



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميله  
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

المرجع : ...../2018

الميدان : العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

قسم : العلوم الاقتصادية والتجارية

الشعبة: علوم تجارية

التخصص : تسويق الخدمات

## مذكرة بعنوان:

أثر تطبيق معايير ستة سيقما على تحسين جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية (ل.م.د) تخصص " تسويق الخدمات "

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالبين:

- عقون شراف

- ياسين بولمناخر

- حسام الدين بن الشيهب

## لجنة المناقشة:

| الصفة         | الجامعة             | اسم ولقب الأستاذ(ة) |
|---------------|---------------------|---------------------|
| رئيسا         | المركز الجامعي ميله | أبو بكر بوسالم      |
| مناقشا        | المركز الجامعي ميله | فؤاد وشاش           |
| مشرفا و مقررا | المركز الجامعي ميله | عقون شراف           |

السنة الجامعية: 2017/2016

# الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين القائل في محكم التنزيل

( من يشكر فإنما يشكر لنفسه ) [ سورة لقمان 12 ]

في البداية نتوجه بالحمد والشكر إلى المولى عز وجل الذي منحنا القدرة والإرادة لإنجاز هذا العمل المتواضع.

كما نشكر الدكتور: **عقون شراف** حيث كانت لتوجيهاته وإرشاداته المستمرة الأثر الجلي واللمسة الكبرى في إعداد هذا البحث المتواضع.

كما لا أنسى أن نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذين: **أبوبكر بوسالم و كمال زموري**.

وفي الأخير كل الامتنان والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة لتكرمهم بقبول مناقشة هذا العمل المتواضع: - الأستاذ: أبوبكر بوسالم و الأستاذ: وشاش فؤاد

ياسين + حسام الدين

# إهداء

إلى أبيي رحمه الله.....

إلى أمي حفظها الله.....

إلى أخي و إخوتي الأعزاء.....

إلى أطفالي و زوجتي الحبيبة.....

إلى كل أفراد العائلة.....

إلى كل أصدقائي.....

إلى كل زملائي بالدراسة و العمل.....

إلى كل من علمني حرفا.....

أهدي هذا البحث المتواضع

ياسين

# إهداء

إلى أبيي أُمِّي حفظهما اللهُ.....

إلى أخي و أختي الأعماء.....

إلى كل أفراد العائلة.....

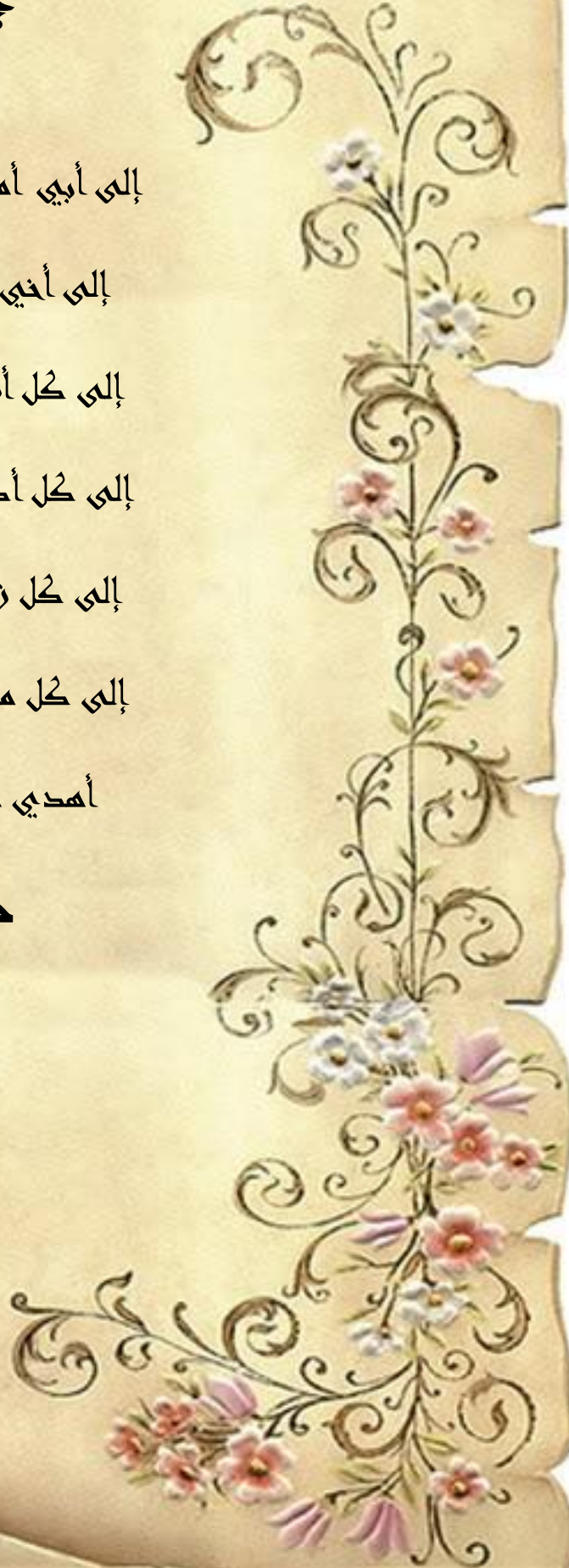
إلى كل أصدقائي.....

إلى كل زملائي بالدراسة و العمل.....

إلى كل من علمني حرفاً.....

أهدي هذا البحث المتواضع

حسام الدين



# قائمة المحتويات

## قائمة المحتويات

| الصفحة  | العنوان   |
|---|---|
|   | شكر وتقدير.   |
|   | إهداء.  |
| I   | قائمة المحتويات.  |
| VII   | قائمة الجداول.  |
| IX  | قائمة الأشكال.  |
| X   | قائمة الملاحق.  |
| XI  | ملخص  |
| 2   | مقدمة   |
| <b>الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لسنة سيقما و تطبيقه في المستشفيات.</b> |   |
| 11  | تمهيد.  |
| 12  | المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة.                           |
| 12  | المطلب الأول: عموميات حول إدارة الجودة الشاملة                |
| 12  | 1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة                                 |
| 13  | 2. أهداف و فوائد تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة            |
| 13  | 3. خصائص إدارة الجودة الشاملة                                 |
| 14  | المطلب الثاني: أهم رواد إدارة الجودة الشاملة                  |
| 17  | المطلب الثالث: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات |
| 17  | المبحث الثاني: ستة سيقما                                      |
| 17  | المطلب الأول: عموميات حول ستة سيقما                           |
| 17  | 1. نشأة وتعريف ستة سيقما                                      |
| 17  | 1.1. نشأة ستة سيقما   |

|    |   |
|----|---|
| 19 | 2.1. تعريف ستة سيقما                            |
| 21 | 2. خصائص و أهمية ستة سيقما                      |
| 21 | 1.2. خصائص ستة سيقما                            |
| 21 | 2.2. أهمية ستة سيقما                            |
| 22 | المطلب الثاني: فريق عمل ستة سيقما               |
| 22 | 1. البطل أو الراعي                              |
| 22 | 2. الحزام الأسود الرئيسي                        |
| 23 | 3. الحزام الأسود                                |
| 23 | 4. الحزام الأخضر                                |
| 23 | 5. الحزام الأصفر                                |
| 23 | المطلب الثالث: ستة سيقما وبعض المفاهيم الإدارية |
| 23 | 1. ستة سيقما والجودة                            |
| 24 | 2. ستة سيقما و الإيزو (ISO)                     |
| 24 | 3. ستة سيقما و الهندرة (BPR)                    |
| 25 | المبحث الثالث: آلية تطبيق ستة سيقما             |
| 25 | المطلب الأول: مبادئ ومعايير ستة سيقما           |
| 25 | 1. مبادئ ستة سيقما                              |
| 27 | 2. معايير ستة سيقما                             |
| 27 | 1.2 دعم و التزام الإدارة العليا                 |
| 27 | 2.2. التحسين المستمر                            |
| 27 | 3.2 العمليات والأنظمة                           |
| 27 | 4.2 الموارد البشرية والتدريب                    |
| 27 | 5.2 قياس الأداء والحوافز                        |
| 27 | المطلب الثاني: أدوات ستة سيقما                  |

|  |   |
|--|---|
| 30   | المطلب الثالث: منهجية تطبيق ستة سيقما                       |
| 30   | 1. نموذج DMAIC  |
| 30   | 2. نموذج DMADV  |
| 32   | المبحث الرابع: تطبيق ستة سيقما في المستشفيات                |
| 32   | المطلب الأول: متطلبات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات         |
| 33   | المطلب الثاني: فوائد و محددات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات |
| 33   | 1. فوائد تطبيق ستة سيقما في المستشفيات                      |
| 33   | 2. محددات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات                     |
| 34   | المطلب الثالث: أهم المستشفيات التي طبقت ستة سيقما           |
| 35   | خلاصة الفصل الأول.  |
| <b>الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية و واقع المنظومة الصحية في الجزائر</b> |   |
| 37   | تمهيد.  |
| 38   | المبحث الأول: الخدمات الصحية                                |
| 38   | المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية                          |
| 38   | 1. تعريف الخدمة   |
| 38   | 2. تعريف الصحة  |
| 39   | 3. تعريف الخدمات الصحية                                     |
| 41   | المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية                         |
| 42   | المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية                         |
| 42   | 1. الخدمات الصحية العلاجية                                  |
| 42   | 2. الخدمات الصحية الوقائية                                  |
| 43   | المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية                          |



|  |   |
|--|---|
| 43                                     | المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة   |
| 44                                     | المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية                                      |
| 46                                     | المطلب الثالث: أهداف ومستويات جودة الخدمات الصحية                             |
| 46                                     | 1. أهداف جودة الخدمات الصحية  |
| 46                                     | 2. مستويات جودة الخدمات الصحية  |
| 48                                     | المبحث الثالث: أبعاد (معايير) وقياس جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها |
| 48                                     | المطلب الأول: أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثر فيها        |
| 51                                     | المطلب الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية                                       |
| 51                                     | 1. أسلوب الفجوة   |
| 54                                     | 2. أسلوب الأداء الفعلي  |
| 55                                     | المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية                         |
| 55                                     | 1. تحليل توقعات المريض  |
| 55                                     | 2. تحديد جودة الخدمة  |
| 55                                     | 3. أداء العاملين  |
| 55                                     | المبحث الرابع: واقع المنظومة الصحية في الجزائر                                |
| 56                                     | المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي بالجزائر                           |
| 59                                     | المطلب الثاني: تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر                        |
| 60                                     | المطلب الثالث: النقائص و أهم المستجدات في المنظومة الصحية الجزائرية           |
| 60                                     | 1. نقائص تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية                                 |
| 61                                     | 2. أهم المستجدات على الساحة الصحية الجزائرية                                  |
| 64                                     | خلاصة الفصل الثاني.   |
| <b>الفصل الثالث: الدراسة الميدانية</b> |   |
| 66                                     | تمهيد   |
| 67                                     | المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي ميله           |

|    |   |
|----|---|
| 67 | المطلب الأول: نشأة و تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية                         |
| 67 | 1. لمحة عن نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي ميلا                 |
| 68 | المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلا |
| 69 | 1. القسم الإداري  |
| 72 | 2. القسم الاستشفائي   |
| 73 | المبحث الثاني: طبيعة الدراسة الميدانية  |
| 73 | المطلب الأول: بيانات الدراسة الميدانية  |
| 74 | 1. البيانات الثانوية  |
| 74 | 2. البيانات الأولية   |
| 75 | المطلب الثاني: متغيرات الدراسة  |
| 75 | 1. المتغير المستقل  |
| 75 | 2. المتغير التابع   |
| 76 | المبحث الثالث: الطريقة و الإجراءات  |
| 76 | المطلب الأول: تصميم قائمة الاستبيان   |
| 76 | 1. مرحلة إعداد الاستبيان  |
| 76 | 2. هيكل الاستبيان   |
| 77 | المطلب الثاني: قياس صدق وثبات الاستبيان   |
| 77 | 1. قياس صدق الاستبيان   |
| 77 | 2. قياس ثبات الاستبيان  |
| 79 | المبحث الرابع: معالجة الاستبيان   |
| 79 | المطلب الأول: تفرغ البيانات وخصائص عينة الدراسة                                 |
| 79 | 1. تفرغ البيانات  |
| 80 | 2. خصائص عينة الدراسة   |
| 86 | المطلب الثاني: تحليل نتائج الدراسة واختبار الفرضيات.                            |

|     |  |
|-----|--|
| 86  | 1. عرض وتحليل نتائج الدراسة.   |
| 90  | 1.1. نتائج تحليل العبارات المتعلقة بالمتغير الأول " ستة سيقما ".                 |
| 95  | 2.1. نتائج تحليل العبارات المتعلقة بالمتغير الثاني " تحسين جودة الخدمات الصحية". |
| 97  | 2. اختبار فرضيات الدراسة   |
| 97  | 1.2. اختبار الفرضية الأولى   |
| 98  | 2.2. اختبار الفرضية الثانية  |
| 98  | 3.2. اختبار الفرضية الثالثة  |
| 99  | 4.2. اختبار الفرضية الرابعة  |
| 100 | 5.2. اختبار الفرضية الخامسة  |
| 101 | 6.2. اختبار الفرضية الرئيسية   |
| 103 | خلاصة الفصل الثالث   |
| 105 | خاتمة  |
| 110 | قائمة المصادر والمراجع   |
| 116 | ملاحق  |

## قائمة الجداول

| الرقم | العنوان  | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 01    | مستويات ستة سيقما و العيوب لكل مليون فرصة  | 19     |
| 02    | مقارنة ستة سيقما و بعض المفاهيم الإدارية   | 25     |
| 03    | أبعاد جودة الخدمات الصحية  | 50     |
| 04    | عدد المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.   | 72     |
| 05    | توزيع الاستبيانات على المؤسسة الاستشفائية الإخوة مغلاوي - ميلة.                                      | 74     |
| 06    | معامل الثبات (طريقة ألفا كرونباخ)  | 78     |
| 07    | توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر   | 80     |
| 08    | توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس   | 81     |
| 09    | توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي   | 82     |
| 10    | توزيع عينة الدراسة حسب متغير التخصص العلمي   | 83     |
| 11    | توزيع عينة الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي  | 84     |
| 12    | توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة  | 85     |
| 13    | مقياس تحليل النتائج  | 86     |
| 14    | رأي عينة الدراسة حول سياسة عمل المؤسسة الاستشفائية   | 87     |
| 15    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد الإدارة العليا  | 90     |
| 16    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد التحسين المستمر   | 91     |
| 17    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد العمليات و الأنظمة  | 92     |
| 18    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد الموارد البشرية   | 93     |
| 19    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد الأداء و الحوافز  | 94     |
| 20    | استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد تحسين جودة الخدمات الصحية:  | 95     |
| 21    | ترتيب الأهمية النسبية من وجهة نظر العينة لأبعاد ستة سيقما  | 96     |
| 22    | الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية | 97     |
| 23    | الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد التحسين المستمر                                    | 98     |
| 24    | الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد العمليات و الأنظمة                                 | 99     |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 100 | الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب   | 25 |
| 101 | الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز   | 26 |
| 101 | الانحدار البسيط لاختبار أثر تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية   | 27 |
| 102 | تحليل العلاقة بين ستة سيقما وتحسين جودة الخدمات الصحية بحساب معامل الارتباط (R)،<br>معامل التحديد (R <sup>2</sup> )، قيمة F المحسوبة، | 28 |

## قائمة الأشكال

| الصفحة | العنوان   | الرقم |
|--------|---|-------|
| 18     | أشهر الشركات العالمية التي طبقت ستة سيقما   | 01    |
| 20     | مستويات سيقما تحت المنحنى الطبيعي   | 02    |
| 45     | جودة الخدمة   | 03    |
| 48     | تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية   | 04    |
| 53     | نموذج الخدمة - الفجوات الخمس  | 05    |
| 61     | نظام الخدمات الصحية في الجزائر  | 06    |
| 63     | تطور نسبة الوفيات عند الأطفال في الفترة 1990-2005                                 | 07    |
| 64     | تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس في الفترة 1991-2005                     | 08    |
| 73     | الهيكل التنظيمي للقسم الإداري بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي - ميلة- | 09    |
| 75     | نموذج فرضيات الدراسة  | 10    |
| 82     | تمثيل عينة الدراسة حسب متغير العمر  | 11    |
| 83     | تمثيل عينة الدراسة حسب متغير الجنس  | 12    |
| 84     | تمثيل عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي  | 13    |
| 85     | تمثيل عينة الدراسة حسب التخصص العلمي  | 14    |
| 86     | تمثيل عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي   | 15    |
| 87     | تمثيل عينة الدراسة حسب متغير الخبرة   | 16    |

## قائمة الملاحق

| الصفحة | العنوان                       | الرقم |
|--------|-------------------------------|-------|
| 116    | قائمة الأساتذة المحكمين       | 01    |
| 117    | استبانة موجهة للموظفين        | 02    |
| 122    | مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS | 03    |

## ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة، استخدمت الدراسة أداة "الاستبانة" على (33) من أصل (40) موظف بالمؤسسة الإستشفائية المعنية بالدراسة ، وتم اختيارهم بشكل عشوائي، حيث تمت معالجتها عن طريق برنامج SPSS باستخدام معامل الارتباط ، كما اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق الأهداف المسطرة. خلصت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين تطبيق معايير ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين معايير ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية . وتوصي الدراسة بضرورة أن تتبنى المؤسسة الصحية معايير ستة سيقما لما لها من دور كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية. **الكلمات المفتاحية:** ستة سيقما، الخدمات الصحية، الاستشفائية، جودة الخدمات، موظف.

## ABSTRACT:

The present study aimed to identify the role of applying Six Sigma standards in improving the quality of health services in the hospital public establishment, Brothers Meghlawi in Mila. The study employed the "questionnaire" tool on 33 out of 40 employees at the establishment, they were randomly selected. The study used the SPSS as a tool to analyze the data collected through multiple regressions. The study also relied on the descriptive analytical approach to achieve the established goals. The study concluded that there is a statistically significant effect between the implementation of the Six Sigma standards and the improvement of the quality of health services. The study also found a relationship between the Six Sigma standards and improving the quality of health services. It recommends that the health institution adopt Six Sigma standards because of their significant role in improving the quality of health services.

**Key words:** six sigma, health services, hospital, establishment, employees.



### تمهيد:

أدى التطور السريع للكثير من المفاهيم الإدارية والتقنية إلى حث المنشآت الخدمية والصناعية على البحث عن الطرق والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الرامية إلى تحقيق أهدافهم وتعزيز ما يقدمون من خدمات ومنتجات مع ما لديهم من موارد وإمكانات. وتعتبر إدارة الجودة الشاملة واحدة من أهم الأنظمة والمفاهيم الإدارية الحديثة، التي تطورت وانتشرت انتشاراً كبيراً في العالم. تم البدء بتطوير إدارة الجودة الشاملة وإيجاد طرق وأساليب جديدة ومتطورة في تقليل الخطأ منها طريقة ستة سيقما وهي طريقة تساعد المنظمات للوصول إلى درجة عالية من درجات الجودة والدقة باستخدام أدوات وتقنيات إحصائية.

حيث تعد ستة سيقما من أفضل الأساليب الحديثة لتحسين المذهل لجودة الخدمات والمنتجات والعمليات. وتعتبر شركة "موتورولا" أول من بدأت استخدام هذا الأسلوب للتعبير عن برنامج الجودة الخاص بها، كما أثبتت العديد من الشركات العالمية مثل شركة "جنرال إلكتريك" و"سوني" و"فورد" و"بولاريد" وغيرها، نجاحها في توفير الملايين من الدولارات نتيجة للتطبيق الصحيح لإستراتيجية ستة سيقما، وتعد الرسالة الحقيقية لستة سيقما أبعد من الإحصاء فهي مجموعة من المبادئ والمعايير تتمثل في التزام من الإدارة العليا وفلسفة للتميز والتركيز على الزبائن، وتحسين العمليات وتفعيل دور القياس بدلا من التركيز على الشعور والاعتقاد.

ولأن ستة سيقما من الأساليب الإدارية التي تسعى إلى رفع مستوى الأداء ومعالجة الانحرافات بطرق علمية دقيقة تؤدي إلى تقليل الأخطاء، فإنه من المهم تطبيق معايير ستة سيقما في المستشفيات، هذه الأخيرة التي لا يقبل فيها أي مستوى منخفض من الخدمات الصحية والسبب يعود إلى أن حدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات العجز الكلي والوفاة بينما في القطاعات الأخرى لا يترتب على الخسارة أي خطورة توازي خطورة الأخطاء الطبية.

ولقد زاد الاهتمام بقطاع الصحة خصوصا بعد محاولة بعض علماء الاقتصاد في الولايات المتحدة الأمريكية مع مطلع الستينات من القرن العشرين، العمل على إدخال النشاط الصحي في تحليلهم الاقتصادي، ونتيجة لهذا تطور مفهوم ووظائف المؤسسة الصحية من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها مؤسسة اقتصادية تقدم خدمات صحية لمجموعة من الزبائن هم "المرضى".

و مع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية (المستشفيات) وازدياد وعي واهتمام المريض بالحصول على خدمات صحية تلبي حاجياته وتحقق رغباته فقد سعت العديد من المستشفيات للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها لتصل إلى درجة التميز، وذلك عن طريق استخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها، ومن أهم تلك الاستراتيجيات الاهتمام بالجودة بوصفها استراتيجية مهمة تساعد المستشفيات على توفير خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء، وتلبي متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم.

تكمن الجودة في الخدمات الصحية في استخدام الطرق العلمية و الأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة، وكذلك في وضع المعايير الملائمة وتقويم مستويات الأداء والمحافظة على مستويات عالية من الأداء الإداري و الفني من خلال تطبيق تلك البرامج.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول و تؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، و الجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

باعتبار موضوع الجودة وبالأخص موضوع ستة سيقما من المواضيع الإدارية الحديثة جدا على المستوى العالمي، لذلك فإن الطالبين سوف يقوم بدراسة إمكانية تطبيق معايير ستة سيقما في "مستشفى الإخوة مغلاوي لولاية ميلة"، و أثر هذا التطبيق على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المهنيين العاملين بالمستشفى.

وعليه تجسدت معالم إشكالية بحثنا كما يلي:

### 1. إشكالية البحث:

أ. الإشكالية الرئيسية: ماهو أثر تطبيق معايير ستة سيقما على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة ، و هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية بين تطبيق معايير ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة؟

### ب. الإشكاليات الفرعية للدراسة الميدانية:

- ما مفهوم جودة الخدمة الصحية و واقعها في المنظومة الصحية في الجزائر؟
- هل يؤثر تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يؤثر تطبيق بعد التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يؤثر تطبيق بعد العمليات و الأنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يؤثر تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يؤثر تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز في تحسين جودة الخدمات الصحية؟

### 2. فرضيات البحث:

1. يوجد أثر بين تطبيق معايير ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟

2. يوجد أثر بين تطبيق بعد التزام الإدارة العليا وتحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
3. يوجد أثر بين تطبيق بعد التحسين المستمر و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
4. يوجد أثر بين تطبيق بعد العمليات و الأنظمة و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
5. يوجد أثر بين تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
6. يوجد أثر بين تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية (5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟

### 3. أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال إبراز الدور الهام لسته سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية وبالتالي تحقيق درجات جودة و مستويات أداء عالية تسعى وراء تحقيقها العديد من المستشفيات، كما تساهم هذه الدراسة في الحث على القيام بمزيد من الدراسات التي تبين أهمية سته سيقما في تحسين جودة الخدمة في القطاعات الأخرى.

### 4. أهداف الدراسة

- بالإضافة إلى محاولة الإجابة على إشكالية هذه الدراسة و السعي لاختبار الفرضيات المتبناة فإن هذه الدراسة تهدف إلى:
- تبين الاتجاهات الحديثة لسته سيقما وخصوصا فيما يتعلق بمعاييرها.
  - إبراز دور جودة الخدمات الصحية، من خلال تحديد مختلف أبعادها.
  - التعرف على آراء المهنيين من ذوي الاختصاص فيما يخص إمكانية تطبيق سته سيقما في المستشفيات و دور تطبيق معايير سته سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية، و كذا سبل تفعيلها في الجزائر.

### 5. أسباب اختيار الموضوع

- الإهتمام الشخصي بالموضوع.
- أهمية الموضوع، و هذا نظرا للتطورات التي شهدتها العالم و الذي أفرز ما يعرف بستة سيقما.
- نقص البحوث المتعلقة بستة سيقما خاصة في المستشفيات، و الرغبة في إثراء المكتبة الجامعية ومساعدة الطلبة لفتح المجال لبحوث أخرى في هذا الموضوع.

## 6. الدراسات السابقة

يمكن توضيح الدراسات التي لها علاقة بموضوعنا، و هي:

1. دراسات تناولت ستة سيقما و علاقتها ب (جودة الخدمات الصحية، التدقيق الداخلي، تطوير العمل الإداري...)
2. دراسات تناولت جودة الخدمات الصحية.

و يمكن ذكرها فيما يلي:

### 1. الدراسات باللغة العربية:

أ. هبة محمود حسين عبد الله، مدى الالتزام بمنهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي - دراسة تطبيقية على

المصارف العاملة بقطاع غزة - مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة: فلسطين، 2012.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى الالتزام بمنهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي في المصارف العاملة في قطاع غزة، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي: تلتزم المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير ستة سيقما بدرجة كبيرة، تلتزم المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير التدقيق الداخلي بدرجة كبيرة جدا، توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين التزام المصارف العاملة في قطاع غزة بمعايير منهج ستة سيقما وضبط جودة التدقيق الداخلي عند مستوى الدلالة 5%.

ب. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، تلمسان: الجزائر، 2012.

و يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة و مدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، و قد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)، إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، و ذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

ج. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، باتنة: الجزائر، 2012.

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسة الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض)، والعمل على إرضاء المستفيدين منها وقد استخدم الباحث أسلوب الأداء الفعلي SERVPERF لقياس جودة الخدمات الصحي، وقد توصلت الدراسة إلى أن أفراد عينة الدراسة يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما إيجابيا.

ح. سمير ابراهيم خليل جوادة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة: فلسطين، 2011.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق ستة سيقما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر الإدارة العليا وذلك من خلال التعرف على مدى توفر العوامل الرئيسية كالعوامل الإدارية والتقنية والمالية والبشرية التي تساهم في نجاح تطبيق ستة سيقما، كما هدفت هذه الدراسة للتعرف على أثر تطبيق ستة سيقما على تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك استنادا إلى توقعات الإدارة العليا المتفائلة للجودة المرجوة التي يمكن أن يحققها تطبيق ستة سيقما في مجال العمل الصحي. وقد تم تصميم استبيان لاستطلاع آراء عينة الدراسة وتوصل الباحث إلى توفر المتطلبات الأساسية لتطبيق ستة سيقما كالمطلبات الإدارية والبشرية والتقنية كما أظهرت نتائج الدراسة عدم توفر الدعم المالية لشراء تقنيات وبرامج ستة سيقما، كما توصل الباحث إلى أن هناك موافقة من قبل الإدارة العليا على أن تطبيق ستة سيقما له أثر على تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك استنادا لتوقعات الإدارة العليا المتفائلة.

خ. علي بن أحمد علي عسيري، متطلبات تطبيق أسلوب سيقما ستة لتطوير العمل الإداري بإمارة منطقة عسير، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، الرياض: السعودية، 2009.

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى اسهام الادارة العليا بإمارة منطقة عسير بالمملكة العربية السعودية بتطبيق منهجية ستة سيقما و التي تؤثر على تحسين وتطوير العمل الإداري، وقد خلصت الدراسة إلى أن الادارة العليا بالإمارة تسهم بدرجة متوسطة كمتطلب أساسي لتطبيق ستة سيقما من خلال الجدية والحماس وكذلك من خلال البحث عن أساليب جديدة ومتطورة للأداء، كما أظهرت الدراسة أن العاملين بالإمارة بحاجة إلى توفير مدرين أكفاء.

د. نضال حلمي السلامة، إمكانية استخدام سيقما ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، عمان: الأردن، 2007.

هدفت هذه الدراسة للتعرف على إمكانية استخدام مفهوم ستة سيقما في مستشفى المركز العربي الطبي وذلك لتحسين الأداء الصحي. حيث ركزت الدراسة على خمسة عناصر أساسية لاستخدام مفهوم ستة سيقما في المستشفى و هي الالتزام الفعال للإدارة العليا و التدريب و الموارد البشرية ونظم المعلومات والثقافة التنظيمية بينما تمثل تحسين الأداء الصحي للمستشفى في تقليل الأخطاء الطبية و زيادة رضا المرضى. وقد خلصت الدراسة إلى وجود استعداد لدى العاملين في المركز العربي لاستخدام مفهوم ستة سيقما، توجد علاقة متوسطة و موجبة بين الالتزام الفعال للإدارة العليا وإمكانية استخدام ستة سيقما في المستشفى، توجد علاقة قوية وموجبة بين سياسات التدريب في المستشفى وإمكانية استخدام ستة سيقما، توجد علاقة متوسطة وموجبة بين

استراتيجيات الموارد البشرية في المستشفى و إمكانية استخدام ستة سيقما.توجد علاقة متوسطة و موجبة بين تطبيقات نظم المعلومات في المستشفى و إمكانية تطبيق ستة سيقما، توجد علاقة موجبة وقوية بين إمكانية استخدام ستة سيقما في المستشفى وتقليل الأخطاء الطبية،توجد علاقة موجبة و قوية بين إمكانية استخدام ستة سيقما في المستشفى و زيادة رضا المرضى.

## 2.الدراسات باللغة الأجنبية:

ذ. J,Bhaji. M,Key Ingredients For A Successful Six Sigma Program, Partnering Intelligence Newsletter ,UK ,April,2003.

هدفت الدراسة الى تقييم العناصر المهمة والضرورية لإنجاح عملية تطبيق ستة سيقما في المنشآت الصناعية و الخدمية في المملكة المتحدة و ركزت الدراسة على المتغيرات المستقلة المتمثلة في معايير ستة سيقما و المتغير التابع تطبيق ستة سيقما في المنظمات الصناعية و الخدمية، و توصلت الدراسة إلى أن هذه العناصر لها دور أساسي ومهم في عملية إنجاح تطبيق ستة سيقما و أن التقصير في هذه العناصر يؤدي إلى مشاكل مستقبلية في ستة سيقما.

ر Salah eldin, I , "Six Sigma practices in the bankingsector in Qatar", Global Business and Management Research: *An International Journal*, Vol. 1, No. 1.2009

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار تطبيق ستة سيقما في قطاع البنوك في قطر وذلك من خلال التعرف على الفوائد المتوقعة من تطبيق ستة سيقما في القطاع المستهدف، وخلصت الدراسة إلى أن هناك توافق بين المستويات الإدارية وبين وعي و إدراك فوائد تطبيق ستة سيقما، كما أظهرت الدراسة أن تطبيق ستة سيقما مازال نادرا وغير منتشر وخاصة في قطاع البنوك حيث مازال مصطلحا جديدا في العالم بشكل عام، ومصطلحا غير معروف في الوطن العربي بشكل خاص.

## 7.المنهج المتبع في الدراسة:

تعتمد الدراسة على استخدام المنهج الوصفي قصد وصف ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية، و المنهج التاريخي في بعض الأجزاء المتعلقة بنشأة ستة سيقما و التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر، وكذا المنهج التحليلي من أجل تحليل دور تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية،معتمدين في ذلك على أسلوب الاستبيان من أجل الوقوف على آراء أهل الاختصاص من المهنيين.

**8. حدود الدراسة:**

الحدود الزمانية: كانت مقتصرة على الفترة الممتدة من 1-04-2018 إلى 30-04-2018

الحدود المكانية: تمثلت في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

الحدود البشرية: بما أن البحث أعتمد على الإستبانة فإن العينة كانت عبارة عن الموظفين.

الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على و أثر تطبيق معايير ستة سيقما على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المهنيين العاملين بالمستشفى.

**9. أدوات الدراسة:**

قصد تحليلنا للبحث سواء في جانبه النظري أو الميداني، قمنا باستعمال بعض الأدوات المهمة في البحث العلمي ولعل أبرز هذه الأدوات ما يلي:

1. المنهج الوصفي التحليلي: قصد الإلمام بمختلف جوانب البحث و فهم كل مكوناته و تحليل أبعاده.
2. المنهج التاريخي: الذي تم اعتماده من أجل استعراض ظهور و تطور المؤسسات الصحية في الجزائر.
3. الإستبيان: يعتبر تقنية أساسية في بحثنا إذ أنه يعطي الحرية لكل فرد بالإجابة دون محاذير، و هو يسعى لجعل الدراسة أكثر موضوعية وفائدة.
4. برنامج SPSS: حيث استعملنا هذا البرنامج من أجل تسهيل عملية العرض، تحليل و استقراء معطيات الجانب الميداني و الحفاظ على دقتها.

