المجلة العربيـة للعلـوم الادارية
مجلد ٢، عدد ١، نوفمبر ١٩٩٤، ٥ ـ ٣٧

مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية

خالد سعد بن سعيد
جامعة الملك سعود
المملكة العربية السعودية

يهدف البحث إلى معرفة اتجاهات الممرضات نحو مدى فعالية برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة. وكذلك التعرف على اتجاهاتهن نحو العوامل المؤثرة على مستويات فعالية برامج الجودة النوعية في تلك المستشفيات.
وتتلخص أهم نتائج البحث فيما يلي: أن حوالي ثلث حجم العينة من الهيئة التمريضية يرين أن برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة غير فعالة إطلاقا. وفي المقابل فإن الأقلية منهن أكدن على فعالية تلك البرامج. وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك علاقة جوهرية بين المتغيرات المستقلة وبين المتغير التابع.

أضحت برامج الجودة النوعية ضرورة ملحة في عالمنا المعاصر، ففي الدول المتقدمة على وجه الخصوص انتشر مفهومها وتطبيقها على نطاق واسع في المنشآت الصحية الكبيرة والصغيرة على حد سواء، بوصفها منهجا علمياً، أو أسلوباً مناسباً لحل مشكلاتها، ووسيلة فعالة للنهوض بمستوياتها الادارية والطبية. وتسعى منشآت الرعاية الصحية دوما لتقديم أفضل عناية ممكنة للمريض أو الزائر، وذلك عن طريق إرساء الدعائم الأساسية لبرامج الجودة النوعية وتطبيقاتها. وتعد تلك البرامج أداة مراقبة وتحكم يرجع تاريخها إلى الحضارة القديمة حيث كانت هناك محاولات لتحسين نوعية العناية المقدمة للمرضى.

ويرى البعض أن دستور الملك حمورابي ـ ملك بابل ـ والذي يعود الى ٢٠٠٠ سنة قبل الميلاد يحتوي على أقدم الجزاءات الموثقة للخدمة غير المرضية وأقدم قوائم المهام المعروفة، التي تربط بين جودة وتكلفة الرعاية الطبية (فاين ومايرز، ١٩٨٣). ويرى البعض الآخر أن إنشاء برامج الجودة النوعية ذات الهيكل التنظيمي الجيد قد بدأ من المنشآت الصناعية اليابانية (هيز، ١٩٨١)، وأن

تم استلام البحث في ٢٣/٣/١٩٩٤، كما تم استلام التعديل الأول في ٢/٦/١٩٩٤، والتعديل الثاني والنهائي في ٣/٩/١٩٩٤
وقُبل البحث في ٨/١٠/١٩٩٤.
يتوجه الباحث بالشكر الجزيل الى المحكمين لهذه الدراسة من خلال ملاحظاتهم القيمة والمفيدة لما ورد فيها، ومما ساهم في إثرائها وتطويرها لكي ترتقي للمستوى الأكاديمي المطلوب.

ظاهرة النجاح والتفوق الياباني تعود الى عدة عوامل، من أهمها: تطبيق منشآتهم الصناعية لتلك البرامج. فعلى سبيل المثال قامت جمعية العلماء والمهندسين اليابانيين باستقطاب عدد من العلماء والمتخصصين الدوليين، أمثال العالم ولتر شوهارتز، والعالم إدوارد ديمنج، وكذلك العالم جوزيف جوران، وذلك من أجل تطوير الأساليب العلمية المختلفة وتطبيقها في المنشآت الصناعية من أجل رفع مستوى جودة منتجاتهم. أما من ناحية تطبيق برامج الجودة النوعية في المنشآت الصحية فإن المبادرة الجادة ترجع لبعض الجمعيات الطبية الأمريكية، كجمعية الجراحين الأمريكية (دونابيديان، ١٩٩١).

يُعَدُّ الاهتمام المتزايد بالجودة النوعية في العقدين الأخيرين مؤشرا على أهميتها في نظام الرعاية الصحية. وقد أكدت بروبيست (١٩٩٠ : ٣٤٢ ـ ٣٤٥) على أهمية تأسيس برامج الجودة النوعية وذلك للأسباب التالية:

١ ـ تساعد برامج الجودة النوعية في تقديم معلومات أساسية وضرورية لتحديد مستوى وملاءمة الجودة المطلوبة وكيفية إنفاق الموارد المالية.

٢ ـ تساعد تلك البرامج في تقديم تغذية استرجاعية لبيانات ذات معنى، وفي الوقت المناسب لكافة أنشطة المستشفى، التي يمكن استخدامها على كافة المستويات.

٣ ـ تساعد تلك البرامج في تخفيض التكلفة عن طريق تحديد وتصحيح عملية تقديم الخدمات غير الضرورية.

٤ ـ تساعد تلك البرامج في تشجيع العاملين والموظفين بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم الأفضل.

٥ ـ تساعد تلك البرامج في التركيزَ على المشاكل الأكثر أهمية، التي تؤثر على مستوى ودرجة الرعاية الطبية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل لطريقة منسقة ومتكاملة لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل اتخاذ الاجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.

ترجع أهمية دراسة فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات المملكة العربية السعودية لعدة أسباب منها ما ذكرأنفا. إضافة إلى أن مستشفيات المملكة تنفرد ببعض الخصائص في نظامها الصحي، مما يحث على زيادة الاهتمام بدراسة فعالية برامجها، ومن هذه الخصائص على سبيل المثال ما يلي:

١ ـ إنَّ إنشاء وافتتاح المستشفيات الجديدة يتم بصورة سريعة.

٢ ـ إن أغلب العاملين في مستشفيات المملكة (أطباء، ممرضات، فنيون) من العمالة الأجنبية المدربة والوافدة من عدد كبير من الجنسيات المختلفة.

٣ ـ زيادة نسبة دوران التوظيف بين العمالة الأجنبية المدربة.
٤ ـ لا توجد عناية طبية طويلة الأجل للمرضى السعوديين.
٥ ـ من الصعب للغاية الحصول على صيانة تجهيزات ومعدات المستشفيات ذات الصبغة الكافية والمناسبة.
٦ ـ تدار أغلب مستشفيات المملكة عن طريق شركات متعاقدة إما بصفة تعاقد شامل أو كامل أو جزئي.

ويمكن القول بأن الخصائص السابقة الذكر قد تتواجد في النظام الصحي بدول مجلس التعاون الخليجي، إضافة إلى أن مجتمع دول مجلس التعاون الخليجي يتمتع بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية والتنظيمية نفسها. وبناءا على ذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة الاستفادة من نتائجها.

أهداف البحث

يسعى هذا البحث إلى تحقيق الهدفين التاليين:
١ ـ التعرف على اتجاهات الممرضات نحو مدى فعالية برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة.
٢ ـ التعرف على اتجاهات الممرضات نحو العوامل المؤثرة على مستويات فعالية برامج الجودة النوعية في تلك المستشفيات.

خلفية البحث

بدأ برنامج الجودة النوعية في وزارة الصحة بتشكيل اللجنة المركزية للجودة النوعية ومقرها الادارة العامة للمستشفيات بالوزارة، وذلك بموجب القرار الاداري رقم ٢٣/٧٨ بتاريخ ١٤٠٨/٧/٢٧هـ. ويرأس اللجنة المركزية للجودة النوعية آنذاك مدير عام إدارة المستشفيات وعضوية عدد من المختصين. إن الهدف العام للجنة هو تطوير ومتابعة تطبيق برنامج الجودة النوعية في مستشفيات الوزارة. وبناءا على اللائحة التنظيمية للمستشفيات المعتمدة بخطاب معالي الوزير رقم ١١/٥٢٢ بتاريخ ١٤٠٩/٧/٢هـ، تم تشكيل وتحديد مهام لجنة الجودة النوعية في كل مستشفى على أن اللجنة ترتبط تنظيميا بمدير المستشفى مباشرة، والهدف العام لها تطوير الجودة النوعية المقدمة للمرضى، وضمان الاستفادة المثلى من الامكانات وضبط التكاليف في المستشفى.

ومن أجل سهولة متابعة تطبيق تلك البرامج ، قررت اللجنة المركزية للجودة النوعية بالوزارة التركيز على متابعة نشاطات الجودة النوعية في أربعة عشر مستشفى كعينة مختارة من مختلف المناطق الصحية بالمملكـة . وعـلى هذا الأسـاس تم تعميد المستشفيات المختـارة بمـوجب التعميم رقم ٢٦/١٤٧٨/٣٣٤ بتاريخ ١٤٠٩/٧/٢٧هـ . ويفترض من هذه المستشفيات إرسال تقارير دورية إلى اللجنة المركزية «وفق النموذج المعد لذلك» عن نشاطات الجودة النوعية فيها وذلك كل ثلاثة أشهر.

فرضيات البحث

انطلاقا من أهمية وأهداف البحث التي سبق الاشارة اليها آنفا، وتحقيقا لهذه الأهداف، يقوم هذا البحث على اختبار فرضية عامة تنص على أن هناك علاقة جوهرية بين بعض العوامل المستقلة والمتضمنة في هذا البحث ومدى فعالية برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة .

وينبثق من هذه الفرضية العامة الفرضيات الفرعية التالية :

١ ـ إن هناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين وجود جنسيات مختلفة تعمل بالمستشفى نفسه وبين مدى فعالية برامج الجودة النوعية في تلك المستشفيات .

٢ ـ إن هناك علاقة عكسية بين سرعة تغيير الشركات المتعاقدة وبين مدى فعالية البرامج .

٣ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم وجود دعم من الأطباء للتطبيق وبين مدى الفعالية .

٤ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم وجود نظم معلومات وبين مدى الفعالية .

٥ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم استكمال الملفات الطبية وبين مدى الفعالية .

٦ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم وجود بيانات كافية وبين مدى الفعالية .

٧ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم توفر أخصائي الجودة النوعية وبين مدى الفعالية .

٨ ـ إن هناك علاقة عكسية بين زيادة دوران التوظيف بين الممرضات وبين مدى الفعالية .

٩ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم معرفة الادارة العليا بمفهوم الجودة النوعية وبين مدى الفعالية .

