

"مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في ولاية الجزيرة"
دراسة تحليلية من وجهة نظر الأطر الصحية - السودان 2018م

إعداد الباحثين

السعودي عبد المنعم صديق حمدتو¹ أبو سفيان محمد البشير² ب. أحمد حمد النوري³

1- السعودي عبد المنعم صديق حمدتو - معامل إميفارما للأدوية - السودان .
2- أبو سفيان محمد البشير - جامعة الجزيرة .
3- أحمد حمد النوري - جامعة الجزيرة

الملخص

لا شك أنّ تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكن أنّ يعزز من مستوى جودة الخدمات العلاجية التي يجب أنّ تفي باحتياجات وتوقعات المرضى، سواء كان ذلك على المستوى المحلي أو الإقليمي. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى التزام إدارات المستشفيات الحكومية والخاصة في ولاية الجزيرة السودان بتطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة ومدى رضا المرضى في هذه المستشفيات عن مستويات الخدمات المقدمة لهم. وانتهجت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي؛ وذلك باختيار عينة عنقودية مكونة من (150) من الأطر الصحية المساعدة، وقد تم تصميم وتوزيع استبيان عليهم. تم تحليل البيانات الأولية باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). ومن أهم النتائج التي استخلصتها الدراسة: أنّه لا يوجد تطبيق جيد لمعايير الجودة الشاملة في مستشفيات الولاية على جميع المستويات ومن وجهة نظر جميع الأطر المساعدة وأنّ الخدمات الطبية المقدمة من هذه المستشفيات عموماً دون المستوى المطلوب ولا تتال رضا المرضى ولا حتى مقدمي هذه الخدمات من الأطر الصحية، ولا إدارات هذه المستشفيات، واستنتجت الدراسة أنّ هناك تفوقاً نسبياً في جودة الخدمات والالتزام بمعايير الجودة للمستشفيات الخاصة على المستشفيات العامة. أوصت الدراسة بضرورة تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات.

الكلمات المفتاحية: معايير - إدارة - الجودة - الشاملة - المستشفيات .

المقدمة

شهد العقد الأخير من القرن العشرين اهتماماً كبيراً بتطبيق مفهوم الجودة في قطاع الخدمات الصحية، فنتيجة لمعاناة هذا القطاع من ارتفاع كلفة تقديم الخدمات الصحية، وعدم قدرته على الاستمرار في تقديمها بأسعار منافسة مع المحافظة على جودتها، استدعى الأمر إعادة النظر في الاستراتيجيات الإدارية المطبقة، والأخذ بالمفاهيم الإدارية الحديثة، ولعل من أبرزها إدارة الجودة الشاملة؛ إذ أنّ تطبيق هذا المفهوم في المستشفيات يساعد في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات الذهنية والمادية والحد منه، والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة، وتحقيق رضا المرضى والعاملين على حد سواء. أنّ نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل أساسي على وجود عناصر بشرية مدربة وممكنة، وإعطائها الصلاحيات اللازمة لتلبية احتياجات العميل، وإشباع رغباته، مع

التحسين المستمر والمنتظم لها، مما يؤدي إلى خلق البيئة الإدارية الملائمة التي تؤدي إلى حفز الأفراد لبذل المزيد من العطاء وتحقيق مستويات جيدة من الأداء.

مشكلة البحث :

تبرز مشكلة البحث من خلال ارتفاع هدر الموارد وشكاوى الأطر المساعدة من أوضاع بيئة العمر والتدريب وشكاوى المرضى ، مما يشير إلى وجود تحديات تتعلق بتطبيق معايير الجودة الشاملة في المستشفيات في منطقة البحث .

وعليه يطرح البحث التساؤل التالي :

1. ما مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة في ولاية الجزيرة السودان ؟

2. ما مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.

3. ما هي المعوقات التي تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.

4. ما هي العوامل المؤثرة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. دراسة مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.

2. دراسة المعوقات التي تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.

3. دراسة مدى وجود اختلافات بين تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة الإجمالية في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص.

4. تحديد العوامل المؤثرة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

أهمية البحث:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية موضوع إدارة الجودة الشاملة وآثار تطبيقه في القطاع الصحي العام وبخاصة المستشفيات سواء على المستوى الفردي أو التنظيمي وما يحققه لها من تميز، أضف إلى ذلك أهمية العنصر البشري الممكن القادر على الإنجاز بشكل كفؤ حيث يعد العنصر البشري من أهم الموارد في المنظمات الصحية

وكذلك محدودية الدراسات التي تبحث في تطبيق الجودة الشاملة، وتمكين العاملين في قطاع الخدمات الصحية عامة، والمستشفيات بشكل خاص.

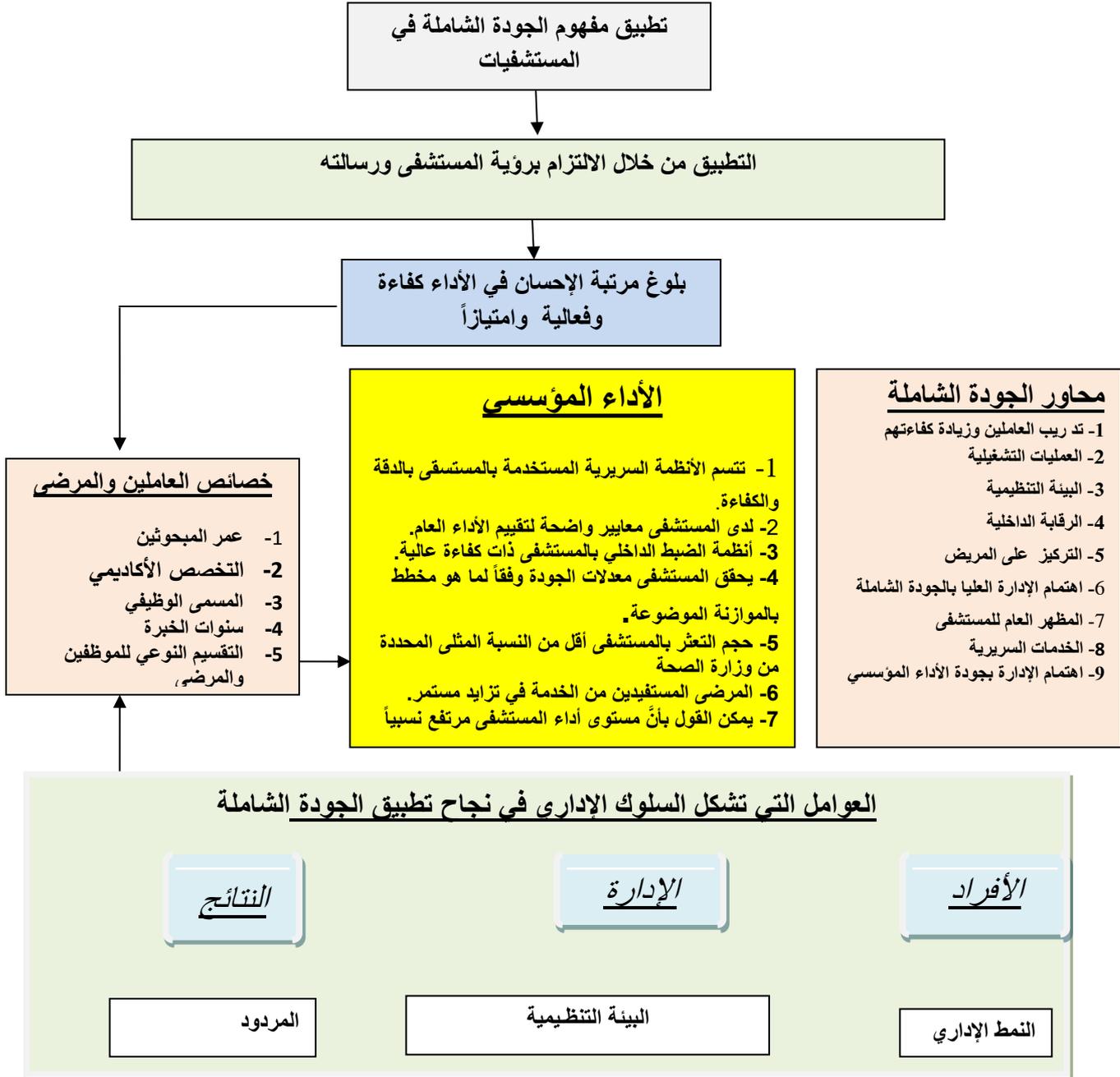
فرضيات البحث:

1. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في التعامل مع المريض .
2. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في تدريب الأطر الصحية وتحسين أدائها.
3. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بعناصر الجودة الشاملة في القيادة الإدارية بالمنهج العلمي في اتخاذ القرار وإشراك العاملين جميعاً.
4. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بتطبيق عناصر الجودة الشاملة في استخدام الطرائق الإحصائية لقياس مستويات وأنماط عناصر الجودة الشاملة.
5. إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة لا تلتزم بعناصر الجودة الشاملة في إتباع التخطيط الإستراتيجي.

منهجية البحث: تشمل منهجية البحث الآتي:

الإطار المفاهيمي :

تعد إدارة الجودة الشاملة هي الأداة الرئيسة التي تؤدي إلى إستراتيجية تطوير العمل في المستشفيات، وتحسين الأداء بما يحقق الخدمة الجيدة، و تعد الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تقوم على مجموعة من الأفكار و المبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها لأجل تحقيق أفضل أداء ممكن ، تحسين الأداء و الارتفاع بالخدمة، مع تحسين سمعتها في السوق داخلياً وخارجياً في ظل الارتفاع الكبير في عدد المرافق الصحية على اختلاف مجالاتها و أنشطتها، و لهذا أصبح لزاماً عليها العمل على استكمال مقومات الجودة ونظمها لكي تحظى بالقبول لدى المرضى حسب معايير الجودة المتفق عليها دولياً و بالتالي تستطيع السير باتجاه تيار العولمة الذي لن يقبل إلا المرافق الصحية التي تتميز بجودة خدماتها.



