

تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال متطلبات المنظمة الرشيقة دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في مستشفى تكريت التعليمي

ا.م. د قاسم احمد حنظل
كلية الادارة والاقتصاد / جامعة تكريت

پوخته

ئامانجى ئەم توپژينه وهيه دهستنيشانکردنى پيداويستيه كانى ريکخراوى چاپوک و شويينه واره كانيه تى له سهر باشکردنى کواليتى خزمه تگوزارييه ته ندروستيه كان له رپى بنياتنانى توپژينه وهيه كهى ده رخته كاربييه وه، فۆرمى راپرسى وهك ئامرازى سهره كى به كارها توه، سه مپلى توپژينه وه كه ٤٦ راپرسراوى له خوگرتووه له و كه سانهى كه له نه خو شخانهى تكريت ي فيركارى كارد هكهن، كيشه ي توپژينه وه ش به م پرسياره دياريكرا: ئايا دامه زراوه ي ليكۆلراو پيداويستيه كانى ريکخراوى چاپووكى ههيه بو باشکردنى خزمه تگوزارييه پيشكه شكاراوه كان به سوودمه ندان؟ گرمانه سهره كى و لاوه كيه كانى توپژينه وه تيبست كران بو وه لامدانه وه ي پرسياره په يوه نديداره كان به كيشه ي توپژينه وه كه وه له رپى ژماره يه ك ئامرازى ئاماره وه. توپژينه وه كه يشته زماره يه ك به ره نجام، له گرنگترينيان بوونى كاربييه مانادارى لاوازه بو پيداويستيه كانى ريکخراوى چاپووك له سهر كواليتى خزمه تگوزارييه ته ندروستيه، له گرنگترينى راسپارده كانى توپژينه وه ش نه وهيه كه پيوبيسته له سهر كارگيرپى دامه زراوه ي ته ندروستى ليكۆلراو گرنگى به سهر جه م پيداويستيه كانى ريکخراوى چاپووك بدات به يه كسانى له بهر نه وه ي ئەم پيداويستيه يانه له ناو خو ياندا ته واو كهرى يه كترن بو به ديه ينانى خزمه تگوزارييه ته ندروستيه.

وشه ي سهره كى: ريکخراوى چاپووك، كواليتى، خزمه تگوزارييه ته ندروستيه.

الملخص

يهدف البحث الحالي إلى تحديد متطلبات المنظمة الرشيقة واثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تبني البحث الدراسة الاستطلاعية واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسة، اذ تضمنت عينة البحث (٤٦) مستبيناً من الافراد العاملين في مستشفى تكريت التعليمي، وقد تم تحديد مشكلة البحث بالآتي: هل تمتلك المنظمة قيد البحث المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، وتم اختبار الفرضيات الرئيسية والفرعية للإجابة على الاسئلة المتعلقة بمشكلة البحث من خلال عدد من الادوات الاحصائية. وتوصل البحث الى عدد من الاستنتاجات، كان من اهمها وجود تأثير معنوي ضعيف لمتطلبات المنظمة الرشيقة في جودة الخدمة الصحية، وكانت من اهم التوصيات على ادارة المنظمة الصحية قيد البحث الاهتمام بجميع متطلبات المنظمة الرشيقة على حد سواء من حيث إن هذه المتطلبات متكاملة فيما بينها لتحقيق جودة الخدمة الصحية.

الكلمات المفتاحية: المنظمة الرشيقة، الجودة، الخدمة الصحية.

Abstract

The current research aims to determine the requirements of the lean organization and its impact on improving the quality of health services by adopting the research survey and using the questionnaire as a main tool. The sample included 46 respondents from the employees of Tikrit Teaching Hospital. The research problem was identified as follows: The organization under consideration the organizational requirements of the organization to improve the quality of health services provided to beneficiaries. The main and subsidiary hypotheses were tested to answer questions related to the research problem through a number of statistical tools.

The research found a number of conclusions, the most important of which was the low moral impact of the organization's agile requirements on the quality of the health service, and the most important recommendations to the management of the health organization under consideration are all the requirements of the organization are both agile in that these requirements are integrated among them to achieve quality Health service.

Keywords: Lean Organization, Quality, Health Services

المقدمة:

حظيت جودة الخدمات الصحية برعاية واهتمام المؤسسات الدولية والمحلية على حد سواء , لما لها من أهمية وتماس مباشر لحياة الانسان وتوفير الرعاية الصحية السليمة لهم, واضحت درجة تمتع المواطن بالحقوق والخدمات الصحية من المعايير الاساسية لسمو الحضارة والمدنية والتقدم في البلد, من هنا اصبحت الحاجة الى تطوير وتحسين الاساليب الادارية لجودة الخدمات الصحية امرا لا بد منه في المنظمات الصحية المحلية التي تعاني من تردي الخدمة الصحية فيها, وفي خضم هذه المناهج الحديثة في سبيل تحسين الخدمات الصحية التي تحقق متطلبات المستفيدين, اتخذت المنظمات الصحية عامة والمنظمة الصحية قيد البحث لنفسها الاسلوب الذي تراه مناسباً تستطيع من خلاله تقديم الخدمات الصحية التي ترضي مستخدميها, وقد اتخذ مدخل الرشاقة النهج الابرز لتحقيق نجاح المنظمات الصحية والوصول الى تحقيق اهدافها وبأعلى مستوى لجودة الخدمة الصحية, وبالنظر لأهمية الخدمة الصحية التي يتلقاها المستفيد فان فلسفة المنظمة الرشيقة لها تأثير فعال على اداء المنظمات, اذ انه تعمل على تصفية اجراءات العمل وخطواته وتحديد الخطوات التي تضيف قيمة عن تلك التي لا تضيف قيمة للاداء, فضلاً عن تنمية طريقة تعامل الأفراد مع إجراءات العمل التي يؤديونها من خلال نشر ثقافة ترشيق تلك الإجراءات وتحسينها والعمل على كشف الضائعات والمشكلات التي تتضمنها تلك الإجراءات والكشف عن المسببات الجذرية المؤدية إلى حصولها. ولاهمية الموضوع في البيئة المحلية ارتأى الباحث تقديم اطار نظري وميداني مستندا على مستجدات الباحثين في المجالين (المنظمة الرشيقة وجودة الخدمات الصحية), فضلاً عن تقديم منهج وصفي وتحليلي عن متغيرات البحث. وتأسيساً على ما سبق تضمن البحث اربعة محاور, خصص المحور الأول لمنهجية البحث, والمحور الثاني للجانب النظري, والمحور الثالث للجانب الميداني, والمحور الرابع للاستنتاجات والمقترحات.



تسعى اغلب المنظمات الصحية الى تحقيق الهدف الاساسي لها من خلال تقديم خدمات صحية ذات جودة تحقق متطلبات المستفيدين بالدرجة الاساس وتحقيق سمعة ايجابية لها, ولكن من خلال الزيارات واللقاءات مع بعض المستفيدين من خدماتها وجد الباحث ان هذه المنظمات الصحية وعلى وجه الخصوص قيد البحث منها تواجه بعض الصعوبات والتي تحد من قدراتها على تحقيق اهدافها المتمثلة بتقديم خدمات صحية ذات جودة مناسبة, تحقق من خلالها متطلبات المستفيدين وتجعل توقعاتهم عن تلك الخدمات متفقة مع ما يحصلون عليه فعلا, ومن اجل معالجة هذه الصعوبات ارتأى الباحث القيام بعدد من الاجراءات والتغييرات في النظم الادارية في المنظمة الصحية قيد البحث, من خلال اعتماد متطلبات المنظمة الرشيقة التي تنطلق فلسفتها من القضاء على الضائعات ومشاكل الحركة والنقل وتعدد الاجراءات لأكثر من مرة وبشكل غير مضيء للقيمة. ويمكن صياغة اشكالية البحث من خلال التساؤل الاتي: "هل تمتلك المنظمة قيد البحث المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقة لتحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين؟

ثانيا : أهداف البحث : يهدف البحث الحالي إلى تحقيق النقاط الآتية:

1. توضيح مفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها.
2. التعرف على المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقة داخل المنظمة الصحية قيد البحث.
3. تحديد العلاقة والاثربين متغيرات البحث وتحليلها.

ثالثا : أهمية البحث: تمكن أهمية البحث من خلال ابراز النقاط الآتية:

1. استعداد المنظمة قيد البحث على اعتماد المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقة بالشكل الذي تحقق جودة الخدمات الصحية.
2. وتنبثق أهمية البحث ايضا من خلال مواكبة وتحقيق المنظمات الصحية لجودة خدماتها الصحية بالوسائل العصرية الحديثة .

رابعاً : مخطط البحث

تتطلب المعالجة المنهجية لمشكلة البحث في ضوء إطارها النظري ومضامينها الميدانية تصميم مخطط افتراضي الذي يشير إلى العلاقة المنطقية بين متغيرات البحث تعبيراً عن الحلول المؤقتة التي تقترحها للإجابة على التساؤلات البحثية المثارة في مشكلة البحث, وقد اعتمد في بناء هذا المخطط المتغيرات المستقلة والمعتمدة, ويوضح الشكل (1) مخطط البحث الافتراضي.

وإداريين) في المنظمة الصحية قيد البحث والبالغ عددهم (٤٦) فرداً.

