The Impact of Total Quality Management on the Quality of Health Services – A Study of a Sample of Private Clinics in Chlef Province, Algeria –

-laribi khadija amel[1]*: PhD student, University blida2, algeria*
-benine abderrahmane[2]*: Lecturer A, University blida2, algeria*

Received:06/04/2026 ***Accepted :19/06/2026*** ***Published :21/06/2026***

Abstract)

This study aims to examine the impact of Total Quality Management (TQM) on healthcare service quality. The field study was conducted on a sample of private healthcare clinics in the Wilaya of Chlef in order to assess the extent of TQM implementation in the private healthcare sector and its influence on the quality of healthcare services from the perspective of employees and staff working in private healthcare institutions. A total of 450 questionnaires were distributed to clinic personnel, including physicians, nurses, and administrative staff. Of these, 430 valid questionnaires were retrieved and utilized for data collection and hypothesis testing. The findings revealed a strong positive correlation between TQM and healthcare service quality, with a correlation coefficient of 0.827 and a statistically significant level of sig = 0.000. The regression analysis also indicated a significant effect of TQM on healthcare service quality, where the coefficient B reached 0.755 and the constant A reached 1.044. These results demonstrate that a one-unit increase in TQM practices leads to an increase of 0.755 in healthcare service quality. Furthermore, the study found no statistically significant differences attributable to personal variables in respondents' perceptions regarding the impact of TQM implementation in private clinics on the quality of healthcare services.

Key words: *Total Quality Management, Quality of Healthcare Services, Private Health Clinics. Health Service*

Jel Codes Classification : ***M11, M19, I11, I18***

1 - ***Author Corresponding****,* k.laribi.etu@univ-blida2.dz
2 - Laboratory DEHALG, a.benine@univ-blida2.dz

أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية
- دراسة عينة من العيادات الخاصة بولاية الشلف -

- **لعريبي خديجة أمال**[1]:طالب دكتوراه، جامعة البليد2، الجزائر
- **بنين عبد الرحمن**[2]: محاضر أ، جامعة البليدة2، الجزائر

تاريخ الإرسال: 2026/04/06 **تاريخ القبول: 2026/06/19** **تاريخ النشر: 2026/06/21**

ملخص

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى إبراز أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، وقد تم تطبيق الدارسة الميدانية على عينة من العيادات الصحية الخاصة بولاية الشلف لمعرفة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الخاص ومدى تأثيرها على جودة الخدمة الصحية ، من وجه نظر عمال وموظفي القطاع الصحي الخاص، بحيث تم توزيع 450 استمارة على موظفي وعمال العيادات الخاصة من أطباء وممرضين واداريين، وتم استرجاع 430 صالحة للاستعمال تم استعمالها في جمع البيانات واختبار فرضيات الدراسة، وقد أظهرت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباط بدرجة مرتفعة تقدر بـ 0.827 بدلالة إحصائية عند sig:0.000 واثر بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية، إذ بلغ B :0.755، وبلغ A :1.044 مما يدل على أن التغير في إدارة الجودة الشاملة بوحدة واحدة فستتغير جودة الخدمة الصحية بـ (0.755)، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعود للمتغيرات الشخصية في اجابتهم حول أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في العيادات الخاصة على جودة الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمات الصحية، العيادات الصحية الخاصة، الخدمة الصحية

التصنيف JEL: **M11, M19, I11, I18**

- مقدّمة:

تُعدّ جودةُ الخدمة الصحية من أهم القضايا التي تحظى باهتمامٍ متزايد في المؤسسات الصحية، نظراً لدورها الكبير في تحسين مستوى الرعاية الصحية وتحقيق رضا المرضى. ومع اشتداد المنافسة وتزايد توقعات المستفيدين، أصبحت المؤسسات الصحية مطالبةً بتبنّي أساليب إدارية حديثة تسهم في رفع كفاءة الأداء وتحسين جودة الخدمات المقدمة. ويُعدّ أسلوب إدارة الجودة الشاملة من أبرز هذه الأساليب؛ إذ يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر في مختلف جوانب العمل داخل المنظمة. كما تقوم إدارة الجودة الشاملة على مجموعة من المبادئ التي تركز على مشاركة جميع العاملين في تحسين الأداء، والاعتماد على البيانات والمعلومات في اتخاذ القرارات، إضافةً إلى التركيز على احتياجات المستفيدين وتوقعاتهم.

وفي القطاع الصحي بصفة خاصة، يسهم تطبيق هذا المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين كفاءة العمليات، وتعزيز رضا المرضى عن الخدمات المقدمة. وفي هذا الإطار، تمّت صياغة الإشكالية التالية:

- إشكالية الدراسة:

[1]- **لعريبي خديجة أمال**، k.laribi.etu@univ-blida2.dz
[2]- مخبر التنمية الاقتصادية والبشرية في الجزائر، *a.benine@univ-blida2.dz*

ما أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف؟

ولتوضيح الإشكالية، تم طرح الأسئلة الفرعية الآتية:

- هل توجد فعالية في استخدام أبعاد إدارة الجودة الشاملة بالعيادات الخاصة بولاية الشلف؟
- ما أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية تُعزى إلى المتغيرات الشخصية؟

– فرضيات الدراسة:

- لا توجد فعالية في استخدام أبعاد إدارة الجودة الشاملة بالعيادات الخاصة بولاية الشلف .
- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة الجودة الشاملة، بمختلف أبعادها، على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى المتغيرات الشخصية في إدراك العاملين لتطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة .

– أهمية الدراسة:

- تتجلى أهمية القطاع الصحي في الدور الذي تؤديه العيادات الخاصة باعتبارها من القطاعات الخدمية ذات الأهمية الكبيرة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلدان .
- إمكانية الإسهام في تطوير مستوى جودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة الجزائرية، من خلال تبنّي مفهوم إدارة الجودة الشاملة كفلسفة إدارية، استناداً إلى النتائج التي قد تتوصل إليها الدراسة .
- إبراز أهمية مفهوم إدارة الجودة الشاملة بالنسبة للباحثين والمستشارين في المجالات الإدارية ومنظمات الأعمال عموماً، والمستشفيات والعيادات الخاصة خصوصاً، باعتباره أحد الأساليب الحديثة التي تضمن تحقيق الجودة داخلياً في الأنشطة والعمليات، وخارجياً في الخدمات الصحية المقدمة للمرضى .

– أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يأتي:

- التعرف على المفاهيم المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة ومبادئها .
- توضيح مفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها والمعايير المعتمدة في قياسها .
- إبراز أهمية تبنّي إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية، لما لها من دور كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية .
- إظهار التحديات والمعوقات التي قد تواجه العيادات الخاصة والمستشفيات الجزائرية عند تبنّي إدارة الجودة الشاملة .
- إبراز أهمية قطاع الخدمات الصحية، وضرورة العمل على الرفع من مستوى جودته، مع تعزيز ثقافة التحسين المستمر داخل المؤسسات الصحية.

- **الدراسات السابقة:**

الدراسة الأولى: دراسة ولاء بنت علي مشعل الحكمي وآخرون بعنوان: أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة 2018: المجلة الاكاديمية العالمية للاقتصاد والعلوم الإدارية، هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات بمستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة. وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق ممارسات الجودة الشاملة ومستوى جودة الخدمات الصحية كانا مرتفعين جداً. كما تبين وجود علاقة ارتباط وأثر ذي دلالة إحصائية بين تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفى. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة تعزى للجنس أو المؤهل العلمي أو سنوات الخبرة، بينما وُجدت فروق تعزى للعمر وطبيعة العمل.

الدراسة الثانية: دراسة زايد علي عبد الخالق المنزوع، عادل حسن ياسين دبر: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الطبية دراسة تطبيقية لعينة من المستشفيات العاملة في الحديدة – اليمن 2024، مجلة جامعة البيضاء، هدفت الدراسة إلى قياس أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جودة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة بمدينة الحديدة، وتكونت عينة الدراسة من الإداريين، الأطباء، الممرضين، المخبريين، الصيدلانيين، ومن أهم النتائج التوصل اليها، وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بأبعادها في جودة الخدمات الطبية في المستشفيات عينة الدراسة، كما جاء ترتيب أبعاد إدارة الجودة الشاملة من حيث قوة التأثير على التوالي كما يلي: – التحسين المستمر، الموارد البشرية، التركيز على العمليات، التركيز على الاحتياجات المادية، التزام الإدارة العليا، التركيز على العميل.