الشكل (1)؟! الرسم الإسكيمي للإطار المفاهيمي

الإطار النظري:

على الرغم من وجود محاولات عديدة لتعريف الجودة الشاملة وتوصيف أساسياتها ومبادئها ، إلا أنه لا يوجد تعريف محدد ومتفق عليه حتى الآن. فالجودة بحسب بعض التعريفات تشير إلى وجه التفضيل، وأحياناً إلى الموازنة للاستعمال والمطابقة مع المتطلبات، والتركيز على الزبون وتلبية متطلباته أحياناً أخرى. وقد أظهرت دراسة شملت كافة المسؤولين في 36 شركة أمريكية طلب إليهم تعريف الجودة، وكان عدد التعريفات يفوق عدد المستطلعين ، حيث شملت التعريفات جوانب مثل: التمام ، الثبات، تقليل الفاقد، سرعة الإنجاز ، المطابقة مع السياسات والإجراءات، تقديم منتجات جيدة قابلة للاستخدام ، الإنجاز الصحيح من أول مرة ، إسعاد المستهلك والخدمة الكلية للمستهلك وإرضائه (Tamim etal،1996). كما عرفها المقلي (2006) الجودة بأنها القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته وتحقيق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له. أما كونك فقد وصفها بأنها المنافسة والأداء والتميز للمنتج (جاء في الداركة، الشلبي 2002). يوضح جبهارت أنه يمكن تعريف الجودة من خلال النظر إلى القضايا التالية: الجودة كونها نتيجة مشاهدة وقابلة للإدراك في نفس الوقت. الجودة بوصفها واقعاً ملموساً : يتحقق عندما تتم المطابقة مع المعايير والمواصفات الموضوعية من قبل الأفراد أو الوحدات. الجودة المدركة: ويتحقق الإدراك عندما يعتقد المستهلك أن توقعاته قد تحققت . المستهلك : المستفيد من السلعة أو الخدمة أو المعلومة. الجودة في هيئة قيم وملامح مستهدفة : هل تقوم بعمل الأشياء الصحيحة؟ هل تقوم بإسعاد المستهلك ؟ هل يحصل المستهلك على الخدمة أو السلعة التي يريدها تماماً في الوقت وبالكيفية التي يريدها وعندما يحتاجها. المستهلك وحده القادر عن الإجابة عن هذه التساؤلات ، وقد تبذل المؤسسة أو الشركة جهوداً مضنية من أجل الرقي بمستوى الخدمة أو السلعة ، ولكن هذه الجهود قد تذهب هباءً أو تغدو بلا قيمة إذا لم تلب احتياجات وتوقعات المستهلك. وعليه يمكن القول بأن هذه الجودة هي اختيار الخصائص الملائمة التي تنطلق من احتياجات ورغبات وتوقعات المستهلك الذي تصمم السلعة أو الخدمة لأجله (Gebhart,1991).

(نصيرات،2011). نسبة للتغيرات الاقتصادية والسياسية والثقافية والتكنولوجية التي شهدتها العقود الأخيرة من القرن العشرين، بأهمية البعد الإنساني في العمليات التنظيمية، اهتم الفكر الإداري الحديث بتحقيق الكفاءة الإنتاجية للمنظمات الإدارية من خلال تنمية القوة البشرية، والتركيز على الثقافة التنظيمية، ودعم القيادة العليا، والعمل على إيجاد المناخ التنظيمي المناسب، وترسيخ دعائم الديمقراطية، ومن هذا المنطلق لجأت بعض المنظمات الإدارية كالمستشفيات إلى تبني بعض الأساليب الإدارية التي أثبتت فعاليتها في تحسين الإنتاجية، ومنها مفهوم إدارة الجودة الشاملة الذي يهدف إلى تطوير أداء المنظمات عن طريق بناء ثقافة عميقة عن الجودة، وكسب رضا العميل والمستفيد (كرادشة، 2012). لذا أصبح الاهتمام اليوم بالجودة ظاهرة عالمية، وأخذت المنظمات والحكومات في العالم توليها اهتماماً خاصاً، بل يمكن القول أن الجودة باتت الوظيفة الأولى للكثير من المنظمات ، وفلسفة إدارية،

وأسلوب حياة تمكنها من البقاء والاستمرار في ظل المتغيرات البيئية المتلاحقة، وسريعة التغيير، وتزايد إدراك المستهلكين لمستوى الجودة فيما يقدم لهم من سلع أو خدمات (البكري، 2002).

لا شك أنّ تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكن أنّ يعزز من مستوى جودة الخدمات العلاجية التي يجب أنّ تفي باحتياجات وتوقعات المرضى، سواء كان ذلك على المستوى المحلي أو الإقليمي (جودة، 2002). وتواجه إدارة المستشفيات بعد التوسع الكبير والتطور منافسة قوية من الداخل والخارج، لذلك تعد مواجهة هذه التحديات أمراً في غاية الأهمية لتتمكن هذه المستشفيات من البقاء والاستمرار، فبالرغم من أنّه لا توجد وصفة إدارية تمكن المستشفيات من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها إلى حد كبير إلا أنّ تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكنها من التميز (العرب، 2008).

تعددت وتباينت التعريفات التي قدمها الباحثون المهتمون بموضوع الجودة إلى درجة أنّه يصعب حصرها. وقد عرفها سانلي (1994) "بأنّها حالة ديناميكية ترتبط بالمنتجات والخدمات والعاملين والعمليات وبنية العمل بحيث تتطابق هذه الحالة مع التوقعات.

يشير هولوب (1989) " إلى أنّ الجودة تعني التأكد من أنّ حاجات الزبون يتم التعرف عليها قبل تصميم المنتجات أو الخدمات ".

أما المعهد الوطني الأمريكي للمقاييس ANSE، وكذلك الجمعية الأمريكية للجودة "ASE" فقد عرّفها على أنّها مجموعة المزايا والخصائص المتعلقة بالمنتج أو الخدمة والقدرة على تلبية حاجات المستهلكين. يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الحديثة نسبياً التي استحوذت على اهتمام الإدارات في المنظمات التي تسعى لتطوير الأداء ومواكبة التطور الذي يعتمد على تضافر الجهود داخل المنظمة من أجل تحقيق أهدافها ورؤيتها التي تهدف إلى تحقيق التطوير والتحسين المستمر في الأداء، والاهتمام بالمستفيدين وتحقيق رغباتهم وحاجاتهم وتوقعاتهم، من أجل المحافظة عليهم، وضمان ولائهم للمنظمة (مودة، 2004).

منهجية البحث : تتمثل في الآتي :

مجتمع البحث :

مجتمع الدراسة يتمثل في جميع المستشفيات الحكومية والخاصة بولاية الجزيرة، وقد تم تقسيمها على أساس عنقودي حسب المحليات بحيث يتم الاختيار فيما بينها عشوائياً عدد تسع مستشفيات (سبع من المستشفيات الحكومية من كل محلية و(2) منها خاصة) ولاية الجزيرة السودان .

مصادر جمع المعلومات والبيانات:

تم جمع المعلومات والبيانات من خلال المصادر التالية:

مصادر أولية:

تعتمد الدراسة على بيانات أولية سيتم جمعها من خلال استمارة استبيان تحتوي على جميع محاور الجودة الشاملة ، توزع على أفراد عينة الدراسة .

مصادر ثانوية:

المتتمثلة في المراجع، والكتب، والتقارير، والنشرات، والسجلات، والدراسات السابقة، وشبكة المعلومات الدولية.

أدوات البحث:

تم جمع البيانات عن طريق الاستبانة والمقابلات الشخصية من أفراد العينة (المصادر الأولية) ، وتم استخلاص المعلومات من السجلات الموجودة في إدارة شؤون العاملين والإدارات الأخرى (المصادر الثانوية).

أساليب التحليل:

سيقوم الباحث باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS" من خلال استخدام الإحصائيات الوصفية واختبارات الفروض الإحصائية المتوافقة مع بيانات الدراسة.

عينة الأطر الصحية

الأطر الصحية: يقصد بها الكوادر الطبية التطبيقية المساعدة، وهي تتألف من فني المعامل و التخدير والأشعة والتمريض و محضري العمليات. عددهم الإجمالي في الولاية يساوي 1606. تم أخذ عينة عنقودية متناسبة مع الحجم وفقاً للنظرية التالية:

أشار (النوري، 2002) بأنه عند تحديد حجم العينة لا تنتظر إلى كونها عينة عشوائية بسيطة أو طبقية أو متعددة المراحل فالمعالجة الإحصائية في جميع هذه الحالات واحدة وحجم العينة يتم تحديده بطريقة تمكن الباحث من تحقيق نوع من التوازن بين مدى الاعتماد على العينة المختارة مصدراً للاستنتاج الإحصائي وبين تكلفة اختيار تلك العينة.

ويمكن تحديد المتغيرات التي تؤثر في تحديد حجم العينة في الآتي:

- حجم مجتمع البحث
- درجة التجانس أو عدم التجانس بين عناصر المجتمع.
- درجة الدقة، وصحة المعلومات والبيانات التي يريد الباحث الحصول عليها.

- الوقت المحدد للبحث.
 - الموارد المالية والبشرية المتاحة للبحث.
- بالنسبة للعينه الكمية للأطر الصحية سوف تعتمد على معادلة المعاينة العشوائية البسيطة، وهي:

$$n^* = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

حيث:

$$n^* = \text{حجم العينة الابتدائية.}$$

$$P = \text{معلمة المجتمع المتوقع تقديرها من العينة وتؤخذ } 50\%$$

$$q = 1 - p \text{ (مكمل).}$$

$$d = \text{الضبط الإحصائي على طرفي } P \text{ ويؤخذ } 10\%.$$

بناءً على المعطيات السابقة فقد تم حساب العينة من:

$$n_0 = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$
$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.1)^2} = 96$$

وبما أنّ العينة العشوائية البسيطة لا تصلح في العمل الميداني لأنّ المجتمعات لا بد لها أن تكون متجانسة. لهذا السبب قمنا باستبدال طريقة المعاينة العشوائية البسيطة بطريقة المعاينة العشوائية العنقودية. وسوف نستخدم في التحول من العينة العشوائية البسيطة إلى العينة العنقودية ما يسمى بتأثير التصميم والذي غالباً ما يأخذه الإحصائيون بالقيمة 2 . عليه يصبح حجم العينة الابتدائية :

$$n^* = 96 * 2 = 192$$

وبما أنّ حجم المجتمع معلوم (إجمالي الأطر الصحية بولاية الجزيرة = 1606)، وهو أقل من 10,000 لأبد من وزن n^* بمعمل تصحيح يعتمد على ضبط العينات العشوائية من مجتمعات صغيرة نسبياً ؛ وبذلك يصبح حجم العينة النهائي:

$$n = \frac{n^*}{1 + \frac{n^*}{N}} \sqrt{\frac{(N-n)}{(N-1)}}$$

$$n = \frac{192}{1 + \frac{192}{1606}} \sqrt{\frac{(1606-192)}{(1606-1)}} \cong 150$$

وبذلك يصبح حجم عينة الأطر الصحية 150 كما يظهر في جدول (2.4).

جدول (1) : توزيع المعاينة للأطر الصحية حسب محليات ولاية الجزيرة

حجم العينة	النسبة	المحلية
61	40.7	مدني الكبرى
10	6.7	شرق الجزيرة
24	16.0	الحصاحيصا
15	10.0	الكاملين
10	6.7	أم القرى
20	13.3	المناقل
10	6.7	جنوب الجزيرة
150	100	Total

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على بيانات وزارة الصحة ولاية الجزيرة (2018).

موثقية النتائج :

نلاحظ أن الاستبانة كانت متناسقة للحد البعيد الأمر الذي تؤكد مقاييس الصدق والثبات .

جدول (2) : الصدق والتناسق الداخلي لأداء جمع البيانات :

الارتباط الجزئي	كرونباخ ألفا	عدد العوامل	الاستبانة
الصفري	0.965	27	الأطر الصحية
-0.0034			

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على بيانات وزارة الصحة ولاية الجزيرة (2018).

أولاً: الإحصاء الوصفي:

وهو يمثل عملية تلخيص البيانات وتبويبها وترتيبها وتنظيمها بحيث تسهل عملية عرضها من خلال:

1- التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة: وتعرض التوزيعات النسبية في شكل نسب مئوية لعدد مرات تكرارات المتغير تحت الدراسة.