**10. صعوبات الدراسة:**

- بطبيعة الحال لا يخلو أي عمل من مواجهة صعوبات أثناء إجراء الدراسة، و قد تمثلت صعوبات بحثنا في النقاط التالية:
- الندرة النسبية للمراجع العربية خاصة الكتب فيما يتعلق بإبراز دور معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية فقد تم الإعتماد في هذا الجزء من الدراسة على نتائج الدراسة الميدانية فقط.
  - صعوبة إسقاط بعض المفاهيم خاصة المتعلقة بستة سيقما على المستشفيات محل الدراسة؛

**11. هيكل البحث:**

لإنجاز هذا البحث قمنا بتقسيمه إلى ثلاثة فصول تسبقهم مقدمة عامة للبحث وتعقبهم خاتمة البحث، حيث تناولنا في الفصلين الأولين الجانب النظري من الدراسة و الفصل الثالث متعلق بالدراسة الميدانية و نتائجها:

### الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لسته سيقما و تطبيقه في المستشفيات

ركزنا في هذا الفصل على تحديد مختلف مفاهيم سته سيقما بدءا بالتعرف على إدارة الجودة الشاملة باعتبار سته سيقما إمتداد لتطورات إدارة الجودة الشاملة، كما تناولنا مبادئ و معايير سته سيقما و أهم أدواتها، ثم تطرقنا إلى منهجية تطبيق سته سيقما، و أخيرا تطرقنا إلى متطلبات تطبيق سته سيقما في المستشفيات

### الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية و واقع المنظومة الصحية في الجزائر

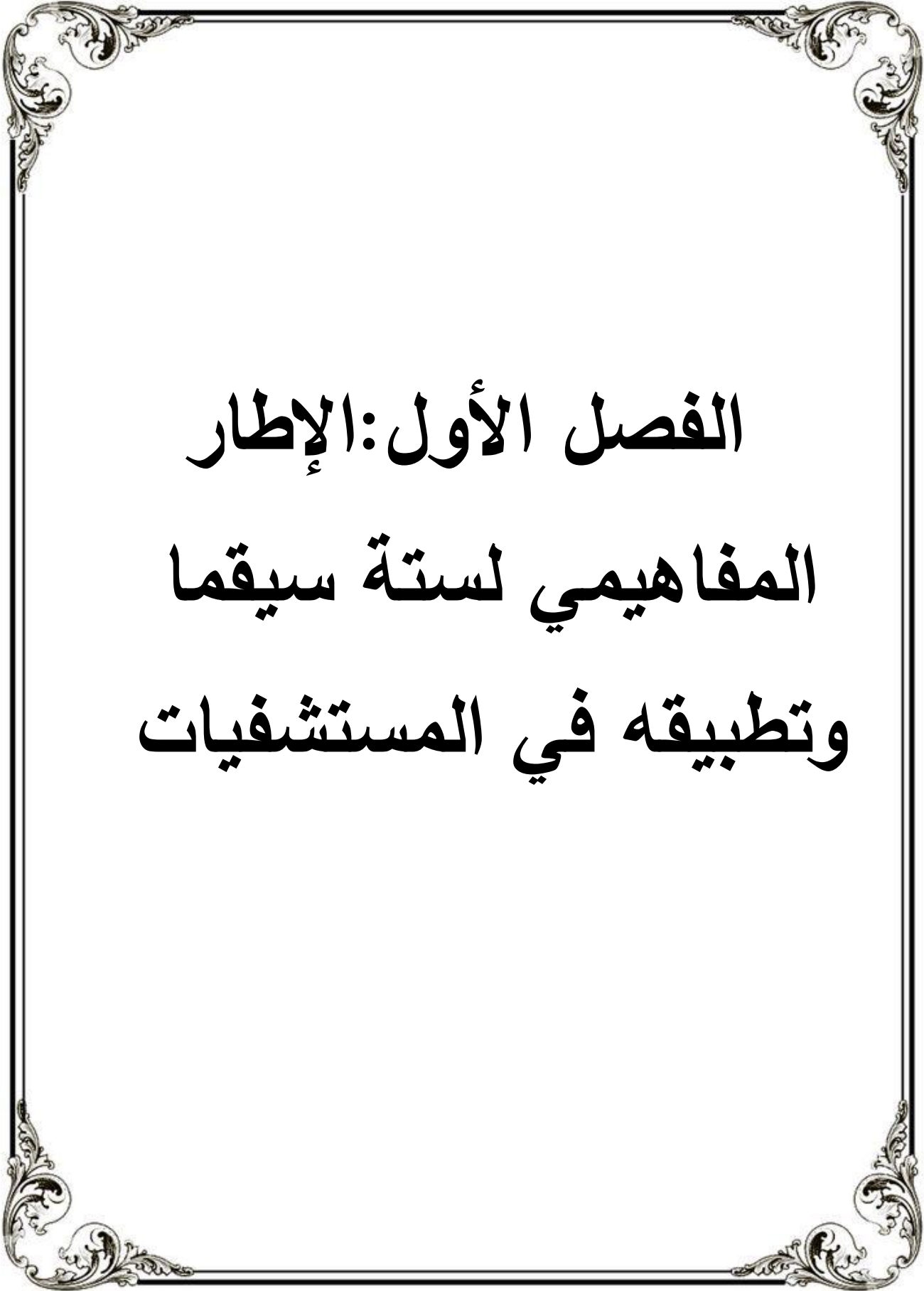
تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم مفاهيم الخدمات الصحية وجودة الخدمات الصحية بالإضافة إلى أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها وطرق قياسها، و في الأخير تحدثنا عن واقع المنظومة الصحية في الجزائر.

### الفصل الثالث: الدراسة الميدانية

يعتبر هذا الفصل كمحاولة منا لدراسة وتحليل آراء أهل الإختصاص من المهنيين فيما يخص إمكانية تطبيق معايير سته سيقما في المؤسسة العمومية الإستشفائية "الإخوة مغلاوي" و أثر هذا التطبيق على تحسين جودة الخدمات الصحية.ومن خلال هذا الفصل استطعنا الإجابة على إشكالية البحث.

وفي الأخير توصلنا إلى الخاتمة و المتضمنة مجموعة من النتائج و التوصيات الخاصة بموضوع البحث.





الفصل الأول: الإطار  
المفاهيمي لستة سيقما  
وتطبيقه في المستشفيات

تمهيد:

تعد إدارة الجودة الشاملة من المواضيع الهامة التي حظيت باهتمام كبير في بيئة الأعمال الحديثة، ويتم تطبيقها في العديد من المنظمات العالمية، من أجل تطوير وتحسين منتجاتها وخدماتها، والمساعدة في مواجهة التحديات، وكسب رضا العملاء الداخليين والخارجيين، وتعد اليابان من الدول الأولى و السباقه في تطبيقها، وتبعتها كل من الولايات المتحدة وبريطانيا والدول الأوروبية، ومعظم الدول، فقد أضحى تطبيق هذه الفلسفة ضرورة في كافة المنظمات وليس خيارا لما لها من أهمية كبيرة في تحقيق أهدافها. لذلك تم البدء بتطوير إدارة الجودة الشاملة وإيجاد طرق وأساليب جديدة ومتطورة في تقليل الخطأ منها طريقة ستة سيقما و هي طريقة تساعد المنظمات للوصول إلى درجة عالية من درجات الجودة و الدقة، باستخدام أدوات وتقنيات إحصائية حيث يقوم فريق ستة سيقما بتطوير فعالية الخدمات و تحقيق الخصائص المرغوب فيها وتطوير كفاءة و فعالية الخدمات خاصة بما يتعلق بالوقت و التكلفة.

ومن المهم تطبيق ستة سيقما في المستشفيات وخاصة أن هذه الأخيرة تختلف عن أي منشآت صناعية أو تجارية من حيث أنها مرتبطة بحياة المرضى و لا يقبل فيها بأي مستوى منخفض من الخدمات الصحية. و للإلمام أكثر بالموضوع قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث كما يلي:

**المبحث الأول:** إدارة الجودة الشاملة.

**المبحث الثاني:** ستة سيقما.

**المبحث الثالث:** آلية تطبيق ستة سيقما.

**المبحث الرابع:** تطبيق ستة سيقما في المستشفيات.

## المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة

تعد إدارة الجودة الشاملة من أحدث المفاهيم الإدارية التي تقوم على مجموعة من الأفكار و المبادئ التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها وذلك من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، وباعتبار أسلوب ستة سيقما امتداد للجودة الشاملة و أحد أهم أدواتها الحديثة، بصفتها جميعا من الأساليب العلمية الحديثة التي تستخدم لتحسين مستوى الأداء، فإنه من الأفضل أن نبدأ بالحديث عن إدارة الجودة الشاملة كمدخل قبل الحديث عن موضوعنا الرئيسي.

و عليه سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى عموميات حول إدارة الجودة الشاملة (المفهوم، الأهداف، الخصائص) في المطلب الأول، ثم في المطلب الثاني إلى أهم رواد إدارة الجودة الشاملة، و إلى أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات في المطلب الثالث.

### المطلب الأول: عموميات حول إدارة الجودة الشاملة

#### 1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

هناك عدة تعريفات متاحة تساعد في إدراك مفهوم إدارة الجودة الشاملة نذكر منها:

##### 1.1 تعريف وليم إدوارد ديمنج:<sup>1</sup>

عرف وليم ادوارد ديمنج إدارة الجودة الشاملة بأنها طريقة الإدارة المنظمة، تهدف إلى تحقيق التعاون و المشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة و الأنشطة التي تحقق رضا العملاء و سعادة العاملين ومتطلبات المجتمع.

##### 2.1 تعريف ريتشارد وليامز:<sup>2</sup>

عرف ريتشارد وليامز إدارة الجودة الشاملة بأنها أسلوب قيادي ينشئ فلسفة تنظيمية تساعد على تحقيق أعلى درجة ممكنة لجودة السلع والخدمات، وتسعى إلى إدماج فلسفتها ببنية المنظمة، و أن نجاحها يتوقف على قناعة أفراد المنظمة بمبادئها، إن مبادئها تضيف بالفعل قيمة وجودة للمنظمة، و قد أثبتت مبادئها نجاحا مستمرا، لأنها تسعى وبصورة مستمرة إلى تحقيق رضا العميل الداخلي و الخارجي من خلال دمج الأدوات و التقنيات والتدريب الذي يؤدي إلى خدمات ومنتجات عالية الجودة.

##### 3.1 تعريف جيمس ريلي:<sup>3</sup>

عرف جيمس ريلي وهو نائب معهد جوران المختص بتدريب و تقديم الاستشارات حول الجودة الشاملة على أنها تحول في الطريقة التي تدار بها المنظمة، و التي تتضمن تركيز طاقات المنظمة على التحسينات المستمرة لكل العمليات و الوظائف، وقبل كل شيء المراحل المختلفة للعمل، إذ أن الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات العميل.

<sup>1</sup> مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة: مصر، 2008، ص.64.

<sup>2</sup> أحمد يوسف دودين، 2014، ص.26.

<sup>3</sup> مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر، عمان: الأردن، 2008، ص.18.

#### 4.1. تعريف سايلور جامس:

عرف سايلور جامس إدارة الجودة الشاملة بأنها مجموعة من المبادئ التي تهدف إلى التحسين المستمر من خلال تطوير الأساليب الإدارية و الأدوات الفنية و الأساليب الكمية بالمنظمة مع العمل على بناء وتدعيم مناخ إيجابي للعلاقات بين العاملين بينهم وبين العملاء.<sup>1</sup>

#### 2. أهداف و فوائد تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة:

إن إدارة الجودة الشاملة تسعى لتحقيق العديد من الأهداف نذكر منها:<sup>2</sup>

- ✓ خلق بيئة تدعم و تحافظ على التطوير المستمر.
- ✓ إشراك جميع العاملين في التطوير.
- ✓ متابعة و تطوير أدوات قياس أداء العمليات .
- ✓ إيجاد ثقافة تركز بقوة على العملاء.
- ✓ تحسين نوعية المخرجات.
- ✓ زيادة الكفاءة بزيادة التعاون بين الإدارات و تشجيع العمل الجماعي.
- ✓ تحسين الربحية والإنتاجية.
- ✓ تعليم الإدارة و العاملين كيفية تحديد و ترتيب و تحليل المشاكل و تجزئتها إلى أصغر حتى يمكن السيطرة عليها.
- ✓ تدريب الموظفين على أسلوب تطوير العمليات.
- ✓ تقليل المهام عديمة الفائدة زمن العمل المتكرر.
- ✓ زيادة القدرة على جذب العملاء و الإقلال من شكاويهم.
- ✓ تحسين الثقة و أداء العمل للعاملين.

#### 3. خصائص إدارة الجودة الشاملة:

من أهم الخصائص التي تشمل عليها إدارة الجودة الشاملة:<sup>3</sup>

- ✓ استعمال الحقائق و البيانات.
- ✓ إشراك جميع الأفراد في إدارة الجودة الشاملة و فرق تحسين العمليات.
- ✓ التحسين المستمر للعمليات.
- ✓ التركيز على العمليات و الأنشطة بدلا من النتائج؛ تلبية احتياجات و توقعات العميل (الداخلي و الخارجي).
- ✓ استعمال الأساليب الإحصائية.

<sup>1</sup> مدحت أبو النصر، مرجع سبق ذكره، ص.65.

<sup>2</sup> أحمد يوسف دودين، 2014، ص.ص.40.39

<sup>3</sup> خالد بن سعد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، جامعة الملك سعود، الرياض: السعودية، 1997، ص.18.

## المطلب الثاني: أهم رواد إدارة الجودة الشاملة

عند الحديث عن إدارة الجودة الشاملة فإن ذلك يقودنا للوقوف أمام الرواد الذين ساهموا وبشكل كبير في تطوير مفاهيم ومعالم الجودة و السيطرة عليها منهم:

1- وليم إدوارد ديمينغ:<sup>1</sup>

يعد ديمينغ خبيراً أمريكياً متخصصاً في علم الإحصاء ومن أهم مؤسسي إدارة الجودة الشاملة، وله الفضل في تعليم اليابانيين إدارة الجودة واستخدام الأساليب الإحصائية في الرقابة على الجودة، و عرف ديمينغ في اليابان بـ: "أبو الجودة"، و تمنح جائزة سنوية للشركات الصناعية المتفوقة في مجال الجودة سميت بجائزة ديمينغ تكريماً له.

اقترح ديمينغ أربعة عشر 14 وصية لتنفيذ برنامج تحسين الجودة:

1. تحديد الهدف من تحسين المنتج.
2. التكيف مع الفلسفة الجديدة (تجاوز الإخفاقات المقترنة بالهدر و الضياع في المواد الأولية و انخفاض كفاءة العاملين).
3. تقليل الاعتماد على الفحص.
4. استخدام الأساليب الإحصائية في الرقابة والتخلص من الإخفاقات في الأداء الإنتاجي بدلا من الاعتماد على التفتيش النهائي.
5. التوقف عن النظر إلى المشروع من خلال السعر.
6. التحسين المستمر لعملية إنتاج السلع و الخدمات.
7. إيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة و التدريب.
8. تحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة.
9. إبعاد الخوف.
10. إزالة الحواجز الموجودة بين الإدارات.
11. تقليل الشعارات.
12. اعتماد فرق العمل.
13. إزالة العوائق في الاتصالات.
14. إقامة البرامج التطويرية.

2. جوزيف جوران:<sup>2</sup>

هو عالم أمريكي ولد في البلقان ويدير معهد جوران للجودة وقد نشر في الخمسينات كتابه المشهور في الرقابة على الجودة الذي يعتبر مرجعا علميا في هذا المجال و يؤكد جوران على أهمية التطوير بتبني و تطبيق أساليب الجودة الشاملة في كل إدارة

<sup>1</sup> علي بن أحمد علي عسيري، متطلبات تطبيق أسلوب ستة سيقما لتطوير العمل الإداري بإمارة منطقة عسير، مذكرة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا-قسم العلوم الإدارية، الرياض:السعودية، 2009؛ص.13.

<sup>2</sup> علي بن عبد الله المهيدب، إدارة الجودة الشاملة و إمكانية تطبيقها في الأجهزة الأمنية، مذكرة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا-قسم العلوم الإدارية، الرياض:السعودية، 2009؛ص.24.

و قسم على حدى و يجذر من القفز إلى حلول المشكلات بدون البحث الدقيق عن الأسباب الحقيقية، كما يؤكد على ضرورة و أهمية إرضاء المستفيد من الخدمة.

كما قدم جوران ثلاثية الجودة التي تضم العناصر الأساسية الآتية:<sup>1</sup>

### 1. تخطيط الجودة:

و يتضمن وضع أهداف الجودة، تحديد الزبائن (الداخلية و الخارجية)، تطوير خصائص المنتج ووضع ضوابط العملية، تحول إلى العمليات.

### 2. ضبط الجودة:

وتتضمن اختيار موضوعات الضبط و التحكم، و اختيار وحدات القياس و وضع الأهداف، استخدام نظام المحسات لكشف المعيبات، قياس الأداء الفعلي.

### 3. تحسين الجودة:

و يضم إثبات الحاجة، تحديد المشاريع، وتنظيم فرق المشاريع، وتشخيص الأسباب، وتوفير الحلول و اثبات فاعليتها.

### 3- فيليب كروسي:

هو عالم أمريكي مارس في مجال تطبيقات إدارة الجودة الشاملة و يؤكد كروسي على أهمية مشاركة كل فرد في المؤسسة في تطوير إجراءات العمل، كما يؤكد على أهمية التزام كل شخص بمعرفة ما هو مطلوب منه معرفة تامة، و أنشأ كروسي مؤسسة للتدريب و المساعدة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات المختلفة وشملت تلك المؤسسة كلية إدارة الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية، ونجحت مؤسسته نجاحا باهرا وأصبح لها العديد من الفروع في أوروبا وبعض دول الشرق إضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية، كما أصبح له عملاء يقدرون بمئات الشركات الناجحة عالميا في شتى المجالات.<sup>2</sup>

كما قدم كروسي أربعة مسلمات لإدارة الجودة هي:<sup>3</sup>

1. تعريف الجودة: وتعني مطابقة الاحتياجات

2. نظام لتحقيق الجودة: المنهج العقلاني لمنع المعيب

3. معيار الأداء: المعيار الوحيد للأداء هو المعيب الصفري

4. القياس: مقياس الأداء هو كلفة الجودة، حيث أكد على كلف عدم المطابقة، والعمل المعاد، والمخزون، والفحص و الاختبارات.

1 محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان:الأردن، 2005، ص.ص.49.50.

2 علي بن عبد الله المهيدب، مرجع سبق ذكره، ص.26.

3 محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سبق ذكره، ص.51.

**4- كاوراوا إيشيكاوا:1**

يعد إيشيكاوا من رواد الجودة اليابانيين حيث يتمتع بشعبية كبيرة إقليميا و عالميا ففي عام 1939م تخرج إيشيكاوا من جامعة طوكيو باليابان تخصص كيمياء تطبيقية، و في عام 1952م حصل على جائزة ديمنج تكريما له لإسهامه العلمي و العملي في تطوير مفهوم الجودة و الطرق الإحصائية لتطبيقها، كما يعتبر اليابانيون إيشيكاوا الأب الروحي لحلقات مراقبة الجودة. وقد اقترح إيشيكاوا مراحل مراقبة الجودة الكلية وهي:

✓ العمل على إشراك جميع العاملين بالمنظمة في طرح المشكلات وحلها.

✓ التركيز على التدريب و التعليم لزيادة مقدرة العاملين على المشاركة الفعالة.

✓ تكوين حلقات مراقبة الجودة.

✓ مراجعة مراقبة الجودة الكلية.

✓ التركيز على تطبيق الطرق والأدوات والأساليب الإحصائية.

✓ تشجيع برامج حلقات الجودة على المستوى العام للدولة ككل.

**- 5. جنيجي تاكوجي:2**

عمل تاكوجي مستشار العدد من الشركات مثل "فورد وآي.ب.أ.". لمساعدتهم على تطوير السيطرة الإحصائية على جودة عملياتهم الإنتاجية، ويرى تاكوجي أن الضبط المستمر للآلات لبلوغ جودة مناسبة للمنتج لا يعد فعالا و أنه بدلا من ذلك يجب أن تصمم المنتجات بحيث تكون قوية بقدر كاف و محتمل لأداء شاق برغم التباينات على خط الإنتاج أو في مواضع الأداء.

**6. أرموند فيجينوم:3**

يعد أرموند فيجينوم من أوائل الخبراء الذين تمكنوا من وصف مراقبة الجودة الشاملة، حيث عدها نظاما يعمل على ربط تطوير الجودة بالصيانة وتحسين جميع مجالات النشاط في المؤسسة و أن الهدف الأساسي من ذلك كله هو تقليل التكلفة من خلال إنتاج سلع بأسعار وخدمات اقتصادية، حيث قدم تعريفا للجودة بأنها "قدرة المنتج على تحقيق الغرض المنشود منه بأقل تكلفة ممكنة" و على هذا الأساس يعد فيجينوم صاحب الفكرة المعروفة باسم تكلفة الجودة كوسيلة لتحديد الفوائد العائدة من تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة وكذلك التركيز على أهمية العلاقة الممكنة التي تربط بين الجودة و التكلفة.

1 لرقط علي، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي بالجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، باتنة: الجزائر، 2009، ص.36.37.

2 مأمون سليمان الدرادكة و آخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان: الأردن، 2001، ص.50.

3 أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية في الجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، الجزائر، 2008، ص.17.

## المطلب الثالث: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

إن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة تكمن في اعتبارها أحد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات وتقديم الجودة العالية، والتي يترتب عليها تحقيق رضا العميل باعتباره مفتاح النجاح لأي مؤسسة، حيث أن طبيعة المنافسة العالمية الواسعة و الشاملة تتطلب بصفة عامة من المؤسسة أربعة خصائص هي:

- ✓ فهم ماذا يريد العميل وإشباع احتياجاته وقت طلبها وبأقل تكلفة.
- ✓ الإمداد بالسلع والخدمات وبشكل ثابت ومستمر.
- ✓ مجاراة التغيير في النواحي التكنولوجية و السياسية و الاجتماعية.
- ✓ توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية.

وتأكيدا على أهمية إدارة الجودة الشاملة، فقد تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم و وضعته منذ عام 1994 معيارا أساسيا من معايير الاعتراف بالمستشفيات، الأمر الذي دعى الكثير من المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول المتقدمة نحو تطبيق مفهوم الإدارة بالجودة الشاملة<sup>1</sup>.

## المبحث الثاني: ستة سيقما

يعد مفهوم ستة سيقما أحد أشهر المفاهيم الإدارية في عالم إدارة الجودة الشاملة، حيث يعتبر هذا المفهوم طريقة تساعد المنظمات للوصول إلى درجة عالية من درجات الجودة و قد حقق مفهوم ستة سيقما انتشارا واسعا وبدأت كبرى الشركات العالمية بتبنيه وتطبيقه على إجراءاتها الإدارية المختلفة.

و للتعرف أكثر على ستة سيقما سوف نتطرق في هذا المبحث إلى عموميات حول ستة سيقما (النشأة، التعريف، الخصائص، الأهمية) في المطلب الأول، و إلى فريق عمل ستة سيقما في المطلب الثاني، و في المطلب الثالث إلى علاقة ستة سيقما ببعض المفاهيم الإدارية.

## المطلب الأول: عموميات حول ستة سيقما

### 1. نشأة وتعريف ستة سيقما:

#### 1.1- نشأة ستة سيقما:

تعود جذور ستة سيقما إلى عام 1979 عندما أعلن المدير التنفيذي "أرت سندي" في اجتماع للإدارة أن "المشكلة الحقيقية في موتورولا هي عدم تطور الجودة" و قد كان لإعلان سندي الأثر الكبير في بزوغ عصر جديد في موتورولا، يربط بين أعلى جودة

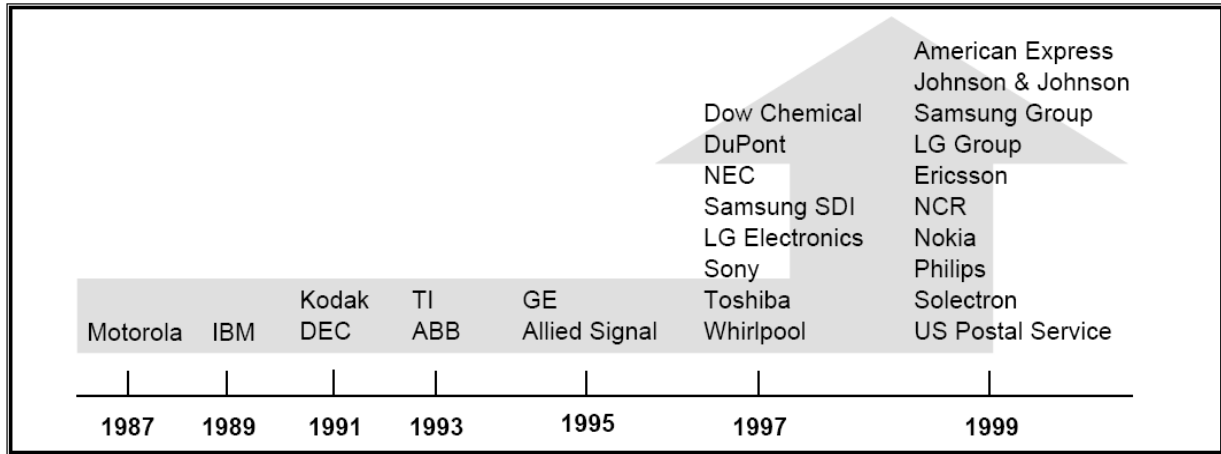
<sup>1</sup> بن نافلة قدور، مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخلة مقدمة في ملتقى وطني حول ( إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة)، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، جامعة د. الطاهر مولاي سعيدة، يومي 13-14 ديسمبر، سعيدة: الجزائر، 2010.



و أقل إنتاج وتطوير<sup>1</sup>. و استطاعت الستة سيقما توفير نحو 2,2 بليون دولار للشركة خلال أربع سنوات، وحقق مهندسو شركة موتورولا، و على رأسهم بيل سميث مهندس قطاع الاتصالات الذي يعود له الفضل في استخدام هذا المفهوم، ما رآه الآخرين مستحيلا<sup>2</sup>. و كانت النتيجة زيادة مذهلة في مستويات الجودة لعدة منتجات في الشركة وحصولها على جائزة مالكوم بالدريج القومية للجودة في عام 1988، في ذلك الحين أراد الجميع أن يعرف كيف حققت موتورولا ذلك، لذلك اختار رئيس الشركة روبرت جالفين نشر سر موتورولا في نظام ستة سيقما علنا<sup>3</sup>. و في عام 1998 وضع جاك ويلش أساس منهج ستة سيقما في شركة جنرال إلكتريك و لقد حقق هذا الأسلوب ربح بمقدار 300 مليون دولار<sup>4</sup>.

و خلال التسعينات، أصبح منهج ستة سيقما أكثر انتشارا و تبنته العديد من الشركات الكبرى على مستوى العالم، و يوضح الشكل رقم (1) أدناه أشهر الشركات العالمية المستخدمة لسته سيقما:

### الشكل رقم (1) : أشهر الشركات العالمية التي طبقت ستة سيقما



المصدر : Sung H.Park, six sigma for quality and productivity promotion ,asian productivity organization ,tokyo : Japon ,2003,p.5.

و بحلول عام 2003 فقد بلغ مجموع المدخرات العالمية بواسطة ستة سيقما أكثر من 100 بليون دولار حيث أصبحت معيارا للجودة و الممارسات التجارية وتبنتها الجمعية الأمريكية للجودة<sup>5</sup>.

أما عن ستة سيقما في القطاع الصحي فإن شركة "كومولث" الصحية تعتبر من أوائل المنظمات الرعاية الصحية التي طبقت ستة سيقما عام 1998م في قسم الأشعة وتم ذلك بمساعدة شركة جنرال إلكتريك GE. و بعد ذلك اتبعتها مجموعة

<sup>1</sup> مايكل هاري، ريتشارد شرويدر، six sigma منتهى الدقة، ترجمة: علاء صلاح، مركز الخبرات المهنية للإدارة، الطبعة الأولى، الجزيرة: مصر، 2005، ص.24.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، ص. 27. (بتصرف)

<sup>3</sup> إسماعيل القزاز و آخرون، sixsigma وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان: الأردن، 2009، ص.15.

<sup>4</sup> جيهان صلاح الدين أبو ناهية، مدى استخدام معايير ستة سيقما لتحقيق جودة التدقيق الداخلي، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة: فلسطين، 2012، ص.24.

<sup>5</sup> إسماعيل القزاز و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص.15.

ماونتن كارمل الصحية التي تمتلك ثلاثة مستشفيات وعدد موظفيها 7300 موظف حيث تعتبر هذه المجموعة من أوائل الشركات التي طبقت ستة سيقما في كامل المنظمة.<sup>1</sup>

## 2.1. تعريف ستة سيقما:

قبل أن نتطرق إلى تعريف ستة سيقما سوف نتحدث أولاً عن المعنى الحرفي لهذا المصطلح وسبب هذه التسمية.

**سيقما:** هو الحرف الثامن عشر في الأبجدية الإغريقية ورمزه O، وقد استخدم هذا الرمز للدلالة على الانحراف المعياري<sup>2</sup> و هو طريقة إحصائية ومؤشر لوصف الانحراف أو التباين أو التشتت أو عدم التناسق بالنسبة لمجموعة من المعلومات أو العناصر أو العمليات.<sup>3</sup>

أما عن العدد ستة فهو يرمز إلى مستوى من مستويات سيقما، حيث يوجد عدة مستويات لسيقما و التي تمثل بالطبع عدة مستويات للجودة، كما هو موضح في الجدول رقم (1)، فكلما ازداد العدد المرافق لسيقما دل ذلك على زيادة في مستوى الجودة وبالطبع انخفاض نسبة العيوب في المنتج، و العكس صحيح فكلما قل العدد المرافق لسيقما دل ذلك على انخفاض مستوى الجودة.<sup>4</sup>

### الجدول رقم (1): مستويات ستة سيقما والعيوب لكل مليون فرصة

| مستويات سيقما | العيوب لكل مليون فرصة DPMO | المردود %  |
|---------------|----------------------------|------------|
| 1             | 691.462                    | 68.27%     |
| 2             | 308.503                    | 95.45%     |
| 3             | 66.807                     | 99.73%     |
| 4             | 6.210                      | 99.9937%   |
| 5             | 233                        | 99.99942%  |
| 6             | 3.4                        | 99.999998% |

المصدر: p.23, 2005, U.S.A : Craig Gygi and authers, six sigma for dummies , willey publishing, canada

و يوضح الشكل الموالي مستويات سيقما تحت المنحنى الطبيعي:

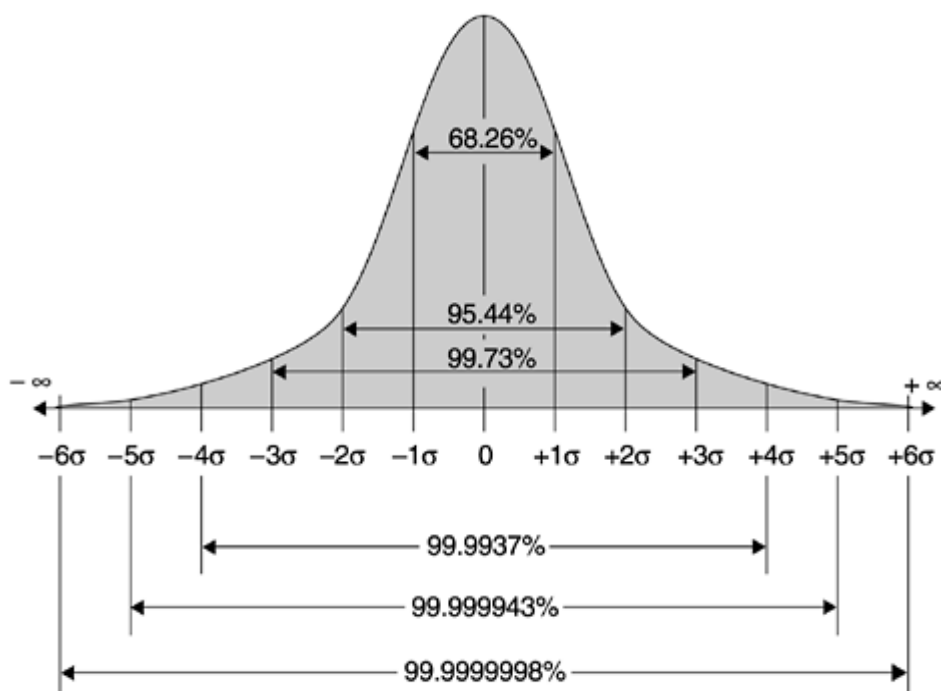
<sup>1</sup> نضال حلمي السلامة، إمكانية استخدام ستة سيقما لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، كلية الدراسات الإدارية و المالية العليا، عمان:الأردن، 2007، ص.33.

<sup>2</sup> مدحت أبو النصر، المدخل إلى إدارة الجودة الشاملة و ستة سيقما، دار العالمية للنشر والتوزيع، الجيزة:مصر، 2009، ص.157.

<sup>3</sup> محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة، دار إثراء للنشر والتوزيع عمان:الأردن، 2008، ص.50.

<sup>4</sup> سمير خليل إبراهيم جواد، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة:فلسطين، 2011، ص.54.

الشكل رقم (2): مستويات سيقما تحت المنحنى الطبيعي



المصدر: [www.flylib.com](http://www.flylib.com)

هناك عدة تعاريف لستة سيقما نذكر منها:

- عرف "باند وهولب" ستة سيقما على أنها:<sup>1</sup> هي طريقة ذكية لإدارة العمل، تضع العملاء أولاً وتستخدم الحقائق و البيانات وصولاً إلى حلول أفضل.
- كما عرفها "الشوناني" بأنها:<sup>2</sup> منهجية، وفلسفة، ومقياس للجودة، و مجموعة من الأدوات، و حل ناجح، و في النهاية هي بيئة عمل للإبداع و التطوير و الابتكار.
- و عرفها "Paul" على أنها:<sup>3</sup> أداء العملية التي ينتج عنها 3.4 عيب في كل مليون فرصة (DPOM) إذ أنه تعريف إحصائي يشير إلى (99.99966) دقة التي تعتبر قريبة إلى الواحد الصحيح، ومن المحتمل أن تصل إلى المثالية و العيب أو الخطأ يمكن أن يكون أي شيء من جزء معيب إلى فاتورة زبون خطأ.

