأي شركة أو مؤسسة معاصرة أن تواجه التحديات التي يفرضها تيار (العولمة) دون أن تتسلح به، و سواء أكانت تلك المؤسسة شركة إنتاجية أم مؤسسة خدماتية أم حتى منظمة غير ربحية، فإنه يتحتم عليها الاهتمام بموضوع الجودة بأن تضعه في سلم أولوياتها؛ كي تتمكن من الصمود في وجه المنافسة العالمية التي تزداد يوماً بعد يوم؛ بفعل حرية التجارة العالمية؛ و تنامي قوة الشركات متعددة الجنسيات (البكري، 2002).

ويعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تقوم على مجموعة من الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن ، وتحسين الإنتاجية ، وزيادة الأرباح ، وتحسين سمعتها في السوق المحلي والخارجي، في ظل الارتفاع الكبير في عدد الشركات والمؤسسات على اختلاف مجالاتها ونشاطاتها، ولهذا فقد أصبح لزاماً عليها العمل على استكمال مقومات نظم الجودة لكي تحظى بالقبول العالمي حسب معايير الجودة المتفق عليها دولياً ، وتستطيع بالتالي السير باتجاه تيار العولمة الذي لن يقبل إلا الشركات المتميزة بالجودة في منتجاتها وخدماتها (الدرادكة، 2006).

### 2.1.2 تعريف الجودة :

يعتبر أصل الكلمة الاشتقاقي ( ج و د ) وهو أصل يدل على التسامح بالشيء وكثرة العطاء (معجم المقاييس 493/1)، ومن اشتقاقاته : الجيد : ضد الرديء وجاد الشيء جُودة وجودة أي صار جيداً، وأجدت الشيء فجاد، والتجويد مثله، ويقال: هذا شيء جيد بين الجُودة والجودة. وقد جاد جَودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل. ويقال: أجاد فلان في عمله وأجودَ وجادَ عمله بجود وجودة (ابن منظور ، ج2 ، 2003 : 255 - 254).

يرجع مفهوم الجودة (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas) و التي تعنى طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وقديماً كانت تعنى الدقة والإتقان من خلال قيامهم بتصنيع الآثار التاريخية والدينية من تماثيل وقلاع وقصور لأغراض التفاخر بها، أو لاستخدامها لأغراض الحماية، وحديثاً تغير مفهوم الجودة بعد تطور علم الإدارة وظهور الإنتاج الكبير والثورة الصناعية وظهور الشركات الكبرى وازدياد المنافسة، إذ أصبح لمفهوم الجودة أبعاد جديدة ومتشعبة (الدرادكة، 2006). فقد عرف جوران وزميله ، الجودة أنها مدى ملاءمة المنتج للاستعمال Fitness for use فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج في رأي Juran وزميله هو هل المنتج ملائم للاستعمال أم غير ملائم بغض النظر عن وضع وحالة المنتج. كما عرفت الجودة على أنها مدى المطابقة مع المتطلبات Conformance to Requirements فكلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة. أما المواصفة الدولية ISO 9000:2000 فقد عرفت الجودة بأنها درجة تلبية مجموعة الخصائص الموروثة في المنتج لمتطلبات العميل (جودة، 2008).

### 2.1.3 الجودة في الإسلام :

جاء الدين الإسلامي الحنيف منذ بزوغ فجره على البشرية ليؤكد على قيمة العمل وضرورة إتقانه ، إذ أن أسلوب الجودة الشاملة نجده في تعاليم الدين الإسلامي بكل مفاهيمه ، وجودة الإدارة هي ما يسميها الدين الإسلامي (الإتقان) ، والمسلم مطالب بإتقان عمله لإرضاء الله عز وجل ، وإرضاء الآخرين ، ففي الشريعة الإسلامية مبادئ ومفاهيم لإدارة الجودة الشاملة تدعو إلى مراعاة العمل والجدية والإتقان فيه من خلال :

1. **القيم** : التعرض للقيم السامية ، وقد ورد في الحديث الشريف : "إن الله كتب الإحسان في كل شيء".
2. **العمل** : إنجازه بإتقان وجودة عالية ، قال عليه الصلاة والسلام " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه".
3. **المهارات** : تطوير المهارات الإدارية والفنية والعملية ، قال الله تعالى : "إن خير من استأجرت القوي الأمين" (القصص : آية 26).
4. **الوقت** : استخدام الوقت بحساب وعدم تضييعه في اللهو ، قال تعالى : "والعصر، إن الإنسان لفي خسر، إلا الذين آمنوا وعملوا الصالحات وتواصوا بالحق وتواصوا بالصبر" (العصر : آية 1-3).
5. **الناس** : التعامل مع الأفراد باحترام وتعاون، قال تعالى "وإنك لعلی خلق عظیم" (القلم:آية 4).
6. **الموارد** : استخدام الموارد على مختلف أنواعها باقتصاد وعدم الإسراف فيها ، قال تبارك وتعالى : "ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين" (الأعراف : آية 31).
7. **القرار** : وذلك من خلال التشاور والصدق في اتخاذ القرار ، قال الجليل تبارك وتعالى : "وشاورهم في الأمر فإذا عزمت فتوكل على الله " (آل عمران : آية 159) ، وقال تبارك وتعالى : "وأمرهم شورى بينهم" (الشورى : آية 38).
8. **المعاملة** : وذلك من خلال العدل في التعامل مع العاملين وإعطاء الحقوق لأصحابها ، قال عليه الصلاة والسلام : "أعط الأجير أجره قبل أن يجف عرقه" ، وقال : "المؤمن للمؤمن كالبنیان يشد بعضه بعضاً".
9. **المقاييس** : التزام الدقة في المقاييس والمعايير ، فالإسلام يقيمها بالذرة مصداقاً لقوله تعالى : "فمن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ، ومن يعمل مثقال ذرة شراً يره" (الزلزلة : آية 7،8) (زيدان، 2010).

#### 2.1.4 الجودة في القطاع الخدمي :

الخدمة هي نشاط أو عمل ينجز من أجل عمل معين ، أو هي وظيفة يتم الطلب عليها. وهذه الوظيفة يمكن أن تكون محددة مسبقاً (كما في الخدمات القياسية مثلها خدمة الصراف الآلي) أو غير محددة (كما في الخدمات الزبونية ومثلها خدمة التشخيص الطبي). والخدمات تتسم بالتنوع الكبير فهي يمكن أن تكون متخصصة كما في الاستشارة الطبية أو المحاضرة أو حل مشكلة فنية في الإنتاج أو العمل المحاسبي أو صيانة لآلة..إلخ ، كما يمكن أن تكون الخدمة يدوية حرفية كما في أعمال النظافة أو صيانة الأدوات والأجهزة. إن بعض الشركات الصناعية تقدم " سلعة مجردة Pure Good" فقط دون امتزاجها بالخدمة كما هو الحال في المناجم التي تستخرج الخامات وتبيعها بدون تقديم أية خدمة ومثل هذه السلع المجردة تسمى بضاعة (Commodity) ، والمنافسة فيها تكون على أساس السعر وليس الخصائص، في حين أن السلع تتميز بعضها عن بعض والمنافسة فيها تتم على أسس الخصائص ومنها الخصائص المرتبطة بالخدمة المترافقة معها.

وفي المقابل فإن بعض الشركات الخدمية أيضاً تقدم خدمة مجردة (Pure Service) فقط دون اقترانها بالسلعة، كما هو الحال في الشركات الاستشارية التي لا تقرن تقديم الخدمة بأي نوع من السلع ، ومع ذلك فإن القسم الأغلب من الشركات تقدم مزيج السلعة - الخدمة (Mix of Good-Service) كما في شركات صناعة السيارات فإنها تبيع السيارة كسلعة وتقدم حزمة واسعة من الخدمات التسويقية وخدمات ما بعد البيع (نجم، 2010).

#### 2.1.5 أبعاد جودة الخدمة:

في مجال تحديد مكونات الخدمة توصل مجموعة من الباحثين إلى أن المعايير التي يبني عليها العملاء توقعاتهم و إدراكاتهم، و بالتالي حكمهم على جودة الخدمة تمتد لتشمل عشرة أبعاد رئيسة هي:

- أ- **درجة الثقة و المصداقية في الأداء:** و تعني الاتساق في الأداء، و إنجاز الخدمة كما تم الوعد بذلك، و أداء الخدمة بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى.
- ب- **سرعة الاستجابة:** و تشير إلى المبادرة إلى مساعدة العملاء و الرد السريع على استفساراتهم، و الحساسية اتجاه حاجات العملاء، و السرعة في أداء الخدمة.

ج- **الكفاءة أو القدرة:** و تعكس المهارة و القدرة على أداء الخدمة والتي تستمد من توافر المعلومات و الإلمام بظروف و طبيعة العمل و امتلاك كافة المهارات الضرورية لتحقيق الأداء السليم للخدمة.

د- **الوصول للخدمة:** لا يتضمن هذا الجانب سهولة الاتصال فحسب، و لكن كل ما من شأنه أن ييسر من الحصول على الخدمة. مثل ملاءمة ساعات العمل، و توافر عدد كاف من منافذ الخدمة، و ملاءمة موقع البنك، ووجود عدد مناسب من آلات الصراف الآلي.

هـ- **المصداقية:** و تشمل الأمانة و الثقة و السمعة، في كل من المؤسسة و مقدم الخدمة .

و- **الاتصال:** و يعني دوام إمداد العملاء بالمعلومات، و مخاطبة العميل باللغة التي يفهمها، والإنصات و تأمين الحصول على المعلومات المرتدة .

ز- **الأمان:** و يعكس ذلك بالدرجة الأولى خلو المعاملات مع المؤسسة الخدمية من الشك أو المخاطرة أو الخطورة .

ح- **الفهم:** و يعكس الجهد المبذول للتعرف على احتياجات العميل، و مواءمة الخدمة في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفير الاهتمام الشخصي للعميل و سهولة التعرف عليه .

ط- **اللباقة:** و تعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام و الأدب، و أن يتسم بالمعاملة الودية مع العملاء و من ثم فإن هذا الجانب يشير إلى الصداقة والاحترام والود بين مقدم الخدمة والعميل.

ي- **النواحي المادية الملموسة:** و تشير إلى مظهر التسهيلات المادية و المعدات و العاملين ومستوى التكنولوجيا و تصميم المباني و غير ذلك (الحداد، 1999).

ويعتبر (زيدان، 2010) بأن أبعاد جودة الخدمة هي :

1. **الوقت Time :** كم ينتظر المستهلك.
2. **دقة التسليم Timeliness :** التسليم في الموعد المحدد.
3. **الإتمام Completeness :** إنجاز جميع جوانبها بشكل كامل.
4. **التعامل Courtesy :** ترحيب العاملين بكل الزبائن.
5. **التناسق Consistency :** تسليم جميع الخدمات بنفس النمط للزبون.
6. **سهولة المنال Convenience :** إمكانية الحصول على الخدمة بسهولة.

7. **الدقة Accuracy** : إنجاز الخدمة بصورة صحيحة منذ أول لحظة.

8. **الاستجابة Responsiveness**: التفاعل بسرعة من العاملين لحل المشاكل غير

المتوقعة.

### 2.1.6 الجودة في القطاع الصحي :

إن جودة الرعاية الصحية يمكن اختصارها بأنها الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد وللجماعات، في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة، ضمن إطار اقتصادي معين، وموازنة للمخاطر بالفوائد، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة، ومن التعاريف الشائعة تعريف (منظمة الصحة العالمية، 1988) وهي " التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة والوفيات والإعاقة وسوء التغذية" (نياز، 2005) .

إن جودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية.

أو هي الرعاية التي تمتاز بدرجة عالية من إرضاء المستفيدين ، والتميز المهني ، وكفاءة استخدام الموارد ، وتحقيق النتائج المرجوة ، وتحد من تعرض المريض للخطر .

و تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها : " درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي".

أي أن الجودة هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة (الأحمدي، 2000).

### 2.1.7 عناصر جودة الخدمات الصحية:

1. **فعالية الرعاية (Effectiveness)**: درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج

المرجوة منها أي أن تؤدي الرعاية إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر .

2. **الملاءمة (Appropriateness)**: اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة

المريض.

3. القبول (Acceptance): تقبل المريض (والمجتمع) لاستخدام إجراء صحي معين.
4. إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access): مثال ذلك قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء في العيادات الخارجية أو للتتويم أو لإجراء عمليات جراحية.
5. العدالة (Equity): مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلا وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
6. الكفاءة (Efficiency): الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين (الأحمدي، 2000).

### 2.1.8 مراحل تطور الجودة:

على الرغم من ظهور مفهوم الجودة منذ زمن بعيد إلا أنه لم يظهر كوظيفة رسمية للإدارة إلا في الآونة الأخيرة، إذا أصبح ينظر إلى مفهوم الجودة في الفكر الإداري الحديث على أنه وظيفة تعادل تماما باقي الوظائف مثل وظيفة المشتريات ووظيفة الهندسة وبحوث التسويق وأصبحت تستحق الانتباه و الاهتمام ومن جانب الإدارة العليا بالمنظمات، وسنتعرف هنا على المراحل المختلفة التي مرت بها الجودة فقد مر مفهوم الجودة بثلاث مراحل أساسية:

#### أولاً : الفحص:

يعرف الفحص وفقا للمعايير البريطانية الدولية " بأنه مجموعة أنشطة تتضمن القياس، الاختبار، والمعايرة لصفة أو أكثر من صفات المنتج أو الخدمة ومقارنتها بالمتطلبات المحددة مسبقا لتحديد درجة المطابقة"(مصطفي، 1998).

#### ثانياً : ضبط الجودة:

هي التقنيات للعمليات وللشطات الرامية لتأمين متطلبات الجودة، أو البرامج والنشاطات الرامية لإيجاد الثقة التامة بأن جودة رعاية المريض تلبى المتطلبات أو الاحتياجات المنصوص عليها أو الضمنية، وهو نشاط منظم يتضمن جميع عمليات التخطيط الأساسية والفرعية لتحسين جودة الرعاية الصحية(نياز، 2005) .

## ثالثاً : ضمان الجودة:

هو مجموعة الأنشطة المنهجية المخطط لها والمنفذة ضمن نظام الجودة والتي تعطي الثقة بأن المنتج أو الخدمة يلبي متطلبات الجودة، وأكثر التعاريف استخداماً لهذا المصطلح هي: "عملية منتظمة مستمرة تهدف لتحسين الأداء، تشمل أنشطة وضع المعايير والمؤشرات ومناظرة تحسين الأداء" (نياز، 2005).

### 2.1.9 رواد إدارة الجودة الشاملة:

هناك العديد من العلماء والباحثين الذين كان لهم دوراً فعالاً وبصمات مميزة على تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة ، ومن بين هؤلاء العلماء والباحثين:

#### أولاً : إدوارد ديمينج W. Edwards Deming:

مستشار أمريكي حاصل على درجة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء ، ويلقب بأبي ثورة إدارة الجودة الشاملة. كان نشاطه في مجال الجودة حيث يعتبر من الذين كانت لهم إسهامات مميزة في مجال الضبط الإحصائي للعمليات Statistical Process Control وقد اعترف اليابانيون بفضل ديمينج في الجودة في اليابان ، حيث قلده الإمبراطور هيروهيتو عام 1960 وساماً رفيعاً تكريماً لدوره في هذا المجال (جودة ، 2008 ).

ويعود الفضل لديمنج في التحسن المستمر في شركات اليابان التي تفوقت على نظيراتها في العالم وخاصة الأمريكية، بدأ ديمينج في صيف عام (1950) حيث علم اليابانيين كيف يقومون بعمل ما يفعلونه، وقد تأسست جائزة ديمينج عام (1951) وهي أعلى جائزة للتميز والتفوق الصناعي الياباني (الناظر، 2004).

يرى ديمينج أن تحقيق التميز في جودة المنتجات يتم من خلال الاعتماد على برنامج متكامل يتكون من أربعة عشر مبدأً وهي:-

1. إيجاد التناسق بين أهداف المؤسسة.
2. إيمان قيادة المؤسسة بالتغيير والتطوير.
3. عدم الاعتماد على الفحص بهدف اكتشاف الأخطاء وتكريس عملية بناء الجودة في المنتج لتكن أساساً للمراحل التالية لها.

4. إيجاد علاقات طيبة بين المؤسسة والأطراف الجهات المتعاملة معها أساسها التفوق والتميز في الأداء لكي يتم إسعادهم وإرضائهم ، إذ أن من المهم أن لا يكون أساس هذه العلاقات السعر فقط (خلق العميل قبل السعر).
5. التحسين الدائم للمنتج والخدمات المقدمة من الشركة.
6. الاهتمام بعملية التدريب بشكل مستمر.
7. تكريس دور القيادة بعملية التطوير.
8. الاعتماد على فرق العمل وتشجيعها على العمل وإبعاد الخوف عنها.
9. الانفتاح بين أقسام الشركة والتخلص من الحواجز القائمة بينها.
10. التخلص من عادة التهديد للعاملين وتوجيه اللوم إليهم.
11. التشجيع المستمر للعاملين والتحسين المستمر لأسلوب وطريقة أدائهم.
12. تكريس مبدأ الاعتزاز بالعمل لدى العاملين.
13. تطوير برامج التعليم والتحسين الذاتي.
14. الالتزام الدائم والجاد من قبل الإدارة العليا في المؤسسة بالجودة والإنتاجية (الدرادكة ، (2006).

#### ثانياً : جوزيف جوران Joseph Juran:

جوزيف جوران هو عالم أمريكي، تعمق بالجودة، وأدخل مفاهيم جذرية ونظريات رئيسية في هذا المجال، له مؤلفات عديدة متداولة في أكثر من (75) دولة في العالم كمراجع أساسية لتخطيط وتحسين الجودة. وهو صاحب المقولة المشهورة: "الجودة لا تحدث بالصدفة، بل يجب أن تكون مخططة"، وقد أسهم جوران في ثورة الجودة في اليابان (جودة ، 2004).

ويمكن تلخيص المفاهيم التي اشتملت عليها إسهامات جوران في النقاط التالية:-

1. إن مستوى الجودة له علاقة مباشرة بمستوى رضا العميل ، فيحدث الرضا عندما تكون جودة المنتج وأدائه على مستوى عالي.
2. تتحقق الجودة الهادفة لإرضاء العميل من خلال:
  - تحديد احتياجات ومتطلبات العميل ، وفي ضوءها يتم تحديد مستوى الجودة المطلوب.

• مراعاة هذه الاحتياجات والمتطلبات عند تصميم المنتج ، بشكل يحقق الجودة التي بدورها تحقق الرضا لدى العميل.

3. تتكون الجودة عند جوران من شقين :

• الجودة الداخلية وتركز على مبدأ الممول والمستهلك الداخلي.

• الجودة الخارجية وتتعلق بالمستهلك الخارجي.

4. ويؤلف الشقين معاً سلسلة تدعى بسلسلة الجودة.

شدد جوران على أهمية وضرورة التحسين المستمر للجودة ومن خلال برامج أطلق عليها اسم (مشاريع تحسين الجودة المتتالية).

1. قسم جوران تكاليف الجودة إلى ثلاثة أقسام :

• تكاليف الإخفاق أو الفشل الناجمة عن أداء العمل بشكل غير صحيح وما يترتب على

ذلك من تصحيح وإعادة العمل من جديد أو خسارة الزبائن.

• تكاليف القياس الناجمة عن فحص الإنتاج.

• تكاليف الحماية أو المنع وتشتمل على تكاليف الرقابة الوقائية والتدريب من أجل الإنجاز

السليم.

2. ربط جوران مسألة الجودة وتحسينها بمدى كفاءة الإدارة وقدرتها على التخطيط والرقابة

والتحسين المستمر وهو ما عرف بثلاثية جوران.

3. أشار جوران إلى ضرورة إيجاد جهة تكون مسؤولة عن الإشراف العام على تطبيق عمليات

تحسين الجودة داخل المنظمة ، بحيث تقوم هذه الجهة على ما يلي :

• تحديد أهداف التحسين.

• تحديد احتياجات التحسين.

• وضع برامج التدريب والتنمية.

• التنسيق بين مشاريع التحسين.

4. أكد جوران على ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي مناسب يشجع العاملين على المبادرة والإبداع

وهو ما يستدعي بالضرورة إحداث تغييرات في المفاهيم والمعتقدات التنظيمية.

وأشار جوران إلى ضرورة التعامل مع المشكلات وحلها بأسلوب علمي (عقيلي، 2001).

### ثالثاً : فيليب كروسبي Philip Crosby:

يعد كروسبي من أشهر الرواد في مجال وأساليب التطوير، حيث ركز في إدارة الجودة الشاملة في التشديد على المخرجات، وذلك عن طريق الحد من العيوب في الأداء. فهو أول من نادى بفكرة العيوب الصفرية "Zero Defects" والذي يخالف فيها فكرة المستويات المقبولة للجودة والنسب المسموح بها للأخطاء والعيوب. وأكد كروسبي على مدى أهمية الإدارة العليا في دعم الجودة، وتحقيق مستوى عالٍ فيها. كما اعتبر معيار الأداء الأساسي هو "العيوب الصفرية"، أي عدم وجود أي أخطاء.

وقد قسم كروسبي التكاليف إلى فئتين: التكاليف المقبولة، وهي تلك التكاليف التي ساهمت في تحسين مستوى الجودة، و التكاليف غير المقبولة وهي تلك التي أنفقت ولم تحقق مستوى الجودة المطلوب (جودة، 2004).

ألف العديد من الكتب في الجودة أشهرها Quality Is Free وكذلك Quality Without Tears كما طور كروسبي برامج بلا أخطاء Zero-Defect Program في التصنيع. وكذلك أسس كلية كروسبي للجودة في ولاية فلوريدا (زين الدين، 1996).

واشتهر كروسبي بأربعة مبادئ أساسية في إدارة الجودة الشاملة وهي:

- يتفق تعريف الجودة بما يلبي حاجات العميل.
- تتحقق الجودة بالوقاية أكثر من تقييم الأداء.
- معيار أداء الجودة هو الأخطاء الصفرية "Zero Defects"، أي إتقان العمل من أول مرة.
- تقاس الجودة بالثمن المتحقق من عدم التطابق مع المعايير وليس بمؤشرات معينة (المناسير، 1994).

### رابعاً : كاورو إيشيكوا Kaora Ishikawa :

يعتبر إيشيكوا الأب الروحي لحلقات الجودة Quality Circles حيث أنه كان أول من نادى بها. وحلقات الجودة عبارة عن مجموعات صغيرة من العاملين ينضمون مع بعضهم بصفة تطوعية ويعتبرون اجتماعاتهم لمناقشة مشاكل الجودة في العمل.