الدراسة الثالثة:

Milan Constantinovits، Mohannad Abu Daqa **:** The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services. Journal : Problèmes and Perspectives in Management, 2020:

هدفت الدراسة إلى استكشاف دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات بقطاع الرعاية الصحية الخاص في شمال الضفة الغربية بفلسطين، اعتمادًا على استبيان شمل 200 موظف إداري. وأظهرت نتائج نمذجة المعادلات الهيكلية وجود علاقات إيجابية مباشرة بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة، خاصة رضا الزبائن، ومشاركة العاملين، والتحسين المستمر، والتزام الإدارة العليا، بينما ظهرت علاقة سلبية للعمليات مع جودة الخدمة. كما فسّرت أبعاد إدارة الجودة الشاملة 95% من التباين في جودة الخدمات الصحية، وكان التحسين المستمر والتزام الإدارة العليا من أكثر العوامل تأثيرًا. وأكدت الدراسة أهمية التزام الإدارة العليا وتعزيز الاتصال الفعّال والعمل الجماعي لضمان نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الدراسة الرابعة:

Manjeet Kharub & Rajiv Sharma, An integrated structural model of QMPs, QMS and firm’s performance for competitive positioning in MSMEs, journal, Total Quality Management, 2018

هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين ممارسات إدارة الجودة، ونظام إدارة الجودة، وأداء المؤسسة، والتموقع التنافسي في المؤسسات متناهية الصغر والصغيرة والمتوسطة. وأظهرت النتائج وجود علاقة مباشرة ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة الجودة وأداء المؤسسة، مع تزايد قوة هذه العلاقة بوجود نظام إدارة الجودة. كما تبين أن نظام إدارة الجودة يؤثر بصورة غير مباشرة على التموقع التنافسي من خلال تحسين أداء المؤسسة. وأكدت الدراسة أن تطبيق ممارسات الجودة والحصول على شهادة نظام إدارة الجودة يسهمان في تعزيز الأداء والحفاظ على الميزة التنافسية عبر التركيز على الجودة والتكلفة والمرونة ورضا العملاء.

الفجوة البحثية: تتمثل الفجوة البحثية في محدودية الدراسات الجزائرية التطبيقية التي تناولت أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية داخل العيادات الخاصة، خاصة في ولاية الشلف، رغم تزايد الاهتمام العالمي بهذا الموضوع. إذ ركزت معظم الدراسات السابقة على المستشفيات الحكومية أو المؤسسات الصحية الكبرى في بيئات عربية وأجنبية تختلف من حيث الأنظمة الصحية والإمكانات التنظيمية عن البيئة الجزائرية. كما أن طبيعة العمل في العيادات الخاصة تختلف من حيث أسلوب الإدارة، وسرعة تقديم الخدمات، ومستوى توقعات المرضى، مما يستدعي دراسة هذا القطاع بشكل مستقل. لذلك تسعى الدراسة الحالية إلى تحليل مدى مساهمة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف، بما يتلاءم مع خصوصية القطاع الصحي الجزائري.

I- الإطار النظري للدارسة:

I-1- مفاهيم أساسية حول إدارة الجودة الشاملة:

I-1-1- تعريف إدارة الجودة الشاملة: حظي مفهوم إدارة الجودة الشاملة باهتمام كبير من قبل الباحثين والأكاديميين، حيث يرى كل من Steven & Ronald و J. Sandelands أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يتكون من ثلاث كلمات هي: (بودية، 2014، صفحة 19)

- **الإدارة** :ويُقصد بها التطوير والكيفية التي يمكن من خلالها للمؤسسة المحافظة على الجودة بشكل مستمر .
- **الجودة** :ويُقصد بها الالتزام بتلبية حاجات الزبون، بل وتجاوز توقعاته. وعند J. Sandelands تعني التأكيد على تحقيق رغبات الزبائن ومتطلباتهم، أو حتى تجاوز توقعاتهم، إضافة إلى بناء علاقات جيدة مع مختلف الموردين .
- **الشاملة** :ويُقصد بها أن الإدارة تعتمد نهج البحث عن الجودة في جميع أماكن العمل، بدءاً من تحديد حاجات الزبون ورغباته وصولاً إلى تحقيق رضاه عن المنتج أو الخدمة.

كما تُعرف إدارة الجودة الشامل: فلسفة إدارية تركز على عمليات العمل والعنصر البشري، ويكمن اهتمامها الأساسي في تحقيق رضا الزبائن وتحسين الأداء التنظيمي. وتتضمن التنسيق السليم لعمليات العمل بما يسمح بالتحسين المستمر في جميع وحدات المؤسسة بهدف تلبية توقعات الزبائن أو تجاوزها. كما تؤكد على شمولية الجودة في جميع جوانب المنظمة بهدف تقليل الهدر وإعادة العمل، مما يساهم في خفض التكاليف وزيادة الكفاءة الإنتاجية.
(Ogbari & Borishade, 2015, p. 02)

كما عُرِّفت إدارة الجودة الشاملة من طرف معهد المقاييس البريطاني بأنها: "منهج إداري يشمل جميع الأنشطة داخل المؤسسة، يتم من خلاله تحقيق حاجات وتوقعات الزبون والمجتمع، والوصول إلى أهداف المؤسسة بأفضل طريقة وأقل

تكلفة، من خلال الاستخدام الكفؤ لطاقات جميع العاملين، بما يضمن الاستمرارية والتطوير." (جودة، 2008، صفحة 22)

وعُرِّفت إدارة الجودة الشاملة من طرف معهد الجودة الفيدرالي بأنها: " نهج تنفيذي متكامل يسعى إلى تلبية رغبات وحاجات الزبون، بالاعتماد على الأساليب الكمية، بهدف تحقيق التحسين المستمر في الإجراءات والخدمات داخل المؤسسة. " (محسن، 2012، صفحة 07)

وعرّفها إيشيكاوا بأنها: " إن إدارة الجودة الشاملة تتضمن التخطيط والتطوير والتسويق، بهدف تقديم منتجات وخدمات منخفضة التكلفة تحقق فوائد ومنافع للزبائن، وتؤدي إلى رضاهم، بما يساهم في تحقيق أهداف المؤسسة بمختلف فروعها وأقسامها ". (Angel & all, 2006, p. 384)

كما عرّفها خضير كاظم حمود بأنها: " المساهمة الفعّالة للهيكل الإداري والمنهجي بجميع عناصره، من أجل تحقيق الفاعلية في استثمار الموارد المتوفرة (المادية والبشرية والمالية والمعرفية)، بهدف تحقيق أهداف المؤسسة المتمثلة في إشباع حاجات المستهلك النهائي، من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية وبسعر يتلاءم مع القدرة الشرائية". (خضير ، إدارة الجودة الشاملة، 2016، صفحة 27)

في حين يعرفها Roger Tunks بأنها: " المشاركة والالتزام بين الإدارة والعاملين، من أجل توجيه العمل نحو تلبية توقعات الزبون أو تجاوزها " (خضير ، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الرابعة، 2009، صفحة 75)

عرّفت المواصفة الدولية ISO 8402 الخاصة بمصطلحات إدارة الجودة وضمان الجودة إدارةَ الجودة الشاملة بأنها منهج إداري يركز على الجودة، ويعتمد على مشاركة جميع أعضاء المنظمة، ويهدف إلى تحقيق النجاح طويل المدى من خلال رضا العملاء، وتحقيق المنافع لجميع أفراد المنظمة والمجتمع. (Ogbari & Borishade, 2015, p. 04)

كما أكد جيمس ريلي، نائب رئيس معهد جوران والمتخصص في التدريب وتقديم الاستشارات في مجال الجودة الشاملة، أنها: "هي التحول في الطريقة التي تسير بها المؤسسة، والتي تشمل تركيز الطاقات الموجودة بالمؤسسة على التحسين المستمر لمختلف الإجراءات والعمليات وكذا سائر الوظائف، ومختلف المراحل المرتبطة بالعمل، إذ تعتبر الجودة هي من أجل تحقيق حاجات ورغبات الزبون".. (فلاق، 2010، صفحة 31)

كما تعرف بأنها: منهج إداري يقود المؤسسة إلى تحقيق موقع تنافسي عالمي من خلال ضمان أن منتجاتها وخدماتها تُرضي العملاء عبر تلبية توقعاتهم ومتطلباتهم بل وتجاوزها(Ahmed Baha Eddine , 2024, p. 02)

ومنه يمكن القول إن إدارة الجودة الشاملة تتمثل في التحسين المستمر لجميع مراحل الإنتاج، بما في ذلك تعزيز الأنشطة الإدارية، بالاعتماد على مشاركة العاملين في سبيل رفع مستوى الأداء لعمليات الإنتاج والخدمات، وبالتالي تلبية حاجات العملاء وتحقيق أهداف المؤسسة، من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها بأكفأ الطرق وأقلها تكلفة.