1 بيت باند، لاريهولب، السيكس سيقما رؤية متقدمة في إدارة الجودة، ترجمة: أسامة أحمد مسلم، دار المريخ للنشر، الرياض: المملكة العربية السعودية، 2005، ص. 15.

2 أسامة عبد العزيز الشوناني، Six Sigma الاتجاهات المعاصرة لإدارة وتطوير الأداء، مركز جامعة القاهرة، الطبعة الأولى، 2008، ص. 19.

3-Paul, L.E, Practice Makes Perfect, CIO Enterprise, Vol. 12 No. 7, Section 2, January 15, 1999, P:15..

أما في القطاع الصحي<sup>1</sup> فقد عرف "Wooderd" ستة سيقما بأنها عملية تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية و الخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض.

كما عرف "Stamps و Lazarus" ستة سيقما في القطاع الصحي على أنها عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء و ذلك باستخدام منهجية ستة سيقما لتخفيض الاختناقات السريرية و الآلية التي تؤدي إلى إطالة الوقت و التكاليف العالية والنتائج السيئة.

من التعاريف السابقة نستنتج أن ستة سيقما تهدف إلى ثلاثة مجالات رئيسية:<sup>2</sup>

- مزيدا من رضی العملاء.

- تقليل زمن دورة العمل.

- تقليل العيوب (النقائص).

## 2. خصائص و أهمية ستة سيقما:

### 1.2- خصائص ستة سيقما:

هناك ثلاث خصائص رئيسية ميزت ستة سيقما عن باقي برامج الجودة هي:<sup>3</sup>

- تركز ستة سيقما على العميل، حيث تسعى غالبا إلى المحافظة على تدمر العملاء الخارجيين لمنظمة الأعمال في أدنى مستوياته، فالعملاء الخارجيين هم الذين يقومون بشراء سلع وخدمات منظمة الأعمال.

- التغيير الكبير في الاستثمار نتيجة اعتماد منهجية ستة سيقما، كما حدث في شركة جنرال إلكتريك (GE)، ففي عام 1998، كانت التكلفة 400 مليون دولار و العوائد أكثر من واحد بليون دولار.

- ستة سيقما تحدث تغييرا في كيفية عمل الإدارة، كما أن ستة سيقما أكبر من أن تكون مشروعا للتطوير، حيث يتعلم المدراء التنفيذيون و القادة من خلال قطاع أعمالهم ومفهوم وأدوات ستة سيقما نمطا جديدا للتفكير و التخطيط، و الإنجاز لتحقيق النتائج.

### 2.2- أهمية ستة سيقما:

إن المنظمات التي تسعى إلى تطبيق ستة سيقما تحقق مكاسب كثيرة منها:<sup>4</sup>

✓ تحقيق مطالب العملاء.

✓ العناية بالجانب المالي بزيادة الأرباح والحد من هدر المال.

1 عبد الناصر نور و آخرون، استخدام منهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي، مداخلة مقدمة في المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر بعنوان (ذكاء الأعمال و اقتصاد المعرفة) جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، أيام 23-26 أفريل، عمان: الأردن، 2012، ص. 257.

2 بيت باند، لاريهولب، مرجع سبق ذكره، ص. 16.

3 مهند فواز موسى الخطيب، مدى أثر استخدام six sigma غير المخطط على رضا الزبائن في بنك الإسكان للتجارة والتمويل، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية الأعمال، 2009، ص. 22.

4 علي بن أحمد علي عسيري، مرجع سبق ذكره، ص. 18.

- ✓ اتخاذ قرارات صائبة بناء على بيانات و معلومات صحيحة بعيدة عن التكهنات الشخصية و المجازفة اللامسؤولة.
- ✓ الاهتمام بالموارد البشرية في الأداء و التدريب و التقدير الذاتي.

## المطلب الثاني: فريق عمل ستة سيقما

هنالك أسماء وألقاب شائعة تطلق على أفراد فريق ستة سيقما، هذه الأسماء ابتكرها أحد خبراء موتورولا.

### 1. البطل أو الراعي:

البطل عادة ما يكون المدير التنفيذي الذي يقوم بدعم الحزام الأسود أو مشاريع الفرق العاملة في ستة سيقما، و البطل أو المدير التنفيذي محاسب ومسؤول في النهاية عن استمرار العمل في ستة سيقما هذا يعني أن نتائج ستة سيقما لا يمكن تفويضها إلى الطبقات الأدنى في الشركة ولكنها تبقى من مسؤولية الإدارة العليا وبعض المدراء الرئيسيين في الإدارة الوسطى، و يكون هذا البطل عادة عضواً في مجلس إدارة الشركة، أو اللجنة التوجيهية.<sup>1</sup>

و يلخص "النايلسي" مهام البطل أو الراعي في ما يلي:<sup>2</sup>

- ✓ التأكد من أن سير المشاريع يتناسب مع تحقيق الأهداف العليا للمنظمة، ويقدم التوجيه المطلوب عند تعارضها معها.
- ✓ إعلام الأعضاء الآخرين في فريق الإدارة بكافة المعلومات و التطورات الحاصلة.
- ✓ توفير الموارد التي يحتاجها الفريق مثل: الوقت و المال و مساعدة من الآخرين.
- ✓ مراجعة جميع الخطوات الهامة.

التفاوض في الخلافات والتدخلات في العمل مع إيجاد قنوات اتصال مع مشاريع ستة سيقما الأخرى.

### 2. الحزام الأسود الرئيسي<sup>3</sup>

يكون الحزام الأسود الرئيسي في العديد من المنظمات بمثابة مدرب ومراقب ومستشار لبقية أولئك الذين يقومون بدور الحزام الأسود، فيقوم الحزام الأسود الرئيسي بالإشراف على الأحزمة السوداء في عملية التدريب و المتابعة إضافة إلى تحديد احتياجات الزبائن وتطوير أساليب القياس للعمليات الأساسية و يقوم أيضاً بجمع المعلومات من مصادرها و القيام بالتحليلات الإحصائية الخاصة بها، وتصميم التجارب و التواصل مع المدراء المهنيين و أن وجود الحزام الأسود الرئيسي ضروري في تبني ستة سيقما كما أن وجوده يضمن استمرارية التغيير و تقليل التكاليف و تطوير خبرات العاملين.

1 محمد عبد العال النعيمي، راتب خليل صويص، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 76-77.

2 مهنت النايلسي، أسرار الحيويد السداسي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان: الأردن، 2005، ص. 144.

3 محمد عبد العال النعيمي، six sigma منهج حديث في مواجهة العيوب، بحث مقدم في المؤتمر العلمي لجامعة الزيتونة، جامعة عمان، عمان: الأردن، أبريل 2007، ص. 12.

### 3. الحزام الأسود:<sup>1</sup>

هؤلاء هم مستخدمو الشركة الذين تلقوا التدريب الأدنى من 4 إلى 5 أسابيع من التدريب على القيادة و حل المشاكل، وهم يعملون عادة على أساس التفرغ لبرنامج ستة سيقما، و إن كانت بعض المنظمات تجعل عملهم بطريقة التفرغ الجزئي. وهم مسؤولون عن قيادة وتدريب فرق المشاريع، و عن نتائج المشاريع المختارة.

### 4. الحزام الأخضر<sup>2</sup>

هو الشخص المدرب على مهارات ستة سيقما و يكون تقريبا يمثل مستوى الحزام الأسود لكنه يعمل كعضو أو قائد في فريق ستة سيقما بشكل جزئي، دوره يتمثل في التأكد من تطبيق المفاهيم الجديدة و الأدوات الخاصة بستة سيقما و إدراجها في أنشطة الشركة اليومية.

### 5. الحزام الأصفر<sup>3</sup>

هو في أدنى السلم الذي يفترض أن يكون له معرفة متخصصة في عمله، و في ذات الوقت متدرجا على تقنيات المنهجية و له معرفة متخصصة بنموذج DMAIC الذي سنوضحه لاحقا.

## المطلب الثالث: ستة سيقما و بعض المفاهيم الإدارية

### 1. ستة سيقما و الجودة<sup>4</sup>

إن منهج ستة سيقما جاء لتتوجها جهود الجودة حيث تم بناءه بالاعتماد على مجموعة من أفضل الطرق و الممارسات المطبقة في المبادرات المختلفة للجودة، و على الرغم من ذلك هو فريد و متميز من حيث الإمكانيات التي يتيحها و كذلك البناء التنظيمي المستمر المتمثل في خبراء منهج ستة سيقما، هذا بالإضافة لكون هذا المنهج يهدف إلى تجميع و تركيز مجال كبير من أدوات التحسين التي طبقت على نطاق كبير و بصورة منفصلة حتى ظهور منهج ستة سيقما، و لقد أشار لبعض الاختلافات التي تميز منهج ستة سيقما عن مبادرات الجودة التي سبقتها كالجودة الشاملة و الإيزو وغيرها من مداخل الجودة.

كما أن أكثر ما يميز منهج ستة سيقما أنه يربط بين تحقيق أعلى جودة بأقل تكلفة، و ذلك يرجع للتخلص من تكلفة الجودة الرديئة و إعادة العمل و هو ما يحقق وفرة كبيرة في التكلفة، هذا و لا يمكن أن يعمل منهج ستة سيقما بمعزل عن الجودة، حيث توفر إدارة الجودة الأدوات كالتقنيات اللازمة لإحداث التغييرات الثقافية و تطوير العمليات، بالإضافة للتوسع في الجانب الإحصائي مدخل لاستخدام الأدوات الإحصائية المتقدمة.

1 إسماعيل القزاز وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.35.

2 محمد عبد العال النعمي، راتب جليل صويص، مرجع سبق ذكره، ص.76.

3 عادل محمد عبد الله، مدى إمكانية تبني منهجية الجود السداسي في السيطرة على نوعية الأدوية المطلوبة وفقا لمنهج DMAIC، مقال في مجلة (جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية)، المجلد 5، العدد 10، الموصل: العراق، 2013، ص.356.

4 جيهان صلاح الدين أبو ناهية، مرجع سبق ذكره، ص.24.

## 2. ستة سيقما و الإيزو (ISO)<sup>1</sup>

إن الإيزو من المعايير التي تأسست في 1987 و التي تحدد متطلبات تطبيق نظام إدارة الجودة في المنظمات حيث يوضح الهيكل التنظيمي و العمليات و المسؤوليات تم صدور النسخة الأصلية في عام 1994 و تم تعديلها في عام 2000 ليواكب متطلبات إدارة الجودة.

الإيزو هي عبارة عن شهادة لعملاء المنشأة بأن الأنظمة و الإجراءات المتبعة في المنشأة مقبولة وفق معايير الجودة و هذا المعيار عام قابل للتطبيق في أي منشأة بغض النظر عن نوعها أو حجمها.

توجد علاقة بين ستة سيقما و الإيزو حيث أن ستة سيقما تستخدم التعليمات التي وضعت من قبل الإيزو لتحقيق أهداف المنشأة .

أما الاختلافات بين ستة سيقما و الإيزو:

أن الإيزو لا يقوم بحل المشاكل التي تواجه المنشأة و إنما تزود هذه المنشأة بمجموعة من التعليمات التي تؤكد على الأشياء بطريقة صحيحة و هي تعتبر أيضا نظاماً لإدارة الجودة بينما ستة سيقما هي استراتيجية ومنهج لتحسين أداء العمل.

## 3. ستة سيقما و الهندرة (BPR)<sup>2</sup>

إن الهندرة هي عملية إعادة التفكير و إعادة تصميم جذري للأعمال لإنجاز تحسينات في الأداء مثل الكلفة و النوعية و الخدمة والسرعة في التنفيذ.

إن الفكرة الرئيسية للهندرة هو التركيز على العمليات بدل التركيز على الوظيفة أو المنتج أو الخدمة، إن الهندرة تتضمن تغيرات جذرية و إعادة هندسة الطريقة القديمة لأعمال وتقديم طريقة و إجراءات جديدة حيث تتم عملية الهندرة على الهيكل التنظيمي و العمليات و ثقافة الإدارة.

إن ستة سيقما و الهندرة يشتركان في بعض المميزات مثل التركيز على عمليات التحسين و التغيير التنظيمي و الثقافي للإدارة و التحسين الجذري للأداء و التركيز على احتياجات العميل. و تختلف ستة سيقما عن الهندرة إن ستة سيقما تستخدم أساليب إحصائية في عملية التحسين بينما الهندرة تستخدم تقنيات نظم المعلومات الحديثة.

<sup>1</sup> أنضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص.24.

<sup>2</sup> أنضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص.52.

جدول رقم ( 2 ):مقارنة ستة سيقما و بعض المفاهيم الإدارية

| عناصر المقارنة     | Six sigma                    | BPR                  | TQM                         |
|--------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| التركيز            | تقليل الاختلافات في العمليات | إعادة تصميم العمليات | تحسين كامل المنشأة          |
| طبيعة التغير       | جذري                         | جذري                 | بشكل متزايد                 |
| المنهجية           | ديماك <i>DMAIC</i>           | نظم المعلومات        | مجموعة من المنهجيات         |
| الأدوات و التقنيات | تقنيات وأدوات إحصائية        | خرائط المراقبة       | مجموعة من الأدوات والتقنيات |

المصدر: [www. Isixsigma.com](http://www.isixsigma.com)

**المبحث الثالث: آلية تطبيق ستة سيقما**

من خلال هذا المبحث سوف نتناول آلية تطبيق ستة سيقما من مبادئ و معايير في المطلب الأول، أدوات ستة سيقما في المطلب الثاني ومنهجية تطبيق ستة سيقما في المطلب الثالث.

**المطلب الأول: مبادئ ومعايير ستة سيقما**

**1. مبادئ ستة سيقما:**

هناك ستة مبادئ رئيسية لستة سيقما هي:<sup>1</sup>

المبدأ الأول: تركيز حقيقي و صادق على العميل

في ستة سيقما، التركيز على العميل يصبح هو قمة الأولويات، وعلى سبيل المثال، فإن معايير الأداء في ستة سيقما تبدأ من العميل، و التطويرات في الستة سيقما تُحدّد بناء على تأثيرها في إرضاء العميل.

<sup>1</sup> بيت باند، لارنهولب، مرجع سبق ذكره، ص.ص.34-36.



## المبدأ الثاني: الإدارة بالبيانات والحقائق

تأخذ ستة سيقما مبدأ الإدارة بالحقائق إلى مستوى جديد أكثر قوة، و رغم الاهتمام المتزايد في السنوات الأخيرة بتطوير نظم المعلومات و الإدارة بالمعرفة، فمزال الكثير من القرارات الإدارية يؤخذ بناء على وجهات النظر و الافتراضات. إن ستة سيقما نظام يبدأ بتوضيح المعايير و القياسات التي سنستخدمها في تقييم العمل و الأداء ثم نقوم بجمع البيانات و تحليلها، و بالتالي فإن المشاكل يمكن تحديدها بصورة أكثر فعالية ثم تحليلها ثم حلها بشكل دائم.

## المبدأ الثالث: العمليات تكون حيث يكون الفعل

مهما كان التركيز سواء في تصميم المنتج أو الخدمة أو في معايير الأداء أو في زيادة الكفاءة و رضا العميل أو حتى في إدارة العمل، فإن ستة سيقما تضع العمليات كمحور رئيسي للنجاح. إن ستة سيقما تتميز بقدرتها على إقناع القيادات و المدراء، خاصة في مجال الخدمات و الصناعات، بأن التمكن من الإجراءات و العمليات هو الطريق لبناء ميزة تنافسية لتقدم خدمة للعملاء.

## المبدأ الرابع: الإدارة بالمبادأة

تعني الإدارة بالمبادأة أن يتم الوقاية من المشكلة قبل حدوثها بدلا من انتظار حدوثها ثم التفاعل معها و الرد عليها، ومعالجة المشاكل قبل حدوثها تعني تحديد أهداف طموحة، مراجعة هذه الأهداف، وضع أولويات واضحة، و التركيز على تجنب حدوث المشاكل بدلا من معالجتها بعد حدوثها، إن ستة سيقما تشتمل على أدوات وممارسات تستبدل أساليب مبادأة ديناميكية سريعة الاستجابة بالتعود على رد الفعل.

## المبدأ الخامس: منظمة بلا حواجز

"اللاحاجزية" هي إحدى وصفات جاك ويلش للنجاح، لقد عمل جاك ويلش، مديرا تنفيذيا لجنرال إلكتريك، على إزالة الحواجز صعودا و هبوطا في الهرم الإداري، فستة سيقما تتيح فرص ضخمة لتطوير التعاون في داخل الشركات نفسها وبينها وبين الموردين و العملاء، إن ملايين الدولارات تُفقد يوميا بسبب سوء التواصل أو التنافس الصريح بين مجموعات يجب عليها أن تعمل معا لهدف مشترك هو إعطاء قيمة للعملاء.

## المبدأ السادس: السعي إلى الكمال مع القدرة على تحمل الفشل

في حقيقة الأمر الفكرتان تكملان بعضهما البعض. إن أي شركة لن تصل إلى ستة سيقما بدون إدخال أفكار و أساليب جديدة تحمل في طياتها بعض المخاطر. إذا كان الأشخاص الذين يسعون للاقتراب من الكمال في الأداء يحشون ما قد يجره الخطأ عليهم، فإنهم لن يحاولوا أبدا، فمن حسن الحظ أن الأساليب التي سراجعها لتحسين الأداء ستشتمل على جرعة كبيرة من "إدارة المخاطر".

## 2. معايير ستة سيقما:

### 1.2. دعم و التزام الإدارة العليا:

إن دعم و التزام الإدارة العليا لمنهج ستة سيقما يعتبر شرطا أساسيا لنجاح تطبيقه، ويعتبر عملية استراتيجية مهمة ينبغي أن تتبع من قمة المنظمة وتتطلب إقناع و تحفيز العاملين في جميع المستويات الإدارية وأن يكون قادة الإدارة العليا لديهم الحماس و الاهتمام لتطبيقه.

### 2.2. التحسين المستمر:

يؤكد منهج ستة سيقما على أهمية التحسين المستمر للمنشآت التي ترغب في عملية التطوير، ويرتكز هذا المبدأ على أساس فرضية مفادها أن العمل هو ثمرة سلسلة من الخطوات و النشاطات المترابطة التي تؤدي في نهاية المطاف إلى محصلة نهائية، ويعد التحسين المستمر عنصرا مهما لتخفيض الانحرافات التي تحدث في العملية الفنية مما يساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجية.

### 3.2 العمليات والأنظمة:

يؤكد منهج ستة سيقما على أن كل إجراء عملي يتم في المنشأة هو عملية بحد ذاته لذلك يعتبر منهج ستة سيقما العمليات و الأنظمة المحور الأساسي الذي يساعد المنشأة على تحقيق النجاح المستمر.<sup>1</sup>

### 4.2 الموارد البشرية والتدريب:

هو عنصر مهم وحيوي قبل وخلال تطبيق ستة سيقما في المؤسسة و ذلك لتوفير الكفاءات و المهارات التي تحتاجها المؤسسة لتطبيق هذا المنهج و لضمان أن الجميع يتحدث بلغة واحدة، و من هذه المهارات التدريب على إدارة العمليات و التحليل و تحليل متطلبات العملاء، و الأدوات الإحصائية في التعامل مع المشكلات، و يبقى مستوى التدريب و محتواه مرتبطين بالمستويات الإدارية و مسؤوليات العاملين.

### 5.2 قياس الأداء والحوافز:

حيث أثبتت العديد من التجارب العملية للشركات الكبرى أن ذلك عنصر فعال لنجاح تطبيق ستة سيقما، و ذلك من خلال تقييم أداء العاملين و ربط نظام الحوافز بتحقيق الأهداف و إنجاح ستة سيقما.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني: أدوات ستة سيقما

يستخدم في ستة سيقما مجموعة من الأدوات و سوف نتعرف باختصار على أهم هذه الأدوات وأكثرها شيوعا:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ماهر موسى درغام، هبة عبد الله، مدى الالتزام بمنهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد الحادي والعشرون، العدد الثاني، يونيو 2013، ص.ص 57-100.

<sup>2</sup> جيهان صلاح الدين أبو ناهية، مرجع سبق ذكره، ص.ص 30.

<sup>3</sup> زينب شلال عكار، دور الجود السداسي في تحسين الأداء الشامل للمستشفى، مجلة (دراسات إدارية)، المجلد (3)، العدد (6)، البصرة: العراق، كانون الأول 2010، ص.ص 26-52.

### 1. مخطط السبب - التأثير :

أطلق على هذا المخطط اسم مخطط اشيكواو نسبة إلى العالم كاوروا اشيكواو إذ يعرض العوامل التي تؤثر في خصائص العملية للجودة في المخرجات أو المشكلات و الوقوف على أسباب المشكلات أو العيوب، تبدأ الخطوة الثانية في التحليل بأخذ واحدة من المشكلات و تحليل أسباب حدوثها باستخدام مخطط السبب و التأثير، أن الغرض الأساسي من المخطط هو تعريف الأسباب المحتملة للمشكلة ومن ثم الكشف عن جميع الأسباب بالتفصيل عن طريق طرح الأسئلة، كيف؟ متى؟ لماذا؟.

### 2. مخطط التبعر:

يعد مخطط التبعر بمثابة خريطة لمتغيرين يوضح أن في ما إذا كانا مرتبطين، ويتم التحقق إذ تمثل كل نقطة في الرسم البياني للتبعر ملاحظة واحدة للبيانات، و هي أداة لتشخيص فيما إذ كان السبب المحدد مؤثرا فعلا في الجودة، فضلا عن تقليص النفقات و الوقت اللازم لإجراء الفحص و الاختبار، و استبعاد الفحوصات غير المجدية و استبدالها بأخرى فعالة، و القيام بضبط العمليات الفعالة على أساس النتائج المتحققة في ضوء العلاقة بين الجودة وخصائص المخرجات، و يقاس مدى الارتباط بين نوعين مختلفين من البيانات في مخططات التبعر بإحدى الطرق الآتية:

✓ حساب معامل الارتباط.

✓ ورقة احتمالية.

✓ أسلوب القيمة الوسطية.

### 3. خريطة باريتو:

هو رسم بياني يثبت العوامل على نحو تنازلي في المحور السيني ( الأفقي ) تم اعتماده بعد الحرب العالمية الثانية و سميت نسبة إلى العالم الإيطالي الاقتصادي (باريتو)، تعتمد هذا لطريقة و هي نوع من خرائط الأعمدة على الميل الطبيعي فتكون غالبية المشكلات بسبب أقلية من الأسباب أي يكون **13%** من المشكلات بسبب **63%** من الأسباب و بالتركيز على المشكلات الأولية، يمكن تسوية معظم الصعاب.

### 4. المدرج التكراري:

المدرج التكراري هو نوع آخر من مخططات الأعمدة يبين التوزيع أو التغير في البيانات على مدى الحجم، العمر، القيمة، مدة الوقت، الوزن ... إلى آخر ذلك، ويعرف المدرج التكراري مدى درجة التركيز حول القيمة المتوسطة، و المدى الواسع، إذ يؤدي إلى تركيز أقل ويعني تباينا أكثر مع احتمالية أكبر.

### 5. مخطط العملية:

يعد مخطط العملية إحدى الأدوات التي تستخدم لوصف عملية الإنتاج وصفا عاما الذي من خلاله يتوضح كيفية تصنيع المنتج خطوة بعد خطوة، كما يبرز دور المخطط في إظهار الخطوات المطلوبة لإنتاج سلعة أو خدمة بشكل متسلسل ومنظم، فضلا عن تصوير العلاقة فيما بين العمليات، وتستخدم الرموز المعدة من قبل جمعية المهندسين الأمريكيين عام **1439** في بناء

مخطط العملية.

و يمكن رسم مخطط العملية الخاص بدخول المريض إلى المستشفى باستخدام الرموز القياسية الخمسة:

- ✓ الذهاب إلى المستشفى.
- ✓ الدخول إلى المستشفى.
- ✓ فحص المريض في المستشفى.
- ✓ التأخير في الحصول على التشخيص الصحيح.
- ✓ الحصول على العلاج.

## 6. مهارات العرض أو التقديم:

لا يشتمل التدريب على الخرائط لوحدها و إنما يجب الانتباه إلى الاتصالات الجيدة، و تقديم تحليلات واضحة، شفويا أو تحريبا

### 1. مهارات التحليل:

من الضروري تكريس وقت لتعليم العمال مفاهيم مراقبة الجودة إحصائيا، و جمع البيانات وتحليلها، فيمكن أن يكون جمع البيانات غير الصحيحة أو عمل استدلالات لمعلومات غير مناسبة هو أكثر خطورة من نقصها.

### 2. العصف الذهني:

تحتوي ستة سيقما على عدة طرق لتطبيق العصف الذهني، بهدف الحصول على قائمة من الخيارات للحل الواحد، عادة ما تكون القائمة طويلة و من ثم يتم اختصارها للخيار النهائي، فمثلا : يمكن أن يقوم الفريق بالعصف الذهني بخصوص من يقابل الزبائن وما الأسئلة التي يجب أن يطرحوها لاحقا. قد يستخدم الفريق العصف الذهني ليدرج المقاييس المحتملة أيضا قد يبقى لاحقا ينتج حولا مبدعة أخرى و أن المشكلة الأساسية في العصف الذهني أن الشخص يظن أنه جيد و لكن في الحقيقة يتطلب العصف الذهني العمل و الانضباط ليكون مبدعا حقا.

### 3. لوحات الضبط:

تعد بداية استخدام لوحات الضبط إلى (Watter, A. shewhart) الذي كان يعمل في شركة "بيل" للهواتف الأمريكية عام 1924. وتعرف لوحة الضبط بأنها خارطة بيانية تستخدم كوسيلة لاتخاذ القرار المناسب بشأن سير العملية الإنتاجية في مرحلة إنتاج معينة وفق المسار المحدد لها ويتم ذلك من خلال سحب عينات عشوائية زمنية من دفعات الإنتاج بعد تحديد صنف الوحدة المنتجة الذي يعكس جودة المنتج.

و تتكون لوحات الضبط من نوعين أساسيين كالآتي:

### 1. لوحات الضبط للمتغيرات:

تستخدم لوحات الضبط للمتغيرات عند استخدام القراءات الحقيقية و القياس المباشر على المنتج و أشهرها:

- ✓ لوحة المتوسط والمدى.
- ✓ لوحة المتوسط والانحراف المعياري.

## 2. لوحات الضبط للخصائص التمييزية:

- تستخدم لوحة الضبط للخصائص التمييزية عندما تقتصر عمليات التفتيش على تصنيف الوحدات المنتجة إلى وحدات معيبة وغير معيبة أو على تعداد العيوب في العينة الواحدة و أشهر هذه اللوحات هي:
- ✓ لوحة ضبط النسبة المئوية للمبيعات.
  - ✓ لوحة ضبط على عدد المبيعات في العينة.
  - ✓ لوحة ضبط على عدد العيوب في العينة.
  - ✓ لوحة ضبط معد لعدد العيوب.

## المطلب الثالث: منهجية تطبيق ستة سيقما

هناك منهجان أساسيان لستة سيقما يتم إتباعهما عند تطبيق مفاهيم ستة سيقما في المنظمات المختلفة وهما معروفان باختصارات الآتية:

### 1- نموذج DMAIC

و يستخدم لتطوير العمليات الحالية، و هو مختصر للخطوات التالية: التعريف **Define**، و القياس **Measure**، و التحليل **Analyze**، و التحسين **Improve**، و الرقابة **Control**.

### 2- نموذج DMADV

و يستخدم للمنتجات الجديدة أو لتصميم العمليات، و هو اختصار لعمليات: التعريف **Define**، و القياس **Measure**، و التحليل **Analyze**، و التصميم **Design**، و التحقق **Verify**، و سيتم التركيز على النوع الأول (DMAIC) كونه من أكثر الطرق أو المناهج المعروفة و المستخدمة في تطبيقات ستة سيقما. و يتكون هذا النوع من خمس مراحل، وهي كالاتي:

#### 1.1 التعريف **Define**:

تتم هذه المرحلة بتحديد الهدف من التحسين و مجاله، و تقدير حدود كل عملية ستخضع للتحسين مع مراعاة متطلبات العملاء، يساعد في ذلك التواصل مع العملاء المساهمين و الموظفين و المعنيين كلهم.<sup>1</sup> مثلاً على هذه المرحلة في المستشفيات عمل مشروع توفير الأسرة للمرضى بعد خروج المرضى السابقين يتم في هذه المرحلة تحديد الفرصة و هي الوقت منذ كتابة الطبيب ملخص الخروج للمريض إلى وقت توفر السرير للمريض القادم و يتم تحديد العيوب و العيب هو أي تجاوز لحد المواصفات الأعلى أو الوقت الأعلى الجائز لإتمام تلك العملية وبعدها يقوم الفريق بتطوير تسلسل زمني

1 أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مدناستخدام مفاهيم SIX SIGMA في الجامعات الأردنية والحكومية والخاصة، المجلة التربوية، العدد 34، جامعة الزيتونة الأردنية، يوليو 2013، ص. 147.

لمشروع بمشاركة راعي المشروع.<sup>1</sup>

**2.1 القياس Measure** الهدف من هذه المرحلة هو قياس النظام القائم فعليا و عملياته، وبناء مقاييس صالحة يعتمد عليها

للمساعدة في مراقبة الأهداف التي سبق تعريفها في الخطوة الأولى، وتوثيق الإجراءات الفعلية للعملية محل الدراسة، و التأكد من أن نظام القياس ملائم.<sup>2</sup>

إن هذه المرحلة لمشروع توفير الأسرة بعد خروج المرضى السابقين في المستشفيات تتم من خلال قياس كل خطوه في العملية و تحديد العوامل التي تؤثر على العملية و دراسة الوقت المخصص لكل خطوه، و هذه الخطوات هي:

✓ يكتب الطبيب ملخص الخروج حتى يترك المريض الغرفة.

✓ يترك المريض الغرفة حتى يتم إشعار التدبير المنزلي.

✓ يبدأ التدبير المنزلي بالتنظيف حتى ينهي التدبير المنزلي من التنظيف.

يتم جمع البيانات عن كل خطوة و وضع تقارير عن آلية العمل للخطوات السابقة وتوضيح النتائج عن الأسباب التي تؤدي إلى إطالة مدة توفير أسرة للمرضى و التركيز عليها لتطويرها.<sup>3</sup>

### 3.1 التحليل Analyze:

الهدف من هذه المرحلة هو تحليل النظام أو العمليات، للتعرف على طرق مختلفة لإزالة الفجوة بين الإنجاز الحالي للنظام أو العملية، و الهدف المراد الوصول إليه، و في هذه الخطوة أيضا يجب إنشاء علاقة بين رضا العميل و العمليات الداخلية التي نستخدمها، و يجب تعريف الأسباب الجذرية وكيفية التأكد من أنها فعلا هي الأسباب الجذرية و ليست أعراضا.<sup>4</sup>

يتم في هذه المرحلة للمشروع توفير الأسرة للمرضى بعد خروج المرضى السابقين من المستشفيات تحديد الهدف الرئيس وهو توفير الأسرة للمرضى و العوامل التي تؤثر عليها و باستخدام مخطط ايشكاوا عظمة السمكة (*Fishbone*) تتم تحديد العوامل على شكل خريطة و ربط هذه العوامل مع العملية و تحديد أي العوامل لها التأثير الكبير على إطالة فتره إخراج المرضى وتوفير أسرة للمرضى المحدد.<sup>5</sup>

### 4.1 التحسين Improve<sup>6</sup>

إن الدور الأساس في هذه المرحلة هو محاولة سد الفجوة بين الوضع الحالي و الوضع المستهدف للعمليات، و الطرق المستخدمة في هذه الخطوة يجب أن تكون قد تحددت بدقة للتأكد من أن الهدف المرغوب فيه قد أنجز تماما و يملك صفة الاستمرارية.

1 نضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص. 42.

2 أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مرجع سبق ذكره، ص. 148.

3 نضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص. 43.

4 أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مرجع سبق ذكره، ص. 148.

5 نضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص. 44.

6 أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مرجع سبق ذكره، ص. 148.

إن عملية التطوير في المستشفيات تتم من وقت إدخال المريض إلى الوقت الذي يترك فيها المريض المستشفى ويتم ذلك من خلال الآتي:<sup>1</sup>

- ✓ تجهيز احتياجات المريض من تقارير وصور أشعة ونتائج فحوصات المختبر و الأدوية التي يريد أن يأخذها المريض معه إلى البيت، إن تجهيز هذه الأمور و التأكد من أن المريض قد أخذها معه يقلل من وقت إخراج المرضى.
- ✓ يتم إشعار التدبير حال خروج المريض مباشرة ليتم ترتيبها بالسرعة الممكنة.
- ✓ يتم تلبية أي رغبات أخرى للمريض قبيل خروجه كعملية نقله إلى البيت .

### 5.1 الرقابة<sup>2</sup> Control

إن العمل لا ينتهي عند التحسين فقط ولكن لا بد من عمل الرقابة حتى نضمن نجاح هذا التحسين واستمراره، بدون هذه الخطوة الحرجة والأخيرة من الـ DMAIC فإن العادات و الطرق القديمة سوف تعود بسرعة و بذلك نكون قد فشلنا و كلفنا المنظمة بدون فائدة، لذلك يجب أن نضع الأسس لضمان العمل بالمنهج الجديد لاستمرارية عملية التحسين، و يجب أيضا توثيق الطرق الجديدة و العمليات لضمان استمرارها، و عمل خطة جديدة للرقابة و تعليمات جديدة يجب إتباعها.

### المبحث الرابع: تطبيق ستة سيقما في المستشفيات

إن تطبيق ستة سيقما في المستشفيات مهم جدا و ذلك لطبيعة القطاع الصحي الذي لا يسمح بوجود الأخطاء و في هذا المبحث سوف نتناول متطلبات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات في المبحث الأول، فوائد و محددات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات في المبحث الثاني و أهم المستشفيات التي طبقت ستة سيقما في المبحث الثالث.

