

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية

الموضوع:

دور استراتيجية الانحراف السُّداسي في الارتقاء بالخدمات الصحية لتحقيق رضى المريض:

"دراسة حالة بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف"

إشراف الأستاذة الدكتور:

رزيقة غراب

إعداد الطالبة:

مباركة جناد

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د. ليلي قطاف	أستاذة التعليم العالي	جامعة سطيف 1	رئيساً
أ.د. رزيقة غراب	أستاذة التعليم العالي	جامعة سطيف 1	مشرفاً ومقرراً
د. إلياس بومعروف	أستاذ محاضر قسم —أ—	جامعة سطيف 1	مناقشاً
أ.د. علي دبي	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	مناقشاً
د. منصف بن خديجة	أستاذ محاضر قسم —أ—	جامعة سوق اهراس	مناقشاً
أ.د. كمال قاسمي	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	مناقشاً



إهداء

أهدي ثمرة جهدي
إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله ورعاهما؛
إخوتي وعائلاتهم؛
الجميل جمال الدين؛
العزيزة هاجر؛
الغالية ابتسام زياني وشقيقتها سارة وفاطمة؛
إلى كل الأطفال الذين أحبوني وأحببتهم وأخص بالذكر الحبوبة دانيا؛
إلى كل أساتذتي وأخص بالذكر من علّمتني القراءة والكتابة بكل حُبّ
مُعَلّمتي في الطور الابتدائي بوبريمة صونية، الأساتذة الذين أشرفوا عليّ في
طور التدرج وما بعد التدرج: الأستاذ الدكتور بومعراف إلياس، الأستاذ
الدكتور كمال بوعظم، والأستاذة الدكتورة غراب رزيقة.

شُكر وعِرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين،
اللهم لك الحمد كما نقول وخيرا مما نقول، عدد خلقك وزنة عرشك ومداد كلماتك

حمداً كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانتك،

لما منحتني من نعم وآلاء وعون وتيسير لإتمام هذا العمل

أتقدم بخالص شكري، وعظيم تقديري وعرفاني إلى:

المشرفة الفاضلة الأستاذة الدكتورة "رزيقة غراب" التي

تعهدتني بتوجيهاتها القيّمة ومعارفها الثمينة فجزاها الله خير جزاء؛

أستاذي الفاضل كمال بوعظم الذي أسندني بوقوفه معي دائماً؛

الأستاذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة، لقبولهم مناقشة هذا

البحث وإثراء مضمونه؛

الأستاذة الأفاضل الذين شرفونا بتحكيم الإستمارتين الخاصة بهذا

البحث؛

الأستاذة مقيدش نزيهة التي كلما تعثّرت مدّت يدها لأقف من جديد؛

الأستاذة هاجر يحيى التي تكفلت بالتدقيق اللغوي لهذا العمل وكانت لي أختاً وصديقة وسنداً

ونعم السند؛

الإخوة والأخوات الذين مدّوا لي يد العون ولو بكلمة طيبة وحفرتني وغمرتني تشجيعاتهم

ودعواتهم: أعضاء دفعة التقنيات الكمية، الدكتور بوعمامة العربي، أكرم جناد، أمين قسوم،

آيت بارة شفيعة، فريد لطرش، نصير بوشارب، فيصل معاش، نبيلة فالي، نادية مالكي،

راضية عطوي، نادية حصروري، عبد الناصر رواجي، هشام درادرة، جريدة بلعة، فريدة لرقط

وهند زيتوني؛

وشكّرُ خاص للسادة والسيدات أفراد عينتي الدّراسة من مرضى، أطباء وممرضين على جميل

تعاونهم.

شكّرُ موصول لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد.

المقدمة



تمهيد:

لقد أدت المنافسة العالمية الشديدة بمختلف المؤسسات بما في ذلك الصحيّة منها، إلى ضرورة إعادة ترتيب أولوياتها، فنجد من جهة أنّ العميل أصبح سيّد الموقف، يسعى الجميع لإرضائه وتحقيق مُتطلباته ضماناً لبقاء المؤسسة واستمراريتها. ومن جهةٍ أخرى أدّى التطور السريع للكثير من المفاهيم الإدارية والتقنية إلى حثّ المؤسسات الخدمية والصناعية على البحث عن الطرق والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الرامية إلى تحقيق أهدافها، وتحسين جودة خدماتها ومنتجاتها مع الاستغلال الأمثل لما لديها من موارد وإمكانات. وتُعد استراتيجية الانحراف السُداسي six sigma من أفضل الأساليب الحديثة لتحسين المذهل لجودة الخدمات والمنتجات والعمليات وطريقة فعّالة لمحاربة وتقليل الفُروقات في الإنتاج؛ وبذلك كلّما كان الجهد أكبر لتأسيسها وتطبيقها بالطريقة الصحيحة كان توفُّع الفوائد منها أكبر.

إنّ مثل هذه الاستراتيجية تعتمد بشكلٍ أساسيٍّ على التحليل المتزايد للبيانات والإحصائيات المجمعة بهدف التعرُّف على مواطن العيوب والخلل في العمليات أو الإجراءات، ومن ثمّ العمل على مُعالجتها باستمرار مع محاولة تقليل نسبة الأخطاء إلى مُستوى صفر كلّما أمكن ذلك. كما تقوم على مبدأ حازم يسعى إلى تركيز الجُهد للحصول على خدماتٍ ومنتجات تقترب إلى حدّ كبير من أقصى درجات الجودة والإنقان، بأقلّ تكلفةٍ مُمكنة وفي وقتٍ قياسيٍّ. وتُعتبر شركة مُوتورولا السّابقة إلى ذلك فهي أوّل شركة استخدمت استراتيجية الانحراف السُداسي للتعبير عن برنامج الجودة الخاص بها وحقّقت العديد من النّجاحات مُنذ تبنّيها لها.

ومما لا شك فيه أنّ القطاع الصّحي هو الواجهة الحضارية التي تعكس تقدّم الدول ويتطلب عناية خاصّة بمؤسساته على اختلاف أنواعها؛ والذي أضحى أكثر تعقيداً في الآونة الأخيرة مما أدّى إلى تزايد فُرص حدوث الأخطاء في صناعة الخدمة الصحيّة. وفي ظلّ بيئةٍ يغلب عليها الميل إلى عدم تحمّل مسؤولية الخطأ فإن اعتماد استراتيجية الانحراف السُداسي في مختلف مؤسسات هذا القطاع الحيوي يُعتبر ضرورة حتمية وخُطوة بالغة الأهميّة ويمثل قُوّة دافعة للإتفاق على الخطأ ومن ثمّ مُتابعته وتقليله والوصول إلى أعلى مُستويات الإنقان. ومن شأنها كذلك أن تُعالج مشاكل هذه المؤسسات وتُحسّن أدائها وترفع من مُستوى كفاءة خدماتها وتُغيّر وجهها؛ ومن ثمّ تُغيّر نظرة عملائها، وذلك بتوفير عملياتٍ أفضل وتحسين مُستوى الكفاءات البشريّة من أطباء ومُمرضين وإداريّين بما يضمن إستمرارية عطايتهم لمن هم في أمسّ الحاجة له من مرضى وتحقيق مُعدلاتٍ عالية من الرّضى لديهم.

وبالنّظر إلى الواقع المعيش في الجزائر فإنّ وضع الصّحة وبالرّغم من مُحاولات إصلاحه لا زال بعيداً عمّا ينبغي أن يكون عليه. فالمؤسسة الصحية الجزائرية عموماً والاستشفائية العمومية على وجه الخصوص تُعاني العديد من المشكلات أبرزها تدهور مُستوى الرّعاية الصحيّة المقدّمة للمرضى، طُول الإنتظار للحصول على الخدمة الصحيّة، عدم التّمكن من التحدّث للأطباء والممرضين بسهولةٍ ويُسر، سُوء الإستقبال، نقص الأدوية والأجهزة الطبيّة ممّا

أثقل كاهل المرضى بالتوجُّه إلى القطاع الخاص، بالإضافة إلى كثرة الإضرابات التي زادت من تأزم الأمور، والتي تعكس وجود خلل عميق في تسيير القطاع يتطلب المزيد من الإهتمام.

إنّ هذه المتاعب التي تواجه المريض الجزائري وغيرها تجعل المؤسسات الاستشفائية التي تُعد بمثابة العمود الفقري للنظام الصحي ككل، تحيد عن الغاية الأساسية من إنشائها وهي تقديم خدمة تكون في مستوى تطلُّعات المرضى. كما أنّ تولي الأطباء المتميزين مناصب إدارية مكافأة لهم، يزيد من تعقيد تلك الحالة ويُؤدي إلى تدهور مستوى الرعاية الصحيّة المقدمة للمرضى، ناهيك عن قِلّة الكفاءات البشرية والمالية وضعف مستوى التكوين، ممّا يجعلها لا تتناسب مع ما هو مطلوب منها، مع عدم وجود مُتطلبات الجودة؛ الأمر الذي يرجع في الحقيقة إلى إفتقارها لآليات قياس الأداء والقُدرة على تحقيق أهدافها، لهذا عليها التفكير بجدية في الإرتقاء بمستوى الخدمات التي تُقدمها والعمل على تحقيق رضى المريض الجزائري. إذ لا بد عليها أن تأخذ بعين الاعتبار كلّ العوائق التي ترتبط بنشاطها خاصة الداخلية منها التي ترتبط بمُحيط العمل، بما يضمن لمقدمي الخدمة الصحيّة الشروط الأساسية لتقديم الأفضل دائماً وبما يتماشى والهدف الإنساني لهذه المؤسسات والمتمثل أساساً في توفير رعاية صحيّة مُلائمة يستفيد منها أكبر عدد ممكن من المواطنين.

أولاً: إشكالية الدّراسة

على ضوء ما تقدّم، وانطلاقاً من الوضع الراهن المتميّز بتدهور الأمور في مختلف المؤسسات الاستشفائية الوطنية، فالأمر يستدعي البحث بجدية في سبل إصلاحها وعلى عَجَل؛ ولعلّ تبني استراتيجية الانحراف السداسي يُعدّ من بين أفضل السبل للنهوض بهذه المؤسسات والارتقاء بها؛ نظرًا إلى ما تتميّز به من قُدرة على تحسين جودة الخدمات بما فيها الصحيّة، مما يضمن تحسين نوعية هذه الخدمات ومن ثمّ تحقيق رضى المرضى.

وبناءً عليه فإنّ الإشكالية التي نطرحها في هذا البحث تُنحصر في السؤال الرئيس التالي:

مامدى مُساهمة استراتيجية الانحراف السداسي في الإرتقاء بالخدمات الصحيّة من أجل تحقيق رضى المريض في المؤسسات الاستشفائية؟

ويندرج تحت هذا السؤال الأسئلة الجزئية التالية:

1. ما المقصود باستراتيجية الانحراف السداسي؟
2. ما هي آليّة تطبيق الانحراف السداسي في المؤسسات الاستشفائية؟
3. هل هناك إختلاف في وضعية الخدمات الصحيّة بين المؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؟
4. ما هي المشكلات والمعوقات التي تُواجه الطّاقم الطبي وشبه الطّبي لتقديم خدمات ذات جودة عالية في المؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؟
5. ما مدى مُساهمة استراتيجية الانحراف السداسي في تحسين الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؟

ثانيا. فرضيات الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية:

1. يُحقق تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي نتائج مُذهلة في كُلّ القطاعات بما فيها القطاع الصحيّ؛
2. تتوافر المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة على كل العوامل التي تُؤهلها لتطبيق استراتيجية الانحراف السداسي بنجاح؛
3. تُوفر استراتيجية الانحراف السداسي قاعدة بيانات مهمة تسمح بالتعرّف على مواطن الخلل والعيوب في الإجراءات أو العمليات، الأمر الذي يُسهّم في تقليل نسبة الأخطاء إلى أدنى المستويات؛
4. تُعتبر المشكلات الإدارية من أهم أسباب تدني مُستوى الخدمة الصحيّة المقدّمة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة والتي تُحدّ من نجاح تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي.

ثالثا. أهداف الدراسة

يسعى هذا البحث في إطار إشكاليته وفرضياته وما هو مُلاحظ في أغلبية المؤسسات الاستشفائية الجزائرية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تسليط الضوء على ضرورة تبني استراتيجية الانحراف السداسي لتحسين أداء المؤسسات الاستشفائية الجزائرية بُغية التّهوض بها؛
2. التّعرّف على أهم العوامل المؤثّرة على السّير الحسن لعمل المؤسسات الاستشفائية الوطنية، ليتسنى فيما بعد التّحكّم فيها؛
3. الوصول إلى استخلاص أهم المحاور التي يمكن الارتكاز عليها لتطوير القطاع الصحيّ في الجزائر؛
4. محاولة إبراز العلاقة بين تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي بالمؤسسات الاستشفائية ورضى المرضى.

رابعا. أهمية الدراسة

تتجسد أهمية هذه الدراسة في النّقاط التالية:

1. أضحي استخدام استراتيجية الانحراف السداسي من المواضيع الهامة التي لا ينبغي الإستغناء عنها نظراً لكونها أسلوباً تسييرياً يضمن لمستخدميه الحصول على مُنتجات وخدمات تقترب إلى حدٍ كبير من أقصى درجات الجودة والإتقان وبأقل تكلفة؛
2. يتناول هذا البحث المؤسسات الصحيّة مُثّلة في بعض المؤسسات الاستشفائية والتي تُعتبر من أكثر المؤسسات إرتباطاً بالجمهير بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكلٍ أو بآخر. حيث تهدف إلى توخّي الحذر من الانحراف في الصّحة وبناء إنسان مُكتمل الصّحة الجسميّة والعقليّة والإجتماعيّة إضافةً إلى انعكاس ذلك على الاقتصاد الوطني؛

3. يُعتبر هذا البحث خطوة هامة لإثراء التطبيق العملي لإستخدام الأساليب الكمية في التفسير لما لها من تأثير على نوعية المنتج أو الخدمة؛
4. كما يستمد البحث أحد جوانب أهميته من الحاجة المتزايدة إلى تطبيق أساليب حديثة في إدارة المؤسسات الاستشفائية، ثبت نجاحها في العديد من الدول والمؤسسات وبصورة خاصة المستشفيات. حيث أن الجزائر من الدول النامية التي لازال منتوجها الصحي بعيداً عن المستوى الذي يُرضي المرضى؛
5. الوصول إلى معرفة التحديات التي تواجه القطاع الصحي الجزائري انطلاقاً من الأوضاع السائدة في المؤسسات الاستشفائية.

خامساً. الدراسات السابقة

في حدود إطلاع الباحثة فإن أهم الدراسات المتعلقة بموضوع هذه الدراسة هي:

1. دراسة BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K سنة 2005، تحت عنوان " Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management"، مقال منشور في مجلة **International Journal of Quality & Productivity Management**، المجلد الخامس، العدد الأول. هدفت هذه الدراسة إلى توضيح إمكانية الاستفادة من استراتيجية الانحراف السداسي في تحسين جودة الخدمات الصحية، من خلال عرض أربع حالات ناجحة لأنظمة صحية طبقت استراتيجية الانحراف السداسي؛ الحالة الأولى تخص Mount Caramel Health System بـ Columbus Ohio. الحالة الثانية تتعلق بمستشفى Red Cross Hospital بـ Beverzijk Netherland، أما الحالة الثالثة فهي تخص Good Samaritan Health Systems بـ Kearney Nebraska. في حين تعلقت الحالة الأخيرة بـ The Charleston Area Medical Center بـ West Verginia. وخلصت هذه الدراسة إلى التأكيد على فعالية تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي في صناعة الرعاية الصحية، وأنه يمكن استخدامها لتحقيق العديد من الأهداف أهمها: تنظيم حالات المرضى في غرف الإستعجالات حسب الأولوية، تقليل الوقت الذي يستغرقه المرضى في الاستعجالات، تحسين أداء المخابر في المستشفيات، تحسين أداء غرف الأشعة بتنظيم برنامج عملها، وخلق تسهيلات أكثر في المستشفى وتحسين تلك الموجودة.
2. دراسة TOLGA TANER M and others سنة 2007، والتي كانت بعنوان: "an overview of Six Sigma applications in healthcare industry". مقال منشور في مجلة **international journal of Health care quality assurance**، المجلد العشرون، العدد الرابع. كان الهدف من هذه الدراسة هو إظهار التحسين في الأداء الذي يحققه تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي في المجال الصحي من خلال عرض خمس دراسات حالة في هذا المجال. أين تم تطبيق منهجية التحسين DMAIC لحل المشكلات وتحسين الخدمة أو العملية وباستخدام مخطط السبب والنتيجة.

وقد أظهرت النتائج أنَّ عملية التّطبيق مكّنت من استغلال الموارد إلى أقصى حد، وقد لوحظت حالات أقل من التّكرار والنفايات وإعادة العمل. كما تحسّنت ظروف العمل لموظفي الرّعاية الصّحيّة، زيادة رضى المريض والطبيب بالإضافة إلى تحقيق وفورات في التّكاليف، مما يُمكن المؤسّسة الصّحيّة من زيادة حصتها السّوقية على المدى الطّويل. كما يُعدّ تطبيق الانحراف السّداسي في المجال الصّحي موضوعاً جديداً نسبياً ولم يتم إجراء سوى القليل جداً من الأبحاث في هذا المجال. ومن جهةٍ أخرى يُمكن أن يُؤدّي التّنفيد النّاجح للمشاريع البسيطة في المستشفيات إلى تمكين الممارسين من التعامل مع المبادرات الأكثر صرامة في المستقبل وإحداث تغييرٍ إكلينيكي على نطاقٍ واسع. بالإضافة إلى أنه يُمكن لدمج ثقافة الانحراف السّداسي في المؤسّسات بأكملها؛ من خلال التّزام وإشراك الإدارة العليا مُضاعفة التأثيرات الإيجابية وإحداث تأثير كبير على جميع المستويات. كما يعتقد المؤلفان أن الانحراف السّداسي كاستراتيجية أعمال تسمح للقطاع الصّحي بتقديم خدمةٍ عالية المستوى حقاً للمرضى.

3. دراسة زينب شلال عكار سنة 2010، بعنوان: "دور الحيود السّداسي في تحسين الأداء الشّامل للمستشفى: دراسة في بعض مستشفيات رئاسة صحة محافظة البصرة". مقال منشور بمجلة دراسات إدارية، المجلد الثالث، العدد السادس.

هدفت هذه الدّراسة إلى اختبار امكانية تطبيق استراتيجية الانحراف السّداسي في القطاع الحكومي المتمثل بالمستشفيات في محافظة البصرة، بالاعتماد على استمارة تضمّنت خمسة أبعاد رئيسة تصف متطلّبات تطبيق الانحراف السّداسي في المستشفيات والتي تم تفسيرها من خلال 49 فقرة. وقد خلصت هذه الدّراسة إلى أنّ الخدمة المقدّمة في هذه المستشفيات تكاد تكون متشابهة، وهي رديئة ولا تستجيب إلى الحد الأدنى لمتطلّبات المرضى. إلى جانب إفتقار المستشفيات إلى نظام رقابة وسيطرة يُوضّح مستوى جودة الخدمة المقدّمة في المستشفى؛ ومن ثمّ أصبح من الصّورى تطبيق استراتيجية الانحراف السّداسي في كافة مستشفيات البصرة بوصفه نظاماً رقابياً، يسعى لتوفير برامج التّحسين المستمر في مجال جودة الكوادر الطّبية وتوفير البيئة الملائمة للتّحسين المستمر إلى جانب تهيئة المختبرات وغرف العمليّات وفق المواصفات المطلوبة.

4. دراسة سينا أحمد الراوي، عبد الناصر نور ومحمد النعيمي سنة 2012، والتي كانت بعنوان: "قياس مدى إلتزام المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميّز في محافظة عمان بمنهج سيجما ستة وأثره في ضبط جودة التّدقيق الدّخلي". مقال منشور بالمجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد الثامن، العدد الرابع.

كان الهدف من هذه الدّراسة استخدام استراتيجية الانحراف السّداسي في ضبط جودة التّدقيق الدّخلي في المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميّز في محافظة عمان. ولتحقيق هذا الهدف صممت إستمارة بحث من 67 فقرة لجمع المعلومات الأولية من عينة الدّراسة المكوّنة من 67 من العاملين في أقسام

الجودة والتدقيق الداخلي، أو من يقوم مقامهم في المستشفيات الخاصة والحائزة على جائزة الجودة والتميز في مدينة عمان. وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أبرزها: وجود تأثير ذو دلالة معنوية لمعايير استراتيجية الانحراف السُداسي في جودة التدقيق الداخلي بالمستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في مدينة عمان عند مستوى دلالة 0.05. وقد أوصت الدراسة بالاهتمام بمفهوم إستراتيجية الانحراف السُداسي، وتأكيد إمكانية استخدامه في المستشفيات لما له من أهمية من الناحية العلمية، وذلك من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين جودة الخدمات المقدمة التي تتناسب مع توقعات المستفيدين وهو ما ينعكس على جودة التدقيق الداخلي.

5. دراسة محفوظ أحمد جودة سنة 2013، تحت عنوان: "تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6

سيجما في المنظمات الخدمية". مقال منشور في مجلة رماح للإقتصاد والعلوم الإدارية الأردنية، العدد الثاني عشر. هدفت هذه الدراسة إلى تقديم إطار منهجي لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في المؤسسات الخدمية في الدول العربية، وذلك بهدف تقليل معدلات الأخطاء في عملياتها وتحسين جودة الخدمات المقدمة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أهمية تطبيق هذه الاستراتيجية في كافة المؤسسات الخدمية وإلى أن التركيز على جودة المدخلات والمخرجات لا يكفي وحده لتقديم خدمة جيدة بل لابد من التركيز كذلك على جودة العمليات وتقليل معدلات الأخطاء فيها. وفي ضوء ذلك، قدّم الباحث عدّة توصياتٍ كان من أهمها ضرورة التوسع في تدريب العاملين في المؤسسات المتبنية لاستراتيجية الانحراف السُداسي، بالإضافة إلى الإنفتاح على أفضل الممارسات في التجارب الدولية في هذا المجال.

6. دراسة راسم بوزان إيبش سنة 2014، تحت عنوان: "العوامل الداعمة لإستخدام ستة سيجما ودورها

في تحسين جودة مخرجات خدمة الاتصالات: دراسة ميدانية في شركات الإتصالات"، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال مقدمة بكلية الاقتصاد بجامعة حلب بسوريا.

سعت هذه الدراسة إلى محاولة تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في شركات الاتصالات السورية؛ من خلال التعرف على المستوى الحقيقي لخدمة الإتصال فيها، وما هي أساليب تقديم هذه الخدمة وميزاتها. وماهي آراء الموظفين حول عملية تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي، وكذلك قياس مستوى جودة خدمات الاتصالات من خلال وجهات نظر العملاء حولها، وكذا التعرف على مستوى الانحراف-سيجما- الذي تعمل تحته هذه الشركات. وفي الأخير تم إعطاء صورة مقارنة للواقع الذي يمكن أن يكون عليه واقع شركات الاتصالات السورية فيما لو قامت بتطبيق هذه الاستراتيجية في أنظمتها الإدارية؛ وخُصّصت هذه الدراسة إلى وجود علاقة طردية في كل الشركات محل البحث، بين العوامل الداعمة لاستخدام الانحراف السُداسي وبين جودة مخرجات خدمة الاتصالات، كما تبين وجود قناعة تامة لدى العاملين بأنّ استراتيجية الانحراف السُداسي، تُؤدي بالتأكيد إلى تحقيق مستوياتٍ عالية من الجودة لكافة خدمات الشركة.

7. دراسة نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا سنة 2014، بعنوان: "إطار مقترح لتطبيق منهجية

Six Sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية". بحث فائز بجائزة

خليفة التربوية منشور في الكتاب رقم 14 لمطبوعات جائزة خليفة التربوية بالإمارات العربية.

هدف هذا البحث إلى التعرف على مستوى تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة وعلاقتها بتحسين جودة الحياة الأكاديمية؛ من خلال التعرف على مستوى تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي من وجهة نظر الأكاديميين، وكذا التعرف على الممارسات المتبعة لتحسين جودة الحياة الأكاديمية، وبيان العلاقة بين تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي وتحسين جودة الحياة الأكاديمية، والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ بين مستوى تطبيق الانحراف السُداسي وتحسين جودة الحياة الأكاديمية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية. كما هدف البحث أيضاً إلى تقديم إطار مقترح لتطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة؛ حيث تم توجيه إستمارة بحث إلى عيّنة مكونة من 252 عضواً من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة من أصل المجتمع والمكون من 985 عضو هيئة تدريس. وقد توصل البحث إلى عدّة نتائج، كان من أهمها أنّ مستوى تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة كان بنسبة كبيرة تقدر بـ 78.44%؛ وأنّ الممارسات المتبعة لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة كانت بنسبة كبيرة، فُدرت بـ 74.78%.

8. دراسة AMINUDIN, O and ZAINOL, M سنة 2014، تحت عنوان: "Implementation of

six sigma in service industry". مقال منشور بمجلة Journal of quality measurement and analysis.

هدفت هذه الدراسة إلى تقديم ملخصٍ حول القيود التي تُواجه تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي في إنتاج الخدمات وكذا أهم الاقتراحات لتسهيل تنفيذها. وكانت أهم النتائج المتوصل إليها أنّ تطبيق استراتيجيّة الانحراف السُداسي يسمح بزيادة رضى العملاء؛ رفع معنويات الموظفين، تحسين العمل الجماعي في المؤسسة؛ وزيادة الوعي بأدوات وتقنيات حلّ المشكلات. كما أنّ الانحراف السُداسي ليس فقط وسيلة لتحسين العملية، بل هو استراتيجيّة أعمال ذات نهج مُنظّم، مما يُساعد على الإستفادة من المنافع المالية والإنتاجيّة التي تُوفّرها بالإضافة إلى رضى العملاء.

9. دراسة راغب الغصين ومحمد مناف علایا سنة 2016، تحت عنوان: "دور منهجية ستة سيجم six

sigma بتطبيق نموذج دميك DMAIC وتكوين فريق العمل في تحسين الأداء المصرفي: دراسة

ميدانية على المصارف السورية في مدينة دمشق". مقال منشور بمجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة العلوم الإقتصادية والقانونيّة بسوريا، المجلد 38، العدد الثاني.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة إلقاء الضوء على دور استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين أداء المصارف السورية؛ وفقاً لنموذج DMAIC. وقد أشارت النتائج المتوصل إليها إلى أهمية دراسة وتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في كافة القطاعات المحلية، بما في ذلك قطاع الصناعة وقطاع الخدمات، ووجود استعداد لدى المصارف السورية لاستخدامها، بالإضافة إلى وجود تأثير ذو دلالة إحصائية بين تطبيق عناصر نموذج DMAIC وبين تحسين أداء المصارف السورية، وكذلك وجود تأثير ذو دلالة إحصائية بين اختيار فريق الانحراف السُداسي وبين تحسين أداء المصارف السورية. وفي ضوء ذلك، قدّم الباحثان عدّة توصياتٍ كان من أهمها ضرورة الانفتاح على أفضل الممارسات في التجارب الدولية في مجال الانحراف السُداسي، لأجل الاستفادة منها والتوسع في عقد الدورات التدريبية للكوادر المصرفية السورية عن الانحراف السُداسي لإدراك مفهوم هذه الاستراتيجية وكيفية تطبيقها.

10. دراسة قشي حبيبة سنة 2017، والتي كانت بعنوان: "تحسين جودة الخدمات الصحيّة باستخدام منهجية الستة سيجما في المؤسسات الاستشفائية". مقال منشور في مجلة التنمية والإقتصاد التطبيقي بجامعة المسيلة بالجزائر، العدد الأول. كان الهدف من هذه الدراسة هو تقديم إطار نظري لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية، وذلك بهدف تقليل معدلات الأخطاء في عمليّاتها وتحسين جودة الخدمات الصحيّة المقدّمة، باستخدام مجموعة من نماذج التحسين المستمر للخدمات الصحيّة من بينها نموذج DMAIC. ومن أهم النتائج المتوصل إليها أنّ تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي يُساعد على تخفيض الاختلاف في العمليات إلى أدنى مستوياته، لترتفع الجودة بدورها إلى أعلى مستوى ممكن، وهذا ما سيؤدي إلى تقليل معدل الأخطاء بدرجة عالية. لذلك لا بُدّ من الإهتمام والتأكيد على تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية لما لها من أهمية في تقليل الأخطاء الطّبية وتحسين جودة الخدمات الصحيّة المقدّمة.

وتتشابه الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في بعض الجوانب وتختلف معها في جوانب عديدة أهمها:

أ. لم تتطرق هذه الدراسات إلى خطوات تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بالتفصيل في المجال الصحيّ وبالتحديد مرحلة القياس، مما يجعل القارئ يطرح الكثير من الأسئلة بهذا الشأن؛

ب. أغلب هذه الدراسات لم تُطبّق استراتيجية الانحراف السُداسي وإنما قامت بدراسة إمكانية التطبيق فقط أو مدى توافر مُتطلبات التطبيق؛

ت. في هذه الدراسة تم تتبّع الخطوات المنهجية لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي خطوةً بخطوة قدر الإمكان.

سادسا. دوافع ومبررات اختيار الموضوع

تعود مبررات اختيار هذا الموضوع إلى إعتباراتٍ موضوعيّة وأخرى ذاتية، يُمكن إجمالها في النقاط التالية:

1. القناعة الخاصة بما يمكن أن تؤديه استراتيجية الانحراف السُداسي من دورٍ في إعطاء وجهٍ جديد ولائق بالخدمات الصحيّة المقدّمة في المؤسسات الاستشفائيّة الجزائريّة، إذا ما عمل المهتمون بها بإعطائها العناية الكافية، وتقديم الدّعم المناسب لها حتى تُؤدّي الدور الذي يجب أن تؤديه، كما هو سائرٌ في مختلف دول العالم؛
2. تزايد الإدراك في أغلب البلدان المتقدّمة منها أو النّامية بالأهمية الكبيرة التي يؤدّيها القطاع الاستشفائي في إقتصادياتها؛
3. كون هذا القطاع مُهمّش من ناحية توجيه وتخصيص البحوث العلمية له من قِبل كليات التّسيير بالجزائر؛
4. الاهتمام الشّخصي بضرورة تطوير الخدمات الصحيّة من أجل النهوض بالقطاع الصحي الوطني.

سابعاً. منهج وأسلوب الدّراسة

وفقاً لطبيعة موضوع الدّراسة فقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على أسلوبين، يتمثل الأول في الأسلوب النظري لتقدم خلفية عن استراتيجية الانحراف السُداسي وأُسُس تطبيقها في المؤسسات الاستشفائيّة؛ من خلال الإطّلاع على مختلف الدّراسات والأبحاث والكتب والمجالات المتعلقة بموضوع البحث، في حين يشتمل الثّاني على أسلوب دراسة حالة، إذ تمّ الاعتماد على أداة الاستمارة المقترنة بالمقابلة في جمع البيانات، واستخدام الأدوات الإحصائيّة المناسبة والتي يُتيحها النّظام الإحصائي SPSS ليتسنى اختبار الفرضيّات الموضوعية والخروج بنتائج يُمكن الاعتماد عليها.

ثامناً. حدود الدّراسة

تمت هذه الدّراسة في شقها الميداني ضمن الحدود المكانية والزّمانية المبيّنة فيما يلي:

1. الحدود المكانية:

تمت الدّراسة الميدانية على مستوى بعض المؤسسات الاستشفائيّة العموميّة بولاية سطيف دون الخاصة منها، وذلك نظراً لعدة اعتباراتٍ أهمّها محدوديّة الوقت والإمكانات المتاحة لذلك وهي: المركز الاستشفائي الجامعي سعادنة محمد عبد النور بمقر الولاية، المؤسّسة العموميّة الاستشفائيّة صروب الخثير بالعلمة، المؤسّسة العموميّة الاستشفائيّة السعيد عوامري ببوقاعة، المؤسّسة الاستشفائيّة يوسف يعلاوي بعين آزال والمؤسّسة الاستشفائيّة المتخصّصة للتأهيل الحركي العيد الضحوي برأس الماء.

2. الحدود الزّمانية:

تمت الدّراسة الميدانية بالمؤسّسات الاستشفائيّة المذكورة فيما سبق على فتراتٍ، بدءاً من 15 ماي 2016 م إلى 30 جانفي العام 2017 م؛ أمّا فيما يتعلّق بالإحصائيّات المقدّمة حول الصّحة في الجزائر وولاية سطيف، فقد تم الاكتفاء بعرض ما تم التّمكّن من الحصول عليه على الرّغم من مُحاولة توفير أحدث الإحصائيّات وأهمّها والتي كانت

تتراوح في مجملها ما بين سنة 2010 و2015 فيما يتعلق بالهياكل الصحيّة والموارد البشرية؛ أمّا بخصوص إنتشار الأمراض المعدية والمهلكة فمن غداة الاستقلال إلى عام 2018.

تاسعا. خطة الدّراسة

تم تناول هذا البحث من خلال جزئين جزء نظري وجزء تطبيقي كالآتي:

1. الجزء النظري للدّراسة:

احتوى هذا الجزء على فصلين نظريّين تضمّن الفصل الأول الإطار المفاهيمي لاستراتيجية الانحراف السُّداسي، والذي تمّ تقسيمه إلى ثلاثة مباحث تناول أولها ماهية استراتيجية الانحراف السُّداسي، أمّا المبحث الثاني فخصّص للتطبيق الناجح لاستراتيجية الانحراف السُّداسي، في حين تمحور المبحث الثالث حول أدوات الانحراف السُّداسي.

تمّ تخصيص الفصل الثّاني لإبراز مُساهمة استراتيجية الانحراف السُّداسي في تحسين جودة الخدمات الصحيّة بالمؤسّسات الاستشفائية؛ ضمّ هذا الفصل ثلاثة مباحث أساسيّة، حيث تناول المبحث الأول مفاهيم عامة حول المؤسّسات الاستشفائية، أما المبحث الثاني فخصص للمفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحيّة، في حين كان المبحث الثالث حول تطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي في المؤسّسات الاستشفائية.

2. الجزء التطبيقي للدّراسة:

تشكّل هذا الجزء من فصلٍ واحدٍ مُوسّع كان بمثابة الفصل الثالث لهذه الدّراسة والذي كان بعنوان تطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي للارتقاء بالخدمات الصحيّة لبعض المؤسّسات الاستشفائية بولاية سطيف؛ شمل هذا الفصل أربعة مباحث، تناول المبحث الأول لمحة عن واقع الصّحة بالجزائر وولاية سطيف، أما المبحث الثاني فخصّص لعرض المؤسّسات الاستشفائية محلّ الدراسة وإجراءات الدّراسة الميدانية، في حين تمحور المبحث الثالث حول عرض وتحليل نتائج استمارتي البحث، وأخيراً كان المبحث الرابع عرضاً للتصوّر المقترح لتطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي بالمؤسّسات الاستشفائية محلّ الدّراسة.

عاشراً. صعوبات الدّراسة

ككل البحوث العلمية صادفت هذا البحث العديد من الصّعوبات كان أبرزها:

1. ندرة الكتابات المتعلقة بكيفية تطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي في القطاع الصّحي؛
2. قلة المراجع حول الخدمات الصحيّة واستراتيجية الانحراف السُّداسي على حدٍ سواء؛
3. الصّعوبات البيروقراطية من ناحية التّعاون وتقديم المعلومة في بعض المؤسّسات الاستشفائية محلّ الدّراسة؛
4. صعوبة تطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي نظراً لصعوبة قياس جودة عمليّة الخدمة.

الجزء النظري للدراسة:



الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي لاستراتيجية

الانحراف السداسي





تمهيد:

أدى الاهتمام الكبير الذي أولته كُبرى الشركات العالمية أمثال موتورولا Motorola، جينيرال إلكتريك GE و Dow Chemical لأنشطة الجودة إلى ظهور مفاهيم معاصرة عبّرت عن حصيلة ما بُذل من جهدٍ وتميّز في هذا المجال. ولعلّ مفهوم الانحراف السداسي Six Sigma من أهم هذه المفاهيم الحديثة التي نالت شهرةً واهتمامًا غير عاديّين؛ كونه استراتيجية اختراقٍ سريع نحو إنجاز العديد من الأهداف، أبرزها تقليل العيوب إلى حدّ الخُلُو منها، تخفيض التكاليف ومُضاعفة الأرباح، مما يستوجب البحث في مفهوم هذه الاستراتيجية وفي سُبل تطبيقها بنجاحٍ لبلوغ هذه الأهداف وغيرها.

وعلى هذا الأساس، تم تقسيم الفصل الأول إلى ثلاثة مباحث كما يلي:

المبحث الأول: ماهية استراتيجية الانحراف السداسي

تناول هذا المبحث المنظور التاريخي ومأقُدم من تعاريف لاستراتيجية الانحراف السداسي، تلتها الفوائد والأهداف وأهمية تطبيقها، بالإضافة إلى مجموعة المبادئ التي تقوم عليها هذه الاستراتيجية، وأخيرًا علاقة الانحراف السداسي بإدارة الجودة الشاملة.

المبحث الثاني: التطبيق الناجح لاستراتيجية الانحراف السداسي

عُني المبحث الثاني باستعراض مختلف نماذج تطبيق الانحراف السداسي، ليتم بعد ذلك التفصيل في مراحل منهجية التحسين DMAIC التي تُعتبر أهم هذه النماذج، ليختتم بالمعوقات التي تُحدّ من فعالية تطبيقه.

المبحث الثالث: أدوات الانحراف السداسي

خُصّص هذا المبحث للتفصيل في أهم الأدوات التي تُستخدم عند تطبيق الانحراف السداسي؛ بدءًا بمخطط باريتو ثم العصف الذهني، مخطط السبب والنتيجة، قوائم الفحص والمراجعة وأخيرًا مخططات التحكم.

المبحث الأول: ماهية استراتيجية الانحراف السُداسي

عُرِفَت استراتيجية الانحراف السُداسي العديد من المحطات في نشأتها وتطوُّرها؛ حيث كانت امتداداً طبيعياً لجهود الجودة. ومن هذا المنطلق، فهي تشترك معها في العديد من المبادئ وتتميّز عنها في أخرى. وقد تمّ تبنيها على نطاقٍ واسع لما لها من أهمية وما تُحقِّقه من أهدافٍ وفوائد؛ ممّا جعلها تحظى باهتمام الباحثين في شتى الميادين كالإقتصاد، التعليم، الصحة وغيرها.

المطلب الأول: المنظور التاريخي لاستراتيجية الانحراف السُداسي وتعريفها

أولاً: المنظور التاريخي لاستراتيجية الانحراف السُداسي

إنَّ استراتيجية الانحراف السُداسي six sigma لم تظهر فجأةً بين يومٍ وليلة، وإنما كانت نتيجة سلسلةٍ من التطوُّرات والتغيُّرات في مجال الجودة التي بدأت في أواخر 1970، وقد أُطلقت هذه الاستراتيجية بالتحديد سنة 1987 من قبل شركة موتورولا¹؛ حيث كانت هذه الشركة الأمريكية تتراجع في الأسواق في منتصف الثمانينات نتيجة لعدم رضى العملاء، الإدارة التقليدية وعدم اهتمام العاملين، بالإضافة إلى البيروقراطية الداخلية الغالبة على الأداء، تكاليف التشغيل العالية والتعقيد الهائل في نظام التشغيل، مما انعكس على الأرباح وجودة المنتج وثقة المتعاملين فيه؛ فكانت بذلك في مواجهة مشكلة خسارة الحصة السوقية للسوق اليابانية. ونتيجةً لذلك، أرسلت موتورولا مجموعةً من كبار المدراء التنفيذيين إلى اليابان، لدراسة طُرق التشغيل ومستويات جودة المنتج، فاكشفوا آنذاك أنَّ اليابان تقوم على أسسٍ ثقافيةٍ مُوجَّهة نحو تحسين وتبسيط العمليات، لتحقيق مستوياتٍ جيِّدة من الرضى لدى العميل. وبذلك فقد تأسست رؤيا واضحة ومتكاملة في موتورولا عن مواجهة التراجع في الحصة السوقية، وهكذا ظهرت الحاجة إلى إيجاد الانحراف السُداسي، وأصبحت هذه المبادرة الجديدة كلمة التشغيل السَّحريّة لموتورولا للمستقبل².

هذا وقد تطوَّر الانحراف السُداسي من خلال إشارات Carl Frederick Gauss ما بين (1777-1855) عندما طرح مفهوم المنحنى الطبيعي، بوصفه معياراً لقياس التباينات وذلك بما يتوافق مع ما قدّمه Shewart في مختبرات مؤسسة Bell الأمريكية للاتصالات في ثلاثينيات القرن الماضي (ق20)؛ حيث تم تقديم عددٍ من الأدوات الإحصائية للسيطرة على العمليات الصناعية، وتُشير القراءات إلى أنَّ أوَّل من اعتمد المصطلح هو Bill Smith، وكما سبق الذكر فإنَّ أوَّل شركة تبنّت وطبقت مُعطيات المفهوم هي شركة موتورولا، لتُصبح فيما بعد ماركَةً مُسجلة باسمها.

¹ PARK, S.H. **Six sigma for quality and productivity promotion**. 32nd series, Japan: Asian productivity Organization, 2003, P.1.

² عمر علي إسماعيل . Six sigma مدخل متميز لتحسين جودة التعليم العالي: بالتطبيق في كلية الإدارة والاقتصاد/ جامعة الموصل. مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، العراق، المجلد 07، العدد 21، 2011، ص.34.



وقد كان معدّل الأخطاء -الانحراف- يُقاس بالنسبة إلى الألف ليُقرر مهندسو الشركة في منتصف الثمانينات، أنّ قياس معدلات الأخطاء إلى الألف لم يعد كافيًا بوصفه عُمقًا في معلومات القياس، وأرادوا القياس إلى المليون فتتج عن ذلك الاستراتيجية أو المنهجية التي بين أيدينا والتي غيرت مجرى ثقافة الجودة. وعمليًا تمكنت الشركة بذلك من توفير 16 مليون دولار والتي تُعادل مقدار الهدر المسجل قبل اتباع استراتيجية الانحراف السُداسي¹.

بعد النّجاحات التي حققتها موتورولا، أطلقت بعض المؤسسات الإلكترونية الرائدة مثل IBM، DEC، وتكساس إنسترومنتس Texas Instruments مبادرات الانحراف السُداسي في مطلع 1990. في حين لم يتم ذلك حتى عام 1995 بالنسبة لـ جنرال إلكتريك GE و Allied Signal كمبادرات استراتيجية، تم نشرها بسرعة في الصناعات غير الإلكترونية في جميع أنحاء العالم. في بداية عام 1997، بدأت مجموعات Samsung و LG في كوريا بإدخال الانحراف السُداسي إلى مؤسّساتهم، وكانت النتائج جيدة بشكلٍ مُثيرٍ للدهشة في تلك المؤسّسات. فعلى سبيل المثال، ذكرت Samsung SDI وهي مؤسّسة تابعة لمجمع Samsung، أنّ الوفورات في التكاليف المحققة من تطبيق مشاريع الانحراف السُداسي بلغت 150 مليون دولار أمريكي. وفي الوقت الحاضر، فإن عدد المؤسّسات الكبيرة التي تُطبّق الانحراف السُداسي في كوريا يتضاعف، مع انتشار قوي في العديد من المؤسّسات الصغيرة والمتوسطة أيضًا².

كما قد سارت على دربها العديد من المؤسّسات الصناعية والخدمية، الهادفة للربح وغير الهادفة للربح من المؤسّسات الحكومية ومؤسّسات القطاع الخاص، هذا وقد تجسدت أفكار مهندسي موتورولا حول برامج التحسين من خلال المؤشّرات التي أكّدت أن شركتهم تعمل ضمن أربعة مستوياتٍ للانحراف المعياري، وهو ما يُعادل 6800 وحدة معيبة لكل مليون فرصة؛ حيث كان الهدف المحدّد لبرامج التحسين آنذاك يقترب أو يساوي ستة مستويات أي 3,4 وحدة معيبة لكل مليون فرصة. ومنذ العام 1987، اختطّت الشركة لنفسها استراتيجيةً جديدة تتجاوز بها هدف تخفيض العيوب بما يشمل تباينات عمليات الأعمال كافة، وبذلك تغيرت ثقافة الشركة نحو شمولية تغطية أبعاد الانحراف السُداسي وعدم الاكتفاء بالقياسات العادية. وكذلك فإنّ جهود الرُّواد أمثال Juran و Deming قد أسهمت على نحوٍ واضح في إشاعة استراتيجية الانحراف السُداسي، وخصوصًا فيما يتعلق بتجزئة المتغيرات المؤثّرة في استقرارية العمليات إلى متغيرات الصدفة والأصدفة، واعتماد برامج التحسين المستمر المؤلّف من 14 نقطة

¹ ميسر إبراهيم أحمد الجبوري وعمر علي إسماعيل، المفهوم الإحصائي لتقانة six sigma وعلاقته بأنشطة تحسين العمليات. مجلة تنمية الرافدين، العراق، المجلد 31، العدد 39، 2009، ص. 128.

² PARK, S.H. OP. Cit, P.1-2.



لدى Deming و 10 نقاط لدى Juran ليجري تبنيها على نحو واسع في ثمانينات وتسعينات القرن الماضي (ق20) ولحد الوقت الحاضر وفي العديد من المؤسسات العالمية المعروفة من بينها GM، Ford و Toyota¹.

ثانياً: تعريف استراتيجية الانحراف السُداسي

يُلاحظ من خلال تفحص الكتابات التي تناولت الانحراف السُداسي six sigma أن هناك عدم اتفاق على تعريف محدد له؛ حيث يُطلق عليه العديد من المصطلحات أهمها: ستة سيجمما، الحيود السُداسي والانحراف السُداسي وهناك من يعتبره منهجية، تقنية، استراتيجية أو فلسفة من أجل التحسين المستمر للعمليات، يُرمز لها عادة بـ 6 σ . وفي هذا الإطار يُطرح السؤال: مامعنى σ ولماذا 6 بالضبط؟

فعن σ سيجمما الذي هو الحرف الثامن عشر في الأبجدية الإغريقية، فقد استخدمه الإحصائيون للتعبير عن الانحراف المعياري؛ حيث أن هذا الأخير عبارة عن طريقة إحصائية ومؤشر للدلالة على عدم التناسق أو الانحراف أو التباين أو التشتت الحاصل في عملية معينة مقارنةً بالأهداف المنشودة. وبالتحديد فهو يعبر عن مدى الابتعاد عن الوسط الحسابي وهذا يعني زيادة في كمية الخطأ، مما يدل على زيادة التلف في المنتج أو انخفاض الجودة في تقديم الخدمة، ولذلك يُعتبر الانحراف السُداسي من الأساليب المهمة التي تهدف إلى تقليص حجم الخطأ إلى أبعد ما يكون². أما العدد 6 فيشير إلى المستوى السادس والأخير من مستويات الانحراف sigma التي تضم ستة مستويات، إذ كلما زاد العدد المرافق للانحراف فإن ذلك يعني انخفاض نسبة العيوب وزيادة مستوى الجودة والعكس صحيح³. وقُدمت للانحراف السُداسي عدّة تعاريف أهمها:

يعرفه تومكينز Tomkins (1997) على أنه: "برنامج يهدف إلى القضاء شبه التام على العيوب من كل منتج، عملية ومعاملات". أما هاري Harry (1998) فيعرفه بأنه: "مبادرة استراتيجية لتعزيز الربحية وزيادة الحصة السوقية وتحسين رضى العملاء من خلال الأدوات الإحصائية التي يمكن أن تؤدي إلى تحقيق مكاسب كبيرة في الجودة"⁴.

ومن جهة أخرى فإنّ الانحراف السُداسي يُعبر عن: "مصطلح إحصائي الهدف منه قياس مدى انحراف الإنتاج عن القيمة المثلى، والذي يُنظر له على أنه تقنية جد متطورة في إدارة الجودة الشاملة، تستهدف ما يُقرب من الكمال في دقة الالتزام لمعايير الجودة وتجنب الأخطاء في العمليات الإنتاجية؛ حيث تعني أنه في كل مليون عملية

¹ ميسر إبراهيم أحمد الجبوري وعمر علي إسماعيل، مرجع سابق، ص. 129.

² حياة طهراوي. استخدام منهج six sigma في تحسين جودة مؤسسات التعليم العالي. المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، الجزائر، العدد 03، 2015، ص. 101-102.

³ بكر إبراهيم محمود. انعكاس العلاقة التكاملية بين معايير تقنية الحيود السُداسي six sigma وعناصر الرقابة الداخلية وفق إطار COSO على تحسين جودة أداء الوحدات الاقتصادية. مجلة المحاسب، مصر، المجلد 24، العدد 47، 2017، ص. 157.

⁴ PARK, S.H. OP. Cit, P.1.



هناك احتمالٌ للخطأ لا يزيد عن 3.4 من العمليات، بمعنى أنَّ الجودة وفق هذه التقنية أن تسعى الإدارة إلى تخفيض التباين وحالات عدم التطابق في العمليات ومن ثم في المخرجات؛ بحيث تكون المواصفات المحددة التي تحقق متطلبات المستفيد - العميل - محصورةً في المساحة المحددة بستة انحراف معياري¹.

كما يُمكن تعريفه على أنه: "مجموعةٌ مجرّبة من الأساليب الإدارية الحديثة والأدوات التحليلية، إعداد التقارير وتقنيات مراقبة المشاريع التي تُشكّل في مجموعها نقطة انطلاقٍ لعمليات تحسين الأداء وحلّ المشكلات". وقد تم تعريفه من جانبٍ آخر على أنه عبارة عن: "منهجية حل المشكلات؛ حيث تُعتبر المنهجية الأكثر فاعلية لتحسين الأداء التنظيمي للمؤسسات ومعالجة مشكلات الأعمال". أما بالمفهوم الإحصائي فإنّ الانحراف السُداسي يعني: "العملية التي لا تُنتج أكثر من 3,4 من الأخطاء في كل مليون فرصة"².

وفي السياق نفسه يمكن القول أنّ الانحراف السُداسي عبارة عن³:

1. فلسفة معينة للجودة الموجهة نحو الرضى التام للعملاء؛
2. مقارنة أو منهج لتخفيض التباين في العمليات؛
3. مؤشر أداء يسمح بقياس مكانة المؤسسة من حيث الجودة؛
4. طريقة حل المشكلات تسمح بتخفيض التباين في المنتجات؛
5. تنظيم للمهارات والمسؤوليات لرجال المؤسسة؛
6. طريقة لإدارة الجودة والتي تعتمد بشكل كبير على الإدارة بالمشروع.

وببساطةٍ شديدة فإنّ الانحراف السُداسي ما هو إلّا: "منهجية حل المشكلات والتي تُقلل من التكاليف وتحسن رضى العملاء عن طريق الحدّ بشكلٍ كبير من الفاقد^{*} في كل العمليات التي تدخل في إنتاج وتقديم المنتجات و/ أو الخدمات. وبشكلٍ أدق، الانحراف السُداسي هو تقنية حل المشكلات التي تستخدم البيانات، والقياسات، والإحصائيات لتحديد العوامل القليلة والمهمة التي سوف تُحدّ بشكلٍ كبير من الفاقد والعيوب وتزيد من رضى العملاء، الربح وحصّة المساهمين"⁴.

هذا ويُعد الانحراف السُداسي "استراتيجيةً تسمح للمؤسسات بتحسين عملياتها الأساسية وهيكلها بصورة كبيرة، وذلك من خلال مراقبة وتصميم أنشطة الأعمال اليومية؛ حيث يتم العمل من جهةٍ على تقليل الفاقد

¹ محمد البشير غوالي وأحمد علماوي. إدارة الجودة الشاملة مدخل فعال لتحقيق الأداء المتميز في المؤسسة الاقتصادية. جمع مداخلات الملتقى الدولي الثاني حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، الطبعة الثانية: نمو المؤسسات والاقتصاديات بين تحقيق الأداء المالي وتحديات الأداء البيئي، المنعقد بجامعة ورقلة: الجزائر، يومي 22 و 23 نوفمبر 2011، ص. 297-298.

² إسماعيل إبراهيم الفزاز وآخرون. Six Sigma وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر، 2009، ص. 16.

³ PILLET, M. Six Sigma : comment l'appliquer. Paris, France: Editions d'organisation, 2004, P.18.

^{*} يقصد بذلك التخلص من العمليات التي لا تؤدي إلى فائدة والتي يمكن الاستغناء عنها.

⁴ BRUE, G. Six Sigma for small business. United States of America: Entrepreneur Media, Inc, 2006, P.5.



والتخفيض من استهلاك الموارد من طاقاتٍ ذهنية، مادية وكذلك الوقت، ومن جهة أخرى يتم القيام بتحقيق القناعة لدى العميل وتلبية متطلباته. ويدلُّ مبدأ الانحراف السُداسي على تقديم المؤسسات لسلعٍ أو خدمات تكاد تكون خاليةً من العيوب، وذلك بنسبة 3,4 عيب في كل مليون فرصة، ما يعادل نسبة كفاءة 99,99966 لعملياتها¹.

كما أنَّ هناك نظرياتٍ ودراساتٍ تُولي اهتمامًا للخلفية الإحصائية للانحراف السُداسي وتعتبره: "منهجًا إحصائيًا للرقابة على الجودة"، بينما يعتبره آخرون على أنه: "استراتيجية إدارية لتحسين الرّجحية، فعالية العمليات ورضى العملاء، بل هو أيضًا أسلوبٌ لتحسين الجودة، يسمح بتحقيق نتائج إيجابية ليس فقط في مجال الصناعة ولكن في المؤسسات الخدمية أيضًا"².

وقد تم تعريف الانحراف السُداسي أيضًا على أنه: "استراتيجية إدارية لتحسين جودة المنتج وجودة العملية، ومصطلحٌ إحصائي يُستخدم لقياس التّغيرات في العملية -التّبائن-، أي إلى أي مدى تنحرف عملية معينة عن الكمال، الأمر الذي يُسبب العيوب؛ حيث يعمل على إدارة الاختلاف بشكلٍ منهجي والقضاء على العيوب أو تخفيضها لتقترب من الصفر قدر الإمكان"³.

بالإضافة إلى كل ماسبق، فإنَّ الانحراف السُداسي هو: "فلسفةٌ ترى أنَّ أّيّة عملية، سواء في مجال الإنتاج أو في مجال الخدمات، هي في حقيقة الأمر عملية لها مُدخلاتٌ هامة ومؤثرة (KPIV's) key process inputs variables ومُخرجاتٌ هامة وحيوية (KPOV's) key process outputs variables، وهذه المدخلات تُؤثر تأثيرًا مُتفاوتًا على المخرجات، فإذا أردنا ضبط المخرجات فعلى البحث في ضبط المدخلات"⁴.

يتأسس الانحراف السُداسي على بُعدين رئيسين هما: البعد الإداري أو الفلسفي، الذي يصف متطلبات تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسة صناعية كانت أو خدمية، والبعد الإحصائي الذي يُحدّد مدى السّماح بقبول المنتجات غير المعيبة، ويصفها في ستة انحرافات معيارية، وهي نتيجة ذات دقة متناهية، ويظهر الرّبط بين البعد الإداري والبعد الإحصائي من خلال دمج العنصر البشري مع عملية التحسين، وربط أدوات التحسين بفاعلية عملية التحسين بجميع أبعادها ومتطلباتها⁵. إنَّ الرسالة الحقيقية للانحراف السُداسي أبعد من الإحصاء، فهو التزامٌ كُلّي من الإدارة وفلسفةٌ للتميّز، والتركيز على العملاء، وتحسين العمليات وتفعيل دور القياس بدلًا من الاقتصار

¹ الشريف بوفاس. ستة سيجما: مقارنة حديثة للتغيير والتحسين المستمر في منظمات الأعمال. مجلة العلوم الانسانية جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر، العدد 27-28، 2012، ص167.

² ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. Six Sigma's critical success factors and toolbox. **International Journal of Lean Six Sigma**, Vol. 04, N° 02, 2013, P.109-110.

³ ANSARI, A and others, Application of Six-Sigma in finance: a case study. **Journal of case research in business and economics**, P.02.

⁴ أسامة عبد العزيز الشنواني. الإتجاهات المعاصرة لإدارة وتطوير الأداء 6σ six sigma، ط1، القاهرة، مصر: مركز جامعة القاهرة للطباعة والنشر، 2008، ص.17.

⁵ زنبب شلال عكار. دور الحيود السُداسي في تحسين الأداء الشامل للمستشفى: دراسة في بعض مستشفيات رئاسة صحة محافظة البصرة. مجلة دراسات إدارية، العراق، المجلد 03، العدد 06، 2010، ص.29.



على الشعور والاعتقاد، ويرقى بالمؤسسة إلى الأفضل في مختلف مجالاتها لتتمكن من مواجهة الاحتياجات المتغيرة للعملاء، والسوق والتكنولوجيا من أجل منفعة ومصلحة الموظفين والعملاء والمساهمين¹.

ولا يُعدُّ الانحراف السُداسي وسيلةً لقياس ومراقبة معدلات الأخطاء فقط، بل تمتد لتشمل إدخال مجموعة واسعة من الأدوات إلى المؤسسة بهدف تحسين الأداء؛ وعليه فإنَّ تحسين مستوى الخدمة المقدمة إلى العملاء، يتطلب تشجيع الإبداع وإجراء تحسيناتٍ ضرورية في العمليات والتَّصميم، بالإضافة إلى تقليل الاختلافات في الطلبات أو الخدمات المقدمة إلى العملاء².

ووفقاً لما تقدَّم، فإنَّ مفهوم الانحراف السُداسي يركِّز على النَّقاط التالية:

أ. تقليل العيوب إلى 3.4 عيب في كل مليون فرصة من العمليات الإنتاجية والخدمية؛

ب. تحقيق رضی العميل والتركيز عليه كهدفٍ أساسي؛

ج. اعتماد القياس الإحصائي.

وبذلك يمكن القول أنَّ الانحراف السُداسي هو استراتيجيةٌ لحل المشكلات وتحقيق الجودة، تركز على تحقيق رضی العملاء من مستفيدين وموظفين، تمكن المؤسسات الصَّناعية والخدمية من تقديم منتجاتٍ وخدماتٍ تقترب من الدَّرجات المثلى للجودة والإتقان وبأقل تكلفة، وذلك من خلال تركيزها الزائد على القياس الإحصائي.

المطلب الثاني: فوائد، أهداف وأهمية استراتيجية الانحراف السُداسي

أولاً: فوائد استراتيجية الانحراف السُداسي

يُحقق تطبيق الانحراف السُداسي جُملةً من الفوائد يمكن إيجازها في النَّقاط التالية³:

1. التَّوسُّع في المعارف العلمية ذات العلاقة بالعمليات من خلال المناقشة والتَّحليل المتكرَّر لها؛
2. تقليل الأخطاء وتخفيض الزمن اللازم لتحقيق المنتج أو الخدمة من خلال فحص وتحليل كافة العمليات؛
3. زيادة الإنتاجية وتعظيم المردود من خلال التَّحسين المستمر للعمليات؛

¹ محمد عبد العال النعيمي وراتب جليل صويص. Six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة مفاهيم وتطبيقات. ط1، عمان، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع، 2008، ص. 47.

² محفوظ أحمد جودة. تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6سيجما في المنظمات الخدمية. مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، العدد 12، 2013، ص. 16.

³ انظر كل من:

- جميل شيخ عثمان. six sigma أحد أحدث أساليب الجودة. مجلة الاقتصاد الإسلامي العالمية، عدد أكتوبر 2015. متوفرة على الموقع:

www.giem.info/articles/details/ID/431 تم الاطلاع عليه يوم: 2015/11/29.

- ماهر موسى درغام وهبة محمود عبد الله. مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة Six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في قطاع غزة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، فلسطين، المجلد 21، العدد 02، 2013، ص. 67.

- الشريف بوفاس، مرجع سابق، ص 171-172.

4. تحسين التواصل وروح العمل الجماعي من خلال المشاركة الجماعية في طرح الأفكار وإيجاد الحلول؛
5. تقليص الاختلاف في الأداء مما يزيد في ثقة العميل بمنتجات المؤسسة؛
6. تطوير فرق العمل لتحسين كامل المؤسسة؛
7. تحويل الثقافة التنظيمية من نمط مكافحة الأخطاء إلى نمط منع الأخطاء؛
8. رفع الروح المعنوية للعاملين؛
9. إزالة الخطوات التي تُعتبر غير مهمة في العمليات؛
10. تخفيض تكلفة التوعية الرديئة؛
11. الوعي المتزايد للأدوات والتقنيات المستخدمة في حل المشكلات وهذا يؤدي إلى رضى العاملين؛
12. قرارات الإدارة الفعالة بسبب اعتمادها على بيانات وحقائق بدلاً من الآراء الشخصية أو الافتراضات؛
13. تحقيق تحسين يزيد عن 50% خلال 3-6 أشهر من التطبيق الناجح؛
14. التركيز على بعض الأدوات الخاصة لتحقيق تحسين جوهري؛
15. تحقيق نجاحات خاصة في مجال التصميم لقدرة على تجنب المشكلات وتحقيق توقعات العملاء؛
16. التركيز على الربحية بشكل كبير؛
17. الربط بين كل مستويات الأعمال؛
18. تحفيز المدراء لإحكام السيطرة على العمليات؛
19. الاعتماد بشكل كبير على القياسات والبيانات حيث يتم قياس التقدم والإنجاز؛
20. التركيز على إدارة العمليات ذات الطابع المتداخل؛
21. تطوير المنتج على نحو أسرع وأكثر متانة؛
22. عمليات تصنيع أكثر قدرة وكفاءة؛
23. أداء العمليات الأكثر دقة.

ثانياً: أهداف استراتيجية الانحراف السُداسي

يمكن تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي على إحدى عمليات أو وظائف المؤسسة، كما يمكن تطبيقه على المؤسسة بأكملها؛ بحيث يهدف تطبيقها أساساً إلى¹:

¹ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا. إطار مقترح لتطبيق منهجية Six Sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية. الكتاب رقم 14، الإمارات: مطبوعات جائزة خليفة التربوية، 2014، ص.63.



1. التركيز على كيفية إرضاء العميل سواء كانت المؤسسة ربحية أو غير ربحية، مع السعي نحو إشباع رغبات العملاء، الموظفين، أصحاب العمل، وكل من له صلة بالمؤسسة، والعمل على تلبية احتياجاتهم؛
2. السعي إلى تحسين العمليات والتغلب على الإجراءات التقليدية وتغييرها إلى ما هو أحسن، وتوجيه المؤسسة نحو الجودة ودفعها إلى تحقيق التميز في الأداء؛
3. العمل على بث روح التعاون والعمل كفريق واحد من أجل النجاح الجماعي، والسعي نحو تحقيق الإلتقان في العمل مع تحمل أخطاء العاملين أثناء تدريبهم وتطويرهم؛
4. العمل على تحقيق النتائج والمكاسب المرغوبة في أسرع وقتٍ ممكن وبأقل تكلفة وجهد، والتأكيد على ضرورة تحقيق فوائد إيجابية، ذات جدوى داخل المؤسسة؛
5. إزالة الاختلافات وتقليل أخطاء الأعمال باستخدام أدوات وتقنيات إحصائية؛ حيث يقوم فريق الانحراف السُداسي بتطوير كفاءة وفعالية الخدمات والمنتجات خاصة ما يتعلق بالوقت والتكلفة؛
6. التعرف على الجوانب السلبية في الوقت والطاقات الذهنية والمادية؛ ومن ثم التخلص منها.

ثالثاً: أهمية استراتيجية الانحراف السُداسي

لقد حققت الكثير من المؤسسات التي طبقت مفهوم الانحراف السُداسي وفوراتٍ كثيرة في غضون فترة قصيرة نسبياً، ففي عام 2003 حقق بنك أوف أمريكا بعد تطبيقه للمفهوم حوالي 2 بليون دولار زيادة في الأرباح، فضلاً عن 25% زيادة في مستوى رضى العملاء. كما أنّ هناك الكثير من المؤسسات التي أثبتت الدراسات أنّها حققت وفوراتٍ كثيرة بعد تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي. وفي هذا السياق يذكر جاك ويلش أنّ الانحراف السُداسي سيكون الشيفرة الوراثية لقيادة المستقبل، وهذا ما يدلُّ على مدى أهمية هذا المفهوم¹.

كما أنّ النجاح الذي حققته مؤسسة موتورولا جراء استخدامها لمفهوم الانحراف السُداسي، جعل باقي المؤسسات تُدرك أهمية تطبيق هذا المفهوم على أعمالها، لذلك يمكن القول أنّ للانحراف السُداسي أهمية كبيرة وأنّ على جميع المؤسسات أن تُدرك هذه الحقيقة؛ إذا أرادت أن تصل إلى الصدارة في القطاع الذي تنتمي إليه². هذا وتظهر أهمية تطبيق الانحراف السُداسي في تقليل التكاليف التقليدية للجودة الرديئة، وهي التكاليف الظاهرة ومن أهمها: إعادة العمل، الفحص، الضمان والمفاوضات، فضلاً عن التكلفة الأهم وهي التكلفة غير الظاهرة

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص.13.

² رايح بوقرة وحيدة زواوي. إمكانية التوافق لسياسات التدريب في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية مع تطبيق الستة سيغما: دراسة حالة مؤسسة كوندور. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العراق، العدد 30، 2012، ص.32-33.



وتشمل المبيعات الخاسرة بسبب الأخطاء أو طول زمن الدورة، تسليم متأخر، تكاليف تركيب مرتفعة، مخزون زائد، تخطيط طلبات مواد أولية زائدة، تكاليف طرق مختلفة لأداء الأعمال، تكاليف معلومات غير دقيقة وغيرها¹. بالإضافة إلى ماسبق، فإنَّ تطبيق مدخل الانحراف السُداسي يُعدُّ أفضل من تطبيق مداخل الجودة التقليدية نظرًا للاعتبارات التالية²:

1. إنَّ مدخل الانحراف السُداسي هو منهج يركّز على العملاء؛ حيث يتّسع مفهوم العملاء ليشمل المستثمرين والموظفين والمستفيدين من السلعة أو الخدمة؛
2. العمل من خلال فريق؛ حيث يضمن مدخل الانحراف السُداسي مشاركة كل فرد في العمل الجماعي؛
3. التحسينات الجوهرية التي يُحدثها المفهوم في العمليات؛
4. إنَّ تطبيق الانحراف السُداسي يؤدي إلى رفع مستوى الإنتاجية، مما ينعكس على أرباح أكثر أو جودة أعلى في الخدمات المقدّمة؛
5. رفع مستوى رضى العملاء وزيادة ولائهم للمؤسسة؛
6. يعمل مدخل الانحراف السُداسي على تحويل الثقافة التنظيمية من الإدارة برّدة الفعل إلى إدارة معالجة للمشكلات قبل حدوثها، بمعنى تبني الإدارة الفعالة المبنية على التخطيط المسبق؛
7. يؤدي مدخل الانحراف السُداسي إلى التخفيض في التكاليف وزيادة في العائد؛
8. إنَّ مدخل الانحراف السُداسي يبدأ من العميل وبدعم من الإدارة العليا؛ حيث أنه يعمل على تغيير الكيفية التي تعمل بها الإدارة، وبذلك هو أكثر من مجرد مشروع للتحسين؛
9. يؤدي هذا المدخل إلى رفع كفاءة الهيكل الإداري بالمؤسسة وخصوصًا رفع كفاءة المستوى التشغيلي؛ حيث أنّه يركز على تقليل العيوب بأقل تكاليف ممكنة؛
10. يعتبر مدخل الانحراف السُداسي ضمن تكاليف منع حدوث الأخطاء؛
11. يعمل هذا المدخل على تخفيض دورة التشغيل وتخفيض عمليات إعادة الصُّنع؛

¹ الشريف بوفاس، مرجع سابق، ص. 172.

² انظر كل من:

- حمدي شحدة زعرب. استخدام مدخل الانحرافات المعيارية الستة لترشيد تكاليف الجودة في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين "دراسة ميدانية". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، فلسطين، المجلد 20، العدد 02، 2012، ص. 340-341.

- محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص. 13.

12. يؤدي مدخل الانحراف السُداسي إلى رضى العاملين؛ من خلال الوعي المتزايد للأدوات والتقنيات المستخدمة في حل المشكلات؛

13. أخيراً فإن هذا المدخل يعمل على اتخاذ القرارات الفعّالة، بسبب اعتماد الإدارة على بيانات وحقائق بدلاً من الآراء الشخصية أو الافتراضات.

كما يمكن تحديد أهمية الانحراف السُداسي وباختصار في تخفيض التكاليف، تحسين الإنتاجية، نمو وزيادة الحصة السوقية، الاحتفاظ بالعملاء، تخفيض زمن الدورة، تطوير المنتجات والخدمات وأخيراً التغيير في ثقافة المؤسسة. فعند حدوث عيب في العملية أو الوقت أو العمل أو رأس المال أو الآلات أو المواد، فلا بد من استخدام الانحراف السُداسي لفحص وتحليل وإصلاح هذا العيب. وترتبط عناصر هذه الدورة من فحص وتحليل وإصلاح، ارتباطاً وثيقاً بعناصر تحقيق قناعة العميل الثلاثة، والتي تتمثل في جودة المنتج -خالي من العيوب- في الوقت المحدد -تقليل زمن الدورة- وبالسعر المناسب والذي ينعكس بدوره على تكاليف التصنيع. أما إذا كانت العيوب ضئيلة جداً فستصبح أنظمة الصيانة التي تقوم بالفحص والتحليل والإصلاح غير ضرورية؛ ومن ثم تنخفض التكاليف بصورة كبيرة، وهذا هو منتهى أهداف الانحراف السُداسي¹.

يتضح من خلال هذا الطرح، أنّ أهمية الانحراف السُداسي تلتخص في أنّ تطبيقه يُحقق وفورات كثيرة وفي فترة وجيزة من أرباح ورضى للعملاء وبأقل التكاليف، كما يُمكن المؤسسات من الوصول إلى الصدارة كُلاً في قطاعها، بالإضافة إلى تميزه عن مداخل الجودة الأخرى، بالخصوص من خلال تركيزه على رضى العملاء.

المطلب الثالث: مبادئ الانحراف السُداسي

تقوم استراتيجية الانحراف السُداسي على ضرورة توافر عددٍ من المبادئ أو المقومات الأساسية التي تُعزز نجاح عملية التطبيق وتزيد من فعاليتها، والتي تتلخص في العناصر التالية:

أولاً: التركيز على العملاء

إنّ العملاء في فلسفة الانحراف السُداسي تشمل المستفيدين والعاملين في المؤسسة؛ حيث يعتمد استمرار نجاح هذه الأخيرة على تلبية احتياجات العملاء وتوقعاتهم². لذلك فإنّ ثقافة الانحراف السُداسي مُتعلقة بالعملاء وهدفها إسعادهم؛ من خلال إعطائهم دوراً محورياً يتمتعون فيه باحتيارات عديدة لإشباع حاجاتهم ورغباتهم،

¹ رايح بوقرة وحميدة زواوي، مرجع سابق، ص32-33.

² سينا أحمد الراوي وآخرون. قياس مدى التزام المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان بمنهج سيجما ستة وأثره في ضبط جودة التدقيق الداخلي. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، الأردن، المجلد 8، العدد 4، 2012، ص. 607.



بالإضافة إلى الاعتماد على وجهة نظرهم لقياس جودة المنتج أو الخدمة، وهذا ما يجعل من استراتيجية الانحراف السُداسي مناسبةً لاقتصادٍ يُنافس في بيئة تتسم بالعمولة¹. وفي هذا السياق يُعتبر التركيز على رضى العملاء من أولويات العمل التي لا تقبل التهاون بها أو إغفالها².

ثانياً: اعتماد الإدارة على المعلومات والحقائق

يعمل الانحراف السُداسي بمفهوم الإدارة بالحقائق بمستوى جديد وأكثر قوة؛ حيث يبدأ النظام بتعريف المقاييس الأساسية لتحديد وقياس أداء المؤسسة، ليقوم بعدها بجمع المعلومات؛ ومن ثم تحليل ما هو أساسي منها حتى يمكن في الأخير تحديد المشكلات وتعريفها بشكل أكثر فعالية وتحليلها. وفي الواقع فإنّ الانحراف السُداسي يسمح بالإجابة على السؤالين الأساسيين التاليين³:

1. ما هي البيانات أو المعلومات التي يحتاجها المدير فعلاً؟
2. كيف يُمكن استخدام هذه البيانات أو المعلومات لتعزيز المنافع؟ وهذا ما يدعم قرارات المدراء والحلول المبنية على المعلومات.

هذا وتتركز الإدارة بالبيانات والحقائق على معلومات الجودة، من خلال وجود جهازٍ كفؤٍ لنظم المعلومات بالمؤسسة، يقوم على توفير قواعد البيانات الرقمية والإحصائية في مختلف المجالات والأنشطة وتحليلها، لاستخلاص نتائج أو معلومات يُمكن الاعتماد عليها في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بالتحسين المستمر؛ ومن ثم تكون عملية التحسين مُستندةً على حقائق وليس آراء أو اجتهاداتٍ شخصيةٍ لمتخذي القرارات⁴.

ثالثاً: التزام ودعم الإدارة العليا

يُعدُّ دعم الإدارة العليا والتزامها بتبني استراتيجية الانحراف السُداسي شرطاً أساسياً لنجاح تطبيقها، والذي يتطلب ضرورة التزام الإدارة بنشر مفاهيم هذه التقنية ومبادئها بين العاملين وإقناعهم بأهميتها في تحسين الأداء⁵. ويعني هذا المبدأ دعم الإدارة العليا لممارسات الجودة داخل المؤسسة، فلا يمكن نجاح هذه الممارسات دون دعمٍ من قبل الإدارة العليا، إذ يتطلب التطبيق الناجح لهذه الأساليب أن تكون الإدارة العليا أكثر رغبةً وقُدرةً في متطلبات

¹ محمد عبد العال النعيمي وآخرون. إدارة الجودة المعاصرة: مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات. ط1، عمان، الأردن: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2009، ص. 255-256.

² محمد عبد العال النعيمي. Six Sigma منهج حديث في مواجهة العيوب. بحث مقدم في المؤتمر العلمي لجامعة الزيتونة، 2007، ص. 10.

³ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 231-232.

⁴ وفق السيد الإمام وآخرون. استخدام متغيرات أسلوب سيجم ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة. المجلة المصرية للدراسات التجارية- جامعة المنصورة-، مصر، المجلد 34، العدد 02، 2010، ص. 216.

⁵ بكر إبراهيم محمود، مرجع سابق، ص. 157-158.



التَّحوُّل من الأنظمة التَّقليدية إلى الأنظمة الحديثة؛ حيث تُمثل الإدارة خط الدِّفاع الأوَّل الذي يمكن أن يحمي هذه المنهجية عند وجود مقاومة للتَّغيير، لذلك يجب على الإدارة القيام بإقناع جميع الأطراف ذات العلاقة بالتَّطبيق بأنَّ هذه المنهجية هي استراتيجيةٌ لتحسين العمليات بشكلٍ مستمر، وأنها ضرورةٌ لا بد من التَّعامل معها والاشتراك في تطبيقها. ويتم ذلك بهدف تحفيز الأفراد على التَّحسين المستمر من أجل الانطلاق إلى الإبداع والتَّغيير الفعَّال، وحماس الإدارة العليا هنا يكون له أكبر الأثر في تحفيز العاملين بالمؤسسة، مما ينعكس على أدائهم¹.

رابعاً: التغذية العكسية

تسمح المعلومات الواردة عن الأداء في الوقت المناسب وبشكلٍ مستمر بتحسين العمل؛ ومن ثم رفع مستوى الجودة، الأمر الذي يُسهم في زيادة فرص تميز وإبداع ونجاح المؤسسة؛ ومن ثم يزداد عملاؤها وفاءً لها².

خامساً: الدَّعم المالي

حيث أنَّ تطبيق أي نظامٍ جديد في المؤسسة يحتاج بالطبع إلى الدَّعم المالي، وهذا ما ينطبق أيضاً على تطبيق الانحراف السُداسي³.

سادساً: التَّعاون اللامحدود

وذلك في سبيل تحقيق الأهداف المنشودة، والاعتماد على العمل الجماعي التَّعاوني والبعد عن المنافسة السَّلبية؛ حيث يُعد مصطلح اللامحدود أحد مصطلحات النَّجاح في العمل لدى جاك ويلش*، فهذا المبدأ يدعو إلى إزالة الحواجز الإدارية والتَّفسيية بين العاملين بالمؤسسة، وذلك من خلال تشجيع وتوسيع فرص التَّعاون بين المجموعات الدَّاخلية على مستواها، بدلاً من بثِّ روح المنافسة بينهم في جميع المستويات الإدارية، هذا بالإضافة إلى تشجيع التَّعاون مع المجتمع الخارجي المتمثِّل في العملاء والموردين⁴.

سابعاً: ربط منهج الانحراف السُداسي بالقياس، تقييم الأداء والحوافز

توفر عملية القياس وتقييم الأداء تغذيةً عكسية عن برامج الجودة وأدائها للموظفين والمدراء في الوقت المناسب وبشكلٍ مستمر، مما يُسهم في زيادة فرص النَّجاح والإبداع والتميز للمؤسسة⁵. وقد أثبتت العديد من التجارب

¹ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 67-68.

² ماهر موسى درغام وهبة محمود عبد الله، مرجع سابق، ص. 65.

³ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 71.

* جاك ويلش هو المدير التنفيذي لجينيرال إلكتريك سنوات قبل إطلاق الانحراف السُداسي.

⁴ المرجع السابق، ص. 70.

⁵ بكر إبراهيم محمود، مرجع سابق، ص. 158.



العملية للمؤسسات الكبرى أن هذا الرّبط عنصرٌ فعال لنجاح تطبيق الانحراف السُداسي وتقبُّله بل والتّمسك به، وذلك من خلال تقييم أداء العاملين وربط الحوافز بتحقيق الأهداف؛ ومن ثمّ إنجاح عملية التّطبيق¹.

ثامناً: الإدارة المبادرة

تعني المبادرة في الإدارة القيام بتحديد أهداف طموحة ومراجعتها بشكلٍ مستمر، مع وضع أولويّات واضحة والتركيز على منع وقوع المشكلات؛ عوضاً عن حدوثها ثم معالجتها. هذا بالإضافة إلى عدم القيام بالأشياء بصورةٍ عمياء، وإنما لا بد أن يسبقها طرح السّؤال: لماذا ينبغي القيام بها؟ وبعبارةٍ أخرى أن يكون المرء مُبادراً حقيقياً، فتلك هي نقطة الانطلاق للتّغيير الفعّال والإبداع. هذا ويتضمن منهج الانحراف السُداسي من الممارسات والأدوات ما يسمح بجعل الإدارة ديناميكية، مبادرة ومواكبة للتّغييرات بدلاً من عادات ردّ الفعل؛ بحيث تنتظر الإدارة حدوث الفعل لتقوم بالردّ².

تاسعاً: التّحسين المستمر

تؤكد فلسفة الانحراف السُداسي على أهمية التّحسين المستمر للمؤسسات التي ترغب في عملية التّطوير، ويرتكز هذا المبدأ على أساس فرضيّة مفادها أنّ العمل هو ثمرة سلسلةٍ من الخطوات والتّشاطات المترابطة، التي تُؤدي في نهاية المطاف إلى مُحصّلةٍ نهائية. إنّ فكرة التّحسين المستمر تنطلق من مبدأ تطوير المعرفة لأبعاد العمليّة الإداريّة والفنيّة، واتّخاذ الإجراءات اللازمة لذلك التّطوير. ويُعدُّ التّحسين المستمر عنصراً مُهمّاً لتخفيض الانحرافات التي تحدث في العملية الفنيّة، مما يُساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجيّة³.

عاشراً: التّوجه نحو الإتقان وتحملّ الفشل والأخطاء

إن التّوجه نحو الإتقان وتحمل الأخطاء فكرتان متكاملتان، فلا يمكن لأي مؤسسة أن تقترب من الانحراف السُداسي إلا إذا تبنت طرُقاً وأفكاراً جديدة، غالباً ما تتضمن بعض المخاطرة، والتي ينبغي عدم الخوف من نتائجها. وعليه حتى يكون الانحراف السُداسي هدفاً للمؤسسة، لا بد أن تقترب بقدر الإمكان من مستويات الإتقان مع تقبّل ما يمكن أن يحدث من عقبات⁴.

¹ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 72.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 232-233.

³ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 72-73.

⁴ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 233-234.

أحد عشر: العمليات والأنظمة

تُعتبر العمليات والأنظمة المحور الرئيس الذي يجعل المؤسسة تُحقّق النّجاح المستمر في ظل منهج الانحراف السُداسي، ولذلك يُعدّ كلُّ إجراءٍ عملي في المؤسسة عمليةً بحدّ ذاته¹. ويتجلى التّركيز على العمليات في إطار منهج الانحراف السُداسي من خلال التّعرف على احتياجات وتوقّعات العملاء، والعمل على استمرارية التّحسين للعمليات بما يتواءم مع هذه الاحتياجات والتوقّعات، وذلك من أجل استمرارية الاحتفاظ برضى العملاء². بالإضافة إلى ضرورة تأسيس نُظُم وقواعد إلكترونية لتسجيل البيانات والإحصاءات عن مختلف العمليات بالمؤسسة، للاستفادة منها في اتّخاذ القرارات الفعالة³.

إثنا عشر: التّركيز على تصميم السلعة أو الخدمة

وذلك للتأكّد من مدى مقابلتها لتوقّعات العملاء وبالتّكلفة الفعالة، بالإضافة إلى توفير أدوات واستخدامات تُساعد فرق العمل على عمليات تطوير السلعة أو الخدمة بكفاءة وفعالية⁴.

ثلاثة عشر: الموارد البشرية اللازمة والتّدريب

يُعتبر الأفراد الأداة الرئيسة للعمل والإنتاج في المؤسسة وأحد أهم عوامل نجاحها؛ حيث يتوقّف ذلك على جهودهم وكفاءتهم، كما أنّ غياب هذه العناصر قد يؤدي بها إلى الفشل⁵. ويُعدّ توفير الكفاءات والمهارات اللازمة لتطبيق هذه التقنية عنصرًا مهمًا وحيويًا قبل وأثناء التّطبيق⁶. كما يعتمد الانحراف السُداسي على ربط كلٍّ من نظام الترقية والحوافز والمكافآت التي تمنحها الإدارة العليا لعمالها بمدى إنجاح تطبيقه، وكذا تعيين خبراء ومستشارين في منهج الانحراف السُداسي، ومن هنا يتجلى ارتباطه بالموارد البشرية⁷. ومن جهةٍ أخرى، فإنّ التّعليم والتّدريب يُعطى الأفراد إحساسًا واضحًا بفهم أساسيات، وأدوات منهجية الانحراف السُداسي؛ بحيث يُعدّ التّدريب عاملاً مهمًا في التّقدّم والتّطوير النّاجح لهذه المنهجية، وعادةً ما يكون هناك هرمٌ من الخبرات التي يُحددها نظام الأحزمة، الذين يتولون تطبيق المنهج في المؤسسة، وعليه يجب تدريب العاملين حسب مستوى الخبرة المطلوبة وإقناعهم بجدواه وتطبيقه في المؤسسة حتى يتم إنجاز العمل بحماسٍ وجودة عالية⁸.

¹ ماهر موسى درغام وهبة محمود عبد الله، مرجع سابق، ص. 66.

² وفقى السيد الإمام وآخرون، مرجع سابق، ص. 216.

³ بكر إبراهيم محمود، مرجع سابق، ص. 158.

⁴ وفقى السيد الإمام وآخرون، مرجع سابق، ص. 216.

⁵ المرجع السابق، ص. 215.

⁶ بكر إبراهيم محمود، مرجع سابق، ص. 158.

⁷ ماهر موسى درغام وهبة محمود عبد الله. مرجع سابق، ص. 66.

⁸ نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 72.