I.-1-2- أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة

I-1-2-1 أهمية إدارة الجودة الشاملة: تُعد أهمية تبني وتفعيل إدارة الجودة الشاملة من أهم المراحل لتحسين أداء المؤسسة، وتقديم منتجات وخدمات ذات جودة مرتفعة، بما يؤدي إلى تحقيق رضا الزبائن باعتباره الوسيلة الأساسية لنجاح المؤسسة، ويمكن تحقيق ذلك من خلال العناصر التالية:

- زيادة الشعور بروح الفريق ووحدة المجموعة، والتنسيق بين الأفراد والشعور بالانتماء إلى المؤسسة؛

- التوفير في تكلفة المنتج عن طريق منع تكرار حدوث عيوب وبالتالي الزيادة الربحية؛
- زيادة التنسيق بين إدارات وأقسام المؤسسة، والمساهمة في اتخاذ قرارات وحل حل المشاكل بسرعة وبسهولة؛
- زيادة نسبة الافصاح وتوفير المعلومات العكسية بين الإدارة وجميع العاملين بالمؤسسة وبناء الثقة؛
- تحقيق معدلات أكبر من التقدم وزيادة المبيعات ورفع الكفاءة عن طريق الوعي التام بالجودة، في جميع مستويات المؤسسة؛
- تحسين سمعة المؤسسة لدى العملاء والعاملين والمجتمع ككل، وتعزيز مكانتها في السوق؛
- تخفيض الحوادث التي لها علاقة بالعمل، بما يؤدي الى رفع الفاعلية في الإنتاجية والادارة؛
- كما تشمل إدارة الجودة مجموعة من الأنشطة المنهجية التي تهدف إلى ضمان توافق المنتجات والخدمات مع توقعات الزبائن. وقد بدأت هذه المفاهيم مع شيوهارت وديمينغ في القرن العشرين، ثم تطورت إلى مقاربات شاملة مثل إدارة الجودة الشاملة(TQM) ، وستة سيغما(Six Sigma) ، والإنتاج الرشيق، والتي لا تهدف فقط إلى تحسين الكفاءة، بل أيضًا إلى تعزيز ثقافة تنظيمية موجهة نحو الجودة. (Genny & Gloria, 2025, p. 03)

I-1-2- أهداف إدارة الجودة الشاملة: يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة الى التحسين من جودة الخدمة والمنتج بالإضافة الى تقليل التكلفة، وتخفيض من الوقت والمجهودات قصد تحسين الخدمة التي يتم تقديمها للزبائن، لكسب رضا الزبائن وتلبية حاجتهم ورغباتهم، وتكمن أهدافها فيما يلي: (حاروش و حروش، 2015، صفحة 52) .

❖ **أهداف خارجية:** إذ تتجسد في تقديم أفضل المنتجات والخدمات للزبائن من خلال تحسين الأداء الخارجي للمؤسسة وزيادة حصتها السوقية، كما يساهم تحسين الجودة في زيادة المبيعات والربحية وتعزيز القدرة التنافسية. كما تركز المؤسسة على إرضاء الزبون بجعله محور جميع أنشطتها. ويتم ذلك عبر فهم حاجاته ورغباته وتقديم منتجات وخدمات تتوافق مع توقعاته اعتماداً على بحوث التسويق. (حاروش و حروش، 2015، صفحة 52)

❖ **أهداف داخلية:**

- **هدف اجتماعي:** يرتكز الجانب الاجتماعي في إدارة الجودة الشاملة على تعزيز دور القيادة في توجيه وتحفيز العاملين، وإشراكهم من خلال إدارة موارد بشرية فعالة توفر بيئة عمل داعمة للجودة. كما يركز على تلبية احتياجات الزبائن وتحسين التفاعل معهم، إلى جانب تنسيق العمليات بما ينسجم مع الأهداف التنظيمية. ويُدعم ذلك بتحليل المعلومات والتحسين المستمر لضمان تطوير الأداء بشكل دائم. (Fatma & ET ALL, 2024, p. 04)

❖ **هدف اقتصادي:** يعتبر الهدف الاقتصادي من إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق القدرة التنافسية للمؤسسة من خلال تحسين الكفاءة والفعالية. ويتم ذلك عبر تحسين جودة المخرجات وكفاءة الأداء الإنتاجي، وضبط العمليات وتقليل التكاليف والوقت. كما تسعى إلى تطوير الأداء الداخلي للمؤسسة والتكيف مع التغيرات التقنية. إضافة إلى ذلك، تعزز الفعالية التنظيمية من خلال العمل الجماعي ومشاركة العاملين في حل المشكلات وتحقيق التحسين المستمر. (خضير ، إدارة الجودة الشاملة، 2016، صفحة 83)

I-1-3- مبادئ إدارة الجودة الشاملة: تركز مبادئها على تحسين الجودة كإستراتيجية تحفيز في المؤسسة ، بغض النظر عن طبيعتها خدمية أو إنتاجية أو تجارية، وهي كالتالي:

- **التزام ومساندة الإدارة العليا**: يُعد التزام الإدارة العليا، أو ما يُعرف بالقيادة، أهم عامل ممكن لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك أسلوب القيادة، والدعم الإداري، ومشاركة الإدارة العليا، ودعم القيادات العليا، والقيادة الموجهة نحو تحسين الجودة. (Yazeed Saud , 2024, p. 1811)كما يتجسد دعم الإدارة العليا في إعلان تبني نظام إدارة الجودة الشاملة وإظهار التزامها بتغيير الفلسفة والنظام القديم، مع توفير الموارد المادية والبشرية اللازمة للتطبيق. ويعد هذا الالتزام الركيزة الأساسية لنجاح الجودة، لأن غيابه يجعلها مجرد شعار دون تأثير فعل.. (مديوني ، 2016، صفحة 23).
- **التركيز على الزبون**: الزبون الداخلي هو الموظفون داخل المؤسسة الذين يشاركون في إنتاج القيمة عبر مختلف الأقسام، أما الزبون الخارجي فهو المستفيد النهائي من الخدمات أو المنتجات خارج المؤسسة. ويرتبط الطرفان بشكل مباشر، إذ يؤدي تحسين رضا الزبون الداخلي إلى رفع جودة الأداء وزيادة رضا الزبون الخارجي . وبالنظر الى مختلف الأقسام والفروع الادارية الذين يشتركون في انجاز الأعمال والنشاطات التي تدعم عملية انتاج المنتجات. (Joseph Lo & et all, 2024, p. 713)

كما يُعد التركيز على الزبون ورضاه عنصرًا أساسيًا في إطار إدارة الجودة الشاملة، حيث يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية تحقيق ميزة تنافسية من خلال تلبية احتياجات المرضى (الزبائن) ومتطلباتهم بفعالية، بالإضافة إلى التنبؤ بتغير تفضيلاتهم والتكيف معها. (Yazeed Saud , 2024, p. 1811)

- **التحسين المستمر**: هو تطوير المعرفة لأبعاد العملية الادارية واتخاذ الاجراءات اللازمة للتطوير مما يضمن تخفيض الانحرافات والأخطاء ويساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الانتاجية، وهو ايضاً عملية تركز على منع حدوث الأخطاء والاختلافات. (بلمرداسي ، 2020، صفحة 85)
- **تدريب وتأهيل العاملين**: تطلب نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تكويناً مستمراً للعاملين لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة. ويساهم ذلك في تحسين جودة المنتجات وتقليل العيوب وتعزيز مشاركة العاملين في عملية التحسين المستمر (التميمي و الخطيب، 2008، صفحة 28) كما تعتمد TQ M على الاستفادة من القدرات التي يحوزها العمال بهدف ترقية العمل والزيادة في الأرباح وتقليل التكاليف (بن عيشي، 2009، صفحة 22)كمل هو مطلوب من المؤسسة تبني نظام تحفيزات ومكافئات والعمل على توفير روح العمل الجماعي داخل الفريق وهو ما يؤدي الى الابداع في العمل.
- **التحليل والقياس**: تسهم أدوات التحليل واتخاذ القرار متعددة المعايير في تحسين فعالية عمليات القياس داخل المؤسسات الصحية، من خلال تحويل البيانات والتقييمات إلى مؤشرات كمية دقيقة تساعد على تحديد أولويات المشكلات واختيار البدائل الأنسب. وتعتمد هذه الأساليب على تحليل البيانات بصورة منهجية مع مراعاة آراء الخبراء وطبيعة المعايير المختلفة، الأمر الذي يدعم دقة التشخيص واتخاذ القرارات المتعلقة بالتطوير والتحسين المستمر". (Muhammet & et all, 2022, p. 281)
- **الاعتماد على بيانات في اتخاذ قرارات** :تعتبر المؤسسات التي تعتمد TQM تعتبر قرارتها مبنية على الحقائق والبيانات الدقيقة وليس على التخمين أو الآراء الشخصية. ويتم اتخاذ القرارات بناءً على معلومات واقعية حول نشاط المؤسسة ومعايير الجودة لضمان الرشادة والابتعاد عن العشوائية. كما تعتمد على نظم معلومات إدارية وقواعد

بيانات شاملة تدعم تدفق المعلومات بين المستويات التنظيمية. إضافة إلى استخدام أساليب علمية وإحصائية حديثة في تحليل البيانات وترشيد القرارات.

