



NEAR EAST UNIVERSITY  
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES  
BUSINESS ADMINISTRATION PROGRAMS

**THE ROLE OF ADMINISTRATIVE PROCESS ENGINEERING AS AN ENTRY  
POINT FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT AND ITS IMPACT ON THE  
QUALITY OF HEALTH SERVICES  
APPLIED TO RIZGARI AND JUMHOURI HOSPITALS IN ERBIL**

REDIYAR HUSSEIN SALIH

MASTER'S THESIS

NICOSIA  
2021



جامعة الشرق الأدنى  
معهد الدراسات العليا  
كلية العلوم الاقتصادية والإدارية / قسم إدارة الأعمال

دور هندسة العمليات الإدارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية  
بالتطبيق على مستشفى زكاري وجمهوري في أربيل

رى ديار حسين صالح

رسالة ماجستير

**THE ROLE OF ADMINISTRATIVE PROCESS ENGINEERING AS AN ENTRY  
POINT FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT AND ITS IMPACT ON THE  
QUALITY OF HEALTH SERVICES**

**APPLIED TO RIZGARI AND JUMHOURI HOSPITALS IN ERBIL**

**REDIYAR HUSSEIN SALIH**

**NEAR EAST UNIVERSITY  
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES  
BUSINESS ADMINISTRATION PROGRAMS**

**MASTER'S THESIS**

**SUPERVISOR  
PROF. DR. KHAIRI ALI AUSO ALI**

**NICOSIA  
2021**

دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية  
بالتطبيق على مستشفى رزكري وجمهوري في أربيل

رى ديار حسين صالح

جامعة الشرق الأدنى  
معهد الدراسات العليا  
كلية العلوم الاقتصادية والادارية / قسم إدارة الاعمال

رسالة ماجستير

بإشراف

الاستاذ الدكتور خيرى على اوسو على

## ACCEPTANCE/APPROVAL

We as the jury members certify the “The role of administrative process engineering as an entry point for continuous improvement and its impact on the quality of health services - Applied to Rizgari and Jumhuri Hospitals in Erbil” prepared by “Rediyar Hussein Salih” defended on 20 /08/ 2021 has been found satisfactory for the award of degree of Master

### JURY MEMBERS



.....  
**Prof. Dr. Khairi Ali Ausob Ali** (Supervisor)  
Near East University

Faculty of Economic and Administrative Science, Business Administration Department



.....  
**Assist. Prof. Dr. Haydar Ahmed** (Head of Jury)  
Near East University

Faculty of Economic and Administrative Science, Economics Department



.....  
**Assist. Prof. Dr. Ramyar Rezgar Ahmed**  
Near East University

Faculty of Economic and Administrative Science, Banking and Accounting Department

.....  
**Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer**  
Institute of Graduate Studies  
Director

## قرار لجنة المناقشة

نحن كأعضاء لجنة مناقشة طالب الماجستير رى ديار حسين صالح في رسالته الموسومة بـ " دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية - بالتطبيق على مستشفى رزكاري وجمهوري في أربيل" نشهد بأننا اطلعنا على الرسالة وناقشنا الطالب في محتوياتها بتاريخ 2021/08/20، ونشهد بأنها جديرة لنيل درجة الماجستير

## أعضاء لجنة المناقشة

.....  
الاستاذ الدكتور خير علي راسر علي ( المشرف )

جامعة الشارقة - ادنى

كلية العلوم الاقتصادية والادارية، قسم إدارة الاعمال

.....  
الاستاذ المساعد الدكتور دلدار حيدر احمد حيدر ( رئيس لجنة المناقشة )

جامعة الشرق الادنى

كلية العلوم الاقتصادية والادارية، قسم الاقتصاد

.....  
الاستاذ المساعد الدكتور امير رزكار احمد

جامعة الشرق الادنى

كلية العلوم الاقتصادية والادارية، قسم المالية والمحاسبة

.....  
الاستاذ الدكتور ك. حسنو جان باشير

معهد الدراسات العليا

المدير

## DECLARATION

I'm REDIYAR HUSSEIN SALIH; hereby declare that this dissertation entitled '**The role of administrative process engineering as an entry point for continuous improvement and its impact on the quality of health services - Applied to Rizgari and Jumhuri Hospitals in Erbil**', been prepared myself under the guidance and supervision of **Prof. Dr. Khairi Ali Auso Ali**, in partial fulfilment of the Near East University, Graduate School of Social Sciences regulations and does not to the best of my knowledge breach and Law of Copyrights and has been tested for plagiarism and a copy of the result can be found in the Thesis.

This Thesis is my own work. The responsibility of all claims, ideas, comments and suggestions contained in this thesis as well as translations belongs to the author. Under no circumstances or conditions does The Graduate School of Social Sciences to which the author affiliates do not bear the content and scientific responsibility of the thesis. All responsibilities for the work performed and published belong to the author.

- The full extent of my thesis can be accesible from anywhere.
- My thesis can only be accesible from the Near East University.
- My thesis cannot be accesible for (2) two years. If I do not apply for extention at the end of this period, the full extent of my thesis will be accesible from anywhere.

Date:20/08/2021

Signature

REDIYAR HUSSEIN SALIH

## الاعلان

أنا رى ديار حسين صالح، أعلن بأن رسالتي الماجستير بعنوان دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية - بالتطبيق على مستشفى رزكري وجمهوري في أربيل، كانت تحت إشراف وتوجيهات ' الاستاذ الدكتور خيرى علي اوسو علي، ولقد أعددتها بنفسى تماماً، وكل اقتباس كان مقيداً بموجب الالتزامات والقواعد المتبعة في كتابة الرسالة في معهد العلوم الاجتماعية. أؤكد بأنني أسمح بوجود النسخ الورقية والإلكترونية لرسالتي في محفوظات معهد العلوم الاجتماعية بجامعة الشرق الأدنى.

هذه الرسالة هي من عملي الخاص، وأتحمل مسؤولية كل الادعاءات والأفكار والتعليقات والاقتراحات والنصوص المترجمة في هذه الرسالة هي مسؤولية المؤلف. معهد العلوم الاجتماعية الذي أنتمي إليه ليس له أي تبعية أو مسؤولية علمية تحت أي ظرف من الظروف، جميع مسؤوليات المصنفات المنشورة المنشورة تخصني كمؤلف.

- المحتوى الكامل لرسالتي يمكن الوصول اليها من أي مكان.
- رسالتي يمكن الوصول اليها فقط من جامعة الشرق الأدنى.
- لا يمكن أن تكون رسالتي قابلة للوصول اليها لمدة عامين (2). إذا لم أتقدم بطلب للحصول على الامتداد في نهاية هذه الفترة، فسيكون المحتوى الكامل لرسالتي مسموح الوصول اليها من أي مكان.

التاريخ: 2021/08/20

التوقيع

رى ديار حسين صالح



## ACKNOWLEDGEMENTS

I am pleased to give this thanks to my father and mother who have kept up with my education and education since I started my life, and I thank everyone who studied or contributed to my teaching from the doctors of the Near East University and all the professors to whom the credit goes, after God Almighty, in teaching me the administrative sciences, and I also thank and appreciate the supervising professor On this humble research, **Prof. Dr. Khairi Ali Auso Ali**, who I ask God Almighty to add value to this science, and I also extend my thanks and appreciation to the esteemed professors, Dr. Ramyar, Dr. Dildar, Mr. Kawar, and also directed to the administration of the Near East University for their good provision and facilitation of services. For students and their assistance in all matters that would give them a comfortable space to study and seek knowledge in safety and order, and I thank the scientific councils for their keenness to develop the field of studies and encourage students of this division to study and continue seeking knowledge in the best and most wonderful atmosphere.

## شكر وتقدير

يسرني تقديم هذا الشكر لوالدي ووالدتي اللذان سهررا على تربيتي وتعليمي منذ أن بدأت حياتي، وأشكر كل من درسني أو ساهم في تدريسي من دكاترة جامعة الشرق الأدنى وكل الأساتذة الذين يرجع لهم الفضل بعد الله عز وجل في تلقيني العلوم الادارية، كما اقدم الشكر والتقدير للأستاذ المشرف على هذا البحث المتواضع الأستاذ الدكتور (خيري علي اوسو)، الذي اسال الله تعالى أن يضيف قيمة إلى هذا العلم، وكذلك اقدم شكري وتقديري الي الأساتذة الكرام كل من الدكتور راميار والدكتور دلدار و السيد كاوار وشكر موجه كذلك لإدارة جامعة الشرق الأدنى لحسن توفيرهم وتسهيلهم الخدمات للطلاب ومساعدتهم في كل الأمور التي من شأنها أن تخول لهم قضاءً مريحاً للدراسة وطلب العلم في أمان ونظام ، وأوجه الشكر للمجالس العلمية لحرصها على تطوير مجال الدراسات وتشجيعها طلاب هذه الشعبة على الدراسة ومواصلة طلب العلم في أفضل الأجواء واروعها.

## ABSTRACT

### **The role of administrative process engineering as an entry point for continuous improvement and its impact on the quality of health services Applied to Rizgari and Jumhuri Hospitals in Erbil**

The role of administrative process engineering as an entry point for continuous improvement and its impact on the quality of health services

After re-engineering the hospital business (through rethinking - procedures, technology, human resources) and the quality of health services.

Enable the problem of studying and health quality is the goal, to reach it we need to make many changes and support these changes with foundations, requirements, foundations and practical application of them. All of this can be embodied by modern administrative systems, foremost of which is business re-engineering, one of the most important results of which is quality, as well as speed, cost and low cost.

This study was built on a hypothetical model based on two main hypotheses that reflect the nature of the relationship between re-engineering and the quality of health services:

- 1 .There is a correlation between the re-engineering dimension and the health quality dimension.
- 2 .There is a significant effect between the re-engineering dimension and the healthy quality dimension.

The study model and its hypotheses were tested using multiple statistical methods in processing the data collected using the questionnaire form. The study reached a set of conclusions, the most important of which are:

- 1 .It turns out that technology has a significant and significant impact on the quality of health services.
- 2 .The well-trained, financially and morally supported human resource is able to provide health services to the fullest.

In its conclusion, the study included a set of necessary recommendations for the hospitals of the study community first, and for researchers in the field of re-engineering and quality secondly.

**Key words:** Process engineering, service quality, health services.

## ÖZ

### **Sürekli iyileştirme için bir giriş noktası olarak idari süreç mühendisliğinin rolü ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisi Erbil'deki Rizgary ve Jumhuri Hastanelerine Başvurdu**

Sürekli iyileştirme için bir giriş noktası olarak idari süreç mühendisliğinin rolü ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisi

Hastane işini (yeniden düşünme yoluyla - prosedürler, teknoloji, insan kaynakları) ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yeniden yapılandırdıktan sonra.

Amaç sağlık kalitesi sorunudur. Buna ulaşmak için birçok değişiklik yapmamız ve bu değişiklikleri temelleri, gereksinimleri, temelleri ve pratik uygulamaları ile desteklememiz gerekiyor. Tüm bunlar, başta kalite, hız, maliyet ve düşük maliyet olan en önemli sonuçlarından biri olan iş yeniden mühendisliği olmak üzere modern yönetim sistemleri ile somutlaştırılabilir.

Bu çalışma, yeniden yapılanma ve sağlık hizmetlerinin kalitesi arasındaki ilişkinin doğasını yansıtan iki ana hipoteze dayanan varsayımsal bir model üzerine inşa edilmiştir:

1. Değişim mühendisliği boyutu ile sağlık kalitesi boyutu arasında bir ilişki vardır.
  2. Değişim mühendisliği boyutu ile sağlıklı kalite boyutu arasında anlamlı bir etki vardır.
- Araştırma modeli ve hipotezleri, anket formu kullanılarak toplanan verilerin işlenmesinde birden fazla istatistiksel yöntem kullanılarak test edildi. Çalışma, en önemlileri olan bir dizi sonuca ulaştı:

1. Teknolojinin sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde önemli ve önemli bir etkisi olduğu ortaya çıktı.
2. Maddi ve manevi olarak desteklenen, nitelikli ve iyi yetişmiş insan kaynağı, sağlık hizmetlerini tam anlamıyla sunabilecek niteliktedir.

Sonuç olarak çalışma, öncelikle araştırma camiasının hastanelerine, ikinci olarak da yeniden mühendislik ve kalite alanındaki araştırmacılara yönelik bir dizi gerekli öneriyi içermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Süreç mühendisliği, hizmet kalitesi, sağlık hizmetleri.

## ملخص

### دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على مستشفى رزكاري وجمهوري في أربيل

دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلاً للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية بعد إعادة هندسة أعمال المستشفيات (من خلال إعادة التفكير - بالإجراءات، التكنولوجيا، الموارد البشرية) وبين بعد جودة الخدمات الصحية.

تمكن مشكلة دراسة والجودة الصحية هي المبتغى، للوصول اليه نحتاج الى إجراء تغييرات عديدة ودعم هذه التغييرات بأسس ومتطلبات ومرتكزات وتطبيق عملي لها. ويمكن تجسيد كل هذا بالنظم الادارية الحديثة والتي في مقدمتها إعادة هندسة الاعمال والتي أحد اهم نتائجها الجودة فضلاً عن السرعة والكلفة والمنخفضة وبنيت هذه الدراسة على نموذج افتراضي معتمد على فرضيتين رئيسيتين يعكس طبيعة العلاقة بين إعادة الهندسة وجودة الخدمات الصحية هما:

1. توجد علاقة ارتباط بين بعد إعادة الهندسة وبعد الجودة الصحية.
  2. يوجد تأثير معنوي بين بعد إعادة الهندسة وبعد الجودة الصحية.
- وتم اختبار أنموذج الدراسة وفرضياتها باستخدام الأساليب الإحصائية المتعددة في معالجة البيانات التي تم جمعها باستخدام استمارة الاستبيان وتوصلت الدراسة الى مجموع من الاستنتاجات أهمها:

1. أتضح ان تكنولوجية تؤثر معنوياً وبشكل كبير على جودة الخدمات الصحية.
2. ان المورد البشرية المدعوم مادياً ومعنوياً والمؤهل والمدرّب بشكل جيد قادر على تقديم الخدمات الصحية على الوجه الأكمل.

وفي خاتمتها قد تضمنت الدراسة مجموعة من التوصيات الضرورية للمستشفيات مجتمع الدراسة أولاً وللباحثين في مجال إعادة الهندسة والجودة ثانياً.

**الكلمات المفتاحية:** هندسة العمليات، جودة الخدمة، الخدمات الصحية.

## TABLE OF CONTENTS

<b>ACCEPTANCE/APPROVAL</b> .....	.
<b>DECLARATION</b> .....	.
<b>DEDICATION</b> .....	.II
<b>ACKNOWLEDGEMENTS</b> .....	.III
<b>ABSTRACT</b> .....	.IV
<b>ÖZ</b> .....	.V
<b>TABLE OF CONTENTS</b> .....	.VI
<b>LIST OF TABLES</b> .....	.VIII
<b>LIST OF FIGURES</b> .....	.IX
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPTER 1</b> .....	<b>2</b>
<b>THE METHODOLOGICAL FRAMEWORK OF THE STUDY</b> .....	<b>2</b>
1.1.1: Previous studies.....	2
1.2: Study Methodology .....	4
1.2.1: the study Problem .....	4
1.2.2: Objectives of the study .....	5
1.2.3: the importance of studying .....	5
1.2.4: study model.....	5
1.2.5: Study hypotheses .....	6
1.2.6: The limits of the study .....	6
1.2.7: Study tools .....	6
<b>CHAPTER 2</b> .....	<b>8</b>
<b>THEORETICAL FRAMEWORK OF THE STUDY</b> .....	<b>8</b>
2.1: Origin, development, concept and importance of re-engineering.....	8
2.1.1: Re-engineering concept .....	8
2.1.2: The importance and objectives of re-engineering.....	9
2.1.3: The relationship between re-engineering and other management concepts...	11
2.1.4: Principles and basic components of re-engineering .....	15
2.1.5: Stages and areas of re-engineering .....	18
2.2: Quality of health services .....	21
2.2.1: The concept and importance of the quality of health services .....	21

2.2.2: The importance of healthy quality.....	24
2.2.3: Reasons for interest in health services.....	25
2.2.4: Problems facing those responsible for planning health services.....	25
2.2.5: Principles and dimensions of the quality of health services .....	26
2.3: Health quality system and process characteristics of health services .....	29
2.3.1: health quality system.....	30
2.3.2: Characteristics of operations for health services .....	30
2.4: Re-engineering relationship with health quality .....	42
<b>CHAPTER 3 .....</b>	<b>46</b>
<b>THE PRACTICAL FRAMEWORK OF THE STUDY .....</b>	<b>46</b>
3.1: Description of the study community.....	46
3.1.1: The characteristics of the study sample .....	47
3.2: Description and diagnosis of the study variables .....	49
3.2.1: Description and diagnosis of re-engineering variables .....	49
3.2.2: Description and diagnosis of health quality variables .....	52
3.3: Test the study model and its hypotheses .....	54
3.3.1: Correlation Analysis .....	54
3.3.2: Analysis of the influence relationships between the study variables .....	54
3.3.3: Determine the most important variables .....	58
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>62</b>
<b>APPENDIX .....</b>	<b>69</b>
<b>PLAGIARISM REPORT.....</b>	<b>75</b>

## قائمة المحتويات

.....	قرار لجنة المناقشة
.....	الاعلان
ج.....	شكر وتقدير
د.....	ملخص
س.....	قائمة الجداول
ش.....	قائمة الاشكال
1.....	المقدمة
2.....	الفصل الاول
2.....	الإطار المنهجي للدراسة
2.....	1.1.1: الدراسات السابقة
4.....	2.1: منهجية الدراسة
4.....	1.2.1: مشكلة الدراسة
5.....	2.2.1: أهداف الدراسة
5.....	3.2.1: أهمية الدراسة
5.....	4.2.1: أنموذج الدراسة
6.....	5.2.1: فرضيات الدراسة
6.....	6.2.1: حدود الدراسة
6.....	7.2.1: ادوات الدراسة
8.....	الفصل الثاني
8.....	الإطار النظري للدراسة
8.....	1.2: نشأة وتطور ومفهوم وأهمية اعادة الهندسة



8.....	1:1.2: مفهوم اعادة الهندسة
9.....	2:1.2: أهمية وأهداف اعادة الهندسة
11 .....	3:1.2: العلاقة بين اعادة الهندسة والمفاهيم الادارية الاخرى
15 .....	4:1.2: المبادئ والمكونات الأساسية لإعادة الهندسة
18 .....	5:1.2: مراحل ومجالات إعادة الهندسة
18 .....	اولاً: مراحل إعادة الهندسة:
21 .....	2:2: جودة الخدمات الصحية
21 .....	1:2.2: مفهوم وأهمية جودة الخدمات الصحية
24 .....	2:2.2: أهمية الجودة الصحية
25 .....	3:2.2: أسباب الاهتمام بالخدمات الصحية
25 .....	4:2.2: المشاكل التي تواجه المسؤولين عن تخطيط الخدمات الصحية
26 .....	5:2.2: مبادئ وأبعاد جودة الخدمات الصحية
29 .....	3:2: نظام الجودة الصحية وخصائص العمليات للخدمات الصحية
30 .....	1:3.2: نظام الجودة الصحية:
30 .....	2:3.2: خصائص العمليات بالنسبة للخدمات الصحية
42 .....	4:2: علاقة إعادة الهندسة بالجودة الصحية
<b>46 .....</b>	<b>الفصل الثالث</b>
<b>46 .....</b>	<b>الإطار التطبيقي للدراسة</b>
46 .....	1:3: وصف مجتمع الدراسة
47 .....	1:1.3: خصائص عينة الدراسة
49 .....	2:3: وصف وتشخيص متغيرات الدراسة
49 .....	1:2.3: وصف وتشخيص متغيرات إعادة الهندسة

52	2.2.3: وصف وتشخيص متغيرات الجودة الصحية:.....
54	3.3: اختبار أنموذج الدراسة وفرضياتها:.....
54	1.3.3: تحليل علاقات الارتباط:.....
54	2.3.3: تحليل علاقات التأثير بين متغيرات الدراسة:.....
58	3.3.3: تحديد المتغيرات الأكثر أهمية:.....
60	الخاتمة.....
62	المصادر ومراجع.....
69	الملاحق.....
75	تقرير الانتحال.....

## List of Tables

Table 1: Explains the researchers' view of the importance and objectives of re-engineering .....	9
Table 2: Definition of hospitals, study community .....	46
Table 3 Distribution of questionnaire forms to the sample of the study population ..	46
Table 4: Distribution of the sample members according to age groups .....	47
Table 5 Distribution of the sample members according to gender .....	48
Table 6: Distribution of the sample members according to educational attainment .	48
Table 7: Distribution of sample members according to years of service .....	49
Table 8: Frequency distributions, mean, and standard deviation of the measures variable .....	50
Table 9: Frequency distributions, mean, and standard deviation of the human resource variable .....	51
Table 10: Frequency distributions, mean, and standard deviation of the technology variable .....	52
Table 11: Frequency distributions, mean, and standard deviation of the health quality dimension .....	53
Table 12: Correlation coefficient between re-engineering variables and health quality .....	54
Table 13 Analysis of the influence relationship between re-engineering and health quality .....	54
Table 14: Analysis of variance for health quality re-engineering.....	55
Table 15 The impact of rethinking procedures on health quality.....	55
Table 16 Analysis of variance of the effect model between health quality measures	56
Table 17: The impact of rethinking human resources on health quality .....	56
Table 18: Analysis of variance of the impact model between human resources and health quality.....	57
Table 19: The impact of technology on health quality.....	57

Table 20: Analysis of variance of the impact model between technology and health quality .....	57
Table 21: The effect of each variable of re-engineering on health quality.....	58
Table 22: Analysis of variance of the effect model between the variables of habit engineering and health quality .....	58
Table 23: t-test values for the most significant variables .....	59

## قائمة الجداول

- جدول 1: يوضح نظرة الباحثين لاهمية واهداف اعادة الهندسة ..... 9
- جدول 2: تعريف بالمستشفيات مجتمع الدراسة ..... 46
- جدول 3: توزيع استمارات الاستبانة على عينة مجتمع الدراسة ..... 46
- جدول 4: توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية ..... 47
- جدول 5: توزيع أفراد العينة حسب الجنس ..... 48
- جدول 6: توزيع أفراد العينة حسب التحصيل العلمي ..... 48
- جدول 7: توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة ..... 49
- جدول 8: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الإجراءات ..... 50
- جدول 9: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الموارد البشرية ..... 51
- جدول 10: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير التكنولوجيا ..... 52
- جدول 11: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لبعدها الجودة الصحية ..... 53
- جدول 12: معامل الارتباط بين متغيرات إعادة الهندسة وبين الجودة الصحية ..... 54
- جدول 13: تحليل العلاقة التأثيرية بين إعادة الهندسة والجودة الصحية ..... 54
- جدول 14: تحليل التباين لإعادة الهندسة الجودة الصحية ..... 55
- جدول 15: أثر إعادة التفكير بالاجراءات في الجودة الصحية ..... 55
- جدول 16: تحليل التباين لانموذج التأثير بين الإجراءات الجودة الصحية ..... 56
- جدول 17: أثر اعادة التفكير بالموارد البشرية في الجودة الصحية ..... 56
- جدول 18: تحليل التباين لأنموذج التأثير بين الموارد البشرية الجودة الصحية ..... 57
- جدول 19: أثر التكنولوجيا في الجودة الصحية ..... 57
- جدول 20: تحليل التباين لانموذج التأثير بين التكنولوجيا الجودة الصحية ..... 57
- جدول 21: أثر كل متغير من اعادة الهندسة على الجودة الصحية ..... 58
- جدول 22: تحليل التباين لانموذج التأثير بين متغيرات العادة الهندسة وبين الجودة الصحية ..... 58
- جدول 23: قيم اختبار t للمتغيرات الأكثر اهمية ..... 59

## List of Figures

Figure 1: Study Model.....	6
Figure 2: Continuous service improvement process.....	45

## قائمة الاشكال

رسم توضيحي 1: أنموذج الدراسة ..... 6

رسم توضيحي 2: عملية التحسين المستمر للخدمة ..... 45

## المقدمة

ان المستشفى سواء كانت حكومية او خاصة كاي مؤسسة اخرى تخضع لقوانين الادارة الخاصة بالمؤسسات الخدمية ولكن الخدمة في المستشفى لا يكون هدفها الربح المادى فقط بل في المقام الاول تقديم افضل رعاية للمريض وباسعار مناسبة والادارة بمفهومها العام والشامل تعنى التدبر في استخدام الموارد المتاحة لتقديم افضل خدمة وخفض التكلفة الى ادنى حد يحقق ربحية دون التضحية بجودة الخدمة المقدمة وعزم ارهاق المريض وتحملة مصروفات عالية وهو ما يعرف بالمعادلة الصعبة فى اى مشروع او مؤسسة وخاصة الخدمية منها كالمستشفى سواء كانت حكومية او خاصة.