### المطلب الأول: متطلبات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات<sup>3</sup>

- ✓ مساندة إدارة المستشفى لعمليات ونشاطات تنفيذ البرنامج.
- ✓ التركيز على المرضى بصفتهم الموضوع الذي تهتم ستة سيقما بمعالجة مشكلاته.
- ✓ البيئة التحتية للمستشفى أي التركيز على المتطلبات البيئية و الصحية و العلاجية و التأهيلات التي تتضمن ظروف أفضل لمعالجة المريض وصحته.
- ✓ التدريب و التأهيل تنمية معارف و مهارات الأفراد في مجال الرعاية الصحية، وتوفير متطلبات المعالجة الكافية للمرضى.
- ✓ التحسين المستمر أي الاستفادة من الأدوات الإحصائية و التغذية العكسية لأغراض التحسين، و تحقيق الغرض الرئيسي لستة سيقما) التخلص من المسببات التي قد تعجل أو تزيد من الوفيات في المستشفى) ، أو( المسببات التي تضعف من مستوى الجودة في المستشفى).

1 نضال حلمي السلامة، مرجع سبق ذكره، ص. 44.

2 أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مرجع سبق ذكره، ص. 148.

3 زينب شلال عكار، مرجع سبق ذكره، ص. 35.

## المطلب الثاني : فوائد و محددات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات

### 1. فوائد تطبيق ستة سيقما في المستشفيات<sup>1</sup>

- ✓ تخفيض الأخطاء الطبية.
- ✓ تخفيض الأخطاء في الأدوية الخطرة جدا.
- ✓ تخفيض الأخطاء الإدارية.
- ✓ تحسين وقت طلبات الصيدلية.
- ✓ تخفيض معدل الدوران الوظيفي.
- ✓ رفع الطاقة الإنتاجية لغرف العمليات.
- ✓ تخفيض مدة إقامة المريض في المستشفى.
- ✓ تخفيض فقدان أفلام الرنين المغناطيسي.
- ✓ تخفيض وقت انتظار مرضى الطوارئ.

### 2. محددات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات<sup>2</sup>

- ✓ عدم الفهم الواضح لأسلوب ستة سيقما و التعامل معه بطريقة غير صحيحة.
- ✓ عدم كفاية الموارد في المنظمة لتبني أسلوب ستة سيقما.
- ✓ تردد القيادة في إجراء تحسينات كبيرة بانتهاج أسلوب ستة سيقما و محاولة اكتفائها بتحسينات بسيطة غير مكلفة.
- ✓ قياس أداء المنظمات (المستشفيات) بشكل غير موضوعي.
- ✓ الحاجة الملحة للاستعانة بخبراء في ستة سيقما بداية الطريق حتى يتم التطبيق كما ينبغي أن يكون و عدم المجازفة بمستقبل المنظمات (المستشفيات).
- ✓ عدم الاهتمام باحتياجات الزبائن.
- ✓ عدم فاعلية الاتصالات بين الإدارة و الزبائن.
- ✓ التدريب غير الفعال.
- ✓ عدم كفاءة نظم المعلومات المعمول بها في المنظمات (المستشفيات).
- ✓ عدم توافر نظام حوافز.
- ✓ عدم تقبل التغيير من قبل العاملين في المنظمة (المستشفى).

1 سمير خليل إبراهيم جوادة، مرجع سبق ذكره، ص.85.

2 توفيق محمد عبد المحسن، اتجاهات حديثة في التقييم والتميز في الأداء - ستة سيقما وبطاقة القياس المتوازن، دار النهضة العربية، 2006، ص.290-293.



✓ غياب نظم القياس و التقييم الفعالة.

✓ عدم كفاءة أساليب التخطيط والرقابة.

### المطلب الثالث: أهم المستشفيات التي طبقت ستة سيقما

قامت العديد من المؤسسات الصحية بتطبيق ستة سيقما أبرزها:<sup>1</sup>

✓ **Mount Carmel Health system** و هي عبارة عن مجموعة مكونة من ثلاث مستشفيات في منطقة

Clombus في ولاية أوهايو Ohio، حيث يبلغ عدد موظفيها 7300 موظف، وحققت عوائد في تقريرها المالي بقيمة 3.1 مليون دولار نتيجة تطبيقها لستة سيقما.

✓ **Charleston Area Médical Centre** حيث يشمل على 919 سريرا و هو عبارة عن ثلاث مستشفيات في ولاية فرجينيا حيث حققت 841000 دولار عن طريق تطبيق ستة سيقما.

✓ **Thibodaux Regional Medical Center** و هو مركز غير ربحي يشمل على 149 سريرا في منطقة Louisiana حيث بدأ تطبيق ستة سيقما في عام 2001م و في عام 2002م ذكرت في تقاريرها أنها حققت وفورات فاقت 475000 دولار في السنة.

✓ **Fairview Health Services in Minneapolis** و التي تعتبر من أحد أهم مقدمي الرعاية الصحية الأربعة في مدينة Twin، حيث بدأت بتطبيق ستة سيقما بشكل جزئي في 2002م، و قبل الانتهاء من المشاريع التي قد قامت بتنفيذها فقد قررت المضي قدما في التطبيق الكلي لبرنامج ستة سيقما، وعقدت المزيد من الدورات التدريبية، و في عام 2005م حصدت الشركة نتائج تطبيق ستة سيقما و هو إحداث تغيير واسع في تحديد الأولويات و تحسين الأداء.

✓ **Red Cross Hospital** في مدينة بيغرويك في هولندا، الذي يشمل على 384 سريرا، قد تم تطبيق ستة سيقما في المستشفى لتعزيز عملية التحسين و التطوير المستمر، حيث كانت في السابق تعتمد على نظام ISO2000 ثم حصلت على شهادة في هذا المجال في عام 2000م، و قد بدأ تطبيق ستة سيقما عن طريق الاستشارات الخارجية وقد تم تحقيق ملاحظة تحقيق وفورات سنوية في العمل بمقدار 25000 دولار، ومن المتوقع أن يبلغ مجموع الوفورات السنوية لجميع المشاريع قيد التشغيل إلى 3.6 مليون دولار.

1- سمير خليل إبراهيم جوادة، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 83، 84.

## خلاصة الفصل الأول

بعد دراستنا لهذا الفصل والخاص بستة سيقما يمكننا أن نستخلص ما يلي:

1. إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية متكاملة المداخل، حيث كان لها وقع إيجابي من خلال مساهمات جوران و ديمغ و التي أكملها ووضعها موضع التنفيذ أكثر من متخصص ياباني منهم إيشيكاوا و تاكوجي و الذي في واقع الأمر تعمقوا فيها لتصبح علما متخصصا يؤدي إلى ارتفاع الإنتاجية، أما عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات فتكمن في اعتبارها أحد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات وتقديم الجودة العالية والتي يترتب عنها إرضاء العميل باعتباره مفتاح النجاح لأي مؤسسة.
2. تعتبر ستة سيقما امتداد لإدارة الجودة الشاملة و أحد أهم أدواتها الحديثة، و هي طريقة منضبطة جدا تساعد المنظمات للوصول إلى درجة عالية من درجات الجودة و الكمال كونها تركز على ثلاث نقاط رئيسية هي: رضا الزبون، تقليل زمن دورة العمل، تقليل العيوب، و لا يمكن أن تطبق ستة سيقما دون وجود أدوار جديدة ومهام جديدة للعاملين فيها وذلك بتشكيل ما يسمى فريق عمل ستة سيقما.
3. ستة سيقما عملية منظمة لها معاييرها و مبادئها وكذا أدواتها و كل ذلك من شأنه أن يسمح للمنشآت و يمكنها من التحسن بصورة كبيرة فيما يختص بعملياتها الأساسية و هيكلها، تقوم ستة سيقما بوضع نموذج مشترك أو عملية مشتركة لأعضاء فريق عمل ستة سيقما تعرف بنموذج DMAIC.
4. إن تطبيق ستة سيقما في المستشفيات مهم جدا و ذلك لطبيعة القطاع الصحي الذي لا يسمح بوجود الأخطاء،
5. إن استخدام ستة سيقما يقلل الأخطاء الطبية ويقلل وقت بقاء المريض في المستشفى ويقلل وقت انتظار المرضى في قسم الطوارئ ويقلل مخزون المواد المستهلكة في المستشفى.
6. ستة سيقما غنية بالأدوات التي تساعد الأفراد على اتخاذ قرارات أفضل، و على حل المشاكل و إدارة التغيير.

## الفصل الثاني

جودة الخدمات الصحية

و واقع المنظومة الصحية

في الجزائر

**تمهيد**

لقد حظي قطاع الصحة باهتمام العديد من الباحثين في مجال الطب أو الإدارة نظرا لما له من أهمية قصوى تتمثل في صحة المواطنين، ولأن المؤسسات الاستشفائية واسطة في تقديم الخدمة الصحية فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية و الأصحاء الذين يطلبون الوقاية، وبالتالي تصبح مسألة تطوير الخدمة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة التغير العلمي والتكنولوجي في مجال الطب.

كما لقي موضوع الجودة المزيد من الاهتمام و الخصوصية من جانب المؤسسات الصحية ، فتحسين جودة ما تقدمه هذه المؤسسات من خدمات صحية يحقق منافع للفرد بصفة خاصة و للمجتمع ككل بصفة عامة، ومع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، وتزايد وعي واهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلي حاجياته و تحقق رغباته من جهة أخرى، ظهرت رهانات جديدة أمام هذه المؤسسات في كيفية الحصول و الحفاظ على رضا المريض، والتي اعتبرت الدافع وراء الاهتمام بجودة خدماتها و التميز في خدمة زبائنها.

إن الاهتمام بجودة الخدمات ليس موضوعا جديدا، لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في وضع المعايير الملائمة لجودة الخدمات الصحية و تقويم مستويات الأداء باستخدام طرق علمية و أساليب إحصائية حديثة.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلبا أساسيا تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، و الجزائر من بين الدول التي تسعى لتطوير و تحسين الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

و للإلمام أكثر بالموضوع تم تقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث كما يلي:

**المبحث الأول: الخدمات الصحية**

**المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية**

**المبحث الثالث: أبعاد (معايير) و قياس جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها**

**المبحث الرابع: واقع المنظومة الصحية في الجزائر**

## المبحث الأول: الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي لذلك فهي تولى أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها. وستتطرق في هذا المبحث مفهوم الخدمات الصحية في المطلب الأول، خصائص الخدمات الصحية في المطلب الثاني و في المطلب الثالث سنتطرق إلى أنواع الخدمات الصحية.

### المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية

#### 1. تعريف الخدمة:

عرف رائد المدرسة الحديثة Philippe KOTLER الخدمة على أنها: " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف آخر يكون في جوهره غير ملموس و لا يترتب عليه أي ملكية و أن إنتاجيته قد يرتبط بمنتج مادي و قد لا يكون " كما عرفها Gean Lapeyre بأنها: " تلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة لحاجات و رغبات الزبون دون أن يتطلب ذلك إنتاج لشيء ملموس."<sup>1</sup>

أما STONTON فقد عرف الخدمة بأنها:<sup>2</sup> "النشاطات غير الملموسة و التي تحقق منفعة للزبون أو العميل، و التي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة، أي أن إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب دوما استخدام سلعة مادية." يشدد هذا التعريف على خاصية عدم ملموسية الخدمة من جهة وعلى إمكانية انفصالها عن السلعة. من التعاريف السابقة نستخلص أن الخدمة هي مجموعة من المنافع ذات طبيعة غير ملموسة قد ترتبط بمنتج ملموس أو لا ترتبط به، تستهلك عند وقت إنتاجها وتهدف أساسا إلى إشباع حاجات و رغبات الزبائن.

#### 2. تعريف الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية W.H.O الصحة بأنها:<sup>3</sup> "حالة السلامة البدنية و النفسية و الاجتماعية الكاملة، و ليس مجرد غياب المرض أو الاتزان."

1 والة عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية و التجارية، فرع تسويق، جامعة الجزائر3، 2011، ص ، ص:3،4

2 بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي،الخدمات-مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع،عمان،1999،ص.37.

3 طلعت الدمرداش إبراهيم ،اقتصاديات الخدمات الصحية،مكتبة القدس،الطبعة الثانية، الزقازيق:مصر،2006،ص.17.

أما Winslow فقد عرف الصحة على أنها<sup>1</sup> "الصحة هي علم وفن الوقاية من المرض، و إطالة العمر، و ترقية الصحة و الكفاية و ذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة و مكافحة الأمراض المعدية و تعليم الفرد الصحة الشخصية و تنظيم خدمات الطب و التمريض للعمل على التشخيص المبكر و العلاج الوقائي للأمراض و تطوير الحياة الاجتماعية و المعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة و الحياة.

و لو نظرنا إلى المعاجم لوجدنا أنها تفسر و تعرف الصحة على أنها<sup>2</sup> "حالة حسنة أو سوية جسميا و عقليا أو ذهنيا و لكن أيضا بعيدا من النشوة و الألم أو المرض."

و بذلك يكون مفهوم الصحة أوسع من مجرد غياب المرض ولكنه يبقى محايدا بحيث أن كل فرد مدعو لتعريف الصحة مما يجعلها من غير الممكن أن يكون لها تعريفا موحدا.

### 3. تعريف الخدمات الصحية:

تطرق العديد من الباحثين و الممارسين في مجال اقتصاديات الصحة إلى العديد من المقاربات و التعاريف المرتبطة بالخدمات الصحية، حيث عرف كوتلر و آخرون الخدمة أنها "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر و تكون أساسا غير ملموسة و لا ينتج منها أي ملكية و أن إنتاجها و تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبط به"<sup>3</sup>

و قد جمع العديد من الباحثين بين الخدمة و الصحة للوصول إلى مفهوم متكامل للخدمات الصحية حيث تعريف الخدمة الصحية على أنها:<sup>4</sup> "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع و البيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية و المستحضرات الطبية و الأجهزة التعويضية و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين و علاجهم و وقايتهم من الأمراض"

كما عرف "البكري" الخدمات الصحية على أنها:<sup>5</sup> "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تداخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول و انتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل."

هذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه إلى ثلاث أبعاد للخدمة الصحية هي:

1 سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: الجزائر، 2004، ص.41.

2 عبد المهدي بوعنة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، دار الحامد، الطبعة الأولى، عمان: الأردن، 2004، ص.26.

3Philippe kotler et al, marketing management, pearsoneducation, France, 12 edition, 2006, p461-

4مرزوق محمد عدنان، مداخل في الادارة الصحية، دار الولاية للنشر و التوزيع، عمان، 2012، الطبعة الأولى، ص:35

5 ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار الياز وري العلمية، عمان: الأردن، دون سنة نشر، ص.168.

### 1. الصفة المميزة للخدمة

وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها و التي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

### 2. المنافع المرجوة من الخدمة

وتتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، و التي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للزبون. و المتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس و غير الملموس و بما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.

### 3. الخدمات الساندة

وتتمثل بكافة العناصر المضافة التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، ملاك الاستقبال للمرضى، خدمات الاتصالات التليفونية، التنسيق مع المستشفيات الأخرى والمنظمات الاجتماعية الإنسانية... الخ. و عرفت الخدمة الصحية أيضا بأنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة و التي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية، و ليس فقط علاج الأمراض و العلل."<sup>1</sup> و يمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات إلى:<sup>2</sup>

#### 1. منافع مباشرة ملموسة

يمكن قياسها وحسابها و تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

#### 2. منافع مباشرة غير ملموسة

يصعب قياسها، و تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.

#### 3. منافع غير مباشرة ملموسة

يمكن حسابها و تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة

1 زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد، عمان:الأردن، 1998، ص.87.

2 بجدادة نجا، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، تلمسان:الجزائر، 2012، ص.30.

## المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية

تتمتع الخدمات الصحية كغيرها من الخدمات بمجموعة من الخصائص من أبرزها نجد:<sup>1</sup>

**عدم ملموسية الخدمات الصحية:** بما أن الخدمة تمثل عملا أو نشاطا يقدمه طرف ما إلى طرف آخر فإن هذا يعني عدم وجود جانب ملموس يمكن رؤيته أو لمسه أو تذوقه قبل اتخاذ قرار الشراء والاستفادة فعلا منه، أي أن المستفيد لا يتعرف على الخدمة إلا بعد أن يقوم بعملية الشراء.

**غير قابلة للانفصال (التماسك):** إن إنتاج وتقديم الخدمات الصحية يتطلب وجود مقدم هذه الخدمة و المستفيد منها، حيث أن الجراح لا يستطيع أن يقوم بالعملية الجراحية إلا عندما يتواجد المريض الذي يكون بحاجة له لذلك فإنها تتصف بكونها تقدم وتستهلك في نفس الوقت. و هذا لا ينطبق على السلع المادية حيث يستطيع أحد أفراد الأسرة شراء الدواء من الصيدلية للمريض و لكن لا يستطيع هذا الفرد الخضوع للفحص الطبي بدلا من المريض.

**عدم تماثل الخدمات (التباين):** تتصف الخدمات بشكل عام و الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة و أداء وسلوك مقدم الخدمة و الزمان و المكان، وعلى المعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية.

**تلاشي الخدمة الصحية:** بما أن الخدمات تمثل نشاطا أو فعلا فإنها تتلاشى وتنتهي سواء إن تمت الاستفادة أو لم تتم الاستفادة منها و لا يمكن خزنها لحين وقوع الطلب عليها.

تنتج الخدمات الصحية عند وقوع الطلب عليها، و إن هذا الطلب يقع عندما يلتقي كل من مقدم الخدمة و المستفيد منها.

**عدم انتقال الملكية:** يعتبر ميزة خاصة بالخدمات مقارنة بالسلع الملموسة و إن ما يحصل عليه المستفيد من الخدمة هو مجموعة من المنافع و لكن يستطيع المريض تحقيق انتقال ملكية السلع المساعدة للعلاج مثل الحبوب، الشراب، أدوات التضميد، الحقن وغيرها من السلع التي تعزز كفاءة الخدمات الطبية و تحقق الشفاء للمريض.

**تذبذب الطلب:** يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب و عدم الاستقرار و ذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج و الكوارث و الحروب وغيرها من العوامل فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، و في فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية الصيف يكون هناك طلب على الأدوية و العناية الصحية، وعندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فان الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة و التلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها.

1 ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص. ص. 100.103.



## المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية

تنقسم الخدمات الصحية حسب أغلب النظم الصحية العالمية إلى قسمين، هما:<sup>1</sup>

## 1. الخدمات الصحية العلاجية:

و تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، و تشمل: خدمات تشخيصية.

خدمات العلاج: و تتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات و التدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر.

خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء: هي عبارة عن خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

## 2. الخدمات الصحية الوقائية:

وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو كما يطلق عليها البعض بخدمات الصحة العامة أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأضرار المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد و المشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة فهي بذلك تمثل خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وتشتمل:

- خدمات التطعيم ضد الأمراض و الأوبئة.
- خدمات رعاية الأمومة و الطفولة.
- خدمات مكافحة الحشرات و الحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض و الفئران.
- خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء و لمشروبات.
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي و الزراعي.
- خدمات الإعلام و نشر الوعي الصحي.

و يوجد تقسيم آخر للخدمات الصحية، يتضمن:<sup>2</sup>

الخدمات الطبية.

الخدمات شبه الطبية؛

1 طلعت الدمرداش ابراهيم ، مرجع سبق ذكره، ص. ص. 25.26.

2 نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، باتنة: الجزائر، 2012، ص. 21.

الخدمات الصيدلانية.

الخدمات الجراحية.

خدمات ترميم الأعضاء.

الخدمات الوقائية (الأولية و الثانوية).

الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء، نوع الحياة).

### المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

إن الاهتمام بجودة الخدمات الصحية يعتبر أمرا حتميا نظرا لارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية، كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية، حيث يتوقف تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى على ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات.

قبل التطرق إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، نرى من المفيد أن نتطرق إلى مفهوم جودة الخدمة أولا وذلك في المطلب الأول من هذا المبحث، مفهوم جودة الخدمة الصحية في المطلب الثاني، و في المطلب الثالث سوف نتطرق إلى أهداف و مستويات جودة الخدمة الصحية.

### المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة

من بين أهم تعاريف جودة الخدمة نذكر:

عرف "GRONROOS" جودة الخدمة بأنها:<sup>1</sup> "نتيجة عملية تقييم يقارن فيها الزبون توقعاته بالخدمة المقدمة له أو التي قدمت له."

وعرفها "CARISON" بأنها:<sup>2</sup> "المستوى الممتاز للخدمات، الذي تختاره المؤسسة من أجل تلبية احتياجات عملائها في كل مكان و زمان."

وتعرف جودة الخدمة بأنها:<sup>3</sup> "معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة."

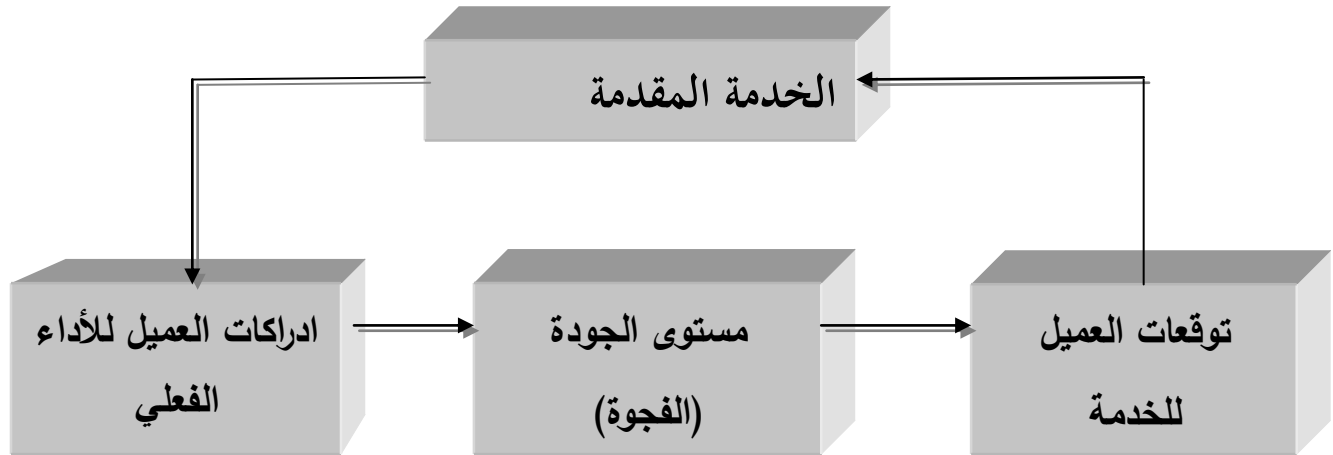
وذلك على النحو الذي يعرضه الشكل رقم (3) :

1 دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، ورقلة: الجزائر، 2012، ص.44.

2 بن نافلة قدور، مزريق عاشور، مرجع سبق ذكره، ص.12.

3 عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة: مصر، 1999، ص.337.

الشكل رقم (3) : جودة الخدمة<sup>1</sup>



وينتج عن هذا الشكل ثلاث مستويات لجودة الخدمة:

الخدمة العادية: و هي التي تتحقق عندما يتساوى إدراك العميل لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.

الخدمة الرديئة: هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي عن المستوى المتوقع من قبل العميل.

الخدمة الممتازة: و تتحقق عندما يفوق الأداء الفعلي توقعات العميل بالنسبة لمستوى الخدمة.

إن غالبية التعاريف الحديثة لجودة الخدمة تراها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العميل لهذه الخدمة.

### المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها:<sup>2</sup> "التوافق مع المعايير و الأداء الصحيح بطريقة آمنة و مقبولة من

المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية و نسبة الوفيات و الإعاقة و سوء التغذية."

كما تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية جودة الخدمات الصحية بأنها:<sup>3</sup> "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف

عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة."

1 عوض بدير الحداد، مرجع سبق ذكره، ص.337.

2 و فيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة و طرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، أيام 26-27 أفريل، 2006، ص.3.

3 عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص.187.

و يتضح من التعريفين السابقين أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية و تقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقا، بهدف تحسين جودة الخدمة الصحية.

كما عرفت جودة الخدمات الصحية بأنها:<sup>1</sup> "تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض و تجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض و ذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقته المريض و ما حصل عليه من فوائد إضافة إلى ضرورة التوثيق المفعول للعملية التشخيصية و العلاجية."

و عرفها المعهد الطبي الأمريكي بأنها:<sup>2</sup> "مستوى تقدم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع وموائمة هذه النتائج مع الإمكانيات و المعرفة الحديثة."

و عرفت بأنها:<sup>3</sup> "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما متوقع."

و قد عرف PALMAR جودة الخدمة الصحية بالنظر إليها من الزوايا التالية:<sup>4</sup>

**المريض:** على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف و الاحترام.

**الطبيب:** وضع المعارف و العلوم الأكثر تقدم أو المهارات الطبية في خدمة المريض.

**المالكيين:** الحصول على أحسن العاملين و أفضل التسهيلات لتقدم الخدمة للزبائن.

**إدارة المستشفى:** تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية، و يحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، و الخبرات و نوعيتها و الخدمة الصحية المقدمة و التعامل المثالي مع المريض و الإداري، و الالتزام بالمعايير و الأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية.

و في ضوء ما تقدم يمكن القول بأن<sup>5</sup> برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده في المعايير المتعارف عليها و أن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية . و عليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات و الإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها( المرضى وغيرهم ) على نحو نظامي وموضوعي، يساهم في تقديم

1 نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

2 عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير و العلوم التجارية، تلمسان: الجزائر، 2012، ص. 89.

3 ناصر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص. 199.

4 صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، جانفي 2012، ص. 72.

5 عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص. 90.

الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية و ذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية و الذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم و بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب و المكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، و هذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية و تحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم.

## المطلب الثالث: أهداف ومستويات جودة الخدمات الصحية

### 1. أهداف جودة الخدمات الصحية:

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير و إجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية.<sup>1</sup>

تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم و يحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.

اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات و الأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.

تبنى العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، و العمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.

تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة.

### 2. مستويات جودة الخدمات الصحية

من أجل تحقيق الأهداف سابقة الذكر، يجب التمييز بين أربعة مستويات مختلفة للجودة، هي كالتالي:<sup>2</sup>

#### 1. الجودة المتوقعة

هي مستوى الجودة الذي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، أو هي مستوى الخدمات الذي تريد تقديمه لزيائنها عبر وسائلها المتاحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية و الخارجية المفروضة عليها.

#### 2. الجودة المقدمة

تعبّر عن مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل.

#### 3. الجودة المدركة

وتعني مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، و هو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضا الزبون.

<sup>1</sup> طلال بن عايد الأحدي، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض: السعودية، 2004، ص.128.

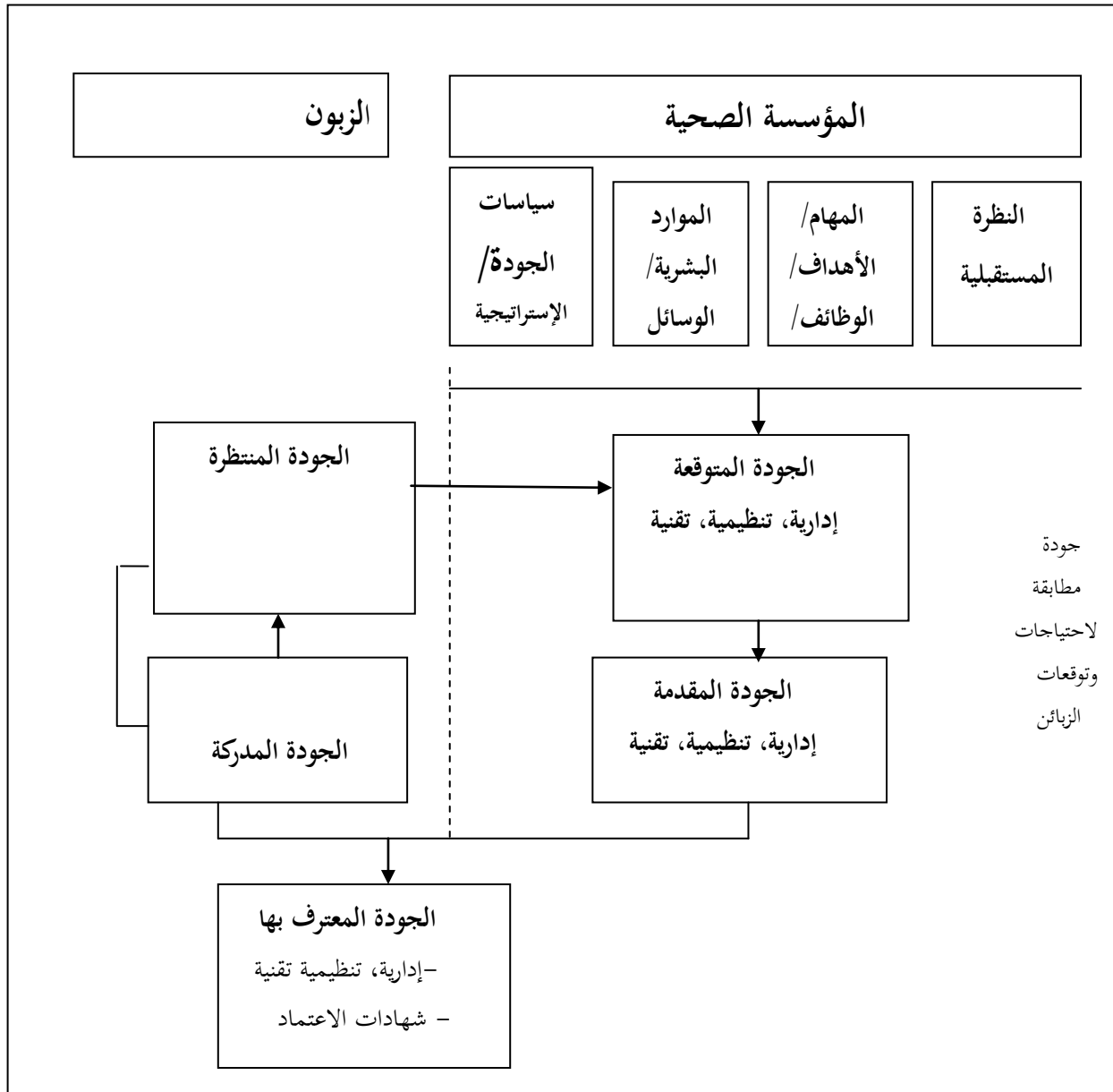
<sup>2</sup> نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص.41.40.

4. الجودة المنتظرة

تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون، من خلال مفهومه الخاص (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات و الأدوية...). ويتم الحصول عليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتمادا على معايير المريض و اهتماماته.

و تتضح العلاقة بين مستويات الجودة في الشكل الموالي:

الشكل رقم (4): تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية



المصدر: نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص.41.

من خلال الشكل، نلاحظ أن كلا من الجودة المتوقعة و الجودة المقدمة يتعلقان بالمؤسسة و يعكسان مستوى أدائها، أما الجودة المنتظرة و الجودة المدركة فيعكسان وجهة نظر الزبائن و مستوى رضاهم.

### المبحث الثالث: أبعاد (معايير) و قياس جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها

إن تحديد أبعاد جودة الخدمات الصحية و قياسها، يعد من المواضيع التي استحوذت على اهتمام الكثير من الباحثين. سنحاول في هذا المبحث، التعرف على أبعاد جودة الخدمات الصحية في المطلب الأول، قياس جودة الخدمات الصحية في المطلب الثاني، و في المطلب الأخير سوف نتعرف على أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.

#### المطلب الأول: أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثر فيها:

توجد جملة من الأبعاد لجودة الخدمة الصحية حيث تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها و يمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر الآتية:<sup>1</sup>

##### 1. بعد الاستجابة:

بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة و في جميع الأوقات للحالات المرضية و الإصابات التي ترد إليها ، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية و الإجابة السريعة على جميع استفساراتهم و الشكاوي المقدمة من قبلهم و كذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها .

##### 2. بعد الاعتمادية:

بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة و في جميع الأوقات للحالات المرضية و الإصابات التي ترد إليها ، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية و الإجابة السريعة على جميع استفساراتهم و الشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها .

<sup>1</sup> أكرم أحمد الطويل و آخرون، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية "دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة (تكرت للعلوم الإدارية و الاقتصادية)، العدد 19، جامعة تكريت، 2010، ص.ص.38.39.

### 3. بعد الضمان:

إن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء ، ممرضين ، وغيرهم ) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة .

### 4. بعد الملموسية:

يشير بعد الملموسية إلى التسهيلات المادية و التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى و المراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى و وسائل الراحة و الترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض و الوسائل التعليمية و الكتب ، و كذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ، و حداثه المعدات و الأجهزة و الأدوات الصحية (الطبية و المختبرة و الأشعة و التمريضية و غيرها) و نظافة العاملين و هندامهم اللائق ومظهر الأثاث و الديكور وجاذبية المستشفى و التصميم و التنظيم الداخلي لها .

### 5. بعد التعاطف

يشير بعد التعاطف إلى العلاقة و التفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية و أعضاء الفريق الصحي و الفني و الإداري و المحاسبي فيها . و يقصد به وجود الثقة و الاحترام و اللباقة و اللطف و الكياسة و السرية و التفهم و الإصغاء و التواصل بين مقدمي الخدمة الصحية و المستفيدين منها (المرضى) ، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية و استجابة المرضى للتعليمات الصحية ، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية و الإصغاء لشكوى المريض و تلبية احتياجاته بروح من الود و اللطف .