سابعاً: وصف عينة البحث :

تم اختيار عينة عشوائية من العاملين تمثلت بالإداريين والمرضى والأطباء الذين يقدمون الخدمات الصحية للمرضى الراقدين في المستشفى , إذ تم توزيع (٤٦) استمارة استبانة على أفراد عينة البحث , استرجعت بالكامل والجدول (١) يعرض وصفاً لأفراد عينة البحث , حسب مدة الخدمة في المنظمة الصحية والتحصيل الدراسي لهم وكالاتي:

الجدول (١) وصف أفراد عينة البحث

المعلومات	الفئة	العدد	%
التحصيل الدراسي	دبلوم فني	١٢	٢٦
	بكالوريوس	١٣	٢٨
	دبلوم عالي	٣	٧
	ماجستير	٢	٤
	دكتوراه	١٦	٣٥
مدة الخدمة (سنة)	١ - ١٠	٣٣	٧١
	١١ - ١٥	١٠	٢٢
	١٦ فأكثر	٣	٧

المصدر: إعداد الباحث

يلاحظ من الجدول (١) الآتي:

يشير الجدول (١) إلى التحصيل الدراسي لأفراد عينة البحث , وتبين أن ما نسبته ٤٦% منهم يحملون الشهادة العليا مما يمكنهم من المساهمة في فهم متطلبات المنظمة الرشيقية وتوظيفها في تحقيق جودة الخدمة الصحية , و٥٤% منهم يحملون شهادة الدبلوم الفني والبكالوريوس في المنظمة الصحية قيد البحث , ويتبين أيضاً من الجدول (١) أن حديثي التعيين أو الذين تقل خدماتهم عن (١٠) سنوات شكلوا ما نسبته ٧١% وهذا يؤكد أن المنظمة الصحية قيد البحث لها الرغبة في ضخ دماء جديدة للعاملين تكون نواة للتغيير والاستعداد لتنفيذ متطلبات المنظمة الرشيقية بغية تحقيق جودة الخدمة الصحية , أما النسبة الباقية ٢٩% هم من أصحاب الخدمة الأكثر .

ثامناً: أساليب جمع البيانات

من أجل الحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لتحقيق أهداف البحث فقد اعتمد الباحث على الأساليب الآتية:

١. الجانب النظري

اعتمد الباحث في استكمال الجانب النظري على العديد من المراجع العلمية (الكتب والبحوث والدراسات) العربية منها والأجنبية التي لها صلة بموضوع البحث.

٢. الإطار الميداني

استخدم الباحث في هذا الجانب استمارة الاستبانة التي تم اعتمادها كأداة رئيسة لجمع بيانات هذا البحث , واعتمد

البحث على مقياس (Likert) الثلاثي والمرتب بالتدرج من عبارة (أتفق, محايد, لا أتفق) والتي حصلت على الأوزان الآتية على التوالي (٣, ٢, ١) لغرض قياس استجابة افراد عينة البحث، وقام الباحث بتقسيم الاستمارة الى ثلاثة أجزاء وكما يأتي:

- الجزء الأول: متعلق بالمعلومات التعريفية الخاصة بافراد عينة البحث والمتعلقة بـ(التحصيل الدراسي, مدة الخدمة في المستشفى).

- الجزء الثاني: والذي تضمن الفقرات المتعلقة بالمتغير المستقل (المنظمة الرشيقية) والتي شملت (١٥) فقرة تم توزيعها على المتغيرات التي أعتمدها الباحث في الجانب النظري وأنموذج البحث, وهي (٥) القيادة الرشيقية و(٥) الثقافة الرشيقية و(٥) الاتصالات الادارية الرشيقية.

- الجزء الثالث: يتعلق هذا الجزء بالمتغير المعتمد (جودة الخدمة الصحية) بأبعادها الستة وتضم (٢٩) فقرة منها (٦) بعد الاعتمادية و(٦) بعد الاستجابة و(٥) بعد الضمان و(٦) بعد الأشياء الملموسة و(٦) للبعد التعاطف . وتم الاعتماد على (الطويل وآخرون, ٢٠١٠) و (عثمان, ٢٠١١) من المصادر في إعداد استمارة الاستبانة.

تاسعا: الدراسات السابقة

١. الدراسات المتعلقة بالمنظمة الرشيقية :

أ. دراسة (عثمان, ٢٠١١)

• عنوان الدراسة : مدى توافر بعض المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقية .
• هدف الدراسة : تحديد بعض المتطلبات التنظيمية التي يمكن التعويل عليها لتطبيق مدخل الرشاقة في المنظمة المبحوثة .

• مشكلة الدراسة : وجود أنواع متعددة من الضائعات أهمها صفوف الانتظار وعدم وجود خطوات محددة يمكن للمريض إتباعها عند دخوله المستشفى للعلاج .
• نوع الدراسة : دراسة تشخيصية
• اهم الاستنتاجات : لا تعمد المنظمة المبحوثة إلى قياس رضا المرضى بشكل مستمر لتحديد المشكلات والسلبيات في الخدمات المقدمة .

ب. دراسة (Naraghi & Ravipat, 2009)

• عنوان الدراسة : Lean Health Care in The Emergency Ward of Sahlgrenska Hospital

الرعاية الصحية الرشيقية في ردهة طوارئ مستشفى Sahlgrenska

• هدف الدراسة : فهم وإرضاء حاجات المرضى من خلال تقليل أو إلغاء الأنشطة غير المضيفة للقيمة مثل أوقات الانتظار.
• مشكلة الدراسة : الاجراءات المعقدة في انشطة الرعاية الصحية التي تتمثل بالضائعات والأنشطة غير المضيفة للقيمة.



- نوع الدراسة : دراسة استطلاعية
- اهم الاستنتاجات : تطبيق مدخل الرشاقة في مجال الرعاية الصحية ينبغي تغيير الثقافة من التفكير التقليدي إلى التفكير الرشيق .
- ٢. الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية
- أ. دراسة (الطويل واخرون, ٢٠١٠)
- عنوان الدراسة : إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية
- هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات المبحوثة.
- مشكلة الدراسة : لمحدودية الدراسات التي تناولت هذا موضوع جودة الخدمة الصحية في محافظة نينوى .
- نوع الدراسة : استطلاعية
- اهم الاستنتاجات : تباين استجابة افراد عينة البحث حول ابعاد جودة الخدمة الصحية في الميدان المبحوث.
- ب. دراسة (Mohamad,2010)
- عنوان الدراسة : Analysis of Quality services and Customers satisfaction ,and its Influence on customer Loyalty

تحليل جودة الخدمة ورضا الزبون وأثرهما في تحقيق ولاء الزبون

- هدف الدراسة : تحليل جودة الخدمة ورضا الزبون في شركات الطيران كاملة الخدمة.
- مشكلة الدراسة : معرفة مدى تأثير جودة الخدمة في تعزيز ولاء الزبون .
- نوع الدراسة : دراسة تطبيقية لشركة الخطوط الجوية الإندونيسية.
- اهم الاستنتاجات : تأثير جودة الخدمة على ولاء الزبون تختلف من زبون لآخر.

المحور الثاني : الجانب النظري

اولاً: المنظمة الرشيقة

١. مفهوم مدخل الرشاقة والمنظمة الرشيقة واهميتها :

على الرغم من أن مصطلح الرشاقة أطلق لأول مرة من قبل James Womack و Daniel Jones في العام ١٩٩٠ إلا أن أصول هذا المدخل تعود إلى ما قبل هذا التاريخ سنوات عديدة إذ تباين الباحثون في نشأة هذا المدخل، فقد أشار (Nargahi & Ravipati, 2009, 15) إلى إن مفهوم الرشاقة ظهر في شركة فورد التي تأسست في القرن العشرين من قبل Henry Ford الذي تحدث عن (تدفق الإنتاج) أي أنه عندما ينتهي النشاط (المهمة) السابقة فإن النشاط (المهمة) اللاحقة يجب أن يبدأ.

إن الأدبيات السابقة في مجال الإدارة تناولت موضوع الرشاقة من عدة جوانب إدارية، حيث تناولت هذه الأدبيات مفهوم الرشاقة التصنيعية، والرشاقة التنظيمية، والرشاقة الاستراتيجية، وان مصطلح الرشاقة يشير الى القدرة على

خلق التغيير والاستجابة له من اجل تحقيق الربح في بيئة الأعمال المضطربة (Doz & Kosonen, 2008,30) أما في معجم (Oxford) فمعنى الرشاقة (agility) هي القدرة على التحرك السريع والسهل (Akanbi, 2013, 159). والرشاقة مجموعة من الأفعال التي يجب القيام بها بشكل ووفق تتابع صحيح في الوقت الصحيح لتحقيق قيمة من اجل عمل معين, فمن خلال التعريفين السابقين للإدارة الرشيقة نجد أن التعريف الأول يبين أن هذا النظام يهتم بمحورين رئيسيين هما: (Womak 2004:37)

▪ إزالة كافة أشكال الهدر داخل المؤسسة.

▪ التطوير الدائم والتحسين المستمر لكل الأنشطة.

ومدخل الرشاقة هو نظام يتضمن مجموعة أدوات ومبادئ وفلسفة تعتمد على الأفراد في نجاحها, يهدف إلى تلافي الضائعات بأي صيغة كانت وفي أي مجال من مجالات العمل مع التركيز على التحسين المستمر للأنشطة والإجراءات بحيث يتكامل هذا النظام والفلسفة والهدف لخلق منظمة صحية رشيقة تهدف إلى تقديم خدمة صحية خالية من الترهل مع ضرورة توافر المتطلبات التنظيمية التي تعد الخطوة الأولى الممهدة لتطبيق هذا المدخل (عثمان, 2011, 18-20), فضلا عن ان المنظمة الرشيقة هي التي تؤدي كل أنشطتها وتنفذ إجراءاتها بدون ضائعات بحيث تكون كل خطوة من خطوات العمل مضيئة للقيمة, والمنظمة الرشيقة تركز على المداخل الادارية التي تزيد القيمة المقدمة للمستهفيد من خلال تقليل الضائعات وتحسين العمليات بشكل مستمر الذي يعتمد على الأفكار والمعرفة لدى الأفراد العاملين (Found & Harvey, 2006, 35-46), واستخدام أقل كمية من المدخلات للخروج بأفضل نوعية مخرجات, واعتماد أسلوب تصنيعي أو برنامج لتخفيض الكلفة, (Womack, et. al., 2005, 2), وفي السياق نفسه يشير (Drew, et. al., 2004, 1-3) إلى أن أهمية مدخل الرشاقة تبرز من خلال الجوانب الآتية:

أ- إن مدخل الرشاقة هو أكثر من مجرد مجموعة من الأدوات بل هو طريقة مختلفة جذرياً في العمل.