وكل الجوانب السابقة الذكر تصب في محور دراستنا الاول، اعادة هندسة اعمال المستشفيات، إذن نحن بحاجة الى اعادة الهندسة لانها حقيقة وواقع لا بد منه، وأن جهلنا بأي حقيقة كانت سوف يستمر الى الابد. مالم يكن هناك استعداد لمواجهة هذه الحقائق، من خلال التطبيق على الواقع ومعرفة النتائج.

فقد أصبح تبني أسلوب الجودة في المؤسسات صحية و منها مستشفيات متطلبا اساسيا تحرص على تبنيه معظم الدول النامية المتقدمة وتؤكد عليه مختلف هيئات و المنظمات كمنظمة صحية العالمية، فقد شهد السنوات الأخيرة تغيرات لقطاع صحي العام و لعل من أهم هذه التغيرات تبني تطبيق جودة الخدمة.

ولبناء هذه الدراسة بشكل متكامل فقد اشتملت على خمسة فصول اشتمل الفصل الأول على خمس مباحث، الاول مفهوم وأهمية إعادة الهندسة، الثاني العلاقة بين إعادة الهندسة والمفاهيم الإدارية الاخرى، الثالث عوامل نجاح وأسباب فشل إعادة الهندسة، الرابع مبادئ ومكونات إعادة الهندسة، الخامس مراحل ومجالات إعادة الهندسة.

وتكون الفصل الثاني من أربع مباحث المبحث الأول تناول مفهوم وأهمية الجودة، الثاني وضح مبادئ وأبعاد الجودة، الثالث بين الجودة في الخدمات الصحية أما الرابع حدد العلاقة بين إعادة الهندسة والجودة الصحية.

وتناول الفصل الثالث منهجية الدراسة من خلال مبحثين تضمن الاول الدراسات السابقة وجاء في الثاني المشكلة الأهداف الأهمية.

وحدد الفصل الرابع الاطار التطبيقي للدراسة ومن خلال ثلاث مباحث وتضمن الاول وصف مجتمع الدراسة، والثاني تناول وصف وتشخيص متغيرات الدراسة، اما الثالث فركز على تحليل علاقات الارتباط والتأثير بين متغيرات الدراسة.

واخيرا جاء الفصل الخامس بالاستنتاجات والتوصيات.



## الفصل الاول

### الإطار المنهجي للدراسة

#### 1.1.1: الدراسات السابقة

تعد الدراسات السابقة موردا مهما لتوجهات افكار الباحثين المستقبلية. وذلك لما توفره لهم هذه الدراسات من مسارات للطريق التتبعي لدراسة مشكلات معينة وكيفية تحليلها، والهدف والاهمية من هذه الدراسة وبيان الاستنتاجات والتوصيات التي تم التوصل اليها وما هي نقاط التماثل والتكامل او التباين في هذه الدراسات.

وفيما يأتي عرض لدراسات تناولت بعدي متغيري:

اولاً: دراسات اعادة الهندسة:

1. دراسة (الهاشمي: 2003):

"دور تقانة المعلومات في اعادة هندسة العمليات الادارية دراسة حالة في كلية الادارة والاقتصاد جامعة الموصل"

تبنت هذه الدراسة منطقا افتراضيا يشير الى ان حيازة كلية الادارة والاقتصاد – جامعة الموصل لعدد من التقانات المتطورة في مجال المعلوماتية يتطلب اعادة هندسة العمليات الادارية. واعتمدت الباحث اسلوب دراسة الحالة في عملية جمع البيانات والمعلومات، فضلا عن اسلوب المقابلات الشخصية لعدد من مسؤولي الكلية. وخرجت الدراسة بنتائج أهمها أن تقانة المعلومات تمثل الاستعداد الاولي لاعادة الهندسة.

2. دراسة (Larry: 2016):

"الموارد البشرية التوقف الاول لاعادة الهندسة" " Human Resources: first stop for "Beengineers"

تضمنت هذه الدراسة عرضاً لعدد من التجارب قامت بتنفيذها منظمة عالمية لاغراض استخدام أنظمة الموارد البشرية الحديثة بوصفه منهجاً جديداً تعتمد لمواكبة عملية التغيير والتحديث وذلك باعتبارها بمثابة المركز الرئيسي لعملية إعادة الهندسة في تلك المنظمات وذلك بالتأكيد على ضرورة العمل على شكل فريق واحد وتبني صيغ جديدة لوحدة الوظائف وعمليات صرف الرواتب وطرق تقويم الأداء، ونيل الترقيات.. وغيرها باستخدام التقانات الحديثة لتلك المنظمة، بما يقود الى رسم صلاحيات وادوار جديدة والرقى الى مستوى متقدم في الاداء الوظيفي لدى جميع الافراد العاملين مدراء وموظفين.

**ثانياً: دراسات الجودة:**

### **1. دراسة (الحليم والشلبي: 2009):**

**"مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية: دراسة تقييمية من وجهة نظر الاطباء العاملين فيها"**

هدفت الدراسة الى استطلاع اراء الاطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الاردنية في مراكز المحافظات وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي الأردني، سواء اكانت متعلقة بالمباني ذاتها، ام الكوادر البشرية، ام التكنولوجيا، ام الاجراءات الادارية. واوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها، زيادة المبالغ المخصصة لتمويل الابنية والمرافق الصحية، اعتماد معيار الكفاءة اساساً للتعيين في القطاع الصحي، الاعتماد في ادارة المستشفيات على ادارتين متخصصتين في مجال ادارة المستشفيات.

### **2. دراسة (Gitlow & Melby: 2010):**

**Frame work for continuous quality improvement int the provision of "**  
**"pharmaceutical care**

**إطار عملي لتحسين الجودة المستمر في نشاط توفير الخدمات الصيدلانية**

ركزت الدراسة على كيفية تطبيق مبادئ تحسين الجودة المستمر في منظمات الخدمات الصحية. وان تحسين الجودة المستمر يؤدي الى سلسلة من النتائج المترابطة فعند تحسين الجودة تنخفض التكاليف بسبب انخفاض الحاجة الى إعادة التصنيع وانخفاض عدد الاخطاء والتأخيرات وايضا الاستخدام الامثل للموارد البشرية والمادية وهذه الامور كلها تؤدي الى تحسين الانتاجية. واعتمدت الدراسة تطوير وتقنين وتطبيق طرق معيارية (قياسية) واستخدم الادارة اليومية وادارة التداخل العملي وادارة السياسات وادارة القسمية وحلقات التحكم في الجودة. وذلك للمحافظة على الطرق المعيارية وتحسينها.

### 3. دراسة (Rawlinson & Grews: 2014):

"المدخل الى جودة الخدمات الصحية في المناطق الريفية لزوم الخدمات الطبية" تهدف هذه الدراسة الى تحسين المدخل الشامل للعناية بالخدمة الصحية عالية الجودة، من خلال افتراض ان الخدمات الطبية الضرورية هي مثل المظلة لاستمرار الخدمات الصحية، فتجهيز الخدمات الطبية الضرورية وتوفيرها في المستشفى سوف يخدم شبكة عمل تكوين من الافراد الذين يجهزون المرضى بالعناية الطبية الضرورية وبسرعة، وتوصلت الدراسة الى تقليل نسبة الاشخاص الذين يتأخرون او يجدون صعوبة في الحصول على العناية الطبية، وزيادة عدد الاشخاص الذين يدخلون الى المستشفى ويحصلون بسرعة على الخدمات الطبية الضرورية. واكدت الدراسة ايضا على التامين الصحي لانه يعد عاملا مهما يؤثر بشكل كبير على صحة الاشخاص.

### 4. دراسة (Aldana, piecnulek & Al-Sabir: 2016):

"رضا الزبون وجودة العناية الصحية في ريف بنغلادش"

أنجزت هذه الدراسة من خلال اطار متكامل ومشارك لبرنامج تطوير الصحة العائلية وبالاعتماد على عينة عشوائية مكونة من (1913) شخص، وابعاد الدراسة ابعاد تقييمية في

النتائج الطبية، والكلف ورضا الزبون، اذا هدفت الدراسة الى تقييم الجودة الصحية من خلال الابعاد الثلاثة المذكورة سابقا. وظهر أن الموائمة بين الحاجات الطبية والحاجات النفسية الاجتماعية والتاكيد على رضا الزبون هو الاساس لجودة الخدمات الصحية ( Agency for Health care poliy and ) (Research).

#### 2.1: منهجية الدراسة

##### 1.2.1: مشكلة الدراسة

والجودة الصحية هي المبتغى، للوصول اليه نحتاج الى إجراء تغييرات عديدة ودعم هذه التغييرات بأسس ومتطلبات ومرتكزات وتطبيق عملي لها. ويمكن تجسيد كل هذا بالنظم الادارية الحديثة والتي في مقدمتها اعادة هندسة الاعمال والتي احد اهم نتائجها الجودة فضلا عن السرعة والكلفة والمنخفضة.

ونلاحظ ان اغلب الدراسات ابتعدت عن ربط متغير الجودة الصحية باعادة هندسة الاعمال. ومن هذا المنطلق تم تحديد مشكلة الدراسة بالامثلة الاتية.

1. هل تمتلك علاقة بين اعادة الهندسة والجودة الصحية.

2. ما هو تأثير واسهام اعادة الهندسة على جودة الخدمات الصحية.

3. هل لدى ادارة المستشفى القدرة على توفير متطلبات اعادة الهندسة من اجل تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة العالية.

### 2.2.1: أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة الى تحقيق جملة اهداف تتمثل بالاتي:

1. التعرف على طبيعة اعادة هندسة أعمال المستشفيات من خلال اعادة التفكير بالاجراءات، الموارد البشرية، التكنولوجيا.
2. اعطاء صورة واضحة عن جودة الخدمات الصحية وابعادها.
3. التعرف على مدى امكانية تطبيق اعادة هندسة اعمال المستشفيات.
4. تحديد وتحليل العلاقة والأثر بين بعدي الدراسة.
5. توفير اطر نظرية مدعومة بالتطبيق على الواقع لدراسات مستقبلية من خلال التوصيات وبالاعتماد على النتائج التي سيتم التوصل اليها.
6. تعريف الموارد البشرية بصورة عامة بمظاهر إعادة الهندسة ومبادئها ومكوناتها ومراحلها.

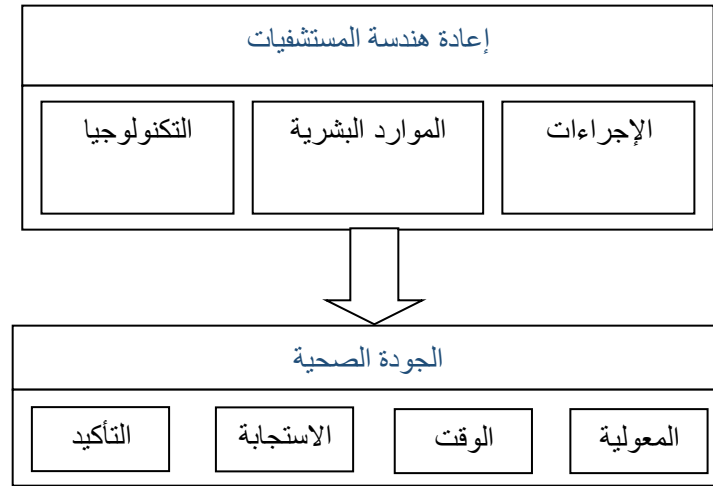
### 3.2.1: أهمية الدراسة

تنطوي أهمية الدراسة ضمن الاتجاهات الآتية:

- أ. **الاتجاه الاكاديمي:** تتجسد أهمية الدراسة أكاديميا في إثراء وإغناء المكتبة العراقية بصورة خاصة، والمكتبات العربية بصورة عامة بالمفاهيم الادارية الحديثة وضمن اطار نظري مفهومي تكاملي واطار تطبيقي لعلاقة إعادة هندسة أعمال المستشفيات بالجودة الصحية.
- ب. **الاتجاه الميداني:** العمل على توجيه الميدان المبحوث لتتناول مثل هذه الموضوعات الحديثة وتطبيقها بقصد الاستفادة منها في تحسين الخدمات.

### 4.2.1: أنموذج الدراسة

نمذجت الدراسة الحالية ببناء انموذج افتراضي يوضح العلاقة والتأثير بين بعدي الدراسة المتمثلة بإعادة هندسة الأعمال وبين الجودة الصحية وكما هو موضح في المخطط الاتي:



### رسم توضيحي 1: أنموذج الدراسة

#### 5.2.1: فرضيات الدراسة

أستندت الدراسة على فرضيتين رئيسيتين هما:

\* **الفرضية الرئيسية الأولى:** توجد علاقة ارتباط معنوية بين إعادة هندسة وباعادة التفكير في (بالإجراءات وبالموارد البشرية والتكنولوجيا) اعمال المستشفيات الجودة الصحية.

\* **الفرضية الرئيسية الثانية:** يوجد تأثير معنوي بين إعادة هندسة الاعمال في (بالإجراءات وبالموارد البشرية والتكنولوجيا) والجودة الصحية.

#### 6.2.1: حدود الدراسة

اشتملت الدراسة على نوعين من الحدود هما:

1. **الحدود المكانية للدراسة:** وتمثلت بمستشفى رزكار وجمهوري في محافظة أربيل.
2. **الحدود الزمانية للدراسة:** انحصرت حدود الدراسة الزمانية وفي الفترة الواقعة ما بين شهر أذار 2021 وحتى شهر اب 2021.

#### 7.2.1: ادوات الدراسة

الادوات البحثية التي استخدمت لغرض اتمام الجانب النظري والتطبيقي كانت كما يأتي:

1. **الجانب النظري:** حيث تم الاعتماد في الجانب النظري على العديد من المصادر العربية والاجنبية تمثلت بالمراجع العلمية من مؤتمرات ودراسات، كتب بحوث الدوريات وشبكة الانترنت.

2. الجانب التطبيقي: حيث تم اللجوء الى الوسائل الاتية لاغراض جمع البيانات الخاصة بالجانب التطبيقي.

أ. استثمار الاستبانة: اعتمدت استثمار الاستبانة بوصفه اداة رئيسة للحصول على البيانات من عينة الدراسة وذلك من خلال توزيع (90) استثمار حيث بلغ عدد الاستثمارات المسترجعة (80) أي بنسبة (88.8). وتكونت الاستثمار من ثلاثة اجزاء رئيسة وكما موضح في الجدول الاتي:

وتم اختبار الاستبانة لمعرفة الصدق الظاهري وذلك من خلال عرضها على مجموعة من الخبراء المختصين في العلوم الادارية، لاستطلاع آرائهم القيمة حول متغيرات الدراسة ووضوح فقراتها ومدى ملائمة المقياس المستخدم (مقياس ليكرت الخماسي)، وأخذت الالباحث بآرائهم السديدة من خلال اجراء التغيير (وذلك بإضافة او حذف) وبالاعتماد على توصيات الخبراء وبما يتلائم ومتطلبات الدراسة.

وأیضا تم اختبارها (الاستبانة) بعد التوزيع وذلك للتأكد من صدق محتويات الاستبانة وذلك من خلال قياس ثبات الاستبانة، عن طريق قياس الاتساق الداخلي، ولهذا الغرض تم استخدام مقياس (كرومباخ ألفا) على مستوى بعد إعادة هندسة الأعمال (الثلاثة) او بعد الجودة الصحية، في حين بلغ معامل الفا (80%) على مستوى البعدين الرئيسين، وتعد هذه النسب مقبولة في المقاييس الوصفية.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري للدراسة

#### 1.2: نشأة وتطور ومفهوم وأهمية إعادة الهندسة

##### 1.1.2: مفهوم إعادة الهندسة

نلاحظ ان مصطلح إعادة الهندسة Re. Engineering يتألف من شطرين هما Re ويقصد بها الإعادة أي (again) او ثانية او من جديد. أما engineering فتعني الهندسة وهي تطبيق للقواعد الرياضية والعلمية لغرض الحصول على نتائج عملية مثل التصميم، البناء، التركيب. (الجزراوي، 2000: 6).

وتعد إعادة الهندسة اسلوب اداري جديد، حيث تعنى بالعمليات وبالمنظمات والأعمال التي يؤديها العاملون في تلك المنظمات (مياجان، 2002: 3).

وقد عرفت إعادة الهندسة بتعاريف عديدة وردت في كتب وبحوث ودراسات الباحثين وكل حسب وجهة نظره معتمدين بذلك على مجال دراستهم وخلفياتهم النظرية والعلمية.

وعد (Shafer & Meredith, 1998: 106) إعادة الهندسة بأنها عملية الابداع في إعادة تصميم عملية الاعمال. واتفق معهما (Kreitner, 1995: 214) بينما اعتمد (Krajewski, 96: 14) على تعريف إعادة الهندسة بأنها إعادة التصميم الجذرية لعمليات الاعمال الاساسية وهي فلسفة هدفها التغيير ورفض الطرق القديمة التي تؤدي بها الأعمال باستمرار بحيث تبدأ العمليات من الصفر وباستخدام قيادة ادارية حازمة وتكنولوجيا حديثة.

وجاء (Kotler, 2000: 45, 27) بالتعريف الاتي: تعد إعادة الهندسة جوهر عملية الاعمال من خلال التركيز على اقسام الوظائف وإعادة التنظيم عبر عمليات اساسية والكل يدار من جانب فرق العمل المتعددة. وعرفها ايضا (Pressman, 2000: 757) بأنها البحث عن تغيير جذري من اجل تحقيق نتائج تفتح الافاق امام جديد إعادة الهندسة.

ووصفها (Daft, 2001: 373) بأنها مشاريع شبه ادارية تشمل اعادة التصاميم بشكل جذري لعمليات أي مؤسسة وذلك لتحقيق تغيرات مستمرة في الايدي العاملة، الهيكلية، التقنية المعلوماتية، لانتاج اداء منسق وكذلك اجراء التحسينات في الخدمة والنوعية والكلفة.

وعرفت اعادة الهندسة من جانب (Daft & Noe, 2001: 558) بوصفها انتهاج اسلوب معين بعد ان نضع جانبا كل الملاحظات الخاصة بكيفية اداء العمل واتمامه الان، والنظر في كيفية تحسينه وتصحيحه نحو تحقيق اداء مثالي.

## 2.1.2: أهمية وأهداف اعادة الهندسة

من المعلوم ان كل موضوع يتم دراسته وبحثه لا بد ان يكون هناك اهمية واهداف لهذا الانجاز، والا ما الذي يدفعنا الى بذل الوقت والجهد في اتجاه لا يعود علينا باي نفع. فموضوعنا هذا من المواضيع التي تمكن إيجاد حلول جذرية لكل العقبات التي تواجه سير العمل خاصة اذا ما تم تطبيقه بصورة صحيحة. وبالاعتماد على تحليل العمليات المختلفة، ومن ثم اعطاء رؤية شاملة لاسلوب العمل بالمنظمات. كما ان اعادة الهندسة تساعدنا على الخروج من الروتين، والنظرة الضيقة للعمل وعدم الشمولية. (عبد الحفيظ، 2003: 13). ويمكن توضيح هذه الاهمية وفق الجدول الآتي:

### جدول 1: يوضح نظرة الباحثين لاهمية واهداف اعادة الهندسة

ت	المصدر	الاهمية والاهداف
1	Ovenden, 1994: 57	حصول ادخارات واسعة في التكاليف والنشاط وتحقيق تحسينات في الخدمات المقدمة للزبائن.
2	Hammer & Champy, 1995: 20	وحدد هامر وجانبي أن أهمية إعادة الهندسة تكمن بالتمييز بين ثلاث منظمات: 1. المنظمات ذات الوضع المتدهور والتي تجد نفسها وسط مشاكل كبيرة لأنها تواجه ارتفاعا كبيرا في التكاليف. 2. المنظمات التي تتوقع اداراتها بلوغ الانحدار المنظمي في الوقت القريب. 3. المنظمات التي بلغت قمة التفوق والنجاح والتي تتوقع اداراتها ضعف في مواجهة المشاكل مستقبلا.
3	الحناوي والسيد، 1999: 223	المرونة في انجاز الخدمة -القدرة التنافسية- تكنولوجيا متطورة لسرعة انجاز الاعمال-تقديم الخدمات بجودة عالية.
4	اللوزي، 1999: 268	تقليل الوقت المستخدم في تقديم الخدمة، ترسيخ قيم التعاون وتظافر الجهود، اعطاء العاملين استقلالية اكثر اثناء تأديتهم لاعمالهم بدلا من الرقابة المستمرة، التقييم يكون على اساس النتائج وهذا يؤدي الى تقديم الخدمة بافضل جودة، اداة لتطوير المنظمات.



5	القريوتي، 2000: 344	زيادة الربحية والعائد، حصة سوقية اكبر. تحقيق التكاليف السرعة والدقة في العمل، تقليل معدل دوران العمل، زيادة راس المال.
6	جمعة، 2000: 436	1. الاهتمام بالعملية للحصول على افضل مستوى ممكن. 2. كسر القواعد وأساليب العمل القديمة والاعتماد على الاساليب الحديثة لمواكبة التطورات. 3. الاستخدام الابتكاري لتكنولوجيا المعلومات. 4. أن الطموح والرغبة في التفوق بامتلاك ميزة تنافسية تدعم السبق والريادة للمنظمة في بيئتها الديناميكية.
7	الجزراوي، 2000: 193	ازالة العمليات التي تسبب الهدر بالكلفة. تطوير الخدمات المقدمة للزبون. كفاءة افضل، انتاجية عالية.
8	القصيمي، 2001: 39	تقرير مستوى رضا الافراد العاملين في المنطقة، خلق التفكير الابداعي من خلال طرح افكار جديدة، تحسين اقتصاديات الاداء من خلال تقديم انتاج اكبر وبطاقة اقل.
9	Daft , 2001: 373	تعطي مسار لكيفية تحسين وتصميم العمل، الوصول الى اداء مثالي تقليل الضائع وكذلك الفراغ الموجود والاطفاء الناتجة عن الاعمال العشوائية.
10	Rigby (حسن وكنعان، 2002: 449)	اعادة تفكير اساسية في طرق العمل تؤدي الى تحسين الانتاجية وتقديم خدمات ذات جودة عالية.
11	محبوب، 2003: 199	سرعة انجاز الخدمة. تحقيق قيمة مضافة. مواجهة التغيرات الحاصلة بكفاءة وفاعلية.
12	الهاشمي، 2003: 47	سيادة روح العمل الجماعي بين جميع افراد المنظمة. التنوع المنطقي للعمليات الادارية، الدمج بين المركزية واللامركزية بوصفه نظاما معتمدا.

المصدر: من اعداد الالباحث.

يتضح من الجدول أعلاه تعدد وتباين أهداف وأهمية إعادة الهندسة لدى الباحثين وتراوحت بين كونها أداة أو وسيلة لتطوير المنظمة وأساس لقبائها وبين اعتمادها ضرورة لا بد منها ومما تقدم يرى الالباحث ان أهمية إعادة الهندسة تكمن في

1. يمكن تطبيق إعادة الهندسة في كافة المنظمات سواء اكانت خدمية أم انتاجية وفي كافة مجالات الحياة.
2. أن الذي يميز إعادة الهندسة انها تستخدم من جانب المنظمات القائمة. والتي لا تزال قيد العمل. وهذا يعني أن المنظمة مدعومة بأسس وقواعد سواء اكانت مادية او معنوية وبالاعتماد على هذه الاسس تقوم ببدء العمل من جديد وكان المنظمة انشأت لأول مرة.
3. تساعد في إنجاز الأعمال بأقل وقت وبأقل كلفة ممكنة.
4. زيادة الربحية وذلك لانخفاض التكاليف.
5. تقديم افضل الخدمات وبجودة عالية.