2- الوسط الحسابي والانحراف المعياري: ويقصد بهما على التوالي مقاييس النزعة المركزية والتشتت. تحديداً الوسط الحسابي الذي هو القيمة المتوسطة التي تمثل مجموعة المفردات أصدق تمثيل بينما الانحراف المعياري هو الجذر التربيعي لمربعات انحرافات المفردات عن وسطها الحسابي.

3- التقدير المفهومي : ويقصد به التقدير اللفظي لدى تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع. (النوري ، 2005)

ثانياً: الإحصاء الاستدلالي

وهو يعبر عن مدى استدلال معالم المجتمع من إحصائيات العينة، ويشمل التقدير الإحصائي واختبارات الفروض، ويسمى في بعض الأدبيات الإحصائية بالاستنباط الإحصائي. (النوري ، 2005)

1- معامل كرونباخ ألفا: وهو يقيس مدى صدق استمارة الاستبيان بوصفها أداة للبحث كما يقيس درجة التوافق بين محاور الاستبيان المختلفة.

2- اختبار مربع كاي: وهو اختبار لمدى اقتران المتغير التابع مع كل من المتغيرات المستقلة الخاضعة للدراسة، ويعطى من البناء الرياضي التالي:

$$\chi^2 = \sum_{r=1}^R \sum_{c=1}^C \left(\frac{O_{rc} - E_{rc}}{E_{rc}} \right)^2$$

التكرار المشاهد في الصف r والعمود c $O_{rc} = c$

التكرار المتوقع في الصف r والعمود c $E_{rc} = c$

3- معامل عدم اليقين المقارب (Asymptotic- Uncertainty-Coefficient) - وهو عبارة عن قيمة مربع كاي عندما يكون جدول التوافق متماثلاً حول قيمة موضوعية محددة، كما هو الحال في حالة مقياس ليكرت حيث فئة محايد هي تلك القيمة الموضوعية.

ثالثاً: التحليل العاملي

التحليل العاملي هو الأسلوب الذي يصل بتفسير معامل الارتباط الموجب (والذي له دلالة إحصائية) إلى مستوى التعميم، وقد نشأ هذا الأسلوب في إطار علم الإحصاء ليزود الباحثين بأنموذج رياض لتفسير النظريات الإحصائية في ميدان القدرات العقلية وسمات الشخصية ، ثم امتد إلى مجالات العلوم الأخرى ليشمل تحليل اتجاهات الرأي عن طريق مقاييس ليكرت وقا. في هذه الدراسة تم استخدام التحليل العاملي بشكله البسيط المتمثل في المحتوى الوصفي لمقياس ليكرت الخماسي. (النوري ، 2005).

ووفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، تم تصحيح المقياس بحيث يعطي الدرجة (1) للاستجابة موافق بشدة والدرجة (2) للاستجابة موافق والدرجة (3) للاستجابة محايد والدرجة (4) للاستجابة غير موافق والدرجة (5) للاستجابة غير موافق بشدة.

وتم استخدام المعيار التالي للحكم على درجة الفقرة:

المدى = أكبر قيمة في تدرج المقياس - أقل قيمة في تدرج المقياس

المدى = 5 - 1 = 4

طول الفئة = المدى/عدد فئات المقياس = 4/5 = 0.8

إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من (1) إلى (1.8) درجة تكون الاستجابة (موافق بشدة)

إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من (1.81) إلى (2.60) درجة تكون الاستجابة (موافق).

إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من (2.61) إلى (3.40) درجة تكون الاستجابة (محايد).

إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من (3.41) إلى (4.20) درجة تكون الاستجابة (غير موافق).

إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي من (4.21) إلى (5) درجة تكون الاستجابة (غير موافق بشدة).

ثانياً: تحليل بيانات الأطر الصحية:

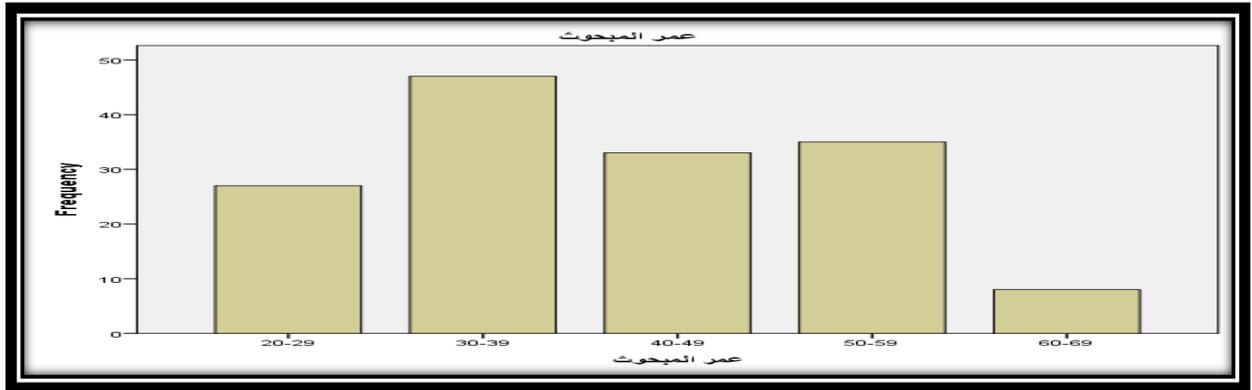
هذا الجزء يُعنى بتحليل البيانات التي تم جمعها ميدانياً من مستشفيات ولاية الجزيرة ، و تختص بالأطر الصحية والعاملين بمستشفيات الولاية الواقعة في إطار العينة للعام 2018. التحليل يبدأ بوصف خصائص المبحوثين الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية باستخدام الإحصاء الوصفي، في الجزء الثاني تم استخدام مربع كاي للاستدلال الإحصائي عن المعالم الرئيسة المحددة لمعايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة بولاية الجزيرة. وفي الجزء الثالث تم تلخيص لاتجاهات المبحوثين حول محددات معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة بالولاية باستخدام التحليل العاملي.

**التحليل الوصفي لخصائص المبحوثين الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية:
 التوزيع العمري للعينة:**
 تم تقصي أعمار المبحوثين عن طريق سؤالهم المباشر عنها بالسنوات الكاملة.

الجدول (3) : التوزيع العمري للعملاء

أعمار المبحوثين	التكرارات	النسب
20-29	27	18.0
30-39	47	31.3
40-49	33	22.0
50-59	35	23.3
60-69	8	5.3
المجموع	150	100.0

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).



المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

الشكل (2)

التوزيع العمري للعملاء

يبدو أنّ التوزيع ممد تمهيداً طبيعياً ، ويظن الباحث أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية التوزيع العمري لجميع المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة حيث نجد أنّ 31.3% من المبحوثين يتمركزون في منتصف التوزيع

بوسط حسابي 41.03 وخط معياري 874. مما يعطي مدى ثقة ضيق (39.06-43.01)، مما يثبت جودة التوزيع العمري ، أنظر الشكل (2).

مما سبق يستنتج الباحث أنّ أعمار المبحوثين تتمركز في الفئة 40-49 ، وهي توصف بأنها متوسط العمر مما يتيح إجابات جيدة للاستبانة.

توزيع الأطر الصحية حسب المحلية:

أحد المشكلات المزمنة في السودان هي مشكلة توزيع الأطر الصحية بين الحضر والريف إذ تتمركز النسبة العالية المؤهلة منهم في عواصم الولايات. هذا الأمر يتعلق بتخطيط العمل الصحي والتوسع في حجم الخدمات الصحية وجودتها في الحضر والريف مما ينعكس سلباً على تطبيق أي نموذج للجودة الشاملة؛ حيث يتطلب نماذج الجودة الشاملة تنمية الموارد البشرية في الريف والحضر على حد سواء، ورفع طاقتها الإنتاجية، وتحسين مهارات أفرادها وتنمية فرق العمل.

الجدول (4): توزيع الأطر الصحية حسب المحليات :

النسب	التكرارات	المحلية
40.7	61	مدني الكبرى
6.7	10	شرق الجزيرة
16.0	24	الحصاحيصا
10.0	15	الكاملين
6.7	10	أم القرى
13.3	20	المناقل
6.7	10	جنوب الجزيرة
100.0	150	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

يوضح الجدول رقم (4) توزيع الأطر الصحية حسب محليات الولاية السبعة حيث نجد أنّ أعلى نسبة من الأطر الصحية موجودة في محلية مدني الكبرى وهي 40.7% من الأطر، تليها محلية الحصاحيصا بنسبة 16%، ثم

المناقل 13% ، ثم الكاملين 10% ، بينما أقل نسبة من الأطر توجد في كل من محليتي أم القرى وجنوب الجزيرة وهي 6.7%. هذا التوزيع لا يتناسب مع حجم السكان في كل محلية.

الأطر الصحية حسب نوع المستشفى:

مازالت مشكلة نقص الكوادر الطبية في المستشفيات الحكومية والخاصة ظاهرة تبحث عن علاج جذري وفعال خصوصاً في الريف ، في ظل نمو القطاع الصحي نتيجة الزيادة المطردة في عدد السكان، بل أخذت هذه الظاهرة تؤثر بشكل سلبي ومباشر في صحة وسلامة المرضى، وسرعة تلقيهم للعلاج، الأمر الذي دفع العديد من المرضى للبحث عن حلول بديلة تجنبهم ساعات وتعد الطويلة، وتحميهم من الوقوف بين يدي طبيب أرهقته ساعات الدوام الطويلة، ودفعته ضغوط العمل وتزايد أعداد المرضى في غرفة وتعد إلى تشخيص بعض الأمراض التي قد تؤدي إلى مضاعفات، على أنها أمراض عرضية، وتعالج بالمسكنات العادية، فتزايد عدد المرضى الذين اتجهوا إلى السفر خارج الدولة بحثاً عن العلاج السريع والدقيق، ومرضى آخرون طرقتهم كافة الأبواب للعلاج والاستشفاء، عدا أبواب العيادات والمستشفيات، حكومية كانت أو خاصة، خوفاً من تفاقم مشكلاتهم الصحية، وضياع الوقت في انتظار طبيب أو في انتظار الفحوص والتحليل الطبية التي تأخرت نتائجها بالظهور بسبب نقص أعداد فنيي المختبرات الطبية.

جدول (5) : توزيع الأطر الصحية حسب نوع المستشفى

النسب	التكرارات	نوع المستشفى
80.0	120	حكومي
20.0	30	خاص
100.0	150	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

يوضح الجدول رقم (5) أنّ 80% من الكوادر الطبية متوافرة في المستشفيات الحكومية بينما 20% منهم في المستشفيات الخاصة. وتشير بيانات هذا المسح إلى أنّ أكثر من نصف الأطر الصحية هم من الذكور ونسبتهم 62% ، بينما 38% منهم من الإناث.