ب-مدخل الرشاقة لا يقلل الكلف ويحسن الجودة فقط بل إنه يؤدي إلى تحقيق الاستقرار في العمليات وإيجاد ظروف ضرورية لعملية التحسين.

ت-عندما يصبح مدخل الرشاقة طريقة حياة وليس مجرد مشروع فان من الممكن أن يكون له أثراً هائلة تتجاوز توقعات القيادة ويؤدي إلى توليد مميزات تنافسية هائلة.

ث-إن تطبيق مدخل الرشاقة هو أكثر من مجرد عملية مؤقتة أو مرحلية بل هو عملية تبدأ ولا تنتهي.

استنادا لما سبق يرى الباحث ان المنظمة الرشيقة هي تلك المنظمة التي لها القدرة على استخدام النظم والاساليب العصرية من شأنها ان تساعد على ازالة الهدر بجميع اشكاله من كافة الانشطة في المنظمة على وفق تتابع صحيح في الوقت الصحيح , بما تحقق لها الميزة التنافسية في تقديم خدمة صحية ذات جودة مناسبة تميزها عن المنظمات الاخرى.

٢. مبادئ المنظمة الرشيقة

حدد(Martin, 2010, 97-105) اربعة مبادئ للمنظمة الرشيقة وهي كلاتي :



• إعادة تنظيم مكان العمل :

تهدف عملية إعادة تنظيم مكان العمل في المنظمة إلى ضمان أن يمتلك الأفراد العاملين الموارد والمعدات والمعلومات التي يحتاجونها لينفذوا وبشكل فعال نشاطات عملهم مما يسهل عملية الاتصال ويخفض من حالات التشتت بين الأفراد العاملين، وهذا يقلل من الوقت الضائع في البحث عن هذه الفقرات، ومن أهم الجوانب التي يجب مراعاتها عند إعادة تصميم مكان العمل ما يأتي: (Martin, 2010, 97-105)

١. أن يكون هناك حد أدنى من الأقدام المربعة لكل فرد عامل تسمح له بالوصول إلى المعدات ومواد العمل، ومنع أن يكون حيز العمل مزدحم بالمعدات.
٢. يجب أن لا تكون المساحة المحددة لكل شخص كبيرة جداً، لأن على الأفراد العاملين أن يتفاعلوا فيما بينهم.
٣. ضرورة وجود ضوء طبيعي في مكان العمل، وان لا توضع مكاتب العمل بحيث تكون مقابلة للجدران بدون أن يصل إليها ضوء الشمس إذ ظهر إن هذا يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية.
٤. يجب أن توضع خدمات الدعم مثل أجهزة الاستنساخ والإداريين قرب مناطق العمل وبما يمكن من الوصول إليها بسهولة.

• إيجاد فريق عمل عالي الاداء:

ويقصد به أن يكون فريق العمل قادراً على القيام بالعمل بأقل إشراف أو تدخل، وهذا الأمر مهم لان إيجاد فريق عالي الأداء ضروري عند تطبيق مدخل الرشاقة، وأن هناك ثلاثة عناصر تشكل أساساً لتطوير أداء فريق العمل وهذه العناصر هي إدارة مصادر صراع الفريق، تسهيل تداخل المجموعة وأخيراً تطور الفريق أو نُضجه.

• فهم قيمة المستفيد :

عندما يتم إيجاد فريق عمل عالي الأداء ومكان عمل مناسب فان هذا الفريق سوف يصبح مستعد للبحث في قيمة المستفيد وفقاً لمخططات المنظمة والعملية والمنتج التي يركز عليها الفريق وأهداف المنظمة وغاياتها، إن تحديد وتحليل قيمة المستفيد تتضمن لقاء المستفيد لتحديد حاجاته وتوقعاته تجاه القيمة وترجمة هذه المتطلبات إلى مواصفات ومن ثم إلى منتج أو خدمة بعد جمع هذه المعلومات وتقييمها واختبارها.

• تطوير المقاييس وانظمة القياس :

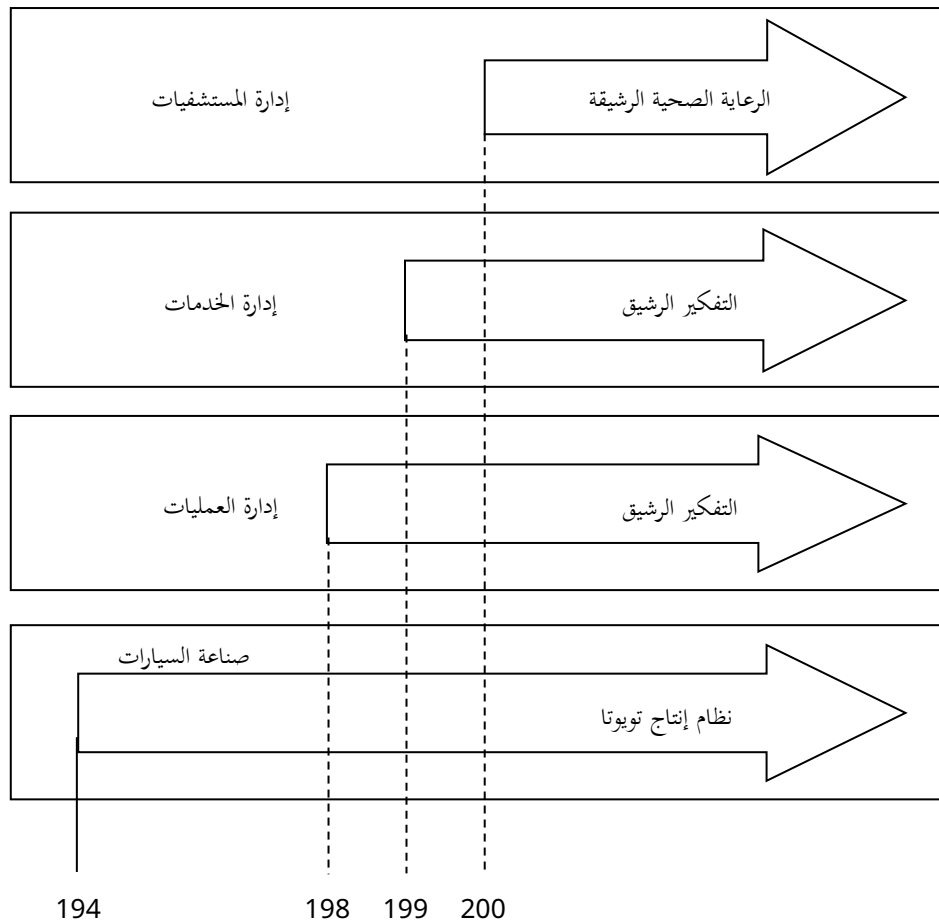
من الناحية التقليدية تشمل المقاييس الرشيقة على أنواع عدة منها زمن انجاز العمليات المضيفة للقيمة ومعدل إنتاجها، معدل العمليات، نسبة السكراب والعمل المعاد وزمن الإعداد للتحويل من عمل إلى آخر ومعدل مستوى الخزين وحيز العمل المطلوب للعملية، هذه المقاييس هي مقاييس كلاسيكية مفيدة في أي نظام إنتاج، فضلاً عن إنها تحتاج إلى بعض التعديلات، إذ يجب أن تتفق هذه المقاييس مع حاجة المستفيد ومتطلباته التي تترجم لبيان مشكلة المشروع وأهدافه، مثل استخدام مقياس عدد الساعات الضائعة كنسبة إلى الساعات الكلية للعمل فمثل هذه المقاييس تسمح عند استخدامها بفهم أين يجب القيام بتحسين العمليات بالنسبة للمنظمة.

٣. تطبيق مدخل الرشاقة في مجال الرعاية الصحية

أكد Edwards Deming بأن نظام الرعاية الصحية يحتاج إلى تحسين وإصلاح ويمكن ذلك من خلال استخدام مدخل الرشاقة الذي يساعد في إنجاز عملية إصلاح النظام (Heinritz, 2006, 17)، فعندما تزور الطبيب أو أي منظمة صحية فانك تدخل في عالم من صفوف الانتظار والعمليات المفككة والسبب في ذلك أن الطبيب أو مخطط الرعاية الصحية يفكر في هذا النظام على أنه عبارة عن مخططات منظمية ووظائف وكفاءة وان كل مركز من مراكز الخبرة في نظام الرعاية الصحية (كالطبيب وأدوات التشخيص ذات الغرض الواحد والمختبر المركزي) تعد جميعها أمور مكلفة جدا ولذلك لابد من الكفاءة في استخدام واستغلالها بشكل كامل، ولتحقيق الاستخدام الكامل لابد من المرور بأقسام كثيرة من المستشفى كالمختبرات وجدول الاختصاصيين للتأكد من إنها مشغولة بالكامل (Womack & Jones, 2003,289).

ومدخل الرشاقة يعدّ طريقة ناجحة في تصنيع السيارات فإنه يمكن أن يترجم إلى طريقة عمل في المستشفيات من خلال تكييف بعض الطرق وتطويرها وتوجيهها نحو تحسين الرعاية الصحية للمريض (Fillingham, 2007, 231-233). ويُظهر الشكل (٢) توظيف مدخل الرشاقة في مجال الرعاية الصحية.

الشكل (٢) توظيف مدخل الرشاقة في مجال الرعاية الصحية



Source: Naraghi, Ashkan M. & Ravipati, Uday P., 2009, Lean Healthcare in the Emergency Ward of Sahlgrenska Hospital, Master Thesis, University College of Boras, P. 15.

٤. تحديات التحول نحو المنظمة الرشيقة

أشار (Rona, 2005, 87-93) الى مجموعة من التحديات التي تواجه مدخل الرشاقة في مجال الرعاية الصحية المتمثلة بالآتي:

١. الضغط المفروض على الأفراد العاملين في مجال الرعاية الصحية لتحسين النوعية وتقليل التكاليف، الذي ينتج عن تأثير المستفيدين (المرضى) الذين يطالبون بالتغيير، فضلاً عن المحترفين في مجال الرعاية الصحية الذين يرغبون بالتغيير.