و في ما يلي الجدول رقم (3) يوضح أبعاد جودة الخدمات الصحية و ما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقدم الخدمة الصحية:



الجدول رقم (3) : أبعاد جودة الخدمات الصحية<sup>1</sup>

| الأمثلة   | معايير التقييم   | البعد          |
|---|--|----------------|
| نظافة العيادات.<br>نوعية الطعام المقدم للمقيمين في المؤسسة الصحية.  | الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج.<br>المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة.<br>أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة.      | الملموسية      |
| ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المؤسسة الصحية.<br>له ثقة بأن حياته بين أيدي آمنة. | دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة.<br>صحة القوائم المالية.<br>المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.              | الاعتمادية     |
| وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة.<br>غرفة العمليات جاهزة كلياً و لكل الحالات.                            | تقديم خدمات علاجية فورية.<br>استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية.<br>العمل على مدار ساعات اليوم.                        | الاستجابة      |
| النظر للمريض بأنه دائماً على حق.<br>المرضاة بمثابة الأم الحنون للمريض.  | اهتمام شخصي بالمريض.<br>الإصغاء الكامل لشكوى المريض.<br>تلبية حاجات الزبون بروح من الود و اللطف.                     | التعاطف        |
| المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء.<br>تدريب و مهارة عالية في الأداء.                                      | سمعة و مكانة المؤسسة الصحية العالية.<br>المعرفة و المهارة المتميزة للأطباء.<br>الصفات الشخصية لمقدمي الخدمات الصحية. | الأمان و الثقة |

<sup>1</sup>واله عائشة، مرجع سبق ذكره، ص: 87.

المطلب الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

كثيرا ما تجد المؤسسات الخدمية كالمستشفيات صعوبة في فهم تجارب الزبون مع الخدمة و كيفية تقييمه لها، ومن ثم تأتي أهمية المقاييس المستخدمة لقياسها. ومن أهمها:

1. أسلوب الفجوة \*SERVQUAL

دراسات قياس جودة الخدمة تنطلق في معظمها من كتابات الثلاثي الشهير (Berry, Parasuraman, zeithmal)، خلال الثمانينات الفكرة الأساسية لهذا النموذج هي أهمية دور المستهلك و تجابه في تحقيق جودة الخدمة، و أهمية تحقيق توقعاته، لكسب رضاه و ولائه. من هذا المنطلق، تأتي أهمية أن يبني تقييم الجودة على شعور الزبون نفسه، لتتمكن المؤسسة من أن توجه جهودها بالاتجاه الصحيح، Berry و زملاءه بنو نموذجا مفاهيمي يعرف جودة الخدمة على أساس خمس فجوات، أهمها الفجوة بين الأداء الذي يتوقعه الزبون من مؤسسات القطاع عموما و الأداء الفعلي للمؤسسة المدروسة، الأداء عالي الجودة حسب هذا النموذج هو الذي يفاجئ الزبون، أو يفوق توقعاته، ومن هنا تأتي المعادلة:

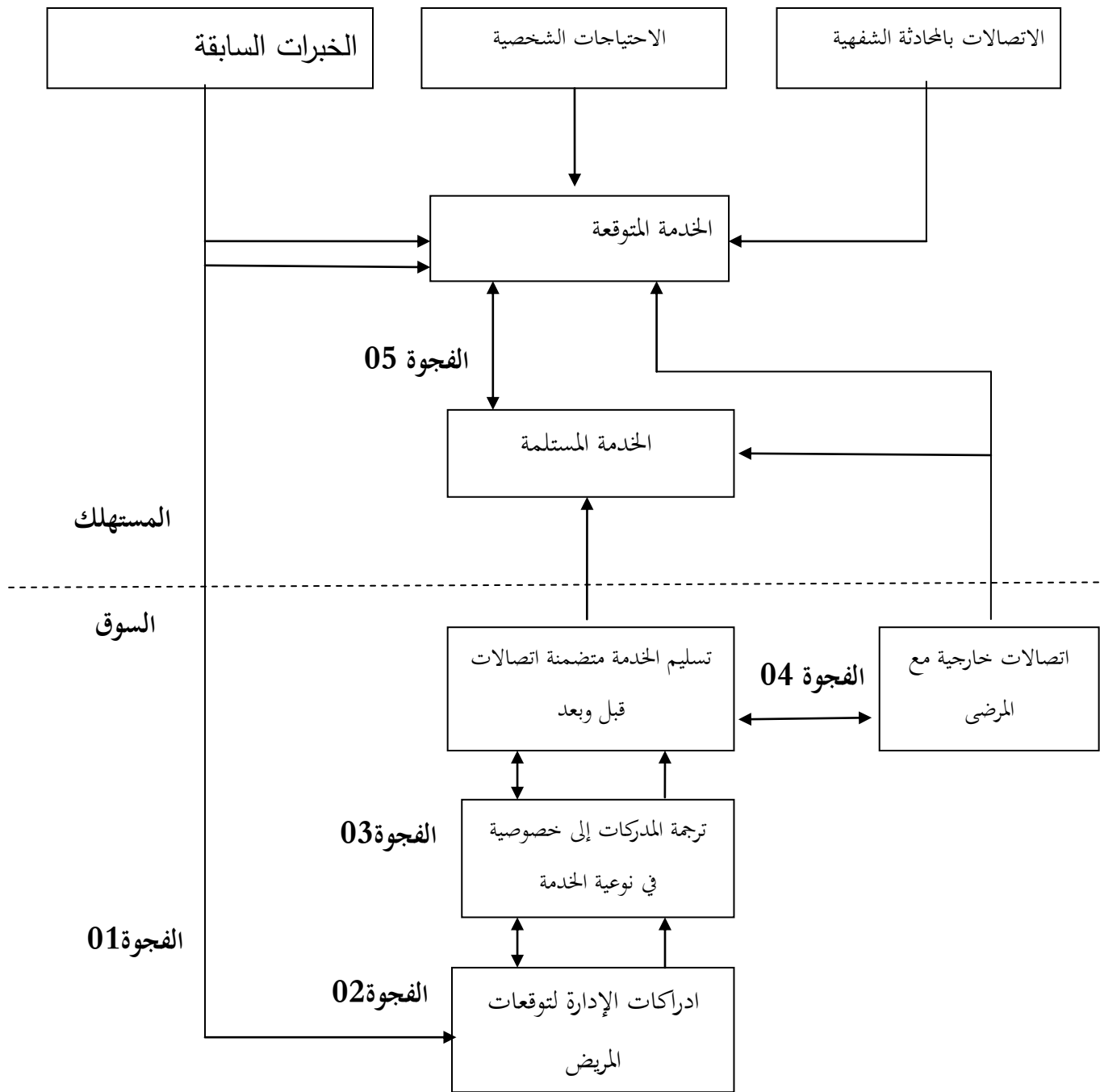
**الجودة = الإدراكات - التوقعات**

بالتحديد هذا يعني قياس درجة و اتجاه الفرق بين الأداء الفعلي للخدمة (الصحية) حسب إدراك الزبون، و بين ما يتوقع الحصول عليه تبعا لحاجاته، و تجاربه السابقة، وما ينمي لسمعه من تجارب الآخرين.<sup>1</sup>

الشكل رقم (5) الموالي يوضح هذه الفجوات الخمس:

<sup>1</sup>صلاح بوعبد الله، قياس أبعاد جودة الخدمة، مجلة (العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، العدد 10، محمد بوضياف، المسيلة:الجزائر، 2010، ص.93.  
الجمع وباختصار لكلمتين (Service) وتعني الخدمة + (Qualité) وتعني الجودة.

الشكل رقم (5): نموذج الخدمة - الفجوات الخمس -



المصدر: تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص.218.

يوضح الشكل رقم (5) الفجوات التالية:<sup>1</sup>

### 1. الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة لهذه التوقعات

وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين إدراك إدارة المستشفى لتوقعات المرضى، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات و رغبات المرضى المتوقعة، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل. و لكن قد يكون الأمر بشكل آخر إذ أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضات.

### 2. الفجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى ومواصفات جودة الخدمة

و تنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل و بين ادراكات الإدارة لتوقعات المرضى، بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة و رغباتهم معروفة للإدارة فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بالموارد المالية أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة. ربما تدرك إدارة المستشفى و بصورة صحيحة رغبات المريض و لكنها لا تحدد معايير أداء واضحة. كما هو في قيام الإدارة بإخبار الملاك التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك الإجراء.

### 3. الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية و تقديم الخدمة

تظهر بسبب كون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات. و قد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة. و الذي يرجع بدوره إلى ضعف القدرة و الرغبة لدى هؤلاء العاملين. قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة. كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف و من ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

### 4. الفجوة بين الخدمة المستلمة والاتصالات الخارجية

و تنتج عن الخلل في مصداقية منظمة الخدمة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة من خلال الاتصال بالمرضى تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها بالفعل. و تتمثل بالاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا و عبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى. كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض و إدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة و أنيقة و أسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين. و لكن عند وصوله للمستشفى يجد العكس من ذلك.

### 5. الفجوة بين الخدمة المستلمة و الخدمة المتوقعة

تمثل الإدراكات (الفعالية)/التوقعات، حيث أن جودة الخدمة هي إحدى العوامل التي تعادل أو تفوق توقعات المريض، فالتقييم الشخصي لجودة الخدمة على أنها عالية أو منخفضة يعتمد على كيفية إدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة في سياق ما يمكن أن

إصفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء-البصرة، مجلة (دراسات إدارية)، المجلد 4، العدد 7، جامعة البصرة، 2011، ص.ص. 24، 22.

يتوقعوه. و هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. كما هو الحال في محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، و لكن المريض يفسر ذلك بأن هناك شيء ما في حالته الصحية. و من الممكن أن يلاحظ من الشكل السابق بأن الفجوة رقم (5) هي الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى و كجزء من تصميم وصياغة النوعية للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعا تسهم في إظهار الفجوة رقم (5).

و قد تعرض هذا الأسلوب لعدة انتقادات نذكر منها:<sup>1</sup>

- ✓ صعوبة تعميم المعايير المستخدمة في النموذج على جميع أصناف الخدمات؛
- ✓ أصحاب هذا النموذج لم يميزوا بين الزبائن الذين لديهم خبرة في التعامل مع الخدمة ، و بين أولئك الذين ليست لديهم خبرة في التعامل مع الخدمة. فالصنف الأول نجد أن الفجوة المتوقعة عندهم تكاد تتطابق مع الجودة المدركة، وبالتالي تكاد تنعدم الفجوة، في حين أن الصنف الثاني يجد صعوبة في تقييم الجودة المتوقعة.
- ✓ يرى Cronin و Taylor عدم بساطة هذا الأسلوب وصعوبة تطبيقه في الحياة العملية، حيث يجب تطبيق المعايير المتعلقة بالجودة مرتين، مرة على توقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة، ومرة أخرى على إدراكاتهم لمستوى الخدمة الفعلية التي يحصلون عليها.

## 2. أسلوب الأداء الفعلي \* Servperf<sup>2</sup>

ظهر خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل (Taylor et Cronin)، يقوم هذا الأسلوب على أساس رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة، و يركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالعميل فقط ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات و هي دالة لإدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب التعامل مع المؤسسة، و مستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة. فالرضا حسب هذا الأسلوب يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة و الأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل و في هذا الصدد يرى أحد الباحثين أن العميل يقيم الخدمة على أساس خبرته السابقة و إذا ما انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء، و أن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمية للأداء الحالي، بمعنى أن: (الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة) .

النقاش لم يحسم بعد فيما يتعلق بأفضلية هذا الأسلوب أو ذلك، و تختبر الدراسات المتتالية صلاحية هذه الأساليب في الفروع المختلفة من الخدمات و في بلدان متقدمة ونامية، فمثلا دراسة Brochado عام 2009 قارنت في قطاع التعليم العالي بين خمسة نماذج:

<sup>1</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجود الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الاسكندرية: مصر، 2006، ص.304.

<sup>2</sup> عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص.83.

<sup>3</sup> الجمع و باختصار لكلمتين (Service) وتعني الخدمة + (Performance) وتعني الأداء.

importance-weightedservperf,importance-weightedservqual,hedperf,servqual, "servperf"، لم تصل الدراسة إلى تفضيل قطعي لأي من المقاييس المختبرة لكنها أكدت أن لـ servperf قدرة أكبر على القياس، إذ يتفوق على بقية المقاييس في الصدقية المعيارية، و الصدقية المفاهيمية، و القدرة التفسيرية.<sup>1</sup>

### المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في:<sup>2</sup>

#### 1. تحليل توقعات المريض:

تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، و يمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية،

#### 2. تحديد جودة الخدمة:

يجب على المستشفى أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.

#### 3. أداء العاملين:

عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة و يتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.

### المبحث الرابع: واقع المنظومة الصحية في الجزائر

رغم النقائص التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر، فقد عرفت المؤسسات الصحية الجزائرية العديد من الإصلاحات من أجل تحسين فاعليتها وجعلها أكثر تنافسية خصوصا مع ما يشهده قطاع الخدمات الصحية من فتح لفرص الاستثمار للقطاع الخاص. و عليه سوف نتطرق في هذا المبحث إلى تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر وذلك في المطلب الأول، أما في المطلب الثاني فسوف نتناول تنظيم وهيكله الخدمات الصحية في الجزائر، و في المطلب الأخير سنستعرض النقائص و أهم المستجدات في المنظومة الصحية الجزائرية.

<sup>1</sup>صلاح بوعبد الله،مرجع سبق ذكره،ص.96.

<sup>2</sup>صلاح محمود ذياب،مرجع سبق ذكره،ص.ص.74.73.

## المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي بالجزائر

مر القطاع الصحي في الجزائر بثلاث مراحل منذ الاستقلال إلى غاية السنوات الحالية تتمثل هذه المراحل فيمايلي:<sup>1</sup>

## 1. مرحلة من 1962 إلى 1965

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية و متدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، وهران، قسنطينة، و يتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية. و مراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم. و من جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا و يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين و الهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، و هو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 .

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، و ما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بنسبة 1962.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، و كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، و من جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية.

هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج و الاستشفاء و التي تسير من طرف وزارة الصحة، و المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن و البلديات و التي تسير من البلديات، و أخيرا مراكز النظافة المدرسية و التي تسير من طرف وزارة التعليم، و من جهة أخرى، هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، و لكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقد، و هذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكرامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009، ص. 132. 138.

## 2. مرحلة من 1965 إلى 1979:

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 إلى 1979 ، و هذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي.

و الهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، و كذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف و عدل بين المناطق الحضرية و الريفية، فنجد تركز الموارد البشرية الطبية و الشبه الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الكبيرة و غيابها تقريبا في المناطق الريفية و الشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للمريض.

و لقد كان قرار<sup>1</sup> مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، و وضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد، و ذلك بتسخير كافة الوسائل و الإجراءات لحماية الصحة و ترقيتها في البلد، و تعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. و انطلاقا من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من اجل تدعيمها خاصة في مجال التعليم و التكوين، و الزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

أما بشأن تطور الموارد المادية فهذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات. حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية و قاعات العلاج من جهة، و المستشفيات و القطاعات الصحية من جهة أخرى.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، و منذ 1975، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، و هكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية المرتبطة بتحديد المشكلات الاقتصادية و الاجتماعية، و هي كما يلي:

المشكلات الصحية كمكافحة الأمراض المتنقلة، مثل الملا ريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية... الخ

مكافحة الأمراض غير متنقلة كأمراض القلب، الأمراض العقلية... الخ

المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط و الأمن في العمل.

المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن و تحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 1، الامر رقم 73-65 للمؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بتاريخ 1974/01/01.



أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60% من مجموع النفقات، و 30% من طرف الضمان الاجتماعي، و الباقية 10% من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية AMG.

وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عد ترتيب الأولويات حسب أهميتها، و انعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان. و في النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها .

### 3. مرحلة من 1979 إلى 2007:

كان هدف اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن يدمج النظام الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على مايلي:

توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني و الأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976. إلزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأدوار ليست فقط وزارة الصحة، و إنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية للصحة.

البطاقة الصحية، كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.

التسلسل في العلاج و إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية و نجاعة.

بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أحرور و نقل وتكوين وغيرها.

و نواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه

المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة 1995 والمتعلق

بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 أنه

بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدية بين المؤسسات

الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، و هذا الأخير "النظام أو النهج التعاقدية" الذي يشرع في عملية التحريب بداية من

سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية

الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة

الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 ، فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر و المقدرة بـ 9.1% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية.. الخ كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.

من خلال ما سبق نجد أننا لجزائر منذ الاستقلال، سعت دوما لتطوير و تحسين منظومتها الصحية، بهدف تطوير و تحسين المستوى الصحي للأفراد، و ذلك من خلال بناء و تشييد المؤسسات الصحية، و تطوير الدراسات الطبية من خلال إصلاح النظام التعليمي، و إنشاء هياكل تدعيم نشاط وزارة الصحة.

### المطلب الثاني: تنظيم و هيكلية الخدمات الصحية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة و السكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، و توفير الدواء، و العمل على رفع المستوى الصحي للأفراد في الجزائر، و القضاء على مشاكلها الطبية تليها المستشفيات الجامعية و الجهوية، ثم القطاعات الصحية و الوحدات القاعدية التابعة لها، ويوضح الشكل رقم (06) الصورة السلمية لنظام الخدمات الصحية في الجزائر.

تمثل مختلف المستويات المشكلة للنظام الصحي في الجزائر فيما يلي:<sup>1</sup>

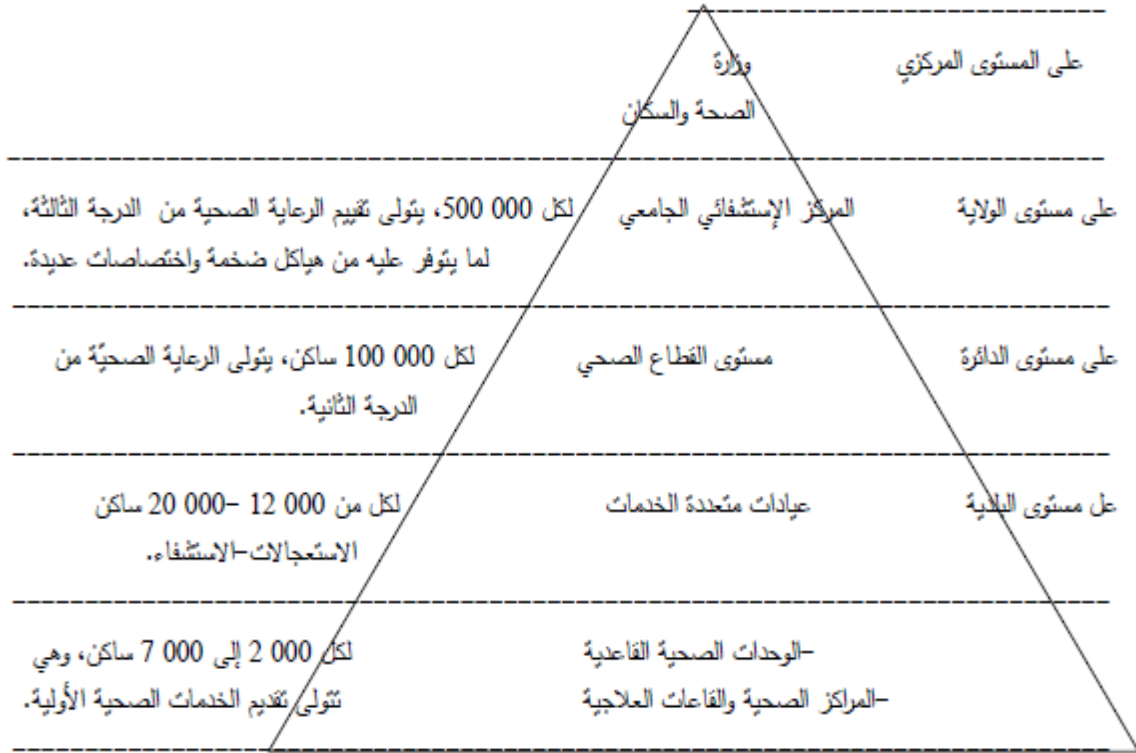
**المستوى المركزي:** و الذي يتمثل في وزارة الصحة و السكان

**المستوى الولائي:** و الذي نجد فيه مديرية الصحة و السكان، إضافة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية

**المستوى المحلي (الدائرة و البلدية):** تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة و البلدية في شكل قطاعات صحية تتمثل في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و وحدات إستشفائية متخصصة، و وحدات صحية قاعدية تتولى تحقيق احتياجات الأفراد للحد من الضغط على المراكز الاستشفائية.

1 جامعة الطيب، مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية-دراسة حالة المستشفى الجامعي بباتنة-مذكرّة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، باتنة:الجزائر، 2009، ص.94.

الشكل رقم (06): نظام الخدمات الصحية في الجزائر<sup>1</sup>



المطلب الثالث: النقائص و أهم المستجدات في المنظومة الصحية الجزائرية

1. نقائص تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية:

هذه النقائص يمكن ترجمتها من خلال<sup>2</sup>:

- عدم تنظيم المصالح الصحية : بالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلى جزئيا للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا.
- التوزيع السيئ لمهني الصحة، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين، فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة.

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص.95.97 (بتصرف)

<sup>2</sup> دلال السويسي، مرجع سبق ذكره، ص.16.17.

على مستوى المؤسسات الصحية نسجل مجموعة من الاختلالات و النقائص منها:

- تقدم خدمات صحية ذات جودة متدنية بسبب عدم تأهيل الكادر البشري و عدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.
  - عدم رضا الكادر البشري بسبب غياب التحفيز و انخفاض الأجور.
  - ارتفاع الثقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة.
  - ضعف فعالية أنظمة المعلومات.
- من أجل تجاوز هذه المشكلات، ظهرت مبادرة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة و ضمان تغطية صحية أمثل من خلال:
- تطوير التخطيط الاستراتيجي للوصول إلى توافق أمثل بين العرض و الطلب الصحي.
  - تحسين تسيير المؤسسات الصحية و اعتماد أدوات التسيير الحديثة.
  - تبني ميكانيزمات مراقبة الجودة و تقييم فعالية الخدمات المقدمة من خلال ترسيخ ثقافة الاعتماد و خلق معايير ومرجعيات للمقارنة.
  - ترقية استغلال رأس المال البشري من خلال تقييم الإنتاجية، اعتماد أساليب التحفيز و مراجعة هيكل الكادر الاستشفائي و تطوير المهارات.

### 1. أهم المستجدات على الساحة الصحية الجزائرية:

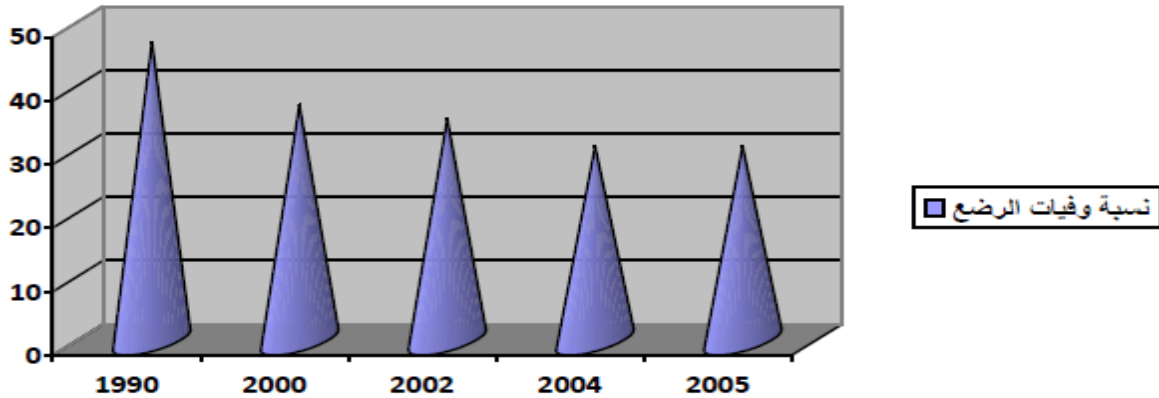
تمثلت في ما يلي:<sup>1</sup>

مصادقة الجزائر على تصريح الألفية الذي حدث أثناء انعقاد قمة الألفية بنيويورك أيام 6-8 سبتمبر 2000، وفيه تم الإجماع حول ثمانية أهداف يجب تكثيف الجهود من أجل تحقيقها بحلول العام 2015 و هي القضاء على الفقر و المجاعة، تحقيق تعميم التعليم الابتدائي، تعزيز المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة، تخفيض معدل وفيات الأطفال، تحسين صحة الأمومة، محاربة داء فقدان المناعة (السيدا) وحمى المستنقعات و أمراض أخرى، كفاءة الاستدامة البيئية و إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

و وضعت الجزائر من أجل ذلك عدة برامج وحققت الكثير من النتائج المشجعة نذكر منها ما يتعلق بتخفيض الوفيات من الأطفال دون سن خمس سنوات وهذا ما يظهره الشكل التالي:

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق، ص.17.19.

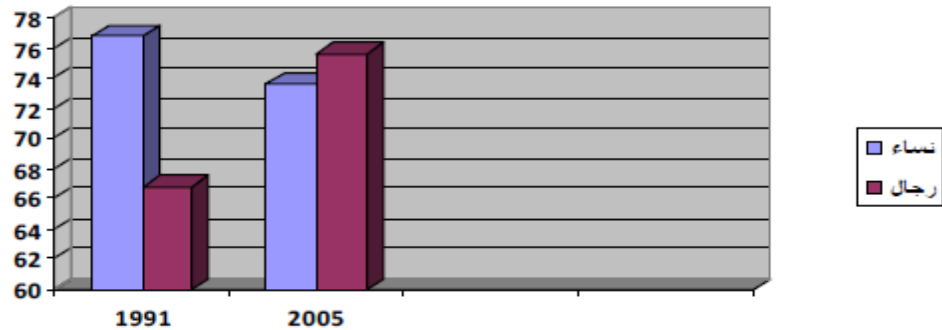
الشكل رقم (07) : تطور نسبة الوفيات عند الأطفال في الفترة 1990-2005<sup>1</sup>



| السنة  | 2005 | 2004 | 2002 | 2000 | 1990 |
|--------|------|------|------|------|------|
| النسبة | 30.4 | 30.4 | 34.7 | 36.9 | 46.8 |

كما حققت نتائج معتبرة فيما يتعلق بمعدل البقاء على قيد الحياة عند الولادة، هذا ما يظهره الشكل التالي:

الشكل رقم (08): تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس في الفترة 1991-2005<sup>2</sup>



| السنة | 1991 | 2005 | معدل البقاء على قيد الحياة |
|-------|------|------|----------------------------|
|       | 76.8 | 73.6 | نساء                       |
|       | 66.8 | 75.6 | رجال                       |

<sup>1</sup>دلال سويسي، مرجع سبق ذكره، ص.18.

<sup>2</sup>دلال سويسي، مرجع سبق ذكره، ص.18.

تم تقليص نسبة وفيات الأمهات عن طريق تعزيز الرعاية الصحية عند الحمل، و الرعاية الصحية ما بعد الولادة حيث انخفضت نسبة وفيات الأمومة من 215 سنة 1992 إلى 99 سنة 2004 .

أما الجديد على مستوى الضمان الاجتماعي نمو مشروع تعويض الأدوية من قبل المؤمنين عن طريق البطاقة الإلكترونية الشفاء، والذي دخل حيز التطبيق ابتداء من شهر أفريل 2007 و يمكن الاطلاع على المعلومات الشخصية التي تحتويها البطاقة الإلكترونية قبل القيام بإجراء التعويض عن طريق مفتاح خاص بكل بطاقة ، و التي تميز فيها نوعان البطاقة عائلية خاصة بالمؤمن، و بطاقة شخصية خاصة بالمؤمنين المصابين بأمراض مزمنة.

أما بعض المؤشرات الصحية فنجد مثلا الأمراض المتنتقلة خلال بداية السبعينيات كانت منتشرة بكثرة حيث كانت تمثل نسبة 80% من الأمراض المتسببة في الوفيات مقابل 15% من الأمراض غير المتنتقلة وأصبحت خلال 2005 الأمراض المتنتقلة تمثل نسبة 30% من السكان فهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين و تليها أمراض السكري.

وأكدت الوزارة أن نسبة الخصوبة والإنجاب في تقليص مستمر و هذا راجع إلى انخفاض الأمية والتكفل بصحة الأم و الطفل وتطور موانع الحمل ومن جهة أخرى فإن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة سيساهم في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، كما يساهم القطاع الخاص في تحسين الوضعية حيث وصل عدد العيادات إلى 286 في سنة 2007 و الأخصائيين الخواص 5095 و العموميين 6205 طبيب، و من حيث عدد الأسرة فقد تبين أن ما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة يمثل ربع ما أُنجز خلال 46 سنة حيث بلغ 15500 سرير دون إدخال في الحسبان القطاع الخاص

## خلاصة الفصل الثاني

نستخلص بعد دراستنا لهذا الفصل مجموعة من النقاط نذكر أهمها:

1. أهم ما يميز الخدمات الصحية على مختلف أنواعها علاجية كانت أم وقائية، السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل، و على المؤسسة الصحية الحرص على تقديم خدمات ذات جودة عالية مع إدامة و استمرارية تلك الخدمات.
2. تسعى المستشفيات إلى تحسين جودة خدماتها الصحية من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف مرتبطة أساسا بإرضاء و تحقيق رغبات المريض بما يتلاءم مع توقعاته.
3. يعتمد الزبائن على معايير مختلفة للحكم على جودة الخدمة المقدمة، لذا على المؤسسات التي تطمح في تقديم خدمة صحية ذات نوعية أن تتعرف على هذه المعايير، و من أجل التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، يجب قياسها من خلال أحد أساليب القياس، و أكثرها مصداقية و واقعية أسلوب الفجوات و الأداء الفعلي للخدمة.
4. تسعى الجزائر إلى تكثيف الجهود لأجل إصلاح القطاع الصحي، لما يعانيه هذا الأخير من مشاكل وصعوبات تفاقمت بسبب عدم الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بالشكل الكافي و قلة فعالية الحلول المتبعة و الإمكانيات المسخرة لتحسين وضعية المستشفيات.

# الفصل الثالث

## الدراسة الميدانية



**تمهيد**

بعد الإلمام بأغلب المفاهيم المتعلقة بستة سيقما و جودة الخدمات الصحية، سنحاول في هذا الجزء من المذكرة اختبار جملة من الفرضيات المتعلقة بالموضوع عن طريق التقرب المباشر من فئة معينة من العمال داخل مستشفى الإخوة مغلاوي بميلة، باستخدام الاستبيان الذي من الممكن أن يكون الخيار الملائم لقياس درجة تطابق الجانب النظري مع وجهات نظر عينة الدراسة.

ولتحقيق ما يهدف إليه هذا الفصل فقد تم تقسيمه إلى أربعة مباحث كالتالي:

**المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة،** حيث سنحاول في هذا

المبحث التعرف على المؤسسة العمومية الاستشفائية، نشأتها، هيكلها التنظيمي، أهم النشاطات التي تقوم بها.

**المبحث الثاني: طبيعة الدراسة الميدانية،** حيث سنحاول في هذا المبحث التعرف على بيانات الدراسة

الميدانية وكذا المتغيرات المتعلقة بها.

**المبحث الثالث: الطريقة والإجراءات،** في هذا المبحث سوف نتطرق إلى طريقة تصميم الاستبيان وكذا

قياس صدق وثبات الاستبيان.

**المبحث الرابع: معالجة الاستبيان،** في هذا المبحث الأخير سوف نعتمد على الأساليب الإحصائية من

أجل عرض النتائج و اختبار الفرضيات.

## المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي ميلا

قبل التطرق لدراسة إمكانية تطبيق معايير ستة سيقما في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة مغلاوي - ميلا" وكذا مدى تأثير هذا التطبيق على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العمال، ارتأينا التطرق إلى تقديم المؤسسة محل الدراسة أولا.

### المطلب الأول: نشأة و تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية

#### 1. لمحة عن نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية - الإخوة مغلاوي ميلا -

تحمل المؤسسة العمومية الاستشفائية بميلا اسم الشهداء السبع «الإخوة مغلاوي» وهي تعتبر أحد أهم المؤسسات الصحية في ولاية ميلا، حيث كانت تحمل هذه المؤسسة المعنية بالدراسة مسبقا اسم القطاع الصحي الإخوة مغلاوي و في الفاتح من جانفي 2008 أنشأت هذه المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي أي بعد التقسيم الإداري للقطاع الصحي تطبيقا للخريطة الصحية الجديدة و المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية طبقا لهذا المرسوم السابق الذكر في نص مادته 2 بأنها: «مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي»<sup>1</sup>.

هذه المؤسسة المعنية بالدراسة كانت مقر القطاع الصحي لـ 08 بلديات فهي تقع في موقع استراتيجي بنهج التحرير و تتربع على مساحة قدرها 85 آر، حيث تم بناؤها في منطقة مرتفعة عن المدينة، وبعيد عن الضحيج، بنيت في هذه المنطقة بعد عدة دراسات و بحوث تقنية، فهي منطقة تتوسط العديد من الدوائر و البلديات التابعة للولاية<sup>2</sup>.