6. توفر للمنظمة ميزة تنافسية اذا ما تم التطبيق بشكل كفوء.

7. تعد نوعا من الاستراتيجيات المتطورة.

8. تمكن المنظمة من اعتماد تكنولوجيا متطورة

### 3.1.2: العلاقة بين اعادة الهندسة والمفاهيم الادارية الاخرى

ونلاحظ هناك لبس وعدم وضوح لمصطلح اعادة الهندسة، وبعضهم يترجم (Reengineering) الى ترجمات غير متطابقة مع المضمون مثل اعادة البناء، اعادة التنظيم، اعادة التصميم. اعادة التطوير الخ. ولازالة هذا اللبس وهذه الضبابية سنعرض في هذا المبحث بعض من هذه المفاهيم وما يقصد بها.

#### اولاً: إعادة التفكير Rethink

يرى (Looy & etal., 2003: 273) ان اغلب المنظمات تعيد التفكير في اعمالها عندما تواجهها صعوبات او مشاكل أو تغيرات مفاجئة وان الشائع والموجود لدى المنظمات انها تركز على العمل المدروس حيث تتابع مجرى اعمالها من خلال تقييمها لنفسها. ومن ثم مقارنة اعمالها المنجزة مع الاهداف والتوقعات المخططة فتقوم بمعرفة نقاط القوى والضعف (Powerness, Weaknees) والبحث في المتغيرات المسببة لها. مثلاً هل هناك عملية او نشاط في المنظمة يتم انجازه ولا يضيف قيمة في الخدمة أو المنتج المقدم، ففي هذه الحالة يتم وضع بطاقة هدر على هذا العمل (أي طاقة مهدرة) من هنا يتم اعادة التفكير فيما تنجزه المنظمة من اعمال او أنشطة. حيث نجد ان المنظمة تبدأ باعادة التفكير ما ان تجد في مسار عملها عقبة او مشكلة.

ان اعادة التفكير عمل مستمر ويومي ما دامت المنظمة قائمة وتعمل في ظل بيئة متغيرة وسريعة التطور، وهو أكثر المصطلحات استعمالاً بالنسبة للمنظمات ويشمل كل نواحي العمل فيها.

#### ثانياً: اعادة التصميم

عندما يكون هناك انحراف بين الاداء الفعلي والاداء المعياري المثبت في مرحلة التخطيط معنى ذلك ان هناك تجاوزاً على ما هو محدد وهنا يكون التعديل (Modification) واذا كان التعديل البسيط غير كاف فان اعادة التصميم تفي بالغرض المطلوب بواسطة الاعتماد على الخطوات المتسارعة ( Previous steps) (الجزراوي، 2000: 12). ان اعادة التصميم تعتمد على الابداع والتجديد والابتكار وغالباً ما يستخدم في المنظمات الصناعية، اما في المنظمات الخدمية فيقتصر في اغلب الحالات على الاوامر والنماذج الادارية.

### ثالثاً: إعادة البناء

بعض الكتاب العرب والباحثين يترجمون مصطلح اعادة الهندسة باعادة البناء لكن هذا غير صحيح، فلو نظرنا الى المعنى التجريدي لمفهوم اعادة البناء لوجدنا انه يشمل الابنية، فمثلا يتم اعادة بناء من اجل التوسع او الانكماش، لكن ماذا نقصد باعادة بناء المنظمات؟

ان اعادة بناء المنظمات يعتمد على العمليات التي تعكس الاهداف التنظيمية ويرى الباحثون والكتاب الذين يركزون على تغيير البناء الاجتماعي للمنظمة على ان تغيير هذا البناء سيتبعه تغير في الافراد، وبالاعتماد على تغيير التصميم الهيكلي، تغير اليات التنسيق، وتغيير توزيع السلطات. والجهات المستهدفة من اعادة البناء هي. البناء التنظيمي، العمل، الافراد، الثقافات، وهذه المجالات مترابطة ومتفاعلة مع بعضها. (الجزراوي، 2000: 16).

### رابعاً: إعادة التنظيم

ان عملية اعادة التنظيم تشير الى العمليات والجهود الهادفة الى تحسين اداء الجهاز الاداري. من خلال اعادة النظر في الهياكل التنظيمية. وذلك من حيث توزيع الاختصاصات بين الوحدات الادارية من اجل الحد من تداخل الاختصاصات والحيلولة دون الازدواجية في العمل، وتحقيقا لدرجة اكبر من التعاون والتجانس فيما بينهما. (القيوتي، 2001: 15).

وتهدف محاولة اعادة التنظيم الى احداث نوع من التغيير في الهيكل التنظيمي للمنظمة ويتبع هذا تغيير في المستويات الادارية وميزان القوى، وتوزيع الموارد المالية والبشرية، وقد يكون هذا تغييرا بسيطا او تغييرا جذريا ورئيسا يمس بعض او جميع الوحدات الادارية، وهذا يتطلب اتخاذ اجراءات رسمية وغير رسمية كتعيين موظفين جدد. ونقل او انتهاء خدمات بعض الموظفين الحاليين، او دمج بعض الوحدات والاقسام الادارية وتغيير مستواها التنظيمي، او الغاء بعض الوحدات. وقد يتطلب ايضا اصدار قرارات تشريعية وادارية جديدة تتعلق بهذه التغيرات. (الملحم، 2000: 8).

ان نقطة التلاقي بين اعادة الهندسة واعادة التنظيم تتجسد في تقارب اولويات واهداف المصطلحين. مثل الغاء الهياكل الهرمية واعتماد الهياكل الافقية. ان اعادة التنظيم ينتج عنها تنظيم اداري جديد لكن يشرف على نفس العمليات القديمة على حين اعادة الهندسة تلغي التقسيم السابق للعمليات (هامر، 1995: 31).

### خامساً: إعادة الهيكلة (Re structuring)

وهي أكثر الحلول الجذرية شمولاً وعمقاً في التغييرات وقد شمل إعادة الهيكلة التحول من التنظيم الوظيفي إلى أسس أخرى تحددها المنظمة وحسب حاجاتها وتقوم إعادة الهيكلة على أساس إعادة تنظيم هيكل المنظمة لتحسين مستوى الأداء ومن ثم جودة الخدمة (الجزراوي، 2000: 19).

فقد تؤدي استحداث وحدات إدارية جديدة أو دمج بعض وحدات قائمة مع بعضها بوحدات إدارية جديدة مما ينتج عنه رفع كفاءة المستويات التنظيمية (الهاشمي، 2003: 55).

وتكون إعادة الهيكلة ضرورة ملحة عندما يواجه الأفراد العاملين المزيد من التحديات والمسؤوليات في العمل ويشمل ذلك إقحام الأفراد بشكل كبير في العمل وأن ذلك سوف يساعدهم كثيراً في تحقيق أهدافهم فضلاً عن مساندة المؤسسة في تحقيق أعلى المستويات الإنتاجية وبجودة متميزة (Daft, 2001: 558).

ويمكن اعتبارها وسيلة تطويرية جيدة وفعالة إلا أنها غير شاملة لأنها تشمل الهيكل التنظيمي فقط وفي الوقت الحاضر بدأ التأكيد على إعادة الهيكلة وهي ضمن نطاق إعادة الهندسة لغرض التخلي عن الوسائل القديمة، وهي ضرورة من ضرورات الحياة المنظمة وذلك لما تواجه المنظمات من تغييرات مستمرة ومتسارعة. وعادة المنظمات تكون بحاجة إلى إعادة هيكلة أعمالها وممارساتها التسويقية لتحقيق تغييرات شاملة في بيئة أعمالها مثل إعادة التمويل، إعادة الاتصالات وتجزئة السوق (Kotler, 2000: 680) ويمكن إعادة الهيكلة في قطاعات الصحة، النقل، الاتصالات.

مما تقدم يرى الباحث أن إعادة الهيكلة هي ضرورة لمواجهة التحديات التي تواجه الإدارة وتفيد في المنظمات الخدمية وهي وسيلة تطويرية وكفؤة لأنها تقلل التكاليف وتحسن جودة الخدمة وذلك لاستبعادها الأعمال الروتينية غير الضرورية والاعتماد على القفزات والطفرات التكنولوجية السريعة.

### سادساً: إعادة الترتيب (Re configuring)

إن إعادة هندسة عملية الأعمال تتعلق بإعادة ترتيب الموارد والأنشطة لإنجاز التحسينات الفائقة في الأداء. بواسطة إعادة الترتيب يمكن تحقيق فائدتين رئيسيتين هما:

1. تخفيض التكاليف الرئيسية

2. انسيابية المعلومات بشكل أكثر دقة وصحة (الجزراوي، 2000: 22).

### سابعاً: إعادة التطوير (Re development)

يشير مصطلح إعادة التطوير بأنه إضافة تحسينات على شيء موجود أصلاً وليس مخترعاً جديداً (شريف، 2002: 146) وظهر مفهوم التطوير التنظيمي في الأونة الأخيرة من هذا القرن وأصبح مفهوماً شاملاً

وإلزاميا ومخططا هادفا. يعمل على رفع الكفاءة والفاعلية ويشمل جميع جوانب التنظيم الهيكلية، التقنية، السلوكية، المهام، الاجراءات، الاداء. ويعد العنصر البشري اساس عملية التطوير لانه هو المسؤول عن التخطيط والتنفيذ (اللوزي، 1999: 281).

ان اعادة الهندسة تبدو مشجعة اكثر مع عمليات التطوير التنظيمي. فقد رأى ( French & Bell, 1999: 231) العلاقة بين اعادة الهندسة والتطوير التنظيمي في النقاط الآتية:

1. إذا الإدارة العليا لجأت الى اعادة الهندسة والتطوير التنظيمي للموارد البشرية. لذا فان الأفراد بإمكانهم ان يتنافسوا لجعل العملية حيوية قدر الامكان.
2. هؤلاء الذين يدافعون عن القيم النوعية للتطوير التنظيمي والعمليات بإمكانهم النظر في مناهج مشاركة (التزام) العاملين في كل المستويات في أي جهد لاعادة الهندسة.
3. الأفراد مع مهارات التطوير التنظيمي بإمكانهم المساعدة في اظهار الفرق الجديدة لتكون اكثر فاعلية والفرق الفاعلة المتعددة الانواع قد تبدو لان تكون مهمة لانجاح تنفيذ اعادة الهندسة.
4. المعرفة اللازمة للتطوير التنظيمي عن كيفية تصميم وتنفيذ الهياكل المتوازية نوقشت بشكل مبكر في موضوع اعادة الهندسة. واكد (الشيخ، 1997: 8) على ان عملية التطوير والاصلاح الاداري تتم من خلال ما يأتي:

أ. إعادة هيكلة الأسس والتعليمات في مجال التنظيم الاداري.

ب. اعتماد هيكل تنظيمي جديد.

ج. تنمية الموارد البشرية. وبما يتماشى والتطورات الحاصلة في الادارة.

وتتجسد إعادة التطوير في اغلب الاحيان بالتطورات التكنولوجية الحاصلة من الظواهر الفاعلة بالتطوير سيما وان هذه التطورات من شأنها ان تعمق أبعاد النهوض في الكفاءة التشغيلية وزيادة الانتاجية وتحسين الجودة للخدمة والمنتج. (حمود، 2002: 186).

### ثامناً: إعادة الفحص (Re examining)

ان اعادة الفحص هي احدى اسباب الحاجة لاعادة الهندسة لأنها الاتجاه الذي يبين السلبيات والعثرات والتحديات الموجودة في المنظمات.

فاعادة الهندسة تعمل فقط اذ كانت العملية الاساسية والاهداف قد أعيدت دراستها. ووجدت المنظمات الافتراضات الاولية للعملية لا تبقى صحيحة لمدة طويلة، وإن اعادة الهندسة هي عملية فحص للطرق المستخدمة في انجاز العمليات وممارسات العمل (الجزراوي، 2000: 22).

### تاسعاً: إعادة التقييم (Re evaluation)

بعد اعادة التصميم واعداد الترتيب تكتمل العمليات المنظمية باعادة التقييم. وهي عملية مهمة لانجاز عمليات جديدة. واعداد التقييم يستفاد منها في كل مكان وزمان. وبالجودة والكفاءة، رضا الزبون، الموظفين. الحصة السوقية، الربحية. وان اعادة هندسة العمليات هي اعادة تقييم هدف العملية. ( Looy & etal., 2003: 274).

#### 4.1.2: المبادئ والمكونات الأساسية لإعادة الهندسة

##### اولاً: مبادئ إعادة الهندسة:

من المعروف ان أي عمل يمكن إكماله وأي منجز يمكن تحقيقه ويكتب له النجاح إذا اعتمد على مبادئ وأسس وركائز رصينة وقوية من اجل تحقيق الأهداف والغايات المرجوة من هذه الأعمال والمنجزات. وإعادة الهندسة حالها حال باقي الأعمال تحتاج الى مبادئ تعتمد عليها وتأخذها بوصفها أرضية صلبة تنطلق منها لتحقيق أهدافها وغاياتها (إعادة الهندسة).

ومن الملاحظ انه لا يوجد اتفاق على هذه المبادئ لأسباب عديدة:

1. اختلاف طبيعة عمل المنظمات واحجامها.

2. التباين في أهداف وسياسات واستراتيجيات المنظمات.

3. تنوع الروى لحاجة إعادة الهندسة والغرض منها.

ووجد الباحثان (vervest &Dunny 2000:119) أن اهم مبدأ من مبادئ إعادة الهندسة هو التغيير المركز على الزبون. اذ ان المنظمة عندما تبدأ بعملية التغيير المركز على الزبون سيكون هناك إيجابية متمثلة بمواجهة الأفراد والعاملين مجتمعين او منفردين، بنشاط ذي رؤية مشتركة ومركز على هدف معين او عندما تكون الخيارات المتاحة أمامهم محدودة، عند ذلك سيحرك مثل هؤلاء الى التغيير ويخرجوا من حالة السكون التي هم فيها، اذ ان عملية التغيير لم تبدأ بهم إنما بدأت بالزبون.

اما (Chase etal., 1995: 737-739) فقد وضح تلك المبادئ بالاعتماد على رأي Hammer وحددها بالآتي:

1. أن التنظيم يجب أن يدور حول الزبائن وليس المهام.

2. يشترط ان تصنف عمل المعلومات وان تعالج زمن العمل الفعلي.

3. ضرورة وجود الذين يستخدمون مخرجات العملية المنجزة للعمليات الأخرى.

4. النظر الى التوزيع الجغرافي وكأنه مركز للموارد.
  5. ان تكون هنالك نقطة أساس عند إقرار العمل وان يتم تبني الرقابة عليها.
  6. ان يتم ربط الأنشطة المتوازية، المتقابلة بدلا من ان يتم تكامل النتائج.
  7. ان يتم السيطرة على المعلومات من فروعها ومصادرها.
- وانفق معهم كل من (Hunger & Wheelen, 1998:286) (Pressman, 2000:759).  
في حين حددها (Slack, etal., 1998:696).
1. إعادة التفكير بالعمليات عبر سلوك تقاطع الوظائف بشرط ان ينظم العمل حول تدفق العمليات (او الموارد او الزبائن).
  2. السعي الى إدخال تحسينات فائقة في الأداء من خلال إعادة التصميم الجذري.
  3. كيفية استخدام المخرجات بعد إتمام العمليات.
  4. وضع نقاط القرار الأساسية التي تشكل العمل، أي عدم فصل الذين يؤدون العمل عن الذين يراقبونه.  
واعتمد (جمعة، 2000:439) المبادئ الآتية:
1. توافق أهداف إعادة الهندسية مع أهداف المنظمة.
  2. اعتماد منهج واضح وسهل.
  3. تحديد المشاكل والمعوقات بصورة كفوءة.
  4. توفر بدائل للمشاكل التي تواجه العملية.
- ومثل (القيوتي، 2000:344) المبادئ بالآتي:
1. تحديد أهداف واستراتيجية المنظمة.
  2. اعتبار العميل العنصر الأهم.
  3. التعرف على العمليات العالية القيمة والعمليات المكلمة والعمليات الهامشية التي لا تضيف الشيء الجديد.
  4. الاستخدام المناسب للأدوات الإدارية للتأكد من دقة المعلومات وما سيتم إنجازه.
  5. التعرف على الرؤية الجديدة التي تمثل تغييرا كليا.
  6. جمع البيانات والمبررات المقنعة لاصحاب القرار.

7. إعداد خطة عمل تشمل المهام والموارد والجدول الزمني المناسب للتنفيذ.

واقترح (السلطان، 2001:537) المبادئ الآتية:

1. الحصول على دعم الإدارة العليا وتبنيها للمشروع.
2. تأكيد الحاجة الى التغيير وتعميم هذا المفهوم على كافة قطاعات المنظمة.
3. تعريف نطاق وحدود المشروع بشكل بواضح.
4. وضع أهداف قابلة للقياس.
5. اختيار أعضاء الفريق الذين تتوفر لديهم الشروط الاتية: (الخبرة، المهارة، القدرات القيادية، الوقت الكافي).

فقد حدد (Hammer, 1990: 108-110) هذه المبادئ بالآتي:

1. التنظيم حول الزبائن.
2. أن تستفيد المنظمة من رسمة فوائد التخصص / الحجم.
3. تجميع المعلومات في المراكز الفرعية لكي تتحسر في العمل الفعلي.
4. معاملة مصادر نشر المعلومات من مواقعها الجغرافية من خلال جعلها مركزية.
5. ربط الأنشطة المتوازية بدلا من تكامل نتائجها.

بعد ان استعرضنا مبادئ إعادة الهندسة نلاحظ ما يأتي:

1. أن المبدأ الرئيسي والهام الذي تم التركيز عليه لدى أغلب الباحثين هو التركيز على الزبون.
2. لا يوجد اتفاق عام على هذه المبادئ ويتم تحديدها بالاعتماد على الزوايا التي ينظر من خلالها القائم بعملية إعادة الهندسة.
3. تشكل العمليات المنطلق لإعادة الهندسة لاعتبارها مركز (العمليات) يؤثر ويرتبط بكل جوانب المنظمة.

#### ثانياً: مكونات إعادة الهندسة

بالنسبة لمكونات إعادة الهندسة نلاحظ هي الاخرى لا يوجد اتفاق عليها. والسبب في ذلك يعود الى اختلاف وتباين مكونات العملية التي سيتم إعادة هندستها. ولكن هناك نظرة شمولية وعامة لهذه المكونات وبالاعتماد على مفهوم إعادة الهندسة. فقد حددت لدى كل من ( Hammer & Champy , 1995 )



(32-35) واتفق معهما (اللوزي 172:1999-171)، (البرواري، 2000: 45-46) (Bocig & ) (etal., 1999: 506) بالاتي:

1. إعادة التفكير الأساسي (Fundamental Bethinking) ويعني التخلي عن التطبيقات الإدارية التقليدية الموروثة والانفتاح على حلول جديدة. إعادة الهندسة عادة تعني أهمية إجراء التغييرات في عملية الأعمال مثل خدمات الزبائن.

2. عملية إعادة التصميم الجذري (Badical Redesign) أي اعتماد الابتكار والتجديد بدلا من التطور المرحلي، أو التحسين الجزئي. إعادة الهندسة لا تتضمن الشيء السهل إنما تتضمن التخلص من الإجراءات الموجودة وعدم الاقتصار فقط على تحسين الإضافات وإنما التركيز يكون حول إنجاز فقرات (Leaps) في الأداء.

3. تحسينات فائقة (Dramalic improvments): أن إعادة الهندسة لا تتعلق بالتحسينات النسبية المضطربة والشكلية بل تهدف الى تحقيق طفرات هائلة وفائقة في معدلات الأداء. تعني ايضا (إعادة الهندسة) الكفاح من اجل تحقيق مستويات فائقة في التحسين والتخلص من الطرق التقليدية وكل ما يقيد الحدود المنظمة.

4. العمليات (Processos) تركز إعادة الهندسة على العمليات و ليس النتائج والعملية تمثل أهم المكونات في إعادة الهندسة فهي الأساس والمنطلق للبدء بالعمل في المنظمات.

## 5.1.2: مراحل ومجالات إعادة الهندسة

### أولاً: مراحل إعادة الهندسة:

تعرفنا في المباحث التي خلت على مفهوم وأهمية إعادة الهندسة وعلى المرتكزات والمبادئ والمكونات وعوامل النجاح والفشل وعلاقتها مع باقي المفاهيم أما في هذا المبحث فإننا سوف نستعرض أكثر النقاط أهمية إعادة الهندسة لا يكتب لها النجاح مالم يكن هناك خطة مسبقة وخطوات ومراحل مترابطة ومتناغمة مع بعضها البعض، لتطبيق وانجاز العملية وبالتالي تحقيق الاهداف المطلوبة.

وبناء على ما تقدم يمكن ان نبين آراء واتجاهات ورؤى الباحثين في تحديد هذه المراحل. لكن قبل الولوج بسرد هذه المراحل يجب الوقوف عند بعض النقاط المهمة التي يجب أخذها بنظر الاعتبار عند تحديد منهجية العمل. وهذه النقاط هي:

1. ان المنهجية هي نظام او طريق محدد بشكل واضح في إنجاز غاية او هدف او نتيجة مطلوبة.

2. اعتماد مدخل الورقة النظيفة لإنجاز هذه الأهداف (أي البدء من الصفر عند البدء بالعملية).

3. ان المجموعات المعقدة والأنشطة المتطورة غالبا ما تحتاج الى المنهجية التطبيقية.
4. وبوصفها قاعدة فان كل مجموعة يجب ان تتفق على المنهجية قبل ان تبدأ المشروع.
5. مراجعة الطرق والمراحل الموجودة في المراجع والمنشورة في المكاتب الاستشارية.
6. ان مجموعة التقييم تقوم بمراجعة هذه المراحل وتطورها بعد فهم هذه الخطوات ومعلوماتها.

<http://www.methodologiesofBPR,2003:3>

وفيما يأتي المراحل التي حددها بعض الباحثين. ( Methodologies of Business process Reengineering ) فمنهجية (Daven port) تتبلور بالمراحل الآتية:

1. المرحلة الأولى: تشخيص العمليات التي تحتاج الى إبداع أو تغيير
  - اختيار من 10 الى 20 مفتاح بوصفه حدا أعلى للعمليات.
  - اختيار مفتاح تحليل العمليات.
2. المرحلة الثانية: تشخيص مستويات التغيير وهي:
  - الهيكلية.
  - الثقافة.
  - أنواع مستويات الموارد البشرية.
3. المرحلة الثالثة: تطوير رؤى العملية.
  - تطوير أهداف العملية.
  - وتطوير مفتاح العمليات الرئيسية.
4. المرحلة الرابعة: قم بفهم العمليات الحالية:
  - نمذجة العمليات الحالية بالاعتماد على الأداء، المنظمة، المعلومات، المهارات.
5. المرحلة الخامسة: تصميم النموذج الأولى للعمليات الجديدة.
  - تصميم ثلاث مستويات (مستوى العملية، مستوى العملية الفرعية، ومستوى النشاط) وركز (mangnelli's) في منهجيته على المراحل الآتية.
  - الخطوة (1) الأعداد وتشمل:
  - تحديد أهداف وأغراض الأعمال.