٢. إصرار بعض القادة في مجال الرعاية الصحية على عدم إمكانية تطبيق مدخل الرشاقة في المجال الصحي، وذلك بحجة إن الناس ليسوا كالسيارات التي يتم إنتاجها في مصانع تويوتا، مع أن مدخل الرشاقة يمكن تطبيقه على الكيفية التي يتم فيها تقديم الخدمات.

٣. التعقيد الذي يتصف به نظام الرعاية الصحية، ولذلك فإن المشاكل من السهل تحديدها ولكن الصعوبة تكمن في حل هذه المشاكل وهذا الأمر الذي ليس من السهل تحقيقه.

٥. المتطلبات التنظيمية للمنظمة الرشيقة

سنتناول في هذه الفقرة بعض المتطلبات التنظيمية التي يستلزمها تطبيق هذا المدخل، وذلك من خلال استعراض آراء الباحثين والدراسات التي تطرقت إلى هذا الموضوع، إذ لوحظ تباين آراء الباحثون في تحديد هذه المتطلبات وفقاً لوجهات نظرهم واختلاف طبيعة المنظمات، فضلاً عن تباين مداخل الدراسات. لذلك سيتم توضيح هذه المتطلبات ووفقاً للآتي:

• القيادة الرشيقة

تنطلق فكرة القيادة الرشيقة من مبدأ رفض قبول الهدر لذلك يعرف هذا النظام على انه يهتم بإزالة كافة أشكال الهدر الموجودة في كافة عمليات الإنتاج وذلك بممارسة سياسة للتطوير الدائم داخل المنظمة (Arnout et al, ٩٤, 2011,

كما تلعب القيادة الرشيقة دوراً أساسياً في عملية التقدم والاستدامة من خلال إزالة العوائق التي يواجهها تطبيق مدخل الرشاقة إذ ينبغي أن تصرفات (أفعال) القادة هي أفعال نابعة عن حسن التصرف والفاعلية في أداء أدوارهم، فضلاً عن التأكيد على أن تصرفات الأفراد العاملين لابد وأن تقوم على أساس التمكين (Smith & Hawkins, 2004, 121).

إن القيادة الرشيقة يجب أن تكون قيادة قوية، فعملية تطبيق مدخل الرشاقة في أي منظمة ليست مناسبة للضعفاء، فهي ليست عملية سهلة لأنها عبارة عن إستراتيجية ونظام متكامل، ولذلك فإن فريق الإدارة العليا الذي يكون منظملاً في رؤيته وفهمه لمدخل الرشاقة يعد الأساس الحرج للمضي قدماً بهذا المدخل (Womack, et.al., 2005, 4).

وكذلك أشار (Graban, 2009, 178-179) إلى أن القائد في المنظمة الرشيقة يقوم بمجموعة من الأدوار تتمثل

بالآتي:

١. إن القائد في المنظمة الرشيقة لا يتخذ جميع القرارات أو يقوم بحل جميع المشكلات بمفرده، إذ أنه يعطي الفرصة للأفراد العاملين بمختلف مستوياتهم لاتخاذ القرارات في نطاق عملهم وليس قبولتهم في إطار قراراته فقط، لكن هذا لا يعني عدم تدخل القائد في حالة حصول انحراف أو خطأ من جانب الأفراد العاملين.
٢. إن على القائد في المنظمة الرشيقة مسؤولية التأكد من أن الأفراد العاملين يفهمون حاجات المستفيدين (المرضى) والأولويات المنظمة، وكيفية تحقيق التوافق بينهما.
٣. جعل كل فرد يأخذ المبادرة لحل المشكلات وتحسين الوظيفة التي يقوم بها.
٤. التأكد من أن وظيفة كل فرد عامل تميل لأن تقدم القيمة للمستفيد (أو المريض) والازدهار للمنظمة.
٥. إن القائد في المنظمة الرشيقة ليس دكتاتورياً ولا مُفرضاً في عملية التفويض بحيث تؤدي إلى إلغاء دور القائد، فالقائد الرشيق لا يقول: أنا لا اهتم بكيفية قيامك بذلك وإنما بالنتائج التي تُحققها.

• الثقافة التنظيمية الرشيقة

إن شروط نجاح أسلوب القيادة الرشيقة في الدول النامية ومنها العربية تتركز على ضرورة تغيير الذهنيات والعقليات سواء كان ذلك بالنسبة للعمال أو المسؤولين. فبالنسبة للمسؤول يجب أن يكون مبادراً ويقبل المبادرة من أي مستوى إداري من شأنها أن توفر للمنظمة مواردها، وكذلك الحال بالنسبة للعامل البسيط الذي يجب أن يعي ضرورة المحافظة على موارد المنظمة ويعمل من أجل التقليل قدر الإمكان من التبذير والهدر على مستواه ويجعل استمرارية عمله مرتبطة باستمرارية المحافظة على موارد المنظمة. تعدد الثقافة المركب الذي يحتوي على المعرفة والعقيدة والفن والأخلاقيات والقانون والعادات والقيم والتقاليد المختلفة التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضواً في مجتمع، كما شَبَّه بعض الكتاب بأن الثقافة تشبه الخرسانة الكونكريتية التي تحكم ميثاق المجتمع بعضهم مع بعض، وأن الثقافة هي ذلك الكل المعقد الذي يشمل كل شيء نُفكره ونعمله نملكه باعتبارنا أعضاء في مجتمع (جواد، ٢٠٠٠، ٢٢٥).

فلكي تصبح منظمة رشيقة فإن هذا يتطلب عمليات ضبط أساسية في التفكير والمواقف والسلوك وتبني لمجموعة من المبادئ التحويلية والثقافية، فالمنظمات الرشيقة تؤمن بأن مبادئ الثقافة الرشيقة هي أساس منظماتهم، ولذلك فإن الإيمان بمبادئ هذه الثقافة يؤدي إلى اكتشاف أدوات الرشاقة وممارستها، وهذا الإيمان هو الذي يسمح لهذه المنظمة (بأن تخترع) أدوات وممارسات الرشاقة، فما أن تحصل المنظمة على الثقافة الرشيقة فإن تطبيق الأدوات الرشيقة يصبح أمراً طبيعياً، ولذلك فإن الثقافة تعد من الأولويات المهمة (Carroll, 2008, 14).

• الاتصالات الإدارية الرشيقة

إن التمهيد لتطبيق مدخل الرشاقة لابد أن ينتشر من خلال المجموعات الوظيفية في المنظمة فضلاً عن تجاوز الحدود التنظيمية، ولتجنب السلوكيات غير الرشيقة وتعزيز عملية التغيير لابد من عملية التحسين المستمر والتركيز على أنشطة إلغاء الضائعات، وهذا يتطلب تراصف أو تنظيم أنواع الأنشطة مع الأهداف الإستراتيجية ومقاييس الأداء، مما يتطلب وجود اتصالات فاعلة تعمل على إيصال الأهداف، الضائعات ومقاييس الأداء بين المستويات الإستراتيجية والوظيفية في المنظمة (Mahidhar, 2005, 42).



معظم المستشفيات تعاني من ضعف أو سوء الاتصالات ما بين المختبرات وقسم الطوارئ مع الأخذ بنظر الاعتبار أن معظم عمليات الاتصالات تأتي من قسم الطوارئ للسؤال حول التأخير في نتائج الاختبارات، وهنا تبرز أهمية تجاوز الحدود التنظيمية وتحقيق التواصل بين المستويات التنظيمية والفرق المختلفة، إذ يعد التركيز على العمليات ذات أولوية مقارنةً بالتركيز الوظيفي، لذلك فإن من الطبيعي أن يؤدي نجاح المنظمة في تطبيق مدخل الرشاقة إلى تحسين اتصالاتها من خلال الحدود التنظيمية وبالطريقة التي تكون أكثر كفاءة وفاعلية بالنسبة للمستفيد (Tracey & Flinchbaugh, 2009, 123).

ثانياً: جودة الخدمة الصحية / اطار نظري

اولاً: مفهوم وأهمية جودة الخدمة الصحية

يرجع الاهتمام المتزايد بين المسؤولين في الادارة العامة والادارة الخاصة للمنظمات الخدمية على حد سواء بجودة الخدمة ، الى الوعي المتنامي بتاثيرها المباشر على كل من الكفاءة الانتاجية والعائد على الاستثمار والربحية (في المنظمات الخاصة الهادفة للربح) ، ورضا العاملين في منظمات الخدمات ، ورضا المستفيدين من الخدمة من خلال التمايز في الاداء (الدرادكة، ٢٠٠١: ٤٨٩) . وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم (الطويل واخرون، ٢٠١٠، ١٤).

وعرفها (Madson & Georg 1994,37) بأنها الوسائل والطرائق التي تجعل المستفيد من الخدمة الصحية يشعر بالخصوصية من حصوله على الخدمة الصحية من خلال بلوغ رضاه وإشباع حاجاته. كما وعرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization (WHO) الجودة في الخدمات الصحية بأنها التناغم مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية ، نسبة الوفيات ، والإعاقة وسوء التغذية (الديوه جي وعبد الله ، ٢٠٠٣ ، ١٥). وفي نفس السياق أكد (سعد، ٢٠٠٤ ، ١١٦) على أن جودة الخدمة الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم ، وأضاف بأنها انجاز أعمال من قبل أفراد عاملين ذوي مهارات عالية كرسو أنفسهم ومهاراتهم لتقديم خدمة ذات جودة عالية لمرضاهم . كما وأشار (الدليمي ، ٢٠٠٥ ، ٤٩) الى أن جودة الخدمة الصحية هي عملية تلبية احتياجات المستفيد وتوقعاته ، سواء كان المستفيد داخلياً أو خارجياً – أما المستفيدون الخارجيون فيمثلون المرضى في المقام الأول . وأما المستفيدون الداخليون فهم العاملون – وكما كان للجودة أكثر من منظور فلكل مستفيد متطلباته الخاصة التي ينبغي أن تلبىها المنظمة التي تقدم له الخدمة .