المطلب الرابع: علاقة الانحراف السُداسي بإدارة الجودة الشاملة

هناك علاقة وطيدة بين كُُلِّ من الانحراف السُداسي وإدارة الجودة الشاملة، وتتمثل هذه العلاقة في أنَّ ظهور الانحراف السُداسي ماهو إلا امتداداً طبيعياً لجهود إدارة الجودة الشاملة، بل يمكن القول أنَّ مفهوم الانحراف السُداسي هو فكرٌ إداريٌّ حديث برز من رحم إدارة الجودة الشاملة نفسها. وأنَّ هذا المفهوم قادراً على إحداث تغييراتٍ جذرية، والانتقال من مرحلة تقليل الأخطاء الذي هو هدف إدارة الجودة الشاملة إلى مرحلة منع وجودها وهو هدف الانحراف السُداسي، فهو أداةٌ لتطوير الجودة وللوصول إلى حُلُولٍ مبتكرة وإحصائية للمشكلات، كي تُحقَّق توقعات العملاء. ولا يمكن أن يعمل الانحراف السُداسي بمعزلٍ عن الجودة؛ حيث تُوفِّر إدارة الجودة للانحراف السُداسي الأدوات والتقنيات اللازمة لإحداث التغيرات التقنية وتطور العمليات داخل الإدارة¹. هذا يعني أن الانحراف السُداسي الذي يُستخدم لتقليل احتمالات الأخطاء نتج عن تطور إدارة الجودة الشاملة، ففي الوقت الذي بدأت فيه إدارة الجودة الشاملة في الفطور، انتعش هذا المنهج المسمى نسبةً إلى مفهوم الانحراف المعياري الإحصائي، وهو منهجٌ كمّي صارم لتحسين الجودة في العمليات لإنتاج خدماتٍ خالية من العيوب وعالية الجودة. يجتمع الانحراف السُداسي مع إدارة الجودة الشاملة في التركيز على العميل واحتياجاته، النظرة العملية للعمل، التطوير المستمر للجودة، أهمية الدّعم من الإدارة والقيادة العليا، والتّطوير المستمر لجميع العوامل والعمليات في المؤسسة، واتّخاذ القرارات المبنية على البيانات والمعلومات. ويتشابهان معاً في تبني نفس الفلسفة التي تُؤكِّد أهمية دعم الإدارة العليا والقيادة، والتّحسين المستمر للجودة². ويتميّز الانحراف السُداسي بأنّه يسعى لتحقيق الجودة التي تُضيف قيمةً للعميل³. وسيتم إبراز أهم الاختلافات بينه وبين الجودة الشاملة في النقاط الموضحة في الجدول رقم (01-01)، كالتّالي:

¹ أحمد يوسف دودين وماجد عبد المهدي مساعدة. مدى استخدام مفاهيم Six Sigma في الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي،

الجمهورية اليمنية، المجلد 07، العدد 16، 2014، ص. 167.

² نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 61.

³ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 230.

جدول رقم (01-01): الفرق بين الانحراف السُداسي والجودة الشاملة

المحاور	الانحراف السُداسي	الجودة الشاملة
الهدف	-تحسين الأداء وتحقيق الربحية والعائد المادي من خلال رضى المستفيد.	- رضى المستفيدين من خلال منتجات عالية الجودة.
الاستراتيجية	- مستوى عال الجودة؛ - تخفيض معدلات الفشل والعيوب في العمليات.	- ترتيب العمليات وفقاً لمستوى المتطلبات والاحتياجات.
الإدارة	- الالتزام من قبل الإدارة العليا؛ - أهداف واضحة ومحددة؛ - تنمية هيكل تنظيمي لمتابعة تحقيق الأهداف.	- وضع قائمة بمسؤوليات ومهام الإدارة.
التنظيم	- أصحاب العمليات: الأحرمة الخضراء؛ - المساعدون: الأحرمة السوداء.	- أصحاب العملية: ممثلون عن الإدارة العليا ومسؤولون عن نظم قياس الجودة.
الموارد المخصصة	- تتطلب الموارد البشرية بشكل أساسي.	- تتطلب الموارد البشرية، البنية التحتية، بيئة العمل.
التدريب	- في كل مجالات المؤسسة بمستويات مختلفة واعتماداً على الوظائف المختلفة في العمليات.	- مطلوب ولكن ليس بالشكل المتخصص.
إدارة المشروع	- هناك عدة أساليب أو مناهج أهمها منهجية التحسين DMAIC*.	- هناك أساليب متعددة أكثرها شيوعاً نموذج ديمنج للتحسين المستمر.
مدخل العمليات	- يتم استخدام نموذج سيوك** الذي يركز على المورد، المدخلات، العمليات، المخرجات، العميل.	- يتم استخدام نموذج إدارة الجودة المبني على العمليات المفردة.

المصدر: نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا. إطار مقترح لتطبيق منهجية Six Sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية. الكتاب رقم 14، الإمارات: مطبوعات جائزة خليفة التربوية، 2014، ص.61. بتصرف.

بالنظر إلى الجدول أعلاه، يتضح أنّ الانحراف السُداسي يختلف عن الجودة الشاملة في عناصر مهمة على الرغم من كونه امتداداً لها، ولعلّ أبرز هذه الاختلافات هو تركيز الانحراف السُداسي بشكل أساسي على المورد البشري أكثر من الموارد الأخرى، كون هذا المورد المهم أساس نجاح المؤسسة. ومن جهة أخرى فالجودة تسعى إلى تحقيق¹:

1. منتجات خالية من العيوب والشوائب وبأقل تكلفة؛

2. الرّقي لمستوى توقّعات ورغبات العملاء؛

¹ محمود عبد الفتاح رضوان. إدارة الجودة الشاملة: فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق. ط1، القاهرة، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2012، ص.22-23.

* سيتم التفصيل في مفهوم هذه المنهجية ومراحلها ضمن المطلب الثاني من البحث الثاني لهذا الفصل في الصفحات: 22-35.

** سيتم توضيح هذا النموذج ضمن مرحلة التحديد في الصفحة: 26.



3. تحقيق رضاهم التّام حاضراً ومُستقبلاً؛

4. الاعتماد على التّحسين والتّطوير المستمر؛

5. الالتزام بمتطلبات ومعايير الأداء؛

6. أداء العمل الصّحيح بشكلٍ صحيح.

وبالنّظر إلى العناصر أعلاه، فهي لا تتنافى مع مبادئ الانحراف السُداسي وإنما تسير معها في نفس الاتجاه. أخيراً وباختصار، يُعتبر الانحراف السُداسي تقنيةً متقدمة من تقنيات الجودة الشّاملة لا تنفصل عنها، وتختلف عنها في تركيزها الرّائد على أهمية الإحصاء الرّقمي لقياس عدد الأعطال، كما تختلف عنها في صياغتها لهيكل تنظيمي صارم يعتمد على إيجاد إطاراتٍ كفّوة تخضع لتدريبٍ مكثّف مُتواصل (MBB, BB, GB, YB)، تعمل تحت مظلة الجودة الشّاملة كجزء متكامل يهدف لإنجاز المشاريع (مشاريع التّحسين) بكفاءةٍ وفعالية، وبمستوى عالٍ من الرّبحية¹.

مما سبق، يمكن القول أنّ علاقة الانحراف السُداسي بالجودة الشّاملة تكمن في كون الانحراف السُداسي من أهم أدوات الجودة الشّاملة وأحدثها، وبذلك فهو لا يتنافى مع مبادئها ويسيران في اتجاهٍ واحد، غير أنّه يركّز على رضی العملاء كأولويةٍ عُليا ويعتمد بشكلٍ كبير على الإحصاء في عمليات القياس، كما يتميّز عنها في التزام الدقّة والتنظيم.

¹ الشريف بوفاس، مرجع سابق، ص. 172.

المبحث الثاني: التطبيق التّاجح لاستراتيجية الانحراف السُداسي

إنَّ الانحراف السُداسي هو بمثابة نظامٍ يحتاج عند تطبيقه إلى وجود منهجية أو نموذج أو أسلوب يُعبّر عن المراحل التي يمر بها أو خطوات تطبيقه، اتفق الباحثون على أنَّ أهمها تتمثل في منهجية التحسين دميكا DMAIC المتضمّنة لخمس خطواتٍ أساسيّة.

المطلب الأول: نماذج تطبيق الانحراف السُداسي

لقد تعدّدت الآراء حول نماذج أو مناهج تطبيق الانحراف السُداسي؛ حيث تم تقسيمها فيما يلي وفقًا لأربعة اتجاهاتٍ هي:

أولاً: يُذكر أنّه تم تطوير عملية الانحراف السُداسي الأصلية لحل المشكلات في شركة موتورولا وهي MAIC، والتي تعني القياس، التحليل، التحسين، والضبط - الرقابة أو التحكم -، فيما بعد حلّت DMAIC بدلاً من MAIC في شركة جنرال إلكتريك؛ حيث يُمثل حرف D التعريف أو التحديد Define¹.

ثانياً: يوجد لمدخل الانحراف السُداسي منهجان هما: منهج DMAIC ومنهج DMADV، فمنهج DMAIC يُطبّق في حال ما إذا كانت عمليات المؤسسة أو مخرجاتها لا تلي احتياجات العملاء ولا تُشبع رغباتهم². فهو يُستخدم لتطوير العمليات الحالية وهو مختصر للخطوات: التعريف Define، القياس Measure، التحليل Analyse، التحسين Improve والضبط - الرقابة أو التحكم-Control³.

أمّا منهج DMADV فيشمل أيضاً خمس مراحل هي: التعريف Define، القياس Measure، التحليل Analyse، التصميم Design والتحقق Verify. ويُطبّق هذا المنهج في حالة ما إذا كانت عمليات المؤسسة في طور التصميم. وبذلك فعلى المؤسسة أن تختار وتفاضل بين المنهجين؛ على أساس العمليات التي تقوم بإنتاج المنتج أو الخدمة، هل هي عمليات قائمة تحتاج إلى تطوير أم عمليات جديدة تحتاج إلى تصميم⁴.

ثالثاً: إن لمنهج الانحراف السُداسي ثلاثة أساليب أو طرقٍ فرعيّة، كلّ منها يُؤدّي إلى نتيجةٍ معيّنة وعلى المؤسسة أن تختار أحدها إذا أرادت تبني هذا المنهج كطريقٍ لمستقبلٍ جديد⁵، وهذه الأساليب هي:

¹ PARK, S.H. OP. Cit, P.43.

² حمدي شحادة زعرب، مرجع سابق، ص 340.

³ صالح أحمد أمين عبانة. أبدال حديثة في إدارة التعليم العالي: إعادة الهندسة وستة سيجما. المؤتمر العربي حول التعليم العالي وسوق العمل، جامعة 7 أكتوبر كلية الأدب، مصراتة، ليبيا، 2010، ص.10.

⁴ حمدي شحادة زعرب، مرجع سابق، ص 340.

⁵ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص 246.

1. أسلوب تحويل المؤسسة: يُمثل هذا الأسلوب طريقةً لدراسة حالة المؤسسة والتحقق من فعالية الأعمال الخاصة بها من ناحية وجود خسائر، فشل المؤسسة في طرح منتجاتٍ جديدة واستقطاب عملاءٍ جدد، بالإضافة إلى مدى استفادة المؤسسة من الفرص المتاحة أو امتلاكها لتكنولوجياتٍ جديدة تسمح لها بالانتعاش والتجدد، فبعد تشخيص واقع المؤسسة يتعين على المشرفين على إدارتها محاولة الانتقال لاتباع معايير الجودة الشاملة والتحول بذلك إلى الأفضل¹.

2. أسلوب التطور الاستراتيجي: يُستخدم هذا الأسلوب إما للتعرف على نقاط ضعف المؤسسة أو لاستطلاع أهم ما هو متاح لها من فرص للتغيير، فهو من أكثر الطرق التي تُعطي خياراتٍ عدة، كما أنه الطريقة الأكثر شمولية في تحليل ودراسة العوامل المؤثرة في المؤسسة، غير أنه لا يُعتبر العامل الوحيد لتحقيق منهج الانحراف السُداسي². كما يمكن الاستفادة من هذه الطريقة في التركيز على عملية التغيير في وحداتٍ تنظيمية معينة داخل المؤسسة مثل الأقسام. من ناحيةٍ أخرى، فإنَّ عدد من المؤسسات التي بدأت باستخدام هذا الأسلوب في تطوير مجالاتٍ محدودة قامت فيما بعد بتوسيع مجال الانحراف السُداسي ليشمل باقي الوحدات العاملة في المؤسسة³.

3. أسلوب حل المشكلات: يُطلق على هذا الأسلوب اسم DMAIC، والذي يُعدُّ نظامًا لتحسين العمليات الموجودة في المؤسسة، والتي انحرفت أقلَّ من المواصفات المطلوبة، وبذلك فهي تحتاج للتحسين بشكلٍ متزايد. يتبع أسلوب DMAIC الخطوات التالية: عرّف Define، قس Measure، حلّ Analyze، حسن Improve، اضبط Control⁴. كما يتم اللجوء إلى أسلوب حل المشكلات في حال وجود مشكلاتٍ دائمة، كانت هناك محاولات مكثفة لحلّها، ولكنها لم تأتِ بأي نتيجة. وفي هذه الحالة يتم تشكيل فريق عمل تم تدريبه على استخدام منهج الانحراف السُداسي لتتطلق بعد ذلك عملية التغيير⁵.

رابعاً: إنّ منهجية دميك DMAIC هي المنهج الأكثر شعبية؛ حيث يُستخدم في الغالب للعمليات الموجودة وهذه الطريقة لا تستخدم أدوات الانحراف السُداسي فقط، بل تتضمن أيضاً مفاهيم أخرى مثل التحليل المالي ووضع الجدول الزمني للمشروع. تكون منهجية دميك ممتازة عند التعامل مع عملية قائمة -موجودة- والتي تُحقق المستوى المستهدف من الأداء الذي يُؤدّي إلى تحقيق الفوائد المتوقعة.

¹ محمد عبد العال النعيمي. Six Sigma أسلوب إحصائي متقدم للوصول إلى أقل نسبة خطأ ممكنة. ص. 8-9، بحث متوفر على الموقع: www.aitrs.org/EchoBusV3.0/SystemAssets/pdfAR.../res_M_2_3.pdf، تم الاطلاع عليه يوم: 31.12.2015.

² المرجع السابق، ص. 9.

³ محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 248.

⁴ محمد موفق أحمد المكي. هل ممكن للستة سيجما الرشيقه أن تساعد في تحسين أداء القطاع العام في العالم العربي؟. المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية بالملكة العربية السعودية بمعهد الإدارة العامة: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، المحور الأول: قياس الأداء في القطاع الحكومي، 2009، ص. 8.

⁵ محمد عبد العال النعيمي. Six Sigma أسلوب إحصائي متقدم للوصول إلى أقل نسبة خطأ ممكنة. مرجع سابق، ص. 9.



أما عندما يتطلب الأمر القيام بعملية جديدة، ففي هذه الحالة يتم استخدام تصميم الانحراف السُداسي **DFSS design for Six Sigma**. ويتكون الـ **DFSS** من عددٍ من المناهج المنضبطة والدقيقة لتصميم المنتج، العملية والخدمة. وهذه المناهج نفس هدف دميك، ولكن يتم استخدام مصطلحاتٍ مختلفة والتي تشمل هذه المفاهيم: تطوير المفهوم، تطوير التصميم، التصميم الأمثل، التصميم والتحقق أو الرقابة¹. وهذه المناهج هي²:

1. منهج **DMADV**: وهو اختصارٌ لكلٍّ من مرحلة التحديد Define، القياس Measure، التحليل Analyse، التصميم Design والتحقق Verify؛

2. منهج **DMADOV**: ويُعبّر عن كُلٍّ من مرحلة التحديد Define، القياس Measure، التحليل Analyse، التصميم Design، التحسين Optimize والتحقق Verify؛

3. منهج **ICOV**: يُمثّل اختصارًا لكلٍّ من مرحلة التحديد Identify، الوصف Characterize، التحسين Optimize والتحقق Verify؛

4. منهج **IDOV**: ويشمل المراحل التالية: التحديد Identify، التصميم Design، التحسين Optimize والتحقق Validate؛

5. منهج **DCCDI**: ويعني التحديد Define، فهم العميل Customer Concept، التصميم Design، والتنفيذ Implement؛

6. منهج **DMEDI**: يُعبّر عن كُلٍّ من التحديد Define، القياس Measure، الاكتشاف Explore، التطوير Develop والتنفيذ Implement.

المطلب الثاني: مراحل منهجية التحسين دميك DMAIC

تمر منهجية التحسين دميك DMAIC بخمس خطواتٍ أساسية، تتضمن كلٌّ منها مهامًا معينة لا بُدَّ من اتباعها بشكلٍ متسلسل لضمان تحقيق التحسينات المرجوة من تطبيقها، وذلك بدءًا بعملية التحديد، القياس، التحليل، التحسين وأخيرًا التحكم أو الرقابة؛ والتي يمكن توضيحها بالتفصيل كما يلي:

أولاً: التحديد Define

وهي الخطوة الأولى في منهجية **DMAIC** تقوم فيها الإدارة بمراجعة قائمةٍ من مشروعات الانحراف السُداسي الممكنة، وتختار المشروع المهم والقابل للتنفيذ؛ حسب الإمكانيات المتاحة وسهولة التعامل معها، ولا بُدَّ أن يكون لذلك المشروع فائدة حقيقية تعود بالنفع على كُلٍّ من المؤسسة والعملاء³.

¹ AMINUDIN, O and ZAINOL, M. Implementation of six sigma in service industry. **Journal of quality measurement and analysis**, 2014, P.78.

² Idem.

³ بسام زاهر. تقييم واقع توافر متطلبات تطبيق منهجية ستة سيغما في المنظمات الصناعية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا، المجلد 36 العدد 02، 2014، ص.15.



بعد الموافقة على قرار تنفيذ المشروع، من الضروري رسم معالمه بدقة أكثر؛ حيث تنقسم خطوة التحديد هذه إلى ثلاثة أجزاء بدءاً بإعداد ميثاق المشروع ثم تنظيم العملية وفقاً لنموذج سيوك SIPOC، ليتم بعد ذلك تحليل صوت العميل¹.

1. إعداد ميثاق المشروع

يُقصد بإعداد الميثاق **Team Project Charter** استكمال وثيقة تصفُ بإيجاز المشكلة والأهداف المتوقعة، تشكيل الفريق وتحديد أصحاب المصلحة، الإبلاغ عن القضايا المالية، وأخيراً إعداد مخطط للمشروع. وعادةً ما يتم تعديل الميثاق خلال المراحل المختلفة لتطبيق DMAIC ويتم مراجعته وتشذيبه من قبل القائد وأعضاء الفريق². وبعد تجهيز ميثاق المشروع تتم عملية تخصيص الموارد اللازمة للتنفيذ والعمل على توفيرها في الوقت المناسب³.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنَّ هناك العديد من النماذج للميثاق، تم اعتماد أبسطها والذي يُمكن توضيحه في الشكل رقم (01-01)، كما يلي:

شكل رقم (01-01): نموذج لميثاق المشروع

وضع مشكلة العمل (وصف الوضع الحالي للمشكلة):	نطاق العمل:
.....	
.....	
تحديد الهدف:	القيود:
.....	
.....	
خطة عمل المشروع وفق جدول زمني:	اختيار الفريق:
.....	
.....	

المصدر: محفوظ أحمد جودة. تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6 سيجما في المنظمات الخدمية. مجلة رماح للبحوث والدراسات

متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، العدد 12، 2013، ص. 18-19.

يظهر من هذا الشكل أن ميثاق المشروع، بالإضافة إلى ضرورة احتوائه على ملخص للمشكلة وهدف المشروع

¹ FRECHET, C. **Mettre en œuvre le Six Sigma**. Paris cedex, France : Edition d'organisation, 2005, P.39.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص. 242.

³ راغب الغصين ومحمد مناف علايا. دور منهجية ستة سيجما six sigma بتطبيق نموذج دميكا DMAIC وتكوين فريق العمل في تحسين الأداء المصري: دراسة ميدانية على المصارف السورية في مدينة دمشق. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا، المجلد 38، العدد 02، 2016، ص. 197.



فهو يضم كذلك نطاق العمل، والذي يعني بمفهومه البسيط مجموع الأعمال الواجب تنفيذها بالمشروع، كما يضم أيضاً القيود التي تواجه تطبيقه وتحكم في مدى نجاحه.

يتم تشكيل فريق الانحراف السُداسي بمراعاة اختيار أعضائه على أساس الخبرة، وبمجرد الانطلاق يكون العمل الفعلي على عاتق كل من رواد الفريق وأعضائه ومعاونيه الذين لديهم الخبرات الجيدة والأفق الواسع والحماس والدافع، والذين يتم اختيارهم عمومًا من خلفيات علمية وعملية متنوعة ومستويات وظيفية متعددة¹. وقبل تشكيل الفريق ينبغي القيام ب²:

أ. تحديد أعضاء الفريق؛

ب. صياغة البيان الأولي للمشكلة؛

ج. تحديد الأهداف الأولية للمشروع؛

د. تخصيص الموارد للفريق لاستكمال عمله؛

هـ. تحديد قائد الفريق (سواء الحزام الأسود أو الحزام الأخضر)؛

و. إعلام كل عضو في الفريق بوضعية العمل؛

ز. وضع الجدول الزمني لفريق المشروع لإتمام عمله؛

ح. تمييز القرارات التي تتطلب تدخّل البطل عن القرارات المستقلة للفريق.

يضم فريق الانحراف السُداسي مجموعة من الأعضاء، يمكن تناولها بشيء من التحليل وفق ما يلي³:

- **العضو الأول:** وهو من يحمل لقب **البطل Champion** أو **راعي المشروع**؛ بحيث يتولّى دور المنسّق والمطوّر والمالك والمدير المفوّض والعارف بمنهج الانحراف السُداسي والحافظ لمستوياته؛

- **العضو الثاني:** من يحمل **الحزام الأسود الرئيس MBB- Master Black Belt** وهم الأشخاص الأكفاء المدربون على نحو كبير على النظريات الإحصائية والفلسفات ومنهجيات الانحراف السُداسي والتدريب الشامل في الإحصائيات وتقنيات حل المشكلات والمهارات التحليلية وإدارة المشروع، ويكرّس حاملوا هذه الأحزمة معظم أوقاتهم في تطبيق الانحراف السُداسي، وعليهم تحمل معظم المسؤولية في تنفيذ المشروع؛

¹ عمر علي إسماعيل، مرجع سابق، ص.38.

² ECKES, G. **Six Sigma Team Dynamics: the elusive key to project success.** Canada: John Wiley & Sons Inc, 2003, P.27.

³ انظر كل من:

- عادل محمد عبد الله. مدى امكانية تبني منهجية الحيويد السُداسي في السيطرة على نوعية الأدوية المطلوبة وفقا لنموذج DMAIC: دراسة تحليلية في الشركة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في نينوى. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، العراق، المجلد 05، العدد 10، 2013، ص.356.

- عمر علي إسماعيل، مرجع سابق، ص.38.



- **العضو الثالث:** وهو الحامل للحزام الأسود -Black Belt -BB والذي يكون مسؤولاً عن النشاطات اليومية للفريق؛ ابتداءً من وضع جداول أعمال الفريق إلى إبقاء الفريق على الطريق الصحيح، كما يتميز حاملوا هذه الأحزمة بالمهارات اللازمة لحل المشكلات والمعرفة بالأدوات والتقنيات الإحصائية الأساسية، وتدور مهامه حول الإشراف على جهود تطبيق الانحراف السُداسي؛ ومن ثمَّ فإنَّ دوره يتبلور في المساعدة على ضمان تطبيق فعال للمشروع لذا فهو يمثل دور القائد التنفيذي له؛

- **العضو الرابع:** من يحمل الحزام الأخضر؛ حيث يكون الممارس للانحراف السُداسي، يقضي تقريباً 25% من وقت عمله في المشروع، وينصَّب البرنامج في الأساليب الإحصائية ويستغرق أسبوعين؛

- **العضو الخامس:** صاحب الحزام الأصفر، وهو في أدنى السُّلم والذي يُفترض أن يكون له معرفة متخصصة في عمله وفي ذات الوقت متدرِّباً على تقنيات الانحراف السُداسي وله معرفة متخصصة بنموذج DMAIC. وبينما تؤدي الإدارة التنفيذية دوراً حاسماً في تمهيد الطريق لثقافة الانحراف السُداسي، فإنَّ الفريق يؤدي دوراً غير مباشرٍ في الجانب التكتيكي منه؛ حيث أنَّ الأدوار المباشرة لهذا الفريق هي¹:

✓ راعي المشروع يسمى أيضاً البطل؛

✓ قائد فريق المشروع؛

✓ أعضاء فريق المشروع.

يُعتبر تدريب الفريق أولويةً أساسية في الانحراف السُداسي، وفي الحقيقة يُعتبرُ البعض أنهم أخطؤوا بتسمية التدريب تدريباً، ذلك لأنهم يقضون معظم الأوقات في قاعة الدُّروس يقومون بعملٍ حقيقي يخدم المشروع والقيام بأعمال خاصة بالحزام الأسود، وعلى ذلك فهو في الحقيقة عملٌ وليس تدريباً فقط. وينصَّب تركيز التدريب على عملية DMAIC والأدوات المستخدمة فيها، ويستمرُّ هذا التدريب لمدة من أسبوعٍ إلى أربعة أسابيع، فبعد نهاية الأسبوع الأول يعود القائد والفريق إلى عملهم السابق، ولكنهم يُخصَّصون جزءاً أساسياً من وقتهم للعمل للمشروع. بعد فترة أسبوعين إلى خمسة أسابيع تأتي الجلسات الثانية للمشروع، وبعد انتهائه يعودون إلى عملهم ومن ثمَّ يبدأ أسبوع آخر وهكذا...². ومن جهةٍ أخرى يتم التركيز في عملية التدريب على الكفاءات المرتبطة بتطبيق الانحراف السُداسي مثل القياس، التحليل، إعادة تصميم العمليات، التخطيط وحل المشكلات³.

¹ ECKES, G. OP. Cit, P.18.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص.242-243.

³ بسام زاهر، مرجع سابق، ص.16.

2. تنظيم العملية وفقاً لنموذج سيبوك

يتم في هذه الخطوة تحديد العمليات التي تؤثر بشكل مباشر على تحسين رضى العملاء، وذلك لأجل التركيز عليها ودراسة إمكانات تحسينها، كتحليل معدلات الأخطاء فيها، ومن أهم الأدوات التي تُستخدم لتخطيط العمليات الأساسية النموذج المسمى سيبوك SIPOC والذي يُصطلح عليه باللغة الفرنسية FIPEC، بينما يبقى سيبوك هو المصطلح المتعارف عليه، وهو اختصاراً للعناصر التالية¹:

- أ. المورد Supplier: يتم تحديد موردي العملية الذين يقومون بتزويد مدخلاتها؛
- ب. المدخلات Inputs: تحديد مدخلات العملية من الموارد المادية والبشرية والمعلوماتية والتكنولوجية؛
- ج. العملية Process: وهي الإجراء في تحويل المدخلات إلى مخرجات؛
- د. المخرجات Outputs: وهي الخدمات أو المعلومات التي تنتج عن العمليات؛
- هـ. العميل Customer: وهو الطرف الذي يتسلم مخرجات العملية الحالية ونسعى إلى إرضائه وتلبية احتياجاته وتوقعاته.

ويمكن توضيح هذا النموذج في الشكل رقم (01-02)، كما يلي:

شكل رقم (01-02): نموذج سيبوك

Customers من هم العملاء	Outputs مخرجات العملية	Process العملية	Inputs مدخلات العملية	Suppliers من هم الموردون
1.	1.	نقطة البدء.....	1.	1.
2.	2.		2.	2.
3.	3.	النشاطات.....	3.	3.
				
		نقطة النهاية.....		
				

المصدر: محفوظ أحمد جودة. تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6 سيجما في المنظمات الخدمية. مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، العدد 12، 2013، ص.17.

يُلاحظ من الشكل أعلاه، المكونات الخمسة التي لابد وأن تتضمنها كل عملية ويجب أخذها بعين الاعتبار عند تصميمها لجمع المعلومات عنها؛ كما أن نموذج سيبوك بهذا التصميم يسمح بوضعها في الصورة، ويُؤدّي دوراً هاماً في توفير المعلومات المطلوبة حولها.

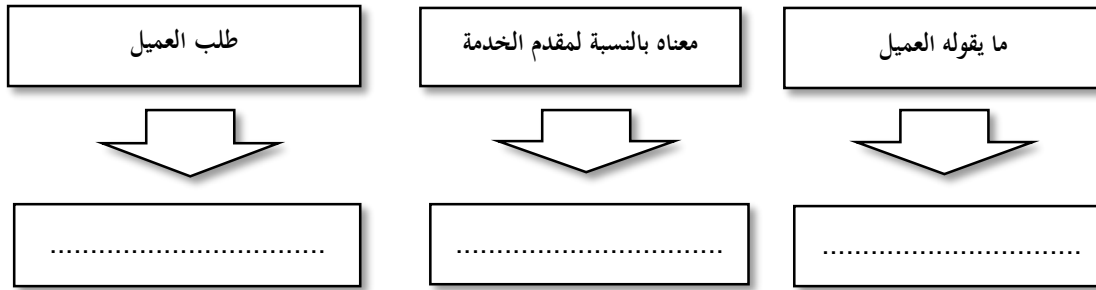
¹ انظر كل من:

-راغب الغصين ومحمد مناف علايا، مرجع سابق، ص.196-197.

3. تحليل صوت العميل

أخيرًا وضمن مرحلة التّحديد، يتم تعريف متطلبات واحتياجات العملاء؛ من خلال الاستماع إلى صوتهم أي صوت العميل -VOC- Voice Of Customer، وذلك بتوزيع نماذج الاستبيانات عليهم وتحليل إجاباتهم، بهدف التّعريف على المواصفات - الخصائص - الحرجة للجودة بالنسبة للعملاء - Critical to Quality - CTQ¹. وتعني الخصائص الحرجة للجودة تلك العناصر الأساسية لتحقيق رضى العملاء، التي يجب أن يتم ترتيبها حسب الأولوية للعملاء وتحديد ميزة ومواصفات محددة لكل هدف². وتجدر الإشارة هنا إلى أن العملاء غالبًا ما يكونون غير واثقين مما يريدونه أو لديهم مشكلة في التعبير عن ذلك، ولكنهم غالبًا جيّدون في التعبير عما لا يريدونه، لذلك على الفريق أن يستمع للعملاء ويُترجم كلامهم إلى مُتطلبات يمكن الاستجابة لها³. ويمكن توضيح هذه الخطوة في الشكل رقم (03-01)، كما يلي:

شكل رقم (03-01): ترجمة صوت العميل إلى متطلبات



المصدر: محمد عبد العال النعيمي وراتب جليل صويص. Six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة. ط1، عمان، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع، 2008، ص.89. بتصرف

وعلى هذا الأساس، فإنّ عملية ترجمة صوت العميل، تعني القيام بجمع كل ما يقوله ويراه هذا الأخير عن الخدمة المقدّمة له، ثم يتم التعبير عمّا يعنيه ذلك بالنسبة لمقدّم الخدمة، ليتم بعد ذلك الخروج بالنتيجة المطلوبة وهي تحديد طلبات العميل بصفة نهائية؛ والشكل أعلاه يُسهّل عملية تنظيم هذه الخطوات ويوضحها أكثر. ولتحديد أسباب المشكلة ووسائل حلّها، فإنّ طرح مجموعة من الأسئلة يُعتبر أمرًا مُفيدًا للغاية ويساعد على التفكير الابتكاري، وأهمّها على سبيل المثال: ماهي متطلبات العملاء واحتياجاتهم؟ ماهي الخصائص الأكثر أهمية

¹ راغب الغصين ومحمد مناف علايا، مرجع سابق ص.196.

² PILLET, M. OP. Cit, P.74.

³ محمد عبد العال النعيمي وراتب جليل صويص، مرجع سابق، ص.89.



للعلماء؟ ما هو الأسلوب المتبع في إنجاز العمل الحالي؟ ما هي الفوائد المتوقعة من تحسين العمليات؟ هل سيتغير مركز المؤسسة التنافسي إلى الأفضل بعد إجراء التحسينات؟ وغيرها من الأسئلة¹.

أما عند تحديد الأهداف الحقيقية التي يجب تحقيقها لضمان رضى العملاء، ينبغي مراعاة ثلاثة معايير: الجودة، المواعيد النهائية والتكلفة؛ بمعنى²:

أ. تسليم المنتج أو الخدمة دون إخفاق؛

ب. تسليم المنتج أو الخدمة وفقاً للجدول الزمني المحدد؛

ج. توفير المنتج أو الخدمة بأقل تكلفة ممكنة؛

ومن أجل ذلك يجب قياس القدرة على تلبية أو تجاوز احتياجات وتوقعات العملاء، أن تكون تكاليف الإنتاج قليلة، احترام الخطط وتحقيق كفاءة عالية للعملية.

بناءً على ما تقدم، فإن مرحلة التحديد هذه تتلخص في اختيار المشروع ثم رسم معالمة؛ من خلال القيام بثلاث عمليات أساسية بهدف بلورة الأسباب الحقيقية للمشكلة الرئيسة التي قام من أجلها مشروع الانحراف السُداسي، بدءاً بإعداد ميثاق المشروع المتضمن لوصف موجز ودقيق للمشكلة، هدف المشروع، خطة عمل مفصلة وأعضاء الفريق. ليتم بعد ذلك تنظيم العمليات وفقاً لنموذج سيوك؛ من خلال تحديد العمليات التي تؤثر مباشرة على تحسين رضى العملاء، ثم في الأخير القيام بتحليل صوت العميل من أجل تحديد الخصائص الحرجة للجودة والتي تُحقق رضى العملاء.

ثانياً: القياس Measure

تعتبر هذه الخطوة هامة جداً في تطبيق الانحراف السُداسي، لأنها تتطلب جمع البيانات والمعلومات الخاصة بفهم المشكلة والأسباب الجوهرية المسببة لها، وتحديد أفضل المقاييس الخاصة لتحديد طبيعة المشكلة³؛ حيث تهتم بقياس النظام الحالي للعملية التي سوف تخضع للتحسين، ولكي يتحقق الهدف من هذه الخطوة، يتم تحديد مقياس لقدرة العملية في ضوء احتياجات وتوقعات العميل، كما يتم إعداد خطة لتجميع بيانات كافية للتحليل. ويقوم فريق الانحراف السُداسي بدراسة مكونات النظام الأساسية لوضع الأولويات واتخاذ قرارات سليمة عن الذي يجب قياسه⁴. ويتم قياس العيوب المرتبطة بتلك العمليات الداخلية؛ حيث يُركز القياس على ثلاثة عناصر هي⁵:

¹ بسام زاهر، مرجع سابق، ص.17.

² PILLET, M. OP. Cit, P.63-64.

³ راسم بوزان إبيش. العوامل الداعمة لاستخدام ستة سيجما ودورها في تحسين جودة مخرجات خدمة الاتصالات: دراسة ميدانية في شركات الاتصالات. أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة حلب، سوريا، 2014، ص.36.

⁴ فضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص.76.

⁵ انظر كل من:

- راغب الغصين ومحمد مناف علانيا. مرجع سابق، ص.197.

- PILLET, M. OP. Cit, P.104.

1. **المخرجات:** وهي الناتج النهائي للعملية (Yi) التي ينظر إليها العميل، ومثال ذلك عدد العيوب أو مستوى رضى العملاء أو الأرباح؛
 2. **العملية:** وتتضمن الأنشطة والمهام التي تقوم بها لتحويل المدخلات إلى مخرجات؛
 3. **المدخلات:** وهي التي تدخل إلى العملية ويتم تحويلها إلى مخرجات أي (Xi) التي تؤثر على (Y)، فإذا كانت المدخلات رديئة تنتج مخرجات رديئة، لذلك فإن قياس المدخلات يساعد على التعرف على المشكلة. تُعتبر هذه الخطوة ضرورية في نشر منهج الانحراف السُداسي، تهدف إلى التقييم الفعلي لأداء العمليات وملاءمتها لطلبات العملاء. وبعبارة أخرى الهدف منها هو الإبلاغ؛ من خلال القياسات المناسبة، عن سير العمليات فيما يتعلق بمتطلبات العملاء. ويُشكل هذا الإجراء قاعدة العمل العددية للمراحل التي تليه، فتحليل البيانات انطلاقاً من الرسوم البيانية، يسمح بتحديد الاتجاهات التي سيتم التعمق فيها في مرحلة التحليل¹. كما تستلزم هذه المرحلة اختيار خصائص المنتج، أي المتغيرات التابعة، ورسم خرائط العمليات المعنية، وإجراء القياس اللازم، وتسجيل النتائج وتقدير إمكانات العمليات على المدى القصير والطويل؛ حيث يؤدي نشر وظيفة الجودة - QFD - Quality Function Deployment دوراً رئيساً في اختيار خصائص المنتج الهامة².
- يتم قياس مقدرة العملية Process Capability، أي مدى قدرة العملية على مقابلة احتياجات العملاء من خلال مؤشرين هامّين هما:

- أ. **مؤشر Cp:** يُحسب هذا المؤشر باستخراج الفرق بين الحد الأعلى والحد الأدنى للمواصفات، ثم يُقسّم الناتج على الانحراف المعياري مضروباً في الرقم ستة 6، كما هو مبين في العلاقة التالية³:

$$C_p = \frac{\text{الحد الأعلى للمواصفات} - \text{الحد الأدنى للمواصفات}}{6 \times \text{الانحراف المعياري}}$$

لهذا المؤشر عدّة قيم معروفة عالمياً ومُتفق عليها، تُبين العلاقة بين حدود المواصفات وقيمة مؤشر المقدرة وعدد الوحدات المعيبة في عملية إنتاجية ما، وهذه القيم هي⁴:

- $C_p = 1.33$: هذه القيمة ناتجة عن تبني $[\pm 4\sigma]$ حدود مواصفات، وتُعتبر هذه القيمة هدفاً أدنى لمعظم المؤسسات للوصول إليها أو تجاوزها لتصل إلى أعلى من 1.66، وبذلك تكون نسبة المعيب 0.0063 %، مما يعني أن مقدرة العملية متوسطة في تحقيق المواصفات؛

¹ FRECHET, C. OP. Cit, P.55.

² PARK, S.H. OP. Cit, P. 38.

³ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص.20.

⁴ هلا نتيقة. ضبط ومراقبة العملية الإنتاجية باستخدام خرائط المراقبة الإحصائية للمتغيرات: حالة تطبيقية على معمل جود لتجميع الأدوات الكهربائية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية: سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا، المجلد 37، العدد 02، 2015، ص.499.

- $C_p = 1$: هذه القيمة ناتجة عن تبني $[\pm 3\sigma]$ حدود مواصفات، والعملية تنتج نسبة معيب قدرها 0.27 % والعملية قادرة على تحقيق المواصفات بحد أدنى ومقدرتها مقبولة؛

- $C_p < 1.66$: وهذه القيمة ناتجة عن تبني $[\pm 5\sigma]$ حدود مواصفات، ومقدرة العملية الإنتاجية على تحقيق المواصفات جيّدة.

- $C_p > 1$: العملية غير قادرة على تحقيق المواصفات.

المؤشر مقدرة العملية الإنتاجية C_p عشرة مستويات لغرض المقارنة، والموضحة في الجدول رقم (02-01) كما يلي:

يلي:

جدول رقم (02-01): العلاقة بين مقدرة العملية الإنتاجية، مستوى الانحراف المعياري ومستوى الجودة

مؤشر مقدرة العملية الإنتاجية C_p	مستوى الانحراف المعياري Sigma Level	مستوى الجودة Quality Level
0.50	1.5	غير مقبول
0.67	2	
0.83	2.5	
1.00	3	مقبول
1.17	3.5	
1.33	4	جيد
1.50	4.5	
1.67	5	جيد جداً
1.83	5.5	
2.00	6	مثالي

المصدر: زهير حسن عبد الله. تحسين مقدرة العملية الإنتاجية لمنتج صناعي باستعمال مستويات متقدمة من السيكا. مجلة جامعة بابل العلوم

الصرفة والتطبيقية، العراق، المجلد 21، العدد 05، 2013، ص.1583.

يُوضح هذا الجدول العلاقة الطردية بين قيمة مؤشر مقدرة العملية الإنتاجية ومستوى الانحراف المعياري ومستوى الجودة، وأنه يتراوح ما بين 0.50 و2؛ حيث يُقابله ما يُقدَّر بـ 1.50 و6 كإنحرافٍ معياري، أي أن المستوى المثالي للجودة يتحقق إذا كان هذا المؤشر يُساوي 2 والذي يُوافق انحرافاً معيارياً مُقدَّراً بـ 6.

ب. مؤشر C_{pk} : يقيس هذا المؤشر مدى القرب من الهدف ودرجة الانسجام حول متوسط الأداء، فالمؤسسة يمكن أن تؤدي خدماتها بأقل حدٍّ من الاختلافات، ولكنها بنفس الوقت قد تكون بعيدة عن الهدف باتجاه إحدى المواصفات، مما يُشير إلى أن تكون قيمة هذا المؤشر أقل، بينما تكون قيمة مؤشر C_p أعلى، وكلما قلَّت قيمة C_{pk}



عن الواحد الصحيح، فذلك يعني أنّ هناك خدمات غير مطابقة بشكلٍ أكبر، وأنّ مقدرة العملية تكون أقل¹.
ويُعطى بالعلاقة التالية:

$$C_{PK} = \text{القيمة الأقل لـ} \left[\frac{\text{الحد الأدنى للمواصفات} - \text{الوسط الحسابي}}{\text{الانحراف المعياري} \times 3} ; \frac{\text{الحد الأعلى للمواصفات} - \text{الوسط الحسابي}}{\text{الانحراف المعياري} \times 3} \right]$$

إنّ هدف منهج الانحراف السُداسي هو الحصول على مؤشر $C_p > 2$ و $C_{PK} > 1.5$ ².

كما يتم في مرحلة القياس هذه حساب قيمة أو مستوى الانحراف -سيجما- الفعلي لعمليات المؤسسة والذي يتم باتّباع الخطوات التالية³:

- حساب معدل الخطأ في العملية، من خلال قسمة عدد الأخطاء أو العيوب في العملية خلال فترة محدّدة على عدد الوحدات في العيّنة المختارة؛
- جمع عدد الفرص التي يمكن أن تحدث فيها أخطاء في العملية؛
- قسمة معدل الخطأ في العملية على عدد الفرص التي يُمكن أن تحدث فيها الأخطاء، لينتج معدل الخطأ الخاصة معينة من خصائص الجودة؛
- ضرب معدل الخطأ لخاصية الجودة في الرقم 1.000.000 فينتج معدل الخطأ لكل مليون فرصة من الأخطاء

Defect Per Million Opportunities DPMO

- تحويل معدل الخطأ لكل مليون فرصة إلى قيمة الانحراف σ وذلك باستخدام جدول التحويل المتعلّق بذلك Sigma Conversion Table والممثل في الجدول رقم (03-01)، كما يلي:

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص. 21.

² PILLET, M. OP.Cit, P.149-151.

³ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص. 22.

جدول رقم (03-01): جدول تحويل معدل الخطأ إلى قيمة الانحراف σ

عدد σ	DPMO: عدد العيوب في المليون فرصة	نسبة المردود
6	3.4	99.9997%
5	233	99.977%
4	6210	99.379%
3	66807	93.32%
2	308537	69.2%
1	690000	31%

المصدر: FRECHET, C. *Mettre en œuvre le Six Sigma*. Paris cedex, France : Edition d'organisation, 2005, P.91.

يظهر من الجدول أعلاه العلاقة العكسية بين قيمة الانحراف σ وعدد العيوب في المليون فرصة، وبالمقابل هناك علاقة طردية بين عدد الانحرافات ونسبة المردود؛ فنجد أن الحالة المثالية هي التي يتحقق فيها 3.4 عيب في المليون فرصة أين يكون عدد الانحرافات مساوياً لـ 6 ونسبة المردود 99.9997%.

وبعد ماتم عرضه حول هذه المرحلة المهمة، يُمكن القول أنّ مرحلة القياس تتمحور أساساً حول قياس النظام الحالي للعملية التي سوف تخضع للتحسين، قياس العيوب المرتبطة بتلك العمليات الداخلية بالتركيز على المخرجات، العملية والمداخلات. بالإضافة إلى التقييم الفعلي لأداء العمليات وملاءمتها لطلبات العملاء، قياس مقدرة العملية وحساب مستوى الانحراف الفعلي لعمليات المؤسسة، مما يجعل هدفها هو الإبلاغ وتوفير القاعدة العددية للمراحل التي تليها.

ثالثاً: التحليل Analyze

إنّ الغرض الأساسي من مرحلة التحليل هو السعي لاستغلال جميع المعلومات والبيانات التي تمّ التّحصّل عليها بموجب مرحلة القياس السابقة، من خلال العمل على تحليل هذه البيانات قصد التّوصّل إلى معرفة وتحديد الأسباب الجذرية لمجمل مشكلات ومُعوّقات التحسين، عن طريق تحليل مسار مُسبّبات الفشل، ترتيبها من حيث التأثير، تبويبها، ثم السيطرة عليها والتّحكم فيها¹؛ حيث يقوم فريق الانحراف السداسي في هذه المرحلة بإجراء التحليل المنهجي لمعرفة أسباب المشكلة وتحديد أكثر الظواهر المؤثرة فيها، وتحديد نقاط القوة التي سُسهم في حلها وتعمل على تعزيزها، وتحديد نقاط الضّعف التي ستُعيق ذلك، والعمل على معالجتها، وتحديد الاستراتيجيات المساعدة في تحقيق أهداف تحسين العمليات².

¹ أحمد بن عيشاوي. طريقة Six Sigma كأداة لتحسين الجودة الشاملة TAM. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، الجزائر، العدد 05، 2014، ص.126.

² بسام زاهر، مرجع سابق، ص.17.



كما تتعلّق هذه المرحلة بالتحليل والمقارنة المرجعية لمقاييس الأداء الرئيسة للمنتج أو العملية، وفي أعقاب ذلك كثيرًا ما يتم القيام بتحليل الثغرات لتحديد العوامل المشتركة للأداء الناجح، بمعنى ما هي العوامل التي تُفسّر الأداء أفضل تفسير. وتجدر الإشارة هنا إلى أنّه عند تحليل أداء المنتج أو العملية، يتم استخدام مختلف الأدوات الإحصائية الأساسية لمراقبة الجودة¹. ويمكن تحليل المشكلة وفقًا لمستويات مختلفة هي²:

1. باستخدام التجربة وليس البيانات؛

2. استخدام البيانات ولكن بالتركيز على الأرقام فقط؛

3. تمثيل البيانات في شكل رسوم بيانية؛

4. استخدام الإحصاء الوصفي؛

5. استخدام الإحصاء الاستدلالي.

وينبغي أن يُركز التحليل الإحصائي على المتغيرات التابعة Y ، والقياسات التي تُمثل الخصائص الحرجة للجودة CTQ، وعلى العلاقات بين المتغيرات المفسّرة X والمتغيرات التابعة Y .

انطلاقًا مما تقدّم، يتّضح أنّ مرحلة التحليل تتلخّص في تحديد الأسباب الجذرية والأكثر تأثيرًا على كل المشكلات المعيقة لعمليات التحسين، وذلك بناءً على المعلومات المحصّل عليها في مرحلة القياس مع تحديد نقاط القوة لدعمها وتعزيزها ونقاط الضعف بغرض معالجتها.

رابعًا: التحسين Improve

تسمح الخطوات الثلاث الأولى لتطبيق الانحراف السُداسي بالتعرّف على العوامل المفسّرة X المسؤولة عن التباين (التغير) في المتغير Y ؛ حيث خلال هذه الخطوات لم يتم أي تغيير للعملية في العمق، وإنما تم الحدّ من التباين عن طريق تجميد جميع العوامل التي يُمكن أن تكون السبب في ذلك. ليأتي بعد ذلك وقت إدخال التغييرات الأساسية على العملية، لتحقيق الهدف المحدّد في بداية المشروع³.

ويمكن تقسيم هذه الخطوة إلى ثلاث مراحل هي⁴:

1. مرحلة توليد الحلول؛

2. مرحلة التجريب؛

3. مرحلة تحليل المخاطر.

¹ PARK, S. H. OP. Cit, P.39.

² PILLET, M. OP. Cit, P.164.

³ Ibid, P.259.

⁴ Idem.



ومن جهةٍ أخرى يتم تحديد خصائص أداء المنتج التي تُعيق تحقيق الأهداف لكي يتم تصحيحها وإجراء التحسينات اللازمة، أي اكتشاف العوامل الأساسية المساهمة في وجود المشكلة وتطوير الحلول لاختيار أفضلها، بما يُحقّق أمثل النتائج وأفضل أداء، ويجري ذلك في إطار الأسئلة التالية¹:

أ. هل من الممكن اقتراح النشاطات والأفكار التي تتحسّن وجود المشكلة؟

ب. هل من الممكن تطبيق هذه الحلول المقترحة؟

ج. هل بالإمكان اختبار هذه الحلول لضمان تطبيقها بشكل صحيح؟

د. أيّ من هذه الحلول المقترحة أكثر فائدة؟

مما سبق، يمكن القول أنّ عملية التحسين هذه هي الخطوة التي تُمكن فريق الانحراف السُداسي من الوصول إلى الحلول التي تضمن التخلّص من أسباب المشكلة الرئيسة؛ بحيث يتم اقتراح كلّ الأنشطة والأفكار التي تؤدي إلى تغيير الوضع الحالي واختيار ما يمكن تطبيقه منها، ليتم تجربتها فيما بعد بمعنى وضعها موضع التنفيذ.

خامساً: الرقابة (الضبط أو التحكم) Control

تتمحور هذه الخطوة حول الحصول على المكاسب التي حقّقها فريق المشروع، تنفيذ جميع تدابير التحسين خلال المرحلة السابقة، وإجراء اختباراتٍ دورية لمختلف الحلول والالتزام الصّارم بعائد العملية. يقوم مجلس جودة الأعمال والمتكوّن من مجموعةٍ من الأحزمة السوداء، بطل الفريق، المدراء الرئيسين وأعضاء فريق المشروع بتطبيق ضوابط استراتيجية؛ من خلال عمليةٍ مستمرة لمراجعة الأهداف والتّقدّم المحرز فيها، ويجتمع المجلس دورياً ليستعرض مدى تطبيق تدابير التحسين وآثارها على الأهداف العامة للعمل².

ويتم البدء في هذه الخطوة الأخيرة بتوثيق مجريات العملية الجديدة ومراقبتها من خلال الأساليب الإحصائية للتحكّم في العمليات statistical process control -SPC-. وبعد فترة يتم إعادة تقييم قدرة العملية اعتماداً على نتائج تحليل المتابعة، فقد يكون من الضروري إعادة النظر في واحدةٍ أو أكثر من الخطوات السابقة³؛ حيث يتم دمج كل التحسينات التي تم التّوصّل إليها خلال المشروع، والتّحقّق من أن الإجراءات الجديدة تُلبّي رغبات العملاء. ويجب التّحكم في تغيير العناصر الرئيسة، التي يتم اكتشافها أثناء مرحلة التّحليل، ووضع خريطةٍ للرقابة على العناصر التي ينبغي التّحكم فيها في نهاية المشروع. كما يتم مقارنة رضى العملاء لتحديد التحسينات التي تمّت

¹ زينب هادي الشريفي. ستة سيجما مدخل للقيمة المتميزة للزبون: دراسة استطلاعية لأراء عينة من مدراء الأقسام والشعب في معمل سميت الكوفة. مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، العراق، المجلد 08، العدد 23، 2012، ص.132.

² DESAI, T.N. and R. L and SHRIVASTAVA, R.L. **Six Sigma – A New Direction to Quality and Productivity Management.** Proceedings of the World Congress on Engineering and Computer Science WCECS, San Francisco, USA, October 22 - 24, 2008.

³ PARK, S. H. OP. Cit, P.39.



مقارنةً مع ما تم التوصل إليه خلال مرحلة القياس. وتسمح خطوة الرقابة هذه أيضًا بتحقيق الأهداف المالية¹، مما يعني أنه ينبغي أن يتم إجراء تدقيق دوري على نتائج المشروع لضمان أن النتائج المرجوة قد حُققَت وأنَّ وسائل الرقابة قد نُفذت. وعلى المشرفين على التدقيق توثيق كافة الإجراءات والمستندات اللازمة ورفع التقارير المتعلقة بالنتائج في الوقت المناسب².

يتَّضح مما سبق أنَّ الهدف من مرحلة الرقابة هو التأكُّد من تنفيذ كل إجراءات التحسين المتوصَّل إليها، وأنها قد أدَّت فعلًا إلى نتائج إيجابية في الأداء وذلك لضمان استمرار التحسينات المتوقعة من المشروع، بالإضافة إلى إعادة تقييم قدرة العملية ورضى العملاء لتحديد النتائج أو التغييرات التي تمت مقارنةً مع ما تم التوصل إليه سابقًا في مرحلة القياس.

المطلب الثالث: معوقات تطبيق الانحراف السُداسي

يواجه تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بعض المعوقات التي تحدُّ من نجاحها وتقلل من فعاليتها تأثيرها على أداء المؤسسات، وتتمثَّل في³:

1. تعدُّد وتعقُّد اللوائح المعمول بها واختلال نُظُم الحوافز؛
2. تضخُّم الأجهزة الرقابية وتعقُّدها وغياب نُظُم التقييم والمتابعة؛
3. ضعف الاهتمام بالبحث والتَّطوير؛
4. الافتقار للعمل الجماعي؛
5. سوء اختيار وإعداد القادة والتدريب غير الفعَّال؛
6. تكدُّس العمالة وتعدُّد الوظائف وازدواجها وتداخل الاختصاصات والمسؤوليات؛
7. اتِّصاف الوظائف بالبيروقراطية وعدم كفاءة أساليب التَّخطيط والرقابة الحالية؛
8. عدم وجود نُظُم مالية ومعلوماتية متكاملة؛
9. عدم وجود أفراد مدربين ومتمرسين؛
10. العمل على إدخال تحسينات أكثر مما ينبغي في وقتٍ واحد؛
11. عدم وجود شخص يمكن محاسبته عند حدوث مشكلة؛
12. خشية مديري الإدارة الوسطى من عدم التَّأكد الذي يكتنِف أدوارهم المستقبلية في ظل الانحراف السُداسي.

¹ FRECHET, C. OP. Cit, p.141.

² محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص. 28-30.

³ أحمد السعيد محمد السعيد بحجت. إطار مقترح للتكامل بين بطاقات الأداء المتوازن والستة سيجما لتحسين بيئة الأداء الاستراتيجي لبنك التنمية والائتمان الزراعي. أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم البيئية، جامعة مدينة السادات بمصر، 2017، ص. 96.

بالإضافة إلى ماسبق، هناك بعض العقبات الأخرى والتي تحول دون تحقيق أي مؤسسة لمستوى الانحراف السُداسي، تتلخص فيما يلي¹:

- أ. قلة الفهم الواضح لاستراتيجية الانحراف السُداسي والتعامل معها بطريقة غير صحيحة؛
- ب. قلة كفاية الموارد في المؤسسة لتبنيها؛
- ج. تردد القيادة في إجراء تحسينات كبيرة بانتهاج الانحراف السُداسي ومحاولة اكتفائها بتحسينات بسيطة غير مُكلفة؛
- د. قياس أداء المؤسسات بشكل غير موضوعي؛
- هـ. قلة فاعلية الاتصالات بين الإدارة والعملاء وقلة الاهتمام باحتياجات العميل؛
- و. الحاجة الملحة للاستعانة بخبراء في الانحراف السُداسي بداية الطريق، حتى يتم التطبيق كما ينبغي أن يكون، وعدم المجازفة بمستقبل المؤسسات؛
- ز. قلة توافر نظم الحوافز وعدم كفاءة نظم المعلومات المعمول بها في المؤسسات؛
- ح. قلة تقبل التغيير من قبل العاملين في المؤسسة؛
- ط. تعقيد منهج الانحراف السُداسي وافتقاره لحلول معيارية، كما أنه لا يكون جدّ فعّال في حالة المشكلات الأقل تقدّمًا؛ حيث يتطلب مُضي ستة أشهر كاملة في المشروع الواحد من مشاريع الانحراف السُداسي. بالنظر إلى جملة هذه المعوقات، فإنّه من الواضح أنّ لكلّ منها أثرًا معيّنًا، يتعيّن على المؤسسة التي تتبنى استراتيجية الانحراف السُداسي أخذها بعين الاعتبار لتضمن وصولها إلى ما ترجوه منها، ومع ذلك يمكن حصر أهم هذه العقبات في البيروقراطية وعدم كفاءة أساليب التخطيط والرقابة ومقاومة التغيير سواء من الإدارة نفسها أو الموظفين، وهذا لما لها من تأثير بالغ؛ بحيث تتولّد منها جُلّ العقبات الأخرى إن لم تكن كلّها.

¹ انظر كل من:

- نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا، مرجع سابق، ص. 91.

- HEUVEL, J.V.D and others . Lean six sigma in a hospital. **International journal of six sigma and competitive advantage**, Vol 02, N° 04, 2006, p. 379.

المبحث الثالث: أدوات الانحراف السداسي

تعتمد استراتيجية الانحراف السداسي على استخدام العديد من الأدوات الإحصائية وغير الإحصائية بهدف التحسين المستمر، ومُعظمها معروفة منذ زمنٍ طويل؛ بحيث أنّ كلّ مرحلةٍ من مراحل DMAIC تتطلب أدواتٍ معينة، كما يمكن استخدام أكثر من أداةٍ في كل مرحلةٍ من مراحل التطبيق، وفيما يلي توضيحٌ لأهم هذه الأدوات بالتفصيل:

المطلب الأول: مخطط باريتو Pareto Diagram

أولاً: تعريف مخطط باريتو

سُمي مخطط باريتو نسبةً إلى الاقتصادي الإيطالي فيلفريدو باريتو، الذي توصّل في نهاية القرن التاسع عشر عند بحثه في توزيع الثروة إلى استنتاجٍ مفاده أنّ الغالبية العظمى من الثروة كانت في أيدي أقليةٍ قليلة من السكان. ومن هذا التحليل، وُضعت قاعدة باريتو الشهيرة التي مفادها أنّ 80 في المائة من المشكلات تنشأ عن 20 في المائة من العوامل والتي تُعرف أحياناً باسم قانون أو قاعدة 20/80¹.

ومن هذا المبدأ، فإنّ هذه التقنية تُمكن فريق تحسين الجودة من تحديد القلة المهمة والمؤثرة على العملية والمتمثلة في 20% من الأسباب؛ ومن ثمّ يمكن التخلّص من 80% من مشكلات العملية؛ حيث يُعبّر اليابانيون على هذا المفهوم بعبارة **Slay the Dragons first** أي "ابدأ بقتل التنينات أولاً".

إنّ مخطط باريتو ما هو إلا تمثيلٌ بياني للمشكلات الموجودة في العملية؛ حيث تُمكن هذه التقنية من ترتيب المشكلات من الأكثر حدوثاً إلى الأقل، أي حسب أهميتها وتكرار حدوثها. فمن خلال مخطط باريتو يمكن للفريق العامل على الجودة تحديد أهم المشكلات وأبلغها أثراً على الجودة؛ ومن ثمّ التركيز على حلّها أولاً².

ويُعتبر مخطط باريتو من الأدوات السبعة لمراقبة الجودة؛ حيث يُقترح استخدامه في كلّ من مرحلة التحديد، القياس، التحليل والتحسين³.

ويُستخدم في تحسين العمليات وحل المشكلات من خلال⁴:

¹ SALLIS, E. **Total Quality Management in Education**, 3rd edition, United States of America: Stylus Publishing Inc, 2012, P.95.

² محمد أحمد عيشوي. الدليل العملي للتحسين المستمر للعمليات باستخدام الأدوات الأساسية السبع للجودة. الإصدار رقم 2، السعودية: دار الأصحاب للنشر والتوزيع، 2010، ص. 3.

³ ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. OP. Cit, P.114.

⁴ زينب علاوي إبراهيم. تشخيص وتحليل أسباب انحراف العملية الإنتاجية لمنتج صناعي باستخدام أدوات الجودة. المجلة العراقية لهندسة الانجاز والمعادن، العراق، مجلد 13، العدد 03، 2013، ص. 641.

1. التركيز على الحالات الحرجة والمؤثرة على سير العمليات؛
 2. ترتيب المشكلات الموجودة في العملية والمؤثرة على جودة المنتج أو الخدمة حسب الأولوية، وذلك بُغية التركيز عليها؛
 3. القيام بتحليل المشكلات وأسبابها من خلال جمع البيانات المتعلقة بالعملية وترتيبها.
- إنَّ مخطط باريتو يُسهِّل التعاون بين جميع المعنيين، فبمجرد إلقاء نظرةٍ عليه تتّضح المشكلة الأكثر تأثيراً وأهميةً مقارنةً بالمشكلات الأخرى، مما يسمح بتكثيف الجهود لحل هذه المشكلة. وتجدر الإشارة هنا إلى أنَّ العيوب والانحرافات عن المواصفات تُصنَّف إلى صنفين رئيسين، هما القِلة المؤثرة Vital Few والكثرة قليلة التأثير Trivial Many¹.

ثانياً: إعداد مخطط باريتو

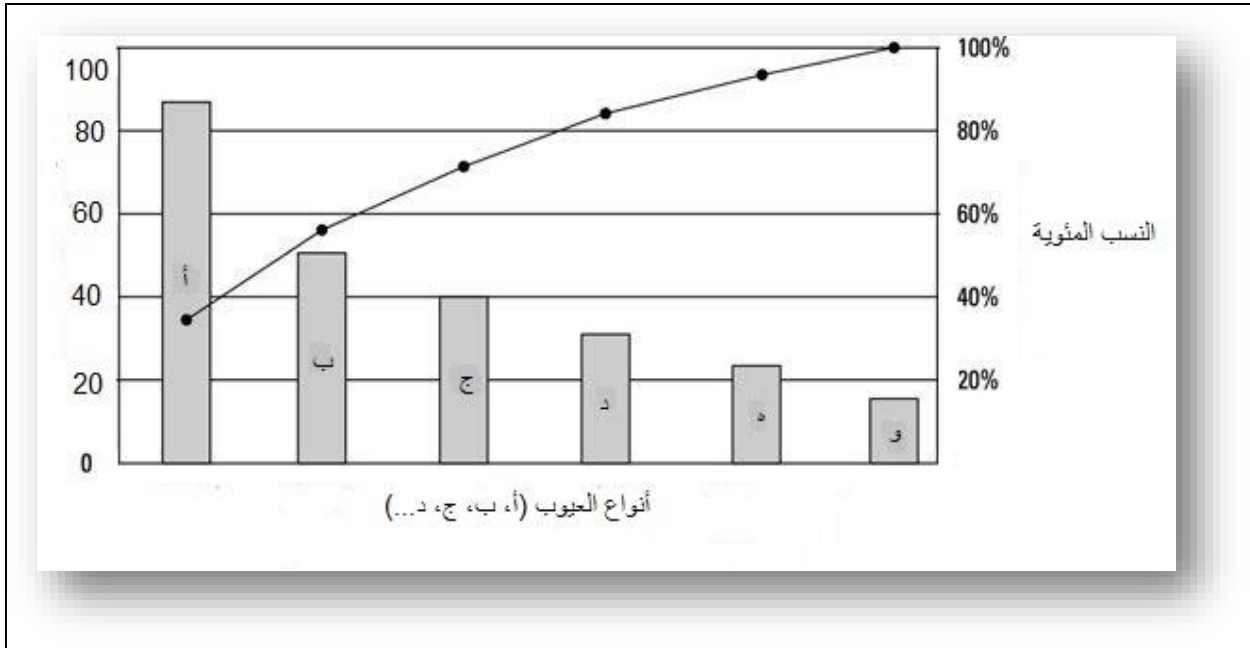
لإعداد مخطط باريتو ينبغي اتّباع الخطوات التالية²:

1. تحديد الفترة الزمنية التي سيتم بموجب بياناتها رسم المخطط، مع مراعاة اعتماد الفترة الزمنية نفسها لجميع المخططات ذات العلاقة اللاحقة بُغية التّمكن من مقارنتها مع بعضها؛
 2. تصنيف مُسببات الانحراف في جودة مخرجات العملية للفترة الزمنية المحددة؛ ومن ثم إيجاد المجموع الكُلّي للعيوب وتحديد النسبة المئوية لكلِّ صنفٍ من أصناف هذه العيوب؛
 3. رسم إحداثي سيني على ورقة بيانية يُمثّل أنواع العيوب، وعلى شكل مستطيلاتٍ مساحةُ كُلٍّ منها تُعبر عن حجم العيب المعني، وإحداثي صادي يُمثّل النسبة المئوية للعيب من مجموع العيوب الكُلّيّة؛
 4. تمثيل أكبر نسبةٍ من العيوب بالمستطيل الأوّل من جهة اليسار من المخطط، وأصغر نسبةٍ بآخر مستطيل من جهة اليمين، وترتيب بقية المستطيلات تنازلياً فيما بينهما؛
 5. تثبيت عنوان المخطط ومصدر البيانات وتاريخ الفحص والعدد المفحوص في الجزء الأسفل من المخطط.
- والشكل رقم (04-01) يُمثّل نموذجاً لمخطط باريتو كما يلي:

¹ المرجع نفسه.

² إسماعيل إبراهيم القزاز وآخرون، مرجع سابق، ص. 57-58.

شكل رقم (04-01): نموذج لمخطط باريتو



المصدر: HOHMANN, C. **Techniques de productivité: comment gagner des points de performance**. Paris, France : Edition d'organisation, 2009, P.228.

إنّ أهم ما يُمكن ملاحظته من هذا الشكل أنه يسهّل من خلاله تحديد المشكلات أو الانحرافات الأكثر حدوثاً والمثلة بأكثر عمود، تليها تلك الأقل حدوثاً؛ مما يسمح بتركيز الجهود على معالجتها وتفاديها مُستقبلاً.

المطلب الثاني: العصف الذّهني Brainstorming

أولاً: مفهوم العصف الذّهني

ظهر أسلوب العصف الذّهني في سوق العمل، إلا أنّه انتقل إلى ميدان التّربية والتّعليم وأصبح من أكثر الأساليب التي حظيت باهتمام الباحثين والدّارسين المهتمين بالتّفكير الإبداعي¹؛ حيث تم تطويره من قبل أليكس أوسبورن Alex Osborn في أواخر 1940، وهو أسلوبٌ كلاسيكي للتّفكير الجماعي المبدع، يقوم على فكرة أنّنا غالباً ما نميل إلى تقييم الأفكار في مرحلة مبكرة جدّاً من تطورها، وهذا يُمكن أن يُؤدي إلى رفض الأفكار الجيدة من المصدر، لذلك فبدلاً من التّقييم، يتم طرح الأفكار وتسجيلها دون حكم؛ ومن ثمّ يتم فصل عمليات خلق الأفكار وتقييمها².

¹ علي الكساب. أثر استخدام استراتيجية العصف الذهني في تحصيل طلبة كليات التربية في الجامعات الأردنية في مساق التربية الوطنية واتجاهاتهم نحوها. مجلة جامعة النجاح للأبحاث للعلوم الإنسانية، فلسطين، المجلد 27، العدد 10، 2013، ص2132.

² SALLIS, E. OP. Cit, P.91.



تم تعريف العصف الذهني على أنه تشغيلٌ للدماغ للقيام بوظائف أسرع ما يمكن وبفاعلية وكفاءة لإنتاج وابتكار الأفكار وأنماط التفكير لعلاج المواقف، وهذا يتطلب من المتعلم توليد أكبر قدر ممكن من الأفكار في موضوع أو موقف معين؛ الأمر الذي يعتمد على مدارك المتعلم الإبداعية¹. وهو أداة مثالية لإدارة الجودة الشاملة متممة ومثمرة عند استخدامها، تسمح لأعضاء الفريق بتوليد الأفكار والقضايا بسرعة، والعصف الذهني الناجح يسمح للموظفين بأن يكونوا ابتكاريين وبلا أية قيود².

كما تم تعريفه بأنه طريقة تُستخدم لتحفيز دماغ الإنسان نحو توليد أفكار جديدة حول موضوع معين، تُعدُّ وسيلة للحصول على أكبر عدد ممكن من الأفكار من الأشخاص خلال فترة قصيرة. لذا فهي نوعٌ من التفكير الجماعي تهدف إلى تعدد الأفكار وتنوعها؛ وبذلك يتطلب الأمر أن يكون التفكير جماعياً وخاصة في الحالات التي يصعب عندها على صاحب المشكلة حلُّها لوحده.

وتُشير اتجاهات مفهوم العصف الذهني إلى أنّ الكم يُؤلّد النوع، وهذا ينطلق من مبدأ هيجل الفلسفي القائل: "إنّ التراكم الكميّ يُؤدّي إلى تغيير نوعي"، وفي هذا الشأن تُشير نتائج الدّراسات إلى أنّ التركيز على الكم يُؤدّي إلى ثروة في الكم والكيف معاً³. والعصف الذهني ليس أداةً للتحليل، فهو لا يُقدّم تقييماً موضوعياً للحالة، ونتيجةً لذلك فإنّه يحتاج إلى استخدامه مع أدوات أخرى، كمنحطّات إيشيكافا مثلاً⁴. ومن هذا المنطلق فإنّ العصف الذهني أداة يُقترح من خلال معيار إيزو 13053 استخدامها في مرحلة التحسين⁵.

ثانياً: أهداف العصف الذهني

تهدف جلسات العصف الذهني إلى تحقيق الآتي⁶:

1. حل المشكلات حلاً إبداعياً؛
2. خلق مُشكلات للخصم؛
3. إيجاد مُشكلات أو مشاريع جديدة؛
4. تحفيز وتدريب تفكير وإبداع المتدريين.

¹ علي الكساب، مرجع سابق، ص2132.

² SALLIS, E. OP. Cit, P.91.

³ فداء أكرم سليم. أثر استخدام العصف الذهني في تحصيل مادة طرائق التدريس وتنمية التفكير العلمي. مجلة علوم التربية الرياضية، العراق، المجلد 04، العدد 02، 2011، ص.254-255.

⁴ SALLIS, E. OP. Cit, P.92.

⁵ ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. OP. Cit, P.114.

⁶ محمود عبد الفتاح رضوان، مرجع سابق، ص.55.

ثالثًا: مراحل العصف الذهني

هناك عدّة مراحل يجب اتّباعها أثناء حل المشكلة المطروحة في جلسات العصف الذهني، وهي¹:

1. صياغة المشكلة؛
2. بلورة المشكلة؛
3. توليد الأفكار التي تُعبّر عن حلولٍ للمشكلة؛
4. تقييم الأفكار التي تم التوصل إليها.

رابعًا: المبادئ الأساسية للعصف الذهني

على الفريق الذي يستخدم العصف الذهني مراعاة مجموعة من المبادئ، والتي اقترح أوزبون وبارنز بعضًا منها وهي²:

1. إرجاء التّقييم: بمعنى تأجيل عملية تقييم الأفكار المطروحة، فلا تُناقش أو تُنتقد أيّ منها ولا يجوز تقييمها؛ خاصة تلك المتولّدة في المرحلة الأولى من الجلسة، لأنّ نقد أيّ فكرة وتقييمها قبل نُضج العمل والوصول به إلى نهايته، قد يُؤدّي إلى فشل الجانب الإبداعي؛
2. إطلاق حرية التّفكير وتشجيع العفوية: أي التّحرّر مما قد يُعيق التّفكير الإبداعي، مما يشجع القدرات الإبداعية على التّخيّل وتوليد الأفكار في جوٍّ لا يشوّبه الحرج من النّقد والتّقييم. ويستند هذا المبدأ إلى أن الأفكار غير الواقعية أو الغريبة قد تُثير أفكارًا أفضل عند الأشخاص الآخرين؛
3. الكم يُولد الكيف: أي التّركيز على توليد أكبر قدرٍ ممكن من الأفكار Quantity is good؛ بمعنى كلّما كانت هناك أفكارٌ عديدة كان أفضل، ومهما كانت جودتها فالأفكار غير المنطقية والغريبة مقبولة. ويستند هذا المبدأ على الافتراض بأن الأفكار المبدعة للمشكلات وحلّها تأتي بعد عددٍ من الحلول المألوفة والأفكار الأقل أصالة؛
4. البناء على الأفكار السابقة: أي جواز تطوير أفكار الآخرين والخروج بأفكارٍ جديدة وتوليد أفكار أخرى منها، بحجّة أنّ الجماعة تمتلك معلوماتٍ ومعارف أكثر مما يملكه أفرادها بشكلٍ مُستقل؛
5. أن يكون الموضوع المقدّم للعصف الذهني واضحًا؛

¹ المرجع السابق، ص. 57.

² انظر كل من:

- فداء أكرم سليم، مرجع سابق، ص. 256.

6. ترشيح شخصٍ ما لكتابة الأفكار؛

7. تدوين جميع الأفكار كما تم التعبير عنها.

المطلب الثالث: مخطط السبب والنتيجة Cause and Effect Diagram

يُطلق على هذا الأسلوب العديد من الأسماء، بما في ذلك مخططات "السبب والنتيجة"، "عظم السمكة Fishbone Diagram" أو "إيشيكافا Ishikawa Diagram" نسبةً إلى كاورو إيشيكافا Kaoru Ishikawa الذي اعتمدها لأول مرة. تسمح هذه المخططات للفريق بتحديد جميع العوامل التي تؤثر على المشكلة أو النتيجة المرجوة؛ حيث من الأفضل إجراء عملية التحديد هذه من خلال جلسة عصفٍ ذهني، بهدف تجميع كل العوامل التي تؤثر على جودة العملية، ثم رسم خريطة للعلاقات المتبادلة بينهم. وهو قائمةٌ مرئيةٌ visual list موضوعةٌ بطريقةٍ منظّمة، يُوضّح مختلف الأسباب التي تؤثر على العملية، عن طريق فرز وإيصال الأسباب ببعضها البعض؛ حيث يكون هناك لكل أثرٍ عددٌ من الأسباب، ومن المعتاد أن يتم جمعها في عددٍ من الفئات الرئيسة. ويتم استخدامها عندما تحتاج المؤسسة أو الفريق لتحديد واكتشاف الأسباب المحتملة للمشكلة أو البحث عن العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى التحسين¹. كما يُعتبر مخطط السبب والنتيجة من الأدوات السبع لمراقبة الجودة الذي يُقترح استخدامه في مرحلة التحليل².

يُستخدم هذا المخطط لتحديد الأسباب والتأثيرات التي تتعلق بعدم المطابقة؛ حيث تُستخدم الفروع الرئيسة لتحديد التأثيرات التي من شأنها أن تؤدي إلى نتيجة المشكلة، مما يسمح بتوضيح الأسباب المحتملة لها واستنتاج تفاصيلها، وتُصنّف هذه المشكلات الممثّلة بفروعٍ في الغالب إلى³:

1. **المشكلات المرتبطة بالعنصر البشري:** هنا يمكن تحديد تلك العوامل المتعلقة بالأفراد الذين يعملون في هذه العملية؛

2. **المشكلات المتعلقة بأساليب العمل:** في هذا الفرع يُمكن وصف تلك العوامل في العملية التي من شأنها أن تؤثر على الناتج فيما يتعلق بالممارسات الحالية؛

3. **المشكلات المرتبطة بالمواد:** هنا يمكن تحديد تلك العوامل المتعلقة بالمواد المستخدمة في هذه العملية؛

¹ SALLIS, E. OP. Cit, P.93.

² ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. OP. Cit, P.114.

³ انظر كل من:

- MAUCH, P.D. **Quality Management : theory and application**, United States of America: CRC Press of Taylor & Francis Group, 2010, p.57.

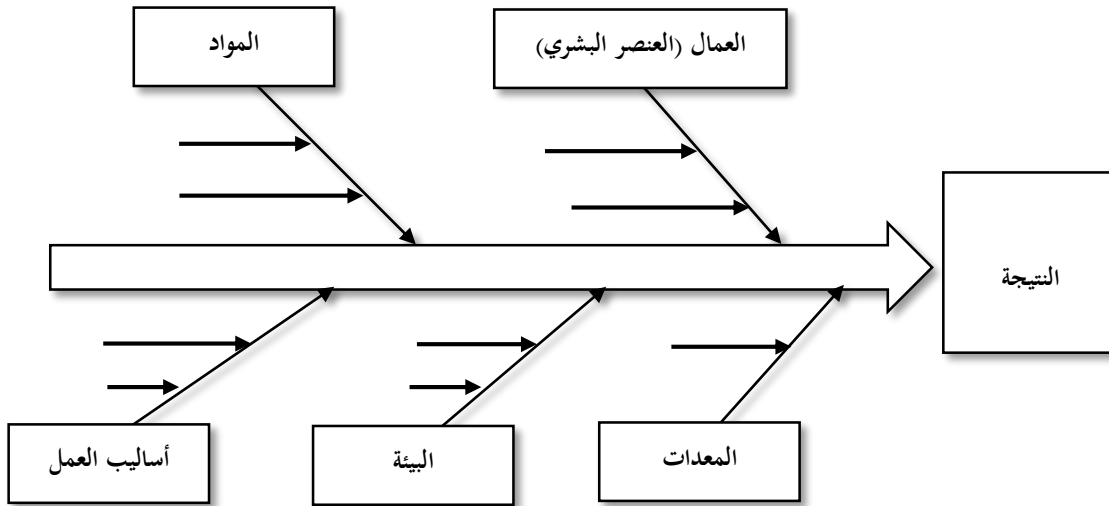
- زينب علاوي إبراهيم. مرجع سابق، ص.642.

4. المشكلات التي تتعلق بالمعدات: هنا يمكن تحديد تلك العوامل التي ترتبط بالمعدات المستخدمة في هذه العملية؛

5. المشكلات المرتبطة ببيئة العمل.

وقد أثبتت هذه الأداة أنها مفيدة في تحديد أسباب المشكلات، ومن المثير للاهتمام التنويه هنا أنّ تغيير أي متغير في العملية سوف يؤدي إلى تغيير في الناتج؛ بغض النظر عما إذا كان هو السبب الفعلي¹.
والشكل رقم (05-01) يوضح مخطط السبب والنتيجة، كما يلي:

شكل رقم (05-01): مخطط السبب والنتيجة



المصدر: FRECHET, C. *Mettre en œuvre le Six Sigma*. Paris cedex, France : Edition d'organisation, 2005, P.79.

يتضح من الشكل أعلاه أنّ مخطط السبب والنتيجة بهذه الصورة يصلح لترتيب النقاش، وبالتحديد في جلسات العصف الذهني التي يترتب عنها عدد هائل من الأفكار لتحديد أسباب حدث معين، والتي تحتاج إلى تنظيمها في مجموعات، بالإضافة إلى أنه يسمح باكتشاف العلاقة بين هذه الأسباب؛ ومن ثمّ يمكن استخدامه كأداة تحليل فعّالة لحل المشكلات.

المطلب الرابع: قوائم الفحص والمراجعة Check sheets

إنّ قوائم الفحص والمراجعة عبارة عن جدول يتم إنشاؤه عن طريق حصر كلّ نوع من أنواع الخلل لفترة محدّدة، يُبين العيوب والوقت الذي حدث فيه كلّ نوع منها خلال تلك الفترة، وعلى أساس المعلومات التي تم الحصول

¹ MAUCH, P.D. OP. Cit, p.57.



عليها يمكن اتخاذ إجراءات التحسين¹. فهي وسيلة لتدوين العدد تُستخدم للتحقق من الأمور أو لتحديد المشكلات، تُوفر بُنية تُمكن الإداريين من عدّ وحساب العيوب والأخطاء في الإجراءات لإعداد قائمة المسببات، كتلك التي تم تحديدها عند استنباط الأفكار².

تُساعد قوائم الفحص من يستخدمها على تسجيل البيانات في المؤسسة بشكلٍ منهجي؛ حيث تُجمع البيانات وتُحدّول في قائمة الفحص لتسجيل تواتر أحداثٍ معيّنة خلال فترة جمع البيانات. وهي تُعدّ نهجًا مُتسلسًا وفعّالًا واقتصاديًا، يُمكن تطبيقه في تدقيق ضمان الجودة لإعادة النظر ولا تُتبع خطواتٍ عملية معيّنة، كما تُساعد أيضًا على ترتيب البيانات لاستخدامها فيما بعد.

إنّ المزايا الرئيسة لأوراق الفحص تتمثل في كونها سهلة التطبيق والفهم، ويُمكن أن تُقدّم صورة واضحة عن وضعية وظروف المؤسسة. وهي أدوات فعّالة وقوية لتحديد المشكلات المتكرّرة، ولكنها لا تملك القدرة الفعّالة على تحليل مشكلة الجودة في مكان العمل. وتُجدر الإشارة هنا إلى أن هناك ثلاثة أنواع رئيسة لأوراق الفحص، هي أوراق التّحقّق الخاصة بموقع العيب، أوراق التّحقّق لعددٍ المعيب وأوراق التّحقّق لسبب العيب³.

يتم استخدام قوائم الفحص والمراجعة لجمع بياناتٍ محدّدة عن كل الخصائص المطلوبة عن عملية أو منتج معين يُراد تحسينه؛ حيث يتم استخدامها عادةً في مرحلة القياس لمنهجية التحسين DMAIC للانحراف السُداسي. ولأغراضٍ عملية، يتم إعداد قائمة الفحص عادةً على شكل جدول؛ بحيث من المهم أن تبقى قائمة الفحص بسيطةً وأن يتماشى تصميمها مع الخصائص التي يتم قياسها⁴.

أما في معيار إيزو 13053-1 فإنّ قوائم الفحص تُعدّ أداةً من الأدوات السبع لمراقبة الجودة؛ بحيث يُقترح استخدامها في كلّ مراحل منهجية التحسين للانحراف السُداسي⁵.

¹ DEEPAK and DHINGRA, D. application of quality control tools in a bicycle industry: a case study. *International journal of research in engineering and technology*, vol 05, issue 07, 2016, p.119.

² يشار أوزجان، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر. الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية. الرياض، المملكة العربية السعودية: الإدارة العامة للطباعة والنشر، 2008، ص.381.

³ BEHNAM, N. **Seven Basic Tools of Quality Control: An Appropriate Tools for Solving Quality Problems in the Organizations**. Munich Personal RePEc Archive (MPRA) Paper No 77681, 2017, P.02. Consulté le 11.04.2018, Disponible sur le site : <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/77681/>.

⁴ PARK, S.H. OP. Cit, P.75.

⁵ ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. OP. Cit, P.114.

المطلب الخامس: مخططات التحكم Control Charts

تم اقتراح المفهوم الأصلي لمخططات التحكم من قبل والتر شيوارت Walter A. Shewhart عام 1924، وقد استخدمت الأداة على نطاق واسع في الصناعة منذ الحرب العالمية الثانية، وخاصة في اليابان والولايات المتحدة الأمريكية بعد حوالي عام 1980.

وتعتبر مخططات التحكم أو ما يسمى بخرائط المراقبة أداة هامة جداً في كل من مرحلة التحليل، التحسين والرقابة في منهجية الانحراف السُداسي للتحسين. ففي مرحلة "التحليل"، يتم استخدامها للحكم على ما إذا كانت العملية يمكن التنبؤ بها أم لا، وفي مرحلة "التحسين"، بغرض التحديد الدقيق للأسباب الخاصة للتغير؛ بحيث يمكن التصرف فيها. أما في مرحلة "الرقابة"، فتستخدم للتحقق من أن أداء العملية تحت السيطرة. كما يمكنها أن تُحدد في وقت مبكر الأسباب الرئيسة؛ بحيث يمكن اتخاذ القرار في الوقت المناسب قبل أن تُنتج العديد من المنتجات ذات النوعية الرديئة¹.

ومن جهة أخرى، نصّ معيار إيزو 13053-1 على أن مخططات التحكم تُعدّ من الأدوات السبع لمراقبة الجودة، يُقترح استخدامها في مرحلة القياس في منهجية التحسين DMAIC².

إنّ مخطط التحكم هو طريقة بيانية تحدد حجم أو مقدار التغير المتكرر في العملية؛ بحيث يمكن تحديد الأسباب الخاصة لذلك. وتعمل مخططات التحكم ذات الاتجاه الواحد على تحديد التغير المتكرر عن طريق تطبيق حدود التحكم Control Limits؛ حيث تُشير القياسات بين حدود التحكم إلى أن العملية مستقرة ويمكن التنبؤ بها. أما القياسات خارج الحدود فتشير إلى وجود سبب خاص، ويجب اتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة العملية إلى نطاق التحكم³.

كما تمّ تعريفها بأنها أدوات إحصائية لمراقبة مدى مطابقة العملية الإنتاجية للمواصفات المحددة مسبقاً، واكتشاف مواطن الخلل والانحرافات غير المرغوب فيها في الأداء ثم تحديد أسباب هذه الانحرافات؛ ومن ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية لتفادي مثل هذه المشكلات في المستقبل؛ ومن ثم ضمان التحسين المستمر.