- تحديد معالم مشروع إعادة الهندسة.
  - تدريب فريق إعادة الهندسة.
  - الخطوة الثانية (2) التشخيص (التحديد):
  - تطوير النماذج باتجاه الزبون.
  - تشخيص عمليات: القيمة المضافة، خارطة المنظمة، العمليات، المعلومات.
  - الخطوة الثالثة (3) الرؤية:
  - تشخيص فرص الاختراق.
  - تحليل وهيكلية أفكار التغيير.
  - الخطوة (4) الحل:
  - أ. الحل التكنولوجي: ويشمل:
    - انسيابية العمل.
    - قياس الأداء.
    - الاستراتيجية الممكنة.
  - ب. الحل الاجتماعي: ويشمل
    - تفويض السلطة.
    - نمذجة المهارات.
    - تشكيل الفريق.
    - مكافأة العاملين والمحفزات.
  - الخطوة الخامسة (5) التحول أو التغيير
  - نشر الدليل أو المرشد الخاص بإعادة الهندسة.
  - تطبيق الخطة
- أما (Pressman , 2000: 760) فحددها بالمراحل الآتية:

1. **تعريف الأعمال:** أهداف العمليات محددة ضمن سياق أربعة موجهات رئيسية: تخفيض الكلفة، تخفيض الزمن، تحسين الجودة، التطوير الشخصي وتمكينه.
2. **تشخيص العملية:** أي تحديد العمليات الحاسمة لتحقيق الأهداف المعرفة في تحديد الأعمال. وإعطاءها الأسبقية من حيث الأهمية والحاجة الى التغيير.
3. **تقويم العملية:** أي تحليل وقياس العملية الحالية، وتشخيص مهام العملية، وملاحظة التكاليف والزمن المصروف على هذه العملية، وعزل المشاكل المتعلقة بالجودة والأداء.
4. **مواصفات العملية والتصميم:** وتعتمد على العمليات المستحصلة أثناء الفعاليات الثلاثة الاولى لاعادة الهندسة.
5. **اعداد النموذج الاولي:** لابد من إخضاع عملية إعادة الهندسة الى وضع النموذج الاولي قبل إدخاله كليا في الأعمال.

## 2.2: جودة الخدمات الصحية

### 1.2.2: مفهوم وأهمية جودة الخدمات الصحية

الجودة ليست ابتكارا جديدا كما تدعي الدول الغربية والاوربية انما الجودة تعود جذورها الى حياة سيدنا آدم وامنا حواء في السماء. والجودة ايضا هي أحد اسباب بدء الخليفة على كوكب الارض. فإغواء الشيطان لأبوينا كان بسبب شجرة تفاح ذات نوعية مميزة. ولها طعم ومذاق رائع تختلف عن باقي ثمار الجنة لما فضلاها (ادم وحواء) على باقي الاشجار الموجودة حتى انهما عصيا أمر ربهما من اجل الحصول على هذه الثمرة المميزة.

فالجودة كانت ومازالت موجودة على مر العصور وبكل زمان كانت تظهر بقلب او نموذج او رؤية جديدة وفيما يأتي بعض الرؤى لمفهوم الجودة وبمجالات واتجاهات مختلفة.

### مفهوم الجودة

#### الجودة في مفهوم الادارة:

عرفت الجودة في الادارة بتعاريف متباينة ومختلفة بالاعتماد على مسارات عديدة. فالجودة مفهوم عام ومطلق يشمل كل مجالات الحياة ومكوناتها.

والجودة: من وجهة النظر الفلسفية تؤكد استحالة تغطيتها بمفهوم محدد اذ ان المتلقي هو الاقدر في تحديد المفهوم النسبي للجودة. (العاني، 2002: 34).

ولا تأتي الجودة ابدا بالمصادقة، وانما هي دائما نية راسخة، وجهد مخلص، وتوجيه ذكي، وتنفيذ ماهر، وهي تمثل الاختيار الحكيم من بين بدائل عديدة. ويمكن ان يقال عن الجودة ايضا انها عملية مستمرة من التحسين المتزايد.

فالجودة قد تكون اجراء بسيطا يتخذ لتحقيق اغراض منشودة بأكثر الطرق كفاءة وفعالية. مع الاهتمام بارضاء المستفيد، وليس من الضروري ان تكون هذه الطريقة هي اكثر الطرق كلفة. بل انها على العكس من ذلك أنها دعوة الى الكفاءة والتوفير في التكاليف، وهي منتج او خدمة مقبولة، وميسورة، وكفوءة، وفعالة، ومأمونة، يجرى تقييمها والارتقاء بها باستمرار (اللجنة الاقليمية الشرق المتوسط، 2000: 1).

فقد عرف (مراد واخرون، 1989: 259) كلمة الجودة بانها استعملت في اشكال مختلفة من أجل التعبير عن وجهات نظر متباينة حيث لا يوجد تعريف واضح ومحدد لها، مثلا من وجهة نظر المستفيد كلمة الجودة تقترن بقيمة السلعة أو بفائدتها أو حتى في سعرها، ومن وجهة نظر المنتج كلمة الجودة تقترن في مطابقة السلعة أو المنتج للمواصفات المحددة، أي يعني انتاج المنتج وفق التصميم الموضوع. واتفق معه (الجبوري، 2002: 43).

والجودة هي استراتيجية وميزة تنافسية وسبب بقاء واستمرار المنظمات في راي (Markland , 1995: 3).

وتعرفها الجمعية الامريكية للرقابة على الجودة. والمنظمة الدولية للتقييس (ISO) مجموع المواصفات والخصائص للمنتج او السلعة المعينة والتي تشمل قدرته على اشباع الاحتياجات الظاهرة أو الضمنية. (Render , 1997: 70) (عبد الوهاب ولطفي، 2001: 18).

ووصف (العزيزي، 1998: 7) الجودة بأنها إدارة تعبر عن مجموعة من الانشطة تعنى وتهتم بتحديد احتياجات المسفيد وتحويلها الى خدمات وسلع. وهي استراتيجية بعيدة المدى.

وعرفت بمجموعة الاشكال والخصائص للمنتج او الخدمة التي تحمل القدرة على تحقيق رضا معين او تلبية الحاجات. (Kotler & Armstvoing , 1994: G9).

يعرف (جمعة، 2000: 457) الجودة أنها قدرة الادارة على تحقيق طلبات المستفيد ومطابقة توقعاته بما يحقق رضاؤه التام عما قدم إليه ومن ثم بشكل يخلو من النقائص والعيوب من اول مرة بالاضافة الى استراتيجية الجودة وتحسين الاداء وتطويره الدائم. واتفق معه (الجنابي، 2001: 23) (الباقي، 2001: 142).

وصور (الصرن، 2001: 97) الجودة في تقديم الخدمات والمنتجات تأتي من جودة حياة العمل والميزات التي تقدم للعاملين.

وعرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة (ASQC) بأنها المجموع الكلي للمزايا والخصائص الرئيسية التي تؤثر في قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات معينة (البرزنجي وعلوان، 2004: 159).

ويذهب كل من (الصرن، 2001: 30) (الشراح، 2003: 16) في وصفهما لجودة بالآتي:

1. الجودة الفنية للمخرجات وتشير الى ما يتلقاه المستفيد نتيجة تعامله مع منظمة خدمية معينة.
2. الجودة الوظيفية تشير إلى الكيفية التي يتم بها تقديم الخدمة.
3. جودة الصورة الذهنية للمنظمة. وتشير الى الكيفية التي يدرك بها المستفيد المنظمة والتي تتأثر بكل من الجودة الفنية والجودة الوظيفية لخدمات المنظمات والتي تؤثر في النهاية على ادراك المستفيدين لجودة الخدمة المتقدمة.

### الجودة الصحية:

عرفت منظمة الصحة العالمية (Who) الجودة في الخدمات الصحية بانها: التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي الى احداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية. (الديوجي وآخرون، 2003: 14).

وثمة تعريف آخر لجودة الرعاية الصحية "فالجودة في تطبيق العلوم والتقانات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطرة (الديوجي وآخرون، 2003: 15).

وعبرت <http://www.emro.who.int/rca/Arpa11bo2.htm> عن الجودة بأنها عملية تلبية احتياجات المستفيد وتوقعاته، سواء كان المستفيد خارجيا او داخليا، أما المستفيدين الخارجيون فيمثلهم المرضى في المقام الأول. وأما المستفيدين الداخليين فهم العاملون. وكما كان للجودة اكثر من منظور. فلكل عميل متطلباته الخاصة التي ينبغي ان تلبىها المنظمة التي تقدم له الخدمة.

نلاحظ مما تقدم أن التعاريف السابقة تميزت بتباين الرؤى وتخصص في التطلعات، والتعاريف الأنفة الذكر أخذت الملامح الآتية:

1. طالب الخدمة او السلعة هو المستفيد الأول من الجودة.
2. الجودة هي عملية تطوير وتحسين للعمليات والإجراءات والتصاميم.
3. هدف الجودة تلبية حاجات ورغبات المستفيد وكسب رضاه.
4. ان جودة حياة العمل هي القاعدة لجودة الخدمات والسلع المقدمة.

5. نتيجة الجودة سلع وخدمات متميزة.

6. الجودة هي استراتيجية وهدف وميزة تنافسية لاغلب المنظمات.

ويرى الالباحث ان الجودة هي ما يرغب المستفيد في الحصول عليه. من السلع والخدمات والتي تشبع حاجاته ورغباته، وهذا يجعل الجودة بالنسبة للمنظمات هدف تسعى اليه (المنظمات) لكن لا تستطيع ادراكه بالكامل او بسهولة والسبب يعود لتباين حاجات ومتطلبات طالب الخدمة.

### 2.2.2: أهمية الجودة الصحية

تتميز الجودة بأنها ضرورة لا بد منها، وعنصر اساس يجب ان يعتمد اذا ما ارادت المنظمات البقاء والاستمرار.

ولا تعني الجودة القياس الدقيق والسيطرة على أو رقابة عمليات المنظمة - بل انها تعني ضمان تحقيق جميع الأنشطة لرضا الزبون، وينبغي أن تقود عملية التركيز على الزبون برامج تحسين الجودة وهذا يتطلب تصميم المنظمات بالطريقة التي تمكنها من تقديم خدمات حسب رغبة الزبون.

ويظهر تأثير الجودة في مجالات عديدة في المنظمة فأهمية الجودة في رأي (محبوب، 1998:67) بان الجودة ميزة تنافسية وهذا ما جعلها هدفاً استراتيجياً تركز عليه المنظمات من خلال تطوير العمليات واعادة التصميم بهدف زيادة معولية منتجاتها وتحسين رضا المستفيدين، وبما يمكن فيه ان تصبح النوعية معتقداً وجزءاً من ثقافة المنظمات الممتازة، فضلاً عن كونها واحداً من مؤشرات القدرات الآتية: (الكلفة، الجودة، المرونة، الاعتيادية، التسليم) التي تستخدمها المنظمات بدرجات مختلفة لتمييز نفسها امام المتنافسين.

ويشير (محرم، 1994: 324) الى ان الجودة تتجسد اهميتها بما يأتي:

1. تحسين الخدمات المقدمة.

2. الاستخدام الافضل للموارد.

3. تقليل المنتجات المرفوضة.

4. تقليل التكاليف.

5. تحقيق رضا الزبون.

وأهمية الجودة في رؤية هي كآلاتي:

1. تحقيق للكفاءة.

2. ترشيد للاستهلاك.

3. توفير الدعم للمنظمة.

4. زيادة قدرة المنظمة على زيادة انتاجها وتطورها.

5. زيادة قدرة المنظمة على المنافسة والبقاء والاستمرار.

### 3.2.2: أسباب الاهتمام بالخدمات الصحية.

ان المستشفيات ما هي الا منظمات إنسانية واجتماعية وخدمية هادئة وهي جزء من المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به في نفس الوقت وتقدم خدماتها بشكل مباشر إلى المريض فان تحقيق رضا المرضى عن هذه الخدمات وجودتها تكتسب أهمية كبيرة للأسباب الآتية: (خرمه، 2000:103)

1. ان الهدف النهائي للخدمات الطبية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض وحيث ان رضا المريض عنصر مهم من عناصر الصحة النفسية فان تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد أهداف الرعاية الطبية وهذا يأتي من خلال جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2. تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تحقق رضا المريض الذي هو وسيلة لتحقيق أهداف أخرى مثل تعاون المريض مع الأطباء وجهاز التمريض وقبوله وتنفيذه لتوصياتهم وهذا يؤدي إلى الوصول إلى التشخيص السليم والعلاج الملائم.

3. يتطلب تقديم خدمة طبية فعالة وجود مشاركة مسؤولة لدى المرضى ويحتاج ذلك إلى قناة اتصال فعالة بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى بصورة دورية لتحديد الخطوة الأولى في تطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

4. من اجل استمرار المستشفيات في النمو ولكي تؤدي مهامها بفعالية تحتاج ان تعطي اهتماما اكبر لجمهور المستفيدين باعتبارهم أهم عناصر بيئتها الخارجية.

5. تعتبر معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

### 4.2.2: المشاكل التي تواجه المسؤولين عن تخطيط الخدمات الصحية

1. التركيز وإعطاء الأولوية للخدمات العلاجية في حين ان هناك خدمات أكثر أهمية من غيرها مثل الخدمات الوقائية (الوقاية خير من العلاج) كذلك خدمات البحوث والطوارئ والإسعاف وكذلك محدودية تلك الخدمات تعكس عدم الاهتمام بعنصر التنوع في الخدمات. (المساعد، 1998: 102)



2. طريقة في توزيع الإمكانيات البشرية والمادية بين الريف والمدينة وتركيزها في المدينة أكثر من الريف.
3. عدم توافر بعض الكفاءات الفنية في بعض المستشفيات والمستوصفات من أطباء ومتخصصين في فروع الطب المختلفة ومن الفنيين الصحيين والمهنيين والاداريين على تقديم الخدمات الصحية وزيادتها في مستشفيات أخرى.
4. النقص في الإمكانيات المادية وخاصة المالية منها حيث تعاني اغلب المستشفيات في تلك الظاهرة.
5. عدم صلاحية مباني المستشفى وضيقها عدم وجود الصيانة مما يتعذر معه في هذه الحالة تقديم خدماتها إلى العدد الكبير من المراجعين وبما يتناسب مع الإمكانيات البشرية الموجودة.
6. المستوى الاجتماعي لجمهور المنظمة الصحية والحالة الاقتصادية والثقافية والتعليمية والضغط الذي يواجه المستشفى نتيجة زيادة عدد المرضى المراجعين.
7. تباطؤ عملية التحديث في بعض المستشفيات قياسا بالتقدم الهائل الذي يشهده العالم المتقدم مما يؤدي إلى عدم استطاعتها اللحاق لهذا التقدم.
8. قلة عدد المتخصصين في صيانة وإصلاح الآلات والأجهزة التقنية.

### 5.2.2: مبادئ وأبعاد جودة الخدمات الصحية

تتضمن الجودة مبادئ وإبعاد يجب مراعاتها إذا رغبت المنظمة، بالبقاء والاستمرار فهي (الجودة) تهدف إلى تحسين وتطوير الخدمات، فضلا عن تزويد المنظمات بمهارات إدارية عالية تساعد على مواجهة التحديات.

#### مبادئ الجودة الصحية

إن المبادئ تعد دعائم تستند عليها الإدارة لانجاح الجودة وضمانها. ومن ضمن هذه المبادئ ما جاء به فيليب كروسبي في مؤلفه الجديد (الجودة ما زالت مجانية) وقد لخصها بالآتي:

1. مشاركة الإدارة: تعد المشاركة الفاعلة للإدارة بديل تقديمها المساندة الأساس لنجاحها. ومن المفروض أن تتطابق الجودة مع المتطلبات، وأن تكون قابلة للقياس بشكل دقيق، إن تؤمن أن الخطأ ليس أمرا طبيعيا، وأن الناس اليوم يعملون بنفس الجدية التي عملوا بها في الماضي.

2. ادارة الجودة الاحترافية: تتطلب مفاهيم وأسس الجودة أن يتم فهمها وتطبيقها في سائر أرجاء المنظمة. ويحتاج محترفو الجودة لان يكونوا طلقاء داخل منظماتهم. وان يكونوا مرتبطين اداريا على اقل تقدير بنفس المستوى الاداري الذين يجرون عليه القياس. حيث يزيد ذلك من امكانية تنفيذ البرنامج بشكل صحيح.

3. برامج اصلية: العمل على تطوير برامج مبتكرة تفي باحتياجات المنظمة وتعتمد على الانشطة العملية التي بالامكان تطبيقها على مستوى الوحدة الواحدة.

4. برامج التمييز: ينبغي لهذه البرامج ان تحدد الناس الذين يقدمون مساندة متميزة، أ وانهم قاموا بفعل مثير ومحدد وفريد من نوعه في مساندة جهد الجودة. وقد ثبت ان ترشيحات النظراء والتمييز المصاحب لها هما أكثر فاعلية من المكافآت النقدية أو المحفزات الأخرى.

( <http://www.emro.who.ent/rca/Arpa11bo2.htm> )

ووصف (عبد ربه، 2004: 1) الجودة على انها لا تأتي بالتمني ولن يحصل عليها أو الفرد بمجرد الحديث عنها بل ان على أفراد المنظمة ابتداءً من رئيسها في أعلى قمة الهرم الى العاملين في مواقع العمل العادية وفي شتى الوظائف ان يتفانوا جميعا في سبيل الوصول الى الجودة تحتاج الجودة الى ركائز متعددة لتبقيها حية وفاعلة طوال الوقت وهذه الركائز:

أ. تلبية احتياجات المستفيد: وهنا لا بد ان ننوه بأن المستفيد هو زميلك في العمل الذي تقدم له الخدمة أو المعلومات أو البيانات التي تحتاجها لاتمام عمله، أو انه هو المستفيد الخارجي الذي تقدم له المنظمة التي تعمل فيها الخدمة. ان هنا لا بد ان نقدم الخدمة المتميزة والصحيحة للعميل في الوقت والزمان الذي يكون المستفيد فيها محتاجا الى الخدمة. وبالعكس سوف يؤدي الى عدم رضى المستفيد ومن ثم فقدانه.

ب. التفاعل الكامل: وهذا يعني ان كل افراد المنظمة معنيين بالعمل الجماعي لتحقيق الجودة. فكل فرد في مكانه مسؤول عما تقدم به بالجودة، وبالتالي الجودة تكون مسؤولية كل فرد في المنظمة.

ج. التقدير أو القياس: وهذا يعني انه بالامكان قياس التقدم الذي تم احرازه في مسيرة الجودة. ونحن نرى انه عندما يعرف العاملون أين أصبحوا وما هي المسافة التي قطعوها في مشوار الجودة فانهم وبلا شك يتشجعون الى اتمام دورهم للوصول الى ما يرغبون في إنجازه.

د. المساندة النظامية: المساندة النظامية اساسية لدفع المنظمة نحو الجودة فانه ينبغي على المنظمة ان تضع أنظمة ولوائح وقوانين تصب في مجملها في بوتقه الجودة وفي دعم السبل لتحقيقها. والتخطيط الاستراتيجي، وإعداد الميزانيات وإدارة الأداء بأساليب متعددة لتطوير وتشجيع الجودة داخل المنظمة.

هو التحسين بشكل مستمر: أن المنظمات الناجحة تكون دوما واعية ومتيقظة لما تقوم به من اعمال وتكون كذلك مراقبة لطرق أداء الاعمال، وتسعى دوما الى تطوير طرق الاداء وتحسينها. وهذه المؤسسات ترفع من مستوى فاعليتها وادائها وتشجيع موظفيها على الابتكار والتجديد.

ويرى (الغامدي، 2004: 2) ان اركان مبادئ الجودة هي:

1. ضرورة تبني الادارة العليا لمفاهيم الجودة واعطاءها الاولوية المناسبة.
  2. البحث عن السبل الكفيلة بالتحسين المستمر لاداء الاعمال.
  3. تقصي رغبات المستفيدين وتطلعاتهم.
  4. التركيز على الجودة منذ البدء بانجاز العمل لحين الحصول على الخدمة كاملة.
  5. تطبيق مبدأ فرق العمل.
  6. الأخذ بأراء وأفكار العاملين في الجهود الخاصة بتحسين الجودة.
  7. اعتماد الاسلوب العلمي في تحليل المشكلات واتخاذ القرارات.
- أما المبادئ الأساسية التي حددها (بدوي، 1999: 28) فهي:

أ. دعم الإدارة العليا: من خلال:

- الإيمان بالجودة وفوائدها.
- تشجيع الموظفين والعمال للعمل على اساس الجودة.
- تخصيص الموارد الكافية لتحقيق انظمة الجودة ونجاحها.

ب. العلاقة بالموردين: بالاعتماد على:

- اختيار عدد محدد من الموردين ذوي السمعة الطيبة.
- ويتم الاختيار على اساس الجودة وليس السعر.
- وجود اتصال دائم بين المنظمة والمورد لحل كل المشاكل.
- توفر الثقة المتبادلة والاعتمادية بين الطرفين.

ج. العلاقة بالزبون نفسه:

ان وجود علاقة حرة ومفتوحة على الزبون والحفاظ عليها بشكل مستمر ممكن ان يمد المنظمة بمعلومات عن ما يرغب الحصول عليه الزبون من هذه الخدمة وما هي المشاكل التي تواجهه وما هي المعايير

المطلوبة وما هي المواصفات الجديدة والتطوير الحاصل في مجال تقديم الخدمات ويعد هذا المبدأ من أهم الركائز لنجاح الوحدة لان المنظمة اساس عملها هو الزبون.

#### د. ادارة الافراد:

ان ادارة الافراد تكون مسؤولة عن تحسين سلوك العاملين، وتحسين أطباعهم عن الجودة. وعليها أتباع طرق علمية لحل المشاكل. وتشجيع الافراد على البوح بالافكار المبدعة. والاعتماد على العمل الفرقي، او التعامل مع العاملين على اساس الشريك او المعلم وليس الرئيس.

#### هـ. جو العمل (المناخ التنظيمي):

ان وجود علاقات سلبية بين العاملين وبين متخذي القرار يؤثر بشكل مباشر على طبيعة العلاقة بين الافراد ويؤثر بشكل سلبي على الجودة. ويجب اعطاء الفرد الفرصة بحيث انه يشعر بالثقة العالية بالمنظمة ويتصف بروح الانتماء اليها. ويجب ان يكون هناك مرونة في العمل ويتعرف العاملين على اهداف ورسالة المنظمة بحيث يؤدون اعمالهم بشكل ينسجم ويتلائم مع هذه الاهداف.

ومن أجل الوقوف على جودة الخدمة المقدمة أعتد (حسن وعزام، 1999: 18) المبادئ الآتية:

1. ارضاء توقعات المستفيدين.
  2. تكون مطابقة للمواصفات والتوصيفات المطلوبة.
  3. تكون الخدمة المقدمة تلبي حاجة او استخدام او هدف محدد بشكل جيد.
- ويرى الالباحث انه هناك ثلاث مبادئ أساسية للجودة هي:

1. دعم الادارة العليا لبرامج الجودة وتوفير مستلزماتها الرئيسية.
2. توفير جودة حياة العمل او لا لأنها تنعكس بشكل ايجابي على الجودة المقدمة.
3. اعتماد معايير ومقاييس معتمدة دولية للجودة الصحية.

#### 3.2: نظام الجودة الصحية وخصائص العمليات للخدمات الصحية

تعد جودة الخدمات المقدمة في المنظمات الصحية من أهم الامور التي يجب ان تؤخذ بنظر الاعتبار. وان نفق وقفة تأمل والاهتمام بها. والسبب في ذلك يعود الى ان حياة الفرد لا تقدر بثمن وان الخدمة التي يجب ان تقدم له تكون على درجة عالية التطابق والموثوقية والمأمونية.

فمثلا نلاحظ عند صنع الطائرات يجب ان تتطابق المقاييس المعيارية مع المقاييس الفعلية بنسبة 100% لان أي خطأ سوف يؤدي الى حدوث كارثة. وفي الوقت نفسه يجب ان تكون الخدمات الصحية على درجة

عالية من الجودة وان لا يكون هناك أي انحراف لانه أي خطأ سوف يؤدي الى تعريض المريض الى الموت.

وفي هذا المبحث سوف نستوضح بعض الجوانب المهمة عن الخدمات الصحية وجودتها وكالاتي:

### 1.3.2: نظام الجودة الصحية:

يتكون نظام الجودة الصحية حاله حال باقي الانظمة من أربع مكونات اساسية هي (المدخلات، العمليات، المخرجات، والتغذية العكسية):

- المدخلات: وتشمل جودة العاملين، الامدادات، المعدات، المواد المادية.
  - العمليات: هي عبارة عن اجراءات وبروتوكولات التشخيص والمعالجة، ورعاية المرضى.
  - المخرجات: فتمثل بمعدلات العدوى، المرضى، الوفيات ورضاء العاملين والمرضى.
- (<http://www.emro.who.ent/rca/Arpa11bo2.htm>)

- التغذية العكسية: بيانات ومعلومات عن بيئة المستشفى لمعرفة مدى رضا المستفيدين عن الخدمات التي تقدمها المستشفى ومدى تطابق هذه الخدمات مع المقاييس والمعايير المعتمدة وعلى ضوء هذه المعلومات التي تم جمعها يتم تغيير نوع الخدمة بما ينسجم ورغبات واحتياجات الجمهور المستفيد. (البياتي، 1994:9).