تتمثل المهمة الأساسية لهذه المؤسسة المعنية بالدراسة في تقديم الخدمات الصحية حسب ما نصت عليها

المادة 4 من المرسوم التنفيذي السابق الذكر هي: «تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة

متكاملة و متسلسلة، بالحاجات الصحية للسكان، و في هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج الشفائي و التشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها

و سيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، 2007، ص: 10.

<sup>2</sup> المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

- ضمان البرامج الوطنية للصحة.
  - ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
  - ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.<sup>1</sup>
- و بمقتضى نص هذه المادة فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية المعنية بالدراسة تعمل على تقديم وتطوير و تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى للوصول إلى الأهداف المرجوة و التي تلبي حاجات و رغبات و متطلبات مرضى بلدية ميلة و ما جاورها لتحقيق رضاهم و بالتالي ولائهم لهذه المؤسسة.
- و لتأدية هذه المهام بالمؤسسة سخرت لها مصالح إدارية و طبية التي أبرزت في هيكلها تنظيمي، و هذا الأخير يسمح بتنظيم و تسيير و مراقبة و متابعة جميع الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسة.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي

#### بميلة:

يعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات من أهم العوامل التي تؤدي إلى تحقيق أهدافها، فهو يظهر الوظائف و يحدد المسؤوليات، حيث توجهت المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي إلى تنظيم و تسيير أعمالها عبر الهيكل التنظيمي الذي بواسطته تستطيع مراقبة و متابعة جميع مهامها، و بعد اطلاعنا على مختلف التقسيمات الموجودة في المؤسسة المعنية بالدراسة توصلنا إلى أن الهيكل التنظيمي لها يتكون من قسمين هما:

✓ القسم الإداري

✓ القسم الاستشفائي

للإشارة إلى أن هذين القسمين يشرف عليهما مدير عام واحد

<sup>1</sup> نفس المرجع سباق الذكر، ص: 09-10.

<sup>2</sup> المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

### 1. القسم الإداري:

يتكون القسم الإداري للهيكل التنظيمي للمؤسسة المعنية بالدراسة من:

- **المدير:** يسهر المدير على اتخاذ جميع الإجراءات الضرورية لضمان السير الحسن للمؤسسة العمومية الاستشفائية، و هو المسؤول الأول عن نظام الانضباط في جميع الوحدات، كما يمارس السلطة السليمة على جميع مستخدمي المؤسسة المعنية بالدراسة الموضوعة تحت سلطته، كما يسهر على تطبيق القوانين و يساعده في ذلك المدراء الفرعيين.

- **الأمانة العامة:** يقوم هذا المكتب بترتيب وتنظيم الملفات و الوثائق، البريد الصادر

و الوارد، الرد على المكالمات الهاتفية وتنظيم وبرمجة الاجتماعات.

- **مكتب الإعلام الآلي:** يقوم هذا المكتب بجمع الأعمال لكل المصالح داخل المؤسسة في

برنامج خاص و يرسل إلى الوزارة، كما يقوم بتنظيم ومتابعة عمل المصالح الاستشفائية كل ما يخص مجال المعلوماتية.

- **المديريات الفرعية:** و تتكون من أربع مديريات فرعية و هي على التوالي:

1. **المديريات الفرعية للمالية والوسائل:** و تضم ثلاثة مكاتب وهي:

- ❖ **مكتب الميزانية و المحاسبة:** يهتم بتنسيق و إعداد تقديرات الميزانية للمؤسسة، و إعداد بطاقات

للمشاريع و إنجاز استثمارات المؤسسة، كما يقوم بإعداد ميزانية التسيير للمؤسسة وتسييرها.

- ❖ **مكتب الصفقات:** يقوم هذا الأخير بالمتابعة الميدانية للبرامج الاستثمارية الخاصة بالمؤسسة، و التجهيز

التقني وتجهيز المكاتب مع ترميم و تهيئة وتوسيع المصالح الموجودة، وإعداد تقييم هذه البرامج بالتنسيق مع مصالح التخطيط والتهيئة.

2. **المديرية الفرعية للموارد البشرية:** و تضم مكتبين هما:

- **مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات:** يهتم بمتابعة المسار المهني للموظفين و التنسيق مع

رؤساء المصالح في معالجة شكاوي العمال و حلها، إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية و

الرد على البريد الوارد من الوزارة، و أيضا دراسة المنازعات الداخلية و الخارجية مع الإدارات

الأخرى.

- **مكتب التكوين:** يهتم بالإشراف على تكوين الأطباء وتكوين جميع المستخدمين سواء الطاقم

الطبي، الشبه طبي أو الإداري، وإعداد الحصائل الدورية المتعلقة بالدورات التكوينية كما يقوم أيضا

بعقد اجتماعات مع مختلف المؤسسات التكوينية.

3. المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة: نائب المدير الفرعي هو المسؤول عن

كل أعمال صيانة التجهيزات المرافقة و الطبية، و تحضير مشاريع العقود الخاصة بصيانة التجهيزات الطبية و

التجهيزات المرافقة و الإشراف على الصيانة الوقائية والصيانة التصحيحية، و تظم مكتبين هما:

- مكتب صيانة التجهيزات الطبية.

- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

تجدر الإشارة إلى أن هذه المديرية الفرعية لا توجد على أرض الواقع بالمؤسسة محل الدراسة، ولكن تسند

مهامها للمديرية الفرعية للمالية والوسائل.

4. المديرية الفرعية للمصالح الصحية: و تضم ثلاث مكاتب وهي:

✓ مكتب القبول: و يقوم هذا المكتب بالاستقبال و التوجيه مع ملاءمة القبول للمريض و إعداد شهادة

الإقامة في المؤسسة الصحية، كما يقوم أيضا بالتصريح بالمواليد و الوفيات و تسجيل حركة المرضى المقيمين في

المؤسسة الصحية، و ملاءمة استمارة العلاج و المشاركة في الإيواء و الإطعام مع تسجيل و تائق ملفات المرضى.

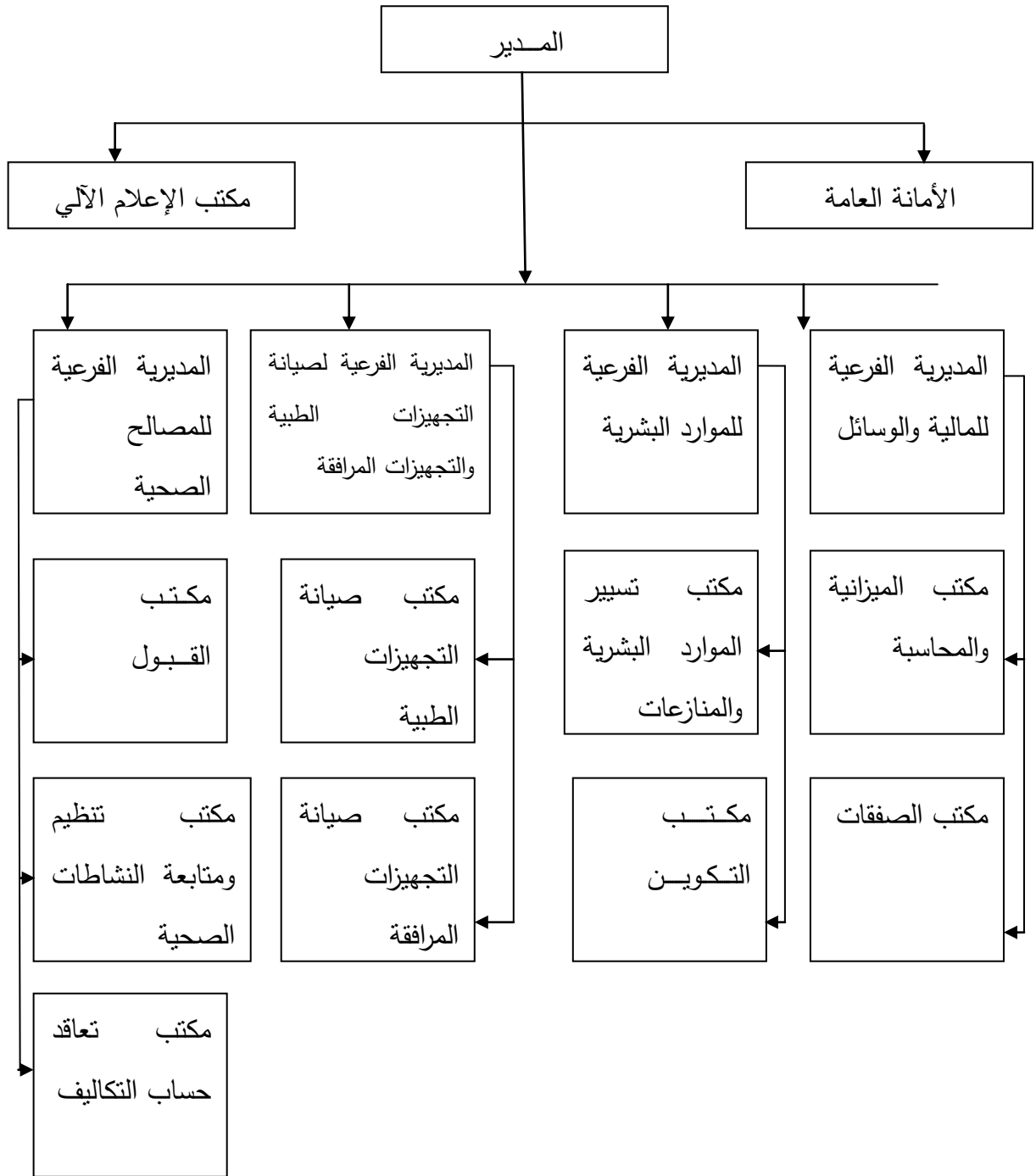
✓ مكتب تنظيم و متابعة النشاطات الصحية: يهتم بجمع المعلومات و كتابة التقارير حول المصالح

الاستشفائية، و كتابة الإحصائيات الخاصة بكل مصلحة.

✓ مكتب التعاقد و حساب التكاليف: يهتم هذا المكتب بحساب كل التكاليف الصحية بما يعادلها من

قيمة مالية، و يمكن توضيح ذلك من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (09): الهيكل التنظيمي للقسم الإداري بالمؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة مغلاوي - ميلة-



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

- قرار وزاري مشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، 2010، ص 20.
- المديرية الفرعية للموارد البشرية.

2. القسم الاستشفائي:

إن مختلف المصالح الاستشفائية بالمؤسسة العمومية الإخوة مغلاوي بميلة تشمل على 156 سرير تقني بموجب القرار رقم 2822 المؤرخ في 03 مارس 2008 المتضمن إنشاء الهيكل التنظيمي للمصالح و الوحدات الصحية بالمؤسسة المعنية بالدراسة، و التي تحتوي على تسع مصالح مختلفة التخصصات، لكن هذه المصالح غير قادرة على تلبية الطلبات المتزايدة للمرضى و هذا راجع إلى زيادة الكثافة السكانية بالولاية و كبر مساحتها، فقامت هذه المؤسسة الاستشفائية بمجهودات إدارية وفق ما ينص عليها القانون بفتح مصالح جديدة لتغطية طلبات المرضى وتخفيف الضغط عليهم، و تجنبهم مشقة التنقل إلى المستشفيات بولايات المجاورة ليرتفع عدد هذه المصالح من 9 مصالح إلى 12 مصلحة

الجدول رقم (04): عدد المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية الإخوة مغلاوي

بميلة.

| العدد | الأسلاك                                    | الرقم |
|-------|--|-------|
| 39    | ممارس أخصائي مساعد                         | 01    |
| 40    | الأطباء العاملون                           | 02    |
| 03    | صيدلي عام                                  | 03    |
| 04    | جراح أسنان عام                             | 04    |
| 04    | نفساني عيادي في الصحة العمومية             | 05    |
| 21    | عون طبي في التخدير والإنعاش                | 06    |
| 175   | مساعد طبي في الصحة العمومية                | 07    |
| 19    | القابلات                                   | 08    |
| 61    | الإدارة                                    | 09    |
| 61    | الأعوان المتعاقدين بالتوقيت الكامل والجزئي | 10    |
| 427   | المجموع                                    |       |

المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة حسب إحصائيات 2017/03/31.

### المبحث الثاني: طبيعة الدراسة الميدانية

بعد التطرق للجانب النظري من موضوعنا الذي يدور حول "إمكانية تطبيق معايير ستة سيقما في المستشفيات ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية"، نتطرق من خلال هذا المبحث إلى طبيعة الدراسة الميدانية، و التي تمت في مستشفى الاخوة مغلاوي - ميله.

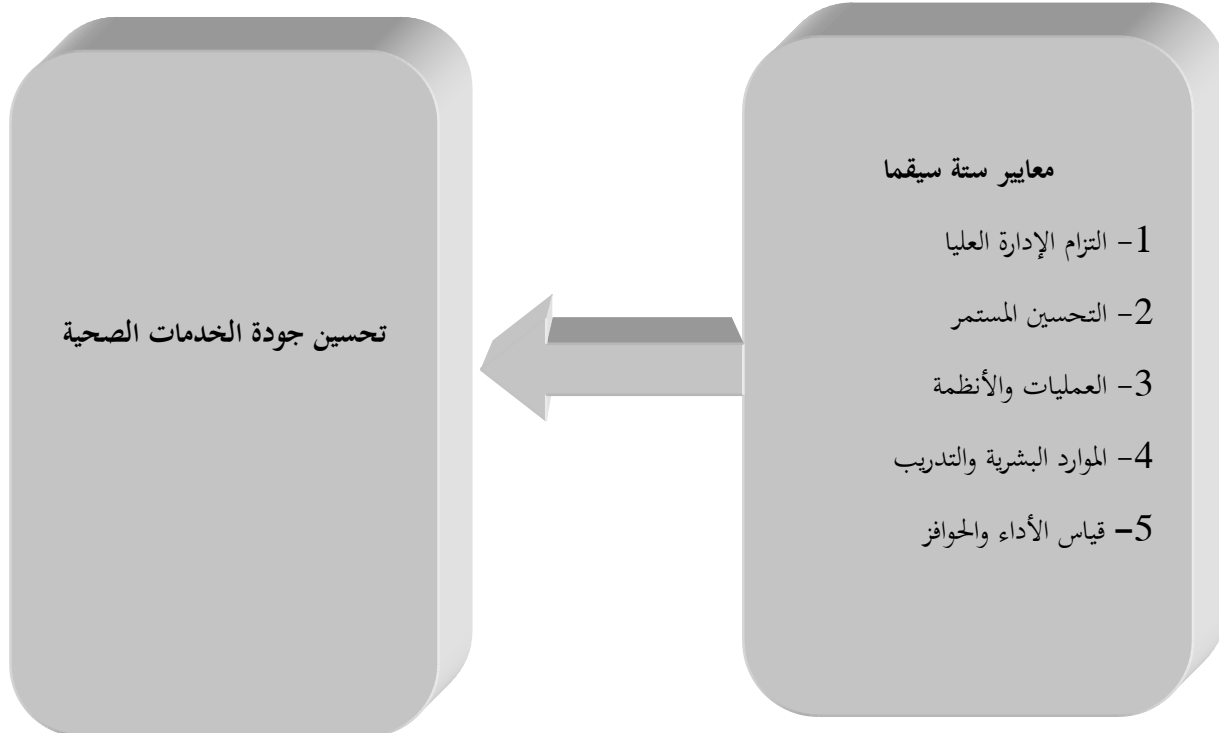
### المطلب الأول: بيانات الدراسة الميدانية

تهدف الدراسة التالية إلى القيام بالتحليل الإحصائي لإبراز إمكانية تطبيق معايير ستة سيقما في المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة مغلاوي - ميله، ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر عينة من العمال داخل المستشفى، وعليه نقوم بتحليل وجهات النظر إحصائيا لنرى مدى توافق فرضيات نموذج الدراسة، الشكل رقم (10)، مع آراء العمال.

### الشكل رقم (10): نموذج فرضيات الدراسة

المتغير التابع

المتغير المستقل



المصدر: من إعداد الطالب

وتستلزم هذه الدراسة نوعين من البيانات تتمثل فيما يلي:



### 1. البيانات الثانوية:

تمثل بيانات الجانب النظري من البحث، حيث حاول الطلبة، حسب استطاعتهم و ما توفر لديهم من وسائل وأدوات، بعملية مسح للدراسات السابقة و مراجعة الأدبيات المنشورة في ستة سيقما و جودة الخدمات الصحية بالإضافة إلى مواضيع أخرى ذات علاقة بموضوع البحث مثل إدارة الجودة الشاملة و المنظومة الصحية في الجزائر.

### 2. البيانات الأولية

هي بيانات الجانب الميداني من الدراسة، و التي يتم تجميعها لاختبار فرضيات الدراسة، و يتم ذلك من خلال عرض قوائم الاستبيان والتي تشمل مجموعة من الأسئلة اللازمة لجمع البيانات المطلوبة و التي يعكسها نموذج الدراسة المقترح لتقييم إمكانية تطبيق معايير ستة سيقما في مستشفى الاخوة مغلاوي - ميله، ومدى تأثير هذا التطبيق على تحسين جودة الخدمات الصحية من منظور العمال في المستشفى.

#### أ. مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من العمال في مستشفى الاخوة مغلاوي - ميله، حيث تم اختيار عينة الدراسة و روعي في ذلك أن يكون مفرداتها من بين العمال ذوي الخبرة في الإدارة، تتكون عينة الدراسة من (34) موظف، حيث تم توزيع (40) استبيان، تم استرداد (34) منها، و بعد فرز الاستبيانات تم إلغاء استبيان واحد لعدم اكتمال الإجابات.

#### الجدول رقم (05): توزيع الاستبيانات على المؤسسة الاستشفائية الاخوة مغلاوي - ميله.<sup>1</sup>

| الرقم | المستشفى محل الدراسة         | عدد الاستبيانات الموزعة | عدد الاستبيانات المستردة | عدد الاستبيانات الملغاة | الاستبيانات الصالحة | نسبة الاسترداد |
|-------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| 1     | مستشفى الاخوة مغلاوي - ميله. | 40                      | 34                       | 1                       | 33                  | %85            |

<sup>1</sup> من إعداد الطالب

### ب. حدود الدراسة الميدانية:

تتمثل حدود الدراسة الميدانية في ما يلي:

**الحدود المكانية:** تمت هذه الدراسة في ولاية ميله حيث شملت المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة مغلاوي بميلة.

**الحدود الزمانية:** يرتبط مضمون و نتائج الدراسة بالزمن الذي أجريت فيه و الممتد من 01أفريل 2018 إلى غاية 30أفريل من نفس السنة.

**الحدود البشرية:** تستند هذه الدراسة على آراء العمال .

**الحدود الموضوعية:** اهتمت هذه الدراسة بالمواضيع و المحاور المرتبطة أساساً بموضوع الاتجاهات الحديثة لسته سيقما و جودة الخدمة الصحية، تتوقف موضوعية هذا الجزء من البحث على نوعية الإجابات المتحصل عليها.

### ج. مشاكل الدراسة الميدانية

بالرغم من أهمية الاستبيان كأداة لاستقصاء وجمع آراء و إجابات أفراد العينة، حول مواضيع ذات أهمية، حتى يتسنى لنا إبراز وجهات نظرهم حول الإطار العام الذي يحكم مجمل القضايا و المواضيع المرتبطة بمجمل ستة سيقما و جودة الخدمة الصحية، إلا أن الدراسة لم تسلم من بعض المشاكل و القيود الشكلية و الموضوعية، أهمها:

- التجاوب السلبي لبعض أفراد العينة المستهدفين، و رفضهم الإجابة على الاستبيان.
- ضيق الوقت الذي حال دون محاولة أخذ عدد من المستشفيات كعينة للدراسة.
- صعوبة استوعاب بعض أفراد عينة الدراسة لبعض المفاهيم.

### المطلب الثاني: متغيرات الدراسة

نظرا لطبيعة الموضوع المعالج فإن الدراسة الميدانية تشمل على المتغير التابع و المتغير المستقل كما يلي:

#### 1. المتغير التابع

يتمثل المتغير التابع في تحسين جودة الخدمات الصحية عن طريق تقليل الأخطاء الطبية و زيادة رضا المريض.

#### 2. المتغير المستقل

و يتمثل في معايير ستة سيقما المتمثلة في:

التزام الإدارة العليا.  
التحسين المستمر.  
العمليات و الأنظمة.  
الموارد البشرية و التدريب.  
قياس الأداء و الحوافز.  
كما يتمثل المتغير التابع في تحسين جودة الخدمة الصحية عن طريق تقليل الأخطاء الطبية و زيادة رضا المريض.

### المبحث الثالث: الطريقة و الإجراءات

يتناول هذا المبحث وصف طريقة تصميم قائمة الاستبيان انطلاقا من مرحلة إعداد و المتضمنة بناء قائمة الاستبيان، نشرها و إدارتها بالإضافة إلى هيكل الاستبيان، ثم إلى اختبار قائمة الاستبيان وهذا فيما يخص صدق وثبات الاستبيان.

#### المطلب الأول: تصميم قائمة الاستبيان

##### 1. مرحلة إعداد الاستبيان:

- تم إعداد الاستبيان على النحو التالي:
1. عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين (ملحق رقم 1) الذين قاموا بتقديم النصح و الإرشاد؛
  2. تم الأخذ بآراء المحكمين وتعديل و حذف ما يلزم؛
  3. عرض الاستبيان على الأستاذ المشرف؛
  4. تعديل الاستبيان حسب ما رآه الأستاذ المشرف؛
  5. تقديم الاستبيان في شكله النهائي إلى عينة الدراسة (ملحق رقم 2).

##### 2. هيكل الاستبيان:

يتكون الاستبيان من قسمين يتمثل الأول في البيانات الشخصية المتعلقة بالعمال، و القسم الثاني يتعلق بمحاور الدراسة و التي تتكون من تسعة و عشرون (29) عبارة موزعة على محورين، المحور الأول يخص معايير ستة سيقما و المحور الثاني يخص تحسين جودة الخدمات الصحية، و فيما يلي ترتيب محاور الاستبيان: أنظر الملحق رقم (2)

أ. القسم الأول: البيانات الشخصية:

تتكون من: (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، التخصص العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).

ب. القسم الثاني: محاور الدراسة: تتكون من

❖ معايير ستة سيقما: يتضمن خمسة (5) أبعاد تحتوي على عشرين (20) عبارة.

البعد الأول: التزام الإدارة العليا: أربع (04) عبارات.

البعد الثاني: التحسين المستمر: أربع (04) عبارات.

البعد الثالث: العمليات و الأنظمة: أربع (04) عبارات.

البعد الرابع: الموارد البشرية و التدريب: أربع (04) عبارات.

البعد الخامس: قياس الأداء و الحوافز: أربع (04) عبارات.

❖ تحسين جودة الخدمات الصحية: يتضمن بعد واحد و هو تقليل الأخطاء الطبية

و زيادة رضا المريض، وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس آراء العمال حول الاستبيان كما هو موضح في الجدول التالي:

المطلب الثاني: قياس صدق وثبات الاستبيان

لقياس صدق الاستبيان تمت الاستعانة بمحكمين من أساتذة مختصين، كما تم قياس ثبات أداة الدراسة (الاستبيان) باستخدام اختبار ألفا كرونباخ.

1. قياس صدق الاستبيان

حيث عرض الاستبيان، الملحق رقم (1)، على ستة محكمين من أساتذة معهد العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، وترد أسماء المحكمين في الملحق رقم (1)، وتم حذف و تعديل بيانات وعبارات بعد تحكيم الاستبيان وأخذ مقترحات المحكمين في الاعتبار، أنظر الملحق رقم (2).

2. قياس ثبات الاستبيان (معامل ألفا كرونباخ)

نستخدم معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة (الاستبيان)، ويوضح الجدول التالي مقياس الثبات لكل محور من محاور الدراسة، أنظر الملحق رقم (3).

الجدول رقم(6): معامل الثبات (طريقة ألفا كرونباخ)<sup>1</sup>

| المحور | المحتوى                   | عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|--------|---------------------------|--------------|--------------------|
| .1     | التزام الإدارة العليا     | 04           | 0,767              |
| .2     | التحسين المستمر           | 04           | 0,677              |
| .3     | العمليات و الأنظمة        | 04           | 0,728              |
| .4     | الموارد البشرية و التدريب | 04           | 0,677              |
| .5     | قياس الأداء و الحوافز     | 04           | 0,733              |
| .6     | تحسين جودة الخدمات الصحية | 09           | 0,929              |
|        | كافة العبارات             | 29           | 0,888              |

من خلال النتائج نلاحظ أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تتراوح بين (0.767 و 0.929) لكل محور من محاور الدراسة، كما أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لكافة العبارات مساوي لـ 0.888 ، و هذا يدل على ثبات عالي لأداة الدراسة كونه يقترب من الواحد(1)الصحيح. و بالتالي يمكن القول أن الاستبيان متجانس وصالح لتحليل نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

### المبحث الرابع: معالجة الاستبيان

بعدما قمنا بتصميم الاستبيان و اختياره ثم توزيعه، قمنا بمعالجته بعد استلامه من أفراد عينة الدراسة، و من خلال هذا المبحث سنبين الأدوات الإحصائية المستعملة، تقدم خصائص العينة، عرض النتائج و اختبار الفرضيات.

### المطلب الأول: تفرغ البيانات و خصائص عينة الدراسة

#### 1. تفرغ البيانات و أدوات التحليل الإحصائي:

بعد جمع البيانات باستخدام أداة الدراسة (الاستبيان)، تم تفرغ ومعالجة البيانات بواسطة الحاسوب باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS، و لتحليل فروض الدراسة تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية: و قد استعملت من أجل توضيح الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.
- المتوسط الحسابي: و هو المقياس الأوسع استخداما من مقاييس النزعة المركزية، ويتم استخدام المتوسط الحسابي لإجابات عينة الدراسة عن الاستبانة لأنه يعبر عن مدى أهمية موضوع الاستبانة عند أفراد عينة الدراسة "الموظفين".
- الانحراف المعياري: و هو مقياس من مقاييس التشتت، يستخدم لقياس درجة تشتت قيم استجابات الزائرين (الموظفين) عن المتوسط الحسابي، حيث نجد كلما كان الانحراف المعياري صغير كان التشتت في الإجابات صغير.
- اختبار ألفا كرونباخ: و هي الطريقة الأكثر استخداما في معرفة الانسجام الداخلي للمقياس.
- معامل ارتباط بيرسون: يستخدم لمعرفة مدى ارتباط درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة مع الدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه (الاتساق الداخلي لأداة).
- الانحدار البسيط **Simple Régression**: من خلال إدخال أبعاد المتغير المستقل كل واحد على حدى مع المتغير التابع في المعادلة، ويتم تقسيم كل متغير بناء على قدرته التنبؤية بالمتغير التابع.
- معامل الانحدار المتعدد: لمعرفة تأثير كل بعد من أبعاد المتغير الأول (سنة سيقما) على المتغير الثاني (تحسين جودة الخدمات الصحية).
- اختبار كولمجروف - سمرنوف -: لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا.

#### 2. خصائص عينة الدراسة:

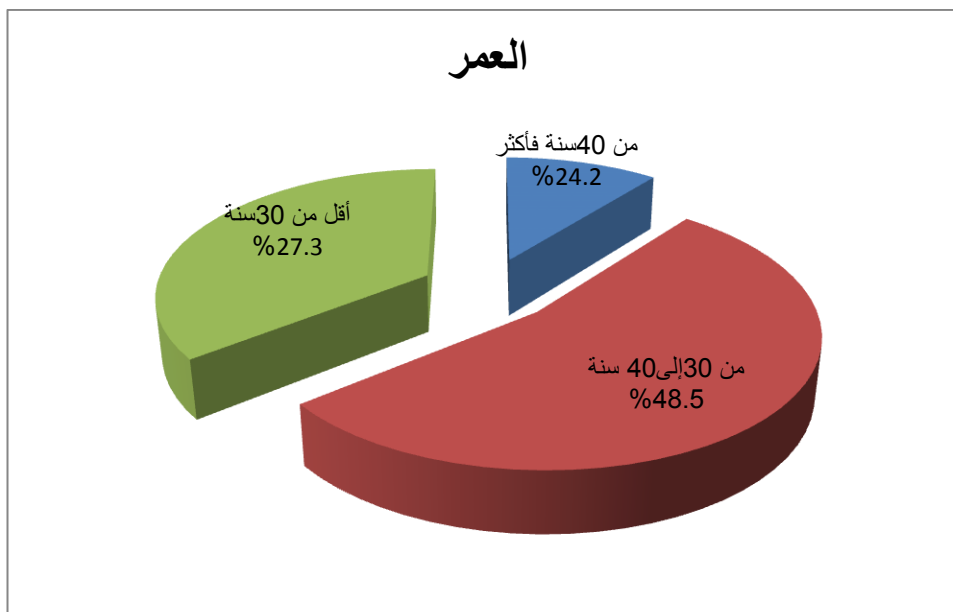
✓ العمر:

يبين الجدول رقم (07) العمر لأفراد عينة الدراسة موزعة كما يلي: أنظر الملحق رقم (3)

جدول رقم (07): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر<sup>1</sup>

| العمر                   | التكرار | النسبة المئوية |
|-------------------------|---------|----------------|
| أقل من 30 سنة           | 9       | 27,3%          |
| من 30 إلى أقل من 40 سنة | 16      | 48,5%          |
| 40 سنة فأكثر            | 8       | 24,2%          |
| المجموع                 | 33      | 100%           |

الشكل رقم (11): تمثيل عينة الدراسة حسب متغير العمر<sup>2</sup>



<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS

<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتمادا على بيانات الجدول رقم (07)

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن أكبر نسبة بلغت 48.5% من أفراد عينة الدراسة بلغت أعمارهم من (30 إلى 40 سنة) حيث بلغ عددهم ستة عشرة (16) فرداً، ثم تليها الفئة العمرية (أقل من 30 سنة) بنسبة 27,3% من عينة الدراسة، و الباقي أي نسبة 24.2% من عينة الدراسة عمرهم أكثر من 40 سنة ، و هو مؤشر جيد لأفراد العينة فهي متوافقة مع سنوات الخبرة و المؤهل العلمي.

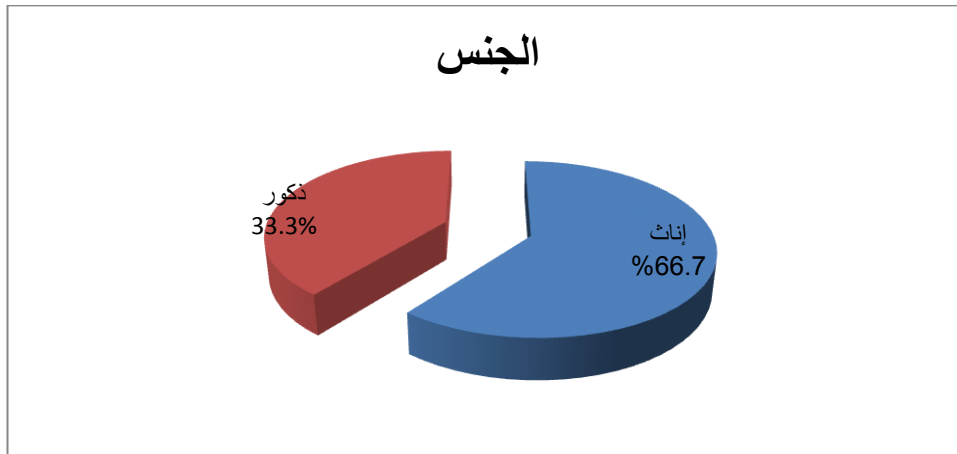
✓ الجنس:

يبين الجدول رقم (08) الجنس لأفراد عينة الدراسة موزعة كما يلي:

جدول رقم (08): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس<sup>1</sup>

| النسبة<br>المئوية | التكرار | الجنس   |
|-------------------|---------|---------|
| 33,3%             | 11      | ذكر     |
| 66,7%             | 22      | أنثى    |
| 100%              | 33      | المجموع |

الشكل رقم (12): تمثيل عينة الدراسة حسب متغير الجنس<sup>2</sup>



من خلال الجدول السابق نلاحظ أن نسبة 66,7% من عينة الدراسة من فئة الإناث،

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتماداً على مخرجات SPSS

<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتماداً على بيانات الجدول رقم (08)



و 33,3% من فئة الذكور ، فهناك تنوع في عينة الدراسة بين ذكور و إناث.