تُرسّم مخططات التحكم على ثلاثة خطوط أحدها يمثل الحد الأعلى المسموح به **upper control UCL** **limit** لعدد الوحدات المعيبة والثاني يمثل الحد الأدنى **lower control limit LCL** لعدد الوحدات المعيبة والثالث يمثل الخط الوسط أو الوسط الحسابي والذي ينبغي أن تتمركز حوله الوحدات أو القراءات⁴.

¹ PARK, S.H. OP. Cit, P.76.

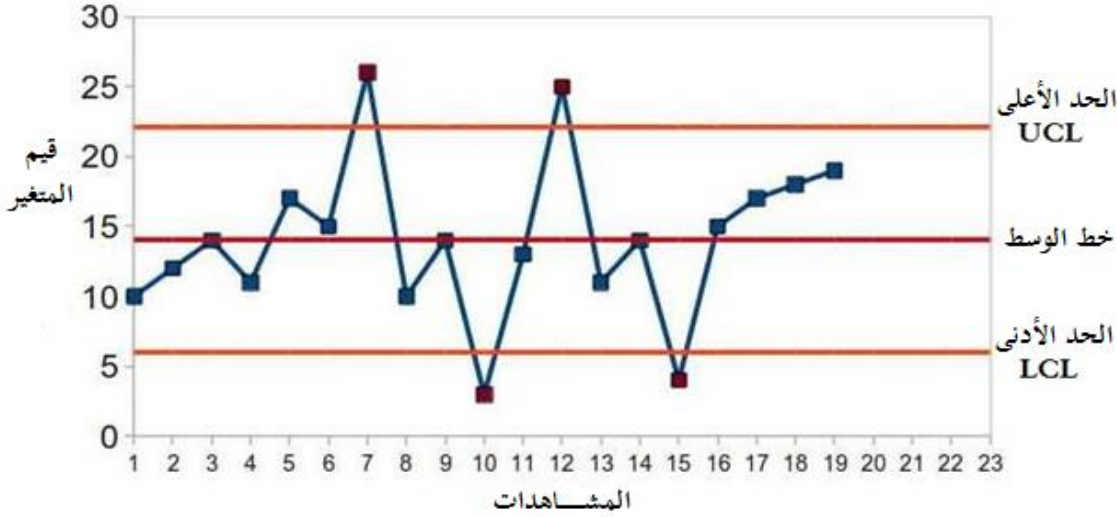
² ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. OP. Cit, P.114.

³ PROUST, M. **Quality and reliability methods**. 10th version, United States of America: SAS Institute Inc, 2012, P.55.

⁴ فرست علي شعبان وكاوار بديع محمود. دور خرائط ضبط الجودة في تحسين جودة المنتجات: دراسة تطبيقية في معمل صافيا لإنتاج الزيوت النباتية. المجلة الأكاديمية لجامعة نورو، العراق، المجلد 06، العدد 02، 2017، ص.277.

والشكل رقم (06-01) يُوضّح شكل هذه المخطّطات، كما يلي:

شكل رقم (06-01): نموذج لمخطط التحكم



المصدر: PILLET, M. **Six Sigma : comment l'appliquer**. Paris, France: Editions d'organisation, 2004, P.341.

يُلاحظ من هذا الشكل أنّ النقاط الخارجة عن مجال الحد الأدنى والحد الأعلى المسموح به، تُمثل مواطن الخلل والانحرافات غير المرغوب فيها والتي ينبغي تحديد أسبابها ومن ثم السيطرة عليها والتحكّم فيها. وبعد هذا الطرح، تجدر الإشارة إلى أنّ بيتر بانديل قد وضّح في كتابه **six sigma way** أن مؤسسات الانحراف السداسي الحقيقية هي تلك المؤسسات التي أخذت على عاتقها قياس العمليات وتحسينها، وذلك بهدف خلق ثقافة التحسين المستمر **Continuous Improvement**. وببساطةٍ شديدة فإنّ مجرد استخدام بعض أدوات الانحراف السداسي لا يُؤهل المؤسسة لأن تكون مؤسسة الانحراف السداسي الحقيقية¹.

¹ بنيلوب بيرزيكوب: ترجمة محمد يوسف. سيجما ستة للتميز في مجال الأعمال: دليل المدير للإشراف على مشروعات وفرق سيجما ستة. ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة العبيكان، 2008، ص.27.

خلاصة الفصل الأول

من خلال ماتم طرحه في هذا الفصل حول استراتيجية الانحراف السُداسي، اتضح أنّها لم تكن وليدة الصدفة وإنما كانت نتيجة سلسلة من التطورات في مجال الجودة التي بدأت في أواخر 1970، بالإضافة إلى إشارات Carl Frederick Gauss مابين (1855-1777) عندما طرح مفهوم المنحنى الطبيعي، وقد أطلقت هذه الاستراتيجية بالتحديد سنة 1987 من قبل مؤسسة موتورولا، التي سارت على دربها العديد من المؤسسات بمختلف أنواعها بعد النجاحات التي حققتها هذه الأخيرة.

أما عن مفهوم الانحراف السُداسي، فهو عبارة عن استراتيجية لحل المشكلات وتحقيق الجودة، تركز على تحقيق رضى العملاء من مستفيدين وموظفين، تمكن المؤسسات الصناعية والخدمية من تقديم منتجات وخدمات تقترب من الدرجات المثلى للجودة والإتقان وبأقل تكلفة بتحقيق 3.4 عيب في كل مليون فرصة، وذلك من خلال تركيزها الزائد على القياس الإحصائي، ومن هنا تبرز أهميتها، كما أنه يمكن المؤسسات من الوصول إلى الصدارة كل في قطاعها.

تعد منهجية التحسين دميكا DMAIC أهم نماذج تطبيق الانحراف السُداسي، غير أن عملية التطبيق هذه قد تواجهها العديد من العقبات التي تحد من فعاليتها، يمكن حصرها في البيروقراطية وعدم كفاءة أساليب التخطيط والرقابة ومقاومة التغيير سواء من الإدارة نفسها أو الموظفين وهذا لما لها من تأثير بالغ؛ بحيث تتولد منها جل العقبات الأخرى إن لم تكن كلها. كما تستخدم هذه الاستراتيجية في مراحل تطبيقها العديد من الأدوات الإحصائية وغير الإحصائية معظمها معروفة منذ زمن طويل كمخطط باريتو، العصف الذهني، قوائم الفحص وغيرها.

من ناحية أخرى فإن تطبيق الانحراف السُداسي لا يقتصر على المؤسسات الصناعية فقط، بل يمتد ليشمل جميع أنواع المؤسسات وخاصةً الخدمية منها، والتي يشكل رضى العميل هدفاً مهماً فيها والذي يتأثر بشكل مباشر بجودة الخدمة. ومهما كانت جودة الخدمة مهمة فهي في المجال الصحي أكثر أهمية، الأمر الذي يفتح المجال لتبسيط الضوء على أسس تطبيق هذه الاستراتيجية المهمة في المجال الصحي، وهذا ما سيتم التطرق إليه بالتفصيل في الفصل الموالي.

الفصل الثاني:

مساهمة استراتيجية الانحراف
السُّداسي في تحسين جودة الخدمات
الصحيّة بالمؤسّسات الاستشفائية



تمهيد:

تُعتبر المؤسسات الاستشفائية العمود الفقري لأيّ نظامٍ صحيّ، وذلك لقدرتها على توفير كافة أنواع الرعاية الصحيّة للأفراد، هذا وتُعدّ ملاذّ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، كما تُعتبر الواجهة الحضاريّة التي تُبرز تقدّم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي، مما يستدعي الاهتمام بجودة خدماتها باستمرار. تُعدّ استراتيجيّات الانحراف السُداسي من أفضل الأساليب الحديثة لتحسين المذهل لجودة الخدمات والمنتجات وطريقة فعالة لمحاربة الفروقات، وفي المجال الصحي أدّت المنافسة وعوامل أخرى بالمؤسسات الصحيّة إلى البحث عن طرقٍ ووسائل جديدة لتحسين عملها وتقليل عدم الرضى لدى المرضى، فقد أصبح المريض في ظلّ هذه الظروف لا يرضى إلاّ بأعلى مستوى للخدمة الصحيّة.

من هذا المنطلق، ولإبراز مدى مساهمة تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين جودة الخدمات الصحيّة بالمؤسسات الاستشفائية، تمّ تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث كما يلي:

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الاستشفائية

تناول مفهوم المؤسسات الاستشفائية ومبادئ عملها، الرقابة وتقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية، التحدّيات والمعضلات التي تُواجه هذه المؤسسات، وأخيراً خطوات إدخال نُظم الجودة إلى المؤسسات الاستشفائية وفوائدها.

المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحيّة

خُصّص لدراسة مفهوم الخدمات الصحيّة وخصائصها، ماهية جودة الخدمة الصحيّة، قياس جودة الخدمات الصحيّة، بالإضافة إلى علاقة جودة الخدمات الصحيّة برضى المرضى.

المبحث الثالث: تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية

تمّ تخصيصه للتطرّق إلى كلّ مايتعلّق بتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في المجال الصحيّ؛ حيث استُهلّ بتوضيح ذلك في قطاع الخدمات من حيث الفوائد، الخطوات والتحدّيات التي تُواجه عملية التطبيق، ليتم بعد ذلك عرض بدايات تطبيقها في القطاع الصحيّ، ثم مساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحيّة، وفي الأخير عرض آليّة ومتطلّبات التطبيق في المؤسسات الاستشفائية.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الاستشفائية

إنَّ أصل كلمة مُستشفى Hospital اشتُقَّت من كلمةٍ لاتينية تعني "إكرام الضيف"، ويُعد هذا المصطلح الأكثر تداولاً بين النَّاس على غرار مُطلحاتٍ أخرى منها مُنظَّمة استشفائية، مؤسسة استشفائية وغيرها؛ والذي كان يعني قديماً مؤسسة دينية لإيواء اليتامى والعجزة ويُعد الملجأ الآمن للمريض عند تَعَقُّد حالته واستدعائها للمراقبة والرَّعاية الطَّبية المستمرة. وهذا ما يستدعي تناول هذه المؤسسة المميَّزة بالدراسة من عدَّة جوانب، كما يلي:

المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الاستشفائية ومبادئ عملها

أولاً: مفهوم المؤسسات الاستشفائية

1. تعريف المستشفى:

يُعدُّ المستشفى العمود الفقري لأيِّ نظامٍ صحيٍّ، وذلك لقُدْرته على توفير كافَّة أنواع الرَّعاية الصحيَّة في وقتٍ واحد، وهو ما تَعَجَّز عن تقديمه أيُّ مؤسسةٍ صحيَّةٍ أخرى. هذا ويُعتَبَر المستشفى المكان المفضل بالنسبة للمريض لتلقي العلاج ومكان العمل المفضل للطبيب وباقي القوى العاملة الاستشفائية، كما يُعدُّ بمثابة الواجهة الحضارية التي يَبْزُر من خلالها مدى تقدُّم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي. ولم تعد مجالات المستشفيات مُقتصرَةً على الأنشطة التقليديَّة المعروفة مثل الطَّب والعلاج، وإنما تعدَّت ذلك لتُصبح مراكز لتعليم وتدريب العاملين في كافَّة المهن الصحيَّة، ومراكز للأبحاث العلميَّة الطَّبية. وهذا ما يُميِّز المستشفيات في العصر الحديث عن سابقتها من حيث أساليب تسييرها، التنظيم، الخدمات المقدَّمة وحتى الأهداف التي تُقام لأجلها¹.

هذا من جهة، ومن جهةٍ أخرى فقد تم تعريفه من قِبَل عدة هيئاتٍ عالمية؛ حيث عرَّفته الهيئة الأمريكيَّة للمستشفيات AHA على أنَّه: "مؤسسة تحتوي على جهازٍ طبيٍّ منظم، يتمتَّع بتسهيلاتٍ طبيَّةٍ دائمة تشتمل على أَسِرَّة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة. وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".

في حين عرَّفته منظمَّة الصَّحَّة العالمية على أنَّه: "جزءٌ أساسيٌّ من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخَّص وظيفته في تقديم رعاية صحيَّة كاملةٍ للسُّكان، علاجية كانت أو وقائية. وتمتدُّ خدماتُ عيادته الخارجيّة إلى الأسرة في بيئتها المنزليَّة، كما أنَّه أيضاً مركزٌ لتدريب العاملين الصَّحَّيين وللقيام بِبُحوثٍ اجتماعية حيوية". وبما أنَّ هذا التعريف لا

¹ إلياس بومعراف ومحمود جبار. دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور سطيف. مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية: جامعة سطيف، الجزائر، العدد 05، 2011، ص. 29.



يُمثل الواقع في أغلب البلدان النامية فقد عرّفته بأنّه: "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوىً يتلقّى فيه الرعاية الطبية والتمريض"¹.

وهي عبارة عن مؤسساتٍ معقّدة تقومُ بأعمالٍ معقّدة أيضاً من قبل فرقٍ عملٍ متعدّدة التخصصات، تتطلّب التنسيق بين أعمال هذه الفرق لتكون قادرةً على تقديم رعاية جيّدة للمرضى². والتي تهدفُ أساساً إلى تقديم العديد من الخدمات المتكاملة، كالخدمات الطبيّة العلاجية والتشخيصيّة، خدمات العناية التمريضية، الفندقية، الخدمات الاجتماعية والخدمات الإداريّة، بالإضافة إلى تقديم الإجراءات الضروريّة لسلامة المرضى ووضع مختلف الأنظمة والسياسات في سبيل توفير خدماتٍ صحيّة أفضل للمرضى³.

انطلاقاً مما سبق، يُمكن تعريف المستشفى على أنّه المكان الذي يُقدّم العناية بصفةٍ مُستمرةٍ للمرضى، ويوفّر الوقاية لغير المرضى. كما أنّه أيضاً المكان المناسب لتدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحيّ، إلى جانب القيام بالبحوث الطبيّة والصحيّة المختلفة، وبذلك فهو المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحيّة. تُوجّه المستشفيات خدماتها الصحيّة إلى الفئتين التاليتين من المرضى⁴:

أ. **المرضى الخارجيّون:** وهم المرضى الذين لا تستدعي الحالة الصحيّة لهم التّنويم في المستشفى، وإنما يحتاجون إلى عنايةٍ ومتابعةٍ طبيّة في العيادات الخارجيّة، كحالات الطّوارئ، الحالات البسيطة وبعض الأمراض الحادّة؛ حيث توفر هذه العيادات للمرضى خدماتٍ طبيّة، تمريضيّة وخدمات طبيّة مساعدة؛ كإجراء التّحاليل والأشعة، فضلاً عن خدمات التّطعيم والتّثقيف الصحيّ؛

ب. **المرضى الداخليّون:** وهم المرضى الذين تحتاج حالتهم الصحيّة عنايةً سريريّة تزيد عن 24 ساعة؛ حيث أنّ البعض منهم يحتاج إلى الإقامة في المستشفى؛ كحالات الجراحة العامة، حالات الكسور والأمراض المزمنة. وبذلك فإنّ هذه الفئة من المرضى تتطلّب خدماتٍ أخرى مكّلة، كالإطعام، النظافة، خدمات اجتماعيّة ونفسيّة وغيرها.

2. أنواع المستشفيات:

هناك الكثير من الآراء بصدد تقسيمات المستشفيات، أهمّها تقسيم الأنواع المختلفة من المستشفيات وفقاً للجهة المالكة لها، كما يلي:

¹ حسان محمد نذير حريستاني. إدارة المستشفيات. المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة، 1990، ص 34-35.

² Fédération des hopitaux luxembourgeois. *Revue hospitalière luxembourgeoise*. Info n°37, 2017, P.01.

³ إلياس بومعروف ومحفوظ جبار، مرجع سابق، ص. 28-29.

⁴ المرجع السابق، ص. 29-30.

أ. **المستشفيات الحكوميّة:** هي المستشفيات التي تمتلكها وتديرها الأجهزة الحكوميّة المختلفة، وتأخذ عدّة أشكالٍ أهمّها¹:

- المستشفيات الحكوميّة العامّة؛

- مستشفيات حكوميّة خاصّة بفئاتٍ معينة، ومنها المستشفيات العسكريّة؛

- المستشفيات الحكوميّة التّخصّصيّة كمستشفيات السرطان؛

- الوحدات العلاجية أو المستوصفات؛

- المستشفيات الجامعيّة والتعليمية.

ب. **المستشفيات الخاصّة:** تختلفُ المستشفيات الخاصّة عن المستشفيات الحكوميّة في أنّها مملوكةٌ من قِبَلِ أفرادٍ أو جمعيّات، تُدار كمؤسّسات القطاع الخاص ولكن في حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحيّ للدولة. يتم إنشاءها بُغية تحقيق الرّبح؛ وتُسيّر كالمشروع التجاري².

وبطبيعة الحال، فإنّ المستشفيات الخاصّة إذا لم تخضع للمراقبة بالشّكل اللازم، فقد تُحيد عن الهدف الإنساني لمهنة الطّب طلباً للربح، كما أنّ تحقيق التّكامل بين المستشفيات الحكوميّة والخاصّة وتنسيق العمل فيما بينها يُعدّ من مميزات الأنظمة الصحيّة النّاجحة التي تسعى إلى تحقيق أفضل خدمةٍ صحيّة للمواطن.

3. وظائف المستشفيات:

تختلفُ وظائف المستشفيات عن بعضها البعض باختلاف الأهداف التي أنشئت من أجلها، غير أنّ هناك بعض الوظائف الأساسيّة تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة، والتي نصّ عليها تعريفُ منظمة الصّحة العالميّة، وهي كالآتي³:

أ. **تقديم الرّعاية الطبيّة:** وتُعتبر من أهم وظائف المستشفى وأساس وجوده، وتشمل الخدمات التّشخيصيّة والعلاجيّة والتّأهيليّة والاجتماعيّة والنّفسيّة المتخصّصة، التي تُقدّمها مختلف أقسام المستشفى؛

ب. **التّعليم والتّدريب:** تُعتبر المستشفيات، خصوصاً الجامعيّة منها المكان الأنسب لتعليم وتدريب المهنيين الصحيّين والطلبة، بفضل ما يملكه المستشفى من إمكانيّاتٍ ماديّة وبشريّة هائلة؛

¹ عبد العزيز خمير ومحمد الطعامة. الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات. مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص12-13.

² المرجع السابق، ص15.

³ عبد المجيد قدي وجميلة ميدوني. أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحيّة: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائيّة الخاصّة "البرنقال" بمدينة الشلف. مجلة الاستراتيجية والتنمية لجامعة مستغانم، الجزائر، العدد 07، 2014، ص161.

ج. البحوث الطبية والاجتماعية: إنَّ التَّقدُّم الحاصل في مجال تكنولوجيا الطِّب والعلوم الصحيَّة خيرٌ دليلٍ على أهمية نتائج البحوث في مجال الصِّحَّة والعلوم الأخرى ذات العلاقة، والتي يتم إجراؤها في المستشفيات بفضل ما تحتويه من مختبرات وتجهيزات وسجلات طبية وكوادر بشرية مُتخصِّصة مهنيًّا؛

د. الخدمات الممتدة إلى المنازل: يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الرِّعاية الممتدة إلى المنزل، وخاصَّة لذوي الأمراض المزمنة من فئة كبار السِّن، وذلك للفوائد الاقتصادية والاجتماعية لهذه البرامج؛

هـ. خدمات الارتقاء بالصِّحَّة العامَّة للمجتمع: وهي خدمات ذات طابع وقائي، من خلال تثقيف وتوعية أفراد المجتمع إعلاميًّا لاكتشاف الأمراض وطُرق الوقاية منها.

4. الخصائص المُميِّزة للمستشفيات:

تتميَّز المستشفيات بِعدَّة خصائص، والتي لها تأثيرٌ مباشر على مستوى فعاليتها التنظيمية، ومن أهم هذه الخصائص نجد¹:

أ. اعتماد أنشطة المستشفى على بعضها البعض، مما يستدعي درجةً عالية من التَّخصُّص والتنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة، بالإضافة إلى أنَّ الجزء الأكبر من العمل لا يحتلُّ التَّأجيل نظرًا لكونه ذا طابعٍ استعجاليٍّ وطارئٍ؛

ب. وُجود رقابة إدارية محدودة على المجموعة المحددة للإنفاق، وهم الأطباء، نظرًا لصعوبة تنميط أعمالهم أو السيطرة على مراكز الإنفاق التي يعملون بها؛

ج. يُعدُّ المستشفى نظامًا مركَّبًا من عدَّة أنظمة فرعية، لكلٍّ منها طبيعةٌ مميزة، وهذا العامل لوحده يُعتبر تحدِّيًّا لكلِّ من إدارة المستشفى والمشرفين عليه؛

د. صعوبة قياس وتحديد مخرجات المستشفى والمتمثلة في الخدمات الصحية التي يُقدِّمها للأفراد؛

هـ. تُؤدِّي تركيبة وعلاقات أعضاء مجلس إدارة المستشفى بالمجتمع المحلي وما يتوافر لدى ذلك المجتمع من إمكانيات وموارد دورًا أساسيًا في نجاح مجلس الإدارة في القيام بمهمته والحصول على الدَّعم اللازم للمستشفى؛

و. العمل بصفةٍ مُستمرة، مما يخلق مشاكل متعدِّدة فيما يخص الرِّقابة، الجدولة والتكاليف؛

ز. ارتفاع مستوى الصِّراع التنظيمي بين مختلف الفئات العاملة في المستشفى، سواء بين الأطباء أو بينهم وبين باقي الفئات الأخرى؛

¹ إلياس بومعروف ومحمود جبار، مرجع سابق، ص.30.

ح. تكتسي المستشفيات أهمية بالغة لدى جميع أفراد المجتمع؛ حيث تزداد هذه الأهمية يوماً بعد يوم، بالأخص مع زيادة المعرفة الطبية والتطوُّر الحاصل في الطُّرق العلاجية، التمريضية والجراحية، وكذا استحداث الأدوية والعقاقير الجديدة. كما أنَّ ارتفاع دخل الأسرة وزيادة الطلب على أجود الخدمات الطبية والصحية قد زاد من أهمية المستشفى العام.

ولعلَّ أهم ما يمكن ملاحظته من هذه الخصائص هو صعوبة قياس مخرجات المستشفيات المتمثلة في الخدمات الصحية، كما أن الصراع التنظيمي الذي ينشأ بين مختلف الفئات العاملة بها يخلق نوعاً من التحديات التي تزيد من مسؤولية القائمين عليها في تحقيق خدماتٍ صحيّة أرقى للمرضى.

ثانياً: مبادئ عمل المؤسسات الاستشفائية الحكومية العامة

تخضع الخدمة الاستشفائية العمومية لفكرةٍ أساسية، مفادها أنَّ هذه الأخيرة مفتوحة لكلِّ الأشخاص في كلِّ الحالات التي تستدعي خدمتهم؛ بحيث تتجسّد هذه الفكرة في المبادئ الثلاثة الآتية¹:

1. مبدأ المساواة: إنَّ المستشفيات العمومية لا يمكنها أن تقوم بأيِّ تمييز بين المرضى فيما يخص الرعاية، كما أنَّ نظام الإيواء لا بد أن يكون في حدودٍ معينة، وعلى النحو المنصوص عليه في النصوص القانونية والتنظيمية المعمول بها، لا حسب رغبة المرضى. يمكن إذن تمييز خاصيتين، الأولى المساواة في الرعاية مهما كانت وضعيته المريض، أما الثانية فهي المساواة في الإيواء؛

2. مبدأ الاستمرارية أو الدوام: ينبغي أن تكون المستشفيات العمومية في استقبالٍ دائم للمرضى في الليل والنهار وعلى عجل، أو على الأقل أن تضمن قبولهم في مؤسساتٍ أخرى. يُعتبر دوام الخدمات الاستعجالية أمراً إجبارياً، يُضاف إليه وجوب السهر على استمرارية الرعاية عقب تحويل المرضى أو إقامتهم. إنَّ هذه المبادئ تفرض على المستشفى العمل بالمناوبة، وفي حالة الإضراب لا بُدَّ أن يكون هناك حدُّ أدنى من الخدمات؛

3. مبدأ التكيف المستمر: لا بد أن تُواكب المستشفيات العمومية باستمرار احتياجات السكان الناجمة عن النمو الديمغرافي أو عن تطور حالتهم الصحية؛ حيث ينبغي أن يُحقَّق ذلك عن طريق ما يُسمى بالتخطيط الصحي.

¹ MOREAU, J. et TRUCHET, D. **Droit de la santé publique**, 6^{ème} édition, Paris, France : Ed. Dalloz, 2004, P.161.

ثالثاً: حقوق المريض

يتمتع المريض المقيم بالمستشفى بعددٍ من الحقوق، والمتثلة فيما يلي¹:

1. الحق في الحصول على العلاج المناسب لحالته والمشاركة في خطة علاجه بالموافقة أو الرّفص أو الانسحاب منها في أيّ وقت؛
2. الحق في إبلاغه بشكلٍ وافٍ عن تشخيص مرضه وخطة علاجه، مع استخدام مصطلحاتٍ ومفردات واضحة ومفهومة له والإجابة على كلّ أسئلته بهذا الخصوص، مع توفير خدمات الترجمة عند الحاجة، وأن يعرف أسماء الفريق الطّبيّ المعالج له ومهام كل عضوٍ فيه. كما له الحق في الاطلاع على الملفات الخاصّة به مع مراعاة ألاّ يُؤدّي ذلك إلى تدهور حالته؛
3. الحق في قبول أو رفض المشاركة في الأبحاث الطّبية؛
5. الحق في السّريّة؛ حيث تخضع المعلومات المتعلّقة بالمرضى المقيمين بالمستشفى لقواعد سر المهنة، إلّا أنّها تُثير صعوباتٍ خاصّة في المستشفيات العموميّة؛
6. الحق في استقبال عائلته، إذ ينبغي استقبال عائلات المرضى في مواعيد محدّدة ومناسبة، ورفض مقابلة أي شخص لا علاقة له بتقديم الرّعاية الصحيّة بما في ذلك الزّيارات؛
7. الحق في الإذن بالخروج، في حالة ما إذا طالت مُدّة إقامة المريض بالمستشفى، فإنّ من حقّه أن يستفيد من إذن بالخروج لمُدّة قصيرة وكذا الحال بالنّسبة للمصابين بالأمراض العقلية الماكثين بالمستشفى دون رضاهم؛
8. الحق في المُعاملة الإنسانيّة، وذلك باحترام إنسانيّته وقيمه وعقائده ومبادئه، وأن يتواجد شخصٌ من نفس جنسه عند الحاجة إذا لزم الكشف عن أجزاء خاصّة من جسمه سواء للفحص أو للعلاج؛
9. الحق في الشّكوى وتقييم الخدمة المقدّمة له أو تقديم مقترحات لإدارة المرفق الطّبي أو الوزارة، دون أيّ تأثيرٍ على جودة الخدمة الصحيّة المقدّمة له ومُقاطعة المستشفى عند تعرّضه للضرر؛
10. الحق في استمرارية العلاج ومُراجعة تكاليفه، والسّلامة والأمان من السرقة والحرائق والعدوى؛
11. موافقته الخطيّة المسبّقة والمبنية على معرفة ذويه بخصوص الإفصاح عن معلوماتٍ خاصّة به أو إجراء أيّ عمل جراحي أو تدخلي أو تخدير، إلّا في حالات الطّوارئ أو الحوادث التي تستدعي تدخّلاً طبّياً بصفةٍ فوريّة، عدم الأهلية القانونيّة، أو في حالة الأمراض المعدية المبلّغ عنها؛

¹ انظر كل من:

- عبد العزيز خمير ومحمد الطعمانة، مرجع سابق، ص. 169-173. متفرقة.

- زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات والسجلات الطّبية. ط 1، عمان، الأردن: دار الرّاية للنشر والتوزيع، 2016، ص. 72-73.

- عامر عياد العتيبي. إدارة المستشفيات والمرافق الصحيّة: المبادئ الأساسيّة. ط 1، القاهرة، مصر: منشورات المنظمة العربيّة للتنمية الإداريّة: جامعة الدول العربيّة، 2016،

ص. 247-248.

- MOREAU, J. et TRUCHET, D. OP. Cit, P.223.

12. من حقّ المريض أن يتم متابعة علاجه، وإبلاغه إذا استدعت الحالة تحويله إلى أي مؤسساتٍ علاجيةٍ أخرى بحسب اللوائح والأنظمة المعمول بها في وزارة الصحة، كما له الحقّ في أخذ رأيٍ ثانٍ من خارج المستشفى؛
13. الحقّ في الإبلاغ عن اللوائح والأنظمة المعمول بها في المركز الصحيّ والتي لها علاقةٌ بعلاجه، وواجباته، كما أنّ من حقّ المريض التّعرّف على الجهات التي بإمكانه اللّجوء لها، سواء للاستفسار أو الشّكوى؛
14. من حقّ المريض التّعرّف على المؤسسات العلاجية والتّعليمية التي لها علاقةٌ مباشرةً بعلاجه؛
15. معرفة تكاليف الرّعاية الصحيّة مُقدّمًا إن وُجدت.

إنّ هذه الحقوق مُتجمعة تكفل للمرضى الحصول على خدمة صحيّة تُلبّي احتياجاتهم وترفع من مُستوى الرضى لديهم، وغياب بعضها يزيد من حالات استيائهم؛ وفي المقابل فإنهم مُلزمون ببعض الواجبات التي تكون غالبًا في صالحهم.

رابعًا: واجبات المريض

- كما للمريض حقوقٌ يسعى للحصول عليها، هناك عددٌ من الواجبات التي ينبغي عليه الالتزام بها وهي¹:
1. من واجب المريض تقديم كلّ المعلومات الخاصّة بحالته الصحيّة، بما فيها الأدوية أو أيّ مواد يتعاطاها، والأمراض التي سبق أن تم علاجها والأمراض المعدية وحالات الحساسية، والدخول للمستشفى وغيرها؛
 2. من واجب المريض إبلاغ الطّبيب في حالة عدم النّية في مواصلة العلاج المقرّر؛
 3. اتّباع إرشادات وأنظمة المركز الصحيّ، بما في ذلك الالتزام بالمواعيد والتّقيّد بأيّة التزاماتٍ مُتعلّقة برعاية المريض؛
 4. من واجب المريض التّعاون في اتّباع الإرشادات المتعلّقة بالعلاج والمقدّمة له من قبل الطّاقم الصحيّ؛
 5. لا يحقّ للمريض التّعديّ على حقّ المرضى الآخرين أو مسّ كرامتهم أو إفشاء ما يطلّع عليه من أسرارهم؛
 6. من واجب المريض إبلاغ المركز الصحيّ في حالة تغيير عنوان سكنه أو حالة ترك البلاد نهائيًا؛
 7. مراعاة حقوق المرضى الآخرين، وموظفي المركز، مع التّقيّد بعدم الإزعاج وعدم التدخين داخل المركز؛
 8. احترام العاملين الصحيّين وجميع العاملين بالمركز الصحيّ وعدم التّعديّ عليهم بأي شكلٍ كان، لفظي أو جسدي.
- وعلى الرّغم من أن هذه الواجبات تُصّب في مُحملها في صالح المريض ولها من الأثر البالغ في تحسين حالته الصحيّة، إلّا أن نقص الثّقافة الصحيّة لديه تجعله في الغالب لا يلتزم بمعظم هذه الواجبات؛ ومن ثمّ فإنّه يُسهم بنفسه في تعطل شفاؤه من جهة وفي رداءة الخدمة الصحيّة التي يتلقاها من جهةٍ أخرى.

¹ زاهر محمد عبد الرحيم، مرجع سابق، ص. 73-74.

المطلب الثاني: الرّقابة وتقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية

أولاً: الرّقابة في المؤسسات الاستشفائية

تُعَدُّ الرّقابة إحدى الوظائف الأساسية التي تنتهجها الإدارة في المؤسسة، والتي تعني باختصارٍ قياس وتصحيح أداء المرؤوسين لغرض التأكد من أهداف المؤسسة. أمّا الرّقابة في القطاع الصحيّ، فهي عبارة عن وضع الخطط والمعايير المناسبة لطبيعة العمل الطّبيّ والتّمرضي، في المؤسسات الاستشفائية، وإلزام العاملين في المجال الصحيّ بهذه الخطط والمعايير لتحقيق أفضل جودة ونوعية من الخدمات الطّبية، التي تُحقّق الرّضى للمريض، وأهداف المؤسسة، واتّخاذ القرارات التّصحيحية المناسبة لاستمرار تحقيق وتطوير أهداف المؤسسة ورضى المريض¹.

1. أنواع الرّقابة في المؤسسات الاستشفائية:

تتعدّد أنواع الرّقابة وفقاً لمعايير تصنيفها، وفي المؤسسات الاستشفائية تأخذ الرّقابة الأشكال التّالية²:

أ. **رقابة وقائية:** وهي التي تكتشف الأخطاء قبل وقوعها لتفادي حدوثها واتّخاذ الإجراءات التّصحيحية المناسبة في الوقت المناسب، وتُعَدُّ أفضل أنواع الرّقابة لأنها تتوقّع حدوث الانحرافات وتضمن اتّخاذ الإجراءات التّصحيحية لمنع وقوع الأخطاء في المستقبل ومنع تكرارها؛

ب. **رقابة طبية:** تقوم بها اللّجان الفنيّة مثل المجلس الطّبيّ ولجان الجودة والتّوعية ومكافحة العدوى، لجنة الوفيات ولجنة السّجلات الطّبية ولجان مراقبة استخدام الدّواء ولجان استخدام الموارد ولجان التّدريب والتّعليم؛

ج. **الرّقابة الإدارية:** تهتمُّ بالتزام العاملين وتطبيق الأنظمة والإجراءات الإدارية وكشف الأخطاء وأوجه القصور والانحرافات التي يرتكبونها في أعمالهم والوقوف على ما إذا كان قد تم استعمال السّلطة كما يجب؛

د. **الرّقابة الماليّة:** تختصُّ بالتأكد من تطبيق الأنظمة الماليّة، سلامة الصّرف المالي، الالتزام بينود الميزانية المعتمدة للمستشفى ومراقبة التّكاليف الخاصّة بمختلف النّشاطات.

ومن الجدير بالذّكر هنا أيضاً، أنّه علاوةً على ما سبق من أنواع الرّقابة، تُطبّق على المستشفيات الأنظمة الرقابية الحكومية، والتي تشمل الرّقابة التشريعية الممثّلة في إقرار الأهداف والسيّاسات والخطط والأنظمة الصحيّة وإقرار الموازنة المالية. وهناك أيضاً الرّقابة الإدارية والماليّة التي تتولّى القيام بها الأجهزة المركزيّة، كما تقوم بها الأجهزة الرقابية المستقلة كهيئة الرّقابة والتّحقيق على سبيل المثال، التي تقوم بمراقبة موظفي المستشفى والتأكد من

¹ إبراهيم بوالفلل وراضية لرغد. دور الرّقابة في تقديم الخدمة الصحيّة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. *مجلة آفاق للعلوم: جامعة الجلفة، الجزائر، العدد 10، 2018، ص. 92-93.*

²

² إبراهيم بن مصطفى الهجان. *الجودة الشاملة في المستشفيات*. ط 1، جدة، المملكة العربية السعودية: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2009، ص 207-208.



مدى تأديتهم لواجباتهم والتّحقيق مع كلّ من يتجاوز الأنظمة وكذا المقصرين، بالإضافة إلى ديوان المراقبة العامّة الذي يتولّى عمليّة الرّقابة المالية. أمّا عن المستشفيات الخاصّة، فهي تخضع للرّقابة من قبل الجهاز الصّحيّ الحكومي وهذا فيما يتعلّق بالخدمات الصحيّة التي تُقدّمها للتّأكد من مدى التزامها بالسيّاسات والقواعد الصحيّة المعتمدة. وتخصّص هذه المستشفيات الخاصّة على الرّقابة على تكاليف التّشغيل والعمل على زيادة الرّبح الذي يُعدّ الهدف الأساسي من إنشائها¹.

وفي الأخير تبقى الرّقابة الذاتيّة هي أسمى أنواع الرّقابة والتي تعني رقابة الموظّف على نفسه، والقائمة على معرفة حقيقة أسرار ديننا الحنيف وما يدعو له من وجوب مراقبة الله عز وجل سرّاً وعلانية، وأنّه تعالى يعلم السرّ وأخفى وأحقّ بأن يستشعر الفرد الموظّف مراقبته له في كلّ أعماله، أينما كانت ومهما صغر أو عظم شأنها.

2. أهداف الرّقابة في المؤسسات الاستشفائية:

تهدف الرّقابة على المؤسسات الاستشفائية إلى ما يلي²:

أ. وضع الخطط والإجراءات المناسبة لضمان تجنّب الانحرافات المكتشفة في الوقت الحالي، بالإضافة إلى وضع خطة مستقبلية لمنع وقوع الانحرافات لفترات لاحقة؛

ب. التّأكد من الاستخدام الأمثل لكلّ من الموارد البشرية العاملة والموارد الماديّة المتاحة؛

ج. التّأكد من تطبيق وتنفيذ مختلف الأنشطة في المؤسسة الاستشفائية ضمن الأنظمة والقوانين والتّعليمات المعمول بها، دون أي شكلٍ من أشكال سوء الاستخدام أو التّجاوزات؛

د. اتّخاذ الإجراءات والقرارات التّصحيحية اللازمة فور اكتشاف الخطأ ودون أي تأخير؛

هـ. ضمان السّير الحسن والصّحيح للتّعليمات، المعلومات والقرارات والتّأكيد على وُصولها إلى كلّ العاملين بالمؤسسة؛

و. الوصول إلى تحقيق نوعٍ من العدالة، والإقدام، والرّضى لدى العاملين بالمؤسسة في ظل وجود رقابة دون أيّ محاباة؛

ز. القضاء على الإسراف والهدر في المستهلكات والموارد الطّبية، بالإضافة إلى عدم المغالاة في كافّة أنواع النّفقات.

من خلال هذه الأهداف المتنوّعة والقيّمة للرّقابة على المؤسسات الاستشفائية، يتّضح أنّها تهدف مجتمعةً في

نهاية المطاف إلى تقديم خدمةٍ صحيّة جيدة؛ ومن ثمّ ضمان سلامة المرضى والحفاظ على حياتهم، الأمر الذي يجعل

منها أهدافاً سامية ينبغي العمل على تحقيقها بشكلٍ جدّي وباستمرار.

¹ المرجع السابق، ص. 208.

² إبراهيم بوالفلل وراضية لرغد، مرجع سابق، ص. 93.

3. مراحل الرقابة في المؤسسات الاستشفائية:

تمرّ عملية الرقابة في المؤسسات الاستشفائية بثلاث مراحل أساسية هي¹:

- أ. **مرحلة وضع المعايير:** يتمّ في هذه المرحلة تحديد المعايير للعمل بها؛ حيث تستعينُ المستشفيات لوضع المعايير بما حدّته الجمعيات المختصة كاللجنة الأمريكية، للاعتراف بالمستشفيات والاتحاد الدولي للمستشفيات؛
- ب. **مرحلة التّقييم والقياس:** هنا يتم مقارنة الأداء الفعلي للمستشفى بالمعايير المعتمدة، بغرض تحديد الانحرافات واكتشافها، ليتّم بعد ذلك العمل على تقييمها؛
- ج. **تصحيح الانحرافات:** إنّ دور الرقابة لا يقتصرُ على تحديد واكتشاف الانحرافات عن المعايير الموضوعة فقط، وإنّما يتعدّى ذلك إلى تحليل هذه الانحرافات والبحث عن أسبابها؛ ومن ثمّ معالجتها لمنع تكرار حدوثها مستقبلاً.

4. وسائل الرقابة في المؤسسات الاستشفائية:

تستخدم الإدارة في المؤسسات الاستشفائية العديد من الوسائل للرقابة، من أهمها²:

أ. التقارير الإحصائية؛

ب. التقارير الخاصة؛

ج. الميزانية التقديرية؛

د. مخطّط غانت Gantt Chart؛

هـ. مصفوفة المعايير التي تُستخدم لتقييم البدائل وفق معايير محدّدة لاختيار أفضل البدائل؛ حيث يُستخدم فيها العصف الذهني لحل المشكلة وانتقاء الحلول.

ثانياً: تقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية

يُجمعُ مفهوم الأداء الاستشفائي أربع عناصر أساسية هي³:

1. **تحقيق الأهداف:** بمعنى قدرة المؤسسات الاستشفائية على المشاركة في تحسين الحالة الصحيّة للسُكان، وهذا ما يُسمى **ببُعد الفعالية الصحيّة**؛

¹ إبراهيم بن مصطفى الهجان، مرجع سابق، ص. 208-209.

² المرجع السابق، ص. 209-210.

³ Revue Médicale de l'EHU 1^{er} Novembre d'Oran. L'Algérie, 2014, P.05

2. **التكثيف:** ويعني قدرة المؤسسة الصحيّة في المدى المتوسط على الحصول على الموارد اللازمة للحفاظ على أنشطتها وتطويرها، وعلى المدى الطويل التكثيف مع التغيرات التكنولوجيّة، السّكان الذين تخدمهم، والسياسات الصحيّة والمتغيّرات الاجتماعيّة؛

3. **الإنتاج:** ويعني الوسائل التّقنيّة للمؤسسة والمكوّن من مؤشرات قياس الأداء؛ منها جودة الخدمات الصحيّة، التنسيق بين الأقسام، الفعالية وغيرها؛

4. **التنظيم:** أي تماسك كلّ الجهات الفاعلة حول المهام المشتركة.

إنّ الغرض الأساسي من عملية تقييم الأداء في المستشفيات هو تحسين الأداء الصّحي وتوجيه الموارد الصحيّة، بشريّة كانت أو مادية، بما يُحقّق الأهداف المرغوبة¹؛ حيث تستلزم طبيعة العمل بالمستشفيات استخدام أسلوب أو أكثر في متابعة الأداء، ومن أهم هذه الأساليب نجد²:

أ. **الزيارات الميدانيّة لمواقع العمل:** تتمّ هذه الزيارات بُغية ملاحظة ما يحدث، وتحديد ما إذا كان ملائمًا أم لا؛ حيث يعتمد هذا الأسلوب على قيام المدير العام للمستشفى بشكلٍ عشوائي، يوميًا أو أسبوعيًا ودون الإعلان بالذهاب إلى كل مراكز العمل بالمستشفى والحصول على معلوماتٍ حقيقيّة عما يدور بداخلها، كما يجب أن تتضمن هذه الزيارة توجيه أسئلة للعاملين وإعطائهم الفرصة للتّبرير والتّعبير عن مشاكلهم وتقديم اقتراحاتهم.

ب. **الاتصال بالمرضى والزّائرين:** إنّ هذا الأسلوب يُعتبر من أهمّ مصادر المعلومات عن الأداء في المستشفيات، وبالأخص في الأقسام العلاجيّة؛ حيث يُؤثّر تقييم المرضى والزّائرين لجودة الخدمات التي تُقدّمها المستشفى، وكذا أساليب التّعامل معهم بعد تحليل شكواهم، وينبغي أن يكون الاتّصال هنا بشكلٍ صريحٍ ومباشر.

ويتمّ تقييم أداء المؤسسات الاستشفائيّة وأنشطتها من خلال الجوانب التّالية³:

- جودة الرّعاية الصحيّة؛
- التّكفّل بالمرضى: أي إنتاج الخدمات الصحيّة؛
- العوامل الاقتصاديّة: بمعنى حسن استخدام الموارد المادية منها والبشرية، بالإضافة إلى رضى المستخدمين، لأنّ مكانة المورد البشري حسّاسة في أداء المؤسسة.

ومن جهةٍ أخرى، يرتبط تقييم الأداء في المؤسسات الصحيّة إلى حدّ كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات على تحقيق أهداف الرّعاية الصحيّة التي تسعى إلى بلوغها، من حيث إعداد البرامج الصحيّة -التّخطيط الصّحي-

¹ إبراهيم بن مصطفى الهجان، مرجع سابق، ص. 217.

² عبد العزيز خيمر ومحمد الطعمانة، مرجع سابق، ص 38-39.

³ Revue Médicale de l'EHU 1^{er} Novembre d'Oran. OP. Cit, P.05.



ومستوى تنوّع الخدمات الصحيّة المقدّمة، وتعكس استراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحقّقة من سير عملها. وعليه، فإنّ تقييم الأداء في المؤسسات الصحيّة يُركّز على تحسين البرامج والخدمات الصحيّة المقدّمة، في حدود ما هو مُتاح من موارد، ويعتمد على نظام المعلومات ويرتبط به ارتباطاً وثيقاً. وترجع أهمية تقييم أداء الخدمات في المؤسسات الصحيّة إلى الاعتبارات التالية¹:

- ✓ أهمية وحيوية الأهداف المتعدّدة التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث؛
- ✓ الدور الاجتماعي للمستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسُّكان، وبالأخص في الدُّول النامية؛
- ✓ صعوبة وضع مقاييس أداء بعض الأنشطة الطّبية، مما يُتيح الفرصة لإجراء مزيدٍ من الدّراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء مثل هذه المؤسسات؛
- ✓ تطوّر مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطّبية، من التركيز على الخدمات الصحيّة إلى التركيز على المرضى الحاليين والمرتبّين، ووضع نظامٍ مُتكامل لتقدّم هذه الخدمات بما يُحقّق متطلّبات المرضى؛
- ✓ الاهتمام بتفاعل المؤسسات الصحيّة مع البيئة المحيطة بها، وتحديد مختلف المشاكل الصحيّة التي تُعاني منها البيئة كالأمراض، التلوث وانخفاض المستوى العام لصحة السّكان وغيرها من المشاكل؛
- ✓ انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الطبي في المؤسسات الصحيّة، وجعل المؤسسة الصحيّة نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤسّرات الخارجيّة والدّاخليّة ويتأثر بها.

المطلب الثالث: التّحديات التي تُواجه المؤسسات الاستشفائية

تُواجه المؤسسات الصحيّة على اختلافها، بما فيها المؤسسات الاستشفائية، تحدياتٍ وضغوطات مختلفة من الدّاخل ومن الخارج خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي وبداية القرن الحالي، ومن أهم هذه التّحديات ما يلي²:

أولاً: ارتفاع تكاليف المعدّات والأجهزة الطّبية؛

ثانياً: طرح فكرة التّخصّص الدّقيق في الممارسات الطّبية المختلفة؛ رغم قلة المتخصّصين وزيادة تكلفة الأجهزة والمعدات المناسبة لتلك التّخصّصات؛

ثالثاً: زيادة الطّلب على أنواع الخدمات الصحيّة الحديثة، مما يتطلّب نفقاتٍ وإمكانياتٍ أكبر، كما رافق هذه الزيادة زيادة في الاهتمام بتلبية توقّعات واحتياجات العملاء؛

¹ عبد القادر دبون. دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحيّة: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة. مجلة الباحث: جامعة قاصدي مرباح: ورقلة، الجزائر، العدد 11، 2012، ص. 217-218.

² نور الدين حاروش. الادارة الصحيّة وفق نظام الجودة الشاملة. ط 1، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص. 178-179.

رابعاً: زيادة قوّة التّنافس بين المؤسسات الصحيّة المتشابهة؛

خامساً: ارتفاع نسبة الأخطاء الطّبية؛

سادساً: زيادة نسبة الشكاوى القانونيّة المقدّمة ضدّ المستشفى، وذلك بسبب سوء ممارسة المهن الطّبية؛

سابعاً: زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمتفعين بالخدمة، وارتفاع نسبة اهتمامهم بالجودة؛

ثامناً: غياب الإدارة الفعّالة وانعدام التّسيق بين مختلف الأقسام.

شكّلت كل هذه العوامل حاجزاً أمام المؤسسات الصحيّة، وأدّت إلى دفعها لتطوير النّظّم الموجودة فيها بطريقةٍ تخدم المتفعين منها، وتقدّم نظاماً صحّياً متكاملًا ومناسبًا للمرضى، وعلى مستوى مقبول وعالٍ من الجودة. وعلى هذا الأساس جاءت إدارة الجودة الشّاملة لتُحقّق الاستخدام الأمثل للموارد وتُقنّن الإنفاق والجودة المتكاملة في العمليات والخدمة المقدّمة لكلّ من المرضى والمراجعين للمستشفيات¹.

كما تجدر الإشارة هنا إلى أنّ من أهم المتطلّبات الضّروية لتقدّم الخدمات العلاجية والصّحيّة للمواطنين بالإضافة إلى الموارد المادية، هو مدى توافر ذوي المهن الطّبية من أطباء، أسنان، صيادلة وذوي المهن الصحيّة من ممرضين، مساعدي تمريض، مراقبين صحيين وغيرهم؛ حيث أنّ عدم توافر هذه الكوادر البشرية المتخصّصة للعمل في المستشفيات، سوف يُعيق بالتأكيد عمل هذه الأخيرة. كما أنّ توافرهم بالعدد الكافي لشغل الوظائف الموجودة، بالتّناسب مع الوسائل والأجهزة الطّبية المتوفرة، يُعتبر مؤشراً على مدى تحقيق إحدى المهام الفرعيّة للمستشفيات، وهي توفير الكوادر الطّبية والصّحيّة اللازمة لإدارة المؤسسات الصحيّة².

ومن جهةٍ أخرى، تُواجه المؤسسات الاستشفائية العديد من التّحدّيات في مناخها الأخلاقي والتي تحدّ من فعالية أنشطتها، وتعودّ بالأثر السّلبّي على نوعيّة خدماتها، فعلى اعتبار أنّ المناخ الأخلاقي للمستشفيات يُمثّل ثقافتها وبيئتها ودوافعها ومتطلّبات التّهوض بمستواها كمؤسّسة ناجحة في المجتمع، فإنّ أهم التّحدّيات التي تُواجهها في هذا الإطار تنحصر أساساً³:

1. في مجال نوعيّة حياة العمل؛

2. في مجال إدارة الأفراد؛ حيث تتلخّص أهمّ الأخطاء في الإدارة غير الكفؤة فيما يلي:

أ. ثقة المديرين العالية بأنفسهم والتي تتمثّل بوحدة إدارة العمل، دون مشاركة الآخرين؛

ب. اعتقاد المديرين بأنّ الإدارة النّاجحة تُبنى على أسلوب الأمر والتّهي؛

¹ المرجع السابق، ص. 179.

² الحاج عرابة. تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحيّة في المستشفيات العمومية: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات. مجلة الباحث، الجزائر، العدد 10، 2012، ص. 334.

³ سعد علي العنزي. الإدارة الصحيّة. الأردن: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2009، ص. 151-159. متفرقة

ج. عدم وضع الرّجل المناسب في المكان المناسب وبالوقت المناسب؛

د. الاعتماد على مبدأ المساواة لا العدل؛ حيث أن المساواة مبدأً قد يظلم العاملين من أصحاب المواهب، لكن العدل مبدأ لا يظلم أحداً، لأنّ الفرق ما بين المساواة والعدل يتمثّل بأنّ المساواة تقتضي تسوية الجميع في العطاء رغم اختلاف قدراتهم، إلّا أنّ العدل يُعطي كلّ ذي حقّ حقّه؛

هـ. عدم الاعتماد على فرق العمل الجماعيّة في أداء المهمات، والاعتماد فقط على الأفراد وحدهم؛ فضلاً عن الاعتماد على أسلوب الحوافز المادية فقط لاغير.

3. انعدام الحوافز والمكافآت التي تُمثل مجموع العوامل والمؤثرات الخارجيّة التي تُثير الفرد وتدفعه لأداء الأعمال الموكلة إليه على خير وجه، عن طريق إشباع حاجاته ورغباته المادية والمعنوية؛

4. انخفاض الوعي والمتابعة في برامج التدريب الأخلاقي، أي التدريب على العمل القيمي؛

5. اختلاف الثقافات والبيئات لدى العاملين والمديرين، مما يجعل آراءهم، تطلّعاتهم، قيمهم وقراراتهم مختلفة؛

6. سوء تقدير ضبط النفس والعمل الجاد المستمر، فالواقع أنّ النفس ميّالة للراحة وحسن السُّمعة، مما يُحفّز على الكسل في العمل، والنتيجة هي ترك العمل الجاد والمستمر، وبالنهاية يُؤدي ذلك إلى فشل المؤسسة في تأدية واجبها؛

7. عدم امتلاك المدراء الحس المدرك، الذي من خلاله يقومُ المستلم باستيعاب الأنواع المتباينة وفهمها من جميع المعلومات المستلمة، لغرض تفسيرها، وهذا على اعتبار أنّ الأفراد ذوو ثقافاتٍ متعدّدة؛ ومن ثمّ إدراكاتٍ متفاوتة؛

8. عدم سلامة المناخ التنظيمي الذي يُمثل البيئة الداخليّة للمؤسسة التي يعمل فيها العمال، والتي تُؤثّر في سلوكهم. ومن الخطأ أن تكون المؤسسة مكاناً للعمل فقط دون إشباع حاجاتهم النفسيّة والاجتماعيّة؛

9. اتّباع التّعليمات والأوامر اللاأخلاقية؛ حيث تنشأ بعض المواقف غير اللائقة في المؤسسة، عندما يخضع العاملون إلى ضغوط مايسمى باتّباع التّعليمات والأوامر اللاأخلاقية في العمل من قبل المدراء، والتي قد تُكلّفهم استقرارهم

الوظيفي أو مستقبلهم المهني؛ ومن ثمّ وضعهم أمام خياراتٍ صعبة.

إنّ هذه التّحديات قد تبدو من جهةٍ صعبة المواجهة، إلّا أن الإرادة الحقيقية للنّظام الصّحي في توفير خدمة صحيّة في المستوى المطلوب، تُخفّف من حدّتها وتكفّل السّير الحسن للعمل؛ ومن ثم ضمان تقديم الرّعاية اللازمة للمرضى في أحسن الظروف.

المطلب الرابع: خطوات إدخال نظم الجودة إلى المؤسسات الاستشفائية وفوائدها

أولاً: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

- استوحى الدكتور دونالد بيروديك عشر نقاط من نظريات رواد الجودة الصناعية أمثال جوران، كروسبي وإيشيكاوا لتناسب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي¹:
1. المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية؛
 2. الإدارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيس لتطبيق الجودة؛
 3. الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوفرة في المؤسسات الصحية، وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل؛
 4. إن استخدام أدوات ووسائل تحسين الأداء كالمعايير والتدقيق ووضع لوائح الفحص والإطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل، يُعدّ عاملاً أساسياً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية؛
 5. إن لفرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق هذا النظام الإداري، من أجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغييرات اللازمة لتبسيط الإجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة؛
 6. تُساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات؛ الأمر الذي يُمكن فريق العمل من تحليل العمليات وفهمها، وبذلك الوصول إلى أداء أفضل؛
 7. ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين؛ رغم انشغالهم في عملهم التخصصي، لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية؛
 8. عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها ومنها: الهدر، إعادة العمل، عدم الموثوقية، تعقيد الإجراءات وتداخل المهام، بالإضافة إلى التركيز على الوفورات الناتجة من تطبيق برنامج التوعية للجودة؛
 9. التأكيد على أهمية التدريب لكافة مستويات العاملين، بما في ذلك المديرين وفرق العمل؛
 10. الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الأمور الأخرى.

¹ ديمينغ وروبيرت هاغستروم، ترجمة واعداد: هند رشدي، راجعه عبد العظيم محمد نجم. إدارة الجودة الشاملة: أسس ومبادئ وتطبيقات. القاهرة، مصر: كنوز للنشر والتوزيع، 2009، ص. 150-151.

ثانيًا: خطوات إدخال نُظم الجودة إلى المؤسّسات الاستشفائيّة

إنّ تطبيق الجودة بأيّ مستشفى هو عملية متسلسلة، تعتمدُ على عدّة عناصر مرتبطة ببعضها، وتتطلّب جهودًا كبيرة واتباع واستيفاء كل الشروط لتطبيقها بشكلٍ صحيح. وعلى هذا الأساس، فهي تحتاجُ لاتباع الخطوات التالية¹:

1. تكوين هياكل للجودة على أن تشتمل على: مجلس الجودة، مكتب الجودة واللجان المساعدة؛
 2. إعداد خطة عمل تفصيليّة؛
 3. وضع كل النُظم، الإجراءات والتّجهيزات اللازمة لتطبيق الجودة؛
 4. نشر مفهوم الجودة والتّوعية ورفع وعي العاملين بأهمية تطبيقها؛
 5. توفير جميع الوثائق في أماكن تطبيق الجودة وتقديم الشّرح اللازم للعاملين حولها؛
 6. إشراك كلّ العمال ببرنامج الجودة للحدّ من تبعات مايسمى بمقاومة التّغيير؛
 7. الاحتفال ببدء التّطبيق؛
 8. التّطبيق الكلي أو الجزئي؛
 9. القيام بالتّدقيق والمراجعة الدّاخلية؛
 10. المتابعة الدّورية للتّحسين المستمر بعد القيام بدراسة نتائج التّدقيق والمراجعة؛
 11. الحصول على الاعتماد من الجهات المختصة التي لها صلاحية منح علامة الجودة.
- إنّ ما يُمكن ملاحظته من هذه الخطوات هو الدّور الحساس للعمال في تطبيق نُظم الجودة، فلا يُمكن تطبيقها إلّا بعد توعيتهم بدورها وماتعود به من النّفع عليهم، كما لا بُدّ من إشراكهم في برامجها حتى لا يتم مقاومتها؛ ومن ثمّ الفشل في الوصول إلى الأهداف المتوخّاة منها. بالإضافة إلى ضرورة مُتابعة عمليات التّحسين المستمر بصفةٍ دورية، من أجل ضمان تحقيق الجودة المطلوبة.

ثالثًا: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشّاملة في المؤسّسات الصحيّة

تتلخّص فوائد تطبيق إدارة الجودة الشّاملة في المؤسّسات الصحيّة فيما يلي²:

1. **جودة الرّعاية المقدّمة:** إنّ الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشّاملة هو تحقيق مستوياتٍ عالية من الجودة في الرّعاية الطبية التي تُوفّرها المستشفيات، والاستخدام الأمثل لمواردها الماديّة والبشرية، وذلك بترشيد التّفقات.

¹ عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص. 150-151.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 179-180.



2. رضى العملاء أو المرضى أو الزبائن: تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحيّة عالية الجودة، وبما يتّفق مع تطلّعات المرضى المستفيدين منها؛ وذلك من خلال عملية تستهدف تحسينًا مستمرًا للجودة، بما يتّفق ويتجاوز توقّعات المستفيدين.

3. رفع معنويّات العاملين: تُعدّ مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيّات إدارة الجودة الشاملة، فهُم يُعتبرون عملاء داخليين لا بدّ من إرضائهم.

يتّضح من خلال الفوائد التي ترمي إلى تحقيقها إدارة الجودة الشاملة في المؤسّسات الصحيّة، تركيزُ هذا المنهج الإداري على العملاء والأهمية التي تُوليها لهم؛ بحيث يَضَع كهدفٍ رئيسٍ له تحقيق توقّعاتهم واحتياجاتهم؛ ومن ثمّ رضاهم عن الخدمة أو المنتج المقدم لهم. وعلى هذا الأساس، تظهرُ أهمية تبني إدارة الجودة الشاملة في المؤسّسات الصحيّة بشكلٍ عام والمؤسّسات الاستشفائيّة على وجه الخصوص، من أجل ضمان تحقيق مستويات رضى عالية لدى المرضى، عن الخدمات الصحيّة التي تُوفرها هذه المؤسّسات.

المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحيّة

تتمثل أهمية الخدمات الصحيّة في كونها تتعلّق مباشرةً بحياة الفرد، فضلاً عمّا تميّز به من خصائص أخرى. ونظرًا لتزايد وعي المرضى في الحصول على خدماتٍ تُلبّي احتياجاتهم وتوقّعاتهم، فلا بدّ من الاهتمام بجودة هذه الخدمات في سبيل تحقيق أعلى مستويات الرّضى لديهم.

المطلب الأوّل: مفهوم الخدمات الصحيّة وخصائصها

أوّلاً: مفهوم الخدمات الصحيّة

رغم أنّه يُمكن الإتجار بالخدمات الصحيّة بيعاً وشراءً، إلّا أنّه لا يُمكن الإتجار بالصّحة. ومن هذا المنطلق، فمن الأهمية بمكان التّطرّق إلى مفهوم الصّحة أوّلاً قبل تحديد مفهوم الخدمات الصحيّة.

1. مفهوم الصّحة:

حسب المفهوم التّقليدي، والذي كان شائعاً في النّصف الأوّل من القرن 20 فإنّ الصّحة تعني: "حالة الخلو التّام من الأمراض". وقد كان هذا المفهوم مقبُولاً بشكلٍ كبيرٍ وخاصةً في الوسط الطّبي¹. لقد اعتبّر المختصّون في مجال الصّحة أنّ هذا التعريف إهدارٌ لمعنى الصّحة، ويُقص من دورها بحصر مفهومها في مجرد أنّها علاجٌ للمرض؛ حيث قام **Perkino** فيما بعد بتعريفها على أنّها: "حالة التّوازن النّسبي لوظائف الجسم، وأنّ حالة التّوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضّارة التي يتعرّض لها، وأنّ تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

ومن جهةٍ أخرى، وفي أواخر الأربعينيات من القرن العشرين، طوّرت منظمة الصّحة العالمية مفهومًا أكثر شمولية للصّحة مفاده أنّها: "حالة من السّلامة البدنيّة والعقليّة والاجتماعيّة الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز"³.

يتّضح من هذه التعاريف أنّ الصّحة تتجاوز مفهوم الخلو من المرض وعدم الاتّزان، وهي نسبيّة ولها ثلاثة أبعادٍ تتمثل في كلّ من الجوانب النّفسية، البدنيّة والاجتماعيّة.

كما تجدر الإشارة هنا إلى أنّ للصّحة عدّة مستوياتٍ هي⁴:

أ.الصّحة المثاليّة: تعني حالة التّكامل المثالي لجميع الجوانب الجسميّة والنّفسية والعقليّة والاجتماعيّة؛

¹ BORUCHOVITCH, E and MEDNICK, B.R. **The meaning of health and illness: some considerations for health psychology**. Psico-USF, vol 07, n° 02, 2002, P.176.

² إلهام بجاوي وليلى بوحديد. تقييم جودة الخدمات الصحيّة ومستوى رضى الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة. **مجلة الباحث**، الجزائر، العدد 14، 2014، ص.319.

³ BORUCHOVITCH, E and MEDNICK, B.R, OP. Cit, P.176.

⁴ إلهام بجاوي وليلى بوحديد، مرجع سابق، ص.319.

ب. **الصّحة الإيجابية:** تُمثل الحالة التي يستطيع الفرد فيها مواجهة المشكلات الاجتماعية، النفسية والجسميّة بكفاءةٍ عالية ودون ظهور أعراضٍ مرضية؛

ج. **الصّحة المتوسطة:** وهي الوضع الذي لا يشكو فيه الفرد بصورة مباشرة من المرض، ولكن على العموم لا تظهر عليه الطّاقة الإيجابية؛

د. **مستوى الاحتضار:** يُمثل المستوى الذي يفقد فيه الفرد القدرة على أداء وظائفه الحيويّة، وتسوء فيه حالته، كما يصعب عليه أيضًا استعادة حالته الصحيّة.

ومن ناحيةٍ أخرى، يتأثر مستوى الصّحة بالعديد من العوامل المتداخلة، والتي يُمكن حصرها فيما يلي¹:

- **عوامل طبيعيّة:** تشمل العوامل المناخيّة، البيئية والجغرافيّة؛
- **عوامل بيولوجيّة حيويّة:** تتمثّل في ناقلات العدوى من حيواناتٍ وحشرات؛
- **عوامل اجتماعيّة:** تُعبّر عن كلّ من العادات والتقاليد ومستويات المعيشة؛
- **عوامل اقتصاديّة:** تتمثّل في عدم توافر الإمكانيّات، والقصور في المادية منها والتي تُسهم في توفير حياةٍ صحيّة جيّدة؛

- **عوامل بيئية:** وتشمل عدم توافر مرافق الصّرف الصّحي والمياه الصحيّة الصّالحة للشرب؛
- **عوامل سكانية:** تنتج عن زيادة معدّلات المواليد والوفيات التي يترتب عنها مشاكل صحيّة واجتماعيّة؛
- **عوامل طبيّة:** ومنها مدى توافر الأطباء والممرضين والعيادات الطّبيّة.

2. تعريف الخدمات الصحيّة:

لقد تمّ تعريف الخدمات الصحيّة بعدّة طرق، إلّا أنّها تَصبُّ في المعنى نفسه. ومن هذه التعاريف نجد: عُرِّفت على أنّها: "الخدمات العلاجيّة، الاستشفائيّة، والوقائيّة التي يُقدّمها أحد أفراد الفريق الطّبي إلى فردٍ واحد أو أكثر من أفراد المجتمع"².

كما عُرِّفت بأنّها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تُقدّم للمستفيد، التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة، والتي تُحقّق له حالةً مكتملة من السّلامة الجسمانية والعقليّة والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعِلل"³.

وعلى هذا الأساس، يُمكن تعريف الخدمات الصحيّة على أنّها تلك الخدمات التي تتعدّى فائدتها تحقيق العلاج من المرض إلى الوقاية منه، وبذلك فهي تسعى لتحقيق السّلامة التّامة للفرد والمجتمع معًا.

¹ المرجع نفسه.

² باديس بوجلولة وسهيلة قمو. أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحيّة: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقّرت. المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، الجزائر، العدد 05، 2016، ص.7.

³ إلهام مجاوي وليلى بوحديد، مرجع سابق، ص.319.

3. أنواع الخدمات الصحيّة:

سيتم فيما يلي تصنيف هذه الخدمات، وفقاً لتوجّهين اثنين:

أ. التّوجّه الأوّل: وفقاً لهذا التّوجّه تُصنّف الخدمات الصحيّة إلى¹:

- خدمات الارتقاء بالصّحة: وتشمل الخدمات التي تُعنى ببناء سلوكيّات صحيّة إيجابيّة للفرد والمجتمع، فيما يتعلّق بأهمية الغذاء المتوازن وممارسة الرياضة، التّثقيف الصحيّ، النظافة الشخصيّة والابتعاد عن العادات المضرة بالصّحة من مخدرات، تدخين وكحول. بالإضافة إلى التّقيّد بأساليب السّلامة والأمان في القيادة؛
- خدمات الرّعاية الصحيّة الشخصيّة: تضمّ الخدمات الصحيّة العلاجيّة والوقائيّة، خدمات الرّعاية طويلة الأجل التي توفرها دور الرّعاية والنّقاهاة، وكذا الخدمات التّأهيليّة وخدمات الصّحة النفسيّة؛
- خدمات الصّحة العامّة: وهي التي تُعنى بمكافحة الأمراض المعدية، سلامة الغذاء، صحة البيئة والتّخلّص من النّفايات والحشرات؛
- الخدمات الإسعافيّة: مثل خدمات السيّارات المجهّزة المتوفرة في المستشفيات العامّة والخاصّة، خدمات جمعيات الإسعاف، بالإضافة إلى خدمات الإسعاف الطّبي الجوّي؛
- خدمات الرّعاية الصحيّة الخاصّة: وتشمل خدمات رعاية المسنين والمعاقين وعلاج حالات الإدمان والحالات النفسيّة.

ب. التّوجّه الثّاني: حسب هذا التّوجّه تُصنّف الخدمات الصحيّة إلى²:

- خدمات طبيّة مُرتبطة بصّحة الفرد: تتعلّق هذه الخدمات بالتّشخيص والعلاج، وتُؤدّي في أقسام المستشفى المختلفة، بما في ذلك قسم المختبر والأشعة؛
- خدمات طبيّة مساعدّة: تشمل كلّ ما يتعلّق بالرّعاية السّريرية داخل المستشفى، ومنها خدمات التّمرّض وخدمات الصّيدليّة؛
- الرّعاية الصحيّة: تهدف الرّعاية الصحيّة إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحيّ للأفراد والجماعات بجوانبه المختلفة، ومن الجدير بالذكر هنا أنّ هناك خطأ شائعاً حتى بين الأطباء ومهنيي الصّحة بالخلط بين مفهوم المعالجة الطبيّة curing والرّعاية الصحيّة caring؛ حيث يُعتقد أنّهما مفهوم واحد، إلا أنّ المعالجة الطبيّة ما هي إلّا فرعٌ من فروع الرّعاية الصحيّة، فالمعالجة الطبيّة هي التي تتعامل مع المرضى أمّا الرّعاية الصحيّة فلا تنتظر حتى وقوع المرض، بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عدّة، وإذا حدث المرض تتدخّل لمعالجته ولا ينتهي عمل الرّعاية عند هذا الحدّ، وإنما في كثيرٍ من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلّب مرحلةً أخرى لتأهيل المريض بعد العلاج أو الجراحة؛

¹ عمار بن عيشي. أبعاد جودة الخدمة الصحيّة ودورها في تحقيق رضى الزبون - المرضى -: دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة: الجزائر. مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصاديّة، الجزائر، العدد 06، ص. 10-11.

² فريد كورتل. تسويق الخدمات. ط1، عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة العلميّة للنشر والتوزيع، 2009، ص. 318-319.

- الخدمات الصحية البيئية: تتعلق بصحة المجتمع ككل؛ حيث ترتبط أساساً بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، فهي خدمات صحية وقائية كاللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمات مكافحة الحشرات، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

ثانياً: الخصائص المميزة للخدمات الصحية

تحتضن الخدمات الصحية مكانة بارزة، كونها تُعتبر ضرورة إنسانية، مما يجعلها تتميز بعدة خصائص؛ فضلاً عن تلك التي تُميز الخدمات بصفة عامة، والتي يمكن تحديدها فيما يلي¹:

1. تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليمية أو المادية. وتسعى إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف، سواء كانوا أفراداً أو مؤسسات أو هيئات؛
2. الخدمة الطبية المقدمة يُشترط فيها أن تكون على درجة عالية من الجودة، لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه؛
3. الخدمات الصحية مراقبة بشدة، فهي تخضع لقوانين وتنظيمات الدولة، وذلك فيما يتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها، وبذلك فإن القوانين والأنظمة الحكومية تؤثر على عمل المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات على وجه الخصوص، خاصة إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص؛
4. تكون قوة القرار في المؤسسات الصحية -المستشفى- موزعة ما بين الإدارة ومجموعة الأطباء؛
5. وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة؛ إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بالحضور الشخصي للمريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل، مما يعني تزامن إنتاج واستهلاك الخدمة الصحية؛ حيث يُعتبر المريض كمنتج مشترك مع الطبيب، بالإضافة إلى وجود علاقة دائمة ومستمرة ومباشرة بينهما لمعالجة وتتبع حالة المرض والإشراف عليها على فترات زمنية مختلفة؛
6. نظراً لكون الخدمة الصحية مُرتبطة بالإنسان وهو أغلى شيء، فإن من الصعب في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تُطبّق في خدمات أخرى على عملها؛
7. نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها، ولا يمكن الاعتذار عن تقديمها، أي أن الخدمات الصحية تتميز بالاستمرارية وعدم القابلية للتأجيل؛

¹ انظر كل من:

- صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون. قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفجاء العام، البصرة. مجلة دراسات إدارية، العراق، المجلد 04، العدد 07، 2011، ص. 13-14.

- فهمية بديسي وبلال زويوش. جودة الخدمات الصحية: الخصائص، الأبعاد والمؤشرات. مجلة الاقتصاد والمجتمع، الجزائر، العدد 07، 2011، ص. 140.

- ميلود تومي وحبيرة قشي. آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية. مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، الجزائر، العدد 02، 2007، ص. 38.



8. يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد، أي المريض؛ حيث أن درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية؛

9. الخدمات الصحية شخصية، بمعنى تُقدّم لشخص واحد؛ حيث أن لكل طبيب تخصصاً معيناً، والطبيب لا يستطيع أن يُعالج أكثر من مريض في آن واحد وبنفس تخصصه، إلا أن هناك خدمات ليست شخصية، تُقدّم للعديد من الأشخاص في آن واحد، كحملات التوعية مثلاً.

ولعلّ توافر عنصر الجودة في الخدمات الصحية يُعدُّ أهم هذه الخصائص كلّها؛ على الرغم من ضرورة توفرها مجتمعةً، فقد أصبح عامل الجودة يتصدر تطلّعات المريض في الخدمة الصحية المقدّمة له.

المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمة الصحية

أولاً: مفهوم جودة الخدمات الصحية

إنّ أوّل من استخدَم هذا المفهوم في مجال الطبّ ممرضة بريطانية تُدعى "فلورنس نايتفيل"، والتي كانت تُشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، مما أدّى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات¹. وحسب الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية، فإنّ جودة الخدمة الصحية عبارة عن: "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها، للمساعدة في تحديد مستوى جيّد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقّعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي"².

واستناداً إلى التعريفات المختلفة من الأدبيات المختصة، حدّدت منظمة الصحة العالمية مفهوم جودة الخدمة الصحية مُعتبرة أنّها: "قُدرة الخدمات الصحية المقدّمة للأفراد والسُكّان على تحسين النتائج الصحية المرجوة، وتحقيق هذا الهدف يجب أن تكون آمنة وفعّالة وفي الوقت المناسب وعادلة ومُتمحورة حول الفرد"³.

أمّا Donabedian فقد عرّف الجودة الصحية بأنّها: "صفة الرعاية التي يُتوقّع من خلالها زيادة مستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد أن يأخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تُصاحب عمليّة الرعاية في جميع أجزائها"⁴. وفي هذا السياق، فقد وضع Donald Berwick رئيس معهد تحسين الرعاية الصحية وصفاً

¹ محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر. قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، الأردن، المجلد 11، العدد 4، 2015، ص. 903.

² إهام بجياوي وليلى بوحديد، مرجع سابق، ص. 320.

³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2017. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. 2017, P.14.

⁴ إهام بجياوي وليلى بوحديد، مرجع سابق، ص. 320.

للشروط التي يتوقعها المستفيد، أي المريض من مُقدمي هذه الخدمات وهي: لا تقتلني، ساعدني ولا تؤذني، لا تجعلني أشعرُ بالعجز، لا تتركني أنتظر، لا تُهدر مواردِي أو موارد أيِّ شخصٍ آخر¹.

كما تُوجد وُجّهات نظرٍ مختلفة لمفهوم جودة الخدمات الصحية، أهمُّها²:

1. من المنظور المهني الطبي: تعني تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطوّرات العلميّة والمهنيّة؛ بحيث يتحكّم في ذلك الخبرات، الخدمة الصحيّة المقدّمة وأخلاقيّات المهنة.

2. من المنظور الإداري: هي كَيْفِيّة استخدام الموارد المتاحة والقُدرة على جذب المزيد منها، بهدف تلبية الاحتياجات اللاّزمة لتقديم خدمة مُتميّزة.

3. من المنظور السّياسي (القيادة العليا ممثّلة بالدولة): تُمثّل مدى رضی المواطن عن أداء قيادته في تطوير ودعم الخدمة الصحيّة، وكفاءة النّظام الصّحّي، ومدى قُدّره على رسم استراتيجيّات مستقبلية، تشمل الاستقرار والتّطوّر الطّبيعي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه المختلفة؛ السّياسية، الاجتماعيّة والاقتصاديّة.

4. من منظور المُستفيد أو المريض: هي طريقته الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائيّة؛ حيث يكون لوجهة نظر المستفيد الأهميّة القصوى، فيعتمد بذلك مستوى الجودة إلى حدٍّ كبير على توقّعات المريض وتقييمه لها، وعليه تكون الخدمة الصحيّة ذات جودة في حال لبّت احتياجات المرضى وتوقّعاتهم. ومن هذا المنطلق عُرّفت جودة الخدمة الصحيّة بأنّها: "تلك الدّرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحيّة المقدّمة إليه، وما يمكن أن يفيض عنها تقييماً بما هو متوقّع".

ثانياً: العوامل المؤثّرة على جودة الخدمات الصحيّة

هناك عدّة عوامل تُؤثّر في جودة الخدمات الصحيّة، والتي تتمثّل في العناصر التّالية³:

1. تحليل توقّعات المريض: تحتلّج المستشفيات إلى فهم اتّجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحيّة؛ بحيث يكون هذا التصميم مُتفوّقاً على توقّعات المريض، لأنّها الطّريقة الوحيدة التي تُمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدّمة. ويمكن للمرضى أن يُحقّقوا إدراكهم لهذه الخدمة، من خلال التّمييز بين المستويات المختلفة التّالية للنوعيّة: أ. الجودة المتوقّعة: هي درجة من الجودة يرى المريض وجوب وجودها، والتي يصعبُ تحديدها في الغالب؛ إذ تختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجيّة، فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقّعون توافرها في المستشفى؛

¹ SPATH, P. **Introduction to healthcare quality management**. Chicago, United States of America: Health Administration Press, 2009, P.7-8.

² إلهام بجاوي وليلى بوحديد، مرجع سابق، ص.320.

³ صلاح محمود ذياب. قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، فلسطين، المجلد 20، العدد 01، 2012، ص.73-74.

ب. **الجودة المُدرَكة:** وتعني إدراك المريض لجودة الخدمة الصحيّة المقدّمة له من قبل المستشفى، بمعنى تصوّر المريض لجودة الخدمات الصحيّة التي قُدّمت له؛

ج. **الجودة القياسيّة:** وهي ذلك المستوى من الخدمة المقدّمة، والتي تتطابق مع مواصفات الخدمة التي تمّ تحديدها أساساً، والتي تُمثّل في الوقت نفسه إدراكات إدارة المستشفى المقدّم لهذه الخدمة؛

د. **الجودة الفعلية:** تُمثّل درجة الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها.

2. **تحديد جودة الخدمات:** عندما يفهم المستشفى تطلّعات وحاجات المرضى، ينبغي أن يُحدّد التّوصيف المناسب لذلك، للمساعدة على ضمان تحقيق المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحيّة التي يُقدّمها؛ حيث يكون التّوصيف عادةً مُرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم هذه الخدمة.

3. **أداء العاملين:** عند وضع إدارة المستشفى لمعايير جودة الخدمة الصحيّة المقدّمة والتزام الطّاقم الطّبي بتنفيذها، فإنّه في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطّرق المناسبة التي تضمن الأداء المناسب، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحيّة المقدّمة لهم، على أن تكون توقّعات عقلانية، يُمكن تحقيقها. وعليه، فمن الضروري ألا تُقدّم الإدارة وعوداً تتجاوز قدراتها مهما كان السّبب.

وعلى هذا الأساس، لا بد من مُراعاة هذه العوامل قدر الإمكان إذا أرادت المؤسسة الصحيّة بشكلٍ عام، والاستشفائية على وجه الخصوص تقديم خدمات صحيّة ذات جودة عالية، تضمن رضى المرضى وتزيد بذلك من ولائهم لها.

ثالثاً: أبعاد جودة الخدمة الصحيّة

هناك العديد من الأبعاد لجودة الخدمة الصحيّة، والتي تُعدّ بمثابة الإطار الذي يُساعد مُقدّمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل، وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها؛ حيث يُمكن عرض هذه الأبعاد كما يلي¹:

1. **التمكّن الفني Technical competence:** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومُقدّم الخدمة ومساعدتهم، بالدّقة المطلوبة والتّوافق وبصفة مُستمرة، بما يُشبع رغبات المرضى والمصابين؛

2. **الإمكانيّات المادية للمستشفى (الكماليات) Amenities:** يُقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى ومُعدّاتها وأجهزتها، والإمكانيّات والتّسهيلات الماديّة الأخرى، وموقع المستشفى ومظهره من الدّاخل والخارج؛ من حيث مدى توافر غرف انتظارٍ مريحة، دورات مياه نظيفة، أماكن انتظار السيّارات، مظهر الأطباء

¹ انظر كل من:

- عبد القادر دبون، مرجع سابق، ص. 218-219.

- زاهر محمد عبد الرحيم، مرجع سابق، ص. 57-58.

- فريد كورتل، مرجع سابق، ص. 263-362.

والفنيين والإداريين والعاملين، ووجود ستائر بغرف الكشف الطبي تُحافظ على أسرار المريض وخصوصياته وطرق وأدوات الاتصال ومصادر المعلومات، التي يحصل منها العملاء على المعلومات اللازمة لهم، مما يعني كل مواصفات الخدمة التي تُساعد على إشباع رغبات المرضى وإرضائهم؛

3. **الأمان والسلامة Safety:** ويعني أن يشعر الفرد أنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية، كما يعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية لأبعد الحدود، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها؛

4. **الاستمرارية Continuity:** بمعنى تقديم الخدمات الصحية دون انقطاع، وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة، وأن تتوافر السجلات الطبية التي تُسهّل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمستفيد. وغياب الاستمرارية قد يُضعف من تأثير وفعالية وكفاءة الخدمة ويُقلّل من ضمان الجودة؛

5. **الفعالية والتأثير Effectiveness:** تعتمد الجودة على مدى فعالية وتأثير الخدمات المقدمة على أسس علمية، وأن تُقدّم بطريقة مناسبة من الناحية التكنولوجية، مع مراعاة الظروف والمخاطر المحتملة. فهي تعني درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتمّ الإجراء بطريقة صحيحة، وأن تُؤدّي الرعاية إلى تحسّن متوسط العمر، مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة باستمرار؛

6. **الكفاءة Efficiency:** تعني الكفاءة تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة، بمعنى الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف، مع الأخذ بعين الاعتبار المرضى الآخرين والاحتياجات الأخرى، أي أن هذا البعد يهتمّ بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة معاً وتقديم الخدمات الضرورية والمناسبة والتخلّص من تلك الأنشطة المقدمة بأسلوب خاطئ؛

7. **الاعتمادية Reliability:** تُعبّر الاعتمادية عن درجة ثقة المريض في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات التي يتوقعها، والذي يعكس مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، بالإضافة إلى مدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول عليها، مما يزيد من مستوى مصداقية الخدمة الصحية المقدمة؛

8. **الملاءمة Appropriateness:** ويُقصد بها اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض؛

9. **القبول Acceptance:** يعني تقبّل المريض والمجتمع لاستخدام إجراء صحيّ مُعين؛

10. **سهولة وإمكانية الحصول على الخدمة الصحية Accessibility:** أي أن الخدمة الطبية المقدمة لا يجب أن يحدها أي عائق، وإنما يمكن الوصول إليها بسهولة وأن تكون قريبة وتتوافر لها وسائل الاتصال؛ كتوافر قوائم الانتظار للحصول على مواعيد في العيادات الخارجية أو لإجراء عمليات جراحية أو بغرض التنويم، على سبيل المثال؛

11. **العدالة Equity:** بمعنى مدى توافر الرعاية الصحية لمن يحتاجها فعلاً، مع عدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين كافة فئات المجتمع لأسباب غير صحيّة؛



12. العلاقات بين الأفراد Inter personal relations: ويُقصد هنا التفاعل بين مُقدّمي الخدمات الطبيّة والمستفيدين منها، وكذا بين الفريق الصحيّ والمجتمع؛ بحيث تكون هذه العلاقات جيّدة، بما يشمل أيضًا التّجاوُب والتّعاطُف والاحترام.

رابعًا: أهداف جودة الخدمات الصحيّة

تهدف جودة الخدمات الصحيّة إلى تحقيق الغايات التالية¹:

1. ضمان كلّ من الصّحّة البدنيّة والنّفسيّة للمرضى؛
2. تُعتبر معرفة آراء وانطباعات المرضى وسيلةً مُهمّة في مجال التّخطيط للرّعاية الصحيّة؛
3. تطوير وتحسين قنوات الاتّصال بين مُقدّمي الخدمة الصحيّة والمستفيدين منها؛
4. تمكين المؤسسات الصحيّة من تأدية مهامها بكفاءةٍ وفعالية؛
5. تحقيق مستويات إنتاجيّة أفضل؛
6. كسب رضی المريض وزيادة ولائه للمؤسسة الصحيّة؛
7. الرّفع من معنويات العاملين؛
8. تخفيض الأخطاء الطّبيّة والتأخيرات، والاستخدام الأفضل للموارد البشريّة والمادية.

