

أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية: دراسة ميدانية

طارق عطية عبدالرحمن

قسم علم الاجتماع الريفي - كلية الزراعة-جامعة كفر الشيخ

المخلص

استهدفت هذه الدراسة بصفة أساسية التعرف على أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر العاملين بها، وتحديد درجة توفر هذه الأبعاد، وكذلك تحديد أبرز مظاهر وممارسات ثقافة جودة الخدمة في هذه الوحدات، وما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية والتنظيمية. وتم إجراء الدراسة على عينة عشوائية مكونة من (17) وحدة صحية ريفية تمثل (51.5%) من إجمالي الوحدات الصحية الريفية العاملة بالمركز، حيث تم اختيار عينة عشوائية بلغ حجمها (108) موظف من العاملين بهذه الوحدات، وجمعت البيانات اللازمة باستخدام استبانة تم إعدادها والتأكد من صدقها وثباتها، وتمت معالجة البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج SPSS الإصدار (22). وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها أن ثقافة جودة الخدمة مفهوم متعدد الأبعاد يتكون من ثمانية أبعاد هي إدماج الفرد مع المنظمة، والعمل بروح الفريق، والشاركة وليس الرئاسة في علاقات العمل، والاهتمام بالعميل، والاتصالات المفتوحة و إتاحة المعلومات، والتحسين والتطوير المستمر، والتزام الإدارة العليا بالجودة، وتحفيز العاملين. كما أوضحت النتائج أن درجة توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة كانت متوسطة، وأن بعد تحفيز العاملين كان أقلها توافراً في حين كان أكثرها توافراً يُعد إدماج الفرد مع المنظمة. وخلصت الدراسة إلى أن أبعاد ثقافة جودة الخدمة تتوفر في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بما نسبته (50%)، حيث كانت متوسطات الاستجابة بدرجة مقبولة (60% فأكثر) لأربعة أبعاد من أبعاد ثقافة جودة الخدمة الثمانية المعتمدة في هذه الدراسة. وأخيراً أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) وفقاً لمتغيرات الدراسة المستقلة.

المقدمة والمشكلة البحثية:

أضحى موضوع جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات الاجتماعية بصفة عامة والريفية تحدياً محل اهتمام متزايد في ظل الاهتمام المتنامي بالتنمية الريفية سعياً من هذه المنظمات لتقديم خدمات أفضل تحقق أقصى رضا ممكن لعملائها المستفيدين منها، ولذلك تعد الجودة من أهم القضايا التي تهتم بها المنظمات المتميزة مهما كانت طبيعة نشاطها، خاصة في ظل التحدي الكبير الذي أصبح يواجه المجتمع اليوم.

وقد أصبحت الجودة من القضايا الرئيسية والحاسمة لكل من منظمات ومؤسسات القطاعين العام والخاص، ففي القطاع الخاص يتم ضمان رضا المستهلك وللاؤوه من خلال منتجات ذات جودة عالية وخدمات تعطي قيمة لنفوقه، أما في القطاع العام فإن تحسين الجودة هو خطوه ضرورية تقود إلى تسليم فعال للخدمات. وقد شهدت السنوات الأخيرة تغيرات رئيسية في إدارة القطاع العام وظهور روح (جودة الخدمة) من خلال (مبادئ الجودة الشاملة) إذ أخذت بعض منظمات القطاع العام بإتباع استراتيجيات مختلفة لتحسين الجودة دون منظور كلي أو خطة متكاملة، فبدأت بعضها تطبيق حلقات الجودة، وطبقت في أخرى فرق المشروع، وضمان الجودة (الهيئي، 2007).

والصحة هي حق من حقوق الإنسان، وضرورة إتاحة الرعاية الصحية أمام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية هي مسؤولية الدولة. وتعتبر صحة أفراد المجتمع أحد عوامل التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولذا تهتم المجتمعات بتحسين وجودة الخدمات الصحية المقدمة لأفرادها (عبد القادر، 2012). ويعتبر تحقيق مستويات عالية من الجودة في الخدمات الصحية أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي الخدمات، وقد كانت أعمال الجودة في السابق عبارة عن تطبيق بعض الإجراءات مثل التأكد من مدى الإلتزام بقيم الممارسة المهنية ومراجعة الرعاية المقدمة، أما اليوم أصبح الإهتمام والتركيز على فهم العوامل التي تؤدي إلى تحسين الجودة، وفهم توقعات وحاجات العملاء التي تشكل أساس التقييم وهو ما يجعل قياسها أكثر صعوبة (واله، 2011). وتواجه جودة

الخدمات الصحية في جمهورية مصر العربية العديد من المشكلات تتعلق بضعف المهارات لدى العاملين من ناحية وبالنظام الصحي ذاته من ناحية أخرى. فالمشكلات المتعلقة بضعف المهارات لدى العاملين تتمثل في ضعف مهارات مقدمي الخدمة والتي تنشأ من قصور البرامج التدريبية المعتمدة أساساً على الجزء النظري، مع إهمال الجزء العملي المتصل بجوانب عمل الأطباء والمرضات، ولا يشمل التعليم الجامعي أهم الأنشطة التي يقوم بها الطبيب كمقدم للخدمة بعد تخرجه والعمل مع الجمهور في وحدات ومستشفيات وزارة الصحة، وأيضاً عدم دراية الطبيب والمرضة بأهم المشاكل الصحية وطرق اكتشافها وعلاجها مما يشكل عبئاً على العاملين والمسؤولين بوزارة الصحة لإعداد مواد تدريبية تشمل جوانب القصور والقيام بتدريب الأعداد الكبيرة من الخريجين قبل أن يتسلموا عملهم وأثناء قيامهم به، وقصور الميزانيات المدرجة للتدريب والتعليم الطبي المستمر للعاملين بوزارة الصحة، وعدم الاهتمام بتدريب الفئات المساعدة. أما المشكلات المتعلقة بالنظام الصحي فتتمثل في عدم توافر الأدوية الأساسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، سوء استخدام الأدوية نظراً لضعف تدريب الأطباء، وقلة وعى الجمهور، وعدم وجود قوانين منظمة لاستخدام الأدوية ووصفها، وضعف الإشراف، والاستعانة بأجهزة طبية معقدة، يتم تهيئتها وعدم استعمالها بعد فترة قصيرة، نظراً لعدم تدريب وقلة وعى مستخدمي هذه الأجهزة، وتداخل مسؤوليات مقدمي الخدمة الصحية نظراً لعدم وجود توصيف وظيفي لكل فئة على المستويات المختلفة (خلاف، 2005: 39-40).

وتعتبر الثقافة التنظيمية عنصراً مهماً في التأثير على السلوك التنظيمي، حيث أشارت العديد من نتائج الدراسات السابقة -التي اتيح للباحث الاطلاع عليها- الى وجود العديد من المتغيرات التي تؤثر في جودة أداء الخدمة وان من أهم تلك العوامل بناء ثقافة تنظيمية داعمة لجودة الخدمة، حيث أشار كل من سادري وليس (Sadri & Lees , 2001) بأن ثقافة المنظمة تلعب دوراً هاماً في نجاح أو فشل المنظمة ولا يمكن فصل ثقافة المنظمة عن جودة الخدمة.

كما اشار الحربي (2006) الى إن تطبيق معايير الجودة يتطلب إيجاد ثقافة جديدة تقوم على المرتكزات الأساسية التي يحتاجها هذا التطبيق بشكل يجعله ممكناً وناجحاً. وقد اتفقت نتائج العديد من الدراسات السابقة عمار (2012) والحري (2014) على أن نجاح تطبيق نظام الجودة رهن بتهيئة المنظمات وجعلها متناسبة ومتناغمة مع الفلسفة التي يتطلبها هذا النظام بمعنى تغيير ثقافتها السائدة الى ثقافة الجودة بين العاملين بها.

وعلى ذلك يتضح أهمية بناء ثقافة الجودة قبل تطبيق نظام الجودة ومعاييرها المختلفة وذلك لتدعيم تحويل الممارسات التقليدية في المنظمات الى قواعد سلوك ونظم ومعايير اداء بما يؤدي الى تحقيق الجودة والتحسين المستمر. وفي هذا الصدد أشار الشافعي وناس (2000) الى ان تقبل الافراد للتغيير والتحسين المستمر في الاداء يعود الى الثقافة الكامنة لديهم والتي تقودهم الى الالتزام بالجودة ليس في اماكن عملهم فحسب بل في حياتهم كلها، فبدون شيوع هذه الثقافة في اي منظمة يستحيل معها نجاح نظام الجودة حال تطبيقه باعتبارها القاعدة والاساس الذي يبني عليه نظام الجودة والمقدمة الضرورية واللازمة لنجاحها. كما ذكرت الشتيحي (2015: 59) انه على الرغم من السعي الجاد لكثير من المنظمات نحو الجودة فان بعضها فشل نتيجة اسباب عديدة كان من أهمها ضعف ثقافة الجودة بهذه المنظمات ... وذكرت الباحثة أنه بدون سيادة ثقافة جودة مناسبة يمكن تطويرها لتدعم وتؤيد تطبيق الجودة فلن يكون من المجدي تنفيذ الجودة في أي مؤسسة، لانه من خلال سيادة ثقافة الجودة في المنظمة سوف يتم التحول من الثقافة التقليدية الى ثقافة تركز على التحسين المستمر، ثقافة تشجع العمل والانجاز بروح الفريق، ثقافة موجهة برؤية ورسالة وأهداف المؤسسة، ثقافة يساعد في تشكيلها نمط اداري يؤمن بمبادئ الجودة وتتيح للعاملين التحكم في الاداء، فالجودة ليست فقط استراتيجيات واجراءات وتقنيات، بل هي ايضا ثقافة عمل.

ولما كانت الخدمات الصحية من أهم الخدمات المقدمة للفرد، ولما كانت الصحة مقياساً للتقدم، ورفي الأمم والشعوب، فإن ذلك يستلزم تطوير النظام الصحي في المجتمع المصري عامة والريفي بصفة خاصة والذي يضم ما يقارب (57%) من السكان في جمهورية مصر العربية، بحيث تصبح للرعاية الصحية الأولية في الاهتمام في خطط التنمية، ولا يمكن زيادة الإنتاج القومي دون رفع المستوى

الصحي للأفراد، وعلى ذلك فإن الخدمة التي تُقدم في الوحدات الصحية الريفية والمستشفيات القروية تعتبر من أهم الخدمات المقدمة باعتبارها تتعلق بصحة الفرد ووجوده. وبالرغم من الاهتمام المتزايد بالجودة في قطاع الخدمة الصحية، وظهور عدد كبير من البحوث والدراسات عن خدمة العملاء، إلا أن معظم الدراسات التي اتبعت للاطلاع عليها قد جاءت عامة، ولم تتناول توفر وانتشار أبعاد ثقافة جودة الخدمة وتوافرها في القطاع الصحي خاصة الوحدات الصحية الريفية لتعزيز وتحسين جودة الخدمة المقدمة للعملاء وذلك على الرغم من الجهد الكبير الذي بذلته وزارة الصحة والسكان في السنوات الأخيرة لتدعيم الخدمة الصحية ورفع كفاءتها وضمان جودتها لكن لم يواكب معظم هذه الأنشطة قياس لتوفر أبعاد ثقافة جودة الخدمات الصحية. لذلك سوف تسعى هذه الدراسة للوقوف على أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية ومدى انتشارها باعتبارها شرطاً أساسياً لنجاح تطبيق نظام الجودة في هذه الوحدات.