تأسيساً لما سبق فان جودة الخدمة الصحية هي مزيج من الأنشطة والطرق التي تستخدمها المنظمة الصحية لخلق ميزة تنافسية على وفق الابعاد المتاحة لها من خلال امكانياتها وطاقاتها المتاحة لتميز نفسها عن باقي المنظمات الصحية المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات .

وأخذت أهمية الجودة بالتزايد خلال الخمسينات من القرن الماضي وأصبحت سلاحاً تنافسياً تستطيع المنظمة أن

تمتلكه لمواجهة منافسيها والحصول على رضا المريض وتوقعاته . وبرزت أهمية جودة الخدمة الصحية من خلال ما يشيره (Boulding&et-al,1993,7) حيث أكد على ان الجودة تعد احد الركائز الأساسية والمهمة في مجال الارتقاء بالخدمة الصحية من خلال :-

١- تعزيز نسبة الاحتفاظ بالزبائن (المرضى وغيرهم).

٢- تساعد على جذب المزيد من الزبائن.

٣- الزيادة في إنتاج الخدمة الصحية .

٤- اكساب المنظمة الميزة التنافسية وزيادة أسهمها في السوق.

٥- تحسين الأداء المالي للمنظمة الصحية .

ثانيا: خصائص الخدمة الصحية

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية الى الخصوصية التي تتمتع بها تلك الخدمات (كونها تتعامل مع حياة الانسان) ، وبالتالي انعكاس ذلك على اسلوب تقديم تلك الخدمات الى المرضى ، ويمكن تحديد اهم تلك الخصائص بالاتي : (البكري، ٢٠٠٥، : ٥٩)

١- الخدمات المقدمة في المستشفيات عامة ، وتسعى من تقديمها الى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الاطراف والجهات المستفيدة منها سواء كانوا افرادا او منظمات او هيئات اخرى.

٢- الخدمة الطبية المقدمة يجب ان تتميز بكونها تتميز بدرجة عالية من الجودة لانها مرتبطة بحياة الانسان وشفائه ، وليس بشي اخر مادي يمكن تعويضه او اعادته لثرائه لذلك فان معيارية الاداء للخدمة الصحية يجب ان تكون عالية وتخضع الى رقابة طبية وادارية واضحة

٣- تؤثر القوانين والانظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات بخاصة، وعلى وجه التحديد اذا كانت تابعة للدولة او القطاع الخاص ، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك .

٤- في منظمات الاعمال عموما تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد او مجموعة اشخاص يمثلون قمة الادارة ، بينما في المنظمات الصحية (المستشفى) تكون قوة القرار موزعة بين مجموعتين الى حد ما وهما الاداريين ومجموعة الكادر الطبي .

٥- معظم المبالغ التي تنفق من ادارات المستشفيات وبخاصة ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمواطنين ، يتم تقديمها من طرف ثالث (الدولة) وبالتالي فان ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة قيمة الخدمات الصحية المقدمة ، وانما اكثر من ذلك لذلك فان هذا الامر جعل المرضى اقل حساسية للأسعار لما هو عليه في بقية الخدمات، وهذا الامر يجعل من الضروري تحقيق توازن بين المبالغ المقدمة وجودة الخدمات الطبية المقدمة .

٦- نظرا لكون الخدمة الطبية مرتبطة بالإنسان وهو اغلى شيء ، فانه يكون من الصعوبة في كثير من الاحيان على ادارات المستشفيات ان تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق على خدمات اخرى لان ذلك في بعض



الاحيان يتعارض مع الرسالة التي وجدت من اجلها المؤسسة الصحية او تلك الاهداف التي اختطتها .

٧- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية خلال اليوم او الاسبوع او الشهر وبهدف الاستجابة الى اقصى حد من الخدمات المطلوبة فان الامر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد الكامل والمبكر لحشد كل الطاقات الادارية والطبية لانتاج وتقديم الخدمة الطبية لطالبيها ، اذ لا يمكن التأخر او الاعتذار عن الاستجابة للطلب لان ذلك يعني اخفاقا في مهمتها الانسانية وواجباتها التي انيطت بها .

٨- يكون من الصعب في بعض الاحيان اعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط انساني وفكري متعدد الاتجاهات والابعاد والخدمات لا تبتعد كثيرا عن هذا المضمون ،لذلك يمكن اعطاء العديد من التعاريف للخدمة الطبية الا ان كل واحد منها يمكن ان يعطي اتجاها محدد وان كانت تشترك في معنى او اكثر من تلك المفاهيم في بعض الاحيان.

ثالثا: ابعاد جودة الخدمة الصحية

صنف عدد من الكتاب والباحثين منهم (محمود،والعلاق،٢٠٠١: 50- 45)،(Hsing-Yun,et.al.,2008:178-180)

ابعاد جودة الخدمات الصحية الى : الاستجابة ، والاعتمادية، والضمان، والملموسية ، والتعاطف. وتم اعتماد هذه الابعاد في البحث الحالي .

١. بعد الاستجابة Responsiveness : الاستجابة بأنها الرضا وقابلية تقديم الخدمة السريعة وان الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها (ديوب ، وعطية ، ٢٠٠٥ ، ١٢٤)، او هي رغبة أو استجابة الأطباء والممرضين والعاملين الآخرين واستعدادهم وقدرتهم على تقديم الخدمات الصحية (العفيشات ، ٢٠٠١ ، ٢٦٦)

2. بعد الاعتمادية Reliability : أن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها الى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة الى أدنى حد ممكن (Slack,et.al,2004,49-50). وأشار(الضمور ، ٢٠٠٤ ، ٣٦٦ ، إلى أنها تمثل قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي وعد بها على نحو يمكن من الاعتماد عليها وأيضا بدرجة عالية من الصحة والدقة.

3. بعد الضمان Assurance : أن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين " مقدمي الخدمة " وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق ، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزيائن (Shahril et.al.,2004,5). وأضاف (الضمور ، ٢٠٠٤ ، ٣٦٦) الى أن الضمان يشير إلى السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة وهي تستخدم مؤشرا يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها ، أي يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أو كليهما.

4. بعد الملموسية Tangibles : أن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الاتية : مكاتب الاطباء نظيفة ، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الالات القياسية ، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم (Shaikh and Rabbani,2005,195). وتتمثل بالقدرات والتسهيلات

المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال (البكري ، ٢٠٠٥ ، ٢١٢) .

5. التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy : أن التعاطف يشير الى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق أنسانية راقية وبكل ممنونية ، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل : مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات ، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد (محمود ، والعلاق ، ٢٠٠١ ، ٤٢) . وأضاف (الطائي ، ١٩٩٩ ، ٨٤) بأن هذا البعد يمثل الجهود المبذولة من قبل مقدم الخدمة من اجل التعرف على احتياجات المستفيد ومتطلباته واستيعابها ، ومن ثم تخصيص وتكييف عملية تقديم الخدمة ونقلها وفقا لتلك الاحتياجات .

ثالثا: العلاقة النظرية بين متغيرات البحث :

من اجل استكمال متطلبات البحث لابد من استعراض حركية العلاقة النظرية بين المنظمة الرشيقة وتحسين جودة الخدمة الصحية , ان متطلبات المنظمة الرشيقة لها دور فعال في تحسين واقع جودة الخدمة الصحية في المنظمة الصحية قيد البحث , من حيث ان مدخل الرشاقة هو نظام يتضمن مجموعة أدوات ومبادئ وفلسفة تعتمد على الأفراد في نجاحها, يهدف إلى تلافي الضائعات بأي صيغة كانت وفي أي مجال من مجالات العمل مع التركيز على التحسين المستمر للأنشطة والإجراءات بحيث يتكامل هذا النظام والفلسفة والهدف لخلق منظمة صحية رشيقة تهدف إلى تقديم خدمة صحية خالية من الترهل مع ضرورة توافر المتطلبات التنظيمية التي تعد الخطوة الأولى الممهدة لتطبيق هذا المدخل (عثمان, ٢٠١١, ٢٠).

ومدخل الرشاقة يعدّ طريقة ناجحة في تصنيع السيارات فإنه يمكن أن يترجم إلى طريقة عمل في المستشفيات من خلال تكييف بعض الطرق وتطويرها وتوجيهها نحو تحسين الرعاية الصحية للمريض (-Fillingham, 2007, 231). (233).

المحور الثالث : الجانب الميداني للبحث

اولا: الإدراك الأولي للمبوهين لمتغير المنظمة الرشيقة في المنظمة الصحية قيد البحث تهدف هذه الفقرة إلى قياس متطلبات المنظمة الرشيقة ,من خلال ابعادها الثلاثة(القيادة الرشيقة, الثقافة الرشيقة, الاتصالات الادارية الرشيقة باعتماد مقياس ليكرت الثلاثي . وفيما يأتي وصف لهذا المتغير كما يدرکه المبحوثون.