خامسًا: أهمية الجودة في الخدمات الصحيّة

هناك عددٌ من المؤشّرات الأساسيّة التي يُمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات بشكلٍ عام والصّحيّة على وجه الخصوص، ومن أبرز هذه المؤشّرات نجد²:

1. الارتباط الكبير للخدمة بالجودة، حتى أصبح من الضّروري اعتمادُ عددٍ من المقاييس لتأشير مستوى الرضى لدى المرضى، من خلال الرّبط بين الخدمة المقدّمة والجودة. وهذا الأمر قاد كُلاً من Parasarman، Zeithaml و Berry إلى اعتماد مقياسٍ أُطلق عليه تسمية SERVQUAL، وهو عبارة عن سلسلةٍ من المقاييس المتكاملة والمترابطة، يقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يُدركه المريض من الخدمة وما يتوقّعه، وبذلك فإنّه لا يمكن تحليل تسويق الخدمة الصحيّة دون اختبار الجودة فيها؛

¹ محمود بولصباح. تقييم جودة الخدمات الصحيّة في المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة بميلة من وجهة نظر المرضى: دراسة حالة مستشفى طوبال والمصلحة الدولية. مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإداريّة، الأردن، العدد 12، 2013، ص. 58-59.

² انظر كل من:

- فهيمة بديسي وبلال زويوش، مرجع سابق، ص. 142.

- صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، مرجع سابق، ص. 16-17.



2. مستوى جودة الخدمات الصحيّة ليس ثابتاً، فهو يخضع للتّطوير والتّحسين المستمرّين، وهذا ما يتطلّب وجود لجنة متخصصة لها موقعٌ ضمن الهيكل التّنظيمي للمؤسسة الصحيّة، مهمتها العمل على تحسين جودة تقديم الخدمات الصحيّة، وذلك في إطارٍ من التّكامل والشّمولية؛
3. أصبح للجودة أبعاداً رئيسة يتم اعتمادها كأساسٍ في القياس والتّأثير على مستوى الجودة. وتتمثل هذه الأبعاد في الاعتماديّة، الاستجابة، التّوكيد أو التّثقة، التعاطف والملموسية؛
4. تُعدّ الجودة في الخدمة الصحيّة مؤشراً مهمّاً في قياس مستوى الرضى المتحقّق لدى المريض عن الخدمة المقدّمة له.

المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحيّة

لا زالت عمليّة قياس الجودة في القطاع الخدمي غايةً في الصّعوبة مقارنةً بالمؤسسات الإنتاجيّة، نظراً للعديد من العوامل أهمها صفة غير الملموسة؛ حيث لا يُمكن الحُكم على الخدمة إلّا بعد الحصول عليها، كما أنّ الخدمات تتسمّ عموماً ببعض الجوانب المهنية التي لا تسمحُ حتى للشّخص المتخصّص بتقييمها بسهولة. بالإضافة إلى أنّ اختلاف احتياجات المستفيدين من الخدمة ومدى إدراكهم لها يتطلّب ضرورةً تنويع أساليب القياس، بما يتناسب مع ظروف كلّ مُستفيد، كما أنّ درجة تعاون المستفيد بتقديمه لكلّ المعلومات الدّقيقة محدّدٌ مُهم لجودة الخدمة أيضاً¹.

وعلى هذا الأساس، فإنّه يُمكن قياس جودة الخدمات الصحيّة وفقاً لثلاثة مداخل رئيسة هي²:

أولاً: مدخل قياس جودة الخدمات الصحيّة من منظور المرضى

من الطّرق الشّائعة لقياس جودة الخدمات الصحيّة تبعاً لهذا المدخل ما يلي:

1. مقياس عدد الشكاوى: تُعتبر شكاوى المرضى خلال فترة زمنيّة مقياساً هامّاً عن مستوى أداء الخدمات؛
2. مقياس الرضى: من أكثر الطّرق استخداماً لقياس اتّجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحيّة، وذلك من خلال توجيه الأسئلة التي تكشف حقيقة شعور المرضى نحو الخدمات المقدّمة لهم؛
3. مقياس الفجوة: ويكون بمقارنة توقّعات المرضى وإدراكاتهم لمستوى جودة الخدمة بالفعل، ويُمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التّالية:

$$\text{جودة الخدمة} = \text{التوقعات} - \text{الأداء الفعلي}.$$

¹ مصطفى يوسف. إدارة المستشفيات. ط 1، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2016، ص. 256-257.

² المرجع السابق، ص. 257-261، متفرقة.

4. مقياس القيمة: يُعتبر من أحدث مقاييس جودة الخدمات، مادامت العلاقة بين المنفعة والسّعر هي التي تُحدّد القيمة، فكلما زادت المنفعة الخاصّة بالخدمات المدركة قياسًا بالسّعر زادت القيمة المدركة للعملاء؛ ومن ثمّ زاد إقبالهم على طلب الخدمات الصحيّة، والعكس صحيح.

ثانيًا: مدخل قياس الجودة المهنية

تتناول مقاييس الجودة المهنية قدرة المؤسسات الصحيّة على الوفاء بخدماتها التشخيصيّة والتّمرضيّة والطبيّة والإدارية، من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة. ووفقًا لهذا المدخل يُمكن التّمييز بين المقاييس التالية:

1. مجموعة مقاييس جودة المدخلات: وتتضمّن:

أ. كفاءة مُقدّمي الخدمة من أطباء وإداريين وغيرهم، والتي من مؤشّراتها جودة العلاقة الشّخصية بين المرضى والفريق الصّحّي، درجة معرفة الفريق الطّبي بِنُظْم وإجراءات العمل والتّمكن الفني الذي يشمل التّدريب، المؤهّلات والخبرة.
ب. كفاءة الأجهزة والمعدات الطّبية: من مؤشّراتها معدلات العمل، درجة التّطوّر التّكنولوجي للأجهزة، دقّة القراءات التي تُظهرها أجهزة أدوات القياس، تكلفة تشغيل الأجهزة وطاقة التّشغيل القصوى.

ج. كفاءة خصائص الهيكل التّنظيمي: تُظهر من خلال درجة وُضوح الأهداف، النّظام المتكامل للاتّصالات، وجود نظام للمساءلة والمحاسبة، انسيابية وسهولة تداول المعلومات بين أقسام المستشفى ودرجة وضوح الاختصاصات والمسؤوليات لدى العاملين، جودة القرارات الإدارية التي تضمن تحقيق الخدمة الصحيّة بأقلّ تكلفة وبالسرعة المطلوبة.
د. كفاءة التّسهيلات والإمكانات الأخرى: من مؤشّراتها التّصميم الدّاخلي للمستشفى، النّظافة والمظهر الجمالي، موقع المستشفى من وسائل المواصلات قُربًا أو بُعْدًا، القُدرة الاستيعابية، مدى وُجود محارق للنّفايات ومدى توافر موارد للطّاقة الكهربائيّة الاحتياطية، بالإضافة إلى التّحديد الواضح لجدول زيارات المرضى.

2. مقاييس العمليّات: والتي تتركز على جودة مراحل تقديم الخدمة الصحيّة، وتنطوي على مجموعة من المؤشّرات التي تمّ تحديدها من قبل الجهات الاستشاريّة الخارجيّة ومنظمة الصّحّة العالميّة، التي تُوضّح النّسب المعيارية لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحيّة التي يجب أن تستوفيها هذه العناصر لتُعتبر جيّدة.

3. مقاييس المخرجات: ويتمّ قياس جودة المخرجات وفقًا لهذه المقاييس، من خلال مجموعة من الأساليب منها:

أ. القياس المقارن: أي أن تجري مقارنة كمية بين المعادلات المعيارية -المستهدفة- والأداء الفعلي؛

ب. استقصاء رضى المرضى بخصوص الخدمات الصحيّة المقدّمة؛

ت. استقصاء العاملين في المستشفى لمعرفة كافة المشكلات والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأداء المطلوب.

ثالثاً: مدخل قياس الجودة ضمن برنامج متكامل للتحسين المستمر للجودة

بما أنّ الهدف الأساسي لبرنامج إدارة الجودة الشاملة هو التحسين المستمر والدائم للجودة، فإنّ المؤسسات الخدمية يجب أن تعمل على التأكد من استمرارية تحسين الجودة في الأجل الطويل وكيفية قياس هذا التحسين. ومن أهم المتغيرات التي يُمكن الاعتماد عليها لقياس الجودة ضمن برنامج متكامل لإدارة الجودة، وجود قيادة واعية بأهمية الجودة والتركيز على احتياجات العميل سواء كان داخلياً أو خارجياً، توجيه جميع العاملين بالمنظمة بمسؤولية الجودة المشتركة مع التركيز على العمل الجماعي، التدريب المستمر على الجودة وتنمية العنصر البشري، بالإضافة إلى النظام المتكامل للمعلومات، اتّخاذ القرارات بناءً على المعلومات والحقائق، وأخيراً توفير التنظيم اللازم.

وعلى الرغم من كون كلّ هذه المقاييس مهمة وعملية؛ بحيث يُمكن الاعتماد عليها لقياس جودة الخدمات الصحيّة، فإنّ مقياس الفجوة أو ما يُصطلح على تسميته بـ SERVQUAL يبقى هو المقياس الأكثر استخداماً، كما هو ملاحظ في العديد من البحوث والدراسات الأكاديمية التي تتم في هذا المجال.

المطلب الرابع: العلاقة بين جودة الخدمة الصحيّة ورضى المريض

أولاً: مفهوم رضى المريض

تُعبّر حالة الرضى عن وضع يشعر فيه العميل بأنّه قد تم إشباع حاجاته المتوقّعة. ومن هنا يتبين بأنّ الرضى هو عبارة عن دالة لمستويات نسبية من التّوقعات والخدمات المدركة، أمّا حالات الإشباع فهي ثلاثة مستويات¹:

1. إذا كانت الخدمات المقدّمة تفوق توفّعات العميل، فإنّه هنا سيشعر برضى عالٍ؛

2. أما إذا كانت الخدمات مُساوية لما توقّعه العميل، فإنّه سيشعر بالرضى؛

3. وأخيراً إذا لم تصل الخدمات إلى توقّعاته ففي هذه الحالة سيشعر العميل بعدم الرضى.

وحسب تعريف المنظمة العالمية للصّحة لتقييم جودة الرّعاية الصحيّة، فإنّ رضى المريض يُعتبر جزءاً منها؛ حيث أنّ تقييم جودة الرّعاية الصحيّة يسمح لكلّ مريض بضمان الحصول على التّشخيص والعلاج، الذي يضمن له أفضل النّتائج المتمثلة في الصّحة، وهذا بما يتوافق والوضعيّة الحالية للعلوم الطّبيّة وبأفضل التّكاليف وأفضل النّتائج، بأقلّ خطر؛ بُعْية تحقيق أقصى درجات الرضى لدى المريض، من خلال الإجراءات والنّتائج والعلاقة الإنسانيّة داخل نظام الرّعاية الصحيّة. ومع ذلك فإنّ مصطلح رضى المريض وإن كان كثير الاستعمال فنادرًا ما تم تعريفه، والحقيقة أنّ مفهوم الرضى يبقى شخصيّاً ونوعيّاً جدّاً ويصعب تحويله إلى صيغة كمية. في هذه الحالة وحسب نظرية التّوقعات،

¹ هاني حامد الضمور. تسويق الخدمات. ط1، الأردن: دار وائل للنشر، 2002، ص420.

فإنّ الرضى عبارة عن الفرق بين ما هو متوقّع وماتم الحصول عليه. وبُغية التّقليل من هذا الانحراف ينبغي التّعرف على رغبات المرضى بشكلٍ جيّد¹.

وعليه، فإنّ رضى المريض يرتبطُ بالقيمة التي يتحقّقها المريض من الخدمة الصحيّة وما يعقبها من رضى، ويُمكن التعبير عن هذه العلاقة بـ:

الرضى ≤ الإدراك-التوقع.

ومن ثم، فإنّ المريض يُقارن بين الخدمة المدركة، أي التي حصل عليها فعلاً والخدمة كما كان يتوقّعها، فإذا كانت الأولى أقل من الثانية كان شعوره بالاستياء وعدم الرضى، أما إذا كانتا متساويتين كان شعوره بالرضى وازداد ولاؤه للمؤسسة الصحيّة².

مما سبق، يمكن القول أنّ رضى المريض هو شعورٌ ينتج عندما يتحصّل على خدماتٍ صحيّة في مستوى تطلّعاته وبما يُلبّي احتياجاته؛ حيث كلّما كانت الفجوة بين توقعاته وما حصل عليه فعلاً أقل، أحسّ بالرضى عن هذه الخدمات.

ثانياً: أبعاد مفهوم رضى المريض

إنّ الأبعاد المتكاملة لمفهوم رضى المريض تتضمن³:

1. **الرعاية الطّبية المهنية:** وتعني مدى السّيطرة التي يمتلكها الأطباء على معارفهم ومهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم أثناء تقديم خدماتهم للمرضى، من خلال الاستقصاء العلمي والتّفكير التقديري والتحليل المنطقي المبني على الأدلة؛
2. **الرعاية التمريضية المهنية:** تعبّر عن مدى السّيطرة التي يمتلكها الممرضون على معارفهم ومهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم عند تقديم الخدمات في المجال التمريضي والسلوكي للمرضى أثناء إقامتهم في المستشفى؛
3. **الرعاية الصحيّة السلوكية:** تمثل جزءاً من الثقافة التنظيمية العامة، تتبناه المستشفى في معاملة المرضى المقيمين بها؛
4. **الخصائص التنظيميّة:** وهي تلك الصّفات التي تسمي المستشفى كنظام، وتؤثر في طريقة أدائه ونظرة المرضى إلى مستوى جودة خدماته؛
5. **الفندقة:** تشمل إجمالي الخدمات الفندقية التي تُقدّم للمريض المقيم والمتعلّقة بالهدوء، الأثاث، الطعام، والنّظافة.

¹ LAIRY, G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. *Revue de la littérature médicale de Paris cedex*, Septembre 1996, p.10.

² بلقاسم ماضي وعفاف بلعرج. تقييم جودة الخدمات الصحيّة وقياس رضى المرضى. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة الحاج لخضر باتنة*، العدد 31، 2014، ص.89.

³ انظر كل من:

- حبيب محمود وباسل أنور أسعد. قياس مدى جودة الخدمات الصحيّة المقدمة في المراكز الصحيّة في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها: دراسة ميدانية لمركز الشامية. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*، سوريا، المجلد 36، العدد 05، 2014، ص.202.

- أسامة الفراج. تقييم جودة خدمات الرعاية الصحيّة في مستشفيات التعليم العالي من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضى المرضى. *مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية*، سوريا، المجلد 25، العدد 02، 2009، ص.64-66. متفرقة.

وفي السّياق نفسه، فإنّ هناك تسع عناصر أساسيّة يحكّم من خلالها المريض عن مدى رضاه عن الخدمات المقدّمة في المستشفيات العامة، وهي¹:

أ. الفعالية: تُمثل درجة العلاج التي تسمح بالوصول إلى النّتيجة المنتظرة أو المرغوب فيها؛

ب. الإجراء المناسب أو الاختبار الذي تتطلّبه حالة المريض؛

ج. حرية الحصول على الإجراء الضّروري للمريض، وهي الدّرجة التي على أساسها تُعطى الرّعاية للمريض؛

د. تقديم الرّعاية للمريض في الوقت المناسب أو المطلوب؛

هـ. الاحترام والرفق؛

و. الاستمراريّة في تقديم العلاج؛

ز. الأمان: حيث يقلّ الخطر النّاتج عن الرّعاية الصحيّة بوجود الأطباء ذوي الخبرة؛

ح. الفاعلية أو الكفاية: التي تعني العلاقة بين النّتيجة المحصلة والموارد المستخدمة؛

ط. الجودة: أن تقدّم الرعاية الصحيّة للمريض بطريقة علمية تهدف إلى تحقيق ما يرغب فيه.

وعلى هذا الأساس، فإنّ رضى المريض تحكّمه العديد من العناصر المهمة والتي ينبغي مُراعاتها عند تقديم الخدمة الصحيّة للمرضى لضمان تحقيق مستويات رضى عالية لديهم.

ثالثاً: أساليب قياس مستوى رضى المريض

لقد ثبت أن تكلفة الحصول على عميلٍ جديدٍ أعلى بخمس مرات من الاحتفاظ بعميلٍ موجود، كما يتراوح احتمال بقاء العميل من 70% إلى 45%؛ اعتماداً على ما إذا كان راضياً أو راضياً نسبياً. ومن جهةٍ أخرى، فإنّ العميل غير الرّاضي يتكلّم عن عدم رضاه إلى حوالي عشرة أشخاص في المتوسط، مقابل أربعة بالنّسبة لعميلٍ راضٍ. ويُؤدّي عدم الرضى بـ 80% من العملاء غير الرّاضين إلى التّوجّه نحو المنافس، بالإضافة إلى أنّ 4% فقط من العملاء غير الرّاضين يحتجّون، مما يعني أنّ 96% من العملاء يتّركون المؤسّسة دون تقديم شكوى عن المنتج أو الخدمة المقدّمة لهم، كما أن السّماح للعميل غير الرّاضي بتقديم شكوى يزيد من فرصة إعادة جذبه مرّةً أخرى².

من هنا تظهر أهمية معرفة مستوى الرضى لدى العملاء بشكلٍ عام، والعملاء المرضى بشكلٍ خاص لدى المؤسّسة المقدّمة للخدمة؛ حيث يتسنى ذلك من خلال عمليات قياس الرضى وباستخدام الأساليب المخصّصة له.

¹ LAIRY, G. OP. Cit, P.11.

² LEFEBURE, R et VENTURI, G. *Gestion de la relation client*. Paris Cedex, France: Editions Eyrolles, 2005, P.408.

وفي هذا الإطار، فإنه يتم قياس رضى المرضى بالاستعانة بوسائل مُعيّنة من ضمنها مايلي¹:

1. أنظمة الشكاوى والمقترحات: يُؤكّد هذا النظام إحساسًا لدى العميل على أنّه موضع اهتمام المؤسسة، ومع ذلك فإنّ عدم وجود شكاوى لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالٍ من الرضى لدى العملاء، لأنّ هناك ما يسمى بالأغلبية الصّامتة، والذين مهما كانت الظروف فهم ليسوا على استعدادٍ لتقديم أي شكوى.
2. بحوث قياس رضى العميل: يعني أن تقوم المؤسسة الصحيّة بين فترةٍ وأخرى باستقصاء آراء عملائها، من خلال مقياس مدرّج يمثّل مستويات جودة الخدمة والتي تتدرج في العادة إلى خمسة مستويات؛ من رائع Outstanding إلى جيّد جدًا Very Good إلى مُرضي Satisfactory ثم إلى مقبول Fair وأخيرًا إلى رديء Poor.
3. نموذج كانو لرضى العملاء The Kano model of customer satisfaction: يُقسّم هذا النموذج متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها في رضى العملاء إلى:

- أ. المتطلبات الأساسية Basic or must-be requirements: إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات، فإنّ العميل لن يكون راضيًا، وبالمقابل إذا كانت موجودة، فإنّ ذلك لن يزيد من مستوى رضى العميل؛
 - ب. متطلبات الأداء Performance requirements: وفقًا لمتطلبات الأداء، فإنّ مستوى رضى العميل يتناسب طرديًا مع درجة تلبيتها، إذ كلما كانت هذه الدرجة عاليةً كان مستوى الرضى عالٍ والعكس صحيح؛
 - ج. المتطلبات الجاذبة Attractive or delight requirements: والتي تحتل درجةً عالية من التأثير في رضى العميل، والوفاء بها بدرجةٍ معينة تُعطيهِ شعورًا أكبر من الرضى، أمّا إذا لم يتم الوفاء بها فإنّه لن يشعر بالرضى.
- وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ بحوث قياس رضى العميل هي الأسلوب الأكثر استخدامًا على الرّغم من اعتماد العديد من المؤسسات على أنظمة الشكاوى والمقترحات؛ كما أن المرضى لا يتجاوبون بشكلٍ جيّد في الكثير من الأحيان مع هذه الأنظمة نظرًا لعدّة اعتبارات أهمها الخوف من توتر العلاقة مع الطبيب المعالج أو الممرض، مما ينعكس عليهم بالسلب إذا ما عبّروا بصدقٍ عن عدم رضاهم عن الخدمة المقدّمة لهم.

رابعًا: أهمية العلاقة بين جودة الخدمة ورضى المريض

يستخدم الكثيرون مصطلحي الجودة والرضى كمفهومين بديلين، لكن في الواقع هناك فرق واضح بين المصطلحين، فالرضى يمثّل مفهومًا أوسع من جودة الخدمة، أمّا جودة الخدمة فتتركّز على أبعادٍ محدّدة في الخدمة؛ ومن ثمّ جودة الخدمة هي أحد مكوّنات رضى العميل².

¹ بلقاسم ماضي وعفاف بلعرج، مرجع سابق، ص. 90-91.

² المرجع السابق، ص. 92.



لقد أصبح رضى العملاء التزامًا استراتيجيًا، ولم يعد تحسين جودة الخدمة خيارًا، بل إنّه ضرورةً لمستقبل أي مؤسسة؛ حيث تعتمد هذه الجودة على رضى العملاء وولائهم. وليس هناك من يستطيع التعبير عن مستوى الرضى غير العملاء أنفسهم¹.

كما أنّ العميل اليوم لا يرضى إلا بأعلى المستويات في جودة الخدمة، حتى يكون راضيًا عن أداء المؤسسة الخدمية، مما يؤدي إلى ولائه لهذه المؤسسة ومن ثمّ ضمان بقائها وفعاليتها². ويتأثر رضى العميل بشكل مباشر بجودة الخدمة والذي يؤثر بدوره على الرغبة في الحصول عليها. غير أنّ جودة الخدمات من الصعب الحكم عليها، أو حتى التعبير عنها كمياً. ويرجع الأمر إلى طبيعة الخدمات التي ليس لها أبعاد مادية، فيتم الحكم على جودتها بناءً على مواصفاتها الوظيفية³.

من جهةٍ أخرى، فإنّ العلاقة "الرضى يؤدي إلى الجودة خاطئة، والصحيح أنّ الجودة تؤدي إلى الرضى" أي أنّ الرضى دالةٌ مكوّنة من مجموعةٍ من التوقعات، وليس في كلّ الحالات تُعتبر الجودة المدركة مبرراً لحالة الرضى. إذ نجد أنّ هناك الكثير من حالات الرضى رغم انخفاض الجودة، في حين أنّه وبالرغم من مستوى الجودة العالية يكون العميل غير راضٍ، ورغم أنّ هذه العلاقة مابين مؤيّد ومعارض، إلا أنّ ما هو مُتفقٌ عليه أنّ الجودة العالية تُعتبر من مقدمات تحقيق الرضى في الغالب⁴. لذلك فإنّ ما يربط الرضى بالجودة علاقةٌ قوية، فكلّ منهما يُبنى على توقعاتٍ على أساسها تتكوّن الجودة فتُحقّق إشباعات وحاجات العميل، وعلى أساس هذا الإشباع يتحدّد مستوى الرضى⁵.

ومن الجدير بالذكر هنا أنّ الاهتمام بدراسة مدى رضى المرضى عن جودة الخدمة الصحيّة نابعٌ من كون⁶:
1. أنّ رضى المريض وسيلةٌ لتحقيق أهدافٍ أخرى، فالمريض الرّاضي يُتوقع أن يكون أكثر تعاونًا مع الأطباء وجهاز التمريض وأكثر قبولًا لتوجيهاتهم، مما يؤدي إلى التّشخيص السليم، أما المريض غير الرّاضي عن الخدمة الصحيّة المقدّمة له فلن يكون مُتعاونًا بالصّورة المطلوبة، ويصعبُ التعامل معه ومعالجته.

¹ KERAK, E et all. étude de satisfaction des "clients" d'un organisme gestionnaire d'assurance maladie au maroc. Articles professionnels, assurances et gestion des risques, vol 75, N°3, 2007, P.392.

² محمد محمود مصطفى. التسويق الاستراتيجي للخدمات. ط1، عمان، الأردن: دار المناهج للنشر، 2003، ص.215.

³ زكي خليل المساعد. تسويق الخدمات وتطبيقاته. ط1، عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2003، ص 76.

⁴ هاجر محمد الملك والظاهر محمد أحمد علي. جودة الخدمات المصرفية وأثرها على رضى العميل: دراسة ميدانية على بنك الصادرات. مجلة العلوم الاقتصادية، السودان، المجلد 17، العدد 01، 2016، ص. 60.

⁵ وداد بن قيراط. جودة الخدمات وأثرها على رضى الزبون: دراسة حالة البنك الخارجي الجزائري: وكالة سكيكدة 52، مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، العدد 14، 2014، ص. 175.

⁶ بلقاسم ماضي وعفاف بلعرج، مرجع سابق، ص.93.



2. قد يُعدُّ رضى العميل مقياسًا لجودة الخدمة الصحيّة، لأنّه يوفر المعلومات عن مدى نجاح مُقدّمي الخدمة في العمل وفق تقييم المرضى ومدى تحقيقهم لتوقعاتهم، وإذا ما نظرنا إلى الخدمات التي تُقدّمها المستشفيات بشكل خاص، سنجد أنّ العديد من الدّراسات تنظرُ إلى آراء العملاء كأحد المعايير المهمة لقياس فعالية الخدمة الصحيّة. كما يُعتبر رضى المريض شرطًا أساسيًا للرّعاية الصحيّة الجيّدة، لاسيما مع تزايد المنافسة في سوق الرّعاية الصحيّة. ويعتقد Donabedian أنّ رضى المستفيد من الخدمة أصبح يُعتبر أكثر فأكثر علامةً على جودة الرّعاية، نظرًا لكونه نتيجةً مشروعة ومرغوبة. فلا يمكن أن تكون الرّعاية عالية الجودة ما لم يكن المريض راضيًا عنها، فرضى المريض مُؤشّر هام لنظريته لمختلف جوانب الجودة في الرّعاية، ويمكن استخدامه كمقياسٍ لذلك أيضًا¹.

إنّ تحسين مستويات رضى المرضى أمرٌ بالغ الأهمية بالنسبة لنجاح مؤسسات الرّعاية الصحيّة على المدى الطّويل. ولتحسين رضى المرضى، يجب على مُقدّمي الرّعاية الصحيّة التركيزُ على استراتيجيّات تحسين الجودة. كما يجب على مهنيي الرّعاية الصحيّة إظهار سماتٍ أوخصائص تتفق مع الثّقافة التّنظيمية، ويتمُّ تحديدُ ستّ سماتٍ لنظام الرّعاية الصحيّة عالية الجودة، وهي أن تكون خدماته آمنة، فعالة، تتمحور حول المريض، تُقدّم في الوقت المناسب، ذات كفاءة، وعادلة².

من خلال هذه الآراء والتّوجّهات، يمكن القول أنّ أهمية العلاقة بين جودة الخدمات الصحيّة ورضى المرضى تكمن في كون أنّ هذه العلاقة تكاملية؛ فلتحقيق الجودة في الخدمات الصحيّة لا بُدّ من التركيز على رضى المرضى وأخذِه بعين الاعتبار، ولتحقيق الرضى فإنّ الجودة عاملٌ مهمٌّ في تحقيق مستوياتٍ عالية من الرضى لدى المرضى ومقياسٌ فعالٌ له أيضًا.

¹ رحمة ميلود حوالف. تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى. سلسلة أطروحات الدكتوراه، القاهرة، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الادارية، 2016، ص.95.

² TOLGA TANER, M, and others. An overview of six sigma applications in healthcare industry, **international journal of health care quality assurance**, Vol 20, N° 4, 2007, P.330.

المبحث الثالث: تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي في المؤسسات الاستشفائية

تُعَدُّ استراتيجية الانحراف السداسي أحدَ الخيارات المهمة لتحسين الجودة في القطاع الصحي في إطار تحسين رضى المرضى، والتي يختلف تطبيقها في المؤسسات الخدمية عنه في المؤسسات الصناعية، وذلك نظرًا لمميزات الخدمة بشكلٍ عام والخدمة الصحية على وجه الخصوص.

المطلب الأول: تطبيق الانحراف السداسي في قطاع الخدمات

أولاً: فوائد الانحراف السداسي في قطاع الخدمات

إنَّ المؤسسات الخدمية التي تتَّجه نحو اعتماد استراتيجية الانحراف السداسي تحني العديدَ من الفوائد، والتي يُمكن عرضها فيما يلي¹:

1. تحسين العمل الجماعي للوظائف في المؤسسة بأكملها؛
2. تحويل الثقافة التنظيمية من وضع مكافحة الحرائق لوضع الوقاية من الحرائق، بمعنى اتقاء المشكلات أو الأخطاء قبل حدوثها؛
3. رفع معنويات الموظفين؛
4. التخلي العديد من الخطوات التي لا قيمة لها في العمليات التجارية الحرجة، وذلك بالقضاء عليها بأسلوبٍ منهجي منظم، مما يؤدي إلى سرعة تقديم الخدمة؛
5. تخفيض تكاليف الجودة الرديئة، بمعنى التكاليف المرتبطة بتأخير تسليم أو تقديم الخدمة، شكاوى العملاء، التكاليف المرتبطة بالتوجيه الخاطئ لحل المشكلات، وما إلى ذلك؛
6. زيادة الوعي بمختلف أدوات وتقنيات حل المشاكل، مما يؤدي إلى زيادة الرضى الوظيفي للموظفين؛
7. تحسين مستوى تناسق الخدمة من خلال التخفيض بشكلٍ منظم للانحرافات في العمليات؛
8. فعالية قرارات الإدارة بسبب الاعتماد على البيانات والحقائق بدلاً من الافتراضات.

إنَّ هذه الفوائد المحقَّقة من تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي في مجال الخدمات تُعَدُّ أهمَّ فوائد تطبيق هذه الاستراتيجية في كل المجالات، والتي تم التَّطرُّق إليها سابقاً، مع العلم أنَّ المؤسسات الخدمية التي تُطبَّق الانحراف السداسي بشكلٍ صحيح متتبعة خطواتها بالتفصيل، لا بد وأن تستفيد من كلِّ الامتيازات الخاصة بهذه الاستراتيجية المهمة؛ على الرِّغم من صعوبة ذلك.

¹ANTONY, J. Six Sigma in the UK service organisations: results from a pilot survey. **Managerial Auditing Journal**, Vol 19, N° 8, 2004, P.1007.

ثانياً: خطوات تطبيق الانحراف السداسي في المؤسسات الخدمية

تُعدُّ منهجية التحسين DMAIC المنهج الأكثر استخداماً لتطبيق استراتيجية الانحراف السداسي، وبالنسبة للمؤسسات الخدمية، اقترح Hensley و Dobie (2005) خطوات هذه المنهجية؛ أخذاً بعين الاعتبار خصوصية واختلاف القطاع الخدمي عن الصناعي، وذلك وفقاً لما يلي¹:

1. فهم العملية وتحديد المشكلات Define the process and identify the problems:

يقتضي منهج الانحراف السداسي أن عملية تحديد المشكلة وفهم العملية يجب أن تشمل كلاً من الموظفين، الإدارة والعملاء. ويجب التركيز هنا على اهتمامين اثنين بالنسبة للخدمات: الحصول على معلومات عن العملاء واستخدامهما، وكذا الفهم الواضح للعمليات المكوّنة للخدمة من أجل تحديد المشكلات ووضعها في الصورة. وللقيام بذلك، هناك العديد من أدوات الانحراف السداسي التي يمكن أن تُعزّز فهم مثل هذه العمليات، مثل العصف الذهني، الرسوم البيانية، مخطط السبب والنتيجة وغيرها من الأدوات. كما يمكن جمع المعلومات الخاصة بالعملاء من خلال العديد من الأساليب، بما في ذلك استطلاعات الرأي الخاصة بالعملاء.

2. قياس أداء العملية Measure process performance:

بالنسبة للخدمات، فإنه لا يتم التحكم في العديد من العمليات على نحو جيّد، كما هو الحال في مجال الصناعة، فقد تُسبب العوامل الخاصة بالموظفين أو العملاء التباين أو الاختلاف في تنفيذ العملية. وتشمل أدوات الانحراف السداسي المقترحة في هذه المرحلة استخدام استطلاعات الرأي للعملاء وأوراق الفحص check sheets لمراقبة أداء العملية. وفي كثير من الحالات، يجب أن تتجاوز الخدمة العملاء الحاليين وتفحص توقعات أصحاب المصلحة الذين لوجهاً نظرهم كذلك تأثير على الخدمة.

3. تحليل البيانات التي تم جمعها عن العملية Analyse data gathered from the process:

ينبغي أن يشمل تحليل البيانات الأولية تحليل تدفق العملية وتحليل القيمة والقيمة غير المضافة، مخطط باريتو، الرسم البياني Histogram، مخططات التبعثر أو الانتشار. أمّا التحليل اللاحق، فينبغي أن يشمل مختلف الاختبارات للدلالة الإحصائية أو دراسة الارتباطات أو حتى الانحدار.

4. إدخال التغييرات Implement changes:

في هذا الخطوة، فإن الأدوات المقترحة تشمل أساليب إدارة المشروع، وتحليل الآثار، تحليل أصحاب المصلحة stakeholder analysis، توثيق العملية، بالإضافة إلى بطاقات الأداء المتوازن.

5. الرقابة على العملية الجديدة Control the new process:

أخيراً، يجب قياس التغييرات الحاصلة في العملية وتقييمها؛ حيث تُعدُّ التغذية العكسية أمراً ضرورياً لفهم مدى نجاح عملية التغيير، وفي هذه الحالة فإن الطريقة الوحيدة للمساعدة في تحقيق هذا الأمر هي القيام بدراسات

¹ AMINUDIN, O and ZAINOL, M. OP. Cit, P.84-85.



استقصائية إضافية لأراء لعملاء. ومن الممكن أيضاً أن تُحدّد المؤسسة قياس العملية وتُحلّل تلك البيانات بانتظام، ويتمثّل أحدُ الأجزاء التّهادية من عملية المراقبة في مواصلة البحث عن المزيد من التّحسينات.

بالنّظر إلى هذه الخطوات المقترَح اعتمادُها في المؤسسات الخدميّة، فهي لا تختلفُ عن خطواتٍ منهجيّة التحسين DMAIC الموضّحة فيما سبق، إلا فيما يتعلّق بالأدوات التي ينبغي استخدامها في كلّ خطوة. فهنا نلاحظ بعض الخصوصيّة؛ حيث نجد أنّه يعتمدُ بشكلٍ كبيرٍ على استطلاعات الرّأي الخاصّة بالعملاء، ومن هنا تظهرُ المكانة الهامة للعميل في تقديم الخدمة وتقييمها على حدّ سواء، وذلك على اعتبار أنّه جزءٌ من الخدمة، فهي لا تتمُّ إلا بحضوره، ولا أحد يُعبّر عن مستوى رضاه غيره.

ثالثاً: تحديد مستوى الانحراف لجودة عملية الخدمة

إنّ عملية تحديد مستوى الانحراف "سيجما" لجودة العملية تُعدُّ خطوةً مهمّة في مراحل تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي كما سبق وتمت الإشارة إليه، فعلى أساسها يتحدّد المستوى الفعلي لأداء المؤسسة سواء كانت صناعية أو خدمية.

وفي المؤسسات الخدميّة غالباً ما يكون من الصّعب قياس العمليات بالشّكل المطلوب مقارنةً مع المؤسسات الصناعيّة، كما أنّه من الصّعب قياس مستوى الانحراف "سيجما" لجودة عملية الخدمة Sigma Quality Level. وفي هذه الحالة، هناك طريقةٌ لتحديد مستوى جودة عملية الخدمة؛ حيث يقابل مستوى 6σ المستوى المثالي المرغوب التّوصّل إليه أو المستوى المعياري لأفضل مؤسّسة في العالم. بينما يُقابل مستوى 3σ المستوى الحالي للمؤسّسة في الوضع العادي، وعليه يُمكن للمؤسّسة أن تحقّق مستويات 4σ و 5σ ، أما إذا كان المستوى الحالي للمؤسّسة سيئاً للغاية، فيُمكن تحديد مستوى المؤسّسة في هذه الحالة بـ 2σ ¹.

يتّضح من هنا أنّ مستوى الانحراف لجودة العمليّة في المؤسسات الخدميّة يكونُ في الغالب تقريبياً، وهذا نظراً لصعوبة القياس الكميّ لعدد الأخطاء في عملية تقديم الخدمة، إلا في حالة إمكانيّة ذلك، هنا يتم الاعتمادُ على عمليّة التّحويل المبينة في الجدول رقم (01-03) بالصفحة: (32) بعد حساب عدد الأخطاء أو العيوب في العملية خلال فترةٍ معيّنة، ومعدل الخطأ في العملية لكل مليون فرصة، كما توضيحُ ذلك في الفصل الأول من هذا البحث.

رابعاً: تحديّات تطبيق الانحراف السُداسي في قطاع الخدمات

إنّ مُعظم الدّراسات التي ركزت حتى الآن على تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات غير الصناعيّة، هي دراساتٌ حالةٍ واحدةٍ فقط، وهي دراساتٌ وصفية. أمّا الدّراسات الاستقصائيّة، فإنّها عبارةٌ عن مسحٍ تجريبيٍّ أو تركّز على مؤسّسةٍ واحدةٍ فقط. وعلى هذا الأساس، يمكن القول أنّ هناك العديد من الفجوات البحثيّة الرئيسيّة في هذا المجال، بالإضافة إلى أنّ الصّعوبات الموجودة في تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الخدميّة ليست مفهومةً

¹ PARK, S.H. OP. Cit, P.156.



بشكل جيد، وأتت للمساهمة في تطبيق الانحراف السداسي في المؤسسات الخدمية ينبغي تعزيز وتحسين المعرفة بالأدوات واستخدام التقنيات¹.

وفي الكثير من القطاعات الخدمية مثل الخدمات المصرفية والتأمين والمكاتب البريدية والإدارة العامة، كثيراً ما يُطرح السؤال: "هل يُطبَّق الانحراف السداسي بشكل جيد في قطاع الخدمات؟"، على الرغم من التطبيق الناجح له في العديد من الشركات مثل American Express، AIG Insurance، سيتي بنك Citibank، والخدمات البريدية في الولايات المتحدة وغيرها. والإجابة الأولية لهذا السؤال هو أن لاستراتيجية الانحراف السداسي القدرة لتكون ناجحة في أي مجال تقريباً، ومادام الانحراف السداسي يركز أساساً على رضى العملاء، والتقليل من الأخطاء، وتحسين الجودة والحد من تكلفة الجودة الرديئة، فإن النتائج التي تتمتع بها مؤسسات الانحراف السداسي في قطاع الخدمات مثيرة للإعجاب تماماً، كما بالنسبة لنظيرتها في المؤسسات الصناعية².

وتكمن نقاط ضعف الانحراف السداسي في تعقيد وافتقاره للحلول معيارية، وفي حالة المشكلات الأقل تقدماً، فإن حل المشكلة لا يكون جدياً فعال إذا كان على المرء أن يمضي مدة ستة أشهر كاملة في مشروع الانحراف السداسي³.

أما بالنسبة للقطاع الخدمي، فيصعب أحياناً على المؤسسات الخدمية أن تُحدد مؤشراً لقياس مستوى أداء الخدمة في هذه المؤسسات؛ حيث يمكن للمؤسسات الصناعية استخدام مقاييس مثل عدم وجود عيوب لكل مليون قطعة منتجة، غير أنه لا يمكن ترجمتها دائماً في المؤسسات الخدمية. كما يجب مراعاة الاختلاف في احتياجات العملاء عند استخدام الانحراف السداسي في قطاع الخدمات، فقد تكون الخدمة مقبولة لعميل ما ولكن يُنظر إليها على أنها دون المستوى من قبل عميل آخر. أما المسألة الثانية التي يجب التغلب عليها عند استخدام الانحراف السداسي في مجال الخدمات، هي صعوبة خلق تغييرات ثقافية Cultural Changes لدعم وتمكين قادة مشروع الانحراف السداسي من تحقيق نتائج إيجابية.

إن التحدي الأخير الذي تواجهه المؤسسات الخدمية في تطبيق الانحراف السداسي هو أنها تفشل في الحصول على فوائد تطبيقه على الفور، فقد يستغرق تحقيق وفورات في التكاليف من مشاريع الانحراف السداسي بعض الوقت لتحقيقها. وكثيراً ما يقوم المديرون بالتخلي عن انتهاز هذه الاستراتيجية في وقت مبكر جداً قبل تحقيق تلك الوفورات⁴.

¹ AIZED, T. **Total Quality Management and Six Sigma**. Croatia: Published by InTech, 2012, P.249.

² PARK, S.H. OP. Cit, P.155.

³ HEUVEL, J.V.D and others. OP. Cit, P. 379.

⁴ BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K. **Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management**. International Journal of Quality & Productivity Management Vol 05, N° 01, 2005, P.03.

وفضلاً عما سبق من تحديات، فإنّه عند تطبيق الانحراف السُّداسي في القطاع الخدمي لابد من الانتباه إلى عدّة أمورٍ تحدُّ من فعالية تطبيقه، والتي نذكر منها مايلي¹:

1. عدم توافر بيانات بالجودة المطلوبة، وخاصةً في بداية العمليات، مما قد يؤخر عملية تنفيذ المشروع؛ حيث أنّ جمع البيانات المتعلقة بالجودة قد يتطلّب وقتاً طويلاً؛
2. إنّ التعريف الإحصائي للانحراف السُّداسي هو 3.4 عيب أو خلل في كل مليون فرصة، الأمر الذي يمكن حسابه في القطاع الصنّاعي، أما في القطاع الخدمي فإنّ أي شيء لا يُلبّي رغبات العميل قد يُعتبر فشلاً كبيراً؛
3. الاعتماد على القرارات الشّخصية في عملية اختيار المشاريع وتفضيلاتها في أغلب المؤسسات، مما يؤدي في أغلب الأحيان إلى فشل عملية التّنفيد؛
4. إنّ التّغيير في مستوى الانحراف "سيجما" في الخدمات قد يكون غير ملموس، مما يستدعي وجوب الاهتمام بهذا الجانب وبشكلٍ أساسي؛
5. نظراً لوجود الأحزمة المختلفة التي يركّز عليها أي مشروع، فإنّ الانحراف السُّداسي يُمكن أن يتّجه بسهولة إلى البيروقراطية.

يتّضح مما سبق أنّ المؤسسات الخدمية التي تتبنّى منهج الانحراف السُّداسي تُواجهها العديد من التّحديات، والتي يتعين عليها أن تأخذها بعين الاعتبار، أهمّها صعوبة تحديد مستوى الانحراف لجودة العملية، ولعلّ لقلة البحوث والدّراسات التطبيقية المفصّلة في هذا المجال دوراً أساسياً في ذلك.

المطلب الثاني: بداية استخدام استراتيجية الانحراف السُّداسي في القطاع الصحيّ

يُعتبر الحفاظ على رضى المرضى أولويّةً قصوى من قبل العديد من مؤسسات الرّعاية الصحيّة، فقد تغيّر المفهوم التقليدي بسرعة، والذي مفاده أنّه مادام الناس يحتاجون إلى رعايةٍ صحيّة فهم يستمرون في اللّجوء إلى نفس مُقدّميها بدافع الضّرورة، حتى وإن لم يكونوا راضين عن الخدمات التي يتلقونها من قبلهم. كما أصبح بإمكان المريض الآن الحصول على مزيدٍ من المعلومات حول مُقدمي الرّعاية الصحيّة، مما يوفر له عدّة خيارات توفّر معلومات أكثر بشأن العلاج الذي تُقدّمه.

وتؤدّي الجودة الآن دوراً أكثر أهمية؛ حيث بدأ المرضى في اختيار مُقدّمي الرّعاية الصحيّة بناءً على جودة الرّعاية ومستوى رضاهم عن المؤسّسة الصحيّة من تجاربهم السابقة. وفي الوقت نفسه، بدأ العديد من مديري المستشفيات بالفعل في توظيف آراء ومفاهيم مرضاهم لتنظيم خدماتهم وموظفيهم وللتّحسين المستمر للأداء التّنظيمي

¹ راسم بوزان ابيش، مرجع سابق، ص. 49.



العام؛ حيث هناك ثلاثة مناهج لتحسين الجودة في قطاع الرعاية الصحية لتحسين رضى المرضى والمتمثلة في قياس وجهة نظر المرضى وانطباعاتهم، تحسين المخرجات للمرضى وأخيراً استخدام استراتيجية الانحراف السداسي. وبغض النظر عن المنهج أو المناهج المتبعة، فإن دعم الإدارة العليا على مستوى الإدارة أمر بالغ الأهمية لنجاح هذه البرامج¹. كانت الأسطورة الشائعة أن الانحراف السداسي لا يمكن أن يُستخدم إلا في المؤسسات الصناعية، ومع ذلك فإن هذا الرأي ببساطة غير صحيح. فقد أصبح تطبيق الانحراف السداسي في المستشفيات وعمليات الرعاية الصحية شائعاً جداً، غير أنه في دراسة لـ Huq and Martin سنة 2000 تبين أن واحداً فقط من سبعة مستشفيات التي شملتها الدراسة طبقت بنجاح برامج تحسين العمليات.

ويتم حالياً استخدام مفاهيم ومنهجيات الانحراف السداسي على نحو متزايد في صناعة الخدمات الصحية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، وزيادة الكفاءة، والقضاء على الأخطاء البشرية التي غالباً ما تكون قاتلة. وقد أدى إدخال الإدارة العامة General management وتزايد مشاركة الأطباء والمرضى في الإدارة إلى وضع جودة الخدمة بقوة في جدول أعمال الرعاية الصحية، وقد تفاقمت هذه الزيادة من خلال زيادة توقعات المرضى.

ولم يُستخدم الانحراف السداسي في مجالات الرعاية الصحية حتى عام 2001؛ بعد أن شاركت مؤسسة كومن ولث للصحة Commonwealth Health Corporation في كنتاكي Kentucky مع قسم المنتجات الطبية في جنرال إلكتريك، إذ تمكنت من تخفيض ناجح في زمن دورة معدات الأشعة بنسبة 33%.

وقد تم استخدام هذه الاستراتيجية بهدف تحسين تدفق المرضى وتم تطبيقها بالتحديد في قسم الأشعة، من خلال تحسين زمن الاستجابة، وقد أسفرت عملية التطبيق هذه عن تناقص في التكاليف، قُدر بانخفاض ما يُعادل 800000 دولار، أي بنسبة 25% من التكاليف السابقة لعملية التطبيق، وزيادة في وقت لاحق في الإيرادات تُقدَّر بـ 1.20 مليون دولار.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد حققت في عام 2006، انخفاضاً في تكاليفها قُدر بـ 1.65 مليون دولار سنوياً، مع تحسن زمن تدفق المرضى، وتحسين العدد أيضاً بنسبة 25%، كما تم تحقيق تحسن في مستويات رضى المرضى. وكمثال على ذلك، فقد ساعدت منهجية التحسين DMAIC لاستراتيجية الانحراف السداسي في تخفيض الوقت الذي يستغرقه المريض في مغادرة المستشفى بعد حصوله على خدمات التمريض، من 2.2 ساعة إلى حوالي 1.5 ساعة، بعد أن يُعطي الطبيب الأمر بالخروج.

وبعد ذلك تبعتها مجموعة "ماونت كارمل الصحية Mount Carmel Health" التي تمتلك ثلاثة مستشفيات وعدد موظفيها 7300 موظف، وتُعتبر هذه المجموعة من أوائل المؤسسات التي طبقت الانحراف السداسي في كامل المؤسسة².

¹ BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K. OP. Cit, P.04.

² REDDY, L. K.V and AL SHAMMARI, F. Six Sigma approach on discharge process turnaround time in King Khalid hospital, Hail, Saudi Arabia , **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, 7(14), 2013, P.-524 525.



تواجه مؤسسات الرعاية الصحية تحديًا بالغ الأهمية للاستفادة من استخدام الانحراف السُداسي؛ حيث نجد أن رعاية المرضى تشمل بشكل كبير العنصر البشري مقارنةً بالأجهزة، وبذلك فمن الصعب جدًا قياس التغير الدقيق فيها بأسلوبٍ كمي. ومن هذا المنطلق، فإنَّ التحدي الحاصل في اعتماد استراتيجية الانحراف السُداسي في الرعاية الصحية هو إيجاد طريقةٍ معيَّنة للاستفادة من البيانات المحصَّلة من الانحراف السُداسي للتحكُّم في سلوك الأفراد وتوجيهه. ولن يتحقق النجاح إلا عندما يتم الجمع بين الاستراتيجية التقنية للانحراف السُداسي والاستراتيجية الثقافية لتسريع التغيير، بالإضافة إلى توافر آلية تشغيل سليمة.

ومن جهةٍ أخرى، هناك في الغالب أربعة مؤشرات يُمكن استخدامها منفردةً أو مجتمعةً لتحديد مستوى أداء مؤسسات الرعاية الصحية، هذه المؤشرات هي مستوى الخدمة، وتكلفة الخدمة، ورضى العملاء، والتميز السريري أو الإكلينيكي Clinical excellence. ورغم أنَّ هذه المقاييس قابلةٌ للتطبيق في مؤسسات الرعاية الصحية، إلا أنَّها أيضًا من الصعب جدًا أن تُطبَّق في هذا المجال. وعلى الرغم من التحديات القائمة لاستخدام الانحراف السُداسي في قطاع الرعاية الصحية، إلا أنَّ العديد من المستشفيات بدأت في استخدامه بهدف تحسين رضى المرضى¹.

المطلب الثالث: مساهمة استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين جودة الخدمات الصحية

أولاً: مفهوم الانحراف السُداسي في المجال الصحي

عرِّفت استراتيجية الانحراف السُداسي في القطاع الصحي على أنَّها: "عملية تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات، بما يتوافق مع مُتطلبات المريض".

كما تم تعريفها أيضًا في هذا القطاع الحيوي على أنَّها: "عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء، وذلك باستخدام منهجية الانحراف السُداسي لتخفيض الاختناقات السريرية والآلية التي تُؤدِّي إلى إطالة الوقت والتكاليف العالية والنتائج السيئة".

وبما أنَّ الخدمات الصحية تتميز بالدقة، فإن حدوث أي خطأ في تقديم الخدمة الصحية قد يؤدي بحياة المريض، وعلى هذا الأساس فإنَّ تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية سيؤدي إلى تقليل معدل الأخطاء بدرجةٍ عالية². فكلما ارتفع مستوى الانحراف "سيجما" ارتفع أداء نظام الرعاية الصحية، وعلى سبيل المثال، فإنَّ العملية بمستوى 63 يكون فيها معدل العيوب أو الأخطاء مساويًا لـ 6.7 في المئة، في حين أنَّ العملية بمستوى انحراف 66 يُقابلها 3.4 عيب لكل مليون فرصة فقط³.

¹ BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K. OP. Cit, P.03.

² حبيبة قشبي. تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام منهجية السجما في المؤسسات الاستشفائية. مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي جامعة المسيلة، الجزائر، العدد 01، 2017، ص. 21-22.

³ TOLGA TANER, M, and others. OP. Cit, P. 331.

إنّ رضى المرضى، ورضى الطّبيب، وتخفيض العمل الإضافي، والتّقليل من وقت انتظار المريض، وزيادة الإيرادات وتحسين ظروف الحياة للعاملين في الرّعاية الصحية هي بعض من نتائج الانتقال إلى مستوى أعلى للانحراف Higher sigma level، أي أنّ الهدف من اعتماد فلسفة الانحراف السُداسي هو الانتقال من حالة راهنة إلى حالة مستقبلية أكثر إنتاجية، والتي تمكّن مؤسسة الرّعاية الصحية من تحقيق التّغيير الثقافي أيضاً¹.

علاوة على ذلك، يربط برنامج الانحراف السُداسي مُتطلبات العميل بسمات المنتج أو الخدمة، الأمر الذي يمنع العاملين في الرّعاية الصحية من تقديم الرّعاية التي لا يتوقعها المرضى، مما يُقلل أيضاً من التّكاليف. وبشكل خاص، فإنّ استراتيجية الانحراف السُداسي في القطاع الصّحّي تعمل في كلا الاتجاهين؛ تخفيض التّكاليف وتحسين الجودة. أمّا كون المريض جزءاً من عملية صناعة الخدمة الصحية فهو يعطي تفسيراً لمشكلات سلامة المريض. فالعملية غير الكاملة التي تُنتج عيوباً في الرّعاية الصحية تستدعي إعادة العمل، والذي يؤثر بشكل مباشر على سلامة المريض. لذلك تُعد استراتيجية الانحراف السُداسي أداةً قويّة لتحسين سلامة المرضى، من خلال تقليل عدد العيوب التي تُنتجها عمليات الرّعاية الصحية².

ثانياً: مجالات الاستفادة من الانحراف السُداسي في المجال الصّحّي

لا تُعدّ استراتيجية الانحراف السُداسي لتحسين الجودة وسيلةً لقياس ومراقبة معدلات الأخطاء فقط، بل تمتدّ لتشمل إدخال مجموعة واسعة من الأدوات إلى المؤسسة بهدف تحسين الأداء؛ ومن ثمّ تحسين مستوى الخدمة المقدّمة إلى العملاء³.

وبالإضافة إلى زيادة رضى المرضى، يُمكن استخدام الانحراف السُداسي في مجالاتٍ أخرى من الرّعاية الصحية مثل الحدّ من الأخطاء في الأدوية، والحدّ من أخطاء التّشخيص في المخابر الطّبية، ودراسات القدرة Capability Studies وتحسين الإجراءات الطّبية والجراحية المختلفة⁴.

تُعدّ منهجية الانحراف Sigma methodology أداة التحسين التي تركز على تطوير وتقديم خدماتٍ تكاد تكون مثالية Near-perfect services، هذا بالإضافة إلى أنّها واحدة من أقوى منهجيات تحسين الأداء التي تُغير وجه تقديم الرّعاية الصحية الحديثة، فإنّه يمكن التماس الصّفات أو الخصائص الأساسية لمنهجية الانحراف السُداسي في الحدّ من الاختلاف الذي يُؤدي إلى رعاية أكثر أماناً وأسرع وأكثر تنسيقاً، والحصول على معدل وفيات واعتلال morbidity أقل، والاستجابة بشكلٍ أفضل للاحتياجات وتحقيق أفضل قيمة من الموارد. وحتى الآن، فقد

¹ Ibid, P. 332.

² HEUVEL, J.V.D. **The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare**. Beaumont Quality Publications, 2006, P.30.

³ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص.16.

⁴ BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K. OP Cit, P.06.

ركزت مشاريع الانحراف السُّداسي في قطاع الرعاية الصحيّة على تقديم الرعاية المباشرة Direct care delivery بالإضافة إلى الدّعم الإداري والإدارة المالية¹.

كما يُمكن أن تُسهم استراتيجية الانحراف السُّداسي في تحسين جودة الخدمات الصحيّة، من خلال تنفيذ مشاريع الانحراف السُّداسي في المجالات الصحيّة التالية²:

1. زيادة قدرة العمل في غرف الأشعة السينية؛
2. الحدّ من حالات الطّوارئ التي يمكن تجنبها؛
3. تحسين الأداء اليومي؛
4. تحسين رضى المرضى في غرف الطوارئ؛
5. تقليل وقت إعداد التقارير الطّبية؛
6. التّقليل من الضّغط في أقسام الطّوارئ؛
7. التّقليل من دورة الوقت في مختلف المناطق الدّاخلية والخارجية للتّشخيص؛
8. تقليل عدد الأخطاء الطّبية؛ ومن ثمّ تعزيز سلامة المرضى؛
9. الحدّ من تدهور حالة المرضى؛
10. الحدّ من الأخطاء فيما يتعلّق بالأدوية عالية المخاطر؛
11. التّقليل من استخدام الأدوية؛
12. التّقليل من الأوامر الإدارية؛
13. التّقليل والحدّ من الأخطاء الإدارية؛
14. تحسين الإدارة النّشطة لتكاليف الموظفين؛
15. زيادة إنتاجيّة العاملين في مجال الرعاية الصحيّة؛
16. زيادة دقّة وصحة نتائج المخابر الطّبية؛
17. زيادة دقّة وصحة عمليات الفوترة؛ ومن ثمّ تقليل عدد الأخطاء فيها؛
18. تحسين توافر الأسرة في مختلف أقسام المستشفيات؛
19. تقليل عدد حالات التهابات ما بعد الجراحة والمشكلات الأخرى ذات الصّلة بها؛
20. تحسين جدولة اختبار التصوير بالرنين المغناطيسي IRM؛

¹ TOLGA TANER, M, and others. OP. Cit, P.330.

² Ibid, P .330-331.

21. الحدّ من فقدان أفلام التّصوير بالرنين المغناطيسي؛

22. تحسين الوقت لأوامر الصيدليّة؛

23. تحسين توظيف الممرضات أو أخصائيي الصيدلة؛

24. تحسين إنتاجيّة غرف العمليات؛

25. زيادة عدد العمليات الجراحية الممكن القيام بها؛

26. تخفيض مدة الإقامة في غرف الاستعجالات؛

27. تخفيض عمليات تحويل الاستعجالات؛

28. تحسين الإيرادات؛

29. الحدّ من مستويات المخزون؛

30. تحسين دقة تسجيل المرضى؛

31. تحسين وزيادة الاحتفاظ بالموظفين.

يُلاحظ من هنا أنّ مجالات تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي في القطاع الصحيّ مُتعدّدة جدًّا؛ بحيث يمكن تنفيذ مشروع بمحدّ ذاته بهدف الوصول إلى تحقيق خاصيّة معينة في الخدمة الصحيّة المقدّمة، والتي تُعتبر مُهمّة جدًّا لتحسين عمليّة تشخيص حالة المريض؛ ومن ثمّ الوصول إلى إعطائه العلاج المناسب، وفي النّهاية تحقيق نتيجة إيجابية قدر الإمكان في تحسين حالته الصحيّة، وفي نفس الوقت تحسين مستوى رضاه عن الخدمة الصحيّة المقدّمة له من خلال تحسين جودة هذه الخدمات.

المطلب الرابع: آلية ومتطلبات نجاح تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية

أولًا: آلية تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية

لتطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية، ينبغي القيام بالعديد من الإجراءات التي تُهيئ المناخ لنجاح عملية التّطبيق، وذلك من خلال تتبّع الخطوات التالية¹:

1. الخطوة الأولى: لا بدّ أولاً من نشر الوعي عن الجودة داخل المستشفى، ومراقبة تطبيق المعايير المطلوبة في الأقسام المختلفة له، ومراقبة تفعيل مختلف اللّجان ذات العلاقة بالجودة كلجنة مكافحة العدوى، لجنة السّجلات الطّبية، لجنة السلامة العامة والوقاية من المخاطر وغيرها من اللّجان. مع الحرص على متابعة وتوثيق نتائج مؤشّرات ضبط الجودة لكافة أقسام المستشفى.

¹ حبيبة قشي، مرجع سابق، ص. 24.

2. الخطوة الثانية: في هذه الخطوة يتعيّن القيام بدراسة إجراءات فتح واستخراج وتداول وحفظ الملفات الطبيّة، بالإضافة إلى اقتراح كل ما يلزم بشأن ضمان تنفيذها بيسر وسهولة، ثم متابعة قيام الأقسام بمراجعة المحتوى الفني للملفات المرضى.

3. الخطوة الثالثة: هنا يأتي دور الوقاية من المخاطر، وذلك من خلال دراسة المعلومات المتعلّقة بحالات الإصابات والحوادث بين المرضى والمراجعين وكذا العاملين بالأقسام والمواقع المختلفة، والتعرّف على العوامل ذات العلاقة بحدوثها والأسباب المؤدّية لذلك.

4. الخطوة الرابعة: يتمّ خلال هذه الخطوة مراجعة التقارير الواردة من كافة الأقسام عن كافّة حالات الوفيات التي تحدث بالأقسام المختلفة. والتأكّد من كل الإجراءات المتّخذة للرعاية وفقاً للإمكانات المتاحة، والتوصية بما يلزم بشأن إجراءات الرعاية مع دراسات التقارير التي يُقدّمها قسم السّجلات الطبيّة وإحصاء معدلات الوفيات بالأقسام المختلفة وتسجيلها.

5. الخطوة الخامسة: القيام بمنع العدوى وحصرها؛ حيث يتمّ تشكيل لجنة من رئيس الفريق يكون طبيباً مؤهلاً بالإضافة إلى مشاركين من كلّ من قسم الأمراض الدّاخلية، قسم الجراحة، المختبرات، العمليات، التخدير والسّجلات الطبيّة، التمريض، الصيدلة وأخيراً من قسم الطّب الوقائي، وذلك عبر مراجعة وتطبيق ومتابعة سياسات وإجراءات طرق منع العدوى.

6. الخطوة السادسة: أخيراً لا بُدّ من تطوير أخلاقيات المهنة وأنظمتها، وذلك من خلال التّوجّهات المستوحاة من المبادئ والقيم والتي تُعنى بكيفيّة التصرف اللائق أثناء ممارسة المهنة وأنظمتها. وهي تلك التشريعات والقواعد التي تُنظّم عمل الممارسين؛ بحيث يترتّب على انتهاكها عقوبات، فهي إذن بمثابة نوع من القوانين. كما يتعيّن هنا أيضاً التّركيز على الصّفات التي يجب أن يتحلّى بها الطّبيب عند تأدية عمله؛ من صدق وإخلاص ونزاهة وأمانة، بالإضافة إلى مكارم الأخلاق والعطف والصّبر واحترام الآخرين والتّواضع.

ثانياً: متطلبات نجاح تطبيق الانحراف السُداسي في المؤسسات الاستشفائية

حتى تتمكّن المؤسسة الاستشفائية من النّجاح في جهودها من أجل تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي، فإنّه ينبغي توافر العديد من العوامل التي من أهمّها مايلي¹:

¹ المرجع السابق، ص. 25.



1. التركيز على العميل: الهدف الأساسي من تطبيق الانحراف السُداسي هو تحقيق متطلبات المريض وتوصيل المنتج أو الخدمة دون تأخير ودون أخطاء؛
 2. دعم وتأييد الإدارة العليا لهذه الجهود المبذولة، بالإضافة إلى سعيهم المتواصل نحو الوصول إلى مرحلة خلوّ العمليّات من الأخطاء؛
 3. التزام العاملين واقتناعهم بالانحراف السُداسي كمنهجية للتّحسين المستمر، وبأنّ عليهم أن يضعوا نُصب أعينهم وجوب أداء العمل الصّحيح من المرة الأولى؛
 4. وجود نظام قياسٍ فعال؛
 5. وجود نظام معلومات قادر على إيصال المعلومة إلى الجهة المعنيّة وفي الوقت المناسب؛
 6. تدريب العاملين وتعريف كلّ منهم بدوره في تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي.
- بالنّظر إلى هذه العوامل فهي لا تتنافى مع تلك التي يتطلّبها تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بشكلٍ عام والتي تم التّطرّق إليها سابقاً، وإنما تُصبّ في نفس الهدف وتُدور حول نفس الأفكار؛ حيث نجدها تركز بالدرجة الأولى على العميل الذي يُعتبر إرضاءه الهدف الأساسي لاستراتيجية الانحراف السُداسي.

خلاصة الفصل الثاني

بعد العرض الذي تم في هذا الفصل، فإنّ أهم ما يُمكن استخلاصه هو أن المؤسسات الاستشفائية هي أهم المؤسسات الصحيّة التي يتلقّى فيها المرضى أعلى خدمة؛ من حيث قيمتها كضرورة إنسانية تُقدّم للفرد مهما كانت مكانته في المجتمع. فالخدمة الصحيّة بطبيعتها متميّزة عن باقي الخدمات كونها ترتبط بحياة الأشخاص، ومن جهةٍ أخرى أدّت المنافسة في المجال الصحيّ وغيرها من التطورات إلى ضرورة تبني نظم الجودة، لأنّ المريض أصبح لا يرضى إلا بخدمةٍ في مستوى تطلّعاته، من حيث السرعة في تقديمها وظروف الحصول عليها؛ كملاءمة قاعات الانتظار ونظافتها وتوافر الأجهزة الطبيّة وحسن استخدامها، بالإضافة إلى حسن الاستقبال والمعاملة وغيرها من الأمور التي ينتظرها المريض، والتي لها الأثر البالغ في الحالة الصحيّة له.

ولهذه الأسباب ظهرت الحاجة إلى انتهاج أساليب علمية ترفع وتحسّن من مستوى الخدمات الصحيّة؛ حيث تُعتبر استراتيجية الانحراف السُداسي كأحد أهم وأحدث أساليب الجودة والسعي لتحقيق أعلى مستويات الرضى لدى المرضى، والتي تتطلب آليات محدّدة لتطبيقها في المؤسسات الاستشفائية، كما تُواجهها العديد من التحديات أبرزها صعوبة تحديد مستوى الانحراف لجودة العملية الناتجة عن الخصائص المميّزة للخدمة. ولا تختلف خطوات منهجية التحسين DMAIC في قطاع الخدمات إلا في الأدوات التي تُستخدم في كلّ مرحلةٍ من مراحل تطبيقها؛ حيث تُعدّ مؤسسة كومن ولث للصحة Commonwealth Health Corporation أولى المؤسسات الصحيّة التي طبقت استراتيجية الانحراف السُداسي بعد أن شاركت مع قسم المنتجات الطبيّة في جنرال إلكتريك عام 2001، وحقّقت العديد من الوفورات نتيجةً لذلك.

وفي هذا السياق، وبالنظر إلى ما يُعانيه المريض الجزائري فإن المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تتطلب وبشكلٍ مُستعجل انتهاج مثل هذه الاستراتيجية الفعّالة والاستفادة منها. وعلى هذا الأساس تم تخصيص الفصل الموالي للقيام بمحاولة تطبيقها على بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف، بهدف الارتقاء بمستوى خدماتها وتحقيق رضى المرضى المراجعين والمقيمين بها.

الجزء التطبيقي للدراسة:



الفصل الثالث:

تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي
للارتقاء بالخدمات الصحيّة لبعض
المؤسّسات الاستشفائية بولاية سطيف





تمهيد:

بعد العرض النظريّ السّابق لجوانب موضوع البحث الأساسيّة، سيتمُّ الارتكاز عليها ومحاولة تطبيق ما يُمكن تطبيقه منها في هذا الفصل، وذلك بهدف توضيح كيف تُسهم استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين الخدمات الصحيّة بالمؤسسات الاستشفائية بشكلٍ عام وبالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة بشكلٍ خاص. ولهذا الغرض تم تقسيم الفصل الثّالث والأخير من هذا البحث إلى أربعة مباحث، كما يلي:

المبحث الأوّل: لمحة عن واقع الصّحة بالجزائر وولاية سطيف

تم تخصيص هذا المبحث لتسليط الضّوء على واقع الصّحة بالجزائر بشكلٍ عام وبولاية سطيف بشكلٍ خاص، وذلك من حيث انتشار الأمراض المهلكة، الهياكل الصحيّة وعدد المستخدمين، بالإضافة إلى إبراز أهم أسباب تدهور مستوى الخدمات الصحيّة بالجزائر وسبل إصلاحها.

المبحث الثّاني: عرض المؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة وإجراءات الدّراسة الميدانية

تناول المبحث الثّاني عرضاً مُختصراً للمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؛ من حيث الموقع، الطّاقة الاستيعابية مُثَلَّة في عدد الأسرة، وعدد الأطباء والمرّضين بكلّ منها، بالإضافة إلى الخطوات المتّبعة في الدّراسة الميدانية بالتسلسل.

المبحث الثّالث: عرض وتحليل نتائج استمارتي البحث

خُصّص هذا المبحث للعرض والتحليل الإحصائي لنتائج استمارتي البحث المعتمدتين؛ بدءاً بالاستمارة الموجهة للمرضى ثم الموجهة للطّاقم الطّبي وشبه الطّبي.

المبحث الرّابع: التّصوّر المقترح لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة

عُني المبحث الأخير بعرض التّصوّر المقترح لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة، وذلك من خلال تتبّع مراحل منهجية التحسين DMAIC خطوةً بخطوة.



المبحث الأول: لمحة عن واقع الصحيّة بالجزائر وولاية سطيف

عرّفت الصحيّة بالجزائر العديد من المخطّات المهمّة حتى وصلت إلى ما هي عليه الآن، مُنتقلةً إلى وضعٍ أحسن من حيث انتشار الأمراض وتُعزّز القطاع بالهياكل المادية والبشريّة، على الرّغم من المشكلات التّنظيميّة والإداريّة التي أثّرت وتؤثّر على مستوى الخدمات الصحيّة المقدّمة في مختلف مؤسّساته.

المطلب الأول: انتشار الأمراض المعدية والمُهَلِكَة

تميّز الوضع الصحيّ في الجزائر خلال العشريّة الأولى من عمر الاستقلال بانتشار الأمراض المعدية والوبائيّة والمتعلّقة بالظُرُوف المعيشيّة المزريّة آنذاك، الأمر الذي أدّى إلى ارتفاع معدّل وفيات الأطفال الذي تجاوز 280 حالة في كل 1000 ولادة، أمّا العمر المتوقّع عند الولادة فقد كان يُقدّر بـ 47 سنة فقط. إنّ هذه الظُرُوف الصّعبة وقلة الوسائل المادية والبشريّة كانت من أصعب التّحديات التي واجهت الدّولة الجزائريّة في تحسين الأوضاع الصحيّة لمواطنيها¹.

مع ذلك، ولأنّ الصّحة ليست حقّاً أساسيّاً فقط، بل هي مصدرُ التّطوّر الاجتماعي والاقتصادي وحتى الفردي فقد أولت الدّولة الجزائريّة الصّحة اهتماماً بالغاً، ولأجل ذلك عمدت إلى إنشاء أول وزارة للصّحة في عهد حكومة أحمد بن بلة والتي شُكّلت يوم 28 سبتمبر 1962، ثم وزارة الشّؤون الاجتماعية في عهد حكومة أحمد بن بلة الثانية والتي شُكّلت يوم 18 سبتمبر 1963، ثم وزارة الصّحة في عهد أحمد بن بلة الثالثة والتي شُكّلت يوم 02 ديسمبر 1964، ثم وزارة الصّحة العامة في عهد حكومة الهواري بومدين والتي شُكّلت يوم 10 جويلية 1965، وذلك لتحقيق هدفين رئيسيين هما إعادة توزيع المؤسّسات الصحيّة؛ بما فيها الأطباء والمرضين على جميع جهات الوطن بحيث تتحقق المساواة في العلاج؛ ومحاربة الأمراض والأوبئة المتنقلة مثل مرض السُّل، التيفوئيد، التهاب السّحايا وغيرها².

كما أكّدت على ذلك الاهتمام أيضاً في المادة 54 من الدّستور والتي تنصّ على أنّ: "الرّعاية الصحيّة حقٌّ للمواطنين وتتكفل الدّولة بالوقاية من الأمراض الوبائيّة والمعدية وبمكافحتها"³. وبعد التّعديل الدّستوري المؤرّخ في 6 مارس 2016 تم تعويض هذه المادة بالمادة 66 التي تنصّ على أنّ: "الرّعاية الصحيّة حقٌّ للمواطنين، تتكفل

¹ الصحة العموميّة: نتائج ملموسة على كافة الأصعدة، وثيقة إنترنت متوفرة على الموقع: www.djazair.dz تم الاطلاع عليها يوم 4 نوفمبر 2013.

² سميرة بيطام. التنمية الصحيّة المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر. بحث متوفر على الموقع:

<https://hopital-dz.com/index.php/24/?app=article.show.339>، تم الاطلاع عليه يوم 7 فيفري 2018.

³ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76 المؤرخة في 8 ديسمبر 1996 معدل بالقانون رقم 03-02 المؤرخ في 10 أبريل 2002 والقانون رقم 08-19 المؤرخ في 15 نوفمبر 2008.



الدّولة بالوقاية من الأمراض الوبائيّة والمعدية وبمكافحتها، تسهر الدّولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين¹.

لقد اعتمدت في هذا الشأن عدّة برامج كانت موجهة إلى الفئات المحرومة؛ حيث تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال وبعد ذلك تم تأسيس الطّب المجاني أو ما يُسمّى بالصّحة العموميّة، وهذا المفهوم هو لبّ جلّ السياسات الصحيّة التي اعتمدها الجزائر في سبيل تأمين السّلامة الصحيّة لكلّ الأفراد². وقد تم اتّخاذ الإجراءات اللازمة للتّحكّم في انتشار الأمراض، وذلك من خلال التدابير الوقائيّة التي كان أهمّها تبنيّ عدّة برامج وقائيّة على مراحل في إطار تطبيق سياسات العلاج المجاني، على رأسها البرنامج الموسّع للقاحات الأطفال والذي بلغ مستوى تجاوز توصيات المنظمة العالميّة للصّحة³؛ حيث نصّ المرسوم 69-88 الصادر في 19 جوان 1969 على إجباريّة التلقيح ضدّ الأمراض التّالية: السّل، الدفتيريا، الكزاز، السّعال الديكي، شلل الأطفال والجذري. أمّا المرسوم 85-282 فقد جعل التلقيح ضدّ الحصبة إجباريّاً ونصّ على التّخلي عن التلقيح ضدّ الجدري. في حين حدّد المرسوم الصّادر في 31 أكتوبر سنة 2000، الرّزنامة الجديدة للتلقيح وأدرج اللقاح المضاد لالتهاب الكبد الفيروسي نوع B⁴.

وبفضل هذه الجهود بلغت التّغطية الشّاملة للّقاح المضاد للسّل 99 B.C.G %، في حين وصل اللّقاح المضاد للسّل 91 % والمضاد للحصبة 88 % أمّا مضاد التهاب الكبد الفيروسي فبلغ 90 %. مما أدّى إلى القضاء نهائيّاً على بعض الأمراض الفتّاكة، هذا بالإضافة إلى التّحكّم في الأمراض الأخرى التي أصبحت تقريرياً منعدمة. الأمر الذي ساهم في تخفيض وفيات الأطفال إلى 23 حالة في كل 1000 ولادة، وبهذا تكون الجزائر قد حقّقت أحد أهم أهداف الألفية⁵؛ حيث تمّ تسجيل تراجعٍ مُعتبر في عدد المصابين بكلّ من التيفويد، أمراض الإسهال، الالتهاب الفيروسي من نوع A، الملاريا المحليّة والمستوردة، الدفتيريا، السّعال الديكي والكزاز في الفترة الممتدة ما بين 2006 و2010. إلّا أنّه ورغم كلّ هذه الجهود، فقد كان هناك ارتفاعٌ محسوس في عدد حالات الإصابة بالسّل بالنّسبة لسنتي 2010 و2011، الحمى المالطية سنة 2010 والتهاب الكبد الفيروسي B و C سنة 2011⁶.

¹ الجريدة الرسميّة للجمهورية الجزائرية، العدد 14، قانون رقم 01-16 مؤرخ في 7 مارس 2016 يتضمن التعديل الدستوري.

² سميرة بيطام. مرجع سابق.

³ الصحة العموميّة: نتائج ملموسة على كافّة الأصعدة، مرجع سابق.

⁴ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. **Programme élargi de vaccination**. Algérie, 2001.

⁵ الصحة العموميّة: نتائج ملموسة على كافّة الأصعدة، مرجع سابق.

⁶ O N S. **L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011**. Edition 2012, p. 25.



وتدعيمًا للمجهودات السابقة، فقد تم إنشاء لجنة وطنية لمكافحة انتشار الأمراض وموت الأمهات طِبِّيًا للقرار الوزاري رقم 11 الصادر في 22 أفريل عام 2002؛ حيث عملت هذه اللجنة المتكوّنة من أعضاء مختصين على تحديد وتوفير كلّ الموارد البشرية والوسائل المادية اللازمة لتحقيق الأهداف التي أنشئت من أجلها¹.

وحسب إحصائيات المنظّمة العالمية للصّحة، فقد ارتفع العمر المتوقّع عند الولادة إلى ما بين 75 و77 سنة العام 2016، وحُدّد معدل الوفيات ما بين 15 و60 سنة بـ 84/106 حالة في الألف لنفس السّنة. أما فيما يخصّ النفقات الإجماليّة التي تُخصّصها الجزائر للقطاع الصّحيّ فقُدّرت بـ 7.2% من النّاتج المحلي الإجمالي وهذا لسنة 2014².

وقد انخفضَ معدل وفيات الأمهات من 60.3 حالة في كل 100000 من المولودين الأحياء عام 2014 مقابل 117.4 حالة في كل 100000 من المولودين الأحياء عام 1999. أما فيما يتعلق بصحّة الأطفال فإنّ وفيات حديثي الولادة كانت مرتفعة في الفترة ما بين 1985 و2012 رغم أنّها سجّلت انخفاضًا مُقدّرًا بـ 8 نقاط، من 24 في الألف للفترة ما بين 1985 و1989 إلى 15.7 في الألف للفترة ما بين 2008 و2012. في نفس الوقت كان هناك انخفاض ملحوظ في وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 43 في الألف سنة 2000 إلى 27.5 في الألف سنة 2010 لتصل إلى 25.6 في الألف 2014. مما يؤكّد أن هناك تحسّنًا مُستمرًا للحالة الصّحيّة للأطفال عمومًا وعلى الرغم من ذلك ومن الجهود المبذولة في الوقاية فإنّ هذه المعدلات تُعدّ مرتفعة³.

كما يُمكن توضيح الإحصائيات المسجّلة في السّنّوات الأخيرة حول الأمراض المعدية والمهلكة بشيءٍ من التّفصيل في الجدول رقم (01-03) كما يلي:

¹ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. **Programme national de lutte contre la morbidité mortalité maternelle et périnatale, bilan d'activité 2002-2003**. 2003, P.6.

² الموقع الرسمي للمنظمة العالمية للصّحة: www.who.int/ar ، تم الاطلاع عليه يوم 25 أفريل 2018.

³ CNES. **Rapport national sur le développement humain-Algérie : 2013-2015**, réalisé en Coopération avec le Programme des Nations Unies pour le développement, P.82-83.

جدول رقم (03-01): تطور الأمراض المعدية والمُهْلِكَة في الجزائر ما بين 2010 و2015

2015	2014	2013	2012	2011	2010	البيان
3967	6563	3313	3455	5284	3369	التهاب السحايا
97	123	177	232	217	223	التيفوئيد
158	179	163	150	526	560	الإسهال
1357	2746	1556	1466	1262	1853	التهاب الكبد الفيروسي من النوع A
2896	2576	2342	1797	2003	1783	التهاب الكبد الفيروسي من النوع B
935	812	785	603	627	526	التهاب الكبد الفيروسي من النوع C
1955	1938	7672	270	414	556	الرمد الحبيبي
747	266	603	887	191	408	الملاريا
729	260	587	828	187	400	الحالات المستوردة منها
372	363	388	315	334	339	الكيس المائي
48	34	46	57	94	121	داء الليشمانيات الحشوي
6542	4543	6171	8390	16585	21049	داء الليشمانيات الجلدي
6456	5533	3936	4500	6123	10014	الحمى المالطية
21	7	21	17	17	14	داء الكلب
197	154	3544	1891	1899	1486	الحصبة
0	0	0	0	0	0	الدفتيريا
38	53	124	132	27	34	السعال الديكي
6	9	12	10	7	6	الكزاز
23562	22449	21973	21413	21887	21786	السل بكل أنواعه
90	101	95	93	102	142	السيدا

المصدر: O.N.S. L'Algérie en quelques chiffres : résultats 2009-2011. Edition 2012, p.25.

بالإضافة إلى ماسبق، يُبين هذا الجدول الارتفاع المحسوس في بعض الأمراض الوبائية أو ما يُسمَّى أيضًا بأمراض الفقر؛ كالسل بكلِّ أنواعه وذلك بنسبة 2.62% ما بين سنة 2012 و2013 ونسبة 10.04% ما بين سنة 2012 و2015، الأمر الذي يستدعي الدراسة والاهتمام من أجل اتخاذ التدابير اللازمة.

أما فيما يخص الحصبة، فقد سُجِّل ارتفاع بنسبة 138.49% ما بين سنة 2010 و2013 لتتخفص بنسبة 95.65% سنة 2014 مقارنةً بسنة 2013 وتعود إلى الارتفاع بعد ذلك بنسبة 27.92% في سنة 2015. مع الإشارة إلى أنه قد تم تسجيل حالاتٍ مُعتبرة العام 2018 من الحصبة أو ما يسمى أيضًا بالبوحمرون بالعديد من ولايات الوطن، وبالخصوص في المناطق النائية مُخلقةً وفيات لدى الأطفال الرُضَّع وكبار السن.



ومن جهةٍ أخرى شهدت الجزائر تغييرًا واضحًا في الهيكلية المرضية بفعل انخفاض الأمراض المتنقلة وارتفاع معدل الأمراض المزمنة. فمن خلال دراسةٍ قام بها المعهد الوطني للصّحة العموميّة في سنة 1996، تأكّد ظهور العديد من الأمراض المزمنة كداء السُّكّري، الأمراض القلبيّة، السرطان والأمراض العقليّة¹. والجدول رقم (02-03) يُبيّن درجة انتشار أهم هذه الأمراض لسنة 2006 كما يلي:

جدول رقم (02-03): درجة انتشار أهم الأمراض المزمنة حسب السّن والنوع لسنة 2006 (%)

السّن	18-0	34-25	24-19	59-35	60+	المجموع
ارتفاع ضغط الدم	0.06	0.57	0.13	7.82	31.15	4.38
أمراض السُّكّري	0.16	0.42	0.23	4.13	12.52	2.1
أمراض المفاصل	0.22	0.46	0.26	2.91	10.59	1.7
الربو	0.7	0.91	0.8	1.80	3.09	1.2
أمراض القلب	0.24	0.31	0.26	1.65	6.98	1.1
أمراض أخرى	1.27	0.31	0.26	1.65	6.98	1.11

المصدر: إلياس بومعروف. دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية. أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف، 2010-2011، ص 254.

يتّضح من خلال هذا الجدول أن النّسب العالية تخصّ الأفراد الأكثر من 60 سنة والتي تتعلّق بالدرجة الأولى بارتفاع ضغط الدّم، تليها أمراض السُّكّري وأمراض المفاصل بنسبة 31.15، 12.52 و 10.59 بالمئة على التوالي، وهي ناتجةٌ أساسًا عن الضّغوطات التي يعيشها الجزائري في كل المجالات، بالإضافة إلى تغيّر نمط التّغذية التّقليدي والتّوجّه إلى الأكل السّريع والمعلّب.

أما عن مرض السرطان فهو يحتل مكانةً هامة بين الأمراض غير المتنقلة؛ حيث يتم تسجيل 30000 حالة جديدة كل سنة وحوالي 20000 شخص يتوفى خلال كل سنة، والذي يُعتبَر أحد الأسباب الرئيسيّة للوفاة. وتعود هذه الوفيات المرتفعة إلى التّشخيص المتأخّر، والتّكثّل الصّعب والمكلّف. وحسب بيانات سجل السرطان، قُدّر معدل الأثر الإجمالي لداء السرطان بـ 85.5 حالة لكل 100000 ساكن².

¹ إلياس بومعروف. دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية. أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، 2010-2011، ص 253.

² مريزق عدنان. دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر. مجلة العلوم الإنسانية: جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، العدد 25، ص 57.



المطلب الثاني: تطوّر الهياكل الصحيّة وعدد المستخدمين

أولاً: الهياكل الصحيّة

من أجل تعزيز الصّحة بالجزائر، عرّفت الهياكل الصحيّة الجزائرية عدّة تطورات، إلى أن بلغت في السّنوات الأخيرة مستوياتٍ مُعتبرة، يُمكن توضيحها في الجدول رقم (03-03) كما يلي:

جدول رقم (03-03): تطور الهياكل الصحيّة في الجزائر ما بين 2011 و2015

2015		2014		2013		2012		2011		البيان
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
38305	200	38015	196	37769	194	37545	193	37442	192	المؤسسات الاستشفائية العموميّة EPH
13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	12171	14	المراكز الاستشفائية الجامعيّة CHU
11637	75	11499	71	11298	68	10863	66	10816	63	المؤسسات الاستشفائية المتخصّصة EHS
-	271	-	271	-	271	-	271	-	271	مؤسسات الصحة الجواريّة العموميّة
3889	1659	3735	1637	3539	1615	3314	1601	3331	1551	العيادات متعدّدة الخدمات
-	5762	-	5726	-	5634	-	5545	-	5491	قاعات العلاج
-	10865	-	10700	-	10438	-	10058	-	9690	الصيدليات
-	9962	-	9794	-	9520	-	9135	-	8760	منها الخاصّة
3175	415	3203	416	3167	412	2996	409	3099	437	عيادات الولادة العموميّة
-	114	-	97	-	107	-	105	-	101	عيادات الولادة الخاصّة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

-O.N.S. L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2013-2015. Edition 2016, p.26.