وعلى ذلك فإن مشكلة هذه الدراسة تتمثل في الإجابة على السؤال التالي:

ما أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر العاملين بها؟ والذي يتفرع منه الاسئلة التالية:

- 1- ما درجة توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر العاملين؟
- 2- ما أبرز مظاهر وممارسات ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر عينة الدراسة؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة الصحية تعزى الى متغيرات النوع والعمر والمسمى الوظيفي وعدد سنوات العمل بالوحدة الصحية؟

أهداف الدراسة:

- 1- التعرف بمكونات وأبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية.
- 2- تحديد درجة توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر العاملين بها.
- 3- التعرف على أبرز مظاهر وممارسات ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر عينة الدراسة.
- 4- تحديد ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول درجة توفر ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية تعزى الى بعض المتغيرات الشخصية والتنظيمية.

أهمية الدراسة:

- ترجع أهمية هذا البحث إلى عدد من الاعتبارات منها:
- يتناول هذا البحث موضوعاً يتزايد الاهتمام به بشكل كبير حالياً وهو جودة الخدمة، حيث يتميز العصر الحديث بأنه عصر المعرفة والمعلومات والمنافسة مما يستوجب توافر بيئة إدارية قوية وإيجابية داعمة لثقافة الجودة.
 - يستمد هذا البحث أحد جوانب أهميته من ارتباطه بتطوير أداء الأجهزة الحكومية بما فيها الوحدات الصحية الريفية التي أنشأتها الدولة لتقديم الخدمات الصحية للريفيين الأمر الذي يحتم عليها توفير البيئة المناسبة لجودة الخدمة الصحية.
 - قلة الدراسات في البيئة المصرية وعلم الاجتماع الريفي التي تناولت موضوع ثقافة جودة الخدمة ومدى توافرها بين العاملين كأحد العوامل التي يجب توفرها قبل الحديث عن جودة الخدمة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

النظام الصحي في جمهورية مصر العربية

بدأ تطوير الخدمات الصحية في مصر منذ عام ١٩٢٣ بإنشاء المستشفيات المركزية، وتبع ذلك في عام ١٩٢٨ إنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية مع وجود سريرين فقط للطوارئ. وتم استبدال هذه المستشفيات الريفية في عام ١٩٤٠ بالمكاتب الصحية الشاملة (مكتب صحة لكل ٣٠٠٠٠ نسمة). وفي عام ١٩٣٦ تم إنشاء "وزارة الصحة" والتي كانت تحتوي على قسم خاص بالصحة الريفية. وفي عام ١٩٤٢ صدر القانون رقم ٦٤ والخاص بتحسين الصحة في الريف. وخلال الفترة التالية لثورة 1952 أصبحت الدولة هي صانع السياسات والمراقب وأيضاً مقدم الخدمة الرئيسي، ولتطوير نظام الرعاية الصحية، عملت الدولة في اتجاهين رئيسيين الأول هو التوسع الرأسي من خلال التحديث وبناء المستشفيات والتطوير التقني لمنافذ تقديم الخدمة، والاتجاه الثاني هو التوسع الأفقي من خلال مد الخدمات خارج نطاق المدن والمناطق الحضرية ووصولها إلى الريف، وأيضاً إلى الوجه القبلي (شكر الله، 2005: 7-8). وتقدم الخدمات الصحية من خلال ثلاثة مستويات هي المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية) وذلك من خلال شبكة ممتدة من وحدات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر يقرب عددها من ٤٠٠٠ وحدة وتشمل الوحدات الصحية الريفية والمجموعات الصحية ومستشفيات التكامل الصحي (المستشفيات القروية سابقاً) والمراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة. والمستوى الثاني من الخدمة تقدمها المستشفيات المركزية في عواصم المراكز الإدارية وتقدم الخدمات من خلال عيادات خارجية وأقسام داخلية للتخصصات الطبية المختلفة. أما المستوى الثالث والآخر من الخدمة تقدمها المستشفيات العامة في عواصم المحافظات ويدعم هذا المستوى المستشفيات الجامعية والمستشفيات والمعاهد التعليمية ومستشفيات القطاع العام من التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية ومستشفيات القطاع الخاص. وتعرف الوحدة الصحية الريفية بأنها عبارة عن مبنى مكون من حوالي ١٠ حجرات لتأدية الخدمة وسكن للطبيب وآخر للممرضات وتقدم الخدمات لحوالي ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ نسمة من السكان. ويتكون الفريق الصحي بالوحدة الصحية الريفية من طبيب أو أكثر، وممرضتين أو أكثر، وطبيب أسنان في بعض الوحدات، ومعاون أو ملاحظ صحي، وفني أو مساعد معمل، وكاتب، وأمين مخزن، وخدمات معاونة رجال أو حريم. والوحدات الصحية الريفية يبلغ عددها (2865) وحدة وتقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتشمل التثقيف الصحي، وخدمات رعاية الأمومة والطفول، وخدمات الصحة الإنجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة، ومكافحة الأمراض المعدية، ومكافحة وعلاج الأمراض المتوطنة، وإصحاح البيئة، ومكافحة أمراض الإسهال في الأطفال، والتطعيمات، والرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة والرعاية العاجلة للإصابات والحوادث البسيطة (خلاف، 2005: 58-59).

جودة الخدمة الصحية: المفهوم والأهمية والأهداف

قبل التعرف على مفهوم جودة الخدمة الصحية لابد من تعريف مفهوم الخدمة وجودة الخدمة بصفة عامة أولاً، حيث توجد في أدبيات الإدارة تعريفات متعددة للخدمة وخصائصها، فمثلاً عرف Gronroos (1990:27) الخدمة على أنها نشاط أو مجموعة من الأنشطة التي تتمتع بطبيعة غير ملموسة أو غير مادية والتي عادة (وليس بالضرورة) يتم من خلالها تفاعل بين العميل وبين الموظف المسئول عن أداء الخدمة ينتج عنه حلول لمشاكل العميل وتلبية احتياجاته. كما يعرف Ramaswanmy (1996:3) العمل (مقدم الخدمة) ومتلقي الخدمة (العميل) لإنتاج مخرجات تعمل على إرضاء العميل. ويعرف الصحن وأحمد (2005) الخدمة على أنها عبارة عن نشاط يمكن التعرف عليه وغير ملموس، وهي تعمل على توفير درجة الإشباع للمستخدم ولا تتضمن خاصية الملكية، والخدمة لا يمكن تخزينها أو نقلها.

وعليه يمكن القول بأن الخدمة عبارة عن نشاط إنساني يتم من خلاله تقديم منافع، بحيث يكون هذا النشاط غير ملموس ولا يتم حيازته وإملاكه.

أما جودة الخدمة فإنها تعرف بصفة عامة على أنها " درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر المستهلك وليس من وجهة نظر الإدارة في المنظمة (الشندي، 1996: 74). كما تعرف الخدمة على أنها " الفجوة أو الانحراف ما بين توقعات الزبون للخدمة وإدراك الجودة بعد استهلاك الخدمة (السلمي، 2001). وعلى ذلك يمكن القول إن جودة الخدمة تتوقف بالأساس على مدى التوافق بين ما يرغب فيه العميل وما يحصل عليه فعليا، فتوقعات العميل للخدمة إذا تطابقت مع ما يقوم مقدمي الخدمة بإنجازه وتقديمه فإنه حتما ستكون هناك جودة خدمة تؤدي إلى حصول الرضا لكلا الطرفين وكذا استمرار الإتصال والعلاقة بينهما.

وتُعرف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو الشخصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي أو العناية التمريضية أو الحكيمة التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص ، غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل (الزهرة ، 2011: 71). ويذكر الفراج (2012: 55) أن الخدمات الصحية تنقسم إلى نوعين هما: الخدمات الوقائية وهي الخدمات التي تُقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض ؛ والخدمات العلاجية وهي الخدمات التي تُقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملانمين لحالته، فضلا عن حسن معاملته لمساعدته على استعادته.

أما فيما يتعلق بجودة الخدمة الصحية فقد عرقتها الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة (مخبر والطعامنة، 2003: 187). في حين يعرف البكري (2005: 99) جودة الخدمة الصحية على أنها مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة". ويعرف عبدالقادر (2015: 904) جودة الخدمة الصحية على أنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر اقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد لدى المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة.

مما سبق يتضح وجود اتفاق بين العديد من الباحثين على أن جودة الخدمة تتمثل في تحقيق رغبات العميل أو متلقي الخدمة والذي يحكم على مستوى جودة الخدمة عن طريق مقارنة ما حصل عليه مع ما توقعه عن تلك الخدمة. وأن جودة الخدمة مقياس نسبي يختلف من شخص لآخر ويعتمد على مقارنة ما حصل عليه مع ما توقعه عن تلك الخدمة. وفي ضوء ما سبق فإن الدراسة الحالية تزي أن جودة الخدمة الصحية هي "الوفاء بمتطلبات المستفيد ومستوى الإشباع الذي تحققه الخدمة للمستفيد مقابل احتياجاته الخاصة والعامة التي تمثل محرك المؤسسات الصحية نحو تحقيق البقاء والاستمرار والنمو".

وللجودة أهمية إستراتيجية كبيرة سواء على مستوى العملاء أو المؤسسات على اختلاف أنشطتها أو على مستوى المجتمع، إذ أنها تمثل أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد حجم الطلب على منتجات المنظمة، وتتمثل أهم الفوائد التي يمكن أن تحققها المؤسسة الحكومية من وراء تبني برنامج فعال لتحسين الجودة في زيادة الإنتاجية، والتقليل من البيروقراطية، وتخفيض التكلفة، فضلا عن مساعدة الدولة في حماية وكسب تأييد الرأي العام وكذا زيادة الكفاءة (بوسطة، 2011). كما ذكر الطويل وآخرون (2010) أن أهداف جودة الخدمة الصحية هي: ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛ وتقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية؛ وتعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) ومقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛ وتمكين

المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛ وتحقيق مستويات إنتاجية أفضل؛ وكسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد؛ وتحسين معنويات العاملين من خلال تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

ثقافة جودة الخدمة: المفهوم والابعاد

يعرف جلبي (2003: 193-194) الثقافة على أنها تلك الانساق من المعاني التي يشترك فيها أعضاء التنظيم والتي تحدد ما هو صالح وما هو طالح، ما هو صحيح أو خطأ، وما هي الطرق المناسبة لأعضاء التنظيم في التفكير والسلوك، ويمكن أن تكون ثقافة أي تنظيم في الواقع واضحة ومتماسكة، غامضة ومشوشة وغير مقيدة، وإما تكون موجهة نحو أغراض رسمية مسيطرة لأولئك الذين يقودونها، أو تعمل كروح معارضة تشجع على الصدام بين توقعات وأهداف الاعضاء في المستوى الاعلى وبين بقية المشاركين. ويعرف القربوتي (2000: 286) الثقافة التنظيمية بأنها "عبارة عن مجموعة المعاني والرموز والمعتقدات والطقوس والممارسات التي تطورت واستقرت مع مرور الزمن وأصبحت سمة خاصة للتنظيم، بحيث تخلق فهماً عاماً بين أعضاء التنظيم حول ماهية التنظيم والسلوك المتوقع من الاعضاء فيه. في حين تعرف الفرخان (2003) ثقافة المنظمة بأنها تعبير عن الافتراضات الأساسية والقيم والقواعد السلوكية والنتائج الإنسانية (artifacts) المشتركة بين أعضاء المنظمة وهذه القيم والقواعد والافتراضات المشتركة بينهم تكوّن لديهم شعوراً خاصاً تجاهها وتمثل مؤشرات لعمل ما هو مرغوب وترك ما هو غير مرغوب، ولتحديد كيفية إنجاز المهام في المنظمة والطريقة التي يتعامل بها العاملون مع بعضهم ومع الزبائن والموردين والجهات الحكومية.