I-2- جودة الخدمات الصحية:

I-2-1- مفهوم جودة الخدمة الصحية: تعرف جودة الخدمة الصحية بأنها مدى توافق الخدمات الصحية المقدمة مع توقعات المرضى وتصوراتهم، حيث تُقاس من خلال الفجوة بين ما يتوقعه المريض من الرعاية الصحية وما يدركه فعليًا بعد تلقيها، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الرعاية الصحية تُعد من الخدمات القائمة على الثقة التي يصعب على المريض تقييم جودتها السريرية بشكل دقيق حتى بعد الحصول عليها. (Raghav & et all, 2019, p. 106)

كما نجد مفهوم لمنظمة الصحة العالمية حول جودة الخدمات الصحية هي تحقيق احتياجات المريض بتكلفة مقبولة، كما عرف "ميلتون روم وكارلوس مونتويا" جودة الخدمات الصحية على" أنها تعبر على مستوى الارتياح الذي يشعر به تجاه الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة الصحية، تعتمد بشكل أساسي على تطابق هذه الخدمات مع وتوقعات وحاجيات المريض الفردية، وعرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة الصحية: "درجة التقيد بالمقاييس الآنية والمتفق عليها قصد المساعدة في التشخيص الطبي والاجرائي" (يون ، 2012، صفحة 218).

من المفاهيم السابقة يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية هي الاهتمام الجيد بمختلف الإجراءات التي تكون داخل المؤسسة الصحية من قبل الكادر الطبي والمهني لتلبية حاجات المرضى بطريقة فعالة وأكثر سهولة وأمانا قصد تحقيق رضاهم.

I-2-2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية: وتتمثل في:

- **تحليل توقعات المريض** :إن توقعات المرضى وإدراكاتهم لجودة الرعاية تؤثر بشكل كبير على مستوى رضاهم، وهو ما يترتب عليه آثار واسعة تشمل اختيار مقدمي الخدمات الصحية، وولاء المرضى، ونشر التغذية العكسية، ورضا الموظفين، والإنتاجية، والربحية العامة للمؤسسات الصحية وتتمثل: (Agnes & et all, 2025, p. 02)
  - **الجودة المتوقعة:** وتمثل الجودة التي يتوقع المرضى تحصيلها من المؤسسة الصحية؛
  - **الجودة المدركة:** وهي تقييم المريض لجودة الخدمة الصحية بناءً على خبرته وانطباعه حول المؤسسة الصحية؛
  - **الجودة القياسية:** وهي مستوى عالي من الخدمة الصحية التي تتطابق مع مواصفات معينة مثل زمن الانتظار، التعقيم، ودقة التشخيص، بما يعزز مستوى الجودة القياسية للخدمة الصحية؛
  - **الجودة الفعلية:** وهي الجودة التي يتم تحقيقها فعلا وتقدمها المؤسسة الصحية للمرضى.
- **تحديد جودة الخدمات** :إذا قامت المؤسسة الصحية بفهم جيد لحاجات المرضى، وجب عليها وضع التوصيف الملائم قصد تحقيق الجودة المطلوبة في الخدمة الصحية، إذ يرتبط التوصيف بأداء العاملين ومستوى إتقان التجهيزات والمعدات التي يتم استخدامها في تنفيذ الخدمات الطبية.

– أداء العاملين: هناك معايير تضعها المؤسسة للوصول لجودة الخدمات الصحية المقدمة، ويتطلب تحقيقها الالتزام لعمال الكادر بالمؤسسة الصحية، كما يجب ان تسعى على البحث على الطرق الملائمة التي تؤدي الى ضمان الأداء الجيد.

I-2-3- أبعاد جودة الخدمة الصحية: تختلف هذه الابعاد بين الاكاديميين والباحثين والمهتمين حول النواحي التي من خلالها يتم تحديد مستوى الخدمة بالمؤسسة الصحية وحسب:Swan &Comb لجودة الخدمة بعين: (Mushtaq & et all, 2023, p. 07)

- **الجودة المادية الملموسة:** وهي ما يحصل عليه المرضى باستخدام العناصر الفيزيائية ويعبر عنه بالرضي عن الخدمة؛
- **الجودة التفاعلية:** وتتمثل في التفاعل والتواصل بين مقدم الخدمة الصحية والمستفيد منها أثناء تقديم الخدمة الصحية؛ إذ يؤكد Kotler على أن هناك خمس أبعاد لترتبط بجودة الخدمة بنحو كلي، والتي يعتمد عليها المرض في تقييمهم للخدمة الصحية وتتمثل في:

– الاعتمادية: ويقصد بها أن مقدم الخدمة الصحية له القدرة والامكانيات على أداء الخدمة بأعلى درجة من الدقة.

– الاستجابة: وهي القدرة على الاستجابة بسرعة والاجابة على التساؤلات التي يطرحها المرضى. (Amelia & Desheila, 2023, p. 153)

الملموسية: ترتبط بالجوانب المادية للمؤسسة الصحية مثل التجهيزات والمعدات سوى كانت المادية أو البشرية، ومظهر العاملين وقاعات الانتظار ومكاتب الأطباء.

- **الأمان (الضمان):** يعبر الضمان في الخدمات الصحية على ثقة المرضى في كفاءة الأطباء وكوادر المؤسسة الصحية، بالاعتماد على المؤهلات والمعرفة التي يتمتعون وكذا الإجابة على الاستفسارات وتقديم الخدمة بفعالية كبيرة.
- **التعاطف:** وهو قدرة مقدمي الخدمة الصحية على مراعاة مشاعر المرضى واحتياجاتهم الفردية، وإظهار الاهتمام والجانب الإنساني أثناء تقديم الخدمة، الصحية وبعدها (ذياب، 2012، الصفحات 76-75).
- **التمكن الفني** :ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعديهم بالدقة المطلوبة والتوافق وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين.
- **الاستمرارية:** ويقصد بها تقدم الخدمات الصحية بدون أي انقطاع من طرف المؤسسة الصحية
- **الفعالية والكفاءة:** تعبر الفعالية على مدى تحقيق الخدمة الصحية للأهداف المسطرة والمرجوة، كما تعكس الكفاءة استغلال كل مورد متاح بشكل مثالي قصد الوصول أفضل نتيجة (مريزق، 2007/2008، الصفحات 36-38).

I-2-4- أساليب قياس جودة الخدمات الصحية: يُعد قياس توقعات المرضى وإدراكاتهم مهمًا لتقييم جودة الخدمات الصحية، لكنه معقد لأن الجودة تُحدد حسب تجربة المريض نفسه. ويُستخدم مقياس SERVQUAL على نطاق واسع لقياس الفجوة بين التوقعات والإدراكات، كما يحتاج إلى تكييف حسب طبيعة الخدمة. (Mahdi Jari & et all, 2022, p. 287)

I-2-4-1 قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى:

- **مقياس عدد الشكاوى:** يعتمد على تحليل الشكاوى كأداة لتقييم جودة الخدمات الصحية، حيث تعكس تجارب فردية غير موحدة وغالبًا ما تحمل طابعًا عاطفيًا. كما تركز على جوانب التفاعل الإنساني مثل التعاطف والكرامة، لكنها لا تكشف دائمًا عن جميع الأسباب النظامية للمشكلات. (Tom W & et all, 2014, p. 679)

- **مقياس الرضا**: إن قياس جودة الخدمات الصحية يعتمد بشكل أساسي على منظور المرضى وتصوراتهم للخدمة المقدمة، كما أن رضا المرضى يرتبط بمدى توافق الخدمات الصحية مع توقعاتهم واحتياجاتهم، وأن تقديم خدمات عالية الجودة تحقق رضا أكبر لدى المرضى وتستقطب المزيد منهم، لذلك فإن فهم إدراك المرضى لجودة الخدمة يُعد عنصرًا أساسيًا لتحسين الأداء الصحي ورفع مستوى الرضا (Raffaella & et all, 2021, p. 02)
- **مقياس الفجوات**: إن مقياس الفجوة يعتمد على مقارنة ما يتوقعه المرضى من الخدمة الصحية بما يدركونه فعليًا بعد تلقي الخدمة، وكلما زادت الفجوة السلبية انخفض مستوى الرضا عن جودة الخدمة. (Raffaella & et all, 2021, p. 04)
- **مقياس الأداء الفعلي**: من خلال هذا المقياس يمكن قياس الأداء الحقيقي والنتائج الفعلية للخدمة بالمقارنة مع ما هو مخطط، وهو ما يؤدي الى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- –**مقياس القيمة** :يقيس مقياس القيمة مدى استفادة المرضى من الخدمات الصحية مقارنة بما تم استثماره من تكاليف وموارد، مع التركيز على أن تحقق أكبر فائدة ممكنة بأقل هدر.
- **I–2–4–2: قياس الجودة المبنية**: ويشتمل على المقاييس التالية:

–**المقاييس الهيكلية**: تعتمد على تقييم البنية التحتية والتجهيزات المتوفرة في المؤسسة الصحية وكذا الموارد البشرية ونظم الإدارة بهدف تحديد مدى قدرتها على تقديم خدمات صحية بجودة عالية.

– **مقاييس العمليات**: تدل على تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال التحليل حول الطريقة التي من خلالها يتم تقديم الخدمة ومختلف الإجراءات التي يمكن أتباعها خلال تقديمها.