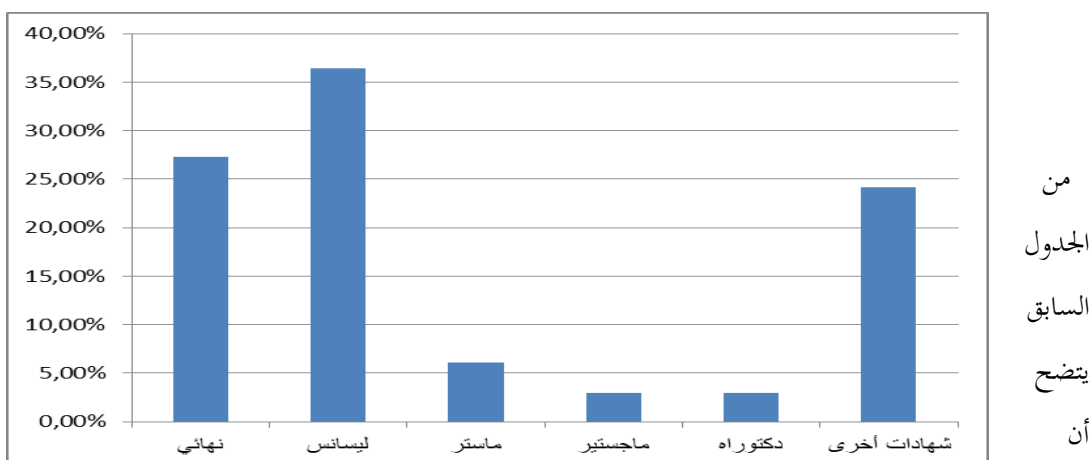
✓ المؤهل العلمي:

يبين الجدول رقم (09) المؤهل العلمي لأفراد عينة الدراسة موزعة كما يلي:

جدول رقم(09): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي<sup>1</sup>

| المؤهل العلمي | التكرار | النسبة المئوية |
|---------------|---------|----------------|
| نحائي         | 9       | 27,3%          |
| ليسانس        | 12      | 36,4%          |
| ماستر         | 2       | 6,1%           |
| ماجستير       | 1       | 3%             |
| دكتوراه       | 1       | 3%             |
| شهادات أخرى   | 8       | 24,2%          |
| المجموع       | 33      | 100,0%         |

الشكل رقم(13): تمثيل عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي<sup>2</sup>



أغلبية العمال متحصلين على شهادة ليسانس بنسبة 36.4% تليها النسبة الثانية للمتحصلين على مستوى النهائي بنسبة 27.3%، تليها النسبة الثالثة للمتحصلين على شهادات أخرى بنسبة 24.2% تليها النسبة الرابعة للمتحصلين على شهادة الماستر بنسبة 6.1%، و أخيرا نسبة 3% للمتحصلين على شهادات الماجستير و الدكتوراه، وهو ما يبين أن أفراد عينة الدراسة ذوي مؤهلات علمية مناسبة تدل على قدرة تفهم للعينة للدراسة و أهميتها.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS

<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتمادا على بيانات الجدول رقم(09)

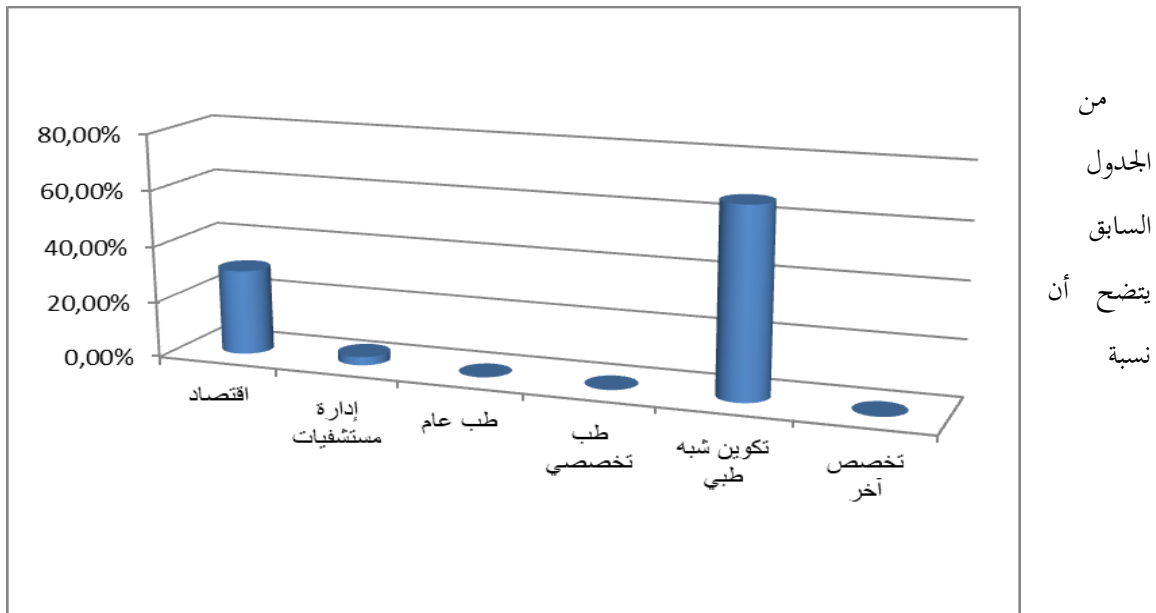
✓ التخصص العلمي:

يبين الجدول رقم (10) التخصص العلمي لعينة الدراسة موزعة كما يلي:

جدول رقم (10): توزيع عينة الدراسة حسب متغير التخصص العلمي<sup>1</sup>

| التخصص العلمي  | التكرار | النسبة المئوية |
|----------------|---------|----------------|
| اقتصاد         | 10      | 30,3%          |
| إدارة مستشفيات | 1       | 3%             |
| طب عام         | 00      | 00%            |
| طب تخصصي       | 00      | 00%            |
| تكوين شبه طبي  | 22      | 66,7%          |
| تخصص آخر       | 00      | 00%            |
| المجموع        | 33      | 100,0%         |

الشكل رقم (14): تمثيل عينة الدراسة حسب التخصص العلمي<sup>2</sup>



66,70% من عينة الدراسة تخصصهم تكوين شبه طبي هي تمثل أكبر نسبة يليها، 30,30% تخصصهم العلمي

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS

<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتمادا على بيانات الجدول رقم (10)

اقتصاد ثم 3% تخصصهم العلمي إدارة مستشفيات مما يدل على أن التخصصات العلمية لأفراد العينة مناسبة لموضوع الدراسة.

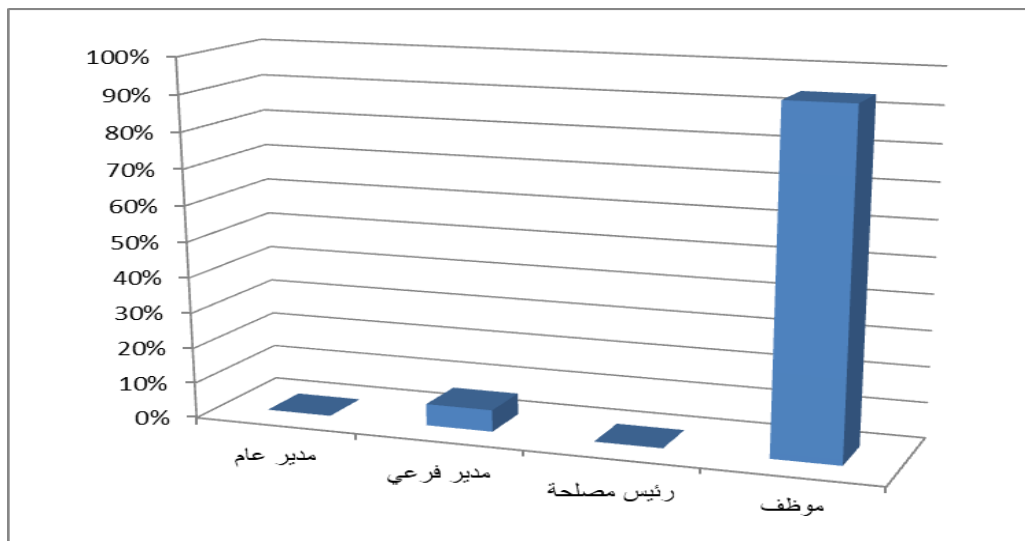
### ✓ المسمى الوظيفي:

يبين الجدول رقم(11) المسمى الوظيفي لعينة الدراسة موزعة كما يلي:

### جدول رقم (11): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي<sup>1</sup>

| النسبة المئوية | التكرار | المسمى الوظيفي |
|----------------|---------|----------------|
| 00%            | 00      | مدير عام       |
| 6,1%           | 2       | مدير فرعي      |
| 00%            | 00      | رئيس مصلحة     |
| 93,9%          | 31      | موظف           |
| 100%           | 33      | المجموع        |

### الشكل رقم (15): تمثيل عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي<sup>2</sup>



من خلال  
الجدول  
السابق  
نلاحظ  
أن  
أغلبية

أفراد عينة الدراسة من الموظفون بنسبة 93.9% يليها المدراء الفرعيين بنسبة 6.10%.

✓ سنوات الخبرة:

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS

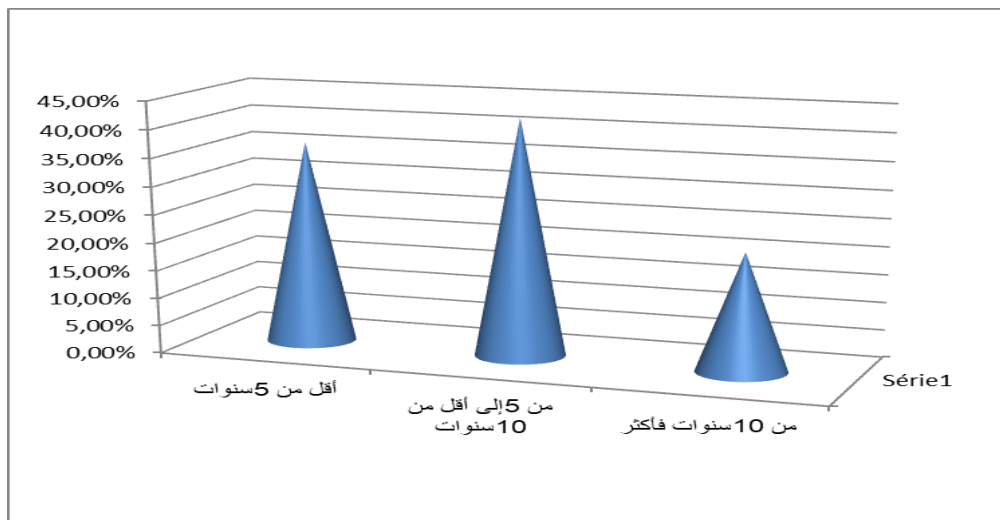
<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتمادا على بيانات الجدول رقم(11)

يبين الجدول رقم (12) خبرة أفراد عينة الدراسة موزعة كما يلي:

جدول رقم (12): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة<sup>1</sup>

| النسبة المئوية | التكرار | العمر                    |
|----------------|---------|--------------------------|
| 36,4%          | 12      | أقل من 5 سنوات           |
| 42,4%          | 14      | من 5 إلى أقل من 10 سنوات |
| 21,2%          | 7       | من 10 سنوات فأكثر        |
| 100%           | 33      | المجموع                  |

الشكل رقم (16): تمثيل عينة الدراسة حسب متغير الخبرة<sup>2</sup>



من الجدول السابق يتضح أن 42.40% من أفراد عينة الدراسة لديهم خبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات يليها نسبة 36.40% من أفراد عينة الدراسة أقل من 5 سنوات ، تليها نسبة 21.20% من 10 سنوات فأكثر.

### المطلب الثاني: تحليل نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات spss

<sup>2</sup> من مخرجات EXCEL 2010 اعتمادا على بيانات الجدول رقم(12)

في هذا المبحث سنحاول تحليل بيانات نتائج الدراسة و اختبار صحة الفرضيات المتعلقة بتقييم عينة الدراسة (الموظفين) لأثر تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

### 1. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

إجابات أفراد عينة الدراسة و تحليل نتائجها يكون بالاعتماد على المتوسطات الحسابية ودرجة تقدير الموافقة التي تسمح بمعرفة درجة كل متغير من متغيرات الاستبانة كما يوضحه الجدول التالي:

#### الجدول رقم (13): مقياس تحليل النتائج<sup>1</sup>

| المتوسط الحسابي               | درجة الموافقة |
|-------------------------------|---------------|
| من 1 إلى أقل أو يساوي 2,49    | ضعيف          |
| من 2,50 إلى أقل أو يساوي 3,49 | متوسط         |
| من 3,50 إلى 5                 | مرتفع         |

و يمكن إبراز رأي عينة الدراسة حول سياسة عمل المؤسسة المعنية بالدراسة في استخدام معايير ستة سيقما، كما يوضحه الجدول التالي:

#### الجدول رقم (14): رأي عينة الدراسة حول سياسة عمل المؤسسة الاستشفائية<sup>2</sup>

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي و الاستدلالي باستخدام SPSS، خوارزم العلمية للنشر و التوزيع، جدة، 2008، ص:451.

<sup>2</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS.

| العبارة  | غير موافق تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق تماما |
|--|-----------------|-----------|-------|-------|-------------|
| <b>البعد الأول: التزام الإدارة العليا</b>  |                 |           |       |       |             |
| 1- لدى إدارة المستشفى الاستعداد اللازم لاستخدام ستة سيقما  | 00              | 02        | 02    | 23    | 06          |
| 2- تسعى إدارة المستشفى إلى تطبيق ستة سيقما.  | 00              | 00        | 08    | 18    | 07          |
| 3- إدارة المستشفى تدرك المفاهيم و المبادئ والأدوات المتعلقة بستة سيقما .                             | 00              | 01        | 11    | 15    | 06          |
| 4- تهتم إدارة المستشفى بالمبادرات التي تركز على إرضاء المريض   | 00              | 00        | 11    | 19    | 03          |
| <b>البعد الثاني: التحسين المستمر</b>   |                 |           |       |       |             |
| 5- تحرص إدارة المستشفى على تكوين فرق عمل وتدريبها على التحسين المستمر                                | 00              | 00        | 10    | 17    | 06          |
| 6- تقوم إدارة المستشفى بإجراء مراجعة شاملة ومستمرة للأنماط الإدارية تحقيقا لمفاهيم الجودة.           | 00              | 00        | 11    | 17    | 05          |
| 7- تعمل إدارة المستشفى على التحسين المستمر لجودة خدماتها باستخدام خطط طويلة المدى                    | 00              | 03        | 13    | 14    | 03          |
| 8- تقوم إدارة المستشفى بالإجراءات اللازمة للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين. | 00              | 02        | 15    | 13    | 03          |
| <b>البعد الثالث: العمليات والأنظمة</b>   |                 |           |       |       |             |
| 9- تعمل إدارة المستشفى على تركيز جهود برامج الجودة نحو مختلف العمليات في المستشفى.                   | 00              | 04        | 09    | 18    | 02          |
| 10- تعتبر إدارة المستشفى العمليات و الأنشطة المختلفة هي نقطة البداية لبرنامج الجودة.                 | 01              | 03        | 13    | 14    | 02          |
| 11- لدى إدارة المستشفى الاستعداد لتوفير نظام لتبادل المعلومات وتدققها بين برامج الجودة.              | 00              | 04        | 10    | 19    | 00          |

|  |    |    |    |    |  |
|--|----|----|----|----|--|
| 03   | 09 | 08 | 12 | 01 | 12- لدى إدارة المستشفى القدرة على توفير نظام اتصال مباشر بمدربي برامج الجودة.  |
| <b>البعد الرابع: الموارد البشرية و التدريب</b> |    |    |    |    |  |
| 01   | 10 | 09 | 13 | 00 | 13- لدى إدارة المستشفى الاستعداد لتعيين خبراء واستشاريين في برامج الجودة.  |
| 02   | 15 | 11 | 04 | 01 | 14- العاملون في المواقع ذات التأثير في خدمة المرضى يتميزون بالتنظيم المتخصص و المهارة و الخبرة لتحقيق الجودة المطلوبة. |
| 01   | 12 | 09 | 10 | 01 | 15- تشجع إدارة المستشفى على المخاطرات العاملين في دورات خاصة تتعلق ببرامج الجودة المعاصرة.                             |
| 05   | 14 | 06 | 05 | 03 | 16- تستطيع إدارة المستشفى و بالاستعانة بإمكانيات ذاتية من تدريب العاملين على مفاهيم برامج الجودة.                      |
| <b>البعد الخامس: الأداء و الحوافز</b>          |    |    |    |    |  |
| 04   | 18 | 02 | 08 | 01 | 17- تقوم إدارة المستشفى بقياس أداء كافة الأقسام العاملة بها.   |
| 07   | 13 | 06 | 06 | 01 | 18- تعتمد إدارة المستشفى على أساليب إحصائية لقياس ومراقبة الأداء.  |
| 07   | 11 | 06 | 08 | 01 | 19- إدارة المستشفى لديها الاستعداد لتحفيز العاملين ماديا ومعنويا.  |
| 00   | 13 | 04 | 15 | 01 | 20- إدارة المستشفى تربط الترقيات الإدارية بالتقدم في برامج الجودة.   |

|   |       |       |           |                 | العبارة  |
|---|-------|-------|-----------|-----------------|--|
| موافق تماما                                   | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق تماما |  |
| <b>البعد الأول: تحسين جودة الخدمات الصحية</b> |       |       |           |                 |  |
| 33  | 00    | 00    | 00        | 00              | 21- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تقليل الأخطاء الطبية.                        |
| 27  | 06    | 00    | 00        | 00              | 22- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تخفيض الأخطاء في استعمال الأدوية الخطرة جدا. |

|    |    |    |    |    |   |
|----|----|----|----|----|---|
| 26 | 07 | 00 | 00 | 00 | 23- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تخفيض الأخطاء الإدارية.                   |
| 28 | 05 | 00 | 00 | 00 | 24- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تشخيص حالة المريض بكل دقة.                 |
| 28 | 05 | 00 | 00 | 00 | 25- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في التغلب على العقبات التي تخفض مستوى الأداء. |
| 27 | 06 | 00 | 00 | 00 | 26- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تخفيض مدة إقامة المريض في المستشفى.        |
| 31 | 02 | 00 | 00 | 00 | 27- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تخفيض وقت انتظار مرضى الطوارئ.             |
| 26 | 07 | 00 | 00 | 00 | 28- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تلبية احتياجات المرضى.                    |
| 27 | 06 | 00 | 00 | 00 | 29- يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تقديم خدمات صحية متميزة.                  |

### 1.1 نتائج تحليل العبارات المتعلقة بالمتغير الأول " ستة سيقما":

➤ نتائج تحليل بعد الإدارة العليا:

الجدول رقم (15): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد الإدارة العليا<sup>1</sup>

<sup>1</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم 03).



| رقم العبارة | العبارة   | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الأهمية النسبية | درجة الموافقة |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 01          | لدى إدارة المستشفى الاستعداد اللازم لاستخدام ستة سيقما .              | 3,92            | 0,813             | 02              | مرتفع         |
| 02          | تسعى إدارة المستشفى إلى تطبيق ستة سيقما .                             | 2,72            | 0,861             | 03              | متوسط         |
| 03          | إدارة المستشفى تدرك المفاهيم و المبادئ والأدوات المتعلقة بستة سيقما . | 3,61            | 0,875             | 04              | مرتفع         |
| 04          | تهتم إدارة المستشفى بالمبادرات التي تركز على إرضاء المريض .           | 4,28            | 0,451             | 01              | مرتفع         |
|             |   | <b>3,76</b>     | <b>0.43</b>       |                 | <b>مرتفع</b>  |

**التعليق:** من خلال الجدول نلاحظ أن درجة استجابة عينة الدراسة (الموظفين) لبعء الإدارة العليا مرتفعة، حيث اتضح أن المتوسط الحسابي الكلي هو **3.76** وبانحراف معياري **0,43**، فقد حظيت أغلب عبارات هذا البعد بدرجة استجابة مرتفعة بمتوسط حسابي قدر على التوالي (**3.92**، **2.72**، **3.61**، **4.28**) وبانحراف معياري قدره (**0.813**، **0.861**، **0.875**، **0.451**).

إذ يمكن القول أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن هناك إمكانية لتطبيق بعد التزام الإدارة العليا في مستشفى الإخوة مغلاوي بميلة.

➤ نتائج تحليل بعد التحسين المستمر:

الجدول رقم (16): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد التحسين المستمر<sup>1</sup>

| رقم | العبارة | المتوسط | الانحراف | الأهمية | درجة |
|-----|---------|---------|----------|---------|------|
|-----|---------|---------|----------|---------|------|

<sup>1</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم 03).

| الموافقة | النسبية | المعياري    | الحسابي     | العبرة  |
|----------|---------|-------------|-------------|---|
| مرتفع    | 01      | 0,421       | 4,23        | تحرص إدارة المستشفى على تكوين فرق عمل وتدريبها على التحسين المستمر                                |
| مرتفع    | 02      | 0,690       | 4,12        | تقوم إدارة المستشفى بإجراء مراجعة شاملة ومستمرة للأتمتات الإدارية تحقيقاً لمفاهيم الجودة.         |
| مرتفع    | 03      | 0.795       | 3.51        | تعمل إدارة المستشفى على التحسين المستمر لجودة خدماتها باستخدام خطط طويلة المدى                    |
| متوسط    | 04      | 1,129       | 3,37        | تقوم إدارة المستشفى بالإجراءات اللازمة للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين. |
| مرتفع    |         | <b>0,35</b> | <b>4,14</b> |   |

**التعليق:** من خلال الجدول نلاحظ أن درجة استجابة عينة الدراسة (الموظفين) لبعده التحسين المستمر مرتفعة، حيث اتضح أن المتوسط الحسابي الكلي هو **4.14** وبانحراف معياري **0,35**، فقد حظيت أغلب عبارات هذا البعد بدرجة استجابة مرتفعة بمتوسط حسابي قدر على التوالي (**4.23**، **4.12**، **3.51**، **3.37**) وبانحراف معياري قدره (**0.421**، **0.690**، **0.795**، **1.129**).

إذ يمكن القول أن أغلبية أفراد عينة الدراسة يرون أن هناك إمكانية لتطبيق بعد التحسين المستمر بدرجة مرتفعة في مستشفى الإخوة مغلاوي - ميله.

➤ نتائج تحليل بعد العمليات و الأنظمة:

الجدول رقم(17): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد العمليات و الأنظمة<sup>1</sup>

| رقم | العبرة | المتوسط | الانحراف | الأهمية | درجة |
|-----|--------|---------|----------|---------|------|
|-----|--------|---------|----------|---------|------|

<sup>1</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم 03).

| العبرة | الحسابي     | المعياري    | النسبية | الموافقة |
|--------|-------------|-------------|---------|----------|
| 09     | 4,11        | 0,315       | 01      | مرتفع    |
| 10     | 3,57        | 0,790       | 02      | مرتفع    |
| 11     | 3,50        | 0,793       | 03      | مرتفع    |
| 12     | 3,46        | 1,071       | 04      | متوسط    |
|        | <b>3,66</b> | <b>0.50</b> |         | مرتفع    |

**التعليق:** من خلال الجدول نلاحظ أن درجة استجابة عينة الدراسة (الموظفين) لبعء العمليات و الأنظمة مرتفعة، حيث اتضح أن المتوسط الحسابي الكلي هو **3.66** وبانحراف معياري **0,50**، فقد حظيت أغلب عبارات هذا البعد بدرجة استجابة مرتفعة بمتوسط حسابي قدر على التوالي (**4.11، 3.57، 3.50، 3.46**) وبانحراف معياري قدره (**0.315، 0.790، 0.793، 1.071**). إذ يمكن القول أن غالبية أفراد عينة الدراسة توافق بدرجة مرتفعة في إمكانية تطبيق بعء العمليات و الأنظمة في مستشفى الإخوة مغلاوي لولاية ميله.

➤ نتائج تحليل بعء الموارد البشرية:

الجدول رقم(18): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعء الموارد البشرية<sup>1</sup>

<sup>1</sup>من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم 03).

| رقم العبارة | العبارة  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الأهمية النسبية | درجة الموافقة |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 13          | لدى إدارة المستشفى الاستعداد لتعيين خبراء واستشاريين في برامج الجودة.  | 3,22            | 0,834             | 03              | متوسط         |
| 14          | العاملون في المواقع ذات التأثير في خدمة المرضى يتميزون بالتنظيم المتخصص والمهارة والخبرة لتحقيق الجودة المطلوبة. | 3,12            | 1,831             | 04              | متوسط         |
| 15          | تشجع إدارة المستشفى على الخراط العاملين في دورات خاصة تتعلق ببرامج الجودة المعاصرة.                              | 4,02            | 0,545             | 01              | مرتفع         |
| 16          | تستطيع إدارة المستشفى و بالاستعانة بإمكانيات ذاتية من تدريب العاملين على مفاهيم برامج الجودة.                    | 3,76            | 0,753             | 02              | مرتفع         |
|             |  | <b>3,96</b>     | <b>0,73</b>       |                 | مرتفع         |

**التعليق:** من خلال الجدول نلاحظ أن درجة استجابة عينة الدراسة (الموظفين) لبعدها الموارد البشرية مرتفعة، حيث اتضح أن المتوسط الحسابي الكلي هو **3.96** وانحراف معياري **0,73**، فقد حظيت جميع عبارات هذا البعد بدرجة استجابة مرتفعة و متوسطة بمتوسط حسابي قدر على التوالي (**3.22**، **3.12**، **4.02**، **3.76**) وانحراف معياري قدره (**0.834**، **1.831**، **0.545**، **0.753**).

إذ يمكن القول أن أفراد عينة الدراسة توافق بدرجة مرتفعة و متوسطة في إمكانية تطبيق بعد الموارد البشرية في مستشفى الإخوة مغلاوي لولاية ميله

➤ نتائج تحليل بعد الأداء و الحوافز:

الجدول رقم(19): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد الأداء و الحوافز<sup>1</sup>

<sup>1</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم 03).

| رقم العبارة | العبارة  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الأهمية النسبية | درجة الموافقة |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 17          | تقوم إدارة المستشفى بقياس أداء كافة الأقسام العاملة بها.       | 3,50            | 0,962             | 03              | مرتفع         |
| 18          | تعتمد إدارة المستشفى على أساليب إحصائية لقياس ومراقبة الأداء.  | 4,00            | 0,272             | 02              | مرتفع         |
| 19          | إدارة المستشفى لديها الاستعداد لتحفيز العاملين ماديا ومعنويا.  | 4,11            | 0,786             | 01              | مرتفع         |
| 20          | إدارة المستشفى تربط الترقيات الإدارية بالتقدم في برامج الجودة. | 2,89            | 0,832             | 04              | متوسط         |
|             |  | 4,12            | 0.23              |                 | مرتفع         |

**التعليق:** من خلال الجدول نلاحظ أن درجة استجابة عينة الدراسة (الموظفين) لبعد الأداء و الحوافز مرتفع، حيث اتضح أن المتوسط الحسابي الكلي هو **4.12** وانحراف معياري **0,23**، فقد حظيت أغلب عبارات هذا البعد بدرجة استجابة مرتفعة بمتوسط حسابي قدر على التوالي (**3.50، 4.00، 4.11، 2.89**) وانحراف معياري قدره (**0.962، 0.272، 0.786، 0.832**).  
 إذ يمكن القول أن غالبية أفراد عينة الدراسة توافق بدرجة مرتفعة في إمكانية لتطبيق بعد الأداء و الحوافز في مستشفى الإخوة مغلاوي لولاية ميله.

### 2.1 نتائج تحليل العبارات المتعلقة بالمتغير الثاني "تحسين جودة الخدمات الصحية":

الجدول رقم (20): استجابات أفراد الدراسة لعبارات بعد تحسين جودة الخدمات الصحية:<sup>1</sup>

| رقم | العبارة | المتوسط | الانحراف | الأهمية | درجة |
|-----|---------|---------|----------|---------|------|
|-----|---------|---------|----------|---------|------|

<sup>1</sup> من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

| العبارة | الحسابي | المعياري | النسبية | الموافقة |
|---------|---------|----------|---------|----------|
| 21      | 4,12    | 0,315    | 02      | مرتفع    |
| 22      | 4.03    | 0,508    | 7       | مرتفع    |
| 23      | 4,45    | 0,504    | 01      | مرتفع    |
| 24      | 4,00    | 0,385    | 09      | مرتفع    |
| 25      | 4,01    | 0,272    | 08      | مرتفع    |
| 26      | 4,08    | 0,263    | 03      | مرتفع    |
| 27      | 4,07    | 0,262    | 04      | مرتفع    |
| 28      | 4,06    | 0,261    | 05      | مرتفع    |
| 29      | 4,05    | 0,260    | 06      | مرتفع    |
|         | 4,12    | 0.20     |         | مرتفع    |

**التعليق:** تشير الأرقام في الجدول السابق إلى أن اتجاهات عينة الدراسة مرتفعة نحو جميع العبارات المتعلقة بتقليل الأخطاء و زيادة رضا المريض، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (4,12) بانحراف معياري (0,20)، أي درجة "مرتفعة"، ونلاحظ أن أعلى متوسط حسابي يبلغ (4.45) بانحراف معياري (0,504) وهذا للعبارة رقم (23)، و أقل متوسط حسابي يبلغ (4,00) للعبارة (24) بانحراف معياري (0,385) بينما تتوزع المتوسطات الباقية للعينة بين هذين المتوسطين، ونلاحظ أن العبارة الأكثر تجانسا هي العبارة (29) بانحراف معياري (0,260) و الأقل تجانسا هي العبارة رقم (22) بانحراف معياري (0,508).

و النتائج السابقة تدل على أن أفراد العينة موافقون تماما على أن تطبيق ستة سيقما في المستشفى يقلل من الأخطاء الطبية ويزيد من رضا المريض، فنلاحظ أن المتوسطات مرتفعة لكل العبارات.

بعد الانتهاء من وصف استجابات عينة الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي على مستوى أبعاد ستة سيقما لا بد هنا من تحديد الأهمية النسبية لكل بعد وذلك من أجل الوقوف على أولويات

اهتمام العينة في المؤسسة وتحديد أي الأبعاد أكثر أهمية وتأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية كما يوضحها الجدول التالي:

**الجدول رقم(21): ترتيب الأهمية النسبية من وجهة نظر العينة لأبعاد ستة سيقما<sup>1</sup>**

| أبعاد سيقما ستة    | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | ترتيب الأهمية النسبية |
|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| الإدارة العليا     | 3,76            | 0.436             | الرابع                |
| التحسين المستمر    | 4,14            | 0,351             | الأول                 |
| العمليات و الأنظمة | 3,66            | 0.50              | الخامس                |
| الموارد البشرية    | 3,96            | 0,73              | الثالث                |
| الأداء و الحوافز   | 4,12            | 0.23              | الثاني                |

يبين الجدول أعلاه ترتيب الأهمية النسبية من وجهة نظر العينة لأبعاد ستة سيقما وفقا للمتوسط الحسابي، حيث احتل بعد التحسين المستمر المرتبة الأولى، أما بعد الأداء و الحوافز احتل المرتبة الثانية، في حين احتل بعد الموارد البشرية المرتبة الثالثة، واحتل بعد الإدارة العليا المرتبة الرابعة، و أخيرا بعد العمليات و الأنظمة احتل المرتبة الخامسة.

## 2. اختبار فرضيات الدراسة:

نتناول في هذا العنصر اختبار صحة الفرضيات المقترحة قبل تحليل ما تم التوصل إليه بعد الحصول على مخرجات SPSS، ومن أجل الاختبار تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد كمايلي:

### 1.2. اختبار الفرضية الأولى:

هناك أثر للتوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

$H_0$ - لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

$H_1$ - يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب، بالاعتماد على ما سبق.

**الجدول رقم (22): الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية<sup>1</sup>**

| البيان         | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|----------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| الإدارة العليا | 2,264             | 0,398                  | 0,018             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين التزام الإدارة العليا و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر للتوجه نحو تطبيق بعد التزام الإدارة العليا على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (2,264) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $0,05 \geq \alpha$ ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير ب: (0,398)، و هذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في التزام الإدارة العليا يؤدي إلى الزيادة في مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة: 39,8%، و بما أن مستوى الدلالة (SIG=0,018) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05) يعني هذا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء التزام الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية.

**2.2. اختبار الفرضية الثانية:** هناك أثر للتوجه نحو تطبيق بعد التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمات

الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

$H_0$ - لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد التحسين المستمر بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

$H_1$ - يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد التحسين المستمر بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

**الجدول رقم (23): الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد التحسين المستمر<sup>2</sup>**

| البيان          | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|-----------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| التحسين المستمر | 1.845             | 0,578                  | 0.000             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين التحسين المستمر و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر بعد التحسين المستمر على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

<sup>2</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)



الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (1.845) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $\alpha \geq 0,05$  ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير بـ: (0.578)، وهذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في التحسين المستمر يؤدي إلى الزيادة في مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة: 57,8%، وبما أن مستوى الدلالة (SIG=0,000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هذا قبول الفرضية الصفرية التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعده التحسين المستمر في تحقيق تحسين جودة الخدمات الصحية ورفض الفرضية البديلة.

### 3.2 اختبار الفرضية الثالثة: هناك أثر للتوجه نحو تطبيق بعد العمليات و الأنظمة بالمؤسسة العمومية

الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

$H_0$ - لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد العمليات و الأنظمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

$H_1$ - يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد العمليات و الأنظمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

### الجدول رقم (24): الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد العمليات و

الأنظمة<sup>1</sup>

| البيان             | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|--------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| العمليات و الأنظمة | 2.455             | 0.365                  | 0,010             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين بعد العمليات و الأنظمة و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر للتوجه نحو تطبيق بعد العمليات و الأنظمة على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (2.455) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $\alpha \geq 0,05$  ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير بـ: (0.365)، و هذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في العمليات و الأنظمة يؤدي إلى الزيادة في مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة: 36.5%، و بما أن مستوى الدلالة (SIG=0,010) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05) يعني هذا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعده العمليات و الأنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

**4.2 اختبار الفرضية الرابعة:** هناك أثر للتوجه نحو تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب بالمؤسسة العمومية

الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

**-H<sub>0</sub>:** لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

**-H<sub>1</sub>:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

**الجدول رقم (25): الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب<sup>1</sup>**

| البيان                    | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|---------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| الموارد البشرية و التدريب | 2.060             | 0.480                  | 0,000             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين بعد الموارد البشرية و التدريب و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر لبعدها على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (2.060) و هي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $\alpha \geq 0,05$  ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير ب: (0.480)، و هذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في الموارد البشرية و التدريب يؤدي إلى الزيادة في مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة: 48%، و بما أن مستوى الدلالة (SIG=0.000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هذا رفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعدها على الموارد البشرية و التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية.