### 2.3.2: خصائص العمليات بالنسبة للخدمات الصحية

هناك مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمات الصحية وكالاتي:

اولاً: درجة الاتصال العالية ما بين المستفيد وبين الخدمة:

تتصف الخدمات الصحية في المنظمات الصحية بوجود الاتصال المباشر والغير المباشر مع المستفيد والمباشر هو الأغلب. كما هو بين المريض والطبيب المعالج.

ثانياً: مساهمة المستفيد في عملية تقديم الخدمة:

حيث تتطلب هذه العملية من ورائها أن يوجهوا المزيد من اهتمامهم الى موقع ومناخ تقديم الخدمة الى المستفيد الذي غالباً ما يكون ذا صلة بهذه الخدمة. مركزاً على ما تتعلق بالخدمة التي نرغب الحصول عليها من خلال التسهيلات المحيطة بها.

### ثالثاً: موقع المستفيد يؤثر على موقع الخدمة:

بالنظر إلى الاتصال المباشر ما بين منظمات الخدمة ومستفيديها مما يجعل هذه المنظمات أن تختار مواقع عملياتها بالقرب من أماكن المستفيدين، وهذا يعني أما ان يذهب الزبون (المريض) الى موقع الخدمة. او يجري توريد الخدمة الى موقع المستفيد. كما في سيارة الاسعاف.

### رابعاً: كثافة العمالة:

تعد القوى العاملة هي المورد الأكثر فاعلية وذلك بسبب كون العاملين فيها على اتصال مباشر مع المستفيدين في تقديم الخدمة اليهم. فالمنظمة تحصل على مكاسب اذا ما كان الافراد العاملون ذوي مهارات وخبرات عالية ومن ثم يكون باستطاعتها الحصول على رضا المستفيدين (المرضى) ولهذا يجب على المنظمة ان تقوم باستمرار بتعليم وتدريب العاملين فيها على احدث المعلومات والتكنولوجيا المستخدمة في مجالها.

- المخرجات تكون غير ملموسة: مثل شفاء المرضى.

### - صعوبة قياس الانتاجية والجودة في الخدمة.

هناك صعوبة في قياس الانتاجية للخدمة ولكن هناك طريقة المؤشرات تستخدم في قياس بعض ابعاد الانتاجية ومن ثم تقييم التغيرات التي تحدث في هذه المؤشرات من وقت لآخر اما جودة الخدمة فيمكن ادراكها من خلال مجموعة من الخصائص الآتية:

أ. إدراك المستفيد لجودة الخدمة الناجمة عن المقارنة ما بين التوقعات قبل حصوله على الخدمة وبين الخدمة الفعلية التي حصل عليها. وهذا يعني قياس الجودة من خلال الحكم على تلبية الخدمة لتوقعات المستفيد.

ب. إدراك الجودة من خلال عملية الخدمة كما هي الحال من خلال نتائج الخدمة.

ج. تنقسم جودة الخدمة الى نوعين، هما: الجودة العادية والجودة بالادراك. (العلي، 2000:556).

أما (البكري، 2005:60-61) (البكري، 2002: 41) فقد حدد هذه الخصائص بما يلي:

1. تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور وتسعى عن طريق تقديمها الى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء اكانوا افرادا او منظمات.
2. الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لانها مرتبطة بحياة الانسان وشفائه.
3. تؤثر القوانين والانظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة.

4. قوة اتخاذ القرار تكون متوزعة بين مجموعتين الى حد ما هما الادارة ومجموعة الاطباء ولهذا برز تيار واضح ومتسارع في المناداة بان يكون مدير المستشفى اداريا وليس طبيا.
  5. معظم المبالغ التي تنفق من ادارات المستشفيات وبخاصة ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمواطنين يتم تمويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين، مؤسسات خيرية).
  6. وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد في الخدمة الصحية اذ ان الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب الا بحضور المريض نفسه.
  7. نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالانسان وهو اعلى شيء فانه يكون من الصعوبة في كثير من الاحيان على ادارات المستشفيات ان تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات اخرى على عملها.
  8. الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الادارية والطبية لانتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها.
- ورأى (المساعد، 1998: 23-38) ان الخدمات الصحية تتصف بخاصتين اساسيتين هما:

1. الخصائص الرئيسية ، 2. الخصائص الثانوية

### 1. الخصائص الرئيسية:

- ان الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة.أي عدم امكانية رؤيتها او لمسها لدى المستفيد قبل الشراء.
- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية أي انها تقدم لشخص واحد فلا يستطيع الطبيب ان يعالج الا حالات محددة من المرض والسبب يعود في ذلك إلى ان كل طبيب تخصص في مجال معين وان الطبيب لا يستطيع ان يعالج اكثر من مريض واحد ماعدا حملات التوعية الصحية فانها تقدم لكل افراد المجتمع.
- تتطلب الخدمات الصحية السرعة في ادائها.
- تتطلب تقديم الخدمة الصحية الاتصال المباشر.
- صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة.
- تتكون الخدمات الصحية من عناصر تكمل بعضها بعضا أي يرى هناك خدمات ترتبط الواحدة بالأخرى مثل (خدمات الفحص والتشخيص خدمات علاجية خدمات وقائية خدمات تمريض خدمات فندقية خدمات إدارية).

- الخدمات الصحية هي العلاقة المتبادلة بين الإنتاج وتقديم الخدمة والاستفادة منها فالسلع يجري انتاجها ثم يبيعها ثم استهلاكها اما الخدمات فيتم بيعها اولاً ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت وهذا لا ينفي الانتفاع من الخدمة على المدى البعيد.

- الطبيعة الكامنة للخدمة الصحية.

- هناك شرط القدرة على اداء الخدمة قبل امكن التعامل فيها اخذا وعطاء وذلك لان الخدمة لا تخزن وغير مرنة في عرضها ومن ثم فان امكانات تقديمها وجدولة أدائها تعتبر من العوامل المهمة بسبب ما يواجه مقدم الخدمة من طلبات متزايدة ومتغيرة وان الخدمات تفنى في حالة عدم الاستفادة منها.

- ليست هناك ملكية للخدمة ولا علاقات ثابتة مستقرة بين المستفيد ومقدم الخدمة.

- يتميز طالب الخدمات الصحية في بعض الاوقات بالموسمية.

- لا يمكن الاحتفاظ بالخدمات الصحية في حالة عدم الاستفادة منها.

## 2. الخصائص الثانوية:

- عدم تماثل المنظمات التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية.

- يعد إنتاج الخدمات الصحية اقل تولوثا للبيئة مقارنة بانتاج السلع.

- ان الخدمات بسبب عدم امكانية حيازتها او تملكها ليس فيها فخر في التملك والمباهات بها.

- اللاملموسية intangibility الخدمة مجال نظري واسع غير ملموس.

- التنوع متغايرة الخواص heterogeneity الخدمة هي غير معيارية غير قابلة للمعايرة ومتغيرة بشكل عالي.

- التلازمية التزام inseparability الخدمة نموذجيا تنتج وتستهلك في ان واحد مع مشاركة الزبون للعملية.

## أسباب الاهتمام بالخدمات الصحية. (خرمه، 2000:103)

ان المستشفيات ما هي الا منظمات إنسانية واجتماعية وخدمية هادئة وهي جزء من المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به في نفس الوقت وتقدم خدماتها بشكل مباشر إلى المريض فان تحقيق رضا المرضى عن هذه الخدمات وجودتها تكتسب أهمية كبيرة للأسباب الآتية:



ان الهدف النهائي للخدمات الطبية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض وحيث ان رضا المريض عنصر مهم من عناصر الصحة النفسية فان تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد أهداف الرعاية الطبية وهذا يأتي من خلال جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تحقق رضا المريض الذي هو وسيلة لتحقيق أهداف أخرى مثل تعاون المريض مع الأطباء وجهاز التمريض وقبوله وتنفيذه لتوصياتهم وهذا يؤدي إلى الوصول إلى التشخيص السليم والعلاج الملائم.

يتطلب تقديم خدمة طبية فعالة وجود مشاركة مسؤولة لدى المرضى ويحتاج ذلك إلى قناة اتصال فعالة بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى بصورة دورية لتحديد الخطوة الأولى في تطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

من أجل استمرار المستشفيات في النمو ولكي تؤدي مهامها بفعالية تحتاج ان تعطي اهتماما اكبر لجمهور المستفيدين باعتبارهم أهم عناصر بيئتها الخارجية.

تعتبر معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

**المشاكل التي تواجه المسؤولين عن تخطيط الخدمات الصحية.** (المساعد ، 1998 : 102)

التركيز وإعطاء الأولوية للخدمات العلاجية في حين ان هناك خدمات أكثر أهمية من غيرها مثل الخدمات الوقائية (الوقاية خير من العلاج) كذلك خدمات البحوث والطوارئ والإسعاف وكذلك محدودية تلك الخدمات تعكس عدم الاهتمام بعنصر التنوع في الخدمات.

طريقة في توزيع الإمكانات البشرية والمادية بين الريف والمدينة وتركيزها في المدينة أكثر من الريف.

عدم توافر بعض الكفاءات الفنية في بعض المستشفيات والمستوصفات من أطباء ومتخصصين في فروع الطب المختلفة ومن الفنيين الصحيين والمهنيين والإداريين على تقديم الخدمات الصحية وزيادتها في مستشفيات أخرى.

النقص في الإمكانات المادية وخاصة المالية منها حيث تعاني اغلب المستشفيات في تلك الظاهرة.

عدم صلاحية مباني المستشفى وضيقها عدم وجود الصيانة مما يتعذر معه في هذه الحالة تقديم خدماتها إلى العدد الكبير من المراجعين وبما يتناسب مع الإمكانات البشرية الموجودة.

المستوى الاجتماعي لجمهور المنظمة الصحية والحالة الاقتصادية والثقافية والتعليمية والضغط الذي يواجه المستشفى نتيجة زيادة عدد المرضى المراجعين.

تباطؤ عملية التحديث في بعض المستشفيات قياسا بالتقدم الهائل الذي يشهده العالم المتقدم مما يؤدي إلى عدم استطاعتها اللحاق لهذا التقدم.

قلة عدد المتخصصين في صيانة وإصلاح الآلات والأجهزة التقنية.

### مبادئ وأبعاد جودة الخدمات الصحية

تتضمن الجودة مبادئ وإبعاد يجب مراعاتها إذا رغبت المنظمة ، بالبقاء والاستمرار فهي (الجودة) تهدف الى تحسين وتطوير الخدمات ، فضلا عن تزويد المنظمات بمهارات إدارية عالية تساعد على مواجهة التحديات.

### أولاً: مبادئ الجودة الصحية

إن المبادئ تعد دعائم تستند عليها الإدارة لانجاح الجودة وضمانها.

ومن ضمن هذه المبادئ ما جاء به فيليب كروسبي في مؤلفه الجديد (الجودة ما زالت مجانية) وقد لخصها بالاتي:

**1- مشاركة الإدارة:** تعد المشاركة الفاعلة للإدارة بدل تقديمها المساندة الأساس لنجاحها. ومن المفروض ان تتطابق الجودة مع المتطلبات ، وان تكون قابلة للقياس بشكل دقيق ، إن تؤمن أن الخطأ ليس امرا طبيعيا ، وان الناس اليوم يعملون بنفس الجدية التي عملوا بها في الماضي.

**2- ادارة الجودة الاحترافية:** تتطلب مفاهيم وأسس الجودة أن يتم فهمها وتطبيقها في سائر أرجاء المنظمة. ويحتاج محترفو الجودة لان يكونوا طلقاء داخل منظماتهم. وان يكونوا مرتبطين اداريا على اقل تقدير بنفس المستوى الاداري الذين يجرون عليه القياس. حيث يزيد ذلك من امكانية تنفيذ البرنامج بشكل صحيح.

**3- برامج اصلية:** العمل على تطوير برامج مبتكرة نفي باحتياجات المنظمة وتعتمد على الانشطة العملية التي بالامكان تطبيقها على مستوى الوحدة الواحدة.

**4- برامج التمييز:** ينبغي لهذه البرامج ان تحدد الناس الذين يقدمون مساندة متميزة ، أو وانهم قاموا بفعل مثير ومحدد وفريد من نوعه في مساندة جهد الجودة. وقد ثبت ان ترشيحات النظراء والتمييز المصاحب لها هما اكثر فاعلية من المكافآت النقدية أو المحفزات الاخرى.

( <http://www.emro.who.ent/rca/Arpa11bo2.htm> )

ووصف (عبد ربه ، 2004 : 1) الجودة على انها لا تأتي بالتمني ولن يحصل عليها أو الفرد بمجرد الحديث عنها بل ان على أفراد المنظمة ابتداءً من رئيسها في أعلى قمة الهرم الى العاملين في مواقع العمل

العادية وفي شتى الوظائف ان يتفانوا جميعا في سبيل الوصول الى الجودة تحتاح الجودة الى ركائز متعددة لتبقيها حية وفاعلة طوال الوقت وهذه الركائز:

**5- تلبية احتياجات المستفيد:** وهنا لا بد ان ننوه بأن المستفيد هو زميلك في العمل الذي تقدم له الخدمة أو المعلومات أو البيانات التي تحتاجها لاتمام عمله ، أو انه هو المستفيد الخارجي الذي تقدم له المنظمة التي تعمل فيها الخدمة. اذن هنا لا بد ان نقدم الخدمة المتميزة والصحيحة للعميل في الوقت والزمان الذي يكون المستفيد فيها محتاجا الى الخدمة. وبالعكس سوف يؤدي الى عدم رضى المستفيد ومن ثم فقدانه.

**6- التفاعل الكامل:** وهذا يعني ان كل افراد المنظمة معينين بالعمل الجماعي لتحقيق الجودة. فكل فرد في مكانه مسؤول عما تقدم به بالجودة ، وبالتالي الجودة تكون مسؤولية كل فرد في المنظمة.

**7- التقدير أو القياس:** وهذا يعني انه بالامكان قياس التقدم الذي تم احرازه في مسيرة الجودة. ونحن نرى انه عندما يعرف العاملون أين أصبحوا وما هي المسافة التي قطعوها في مشوار الجودة فانهم وبلا شك يتشجعون الى اتمام دورهم للوصول الى ما يرغبون في إنجازه.

**8- المساندة النظامية:** المساندة النظامية اساسية لدفع المنظمة نحو الجودة فانه ينبغي على المنظمة ان تضع انظمة ولوائح وقوانين تصب في مجملها في بوتقة الجودة وفي دعم السبل لتحقيقها. والتخطيط الاستراتيجي ، وإعداد الميزانيات وإدارة الأداء بأساليب متعددة لتطوير وتشجيع الجودة داخل المنظمة.

**9- التحسين بشكل مستمر:** أن المنظمات الناجحة تكون دوما واعية ومتيقظة لما تقوم به من اعمال وتكون كذلك مراقبة لطرق أداء الاعمال ، وتسعى دوما الى تطوير طرق الاداء وتحسينها. وهذه المؤسسات ترفع من مستوى فاعليتها وادائها وتشجع موظفيها على الابتكار والتجديد.

ويرى (الغامدي ، 2004: 2) ان اركان مبادئ الجودة هي:

ضرورة تبني الادارة العليا لمفاهيم الجودة واعطاءها الاولوية المناسبة.

البحث عن السبل الكفيلة بالتحسين المستمر لاداء الاعمال.

تقصي رغبات المستفيدين وتطلعاتهم.

التركيز على الجودة منذ البدء بانجاز العمل لحين الحصول على الخدمة كاملة.

تطبيق مبدأ فرق العمل.

الأخذ بأراء وأفكار العاملين في الجهود الخاصة بتحسين الجودة.

اعتماد الاسلوب العلمي في تحليل المشكلات واتخاذ القرارات.

أما المبادئ الأساسية التي حددها (بدوي ، 1999: 28) فهي:

**دعم الإدارة العليا: من خلال:**

الإيمان بالجودة وفوائدها.

تشجيع الموظفين والعمال للعمل على أساس الجودة.

تخصيص الموارد الكافية لتحقيق أنظمة الجودة ونجاحها.

**العلاقة بالموردين: بالاعتماد على:**

اختيار عدد محدد من الموردين ذوي السمعة الطيبة.

ويتم الاختيار على أساس الجودة وليس السعر.

وجود اتصال دائم بين المنظمة والمورد لحل كل المشاكل.

توفر الثقة المتبادلة والاعتمادية بين الطرفين.

**ج. العلاقة بالزبون نفسه:**

ان وجود علاقة حرة ومفتوحة على الزبون والحفاظ عليها بشكل مستمر ممكن ان يمد المنظمة بمعلومات عما يرغب الحصول عليه الزبون من هذه الخدمة وما هي المشاكل التي تواجهه وما هي المعايير المطلوبة وما هي المواصفات الجديدة والتطوير الحاصل في مجال تقديم الخدمات ويعد هذا المبدأ من أهم الركائز لنجاح الوحدة لان المنظمة اساس عملها هو الزبون.

**د. ادارة الافراد:**

ان ادارة الافراد تكون مسؤولة عن تحسين سلوك العاملين، وتحسين أطياعهم عن الجودة. وعليها أتباع طرق علمية لحل المشاكل. وتشجيع الافراد على البوح بالافكار المبدعة. والاعتماد على العمل الفرقي، او التعامل مع العاملين على اساس الشريك او المعلم وليس الرئيس.

**هـ. جو العمل (المناخ التنظيمي):**

ان وجود علاقات سلبية بين العاملين وبين متخذي القرار يؤثر بشكل مباشر على طبيعة العلاقة بين الافراد ويؤثر بشكل سلبي على الجودة. ويجب اعطاء الفرد الفرصة بحيث انه يشعر بالثقة العالية بالمنظمة ويتصف بروح الانتماء اليها. ويجب ان يكون هناك مرونة في العمل ويتعرف العاملين على اهداف ورسالة المنظمة بحيث يؤدون اعمالهم بشكل ينسجم ويتلائم مع هذه الاهداف.

ومن أجل الوقوف على جودة الخدمة المقدمة أعتمد (حسن وعزام ، 1999: 18) المبادئ الآتية:

ارضاء توقعات المستفيدين.

تكون مطابقة للمواصفات والتوصيفات المطلوبة.

تكون الخدمة المقدمة تلبي حاجة او استخدام او هدف محدد بشكل جيد.

ويرى الباحث انه هناك ثلاث مبادئ أساسية للجودة هي:

دعم الادارة العليا لبرامج الجودة وتوفير مستلزماتها الرئيسية.

توفير جودة حياة العمل او لا لأنها تنعكس بشكل ايجابي على الجودة المقدمة.

اعتماد معايير ومقاييس معتمدة دولية للجودة الصحية.

### ثانيا: أبعاد الجودة الصحية

هناك مجموعة من الأبعاد التي تشير الى جودة الخدمة ويمكن توضيحها وكالاتي:

وحددت (الطائي، 1999:83) ابعادا اخرى لقياس الجودة وكما يأتي:

#### العوامل المادية الملموسة:

وهي الأدلة المادية للخدمة المعينة كالسلع والمواد والتجهيزات والمعدات والادوات والاجزاء المعاونة او المكملة لها.

#### الجدارة ودرجة الاعتماد:

وتشير الى مدى التشابه والتطابق بين مستوى اداء الخدمة ، ودرجة الاعتماد والاتكال على نوع معين من الخدمة من بين الانواع المقدمة. ودرجة الاعتماد على المتخصص في تقديم الخدمة وحده دون غيره في أنشطة تقديم الخدمة.

#### ج. درجة الاستجابة:

وهي رغبة أو استجابة المستخدمين والموظفين واستعدادهم وقدرتهم على تقديم الخدمات. ان المعالجة الفورية والعاجلة للحالات الطارئة في أي مركز طبي او علاجي هي مثال واضح لهذا العمل.

#### د. الضمانة ودرجة الثقة:

ويشير الى مدى الثقة والضمانة التي ينقلها مقدم الخدمات فالضمانات التي تقدم في مجال الخدمات هي الاستمرار في تقديم الخدمة لحين حصول قناعة او اشباع تام نسبيا لدى المستفيد لسد حاجته.

## هـ. التقمص النفسي:

الجهود المبذولة لدى مقدم الخدمة من اجل التعرف على احتياجات المستفيد ومتطلباته واستيعابها. ومن ثم تخصيص وتكييف عملية تقديم ونقل الخدمة وفقا لتلك الاحتياجات.

أما (العزاوي ، 2002:22) فقد أعتمد الأبعاد الآتية:

- 1- الوقت Time كم ينتظر المستفيد.
- 2- دقة التسليم Timeless التسليم في الموعد المحدد.
- 3- الاتمام Completeness إنجاز جميع جوانبها بشكل تام.
- 4- التعامل Courtesy ترحيب العاملين بكل المستفيدين.
- 5- التناسق Consistency تسليم جميع الخدمات بنفس النمط للزبون.
- 6- سهولة المنال Convenience إمكانية الحصول على الخدمة بسهولة.
- 7- الدقة Accuracy أنجاز الخدمة بصورة صحيحة منذ أول لحظة.
- 8- الاستجابية Responsiveness التفاعل بسرعة من العاملين لحل المشاكل غير المتوقعة.

وصفت (<http://www.emro.who.ent/rca/Arpa11bo2.htm>) هذه الأبعاد بما يأتي:

العدالة ، الفعالية ، الكفاءة ، الجدارة التقنية ، المأمونية ، الإتاحة ، العلاقات الشخصية ، الاستمرارية ، الإمتاع.

**العدالة:** ومعناها تقديم الخدمة بالتساوي وبشكل عادل ولاشك أن تعزيز ضمان الجودة وتحسينها يساعد كثيرا على تقديم خدمات عادلة.

**الكفاءة والفاعلية:** الانتفاع على نحو أفضل بالموارد واثقاء ازدواجية الخدمات وتفادى هدرها ، والجودة لا يمكن تحقيقها الا اذا تم اداء العمليات بشكل صحيح وفي بيئة لديها وعي بالتكاليف ، والمطلوب والمتوقع في أي نظام يترافق فيه زيادة الطلب على الرعاية الصحية الاولية الجيدة مع قلة الموارد المتاحة ، ان تتخذ قرارات حكيمة حول توفير افضل توليفة ممكنة من الرعاية المستحقة بالفعالية والكفاءة بمعنى انه لا يجوز ان تقدم سوى الرعاية المناسبة والضرورية ، مع تلافي الهدر وازدواجية الجهد.

**الجدارة التقنية:** ان توفير الرعاية الصحية الاولية الفعالة بكفاءة يتطلب توافر مهارات تقنية رفيعة في مهنيي الرعاية الصحية الذين يجب ان يكون "دأبهم فعل الشيء المطلوب كما ينبغي في المرة الاولى وفعل هذا الشيء نفسه بشكل افضل في المرة الآتية" ولا بد لمقدمي الرعاية الصحية الاولية وغيرهم من المهنيين أن يكونوا مثقفين جيدا ومدربين جيدا على مواجهة التحديات اليومية و المتمثلة في تلبية احتياجات وتطلعات مستفيديهم. فالرعاية الصحية مجال معقد وما لم تتوفر للعاملين الصحيين ثقافة تقنية جيدة. فان فرصتهم

ستضيع في التمتع بثقة مراجعيهم. ومن ثم فلا بد للجودة في الرعاية الصحية ان تكون مقترنة بقدرات ومؤهلات تقنية رفيعة المستوى.

**المأمونية:** من المعلوم انه لا ينبغي لاحد قبول تقديم الرعاية او تلقيها في بيئة غير مأمونة او ينظر اليها على انها غير مأمونة ، وفي سبيل تماشي المخاطر. يتوجب على المهني الصحي تهيئة بيئة مأمونة لمرضاه. وغني عن البيان أن للحوادث عواقب عديدة. كلها سلبية فالاحوال غير المأمونة قد تعرض للضرر البدني او العاطفي ، وفقدان الرضاء وتضرر بسمعة المرفق المعني في المجتمع. فالمأمونية اذن بعد من الأبعاد الضرورية للجودة. ولا سيما في الرعاية الصحية.