– **مقاييس النواتج**: **يهدف الى** تقييم النواتج النهائية للخدمات الصحية وكيفية تأثيرها على الحالة الصحية للمرضى والذي يعكس الجودة في عملية تقديم الخدمة الصحية.

I–2–4–3–قياس الجودة بمنظور شمولي: يُستخدم إطار دونابيديان على نطاق واسع في تقييم الأداء على مستوى النظام الصحي. وقد صنّف قياس جودة الرعاية ضمن ثلاثة أبعاد، وهي: الهيكل، والعملية، والنتائج. ويشير بُعد الهيكل إلى الموارد والمدخلات المستخدمة لدعم العمليات. أما بُعد العملية فيتعلق بمجموعة العوامل التي تُترجم أفضل الأدلة إلى ممارسة (مثل الملاءمة، الكفاءة، التكامل، وتنسيق الرعاية). أما النتائج فتُقاس باعتبارها فعالية الرعاية من حيث الحالة الصحية للمرضى" (Sabina , 2024, p. 1173)

II– الدراسة الميدانية:

II–1– أساليب جمع وتحليل النتائج وثبات أداة القياس:

II–1–1–مجتمع وعينة الدراسة: نظرا لتركيز هذه الدراسة على إدارة الجودة الشاملة ودورها في ترقية قطاع الصحة فإن مجتمع الدراسة يشمل جميع عمال وموظفي العيادات الخاصة بولاية الشلف، بحيث تم سحب عينة مكونة من 450 مفردة بطريقة ميسرة وكذلك سمحت لنا طريقة أخذ العينات هذه باختيار الأشخاص الأكثر قدرة على الإجابة على الأسئلة المطروحة لتوزيع الاستمارة عليهم، وبعد التوزيع والاستجابة المقبولة تم استرجاع 430 استمارة أي بلغت 95.55% من الاستمارات الموزعة.

II-2-1-اساليب جمع وتحليل البيانات.

-اساليب تحليل البيانات: بهدف اختبار فرضيات الدراسة، والاجابة على مشكلة الدراسة، تم الاعتماد على الاسلوب الوصفي التحليلي وذلك باستخدام الرزمة الاحصائية.SPSS، تم تحديد القيمة الدلالةب 0.05 الذي عنده تقبل او ترفض الفرضيات..

-ثبات وصدق الاستبيان: معامل (ألفا كرونباخ) يستخدم هذا المعامل بهدف قياس مدى ثبات الاستبيان باعتباره أداة قياس على نحو الاتساق الداخلي للعبارات، فيمكن اعتبار الأداة تتمتع بالثبات إذا كانت تقيس وتتصف بالصدق والاتساق، يعتبر معامل Cronpach Alpha أهم اختبار لقياس ثبات الاستبانة. تتراوح قيمته بين 0 و1، وتعتبر "مقبولة" عند 0.6.

الجدول رقم (01): نتائج ثبات معامل (الفا كرونباخ)

المتغيرات		قيمة معامل الفا كرونباخ
المتغير المستقل	إدارة الجودة الشاملة	0,725
المتغير التابع	الخدمة الصحية	0,721
الكلي		**0,850**

المصدر: اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

يبين الجدول أن معاملCronpach Alpha الكلية لجميع العناصر الـ 27 يساوي 0.85 كما ان قيمة ألفا للمتغير المستقل " إدارة الجودة الشاملة «يساوي 0.725 والمتغير التابع " الخدمة الصحية «0,721 وهي قيم أكبر من 0.60، وهذا يعني أن الاستبيان يتميز بالثبات ويمكن الاعتماد عليه في الوصول الى نتائج موثوقة.

II-2- عرض نتائج الدراسة:

II-2-1- اختبار الفرضيات:

II-2-1-1-اختبار الفرضية الأولى: التي تنص على أنه ليس هناك فعالية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي المؤسسات الصحية الخاصة:

الجدول رقم (02): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التزام ومساندة الإدارة العليا

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
1	3.970	1.10656	موافق
2	3.792	0.67000	موافق
3	3.780	0.74169	موافق
4	3.810	0.1967	موافق
المجموع	**3.831**	**0.4976**	**موافق**

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات spss

يتبين من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع العبارات لهذا المحور ضمن التقييم موافق، إذ بلغ المتوسط الحسابي لجميع العبارات والتي تعبر عن إجابات أفراد عينة الدراسة (3.831) بانحراف معياري (0.4976)، وهو ما يدل

على موافقة افراد العينة على العبارات التي تنص على التزام الإدارة العليا في تقديم الخدمات الصحية وتطوير القطاع الصحي.

الجدول رقم (03): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التركيز على الزبون

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
5	3.450	1.10656	موافق
6	3.552	0.67000	موافق
7	3.786	0.74169	موافق
8	3.451	0.1967	موافق
المجموع	**3.550**	**0.7976**	**موافق**

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع العبارات لبعد التركيز على الزبون ضمن التقييم موافق، إذ بلغ المتوسط الحسابي لجميع العبارات والتي تعبر عن إجابات أفراد عينة الدراسة (3.550)، بانحراف معياري (0.7976)، وهو ما يعني موافقة أغلبية عينة الدراسة على أن العيادات الخاصة للقطاع الصحي بولاية الشلف تولي أهمية للتركيز على الزبون، ومحاولة تحقيق رضاه.

الجدول رقم (04): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد مبدأ التحسين المستمر

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
9	3.740	0.842	موافق
10	3.750	0.973	موافق
11	3.701	0.709	موافق
12	3.310	1.203	محايد
المجموع	**3.905**	**0.775**	**موافق**

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لجميع العبارات هذا المحور ضمن التقييم موافق، ما عدا العبارة رقم اثنا عشرة كانت محايد. إذ بلغ المتوسط الحسابي الجميع العبارات والتي تعبر عن إجابات أفراد عينة الدراسة (3.905)، بانحراف معياري (0.775)، وهو ما يعني موافقة أغلبية عينة الدراسة على أن العيادات الخاصة تهتم بهذا المبدأ وهو التحسين المستمر لخدماتها الصحية، بما يساهم ويؤدي الى رضا العملاء وتحقيق رغباتهم، من خلال تقديم الخدمات الصحية على أكمل وجه، وتوافقها مع التغيرات التطورات التكنولوجية.

الجدول رقم (05): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التركيز على العاملين

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
13	3.711	1.035	موافق
14	3.136	1.001	موافق
15	4.088	0.730	موافق
16	3.617	1.015	موافق
المجموع	**3.955**	**0.815**	**موافق**

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات spss

يتبين من الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع العبارات المرتبطة ببعد التركيز على العاملين ضمن التقييم موافق، إذ بلغ المتوسط الحسابي لجميع العبارات والتي تعبر عن إجابات أفراد عينة الدراسة (3.955)، بانحراف معياري (0.815)، وهذا يعني ان عينة الدراسة توافق على محتوى العبارات التي تنص على اهتمام المؤسسات الصحية الخاصة بالعاملين، وتوفير البيئة المناسبة لتقديم أفضل الخدمات للعملاء، من خلال تطبيق التسويق الداخلي الذي يولي أهمية كبيرة للعاملين، والموظفين قصد خلق البيئة التفاعلية المناسبة بين العاملين والزبائن.

الجدول رقم (06): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
17	3.671	0.860	موافق
18	3.875	0.750	موافق
19	3.605	0.839	موافق
20	3.180	0.760	موافق
المجموع	**3.671**	**0.918**	**موافق**

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات spss

يظهر الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع العبارات المرتبطة ببعد اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق ضمن التقييم موافق، إذ بلغ المتوسط الحسابي لجميع العبارات والتي تعبر عن إجابات أفراد عينة الدراسة (3.671)، بانحراف معياري (0.918)، وهذا يعني ان عينة الدراسة توافق، على ما جاء في نص العبارات التي تدل على ان المؤسسات الصحية الخاصة تتخذ القرارات المرتبطة بالخدمة الصحية بناء على معطيات وحقائق علمية، لتلبية حاجات الزبائن ورغباتهم، وتقديم الخدمات الطبية والصحية بما يتوافق والحقائق الموجودة.

- من خلال ما سبق يمكن رفض الفرضية التي تنص على أنه ليس هناك فعالية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الخاصة بولاية الشلف. بحيث أظهرت إجابات افراد عينة الدراسة بأن هناك فعالية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال أبعادها المختلفة، وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فعالية في تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الخاصة بولاية الشلف.

II-2-1-2-اختبار الفرضية الثانية والفرضيات الفرعية: تنص هذه الفرضية على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة الجودة الشاملة (بمختلف ابعادها)، على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف، بحيث سيتم فيما يلي: تحليل إنحدار وإختبار "F" لأثر إدارة الجودة الشاملة بمختلف ابعادها، على جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف.