١٠ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم تشجيع الادارة العليا للتطبيق وبين مدى الفعالية .

١١ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم الوعي بأهمية التطبيق وبين مدى فعالية البرامج .

١٢ ـ إن هناك علاقة عكسية بين عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة للجودة النوعية وبين مدى الفعالية .

المنهـج

يعتمـد هذا البحث على أسلوبـين متكاملين من أساليب البحث، هما: أسلوب البحث المكتبي، وأسلوب البحث الميداني. ومن خلال الأسلوب الأول فقد تم الرجوع إلى الكتب العلمية والأبحـاث المنشـورة في الـدوريات، للتعرف على الجهود العلمية السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة من حيث مفهوم الجودة النوعية، ومدى تأثير بعض العوامل على فعالية برامجها. أما من خلال الأسلوب الثاني فقد تم الاعتماد على جمع وتحليل بيانات أولية من عينة عشوائية تم اختيارها من الممرضات في مستشفيات عدد من المناطق الصحية، وذلك عن طريق استخدام استبانة خاصة بموضوع الدراسة.

إن من الأسباب الرئيسية لاختيار الهيئة التمريضية للمساعدة في تقويم برامج الجودة النوعية تعود إلى الحقيقة التي مفادها أن أعضاء تلك الهيئة هن اللاتي يقمن مباشرا بمتابعة تلك البرامج والاشراف عليهـا عن كثب. كما أنـه من شروط المؤهلات العلمية لاخصائي الجودة النوعية على المستوى الدولي الحصول على شهادة في التمريض. ناهيك أن الهيئة التمريضية تمثل أكثر من ٨٠٪ من القوى الصحية العاملة في أي مستشفى.

كما تؤكد الدراسات السابقة على أهمية مشاركة الهيئة التمريضية في عملية تقويم برامج الجودة النـوعية في المستشفيات (بـيرويك وآخـرون ١٩٩٠، هارتشلرود وآخرون ١٩٨٨). وقد استعان كازانوفا (١٩٩٠: ١١٠٤ ـ ١١٠٩)، وكذلك بالمر ومشاركوها (١٩٨٥: ٧٥٢) بالهيئة التمريضية في عملية تقويم الجودة النوعية في بعض من المستشفيات الأمريكية.

محددات البحث

وبالرغم من تأكيد الدراسات السابقة على أهمية مشاركة الممرضات في عملية تقويم برامج الجودة النوعية، وكذلك المبررات التي ذكرها الباحث آنفا، إلا أن الباحث يرى بأن مشاعر وآراء الممرضات ليس المقياس الرئيسي للتقويم، بل إنه من المقاييس الثانوية، كما وقد تكون هذه الآراء عرضـة للأخطاء التمييزية، فقد يعزون الأسباب المؤدية لاخفاق برامج الجودة النوعية لسوء إدارة المستشفى أو لعدم توفر التدريب، وعدم إلصاق الأسباب بهن أو بالأطباء. وبناءا على هذه الملاحظة يقترح الباحث القيام بسلسلة من الدراسات والأبحاث الميدانية لتشمل آراء العاملين في المجالات الأخـرى، كالهيئـة الطبية والفنية والمدراء الاداريين، على مستوى المملكة العربية السعودية ودول

مجلس التعاون الخليجي، وذلك من أجل مقارنة النتائج، وإثراء المكتبة العربية بدراسات حول الموضوع نفسه. ويجب التنويه هنا إلى أن الباحث لديه خطة بحثية لدراسة الموضوع نفسه من وجهة نظر أعضاء الادارة العليا، وكذلك الهيئة الطبية على مستوى المملكة.

مجتمع وعينة البحث

كما ذُكر آنفا، تم اختيار أربعة عشر مستشفى من مستشفيات وزارة الصحة لغرض تطبيق برامج الجودة النوعية بها. ومن أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة فقد تم أخذ ستة مستشفيات كعينة للدراسة تمثل تقريبا ٤٣٪ من المستشفيات المختارة. يتكون مجتمع هذه الدراسة من جميع الممرضات اللاتي يعملن في تلك المستشفيات. ونظرا لكبر حجم هذا المجتمع، فقد تم اختيار عينة منهن بطريقة الأسلوب العشوائي البسيط، حيث تم توزيع ٧١٥ استبانة خلال الفترة من ٥/٢/١٩٩٣م إلى ٢٠/٦/١٩٩٣م. وبعد وصول تلك الاستبانات ومراجعتها والتأكد من اكتمالها، تم استبعاد ٦٩ استبانة ناقصة الاجابة، وبذلك يكون معدل الاستجابة ٩٠,٣٥٪ تقريبا.

ويوضح الجدول ١ أسماء المستشفيات تحت الدراسة والعدد الاجمالي للممرضات وكذلك عدد الاستمارات الموزعة ونسبة العائد منها.

جدول ١

توزيع المستشفيات المشاركة في الدراسة حسب العدد الاجمالي للممرضات وعدد الاستمارات الموزعة ونسبة العائد منها، ١٩٩٣م

اسم المستشفى	العدد الاجمالي للممرضات	عدد الاستمارات الموزعة	العائد من الاستمارات	نسبة المجيبات من عدد الممرضات	النسبة المئوية من الاستمارات العائدة
١ ـ م/ عسير المركزي	٥١٢	١٥٠	١٤٣	٢٧,٩٣٪	٩٥,٣٣٪
٢ ـ م/ الملك فهد بجيزان	٣٩٩	١٢٠	١٠٨	٢٧,٠٧٪	٩٠,٠٠٪
٣ ـ م/ الملك خالد بنجران	٣٠٩	١٠٠	٩٣	٣٠,١٠٪	٩٣,٠٠٪
٤ ـ م/ الملك فهد الباحة	٤٦٤	١٢٠	٩١	١٩,٦١٪	٧٥,٨٣٪
٥ ـ م/ الملك خالد بتبوك	٢٢٦	١٠٠	٩٥	٤٢,٠٤٪	٩٥,٠٠٪
٦ ـ م/ الملك خالد بحائل	٢٧٢	١٢٥	١١٦	٤٢,٦٥٪	٩٢,٨٠٪
المجموع	٢١٨٢	٧١٥	٦٤٦	٣١,٥٧٪	٩٠,٣٥٪

مصداقية وثبات الاستقصاء

لكي يتم الحصول على درجة عالية من المصداقية في أداة البحث، فقد تم في المراحل الأولى مسح مكتبي لتكوين مجموعة من الأفكار والآراء حول موضوع البحث. بعد ذلك قام الباحث بصياغة الفرضيات الأساسية اللازمة للبحث، وتصميم استبانة استقصاء أولية. ومن ثمَّ طلب من مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود مراجعة الاستبانة المذكورة؛ وذلك من أجل المساعدة في اكتشاف الغموض في بعض الأسئلة، وكذلك لاستبعاد الأسئلة أو الصيغ المكررة.

بعـد ذلك تم عرض الاستبانة على متخصص في اللغة الانجليزية لمراجعتها لغويا. وقام الباحث بتوزيع مجموعة من الاستبانات في بعض مستشفيات مدينة الرياض كدراسة لاختبار محتوى الاستبانة، وبعد القيام بإجراء التعديلات الضرورية على الاستبانة قام الباحث بتوزيعها على أفراد العينة في المستشفيات تحت الدراسة.

الأسلوب الاحصائي

حتى يمكن تحقيق أهداف هذا البحث واختبار فرضياته، قام الباحث باستخدام أسلوب اختبار مربع كاي لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين المتغيرات المستقلة ومدى فعالية برامج الجودة النوعية. ويجب التنويه هنا إلى أنه تم تحديد درجة قبول الفرضية أو رفضها إحصائيا عند مستوى معنوية (٠,٠٥).

الاطار النظري للبحث

إن الغرض من برامج الجودة النوعية للمستشفيات هو التأكيد للمجتمع الذي تخدمه بأن المستشفى يقدم أفضل عناية ممكنة، والغرض الآخر المهم لأنشطة الجودة النوعية هو تحديد أوجه القصور في العناية بالمرضى، وذلك من خلال مراجعة متأنية تساعد في اتخاذ الاجراءات الضرورية لحل المشاكل المحددة.

ويمكن القول أن هناك تفسيرين ملحوظين لحالات القصور الطبية:

١ ـ قد تحدث أخطاء قليلة للغاية نتيجة افتقار الأطباء أو الجهاز الفني إلى المعرفة أو بسبب سلوكياتهم.

٢ ـ إن قصور الأداء في أغلب الأحيان ناتج عن قصور في نظام المستشفى الداخلي.

وهكذا، فإن النتائج السلبية المتعلقة بتقديم العناية للمريض قد يكون سببها بشكل كبير وجود نظام عناية صحي سيء، وليس بوجود سلوكيات سيئة من قبل الأفراد. وذلك يؤكد الحاجة الى نظام يضمن تقديم عناية جيدة للمرضى من خلال استحداث برامج الجودة النوعية (سكيليكورن، ١٩٨٧).

ماهية الجودة النوعية

قبل البدء في تحديد مفهوم الجودة النوعية، يمكن القول بأن أي برنامج للجودة النوعية يعتمد على فرضيتين أساسيتين، الفرضية الأولى تدور حول الفلسفة بأن هناك إمكانية لانجاز الأنشطة الاكلينيكية وغير الاكلينيكية بطريقة أفضل، أما الفرضية الثانية فإنها تركز على أن برامج الجودة النـوعية قائمـة على أسـاس أن المنشـأة لديها معايير داخلية لقياس وتقويم أداء إنجاز أنشطتها الاكلينيكية وغير الاكلينيكية، وتتصف هذه المعايير بأنها تتلاءم مع الوضع الحالي للمنشأة وامكاناتها المالية والبشرية، مما يقلل من احتمال اقحام المعايير الخارجية، التي يفترض أنها قد تهدد المشتغلين بالمهنة بطريقة أو بأخرى.

وهناك عدة تعريفات لمفهوم الجودة النوعية، ومن أشهرها تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر «جاكو» على أنها «تمثل درجة الالتزام بالمعايير المعـاصرة المعـترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية» (الهيئة الأمريكية المشتركة، ١٩٨٧).