الجدول (٢): وصف متغيرات البحث في المنظمة الصحية المبحوثة

المتغيرات	اتفق %	محايد %	% لا اتفق	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الاستجابة	معامل الاختلاف %
القيادة الرشيقة	٤٤,٤	٣٧,٢	١٨,٤	٢,٢٥	٠,٧٤	٧٥	33
الثقافة الرشيقة	٣١,٨	٤٩,٢	١٩	2.09	0.69	69	36
الاتصالات الادارية الرشيقة	٢٤,٢	٣٣,٤	٤٢,٤	٧٧1.	٧٦.٠	59	٢4
المعدل العام	٣٣,٥	٣٩,٩	٢٦,٦	٢,٠٤	٠,٧٣	٦٨	٢٧



28	82	0.69	2.45	١٢	٢٩,٥	٥٨,٥	الاعتمادية	قوة الخدمة الصحية:
30	78	0.69	2.33	١٢	٤٨	٤٠	الاستجابة	
30	75	0.55	2.23	١٢,٦	٣٦,٤	٥١	الضمان	
39	64	0.75	1.90	٣٢,٥	٤٠,٥	٢٧	الملموسية	
30	77	0.68	2.30	١٣,٨	٣٩,٦	٤٦,٦	التعاطف	
٣١	٧٥	٠,٦٧	٢,٢٤	١٦,٥	٣٨,٨	٤٤,٧	المعدل العام	

يوضح الجدول (٢) النتائج المتعلقة بشأن متطلبات المنظمة الرشيقية إذ بلغ معدل الانسجام العام لإجابات افراد عينة البحث (٣٣,٥%) اتفق, وهذا يدل على أن هناك درجة انسجام ضعيفة لإجابات افراد عينة البحث عن فقرات متطلبات المنظمة الرشيقية, في حين بلغت درجة عدم الانسجام العام لإجابات افراد عينة البحث (26.6%) لا اتفق, كما بلغت نسبة الإجابات المحايدة (39.9%), وبلغ الوسط الحسابي (٢,٠٤) وهو أعلى من الوسط الحسابي الفرضي للمقياس (٢) وبانحراف معياري ومعامل اختلاف (٠,٧٣) (٣٧%) على التوالي, في حين بلغت نسبة الالتزام والاهتمام إلى مساحة المقياس (٦٨%) وهذا يدل على أن مستوى إدراك افراد عينة البحث قد بلغ المستوى الثالث من مساحة المقياس (متوسط الحالة المدركة) التي تؤشر اعتماد تحقيق التزام واهتمام متطلبات المنظمة الرشيقية, هذا على المستوى العام لمتطلبات المنظمة الرشيقية, اما على مستوى الفردي للمتطلبات يمكن تصنيفها الى مستويين.

المستوى الاول: ويشمل متطلب (القيادة الرشيقية, والثقافة الرشيقية) التي تؤشر نتائجها ان مستوى اعتمادها كان

مناسبا على وفق رأي افراد عينة البحث وكالاتي:

- اتفاق افراد عينة البحث (٤٤,٤) و(٣١,٨) على التوالي.
- عدم الانسجام والاتفاق (١٨,٤) و(١٩) على التوالي.
- الوسط الحسابي والانحراف المعياري (٢,٢٥) و(٢,٠٩) و(٠,٧٤) و(٠,٦٩) على التوالي.
- مستوى اعتماد المتطلب (٧٥) و(69) على التوالي المستوى الثالث من مساحة المقياس (المستوى المتوسط للحالة المدركة).

- نسبة معامل الاختلاف (٣٣) و(٣٦) مقارنة بنسبة المعدل العام (٣٧).

النتائج اعلاه تشير الى ان المتطلبان اعلاه يتم اعتمادهما من قبل افراد عينة البحث في المنظمة الصحية قيد البحث وبمستوى مناسب, والفقرات التي عززت نتائج هذا المستوى من خلال استمارة الاستبانة هي (34x) (35x) التي تنص على " يؤكد القائد إلى أن الأفراد العاملين في مستشفانا يفهمون حاجات المرضى والأولويات المنظمة " و " يسهم الأفراد العاملين بالكشف عن المشكلات التي يواجهها عند أداء إجراءات العمل " على التوالي, بأعلى وسط حسابي (٢,٣٦) لكل منهما وبأقل انحراف معياري قيمته (٠,٧١) و (٠,٦٤) وبمعدل معمل اختلاف اقل من المعدل العام (٣٠%) بلغ المعدل العام (٣٢,٨%) (٢٧%) بلغ المعدل العام (٣٣%) وعلى وفق هذه النتائج يمكن تحقيق الفرضية الرئيسية الاولى التي تنص على " تعتمد المنظمة الصحية قيد البحث مستوى مناسب من متطلبات المنظمة الرشيقية "

المستوى الثاني: ويشمل متطلب (الاتصالات الادارية الرشيقية) التي تؤشر نتائجها ان مستوى اعتمادها كان ضعيف

على وفق رأي افراد عينة البحث وكالاتي:

- اتفاق افراد عينة البحث (٢٤,٢).
- عدم الانسجام والاتفاق (٤٢,٤).
- الوسط الحسابي والانحراف المعياري (١,٧٧) و(٠,٧٦).
- مستوى اعتماد المتطلب (٥٩) المستوى الثاني من مساحة المقياس (تدني في مستوى الحالة المدركة).
- نسبة معامل الاختلاف (٤٣) مقارنة بنسبة المعدل العام (٣٧).

نستدل من هذه النتائج الى ان المنظمة الصحية قيد البحث لم تكن موفقة في استخدام قنوات متعددة للاتصالات ,كما لم تكن المعلومات والبيانات تتدفق بانسيابية مطلوبة ,فضلا عن هدر المزيد من الوقت في الاجتماعات وعدم الوصول الى نتائج واضحة, كما اشرها افراد عينة البحث من خلال فقرات الاستبانة (x 43, x 44,x 42,) الذي تضمنها متطلب الاتصالات الادارية الرشيقة .

واستنادا الى نتائج التحليل في المستويين (الاول والثاني) يمكن القول ان الفرضية الرئيسية الاولى قد تحققت والتي تنص على "تعتمد المنظمة الصحية قيد البحث مستوى مناسب من متطلبات المنظمة الرشيقة".
ثانيا: الإدراك الأولي للمبحوثين لمتغير جودة الخدمة الصحية في المنظمة الصحية قيد البحث من نتائج الجدول (٢) ايضا يمكن تحليل نتائج المتغير (جودة الخدمة الصحية) الى مستويين وكالاتي:
المستوى الاول: ويشمل ابعاد جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية, الاستجابة, التعاطف, الضمان) التي تحققت في المنظمة الصحية قيد البحث وفق وجهة نظر افراد عينة البحث وكانت النتائج كالاتي:

- اتفاق افراد عينة البحث (٥٨,٥) و(٤٠) و(٤٦,٦) و(٥١) على التوالي.
- عدم الانسجام والاتفاق (١٢) و(١٢) و(١٣,٨) و(١٢,٦) على التوالي.
- الوسط الحسابي والانحراف المعياري (٢,٤٥) و (٢,٣٣) و (٢,٣٠) و(٢,٢٣) و(٠,٦٩) و(٠,٦٩) و(٠,٦٨) و(٠,٥٥) على التوالي.

• نسبة تحقيق هذه الابعاد (٨٢) و(٧٨) و(٧٧) و(٧٥) على التوالي.
• نسبة معامل الاختلاف (٢٨) و(٣٠) و(٣٠) و(٣٠) مقارنة بنسبة المعدل العام (٣١).
نستدل من هذه النتائج ان نسبة التحقق لهذه الابعاد جيدة بالمقارنة مع المعايير المعتمدة في البحث العلمي من حيث (الوسط الفرضي, وآلية مقياس نسبة الاستجابة, والمعدل العام لمعامل الاختلاف).

المستوى الثاني: ويشمل بعد (الملموسية) من ابعاد جودة الخدمة الصحية في المنظمة الصحية قيد البحث ,والتي كانت نتائجها اقل من الابعاد الاخرى والتي مؤشراتها توحى الى عدم تحقيقها من وجهة نظر افراد البحث, والتي تشمل على العناصر المادية للخدمة في المنظمة الصحية قيد البحث ويمكن تبرير ذلك للازمة المالية التي تمر بها كل المنظمات في البلد, ويمكن تحسينها بعد مستقبلا, وكانت النتائج كالاتي :

- اتفاق افراد عينة البحث (٢٧).



- عدم الانسجام والاتفاق (٣٢,٥).
- الوسط الحسابي والانحراف المعياري (١,٩٠) و (٠,٧٥).
- نسبة تحقيق هذا البعد (٦٤).
- نسبة معامل الاختلاف (٣٩) مقارنة بنسبة المعدل العام (٣١).

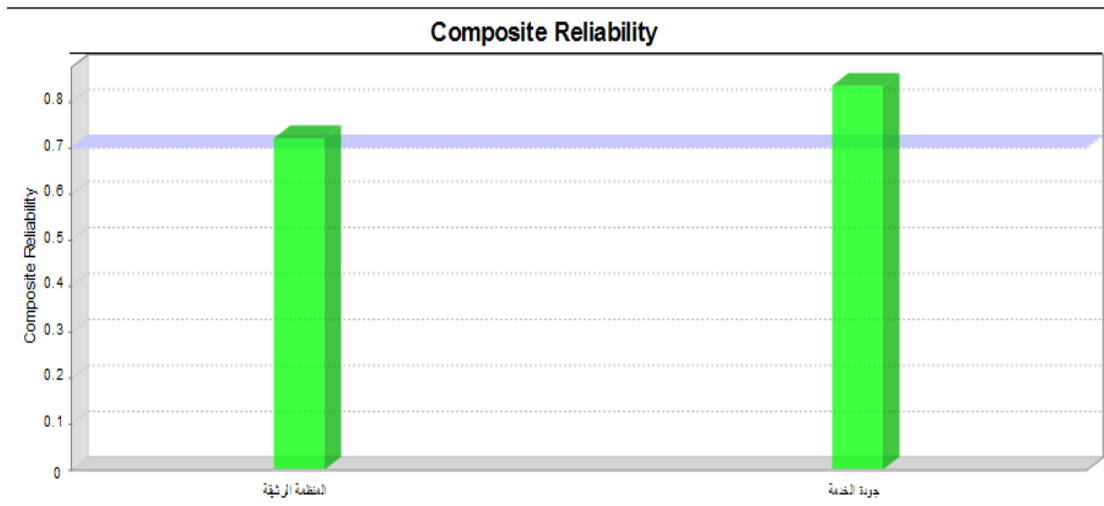
نستدل من هذه النتائج ان نسبة التحقق لهذا البعد كانت غير مشجعة بالمقارنة مع الابعاد الاخرى وبالمقارنة بالمعايير المعتمدة في البحث العلمي من حيث (الوسط الفرضي, وآلية مقياس نسبة الاستجابة, والمعدل العام لمعامل الاختلاف) ولكن بشكل عام يمكن القول بان الفرضية الرئيسية الثانية قد تحققت والتي تنص على " تحقق المنظمة الصحية قيد البحث مستوى مناسب من جودة الخدمات الصحية".