ويؤكد المختصون بأن أهمية الثقافة التنظيمية في المؤسسة تعود لفعاليتها الشديدة في صقل قيم الافراد و معتقداتهم الثابتة التي تحدد سلوكهم داخل التنظيم وتمثل الثقافة التنظيمية دوراً بارزاً في حياة المنظمات الادارية لما لها من دور فعال في تحديد كفاءة وفعالية التنظيمات الادارية وسلوك الافراد العاملين ، وبالتالي التأثير على كفاءة وأهمية القرارات الادارية (اللوزي، 2003: 225). وعلى ذلك فان الثقافة التنظيمية تعتبر عنصر موجه لسلوك وتصرفات العاملين في المنظمة وتتكون من مجموع القيم، العادات والتقاليد، وأنماط السلوك المقبولة والرموز والشعارات السائدة، والتي تحدد سلوك وتصرفات العاملين بالمنظمة، وتساهم في تحسين سلوك الموظف، ومساندة السلوك المتوقع من قبل فريق العمل بشكل أفضل.

اما فيما يتعلق بثقافة الجودة فقد ذكر جودة (2004:37) إن ثقافة الجودة من الأهمية بمكان حيث تمهد الطريق لتؤسس فلسفة لإدارة الجودة. وتعرف دروزة وآخرون (2014) ثقافة الجودة (Quality Culture) بأنها الثقافة التي تبنيتها المنظمة بواسطة التعلم والبرامج التدريبية فتصبح ثقافة المنظمة المعتمدة، فهي قيم وأخلاق وحوافز ونمط قرار وطرق مميزة يمكن من خلالها تصميم وتسليم السلع والخدمات بحيث تلبى رغبة الزبون وتحقق النجاح للمنظمة، وبالتالي فهي التي تحدد هوية المنظمة. وأورد الصرن وزاهر (2010) تعريفاً لثقافة الجودة على أنها " نمط العادات والمعتقدات والسلوكيات البشرية المرتبطة بالجودة ". وفي تعريف آخر تم النظر إلى ثقافة الجودة باعتبارها نظاماً للقيم التنظيمية التي تنتج عن تلك البيئة المواتية لتأسيس الجودة، وتحقيق التحسين المستمر لها، وتتألف من القيم والتقاليد والإجراءات والتوقعات التي تعزز الجودة في المفاهيم التنظيمية.

وقد اشارت دروزة وآخرون (2014: 650) الى أن الثقافة التنظيمية تختلف عن ثقافة الجودة في العديد من الجوانب، وهذه الجوانب موضحة بالجدول رقم (1).

جدول رقم (1): الاختلافات بين الثقافة التنظيمية وثقافة الجودة

ثقافة الجودة	الثقافة التنظيمية	مجال المقارنة
يشترك فيها الجميع	مسئولية الإدارة العليا	الرؤية والقيم
موارد بشرية	قوى عاملة	نظرة الإدارة للعاملين
الإدارة بالمشاركة	الإدارة بالرقابة	اسلوب الإدارة
تدقق أفتي	تدقق رأسي	تدقق العمل
الاهتمام بترشيد الجهود	الجهد مقابل الأجر اليومي	الاهتمام بالجهود
تكاملية عملاء/ موردون داخليون	احزاب متضاربة	العلاقة بين الأقسام
عملية متكاملة	نطاق ضيق	نطاق التطبيق
مسئولية فريق العمل	المسئولية الفردية	المحاسبية
تعزيز إيجابي (ثواب للتحسين)	تعزيز سلبي (عقاب للخطأ)	تعزيز الإداء
اتصال متبادل	من أعلى الى أسفل	الاتصال
التشاور قبل اصدار القرار	أوامر الزامية	القرارات
نوعية متعددة	تخصيصية ضيقة	مهارات الافراد
تشريف (الجميع العاملين)	تكليف (للرؤساء فقط)	اسناد المسئولية
حق تطويري	واجب تطويري	التدريب للأفراد

المصدر: دروزة وآخرون (2014:650)

وعلى ذلك يعرف الباحث ثقافة جودة الخدمة على أنها "القيم التنظيمية والمعتقدات والقواعد السلوكية التي تبنيها المنظمة من خلال التعلم والتدريب المستمر، والتي تنعكس على المناخ الذي يؤدي فيه مجموعات العاملين معاً مهامهم المتعلقة بتصميم وتقديم الخدمات لتلبية وإشباع حاجات ورغبات العملاء وتحقيق الفعالية التنظيمية".

وتثير هذه الدراسة تساؤلاً مهماً يدور حول ما هي المكونات الأساسية التي لا بد من وجودها في ثقافة جودة الخدمة؟ حيث أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال اختلفت في تحديد أبعاد ثقافة الجودة فيما بينها، حيث توصلت الدراسة التي قام بها شيرلي (Shirely, 1992) إلى أن القيم أو المكونات الأساسية لثقافة جودة الخدمة تتضمن: مشاركة والتزام الإدارة بالجودة، والعمل من خلال الفريق، وتدقيق وإتاحة المعلومات، ونظام الاتصالات المفتوحة، والمشاركة في القرار. وأوصت الدراسة بضرورة نشر هذه القيم لضمان نجاح تطبيق برامج الجودة. بينما توصلت دراسة فان دانك وآخرون (Van Dank et al., 1993) إلى وجود مجموعة من القيم المكونة لثقافة الجودة والتي يجب الاهتمام بها ونشرها عند تطبيق برنامج الجودة وهي التركيز على العمليات، والتوجه بالموظفين وليس الوظائف، والاتصالات المفتوحة، والتركيز على العاملين، والتنوع والتكامل بين الأعمال والتخصصات، والرقابة العامة المرنة. ورأت هذه الدراسة أنه إذا لم تعتمد الإدارة نشر هذه القيم بين العاملين فقد تفاجيء بوجود قيماً عكسية لها تماماً تعيق تطبيق برنامج الجودة.

في حين اهتمت دراسة وود (Wood, 1998) بإعداد حصر بالقيم المكونة لثقافة الجودة من خلال الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، وتوصلت إلى وجود ست قيم رئيسة يشتمل بعضها على قيم فرعية، وتشكل في مجملها ثقافة الجودة، وذلك على النحو التالي: نحن جميعاً كيان واحد: وتشتمل هذه القيمة الرئيسية على مجموعة من القيم الفرعية هي اندماج الفرد مع منظمته، والفريق وروح الفريق، والانتماء؛ وعلاقة الشراكة وليست الرئاسة في علاقات العمل؛ والاتصالات المفتوحة وتشتمل هذه القيمة الرئيسية على مجموعة من القيم الفرعية هي تقدير وجهات نظر الآخرين، وتوفير مهارات الاتصالات عند الجميع؛ وإتاحة المعلومات للجميع عن كافة العمليات بالمنظمة؛ والتركيز على العمليات؛ وأخيراً التعلم واكتساب الخبرات والتحسين المستمر. وأكدت الدراسة على ضرورة اهتمام المنظمات بالتأكيد على نشر هذه القيم كمتطلب أساسي لتطبيق برنامج الجودة، وأنه إذا لم تحرص الإدارة على ذلك فقد يسود المنظمة قيماً عكسية تماماً تعوق نجاح البرنامج.

بينما أشار بير سكلين وسترانديك (Skalen & Strandvik, 2005) إلى أن قيم ثقافة جودة الخدمة تتمحور حول سبعة قيم هي الابتكار، والمرح، والإحترام، وعمل الفريق، والمنفعة

الاجتماعية، والكرامة، والتميز. في حين أشار هيرفوكس (Hrfocus, 2008) أن ثقافة جودة الخدمة هي سلسلة من القيم مستندة على كلمة (HEART) وهي الاحرف الاولى للقيم التالية: الأمانة، التميز Excellence، الإتجاه Attitude، الإحترام Respect، وفريق العمل Teamwork، كما اشار الى أن القضايا التي تؤدي لبناء بيئة عمل مريحة وتؤدي إلى بناء ثقافة خدمية تتمثل في: المصداقية والثقة credibility وتتعلق بكمية المعلومات التي يشترك فيها الموظفون حول المواضيع ذات الصلة بالنشاط اليومي للمنظمة والتي تستند إلى أشكال مختلفة من الإتصالات المباشرة حول جميع المواضيع؛ والإحترام respect والذي يشمل التطور المهني، والتقدير والإنجاز والتدريب الداخلي الفني والقيادة والشهادات الممنوحة، ومشاركة أعضاء الفريق في جلسات التخطيط الإستراتيجي؛ والعدالة fairness والتي تشمل التقدير والإعتراف بالقيمة والوجود والموقع الذي يشغله الموظف، ويشمل كذلك المكافآت والجوائز وحتى مكافأة الإنضمام لمركز العمل منذ اليوم الأول، مع الإهتمام بالراتب الذي يجب أن يكون تنافسي أو مغرباً، إضافة إلى المشاركة في الأرباح والتقاعد والتأمين الصحي؛ والإعتزاز pride ويعني أن يفخر العامل بمركز عمله وبما يقوم به، وقد تساعد المنظمة الموظف ضمن برنامج الخدمة الإجتماعية أو المؤسسات الخيرية؛ والصدقة camaraderie ويقصد به تهيئة مكان العمل ليكون أفضل الاماكن لتكوين الصداقات التلقائية والتي تبدأ بالترحيب الحار بالموظف الجديد منذ اليوم الأول والمشاركة بجميع المناسبات الاجتماعية الأخرى.

في حين أكدت دراسة جودة (2004: 48) على العديد من الجوانب التي تشتمل عليها ثقافة الجودة، منها: الاهتمام بالعميل، والتفاني والإخلاص في العمل، وأداء العمل بشكل جيد منذ الخطوة الأولى، واحترام الآخرين، والصدق في التعامل مع الآخرين، واعتبار أن الخطأ فرصة للتطوير، وعدم التقيد في العلاقات الرسمية سعياً لإجراء اتصالات أكثر فعالية، وأخيراً التميز هو النهج الذي يجب إتباعه. وقدمت دراسة الصرن وزاهر (2010) نموذج لبناء ثقافة الجودة في المنظمات الفندقية من خلال ما يلي: خصائص ثقافة الجودة في المنظمة الفندقية، والمتمثلة في (الأمانة، والثقة، والنزاهة، والخلو من الأخطاء، والأجل الطويل، والالتزام، وإمكانية القياس، والشمول)، وجوانب ثقافة الجودة في المنظمة الفندقية والمتمثلة في (القيم، والمعتقدات، واللغة، والاتجاهات، والعادات والتقاليد، والافتراضات الشائعة، والمعارف، والتغيير، والتنوع، والأخلاق. بينما تبنت دراسة دروزة وزملاءها (2014) اربعة مكونات أو قيم لثقافة جودة الخدمة وهي قيم الجودة، واخلاق الجودة، والحوافز، ونمط القرار. وعلى ذلك فان هذه الدراسة سوف تتبني ثمانية أبعاد لثقافة جودة الخدمة والتي يوجد عليها شبه اتفاق بين عدد كبير من الباحثين هذه الأبعاد هي إندماج الفرد مع المنظمة، والعمل بروح الفريق؛ والشاركة وليس الرئاسة في علاقات العمل؛ والاهتمام بالعميل؛ والاتصالات المفتوحة واتاحة المعلومات؛ والتحسين والتطوير المستمر؛ والتزام الادارة العليا بالجودة؛ وتحفيز العاملين.