**5.2 اختبار الفرضية الخامسة:** هناك أثر للتوجه نحو تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز بالمؤسسة العمومية

الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

$H_0$ - لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

$H_1$ - يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

**الجدول رقم (26): الانحدار المتعدد لاختبار أثر التوجه نحو تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز<sup>1</sup>**

| البيان                | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|-----------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| قياس الأداء و الحوافز | 2.955             | 0.228                  | 0,110             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين قياس الأداء و الحوافز و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر لبعده قياس الأداء و الحوافز على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (2.955) و هي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $\alpha \geq 0,05$ ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير بـ: (0.228)، و هذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في قياس الأداء و الحوافز يؤدي إلى الزيادة في مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة: 22.8%، و بما أن مستوى الدلالة (SIG=0.110) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هذا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعده قياس الأداء و الحوافز في تحسين جودة الخدمات الصحية.

**6.2. اختبار الفرضية الرئيسية:** هناك أثر لتطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي، حيث:

$H_0$ - لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

**H<sub>1</sub>-** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتوجه نحو تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.

**الجدول رقم (27): الانحدار البسيط لاختبار أثر تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية<sup>1</sup>**

| البيان    | قيمة (T) المحسوبة | معامل الانحدار $\beta$ | مستوى الدلالة SIG |
|-----------|-------------------|------------------------|-------------------|
| ستة سيقما | 1.045             | 0.307                  | 0,000             |

من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه، الذي يوضح العلاقة بين ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية، يتضح لنا وجود أثر لمعيار ستة سيقما على المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية"، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (1.045) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة  $0,05 \geq \alpha$  ، كما بلغت قيمة معامل الانحدار  $\beta$  الذي يحدد قيمة التأثير بـ: 0.307، وهذا يعني أن الزيادة بقيمة واحدة في المتغير المستقل "ستة سيقما" يؤدي إلى الزيادة في المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية" بقيمة: 30.7%، و بما أن مستوى الدلالة (SIG=0,000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05) يعني هذا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية نحو تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية.

**الجدول رقم (28): تحليل العلاقة بين ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية بحساب معامل الارتباط (R)، معامل التحديد (R<sup>2</sup>)، قيمة F المحسوبة<sup>2</sup>**

| البيان                                       | معامل الارتباط (R)                 | معامل التحديد (R <sup>2</sup> ) | F المحسوبة |
|--|------------------------------------|---------------------------------|------------|
| ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية        | 0,52                               | 0,48                            | 105,526    |
| "علاقة ستة سيقما بتحسين جودة الخدمات الصحية" | "يقيس مستوى فعالية النموذج وجودته" | "ذو مصداقية ومعنوية إحصائية"    |            |

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل و المتغير التابع هي: 52% ، كما بلغ معامل التحديد 48% ، وهذا يعني أن 48% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع "تحسين جودة الخدمات الصحية" مصدرها المتغير المستقل "ستة سيقما" ، بينما النسبة المتبقية 52% مصدرها متغيرات أخرى غير واردة في هذا النموذج.

<sup>1</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

<sup>2</sup> من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS (أنظر الملحق رقم: 03)

كما نلاحظ أيضا من خلال بيانات الجدول مستوى الدلالة ( $SIG=0,000$ ) هي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، فإن المقدرة التفسيرية لهذا النموذج و المحسوبة سابقا هي ذات دلالة إحصائية و معنوية و ليست هامشية.

### خلاصة الفصل الثالث

يمكن القول من خلال دراستنا الميدانية التي أجريت على مستشفى الإخوة مغلاوي بولاية ميله، أن نتائج الدراسة إحصائيا كانت قريبة من فرضيات الدراسة، و بالتالي يمكننا القول أن جودة الخدمة الصحية تعتبر أحد أهم أسباب تطبيق معايير ستة سيقما، فمن خلال الدراسة و التحليل لآراء العمال نستنتج ما يلي:

1. تشير نتائج الاستبيان أن هنالك استعداد لدى مستشفى الإخوة مغلاوي بولاية ميله لتطبيق معايير ستة سيقما وذلك بناء على ما يتوفر عليه المستشفى من إمكانيات مادية و بشرية و تقنية حسب رأي العمال.
2. تشير نتائج الاستبيان أن تطبيق المستشفى لمعايير ستة سيقما يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تقليل الأخطاء و زيادة رضا المريض.
3. يؤدي تطبيق بعد التزام الإدارة العليا إلى تحسين جودة الخدمات الصحية حسب آراء العمال.
4. يؤدي تطبيق بعد التحسين المستمر إلى تحسين جودة الخدمات الصحية حسب آراء العمال.
5. يؤدي تطبيق بعد العمليات و الأنظمة إلى تحسين جودة الخدمات الصحية حسب آراء العمال.
6. يؤدي تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب إلى تحسين جودة الخدمات الصحية حسب آراء العمال.
7. يرى المهنيون في مستشفى الإخوة مغلاوي بولاية ميله أن تطبيق بعد قياس الأداء و الحوافز لا يؤثر في تحسين جودة الخدمات الصحية مع أنه من العوامل المهمة التي تساعد العامل في إبراز قدراته

و بالتالي تحسين جودة الخدمة التي يقدمها، و قد يعود سبب رفض هذه الفرضية من قبل العمال حسب الطالب إلى عدم كفاءة نظام الحوافز في الجزائر.

# خاتمة

## خاتمة

تعد ستة سيقما من الأساليب الإدارية التي تسعى إلى رفع مستوى الأداء و معالجة الانحرافات بطرق علمية دقيقة تؤدي إلى تقليل الأخطاء، فإنه من المهم تطبيق معايير ستة سيقما في المستشفيات، هذه الأخيرة التي لا يقبل فيها أي مستوى منخفض من الخدمات الصحية و السبب يعود إلى أن حدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات العجز الكلي و الوفاة بينما في القطاعات الأخرى لا يترتب على الخسارة أي خطورة توازي خطورة الأخطاء الطبية.

و مع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية (المستشفيات) و ازدياد وعي و اهتمام المريض بالحصول على خدمات صحية تلبي حاجياته و تحقق رغباته فقد سعت العديد من المستشفيات للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها لتصل إلى درجة التميز، وذلك عن طريق استخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها، و من أهم تلك الاستراتيجيات الاهتمام بالجودة بوصفها استراتيجية مهمة تساعد المستشفيات على توفير خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء، و تلبي متطلباتهم و احتياجاتهم و توقعاتهم، و من خلال هذه الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

### النتائج:

- ✓ يمكن تلخيص نتائج الدراسة الحالية بالآتي:
- ✓ كان مستوى أهمية تطبيق معايير ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محل الدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.
- ✓ أوضحت النتائج أن مستوى تطبيق بعد الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محل الدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.
- ✓ كما أوضحت النتائج أن مستوى تطبيق بعد التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محلا لدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.
- ✓ و أوضحت النتائج أن مستوى تطبيق بعد الأنظمة و العمليات في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محل الدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.
- ✓ أوضحت النتائج أن مستوى تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محلا لدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.
- ✓ أوضحت النتائج أن مستوى تطبيق بعد الأداء و الحوافز في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية محل الدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة كان مرتفع.



- يوجد أثر بين تطبيق معايير ستة سيقما و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية(5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
- يوجد أثر بين تطبيق بعد التزام الإدارة العليا وتحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية(5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
- يوجد أثر بين تطبيق بعد التحسين المستمر و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية(5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
- يوجد أثر بين تطبيق بعد العمليات و الأنظمة و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية(5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟
- يوجد أثر بين تطبيق بعد الموارد البشرية و التدريب و تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى الدلالة الإحصائية(5%) بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟

#### الاستنتاجات:

- يركز تطبيق معايير ستة سيقما في المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله على تطوير الأفكار الجديدة خدمة للعملاء و من خلاله تكون قادرة على تحقيق مزايا تنافسية على المدى البعيد، و تمكينها من وضع قرارات مناسبة و استراتيجية تدعم الأداء في مختلف الوحدات الوظيفية.
- يمثل تطبيق معايير ستة سيقما في المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله واحدا من التطورات الإدارية في مجال العمل الصحي ضمن التغيرات في بيئة العمل الصحي و سوقه و الذي من المفترض مواكبته لتقدم ما هو جيد.
- تتبع المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله سياسات جديدة في مجال و أساليب تقديم خدماتها، و هو ما ساعدها على تغييرات جذرية في استعمال الأنظمة الحاسوبية و عملياته.
- العاملون في المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله لا يترددون في إحداث أو تبني التغير المطلوب لصالح أنشطة المؤسسة.
- يحاول العاملون في المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله اكتشاف المشكلات بهدف حلها و الإسهام في تجاوز المؤسسة لها.
- تتمتع المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله إلى حد ما بسرعة الاستجابة في المواعيد حسب حاجات العملاء.
- يقوم المسؤولون في المؤسسة الصحية الاخوة مغلاوي لولاية ميله بتفويض الصلاحيات الكافية التي تمكن من اتخاذ القرارات الخاصة بالتغيير و التحديث.

## التوصيات المقترحة:

- في ظل النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذا البحث يمكننا تقديم جملة من التوصيات التالية:
- ضرورة قيام المؤسسة الصحية الإخوة مغلاوي بتهيئة خدمات تناسب و حاجة عملائها من كافة الفئات و ذلك بتبني المفاهيم العصرية في أساليب تقديم الخدمات بما يتلاءم و احتياجاتهم.
  - ضرورة الاهتمام بإشراك العاملين في المؤسسة الصحية الإخوة مغلاوي في التعليقات و إبداء الرأي أثناء الندوات أو الاجتماعات التي تعقدها المؤسسة.
  - قيام المؤسسة الصحية الإخوة مغلاوي بالتأكيد على العمل بأسلوب اللجان أو فرق العمل لحل المشكلات اتخاذ القرارات المهمة بخصوص آلية تقديم الخدمات الصحية.
  - ضرورة الاهتمام بتحديد توجه واضح للعمل في المؤسسة الصحية من أجل الحصول على جوائز الجودة و التمييز.
  - ضرورة استجابة المؤسسة الصحية الإخوة مغلاوي للتطورات في مجال العمل الصحي لما له من أثر في تميزه و تفوقه على المدى البعيد.
  - العمل على قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية و الاستفادة من نتائجها في تصميم الاستراتيجيات و السياسات و البرامج المناسبة التي تعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسينها.
  - ضرورة قيام المؤسسة الصحية بتشجيع التفاعل الإيجابي بين العمال في إطار تحسين جودة الخدمات الصحية.
  - فتح قنوات الاتصال مع المرضى وإجراء متابعات دورية لحالاتهم بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية وفق أحدث الوسائل العلمية للاتصالات.
  - محاولة تقليل فترات انتظار المرضى سواء في انتظار العمليات أو في المراجعات اليومية وذلك من خلال الالتزام بالتوقيتات الزمنية اليومية وتهيئة الظروف الملائمة لعمل صالات المرضى.
  - إخضاع الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية إلى دورات تدريبية تطويرية وذلك لزيادة اهتمامهم بالمرضى وتطبيق الأساليب العلمية و النفسية في التعامل مع المرضى.
  - تحسين مستوى النظافة و توفير الأمن الكافي في المؤسسات الصحية الاستشفائية.
  - متابعة الإدارة العليا بالمؤسسة الاستشفائية لطاقم الطبي وشبه الطبي و دفعهم إلى الإصغاء الكافي للمريض.
  - إقامة وتوسيع العلاقة بين إدارة المؤسسة الاستشفائية و أساتذة الجامعات و المعاهد من خلال إقامة دورات تدريبية وندوات ومؤتمرات في مجال تحسين جودة الخدمات الصحية بصفة عامة.

## أفاق البحث:

يمكن اقتراح مجموعة من المواضيع التي لها صلة بموضوع البحث والتي يمكن أن تكون عناوين بحوث مستقلة:

- دور ستة سيقما في تحقيق الميزة التنافسية بالمؤسسات الصحية.
- دور ستة سيقما في تحقيق جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الطاقم الطبي وشبه الطبي.
- أثر تطبيق ستة سيقما في تحقيق تفعيل أداء المؤسسات الصحية.
- ضرورة إجراء مزيد من الدراسات في هذا الموضوع

# قائمة المراجع

### قائمة المراجع:

#### ا. باللغة العربية:

##### 1. الكتب:

1. أحمد يوسف دودين، 2014.
2. أسامة عبد العزيز الشنواني، Six Sigma الاتجاهات المعاصرة لإدارة وتطوير الأداء، مركز جامعة القاهرة، الطبعة الأولى، 2008.
3. أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان:الأردن، الطبعة الأولى، 2000،
4. بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، الخدمات - مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي - دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، 1999.
5. بيت باند، لاريهولب، السيكس سيقما رؤية متقدمة في إدارة الجودة، ترجمة: أسامة أحمد مسلم، دار المريخ للنشر، الرياض:المملكة العربية السعودية، 2005.
6. ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة و جودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية و طرق القياس و التقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية: مصر، 2006.
7. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان:الأردن، دون سنة نشر.
8. خالد بن سعد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، جامعة الملك سعود، الرياض:السعودية، 1997.
9. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان:الأردن، 2008.
10. زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد، عمان:الأردن، 1998.
11. سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: الجزائر، 2004.
12. صفاء محمد هادي الجزائري و آخرون، قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة - العراق، بدون سنة النشر.
13. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض:السعودية، 2004.
14. طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، الزقازيق:مصر، 2006.
15. عبد العزيز خمير، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة، 2003.
16. عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد، الطبعة الأولى، عمان:الأردن، 2004.
17. عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة:مصر، 1999.

18. مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر، عمان:الأردن، 2008.
19. محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة، دار إثراء للنشر والتوزيع عمان:الأردن، 2008.
20. محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان:الأردن، 2005.
21. مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة:مصر، 2008.
22. مرزوق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر و التوزيع، عمان، 2012، الطبعة الأولى.
23. مهند النابلسي، أسرار الحيوود السداسي، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان: الأردن، 2005.
24. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009.

## 2. مؤتمرات، ملتقيات، مداخلات، ندوات:

- 1- بن نافلة قدور، مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخلة مقدمة في ملتقى وطني حول (إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة)، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الطاهر مولاي سعيدة، يومي 13-14 ديسمبر، سعيدة: الجزائر، 2010.
- 2- عبد الناصر نور وآخرون، استخدام منهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي، مداخلة مقدمة في المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر بعنوان (ذكاء الأعمال و اقتصاد المعرفة) جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، أيام 23-26 أبريل، عمان:الأردن، 2012،
- 3- محمد عبد العال النعيمي، six sigma منهج حديث في مواجهة العيوب، بحث مقدم في المؤتمر العلمي لجامعة الزيتونة، جامعة عمان، عمان:الأردن، أبريل 2007،
- 4- وفيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة و طرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، أيام 26-27 أبريل، 2006

## 3. رسائل

1. أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الفندقية في الجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2008.
2. بجدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، تلمسان:الجزائر، 2012.
3. دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، ورقلة:الجزائر، 2012.

4. سمير خليل إبراهيم جوادة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة: فلسطين، 2011.
5. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، تلمسان: الجزائر، 2012.
6. علي بن أحمد علي عسييري، متطلبات تطبيق أسلوب ستة سيقما لتطوير العمل الإداري بإمارة منطقة عسير، مذكرة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا - قسم العلوم الإدارية، الرياض: السعودية، 2009؛
7. علي بن عبد الله المهذب، إدارة الجودة الشاملة و امكانية تطبيقها في الأجهزة الأمنية، مذكرة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا - قسم العلوم الإدارية، الرياض: السعودية، 2009؛
8. لرقط علي، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي بالجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، باتنة: الجزائر، 2009.
9. مهند فواز موسى الخطيب، مدى أثر استخدام six sigma غير المخطط على رضا الزبائن في بنك الإسكان للتجارة و التمويل، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية الأعمال، 2009.
10. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، باتنة: الجزائر، 2012.
10. نضال حلمي السلامة، إمكانية استخدام ستة سيقما لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، عمان: الأردن، 2007،
11. والة عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية و التجارية، فرع تسويق، جامعة الجزائر 3، 2011،

#### 4. مجالات علمية

- 1- أحمد يوسف دودين، ماجد عبد المهدي مساعدة، مدى استخدام مفاهيم SIX SIGMA في الجامعات الأردنية و الحكومية والخاصة، المجلة التربوية، العدد 34، جامعة الزيتونة الأردنية، يوليو 2013.
- 2- أكرم أحمد الطويل و آخرون، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة (تكرير للعلوم الإدارية و الاقتصادية)، العدد 19، جامعة تكريت، 2010.
- 3- زينب شلال عكار، دور الحيويد السداسي في تحسين الأداء الشامل للمستشفى، مجلة (دراسات إدارية) ، المجلد (3) ، العدد(6)، البصرة: العراق، كانون الأول 2010.

- 4- صفاء محمد هادي الجزائري و آخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء- البصرة- مجلة (دراسات إدارية)، المجلد4، العدد7، جامعة البصرة، 2011.
- 5- صلاح بو عبد الله، قياس أبعاد جودة الخدمة، مجلة (العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، العدد 10، محمد بوضياف، المسيلة: الجزائر، 2010.
- 6- صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرض و الموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، جانفي 2012 .
- 7- عادل محمد عبد الله، مدى إمكانية تبني منهجية الحيود السداسي في السيطرة على نوعية الأدوية المطلوبة وفقا لمنهج DMAIC، مقال في مجلة ( جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية و الإدارية)، المجلد5، العدد10، الموصل: العراق، 2013.
- 8- ماهر موسى درغام، هبة عبد الله، مدى الالتزام بمنهج ستة سيقما في ضبط جودة التدقيق الداخلي، مجلة (الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية)، المجلد الحادي و العشرون، العدد الثاني، يونيو 2013.

### 5. منشورات على الأنترنت:

1. www.flylib.com

2. www. Isixsigma.com

### 6. المراسيم والقوانين:

1. الأمر رقم: 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 87، 1994.
2. المرسوم التنفيذي رقم: 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، 2007.
3. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن تحديد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 2010، 15.
4. القرار الوزاري رقم: 2822 المؤرخ في 03 مارس 2008 المتضمن إنشاء الهيكل التنظيمي للمصالح و الوحدات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي بميلة.



5. الجريدة الرسمية، العدد1، الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بتاريخ 1974/01/01.

### ii. باللغة الأجنبية

1. Craig Gygi and authers, six sigma for dummies,willey publishing, Canada :U.S.A ,2005,
2. 02- Paul, L.E,Practice Makes Perfect,CIO Enterprise, Vol. 12 No. 7, Section 2, January 15,1999,
3. Philipe kotler et al, marketing management, pearsoneducation, France, 12 edition, 2006,

## الملحق رقم ( 01 )

| الانتماء                     | الرتبة                | الأستاذ المحكم | الرقم |
|------------------------------|-----------------------|----------------|-------|
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ محاضر قسم " أ " | شرف عقون       | 01    |
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ محاضر قسم " ب " | محبوب فاطمة    | 02    |
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ محاضر قسم " ب " | علي موسى أمال  | 03    |
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ محاضر قسم " ب " | جمال لطرش      | 04    |
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ محاضر قسم " ب " | بلحاج طارق     | 05    |
| المركز الجامعي ميلة. الجزائر | أستاذ مساعد قسم " أ " | كمال زموري     | 06    |

الملحق رقم (02)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف\_ميلة\_

معهد العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير  
قسم: العلوم التجارية  
السنة: الثانية ماستر  
التخصص: تسويق الخدمات

استبيان حول :

### أثر تطبيق سيقما ستة على تحسين جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي ميلة

استمارة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم التجارية تخصص: تسويق الخدمات

أخي الفاضل...أختي الفاضلة

تحية طيبة و بعد ؛

يقوم الطالبان بإجراء دراسة علمية حول " أثر تطبيق ستة سيقما على جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة مغلاوي ميلة "، لذا يسرنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان بغرض التكرم و الإجابة على فقراته حسب وجهة نظرکم، علما أن المعلومات التي سيتم الإدلاء بها سوف تُحاط بالسرية التامة، و لن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

ملاحظة:يرجى عدم كتابة الاسم و اللقب.

شكراً لتعاونکم و تقبلوا منا خالص التحيات.

إشراف الدكتور:

عقون شراف

إعداد الطلبة:

- ياسين بولمناخر

- حسام الدين بن الشيهب

السنة الجامعية

2018/2017

المحور الأول: المعلومات الشخصية:

من فضلك ضع علامة (x) في المكان المناسب:

1-الجنس:

|  |      |
|--|------|
|  | ذكر  |
|  | أنثى |

2- العمر:

|  |                         |
|--|-------------------------|
|  | أقل من 30 سنة           |
|  | من 30 إلى أقل من 40 سنة |
|  | 40 سنة فأكثر            |

3- الخبرة:

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
|  | أقل من 05 سنوات                 |
|  | من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات |
|  | من 10 سنوات فأكثر               |

4- المستوى التعليمي:

|  |             |
|--|-------------|
|  | نحائي       |
|  | ليسانس      |
|  | ماستر       |
|  | ماجستير     |
|  | دكتوراه     |
|  | شهادات أخرى |

5-المسمى الوظيفي:

|  |            |
|--|------------|
|  | مدير عام   |
|  | مدير فرعي  |
|  | رئيس مصلحة |
|  | موظف       |

6-التخصص العلمي

|  |                |
|--|----------------|
|  | اقتصاد         |
|  | إدارة مستشفيات |
|  | طب عام         |
|  | طب تخصصي       |
|  | تكوين شبه طبي  |
|  | تخصص آخر       |

المحور الثاني / ستة سيقما:

- 1- " هي عملية تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض".
- 2- " هي عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء وذلك باستخدام منهجية ستة سيقما لتخفيض الاختناقات

السريية و الآلية التي تؤدي إلى إطالة الوقت و التكاليف العالية و النتائج السيئة".

أما عن العدد ستة فهو يرمز إلى مستوى من مستويات سيقما، حيث يوجد عدة مستويات لسيقما و التي تمثل بالطبع عدة مستويات للجودة- فكلما ازداد العدد المرافق لسيقما دل ذلك على زيادة في مستوى الجودة وبالطبع انخفاض نسبة العيوب في المنتج، و العكس صحيح فكلما قل العدد المرافق لسيقما دل ذلك على انخفاض مستوى الجودة.

من فضلك ضع علامة (x) في المكان المناسب:

| الرقم                                    | العبارة   | لا أوافق بشدة | لا أوافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|--|---|---------------|----------|-------|-------|------------|
| <b>البعد الأول / الإدارة العليا</b>      |   |               |          |       |       |            |
| 1.                                       | لدى إدارة المستشفى الاستعداد اللازم لاستخدام ستة سيقما .  |               |          |       |       |            |
| 2.                                       | تسعى إدارة المستشفى إلى تطبيق ستة سيقما.  |               |          |       |       |            |
| 3.                                       | إدارة المستشفى تدرك المفاهيم والمبادئ والأدوات المتعلقة بستة سيقما                                |               |          |       |       |            |
| 4.                                       | تهتم إدارة المستشفى بالمبادرات التي تركز على إرضاء المريض.  |               |          |       |       |            |
| <b>البعد الثاني / التحسين المستمر</b>    |   |               |          |       |       |            |
| 5.                                       | تحرص إدارة المستشفى على تكوين فرق عمل وتدريبها على التحسين المستمر                                |               |          |       |       |            |
| 6.                                       | تقوم إدارة المستشفى بإجراء مراجعة شاملة ومستمرة للأنماط الإدارية تحقيقاً لمفاهيم الجودة.          |               |          |       |       |            |
| 7.                                       | تعمل إدارة المستشفى على التحسين المستمر لجودة خدماتها باستخدام خطط طويلة المدى                    |               |          |       |       |            |
| 8.                                       | تقوم إدارة المستشفى بالإجراءات اللازمة للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين. |               |          |       |       |            |
| <b>البعد الثالث / العمليات و الأنظمة</b> |   |               |          |       |       |            |
| 9.                                       | تعمل إدارة المستشفى على تركيز جهود برامج الجودة نحو مختلف العمليات في المستشفى.                   |               |          |       |       |            |

|  |  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | تعتبر إدارة المستشفى العمليات و الأنشطة المختلفة هي نقطة البداية لبرنامج الجودة.                                   | 10. |
|  |  |  |  |  | لدى إدارة المستشفى الاستعداد لتوفير نظام لتبادل المعلومات وتدققها بين برامج الجودة.                                | 11. |
|  |  |  |  |  | لدى إدارة المستشفى القدرة على توفير نظام اتصال مباشر بمدربي برامج الجودة.  | 12. |
| <b>البعد الرابع /الموارد البشرية</b>             |  |  |  |  |  |     |
|  |  |  |  |  | لدى إدارة المستشفى الاستعداد لتعيين خبراء و استشاريين في برامج الجودة.   | 13. |
|  |  |  |  |  | العاملون في المواقع ذات التأثير في خدمة المرضى يتميزون بالتنظيم المتخصص و المهارة و الخبرة لتحقيق الجودة المطلوبة. | 14. |
|  |  |  |  |  | تشجع إدارة المستشفى على انخراط العاملين في دورات خاصة تتعلق ببرامج الجودة المعاصرة.                                | 15. |
|  |  |  |  |  | تستطيع إدارة المستشفى و بالاستعانة بإمكانيات ذاتية من تدريب العاملين على مفاهيم برامج الجودة.                      | 16. |
| <b>البعد الخامس /الأداء و الحوافز</b>            |  |  |  |  |  |     |
|  |  |  |  |  | تقوم إدارة المستشفى بقياس أداء كافة الأقسام العاملة بها.   | 17. |
|  |  |  |  |  | تعتمد إدارة المستشفى على أساليب إحصائية لقياس ومراقبة الأداء.  | 18. |
|  |  |  |  |  | إدارة المستشفى لديها الاستعداد لتحفيز العاملين ماديا ومعنويا.  | 19. |
|  |  |  |  |  | إدارة المستشفى تربط الترقيات الإدارية بالتقدم في برامج الجودة.   | 20. |
| <b>المحور الثالث / تحسين جودة الخدمات الصحية</b> |  |  |  |  |  |     |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تقليل الأخطاء الطبية.  | 21. |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تخفيض الأخطاء في استعمال الأدوية الخطرة جدا.                                 | 22. |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تخفيض الأخطاء الإدارية.  | 23. |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تشخيص حالة المريض بكل دقة.  | 24. |

|  |  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في التغلب على العقبات التي<br>تخفض مستوى الأداء. | .25 |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تخفيض مدة إقامة المريض<br>في المستشفى.        | .26 |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى في تخفيض وقت انتظار<br>مرضى الطوارئ.             | .27 |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تلبية احتياجات المرضى.                       | .28 |
|  |  |  |  |  | يساعد تطبيق ستة سيقما في المستشفى على تقديم خدمات صحية<br>متميزة.                  | .29 |

الملحق رقم ( 03 )1.المعلومات الشخصية:● الجنس:

|       |          | genre     |             |                    |                    |
|-------|----------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
|       |          | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| alide | masculin | 11        | 33,3        | 33,3               | 33,3               |
|       | femenin  | 22        | 66,7        | 66,7               | 100,0              |
|       | Total    | 33        | 100,0       | 100,0              |                    |

● العمر:

|        |             | age       |             |                    |                    |
|--------|-------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |             | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | moin 30     | 9         | 27,3        | 27,3               | 27,3               |
|        | 30- moin 40 | 16        | 48,5        | 48,5               | 75,8               |
|        | 40 plus     | 8         | 24,2        | 24,2               | 100,0              |
|        | Total       | 33        | 100,0       | 100,0              |                    |

● الخبرة:

|        |            | experience |             |                    |                    |
|--------|------------|------------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |            | Fréquence  | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | moins5     | 12         | 36,4        | 36,4               | 36,4               |
|        | 5- moins10 | 14         | 42,4        | 42,4               | 78,8               |
|        | 10 Plus    | 7          | 21,2        | 21,2               | 100,0              |
|        | Total      | 33         | 100,0       | 100,0              |                    |



● المستوى العلمي:

|        |            | NiveauEdu |             |                    |                    |
|--------|------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |            | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | Secondaire | 9         | 27,3        | 27,3               | 27,3               |
|        | Licence    | 12        | 36,4        | 36,4               | 63,6               |
|        | Master     | 2         | 6,1         | 6,1                | 69,7               |
|        | Magister   | 1         | 3,0         | 3,0                | 72,7               |
|        | Doctarant  | 1         | 3,0         | 3,0                | 75,8               |
|        | AutreDip   | 8         | 24,2        | 24,2               | 100,0              |
|        | Total      | 33        | 100,0       | 100,0              |                    |

● المسمى الوظيفي:

|        |                | NiveauFonc |             |                    |                    |
|--------|----------------|------------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |                | Fréquence  | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | Sous Directeur | 2          | 6,1         | 6,1                | 6,1                |
|        | Fonctionnaire  | 31         | 93,9        | 93,9               | 100,0              |
|        | Total          | 33         | 100,0       | 100,0              |                    |

● التخصص العلمي:

|        |              | Specialite |             |                    |                    |
|--------|--------------|------------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |              | Fréquence  | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | Econome      | 10         | 30,3        | 30,3               | 30,3               |
|        | AdminHopital | 1          | 3,0         | 3,0                | 33,3               |
|        | Para-Medical | 22         | 66,7        | 66,7               | 100,0              |
|        | Total        | 33         | 100,0       | 100,0              |                    |

## 2. معامل الثبات ألفا كرونباخ - (alpha de cronbach)

- معامل الثبات ألفا للمتغير التابع (تحسين جودة الخدمات الصحية):

| Statistiques de fiabilité |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach         | Nombre d'éléments |
| ,929                      | 9                 |

- معامل الثبات ألفا للمتغير المستقل (سنة سيقما):

| Statistiques de fiabilité |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach         | Nombre d'éléments |
| ,820                      | 20                |

- معامل الثبات ألفا الكلي :

| Statistiques de fiabilité |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach         | Nombre d'éléments |
| ,888                      | 29                |

## 3. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q1               | 33 | 3,92    | ,813       |
| Q2               | 33 | 2,72    | ,861       |
| Q3               | 33 | 3,61    | ,875       |
| Q4               | 33 | 4,28    | ,451       |
| admins           | 33 | 3,7631  | ,436       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q5               | 33 | 4,23    | ,421       |
| Q6               | 33 | 4,12    | ,690       |
| Q7               | 33 | 3,51    | ,795       |
| Q8               | 33 | 3,37    | 1,129      |
| improcont        | 33 | 4,1451  | ,351       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q9               | 33 | 4,11    | ,315       |
| Q10              | 33 | 3,57    | ,790       |
| Q11              | 33 | 3,50    | ,793       |
| Q12              | 33 | 3,46    | 1,071      |
| operat           | 33 | 3,6651  | ,501       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q13              | 33 | 3,22    | ,834       |
| Q14              | 33 | 3,12    | 1,831      |
| Q15              | 33 | 4,02    | ,545       |
| Q16              | 33 | 3,76    | ,753       |
| rhumain          | 33 | 3,9635  | ,732       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q17              | 33 | 3,50    | ,962       |
| Q18              | 33 | 4,00    | ,272       |
| Q19              | 33 | 4,11    | ,786       |
| Q20              | 33 | 2,89    | ,832       |
| tahfizzzz        | 33 | 4,1234  | ,234       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### Statistiques descriptives

|                  | N  | Moyenne | Ecart type |
|------------------|----|---------|------------|
| Q21              | 33 | 4,12    | ,315       |
| Q22              | 33 | 4,03    | ,508       |
| Q23              | 33 | 4,45    | ,504       |
| Q24              | 33 | 4,00    | ,385       |
| Q25              | 33 | 4,01    | ,272       |
| Q26              | 33 | 4,08    | ,263       |
| Q27              | 33 | 4,07    | ,262       |
| Q28              | 33 | 4,06    | ,261       |
| Q29              | 33 | 4,05    | ,260       |
| tqm              | 33 | 4,1219  | ,208       |
| N valide (liste) | 33 |         |            |

### 4. تحليل فرضيات الدراسة

#### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t    | Sig.   |      |
|--------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|------|--------|------|
|        | B                             | Erreur standard | Bêta                      |      |        |      |
| 1      | (Constante)                   | 4,669           | ,338                      |      | 13,816 | ,000 |
|        | admins                        | ,398            | ,077                      | ,244 | 2,264  | ,018 |
|        | improcont                     | ,578            | ,069                      | ,136 | 1,845  | ,000 |
|        | operat                        | ,365            | ,045                      | ,191 | 2,455  | ,010 |
|        | rhumain                       | ,480            | ,049                      | ,023 | 2,060  | ,000 |
|        | tahfizzzz                     | ,228            | ,049                      | ,252 | 2,955  | ,110 |

a. Variable dépendante : tqm

#### Coefficients<sup>a</sup>

| Modèle | Coefficients non standardisés |                 | Coefficients standardisés | t    | Sig.   |      |
|--------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|------|--------|------|
|        | B                             | Erreur standard | Bêta                      |      |        |      |
| 1      | (Constante)                   | 5,061           | ,289                      |      | 17,515 | ,000 |
|        | sigma6666                     | ,307            | ,082                      | ,620 | 1,045  | ,000 |

a. Variable dépendante : tqm

## Récapitulatif des modèles

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,559 <sup>a</sup> | ,455   | ,490          | ,2509                           |

a. Prédicteurs : (Constante), sigma6666

5. العلاقة بين ستة سيقما في تحسين جودة الخدمات الصحية

## Récapitulatif des modèles

| Modèle | R                 | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1      | ,529 <sup>a</sup> | ,480   | ,410          | ,25720                          |

a. Prédicteurs : (Constante), sigma6666

ANOVA<sup>a</sup>

| Modèle |            | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F       | Sig.              |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1      | Régression | 10,011           | 1   | 10,011      | 105,526 | ,000 <sup>b</sup> |
|        | Résidu     | 8,672            | 31  | ,122        |         |                   |
|        | Total      | 18,683           | 32  |             |         |                   |

a. Variable dépendante : tqm

b. Prédicteurs : (Constante), sigma6666