**الاتاحة:** فتعني ان الرعاية متوافرة ، ومقبولة ، وميسورة ، التكاليف ، وللاتاحة جوانب مادية وفكرية. علما ان الجانب الاخير ، أي الجانب الفكري ، مهم للغاية في أي بيئة تتعدد فيها الثقافات ، والمعتقدات ، والخلفيات التعليمية وحتى يتم الانتفاع بالرعاية على النحو الصحيح ، فلا بد من " إعلام المستفيدين منها. بمعايير الرعاية الجيدة " في بيئتهم ذاتها ، ولا يخفى انه من الاهمية بمكان في أي نظام يسعى الى الجودة ، ان يتفاعل العاملون فيه ويقوم بتقديم الرعاية الصحية الاولية افراد ذو ثقافة ومهارات عالية ، ولكن هؤلاء الافراد لا يمكنهم تقديم رعاية شاملة للمرضى من دون الاعتماد على العمل الجماعي بروح الفريق.

**العلاقات الشخصية:** وتقوم بدور كبير في إعطاء عمليات الرعاية شكلها المناسب وضمان حصول المريض على نتيجة ايجابية. اما اذا قام كل فرد من مقدمي الخدمة بالعمل منفردا ، ومن دون أي تنسيق لنشاطه مع أنشطة الافراد الآخرين. فسوف يستحيل عليه تقديم أي رعاية أصلا ، ناهيك عن تقديم خدمة جيدة ، ولن تساعد مثل هذه البيئة على قيام أنشطة لضمان الجودة مضمونة الاستمرار.

**الاستمرارية:** من المهم لنا ان ندرك أن الجودة في الخدمات الصحية هي عملية وليست برنامجا. فالبرنامج له بداية و نهاية ، ولكن العملية لا نهاية لها ، فهي مستمرة ، أي ان الرعاية ينبغي بدؤها ، وتقديمها ، وتقييمها ، وتحسينها ، ورصدها باستمرار ، حتى بعد شفاء المريض من مرضه. اذ ان الرعاية تشمل أيضا تمام العافية ، وتعزيز الصحة ، والوقاية من المرض. ثم ان الخدمة الصحية التي يبدأ فرد بتقديمها ينبغي أن يواصلها غيره في حالة نقله ، لضمان استمرار الرعاية. فالرعاية المتقطعة ليست من نظام الجودة. ولا يمكن الوفاء بالمعايير المنشودة بحال في ظل تلك الظروف.

**الامتاع:** فمن الامتع تقديم الرعاية في بيئة مقبولة من الناحية الجمالية. ولاريب ان المرفق الذي يعني بتوفير اسباب الراحة للمتعاملين معه وامتاعهم الذي يعنى بتوفير اسباب الراحة للمتعاملين معه وامتاعهم كما يعنى بعافيتهم هو مرفق جيد. وهذا البعد القيم ، بعد الامتاع سواء تمثل في نظامه المرفق او زخرفته او خدمته من شأنه ، ولو بقليل من الاهتمام به ، ان يعزز جودة الرعاية الصحية.

مما تقدم يرى الباحث انه هناك أربعة أبعاد يمكن اعتمادها لتحديد جودة الخدمات الصحية وتؤثر في الخدمات الصحية اكثر من الابعاد الأخرى والتي اتفق عليه أغلب الكتاب وهي:

**المعولية:** أي يجب على المستشفى ان توفر خدمة صحية معتمدة وصحيحة منذ البداية لان هذه الخدمة مرتبطة بحياة المريض.

**الوقت:** عامل مهم جدا في الخدمات الصحية اذ ان تقديمها بالوقت المناسب والسرعة الممكنة يعني تحقيق هدف المستشفى بصورة خاصة وطالبي الخدمة بصورة عامة.

**الاستجابة:** أي على ادارة المستشفى ان يكون على استجابة كاملة وفي كل الاوقات للحالات المرضية التي تواجهها.

**التأكيد:** يمثل هذا البعد أحد المرتكزات الرئيسية لجودة الخدمات الصحية فكلما كانت ادارة المستشفى تؤكد على الجودة الصحية وتدعمها بكادر مؤهل ومستلزمات ومتطلبات كاملة وحديثة كلما ساعد ذلك تقديم الخدمات الصحية على الوجه الاكمل.

وهذه الابعاد الأربعة سيتم اعتمادها في الجانب العملي.

### **ثالثا: العناصر المؤثرة في جودة الخدمة الصحية: (البكري، 2005: 200 - 211)**

ان تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا وبخاصة اذا ما كان المستفيدين منها متباينين الإدراك لذا يتطلب من إدارة المستشفى العمل على دراسة العناصر الرئيسية التي من شأنها ان تؤثر على نوعية الخدمة الصحية المقدمة والتي تتمثل بالآتي:-

#### **1. تحليل توقعات الزبون:**

أي فهم توقعات وحاجات المرضى عند تصميم الخدمة الصحية اذا لم يكون هذا التصميم يفوق التوقع أساسا لانه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق نوعية عالية في الخدمة المقدمة وهناك عدد من مستويات الجودة تؤثر في تحقيق الإدراك للخدمة المقدمة وهي:-

الجودة المتوقعة وهي الجودة التي يرى فيها المريض وجوب وجودها وهذا النوع يصعب تحديده في الغالب.

الجودة المدركة وهي الجودة التي يراها المريض مناسب لحالته الصحية.

وتختلف هذه الجودة تبعا لاختلاف فلسفة المستشفى او مكانها وقدرات ملامحها التخصصية.

الجودة القياسية وهي تلك المستوى من جودة الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة.



د. الجودة الفعلية وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المستشفى ان تقدم بها الخدمة الصحية إلى المرضى.

## 2. تحديد جودة الخدمة:

حالما يفهم المستشفى حاجات المرضى فانه يجب ان يضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. ويرتبط هذا التوصيف بأداء العاملين في المستشفى وبمستوى كفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية.

## 3. أداء العاملين:-

عندما تحدد إدارة المستشفى معايير جودة الخدمات الصحية يجب الالتزام في تنفيذها لدى الملاك الطبي والفني في المستشفى وكذلك يجب على المستشفى ان تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للملاك الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى بان أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب.

## 4. إدارة توقعات الخدمة:

يكون من المهم ان تتوقع إدارة المستشفى تقييم المستفيدين لنوعية الخدمة الصحية المقدمة لهم او التي ستقدم في فترة لاحقة ولا بد من ان تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها وان لا تقدم الإدارة وعودا لا يمكن تحقيقها نظرا لضخامتها او عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ او الضعف في التدريب والكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك.

## 4.2: علاقة إعادة الهندسة بالجودة الصحية

لو اننا عدنا إلى مفهوم إعادة الهندسة في المبحث الاول من الفصل الثاني لوجدنا في تعريف هامر وجامبي ان من الاهداف الرئيسية لاعادة الهندسة تحقيق الجودة والعمل بها.

فالعلاقة بينهما هي علاقة سبب ونتيجة فسبب القيام باعادة الهندسة هو الحصول على نتيجة تتمثل بالجودة المتميزة فالرؤية لاعادة الهندسة وعلاقتها بالجودة اعتمدت على اطر مختلفة ومتباينة فالبعض واثم بين هذه العلاقة باعتبار الجودة هدف وغاية تحدد مسبقا وعلى اساسها يتم اعادة الهندسة أي العمل بالادارة بالاهداف. و اخر اخذ النظرة الجزئية باعتبار الجودة تتحقق من خلال التطوير واعادة التطوير الاداري. وفئة ذهبت باتجاه الجودة هي وسيلة تسعى من خلالها المنظمات إلى كسب رضا المستفيدين وتحقيق ميزة تنافسية.

فقد اظهر (غزال 2000:55) العلاقة بين الجودة واعادة الهندسة من خلال التطوير الاداري الذي يمثل احد المفاهيم التي تقع تحت مظلة اعادة الهندسة فاعتمد التطوير الاداري الذي هو السعي عبر التحديث المستدام لكافة مكونات المنظمة. ومن خلال ابعاد التطوير الاداري يمكن ان تؤدي الى نجاح الفرد في تأدية الوظائف والمهام المناطة به ومن ثم جودة الخدمات المقدمة.

1. استراتيجية المنظمة وتعد العقل المفكر للمؤسسة بها تحدد الاهداف وتوضح السياسات وترتب الاولويات فعملية التطوير لا بد لها من ان تنطلق من وضع او مراجعة استراتيجية المنظمة على اسس علمية وواقعية لتتماشى مع الغاية والاهداف التي وضعتها المنظمة لنفسها.

2. الهيكلية التنظيمية: فيمكن تشبيهها بالجهاز العصبي مع الاوردة التي تقوم بوصول كافة الاعضاء ببعضها البعض وايصال ما يحتاجه كل عضو ليقوم باداء وظيفته بالشكل الأمثل.

3. الموارد البشرية وهي تشبه إلى حد بعيد الاعضاء التي تقوم بمهام محددة كالقلب والرئتين فطرق ادارة المواد البشرية واساليب قيادتها الدور الابرز في تفجير طاقات الافراد وتحريك الدافع الذاتي لديهم فالمنظمة التي تريد من افرادها اعطاء كل ما لديهم من طاقات عليها ان توفر المناخ الايجابي لزيادة الشعور بالولاء والانتماء لها (المنظمة) وانعاش روحية فريق العمل التي غالبا ما تفتقدها المنظمة.

#### 4. الإجراءات والخطوات:

- أن ضبط جودة العمل تشابه نسب العناصر في كيمياء الدم أو قوة كهربية الاوامر المرسله من الدماغ إلى الاعضاء والمهم ان يصل في التركيبة والنسب المطلوبة لضبط الجودة مهم لنجاح المنظمة وذلك عبر مراقبة الاداء وتقييمه وضبط الهدر في سبيل تحسين الجودة.

ومسارات التطوير من اجل الجودة تتم من خلال الآتي:

- إعادة التفكير في النظم الحالية ومرجعتها.
- التدريب المستدام للموارد البشرية لتأهيلها للتفاعل مع النظم المستحدثة.
- استخدام الأدوات التطبيقية المناسبة مع كفاءات الموارد البشرية والتماشية مع حاجة النظم.

#### 2-4-1 إعادة الهندسة مدخل للتحسين المستمر

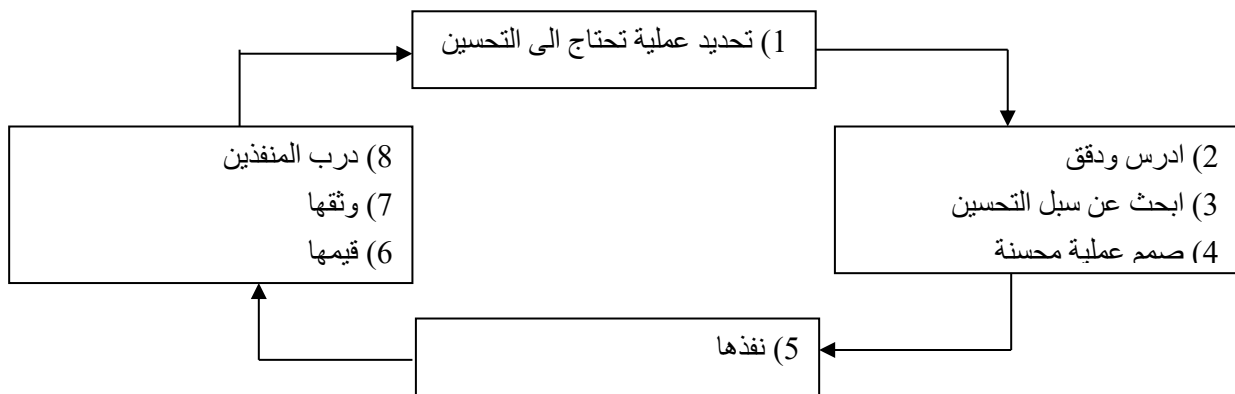
تأتي الجودة هدفا تسعى إليه المنظمة من خلال اعادة الهندسة فعملية التحسين المستمر والتي يمكن تعريفه بأنه مجموعة النشاطات والتقانات العملية المستخدمة لتحقيق متطلبات الجودة فضلا عن تأكيد الجودة كافة. ويتطلب التحسين المستمر تبني ثقافة جديدة (ثقافة الجودة) بحيث تغير اسلوب المنظمة في التفكير والتعليم والعمل، ويعد (الجزراوي ، 2000: 40) ان التحسين المستمر يعني ادخال الابتكارات الصغيرة المستمرة على الخدمة وسرعان ما يصبح المنتج بتراكم هذه التحسينات منتجا جديدا يختلف تماما عن المنتج او الخدمة الاصلية وان الابتكار الذي يستهدف التحسين المستمر تزايد الاهتمام به تحت تأثير التجربة اليابانية ومفهومها القائم على التحسين المستمر.

والتحسين المستمر لا يرتبط بعملية تحويل المدخلات إلى مخرجات بل يشمل هذا التحسين المباني والتجهيزات والمواد وطرق العمل واداء وسلوكيات العاملين ان كون احد او بعض او كل ذلك سليما لا يعني انه غير قابل للتحسين بل ان التحسين وارد وممكن ان لآخر طالما تحفل البيئة المحيطة بمتغيرات تكنولوجية وثقافية وسياسية وتشريعية واقتصادية (مصطفى، 1999: 5).

فإعادة الهندسة كما ذكرنا سابقا هي اعادة التفكير الاساسي واعادة التصميم للعمليات للحصول على تحسينات فائقة في الجودة والكلفة السرعة والخدمة.

فالاستجابة السريعة للخدمة يتم من خلال اعادة الهندسة والتحسين المستمر. وعملية التحسين المستمر تتطلب اختيار عملية معينة تستحق التحسين من اجل الحصول على جودة عالية ودراسة وتوثيق العملية بوضعها الحالي وما هي الوسيلة المثلى للتحسين ومن ثم تصميم وتنفيذ وتقديم وتوثيق العملية المحسنة واخيرا تدريب المنفذين على اداء العملية المحسنة وكما موضح في الشكل الآتي:

## رسم توضيحي 2: عملية التحسين المستمر للخدمة



المصدر: مصطفى، احمد السيد (1996) إعادة البناء بوصفه مدخلا للتنافس.

إعادة الهندسة لتحسين جودة الخدمة ومن ثم زيادة رضا طالب الخدمة.

اما (مجلة الدراسات المالية والمصرفية، 1996، 56، 57) اعتمدت على اسس في اعادة الهندسة لتحقيق رضا الزبون وكما يأتي:

1. رضا طالب الخدمة هو المحور الاساس لكل ما يفعله المصرف أي انه عند تقديم الخدمة لا بد من وضع مقنناتها في الازهان من خلال الحرص على المستويات العالية للاداء.
2. التحسين المتواصل هو الاساس لتحقيق النجاح أي التميز في تقديم الخدمة وفي كل شيء.
3. الاستجابة لطلبات المستفيدين بشكل مبدع من خلال اعتماد الجودة العالية في الخدمة المقدمة.
4. لا بد من تحمل روح المبادرة وتحمل المخاطر وذلك بتحويل الصلاحيات والمسؤوليات إلى أدنى مستوى ممكن.
5. التأكيد على الموثوقية والمصداقية في كل العلاقات.
6. دعم وجذب افضل العاملين من حيث المواهب المتوافرة في سوق العمل.
7. عمل الفريق هو أساس كل نشاط ولا بد من ان يكون مجموع الجهود المقدمة وفي اتجاه موحد اكبر من تلك الجهود لو قدمت منعزلة عن بعضها بعضا.

## الفصل الثالث

### الإطار التطبيقي للدراسة

#### 1.3: وصف مجتمع الدراسة

يصف هذا المبحث مجتمع الدراسة الذي تم التطبيق عليه. ومن خلال نقطتين أساسيتين هما:  
وصف المستشفيات مجتمع الدراسة.

طبقت الدراسة على قطاع الخدمات الصحية وذلك لرسم خطة أو مسار للنهوض بواقع المستشفيات في المستقبل. وبالاعتماد على إعادة هندسة أعمال المستشفيات التي تستند على مبادئ وأسس ومتطلبات وعناصر. لها دور فعال في تحقيق جودة الخدمات المقدمة. وقد تم اختيار عينة من العاملين في المستشفيات لأخذ آرائهم حول الدراسة الحالية. وفيما يأتي جدولاً يوضح بعض الجوانب التعريفية بالمستشفيات مجتمع الدراسة:

#### جدول 2: تعريف بالمستشفيات مجتمع الدراسة

ت	أسم المستشفى	تاريخ التأسيس	عدد الأقسام	عدد العاملين
1	مستشفى رزكاري	1984	9	1350
2	مستشفى جمهوري	1958	8	1200

وتم استخدام أسلوب استمارة الاستبيان لمعرفة آراء العاملين حيث تم توزيع 90 استمارة وكما موضح في الجدول الآتي:

#### جدول 3: توزيع استمارات الاستبانة على عينة مجتمع الدراسة

ت	المنظمات عينة الدراسة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد الاستمارات المسترجعة	%
1	مستشفى رزكاري	50	45	56.25
2	مستشفى جمهوري	40	35	43.75
	المجموع	90	80	100%

### 1.1.3: خصائص عينة الدراسة

فيما يلي خصائص عينة الدراسة وفقا للبيانات التي قدمها الافراد العاملين ومن خلال أجابتهم (على ثانيا: بيانات خاصة بالمجيب):

#### 1. القسم:

تم توزيع استمارة الاستبيان على الأقسام التالية:

1. الأقسام الإدارية

2. الأقسام الفنية

3. الأقسام الطبية

4. الأقسام الهندسية

#### 2. العمر:

أظهرت الدراسة ان الفئات العمرية التي تقع بين (31-40) تمثل الجزء الأكبر من أفراد العينة وبنسبة (41.25 %). تليها الفئة العمرية (20-30) وبنسبة 30%. وشكلت الفئة العمرية (41-50) الجزء الثالث وبنسبة 25 % واخيرا احتلت الفئة العمرية (51-60) اقل نسبة حيث بلغت (3.75%) وكما موضح في الجدول (4). ونلاحظ هنا التوازن نوعا ما في الفئات العمرية.

#### جدول 4: توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	التكرار	النسبة المئوية %
30-20	24	30
40-31	33	41.25
50-41	20	25
60-51	3	3.75
المجموع	80	%100

#### 3. الجنس:

أوضحت عينة الدراسة ان نسبة الذكور هي النسبة الأكبر حيث شكلت ما يقارب (81.25 %) من حيث كانت نسبة الأثاث (18.75 %) هذا يعني ان العنصر النسوي لم يأخذ مكانه وحقه في الخدمات الصحية وكما يأتي:

## جدول 5: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	%
ذكر	65	81.25
أنثى	15	18.75
المجموع	80	%100

## 4. التحصيل العلمي:

احتلت شهادة الدبلوم الفني النسبة الأكبر من أفراد العينة حيث بلغت (38.75 %) وحصلت شهادة البكالوريوس على نسبة (33.75 %). وتليها شهادة الدبلوم العالي وبنسبة (13.75 %). ومن شهادة الإعدادية وبنسبة (6.25 %). بينما احتلت شهادتنا الماجستير والدكتوراه نسبة (3.75 %) لكل شهادة. وهذا يعكس لنا ان أفراد عينة الدراسة أصحاب خبرات وكفاءات علمية جيدة. وكما موضح في الجدول (6).

## جدول 6: توزيع أفراد العينة حسب التحصيل العلمي

التحصيل العلمي	التكرار	%
إعدادية	5	6.25
دبلوم فني	31	38.75
بكالوريوس	27	33.75
دبلوم عالي	11	13.75
ماجستير	3	3.75
دكتوراه	3	3.75
المجموع	80	%100

## 5. سنوات الخدمة:

نلاحظ في الجدول رقم (7) أدناه ان غالبية أفراد العينة لديهم خبره ودراية وهذا يعزز صدق الآراء المأخوذة حول الدراسة. اذ احتلت العينة التي لديها خبره تزيد عن عشر سنوات النسبة الأكبر وبمقدار (52.5 %). وجاءت بعدها النسبة (35 %) للذين يمتلكون خبره من (1-5) سنوات واخيرا ان الأفراد الذين لديهم خبره من (6 الى 10) كانت نسبتهم (12.5 %).

## جدول 7: توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة

سنوات الخدمة	التكرار	%
5-1	28	35
10-6	10	12.5س
10 فأكثر	42	42.5
المجموع	80	%100

## 2.3: وصف وتشخيص متغيرات الدراسة

## 1.2.3: وصف وتشخيص متغيرات إعادة الهندسة

## أ. الإجراءات:

نلاحظ من معطيات الجدول (8) الخاصة بالتوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لفقرات متغير إعادة التفكير بالإجراءات إلى أن أعلى نسبة من أفراد العينة يتفقون على إعادة التفكير بالإجراءات من خلال وضع خطط دائمية للتغيير والتطوير وإجراء مراجعة شاملة لحاجات المرضى وتبسيط الإجراءات.

حيث بلغت نسبتهم (74%). ونلاحظ ان (14.2%) من أفراد العينة ويتفقون الى حد ما على فقرات هذا المتغير، بينما نجد ان (11.8) أشاروا الى عدم اتفاقهم على إعادة التفكير بالإجراءات.

ومن ابرز الفقرات التي ساهمت في إثراء هذا المتغير هي (x1,x2,x3,x4,x5,x6,x7,x8,x9,x10,x11). وهذا يعكس مدى اهتمام إدارة المستشفى بضرورة وضع خطط عملية للتطوير، وإجراء مراجعة شاملة للخدمات التي تقدمها للمرضى. وإعطاء الأولوية للإجراءات التي تحتاج الى إبداع، وتبسيط الإجراءات ووضع خطط دائمية لاعادة توزيع واستخدام الموارد المالية وتحرر المستشفى من الروتين وإجراء دراسة وتحليل للإجراءات التي سيتم تفسيرها.

وقد جاءت هذه الإجابات بوسط حسابي (3.983) وبانحراف معياري قدره (0.976).



جدول 8: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الإجراءات

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قياس الاستجابة										تسلسل الأسئلة
		لا اتفق بشدة		لا اتفق		اتفق الى حد ما		اتفق		اتفق بشدة		
		%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
0.669	8754.	0	0	2.5	2	2.5	2	28.8	23	66.3	53	X1
0.953	3.952	1.3	1	7.5	6	17.5	14	42.5	34	31.3	25	X2
0.764	4.350	0	0	3.8	3	6.3	5	41.3	33	48.8	39	X3
1.103	3.850	0	0	16.3	13	20	16	26.3	21	37.5	30	X4
0.950	4.212	1.3	1	6.3	5	10.0	8	35.0	28	47.5	38	X5
0.990	3.925	1.3	1	8.8	7	18.8	15	38.8	31	32.5	26	X6
0.669	4.162	1.3	1	12.5	10	7.5	6	26.3	21	52.5	42	X7
1.052	3.862	2.5	2	10.0	8	17.5	14	38.8	31	31.3	25	X8
0.976	4.412	1.3	1	5.0	4	12.5	10	13.8	11	67.5	54	X9
1.221	3.525	3.8	3	21.3	17	22.5	18	23.8	19	28.8	23	X10
0.841	4.275	0	0	5.0	4	10.0	8	37.5	30	47.5	38	X11
0.771	3.875	1.3	1	3.8	3	11.3	9	62.5	50	21.3	17	X12
0.910	3.862	1.3	1	7.5	6	18.8	15	48.8	39	23.8	19	X13
1.136	3.475	3.8	3	20	16	21	17	35	28	20	16	X14
1.003	3.675	1.3	1	16.3	13	15	12	48.8	39	18.8	15	X15
1.184	3.625	3.8	3	18.8	15	16.3	13	33.8	27	27.5	22	X16
		1.5		10.3				36.3		37.7		
0.976	3.983		11.8			14.2			74			المؤشر الكلي

N= 80

## ب. الموارد البشرية:

نلاحظ من نتائج الجدول (9) الى ان (83%) من أفراد عينة الدراسة يتفقون على إعادة التفكير بالموارد البشرية وما يرتبط بها من اثرات ثقافة المنظمة بالتخصصات الإدارية وتشكيل فرق عمل لإنجاز الأعمال .... الخ. في حين نجد ان (11.2) من أفراد العينة يتفقون الى حد ما. اما اقل نسبة فبلغت (5.8) وهي تمثل عدم اتفاق افراد العينة على إعادة التفكير بالموارد البشرية. حيث بلغت قيمة الوسط الحسابي (4.259) وقيمة الانحراف المعياري (0.850).