ويمكن تعـريف برنامج الجودة النوعية الفعّال على أنه برنامج مصمم لمراقبة وتقويم جودة وملاءمة رعاية المرضى على نحو موضوعي ونظامي، ويتيح الفرص لتحسين رعاية المرضى والممارسة الطبية وحل المشاكل المحددة في الرعاية والأداء، ويشمل كافة أقسام المنشأة من خدمات اكلينيكية وغير اكلينيكية بغض النظر عن حجم الخدمة ومدى أهميتها.

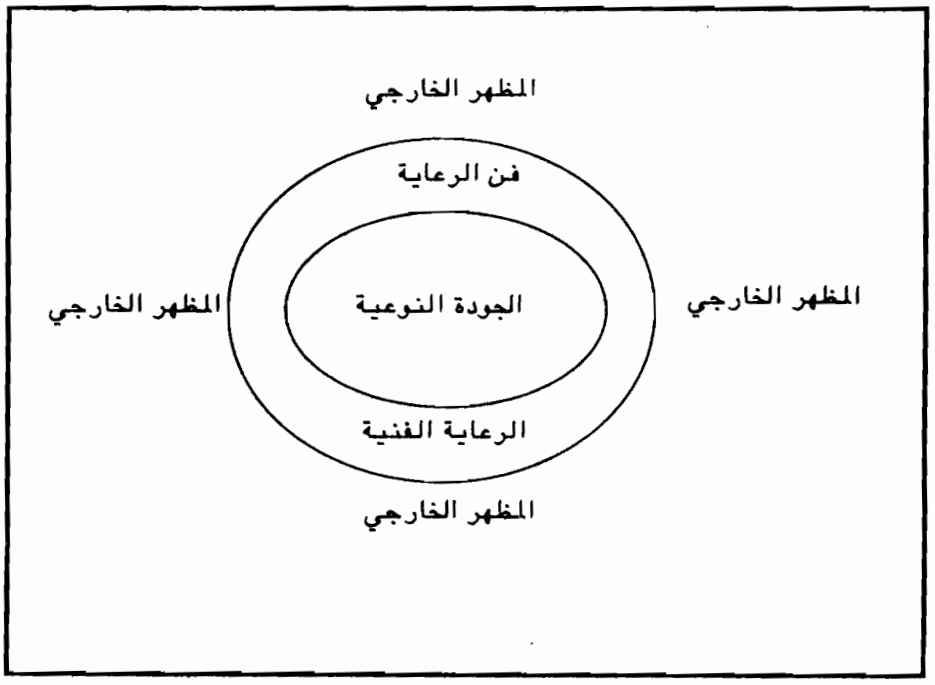
عند تفسير ماذا يقصد بكلمة «الجودة النوعية» ـ وبغض النظر عن التعريفات المتعددة لمفهوم الجودة النوعية ـ يتم دوما الأخذ بالحسبان الأبعاد الرئيسية لمفهومها. فالجودة النوعية قد تفسر على أساس ثلاثة أبعاد رئيسية:

(١) نوعية الرعاية الفنية.

(٢) نوعية فن الرعاية.

(٣) نوعية المظهر الخارجي.

شكل ١
الأبعاد الثلاثة الرئيسة لمفهوم الجودة النوعية



ويوضح الشكل ١ الأبعاد الثلاثة الرئيسية لمفهوم كلمة الجودة النوعية. فالرعاية الفنية تشير إلى كفاية ومدى مهارة المتخصصين في كل من عمليتي التشخيص والعلاج الخاصة بتقديم الرعاية، في حين أن فن الرعاية يرتبط كثيرا بالجانب الانساني للرعاية. بمعنى آخر الطريقة التي ينتهجها مقدم الرعاية سواء كان طبيباً أو ممرضة أو فنياً أو إدارياً في تقديم خدمة الرعاية الصحية للمرضى، ومدى استخدام أسلوب اللطافة واللباقة مع المرضى أو الزائرين.

وهذا الجانب الانساني للرعاية يعني أحيانا الكثير للمريض ويشمل جوانب الراحة النفسية، والرضا عن مستوى الخدمات المقدمة. أما البعد الثالث لمفهوم الجودة النوعية فيكمن في المظهر الخارجي للمنشأة الصحية، على سبيل المثال النظافة الداخلية للمنشأة الصحية ومدى توافر الخدمات الفندقية الجيدة. إضافة الى مدى توافر التجهيزات الطبية واهتمام الادارة بمكافحة العدوى داخل المستشفى (دونابيديان، ١٩٨٢).

من هذا المنطلق فإن الهدف الأسمى لتحسين الجودة يكمن في تخفيض معدلات حدوث

الأمـراض ومعـدلات الـوفيات، وكذلك تقليل نسبة العجز والقلق بين المرضى. ولتحقيق تلك الأهداف النبيلة، فإنه من الضروري تحديد العوامل التي تؤثر على درجة ومستوى الجودة الصحية. وإن أحد الوسائل لتحديد تلك العوامل ينبثق من دراسة فعالية برامج الجودة النوعية.

العوامل المؤثرة على فعالية برامج الجودة:

لقد لاحظ كزانوفا (١٩٩٠) أنه على الرغم من أن نجاح برنامج الجودة النوعية يعتمد بصورة أكبر على النظام منه على الشخص، فقد أكد من خلال دراسته الميدانية على تأثير مقاومة الأطباء الشديدة لفعالية أنشطة الجودة النوعية ـ وقد وجد أنه في كثير من المستشفيات الأمريكية أن أكبر المشاكل في برنامج الجودة النوعية هي نقص معرفة الأطباء ودعمهم لتطبيق البرنامج المذكور.

كما لاحـظت بروبست (١٩٩٠) الدور المهم للادارة العليا في تحسين فعالية برامج الجودة النوعية، ووفقا لذلك يوجد نوعان ضروريان من المهارة لنجاح خطة تحسين الجودة في تلك البرامج:

١ ـ الاستخدام الجيد للأساليب والحوافز للعمالة لتنفيذ خطط برامج الجودة النوعية.

٢ ـ دعم الادارة مهم للغاية لأن المشتغلين في الرعاية الصحية يشعرون بأن الجودة النوعية لم تقدم اسهـامات فعالة للرعاية الصحية، كما أن برامج الجودة النوعية للمستشفيات مازالت تقاوم نتيجة لنقص الدعم الكافي.

ولقـد وجدت بروبست أن قلة الالتزام من جانب قيادة المستشفى لدعم البرنامج المذكور يمكن أن يؤدي إلى اتخاذ الجهاز الاداري والفني موقفا بأن برنامج الجودة النوعية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية. ولقد أوضح كارفر (١٩٨٦ : ١٨٥) أن فعالية برنامج الجودة النوعية تتوقف على مدى فهم وقبول الجهاز العامل بالمستشفى لمفاهيمه وفلسفته.

ومن خلال دراسته الميدانية فقد حدد بيتل (١٩٨٧ : ١٢٨ ـ ١٣٥) العناصر المؤثرة على فعالية برنامج الجودة النوعية على النحو التالي:

١) وجود قاعدة بيانات دقيقة يعتمد عليها.

٢) وجود نظام لتشجيع المسؤولية.

٣) وجود مشاركة من قبل الأطباء لتطبيق البرنامج.

٤) وجود بيانات دقيقة.

٥) إتمام العمليات في موعدها المناسب والتركيز على النتائج النهائية.

ووفقـا لبيتل فإن الطريقة الصحيحة للخدمة هي أن تُشجع أنشطة الجودة النوعية وتروج للتعاون الفعال بين القائمين على المستشفى، والاداريين، والجهاز الطبي. وقد أكد أن العمل سويا سيجعل حل المشاكل أمرا سهلا.

ووفقا لبيدون (١٩٨٧) فإنه يجب أن تكون هناك بيانات دقيقة يعتمد عليها لتطبيق برامج الجودة النوعية، لأنه لا يمكن تحقيق برنامج فعال بدون بيانات دقيقة.

كما لاحظ بيدون بأن التعاون بين الجهاز الطبي وغير الطبي يساعد على فعالية البرامج. وكما أوضح بانوب وجرلاش في دراستهما (١٩٨٩ : ٨٦ ـ ٧١) لنظام الرعاية الصحية بدولة الكويت بأن الانتفاع من دراسة حالات الخروج من المستشفيات، التي تستخدم نماذج أمراض محددة لتقويم جودة الرعاية التي تقدمها المستشفيات الكويتية، قد أدى على نحو ملحوظ إلى تحسين نوعية الرعاية لديهم. بالاضافة إلى أنهما وجدا أن العوامل التالية تتسبب في انخفاض جودة الخدمة الصحية في الكويت:

١) عدم وجود منهج نظامي على مستوى الدولة لتقويم جودة الرعاية.

٢) اختلاف تعليم وخبرة من يقدمون الرعاية، وزيادة عدد العمالة الأجنبية الوافدة.

٣) نقص حفظ السجلات والمراجعة.

وهناك مشكلة أخرى مهمة في النظام الكويتي وهي الافتقار إلى مدير الجودة النوعية المتفرغ والكفء. فكثير منهم ممرضات ألقي على عاتقهن كثير من المسؤوليات الأخرى في المستشفى، في حين أن هناك عدداً كبيراً من موظفي السجلات الطبية والذين تنقصهم الخبرة المباشرة في مجال رعاية المرضى. ويمكن القول بأن المشكلة نفسها متواجدة وبشكل ملحوظ في النظام الصحي السعودي.

النتائج والمناقشة

عند سؤال أفراد العينة عن مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفياتهم، أظهرت نتائج الدراسة أن حوالي ثلث أفراد العينة ١٣,٣٣٪ يرين أن تلك البرامج غير فعالة إطلاقا. بينما نجد أن ما يقارب ٩١,٩٪ منهن أبدين انطباعا بفعالية تلك البرامج، وأن أكثر من نصف أفراد العينة ٥٦,٩٧٪ يرين أن تلك البرامج فعالة إلى حد ما.