-O.N.S. L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2011-2013. Edition 2014, p.26.

إنّ أهمّ ما يُمكن ملاحظته من هذا الجدول هو الزيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصّصة؛ حيث تَعزّز القطاع بـ 12 مؤسسة استشفائية مُتخصّصة ما بين سنتي 2011 و2015، بما يعادل زيادةً في عدد الأسرة بـ 7,59% والتي تُعدّ مكسباً مُهمّاً. كذلك الأمر بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العموميّة فقد حضي القطاع بـ 08



مؤسسات إضافية خلال نفس الفترة، ما يعني زيادةً في عدد الأسرة بـ 2.30%؛ مما يزيد فرص توفير عناية أفضل للمرضى وتقليل الضّغط أيضًا. من جهةٍ أخرى، يُلاحظ استفادة قطاع الصّحة من مركزٍ استشفائي جامعي عام 2015 والذي يُعدّ إنجازًا مهمًّا يُوفر فرص التّكوين للأطباء والمرضى، فضلًا عن الرّعاية للمرضى. كما كانت هناك زيادةً في عدد العيادات مُتعدّدة الخدمات بـ 108 عيادة ما يُوفّر زيادةً في عدد الأسرة بـ 558 سرير ما بين سنة 2011 و2015، بالإضافة إلى تعزيز القطاع بـ 1175 صيدلية ما بين 2011 و2015 كذلك.

أدّت هذه التّطوّرات الهامة في الهياكل الصحيّة إلى نتائج ملموسة، منها تراجعٌ محسوسٌ في الأمراض المتنقلة والقضاء على بعضها نهائيًّا، وكذا انخفاض الوفيات بشكلٍ عام ولدى الأمّهات الحوامل والأطفال بصفةٍ خاص، وذلك بنسبة 5% سنويًّا. كما قد ساهمت سياسة الانفتاح وتخلّي الدّولة عن الاحتكار في توزيع واستيراد الأدوية في تعزيز القطاع بالعديد من العيادات الاستشفائية الخاصة، بالإضافة إلى بروز عدّة وحدات إنتاج أيضًا¹.

كما تجدر الإشارة هنا إلى أنّ الجزائر تشهدُ سوءًا في توزيع المؤسسات الصحيّة على التّراب الوطني، فنجد أنّ العاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من مجموع هذه الهياكل، في حين لا يتعدّى ذلك في الشرق نسبة 22%، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي 1% فقط²، مما يؤثر سلبيًّا على المستوى الصحي للسّكان، غير أنّ معاًم اهتمام الجزائر بتحسين الصّحة في الجنوب قد بدأت بالظهور؛ حيث تم تدشين مشاريع إنجاز أربع مستشفيات بولاية أدرار بسعة 640 سرير في 6 نوفمبر من العام 2013³. ولتغطية العجز المسجّل في مجال الأخصائيين بهذه المنطقة، قامت وزارة الصّحة بإرسال 350 طبيب مختص في إطار الخدمة المدنية خلال سنة 2014، مع ضمان سكن وظيفي، في إطار برنامج الاستثمارات العموميّة للفترة الممتدة ما بين 2010 - 2014؛ حيث استفاد قطاع الصّحة من غلافٍ مالي قُدّر بـ 619 مليار دينار جزائري⁴.

ثانيًا: تطوّر عدد المستخدمين

قبل سنة 1965، لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب؛ منهم 285 جزائري فقط، وهو ما يعادل طبيبًا واحدًا لكل 8092 نسمة، و264 صيدليًا؛ أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أمّا أطباء الأسنان، فكانوا حوالي 151 طبيبًا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة⁵.

¹ الصحة العموميّة: نتائج ملموسة على كافة الأصعدة، مرجع سابق.

² إلياس بومعروف وعمار عمّاري. من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث: جامعة سطيف، الجزائر، العدد 07، 2009-2010، ص.34.

³ تصريح الوزير الأول السابق عبد المالك سلال بتاريخ 2013/11/06 في نشرة الأخبار "الثامنة" على الجزائرية الثالثة.

⁴ سميرة بيطام، مرجع سابق.

⁵ المرجع نفسه.



ومن أجل تحقيق تغطية طبيّة أفضل، شهد القطاع الصحي الوطني تطوُّراً ملحوظاً في عدد العاملين به نتيجة تدعيم التكوين الطّبي وشبه الطّبي. والجدول رقم (04-03) يوضح التّطوُّر الحاصل في السّنوات الأخيرة، كما يلي:

جدول رقم (04-03): تطوُّر عدد مستخدمي الصّحة بالجزائر ما بين 2010 و2015

البيان	2010	2011	2012	2013	2014	2015
عدد الأطباء	56209	59618	63534	66236	69076	73431
عدد جراحي الأسنان	11633	12092	12422	12782	13168	13645
عدد الصيادلة	9081	9588	10171	10538	11078	11475
المجموع	76923	81298	86127	89556	93322	98551
العدد الإجمالي للشبه طبيين	104301	108878	117590	123344	121803	123458

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

- O.N.S .L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2009-2011. Edition 2012, P. 22.
- O.N.S .L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2011-2013. Edition 2014, P. 25.
- O.N.S .L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2013-2015. Edition 2016, P. 25.

نلاحظ من خلال هذا الجدول الارتفاع المعتبر في عدد شبه الطّبيين وبنسبة 18,37% سنة 2015 مقارنةً بسنة 2010، في حين ارتفع عدد الأطباء بنسبة 30.64% وجراحي الأسنان بنسبة 17.30%، أما الصيادلة فبنسبة 26.36% سنة 2015 دائماً مقارنةً بما كان عليه سنة 2010، ومع ذلك نجد تفاوتاً كبيراً في توزيع هذه الطّاقات بين الولايات والجهات، مما يترجم عدم التّحكّم في التّوازن الجهوي وخاصةً بالنسبة للأطباء المتخصّصين.

إلا أنّه وعلى الرّغم من الجهود المبذولة والنتائج الإيجابية التي عرّفها القطاع، وحسب تقرير منظمة الصّحة العالمية لسنة 2006 فإن الجزائر تحتلّ المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي، والمرتبة 81 فيما يتعلق بالنّظام الصحي. الأمر الذي يدلّ على أن المستوى الصحي للسّكان لا يرتبط بالنّظام بقدر ما يرتبط بمتغيّرات اجتماعيّة وثقافيّة واقتصادية. كما احتلّت المرتبة 84 فيما يخص معدل العمر المتوقّع عند الولادة، وهذا من بين 192 دولة عضوة في منظمة الصّحة العالمية، والمرتبة 110 بالنسبة لمستوى توزيع الخدمات الصحيّة، وأخيراً المرتبة 114 بالنسبة لمستوى الإنفاق الصحي¹.

وبالنّظر إلى هذه الحقائق، فإنّ الجزائر لا تزال بحاجة إلى المزيد من الجهود لترقية هذا القطاع الحيوي، خاصّةً فيما يتعلق بضبط المشكلات والتّجاوزات التنظيمية التي تُعاني منها مختلف المؤسسات الصحيّة، وهذا في سبيل تحسين المستوى الصحي للسّكان.

¹ إلياس بومعروف وعمار عماري، مرجع سابق، ص.32.



المطلب الثالث: الصحة بولاية سطيف

تُعدّ ولاية سطيف من أجمل وأهمّ الولايات في الجزائر نظرًا لعدّة اعتبارات، وقد شملت هذه الدّراسة بعض المؤسسات الاستشفائية بهذه الولاية التي تُعتبَر جزءًا لا يجزأ من الخريطة الصحيّة للجزائر، لها نصيبٌ من هياكلها الصحيّة ولا يختلف واقع الخدمات بها عن تلك المقدّمة في الولايات الأخرى كثيرًا.

أولاً: انتشار الأمراض المعدية والمهلكة

على الرّغم من الجهود التي قامت بها الدّولة الجزائرية في سبيل تحسين الوضع الصحي، كما تمت الإشارة إليه فيما سبق، إلّا أنّ الأمراض المعدية والمهلكة لا تزال تُسجّل في كل ولايات الوطن على حدّ سواء، وبولاية سطيف وحسب إحصائيات سنة 2014 كانت الأرقام المسجّلة، كما هو موضح في الجدول رقم (03-05):

جدول رقم(03-05): إحصائيات الأمراض المعدية والمهلكة بولاية سطيف لسنة 2014

الأمراض	عدد الحالات	عدد الحالات في 100000 نسمة
حمى التيفوئيد (FT)	08	0.5
التهاب الكبد الفيروسي نوع A	208	12
الإسهال	05	0.28
التسمّمات والأمراض الناجمة عن الأغذية.	302	17
الحمى المالطية	56	3.21
الكيس المائي	23	1.32
داء الليشمانيات الجلدي	15	0.86
داء الليشمانيات الحشوي	02	0.11
داء الكلب	03	0.17
السل الرئوي	السل غير الرئوي	80
	1090	306
	1396	

المصدر: الموقع الرسمي لمديرية الصحة والسكان سطيف www.dsp-setif.dz حسب إحصائيات ماي 2015، تم الاطلاع عليه يوم 15 جانفي 2018.

يتّضح من بيانات هذا الجدول أنّ الرّقم المخيف يتعلّق بمرض السّل بنوعيه، والمقدّر بـ 1396 حالة سنة 2014. هذا المرض الذي يُعدّ من أمراض الفقر والذي عاد إلى الانتشار مؤخرًا، خاصّة بولاية سطيف، رغم الجهود المبذولة والتي أثمرها توفير وإجباريّة التلقيح، والمبالغ الضّخمة التي تُصرف على دواء السّل الذي يُعدّ من صنف أعلى المضادّات الحيويّة عالميًا. من جهةٍ أخرى، يُلاحظ تسجيل 208 حالة التهاب كبد فيروسي من النوع A و56 حالة حمى مالطية، وهي أرقام تستدعي القلق أيضًا واتخاذ التدابير اللازمة بصفةٍ مُستعجلة.



من جهةٍ أخرى، وحسب إحصائيات نفس السّنة دائماً قُدِّر معدل الوفيات بشكلٍ عام في ولاية سطيف بـ 3.46 حالة في الألف، تُمثل حالات الوفيات المتعلّقة بالولادة 31.6 حالة في ألف ولادة، ومعدل وفيات الأمهات 36.65 حالة في كل 100000 ولادة حية، ومعدل وفيات الأطفال ما بين 0 و7 أيام 12.73 حالة في الألف والأقل من سنة 19.05 حالة في الألف¹.

ثانياً: الهياكل الصحيّة

تُمثل ولاية سطيف قُطْباً صحّياً مُهمّاً للعديد من الولايات المجاورة، خاصّةً ولايتي مسيلة وبرج بوعريّيج؛ حيث تتوفر على العديد من الهياكل الصحيّة والتي تظهر بالتفصيل في الجدول رقم (06-03)، كما يلي:

جدول رقم (06-03): الهياكل الصحيّة بولاية سطيف

المركز الاستشفائي الجامعي		سطيف	1058 سرير
المؤسّسات العموميّة الاستشفائيّة	العلمة	180 سرير	
	عين ولمان	238 سرير	
	عين الكبيرة	158 سرير	
	بوقاعة	271 سرير	
	بني ورثيلان	60 سرير	
	عين آزال	168 سرير	
المؤسسة الاستشفائيّة المتخصّصة	التأهيل الوظيفي رأس الماء	113 سرير	
	الأمراض العقلية عين عباسة	240 سرير	
	الأم والطفل العلمة	180 سرير	
	مكافحة أورام السرطان	164 سرير	
	المجموع		
مؤسسات عمومية للصحة الجوارية	عيادة متعددة الخدمات	قاعة علاج	قاعة ولادة منظمة داخل عيادات
09	68	230	29

المصدر: الموقع الرسمي لمديرية الصحة والسكان سطيف www.dsp-setif.dz: حسب إحصائيات ماي 2015، تم الاطلاع عليه يوم 15 جانفي 2018.

يُلاحظ من الجدول أعلاه أنّ ولاية سطيف تتوفر على عددٍ مُعتَبَر من الهياكل الصحيّة، وذلك بطاقة 2730 سرير حسب إحصائيات 2015 وهو عددٌ لا يُستَهان به، مما يُعطي صورةً جيّدة عن مدى قُدرة هياكل الولاية على

¹ الموقع الرسمي لمديرية الصحة والسكان سطيف www.dsp-setif.dz: حسب إحصائيات ماي 2015، تم الاطلاع عليه يوم 15 جانفي 2018.



استيعاب حالات المرضى بها من حيث توفر الأسرة. بالإضافة إلى توفر المؤسسات العموميّة للصّحة الجوارية، قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات، والأهم من ذلك أيضًا قاعات الولادة، وذلك بأعدادٍ معقولة المفترض أنّها تفي باحتياجات سكان الولاية.

كما تتوفر ولاية سطيف على مؤسساتٍ استشفائيةٍ مُتخصّصة ذات وزنٍ مُهم على المستوى الوطني، والتي تتمثّل أساسًا في المؤسسة الاستشفائية المتخصّصة في الأمراض العقلية بعين عباس بطاقة 240 سرير، المؤسسة الاستشفائية المتخصّصة لمكافحة أورام السرطان بطاقة 164 سرير والمؤسسة الاستشفائية المتخصّصة للتأهيل الوظيفي برأس الماء المزودة بـ 113 سرير. ويمكن توضيح توزيع هذه الهياكل الصحيّة على مختلف بلديات ودوائر الولاية في الخريطة الممثّلة في الشّكل رقم (01-03)، كما يلي:

شكل رقم (01-03): الخريطة الصحيّة لولاية سطيف



المصدر: الموقع الرسمي لمديرية الصحة والسكان سطيف www.dsp-setif.dz حسب إحصائيات ماي 2015، تم الاطلاع عليه يوم 15

جانفي 2018.



بالنظر إلى الخريطة أعلاه، يظهر أنّ توزيع الهياكل الصّحية في ولاية سطيف على مختلف دوائر وبلديات الولاية يبدو توزيعاً معقولاً إلى حد ما، إذا تم احترامها؛ على الرغم من تركز أهمّها في وسط الولاية وهو المركز الاستشفائي الجامعي، وهذا يُعتبر أحد أهم المشكلات التي يُعاني منها سكان الولاية، والتي تقتضي إعادة النظر فيها مستقبلاً، وذلك بتفعيل دور مؤسسات الصّحة الجوارية؛ للتخفيف من الضّغط الكبير الممارس على المركز الاستشفائي الجامعي.

ثانياً: الموارد البشرية

تُشغل الهياكل الصّحية المختلفة بالقطاع العمومي لولاية سطيف طاقاتٍ بشرية من مختلف الاختصاصات، كما هو موضح في الجدول رقم (07-03):

جدول رقم (07-03): الموارد البشرية العاملة بقطاع الصّحة العمومي بولاية سطيف

العدد	الاختصاص	العدد	الاختصاص
4	صيدلي مختص	21	بروفيسور
41	صيدلي	19	أستاذ محاضر أ
96	أخصائي نفسي	3	أستاذ محاضر ب
3817	شبه طبيب	130	أستاذ مساعد
606	الإداريين	440	ممارس أخصائي
881	المستخدمين التقنيين والعمال المهنيين	490	طبيب مقيم
1141	المتقاعدين بالتوقيت الكامل	748	طبيب عام
1301	المتقاعدين بالتوقيت الجزئي	661	جراح أسنان
9899			المجموع

المصدر: الموقع الرسمي لمديرية الصحة والسكان سطيف www.dsp-setif.dz: حسب إحصائيات ماي 2015، تم الاطلاع عليه يوم 15 جانفي 2018.

يظهر من خلال هذا الجدول التّنوع في اختصاصات الموارد البشرية للقطاع الصّحي العمومي لولاية سطيف وتوفرها بأعدادٍ لا بأس بها والمقدّر بـ 9899 مجتمعةً، مما يجعل القطاع قادراً على الوفاء باحتياجات المرضى من الخدمات الصّحية الضّرورية؛ إذا تم استغلال هذه الموارد كما يجب وحضيت بالتكوين الجيد وظروف العمل المواتية، دون أن ننسى تحليها بالإنسانية وروح المسؤولية، التي تُفرض على عمال هذا القطاع الهام تقديم خدماته بكلّ عناية ومسؤولية، مهما كانت الظروف.



المطلب الرابع: أسباب تدني الخدمات الصحيّة بالجزائر وسبل إصلاحها

رغم الموارد الهامة المخصّصة للقطاع الصحي بالجزائر والتّحسّن الذي أحرزته مقارنةً بفتراتٍ سابقة، إلّا أنّ هذا القطاع الحيوي لا يزال يحتاج إلى الإصلاح، فهو يعاني العديد من الاختلالات والمشكلات التي انعكست في المستوى المتدني لخدماته، والتي يُمكن تصنيفها كما يلي:

أولاً: مشكلات في التّخطيط

إن أهمّ مشكلات التّخطيط هي¹:

1. غياب الخبرات المتخصّصة في مجال التّخطيط؛
2. انعدام شبه كلي لمعايير تسمح بتخطيط الوسائل والموارد، وإن وجدت فإنّها لا تؤخذ بعين الاعتبار أو لا تُطبّق بالدقّة المطلوبة؛
3. انتقال المرضى من مؤسسة صحيّة إلى أخرى دون أي توجيه واضح أو تلقي التّكفّل اللازم والصّحيح، مما يؤدي إلى توجّههم وبأعداد كبيرة نحو المؤسسات ذات المستوى الأعلى؛ كالمراكز الاستشفائية الجامعية CHU، المؤسسات العموميّة الاستشفائية EPH والمؤسسات الاستشفائية المتخصّصة EHS، وبذلك يتم تجاوز المؤسسات التي تتكفّل بالوقاية والعلاج القاعدي؛
4. عدم استجابة قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات في الكثير من الأحيان لتلبية احتياجات الوقاية والعلاج القاعدي التي تُعدّ من المهام الموكلة لها؛
5. ضعف أثر الحملات الوقائية والتّحسيسية لكونها منعزلةً وفردية وليست جزءاً من النّظام والتنسيق بين مختلف المنشآت والجهات؛
6. غياب الوعي التّخطيطي لدى القائمين على إدارة القطاع، بالإضافة إلى عدم وجود الكفاءات القادرة على التّخطيط العلمي السليم، بسبب تولي الوظائف التّخطيطية والقياديّة؛ على أساس الأقدميّة في التّعيين دون الأخذ بعين الاعتبار الخبرة والكفاءة؛
7. عدم وجود الرّؤية الاستراتيجية للخدمة الصحيّة في الجزائر، وغياب التّكامل والتنسيق بين مختلف الجهات المقدّمة للخدمات الصحيّة؛

¹ ريمة أوشن وآخرون. أسباب تدني مستوى الخدمات الصحيّة في المؤسسات الصحيّة الجزائرية من وجهة نظر الأطباء: دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري. مجلة الاقتصاد الصناعي: جامعة باتنة، الجزائر، العدد 13، 2017، ص. 51-52.



8. عدم وضوح أدوار الجهات المقدمة للخدمة الصحيّة وغياب التكامل فيما بينها، مما يؤدي إلى تداخلات ينتج عنها عدم تحديد المسؤوليات وإهدار الموارد.

ثانياً: مشكلات في التنظيم

يُمكن حصر أهم المشكلات التنظيمية في الآتي¹:

1. طول فترات انتظار المرضى في قسم الاستعجالات، بالإضافة إلى سوء الاستقبال والتكفل؛
2. العجز المسجل في دور الولادة؛ من حيث عدم وجود أسرة كافية، بالإضافة إلى الضغط الكبير على مصالح الاستعجالات؛
3. سوء ظروف العمل والأجور مُقارنةً مع القطاع الخاص، انعدام التحفيز وعدم تكييف القانون الأساسي لموظفي القطاع، مما انعكس سلبيًا على أدائهم؛
4. عدم إدراج القطاع الخاص في التنظيم العام للخدمات الصحيّة، مما يؤدي إلى عدم التركيز على المراقبة الدورية والمستمرة لأدائه؛
5. صعوبة الحصول على استشارة مُتخصّصة وبالأخص في الجنوب الجزائري؛
6. غياب الاتصالات والروابط التنظيمية بين المؤسسات الصحيّة البعيدة والمستشفيات؛
7. ضعف تنظيم حملات مواجهة الأمراض غير المعدية، بما فيها أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض السرطانية؛
8. توزيع الموارد البشرية والمادية بشكل غير عادل بين جهات الوطن وحتى داخل الجهة الواحدة، ممّا أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحيّة؛ حيث لا يزال تركيز معظم المراكز الصحيّة في الشمال، وكلما تم الانتقال إلى الجنوب والمناطق الداخلية تقلّ نسبة التغطية لتتراوح ما بين 10 إلى 15%، وتبقى مهمتها الرئيسة هي تحويل المريض نحو الشمال، وبذلك تبقى 50% من الهياكل غير عملية، وعلى هذا الأساس نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يُقابله طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب؛
9. غياب التنسيق بين جهات تقديم الخدمة الصحيّة من قبل وزارة الصحة.

¹ انظر كل من:

- ريمة أوشن وآخرون، مرجع ساق، ص.52.

- أسماء دريسي. تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعالية في إطار إصلاح المنظومة الصحيّة خلال الفترة (2004-2013). المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، الجزائر، العدد 06، 2015، ص.146.

ثالثًا: مشكلات في التسيير

إنّ أهم المشكلات التسييرية التي يُعاني منها القطاع الصحيّ الجزائري هي¹:

1. النقص غير المبرّر في الأدوية والمواد الصيدلانية؛
2. ضعف سياسة واستراتيجية الصيانة، مما يُسبّب الأعطال المستمرة للتجهيزات والمعدات الطبيّة؛
3. عدم القدرة على تسديد حقوق الموردين في المؤسسات الاستشفائية بسبب مديونيتها؛
4. عدم الالتزام بتطبيق الإجراءات والبرامج المحدّدة في مختلف المؤسسات الصحيّة؛
5. عدم استقرار عمل المؤسسات الصحيّة الذي ساهم فيه المسؤولون الإداريون، الأطباء، الممرضون وغيرهم من القائمين على المؤسسات الصحيّة؛
6. عدم إنشاء اللجان المشتركة؛
7. عدم التركيز على رضى العملاء على الرّغم من أنّه أهم معيار لجودة الخدمات، وهذا في ظل انتشار ظاهرة التّغيب، سوء الاستقبال، والمشكلات الأخرى التي تخصّ الاتصال مع العملاء وتوفير المعلومات؛
8. توجه الأطباء المتخصّصين وبالتحديد الاستشفائيين الجامعيين من القطاع العام، الذي يُعد العمود الفقري للنّظام الصحيّ إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص؛ حيث تُوفّر لهم كل الامتيازات خاصّةً المادية منها، مما ينعكس سلبيًا على نوعية الخدمة المقدّمة، وكذا على أنشطة البحث العلمي والتّكوين؛
9. سوء تسيير وتوزيع الموارد المالية المتاحة؛ حيث نجد أنّ هيكلّة الإيرادات والتّنفقات الخاصة بميزانية القطاع الصحيّ غير مُرتّبة حسب الأولويات، مما زاد من تأزّم وضعية الهياكل الصحيّة في مواجهة الطّلب المتزايد على العلاج؛
10. غياب التّحكّم في التّنفقات أو بالأحرى التّحكّم في التسيير وعدم دقّة المعطيات المتعلّقة بتكاليف المصالح والنّشاطات الصحيّة، مما يجعل من محاسبة المستشفى تقريبيّة، غير دقيقة وغير حقيقية.

رابعًا: مشكلات في التّنفيد وأخلاقيات العمل

تتمثّل أهم هذه المشكلات في النّقاط التالية²:

1. غياب العامل الإنساني في المؤسسات الصحيّة؛

¹ انظر كل من:

– ريمة أوشن وآخرون، مرجع سابق، ص. 53.

– أسماء دريسي، مرجع سابق، ص. 146.

² ريمة أوشن وآخرون، مرجع سابق، ص. 52-53.

2. ضعف مردودية المؤسسات الصحيّة المتواجدة في الضواحي، بالإضافة إلى عدم احترام مواعيد العمل بها والتوقف المبكر لأنشطتها؛
3. إعطاء مواعيد على فترات بعيدة، دون أيّ مراعاة لظروف المريض والحالة التي يعاني منها؛
4. عدم ملائمة وحدات الاستعجالات للمهام الموكلة لها؛
5. غياب سياسة واضحة للصيانة، مما يؤدي إلى تخفيض معدلات أعمار الأجهزة؛
6. اللامسؤولية في تطبيق النشاطات المكتملة لتقديم الرعاية الصحيّة؛
7. جهود الأجهزة التنفيذية وعدم قدرتها على تلبية المطالب المتغيرة والمتزايدة؛
8. التقص الكبير للمختصّين المدركين لطريقة سير عمل الخدمات الصحيّة وطرق التكفّل بالمرضى.

خامساً: مشكلات متعلقة بالمعلومات والاتصال

تمثّلت أهم المشكلات المتعلقة بالمعلومات والاتصال في¹:

1. عدم وجود نظام معلومات وطني؛ على الرغم من المبادرات العديدة لإنشاء نُظُم فرعيّة، منها EPIMAT، EPISTAT، EPIPHARM كما يلاحظ عدم تكاملها أيضاً، مما أدّى إلى غياب واجهة إلكترونية كُليّة للمعلومات الصحيّة مع أنظمة معلومات فرعيّة للمؤسسات الموثوقة الموجودة؛
2. التعامل بصورة ضعيفة مع الاتصال، وذلك في مجال معالجة الشكاوى، معلومات المريض، طُرق وأساليب حل المشكلات، وغيرها من المجالات المهمّة؛
3. انعدام الحوار والتّعامل الاجتماعي مع الشّركاء الاجتماعيين.

إن لكلّ عنصرٍ من هذه المشكلات وزنٌ وأثرٌ في تديني مستوى الخدمات الصحيّة المقدّمة بالمؤسسات الصحيّة الجزائرية، إلّا أن نقص الموارد البشرية يُعتبر أكثر أهمية، وكما تمت الإشارة سابقاً فهذا بفعل التّوجه نحو القطاع الخاص أو نحو الخارج؛ بحيث أصبحت الجزائر من المصدّرين الأوائل للكفاءات في المجال الطّبيّ. وفي هذا الإطار، كشف تقرير مركز تحليل الاستراتيجيّات أنّ عدد الأطباء الأجانب بفرنسا ارتفع بنسبة 20% بين سنتي 2007 و2010 ليصل إلى 19 ألف طبيب أجنبي، يمثل الجزائريون 22% منهم، وهو ما يقارب 5 آلاف طبيب. وعرف نزيّف الأطباء الجزائريين نحو فرنسا تصاعداً مُستمراً في السّنات الأخيرة؛ حيث يتم استقطابهم بطرق ملتوية في دورات تكوينية تنتهي بمنح شهادة التّكوين الطّبيّ المعمّق، التي تدوم سنة ليعود بعدها الطّبيب الجزائري إلى أرض الوطن، غير أن الدّورة تنتهي بتحرير رئيس المصلحة التي تكوّن فيها الطّبيب تقريراً يطلب فيه من إدارة

¹ المرجع السابق، ص.54.



المستشفى الإبقاء على الطّبيب، ليقترح عليه منصب عمل، مما يدلُّ على عبقرية العقل الجزائري في الطب ولا بُد من استغلاله الاستغلال الجيّد في الجزائر لتكون الخدمة للوطن أولى¹.

وفي السّياق نفسه، تتركز أكثر الانتقادات في المقام الأول على أداء الأطباء باعتبارهم الركيزة الأساسيّة في عمل المؤسسات الصحيّة، ثم المرضين في المقام الثاني باعتبارهم الأكثر احتكاكًا بالمرضى، وكذا مشكلة الإمكانيات الماديّة والتّجهيزات والأدوية. ويرى كثيرٌ من المتعاملين مع الخدمات الصحيّة في بلادنا أنّ أداء الأطباء في المؤسسات الصحيّة مُتدنٍ ولا يرقى للمستوى المأمول، بل أنّ بعضهم يذهب إلى حدّ اعتبار خدمات الأطباء في مستشفياتنا يُشكّل من وجهة نظرهم خطرًا على صحتهم وسلامتهم، بالنّظر إلى ما يُروّج عنهم من ارتكابهم لأخطاء طبيّة خطيرة ومُتعددة، وذلك بسبب ضعف مهاراتهم ومعلوماتهم وتكوينهم الأكاديمي، مما ينعكس على مستوى ما يُقدّم من خدماتٍ صحيّة².

وتتمثل أهم الاختلالات أو النّقصات المسجّلة في جانب التّكوين، سواء بالنّسبة للقطاع العام أو الخاص فيما يلي³:

- أ. عدم استجابة مدارس التّكوين شبه الطّبيّ إلى طلبات التّكوين المتواصل لكل المستخدمين؛
- ب. اتّساع الهوة بين مُخرجات قطاع التّعليم العالي وسوق الشّغل وبالأخص قطاع الصّحة، وهو ما تم التماسه من خلال المسيرين الذين تم تكوينهم على مستوى مؤسسات التّعليم العالي، والذين لا يستجيبون لمواصفات التّسيير على مستوى القطاع الصّحي؛
- ج. عدم استجابة التّكوين الأكاديمي لمتطلّبات الميدان الصّحي، وهو ما ترتّب عنه نقصٌ فادح في بعض الاختصاصات الطّبيّة وشبه الطّبيّة، مما يؤكّد بالضرورة أنّ نظام التّعليم والتّكوين لا يأخذ بعين الاعتبار النّقص والاحتياجات المسجّلة بالقطاع.

وبالإضافة إلى كل ذلك ظهر قطاعٌ صحيٌّ خاص غير مراقب؛ سواء من ناحية الخدمات الصحيّة أو الأسعار، والذي أصبح يستقطب شيئًا فشيئًا الفئة الطّبيّة الكفؤة من القطاع العام بسبب الإغراءات التي يُقدّمها، مما أثر سلبيًا على أداء وسير المستشفيات العموميّة التي تمثل أكثر من 90% من مؤسسات القطاع الصّحي الوطني⁴.

وكخلاصة لما سبق، يُمكن القول أنّ مشكلة الصّحة في الجزائر تنحصر في سوء التّسيير بدرجةٍ أولى، والذي تنجرُّ عنه المشكلات الأخرى من ضعف مستوى التّكوين، نقص الموارد البشرية، الأجهزة والمعدات والأدوية. هذا

¹ سميرة بيطام، مرجع سابق.

² محمود بولصباغ. مرجع سابق، ص53.

³ محمد علي دحمان. تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر. أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2016-2017، ص133.

⁴ إلياس بومعروف، مرجع سابق، ص255.



السُّوء في التسيير ناتج أساسًا عن سيطرة نمط التنظيم البيروقراطي والقيادة البيروقراطية بين أجزاء التنظيم، وعدم تشجيع التفكير الابتكاري والإبداعي للأفراد، إضافةً إلى عدم توفر نظامٍ جيّد للمعلومات.

وبما أنّ النّظام الصّحي العمومي يُعاني من مشكلات عميقة، تتعلّق بنوعيّة التنظيم بين مختلف مكونات المنظومة والبيئة التي يعيش فيها، فإنّ الإصلاح يجب أولاً أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تُعطي أكثر فعالية لعناصر النّظام الصّحي، لتحسّن مردودية الخدمات المقدّمة؛ اعتمادًا على الجانب التسييري الرّشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة لا يُمكن التّحكّم فيها أو لا تعمل بكامل طاقتها. وفي هذا الإطار جاءت جلسات الوطنية التي انعقدت أيام 26، 27 و 28 ماي 1998م بقصر الأمم بالجزائر، والتي تمّ فيها وضع ما يسمى بـ "ميثاق الصّحة" كإشارةٍ إلى ضرورة تكيّف المنظومة الصّحيّة مع التّحوّلات الاقتصادية والاجتماعيّة العميقة التي تعرفها البلاد، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسة والأولويّات التي ينبغي أن تُميز السّياسة الوطنية للصّحة؛ حيث تُشكّل الاستفادة من مجّانية العلاج والعدالة الاجتماعية، والإنصاف والتضامن الاجتماعي المبادئ الأساسيّة للسّياسة الوطنية في مجال الصّحة والسّكان، بالإضافة إلى تحسين التسيير الإداري ومنح المؤسسات الصّحيّة الاستقلاليّة اللازمة وقوانين أساسيّة تتلاءم وخصوصيّاتها، وهذا من خلال لامركزية الميزانيّة على المستوى الجهوي والمحلي، وتأسيس نظام لتقييم النّشاطات حسب الأهداف المسطرة. وفي النّهاية أولى الميثاق الصّحي اهتمامًا بالغًا بالتكوين والإعلام والاتّصال، والذي أكّد بأنّها تُعتبر عناصر أساسيّة لكلّ منظومة صحيّة دائمة وناجحة وفعّالة، وهي كلّها أولويّات تمّ تحديدها في آفاق عام 2005.

أمّا التّشخيص الذي تمّ إعداده سنة 1999، فقد أظهر أنّ نظام الصّحة المعمول به كان قد بلغ حدوده وكان يُعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تُحدّ من أدائه، وفي إطار هذا المفهوم عمد قطاع الصّحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات، الهادفة إلى دفع منظومة الصّحة الوطنية نحو العَصْرنة، وذلك بتحسين أدائها المتعلّق بالتسيير والتكفّل الكامل بالمرضى¹.

وبالنّظر إلى المشكلات الصّحيّة الجديدة المرتكزة حول أمراضٍ ثقيلة وعصرية، إلى جانب المنافسة مع القطاع الخاص، فهي تُحتم على مؤسّساتنا الصّحيّة التزوّد بتكنولوجياتٍ مُعقّدة ومختصّين، وإلى تحوّل عميق لطُرق تسييرها. وذلك بأن يتركّ التسيير البيروقراطي المبني على تسيير موازنة تقليديّة المكان لتنظيم يسمح باستقلاليّة تسييرها، ويعمل على خفض تكاليفها وتصحيح مواطن خللها وتوقيف تدهور نوعيّة العلاج. وذلك بأن تُقدّم خدماتٍ صحيّة أوسع

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 204-205.



نظرا للضغط الديمغرافي، وأحسن نوعًا وأكثر تعقيدًا وبأقل تكلفة، مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة، أخذًا بعين الاعتبار الوضع الاقتصادي والاجتماعي للجزائر¹.

ومن جهة أخرى، دعا مُحْتَصِنُون طبيّون إلى ضرورة تطوير النظام المعلوماتي في القطاع الصحي؛ من خلال رقمنة تسيير كلّ المؤسسات الاستشفائية الوطنية والملفات الطبيّة للمرضى، قصد تطوير ودعم القطاع الصحي. وقد اختير المستشفى الجامعي لوهران كمؤسسة نموذجية للشروع في العملية، على أمل تعميم هذا النظام على مؤسسات استشفائية أخرى في الوطن. وهو ما من شأنه أن يُطوّر قطاع الصحة ككل ليكون في مستوى تطلّعات المرضى، لا سيّما وأنّ هذا القطاع تُرصد له أغلفة ماليّة تجعله من أفضل النظم الصحيّة في العالم.

وفي سنة 2007، أُعيد تنظيم القطاعات الصحيّة لتُصبح المؤسسات العموميّة الاستشفائية والمؤسسات العموميّة للصّحة الجوارية أي تم فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهذا نوع من اللامركزية يهدف إلى تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحيّة من المواطن². وقد استفاد قطاع الصحة بين عام 2005-2009 من 244 مليار دج من قيمة الاستثمارات العموميّة لإنجاز مائتارب 800 هيكل صحي وجواري³.

اتّبعت وزارة الصحة والسّكان وإصلاح المستشفيات إصلاحاتٍ شاملة لتحسين أداء القطاع الصحي للبلاد؛ حيث مسّت هذه الإصلاحات الجانب الهيكلي من أجل الاستجابة لحاجات السّكان الصحيّة، من ناحية الكمّ والنوع⁴. ويتّخذ الهيكل التنظيمي للنظام الصحي في الجزائر الشكل الهرمي، والذي يتكوّن من ثلاث مستويات هي⁵:

- **المستوى المركزي:** والممثّل من قبل وزارة الصحة والسّكان وإصلاح المستشفيات، التي تهتم بإعداد وتوجيه السياسات الصحيّة، تقييم استعمال الموارد الماليّة، المادية والبشرية من قبل المستشفيات العموميّة.
- **المستوى الواسطي:** يَضُمّ 5 مناطق صحيّة و48 مديرية للصّحة والسّكان، تُسيّر هذه المناطق الصحيّة من قبل المجلس الجهوي للصّحة CRS الذي أنشئ سنة 1995، وتَضُمّ كلّ منطقة صحيّة عددًا مُعيّنًا من الولايات والوحدات الصحيّة، كما هو مُوضّح في الجدول رقم (03-08):

¹ سميرة بيطام، مرجع سابق.

² المرجع السابق.

³ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص.206.

⁴ إلياس بومعروف، مرجع سابق، ص.270.

⁵ المرجع السابق، ص.270-272، متفرقة.



جدول رقم (03-08): الخريطة الصّحية الوطنية

المجالس الجهوية	الولايات المغطاة
الجزائر: منطقة الوسط	الجزائر، بليدة، بومرداس، تيبازة، تيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريج، عين الدفلى.
وهران: منطقة الغرب	وهران، غليزان، شلف، معسكر، عين تيموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت.
قسنطينة: منطقة الشرق	قسنطينة، قلمة، عنابة، سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميله، سوق أهراس، أم البواقي، سطيف، جيجل، باتنة، مسيلة.
بشار: الجنوب الغربي	بشار، تيندوف، أدرار، النعامة، البيض.
ورقلة: الجنوب الشرقي	ورقلة، غرداية، إليزي، تمنراست، الوادي، بسكرة، الأغواط.

المصدر: إلياس بومعراف. دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية. أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، 2010-2011، ص.272.

وتُهتم مديرية الصحة والسكان DSP بالحصول على المعلومات الصّحية وتحليلها، وضع البرامج الصّحية وتنفيذها وتنسيق أنشطة الهياكل الصّحية. كما تقوم بالرقابة على المؤسسات والهياكل الصّحية العمومية والمؤسسات الصّحية الخاصة.

- المستوى الأدنى: يضمّ المؤسسات الصّحية العمومية والخاصة، التي تهتم بتلبية الاحتياجات الصّحية المتخصصة للسكان.

وبناءً على ما جاء في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والمتعلّق بالأولويات والأنشطة المستعجلة، الصّادر في 17 جانفي 2003، فإنّ عملية إصلاح المنظومة الصّحية تسعى إلى تحقيق مجموعة الأهداف التالية¹:

- ✓ إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصّحية للمواطن، بالاعتماد على نظام إعلاميّ فعّال؛
- ✓ ضمان الموارد المالية اللازمة للسّير الحسن للمؤسسات الصّحية؛
- ✓ التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص؛
- ✓ إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحّة المواطن؛
- ✓ توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصّحية والاجتماعية؛

¹ أمير جيلالي. محاولة دراسة تسويق الخدمات الصّحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية. أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص.179-180.



✓ تحسين فعالية التفقات التي تُخصّصها الجماعة في أيّ شكلٍ كان للمؤسسات الصّحية. ويتّضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التّحكّم في نظام المعلومات الصّحي وتحسين جودة الخدمات المقدّمة.

وقد ركّز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في هذا التّقرير التمهيدي على ستة ملفات إصلاحٍ أساسية هي¹:

➤ ملف الحاجيات الصّحية والطلب على العلاج:

يُركّز على دراسة كميّات التنسيق بين النّظام الصّحي والمنظومة الاستشفائية الفرعية له، بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن كلّ من الإطار الاجتماعي، البائي، المالي والتنظيمي، بالإضافة إلى البحث في كميّة التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية أو الوطنية.

➤ ملف الهياكل الاستشفائية:

ركّز هذا الملف على إصلاح الهياكل الصّحية، وذلك بإدراج جُملة من الأهداف؛ بدءًا بتعزيز الرّقابة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصّة، التنظيم والتسيير المحكم للمؤسسات الصّحية، إشراك المواطن في تنظيم العلاج أخذًا بعين الاعتبار جميع حقوقه وواجباته، وأخيرًا الاستعجال بوضع دعامة إعلامية على اعتبار أنّها الركيزة الأساسية لنجاح أيّ عملٍ إصلاحي.

➤ ملف الموارد البشرية:

اهتمّ أساسًا بمستخدمي القطاع الصّحي، من خلال دراسة ومراجعة كل مايتعلق بأحوالهم الشخصية. والأهمّ من ذلك، جانب التّكوين الذي يُعد ضرورةً ملحة بالنسبة لكلّ الفئات من الطّبيين، شبه الطّبيين، المسيرين وحتى التّقنيين، والذي لا يتم إلّا من خلال إشراك جميع الفاعلين بالقطاع وبالتنسيق مع قطاعاتٍ أخرى كالتّعليم والتّكوين المهني.

➤ ملف الموارد المادية:

تَمَحَوَر هذا الملف حول ضرورة إدماج الوسائل المادية الضّرورية لتنظيم العلاج، والذي يتطلّب التّوازن بين مستوى النّشاطات والوسائل، وبين توفير هذه الأخيرة وتسلسل العلاج، وذلك بهدف توفير كل الوسائل الضّرورية على أن تُوزّع توزيعًا عقلانيًا. وتشكّل العناصر المكمّلة لهذا الملف من الجوانب المتعلّقة بالصّيانة، المعايير التّقنية، الأمن، التّوعية والتّكوين.

¹ محمد علي دحمان. مرجع سابق، ص. 130-131.

➤ ملف التمويل:

ارتكز هذا الملف على دراسة طُرُق وكيفيّات توسيع موارد تمويل المستشفيات، مع ضرورة إعادة النّظر في تنظيم التّسيير المالي بالإضافة إلى الإطار القانوني، وذلك من خلال تكييف القوانين الأساسيّة لتسيير المؤسسات الصحيّة مع التعديلات الجارية، خاصّةً في مجال التّمويل القائم على التّعاقد في تمويل النّشاطات الطّبيّة وحول شروط تخصيص الميزانيات بطريقةٍ تسعى لتحقيق المساواة في العلاج.

➤ ملف اشتراك القطاعات:

تربط أنشطة وزارة الصّحة وإصلاح المستشفيات بشكلٍ وثيق بالعديد من القطاعات كالماليّة، التّعليم العالي، التّكوين، التّربية، الجماعات المحليّة والضّمان الاجتماعي وغيرها. وعليه فقد تناول مشروع الإصلاح هذه القضيّة بالذّات، وذلك بإدراج كلّ الأنشطة ذات الصّلة بالصّحة ضمن الاستراتيجية العامّة للوزارة.

وتجدر الإشارة أن تنظيم العلاج على مستوى الجنوب، والاستعجال على المستوى الجهوي والوطني موضوعان لم يتطرق إليهما ملف الإصلاح، فلطالما شكّل عدم المساواة في الاستفادة من خدمات المنظومة الصحيّة أكبر تحدٍّ للقطاع؛ على الرغم من المحاولات العديدة لتنظيم العلاج بالجنوب، من خلال الأخذ بعين الاعتبار العراقيل المرتبطة بالبُعد والظُّروف المناخية ومنح بعض التّحفيزات للمستخدمين الطّبيين للعمل بهذه المناطق، إلا أن النتائج المحقّقة لم ترقَ بعدُ إلى المستوى المنشود.

مما سبق، يُمكن القول أنّ القطاع الصحي بالجزائر وعلى الرغم من محاولات إصلاحه وما خُصّص له من أغلفةٍ مالية مُعتبرة، إلّا أنّه نتيجة العراقيل التي يشهدها، لا يزال يحتاج إلى أن يكون أولويّةً أولى وإلى قراراتٍ جدّية قصد إعطاء هذا القطاع الحساس المكانة التي يستحقّها.

المبحث الثاني: عرض المؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة وإجراءات الدّراسة الميدانية

بالاعتماد على ماتمّ الحصول عليه من وثائق ومعلومات من إدارات المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث بولاية سطيف، يُمكن تقديم لمحةٍ عن هذه المؤسسات من حيث موقعها وطاقاتها الاستيعابية، بالإضافة إلى ما تتوفر عليه من طاقاتٍ بشرية، وبالتحديد صانعي الخدمة الصحيّة ممثّلين في الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي.

المطلب الأوّل: تقديم المؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة

أوّلاً: المركز الاستشفائي الجامعي لولاية "سطيف" سعادنة محمد عبد النّور

يقع المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف وسط المدينة، تم افتتاحه رسمياً العام 1934 م بسعة 200 سريراً لتغطية احتياجات 200.000 نسمة في ذلك الوقت. شهد الكثير من الإنجازات والإضافات حتى بلغت سعته ما يُقارب 848 سرير العام 2005 م لخدمة 1.500.000 نسمة بالولاية، لتبلغ 1058 سرير العام 2015، هذا ويستقبل المستشفى الجامعي لولاية سطيف الحالات الحرجة لبعض الولايات المجاورة وبالخصوص برج بوعريّيج، مسيلة، بجاية، ميلّة وباتنة. يُعتبر المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف هيئةً عامّة تتمتع بالشخصيّة الاعتباريّة والاستقلال المالي والإداري، تهدف إلى توفير العناية الطّبيّة والتّشخيصيّة والعلاجيّة لمراجعي المستشفى والمقيمين وتوفير التّدريب للأطباء الاختصاصيين وطلاب المعاهد وطلاب التّمرّيز في مجال اختصاصات المستشفى، إضافةً إلى القيام بالبحوث الطّبيّة ذات الصّلة بعمل المستشفى واختصاصاته. يتولى تقديم خدماته ما يعادل 1954 طبيب وممرض بمختلف الاختصاصات، منهم 475 طبيب مقيم و1029 ممرض، كما هو موضح بالتّفصيل في الملحق رقم (01): صفحة(204-205).

يتولّى إدارة المستشفى مجلس إدارة ومدير عام ومعاونين. يضمّ المستشفى الجامعي لولاية سطيف 28 قسماً طبياً وغيره من الخدمات المساعدة. إضافةً إلى هذه الأقسام، فإنّ المستشفى الجامعي لولاية سطيف يضمّ عدداً من الأقسام الإدارية أبرزها إدارة الأنشطة الطّبيّة وشبه الطّبيّة، إدارة الوسائل المادية، إدارة الرّقابة والمالية، إدارة الموارد البشريّة، إدارة وحدة الأمّ والطفّل، إدارة وحدة طب العيون وأمراض الأذن والأنف والحنجرة، مكتب الأمن والرّقابة العامة، مكتب التّنظيم العام، مكتب الإعلام والاتّصال، مكتب المنازعات والقضايا القانونية وعلى رأسها المديرية العامة تتلوها الأمانة العامة.

ومن دون شك، فإن مثل هذا التنوع في الأقسام الطّبيّة والوحدات التي يتوفر عليها هذا المستشفى، يجعل منه تنظيمًا يضمّ في جوانبه إمكانات لا بأس بها تُؤهله لتأدية خدماتٍ متكاملة للمجتمع الذي يخدمه.



ثانياً: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة العيد الضحوي "رأس الماء"

تقع المؤسسة الاستشفائية المتخصصة العيد الضحوي ببلدية فجال ولاية سطيف، تُغطّي احتياجات المرضى للولايات التالية: سطيف، برج بوعريّيج، المسيلة، بجاية، باتنة، ميله، جيجل، قسنطينة، خنشلة، بسكرة، سكيكدة وأم البواقي. المؤسسة مختصة في التأهيل وإعادة التأهيل الوظيفي. تُقدّر طاقتها الاستيعابية بـ 113 سرير. تضمّ جناحين خاصّين بالرجال، جناحين للنساء، جناح للأطفال، مخبر للتحاليل الطّبية، قسم للأشعة وجناح خاص بالكشف؛ يقوم على خدمة المرضى 13 طبيب مختص، 06 أطباء عامون و67 مُدبّر.

ثالثاً: المؤسسة الاستشفائية السعيد عوامري "بوقاعة"

تقع المؤسسة العموميّة الاستشفائية السعيد عوامري في الجهة الشماليّة الغربيّة لولاية سطيف، يربطها بمركز الولاية الطريق رقم 74. تأسست عام 1986م، تغطي احتياجات 17 بلدية، تحتوي على 271 سرير، تضم مخبر للتحاليل الطّبية ومصلحة أشعة، كما تتوفر على 06 أقسام طّبية هي: الطب الداخلي، الأمراض الصدرية، طب العيون، أمراض الأنف والأذن والحنجرة، أمراض النساء والتوليد وطب الأطفال؛ بالإضافة إلى قسم للجراحة العامة يتوفر على 60 سرير وقسم للاستعجلات الطّبية والجراحية بطاقة 14 سرير. يقوم على توفير الخدمة الصّحية للمرضى بالمؤسسة الاستشفائية السعيد عوامري 29 طبيب عام، 19 ممارس متخصص مساعد و320 ممرض وممرضة.

رابعاً: المؤسسة الاستشفائية يوسف يعلاوي "عين آزال"

تُعتبر المؤسسة الاستشفائية يوسف يعلاوي بعين آزال مؤسسة عمومية ذات طابع خاص، تتمتع بالشخصيّة المعنوية والاستقلال المالي. تأسست بموجب المرسوم 06-422 الصادر 22 نوفمبر 2006. باشرت تقديم خدماتها في 06 جانفي 2007؛ حيث تم افتتاحها رسمياً من قِبل رئيس الجمهورية في 26 جوان 2007. تغطي احتياجات 134.77 ساكن، ومخصصة لتغطية احتياجات بلديات عين آزال، بير حدادة، عين الحجر، الحامة وبوطالب، بطاقة استيعابية تُقدّر بـ 120 سرير تقني و168 سرير منظم. تضم مصلحة للأشعة الطّبية ممثلة في قاعتين للأشعة وقاعة للسكانبر، مخبر بأربع وحدات، غرفة عمليات مكوّنة من قاعتين، استعجلات طّبية جراحية، وصيدلية مركزية. كما يحتوي على الأقسام التالية: الطّب الداخلي بجناح للنساء وآخر للرجال، الجراحة العامة بجناحين أيضاً، طب الأطفال تحوي على جناح للأطفال وآخر لحديثي الولادة، أمراض النساء والتوليد، استعجلات طّبية جراحية تتوفر على وحدة إنعاش. يقوم على خدمة المرضى ما يُقدّر بـ 24 طبيب عام، 160 شبه طبي و37 ممارس مُتخصص مساعد.

خامساً: المؤسسة الاستشفائية صروب الخثير "العلمة"

تقع المؤسسة الاستشفائية صروب الخثير على الطريق الوطني رقم 05 بمساحة قدرها 1699 كلم²، لتغطية احتياجات ما يُقدّر بـ 450.000 ساكن وذلك بمعدل سرير لكل 1118 مواطن مقابل سرير لكل 500 مواطن على المستوى الوطني. تم تأسيسها في ماي 2007 تطبيقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07/140 لـ 17 ماي 2007 في بناء يعود إلى الحقبة الاستعماريّة (1958). تحوي على ستة أقسام، 12 مصلحة و25 وحدة، بطاقة استيعابية تُقدّر بـ 180



سرير منظم و120 سرير تقني، هذه الأقسام هي: الطّب الداخلي، الأمراض المعدية، الأمراض الصدرية، الجراحة العامة، جراحة العظام، استعجالات طبيّة جراحية والتي تضمّ وحدة الإنعاش الطّبي بطاقة 3 أسرة. يسهر على خدمة المرضى 21 طبيب، 263 شبه طبي و54 ممارس مُتخصّص مساعد.

المطلب الثاني: إجراءات الدّراسة الميدانية

بهدف الإجابة على إشكالية هذا البحث وتحقيق أهدافه، تم في هذا الجزء التّطبيقي منه اتّباع الخطوات المنهجية لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي، من خلال منهجية التحسين DMAIC والتي تُعتبر خطوة تحليل صوت العميل فيها النّقطة المحورية. وعلى اعتبار أن فئة العملاء في فلسفة الانحراف السُداسي تشمل المستفيدين والعاملين في المؤسسة، يتم الاعتماد على وجهة نظرهم لقياس جودة المنتج أو الخدمة، فقد تم توجيه استمارتي بحث إلى كُُلّ من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحيّة للمؤسسات الاستشفائية محل البحث، والطّاقم الطّبي وشبه الطّبي العامل بها والقائم على تقديم هذه الخدمات؛ بهدف التّعرف على احتياجات المرضى واكتشاف مواطن الخلل في الخدمة الفعلية المقدّمة لهم، بالموازاة مع معرفة ماهي أهم معوّقات تقديم خدمة في مستوى تطلّعاتهم. ومن هذا المنطلق فقد تم ذلك باتّباع الخطوات التالية:

أولاً: تحديد مجتمع الدّراسة وحجم العينة

لقد تم تحديد مصدر الحصول على البيانات بالنسبة لمجتمع المرضى في المرضى الأكبر من 12 سنة والمقيمين بمختلف أقسام كل من المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف سعادنة محمد عبد النور، المؤسسة الاستشفائية السعيد عوامري ببوقاعة، المؤسسة العموميّة الاستشفائية صروب الحثير بالعلمة، المؤسسة الاستشفائية يوسف يعلاوي بعين آزال والمؤسسة الاستشفائية المتخصّصة للتأهيل الحركي والوظيفي برأس الماء. وذلك لأنّه يُمكن أن تكون لهم اتّجاهات نحو كافة المتغيرات موضع البحث، نظراً للمُعاشة الكاملة لفترة من الوقت لممارسات الخدمة الصحيّة والقائمين عليها.

بالنسبة للمجتمع الثاني، يتكوّن من الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لكل هذه المؤسسات الاستشفائية الخمس. ونظراً لاستحالة الحصول على إطار بوحداث هاذين المجتمعين، كان لا بُدّ من اللّجوء إلى العينة الحصصية بدلاً من العينة الطبقية.

إنّ الطّريقة المثلى لتحديد حجم العينة في هذا البحث تقوم على الفرضية التالية:

1. يُقدّر الحجم الأمثل للعينة على أساس تقدير نسبة أفراد المجتمع الذين تتوفر فيهم خاصية معيّنة موضع

الدّراسة (p) ، على أساس تقدير النسبة المحسوبة على العينة $(\hat{p})$. والسؤال المطروح هو:



2. ما هو حجم العينة (n) اللازم لضمان ألا يتجاوز الانحراف بين نسبة المجتمع المجهولة (p) والنسبة المحسوبة على العينة ($\hat{p}$)، هامشاً معلوماً d_0 يُسمى خطأ المعاينة وهذا باحتمال معلوم p يُسمى درجة الثقة أو الدقة. ويمكن صياغة هذا السؤال رياضياً كما يلي¹:

$$p[|\hat{p} - p| < d_0] = p = 1 - \alpha \dots \dots \dots (1)$$

$$d_0 = \pm t_{\alpha} \sqrt{\frac{pq}{n}} \dots \dots \dots (2) \quad \text{علماً أن:}$$

من العلاقة (2) يُصبح حجم العينة المطلوب هو:

$$n = \frac{t_{\alpha}^2 pq}{d_0^2} \dots \dots \dots (3)$$

بما أن p و q مجهولتان، فقد تم اللجوء إلى الحل الحيادي الذي يفترض أن $p = q = \frac{1}{2}$ ، فتُصبح العلاقة (3) كما يلي:

$$n = \frac{t_{\alpha}^2}{4d_0^2} \dots \dots \dots (4)$$

ومن ثمّ فنتائج الدراسة وفقاً للحل الحيادي تكون أكثر دقة، غير أن ذلك سيزيد من التكاليف². وحتى يكون حجم العينة معقولاً وفي حدود الإمكانيات المتوفرة، وأخذاً بعين الاعتبار أن مجتمع المرضى N_1 أكبر حجماً من مجتمع الأطباء والمرضى N_2 وعليه فإنّ حجم العينة الذي يفترض أن يُسحب من المجتمع الأول n_1 لابد أن يكون أكبر من ذلك الذي يُسحب من المجتمع الثاني n_2 . وبناءً عليه:

1. بالنسبة للمرضى: تم تحديد درجة المخاطرة α بـ 5%، لتكون درجة الدقة المطلوبة 95%، فتُصبح $t_{\alpha} = t_{0,05}$ وبالرجوع إلى الجدول الطَّبَّعي فإنّ هذه القيمة تساوي 1.96، كما تم تحديد مقدار خطأ المعاينة d_0 بـ $\pm 5.5\%$ وبالتعويض في العلاقة (4) نجد:

$$n = \frac{(1.96)^2}{4(0.055)^2} = 317$$

أي أن حجم العينة هو 317 مريضاً أكبر من 12 سنة والمقيمين بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة لولاية سطيف. وقد تم بعد ذلك توزيع حجم العينة نسبةً إلى عدد الأسرة في كلّ مؤسسة استشفائية، كما يلي:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي المتوفر على 1058 سرير:

$$n_1 = 317 \frac{1058}{1058 + 113 + 180 + 168 + 271} = 187.37 \approx 187$$

ب. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء التي تضم 113 سرير:

$$n_2 = 317 \frac{113}{1058 + 113 + 180 + 168 + 271} = 20.01 \approx 20$$

ج. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلة التي تحوي 180 سرير:

$$n_3 = 317 \frac{180}{1058 + 113 + 180 + 168 + 271} = 31.88 \approx 32$$

¹ ساعد بن فرحات. منهجية البحث التسويقي، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، العدد 7، 2007، ص 226.

² المرجع السابق، ص 229-230.



د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال المتوفرة على 168 سرير:

$$n_4 = 317 \frac{168}{1058 + 113 + 180 + 168 + 271} = 29.75 \approx 30$$

هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوqاعة التي تضم 271 سرير:

$$n_5 = 317 \frac{271}{1058 + 113 + 180 + 168 + 271} = 47.99 \approx 48$$

حيث:

$$n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 = 317$$

2. بالنسبة للأطباء والممرضين: تم تحديد درجة المخاطرة α بـ 5%، أي أن درجة الدقة المطلوبة 95%، فتكون

بذلك $t_\alpha = t_{0.05}$ وبالنظر إلى الجدول الطبيعي، فإن هذه القيمة تساوي 1.96، كما تم تحديد مقدار خطأ المعاينة

$d_0 \pm 7\%$ ، وبالتعويض في العلاقة (4) دائماً نجد:

$$n = \frac{(1.96)^2}{4(0.07)^2} = 196$$

أي أن حجم العينة هو 196 طبيب وممرض والعاملين بمختلف أقسام المستشفيات التي شملتها الدراسة بولاية

سطيف؛ تم توزيعها نسبةً إلى عدد الأطباء والممرضين في كل مستشفى، كما يلي:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي سطيف الذي يحوي 1954 طبيب وممرض:

$$n_1 = 196 \frac{1954}{1954 + 86 + 338 + 221 + 368} = 129.08 \approx 129$$

ب. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء التي تضم 86 طبيب وممرض:

$$n_2 = 196 \frac{86}{1954 + 86 + 338 + 221 + 368} = 5.68 \approx 6$$

ج. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلهة التي يتكون طاقمها الطبي وشبه الطبي من 338 فرد:

$$n_3 = 196 \frac{338}{1954 + 86 + 338 + 221 + 368} = 22.33 \approx 22$$

د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال التي تتوفر على 221 ممرض وطبيب:

$$n_4 = 196 \frac{221}{1954 + 86 + 338 + 221 + 368} = 14.60 \approx 15$$

هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوqاعة المتكوّن طاقمها الطبي وشبه الطبي من 368 فرد:

$$n_5 = 196 \frac{368}{1954 + 86 + 338 + 221 + 368} = 24.31 \approx 24$$

حيث:

$$n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 = 196$$

كما قد تم تحديد طريقة الاستمارة التي تعتمد على المقابلة الشخصية، كأداة لجمع البيانات المطلوبة بالنسبة

للعينتين معاً، وذلك وفقاً لمتطلبات البحث.

ثانياً: بناء الاستثمارات

تضمّن العمل بالاستمارة اتّباع الإجراءات الآتية:

1. الاستثمار الموجهة إلى المرضى

تضمّنت الاستثمار الموجهة إلى المرضى خمسة محاور أساسية، في إطار ما يُمكن أن يلمسه المريض عند تلقّيه للخدمة الصحيّة، والتي يُمكن على أساسها تقييم درجة رضى المرضى عن الخدمات الصحيّة المقدّمة لهم خلال فترة إقامتهم بالمستشفى، بالإضافة إلى بيانات أولية مُتعلّقة بالسّن، المستوى التعليمي، المهنة، الجنس والمستشفى. ويُمكن شرح هذه المحاور على النحو التالي:

أ. المحور الأول: تناول التعامل مع المرضى والمشكّلة من إحدى عشر عبارة (11)؛

ب. المحور الثاني: تناول كفاءة الفريق الطّبيّ المعالج، ويحتوي هذا المحور على سبع عبارات (07) بهذا الشأن؛

ج. المحور الثالث: خُصّص للحصول على البيانات المتعلّقة باستمرار الرّعاية، شمل أربع عبارات (04)؛

د. المحور الرابع: كان حول ظروف الإقامة، اشتمل على ست عبارات (06)؛

هـ. المحور الخامس: تناول التّقييم النّهائي؛ حيث ضمّ هذا المحور خمس عبارات (05).

ولمزيد من التّفصيل، يُمكن الرّجوع إلى الملحق رقم (02): صفحة (206-208).

2. الاستثمار الموجهة إلى الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ:

احتوت الاستثمار الموجهة لمقدمي الخدمة الصحيّة وبالضّبط الأطباء والمرضى على ثلاثة محاور أساسية، بالإضافة إلى مجموعة من الأسئلة الديمغرافية المساعدة والمتعلّقة بالسّن، الجنس، عدد سنوات الخبرة، الوظيفة والمستشفى، كما هو موضّح في الملحق رقم (03): صفحة (209-215) ويُمكن شرح هذه المحاور على النحو التالي:

أ. المحور الأول: تناول ظروف عمل الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ، والذي تمّ تقسيمه بدوره إلى أربعة محاور جزئية، كما يلي:

- العلاقات: تضمّن سبع عبارات (07)؛

- حجم العمل: احتوى على أربع عبارات (04)؛

- الطّروف المعنوية (التحفيز، الأمن، التغذية، ...): شمل خمس عبارات (05)؛

- وسائل العمل: تكوّن من أربع عبارات بهذا الشأن (04)؛

ب. المحور الثاني: تم تخصيصه لتقييم الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ لخدمات المستشفى، وتضمن عشر عبارات (10)؛

ج. المحور الثالث: تناول هذا المحور قياس الرّغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لدى الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ، واشتمل على ست عبارات (06) في هذا الإطار.

للإجابة على أغلب الأسئلة الواردة في هذه الاستثمارات، تم اعتماد مقياس ليكرت الثلاثي الذي تضمن الإجابات: موافق، موافق بدرجة متوسطة وغير موافق، فيما عدا بعض الأسئلة ذات الاختيارات المتعدّدة والتي تهدف لتحديد أسباب المشكلات واختيار الحلول المناسبة لها، مع بعض الأسئلة المفتوحة والتي جاءت لنفس الغرض.

كما تم تحديد أوزان مقياس ليكرت الثلاثي على النحو الموضح في الجدول رقم (09-03) كما يلي:

جدول رقم (09-03): أوزان مقياس ليكرت الثلاثي

الوزن	1	2	3
الرأي	غير موافق	موافق بدرجة متوسطة	موافق

المصدر: من إعداد الباحثة

لتحديد قيمة المتوسط الحسابي المرجح ودرجة الموافقة، تم تحديد المدى المقدّر بـ $(2=1-3)$ ؛ حيث تمثل 2 عدد المسافات من 01 إلى 02 مسافة أولى، من 02 إلى 03 مسافة ثانية، وتمثل 03 عدد الاختيارات، وبناءً على ذلك يُصبح طول الفئة من الفئات الثلاث هو حاصل القسمة $3/2$ والمقدّر بـ 0.66، ومنه نتحصل على الفئات التالية، كما هو موضح في الجدول رقم (10-03):

جدول رقم (10-03): المتوسط المرجح لمقياس ليكرت

المتوسط المرجح	من 1 الى 1.65	من 1.66 الى 2.31	من 2.32 الى 3
درجة الموافقة	منخفضة	متوسطة	عالية

المصدر: من إعداد الباحثة

ثالثاً: صدق وثبات الاستمارات

حرصاً على صدق وثبات استمارتي البحث، فقد تم اختبار صدقها من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين^{*}، كما تم إخضاعها للاختبار المسبق على عينة من خمسة عشر (15) فرداً فقط من كلا المجتمعين، للتعرف على درجة وضوح الأسئلة ومدى تمثيل الفقرات المستخدمة لجوانب الموضوع محل الدراسة، وبناءً على الملاحظات المقدمة تم إجراء التعديلات اللازمة من إعادة صياغة، حذف وإضافة بعض العبارات لتُصبح في صورتها النهائية والموضحة في الملحق رقم (02)، صفحة: (206-208) والملحق رقم (03)، صفحة: (209-215) على الترتيب. ليم بعد ذلك حساب معامل Alpha Cronbach بالاستعانة بالبرنامج الإحصائي SPSS لمعرفة الاتساق الداخلي لأسئلة الدراسة مجتمعةً، فكان مُعامل ألفا للاستمارة الأولى الموجهة إلى المرضى والثانية الموجهة إلى الأطباء والمرضى كما يلي: $\alpha_1 = 0.81$ و $\alpha_2 = 0.873$ كما هو مُبين في الملحق رقم (05): صفحة (217) والملحق رقم (06): صفحة (218-219)، وهما قريبان من الواحد الصحيح؛ ما يدلُّ على ثبات الاستمارتين وإمكانية اعتمادهما في الدراسة ويزيد من مصداقية البيانات المجمعة، وأخذاً بعين الاعتبار أيضاً النسبة المعتمدة في العلوم الاجتماعية،

¹ أنظر الملحق رقم (4) صفحة: 216.



والمحددة بـ 60%؛ حيث كلما تجاوز معامل ألفا كرونباخ هذه القيمة، دل ذلك على مصداقية الأداة وثباتها وإمكانية اعتمادها في الدراسة.

المطلب الثالث: الأدوات الإحصائية المستخدمة

بعد جمع الاستمارات وتفريغها، تم استخدام بعض الأدوات الإحصائية التي يوفرها برنامج SPSS بغرض تبويب وتحليل البيانات المجمعة، ومن هذه الأدوات مايلي:

أولاً: التكرارات المطلقة والنسبية المئوية

إن أول مرحلة لعرض البيانات الإحصائية تتكون من تصميم جدول التوزيع التكراري frequency distribution، والذي يُنظم ويُخصّص البيانات الإحصائية سواء كانت وصفية أو كمية، فيوزعها على عمودين ومجموعتين من الصفوف، يُمثّل العمود الأول الصّفة للبيانات الوصفية والفئة للبيانات الكمية، والثاني يُمثّل تكرار الفئة أو الصّفة؛ بحيث يُمكن إضافة التكرار النسبي الذي يُمثّل التكرار لكل فئة مقسوماً على مجموع التكرارات، أما النسبي المئوي فيتم الحصول عليه بضرب التكرار النسبي في 100.

وقد تم استخدام التكرارات المطلقة والنسبية المئوية لوصف بيانات المؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة، وكذا توزيع إجابات المبحوثين، وذلك حسب درجات الموافقة على فقرات الدراسة المختلفة.

ثانياً: المتوسطات الحسابية

يُعتبر المتوسط أو الوسط الحسابي أحد مقاييس النزعة المركزية وأهمها، وهو الأكثر استخداماً في الإحصاء والحياة العملية؛ إذ يُستخدم عادةً في الكثير من المقارنات بين الظواهر المختلفة.

وفي هذا البحث، تم احتساب المتوسطات الحسابية لعبارات محاور الاستمارتين، وكذا لكل محور على حدة بغرض تحديد درجة الموافقة من عدمها على محاور الدراسة، وهذا بالنسبة لعنصر العيّتين بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث.

ثالثاً: الانحرافات المعيارية

إن الانحراف المعياري يُعرف عن طريق التباين، والذي يُعرف على أنّه متوسط مربع انحرافات القيم عن وسطها الحسابي، ويُرمز له بالرمز σ^2 . والجذر التربيعي للتباين ينتج عنه مقياس من أهم وأدقّ مقاييس التشتت، وهو ما يُسمّى بالانحراف المعياري المعروف بالرمز σ . وقد تم استخدام الانحرافات المعيارية لمعرفة مدى تشتت إجابات المبحوثين عن الإجابة المتوسطة؛ حيث تم احتساب الانحرافات المعيارية لكل عبارة، بالإضافة إلى الانحراف المعياري العام لكل محور على حدة.

رابعاً: اختبار تحليل التباين الأحادي

في حالة المقارنة بين مجموعتين فقط من الملاحظات، يُمكننا المقارنة بين المجموعتين باستخدام اختبار ستودنت t وعندما يكون لدينا أكثر من مجموعتين، فمن غير المناسب مقارنة كل زوج باستخدام اختبار t وإنما الطريقة

الصّحيحة لإجراء التحليل هي استخدام تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لتقييم ما إذا كان هناك أي دليل على وجود اختلاف بين هذه المجموعات¹.

وللتأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة مخاطرة $\alpha=0.05$ بين متوسطات تقييم المرضى للخدمات المقدمة لهم تُعزى إلى متغير المستشفى أم لا، وكذلك بالنسبة لمتوسطات تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي، تم استخدام هذا الاختبار للمقارنة بين متوسطات أكثر من عيّنتين مستقلتين.

خامساً: اختبار توكي

يُعد هذا الاختبار من اختبارات المقارنات البعدية Post Hoc Comparisons، فعندما تُشير نتائج تحليل التباين إلى عدم وجود فرق ذي دلالة يُعزى إلى مستويات المعالجة، فإنه لا يوجد مُبرّر منطقي لأجراء أيّة اختبارات إحصائية أخرى. أما إذا أشارت نتائج تحليل التباين إلى أنّ هناك فرقاً ذا دلالة يُعزى إلى مستويات المعالجة، فإنّ السؤال الذي يبقى قائماً هو: "أي مستوى من مستويات المعالجة يختلف عن الآخرين؟ أو بمعنى آخر أين توجد الفروق الحقيقية؟". وللإجابة على هذا السؤال فإنه يلزم إجراء المقارنات الإحصائية بين متوسطات المجموعات، والتي تُدعى بالمقارنات البعدية Post Hoc Aposteriori Comparisons². ويُسمى أيضاً اختبار المقارنة المتعدّد Tukey HSD؛ حيث إذا أذى اختبار تحليل التباين ANOVA إلى استنتاج مفاده أنّ هناك دليلاً على وجود اختلاف أو فروقات، فقد نكون مهتمين بعد ذلك بالتحرّي عن أيّ من الوحدات تختلف عن الأخرى، هنا ينبغي استخدام اختبار المقارنات المتعدّد Tukey³. وقد تم استخدامه في هذه الدراسة في حالة تبين وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية لمحاور الاستمارتين تُعزى إلى متغير المستشفى، وذلك بغية تحديد أي مؤسسة من المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تختلف عن الأخرى في آراء المبحوثين.

سادساً: اختبار ستيودنت

يُستخدم اختبار ستيودنت T-test لمقارنة ما إذا كان متوسطان متساويان أم لا، وهل الفرق بينهما دالّ إحصائياً أم غير دال. ويتنوّع استخدام هذا الاختبار إلى ثلاثة أنواع حسب الهدف من البحث، هل يهدف إلى مقارنة متوسط عيّنة بمتوسط مجتمع أو يهدف إلى مقارنة متوسطي عيّنتين؛ حيث يمكن أن تكون العيّنتان مستقلتان أو مترابطتان. وقد تم استخدام اختبار t للمقارنة بين متوسطات عيّنتين مستقلتين، لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة مخاطرة $\alpha=0.050$ بين متوسطات تقييم الطاقم الطبي ومتوسطات تقييم الطاقم شبه الطبي في المؤسسات الاستشفائية محل البحث، لواقع الخدمة الصحية المقدمة تعزى إلى مُتغير الوظيفة للنظر هل تختلف الآراء عندما يتغيّر المبحوث من طبيب إلى ممرض أم لا؟

¹ CRICHTON, N. Tukey multiple comparison test. *Journal of clinical nursing*, N° 8, 1999, P.304.

² سام عبد القادر الفقهاء. المقارنات المتعددة (Multiple Comparisons): اختبار شيفيه (Scheffe' Test)، اختبار دنكن ذو المدى المتعدد (Duncan's New Multiple Range Test)، ص. 03. متوفر على الموقع:

<https://staff-old.najah.edu/sites/default/.../%2020%شيفيهScheff.do>.

³ CRICHTON, N. OP. Cit, P.304.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج استمارتي البحث

بعد جمع كل الاستمارات ومراجعتها، تبين أن عدد الاستمارات المقبولة هو 252 استمارة بالنسبة لعينة المرضى و180 استمارة بالنسبة لعينة الأطباء والمرضى. كما تم ترميز البيانات ليتم استغلالها في البرنامج الإحصائي SPSS بغرض تحليلها إحصائياً وفق الآتي:

المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الموجهة إلى المرضى

أولاً: المعلومات العامة

1. الجنس: أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمعلومات العامة توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس كما هو مبين في الجدول رقم (03-11):

جدول رقم (03-11): توزيع عينة المرضى حسب الجنس

البيان	الإناث	الذكور	المجموع
التكرار المطلق	145	107	252
التكرار النسبي	57.5	42.5	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلبية المرضى المستجوبين من الإناث، وهذا بنسبة 57.5 %، بينما يمثل الذكور 42.5 % فقط منهم، ويرجع ذلك لسببين: كون نسبة النساء في مجتمعنا معتبرة مقارنة بالرجال، بالإضافة إلى أن الدراسة شملت أقسام النساء والتوليد أيضاً.

2. السن: يبين الجدول رقم (03-12) توزيع أفراد عينة المرضى حسب السن بناءً على نتائج التحليل الإحصائي للمعلومات العامة، كالآتي:

جدول رقم (03-12): توزيع عينة المرضى حسب السن

البيان	أقل من 30 سنة	من 30 إلى 40 سنة	من 40 إلى 50 سنة	من 50 إلى 60 سنة	من 60 سنة فما أكثر	المجموع
التكرار المطلق	90	49	30	40	43	252
التكرار النسبي	35.7	19.4	11.9	15.9	17.1	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال هذا الجدول يظهر أن ما يعادل نسبة 35.7 % من المبحوثين تقل أعمارهم عن 30 سنة وهي أكبر نسبة، أما الفئات العمرية الأخرى فهي بنسبٍ متقاربة، يمثل فيها ذوو الأعمار التي تتراوح ما بين 40 و50 سنة 11.9 % كنسبة دنيا.

3. الوظيفة: يتضمن الجدول رقم (03-13) توزيع عينة المرضى حسب الوظيفة، كالتالي:

جدول رقم (03-13): توزيع عينة المرضى حسب الوظيفة

البيان	موظفون	بطالون	متقاعدون	المجموع
التكرار المطلق	49	189	14	252
التكرار النسبي	19.4	75	5.6	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُظهر الجدول أعلاه أن أغلبية الباحثين من البطالين وذلك بنسبة 75%، ويرجع ذلك كونهم من النساء ومعظمهن مأكثات بالبيوت. بينما لا يمثل الموظفون إلا 19.4 %، أما المتقاعدون فكانوا بنسبة 5.6% فقط.

4.المستوى الدراسي: فيما يخص المستوى الدراسي لأفراد عينة المرضى، فقد كانت نتائج التحليل الإحصائي لها كما هو مبين في الجدول رقم (03-14):

جدول رقم (03-14): توزيع عينة المرضى حسب المستوى الدراسي

البيان	أميون	مستوى ابتدائي	مستوى متوسط	مستوى ثانوي	مستوى جامعي	المجموع
التكرار المطلق	68	25	81	39	39	252
التكرار النسبي	27	9.9	32.1	15.5	15.5	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتضح من الجدول أعلاه أن معظم الباحثين مستواهم الدراسي هو المتوسط بنسبة 32.1%، في حين لا يمثل الجامعيون إلا 15.5%، وكذلك الأمر بالنسبة للمستوى الثانوي، غير أن الأميين كانوا بنسبة 27 %، وهي نسبة معتبرة.

5.المستشفى: يوضح الجدول رقم (03-15) توزيع أفراد عينة المرضى حسب متغير المستشفى، كما يلي:

جدول رقم (03-15): توزيع عينة المرضى حسب المستشفى

البيان	المركز الاستشفائي الجامعي سعادة محمد عبد النور	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء	المؤسسة العمومية الاستشفائية العلمية	المؤسسة الاستشفائية عين آزال	المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة	المجموع
التكرار المطلق	141	15	28	25	43	252
التكرار النسبي	55.95	5.95	11.11	9.92	17.06	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يظهر من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من الباحثين كانت من المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف بنسبة 55.95 %، تتلوه المؤسسة العمومية الاستشفائية السعيد عوامري بوقاعة بنسبة 17.06%، ثم المؤسسة العمومية

الاستشفائية العلة بنسبة 11.11%، لتأتي بعده المؤسسة الاستشفائية عين آزال بنسبة 9.92%، وأخيراً كانت أقل نسبة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة برأس الماء وهي 5.95%. ويرجع السبب في هذا التفاوت إلى اختلاف الطاقة الاستيعابية لكل مستشفى عن الآخر.

ثانياً: التعامل مع المرضى

يُلخّص الجدول رقم (16-03) المؤشرات الإحصائية لعبارات محور التعامل مع المرضى، مُمثّلة في التكرارات المطلقة والنسبية، بالإضافة إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات المبحوثين، كالتالي:

جدول رقم (16-03): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور التعامل مع المرضى

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.48	2.82	عالية	4	10	9.9	25	86.1	217	1.لقد تم استقبالكم بشكلٍ لائق.
0.73	2.15	متوسطة	19.8	50	45.2	114	34.9	88	2.مُخصَّص لكم أنتم المرضى قاعة إنتظار مُلائمة.
0.61	2.50	عالية	6	15	37.7	95	56.3	142	3.إن مُدَّة انتظاركم كانت معقولة.
0.70	2.56	عالية	11.9	30	19.8	50	68.3	172	4.إجراءات قبُولكم في المستشفى كانت سهلة ودون أيّ تعقيد.
0.50	2.78	عالية	3.60	9	15.1	38	81.3	205	5.يُسارع الممرضون لتقديم المساعدة لكم عند كُلِّ طلب.
0.48	2.82	عالية	4	10	9.9	25	86.1	217	6. تتلقون العلاج بشكلٍ عادل مع الآخرين.
0.34	2.91	عالية	1.6	4	6	15	92.5	233	7.يتم التعامل معكم باحترام وإنسانيَّة.
0.49	2.80	عالية	3.6	9	13.5	34	82.9	209	8.الأطباء مُهتمون بحالتكم كمرضى.
0.72	2.70	عالية	15.1	38	-	-	84.9	214	9.خلال مُدَّة إقامتكم لم يحدث أيُّ صراع بينكم وبين أحد الموظفين في المستشفى.
0.61	2.46	عالية	6	15	41.7	105	52.4	132	10.إذا استدعت حالتكم إجراء أشعة فقد تمَّ ذلك بسهولة.
0.62	2.40	عالية	7.10	18	46	116	46.8	118	11. إذا استدعت حالتكم إجراء تحاليل طبيَّة فقد تم ذلك بسهولة.
0.57	2.63	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات هذا الجدول إلى الاتجاه نحو الموافقة على ماجاء في عبارات محور التعامل مع المرضى حول مُعظم العبارات، ماعدا العبارة الثانية المتعلقة بوجود قاعات انتظارٍ مُلائمة، وهذا ما تُعكّسه المتوسطات الحسابية لهذه



العبارات، وكذا المتوسط الحسابي العام لهذا المحور التي جاءت ضمن مجال الموافقة المعبر عنه بـ [3-2.32] مع وجود بعض التشتت في الآراء دلّ عليه الانحراف المعياري العام المقدّر بـ 0.57.

ولمعرفة آراء المبحوثين حول هذا المحور في كل مؤسسة استشفائية على حدة، فإنّ الجدول رقم (17-03) يُوضّح ذلك، من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة، والبالغ عددها كما هو معلوم إحدى عشر (11) عبارة.

جدول رقم (17-03): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور التعامل مع المرضى لكلّ

مستشفى على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلية		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.84	0.49	2.67	0.49	3.00	0.00	2.67	0.76	2.81	0.40
العبارة 2	1.95	0.83	2.33	0.49	2.57	0.50	2.33	0.76	2.10	0.60
العبارة 3	2.67	0.53	2.33	0.49	2.71	0.46	2.17	0.91	2.42	0.50
العبارة 4	2.74	0.55	1.33	0.49	2.57	0.74	2.17	0.91	2.74	0.44
العبارة 5	2.89	0.31	2.67	0.49	3.00	0.00	2.83	0.38	2.58	0.66
العبارة 6	2.89	0.31	2.33	0.98	2.86	0.36	2.57	0.73	2.94	0.25
العبارة 7	3.00	0.00	3.00	0.00	2.71	0.46	3.00	0.00	2.86	0.50
العبارة 8	2.94	0.22	3.00	0.00	2.71	0.46	2.33	0.76	2.78	0.53
العبارة 9	2.58	0.82	2.33	0.98	2.71	0.71	3.00	0.00	2.82	0.58
العبارة 10	2.42	0.75	2.33	0.49	2.71	0.46	2.00	0.00	2.61	0.49
العبارة 11	2.68	0.47	1.67	0.49	2.28	0.71	2.00	0.00	2.39	0.67
م.إ.م العام	2.70	0.21	2.38	0.22	2.73	0.21	2.52	0.33	2.66	0.22

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتّضح من خلال الجدول أعلاه مايلي:

1. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: معظم متوسطات الإجابة حول عبارات هذا المحور جاءت ضمن المجال [3-2.32] والذي يعني أنّ الإجابة هي موافق، ماعداً العبارة الثانية فقد جاء متوسطها الحسابي ضمن المجال [2.31-1.66] والذي يعكس درجة موافقة مُتوسطة، مما يدلّ على اتفاق المبحوثين على أنّ قاعات الانتظار بالمستشفى الجامعي لولاية سطيف ليست ملائمةً إلى حدّ ما.

2. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: أغلبية العبارات متوسطاتها ضمن المجال [3-2.32] مما يعكس الإجابة موافق، ماعداً العبارة الرابعة فقد كان متوسطها يساوي 1.33 أي أنّ الإجابة هي غير موافق، ما يدلّ على



أنّ إجراءات قبول المرضى بهذه المؤسسة لا تتم بسهولة، ولا يخفى على العام والخاص أنّ المريض لا يحصل على سرير بهذه المؤسسة الاستشفائية غالباً إلا عن طريق الواسطة. كذلك بالنسبة للعبارة الحادية عشر، فقد كان متوسطها الحسابي يقع في المجال [2.31-1.66] ما يدلّ على درجة موافقة متوسطة، مما يعكس نوعاً من الصعوبة في إجراء التحاليل بالنسبة للمرضى أيضاً.

3. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية: معظم العبارات يقع متوسطها في المجال [3-2.32] ما يدلّ على الإجابة موافق، ماعدا العبارة الحادية عشر فقد كان متوسطها يساوي 2.28 والذي يعكس درجة موافقة متوسطة بخصوص إجراء التحاليل بسهولة، ما يُشير إلى مواجهة المرضى بعض الصعوبات بهذا الشأن.

4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: جاءت المتوسطات الحسابية لكلّ من العبارة الأولى، الثالثة، الرابعة، العاشرة والحادية عشر ضمن المجال [2.31-1.66] مما يعكس درجة موافقة متوسطة، بينما متوسطات باقي العبارات فكانت ضمن المجال [3-2.32] ما يُعبّر عن درجة موافقة عالية، وهذا يوضح أنّ المرضى بالمؤسسة الاستشفائية عين آزال يُواجهون نوعاً ما بعض الصعوبات فيما يخص الاستقبال بشكلٍ لائق، مدّة الانتظار، سهولة إجراءات القبول، إجراء الأشعة والتحليلات الطبية.

5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: إنّ أغلبية المتوسطات تقع ضمن المجال [3-2.32] والذي يُعبّر عن الإجابة موافق، ماعدا متوسط العبارة الثانية فقد كان ضمن المجال [2.31-1.66] ما يدلّ على درجة موافقة متوسطة، كما كان الحال في إجابات مبحوثي المركز الاستشفائي الجامعي للولاية، وهذا ما يعني أنّ قاعات الانتظار في نظر المرضى غير ملائمة إلى حدّ ما.