الدراسات السابقة:

بعد مراجعة قواعد البيانات العربية والعالمية التي أتيح للباحث الاطلاع عليها اتضح ندرة الدراسات والبحوث-خاصة في البيئة العربية والمصرية-التي تناولت موضوع ثقافة جودة الخدمة، وان معظم الدراسات قد ركزت جهودها على تقييم وتحديد مستوى جودة الخدمة، لذلك سيتم استعراض بعض الدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية. هدفت دراسة دروزة وآخرون (2014) إلى تقييم أثر التعلم التنظيمي (الانفتاح على البيئة، والتدريب والتجريب، والعصف الذهني، ومجموعات الاتصال) على عناصر ثقافة الجودة (قيم الجودة، وأخلاق الجودة، والحوافز، ونمط القرار)، في الشركات الأردنية التي حصلت على جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز في القطاع الخاص. وتكونت العينة من (240) فرداً من من 20 شركة فائزة و20 شركة لم تفز بالجائزة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتعلم التنظيمي على عناصر ثقافة الجودة في الشركات التي حصلت على جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز في القطاع الخاص. وهدفت دراسة نجمي (1432هـ) الى التعرف على درجة ملاءمة الثقافة التنظيمية في جامعة جازان لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين استجابات أفراد عينة

الدراسة التي يمكن أن تعزى إلى متغيرات الصفة الوظيفية، والخبرة العملية، والمرتبة العلمية، ونوع التخصص، وتكونت عينة الدراسة من (289) عضو هيئة تدريس وقيادات الجودة في الجامعة، وتوصلت الدراسة إلى أن درجة ملاءمة الثقافة التنظيمية بدرجة عالية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الصفة الوظيفية والمرتبة العلمية والخبرة العملية.

كما هدفت دراسة سويدان (2013) إلى قياس مدى إدراك العاملين لثقافة الخدمة السائدة في منظماتهم وعلاقتها بولائهم. وتكونت عينة الدراسة من (335) مبحوثاً تم إختيارهم عشوائياً، وتناولت الدراسة أبعاد ثقافة الخدمة التالية: الثقة، والإحترام، والعدالة، والإعتزاز، والمشاركة بالمعلومات، والصدقة التعاونية، وروح الفريق، والإهتمام بالزبائن. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباط إيجابية لجميع أبعاد ثقافة الخدمة في بناء ولاء العاملين. بينما هدفت دراسة الطويل وآخرون (2010) التعرف على ما إذا كان هناك تصور واضح لدى الأفراد العاملين في المستشفيات قيد البحث عن مفهوم وأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية، ومدى توفر أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات قيد البحث، والتعرف على التباين بين المستشفيات في الاستجابة لأبعاد جودة الخدمات الصحية. وتم تطبيق الدراسة على ثلاث مستشفيات في محافظة نينوى، وتكونت عينة الدراسة من (55) مبحوثاً. وتوصل البحث إلى تباين استجابة المستشفيات قيد البحث مع أبعاد جودة الخدمات الصحية. كما هدفت دراسة الصواف وإسماعيل (2008) إلى التعرف على أثر ثقافة الجودة في تعزيز أداء المنظمات الفندقية في القرية السياحية في مدينة الموصل، واستخدمت الدراسة أبعاد ثقافة الجودة التالية: الخطة الإستراتيجية، فرق العمل، القيادة والإدارة العليا، والتطوير الذاتي المستمر، والتحسين المستمر، والإدارة بالحقائق، والعناية بالزبون، والدعم المنظمي، وتوصلت الدراسة إلى أن ثقافة الجودة تمثل مفهوم حساس وهام في المنظمة يحتاج إلى الإهتمام الكبير والعناية الكبيرة لتنميته ونشره إلى كافة أقسام المنظمة من أجل تحسين الأداء وتحقيق التفوق، وأن تبني ونشر مفهوم ثقافة الجودة ليست مهمة سهلة، وإن غالبية عينة البحث لها تصور عن مفهوم ثقافة الجودة وكيفية تأثيرها على أداء المنظمة بشكل عام والجودة الفندقية بشكل خاص إلا أن هناك قلة إهتمام من قبل الإدارات العليا نحو تعزيز هذه الثقافة من أجل التحسين وتعزيز الموقف التنافسي.

أما الدراسات الأجنبية فقد هدفت دراسة علي (Ali, 2003) إلى إختبار تأثير ثقافة الجودة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وأجريت الدراسة على المستشفيات الجامعية في مدينة أصفهان، واعتمدت الدراسة على الاستبانة في جمع البيانات. وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفيات التي نجحت بدرجة مرتفعة ومتوسطة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة تميزت عن غيرها بانتشار قيم الجودة التالية: التزام الإدارة بالجودة؛ ومشاركة جميع العاملين في تطبيق الجودة؛ وشيوع روح الفريق والتعاون والمبادرة، والتركيز على العميل متلقي الخدمة، والتحسين المستمر والتعلم التنظيمي، والاتصالات المفتوحة وإتاحة المعلومات؛ والإلتزام بالجودة في جميع مراحل العمليات، والمشاركة مع الموردين أما المستشفيات التي فشلت في تطبيق إدارة الجودة كان يغلب على ثقافتها القيم العكسية لهذه القيم. بينما هدفت دراسة (Hansen & Kleffsjö, 2003) إلى التوصل إلى القيم الأساسية التي تكون ثقافة الجودة، ولذلك اختبرت مدى كون القيم التالية تدخل ضمن ثقافة الجودة التركيز على العميل؛ والتزام القيادة بالجودة؛ والتركيز على العمليات؛ والتحسين المستمر؛ ومشاركة الجميع؛ واتخاذ القرار المبني على الحقائق. وتم تطبيق الدراسة على تسعة شركات صغيرة الحجم، وحاصلة على جوائز الجودة والتميز سواء محلياً في دولة السويد أو إقليمياً في أوروبا، وتوصلت الدراسة إلى وجود قيم للجودة مشتركة في جميع الشركات بغض النظر عن الاختلافات الموجودة بينها، وأن القيم التي تمثل المكون الرئيس لثقافة الجودة هي التركيز على العميل، والتزام القيادة بالجودة، ومشاركة جميع العاملين والتزامهم بالجودة. في حين استهدفت دراسة (Noronha, 2003) إختبار العلاقة بين ثقافة الجودة وأبعاد إدارة الجودة الشاملة، وتم تطبيقها في الصين وهونج كونج وتايوان، وتم أخذ عينة من الشركات الحاصلة على شهادة ISO9001-2000 بالدول موضع الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة معنوية بين القيم المكونة لثقافة الجودة وأبعاد الجودة الشاملة بشكل عام، وإبراز أهمية قيم الإحترام والتقدير لمساهمات العاملين في تحقيق أهداف الجودة، والتجانس بين

العاملين وروح الفريق ، والإهتمام بالمعلاء والإعتمادية المتبادلة بين العمليات مع احترام سلطة الإدارة وارتباط هذه القيم بأبعاد معينة في الجودة الشاملة وهي مناخ الجودة ، وطرق تنفيذ العمليات، والنتائج المترتبة على الجودة.

ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة اتضح أهمية موضوع هذه الدراسة، وعدم وجود اي دراسة تناولت ثقافة الجودة في المنظمات الريفية . وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تحديد الجوانب التي سبق بحثها في موضوع الدراسة والجوانب التي لم يسبق بحثها وما زالت تحتاج الى دراسة (الفجوات المعرفية والبحثية)، وأيضا استفادت هذه الدراسة من الدراسات السابقة في اختيار المنهج البحثي الملائم وبناء أداة الدراسة وجمع البيانات. كما يتضح أنها تتشابه مع الدراسة الحالية في تناول موضوع جودة الخدمة، الا أن هذه الدراسة تتميز وتختلف عن الدراسات السابقة ذات العلاقة في انها تركز على ثقافة جودة الخدمة في المنظمات الصحية، وفي البيئة الريفية وهو ما لم تتناوله أي من الدراسات السابقة والتي ركزت على المؤسسات التعليمية والسياحية والفندقية والشركات.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية الاولى: "متوسط توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)". ويتفرع من هذه الفرضية الفرضيات التالية:

1/1: متوسط توفر إدماج الفرد مع المنظمة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

2/1: متوسط توفر العمل بروح الفريق كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

3/1: متوسط توفر الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

4/1: متوسط توفر الإهتمام بالعميل كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

5/1: متوسط توفر الاتصالات المفتوحة وإتاحة المعلومات كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

6/1: متوسط توفر التحسين والتطوير المستمر كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

7/1: متوسط توفر التزام الإدارة العليا بالجودة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

8/1: متوسط توفر تحفيز العاملين كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3).

الفرضية الرئيسية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف كل من النوع، والعمر، والمسمى الوظيفي، وعدد سنوات العمل بالوحدة الصحية". ويتفرع من هذه الفرضية الفرضيات التالية:

1/2: توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف النوع.

2/2: توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف العمر.

3/2: توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف المسمى الوظيفي.

4/2: توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف عدد سنوات العمل بالوحدة الصحية.

منهجية وإجراءات الدراسة:**- نوع ومنهج الدراسة:**

تنتهي هذه الدراسة إلى مجموعة الدراسات الوصفية التحليلية، حيث أنها تمكنا من الحصول على معلومات دقيقة تصور واقع وتحليل ثقافة جودة الخدمة. بالإضافة إلى إمكانية صياغة فرضيات علمية واختبارها. أما منهج الدراسة فهو منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة والذي من خلاله يتم التعرف على توفر وانتشار ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية في مركز قطور بمحافظة الغربية خلال فترة زمنية معينة بطريقة منظمة واختبار فرضيات الدراسة من خلال الحصول على بيانات يمكن وصفها وتحليلها.

- مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الوحدات الصحية العاملة بقرى مركز قطور بمحافظة الغربية والبالغ عددها (33) وحدة صحية ريفية حسب بيانات الإدارة الصحية بقطور عام (2016). وبطريقة السحب العشوائي تم اختيار (17) وحدة صحية ريفية تمثل ما يزيد بقليل عن (50%) من إجمالي عدد الوحدات الصحية الريفية العاملة بالمركز. ونظرا لصعوبة الحصول على حصر دقيق لعدد وتوزيع العاملين بهذه الوحدات الصحية، فقد تم استخدام طريقة السحب العشوائي لاختيار (5 إلى 7) موظفين من كل وحدة صحية حسب عدد العاملين بكل منها ومن مختلف المستويات الإدارية والمسميات الوظيفية، وبذلك بلغ حجم العينة المستهدفة (119) مبحثاً. وبلغ عدد الاستبيانات المستردة (116) استبانة بنسبة (97.5%) من عدد الاستبيانات المستهدفة، وبعد مراجعة وتدقيق الاستبيانات تم استبعاد (8) استبيانات لعدم اكتمال بياناتها وبذلك بلغ عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل (108) استبانة تمثل نحو (90.7%) من إجمالي العينة المستهدفة. ويوضح جدول رقم (2) بعض خصائص عينة الدراسة، حيث يتضح أن نحو (70.4%) من إجمالي المبحوثين كانت أعمارهم أقل من (40 سنة)، ويمثل الذكور نحو (51.8%) من إجمالي المبحوثين، ويمثل الممرضين والمرمضات نحو (27.0%) من إجمالي المبحوثين، كما أن (40.7%) من المبحوثين كانت عدد سنوات عملهم بالوحدة الصحية (من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات).