الجدول رقم (07): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف

نموذج الانحدار	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار	ثبات الانحدار	تحليل تباين ANOVA

	R	R2	B	A	قيمة معامل التباين F	مستوى المعنوية F لـ	قيمة معامل T	مستوى المعنوية T لـ
إدارة الجودة الشاملة / جودة الخدمة الصحية	0,827	0,684	0.755	1.044	104.052	0,00	4.126	0.000
التزام ومساندة الإدارة العليا / جودة الخدمة الصحية	0.607	0.369	0.428	2.280	28.030	0,00	8.954	0.000
التركيز على الزبون / جودة الخدمة الصحية	0.466	0.218	0.341	2.373	13.350	0,00	6.962	0.000
مبدأ التحسين المستمر / جودة الخدمة الصحية	0.660	0.436	0.542	1.673	37.121	0,00	5.227	0.000
التركيز على العاملين / جودة الخدمة الصحية	0,507	0,257	0,841	0,275	13,119	0,01	3,622	0,00
اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق / جودة الخدمة الصحية	0,544	0,296	0,912	0,119	15,942	0,00	3,993	0,00

المصدر: من إعداد الباحثان اعتمادا على مخرجات ونتائج برنامج. SPSS

– **الفرضية الفرعية الأولى**: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا في تحسين جودة الخدمة الصحية.

سيتم فيما يلي تحليل إنحدار وإختبار **F** لأثر مبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمة الصحية. يلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط الخطي بيرسون قدرت بـ (0.607)، وهذا يدل على أن هناك علاقة ارتباط طردية متوسطة بين بعد التزام ومساندة الإدارة العليا ومحور جودة الخدمة الصحية، وذو دلالة احصائية بمستوى دلالة (0,00). كما بينت أن هناك قدرة تفسيرية لمعامل التحديد R^2 التي بلغت (0.369)، مما يعني ان مبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا تفسر ما مقداره (36.6%) من التغير في جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة، أما باقي النسبة فتعود الى متغيرات اخرى من خارج النموذج. ويبين معامل الانحدار (B) بقيمة بلغت (0.428)، وقيمة ثابت الانحدار (A) بلغت (2.280)، وهو ما يدل على ان تغير في مبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا بوحدة واحدة فان جودة الخدمة الصحية سيتغير بـ (0.428)، كما أن التباين لنموذج الانحدار ان قيمة F بلغت 28.030، وكذا قيمة T قدرت بـ (8.954)، عند مستوى دلالة (0,000). وبما أن مستوى الدلالة أقل من (0,05)، فإن ذلك يعني وجود علاقة ذات دلالة بين مبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا وجودة الخدمة الصحية في المؤسسة، بمعنى وجود تأثير موجب لمبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا على جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف، وبناء عليه يتم رفض الفرضية والتي مفادها لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة$0,05 \geq \alpha$ لمبدأ التزام ومساندة الإدارة العليا على جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف

– **الفرضية الفرعية الثانية**: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمبدأ التركيز على الزبون في تحسين جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف. أظهرت نتائج التحليل عدم صحة الفرضية، القائلة بعدم

وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى($\alpha \leq 0,05$)، لمبدأ التركيز على الزبون في تحسين جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف. وللتحقق من ذلك، تم إجراء تحليل الانحدار واختبار(F). حيث بينت نتائج الجدول السابق أن معامل الارتباط بيرسون بلغ (0.466)، وهذا يشير إلى وجود علاقة متوسطة وطردية وذات دلالة إحصائية (Sig:0.000). كما أن معامل التحديد قد بلغ (R^2: 0.218)، أي أن مبدأ التركيز على الزبون يفسر حوالي 21.8% من التغير في جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف، بينما تعزى باقي النسبة لعوامل أخرى تعتبر خارج النموذج. وتمثل قيمة معامل الانحدار (B: 0.341) وثابت الانحدار(A: 2.373) ، ويدل ذلك على أن زيادة التركيز على الزبون بوحدة واحدة تؤدي إلى تحسن جودة الخدمة الصحية بمقدار(0.341) .

كما بينت نتائج تحليل التباين أن (F: 13.350)، وقيمة(T: 6.962)، عند مستوى دلالة (0.000)، وهو أقل من (0.05)، وهذا يؤكد دلالة النموذج ووجود أثر إيجابي لمبدأ التركيز على الزبون في تحسين جودة الخدمة الصحية. وعليه، يتم رفض الفرضية التي تنص على عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لهذا المبدأ في العيادات الخاصة بولاية الشلف.

– **الفرضية الفرعية الثالثة:** لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمبدأ التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمة الصحية، سيتم فيما يلي تحليل إنحدار وإختبار **F** أثر مبدأ التحسين المستمر على تحسين جودة الخدمة الصحية، وتبين النتائج ان قيمة معامل الارتباط الخطي بيرسون قدرت بـ (0.607) ويدل ذلك على وجود علاقة ارتباط طردية متوسطة بين مبدأ التحسين المستمر وتحسين جودة الخدمة الصحية، وذو دلالة احصائية بمستوى (sig:0,00)، كما يفسر النموذج في معامل التحديد (R^2:0.436) وهذا يعني أن مبدأ التحسين المستمر فسر (43.6%) من التغير في جودة الخدمة الصحية داخل العيادات الخاصة، أما الباقي يعود الى متغيرات أخرى.

كما بلغ معامل الانحدار (B:0.542) وكذا ثابت الانحدار (A : 1.673) ويعني ذلك أن التغير في مبدأ التحسين المستمر بوحدة واحدة فان جودة الخدمة الصحية ستتغير بـ (0.542)، كما أن نتائج التباين لنموذج الانحدار F:37.121 و T 5.227: عند مستوى دلالة (0,000) وهو أقل من 0,05، وهذا يعني وجود تأثير موجب لمبدأ التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسة، وبناء عليه يتم رفض الفرضية التي مفادها لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0,05$ لمبدأ التحسين المستمر في تحسين جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف.

– **الفرضية الفرعية الرابع:** لا يوجد أثر ذي دلالة احصائية عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0,05$ لمبدأ التركيز على العاملين على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة، يتبين ان معامل الارتباط الخطي بيرسون قدر بـ (0,507) ويعني هذا وجود علاقة ارتباط متوسطة بين التحسين المستمر وجودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة، وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة(0,05)، ويفسر نموذج الانحدار من خلال معامل التحديد (R^2 : 0,257) ويعني هذا تفسير (25.7%) من جودة الخدمة الصحية، ويبين معامل الانحدار (B:0,841)، وكذلك ثابت الانحدار (A:0,275) مما يدل على أن التغير الذي يحل من مبدأ التركيز على العاملين بوحدة واحدة تتغير من خلاله جودة الخدمة الصحية (0.84)، كما تبين نتائج التباين لنموذج الانحدار ان قيمة Fبلغت (13,119) في حين قيمة T قدرت ب (3,622)

عند مستوى دلالة (0,01) وبما ان مستوى الدلالة اقل من 0,05 فان ذلك يعني دلالة العلاقة بين مبدأ التحسين المستمر وجودة الخدمة الصحية، ويعني وجود تأثير موجب بين متغيري الدراسة، وبناء عليه يتم رفض الفرضية التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0,05$ لمبدأ التركيز على العاملين في تحسين الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف.

– الفرضية الفرعية الخامسة: لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0,05$ لمبدأ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق في تحسين جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف.

ظهر أن قيمة معامل الارتباط الخطي بيرسون قُدّرت بـ (0.544)، ويعني ذلك وجود علاقة ارتباط متوسطة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05). كما أن نموذج الانحدار($R^2 = 0.296$) ، يدل على أن مبدأ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق يفسر ما مقداره (29.6%) من التغير في جودة الخدمة الصحية.

كما تبين قيمة معامل الانحدار($B = 0.912$) ، وكذا ثابت الانحدار($A = 0.119$) ، ويشير ذلك إلى أن أي تغير في مبدأ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق بوحدة واحدة يؤدي إلى تغير في جودة الخدمة الصحية بـ (0.912). كما تبين نتائج التباين لنموذج الانحدار ($F = 15.942$) و($T = 3.993$). عند مستوى دلالة (0.00)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على وجود علاقة وتأثير بين متغيري الدراسة. وعليه نرفض الفرضية التي تنص على أنه: " لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ لمبدأ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق في تحسين جودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف".

كما يتبين أن معامل الارتباط الخطي بيرسون بلغ (0.827)، ويعني ذلك وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية، بدلالة إحصائية عند($sig = 0.000$). كما بلغ ($R^2 = 0.684$)، ويعني ذلك أن إدارة الجودة الشاملة تفسر (68.4%) من التغير في جودة الخدمة الصحية داخل العيادات الخاصة بولاية الشلف، بينما يعود الباقي إلى متغيرات أخرى.