توزيع الأطر الصحية حسب المؤهل العلمي وسنوات الدراسة:

ويلاحظ من الجدول (6) أنّ عدد سنوات الدراسة لكل الأطر الصحية تتوزع بمتوسط حسابي قدره 13.53 مما يبدو أنّ التوزيع مهاد تمهيداً طبيعياً بين الجامعيين ودون الجامعيين، تتوسطهم فئة صغيرة جداً من الذين تلقوا

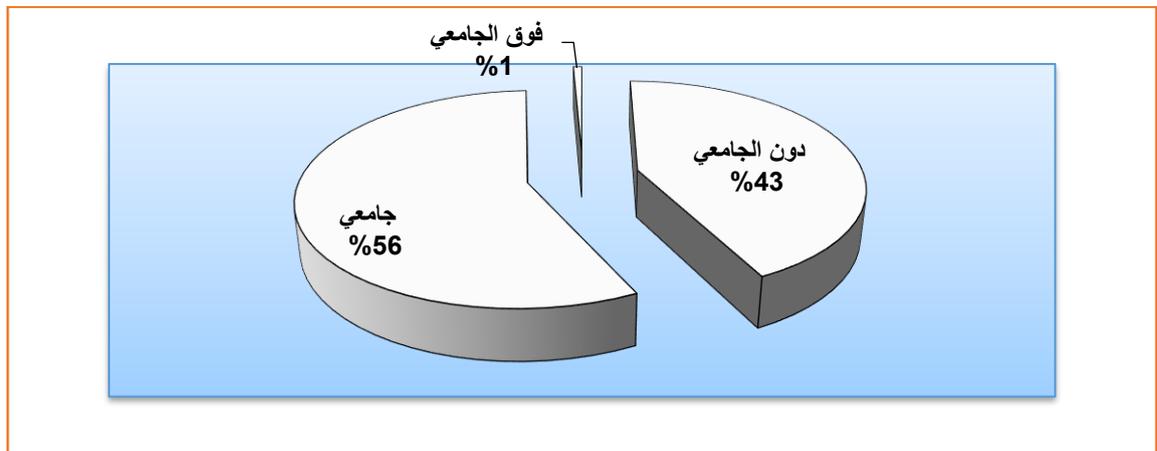
تعليمياً فوق الجامعي، ونظن أنه يعكس بصورة جيدة وكافية توزيع سنوات الدراسة لجميع الأطر الصحية المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة.

الجدول (6) : عدد سنوات الدراسة :

النسب	التكرارات	سنوات الدراسة
24.7	37	11
17.3	26	12
56.0	84	15
1.3	2	16
.7	1	18
100.0	150	Total

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

يجد الباحث أنّ 56% من المبحوثين قد أكملوا 15 عاماً من التعليم أي أكملوا المرحلة الجامعية، ويتمركزون في منتصف التوزيع بوسط حسابي 13.53 وخطأ معياري 0.151 مما يعطي مدى ثقة ضيقاً (13.2-13.82) مما يثبت جودة التوزيع. بينما يظهر الجدول أنّ 24.7% من الأطر الصحية أكملوا أحد عشر عاماً من التعليم، و17.3% منهم أكملوا إثني عشر عاماً من التعليم بينما يوجد 1.3% منهم تلقوا تعليمياً فوق الجامعي.



المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

الشكل (3)

المؤهل التعليمي للأطر الصحية

يوضح الشكل (3) أنّ أكثر من نصف الأطر الصحية العاملة في الولاية هم من خريجي الجامعات ونسبتهم 56.7%، وهذا يدل على أنّ معظم الكوادر الطبية العاملة في القطاع الصحي مؤهلة ومدربة ومزودة بالخبرات العلمية والعملية معاً، بينما 42.7% منهم هم من غير الجامعيين. يلاحظ الباحث أنّ نسبة أقل من 20% من هذه النسب يعملون في المستشفيات الخاصة.

توزيع الأطر الصحية حسب المسمى الوظيفي والحالة الاجتماعية:

أنّ المسمى الوظيفي المرتبط بالمؤهل التعليمي بالنسبة للذكور الإناث على حد سواء يلعب دوراً حاسماً في توجه وزارة الصحة الولائية نحو تلبية متطلبات استراتيجية تطبيق معايير الجودة الشاملة ذلك لأنّه يساعد في ترقية الأداء السلوكي للعمل التنظيمي داخل المؤسسات الصحية، ويولد الأساليب الابتكارية في التفكير للفرد.

الجدول (7) : المسمى الوظيفي للأطر الصحية

النسب	التكرارات	الوظيفة
2.0	3	مدير فني
19.3	29	طبيب
10.7	16	صيدلي
24.0	36	ممرض
20.0	30	معامل
7.3	11	اشعة
16.7	25	تخدير
100.0	150	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

الجدول رقم (7) يوضح توزيع الأطر الصحية داخل مستشفيات الولاية حيث نجد أنّ نسبة الأطباء في المستشفيات هي 19.3% وهي نسبة قليلة نوعاً ما بينما نسبة الممرضين 24%، فنيي المعامل 20% وعناصر التخدير 16.7% والصيدلة 10.7% وفنيي الأشعة 7.3% والإداريين بنسبة 2%. أوضحت هذه الدراسة أنّ

56% من الأطر الصحية هم من المتزوجين، و 42% منهم من غير المتزوجين، بينما 2% فقط منهم من المطلقين : كما أوضحت أنّ نسبة 38% منهم من الإناث. أي أنّ المؤهل التعليمي المرتفع للإناث لا يتناغم مع المسمى الوظيفي المتدني لديهن كما أنّه لا يتناسب مع إفراغ المعرفة العلمية في الأداء والارتقاء بأداء وقدرات الإناث الأكاديمية المطلوبة بشدة في تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في الأداء اليومي لأنشطة الخدمات الصحية. توزيع الأطر الصحية حسب عدد سنوات الخبرة:

تعد الخبرة والكفاءة من أهم العناصر التي يجب توافرها في الكوادر والأطر الصحية.

جدول (8): عدد سنوات الخبرة

عدد السنوات	التوزيع النسبي لعدد سنوات الخبرة	التوزيع النسبي لعدد سنوات العمل بالقسم
5-14	38.0	37.3
15-24	41.3	34.7
25-34	11.3	17.3
35-44	8.7	9.3
Total	100	100

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

يوضح الجدول رقم (8) ، العمود الأول عدد سنوات الخبرة للأطر الصحية بمستشفيات ولاية الجزيرة، حيث نجد أنّ 41.3% منهم لديهم خبرة ما بين خمسة عشر الى أربعة وعشرين عاماً 38% ، منهم من لديهم خبرة ما بين خمسة إلى أربعة عشر عاماً ، 11.3% لديهم خبرة ما بين خمسة وعشرين إلى أربعة وثلاثين عاماً و 8.7% منهم لديهم خبرة أكثر من خمسة وثلاثين عاماً. تتوزع سنوات الخبرة بمتوسط حسابي قدره 18.78 وخط معياري 0.807 مما يعطي مدى ثقة ضيق (17.2-20.36) مما يثبت جودة التوزيع. مما يبدو أنّ التوزيع ممدد تمهيداً طبيعياً ونظراً أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية لتوزيع سنوات الخبرة لجميع الأطر الصحية المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة.

بينما يوضح نفس الجدول (8) ، العمود الثاني توزيع عدد سنوات العمل في القسم حيث نجد أنّ 37.3% من الأطر الصحية يعملون في القسم لفترة تتراوح بين خمسة إلى أربعة عشر عاماً ، 34.7% من الأطر الصحية يعملون لفترة تتراوح بين خمسة عشر وأربعة وعشرين عاماً ، 17.3% يعملون لفترة تتراوح بين خمسة وعشرين إلى

أربعة وثلاثين عاماً و 9.3% منهم يعملون لأكثر من خمسة وثلاثين عاماً . تتوزع سنوات العمل بمتوسط حسابي قدره 20.05 وخط معياري 830 . مما يعطي مدى ثقة ضيقاً (18.43-21.66) مما يثبت جودة التوزيع . مما يبدو أنّ التوزيع ممد تمهيداً طبيعياً ونظن أنّه يعكس بصورة جيدة وكافية توزيع سنوات العمل في القسم لجميع الأطر الصحية المستجوبين في مستشفيات ولاية الجزيرة .

تحليل الجداول المتقاطعة:

في هذا الجزء استخدم الباحث الجداول التقاطعية بين المتغير التابع (الأطر الصحية) و المتغيرات المستقلة، وذلك من أجل اختبار الاقتران بواسطة مربع كاي و مشتقاته، سنعرض مثال واحد هنا للجداول التقاطعية ونتيجة الاختبار (الجداول (9) و (10) أما باقي النتائج فسوف نبرزها في جدول رقم (11). في هذا المثال سوف نستخدم العلاقة بين (الأطر الصحية ونوع المستشفى) حيث نلاحظ من الجدول أنّه هناك علاقة قوية بين نوع المستشفى و الأطر الصحية العاملة بالمستشفى أي هناك وجود لفروق معنوية. ونلاحظ في الجدول التقاطعي أنّ ما يقارب 80% من الأطر الصحية موجودة في المستشفيات الحكومية، بينما 20% منهم فقط موجودة في المستشفيات الخاصة. اختبار فيشر للاقتران يوضح أنّ هذه النسب لها دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%.

جدول (9) : جدول الاقتران بين الأطر الصحية ونوع المستشفى

المجموع	نوع المستشفى		المسمى الوظيفي
	خاص	حكومي	
3	0	3	مدير فني
29	10	19	مدير اداري، رئيس قسم، موظف، طبيب، إداري، رئيس شعبة، أخرى
16	3	13	صيدلي
36	9	27	ممرض
30	1	29	معامل
11	2	9	اشعة
25	5	20	تخدير

المجموع	120	30	150
---------	-----	----	-----

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

جدول (10) اختبار مربع كاي للاقتران بين الأطر الصحية ونوع المستشفى

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Fisher Chi-Square	10.361 ^a	6	100.
Likelihood Ratio	12.607	6	04.0
N of Valid Cases	150		

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

اشتمل تحليل مربع كاي علي جميع المتغيرات الواردة في استمارة الاستبيان، معظم هذه المتغيرات وخصوصا المتعلقة بمقياس ليكرت لم تكن معنوية؛ ولذلك تم حذفها والإبقاء علي المتغيرات المعنوية فقط ، وأهم المتغيرات غير المعنوية وإن كانت قريبة من قيمة الاحتمال هي : (النوع ، عمر المبحوث، تدار الخدمات المختبرية (المعملية) طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين، ويتم تمثيل هيئة التمريض في الإدارة العليا للمستشفى). أما العوامل المقترنة معنوية فتظهر في الجدول (11).