ونلاحظ انه اغلب الفقرات ساعدت على إغناء هذا المتغير. ولكن (الفقرة X19 والتي تشير الى ضرورة تقديم الدعم المادي والمعنوي للموارد البشرية، والفقرة X27 والتي تنص على التدريب بشكل مستمر على كل ما هو جديد ومتقدم) يمثلان الأهمية الكبرى لهذا المتغير. حيث بلغ الوسط الحسابي لكل منهما 4.675.

#### جدول 9: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الموارد البشرية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قياس الاستجابة										تسلسل الأسئلة
		لا اتفق بشدة		لا اتفق		اتفق الى حد ما		اتفق		اتفق بشدة		
		%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
1.024	3.962	2.5	2	7.5	6	16.3	13	38.8	31	35.0	28	X17
0.864	4.250	1.3	1	3.8	3	8.8	7	41.3	33	45.0	36	X18
0.632	4.675	0	0	2.5	2	1.3	1	22.5	18	93.8	59	X19
0.798	4.287	0	0	2.5	2	13.8	11	36.3	29	47.5	38	X20
0.819	4.387	0	0	3.8	3	10.0	8	30.0	24	56.3	45	X21
0.835	4.312	0	0	5.0	4	8.8	7	36.3	29	50.0	40	X22
0.859	3.912	1.3	1	3.8	3	22.5	18	47.5	38	25.0	20	X23
0.988	3.687	3.8	3	7.5	6	23.8	19	46.3	37	18.8	15	X24
0.896	4.425	1.3	1	5.0	4	5.0	4	27.5	22	61.3	49	X25
1.028	3.800	1.3	1	11.3	9	22.5	18	36.3	29	28.8	23	X26
0.989	4.675	0	0	2.5	2	5.0	4	15.0	12	77.5	62	X27
0.778	4.537	0	0	5.0	4	2.5	2	26.3	21	66.3	53	X28
0.856	4.462	0	0	6.3	5	5.0	4	25.0	20	63.8	51	X29
		0.7		5.1				33.1		49.9		
0.850	4.259		5.8			11.2			83			المؤشر الكلي

N= 80

#### ج. التكنولوجيا:

يظهر الجدول (10) الى ان (94) من أفراد العينة يتفقون على إعادة التفكير بالتكنولوجيا من اجل اعتماد أساليب عمل جديدة وتطوير نظام الاتصالات ودعم عمليات التغيير بالتقانات المتطورة واعتماد نظام معلومات محوسب. ومن ثم جاءت نسبة (3.4) من افراد عينة الدراسة يتفقون الى حد ما. وان (2.6) من أفراد لا يتفقون. وهي نسبة قليلة جداً.

وجاءت الاجابات بوسط مقداره (4.639) وبانحراف مقداره (0.675) ونلاحظ أيضا ان كل الفقرات كانت ذات أهمية بالنسبة لمتغير التكنولوجيا.

### جدول 10: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لمتغير التكنولوجيا

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قياس الاستجابة										تسلسل الأسئلة
		لا اتفق بشدة		لا اتفق		اتفق الى حد ما		اتفق		اتفق بشدة		
		%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
0.706	4.587	0	0	2.5	2	5.0	4	23.8	19	68.8	55	X30
0.682	4.625	0	0	2.5	2	3.8	3	22.5	18	71.3	57	X31
0.711	4.512	0	0	2.5	2	5.0	4	31.3	25	61.3	49	X32
0.720	4.612	0	0	3.8	3	2.5	2	22.5	18	71.3	57	X33
0.582	4.800	0	0	2.5	2	1.3	1	10.0	8	86.3	69	X34
0.658	4.650	0	0	2.5	2	2.5	2	22.5	18	72.5	58	X35
0.667	4.687	0	0	2.5	2	3.8	3	16.3	13	77.5	62	X36
		0	0	2.6		3.4		21.2		72.8		
0.675	4.639			2.6		3.4			94			المؤشر الكلي

**N = 80**

### 2.2.3: وصف وتشخيص متغيرات الجودة الصحية:

نلاحظ في الجدول (11) والذي يظهر معطيات بعد الجودة الصحية ان نسبة عالية يتفقون على بعد المعولية، والوقت، والاستجابة، التأكيد. حيث شكلت (88.4%) من النسبة الكلية. من حيث ان (7.2%) من الأفراد يتفقون الى حد ما. اما نسبة من لا يتفقون فكانت (4.4%).

ويمكن ملاحظ ان أغلب الفقرات ساهمت في إغناء بعد الجودة الصحية اذ جاءت الأوساط الحسابية متقاربة جدا. وكان مؤشر الوسط الحسابي الكلي (4.436). والانحراف المعياري (0.738).

جدول 11: التوزيعات التكرارية والأوساط الحسابية والانحراف المعياري لبعده الجودة الصحية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قياس الاستجابة										تسلسل الأسئلة
		لا اتفق بشدة		لا اتفق		اتفق الى حد ما		اتفق		اتفق بشدة		
		%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
0.727	4.450	0	0	3.8	3	2.5	2	38.8	31	55	44	X37
0.817	4.300	0	0	5.0	4	7.5	6	40.0	32	47.5	38	X38
0.795	4.512	0	0	3.8	3	7.5	6	22.5	18	66.3	53	X39
0.676	4.687	0	0	2.5	2	3.8	3	16.3	13	77.5	62	X40
0.763	4.487	0	0	3.8	2	5.0	4	30.0	24	61.3	49	X41
0.706	4.587	0	0	2.5	2	5.0	4	23.8	19	68.8	55	X42
0.944	4.237	0	0	7.5	6	12.5	10	28.8	23	51.3	41	X43
0.746	4.512	0	0	3.8	3	3.8	3	30	24	62.5	50	X44
0.761	4.550	0	0	3.8	3	5.0	4	23.8	19	67.5	54	X45
0.758	4.587	0	0	3.8	3	5.0	4	20.0	16	71.3	57	X46
0.760	4.652	0	0	3.8	3	5.0	4	22.5	18	68.8	55	X47
0.985	4.125	0	0	8.8	7	16.3	13	28.8	23	46.3	37	X48
0.754	4.387	0	0	2.5	2	8.8	7	36.3	29	52.5	42	X49
0.941	4.487	0	0	8.8	7	5.0	4	15.0	12	71.3	57	X50
0.793	4.437	0	0	3.8	3	7.5	6	30.0	24	58.8	47	X51
0.728	4.525	0	0	3.8	3	2.5	2	31.3	25	62.5	50	X52
0.746	4.480	0	0	3.8	3	3.8	3	32.5	46	60.0	48	X53
0.773	4.400	0	0	2.5	2	10.0	8	32.5	26	55.0	44	X54
0.862	4.300	0	0	3.8	3	15.0	12	28.8	23	52.5	42	X55
0.856	4.275	1.3	1	2.5	2	12.5	10	40.0	32	43.8	35	X56
0.884	4.450	1.3	1	3.8	3	7.5	6	23.8	19	63.8	51	X57
0.838	4.175	0	0	6.3	5	8.8	7	46.3	37	38.8	31	X58
0.905	4.50	1.3	1	5.0	4	6.3	5	30.0	24	57.5	46	X59
	4.50	0.1		4.3		7.2		29.2		59.1		
0.738	4.436		4.4			7.2			88.4			المؤشر الكلي

N = 80

### 3.3: اختبار أنموذج الدراسة وفرضياتها:

لغرض دراسة علاقات الارتباط والتأثير بين متغيرات الدراسة، وبالاعتماد على فرضياتها. سوف يتم تطبيق بعض الأدوات والأساليب الإحصائية لغرض التعرف على مدى صحة نموذج الدراسة وفرضياتها. وكما يلي:

#### 1.3.3: تحليل علاقات الارتباط:

يعرض الجدول (12) علاقات الارتباط بين المتغيرات المستقلة (الإجراءات، الموارد البشرية، التكنولوجيا) وبين المتغير المعتمد (الجودة الصحية) إذ يتضح فيه وجود علاقات ارتباط بين متغيرات إعادة الهندسة (الإجراءات، الموارد البشرية، التكنولوجيا) وبين الجودة مجتمعة وفي ضوء قيم معامل الارتباط وعند مستوى معنوية (0.01).

وهذه النتائج تعكس لنا قبول الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على وجود علاقة ارتباط معنوية بين متغيرات إعادة الهندسة وبين أبعاد الجودة الصحية. إضافة الى قبول الفرضيات الفرعية الثلاثة التي مفادها هناك علاقة ارتباط بين كل متغير من متغيرات إعادة الهندسة وبين ابعاد الجودة الصحية مجتمعة.

#### جدول 12: معامل الارتباط بين متغيرات إعادة الهندسة وبين الجودة الصحية

المؤشر الكلي	إعادة الهندسة			المتغيرات المستقلة المتغير المعتمد
	التكنولوجيا	الموارد البشرية	الإجراءات	
0.776	**0.811	**0.754	**0.612	الجودة الصحية

N=80

\*\* معنوي عند مستوى (0.01)

#### 2.3.3: تحليل علاقات التأثير بين متغيرات الدراسة:

علاقات التأثير بين المتغيرات المستقلة (الإجراءات، الموارد البشرية والتكنولوجيا) وبين الجودة الصحية.

#### جدول 13: تحليل العلاقة التأثيرية بين إعادة الهندسة والجودة الصحية

Model	UN standard Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.911	0.326		2.79	0.0007
إعادة الهندسة	0.835	0.076	0.776	10.87	0.000

توضح معطيات الجدول (13) أعلاه الى ان اعادة الهندسة تؤثر معنويا في الجودة الصحية وهذا يعني قبول الفرضية الرئيسية الثانية والتي مفادها. هناك علاقة تأثير معنوية بين اعادة الهندسة وبين الجودة الصحية.

ويمكن تجسيد العلاقة المعنوية للانموذج بالاعتماد على تحليل التباين في الجدول (28) والذي أظهر ان النموذج معنوي وفقا لقيمة (F=118.14) المحسوبة عند مستوى معنوية (0.05) وبدرجة حرية 1.78 وكانت اكبر من الجدولية (F = 4.002). ومعامل التحديد الذي يعبر عن قدرة المتغيرات المستقلة مجتمعة على تفسير المتغير المعتمد جاءت قيمته (R<sup>2</sup> = 60.02) وهذا يعني ان (60%) من المتغيرات المستقلة فسرت التغيرات التي تطرأ على بعد الجودة الصحية. في حين أن نحو (40%) من الاختلافات تعود الى المتغيرات العشوائية التي لا يمكن السيطرة عليها.

#### جدول 14: تحليل التباين لاعادة الهندسة الجودة الصحية

Model	Sum Squares	Df	Mean square	F	Sig
Regression	14.968	1	14.968	118.14	0.000
Residual	9.883	78	0.127		
Total	24.851	79			

$$R^2(\text{adj}) = 59.7\%$$

$$R^2 = 60.2\%$$

#### 1. تأثير إعادة التفكير بالاجراءات في ابعاد الجودة الصحية:

#### جدول 15: أثر إعادة التفكير بالاجراءات في الجودة الصحية

Model	UN standard Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2.142	0.338		6.33	0.000
الإجراءات	0.573	0.084	0.612	6.83	0.000

في الجدول (15) أعلاه إعادة التفكير بالاجراءات تؤثر معنويا في أبعاد الجودة الصحية والذي يؤكد ذلك جدول (16) الخاص بتحليل التباين حيث ان الأنموذج تشير معطياته الى المعنوية وفقا لقيمة F المحسوبة والتي بلغت 46.63 وهي اكبر من الجدولية (F = 4.002). وبدرجتي حرية (1.78) ونلاحظ ان قيمة R<sup>2</sup> بلغت (37.4). أي ان القدرة التفسيرية لهذا النموذج منخفضة نسبيا وذلك لان هذا لمتغير قادر على تفسير (37%) من الاختلافات الحاصلة في ابعاد الجودة. وانه نحو (63%) للمتغيرات هي خارج حدود تأثير هذا المتغير.

## جدول 16: تحليل التباين لانموذج التأثير بين الإجراءات الجودة الصحية

Model	Sum of Squares	Df	Mean square	F	Sig
Regression	9.297	1	9.297	46.63	0.000
Residual	15.553	78	0.199		
Total	24.851	79			

$$R^2(\text{adj}) = 36.6\%$$

$$R^2 = 37.4\%$$

مما تقدم يتضح لنا قبول الفرضية الفرعية الأولى التي تقول وجود علاقة تأثير معنوية بين إعادة التفكير بالإجراءات وبين ابعاد الجودة. ولكن درجة تأثير منخفضة نسبيا.

## 2. تأثير إعادة التفكير بالموارد البشرية في الجودة الصحية

### جدول 17: أثر إعادة التفكير بالموارد البشرية في الجودة الصحية

Model	Un standard Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.234	0.317		3.89	0.000
الموارد البشرية	0.749	0.073	0.754	10.14	0.000

تشير معطيات الجدول (17) الى وجود تأثير معنوي لاعادة التفكير للموارد البشرية وبين ابعاد الجودة الصحية حيث بلغت قيمة بيتا (0.754). وتعبير نتائج تحليل التباين في الجدول (18) لهذا المتغير عن مستوى معنوية الأنموذج. حيث بلغت قيمة F المحسوبة (F= 102.8) وهي اكبر من الجدولية وعن درجتي حرية (1.78) وبمستوى معنوية (0.05) ونلاحظ قيمة معامل التحديد بلغت ( $R^2 = 56.09$ ) وهذا يدل على ان المتغير المستقل (الموارد البشرية) قد فسرت (56%) من المتغير المعتمد (الجودة). وان (44%) من المتغيرات خارج حدود هذا المتغير. وبذلك يمكن القول انه كلما أجرت المستشفيات مجتمع الدراسة إعادة الهندسة للنشاطات الخاصة بالموارد البشرية، كلما أدى ذلك الى تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ ان الأنشطة المتعلقة بدعم الإدارة العليا لعمليات التغير وإثراء ثقافة المنظمة وامتلاك الموارد البشرية القناعة بالتغيير تسهم الى حد كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية.

**جدول 18: تحليل التباين لأنموذج التأثير بين الموارد البشرية الجودة الصحية**

Model	Sum Squares	Df	Mean square	F	Sig
Regression	14.130	1	14.130	102.80	0.000
Residual	10.721	78	0.137		
Total	24.851	79			

$$R^2(\text{adj}) = 56.3\%$$

$$R^2 = 56.9\%$$

ويعكس مما تقدم قبول الفرضية الفرعية الثانية التي مفادها وجود تأثير معنوي بين إعادة التفكير بالموارد البشرية وبين أبعاد الجودة الصحية.

**3. تأثير إعادة التفكير بالتكنولوجيا في الجودة الصحية**

**جدول 19: أثر التكنولوجيا في الجودة الصحية**

Model	Un standard Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.661	0.310		2.13	0.030
التكنولوجيا	0.811	0.066	0.811	12.23	0.000

تعكس نتائج تحليل الجدولين (19، 20) الى وجود تأثير معنوي لإعادة هندسة التكنولوجيا في جودة الخدمات الصحية والتي تعبر عن تحقيق الفرضية الفرعية الثالثة فقد بلغت قيمة F المحسوبة (F= 149.5) وهي اكبر من الجدولية وعند مستوى معنوية (0.05) وبدرجتي حرية (1.78). كما ان معامل التحديد لهذا المتغير بلغ (R<sup>2</sup>= 65.7) وهذا يعني ان (65%) من المتغير المستقل التكنولوجيا فسرت التغيرات الحاصلة في الجودة الصحية. وان الاختلافات في جودة الخدمات الصحية تفسره إعادة هندسة التكنولوجيا المستخدمة في المستشفيات عي نة الدراسة أي ان تحسين الخدمة الصحية في هذه المستشفيات يعتمد الى حد كبير على إعادة هندسة أساليب عمل جديدة، وتطوير النظم الاتصالات ودعم عمليات التغيير بتقنيات ومعدات متطورة.

**جدول 20: تحليل التباين لأنموذج التأثير بين التكنولوجيا الجودة الصحية**

Model	Sum Squares	Df	Mean square	F	Sig
Regression	16.334	1	16.339	149.58	0.000
Residual	8.517	78	0.109		
Total	24.851	79			

$$R^2(\text{adj}) = 65.3\%$$

$$R^2 = 65.7\%$$



### 3.3.3: تحديد المتغيرات الأكثر أهمية:

عند تحليلنا الدراسة وتأشير وتفسير علاقات الارتباط والتأثير بين المتغيرات المستقلة (الإجراءات، الموارد البشرية، التكنولوجيا) وبين المتغير المعتمد (الجودة الصحية)، وجدنا أن المتغيرات المستقلة تتفاوت في نسب التأثير.

جدول 21: أثر كل متغير من إعادة الهندسة على الجودة الصحية

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	0.358	0.301	1.09	0.279
X1 الإجراءات	0.114	0.090	1.27	0.208
X2 الموارد البشرية	0.235	0.120	1.95	0.054
X3 التكنولوجيا	0.659	0.092	6.16	0.000

ففي الجدول (21) نلاحظ انه اكثر المتغيرات معنوية هو X3 ويليه X2 ومن ثم X1. وايضا قيمة t المحسوبة لـ X3 بلغت (6.16) وهي اكبر من الجدولية (1.671).

جدول 22: تحليل التباين لانموذج التأثير بين متغيرات العادة الهندسة وبين الجودة الصحية

Model	SS	DF	MS	F	P
Regressiore	7.743	3	5.914	63.24	0.000
Residaal	7.107	76	0.093		
Total	24.851	79			

$$R^2(\text{adj}) = (70.3\%) \quad R^2 = (71.4\%)$$

وتشير نتائج الانحدار الموضحة بالجدول (22) الى مستوى معنوية الأنموذج وفقا لتحليل التباين الذي اظهر ان النموذج معنوي وفقا لقيمة (F = 63.24) المحسوبة وهي اكبر من الجدولية (2.728). وعند مستوى معنوية (0.05) وبدرجتي حرية (3.76).

ويمكننا ان نوضح اكثر المتغيرات أهمية ومن خلال أسلوب الانحدار المتدرج (Step wise-ptegression) ففي الجدول (23) نلاحظ في المرحلة الاولى تدخل في المتغيرات وتظهر المتغير الأكثر اسهاما إذ تشير نتائج تحليل بان أكثر المتغيرات التي تسهم في تفسير قوة التأثير في الجودة الصحية يعود الى إعادة التفكير بالتكنولوجيا والموارد البشرية وبمعاملات الانحدار بتا (0.812 , 0.33) وبدلالة في المحسوبة (3.65 , 12.23) على التوالي ويستدل من معامل التحديد ان

(65.93) من التباين الكلي لجودة الخدمة يفسره لتغير إعادة التفكير في التكنولوجيا و (39.63) من التباين يفسره عامل الموارد البشرية.

### جدول 23: قيم اختبار t للمتغيرات الأكثر أهمية

Step	B	S	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> (adj)	T	P
(Constant)	0.661	0.330				
X3 التكنولوجيا	0.812		65.73	65.29	12.23	0.000
(Constant)	0.400	0.307				
X3 التكنولوجيا	0.560		65.73	65.29	12.23	0.000
X2 الموارد البشرية	0.335		70.79	70.63	3.65	0.000

وفي المرحلة الثانية تم إدخال المتغير x2 والذي يمثل الموارد البشرية وبلغت قيمة الانحراف المعياري (0.307) وكانت قيمة معامل التحديد لـ x2 (R=70.79) والذي يوضح قرده المتغير المستغل x2 على تفسير 70% من المتغيرات المعتمدة وان النموذج معنوي وفقا لقيمة t لكل من X2 و X3 حيث بلغت على التوالي (3.65 و 12.23) وعند مستوى معنوية (0.05).

واخيرا نلاحظ ان المتغير x1 والمتمثل بالإجراءات قد استبعد من النموذج لانخفاض نسبة تأثيره حسب اسلوب الانحدار المتدرج ويرى الالباحث ان باستخدام التكنولوجيا والموارد البشري المؤهل والمدرّب منطقيا سوف يؤثر على تبسيط الإجراءات.

## الخاتمة

### الاستنتاجات

#### استنتاجات الإطار النظري

1. ان اعادة الهندسة هي انقلاب كلي على الواقع المفروض في حينه، لانها نظرة شمولية تولد من تعشيق عدة خطوات تتجسد بإعادة (التفكير، التنظيم، التصميم، الترتيب، التطوير، الهيكلية، البناء، التحسين، التقييم).
2. اعادة الهندسة هي ميزة تنافسية اذا ما نجحت المنظمات في تطبيقها لانها تساعد على تقديم الخدمات بالجودة العالية والوقت والكلفة الاقل وهي مخاطرة ان فشلت.
3. أولى مراحل إعادة الهندسة هي إعادة التفكير وبنا تصور واضح علمي لهذه العملية.
4. تعد الجودة العنصر الأهم للخدمات الصحية.

#### استنتاجات الإطار التطبيقي.

- 1- وصف وتشخيص متغيرات إعادة الهندسة: أتضح من التحليل الوصفي أن الغالبية العظمى من أفراد العينة يتفقون على التفكير بإعادة هندسة أعمال المستشفيات. ففيما يخص إعادة التفكير بالإجراءات الأغلبية أكدوا على ضرورة التخلص من الروتين ووضع خطط للتطوير والقيام بمراجعة شاملة لحاجات المرضى. اما إعادة التفكير بالموارد البشرية، فالعينة المبحوثة كان لديها مطلبان أساسيان هما تقديم الدعم المادي والمعنوي، والتدريب بشكل مستمر على كل ما هو متقدم واخيرا اتفق أغلبية عينة المجتمع المبحوث على إعادة التفكير بالتكنولوجيا ورفد المستشفى بكل ما هو جديد ومتطور وفي كافة المجالات وفي كافة المجالات.
- 2- وصف وتشخيص متغيرات ابعاده الجودة الصحية: حيث افرزت معطيات الوصف أن أفراد العينة يركزون على جعل الخدمات الصحية تقدم بالجودة المطلوبة ومن خلال مثلا استخدام نظام معلومات دقيق، وفورية الخدمات العلاجية المقدمة، وتوفير مهارات وخبرات كفوءة، والتأكيد على ان الجودة هي مسؤولية الجميع.
- 3- الاستنتاجات الخاصة بتحليل علاقات الارتباط: من خلال تحليل علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة، أتضح انه هناك علاقات ارتباط معنوية بين اعادة التفكير (بالتكنولوجيا، الموارد البشرية، الاجراءات) وبين الجودة الصحية.

4- أتضح ان التكنولوجيا تؤثر معنويا وبشكل كبير على جودة الخدمات الصحية. وقد يعود هذا التأثير ربما الى عدم مواكبة المستشفيات للتطورات الحاصلة في عالم الطب والإدارة، وأيضا ما خلفه الحصار الاقتصادي الذي كان مفروضا على العراق، فكل هذه المؤشرات جعلت حاجة المستشفيات للتكنولوجيا المتطورة حاجة ضرورية.

5- وجاء متغير الموارد البشرية في المرحلة الثانية من حيث التأثير في جودة الخدمات الصحية وهذا يعطينا مسألة مهمة مفادها ان المورد البشري المدعوم ماديا ومعنويا والمؤهل والمدرب بشكل جيد (وكل حسب اختصاصه) والموجه انسانيًا إلى إقامة علاقات طيبة مع المرضى قائمة على اساس الرحمة والطيبة واللفظ، قادر على تقديم الخدمات الصحية على الوجه الاكمل وان لديه وعي وأدراك بأهمية الجودة الصحية.

6- ما بالنسبة الى لمتغير إعادة التفكير بالإجراءات فكان تأثيره الأقل على الجودة الصحية. والسبب قد يعود الى ان توفر التكنولوجيا والكادر البشري المؤهل سيسهل ويبسط الإجراءات روتينيا دون الرجوع الى إعادة التفكير بالإجراءات.