كما بلغ معامل الانحدار($B = 0.755$) ، وثابت الانحدار($A = 1.044$) ، مما يدل على أنه عند تغير إدارة الجودة الشاملة بوحدة واحدة فإن جودة الخدمة الصحية تتغير بـ (0.755). كما بلغت قيمة ($F = 104.052$) و($T = 4.126$) =بمستوى دلالة($sig = 0.00$) ، وهو أقل من 0.05، مما يدل على وجود علاقة وتأثير بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية في العيادات الخاصة بولاية الشلف. وبناءً عليه، يتم رفض الفرضية التي مفادها أنه: "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف".

II–2–1–3–اختبار الفرضية الثالثة: والتي تنص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات المستقصين حول متغيرات الدراسة تعود للمتغيرات الشخصية عند مستوى الدلالة 0.05". وقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي (**ANOVA One Way**)، واختبار (**T**) لمتغير «الجنس»، وتوصلنا إلى النتائج المبينة في الجداول التالية:

الجدول رقم (09): نتائج تحليل (Test.t) حول وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير (الجنس)

الجنس	قيمة اختبار (T)	قيمـــة الدلالـــة	نتائج اختبار ليفيني للتجانس

		(T.TEST)	قيمة دلالة لـ F	قيمة F
إدارة الجودة الشاملة	-0.243	0.809	0.784	0.076
جودة الخدمة الصحية	-0.282	0.779	0.894	0180.

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج برنامج (**spss**). * دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يبين الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين لمتغير إدارة الجودة الشاملة، حيث بلغت قيمة Student 0.809، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05. وكذلك بالنسبة لجودة الخدمة الصحية، فقد بلغت قيمة Student 0.779، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد 0.05. وبالتالي نقبل الفرضية التي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغيرات الدراسة تعزى لمتغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.05 "

الجدول رقم (10): نتائج التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة بدلالة الخصائص الشخصية (السن، المستوى التعليمي، القطاع الوظيفي، الخبرة المهنية)

المتغيرات		مستوى الدلالة Sig	قيمة (F)
إدارة الجودة الشاملة	السن	0.677	0.551
جودة الخدمة الصحية		0.900	0.194
إدارة الجودة الشاملة	المستوى الدراسي	0.055	3.097
جودة الخدمة الصحية		0.056	3.067
إدارة الجودة الشاملة	القطاع الوظيفي	153.0	927.0
جودة الخدمة الصحية		2,827	050.0
إدارة الجودة الشاملة	الخبرة المهنية	0.915	0.011
جودة الخدمة الصحية		0.884	0.022

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج برنامج (**spss**).

يبين الجدول النتائج المرتبطة بالتباين الأحادي لإجابات عينة الدراسة حول متغيري الدراسة، مع الأخذ بعين الاعتبار خصائصهم الشخصية. وعليه، يمكن اختبار الفرضية من خلال الفرضيات التالية:

– **الفرضية الفرعية الاولى**: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات عينة الدراسة تعود لمتغير العمر عند مستوى الدلالة (0.05). يبين الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات عينة الدراسة تعود لمتغير العمر حول إدارة الجودة الشاملة وأثرها على جودة الخدمة الصحية، بمستوى دلالة 0.677 و0.900، وهما أعلى من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05). ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أنه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات أفراد العينة حول المتغيرين تعزى لخاصية العمر عند مستوى الدلالة 0.05."

– **الفرضية الفرعية الثانية**: والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات العينة حول متغيرات الدراسة تعود للمستوى التعليمي عند مستوى الدلالة 0.05. " يبين الجدول، بالنسبة لمتغير إدارة الجودة الشاملة، أن مستوى الدلالة بلغ 0.056، وهي أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وبالنسبة لمتغير جودة الخدمة الصحية،

فقد بلغ مستوى الدلالة 0.055، وهو كذلك أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وعليه، نقبل الفرضية التي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات عينة الدراسة حول المتغيرين تعود للمستوى التعليمي".

– **الفرضية الفرعية الثالثة:** والتي تنص على أنه " لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية لإجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة تعزى لخاصية القطاع الوظيفي عند مستوى الدلالة0.05». بحيث يبين الجدول أن قيمة مستوى الدلالة 0.927 بالنسبة للمتغير إدارة الجودة الشاملة و0,050بالنسبة لمتغير جودة الخدمة الصحية وقيمة كليهما أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05). وعليه نقبل الفرضية التي تنص على أنه " لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية لإجابات عينة الدراسة حول متغيري الدراسة تعزى لخاصية القطاع الوظيفي عند مستوى الدلالة0.05".

– **الفرضية الفرعية الرابعة:** والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة تعود لمتغير سنوات الخبرة عند مستوى الدلالة 0.05". يبين الجدول، بالنسبة لمتغير إدارة الجودة الشاملة، أن مستوى الدلالة بلغ 0.884، وهو أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وكذلك بالنسبة لمتغير جودة الخدمة الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة 0.915، وهو أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وعليه، نقبل الفرضية التي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات عينة الدراسة حول المتغيرين تعود لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى الدلالة 0.05."

II–2–2– مناقشة وتحليل النتائج:

- من خلال هذه الدراسة نلاحظ أن إجابات افراد عينة الدراسة فيما يخص ابعاد إدارة الجودة الشاملة ومدى تطبيقها من قبل المؤسسات الصحية الخاصة بولاية الشلف، إذ نجد أن كل الإجابات جاءت بالموافقة على محتوى هذه العبارات من حيث تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة داخل العيادات الخاصة، إذ تشير هذه النتيجة إلى وجود إدراك بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الخاصة، نظراً لارتباطها بتحسين مستوى الخدمات الصحية. كما أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يساعد على تحسين استغلال الموارد، وتقليل الأخطاء والتكاليف المرتبطة بها، إضافة إلى تحسين رضا المرضى، وهذا ما ينفي الفرضية القائلة إن المؤسسات الصحية الخاصة لا تطبق أبعاد إدارة الجودة الشاملة بفاعلية.
- يظهر أن هناك تأثير لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، بالعيادات الخاصة بولاية الشلف ويظهر ذلك من خلال مختلف أبعاد إدارة الجودة الشاملة المستخدمة في الدارسة (مبدأ دعم ومساندة الإدارة العليا، مبدأ التركيز على الزبون مبدأ التحسين المستمر، مبدأ التركيز على العاملين، مبدأ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق) وتأثيرها في تحسين جودة الخدمة الصحية، وهذا يدل على أن العيادات الخاصة تهتم بتطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة بهدف تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما أن تحسين جودة الخدمة الصحية يساهم في تحسين استغلال الموارد المتاحة، إضافة إلى زيادة رضا المرضى واستمرار إقبالهم على خدمات العيادات. كما تعكس هذه النتيجة إدراك أهمية تقديم خدمات صحية تستجيب لاحتياجات المرضى بكفاءة أكبر، وعليه ننفي الفرضية التي تنص على انه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة على تحسين الخدمة الصحية بالعيادات الخاصة بولاية الشلف.
- من خلال الدراسة يتبين على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لإجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة تعود للمتغيرات الشخصية (الجنس، السن، القطاع الوظيفي، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية)، عند مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$). حول مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتأثيرها على جودة الخدمة الصحية، ويدل ذلك على وجود إدراك لدى موظفي القطاع الصحي الخاص بأهمية تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة ومضمونها من أجل تحسين جودة الخدمة الصحية، كما يساهم هذا الإدراك في تحسين أداء العمل، وتقليل الأخطاء والتكاليف التشغيلية، إضافة إلى رفع مستوى رضا المرضى، وتحسين استمرارية المؤسسة الصحية وقدرتها على تقديم خدمات أكثر كفاءة.

خاتمة: تعد إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أداة استراتيجية وضرورة أساسية تسعى من خلالها هذه المؤسسات إلى الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية، وتحقيق الفعالية والكفاءة في تسيير الموارد، إضافة إلى ضمان رضا المستفيدين. ورغم إن قطاع الصحة في الجزائر يتبنى منهج إدارة الجودة الشاملة، إلا أن التطبيق الفعلي لها لا يزال يواجه بعض العقبات أبرزها: نقص الموارد المادية والبشرية، غياب ثقافة الجودة وضعف التنسيق بين مختلف الفاعلين كما أن تحسين جودة الخدمات الصحية يتطلب تبني رؤية شاملة تتركز على التخطيط الاستراتيجي، وتفعيل التقييم الدوري للأداء، مع إشراك العاملين وتحفيزهم على الالتزام بمعايير الجودة الشاملة، كما ينبغي تعزيز التكوين والتدريب المستمر، وتطوير الهياكل الصحية بما يضمن مطابقة الخدمات المقدمة لتطلعات المستفيدين واحتياجاتهم المتزايدة، وعليه فإن نجاح العيادات الصحية الخاصة في الجزائر يكمن في تحقيق جودة فعالة ومتكاملة مرهونة بقدرتها على تجاوز النقائص الحالية، والاستفادة من التجارب الدولية، مع التركيز على البعد الانساني للخدمة الصحية، بوصفه محور العملية الاصلاحية وأساس استدامة ثقة المواطن في النظام الصحي.