جدول رقم (2): توزيع المبحوثين عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية والتنظيمية

المتغير	الصفات	التكرار	%
العمر	أقل من 30 سنة	49	45.4
	30 – 39 سنة	27	25.0
	40 – 49 سنة	18	16.7
	50 سنة فأكثر	14	12.9
	المجموع	108	100.0
النوع	ذكر	56	51.8
	انثى	52	48.2
	المجموع	108	100.0
	طبيب	15	13.9
	صنلي	15	13.9
المسمى الوظيفي	ممرض ممرضة	29	26.9
	فني	25	23.1
	اداري	24	22.2
	المجموع	108	100.0
	عدد سنوات العمل بالوحدة الصحية	أقل من 5 سنوات	42
من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	44	40.7	
10 سنوات فأكثر	22	20.4	
المجموع	108	100.0	

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة لجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة. وقد احتوت الاستبانة على قسمين تناول أولها الخصائص الشخصية والاجتماعية للمبحوثين عينة الدراسة. في

حين تناول القسم الثاني (50) فقرة لقياس ثقافة جودة الخدمة بأبعادها الثمانية. واعتمد الباحث في اعداد الاستبانة على عدد من الدراسات السابقة منها (دراسة دروزة وآخرون، 2014؛ الفراج، 2011؛ محمد، 2012؛ الصواف واسماعيل، 2008).

صدق وثبات أداة الدراسة:

أولاً: صدق أداة الدراسة: قام الباحث بالتأكد من صدق بنود المقاييس المستخدمة في الدراسة باستخدام طريقة الصدق الظاهري أو صدق المحكمين حيث تم عرض بنود المقاييس على عدد من المتخصصين بهدف التأكد من مدي سهولة العبارات ووضوحها ودرجة شموليتها ومدى تمثيل الأسئلة لأهداف البحث.

ثانياً: ثبات أداة الدراسة: لتقييم ثبات مقياس ثقافة جودة الخدمة فقد تم حساب معامل " ألفا Cronbach's Alpha" للاتساق الداخلي لأبعاد مقياس ثقافة الجودة، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس. ويتضح من بيانات الجدول رقم (3) أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس تراوحت بين (0.72 و 0.87)، وبلغ قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي (0.86) وجميعها تعبر عن معاملات ثبات جيدة. وبحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات لأبعاد المقياس تم تحديد معامل الصدق الذاتي (البيهي، 1979) حيث وجد أنه يتراوح بين (0.84 و 0.93)، وبلغ قيمة معامل الصدق الذاتي للمقياس الكلي لثقافة الجودة (0.92) وجميعها تعبر عن معاملات صدق ذاتي مرتفع للمقياس مما يجعله صالحاً في أغراض البحث العلمي.

جدول رقم (3): معاملات الثبات والصدق الذاتي لمقياس ثقافة جودة الخدمة

م.	أبعاد مقياس ثقافة جودة الخدمة	معامل الثبات " ألفا"	معامل الصدق الذاتي
1	إندماج الفرد مع المنظمة	0.82	0.90
2	العمل بروح الفريق	0.87	0.93
3	الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل	0.78	0.88
4	الاهتمام بالمعلم	0.77	0.87
5	الاتصالات المفتوحة واتاحة المعلومات	0.73	0.85
6	التحسين والتطوير المستمر	0.71	0.84
7	التزام الإدارة العليا بالجودة	0.84	0.91
8	تحفيز العاملين	0.72	0.84
	المقياس الكلي لثقافة جودة الخدمة	0.86	0.92

أساليب المعالجة الإحصائية وتحليل البيانات:

بعد جمع البيانات، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم معالجة وتحليل البيانات باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وأهداف الدراسة وذلك من خلال برنامج "حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية" المعروفة اختصاراً باسم SPSS الإصدار (22.0). وفيما يلي مجموعة الأساليب الإحصائية التي قام الباحث باستخدامها:

- التكرارات والنسب المئوية، والرسومات البيانية للتعرف على البيانات الأولية لمفردات عينة الدراسة، ولتحديد آراء أفرادها تجاه فقرات المحاور الرئيسية للدراسة.

- المتوسطات الحسابية المرجحة، والانحرافات المعيارية. وقد تم استخدام الوسط الحسابي الفرضي (3) معياراً لقياس الدرجة المتحصل عليها لاستجابة أفراد العينة وذلك ضمن التقدير اللفظي لأوزان الاستبيان الخمسة.

- تم تحويل المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة البحث إلى نسبة مئوية للحصول على الأهمية النسبية.

- معامل " ألفا كرونباخ Alpha Cronbach لتقدير ثبات أداة الدراسة.

- معامل الصدق الذاتي لتقدير صدق أداة الدراسة.

- اختبار (T-test) للمجموعة الواحدة (One sample T-test) لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى للتعرف على ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة لكل بعد بوجه عام في مجتمع الدراسة (μ) يزيد عن أو يساوي قيمة الوسط الفرضي. وتكون الفقرة ايجابية -بمعنى أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على محتواها- إذا كانت قيمة (T) المحسوبة أكبر من قيمة (T) الجدولية والتي تساوي

(1,96) أو تكون القيمة الاحتمالية أقل من 0,05 والوزن النسبي أكبر من (60%). وتكون الفقرة سلبية -معنى أن أفراد عينة الدراسة لا يوافقون على محتواها- إذا كانت قيمة (T) المحسوبة أقل من قيمة (T) الجدولية والتي تساوي (-1,96) أو تكون القيمة الاحتمالية أقل من 0,05 والوزن النسبي أقل من (60%). وتكون آراء العينة في الفقرة محايدة إذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من 0,05 - اختبار (T-test) لمجموعتين مستقلتين واختبار التباين احادي الاتجاه (ANOVA) لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية للتعرف على مدى وجود اختلافات في متوسطات استجابات عينة الدراسة باختلاف بعض متغيراتهم الشخصية والتنظيمية.

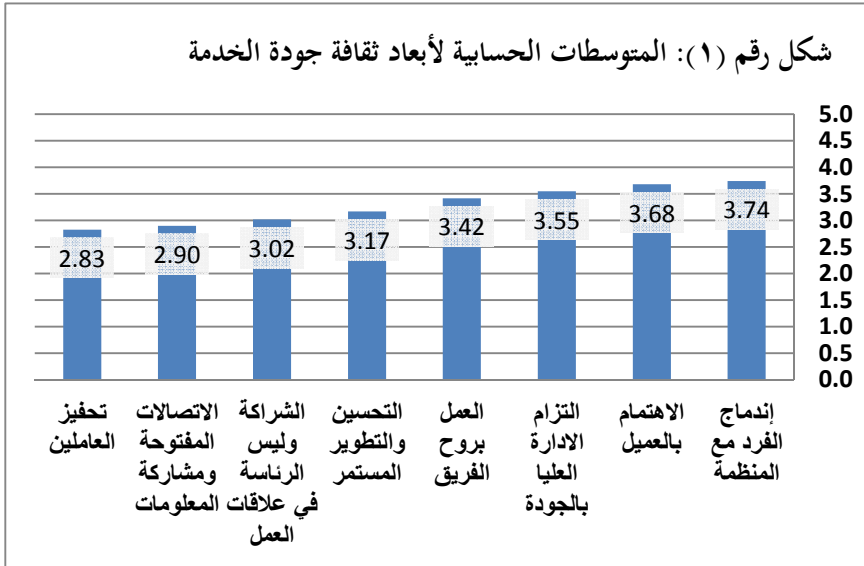
نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الأول للدراسة والخاص بالتعرف على درجة توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر العاملين. للإجابة على السؤال الأول للدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية المرجحة والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لدرجة الموافقة، ويوضح الجدول رقم (4) هذه النتائج. جدول رقم (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية واختبار "ت" لعينة واحدة لتوفر أبعاد ثقافة الجودة في الوحدات الصحية الريفية

أبعاد ثقافة الجودة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	درجة التوفر	الترتيب	قيمة ت
إندماج الفرد مع المنظمة	3.74	0.93	74.80	مرتفع	1	8.27*
العمل بروح الفريق	3.42	0.91	68.44	متوسط	4	4.80*
الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل	3.02	0.98	60.37	متوسط	6	0.20
الاهتمام بالعميل	3.68	0.96	73.53	متوسط	2	7.36*
الاتصالات المفتوحة واتاحة المعلومات	2.90	1.01	58.00	متوسط	7	-1.03
التحسين والتطوير المستمر	3.17	1.00	63.43	متوسط	5	1.78
التزام الإدارة العليا بالجودة	3.55	1.02	70.97	متوسط	3	5.62*
تحفيز العاملين	2.83	1.04	56.60	متوسط	8	-1.69
المتوسط العام	3.29	0.98	65.77	متوسط	-	3.06*

* دال احصائيا عند مستوى (0.05) على الاقل.

ويتضح من بيانات الجدول رقم (4) أن المتوسط الكلي لدرجة توفر ثقافة الجودة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر العاملين بلغ (3.29) من (5 درجات) بانحراف معياري قدرة (0.98) وبلغت الأهمية النسبية لدرجة الموافقة (65.77%) وهذا يعكس نسبة موافقة متوسطة لمجتمع البحث حول درجة توفر أبعاد ثقافة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية. أما على مستوى الأبعاد فقد تباينت درجات توفر ثقافة الجودة باختلاف الأبعاد الثمانية. وتراوح متوسطات توفر أبعاد ثقافة الجودة بين (2.83) في حدها الأدنى لبعدها التحفيز للعاملين، و (3.74) في حدها الأعلى لبعدها إندماج الفرد مع المنظمة. كما تراوحت قيم الانحرافات المعيارية بين (0.91) و (1.04) مما يعكس التقارب في وجهات نظر عينة الدراسة وعدم تشتت آرائهم. وكان ترتيب أبعاد ثقافة الجودة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بحسب أهميتها النسبية على النحو التالي: يُعد إندماج الفرد مع المنظمة جاء في المرتبة الأولى، تلاه بُعد الاهتمام بالعميل، يليه بُعد التزام الإدارة بالجودة، ثم بُعد العمل بروح الفريق، يليه بُعد التحسين والتطوير المستمر، ثم بُعد الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل، يليه بُعد الاتصالات المفتوحة واتاحة المعلومات، وأخيراً يأتي بُعد تحفيز العاملين. والشكل رقم (1) يوضح ذلك.



ولاختبار الفرضية الرئيسية الاولى والتي تتوقع أن متوسط توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)، تم اختبار هذه الفرضية بإجراء اختبار "ت" لعينة واحدة لاختبار أن قيمة المتوسط الحسابي يقل عن أو يساوي قيمة الوسط الفرضي (3). وقام الباحث باختبار هذا الفرضية من خلال اختبار الفرضيات الفرعية المكونة لها على النحو التالي.

تتوقع الفرضية الصفرية رقم (1/1) أن متوسط توفر إندماج الفرد مع المنظمة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.74) وبانحراف معياري (0.93) وأهمية نسبية (74.80%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (8.27) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية والتي تساوي (1.96) ومستوى الدلالة أقل من (0.05) وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة "متوسط توفر إندماج الفرد مع المنظمة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر العاملين أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)". وهذه النتائج تشير الى توفر البعد الاول من ثقافة الجودة وهو "إندماج الفرد مع المنظمة" في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر العاملين بها. ويمكن تفسير ذلك بأن العاملين يشعرون أنهم جزء من كيان كبير يساعدهم على احراز التقدم وتحقيق ذاتهم وذلك طبقاً للأبعاد الفرعية المتعلقة بهذا البعد.