انطلاقاً ممّا سبق، فإن أهمّ الصعوبات التي يُواجهها المرضى في المؤسسات الاستشفائية محل البحث، فيما يخصّ المحور الأوّل هي:

أ. قاعات الانتظار نوعاً ما غير ملائمة، وذلك في كلّ من المركز الاستشفائي الجامعي والمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

ب. إجراءات قبول المرضى لا تتم بسهولة، وبالتحديد بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة برأس الماء، وبدرجة أقلّ في المؤسسة الاستشفائية لعين آزال؛

ج. بعض الصعوبات في إجراء التحاليل، خصوصاً في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالعلمة والمؤسسة الاستشفائية لعين آزال؛

د. الاستقبال نوعاً ما غير لائق بالمؤسسة الاستشفائية لعين آزال؛

هـ. مدّة الانتظار نوعاً ما غير معقولة بالمؤسسة الاستشفائية لعين آزال؛

و. بعض الصعوبات في إجراء الأشعة بالمؤسسة الاستشفائية بعين آزال دائماً.

ثالثاً: كفاءة الفريق الطبي

يُوضّح الجدول رقم (03-18) المؤشرات الإحصائية لمحور كفاءة الفريق الطبي، ممثلةً في التكرارات النسبية والمئوية والمتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية، مع تحديد درجة الموافقة لكل عبارة من عبارات هذا المحور، كما يلي:

جدول رقم (03-18): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور كفاءة الفريق الطبي

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.47	2.77	عالية	2	5	19.4	49	78.6	198	1. تعتقدون أنّ طبيبكّم قد فحصكّم بكفاءة.
0.83	1.76	متوسطة	49.2	124	25.4	64	25.4	64	2. تلقيتّم معلوماتٍ مُتعارضة من الأطباء حول حالتكم.
0.50	2.79	عالية	4	10	13.1	33	82.9	209	3. إنّ طبيبكّم يقدم لكم الشّروحات اللازمة عن حالتكم.
0.46	2.83	عالية	3.6	9	9.5	24	86.9	219	4. أنتم تتّبعون نصائح طبيبكّم لأنّكم تثقون فيه.
0.58	2.67	عالية	6	15	21	53	73	184	5. إنّ طبيبكّم يخصّص لكم وقتًا كافيًا لفحصكم.
0.50	2.70	عالية	2	5	26.2	66	71.8	181	6. إنّ طبيبكّم يشرح لكم بوضوح كيفية استعمال الأدوية.
0.46	2.69	عالية	-	-	31	78	69	174	7. إنّ الفريق الطّبيّ المعالج لكم يُجيد استخدام الأجهزة الطّبية في نظركم.
0.54	2.60	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتّضح من معطيات هذا الجدول أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول عبارات محور كفاءة الفريق الطبيّ هو الموافقة، وهذا ما عبّرت عنه المتوسّطات الحسابية لأغلب هذه العبارات، وكذا المتوسط الحسابي العام الذي كان بدوره ضمن المجال [2.32-3]، فيما عدا العبارة الثانية التي كان متوسطها ضمن حدود مجال الموافقة المتوسطة، مع وجود تشتّاتٍ في الآراء، دلّت عليه الانحرافات المعيارية لكلّ العبارات والانحراف المعياري العام المقدّر بـ 0.54. وللتفصيل أكثر في آراء المبحوثين حول هذا المحور في كلّ مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص النتائج الموضّحة لذلك في الجدول رقم (03-19)، كما يلي:

جدول رقم (03-19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحوّر كفاءة الفريق الطّبي لكل

مؤسسة استشفائية على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلية		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.79	0.41	3.00	0.00	2.43	0.74	2.67	0.48	2.88	0.32
العبارة 2	1.56	0.87	2.67	0.49	2.00	0.77	1.67	0.48	1.71	0.82
العبارة 3	2.84	0.37	3.00	0.00	2.86	0.36	2.33	0.96	2.83	0.38
العبارة 4	2.95	0.22	2.73	0.46	3.00	0.00	2.50	0.78	2.78	0.53
العبارة 5	2.79	0.41	3.00	0.00	2.43	0.92	2.33	0.76	2.70	0.46
العبارة 6	2.84	0.37	2.67	0.49	2.57	0.50	2.33	0.76	2.73	0.45
العبارة 7	2.53	0.50	3.00	0.00	3.00	0.00	2.83	0.38	2.64	0.48
م.إ.م. العام	2.62	0.25	2.87	0.19	2.61	0.21	2.44	0.46	2.62	0.26

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير معطيات هذا الجدول إلى مايلي:

1. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: جاءت معظم المتوسطات الحسابية ضمن المجال [2.32-3] والذي يعكس درجة موافقة عالية، في حين كان مُتوسّط العبارة الثانية في المجال [1.66-2.31] ما يدلّ على درجة موافقة متوسطة بخصوص تلقّي المرضى معلوماتٍ متعارضة من الأطباء حول حالتهم.
2. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: كل متوسطات عبارات هذا المحور كانت ضمن المجال [2.32-3] والذي يدلّ على درجة موافقة عالية، وهذا يعني اتفاق المبحوثين على كفاءة الفريق الطّبيّ المعالج لهم بهذا المستشفى.
3. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية: أغلبية العبارات متوسطاتها الحسابية في حدود المجال [2.32-3] ما يُعبّر عن الإجابة بموافق، إلّا العبارة الثانية فقد كان متوسطها يُساوي 2 أي ضمن المجال [1.66-2.31] مما يعكس درجة موافقة متوسطة حول تلقّي المرضى معلوماتٍ متعارضة حول حالتهم.
4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: معظم العبارات متوسطاتها الحسابية كانت ضمن المجال [2.32-3] ما يُعبّر عن درجة موافقة عالية، ماعداً العبارة الثانية فقد كان متوسطها في المجال [1.66-2.31] مما يعكس درجة موافقة متوسطة فيما يتعلّق بتلقّي المرضى معلوماتٍ متعارضة حول حالتهم الصحيّة.
5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: جُلّ متوسطات الإجابات تدلّ على اتفاق المبحوثين على كفاءة الفريق الطّبيّ المعالج لهم، وذلك لأن هذه المتوسطات كانت في حُدود المجال [2.32-3]، ماعداً متوسط العبارة الثانية فقد كان مساوياً لـ 1.71 والذي يُعبّر عن درجة موافقة متوسطة بخصوص هذه العبارة، كما هو الأمر بالنسبة لباقي



المؤسسات الاستشفائية محل البحث، ماعدا المؤسسة الاستشفائية المتخصصة برأس الماء، وهذا ما يعني تلقّي بعض المعلومات المتعارضة حول حالتهم الصحيّة.

مما سبق، يُمكن القول أنّ أهمّ المشكلات التي يُواجهها المرضى في هذه المؤسسات الاستشفائية بخصوص كفاءة الفريق الطبيّ تلخص في كون المرضى يتلقون أحياناً معلومات متعارضة حول حالتهم في كل المؤسسات الاستشفائية محل البحث، ماعدا بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة برأس الماء، والذي يُمكن تفسيره إمّا بنقص الثقافة الصحيّة لدى المرضى مما يجعلهم لا يستوعبون أغلب العبارات الطبيّة المستخدمة، ويخلق نوعاً من الصّعوبة في التّواصل مع الأطباء ويُوحي بوجود تعارض في المعلومات المقدّمة، وهذه حقيقة مُعاشة وهو التفسير المرجّح أكثر، أو أن الأطباء يقدمون فعلاً معلومات متعارضة تُثير القلق لدى المرضى، وهذه أيضاً حقيقة موجودة في مؤسساتنا الاستشفائية لا يُمكن إنكارها.

رابعاً: استمرار الرّعاية

يُبيّن الجدول رقم (20-03) آراء المبحوثين حول محور استمرار الرّعاية من خلال التّكرارات المطلقة والنسبية، المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لكلّ عبارة، كما يلي:

جدول رقم (20-03): المؤشّرات الإحصائية لعبارات محور استمرار الرّعاية

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.29	2.91	عالية	-	-	9.1	23	90.9	229	1. إنّ المرضين يلتزمون بتعليمات طبييكم.
0.52	2.65	عالية	2	5	31	78	67.1	169	2. إنّ طبييكم يُتابع باهتمام مدى تنفيذ تعليماتيه.
0.53	2.56	عالية	1.6	4	41.3	104	57.1	144	3. تتلقون في هذا المستشفى الرعاية اللازمة أيام العُطل ونهاية الأسبوع.
0.67	2.54	عالية	9.9	25	25.8	65	64.3	162	4. تتلقون في هذا المستشفى الرعاية اللازمة في اللّيل.
0.50	2.67	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُظهر من خلال الجدول أعلاه أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول أغلب عبارات هذا المحور تتّجه نحو الموافقة؛ حيث كانت المتوسطات الحسابيّة لكلّ العبارات وكذا المتوسط الحسابي لهذا المحور ضمن حدود مجال الموافقة المعبر عنه بـ [2.32-3]، مما يُعبّر عن وجود رعاية مستمرة بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث. مع ملاحظة وجود بعض التشتت في الآراء مُمثلاً في الانحرافات المعياريّة الظاهرة أعلاه.



ولمعرفة اتجاه آراء المبحوثين في كلّ مؤسسة استشفائية على حدة، فإنّ الجدول رقم (21-03) يُوضّح النتائج المتعلقة بذلك كالتّالي:

جدول رقم (21-03): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحوّر استمرار الرّعاية لكلّ مؤسسة

استشفائية على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
العبارة 1	3.00	0.00	3.00	0.00	3.00	0.00	3.00	0.00	2.70	0.46
العبارة 2	2.37	0.48	3.00	0.00	3.00	0.00	2.67	0.76	2.77	0.43
العبارة 3	2.68	0.47	2.00	0.00	2.43	0.50	2.33	0.48	2.65	0.58
العبارة 4	2.63	0.58	2.00	0.00	2.29	0.89	2.00	0.83	2.87	0.34
م.إ.م العام	2.68	0.26	2.50	0.00	2.67	0.32	2.55	0.38	2.76	0.20

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُظهر من خلال الجدول أعلاه مايلي:

1. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: تُشير كل المتوسطات الحسابية إلى أنّه كانت هناك مُوافقة من قِبل

المبحوثين حول استمرار الرّعاية الطّبية لهم بهذا المستشفى، فقد جاءت كلّها ضمن المجال [3-2.32].

2. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: جاءت متوسطات العبارتين الأولى والثّانية في حدود المجال [2.31-1.66]، مما يعكس درجة مُوافقة متوسطة بينما العبارة الثّالثة والرّابعة كانت متوسطاتها ضمن المجال [2.32-1.66].

3] والمعبرة عن الاتجاه إلى الموافقة عليها، مع عدم وجود تشّتت في الإجابات والذي تُبينه الانحرافات المعيارية لكلّ عبارة والمساوية للصّفر. وهذا يعني أنّ الممرّضين غير ملتزمين إلى حدّ ما بتعليمات الأطّباء، بالإضافة إلى عدم مُتابعة الأطّباء لمدى تنفيذ تعليماتهم.

3. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلة: تُبيّن المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات على الاتجاه العام نحو الموافقة عليها فقد كانت في المجال [3-2.32]، ماعدا العبارة الأخيرة التي كان متوسطها الحسابي في حدود مجال الموافقة المتوسطة، مع وجود بعض التّشّتت في هذه الإجابات وهذا ما توضحه الانحرافات المعيارية، مما يعني أنّ هناك انقطاعاً في الرّعاية اللازمة في الليل نوعاً ما.



4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: دلت المتوسّطات الحسابيّة لأغلب العبارات على الاتجاه العام نحو الموافقة عليها؛ حيث كانت في حدود المجال [2.32-3]، ماعدا العبارة الأخيرة فيعكس متوسّطها الحسابي درجةً مُوافقةً متوسّطة للمبحوثين، مع وجود بعض التشتّت في الإجابات لأغلب العبارات وهذا ماثوَضّحه الانحرافات المعيارية لها، مما يعني أنّ هناك بعض الانقطاع في الرّعاية مع نقص الالتزام بتعاليم الأطباء من قبل المرضى، وبالمقابل نقص اهتمام الأطباء بمتابعة مدى الالتزام بتعاليمهم.

5. المؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة: يتّضح أنّ الاتجاه العام للإجابات كان نحو الموافقة، كون كلّ المتوسّطات الحسابيّة للعبارات تقع ضمن المجال [2.32-3]، مع وجود بعض التشتّت فيها والمعبر عنه بالانحرافات المعيارية المؤصّحة أعلاه، وهذا ما يعني تحقّق استمرار الرّعاية الطّبيّة للمرضى في هذه المؤسسة الاستشفائية.

يتبيّن مما سبق، أنّ أهم المشكلات التي يُعاني منها المرضى فيما يخص استمرار الرّعاية تتمثل فيما يلي:
أ. نقص التزام المرضى بتعاليم الأطباء، وهذا بكلّ من المؤسسة الاستشفائية المتخصّصة رأس الماء والمؤسسة الاستشفائية عين آزال؛

ب. نقص المتابعة لدى الأطباء لمدى تنفيذ تعليماتهم من قبل المرضى بالمؤسسة الاستشفائية المتخصّصة رأس الماء والمؤسسة الاستشفائية عين آزال؛

ج. وجود بعض الانقطاع في الرّعاية نهاية الأسبوع، ليلاً وأيام العُطّل بكلّ من المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العموميّة الاستشفائية بالعلمة.

خامساً: ظروف الإقامة

تتلخّص آراء المبحوثين في عيّنة المرضى الخاصّة بظروف الإقامة في الجدول رقم (03-22)، من خلال التّكرارات المطلقة والنّسبية، المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعيارية لكلّ عبارة من العبارات الست (06)، كما يلي:



جدول رقم (03-22): المؤشرات الإحصائية لعبارة محور ظروف الإقامة

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.58	2.73	عالية	6.7	17	13.9	35	79.4	200	1.إنّ الإقامة في هذا المستشفى هادئة ومريحة.
0.20	2.96	عالية	–	–	4	10	96	242	2.إنّ الإقامة بهذا المستشفى آمنة.
0.55	2.68	عالية	4	10	23.8	60	72.2	182	3.إنّ نظافة الغرف بهذا المستشفى في المستوى.
0.67	2.54	عالية	9.9	25	25.8	65	64.3	162	4.إنّ نظافة الأغذية والأفرشة بهذا المستشفى في المستوى.
0.72	1.75	متوسطة	42.1	106	41.3	104	16.7	42	5.إنّ الوجبات الغذائية المقدمة لكم مُلائمة لرغباتكم.
0.92	2.26	متوسطة	32.1	81	9.5	24	58.3	147	6.إنّ نظام الزّيارات الحالي يُناسبكم.
0.61	2.49	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير معطيات هذا الجدول إلى الاتجاه العام لآراء المبحوثين نحو الموافقة حول أغلب عبارات هذا المحور، ماعدا العبارتين الخامسة والسادسة التي كانت متوسطاتها الحسابية ضمن حدود مجال الموافقة المتوسطة المعبر عنه بـ [1.66-2.31]. مع وجود بعض التشتت في هذه الآراء مُعبر عنه بالانحرافات المعيارية المتراوحة ما بين 0.20 و 0.92 وانحراف معياري عام مُقدّر بـ 0.61.

وبغرض التفصيل أكثر في هذه الآراء في كُلِّ مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص النتائج الخاصّة بها في الجدول رقم (03-23)، كما يلي:



جدول رقم (03-23): المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحوّر ظروف الإقامة لكلّ مؤسّسة

استشفائيّة على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلمة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.79	0.41	3.00	0.00	3.00	0.00	2.17	0.70	2.69	0.73
العبارة 2	3.00	0.00	2.33	0.49	3.00	0.00	3.00	0.00	3.00	0.00
العبارة 3	2.79	0.41	2.00	0.00	2.71	0.46	2.50	0.78	2.79	0.50
العبارة 4	2.68	0.57	2.33	0.49	2.11	0.93	2.50	0.78	2.68	0.47
العبارة 5	1.74	0.64	2.00	0.00	1.51	0.89	1.33	0.48	1.95	0.79
العبارة 6	2.11	0.97	1.67	0.98	2.71	0.71	2.73	0.69	2.21	0.85
م.إ.م العام	2.53	0.29	2.20	0.21	2.53	0.32	2.41	0.39	2.57	0.29

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تبيّن معطيات هذا الجدول النتائج التالية:

1.المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: أغلب المتوسطات الحسابيّة جاءت في حدود مجال الموافقة [2.32-3]، ماعدا العبارة الخامسة والسادسة فتعكس متوسطاتها درجة موافقة متوسطة، مع وجود بعض التشّشت في الإجابات مُعبّر عنه بالانحرافات المعياريّة. وهذا مايعني عدم مُلاءمة الوجبات الغذائيّة لرغبات المرضى إلى حدّ ما، بالإضافة إلى تضائيقهم نوعًا ما من نظام الرّيانات الحالي.

2.المؤسسة الاستشفائيّة المتخصّصة رأس الماء: إن المتوسطات الحسابيّة للعبارات الأولى، الثانية والرّابعة تدلّ على الاتجاه نحو الموافقة، بينما تلك الخاصّة بالعبارات الأخرى فتعبّر عن درجة موافقة متوسطة؛ حيث كانت ضمن المجال [1.66-2.31]، مع عدم وجود أي تشّشت في الإجابات. بالنّسبة للعبارات الأولى، الثالثة والخامسة فقد كانت انحرافاتها المعياريّة مُساوية للصّفر. وهذا ما يدلّ على النقص في نظافة العُرف مع عدم مُلاءمة الوجبات الغذائيّة نوعًا ما لرغبات المرضى، بالإضافة إلى انخفاض رضاهم عن نظام الرّيانات الحالي.

3.المؤسسة العموميّة الاستشفائيّة العلمة: جاءت المتوسطات الحسابيّة لأغلب العبارات مُعبّرة عن موافقة المبحوثين عليها ماعدا العبارة الرّابعة والخامسة؛ حيث يعكس متوسط العبارة الرّابعة درجة موافقة مُتوسطة؛ فقد كان في حدود المجال [1.66-2.31]. أما العبارة الخامسة فيدلّ متوسطها على الاتجاه نحو عدم الموافقة، مع عدم وجود أي تشّشت



في الإجابات بخصوص العبارتين الأولى والثانية، إذ كان انحرافها المعياري مساوياً للصّفر. وهذا ما يعني نقص نظافة الأغذية والأفرشة إلى حدّ ما، وعدم ملائمة الوجبات الغذائية كلياً لرغبات المرضى.

4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: دلت المتوسطات الحسابية لمعظم عبارات هذا المحور على الاتجاه نحو الموافقة؛ حيث كانت ضمن المجال [3-2.32]، أما العبارة الأولى فيعكس متوسطها الحسابي درجة الموافقة المتوسطة، أما العبارة الخامسة فيدلّ متوسطها الحسابي على الاتجاه نحو عدم الموافقة، مع وجود بعض التشتت في الإجابات، عدا العبارة الثانية التي كان انحرافها المعياري يساوي الصفر. وهذا ما يعني الغياب الجزئي للهدوء والراحة مع عدم ملائمة الوجبات الغذائية بصفةٍ كُليةٍ لرغبات المرضى.

5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: يلاحظ أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول أغلب العبارات كان نحو الموافقة، فقد كانت متوسطاتها الحسابية في حدود المجال [3-2.32]، ماعدا العبارة الخامسة والسادسة التي تدلّ متوسطاتها على درجة موافقةٍ متوسطة، مع وجود بعض التشتت في آراء المبحوثين ماعدا فيما يتعلق بالعبارة الثانية؛ حيث كان انحرافها المعياري معدوماً. وهذا ما يعني عدم ملائمة الوجبات الغذائية لرغبات المرضى نوعاً ما مع انخفاض الرضى عن النظام الحالي للزيارات.

يظهر مما سبق أنّ المشكلات التي تُواجه المرضى خلال إقامتهم بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث هي:

أ. الوجبات الغذائية غير ملائمة بكُلٍّ من المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية والمؤسسة الاستشفائية عين آزال وبدرجةٍ مُتوسطة بالمركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

ب. نظام الزيارات الحالي نوعاً ما غير ملائم بكُلٍّ من المركز الاستشفائي الجامعي بسطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

ج. نظافة الغرف نوعاً ما غير مقبولة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء؛

د. نظافة الأغذية والأفرشة نوعاً ما غير مقبولة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالعلمة.

سادساً: التقييم النهائي

يوضح الجدول رقم (03-24) آراء المبحوثين المتعلقة بالتقييم النهائي من خلال حساب التكرارات النسبية والمطلقة، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكلّ عبارةٍ من العبارات الخمس (05)، كالتالي:



جدول رقم (24-03): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور التقييم النهائي

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.51	2.68	عالية	2	5	27.8	70	70.2	177	1.إنَّ حالتُكم الصَّحِّيَّة قد تحسنت مُقارنَةً بما كانت عليه عند دُخولكم المستشفى.
0.89	1.96	متوسطة	42.5	107	21	53	36.5	92	2.لو توفرت لديكم الإمكانيات المادية فسُعادرون هذا المستشفى في الحين.
0.58	2.75	عالية	7.5	19	9.5	25	82.5	208	3.ستتصحون معارفكم بالتعامل مع هذا المستشفى مستقبلاً.
0.69	2.54	عالية	9.9	25	23.8	60	66.3	167	4.تحصَّلتُم في هذا المستشفى على كُلِّ حقوقكم كمرضى.
0.63	2.40	عالية	7.5	19	45.2	114	47.2	119	5.تحصَّلتُم في هذا المستشفى على خدمات ذات مُستوى جيِّد.
0.66	2.47	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج SPSS

تُشير معطيات الجدول أعلاه إلى اتّجاه آراء المبحوثين نحو الموافقة حول أغلب العبارات، وهذا ما عبّرت عنه المتوسطات الحسابية لها والمتوسط الحسابي العام المقدّر بـ 2.47، ماعدا العبارة الثانية التي كان متوسطها الحسابي ضمن حدود مجال الموافقة المتوسطة، مما يُعبّر عن الرضى عن خدمات المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث. وللتوضيح أكثر، تمّ تلخيص النتائج التالية في الجدول رقم (25-03)، والذي يُعبّر عن آراء المبحوثين المتعلقة بالتقييم النهائي في كلّ مؤسسة استشفائية على حدة، كالتالي:



جدول رقم (03-25): المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحور التّقييم التّهائي لكلّ مؤسّسة

استشفائيّة على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيّف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلية		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.58	0.59	2.33	0.49	2.71	0.46	2.67	0.48	2.87	0.34
العبارة 2	1.56	0.81	1.33	0.49	2.43	0.92	2.33	0.48	2.13	0.91
العبارة 3	2.79	0.62	2.67	0.49	2.86	0.36	2.83	0.38	2.64	0.69
العبارة 4	2.63	0.58	2.00	0.00	2.43	0.92	2.33	0.76	2.74	0.57
العبارة 5	2.21	0.62	2.00	0.00	2.71	0.46	2.50	0.51	2.52	0.70
م.إ.م. العام	2.37	0.37	2.06	0.09	2.63	0.35	2.54	0.15	2.59	0.32

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير مُعطيات الجدول أعلاه إلى ما يلي:

- 1.المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيّف: تتّجه آراء الباحثين حول أغلب العبارات نحو الموافقة وهذا ما توضحه المتوسطات الحسابيّة لها مع وجود بعض التّشتّت في هذه الآراء؛ حيث تراوحت الانحرافات المعياريّة للعبارات ما بين 0.58 و 0.81. غير أن العبارة الثانية كان متوسطها الحسابي ضمن المجال [1-1.65] مما يعكس الاتجاه نحو عدم الموافقة، وهذا ما يعني الاتجاه العام نحو الرضى عن خدمات هذا المستشفى رغم بعض النقائص المسجلة فيها.
- 2.المؤسّسة الاستشفائيّة المتخصّصة رأس الماء: تراوحت المتوسطات الحسابيّة ما بين حدود الموافقة بالنسبة للعبارة الأولى والثالثة والموافقة المتوسطة بالنسبة للعبارة الرابعة والخامسة، أما العبارة الثانية فقد عبّر متوسطها الحسابي عن عدم الموافقة وهذا مع عدم وجود أي تشتّت في آراء الباحثين فيما يخص العبارتين الرابعة والخامسة فقط عبّر عنه الانحراف المعياري بالصفّر. وهذا ما يعني الاتجاه نوعاً ما نحو الرضى عن الخدمات الصّحّيّة المقدّمة بهذا المستشفى.
- 3.المؤسّسة العموميّة الاستشفائيّة العلية: كل المتوسطات تدلّ على الاتجاه العام نحو الموافقة، وذلك لكونها في حدود المجال [2.32-3]، مع وجود بعض التّشتّت في الإجابات مُعبّر عنه بالانحرافات المعياريّة. وهذا ما يدلّ على الاتجاه الكلي نحو الرضى عن الخدمات الصّحّيّة التي يُوفّرها هذا المستشفى، على الرّغم من بعض النقائص التي تشوّهها.

- 4.المؤسّسة الاستشفائيّة عين آزال: تُعبّر المتوسطات الحسابيّة لكل عبارات هذا المحور عن اتجاه آراء الباحثين إلى الموافقة؛ حيث كانت ضمن المجال [2.32-3]، بالإضافة إلى وجود بعض التّشتّت في هذه الآراء، وهذا ما تدلّ



عليه الانحرافات المعيارية الواردة أعلاه، مما يُعبّر عن الاتجاه نحو الرضى على الرغم من وجود بعض النقائص في خدمات هذا المستشفى.

5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: جاءت المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات في حدود المجال المعبر عن الموافقة، ماعدا العبارة الثانية فدلّ متوسطها الحسابي عن الاتجاه نحو الموافقة المتوسطة، كونه يقع ضمن المجال [1.66-2.31]، مع وجود انحرافات معيارية تعكس التشتت في آراء المبحوثين. وهذا ما يعني اتجاه آراء المبحوثين نحو الرضى عن الخدمات الصحيّة لمستشفى بوقاعة.

مما سبق، يُمكن القول أنّ آراء المرضى تتجه نحو الرضى بكلّ المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث، على الرغم من النقائص التي تمّ التصريح بها، ماعدا في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء فهناك رضى جزئي فقط. ويُفسّر هذا الرضى بخوف المبحوثين من إبداء آرائهم الحقيقية، وهذا ما تمّ لمسه والتصريح به من قبل بعضهم عند الاحتكاك بهم، ظلّا منهم أن الأسئلة الموجهة إليهم كانت من قبل إدارة المستشفى. ومن جهة أخرى، فإنّ ما يُقدّر بـ 45% من المبحوثين وهي نسبة مُعتبرة تتراوح أعمارهم ما بين 40 وأكثر من 60 سنة؛ ومن ثمّ فإنّ المريض كبير السنّ عادةً يكون أكثر رضاء من صغير السنّ، لأنّه قد عاصر تطوّر الخدمات الصحيّة ولمس الفرق بين نوعيّة هذه الخدمات في الماضي والحاضر.

المطلب الثاني: اختبارات الفروق لعينة المرضى

أولاً: اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA

بُغية التأكّد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة مخاطرة $\alpha=0.05$ بين متوسطات تقييم المرضى للخدمات المقدمة لهم، تُعزى إلى متغير المستشفى أم لا، سنستخدم اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للمقارنة بين متوسطات أكثر من عيّنتين مستقلتين والذي يقوم على الفرضيتين التاليتين:

H₀: ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم المرضى للخدمات المقدّمة لهم تُعزى إلى متغير المستشفى؛

H₁: هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم المرضى للخدمات المقدّمة لهم تُعزى إلى متغير المستشفى.

ويُلخّص الجدول رقم (03-26) نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (03-26): اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمتوسّطات تقييم المرضى

للخدمات الصحيّة المقدمة لهم حسب متغير المستشفى

Sig	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البيان	
0,000	10,837	0,639 0,059	4 247 251	2.555 14.557 17.112	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	المحور 01
0,000	7,587	0,634 0,084	4 247 251	2.537 20.648 23.185	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	المحور 02
0,000	6,073	0,437 0,072	4 247 251	1.750 17.791 19.541	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	المحور 03
0,001	4,976	0,468 0,094	4 247 251	1.872 23.224 25.095	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	المحور 04
0,000	12,907	1,410 0,109	4 247 251	5.638 26.974 32.613	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	المحور 05

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

بالنظر إلى النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يظهر أن قيمة اختبار فيشر قد بلغت 10.837، 7.587، 6.073، 4.976، 12.907 للمحاور الخمسة على الترتيب بمستوى دلالة 0.000 لكل المحاور، عدا المحور 04 فكان بمستوى دلالة 0.001 وكلّها أقل من درجة المخاطرة والمحدّدة بـ $\alpha=0.05$ ، وعليه لا نقبل الفرضية المبدئية التي تنصّ على أنّه: ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطات تقييم المرضى للخدمات المقدّمة لهم تُعزى إلى متغيّر المستشفى. وفي المقابل يتم قبول الفرضية البديلة، والتي مفادها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطات تقييم المرضى للخدمات المقدّمة لهم تُعزى إلى متغيّر المستشفى.

وهذا قد يرجع إلى الاختلاف في الضّغط المترتب عن الكثافة السّكانية من جهة، وإلى نوعيّة وعدد المعدّات المتوفّرة في هذه المستشفيات، كما قد يرجع أيضًا إلى الاختلاف في مدى نجاعة أساليب الرّقابة المطبّقة من حيث الحرص على خدمة المرضى كما ينبغي.

ثانيًا: اختبار توكي Tukey HSD

نظرًا لوجود فروق ذات دلالة إحصائية لأغلب المحاور، فقد تمّ الاكتفاء بأفضل الاختبارات البعدية، وهو اختبار توكي Tukey HSD بدلًا من اختبار أقل فرق معنوي LSD واختبار Scheffe، وذلك لمعرفة أي المجموعات



تختلف عن البقية، والجدول رقم (27-03) يُمثّل نتائج هذا الاختبار مختصرةً في قيم مستوى الدلالة فقط؛ بحيث يُمكن الرجوع إلى الملحق رقم (07): الصفحة (220-222) لمزيد من التفصيل في هذه النتائج:

جدول رقم (27-03): نتائج اختبار توكي Tukey HSD لآراء المرضى

البيان	محور التعامل مع المرضى	محور كفاءة الفريق الطبي	محور استمرار الرعاية	محور ظروف الإقامة	محور التقييم النهائي
	sig	sig	Sig	sig	sig
سطيف	0.614	1.000	0.353	0.949	0.000
بوقاعة	0.000	0.001	0.022	0.161	0.074
عين آزال	0.992	1.000	1.000	1.000	0.000
العلمة	0.000	0.016	0.150	0.006	0.017
رأس الماء					
بوقاعة	0.614	1.000	0.353	0.949	0.000
سطيف	0.006	0.003	0.000	0.053	0.967
عين آزال	0.562	1.000	0.724	0.961	0.949
العلمة	0.001	0.016	0.011	0.002	0.000
رأس الماء					
عين آزال	0.000	0.001	0.022	0.161	0.074
سطيف	0.006	0.003	0.000	0.053	0.967
بوقاعة	0.000	0.013	0.061	0.376	0.775
العلمة	0.714	0.000	1.000	0.533	0.000
رأس الماء					
العلمة	0.992	1.000	1.000	1.000	0.000
بوقاعة	0.562	1.000	0.724	0.961	0.949
عين آزال	0.000	0.013	0.061	0.376	0.775
رأس الماء	0.000	0.038	0.200	0.022	0.000
رأس الماء	0.000	0.016	0.150	0.006	0.017
سطيف	0.001	0.016	0.011	0.002	0.000
بوقاعة	0.714	0.000	1.000	0.533	0.000
عين آزال	0.000	0.038	0.200	0.022	0.000
العلمة					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات هذا الجدول إلى أنَّ الفروق التي دلّت عليها نتائج اختبار تحليل التباين أنوفا ترجع بالتحديد

إلى:

1. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة، فيما يتعلق بمحور

التقييم النهائي؛



2. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة الاستشفائية عين آزال، فيما يخص المحاور الثلاثة الأولى؛

3. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة العموميّة الاستشفائية العلية، فيما يتعلق بالمحور الأخير؛

4. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، بخصوص كلّ من المحور الأول، الثاني، الرابع والخامس؛

5. الاختلاف بين المؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة والمؤسسة الاستشفائية عين آزال فيما يتعلق بالمحور الأول، الثاني والثالث؛

6. الاختلاف بين المؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، فيما يخص كلّ المحاور؛

7. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العموميّة الاستشفائية العلية، فيما يخص المحور الأول والثاني؛

8. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، فيما يتعلق بالمحور الثاني والخامس؛

9. الاختلاف بين المؤسسة العموميّة الاستشفائية العلية والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، فيما يخص المحور الأول، الثاني، الرابع والخامس.

وذلك كون مستوى المعنويّة الخاص بهذه المجموعات أقلّ من مستوى المخاطرة والمحدّد بـ 5%.

المطلب الثالث: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الموجهة للطّاقم الطّبي وشبه الطّبي

أوّلاً: المعلومات العامّة

1. **الجنس:** بيّنت نتائج التحليل الإحصائي للمعلومات العامة توزيع أفراد عيّنة الأطباء والمرّضين حسب مُتغيّر الجنس، كما هو موضّح في الجدول رقم (28-03) كما يلي:

جدول رقم (28-03): توزيع عيّنة الطّاقم الطّبي شبه الطّبي حسب الجنس

البيان	الإناث	الذكور	المجموع
التكرار المطلق	114	66	180
التكرار النسبي	63.3	36.7	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss



يتّضح من هذا الجدول أن معظم المبحوثين من الإناث بنسبة 63.3%، وفي المقابل لايمثل الذكور سوى 36.7%.

2. السن: يضمّ الجدول رقم (29-03) نتائج التحليل الإحصائي للمعلومات العامة والخاصة، بتوزيع أفراد عيّنة الأطباء والمرضى حسب السن، كالتالي:

جدول رقم (29-03): توزيع عيّنة الطاقم الطبي وشبه الطبي حسب السن

البيان	أقل من 30 سنة	من 30 الى 40 سنة	من 40 الى 50 سنة	من 50 سنة فما أكثر	المجموع
التكرار المطلق	63	45	45	27	180
التكرار النسبي	35	25	25	15	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يظهر من خلال هذا الجدول أنّ أكبر نسبة من المبحوثين يقلّ سنّهم عن 30 سنة وهي 35% في حين 15% فقط أعمارهم أكبر من 50 سنة، أمّا 25% منهم تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 40 سنة و 25 %، الآخرون تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 50 سنة. وهذا ما يعني أن الطاقم الطبي وشبه الطبي للمؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة مُعظمهم من فئة الشباب.

3. عدد سنوات الخبرة: سمّحت نتائج التحليل الإحصائي للمعلومات العامة بالحصول على توزيع أفراد عيّنة الأطباء والمرضى حسب عدد سنوات الخبرة، كما هو مبين في الجدول رقم (30-03):

جدول رقم (30-03): توزيع عيّنة الطاقم الطبي وشبه الطبي حسب عدد سنوات الخبرة

البيان	أقل من 5 سنوات	من 5 الى 10 سنوات	من 10 الى 15 سنة	من 15 الى 20 سنة	من 20 سنة فما أكثر	المجموع
التكرار المطلق	56	40	18	12	54	180
التكرار النسبي	31.1	22.2	10	6.7	30	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يوضّح الجدول السابق أنّ 31.1% من المبحوثين يقلّ عدد سنوات خبرتهم عن 5 سنوات، في المقابل 30% منهم عدد سنوات خبرتهم 20 سنة فما أكثر. أمّا 22.2% فيتراوح عدد سنوات خبرتهم ما بين 5 إلى 10 سنوات، و 10% ما بين 10 إلى 15 سنة في حين 6.7 % تتراوح خبرتهم ما بين 15 إلى 20 سنة. هذا يعني أنّ معظم المبحوثين ذوو خبرة لا يُستهان بها.

4. الوظيفة: يُظهر الجدول رقم (31-03) نتائج التحليل الإحصائي للمتغيرات الديمغرافية الخاصة بتوزيع أفراد عينة الأطباء والمرضى حسب الوظيفة، كالتالي:

جدول رقم (31-03): توزيع عينة الطاقم الطبي وشبه الطبي حسب الوظيفة

البيان	المرضى	الأطباء	المجموع
التكرار المطلق	108	72	180
التكرار النسبي	60	40	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من الجدول أعلاه يظهر أن 60% من المبحوثين من المرضى، في حين يُشكّل الأطباء نسبة 40%. ويرجع هذا الاختلاف إلى كون عدد الممرضين الإجمالي يفوق عدد الأطباء بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

5. المستشفى: بيّنت نتائج التحليل الإحصائي توزيع عينة الدراسة حسب المستشفى، كما هو موضح في الجدول رقم (32-03)، كما يلي:

جدول رقم (32-03): توزيع عينة الطاقم الطبي وشبه الطبي حسب المستشفى

البيان	المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء	المؤسسة العمومية الاستشفائية العلمية	المؤسسة الاستشفائية عين آزال	المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة	المجموع
التكرار المطلق	124	5	19	12	20	180
التكرار النسبي	68.89	2.78	10.55	6.67	11.11	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ معظم المبحوثين من المركز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور، وذلك بنسبة 68.89%، في حين مثّل المبحوثون في كل من المؤسسات الاستشفائية العمومية العلمية والسعيد عوامري ببوقاعة نسبة 10.55% و11.11% على التوالي، أما بعين آزال فكانوا بنسبة 6.67% وبالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء بنسبة 2.78% فقط، وهذا راجع إلى التفاوت في العدد الإجمالي للأطباء والمرضى بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث.

ثانياً: ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي

1. العلاقات: يوضح الجدول رقم (03-33) آراء الباحثين في عينة الأطباء والمرضى حول أهم ما يتعلق بمحور العلاقات، وذلك من خلال حساب التكرارات المطلقة والنسبية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة من العبارات السبع، كما يلي:

جدول رقم (03-33): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور العلاقات

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.55	2.63	عالية	3.3	6	30	54	66.7	120	1. أنتم كموظفين تربطكم علاقات جيدة فيما بينكم.
0.83	2.02	متوسطة	33.3	60	31.7	57	35	63	2. لا تجدون أي صعوبة في طرح انشغالاتكم على الإدارة.
0.50	2.68	عالية	1.7	3	28.3	51	70	126	3. يتيسر عملكم بالتعاون وروح الفريق.
0.79	2.12	متوسطة	26.7	48	35	63	38.3	69	4. إن توزيع المهام يتم بشكلٍ عادل.
0.73	2.12	متوسطة	21.7	39	45	81	33.3	60	5. أنتم راضون عن أسلوب التقييم المعتمد.
0.89	1.93	متوسطة	43.3	78	20	36	36.7	66	6. إن المراقبة الإلكترونية للمواظبة في نظركم هي مجرد إجراء إداري.
0.80	1.70	متوسطة	51.7	93	26.7	48	21.7	39	7. إن المراقبة الإلكترونية للمواظبة في نظركم هي نوع من العقاب.
0.73	2.17	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام لآراء الباحثين كان نحو الموافقة المتوسطة، ماعدا العبارة الأولى والثالثة التي كان متوسطها الحسابي في حدود مجال الموافقة. وهذا ماعبر عنه المتوسط الحسابي العام الذي قدر بـ 2.17. بالإضافة إلى وجود بعض التشتت في الآراء عبرت عنه الانحرافات المعيارية التي تراوحت ما بين 0.50 و 0.89 وانحراف معياري عام قدر بـ 0.73؛ حيث تدل هذه النتائج على أن المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تسودها علاقات جيدة فيما بين الطاقم الطبي وشبه الطبي، وعلاقة ليست جيدة نوعاً ما مع الإدارة.



وُبغية تبين آراء المبحوثين حول عبارات محور العلاقات في كل مؤسسة استشفائية على حدة، تم تلخيص النتائج المتعلقة بذلك في الجدول رقم (34-03)، كما يلي:

جدول رقم (34-03): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الخاصة بمحور العلاقات لكل مؤسسة استشفائية على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلمة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.63	0.49	1.50	0.52	2.83	0.37	2.43	0.73	2.75	0.43
العبارة 2	1.78	0.84	1.00	0.00	2.08	0.87	2.43	0.50	2.42	0.64
العبارة 3	2.56	0.57	2.50	0.52	2.92	0.28	2.57	0.50	2.83	0.37
العبارة 4	2.04	0.80	2.00	1.04	2.00	0.71	2.00	0.76	2.50	0.77
العبارة 5	2.04	0.70	1.50	0.52	2.08	0.76	2.00	0.76	2.50	0.65
العبارة 6	2.19	0.87	1.50	0.52	1.92	0.96	2.00	0.76	2.42	0.76
العبارة 7	1.89	0.80	1.00	0.00	2.00	0.82	1.71	0.89	1.08	0.28
م.إ.م العام	2.16	0.41	1.57	0.30	2.26	0.25	2.16	0.36	2.21	0.29

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير معطيات الجدول أعلاه إلى النتائج التالية:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: تتجه آراء المبحوثين حول أغلبية عبارات هذا المحور نحو الموافقة المتوسطة؛ حيث كانت متوسطاتها الحسابية في حدود المجال [1.66-2.31]، ماعدا العبارة الأولى والثالثة فقد عبّرت متوسطاتها الحسابية عن الاتجاه نحو الموافقة، مع وجود بعض التشتت في الآراء عبّرت عنه الانحرافات المعيارية الظاهرة أعلاه. وهذا ما يعني وجود علاقات مقبولة نوعًا ما مابين الطاقم الطبي وشبه الطبي والإدارة، مع تأكيد تام على أهمّ جَيِّدة فيما بين الموظّفين وأنّ عملهم يتسم بالتعاون وروح الفريق.

ب. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: دلّت المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات على الاتجاه نحو عدم الموافقة، فقد كانت ضمن المجال [1-1.65]، ماعدا فيما يخصّ العبارة الثالثة التي عبّر متوسطها عن الموافقة، والعبارة الرابعة عن الموافقة المتوسطة، مع عدم وجود أي تشتت في الآراء ما عدا بالنسبة للعبارة الثانية والسابعة؛ حيث كان انحرافها المعياري مساويًا للصفر، وهذا ما يُعبّر عن عدم وجود علاقات جَيِّدة فيما بين الموظّفين وبالأخصّ مع الإدارة.



ج. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية: إن المتوسطات الحسابية لمعظم العبارات جاءت في حدود مجال الموافقة المتوسطة، ماعدا العبارة الأولى والثالثة فقد جاءت ضمن مجال الموافقة، مع وجود انحرافاتٍ معيارية تُعبّر عن التشتت في آراء الباحثين تتراوح ما بين 0.28 و 0.96. وهذا ما يعني وجود علاقاتٍ مقبولة نوعًا ما، مع التأكيد على أنّها جيّدة فيما بين الموظفين وتتسم بالتعاون وروح الفريق.

د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: تتجه آراء الباحثين حول أغلب العبارات نحو الموافقة المتوسطة، والذي عبّرت عنه المتوسطات الحسابية الواقعة في حدود المجال [1.66-2.31]، ماعدا فيما يخصّ العبارات الأولى، الثانية والثالثة فقد كانت ضمن حدود مجال الموافقة، وهذا مع وجود تشتت في هذه الآراء دلّت عليه الانحرافات المعيارية لكلّ عبارات المحور؛ مما يدل على الاتجاه نحو وجود علاقاتٍ جيّدة نوعًا ما مع التأكيد أنّها فقط كذلك فيما بين الموظفين وسيئة مع الإدارة.

هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: أغلب العبارات كانت متوسطاتها الحسابية ضمن مجال الموافقة، عدا العبارة السابعة فقد كان متوسطها الحسابي مساويًا لـ 1.08، مما يعكس الاتجاه نحو عدم الموافقة وهذا مع ملاحظة تشتت في آراء الباحثين حول كل العبارات، ممثلاً في الانحرافات المعيارية المبينة في الجدول أعلاه. وهذا ما يُعبّر عن وجود علاقاتٍ جيّدة سواء بين الموظفين من أطباء وممرضين أو مع الإدارة.

يتّضح مما سبق، أنّ أهمّ ما يُميّز العلاقات في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث أنّها جيّدة نوعًا ما فيما بين الأطباء والممرضين، وتتسم بالتعاون وروح الفريق مع التأكيد التام على سوءها مع الإدارة، ماعدا في المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوقاعة. مما انجرّ على ذلك توزيع المهام بشكلٍ غير عادل، الأمر الذي يُؤثّر على مردودية الطاقم الطيّ وشبه الطيّ بشكلٍ محسوس؛ حيث يُرجع الباحثون ذلك إلى الأسباب المبينة في الجدول رقم (03-35)، كالتالي:

جدول رقم (03-35): أسباب عدم العدالة في توزيع المهام

النسبة	البيان
42.2	1. ضعف مستوى المهارات الإدارية لدى المسؤولين.
48.9	2. تفشي ظاهرة الاحياء.
8.9	3. أسباب أخرى: نقص الإمكانيات البشرية، العقلية الجزائرية.
100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss



يُظهر من خلال هذا الجدول أنّ أسباب عدم العدالة في توزيع المهام بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث حسب رأي المبحوثين، تعودُ أساسًا إلى تفشّي ظاهرة المحاباة وضعف مستوى المهارات الإدارية لدى المسؤولين، بالإضافة إلى أسبابٍ أخرى أهمُّها نقص الإمكانيات البشرية والعقلية الجزائرية، وذلك بنسبة 48.9%، و42.2% و8.9% على التوالي. ويقترحون لذلك الحلول المبيّنة في الجدول رقم (36-03)، كما يلي:

جدول رقم (36-03): الحلول المقترحة من أجل توزيع عادل للمهام

النسبة	البيان
43.4	1.تحسين المهارات الإدارية لدى المسؤولين.
47.2	2.إشراك العمال في إعداد برامج العمل.
9.4	3.حلول أخرى: التحلي بروح المسؤولية، تطبيق تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف.
%100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

حسب معطيات الجدول أعلاه، فإنّ المبحوثين يركزون على مبدأ إشراك العمال في إعداد برامج العمل، وذلك بنسبة 47.2 % بالدرجة الأولى، في حين يقترح ما نسبته 43.4% منهم تحسين المهارات الإدارية لدى المسؤولين، أمّا البقية فيقترحون حلولاً أخرى تمثلت في التحلي بروح المسؤولية وتطبيق تعاليم الدين الإسلامي الحنيف التي تُركّز على العدالة في كلّ الأمور.

2.حجم العمل: يُبيّن الجدول رقم (37-03) التكرارات المطلقة والنسبية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعبارات الأربع (04) المتعلقة بآراء المبحوثين حول حجم العمل، كالتالي:



جدول رقم (37-03): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور حجم العمل

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.86	1.88	متوسطة	43.3	78	25	45	31.7	57	1. إنّ برنامج عملكم في حدود طاقتكم.
0.76	1.55	منخفضة	61.7	111	21.7	39	16.7	30	2. إنّ عدد ساعات عملكم يتوافق مع الأجر الذي تتقاضونه.
0.69	1.55	منخفضة	56.7	102	31.7	57	11.7	21	3. تتحصلون في هذا المستشفى على غُطٍ كافية.
0.78	2.12	متوسطة	25	45	38.3	69	36.7	66	4. أُنتم تُعانون في هذا المستشفى من كثرة المناوبات.
0.77	1.78	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتّضح من خلال النتائج الواردة في هذا الجدول أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول حجم العمل كان نحو الموافقة المتوسطة، فقد كان متوسطها الحسابي العام مساوياً لـ 1.78 وهو ضمن مجال الموافقة المتوسطة. أمّا المتوسطات الحسابية لكلّ عبارة، فقد تراوحت ما بين حدود مجالي عدم الموافقة والموافقة المتوسطة، مما يعني وجود مشكلات متعلّقة بكلّ من برنامج العمل، عدد ساعات العمل، عدم كفاية الغُطل وكثرة المناوبات، مع وجود بعض التشتّت في هذه الآراء عبّرت عنه الانحرافات المعيارية الظاهرة أعلاه، والتي بلغ انحرافها المعياري العام 0.77. ومن أجل توضيح اتجاه آراء المبحوثين حول هذا المحور في كل مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص النتائج المتعلّقة بذلك في الجدول رقم (38-03)، كالتالي:

جدول رقم (38-03): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور حجم العمل لكل

مؤسسة استشفائية على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
العبارة 1	0.84	1.78	0.52	2.50	0.99	1.83	0.64	2.14	0.86	1.92
العبارة 2	0.74	1.41	0.52	2.50	0.86	1.58	0.73	1.57	0.63	1.67
العبارة 3	0.53	1.30	0.52	1.50	0.83	1.75	0.50	1.43	0.71	2.00
العبارة 4	0.69	2.22	0.52	1.50	0.75	2.33	0.70	2.29	0.85	1.67
م.إ.م. العام	0.70	1.68	0.52	2.00	0.86	1.87	0.64	1.86	0.76	1.82

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج SPSS

يتّضح من خلال هذا الجدول مايلي:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: تراوحت آراء المبحوثين مابين عدم الموافقة والموافقة المتوسطة، فقد كانت متوسطاتها الحسابية في حدود المجال [1.65-1] والمجال [2.31-1.66]، مع ملاحظة تشتت في الإجابات من خلال الانحرافات المعيارية الظاهرة أعلاه. مما يدلّ على الاتجاه نحو عدم الرضى عن حجم العمل، مع التأكيد على على كثرة المناوبات نوعاً ما وعدم الحصول على غُطلٍ كافية.

ب. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: تدلّ المتوسطات الحسابية للعبارتين الأولى والثانية على اتجاه آراء المبحوثين نحو الموافقة إذ كانت ضمن المجال [3-2.32]، في حين دلّت المتوسطات الحسابية للعبارة الثالثة والرابعة على عدم الموافقة؛ حيث جاءت في حدود المجال [1.65-1]، وهذا ما يعني أنّ المبحوثين لا يحصلون على غُطلٍ كافية، مع نفيهم لكثرة المناوبات بهذه المؤسسة الاستشفائية.

ج. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلة: جاءت المتوسطات الحسابية للعبارتين الأولى والثالثة في حدود مجال الموافقة المتوسطة، أمّا فيما يتعلّق بالعبارة الثانية فتتّجه آراء المبحوثين نحو عدم الموافقة، في حين تتّجه هذه الآراء نحو الموافقة فيما يتعلّق بالعبارة الرابعة، وهذا مع وجود انحرافاتٍ معيارية تراوحت مابين 0.75 و 0.99، مما يعني وجود تشتت في آراء المبحوثين، ما يدلّ على أنّ عدد ساعات العمل لا تتوافق مع الأجر المتقاضى، بالإضافة إلى كثرة المناوبات.

د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: يُلاحظ من خلال المتوسطات الحسابية أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول العبارتين الأولى والرابعة كان نحو الموافقة المتوسطة، أمّا فيما يتعلّق بالعبارة الثانية والثالثة فكان متوسطاتها الحسابية



ضمن مجال عدم الموافقة المعبر عنه من [1-1.65]، مع وجود تشتت في الآراء دلت عليه الانحرافات المعيارية لهذه العبارات. مما يعني التأكيد على المناوبات الكثيرة نوعاً ما، بالإضافة إلى عدم توافق برنامج العمل مع طاقة الطاقم الطبي وشبه الطبي إلى حد ما، وعدم توافق ساعات العمل مع الأجر المتقاضى وكذا عدم الحصول على غُطلٍ كافية. هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: إنّ كل العبارات كانت متوسطاتها الحسابية في حدود مجال الموافقة المتوسطة، مما يعني الاتجاه العام لآراء المبحوثين نحو الموافقة المتوسطة، مع ملاحظة وجود تشتت في الآراء عبّرت عنه الانحرافات المعيارية الظاهرة أعلاه. وهذا يعني التأكيد على كثرة المناوبات نوعاً ما، بالإضافة إلى عدم الرضى الجزئي عن كلّ من برنامج العمل، توافق الأجر مع ساعات العمل والعطل.

مما سبق، يظهر أن أهم المشكلات التي تواجه الطاقم الطبي وشبه الطبي بخصوص حجم العمل في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تتلخص فيما يلي:

أ. كثرة المناوبات في المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية، وبدرجة أقل نوعاً ما في كلّ من المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

ب. عدم الحصول على غُطلٍ كافية، وهذا بكلّ المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وبدرجة أقل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية العلية؛

ج. عدد ساعات العمل لا تتوافق مع الأجر؛ حيث ركّز على ذلك مبحوثو المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية، المؤسسة الاستشفائية عين آزال وبدرجة أقل في المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

د. عدم توافق برنامج العمل مع طاقة الطاقم الطبي وشبه الطبي، وهو ما أكّد عليه مبحوثو المؤسسة الاستشفائية عين آزال وبوقاعة فقط.

3. الظروف المعنوية (تحفيز، أمن، تغذية...):

يضمّ الجدول رقم (03-39) آراء المبحوثين حول هذا المحور، وذلك من خلال التكرارات المطلقة والنسبية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعباراته الخمس، كما يلي:

جدول رقم (03-39): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور الظروف المعنوية

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.92	1.83	متوسطة	51.7	93	13.3	24	35	63	1.يُوفّر لكم هذا المستشفى فرص الاستفادة من التكوين باستمرار.
0.64	1.43	منخفضة	65	117	26.7	48	8.3	15	2. يتم تخفيفكم في هذا المستشفى بالشكل الذي يُرضيكم.
0.44	1.27	منخفضة	73.3	132	26.7	48	-	-	3. إنّ الوجبات الغذائية المقدمة لكم مقبولة.
0.67	1.57	منخفضة	53.3	96	36.7	66	10	18	4. تحصلون في هذا المستشفى على التكفل اللازم عندما تُواجهكم ظروف خاصة.
0.74	2.53	عالية	15	27	16.7	30	68.3	123	5. إنّ غياب الأمن من أهم المشكلات التي تُواجهكم خلال المناوبة.
0.68	1.72	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات هذا الجدول إلى أنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول مدى توفر الظروف المعنوية المحفزة كان نحو الموافقة المتوسطة، وذلك ما دلّ عليه المتوسط الحسابي العام الذي جاء ضمن حدود المجال [1.66-2.31]، مع وجود تشتت في آراء المبحوثين دلّت عليه الانحرافات المعيارية الظاهرة في الجدول. وهذا ما يدلّ على أنّ الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث، لا يوفّر لهم فرص الاستفادة من التكوين بصفة مستمرة لتطوير معلوماتهم واكتساب خبرات جديدة تُمكنهم من تقديم خدمات أفضل وفي مستوى تطلّعات مرضاهم. بالإضافة إلى عدم حصولهم على التحفيز اللازم لبذل مجهودات أكبر في فترات لاحقة، لا تُوفّر لهم وجبات غذائية مقبولة تسدّ رمقهم، لا يحصلون على التكفل اللازم في حال مواجهة ظروف خاصة، كما أنّهم يُعانون من غياب الأمن خلال المناوبات الليلية.

ومن أجل توضيح آراء المبحوثين بشكل أدقّ في كل مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص النتائج في الجدول رقم (03-40)، كما يلي:

جدول رقم (03-40): المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة المتعلقة بعبارات محور الظروف المعنويّة لكل مؤسسة استشفائيّة على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلية		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العبارة 1	1.85	0.94	2.00	1.04	1.42	0.76	2.00	0.93	2.08	0.86
العبارة 2	1.48	0.63	1.50	0.52	1.08	0.28	1.29	0.45	1.75	0.83
العبارة 3	1.11	0.32	2.00	0.00	1.25	0.45	1.29	0.45	1.50	0.50
العبارة 4	1.52	0.69	1.50	0.52	1.58	0.64	1.57	0.73	1.67	0.63
العبارة 5	2.85	0.45	2.00	0.00	2.50	0.77	2.57	0.73	1.92	0.86
م.إ.م. العام	1.76	0.61	1.80	0.42	1.57	0.58	1.74	0.66	1.58	0.74

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات الجدول أعلاه إلى مايلي:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: يتّضح من خلال المتوسطات الحسابيّة لعبارات هذا المحور اتّجاه آراء الباحثين نحو عدم الموافقة بالنّسبة لأغلب العبارات، مع وجود بعض التّشكّات في الآراء دلّت عليه الانحرافات المعياريّة الظّاهرة في الجدول. وهذا ما يعني التّأكيد على عدم التّحفيز بالشّكل المطلوب من جهة، وعدم توفير وجبات غذائيّة ملائمة، بالإضافة إلى عدم الحصول على التّكفّل اللازم عند مواجهة ظروف خاصّة. كما يدلّ المتوسط الحسابي للعبارة الأخيرة على الاتّجاه العام نحو الموافقة، على غياب الأمن خلال المناوبات، ويمكن اعتباره من أهمّ المشكلات التي يُعاني منها الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي في المركز الاستشفائي الجامعي.

ب. المؤسسة الاستشفائيّة المتخصّصة رأس الماء: يظهر المتوسط الحسابي لأغلب العبارات في حُدود مجال الموافقة المتوسّطة [1.66-2.31]، في حين متوسّط العبارة الثّانية والرابعة كان ضمن حُدود مجال عدم الموافقة [1-1.65]، مع عدم وجود تشكّات في آراء الباحثين بالنّسبة للعبارة الثّالثة والخامسة، مما يعني التّأكيد على عدم تحفيزهم بالشّكل المطلوب، بالإضافة إلى عدم الاستفادة من التّكفّل في حال مواجهة ظروف خاصّة.

ج. المؤسسة العموميّة الاستشفائيّة العلية: تتّجه آراء الباحثين حول أغلب عبارات هذا المحور نحو عدم الموافقة؛ حيث كانت المتوسطات الحسابيّة ضمن المجال [1-1.65]، يُقابلها بعض التّشكّات مُعبّر عنه بالانحرافات المعياريّة الظّاهرة في الجدول أعلاه. مع الاتّجاه نحو الموافقة فيما يخص العبارة الأخيرة، وهذا يدلّ على تأكيد الباحثين على عدم استفادتهم من فرص التّكوين بشكل مستمر، وأنّه لا يتم تحفيزهم بالشّكل الذي يطمحون إليه، لا يوقّر لهم



وجبات غذائية مقبولة، كما لا يحصلون على التّكفل اللازم عند مواجهة ظروفٍ خاصة، بالإضافة إلى التّأكيد على غياب الأمن خلال المناوبة.

د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: يتّضح من الجدول رقم (03-40) أنّ المتوسّطات الحسابية لأغلب العبارات تُعبّر عن اتّجاه آراء المبحوثين نحو عدم الموافقة، في حين يدلّ متوسط العبارة الأخيرة عن الموافقة، وهذا ما يعني التّأكيد على عدم التّحفيز بالشّكل المطلوب، نُقص فرص الاستفادة من التّكوين باستمرار، غياب الأمن أثناء المناوبة، عدم توفر وجبات غذائية ملائمة بالإضافة إلى عدم الحصول على التّكفل اللازم عند مواجهة ظروفٍ خاصة.

هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: دلّت المتوسّطات الحسابية لأغلب العبارات على الموافقة المتوسطة للمبحوثين؛ حيث كانت في حدود المجال [1.66-2.31]، يُرافقها بعض التّشتّت في الآراء في صورة انحرافاتٍ معيارية ظاهرة في الجدول أعلاه، ما عدا العبارة الثالثة فيُعبر متوسّطها الحسابي على الاتّجاه نحو عدم الموافقة، وهذا يعني التّأكيد على عدم توفر وجباتٍ غذائية ملائمة، بالإضافة إلى نقص الاستفادة من فُرص التّكوين باستمرار، مع التّقص في التّحفيز عن القدر الذي يطمح إليه الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي، نقص التّكفل عند مواجهة ظروفٍ خاصّة ونقص الأمن عند المناوبات.

يظهر مما سبق أنّ أهم ما يُعانيه الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي في هذا الإطار يتمثّل في:

أ. عدم توفر وجباتٍ غذائية مقبولة في كل المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث، وبدرجةٍ أقلّ بالمؤسسة الاستشفائية المتخصّصة رأس الماء؛

ب. نقص فُرص التّكوين بكلّ من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالعلمة وعين آزال، وبدرجةٍ أقلّ بباقي المؤسسات الاستشفائية؛

ج. غياب الأمن خلال المناوبات بكلّ من المركز الاستشفائي الجامعي بسطيف، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالعلمة، المؤسسة الاستشفائية عين آزال، وبدرجةٍ أقلّ بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة؛

د. عدم الحصول على التّكفل اللازم عند مواجهة ظروفٍ خاصّة، وذلك بكلّ المؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة؛

هـ. عدم التّحفيز بالشّكل المطلوب في كل المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث، وبشكلٍ أقلّ نوعاً ما في المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة. ولهذا السّبب يقترح المبحوثون البدائل المبينة في الجدول رقم (03-41)، كالآتي:

جدول رقم (03-41): البدائل المقترحة من أجل تحفيز أفضل

النسبة	البيان
49.3	1. منح مكافآت وعلاوات خاصة للمتفوقين مهنيًا.
46.7	2. منح ترقية استثنائية للمتفوقين مهنيًا.
4	3. بدائل أخرى: تحسين ظروف العمل ككل، الاعتراف بمجهودات من يجتهد.
100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تبعًا لما جاء في هذا الجدول، فإن 49.3% من المبحوثين يقترحون منح مكافآت وعلاوات، خاصة للمتفوقين مهنيًا لتحفيزهم من أجل أداء أفضل مستقبلاً، في حين يقترح 46.7% منهم منح ترقية استثنائية للمتفوقين، بينما البقية يرون أنّ تحسين ظروف العمل ككل والاعتراف بمجهودات من يجتهد تعتبر أفضل تحفيز لهم.

4. وسائل العمل:

يُبين الجدول رقم (03-42) التكرارات النسبية والمطلقة، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعبارات الأربع المتعلقة بآراء المبحوثين حول وسائل العمل، كما يلي:

جدول رقم (03-42): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور وسائل العمل

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.69	1.48	منخفضة	63.3	114	25	45	11.7	21	1. إنّ الأجهزة والمعدّات الطّيّبة في هذا المستشفى متوفرة بالعدد الكافي.
0.67	1.95	متوسطة	25	45	55	99	20	36	2. إنّ المعدات الطّيّبة المتوفرة في هذا المستشفى ذات نوعية جيّدة.
0.84	2.12	متوسطة	30	54	28.3	51	41.7	75	3. تُواجهون في عملكم مشكلات مع الصيدليّة.
0.88	2.28	متوسطة	28.3	51	15	27	56.7	102	4. تُواجهون في عملكم مشكلات مع المخبر.
0.77	1.96	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير مُعطيات الجدول أعلاه إلى أنّ آراء المبحوثين تتّجه نحو الموافقة المتوسطة حول أغلب العبارات، وهذا ما دلّت عليه المتوسطات الحسابية لها والمتوسط الحسابي العام الذي كان ضمن المجال [1.66-2.31]، ممّا يعني وجود



بعض المشكلات فيما يتعلق بمعدّات ووسائل العمل في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث. مع ملاحظة بعض التشتّت في الآراء دلّت عليه الانحرافات المعيارية؛ حيث كان الانحراف المعياري العام لهذا المحور مساوياً لـ 0.77. ولمزيد من التفصيل، تمّ تجميع نتائج آراء المبحوثين حول وسائل العمل في كلّ مؤسسة استشفائية على حدة في الجدول رقم (03-43)، كما يلي:

جدول رقم (03-43): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المتعلقة بعبارات محور وسائل العمل لكل مؤسسة استشفائية على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلية		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العبارة 1	1.19	0.48	1.50	0.52	1.33	0.63	2.57	0.50	1.67	0.63
العبارة 2	1.78	0.63	2.50	0.52	1.75	0.60	2.57	0.50	2.08	0.64
العبارة 3	2.33	0.72	1.50	0.52	2.08	0.87	2.00	0.93	1.83	0.90
العبارة 4	2.63	0.68	1.50	0.52	1.92	0.96	2.14	0.84	2.08	0.96
م.إ.م. العام	1.98	0.34	1.75	0.61	1.77	0.54	2.32	0.42	1.92	0.36

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُلاحظ من خلال معطيات هذا الجدول ما يلي:

أ. المركز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور: تراوحت المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات ما بين حدود الموافقة والموافقة المتوسطة بالنسبة للعبارة الثانية، أمّا فيما يخص العبارة الأولى فقد كان متوسطها الحسابي ضمن المجال [1.65-1]، مما يعكس الاتجاه نحو عدم الموافقة مع ملاحظة بعض التشتّت في الآراء والذي دلّت عليه الانحرافات المعيارية الظاهرة أعلاه. وهذا ما يعني التأكيد على وجود مشكلات مع المخبر والصيدلية وأنّ المعدّات الطبية المتوفرة مقبولة ولكنها ليست ذات نوعية جيدة، وغير متوفرة بالعدد الكافي أي هناك نقصٌ مُعتَبَرٌ فيها.

ب. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: تتّجه آراء المبحوثين حول أغلب العبارات نحو عدم الموافقة، إلّا فيما يتعلق بالعبارة الثانية فدلّ متوسطها الحسابي على الاتجاه نحو الموافقة، وهذا مع تسجيل نفس مقدار التشتّت في الآراء قيمته 0.52 كانحراف معياري. مما يعني التأكيد على عدم توفر الأجهزة والمعدّات الطبية بالعدد الكافي وأنها ذات نوعية جيّدة، بالإضافة إلى مواجهة مشكلات مع المخبر والصيدلية.

ج. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية: يُلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات في حدود المجال [1.66-2.31]، مما يعكس الاتجاه نحو الموافقة المتوسطة ماعدا العبارة الأولى، فإنّ متوسطها الحسابي يساوي 1.33



وهو ضمن مجال عدم الموافقة، بالإضافة إلى أنّ هناك تشكّلتا في هذه الآراء دلّت عليه الانحرافات المعيارية المتزاوية ما بين 0.60 و 0.96. وهذا ما يدلّ على التأكيد على عدم توفر الأجهزة والمعدات الطبيّة بالعدد الكافي والمتوفرة منها تُعتبر جيّدة نوعاً ما، مع وجود بعض المشكلات مع المخبر والصيدليّة.

د. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: إنّ المتوسطات الحسابية للعبارتين الأولى والثانية جاءت ما بين حدود الموافقة، أما العبارة الثالثة والرابعة فقد جاءت ضمن حدود الموافقة المتوسطة، مع انحرافات معيارية تراوحت ما بين 0.50 و 0.93 مما يعكس وجود تشكّلت في آراء الباحثين حولها. مما يعني التأكيد على أنّ الأجهزة والمعدات الطبيّة متوفرة بالعدد الكافي وهي ذات نوعية جيّدة، كما تمّ التأكيد أيضاً على وجود بعض المشكلات مع المخبر والصيدليّة.

هـ. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: تتجه الآراء حول كلّ العبارات نحو الموافقة المتوسطة؛ حيث كانت متوسطاتها الحسابية ضمن المجال [1.66-2.31]، كما تراوحت انحرافات المعيارية ما بين 0.63 و 0.96 مما يدلّ على التشكّلت في آراء الباحثين. وهذا يعني التأكيد على أنّ هناك نقصاً في عدد الأجهزة والمعدات الطبيّة وفي جودتها، مع وجود بعض المشكلات مع المخبر والصيدليّة.

مما سبق، يُمكن القول أنّ أهم ما يُواجهه الطاقم الطيّ وشبه الطيّ من مشكلات في وسائل العمل ما يلي:

أ. التأكيد على وجود مشكلات مع المخبر والصيدليّة بالمركز الاستشفائي الجامعي سطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، وبدرجة متوسطة في المؤسسات الاستشفائية الأخرى أهمها نقص محلول التفاعل، تأخّر نتائج التحاليل، نقص بعض التحاليل المتخصصة والنقص في الأدوية؛

ب. التأكيد على أن المعدات ليست ذات نوعية جيّدة بالمركز الاستشفائي الجامعي سطيف، وبدرجة متوسطة في كلّ من المؤسسة العمومية الاستشفائية للعلمة وبوقاعة؛

ج. المعدات ليست متوفرة بالعدد الكافي، هذا ما أكّده مبحوثو المركز الاستشفائي الجامعي سطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، المؤسسة العمومية الاستشفائية للعلمة وبدرجة متوسطة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لبوقاعة؛

وكحلّ لمشكلة النقص في المعدات والأجهزة الطبيّة، يقترح المبحوثون الحلول الواردة في الجدول رقم (03-44)

كالتالي:

جدول رقم (03-44): الحلول المقترحة لمشكلة النقص في المعدات والأجهزة الطبيّة

النسبة	البيان
55.2	1. رفع تسعيرة الخدمات الصحيّة للمساهمة في اقتناء أجهزة جديدة وكذا في صيانتها.
36.2	2. التنسيق مع القطاع الخاص.
8.6	3. حلول أخرى: تحمل الدولة لمسؤولية اقتناء أجهزة جديدة وصيانتها.
%100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

انطلاقاً من معطيات الجدول السابق، يظهر أن 55.2% من المبحوثين يقترحون رفع تسعيرة الخدمات الصحيّة بغرض المساهمة في اقتناء أجهزة جديدة وصيانتها، بينما يرى 36.2 % منهم إمكانية التنسيق مع القطاع الخاص لحلّ هذه المشكلة. كما أكّد الباقي على ضرورة التزام الدولة بهذا الواجب.

ثانياً: تقييم الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لخدمات المستشفى

تتلخّص آراء المبحوثين حول تقييمهم لخدمات المستشفى بالجدول رقم (03-45)، من خلال التّكرارات المطلقة والنسبيّة، المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة للعبارات العشر (10) لهذا المحور، كالآتي:

جدول رقم (03-45): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور تقييم الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لخدمات

المستشفى

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.70	2.45	عالية	10.0	18	26.7	48	63.3	114	1. يتم استقبال المرضى بشكلٍ لائق.
0.79	1.91	متوسطة	50.0	90	26.7	48	23.3	42	2. إنّ قاعات انتظار المرضى مُلائمة.
0.80	2.17	متوسطة	41.7	75	35.0	63	23.3	75	3. إنّ مُدّة انتظار المرضى معقولة.
0.61	2.40	عالية	20.0	36	35.0	63	45.0	81	4. إنّ ظروف إقامة المرضى لائقة.
0.69	2.33	عالية	16.7	30	35.0	63	48.3	87	5. إنّ إجراءات النّظافة مقبولة.
0.54	1.98	متوسطة	40.0	72	40.0	72	20.0	36	6. الوجبات الغذائية المقدمة مقبولة.
0.56	2.60	عالية	3.30	6	18.3	33	78.3	141	7. يحضى المرضى بمعاملة جيّدة من طرف زملائكم.
0.51	2.51	عالية	8.30	15	40.0	72	51.7	93	8. إنّ التغطية الصّحّيّة مقبولة نهاية الأسبوع وأيام العطل.
0.67	1.91	متوسطة	45.0	81	33.3	60	21.7	39	9. إنّ عدد الأطباء والمرضى كافٍ مقارنةً بعدد المرضى.
0.72	1.92	متوسطة	43.3	78	38.3	69	18.3	33	10. إنّ هذا المستشفى يُقدّم خدمات ذات جودة عالية.
0.66	2.22								المتوسط والانحراف المعياري العام

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات هذا الجدول إلى أنّ الاتجاه العام لآراء الباحثين كان نحو الموافقة المتوسطة؛ حيث كان المتوسط الحسابي مساوياً لـ 2.22 وهو في حدود مجال الموافقة المتوسطة، وهو قريب أيضاً من الحد الأدنى لمجال الموافقة 2.32. مما يدلّ على وجود بعض النقص في مستوى الخدمات المقدّمة للمرضى، وبالأخص فيما يتعلّق بمدى مُلاءمة قاعات الانتظار، طول مدة انتظار المرضى، النقص في عدد الأطباء والمرضى، ممّا يجعل المرضى لا يحضون فعلاً بخدمات ذات جودة عالية. بالإضافة إلى مُلاحظة بعض التشتت في آراء الباحثين، مُعبّرًا عنه بالانحرافات المعيارية التي تراوحت ما بين 0.51 و 0.80 بانحرافٍ معياريٍّ عامٍ مساوٍ لـ 0.66.

وَبُغية التفصيل أكثر في آراء الباحثين في كل مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص النتائج المتعلقة بذلك

بالجدول رقم (03-46)، كالتالي:

جدول رقم (03-46): المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لعبارات محور تقييم الطّاقم الطّبيّ

وشبه الطّبيّ لخدمات المستشفى لكل مستشفى على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلمة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
العبارة 1	0.63	2.56	1.04	2.00	0.75	2.33	0.45	2.71	0.63	2.67
العبارة 2	0.63	1.44	1.04	2.00	0.77	1.50	0.73	2.43	0.80	2.17
العبارة 3	0.84	2.11	1.04	2.00	0.76	2.08	0.84	2.14	0.50	2.50
العبارة 4	0.80	1.96	0.52	2.50	0.80	2.17	0.45	2.71	0.47	2.67
العبارة 5	0.74	2.22	1.04	2.00	0.82	2.00	0.35	2.86	0.50	2.58
العبارة 6	0.56	1.37	0.00	2.00	0.80	2.17	0.70	2.29	0.64	2.08
العبارة 7	0.39	2.81	1.04	2.00	0.64	2.58	0.45	2.71	0.28	2.92
العبارة 8	0.57	2.44	0.00	3.00	0.80	2.16	0.70	2.29	0.47	2.67
العبارة 9	0.79	1.78	0.52	2.50	0.44	1.25	0.76	2.00	0.82	2.00
العبارة 10	0.49	1.37	1.04	2.00	0.75	1.67	0.84	2.14	0.50	2.42
م.إ.م. العام	0.35	2.01	0.73	2.20	0.53	1.99	0.33	2.43	0.28	2.47

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات الجدول أعلاه إلى مايلي:

1. **المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف:** تتراوح المتوسطات الحسابيّة لأغلب العبارات ما بين حدود مجال الموافقة المتوسطة، أمّا تلك الخاصة بالعبارات الثّانية، السّادسة والعاشرة فكانت ضمن المجال [1-1.65]، مما يعكس الاتجاه نحو عدم الموافقة، مع وجود تشتّت في الآراء بانحرافاتٍ معيارية تتراوح ما بين 0.39 و 0.84. وهذا ما يؤكد على أنّ المرضى يُعانون من طول مدة الانتظار وظروف إقامة غير لائقة نوعًا ما، كما أنّ هناك نقصًا في إجراءات النظافة وفي عدد الأطباء والممرضين، بالإضافة إلى عدم ملائمة قاعات الانتظار والوجبات الغذائية، وأنّ هذا المستشفى لا يُقدّم خدمات ذات جودة عالية.

2. **المؤسسة الاستشفائيّة المتخصصة رأس الماء:** تتّجه آراء المبحوثين حول أغلب العبارات نحو الموافقة المتوسطة، في حين تتّجه البقية نحو الموافقة لوقوع متوسطاتها الحسابيّة ضمن المجالات الخاصّة بذلك، مع عدم وجود تشتّت في الآراء حول العبارة السّادسة والثّامنة؛ حيث دلّ على ذلك انحرافها المعياري المساوي للصّفر. وهذا يعني التّأكيد على أنّ ظروف إقامة المرضى لائقة، والتّغطية الصّحّيّة في نهاية الأسبوع والعُطل مقبولة وعدد الأطباء والممرضين كافٍ،



بالإضافة إلى وجود بعض النقص فيما يخص طريقة استقبال المرضى وملاءمة قاعات ومدة الانتظار، إجراءات النظافة والوجبات الغذائية والمعاملة الجيدة، وبذلك فالخدمات المقدمة في هذا المستشفى مقبولة نوعاً ما مع أنها ليست ذات جودة عالية.

3. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلية: تدلّ المتوسطات الحسابية لأغلب عبارات المحور على الاتجاه نحو الموافقة المتوسطة كونها تقع في المجال [1.66-2.31]، غير أنّ العبارتين الثانية والتاسعة تُشير متوسطاتها إلى الاتجاه نحو عدم الموافقة، مع وجود تشتت في الآراء مُعبر عنه بانحرافات معيارية تتراوح ما بين 0.44 و 0.82. مما يُعبر عن تأكيد الباحثين على المعاملة والاستقبال الجيد للمرضى، وعدم ملاءمة قاعات الانتظار وعدم كفاية عدد الأطباء والمرضى. بالإضافة إلى النقص في إجراءات النظافة ونوعية الوجبات الغذائية والتغطية الصحية أيام العطل ونهاية الأسبوع؛ ومن ثم فالخدمات الصحية المقدمة تُعتبر مقبولة نوعاً ما ولكنها ليست ذات جودة عالية.

4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: إنّ الاتجاه العام لآراء الباحثين يتراوح ما بين حدود الموافقة والموافقة المتوسطة، وهذا ما عبرت عنه المتوسطات الحسابية التي كانت قيمها بين 2 و 2.86، مع ملاحظة انحرافات معيارية تراوحت قيمها ما بين 0.35 و 0.84، مما يدل على وجود تشتت في آراء الباحثين. وهذا ما يدل على تأكيد الباحثين على وجود بعض النقص في نوعية الوجبات الغذائية، ملاءمة مدة الانتظار، التغطية الصحية نهاية الأسبوع وأيام العطل، وكذا في عدد الأطباء والمرضى، وعليه فخدمات هذا المستشفى ليست ذات جودة عالية ومع ذلك تُعتبر مقبولة.

5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: تُعبر المتوسطات الحسابية لأغلب العبارات على الاتجاه العام نحو الموافقة، نظراً لوقوعها ضمن المجال [2.32-3]، ماعدا العبارة الثانية، السادسة والتاسعة، فقد كانت في حدود مجال الموافقة المتوسطة، بالإضافة إلى وجود تشتت في آراء الباحثين عبرت عنه الانحرافات المعيارية التي تراوحت ما بين 0.28 و 0.82. وهذا ما يعني التأكيد على وجود نقص في ملاءمة قاعات الانتظار، نوعية الوجبات الغذائية وعدد الأطباء والمرضى مقارنة بعدد المرضى، وعلى العموم تُعتبر خدمات هذا المستشفى في نظر الباحثين ذات جودة عالية.

يتضح مما سبق، أنّ أهم ما يُعاني منه المرضى حسب آراء الطاقم الطبي وشبه الطبي، يتلخص في الآتي:

أ. طول مدة الانتظار نوعاً ما في كلّ من المركز الاستشفائي الجامعي سطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة الاستشفائية عين آزال؛

ب. نقص إجراءات النظافة بكلّ من المركز الاستشفائي الجامعي سطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العمومية الاستشفائية العلية؛



- ج. نقص عدد الأطباء والمرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية العلة والمركز الاستشفائي الجامعي سطيف، وبدرجة أقل في كلّ من المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العمومية الاستشفائية لبوقاعة؛
- د. عدم ملائمة قاعات الانتظار بالمركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة العمومية الاستشفائية العلة، وبدرجة أقل في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العمومية الاستشفائية لبوقاعة؛
- هـ. عدم ملائمة الوجبات الغذائية بالمركز الاستشفائي الجامعي سطيف وبدرجة متوسطة في المؤسسات الاستشفائية العلة، بوقاعة، عين آزال والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء؛
- و. نقص التغطية الصّحية أيام العطل ونهاية الأسبوع في كلّ من المؤسسة العمومية الاستشفائية العلة وعين آزال؛
- ز. المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث لا تُقدّم خدمات ذات جودة عالية؛ حيث أكّد المبحوثون على ذلك في المركز الاستشفائي الجامعي سطيف، وبدرجة متوسطة في المؤسسة العمومية الاستشفائية العلة وعين آزال.
- وقد حصر المبحوثون الأسباب الحقيقية لتدني مستوى الخدمات الصّحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث في الأسباب المبينة في الجدول رقم (03-47)، كالآتي:

جدول رقم (03-47): أسباب تدني مستوى الخدمات الصّحية بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث

النسبة	البيان
30.9	1. الضّغط الكبير في العمل: نقص الأطباء والمرضى مقارنة بعدد المرضى.
27.8	2. الظروف الاجتماعية للأطباء والمرضى.
18.6	3. أسباب إدارية.
20.6	4. تدني مستوى التكوين.
2.1	5. أسباب أخرى: نقص الوعي الصّحي لدى المرضى.
%100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

حسب ما هو موضّح في الجدول أعلاه، فإنّ 30.9 % من البحوث يُرجعون سبب تدني الخدمات الصّحية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية إلى الضّغط الكبير في العمل؛ ومن ثمّ عدم كفاية الأعداد المتوفرة من الأطباء والمرضى لمواجهة هذا الضّغط. في حين يُرجع الآخرون الأمر إلى الظروف الاجتماعية للأطباء والمرضى، تدني مستوى التّكوين، أسباب إدارية، بالإضافة إلى نقص الوعي الصّحي لدى المرضى وذلك بنسبة 27.8 %، 20.6 %، 18.6 %، 2.1 % على التوالي.



ولمعالجة هذه المشكلات وتحسين الخدمات الصحيّة، يقترح المبحوثون الحلول المبينة في الجدول رقم (48-03)،

كما يلي:

جدول رقم (48-03): الحلول المقترحة لتحسين مستوى الخدمات الصحيّة بالمؤسسات الاستشفائية

محلّ البحث

النسبة	البيان
35.3	1. رقمنة الملفات الطبيّة للمرضى للتخفيض من الضغط.
38.8	2. تحسين الأوضاع الاجتماعية للأطباء والمرضى وظروف عملهم.
16.5	3. التكوين بأعداد أقل لضمان الجودة.
9.4	5. حلول أخرى: التحفيز، زيادة عدد الأطباء والمرضى، فتح أبواب الحوار مع الإدارة.
%100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يُظهر من خلال هذا الجدول أنّ 38.8% من المبحوثين يقترحون تحسين الأوضاع الاجتماعية للأطباء والمرضى وكذا ظروف عملهم، أمّا 35.3% منهم فيقترحون رقمنة الملفات الطبيّة للتخفيف من الضغط الموجود، في حين يرى 16.5% الآخرون ضرورة التكوين بأعداد أقل لضمان الجودة في التكوين، كما قد حصر البقية الحلول في التحفيز، زيادة عدد الأطباء والمرضى وفتح أبواب الحوار مع الإدارة.

ثالثاً: قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لدى الطاقم الطّبي وشبه الطّبي

يُبيّن الجدول رقم (49-03) آراء المبحوثين حول الرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لديهم، من خلال حساب التكرارات النسبية المطلقة، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعبارات الست لهذا المحور، كالآتي:



جدول رقم (03-49): المؤشرات الإحصائية لعبارات محور قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لدى الطاقم الطبي وشبه الطبي

البيان									العبارات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة	غير موافق		موافق بدرجة متوسطة		موافق		
			النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.44	2.78	عالية	3.30	6	10.0	18	86.7	156	1.أنتم تعتبرون أنكم مسؤولون عن التحسين المستمر لمستوى الخدمات المقدمة بهذا المستشفى.
0.67	2.57	عالية	11.7	21	11.7	21	76.7	138	2.عند مواجهة حالات تحتاج إلى أجهزة لا تتوفر في المستشفى فأنتم تشعرون بالمسؤولية في ضرورة التغيير.
0.60	2.45	عالية	8.30	15	36.7	66	55.0	99	3.أنتم تحرصون على المشاركة في مختلف الندوات والأيام الدراسية التي تُعقد في مجال تخصصكم.
0.51	2.65	عالية	1.70	3	20.0	36	78.3	141	4.أنتم تهتمون بمعرفة مدى رضى مرضاكم عن خدماتكم.
0.45	2.70	عالية	1.70	3	23.3	42	75.0	135	5.عندما تتعبون في الحصول على معلومات في مجال تخصصكم فأنتم تُسارعون لإيصالها لزملائكم.
0.62	1.49	منخفضة	58.3	105	20.0	36	21.7	39	6.أنتم ترغبون في التوجه إلى القطاع الخاص.
0.55	2.44	المتوسط والانحراف المعياري العام							

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

تُشير بيانات هذا الجدول إلى أنَّ آراء المحبوثين تتجه نحو الموافقة على أغلب عبارات هذا المحور ماعدا العبارة الأخيرة، وهذا مادّل عليه المتوسط الحسابي العام المساوي لـ 2.44 وهو ضمن مجال الموافقة. مما يعكس الرغبة الكبيرة للطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث في تحسين مستوى خدماتهم، مع وجود النية في التوجّه إلى القطاع الخاص، والتي تمّ التعبير عنها بدرجة موافقة منخفضة. مع وجود بعض التشتت في الآراء دلّت عليه الانحرافات المعيارية التي تراوحت ما بين 0.44 و 0.67.