جدول (11) : الاقتران بين الوظيفة والمتغيرات المستقلة

المتغير المستقل	درجة الحرية	قيمة كاي	المعنوية
1.المستشفى	60	113.36	.000
2.المحلية	36	84.13	.000
3.المؤهل العلمي	12	25.02	.015
4. عدد سنوات الدراسة	24	53.83	.000
5. عدد سنوات الخبرة	174	238.21	.001
6.توجد سياسات وإجراءات لاستخدام الدم ومشتقاته متسقة مع المواصفات الدولية	24	37.97	.035

.039	37.51	24	7. تتوفر الثلجات حفظ الدم ومشتقاته
.013	41.79	24	8. يتم متابعة نظام تدفئة الدم حسب المعايير الدولية
.004	46.64	24	9. تقوم المستشفى بتوفير خدمات الأشعة التشخيصية أو توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة
.037	37.77	24	10. يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها
.016	41.16	24	11. توجد سياسات وإجراءات للتحكم في عمليات اعداد وتحضير وتداول المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي في الصيدلية

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

يلاحظ من الجدول (11) :

1. الاقتران بين الوظيفة والمستشفى اقتران معنوي فيه قيمة كاي 113.36 بدرجات حرية 60 ودلالة إحصائية معنوية. هذا الاقتران يعني أنّ ثقافة العمل المنشودة داخل المستشفيات تتباين بين المستشفيات الداخلة في العينة. ولقد لاحظ الباحث في بعض المستشفيات الخاصة أنّ هناك قدرًا من الثقة في العاملين والتقدير بإعمال القانون ولوائح العمل، بينما لا توجد هذه الميزة في المستشفيات الحكومية.
2. الاقتران بين الوظيفة والمحلية اقتران معنوي قيمة مربع كاي 84.3 بدرجات حرية 36 ودلالة إحصائية معنوية. من المعلوم في السودان أنّ هناك مشكلة متجذرة تتعلق بتوزيع الأطر الطبية بين مركز الولاية وأريافها. أكثر من 80% من عناصر الأطر الطبية يتمركزون في عاصمة الولاية ود مدني وعواصم المحافظات بدرجة أقل، ولكنهم لا ينفذون أي نقل إلى المستشفيات الريفية حتى وأن أدى ذلك لتقديم استقالاتهم.
3. الاقتران بين الوظيفة و المؤهل العلمي اقتران معنوي قيمة مربع كاي 25.0. بدرجات حرية 12 ودلالة إحصائية معنوية. هذه النتيجة متوقعة تماماً. لأنّها إن كانت غير ذلك فهي إخلال بالنظم والإجراءات وخروج عن ثقافة الخدمة العامة.

4. الاقتران بين الوظيفة وعدد سنوات الخبرة هو اقتران معنوي قيمة كاي 238.21 بدرجات حرية 174 ودلالة إحصائية معنوية. وكما ذكر سابقاً فإن الخبرة العملية تلعب دوراً مهماً في تطبيقات إدارة الجودة الشاملة حيث إنها تساعد في تشخيص الآثار السالبة وإدارتها وتبني الخيارات الموزونة في معالجتها. على أن الخبرة يكون لها أثر إيجابي عندما يكون لها تصويب نحو الإنجاز؛ وذلك لن يتأتى إلا من خلال المشاركة في دورات تدريبية أثناء الخدمة عن مفاهيم الجودة الشاملة.

5. الإقترانات بين الوظيفة واتجاهات الرأي وسط الأطر الطبية كما يعبر عنها مقياس ليكرت معظمها غير معنوية ولذلك لم تعرض هنا. في الجدول (11) تظهر فقط مركبات اتجاه الرأي ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى المعنوية 5%. وهي تحديداً (توجد سياسات وإجراءات لاستخدام الدم ومشتقاته متسقة مع المواصفات الدولية، تتوفر ثلاجات حفظ الدم ومشتقاته، يتم متابعة نظام تدفئة الدم حسب المعايير الدولية، تقوم المستشفى بتوفير خدمات الأشعة التشخيصية أو توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة، يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها، توجد سياسات وإجراءات للتحكم في عمليات إعداد وتحضير وتداول المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي في الصيدلية).

الملاحظ أن الأنشطة التي يتبع فيها المعايير الدولية تنحصر في بنوك الدم والأشعة والصيدلة وبشكل جزئي فقط إذ إن الكثير من المركبات في هذه المحاور لم تكن معنوية. وقد لاحظنا أن غالبية المستشفيات سوى الخاصة أو العامة لا تتبنى في تطبيق الجودة الشاملة منهج عملي يهدف إلى تحقيق أفضل النتائج بأجهزة رشيقة وفاعلة على الرغم من بعض الالتزام بالرؤيا والرسالة العامتين، ورسالة المنشأة التي ينتمي إليها أفراد الأطر الصحية في بعض الحالات.

يوضح الجدول رقم (11) أن هناك عدداً من المتغيرات المستقلة لها تأثير كبير على الأطر الصحية مثل (المستشفى، المحلية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الدراسة، عدد سنوات الخبرة، عد سنوات العمل في القسم، توجد سياسات وإجراءات لاستخدام الدم ومشتقاته متسقة مع المواصفات الدولية، تتوفر ثلاجات حفظ الدم ومشتقاته تتم متابعة نظام تدفئة الدم حسب المعايير الدولية تقوم المستشفى بتوفير خدمات الأشعة التشخيصية، أو توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها توجد سياسات وإجراءات للتحكم في عمليات إعداد وتحضير وتداول المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي في الصيدلية). أما بقية المتغيرات المستقلة فليست ذات تأثير معنوي على المتغير التابع.

بما أنّ الاقتران المحسوب في الجدول هو اقتران بين الأطر الصحية وخصائصهم من ناحية وأرائهم من الناحية الأخرى، فهناك احتمال وجود ارتباط ذاتي بين الخصائص والآراء وبين كل من الخصائص والآراء في داخلها. هذا موضوع إحصائي خارج نطاق هذه الدراسة. ولكن هذا الأمر يمكن أن يحل جزئياً فيما يتعلق بالآراء؛ وذلك باستخدام معامل عدم الرضا المقارب في ظاهرة الجودة الشاملة والذي استخدمه هذا التحليل هو موضوع القسم التالي.

رأي الأطر الصحية في ظاهرة الجودة الشاملة:

لقد اشتملت استمارة الاستبيان في هذه الدراسة على 72 سؤالاً تتعلق بنظام المستشفى من حيث الكادر الطبي والعاملين وخصائصهم وتقديم الخدمات للمرضى حسب كل قسم (الصيدلية، المعمل، الأشعة، بنك الدم وغيرها من الأقسام). سنقوم في هذا الجزء من الدراسة باستخلاص نتائج عن ظاهرة الجودة الشاملة من وجهة نظر الأطر الصحية، التي سيتم حسابها من الإجابات عن كل سؤال من 72 سؤالاً حسب مضمون السؤال، وحسب كل محور على حدة، بعد ذلك نقوم باختبار الفرق بين الإجابات عن طريق معامل عدم اليقين للرضا (Uncertainty coefficient) وهو عبارة عن قيمة مربع كاي التماثلية.

الرضا عن خدمات التخدير:

يشتمل هذا العامل على أربع مركبات هي: تقدم المستشفى خدمة التخدير استناداً إلى سياسة التخدير الآمن والأدلة والموجهات الحديثة، توجد خطة للتخدير لكل حالة موقعة بالملف، ويتم وضعها بواسطة أخصائي التخدير، توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير، ويتم توثيقها بالملف، تقييم ما بعد التخدير يتم بواسطة طبيب التخدير بصفة مستمرة حتى خروج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لعلامات الإفاقة. من هذه المركبات الأربع يتم حساب النسبة المئوية لعدم الرضا (مجموع الإجابات: لا أوافق بشدة، لا أوافق، محايد).

هذه النسبة المئوية هي التي تخضع لاختبار الرضا الذي يحسب قيمة t التماثلية (ϕ) التي تعتمد على تقدير الجوازية العظمى لقيمة χ^2 المقاربة.

جدول (12): عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة - عامل تدريب العاملين

التقدير	الدلالة	معامل	النسبة	التخدير
اللفظي	الإحصائية	الرضا	المئوية	
للجودة	p	المقارب	للرضا	
		ϕ		

ضعيف	.305	3.26	52.5	1. تقدم المستشفى خدمة التخدير استناداً إلى سياسة التخدير الآمن والأدلة والموجهات الحديثة
ضعيف	.167	3.77	44.0	2. توجد خطة للتخدير لكل حالة موثقة بالملف ويتم وضعها بواسطة أخصائي التخدير
عالٍ	.001	5.86	68.5	3. توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير ويتم توثيقها بالملف
عالٍ	.343	3.26	39.5	4. تقييم ما بعد التخدير يتم بواسطة طبيب التخدير بصفة مستمرة حتى خروج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لعلامات الإفاقة
ضعيف	0.16	37.7	50.5	التقييم العام

t from likelihood estimator of χ^2 ϕ : Asymptotic estimate to

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

من الجدول (12) يتضح لنا أنّ من بين الأربع مركبات في عامل التخدير تشير اتجاهات الأطر الصحية إلى الرضا في واحدة منها وهي بالتحديد: "توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير ويتم توثيقها بالملف". هذه المركبة تأتي في إطار تخطيط العمل من خلال تقويم الأداء. على أنّه بالنسبة لعامل التخدير فإنّ التقييم العام هو عدم الرضا عن سياسات التخدير في المستشفيات في ما يخص إتباع عناصر الجودة الشاملة. وهذا يعني أنّه لا يمكن رفض فرض العدم "الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال التخدير".

الرضا عن أنشطة حفظ الدم ومشتقاته:

يشتمل هذا العامل على 12 مركبه منها ثلاثة معنوية هي : حصول كل العاملين ببنك الدم على شهادات معتمدة أو ترخيص مزاولة المهنة وتدريب على نقل الدم ومشتقاته ، توجد سياسات وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته و تتوافر ثلاثيات لحفظ الدم ومشتقاته. على أنّه بالنسبة لعامل حفظ الدم فإنّ التقييم العام حسب الجدول (13) هو عدم الرضا عن سياسات المستشفيات في ما يخص إتباع عناصر الجودة الشاملة. وهذا يعني أنّه لا يمكن رفض فرض

العدم " الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال حفظ الدم ومشتقاته".

جدول (13) : عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة - عامل تدريب العاملين

التقدير	الدلالة الإحصائية p	معامل عدم الرضا المقارب	النسبة المئوية للرضا	حفظ الدم ومشتقاته
متوسط	019.	3.80	53.6	1- توجد سياسات وإجراءات لاستخدام الدم ومشتقاته متسقة مع المواصفات الدولية
ضعيف	013.	3.66	58.5	2- حصول كل العاملين بينك الدم على شهادات معتمدة أو ترخيص مزاولة المهنة وتدريب على نقل الدم ومشتقاته
متوسط	091.	3.81	43.5	3- تجري الفحوصات اللازمة للمتبرعين حسب السياسات
ضعيف	211.	3.12	45.8	4- توجد آلية لتأمين الفصائل المختلفة للدم ومشتقاته من مصادر أخرى في حالة عدم توفره بالمستشفى
ضعيف	510.	3.17	39.5	5- تتوفر الكميات اللازمة من الدم ومشتقاته بما يتلاءم مع حجم المستشفى وطبيعة عملها
ضعيفة	077.	3.27	45.5	6- كل منتجات الدم ومشتقاته موجود عليها ملصق رقعة تعريفية
عالٍ	029.	3.32	69.0	7- توجد سياسات وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته
ضعيف	104.	3.10	43.5	8- يتوفر لثلاجات حفظ الدم ومشتقاته

ضعيف	516.	2.96	43.0	9- يتم متابعة درجات الحرارة كل 4 ساعات وعلى مدار 24 ساعة ويتم تسجيل ذلك ومراجعة السجلات مرتين يومياً الأقل
ضعيف	111.	4.30	44.5	10- يتم متابعة نظام تدفئة الدم حسب المعايير الدولية
عالٍ	232.	3.36	38.5	11- يتم اختبار نظام الإنذار مرة أسبوعياً على الأقل ويتم تسجيل ذلك
ضعيف	115.	3.22	44.5	12- تحفظ السجلات التي تضمن عملية تتبع سير وحدات الدم ابتداء من المتبرع وحتى إعطائها للمريض (بدءاً من المنشأة التي جمعتها وحتى وجهتها النهائية)
ضعيف	0.16	3.72	44.5	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

وقد لاحظ الباحث أثناء مرحلة جمع البيانات عدم الاستخدام الكافي لتقنية المعلومات (أهم المدخلات) في الإدارة الحديثة، كما لا يوجد توجه تقني عام في تكنولوجيا الدم ومفاهيمها الحديثة للاستزادة من المعرفة والحرص على التطوير الذاتي، وقد لاحظ الباحث أيضاً في معظم المستشفيات الواقعة في إطار هذه الدراسة لا توجد آلية لتأمين الفصائل المختلفة للدم ومشتقاته من مصادر أخرى في حالة عدم توافره بالمستشفى، كما لا يتوافر نظام لحفظ السجلات التي تضمن عملية تتبع سير وحدات الدم ابتداء من المتبرع وحتى إعطائها للمريض (بدءاً من المنشأة التي جمعتها وحتى وجهتها النهائية). أنّ عملية نقل الدم عملية تتطوي على مخاطر بالنسبة للمتبرع والمريض على حد سواء، ومن المهم تطبيق مبادئ علم السوائل المتحركة لغزيلة الدم قبل إعطائه للمريض، وهناك أمثلة كثيرة لحدوث عدوى (مرض نقص المناعة المكتسبة مثلاً) في بعض المستشفيات.

عدم الرضا عن تدريب العاملين في المختبرات:

يشتمل هذا العامل على ثماني مركبات، منها ثلاثة معنوية هي: تدار الخدمات المخبرية (المعملية) طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين، تقوم المستشفى باتباع سياسة وإجراء يحدد كيفية الوصول إلى الخبراء في مجال التشخيص المخبري عند اللزوم، يقوم بالعمل في المختبر متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب. على أنّه بالنسبة لعامل تدريب العاملين في المختبرات فإنّ التقييم العام حسب الجدول (14) هو عدم الرضا عن سياسات

المستشفيات في ما يخص إتباع عناصر الجودة الشاملة؛ وهذا يعني أنه لا يمكن رفض فرض العدم "الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال الخدمات المختبرية"

جدول (14): عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة - عامل تدريب العاملين

التقدير	الدلالة الإحصائية p	معامل عدم الرضا المقارب	النسبة المئوية للجودة	المختبرات
ضعيف	.709	2.93	41.0	1- تقوم المستشفى بتوفير الخدمات المختبرية (المعملية) في المستشفى أو توفير طريقة للتعاون مع جهة آخر لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة
متوسط	0.04	3.35	0.05	2- تدار الخدمات المخبرية (المعملية) طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين
ضعيف	.104	3.81	35.5	3- يتم تطبيق سياسة وإجراءات الصيانة الدورية ومعايرة معدات وأجهزة المعمل
ضعيف	.153	3.50	36.0	4- توفر المستشفى كافة المستلزمات والكواشف الضرورية لعمل المختبر
متوسط	.024	2.47	52.5	5- تقوم المستشفى باتباع سياسة وإجراء يحدد كيفية الوصول الى الخبراء في مجال التشخيص المخبري عند اللزوم
عالٍ	.123	5.71	35.0	6- يتم تطبيق إجراءات ضبط الجودة في المختبر
عالٍ	.003	6.42	67.5	7- يقوم بالعمل في المختبر متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب
ضعيف	.245	3.95	35.0	8- بالمستشفى قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص مخبري
ضعيف	0.16	3.98	43.0	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

الرضا عن تدريب العاملين في الأشعة:

يشتمل هذا العامل على 12 مركبة منها اثنتان فقط منها معنويتان هما: يقوم بالعمل في خدمات الأشعة التشخيصية متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب، وتطبق المستشفى معايير السلامة و الأمان والوقاية من مخاطر التعرض للإشعاع حسب اللوائح و القوانين الدولية.

جدول (15) : عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة - عامل تدريب العاملين

التقدير اللفظي للجودة	الدلالة الإحصائية p	معامل عدم الرضا المقارب ϕ	النسبة المئوية للجودة	الأشعة
ضعيف	.140	4.50	39.0	1- تقوم المستشفى بتوفير خدمات الأشعة التشخيصية او توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة
ضعيف	.056	3.86	37.5	2- تدار خدمات الأشعة التشخيصية طبقا للمعايير والأنظمة والقوانين الدولية
عالٍ	.019	2.18	60.5	3- يقوم بالعمل في خدمات الأشعة التشخيصية متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب
ضعيف	.071	3.94	38.5	4- توجد قائمة تحدد الفحوصات والتدخلات التي يجب أن يقوم بها الطبيب

ضعيف	.310	3.8	42.0	5- بالمستشفى قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص أشعة تشخيصي
ضعيف	.324	2.21	34.5	6- يطبق المستشفى سياسات وإجراءات الصيانة الدورية لمعدات وأجهزة الأشعة التشخيصية ومعايرتها للتأكد من سلامتها
ضعيف	.556	2.73	34.5	7- توافر المستشفى كافة مستلزمات التشغيل لخدمات الأشعة التشخيصية بسهولة ويسر
ضعيف	.219	5.20	32.5	8- تتوفر في خدمات الأشعة التشخيصية إجراءات ضبط الجودة ويتم إتباعها وتدوينها ومراجعتها بصورة دورية
ضعيف	.226	3.15	37.5	9- تقوم المستشفى بإتباع سياسة وإجراءات تحدد كيفية الوصول إلى المتخصصين في خدمات الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب
ضعيف	.192	3.60	39.0	10- يتم توثيق جميع النتائج وتحفظ نسخ من التقارير بقسم الأشعة
ضعيف	.763	2.26	26.0	11- تطبيق المستشفى إجراءات مكافحة العدوى والتخلص من المخلفات الطبية بشكل سليم حسب النظم والقوانين الدولية
متوسط	.006	2.59	66.5	12- تطبيق المستشفى معايير السلامة و الأمان والوقاية من مخاطر التعرض للإشعاع حسب اللوائح و القوانين الدولية
ضعيف	0.231	2.45	33.0	التقييم العام

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

على أنه بالنسبة لعامل تدريب العاملين في الأشعة ، فإن التقييم العام حسب الجدول (15) هو عدم الرضا عن سياسات المستشفيات في ما يخص إتباع عناصر الجودة الشاملة: وهذا يعني أنه لا يمكن رفض فرض عدم الأثر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال الأشعة" . وقد تلاحظ أنّ كثيراً من المرضى يشكون من التأخير في استلام نتائج تشخيص الأشعة التي من المفترض أنّ تتم مباشرة بعد استخراج الصورة ،مما يعني أنه ليس هناك سياسة وإجراءات تحدد كيفية الوصول إلى المتخصصين في خدمات

الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب، كما لا توجد قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص أشعة تشخيصي، وقد ذكر لنا أحد أفراد الأطر الصحية القدامى في أحد المستشفيات أن جودة خدمات الأشعة التشخيصية كانت أفضل في الثمانينيات والتسعينيات مما هي عليه الآن.

الرضا عن تدريب العاملين في الصيدلة و استخدام الدواء:

يشتمل هذا العامل على 19 مركبة منها أربع معنوية هي: توجد سياسات وإجراءات خاصة بإدارة الدواء ، يوجد صيدلي مرخص له بمزاولة المهنة مسؤول عن الصيدلية ، يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها، يتم إخطار وزارة الصحة فوراً في حالة حدوث مشكلات أو عيوب دوائية حسب السياسة المتبعة. أن تدريب العاملين في الخدمات الصيدلانية يعد ركناً أساسياً من أركان الجودة الشاملة في المستشفيات لأنه يجيء ضمن الإطار السلوكي للعمل التنظيمي في المستشفى ، كما يساعد في ترقية الأساليب الابتكارية في التعامل مع الدواء . ولكننا لاحظنا في غالبية المستشفيات الواقعة في عينة هذه الدراسة على مستوى ولاية الجزيرة وحسب آراء الأطر الصحية أنفسهم أن التدريب يقتصر فقط على البائعات في الصيدليات، وليس هناك أية مشاركة في ورش تدريبية على المستوى القومي أو الولائي فيما يخص مدير الصيدلية أو الكوادر الفنية العاملة معه.

جدول (16) : عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة - عامل تدريب العاملين

العوامل	النسبة المئوية للجودة	معامل عدم الرضا المقارب ϕ	الدلالة الإحصائية P	التقدير اللفظي للجودة
1- توجد سياسات وإجراءات خاصة بإدارة الدواء .	57.0	2.80	.040	متوسط
2- توجد بالمستشفى قائمة بالأدوية الأساسية معتمدة وموزعة على الأطباء ويتم تحديثها سنويا على الأقل .	28.5	2.68	.651	ضعيف
3- يوجد صيدلي مرخص له بمزاولة المهنة مسؤول عن الصيدلية.	53.5	3.65	.0.02	متوسط

ضعيف	.599	3.40	32.0	4- يوجد توصيف وظيفي لمدير الصيدلية ولكل العاملين بالصيدلية.
ضعيف	.590	3.11	36.5	5- توجد سياسات مكتوبة لصرف و استخدام الأدوية المخدرة متماشية مع اللوائح والقوانين المحلية والدولية.
ضعيف	.965	2.47	55.5	6- سياسة صرف واستخدام الأدوية المخدرة مطبقة فعلياً.
ضعيف	.831	2.51	42.0	7- توجد أدوية للطوارئ متاحة في مكان آمن في حالة وجودها خارج الصيدلية الداخلية (صيدلية الطوارئ - الأقسام الطبية).
عالٍ	.022	3.62	64.5	8- يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها
ضعيف	.305	3.23	32.0	9- اتباع الصيدلية ومخازن الأدوية لكل المتطلبات القانونية والفنية.
ضعيف	.143	3.15	46.5	10- توجد سياسات للتخزين الآمن للأدوية
ضعيف	.853	2.48	58.5	11- يتم صرف الدواء بطريقة ملائمة من حيث التعبئة مع وجود ملصق (رقعة تعريفية).
ضعيف	.759	2.60	42.5	12- يتم شرح طريقة استخدام الدواء والتعريف بالأعراض الجانبية الناتجة عن الاستخدام للمرض وذويه.
ضعيف	.649	2.65	37.0	13- توجد سياسات وإجراءات تحكم علاجات التغذية الوريدية والمعوية.
ضعيف	.132	3.35	37.5	14- توجد سياسات وإجراءات للتحكم في الموارد المشعة والموارد الفحيصين.

ضعيف	.065	4.37	38.0	15-توجد سياسات وإجراءات للتحكم في عمليات إعداد وتحضير وتداول المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي في الصيدلية.
ضعيفة	.693	2.55	29.0	16-يوجد نظام تسجيل ومتابعة الأخطاء والاحداث السلبية في وصف وصرف واستخدام الدواء.
ضعيف	.239	3.16	35.5	17-يتم توثيق تنفيذ العلاج الموصوف للمريض بالملف ويعدل العلاج حسب تطور حالة المريض بواسطة الطبيب المسئول والصيدلاني السريري.
متوسط	.031	2.54	51.5	18-يتم إخطار وزارة الصحة فوراً في حالة حدوث مشكلات او عيوب دوائية حسب السياسة المتبعة.

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م). كما لا توجد سياسات مكتوبة لصرف و استخدام الأدوية متماشية مع اللوائح والقوانين المحلية والدولية، عموماً بالنسبة لعامل تدريب العاملين في الخدمات الصيدلانية و توزيع الدواء فإنّ التقييم العام حسب الجدول (16) هو عدم الرضا عن سياسات المستشفيات في ما يخص إتباع عناصر الجودة الشاملة. وهذا يعني أنّه لا يمكن رفض فرض العدم "الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال الخدمات الصيدلانية و توزيع الدواء"

الرضا عن خدمات التمريض:

يشتمل هذا العامل على 5 مركبات ليس منها أية مركبة معنوية. الغريب في الأمر أنّ جميع المفاهيم المتعلقة بالمركبات الواردة في مجال التمريض في الجدول (17) كانت مطبقة بحذافيرها في جميع مستشفيات السودان في حقبة الستينيات والسبعينيات وحتى بداية الثمانينيات، أنظر (أبو صالح، و 1967، 1982). وحتى الزى الذي كان يميز الممرضين والممرضات داخل المستشفى تم إلغاؤه، والآن لا يمكن التفريق بين الطبيب والممرض والفرش. و الآن لا توجد أي سياسات أو إجراءات ودلائل للعمل التمريضي في مستشفيات الولاية. الواضح أنّه لا

يمكن رفض فرض عدم القائل " الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال خدمات التمريض".

جدول (17) :عوامل الرضا عن عوامل الجودة الشاملة -عامل التمريض

التقدير اللفظي للجودة	الدلالة الإحصائية P	معامل عدم الرضا المقارب ϕ	النسبة المئوية للجودة	التمريض
ضعيف	906.	0.60	15.0	1- يتم تمثيل هيئة التمريض في الإدارة العليا للمستشفى
ضعيف	493.	0.38	23.5	2- توجد سياسيات وإجراءات ودلائل للعمل التمريضي
ضعيف	704.	0.24	12.5	3- تدار الخدمات التمريضية بأقسام المستشفى المختلفة عن طريق طاقم تمريض مؤهل بدرجات علمية مناسبة إضافة إلى الخبرة المطلوبة في الإدارة
ضعيف	565.	1.34	35.5	4- يوجد نظام للتدريب التمريضي المستمر
ضعيف	774.	0.46	17.5	5- يوجد نظام مفعّل لتقييم الأداء التمريضي

المصدر: إعداد الباحث من بيانات المسح الميداني (2018م).

النتائج التي تتعلق برضا الأطر الصحية عن معايير الجودة الشاملة بمستشفيات الولاية:

1. الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال التخدير فيما عدا وجود متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير، ويتم توثيقها بالملف.
2. الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال حفظ الدم ومشتقاته، وذلك بسبب عدم حصول كل العاملين بينك الدم على شهادات معتمدة أو ترخيص مزاولة المهنة والتدريب المطلوب على نقل الدم ومشتقاته، وعدم وجود سياسات وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته وعدم

تتوفر ثلاثيات كافية لحفظ الدم ومشتقاته وعدم الاستخدام الكافي لتقنية المعلومات كأهم المدخلات في الإدارة الحديثة كما لا يوجد توجه تقني عام في تكنولوجيا الدم ومفاهيمها الحديثة للاستزادة من المعرفة، والحرص على التطوير الذاتي.

3. الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال الخدمات المختبرية وذلك بسبب عدم إدارة الخدمات المخبرية (المعملية) طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين، وأنَّ المستشفى لا تقوم بإتباع سياسة وإجراء يحدد كيفية الوصول إلى الخبراء في مجال التشخيص المخبري عند اللزوم، لا يقوم بالعمل في المختبر متخصصون وفنيون لديهم تدريب، وتأهيل مناسب.
4. هناك ترد في جودة خدمات الأشعة التشخيصية بسبب أنَّ كثيرين من المرضى يشكون من التأخير في استلام نتائج تشخيص الأشعة، التي من المفترض أنَّ تتم مباشرة بعد استخراج الصورة مما يعني أنَّه ليس هناك سياسة وإجراءات تحدد كيفية الوصول إلى المتخصصين في خدمات الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب كما لا توجد قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص أشعة تشخيصي.
5. الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال الخدمات الصيدلانية وتوزيع الدواء وذلك يعود إلى عدم تنفيذ السياسات والإجراءات خاصة بإدارة الدواء، ولا يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء وفريق التمريض المسؤولين عنها، ولا يتم إخطار وزارة الصحة فوراً في حالة حدوث مشكلات أو عيوب دوائية حسب السياسة المتبعة ولا يحظى العاملين في الخدمات الصيدلانية بالتدريب الكافي وأنَّ التدريب يقتصر فقط على البائعات في الصيدليات وليس هناك أي مشاركة في ورش تدريبية على المستوى القومي أو الولائي فيما يخص مدير الصيدلة أو الكوادر الفنية العاملة معه. كما لا توجد سياسات مكتوبة لصرف واستخدام الأدوية متماشية مع اللوائح والقوانين المحلية والدولية.
6. الأطر الصحية غير راضية عن سياسة المستشفيات في إتباع متطلبات الجودة في مجال خدمات التمريض وذلك بسبب عدم وجود أي سياسات أو إجراءات ودلائل للعمل التمريضي في مستشفيات الولاية.

الخلاصة والمضامين:

1. وجود إدارة للجودة لها رؤية، ورسالة عامتان وسياسة وإجراءات للتحسين المستمر وتساندها وتعززها الإدارة العليا للمستشفى ووجود جسم إداري برئاسة المدير العام، فيه تمثيل لكل الأقسام الطبية وله مسؤوليات ومهام محددة بأهداف معلنة، وتوجد خطط سنوية من ضمن إستراتيجية طويلة الأمد وهذا أمر ضروري. إدارة الجودة بالمستشفى تتناول البنات التنظيمية بالتشخيص لتحديد العلل، وتطبيق دلائل العمل والتدقيق ورصد الأحداث الجارية ومتابعة الأداء السريري. كما تقوم إدارة الجودة بتطبيق نظام كمي لقياس

رضا العاملين والمرضى ورصد الأحداث الطارئة وتنفيذ التوصيات بالسرعة اللازمة. النتائج المتحصلة من اتجاهات المديرين تشير إلى عدم رضا عالٍ جداً في أهم عناصر الجودة الشاملة، تحديداً وجود نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري، ويقوم بمتابعة تنفيذ التوصيات ووجود نظام مطبق لقياس وتحسين رضا العاملين في المستشفى سنوياً هي الأقل.

2. تتعلق إدارة الموارد البشرية في المستشفيات بولاية الجزيرة بوجود قسم لإدارة الموارد البشرية بنظام واضح ومكتوب، له قيادة متخصصة في التنمية البشرية وله نظام توصيفي لكل الوظائف وخطة معلنة لتنمية كوادرها، وله نظام للمتابعة والتقويم ومتابعة أداء العاملين وتأهيلهم. خلصت الدراسة إلى أنّ مديري المستشفيات راضيين عن واقع إدارة الموارد البشرية في مستشفياتهم في جميع عناصرها فيما عدا وجود خطة لتنمية الموارد البشرية بصورة مستمرة تتناسب مع المتطلبات التطويرية والمستقبلية وتحديد حاجة المستشفى لأنواع التدريب المختلفة حسب أهداف الخطة الإستراتيجية والخطط التشغيلية، ووجود نظام واضح ومكتوب لتقويم الأداء بصفة دورية وترقية الموظفين حسب اللوائح والقوانين. ربما يكون رضا المديرين عن هذا العامل هو رضا وظيفي لإدارة توجد في كل المؤسسات الخدمية منها أو غيرها بشكل افتراضي، ولكن السؤال يبقى: هل تحقق أقسام المستشفيات لإدارة الموارد البشرية متطلبات الجودة الشاملة؟ إدارة الموارد البشرية المرتبطة بالجودة الشاملة تتطلب:

- تنمية الموارد البشرية ورفع طاقتها الإنتاجية وتحسين مهارات وقدرات العامل الفرد، وتنمية فرق العمل.

- سرعة التأقلم والتكيف مع المتغيرات الوظيفية المستمرة مع تطبيق نظام الإدارة بالأداء من خلال تنمية فرق العمل.

- إعلاء قيمة التعاون والمناصرة بالأداء وتخذيل المنافسة الضارة بين الأفراد و تشجيع المبادرة والتفكير بصوت مسموع في بيئة العمل الإدارية للكوادر البشرية.

الدراسة أظهرت نتائج سلبية عند المحاولة للإجابة عن هذا السؤال، مما يعني أنّ المديرين غير راضيين عن واقع إدارة الموارد البشرية في مستشفيات الولاية.

3. الإدارة المالية بالمستشفيات تتعلق بوجود نظام مالي بالمستشفى بقيادة محاسبية متخصصة ومؤهلة تعتمد على سجل محاسبي وعلى موازنة سنوية ملزمة، وميزانية معتمدة من قبل وزارة المالية مع رصد لاتجاهات الإنفاق عبر التحليل المالي والتخطيط. جميع هذه العناصر وجودها افتراضي لا بد أنّ توجد في أية مؤسسة عامة أو خاصة، ولذلك نجد أنّ المديرين راضون عنها، لكن بدرجة متوسطة، وذلك بسبب أنّ غالبية المديرين ليس لهم إلمام كافئ بالقواعد المحاسبية الأساسية وهذا أمر يتعارض مع فلسفة إدارة الجودة

- الشاملة بشكل رئيس. ولكن على الرغم من ذلك هناك عدم رضا واضح وسط المديرين فيم يخص عنصرين من عناصر النظم المحاسبية هما: مراعاة القواعد المحاسبية والالتزام بالأنظمة واللوائح الحكومية فيما يتعلق باستهلاك الأصول ووجود سجلات للتقويم والتحليل المالي لمختلف موجودات المستشفى. من الملاحظ أنّ هذين العنصرين يوجد أنّ في قلب نظرية المحاسبة وعدم العمل بهما يشير إلى ضعف المعايير العلمية في الاختيار الوظيفي، وكذلك ضعف الإعداد المحاسبي للقيادات في مجال التدريب أثناء الخدمة.
4. وجود وحدة للإحصاء والمعلومات بالمستشفى تقوم عليها قيادة متخصصة ومزودة بتقنيات عالية الجودة تمكنها من إصدار تقارير دورية يعد مكون مهم من مكونات الجودة الشاملة في المستشفيات. نتائج الدراسة أظهرت أنّ المديرين راضون عن إدارات الإحصاء من حيث إنّها موجودة، ولكنهم غير راضين عن أهم عامل من عوامل قيمتها الكيفية وهو " الوحدة مزودة بتجهيزات تقنية تتيح السرعة والدقة في التعامل والنشر للإحصاءات والمعلومات". في عالم اليوم التقارير الإحصائية الورقية التقليدية أصبحت من الماضي و أصبحت تقنية المعلومات والعولمة أهم المدخلات في الإدارة الحديثة، وأصبح منهج البحث عن التميز المعلوماتي هو أساس البقاء، عليه لابد من تبني منهج عملي يهدف إلى تحقيق أفضل النتائج بأجهزة رشيقة وفاعلة.
5. فيما تتعلق بالتدريب والتعليم المستمر من حيث وجود وحدة للتدريب أثناء الخدمة داخل المستشفى تقودها كوادر مؤهلة ولها برنامج مستمر، ومقر مجهز بالتقنيات المطلوبة مع وجود خطة إستراتيجية مدعمة باحتياجات تدريبية، ولها تنسيق مع المستشفيات الأخرى. من خلال هذه الدراسة أتضح أنّ جميع مستشفيات الولاية غير متاح فيها هذه الأنماط من الهياكل التدريبية. كما أتضح أنّه لا توجد أية مدرسة أو مركز تدريبي داخل المستشفى وحتى مدرسة التمريض التي كانت تقوم بتأهيل الممرضين (من فئة العمال) أغلقت أبوابها في أعقاب الاعتماد الكلي على الممرضات من خريجات كليات العلوم الطبية التطبيقية اللاتي لا يتوافر لهن تدريب أثناء الخدمة داخل المستشفى. كل هذا دليل قاطع على عدم الاهتمام بمعيار التدريب والتأهيل كونه أحد معايير الجودة الشاملة.
6. عامل رعاية المرضى يعني توفير الخدمة لهم من حيث أدلة استقبالهم عند إدخالهم المستشفى وإجراء كونسولتو خاص بكل مريض يتم تداوله بين الأطباء والأطمر الطبية الأخرى وتبادل المعلومات حوله ويحتوي على نوافذ مجازة تتضمن التحويل والتنسيق بين أقسام المستشفى ومع المستشفيات التخصصية الأخرى في حالة حاجة المريض لخدمات لا تتوفر في مستشفى الدخول. في علم الإدارة الحديث عناصر الجودة الشاملة في تقديم الخدمة تتطلب الجدية، التوقيت، المتابعة والقياس، وهذا بدوره يعني اللامركزية والأسلوب غير التقليدي في حل المشكلات. ويبدو أنّ هذه الأمور مازالت بعيدة المنال في المستشفيات

- بشقيها العام والخاص بولاية الجزيرة حيث تشير اتجاهات مديري المستشفيات إلى عدم رضا عالٍ فيما يخص الجودة الشاملة في عامل رعاية المرضى وتوفير الخدمة لهم.
7. طب الطوارئ هو تخصص طبي يتضمن الرعاية بشكل متساو وغير مجدول للمرضى المصابين بأمراض أو إصابات تتطلب التدخل الطبي الفوري، أطباء الطوارئ هم أول المسؤولين في التحقيقات والتدخلات لتشخيص أو علاج المرضى بطريقة نكية (يتضمن الإنعاش الفوري والعمل على استقرار الحالة) بالتعاون مع أطباء من تخصصات أخرى، واتخاذ قرارات متعلقة بحاجة المريض للتدخل الجراحي أو التنويم في المستشفى أو الخروج من المستشفى. في العديد من الدول المتقدمة أصبح طب الطوارئ يعرف كونه خدمة عامة ضرورية حققت التقدير من الناس لمساهمتها في الصحة العامة والطب الأكاديمي. الدراسة أظهرت وجود أقسام الطوارئ في كل المستشفيات الكبيرة سواء كانت مستشفيات تعليمية أو ريفية، عامة أو خاصة ولكن لا تتوفر في هذه الأقسام عناصر الجودة الشاملة بمعنى أنها ليست لها أدلة مكتوبة مرتبطة برسالة ورؤية المستشفى ولا تتضمن طاقماً مؤهلاً بالطوارئ على مدار الساعة، ولا توجد جميع الأجهزة المطلوبة للطوارئ والأدوية الأساسية والمنقذة للحياة ولا تتوفر خدمات تشخيصية عالية المستوى تقوم عليها كوادر مدربة مسنودة بخدمات إسعافية فاعلة وخدمات كوارث مجهزة. الدراسة أظهرت أن هناك هياكل لأقسام الطوارئ بمستشفى مدني التعليمي قابلة للتطوير إذا توفرت لها أسباب الدعم البشري اللوجستي.
8. معايير سلامة العاملين هي مجموعة من القواعد والإرشادات المحلية والعالمية التي لا بد من توفرها في كافة المؤسسات بمختلف مجالاتها، سواء كانت تعليمية، أو اجتماعية، أو صحية؛ وذلك لتقليل المخاطر، وحماية كافة الأفراد الموجودين فيها من عاملين وزائرين، وتختلف معايير السلامة من مستشفى إلى آخر. وأهم مرتكزات سلامة العاملين تشمل التعامل الحذر مع النفايات والمخلفات الطبية، التأكد من صلاحية مخارج الطوارئ وأجهزة الإنذار وكاشفات الدخان مع وجود نظام متكامل للنظافة حسب المواصفات، وتوفير مستلزمات منع العدوى. أوضحت هذه الدراسة أن مستشفيات الولاية جميعها بعيدة كل البعد عن هذه المواصفات فيما يتعلق بوجودها أصلاً أو مواصفاتها.
9. المعلومات هي حجر الزاوية في التصويب نحو إنجاز استراتيجية الجودة الشاملة. كذلك هي أساس الإدارة بمنطق الجودة الشاملة (Zero-defect). تتعلق إدارة المعلومات بإنشاء نظام معلوماتي رشيق وفاعل مرتبط بالشبكات وتقنية المعلومات أهم مدخل للإدارة الحديثة، ويقوم عليه موظفون أكفاء يحافظون على سرية المعلومات وحفظها وصيانتها وتسهيل استرجاعها ولديهم النزعة للأداء الموجه بالقيم. تشير الدراسة

إلى أنّ المديرين غير راضيين عن القيادة بمستشفيات ولاية الجزيرة العامة منها والخاصة، مما يعكس تطبيق سيء لمعايير إدارة الجودة.

.10

يتضح من نتائج الدراسة أنّ عناصر السجلات الطبية موجودة بصورة جزئية في بعض المستشفيات الخاصة وغير موجودة في المستشفيات الحكومية مع العلم بأنّ مستشفى مدني التعليمي كان به نظم ولجنة للسجلات حتى قبل دخول التكنولوجيا الحديثة ولكن الآن لا يوجد. البيانات التي أدلى بها المديرون في هذا الصدد مرتبكة للحد البعيد مما يوحي بأنّ نظم السجلات الطبية لهذه المستشفيات موجودة ولكن أسمى فقط وليس لها محتوى تقني يمكن الاعتماد عليه، في بعض المستشفيات تم إدخال التقنيات الحديثة ولكن إدخال مثل هذه التقنيات في بيئات تنظيمية غير مهياة لا تؤدي إلى تعويض الخلل التنظيمي.

قائمة المصادر والمراجع:

- أحمد النوري (2002م)، الإحصاء الإداري، مطبعة النجم الفضي، الخرطوم- السودان.
- البكري ، سونيا محمد (2002م) إدارة الجودة الكلية ، القاهرة. جامعة القاهرة ، جمهورية مصر العربية
جودة، يوسف السيد يسرى (2002م) مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية،
مجلة البحوث الإدارية ، جامعة الزرقاوي.
- الدراركة، مامون والشبلي طارق (2002م) الجودة في المصطلحات الحديثة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- العرب، عبد العزيز بن عبد الله (2008م) الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، دراسة تطبيقية بمدينة جدة، رسالة ماجستير
منشورة مقدمة لقسم إدارة الأعمال، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- كرادشة، عطا الله نايل (2012م) تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا
العبد لله للأطفال، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة، رسالة ماجستير، قسم إدارة
الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، حزيران ، الأردن.
- المقلي، عمر أحمد عثمان و إدريس ، عبد الرحيم عبد الله (2006م) إدارة الجودة الشاملة ، الطبعة الأولى،
الخرطوم ، السودان.
- نصيرات، فريد (2007م) الجودة الشاملة والأداء المؤسسي، دراسة استطلاعية لأداء الإداريين في بعض مستشفيات
القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان، الأردن، مجلة دراسات العلوم الإدارية.
- مودة، مازن (2004) أثر تطوير الموارد البشرية الصحية، في تحقيق الجودة الشاملة، دراسة ميدانية تطبيقية على
المستشفيات الأردن الخاصة، رسالة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

المراجع الأجنبية

1. Gebhart, J.E., (1991) The Quality Process: Little things mean a lot, Review of Business.
2. Holpp, L., (1989) " 10 Reasons Why total quality is Less Than Total" Training, October, (1989).
3. stanly, L(1994) Organization if the tenth international conference of the Israel Society Quality , November , 14th – 17th .

Nabil Tamimi and Rose Sebasttianelli (1996) How firms define and measure .4
quality production and inventory , Management Journal 37,No3.

مواقع إلكترونية:

1. وزارة الصحة المصرية موقع إلكتروني

<http://www.mohip.gov.eg/Arabic/sec/keepinghealth/QiIntro.asp>

2. دراسة أجراها معهد جوران / تكاليف الخدمات الصحية في المستشفيات أكتوبر (2003م).

<http://www.juran.com/lower.cfm?articleid:28>

www.emerladinsight.com/174/0401.htm

“An Analytical Study for Measuring the Extent of Applying Total Quality Management Standards in Governmental and private Hospitals in Sudan: A Case Study of Gezira State, Sudan (2018)”

Abstract

It is no doubt that the application of the principles of the total quality management can reinforce the level of treatment services that should meet the needs and expectations of patients, weather at the local or regional level. This study aimed to identify the extent to which the administrations of governmental and private hospitals are committed with the application of the standards of total quality management and extent of satisfaction of patients in these hospitals with the level of services provided for them. The study adopted the descriptive analytical methodology by selecting a purposive sample for three categories related to total quality management in hospitals. These are (150) assistant health staff these hospitals. A questionnaire was designed and distributed to them. Data were analyzed using the Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) program. The most important results revealed: there is no application of total quality management standards in the state hospitals at all levels. From the viewpoints of targeted categories, the medical services generally provided by these hospitals are less than the required level and do not get the patients' satisfaction, not even the providers of these services from the health staff and not the administration of these hospitals. Based on the results arrived at by the study, several recommendations were presented that would improve the quality of health services provided by hospitals.