وتتوقع الفرضية الصفرية رقم (2/1) أن متوسط توفر العمل بروح الفريق كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.42) وبانحراف معياري (0.91) وأهمية نسبية (68.44%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (4.80) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أقل من (0.05) وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة "متوسط توفر العمل بروح الفريق كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة من وجهة نظر العاملين أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)". وهذه النتائج تشير الى توفر البعد الثاني من ثقافة الجودة وهو "العمل بروح الفريق" في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

وتتوقع الفرضية الصفريية رقم (3/1) أن متوسط توفر الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.02) بانحراف معياري (0.98) وأهمية نسبية (60.37%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (0.20) وهي أقل من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أكبر من (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفريية مما يعني أن أفراد عينة الدراسة لا يوافقون على توفر الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل كأحد أبعاد ثقافة الجودة.

وتتوقع الفرضية الفرعية رقم (4/1) أن متوسط توفر الاهتمام بالعميل كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.68) بانحراف معياري (0.96) وأهمية نسبية (73.53%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (7.36) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أقل من (0.05) وهذا يعني رفض الفرضية الصفريية وقبول الفرضية البديلة "متوسط توفر الاهتمام بالعميل كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)". وهذه النتائج تشير إلى توفر البعد الرابع من ثقافة الجودة وهو "الاهتمام بالعميل" في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

وتتوقع الفرضية الصفريية رقم (5/1) أن متوسط توفر الاتصالات واتاحة المعلومات كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (2.90) بانحراف معياري (1.01) وأهمية نسبية (58.0%) وهي أقل من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (-1.03) وهي أقل من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أكبر من (0.05) وهذا يشير إلى أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفريية، مما يعني أن أفراد عينة الدراسة لا يوافقون على توفر البعد الخامس وهو "الاتصالات المفتوحة واتاحة المعلومات" كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

وتتوقع الفرضية الصفريية رقم (6/1) أن متوسط توفر التحسين والتطوير المستمر كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.17) بانحراف معياري (1.0) وأهمية نسبية (63.43%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (1.78) وهي أقل من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أكبر من (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفريية مما يعني أن أفراد الدراسة لا يوافقون على توفر البعد السادس من ثقافة الجودة وهو "التحسين والتطوير المستمر" في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

وتتوقع الفرضية الصفريية رقم (7/1) أن متوسط توفر التزام الإدارة العليا بالجودة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (3.55) وبانحراف معياري (1.02) وأهمية نسبية (70.97%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (5.62) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أقل من (0.05) وهذا يعني رفض الفرضية الصفريية وقبول الفرضية البديلة "متوسط توفر التزام الإدارة العليا بالجودة كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)". وهذه النتائج تشير إلى توفر البعد السابع من ثقافة الجودة وهو "التزام الإدارة العليا بالجودة" في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة.

وتتوقع الفرضية الصفريية رقم (8/1) أن متوسط توفر تحفيز العاملين كأحد أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أقل من قيمة الوسط الفرضي (3). ويتضح من النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن المتوسط الحسابي لجميع فقرات هذا البعد بلغ (2.83) بانحراف معياري

(1.04) وأهمية نسبية (56.6%) وهي أقل من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (-1.69) وهي أقل من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أكبر من (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية، مما يشير إلى عدم توفر البعد الثامن من ثقافة الجودة وهو "تحفيز العاملين بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة".

وفيما يتعلق بمقياس ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) تبين النتائج الواردة بالجدول رقم (4) أن قيمة الأهمية النسبية بلغت (65.77%) وهي أكبر من (60%)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (3.06) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية وكان مستوى الدلالة أقل من (0.05) وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية الرئيسية الأولى وقبول الفرضية البديلة "متوسط توفر ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة أعلى من قيمة الوسط الفرضي (3)".

وإجمالاً، وفي ضوء النتائج السابقة يمكن القول إن تقديرات مجتمع الدراسة لدرجة توفر ثقافة جودة الخدمة بين العاملين بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بشكل عام جاءت بدرجة متوسطة، ولكنها بمتوسطات حسابية ليست مرتفعة. كما يتضح من النتائج أن متوسطات الاستجابة كانت بدرجة مقبولة لأربعة أبعاد من أبعاد ثقافة جودة الخدمة هي إندماج الفرد مع المنظمة، والعمل بروح الفريق، والاهتمام بالعميل، والتزام الإدارة العليا بالجودة حيث كانت النسبة المئوية لدرجة الموافقة على كل منها أكبر من (60%) وتختلف متوسطاتها اختلافاً ذا دلالة احصائية عن قيمة الوسط الفرضي، وهذا يشير إلى توفر هذه الأبعاد الأربعة من أبعاد ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة. في حين كانت متوسط الاستجابة بدرجة غير مقبولة لأربعة أبعاد من أبعاد ثقافة جودة الخدمة وهي الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل، والاتصالات المفتوحة وإتاحة المعلومات، والتحسين والتطوير المستمر، وتحفيز العاملين حيث كانت النسبة المئوية لدرجة الموافقة أقل من (60%) ولم تختلف متوسطاتها اختلافاً ذا دلالة احصائية عن قيمة الوسط الفرضي. وعليه يمكن القول إن ثقافة جودة الخدمة تتوفر بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بما نسبته (50%) تقريباً. كما أن هذه النتائج تدعم صحة الفرضية الرئيسية الأولى جزئياً.

ثانياً: الإجابة على السؤال الثاني للدراسة والمتعلق بأبرز مظاهر وممارسات ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة

للإجابة على هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات عينة الدراسة على كل بند (الفقرة الدالة على الممارسة) من بنود مقياس ثقافة جودة الخدمة. ويوضح الجدول رقم (5) هذه النتائج.

وتبين النتائج الواردة في الجدول السابق رقم (5) أن أعلى خمسة ممارسات ومظاهر لثقافة جودة الخدمة حسب المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد عينة الدراسة كانت مرتبطة بعيد الاهتمام بالعميل إذ جاءت الفقرة التي تنص على "اعتبر رضا العميل عن الخدمة التي أقدمها له جزء من نجاحي" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (4.24) درجة وانحراف معياري (0.99)، يليها "محور الاهتمام في الوحدة الصحية الريفية هو معرفة وتلبية حاجات العملاء" بمتوسط حسابي بلغ (4.18) درجة وانحراف معياري (0.87)، ثم "تقديم خدمات عالية المستوى هو جوهر استراتيجية الوحدة الصحية الريفية" بمتوسط حسابي بلغ (4.13) درجة وانحراف معياري (0.93)، يليها "تتركز أهدافنا في الوحدة الصحية الريفية على تحقيق رضا العملاء" بمتوسط حسابي بلغ (4.20) درجة وانحراف معياري (0.97)، ثم "يعامل العملاء بمستوى عالٍ من العناية والاهتمام" بمتوسط حسابي بلغ (3.96) درجة وانحراف معياري (0.86). ويمكن تفسير ذلك في ضوء اهتمام الحكومة بتحسين الخدمة الصحية، وتلبية احتياجات المراجعين والاهتمام بهم.

جدول رقم (5) أبرز ممارسات ثقافة جودة الخدمة بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بحسب المتوسطات الحسابية لاستجابات الأفراد عينة الدراسة مرتبة تنازلياً

م.	الفقرة الدالة على الممارسة	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاهمية النسبية
1	اعتبر رضا العميل عن الخدمة التي أقدمها له جزء من نجاحي	الاهتمام بالعميل	4.24	0.99	84.8
2	محور الاهتمام في الوحدة الصحية الريفية هو معرفة وتلبية حاجات العملاء	الاهتمام بالعميل	4.18	0.87	83.6
3	تقديم خدمات عالية المستوى هو جوهر استراتيجية الوحدة الصحية الريفية	الاهتمام بالعميل	4.13	0.93	82.6
4	تتركز أهدافنا في الوحدة الصحية الريفية على تحقيق رضا العملاء	الاهتمام بالعميل	4.02	0.97	80.4
5	يعامل العملاء بمستوى عالٍ من العناية والاهتمام	الاهتمام بالعميل	3.96	0.86	79.2
6	أحقق ذاتي من خلال العمل بالوحدة الصحية الريفية	إندماج الفرد مع المنظمة	3.93	0.84	78.6
7	يتم إظهار الاهتمام بمطالب واحتياجات العملاء	الاهتمام بالعميل	3.84	0.82	76.8
8	يساعدني عملي الجاد بالوحدة الصحية الريفية على اكتشاف قدراتي	إندماج الفرد مع المنظمة	3.81	0.78	76.2
9	العمل الذي يتم بواسطة فريق العمل أكثر نجاحاً من العمل الفردي	العمل بروح الفريق	3.78	0.73	75.6
10	ترفع الإدارة في الوحدة الصحية الريفية شعار الجودة مسؤولية الجميع	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.76	1.1	75.2
11	عملي بالوحدة الصحية الريفية يشعرون أنني جزء من كيان كبير	إندماج الفرد مع المنظمة	3.75	0.94	75.0
12	أجد رئيسي في العمل عندما أحتاج إليه	الشراكة وليس الرئاسة	3.74	0.88	76.8
13	تبدل إدارة الوحدة الصحية الريفية أقصى جهد لتحقيق الجودة	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.67	1.0	73.4
14	تحرص إدارة الوحدة الصحية الريفية على تهيئة المناخ الداعم للجودة	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.64	0.93	72.8
15	ينوب الموظفون عن زملائهم في حالة غياب بعضهم	العمل بروح الفريق	3.61	0.64	72.2
16	تتبنى القيادة الإدارية في الوحدة الصحية الريفية الجودة سلاحاً تنافسياً	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.61	0.98	72.2
17	عادةً ما يتم حل مشاكل العمل باتباع أسلوب الفريق	العمل بروح الفريق	3.56	0.89	71.2
18	يحرص رؤسائنا على توجيهنا لتحسين أدائنا	التحسين والتطوير المستمر	3.56	0.81	71.2
19	تجاهي الشخصي مرتبط بدرجة كبيرة بنجاح الوحدة الصحية الريفية	إندماج الفرد مع المنظمة	3.54	0.98	70.8
20	العمل الذي أقوم به في الوحدة الصحية الريفية له معنى خاص لدي.	إندماج الفرد مع المنظمة	3.45	0.92	69.0
21	تشترك إدارة الوحدة الصحية الريفية بنفسها في مشروع الجودة	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.45	1.1	69.0
22	يتقاسم الموظفون ما لديهم من معلومات لخدمة العملاء	الاتصالات المفتوحة	3.3	0.72	66.0
23	تهتم الإدارة بالوحدة الصحية الريفية بالمهارات الفردية عند العاملين	التحسين والتطوير المستمر	3.28	1.1	65.6
24	يتم متابعة شكاوى العملاء والعمل على حلها.	الاهتمام بالعميل	3.26	0.98	56.2
25	تعقد الوحدة الصحية الريفية دورات تدريبية منظمة للعاملين في مجال تحسين جودة الخدمة	التحسين والتطوير المستمر	3.26	0.96	65.2
26	تتم معظم الأعمال بالوحدة الصحية الريفية من خلال فرق العمل	العمل بروح الفريق	3.22	1.2	64.4
27	يحرص رؤسائنا على التعامل معنا بروح الفريق	الشراكة وليس الرئاسة	3.22	1.0	64.4
28	يقدّر رؤسائنا قيمة ما نقوم به من أعمال	الشراكة وليس الرئاسة	3.21	0.82	64.2
29	أشعر أنني والوحدة الصحية الريفية كيان واحد	إندماج الفرد مع المنظمة	3.2	1.1	64.0
30	تشجع وتدعم الإدارة الأفكار الجديدة لتطوير العمل	التحسين والتطوير المستمر	3.19	0.89	63.8
31	توفر إدارة الوحدة الصحية الريفية الموارد المطلوبة للجودة	التزام الإدارة العليا بالجودة	3.16	0.99	63.2
32	يتم معالجة الأخطاء بمفهوم التحسين وليس العقاب	التحسين والتطوير المستمر	3.15	1.2	63.0
33	يتم إعطاء صلاحيات للعاملين للتصرف عند مواجهة المشاكل	الشراكة وليس الرئاسة	3.14	1.1	70.8
34	يتم تقييم الأداء بهدف التحسين وليس تصديد الأخطاء	التحسين والتطوير المستمر	3.11	0.94	62.2
35	يوجد لدى الوحدة الصحية الريفية نظام حوافز مناسب للعاملين	تحفيز العاملين	3.02	1.1	60.4
36	لا تحجب إدارة الوحدة الصحية الريفية أية معلومات عن الموظفين	الاتصالات المفتوحة	3.01	1.1	60.2
37	يوجد وسائل اتصال فعالة بين الموظفين والعملاء	الاتصالات المفتوحة	2.96	0.96	59.2
38	يتم منح مكافآت فردية وجماعية لرفع الأداء	تحفيز العاملين	2.95	0.98	59.0
39	تستخدم الوحدة الصحية الريفية فرق العمل لأداء أنشطة متعددة	العمل بروح الفريق	2.94	1.1	58.8
40	يوجد نظام يسمح بأخذ مقترحات العملاء لتحسين الخدمة	الاهتمام بالعميل	2.94	1.1	58.8
41	تتمتع الإدارة بالحوافز لأكثر الأشخاص استحقاقاً	تحفيز العاملين	2.94	1.2	58.8
42	يطلب على الاتصالات تبادل المعلومات وليس الأوامر	الاتصالات المفتوحة	2.93	0.99	58.6
43	تمتع الإدارة فرصة للعاملين لإبداء آرائهم في الأعمال الموكلة إليهم	الشراكة وليس الرئاسة	2.73	1.1	54.6
44	يوجد تحسين مستمر في الأدوات والأجهزة بالوحدة الصحية الريفية	التحسين والتطوير المستمر	2.65	1.1	53.0
45	تتسم الاتصالات داخل الوحدة الصحية الريفية بالمرونة	الاتصالات المفتوحة	2.64	1.1	52.8
46	لا توجد قيود على الاتصال بالإدارة العليا في الوحدة الصحية الريفية	الاتصالات المفتوحة	2.56	1.2	51.2
47	علاقات العمل يغلب عليها الشراكة وليس الرئاسة	الشراكة وليس الرئاسة	2.55	0.97	71.0
48	يتم إثراك العاملين بأنشطة تحسين طرق تقديم الخدمة	الشراكة وليس الرئاسة	2.54	1.0	50.8
49	يوجد نظام يسمح بمعرفة درجة رضا العملاء عن الخدمة	الاهتمام بالعميل	2.52	1.1	50.4
50	يتم منح مكافآت مادية ومعنوية مقابل الإنجاز المتميز	تحفيز العاملين	2.40	0.89	48.0