وعند سؤالهن عن مدى تأثير وجود جنسيات مختلفة على فعالية برامج الجودة النوعية، يشير الجدول ٢ إلى أن حوالي ٤٦,٣٧٪ من المجيبات يؤكدن على أن وجود جنسيات مختلفة بالمستشفى غير مؤثر إطلاقا على فعالية تلك البرامج. بينما يشير الجدول نفسه الى أن ٢٢,٢٣٪ منهن يوضحن بأن المتغير نفسه مؤثر جدا على فعالية تلك البرامج. وكذلك فإن ٣٢,٣٩٪ من المجيبات يؤكدن على أن وجود جنسيات مختلفة يؤثر إلى حد ما على فعالية تلك البرامج. ويبين الجدول نفسه أن الغالبية ٤٢,٦٥٪ منهن ينظرن الى أن وجود جنسيات مختلفة مؤثر إلى حد ما أو مؤثر جدا على وجود برامج غير فعالة إطلاقا.

وباستخدام أسلوب اختبار مربع كاي لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة إحصائية بين مدى تأثـير تعددية الجنسيات وفعالية برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة، تشير نتائج جدول ٢ الى وجود علاقة معنوية يعتد بها إحصائيا بين المتغيرين الآنفي الذكر، حيث وجد أن قيمة مربع كاي المحسوبة (١١,٤٥) أكبر من القيمة الحرجة المتحصل عليها من جدول توزيع مربع كاي بأربعة درجات حرية، واللازمة لرفض الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد علاقة بين تعددية الجنسيات ومدى فعالية برامج الجودة النوعية. كذلك فإن إحتمال الحصول على قيمة لمربع كاي تساوي أو تزيد عن القيمة المحسوبة هو (٠,٠٢٢)، وهذا المستوى أقل من مستوى المعنوية المحدد سلفا (٠,٠٥). وعلى هذا الأساس، فإننا نرفض الفرضية الصفرية الآنفة الذكر.

جدول ٢

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير وجود جنسيات مختلفة على فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير وجود جنسيات مختلفة			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن (٪)	ن (٪)	ن (٪)	
غير فعّال إطلاقا	٧٤ (٣٤,٥٨)	٨٦ (٤٠,١٩)	٥٤ (٢٥,٢٣)	٢١٤ (٣٣,١٣)
فعّال إلى حد ما	١٣٢ (٣٥,٨٧)	١٥٢ (٤١,٣٠)	٨٤ (٢٢,٨٣)	٣٦٨ (٥٦,٩٧)
فعّال جداً	٣٦ (٥٦,٢٥)	١٦ (٢٥,٠٠)	١٢ (١٨,٧٥)	٦٤ (٩,٩١)
المجموع	٢٤٢ (٣٧,٤٦)	٢٥٤ (٣٩,٣٢)	١٥٠ (٢٣,٢٢)	٦٤٦ (١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة.

الـدلائـل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ١١و٤٥، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المسحوبة لمربع كاي ٠,٠٢٢

يشير جدول ٣ الى أن ما يقارب ثلث حجم العينة ٣٠,٦٥٪ يرين أن سرعة تغيير الشركات المتعاقدة غير مؤثر إطلاقا على فعاليات برامج الجودة النوعية، وفي المقابل فإن ٢٠,٤٣٪ منهن يعتقدن بأن ذلك المتغير المستقل مؤثر جدا على فعالية تلك البرامج. ويوضح الجدول نفسه أن نسب التوزيع بين المجيبات متقاربة من حيث عدم فعالية البرامج، ومدى تأثير ٢٦,١٧٪ أو عدم تأثير ٢٨,٩٧٪ سرعة تغيير الشركات المتعاقدة على تلك الفعالية.

وباستخدام الأسلوب نفسه لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين هذين المتغيرين، فقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أنه ليست هناك علاقة يعتد بها إحصائياً بين سرعة تغيير الشركات المتعاقدة ومدى

جدول ٣

التـوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير تغيير الشركات المتعاقدة على فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير سرعة تغيير الشركات المتعاقدة			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٦٢	٩٦	٥٦	٢١٤
إطلاقا	(٢٨,٩٧)	(٤٤,٨٦)	(٢٦,١٧)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١١٦	١٩٠	٦٢	٣٦٨
حد ما	(٣١,٥٢)	(٥١,٦٣)	(١٦,٨٥)	(٥٦,٩٧)
	٢٠	٣٠	١٤	٦٤
فعّال جداً	(٣١,٢٥)	(٤٦,٨٨)	(٢١,٨٨)	(٩,٩١)
	١٩٨	٣١٦	١٣٢	٦٤٦
المجموع	(٣٠,٦٥)	(٤٨,٩٢)	(٢٠,٤٣)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٧,٤٥، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,١١٤.

فعالية تلك البرامج ، حيث وجد أن قيمة مربع كاي المحسوبة (٧,٤٥) أقل من القيمة النظرية فض الفرضية الصفرية . كذلك فإن إحتمال الحصول على قيمة لمربع كاي تساوي أو تقل لمحسوبة يكون عند مستوى الدلالة (٠,١١٤) وهو أكبر من مستوى المعنوية المحدد سلفا (٠) . وعلى هذا الأساس، فإننا نقبل بالفرضية الصفرية الآنفة الذكر.

وقد شملت استبانة الدراسة سؤالا عن دعم الهيئة الطبية لتطبيق برامج الجودة النوعية ومدى تأثيرها على فعالية تلك البرامج . ويبين جدول ٤ الى أن ما يقارب ثلث حجم العينة ٣١,٨٩٪ يرين بأن عدم وجود دعم من الأطباء غير مؤثر إطلاقا على فعالية تلك البرامج ، بينما في المقابل نجد أن ٤٦,٤٤٪ منهن يعتقـدن بأن المتغـير المستقل الآنف الذكر مؤثر إلى حد ما على فعالية تلك البرامج ، وأن ٢١,٦٧٪ منهن يؤكدن على أن عدم وجود دعم من الأطباء مؤثر جدا على فعالية تلك البرامج .

ومن خلال دراسة جدول ٤ يتضح أن نسب التوزيع بين المجيبات متقاربة من حيث عدم فعـالية الـبرامج ومدى تأثير ٢٨,٠٤٪ أو عدم تأثير ٢٩,٩١٪ انعدامية دعم الأطباء على تلك الفعالية . وباستخدام أسلوب اختبار مربع كاي لمعرفة ما اذا كانت هناك علاقة إحصائية بين هذين المتغـيرين، فقـد أظهرت نتائج الدراسة أن قيمة مربع كاي المحسوبة (٨,٦٠) أقل من القيمة النظرية اللازمة لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى المعنوية (٠,٠٥)، أي أن احتمال الحصول على قيمة تساوي أو تزيد عن (٨,٦٠) هي (٠,٠٧٢) وهي أكبر من (٠,٠٥) . لذا، فإننا نقبل بالفرضية الصفرية، التي تقضي بعدم وجود علاقة إحصائية بين هذين المتغيرين .

جدول ٤

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم وجود دعم من الاطباء لتطبيق برنامج الجودة النوعية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم وجود دعم من الأطباء			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٦٤	٩٠	٦٠	٢١٤
إطلاقا	(٢٩,٩١)	(٤٢,٠٦)	(٢٨,٠٤)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١١٨	١٨٢	٦٨	٣٦٨
حد ما	(٣٢,٠٧)	(٤٩,٤٦)	(١٨,٤٨)	(٥٦,٩٧)
	٢٤	٢٨	١٢	٦٤
فعّال جداً	(٣٧,٥٠)	(٤٣,٧٥)	(١٨,٧٥)	(٩,٩١)
	٢٠٦	٣٠٠	١٤٠	٦٤٦
المجموع	(٣١,٨٩)	(٤٦,٤٤)	(٢١,٦٧)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٨,٦٠، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٧٢.

وعند سؤال أفراد العينة عن مدى تأثير عدم وجود نظم معلومات على فعالية برامج الجودة النوعية، بينت نتائج الدراسة من خلال جدول ٥ إلى أن ما يقارب ثلث حجم العينة ٣٠,٠٣٪ أبدين انطباعا بأن عدم وجود نظم معلومات في المستشفى لا يؤثر إطلاقا على فعالية برامج الجودة النوعية، بينما أكد ما يقارب ٤٤,٤٦٪ منهن على أن عدم وجود نظم معلومات مؤثر إلى حد ما على تلك الفعالية، وأن ٢٣,٥٣٪ من أفراد العينة يرين أن هناك تأثيرا لانعدامية نظم المعلومات على فعالية تلك البرامج.

ومن خلال دراسة جدول ٥ يتضح أن نسب التوزيع بين المجيبات متقاربة من حيث عدم فعالية البرامج، ومدى تأثير ٢٨,٩٧٪ أو عدم تأثير ٢٨,٠٤٪ غياب نظم معلومات فعال. ولمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة يعتد بها إحصائياً بين هذين المتغيرين، أظهرت نتائج إختبار مربع كاي أن قيمتها المحسوبة (٥,٤٧) أقل من قيمتها النظرية لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى المعنوية (٠,٠٥). كما أن احتمال الحصول على قيمة لمربع كاي تساوي أو تزيد عن (٥,٤٧) هي (٠,٢٤٣) وهي أكبر من مستوى المعنوية المحدد سلفا. وبناء على هذه النتائج فإننا نقبل بالفرضية الصفرية، التي تقضي بعدم وجود علاقة إحصائية بين هذين المتغيرين.

جدول ٥

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير وجود نظم معلومات فعال على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم وجود نظم معلومات			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن (٪)	ن (٪)	ن (٪)	
غير فعّال إطلاقا	٦٠ (٢٨,٠٤)	٩٢ (٤٢,٩٩)	٦٢ (٢٨,٩٧)	٢١٤ (٣٣,١٣)
فعّال إلى حد ما	١١٤ (٣٠,٩٨)	١٧٦ (٤٧,٨٣)	٧٨ (٢١,٢٠)	٣٦٨ (٥٦,٩٧)
فعّال جداً	٢٠ (٣١,٢٥)	٣٢ (٥٠,٠٠)	١٢ (١٨,٧٥)	٦٤ (٩,٩١)
المجموع	١٩٤ (٣٠,٠٣)	٣٠٠ (٤٦,٤٤)	١٥٢ (٢٣,٥٣)	٦٤٦ (١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٥,٤٧، واحتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٢٤٣.

أما بيانات جدول ٦ فتشير الى أن ما يقارب ثلث حجم العينة ٢٩,٤١٪ يرين بأن عدم استكمال الملفات الطبية لا يؤثر إطلاقا على فعالية برامج الجودة النوعية، بينما نجد أن ٢٤,٤٦٪ منهن أكدن على أن عدم استكمال الملفات الطبية يؤثر جدا على مدى فعالية تلك البرامج . وبالالتزام بمستوى المعنوية المحدد سلفا (٠,٠٥)، فإنه يمكن القول بأنه ليست هناك علاقة يعتد بها إحصائيا بين عدم استكمال الملفات الطبية ومدى فعالية تلك البرامج، حيث دلت النتائج الى أن قيمة مربع كاي المحسوبة (٨,٧٨) عند مستوى معنوية (٠,٠٦٧) هي أقل من القيمة النظرية لرفض الفرضية الصفرية .

جدول ٦

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم استكمال الملفات الطبية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم استكمال الملفات الطبية			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٧٠	٨٦	٥٨	٢١٤
إطلاقا	(٣٢,٧١)	(٤٠,١٩)	(٢٧,١٠)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١٩٦	١٨٢	٩٠	٣٦٨
حد ما	(٢٦,٠٩)	(٤٩,٤٦)	(٢٤,٤٦)	(٥٦,٩٧)
	٢٤	٣٠	١٠	٦٤
فعّال جداً	(٣٧,٥٠)	(٤٦,٨٨)	(١٥,٦٣)	(٩,٩١)
	١٩٠	٢٩٨	١٥٨	٦٤٦
المجموع	(٢٩,٤١)	(٤٦,١٣)	(٢٤,٤٦)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية .

الـدلائـل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٨,٧٨، واحتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٦٧ .

يوضح جدول ٧ التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم وجود بيانات كافية على فعالية برامج الجودة النوعية . ومن خلال دراسة الجدول نفسه تبين أن ما يقارب نصف حجم العينة ٤٩,٠٧٪ منهن أكدن على عدم تأثير انعدامية بيانات كافية على فعالية تلك البرامج ، وفي المقابل نجد تقريبا النسبة نفسها ٥٠,٩٣٪ منهن يرين بأن المتغير الآنف الذكر يؤثر الى حد ما أو يؤثر جدا على فعالية تلك البرامج . ولمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين الآنفي الذكر، تم استخدام أسلوب اختبار مربع كاي ، حيث وجد أن قيمتها المحسوبة (٥,٠٠) أقل من قيمتها النظرية عند مستوى معنوية (٠,٢٨٧) . وبالتالي يمكن القول بأنه ليست هناك علاقة جوهرية بين عدم وجود بيانات كافية ومدى فعالية برامج الجودة النوعية .

جدول ٧

التـوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم وجود بيانات كافية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية ، المملكة العربية السعودية ، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم وجود بيانات كافية			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٩٨	٥٢	٦٤	٢١٤
إطلاقا	(٤٥,٧٩)	(٢٤,٣٠)	(٢٩,٩١)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١٨٤	٨٢	١٠٠	٣٦٦
حد ما	(٥٠,٢٧)	(٢٢,٤٠)	(٢٧,٣٢)	(٥٦,٨٣)
	٢٤	٨	٢٢	٦٤
فعّال جداً	(٥٣,١٣)	(١٢,٥٠)	(٣٤,٣٨)	(٩,٩٤)
	٣١٦	١٤٢	١٨٦	٦٤٤
المجموع	(٤٩,٠٧)	(٢٢,٠٥)	(٢٨,٨٨)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية .

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤) : قيمة مربع كاي ٥,٠٠ ، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٢٨٧

يوضح جدول ٨ الى أن ما يقارب ٢٥,٧٠٪ من أفراد العينة أكدن بأن عدم توفر أخصائي الجودة النوعية لا يؤثر إطلاقا على مدى فعالية تلك البرامج، وفي المقابل نجد أن ما يزيد عن نصف حجم العينة ٥٥,١١٪ أبدين انطباعا بأن عدم توفر الأخصائي قد يكون مؤثرا إلى حد ما على فعالية البرامج المذكورة، وكذلك ١٩,٢٠٪ منهن يرين بأن هذا المتغير يؤثر جدا على فعالية تلك البرامج. ومن خلال دراسة الجدول نفسه، دلت النتائج على أن المجيبات على هذا السؤال واللاتي أبدين انطباعا بعدم فعالية برامج الجودة النوعية قد أكدن على أن عدم توفر أخصائي الجودة النوعية مؤثر إلى حد ما ٤٦,٧٣٪ الى مؤثر جدا ٢٣,٣٦٪.

جدول ٨

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم توفر أخصائي الجودة النوعية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم توفر اخصائي الجودة			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال إطلاقا	٦٤	١٠٠	٥٠	٢١٤
	(٢٩,٩١)	(٤٦,٧٣)	(٢٣,٣٦)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى حد ما	٧٦	٢٢٤	٦٨	٣٦٦
	(٢٠,٦٥)	(٦٠,٨٧)	(١٨,٤٨)	(٥٦,٩٧)
فعّال جداً	٢٦	٣٢	٦	٦٤
	(٤٠,٦٣)	(٥٠,٠٠)	(٩,٣٨)	(٩,٩١)
المجموع	١٦٦	٣٥٦	١٢٤	٦٤٦
	(٢٥,٧٠)	(٥٥,١١)	(١٩,٢٠)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية

الـدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٢١,١٦، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ١٩٠,٠٠٠.

ولمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين عدم توفر أخصائي الجودة النوعية ومدى فعالية تلك البرامج ، أظهرت نتائج الدراسة باستخدام الأسلوب الاحصائي نفسه إلى أن قيمة مربع كاي المحسوبة (١٦ , ٢١) أكبر من قيمتها النظرية لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى صغير جدا من المعنوية . وهذا المستوى يكون أقل من مستوى المعنوية المحدد سلفا (٠٥ , ٠) . وبناء على هذه النتيجة فإننا نرفض الفرضية الصفرية بأنه لا توجد علاقة بين عدم توفر أخصائي الجودة النوعية ومدى فعالية البرامج .

يقدم جدول ٩ بيانات عن مدى تأثير زيادة دوران التوظيف بين الممرضات على فعالية برامج الجودة النوعية . فقد دلت النتائج إلى أن النسبة متقاربة بين المجيبات على مدى تأثير ٣٤ , ٣٠٪ أو عدم تأثـير ٦٥ , ٣٠٪ زيادة دوران التـوظيف على فعـالية تلك البرامج . بينما نجد أن ما يقارب ٠١ , ٣٩٪ منهن يرين أن زيادة دوران التوظيف قد يؤثر إلى حد ما على فعالية البرامج المذكورة .

فمن المجيبات اللاتي يرين بعدم فعالية تلك البرامج ، نجد أن ٧٨ , ٣١٪ منهن يؤكدن على أن المتغير الآنف الذكر مؤثر إلى حد ما على فعالية البرامج ، وكذلك فإن ١٩ , ٤٠٪ منهن أوضحن بأن المتغير نفسه يؤثر جدا على مستوى فعالية البرامج المذكورة .

والسؤال الذي نود أن نعرفه هو «ما مدى معنوية هذه العلاقة إحصائيا؟» باستخدام الأسلوب الإحصـائي نفسـه ، دلت النتائج على أن قيمة مربع كاي المحسوبة (٩٦ , ١٦) أكبر من قيمتها النظرية المطلوبة لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى الدلالة (٠٠٢ , ٠) . وبناء على هذه النتيجة فإننا نرفض الفرضية الصفرية ، أي أن هناك علاقة إحصائية بين زيادة دوران التوظيف وفعالية برامج الجودة النوعية .

جدول ٩

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير زيادة دوران التوظيف بين الممرضات على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير زيادة دوران التوظيف			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٦٠	٦٨	٨٦	٢١٤
إطلاقا	(٢٨,٠٤)	(٣١,٧٨)	(٤٠,١٩)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١٢٠	١٥٢	٩٦	٣٦٨
حد ما	(٣٢,٦١)	(٤١,٣٠)	(٢٦,٠٩)	(٥٦,٩٧)
	١٨	٣٢	١٤	٦٤
فعّال جداً	(٢٨,١٣)	(٥٠,٠٠)	(٢١,٨٨)	(٩,٩١)
	١٩٨	٢٥٢	١٩٦	٦٤٦
المجموع	(٣٠,٦٥)	(٣٩,٠١)	(٣٠,٣٤)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الـدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ١٦,٩٦، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٠٢.

من جدول ١٠ يمكن القول أن ما يزيد عن نصف حجم العينة ٥٦,٣٥٪ أكدن على أن عدم معرفة الادارة العليا بمفهوم الجودة النوعية مؤثر إلى حد ما على مستوى فعالية برامجها، وكذلك ما يقارب ١٧,٩٦٪ منهن يرين بأن تأثير هذا المتغير المستقل على مستوى فعالية تلك البرامج يكون كبيرا جدا. ومن خلال دراسة الجدول نفسه نجد أن غالبية أفراد العينة ٧١,٩٦٪ يرين بعدم فعالية تلك البرامج، وأن عدم معرفة الادارة العليا بمفهومها قد يكون أحد الأسباب المؤثرة على تلك الفعالية.

وبتـطبيق أسلوب اختبـار مربـع كاي لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين هذين المتغيرين، دلت نتائج الدراسة إلى أن قيمة مربع كاي المحسوبة (٢٢,٥٤) أكبر من قيمتها النظرية

المطلوبة لرفض النظرية الصفرية عند مستوى معنوية صغير جدا. وعلى هذا الأساس فإننا نرفض الفرضية الصفرية، أي أن هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين.

جدول ١٠

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم معرفة الادارة العليا بمفهوم الجودة على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم معرفة الادارة العليا بمفهوم الجودة			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٦٠	١٠٦	٤٨	٢١٤
إطلاقا	(٢٨,٠٤)	(٤٩,٥٣)	(٢٢,٤٣)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	٧٨	٢٣٢	٥٨	٣٦٨
حد ما	(٢١,٢٠)	(٦٣,٠٤)	(١٥,٧٦)	(٥٦,٩٧)
	٢٨	٢٦	١٠	٦٤
فعّال جداً	(٤٣,٧٥)	(٤٠,٦٣)	(١٥,٦٣)	(٩,٩١)
	١٦٦	٣٦٤	١١٦	٦٤٦
المجموع	(٢٥,٧٠)	(٥٦,٣٥)	(١٧,٩٦)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٢٢,٥٤، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٠٠.

من خلال دراسة جدول ١١ يتبين أن ما يقارب ٤١,٤٩٪ من أفراد عينة الدراسة يرين بأن عدم تشجيع الادارة العليا لا يؤثر إطلاقا على فعالية برامج الجودة النوعية. وفي المقابل نلاحظ أن ما يقارب ٥٨,٥٢٪ منهن أكدن على أن عدم التشجيع من قبل الادارة العليا قد يؤثر إلى حد ما أو يؤثر جدا على مستوى فعالية البرامج المذكورة. كما نلاحظ من الجدول نفسه إلى أن ما يقارب ٥٧,٩٤٪ منهن يرين بأن برامج الجودة النوعية غير فعالة إطلاقا، وأن أحد الأسباب قد تكون تأثير عدم تشجيع الادارة العليا لتطبيقها.

جدول ١١

التـوزيع التكـراري للمجيبات على مدى تأثير عدم تشجيع الادارة العليا لتطبيق برنامج الجودة النوعية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم تشجيع الادارة العليا			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٩٠	٦٢	٦٢	٢١٤
إطلاقا	(٤٢,٠٦)	(٢٨,٩٧)	(٢٨,٩٧)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	١٣٤	١٤٨	٨٦	٣٦٨
حد ما	(٣٦,٤١)	(٤٠,٢٢)	(٢٣,٣٧)	(٥٦,٩٧)
فعّال جداً	٤٤	١٢	٨	٦٤
	(٦٨,٧٥)	(١٨,٧٥)	(١٢,٥٠)	(٩,٩١)
المجموع	٢٦٨	٢٢٢	١٥٦	٦٤٦
	(٤١,٤٩)	(٣٤,٣٧)	(٢٤,١٥)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الـدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ٢٩,٥٤، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٠٠.

وباستخدام أسلوب اختبار مربع كاي لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين الآنفي الذكر، وجد أن قيمتها المحسوبة (٢٩,٥٤) أكبر من قيمتها النظرية. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين الآنفي الذكر عند مستوى معنوية منخفض جدا، أي أن العلاقة جوهرية بدرجة عالية.

تشير نتائج بيانات جدول ١٢ إلى أن ما يقارب ٢٤,٧٧٪ من أفراد العينة أبدين انطباعا بأن درجة الوعي بأهمية تطبيق برامج الجودة النوعية لا يؤثر إطلاقا على مدى فعالية تلك البرامج. وفي المقابل أظهرت نتائج الدراسة في الجدول نفسه إلى أن ما يقارب من نصف حجم العينة ٤٨,٣٠٪

أكدن على أن درجة الوعي بأهمية تلك البرامج تؤثر إلى حد ما على مدى فعاليتها، وكذلك فإن ٢٦,٩٣٪ منهن يرين بأن الوعي بالأهمية يؤثر جدا على فعالية البرامج.

جدول ١٢

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم الوعي بأهمية تطبيق برامج الجودة النوعية على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم الوعي بأهمية تطبيق البرامج			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال	٥٠	٩٠	٧٤	٢١٤
إطلاقا	(٢٣,٣٦)	(٤٢,٠٦)	(٣٤,٥٨)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى	٨٨	١٩٠	٩٠	٣٦٨
حد ما	(٢٣,٩١)	(٥١,٦٣)	(٢٤,٤٦)	(٥٦,٩٧)
	٢٢	٣٢	١٠	٦٤
فعّال جداً	(٣٤,٣٨)	(٥٠,٠٠)	(١٥,٦٣)	(٩,٩١)
	١٦٠	٣١٢	١٧٤	٦٤٦
المجموع	(٢٤,٧٧)	(٤٨,٣٠)	(٢٦,٩٣)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ١٣,٨٠، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٠٨.

وعند دراسة جدول ١٢ نجد أن المجيبات اللاتي أكدن على عدم فعالية برامج الجودة النوعية ٤٢,٠٦٪ يرين بأن الوعي بأهمية تلك البرامج يؤثر إلى حد ما على فعاليتها، وكذلك فإن ٣٤,٥٨٪ منهن أبدين الرأي بأن المتغير المذكور آنفا يؤثر بشكل كبير على فعالية تلك البرامج. ولمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة يعتد بها إحصائيا بين الوعي بأهمية تطبيق تلك البرامج ومدى فعاليتها، فقد أظهرت النتائج إلى أن قيمة مربع كاي المحسوبة (١٣,٨٠) أكبر من قيمتها النظرية المطلوبة لرفض الفرضية الصفرية عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٨). وبناء على هذه النتائج فإننا نرفض الفرضية

الصفرية، أي أن هناك علاقة جوهرية بين الوعي بأهمية تطبيق برامج الجودة النوعية ومدى فعالية تلك البرامج.

جدول ١٣

التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة على فعالية تلك البرامج بمستشفيات عدد من المناطق الصحية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٣

مستويات الفعالية*	مدى تأثير عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة			المجموع
	غير مؤثر إطلاقاً	مؤثر إلى حد ما	مؤثر جداً	
	ن	ن	ن	
	(٪)	(٪)	(٪)	
غير فعّال إطلاقا	٩٦	٣٦	٨٢	٢١٤
	(٤٤,٨٦)	(١٦,٨٢)	(٣٨,٣٢)	(٣٣,١٣)
فعّال إلى حد ما	١٧٨	٧٨	١١٢	٣٦٨
	(٤٨,٣٧)	(٢١,٢٠)	(٣٠,٤٣)	(٥٧,١٤)
فعّال جداً	٤٠	٢	٢٠	٦٢
	(٦٤,٥٢)	(٣,٢٣)	(٣٢,٢٦)	(٩,٦٣)
المجموع	٣١٤	١١٦	١٢٤	٦٤٤
	(٤٨,٧٦)	(١٨,٠١)	(٣٣,٢٣)	(١٠٠,٠٠)

* مستويات فعالية برامج الجودة النوعية.

الدلائل الاحصائية (درجة الحرية = ٤): قيمة مربع كاي ١٦,١٥، احتمال الحصول على قيمة تساوي أو أكبر من القيمة المحسوبة لمربع كاي ٠,٠٠٣.

يبين جدول ١٣ التوزيع التكراري للمجيبات على مدى تأثير عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة على فعالية برامج الجودة النوعية. ومن خلال دراسة هذا الجدول، نلاحظ بأن ما يقارب ١٤,٥٥٪ منهن أكدن على عدم فعالية تلك البرامج، وأن عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة يُعَدُّ أحد الأسباب لعدم فعاليتها. ولمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين الآنفي الذكر، دلت نتائج إختبار مربع كاي بأن قيمتها المحسوبة تكون أكبر من قيمتها النظرية عند مستوى دلالة

(٠,٠٠٣). وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هناك علاقة إحصائية جوهرية بين عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة ومدى فعالية برامج الجودة النوعية في تلك المستشفيات.

الخـلاصـة والتوصيـات

تتلخص أهم نتائج هذا البحث فيما يلي:

١ ـ أن حوالي ثلث حجم العينة من الهيئة التمريضية ١٣,٣٣٪ يرين أن برامج الجودة النوعية في المستشفيات تحت الدراسة غير فعالة إطلاقا. وفي المقابل فإن الأقلية منهن ٩١,٩٪ أكدن على فعالية تلك البرامج.

٢ ـ حسب معرفة الباحث بمستشفيات وزارة الصحة، فإن جميعها توظف ممرضات من جنسيات متعددة عن طريق الوزارة، ولا يوجد مستشفى واحد به ممرضات من جنسية واحدة فقط. فقد دلت نتائج الدراسة أن حوالي ٤٦,٣٧٪ من المجيبات أكدن على أن وجود جنسيات مختلفة غير مؤثـر إطلاقا على فعالية برامج الجودة النوعية. بينما وجد أن ما يقارب ٥٤,٦٢٪ منهن أوضحن بأن هذا المتغير مؤثر إلى حد ما أو مؤثر جدا على فعالية تلك البرامج. بمعنى آخر، أنه كلما ازداد عدد تنوع الجنسيات من دول مختلفة للعمل في تلك المستشفيات، أدى ذلك إلى التأثير على انخفاض مستوى فعالية برامج الجودة النوعية. إن نتائج اختبار مربع كاي تؤكد على قبـول الفـرضية الفـرعية (١) لهذه الـدراسة. ومن ناحية علاقتها بتطبيق برامج الجودة النوعية، فإنه يمكن القول بأن ظاهرة تعددية الجنسيات تعد مشكلة بحد ذاتها وذلك لعدة أسباب من أهمها على سبيل المثال: إن تطبيق برامج الجودة النوعية في المنشآت الصحية على المستوى الدولي منحصر في عدد قليل من الدول الغربية من بينها الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وبريطانيا. وفي المقابل فإن أغلب العمالة الأجنبية الوافدة للمملكة هي من دول شرق آسيا ودول الشرق الأوسط. ومن الملاحظ أن هذه الدول وغيرها من الدول النامية لا تعير برامج الجودة النوعية في المنشآت الصحية الاهتمام الكافي في برامجها التدريبية والتعليمية مما يترتب عليه الآثار السلبية على انتاجية رعاياها عند تطبيق برامج الجودة النوعية في المستشفيات السعودية أو أي مكان آخر.

٣ ـ دلت نتـائج الدراسة إلى أنه ليست هناك علاقة جوهرية بين سرعة تغيير الشركات المتعاقدة ومدى فعالية برامج الجودة النوعية. وبناء على هذه النتيجة فإننا نرفض الفرضية الفرعية (٢) لهذه الدراسة ونقبل بالفرضية الصفرية، التي تنص على عدم وجود علاقة. ومن هذا المنطلق

فإن النـظرة السـائدة بين أفراد العينة لا تميل إلى تأثير سرعة تغيير الشركات المتعاقدة ومدى استمراريتها على مدى فعالية برامجها الخاصة بالجودة النوعية.

٤ ـ عند الالتزام بمستوى معنوية (٠,٠٥) لتحديد ما إذا كانت هناك علاقة جوهرية بين عدم وجود دعم من الأطباء لتطبيق برامج الجودة النوعية ومدى فعاليتها، فقد أكدت نتائج الدراسة على رفض الفرضية الفرعية (٣)، ومن ثم قبول الفرضية الصفرية.

٥ ـ شملت استبـانـة الدراسة ثلاث نقاط تدور حول نظم المعلومات واستكمال الملفات الطبية وكذلك عدم توفر بيانات كافية على مستوى المستشفى، ومدى تأثير كل متغير منها على فعالية برامج الجودة النوعية في تلك المستشفيات. وبشكل مغاير لما كان متوقعا، فقد دلت نتائج الدراسة على عدم وجود علاقة جوهرية بين تلك المتغيرات الثلاثة ومدى فعالية برامج الجودة النوعية، مما يتحتم علينا رفض الفرضية الفرعية (٤، ٥، ٦) والقبول بالفرضية الصفرية.

٦ ـ إن من أهم العقبـات التي تواجه عملية تطبيق أي برنامج جودة نوعية تكمن في عدم توفر أخصائي الجودة النوعية، وذلك يعود إلى قلة عدد المتخصصين في هذا المجال، إضافة إلى حداثة هذا النوع من التخصصات على المستوى الدولي. ونظرا لأهمية هذه النقطة فقد شملت استبانة الدراسة سؤال عن مدى تأثير عدم توفر أخصائي الجودة النوعية على مستوى فعالية تلك البرامج. وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك علاقة جوهرية بين عدم توفر أخصائي الجودة النوعية وفعالية تلك البرامج. وهذه النتيجة تدعم الفرضية الفرعية (٧).

وحسب ملاحظة الباحث خلال زيارته لهذه المستشفيات والتحدث مع المسؤولين هناك، فإن المشرف على برنـامـج الجـودة النـوعية في الغالب من الممرضات اللآتي كلفن من قبل إدارة المستشفى. ومن وجهة نظر الباحث، فإن ذلك حلا مؤقتا وليس حلا علميا.

٧ ـ من المعروف أن أكبر مشكلة تواجه منشآت الرعاية الصحية بالمملكة ليس فقط اعتمادها على العمالة الأجنبية وإنما أيضا مدى تأثير دورانها التوظيفي على أداء الانجاز وفعاليته. وقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك علاقة جوهرية إحصائية بين زيادة دوران توظيف الممرضات وفعالية برامج الجودة النوعية. بمعنى آخر أنه كلما زاد دوران التوظيف بين الممرضات، أدى ذلك إلى انخفاض مستوى فعالية تلك البرامج. وهذه النتيجة تدعم الفرضية الفرعية (٨). ويمكن القول أن هذه النتيجة منطقية إلى حد كبير حيث أن المستشفى يقوم بإعداد دورات تدريبية للعاملين والموظفين في مجالات متعددة ومختلفة قد تكون لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالجودة النوعية، ولكن من الملاحظ أن عامل زيادة نسبة دوران التوظيف قد يؤدي إلى عدم الاستفادة الكاملة من هذه الدورات وبالتالي يؤثر سلبا على فعالية برامجها.

٨ ـ شملت استبانة الدراسة عنصرين مهمين، هما: عدم معرفة الادارة العليا بمفهوم الجودة النوعية وعـدم تشجيعهـا على تطبيق تلك البرامج. ولقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك علاقة جوهرية إحصائية بين هذين المتغيرين ومدى فعالية برامج الجودة النوعية. ويمكن القول أن هذه النتيجة تتوافق مع الفرضيتين الفرعيتين (٩، ١٠). بمعنى آخر، أنه كلما زادت نسبة عدم معرف الادارة العليا بمفهوم الجودة، أدى ذلك إلى انخفاض فعالية تلك البرامج. وكذلك كلما زادت نسبة عدم تشجيع الادارة العليا لتطبيق البرامج المذكورة، أدى ذلك إلى انخفاض فعاليتها.

٩ ـ دلت نتائج الدراسة على أن هناك علاقة جوهرية بين عدم الوعي بأهمية تطبيق برامج الجودة النوعية ومدى فعاليتها. وتدعم هذه النتيجة الفرضية الفرعية (١١)، التي مفادها أن هناك علاقة جوهرية بين هذين المتغيرين.

١٠ ـ من المعروف أنه لا يمكن تطبيق أي برنامج جودة نوعية بدون وضع الأسس والمعايير الخاصة بعملية التقويم. بمعنى آخر، أنه من خلال عملية التقويم فإن المقوم يقوم بعملية مقارنة بين النتائج الفعلية والنتائج المتوقعة، وذلك على أساس استخدام معايير ومقاييس مكتوبة. ونظرا لأهميتها فقد اشتملت استبانة الدراسة على مدى تأثير عدم وجود معايير ومقاييس مكتوبة على فعالية برامج الجودة النوعية. ودلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة جوهرية إحصائية بين هذين المتغيرين. وهذه النتيجة تدعم الفرضية الفرعية (١٢).

وفي ضوء النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات التالية:

١ ـ إن ظاهرة تعددية الجنسيات واعتماد المنشآت الصحية بالمملكة على العمالة الاجنبية قد تكون من أهم المشاكل الرئيسية التي تواجه عملية تطبيق برامج الجودة النوعية، ولكي يمكن تقليل الآثار المترتبة عليها فإنه بإمكان الإدارة العليا استحداث دورات تدريبية قصيرة المدى للعاملين على مختلف مستوياتهم لتوضيح مفهوم الجودة النوعية والطرق المستخدمة لتطبيقها.

٢ ـ تتصف برامج الجودة النوعية وتطبيقاتها في المنشآت الصحية بالحداثة، حيث أنه من المعروف أن بداية تطبيقها في الدول الغربية وبشكل منتظم لم يكن قبل منتصف السبعينيات. وبالتالي فإن الأعداد من المتخصصين في هذا المجال قليلة جداً، ومن هذا المنطق، توصي هذه الدراسة بإعـادة النظر في محتويات البرامج التدريبية والتعليمية المقدمة من قبل المؤسسات التعليمية الرائدة بالمملكة على سبيل المثال معهد الإدارة العامة، والجامعات السعودية وخاصة كليات الـطب والأسنـان والعلوم التـطبيقية، والبرامج المتعلقة بإدارة الصحة والمستشفيات كبرنامج الماجستير في إدارة الصحة والمستشفيات بكلية العلوم الإدارية بجامعة الملك سعود، إن إعادة

النـظر في محتويات برامج هذه المؤسسات التعليمية سوف يساعد في إدخال دورات تدريبية خاصة بالجودة النوعية أو استحداث مواد تعليمية خاصة بها في تلك البرامج ، وهذه السياسة بحد ذاتها سوف تدعم عملية زيادة اعداد المتخصصين في هذا المجال.

٣ـ دلت نتائج الدراسة على أنه من بين عدد من العوامل فإن هناك ثلاثة عوامل تؤثر على مدى فعالية برامج الجودة، وتكمن هذه العوامل في عدم معرفة الإدارة العليا بمفهوم الجودة النوعية وعدم تشجيع تلك الادارات على تطبيقها، وكذلك عدم الوعي بأهميتها، من هذا المنطلق، توصي هذه الدراسة باستحداث حلقات عمل وندوات محلية مخصصة لأعضاء الادارة العليا في تلك المستشفيات، وأن من أهم أهداف هذه الحلقات العلمية والندوات الحث على معرفة ماهية الجودة النوعية وكيفية تطبيق برامجها، مما يكون له الأثر الإيجابي على زيادة الوعي بأهميتها وتشجيع العاملين بمختلف مستوياتهم التعليمية والوظيفية على تطبيقها.

٤ ـ تُعَدُّ المعايير المكتوبة من الركائز الأساسية لأي برنامج جودة نوعية، حيث يمكن من خلالها أن تقوم المرافق الصحية بمقارنة نتائجها المتوقعة بنتائجها الفعلية. ومن الملاحظ أنه لا توجد معايير ومقاييس مكتوبة على مستوى وزارة الصحة ومرافقها الصحية.

ولكن يجب التنويه هنا إلى أن هناك محاولة ناجحة من قبل مستشفى الملك فهد بالحرس الوطني في إعداد تقرير مفصل عن المعايير والمقاييس المستخدمة في المستشفيات، وقد تم إعداد تقرير مستشفى الملك فهد بالحرس الوطني على غرار الكتاب المنشور من قبل الهيئة الأميركية المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية، والمتضمن المعايير نفسها في التقرير المذكور آنفاً. ومن هذا المنطلق توصي هذه الـدراسة باستخدام هاتين الوثيقتين لأغراض عملية تقويم الأداء وتطبيق برامج الجودة النوعية. كما توصي هذه الدراسة بتشكيل لجان متخصصة لدراسة الوضع ومحاولة تعديل هاتين الوثيقتين؛ لكي تتواكبا مع الإمكانات المالية والتجهيزية لمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة.

٥ ـ وأخيراً، يمكن القول بأنه طالما أن نطاق هذه الدراسة قد اقتصر على عينة من الممرضات في عدد من مستشفيات المناطق الصحية بالمملكة فأنه من المفيد لو تمت سلسلة من الدراسات والأبحاث الميدانية لتشمل ليس فقط عينة أكبر من الممرضات في مختلف مناطق المملكة، بل لدراسـة آراء العـاملين في المجالات الأخرى كالهيئة الطبية، والفنية، والمدراء الإداريين على مستـوى دول مجلس التعـاون الخليجي، وبـالتـالي مقـارنة نتائج هذه الدراسة بالدراسات المقترحة، وخاصة في مجال طرق البحث المستخدمة والعوامل المؤثرة على فعالية برامج الجودة النـوعية، لا سيما أن مجتمـع دول مجلس التعاون الخليجي يتمتع بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية والتنظيمية نفسها.

المـراجـع

أحمـد سيد مصطفى، ١٩٨٧، الكفاءة الانتاجية في إدارة المستشفيات: مفهومها وسبل بلوغها، **المجلة العربية للادارة العدد** ٣: ٦٤ ـ ٨١.

سالم سعيد القحطاني، ١٩٩٣، إدارة الجودة الكلية وإمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي، **مجلة الادارة العامة**، العدد ٧٨: ٧ ـ ٣٩.

سمير أسعد مرشد، ١٩٩١، المعالم الرئيسة للادارة العامة باليابان: دراسة ميدانية لاستطلاع آراء العاملين بعدد من المنظمات الحكومية، **مجلة الادارة العامة**، **العدد** ٧١.

كوجي ماتسوموتو، ١٩٨٦، **التنظيم لرفع الانتاجية: دراسة تحليلية للأنظمة اليابانية وممارستها**، ترجمة خضير كاظم حمود ومحمد أحمد الهاشمي، عمان.

وجيه العلي، ١٩٨٧، حلقات الجودة: المفهوم والأهمية، **مجلة الادارة العامة** العدد ٥٣: ١١ ـ ٣٦.

وليام مور وهريت مور، ١٩٩١، **حلقات الجودة: تغيير انطباعات الأفراد في العمل**. ترجمة زين العابدين عبدالرحمن الحفظي، الرياض، معهد الادارة العامة.

Allen, Richard H. and Dambro, Mark R. 1990. Quality Management in a Multi-Hospital System: A Single Standard of Care. ***Journal of Quality Assurance,*** 12(2): 22,23,29.

Andrews, Susan L. 1991. QA vs. QI: The Changing Role of Quality in Health Care. ***Journal of Quality Assurance,*** 13(1): 14,15,38.

Appel, Frank, 1991. From Qaulity Assurance to Quality Improvement: The Joint Commission and the New Paradigm. ***Journal of Quality Assurance,*** 13(5): 26-29.

Arnold, W. III, 1993. The Leader's Role in Implementing Quality Improvement: Walking the Talk. ***Quality Review Bulletin,*** 19(3): 79-82.

Banoub, Sumir and Gerlanch, Robert W. 1989. Introducing Quality Assurance in Hospitals within the National Health System of Kuwait. ***Quality Review Bulletin,*** 15(2): 67-71.

Berger, Sally and Suddman, Susan K. 1991. Making Total Quality Management Work: Successful CEOs Read the Warning Signs. ***healthcare Executive,*** 6(2): 22-25.

Berwick, Donald M. 1989. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. ***New England Journal of Medicine,*** 320: 53-56.

Berwick, D.M., Godfrey, A.B., and Roessner, J. 1990. ***Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement.*** California: Jossey-Bass, Inc.

Bittle, L.J. 1987. Quality Assurance. In Wolper, L.F. and Pena, J.J. ***Health Care Administration: Principles and Practices.*** Maryland: Aspen Systems Corp. 128-135

Bliersbach, Chris, 1991. Quality Improvement: One-third of Quality Equation. ***Journal of the Quality Assurance,*** 13(5): 58-61.

Brobst, Karen, 1990. Managing for Quality: Group Health Managers Face the Issues. ***Quality Review Bulletin,*** 16(9): 342-345.

Bush, Dennis, L. 1991. Quality Management Through Statistics. ***Journal of Quality Assurance,*** 13(5): 40-48.

Carver, Anthony, M. 1986. Quality Assurance in Saudi Arabia. ***International Hospital Federation Yearbook,*** 185-186.

Casanova, James E. 1990. Status of Quality Assurance Programs in American Hospitals. ***Medical Care,*** 28(11): 1104-1109.

Creps, L.B., Coffey, R.J., Warner, P.A. and McClathey, K.D. 1992. Integrating Total Quality Management and Quality Assurance at the University of Michigan Medical Center. ***Quality Review Bulletin,*** 18(8): 250-258.

Deming, W. Edwards, 1986. ***Out of Crisis.*** Cambridge, MA: Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Dimmond, F.C. 1991. What TMQ Is and Isn't. ***QRC Advisor,*** 7(8): 1,4-6.

Dixon, N. 1982. Quality Assurance in Saudi Arabian Hospitals. ***Saudi Medical Journal,*** 3(1): 47-53.

Donabedian, Avedis, 1991. Reflections on the Effectiveness of Quality Assurance. In Palmer, R.H., Donabedian, A. and Povar, G.J. **Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice.** Ann Arbor, MI: Michigan Health Administration Press.

Donabedian, Avedis, 1982. The Quality of Medical Care. In Graham, Nancy O. ***Quality Assurance in Hospitals: Strategies for Assessment and Implementation.*** Maryland: Aspen Systems Corp., 15-34.

Fine, D.J., and Meyer, E.R. 1983. Quality Assurance in Historical Perspective. ***Hospital and Health Services Administration,*** 28(6): 95-121.

Graham, Nancy O. 1982. Quality Assurance in Historical Perspective. In Graham, Nancy O. ***Quality Assurance in Hospital Strategies for Assessment and Implementation,*** Maryland: Aspen Systems Corp., 3-13.

Harchelroad, Fred P., Jr., Martin, Marcus L., Kremen, Robert M. and Murray, Kenneth. W., 1988. Emergency Department Daily Record Review: A Quality Assurance System in Teaching Hospital. ***Quality Review Bulletin,*** 14(2): 45-49.

Hayes, R. 1981. Why Japanese Factories Work? ***Harvard Business Review,*** 10(4): 65-66.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1993. ***The Joint Commission Guide to Quality Assurance.*** Chicago: JCAHO.

Joint Commission Forum. 1987. Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care: An Ambulatory Health Care Example. ***Quality Review Bulletin,*** 13(1): 26-30.

Juran, J.M. 1989. ***Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook.*** New York: The Free Press.

Klein, R.A. 1989. ***A Total Quality Approach to Performance Reviews.*** Houston, Texas: American Productivity and Quality Center.

Kritchevsky, Steph B, and Simmons, Bryan P. 1991. Continuous Quality Management: Concepts and Applications for Physician Care. ***Journal of the American Medical Association,*** 266(13): 1817-1823.

Labovitz, George H. 1991. Beyond the Total Quality Management Mystique. ***Healthcare Executive,*** 6(2): 15-17.

Lewis, A. 1993. Too Many Managers: Major Threat to CQI in Hospitals. ***Quality Review Bulletin,*** 19(3): 95-101.

McLaughin, Curtis P. and Kaluzny, Arnold D. 1990. Total Quality Management in Health: Making it Work. ***Health Care Management Review,*** 15(3): 7-14.

Merry, Martin D. 1990. Total Quality Management for Physicians: Translating the New Paradigm. ***Quality Review Bulletin,*** 16(3): 101-105.

Miller, S.T. and Flanagan, E. 1993. The Transition from Quality Assurance to Continuous Quality Improvement in Ambulatory Care. ***Quality Review Bulletin,*** 19(2): 62-65.

Palmer, R.H. and Nesson, R. 1982. A Review of Methods for Ambulatory Medical Care Evaluations. ***Medical Care,*** 20(8): 758-781.

Palmer, R.H., Peterson, H.F., Rothrock, J.K., Strain, R., Thompson, M.S., and Wright, E. A. 1985. A Randomized Controlled Trial of Quality Assurance in Sixteen Ambulatory Care Practices. ***Medical Care,*** 23(6): 751-781.

Skillicorn, Stanley A. 1987. Quality Assurance: Mirage or Mirror? ***Annals of Saudi Medicine,*** 7(2): 89-92.

Spath, Practice L. 1991. Flow charting for Quality Improvement. ***Journal of Quality Assurance,*** 13(5): 20-24.

Swiss, J.E. 1992. Adapting Total Quality Management (TMQ) to Government. ***Public Administration Review,*** 52(4): 356-362.

Wakefield, D.S. and Wakefield, B.J. 1993. Overcoming the Barriers to Implementation of TMQ/CQI in Hospitals: Myths and Realities. ***Quality Review Bulletin,*** 19(3): 83-88.

Yeadon, B.E. 1987. Assessing the Quality of Care in a Hospital Program. ***Quality Review Bulletin,*** 13(10): 336-339.

خالد سعد بن سعيد (دكتوراه الفلسفة في إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة نورث كارولينا، شبل هيل، الولايات المتحدة الأمريكية، ١٩٩٠) أستاذ مساعد، قسم الادارة العامة، كلية العلوم الادارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية

تصدر عن
جامعة الكويت

رئيس التحرير
د. عيسى خليفة العزمي الصباح

المقر: جامعة الكويت - الشويخ
هاتف: ٤٨١٦٨٠٧
٤٨١٦٧٩٩
٤٨١٦٨٢٤
٤٨١٤٢٩٥

* مجلة علمية فصلية محكمة تصدر ٤ مرات في السنة.
بالاضافة الى اصدارات خاصة في المناسبات.
* تعنى بشئون منطقة الخليج والجزيرة العربية السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والعلمية.
* صدر العدد الاول في يناير ١٩٧٥.
* تقوم المجلة باصدار ما يأتي:
أ) مجموعة من المنشورات المتخصصة عن منطقة الخليج والجزيرة العربية.
ب) مجموعة من الاصدارات الخاصة والمتعلقة بمنطقة الخليج والجزيرة العربية.
جـ) سلسلة كتب وثائق الخليج والجزيرة العربية.
* عقد الندوات التي تهم المنطقة أو المساهمة فيها واصدارها في كتب.
* يغطي توزيعها ما يزيد على ٣٠ دولة في جميع انحاء العالم.

* الاشتراك السنوي بالمجلة

أ) داخل الكويت: ٢ د.ك. للافراد - ١٢ د.ك. للمؤسسات.
ب) الدول العربية: ٢٫٥٠٠ للافراد، ١٢٫٠ د.ك للمؤسسات.
جـ) الدول الاجنبية: ١٥ دولارًا للافراد ٤٠ دولارًا للمؤسسات.

جميع المراسلات توجه باسم رئيس التحرير على العنوان الآتي:
ص.ب: ١٧٠٧٣ - الخالدية - الكويت - الرمز البريدي 72451