وبُغية التفصيل أكثر في هذه الآراء وتوضيح اتجاهها في كل مؤسسة استشفائية على حدة، تمّ تلخيص مختلف النتائج المتعلقة بها في الجدول رقم (03-50)، كالآتي:



جدول رقم (03-50): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور قياس الرّغبة في تحسين

الخدمات الصّحية لدى الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لكل مستشفى على حدة

البيان	م.إ.ج. سطيف		م.إ.م. رأس الماء		م.ع.إ. العلمة		م.إ. عين آزال		م.ع.إ. بوقاعة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العبارة 1	2.81	0.48	2.50	0.52	2.83	0.56	2.86	0.35	2.92	0.28
العبارة 2	2.85	0.45	2.50	0.52	2.50	0.87	2.57	0.73	2.42	0.76
العبارة 3	2.44	0.63	2.50	0.52	2.42	0.76	2.14	0.64	2.75	0.43
العبارة 4	2.74	0.44	2.00	1.04	2.92	0.28	2.86	0.35	2.75	0.43
العبارة 5	2.74	0.44	2.50	0.52	2.92	0.28	2.86	0.35	2.50	0.65
العبارة 6	1.70	0.81	1.00	0.00	1.75	0.93	1.43	0.50	1.58	0.86
م.إ.م العام	2.55	0.25	2.17	0.35	2.56	0.36	2.45	0.29	2.49	0.29

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

يتّضح من خلال المعطيات الواردة في هذا الجدول مايلي:

1. المركز الاستشفائي الجامعي لولاية سطيف: تتّجه آراء المبحوثين حول أغلب العبارات نحو الموافقة؛ حيث تراوحت متوسطاتها الحسابية ما بين حدود المجال [3-2.32]، ماعدا العبارة السادسة فقد كان متوسطها الحسابي يساوي 1.70 مما يعكس درجة موافقة متوسطة، وذلك مع تسجيل تشبّث في آراء المبحوثين عبّرت عنه الانحرافات المعيارية الظاهرة في الجدول أعلاه. وهذا يعني حرص المبحوثين ورغبتهم في تحسين مستوى الخدمات المقدّمة من قبلهم، بالإضافة إلى ضعف رغبتهم في التوجّه إلى القطاع الخاص.

2. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء: إنّ الاتجاه العام لآراء المبحوثين حول أغلب العبارات هو الموافقة، كون متوسطاتها الحسابية تقع ضمن المجال [3-2.32]، ما عدا العبارة السادسة التي كان متوسطها الحسابي يقع في حدود مجال عدم الموافقة، مع عدم وجود أي تشبّث في الآراء حول هذه العبارة؛ حيث كان انحرافها المعياري معدومًا. مما يدلّ على حرص المبحوثين على تحسين نوعية الخدمات المقدّمة في هذا المستشفى وعدم الرّغبة في التوجّه إلى القطاع الخاص.

3. المؤسسة العمومية الاستشفائية العلمة: تتراوح المتوسطات الحسابية لمعظم العبارات ما بين حدود المجال [3-2.32]، مما يعكس الاتجاه العام نحو الموافقة، ماعدا ما يتعلق بالعبارة السادسة فإنّ متوسطها الحسابي يساوي 1.75 ما يدلّ على الاتجاه نحو الموافقة المتوسطة. بالإضافة إلى وجود تشبّث في الآراء عبّرت عنه الانحرافات المعيارية التي تتراوح



ما بين 0.28 و 0.93. وهذا ما يعني ارتفاع مستوى الرّغبة لدى المبحوثين في تحسين الخدمات الصّحية المقدّمة من قبلهم، مع وجود بعض الرّغبة في التّوجّه إلى القطاع الخاص.

4. المؤسسة الاستشفائية عين آزال: يظهر أن أغلب العبارات تقع متوسّطاتها الحسابية ضمن مجال الموافقة، ماعدا العبارة السادسة فيُعبر متوسّطها الحسابي على عدم الموافقة، أمّا العبارة الثالثة فيُشير متوسّطها الحسابي إلى الموافقة المتوسطة، مع ملاحظة انحرافات معيارية تتراوح قيمها ما بين 0.35 و 0.73 مما يعكس وجود تشتت في آراء المبحوثين، وهو ما يُعبر عن رغبة المبحوثين في تحسين مستوى خدماتهم، مع وجود بعض الميل للانتقال إلى القطاع الخاص.

5. المؤسسة العمومية الاستشفائية بوقاعة: إنّ أغلب العبارات تقع متوسّطاتها الحسابية في حدود مجال الموافقة، إلا العبارة السادسة فيقع متوسّطها ضمن مجال عدم الموافقة، مع وجود انحرافات معيارية أعلاها 0.86 مما يدل على أنّ هناك تشتتًا في الآراء حول هذا المحور. وهذا يعني ارتفاع درجة الرّغبة في تحسين نوعية الخدمات الصّحية لدى المبحوثين ونقص رغبتهم في التّوجّه إلى القطاع الخاص.

مما سبق، يُمكن القول أنّ الاتجاه العام للمبحوثين في هذه الدّراسة كان نحو التّأكيد على حرصهم ورغبتهم في تحسين مستوى الخدمات التي يُقدّمونها، بالإضافة إلى بعض الميل للاتّجاه نحو القطاع الخاص والمعبر عنه بالموافقة المتوسطة، مما يدل على وجود الرّغبة في الانتقال، غير أن الفرصة لم تكن متاحة.

المطلب الرابع: اختبارات الفروق لعينة الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي

أولاً: اختبار تحليل التّباين الأحادي One Way ANOVA

بغرض التّأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة مخاطرة $\alpha=0.05$ بين متوسّطات تقديرات الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي تُعزى إلى متغير المستشفى من عدمها، سيتم استخدام اختبار تحليل التّباين الأحادي One Way ANOVA للمقارنة بين متوسّطات أكثر من عينتين مستقلتين، والذي يقوم على الفرضيتين التّاليتين:

- H_0 : ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطات تقييم الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير المستشفى؛

- H_1 : هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطات تقديرات الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير المستشفى.

ويُمكن تلخيص نتائج هذا الاختبار في الجدول رقم (03-51)، كما يلي:

جدول رقم (03-51): اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمتوسطات تقييم الطاقم

الطبي وشبه الطبي لمختلف المحاور حسب متغير المستشفى

Sig	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البيان	
0,001	5,030	0,634 0,126	4 175 179	2,535 22,052 24,588	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	1.1: محور العلاقات.
0,423	0,975	0,110 0,113	4 175 179	,439 19,700 20,139	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2.1: محور حجم العمل.
0,001	4,942	2,088 0,423	4 175 179	8,354 73,946 82,300	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3.1: محور الظروف المعنوية.
0,000	6,806	1,100 0,162	4 175 179	4,401 28,287 32,688	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4.1: محور وسائل العمل.
0,000	12,358	1,951 0,158	4 175 179	7,804 27,626 35,430	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2: محور تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي لخدمات المستشفى.
0,023	2,925	0,249 0,085	4 175 179	,995 14,887 15,882	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3: محور قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لدى الطاقم الطبي وشبه الطبي.

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

بالنظر إلى النتائج الواردة في هذا الجدول، نلاحظ أنّ قيم اختبار فيشر كانت: 4.942، 0.975، 5.030، 2.925، 12.358، 6.806 لمحاور الاستمارة بمستوى دلالة 0.001، 0.423، 0.001، 0.000، 0.000، 0.023 على الترتيب. والملاحظ هنا هو أنّ معظم مستويات الدلالة أقل من درجة المخاطرة المحددة بـ $\alpha=0.05$ ، ماعدا تلك الخاصة بمحور حجم العمل والمساوية لـ 0.423.

وعليه، لا نقبل الفرضية المبدئية التي تنصّ على أنّه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي تُعزى إلى متغير المستشفى، وفي المقابل يتم قبول الفرضية البديلة والتي مفادها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي تُعزى إلى متغير المستشفى، وهذا فيما يتعلق بالمحاور 1.1، 3.1، 4.1، 2 و 3. أمّا بالنسبة للمحور 2.1 فيتمّ قبول الفرضية المبدئية ورفض الفرضية



البديلة، كون مستوى الدلالة أكبر من درجة المخاطرة المقدّرة بـ 5%. وقد ترجع هذه الفروقات إلى التباين في عدد المستخدمين بهذه المؤسسات الاستشفائية، اختلاف الطّاقم الإداري من مؤسسة إلى أخرى والكثافة السكانية من منطقة إلى أخرى؛ حيث تتواجد المؤسسة الاستشفائية التي تسهر على تغطية احتياجات هذه المناطق من الخدمات الصحيّة.

ثانياً: اختبار توكي Tukey HSD

نظراً لوجود فروق ذات دلالة إحصائية لأغلب المحاور، فقد تمّ الاكتفاء باختبار توكي Tukey HSD لمعرفة أي المجموعات تختلف عن البقية؛ حيث تلخص نتائج هذا الاختبار في قيم مستوى الدلالة الظاهرة في الجدول رقم (03-52)، كما يمكن الرجوع إلى الملحق رقم (08)، صفحة: (223-225) للمزيد من التفصيل في نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (03-52): نتائج اختبار توكي Tukey HSD لآراء الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي

المحور 3	المحور 2	المحور 4.1	المحور 3.1	المحور 1.1	البيان
sig	sig	sig	sig	sig	
0,019	0,782	0,653	0,998	0,001	سطيف رأس الماء
1,000	1,000	0,072	0,014	0,596	العلمة
0,655	0,000	0,006	1,000	1,000	عين آزال
0,815	0,000	0,929	0,311	0,936	بوقاعة
0,019	0,782	0,653	0,998	0,001	رأس الماء سطيف
0,024	0,758	1,000	0,410	0,000	العلمة
0,218	0,726	0,021	0,997	0,004	عين آزال
0,099	0,550	0,881	0,978	0,001	بوقاعة
1,000	1,000	0,072	0,014	0,596	العلمة سطيف
0,024	0,758	1,000	0,410	0,000	رأس الماء
0,699	0,001	0,000	0,184	0,850	عين آزال
0,850	0,000	0,539	0,000	0,979	بوقاعة
0,655	0,000	0,006	1,000	1,000	عين آزال سطيف
0,218	0,726	0,021	0,997	0,004	رأس الماء
0,699	0,001	0,000	0,184	0,850	العلمة
0,993	0,997	0,003	0,542	0,985	بوقاعة
0,815	0,000	0,929	0,311	0,936	بوقاعة سطيف
0,099	0,550	0,881	0,978	0,001	رأس الماء
0,850	0,000	0,539	0,000	0,979	العلمة
0,993	0,997	0,003	0,542	0,985	عين آزال

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss



يُظهر من خلال الجدول رقم (3-52) أن الفروقات التي أظهرتها نتائج اختبار تحليل التباين ناتجة أساسًا عن الفروقات التالية:

1. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء فيما يتعلق بمحور العلاقات وقياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة لدى الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ؛
2. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة العموميّة الاستشفائية العلة فيما يتعلّق بمحور الطُّروف المعنويّة فقط؛
3. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة الاستشفائية عين آزال فيما يتعلّق بمحور وسائل العمل ومحور تقييم الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ للخدمات الصحيّة المقدّمة؛
4. الاختلاف بين المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة فيما يتعلّق بمحور تقييم الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ للخدمات الصحيّة المقدّمة؛
5. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العموميّة الاستشفائية العلة فيما يخصّ محور العلاقات والرغبة في تحسين الخدمات الصحيّة؛
6. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة الاستشفائية عين آزال فيما يخصّ محور العلاقات ووسائل العمل؛
7. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء والمؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة فيما يتعلّق بمحور العلاقات فقط؛
8. الاختلاف بين المؤسسة العموميّة الاستشفائية العلة والمؤسسة الاستشفائية عين آزال فيما يخصّ المحور وسائل العمل وتقييم الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ لخدمات المستشفى؛
9. الاختلاف بين المؤسسة العموميّة الاستشفائية العلة وبوقاعة فيما يخصّ محور الطُّروف المعنويّة ومحور تقييم الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ للخدمات الصحيّة المقدّمة؛
10. الاختلاف بين المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العموميّة الاستشفائية بوقاعة فيما يتعلّق بمحور وسائل العمل فقط.

ثالثا: اختبار ستودنت "t" للمقارنة بين متوسطات عيّتين مستقلتين

لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة مخاطرة $\alpha = 0.050$ بين متوسطات تقييم الطاقم الطبي ومتوسطات تقييم الطاقم شبه الطبي في المؤسسات الاستشفائية محل البحث، لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير الوظيفة، تم استخدام اختبار t للمقارنة بين متوسطات عيّتين مستقلتين والقائم على الفرضيات التالية:

H_0 : ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسات الاستشفائية محل البحث لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير الوظيفة؛

H_1 : هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسات الاستشفائية محل البحث لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير الوظيفة.

والجدول رقم (03-53) يُبين نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (03-53): نتائج اختبار ستودنت للعينات المستقلة

اختبار t لعينتين مستقلتين				الإحصاءات الوصفية		البيان
Sig	درجات الحرية	قيمة t	فرق المتوسطين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المحاور
0.003	178	3.022	0.16667	0.37822 0.33738	2.2381 2.0714	العلاقات: ممرضون أطباء
0.057	178	-1.919	-0.09722	0.32061 0.35070	1.7421 1.8393	حجم العمل: ممرضون أطباء
0.063	164.086	1.874	0.18750	0.70421 0.62482	1.7083 1.5208	الظروف المعنوية: ممرضون أطباء
0.790	178	0.266	0.01736	0.44755 0.39792	1.9653 1.9479	وسائل العمل: ممرضون أطباء
0.500	178	-0.676	-0.04583	0.47360 0.39963	2.1333 2.1792	تقييم الخدمات: ممرضون أطباء
0.005	178	-2.865	-0.12731	0.29032 0.29463	2.4630 2.5903	الرغبة في التحسين: ممرضون أطباء

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال هذه النتائج نرفض فرضية العدم H_0 التي تنصّ على أنّه: "ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث لمختلف المحاور تُعزى إلى متغير الوظيفة."؛ حيث بلغت قيمة t المحسوبة 3.022، -1.919، 1.874، 0.266، -0.676، -2.865 عند مستوى دلالة قدر ب 0.003، 0.057، 0.063، 0.790، 0.500، 0.005 على الترتيب ما يستلزم ثبوت الفرضية



البديلة H_1 التي مفادها أنّ هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي لمختلف المحاور بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث تُعزى إلى متغير الوظيفة، وهذا فيما يتعلّق بالعلاقات والرغبة في التحسين فقط، كون مستوى الدلالة الخاصة بمهازين المحورين أقل من درجة المخاطرة $\alpha=0.05$.

أما فيما يتعلق بباقي المحاور، فيتم قبول الفرضية المبدئية H_0 التي تنصّ على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي لمختلف المحاور بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث تُعزى إلى متغير الوظيفة. ورفض الفرضية البديلة، فقد كانت مستويات الدلالة الخاصة بهذه المحاور أكبر من درجة المخاطرة المحددة بـ 0.05.

وقد ترجع هذه الفروقات بين آراء الأطباء والمرضى إلى عدّة أسباب لعل أهمّها ما يلي:

1. تقلّد الأطباء لمناصب إداريّة تجعلهم يهتمون بمستقبلهم الإداري أكثر، وينعكس ذلك بشكل سلبي على جودة الخدمات الطبيّة المقدّمة ويخلق فروقات في الآراء بينهم وبين المرضى؛
2. التداخلات الموجودة في المهام بين الأطباء والمرضى تجعلهم لا يتفقون حول رأي واحد، بخصوص التّغيير مثلاً؛
3. تؤثر العلاقة بين الأطباء والمرضى؛
4. الاختلاف في عدد ساعات العمل بين الفئتين يخلق اختلافاً في العلاقات وفي الآراء أيضاً.



المبحث الرابع: التّصوّر المقترح لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة

كما سبق وتمّ التّوضيح في الإطار النظري لهذه الدراسة، فإنّ تطبيق الانحراف السُداسي وفقاً لمنهجية التحسين DMAIC يمرّ بجملةٍ من المراحل المتسلسلة؛ بدءاً بالتّحديد، القياس، التّحليل، التّحسين ثم الرّقابة. ومن هذا المنطلق سيتمّ تتبع هذه المراحل، وفقاً لما يلي:

المطلب الأوّل: مرحلة التّحديد Define

يتعيّن على الإدارة في هذه المرحلة مراجعة قائمة من مشروعات الانحراف السُداسي الممكنة، وفي هذا الإطار يُمكن أن يكون المشروع إمّا تحسين رضی المرضى، تحسين سرعة ودقّة دخول المؤسسة الاستشفائية أو توفير الأُسرة للمرضى، لتختار المشروع المهم لها أخذاً بعين الاعتبار الإمكانيات المتاحة وكذا استشارة القادة، وذلك بهدف تحديد أهم المشكلات وتحديد معالمها. وعليه فإنّ المشروع محلّ التّطبيق هنا هو: تحسين رضی المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة من خلال تقديم خدماتٍ صحيّة أفضل وفي مستوى تطلّعات المرضى.

وبعد الموافقة على قرار تنفيذ هذا المشروع، يتعيّن رسم معالمه بدقة أكثر، وذلك من خلال المراحل الثلاث التالية:

أوّلاً: إعداد ميثاق المشروع

يتجسّد ميثاق المشروع في ورقةٍ تتضمن تحديد العناصر التالية بدقة:

1. تعريف المشكلة بإيجاز:

تكمن المشكلة هنا في تديّي مستوى الخدمات المقدّمة من قبل المؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة بولاية سطيف وذلك بشهادة صانعيها من أطباء وممرضين، مما أدّى إلى انخفاض مستوى رضی المرضى المقيمين والمراجعين لها واستياء الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي من الأوضاع المعيقة لأداء أفضل.

2. الأهداف المتوقّعة:

باعتداد استراتيجية الانحراف السُداسي، فإنّه يُتوقع كنتيجةٍ لذلك تحسين أوضاع تقديم الخدمة الصحيّة؛ ومن ثمّ تحسين مستوى هذه الخدمة لتتحقق بذلك معدلات رضی أفضل لدى المرضى.

3. إعداد خطة عمل المشروع وفق جدولٍ زمني:

لضمان تحقيق الأهداف المرجوّة من هذا المشروع، وبناءً على ماتم استخلاصه من عملية تحليل استمارتي البحث المعتمدتين، تم تقسيم العمل على مراحل حسب ماهو مبين في الجدول رقم (03-54)، كما يلي:

جدول رقم (03-54): خطة عمل المشروع

الهدف	الإجراء	المسؤول عن الإجراء	الزمن المحدد للتنفيذ
تحسين ظروف استقبال وإقامة المرضى.	1. الاهتمام بنظافة وحسن منظر قاعات الانتظار؛ 2. الاهتمام بنظافة الغرف والأغطية والأفرشة؛ 3. توفير وجبات غذائية مقبولة.	كل من مكتب التنظيم العام وإدارة الوسائل المادية.	يمكن تحقيقه في حدود شهر ومع ذلك يتم تخصيص ستة أشهر.
التخفيف من الضغط: بالخصوص في المستشفى الجامعي للولاية.	1. تفعيل دور مراكز الصحة الجوارية من خلال توعية المواطن بدورها؛ أ. عبر وسائل الإعلام السمعية والبصرية؛ ب. الصحة المدرسية؛ ج. توزيع مطبوعات مختصرة توجيهية للمواطنين. 2. توفير الموارد البشرية اللازمة من أطباء وممرضين؛ 3. رقمنة ملفات المرضى؛ 4. استخدام الاستشارات عبر البريد الإلكتروني والهاتف؛ 5. اعتماد نماذج صفوف الانتظار.	كل من مكتب الإعلام والاتصال وإدارة الموارد البشرية.	ستة أشهر كحد أدنى.
تحسين ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي.	1. توفير تجهيزات العمل الضرورية والاهتمام بصيانتها؛ 2. توفير الأدوية والحرص على أن يستغلها المرضى الذين خصصت لهم؛ 3. توفير الأمن خلال المناوبات الليلية؛ 4. توفير وجبات غذائية مقبولة؛ 5. تحسين الأجور؛ 6. الاهتمام بحسن تكوينهم؛ 7. الاهتمام أكثر بتحفيزهم؛ 8. فتح الحوار مع الإدارة والعمل على تحسين العلاقات معها.	كل من إدارة الأنشطة الطبية وشبه الطبية، مكتب الأمن والرقابة العامة، إدارة الموارد البشرية، إدارة الوسائل المادية وإدارة الرقابة والمالية.	يمكن تحقيق ذلك في ظرف سنة واحدة، ومع ذلك يمكن تخصيص سنتين.

المصدر: من إعداد الباحثة

4. نطاق العمل:

يتلخّص نطاق عمل هذا المشروع في القيام بما يلي:

- تحسين مستوى رضى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة؛
 - تحسين الخدمة الصحيّة المقدّمة بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة؛
 - تحسين ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة؛
5. تحديد القيود المُعيقة للمشروع:

إنّ عملية تطبيق هذا المشروع تتخللها بعض المعوقات، لعل أهمها:

- نقص الموارد المالية: نظرًا للأوضاع المالية السيئة التي تعيشها البلاد، وما انجرّ عنها من سياسات التقشّف على مختلف الأصعدة، ورغم استثناء القطاع الصحي من ذلك، بالإضافة إلى ضرورة توفير الإمكانيات المالية كشرط لا



مفر منه لتبني استراتيجية الانحراف السُداسي؛ ومن ثم فإنّ هذا الأمر يبدو مستبعداً في الوقت الحالي مع إمكانية توفير حدّ أدنى لذلك كخطوة أولى لترسيخ فكرة تبني مثل هذه المشاريع إلى حين تتغيّر هذه الأوضاع؛

ب. نقص الوعي بأهمية ودور استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين الأوضاع الرّاهنة وحتى الثّقة في إمكانية تحقيق ذلك: فكما هو معروف أنّ الفرد بطبعه لا يُغيّر ولا يُحسن شيئاً إلا إذا أحسَّ أنّ هذا التّغيير في صالحه ويعود عليه بالنّفع، لذلك لا بُد من الوصول إلى الاقتناع بما يمكن أن تحقّقه هذه الاستراتيجية من الفائدة لكلّ الأطراف؛

ج. عدم توفر المختصّين في استراتيجية الانحراف السُداسي: يُعتبَر هذا الإشكال من أهم المعوقات التي تُواجه عمليّة تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي؛ ففاقد الشّيء لا يعطيه، لذلك يتعيّن الاستعانة بخبرات الباحثين في هذا المجال، وكذا الاطّلاع على الأبحاث والدراسات التّطبيقية التي تمت في الدّول العربية والأجنبيّة؛

د. الفجوة الموجودة بين الإدارة والعمال: وذلك لأنّ دعم الإدارة العليا يُعدّ من أهم المقوّمات لنجاح تطبيق هذه الاستراتيجية، وعليه فإنّ التوتّر الدائم بين الإدارة والعمال يعمل على إحباط عملية التطبيق؛ حيث ثبت في مرحلة سابقة وجود هذا التوتّر في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث؛

هـ. قلة توفر نُظم الحوافز: حيث ثبت ذلك عند تحليل نتائج استمارة البحث المعتمّدة والمقدّمة للطّاقم الطّبي وشبه الطّبي، هذا الأمر يُعدّ إشكالاً أيضاً يُواجه عمليّة تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي، فتوفير الحافز للفرد العامل يُوفّر الكثير من الوقت لتحقيق الأهداف المرجوّة.

6. تشكيل الفريق:

يتمّ تشكيل فريق المشروع بمراعاة اختيار أعضائه على أساس الخبرة، ومن خلفيات علمية ومستويات وظيفيّة مُتعدّدة. بالنّسبة لمشروع هذا البحث ينبغي أن يتمّ تشكيل فريق الانحراف السُداسي بحيث يضمّ مجموعة من المختصّين في هذا المجال، بالإضافة إلى الأطباء والمرضى. وأخذاً بعين الاعتبار عدم وجود المختصّين في المستشفيات محلّ البحث، يُقترح إمكانية طلب المساعدة من الأساتذة الباحثين في موضوع الانحراف السُداسي من ذوي الاطّلاع والتّخصّص في مجال الإحصاء، أو حتى التّعاقد مع الخبراء في الانحراف السُداسي من مراكز الجودة المتوفرة في بعض دول الوطن العربي، لعقد دوراتٍ تدريبيّة حول تطبيق الانحراف السُداسي للفريق مع مراعاة أن يضمّ هذا الفريق الأعضاء التّالية:

أ. العضو الأوّل: حامل لقب البطل Champion أو ما يسمى أيضاً راعي المشروع؛

ب. العضو الثّاني: حامل الحزام الأسود الرئيس (Master Black Belt (MBB؛

ج. العضو الثّالث: وهو الحامل للحزام الأسود (Black Belt (BB؛

د. العضو الرّابع: من يحمل الحزام الأخضر؛



هـ. العضو الخامس: صاحب الحزام الأصفر؛

من هذا المنطلق، وبناءً على موضوع المشروع المحدّد فإنّ ميثاق مشروع الانحراف السُداسي يكون وفق ماهو موضح في الشكل رقم (02-03)، كما يلي:

شكل رقم (02-03): ميثاق مشروع تحسين الخدمات الصحيّة ببعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف

مشكلة العمل:	نطاق العمل:
تتلخص في النقاط الثلاث التالية: 1. انخفاض مستوى رضی المرضى المقيمين والمراجعين لها؛ 2. تدني مستوى الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بولاية سطيف؛ 3. استياء الطّاقم الطّبيّ والشبه طبي من الأوضاع المعيقة لأداء أفضل لهم.	يتعلق الأمر هنا بـ: 1. تحسين مستوى رضی المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؛ 2. تحسين الخدمة الصحيّة المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة؛ 3. تحسين ظروف عمل الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة.
الهدف:	القيود:
تحسين الخدمة الصحيّة المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية محل الدّراسة بغرض تحقيق رضی المرضى المقيمين والمراجعين لها على حدٍ سواء.	عدم توفر بعض المبادئ (المقومات) اللازمة لتبني استراتيجية الانحراف السُداسي أهمها: 1. نقص الموارد المالية اللازمة؛ 2. نقص الوعي بأهمية ودور استراتيجية الانحراف السُداسي في تحسين الأوضاع الراهنة وحتى الثقة في إمكانية تحقيق ذلك؛ 3. عدم توفر المختصين في استراتيجية الانحراف السُداسي (أفراد مدربين ومُتمرسين)؛ 4. الفجوة الموجودة بين الإدارة والعمال؛ 5. قلة توفر نُظم الحوافز.
خطة عمل المشروع:	اختيار الفريق:
1. تحسين ظروف استقبال وإقامة المرضى تم اسناد الإجراءات اللازمة إلى مكتب التنظيم العام وإدارة الوسائل المادية وخصص له ستة أشهر. 2. التخفيف من الضغط وبالخصوص في المستشفى الجامعي للولاية: يكلف بإجراءاته مكتب الإعلام والاتصال وإدارة الموارد البشرية ويخصص له ستة أشهر؛ 3. تحسين ظروف عمل الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ: يسهر على تنفيذ الإجراءات إدارة الأنشطة الطّبية وشبه الطّبية، مكتب الأمن والرقابة العامة، إدارة الموارد البشرية، إدارة الوسائل المادية وإدارة الرقابة المالية ويخصص لذلك سنتان.	يتكون الفريق من البطل أو راعي المشروع وحملة الأحزمة حيث: 1. البطل أو الراعي: من أعضاء مجلس الإدارة ليقوم بدعم المشروع؛ 2. قائد الفريق: من ذوي الاطلاع والخبرة باستراتيجية الانحراف السُداسي وليكن أحد الأساتذة الجامعيين المختصين والمهتمين بالمشروع؛ 3. باقي الأعضاء: من الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ وليكن من الأطباء والممرضين رؤساء الأقسام.

المصدر: من إعداد الباحثة



ثانياً: تنظيم العملية وفقاً لنموذج سيبوك SIPOC

يتمُّ هنا تحديدُ العمليات التي تُؤثّر بشكلٍ مباشر على تحسين رضى المرضى، وذلك لأجل التركيز عليها ودراسة إمكانيّة تحسينها، كتحليل معدلات الأخطاء فيها، وباستخدام نموذج سيبوك يتمُّ تخطيط العمليات الأساسيّة، والذي يضمُّ العناصر التّالية:

1. **المورد Supplier:** موردو العملية الذين يقومون بتزويد مُدخلاتها وهم هنا: مصنعو الأدوية والأدوات والأجهزة الطّبيّة، الجامعة ومعاهد تكوين مستخدمي الصّحة؛

2. **المدخلات Inputs:** تتمثل في مُدخلات العملية من الموارد المادية والبشرية والمعلوماتيّة والتكنولوجية وبالتحديد هنا: المنشآت والتجهيزات الطّبيّة المستعملة في إنتاج الخدمة الصحيّة، الأدوية ومستخدمو الرعاية الصحيّة؛

3. **العملية Process:** وهي الإجراء في تحويل المدخلات إلى مخرجات، أي القيام بتقديم خدمة صحيّة ترقى لمستوى تطلّعات المرضى، باستخدام ما هو مُتوفر من طاقاتٍ بشريّة وإمكانيّات مادية وماليّة، وأخذاً بعين الاعتبار كل المعوقات؛

4. **المخرجات Outputs:** تُمثل الخدمات أو المعلومات التي تنتج عن العمليات، وهي الخدمة الصحيّة التي ينتظرها المرضى من حيث الحصول عليها في الوقت المطلوب ومدى فعاليتها، بالإضافة إلى ظروف تقديمها، بمعنى تقديمها في ظروفٍ تُرضي كلّ الأطراف؛

5. **العميل Customer:** وهو الطرف الذي يتسلّم مخرجات العملية الحاليّة، ونسعى إلى إرضائه وتلبية احتياجاته وتوقعاته ويمثل هنا: كلّ المرضى المراجعين لـ المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث. وعلى اعتبار أنّ مفهوم العميل في استراتيجية الانحراف السُداسي يشمل أيضاً العمال، فإنّ الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي للمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث هم أيضاً من العملاء.

ويمكن توضيح نموذج سيبوك بناءً على معطيات هذا البحث في الشّكل رقم (03-03)، كما يلي:

شكل رقم (03-03): نموذج سيوك لعملية تقديم خدمات صحيّة في المستوى

Customers من هم العملاء	Outputs مخرجات العملية	Process العملية	Inputs مدخلات العملية	Suppliers من هم الموردون
1. المرضى المقيمون بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث؛ 2. المرضى المراجعون للمؤسسات الاستشفائية محل البحث؛ 3. الطاقم الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث.	الخدمة الصحيّة التي ينتظرها المرضى من حيث الحصول عليها في الوقت المطلوب ومدى فعاليتها بالإضافة إلى ظروف تقديمها بمعنى تقديمها في ظروف تُرضي كل الأطراف.	نقطة البدء: توفير الإمكانيات بكل أنواعها قدر المستطاع. النشاطات: استخدام ما هو متوفر من إمكانيات مادية وبشرية ومالية مع أخذ كل المعيّقات بعين الاعتبار. نقطة النهاية: تقديم الخدمة الصحيّة المتوقعة لطالبيها.	1. المؤسسات الاستشفائية محل البحث؛ 2. التجهيزات الطبيّة؛ 3. الأدوية؛ 4. الطاقم الطبي وشبه الطبي العاملة بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث؛ 5. الظروف الأخرى الضرورية لأداء عمل في المستوى (تخفيض، أجر، غداء، تقدير...).	1. موردو الأدوية؛ 2. موردو الأدوات والأجهزة الطبيّة؛ 3. الجامعة الجزائرية؛ 4. معاهد الطب؛ 5. معاهد تكوين مستخدمي الصحة: الشبه طبيين. 5. موردو المواد الغذائية والأغطية والأفرشة...

المصدر: من إعداد الباحثة

ثالثاً: تحليل صوت العميل

كما تم التوضيح من قبل، فإنه يتم في هذه الخطوة الاستماع لصوت العملاء من أجل تحديد مُتطلباتهم واحتياجاتهم؛ حيث يتم توزيع الاستبيانات عليهم وتحليل إجاباتهم بهدف التعرف على الخصائص الحرجة للجودة بالنسبة لهم CTQ. ويتم تحديد العمليات الأساسية التي تؤثر على العميل بشكل مباشر لأجل التركيز عليها، وهذا ما تم القيام به في المبحث السابق من هذا الفصل بالتفصيل، ليتم الشروع بعمليات التحسين فيما بعد؛ حيث تم توزيع الاستمارات على المرضى، الأطباء والمرضى على اعتبار أنهم العملاء الداخليين والخارجيين للمؤسسات الاستشفائية محل البحث. وبعد تحليل إجاباتهم تم الوصول إلى العديد من النتائج، والتي يمكن على أساسها ترجمة صوت العميل الخارجي، أي المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث وفق ما هو ممثل في الشكل رقم (03-04)، كما يلي:

شكل رقم (03-04): ترجمة صوت المرضى في المؤسسات الاستشفائية محل البحث



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل استمارتي البحث المعتمدتين.

إنَّ النَّقائصَ الموضَّحة في الشَّكل أعلاه، والتي تشوبُّ الخدمات الصحيَّة المقدَّمة في المؤسسات الاستشفائية محلَّ البحث، قد اعترفَ بوجودها أيضًا الطَّاقم الطَّبي وشبه الطَّبي، وهذا حسب ما تم استنتاجُه من خلال تحليل الاستمارة الموجهة إليهم. أمَّا عن احتياجاتهم اللَّازمة لتقدِّم خدمةٍ صحيَّة في المستوى، فيمكن ترجمتها في الشَّكل رقم (03-05)، كما يلي:

شكل رقم (03-05): ترجمة صوت الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستمارة الموجهة إلى الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي

بالنّظر إلى الحقائق المبيّنة في هذا الشّكل، يتّضح أنّها تدورّ حول نفس المعوقات التي تُعاني منها المؤسسات الصحيّة في الجزائر حسب ماتم توضيحه من قبل، والتي تُعدّ السّبب الرئيس في تديّي مستوى خدماتها الصحيّة. وتتلخّص أساساً في سوء التّسيير بالدرجة الأولى مخلّفاً العديد من النّقصات، أهمّها نقص المعدات والأجهزة، نقص الأطباء والممرضين وضعف مستوى التّكوين؛ حيث يرجع هذا السّوء في التّسيير إلى تولّي الأطباء مناصب إداريّة دون أيّ تكوينٍ في المجال الإداري.

رابعاً: تدريب الفريق

لا ينبغي هنا أن يُهمَل عنصر التّدريب؛ حيث ينصبُّ التّركيز في التّدريب على عملية DMAIC والأدوات المستخدمة فيها، ويستمرّ لمُدّة أسبوعٍ إلى أربعة أسابيع، مع مراعاة أن تكون هناك جلسات تدريبٍ نهاية كلّ أسبوعٍ، تتمحور حول الكفاءات المرتبطة بتطبيق الانحراف السُداسي كالتّحليل، إعادة تصميم العمليّات، التّخطيط



وحل المشكلات. ثم يعود الفريق وقائده إلى الأعمال الموكلة إليهم بعد هذه الجلسات؛ حيث يُفرغون جزءاً أساسياً من وقتهم للعمل على المشروع، إلى أن يأتي هذا الأخير بالنتائج المرجوة منه والتي قام لأجلها، والتي تتمثل في تحسين رضى المرضى من خلال تقديم خدماتٍ صحيّة في المستوى المطلوب.

المطلب الثاني: مرحلة القياس Measure

تسمح مرحلة القياس بتوفير قاعدة العمل العددية للمراحل الموالية، وذلك من خلال القيام بـ:

1. تحديد مقياس لقدرة العملية في ضوء احتياجات وتوقعات العميل؛
2. دراسة مكونات النظام الأساسية لوضع الأولويات، واتخاذ قرارات سليمة عن الذي يجب قياسه؛
3. قياس العيوب المرتبطة بتلك العمليات الداخلية -والتي تم تحديدها في نموذج سيوك بالتفصيل- وذلك بالتركيز على:

أ. **المُخرجات:** مستوى رضى العملاء أو عدد العيوب؛

ب. **العملية:** الأنشطة والمهام لتحويل المدخلات إلى مخرجات؛

ج. **المدخلات:** التي يتم تحويلها إلى مخرجات، يتم قياسها إذا كانت رديئة أو جيدة؛

وعلى اعتبار أنه يصعب قياس مستوى الخدمات الصحية، كما قد تم تشخيص الأوضاع في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث بصفة إجمالية، أخذاً بعين الاعتبار كلّ ما يهم المريض ومقدمي الخدمة الصحية، وعليه فإنّ المشروع هنا لا يركّز على عملية واحدة ليسهل قياسها، لذلك ففي هذه الحالة سيتم الاكتفاء بما تم الحصول عليه من نتائج من خلال التحليل السابق لاستمارتي البحث المعتمدتين.

4. حساب مستوى الانحراف الفعلي لعمليات المؤسسة:

فيما يتعلّق بتحديد مستوى الانحراف "السيجما" للمؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة، سيتمّ الاستناد إلى

ما اقترحه PARK, S.H في كتابه Six sigma for quality and productivity promotion. 32nd series

Japan: Asian productivity Organization, 2003 والذي تمّ تناوله في الجزء النظري من هذا العمل، والذي جاء بغرض إيجاد حلّ لصعوبة تحديد مستوى الانحراف في المؤسسات الخدمية. وبناءً عليه وعلى ماتمّ لمسه من حقائق خلال الدراسة الميدانية التي تمّت بالمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث، يُمكن القول أنّ مستوى الانحراف الذي تعمل به هذه المؤسسات ليس سيئاً للغاية ليكون مساوياً لـ 62 وليس مثالياً ليكون مساوياً لـ 66؛ ومن ثمّ يُمكن تحديده بـ 63 فقط.

المطلب الثالث: مرحلة التحليل Analyse

في هذه المرحلة، يتمُّ استغلال كلِّ المعلومات التي تمَّ التَّحصُّل عليها في مرحلة القياس وتحليلها، بغرض التَّوصُّل إلى معرفة أسباب الانحرافات المكتشفة، مما يعني تحديد الأسباب الجذرية لكلِّ مشكلات ومعوقات التَّحسين ووضع أفضل الفرص التي تُسهم في إرضاء المرضى، عن طريق تحليل مسار مسببات الفشل، ثم ترتيبها من حيث التأثير، تبويبها، لتسهيل السيطرة عليها والتَّحكُّم فيها. بالإضافة إلى تحديد نقاط القوَّة التي ستُسهم في حلِّ مشكلة عدم الرضى وتدنيِّ مستوى الخدمات الصحيّة، وتساعد في تحقيق أهداف التَّحسين والعمل على تعزيزها، وتحديد نقاط الضَّعف التي تُعيق حلَّ المشكلة.

وفي هذا الإطار، سيتم استخدام مخطَّط السَّبب والنتيجة لتحديد أهم الأسباب التي تحدُّ من جودة الخدمات الصحيّة المقدَّمة بالمؤسَّسات الاستشفائية محلَّ البحث. وبذلك يُمكن استخلاص العوامل المؤثرة في هدف المشروع والعوامل الفرعية التي تؤثر فيها أيضاً؛ حيث إذا اعتبرنا أنَّ هذه العوامل تُمثِّل x_i وهدف المشروع الذي يتمثل في تحسين رضى المرضى يُمثِّل y فإنَّ:

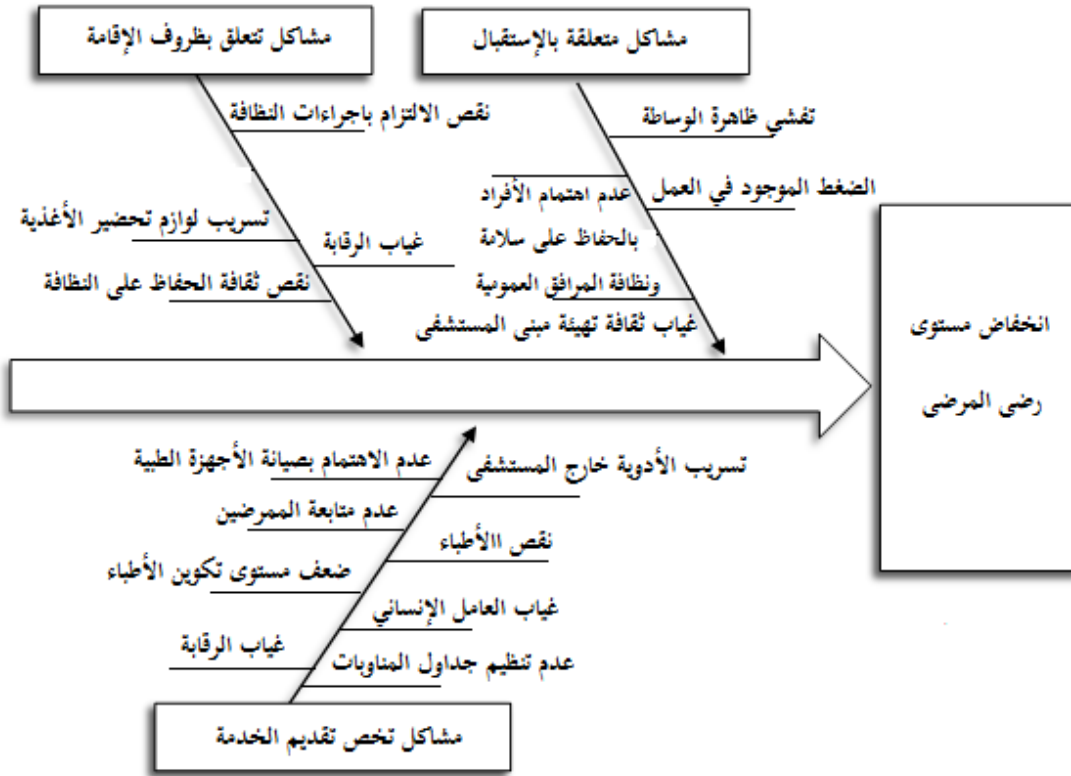
$$y = f(x)$$

أولاً: بالنسبة لمشكلة انخفاض مستوى رضى المرضى

إنَّ الأسباب الرئيسة لانخفاض مستوى رضى المرضى بالمؤسَّسات الاستشفائية محلَّ الدِّراسة، وبناءً على ماتم استخلاصه من تحليل استمارتي البحث المعتمدتين، يُمكن تبويبها إلى:

1. مشكلات متعلَّقة بالاستقبال: صعوبة إجراءات الدُّخول، طول فترة الانتظار، قاعات انتظار غير ملائمة؛
 2. مشكلات تخصُّ تقديم الخدمة الصحيّة: صعوبات في إجراء التَّحاليل والأشعة، عدم التزام المرضى بتعليمات الأطباء، تلقي معلومات متعارضة، انقطاع الرِّعاية ليلاً وأيام العُطَل؛
 3. مشكلات تدورُ حول ظروف الإقامة: نقص النِّظافة، وجبات غذائيّة غير ملائمة، نظام زيارات غير ملائم.
- ويُمكن عرض هذه المشكلات وأسبابها الجذرية باستخدام مخطَّط السَّبب والأثر، كما هو موضَّح في الشَّكل رقم (03-06)، كالآتي:

شكل رقم (06-03): مخطط السبب والنتيجة لمشكلة انخفاض رضى المرضى



المصدر: من إعداد الباحثة

يُظهر من الشّكل أعلاه التّحدّي الذي يُواجه فريق الانحراف السُداسي، نظرًا لضرورة التّركيز على كلّ هذه المعوقات في سبيل تحقيق هدف المشروع، والتي تَصبُّ كلّها في مشكلة رئيسة تتعلق بالثقافة بالدّرجة الأولى. فلو كان المسيرُ ملتزمًا بعمله ويؤدّيهِ بإتقانٍ لأمكّن تفادي العديد من المشكلات، ولو كان كلّ المرضى وأهاليهم يلتزمون بواجباتهم التي ينصُّ عليها القانون، ويُحسنون طلب حقوقهم والدّفاع عنها لكان الوضعُ أفضل بكثير؛ ومن ثم فإنّ المسؤولية هنا مشتركةٌ إلى حدٍّ ما في العديد من الأمور، كالحفاظ على النّظافة على سبيل المثال، القضاء على ظاهرة الوساطة وغيرها من الأمور التي يُمكن التّحكّم فيها من هذا الجانب.

وفي هذا الإطار يُقترح الالتزام بالحلول التّالية:

- أ. الاهتمام بتهيئة قاعات الانتظار بما يتلاءم ومتطلبات المرضى؛ من حيث الاتّساع وتوفر المقاعد، التّهوئة والنّظافة؛
- ب. الاهتمام بإعادة ترميم الأقسام التي تتطلّب التّرميم؛
- ج. الاهتمام بنظافة العُرف والأغطية والأفرشة وتوعية الجميع من مرضى، زوار، أطباء، ممرضين وغيرهم بالمسؤوليّة الجماعيّة في الحفاظ على النّظافة؛



د. توفير وجبات غذائية مقبولة للمرضى والجديّة في الاهتمام بها؛ سواء من ناحية الميزانية المخصصة لذلك أو من ناحية الرقابة على مطاعم المستشفيات للحدّ من التّجاوزات التي لا يخفى على العام والخاص أنّها تُسهم بشكل مباشر في رداءة الوجبات المقدّمة في المستشفيات الجزائرية؛

هـ. القضاء على ظاهرة الوساطة بكل أنواعها، والتي تخلق نوعاً من التمييز في تلقي الخدمة الصحيّة، مما يُقلّل من استياء المرضى وذلك بتشديد الرقابة، بالموازاة مع نشر ثقافة الرقابة الذاتيّة وترسيخها.

ثانياً: بالنسبة لمشكلة الضّغط الموجود في العمل

بالإضافة إلى الأسباب السابقة، فإنّ مشكلة الضّغط تُمثّل عاملاً أساسياً يُؤثّر سلبيّاً على تلبية احتياجات المرضى من الخدمات الصحيّة؛ ومن ثم في مستوى رضاهم عن هذه الخدمات، وهو نتيجة للأسباب الرئيسة التالية:

1. مشكلة نقص الأطباء والممرضين؛

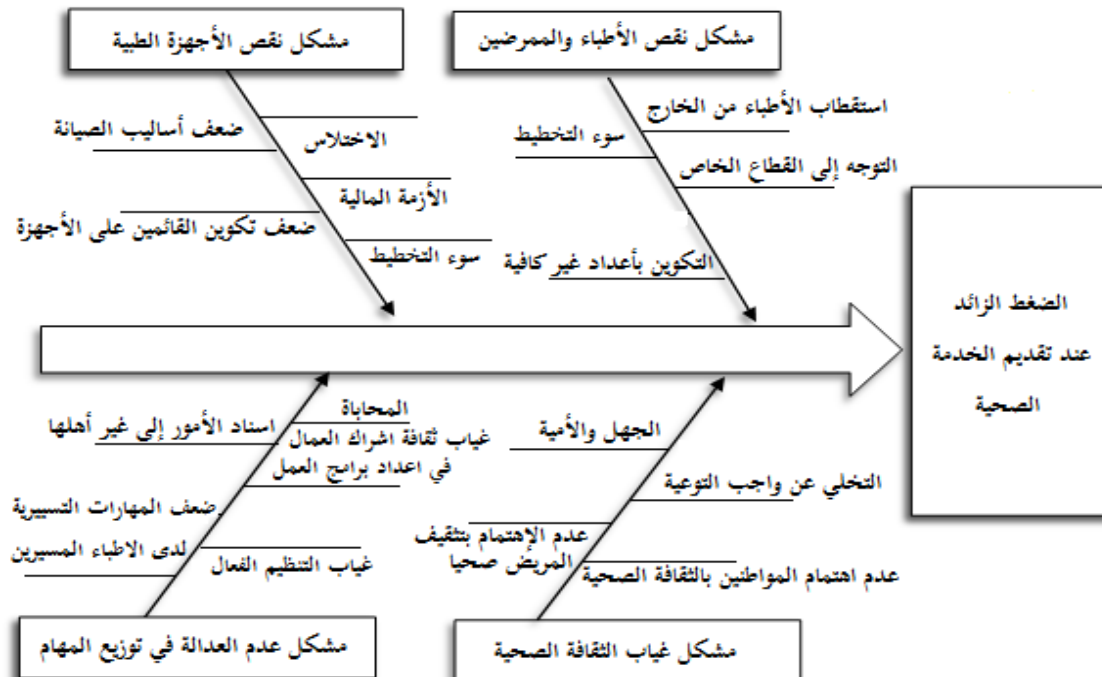
2. مشكلة نقص الأجهزة الطبيّة التي تزيد من طوابير المرضى في انتظار دورهم؛

3. مشكلة عدم العدالة في توزيع المهام، مما يركّز العمل على فئة معيّنة وبذلك يتولّد لديها ضغط في العمل؛

4. مشكلة نقص الثقافة الصحيّة التي مفادها: الوقاية خيرٌ من العلاج وطلب الخدمة الصحيّة من الجهات الصحيّة.

والشكل رقم (07-03) يمثل مخطط السبب والنتيجة لمشكلة الضّغط كما يلي:

شكل رقم (07-03): مخطط السبب والنتيجة لمشكلة الضّغط



المصدر: من إعداد الباحثة



يتّضح من هذا الشّكل أنّ أسباب الضّغط الموجود في المؤسسات الاستشفائية محلّ الدراسة -وفي المؤسسات الصحيّة الجزائرية بصفة عامة- متعدّدة ومتشعّبة، وتدورُ أساسًا حول مشكلة التّنظيم؛ سواء من قبل المرضى أنفسهم أو المؤسسات الاستشفائية، بالإضافة إلى سوء التّسيير الذي يُعدّ العامل الرئيس في كل المشكلات التي يُعاني منها القطاع الصحيّ. وفي هذا المجال يُقترح تبني الحلول التالية:

- أ. نشر الثقافة الصحيّة من خلال عقد الملتقيات والندوات والمؤتمرات العلميّة عبر مختلف وسائل الإعلام بشكل مستمر لتحقيق الوقاية؛ ومن ثمّ التخفيف من الضّغط الناتج عن كثرة الطّلب على خدمات المستشفى؛
- ب. تبني نظام رقمنة الملفات الطّبيّة للمرضى، والذي يسمح بتوفير بطاقات رقمية تتضمن كلّ ما يتعلّق بالمرضى مع إعطاء المواعيد مما يُحسّن، يُسهّل ويُسرّع من عملية التّكفّل بالمرضى؛
- ج. استخدام الاستشارات عبر البريد الإلكترونيّ والهاتف في إطار الطّب الاتّصالي أو عن بعد؛
- د. اعتماد نماذج صفوف الانتظار كأحد الأساليب الكميّة الفعّالة في التّخفيض من طوابير انتظار المرضى؛
- هـ. تفعيل دور مراكز الصّحة الجوارية، من خلال توعية المواطن بدورها في التّكفّل بالحالات غير المعقّدة، وذلك عبر:

- وسائل الإعلام السّميّة والبصريّة؛
- الصّحّة المدرسية؛
- توزيع مطبوعات مختصرة توجّهية للمواطنين.
- و. ترشيد نفقات المستشفيات، بالتركيز على توفير الأجهزة الصّورية والمتطوّرة وتوفير الأدوية الصّورية بما يتناسب واحتياجات المرضى، مع الحرص على أن تستغلّها الفئة التي خُصّصت لها؛
- ز. تحسين أنظمة السّلامة والصّيانة لتفادي وإصلاح الأعطال الموجودة، والتي تؤثر على معدّلات أعمار الأجهزة والمعدّات الصّورية للعمل، مما ينعكس على نوعيّة الخدمات الصحيّة؛
- ح. التّسيق مع القطاع الخاصّ لحل مشكلة نقص الأجهزة؛
- ط. رفع تسعيرة الخدمات الصحيّة للمساهمة في اقتناء أجهزة جديدة وصيانتها؛
- ي. توفير الموارد البشريّة اللازمة من أطباء وممرضين من حيث الكمّ والنوع، مما يُخفّف عنهم العبء.

ثالثًا: بالنّسبة لمشكلة استياء الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ من ظروف عملهم

يُعتبر الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ جزءًا من الخدمات الصحيّة التي يقدمونها، والعصب المحرك للمؤسسات الصحيّة على اختلاف أنواعها بسبب تأثيرهم المباشر على هدفها، والمساهمة في خلق صورة وانطباع جيّد عنها. فبتضافر جهودهم تنتج الخدمة الصحيّة التي يطلبها المرضى. لذا فإنّ الاهتمام بهم ومراعاة أهمّ متطلباتهم يُساهم في تحسين الخدمة المقدّمة من قبلهم، وعليه فمن أجل تقديم خدمة في مستوى تطلّعات المرضى، لا بُدّ أن تتوفر كلّ

الظُرُوف اللازمة لذلك من توفر الأجهزة والمعدات الطبيّة، حصول الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي على كلّ حقوقهم كعمالٍ وكأفرادٍ في المجتمع، توفر بيئة عمل مناسبة، وغيرها من الظُرُوف التي تُؤثّر بطريقةٍ أو بأخرى في مردوديّة صانعي الخدمة الصحيّة؛ ومن ثم في نوعيّة الخدمة التي تُقدّم للمرضى. وهذا بغض النظر عن ضرورة تقديم الخدمة الصحيّة بشكلٍ إنساني مهما كانت الظُرُوف، على اعتبار أنّ من يختار هذه المهنة لا بُدَّ أن يكون الجانب الإنساني لديه مُتفوقاً على الماديات رغم أهميتها في تسهيل ضروريّات الحياة اليوميّة للأفراد. ومن هذا المنطلق وحسب ما تم استنتاجه بهذا الشأن، فإنّ أهم المشكلات التي يُعاني منها الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي بالمؤسسات الاستشفائيّة محلّ الدّراسة هي:

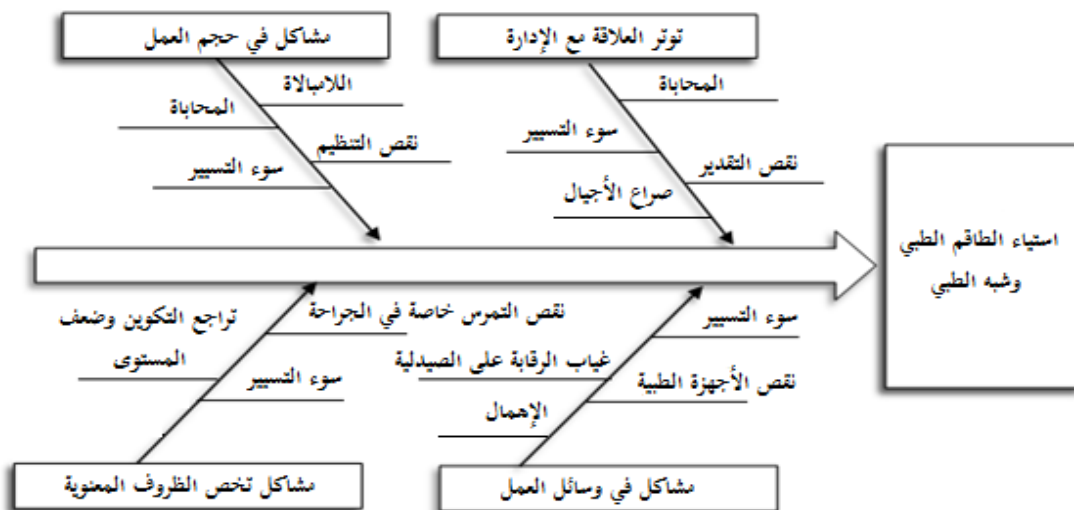
1.توتّر العلاقة مع الإدارة؛

2.مشكلات في حجم العمل: ناتجة عن الضّغط، ضعف مستوى المهارات الإداريّة لدى المسؤولين، المحاباة؛

3.مشكلات في وسائل العمل: نقص الأدوية، نقص الأجهزة الطبيّة، الأمر الذي يجعل العديد من المرضى يضطرون إلى اللّجوء إلى العيادات الخاصة التي تُكلّفهم مبالغ كبيرة؛

4.مشكلات الظُرُوف المعنوية: غياب التّحفيز، تدنيّ الأجور مقارنةً بالقطاع الخاص، غياب الأمن خلال المناوبات، مما يجعلهم عُرضةً للمضايقات ويخلق صعوبةً في سيرورة تقديم الخدمة الصحيّة للمرضى، عدم توفير وجبات غذائيّة ملائمة، ضعف مستوى التّكوين النّاتج عن كون البرامج الجامعيّة لا تتماشى مع التّطوّرات العلميّة نتيجة عدم تحيينها، سوء ظروف الأساتذة، نقص ثقافة التّكوين الدّائي... والشكل رقم (03-08) يوضح مخطط السبب والنتيجة لهذه المشكلات.

شكل رقم (03-08): مخطط السبب والنتيجة لمشكلة استياء الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي



المصدر: من إعداد الباحثة



يتبين من الشكل أعلاه أنّ أصل المشكلات التي تُورّق الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي، والتي تعكس تديني مستوى خدماتهم تتمحور حول مشكلة سوء التسيير، نقص الأجهزة الطبيّة ونقص الأدوية، بالإضافة إلى استفحال ظاهرة المحاباة، والأهم من كل ذلك تراجع مستوى التكوين ونقص التمرس، مما يخفض من مستواهم أكثر وخاصة في مجال الجراحة.

وبهذا الشأن يُقترح الاقتداء بالحلول التالية:

أ. توفير بيئة عمل مساعدة، وذلك من خلال:

- تكثيف الترتيبات التكوينية لتطوير وتنمية الكفاءات الطبيّة وشبه الطبيّة في إطار التحسين المستمر؛ ومن ثمّ الرفع من مستوى الأداء، مما يحقق راحة المرضى وعدم حصرها على فئات معيّنة كالأطباء الأخصائيين فقط، مما يسمح بمواكبة التقنيات الحديثة والاطلاع على الجديد في عمليات التشخيص وكلّ مايتعلّق بالجمال الصحيّ؛
- توفير الأمن خلال المناوبات الليلية؛
- تقديم حوافز ترفع من معنويات الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي؛
- تحسين الأجور؛
- تخصيص أسابيع للعطل خلال السنة بدلاً من شهر واحد سنوياً، من أجل الراحة واستعادة النشاط لضمان سلامة المرضى؛

- فتح الحوار مع الإدارة ومناقشة كلّ المشكلات العالقة والعمل على تحسين العلاقات معها؛
- مشاركة العمال في اتّخاذ القرارات، مما يُحسّن من مستوى العمل لشعورهم بالانتماء والتقدير وكسب الثقة؛
- منح الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي الحرّية في اختيار الفريق المناوب، مما يسمح لهم بالعمل بشكل أفضل وأكثر تجانساً، بعيداً عن المشكلات مع ضرورة الحزم في تنظيم هذه المناوبات؛
- ب. التّنظيم الفعّال الذي يسمح بتحديد واضح لدور كلّ من مسيري هذه المؤسسات، الأطباء، المرضى والعمال الآخرين، الذي هو سرّ النجاح حتى في حال عدم توفر الإمكانيات؛
- ج. العمل على ترقية الطّرق الحديثة للتسيير، المبنية على التسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية للنتائج.

المطلب الرابع: مرحلة التحسين والرقابة Improve and control

أولاً: مرحلة التحسين Improve

سمّحت الخطوات الثلاث السابقة لتطبيق الانحراف السُداسي بالتعرّف على العوامل المفسّرة المسؤولة عن التغيّر في مستوى رضی المرضى، أي تلك العوامل المسؤولة عن تحسين مستوى الخدمات الصحيّة المقدّمة في المؤسسات



الاستشفائية محلّ البحث، ليتحسن بذلك مستوى رضى المرضى. بالإضافة إلى التّوصّل إلى الحلول التي تضمّن التّخلّص من الأسباب الرئيسة للمشكلة والتي تؤثر سلبيًا على الأداء، ليأتي الآن في هذه المرحلة وقت إدخال التّغييرات الأساسيّة على العملية لتحقيق الهدف المحدّد في بداية المشروع. ويمكن تقسيم هذه الخطوة إلى ثلاث مراحل هي:

1. مرحلة توليد الحلول:

بمعنى تطوير الحلول لاختيار أفضلها، وهنا يُقترح القيام بجلسة عصف ذهني لتحديد الحلول المناسبة للمشكلات التي تم استخلاصها، والتي تمّ تصنيفها في الخطوة السّابقة وفقًا لكل مشكلة على حدة؛

2. مرحلة التجريب:

هنا يتم تجريب الحلول المقترحة لضمان تطبيقها بشكل صحيح؛ ومن ثمّ الاستفادة من نتائج تطبيقها؛

3. مرحلة تحليل المخاطر:

لاختيار الحلول الممكن تطبيقها والأكثر نجاعة، يُقترح هنا النّظر إلى الإمكانيات المادية والبشريّة للمؤسسات الاستشفائية محلّ البحث. ومن هذا المنطلق تمّ حصر الحلول الممكنة في تلك المذكورة سابقًا.

ثانيًا: مرحلة الرّقابة Control

تهدف هذه المرحلة إلى تقييم عمليّات التّحسين المقترحة في مرحلة التّحليل، والتي من المفروض أن يكون قد تمّ تنفيذها في مرحلة التّحسين، بمعنى التّأكد من أن الحلول التي تم تنفيذها قد أدّت فعليًا إلى تحسين الأداء؛ ومن ثمّ تحقيق هدف المشروع. فبعد اختيار مشروع تحسين رضى المرضى والقيام بقياس الوضع الحالي بالمؤسسات الاستشفائية محلّ الدّراسة، تمّ التّوصّل إلى الأسباب الرئيسة لوجود الأخطاء، التي تستدعي تنفيذ الحلول التي تم التّوصل إليها ليأتي بعدها دور مرحلة الرّقابة للتّأكد من تطبيق هذه الحلول، وذلك لضمان استمرار التّحسينات المتوقّعة من المشروع، وهي الوصول إلى تقديم رعاية صحيّة للمرضى تصل إلى إرضاء رغباتهم.

ولتحقيق هذا الهدف، يُقترح الاستعانة بأوراق الفحص من أجل التّأكد من تنفيذ كل الإجراءات التّصحيحية في وقتها، في حين لو تمّ الاكتفاء بدراسة مشكلة واحدة فقط وتوفرت البيانات العددية لها؛ بحيث يُمكن قياسها كميًا لكان الأجدر هو استخدام مخطّطات الرّقابة أو التّحكّم، والتي تسمح بمراقبة والتّحكّم في هذه الظّاهرة عبر الزمن. والشّكل رقم (09-03) يُبين كيفية تنظيم هذه المرحلة باستخدام أوراق الفحص، وليكن فيما يخص هدف التّخفيف من الضّغط الموجود في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث على سبيل المثال، كما يلي:



جدول رقم (03-55): تنظيم مرحلة الرقابة على إجراءات التخفيف من الضّغط باستخدام أوراق

الفحص

نتيجة الفحص	السُداسي الأول للمشروع						الإجراءات
	جوان	ماي	أفريل	مارس	فيفري	جانفي	
إيجابية	-	-	+	+	+	+	1. نشر الثقافة الصحيّة من خلال عقد الملتقيات والندوات والمؤتمرات العلمية.
سلبية	-	-	-	-	-	-	2. رقمنة الملفات الطّبيّة للمرضى.
مقبولة	+	+	+	-	-	-	3. استخدام الاستشارات عبر البريد الإلكتروني والهاتف.
مقبولة	+	-	-	+	+	-	4. اعتماد نماذج صفوف الانتظار.
إيجابية	+	+	-	+	+	-	5. تفعيل دور مراكز الصحة الجوارية من خلال توعية المواطن بدورها.
إيجابية	+	+	-	+	+	+	6. توفير الأجهزة الضرورية والمتطورة وتوفير الأدوية الضرورية.
إيجابية	+	+	+	-	-	+	7. تحسين أنظمة السلامة والصيانة لتفادي وإصلاح الأعطال.
إيجابية	+	+	+	+	+	+	8. توفير الموارد البشرية اللازمة من أطباء وممرضين.
إيجابية	نتيجة السُداسي الأول للمشروع						

المصدر: من إعداد الباحثة

انطلاقاً من الورقة أعلاه، فإنّه يتمُّ التّحقّق باستمرارٍ من مدى تطبيق كل إجراءٍ من الإجراءات التّصحيحية التي تمّ تحديدها سابقاً، والهادفة إلى تخفيف الضّغط الممارس على المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث؛ حيث يُفترض أن يقوم مجلس جودة الأعمال والمتكوّن من مجموعةٍ من الأحرمة السّوداء، بطل الفريق، المدراء الرئيسيون بما فيهم أعضاء فريق المشروع، بتطبيق ضوابط استراتيجية؛ من خلال عمليّة مُستمرةٍ لمراجعة الأهداف والتّقدّم المحرز فيها. أي أن يتمّ إجراء تدقيقٍ دوريٍّ على نتائج المشروع، لضمان تحقيق النّتائج المرجوة وتنفيذ وسائل الرقابة، وعلى المشرفين على التّدقيق توثيق كافة الإجراءات والمستندات اللازمة ورفع التقارير المتعلّقة بالنّتائج في الوقت المناسب. كما يتعيّن التّحقّق من أن الإجراءات الجديدة قد حقّقت فعلاً من الضّغط وحسّنت ظروف عمل الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي، وأدّت في النّهاية إلى تحسين الخدمات الصحيّة المقدّمة ونالت رضی المرضى، كما يجب ضمن هذه المرحلة المهمة أيضاً إعادة رصد آراء كلّ المرضى والطّاقم الطّبي وشبه الطّبي مرّةً أُخرى، وذلك بغرض مقارنة الوضع الجديد بعد إدخال التّحسينات بالوضع السّابق الذي تم التّوصّل إليه خلال مرحلة القياس، فمرحلة الرقابة هذه تدور حول الحصول على المكاسب التي حقّقها فريق المشروع.



خلاصة الفصل الثالث

من خلال الجانب التطبيقي لهذه الدراسة، والذي تم استفتاحه بعرض موجز لواقع الصحة بالجزائر وولاية سطيف، والهادفة إلى تقديم تصوّرٍ لكيفية تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي لتحقيق رضى المريض الجزائري والذي تمّ بالتطبيق على كُُلِّ من المستشفى الجامعي لولاية سطيف، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة رأس الماء، المؤسسة العموميّة الاستشفائية العلية، المؤسسة الاستشفائية عين آزال والمؤسسة العموميّة الاستشفائية ببوقاعة، تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

1. حققت الجزائر تطوّرًا ملحوظًا في المجال الصحي مقارنةً بما كانت عليه بعد الاستقلال، وذلك من ناحية القضاء على الأمراض المعدية والمهلكة، زيادة الهياكل الصحيّة وعدد المستخدمين من أطباء، ممرضين، صيادلة وغيرهم، مع ملاحظة بُروز العديد من الأمراض العصرية؛
2. تتوفّر ولاية سطيف على هياكل صحيّة مُعتبرة وأعدادٍ لا بأس بها من مُستخدمي الصحة العموميّة ولا تختلف كثيرًا وضعيّة انتشار الأمراض بها عن الوضع العام بالجزائر؛
3. رغم الجهود المبذولة والتطوّرات الحاصلة في القطاع ومايُخصّص له من أغلفةٍ ماليّة مُعتبرة، إلّا أنّ الصحة بالجزائر لا تزال مريضة؛
4. تلخّص أسباب تدني الخدمات الصحيّة في الجزائر في ثلاث نقاطٍ أساسيّة هي سوء التسيير، نقص الأطباء ونقص الأجهزة الطبيّة؛
5. تبيّن من خلال عمليّة تحليل استمارتي البحث المعتمدين في إطار تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي وجود العديد من أوجه القصور في الخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث، والتي تستدعي التركيز على الأسباب الجذريّة لها، وعليه يتعيّن القيام ب:
 - أ. تحسين ظروف استقبال وإقامة المرضى؛
 - ب. التخفيف من الضّغط الزائد الممارس على المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث؛
 - ج. تحسين ظروف عمل الطاقم الطبيّ وشبه الطبيّ.

الخاتمة



الخاتمة:

من خلال ما تم عرضه في الشقّ النظري لهذا البحث، تبين بشكلٍ جليٍّ أنّ استراتيجيّة الانحراف السُّداسي تُعدُّ كأحد أهم وأحدث أساليب الجودة والسّعي لتحقيق أعلى مُستويات الرّضى لدى العُملاء من مستفيدين وموظفين، تسمح بتقديم منتجاتٍ وخدمات تقترب من الدّرجات المثلى للجودة والإتقان وبأقل تكلفة؛ حيث تُعدُّ مؤسّسة كومن ولث Commonwealth Health Corporation أولى المؤسّسات الصّحيّة التي طبّقت هذه الاستراتيجية واستفادت منها بالمشاركة مع قسم المنتجات الطبيّة لجنرال إلكتريك عام 2001. تتطلّب استراتيجية الانحراف السُّداسي آلياتٍ محدّدة لتطبيقها بفعالية في المؤسّسات الاستشفائيّة، وفي المقابل تُواجهها العديد من التّحديات أبرزها صعوبة تحديد مُستوى الانحراف لجودة العملية؛ نظرًا للخصائص المميّزة للخدمة بشكلٍ عام والخدمة الصّحيّة على وجه التّحديد.

وبالنظر إلى الفوائد الجمّة لاستراتيجية الانحراف السُّداسي، فإنّ تطبيقها بالمؤسّسات الصّحيّة يُعدّ ضرورةً حتمية ومُلحة في ظلّ التّحدّيات الحالية التي تُواجهها والذي يتطلّب تسطير الخطوط العريضة لها؛ بدءًا بتحديد الهدف المناسب، الآلية المناسبة والنّطاق المناسب، وهو ما يُحسّن من جودة الخدمة الصّحية ويؤدي بالنّهاية إلى تحقيق رضى المرضى.

ومن هذا المنطلق، تمحور الجانب التّطبيقي حول دراسة ميدانية شملت بعض المؤسّسات الاستشفائيّة بولاية سطيف، من خلال توجيه استمارتي بحث إلى كلّ من المرضى المقيمين بها والطّاقم الطّبي وشبه الطّبي السّاهر على تقديم الخدمات الصّحيّة بهذه المؤسّسات، وذلك بهدف التّعرف على مستوى الخدمات المقدّمة من وجهة نظر صانعيها والمستفيدين منها معًا؛ ومن ثم الوصول إلى تشخيص الأوضاع السّائدة كخطوةٍ أساسيّة في تطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي؛ حيث تم الاعتماد على جُملةٍ من الأدوات الإحصائيّة المناسبة للتمكّن من الحصول على نتائج ذات دلالة، ليتم بعد ذلك اقتراح تصوّرٍ لتطبيق استراتيجية الانحراف السُّداسي بناءً على ما تم التّوصل إليه. وقد خلّصت هذه الدّراسة إلى العديد من النتائج والتوصيّات، يُمكن عرضها فيما يلي:

أولاً: النتائج

يُمكن تقسيم أهم النّائج التي تم التّوصل إليها من خلال هذه الدّراسة كالتالي:

1. نتائج تحليل الاستمارة المُوجّهة إلى المرضى:

أ. يُعاني المرضى بالمؤسّسات الاستشفائيّة محل البحث من طول مدّة الانتظار؛

ب. هناك نقصٌ كبير في مدى ملائمة قاعات الانتظار؛

ج. عدم ملائمة الوجبات الغذائية المقدّمة للمرضى؛

د. الخدمات المقدّمة مُتوسطة الجودة؛

هـ. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم المرضى للخدمات المقدمة لهم تُعزى إلى متغير المستشفى.

2. نتائج تحليل الاستمارة الموجهة إلى الطاقم الطبي وشبه الطبي:

أ. النقص في عدد الأطباء والمرضى القائمين على تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل البحث؛

ب. الوجبات الغذائية المقدمة للأطباء والمرضى غير ملائمة على الإطلاق؛

ج. نقص فرص التكوين؛

د. غياب التحفيز؛

هـ. غياب الأمن أثناء المناوبات الليلية؛

و. وجود مشكلات مع الصيدلية ممثلة في نقص بعض الأدوية؛

ز. وجود مشكلات متكررة مع المخبر؛ ممثلة أساساً في النقص الكبير في محلول التفاعل ونقص بعض التحاليل

المتخصصة والضرورية للمرضى وبالأخص في المستشفى الجامعي للولاية؛

ح. نقص المعدات والأجهزة الطبية الضرورية كجهاز السكاير على سبيل المثال بأنواعه المختلفة؛ ومن ثمّ إقبال

كاهل المرضى باللجوء إلى القطاع الخاص عند الحاجة إليها؛

ط. حرص الأطباء والمرضى ورغبتهم في تحسين مستوى الخدمات المقدمة من قبلهم؛

ي. ضعف رغبتهم في التوجه إلى القطاع الخاص؛

ي. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي تُعزى إلى متغير المستشفى،

والتي قد ترجع إلى اختلاف درجة الضغط الموجودة في هذه المؤسسات الاستشفائية؛ حيث يتركز معظمه على

المركز الاستشفائي الجامعي للولاية، كما قد يرجع الأمر إلى التباين في فعالية الأنظمة الرقابية المطبقة على المؤسسات

الاستشفائية محل البحث؛

ك. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الطاقم الطبي وشبه الطبي بالمستشفيات محل البحث

للخدمات الصحية المقدمة تُعزى إلى متغير الوظيفة، وهذا فيما يتعلق بالرغبة في التحسين، وقد يرجع هذا الاختلاف

إلى تقليد الأطباء أو المرضى لمناصب إدارية تجعل منهم لا يعترفون بحقيقة تدني مستوى الخدمات المقدمة في

أقسامهم؛ ومن ثمّ لا تستهويهم فكرة التحسين.

3. نتائج تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي:

مكّنت عملية تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي من تحقيق النتائج التالية:

أ. الحصول على كمّ معتبر من المعلومات حول مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات محل البحث،

مما يسمح بتحقيق فوائد جمّة منها تقليل الأخطاء، وفي حالة الاستمرار على انتهاج هذه الاستراتيجية يمكن الوصول

إلى منع هذه الأخطاء مستقبلاً بصفة نهائية، بالإضافة إلى تقليل إجراءات العمل وتحسين الأداء؛

ب. اختصار الوقت مما يُتيح إمكانية تدارك النقائص الموجودة في الوقت المناسب؛

ج. الدقة في النتائج من خلال الاعتماد على الأساليب الإحصائية العلمية لمعالجة البيانات المحصل عليها.

4. نتائج اختبار صحة فرضيات البحث:

تبيّن من خلال هذه الدراسة أنّ:

أ. تمكّن استراتيجية الانحراف السُداسي المؤسسات من تقديم منتجات وخدمات تقترب من الدرجات المثلى للجودة والإتقان وبأقلّ تكلفة، وذلك بنسبة 3,4 عيب في كلّ مليون فرصة، ما يُعادل نسبة كفاءة 99,99966 لعملياتها. أي أنّ تطبيقها يُحقق وفورات كثيرة وفي فترة وجيزة من أرباح ورضى للعملاء، ويُمكن المؤسسات من الوصول إلى الصدارة كلّ في قطاعها. وفي المجال الصحيّ تعمل على تحقيق أعلى مستويات الرّضى لدى المرضى كما تتعدّد مجالات تطبيقها في هذا القطاع ومن ثمّ فوائدها فيه. حيث يُعتبر النجاح الذي حقّقته شركة موتورولا ومؤسسة كومون ولث للصحة أكبر دليل على ذلك؛ مما يعني تحقّق الفرضية الأولى والتي مفادها: "يُحقق تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي نتائج مُذهلة في كل القطاعات بما فيها القطاع الصحيّ"؛

ب. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي لاستمارتي البحث عدم توفر المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة على أهم العوامل الداعمة لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي ممثلة في دعم الإدارة العليا، التركيز على العميل، التّغيير الثقافي، الاعتماد على الأدوات الإحصائية، ربط قياس الأداء بالحوافز، التنظيم الإداري وغيرها وعليه، فإنّ الفرضية الثانية غير صحيحة والتي نصّت على أنّه: "تتوافر المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة على كل العوامل التي تؤهلها لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بنجاح"؛

ج. مكّنت عملية تحليل استمارتي البحث المعتمدتين من الحصول على كمّ مُعتبر من المعلومات حول واقع الخدمة الصحيّة المقدّمة بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث، كما مكّنت الأدوات الأخرى من تمحيص هذه المعلومات واستغلالها بالشكل الذي يمكن من اتخاذ الإجراءات التّصحيحية الملائمة وفي الوقت المناسب؛ ومن ثمّ فإنّ الاستمرار في متابعة الأمر وفق هذه المنهجية يُسهّم وبشكل كبير في تقليل الأخطاء. وبذلك فإنّ الفرضية الثالثة مُحقّقة، والتي مفادها: "توفر استراتيجية الانحراف السُداسي قاعدة بيانات مهمة تسمّح بالتعرّف على مواطن الخلل والعيوب في الإجراءات أو العمليات، الأمر الذي يسهم في تقليل نسبة الأخطاء إلى أدنى المستويات"؛

د. أكّدت عملية تحليل آراء المبحوثين حول محور العلاقات في الاستمارة الموجهة إلى الطاقم الطبي وشبه الطبي على وجود توتر في علاقتهم مع الإدارة بشكلٍ معتبر مقارنةً مع المشكلات الأخرى، مما يؤثر على مدى إمكانية تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي، وهذا ما يدلّ على صِحّة الفرضية الرابعة والأخيرة التي تنص على: "تُعتبر المشكلات الإدارية من أهم أسباب تدني مستوى الخدمة الصحيّة المقدّمة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة والتي تحدّ من نجاح تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي".

ثانيًا: التوصيات

- على ضوء ما تم استخلاصه من نتائج في هذه الدراسة، واستناداً إلى ما تم طرحه من معلومات في الجانب النظري منها، نقترح التدابير التالية للارتقاء بجودة خدمات المؤسسات الاستشفائية محل البحث:
1. الاهتمام بتهيئة قاعات الانتظار بما يتلاءم ومتطلبات المرضى من حيث الاتساع وتوفير المقاعد، التهوية والنظافة؛
 2. الاهتمام بإعادة ترميم الأقسام التي تتطلب الترميم؛
 3. الاهتمام بنظافة الغرف والأغطية والأفرشة وتوعية الجميع من مرضى، زوار، أطباء، ممرضين وغيرهم بالمسؤولية الجماعية في الحفاظ على النظافة؛
 4. توفير وجبات غذائية مقبولة للمرضى والجديّة في الاهتمام بها؛ سواء من ناحية الميزانية المخصصة لذلك أو من ناحية الرقابة على مطاعم المستشفيات، للحدّ من التجاوزات التي لا يخفى على العام والخاص أنّها تُسبّب بشكل مباشر في رداءة الوجبات المقدّمة في المستشفيات الجزائرية؛
 5. القضاء على ظاهرة الوساطة التي تخلق نوعاً من التمييز في تلقي الخدمة الصحيّة، مما يُقلّل من استياء المرضى؛
 6. نشر الثقافة الصحيّة من خلال عقد الملتقيات والندوات والمؤتمرات العلمية عبر مختلف وسائل الإعلام بشكل مستمر، لتحقيق الوقاية ومن ثمّ التخفيف من الضّغط الناتج عن كثرة الطّلب على خدمات المستشفى.
 7. تبني نظام رقمنة الملفات الطبية للمرضى الذي يسمح بتوفير بطاقات رقمية تتضمن كل ما يتعلق بالمرضى مع إعطاء المواعيد، مما يُحسّن ويُسهّل ويُسرّع من عملية التّكفل بالمرضى؛ حيث تُعدّ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بتيارات نموذجاً ناجحاً لهذه العملية؛
 8. استخدام الاستشارات عبر البريد الإلكتروني والهاتف في إطار الطّب الاتّصالي أو عن بعد؛
 9. اعتماد نماذج صفوف الانتظار كأحد الأساليب الكمية الفعالة في التّخفيض من طوابير انتظار المرضى؛
 10. تفعيل دور مراكز الصّحّة الجوارية من خلال توعية المواطن بدورها في التّكفل بالحالات غير المعقّدة، وذلك عبر:

أ. وسائل الإعلام السمعية والبصرية؛

ب. الصّحة المدرسيّة؛

ج. توزيع مطبوعات مختصرة توجّهية للمواطنين.

11. ترشيد نفقات المستشفيات بالتركيز على توفير الأجهزة الضرورية والمتطورة وتوفير الأدوية الضرورية، بما يتناسب واحتياجات المرضى مع الحرص على أن يستغلها المرضى بعدالة؛
12. تحسين أنظمة السلامة والصّيانة لتفادي وإصلاح الأعطال الموجودة التي تُؤثّر على معدّلات أعمار الأجهزة والمعدات الضرورية لعمل المؤسسات الاستشفائية، مما ينعكس على نوعية خدماتها؛

13. توفير الموارد البشرية اللازمة من أطباء وممرضين من حيث الكمّ والتّوع، مما يُخفّف عنهم العبء بزيادة عدد خريجي كليات الطب وزيادة عدد كليات الطب محدودة العدد، مع توفير بيئة عمل مساعدة من خلال:

أ. تكثيف التّربّصات التكوينية لتطوير وتنمية الكفاءات الطبية وشبه الطبية في إطار التّحسين المستمر؛ ومن ثمّ الرّفع من مستوى أدائهم فيحقّق راحة المرضى وعدم حصرها على فئاتٍ معينة كالأطباء الأخصائيين فقط، مما يسمح بمواكبة التّقنيات الحديثة والاطّلاع على الجديد في عمليات التّشخيص وكل ما يتعلق بالمجال الصّحي؛

ب. توفير الأمن خلال المناوبات الليلية؛

ج. تقديم حوافز ترفع من معنويات الطاقم الطبي وشبه الطّبي؛

د. تحسين الأجور؛

هـ. تخصيص أسابيع للعطل خلال السنة بدلاً من شهرٍ واحد سنوياً، من أجل الرّاحة واستعادة النّشاط؛

ومن ثمّ ضمان سلامة المرضى؛

و. فتح الحوار مع الإدارة ومناقشة كل المشكلات العالقة والعمل على تحسين العلاقات معها؛

ز. مشاركة العمال في اتخاذ القرارات، مما يحسن من مستوى العمل لشعورهم بالانتماء والتّقدير والثقة؛

ح. منح الطّاقم الطّبي وشبه الطبي الحرية في اختيار الفريق المناوب، مما يسمح لهم بالعمل بشكلٍ أفضل

ومتجانس بعيداً عن المشكلات مع ضرورة الحزم في تنظيم هذه المناوبات؛

ط. التّنظيم الفعّال الذي يسمح بتحديد واضح لدور كل من مسيري هذه المؤسّسات، الأطباء، الممرضين

والعمال الآخرين، الذي هو سرّ النّجاح حتى في حال عدم توافر الإمكانيات؛

ك. العمل على ترقية الطّرق الحديثة للتّسيير المبنية على التّسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية للنتائج؛

14. تشكيل إدارة متخصصة بأمور الجودة وإعطائها صلاحيات مطلقة، وبذلك يُمكن اعتبارها نواةً لتكوين

فريق الانحراف السّداسي؛

15. أن تعمل الإدارة العليا للمؤسّسات الاستشفائية الجزائرية على نشر مفهوم، وفلسفة الانحراف السّداسي

Six sigma في كافة إداراتها، لغرض تحسين الخدمات الصّحية المقدّمة بهذه المؤسّسات، بدءاً من استقبال المرضى

وإلى غاية خروجهم منها سواء كمراجعين لها أو مقيمين بها، وأن تقوم بتطبيق هذا المفهوم في مجالاتٍ محدّدة

كمرحلةٍ أولى؛ بحيث يتم على أساسها اكتساب الخبرة، ثمّ تطبيقها على نطاقٍ أوسع في مرحلةٍ لاحقة؛

16. المطالبة باستمرارٍ من وزارة الصّحة بفرض تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الاستشفائي،

لغرض التّحسين والتّطوير المستمر لجودة خدماتها الصّحية، ولتحقيق رضى المرضى المتعاملين معها، وكذا لتطوير



أدائها بما يضمن الوصول إلى أهداف الانحراف السُداسي وهي منع الأخطاء، وتقليل إجراءات العمل وتبسيطها، وتحسين الأداء في المؤسسات الاستشفائية؛

17. توفير التدريب اللازم للعاملين على كيفية استخدام منهجية الانحراف السُداسي للتحسين وتطبيقها، وفهم خطوات التطبيق، على نحو يُمكنهم من اكتساب المهارة المطلوبة، ليتناسب مع قُدراهم والأدوار المنتظرة منهم.