أما أقل خمس ممارسات لثقافة الجودة توافراً حسب المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة الدراسة مرتبة تنازلياً فكانت النحو التالي: الفقرة التي تنتمي إلى بُعد تحفيز العاملين وتنص على "يتم منح مكافآت مادية ومعنوية مقابل الإنجاز المتميز" بمتوسط حسابي بلغ (2.40) درجة وانحراف معياري (0.89)، والفقرة التي تنتمي إلى بُعد الاهتمام بالعميل وتنص على "يوجد نظام يسمح بمعرفة درجة رضا العملاء عن الخدمة" بمتوسط حسابي بلغ (2.52) درجة وانحراف معياري (1.1)، والفقرة التي تنتمي إلى بُعد الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل وتنص على "يتم إشراك العاملين بأنشطة تحسين طرق تقديم الخدمة" بمتوسط حسابي بلغ (2.54) درجة وانحراف معياري (1.0)، والفقرة التي تنتمي إلى بُعد الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل وتنص على "علاقات العمل يغلب عليها الشراكة وليس الرئاسة" بمتوسط حسابي بلغ (2.55) درجة وانحراف معياري (0.97)، وأخيراً الفقرة التي تنتمي إلى بُعد الاتصالات المفتوحة واطاحة المعلومات وتنص

على " لا توجد قيود على الاتصال بالادارة العليا في الوحدة الصحية الريفية " بمتوسط حسابي بلغ (2.56) درجة وانحراف معياري (1.2).

ثالثاً: الاجابة على السؤال الثالث والمتعلق بمدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد العينة حول توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) بالوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (النوع، والعمر، والمسمى الوظيفي، وعدد سنوات العمل بالوحدة الصحية)

للإجابة على السؤال الثالث للدراسة تم التحقق من الفرضية الرئيسية الثانية، واستخدم الباحث اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لتحديد أثر متغير النوع على استجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس الكلي لثقافة جودة الخدمة، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد OneWay ANOVA لإيجاد الفروق بين متوسطات المجموعات لمتغيرات الدراسة الأخرى وهي العمر، والمسمى الوظيفي، وعدد سنوات العمل بالوحدة الصحية الريفية. وقام الباحث باختبار هذا الفرضية من خلال اختبار الفرضيات الفرعية المكونة لها. ويوضح الجدولين رقمي (6) و(7) هذه النتائج.

فيما يتعلق بمتغير النوع، يتضح من نتائج الجدول رقم (6) أن قيمة (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى كونهم ذكور أو إناث، وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (1/2) " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) باختلاف النوع" وهذا يعني أن استجابات عينة الدراسة لمقياس ثقافة جودة الخدمة لم يتأثر بمتغير النوع.

جدول رقم (6): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي)

المتغير المستقل	ذكور		إناث		قيمة T	الدلالة الاحصائية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
النوع	3.25	1.05	3.24	1.18	0.07	0.95

وبالنسبة لمتغير العمر يتضح من الجدول رقم (7) أن قيمة "ف" تساوى (0.098) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (2/2) " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) تعزى لاختلاف العمر". وهذه النتيجة تعنى عدم وجود أثر لمتغير العمر في تقدير العاملين لمستوى توفر ثقافة الجودة لديهم.

وبالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي يتضح من الجدول رقم (7) أن قيمة "ف" تساوى (0.32) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن رفض الفرضية الصفرية رقم (3/2) " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) تعزى لاختلاف المسمى الوظيفي". وهذه النتيجة تعنى عدم وجود أثر لمتغير المسمى الوظيفي في تقدير العاملين لمستوى توفر ثقافة الجودة لديهم.

جدول رقم (7): نتائج تحليل التباين احادي لاتجاه دلالة الفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي)

القرار	الدلالة الاحصائية	قيمة F	المتغيرات المستقلة
لا توجد فروق دالة احصائيا	0.62	0.098	العمر
لا توجد فروق دالة احصائيا	0.81	0.32	المسمى الوظيفي
لا توجد فروق دالة احصائيا	0.34	1.46	عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية الريفية

وبالنسبة لمتغير عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية الريفية يتضح من الجدول رقم (7) أن قيمة "ف" تساوى (1.46) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) وهذا يعني أنه لا يمكن

رفض الفرضية الصفرية رقم (4/2) نه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول توفر ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) تحزى لاختلاف عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية الريفية". وهذه النتيجة تعنى عدم وجود أثر لمتغير عدد سنوات العمل في الوحدة الصحية الريفية في تقدير العاملين لمستوى توفر ثقافة الجودة لديهم. وهذه النتائج تعنى تشابه تصورات العاملين باختلاف اعمارهم ومسمياتهم الوظيفية وعدد سنوات عملهم في الوحدة الصحية الريفية لمستوى توفر ثقافة جودة الخدمة. وربما يعزى ذلك إلى أن العاملين يعملون تحت ظروف عمل متشابهة، ويعملون في ثقافة تنظيمية ومناخ تنظيمي متشابهة إلى حد ما مما يجعلهم على إدراك وفهم كامل لخصائص منظماتهم وبالتالي تكون تصوراتهم متشابهة الى حد كبير.

الخلاصة والتوصيات:

استهدفت هذه الدراسة بصفة أساسية التعرف على درجة توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية من وجهة نظر العاملين بها. وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج كان من أهمها ما يلي:

- ان ثقافة جودة الخدمة مفهوم متعدد الأبعاد، الا ان الأبعاد الثمانية التالية هي التي يوجد عليها شبه اتفاق بين الباحثين: اندماج الفرد مع المنظمة، والعمل بروح الفريق، والشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل، والاهتمام بالعميل، والاتصالات المفتوحة و إتاحة المعلومات، والتحسين والتطوير المستمر، والتزام الإدارة العليا بالجودة، وتحفيز العاملين. ولذلك تم تبني هذه الأبعاد في الدراسة الحالية.

- أوضحت النتائج أن درجة توفر ثقافة جودة الخدمة في الوحدات الصحية الريفية بمركز قطور بمحافظة الغربية كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الكلي لدرجة توفر ثقافة جودة الخدمة (3.29) من 5 درجات) بانحراف معياري قدرة (0.98) وبلغت الأهمية النسبية لدرجة الموافقة (65.77%).

- اشارت النتائج الى تباين درجات توفر ثقافة جودة الخدمة باختلاف الأبعاد الثمانية. وتراوح متوسطات أبعاد ثقافة الجودة بين (2.83) في حدها الأدنى لبعد تحفيز العاملين، و (3.74) في حدها الأعلى لبعد إدماج الفرد مع المنظمة. كما تراوحت قيم الانحرافات المعيارية بين (0.91) و (1.04) مما يعكس التقارب في وجهات نظر عينة الدراسة وعدم تشتت آرائهم.

- بينت النتائج أن ترتيب أبعاد ثقافة جودة الخدمة بحسب أهميتها النسبية كان على النحو التالي: يُعد إدماج الفرد مع المنظمة حقل المرتبة الأولى، تلاه بُعد الاهتمام بالعميل، يليه بُعد التزام الإدارة بالجودة، ثم بُعد العمل بروح الفريق، يليه بُعد التحسين والتطوير المستمر، ثم بُعد الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل، يليه بُعد الاتصالات المفتوحة وإتاحة المعلومات، وأخيراً يأتي بُعد تحفيز العاملين.

- أوضحت النتائج أن أبعاد ثقافة جودة الخدمة تتوفر في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بما نسبته (50%)، حيث كانت متوسطات الاستجابة بدرجة مقبولة (60% فأكثر) لأربعة أبعاد من أبعاد ثقافة جودة الخدمة الثمانية المعتمدة في هذه الدراسة وهي إدماج الفرد مع المنظمة، والعمل بروح الفريق، والاهتمام بالعميل، والتزام الإدارة العليا بالجودة، وهذا يشير الى توفر هذه الأبعاد الأربعة من أبعاد ثقافة جودة الخدمة بين العاملين في الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة. في حين كانت متوسط الاستجابة بدرجة غير مقبولة (أقل من 60%) للأربعة الأبعاد الأخرى من أبعاد ثقافة جودة الخدمة وهي الشراكة وليس الرئاسة في علاقات العمل، والاتصالات المفتوحة وإتاحة المعلومات، والتحسين والتطوير المستمر، وتحفيز العاملين.

- كانت أعلى خمسة ممارسات ومظاهر لثقافة جودة الخدمة مرتبطة ببُعد الاهتمام بالعميل، وكانت هذه الممارسات هي: اعتبار رضا العميل عن الخدمة التي أقدمها له جزء من نجاحي، ومحور الاهتمام في الوحدة الصحية هو معرفة وتلبية حاجات العملاء، وتقديم خدمات عالية المستوى هو جوهر استراتيجي الوحدة، وتتركز اهدافنا في الوحدة الصحية على تحقيق رضا العملاء، ويعامل العملاء بمستوى عال من العناية والاهتمام. أما أقل ممارسات لثقافة الجودة توافرا فكانت " يتم منح مكافآت

مادية ومعنوية مقابل الإنجاز المتميز" (بُعد تحفيز العاملين)، و" يوجد نظام يسمح بمعرفة درجة رضا العملاء عن الخدمة" (بُعد الاهتمام)، و"يتم إشراك العاملين بأنشطة تحسين طرق تقديم الخدمة" (بُعد المشاركة).

- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول توفر أبعاد ثقافة جودة الخدمة (المقياس الكلي) في الوحدات الصحية الريفية في منطقة الدراسة وفقا لمتغيرات الدراسة المستقلة (النوع، والعمر، والمسمى الوظيفي، وعدد سنوات العمل بالوحدة الصحية الريفية).

التوصيات:

بناءً على ما توصلت اليه الدراسة من نتائج، يجب اهتمام إدارات الوحدات الصحية الريفية بمنطقة الدراسة بأبعاد ثقافة جودة الخدمة بصفة عامة وأبعاد ثقافة الجودة التي حصلت على أدنى نسب اتفاق، ويمكن تحقيق ذلك من خلال تنفيذ وتطبيق التوصيات التالية:

- زيادة اهتمام إدارات الوحدات الصحية الريفية بمضامين الفكر الإداري الحديث في مجالي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات وتعميقها فيما يتصل بجودة الخدمات الصحية وأبعادها وثقافتها، لما لذلك من إسهام وتعزيز لقدرة الوحدة الصحية في تقديم خدمات صحية بجودة مميزة.

- تعميق الوعي الصحي لدى العاملين في الوحدات الصحية الريفية حول مفهوم وأهداف وأبعاد ثقافة جودة الخدمات الصحية، من خلال الاهتمام بعقد وتنظيم الدورات والبرامج التدريبية في مجال جودة الخدمة والمشاركة فيها.

- العمل على توفير الشراكة في علاقات العمل والبعد عن الرئاسة وذلك من خلال الحرص على ان يكون التعامل داخل الوحدة الصحية بروح الفريق، وتقدير ما يقوم به العاملين من مهام، واعطاء صلاحيات للعاملين للتعامل مع المشكلات التي تواجههم اثناء تقديم الخدمة، وتشجيع العاملين على ابداء آرائهم فيما يكلفون به من عمل والمشاركة في اتخاذ القرارات.

- العمل على تفعيل الاتصالات واتاحة المعلومات عن الوحدة الصحية لجميع العاملين وذلك من خلال تفعيل ما يسمي بالادارة بالحقائق وذلك بتوفير المعلومات التي يحتاج اليها العاملون في مجال العمل، وايجاد وسائل اتصال فعالة بين الموظفين والعملاء، وان يغلب على الاتصالات داخل الوحدات الصحية الريفية تبادل المعلومات وليس الاوامر، وعدم فرض قيود على الاتصال بالادارات العليا.

- اعطاء مزيد من الاهتمام بالتحسين والتطوير المستمر من خلال الاهتمام بالمهارات الفردية للعاملين، والمشاركة في البرامج التدريبية في مجال جودة الخدمة والثقافة الداعمة، وتشجيع ودعم الافكار الجديدة لتطوير طرق تقديم الخدمة والعمل، وأن يكون تقييم الاداء بهدف التحسين وليس تصيد الاخطاء.

- على الوحدات الصحية الريفية إعطاء مزيد من الاهتمام بأنظمة الحوافز وذلك من خلال مخاطبة الجهات الاعلى لتطوير نظم الحوافز المعمول بها ، ومنح الحوافز المادية والمعنوية لتشجيع العاملين على تبني ثقافة جودة الخدمة.

- السعي الجاد لإدخال الأجهزة والمعدات والتقانات الصحية الحديثة من أجل تقديم الخدمات الصحية بمرونة عالية.

قائمة المراجع:

- البكري، ثامر ياسر (2005). تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن. الطبعة العربية.
- البيهي، فؤاد (1979): نحو علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، الطبعة الثالثة، دار الفكر العربي، القاهرة.
- بوسطة، عائشة (2011). أثر التسويق بالعلاقات في تحقيق جودة خدمة العملاء دراسة حالة مجمع - صيدال- مديرية التسويق والإعلام الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر (3 جلد)، علي عبد الرازق (2003). علم الاجتماع الصناعي. دار المعرفة الجامعية، مصر .

- جودة، محفوظ أحمد (2004). الإدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الحربي، قاسم بن عائل (2006). الإدارة المدرسية الفاعلة لمدرسة المستقبل، مداخل جديدة لعالم جديد في القرن الحادي والعشرين، القاهرة: دار الفكر العربي.
- الحريري، خالد حسن (2014). نشر ثقافة الجودة في الجامعات اليمنية لماذا؟ متاح على: <http://www.algomhoriah.net/articles.php?id=46610>
- خلاف، نجوى (2005): الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام الصحي. في يوسف إسماعيل وآخرون (2005): الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية البينية والصحية.
- دروزة، سوزان صالح وزياد يوسف المعشر وديما شكري القواسمي (2014). تقييم أثر التعلم التنظيمي على عناصر ثقافة الجودة في منظمات الأعمال في الأردن دراسة مقارنة، المجلة الاردنية في ادارة الاعمال، المجلد (10)، العدد (4)، ص. 645-674.
- الزهرة، زوزو فاطمة (2011). دور جودة الخدمات في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة عيادة الضياء بورقلة، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- السلمي، علي (2001). إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للإيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- سويدان، نظام موسى (2013). علاقة ثقافة الخدمة بولاء العاملين والزبائن " دراسة تطبيقية في قطاع التأمين الاردني"، مجلة الادارة والاقتصاد، عدد (95)، ص ص. 225-240.
- الشافعي، احمد عبدالحميد والسيد محمد ناس (2000). ثقافة الجودة في الفكر الاداري والتربوي الياباني وامكانية الاستفادة منها في مصر، مجلة التربية، 2 (1)، 73-111.
- الشتيحي، ايناس سعيد (2015). أبعاد ثقافة الجودة برياض الأطفال من منظور المعلمة بمحافظة المنوفية، مجلة الطفولة العربية، العدد 65، 55-106.
- شكر الله، علاء (2005): استراتيجيات وسياسة الرعاية الصحية. في يوسف إسماعيل وآخرون (2005): الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية البينية والصحية.
- الشندي، محمد رضا (1996). الجودة الكلية الشاملة الايزو 9000 بين النظرية والتطبيق، شركة بيمك للخدمات التعليمية، مصر.
- الصحن، محمد فريد وطارق طه احمد (2005). إدارة التسويق في بيئة العولمة والانترنت، توزيع منشاة المعارف، الإسكندرية.
- الصرن، رعد وتسير زاهر (2010). نموذج مقترح لبناء ثقافة الجودة في المنظمات الفندقية، بحث منشور في مؤتمر جامعة العلوم التطبيقية. متاح على www.tkne.net/vb/attachment.php?attachmentid
- الصواف، محفوظ حمدون، وعمر علي إسماعيل (2008). نشر ثقافة الجودة وأثرها في تعزيز أداء المنظمات الفندقية: دراسة حالة في القرية السياحية في مدينة الموصل، منشور على الموقع <http://www.arablawinfo.com> 7, Cited on, 23/9/1010.
- الطويل، أكرم احمد، وآلاء حسيب الجليلي، ورياض جميل وهاب (2010). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة جامعة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد (6)، العدد (19)، ص. 9-38.
- عبد القادر، دبون (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، العدد 11، ص ص. 2015-224.
- عبد القادر، محمد نور الطاهر احمد (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الاعمال، المجلد (11)، العدد (4)، ص ص. 899-920.
- عمار، هالة محمد السعيد صالح (2012). متطلبات تطبيق نظام الجودة الشاملة في مؤسسات تعليم الكبار في مصر في ضوء بعض الخبرات العالمية، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة بنها.

- الفراج، اسامة (2012). تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية -المجلد- 25 العدد الثاني-ص 93-53.
- الفرحان، أمل (2013). الثقافة التنظيمية والتطوير الإداري في مؤسسات القطاع العام الأردني: دراسة تحليلية، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية-العلوم الإنسانية-المجلد السادس، العدد الأول، ص. 11-38.
- القيوتي، محمد قاسم (2000). نظريات المنظمة والتنظيم، ط 1، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن. اللوزي، موسى (2003). التطوير التنظيمي، أساسياته ومفاهيم حديثة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان. مخيمر، عبد العزيز، ومحمد الطعمنة (2003). الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
- نجمي، فيصل بن يحي (1432هـ). درجة ملائمة الثقافة التنظيمية السائدة في جامعة جازان لتطبيق ادارة الجودة الشاملة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية.
- واله، عائشة (2011). أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 3.
- Ali Mohamed (2003). The Impact of Organizational Culture on the Successful Implementation of TQM , The TQM Magazine , vol. 11, Iss.4, pp.606-626 .
- Gronroos, Christian (1990). Service Management and Marketing, Maxwell MacMillan International Editions, Lexington books Massachusetts, Toronto.
- Hanssen J., & Klefsjo B., (2003). A core Value of Model for Implementing TQM in small Organizations, The TQM Magazine , vol . 15, Iss.2, pp 71-82.
- Hrfocus (2008). Institute of Management and Administration, October,
- Noronha C. (2003). National Culture & TQM Empirical Assessment of a Theoretical Model , The TQM Magazine , vol. 15, Iss.5, pp.351-358
- Per Skalen and Tore Strandvik, (2005). from prescription to description: A critique and reorientation of service culture, Managing Service Quality, Vol.15 No. 3, pp.230-244
- Ramaswamy, R. (1996). Design and Management of Service Processes: Keeping Customers for Life. Reading, MA: Addison-Wseley Publishing Co.
- Sadri, G. & Lees, B. (2001). Developing corporate culture as a competitive advantage, The Journal of Management Development, 20 (10), 853-859.
- Shirley, Daniels (1992). The total quality culture, Work Study, Vol. 41 Iss: 5, pp.13 - 15
- Van Donk D.P., et. al., (1993). Organizational Culture as a missing Link in Quality Management, The International Journal of Quality & Reliability Management, vol.10, ISS .5, 5-16.
- Wood J., (1998). The Six Values of a Quality Culture, the Quality Year Book, American Association for Quality, 1998.pp.1-14.

THE DIMENSIONS OF SERVICE QUALITY CULTURE IN RURAL HEALTH UNITS IN QOTOR DISTRICT, AL GHARBIA GOVERNORATE: A FIELD STUDY

Tarek A. Abdelrahman

Rural Sociology Dept., Fac. Agric, Kafrelsheikh University

ABSTRACT

This study aims to investigate the dimensions of service quality culture in rural health units in Qotor district, Al Gharbia Governorate, the degree of availability of service quality culture, and to identify the most prominent practices of the culture of quality service in these units, as well as determine the effect of each of the gender, age, job title, and years of career experience variables on workers' perceptions. Survey research method was employed in this study, and data was collected using a questionnaire. Based on random sampling, 108 workers were chosen from 17 rural health units located in Qotor district. To analyze the data descriptive statistics, one sample T-test, and ANOVA were also conducted. The results show the culture of quality service is the concept of multi-dimensional consists of eight dimensions. The results showed that the degree of availability of quality service culture in the rural health units were intermediate level. It also showed that there were no statistically significant differences in the degree of availability of service quality culture among workers at significantly lower level of (0.05) depending on the variables gender, age, job title, and years of career experience. Based on these results, several recommendations could be suggested.

Keywords: *Service quality, service quality culture, Health services, Quality of health services, rural health units.*