### التوصيات

1. حث إدارات المستشفيات مجتمع الدراسة الى تبني الأساليب الادارية العلمية الحديثة وتطبيقها من أجل تحسين الخدمات الصحية.
2. تحتاج إعادة الهندسة الى دعم الإدارة العليا، وتقديمها بصورة شفافة وبسيطة لكي لا تواجه الإدارة مقاومة التغيير من قبل الأفراد العاملين.
3. إذا ما أرادت المنظمات تطبيق إعادة الهندسة فيجب عليها ان تضع نصب أعينها المستفيد أو طالب الخدمة وتقديم الخدمة او المنتج الجودة العالية
4. رقد المستشفيات بالتقانة المعلوماتية (البرامج والأنظمة والأساليب الحديثة) والآلية (الاجهزة والمعدات). وهذا يحتاج الى دعم من قبل الوزارة المعينة بالجانب الصحي.
5. وضع هدف جودة الخدمات الصحية في الاولوية والعمل على أساسه.
6. على إدارة المستشفيات التمهيد اولا للأفكار الجديدة والتغيرات التي ستحدث، ومن ثم العمل بها.
7. ان يكون مدير المستشفى محترف إدارياً وليس طبيباً فقط.
8. إسناد الأعمال الإدارية الى المؤهلين تأهيلا متخصصا في العلوم الإدارية.
9. ضرورة دعم الإدارات العليا لعملية إعادة هندسة الأعمال لكونها هي نقطة البداية.

## المصادر ومراجع

- القرآن الكريم

أولاً: المصادر العربية

أ. الوثائق الرسمية:

- الأدلة:

(1) دليل حلقات النوعية. وزارة التخطيط، المركز القومي للتخطيط والتطوير الإداري (1989) مراد، صلاح الدين.

- الإصدارات:

(2) إصدارات المجتمع العربي للمحاسبين القانونيين، (2001) السياسات العامة وهيكل التنظيم الأساسية، بموجب المنهاج الدولي الذي أقرته الأمم المتحدة للتجارة والتنمية.

ب. المؤتمرات والندوات

(1) السلطان، فهد بن صالح، (2001)، إعادة هندسة نظم العمل (BPR): النظرية والتطبيق، من وقائع المؤتمر الثاني للإدارة القيادية الإبداعية في مواجهة التحديات المعاصرة للإدارة العربية، للمدة من (8-6 / تشرين الثاني). المنظمة العربية للعلوم الإدارية، القاهرة.

(2) الشيخ، علي، (1997)، تجارب عربية في الإصلاح الإداري، أوراق وقائع "جلسة الحوار للاجتماع الوزاري للجمعية العمومية" للفترة من 23-24 يونيو، بيروت.

(3) حسن، محمد حربي، كنعان محمد، (2002)، هندسة الأعمال وتكنولوجيا المعلومات بالتطبيق على عينة من الشركات الصناعية الأردنية، بحوث المؤتمر العلمي السنوي الثاني، الجزء الثاني.

(4) محرم، أحمد محروس، (1994)، إدارة الجودة الشاملة: المفاهيم - التطبيق - الوسائل المستخدمة ومن وقائع المؤتمر السنوي الرابع للتجديد وإدارة التغيير القاهرة، جمهورية مصر العربية.

ج. الرسائل الجامعية:

(1) الجزراوي، رعد يوسف كبرو، (2000)، إعادة هندسة العمليات الإدارية كمدخل للتحسين المستمر. تصميم نظام مقترح للمستشفيات باختيار مستشفى الكندي التعليمي مجالاً للدراسة، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، جامعة بغداد.

- (2) العاني، الاء عبد الجبار، (2002)، أثر استراتيجيات ادارة الموارد البشرية في دعم برامج ادارة الجودة الشاملة: دراسة لاراء المدراء في عينة من المنظمات الصناعية العامة / محافظة نينوى، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- (3) العزاوي، محمد عبد الوهاب محمد، (2002) ابعاد الجودة وتطوير المنتج واثرها في تعزيز مكانة الاطار المحلي في ذهن المستهلك العراقي: دراسة استطلاعية لاراء عينة من مستخدمي الاطارات المحلية في محافظة نينوى اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- (4) القصيمي، محمد مصطفى عبد القادر، (2001)، الموائمة بين نجاح اعادة تصميم الاعمال والتركيب المنظمي، واثرها في فاعلية بعض مستشفيات التمويل الذاتي العراقية، دراسة لأراء عينة من المدراء العالمين فيها، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- (5) الهاشمي، شيماء محمد صالح حسن حميد، (2003)، دور تقانة المعلومات في اعادة هندسة العمليات الادارية: دراسة حالة في كلية الادارة والاقتصاد جامعة الموصل، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- (6) شريف، جلال سعد الملوك عبد الرحمن، (2002)، اثر استراتيجية التمكين في تعزيز الابداع المنظمي: دراسة تحليلية في جامعة الموصل، اطروحة دكتوراه، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- (7) لطفي، نادية، الجنابي عبد الوهاب، (2000)، تحديد العوامل المؤثرة في الجودة ضمن مفاهيم ادارة الجودة الشاملة: دراسة حالة في الشركة العامة للصناعات الكهربائية معامل الوزيرية، رسالة ما جستير منشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

#### د. الدوريات:

- (1) البرزنجي، أمال كمال حسن، علوان نوفل عبد الرضا، (2004)، بناء وتطبيق نموذج لادارة الجودة الشاملة للنهوض بالمؤسسات التعليمية في العراق: دراسة تطبيقية، مجلة كلية الادارة والاقتصاد، العدد 51.
- (2) البروارى، نزار عبد المجيد رشيد، (2000)، مستلزمات ادارة الجودة الشاملة وامكانات تطبيقها في المنظمات العراقية: رؤية مستقبلية، مجلة المنصور المجلد 1، العدد 1.
- (3) البياتي، حسين ذنون، نظام المعلومات الطبية بالتطبيق على مستشفيات محافظة نينوى، (1994)، مجلة تنمية الرافدين – كلية الإدارة والاقتصاد، مجلد (17).

- (4) الجبوري، ميسر ابراهيم احمد، (2002)، الفجوة المعرفية بين الزبون والمنتج: دراسة نظرية تحليلية وفق مفهوم ادارة الجودة الشاملة. *مجلة تنمية الرافدين*، العدد 68.
- (5) الحليم، أحمد عبد، الشلبي فيصل مرعي، مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية: دراسة تقييميه من وجهة نظر الاطباء فيها، (2001)، *مجلة مؤتة*، المجلد (16)، العدد (6)، عمان.
- (6) الشراح، رمضان، (2003)، الاداء الاقتصادي والمالي للجهاز المصرفي الكويتي وفقا لمفهوم الجودة الشاملة. *الاداري*، العدد 95.
- (7) العزيزي، الشيخ عبد العزيز بن مطر، (1998)، الجودة والتحدي، *مجلة الاداري*، العدد (74).
- (8) الغامدي، محمد بن علي (2004) مفاهيم الجودة أساس لتوحيد الجهود، لقاء السنوي للجهات الخيرية للمنطقة الشرقية.
- (9) اللوزي، موسى سلامة، (1998)، اتجاهات العاملين في المؤسسات الحكومية الاردنية نحو ادارة التغيير، *مجلة دراسات للعلوم الإدارية*، المجلد 25، العدد 2.
- (10) المصرفية، مجلة الدراسات المالية، (1996)، زيادة رضى العميل من خلال إعادة الهندسة المجلد 4، العدد 2.
- (11) الملح، إبراهيم علي، (2000)، التنظيم وإعادة التنظيم الإداري في الجهاز الحكومي: الاسس والمبادئ والأهداف "دراسة تحليلية لتجربة المملكة العربي السعودية"، *المجلة العربية للإدارة*، مجلد 20، العدد 1.
- (12) بدوي مسعود عبد الله، (1999)، ادارة الجودة وتأثيرها على المنشآت في دولة للعلوم العربية المتحدة: دراسة باستخدام التحليل المساري. *مجلة دراسات للعلوم الإدارية*، المجلد 26، العدد 2.
- (13) خرمة، عماد محمد، (2000)، ادارة الخدمات الصحية في الاردن: حالة دراسية عن خدمات قسم الاشعة في مستشفى جرش الحكومي، *الاداري*، العدد 83.
- (14) عبد ربه، إبراهيم (2004)، الجودة، *عالم النور*.
- (15) كروسي، فليب (2004) أفق معاصرة تحديات الجودة 2، *الملحق الاقتصادي*
- (16) محجوب، بسمان فيصل، (2003)، ادارة الجامعات العربية في ضوء المواصفات العالمية: دراسة تطبيقية لكميات العلوم الادارية والتجارة، *المنظمة العربية للتنمية الادارية*.

(17) محمود، ياسين، (2001)، إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية، مجلة الإدارة العامة، العدد 1، مجلة 41.

(18) مصطفى، أحمد سيد، (1996)، إعادة البناء بوصفه مدخلات للتنافس، أخبار الإدارة، عدد، 1.

(19) مياجان، فريد عبد الحفيظ، (2002) الهندرة لتطوير الأداء وتحسين الانتاجية في مرافقنا، جريدة الوطن العدد 526. سنة الثانية، جدة

(20) ياسين، محمود وآخرون، (2001)، ادارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية: تطبيق، مجلة الادارة العامة، العدد 3.

#### هـ. الكتب

- (1) البكري، ثامر ياسر، (2002)، ادارة التسويق، مطابع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
- (2) البكري، ثامر ياسر، (2005)، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- (3) البكري، ثامر ياسر، (2005)، ادارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- (4) الثعلبي، أحمد بن محمد ابراهيم، (1930)، قصص الانبياء (العرائس) مطبعة محمد علي صبيح ومصر - الازهر.
- (5) الحناوي، محمد صالح، السيد اسماعيل، (1999)، قضايا ادارية معاصرة، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
- (6) الصرن، رعد حسن، (2000)، ادارة الابتكار والابداع: الاسس التكنولوجية وطرائق التطبيق، سلسلة الرضا للمعلومات، دمشق.
- (7) الصرن، رعد حسن، (2001)، ادارة الابتكار، والابداع: كيف تخلق بيئة ابتكارية في المنظمات، سلسلة الرضا للمعلومات، دمشق.
- (8) العزاوي، محمد عبد الوهاب، (2002)، أنظمة ادارة الجودة والبيئة: ISO 9000 & 14000 دار وائل للنشر، عمان.
- (9) العلي، عبد الستار محمد، (2000)، ادارة الانتاج والعمليات: مدخل كمي، دار وائل للنشر والطباعة، عمان.



- (10) القريوتي، محمد قاسم، (1993)، السلوك التنظيمي: دراسة السلوك الانساني الفردي والجماعي في المنظمات الادارية، عمان.
- (11) القريوتي، محمد قاسم، (2000)، السلوك التنظيمي: دراسة السلوك الانساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة، مطبعة بنك البتراء، عمان.
- (12) القريوتي، محمد قاسم، (2000)، نظرية المنظمة والتنظيم، دار وائل للنشر، عمان.
- (13) القريوتي، محمد قاسم، (2001)، الاصلاح الاداري بين النظرية والتطبيق، دار وائل للنشر، عمان.
- (14) المساعد، زكي خليل، (1998)، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- (15) اللوزي، موسى، (1999)، التطوير التنظيمي: اساسيات ومفاهيم حديثة، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ط1.
- (16) اللوزي، موسى، (2000)، التنمية الادارية: المفاهيم والاسس والتطبيقات، دار وائل للطباعة، عمان.
- (17) جمعة، السعيد فرحان، (2000)، الاداء المالي لمنظمات الاعمال والتحديات الراهنة، دار المريخ للنشر، الأردن.
- (18) حسن، محمد، عزام بسام، (1999)، ادارة الجودة وعناصر نظام الجودة، مركز الرضا للمعلومات، الأردن.
- (19) حمود، خضير كاظم، (2002) السلوك التنظيمي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- (20) خلدون، عبد الرحمن، (1960)، مقدمة ابن خلدون – دار الشعب القاهرة.
- (21) عبد الحفيظ، أحمد بن صالح، (2003)، المرجع العملي لتطبيق منهج الهندسة: كيف تطبق منهج الهندسة، دار وائل للنشر والطباعة، عمان.
- (22) هامر، مايكل، جامبي جيمس، (1995)، اعادة هندسة نظم العمل في المنظمات "الهندسة": دعوة صريحة للثورة الادارية الجديدة، ترجمة شمس الدين عثمان، مراجعة بندر القحطاني ونسيم الصحاري، الشركة العربية للاعلام العلمي "شعاع" للنشر والطباعة، القاهرة.
- (23) هامر، مايكل، جامبي، جيمس، (1995)، اعادة هيكلة المؤسسات، ترجمة عبد السلام برواري، دار نشر كامبوس.

**I.Articles:**

- 1) Hammer Micheal, (1990), Reengineering work: Don't Automatic Obliterate, **Harvard Business Review**, July-August.
- 2) Ovenden Tony R., (1994), Business Process: Re-engineering: Definitely worth considering, **The TQM Magazine** Vol. 6 N6-3.

**II.Books:**

- 1) Daft Richard L., (2001), **Organization Theory and Design**, Soutr-western Thomson learning.
- 2) Daft Richard L. & Noe Raymond A., (2001), **Organizational Behavior**, untied states of America.
- 3) French Wendell L. & Cecil H. Bell, Jr. (1999), **Organization Development: Behavioral Science Interventions for organization Improvement**, prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- 4) Heizer Jay & Render Barry, (1996), **Principles of operations management**, Upper Saddle Rivar, New Jersey.
- 5) Heizer Jay & Barry Render, (2001), **Operations management**, upper Saddle River. New Jersey.
- 6) Hunger J. David & Wheelen Thomas L., (1998). **Strategic management**, United states of America.
- 7) Kotler Philip & Gory Armstrong., (1994), **Principle's marketing, prentice**, Hall Englewood Cliffs, New Jersey.
- 8) Kotler Philip, (2000), **Marketing management**, Prentic Hall International, Inc.
- 9) Kreitner Robert, (1995), **Mnagement**, Houghton Mifflin company.
- 10) Looy Bart van, paul Gemmel and etal, (2003), **Services management: An Integrated Approach**, Hall Financial tims.
- 11) Markland Robert E., and etal, (1995), **Operations management: cocepts in manufacturing and services**, west publishing company.

- 12) Noe Raymond A., and etal, (1996), **Human Resource Management: Gaining a competitive Adrantage**, Irwin McGraw-Hill.
- 13) Pressman Roger S., (2000), **Software Engineering: Apractition eris Approach**, McGraw-Hill companice. Inc.
- 14) Render Barry, & Heizer Jay, (1997), **Principles of Operations management**, Prentice-Hall, Upper Saddle Bिरer, New Jersey.
- 15) Shafer Scott M. & Meredith Jack R., (1998), **Operations management: Aprocess Approach with spreads beets**, John wiley & Sons, Inc.
- 16) Slack Nigel, and etal, (1998), **Financial Times pitman publishing**.
- 17) Vervest Peter & AIDunn, (2000), **How to win customers in the Digital world: Total Action or Fatal Inaction**, springer Verlag Berlin, Heidelberg.

ثالثاً: مصادر شبكة الانترنت:

- 1) <http://www.Methodologies of BpR. 2003>.
- 2) <http://www.Cochise Health systems: Quality management & performance improvement plan 2004. com>
- 3) <http://www.emro.who.int/rca/Arpa11bo2.htm>

بسم الله الرحمن الرحيم

أستاذي القدير:

م/ استمارة استبانة

السيد، السيدة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تسعى الاباحث إذا شاء الله أعداد رسالة الماجستير الموسومة " دور هندسة العمليات الادارية بوصفه مدخلا للتحسين المستمر وأثره في جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على مستشفى زكاري و جمهوري في أربيل ولغرض إكمال هذه الدراسة نرجو تفضلكم بملى استمارة الاستبيان الملحقة بالإجابات التي ترونها مناسبة لكل عبارة. علما ان البيانات المدونة تتسم بالسرية والأمانة العلمية. وسنكون ممتنين لكم لاعطاءنا جزء من وقتكم الثمين

مع جزيل الشكر وعظيم التقدير

ملاحظة:

1. يرجى الإجابة على جميع العبارات دون ترك أي منها:
2. الرجاء وضع علامة (✓) في الحقل الذي يمثل قناعتك.
3. ان الاباحث تعد الدراسة بالاعتماد على المرحلة الأولى وهي التفكير بإعادة الهندسة. أي ان العبارات الخاصة بمتغيرات إعادة الهندسة تدور حول (ماذا لو أعيد التفكير في 1. الإجراءات. 2. الموارد البشرية. 3. التكنولوجيا ) وماذا سيكون أثر ذلك على الجودة الصحية (أي النتائج التي يمكن الحصول عليها إذا تم التفكير بإعادة الهندسة والتمهيد لها )

الباحث

المشرف

مع جزيل الشكر وعظيم التقدير

أولاً: بيانات عامة عن المستشفى:

- اسم المستشفى وتاريخ تأسيسها.
- عدد الأقسام الموجودة في المستشفى.
- عدد الأفراد العاملين فيها.

ثانياً: بيانات خاصة بالمجيب:

- العنوان الوظيفي
- القسم
- التخصص
- العمر
- الجنس
- عدد سنوات الخدمة
- التحصيل العلمي

دكتوراه ( ) ماجستير ( ) دبلوم عالي ( ) بكالوريوس ( ) دبلوم فني ( )

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة	لا اتفق
1	ما رأيك بوضع خطط عملية للتطوير بصورة مستمرة					
2	ما رأيك بوضع خطط عملية للتغيير بصورة مستمرة					
3	هل تتفق مع قيام المستشفى بإجراء مراجعة شاملة للخدمات التي تقدمها للمرضى					
4	ما رأيك بتبسيط أساليب ونماذج العمل المستخدمة حالياً					
5	ماذا لو أعطت المستشفى الأولوية للأجرات التي تحتاج إلى تغيير يعتمد على الإبداع					
6	هل تتفق مع تبسيط الإجراءات التي تطبق في المستشفى					
7	وضع خطط دائمية لاعادة توزيع واستخدام الموارد المالية					

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة
8	وضع خطط دائمية لاعادة توزيع واستخدام للموارد البشرية				
9	ضرورة تحرر المستشفى من الروتين لتمكينها من مواجهة الحالات الطارئة				
10	ماذا لو اعتمدت المستشفى مبدأ الورقة النظيفة (أي البدء من الصفر عند القيام بتغيير أي نشاط)				
11	إجراء دراسة وتحليل للإجراءات والأساليب التي سيتم تغييرها				
12	هناك حاجة لاعداد نماذج عمل للأنشطة المراد إنجازها				
13	العمل على أعداد دليل بالتغيرات التي ستحدث				
14	إعادة النظر بالوحدات والشعب (فصل إلغاء او دمج)				
15	التفكير بتوحيد الإجراءات المتقاربة				
16	التفكير بإعادة هيكله الوظائف وبما يقلل وقت إنجاز الخدمة				
<b>* الموارد البشرية: الأفراد العاملين في المستشفى</b>					
17	محاولة دعم الإدارة العليا لعمليات التغيير الجذرية والشاملة				
18	إثراء ثقافة المنظمة بالتخصصات الإدارية الحديثة				
19	تقديم الدعم للموارد البشرية ماديا ومعنويا				
20	ضرورة امتلاك الموارد البشرية القناعة بالتغيير وأهميته				
21	ماذا لو تم تشكيل فرق لإنجاز الأعمال وتدريبهم وتطويرهم				
22	هل تتفق مع وضع برامج واليات تدعم تطوير الموارد البشرية				
23	العمل على التكيف المستمر مع أنشطة الموارد البشرية لمواجهة النماذج التنظيمية الجديدة				
24	الموائمة بين إعادة تنظيم الموارد البشرية وبين أهداف وخطط المستشفى				

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة
25	السير نحو إعادة توجيه الموارد البشرية لتنمية مهاراتهم وقدراتهم وخبراتهم وطموحاتهم ومعارفهم				
26	أعداد خطة لإعادة توزيع الموارد البشرية				
27	التدريب بشكل مستمر على كل ما هو جديد ومتقدم				
28	إسناد الأعمال الإدارية الى المؤهلين تأهيلا متخصصا في المجالات الإدارية				
29	ضرورة إقامة علاقات طيبة بين مقدمي الخدمات الصحية وبين المستفيدين من تلك الخدمات				
<b>* التكنولوجيا: الأجهزة والمعدات والبرامج التقنية المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية.</b>					
30	العمل على اعتماد اساليب عمل جديدة				
31	تطوير نظام الاتصالات				
32	إدخال التحسينات الجذرية على الأداء الطبي				
33	دعم عمليات التغيير بتقنيات ومعدات متطورة				
34	تجهيز المستشفى بتقنيات حديثة في المجالات التشخيصية والعلاجية والوقائية والفندقية والترفيهية				
35	اعتماد نظام معلومات محوسب				
36	دعم المستشفى بإمكانيات مادية من قبل الجهات المختصة لتوفير التكنولوجيا				

رابعا: أبعاد الجودة:

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة
<b>* المعولية: ويقصد بها القيام بتقديم خدمات صحيحة منذ البداية</b>					
37	استخدام الأقسام والشعب لنظم معلومات دقيقة في إدارة المستشفى				

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة
38	انسيابية الإجراءات الطبية وفقا لمواعيدها المطلوبة				
39	اعتماد الدقة في القوائم والوصولات المالية				
40	سيشعر المريض بان حياته بأيدي أمينة				
41	تتوفر أماكن استقبال وانتظار مناسبة				

ت	الفقرات	اتفق بشدة	اتفق	اتفق الى حد ما	لا اتفق بشدة
42	تهتم المستشفى بنظافة وترتيب وجمالية أماكن تقديم الخدمات الصحية				
43	تقدم المستشفى خدمات ترفيهية وفندقية جيدة				
* الوقت:					
44	سيكون هناك توافق بين مواقع تقديم الخدمة وسهولة وصول المريض إليها				
45	فورية الخدمات العلاجية المقدمة				
46	سرعة الاستجابة للحالات الطارئة				
47	الخدمات الصحية تقدم على مدار ساعات اليوم وبشكل متكامل				
* الاستجابة: مقابلة الحالات العاجلة والطارئة والظروف الغير العادية					
48	الاهتمام الشخصي للمرضى وإعطاء أهمية كبيرة لشكواهم وحاجاتهم				
49	تتمتع المستشفى بسمعة ومكانة جيدة				
50	التعامل مع المرضى يكون على أساس الرحمة واللفظ والطيبة				
51	الاستعداد المبكر دائما وبكل الطاقات الإدارية والطبية لتقديم كل ما هو جديد				
* التأكيد: إعطاء أهمية كبيرة للجودة الصحية					



					توفر المستشفى مهارات وخبرات جيدة وكفؤة في مجال تقديم الخدمات الصحية	<b>52</b>
					تنمية مهارات وخبرات العاملين بشكل مستمر في مجال الجودة الصحية	<b>53</b>
					الجودة الصحية هي مسؤولية تقع على عاتق كل فرد في المستشفى	<b>54</b>
					تعطي الإدارة العليا الأولوية للجودة الصحية	<b>55</b>
					تعطي المستشفى أهمية كبرى للخدمات الوقائية	<b>56</b>
					على مدير المستشفى ان يمتلك تخصصا إداريا إضافة الى التخصصات الطبية	<b>57</b>
					تعتمد المستشفى برامج توعية صحية لتوجيه الجمهور عن طريق الإعلانات والملصقات	<b>58</b>
					تجديد وتحديث مباني المستشفى دوريا	<b>59</b>

## THE ROLE OF ADMINISTRATIVE PROCESS ENGINEERING AS AN ENTRY POINT FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF HEALTH SERVICES APPLIED TO RIZGARI AND JUMHOURI HOSPITALS IN ERBIL

### ORIGINALITY REPORT



### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>Submitted to Petroleum Research &amp; Development Center</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>myqalqilia.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.hrdiscussion.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>omareyah.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>stclements.edu</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repository.nauss.edu.sa</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>assaudi.kings-marketing.net</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>