ثالثاً: آفاق البحث

يمكن التطرُّق في أبحاثٍ مستقبلية إلى عدة مواضيع ذات صلة بهذه الدراسة، تتناول جوانب مُهمة لم نتمكن من معالجتها، والتي من أهمها:

1. دراسة مقارنة بين القطاع الصحي العمومي والخاص حول مدى توافر مُقوّمات تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي فيها؛

2. تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي ميدانياً في أحد الأقسام المهمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية كمصلحة الاستعمالات بالتعاون مع طاقمها الطّبي وشبه الطّبي، وتكوين فريق عمل استناداً إلى الخطوات المنهجية لهذه الاستراتيجية والاستفادة من نتائجها بشكلٍ مباشر؛ ومن ثمّ اكساب الفريق المساهم في العمل الخبرة وتوسيع الفكرة فيما بعد إلى الأقسام الأخرى.

الملاحق:



ملحق رقم (01): تعداد الطاقم الطبي وشبه الطبي للمركز الإستشفائي الجامعي لولاية سطيف

SERVICE	CORPS				TOTAL
	HOSPITALO	PARA-MED	MEDICAL	RESIDENT	
ANATOMIE NORMALE	8	0	1	0	9
ANATOMIE PATHOLOGIE	4	7	8	3	22
BLOC OPERATOIRE UNITE KAABOU	0	2	0	0	2
CARDIOLOGIE	3	30	10	18	61
CARDIOLOGIE-HOSPITALISATION	0	1	0	0	1
CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	0	24	8	0	32
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	1	1	0	0	2
CHIRURGIE DENTAIRE	16	6	11	0	33
CHIRURGIE GENERALE	13	0	8	34	55
CHIRURGIE GENERALE-HOSPITALISATION	0	23	0	0	23
CHIRURGIE GENERALE-OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	29	0	0	29
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE	2	8	6	0	16
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE TRAUMATOLOGIE	7	0	3	21	31
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE TRAUMATOLOGIE-HOSPITALISATION	0	22	0	0	22
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE TRAUMATOLOGIE OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	22	0	0	22
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	12	45	5	50	112
CONSULTATION EXTERNES	0	3	0	0	3
CONSULTATION EXTERNES-CELLULE DE SUIVI DES CANCEREAUX	1	3	2	8	14
DETACHE	0	5	3	10	18
S.D.I.E	0	1	0	0	1
DIRECTION DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIE O.R.L-BUREAU DE SURVEILLANCE	0	3	0	0	3
DIRECTION DES ACTIVITES MEDICALES ET PARAMEDICALES	1	0	1	0	2
BUREAU D'ADMISSION DES MALADES	0	1	0	0	1
D.A.M.P.M	0	0	2	0	2
DIRECTION DU COMPLEXE MERE ET ENFANT-BUREAU D'ADMISSION DES MALADES	0	1	0	0	1
DIRECTION DU COMPLEXE MERE ET ENFANT-BUREAU DE SECURITE	0	0	1	0	1
DIRECTION DU COMPLEXE MERE ET ENFANT-BUREAU DE SURVEILLANCE	0	6	0	0	6
DIRECTION DU COMPLEXE MERE ET ENFANT-STANDARD TELEPHONIQUE	0	1	0	0	1
DIRECTION GENERALE- BUREAU DE LA SURVEILLANCE GENERALE	0	10	0	0	10
DIRECTION UNITE KAABOUB	0	1	0	0	1
DIRECTION UNITE KAABOUB BUREAU DE SURVEILLANCE	0	2	0	0	2
EPIDEMIOLOGIE ET MEDECINE PREVENTIVE	12	2	3	34	51
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	0	11	18	9	38
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE-EXPLORATIONS ET CONSULTATIONS	0	11	0	0	11
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE-GROSSESSES A RISQUE	0	14	0	0	14
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE- GYNECOLOGIE	0	17	0	0	17
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE- OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	31	0	0	31
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE-PRE-TRAVAIL ET POST PARTUM	0	44	0	0	44
HEMATOLOGIE	6	16	4	17	43
HISTOLOGIE	3	0	1	15	19
LABORATOIRE CENTRAL	27	37	6	26	96
LABORATOIRE CENTRAL-BIOLOGIE COMPLEXE MERE ET ENFANT	0	19	0	0	19
LABORATOIRE CENTRAL-MICROBIOLOGIE	1	0	1	0	2
LABORATOIRE CENTRAL-PARASITOLOGIE	0	10	0	0	10
MALADIES INFECTIEUSES	7	21	1	15	44

SERVICE	CORPS				TOTAL
	HOSPITALO	PARA-MED	MEDICAL	RESIDENT	
MALADIES INFECTIEUSES-HOSPITALISATION HOMMES	0	1	0	0	1
MEDECINE DU TRAVAIL	7	4	0	21	32
MEDECINE INTERNE	13	0	10	38	61
MEDECINE INTERNE- HOSPITALISATION FEMMES	0	14	0	0	14
MEDECINE INTERNE- HOSPITALISATION HOMMES	0	16	0	0	16
MEDECINE LEGALE	3	1	3	3	10
NEPHROLOGIE HEMODIALYSE	4	0	4	18	26
NEPHROLOGIE HEMODIALYSE-EXPLORATION ET DIALYSE	0	32	0	0	32
NEPHROLOGIE HEMODIALYSE-HOSPITALISATION	0	12	0	0	12
NEUROCHIRURGIE	3	19	4	7	33
NEUROCHIRURGIE- OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	15	0	0	15
NEUROLOGIE	4	28	8	0	40
NON AFFECTE	0	2	0	0	2
OPHTALMOLOGIE	1	5	10	0	16
OPHTALMOLOGIE- HOSPITALISATION	0	1	0	0	1
OPHTALMOLOGIE- OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	8	0	0	8
OPHTALMOLOGIE-URGENCE ET CONSULTATIONS	0	12	0	0	12
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	6	1	13	11	31
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE-BLOC OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	0	18	0	0	18
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE- HOSPITALISATION	0	1	0	0	1
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE- URGENCE ET CONSULTATIONS	0	9	0	0	9
PEDIATRIE	13	50	7	41	111
PEDIATRIE-NEONATOLOGIE	0	25	0	0	25
PHARMACIE CENTRALE	9	3	14	0	26
PHARMACIE CENTRALE- PHARMACIE CLINIQUE	0	1	0	0	1
OPHTALMOLOGIE ORL					
PHARMACIE CENTRALE – PHARMACIE COMPLEXE MERE ET ENFANT	0	1	0	0	1
PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE	8	25	2	21	56
PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE- HOSPITALISATION FEMMES	0	7	0	0	7
RADIOLOGIE	2	17	4	17	40
RADIOLOGIE-CLINIQUE ORL-OPHTALMO	0	6	0	0	6
RADIOLOGIE-COMPLEXE MERE ET ENFANT	0	13	0	0	3
RADIOLOGIE-PNEUMO- PHTISIOLOGIE	0	4	0	0	4
RADIOLOGIE-UNITE KAABOUB	0	4	0	0	4
RADIOLOGIE-URGENCES	0	24	0	0	24
REANIMATION MEDICALE	14	27	6	31	78
SAMU19	0	10	13	0	23
TOXICOLOGIE	0	2	0	0	2
UNITE DE DETENUS	0	1	0	0	1
UNITE DE PHYSIOLOGIE	3	0	0	0	3
UNITE DE PSYCHIATRIE	3	5	0	7	15
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES	1	0	1	0	2
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES- OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE	1	58	0	0	59
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES- URGENCES CHIRURGICALES	3	30	3	0	36
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES- URGENCES MEDICALES	0	19	21	0	40
UROLOGIE	1	8	1	0	10
TOTAL GENERAL	223	1029	227	475	1954

الملحق رقم(02): الإستمارة الموجهة إلى المرضى

Université Farhat Abbas – Sétif

جامعة فرحات عباس – سطيف

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

إستمارة موجهة إلى المرضى المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية لولاية سطيف

رقم الاستمارة:

--	--	--

تاريخ المقابلة:

		2017/2016
--	--	-----------

المستشفى:

--

في إطار التحضير لرسالة دكتوراه علوم تسيير بعنوان: "دور إستراتيجية الانحراف السُداسي في الإرتقاء بالخدمات الصحية لتحقيق رضى المريض: دراسة حالة بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف". يتعين أولا القيام بدراسة تقييمية للأوضاع الفعلية للخدمة الصحية في هذه المؤسسات الإستشفائية وذلك من خلال قياس درجة رضى المرضى المقيمين بها عن الخدمات المقدمة لهم. لذلك نرجو منكم الإجابة بكل عناية وموضوعية على هذه الأسئلة التي ستستخدم لأغراض علمية بحثية، حيث سيتم التعامل معها بكل سرية وعليه يمكنكم الإجابة بحرية تامة ولكم مني جزيل الشكر على حسن تعاونكم.

أولا: المعلومات العامة

الجنس:

	ذكر	
--	-----	--

السن:

--	--	--

الوظيفة:

المستوى التعليمي:

	متوسط		
	ثانوي		غير متعلم(ة)
	جامعي		إبتدائي

ثانيا: التعامل مع المرضى

البيان	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
1. لقد تم إستقبالكم بشكل لائق.			
2. يخصص لكم أنتم المرضى قاعة إنتظار ملائمة.			
3. إن مدة إنتظاركم كانت معقولة.			
4. إجراءات قبولكم في المستشفى كانت سهلة ودون أي تعقيد.			
5. يسارع المرضين لتقديم المساعدة لكم عند كل طلب.			
6. تتلقون العلاج بشكل عادل مع الآخرين.			
7. يتم التعامل معكم بإحترام وإنسانية.			
8. الأطباء مهتمين بحالتكم كمرضى.			
9. خلال مدة إقامتكم لم يحدث أي صراع بينكم وبين أحد الموظفين في المستشفى.			
10. إذا استدعت حالتكم إجراء أشعة فقد تم ذلك بسهولة.			
11. إذا استدعت حالتكم إجراء تحاليل طبية فقد تم ذلك بسهولة.			

ثالثا: كفاءة الفريق الطبي

البيان	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
1. تعتقدون أن طبييكم قد فحصكم بكفاءة.			
2. تلقيتم معلومات متعارضة من الأطباء حول حالتكم.			
3. إن طبييكم يقدم لكم الشروحات اللازمة عن حالتكم.			
4. أنتم تتبعون نصائح طبييكم لأنكم تتقون فيه.			
5. إن طبييكم يخصص لكم وقتا كافيا لفحصكم.			
6. إن طبييكم يشرح لكم بوضوح كيفية إستعمال الأدوية.			
7. إن الفريق الطبي المعالج لكم يجيد إستخدام الأجهزة الطبية في نظركم.			

رابعا: إستمرار الرعاية

البيان	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
1. إن المرضين يلتزمون بتعليمات طبييكم.			
2. إن طبييكم يتابع بإهتمام مدى تنفيذ تعليماته.			
3. تتلقون في هذا المستشفى الرعاية اللازمة أيام العطل ونهاية الأسبوع.			
4. تتلقون في هذا المستشفى الرعاية اللازمة في الليل.			

خامسا: ظروف الإقامة

البيان	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
1. إن الإقامة في هذا المستشفى هادئة ومريحة.			
2. إن الإقامة في هذا المستشفى آمنة.			
3. إن نظافة الغرف بهذا المستشفى في المستوى.			
4. إن نظافة الأغذية والأفرشة بهذا المستشفى في المستوى.			
5. إن الوجبات الغذائية المقدمة لكم ملائمة لرغباتكم.			
6. إن نظام الزيارات الحالي يناسبكم.			

سادسا: التقييم النهائي

البيان	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
1. إن حالتكم الصحية قد تحسنت مقارنة بما كانت عليه عند دخولكم المستشفى.			
2. لو توفرت لديكم الإمكانيات المادية فستغادرون هذا المستشفى في الحين.			
3. ستنصحون معارفكم بالتعامل مع هذا المستشفى مستقبلا.			
4. تحصلتم في هذا المستشفى على كل حقوقكم كمرضى.			
5. تحصلتم في هذا المستشفى على خدمات ذات مستوى جيد.			

استمارة موجهة إلى الطاقم الطبي وشبه الطبي

Questionnaire adressé au personnel médical et paramédical

numéro du questionnaire : رقم الإستمارة :
 Date : 20162017/ تاريخ المقابلة :
 de l'interview
 l'hôpital : المستشفى :

في إطار التحضير لرسالة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية بعنوان: "دور إستراتيجية الانحراف السُداسي في الإرتقاء بالخدمات الصحيّة لتحقيق رضى المريض: دراسة حالة بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف". يتعين أولا القيام بدراسة تقييمية للأوضاع الفعلية للخدمة الصحيّة في مستشفياتنا من وجهة نظر صانعيها من أطباء وممرضين. لذلك أرجوا منكم الإجابة بكل عناية وموضوعيّة على هذه الأسئلة التي ستستخدم لأغراض علمية بحثية، حيث سيتم التعامل معها بكل سرية؛ وعليه يمكنكم الإجابة بحرية تامة ولكم مّيّ جزيل الشكر على منحي جزءاً من وقتكم الثمين للإجابة على الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة.

Dans le cadre de préparation d'un doctorat en sciences économiques, sur le thème «**Rôle de la stratégie six sigma dans l'amélioration des services médicaux pour satisfaire le patient : étude de cas de quelques établissements hospitaliers de la wilaya de Sétif**». Avant tout il faut établir une étude estimative des conditions réelles des services médicaux dans nos hôpitaux du point de vue de leurs acteurs. Alors, je vous prie de bien vouloir répondre aux questions avec attention et objectivité. L'utilisation des réponses est réservée à un but purement scientifique où la confidentialité et l'anonymat des informations seront respectés. Vous pouvez donc vous sentir libre de dire ce que vous souhaitez, tout en vous remerciant d'avance pour l'intérêt et le temps que vous réservez pour répondre à l'enquête ci-jointe.

المعلومات العامة

Renseignements généraux

الجنس: Sexe:

Masculin	ذكر	Féminin	أنثى
☐	☐	☐	☐

السن الحقيقي: Age réel :

الوظيفة: Fonction :

☐	Infirmier(e)	ممرض(ة)
☐	Médecin	طبيب(ة)

Premier axe : Conditions de travail du personnel médical et paramédical

1^{ère} :Les relations

أولاً: العلاقات

غير موافق Pas d'accord	موافق مدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1-أنتم كموظفين تربطكم علاقات جيدة فيما بينكم. 1- Vous gardez de bonnes relations avec vos collègues.
			2- لا تجدون أي صعوبة في طرح انشغالاتكم على الإدارة. 2-Vous ne trouvez aucune difficulté pour soulever vos doléances à l'administration.
			3- يتسم عملكم بالتعاون وروح الفريق. 3-Votre travail se caractérise par l'entraide et l'esprit d'équipe.
			4- إن توزيع المهام في قسمكم يتم بشكل عادل. 4-La répartition des tâches se fait de manière équitable.
			*إذا كانت الإجابة بغير موافق فهل يرجع سبب عدم العدالة في توزيع المهام حسب رأيكم إلى: *Si votre réponse est négative, pensez-vous que ceci est due à :
			أ- ضعف مستوى المهارات الإدارية لدى المسؤولين. A- Une insuffisance du niveau des compétences de gestion chez les responsables.
			ب- تفشي ظاهرة المحاباة. B- Une prolifération du favoritisme.
			ج- أسباب أخرى حددها:..... C-Autres raisons, à préciser:.....
			* إن أنجع الحلول لهذا الوضع حسب رأيكم هو: *Le meilleur remède à cette situation serait à votre avis:
			أ- تحسين المهارات الإدارية للمسؤولين. A- L'amélioration des compétences de gestion des responsables.
			ب- إشراك العمال في إعداد برامج العمل. B- L'implication des employés dans l'élaboration du programme du travail.
			ج- حلول أخرى حددها:..... C-Autres solutions, à préciser:.....
			5- أنتم راضون عن أسلوب التقييم المعمد. 5- vous êtes satisfaits du mode d'évaluation appliqué.
			6- إن المراقبة الالكترونية للمواظبة في نظركم هي مجرد إجراء إداري. 6-Pensez-vous que le pointage électronique n'est qu'un simple mesure administrative.
			7- إن المراقبة الالكترونية للمواظبة في نظركم هي نوع من العقاب. 7- Pensez-vous que le pointage électronique est une sorte de punition.

غير موافق Pas d'accord	موافق بدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1- إن برنامج عملكم في حدود طاقتكم. 1-Votre programme de travail est bien adapté à vos capacités.
			2- إن عدد ساعات عملكم يتوافق مع الأجر الذي تتقاضونه. 2-Votre volume horaire de travail est en concordance avec votre salaire.
			3- تحصلون في هذا المستشفى على عطل كافية. 3-Vous bénéficiez dans cet hôpital de congés suffisants.
			4- أنتم تعانيون في هذا المستشفى من كثرة المناوبات. 4-Vous souffrez de gardes fréquentes dans cet hôpital.

3^{ème} : les conditions morales

ثالثا: الظروف المعنوية

غير موافق Pas d'accord	موافق بدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1- يوفر لكم في هذا المستشفى فرص الاستفادة من التكوين باستمرار. 1- Vous avez la chance de bénéficier de plusieurs formations dans cet hôpital.
			2- يتم تحفيزكم في هذا المستشفى بالشكل الذي يرضيكم. 2-Vous êtes satisfait des encouragements dont vous bénéficiez dans cet hôpital.
			*إذا كانت الإجابة بغير موافق هل تقترحون كبديل لذلك: *Si votre réponse est négative, que proposeriez-vous comme alternative :
			أ-منح مكافآت وعلاوات خاصة للمتفوقين مهنيا. A- Donner des indemnités et des primes aux éléments distingués dans leur travail.
			ب-منح ترقية استثنائية للمتفوقين مهنيا. B-Donner des promotions spécifiques aux éléments distingués dans leur travail.
			ج-بدائل أخرى حددها: C-autres alternatives à préciser :
			3- إن الوجبات الغذائية المقدمة لكم مقبولة. 3-Les repas qui vous sont fournis sont acceptables.
			4- تحصلون في هذا المستشفى على التكفل اللازم عندما تواجهكم ظروف خاصة. 4-vous bénéficiez de prise en charge suffisante en cas de situations difficiles.
			5- إن غياب الأمن من أهم المشاكل التي تواجهكم خلال المناوبة. 5-Parmi les principaux problèmes liés aux gardes, c'est l'absence de sécurité.

غير موافق pas d'accord	موافق بدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1- إن الأجهزة والمعدات الطبية في هذا المستشفى متوفرة بالعدد الكافي. 1-Les équipements médicaux dans cet hôpital sont disponibles en nombre suffisant.
			*إذا كانت الإجابة بغير موافق فهل توافقون على الحلول التالية: *Si votre réponse est négative, est-ce que proposeriez-vous : أ- رفع تسعيرة الخدمات الصحية للمساهمة في اقتناء أجهزة جديدة وكذا في صيانتها. A-L'augmentation de prix des services sanitaires afin de participer à l'acquisition de nouveaux équipements et à leur entretien.
			ب- التنسيق مع القطاع الخاص بغرض حل مشكل نقص الأجهزة. B-La coordination avec le secteur privé dans le but de réduire le besoin en équipements médicaux.
			ج- حلول أخرى حددها:..... C-Autres solutions à préciser:.....
			2- إن المعدات الطبية المتوفرة في هذا المستشفى ذات نوعية جيدة. 2 - Les équipements médicaux disponibles dans cet hôpital sont de bonne qualité.
			3-تواجهون في عملكم مشاكل مع الصيدلية. 3-Vous rencontrez des problèmes avec la pharmacie.
			* إذا كانت الإجابة بموافق فإن أهم هذه المشاكل هي: *Si votre réponse est positive, est-ce que ces problèmes sont: أ- قلة الأدوية المطلوبة. A- Rareté des médicaments.
			ب-عدم انتظام الطلبات. B-Perturbation des commandes.
			ج- مشاكل أخرى حددها:..... C- Autres problèmes à préciser:.....
			4- تواجهون في عملكم مشاكل مع المخبر. 4-vous rencontrez des problèmes avec le laboratoire.
			*إذا كانت الإجابة بموافق فإن أهم هذه المشاكل هي: *Si votre réponse est positive, ces problèmes sont: أ- التأخر في النتائج. A- Le retard.
			ب- كثرة الأخطاء. B-Erreurs fréquentes.
			ج- مشاكل أخرى حددها:..... C- Autres problèmes, à préciser :.....

المحور الثاني: تقييم الطاقم الطبي والشبه الطبي لخدمات المستشفى

Deuxième axe : l'évaluation des prestations du personnel médical et paramédical

غير موافق Pas d'accord	موافق بدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1- يتم استقبال المرضى بشكل لائق. 1-Les patients sont bien accueillis.
			2- إن قاعات انتظار المرضى ملائمة حسب رأيكم. 2-Les salles d'attente est convenable à votre avis.
			3- إن مدة انتظار المرضى معقولة في نظركم. 3- La durée d'attente des patients est raisonnable à votre avis.
			4- إن ظروف إقامة المرضى لائقة في نظركم. 4-Les conditions de séjour des patients sont acceptables à votre avis.
			5- إن إجراءات النظافة مقبولة في نظركم. 5-Les procédures d'hygiène sont acceptables.
			6- إن الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى مقبولة في نظركم. 6-Les repas fournis aux patients sont acceptables à votre avis.
			7- يحضى المرضى بمعاملة جيدة من طرف زملائكم. 7-Les patients bénéficient de bons comportements de la part de vos collègues.
			8- إن التغطية الصحية في نهاية الأسبوع وأيام العطل مقبولة في نظركم. 8-La couverture sanitaire les week-end et les jours fériés est acceptable à votre avis.
			9- إن عدد الأطباء والممرضين كاف مقارنة بعدد المرضى. 9-Le nombre de médecins et paramédicaux est suffisant para port au nombre des patients.
			*إذا كانت الإجابة بغير موافق فإن العجز يكمن بالتحديد في: *Si votre réponse est négative, vous voyez que le déficit est au :
			أ- الأطباء الأخصائيين. A-Médecins spécialistes.
			ب- الأطباء المقيمين. B-Médecins résidents.
			ج- الممرضين. C-Infirmiers.
			من أهم أسباب هذا العجز حسب رأيكم: * *A votre avis, les raisons de ce déficit sont:
			أ- اختيار القطاع الخاص. A-Le choix du secteur privé.
			ب- التكوين بأعداد غير كافية. B- La formation insuffisante.
			ج- أسباب أخرى حددها: C-Autres raisons, à préciser:.....
			 *إن أنجع الحلول لهذا العجز حسب رأيكم هي:

			* Les meilleures solutions pour ce déficit sont à votre avis : أ- رفع عدد المناصب في مسابقات التوظيف. A- Augmenter le nombre des postes de recrutement. ب- تقييد عملية التوجه للقطاع الخاص. B- La restriction du choix du secteur privé. ج- حلول أخرى حددها:..... C- Autres solutions à préciser :.....
..... 			
			10- أنتم تعتقدون أن هذا المستشفى يقدم خدمات ذات جودة عالية. 10- Vous pensez que cet hôpital assure des services de bonne qualité. * إذا كانت الإجابة بغير موافق فهل ترون أن تدني مستوى الخدمات الصحية في مؤسساتنا الاستشفائية يرجع إلى: * Si votre réponse est négative, selon vous le bas niveau des services sanitaires en Algérie est due à : أ- الضغط الكبير في العمل. A- La surcharge au travail. ب- الأوضاع الاجتماعية للأطباء والمرضى وظروف العمل الغير الملائمة. B- Les conditions sociales des médecins et des infirmiers et les conditions inconvenables de travail. ج- أسباب إدارية. C- Des raisons administratives. د- تدني مستوى التكوين. D- Le niveau bas de la formation. هـ- أسباب أخرى حددها:..... E- Autres raisons à préciser :..... * إن أنجع الحلول لهذه الأوضاع حسب رأيكم هي: *A votre avis les meilleures solutions à ces conditions sont : أ- رقمنة الملفات الطبية للمرضى لتخفيض الضغط في العمل. A- L'informatisation des dossiers médicaux des patients afin de diminuer la surcharge au travail. ب- تحسين الأوضاع الاجتماعية للأطباء والمرضى وظروف عملهم. B- L'amélioration des conditions sociales et des conditions de travail des médecins et des infirmiers. ج- التكوين بأعداد أقل لضمان الجودة في التكوين. C- Former peut et mieux. د- حلول أخرى أذكرها:..... D- Autres solutions à préciser :.....
..... 			
..... 			

المحور الثالث: قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحية لدى الطاقم الطبي والشبه الطبي

Troisième axe : Evaluer la volonté d'améliorer les services sanitaires chez le personnel médical et paramédical

غير موافق Pas d'accord	موافق بدرجة متوسطة moyen	موافق D'accord	البيان Désignation
			1-أنتم تعتبرون أنكم مسؤولون عن التحسين المستمر لمستوى الخدمات المقدمة في هذا المستشفى. 1-Vous considérez que c'est de votre responsabilité d'œuvrer sur l'amélioration continue du niveau des soins fournis dans cet hôpital.
			2-عند مواجهة حالات تحتاج لأجهزة لا تتوفر في المستشفى فأنتم تشعرون بالمسؤولية في ضرورة التغيير. 2-Lorsque vous rencontrez des situations où vous avez besoin d'appareillage manquant à l'hôpital vous sentez-vous responsable de la nécessité de changement.
			3-أنتم تحرصون على المشاركة في مختلف الندوات والأيام الدراسية التي تعقد في مجال تخصصكم. 3-Vous êtes toujours intéressés par la participation aux différentes séminaires et journées d'études dans votre spécialité.
			4-أنتم تهتمون بمعرفة مدى رضى مرضاكم عن خدماتكم. 4- Vous êtes intéressés de savoir le niveau de satisfaction de vos patients vis-à-vis de vos services.
			5-عندما تتعبون في الحصول على معلومات في مجال تخصصكم فأنتم تسارعون لإيصالها لزملائكم. 5-Quand vous arrivez, à avoir de manière difficiles des informations relatives à votre spécialité, vous les communiquez de manière instantanées à vos collègues.
			6-أنتم ترغبون في التوجه إلى القطاع الخاص. 6-Vous voulez rejoindre le secteur privé.
			*إذا كانت الإجابة بموافق فهل يرجع اختياركم للقطاع الخاص إلى: * Si votre réponse est positive, votre choix du secteur privé est due à :
			أ- ارتفاع الأجر. A- Salaire plus interessant.
			ب- الرغبة في الإبداع وتقديم خدمات أفضل. B-La volonté d'innovation et d'assurer des services meilleurs.
			ج- أسباب أخرى حددها:..... C- Autres raisons, à préciser:.....
			

الملحق رقم(04): قائمة المراجعين والمحكمين لإستمارتي البحث المعتمدتين

المحكمين	الرتبة	الجامعة
1.بلمهدي عبد الوهاب	أستاذ محاضر	جامعة سطيف 1
2.بوعظم كمال	أستاذ	جامعة سطيف 1
3.بن فرحات ساعد	أستاذ	جامعة سطيف 1
4.معاش فيصل	أستاذ مساعد قسم أ	جامعة سطيف 1
5.آيت بارة شفيعة	أستاذ مساعد قسم أ	جامعة سطيف 1
6.بوعمامة العربي	أستاذ محاضر تكفل بالتدقيق اللغوي	جامعة سطيف 1
7.كفي وليد	طبيب مختص في الأمراض الداخلية ساعد في إثراء محتوى الإستمارة	المركز الإستشفائي الجامعي لولاية سطيف

الملحق رقم (05): نتائج اختبار ألفا كرونباخ للإستمارة الموجهة إلى المرضى

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,810	36

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
patient bien aqu	87,8611	52,893	,441	,801
salle d'attente convenable	88,5317	51,915	,357	,803
duree d'attente resonable	88,1786	52,139	,417	,801
admission facile	88,1190	51,667	,402	,801
aid vite	87,9048	53,720	,305	,805
prise encharge egale	87,8611	54,319	,232	,807
respé et humanité	87,7738	55,387	,134	,809
medecin intéressé	87,8889	53,358	,364	,803
pas de conflit	87,9841	54,255	,133	,812
faire des radios facilement	88,2183	53,080	,308	,805
faire les analyses facilement	88,2857	53,751	,225	,808
medecins capable	87,9167	54,228	,250	,807
informations contraction	88,9206	56,615	-,090	,825
med donne les explications	87,8929	51,873	,568	,797
suivre les consll par confiance	87,8492	52,184	,570	,798
med examine en bon moment	88,0119	50,777	,608	,794
med explique l'etulisation des medc	87,9841	52,374	,490	,799
les meds utilisent bien les aparll med	87,9921	54,295	,244	,807
les infir suivre les ordres des meds	87,7738	55,188	,211	,808
les meds controlent les infirm	88,0317	52,700	,427	,801
prise en charge bien les week end	88,1270	54,191	,219	,808
prise encharge bien la nuit	88,1389	51,252	,467	,798
séjour en calme	87,9563	55,365	,055	,813
séjour en securité	87,7222	55,707	,148	,809
les salles propres	88,0000	51,641	,541	,797
lits et couvertures propres	88,1389	52,367	,347	,803
repas convenables	88,9365	51,486	,401	,801
systeme de visite covenable	88,4206	52,516	,213	,811
matin et aprè midi	88,7222	56,122	,006	,811
après midi et soire	88,9524	52,946	,469	,801
matin après midi et soire	88,7143	56,324	-,067	,811
etat de patient mieux	88,0000	52,263	,499	,799
si il y a des moyens changer l'hospital	88,7183	58,482	-,228	,833
vous conseiller les autres par cet hopital	87,9325	53,601	,262	,806
avoir tous vos droits comme patients	88,1429	51,063	,473	,798
avoir des services de bonne qualité	88,2857	49,958	,659	,791

الملحق رقم(06): نتائج إختبار ألفا كرونباخ للإستمارة الموجهة إلى الطاقم الطبي وشبه الطبي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,873	67

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
satisfaits du mode d'évaluation	180,3913	782,613	,512	,835
pointage élec simple	180,9130	802,174	,018	,842
pointage élec punition	181,2174	792,178	,271	,808
programme adapté	180,8696	796,937	,140	,840
volume horaire avec le salaire	181,3478	794,601	,235	,839
repas acceptables	181,4348	793,439	,370	,818
congés suffisants	181,3043	792,676	,323	,738
prise en charge suffisante	181,1739	790,605	,346	,827
gardes fréquentes	180,8261	809,059	-,126	,744
l'absence de sécurité	180,3913	813,704	-,235	,745
bénéficier de plus formations	180,0870	795,901	,210	,879
degré de bénéficié élevé	180,5217	789,715	,320	,737
bénéficiez des encouragements	181,1739	798,968	,106	,740
primes aux éléments distingués	181,3043	796,585	,205	,889
promotions spécifiques	181,2174	792,996	,315	,838
équipements disponibles	181,3478	797,328	,184	,840
augmentation de pris des services	181,2174	807,360	-,132	,793
coordination avec le privé	181,0870	795,083	,267	,839
équipements de bonne qualité	180,6957	784,040	,469	,835
problèmes avec la pharmacie	180,5652	801,257	,038	,831
rareté des médicaments	181,3913	801,976	,045	,741
perturbation des commandes	181,0435	797,680	,234	,839
problèmes avec le laboratoire	180,4783	815,079	-,241	,806
le retard	181,2174	793,269	,360	,838
erreures fréquentes	181,2609	788,383	,529	,806
patients bien accueillis	180,2609	784,929	,412	,836
salle d'attente convenable	181,0435	778,771	,504	,813
durée d'attente raisonnable	180,6957	765,949	,791	,819
conditions de séjour acceptable	180,5217	770,897	,717	,861
hygiène acceptable	180,4783	791,443	,253	,838
repas f p acceptable	181,0870	786,628	,471	,886

bon compor des collègues p	180,0435	794,043	,311	,798
couverture sani accept w end	180,1739	794,696	,267	,899
nomb de med et paramed suffi	180,7826	792,905	,229	,878
méd spécialistes	180,9565	799,316	,198	,800
méd généralistes	181,0000	802,364	,053	,811
infirmiers	181,2609	797,474	,211	,889
choix du sect privé	181,0435	797,589	,238	,839
formation insuffisante	181,0870	799,447	,156	,890
aug nomb des postes	181,3043	799,585	,137	,800
restriction d choix d sect priv	181,0435	798,680	,194	,840
services d bonne qualité	180,9565	781,407	,501	,804
la surcharge	181,2609	791,747	,411	,837
conditions sociales	181,1739	797,332	,221	,809
raisons administratives	181,0435	794,680	,353	,878
niveau de formation bas	181,1304	798,937	,169	,800
l'informatisation des dossiers	181,2609	791,383	,424	,877
amélior d conditionsd méd	181,3043	790,221	,464	,837
former peut et mieux	181,0000	806,818	-,133	,823
responsabilité d'amélioration continue	179,9565	809,134	-,199	,813
responsabilité de changement	180,0870	810,265	-,213	,894
particip séminaires	180,3043	797,949	,165	,800
intér savoir satisf patients	180,1739	785,241	,558	,815
volonté d'innovation	181,1304	799,119	,162	,800
comm les info avec collègues	180,0435	794,953	,281	,809
vouloir rejoindre sect privé	181,3043	806,040	-,064	,893
salaire plus interessant	181,0870	797,719	,221	,800
aucune difficulté p soulever les doléances	180,7391	792,202	,219	,888
travail par l'esprit d'équipe	179,9565	799,589	,143	,800
répartition des taches équitable	180,2609	782,111	,518	,894
insuffi comp de gest	181,0000	799,636	,168	,810
l'hopital	180,2174	763,723	,382	,801
bonne relations avec les collègues	180,0000	795,091	,289	,879
favoritisme	181,0435	795,498	,320	,879
l'amélioration des comp de gest	181,0870	794,174	,355	,858
l'implication des employés	181,0435	796,498	,281	,869

الملحق رقم (07): نتائج اختبار توكي الخاص بالإستمارة الموجهة إلى المرضى

Comparaisons multiples

Différence significative de Tukey

Variable dépendante			Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
	(I) hopital	(J) hopital				Borne inférieure	Borne supérieure
t1	saadna	bougaa	,05292	,03723	,614	-,0494	,1552
		ainazel	,23222*	,05084	,000	,0925	,3719
		eulma	-,02146	,04800	,992	-,1534	,1104
		raselma	,32919*	,06745	,000	,1438	,5145
	bougaa	saadna	-,05292	,03723	,614	-,1552	,0494
		ainazel	,17930*	,05225	,006	,0357	,3229
		eulma	-,07438	,04949	,562	-,2104	,0616
		raselma	,27627*	,06852	,001	,0880	,4646
	ainazel	saadna	-,23222*	,05084	,000	-,3719	-,0925
		bougaa	-,17930*	,05225	,006	-,3229	-,0357
		eulma	-,25368*	,06040	,000	-,4197	-,0877
		raselma	,09697	,07677	,714	-,1140	,3079
	eulma	saadna	,02146	,04800	,992	-,1104	,1534
		bougaa	,07438	,04949	,562	-,0616	,2104
		ainazel	,25368*	,06040	,000	,0877	,4197
		raselma	,35065*	,07492	,000	,1448	,5565
	raselma	saadna	-,32919*	,06745	,000	-,5145	-,1438
		bougaa	-,27627*	,06852	,001	-,4646	-,0880
		ainazel	-,09697	,07677	,714	-,3079	,1140
		eulma	-,35065*	,07492	,000	-,5565	-,1448
t2	saadna	bougaa	,00314	,04434	1,000	-,1187	,1250
		ainazel	,23258*	,06055	,001	,0662	,3990
		eulma	,00129	,05717	1,000	-,1558	,1584
		raselma	-,25313*	,08033	,016	-,4739	-,0324
	bougaa	saadna	-,00314	,04434	1,000	-,1250	,1187
		ainazel	,22944*	,06223	,003	,0584	,4004
		eulma	-,00186	,05894	1,000	-,1638	,1601
		raselma	-,25628*	,08160	,016	-,4805	-,0320
	ainazel	saadna	-,23258*	,06055	,001	-,3990	-,0662
		bougaa	-,22944*	,06223	,003	-,4004	-,0584
		eulma	-,23129*	,07194	,013	-,4290	-,0336
		raselma	-,48571*	,09143	,000	-,7370	-,2345

		ainazel	,13730	,07629	,376	-,0724	,3470
		raselma	,28730*	,09463	,022	,0273	,5473
	raselma	saadna	-,29532*	,08519	,006	-,5294	-,0612
		bougaa	-,32973*	,08654	,002	-,5675	-,0919
		ainazel	-,15000	,09697	,533	-,4165	,1165
		eulma	-,28730*	,09463	,022	-,5473	-,0273
t5	saadna	bougaa	-,22554*	,05067	,000	-,3648	-,0863
		ainazel	-,17965	,06921	,074	-,3698	,0105
		eulma	-,27489*	,06534	,000	-,4545	-,0953
		raselma	,28702*	,09182	,017	,0347	,5393
	bougaa	saadna	,22554*	,05067	,000	,0863	,3648
		ainazel	,04589	,07112	,967	-,1496	,2413
		eulma	-,04935	,06737	,949	-,2345	,1358
		raselma	,51255*	,09327	,000	,2563	,7689
	ainazel	saadna	,17965	,06921	,074	-,0105	,3698
		bougaa	-,04589	,07112	,967	-,2413	,1496
		eulma	-,09524	,08222	,775	-,3212	,1307
		raselma	,46667*	,10450	,000	,1795	,7538
	eulma	saadna	,27489*	,06534	,000	,0953	,4545
		bougaa	,04935	,06737	,949	-,1358	,2345
		ainazel	,09524	,08222	,775	-,1307	,3212
		raselma	,56190*	,10198	,000	,2816	,8422
	raselma	saadna	-,28702*	,09182	,017	-,5393	-,0347
		bougaa	-,51255*	,09327	,000	-,7689	-,2563
		ainazel	-,46667*	,10450	,000	-,7538	-,1795
		eulma	-,56190*	,10198	,000	-,8422	-,2816

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الملحق رقم(08): نتائج اختبار توكي الخاص بالإستمارة الموجهة إلى الطاقم الطبي وشبه الطبي

Comparaisons multiples :Différence significative de Tukey

Variable dépendante (I) l'hopital (J) l'hopital			Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
t7	setif	ras elma	,58730*	,15019	,001	,1733	1,0013
		el eulma	-,10317	,07111	,596	-,2992	,0928
		ain azel	-,00454	,08693	1,000	-,2441	,2351
		bougaa	-,05556	,07111	,936	-,2516	,1404
	ras elma	setif	-,58730*	,15019	,001	-1,0013	-,1733
		el eulma	-,69048*	,15653	,000	-1,1219	-,2590
		ain azel	-,59184*	,16433	,004	-1,0448	-,1389
		bougaa	-,64286*	,15653	,001	-1,0743	-,2114
	el eulma	setif	,10317	,07111	,596	-,0928	,2992
		ras elma	,69048*	,15653	,000	,2590	1,1219
		ain azel	,09864	,09747	,850	-,1700	,3673
		bougaa	,04762	,08367	,979	-,1830	,2783
	ain azel	setif	,00454	,08693	1,000	-,2351	,2441
		ras elma	,59184*	,16433	,004	,1389	1,0448
		el eulma	-,09864	,09747	,850	-,3673	,1700
		bougaa	-,05102	,09747	,985	-,3197	,2177
	bougaa	setif	,05556	,07111	,936	-,1404	,2516
		ras elma	,64286*	,15653	,001	,2114	1,0743
		el eulma	-,04762	,08367	,979	-,2783	,1830
		ain azel	,05102	,09747	,985	-,2177	,3197
t8	setif	ras elma	-,18783	,14196	,677	-,5791	,2035
		el eulma	-,09259	,06721	,643	-,2778	,0927
		ain azel	-,09599	,08216	,769	-,3225	,1305
		bougaa	-,02116	,06721	,998	-,2064	,1641
	ras elma	setif	,18783	,14196	,677	-,2035	,5791
		el eulma	,09524	,14795	,968	-,3126	,5030
		ain azel	,09184	,15531	,976	-,3363	,5199
		bougaa	,16667	,14795	,792	-,2411	,5745
	el eulma	setif	,09259	,06721	,643	-,0927	,2778
		ras elma	-,09524	,14795	,968	-,5030	,3126
		ain azel	-,00340	,09213	1,000	-,2573	,2505
		bougaa	,07143	,07908	,895	-,1466	,2894
	ain azel	setif	,09599	,08216	,769	-,1305	,3225
		ras elma	-,09184	,15531	,976	-,5199	,3363

		el eulma	,00340	,09213	1,000	-,2505	,2573
		bougaa	,07483	,09213	,927	-,1791	,3288
	bougaa	setif	,02116	,06721	,998	-,1641	,2064
		ras elma	-,16667	,14795	,792	-,5745	,2411
		el eulma	-,07143	,07908	,895	-,2894	,1466
		ain azel	-,07483	,09213	,927	-,3288	,1791
t9	setif	ras elma	-,08333	,27503	,998	-,8414	,6748
		el eulma	,41667*	,13021	,014	,0578	,7756
		ain azel	,02381	,15918	1,000	-,4150	,4626
		bougaa	-,25000	,13021	,311	-,6089	,1089
	ras elma	setif	,08333	,27503	,998	-,6748	,8414
		el eulma	,50000	,28664	,410	-,2901	1,2901
		ain azel	,10714	,30091	,997	-,7223	,9366
		bougaa	-,16667	,28664	,978	-,9568	,6234
	el eulma	setif	-,41667*	,13021	,014	-,7756	-,0578
		ras elma	-,50000	,28664	,410	-1,2901	,2901
		ain azel	-,39286	,17849	,184	-,8849	,0991
		bougaa	-,66667*	,15322	,000	-1,0890	-,2443
	ain azel	setif	-,02381	,15918	1,000	-,4626	,4150
		ras elma	-,10714	,30091	,997	-,9366	,7223
		el eulma	,39286	,17849	,184	-,0991	,8849
		bougaa	-,27381	,17849	,542	-,7658	,2182
	bougaa	setif	,25000	,13021	,311	-,1089	,6089
		ras elma	,16667	,28664	,978	-,6234	,9568
		el eulma	,66667*	,15322	,000	,2443	1,0890
		ain azel	,27381	,17849	,542	-,2182	,7658
t10	setif	ras elma	,23148	,17010	,653	-,2374	,7004
		el eulma	,21065	,08053	,072	-,0113	,4326
		ain azel	-,33995*	,09845	,006	-,6113	-,0686
		bougaa	,06481	,08053	,929	-,1572	,2868
	ras elma	setif	-,23148	,17010	,653	-,7004	,2374
		el eulma	-,02083	,17728	1,000	-,5095	,4678
		ain azel	-,57143*	,18611	,021	-1,0844	-,0584
		bougaa	-,16667	,17728	,881	-,6553	,3220
	el eulma	setif	-,21065	,08053	,072	-,4326	,0113
		ras elma	,02083	,17728	1,000	-,4678	,5095
		ain azel	-,55060*	,11040	,000	-,8549	-,2463
		bougaa	-,14583	,09476	,539	-,4070	,1154
	ain azel	setif	,33995*	,09845	,006	,0686	,6113
		ras elma	,57143*	,18611	,021	,0584	1,0844
		el eulma	,55060*	,11040	,000	,2463	,8549
		bougaa	,40476*	,11040	,003	,1005	,7091
	bougaa	setif	-,06481	,08053	,929	-,2868	,1572
		ras elma	,16667	,17728	,881	-,3220	,6553

		el eulma	,14583	,09476	,539	-,1154	,4070
		ain azel	-,40476*	,11040	,003	-,7091	-,1005
t11	setif	ras elma	-,19259	,16811	,782	-,6560	,2708
		el eulma	,01574	,07959	1,000	-,2036	,2351
		ain azel	-,42116*	,09729	,000	-,6893	-,1530
		bougaa	-,45926*	,07959	,000	-,6786	-,2399
	ras elma	setif	,19259	,16811	,782	-,2708	,6560
		el eulma	,20833	,17520	,758	-,2746	,6913
		ain azel	-,22857	,18392	,726	-,7355	,2784
		bougaa	-,26667	,17520	,550	-,7496	,2163
	el eulma	setif	-,01574	,07959	1,000	-,2351	,2036
		ras elma	-,20833	,17520	,758	-,6913	,2746
		ain azel	-,43690*	,10910	,001	-,7376	-,1362
		bougaa	-,47500*	,09365	,000	-,7331	-,2169
	ain azel	setif	,42116*	,09729	,000	,1530	,6893
		ras elma	,22857	,18392	,726	-,2784	,7355
		el eulma	,43690*	,10910	,001	,1362	,7376
		bougaa	-,03810	,10910	,997	-,3388	,2626
	bougaa	setif	,45926*	,07959	,000	,2399	,6786
		ras elma	,26667	,17520	,550	-,2163	,7496
		el eulma	,47500*	,09365	,000	,2169	,7331
		ain azel	,03810	,10910	,997	-,2626	,3388
t12	setif	ras elma	,38272*	,12340	,019	,0426	,7229
		el eulma	-,00617	,05842	1,000	-,1672	,1549
		ain azel	,09700	,07142	,655	-,0999	,2939
		bougaa	,06327	,05842	,815	-,0978	,2243
	ras elma	setif	-,38272*	,12340	,019	-,7229	-,0426
		el eulma	-,38889*	,12861	,024	-,7434	-,0344
		ain azel	-,28571	,13501	,218	-,6579	,0864
		bougaa	-,31944	,12861	,099	-,6740	,0351
	el eulma	setif	,00617	,05842	1,000	-,1549	,1672
		ras elma	,38889*	,12861	,024	,0344	,7434
		ain azel	,10317	,08009	,699	-,1176	,3239
		bougaa	,06944	,06875	,850	-,1200	,2589
	ain azel	setif	-,09700	,07142	,655	-,2939	,0999
		ras elma	,28571	,13501	,218	-,0864	,6579
		el eulma	-,10317	,08009	,699	-,3239	,1176
		bougaa	-,03373	,08009	,993	-,2545	,1870
	bougaa	setif	-,06327	,05842	,815	-,2243	,0978
		ras elma	,31944	,12861	,099	-,0351	,6740
		el eulma	-,06944	,06875	,850	-,2589	,1200
		ain azel	,03373	,08009	,993	-,1870	,2545

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

قائمة المراجع:



المراجع باللغة العربية

أولاً: الكتب

1. إبراهيم بن مصطفى الهجان. **الجودة الشاملة في المستشفيات**. ط1، جدة، المملكة العربية السعودية: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2009.
2. أسامة عبد العزيز الشنواني. **الاتجاهات المعاصرة لإدارة وتطوير الأداء six sigma 6σ**. ط1، القاهرة، مصر: مركز جامعة القاهرة للطباعة والنشر، 2008.
3. إسماعيل إبراهيم القزاز، رامي حكمت الحديثي، عادل عبد المالك كوريل. **Six sigma** وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر، 2009.
4. بنيلوب بيرزيكوب: ترجمة محمد يوسف. **سيجما ستة للتميز في مجال الأعمال: دليل المدير للإشراف على مشروعات وفرق سيجما ستة**. ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة العبيكان، 2008.
5. حسان محمد نذير حرساني. **إدارة المستشفيات**. المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة، 1990.
6. ديمينغ وروبيرت هاغستروم، ترجمة واعداد: هند رشدي، راجعه عبد العظيم محمد نجم. **إدارة الجودة الشاملة: أسس ومبادئ وتطبيقات**. القاهرة، مصر: كنوز للنشر والتوزيع، 2009.
7. رحيمة ميلود حوالف. **تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى**. القاهرة، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية "سلسلة أطروحات الدكتوراه"، 2016.
8. زاهر محمد عبد الرحيم. **إدارة المستشفيات والسجلات الطبية**. ط1، عمان، الأردن: دار الراية للنشر والتوزيع، 2016.
9. زكي خليل المساعد. **تسويق الخدمات وتطبيقاته**. ط1، عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2003.
10. سعد علي العنزي. **الإدارة الصحية**. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2009.
11. عامر عياد العتيبي. **إدارة المستشفيات والمرافق الصحية: المبادئ الأساسية**. ط1، القاهرة، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية "جامعة الدول العربية"، 2016.
12. عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمانة. **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**. مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
13. فريد كورتل. **تسويق الخدمات**. ط1، عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، 2009.
14. محمد أحمد عيشوني. **الدليل العملي لتحسين المستمر للعمليات باستخدام الأدوات الأساسية السبع للجودة**. الاصدار رقم 2، المملكة العربية السعودية: دار الأصحاب للنشر والتوزيع، 2010.

15. محمد عبد العال النعيمي وراتب جليل صويص. Six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة مفاهيم وتطبيقات. ط1، عمان، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع، 2008.
16. محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، غالب جليل صويص. إدارة الجودة المعاصرة: مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات. ط1، عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2009.
17. محمد محمود مصطفى. التسويق الإستراتيجي للخدمات. ط1، عمان، الأردن: دار المناهج للنشر، 2003.
18. محمود عبد الفتاح رضوان. إدارة الجودة الشاملة: فكر وفلسفة قبل يكون تطبيق. ط1، القاهرة، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2012.
19. مصطفى يوسف. إدارة المستشفيات. ط1، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2016.
20. نضال حمدان المصري ومحمد أحمد الأغا. إطار مقترح لتطبيق منهجية Six Sigma كمدخل لتحسين جودة الحياة الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية. الكتاب رقم 14، الإمارات: مطبوعات جائزة خليفة التربوية، 2014.
21. نور الدين حاروش. الادارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة. ط1، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
22. هاني حامد الضمور. تسويق الخدمات. ط1، الأردن: دار وائل للنشر، 2002.
23. يشار أوزجان، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر. الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية. الرياض، المملكة العربية السعودية: الإدارة العامة للطباعة والنشر، 2008.

ثانيا: الدوريات

1. إبراهيم بوالفل وراضية لزغد. دور الرقابة في تقديم الخدمة الصحيّة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. مجلة آفاق للعلوم: جامعة الجلفة، الجزائر، العدد 10، 2018.
2. أحمد بن عيشاوي. طريقة Six Sigma كأداة لتحسين الجودة الشاملة TAM. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، الجزائر، العدد 05، 2014.
3. أحمد يوسف دودين وماجد عبد المهدي مساعدة. مدى استخدام مفاهيم Six Sigma في الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، الجمهورية اليمنية، المجلد 07، العدد 16، 2014.

4. أسامة الفراج. تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضى المرضى. **مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية**، سوريا، المجلد 25، العدد 02، 2009.
5. أسماء دريسي. تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013). **المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية**، الجزائر، العدد 06، 2015.
6. الحاج عرابة. تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات. **مجلة الباحث**، الجزائر، العدد 10، 2012.
7. الشريف بوفاس . ستة سيغما: مقارنة حديثة للتغيير والتحسين المستمر في منظمات الأعمال. **مجلة العلوم الانسانية جامعة محمد خيضر بسكرة**، الجزائر، العدد 27-28، 2012.
8. إلهام يحياوي وليلى بوحديد . تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضى الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة. **مجلة الباحث**، الجزائر، العدد 14، 2014.
9. إلياس بومعرف وعمار عماري. من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. **مجلة الباحث**، الجزائر، العدد 07، 2009-2010.
10. إلياس بومعرف ومحفوظ جبار. دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور سطيف. **مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية: جامعة سطيف**، الجزائر، العدد 05، 2011.
11. باديس بوخلوة وسهيلة قمو. أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقرت. **المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية**، الجزائر، العدد 05، 2016.
12. بسام زاهر. تقييم واقع توافر متطلبات تطبيق منهجية ستة سيغما في المنظمات الصناعية. **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية**، سوريا، المجلد 36، العدد 02، 2014.
13. بكر إبراهيم محمود. انعكاس العلاقة التكاملية بين معايير تقنية الحيويد السداسي six sigma وعناصر الرقابة الداخلية وفق إطار COSO على تحسين جودة أداء الوحدات الاقتصادية. **مجلة المحاسب**، مصر، المجلد 24، العدد 47، 2017.
14. بلقاسم ماضي وعفاف بلعرج. تقييم جودة الخدمات الصحية وقياس رضى المرضى. **مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة الحاج لخضر باتنة**، الجزائر، العدد 31، 2014.

15. حبيب محمود وباسل أنور أسعد. قياس مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها: دراسة ميدانية لمركز الشامية. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية: سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*، سوريا، المجلد 36، العدد 05، 2014.
16. حبيبة قشي. تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام منهجية الستة سيجما في المؤسسات الاستشفائية. *مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي: جامعة المسيلة*، الجزائر، العدد 01، 2017.
17. حمدي شحادة زعرب. استخدام مدخل الانحرافات المعيارية الستة لترشيد تكاليف الجودة في شركات قطاع الخدمات المدرجة في بورصة فلسطين "دراسة ميدانية". *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية*، فلسطين، المجلد 20، العدد 02، يونيو 2012.
18. حياة طهراوي. استخدام منهج six sigma في تحسين جودة مؤسسات التعليم العالي. *المجلة الجزائرية للإقتصاد والمالية*، الجزائر، العدد 03، 2015.
19. رباح بوقرة وحيدة زاوي . إمكانية التوافق لسياسات التدريب في المؤسسة الإقتصادية الجزائرية مع تطبيق الستة سيغما: دراسة حالة مؤسسة كوندور. *مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة*، العراق، العدد 30، 2012.
20. راغب الغصين ومحمد مناف علايا. دور منهجية ستة سيجما six sigma بتطبيق نموذج دميك DMAIC وتكوين فريق العمل في تحسين الأداء المصرفي: دراسة ميدانية على المصارف السورية في مدينة دمشق. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية: سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*، سوريا، المجلد 38، العدد 02، 2016.
21. ريمة أوشن، إيمان بن زيان وهمامة بن عمومة. أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء: دراسة ميدانية بالمراكز الإستشفائية للشرق الجزائري. *مجلة الإقتصاد الصناعي: جامعة باتنة*، الجزائر، العدد 13، 2017.
22. زهير حسن عبد الله. تحسين مقدرة العملية الانتاجية لمنتج صناعي باستعمال مستويات متقدمة من السيكا. *مجلة جامعة بابل العلوم الصرفة والتطبيقية*، العراق، المجلد 21، العدد 05، 2013.
23. زينب شلال عكار . دور الحيوود السداسي في تحسين الأداء الشامل للمستشفى: دراسة في بعض مستشفيات رئاسة صحة محافظة البصرة. *مجلة دراسات ادارية*، العراق، المجلد 03، العدد 06، 2010.
24. زينب علاوي ابراهيم .تشخيص وتحليل أسباب إنحراف العملية الانتاجية لمنتج صناعي باستخدام أدوات الجودة. *المجلة العراقية لهندسة الانتاج والمعادن*، العراق، المجلد 13، العدد 03، 2013.

25. زينب هادي الشريفي. ستة سيجما مدخل للقيمة المتميزة للزبون: دراسة إستطلاعية لأراء عينة من مدراء الأقسام والشعب في معمل سمنت الكوفة. *مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية*، العراق، المجلد 08، العدد 23، 2012.
26. ساعد بن فرحات. منهجية البحث التسويقي. *مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة فرحات عباس سطيف*، الجزائر، العدد 7، 2007.
27. سينا أحمد الراوي، عبد الناصر نور، محمد النعيمي. قياس مدى إلتزام المستشفيات الخاصة الحائزة على جائزة الجودة والتميز في محافظة عمان بمنهج سيجما ستة وأثره في ضبط جودة التدقيق الداخلي. *المجلة الأردنية في إدارة الأعمال*، الأردن، المجلد 8، العدد 4، 2012.
28. صفاء محمد الهادي الجزائري، علي غباش محمد وبشرى عبد الله شتيت. قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة. *مجلة دراسات إدارية*، العراق، المجلد 04، العدد 07، 2011.
29. صلاح محمود ذياب. قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*، فلسطين، المجلد 20، العدد 01، 2012.
30. عادل محمد عبد الله. مدى امكانية تبني منهجية الحيوود السداسي في السيطرة على نوعية الأدوية المطلوبة وفقا لنموذج DMAIC: دراسة تحليلية في الشركة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في نينوى. *مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية*، العراق، المجلد 05، العدد 10، 2013.
31. عبد القادر دبون. دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة. *مجلة الباحث: جامعة قاصدي مرباح ورقلة*، الجزائر، العدد 11، 2012.
32. عبد المجيد قدي وجميلة ميدوني. أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرتقال" بمدينة الشلف. *مجلة الإستراتيجية والتنمية لجامعة مستغانم*، الجزائر، العدد 07، 2014.
33. علي الكساب، أثر إستخدام إستراتيجية العصف الذهني في تحصيل طلبة كليات التربية في الجامعات الأردنية في مساق التربية الوطنية وإتجاهاتهم نحوها. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث "العلوم الانسانية"*، فلسطين، المجلد 27، العدد 10، 2013.
34. عمار بن عيشي. أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضى الزبون -المرضى- : دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة : الجزائر. *مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية*، الجزائر، العدد 06، دن.

35. عمر علي إسماعيل . six sigma مدخل متميز لتحسين جودة التعليم العالي : بالتطبيق في كلية الادارة والاقتصاد جامعة الموصل. **مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية**، العراق، العدد 21، المجلد 7، 2011.
36. فداء أكرم سليم. أثر إستخدام العصف الذهني في تحصيل مادة طرائق التدريس وتنمية التفكير العلمي. **مجلة علوم التربية الرياضية**، العراق، المجلد 04، العدد 02، 2011.
37. فرست علي شعبان وكاوار بديع محمود. دور خرائط ضبط الجودة في تحسين جودة المنتجات: دراسة تطبيقية في معمل صافيا لإنتاج الزيوت النباتية. **المجلة الأكاديمية لجامعة نوروز**، العراق، المجلد 06، العدد 02، 2017.
38. فهيمة بديسي وبلال زويوش. جودة الخدمات الصحية : الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، **مجلة الاقتصاد والمجتمع**، الجزائر، العدد 07، 2011.
39. ماهر موسى درغام وهبة محمود عبد الله . مدى الالتزام بمنهج سيجما ستة Six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي: دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في قطاع غزة. **مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية**، فلسطين، المجلد 21، العدد 02، 2013.
40. محفوظ أحمد جودة. تحسين جودة العمليات: تطبيق منهجية 6 سيجما في المنظمات الخدمية. **مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية**، الأردن، العدد 12، 2013.
41. محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر. قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين : دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم. **المجلة الأردنية في إدارة الأعمال**، الأردن، المجلد 11، العدد 4، 2015.
42. محمود بولصباغ. تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية العامة والخاصة بميلة من وجهة نظر المرضى: دراسة حالة مستشفى طوبال والمصححة الدولية. **مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية**، الأردن، العدد 12، 2013.
43. مريزق عدمان. دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر. **مجلة العلوم الإنسانية: جامعة محمد خيضر بسكرة**، الجزائر، العدد 25.
44. ميسر إبراهيم أحمد الجبوري وعمر علي إسماعيل. المفهوم الاحصائي لتقانة six sigma وعلاقته بأنشطة تحسين العمليات. **مجلة تنمية الرافدين**، العراق، المجلد 31، العدد 39، 2009.
45. ميلود تومي وحبيبة قشي. آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية. **مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية**، الجزائر، العدد 02، 2007.

46. هاجر محمد الملك والظاهر محمد أحمد علي. جودة الخدمات المصرفية وأثرها على رضى العميل: دراسة ميدانية

على بنك الصادرات. مجلة العلوم الاقتصادية، السودان، المجلد 17، العدد 01، 2016.

47. هلا نتيقة. ضبط ومراقبة العملية الانتاجية باستخدام خرائط المراقبة الاحصائية للمتغيرات: حالة تطبيقية على

معمل جود لتجميع الأدوات الكهربائية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية : سلسلة العلوم

الاقتصادية والقانونية، سوريا، المجلد 37، العدد 02، 2015.

48. وداد بن قيراط. جودة الخدمات وأثرها على رضى الزبون: دراسة حالة البنك الخارجي الجزائري: وكالة سكيكدة

52، مجلة رماح للبحوث والدراسات متخصصة في الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، العدد 14،

2014.

49. وفقى السيد الإمام، عبد العزيز علي حسن، محمد أحمد أمين. استخدام متغيرات أسلوب سيجمما ستة كمدخل

لتحسين جودة الخدمة الصحية: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة. المجلة

المصرية للدراسات التجارية: جامعة المنصورة، مصر، المجلد 34، العدد 02، 2010.

ثالثا: الرسائل الجامعية

1. أحمد السعيد محمد السعيد بهجت. إطار مقترح للتكامل بين بطاقات الأداء المتوازن والستة سيجمما

لتحسين بيئة الأداء الاستراتيجي لبنك التنمية والائتمان الزراعي. أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم

البيئية، جامعة مدينة السادات، مصر، 2017.

2. إلياس بومعراف. دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الإستشفائية

الجزائرية. أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر،

2010-2011.

3. أمير جيلالي. محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية. أطروحة

دكتوراه في العلوم الاقتصادية غير منشورة، جامعة الجزائر، 2008-2009.

4. راسم بوزان إيش. العوامل الداعمة لاستخدام ستة سيجمما ودورها في تحسين جودة مخرجات خدمة

الاتصالات: دراسة ميدانية في شركات الإتصالات. أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد بجامعة

حلب، سوريا، 2014.

5. محمد علي دحمان. تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر. أطروحة

دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2016-2017.

رابعا: الملتقيات والمؤتمرات

1. صالح أحمد أمين عبابنة. أبدال حديثة في إدارة التعليم العالي: إعادة الهندسة وستة سيجمما. المؤتمر العربي

حول التعليم العالي وسوق العمل، جامعة 7 أكتوبر كلية الأدب، مصراتة، ليبيا، 2010.

2. محمد البشير غوالي وأحمد علماوي. إدارة الجودة الشاملة مدخل فعال لتحقيق الأداء المتميز في المؤسسة الاقتصادية . مجمع مداخلات الملتقى الدولي الثاني حول الاداء المتميز للمنظمات والحكومات، الطبعة الثانية: نمو المؤسسات والاقتصاديات بين تحقيق الأداء المالي وتحديات الأداء البيئي، المنعقد بجامعة ورقلة: الجزائر، يومي 22 و 23 نوفمبر 2011.
 3. محمد عبد العال النعيمي. Six Sigma منهج حديث في مواجهة العيوب. بحث مقدم في المؤتمر العلمي لجامعة الزيتونة، 2007.
 4. محمد موفق أحمد المكي. هل ممكن للمستة سيجما الرشيقة أن تساعد في تحسين أداء القطاع العام في العالم العربي؟. المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية بالملكة العربية السعودية بمعهد الإدارة العامة: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، المحور الأول: قياس الأداء في القطاع الحكومي، 2009.
- خامسا: المواقع على الانترنت
1. الصحة العمومية: نتائج ملموسة على كافة الأصعدة، وثيقة إنترنت متوفرة على الموقع: www.djazair.dz تم الإطلاع عليها يوم 4 نوفمبر 2013.
 2. الموقع الرسمي للمنظمة العالمية للصحة: www.who.int/ar ، تم الإطلاع عليه يوم 25 أبريل 2018.
 3. جميل شيخ عثمان. six sigma أحد أحدث أساليب الجودة. مجلة الاقتصاد الاسلامي العالمية، عدد أكتوبر 2015 . متوفرة على الموقع: www.giem.info/articles/details/ID/431 تم الإطلاع عليه يوم: 2015/11/29.
 4. سام عبد القادر الفقهاء. المقارنات المتعددة (Multiple Comparisons): اختبار شيفيه (Scheffe' Test)، اختبار دنكن ذو المدى المتعدد (Duncan's New Multiple Range Test). متوفر على الموقع: <https://staff-old.najah.edu/sites/default/.../%20شيفيه%20Scheff.do>
 5. سميرة بيطام. التنمية الصحية المستدامة ضرورة حتمية لترقية قطاع الصحة في الجزائر. بحث متوفر على الموقع: <https://hopital-dz.com/index.php/24/?app=article.show.339> ، تم الإطلاع عليه يوم 7 فيفري 2018.
 6. محمد عبد العال النعيمي. Six Sigma أسلوب احصائي متقدم للوصول إلى أقل نسبة خطأ ممكنة. بحث متوفر على الموقع: www.aitrs.org/EchoBusV3.0/SystemAssets/pdfAR.../res_M_2_3.pdf ، تم الاطلاع عليه يوم: 31.12.2015
- سادسا: الجرائد الرسمية

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76 المؤرخة في 8 ديسمبر 1996 معدل بالقانون رقم 02-03 المؤرخ في 10 أبريل 2002 والقانون رقم 19-08 المؤرخ في 15 نوفمبر 2008.

2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 14، قانون رقم 01-16 مؤرخ في 7 مارس 2016 يتضمن التعديل الدستوري.

المراجع باللغات الأجنبية

أولا: الكتب

1. AIZED, T. **Total Quality Management and Six Sigma**. Croatia: Published by InTech, 2012.
2. BRUE, G. **Six sigma for small business**. United States of America: Entrepreneur Media, Inc, 2006.
3. ECKES, G. **Six Sigma Team Dynamics: the elusive key to project success**. Canada: John Wiley & Sons Inc, 2003.
4. FRECHET, C. **Mettre en œuvre le Six Sigma**. Paris cedex, France : Edition d'organisation, 2005.
5. HEUVEL, J.V.D. **The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare**. Beaumont Quality Publications, 2006.
6. HOHMANN, C. **Techniques de productivité: comment gagner des points de performance**. Paris, France : Edition d'organisation, 2009.
7. LEFEBURE, R et VENTURI, G. **Gestion de la relation client**. Paris cedex, France : Editions Eyrolles, 2005.
8. MAUCH, P.D. **Quality Management: theory and application**, United States of America: CRC Press of Taylor & Francis Group, 2010.
9. MOREAU, J. et TRUCHET, D. **Droit de la santé publique**, 6^{ème} édition, Paris, France : Ed. Dalloz, 2004.
10. PARK, S.H. **Six sigma for quality and productivity promotion**. 32nd series, Japan: Asian productivity Organization, 2003.
11. PILLET, M. **six Sigma : comment l'appliquer**. Paris, France: Editions d'organisation, 2004.
12. PROUST, M. **Quality and reliability methods**. 10th version, United States of America: SAS Institute Inc, 2012.
13. SALLIS, E. **Total Quality Management in Education**, 3rd edition, United States of America: Stylus Publishing Inc, 2012.
14. SPATH, P. **Introduction to healthcare quality management**. Chicago, United States of America: Health Administration Press, 2009.

ثانيا: الدوريات

1. AMINUDIN, O and ZAINOL, M. Implementation of six sigma in service industry. **Journal of quality measurement and analysis**, Vol 10, N° 02, 2014.
2. ANSARI, A, LOCKWOOD, D, THIES, E, MODARRESS, B and NINO, J. **Application of Six-Sigma in finance: a case study**. Journal of case research in business and economics.

3. ANTONY, J. Six Sigma in the UK service organisations: results from a pilot survey. **Managerial Auditing Journal**, Vol. 19 N°. 8, 2004.
4. BANDYOPADHYAY, J. K and COPPENS, K. **Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management**. International Journal of Quality & Productivity Management Vol 5, N°1, 2005.
5. BORUCHOVITCH, E and MEDNICK, B.R. **The meaning of health and illness: some considerations for health psychology**. Psico-USF, Vol 07, n° 02, 2002.
6. CRICHTON, N. Tukey multiple comparison test. **Journal of clinical nursing**, N° 8, 1999.
7. DEEPAK and DHINGRA, D. application of quality control tools in a bicycle industry: a case study. **International journal of research in engineering and technology**, vol 05, issue 07, 2016.
8. Fédération des hopitaux luxembourgeois. **Revue hospitalière luxembourgeoise**. Info n°37, 2017.
9. HEUVEL, J.V.D, DOES, J.M.M and KONING, H .lean six sigma in a hospital. **International journal of six sigma and competitive advantage**, Vol 02, N° 04, 2006.
10. ISMYRLIS, V and MOSCHIDIS, O. Six Sigma's critical success factors and toolbox. **International Journal of Lean Six Sigma**, Vol. 04, N° 02, 2013.
11. KERAK, E, EL MASSAOUI, A, LMLAHI, A et BARRIJAL, S. **étude de satisfaction des "clients" d'un organisme gestionnaire d'assurance maladie au maroc**. articles professionnels, assurances et gestion des risques, vol 75, N°3, 2007.
12. LAIRY, G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. **Revue de la littérature médicale de paris cedex**, Septembre 1996.
13. REDDY, L. K.V and AL SHAMMARI, F. Six Sigma approach on discharge process turnaround time in King Khalid hospital, Hail, Saudi Arabia , **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, 7(14), 2013.
14. **Revue Médicale de l'EHU 1^{er} Novembre d'Oran**. L'Algérie, 2014.
15. TOLGA TANER, M, Sezen, B, and Antony, J. An overview of six sigma applications in healthcare industry, **International journal of health care quality assurance**, Vol 20, N° 4, 2007.

ثالثا: الملتقيات

1. DESAI, T.N. and R. L and SHRIVASTAVA, R.L. **Six Sigma – A New Direction to Quality and Productivity Management**. Proceedings of the World Congress on Engineering and Computer Science WCECS, San Francisco, USA, October 22-24, 2008.

رابعا: المواقع الإلكترونية

1. BEHNAM, N. **Seven Basic Tools of Quality Control: An Appropriate Tools for Solving Quality Problems in the Organizations**. Munich Personal RePEc Archive (MPRA) Paper No 77681, 2017, P.02. Consulté le 11.04.2018, Disponible sur le site : <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/77681/>

1. CNES. **Rapport national sur le développement humain-Algérie : 2013-2015** réalisé en Coopération avec le Programme des Nations Unies pour le développement.
2. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. **Programme élargi de vaccination**. Algérie, 2001.
3. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. **Programme national de lutte contre la morbidité mortalité maternelle et périnatale, bilan d'activité 2002-2003**. 2003.
4. O N S. **L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2009-2011**. Edition 2012.
5. O.N.S. **L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2011-2013**. Edition 2014.
6. O.N.S. **L'Algérie en quelques chiffres: résultats 2013-2015**. Edition 2016.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2017. **Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé**. 2017.

فهرس الجداول:





فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01-01	الفرق بين الانحراف السداسي والجودة الشاملة.	19
02-01	العلاقة بين مقدرة العملية الإنتاجية، مستوى الانحراف المعياري ومستوى الجودة.	31
03-01	جدول تحويل معدل الخطأ إلى قيمة الانحراف σ .	33
01-03	تطور الأمراض المعدية والمهلفة في الجزائر ما بين 2010 و 2015.	104
02-03	درجة انتشار أهم الأمراض المزمنة حسب السن والنوع لسنة 2006 (%).	105
03-03	تطور الهياكل الصحية في الجزائر ما بين 2011 و 2015.	106
04-03	تطور عدد مستخدمي الصحة بالجزائر ما بين 2010 و 2015.	108
05-03	إحصائيات الأمراض المعدية والمهلفة بولاية سطيف لسنة 2014.	109
06-03	الهياكل الصحية بولاية سطيف.	110
07-03	الموارد البشرية العاملة بقطاع الصحة العمومي بولاية سطيف.	112
08-03	الخريطة الصحية الوطنية.	120
09-03	أوزان مقياس ليكرت الثلاثي.	129
10-03	المتوسط المرجح لمقياس ليكرت.	129
11-03	توزيع عينة المرضى حسب الجنس.	132
12-03	توزيع عينة المرضى حسب السن.	132
13-03	توزيع عينة المرضى حسب الوظيفة.	133
14-03	توزيع عينة المرضى حسب المستوى الدراسي.	133
15-03	توزيع عينة المرضى حسب المستشفى.	133
16-03	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور التعامل مع المرضى.	134
17-03	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور التعامل مع المرضى لكل مستشفى على حدة.	135



137	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور كفاءة الفريق الطّبيّ.	18-03
138	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحور كفاءة الفريق الطّبيّ لكل مؤسسة استشفائية على حدة.	19-03
139	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور استمرار الرّعاية.	20-03
140	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحور استمرار الرّعاية لكلّ مؤسسة استشفائية على حدة.	21-03
142	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور ظروف الإقامة.	22-03
143	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحور ظروف الإقامة لكلّ مؤسسة استشفائية على حدة.	23-03
145	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور التّقييم النّهائيّ.	24-03
146	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحور التّقييم النّهائيّ لكلّ مؤسسة استشفائية على حدة.	25-03
148	اختبار التّباين الأحادي لمتوسّطات تقييم المرضى للخدمات الصّحيّة المقدمة لهم حسب متغير المستشفى.	26-03
149	نتائج إختبار توكي Tukey HSD لآراء المرضى.	27-03
150	توزيع عيّنة الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ حسب الجنس.	28-03
151	توزيع عيّنة الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ حسب السنّ.	29-03
151	توزيع عيّنة الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ حسب عدد سنوات الخبرة.	30-03
152	توزيع عيّنة الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ حسب الوظيفة.	31-03
152	توزيع عيّنة الطّاقم الطّبيّ وشبه الطّبيّ حسب المستشفى.	32-03
153	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور العلاقات.	33-03
154	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة الخاصة بمحور العلاقات لكلّ مؤسسة استشفائية على حدة.	34-03
155	أسباب عدم العدالة في توزيع المهام.	35-03



156	الحلول المقترحة من أجل توزيع عادل للمهام.	36-03
157	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور حجم العمل.	37-03
158	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور حجم العمل لكل مؤسسة استشفائية على حدة.	38-03
160	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور الظروف المعنوية.	39-03
161	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المتعلقة بعبارات محور الظروف المعنوية لكل مؤسسة استشفائية على حدة.	40-03
163	البدائل المقترحة من أجل تخفيف أفضل.	41-03
163	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور وسائل العمل.	42-03
164	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المتعلقة بعبارات محور وسائل العمل لكل مؤسسة استشفائية على حدة.	43-03
166	الحلول المقترحة لمشكل النقص في المعدات والأجهزة الطبية.	44-03
167	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي لخدمات المستشفى.	45-03
168	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي لخدمات المستشفى لكل مستشفى على حدة.	46-03
170	أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث.	47-03
171	الحلول المقترحة لتحسين مستوى الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية محل البحث.	48-03
172	المؤشرات الإحصائية لعبارات محور قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحية لدى الطاقم الطبي وشبه الطبي.	49-03
173	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور قياس الرغبة في تحسين الخدمات الصحية لدى الطاقم الطبي وشبه الطبي لكل مستشفى على حدة.	50-03
175	اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمتوسطات تقييم الطاقم الطبي وشبه الطبي لمختلف المحاور حسب متغير المستشفى.	51-03



176	نتائج اختبار توكي Tukey HSD لآراء الطاقم الطّي وشبه الطّي.	52-03
178	نتائج اختبار ستيودنت للعينات المستقلة.	53-03
181	خطة عمل المشروع.	54-03
196	تنظيم مرحلة الرقابة على إجراءات التّخفيف من الضّغط باستخدام أوراق الفحص.	55-03

فهرس الأشكال:



فهرس الأشكال:

الرقم	عنوان الشّكل	الصفحة
01-01	نموذج لميثاق المشروع.	24
02-01	نموذج سيبوك.	27
03-01	ترجمة صوت العميل إلى متطلبات.	28
04-01	نموذج لمخطط باريتو.	40
05-01	مخطط السبب والنتيجة.	44
06-01	نموذج لمخطط التحكم.	47
01-03	الخريطة الصحية لولاية سطيف.	111
02-03	ميثاق مشروع تحسين الخدمات الصحيّة ببعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف.	183
03-03	نموذج سيبوك لعملية تقديم خدمات صحيّة في المستوى.	185
04-03	ترجمة صوت المرضى في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث.	186
05-03	ترجمة صوت الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي في المؤسسات الاستشفائية محلّ البحث.	187
06-03	مخطط السبب والنتيجة لمشكل انخفاض رضى المرضى.	190
07-03	مخطط السبب والنتيجة لمشكل الضّغط.	191
08-03	مخطط السبب والنتيجة لمشكل استياء الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي.	193

فهرس المحتويات





فهرس المحتويات:

الصفحة	البيان
	شكر وعرفان
	إهداء
[أ - ي]	المقدمة
[1 - 48]	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لاستراتيجية الانحراف السُداسي
03	تمهيد
04	المبحث الأول: ماهية استراتيجية الانحراف السُداسي.
04	المطلب الأول: المنظور التاريخي لاستراتيجية الانحراف السُداسي وتعريفها.
09	المطلب الثاني: فوائد، أهداف وأهمية استراتيجية الانحراف السُداسي.
13	المطلب الثالث: مبادئ الانحراف السُداسي.
18	المطلب الرابع: علاقة الانحراف السُداسي بإدارة الجودة الشاملة.
21	المبحث الثاني: التطبيق الناجح لاستراتيجية الانحراف السُداسي.
21	المطلب الأول: نماذج تطبيق الانحراف السُداسي.
23	المطلب الثاني: مراحل منهجية التحسين دميك DMAIC.
36	المطلب الثالث: معوقات تطبيق الانحراف السُداسي.
38	المبحث الثالث: أدوات الانحراف السُداسي.
38	المطلب الأول: مخطط باريتو Pareto Diagram .
40	المطلب الثاني: العصف الذهني Brainstorming .
43	المطلب الثالث: مخطط السبب والنتيجة Cause and Effect Diagram .
44	المطلب الرابع: قوائم الفحص والمراجعة Check sheets .
46	المطلب الخامس: مخططات التَّحكُّم Control Charts .



48	خلاصة الفصل الأول
[49 - 97]	الفصل الثاني: مساهمة استراتيجية الانحراف السداسي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية.
50	تمهيد
51	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الإستشفائية.
51	المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الإستشفائية ومبادئ عملها.
58	المطلب الثاني: الرقابة وتقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية.
62	المطلب الثالث: التحديات التي تُواجه المؤسسات الاستشفائية.
65	المطلب الرابع: خطوات إدخال نُظم الجودة إلى المؤسسات الاستشفائية وفوائدها.
68	المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحية.
68	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها.
72	المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمة الصحية.
77	المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية.
79	المطلب الرابع: العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضى المريض.
85	المبحث الثالث: تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي في المؤسسات الاستشفائية.
85	المطلب الأول: تطبيق الانحراف السداسي في قطاع الخدمات.
89	المطلب الثاني: بداية استخدام استراتيجية الانحراف السداسي في القطاع الصحي.
91	المطلب الثالث: مساهمة استراتيجية الانحراف السداسي في تحسين جودة الخدمات الصحية.
94	المطلب الرابع: آلية ومتطلبات نجاح تطبيق الانحراف السداسي في المؤسسات الاستشفائية.
97	خلاصة الفصل الثاني
[98-197]	الفصل الثالث: تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي للارتقاء بالخدمات الصحية لبعض المؤسسات الإستشفائية بولاية سطيف.
100	تمهيد



101	المبحث الأول: لمحة عن واقع الصّحة بالجزائر وولاية سطيف.
101	المطلب الأول: إنتشار الأمراض المعدية والمهلكة.
106	المطلب الثاني: تطوّر الهياكل الصّحية وعدد المستخدمين.
109	المطلب الثالث: الصّحة بولاية سطيف.
113	المطلب الرابع: أسباب تدنيّ الخدمات الصّحية بالجزائر وسبل إصلاحها.
123	المبحث الثاني: عرض المؤسّسات الاستشفائية محلّ الدراسة وإجراءات الدّراسة الميدانية.
123	المطلب الأول: تقديم المؤسّسات الاستشفائية محلّ الدّراسة.
125	المطلب الثاني: إجراءات الدّراسة الميدانية.
130	المطلب الثالث: الأدوات الإحصائية المستخدمة.
132	المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج استمارتي البحث.
132	المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الموجهة إلى المرضى.
147	المطلب الثاني: اختبارات الفروق لعينة المرضى.
150	المطلب الثالث: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الموجهة للطّاقم الطّبي وشبه الطّبي.
174	المطلب الرابع: اختبارات الفروق لعينة الطّاقم الطّبي وشبه الطّبي.
180	المبحث الرابع: التّصوّر المقترح لتطبيق استراتيجية الانحراف السّداسي بالمؤسّسات الاستشفائية محلّ الدّراسة.
180	المطلب الأول: مرحلة التحديد Define .
188	المطلب الثاني: مرحلة القياس Measure .
189	المطلب الثالث: مرحلة التحليل Analyse .
194	المطلب الرابع: مرحلة التحسين والرقابة Improve and control .
197	خلاصة الفصل الثالث
[204-199]	خاتمة



[227-206]	الملاحق
[239-229]	قائمة المراجع
[244-241]	فهرس الجداول
[246]	فهرس الأشكال
[251-248]	فهرس المحتويات
الملخص	

ملخص:

يهدفُ هذا البحث إلى إبراز مدى مُساهمة استراتيجية الانحراف السُداسي في الارتقاء بالخدمات الصحيّة لتحقيق رضى المريض؛ حيث تم تقسيمه إلى جزءٍ نظري وآخر تطبيقي. تضمّن الشقّ النظري منه استعراض المفاهيم الفكرية المتعلقة باستراتيجية الانحراف السُداسي، مساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحيّة بالمؤسسات الاستشفائية وآلية تطبيقها بهذه الأخيرة. أمّا الجانب التطبيقي فتَمَحَّور حول دراسة ميدانية شملت بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف؛ من خلال توجيه استمارتي بحث إلى كلّ من المرضى المقيمين والطّاقم الطّبي وشبه الطّبي السّاهر على تقديم الخدمات الصحيّة بها، وذلك بهدف التّعرّف على مستوى الخدمات المقدّمة من وجهة نظر صانعيها والمستفيدين منها معاً، ومن ثم الوصول إلى تشخيص الأوضاع السّائدة كخطوةٍ أساسيّة في تطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي. ليتم بعد ذلك اقتراح تصوّر لتطبيق استراتيجية الانحراف السُداسي بناءً على ما تمّ استخلاصه من نتائج، والمتمثلة في وجود جملةٍ من النّقائص في الخدمات المقدّمة والمعوقات التي تحدّد من تقديم خدماتٍ في مستوى تطلّعات المرضى؛ وهو ما يفرض على القائمين على هذه المستشفيات تبني استراتيجية الانحراف السُداسي كضرورةٍ مُلحّة لضمان تحسين جودة الخدمات الصحيّة المقدّمة بصورةٍ مُستمرة؛ ومن ثم زيادة رضى المرضى.

الكلمات الدّالة: استراتيجية الانحراف السُداسي، الخدمات الصحيّة، المؤسسات الاستشفائية، رضى المريض.

Abstract:

This research aims to highlight the extent of contribution of the six-sigma strategy in improving health services in order to achieve patient satisfaction, which was divided into theoretical and practical parts. The theoretical part included reviewing the intellectual concepts related to the six-sigma strategy, its contribution in improving the quality of health services and the mechanisms of applying six-sigma in hospitals. As for the practical part focused on a field study that included some hospitals in Setif; through directing two questionnaires to the patients residing in these hospitals and the medical and paramedical staff who are keen to provide health services; in order to identify the level of services provided by the manufacturers and beneficiaries alike. Therefore, arrive at a diagnosis of the prevailing situation as a fundamental step in the implementation of the six-sigma strategy. A conceptualization of the implementation of the six-sigma strategy is then proposed, based on the findings of a number of deficiencies in the services provided and constraints that limit the provision of services to the level of patients' expectations. This requires the hospital administrators to adopt a six-sigma strategy as an urgent need to ensure that the quality of health services provided is continuously improved; and thus increased patient satisfaction.

Keywords: Six-sigma strategy, Health services, Hospitals, Patient's satisfaction.