ثالثا: اختبار جودة المطابقة لمتغيرات البحث: يتبين من الجدول (٣) ان مؤشر جودة المطابقة للمتغيرين كانت ضمن الحدود المقبولة ويتميز بالصدق والثبات للنموذج وهو اكبر من, مما يؤشر مصداقية وثبات النموذج القياسي, ويعزز هذه النتيجة ايضا الشكل (3) والذي هو بدره يؤشر هذه النتيجة, واستنادا الى هذه النتيجة القيام بعرض وتحليل المخطط الفرضي للبحث وكالاتي:

جدول (٣) مؤشرات جودة المطابقة لمتغيرات البحث في

المؤشر المستخدم	الثبات المركب Composite reliability
معيار المقارنة	0.70
المنظمة الرشيقة	0.72
جودة الخدمة الصحية	0.84

المصدر: اعداد الباحث بناء على نتائج برنامج (SMART PLS,3).



الشكل (٣) مؤشرات جودة المطابقة (الثبات المركب)

المصدر: مخرجات برنامج (SMART PLS,3)

رابعاً: اختبار الفرضيات الثالثة والرابعة للبحث:

١. الفرضية الرئيسية الثالثة للبحث: يعرض الجدول (٤) درجة العلاقة بين المتغيرين الرئيسيين في المنظمة الصحية قيد البحث، والتي برزتها الفرضية الرئيسية الرابع والتي تنص على "توجد علاقة ارتباط معنوية موجبة بين متطلبات المنظمة الرشيقية ومجتمعها وابعاد جودة الخدمة الصحية لمجتمعها"

الجدول (٤) تحليل علاقة الارتباط بين متغيرات البحث

ابعاد التصميم المتين لمجتمعها	المتغير المستقل
	المتغير المعتمد
0.47*	تقانة Six Sigma لمجتمعها

*P ≤ 0.05

N= 46

من خلال التحليل الذي يعرضه الجدول (٤) تحقق وجود علاقة ارتباط معنوية موجبة بين متغيرات البحث قيمته (0.47*) وهو مؤشر دون الوسط وهذه النتيجة تتطابق مع نتائج التحليل الوصفي لاراء ووجهات نظر افراد عينة البحث في المنظمة الصحية قيد البحث، وبشكل عام فهيه قيمة معنوية عند مستوى (0.05)، واستنادا الى هذه النتيجة يمكن القول كلما زادت المنظمة الصحية قيد البحث من اهتمامها وعملت على تنفيذها لمتطلبات المنظمة الرشيقية على وفق السياقات العلمية الدقيقة، يمكن ان تحقق من خلالها جودة خدمات صحية مناسبة تحقق رضاء ومتطلبات المستفيدين، واستنادا لهذه النتيجة يمكن قبول الفرضية الرئيسية الثالثة في المنظمة الصحية قيد البحث. كما يعرض الجدول (٥) علاقات الارتباط بين كل متطلب من متطلبات المنظمة الرشيقية وابعاد جودة الخدمات الصحية لمجتمعها وكالاتي:

الجدول (٥) تحليل علاقات الارتباط بين متغيرات البحث

متطلبات المنظمة الرشيقية			المتغير المستقل المتغير المعتمد
الاتصالات الادارية	الثقافة الرشيقية	القيادة الرشيقية	
0.23*	0.50*	0.26*	جودة الخدمات الصحية

*P ≤ 0.05

N= 46

- القيادة الرشيقية: قيمة الارتباط ٢٦% عند مستوى معنوية (٠,٥).
- الثقافة الرشيقية: قيمة الارتباط ٥٠% عند مستوى معنوية (٠,٥).
- الاتصالات الادارية الرشيقية: قيمة الارتباط ٢٣% عند مستوى معنوية (٠,٥).

وهذه النتائج تشير الى العلاقة بين المتغيرين، كما تشير هذه النتائج إلى انه كلما ازداد اهتمام المنظمة الصحية قيد البحث بمتطلبات المنظمة الرشيقية كلما اسهم ذلك في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال تلافي الضائعات بأي صيغة كانت وفي أي مجال من مجالات العمل، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (عثمان، ٢٠١١، ٢٠) التي تنص على "متطلبات المنظمة الرشيقية لها دور فعال في تحسين واقع جودة الخدمة الصحية في المنظمة الصحية".

وتأسيساً على النتائج اعلاه تحققت الفرضية الفرعية للفرضية الرئيسة الثالثة التي تنص على "توجد علاقة ارتباط معنوية موجبة بين كل متطلب من متطلبات المنظمة الرشيقة وابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة في المنظمة الصحية قيد البحث

٢. الفرضية الرئيسة الرابعة للبحث: يتبين من الجدول (٦) علاقة التأثير باختبار هذه الفرضية.

الجدول (٦) تحليل الانحدار بين متغيرات البحث على المستوى الكلي

F		R2	متطلبات المنظمة الرشيقة		المتغير التفسيري
جدولية	محسوبة		B1	Sig	المتغير المستجيب
4.044	12.395	0.22	0.469 (٤,٧٣٧)*	0.001	جودة الخدمات الصحية

* $p \leq 0.05$ N=46

T(*) المحسوبة

كشفت نتائج الجدول (٦) الى وجود تأثير معنوي موجب لمتطلبات المنظمة الرشيقة في ابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة بوصفها في المنظمة الصحية قيد البحث. حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (١٢,٣٩٥) وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (4.044), عند درجتي حرية (1, 45) وبمستوى معنوية (0.05) اذ بلغت قيمة معامل التحديد فيها (R²) (0.22) وهذا يعني ان (٢٢%) من الاختلافات المفسرة في تحسين جودة الخدمة الصحية تعود الى متطلبات المنظمة الرشيقة و(٧٨%) من الاختلافات المفسرة تعود الى تأثيرات عشوائية غير داخلية في البرنامج. ومن خلال نتيجة (B1) التي تبلغ (0.469) ونتيجة اختبار (T) المحسوبة البالغة (٤,٧٣٧*) وهي اقل من النتيجة الجدولية التي تبلغ (٣,٥٢١) عند المستوى المعنوية (0.05) ودرجة الحرية (1, 45) وتلتقي هذه النتيجة مع نتائج التحليل الوصفي لآراء افراد عينة البحث..

تأسيساً يمكن تحقيق القول ان الفرضية الرئيسة الرابعة على مستوى المنظمة الصحية قيد البحث تحققت.

٢. الفرضية الفرعية من الفرضية الرئيسة الرابعة:

نلاحظ من الجدول (٧) ان نتائج تحليل الانحدار المتدرج Backward قد تباينت في التأثير من قبل المتغيرات المستقلة (القيادة الرشيقة, والثقافة الرشيقة, والاتصالات الادارية الرشيقة) في تحسين جودة الخدمة الصحية في المنظمة الصحية قيد البحث, ويمكن توضيح هذه العلاقة التائية من خلال ثلاثة مراحل وكالاتي :

الجدول (٧) نتائج تحليل الانحدار المتدرج Backward لمتغيرات البحث

المرحلة	المتغيرات الداخلة في النموذج	T	Sig	R ²
الأولى	القيادة الرشيقة	0.898	٠,٣٧٤	0.25
	والثقافة الرشيقة	٢,٥١٨	٠,٠١٦	
	والاتصالات الادارية الرشيقة	١,٠٥٦	٠,٢٩٧	
الثانية	الثقافة الرشيقة	٣,٠٤٦	٠,٠٠٤	٠,٢٤
	الاتصالات الادارية الرشيقة	٠,٩٢٧	٠,٣٥٩	
الثالثة	الثقافة الرشيقة	٣,٥٢٦	٠,٠٠١	٠,٢٢

المرحلة الاولى : نلاحظ من الجدول (٧) ان المتطلبات الثلاثة للمنظمة الرشيقة كان تأثيرها وتفسيرها ما قيمته (R^2) (٢٥%) من التغييرات الحاصلة في ابعاد جودة الخدمة الصحية , وأن ما تبقى يعود إلى متغيرات عشوائية غير متضمنة في الأنموذج في هذه المرحلة, وقيمة (T) كانت للقيادة (٠,٨٩٨) وللثقافة (٢,٥١٨) وللاتصالات (١,٠٥٦) وكانت القيم غير معنوية .

المرحلة الثانية : تجمعت في هذه المرحلة المتطلبان (الثقافة الرشيقة, و الاتصالات الادارية الرشيقة) فقط وكانت قيمة معامل التحديد لهما (٢٤%) وقيمة (T) (٣,٠٤٦) و(٠,٩٢٧) على التوالي, ويتضح من هذا التحليل ومن هذه المرحلة ان متطلب القيادة الرشيقة هو المتغير الضعيف لذلك استبعده البرنامج.

المرحلة الثالثة : هذه المرحلة انفردت بالمتطلب الثقافة الرشيقة فقط التي هي اقوى كل المتغيرات تأثيرا من خلال قيمة (R^2) البالغ (٢٢%) لوحدها رغم ان قيمة (T) غير معنوية . تاسيسا على ما تقدم تحققت الفرض الفرضية الفرعية من الفرضية الرئيسية الرابع التي تنص على "تتباين متطلبات المنظمة الرشيقة من حيث الاهمية والتأثير في ابعاد جودة الخدمات الصحية في المنظمة الصحية قيد البحث ."