قائمة المراجع باللغة العربية

1. بشير بودية. (2014). إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة- بشار. *أطروحة دكتوراه تخصص تسيير*. تلمسان ، علوم التسيير : جامعة أبو بكر بلقايد.

2. الضمور،فيلروز مصلح، فوزية مقراش. (2018). أثر الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للشركات على الميزة التنافسية-دراسة حالة شركة صناعة الأدوية صيدال-. *مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية*(العدد 1)، 341.

3. الناصر،علاء حاكم ، زينة حمودي حسين. (2018). الثقافة التنظيمية وعلاقتها بالإبداع الاداري لدى عمداء الكليات ومعاونيهم في جامعة بغداد. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*(العدد 56)، 151.

4. بسام فتحي الخيابات. (2017). أثر استراتيجيات ادارة المعرفة في الأداء التنظيمي لاختبار الدور الوسيط للريادة. *مجلة الاقتصاد والتجارة، المجلد 25*(العدد 2)، 168.

5. توفيق عطية توفيق العجلة. (2009). الابداع الإداري وعلاقته بالأداء الوظيفي لمديري القطاع العام، رسالة ماجيستير في إدارة الأعمال. 13،15. كلية التجارة، الجامعة الاسلامية، غزة، كلية التجارة، الجامعة الاسلامية.

6. جميلة مديوني . (2016). نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالجزائر حالة مصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لولايـة الشلف. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر .

7. جوان فاضل مهدي. (2016). الثقافة التنظيمية والابداع الإداري العلاقة والتأثير. *مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والإدارية والمالية، المجلد 8*(العدد 3)، 160،173،175.

8. حسين حريم، رشاد الساعد. (2006). الثقافة التنظيمية وتأثيرها في بناء المعرفة التنظيمية. *المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 2*(العدد 2)، 232-237.

9. صلاح محمد ذياب. (2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، 20*(01).

10. عبد القادر يون . (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية "دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة. *مجلة الباحث*(11).

11. عدمان مريزق. (2007/2008). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر. *اطروحة دكتوراه* . علوم التسيير ، الجزائر .

12. عمار بن عيشي. (2009). مدى فعالية التدريب في تحقيق الجودة الشاملة. *مجلة العلوم الإنسانية*(40).

13. فواز التميمي ، و أحمد الخطيب. (2008). *إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9001، عمان*. عمان : عالم الكتاب الحديث.

14. فوزي حبيب حافظ. (2004). *القياس وتطبيقاته في البحوث الميدانية*. جدة: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

15. قاسم نايف علوان المحياوي. (2006). *إدارة الجودة في الخدمات*. عمان : دار النشر للشروق والتوزيع .

16. كاظم حمود خضير . (2009). *إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الرابعة*. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.

17. كاظم حمود خضير . (2016). *إدارة الجودة الشاملة*. عمان: دار المسيرة للنشر.

18. ليث شاكر محسن. (2012). دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة . *مجلة دراسات مالية ومحاسبية* .

19. محفوظ أحمد جودة. (2008). *إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

20. محمد الحرارشة، صلاح الدين الهيتي. (2006). أثر التمكين الإداري والدعم التنظيمي في السلوك الابداعي كما يراه العاملون في شركة الاتصالات الأردنية. *مجلة دراسات العلوم الادارية، المجلد 33*(العدد 2)، 249-253.

21. محمد فلاق. (2010). العلاقة بين الثقافة التنظيمية وتطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة حالة الشركة العمومية الجزائرية للبترول. *رسالة ماجستير*. عمان: الجامعة الأردنية.

22. نور الدين حاروش ، و رفيقة حروش. (2015). *علم الإدارة من المدرسة التقليدية إلى الهندرة*. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع.

23. يامن بلمرداسي . (2020). إدارة الجودة الشاملة في الخدمة الصحية. *مجلة الوقاية والأرغنوميا، 08*(02)

References in Foreign Languages

24. Martinez Angel و ، all .(2006) .Total Quality Management: Origins and Evolution of the Term .*The TQM Magazine*(5)*10* ،

25. Agnes , K., & et all. (2025). , Patient's expectations and perceptions on quality of care; An evaluation using SERVQUAL gap in Kenya. *journal PLOS ONE, 29*(03), 1-15.

26. Ahmed Baha Eddine , A. (2024). A Systematic Literature Review of the Integration of Total Quality Management and Industry 4.0: Enhancing Sustainability Performance Through Dynamic Capabilitiesvol . *journal of Sustainability, 16*(02), 1-18.

27. Ahmed, f. k. (2016). the role of collaborative culture in knowledge sharing and creativity among embloyees. *pakistan journal of commerce and social sciences, vol 10*(no 2), 338,339.

28. Al alawi, a. i. (2007). organizational culture and knowledge sharing: critical success factors. *journal of knowledge management, vol 11*(no 2), 25.

29. Amelia , A., & Desheila, A. (2023). Literature Review: Analisis Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Dengan Metode Service Quality. *Jurnal Lentera Kesehatan Masyarakat, 02*(03), 148-162.

30. Canon Tong .(2014) .The impact of knowledge sharing on the relationship between organizational culture and job satisfaction: the perception of information communication and technology (ICT) bractitioners in hong kong .*International journal of human resource studies* ،*vol 5*(no 1).22 ،

31. Croasmun, J. T. (2011). using likert-Type scales in the social science. *journal of adult education, vol 40*(no 1), 19,20.

32. Deveci Muhammet و ، et all .(2022) .Prioritization of healthcare systems during pandemics using Cronbach's measure based fuzzy WASPAS approach .*journal of Socio-Economic Planning Sciences* ، *82*(Part A).307-279 ،
33. Genny , N., & Gloria, N. (2025). Quality Culture, Quality Management, and Organizational Performance: A Structural Model for the Manufacturing Sector. *journal of Sustainability, 07*(09), 1-20.
34. Huma, a. a. (2014). Impact of organizational culture on organizational commitment and job satisfaction. *Europen journal of business and management, vol 6*(no 27), 31,32.
35. Iacono Joseph Lo و ، et all .(2024) .Internal customers creating value in the workplace: Conceptualising the internal customer perceived value (ICPV)model .*JOURNAL OF STRATEGIC MARKETING*-712 ،(05)*32* ، .728
36. Islam, z. s. (2011). organizational culture and knowledge sharing. *african journal of business management, vol 5*(no 14), 5900.
37. iya, s. (2015). The role of organizational culture in promoting creativity and innovation: A review of the literature. *multidisciplinary international journal, vol 1*(no 1).
38. Joosung, l. (2018). The effects of knowledge sharing on individual creativity in higher education institutions. *administrative sciences, vol 8*(no 21), 3.
39. Lehyani Fatma و ، ET ALL .(2024) .Knowledge Management and Total Quality Management Impact on Employee Effectiveness in Emerging Industries: Case of Tunisian Small and Medium Enterprises . *journal of Sustainability*.17-1 ،(02)*15* ،
40. lin, H. f. (2007). knowledge sharing and firm innovation capability: an empirical study. *international journal of manpower, vol 28*(no 3/4), 315.
41. Mahdi Jari , A., & et all. (2022). Dimensions of Healthcare Service Quality and Their Measurement. *JOURNAL OF POPULATION THERAPEUTICS AND CLINICAL PHARMACOLOGY, 29*(02), 282-304.
42. marouf, l. (2015). Employee perception of the knowledge sharing culture in kuwaiti companies: effect of demographic characteristics. *ibres, vol 25*(no 2), 107.
43. mohammed, i. a. (2015). The relationship between organization culture and knowledge sharing towards business system success. *australasian conference on information systems*, 2.
44. Mona, H. A. (2012). knowledge sharing in collaborative research activities. *journal of information systems reserch and innovation, vol 2*(special issues), 2.
45. Mushtaq , A., & et all. (2023). Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research, 21*(01), 1-17.
46. Ogbari, M., & Borishade, T. (2015). Strategic Imperatives of Total Quality Management and Customer Satisfaction in Organizational Sustainability. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 05*(04), 01-22.
47. Raffaella , G., & et all. (2021). what does the patient have to say? Valuing the patient experience to improve the patient journey. *BMC Health Services Research, 21*(01), 1-15.
48. Raghav , U., & et all. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurementm. *Journal of Health Management, 21*(01), 102-127.
49. Sabina , D. (2024). Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. *The International Journal of Health Planning and Management, 39*(04), 1172-1182.
50. sharareh, m. m. (2013). relationship between organizational structure and knowledge sharing culture. *interdisciplinary journal of contemporary reserch in business, vol 5*(no 2), 519,520.
51. Tom W , R., & et all. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety, 23*(08), 678-669.
52. Yazeed Saud , A. (2024). A literature review of Best Practices for Implementing Total Quality Management in Health Care Institutions. *JOURNAL OF INTERNATIONAL CRISIS AND RISK COMMUNICATION RESEARCH, 07*(s10), 2807-2815.
53. younis, a. a. (2015). Knowledge sharing framework for disaster management. *Journal of information systems research and innovation, vol 19*(no 1), 51.