وقد نادى إيشيكاوا بإشراك العاملين في حل المشكلات من خلال حلقات الجودة ، كما أنه نادى كذلك بأهمية التعليم والتدريب في زيادة معارف العاملين وتحسين مهاراتهم وتغيير اتجاهاتهم. وقد أشار إيشيكاوا إلى أهمية التدريب على الجودة مدلاً على ذلك بأن عملية التدريب في اليابان أخذت مكانتها في الصدارة منذ الستينات من القرن العشرين (جودة، 2008).

وفي عام 1943 ، استتبب إيشيكاوا فكرة "خريطة تحليل العلاقة بين السبب والنتيجة" ، فمن خلال هذه الخريطة تستطيع الإدارة رؤية جميع الأسباب والنتائج المحتملة وتحديد مشكلة معينة، ومن ثم دراسة الأسباب الرئيسية والفرعية التي أدت إلى حدوث المشكلة (الناظر، 2004).

### 2.1.10 المفاهيم العامة في الجودة الشاملة:

اختلف الكثير من الباحثين والكتاب حول إبراز تعريف محدد لإدارة الجودة الشاملة ، إذ أن الجودة نفسها تحتل مفاهيم مختلفة من حالة إلى حالة ومن شخص لآخر.

فقد عرفها معهد الجودة الفيدرالي على أنها (منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل ، إذ يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات) (الدرادكة، 2006).

وعرف معهد المقاييس البريطاني British Standards Institute إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع ، وتحقيق أهداف المنظمة كذلك بأكفاً الطرق وأقلها تكلفة عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير (جودة، 2008).

وتعرّف 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 (Stockholders) وجميع أصحاب المصالح الآخرين (زيدان، 2010).

إنها فلسفة تستلزم تغييراً عميقاً في الرؤية والأسس والمفاهيم والممارسات (الرؤية الشمولية) ومثل هذا التعريف يجعل إدارة الجودة الشاملة بمثابة الغرض الإستراتيجي من أجل تحسين قيمة الشركة عبر تحسين رضا الزبائن داخلياً (العاملين) وخارجياً بما في ذلك الموردين وأصحاب المصلحة الآخرين (نجم، 2010).

ويرى (Benhardt, 1991) أن إدارة الجودة الشاملة هي "خلق ثقافة متميزة في مستوى الأداء، حيث يكافح المديرون والموظفون باستمرار من أجل تحقيق توقعات، ورغبات المستفيد من السلعة أو الخدمة، والتأكيد على أداء العمل بالشكل الصحيح من المرة الأولى، بأقصى درجة من الفعالية، وفي أقصر وقت ممكن".

أما دليل إدارة الجودة الشاملة الصادر عن وزارة الدفاع الأمريكية فقد عرف إدارة الجودة الشاملة بأنها مجموعة من المبادئ الإرشادية والفلسفية التي تمثل التحسين المستمر لأداء المنظمة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية والمصادر البشرية؛ لتحسين الخدمات والمواد التي يتم توفيرها للمنظمة، وكل العمليات التي تتم في التنظيم والدرجة التي تتم فيها تلبية حاجات العميل (العزاوي، 2005).  
و يمكن الحديث عن منهج الجودة الشاملة و المعروف بصورة أفضل أنه إدارة الجودة الشاملة، وقد نادى ذلك المنهج بما يلي:

- اتساع مفهوم الجودة لأبعد من جودة المنتج.
- مشاركة كل فرد في التنظيم في عملية تحسين الجودة.
- إظهار الإدارية العليا، بدءاً بضابط التنفيذ الرئيس وضابط العمليات الرئيس، شمولاً قوياً، وقيادة واقعية.
- توجيه التركيز إلى تحقيق رضا العملاء و تعديها.
- مشاركة الأطراف الخارجية أيضاً في جهد الجودة الشاملة.

و لعل هذه النقاط، حققت لحركة الجودة تقدماً كبيراً؛ فدخلت قطاع الخدمات بما في ذلك الوكالات الحكومية والتنظيمات العامة (كيلادا، 2004).

### 2.1.11 مبادئ إدارة الجودة الشاملة :

اعتمدت اللجنة الفنية ISO/TC176 بعد دراسة متكاملة لأساسيات مفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة ، ثمانية مبادئ لإدارة الجودة الشاملة (TQM) تعكس أفضل الممارسات الإدارية الواجب

تنفيذها ، وقد شكلت تلك المبادئ الأساس الذي تم الاستناد إليه عند إجراء التغييرات في سلسلة المواصفات الدولية ISO9000 ، وهي كالاتي:

#### **أولاً : التركيز على الزبون (Customer- Focus):**

تعتمد المنظمة على زبائنها في استمرارها ونجاحها ، مما يتوجب عليها فهم حاجاتهم الحالية والمستقبلية والعمل على تلبيتها والسعي بجد لتجاوز توقعاتهم.

#### **ثانياً : القيادة (Leadership):**

تقع على قيادة المنظمة مسؤولية خلق وحدة الغرض والتوجه الكلي للمنظمة ، وإيجاد البيئة الداخلية المناسبة التي تسمح للعاملين بالمشاركة الفاعلة في تحقيق الأهداف ، والمحافظة على تلك البيئة.

#### **ثالثاً : مشاركة الأفراد (Involvement of People):**

إن الأفراد في جميع المستويات هم (Essence) المنظمة والسماح لهم بالمشاركة الكاملة تمكنهم من إظهار قدراتهم ومواهبهم من أجل فائدة المنظمة.

#### **رابعاً : مدخل العملية (Process Approach):**

إن الوصول للنتائج المرجوة يتحقق بصورة أكثر كفاءة عندما تتم إدارة الأنشطة والموارد ذات العلاقة من خلال نموذج العملية.

#### **خامساً : استخدام مدخل النظام للإدارة (System Approach Management):**

إن تحديد وفهم إدارة العمليات المترابطة والمتفاعلة (Interrelated Processes) كنظام ، يسهم في تحقيق المنظمة لأهدافها بفعالية وكفاءة.

#### **سادساً : التحسين المستمر (Continual Improvement):**

إن التحسين المستمر للأداء الكلي للمنظمة ، يجب أن يكون هدفاً ثابتاً ومستمرًا.

#### **سابعاً – مدخل الحقائق في اتخاذ القرار (Factual Approach to Decision Making):**

إن القرارات الفاعلة هي تلك المستندة على تحليل البيانات والمعلومات وليس على الحدس والتخمين أو الخبرة.

#### **ثامناً – علاقات المنفعة المتبادلة مع المجهزين (Mutually Beneficial Supplier Relationships)**

تعتمد المنظمة والمجهزون كلاً على الآخر ، إذ تربطهم علاقة مصلحة مشتركة ، تؤدي عند إدارتها بكفاءة إلى تعزيز قدرتهما على خلق قيمة مضافة لكل منهما (زيدان، 2010).

وتتمثل إدارة الجودة الشاملة بمبادئ الإدارة التي تركز على تحسين الجودة كقوة محفزة في كافة المجالات الوظيفية وعلى كل المستويات في الشركة.

وتتمثل هذه المبادئ في:

1. المستهلك هو من يعرف الجودة ورضا الزبائن هو الأولوية.
2. الإدارة العليا يجب أن تقدم القيادة للجودة.
3. الجودة عبارة عن موضوع إستراتيجي وتتطلب خطة إستراتيجية.
4. الجودة هي مسؤولية كل الموظفين ضمن كل المستويات في المنظمة.
5. كل وظائف الشركة يجب أن تركز على تحسين الجودة المستمرة من أجل تحقيق الأهداف الإستراتيجية.
6. مشاكل الجودة تحل من خلال التعاون ما بين الموظفين والإدارة.
7. حل المشاكل وتحسين الجودة المستمر تستخدم طرق ضبط الجودة الإحصائية.
8. التدريب والتعليم لكل الموظفين هو القاعدة لتحسين الجودة المستمر (النعيمي وآخرون، 2009).

بينما يرى (العزاوي، 2005) أن المبادئ التي تستند إليها إدارة الجودة الشاملة في أي منظمة أو شركة تتمثل بما يلي:

- أ. التخطيط الإستراتيجي.
- ب. الإسناد والدعم.
- ج. مشاركة العاملين في العمليات.
- د. التحسين المستمر للعمليات والجودة.
- هـ. اتخاذ القرارات على أساس الحقائق.
- و. تحقيق رضا المستفيد.
- ز. التدريب والتطوير.

وبالرغم مما سبق ذكره من أن الكُتاب والباحثين يستخدمون تعريفات ومصطلحات مختلفة من أجل الإشارة إلى أسلوب المؤسسات في إدارة الجودة، إلا أن تلك التعريفات المختلفة تتفق إلى حد كبير على مبادئ عامة لإدارة الجودة الشاملة، وبشكل أشمل هناك ستة مبادئ لإدارة الجودة الشاملة، كان من الضروري التركيز عليها، لأنها تجمع معظم ما ورد في الكتابات والأبحاث السابقة، وهي ما تم اعتمادها عند إعداد استبانة هذه الدراسة.

وهذه المبادئ هي:

## 1. التركيز على الزبون:

تسعى المنظمات الناجحة دائماً للارتقاء بمستوى خدماتها المقدمة إلى العملاء وذلك من أجل الاحتفاظ بهم واستمرار تعاملهم مع المنظمة وحثهم على الولاء للمنظمة وللمنتجات التي يقومون بشرائها، بالإضافة إلى محاولة جذب عملاء جدد إليها. ويمكن التعبير عن الرضا بأنه مستوى من إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين أداء المنتج كما يدركه العميل وبين توقعات هذا العميل.

وبعبارة أخرى يمكننا القول أن رضا العميل Customer Satisfaction هو مؤشر للفرق بين الأداء والتوقعات. وبالتالي فإن هناك ثلاثة مستويات من الرضا / عدم الرضا يمكن أن تتحقق من خلال مقارنة الأداء المدرك من قبل العميل بتوقعاته :

- أداء المنتج أقل من توقعاته العميل غير راضي
- أداء المنتج يساوي توقعاته العميل راضي
- أداء المنتج أكبر من توقعاته العميل سعيد (جودة ، 2006).

ويعتبر مفهوم التركيز على الزبائن من أجل تحقيق مفهوم الجودة مفهوماً إستراتيجياً، ويركز هذا المفهوم على تحقيق القدرة على الاحتفاظ بالزبائن الحاليين والقدرة على كسب حصة سوقية أعلى، وهذا يتطلب حساسية ثابتة من قبل الإدارة تجاه المتطلبات المستمرة للزبائن والأسواق، ويتطلب أيضاً قياس العوامل التي تؤدي إلى تحقيق رضا الزبون، كما ويتطلب الوعي بالتطورات الحديثة في التكنولوجيا التي يستخدمها المنافسون (مصطفى، 2003).

## 2. التزام ودعم الإدارة العليا:

إن التزام الإدارة العليا يجب أن يكون هاجساً يستحوذ على تفكيرها وأن تعمل على تعميمه على كافة العاملين حتى يدركوا أن الإدارة العليا ملتزمة بمنهجية إدارة الجودة الشاملة بجدية وصدق. وبشكل

عام فإنه من الممكن اعتبار القيادة أهم عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة فدور القيادة يبرز في كل مرحلة وكل مجال من مجالات إدارة الجودة الشاملة في وضع الرؤيا القيادية ، في صياغة رسالة المنظمة وفي تحديد الإستراتيجيات وغير ذلك. والقيادة الملزمة بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تقود العاملين في المنظمة باتجاه هذه المبادئ من أجل تحقيق أهداف المنظمة (جودة ، 2008).

### 3. إشراك العاملين وتمكينهم:

من الضروري توفير المناخ المناسب بحيث يكون لدى العاملين في لمنظمة تأثيراً في قراراتهم وأفعالهم المتعلقة بوظائفهم. إن اندماج العاملين ليس هدفاً بحد ذاته ، بل هو أداة لترسيخ مساهمة العاملين في كل النواحي الإدارية بالمنظمة من إيجاد أفكار جديدة وحل المشكلات وجهود التحسين المستمر بهدف نجاح المنظمة. وتذهب إدارة الجودة الشاملة إلى استخدام مصطلح اندماج العاملين بدلاً من مشاركة العاملين Employee Participation وذلك حيث أن كلمة الاندماج أعمق وأكثر شمولاً من المشاركة ، وتشجع العاملين على أن يكونوا أكثر قرباً والتصاقاً بأهداف المنظمة (جودة، 2008).

المقصود بتمكين الموظف هو رفع قدرته على اتخاذ القرارات بنفسه وبدون إرشاد الإدارة ، فالهدف الأساسي من التمكين توفير الظروف للسماح لكافة الموظفين بأن يساهموا بأقصى طاقاتهم في جهود التحسين المستمر، وبالتالي فإن مصطلح التمكين يتضمن مشاركة عملية اتخاذ القرار مع المستويات الإدارية الأخرى ، أنه يعني أكثر من مجرد التفويض Delegation. فالموظف يشعر بالمسئولية كذلك عن الأعمال خارج حدود وظيفته ، بحيث تعمل المنظمة كلها بشكل أفضل (جودة، 2008).

### 4. السياسات والإستراتيجيات:

هو وضع خطة شاملة بارزة المعالم محددة للخطوط العريضة موضحة للرؤيا والرسالة والأهداف المستقبلية للمؤسسة المراد الوصول إليها على المدى البعيد، ومحددة لأبعاد العلاقات المتوقعة بينها وبين بيئتها بما يسهم في بيان الفرص والمخاطر المحيطة بها ونقاط الضعف والقوى المميزة لها، وذلك بهدف اتخاذ القرارات الإستراتيجية المؤثرة في المدى البعيد ومراجعتها وتقويمها على اعتبار الجودة المحور الأساسي الذي تسير في ضوئه كافة المستلزمات التي تعتمدها المؤسسة في تحقيق الاستقرار وديمومة الاستمرار في نشاط الأعمال في ظل بيئة تتسم بمعطيات متغيرة وغير مستقرة

مما يستدعي تطوير وتحسين مستمرين للأنشطة من أجل تقديم خدمة قادرة وبشكل مستمر على تلبية متطلبات وحاجات العملاء بما يساهم في وضع الخطط الشاملة بما يدعم الميزة التنافسية للمؤسسة (العزاوي ، 2005 ؛ حمود ، 2002).

الإدارة الإستراتيجية للجودة هي ذلك الجزء من الإدارة الإستراتيجية للمؤسسة الذي تعني بوضع الأهداف الإستراتيجية للجودة والتخطيط الطويل المدى لها، ووضع ومتابعة تطبيق برامج الجودة وقياس وتقييم الأداء في أنشطة المؤسسة التسويقية والهندسية والإنتاجية والخدمات المختلفة، من أجل توفير الميزة التنافسية للمؤسسة، وبالتالي تحقيق أهدافها المتمثلة بالحصول على رضا العملاء، وتوسيع حصتها في السوق وزيادة أرباحها (الدرادكة ، 2006).

تصل TQM إلى كل الأنشطة الموجودة في الشركة. وبالتالي يمكن النظر لها على أنها شبكة داخلية تربط كل الأقسام، والخدمات. لكنها تنتشر للخارج متسعة لتشمل شركاء الشركة، وموزعيها، ومورديها، وتابعيها، وناقليها، ومشيديها في التدفقين لأعلى، ولأسفل. كما يمكن أن تذهب الشبكة الخارجية لأبعد من ذلك بالتعاون مع المنافسين في تجزئة الأسواق الأجنبية. وكما سبق أن ذكرت بعيداً عن فلسفة الإدارة تكون TQM إستراتيجية أعمال من مسؤولية الإدارة الأعلى مثل الإستراتيجيات الأخرى. وهذا يعني أن الإدارة على أن تأخذ TQM في الحسبان في تخطيطها الإستراتيجي. فالتخطيط الإستراتيجي هو النشاط الذي يسمح للإدارة باختيار أهدافها متوسطة، وطويلة المدى، مثل تطوير المنتجات، والأسواق، والتوسع الأفقي والرأسي، والتكامل. وهو ناتج لتحليل نقاط قوة، وضعف الشركة بالنسبة إلى بيئتها الفورية، وبيئتها الشاملة، أو الإقليمية، أو الوطنية، أو العالمية (كيلا، 2004). ومن هنا نستطيع القول أن إستراتيجية الجودة هي جزء مهم من إستراتيجية المنظمة، ويجب أن تدرك إدارة المنظمة بالتالي كافة الأبعاد الإستراتيجية للجودة وأن تولي الاهتمام الكبير للتخطيط الإستراتيجي للجودة (جودة، 2008).

#### 5. التحسين المستمر:

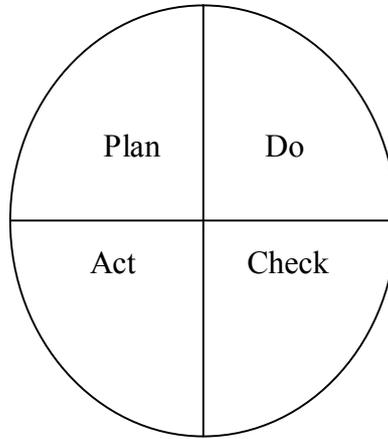
إن التحسين المستمر عملية شاملة تتضمن كافة أنشطة المنظمة سواء المدخلات أو عمليات التحويل أو المخرجات وحتى انتقال المخرجات أو المنتجات إلى العميل ، وقد ينتج عن عملية التحسين المستمر تخفيض في المدخلات أو زيادة في المخرجات أو تحسين جودة المخرجات أو ارتفاع مستوى رضا العاملين أو رضا العملاء.

ومن أهم المداخل المعروفة في مجال تصميم مراحل عملية التحسينات المستمرة مدخل PDCA Cycle والذي تم تطويره من قبل Deming، Shewhart ليصبح إطاراً عاماً لمراحل أنشطة التحسين المستمر.

ويوضح الشكل الآتي خطوات هذا المدخل:

شكل رقم ( 2 )

خطوات PDCA



من الشكل يتبين لنا أن خطوات PDCA تتضمن أربع خطوات:

- **خط Plan:** تبدأ الخطوة الأولى بالتخطيط أي بتقديم الخطط اللازمة لتحسين الجودة بعد تحديد المشكلة وجمع البيانات الضرورية وتحليلها.
  - **افعل Do:** نفذ الخطة وطبق التغيير في نطاق محدود.
  - **افحص Check:** قم بقياس النتائج وتقييمها. حدد هل كان هناك نجاح في جهود التحسين أم لا.
  - **نفذ Act:** إذا كانت النتائج ناجحة اعتمد خطة التحسين وطبقها على المجالات الأخرى في المنظمة ، أما إذا كانت النتائج غير ناجحة فقم بتعديل خطة التحسين أو إلغائها.
- ومن الممكن تطبيق هذا المدخل على أي نشاط أو عملية في المنظمة سواء كانت هذه المنظمة خاصة أو عامة ، صناعية أو خدمية (جودة ، 2008).

## 6.النظم الإدارية:

حيث أن ضمان الجودة يتحقق من خلال وضع النظام المناسب لذلك، بحيث يكون الهدف الأساسي من هذا النظام هو الخدمة والوقاية من الأخطاء قبل حدوثها، وحتى يكون هذا النظام الإداري فعالاً فلا بد من توفر ما يأتي:

- مجموعة من النظم الإدارية الوقائية والتي تعمل على اكتشاف الأخطاء قبل حدوثها.
- مجموعة من النظم المتعلقة بتوكيد الجودة، والتي تعتمد بشكل أساسي على إجراءات التحسين المستمر للأنشطة والعمليات والنظم.
- مجموعة الإجراءات المتعلقة بالتنسيق والتكامل بين عمليات الإدارة والبرامج والأنشطة.
- مجموعة النظم والإجراءات المتعلقة بمتابعة وتقييم العمليات الإنتاجية والخدمية من بداية التعرف على احتياجات العميل، والتصميم ونهاية بوصول المنتج أو الخدمة إلى العميل (زاهر، 2005).

### 2.1.12 أهداف إدارة الجودة الشاملة:

تهدف TQM إلى تطوير جودة المنتجات أو الخدمات مع تخفيض التكاليف مما يحسن خدمة العملاء وتلبية حاجاتهم ، وتتلخص أهداف إدارة الجودة الشاملة فيما يلي :

1. **خفض التكاليف:** بتقليل الأخطاء ونسبة تكرار العمل والعمل الإضافي.
2. **تحقيق الجودة.**
3. **زيادة العوائد والأرباح:** زيادة المبيعات وزيادة المشاركة في السوق.
4. **رضا وسرور العملاء:** حيث يشترون أكثر من مرة ويقومون بالدعاية.
5. **تمكين الموظفين ومنحهم السلطة:** وبذلك تتجنب الشركة المشاكل المستقبلية (النعمي وآخرون، 2010).

### 2.1.13 فوائد إدارة الجودة الشاملة:

- أما بالنسبة للفوائد التي تجنيها المنظمة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة فهي متعددة ، من أهمها:
1. تحسين الوضع التنافسي للمنظمة في السوق ورفع معدلات الربحية.
  2. تعزيز العلاقات مع الموردين.

3. رفع درجة رضا العملاء.
  4. تحسين جودة المنتجات المصنعة أو الخدمات المقدمة.
  5. انخفاض تكلفة العمل نتيجة عدم وجود أخطاء وتقليل معدلات التالف.
  6. فتح أسواق جديدة وتعزيز الأسواق الحالية.
  7. القيام بالأعمال بصورة صحيحة من المرة الأولى.
  8. زيادة معدل سرعة الاستجابة للمتغيرات داخل المنظمة.
  9. تطوير القدرات من خلال التدريب.
  10. حفز العامل وشعوره بتحقيق الذات من خلال مشاركته في وضع الأهداف واتخاذ القرارات.
- وليس أدل على مدى أهمية إدارة الجودة الشاملة من النجاح الذي حققته الشركات اليابانية على حساب الشركات الأمريكية في الثمانينات من القرن العشرين نتيجة تطبيقها لمفهوم إدارة الجودة الشاملة فلقد ساهم تطبيق هذا المفهوم في الشركات اليابانية في تحقيق سمعة جيدة في مجال الجودة. وهذا ما دعى الشركات الأمريكية وغيرها من الشركات في المناطق الأخرى إلى السير بخطى حثيثة والإسراع في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة (جودة، 2008).

#### 2.1.14 أدوات إدارة الجودة الشاملة:

##### العصف الذهني (Brainstorming):

وتفيد في استدرار الأفكار الإبداعية من مجموعة من الأفراد المجتمعين وهم من منفذي العملية أو العاملين فيها. ويمكن استخدام أسئلة مثل: ماذا، لماذا، متى، أين، كيف، من هو ، في استدرار الأفكار.

##### خرائط تدفق العمليات (Flowcharts Process):

وتفيد خرائط التدفق في توثيق و رسم وتوضيح خطوات أو إجراءات إنجاز العمل أو تقديم خدمة والقرارات التي يتم اتخاذها والأفراد الذين يقومون بتنفيذ الخطوات واتخاذ القرارات. ومن الصعب تصور وجود عملية تشغيلية دون أن يكون لها خريطة تدفق ويستفاد من خرائط التدفق توثيق العمليات والأنظمة لحل مشكلاتها العمل وتدريب العاملين وتحسين المنتجات والخدمات وتعزيز الشفافية في العمل.

### مخطط النتيجة والأسباب (Cause and Effect Diagram):

حيث يستخدم هذا المخطط لتحديد الأسباب الجذرية لمشكلة أو نتيجة معينة . وغالبا ما تتدرج الأسباب تحت واحدة من فئات أربعة وهي ، الأفراد والمعدات والمواد والإجراءات. ويستخدم العصف الذهني في بناء مخطط النتيجة والأسباب.

### منحنى باريتو (Chart Pareto):

ويستفاد منه في تحديد والبدء في معالجة الأمور الأكثر أهمية. وينص مبدأ باريتو على أن 80% من الثروة موجودة في أيدي 20% من الناس، أو 80% من أرباح الشركة سببها 20% من المنتجات، أو 80% من زمن توقف ماكينة معينة سببه 20% من الأسباب.

### المدج التكراري أو الهستوجرام (Histogram):

ويستفاد من هذه الأداة معرفة مدى تباين مجموعة من العناصر ونسبة العناصر المعيبة في منظومة إنتاجية أو خدمية وتستخدم هذه الأداة في كل المصانع وبحوث التسويق وإصلاح المنظومات التعليمية في المدارس والجامعات كما تبنى على مفهومها برامج سيجما 6 لتحسين الأداء. وتساعد أيضاً على التفاوض مع الموردين المشاركين في العطاءات.

### المنحنى الزمني (Time Chart or Run Chart):

و يستفاد منه في معرفة سلوك مؤشر أداء معين أو متغير معين مع مرور الزمن ومن ثم دراسة البيئة المحيطة والمؤثرة على ذلك مثل قياس درجة حرارة المريض في المستشفى كل ساعة أو ساعتين، وحجم الإنتاج من مصنع معين كل يوم، ومستوى غياب الطلاب في المدرسة كل يوم. ويعتمد على هذا المنحنى منحنى آخر في غاية الأهمية وهو منحنى مراقبة منظومة معينة.

### منحنى مراقبة العملية (Process Control Chart):

ويستفاد منه في التنبؤ بسلوك منظومة أو عملية معينة بناءً على السلوك السابق لها، كما يساعد في معرفة ما إذا كان الخطأ في منظومة معينة مرده أسباب خارجية عن المنظومة أو أسباب داخلية في نفس المنظومة مما يساعد في توجيه جهود العلاج للداخل أم للخارج. ويستخدم بكثرة في المنظومات الصناعية الإنتاجية.

## مخطط التصنيف أو التجميع (Diagram Affinity):

ويستفاد منه خاصة في وضع الخطط الإستراتيجية وتحديد أسباب مشكلة معينة.

( <http://www.hrdiscussion.com> ).

### 2.1.15 مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

تمر عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بخمس مراحل أساسية هي على النحو التالي:

#### أولاً : مرحلة اقتناع و تبني الإدارة لفلسفة إدارة الجودة:

و في هذه المرحلة تقرر إدارة المنشأة رغبتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومن هذا المنطلق يبدأ كبار المديرين بالمنشآت بتلقي برامج تدريبية متخصصة عن مفهوم النظام و أهميته ومتطلباته والمبادئ التي يستند عليها، ويفضل أن تتم عملية التدريب من قبل جهات متخصصة في هذا الشأن حتى يتحقق الهدف المنشود من ورائها على أن تقوم طبقة الإدارة العليا بعد ذلك بنقل أفكار النظام إلى العاملين بالمنشأة ككل.

#### ثانياً: مرحلة التخطيط:

وفيها يتم وضع الخطط التفصيلية للتنفيذ وتحديد الهيكل الدائم والموارد اللازمة لتطبيق النظام، وفي هذه المرحلة أيضاً يتم اختيار: الفريق القيادي لبرنامج إدارة الجودة. المقررين و المشرفين.

ويتم التصديق على هذه الخطة بعد الموافقة عليها من جميع أعضاء الفريق.

#### ثالثاً: مرحلة التقييم:

وغالباً ما تبدأ عملية التقييم ببعض التساؤلات الهامة والتي يمكن في ضوء الإجابة عليها تهيئة الأرضية المناسبة للبدء في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.

ما هي الأهداف التي تسعى المنشأة إلى تحقيقها ؟

ماذا يجب على المنشأة القيام به لتحقيق هذه الأهداف ؟

ما هي المداخل المطبقة حالياً بالمنشأة و التي تستهدف تحسين الأداء ؟

هل هناك إمكانية لإحلال مدخل إدارة الجودة الشاملة بدلا من المداخل المعمول بها في الوقت الراهن والتي لا تحقق الأهداف ؟

ما هي المنافع التي يمكن أن نحققها من وراء تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة ؟

ما هي متطلبات تطبيق النظام بفعالية داخل المنشأة ؟

ما هي أهم العقبات التي يمكن أن تعوق من تطبيق النظام ؟

**رابعاً: مرحلة التنفيذ:**

و في هذه المرحلة يتم اختيار الأفراد الذين سيعهد إليهم بعملية التنفيذ و يتم تدريبهم على أحدث وسائل التدريب المتعلقة بإدارة الجودة.

**خامساً: مرحلة تبادل ونشر الخبرات:**

و في هذه المرحلة يتم استثمار الخبرات و النجاحات التي تم تحقيقها من تطبيق إدارة الجودة الشاملة حيث تدعى جميع إدارات وأقسام المنشأة وكذلك المتعاملون معها من العملاء والموردين للمشاركة في عملية تحسين وتوضيح المزايا التي تعود عليهم جميعاً من هذه المشاركة (بدر، 2009).

**2.1.16 معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام:**

تنفرد المنظمات الحكومية بوجود بعض المعوقات التي تواجهها في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نظراً لطبيعة ما تقدمه من خدمات تتميز عن غيرها من المنتجات بكونها غير ملموسة.

**ومن أهم هذه المعوقات:**

١. التغيير الدائم في القيادات الإدارية العليا وهو ما يؤدي إلى تشويش وإرباك الخطط الهادفة للتطوير بشكل مستمر.

٢. عدم قناعة الإدارة العليا بالتدريب، فكثير من القيادات تعتبر نفسها فوق التدريب إن كان موجهاً للمستويات العليا، وتعتبره مضيعة للوقت إذا كان موجهاً للمستويات الأقل.

٣. عدم مرونة القوانين والأنظمة، فعادة ما تتصف اللوائح والقوانين بالقدم وعدم المرونة ولا يتأتى تغييرها بسهولة وهو ما يشكل عائقاً كبيراً أمام التوجه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

٤. صعوبة قياس وتقييم نتائج العمل، فطبيعة الخدمة وكونها غير ملموسة لا تساعد في تقييمها ومعرفة مستوياتها، وبالتالي يجب تطوير معايير خاصة لقياس هذه الخدمات.

٥. كبر حجم الجمهور وتنوع فئاته وهو ما يضاعف من صعوبات إرضاء كافة العملاء بنفس الدرجة.

٦. قلة الإمكانيات المالية، حيث تحصل المنظمات الحكومية على مواردها المالية من الموازنة العامة للدولة، وهو ما يشكل عائقاً أمام توفير متطلبات الجودة وخاصة في ظل محدودية موارد الدولة كما هو الحال في معظم الدول النامية.

٧. نقص الكفاءة البشرية، حيث تجد هذه الكفاءات طريقها إلى منظمات القطاع الخاص، وذلك بسبب تدني مستويات الأجور الحكومية وغياب سياسات الحفز بسبب ضعف الموارد.

٨. صعوبة التنفيذ، حيث المنظمات كبيرة ومتشعبة وحيث يسود المناخ البيروقراطي ويسود الروتين العقيم وتتعرثر عمليات الاتصال لتشعب القنوات وتعددها مما يجعل عملية التطبيق تستغرق وقتاً طويلاً ويحتاج إلى جهوداً متواصلة قد لا يتأتى الاستمرار في بذلها في المنظمات الحكومية.

٩. ضعف مستوى التحفيز في المنظمات الحكومية، الملكية العامة والموارد المالية المحدودة ومعايير التصرف المقيدة باللوائح والقوانين كل هذه الأمور تؤدي إلى عدم وجود سياسات حفز فاعلة وإن وجدت فهي ضعيفة وغير مؤثرة، وهو ما يؤدي بدوره إلى ضعف الإلتزام وقلّة الاهتمام لدى العنصر البشري في المنظمة، والذي يشكل العمود الفقري لأي عملية داخل المنظمة (عقيلي، 2001).

**ومن العوامل التي تعيق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام:**

- 1- عدم وجود المنافسة في القطاع العام .
- 2- تأثير العوامل السياسية على اتخاذ القرارات .
- 3- تأثير قوانين الخدمة المدنية .
- 4- مقاومة بعض العاملين في القطاع العام للتغيير .
- 5- عدم توفر الإمكانيات المادية وبالتالي عجز برامج التدريب عن القيام بواجبها .
- 6- سوء اختيار مشروع التحسين أو معالجة أعراض المشكلة وليس أصلها .
- 7- عدم الترويج لنظام الجودة الشاملة أو عدم وضع خطط لها

( <http://www.hrdiscussion.com> ).

## المبحث الثاني

### الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية

2.2.1 المقدمة.

2.2.2 القطاع الصحي الفلسطيني.

2.2.3 وزارة الصحة الفلسطينية.

2.2.4 خدمات الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية.

2.2.5 تعريف الرعاية الصيدلانية

2.2.6 عناصر الرعاية الصيدلانية

2.2.7 وظائف الرعاية الصيدلانية

2.2.8 تطبيق الرعاية الصيدلانية

2.2.9 مؤشرات الجودة في الرعاية الصيدلانية

2.2.10 معايير جودة الخدمات الصيدلانية

## 2.2.1 المقدمة:

إن خصوصية النظام الصحي الفلسطيني الذي يعمل في ظروف غير طبيعية واستثنائية ناتجة عن الوضع السياسي والذي يشمل الحصار المستمر على قطاع غزة ، والانقسام الطارئ على الساحة الفلسطينية والاستعداد الدائم للطوارئ نظراً للعدوان الصهيوني المتكرر المتوالي على غزة ، يولد المزيد من الضغوط على النظام الصحي الفلسطيني في ظل محدودية الموارد والزيادة المطردة في الطلب على الخدمات الصحية.

لقد مثل الحصار المستمر الذي مارسه الاحتلال على قطاع غزة ضرراً بالغاً وانتهاكاً واضحاً لحقوق الإنسان بشكل عام حيث أنه ومنذ العام 2006 فرضت إسرائيل حصاراً مشدداً على قطاع غزة حد من حرية حركة الأشخاص والبضائع ، مما انعكس على مستوى الدخل والذي انعكس بدوره بصورة واضحة على جميع القطاعات ومنها قطاع الصحة ، كل ذلك يوضح بشكل جلي الآثار السلبية لهذا الحصار الظالم على الواقع الاقتصادي والاجتماعي والصحي في غزة ويؤثر بشكل واضح على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

لا تقتصر أضرار الحصار المستمر لقطاع غزة على النواحي الاقتصادية فحسب بل أنها تمس القطاع الصحي بشكل مباشر وينعكس ذلك في إمدادات الدواء والمستلزمات ، والأجهزة الطبية والانقطاع المستمر للتيار الكهربائي ، وصيانة المعدات والأجهزة في المستشفيات ، وكذلك فإن أضرار الحصار تمس حياة المريض الفلسطيني بشكل مباشر فهناك العديد من الحالات المرضية التي فارقت الحياة أثناء انتظارها المرور من خلال المعابر لتلقي العلاج أو نتاج نقص الأدوية والمستلزمات الضرورية لإنقاذ حياة المرضى (MOH,2010).

إن مهمة ممارسة الصيدلة هي توفير الأدوية وأجهزة وخدمات الرعاية الصحية لمساعدة الناس والمجتمع للحصول على أفضل استخدام لها، تشمل الخدمة الصيدلانية الشاملة أنشطة لكلا الأمرين: ضمان الصحة الجيدة، وتجنب الصحة المعتلة في السكان، وعند علاج الصحة المعتلة من الضروري أن نضمن الجودة في سياق استخدام الأدوية بهدف الوصول إلى النفع العلاجي الأعلى وتجنب ما قد يتبع من التأثيرات الجانبية، وهذا يستلزم قبول الصيدلة للمسؤولية المشتركة مع المهنيين

الآخرين و مع المرضى لنتاج المعالجة. و قد أثبت مصطلح الرعاية الصيدلانية نفسه في السنوات السابقة كفلسفة للممارسة ، و ذلك مع المرضى و المجتمع كمستفيدين رئيسيين من أعمال الصيدلي. وهذا المفهوم يتصل بشكل خاص بالفئات الخاصة كالمسنين و الأمهات و الأطفال و المرضى المزمنين و المجتمع ككل (FIP, 1997).

## 2.2.2 القطاع الصحي الفلسطيني:

يعتبر القطاع الصحي والخدمات التي يقدمها من أهم القطاعات التي تمس حياة المواطن بشكل مباشر، ولازال القطاع الصحي يعاني من مشكلات عدة لم تستطع الجهات المشرفة عليه برغم تعددها من تجاوزها، رغم الزيادة الملحوظة في عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية وزيادة عدد الأسرة والأطباء.

تتولى أربع جهات الإشراف على القطاع الصحي في محافظات غزة وهي وزارة الصحة ووكالة الغوث والخدمات الطبية العسكرية والمؤسسات الأهلية العاملة في القطاع الصحي. إضافة إلى العديد من العيادات والمراكز الصحية الخاصة، تقدم هذه المؤسسات الحكومية خدماتها من خلال المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية والبعض منها يعتمد نظام التأمين الصحي والبعض الآخر كالمؤسسات الأهلية يقوم بالتنسيق مع وزارة الصحة لتقديم الخدمات، حيث تحاول هذه الجهات جاهدة توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني، إلا أنه ونظراً للزيادة الكبيرة في عدد السكان في محافظات غزة، بالإضافة للعديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، فإن هذا القطاع مازال غير قادر على تلبية حاجات المواطن كما يجب (MOH,2010).

وفيما يلي نظرة على طبيعة الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية موضع البحث .

### 2.2.3 وزارة الصحة الفلسطينية:

قامت وزارة الصحة منذ تسلمها الإشراف على قطاع الخدمات الصحية عام 1994 بتطوير المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية، حيث افتتحت المزيد منها وطورت ما كان موجوداً سابقاً، وبحسب التقرير السنوي الصحي لعام 2009 الصادر من وزارة الصحة الفلسطينية عام 2011 فقد بلغ عدد موظفي وزارة الصحة 9.499 موظف يعمل حوالي 60% منهم بالمستشفيات ، ويشكل الأطباء منهم 18.3% والتمريض 25%. ويقدم النظام الصحي الخدمات الصحية بعدة مستويات وهي خدمات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية والإسعاف والطوارئ، أما خدمات الرعاية الأولية فتقدمها وزارة الصحة من خلال 54 مركز، ووكالة الغوث من خلال 20 مركز، أما الخدمات الثانوية (المستشفيات) فهي متوفرة في 24 مستشفى ، تمتلك وزارة الصحة منها 13 مستشفى تحتوي على 1993 سرير (82.4% من مجموع أسرة المستشفيات بقطاع غزة)، وقد تجاوز عدد حالات الدخول في المستشفيات عن 188.000 حالة منها 88.6% بمستشفيات الوزارة.

يعتبر التأمين الصحي أحد موارد النظام الصحي ومصدر تمويل له ، كما تشكل المشاريع الصحية أحد مصادر التمويل التشغيلية للوزارة ، حيث بلغ إجمالي المشاريع الصحية التي تم تنفيذها 30 مليون دولار، وقد بلغت تكلفة العلاج بالخارج 90 مليون شيكل في حين كانت 94 مليون شيكل عام 2005.

توفر وزارة الصحة قائمة الأدوية الأساسية وعددها 460 صنف ، وتبلغ تكلفتها السنوية 31 مليون دولار ، وقد بلغ متوسط العجز الشهري في هذه الأدوية 18% من القائمة على مدار العام، وتقدم الوزارة الفحوصات المخبرية من خلال 37 مختبر موزعة على مراكز الرعاية الأولية والمختبر المركزي ومختبر الصحة العامة، وقد ساهمت التبرعات والمعونات التي دخلت القطاع في دعم القطاع الصحي ، وساهمت الوفود الطبية في إجراء العديد من العمليات الجراحية المعقدة فترة العدوان على غزة ، إضافة إلى تدريب الكوادر الطبية (MOH,2010).

#### 2.2.4 خدمات الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية:

يلعب الدواء ومدى توفره دوراً مهماً في علاج المرضى وإنقاذ حياتهم ، لذلك فإن وزارة الصحة الفلسطينية تقوم بتوفير الأدوية والمستهلكات الطبية الضرورية اللازمة من خلال:

##### 1. الإدارة العامة للصيدلة :

الإدارة العامة للصيدلة هي إحدى الإدارات العامة بوزارة الصحة وهي تقوم بكل ما يتعلق بشئون الصيدلة والأدوية.

وينبثق عن الإدارة العامة للصيدلة بوزارة الصحة الفلسطينية الدوائر التالية:

(دائرة الشئون الإدارية والمالية ، دائرة التسجيل الدوائي ، دائرة الرقابة الدوائية ، دائرة التخطيط والمعلومات الدوائية، دائرة المهام الطبية، دائرة مستودعات الأدوية المركزية ).

##### أ. دائرة مستودعات الأدوية المركزية ومهامها:

- استقبال الأدوية الواردة إلى وزارة الصحة وتخزينها.
- صرف الأدوية لجميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.
- صرف المعدل الشهري لجميع عيادات الرعاية الأولية وذلك عبر مستودع الأدوية الخاص بالرعاية الأولية والذي يقوم بدوره بالصرف لجميع صيدليات عيادات الرعاية الأولية.
- الصرف أحياناً لبعض الحالات والتي لا يوجد أدوية لها في صيدليات المستشفيات أو صيدليات الرعاية الأولية بنظام خاص وعبر طلب موقع من جهات الاختصاص.
- استقبال الأدوية عبر لجنة لاستلام الأدوية وتوضع هذه الأدوية في قسم خاص ويرسل للرقابة الدوائية لأخذ عينات للتحليل ولا تصرف هذه الأدوية للمراكز إلا بعد ورود نتيجة التحليل وتكون مطابقة للمواصفات الدستورية.

##### ب. دائرة التسجيل الدوائي ومن أهم وظائفها:

- تسجيل الأدوية ومستحضرات التجميل والمستحضرات الصيدلانية والمهمات الطبية التي ترد أو تصنع في كافة محافظات الوطن ومراقبة جودتها.
- المشاركة في لجنة البت في مناقصات الأدوية.

- متابعة أصناف الأدوية المختلفة في السوق من ناحية جودتها.
- تسجيل شركات ومصانع الأدوية ومتابعة تطبيقها لقواعد التصنيع الجيد GMP.

### ج. دائرة الرقابة الدوائية:

وهي الدائرة التي تعني بالآتي:

- متابعة الأدوية الواردة للوزارة من أي جهة كانت والتدقيق في مواصفاتها وأخذ عينات من بعض شحنات الأدوية التي تصل إلى مخازن الأدوية وذلك حسب الأصول والإشراف على إرسالها لمعامل التحاليل سواء في فلسطين أو في الخارج للتأكد من مطابقتها للمواصفات الدستورية ومن ثم الإفراج عنها للصرف حسب الأصول المتبعة.
- متابعة صيدليات ومستودعات القطاع الخاص والتأكد من سلامتها ومطابقتها لشروط التسجيل ويشمل ذلك سحب عينات عشوائية من الأدوية الموجودة في القطاع الخاص للتأكد من مطابقتها للمواصفات الدستورية ومتابعتها.
- متابعة ورصد الأضرار الجانبية والتفاعلات غير المرغوب فيها لأصناف الأدوية المتداولة في القطاع الحكومي والخاص ومتابعة الملاحظات التي قد تطرأ من استخدام أي علاج وإبداء التوصيات بذلك الخصوص (MOH,2010).

### 2. دائرة الصيدلة في الإدارة العامة للمستشفيات:

تعتبر صيدلة المستشفيات جزءاً من الرعاية الصحية المختصة بتوفير وتخزين وتحضير وصرف الدواء والمهمات الطبية اللازمة لكل من المرضى المنومين في الأقسام الداخلية بالمستشفى ومراجعي العيادات الخارجية بالإضافة إلى تقديم النصيحة للفريق الطبي وللمرضى عن استخدام الدواء بطريقة فعالة وآمنة.

ونظراً لوجود العديد من التحديات مثل زيادة متوسط عمر السكان عند الوفاة، والتغيرات التي طرأت على نمط المرض وما ترتب عليه من استحداث نماذج جديدة للعلاج تبعه تغيرات مستمرة في المستحضرات الصيدلانية وتعدد في أشكالها ، كل ذلك استدعى تطوير مهنة الصيدلة داخل المستشفيات وتحويلها من التركيز على إدارة الأصناف الدوائية إلى المشاركة الفاعلة في اختيار الدواء الملائم للمريض ، حيث ساعد تطبيق نظام الجرعة

الواحدة في أكثر من 50% من المستشفيات في عملية التطوير ، والعمل جاري على تطبيق هذا النظام في جميع المستشفيات.

ولقد أثبتت الدراسات العالمية التي أجريت في المستشفيات أن المداخلات الصيدلانية ساهمت مساهمة مباشرة في تقليل الأخطاء الدوائية والأعراض الجانبية المعاكسة للأدوية وبالتالي أدت إلى تقديم خدمة صحية أفضل بتكلفة أقل ، مما دعا منظمة الصحة العالمية أن تبدأ بالعمل الجاد والدؤوب لتعزيز دور الصيدلي في المستشفى ووضع المعايير الملائمة للممارسة الصحيحة لمهنة الصيدلة داخل المستشفيات وهذا ما ينسجم مع الرؤيا المستقبلية التي نطمح ونسعى لتحقيقها (MOH,2011).

### 3. دائرة الصيدلة في الإدارة العامة للرعاية الأولية:

تعتبر دائرة الصيدلة بالرعاية الأولية بأن الأدوية والمستلزمات الطبية من أهم المهام التي تولي لها اهتماماً كبيراً وتأخذ منها الجهد الأكبر والوقت الأوسع لضمان توفيرها بالمراكز من أجل راحة المرضى وخاصة في الوضع الراهن ، لذلك دعمت الدائرة هذا الاتجاه من خلال :

- إعداد معدلات الأدوية المطلوبة لتغطية احتياجات مراكز الرعاية الأولية من الأدوية والمستلزمات الطبية.
- متابعة الأدوية الواردة على شكل تبرعات وتحديد ما يلزم منها في مراكز الرعاية الأولية ومراعاة تواريخ الصلاحية.
- إعداد كشوف توضح أولويات احتياجات الرعاية الأولية من الأدوية لتقديمها للجهات التي ترغب بالتبرع بأدوية لوزارة الصحة.
- متابعة توفير الأدوية وإعداد التقارير التي توضح النواقص الشهرية ومناقشتها مع مخازن الأدوية.
- متابعة توزيع الأدوية من مخازن أدوية الرعاية الأولية ومتابعة الإستراتيجية الموضوعية والتي تهدف إلى ضمان التوزيع العادل وحسب الحاجة للأدوية على المراكز ومختلف المناطق الجغرافية.

- متابعة آلية صرف الأدوية للمرضى ورصد أي مشاكل تتعلق بها ووضع الحلول المناسبة لها.
- متابعة الأدوية لراكدة في بعض المراكز ونقلها إلى أماكن أخرى يمكن الاستفادة منها قبل قرب تاريخ انتهاء الصلاحية (MOH,2010).

### 2.2.5 تعريف الرعاية الصيدلانية:

تغيرت ممارسة مهنة الصيدلة في الأعوام السابقة تغييراً ملحوظاً، من ممارسة أساسها التركيز على الدواء إلى ممارسة أساسها التركيز على المريض، وذلك ضماناً لمعالجة دوائية أفضل، وحرصاً على سلامة المريض ، واستمراراً للتقدم باتجاه توفير الرعاية الصيدلانية. نوقش مفهوم الرعاية الصيدلانية للمرة الأولى من قبل هيلر Hepler وسترانند Strand عام 1990م ، ثم صادقت عليه رسمياً الجمعية الأمريكية لصيادلة المنظومات الصحية ASHP وعرفته عام 1993م كالتالي "التوفير المباشر والمسئول لكل الرعاية المتعلقة بالدواء للوصول إلى نتائج محددة لتحسين نوعية حياة المريض" ([www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)).

### 2.2.6 عناصر الرعاية الصيدلانية:

استخلصت الجمعية الأمريكية لصيادلة المنظومات الصحية ASHP خمسة عناصر أساسية للرعاية الصيدلانية وهي:

#### 1. المسؤولية:

الصيادلة مسئولون عن سلامة المريض وحسن حاله، لذلك فإن نشوء علاقة مهنية موثقة بين الصيدلي والمريض يجب أن يُعزز عملية الرعاية الصيدلانية.

#### 2. كل ما يتعلق بالدواء:

لا يعني هذا التعبير عملية صرف الدواء فقط ولكنه يتضمن كل القرارات الأخرى المتعلقة بعلاج المريض كاختيار الأدوية، والجرعات، وطريقة تناولها، والمراقبة، والاستشارة.

#### 3. الرعاية:

الرعاية الصحية عبارة عن عملية تتوحد فيها جهود الأطباء والمرضى والصيادلة وغيرهم من العاملين في الحقل الصحي لتوفير الرعاية للمرضى كل حسب خبرته.

ويجب على الصيادلة كأعضاء في فريق رعاية المريض أن يقدموا الرعاية المباشرة للمرضى وذلك بتطبيق كل ما لديهم من المعلومات والكفاءات للتوصل إلى أفضل النتائج العلاجية.

#### 4. النتائج:

هي نقاط النهاية أو الغايات التي يجب بلوغها بعملية الرعاية الصيدلانية، والتي يُمكن تصنيفها بشكل عام كالآتي:

- شفاء المريض.
- تخليص المريض من الأعراض أو تقليلها.
- توقيف تطور المرض أو إبطائه.
- الوقاية من الأمراض أو الأعراض.

يُمكن للمشاكل المتعلقة بالدواء أن تُعرقل حصول المريض على الفائدة المرجوة من العلاج الدوائي ، لذلك فإن تحديد هذه المشاكل وحلها والوقاية من حدوثها يعزز الحصول على النتائج المرجوة في عملية الرعاية الصيدلانية.

يجب التنبؤ بالنتائج في بداية عملية الرعاية الصيدلانية ويجب أن تُحدد من أجل العلاج الدوائي المطبق أو المُخطط له.

**مثال :** يُمكن أن تكون نتائج الاستعمال الفعّال لموسع القصبات عند المريض المصاب بالتهاب القصبات المزمن مع تفاقم الحالة الحاد كما يلي:

عودة غازات الدم الشريانية إلى المستوى الطبيعي خلال 4 أيام.  
معدل التنفس >20 خلال يومين.

حجم هواء الزفير القسري 1FEV (من وسائل قياس وظائف الرئة) أكبر من 2000 ملل خلال يومين.

تتدخل عوامل مختلفة في نتائج العلاج منها فهم المريض لمرضه ولُمُخططه العلاجي، ونمط مطاوعته، ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، وهكذا فإنّ رغبة المريض وإشراكه في المُخطط العلاجي شيء أساسي لبلوغ النتائج المتوقعة.

## 5. نوعية الحياة:

يجب أن يشترك الصيدلاني بتقييم نوعية حياة المرضى، كما يجب أن يكونوا على اطلاع بكل الوسائل المستعملة للقيام بهذا النوع من التقييم.

وتلك النتائج المحسنة لجودة حياة المريض تتمثل في الآتي:

• شفاء مرض المريض.

• إزالة أو تخفيف أعراض المرض.

• وقف أو تبطئي مراحل المرض.

• منع حدوث أعراض أو أمراض جديدة.

وتحقيق هذه الأهداف يستلزم العمل على ثلاث وظائف رئيسية، وهي:

• التعرف على المشاكل المتعلقة بالأدوية Drug-Related Problems.

• حل هذه المشاكل حال حدوثها.

• العمل على تفادي ومنع حدوث المشاكل الدوائية المهددة لفشل العلاج الدوائي.

وتتمكن هذه المشاكل ذات العلاقة بالأدوية في الآتي:

• عدم إعطاء الدواء لمرض يستدعي علاجاً دوائياً.

• اختيار دواء غير مناسب لعلاج مرض أو استدعاء معين.

• إعطاء جرعة غير مناسبة إما أقل من الحد المطلوب أو أكثر من اللازم.

• عدم تناول الدواء من قبل المريض لأسباب نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية.

• فرط في تناول الجرعة و الوصول لحالة السمية.

• حدوث آثار سلبية نتيجة تناول الدواء المناسب بالجرعة الملائمة.

• حدوث تداخلات دوائية سواء مع أدوية أخرى أو من أغذية معينة أو تداخل الدواء مع تحليل

مخبري معين يؤدي إلى قراءة نتائج التحليل قراءة خاطئة.

• وأخيراً، استخدام دواء لغير سبب مرضي ([www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)).

## 2.2.7 وظائف الرعاية الصيدلانية:

وفقاً لمعايير ممارسة المهنة التي حددتها الجمعية الأمريكية لصيادلة المنظومات الصحية ASHP ،

فإن وظائف الرعاية الصيدلانية تكون كالاتي:

- جمع وترتيب المعلومات الخاصة بالمريض.
- تحديد مشاكل الدواء العلاجية الموجودة.
- تلخيص متطلبات المرضى من الرعاية الصحية.
- تفصيل غايات المعالجة الدوائية.
- تصميم نظام المعالجة الدوائية.
- تصميم خطة المراقبة.
- تطوير نظام المعالجة الدوائية وخطة المراقبة المناسبة بالتعاون مع المريض والعاملين الآخرين في المجال الصحي.
- البدء بنظام المعالجة الدوائية.
- مراقبة فعاليات نظام المعالجة الدوائية.
- إعادة تصميم نظام المعالجة الدوائية وخطة المراقبة ([www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)).

## 2.2.8 تطبيق الرعاية الصيدلانية:

يُمكن تطبيق الرعاية الصيدلانية على كل مجالات مهنة الصيدلة، في الصيدليات الداخلية (تُعنى بالمرضى المنومين) والخارجية (تُعنى بالمرضى الخارجيين) للمستشفيات، وكذلك في صيدليات الأسواق. ومن الأساسي في تفعيل هذا المفهوم اعتبار الرعاية الصيدلانية هي رسالة الصيدلية، والعمل على تطوير شكل الممارسة المهنية ليتناسب مع وظائف الرعاية الصيدلانية. يجب أن يكون شكل الممارسة المهنية المثالي متناسباً مع نظام الرعاية الصحية، ومُعتمداً على القاعدة العلمية الدوائية للصيدلي، وميسراً لعلاقة مسئولة بين الصيدلي والمريض من أجل الحصول على النتائج المطلوبة، وموجباً التدوين والاتصالات الصحيحة، وموفرّاً استمرارية الرعاية. يستلزم تطبيق الرعاية الصيدلانية تغييراً في هيكلية قسم الصيدلية، وفي طريقة مزاوله الصيادلة للمهنة، كما يتطلب الآتي:

- علاقات مهنية تربط بين الصيادلة والمرضى من جهة وبينهم وبين العاملين في الرعاية الصحية من جهة أخرى ، وذلك لضمان استمرارية سلسلة لرعاية المريض.
- أنظمة لصرف الدواء تدعم تحرير الصيدلي من عملية صرف الأدوية، مثل وحدات الصرف الآلي.
- مطابقة طريقة التدوين والتقييم لمعايير معينة.
- تمكين الصيادلة من الوصول إلى المعلومات السريرية اللازمة (كالنتائج المخبرية وغيرها)، مع استعمال نظام المعلومات السريرية.
- برامج التعليم المستمر والتدريب.
- المعرفة الكافية الوافية عن الأدوية وحالات الأمراض والتي يمكن الوصول إليها من خلال برامج الإقامة الصيدلانية ومناهج التدريس.
- منح الشهادات والاعتماد للصيادلة الذين يقدمون الرعاية الصيدلانية.
- تطوير مؤشرات تحسين الجودة الخاصة بقياس أداء الرعاية الصيدلانية
- ([www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)).

### 2.2.9 مؤشرات الجودة في الرعاية الصيدلانية:

المؤشرات والمقاييس هي أدوات للقياس يُعبر عنها بالمعدل، أو النسبة، أو النسبة المئوية، والتي يمكن بواسطتها تقييم الأداء الفعلي، ومقارنته بمعيار أو هدف معين، وبإمكان هذه المؤشرات والمقاييس أن توفر بمرور الزمن بيانات يمكن جمعها وتحليلها واستعمالها كمعلومات أساسية يُبنى عليها اتخاذ القرار ووضع خطط التحسين.

#### المقاييس الفعالة يجب أن تكون:

- قادرة على توفير البيانات الصحيحة المتعلقة بالهدف المُقاس.
- يُعتمد عليها في توفير البيانات المترابطة والثابتة مع الزمن .
- مناسبة لرؤية ومهمة الصيدلانية.
- قادرة على أن تشمل مجالاً واسعاً من الخدمات والعمليات المراد دراستها.
- بسيطة وسهلة الاستعمال وذات كلفة معقولة.

## يوجد نوعان من المؤشرات والمقاييس:

أ. مؤشر يعتمد على المعدل: حيث يقيس درجة وقوع أي حدث سواء وقع في نفس المحيط (القاسم ذاته) أو في محيط مختلف (القاسم مُختلف).

أمثلة:

1. عدد المرضى المصابين بالربو الذين تعلموا على استعمال جهاز الاستنشاق /العدد الكلي لمرضى الربو.

2. عدد الأدوية المفقودة /العدد الكلي للصيادلة.

ب. مؤشر مراقبة ( مؤشر الحوادث الدالة على وجود خلل) : يقيس كل الأحداث الهامة التي تحتاج إلى بحث و تحليل إضافيين.

مثال: الموت الناتج عن الخطأ الدوائي.

**كما تصنيف المؤشرات والمقاييس تصنيفاً آخرًا كالآتي:**

• **مؤشرات البنية:** تقيس مقدرة النظام على توفير الرعاية، وقد تركز على المصادر أو

المواصفات، أو التجهيزات ، أو المساحة.

أمثلة : النسبة المئوية للصيادلة المجازين. عدد ساعات التشغيل. نسبة الصيادلة إلى الفنيين.

• **مؤشرات العملية:** تقيس خطوات عملية توفير الرعاية، التي يُمكن أن تكون سريريّة، أو مساندة،

أو إدارية.

أمثلة: فهم وتدوين الوصفات الدوائية، تناسب صرف الجرعة الأولى المصروفة مع الوصفة، إعادة

تعبئة العبوات الدوائية ذات الحجم الكبير في وحدات جاهزة للاستعمال.

• **مؤشرات النتيجة:** تقيس نتيجة مُنتج أو عملية الرعاية، التي يُمكن أن تكون سريريّة، ووظيفية،

وملموسة.

مثال: رضا المريض، المرضى الذين تلقوا الفانكوميسين vancomycin الوريدي في زمن للحقن أقل

من 45 دقيقة والذين عانوا من أعراض احمرار الرقبة بسبب ذلك.

أنشأت الجمعية الأمريكية لصيدلة المنظمات الصحية ASHP مؤشرات للجودة تحت عناوين مؤشرات رعاية المريض ومؤشرات العمليات، آخذةً بعين الاعتبار بأن الرعاية الصيدلانية هي الإطار الذي تطورت ضمنه هذه المؤشرات.

### أولاً: مؤشرات رعاية المريض:

تنقسم إلى ثمانية مجموعات تعتمد على المشاكل المتعلقة بالدواء والتي يجب على الرعاية الصيدلانية تحديدها وحلّها والوقاية منها، وهي:

• **التأثيرات الجانبية للدواء:** يتعرض المريض لمشكلة سببها الآثار الجانبية للدواء.

مثال : المرضى الذين تلقوا الفانكوميسين vancomycin الوريدي في زمن للحقن أقل من 45 دقيقة والذين عانوا من أعراض احمرار الرقبة بسبب ذلك.

• **الدواء بدون وجود داعي:** يتناول المريض الدواء بدون وجود سبب مرضي.

مثال: عندما يُعطى المريض جرعات دوائية بدون وجود وصفة.

• **التفاعلات مع الأدوية الأخرى أو الأغذية:** معاناة المريض الناتجة عن تفاعل الأدوية مع

بعضها أو تفاعلها مع أغذية معينة أو مع المواد المستعملة في الفحوص المخبرية.

مثال : المرضى الذين يُعانون من النزف بسبب تفاعل دواء الوارفارين warfarin مع الأدوية الأخرى.

• **الفشل في الحصول على الدواء:** معاناة المريض بسبب عدم حصوله على دواء معين.

مثال: المريض الذي لم يحصل على مضاد للقيء ويتناول العلاج الكيماوي الذي يُسبب القيء.

• **الأعراض غير المُعالجة:** معاناة المريض من حالة مرضية تتطلب علاجاً دوائياً ولكنه لم يتلق

الدواء لهذه الحالة.

مثال: المريض الذي يعاني من اكتئاب ولم يوصف له العلاج لهذه الحالة.

• **الاختيار الخاطئ للدواء:** يتلقى المريض دواءً لا يُناسبه.

مثال: مريض يعاني من حساسية لدواء معين ، ويتلقى نفس الدواء أو أحد مركباته.

• **الجرعة الزائدة:** عند معالجة المريض بجرعة زائدة من الدواء الصحيح.

مثال: عندما يعاني مريض السكري من هبوط في السكر بسبب جرعة زائدة من الأنسولين أو مضادات السكري التي تؤخذ عن طريق الفم.

• **الجرعة تحت العلاجية:** عند معالجة المريض بجرعة قليلة من الدواء الصحيح.

مثال: المصاب بالرجفان الأذيني غير المراقب و المعالج بالديجوكسين Digoxin و تركيز الدواء في دمه أقل من 0.9 نانو غرام/ملل.

ثانياً: مؤشرات العمليات:

تنقسم إلى اثنين وعشرين مجموعة لتغطية جميع العمليات المتعلقة بالدواء في الصيدلية ، وهي:

### 1. نظام دليل الأدوية:

مثال: تكرار إضافة أدوية جديدة إلى الدليل بدون تقديم الموجز الخاص باستعمالها.

### 2. المشتريات:

مثال : تكرار الفشل في إجراء طلبية الشراء بالرغم من وصول مستوى التخزين إلى الحد الأدنى الذي يستدعي إجراء طلبية الشراء.

### 3. الجرد:

مثال: تكرار وجود أدوية منتهية الصلاحية أو أدوية مرتجعة في أثناء الجرد.

### 4. تحضير الدواء:

مثال: تكرار حوادث التحضير الخاطئ للدواء (المزج أو الحل).

### 5. توزيع الدواء:

مثال : تكرار صرف دواء غير موصوف إلى مناطق العناية بالمريض (الأجنحة والأقسام).

### 6. المحاسبة والتعويض:

مثال : نسبة فواتير المرضى التي لا تتقاضى عليها المؤسسة الصحية أجراً كاملاً (100%).

### 7. المعلومات الدوائية:

مثال : تكرار طلب المعلومات المصنفة تحت بند المعلومات العاجلة والتي لم تُعط خلال الوقت المحدد لها.

## 8. إدارة المعلومات:

مثال : تكرار الكشف عن التفاعلات بين الأدوية والعلاج المتكرر .

## 9. الجودة وإدارة المخاطر:

مثال: تكرار التقارير عن الحوادث المتعلقة بالدواء والتي لم تدون المشكلة بشكل كاف .

## 10. استمرارية الرعاية الصيدلانية:

مثال : تكرار فشل المريض في أخذ موعد في العيادة قبل انتهاء كمية الدواء المصروفة له

في الإسعاف حيث عولج أول مرة.

## 11. تقييم التقنية (التكنولوجيا):

مثال: تكرار عدم استشارة إدارة الصيدلية في إدخال التقنيات الحديثة والتي تؤثر على نظام

استعمال الدواء .

## 12. تثقيف المرضى:

مثال: النسبة المئوية لمرضى الربو الذين تلقوا تعليماً حول استعمال جهاز الاستنشاق قبل

خروجهم من المستشفى .

## 13. الأبحاث:

مثال: النسبة المئوية لبروتوكولات الأدوية التي لا تزال قيد الدراسة الموجودة في الصيدلية .

## 14. التدوين:

مثال: تكرار الفشل في تدوين عمر المريض، وزنه، الحساسية، الأعراض الجانبية للأدوية،

تعليمات الدواء، في سجل المريض الطبي وفق عمليات المستشفى .

## 15. التخلص من النفايات الخطرة:

مثال: تكرار التخلص من نفايات أدوية السرطان بطرق تختلف عن الطريقة الموصوفة

للتخلص من هذا النوع من النفايات لحماية البيئة والمصادق عليها من قبل الوكالة

المختصة .

## 16. استعمال الموارد:

مثال: عدد الوحدات الدوائية المحضرة والمعبئة في قسم الصيدلية والتي يتم رميها .

## 17. النظم الآلية:

مثال: تكرار استخدام المراسلين أو الوسائط الميكانيكية في نقل المعلومات على الرغم من توفر النظام الآلي لنقلها.

## 18. نظام الأدوية الإسعافية:

مثال: تكرار إعطاء دواء إسعافي بدون تدخل قسم الصيدلية.

## 19. التسهيلات والتجهيزات:

مثال: تكرار الأعطال في منظم الحرارة ، أو الضوء، أو الرطوبة، أو جزيئات الغبار، أو الشروط غير الصحية ، والتي تهدد الصحة أو سلامة الأشخاص أو الأدوية والإمدادات.

## 20. المراقبة العلاجية للدواء:

مثال: تكرار الخطأ في وقت أخذ العينة بالنسبة لوقت أخذ الدواء.

## 21. الأدوية المخزنة خارج قسم الصيدلية:

مثال: تكرار صرف الأدوية التابعة للمستشفى والمخزنة في الأقسام الأخرى للمرضى بدون كتابة التعليمات الصحيحة.

## 22. الأدوية الخاضعة للدراسات:

مثال: تكرار بدء الدراسات الدوائية في المستشفى و التي تصرف الأدوية التابعة لها من

خارج قسم الصيدلية ([www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)).

### 2.2.10 معايير جودة الخدمات الصيدلانية:

إن المعايير جزء مهم في قياس جودة الخدمة المقدمة للمستهلك . لذا قامت الفدرالية الدولية للصيدلة بتبني خطوط إرشادية دولية لممارسة الصيدلة الجيدة في اجتماع مجلسها في طوكيو 5- 9- 1993 لأنها تعتقد أن المعايير المبنية على هذه الخطوط الإرشادية يجب أن تستخدم من قبل المنظمات الصيدلانية و الحكومات و المنظمات الصيدلانية الدولية للوصول إلى معايير وطنية مقبولة لممارسة الصيدلة الجيدة .

إن هذه النسخة المنقحة للإعلان قد تم تبنيها في الاجتماع الخامس و الثلاثين للجنة الخبراء المختصة بالمواصفات للمستحضرات الصيدلانية في منظمة الصحة العالمية في نيسان 1997 و تم الموافقة عليها من قبل كونغرس الفدرالية الدولية الصيدلانية في أيلول 1997 .

تؤسس الخطوط الإرشادية لممارسة الصيدلة الجيدة على العناية الصيدلانية التي يوفرها الصيدالدة ، وتوصي الخطوط الإرشادية بأن تكون المعايير الوطنية قد وضعت بهدف تعزيز الصحة وتوفير الأدوية والأجهزة الطبية و العناية الذاتية من قبل المريض وتحسين وصف الدواء واستخدامه و ذلك كله عبر أنشطة الصيدالدة. وتحت الفدرالية الدولية الصيدلانية المنظمات الصيدلانية والحكومات على العمل المشترك لإنتاج معايير أو في حال وجود معايير وطنية مراجعتها في ضوء الخطوط الإرشادية الموضوعة في وثيقة ممارسة الصيدلة الجيدة. هذه بعض الخطوط العريضة التي يجب العمل عليها للحصول على الاعتماد الدولي لصيدليات المستشفيات:

1. السياسات والطرق التي توضح وتصف مجال الخدمات الصيدلانية.
2. أنظمة الأمان الدوائية .
3. برنامج التعليم الصيدلي المستمر .
4. نظام توزيع الدواء .
5. طرق تخزين وتوزيع وكيفية التعامل مع الأدوية المخدرة وكل الأدوية التي تحتاج إلى تحكم خاص .
6. إدارة سجلات الأدوية .
7. القياسات الإرشادية لإدارة تعاطي الأدوية الخاصة بالمرضى الذين يترددون على المستشفى وغير المقيمين بها .
8. تحديد المسؤوليات الفردية لكل من الطبيب والصيدلي والممرض ودور كل فرد في إدارة تعاطي المضادات الحيوية عن طريق المحاليل الوريدية.
9. توضيح سياسة كيفية الحصول على الأدوية للمرضى الداخليين بالمستشفى بعد ساعات العمل الأساسية .
10. القياسات والطرق الموصى بها لعملية الاسترجاع .

11. سياسة إعادة الأدوية التي طلبت خطأ - الأدوية منتهية الصلاحية - الأدوية التي بها عيب تصنيع - الأدوية التالفة.
12. سياسة تمييز للأدوية التالفة - المتخزنة - الواردة.
13. تفتيش صيدلي شهري على كل وحدات المستشفى فيما يخص الدواء .
14. سياسة مراجعة تحضير ، تناول والتعامل مع الأدوية ، وطرق تخزينها ، وطرق توزيعها داخل المستشفى لضمان أعلى رعاية صحية للمريض .
15. تقديم سياسة لكيفية التعامل مع الأعراض الجانبية للأدوية بحيث يتم استبعادها عن طريق اكتشافها ، تقييمها ، تحديدها ، تقييم حجم مخاطرها ، معالجتها ، تصنيفها ، مراقبتها ، إثباتها في تقرير لكي نتمكن بعد ذلك من استبعادها أو الحد منها أو منعها بقدر الإمكان في المرضى الجدد.
16. سياسة لتسجيل الأخطاء الطبية الدوائية .
17. عمل هيئة استشارية صيدلانية دورها الزيارات المتعددة لأخذ عينات وتقييمها.
18. سياسة لمعرفة التعارض بين الأدوية والغذاء المقدم للمريض .
19. رعاية قياسية لتعاطي الدواء للمرضى اللذين يأخذون الدواء عن طريق أنبوب ولا يستطيعون عن طريق الفم .
20. وضع سياسة لتخزين الدواء تحت ظروف مثالية صحياً للحفاظ على أعلى كفاءة للدواء مثل ضبط درجة الحرارة - الضوء - الرطوبة - التهوية - العزل - والأمان .
21. سياسة لاستلام طلب الأدوية من الأقسام بالمستشفى سواء كان شفهي أو عن طريق التليفون
22. منهجية محددته لكيفية التعامل مع أدوية الطوارئ.
23. دور الخدمات الصيدلانية في مكافحة العدوى من طرق وسياسات ومسؤوليات ممنوحة للقسم الصيدلي ليراقب ويتحكم ويمنع العدوى .
24. دور الخدمة الصيدلانية لتحسين الأداء العام للمستشفى كما هو مخطط لها هذه السياسات تعتمد في تطبيقها على الكادر الصيدلي الموجود بالمستشفى وإمامه التام بالأدوات التي يتم بها قياس الجودة ([www.Wikipedia.com](http://www.Wikipedia.com)).

# الفصل الثالث

## منهجية الدراسة

- 3.1 المقدمة.
- 3.2 أسلوب الدراسة.
- 3.3 مصادر جمع البيانات.
- 3.4 مجتمع وعينة الدراسة.
- 3.5 خصائص مجتمع الدراسة.
- 3.6 أداة الدراسة.
- 3.7 صدق الاستبانة.
- 3.8 ثبات الاستبانة.
- 3.9 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

### 3.1 المقدمة:

تعتبر منهجية الدراسة وإجراءاتها محوراً رئيساً لإنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وكذلك للحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي بهدف التوصل إلى النتائج لتحليلها وتفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة ، من أجل تحقيق أهداف الدراسة. لذلك فقد تناول هذا الفصل وصفاً للمنهجية المتبعة ومجتمع وعينة الدراسة، وكذلك لأداة الدراسة المستخدمة وطريقة إعدادها وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها، وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج ، وفيما يأتي وصف لهذه الإجراءات.

### 3.2 أسلوب الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي والذي يحاول وصف وتقييم " إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة " ويحاول هذا المنهج أن يقارن ويفسر ويقيم مدى توافر الإمكانيات المادية والبشرية وغيرها لتطبيق هذه المبادئ أملاً في التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد المعرفة عن الموضوع.

### 3.3 مصادر جمع البيانات:

وقد تم استخدام مصدرين أساسيين للمعلومات:

1. **المصادر الثانوية:** والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

2. **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث تم اللجوء إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض.

### 3.4 مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من 225 صيدلانياً يعملون في ثلاث إدارات عامة للوزارة وهي الإدارة العامة للمستشفيات وعددهم (91) صيدلانياً، والإدارة العامة للرعاية الأولية وعددهم (92) صيدلانياً، والإدارة العامة للصيدلة وعددهم (42) صيدلانياً . وقد تم اعتماد أسلوب الحصر الشامل لمجتمع

الدراسة، فقد تم توزيع عينة استطلاعية عشوائية حجمها 30 استبانة لاختبار الاتساق الداخلي وثبات الاستبانة، وبعد التأكد من صدق وثبات الاستبانة للاختبار تم توزيع 195 استبانة على باقي مفردات مجتمع الدراسة ليصبح العدد الإجمالي 225 و قد تم استردادها جميعاً .  
وقد تم اختيار هذه الإدارات الثلاث لأنها هي التي تقوم بتقديم خدمات الرعاية الصيدلانية في الوزارة دون غيرها من الإدارات التي يعمل فيها عدد قليل من الصيادلة مثل الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية ووحدة الإجازة والتراخيص .

### 3.5 خصائص مجتمع الدراسة:

وفيما يلي عرض الخصائص والسمات الشخصية:

#### جدول رقم ( 1 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

م .	الجنس	التكرار	النسبة المئوية
1.	ذكر	107	47.6
2.	أنثى	118	52.4
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 1 ) أن 47.6% من عينة الدراسة من الذكور، بينما 52.4% من عينة الدراسة من الإناث، حيث نلاحظ أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة هي من الإناث ويعزى ذلك إلى كثرة أعداد الخريجات من كلية الصيدلة بجامعة الأزهر بغزة عن الخريجين ويرجع ذلك إلى عزوف الطلبة الغزيين للالتحاق بكلية الصيدلة لكثرة أعداد الصيادلة في قطاع غزة مع محدودية الوظائف الحكومية بالإضافة إلى تردي القطاع الخاص الصيدلاني لما يشهده قطاع غزة من حصار وأوضاع أمنية غير مستقرة .

وقد اختلفت هذه النتائج مع العديد من الدراسات والتي تتحدث عن الجودة الشاملة مثل دراسة (الحوري، 2008) حيث بلغت نسبة الذكور 63.6% أما نسبة الإناث 36.4% . ودراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث بلغت نسبة الذكور 78.7% أما نسبة الإناث 21.3% ، ومع دراسة (السلامية، 2007) حيث بلغت نسبة الذكور 61.8% أما نسبة الإناث 38.2% .

## جدول رقم ( 2 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

م.	الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
1.	متزوج	200	88.9
2.	أعزب	18	8.0
3.	أخرى	7	3.1
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 2 ) أن 88.9% من عينة الدراسة حالتهم الاجتماعية متزوج وتعتبر هذه النسبة مرتفعة مما يدل على إقبال الصيادلة على الزواج والذي بدوره يؤدي إلى الاستقرار العاطفي الذي يؤدي إلى نجاح الجودة الشاملة وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة (السلامة، 2007) حيث بلغت نسبة المتزوجون 78.2%، 8.0% من عينة الدراسة حالتهم الاجتماعية أعزب، بينما 3.1% من عينة الدراسة حالتهم الاجتماعية غير ذلك.

## جدول رقم ( 3 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الفئة العمرية

م.	الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
1.	أقل من 30	42	18.7
2.	30- أقل من 40	149	66.2
3.	40 - أقل من 50	25	11.1
4.	50 فأكثر	9	4.0
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 3 ) أن 18.7% من عينة الدراسة يتبعون الفئة العمرية أقل من 30 ، 66.2% من عينة الدراسة يتبعون الفئة العمرية من 30-أقل من 40، 11.1% من عينة الدراسة يتبعون الفئة العمرية 40-أقل من 50، 4.0% من عينة الدراسة يتبعون الفئة العمرية 50 فأكثر.

يمكن استنتاج من الجدول أيضاً أن 84.9% من الصيادلة هم أقل من 40 عاماً أي في سن الشباب وهم الأقدر على استيعاب وتنفيذ برامج الجودة الشاملة. ويتفق ذلك مع دراسة (الهوري، 2008) حيث لوحظ أن النسبة العالية تميل إلى الفئة العمرية (أقل من 40 سنة) بنسبة 54% .

#### جدول رقم ( 4 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير السكن

م.	السكن/المحافظة	التكرار	النسبة المئوية
1.	رفح	23	10.2
2.	خانيونس	33	14.7
3.	الوسطى	19	8.4
4.	غزة	119	52.9
5.	الشمال	31	13.8
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 4 ) أن 10.2% من عينة الدراسة يسكنون محافظة رفح ، 14.7% من عينة الدراسة يسكنون محافظة خانيونس، 8.4% من عينة الدراسة يسكنون المحافظة الوسطى ، 52.9% من عينة الدراسة يسكنون محافظة غزة وهم النسبة الأكبر ويرجع ذلك إلي أن محافظة غزة هي أكبر المحافظات من حيث تعداد السكان، 13.8% من عينة الدراسة يسكنون المحافظة الشمالية.

### جدول رقم ( 5 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل

م.	السكن	التكرار	النسبة المئوية
1.	رفح	19	8.4
2.	خانيونس	28	12.4
3.	الوسطى	21	9.3
4.	غزة	138	61.3
5.	الشمال	19	8.4
	<b>المجموع</b>	<b>225</b>	<b>100.0</b>

يبين الجدول رقم ( 5 ) أن 8.4% من عينة الدراسة يعملون في محافظة رفح، 12.4% من عينة الدراسة يعملون في محافظة خانيونس ، 9.3% من عينة الدراسة يعملون في المحافظة الوسطى، 61.3% من عينة الدراسة يعملون في محافظة غزة من وهذا مؤشر على تركيز الخدمات الصيدلانية فيها ويرجع ذلك لوجود الإدارة العامة للصيدلة ومجمع الشفاء الطبي و 5 مستشفيات حكومية بالإضافة إلى وجود 16 مركزاً حكومياً ( MOH,2011 )، 8.4% من عينة الدراسة يعملون في محافظة الشمال.

### جدول رقم ( 6 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الإدارة

م.	الإدارة	التكرار	النسبة المئوية
1.	الرعاية الأولية	92	40.9
2.	إدارة المستشفيات	91	40.4
3.	إدارة الصيدلة	42	18.7
	<b>المجموع</b>	<b>225</b>	<b>100.0</b>

يبين الجدول رقم ( 6 ) أن 40.9% من عينة الدراسة يتبعون إلى إدارة الرعاية الأولية ، 40.4% من عينة الدراسة يتبعون إلى إدارة المستشفيات، 18.7% من عينة الدراسة يتبعون إدارة الصيدلة.

## جدول رقم ( 7 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي

م.	المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية
1.	مدير دائرة	12	5.3
2.	رئيس قسم	60	26.7
3.	رئيس شعبة	44	19.6
4.	موظف	109	48.4
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 7 ) أن 5.3% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي مدير دائرة، 26.7% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي رئيس قسم، 19.6% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي رئيس شعبة، 48.4% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي موظف.

يمكن استنتاج من الجدول أيضاً أن 32% من عينة الدراسة هم من فئة الإدارة الوسطى (مدير دائرة و رئيس قسم) والذي يعتبر عامل مساعد في نجاح برامج الجودة الشاملة، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (السلايمة، 2007) حيث بلغت نسبة الإدارة الوسطى 43.6%.

## جدول رقم ( 8 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

م.	المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
1.	بكالوريوس	197	87.6%
2.	ماجستير	28	12.4%
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 8 ) أن 87.6% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي بكالوريوس، بينما 12.4% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي ماجستير ويعتبر ذلك محفزاً للوزارة للبدء بتطبيق الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصيدلانية لوجود الكادر المؤهل علمياً لاستيعاب وإدراك أهمية تطبيق مفهوم الجودة الشاملة. ويتفق ذلك مع دراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث كانت النسبة الأكبر من عينة الدراسة من حملة البكالوريوس والماجستير 88% تقريباً.

## جدول رقم ( 9 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة

م.	عدد سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
1.	أقل من 5	64	28.4
2.	5 - أقل من 10	77	34.2
3.	10 - أقل من 15	62	27.6
4.	15 - أقل من 20	13	5.8
5.	20 فأكثر	9	4.0
	<b>المجموع</b>	<b>225</b>	<b>100.0</b>

يبين الجدول رقم ( 9 ) أن 28.4% من عينة الدراسة لديهم خبرة أقل من 5 سنوات ، 34.2% من عينة الدراسة لديهم خبرة من 5 - أقل من 10 سنوات، 27.6% من عينة الدراسة لديهم خبرة من 10 - أقل من 15 سنة ، 5.8 % من عينة الدراسة لديهم خبرة من 15 - أقل من 20 سنة ، 4.0% من عينة الدراسة لديهم خبرة 20 سنة فأكثر .

ومن المؤسف ملاحظة أن ما نسبته 90.2% من عينة الدراسة لديهم خبرة أقل من 15 سنة والذي يقلل من فرصة نجاح برامج الجودة الشاملة ويعزى ذلك لاستتكاك الكثير من الكوادر العاملة بالوزارة عن العمل بسبب الانقسام الحاصل على الساحة الفلسطينية . ويتفق ذلك مع دراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث كانت كل عينة الدراسة مما لديهم خبرة أقل من 15 سنة . ويختلف ذلك مع دراسة (قنديل، 2006) حيث بلغت نسبة مما لديهم خبرة أكثر من 16 سنة 29.1% ويعلق على ذلك بأن لخبرة الطويلة لدى أفراد العينة يزيد الثقة بنتائج الدراسة.

## جدول رقم ( 10 )

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل

م.	الدخل بالشيكل	التكرار	النسبة المئوية
1.	أقل من 3000	94	41.8
2.	3000 - أقل من 4000	114	50.7
3.	4000 فأكثر	17	7.6
	المجموع	225	100.0

يبين الجدول رقم ( 10 ) أن 41.8% من عينة الدراسة دخلهم الشهري أقل من 3000 شيكل، 50.7% من عينة الدراسة دخلهم الشهري 3000- أقل من 4000 ، 7.6% من عينة الدراسة دخلهم 4000 فأكثر.

ويمكن أن يستنتج أيضاً أن ما نسبته 58.3% من عينة الدراسة دخلهم الشهري أكثر من 3000 شيكل والذي بدوره يوفر بعض الاستقرار المالي لدي الموظف ويعتبر عاملاً مساعداً في نجاح برامج الجودة الشاملة بالوزارة .

### 3.6 أداة الدراسة:

تم إعداد استبانة حول " إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة " .

تتكون استبانة الدراسة من قسمين رئيسيين هما:

القسم الأول: وهو عبارة عن السمات الشخصية للمستجيب وهي (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، منطقة السكن، مكان العمل، الإدارة العامة التابع لها، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الدخل الشهري).

القسم الثاني: وهو عبارة عن محاور الدراسة وتتكون الاستبانة من 40 فقرة موزعة على مجالين هما:

المجال الأول: مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة، ويتكون من (30) فقرة منقسم إلى ستة محاور هي:

أولاً: التركيز على الزبائن (المرضى)، ويتكون من (5) فقرات.

ثانياً: التزام الإدارة العليا بالجودة، ويتكون من (5) فقرات.

ثالثاً: إشراك العاملين وتمكينهم، ويتكون من (5) فقرات.

رابعاً: السياسات والإستراتيجيات، ويتكون من (5) فقرات.

خامساً: التحسين المستمر، ويتكون من (5) فقرات.

سادساً: النظم الإدارية، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثاني: دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية ، ويتكون من (10) فقرات .

وقد تم استخدام مقياس ليكرت لقياس استجابات المبحوثين لفقرات الاستبيان حسب جدول ( 11 ):

### جدول ( 11 )

درجات مقياس ليكرت الخماسي

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة	الاستجابة
1	2	3	4	5	الدرجة

تم اختيار الدرجة (1) للاستجابة " معارض بشدة " وبذلك يكون الوزن النسبي في هذه الحالة هو 20% وهو يتناسب مع هذه الاستجابة.

#### 3.7 صدق الاستبانة:

يقصد بصدق الاستبانة هو أن تقيس أسئلة الاستبانة ما وضعت لقياسه، وقد تم التأكد من صدق الاستبانة بطريقتين:

#### 1- صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين تألفت من 10 أساتذة متخصصين في مجال الإدارة وأسماء المحكمين بالملحق رقم (2)، وقد تم تعديل الاستبانة حسب المحكمين حيث تم القيام بحذف بعض الفقرات وتعديل صياغة البعض الآخر في ضوء المقترحات المقدمة، وبذلك خرجت الاستبانة في صورتها النهائية - انظر الملحق رقم (1).

## 2- صدق المقياس:

### أولاً: الاتساق الداخلي Internal Validity:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم احتساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه.

### جدول ( 12 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التركيز على الزبائن والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig)
1.	تلبية حاجات الزبائن.	0.743	*0.000
2.	تحقيق رضا الزبائن من خلال تحقيق احتياجاتهم.	0.746	*0.000
3.	الاستعانة بشكاوي الزبائن من أجل تطوير الخدمات المقدمة.	0.526	*0.001
4.	توفير الإمكانيات المادية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.	0.851	*0.000
5.	توفير الكوادر البشرية الكافية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.	0.716	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول (12) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التركيز على الزبائن (المرضى) والدرجة الكلية للمجال ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

### جدول ( 13 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التزام الإدارة العليا بالجودة والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	جعل رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة هي المهمة الأساسية لها.	0.801	*0.000
2.	توفير الموارد اللازمة للتطوير المستمر في أنظمتها.	0.734	*0.000
3.	تطوير نظم إدارة الجودة الشاملة لديها.	0.651	*0.000
4.	تحفيز الموظفين من أجل تقديم جودة أفضل.	0.746	*0.000
5.	تقديم تفاصيل عن مراحل خطة التغيير التي تسعى إليها.	0.871	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 13 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التزام الإدارة العليا بالجودة والدرجة الكلية للمجال ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

### جدول ( 14 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال إشراك العاملين وتمكينهم والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	اعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات.	0.679	*0.000
2.	جعل الموظفين على قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم.	0.721	*0.000
3.	تدريب الموظفين باستمرار على مبادئ الجودة .	0.788	*0.000
4.	دمج الموظفين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المؤسسة.	0.742	*0.000
5.	تشكيل فرق عمل تسعى للتحسين والتطوير .	0.825	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 14 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال إشراك العاملين وتمكينهم والدرجة الكلية للمجال ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

### جدول ( 15 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال السياسات والإستراتيجيات والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	وضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة .	0.637	*0.000
2.	رسم السياسات و الإستراتيجيات بناءً على احتياجات الزبائن الفعلية	0.577	*0.000
3.	جمع المعلومات التفصيلية لوضع السياسات و الإستراتيجيات .	0.786	*0.000
4.	التحقيق من أن التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة يسير بشكل منتظم .	0.721	*0.000
5.	الاستجابة للتغير في حاجات الزبائن عند رسم الخطط المستقبلية للمؤسسة.	0.761	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 15 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال السياسات والإستراتيجيات والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

### جدول ( 16 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التحسين المستمر والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	تحمل مسؤولياتها نحو المجتمع من خلال التحسين المستمر للخدمات	0.636	*0.000
2.	النظر إلى التحسين المستمر على أنه جزء لا يتجزأ من متطلبات الجودة.	0.584	*0.000
3.	تقليل الفجوة بين جودة الخدمات المقدمة والجودة الفعلية لتلك الخدمات	0.673	*0.000
4.	الإعداد للخدمات الجديدة بشكل دقيق .	0.794	*0.000
5.	تقليص الإجراءات الروتينية الزائدة لتقديم الخدمة.	0.647	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 16 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال التحسين المستمر والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

## جدول ( 17 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال النظم الإدارية والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	إيجاد نظم واضحة وصريحة للعمل بالسرعة الممكنة للاستجابة للطلبات والمتغيرات.	0.618	*0.000
2.	تقييم رؤساء أقسام المؤسسة على أساس مدى جودة خدماتهم المقدمة.	0.783	*0.000
3.	تخصيص قسم خاص بمراقبة أو توكيد الجودة في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة.	0.586	*0.000
4.	تقييم أداء الموظفين دورياً بناءً على المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل الإدارة المعنية بذلك.	0.718	*0.000
5.	التعامل مع الأنظمة الداخلية بمرونة تساعد على التطوير وفقاً للتغيرات .	0.774	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

يوضح جدول ( 17 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال النظم الإدارية والدرجة الكلية للمجال ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبيّنة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

## جدول ( 18 )

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	تخصيص الأدوية للمرضي بشكل صحيح .	0.808	*0.000
2.	دقة صرف الأدوية للمرضي .	0.875	*0.000
3.	دقة توزيع الأدوية للأقسام المختلفة .	0.901	*0.000
4.	تقليل أخطاء إعطاء الأدوية الخطرة .	0.824	*0.000
5.	ترشيد استعمال الأدوية .	0.870	*0.000
6.	تقليل وقت الحصول على الرعاية الصيدلانية.	0.718	*0.000
7.	سهولة الوصول للرعاية الصيدلانية .	0.867	*0.000
8.	استمرارية الرعاية الصيدلانية.	0.815	*0.000
9.	التقليل من تكلفة الرعاية الصيدلانية.	0.774	*0.000
10.	حل المشاكل الخاصة بالرعاية الصيدلانية .	0.631	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

يوضح جدول ( 18 ) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية والدرجة الكلية للمجال ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك يعتبر المجال صادقاً لما وضع لقياسه.

## ثانياً: الصدق البنائي Structure Validity

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة والذي يقيس مدى تحقق الأهداف المراد الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة.

### جدول ( 19 )

معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

م	المجال	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	التركيز على الزبائن (المرضى)	0.827	*0.000
2.	التزام الإدارة العليا بالجودة	0.893	*0.000
3.	إشراك العاملين وتمكينهم	0.803	*0.000
4.	السياسات والإستراتيجيات	0.625	*0.000
5.	التحسين المستمر	0.826	*0.000
6.	النظم الإدارية	0.736	*0.000
7.	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	0.916	*0.000
8.	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	0.823	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 19 ) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الاستبانة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.05$  وبذلك تعتبر جميع مجالات الاستبانة صادقةً لما وضعت لقياسه.

### 3.8 ثبات الاستبانة Reliability:

يقصد بثبات الاستبانة هو أن تعطي الاستبانة نفس النتيجة إذا ما تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها عدة مرات خلال فترات زمنية معينة.

وقد تم التحقق من ثبات الاستبانة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

#### أ- معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient :

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول ( 20 ).

جدول ( 20 )

معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

م	المجال	معامل ألفا كرونباخ (الثبات)	الصدق الذاتي*
1.	التركيز على الزبائن (المرضى)	0.767	0.876
2.	التزام الإدارة العليا بالجودة	0.835	0.914
3.	إشراك العاملين وتمكينهم	0.843	0.918
4.	السياسات والإستراتيجيات	0.812	0.901
5.	التحسين المستمر	0.734	0.857
6.	النظم الإدارية	0.763	0.874
7.	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	0.945	0.972
8.	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	0.923	0.961
9.	جميع فقرات الاستبانة معاً	0.928	0.964

\* الصدق الذاتي = الجذر التربيعي الموجب للثبات

يتضح من النتائج الموضحة في جدول ( 20 ) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ كانت مرتفعة لكل مجال حيث تتراوح بين 0.734 ، 0.945 لكل مجال من مجالات الاستبانة، وكذلك كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع فقرات الاستبانة (0.928). وكذلك قيمة الصدق الذاتي كانت مرتفعة لكل مجال حيث تتراوح بين 0.857 ، 0.972 لكل مجال من مجالات الاستبانة، وأن قيمة الصدق الذاتي لجميع فقرات الاستبانة (0.964)، وهذا يعني أن معاملي الصدق والثبات مرتفعين.

ب- طريقة التجزئة النصفية Split Half Method:

تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية ، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية) ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان - براون Spearman-Brown:

معامل الارتباط المعدل =  $\frac{2r}{1+r}$  حيث  $r$  معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات

الأسئلة الزوجية. وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول ( 21 )

## جدول ( 21 )

طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات الاستبانة

م	المجال	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
1.	التركيز على الزبائن (المرضى)	0.718	0.840
2.	التزام الإدارة العليا بالجودة	0.743	0.857
3.	إشراك العاملين وتمكينهم	0.771	0.875
4.	السياسات والإستراتيجيات	0.811	0.899
5.	التحسين المستمر	0.573	0.735
6.	النظم الإدارية	0.647	0.791
7.	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	0.925	0.961
8.	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	0.891	0.942
9.	جميع فقرات الاستبانة معاً	0.906	0.951

يتضح من النتائج الموضحة في جدول ( 21 ) أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان- براون Spearman-Brown) مرتفع ودال إحصائياً.

وتكون الاستبانة في صورتها النهائية كما هي في الملحق (1) قابلة للتوزيع، وبذلك فقد تم التأكد من صدق وثبات استبانة الدراسة ومن صحتها وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

### 3.9 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم تفرغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ، وتم استخدام الاختبارات الإحصائية اللامعلمية، وذلك بسبب أن مقياس ليكرت هو مقياس ترتيبي وقد استخدمت الأدوات الإحصائية الآتية:

1- النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي والوزن النسبي: والتي تستخدم بشكل أساسي

لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما ويفيد في وصف مجتمع الدراسة.

2- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.

3- معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط.

ويستخدم هذا الاختبار لدراسة العلاقة بين المتغيرات في حالة البيانات اللامعلمية.

4- اختبار الإشارة (Sign Test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد وهي 3 أم لا.

5- اختبار مان - وتني (Mann-Whitney Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات الترتيبية.

6- اختبار كروسكال - والاس (Kruskal - Wallis Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات الترتيبية.

## الفصل الرابع

### تحليل وتفسير محاور الدراسة واختبار الفرضيات

4.1 عرض وتحليل بيانات الاستبانة.

4.1.1 تحليل محاور ( مبادئ الجودة الشاملة).

4.1.2 تحليل محور ( دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية ).

4.2 اختبار فرضيات الدراسة.

#### 4.1 عرض وتحليل بيانات الاستبانة:

تم استخدام اختبار الإشارة (SIGN TEST) والذي يعتبر اختباراً غير معلمي يتناسب وطبيعة البيانات (وصفية)، ولمعرفة ما إذا كانت قيمة متوسط درجة الموافقة قد وصلت إلى الدرجة المتوسطة (المحايد) وهي 3 أم لا أم زادت عنها أم قلت (أي تختلف اختلافاً جوهرياً أو بصورة واضحة)، فإذا كانت Sig.(P-value) أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  (حسب نتائج برنامج SPSS) فإنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية ويكون في هذه الحالة آراء أفراد مجتمع الدراسة تقترب من القيمة المتوسطة (المحايد) وهي 3، أما إذا كانت Sig.(P-value) أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  فيتم رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بأن متوسط درجة الإجابة تختلف عن القيمة المتوسطة (المحايد)، وفي هذه الحالة يمكن تحديد ما إذا كانت قيمة متوسط الإجابة يزيد أو ينقص بصورة جوهرياً عن القيمة المتوسطة (المحايد) وذلك من خلال إشارة قيمة الاختبار فإذا كانت الإشارة موجبة فمعناه أن المتوسط الحسابي للإجابة يزيد عن القيمة المتوسطة (المحايد) والعكس صحيح.

تبين الجداول الآتية النسبة المئوية لبدائل كل فقرة وكذلك المتوسط الحسابي والوزن النسبي ومستوى الدلالة لكل فقرة.

##### 4.1.1 تحليل محاور (مبادئ الجودة الشاملة):

##### أولاً: تحليل فقرات المحور الأول (التركيز على الزبائن):

يحتوي محور التركيز على الزبائن على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن من قبل وزارة الصحة الفلسطينية.

ويوضح الجدول رقم ( 22 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق هذا المبدأ من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض، حيث تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي) ، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية التطبيق من قبل الوزارة.

## جدول رقم ( 22 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " التركيز على الزبائن "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	تمتلك الوزارة القدرة على:-	3.38	67.62	5.38	*0.000	1
2	تلبية حاجات الزبائن.	3.21	64.18	3.37	*0.000	3
3	تحقيق رضا الزبائن من خلال تحقيق احتياجاتهم.	3.16	63.15	1.54	0.062	4
4	الاستعانة بشكاوي الزبائن من أجل تطوير الخدمات المقدمة.	3.00	60.09	0.33	0.372	5
5	توفير الإمكانيات المادية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.	3.35	66.91	5.04	*0.000	2
	توفير الكوادر البشرية الكافية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.	3.23	64.52	3.70	*0.000	
	جميع فقرات المجال معاً					

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

من جدول ( 22 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى يساوي 3.38 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 67.62%، قيمة اختبار الإشارة تساوي 5.38 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 مما يؤكد على أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تلبية حاجات الزبائن ، وبالتالي فقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة " توفير الإمكانيات المادية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن " يساوي 3.00 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 60.09%، قيمة اختبار الإشارة تساوي 0.33 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.372 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة من حيث أهميتها من بين فقرات المجال ، ويعزى حصول هذه الفقرة على المرتبة الأخيرة لقلة

الإمكانات المالية التي تمتلكها الوزارة ، حيث تحصل الوزارة على مواردها المالية من الموازنة العامة للسلطة الوطنية الفلسطينية وهو ما يشكل عائقاً أمام توفير متطلبات الجودة وخاصة في ظل محدودية موارد السلطة كما هو الحال في معظم الدول النامية.

• وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.23 وأن الوزن النسبي يساوي 64.52 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر هذا المجال دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (بدر، 2009) التي توصلت إلى وجود اهتمام وتبني كبير من قبل المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة لمبادئ الجودة الشاملة وقد كان أعلى مستوى تطبيق من نصيب التركيز على جمهور العملاء والمستفيدين، في حين اختلفت هذه الدراسة مع دراسة (Baidoun, Zairi, 2003) التي توصلت إلى عدم وجود أي اهتمام أو مسؤولية لدى إدارة المنظمات الفلسطينية في تطبيق الجودة الشاملة.

#### ثانياً : تحليل فقرات المحور الثاني (التزام الإدارة العليا بالجودة):

يحتوي محور التزام الإدارة العليا بالجودة على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية. ويوضح الجدول رقم ( 23 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض، حيث تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي)، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة.

## جدول رقم ( 23 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " التزام الإدارة العليا بالجودة "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	تمتلك الوزارة القدرة على:-	3.14	62.88	1.99	*0.023	3
2	جعل رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة هي المهمة الأساسية لها	3.15	63.04	2.56	*0.005	2
3	توفير الموارد اللازمة للتطوير المستمر في أنظمتها.	3.22	64.43	3.39	*0.000	1
4	تطوير نظم إدارة الجودة الشاملة لديها.	2.83	56.50	-1.79	0.037	5
5	تحفيز الموظفين من أجل تقديم جودة أفضل.	2.91	58.28	-1.13	0.129	4
	تقديم تفاصيل عن مراحل خطة التغيير التي تسعى إليها.	3.06	61.12	0.42	0.339	
	جميع فقرات المجال معاً					

\*المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

من جدول ( 23 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الثالثة يساوي 3.22 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 64.43%، قيمة اختبار الإشارة تساوي 3.39 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تطوير نظم إدارة الجودة الشاملة لديها، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة يساوي 2.83 أي أن الوزن النسبي 56.50%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.037 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تحفيز الموظفين من أجل تقديم جودة أفضل، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة والأخيرة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة يساوي 2.91 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 58.28 % ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.129 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، ويعزى ذلك إلى التغير الدائم في القيادات الإدارية العليا في الوزارة وهو ما يؤدي إلى تشويش وإرباك الخطط الهادفة للتطوير بشكل مستمر ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.06 وأن الوزن النسبي يساوي 61.12 % ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.339 ، لذلك يعتبر هذا المجال غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على قدرة الوزارة على تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة، اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (جودة ، 2002) والتي توصلت إلى تدني فعالية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومديرية الشؤون الصحية في محافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية، وقد اختلفت الدراسة مع دراسة ( Baidoun ، 2003) والتي توصلت إلى أن مهارات القيادة هي من أهم العوامل الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الفلسطينية.

### **ثالثاً : تحليل فقرات المحور الثالث (إشراك العاملين وتمكينهم):**

يحتوي محور إشراك العاملين وتمكينهم على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم من قبل وزارة الصحة الفلسطينية. ويوضح الجدول رقم ( 24 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض ، حيث تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي) ، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم.

## جدول رقم ( 24 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال "إشراك العاملين وتمكينهم"

م	الفقرة تمتلك الوزارة القدرة على:-	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	اعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات.	2.75	55.00	-2.97	*0.001	5
2	جعل الموظفين على قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم.	3.18	63.66	2.25	*0.012	1
3	تدريب الموظفين باستمرار على مبادئ الجودة .	3.01	60.18	0.08	0.469	3
4	دمج الموظفين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المؤسسة.	2.91	58.12	-2.18	*0.015	4
5	تشكيل فرق عمل تسعى للتحسين والتطوير .	3.07	61.43	0.32	0.376	2
	جميع فقرات المجال معاً	2.99	59.77	-0.98	0.164	

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

من جدول ( 24 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى يساوي 2.75 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 55.00%، قيمة اختبار الإشارة تساوي -2.97 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.001 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 مما يؤكد على أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على اعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات ، وبالتالي فقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة والأخيرة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية يساوي 3.18 أي أن الوزن النسبي 63.66%، قيمة اختبار الإشارة تساوي 2.25 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.012 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على

أن الوزارة تمتلك القدرة على جعل الموظفين على قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثالثة يساوي 3.01 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 60.18 % ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.08 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، ويعزى ذلك إلى عدم قناعة الإدارة العليا بالتدريب فكثيراً من القيادات تعتبر نفسها فوق التدريب إن كان موجهاً للقيادات العليا وتعتبره مضيعة للوقت إن كان موجهاً للمستويات الدنيا ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة يساوي 2.91 أي أن الوزن النسبي 58.12%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.015 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على دمج الموظفين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المؤسسة ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة يساوي 3.07 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 61.43 % ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.376 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، ويعزى ذلك إلى ضعف مستوى التحفيز في المنظمات الحكومية ، مما يدفع بالموظفين إلى عدم الاهتمام بفرق تحسين الجودة ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 2.99 وأن الوزن النسبي يساوي 59.77 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.164 لذلك يعتبر هذا المجال غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة

الاستجابة لهذا المجال لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 ، وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على إشراك العاملين وتمكينهم، وقد اتفقت الدراسة مع دراسة (جرار، القواسمي ، 2008) حيث أوصت الدراسة على ضرورة العمل على مشاركة العاملين بفعالية أكبر في صنع القرارات وتطويرهم في مجال إدارة الجودة ، وقد اختلفت الدراسة مع (Smadi, Al-Khawaldeh, 2006) التي أظهرت اهتمام الشركات ببعض مبادئ الجودة الشاملة والتي كان التركيز الأكبر فيها على مبادئ القيادة ومشاركة العاملين.

#### رابعاً : تحليل فقرات المحور الرابع (السياسات والإستراتيجيات):

يحتوي محور السياسات والإستراتيجيات على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات من قبل وزارة الصحة الفلسطينية. ويوضح الجدول رقم ( 25 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض، حيث تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي) ، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات.

## جدول رقم ( 25 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " السياسات والإستراتيجيات "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	وضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة.	3.25	65.07	4.00	*0.000	1
2	رسم السياسات و الإستراتيجيات بناءً على احتياجات الزبائن الفعلية.	3.22	64.44	3.40	*0.000	2
3	جمع المعلومات التفصيلية لوضع السياسات و الإستراتيجيات.	3.20	64.09	3.16	*0.001	3
4	التحقيق من أن التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة يسير بشكل منتظم.	3.00	60.09	0.08	0.467	4
5	الاستجابة للتغير في حاجات الزبائن عند رسم الخطط المستقبلية للمؤسسة	3.00	59.91	0.00	0.500	5
	جميع فقرات المجال معاً	3.14	62.77	2.13	*0.017	

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

من جدول ( 25 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى يساوي 3.25 أي أن الوزن النسبي 65.07%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على وضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة يساوي 3.00 أي أن الوزن النسبي 60.09%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.467 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على التحقيق من أن التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة يسير بشكل منتظم، ويعزى ذلك إلى كبر حجم المؤسسات الحكومية وتشعبها، حيث يسود فيها المناخ

البيروقراطي ويسود الروتين العقيم وتتعثّر عمليات الاتصالات وتستغرق وقتاً طويلاً ، وجهداً متواصلًا قد لا يتأتى الاستمرار في بذله في المؤسسات الحكومية، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

• المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة يساوي 3.00 أي أن الوزن النسبي 59.91 %، قيمة اختبار الإشارة تساوي 2.97 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 2.97 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على الاستجابة للتغير في حاجات الزبائن عند رسم الخطط المستقبلية للمؤسسة ، ويعزى ذلك إلى كبر حجم الجمهور وتنوع فئاته وهو ما يضاعف من صعوبات إرضاء كافة العملاء بنفس الدرجة ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة والأخيرة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

• وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.14 وأن الوزن النسبي يساوي 62.77 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.017 لذلك يعتبر هذا المجال دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (بركات، 2003) والتي توصلت إلى وجود تطبيق لمبادئ الجودة الشاملة بدرجات متفاوتة كان أعلى مستوى تطبيق هو التركيز على الاحتياجات الإدارية.

#### **خامساً : تحليل فقرات المحور الخامس (التحسين المستمر):**

يحتوي محور التحسين المستمر على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر من قبل وزارة الصحة الفلسطينية.

ويوضح الجدول رقم ( 26 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض، حيث

تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي) ، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر .

### جدول رقم ( 26 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " التحسين المستمر "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	تحمل مسؤولياتها نحو المجتمع من خلال التحسين المستمر للخدمات	3.27	65.36	3.78	*0.000	2
2	النظر إلى التحسين المستمر على أنه جزء لا يتجزأ من متطلبات الجودة.	3.40	67.95	6.15	*0.000	1
3	تقليل الفجوة بين جودة الخدمات المقدمة والجودة الفعلية لتلك الخدمات	3.17	63.38	2.64	*0.004	3
4	الإعداد للخدمات الجديدة بشكل دقيق .	2.99	59.73	-0.16	0.435	4
5	تقليص الإجراءات الروتينية الزائدة لتقديم الخدمة.	2.70	53.96	-3.52	*0.000	5
	جميع فقرات المجال معاً	3.11	62.11	1.80	*0.036	

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

من جدول ( 26 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية يساوي 3.40 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 67.95%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد "درجة الموافقة المتوسطة" وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على النظر إلى التحسين المستمر على أنه جزء لا يتجزأ من متطلبات الجودة ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة يساوي 2.99 أي أن الوزن النسبي 59.73 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.435 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على الإعداد للخدمات الجديدة بشكل دقيق، ويعزى ذلك إلى صعوبة قياس وتقييم نتائج العمل، فطبيعة الخدمة وكونها غير ملموسة لا تساعد في تقييمها ومعرفة مستوياتها وبالتالي يجب تطوير معايير خاصة لقياس هذه الخدمات، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة يساوي 2.70 أي أن الوزن النسبي 53.96 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد نقص عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تقليص الإجراءات الروتينية الزائدة لتقديم الخدمة، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.11 وأن الوزن النسبي يساوي 62.11 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.036 لذلك يعتبر هذا المجال دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على التحسين المستمر، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (أبو دولة والنيادي، 2000) التي توصلت إلى أن التحسين المستمر من أهم العوامل لإدارة الجودة الشاملة، وقد اختلفت الدراسة مع دراسة (جرار، القواسمي، 2008) حيث توصلت الدراسة إلى عدم الاهتمام بصورة كافية لتحسين الأعمال والأنشطة بشكل مستمر.

### سادساً : تحليل فقرات المحور السادس (النظم الإدارية):

يحتوي محور النظم الإدارية على (5) فقرات ، وذلك بهدف التعرف على مدى إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية من قبل وزارة الصحة الفلسطينية.

ويوضح الجدول رقم ( 27 ) التالي ردود مفردات العينة على مدى إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية من قبل الوزارة وهذه الإجابات مرتبة حسب ترتيبها في الاستبانة المعدة لهذا الغرض، حيث تم ترقيم تلك الفقرات تصاعدياً بناءً على قيمة المتوسط الحسابي لها (الترتيب رقم 1 هو الذي يملك أعلى قيمة للمتوسط الحسابي) ، بحيث أنه كلما زادت قيمة الوسط الحسابي زادت إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية.

#### جدول رقم ( 27 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " النظم الإدارية "

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	الفقرة
1	0.048*	2	3.12	62.41	1.66	0.048*	2	إيجاد نظم واضحة وصريحة للعمل بالسرعة الممكنة للاستجابة للطلبات والمتغيرات.
2	0.268	5	2.92	58.30	-0.62	0.268	5	تقييم رؤساء أقسام المؤسسة على أساس مدي جودة خدماتهم المقدمة.
3	0.376	4	3.02	60.45	0.32	0.376	4	تخصيص قسم خاص بمراقبة أو توكيد الجودة في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة.
4	0.004*	1	3.21	64.11	2.68	0.004*	1	تقييم أداء الموظفين دورياً بناءً على المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل الإدارة المعنية بذلك.
5	0.127	3	3.09	61.78	1.14	0.127	3	التعامل مع الأنظمة الداخلية بمرونة تساعد على التطوير وفقاً للتغيرات .
	0.500		3.07	61.38	0.00	0.500		جميع فقرات المجال معاً

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

من جدول ( 27 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

• المتوسط الحسابي للفقرة الثانية يساوي 2.92 أي أن الوزن النسبي 58.3 %، وأن القيمة

الاحتمالية (Sig.) هي 0.268 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة

$\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تقييم رؤساء أقسام المؤسسة على أساس مدى جودة خدماتهم المقدمة ، ويعزى ذلك إلى أنه يتم اعتماد معايير لتقييم الأداء لا تعتمد على الجودة بل على معايير أخرى مثل مدى الالتزام بالأنظمة والقوانين والانضباط الإداري وغيره، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الخامسة والأخيرة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثالثة يساوي 3.02 أي أن الوزن النسبي 60.45 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.376 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تخصيص قسم خاص بمراقبة أو توكيد الجودة في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة ، ويعزى ذلك لعدم إدراك القيادات الإدارية العليا لأهمية قسم الجودة وتعتبر عملية إضافة قسم خاص بالجودة في الهيكلية هو زيادة في التكلفة أو الإنفاق، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الرابعة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة يساوي 3.21 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 64.11 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.004 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد "درجة الموافقة المتوسطة" وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تقييم أداء الموظفين دورياً بناءً على المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل الإدارة المعنية بذلك ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة يساوي 3.09 أي أن الوزن النسبي 61.78 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.127 لذلك تعتبر هذه الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة

الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على التعامل مع الأنظمة الداخلية بمرونة تساعد على التطوير وفقاً للتغيرات ، ويعزى ذلك لعدم مرونة القوانين والأنظمة ، فعادة ما تتصف اللوائح والقوانين بالقدم وعدم المرونة ولا يتأتى تغييرها بسهولة وهو ما يشكل عائقاً كبيراً أمام التوجه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.07 وأن الوزن النسبي يساوي 61.38 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.500 لذلك يعتبر هذا المجال غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال لا يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تطبيق مبدأ النظم الإدارية ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Baidoun, Zairi , 2003) والتي توصلت إلى عدم وجود أي اهتمام أو مسئولية لدى إدارات المنظمات الفلسطينية في تطبيق الجودة الشاملة ، ومع دراسة قنديل (2008) حيث كان متغير النظم الإدارية هو الأقل من حيث التطبيق، وقد اختلفت مع دراسة (بدر، 2009) والتي أوصت بضرورة إعادة هندسة بعض العمليات الإدارية (هندرة) داخل المؤسسة بحيث تعمل على تقليص العديد من الإجراءات الروتينية الزائدة وتقليل الزمن اللازم لإتمام خطوات ومراحل تقديم الخدمة للجمهور.

#### 4.1.2 تحليل محور " دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية ":

##### جدول رقم ( 28 )

المتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " دور الجودة الشاملة في تحسين

الرعاية الصيدلانية "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1	تخصيص الأدوية للمرضى بشكل صحيح .	4.08	81.61	12.07	*0.000	2
2	دقة صرف الأدوية للمرضى .	4.15	82.96	12.87	*0.000	1
3	دقة توزيع الأدوية للأقسام المختلفة .	4.05	80.99	12.44	*0.000	3
4	تقليل أخطاء إعطاء الأدوية الخطرة .	3.99	79.73	11.47	*0.000	5
5	ترشيد استعمال الأدوية .	4.00	79.91	11.44	*0.000	4
6	تقليل وقت الحصول على الرعاية الصيدلانية.	3.82	76.43	9.80	*0.000	9
7	سهولة الوصول للرعاية الصيدلانية .	3.95	79.10	11.74	*0.000	6
8	استمرارية الرعاية الصيدلانية.	3.95	78.93	11.64	*0.000	7
9	التقليل من تكلفة الرعاية الصيدلانية.	3.78	75.54	9.47	*0.000	10
10	حل المشاكل الخاصة بالرعاية الصيدلانية .	3.83	76.70	10.45	*0.000	8
	جميع فقرات المجال معاً	3.96	79.19	12.07	*0.000	

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

من جدول ( 28 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى يساوي 4.08 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 81.61%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن تطبيق الجودة الشاملة يساعد على تخصيص الأدوية للمرضى بشكل صحيح ، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثانية من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.
- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية يساوي 4.15 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 82.96%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر الفقرة دالة إحصائياً

عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن تطبيق الجودة الشاملة يساعد على دقة صرف الأدوية للمرضى، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الأولى من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثالثة يساوي 4.05 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 80.99%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن تطبيق الجودة الشاملة يساعد على دقة توزيع الأدوية للأقسام المختلفة، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة الثالثة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- المتوسط الحسابي للفقرة التاسعة يساوي 3.78 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 75.54%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن تطبيق الجودة الشاملة يساعد على التقليل من تكلفة الرعاية الصيدلانية، وقد احتلت هذه الفقرة المرتبة العاشرة والأخيرة من حيث أهميتها من بين فقرات هذا المجال.

- وبشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 3.96 وأن الوزن النسبي يساوي 79.19%، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر هذا المجال دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على أن تطبيق الجودة الشاملة يساعد على تحسين الرعاية الصيدلانية، ويعزى ذلك إلى أهمية الجودة الشاملة وإدراك الصيادلة العاملين في الوزارة للدور المحوري الذي تلعبه في تحسين الرعاية، و قد اتفقت هذه النتائج مع دراسة (الهوري، 2008) والتي توصلت إلى وجود إدراك لدى العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لجميع مبادئ

الجودة الشاملة، في حين اختلفت هذه النتائج مع دراسة (جودة ، 2002) والتي توصلت إلى تدني فعالية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في مديرية الشئون الصحية في محافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية، كما اختلفت مع دراسة ( Baidoun, Zairi, ) (2003) والتي توصلت إلى عدم وجود أي اهتمام أو مسئولية لدى إدارات المنظمات الفلسطينية في تطبيق الجودة الشاملة.

### جدول ( 29 )

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لجميع فقرات مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة

البند	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	3.10	61.92	0.27	0.393

\* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

من جدول ( 29 ) يمكن استخلاص ما يأتي:

- المتوسط الحسابي لجميع فقرات مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة يساوي 3.10 (الدرجة الكلية من 5) أي أن الوزن النسبي 61.92 %، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.393 لذلك تعتبر جميع فقرات هذا المحور غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لا يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة (درجة الحياد) وهي 3، وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على أن الوزارة تمتلك القدرة على تطبيق جميع مبادئ الجودة الشاملة، ويعزى ذلك إلى وجود العديد من العوامل التي تعيق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام ومنها تأثير قوانين الخدمة المدنية، تأثير العوامل السياسية على اتخاذ القرارات، عدم وجود منافسة، المقاومة للتغيير، عدم توفر الإمكانيات المادية والبشرية وعدم الترويج لنظام الجودة الشاملة أو عدم وضع خطط لها، ويتفق ذلك مع دراسة (الكحلوت، 2004)، والتي توصلت إلى تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير، عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة، بالإضافة إلى انخفاض مستوى فهم

العاملين لمفهوم الجودة الشاملة ، ودراسة (جودة ، 2002) والتي توصلت إلى تدني فعالية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في بيئة المؤسسة .

#### 4.2 اختبار فرضيات الدراسة:

ولاختبار فرضيات الدراسة تم استخدام اختبار دلالة معامل ارتباط سبيرمان .

#### الفرضية الأولى:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 30 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل سبيرمان للارتباط	الفرض
*0.000	0.230	توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  .

يبين جدول ( 30 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.230 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، ويعزى ذلك إلى أهمية التركيز على الزبائن كأحد ركائز الجودة الشاملة وما يؤدي ذلك إلى تحسين أداء المؤسسة بشكل عام والرعاية الصيدلانية بشكل خاص ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع العديد من الدراسات مثل دراسة (بدر ، 2009) ، (الحوري ، 2008) ، (بومدين ، 2007) والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التركيز على الزبائن و تحسين الأداء الوظيفي.

## الفرضية الثانية:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 31 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية

الفرص	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.	0.409	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 31 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.409 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، ويعزى ذلك إلى أهمية التزام الإدارة العليا بالجودة ، وأهمية رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة ونتائج الايجابية على تحسين الرعاية الصيدلانية بالوزارة ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السلامة، 2007) والتي توصلت إلى وجود علاقة متوسطة وموجبة بين الالتزام الفعال للإدارة العليا وإمكانية استخدام ستة سيجما لتحسين الأداء الصحي في المركز الطبي العربي في الأردن. ومع دراسة (أبو دولة والنيادي ، 2000) والتي أوصت إلى ضرورة إرسال المديرين وخاصة الذين في الإدارة العليا إلى برامج تدريبية متخصصة في إدارة الجودة الشاملة وإدارة التغيير.

### الفرضية الثالثة:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 32 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية

الفرص	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.	0.451	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 32 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.451 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، ويعزى ذلك إلى أهمية التركيز على العاملين واعتبارهم زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات مما يؤدي ذلك إلى تحسين الأداء المؤسسي بشكل عام والرعاية الصيدلانية بشكل خاص ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (شاهين، 2004) ، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين رفع مستوى الأفراد وتقديم منتج أو خدمة بأعلى جودة.

### الفرضية الرابعة:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 33 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل سبيرمان للارتباط	الفرض
*0.000	0.430	توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 33 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.430 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة في قطاع غزة، ويعزى ذلك إلى أهمية وضع الخطط المستقبلية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة ورسم السياسات والإستراتيجيات بناءً على الاحتياجات الفعلية للزبائن وعلاقة ذلك بالأداء المؤسسي عامة وبالرعاية الصيدلانية خاصة، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (بدر، 2009) والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات و تحسين الأداء المؤسسي في المنظمات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة.

## الفرضية الخامسة:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 34 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية

الفرص	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.	0.450	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 34 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.450 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، ويعزى ذلك إلى أهمية تحمل الوزارة لمسئولياتها أمام المجتمع من خلال التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة عامة وللرعاية الصيدلانية بصورة خاصة لأن ذلك يمس حياة الناس ويؤثر على جودة حياة المرضى ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Shams-ur Rahman, Bullook,2002) التي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأداء والتحسين المستمر في العمل.

## الفرضية السادسة:-

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

### جدول ( 35 )

معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية

الفرص	معامل سبيرمان للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.	0.471	*0.000

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ .

يبين جدول ( 35 ) أن معامل الارتباط بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية يساوي 0.471 ، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية و تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، ويعزى ذلك إلى أهمية التعامل مع الأنظمة الداخلية بمرونة للاستجابة للطلبات والمتغيرات، وما يؤدي ذلك بالضرورة إلى تحسن الأداء المؤسسي بشكل عام والرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة بشكل خاص، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (بدر، 2009) والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين النظم الإدارية وتحسين الأداء المؤسسي للمنظمات الأهلية الأجنبية في قطاع غزة.

## الفرضية السابعة:-

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى للمتغيرات الشخصية و الديموغرافية الآتية (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، منطقة السكن، منطقة العمل، الإدارة العامة التابع لها، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الدخل الشهري).

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير الجنس.

### جدول ( 36 )

نتائج الفرضية السابعة - الجنس

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المجال
0.202	-1.292	التركيز على الزبائن (المرضى)
0.187	-1.320	التزام الإدارة العليا بالجودة
0.711	-0.371	إشراك العاملين وتمكينهم
0.839	-0.204	السياسات والإستراتيجيات
0.370	-0.896	التحسين المستمر
0.921	-0.100	النظم الإدارية
0.287	-1.064	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة
0.660	-0.439	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية

يوضح جدول ( 36 ) أنه باستخدام اختبار "مان - وتني" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير الجنس، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (جوادة، 2011) ودراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث توصلتا إلى عدم وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير الجنس، بينما اختلفت مع دراسة (الدقي، 2006) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات إحصائية حول مشاركة الموظفين في عملية الجودة الشاملة لصالح الإناث وكذلك احترام وتقدير الموظفين.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

### جدول ( 37 )

نتائج الفرضية السابعة - الحالة الاجتماعية

المجال	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	-0.266	0.790
التزام الإدارة العليا بالجودة	-0.137	0.891
إشراك العاملين وتمكينهم	-0.368	0.713
السياسات والإستراتيجيات	-0.997	0.319
التحسين المستمر	-1.397	0.162
النظم الإدارية	-0.567	0.571
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	-0.756	0.450
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	-0.731	0.465

يوضح جدول ( 37 ) أنه باستخدام اختبار "مان - وتني" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية، مما يدل على أن اتجاهات العاملين لا تختلف نحو إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة تعزى إلى حالتهم الاجتماعية مما يساهم في تعزيز الثقة بنتائج هذه الدراسة.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير العمر.

### جدول ( 38 )

نتائج الفرضية السابعة - العمر

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	8.783	3	*0.032
التزام الإدارة العليا بالجودة	5.766	3	0.124
إشراك العاملين وتمكينهم	9.359	3	*0.025
السياسات والإستراتيجيات	10.899	3	*0.012
التحسين المستمر	6.232	3	0.101
النظم الإدارية	10.305	3	*0.016
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	10.522	3	*0.015
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	2.581	3	0.461

\* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 38 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس " تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) للمجالات " التزام الإدارة العليا بالجودة، التحسين المستمر، تحسين الرعاية الصيدلانية " كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين حول هذه المجالات تعزى إلى متغير العمر، أما باقي المجالات فقد كانت القيمة الاحتمالية (Sig.) أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين حول هذه المجالات تعزى إلى العمر. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (جوادة، 2011) ودراسة (جرار والقواسمي، 2008)، ودراسة (الدقي، 2006) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير العمر.

### جدول ( 39 )

متوسطات الرتب للإجابات - متغير العمر

متوسطات الرتب				المجال
50 فأكثر	40- أقل من 50	30 - أقل من 40	أقل من 30	
140.94	144.20	107.36	108.44	التركيز على الزبائن (المرضى)
132.89	137.10	111.03	101.39	التزام الإدارة العليا بالجودة
130.89	147.70	106.44	111.80	إشراك العاملين وتمكينهم
143.39	144.28	110.75	95.85	السياسات والإستراتيجيات
137.56	137.76	110.23	102.82	التحسين المستمر
134.83	148.00	109.31	100.60	النظم الإدارية
136.39	148.20	109.19	100.55	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة
135.00	120.00	108.04	119.18	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية

من خلال نتائج الاختبار الموضحة في جدول ( 39 ) تبين أن متوسطات الرتب لكافة المجالات - الذين تبين وجود فروق في إجابات المبحوثين لديهم - الذين عمرهم من 40 إلى أقل من 50 أكبر من الفئات العمرية الأخرى. هذا يعني أن درجة الموافقة حول هذه المجالات كانت أكبر لدى المبحوثين الذين عمرهم من 40 إلى أقل من 50 سنة.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير منطقة السكن.

### جدول ( 40 )

نتائج الفرضية السابعة - منطقة السكن

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	1.936	4	0.747
التزام الإدارة العليا بالجودة	1.718	4	0.787
إشراك العاملين وتمكينهم	1.379	4	0.848
السياسات والإستراتيجيات	2.442	4	0.655
التحسين المستمر	1.488	4	0.829
النظم الإدارية	0.161	4	0.997
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	0.705	4	0.951
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	4.375	4	0.358

يوضح جدول ( 40 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس " تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين تعزى إلى متغير منطقة السكن. مما يدل على أن اتجاهات العاملين لا تختلف نحو إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة تعزى إلى منطقة سكنهم مما يساهم في تعزيز الثقة بنتائج هذه الدراسة.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير مكان العمل.

### جدول ( 41 )

نتائج الفرضية السابعة - مكان العمل

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	3.500	4	0.478
التزام الإدارة العليا بالجودة	1.941	4	0.747
إشراك العاملين وتمكينهم	2.332	4	0.675
السياسات والإستراتيجيات	2.656	4	0.617
التحسين المستمر	4.134	4	0.388
النظم الإدارية	1.768	4	0.778
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	1.859	4	0.762
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	8.435	4	0.077

يوضح جدول ( 41 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس " تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين تعزى إلى متغير مكان العمل. وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير المديرية التي يعمل بها الموظف فقد توصلت إلى أن أكثر المديريات لديها اتجاهات إيجابية نحو الجودة الشاملة هي مديرية رام الله ويفسر ذلك بحكم قربها من مصدر القرار (الوزارة)، وأما المديريات التي لديها توجهات سلبية هي مديرية القدس يليها مديرية طوباس ثم مديرية جنين، وترجع هذه الاختلافات إلى النمط الإداري والممارسات الإدارية التي تمارس في المديريات.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير الإدارة.

### جدول ( 42 )

نتائج الفرضية السابعة - الإدارة

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	10.222	2	*0.006
التزام الإدارة العليا بالجودة	10.867	2	*0.004
إشراك العاملين وتمكينهم	15.522	2	*0.000
السياسات والإستراتيجيات	14.917	2	*0.001
التحسين المستمر	18.849	2	*0.000
النظم الإدارية	9.435	2	*0.009
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	15.226	2	*0.000
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	7.715	2	*0.021

\* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 42 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس " تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين تعزى إلى متغير الإدارة. وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (جرار والقواسمي، 2008) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير الإدارة.

### جدول ( 43 )

متوسطات الرتب للإجابات - متغير الإدارة

متوسطات الرتب			المجال
إدارة الصيدلة	إدارة المستشفيات	الرعاية الأولية	
101.04	101.71	129.63	التركيز على الزبائن (المرضى)
90.11	108.07	128.33	التزام الإدارة العليا بالجودة
91.04	103.08	132.84	إشراك العاملين وتمكينهم
88.08	105.69	131.61	السياسات والإستراتيجيات
101.12	95.77	135.47	التحسين المستمر
97.57	104.23	128.72	النظم الإدارية
91.26	103.10	132.71	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة
90.52	110.81	123.96	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية

من خلال نتائج الاختبار الموضحة في جدول ( 43 ) تبين أن متوسطات الرتب لكافة المجالات للذين يعملون في الرعاية الأولية أكبر من الإدارات الأخرى، هذا يعني أن درجة الموافقة حول هذه المجالات كانت أكبر لدى المبحوثين الذين يعملون في الرعاية الأولية. وهذا يؤكد أن النظم الإدارية وقواعد العمل غير موحدة في الإدارات العامة مما أدى إلى اختلاف اتجاهات العاملين حول إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في الوزارة.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي.

#### جدول ( 44 )

نتائج الفرضية السابعة - المسمى الوظيفي

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	0.474	3	0.925
التزام الإدارة العليا بالجودة	4.404	3	0.221
إشراك العاملين وتمكينهم	3.329	3	0.344
السياسات والإستراتيجيات	5.526	3	0.137
التحسين المستمر	7.981	3	0.051
النظم الإدارية	3.321	3	0.345
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	4.964	3	0.174
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	6.028	3	0.110

يوضح جدول ( 44 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسات كل من (جواده، 2011) و (قنديل، 2008) و (الحوري، 2008) و (جرار والقواسمي، 2008)، و (الدقي، 2006) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي.

8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

### جدول ( 45 )

نتائج الفرضية السابعة - المؤهل العلمي

المجال	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	-0.437	0.662
التزام الإدارة العليا بالجودة	-0.378	0.706
إشراك العاملين وتمكينهم	-0.677	0.499
السياسات والإستراتيجيات	-0.282	0.778
التحسين المستمر	-0.571	0.568
النظم الإدارية	-1.445	0.148
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	-0.403	0.687
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	-0.527	0.598

يوضح جدول ( 45 ) أنه باستخدام اختبار "مان - وتي" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير المؤهل العلمي. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسات كل من (جواده، 2011) و (قنديل، 2008) و (جرار والقواسمي، 2008)، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

وقد اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة (الحوري، 2008) والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وتطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة ويعقب الحوري بقوله بأن هذا دليل على المتغيرات الشخصية لها علاقة في تطبيق الجودة الشاملة. وكذلك اختلفت مع دراسة (الدقي، 2006) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمؤهل

العلمي لصالح حملة الثانوية العامة في كل من مجال تدريب الموظفين ودرجة وعيهم ومشاركتهم في برامج الجودة الشاملة. ويفسر الدقي أهمية المؤهل العلمي في الجودة الشاملة في أنه يحدد ثقافة المنظمة ودرجة وعي العاملين فيها، ويتبين لنا مدى أثر وخطورة ذلك على تطبيق إدارة الجودة الشاملة. فقد لا يعي أصحاب تلك الفئة ما يقولون، حيث يجهلون أهمية بعض الركائز الهامة في عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة سواء في التركيز على العملاء أو التدريب وتنمية الموظفين أو مشاركة الموظفين ووعيهم بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.

9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

#### جدول ( 46 )

نتائج الفرضية السابعة - سنوات الخبرة

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	7.542	3	0.056
التزام الإدارة العليا بالجودة	6.830	3	0.078
إشراك العاملين وتمكينهم	8.946	3	0.080
السياسات والإستراتيجيات	4.166	3	0.244
التحسين المستمر	2.375	3	0.498
النظم الإدارية	6.148	3	0.105
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	7.063	3	0.070
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	6.867	3	0.076

يوضح جدول ( 46 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة الباحثين تعزى إلى متغير سنوات الخبرة. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراستي كل من (جوادة، 2011) و (جرار والقواسمي، 2008)، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير الخبرة. وقد اختلفت نتائج الدراسة

مع دراسة (الهوري، 2008) والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الخبرة وتطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة ويعقب الحوري بقوله بأن هذا دليل على أن المتغيرات الشخصية لها علاقة في تطبيق الجودة الشاملة. وكذلك اختلفت مع دراسة (قنديل، 2008) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مجتمع الدراسة تعزى إلى متغير سنوات الخبرة ويفسر قنديل ذلك لأن 82.7% من أفراد عينة دراسته من لديهم خبرة أكثر من 5 سنوات وبالتالي فإن سنوات الخبرة لها أثر كبير على آراء المستجيبين. وكذلك اختلفت مع دراسة (الدقي، 2006) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سنوات الخبرة وذلك في مجال احترام وتقدير الموظفين لصالح فئة من لديهم خبرة أقل من 5 سنوات.

10. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إمكانية تطبيق مبادئ

الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية تعزى إلى متغير الدخل.

### جدول ( 47 )

نتائج الفرضية السابعة - الدخل

المجال	قيمة الاختبار	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التركيز على الزبائن (المرضى)	18.491	2	*0.000
التزام الإدارة العليا بالجودة	21.984	2	*0.000
إشراك العاملين وتمكينهم	22.040	2	*0.000
السياسات والإستراتيجيات	13.412	2	*0.001
التحسين المستمر	20.184	2	*0.000
النظم الإدارية	23.060	2	*0.000
مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة	25.618	2	*0.000
دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية	5.108	2	0.078

• الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى  $\alpha = 0.05$ .

يوضح جدول ( 47 ) أنه باستخدام كروسكال- والاس" تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أقل من مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ومن ثم فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة المبحوثين تعزى إلى متغير الدخل.

### جدول ( 48 )

المتوسط الحسابي للإجابات - متغير الدخل بالشيكال

متوسطات الرتب			المجال
أقل من 3000	3000 - أقل من 4000	أقل من 3000	
167.24	98.86	120.34	التركيز على الزبائن (المرضى)
179.85	101.07	115.37	التزام الإدارة العليا بالجودة
181.18	101.99	114.02	إشراك العاملين وتمكينهم
167.65	106.06	111.54	السياسات والإستراتيجيات
180.94	106.75	108.29	التحسين المستمر
184.79	104.07	110.84	النظم الإدارية
187.41	101.76	113.17	مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة
144.18	106.56	113.99	دور الجودة الشاملة في تحسين الرعاية الصيدلانية

من خلال نتائج الاختبار الموضحة في جدول ( 48 ) تبين أنه بالنسبة إلى مجالات " مدى إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة" كان المتوسط لاستجابات المبحوثين الذين دخلهم 4000 شيكل فأكثر أكبر من فئات الدخل الأخرى وهذا يعني أن درجة الموافقة حول هذه المجالات كانت أكبر لدى المبحوثين الذين دخلهم 4000 شيكل فأكثر.

# الفصل الخامس

## النتائج والتوصيات

5.1 النتائج

5.2 التوصيات

5.3 الدراسات المقترحة

## 5.1 النتائج :

بعد تحليل وتفسير بيانات ومعطيات واختبار فرضيات الدراسة تم التوصل إلى النتائج على النحو الآتي:-

1. تمتلك وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة القدرة على تطبيق بعض مبادئ الجودة الشاملة بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة وهي ( التركيز على الزبائن ، السياسات والإستراتيجيات ، التحسين المستمر) ، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لمجموع محاور متغيرات مبادئ الجودة الشاملة (3.10) أي أن قيمة الوزن النسبي 61.92% ، وقد كان أعلى مستوى إمكانية للتطبيق من نصيب التركيز على الزبائن ، حيث كانت قيمة الوزن النسبي (64.52%) ، يليه متغير السياسات والإستراتيجيات بقيمة وزن نسبي (62.77%) ، يليه متغير التحسين المستمر بقيمة وزن نسبي (62.11%).
2. لا تمتلك الوزارة القدرة على تطبيق البعض الآخر من المبادئ والتي تتمثل في (التزام الإدارة العليا بالجودة ، إشراك العاملين وتمكينهم ، النظم الإدارية ) فقد كان أقل مستوى إمكانية للتطبيق من نصيب متغير إشراك العاملين وتمكينهم (2.99) أي بقيمة وزن نسبي (59.77%)، ثم متغير التزام الإدارة العليا بالجودة بقيمة وزن نسبي (61.12%)، وأخيراً متغير النظم الإدارية بقيمة وزن نسبي (61.38%) .
3. حصل متغير التركيز على الزبائن على أعلى مستوى إمكانية للتطبيق ويرجع ذلك للنسب الإيجابية المرتفعة لإجابات هذا المحور حيث كانت أعلى نسبة إجابة بالموافقة من نصيب قدرة الوزارة على تلبية حاجات الزبائن" بقيمة وزن نسبي (67.62%) ، يليها قدرة الوزارة على توفير الكوادر البشرية الكافية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن" بقيمة وزن نسبي (66.91%).
4. إن أقل إمكانية للتطبيق كان من نصيب متغير إشراك العاملين وتمكينهم ، حيث كانت أقل نسبة إجابة بالموافقة من نصيب فقرة "اعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات" بقيمة وزن نسبي 55% ، يليها فقرة دمج الموظفين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المؤسسة وبقيمة وزن نسبي (58.12%).

5. يساعد تطبيق الجودة الشاملة على تحسين الرعاية الصيدلانية بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة ، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لجميع فقرات المحور (3.96) أي بقيمة وزن نسبي (79.17%) ، وكان أعلى مستوى تطبيق من خلال المساعدة على دقة صرف الأدوية للمرضى بقيمة وزن نسبي (82.96%) ، يليه المساعدة على تخصيص الأدوية للمرضى بشكل صحيح بقيمة وزن نسبي (81.61%) ، يليه المساعدة على دقة توزيع الأدوية للأقسام المختلفة بقيمة وزن نسبي (80.99%) ، وأخيراً المساعدة على التقليل من تكلفة الرعاية الصيدلانية بقيمة وزن نسبي (75.54%).

6. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التركيز على الزبائن كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

7. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التزام الإدارة العليا بالجودة كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية.

8. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ إشراك العاملين وتمكينهم كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

9. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ السياسات والإستراتيجيات وتمكينهم كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

10. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ التحسين المستمر كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

11. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مبدأ النظم الإدارية وتمكينهم كأحد متغيرات الجودة الشاملة وتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

12. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة تعزى إلى متغيرات الدخل والفئة العمرية والإدارة التي يتبع لها الموظف، بينما لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة تعزى إلى باقي المتغيرات الشخصية الديموغرافية.

## 5.2 التوصيات :

بناءً على ما أظهرته الدراسة من النتائج المذكورة سابقاً يمكن إعطاء التوصيات الآتية:

1. ضرورة الاهتمام بمفهوم الجودة الشاملة والتأكيد على توفير الإمكانيات المادية والبشرية لتطبيقه في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة لما له من أهمية من الناحية العملية في تحسين الرعاية الصيدلانية والتي يجب أن تتناسب مع احتياجات وتوقعات الزبائن.
2. ضرورة الاهتمام والتركيز على الزبائن من قبل الوزارة وذلك من خلال تلبية حاجاتهم وتحقيق رضاهم والاستعانة بشكاويهم من أجل تطوير الخدمات المقدمة لهم .
3. ضرورة العمل على التزام الإدارة العليا بالجودة من خلال جعل رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة هي المهمة الرئيسية لها، وكذلك توفير الموارد اللازمة لتطوير نظام الجودة، وتحفيز الموظفين من أجل تقديم جودة أفضل.
4. ضرورة العمل على إشراك العاملين وتمكينهم في عملية اتخاذ القرارات الإدارية واعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات ، وهذا يؤدي إلى تقليل مقاومتهم للأفكار الجديدة ومنها الجودة الشاملة.
5. ضرورة العمل على الاستثمار في التدريب وإكساب العاملين المعرفة في مجال إدارة الجودة الشاملة والوسائل والأساليب المستعملة، وكذلك التعرف على أهم أدواتها ، كما يجب الاهتمام بتشكيل فرق العمل التي تسعى للتحسين والتطوير.
6. ضرورة إعادة هندسة بعض العمليات الإدارية (هندرة) داخل الوزارة بحيث تعمل على تقليص العديد من الإجراءات الروتينية الزائدة وتقليل الزمن اللازم لإتمام خطوات ومراحل تقديم الرعاية الصيدلانية للجمهور.

7. ضرورة الاهتمام بالكادر الوظيفي العامل بالوزارة من خلال العمل على تنفيذ برامج تدريبية متنوعة ومتطورة وعلى أسس ومعايير واضحة.
8. ضرورة سعي الوزارة للتقليل من الشكاوى والتظلمات المقدمة لديها من الزبائن.
9. ضرورة توفير صناديق الشكاوى والتظلمات لتطوير وتحسين الخدمات المقدمة.
10. ضرورة قيام الوزارة باستخدام كافة الأدوات المتاحة لديها (كتحليل نقاط القوة والضعف ، وتحليل التغذية الراجعة) وذلك للعمل على مراجعة وتعديل وتحديث إستراتيجيات العمل الخاصة بها.
11. ضرورة إيجاد نظم واضحة وصريحة للتعامل بالسرعة الممكنة للاستجابة للطلبات والمتغيرات وأن تكون هذه النظم مرنة بالقدر الكافي تساعد على التطوير وفقاً للتغيرات في حاجات الزبائن الفعلية.
12. ضرورة إيجاد قسم خاص بمراقبة أو توكيد الجودة الصيدلانية في الهيكل التنظيمي الخاص بكل إدارة عامة من الإدارة العامة.
13. ضرورة القيام بعقد العديد من اللقاءات والاجتماعات الدورية وكذلك الدورات التدريبية للموظفين لتوعيتهم بجودة الرعاية الصيدلانية وضرورة تطويرها وتحسينها وما يعود على الجميع بالمنفعة من خلال ذلك.

### 5.3 الدراسات المقترحة:

1. معوقات تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في مجال الصيدلة في وزارة الصحة الفلسطينية وسبل التغلب عليها.
2. قياس مستوى الرعاية الصيدلانية المقدمة في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة في ظل تطبيق مبادئ الجودة الشاملة (من وجهة نظر الزبائن).
3. أثر الجودة الشاملة على تحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة.
4. دور هندسة العمليات الإدارية في تحسين الرعاية الصيدلانية.
5. إمكانية استخدام ستة سيكما لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

## 6. المراجع

### المراجع العربية:

- ابن منظور (2003) لسان العرب، الجزء الثاني، مصر: دار الحديث للطباعة والنشر والتوزيع.
- أبو دولة، جمال، والنيادي، حمد على، (2000)، دراسة- "تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة"، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 30 ، عدد2 ، ص 141.
- الأحمدى، حنان، (2000)، دراسة- "تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية " دورية الإدارة العامة- مركز البحوث- معهد الإدارة العامة ، المجلد الأربعون، العدد الثاني، الرياض.
- البكري، سونيا "إدارة الجودة الشاملة"، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص: 45.
- الحداد، عوض، " تسويق الخدمات المصرفية "، الطبعة الأولى، دار البيان للطباعة و النشر، 1999.
- الحوري، فالح عبد القادر،(2008): دراسة " تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية- دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة"، البصائر، المجلد 12 - العدد 1 - ص 141.
- الدرادكة، مأمون، "إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2006.
- الدرادكة، مأمون و الشبلي، طارق، " الجودة في المنظمات الحديثة " ، عمان، الطبعة الأولى ، دار صفاء للنشر و التوزيع، 2001 .
- الدقي، أيمن عبد الفتاح،(2006)، دراسة-"واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة" رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- السلايمة، نضال حلمي،(2007)، دراسة-" إمكانية استخدام ستة سيجما لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي "جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

- العزاوي، محمد، "إدارة الجودة الشاملة"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان ، 2005.
- العمر، بدران عبد الرحمن، (2002)، دراسة "مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض: من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض" معهد الإدارة العامة، المجلد 42 : العدد 2 : 307 - 352.
- الكلوت، سعدي محمد، ( ٢٠٠٤ )، دراسة - العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- المناصير، علي فلاح، (1994)، دراسة - "إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية على سلطة الكهرباء الأردنية"، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن.
- الناظر، رولا محمد شفيق راتب، (2004)، دراسة - "مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية في الأردن"، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن.
- النعيمي، محمد، وصويص، راتب، وصويص، غالب، (2009) ، "إدارة الجودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات " ، عمان - الأردن ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- بدر، رشاد، (2009)، دراسة -"أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة" رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- بركات، عبد الله ، (2003)، دراسة- " اثر تطبيق أنظمة الجودة الشاملة على التعليم العالي في الأردن " ( بحث منشور) في كتاب المؤتمر الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية . جامعة الزرقاء الخاصة - الأردن ، ص 21-23.
- بومدين، يوسف،(2007)، دراسة- "إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز"، مجلة الباحث، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد الخامس.

- توفيق، عبد الرحمن "قمة الأداء - كيف تجعل 1% من التغيير في القرار يصل بك إلى قمة الأداء - عالم جديد من المنشآت الناجحة" - تأليف. لاسكل. مركز الخبرات المهنية للإدارة بميك للنشر، القاهرة، 1998.
- جرار، ذياب، والقواسمي، تغريد، (2008)، دراسة- " واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارة الاقتصاد الوطني الفلسطينية في الضفة الغربية دراسة تحليلية من وجهة نظر المديرين والمستفيدين"، رسالة ماجستير، جامعة القدس المفتوحة، رام الله، فلسطين.
- جوادة، سمر خليل، (2011)، دراسة- " مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا " رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- جودة، محفوظ أحمد، (2008)، "إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- جودة، محفوظ أحمد، (2006)، "إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات"، الطبعة 2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- جودة، محفوظ أحمد، (2004)، "إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- حمود، خضير كاظم، (2002)، "إدارة الجودة وجودة العملاء"، الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- زاهر، ضياء الدين، ( 2005 ) إدارة النظم التعليمية للجودة الشاملة، دار السحاب : القاهرة.
- زين الدين، فريد عبد الفتاح، "إدارة الجودة في المؤسسات العربية"، القاهرة، 1996.
- زيدان، سلمان، (2010) ، " إدارة الجودة الشاملة: الفلسفة ومداخل العمل " ، عمان، دار المنهاج للنشر والتوزيع.

- شاهين، على محمد (2004): دراسة "إدارة الجودة الشاملة وأنظمتها في نجاح المنظمة والمنتج"،  
المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل (العلوم الإنسانية والإدارية)، المجلد الخامس - العدد  
الأول، ص136.
- عبد اللطيف، أفنان عبد الحفيظ، (2002) ، دراسة - "تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في  
المؤسسات الخدمائية غير الحكومية في الضفة الغربية"، رسالة ماجستير، جامعة القدس،  
فلسطين.
- عقيلي، عمر وصفي "مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة"، دار وائل للنشر،  
عمان، ( 2000 ) ، ص: 17.
- عقيلي، عمر وصفي، ( 2001 ) ، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة  
نظر)، الأردن :دار وائل للنشر والتوزيع.
- قنديل، باسل فارس،(2008)، دراسة- "أثر تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة على السياسات  
التنافسية في المنشآت الصناعية - دراسة تطبيقية على منشآت القطاع الصناعي في قطاع  
غزة"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- كيلادا، جوزيف، تعريب د. م.سرور على سرور ، " تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة"،  
السعودية، دار المريخ للنشر، 2004.
- مصطفى، احمد، "إدارة الجودة الشاملة الأيزو 9000"، مصر، القاهرة، 2000م.
- مصطفى، احمد، إدارة الجودة الشاملة و الأيزو 9000 دليل عصري للجودة والتنافسية مع  
ترجمة نصوص مفاهيم وإرشادات منظمة الأيزو ، القاهرة ، 2005 .
- مصطفى، رشا " قياس رضا العملاء عن جودة السلع الاستهلاكية المعمرة " ، رسالة ماجستير،  
جامعة عين الشمس، مصر 1998 ، ص: 69.
- مصطفى، محمد، "التسويق الإستراتيجي للخدمات"، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة  
الأولى، 2003.

- نجم، عبود نجم، (2010) " إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت " ، عمان – الأردن ، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- نياز، عبد العزيز بن حبيب الله، "جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي" الرياض، 2005.

#### المجلات العلمية:

- التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام 2010.
- التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام 2011.

#### المراجع الأجنبية :

- Antic, Ljilja, Novicevic, Blagoje "TQM & ABC" Economics & organization, Vol.1 ,No. 7, PP. 1-8.
- Baidoun, Samir, "**An Empirical Study of Critical Factors of TQM in Palestinian Organizations**", Logistics Information Management, Emerald, Vol. 16, No. 2, 2003.
- Baidoun, Samir & Zairi, Mohammed: "**A Proposed Model of TQM Implementation in The Palestinian Context**", TQM & business excellence, Vol. 14, No. 10, December 2003.
- Benhardt, Robert (1991): Public Administration: An Action Orientation, Brooks Cole publishing, pacific grove: California.
- Cohen, Steven and Eimicke, William, (1996), Understanding and Applying Innovation Strategies in the Public Sector, The 57th Annual National Conference of the American Society for Public Administration, Columbia University, Atlanta Georgia.

- Hansson, Jonas, ***"Total Quality Management – Aspects of Implementation and Performance (Investigation with a Focus on Small Organizations)"***, Doctoral Thesis, University of Technology, Sweden, 2003.
- Huq, Z. & Stolen, J.D. (1998) Total quality management contrasts in manufacturing and service industries. *International journal of quality & reliability management*, 15(2), pp.138–161
- FIP, International Pharmaceutical Federation, Standards for Quality of Pharmacy Services, 1997
- Parajogo, Daniel & Brown, Alan: ***"The Relationship Between TQM Practices And The Role of Formal TQM Programs: An Australian Empirical Study"***, QMJ, Vol. 11, No. 4, 2004.
- Rahman, Shams–ur & Bullock, Philip: ***"Soft TQM, hard TQM, and organizational performance relationships: an empirical investigation"***, The International Journal of Management Science, Omega 33, 2005.
- Smadi, Majed S. & Al–Khawaldeh, Khleef: ***"The Adoption of Total Quality Management (TQM) in Dubai Manufacturing Firms"***, Jordan Journal of Business Administration, Vol. 2, No. 4, 2006.
- Stringham, Shand H., (2004), Does Quality Management Work in the Public Sector?. *Public Administration and Management: An Interactive Journal* 9 (3), 2004. pp. 182–211.

**Web Sites : المواقع الالكترونية :**

- [www.hrdiscission.com](http://www.hrdiscission.com)
- [www.mmsec.com](http://www.mmsec.com)
- [www.PharmaCorner.com](http://www.PharmaCorner.com)
- [www.sayadla.com](http://www.sayadla.com)
- [www.Wikipedia.com](http://www.Wikipedia.com)

## 7. الملاحق

### ملحق رقم ( 1 )



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

ماجستير إدارة الأعمال

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الصيدلي، أختي الصيدلانية

تحية طيبة وبعد،،،

تهدف هذه الاستبانة إلى التعرف على إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين جودة الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات قطاع غزة، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، وقد تم تصميم هذه الاستبانة بغرض جمع البيانات التي تساعد في إتمام هذا البحث والذي هو بعنوان:

إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في

### قطاع غزة

لذا يرجى التكرم بالمساعدة قدر الإمكان من خلال الإجابة الدقيقة على أسئلة هذه الاستبانة،

علما بأن جميع البيانات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير والشكر على المساعدة،،،،،

الباحث

زكريا شعبان جراد

## الجزء الأول

### أسئلة عامة

من فضلك ضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة :

1. الجنس:  ذكر  أنثى
2. الحالة الاجتماعية: متزوج  أعزب  أخرى
3. العمر: أقل من 30  30- أقل من 40  40- أقل من 50  أكثر من 50
4. منطقة السكن : رفح  خانينوس  الوسطي  غزة  الشمال
5. مكان العمل : رفح  خانينوس  الوسطي  غزة  الشمال
6. الإدارة العامة التابع لها : الرعاية أولية  إدارة المستشفيات  إدارة الصيدلة
7. المسمى الوظيفي : مدير دائرة  رئيس قسم  رئيس شعبة  موظف
8. المؤهل العلمي : بكالوريوس صيدلة  ماجستير صيدلة  دكتوراه صيدلة
9. سنوات الخبرة : أقل من 5  5- أقل من 10  10- أقل من 15  15- أقل من 20  أكثر من 20
10. الدخل الشهري بالشيكل : أقل من 3000  3000- أقل من 4000  أكثر من 4000

## الجزء الثاني

يوجد في هذا الجزء مجموعة من الأسئلة ذات العلاقة بمدى إمكانية تطبيق بعض مبادئ

الجودة الشاملة، من فضلك ضع علامة ( √ ) أمام الخيار الذي تراه مناسباً:

البيان					موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
أولاً: التركيز على الزبائن: تمتلك الوزارة القدرة على :-									
1	تلبية حاجات الزبائن.								
2	تحقيق رضا الزبائن من خلال تحقيق احتياجاتهم.								
3	الاستعانة بشكاوي الزبائن من أجل تطوير الخدمات المقدمة.								
4	توفير الإمكانيات المادية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.								
5	توفير الكوادر البشرية الكافية لتقديم خدمات تلبي حاجات الزبائن.								
ثانياً: التزام الإدارة العليا بالجودة: تمتلك الوزارة القدرة على :-									
1	جعل رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة هي المهمة الأساسية لها .								
2	توفير الموارد اللازمة للتطوير المستمر في أنظمتها.								
3	تطوير نظم إدارة الجودة الشاملة لديها.								
4	تحفيز الموظفين من أجل تقديم جودة أفضل.								
5	تقديم تفاصيل عن مراحل خطة التغيير التي تسعي إليها.								
ثالثاً: إشراك العاملين وتمكينهم: تمتلك الوزارة القدرة على :-									
1	اعتبار الموظف زبوناً داخلياً يشارك في وضع السياسات والإستراتيجيات								
2	جعل الموظفين على قناعة بأن الجودة من أهم مسؤولياتهم.								
3	تدريب الموظفين باستمرار على مبادئ الجودة .								
4	دمج الموظفين في كافة أنشطة الجودة المؤدية لنجاح المؤسسة.								
5	تشكيل فرق عمل تسعي للتحسين والتطوير .								

البيان				
معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
<b>رابعاً: السياسات والإستراتيجيات : تمتلك الوزارة القدرة على :-</b>				
				1 وضع الخطط الإستراتيجية بحيث يكون المعيار الرئيس هو الجودة .
				2 رسم السياسات و الإستراتيجيات بناءً على احتياجات الزبائن الفعلية .
				3 جمع المعلومات التفصيلية لوضع السياسات و الإستراتيجيات .
				4 التحقق من أن التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة يسير بشكل منتظم .
				5 الاستجابة للتغير في حاجات الزبائن عند رسم الخطط المستقبلية للمؤسسة
<b>خامساً: التحسين المستمر : تمتلك الوزارة القدرة على :-</b>				
				1 تحمل مسؤولياتها نحو المجتمع من خلال التحسين المستمر للخدمات
				2 النظر إلى التحسين المستمر على أنه جزء لا يتجزأ من متطلبات الجودة.
				3 تقليل الفجوة بين جودة الخدمات المقدمة والجودة الفعلية لتلك الخدمات
				4 الإعداد للخدمات الجديدة بشكل دقيق .
				5 تقليص الإجراءات الروتينية الزائدة لتقديم الخدمة.
<b>سادساً: النظم الإدارية : تمتلك الوزارة القدرة على :-</b>				
				1 إيجاد نظم واضحة وصريحة للعمل بالسرعة الممكنة للاستجابة للطلبات والمتغيرات.
				2 تقييم رؤساء أقسام المؤسسة على أساس مدي جودة خدماتهم المقدمة.
				3 تخصيص قسم خاص بمراقبة أو توكيد الجودة في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة.
				4 تقييم أداء الموظفين دورياً بناءً على المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل الإدارة المعنية بذلك.
				5 التعامل مع الأنظمة الداخلية بمرونة تساعد على التطوير وفقاً للتغيرات .

### الجزء الثالث

يوجد في هذا الجزء مجموعة من الأسئلة ذات العلاقة بدور الجودة الشاملة في تحسين

الرعاية الصيدلانية الخاصة بالوزارة، من فضلك ضع علامة ( √ ) أمام الخيار المناسب:

البيان						
معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة		
<b>يساعد تطبيق الجودة الشاملة على :-</b>						
					1	تخصيص الأدوية للمرضي بشكل صحيح
					2	دقة صرف الأدوية للمرضي .
					3	دقة توزيع الأدوية للأقسام المختلفة .
					4	تقليل أخطاء إعطاء الأدوية الخطرة .
					5	ترشيد استعمال الأدوية .
					6	تقليل وقت الحصول على الرعاية الصيدلانية.
					7	سهولة الوصول للرعاية الصيدلانية .
					8	استمرارية الرعاية الصيدلانية.
					9	التقليل من تكلفة الرعاية الصيدلانية.
					10	حل المشاكل الخاصة بالرعاية الصيدلانية .

شكراً على حسن تعاونكم معنا،،،

## ملحق رقم ( 2 )

### قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	الاسم	التخصص	الجامعة
1-	د. يوسف بحر	إدارة الأعمال	الإسلامية
2-	ا.د. يوسف عاشور	إدارة الأعمال	الإسلامية
3-	د. سامي أبو الروس	إدارة الأعمال	الإسلامية
4-	د. ماجد الفرا	إدارة الأعمال	الإسلامية
5-	د. محمد الفرا	إدارة الأعمال	الإسلامية
6-	د. سمير صافي	اقتصاد وعلوم سياسية	الإسلامية
7-	د. فؤاد العاجز	إدارة تربية	الإسلامية
8-	د. نهاية التلباني	إدارة الأعمال	الأزهر
9-	د. نضال عبد الله	إدارة تربية	الأقصى
10-	د. ناهض فورة	إدارة تربية	الأقصى

تمت بحمد الله