المحور الرابع : الاستنتاجات والتوصيات

اولا: الاستنتاجات: توصل البحث الى مجموعة من الاستنتاجات بالاستناد الى نتائج ميدان البحث نعرضها وفقا للنقاط الاتية :

١. تتباين اهتمام والتزام افراد عينة البحث حيال متطلبات المنظمة الرشيقة وابعاد جودة الخدمة الصحية , بين نتائج مقبولة من قبل افراد عينة البحث, ونتائج غير مشجعة من قبلهم في المنظمة الصحية قيد البحث .
٢. لم تكن نتائج علاقة الارتباط بعيدة عن نتائج التحليل الوصفي , حيث اظهرت هذه النتائج المستوى دون المتوسط لعلاقة الارتباط بين المنظمة الرشيقة وجودة الخدمة الصحية على المستوى الكلي, اما على المستوى الفردي (الابعاد) كانت متباينة ودون الوسط ويعزو هذا التدني من العلاقات الى الاسباب المالية التي تمر بها المؤسسات الحكومية في البلد بشكل عام والمنظمة الصحية قيد البحث بشكل خاص, فضلا عن عدم استخدامها للقنوات المتعددة للاتصالات ,فضلا عن عدم اهتمامها للبيانات والمعلومات كما اشرها افراد عينة البحث.
٣. شخضت نتائج تحليل الانحدار البسيط على المستوى الكلي وجود تأثير معنوي ضعيف لمتطلبات المنظمة الرشيقة مجتمعة في ابعاد جودة الخدمة الصحية لدى افراد عينة البحث.
٤. تبين من خلال نتائج تحليل الانحدار المتدرج أن أكثر متطلبات المنظمة الرشيقة تأثيراً في جودة الخدمة الصحية هي (الثقافة الرشيقة) التي انفردت لوحدها في المرحلة الثالثة .

ثانيا: التوصيات : تأسيسا على الاستنتاجات اعلاه يمكن تحديد اهم التوصيات التي يمكن ان تسهم في تعزيز البحث الحالي وعلى النحو الاتي :

١. زيادة الوعي لدى الأفراد العاملين العامل في المنظمة الصحية قيد البحث على مدخل الرشاقة والمبادئ والأدوات التي يعتمد عليها في التطبيق, وفلسفة جودة الخدمة الصحية من خلال عقد الندوات والمحاضرات



واللقاءات التعريفية والدورات .

٢. زيادة اهتمام المنظمة الصحية قيد البحث بمتطلبات المنظمة الرشيقة تحديدا (الثقافة الرشيقة، والاتصالات الادارية الرشيقة) بغية تحقيق الجودة في الخدمة الصحية.
٣. ضرورة سعي ادارة المنظمة الصحية قيد البحث التعاون بين المؤسسات التعليمية لتحقيق لقاءات ومحاضرات تعريفية ,عن متطلبات المنظمة الرشيقة وجودة الخدمة الصحية.
٤. ضرورة سعي ادارة المنظمة الصحية قيد البحث لنظام الاتصالات المعمول به حالياً لتحديد مدى قدرته على إيصال المعلومات والبيانات في المنظمة قيد البحث وتقييمه بالاعتماد على مدى قدرته في إيصال هذه المعلومات بكفاءة وفاعلية وبدون ضائعات.
٥. ضرورة ايلاء المزيد من الاهتمام والالتزام العاليين بمضمون الفقرات التي عرضت على الافراد عينة البحث من خلال قائمة الاستبانة وكانت معدل نتائجها متواضعة في المنظمة الصحية قيد البحث .
٦. على ادارة المنظمة الصحية قيد البحث الاهتمام بجميع متطلبات المنظمة الرشيقة على حد سواء من حيث إن هذه المتطلبات متكاملة فيما بينها لتحقيق جودة الخدمة الصحية .

المصادر:

- ١- الدرادكة ، مأمون ، والشبلي ، طارق ، والحيصات ,خالد ، ويوسف، توفيق ، وصبري عزام ، (2001) ،ادارة الجودة الشاملة ، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان -الأردن .
- ٢- ديوب ، محمد عباس ، وعطية ، هاني رمضان ٢٠٠٥ ، أدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الاسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس ، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية ، المجلد ٢٧، العدد ٢ .
- ٣- الطويل، أكرم احمد والجليلي، آلاء حسيب ووهاب، رياض جميل (٢٠١٠)، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ،مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، المجلد (٦)، العدد(١٩)
- ٤- البكري ، ثامر ياسر (٢٠٠٥) ، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري العلمية للنشر ، عمان ، الاردن.
- ٥- سعد ، خالد (٢٠٠٤) ، الجودة الشاملة : تطبيقات على القطاع الصحي ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- ٦- الديوه جي ، أبي سعيد ، وعبدالله ، عادل محمد (٢٠٠٣) ، النوعية والجودة في الخدمات الصحية / دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة ، مجلة تنمية الرافدين ، المجلد ٢٥ ، العدد ٧٣ .
- ٧- الطائي ، عادل محمد عبدا لله ، ١٩٩٩ ، تسويق الخدمات الصحية ونوعيتها باعتماد مدخل التقسيم السوقي : بالتطبيق على مستشفى الزهراوي وابن سينا التعليميين في محافظة نينوى ، رسالة ماجستير ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة الموصل .
- ٨- جواد، شوقي ناجي، ٢٠٠٠، السلوك التنظيمي، الطبعة الأولى، دار الحامد، عمان، الأردن.
- ٩- العفيشات ، تيسير محمد شحادة ، ٢٠٠١ ، الجودة ورضا الزبون وأثرهما في تحديد الاستراتيجيات التسويقية للخدمة المصرفية : دراسة تحليلية لآراء عينة في المصارف التجارية الأردنية ، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى مجلس كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة الموصل ، فلسفة إدارة أعمال .
- ١٠- محمود ، أحمد ، والعلاق ، بشير ٢٠٠١ ، العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالادراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية) ، مجلة أربد للبحوث والدراسات ، المجلد (٣)، العدد (٢) .
- ١١- الضمور ، هاني حامد ، ٢٠٠٤ ، تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن.
- ١٢- الدليمي ، رضا حازم محمد يحيى ، ٢٠٠٥ ، اثر إعادة هندسة أعمال المستشفيات على جودة الخدمة الصحية ، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة الموصل .

المصادر الاجنبية

1. Akanbi P.A. (2013). The Influence of Strategic Agility on the Perceived Performance of Manufacturing Firms in Nigeria. *International Business and Economic Research Journal*, 11(2), 154-160.
2. Arnout, Pool. Jacob, Wijngaard. Durk-Jouke, Vander Zee (2011). lean planning in the semiprocess industry. *int.j.production Economic*. 131:194-203
3. Boulding, W. kalra, A., Staelin, R.R. & Ziethmal, V.A. (1993). "Adynamic proceses model of service qulity :from expectation to Behavhoral intentions" *Journal of marketing research*, vol. 30, pp 7-27
4. Carroll, Brian, 2008, *Lean performance ERP Project Management Implementing the Virtual Lean Enterprise*, Second Edition, Taylor & Francis Group, New York, USA.
5. Doz, Y., & Kosonen, M. (2008). *Fast Strategy: How strategic agility will help to stay ahead of the game*. Harlow: Wharton School Publishing.
6. Drew, John, McCallum & Roggenhofer, Stefan, 2004, *Journey to Lean Making Operation Change Stick*, Palgrave Macmillan, New York, USA.
7. Fillingham, David, 2007, *Can Lean Save Life?*, Emerald Group Publishing Limited, Vol. 20, No. 4.
8. Found, Pauline Ann & Harvey, Rebecca, 2006, *The Role of Leaders in The Initiation & Implementation of Manufacturing Process Change*, *The International Journal of Knowledge, Culture & Change Management*, Vol. 6, Issue 8.
9. Graban, Mark, 2009, *Lean Hospitals Improving Quality Patient Safety & Employ Satisfaction*, Taylor & Francis Group, New York, USA.
10. Heinritz, Debbie, 2006, *A Study to Determine The Need for Lean Training By the Healthcare Employers of North East Wisconsin*, A Master Thesis, The Graduate School, University of Wisconsin – Stout.
11. Hsing –yun Chang, Chien-Ting Chen, Cho-pu Lin , Yu-Jui Hsu , *Determinants of Customer – Perceived Service Quality in Senior- Care Industry & Their Relationship to Customer Satisfaction & Behavioral Internations : Research Findings From Taiwan*, Eight Annual IBER & TLC Conference Proceedings , 2008. www.clnteinstitute.com
12. Martin, James William, 2010, *Measuring & Improving Performance Information Technology Applications in Lean System*, Taylor & Francis Group, New York, USA.
13. Mohamad, Rizan, 2010, "Analysis of Quality services and Customers satisfaction, and its Influence on customer Loyalty". (Passengers Survey of Domestic Full Service Airlines Company in "Garuda Indonesia" Indonesia", State University of Jakarta, Indonesia.
14. Naraghi, Ashkan M & Ravipati, Uday P., 2009, *Lean Healthcare in the Emergency Ward of Sahlgrenska Hospital*, A Master Thesis, University College of Boras.
15. Rona, J. Michael, 2005, *97.1 Percent Perfect Health Care Leadership* Pinto, *Journal of Health Care, Management*, Vol. 50, Issue 2.
16. Shahril Shafie , Dr. Wan Nursofiza , Sudin Haron , *A Dopting & Measuring Customer Servece Quality In Islamic Banks : A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad* , *Journal of Management & Islamic Finance Research* , Vol.1, No.1, 2004. www.KLbs.com
17. Shaikh B.T., & Rabbani , *Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care*, *Eastem Mediterranean Health*, VOL.11, No. 1-2, 2005.
18. Slack , Nigel & Chambers , Stuart & Johnston , Robent , *Operations Management* , 4th.ed .. Prentice –Hill, New York, 2004.
19. Smith, Ricky & Hawkins, Bruce, 2004, *Lean Maintenance: Reduce Costs, Improve Quality & Increase Market Share*, Elsevier Inc, Oxford, UK.
20. Tracey, Monica W. and Flinchbaugh, Jamie W., 2009, *Sustaining Lean Case Studies in Transforming Culture, How Human Resource Departments Can Help Lean Transformation*, Taylor & Francis Group, New York, USA.
21. Womack, James P & Jones, Daniel T., 2003, *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Second Edition, Simon and Schuster, Inc., New York, USA.
22. Womack. et.al, 2005, *Going Lean in Health Care*, Innovation Series, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge