إقـــــرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

"واقع هندسة العمليات الادارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي"

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

كما أقر بحق **أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا** في حقوق النشر لهذه الرسالة وأنه لا يجوز النشر إلا بموافقة رسمية مكتوبة من الأكاديمية.

والله خير الشاهدين

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

I also acknowledged the right of the **Management and Politics Academy for Postgraduate Studies** to the copyright of this thesis and that its publication is admissible only through a formal, written consent by the Academy.

Student's name:		فراس تيسير مصطفى أبو عيدة	**اسم الطالب:**
Date:	2016-06-18	13 رمضان، 1437 هـ	**التاريخ:**
Signature:		**فراس تيسير مصطفى أبو عيدة**	**التوقيع:**

البرنامج المشترك بين

أكاديمية الإدارة والسياسة للدارسات العليا وجامعة الأقصى

برنامج الماجستير في القيادة والإدارة

واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي

إعداد الباحث :

فراس تيسير أبو عيدة

إشراف :

الدكتور / يوسف إبراهيم الجيش **الدكتور / حاتم علي العايدي**

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في القيادة والإدارة

1437هـ - 2016م

نتيجة الحكم على أطروحة الماجستير

بناءً على موافقة المجلس الأكاديمي بأكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ **فراس تيسير مصطفى أبو عيدة**، لنيل درجة الماجستير في تخصص **القيادة والإدارة**، وموضوعها:

"واقع هندسة العمليات الادارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي"

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأحد 29 شعبان 1437 هـ، الموافق 2016/06/05 م الساعة الرابعة مساءاً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. يوسف إبراهيم الجيش	مشرفاً ورئيساً	.....
د. حاتم علي العايدي	مشرفاً	.....
د. عبد الكريم سعيد رضوان	مناقشاً خارجياً	.....
د. محمد إبراهيم المدهون	مناقشاً داخلياً	.....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في تخصص **القيادة والإدارة**.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

رئيس الأكاديمية

د. محمد إبراهيم المدهون

أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا
رئاسة الأكاديمية

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ
أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ
إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾

صدق الله العظيم

(الأحقاف: 15)

الإهداء

❖ إلى نبع الحنان الذي لطالما ارتحت بين حناياه الدافئة، وتربيت في ظلاله الجميلة، إلى التي سهرت من أجل راحتي، وعاشت من أجل سعادتي، ورسمت طريق بسمتي . . .

"أمي الغالية"

❖ إلى الذي تمنى أن أكبر على عينيه، وأمضي بنجاح وتميز حتى يتباهي ويفتخر، إلى الذي ما كلَّ يوماً بل تحدى كل الصعاب، ليوفر لنا لقمة العيش الكريمة ويرانا في حياة هانئة . . . "والدي العزيز"

❖ إلى من ساعدتني وأعانتني في دروب نجاحي وكفاحي، وصبرت عليّ وتحملت التعب والجهد من أجلي وضحت بكل شيء، كي أكون مسروراً متربعاً على عرش التميز . . . "زوجتي الحبيبة"

❖ إلى سرِّ سعادتي ومقلة عيني ومهجة روحي، إلى اللواتي لا أرى السعادة ولا أتذوق طعمها بدونهن، إنهن أفنان وجنان وبيسان، إنهن عنوان الفرح في ترانيم قلبي . . . "بناتي العزيزات"

❖ إلى الذين شاركوني حياتي، وعاشوا الألم والأمل معاً برفقتي، وكانوا سنداً لي في مشواري . "إخواني الأعزاء"

❖ إلى اللواتي دثروني بعطائهن، وأكرموني بحبهن، ولم يبخلوا عليّ بدعواتهن الصادقات . . . "أخواتي الغاليات"

❖ إلى أستاذي العزيز وقائدي العظيم، الذي رباني على معاني التضحية والإباء، وغرس في قلبي أزاهير النور والفداء، وأرواني عزةً لو وزعت على الكون لملأته مجداً وفخراً . . . "أستاذي الحبيب فتحي حماد"

❖ إلى أصدقائي ورفقاء دربي، الذين رافقوني في طريق الكرامة وشاركوني في ميادين الدعوة والجهاد، وفي مسيرة العمل والعطاء، وأسعدوا قلبي بصفائهم ونقاء سريرتهم، إلى الذين ارتقوا في طريق الشهادة فنالوا جنة الفردوس بإذن الله، إلى الشهداء الأحياء في جنات ونهر، إلى صديقي ورفيق دربي الحبيب محمد الهمص، وإلى شهداء مسجدي مسجد الصالحين،،،

❖ إلى الذين تبسمتُ حباً لهم وشوقاً لِلُقياهم، وازدانت مودتي بهم، وتعطرت مسيرة دعوتي ونجاحي بصدقهم ووفائهم، إلى الذين علموني أن ألزم الخير في أموري كلها، إلى أبناء مسجدي العزيز على قلبي مسجد الصالحين، وأخص بالذكر الأخ الحبيب رمزي البنا،،،

❖ إلى الصرح الشامخ، أكاديمية الإدارة والسياسة،،،

شكر وتقدير

لله الحمد من قبل ومن بعد ويومئذ يفرح أهل النجاح بما حصدوا ونالوا، فالحمد لله رب العالمين، له الحمد كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وأسأله تعالى أن يتقبل مني هذا العمل المتواضع، وأن ينفعني به في الدنيا والآخرة، وأن يجعله خالصاً لوجهه الكريم.

وهنا كلمة حب ووفاء وامتنان وعرفان لكل الذين ساندوني وعلموني ووجهوني ورافقوني وأسعدوني وغرسوا الجمال في ثنايا فؤادي، أردُّ لهم بعض الوفاء، لأنني مهما قدمت لن أُوَفِيَهم حقهم، بل إنني لا أبالغ إن قلت مهما قدمت لهم فإنني مقصر، ومهما كان تقديمي كثيراً فهو قليل في حقهم، لأنهم سندُ الطريق وذخر الحياة وزينة الدرب وسعادة الرُوح وبهجة الأمل وعنوان الحب ونبع الجمال.

إلى الصرح الشامخ أكاديمية الإدارة والسياسية، إلى كل أساتذتي الكرام الذين كان لهم فضل عليّ وإلى كل من كان له فضل عليّ في حياتي، إليكم جميعاً كل حبٍ وامتنان.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير من **الدكتور/ يوسف الجيش، والدكتور/ حاتم العايدي**، المشرفين على الدراسة، لما بذلوا من جهد صادق، وعون دائم، وتوجيهات طيبة، ومساهمة مباركة، ونصائح ثمينة في إنجاز هذه الدراسة.

كما وأشكر كل من **الدكتور/ محمد المدهون**، رئيس أكاديمية الإدارة والسياسة، **والدكتور/ عبد الكريم رضوان**، نائب عميد كلية التمريض على قبولهم مناقشة هذه الرسالة

كما وأتقدم بالشكر والعرفان إلى والدي الكريمين، وزوجتي الغالية، لوقوفهم الدائم بجانبي خلال فترة إعداد الدراسة، وتحملهم مشاق الطريق نحو النجاح.

الباحث

فراس أبو عيدة

قائمة المحتويات

آية قرآنية .....أ

الإهداء ..... ب

شكر وتقدير ..... ج

قائمة المحتويات .....د

قائمة الجداول..... ح

قائمة الأشكال .....ي

قائمة الملاحق .....ي

ملخص الدراسة .....ك

ABSTRACT..... ل

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة 1

المقدمة:..... 2

أولاً: مشكلة الدراسة: 3

ثانياً: متغيرات الدراسة:..... 4

ثالثاً: أهداف الدارسة: 5

رابعاً: فرضيات الدارسة:..... 6

خامساً: أهمية الدراسة: 7

سادساً: حدود الدراسة: 7

سابعاً: مصطلحات الدراسة:..... 8

ثامناً: صعوبات الدراسة: 10

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة 11

المبحث الأول: هندسة العمليات الإدارية 11

المقدمة:..... 13

نشأة مدخل إعادة هندسة العمليات الإدارية: 13

مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية: 16

عناصر هندسة العمليات الإدارية: 18

مبادئ هندسة العمليات الإدارية:..... 20

الأهداف السياسية لتطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة): 21

المنظمات التي تحتاج تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:..... 21

الخصائص والمرتكزات المميزة لإعادة الهندسة العمليات الإدارية:..... 22

الفوائد الأساسية من تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:..... 23

القائمون على تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:..... 25

العمليات التي يتم إعادة هندستها:..... 26

معايير اختيار العمليات لإعادة هندستها:..... 26

أوجه التشابه والاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات: 27

الفرق بين إعادة هندسة العمليات وإعادة هندسة الأعمال:..... 28

منهجية ومراحل عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية:..... 33

العوامل الحاسمة والمؤدية لنجاح إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة): 35

المعوقات والقيود المؤدية لفشل عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية: 38

المبحث الثاني: الخدمات الصحية وجودتها في فلسطين..... 40

أولاً: الاتجاهات السكانية والقطاع الصحي في فلسطين:..... 41

ثانياً: خدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة: 44

ثالثاُ: مجمع الشفاء الطبي: 50
رابعاً: الجودة والخدمة: 50
خامساً: الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية:..... 54
الفصل الثالث: الدراسات السابقة 57
المقدمة:..... 58
الدراسات السابقة التي تناولت موضوع هندسة العمليات الإدارية: 58
أولاً: الدراسات الفلسطينية:..... 58
ثانياً: الدراسات العربية: 64
ثالثاً: الدراسات الأجنبية: 76
الدراسات السابقة التي تناولت موضوع جودة الخدمات الصحية:..... 71
أولاً: الدراسات الفلسطينية:..... 71
ثانياً: الدراسات العربية: 73
ثالثاً: الدراسات الأجنبية: 76
رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة:..... 78
الفصل الرابع: منهجية الدراسة 81
المقدمة:..... 82
أولاً: منهج الدراسة: 82
ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة:..... 82
ثالثاً: أداة الدراسة: 83
رابعاً: صدق الاستبانة:..... 84
خامساً: ثبات الاستبانة:..... 93
سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة: 94

سابعاً: خطوات إجراء الدراسة:..... 95

الفصل الخامس: تحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشتها 96

تمهيد:..... 97

أولاً: اختبار التوزيع الطبيعي:..... 97

ثانياً: البيانات الشخصية لعينة الدراسة: 98

ثالثاً: البيانات الوظيفية لعينة الدراسة:..... 99

رابعاً: تحليل فقرات الاستبانة:.....100

خامساً: الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات:.....114

النتائج والتوصيات والدراسات المقترحة..... 124

أولاً: نتائج الدراسة: 124

ثانياً: توصيات الدراسة: 125

ثالثاً: الدراسات المقترحة:.....126

المصادر والمراجع: 127

مـلاحـق الدراسـة 138

قائمة الجداول

جدول رقم (1): يبين توزيع عدد السكان وعدد اللاجئين في فلسطين للعام 2014 42

جدول رقم (2): يوضح توزيع القوى العاملة في وزارة الصحة حسب التخصصات المختلفة..... 45

جدول رقم (3): يوضح توزيع الأَسِرَّة على المستشفيات الحكومية المختلفة..... 45

جدول رقم (4): الفجوة البحثية..... 80

جدول رقم (5): يوضح أعداد فئة الوظائف الإشرافية..... 83

جدول رقم (6): مقياس خماسي التدريج..... 83

جدول رقم (7): الصدق الداخلي لفقرات المحور الأول: تصميم الهيكل التنظيمي 85

جدول رقم (8): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثاني: قدرات التكنولوجيا ونظم المعلومات..... 86

جدول رقم (9): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثالث: صحة وفعالية العمليات الإدارية 86

جدول رقم (10): الصدق الداخلي لفقرات المحور الرابع: توقعات متلقي الخدمة..... 87

جدول رقم (11): الصدق الداخلي لفقرات المحور الخامس: تحسين معايير الجودة الشاملة..... 88

جدول رقم (12): معامل الارتباط بين معدل كل محور من الجزء الثاني مع المعدل الكلي لفقرات الجزء الثاني 88

جدول رقم (13): الصدق الداخلي لفقرات المحور السادس: الأشياء الملموسة..... 89

جدول رقم (14): الصدق الداخلي لفقرات المحور السابع: الاعتمادية..... 90

جدول رقم (15): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثامن: الاستجابة..... 90

جدول رقم (16): الصدق الداخلي لفقرات المحور التاسع: الثقة..... 91

جدول رقم (17): الصدق الداخلي لفقرات المحور العاشر: التعاطف..... 91

جدول رقم (18): مرعامل الارتباط بين معدل كل محور من محاور الجزء الثالث مع المعدل الكلي 92

جدول رقم (19): معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)..... 93

جدول رقم (20): معامل الثبات (طريقة ألفا كرونباخ) 93
جدول رقم (21): اختبار التوزيع الطبيعي 97
جدول رقم (22): البيانات الشخصية لعينة الدراسة 98
جدول رقم (23): البيانات الشخصية لعينة الدراسة 99
جدول رقم (24): المحور الأول: تصميم الهيكل التنظيمي 100
جدول رقم (25): المحور الثاني: قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات 101
جدول رقم (26): المحور الثالث: صحة وفعالية العمليات الإدارية..... 103
جدول رقم (27): المحور الرابع: توقعات متلقي الخدمة..... 104
جدول رقم (28): المحور الخامس: تحسين معايير الجودة الشاملة 105
جدول رقم (29): المحور السادس: الأشياء الملموسة..... 106
جدول رقم (30): المحور السابع: الاعتمادية..... 108
جدول رقم (31): المحور الثامن: الاستجابة..... 110
جدول رقم (32): المحور التاسع: الثقة 111
جدول رقم (33): المحور العاشر: التعاطف..... 112
جدول رقم (34): متوسطات محاور الدراسة..... 113
جدول رقم (35): واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي 114
جدول رقم (36): مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي..... 115
جدول رقم (37): واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية..... 117
جدول رقم (38): العلاقة بين مبادئ واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية 117
جدول رقم (39): آراء المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية حسب البيانات الشخصية .. 119
جدول رقم (40): آراء المبحوثين حول جودة الخدمات الصحية..... 121
جدول رقم (41): المعيقات التي تواجه هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطلب..... 121

قائمة الأشكال

شكل رقم (1): العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع 5

شكل رقم (2): العناصر الأربعة لـ "لهامر وتشامبي" حول إعادة الهندسة الإدارية 19

شكل رقم (3): عناصر برنامج إعادة هندسة الأعمال والمفاهيم المرتبطة الأخرى 29

شكل رقم (4): عملية الهندرة 29

شكل رقم (5): توزيع نسب الأسرة لكل قطاع من القطاعات المزودة لخدمة المستشفيات لعام 2014م 44

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1): الاستبانة..... 139

ملحق رقم (2): قائمة بأسماء المحكمين..... 146

ملخص الدراسة

واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي.

واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من عدد (194) من مقدمي خدمات الرعاية الصحية في مجمع الشفاء الطبي، وتم استخدام أسلوب الحصر الشامل، وبلغ عدد عينة الدراسة (184)، أي ما نسبته (94.85%) من مجتمع الدراسة، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة، حيث تم إعدادها بصورة أولية، وتم عرضها على المحكمين، وتم التأكد من صدقها وثباتها.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها:

- واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي جاء بوزن نسبي (69.43%).
- مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي جاء بوزن نسبي (65.90%).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول هندسة العمليات الإدارية بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى متغيرات: (العمر، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)، بينما وجود فروق تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، ولصالح حملة الدبلوم فما دون.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي تعزى إلى متغيرات: (العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول واقع هندسة العمليات الإدارية وبين متوسطات استجابات أفراد العينة حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.
- يوجد مجموعة من المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي، ومنها ضعف تبنى المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وفهومة.

وأوصت الدراسة بتوصيات عدة، من أهمها:

- تبني مجمع الشفاء الطبي أهداف عمليات إدارية واضحة ومفهومة.
- استخدام تكنولوجيا المعلومات في الرقابة في مجمع الشفاء الطبي.
- تحقيق توقعات المريض من مجمع الشفاء الطبي.
- جلب الكوادر البشرية المتخصصة ذات الخبرة والمهارة والمؤهلات العلمية.

Abstract

The reality of the business processes re-engineering and their relationship with quality health services at Shifa Hospital

This study aimed to identify the reality of the business processes re-engineering and their relationship with quality health services at Shifa Hospital.

Descriptive Analytical design was used in the study, the population of the study is (194) of health care provider from Shifa Hospital, complete enumeration method was used, and the study sample is (184), as (94.85%) of the study population, Self papers structure questionnaire was used into study, then faced from face and contend validity, smale scale variability test was used of the questionnaire.

The study concluded with the following results:

- Reality of the business processes re-engineering at Shifa Hospital came to a relative weight (69.43%).
- Quality health services at Shifa hospital came with relative weight (65.90%).
- There is no significant differences between the averages of the respondents about the reality of the business processes re-engineering at Shifa hospital were attributable to variables: (job title, age, experience period, sex), while differences due to a variable degree, diploma and below.
- There is no significant differences between the averages of the respondents about the quality of health services at Shifa hospital were attributable to variables: (age, education, job title, years of service, sex).
- There is a relationship between the averages of the respondents about the reality of the business processes re-engineering, and between the averages of the respondents about the quality of health services at Shifa hospital.
- There are a range of obstacles facing business processes re-engineering applied at Shifa hospital, including not adopting the hospital administrative operations objectives clearly and understandable.

The study made several recommendations, such as:

- Shifa hospital Adoption of clear management objectives and understandable.
- Use of information technology in the Quality monitoring and assurance process at Shifa hospital.
- Meeting the expectations of the patient at Shifa hospital.
- Recrutling specialized medical cadres with experiences, skills and qualifications.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

المقدمة:

لا شك أن الاهتمام بالخدمات الصحية وزيادة مستوى جودتها ينطلق من حقيقة مهمة، وهي أن الإنسان السليم هو الأساس الذي تقوم عليه جهود التنمية وهو أيضاً هدفها. وبالرغم من هذه التطورات، فإن الممارسة الإدارية وأنظمة العمل بها بحاجة إلى تطوير وتحسن مستمر، وبالتالي فهي تحتاج للتفكير بجدية لإعادة هندسة العمليات الإدارية بما يتوافق مع الممارسات والأنظمة والمعايير الحديثة في هذا المجال، ولذلك فإن المستشفيات الصحية تعتبر مجالاً مهماً لتطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية.

وتعتبر عملية التطوير محور اهتمام المسؤولين والقادة، وخاصة الإدارة العليا في المنظمات جميعاً، وعليه فإن عملية التطوير يجب أن تكون مستمرة وقائمة، حتى تتماشى المنظمات مع كل جديد، وأن تكون قادرة على البقاء والتنافس في ظل بيئة متحركة، ولقد أصبحت المنظمات دليلاً واضحاً على قدرة الإنسان على الإبداع ... إن هذه المنظمات هي الإجابة المباشرة لحاجة المجتمع المتقدم، فهي الأداة التي يستخدمها بشكل واعٍ ومنظم من أجل تحقيق أهداف مشتركة ضمن حدود بيئة معينة (السالم، 2002: 215).

وقد يكون مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) به نوع من الغرابة لدى الأغلبية منا، فهي كلمة عربية مشتقة من الهندسة والإدارة، وهو نتيجة تطور الفكر والفلسفة في الإدارة الحديثة، وظهر هذا المفهوم في بداية التسعينات وبالتحديد في عام 1992م، عندما أطلق الكاتبان الأمريكيان مايكل هامر وجيمس شامبي الهندرة كعنوان لكتابهما الشهير (هندرة المنظمات)، ومنذ ذلك الحين أحدثت الهندرة ثورة حقيقية في عالم الإدارة الحديث بما تحمله من أفكار غير تقليدية، ودعوة صريحة إلى إعادة النظر، وبشكل جذري في الأنشطة والإجراءات والاستراتيجيات كافة، التي قامت عليها الكثير من المنظمات والشركات العاملة في عالمنا اليوم (الثنيان، 2005: 12).

ويعتبر مفهوم إعادة هندسة العمليات (الهندرة) أحد مداخل التطوير، وهو يركز على إعادة التصميم السريع والجذري للعمليات الإدارية الإستراتيجية وذات القيمة المضافة، وكذلك للنظم، والسياسات، والهياكل التنظيمية، بهدف تحسين الأداء وزيادة الإنتاجية في المنظمة بصورة ملحوظة (القريوتي، 2000: 343).

ويعد القطاع الصحي في فلسطين من القطاعات الخدمية النشطة والحيوية، وخاصة لما يمر به من ظروف قاهرة وطارئة بسبب ما نعانيه من الاحتلال، وهناك أربع جهات تقوم بتزويد الخدمات الصحية في فلسطين، وعلى رأسها وزارة الصحة الفلسطينية، التي تحتل النصيب الأكبر من تقديم الخدمات والإشراف ومساندة المؤسسات والقطاعات الأخرى، مثل: (المؤسسات غير الحكومية، وكالة الغوث، القطاع الخاص)، وتخصص فلسطين جزءاً كبيراً من مواردها لقطاع الصحة، حيث يقدر الإنفاق الكلي على الصحة حوالي 11% من الناتج المحلي الإجمالي، وهذا من أعلي النسب في كثير من البلدان النامية الأخرى (الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية، 2011: 18).

أولاً: مشكلة الدراسة:

من واقع الدراسات المحلية السابقة التي أجريت كدراسة (أحمد: 2009) عن مدى الرضا العام لدى النساء متلقي خدمات الولادة في مستشفى الشفاء، ودراسة (أبو شريعة: 2005) حول تقييم الخدمات الفندقية المقدمة للمرضى في مجمع الشفاء الطبي، ودراسة (أبو عودة: 2013) وهي دراسة علمية أجريت في مستشفى غزة الأوروبي لقياس رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في قسم الاستقبال والطوارئ، حيث أكدت جميعها على تدني مستوى الرضا العام للمرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، والذي وصل ما بين 65% إلى 70%، وذلك لأسباب عدة منها: تدني الرعاية الطبية والتمريضية، وضعف التواصل والتفاعل مع المريض، وصعوبة الوصول والاستفادة من الخدمة المقدمة للمريض والتسجيل، وتدني مستوى الخدمات الفندقية المقدمة للمرضى، الأمر الذي أدى إلى ضعف مستوى الرضا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى؛ مما أثار الرغبة لدى الباحث لدراسة المشكلة، والتي من أسبابها إجراءات التسجيل والإرشادات وآليات تقديم الخدمة في محاولة لإيجاد الحلول المناسبة لها، ولتحقيق تحسينات جذرية في العمليات من خلال استخدام الهندرة "هندسة العمليات الادارية" في الجوانب التالية: (تصميم الهيكل التنظيمي، قدرات تكنولوجيا المعلومات، توقعات متلقي الخدمة، إدارة الجودة الشاملة، صحة وفاعلية العمليات الإدارية الصحية)، وذلك لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والتي ستؤثر بالإيجاب على رضا متلقي الخدمة.

ومن هنا جاءت هذه الدراسة لإلقاء الضوء على واقع هندسة العمليات الإدارية، وأثرها على جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، وهنا يبرز تساؤل الدراسة:

ما واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي؟

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي؟

2- ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي؟

3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، وبين متوسط التقديرات حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى إلى متغيرات الدراسة (المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، المؤهل العلمي، العمر ، الجنس)؟

5- ما المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي؟

ثانياً: متغيرات الدراسة:

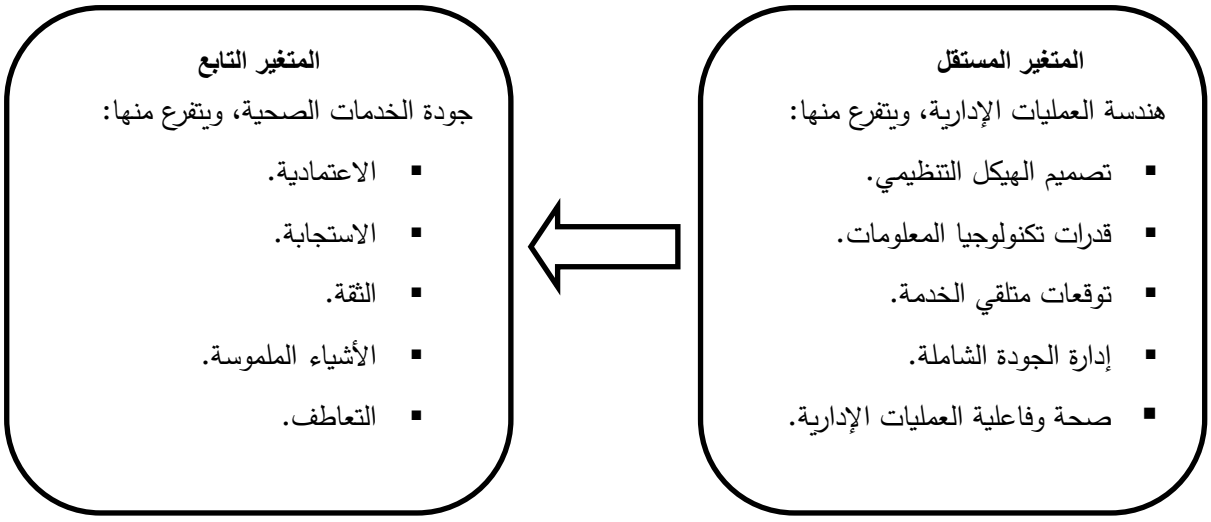
المتغير المستقل: اعتمدت الدراسة في تحديد أبعاد واقع هندسة العمليات الإدارية بالاستناد إلى ما أورده (الجربا، 2011: 7) وهي:

- تصميم الهيكل التنظيمي.
- قدرات تكنولوجيا المعلومات.
- توقعات متلقي الخدمة.
- إدارة الجودة الشاملة.
- صحة وفاعلية العمليات الإدارية.

المتغير التابع: اعتمد الباحث على (Servqual Scale)، الذي أورده (الجزائري وآخرون، 2010: ص20)، لقياس جودة الخدمات الصحية من خلال الأبعاد التالية:

- الاعتمادية.
- الاستجابة.
- الأشياء الملموسة.
- الثقة.
- التعاطف.

شكل رقم (1): العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع



(جُرِّدَ بواسطة الباحث، بالاستناد إلى دراسة (الجربا، 2011)، ودراسة (الجزائري وآخرون، 2010))

ثالثاً: أهداف الدارسة:

1- التعرف على واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي.

2- تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي.

3- الكشف عن العلاقة بين متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، وبين متوسط التقديرات حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.

4- بيان تأثير متغيرات: (الجنس، المؤهل العلمي، العمر، سنوات الخدمة، المسمى الوظيفي) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.

5- تسليط الضوء على المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الادارية، في مجمع الشفاء الطبي.

رابعاً: فرضيات الدارسة:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($a \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، وبين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى لمتغير المسمى الوظيفي (مدير عام، مدير دائرة، رئيس قسم، رئيس شعبة).

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى لمتغير سنوات الخدمة (أقل من 5سنوات، من 5-10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية، ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم فما دون، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه، البورد).

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة، تعزى لمتغير العمر (40 سنة فأقل، من 41 إلى 50 سنة، 51 سنة فأكثر).

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) في متوسطات استجابات المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

خامساً: أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

الأهمية النظرية:

1- تبرز أهمية هذه الدراسة في موضوعها الحديث الذي أصبح مرتكز اهتمامات المنظمات الصحية، وهو واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي.

2- إثراء المكتبة العلمية والبحث العلمي في مفهوم هندسة العمليات الإدارية وتطبيقاتها على صعيدنا المحلي.

3- إثراء الدراسات التي طبقت على مجمع الشفاء الطبي على وجه الخصوص، وربطها بين موضوعين حيويين، وهما هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية.

الأهمية التطبيقية:

1- تساعد هذه الدراسة في حث إدارة مجمع الشفاء الطبي في قطاع غزة على استخدام هندسة العمليات الإدارية لتحسين جودة الخدمات الصحية.

2- من الممكن أن تكون هذه الدراسة مرجعاً يسترشد به المدراء والرؤساء العاملون في المستشفيات الحكومية، ومساعدتهم في تطوير الخدمات الصحية؛ من أجل الوصول إلى تطبيق أمثل لهندسة العمليات الإدارية.

3- تساعد هذه الدراسة المستشفيات الحكومية في قطاع غزة على مشاركة وتمكين العاملين وزيادة رضاهم.

4- تساعد هذه الدراسة في التغلب على المعيقات التي تواجه الإدارة العليا في مجمع الشفاء الطبي في هندسة العمليات الإدارية وتحسين جودة الخدمات الصحية في المجمع.

سادساً: حدود الدراسة:

1- **الحد الموضوعي:** نظراً لاتساع دراسات هندسة العمليات الإدارية، اقتصرت الدراسة الحالية على واقع هندسة العمليات الإدارية، وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.

2- **الحد المكاني:** قطاع غزة.

3- **الحد الزماني:** خلال الفترة من 2015م-2016م .

4- **الحد البشري:** سوف تطبق الدراسة على الوظائف الإشرافية في مجمع الشفاء الطبي في قطاع غزة (مدير عام، مدير دائرة، رئيس قسم، رئيس شعبة).

5- **الحد المؤسسي:** طبقت هذه الدراسة على أكبر المستشفيات الحكومية في فلسطين، وهو مجمع الشفاء الطبي.

سابعاً: مصطلحات الدراسة:

- **هندسة العمليات الإدارية:**

اعتمد الباحث تعريف ديسلر (2003: 312) لهندسة العمليات الإدارية بأنها إعادة التفكير الأساسية، وإعادة التصميم الجذري للعمليات، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة، وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة، مثل: التكلفة، والجودة، والخدمة والسرعة.

ويمكن أن تعرف هندسة العمليات الإدارية بأنها البدء من جديد؛ أي من نقطة الصفر، ليس إصلاح وترميم الوضع القائم، أو إجراء تغييرات تجميلية تترك البنى الأساسية كما كانت عليه، كما لا يعني ترقيع الثقوب لكي تعمل بصورة أفضل؛ بل يعني التخلي التام عن إجراءات العمل القديمة الراسخة، والتفكير بصورة جديدة ومختلفة، وكيفية تقديم الخدمات لتحقيق رغبات الزبائن (اللوزي، 1999: 266).

والتي تم قياسها من خلال: (الجربا، 2011: 7)، وهي:

- **الهيكل التنظيمي:**

الإطار أو البناء الذي يحدد التركيب الداخلي للمنظمة، إذ توضح التقسيمات والتنظيمات والوحدات الفرعية التي تؤدي مختلف الأعمال والأنشطة اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة، كما أنه يعكس نوعية العلاقات بين أقسامها، وخطوط الصلاحيات والمسؤوليات، فضلاً عن تحديد شبكات الاتصال ونسيابية المعلومات بين المستويات الإدارية المختلفة في المنظمة.

- **القدرات التكنولوجية:**

تشير إلى القدرات التي تبنى على أساس امتلاك المنظمات لتقنيات المعلومات التي تستخدم في إعادة هندسة العمليات الإدارية.

- **فاعلية العمليات:**

استخدام الموارد المتاحة بما يؤدي إلى تحقيق الغايات والمقاصد والأهداف المرجوة من العمليات.

- **معايير الجودة الشاملة:**

مجموعة من المقاييس التي تؤثر على إنجاز الأهداف الحالية والمستقبلية للمنظمة.

- **جودة الخدمات الصحية:**

اعتمد الباحث تعريف الجزائري وأخرون (2010: 20) لجودة الخدمات الصحية بأنها الفرق بين توقعات المتلقين للخدمة، وإداركهم للأداء الفعلي لها، وجاءت على النحو التالي حسب الأهمية، بالنسبة لكل بعد على حدة:

- **الاعتمادية:**

هي القدرة على الأداء في ما تم تحديده مسبقاً بشكل موثوق ودقيق، بمعنى درجة الاعتماد على مورد الخدمة ودقة إنجازه للخدمة المطلوبة، أي التسليم حسب الوعد، وهذا البعد الأكثر ثباتاً من الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية، ويكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عند الزبائن، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.

- **الاستجابة:**

هي وجود الإرادة لمساعدة الزبائن وتزويدهم فوراً بالخدمة، بمعنى سرعة الإنجاز، ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، أي وجود الرغبة في المساعدة، ويركز هذا البعد على المجاملة واللطف، والأصل في التعامل مع طلبات الزبون من الأسئلة، الشكاوى، المشاكل، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة.

- **التوكيد (الثقة):**

يعرف التوكيد على أنه معرفة المستخدمين والجدارة والكياسة، الأمان، المصداقية والقدرة على خلق وكسب الثقة، ويشير إلى معلومات وكياسة القائمين على تقديم الخدمة، وقدرتهم على استلهام الثقة والأمان، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة.

- **التعاطف:**

ويعرف بأن جوهر التفاعل العاطفي هو الوصول للزبون من خلال علاقة شخصية، فالزبون يرغب بأن يشعر بأنه مفهوم على نحو جيد ومهم. ويشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله، والعمل على إيجاد حلول لها بطريقة إنسانية راقية، ومعاملة الزبائن كأفراد وبشكل شخصي، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة.

- **الملموسية:**

وتعرف الملموسية بوصفها مظهراً خارجياً للتسهيلات المادية والمستلزمات والأشخاص ومواد الاتصال، وهي تشمل العناصر المادية للخدمة (المقاعد، الأضوية، الكراسي، المعدات، المكائن، الآلات، المباني، ملابس العاملين) وعناصر البيئة المادية كافة، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية في الجودة.

ثامناً: صعوبات الدراسة:

واجه الباحث مجموعة من الصعوبات خلال إعداد هذه الدراسة مثل:

1. الانقطاع المستمر للتيار الكهرباء.
2. عدم وعي وتفاعل الإدارات الإشرافية مع موضوع الدراسة.
3. ندرة الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة، خاصة الأجنبية منها.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول

هندسة العمليات الإدارية

المبحث الأول:
هندسة العمليات الإدارية

مقدمة:

يتناول هذا الفصل هندسة العمليات الإدارية، حيث يتطرق إلى بعض المفاهيم المتعلقة بها، مثل: النشأة، والمفهوم، والعناصر، والمبادئ، والأهداف، والخصائص، والفوائد، والمعايير، ثم يتم التطرق إلى أوجه التشابه والاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات الإدارية.

نشأة مدخل إعادة هندسة العمليات الإدارية:

على الرغم من أن مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) لم يظهر إلا في العقد الأخير من القرن العشرين، في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أن أسسه، وقواعده تعود إلى السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر، وذلك مع بداية ظهور النظرية العلمية للإدارة لـ "هنري فايلول"، والإدارة العلمية لـ "فريدريك تايلور"، حيث أسهمت المدرسة الكلاسيكية للإدارة في بوادر ظهور هذا المفهوم (حسين، 20:2007).

بعد ذلك ظهرت على الساحة الأكاديمية اتجاهات لإحياء هذا المفهوم العلمي من قبل أنصار إدارة الجودة الشاملة، وغيرها من المفاهيم العلمية، التي ترى أن مدخل إعادة الهندسة جاء ليكمل الجودة، ويضيف إليها بعداً مهماً متمثلاً في التركيز على العمليات، وتطويرها بصفتها جوهر الإدارة، والتنظيم (الزهراني، 9:2013).

وأشار عطا الله (2008) إلى أن: مدخل إعادة هندسة العمليات، كان أحد المداخل الإدارية الحديثة، التي اهتمت بها المنظمات لتحسين أدائها في تسعينات القرن العشرين، عندما قامت مؤسسة ماساشوسيتس للتكنولوجيا (mit massachusetisinstitute of technology) بإجراء بحث بعنوان "الإدارة في عام 1990"، وكان الغرض من هذا البحث معرفة الدور الذي تلعبه تكنولوجيا المعلومات في منظمات الأعمال.

كما أعدت مؤسسة "إس أي إس" للخدمات الاستشارية (SIS) (Synergy International Services) دراسة هدفت إلى فحص طبيعة العلاقة بين تكنولوجيا المعلومات، وتغيير المنظمة، وكان الهدف لتلك المؤسسات هو نبذ وتغيير المفاهيم، والقواعد، والفروض التي تبني الإدارة قراراتها على أساسها، والبحث عن قواعد، وفروض، ومفاهيم جديدة للفكر الإداري، تناسب القرن الحادي والعشرين (عطاالله، 23:2008).

ويرى العجمي (2008) أن: مفهوم إعادة الهندسة انتشر بشكل كبير في مجال الفكر الإداري الأمريكي، عندما قام كل من هامر وتشامبي عام (1993) بنشر أول كتاب في إعادة هندسة العمليات بعنوان: "إعادة هندسة المنظمة" "reengineering the corpotation" وقد عرّفا في كتابهما إعادة هندسة العمليات "business process reengineering"بأنها: النظر بشكل جذري في إجراءات العمل، وإعادة تصميمها بشكل يرفع الأداء، والكفاءة ويقلل الكلفة في إنجاز العمل، وتقديم الخدمات (العجمي، 27:2008).

ويرى السلطان (1996) أن: مفهوم إعادة الهندسة ليس جديداً، ولكن الجديد هو وضع منهجية علمية لإعادة هندسة العمليات، وكذلك الرغبة الأكيدة للإدارة العليا في تطبيق المنهجية في أعمالهم، وتعتمد على التفكير غير التقليدي (الإبداعي) من خلال التصور الذي يعمل على كسر حواجز التفكير التقليدي الذي يؤدي إلى محدودية الأداء (السلطان، 6:1996).

وهو الأمر الذي أكده أحد مؤسسي إعادة الهندسة "مايكل هامر" "Michael Hammer" حيث قال: إن إعادة الهندسة تحاول جاهدة أن تخرج عن الإطار التقليدي للقوانين القديمة بخصوص كيفية التنظيم، وإعادة قيادة، أو إدارة الأعمال (هامر، 104:1990).

ومنذ ذلك الحين أحدثت إعادة الهندسة ثورة حقيقية في عالم الإدارة بما تحمله من دعوة صريحة إلى إعادة النظر، وبشكل جذري في الأنشطة، والإجراءات، والاستراتيجيات، والهياكل التنظيمية جميعها التي قامت عليها الكثير من منظمات الأعمال، والخدمات، والمدارس في عالم اليوم، لتساهم في سرعة إنجاز تلك المؤسسات، وجودة أدائها، والتقليل من تكاليفها. ويعد مايكل هامر، وجيمس تشامبي، من رواد الهندسة الإدارية "الهندرة"، حيث يرجع الفضل إليهما في انتشار هذا المدخل (العجمي، 40:2008).

وقد اشتق هذا المدخل من مداخل إدارية عدة لعل من أهمها:

1. **مدخل الإدارة العلمية:** ورائدها فريدرك تايلور، والتي تعتمد على هندسة سلوكيات العاملين، بناءً على نظام من الكفاءة، والقواعد المهارية، من خلال إيجاد نظم الرقابة، والتدريب، والخرائط التوضيحية لوصف العمل، وطرق سيره، وتقسيم نظام العمل إلى مدخلات، وعمليات، ومخرجات، والاستفادت في إعادة الهندسة من مدخل الإدارة العلمية في كيفية فصل تصميم العمل، وتخطيطه عن المنفذين له، وفي كيفية وضع تصميم مثالي للعمل، وتقسيمه، والحاجة المستمرة إلى قياس ومتابعة كفاءة العمل، وإلى تتبع مستويات العاملين، ومستويات العمليات الروتينية، واستبعاد الحركات الزائدة، أي التقليل من الوقت المستغرق لأداء العمل، مع التأكيد على العمليات ذات القيمة المضافة (البطنيجي، 48:2008).

2. **مـــدخل تصـــميم العمـــل:** وتعتبـر مدرســة "مـاري فوليـت" "M.Follett"، و "إلتـون مـايو" "E.Mayo"، من أهم مدارس هذا المدخل، والذي يركز على التفاعل بين السلوك الفردي، والجماعي من ناحية، وبين العوامل البيئية من ناحية أخرى، وقد استفاد مدخل إعادة الهندسة من هذا المدخل في أهمية التطوير الاستراتيجي، والجذري، والتركيز على التفكير العملياتي، وتطـوير العمليـات الروتينيـة، والتركيـز علـى العامـل الإنسـاني فـي ابتكـار عمليـات جديـدة (المعايطة، 196:2010).

3. **مـدخل إدارة الجـودة الشـاملة:** ورائدها "فيليب كروسبي" "PHELEEB KRUSPY"، وقد ركزت على العميل، والمخرجات، وذلك بهدف تقليل الأخطاء في المنتج النهائي، ويتفق مدخل إعادة الهندسة مع مدخل إدارة الجودة الشاملة في التركيز على العمليات، والعملاء، وتختلفان في معدل السرعة، حيث إن الهندرة أسرع وتحدث تغييرات جذرية، وتواجه المشكلات الكبيرة التي قد تتعرض لها المؤسسة، بينما تساهم إدارة الجودة الشاملة في تحقيق تحسينات إضافية للمؤسسة، كما تحتاج إلى الدعم، والمساندة المستمرة، وحسن المتابعة على مدار الوقت لتحقيق الأهداف المنشودة، وعلى الرغم من ذلك فإن إدارة الجودة الشاملة تعتبر جزءاً من منهجية إعادة الهندسة لمنظمة ما (أحمد، 20:2003).

4. **مدخل النظم:** يقوم مدخل النظم على مفهوم النظام الذي يهدف إلى تكوين مبادئ عامة يمكن تطبيقها على النظم كافة (جاد الرب، 8:2010)، وقد استفاد مدخل إعادة الهندسة من مدخل النظم، وبالتحديد من نظرية النظام المفتوح، والتي كان من أهم خصائصها الاستقرار، والتوازن الديناميكي، ولكي تحافظ أي منظمة على الاستقرار لا بد من الاستجابة للتغيرات في البيئة التي تعمل في إطارها، وهذا ما يسعى إليه مدخل إعادة الهندسة للاستجابة للمتغيرات البيئية، حيث التركيز فيه على نظم المعلومات.

5. **مدخل تكنولوجيا المعلومات:** تعتبر تكنولوجيا المعلومات من أكثر إمكانيات القوة لمدخل إعادة الهندسة، وتلعب دوراً حيوياً في دعم، ومساندة مشروع إعادة الهندسة، حيث تسهم تكنولوجيا المعلومات في تكوين التفكير العملياتي في تصميم، وتنفيذ العمليات السائدة بالمؤسسة، كما توجد علاقة قوية بين العمليات، ونظم المعلومات (المعايطة، 100:2007).

6. **مدخل التحسين المستمر في الأداء (kaizen):** كلمة يابانية تعني التحسين المستمر، ووفقاً لهذا المنهج الياباني فإن تطوير أداء المنظمة مسئولية كل إنسان في المنظمة، وليس وقفاً على جماعة، أو مستوى إداري معين، والتطوير المستمر يركز على تحسين العمليات، ولا يهتم بالنتائج فقط فهو يراجع العمليات، ويطورها، ويحسن فيها وصولاً للنتائج الأفضل، وقد استفاد مدخل إعادة الهندسة من هذا المنهج في أن التحسين المستمر هو: مسئولية شاملة للإدارة،

والعاملين، كما يشمل مجال التحسين أيضاً المباني، والتجهيزات، والمواد، وطرق العمل، وسلوكيات العاملين، وهو يتطلب تغييراً جذرياً في ثقافة المنظمة، أي في القيم، والسلوكيات المشتركة للإدارة والعاملين (النور، الشلبي، 476:2009).

ويرى الباحث في ضوء ما أكدته الدراسات، والأبحاث المتعلقة بمدخل إعادة الهندسة، أنه: يمكن إرجاع نشأة جذور هذا الفكر إلى ظهور الفكر الإداري القديم، لكن الظهور الفعلي له كان في نهاية التسعينات من القرن الماضي، في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد اشتق هذا المفهوم من مداخل إدارية عديدة أخرى، حيث استطاع أن يستفيد من نقاط قوتها، ويتجنب نقاط ضعفها، إلى أن أصبح يعد من أفضل الأساليب الإدارية المتبعة في الفكر الإداري المعاصر، وتنبع أهميته في تبنيه لإعادة التفكير الأساس، والجذري للعمليات الإدارية المتبعة، والهياكل التنظيمية، وتكنولوجيا المعلومات، ومحتوى الوظيفة، وتدفق العمل، وذلك بهدف تحقيق تحسينات ملموسة في الإنتاج من حيث الجودة، والتكلفة، والسرعة.

مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية:

الهندرة كلمة عربية مركبة من كلمتين هندسة، وإدارة، وهي في الواقع ترجمة للمصطلح الإنجليزي (Business Reengineering Process)، والذي يعني إعادة هندسة العمليات الإدارية، وإن لم يكن يعني اللفظ الهندسة الإدارية بالترجمة الحرفية إلا أنه يعني إعادة التصميم الجذري للعمليات، والنظم الإدارية المصاحبة، كما دلت عليه أدبيات إعادة هندسة العمليات، وتطبيقاتها (السلطان، 2001: 41 – 42).

ويعرف "مايكل هامر"، " وجيمس تشامبي" إعادة هندسة العمليات بأنها: "البدء من جديد أي من نقطة الصفر، ولس إصلاح، وترميم الوضع القائم، أو إجراء عمليات تجميلية تترك البنى الأساسية كما كانت عليه، كما لا يعني ترقيع الثقوب لكي تعمل بصورة أفضل، بل يعني التخلي التام عن إجراءات العمل القديمة الراسخة، والتفكير بصورة جديدة، ومختلفة في كيفية تصنيع المنتجات، أو تقديم الخدمات، لتحقيق رغبات العملاء" (hammer &champy, 1990, 14).

كما تعرف بأنها: "إعادة النظر في العوامل الأساسية، وإعادة تعريف جذري لسير العمليات الإدارية للحصول على أقصى قدر من النفع في أوقات حاسمة، وقياسية في عالم اليوم المتميز بخصائص النوعية، الخدمات، السرعة" (السلطان، 35:1996).

وتعرف إعادة هندسة العمليات الإدارية: بأنها: "مجموعة الأدوات، والوسائل المتطورة، بالإضافة إلى الاستفادة من التقنيات الحديثة، في إحداث الدمج الأمثل لهذه الوسائل وصولاً إلى التغيير الجذري في كل أرجاء المنظمة، وفي الوفاء باحتياجات المستهلك" (الديحاني، 14:2009).

أما على مستوى التعليم فقد عرف النجار (2002) مدخل إعادة الهندسة بأنه: "الأداة المتكاملة لإحداث تغيير حقيقي في منظومة التعليم، من خلال إعادة تصميم قطاع التعليم بالتركيز، على الأعمال الواجب إنجازها لتحقيق الأهداف التعليمية" (النجار، 27:2002).

كما عرف مصطفى (2002) مدخل إعادة الهندسة على مستوى التعليم بأنه: "أحد المداخل الإدارية الحديثة، التي تهدف إلى تحسين جذري، وسريع، في المنظمة التعليمية من خلال إعادة تصميم العمليات الاستراتيجية، والسياسات، والهياكل، والقيم، والافتراضات المساندة، بشكل غير تقليدي" (مصطفى، 2002: 119).

من خلال القراءة المتأنية لمجمل التعاريف السابقة لمفهوم الهندرة، وجد الباحث أنها تختلف في الصياغة وتتفق في المضمون، حيث يتمحور المضمون حول أربع نقاط أساسية لخصها مرسلي (2011)، كما يلي:

1. **الهندرة عملية أساسية:** وهذا يعني أن الوقت قد حان لكي تعيد الإدارة، وكل فرد عامل بها النظر في أسلوب العمل المتبع، ومراجعة ما يقومون به من عمل، بطرح مجموعة من الأسئلة: لماذا يقومون بهذا العمل؟ وهل هذا العمل ذو قيمة للعملاء، والإدارة؟ وهل يمكن أداؤه بطريقة أفضل من حيث السرعة، والجودة؟ كل هذه الأسئلة يطرحها أسلوب الهندرة بأسلوب، ومفهوم عملي يساعد الإدارة في الوصول إلى إجابات شافية لهذه الأسئلة المهمة.
2. **الهندرة عملية جذرية:** تتضمن الهندرة حلولاً جذرية لمشاكل العمل الحالية، وهو أمر يتميز به أسلوب الهندرة عن غيره من الأساليب الإدارية السابقة، التي كانت في معظمها تسعى إلى تحقيق حلول عاجلة، وسطحية لمشكلات العمل، ومعوقاته، وبالتالي فإن الهندرة الجذرية تعني التغير من الجذور، وليس مجرد تغيرات سطحية، أو ظاهرية للوضع القائم، ومن هذا المنطلق فإنها تعني التجديد، والابتكار، وليس مجرد تحسين، أو تطوير، أو تعديل أساليب العمل القائمة.
3. **الهندرة عملية هائلة:** فهي لا تتعلق بالتحسينات النسبية المطردة، والشكلية، بل تهدف إلى تحقيق طفرات هائلة، وفائقة في معدلات الأداء، وتساهم في مساعدة الإدارة التي تتبناها في تحقيق نتائج جوهرية في نسب تحسين الأداء للعمل، وتقليص الزمن اللازم لإنجاز العمل، وتقديم خدمات أفضل للعملاء.
4. **هندسة العمليات:** تعتبر العمليات الركيزة الأساسية لمدخل إعادة الهندسة، حيث يركز على العمليات الاستراتيجية، والمنظمة، والجوهرية (ذات القيمة المضافة)، وذلك من خلال وضع

تصميم جديد، ومبتكر يمكن من خلاله تحقيق التحسينات الجذرية المطلوبة "أي أن التوجه في العمل يقوم على العملية، وليس على المهام، أو الوظائف، أو الأفراد" (سليمان، 62:2007).

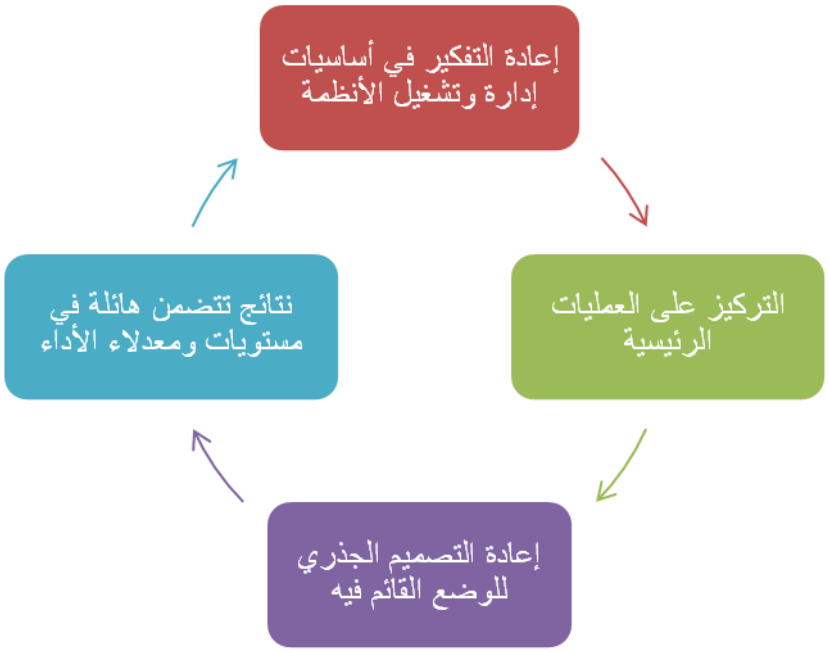
وفي ضوء ما تقدم من تعريفات خاصة بمدخل إعادة الهندسة يعرف الباحث الهندسة الإدارية في الصحة بأنه: "عملية متكاملة تحتوي على مراحل متسلسلة تهدف إلى التغيير الجذري للعمليات الإدارية في المنظومة الصحية، وإعادة تصميم أساليب الإدارة الصحية بصورة جذرية، من أجل تحقيق الأهداف الصحية، وتجويد مخرجات الإدارة الصحية، بما يتفق مع مستحدثات العصر، ومتطلباته".

عناصر هندسة العمليات الإدارية:

إن أسلوب مدخل إعادة الهندسة كغيره من الأساليب الإدارية المنتهجة، يتكون من مجموعة من العناصر الأساسية المشكلة له، منها:

1. أن يكون التغيير أساسياً، فالهندرة تطرح أسئلة لا تشمل فقط الطرق، والأساليب الإدارية المستخدمة، بل تتجاوزها إلى الأعمال نفسها، والفرضيات التي تقوم عليها تلك الأعمال (الحمادي، 124:2006).
2. أن يكون التغيير جذرياً، وله معنى، وقيمة، وليس تغييراً سطحياً، يتمثل في تحسين، وتطوير ما هو موجود (أي ترميم الوضع الحالي) (السكارنة، 150:2008).
3. أن تكون النتائج جوهرية، وضخمة، أي لا تقتصر على التحسين، والتطوير النسبي، والشكلي في الأداء، والذي غالباً ما يكون تدريجياً (تيشوري، 102:2006).
4. تركز الهندرة على تحليل، وإعادة بناء العمليات الإدارية، وليس على الهياكل التنظيمية، ومهام الإدارات أو المسئوليات، والوظيفة التي تتدرج ضمن أسلوب إعادة البناء الهيكلي (تيشوري، 102:2006).
5. الهندرة تعتمد على الاستثمار في تقنية المعلومات، وتوظيفها للتغيير الجذري الذي يخلق أسلوباً إبداعياً في طرق، وأساليب تنفيذ العمل.
6. تعتمد الهندرة على التغيير من خلال التفكير الاستقرائي، وليس الاستنتاجي، فالهندرة تعتمد على الاستقراء، وذلك من خلال البحث عن فرص التطوير، والتغيير قبل بروز مشكلات العمل التي تدعو للتغيير، والتطوير (السر، 95:2002).
7. تتجه عملية الهندرة من الأعلى للأدنى، علاوة على أن المديرين، يجب أن يكونوا مديرين وقادة، ويأخذوا على عاتقهم المسئولية، ويتصرفوا بدافعية وتحفيز (حنون، 64:2010).

شكل رقم (2): العناصر الأربعة حول إعادة الهندسة الإدارية



(المصدر: هامر وتشامبي، 1995)

وتعمل عناصر الهندرة السابق ذكرها جميعاً في منظومة واحدة يؤثر كل عنصر فيها، ويتأثر ببقية العناصر، فإعادة التفكير في أساسيات تشغيل، وإدارة مؤسسة ما سوف يقود قياداتها إلى اكتشاف الأساليب البيروقراطية الخاطئة، ومن ثم إعادة النظر في الأسس، التي تحدد أساليب العمل المتبعة، وما بها من ثغرات، وهذا يؤدي إلى تحديد العمليات الرئيسة التي تنبع من التفكير في أساسيات التشغيل، وكلاهما له علاقة وثيقة بإعادة التصميم الجذري للوضع القائم، لإحداث تغيير جذري يقود المؤسسة إلى نتائج تحسينات هائلة في معدلات الأداء (فهمي، 21:2010).

كما أن نتائج التحسين الهائلة في معدلات الأداء في مؤسسة ما لا يمكن أن تتحقق بالصورة المنشودة إلا في ظل إعادة التفكير في أساسيات التشغيل، والإدارة، التي تحدد أساليب العمل المتبعة، وما بها من ثغرات، إلى جانب تحديد العمليات الرئيسة، وإعادة التصميم الجذري للوضع القائم، بهدف إحداث التغيير الجذري المنشود (فهمي، 22:2010).

ويمكن النظر إلى عناصر مدخل إعادة الهندسة على أنها: تقوم على إعادة التفكير، والبناء التنظيمي، للمؤسسات من جذوره، وتعتمد على إعادة هيكلة، وتصميم العمليات الإدارية، بهدف تحقيق تطوير جوهري، وطموح في أداء هذه المؤسسات، حيث تهدف عناصر هذا المدخل إلى: سرعة الأداء، تخفيض التكلفة، تحسين جودة المنتج، التركيز على العمليات الإدارية، الاهتمام بالنتائج، التركيز على حاجة العميل، وتقوم بهيكلة العمل على أساس العملية ككل، وليس بصورة جزئية، حيث تتميز بطموحات فائقة.

مبادئ هندسة العمليات الإدارية:

إن الهندرة الإدارية ليست عملية عشوائية، بل هي أسلوب علمي منهجي مستند إلى مجموعة من المبادئ الأساسية التي تحدد الخطوط الأساسية لمسار عملية الهندرة، وتشكل حدود بداية تطبيق، أو تفعيل العملية وصولاً إلى الأهداف التي سوف تتحقق بفضل تطبيق هذا الأسلوب، ومن أجل نجاح مدخل إعادة الهندسة، قام مايكل هامر بتحديد سبعة مبادئ أساسية لأداء العمل تمثل متطلبات تحقيق التحسين الجذري، وقد ذكرها صبيح (2013 :128-127) نقلاً عن (Hammer &Champy, 1995) كما يلي:

1. التركيز على العمليات: حيث يتم تنفيذ العملية عن طريق مستخدمي مخرجاتها كلما أمكن ذلك.
2. التركيز على الأفراد: التعامل مع الإنسان كأصل أو مصدر قوة وليس كعنصر تكلفة يتعين تخفيضه.
3. التركيز على النتائج: تنظيم الأفراد العاملين أو فرق العمل حول النتائج، وليس المهام.
4. التطوير الذاتي (إدارة الموقف): ربط اتخاذ القرارات بمكان أداء العمل.
5. دمج الأنشطة المتشابهة.
6. الربط بين الأنشطة المتوازنة بدلاً من التكامل بين نتائجها: حيث يقوم كل فريق عمل بأداء نشاط ما، ثم تجميع مخرجات كل فرق العمل.
7. التركيز على تكوين قاعدة بيانات متكاملة: حيث يتم الحصول على البيانات من مصادرها الأولية، ولمرة واحدة بما يضمن سلامتها، وعدم الازدواجية فيها.

ومن أهم مبادئ هندسة العمليات الإدارية التي ذكرها مرسي (2003: 122) على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

1. التحديد الواضح لأهداف واستراتيجيات المنظمة، وإعادة التفكير في الوضع الحالي.
2. التركيز على العمليات، وليس الوظائف.
3. التنظيم على أساس النتائج، واليس المهام.
4. توفير النظم، والسياسات، والهياكل، وحشد البيانات، والمعلومات، والمبررات اللازمة لاتخاذ القرارات السليمة.
5. الاستخدام المناسب للأدوات الإدارية، للتأكد من دقة المعلومات، وما سيتم إنجازه.
6. شمولية خطة الهندرة للعناصر جميعها مهما صغر حجمها في إطار رؤية جديدة.

الأهداف الأساسية لتطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة):

تسعى إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) إلى تحقيق تحسينات جذرية في أساليب وطرق العمل بالمنظمات لتتناسب مع إيقاع ومتطلبات هذا العصر، عصر السرعة والثورة التكنولوجية، كما تسعى الهندرة إلى تحقيق الجودة والسرعة، وتخفيض التكلفة، وتحسين أداء العاملين ليقوموا بالأعمال الصحيحة والمفيدة، وبالطريقة الصحيحة التي يريدها ويتطلع إليها، وتأتي إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) لتحقيق الأهداف التالية (خليل، 2008: 14) (عبد القادر، 2008: 167):

1. تحقيق تغيير جذري في الأداء: ويتمثل ذلك في تغيير أسلوب وأدوات العمل والنتائج من خلال تمكين العاملين من تصميم العمل، والقيام به وفق احتياجات العملاء وأهدف المنظمة.
2. التركيز على العملاء: توجيه المنظمة إلى التركيز على العملاء من خلال تحديد احتياجاتهم، والعمل على تحقيق رغباتهم، بحيث تتم إعادة بناء العمليات لتحقيق هذا الغرض.
3. تحقيق السرعة: تمكين المنظمة من القيام بأعمالها بسرعة عالية من خلال توفير المعلومات المطلوبة لاتخاذ القرارات، وتسهيل عملية الحصول عليها.
4. تحقيق الجودة: تحسين جودة الخدمات والمنتجات التي تقدمها لتتناسب مع احتياجات ورغبات العملاء.
5. تخفيض التكلفة: من خلال إلغاء العمليات غير الضرورية، والتركيز على العمليات ذات القيمة المضافة.
6. التفوق على المنافسين: مساعدة المنظمة في التفوق على المنظمات المنافسة التي قد لا يصعب اللحاق بهم ولكن يصعب التفوق عليهم، فقد يتعذر تقليدهم أو تختفي الدافعية للتغيير؛ لذلك كان مهماً تحقيق ميزة تنافسية مثل ضغط التكاليف مع زيادة قيمة المنتج.

المنظمات التي تحتاج تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:

تتنوع المنظمات التي تحتاج تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية في الشكل والحجم والطبيعة والمشكلات ومدى النجاح ومدى التعثر، واستناداً لتلك هناك ثلاثة أنواع من المنظمات تحتاج لتطبيق (الهندرة)، وهي (مايكل هامر، 1995: 20):

1. المنظمات ذات الوضع المتدهور.
2. المنظمات التي في طريقها للتدهور.
3. المنظمات المتميزة والتي بلغت قمة التفوق والنجاح.

الخصائص والمرتكزات المميزة لإعادة هندسة العمليات الإدارية:

من خلال الاطلاع على الأدبيات التي كتبت في هذا الموضوع، والتي تشير إلى أن الهندرة تعبر عن تغيرات جوهرية وجذرية لم تمارس من قبل في المنظمة من حيث الخطوات والتنسيق، والمستويات الإدارية التي تنعكس على كيفية إنجاز العمل بطريقة ثورية، تهدف للخروج من الركود والروتين المقيد إلى زيادة الإنتاج، وتحقيق الربحية، والتخلص من الفشل والتراجع، والمحافظة على ديمومة التطور والتحسن المستمر. إذن ما هي الخصائص والمرتكزات التي تتميز بها إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" والتي تقوم عليها، والتي عند توافرها أو توفر بعضها يمكننا القول أنه قد تمت الهندرة، (هامر وشامبي، 1995: 33) (المالكي، 2003: 27) (رفاعي، 2006: 12).

1. **الدمج الوظيفي:** وهو دمج عدة وظائف منفصلة في وظيفة واحدة، والقضاء على التخصص الوظيفي، وتقسيم العمل مما يؤدي إلى سهولة توزيع أعباء العمل ومسئولياته، وتحسين مراقبة مستوى الأداء، والتخلص من الأخطاء الناتجة عن تعدد الإدارات الوظيفية وجهات الاختصاص في مجال العمل.
2. **الموظفون يتخذون القرارات:** بدلاً من لجوء الموظف في إحدى مراحل العمل إلى رؤسائه للحصول على قرار معين بشأن العمل، فإنه أصبح الأمر في يد الموظف لاتخاذ القرار المناسب بنفسه، فأصبح اتخاذ القرارات جزءاً من العمل يقوم به الموظفون أنفسهم بعد أن كان حكراً على المدراء فقط.
3. **تعدد خصائص العمليات:** نتيجة إلى عصر الأسواق المتنوع والمتغير، فإنه يستدعي تنويع مواصفات كل عملية لكي تتناسب مع الأسواق والحالات والمدخلات الإنتاجية المختلفة.
4. **تنفيذ خطوات العمليات حسب طبيعتها:** يتميز مفهوم الهندرة بالتخلي عن ترتيب الخطوات المتتالية للعمل، وإخضاع الترتيب لطبيعة العملية نفسها، مما يؤدي إلى سرعة إنجاز العمل وخفض الوقت المستغرق.
5. **إنجاز العمل في مكانه:** تعمل الهندرة على نقل العمل من خلال الوحدات التنظيمية، مما يؤدي إلى تحسين الأداء العام، وحصول الوحدات على احتياجاتها بسرعة أكبر وتكاليف أقل، من خلال اختصار الجهات والخطوات المتبعة في تأمين تلك الاحتياجات.
6. **خفض مستويات الرقابة والمراجعة:** تعمل الهندرة على اتباع أسلوب رقابة متوازن من خلال استبدال الخطوات الرقابية الصارمة بأساليب الرقابة الكلية أو المؤجلة، ويعني ذلك التجاوز عن الأخطاء البسيطة والمحدودة عن طريق تأجيل اتخاذ الإجراءات اللازمة في لحظة اكتشاف الأخطاء، أو النظر في الحالات العامة بدلاً من الحالات الفردية.

7. **تقليل الحاجة إلى مطابقة المعلومات:** يتم تقليص عدد جهات الاتصال الخارجية لكل عملية، وهذا التقليص يقلل من فرص اختلاف المعلومات والحاجة إلى المطابقة.

8. **مدير العملية يوفر جهة اتصالات موحدة:** يعمل مدير العملية كمنسق بين إجراءات العمليات المعقدة والعملاء، حيث يظهر أمام العميل كجهة مسئولة عن العملية بأكملها والتمتع بصلاحيات أكبر.

9. **الجمع بين المركزية واللامركزية:** تتمكن المنظمات التي تطبق الهندرة من الجمع بين ميزات المركزية واللامركزية في عملياتها، حيث تساعد تقنية المعلومات المتطورة على تمكين الإدارات من العمل بصورة مستقلة، وفي الوقت نفسه تمكن المنظمة ككل من الاستفادة من مزايا المركزية عن طريق ربط تلك الإدارات جميعاً بشبكة اتصالات موحدة.

الفوائد الأساسية من تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:

يحقق تطبيق أسلوب الهندرة الكثير من الفوائد، والتي تعود على المنظمات بكفاءة وفعالية عالية، وبشكل يحافظ على بقاء واستمرار المنظمات الإدارية في مواجهة التحديات الجديدة، ومن خلال التغيرات التي يحدثها تطبيق الأسلوب في بيئة العمل يمكن استخلاص العديد من الفوائد الإيجابية نلخصها كالتالي: (المالكي، 2003: 30؛ الحمادي، 2006: 150؛ هامر وشامبي، 1995: 42-50).

1. **دمج الوظائف المتخصصة في وظيفة واحدة:** تجميع الأعمال ذات التخصصات الواحدة والمتخصصة بتقديم خدمات وسلع معينة في مكان واحد، بشكل يؤدي إلى توفير الوقت المستغرق في تقديم الأعمال، وتوفير الوقت والتكاليف للجمهور، وتجنب الغموض في تقديم الأعمال، وتتحول هذه الوحدات إلى فرق العمليات.

2. **تتحول الوظائف من مهام بسيطة إلى أعمال مركبة:** التركيز يكون على فرق العمل المتخصصة لإنجاز المهام في الأماكن المحددة بسهولة ووضوح الإجراءات، فالمسئولية هنا تكون مشتركة بين الأعضاء وليست فردية، وبالتالي يؤدي إلى تعاون الأفراد، وتضافر الجهود وتنمية روح الجماعة.

3. **إحداث تغييرات ذهنية في أداء العاملين من حيث استقلالية الأفراد في أداء المهام:** حيث يتطلب موظفين قادرين على تأسيس القواعد والتعليمات بأنفسهم؛ أي قادرين على الإبداع والمبادرة، بحيث أن الإدارة تكلف فرق العمل بمسئولية تنفيذ عملية كاملة، وتفوض الصلاحيات اللازمة لاتخاذ القرارات التي يحتاجون إليها لتنفيذ ذلك العمل.

4. **التشجيع على التعليم:** حيث يساعد التعليم على إيجاد الموظفين القادرين على اكتشاف متطلبات العمل بأنفسهم؛ وترسيخها في أذهان العاملين، والعمل على زيادة قدرتهم على خلق مجالات العمل المناسبة لهم، والاستعداد المستمر لتنفيذها وفقاً لمتطلبات العمل، بدلاً من التدريب في المنظمات التقليدية التي تركز على تدريب الموظفين للقيام بوظائف معينة.
5. **تحول التركيز في معايير الأداء والمكافآت من الأنشطة إلى النتائج:** تقييم أداء العاملين ومكافآتهم يكون بناءً على أساس النتائج النهائية، وبشكل جماعي لا على أساس الوقت الذي يقضيه الموظف في العمل؛ أي يتم التعويض على أساس أدائهم للأنشطة دون التركيز على النتائج.
6. **التحول في القيم الثقافة التنظيمية السائدة في المنظمة:** حيث تعمل الهندرة على إحداث تغيير في ثقافة المنظمة، وذلك من خلال الترسيخ في أذهان الأفراد العاملين بأن أهم ما في التنظيم هو تقديم خدمات ذات جودة عالية للعملاء، وليس الرؤساء حيث أنه يتم إدخال مفاهيم وأفكار واتجاهات جديدة تؤدي كلها إلى التركيز على نوعية الخدمة ورضا الجمهور بالدرجة الأولى.
7. **التحول في معايير الترقية من الأداء إلى المقدرة والتمييز:** حيث تكون الترقية في الهندرة بناءً على قدرات الموظف وتميزه وليس على أدائه، حيث إن الترقيات تعتبر تغيراً في الوضع الوظيفي وليس مكافأة.
8. **تحول التنظيم من هرمي إلى أفقي:** تعمل الهندرة على إلغاء المستويات الإدارية الهرمية والاستعانة بالتنظيم المنبسط، الذي يعمل على بقاء البناء التنظيمي ثابتاً وأفقياً، لأن فرق العمل تمارس أعمالها بحرية واستقلالية كاملة.
9. **تحول المسئولين من مراقبين إلى قياديين:** حيث إن الأفراد التنفيذيين يقومون بالعمل كقياديين، وهدفهم الأول هو التركيز على كيفية تصميم العمل وإنجازه.
10. **تحول المديرين من مشرفين إلى موجهين:** عندما يتم تكوين فرق العمل فإنها تمارس صلاحيات مستقلة، وهذه الاستقلالية تعطي للعاملين درجة كبيرة من المرونة والبساطة بدلاً من التعقيد، ومن خلال هذا فإن المدراء المشرفين يتحولون إلى أفراد يعملون على مساعدة العاملين، وتحسس المشكلات التنظيمية، والعمل على وضع حلول لها.

القائمون على تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية:

الأفراد هم الذين يقومون بتطبيق الهندرة، لذا لا بد من تحديد هؤلاء الأفراد والمسئولين الذين يقومون بعملية الهندرة، فاختيار وتنظيم المختصين بتطبيق الهندرة هو الأساس لنجاح الجهود والأهداف المرتبطة بهذه العملية، ويمكن تحديد الجهات التي تتولى عملية الهندرة مجتمعة أو منفردة كالتالي: (اللوزي، 2002: 114-115).

1. **قائد العملية:** وهو أحد المسئولين الذين يتولون قيادة فريق إعادة هندسة الأعمال والمعنيين بها وهو يتبنى فكرة إعادة الهندسة، يقوم بدعم المدير المسئول (صاحب العملية)، وفريق إعادة الهندسة يختار المستشارين الخارجيين الذين تستعين بهم المنظمة في إعادة الهندسة، ويراقب تطبيق إعادة هندسة الأعمال ويقيم النتائج الحقيقية.
2. **صاحب العملية:** وهو المدير المسئول عن تطبيق إعادة هندسة الأعمال في مجال معين أو عمليات معينة، ويكون على اتصال مباشر بقائد إعادة هندسة الأعمال، وينسق معه، ويتلقى منه التشجيع والدعم اللازم، ويشكل فريق إعادة هندسة الأعمال، ويمتلك ويمارس الصلاحيات التي تمكنه من توفير الموارد اللازمة التي يحتاج إليها الفريق.
3. **فريق إعادة هندسة الأعمال:** هو مجموعة من الأفراد المتخصصين الذين سيقومون بعملية إعادة هندسة الأعمال من تشخيص وتصميم وتنفيذ، وعادةً ما يتكون الفريق من عاملين داخل المنظمة وعاملين خارجها، ويتكون الفريق من أربعة إلى ستة أفراد. يتم اختيار أعضاء الفريق حسب الشروط والصفات التالية: الخبرة العملية في مجال العملية المراد هندستها، مهارات التفاعل الإيجابي، مهارات الاتصال، روح العمل الجماعي، النظرة الشمولية، الإبداع، التفاؤل، الحماس، الإصرار واللباقة، وقد يحتاج الأمر إلى أكثر من فريق عندما تكون هناك أكثر من عملية لإعادة هندسة الأعمال.
4. **اللجنة الموجهة:** وهي لجنة مكونة من كبار المدراء في المنظمة، ويقوم هؤلاء المدراء بوضع وتطوير استراتيجية إعادة الهندسة، تحديد الأهداف المطلوبة، مراقبة تنفيذ أنشطة إعادة الهندسة، تقييم النتائج المحصلة.
5. **منسق عمليات إعادة الهندسة:** يسمى أحياناً بالقيصر، وهو الشخص الذي ينسق بين عمليات إعادة الهندسة، يبحث عن الموارد المطلوبة لهذه العمليات ومستلزمات كل منها، ويبحث باستمرار في تطوير أساليب إعادة الهندسة لزيادة كفاءتها وفاعليتها.

العمليات التي يتم إعادة هندستها:

العمليات محور الهندرة، وفيصل التغيير الجذري في مجال إعادة هندسة العمليات الإدارية، وهذا ما يميز الهندرة عن غيرها من وسائل التطوير الإدارية التقليدية، التي تنصب الجهود فيها على التقسيمات الإدارية القائمة على الأنشطة والمهام المتشابهة، وما يتفرع عنها من إدارات وأقسام ووحدات، بغض النظر عن العملية كوحدة مترابطة (السلطان، 2009: 1).

ولقد قام كل من Willcocks and smith (1995: 281) بتقسيم عمليات المنظمة إلى أربعة أنواع كما يلي:

1. **عمليات جوهرية core processes**: وهي تلك العمليات التي ترتبط بشكل مباشر بتقديم المنتج أو الخدمة للعميل، ولذلك يطلق عليها عمليات ذات قيمة مضافة.
2. **عمليات مساعدة support processes**: وهي عمليات مساعدة ومدعمة للعمليات الجوهرية، وهذه العمليات لا تخلق قيمة مضافة للعميل ولكنها تساعد في خلق القيمة المضافة، ومن أمثلة هذه العمليات الإجراءات المكتبية المصاحبة لتصنيع المنتج أو تقديم الخدمة، وكذلك عمليات الصيانة والتطوير.
3. **عمليات إدارية management processes**: وهي عمليات التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة التي تمارس من قبل المستويات الإدارية المختلفة داخل المنظمة.
4. **عمليات تتم بين المنظمات business network processes**: وهي العمليات التي تتم بين المنظمة وبين الأطراف الخارجية، مثل عملية الشراء من الموردين.

ويستخدم مدخل إعادة الهندسة لإعادة تصميم العمليات السابقة بالشكل الذي يعظم القيمة المقدمة للعميل.

معايير اختيار العمليات لإعادة هندستها:

بعد الانتهاء من تحديد وإعداد خرائط العمليات، يتجه التفكير بعد ذلك إلى اختيار العمليات التي تتطلب إعادة هندستها وأولوية كل منها، حيث يمكن لأي منظمة القيام بالهندرة لعملياتها الأساسية في وقت واحد، ومن الناحية العامة، فإن المنظمات تستخدم ثلاثة معايير لتحديد العمليات التي تتطلب إعادة الهندسة هذه المعايير، هي (السلطان، 2009: 1) (الصوص، 2011):

1. **الخلل الوظيفي:** ما هي العمليات التي تواجه أعلى درجة من الخلل الوظيفي؟
2. **الأهمية:** ما هي العمليات التي تحظى بأعلى درجة من التأثير على العملاء؟
3. **الجدوى:** ما هي العمليات التي تحظى بأعلى درجة من جدوى إعادة التصميم؟

أوجه التشابه والاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات:

حدد خليل (2008: 4) أوجه التشابه والاختلاف بين إعادة هندسة العمليات الإدارية وإدارة الجودة الشاملة، وكان التحديد كالتالي:

أوجه التشابه:

- كل منها يركز على العمليات.
- كل منها يتطلب تغييراً تنظيمياً، وتغييراً في سلوك الموظفين.
- كل منها يتطلب الاستثمار في الوقت من خلال النظرة المستقبلية.
- كل منها يتطلب قياس الأداء بمقاييس موضوعية.

أوجه الاختلاف:

- إدارة الجودة الشاملة تعني التغيير التدريجي وتحسين ما هو قائم، أما الهندرة فهي تغيير جذري من خلال البدء من الصفر.
- إدارة الجودة الشاملة لا حاجة إلى الرقابة الإدارية الدائمة والمستمرة، بينما في الهندرة يتطلب تطبيق المتابعة والرقابة الإدارية اليومية.

التغييرات المؤثرة على عالم الأعمال اليوم:

يمكن حصر بعض المتغيرات التي تؤثر في عالمنا اليوم كما يلي (الزفتاوي، 1995):

1. التحولات التكنولوجية في المعلومات المتاحة التي تقضي عملياً على المعلومات القائمة أو غير المؤكدة.
2. المنافسة العالمية أصبحت أكثر من ذي قبل في حدتها وانتشارها، وأصبح المنافسون يأتون من خارج دوائر الأعمال التقليدية.
3. هوامش الربح أصبحت أضيق مع إحداث تأثيرات قاسية على هياكل التكلفة.
4. أصبح العملاء أقل ولاءً إضافة إلى أنهم أكثر تطوراً في طلباتهم.
5. أصبحنا جميعاً نتنافس في نظام اقتصادي عالمي.
6. إن المزايا التنافسية في المنتجات والتكنولوجيا أصبحت لا تعمر طويلاً.

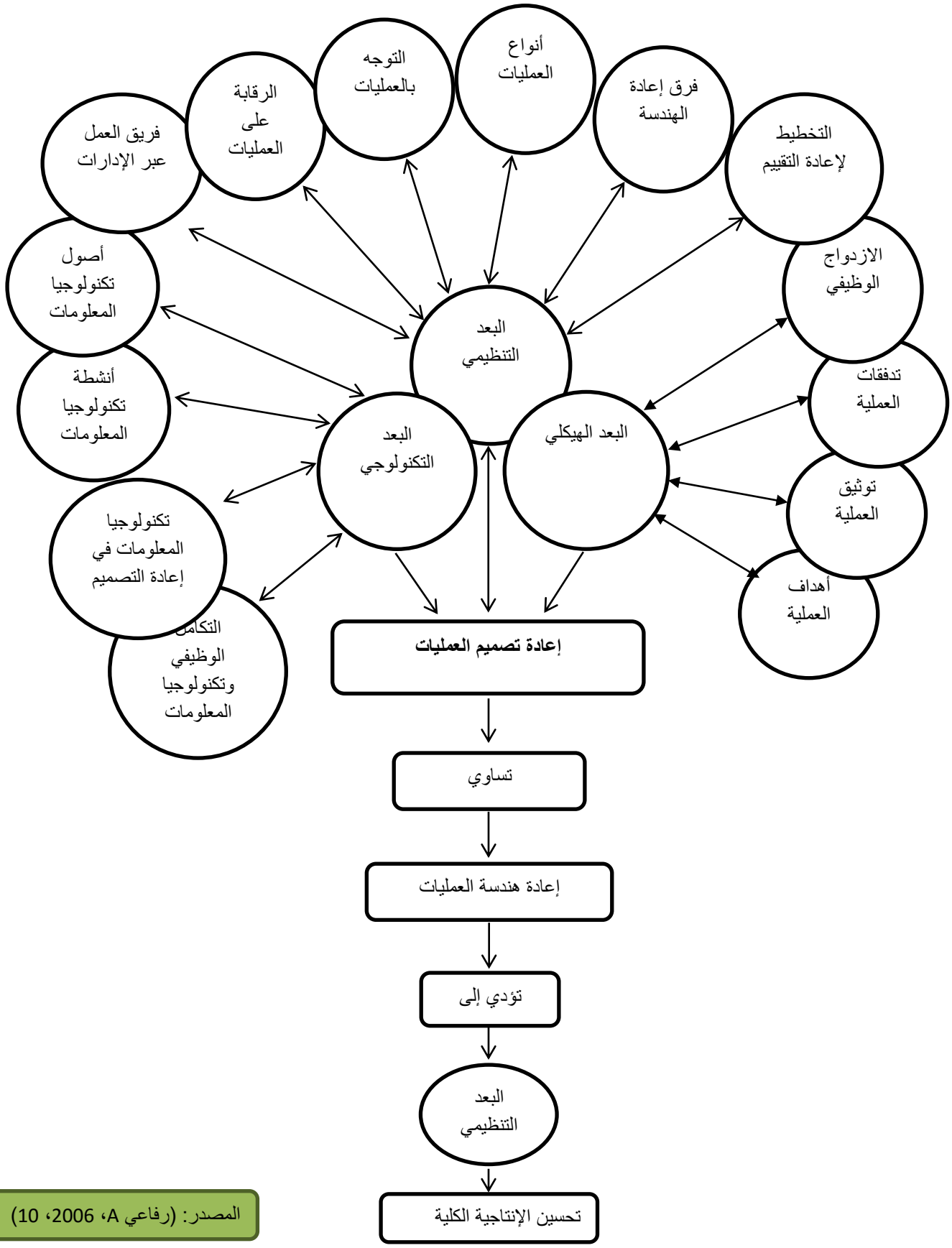
الفرق بين إعادة هندسة العمليات وإعادة هندسة الأعمال:

اتفق العديد من الكتاب على التفرقة بين المصطلحين مثل: (talwar, 1993) و(Drew, 1994)، حيث يرى Drew أن إعادة هندسة الأعمال business reengineering أكثر اتساعاً في المجال والغرض، وذلك من إعادة هندسة العمليات process reengineering.

كما يقسم TALWAR إعادة الهندسة إلى قسمين هما:

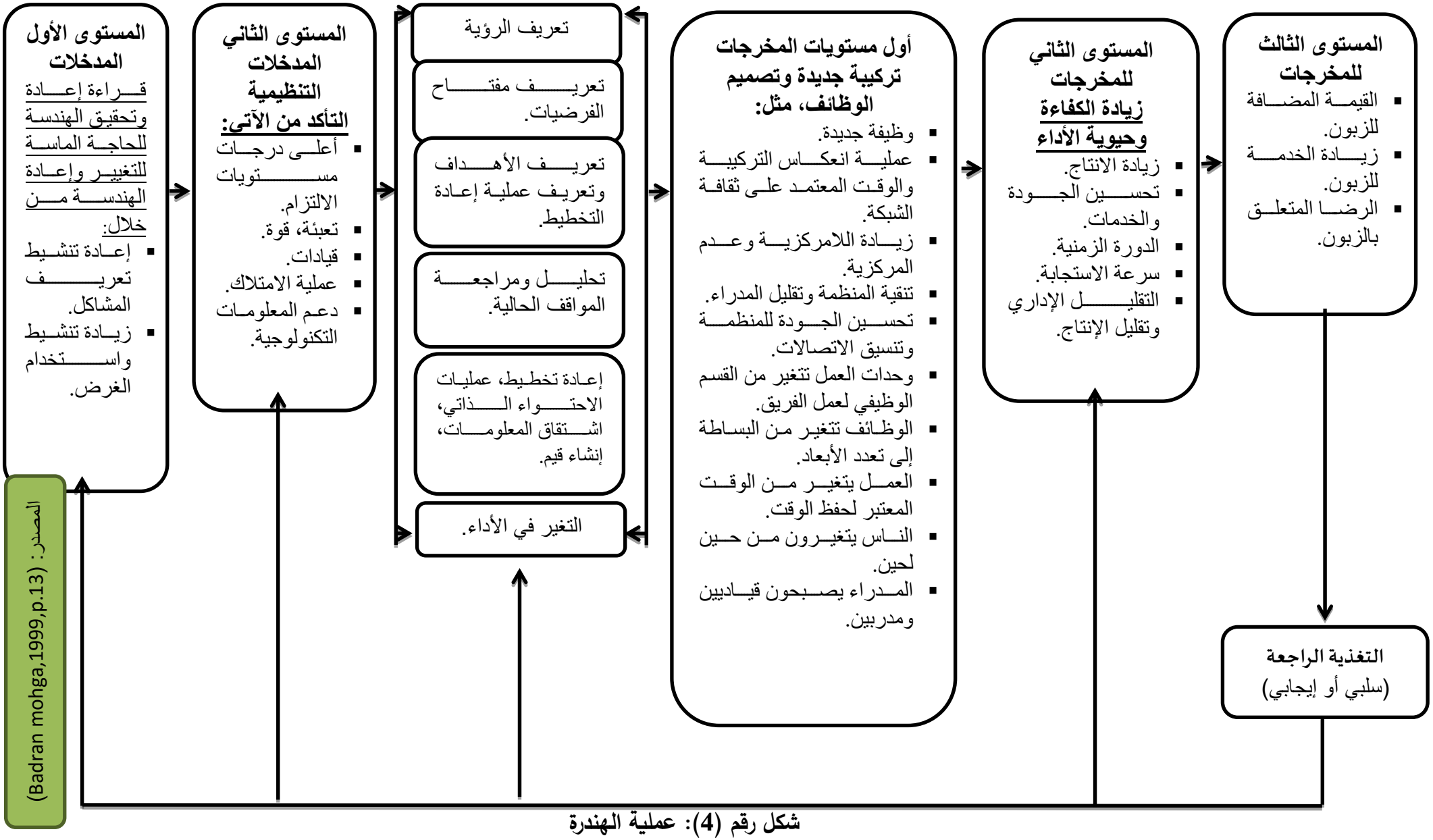
1. إعادة هندسة العمليات، حيث يعتبر أكثر التقسيمات شيوعاً، وفيها يتم التأكيد على العمليات الجوهرية التي يتم تحليلها، وإعادة التفكير الجذري، وإعادة تصميم عملية التنفيذ الخاصة بها.
2. إعادة هندسة الأعمال، حيث يشتق هذا المدخل من الاستراتيجية العامة للمنظمة، كما أنه يبنى على افتراض أساسي، هو أن نجاح المنافسة في المستقبل سوف يبنى على العلاقة القوية بين الاستراتيجية، والكفاءة، والعمليات الجوهرية، والبناء التنظيمي (المرجع السابق).

ويوضح الشكل رقم (3) عناصر برنامج إعادة هندسة الأعمال.



المصدر: (رفاعي A، 2006، 10)

شكل رقم (3): عناصر برنامج إعادة هندسة الأعمال والمفاهيم المرتبطة الأخرى



شكل رقم (4): عملية الهندرة

إعادة تصميم العمليات نقطة الارتكاز الأساسية في إعادة البناء:

تكرر القول بأن إعادة تصميم العملية (process redesign) هو محور إعادة البناء، وأنه ليست هناك وسيلة نمطية لإعادة البناء والأمر نفسه ينطبق على إعادة التصميم، وهي عملية مقعدة، وليس لها نمط واحد، ولكن يمكن وضع إطار عام لهذه العملية مع ترك تفصيلات الأداء وجوانبها الفنية لكل حالة على حدة (الحناوي والسيد، 2005: 235):

1. من غير المتوقع أن يكون المدير خبيراً في عملية إعادة التصميم.
2. الخارجيون والخبراء لهم دور مهم في هذه العملية.
3. لا بد من التخلي عن مواقف متخذة سلفاً.
4. لا بد من النظر إلى الأشياء (العمليات) بعيون المواطن.
5. أفضل تصميم هو الذي يتم عن طريق "فرص العمل".
6. لا نحتاج إلى معرفة كل شيء عن العملية الحالية.
7. التوصل إلى "أفكار جديدة متميزة" ليس بالأمر المستحيل.
8. "إعادة التصميم" يمكن أن يوفر المتعة للقائم بها.

الأخطاء الشائعة والمتوقعة:

يمكن تشبيه إعادة البناء بمباراة شطرنج، حيث النجاح فيها والفوز يتوقف على القدرة والمعرفة وليس على اعتبارات الصدفة أو الحظ، ويمكن عن طريق تلافي الأخطاء الشائعة في إعادة الهندسة تحقيق النجاح المنشود (الحناوي والسيد، 2005: 236).

هذه الأخطاء الشائعة في عمليات الهندرة تؤدي إلى الفشل الحتمي، لماذا؟ لأن الهندرة عملية صعبة ومخيفة دون شك، لذا فهي لا تحتاج إلى تردد ولا تقبل أنصاف الحلول، ومن أبرز هذه الأخطاء (ماهر، شامبي، 1995):

1. محاولة إصلاح العمليات بدلاً من تغييرها تماماً.
2. التركيز على العمليات الإدارية وإعادة تصميمها فقط.
3. تجاهل قيم الناس وثقافة المنظمة.
4. القبول بالنتائج الطفيفة والتحسينات السخيفة.
5. التراجع من منتصف الطريق.

6. وضع العراقيل أمام الهندرة والتركيز على المظهر لا الجوهر.
7. السماح للسلوكيات الإدارية السائدة أن تمنع الهندرة من الانطلاق.
8. محاولة إجراء عملية الهندرة من الأسفل إلى الأعلى.
9. تعيين شخص لا يفهم ما هي الهندرة لقيادة المعركة.
10. دفن الهندرة في كومة من جداول الأعمال والأولويات.
11. عدم تخصيص أية موارد لإجراء العملية.
12. إجراء عملية الهندرة والمدير العام على وشك التقاعد.
13. التركيز على التصميم وإهمال الهدف.
14. مجاملة الإدارات المختلفة حتى لا يغضب أحد.
15. الرضوخ للضغوط ومقاومة التغيير.

قوانين عملية الهندرة: (Burde, 2004)

1. ضبط الأهداف ليثبت التركيز.
2. كتابة تعليمات كيفية التحول في عملية الهندرة.
3. كتابة الدليل في ميزانية عملية الهندرة تساعد في عمليات المؤسسات.
4. ميزانية أساسية لعملية الهندرة كخطوة أولى، وذلك بضمانة مالية تدعم وتقوي ذلك الدعم.
5. كتابة دليل في تقرير الأعمال تساعد في عملية الهندرة وتساعد أيضاً في مواكبة التغيير في ثقافة المنظمة.
6. التغذية الواضحة والمتناسقة، وهي التي تحتاج إلى معلومات ونتائج الجهود الذاتية المتغيرة.

أسباب عملية الهندرة: (Elmuti and kathawala, 2002: 32-33)

1. مجموعة من الأسباب لتنفيذ عملية الهندرة لوحظت باستجابات العاملين والشركات لهذا التقرير.
2. حوالي 31% من ردود الأفعال لـ (23 منظمة) تقرر أن أحد أسباب تنفيذ عملية الهندرة هو ضغط المنافسات الاقتصادية المهمة، وأن الممارسات التجارية السالبة بدأت بالتزايد بشكل غير ملائم.

3. 22% من ردود الأفعال أحبطت بواسطة قدرة TQM في تحويل الشركات لتصبح منافسة، في الوقت نفسه حوالي 20% من ردود الأفعال تشير إلى أن أحد أسباب عملية الهندرة هو أنه يجب التفكير للدفاع عن المؤسسة.

4. كما أن العديد من العاملين يصدقون ويؤمنون بالهندرة في مساعدتها لهم في تقليل التكلفة وإنتاجية الموظفين، الكفاءة، الاستجابة لحاجات ورغبات العملاء، زيادة المبيعات والربح.

منهجية ومراحل عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية:

قدم الباحثون والمهتمون بأسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية العديد من المناهج العملية الشاملة، والتي تتضمن مجموعة من المراحل والخطوات التطبيقية التي يجب أن تتبع لتطبيق مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية، وحدد كل من ماهر والسلطان أربع مراحل أساسية لتطبيق منهج إعادة هندسة العمليات الإدارية، وكل مرحلة من المراحل تنقسم إلى مجموعة من المهام الفرعية والتفصيلية (ماهر، 2007: 552-555) (السلطان، 2002: 106):

1. **التصور والتحضير**: وتعني تعبئة المنظمة والعاملين لما سيبذل من مجهود ودراسة، وتبدأ بتدخل من المستشارين أو فريق الدراسة، وتنتهي بقيام الإدارة العليا بتكلفيهم بالدراسة، وهي تحتوي على المهام التالية:
   - الشعور بالمشكلة.
   - موافقة الإدارة.
   - تدريب فريق العمل.
   - إعداد الجدول الزمني (خطة العمل).
2. **دراسة العملاء والعمليات (التشخيص)**: يتم في هذه المرحلة تحديد وتشخيص العملاء والعمليات المراد إعادة هندستها، بوصفها المرتكز الرئيس للمشروع، وتحتوي هذه المرحلة على المهام التالية:
   - دراسة عملاء المنظمة.
   - دراسة العمليات.
   - تحليل الأنشطة التابعة للعمليات.
   - دراسة العاملين والأدوات والمعلومات.

- دراسة العوامل المؤثرة.
- تحديد التنظيم المناسب.

3. **إعادة التنظيم (التصميم):** تهتم هذه المرحلة بالتوصل إلى تصور عن التصميم المثالي للعمليات والمهام، بحيث يتسم هذا التصميم الجديد بأنه مفاجئ، وجذري، ومؤدٍ إلى نتائج إيجابية للغاية، وتحتوي هذه المرحلة على المهام التالية:
   - تحليل وفهم العمليات.
   - تحليل وفهم التدفق.
   - تحديد أنشطة القيمة المضافة.
   - المقارنة بمنظمات أخرى.
   - تحديد مشاكل العمليات.
   - تحديد بدائل التحسين (تحديد البدائل).
   - إعادة التصميم الفني والاجتماعي.
4. **التحول والتطبيق:** وهي المرحلة الأخيرة التي تعنى بتنفيذ وتطبيق التصميم الذي تم التوصل إليه، وينقسم إلى المهام التالية:
   - وضع الهندرة في شكل صور.
   - تصميم النماذج.
   - تصميم الأدوات والتكنولوجيا.
   - وضع النظام على برامج.
   - تدريب وتحفيز العاملين.
   - تجريب النظام (التطبيق).
   - التعديل النهائي للنظام.

في ضوء عرض المنهج السابق لتطبيق مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية يتضح أنه يتفق في المضمون على العناصر التالية:

1. **الرؤية والتصور:** تحديد رؤية العمل بشكل عام، وتقييم الوضع الحال من قبل قائد فريق إعادة الهندسة.
2. **الإعداد والتحضير:** رسم خطة زمنية لخطوات العمل وأهدافها، والعوائق والصعوبات التي يمكن أن تواجه التطبيق، وتقديم الحلول.
3. **التحليل والتشخيص الشامل:** توصيف شامل للعمليات التي تقوم بها المنظمة وتوثيقها في نماذج مخصصة للدراسة، من خلال مسح واسع النطاق، وجمع معلومات للتوصل إلى مواطن الخلل والقصور، وكيفية التعامل معها.
4. **إعادة التصميم أو البناء:** تصميم العمليات بشكل جديد وطرح البدائل المختلفة.
5. **التطبيق والتحول:** يعتمد ذلك على التوافق بين العنصر البشري، والعنصر التقني، وخطوات العمل، بالإضافة إلى ضرورة المتابعة والمراجعة المستمرة عند بداية تنفيذ التغيير الجذري، وقياس نتائجه مقارنة بمرحلة ما قبل وما بعد التحول إلى الاتجاه الجديد.

العوامل الحاسمة والمؤدية لنجاح إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة):

يحتاج تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية إلى توفر مجموعة من المتطلبات الأساسية، والتي يمكن تسميتها بالعوامل الحاسمة للنجاح، ومن تلك المتطلبات (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13):

1- الاستراتيجية:

أوضحت العديد من الأدبيات أهمية إضفاء الطابع الاستراتيجي عند قيادة عملية إعادة الهندسة، فبرنامج إعادة الهندسة يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالرؤية والأهداف الاستراتيجية للمنظمة، (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13).

وقد عزا Chan and Chung نسبة الإخفاق العالية في برامج إعادة هندسة العمليات إلى فشل العديد من المنظمات في دمج برنامج إعادة الهندسة في رؤيتهم وأهدافهم الاستراتيجية، (Chung and Chan 1997 ،211-223).

2- التزام وقناعة الإدارة العليا:

يتوقف نجاح إعادة هندسة العمليات على مدى التزام وقناعة الإدارة العليا في المنظمة بضرورة الحاجة لتبني برنامج الإعادة الهندسية، من أجل تحسين الوضع التنافسي للمنظمة، هذه القناعة يمكن أن تتجلى في صورة تخصيص الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج، حيث أظهرت العديد من الدارسات أهمية التزام وقناعة الإدارة العليا ببرنامج إعادة الهندسة، (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13).

3- تمكين العاملين:

لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهل أهمية التمكين، وإدارة الموارد البشرية في نجاح تطبيق إعادة الهندسة، فقد أظهرت العديد من الدراسات أهمية العنصر الإنساني كعنصر أساس وحاسم لنجاح تنفيذ إعادة الهندسة، ووفقاً لفلسفة إعادة الهندسة يتم تحويل العاملين في المستويات الإدارية الدنيا لاتخاذ قرارات ذات العلاقة بعملهم، وهذا بطبيعة الأمر يعني التخلي عن النمط البيروقراطي السائد، والهدف من تمكين العاملين رفع مستوى الرضا الوظيفي، وتطوير العاملين ليصبحوا ذوي مهارات متعددة "Multi-Skilled"، (العتيبي والحمالي، 200: 11-13).

وتشير نتائج البحوث إلى أهمية فكرة تمكين العاملين في دعم كفاءة وفاعلية الأداء والإنتاجية في منظمات الأعمال في القطاعين العام والخاص، فقد وجد، هناك علاقة موجبة قوية بين التمكين لبناء الثقة بنفوس العاملين في المنظمات وبين الرضا الوظيفي، وجودة القرارات، والانتماء للمنظمة، ووضوح دور المسئولية الوظيفية، ووضوح دور الأداء الإنتاجي، وتصميم الوظائف، ووسائل الرقابة، والعلاقات بين الوحدات الإدارية، والإبداع، كما وجد أن هناك علاقة وثيقة موجبة بين بناء الثقة وبين مستوى الاتصال في المنظمة، ووجد أن تدني فاعلية المنظمة له علاقة بضعف التمكين الذي ولّد ضعف الثقة بين العاملين والإدارة (الشقاوي، 2002: 7).

4- الاتصال:

يعتبر الاتصال أحد العناصر الأساسية المساعدة لتنفيذ إعادة الهندسة وتبني التغييرات المصاحبة له، وتحتاج المنظمة لعملية الاتصال خلال تنفيذ المراحل المختلفة لعملية إعادة الهندسة، ولمختلف المستويات الإدارية، وتشكل قناعة الموظفين في المراحل الأولية لتنفيذ إعادة الهندسة أساساً لتقبل الموظفين للتغيرات المترتبة على عملية التنفيذ، ويعتمد ذلك بصورة جوهرية على قدرة الإدارة في تبني قنوات الاتصال الفعال والمستمر مع أصحاب المصالح داخل المنظمة. وفقاً homa 1995 تعتبر عملية الاتصال ضرورية لتحقيق الاستقرار التنظيمي عند الشروع في تطبيق إعادة الهندسة (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13).

5- الاستعداد للتغيير:

يعتبر الاستعداد للتغيير أحد التحديات الأساسية التي تواجهها منظمات القطاع العام عند تطبيق إعادة الهندسة، وينظر لعملية الاستعداد لتقبل وتبني التغيير كعنصر حاسم لنجاح تطبيق إعادة الهندسة، ويتضمن الاستعداد للتغيير الرغبة في عدم البقاء على الوضع الحالي، وإدخال تغييرات في القيم والممارسات والبناء التنظيمي، حيث يتطلب تطبيق إعادة الهندسة تغيير الثقافة التنظيمية القديمة التي يتم بموجبها العمل الحالي في المنظمة، إلى ثقافة جديدة ترتكز على المقومات الأساسية التي تتطلبها عملية التطبيق، وثقافة المنظمة تشتمل على مجموعة من المبادئ والقيم، والمفاهيم والمعتقدات السائدة لدى الأفراد داخل المنظمة، وبالتالي، تقوم الثقافة بدور أساس في التأثير على قدرة المنظمة على التكيف مع التغيير، وأكد كل من hammer and Stanton 1995 على أهمية ثقافة المنظمة كعنصر رئيس في نجاح تطبيق إعادة الهندسة، (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13).

6- تكنولوجيا المعلومات:

لقد أدت التطورات الحاصلة والمتسارعة في بيئات المنظمات إلى ازدياد تبني تكنولوجيا المعلومات بوصفها وسيلة استراتيجية وحاسمة في بقاء المنظمات المعاصرة واستمرارها، كما أن ازدياد حجم المعلومات المتدفقة قاد إلى ضرورة تبني تكنولوجيا مناسبة، إذ أنه خلال السنوات الثلاثين الأخيرة، فإن الجنس البشري قد أنتج كمية من المعلومات تزيد عن كمية المعلومات التي أنتجها في الخمسة آلاف سنة الماضية، كما أن 43% من المدراء في العالم مقتنعون بأن القرارات المهمة تتأخر بسبب الحاجة إلى المزيد من المعلومات (القميصي، 2009: 5).

ويعتبر استخدام تكنولوجيا المعلومات كأداة لبناء عمليات جديدة بدلاً من الاعتماد على العمليات القائمة على النظام القديم لتكنولوجيا المعلومات الموضوع الغالب على أدبيات إعادة الهندسة، وقد ركز hammer 1990 على أهمية الحاجة لاستخدام تكنولوجيا المعلومات الحديثة لدعم تنفيذ عملية إعادة الهندسة، وفقاً لهؤلاء الباحثين يمكن تحقيق ذلك من خلال استخدام نموذج سجل العمال، حيث تقوم المنظمة بإلغاء العمليات القديمة وتبدأ من الصفر، وذلك ببناء أفضل نموذج مثالي للعمليات (العتيبي والحمالي، 2004: 11-13).

ويكمن إبراز دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في أنها تساعد إعادة هندسة العمليات الإدارية من خلال الجوانب الآتية: (النجار، 2005: 181) (Berman 1994 :18 S.,).

- الاعتماد على الإنترنت، والبريد الإلكتروني، والمصادر المتعددة للمعلومات، والتحديث المستمر للمعلومات عن طريق البريد الإلكتروني، ولوحات الإعلانات الإلكترونية وحلقات المناقشة.
- التحول من قاعدة البيانات ونظام المعلومات الإدارية إلى شبكة المعلومات التي تساعد العديد على أداء العمل، مثال ذلك إدارة سلاسل التوريد (Supply Chain Management).
- الاستفادة من شبكة الاتصالات السلكية واللاسلكية حتى يمكن الاستفادة من المركزية واللامركزية في نفس الوقت.
- التحول من مركزية القرارات إلى شبكات القرارات، حيث يصبح كل فرد مسئولاً عن اتخاذ القرار.
- إرسال التقارير الفورية Online دون التواجد بالمكاتب من خلال الحاسوب المحمول.
- التحول من الاتصالات الشخصية بالعملاء، إلى الاتصالات الموضوعية الفعالة.
- التحول من مرجعية الخطط دورياً إلى مراجعة الخطط تلقائياً.
- استخدام برامج المساعدة الآلية المرتبطة بنظم المعلومات الصوتية عن طريق الحاسوب لمساعدة الزبائن في الحصول على خدمات.
- المساعدة في القيام بأعمال جديدة لم تكن متوافرة من قبل، مثال: المؤتمرات عن بعد.
- المساعدة في تصور حلول جديدة لمشكلات من المتوقع حدوثها.
- الحصول على دورات تدريبية عامة من مؤسسات ومعاهد التدريب الخارجي، ووضع نظام الاختبارات في برامج التدريب كافة لتقييم فاعلية التدريب وقدرات العاملين.

المعوقات والقيود المؤدية لفشل عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية:

إن إعادة هندسة العمليات الإدارية مفهوم ومنهج إداري حديث، يعترضه مجموعة من المعيقات والقيود، والتي تحد من فاعليته، وتؤدي إلى فشل عملية إعادة الهندسة، ويمكن إجمالي

القيود والمعيقات المؤدية للفشل الحتمي لعملية تطبيق برنامج إعادة هندسة العمليات الإدارية، كما أوضحها كل من (جاد الرب، 2009: 90-92) (رفاعي، 2006: 26).

- الأخذ في الاعتبار تأثير وتأثر إعادة هندسة العمليات الإدارية بنظم المعلومات فقط، وإهمال أثرها على باقي النظم داخل المنظمة.
- قصور النظرة المستقبلية للإدارة العليا بالمنظمات، وعدم التزامها الكامل بتطبيق مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية.
- إهمال القيم الثقافية السائدة في المنظمة، مما يؤدي إلى مقاومة الموظفين لعملية التغيير المراد بها.
- إغفال المدراء تقديم الدعم الكافي، واللازم، والدائم، والصورة الواضحة عن هندسة العمليات الإدارية وماذا تفعل.
- عدم وضوح المفاهيم، والمتمثلة في عدم معرفة الفرق بين كلٍ من إعادة الهندسة وإعادة التصميم من جانب، وإعادة التنظيم وإعادة الابتكار وغيرها من المصطلحات المشابهة من جانب آخر.
- قصور تحديد الغرض الرئيس، ويعني وضع هدف غير واقعي، لا يمكن تحقيقه من خلال إعادة الهندسة، أو وضع هدف أداء غير صحيح، أو غير لازم لحل المشكلة التي تتعرض لها المنظمة.
- إهمال عملية التدريب وتنمية الموارد البشرية في المنظمة من قبل الإدارة العليا قبل البدء بعملية الهندرة.
- غياب الصورة الواضحة والكاملة لمفهوم تطبيق إعادة الهندسة عند الموظفين، الأمر الذي يترتب عليه الخوف والرعب، ونقص الأمان، مما يؤثر سلباً على سلوك العاملين في المنظمة.
- الاستعجال في عملية التطبيق لمشروع الهندرة دون توافر المقومات الأساسية للبنية التحتية الملائمة من موارد مادية ومعنوية ومعلومات كافية وغيرها.
- استغراق وقت أكثر من اللازم لعملية الدراسة والتحليل لمشروع إعادة هندسة العمليات الإدارية.
- القصور الواضح في نظام الدفع، والمكافآت، والتعويضات، الأمر الذي يؤثر سلباً على سلوك العاملين في المنظمة.
- عدم التشخيص السليم لمعوقات، ومشكلات الوضع الراهن للمنظمة المطلوب إعادة هندسة العمليات فيها.

المبحث الثاني

الخدمات الصحية وجودتها في فلسطين

المبحث الثاني
الخدمات الصحية وجودتها في فلسطين

أولاً: الاتجاهات السكانية والقطاع الصحي في فلسطين:

1- الاتجاهات السكانية في فلسطين:

بلغ عدد سكان فلسطين داخل الأراضي الفلسطينية نهاية العام (2014م)، (4616418) نسمة، ويظهر توزيع السكان أن (1790010) يقطنون محافظات غزة، بواقع (38.8%)، على مساحة (365) كم مربع، وبكثافة سكانية (4904/ كم مربع)، و (2826408) نسمة يقطنون في محافظات الضفة الغربية، بواقع (61.2%)، بمساحة (5655 كم مربع، وبكثافة سكانية 500 نسمة/ كم مربع).

أما عن توزيع السكان حسب الجنس، فتبين أن (50.8%) من السكان هم من الذكور، و(49.2%) من الإناث، وكذلك فإن عدد اللاجئين المسجلين في الأراضي الفلسطينية بلغ (1793901) لاجئاً، (1048125) في قطاع غزة، (745776) في الضفة الغربية)، ويبين الجدول رقم (1.2) توزيع عدد السكان الكلي وعدد اللاجئين في فلسطين للعام (2014م) (مركز الإحصاء الفلسطيني، 2014).

وقد بلغ عدد المواليد عام (2014م) (54886) مولوداً حياً، وكانت نسبة الذكور (51.6%)، ونسبة الإناث (48.4%)، وتناقص معدل المواليد العام من (32.9) لكل (1000) نسمة في عام (2013م) إلى (31.2) نسمة لكل (1000) في عام (2014م) (مركز الإحصاء الفلسطيني، 2014).

وبلغت أيضاً نسبة الزيادة الطبيعية في فلسطين (3.4%) في (2014م)، وما زال المجتمع الفلسطيني يعتبر مجتمعاً فتياً، حيث إن نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن (4) سنوات (16.8%)، والأطفال من (14-5) سنة (45.726.3%)، بينما نسبة السكان عند سن (15-44) تمثل (25.2%) من السكان، بينما نسبة السكان (45) عام فأكثر تمثل فقط (11.7%) (مركز الإحصاء الفلسطيني، 2014).

جدول رقم (1): يبين توزيع عدد السكان وعدد اللاجئين في فلسطين للعام 2014

المنطقة	عدد السكان الكلي	%	عدد اللاجئين	%
الضفة	2826408	61.2	745776	41.6
غزة	1790010	38.8	1048125	58.4
الإجمالي	4616418	100	179390	100

المصدر: (مركز الإحصاء الفلسطيني، 2014)

2-القطاع الصحي في فلسطين:

يعتبر القطاع الصحي من أهم وأكثر القطاعات نشاطاً وحيوية، فالخدمات التي يقدمها هذا القطاع من أهم الخدمات التي تمس حياة المواطنين بشكل مباشر، هذا ويتوزع الإشراف على القطاع الصحي في فلسطين بين أربع قطاعات، من أبرزها وزارة الصحة، ثم وكالة الغوث، والمؤسسات الأهلية المهتمة بالقطاع، والخدمات الطبية العسكرية، حيث تحاول هذه الجهات جاهدة توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني، وفيما يلي نبذة عن الوضع الصحي في فلسطين.

أ. الصحة الإنجابية وصحة الطفل:

من خلال تقارير وزارة الصحة دائرة التغذية لعام (2007م) وصل معدل انتشار فقر الدم إلى (30%) بين الأمهات الحوامل في فلسطين (33.3%) في قطاع غزة، و(24%) في الضفة الغربية)، وقد وصل معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال الرضع إلى (62%) في فلسطين، و(71.2%) في قطاع غزة، و(51.2%) في الضفة الغربية)، وهذه المعدلات من المتوقع أن تكون قد زادت في الوقت الحالي، نتيجة الحصار، والاعتداءات، ونقص الغذاء، وتدهور الأمن الغذائي بسبب الاحتلال، ويعد برنامج التطعيم الوطني الموحد والموسع واحداً من أهم أولويات وزارة الصحة، ومن أبرز الإنجازات العظيمة التي حققتها وزارة الصحة، حيث إن نسبة التغطية الإجمالية لتطعيم الرضع والأطفال تتراوح ما بين (96%) إلى (100%)، ووصل عدد عيادات وزارة الصحة التي تقدم خدمات صحة الطفل العلاجية والوقائية إلى (260) عيادة في الضفة الغربية وقطاع غزة (وزارة الصحة، وحدة نظم المعلومات الصحية، 2014).

ب. المراضة:

يمر المجتمع الفلسطيني في فترة انتقالية من الأمراض الوبائية، وانتشار الأمراض المعدية إلى عبء الأمراض غير المعدية، وارتفاع تكاليفها، مثل: أمراض القلب، السرطان، السكري، الضغط وغيرها من الأمراض التي تثقل كاهل الوزارة، وقد بلغ معدل انتشار مرض السكري أكثر من (9%) بين السكان الفلسطينيين، وتعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية من الأمراض الأكثر انتشاراً في المجتمع الفلسطيني، وأيضاً السرطان في تزايد مستمر.

ومن أهم الأمراض التي تسجل بوزارة الصحة هي أمراض السرطان، ويبلغ معدلها (43) لكل (100) ألف نسمة وهي تستنزف حجماً كبيراً من موازنة الصحة، وقد حققت وزارة الصحة نجاحاً كبيراً في السيطرة والتحكم بالعديد من الأمراض المعدية، حيث لم تسجل أي حالة دفتيريا منذ العام (1982م) أو شلل أطفال منذ العام (1984م).

ويبلغ معدل انتشار حامل مرض التهاب الكبد الوبائي B (3%) ، بينما بلغ معدل انتشار حاملي التهاب الكبد الوبائي C (0.3%).

وبلغ معدل حالات التهاب السحايا البكتيري (123.7) لكل (100) نسمة)، أما معدل حالات التهاب السحايا الفيروسي (16.5) لكل (100) ألف نسمة (وزارة الصحة، وحدة نظم المعلومات، 2014).

ج. الوفيات:

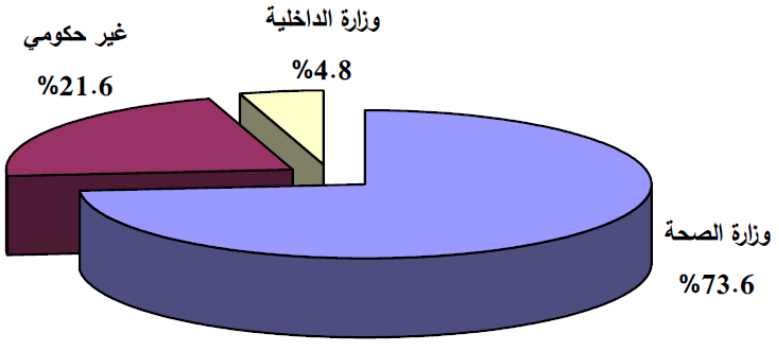
بلغ عدد الوفيات المسجلة لعام (2014م) ما مجموعه (7169) حالة، وكان منهم (60%) ذكور، و(40%) إناث، وكان معدل الوفيات العام (4.08) لكل (1000) من السكان، علماً بأنه في العام (2013م) كان عدد الوفيات (5050) حالة، منهم (52.6%) ذكور، و (74.4) إناث، وكان معدل الوفيات العام (2.9) لكل (1000) من السكان للعام (2013م).

ويعزى الارتفاع الملحوظ في أعداد حالات الوفاة إلى عدوان صيف (2014م) على قطاع غزة، والذي أدى إلى استشهاد (2322) شهيد، وقد شكل ما نسبته (32.2%) من إجمالي الوفيات، وبقيت أمراض القلب في مقدمة الأسباب المؤدية إلى الوفاة عند كلى الجنسين، إذا ما تم استثناء حالات الشهداء، والتي كانت عارضاً على التقرير، كما أسلفنا بسبب العدوان، وبلغ معدل الوفيات الرضع (14.3) لكل ألف مولود، حتى العام (2014م)، بتناقص ملحوظ مقارنة بعام (2007م)، حيث كانت (21) لكل ألف مولود حي، بينما كانت التشوهات الخلقية السبب الرئيس لوفيات الرضع، بينما الحوادث بأنواعها السبب الأول لدى فئة الأطفال والمراهقين، (من 1-أقل من 5 سنوات) (وزارة الصحة، وحدة نظم المعلومات الصحية، 2014).

ثانياً: خدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة:

1-مقدمي خدمات المستشفيات في قطاع غزة:

تقدم الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة من خلال (30) مستشفى موزعة على القطاع الصحي كالتالي:



شكل رقم (5): توزيع نسب الأسرة لكل قطاع من القطاعات المزودة لخدمة المستشفيات لعام 2014 م

أ-وزارة الصحة:

حيث تضم (13) مستشفى وجميعها في حالة تشغيلية كاملة، وبعدد أسِرَّة 2107 أسِرَّة، بما فيها أسِرَّة مستشفى الطب النفسي، (منها 1680 سرير مبيت، 427 سرير رعاية يومية)، وبنسبة (73.6%) من إجمالي عدد الأسِرَّة في قطاع غزة، وبنسبة إشغال أسِرَّة بلغت (86%) خلال العام (2014م) (وزارة الصحة، وحدة نظم المعلومات الصحية، 2014).

أما عن مراكز الرعاية الصحية الأولية، فإن وزارة الصحة الفلسطينية تشغل (413) مرفقاً للرعاية الصحية الأولية ومقدمي الخدمات، وتقدم الوزارة (80%) من خدمات الرعاية الأولية باستثناء التطعيمات ورعاية الحوامل، حيث تقدم الوزارة (40%)، ووكالة الغوث للاجئين تقدم ما يقارب (60%).

مع العلم بأن وزارة الصحة تقوم بتزويد وكالة الغوث بالتطعيمات، كما تقدم الوزارة الخدمات الصحية للأفراد والتجمعات من خلال الإمكانات الموارد البشرية المتاحة التي تعتبر أساساً لتقديم الخدمة الصحية، والسعي لتوفير المال والتمويل اللازم للخدمات الصحية؛ لضمان الاستمرار فيها، من خلال التوزيع العادل للموارد، وتمكين المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية بيسر وعدل، هذا بالإضافة إلى الدور الرقابي، والمتابعة لأداء مقدمي هذه الخدمات، ورفع مستوى الخدمة الصحية (وحدة نظم المعلومات الصحية، وزارة الصحة الفلسطينية، 2014).

ب. القوى العاملة في وزارة الصحة:

أما عن إجمالي القوى العاملة في وزارة الصحة بلغ (9030)، ويوضح الجدول التالي توزيع العدد حسب التخصصات المختلفة:

جدول رقم (2): يوضح توزيع القوى العاملة في وزارة الصحة حسب التخصصات المختلفة

	الأطباء	أطباء الأسنان	الصيادلة	التمريض	الفنيين	المجموع
الإجمالي	1613	105	394	2495	1185	**5792**
	الإداريين	**الحاسوب**	**المهندسين**	**عمال الصيانة**	**العمال**	**المجموع**
الإجمالي	1758	94	114	323	949	**3238**
الإجمالي العام						**9030**

المصدر: (وزارة الصحة، وحدة نظم المعلومات الصحية، 2014)

ج. الإنفاق الصحي:

بلغ الناتج المحلي الإجمالي في عام (2014م) (72739) مليون دولار أمريكي، أو حوالي (1.6948) دولار للفرد الواحد، وتخصص فلسطين جزءاً كبيراً من مواردها لقطاع الصحة، حيث يقدر الإنفاق الكلي على الصحة حوالي 11% من الناتج المحلي الإجمالي، وتعتبر هذه النسبة من أعلى نسب الإنفاق التي تم تقديرها في كثير من البلدان النامية الأخرى (الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية، 2011-2013).

يوضح الجدول التالي توزيع الأَسِرَّة على المستشفيات المختلفة

جدول رقم (3): يوضح توزيع الأَسِرَّة على المستشفيات الحكومية المختلفة

المستشفى	**الشفاء**	**ناصر**	**الأوروبي**	**الأقصى**	**النصر**	**العيون**	**النفسي**	**مجموع**
عدد الأسرة	630	330	283	187	142	32	28	**1632**
المستشفى	**الدرة**	**بيت حانون**	**الهلال**	**النجار**	**عدوان**	**الرنتيسي**		
عدد الأسرة	85	56	54	77	129	74		**475**
المجموع العام								**2107**

وتخصص المستشفيات ما نسبته (89%) من أسرتها للتخصصات الرئيسة الأربعة وفروعها (الباطنة والجراحة والأطفال والنساء والتوليد)، فيما خصص الباقي لخدمات العناية المركزة بأشكالها المختلفة، وفيما يلي نبذة صغيرة عن المستشفيات في قطاع غزة.

- **مجمع ناصر الطبي:**

مجمع طبي عام يضم مستشفيين هما: ناصر (باطنة وجراحة)، ومستشفى التحرير (نساء وتوليد، والأطفال)، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (330) سريراً، ويقع المجمع في المنطقة الغربية لمدينة خانيونس شارع البحر، وقد أنشئ في العام (1958م) على مساحة (50000م2)، ويخدم التغطية الخاصة بمحافظة خانيونس، والبالغ عدد سكانها (270979) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المجمع بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (877) موظفاً.

- **مستشفى غزة الأوروبي:**

يقع مستشفى غزة الأوروبي في جنوب قطاع غزة، ويقدم خدمات الجراحة والباطنة والأطفال، تبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (283) سرير، يقع المستشفى في المنطقة الجنوبية الشرقية لمدينة خانيونس منطقة الفخاري شارع العبور، وقد أنشئ في العام (1997م) على مساحة (65000م2)، ويخدم المنطقة الشرقية من محافظة خانيونس، والمنطقة الشمالية لمحافظة رفح، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (783) موظفا.

- **مستشفى الأطفال التخصصي (الشهيد الدكتور عبد العزيز الرنتيسي):**

يعتبر مستشفى الأطفال التخصصي من المستشفيات الحديثة في قطاع غزة، ويعمل على تقديم خدمات طبية متخصصة للأطفال، وتبلغ القدرة السريرية في مرحلة التشغيل للمستشفى (74) سريراً، يقع المستشفى في حي النصر غرب تقاطع شارع العيون مع شارع النصر، وقد بُدِءَ بتشغيله في العام (2008م).

يعمل المستشفى بنظام التحويل بين المستشفيات، ويضم تخصصات فرعية في طب الأطفال منها: تخصص قلب أطفال، أمراض كلى أطفال، وأمراض الجهاز العصبي، وأمراض الدم، والأورام والجهاز الهضمي والمناظير، يبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (248) موظفاً.

- **مستشفى شهداء الأقصى:**

مستشفى عام يقدم خدمات الجراحة والباطنة والأطفال والنساء والتوليد، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية للمستشفى (187) سريراً، ويقع في المحافظة الوسطى دير البلح، وقد أنشئ في العام (2001م) على مساحة (4000م2)، ويخدم الشريحة السكانية القاطنة في محافظة وسط غزة، والبالغ عدد سكانها (205535) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفيات بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (502) موظفاً.

- **مستشفى الهلال الإماراتي:**

مستشفى تخصصي لخدمات النساء والتوليد، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (50) سريراً، يقع المستشفى في حي تل السلطان غرب محافظة رفح شارع العبور، وقد أنشئ في العام (2000م) على مساحة (4000م2)، ويخدم الشريحة السكانية القاطنة في محافظة رفح والبالغ عدد سكانها (173372) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (214) موظفاً.

- **مستشفى الشهيد محمد الدرة للأطفال:**

مستشفى يقدم خدمات طب الأطفال العام، وتبلغ القدرة السريرية للمستشفى (85) سريراً، وقد أنشئ في العام (2000م) على مساحة (1600م2) ليخدم مناطق الشجاعية، والشعف، وحي الدرج، وحي الزيتون وحي التفاح، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (165) موظفاً.

- **مستشفى النصر للأطفال:**

مستشفى يقدم خدمات طب الأطفال، وتبلغ القدرة السريرة الإجمالية للمستشفى (142) سريراً، يقع في حي النصر، وقد أنشئ في العام (1962م) بمساحة (4400م2)، ويخدم منطقة التغطية الخاصة بمحافظة غزة من وادي غزة جنوباً حتى الشيخ رضوان شمالاً، والبالغ عدد سكانها (496411) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (300) موظفاً.

- **مستشفى الشهيد كمال عدوان.**

مستشفى يقدم خدمات الجراحة والباطنة وطب الأطفال، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالي للمستشفى (129) سريراً، ويقع في مشروع بيت لاهيا، وقد أنشئ في العام (2002م) على مساحة (5000م2)، ويخدم الشريحة السكانية القاطنة في محافظة شمال غزة والبالغ عدد سكانها (270246) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (360) موظفاً.

- **مستشفى العيون:**

مستشفى متخصص بتقديم خدمات طب وجراحة العيون، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (32) سريراً، يقع في حي النصر غرب تقاطع شارع العيون مع شارع النصر، وقد أنشئ في العام (1965م) على مساحة (3600م2)، وهو المستشفى المرجعي والوحيد لطب وجراحة العيون في قطاع غزة ويخدم مناطق القطاع جميعاً، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (126) موظفاً.

- **مستشفى بيت حانون:**

مستشفى عام يقدم خدمات الجراحة والبطانة والأطفال، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية للمستشفى (56) سريراً، ويقع في وسط مدينة بيت حانون، وقد أنشئ في العام (2006م) على مساحة (2500م2)، ويخدم الشريحة السكانية القاطنة في بلدة بيت حانون وجوارها والبالغ عدد سكانها (50000) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (202) موظفاً.

- **مستشفى الطب النفسي:**

مستشفى متخصص في تقديم خدمة الطب النفسي، وتبلغ القدرة السريرية للمستشفى (28) سريراً، يقع المستشفى في حي النصر غرب تقاطع شارع العيون مع شارع النصر، أنشئ في العام (1980م) على مساحة (6000م2)، ويخدم مناطق قطاع غزة جميعاً، كونه المستشفى التخصصي الوحيد في مجال النفسية بالقطاع، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (87) موظفاً.

- **مستشفى الشهيد أبو يوسف النجار:**

مستشفى عام يقدم خدمات الجراحة والباطنة والأطفال، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (77) سريراً، يقع المستشفى في محافظة رفح، وقد أنشئ في العام (2000م) على مساحة (4000م2)، ويخدم الشريحة السكانية القاطنة في محافظة رفح والبالغ عدد سكانها (173372) نسمة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بتخصصاتهم كافة ما مجموعه (273) موظفاً.

د- وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين:

تقدم وكالة الغوث خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية للاجئين، من خلال مراكز الرعاية الأولية التابعة للوكالة في محافظات قطاع غزة كافة، والبالغ عددها (18) مركزاً، وتشمل خدمات أمراض القلب والضغط والسكري، وعيادات خارجية وفحوصات مخبرية، وتنظيم الأسرة، وفيما يتعلق بالرعاية الثانوية لا توجد مستشفيات تابعة لوكالة الغوث بالقطاع، وتقدم الخدمات من خلال تحويل المرضى من عيادات الوكالة إلى المستشفيات الحكومية والخاصة وفق اتفاقيات معينة بين الوكالة وهذه المستشفيات، هذا وما زالت وكالة الغوث تواجه مشاكل كبيرة بسبب تقلص الميزانية المخصصة لها من قبل الأمم المتحدة، مما يهدد استمرارية الخدمات الصحية التي تقدمها، إضافة لعدم كفاية الخدمات المقدمة مقارنة بعدد السكان اللاجئين في القطاع، علماً بأن عدد اللاجئين في محافظات غزة ما يقارب (1048125) نسمة يشكلون (60%) من سكان

المحافظات، وهناك العديد منهم ممن يعتمدون فقط على الخدمات الصحية المقدمة من خلال عيادات وكالة الغوث (السوسي، 2006).

هـ- وزارة الداخلية والأمن الوطني:

تضم 3 مستشفيات، وهي مستشفى بلسم والجزائري والكرامة، وبعدد أَسِرَّة (138) سريراً (منها (122) سرير مبيت، و(16) سرير رعاية يومية)، بنسبة (4.8%) من إجمالي عدد الأَسِرَّة، وبنسبة إشغال أَسِرَّة بلغت (27.3%).

وبهذا تشكل الأَسِرَّة في القطاع الحكومي ما نسبته (78.4%) من إجمالي عدد الأَسِرَّة في قطاع غزة.

وقد تأسست الخدمات الطبية العسكرية في قطاع غزة بعد قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، لتلبية متطلبات الخدمات الطبية لأفراد الشرطة وقوات الأمن وعائلاتهم، وتشمل مجالات الرعاية الأولية والثانوية (المستشفيات)، والتأمين الصحي والعلاج بالخارج (السوسي، 2006).

و- المستشفيات غير الحكومية:

تضم (14) مستشفى في حالة تشغيلية جزئية، حيث تمتلك أسرة مخصصة للمبيت، ولكنها مشغلة جزئيا، وبعدد أسرة بلغت (619) سريراً، منها (547) سريراً مبيت، و(72) سريراً رعاية يومية، بنسبة (21.6%) من إجمالي عدد الأَسِرَّة في قطاع غزة، وبنسبة إشغال أَسِرَّة بلغت (19.6%).

ز- الطب الخاص:

يوجد في محافظات غزة الكثير من المرافق الصحية الخاصة، التي يشرف عليها أخصائيون وأطباء، وتقدم خدمات فحوص الأشعة، والمختبرات، والصيدليات، وعيادات الأسنان، والعيادات العامة، وما زال هذا القطاع يعاني من تشويش وعدم وضوح، ويوجد عدد كبير من هذه العيادات غير مسجل وليس لديها ترخيص من إدارة الطب الخاص بوزارة الصحة.

ثالثاً: مجمع الشفاء الطبي:

يعتبر مجمع الشفاء الطبي أكبر مؤسسة صحية طبية بمحافظات قطاع غزة، وهو مجمع طبي يضم ثلاث مستشفيات هي: مستشفى الجراحة، ومستشفى الباطنة، ومستشفى النساء والتوليد، وتبلغ القدرة السريرية الإجمالية له (630) سريراً، ملكية الأرض والمبنى هي حكومية تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، وقد أنشئ مجمع الشفاء الطبي في العام (1946م) على مساحة (42000) متراً مربعاً، وتبلغ مساحة مسطح البناء القائم (15235) متراً مربعاً، ويخدم منطقة التغطية الخاصة بمحافظة غزة والبالغ عدد سكانها في (2014م) حوالي (616287) نسمة بشكل خاص، وقطاع غزة بشكل عام، ويبلغ عدد موظفي المجمع بتخصصاتهم كافة في (2014م) ما مجموعه (1738) موظفاً. يضم المستشفى ستة أقسام داخلية رئيسة، وهي: قسم الباطني نساء ورجال، قسم للجراحة العامة، قسم الولادة، قسم الأطفال والحضانة، قسم الطوارئ، إضافة لوحدة العناية المركزة. المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات، وإضافة للجراحة العامة يوجد جراحة عظام ومسالك بولية وأنف وأذن وحنجرة. أما الأقسام الطبية المساندة فيوجد في المستشفى: قسم أشعة، مختبر وبنك دم، علاج طبيعي، تخطيط سمع، تخطيط عصب، فحوص أنسجة، صيدلية، وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية. يوجد بالمستشفى العيادات التخصصية التالية: عيادة الباطني، عيادة الجراحة، عيادة النسائية والولادة، عيادة الأنف والأذن والحنجرة، عيادة العظام، عيادة الكلى والمسالك البولية، عيادة أمراض الروماتيزم، عيادة أمراض السرطان (وزارة الصحة الفلسطينية، وحدة نظم المعلومات، 2014).

رابعاً: الجودة والخدمة:

لقد حث الإسلام العظيم على إتقان العمل، وقد أمرنا الرسول صل الله عليه وسلم بإتقان العمل، حيث أخبرنا صل الله عليه وسلم بأن الطريق إلى محبة الله للعبد يمر بإتقانه لعمله، فعن عائشة رضي الله عنها أن النبي صل الله عليه وسلم قال: (إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه)، وبالتالي فإن إجادة العمل هي تلبية لأوامر الشريعة الغراء، كما إنها ضرورة تقتضيها مصلحة العمل، مما يوصلنا إلى نتيجة مفادها أن تطبيق الجودة ضرورة تنظيمية وطاعة شرعية فهل بعد ذلك من أهمية؟ (عجلوني، 2005).

كما ويأتي الاهتمام بالجودة الشاملة في طليعة الاهتمامات الإدارية التي توليها المنظمات العالمية اهتماماً واسعاً هذه الأيام في سبيل تطوير أدائها، وتحقيق أهدافها، حيث إن تبني استراتيجيات تنظيمية تهتم بالجودة وممارسة ذلك على أرض الواقع له آثارٌ إيجابية كبيرة، ليس أقلها تحقيق رضا الزبائن، ولا آخرها الوصول إلى الأهداف بفعالية، سواء على مستوى منظمات الأعمال الربحية أو غير الربحية (الحكيم، 2009).

1- الجودة:

أ- مفهوم الجودة:

إن الاهتمام الكبير في مجال الجودة الذي شهدته الشركات الحديثة أدى إلى تطور مفهوم الجودة بشكل لا يمكن معه تقديم تعريف مشترك متفق عليه للجودة، وذلك لأن الجودة يعبر عنها من جوانب عدة مختلفة.

ب- تخطيط الجودة:

وتشمل على:

- وضع سياسة أهداف الجودة.
- مراجعة التصاميم الجديدة.
- إجراء التحليل لتكاليف الجودة.
- وضع المواصفات وضمان جودة التصميم.
- ضمان جودة المواد الداخلة.
- ضمان جودة العمليات الإنتاجية (استخدام الأساليب الإحصائية).
- ضمان جودة العدد وأجهزة القياس.
- ضمان جودة المنتج النهائي (إنتاج، نقل، توزيع المنتج).
- ضمان جودة المنتج بعد البيع (تسويق، خدمات ما بعد البيع، الموثوقية).

ج- عناصر ضمان الجودة:

- تخطيط وتصميم المنتج.
- تدقيق الجودة.
- تحسين الجودة.
- تكاليف الجودة.
- تنظيم الجودة.
- التدريب.
- التوثيق.

د- استثمار التقنيات الحديثة في نظام إدارة الجودة الشاملة:

تتمثل هذه التقنيات بكل من ستة سيجما وتقنية kaizen والإنتاج الرشيق lean manufacturing، حيث تهدف التقنية الأولى إلى التحقق من الوصول إلى أعلى مستويات الجودة والأداء وفقاً للبيانات والمعلومات؛ لأجل معرفة مدى توافق مواصفات هذه المخرجات مع رغبات الزبائن، وسيعتمد موضوع هذه الدراسة على هذه التقنية الحديثة بشكل رئيس، أما تقنية kaizen فإن تطبيقها يؤدي إلى تحسن في مستوى الإنتاجية، فضلاً عن تخفيض مستويات المخزون لتقليص النفقات، أما تقنية الإنتاج الرشيق lean manufacturing، فهي تهدف إلى التركيز على حاجات الزبائن لتحديد الأنشطة الضرورية التي تلبي هذه الاحتياجات وإلغاء الأنشطة غير الضرورية كافة من خريطة تدفق العمل (البلداوي ونديم، 2007).

2- الخدمة:

أ. مفهوم الخدمة:

إن اتساع قطاع الخدمات، وزيادة الاستثمارات فيه، ودخول منافسين جدد على الصعيد المحلي والوطني والدولي، أدى بالمدراء إلى إعادة النظر في المفاهيم والممارسات الإدارية المتبعة، حيث أصبحت الخدمات ميدان المنافسة الرئيس والأكثر أهمية، كما أن الشركات الصناعية في ظل ظاهرة تدويل الإنتاج وانتشار التصنيع عالمياً أخذت هي الأخرى تركز على الخدمات التي تقدمها، وعلى إدارة الخدمة في عملية المنافسة بوصفها مصدراً مهماً للتميز والتفوق (نجم، 2010)، وقد قدم العديد من الكتاب في مجال الإدارة تعريفات مختلفة للخدمة، فعلى سبيل المثال:

- فقد عرف kotler (1991) الخدمة بأنها: "نشاط أو منفعة غير ملموسة يستطيع أن يقدمها طرف (الجهة المصنعة) لآخر (الجهة المستفيدة) لإشباع حاجة لدى الطرف الآخر".
- كما وتعرف الخدمة بأنها: "مجموعة من الأنشطة الاقتصادية التي توفر الوقت والمكان والشكل والمنافع النفسية والعاطفية" (زيدان، 2010: 84).
- ويعرفها نجم بأنها: "نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين، أو هي وظيفة يتم الطلب عليها" (نجم، 2010: 229).
- كما وقد عرفت الخدمة بالمقارنة مع المنتجات والسلع الملموسة، بأن البضائع والسلع هي عبارة عن أشياء ملموسة يمكن إنتاجها وبيعها في وقت لاحق، في حين أن الخدمة غير ملموسة، وهي تنتج وتستهلك بنفس الوقت مباشرة (العلي، 2008: 288).

- ويعرفها الدرادكة بأنها: النشاط الذي يشتمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، أما الجانب الإجرائي فيتكون من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمات، أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية مع العملاء (الدرادكة، 2006: 181).

وبناءً على ما سبق ذكره، يمكن للباحث تعريف الخدمة بأنها: "نشاط أو منفعة غير ملموسة يتم تقديمها من قبل الجهة المنتجة والتي تشكل طرفاً أساسياً في تقديم المنفعة بناءً على حاجة ورغبة غير مشبعة لدى جهة أخرى، وهي تختلف عن المنتجات المادية الملموسة بأنها تنتج وتباع في نفس الوقت.

ب. سمات وخصائص الخدمات:

تعتبر الخدمة نشاطاً معنوياً ينتج ويستهلك في نفس الوقت، ويستلزم التفاعل المباشر مع العميل متلقي الخدمة، وبذلك فهي تختلف في سماتها عن المنتجات من السلع، ويمكن الإشارة إلى بعض الخصائص الأساسية للخدمة والتي تؤثر تأثيراً كبيراً على إدارة العمليات الخدمية بشكل يميزها عن إدارة العمليات الصناعية وذلك كما يلي:

- **عدم قابلية الفصل (سيادة الجانب الإنساني):** حيث يؤثر اتصال العميل وتفاعله مع مقدم الخدمة على أسلوب تقديم الخدمة، لأنه لا يمكن فصل الخدمة عن الجهة الموردة لها، كما وأنها ملازمة للزبون الحاصل على تلك الخدمة، وبالتالي يمثل مقدم الخدمة واجهة للنظام، ويعبر عن جزء من مدخلاته مما يتأثر كلا الطرفين بمزاج وانطباعات وانفعالات كل منهما (عيشاوي، 2010).
- **عدم قابلية اللمس:** حيث لا يمكن رؤيتها أو لمسها، ولا يمكن للزبون من تقييم الخدمة قبل استهلاكها (العلي، 2008).
- **غير متجانسة:** حيث يختلف أداء كل من مورد الخدمة أو الزبون في كل مرة تقدم فيه تلك الخدمة (العلي، 2008).
- **الفناء أو أنها تستهلك وتندثر آنياً:** الخدمات قابلة للتلاشي والزوال فور تقديمها أو بعد فترة معينة، ولا يمكن خزنها، فمثلاً النزهة السياحية تنتهي فور الانتهاء من النزهة، وقد لا تكون نزهة ثانية ممكنة فور الانتهاء منها، إن هذه الخاصية هي التي تجعل الطلب المتذبذب على الخدمات مشكلة كبيرة وواسعة، ففي إنتاج السلع يمكن خزن السلع من موسم الركود لاستخدامها في موسم الرواج، إلا أن هذا غير ممكن مع الخدمة (زيدان، 2010).

- **تغـاير الخـواص:** إن التوحيـد القياسـي صـعب التحقيـق فـي الخـدمات، فلـيس هنـاك خـدمتان متشابهتان، ففي الخطوط الجوية كل رحلة لها خصوصيتها وخدماتها التي يمكن أن تختلف عن الرحلات الأخرى، وكذلك الحال في زيارة الطبيب، فإنه في كل مرة تكون الخدمة فيها مختلفة عن الأخرى حسب حالة المريض واستعداد الطبيب وساعات عمله.. الخ، وهذه الخاصية تؤثر تأثيراً مباشراً على قدرة الشركة على تحقيق الاتساق في الخدمات المقدمة، والمحافظة على الأداء بنوعية عالية (نجم، 2010).
- **الاتصال بالعميل:** إن أغلب الخدمات يتطلب تقديمها حضور العميل وتدخله في أحيان كثيرة في طلب الخدمة حسب الحاجة والمزاج، وهذا يجعل من غير الممكن أحياناً تقديم نمط متماثل من الخدمات، وزيادة سمة الارتباط بالعميل، والتوافق مع احتياجاته (customization) في الخدمات، مما يقلص دور إدارة الخدمات في تصميم أنظمة الخدمة واستغلالها بكفاءة عالية، فالعميل يتدخل في توقيت وطريقة تقديم الخدمة والرقابة عليها بسبب حضوره ومشاركته في تقديم الخدمة، كما هو الحال في خدمة المطاعم، وكذلك خدمات التشخيص الطبي، والاستشارة القانونية (نجم، 2010).

خامساً: الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية:

إن تفهم تطبيق أساليب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية أدى إلى تطوير المداخل المختلفة في تفعيل ودفع تطبيقات إدارة الجودة الشاملة ضمن الثقافة المحلية للمؤسسة، ومما يجب إدراكه أن الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً، فالبرنامج له بداية ونهاية، ولكن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة، أي إن الرعاية الصحية ينبغي بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه، إذ أن الرعاية تشمل أيضاً تمام العافية، وتعزيز الصحة، والوقاية من المرض، ثم إن الرعاية التي يبدأ بتقديمها فرد ينبغي أن يواصلها غيره في حالة نقله، لضمان استمرار الرعاية، فالرعاية المتشرذمة والرعاية المتقطِّعة ليستا من نظام الجودة في شيء، ولا يمكن الوفاء بالمعايير المنشودة بحال في ظل تلك الظروف (عثمان، بدون تاريخ).

1-مفهوم إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية:

تعرف إدارة الجودة الشاملة الصحية بأنها: "المدخل الإداري الذي يقوم ويعزز الرضا لدى الأطراف جميعها في أنظمة الرعايا الصحية، وهم المرضى والأطباء وجهاز التمريض، والموردون وغيرهم من المساهمين في هذا النظام" (زيدان، 2010).

- وقد عرف رائد الجودة الصحية Donabedian الجودة الشاملة الصحية بأنها: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى إفادة للصحة العامة دون التعرض للمخاطر". ويشير Donabedian إلى أن لجودة الرعاية الصحية محورين: المحور الفني، والمحور الإنساني، حيث يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الصحية في تشخيص العلاج، بينما المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية الصحية (خوخة، 2004).
- كما عرفتها أيضاً منظمة الصحة العالمية بأنها: "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة، وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة والوفيات والإعاقة وسوء التغذية" (نياز، 2004).
- ونقلاً عن (مختار، 2003: 84) فقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة الصحية بأنها: "برنامج مصمم على مستوى المنشأة لمراقبة وتقويم الجودة ومدى ملائمة رعاية المريض بطريقة نظامية وفعالة، كما أن هذا البرنامج يسعى لكسب الفرص المتاحة لتحسين مستوى رعاية المرضى والأداء الإكلينيكي وإيجاد الحلول للمشكلات المحددة".

2-أبعاد جودة الخدمات الصحية:

كلما توافرت أبعاد الجودة في الخدمات الصحية كلما دل ذلك على ارتفاع مستوى جودة تلك الخدمات المقدمة، لذلك يجب التأكد من توافر هذه الأبعاد ذات الأثر المباشر على جودة الخدمة الصحية، وفيما يلي شرح لهذه الأبعاد في النقاط التالية: فعالية الرعاية، كفاءة تقديم الخدمة، المقدرة التقنية، استمرارية تقديم الخدمات، السلامة، الوصول للخدمات، العلاقات بين الأفراد، الملاءمة، التوقيت المناسب، الخيار، النية التحتية الفيزيائية، وسائل الراحة (نياز، 2004).

أ. فعالية الرعاية Effectiveness of Care.

ب. كفاءة تقديم الخدمة Efficiency of Service Delivery.

ج. المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية) Technical Competence.

د. استمرارية تقديم الخدمات Continuit.

هـ. السلامة العامة والسلامة الصحية Safety.

و. الوصول إلى الخدمات Accessibility.

ز. العلاقة بين الأفراد Interpersonal Relations.

ح. الملائمة Appropriateness.

ط. التوقيت المناسب Timeliness.

ي. الخيار Choice.

ك. البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة Physical Infrastructure & cComfort.

3- فوائد تطبيق الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية:

يواجه القطاع الصحي تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لا سيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت، وحيث إن إدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق، وتسعى لتحقيق جودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات، ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي (المختار، 2003):

- جودة الرعاية المقدمة.
- رضا العملاء.
- رفع معنويات العاملين.
- تبسيط الإجراءات.
- تحسين الإجراءات.
- كفاءة التشغيل.
- القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية.

ويرى الباحث بعد الإطلاع على الإطار النظري للدراسة أنه يمكن تحسين جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي من خلال تطبيق أسلوب هندسة العمليات الإدارية على دليل العمليات، من خلال هندسة العمليات الإدارية التالية: (عمليات إدارية جوهرية ترتبط بمتلقي الخدمة مباشرة، وعمليات إدارية مساعدة تستخدم في قسم التطوير والهندسة، وعمليات إدارية أساسية كالتخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، وعمليات إدارية مع خارج المجمع مثل شراء الخدمة الطبية من مؤسسات خارجية).

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المقدمة:

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، حيث تم التطرق إلى مجموعة من الدراسات المحلية والدراسات العربية والدراسات الأجنبية، ثم كان التعليق العام على الدراسات السابقة، وبيان الفجوة البحثية.

الدراسات السابقة التي تناولت موضوع هندسة العمليات الإدارية:

أولاً: الدراسات الفلسطينية:

1- دراسة (الدجني، 2013):

بعنوان: أنموذج مقترح لإعادة هندسة العمليات الإدارية وحوسبتها في مؤسسات التعليم العالي (الجامعة الإسلامية – دراسة حالة).

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على الجوانب المختلفة لأسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) من حيث المفهوم، وآلية التطبيق والمزايا التي تحققها، وبيان مدى أهمية وحاجة الجامعات الفلسطينية كمؤسسة أكاديمية لتطبيق أسلوب الهندرة، وتقديم تصور مقترح لتطبيق أسلوب إعادة الهندسة كأحد مداخل تحسين الخدمة المقدمة لجمهور المستفيدين ورفع كفاءتها وتحقيق الجودة الشاملة.

وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي لوصف وبيان واقع إعادة هندسة العمليات في الجامعة الإسلامية بغزة، حيث قام الباحث بإعداد بطاقة المقابلة للتعرف على واقع العمليات الإدارية في الجامعة، وقد طبقت أداة البحث على الجامعة الإسلامية كدراسة حالة يمكن تعميم نتائجها على الجامعات الأخرى على اعتبار تشابه العمل في الجامعات الفلسطينية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود محاولات لتوثيق أدلة العمل، وتبسيط العمليات قبل تطبيق مشروع إعادة هندسة العمليات لا ترقى إلى درجة الممارسة الفاعلة.
- وجود رضا عن هذه التجربة لما حققته من نتائج على صعيد إعادة ترتيب العمل وتنظيمه وفق خطوات محددة وموثقة.

- إن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" يؤدي إلى زيادة مستوى الرضا الوظيفي لدى موظفي الجامعة في مستوياتهم الإدارية كافة.
- إن تطبيق إعادة هندسة العمليات أدى إلى إحداث تعديلات جوهرية على أنظمة الجامعة الإدارية بما ينسجم مع متطلبات إعادة الهندسة وتحسين الخدمة.

وقد أوصى الباحث بضرورة نشر وتعزيز مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية للعاملين في الجامعة الإسلامية كافة من إداريين وأكاديميين.

2- دراسة (أبو عمشة، 2011):

بعنوان: أثر تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة، ويتكون مجتمع الدراسة من (1572) طالب وطالبة من المستويات الدراسية: الثالث والرابع والخامس، وتم تمثيل المجتمع من خلال العينة الطبقية للمستويات الدراسية الثلاثة، حيث تم توزيع (350) استبانة على الطلبة الذين يستفيدون من المنح الداخلية، وتم استرداد (248) استبانة بنسبة استرداد (78.13%) وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج والتوصيات من أهمها:

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" على دائرة صندوق الطالب أدى إلى تبسيط إجراءات العمل، وتجويد الخدمة المقدمة، وتحسين صورة العاملين بدائرة صندوق الطالب.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة"، وتبسيط إجراءات العمل، وتجويد الخدمة المقدمة، وتحسين صورة العاملين بدائرة صندوق الطالب.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد العينة، حول أثر تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة، تعزى إلى (الجنس، الكلية، المستوى الدراسي، المحافظة، ونوع المنحة الداخلية المقدم إليها).

وقد أوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات، من أهمها:

- إعادة هندسة العمليات للدوائر والعمادات التي تعاني من مشاكل في أداء مهامها وفق قواعد منهج إعادة الهندسة، بهدف إحداث تغيرات جوهرية تزيد من كفاءة العمليات، رغبة في رفع مستوى الأداء وزيادة فعاليته.
- التطوير المستمر للنظم والسياسات والعمليات الإدارية المتبعة في دائرة صندوق الطالب لرفع وزيادة أداء العاملين.

3- دراسة (حنون، 2010):

بعنوان: درجة استخدام أسلوب الهندسة الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية في محافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية، في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، بالإضافة إلى بيان أثر متغيرات (الجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة الإدارية، ومستوى المدرسة، والتخصص، والمحافظة) في استجابات المديرين والمديرات، سعياً للوقوف على معرفة درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية.

ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة متيسرة من المديرين والمديرات، قوامها (429) تشكل ما نسبته (28%) من مجتمع الدراسة، وقد تم جمع البيانات باستخدام استبانة تكونت من قسمين: القسم الأول: ويتضمن معلومات أولية، والقسم الثاني، ويشمل فقرات الاستبانة، وعددها (35) فقرة موزعة على سبعة مجالات، هي: التخطيط في ضوء الهندسة الإدارية، والتنظيم في ضوء الهندسة الإدارية، والتوجيه في ضوء الهندسة الإدارية، والمتابعة والتقويم في ضوء الهندسة الإدارية، والرقابة في ضوء الهندسة الإدارية، والاتصال في ضوء الهندسة الإدارية، واتخاذ القرارات في ضوء الهندسة الإدارية.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- أن الدرجة الكلية لدرجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، كانت مرتفعة جداً، إذ وصلت النسبة المئوية لاستجابة المبحوثين إلى (80.4%).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، تعزى لمتغيرات: الجنس، مستوى المدرسة، والتخصص.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، وفق متغير المؤهل العلمي، في مجال التخطيط، ولصالح حملة مؤهل (أعلى من بكالوريوس).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، وفق متغير الخبرة الإدارية ولصالح (أكثر من 10 سنوات).

وفي ضوء نتائج الدراسة، أوصت الباحثة بتوصيات عدة أهمها: ضرورة توفير عناصر، ومتطلبات استخدام أسلوب الهندسة الإدارية جميعها، في ممارسة العمليات الإدارية.

4- دراسة قاسم، (2009) بعنوان:

"تحسين جودة الخدمة في الجامعات الفلسطينية عبر إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" دراسة حالة: الجامعة الإسلامية- غزة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور عملية إعادة هندسة العمليات في الجامعة الإسلامية في تحسين جودة الخدمات المقدمة، وتم استخدام أسلوب الحصر الشامل، حيث تكون مجتمع الدراسة من(60) موظفاً، وهم رؤساء لجان الجودة في الكليات، وأعضاء فرق التميز المشكلة من قبل وحدة الجودة الإدارية، وممثلو الجودة في دوائر وكليات الجامعة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- أظهرت الدراسة أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يؤدي إلى خفض التكاليف الإدارية في الجامعة الإسلامية بغزة.
- بينت الدارسة أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يساهم في سرعة إنجاز الأعمال في مختلف دوائر وكليات الجامعة.
- تشير الدراسة إلى أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة التعليمية التي تقدمها الجامعة الإسلامية لطلابها.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها:

- نشر وتعزيز مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية للعاملين في الجامعة الإسلامية كافة من إداريين وأكاديميين.
- تعزيز ومنح الموظفين القدرة والحرية والاستقلالية الكاملة في إصدار القرارات بدون الرجوع إلى الإدارة العليا.
- العمل على زيادة الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات، والأتمتة اللازمة لدعم أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية التي تهدف إلى تقليل الوقت والجهد والتكلفة.

5- دراسة السر، (2008) بعنوان:

"واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية في وزارة الداخلية والأمن الوطني في قطاع غزة" .

هدفت الدراسة التعرف على واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) في وزارة الداخلية والأمن الوطني في قطاع غزة، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (300) موظف تتراوح درجاتهم الوظيفية ما بين وكيل مساعد ومدير دائرة، وذلك في الأجهزة الأمنية والإدارات العامة، حيث تم توزيع استبانة تناولت محاور عدة لتقييم واقع الهندرة، بالإضافة إلى إجراء بعض المقابلات مع المدراء العامين في الأجهزة الأمنية في وزارة الداخلية الفلسطينية والأمن الوطني في محافظات قطاع غزة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود وعي لدى قيادة وزارة الداخلية بمفاهيم التطوير الإداري، ولكن هناك قصور في إدراك مفهوم إعادة هندسة" العمليات الإدارية "الهندرة ".
- وجود ازدواجية وتداخل في الصلاحيات والعمل بين الإدارة العامة للشئون الإدارية المركزية، والإدارة العامة للشئون المالية المركزية، مع الإدارة العامة للشئون الإدارية، والإدارة العامة للشئون المالية في الجانب المدني.
- السياسات الإدارية واضحة ومفهومة، ولكن تقريرها يرجع إلى قيادة الوزارة من المديرين العامين للأجهزة والإدارات العامة.
- يظهر بوضوح غياب التخطيط الاستراتيجي في بعض الأجهزة الأمنية والإدارات العامة في وزارة الداخلية والأمن الوطني.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها:

- الاهتمام بتعزيز مفهوم الهندرة وإعادة البناء والتطوير لدى قيادة الوزارة.
- تحديد سياسات إدارية واضحة ومفهومة بحيث لا تتعارض مع القوانين والتشريعات.
- العمل على تجميع الأنشطة والمهام الفرعية ودمجها في مهمة واحدة.
- العمل على تعديل الهيكل التنظيمي لتسهيل الاتصالات بين الإدارات المختلفة وإزالة الازدواجية في العمل.

6- دراسة (حمدان، 2008):

بعنوان: واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط.

هدفت هذه الدراسة إلى ربط تطوير المستشفيات في مدينة نابلس بتطور المدينة ونموها السكاني والعمراني، وإلى تحليل واقع المستشفيات في مدينة نابلس من ناحية تخطيطية، وتحليل لمناطق الخدمات العامة ونصيب المستشفيات باختلاف أنواعها ومساحتها.

أهم نتائج هذه الدراسة تركزت في عدم وجود تطبيق للمعايير التخطيطية الصحية في مستشفيات محافظات الوطن كافة بناءً على الدراسة التي تمت في منطقة البحث (مدينة نابلس) على اعتبار أن محافظات الوطن كافة تتعرض لنفس الظروف التخطيطية.

وقد توصلت الباحثة إلى وجود خلل يتمثل بافتقار مستشفيات المدينة للفراغات اللازمة لاستيعاب أعداد من الأسرة تتناسب وعدد سكان المدينة الحالي، ناهيك عن الزيادة الطبيعية المستقبلية، بالإضافة إلى عدم الاهتمام بتوفير مواقف سيارات، وإلى غياب وجود المساحات الخضراء في ساحات المستشفيات وحولها، وكذلك تعاني من نقص الأجهزة الطبية الحديثة، وأعداد الأطباء العاميين والاختصاصيين في المجالات المختلفة، لاسيما أطباء الأمراض الجلدية والنفسية والقلب والسكري، بالإضافة إلى وجود نقص في الكوادر الطبية المساندة كالممرضين وفنيي المختبرات ...

في نهاية البحث أوصت الباحثة بتطبيق المعايير التخطيطية الصحية في مستشفيات الوطن كافة بما فيها مستشفيات مدينة نابلس للنهوض بالواقع الحالي للمستشفيات.

7- دراسة الأغا، (2006) بعنوان:

"إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" في المصارف في قطاع غزة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إعادة هندسة العمليات الإدارية في المصارف بمحافظات قطاع غزة من خلال التعرف على مدى تأثير وعلاقة بعض العوامل المؤثرة في إعادة الهندسة، ويتمثل مجتمع وعينة الدراسة من المدراء العامين والمدراء، ورؤساء الأقسام بالمصارف العاملة في محافظات قطاع غزة، وقد تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي، والاعتماد على الاستبانة لجمع البيانات، حيث تم توزيع (150) استبانة، وتم استرداد (140) منها أي ما نسبته 93%.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفء والعوامل المؤثرة بها، مثل: إعادة بناء الهياكل التنظيمية، قدرات تكنولوجيا عالية، زيادة صحة وفاعلية العمليات المصرفية التي تنجزها هذه المصارف، تغيرات في توقعات العميل وتحسين معايير الجودة الشاملة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها:

- إعداد الهيكل التنظيمي بناءً على التوجه بالعملية، وأن يظهر ذلك في الهيكل التنظيمي للمصرف.
- اتخاذ القرارات الجماعية التي تشتمل على الإدارة العليا مع الموظفين، حيث يسهم ذلك في إعطاء دافع للموظفين بالاهتمام بتنفيذ هذه القرارات ودعمها.
- التركيز على تسلسل أنشطة العملية المصرفية عند إعداد الهيكل التنظيمي، وليس على تسلسل إداري.

ثانياً: الدراسات العربية:

1- دراسة (الطراونة وآخرون، 2011):

بعنوان: درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة. ولتحقيق هدف الدراسة طور الباحثون

استبانة اشتملت على (57) فقرة ضمت سبع مجالات، وبعد التأكد من صدقها وثباتها، طبقت على عينة مكونة من (150) موظفاً وموظفة يعملون في مديرية تربية عمان الرابعة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إن درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في المجموع الكلي كانت بشكل عام متوسطة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات، لدرجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة تبعاً لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات، لدرجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة تبعاً لمتغير طبيعة العمل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة تبعاً لمتغير سنوات الخدمة.

في ضوء نتائج الدراسة أوصى الباحثون بالآتي:

- عقد دورات تدريبية للموظفين الإداريين والفنيين في مديرية تربية عمان الرابعة، في مجال إعادة هندسة العمليات الإدارية من حيث مفاهيمها وعملياتها.
- ضرورة أن تعمل وزارة التربية والتعليم على نشر ثقافة التغيير والتطوير لدى موظفيها.

2- دراسة الجربا (2011) بعنوان:

"أثر إدارة هندسة العمليات الإدارية علي الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إعادة هندسة العمليات الإدارية على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتصميم استبانة شملت (39) فقرة لجمع المعلومات الأولية من عينة الدراسة المكونة من (86) مفردة.

وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج، أهمها:

- وجود تأثير ذي دلالة معنوية لإعادة بناء الهياكل التنظيمية على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.
- وجود تأثير ذي دلالة معنوية للقدرات التكنولوجية العالية على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.
- وجود تأثير ذي دلالة معنوية لزيادة فاعلية العمليات المنجزة على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.
- وجود تأثير ذي دلالة معنوية لتحسين معايير الجودة الشاملة على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها:

- ضرورة تشجيع المستشفيات المبحوثة لإعادة هندسة عمليات أعمالها للبدء بتنفيذ برامجها في التغيير الجذري بالسرعة الممكنة.
- صياغة رؤية حول بناء قواعد بيانات مشتركة للمستشفيات بحيث تشتمل على بيانات تحتاجها جميع المستشفيات، وتستطيع استخدامها في جهود التغيير، وإعادة الهندسة.

3- دراسة شعبان (2008) بعنوان:

"العوامل المؤثرة في تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة".

هدفت الدراسة إلى اختبار ودراسة العلاقة بين هندسة العمليات الإدارية وبعض العوامل المؤثرة في تطبيقها، وهي: الثقافة التنظيمية، والتخطيط الاستراتيجي، والموارد المتاحة، كما هدفت إلى تقديم وصياغة مجموعة من التوصيات بشأن إعادة هندسة العمليات الإدارية والعوامل المؤثرة فيها. شمل مجتمع البحث مديري الإدارة العليا بشركة كهرباء السعودية، بالمنطقة الوسطى، والتي تشمل مدينة الرياض، وبعض المحافظات التابعة لها والبالغ عددهم (137) .

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

- أن عملية التخطيط الاستراتيجي بالشركة كانت غير فعالة. واعتمادها في التخطيط على النمط التقليدي، وأن هناك علاقة ارتباطية معنوية سالبة بينها وبين عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية.

- أن الموارد المتاحة بالشركة موضع الدراسة كافية، وأن هناك علاقة ارتباط معنوية موجبة بينها وبين إعادة هندسة العمليات الإدارية.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها:

- زيادة إيمان الإدارة العليا واقتناعها بضرورة تسهيل تطبيق عملية إعادة هندسة العمليات لما لذلك من أثر في كل من ربحية الشركة وأدائها، وبالتالي حصولها على ميزة تنافسية مقارنةً بالمنافسين.
- ضرورة تهيئة الثقافة التنظيمية بأبعادها المختلفة لملاءمة تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية بالشركة محل الدراسة.
- زيادة اهتمام الشركة بالتخطيط الاستراتيجي، وتحليل البيئة الداخلية والخارجية، وصياغة أهداف استراتيجية فعالة، وتطبيق وتقييم الاستراتيجية المناسبة.

4- دراسة الخواجا (2008) بعنوان:

"تطوير أنموذج لإعادة هندسة العمليات الإدارية في مؤسسات التدريب المهني في الأردن".

هدفت الدراسة إلى تطوير أنموذج هندسة العمليات الإدارية في مؤسسة التدريب المهني في الأردن، وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في مؤسسة التدريب المهني في الأردن، والبالغ عددهم(862) عاملاً وعاملة منهم: (660) من الذكور، و(202) من الإناث. وتكونت عينة الدراسة من (250) فرداً، واستخدم الباحث المنهج المسحي التطويري للإجابة عن أسئلة الدراسة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

- تحديد العمليات الإدارية المطلوب إعادة هندستها بثلاثة محاور رئيسة، وهي: عملية الترويح والاستقطاب، وعملية التدريب، والعمليات الإدارية التقليدية.
- ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية لتقديرات العاملين تعزى للجنس، في درجة التوفر لعملية العلاقات العامة، وعملية التخطيط لصالح الإناث، ولم تظهر الفروق بين الجنسين من حيث درجة الأهمية للعمليات المبحوثة.
- ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية، تعزى لسنوات الخبرة في تقديرات العاملين وأصحاب العمل لدرجة الأهمية للعمليات ككل، ولكل عملية على حده، وذلك لصالح العاملين الذين خبرتهم خمس سنوات فأقل.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها:

- تقديم الأنموذج المقترح من أجل تطبيقه على مؤسسة التدريب المهني.
- إجراء الدراسات المعمقة في مجال إعادة هندسة العمليات الإدارية، على مختلف مؤسسات التعليم والتعليم العالي.

5- دراسة الكساسبة، (2004) بعنوان:

"دور تكنولوجيا المعلومات في إعادة هندسة عمليات الأعمال، دراسة ميدانية على شركة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في الأردن".

هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة تأثير تقنيات المعلومات المستخدمة في الشركات المبحوثة، وقدرات تكنولوجيا المعلومات على العمليات التي تتم إعادة هندستها، بغية بناء أنموذج للدور الذي يمكن أن تلعبه تكنولوجيا المعلومات في إعادة الهندسة، وتكون مجتمع الدراسة من مديري ورؤساء أقسام تكنولوجيا المعلومات في شركات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في الأردن.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- تشير الدراسة إلى أن (63%) من الشركات المبحوثة قد نفذت برامج إعادة هندسة لعملياتها، أو بدأت بتنفيذها، وأن (28.3%) من الشركات المبحوثة تخطط لإعادة هندسة عملياتها جميعاً أو بعضها.
- تشير الدراسة إلى أن العمليات التي تتم إعادة هندستها ترتبط بقواعد البيانات المشتركة، وبرمجيات العمل الجماعي، والنظم، والخبرة، وقدرات التكامل، والقدرات الجغرافية.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات المبحوثين حول قدرات تكنولوجيا المعلومات، والعمليات التي تتم إعادة هندستها، تعزى هذه الفروق إلى اختلاف حجم الشركات، ومراحل إعادة الهندسة في الشركات المبحوثة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها:

- أهمية دور تكنولوجيا المعلومات في برامج إعادة الهندسة لشركات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات التي لا يوجد لديها توجه لإعادة الهندسة.
- تشجيع الشركات التي تخطط لإعادة هندسة عمليات أعمالها، للبدء بتنفيذ برامجها في التغيير الجذري بالسرعة الممكنة.
- إعادة تشكيل ثقافة شركة الاتصال وتكنولوجيا المعلومات، وإعادة تنظيم الشركات على أساس فرق العمل، وإجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال.

6- دراسة (باقر والعيثاوي، بدون):

بعنوان: إعادة هندسة عملية تخطيط العملية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية بالوزيرة/ بغداد.

تناولت هذه الدراسة إعادة هندسة عملية تخطيط العملية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية، وقد تم تنفيذ عملية إعادة هندسة عملية تخطيط العملية باستخدام نظام تخطيط العملية بمساعدة الحاسوب CAPP.

تم تطبيق نظام CAPP على أحد المنتوجات المعاد هندستها (من حيث التصميم)، وهو البراد ذو صنبور الماء الواحد، وحوض الماء العلوي، وتم إعداد خطة عملية (مسار تكنولوجي) لهذا المنتوج باستخدام نظام CAPP المصمم بهذه الدراسة للشركة.

ساعد استخدام نظام CAPP المصمم في أتمتة عملية تخطيط العملية، وبعد أن كانت تستغرق فترة طويلة تقرب من الشهر إلى ثلاثة أشهر، إذ أصبحت الآن تتم خلال يومين إلى أسبوع حسب كفاءة الشخص الذي يعمل على جهاز الحاسوب. كما حقق نظام CAPP المستخدم في تخطيط العملية عند التشغيل التجريبي له نتائج أفضل بكثير من تلك التي يحققها العمل اليدوي.

وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة مقترحات منها استخدام تكنولوجيا المعلومات، ونظم المعلومات بشكل أوسع مما هو عليه الآن؛ لغرض أتمتة عمليات أعمالها؛ لتتمكن من تحقيق ميزة تنافسية، وتطبيق نظام CAPP المقترح بشكل كامل ومستمر في تخطيط عمليات الإنتاج في الشركة.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة Soudabeh Khodambashi (2013) بعنوان:

Business Process Re-engineering Application in Healthcare in a Relation to Health Information Systems

هدفت هذه الدراسة إلي الوقوف على سبل تطبيق التكنولوجيا مثل نظام المعلومات الصحية في الرعاية الصحية حيث يؤثر على إيصال الرعاية الصحية شاملة عملياتها السريرية. ويستخدم نظام المعلومات الصحي بشكل مكثف في الرعاية الصحية من أجل دعم البنية التحتية الطبية. وإن تحسين العملية السريرية يدعم باتجاه فهم أفضل للأنظمة الرعاية الصحية حيث أن التكنولوجيا والعملية السريرية يجب أن يرتبطا ببعضهما البعض. حيث إن أحد الطرق المقدمة والتي تعمل على تحسين العملية السريرية هي عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية.

وجاء في نتائج الدراسة أن تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية قبل تطبيق نظام المعلومات الصحي أو حتى بعد التطبيق يمكن أن يكون جيداً لتحسين فعالية نظام المعلومات الصحي. كما أن تطبيق تكنولوجيا المعلومات يمكن أن يكون أيضاً عاملاً مهماً في إعادة تصميم العملية، وبشكل خاص في دمج وأتمتة عمليات عدة.

2- دراسة McAdam & Donaghy (1999) بعنوان :

Business process reengineering in the public sector: A study of staff perceptions and Critical Success Factors (CSFs)".

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في تصورات الموظفين فيما يتعلق بعوامل النجاح الحاسمة، وذلك من أجل تطبيق ناجح لإعادة هندسة العمليات في القطاع العام، حيث أظهرت النتائج أن العديد من العوامل الرئيسة الحاسمة لنجاح إعادة هندسة العمليات في القطاع الخاص لها نفس الأهمية بالنسبة لنجاح تطبيق إعادة هندسة العمليات في القطاع العام.

وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل الأكثر أهمية في نجاح تطبيق إعادة هندسة العمليات في القطاع العام شملت التالي:

أ. التزام ودعم الإدارة العليا.
ب. فهم إعادة هندسة العمليات.
ت. الاتصال.
ث. تمكين العاملين وزيادة نسبة مشاركتهم في اتخاذ القرار.
ج. التقليل من مخاوف تقليص عدد الوظائف.

كما تم تحديد عدد من الخصائص الفريدة التي يجب مراعاتها في تطبيق إعادة هندسة العمليات في القطاع العام وشملت التالي:

أ. وجود عمليات عديدة معقدة ومتداخلة مع العديد من أصحاب السلطة والمصلحة.
ب. وجود قوى عاملة مهنية ومتخصصة.
ت. وضوح الحدود التنظيمية الداخلية.

3- دراسة Carmichael BD (1994) بعنوان:

Business process reengineering: a remedy for health care.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على التحديات التي تواجه منظمات الرعاية الصحية، والقيود الاقتصادية المهمة التي تهدد بتفكيك الخدمات الأساسية. وأن الحاجة المتصورة للإصلاح كبيرة. قد تكون عملية إعادة هندسة الأعمال الدواء القوية اللازمة لتحقيق تحسين الإنتاجية الدرامية

دون المساس بنوعية ونطاق خدمات الرعاية الصحية الأساسية. كما هدفت أيضاً إلى إعادة هندسة التحديات في منظمات الرعاية الصحية للقضاء على الوظائف التي لا تسهم في الهيكل التنظيمي بالمستوى المطلوب من الرعاية.

وأوصت هذه الدراسة بأن يتم استخدام تكنولوجيا المعلومات لتهجير الشيكات اليدوية والضوابط. وإعادة الهيكلة قد تعمل على تسهيل تنفيذ نماذج الإدارة المعاصرة، مثل التركيز على رعاية المريض، وإدارة القضايا والمنتجات وإدارة البرامج. ويمكن تعزيز المنتج من إعادة الهيكلة على مر الزمن من خلال التحسين المستمر للجودة.

الدراسات السابقة التي تناولت موضوع جودة الخدمات:

أولاً: الدراسات الفلسطينية:

1- دراسة (صفدي وآخرون، 2011):

بعنوان: مدى رضا العاملين وأثره على جودة الخدمات المقدمة من قبل شركة الاتصالات الفلسطينية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى رضا العاملين، وأثره على جودة الخدمات المقدمة من قبل شركة الاتصالات الفلسطينية من وجهة نظر العاملين، كما هدفت التعرف على دور متغيرات الدراسة نحو موضوع الدراسة، ولتحقيق هدف الدراسة تم تطوير الاستبانة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- هناك رضا للعاملين في شركة الاتصالات الفلسطينية بنسبة مرتفعة بلغت (72.8%). هناك رضا عن طبيعة وظروف العمل، حيث بلغت نسبة الرضا (74.8%). درجة الرضا عن أنظمة الترقية والحوافز كانت متوسطة بدلالة النسبة المئوية التي بلغت (61.4%)، كما اتضح أن درجة الرضا عن العلاقة مع المسئولين بلغت (79.4%). درجة الرضا عن العلاقة مع الزملاء بلغت (75.6%).
- هناك درجة مرتفعة جداً من الجدة في الخدمة التي تقدمها الشركة، حيث بلغت وفق إجابات أفراد العينة (80.2%) وهي نسبة عالية جداً، فقد تبين أن هناك اعتمادية في الخدمات التي تقدمها الشركة بنسبة بلغت (83.6%)، كما تبين أن هناك درجة مرتفعة من الاستجابة في الشركة بلغت (74.6%)، كما اتضح أن الشركة توفر عنصر الأمان في خدماتها بنسبة بلغت (81.2%)، وتبين أن هناك درجة عالية من المصداقية بلغت

(72.8)، كما اتضح أن خدمات الشركة تتميز بعنصر التطابق بدرجة مرتفعة جداً بلغت (83%)، كما تبين أن هناك أثر للجمالية على جودة الخدمة بنسبة بلغت (86%)، كما تبين أنه يوجد علاقة بين رضا العاملين وجودة الخدمات المقدمة من قبل شركة الاتصالات الفلسطينية.

ختاماً أوصى الباحثون بتوصيات عدة من أهمها:

- ضرورة أن تسعى الشركة لتحقيق الأمن الوظيفي للموظفين فيها لأن ذلك يزيد من جودة الخدمة المقدمة للعملاء.
- ضرورة أن تتيح الوظيفة في شركة الاتصالات فرص اكتساب مهارات وخبرات جديدة؛ لأن ذلك ينعكس بالإيجاب على جودة الخدمة المقدمة لعملاء.

2- دراسة قاسم، (2009) بعنوان:

"تحسين جودة الخدمة في الجامعات الفلسطينية عبر إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" دراسة حالة: الجامعة الإسلامية- غزة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور عملية إعادة هندسة العمليات في الجامعة الإسلامية في تحسين جودة الخدمات المقدمة، وتم استخدام أسلوب الحصر الشامل، حيث تكون مجتمع الدراسة من(60) موظفاً، وهم رؤساء لجان الجودة في الكليات، وأعضاء فرق التميز المشكلة من قبل وحدة الجودة الإدارية، وممثلو الجودة في دوائر وكليات الجامعة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- أظهرت الدراسة أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يؤدي إلى خفض التكاليف الإدارية في الجامعة الإسلامية بغزة.
- بينت الدارسة أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يساهم في سرعة إنجاز الأعمال في مختلف دوائر وكليات الجامعة.
- تشير الدراسة إلى أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة التعليمية التي تقدمها الجامعة الإسلامية لطلابها.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها:

- نشر وتعزيز مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية للعاملين في الجامعة الإسلامية كافة من إداريين وأكاديميين.

- تعزيز ومنح الموظفين القدرة والحرية والاستقلالية الكاملة في إصدار القرارات بدون الرجوع إلى الإدارة العليا.
- العمل على زيادة الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات، والأتمتة اللازمة لدعم أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية التي تهدف إلى تقليل الوقت والجهد والتكلفة.

3- دراسة (مصلح، 2012):

بعنوان: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً للمتغيرات الآتية: المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي، ومستشفى وكالة الغوث الدولية (أنوروا)، وشملت العينة (126) موظفاً ومريضاً من أصل (420) شخصاً أي ما نسبته 30% من مجتمع الدراسة. استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية.

أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى، كانت عالية في مجالات الدراسة كافة، وفي الدرجة الكلية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، الأمان، والثقة، والتعاطف تعزى لمتغير الجنس، وكانت لصالح الذكور، وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات، سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

ثانياً: الدراسات العربية:

1- دراسة (أبو شكر، 2012):

بعنوان: أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات في المستشفيات الخاصة على جودة الخدمات (دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في مدينة عمان من وجهة نظر الموظفين والمرضى).

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات في مستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان على جودة الخدمات بأبعادها الصحية، والفندقية، والإدارية.

ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتصميم استبانتين، الأولى لموظفي عينة مكونة من (5) مستشفيات تم اختيارها عشوائياً، وقد اشتملت الاستبانة على (43) فقرة لجمع المعلومات الأولية من عينة الدراسة المكونة من (154) موظفاً، والثانية لمرضى هذه المستشفيات، وقد اشتملت على (43) فقرة لجمع المعلومات من عينة الدراسة المكونة من (310) مرضى.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أبرزها: وجود أثر ذي دلالة إحصائية لاستخدام تكنولوجيا المعلومات في مستشفيات القطاع الخاص في عمان على جودة الخدمات بشكل عام عند مستوى دلالة (0.05).

وقد أوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات من أبرزها: ضرورة تعزيز فاعلية قاعدة المعلومات لتقديم الخدمات بكفاءة عالية، وضرورة الاهتمام بتحديث وصيانة الأجهزة والشبكات الإلكترونية مع استخدام البرمجيات الحديثة، وعقد دورات بشكل مستمر للعاملين في المستشفى، بالإضافة إلى أتمتة الإجراءات الورقية جميعاً، وربط أقسام المستشفى جميعها بشبكات إلكترونية لتسهيل التواصل بينها داخلياً، والعمل على ربط المستشفيات كافة بشبكة خارجية واسعة لتسهيل تبادل المعلومات والخبرات فيما بينها.

2- دراسة (عبده، 2012):

بعنوان: الجودة المدركة لخدمات المواقع الإلكترونية وأثرها في تحقيق القيمة المضافة من وجهة نظر طلبة الجامعات الخاصة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجودة المدركة لخدمات المواقع الإلكترونية وأثرها في تحقيق القيمة المضافة من وجهة نظر طلبة الجامعات الخاصة، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتوزيع استبانات على (500) طالب وطالبة من الجامعات المبحوثة؛ لجمع المعلومات الأولية عن عينة الدراسة.

تم التوصل إلى عدد من النتائج أبرزها:

- وجود علاقة طردية وقوية بين الجودة المدركة لخدمات المواقع الإلكترونية في تحقيق القيمة المضافة، كما أوضحت نتائج التحليل الإحصائي مدى إسهام جودة خدمات المواقع الإلكترونية في تفسير التباين الحاصل في القيمة المضافة وأبعادها.
- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجودة خدمات المواقع الإلكترونية بأبعادها (سرعة الوصول، سهولة الاستخدام، كفاية وشمول المعلومات، شكل وتصميم الموقع) على القيمة المضافة بأبعادها (القيمة المالية والقيمة المنفعية) عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$).

3- دراسة (عودة، 2012):

بعنوان: العلاقة التأثيرية بين جودة الخدمات الإلكترونية وسمعة الجامعة (دراسة على عينة من الجامعات الخاصة الأردنية).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة التأثيرية بين جودة الخدمات الإلكترونية للمواقع الإلكترونية في الجامعات الخاصة الأردنية وسمعة تلك الجامعة الخاصة، إذ تم اعتماد متغيرات جودة الموقع الإلكتروني من خلال جودة تصميم الموقع الإلكتروني (شمولية، جمالية)، جودة المعلومات (حداثة المعلومات، دقتها)، جودة الخدمات (الموثوقية، الاستجابة)، وكانت متغيرات السمعة قد شملت (الإعجاب، والاحترام، والرضا).

تكون مجتمع الدراسة من طلبة الجامعات الخاصة الأردنية في العاصمة الأردنية عمان، وهي: (جامعة الشرق الأوسط، جامعة البتراء، جامعة الإسراء، جامعة الزيتونة، جامعة العلوم التطبيقية، جامعة الأميرة سمية للتكنولوجيا)، إذ بلغ عدد الطلبة فيها (30459) طالباً وطالبة. تم اختيار عينة قصدية من الطلبة بلغت (1524) أي ما نسبته 5% من مجموع مجتمع الدراسة، وقد تم تطوير استبانة لقياس متغيرات الدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج كانت من أهمها أن الجامعات الأردنية تتمتع بسمعة حسنة، فالطلبة يشعرون بالإعجاب والاحترام بشكل عالٍ تجاه جامعاتهم، وأن جودة المعلومات والخدمات التي تقدمها مواقع الجامعات الإلكترونية لم تكن بالمستوى الذي يطمح إليه الطلبة، بينما كانت جودة التصميم بمستوى جيد، وبينت الدراسة وجود أثر لجودة المواقع الإلكترونية للجامعات في سمعة تلك الجامعات.

عرضت الدراسة توصيات، منها: ضرورة العمل على تحسين جودة الخدمات والمعلومات في مواقع الجامعات الخاصة الأردنية، وضرورة رفع مستوى إدراك القائمين على الجامعات الخاصة لأهمية المواقع الإلكترونية في تحسين سمعة الجامعات.

4- دراسة (حسين، 2011):

بعنوان: قياس جودة الخدمات الإلكترونية باستخدام مدخل الفجوات (دراسة تطبيقية في قطاع الاتصالات الأردني).

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الفجوة بين جودة الخدمات الإلكترونية المقدمة فعلاً من وجهة نظر العملاء، وجودة الخدمات الإلكترونية المستهدفة من وجهة نظر العاملين في الإدارة (الجودة الداخلية)، وفقاً للأبعاد التالية: (سهولة الاستخدام، وتصميم الموقع، والاعتمادية، والسرية، والاستجابة، والتعاطف). تكون مجتمع الدراسة من العملاء الذين يتلقون الخدمات الإلكترونية في قطاع غزة الاتصالات الأردني في العاصمة الأردنية عمان من جهة، والعاملين في إدارة هذا

القطاع، والمكون من الشركات (Orange, Zain, Umniah) ممن لهم مساس مباشر بالخدمات المقدمة للعملاء من جهة أخرى. وقد تكونت العينة من (400) استبانة وزعت على العملاء، و(380) استبانة وزعت على العاملين في إدارة الشركات الثلاث الخاضعة للدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى استنتاجات كان من أهمها: عدم وجود فروق بين تقييم العملاء وتقييم العاملين في الشركات الثلاث لمستوى جودة الخدمات الإلكترونية وفقاً للأبعاد جميعها، حيث كان تقييم العملاء والعاملين متقارباً، وكان تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمات الإلكترونية مرتباً حسب الأهمية على التوالي كما يلي: (سهولة الاستخدام، وتصميم الموقع، والتعاطف، والسرية، والاستجابة، والاعتمادية)، أما العاملين فكان تقييمهم للأبعاد مرتباً حسب الأهمية على التوالي كما يلي: (تصميم الموقع، والتعاطف، سهولة الاستخدام، والاستجابة، والسرية، والاعتمادية).

وقد عرضت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من أهمها: ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مهارات وكفاءات العاملين في قطاع الاتصالات الأردني، وذلك من خلال عقد دورات تدريبية هادفة، وتوفير نظام لمراقبة ومتابعة الأداء بشكل أكبر، وإجراء البحوث والدراسات بشكل مستمر، بحيث تتناول أبعاداً مختلفة لم يتم اعتمادها في هذه الدراسة.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية:

1. دراسة Kumar وآخرون (2011):

Examining quality and efficiency of the US healthcare system.

هدفت الدراسة إلى معرفة نوعية وكفاءة خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وسعت لمعرفة أثر نوعية وكفاءة هذه الخدمات على مختلف الجهات المعنية لتحقيق أفضل قيمة مقابل كل دولار ينفق على الرعاية الصحية.

وأظهرت نتائج الدراسة إن نظام الرعاية الصحية الأمريكي هام ومفيد لاقتصاد البلاد وسياسة الإنفاق الحكومية. ويتميز بأنه الأغلى في العالم ولكنه الأقل فاعلية بالمقارنة مع الدول الأخرى. وهذا الأمر انعكس سلباً على الملايين من المواطنين بسبب تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة.

وكذلك أظهرت النتائج بأن من العوامل الرئيسة في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية هي مأسسة الممارسات الطبية، وسياسة السداد، والتكاليف الناجمة عن استخدام التكنولوجيا، وسلوك المستهلك.

وقامت الدراسة بدراسة الخريطة المالية لنظام الرعاية الصحية لفهم وتعزيز العملية الشاملة التي تربط أصحاب المصلحة في نظام الرعاية الصحية. وقد طرحت العوامل المؤثرة في نظام الرعاية الصحي الأمريكي ضمن مخطط السبب والأثر لتبسيط تعقيدات الرعاية الصحية. واستخدمت هذه الأداة دليلاً لتحسين الكفاءة من خلال إزالة المصاريف غير الضرورية في النظام. ومن خلال تحليل الاتجاهات وضحت الدراسة العلاقة الحاسمة بين النمو الاقتصادي والإنفاق على الرعاية الصحية. وربطت هذه الدراسة بين المؤشرات الاقتصادية وكيفية إصلاح نظام الرعاية الصحية الأمريكي، وأخيراً ونتيجة لتعقيد نظام الرعاية الصحي الأمريكي استخدم مخطط السبب والأثر لتبسيط هذا النظام وفهمه، بالإضافة إلى ذلك بينت الدراسة العوامل المؤثرة على السياسية الأمريكية العليا مثل: القضايا الاجتماعية، السياسات الحكومية، ونظام الرعاية الصحية المقارن، والحلول الإصلاحية الممكنة وضخامة التحديات المعاصرة بهذا الخصوص من خلال عرض القضايا الخطيرة المرتبطة بنظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

2. دراسة Elg وآخرون (2011):

Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد وتحسين نوعية العمل.

وتكون مجتمع الدراسة من مديري الرعاية الأساسية وكان عددهم 1031 ومديري الأقسام في المستشفيات وكان عددهم 1542 في عام 2007 وكانت نسبة العينة والاستجابات المستردة هي 46%.

وأظهرت نتائج الدراسة بأن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل منها: قرارات الإدارة العليا، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صناع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاثة مجالات وهي: الرقابة المنطقية، وأساس تحسين الممارسات، والمريض هو مركز التوجه. وأوضحت الدراسة بأنه ينبغي على قادة الرعاية الصحية تصميم نظم جديدة للمراقبة الإدارية من أجل دعم أنظمة الرعاية الصحية الفرعية.

ودعمت نتائج الدراسة الفرضيات العامة والتي تنادي بأن الطواقم الطبية تتجه نحو التركيز على التغيير التنظيمي بناءً على أنظمة الرقابة الإدارية، وأخيراً حددت الدراسة عدة اتجاهات هامة حول كيفية إدارة مؤسسات الرعاية الصحية وتطويرها.

3. دراسة Padhy & Rath (2010):

بعنوان: رضا المريض وفعالية التسويق في المستشفيات الكبيرة المختارة في الهند

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين رضا المرضى وفعالية التسويق. شارك في هذه الدراسة 300 من المرضى و80 من المديرين التنفيذيين للتسويق من من ستة مستشفيات (ثلاثة من القطاع العام وثلاثة من القطاع الخاص) من المدن التوأم حيدر أباد وسيكوندرأباد.

واستخدمت الدراسة المقابلة والاستبيان في جمع المعلومات.

وفي ضوء الفرضيات التي وضعت، وجد أن المرضى في المستشفيات الخاصة أكثر رضا بجودة الخدمات من نظرائهم في المستشفيات الأخرى، وكذلك أثبتت الدراسة أن مديري التسويق في القطاع الخاص أكثر فعالية من زملائهم في المستشفيات الأخرى وبناء على ذلك تم رفض الفرضية الصفرية.

وقدمت الدراسة توصيات بضرورة الاهتمام بتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى وأيضاً ضرورة تحسين فعالية وقدرة مديري التسويق في هذه المستشفيات.

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة:

- **من حيث الموضوع:**

تناولت الدراسات السابقة جميعاً موضوع هندسة العمليات الإدارية.

- **من حيث الزمان:**

الدراسات السابقة جميعها حديثة نسبياً، فقد تم إجراؤها في الفترة من 1994 إلى 2013م.

- **من حيث المكان:**

تنوعت أماكن تطبيق الدراسات السابقة، فمنها المحلية (غزة)، ومنها العربية (الأردن، السعودية)، ومنها الأجنبية (بريطانيا).

- **من حيث المنهج:**

اعتمدت الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي.

- **من حيث الأدوات:**

استخدمت معظم الدراسات السابقة الاستبانة كأداة للدراسة، بينما دراسة (السر، 2008)، استخدمت الاستبانة والمقابلة.

- **من حيث استفادة الباحث منها:**

يمكن أن يستفيد الباحث من الدراسات السابقة من خلال:

- صياغة مشكلة وفروض الدراسة.
- جمع مادة الإطار النظري للدراسة.
- اختيار أدوات الدراسة.
- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

ما تتميز به الدراسة الحالية:

تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- تعتبر هذه الدراسة بناءً معرفياً وتراكمياً للدراسات السابقة، وتأتي استكمالاً لما بدأه الباحثون السابقون في موضوع الدراسة، فهي تبنى على ما توصلوا إليه من نتائج وما قدموه من توصيات واقتراحات.
- ركزت الدراسة الحالية على موضوع التحديات التي تواجه عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية.
- وضعت الدراسة الحالية حلول عملية للتغلب على تلك التحديات.
- استخدم الباحث أدوات للدراسة، وهما الاستبانة والمقابلة، من أجل التوصل إلى نتائج أدق وأفضل.
- تتناولت هذه الدراسة وجهات النظر المختلفة للتحديات التي تواجه عملية إعادة هندسة العمليات الإدارية من وجهة نظر (مدير عام، مدير إداري، رئيس دائرة، رئيس قسم).

الفجوة البحثية:

تبين من وجهة نظر الباحث بين الدراسات الحالية والدراسة السابقة، وهي على النخو التالي:

جدول رقم (4): الفجوة البحثية

م	الدراسات السابقة	الفجوة البحثية	الدراسة الحالية
1	تناولت هندسة العمليات الإدارية، مثل دراسة: (السر، 2008) تناولت واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية ، ودراسة(الكساسبة، 2004) تناولت دور تكنولوجيا المعلومات في إعادة هندسة العمليات.	لا تتعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية.	تتعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية.
2	دراسة (الأغا، 2006) تناولت هندسة العمليات الإدارية فقط، دراسة (الجربا، 2011) تناولت هندسة العمليات الإدارية والفاعلية التنظيمية.	لا تكشف عن العلاقة بين واقع هندسة العمليات الإدارية وبين مستوى جودة الخدمات الصحية.	تكشف عن العلاقة بين واقع هندسة العمليات الإدارية وبين مستوى جودة الخدمات الصحية.
3	اعتمدت المنهج الوصفي، ووصفت واقع تطبيق هندسة العمليات الإدارية، مثل دراسة (قاسم، 2009) استخدم أسلوب دراسة الحالة.	لا تسلط الضوء على المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية.	تسلط الضوء على المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية.
4	وضعت توصيات عامة، دون اعتمادها على المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية.	لا تبين سبل تطوير هندسة العمليات الإدارية.	تبين سبل تطوير هندسة العمليات الإدارية.
5	تم تطبيقها في مؤسسات مختلفة، عامة وخاصة وأهلية	لم يتم تطبيقها في مجمع الشفاء الطبي	تم تطبيق الدراسة الحالية في مجمع الشفاء الطبي

المصدر: جرد بواسطة الباحث

الفصل الرابع

منهجـــية الدراســـة

الفصل الرابع
منهجية الدراسة

المقدمة:

يتناول الباحث في ها الفصل من الدراسة منهجية الدراسة، حيث يشتمل على المنهج والمجتمع والعينة والأداة وحساب صدق وثبات الأداة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً وكمياً، كما لا يكفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات يبنى عليها التصور المقترح، بحيث يزيد بها رصيد المعرفة عن الموضوع.

وتنقسم مصادر البيانات حسب التالي:

- **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأ الباحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للدراسة، تم تصميمها خصيصاً لهذا الغرض.
- **المصادر الثانوية:** لجأ الباحث في معالجة الإطار النظري إلى المصادر الثانوية، والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة:

مجتمع الدراسة يعرف بأنه مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث جميعها، وبذلك فإن مجتمع الدراسة هو الأفراد الذين لهم علاقة بمشكلة الدراسة جميعاً، وبناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها، فإن المجتمع المستهدف يتكون من الوظائف الإشرافية في مجمع الشفاء الطبي.

ودرس الباحث عناصر مجتمع الدراسة كاملة، على طريقة الحصر الشامل، وفيها تجمع البيانات من أفراد المجتمع الأصلي جميعاً، ويتضمن عددهم (194) موظفاً للعام 2015م-2016م.

جدول رقم (5): يوضح أعداد فئة الوظائف الإشرافية

م.	المسمى الوظيفي	الدرجة الوظيفية	العدد
1	مدير عام	A4	6
2	مدير دائرة	B	16
3	رئيس قسم	3 – 5	155
4	رئيس شعبة	3 – 5	15
	المجموع		**194**

(المصدر: شئون الموظفين مجمع الشفاء الطبي، 2015م)

ثالثاً: أداة الدراسة:

استخدم الباحث الاستبانة كأداة لجمع البيانات والمعلومات حول علاقة المتغير المستقل، وهو هندسة العمليات الإدارية، وتأثيره في المتغير التابع، وهو جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، باعتبارها من أنسب أدوات البحث التي تحقق أهداف هذه الدراسة للحصول على معلومات وحقائق ذات علاقة بموضوع الدراسة، مستفيداً من الإطار النظري السابق والدراسات السابقة.

وصمم الباحث استبانة مستعيناً كأساس باستبانة تم استخدامها للقيام بدراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة من قبل (الجزائري وآخرون، 2010: 20) لقياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، مع إجراء بعض التعديلات التي تهتم بالشأن المحلي في قطاع غزة، أما بخصوص استبانة الهندرة تم تطوير استبانة الباحث (الجربا، 2011) عن أثر إعادة هندسة العمليات الإدارية علي الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان، وتم دمج الفقرات المناسبة من تلك الاستبانات مع إضافة وحذف فقرات أخرى، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع قيادة المستشفى وقسم ضمان الجودة واستقبال الشكاوى.

وتم اعتماد درجات الموافقة حسب مقياس التدريج التالي:

جدول رقم (6)

مقياس خماسي التدريج

درجة الموافقة	الوزن الرقمي	المتوسط الحسابي		الوزن النسبي	
		من	إلى	من	إلى
قليلة جدا	1	1.00	1.79	20.00	35.99
قليلة	2	1.80	2.59	36.00	51.99
متوسطة	3	2.60	3.39	52.00	67.99
كبيرة	4	3.40	4.19	68.00	83.99
كبيرة جدا	5	4.20	5.00	84.00	100.00

رابعاً: صدق الاستبانة:

يقصد بالصدق شمول الاستبانة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها، كما يقصد بالصدق أن أداة القياس تقيس ما وضعت لقياسه ولا تقيس شيئاً آخر، وتُعد الدراسة صادقة إذا حددت مدى صلاحية درجاتها، ومن أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، أجرى الباحث اختبارات الصدق التالية:

1- الصدق الظاهري:

حيث قام الباحث بعرض أداة الدراسة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (15) محكماً، ملحق رقم (2)، مختصين في مجال إدارة الأعمال، والإدارة الصحية، والتربية، والجودة والإحصاء، والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد، وحذف وتعديل ما يلزم على فقرات الاستبانة من حيث مدى ملاءمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى وضوح صياغة العبارات، ومدى مناسبة كل عبارة للمحور الذي تنتمي إليه، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرونه مناسباً وضرورياً من تعديل صياغة العبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لأداة الدراسة، وكذلك إبداء آرائهم فيما يتعلق بالبيانات الأولية (الخصائص الشخصية والوظيفية المطلوبة من المبحوثين)، إلى جانب مقياس (Likert-Scale) (ليكرت) الخماسي المستخدم في الاستبانة، وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية.

2- صدق المقياس:

1. صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي، مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ حجمها (30) مفردة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمحور التابعة له على النحو التالي:

1. الصدق الداخلي لفقرات المحور الأول: (تصميم الهيكل التنظيمي):

جدول رقم (7): الصدق الداخلي لفقرات المحور الأول: تصميم الهيكل التنظيمي

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يركز البناء التنظيمي على المرضى وعلى العمليات والخدمات الصحية المقدمة.	0.688	0.001
2.	يركز البناء التنظيمي على الرؤساء والمشرفين العاملين بالمستشفى.	0.700	0.001
3.	الهيكل التنظيمي يدعم العمليات الإدارية بوضوح.	0.807	0.001
4.	تحدد الإدارة إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية بناءً على تسلسل أنشطة العملية الصحية.	0.766	0.001
5.	يتبنى المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وذات معنى.	0.764	0.001
6.	يعتمد النمط الإداري بشكل أساس على الإدارة العليا.	0.517	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (7) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات االمحور الأول (تصميم الهيكل التنظيمي) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الأول صادقة لما وضعت لقياسه.

2. الصدق الداخلي لفقرات المحور الثاني: (قدرات التكنولوجيا ونظم المعلومات):

جدول رقم (8): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثاني: قدرات التكنولوجيا ونظم المعلومات

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
.1	تقلل الإدارة خطوات تنفيذ عملياتها الرقابية من خلال استخدام تكنولوجيا المعلومات.	0.568	0.001
.2	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة على زيادة القدرة في إعادة استخدام المعلومات الصحية.	0.891	0.001
.3	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة في الوصول إلى المعلومات القيمة التي تساعد في اتخاذ القرارات.	0.911	0.001
.4	تساعد تكنولوجيا المعلومات في خفض الوقت اللازم للبحث عن المعلومات اللازمة لاستمرار العمل.	0.910	0.001
.5	تساعد تكنولوجيا المعلومات على تحليل البيانات والمعلومات والسرعة في اتخاذ القرارات.	0.907	0.001
.6	تساعد تكنولوجيا المعلومات على إنجاز الأعمال المعقدة في الوقت المحدد مثل الإحصائيات الطبية.	0.884	0.001
.7	تحقق نظم تكنولوجيا المعلومات عمليات متعددة في عملية واحدة	0.818	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (8) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني (قدرات التكنولوجيا ونظم المعلومات) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الثاني صادقة لما وضعت لقياسه.

3. الصدق الداخلي لفقرات المحور الثالث: (صحة وفعالية العمليات الإدارية):

جدول رقم (9): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثالث: صحة وفعالية العمليات الإدارية

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
.1	تسعى إدارة المستشفى لنيل رضا المرضى والعملاء.	0.751	0.001
.2	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالكفاءة.	0.893	0.001
.3	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالتحسين المستمر.	0.884	0.001
.4	تتم العمليات الإدارية في المستشفى بسرعة ودقة.	0.862	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (9) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث (صحة وفعالية العمليات الإدارية) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الثالث صادقة لما وضعت لقياسه.

4. الصدق الداخلي لفقرات المحور الرابع: (توقعات متلقي الخدمة):

جدول رقم (10): الصدق الداخلي لفقرات المحور الرابع: توقعات متلقي الخدمة

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يتوقع المريض من المستشفى سرعة إنجاز المعاملات.	0.786	0.001
2.	يتوقع المريض من المستشفى تقديم خدمة نوعية مميزة.	0.859	0.001
3.	يتوقع المريض استخدام أحدث الأجهزة والمعدات الطبية في تقديم الخدمة.	0.918	0.001
4.	يتوقع المريض تلقي خدمات ذات جودة عالية.	0.921	0.001
5.	يتوقع المريض أن يتم التعامل مع شكواه بجدية ومهنية.	0.871	0.001
6.	يتوقع المريض أن تكون تكلفة الخدمة المقدمة معقولة.	0.863	0.001
7.	يتوقع المريض وجود تواصل معه لإبلاغه بمعاملاته.	0.867	0.001
8.	يتوقع المريض أن يتم التعامل معه باحترام أثناء طلب الخدمة.	0.821	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (10) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع (توقعات متلقي الخدمة) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الرابع صادقة لما وضعت لقياسه.

5. الصدق الداخلي لفقرات المحور الخامس: (تحسين معايير الجودة الشاملة):

جدول رقم (11): الصدق الداخلي لفقرات المحور الخامس: تحسين معايير الجودة الشاملة

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يتم التحسين المستمر في الخدمات المقدمة كافة.	0.750	0.001
2.	يخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين.	0.816	0.001
3.	يخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد بأن خطط تحسين الجودة يتم تنفيدها من قبل العاملين.	0.826	0.001
4.	يوجد أساليب حديثة لتحليل الأنشطة اللازمة لتقييم الخدمة.	0.797	0.001
5.	تتوفر خطة لخفض أوقات إنجاز المعاملات.	0.798	0.001
6.	يوجد دائرة تعنى بأمور الجودة الشاملة وتقوم بعملها بانتظام.	0.762	0.001
7.	تهدف الإدارة بشكل مستمر لخفض تكلفة العمليات المقدمة للعملاء.	0.702	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (11) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس (تحسين معايير الجودة الشاملة) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الخامس صادقة لما وضعت لقياسه.

6. صدق الاتساق البنائي للمحور الأول (واقع هندسة العمليات الإدارية):

جدول رقم (12): معامل الارتباط بين معدل كل محور من الجزء الثاني مع المعدل الكلي لفقرات الجزء الثاني

م.	المحاور	عدد الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة
1.	تصميم الهيكل التنظيمي.	6	0.666	0.001
2.	قدرات تكنولوجيا و نظم المعلومات.	7	0.667	0.001
3.	صحة وفعالية العمليات الإدارية.	4	0.812	0.001
4.	توقعات متلقي الخدمة.	8	0.721	0.001
5.	تحسين معايير الجودة الشاملة.	7	0.823	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (12) معاملات الارتباط بين كل محور من محاور الدراسة للجزء الثاني "واقع هندسة العمليات الإدارية" مع المعدل الكلي لمحاور الجزء الثاني، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361).

7. الصدق الداخلي لفقرات المحور السادس: (الأشياء الملموسة):

جدول رقم (13): الصدق الداخلي لفقرات المحور السادس: الأشياء الملموسة

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه بسرعة.	0.425	0.001
2.	تمتلك المستشفى موقف سيارات.	0.59	0.001
3.	تمتلك المستشفى حديقة ومساحة خضراء.	0.665	0.001
4.	توفر المستشفى كافتيريا.	0.606	0.001
5.	يحرص العاملون بالمستشفى على درجة عالية من النظافة.	0.64	0.001
6.	يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من حسن الهندام والمظهر.	0.676	0.001
7.	يوجد في المستشفى صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.	0.735	0.001
8.	يوجد دورات مياه صحية نظيفة بما يحقق راحة المرضى.	0.744	0.001
9.	تصميم المستشفى ملائم لتقديم مختلف الخدمات الصحية.	0.712	0.001
10.	يوجد لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والشعب المختلفة.	0.637	0.001
11.	يتوفر في المستشفى ممرات وطرق واسعة ومريحة تضمن تنقل المرضى دون صعوبة وبأمان.	0.716	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (13) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس (الأشياء الملوسة) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور السادس صادقة لما وضعت لقياسه.

8. الصدق الداخلي لفقرات المحور السابع: (الاعتمادية):

جدول رقم (14): الصدق الداخلي لفقرات المحور السابع: الاعتمادية

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
.1	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية إلى المرضى بالوقت المحدد حسب قائمة الانتظار.	0.755	0.001
.2	يحرص العاملون على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.	0.777	0.001
.3	يتوفر في المستشفى التخصصات الصحية والطبية المطلوبة جميعاً.	0.685	0.001
.4	يبدي المستشفى اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى.	0.745	0.001
.5	يحظى المستشفى بثقة واستحسان المستفيدين من خدماتها الصحية.	0.741	0.001
.6	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة.	0.700	0.001
.7	يتم تقديم الخدمة الصحية في الأوقات والمواعيد المحددة مسبقاً للمرضى.	0.761	0.001
.8	يقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة والموثوقية.	0.709	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (14) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السابع (الاعتمادية) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور السابع صادقة لما وضعت لقياسه.

9. الصدق الداخلي لفقرات المحور الثامن: (الاستجابة):

جدول رقم (15): الصدق الداخلي لفقرات المحور الثامن: الاستجابة

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
.1	يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.	0.756	0.001
.2	يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائماً.	0.721	0.001
.3	يقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوي المرضى.	0.814	0.001
.4	يبدي العاملون في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.	0.85	0.001
.5	يسهل المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.	0.788	0.001
.6	يلبي العاملون في المستشفى طلبات المرضى فوراً.	0.786	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (15) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثامن (الاستجابة) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور الثامن صادقة لما وضعت لقياسه.

10. صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور التاسع: (الثقة):

جدول رقم (16): الصدق الداخلي لفقرات المحور التاسع: الثقة

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الكادر الصحي بالمستشفى.	0.747	0.001
2.	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع العاملين المستشفى.	0.781	0.001
3.	يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	0.791	0.001
4.	يتابع العاملون في المستشفى حالة المرضى باستمرار.	0.779	0.001
5.	يحافظ العاملون في المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	0.750	0.001
6.	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة.	0.758	0.001
7.	يتمتع المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	0.762	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (16) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور التاسع (الثقة) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور التاسع صادقة لما وضعت لقياسه.

11. الصدق الداخلي لفقرات المحور العاشر: (التعاطف):

جدول رقم (17): الصدق الداخلي لفقرات المحور العاشر: التعاطف

م.	المحاور	معامل الارتباط	الدلالة
1.	يضع المستشفى مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	0.719	0.001
2.	يولي المستشفى المريض اهتماما وانتباهاً فردياً.	0.800	0.001
3.	يقدر العاملون في المستشفى ظروف المريض وحالته الصحية.	0.798	0.001
4.	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى.	0.800	0.001

.5	يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى.	0.759	0.001
.6	يراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.	0.752	0.001
.7	يشرح العاملون بالمستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.	0.785	0.001
.8	يصغي العاملون في المستشفى بشكل كامل إلى شكاوى المرضى.	0.823	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (17) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور العاشر (التعاطف) والمعدل الكلي لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361)، وبذلك تعتبر فقرات المحور العاشر صادقة لما وضعت لقياسه.

12. صدق الاتساق الداخلي للجزء الثالث: جودة الخدمات الصحية:

جدول رقم (18): معامل الارتباط بين معدل كل محور من محاور الجزء الثالث مع المعدل الكلي

م.	المحاور	عدد الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة
.1	الأشياء الملموسة	11	0.829	0.001
.2	الاعتمادية	8	0.876	0.001
.3	الاستجابة	6	0.889	0.001
.4	الثقة	7	0.868	0.001
.5	التعاطف	8	0.839	0.001

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

يبين جدول رقم (18) معاملات الارتباط بين كل محور من محاور الجزء الثالث مع المعدل الكلي لفقرات الجزء الثالث، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة أقل من (0.05)، وقيمة (r) المحسوبة أكبر من قيمة (r) الجدولية والتي تساوي (0.361).

خامساً: ثبات الاستبانة:

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة النتيجة نفسها لو تم إعادة توزيع الاستبانة أكثر من مرة تحت الظروف والشروط ذاتها، أو بعبارة أخرى يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة، وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على الأفراد مرات عدة خلال فترات زمنية معينة، وللتحقق من ثبات استبانة الدراسة أجريت خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما: التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

1- طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient:

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة، ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل بعد، وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (Spearman-Brown Coefficient) حسب المعادلة التالية:

معامل الثبات = $\frac{2ر}{1+ر}$ حيث (ر) معامل الارتباط، وقد بين جدول رقم (19) أن هناك معامل ثبات كبير نسبياً لفقرات الاستبيان، مما يتيح للباحث استخدام الاستبانة بكل طمأنينة.

جدول رقم (19): معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

المحاور	عدد الفقرات	سبيرمان براون
واقع هندسة العمليات الإدارية.	**32**	0.728
جودة الخدمات الصحية.	**40**	0.854
الإجمالي	**72**	0.852

قيمة (r) الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "28" تساوي 0.361

2- طريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha:

استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة كطريقة ثانية لقياس الثبات، وقد بين جدول رقم (20) أن معاملات الثبات مرتفعة مما يتيح للباحث استخدام الاستبانة بكل طمأنينة.

جدول رقم (20): معامل الثبات (طريقة ألفا كرونباخ)

المحاور	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
واقع هندسة العمليات الإدارية.	**32**	**0.848**
جودة الخدمات الصحية.	**40**	**0.881**
إجمالي الدراسة.	**72**	**0.939**

ويستخلص الباحث من نتائج اختباري الصدق والثبات أن أداة الدراسة (الاستبانة) صادقة في قياس ما وضعت لقياسه، كما أنها ثابتة بدرجة عالية جداً، ما يؤهلها لتكون أداة قياس مناسبة وفاعلة لهذه الدراسة ويمكن تطبيقها بثقة، وبذلك تكون الاستبانة في صورتها النهائية، وبعد ذلك قام الباحث باستبعاد العينة الاستطلاعية، وتوزيع (194) استبانة على عينة الدراسة، وتم استرداد (185) استبانة، حيث تم استبعاد استبانة واحدة لعدم صلاحيتها للتحليل، وبذلك تبقى (184) استبانة صالحة للتحليل.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

وللإجابة على أسئلة الدراسة تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (معامل ارتباط بيرسون، معادلة ألفا كرونباخ، طريقة التجزئة النصفية، اختبار كولمجوروف – سمرنوف، اختبار T للعينة الواحدة، اختبار T–Test، اختبار One–Way ANOVA) في إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للدراسة، وهي على النحو التالي:

1. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لقياس صدق الاتساق الداخلي، وكذلك تحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع.
2. معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لقياس ثبات الاستبانة.
3. طريقة التجزئة النصفية (Split–Half Method): لقياس ثبات الاستبانة.
4. اختبار كولمجوروف – سمرنوف: لاختبار إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.
5. اختبار T للعينة الواحدة: لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات عينة الدراسة على فقرات ومحاور الاستبانة، وللتعرف على مدى انحراف الاستجابات لكل فقرة من الفقرات عن وسطها الحسابي، إلى جانب المحاور الرئيسة، وللتعرف على قيمة "T"، وقيمة "Sig.".
6. اختبار T لعينتين مستقلتين (T–Test): للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقدير أفراد عينة الدراسة.
7. اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA): للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقدير أفراد عينة الدراسة.

سابعاً: خطوات إجراء الدراسة:

تم إتباع الخطوات التالية:

1. الإطلاع على الدراسات السابقة في مجال الدراسة، وتلخيصها والتعليق عليها.
2. الإطلاع على الأدب النظري السابق في مجال الدراسة، وبناء الإطار النظري للدراسة.
3. بناء أداة الدراسة (الاستبانة)، والتحقق من صدق وثبات الاستبانة.
4. اختيار مجتمع وعينة الدراسة.
5. توزيع أداة الدراسة (الاستبانة) على عينة الدراسة وجمعها.
6. تحليل البيانات وعرضها في جداول والتعقيب عليها.
7. تفسير النتائج ومناقشتها، وصياغة التوصيات والمقترحات.

الفصل الخامس

تحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس

تحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشتها

تمهيد:

يركز هذا الفصل على نتائج استخدام اختبار(كولمجروف– سمرنوف 1- Sample K- (S)) لمعرفة أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، بالإضافة إلى ذلك سيتم تحليل استجابات أفراد عينة الدراسة نحو متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، وسيقوم الباحث بعرض وتحليل الإجابات عن كل متغير على حده، للوصول إلى استنتاجات ترتبط به، ثم سيتم تفسير تلك النتائج، وذلك بعد عرض الجداول الإحصائية التي توضح نتائج الاختبارات.

أولاً: اختبار التوزيع الطبيعي (اختبار كولمجروف–سمرنوف (1- Sample K-S)):

استخدم الباحث اختبار (كولمجروف – سمرنوف (1- Sample K-S)) لمعرفة هل تتبع البيانات التوزيع الطبيعي أم لا؟ وهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات لأن معظم الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعياً.

جدول رقم (21): اختبار التوزيع الطبيعي (1-Sample Kolmogorov-Smirnov)

المحاور	عدد الفقرات	قيمة Z	القيمة الاحتمالية
واقع هندسة العمليات الإدارية.	32	0.750	2.3
جودة الخدمات الصحية.	40	0.680	2.1

يوضح الجدول رقم (21) نتائج الاختبار، حيث إن القيمة الاحتمالية لكل محور أكبر من (0.05) ($sig. > 0.05$)، وهذا يدل على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ويجب استخدام الاختبارات المعلمية.

ثانياً: البيانات الشخصية لعينة الدراسة:

جدول رقم (22): البيانات الشخصية لعينة الدراسة

م	البيان	العدد	النسبة
1.	**الجنس**		
	ذكر	144	78.3
	أنثى	40	21.7
	المجموع	184	100.0
.2	**الحالة الاجتماعية**		
	متزوج	169	91.8
	غير متزوج	15	8.2
	المجموع	184	100.0
.3	**الفئة العمرية**		
	40 سنة فأقل	43	23.9
	من 41 الى 50 سنة	79	43.9
	أكثر من 51 سنة	58	32.2
	المجموع	180	100.0
.4	**المؤهل العلمي**		
	دبلوم فما دون	21	11.4
	بكالوريوس	86	46.7
	ماجستير	39	21.2
	دراسات عليا	11	6.0
	بورد	27	14.7
	المجموع	184	100.0
.5	**الخدمة**		
	أقل من 5 سنوات	0	0.0
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	23	12.6
	أكثر من 10 سنوات	160	87.4
	المجموع	183	100.0

يتضح من الجدول السابق الآتي:

1- أن نسبة الذكور العاملين في مجمع الشفاء الطبي أعلى من نسبة الإناث حيث كانت نسبتهم87.3%. ويعزو الباحث ذلك إلى أن المهام الإشرافية للإناث قليلة جداً بالنسبة

للذكور؛ وذلك لأن التسكين على هيكلية وزارة الصحة قد جاءت في ظروف سياسية معقدة أدت إلى تفضيل الذكور على الإناث في التسكين على الهيكلية.

2- أن نسبة من تراوحت أعمارهم ما بين (41 إلى 50) سنة بلغت (43.9%).

3- أن نسبة الحاصلين على درجة البكالوريوس في المجمع بلغت (46.7%) وهي أعلى نسبة.

4- أن النسبة الأكبر لخبرة العاملين في المجمع ما فوق 10 سنوات حيث بلغت (87.4%).

ثالثاً: البيانات الوظيفية لعينة الدراسة:

جدول رقم (23): البيانات الشخصية لعينة الدراسة

م	البيان	العدد	النسبة
1.	**المسمى الوظيفي**		
	مدير عام	6	3.3
	مدير دائرة	15	8.2
	رئيس قسم	151	83.0
	رئيس شعبة	10	5.5
	المجموع	182	100.0
2.	**دراسة الطاقم**		
	الجامعات والكليات الفلسطينية	126	68.5
	في خارج فلسطين	58	31.5
	المجموع	184	100.0
3.	**مكان العمل**		
	مستشفى الجراحة	82	44.6
	مستشفى الباطنة	39	21.2
	مستشفى الولادة	38	20.7
	الإدارة	25	13.6
	المجموع	184	100.0
4.	**مجال العمل**		
	المجال الطبي	131	71.2
	المجال الإداري	53	28.8
	المجموع	184	100.0

يتضح من الجدول السابق ما يأتي:

1- أن نسبة رؤساء الأقسام من العاملين في مجمع الشفاء الطبي بلغت 83.0%. ويعزو الباحث ذلك إلى أن المهام الإشرافية في الحقل الطبي تعتمد على رؤساء الأقسام في كل من أقسام المجمع والذي يعتبر المسمى الأكثر شيوعاً في الحقل الطبي.

2- أن نسبة من درسوا داخل فلسطين بلغت (68.5%).

3- أن نسبة الحاصلين على درجة البكالوريوس في المجمع بلغت 46.7% وهي أعلى نسبة.

4- أن النسبة الأكبر للعاملين في مستشفى الجراحة حيث بلغت 44.6%.

رابعاً: تحليل فقرات الاستبانة:

تم استخدام اختبار (t) للعينة الواحدة (One Sample (t) test) لتحليل فقرات الاستبانة، وتعتبر الفقرة إيجابية بمعنى أن أفراد العينة يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة (t) المحسوبة أكبر من قيمة (t) الجدولية، والتي تساوي (1.97) (أو القيمة الاحتمالية أقل من 0.05، والوزن النسبي أكبر من 60%)، وتعتبر الفقرة سلبية بمعنى أن أفراد العينة لا يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة (t) المحسوبة أصغر من قيمة (t) الجدولية والتي تساوي (1.97) (أو القيمة الاحتمالية أقل من 0.05، والوزن النسبي أقل من 60%)، وتكون آراء العينة في الفقرة محايدة إذا كانت القيمة الاحتمالية لها أكبر من (0.05).

1. تحليل فقرات المحور الأول: تصميم الهيكل التنظيمي:

جدول رقم (24): المحور الأول: تصميم الهيكل التنظيمي

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يركز البناء التنظيمي على المرضى وعلى العمليات والخدمات الصحية المقدمة.	3.63	72.60	0.81	10.61	0.000	2
.2	يركز البناء التنظيمي على الرؤساء والمشرفين العاملين بالمستشفى.	3.63	72.60	0.86	9.96	0.000	2
.3	الهيكل التنظيمي يدعم العمليات الإدارية بوضوح.	3.38	67.60	0.95	5.46	0.000	4
.4	تحدد الإدارة إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية بناءً على تسلسل أنشطة العملية الصحية.	3.35	67.00	0.87	5.52	0.000	5
.5	يتبنى المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وذات معنى.	3.23	64.60	0.97	3.19	0.002	6
.6	يعتمد النمط الإداري بشكل أساس على الإدارة العليا.	3.83	76.60	0.92	12.30	0.000	1
	الفقرات جميعها	3.51	70.18	12.66	71.96	0.000	

تم استخدام اختبار (t) للعينة الواحدة والنتائج مبينة في جدول رقم (24)، والذي يبين آراء أفراد عينة الدراسة في فقرات المحور الأول تصميم الهيكل التنظيمي.

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (71.96%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (6) "يعتمد النمط الإداري بشكل أساس على الإدارة العليا" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (76.60%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، "أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة". بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (5) وهي "يتبنى المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وذات معنى"، حيث بلغ الوزن النسبي (64.60%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

2. تحليل فقرات المحور الثاني: قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات

جدول رقم (25): المحور الثاني: قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	تقلل الإدارة خطوات تنفيذ عملياتها الرقابية من خلال استخدام تكنولوجيا المعلومات .	3.30	66.00	0.90	4.58	0.000	7
.2	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة على زيادة القدرة في إعادة استخدام المعلومات الصحية .	3.73	74.60	0.91	10.83	0.000	5
.3	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة في الوصول إلى المعلومات القيمة التي تساعد في اتخاذ القرارات .	3.71	74.20	0.95	10.12	0.000	6
.4	تساعد تكنولوجيا المعلومات في خفض الوقت اللازم للبحث عن المعلومات اللازمة لاستمرار العمل .	3.83	76.60	0.91	12.39	0.000	1
.5	تساعد تكنولوجيا المعلومات على تحليل البيانات والمعلومات والسرعة في اتخاذ القرارات .	3.82	76.40	0.99	11.25	0.000	2
.6	تساعد تكنولوجيا المعلومات على إنجاز الأعمال المعقدة في الوقت المحدد مثل الإحصائيات الطبية.	3.82	76.40	1.00	11.10	0.000	2
.7	تحقق نظم تكنولوجيا المعلومات عمليات متعددة في عملية واحدة	3.72	74.40	0.96	10.18	0.000	2
	الفقرات جميعها	**3.70**	**74.07**	**15.94**	**60.494**	**0.000**	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (74.07%)، وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (4) "تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة في خفض الوقت اللازم للبحث عن المعلومات اللازمة لاستمرار العمل" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (76.60%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، "أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة". بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (1) وهي "تقلل الإدارة خطوات تنفيذ عملياتها الرقابية من خلال استخدام المعلومات الصحية"، حيث بلغ الوزن النسبي (66.0%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

وقد أشارت دراسة (الأغا، 2006) أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إعادة هندسة العمليات الإدارية وقدرات تكنولوجيا عالية.

وترى دراسة (الجربا، 2011) وجود تأثير ذي دلالة إحصائية للقدرات التكنولوجيا العالية على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.

وترى دراسة (Soudabeh K., 2013) أن تطبيق تكنولوجيا المعلومات يمكن أن يكون عاملاً مهماً في إعادة تصميم العملية، وبشكل خاص في دمج وأتمتة عمليات عدة.

وتوصلت دراسة (الكساسبة، 2004) إلى أهمية دور تكنولوجيا المعلومات في برامج إعادة الهندسة لشركات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات التي لا يوجد لديها توجه لإعادة الهندسة.

وقد أوصت دراسة (قاسم، 2009) بالعمل على زيادة الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات والأتمتة، لدعم أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية التي تهدف إلى تقليل الوقت والجهد والتكلفة.

3. تحليل فقرات المحور الثالث: صحة وفعالية العمليات الإدارية:

جدول رقم (26): المحور الثالث: صحة وفعالية العمليات الإدارية

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	تسعى إدارة المستشفى لنيل رضا المرضى والعملاء.	3.49	69.80	0.96	6.93	0.000	1
.2	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالكفاءة	3.16	63.20	0.97	2.29	0.023	2
.3	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالتحسين المستمر.	3.10	62.00	0.97	1.37	0.173	3
.4	تتم العمليات الإدارية في المستشفى بسرعة ودقة.	2.93	58.60	1.12	−0.86	0.392	4
	الفقرات جميعها	3.17	63.40	17.01	48.16	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لجميع فقرات المحور جميعها (63.40%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (1) "تسعى إدارة المستشفى لنيل رضا المرضى والعملاء" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (69.80%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، "أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة". بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (4) وهي "تتم العمليات الإدارية في المستشفى بسرعة ودقة"، حيث بلغ الوزن النسبي (58.60%) وهي أقل من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.392). وهي أكبر من (0.05)، مما يدل على أن المبحوثين كانوا على الحياد في هذه الفقرة، أي أنه لا يوجد تأثير إيجابي أو سلبي لهذه الفقرة.

وقد أشارت دراسة (الأغا، 2006) أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إعادة هندسة العمليات الإدارية وزيادة صحة وفاعلية العمليات المصرفية.

وترى دراسة (الجربا، 2011) وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لزيادة فاعلية العمليات المنجزة على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان.

وقد أوصت دراسة (أبو عمشة، 2011) بالتطوير المستمر للنظم والسياسات والعمليات الإدارية المتبعة، لرفع وزيادة أداء العاملين.

وأوصت دراسة (أبو شكر، 2012) بأتمتة الإجراءات الورقية جميعاً، وربط أقسام المستشفى جميعها بشبكات إلكترونية، لتسهيل التواصل بينهم داخلياً، والعمل على ربط المستشفيات كافة بشبكة خارجية واسعة، لتسهيل تبادل المعلومات والخبرات فيما بينها.

4. تحليل فقرات المحور الرابع: توقعات متلقي الخدمة:

جدول رقم (27): المحور الرابع: توقعات متلقي الخدمة

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يتوقع المريض من المستشفى سرعة إنجاز المعاملات.	3.57	71.40	1.14	6.71	0.000	8
.2	يتوقع المريض من المستشفى تقديم خدمة نوعية مميزة.	3.59	71.80	1.14	7.00	0.000	7
.3	يتوقع المريض استخدام أحدث الأجهزة والمعدات الطبية في تقديم الخدمة.	3.71	74.20	1.00	9.61	0.000	5
.4	يتوقع المريض تلقي خدمات ذات جودة عالية.	3.77	75.40	1.03	10.12	0.000	1
.5	يتوقع المريض أن يتم التعامل مع شكواه بجدية ومهنية.	3.72	74.40	1.02	9.60	0.000	4
.6	يتوقع المريض أن تكون تكلفة الخدمة المقدمة معقولة.	3.76	75.20	1.02	10.09	0.000	2
.7	يتوقع المريض وجود تواصل معه لإبلاغه بمعاملاته.	3.68	73.60	1.05	8.81	0.000	6
.8	يتوقع المريض أن يتم التعامل معه باحترام أثناء طلب الخدمة.	3.74	74.80	1.04	9.65	0.000	3
	الفقرات جميعها	3.69	73.82	18.17	52.86	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (73.82%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (4) "يتوقع المريض تلقي خدمات ذات جودة عالية " جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (75.40%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، "أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة". بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (1) وهي "يتوقع المريض من المستشفى سرعة إنجاز المعاملات"، حيث بلغ الوزن النسبي (71.40%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من 0.05، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

وقد أشارت دراسة (الأغا، 2006) أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إعادة هندسة العمليات الإدارية وتغيرات توقعات العميل.

وترى دراسة (عودة، 2012) أن الجامعات الأردنية تتمتع بسمعة حسنة، فالطلبة يشعرون بالإعجاب والاحترام بشكلٍ عالٍ تجاه جامعتهم.

وأوصت دراسة (صفدي وآخرون، 2011) بضرورة أن تسعى شركة الاتصالات الفلسطينية لتحقيق الأمن الوظيفي فيها، لأن ذلك يزيد من جودة الخدمة المقدمة للعملاء.

5. تحليل فقرات المحور الخامس: تحسين معايير الجودة الشاملة:

جدول رقم (28): المحور الخامس: تحسين معايير الجودة الشاملة

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يتم التحسين المستمر في الخدمات المقدمة كافة.	3.28	65.60	0.94	3.99	0.000	1
.2	يخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين.	3.16	63.20	0.93	2.39	0.018	3
.3	يخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد بأن خطط تحسين الجودة يتم تنفيدها من قبل العاملين.	3.05	61.00	0.97	0.76	0.447	6
.4	يوجد أساليب حديثة لتحليل الأنشطة اللازمة لتقييم الخدمة.	3.11	62.20	0.86	1.81	0.073	5
.5	تتوفر خطة لخفض أوقات إنجاز المعاملات.	3.01	60.20	0.95	0.16	0.877	7
.6	يوجد دائرة تعنى بأمور الجودة الشاملة وتقوم بعملها بانتظام.	3.12	62.40	0.96	1.69	0.094	4
.7	تهدف الإدارة بشكل مستمر لخفض تكلفة العمليات المقدمة للعملاء.	3.17	63.40	0.95	2.42	0.017	2
	الفقرات جميعها	3.13	62.59	14.59	55.42	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (62.59%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (1) "يتم التحسين المستمر في الخدمات المقدمة كافة" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (65.60%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (5) وهي "تتوفر خطة لخفض أوقات إنجاز المعاملات"، حيث بلغ الوزن النسبي (60.20%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.877) وهي أكبر من (0.05)، مما يدل على أن المبحوثين كانوا على الحياد في هذه الفقرة.

6. تحليل فقرات المحور السادس: الأشياء الملموسة:

جدول رقم (29): المحور السادس: الأشياء الملموسة

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه بسرعة.	3.77	75.40	1.01	10.37	0.000	1
.2	تمتلك المستشفى موقف سيارات.	3.28	65.60	1.14	3.35	0.001	6
.3	تمتلك المستشفى حديقة ومساحة خضراء.	3.35	67.00	1.17	4.08	0.000	3
.4	توفر المستشفى كافتيريا.	3.64	72.80	0.99	8.81	0.000	2
.5	يحرص العاملون بالمستشفى على درجة عالية من النظافة.	3.31	66.20	0.99	4.25	0.000	5
.6	يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من حسن الهندام والمظهر.	3.34	66.80	0.95	4.81	0.000	4
.7	يوجد في المستشفى صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.	2.77	55.40	1.15	−2.70	0.008	10
.8	يوجد دورات مياه صحية نظيفة بما يحقق راحة المرضى.	2.58	51.60	1.11	−5.16	0.000	11
.9	تصميم المستشفى ملائم لتقديم مختلف الخدمات الصحية.	2.91	58.20	1.02	−1.16	0.249	7
10	يوجد لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والشعب المختلفة.	2.83	56.60	1.13	−2.02	0.045	9
11	يتوفر في المستشفى ممرات وطرق واسعة ومريحة تضمن تنقل المرضى دون صعوبة وبأمان.	2.86	57.20	1.01	−1.89	0.060	8
	الفقرات جميعها	3.15	62.99	13.82	58.88	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (62.99%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (1) "يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول عليه" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (75.40%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (8) وهي "يوجد دورات مياه صحية نظيفة بما يحقق راحة المرضى"، حيث بلغ الوزن النسبي (51.60%) وهي أقل من (60.0%)،

والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن المبحوثين لم يوافقوا على هذه الفقرة ما يدل أن الفقرة لها تأثير سلبي.

وقد أشارت دراسة (حمدان، 2008) إلى عدم الاهتمام بتوفير مواقف سيارات، وغياب وجود المساحات الخضراء في ساحات المستشفيات وحولها، ونقص الأجهزة الطبية الحديثة.

وأوصت دراسة (مصلح، بدون) بالعمل على توفير مستلزمات المستشفيات، سواءً كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة.

7. تحليل فقرات المحور السابع: الاعتمادية:

جدول رقم (30): المحور السابع: الاعتمادية

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية إلى المرضى بالوقت المحدد حسب قائمة الانتظار.	3.17	63.40	0.96	2.39	0.018	6
.2	يحرص العاملون على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.	3.32	66.40	0.91	4.80	0.000	2
.3	يتوفر في المستشفى التخصصات الصحية والطبية المطلوبة جميعها.	3.39	67.80	0.96	5.51	0.000	1
.4	يبدي المستشفى اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى.	3.14	62.80	0.92	2.09	0.038	7
.5	يحظى المستشفى بثقة واستحسان المستفيدين من خدماتها الصحية.	3.01	60.20	0.94	0.16	0.876	8
.6	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة.	3.26	65.20	0.99	3.50	0.001	4
.7	يتم تقديم الخدمة الصحية في الأوقات والمواعيد المحددة مسبقاً للمرضى.	3.27	65.40	0.89	4.05	0.000	3
.8	يقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة والموثوقية.	3.24	64.80	0.86	3.85	0.000	5
	الفقرات جميعها	3.22	64.50	13.63	61.21	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (64.50%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (3) "يتوفر في المستشفى جميع التخصصات الصحية والطبية المطلوبة" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (67.80%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (5) وهي "يحظى المستشفى بثقة واستحسان المستفيدين من خدماتها الصحية"، حيث بلغ الوزن النسبي (60.20%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.876) وهي أكبر من (0.05)، مما يدل على أن المبحوثين كانوا على الحياد لهذه الفقرة.

وقد أوضحت دراسة (صفدي وآخرون، 2011) أن نسبة الاعتمادية في الخدمات التي تقدمها شركة الاتصالات الفلسطينية بلغت (83.6%).

وخلصت دراسة (حسين، 2011) أن تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمات الإلكترونية مرتباً حسب الأهمية على التوالي، كما يلي: (سهولة الاستخدام، تصميم الموقع، التعاطف، السرية، الاستجابة، الاعتمادية)، أما العاملون فقد كان تقييمهم للأبعاد مرتباً حسب الأهمية على النحو التالي: (تصميم الموقع، التعاطف، سهولة الاستخدام، الاستجابة، السرية، الاعتمادية).

8. تحليل فقرات المحور الثامن: الاستجابة:

جدول رقم (31): المحور الثامن: الاستجابة

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.	3.37	67.40	0.88	5.67	0.000	2
.2	يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائماً.	3.48	69.60	0.92	7.15	0.000	1
.3	يقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوي المرضى.	3.18	63.60	0.92	2.72	0.007	6
.4	يبدي العاملون في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.	3.34	66.80	0.91	5.11	0.000	3
.5	يسهل المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.	3.29	65.80	0.86	4.65	0.000	4
.6	يلبي العاملون في المستشفى طلبات المرضى فوراً.	3.28	65.60	0.81	4.67	0.000	5
	الفقرات جميعها	3.33	66.50	13.87	62.11	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (66.50%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (2) "يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائماً" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (67.40%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (3) وهي "يقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى"، حيث بلغ الوزن النسبي (63.60%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

وقد أشارت دراسة (صفدي وآخرون، 2011) أن هناك درجة مرتفعة من الاستجابة في شركة الاتصالات الفلسطينية بلغت (74.6%).

وخلصت دراسة (حسين، 2011) أن تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمات الإلكترونية مرتباً حسب الأهمية على التوالي كما يلي: (سهولة الاستخدام، تصميم الموقع، التعاطف، السرية، الاستجابة، الاعتمادية)، أما العاملون فقد كان تقييمهم للأبعاد مرتباً حسب الأهمية على النحو التالي: (تصميم الموقع، التعاطف، سهولة الاستخدام، الاستجابة، السرية، الاعتمادية).

9. تحليل فقرات المحور التاسع: الثقة:

جدول رقم (32): المحور التاسع: الثقة

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الكادر الصحي بالمستشفى.	3.21	64.20	0.89	3.23	0.001	7
.2	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع العاملين المستشفى.	3.22	64.40	0.81	3.74	0.000	6
.3	يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	3.40	68.00	0.79	6.91	0.000	4
.4	يتابع العاملون في المستشفى حالة المرضى باستمرار.	3.41	68.20	0.77	7.27	0.000	3
.5	يحافظ العاملون في المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	3.58	71.60	0.83	9.46	0.000	1
.6	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة.	3.51	70.20	0.83	8.35	0.000	2
.7	يتمتع المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	3.40	68.00	0.86	6.32	0.000	4
	الفقرات جميعها	3.39	67.83	12.65	69.53	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (67.83%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (5) "يحافظ العاملون في المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن

النسبي (71.60%) وهو أكبر من العدد (3) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (1) وهي "يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الكادر الصحي بالمستشفى"، حيث بلغ الوزن النسبي (64.20%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

10. تحليل فقرات المحور العاشر: التعاطف:

جدول رقم (33): المحور العاشر: التعاطف

م.	البيان	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الترتيب
.1	يضع المستشفى مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	3.45	69.00	0.84	7.19	0.000	4
.2	يولي المستشفى المريض اهتماماً وانتباهاً فردياً.	3.44	68.80	0.83	7.22	0.000	5
.3	يقدر العاملون في المستشفى ظروف المريض وحالته الصحية.	3.48	69.60	0.75	8.71	0.000	3
.4	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى.	3.43	68.60	0.77	7.61	0.000	6
.5	يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى.	3.41	68.20	0.86	6.45	0.000	7
.6	يراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.	3.64	72.80	0.76	11.30	0.000	1
.7	يشرح العاملون بالمستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.	3.51	70.20	0.80	8.63	0.000	2
.8	يصغي العاملون في المستشفى بشكل كامل إلى شكاوى المرضى.	3.31	66.20	0.88	4.78	0.000	8
	الفقرات جميعها	3.46	69.16	12.65	70.96	0.000	

بلغ المتوسط الحسابي لفقرات المحور جميعها (69.16%) وهو أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للمحور بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدلل على أن تأثير المحور كان إيجابياً حسب آراء المبحوثين.

وتبين النتائج أن الفقرة (6) "يراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع" جاءت في المرتبة الأولى في ترتيب فقرات هذا المبدأ، حيث بلغ الوزن النسبي (72.80%) وهو أكبر من العدد (8) أي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05) مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة. بينما كانت أضعف الفقرات الفقرة (1) وهي "يصغي العاملون في المستشفى بشكل كامل إلى شكاوى المرضى"، حيث بلغ الوزن النسبي (66.20%) وهي أكبر من (60.0%)، والقيمة الاحتمالية للفقرة بلغت (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على أن هناك موافقة من المبحوثين على هذه الفقرة، أي أنه يوجد تأثير إيجابي لهذه الفقرة.

وخلصت دراسة (حسين، 2011) أن تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمات الإلكترونية مرتباً حسب الأهمية على التوالي، كما يلي: (سهولة الاستخدام، تصميم الموقع، التعاطف، السرية، الاستجابة، الاعتمادية)، أما العاملون فقد كان تقييمهم للأبعاد مرتباً حسب الأهمية على النحو التالي: (تصميم الموقع، التعاطف، سهولة الاستخدام، الاستجابة، السرية، الاعتمادية).

جدول رقم (34): متوسطات محاور الدراسة

م	المحاور	الوسط الحسابي النسبي	الوسيط	الانحراف المعياري	الترتيب
.1	تصميم الهيكل التنظيمي.	70.18	70.00	12.66	3
.2	قدرات تكنولوجيا و نظم المعلومات.	74.07	77.14	15.94	1
.3	صحة و فعالية العمليات الإدارية.	63.40	65.00	17.01	4
.4	توقعات متلقي الخدمة.	73.82	77.50	18.17	2
.5	تحسين معايير الجودة الشاملة.	62.59	62.86	14.59	5
	المجموع واقع هندسة العمليات الإدارية.	**69.43**	**69.38**	**11.54**	
.1	الأشياء الملموسة.	62.99	63.64	13.82	5
.2	الاعتمادية.	64.50	65.00	13.63	4
.3	الاستجابة.	66.50	66.67	13.87	3
.4	الثقة.	67.83	68.57	12.65	2
.5	التعاطف.	69.16	70.00	12.65	1
	مجموع جودة الخدمات الصحية.	**65.90**	**66.75**	**11.43**	

من خلال الجدول السابق يتضح أن الوسط الحسابي للمحور واقع هندسة العمليات الإدارية (69.43%) وهي نتيجة مقبولة كون مصطلح الهندرة مصطلح جديد، وكان أقوى محاوره قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات، ويعزو الباحث ذلك إلى أن الوزارة منذ بداية العام 2007 قد

استجابت نوعاً ما للتطور التكنولوجي، فقامت بحوسبة الكثير من البرامج في الوزارة ومنها: حوسبة شئون الموظفين، والمخازن، وكذلك المستشفيات، فكان التطور واضحاً وملموساً يشعر به العاملون في الوزارة، وكذلك المواطنون، بينما كانت أضعف الفقرات تطبيق معايير الجودة، حيث بلغ الوسط الحسابي (62.59%)، برغم أن النسبة مقبولة إلا أنها بحاجة إلى المزيد من العمل نحو تحسين الخدمات حتى يشعر بها العاملون قبل المواطنين.

وأما جودة الخدمات الصحية فقد بلغ الوسط الحسابي للمحور (65.90%) وكان أقوى محاوره التعاطف بوسط حسابي (69.16%) فالعاملون في مجمع الشفاء الطبي هم جزء من المجتمع الفلسطيني الذي يتسم بالعاطفة، بينما كانت أضعف المحاور الأشياء الملموسة والتي بدورها تيسر عملية تلقي الخدمة، وكذلك حركة المواطنين، فإن المستشفى بحاجة إلى تعزيز الأشياء الملموسة لتعزيز ثقة العاملين والمواطنين.

خامساً: الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات:

الإجابة عن السؤال الأول: ما واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي؟

جدول رقم (35): واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي

م	المحاور	الوسط الحسابي النسبي	الوسيط	الانحراف المعياري
1.	تصميم الهيكل التنظيمي.	70.18	70.00	12.66
2.	قدرات تكنولوجيا و نظم المعلومات.	74.07	77.14	15.94
3.	صحة وفعالية العمليات الإدارية.	63.40	65.00	17.01
4.	توقعات متلقي الخدمة.	73.82	77.50	18.17
5.	تحسين معايير الجودة الشاملة.	62.59	62.86	14.59
	المجموع واقع هندسة العمليات الإدارية.	**69.43**	**69.38**	**11.54**

من خلال الجدول السابق يتضح أن الوزن النسبي لواقع هندسة العمليات الإدارية بلغ (69.43%)، وهي نسبة مقبولة نوعاً ما، كون علم هندسة العمليات علم حديث لم يطبق بشكل منهجي حتى اللحظة في الوزارة، وأن ما رفع هذه النسبة هو قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات التي تميزت بها الوزارة منذ 7 سنوات، برغم عدم اكتمالها نتيجة نقص في الكادر والمعدات في الوزارة. بالإضافة إلى أن العاملين في المستشفى أجابوا بأن توقعات ملتقي الخدمة كانت (73.82%)، وقد مثلت هذه التوقعات من خلال دراسات سابقة غير منشورة قامت بها وزارة الصحة كان آخرها حملة لأجلك، وقد كانت النتيجة مقاربة لهذا التوقع، حيث كانت (70.0%)،

كما أن وجود هيكل تنظيمي تم الانتهاء من تصميمه في نهاية العام (2009)، وتسكين العاملين عليه رفع من نسبة واقع هندسة العمليات الإدارية.

وقد أشارت دراسة (حنون، 2010)، أن الدرجة الكلية لدرجة استخدام أسلوب الهندسة الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية، من وجهة نظر المديرين والمديرات كانت مرتفعة جداً.

وخلصت دراسة (الطراونة وآخرون، 2011) إلى أن درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية كانت بشكلٍ عامٍ متوسطة.

وترى دراسة (السر، 2008) أن هناك قصوراً في إدراك مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية في وزارة الداخلية والأمن الوطني في قطاع غزة.

وتشير دراسة (الكساسبة، 2004) إلى أن (63%) من شركات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في الأردن قد نفذت برامج إعادة هندسة لعملياتها، وأن (28.3%) تخطط لإعادة هندسة عملياتها جميعها أو بعضها.

الإجابة عن السؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي؟

جدول رقم (36): مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي

م	المحاور	الوسط الحسابي النسبي	الوسيط	الانحراف المعياري
.1	الأشياء الملموسة.	62.99	63.64	13.82
.2	الاعتمادية.	64.50	65.00	13.63
.3	الاستجابة.	66.50	66.67	13.87
.4	الثقة.	67.83	68.57	12.65
.5	التعاطف.	69.16	70.00	12.65
	مجموع جودة الخدمات الصحية.	**65.90**	**66.75**	**11.43**

من خلال الجدول السابق يتضح أن الوزن النسبي لمجموع جودة الخدمات الصحية كان (65.90%)، وهي نسبة ضعيفة بالنسبة إلى أن مفهوم الجودة في الوزارة موجود منذ العام (1996) على شكل مشاريع ممولة من البنك الدولي وغيره، بالإضافة إلى اعتماده كوحدة مستقلة على الهيكل التنظيمي للوزارة كوحدة، إلا أنها تعمل فقط على مكافحة العدوى، وهي بحاجة إلى تفعيل حقيقي لتشمل مرافق الوزارة كافة، فمن الواضح أن هناك ضعفاً كبيراً في الاعتماد على الطواقم الطبية، هذا من وجهة نظر العاملين في المستشفى، وربما يرجع الضعف في المحور إلى أن هناك طاقات كامنة غير مستغلة حسب علم العاملين في المستشفى، وبخصوص الأشياء

الملموسة، فواضح أن هناك ضعفاً كبيراً لعدم وجود دورات مياه صحية نظيفة، أو لوحات وعلامات إرشادية، أو وجود صالات انتظار ملائمة ونظيفة ومكيفة.

وترى دراسة (مصلح، 2012) أن استجابات العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة كانت عالية.

وأشارت دراسة (صفدي وآخرون، 2011) أن هناك درجة مرتفعة جداً من الجدة في الخدمة التي تقدمها شركة الاتصالات الفلسطينية، حيث بلغت (80.2%).

وأوصت دراسة (عودة، 2012) بالعمل على تحسين جودة الخدمات والمعلومات في مواقع الجامعات الخاصة الأردنية.

وخلصت دراسة (حسين، 2011) أن تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمات الإلكترونية مرتباً حسب الأهمية على التوالي كما يلي: (سهولة الاستخدام، تصميم الموقع، التعاطف، السرية، الاستجابة، الاعتمادية)، أما العاملون فقد كان تقييمهم للأبعاد مرتباً حسب الأهمية على النحو التالي: (تصميم الموقع، التعاطف، سهولة الاستخدام، الاستجابة، السرية، الاعتمادية).

وأوصت دراسة (مصلح، 2012) بتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين، كلٌ في مجاله، من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

السؤال الثالث: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a \leq 0.05$) بين متوسط التقديرات حول واقع هندسة العمليات الإدارية، وبين متوسط التقديرات حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي؟

جدول رقم (37): واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية

م	المحاور	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية
.1	واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية	0.727	0.000

من خلال الجدول يتضح أن هناك علاقة طردية بين واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.727)، والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05.) ويمكن قياس العلاقة بين مبادئ واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية من خلال الجدول رقم (37).

جدول رقم (38): العلاقة بين مبادئ واقع هندسة العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية

م	المحاور	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
.1	تصميم الهيكل التنظيمي.	0.548	0.000	دال إحصائيا
.2	قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات.	0.418	0.000	دال إحصائيا
.3	صحة وفعالية العمليات الإدارية.	0.705	0.000	دال إحصائيا
.4	توقعات متلقي الخدمة.	0.419	0.000	دال إحصائيا
.5	تحسين معايير الجودة الشاملة.	0.697	0.000	دال إحصائيا

من خلال الجدول يتضح أن هناك علاقة طردية بين مبادئ هندسة العمليات الإدارية، حيث كانت قيمة الدالة الإحصائية أقل من (0.05.) حيث يجيب ذلك عن فرضيات الدراسة التالية:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين بين تصميم الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، حيث كان مستوى العلاقة (0.548).

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين بين قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات وجودة الخدمات الصحية، حيث كان مستوى العلاقة (0.705).

3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين بين صحة وفعالية العمليات الإدارية وجودة الخدمات الصحية، حيث كان مستوى العلاقة (0.671).

4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين بين توقعات متلقي الخدمة وجودة الخدمات الصحية، حيث كان مستوى العلاقة (0.419).

5- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين بين تحسين معايير الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية، حيث كان مستوى العلاقة (0.697).

وقد أشارت دراسة (قاسم، 2009) أن استخدام أسلوب تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة التعليمية التي تقدمها الجامعة الإسلامية لطلابها.

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq a$) في متوسط التقديرات حول واقع هندسة العمليات الإدارية، ومستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى إلى متغيرات الدراسة: (العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)؟

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq a$) في متوسط التقديرات حول هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي، تعزى إلى متغيرات الدراسة: (العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)؟

ولاختبار هذا السؤال استخدم الباحث اختبار (ONE WAY ANOVA)، واختبار T-TEST، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (39): آراء المبحوثين حول واقع هندسة العمليات الإدارية حسب البيانات الشخصية

البيان	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر					
40 سنة فأقل	43	67.0	13.1	1.214	0.300
من 41 إلى 50 سنة	79	70.3	11.2		
أكبر من 50 سنة	58	70.1	11.1		
المجموع	**180**	**69.4**	**11.7**		
المؤهل العلمي					
دبلوم فما دون	21	76.4	10.7	3.168	0.015
بكالوريوس	86	70.0	11.4		
ماجستير	39	65.9	12.5		
دكتوراة	11	68.0	10.1		
بورد	27	67.8	9.7		
المجموع	184	69.4	11.5		
المهنة					
مدير عام	6	70.2	13.9	0.284	0.837
مدير دائرة	15	66.9	9.0		
رئيس قسم	151	69.5	12.0		
رئيس شعبة	10	70.6	4.8		
المجموع	182	69.4	11.6		
سنوات الخدمة					
من 5 سنوات الى 10 سنوات	23	66.8	12.7	-1.161	0.247
أكثر من 10 سنوات	160	69.8	11.4		
الجنس					
ذكر	119	50.13	19.37	1.510	0.133
أنثى	19	42.88	19.90		

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر، المهنة، سنوات الخدمة والجنس مع واقع هندسة العمليات الإدارية، حيث كانت القيمة الاحتمالية لكل من المتغيرات السابقة على التوالي (0.300، 0.837، 0.247، 0.133)، وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن كلاً من العمر، المهنة، سنوات الخدمة لم تحدث فروقاً في استجابات المبحوثين، وهذا يعني أن لديهم الآراء نفسها بخصوص واقع هندسة العمليات الإدارية، بينما

توجد فروق ذات دلالة الإحصائية بين المؤهل العلمي وواقع هندسة العمليات الإدارية، حيث كانت القيمة ف= (3.168) والقيمة الاحتمالية (0.015)، وهي أقل من (0.05)، حيث كانت الفروق لصالح من يعمل في الكادر الإداري، حيث بلغ الوزن النسبي (59.04%). وباستخدام اختبار تشيفيه لمعرفة الفروق لصالح أي فئة وجد أن الفروق كانت لصالح حملة الدبلوم فأقل بوسط حسابي (76.4)، ثم حملة البكالوريوس بوسط حسابي (70.0%).

وقد أشارت دراسة (أبو عمشة، 2011) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، حول أثر تطبيق أسلوب هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة، تعزى إلى الجنس.

وأوضحت دراسة (حنون، 2010) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة أسلوب الهندسة الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية، في المدارس الحكومية بمحافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات، تعزى لمتغير الجنس، بينما وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولصالح حملة مؤهل (أعلى من بكالوريوس)، ووجود فروق تعزى لمتغير الخبرة الإدارية، ولصالح (أكثر من 10 سنوات).

وترى دراسة (الطراونة، 2011) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، لدرجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة تبعاً لمتغيرات: (الجنس، المؤهل العلمي، طبيعة العمل)، بينما وجود فروق تبعاً لمتغير سنوات الخدمة،

وخلصت دراسة (الخواجا، 2008) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأهمية للعمليات الإدارية تعزى للجنس، بينما وجود فروق تعزى لسنوات الخبرة، ولصالح الذين خبرتهم خمس سنوات فأقل.

تكملة الإجابة عن السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a≤0.05) في متوسط التقديرات حول جودة الخدمات الصحية مجمع الشفاء الطبي تعزى إلى متغيرات الدراسة (العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)؟

ولاختبار هذا السؤال استخدم الباحث اختبار (ONE WAY ANOVA)، واختبار T-TEST، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (40): آراء المبحوثين حول جودة الخدمات الصحية

البيان	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف،ت	الدلالة الإحصائية
العمر					
40 سنة فأقل	43	65.1	10.9	0.220	0.803
من 41 إلى 50 سنة	79	66.0	11.7		
أكبر من 50 سنة	58	66.7	11.8		
المجموع	180	66.0	11.5		
المؤهل العلمي					
دبلوم فما دون	21	69.5	12.3	1.032	0.392
بكالوريوس	86	66.5	11.5		
ماجستير	39	63.5	11.2		
دكتوراة	11	64.7	8.4		
بورد	27	65.3	11.7		
المجموع	184	65.9	11.4		
المهنة					
مدير عام	6	71.0	5.0	0.733	0.534
مدير دائرة	15	63.1	11.3		
رئيس قسم	151	66.1	11.9		
رئيس شعبة	10	64.9	8.4		
المجموع	182	65.9	11.5		
سنوات الخدمة					
من 5 سنوات الى 10 سنوات	23	64.0	12.2	-0.906	0.366
أكثر من 10 سنوات	160	66.3	11.3		
الجنس					
ذكر	144	66.2	11.1	0.608	0.544
أنثى	40	64.9	12.8		

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر، المؤهل العلمي، المهنة، سنوات الخدمة والجنس مع جودة الخدمات الصحية، حيث كانت القيمة الاحتمالية لكل من المتغيرات السابقة على التوالي (0.803، 0.392، 0.534، 0.366، 0.544)، وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن كلاً من العمر، المؤهل العلمي، المهنة وسنوات الخدمة لم تحدث فروقاً في استجابات المبحوثين، وهذا يعني أن لديهم الآراء نفسها بخصوص جودة الخدمات الصحية.

وقد أشارت دراسة (مصلح، 2012) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: (قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف) تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الذكور.

السؤال الخامس: ما المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي؟

ولقد تم الإجابة على هذا السؤال من خلال الإطلاع على استجابات أفراد عينة الدراسة حول أسئلة الدراسة، وكانت على النحو التالي:

- ضعف تبني المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وذات معنى.
- لا تحدد الإدارة إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية بناءً على تسلسل أنشطة العملية الصحية.
- لا يدعم الهيكل التنظيمي العمليات الإدارية بوضوح بشكل كامل.
- الإدارة لا تقوم بتحديد إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية بناءً على تسلسل أنشطة العملية الصحية.
- ضعف استخدام تكنولوجيا المعلومات في تنفيذ الخطوات الرقابية.
- العمليات الإدارية لا تتصف في المستشفى بالتحسين المستمر.
- العمليات الإدارية لا تتم في المستشفى بسرعة ودقة.
- ضعف مقدرة المستشفى على تحقيق رغبة المريض بسرعة إنجاز المعاملات.
- ضعف مقدرة المستشفى على تقديم خدمة نوعية مميزة للمريض.
- ضعف تخصيص المستشفى للدعم اللازم للتأكد بأن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين.
- ضعف توفر أساليب حديثة لتحليل الأنشطة اللازمة لتقييم الخدمة.
- لا تتوفر خطة لخفض أوقات إنجاز المعاملات.

جدول رقم (41)

المعيقات التي تواجه تطبيق هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي

تحليل الأسئلة النوعية	
الفقرة الأساسية	**محتويات الفقرة الأساسية**
1- المعيقات المادية	▪ ضعف التواصل. ▪ عدم الأمان الوظيفي. ▪ عدم وجود وظائف جديدة. ▪ عدم وجود ميزانية مالية. ▪ عدم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب. ▪ نقص القوى العاملة. ▪ عدم وجود أجهزة حاسوب. ▪ عدم وجود إمكانيات إدارية وفنية.
2- المعيقات الثقافية	▪ عدم قناعة الطاقم بجدوى هندسة العمليات الإدارية. ▪ الانشغال الدائم بالمشاكل اليومية المتراكمة. ▪ عدم اتباع التسلسل الإداري. ▪ عدم وجود خطة إدارية واضحة. ▪ عدم تطبيق الوصف الوظيفي.
3- معيقات أخرى	▪ زيادة عدد المرضى. ▪ آلية وصول المريض من العيادات إلى الأقسام بطريقة معقدة.

(جرد بواسطة الباحث، بالاستناد إلى استجابات أفراد عينة الدراسة)

النتائج والتوصيات والدراسات المقترحة

أولاً: نتائج الدراسة:

1. النتائج المتعلقة بهندسة العمليات الإدارية:

- واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي جاء بوزن نسبي (69.43%).
- واقع تصميم الهيكل التنظيمي جاء بوزن نسبي (70.18%).
- واقع قدرات تكنولوجيا المعلومات جاء بوزن نسبي (74.07%).
- واقع صحة وفعالية العمليات الإدارية جاء بوزن نسبي (63.40%).
- واقع توقعات متلقي الخدمة جاء بوزن نسبي (73.82%).
- واقع تحسين معايير الجودة الشاملة جاء بوزن نسبي (62.59%).

2. النتائج المتعلقة بجودة الخدمات الصحية:

- مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي جاء بوزن نسبي (65.90%).
- مستوى الأشياء الملموسة جاء بوزن نسبي (62.99%).
- مستوى الاعتمادية جاء بوزن نسبي (64.50%).
- مستوى الاستجابة جاء بوزن نسبي (66.50%).
- مستوى الثقة جاء بوزن نسبي (67.83).
- مستوى التعاطف جاء بوزن نسبي (69.16%).

3. النتائج المتعلقة بالفرضيات:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط التقديرات حول هندسة العمليات الإدارية بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى متغيرات: (العمر، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)، بينما وجود فروق تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، ولصالح حملة الدبلوم فما دون.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط التقديرات حول جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي تعزى إلى متغيرات: (العمر، المؤهل العلمي، المسمى

الوظيفي، سنوات الخدمة، الجنس)، بينما وجود فروق تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، ولصالح حملة الدبلوم فما دون.

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط التقديرات حول واقع هندسة العمليات الإدارية، وبين متوسط التقديرات حول مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.

ثانياً: توصيات الدراسة:

التوصيات المتعلقة بهندسة العمليات الإدارية:

- تبني مجمع الشفاء الطبي أهداف عمليات إدارية واضحة ومفهومة.
- الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات في الرقابة في مجمع الشفاء الطبي.
- ضرورة السرعة والدقة في إتمام العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي.
- الحرص على تحقيق توقعات المريض من مجمع الشفاء الطبي.
- تخصيص الدعم اللازم من قبل مجمع الشفاء الطبي للقيام بالعملية الرقابية على أكمل وجه ممكن.

التوصيات المتعلقة جودة الخدمات الصحية:

- توفير دورات مياه صحية نظيفة داخل مجمع الشفاء الطبي، بما يحقق راحة المريض.
- الحرص على كسب ثقة واستحسان المرضى لخدمات مجمع الشفاء الطبي.
- ضرورة الرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى.
- جلب الكوادر البشرية الصحية ذوي الخبرة والمهارة والمؤهلات العلمية.
- تحلي العاملين في مجمع الشفاء الطبي بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى.

ثالثاً: الدراسات المقترحة:

- تصور مقترح لإعادة هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي.
- تصور مقترح لتحسين جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي.
- الاستفادة من التجارب العالمية في إعادة هندسة العمليات الإدارية.
- واقع هندسة العمليات الإدارية في مستشفيات قطاع غزة.
- مدى رضا المواطنين عن خدمات مجمع الشفاء الطبي.

المصادر والمراجع:

المصادر والمراجع:

أولاً: المصادر:

- القرآن الكريم.

ثانيا: الكتب والإصدارات العربية:

- أحمد، صالح (2003): المرجع العلمي لتطبيق منهج الهندرة. ط 1، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع: عمان، الأردن.
- البلداوي، عبد الحميد عبد الحميد، نديم، زينب شكري محمود (2007): إدارة الجودة الشاملة والمعولية (الموثوقية) والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستخدامها، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- التنيان، خالد (2005)، الهندرة الإدارية، صحيفة الرياض اليومية، السعودية، نسخة الكترونية، 5- 9- 2005 العدد 13488، (http://www. Lriyadh. Com/ 2005/ 5/ 9/ articie 63039. Html)
- جاد الرب ، سيد محمد (2010): ادارة الجامعات ومؤسسات التعليم العالي استراتيجيات التطوير ومنهاج التحسين. الطبعة الأولى، جامعة قناة السويس، مصر.
- الحكيم، ليث (2009): نحو امكانية تطبيق مدخل STGMA6 المرتكز على إدارة المعرفة لتحقيق التفوق التنافسي (نسخة الكترونية)، 22 /5 /2015 www.minshawi.com/ search/ node
- الحناوي، محمد، السيد، اسماعيل قضايا إدارية معاصرة، الطبعة الأولى، الاسكندرية: الدار الجامعية، 2005م.
- الدرادكة، مأمون (2006): إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- ديسلر، ترجمة د. محمد سيد أحمد عبد المتعال، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، الرياض 2003م.
- الرب، سيد (2009)، موضوعات إدارية متقدمة وتطبيقاتها في منظمات الأعمال الدولية جمهورية مصر العربية، السويس.

- رفاعي، ممدوح (2006)، إعادة هندسة العمليات، الطبعة الأولى، القاهرة، جامعة عين شمس، مصر.
- زيدان، سلمان (2010): إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، 22، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- السالم، مؤيد، "تنظيم المنظمات دراسة في تطور الفكر التنظيمي خلال مائة عام"، الطبعة الأولى، دار عالم الكتاب الحديث، 2002م.
- سبن، سلامة عبد العظيم (2007): "ثورة إعادة الهندسة مدخل حديد لمنظومة التعليم". دار الجامعة الجديدة: الاسكندرية.
- السكارنة، بلال خلف (2008): "التطوير التنظيمي والإداري". دار المسيرة: عمان.
- السلطان، فهد صالح (1996): اعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة)، نقلة حذرية في مفاهيم وتقنية الإدارة. الرياض، السعودية.
- السلطان، فهد صالح (2001): إعادة هندسة نظم العمل، النظرية والتطبيق. مطابع الخالد: الرياض، السعودية.
- سليمان، هالة (2007): "إدارة التغيير التربوي وإعادة هندسة المدرسة الثانوية العامة" مكتبة النهضة المصرية: القاهرة.
- الصوص، سمير، إعادة هندسة العمليات، الموقع الالكتروني 2- 7- 2011م، http://www.alzoa.com/ articles/ veiew. Php?id= 1214, 2011م.
- الطائي، عبد الله، وقدارة، عيسى (2008): إدارة الجودة الشاملة، دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- عامر، سعيد (2002)، "الإدارة وتحديات التغيير:، القاهرة.
- العايطة رقية (2007): الأرجونوميكا: هندسة البشر، دار الشروق للنشر والتوزيع: عمان، الأردن.
- العجمي، محمد حسين (2008): استراتيجيات الإدارة الذاتية للمدرسة والصف. دار الميسرة للنشر والتوزيع: عمان.
- العلي، عبد الستار (2008): تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.

- فهمي فاروق (2010): "المنظومة والهندرة في إعادة منظومة التعليم والتعلم" الموقع الالكتروني: بتاريخ 12/ 1/ 2014. www.satlcontral.com/ Arabic- materials/ document/ handea.do
- القريوتي، محمد قاسم (2000)، السلوك التنظيمي "دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة"، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- كروى، أحمد (2010)، إعادة هندسة الأعمال الإدارية وسيلة لتحقيق التميز التنافس للمنظمات المعاصرة، موسوعة الإسلام والتنمية، 24/ 10/ 2010م، http://kenanaonline. Com/ wsers/ ahmed kordy/ topics/ 67675/ post/ 57172.
- كيلاندا، جوزيف، نعريب .م. سمور (2004)، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة"، السعودية، دار المريخ للنشر.
- اللوزي، مرسي (1999)، التطوير التنظيمي أساسيات ومفاهيم ومفاهيم حديثة، دار وائل للنشر، الأردن.
- اللوزي، موسى (2002)، التنمية الإدارية، ط 2، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
- لوينثال، جفري (2002): إعادة هندسة المنظمة منهج الخطوة- بخطوة لتجديد حيوية الشركة"، ترجمة: عبد الله خالد. دار المريخ، الرياض.
- مايكل، جيمس تشامبي (1995): إعادة هندسة نظم العمل في المنظمات- الهندرة، دعوة جريمة للثورة الإدارية الجديدة، ترجمة شمس الدين عثمان، الطبعة الأولى، الشركة العربية للإعلام العلمي "شعاع": القاهرة.
- مرسي، جمال الدين (2003): الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية: الدار الجامعية: الاسكندرية.
- النجار، فريد (2005)، إعادة هندسة العمليات وهيكلية الشركات، القاهرة، الطبعة الأولى، دار طيبة للنشر والتوزيع.
- نجم، عبود نجم (2010): إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، ط1، دار الصفا للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- النسور، مروان والشلبي، هيثم محمود (2009): "إدارة المنشآت المعاصرة". دار الصفاء للنشر والتوزيع: عمان، الأردن.

- نياز، عبد العزيز بن حبيب الله (2004)، جودة الرعاية الصحية: عربية الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة- الرياض- السعودية.
- وزارة الصحة الفلسطينية "الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية، 2011- 2013"، المجلات والدوريات.

ثالثا: الرسائل العلمية والدوريات:

- أبو شريعة، عامر (2005). تقييم الخدمات الفندقية المقدمة للمرضى في مستشفى الشفاء، (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس أبوديس)، غزة، فلسطين.
- أبو شكر، أحمد (2012). "أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات في المستشفيات الخاصة على جودة الخدمات (دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في مدينة عمان من وجهة نظر الموظفين والمرضى)"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- أبو عمشة، أحمد (2011). "أثر تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
- أبو عودة، (2013). مدى رضا ال علف الخدمات الصحية المقدمة في قسم الاستقبال والطوارئ، دراسة علمية أجريت في مستشفى غزة الأوروبي.
- أحمد، عطاف (2009). مدى الرضا العام لدى النساء على خدمات الولادة المزودة في مستشفى الشفاء، (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس أبوديس)، غزة، فلسطين.
- الأغا، مرام (2006). إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" في المصارف في قطاع غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية)، غزة، فلسطين.
- باقر، عبد الكريم والعيثاوي، أحلام (بدون). "إعادة هندسة عملية تخطيط العملية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية بالوزيرة/ بغداد"، الملتقى الدولي الرابع حول: المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية، العراق.
- تيشوري، عبد الرحمن (2006): "الهندرة- إعادة هندسة وتصميم نظم العمل وإدارة الأعمال". مجلة اكوار المتمدن، العدد 1474.

- الجربا، فنر (2011). أثر إعادة هندسة العمليات الإدارية على الفاعلية التنظيمية للمستشفيات الخاصة في مدينة عمان، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط)، عمان، الأردن.
- الجزائري وآخرون، (2010). قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة.
- حسين، إيمان (2011). "قياس جودة الخدمات الإلكترونية باستخدام مدخل الفجوات (دراسة تطبيقية في قطاع الاتصالات الأردني)"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- حمدان، أفنان (2008). "واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسيطين.
- حنون، نادية (2010). "درجة استخدام أسلوب الهندسية الإدارية في ممارسة العمليات الإدارية في المدارس الحكومية في محافظات الضفة الغربية من وجهة نظر المديرين والمديرات"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- خليل، عطا الله، دور هندسة العمليات في دعم قرارات خفض التكاليف في ظل فلسفة إدارة التغيير، المؤتمر العمي الدولي السنوي الثامن إدارة التغيير ومجتمع المعرفة، جامعة الزيتونة، الأردن، 2008.
- الخواجا، ماجد (2008). تطوير أنموذج لإعادة هندسة العمليات الإدارية في مؤسسات التدريب المهني في الأردن، (رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الاردنية)، عمان، الأردن.
- خوخة، وفيق (2004): المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية)، ط1، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس الخليج العربية، الرياض – السعودية، نسخة الكترونية www.sg.org.sa تاريخ الاطلاع 15/ 8/ 2015.
- الدجني، إياد (2013). "أنموذج مقترح لإعادة هندسة العمليات الإدارية وحوسبتها في مؤسسات التعليم العالي (الجامعة الإسلامية– دراسة حالة)"، مجلة جامعة دمشق، 29 (1)، جامعة دمشق، سوريا.

- الديماني، سلطان غالب (2009)، الهندرة الإدارية امكانية تطبيقها في الإدارة المدرسية بمدارس دولة الكويت"، المنتدى الثاني للمعلم رؤية جديدة نحو تطوير أداء العالم. كلية التربية، جامعة الكويت: الكويت.
- رافيق (2011): "الأساليب الحديثة للتنمية الإدارية بين حتمية التغيير ومعوقات التطبيق– دراسة حالة الجزائر: 2001– 2011". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري: الجزائر.
- الزفتاوي، نبيه (1995)، إعادة البناء المفاهيم والمؤشرات ورقة قدمت لمؤتمر إعادة بناء المؤسسات العربية خطة عمل للمستقبل، القاهرة، 18– 20 ابريل. 1995م.
- الزهراني، حسين بن سعيد (2013): دور الهندرة في تبسيط الإجراءات بالمؤسسة العامة للصناعات المربية بالمخرج". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- السر، أيمن (2008). واقع إعادة هندسة العمليات الإدارية في وزارة الداخلية والأمن الوطني في قطاع غزة ،(رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية)، غزة، فلسطين.
- السلطان، فهد (2009)، استراتيجية تطوير العمليات، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض، السعودية، 1– 4 نوفمبر/ 2009.
- شعبان، حامد سعيد (2008). العوامل المؤثرة في تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة"، (دراسة ميدانية، كلية التجارة، جامعة القاهرة، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، السنة السابعة والأربعون العدد (70)، ص253–294)، القاهرة ، مصر.
- الشقاوي، عبد الرحمن (2002). نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ، محور الشركة بين القطاعين العام والخاص.
- صفدي، نائل وآخرون (2011). "مدى رضا العاملين وأثره على جودة الخدمات المقدمة من قبل شركة الاتصالات الفلسطينية"، مشروع تخرج/ جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- الطراونة، سليمان وآخرون (2011). "درجة تطبيق بنود إعادة هندسة العمليات الإدارية في تطوير أداء العاملين في مديرية التربية والتعليم لعمان الرابعة"، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 24 (1)، الأردن.

- الطنيجي، سالم زايد خليفة (2008): نموذج مقترح لتطوير أداء العاملين في وزارة التعليم العالي، والبحث العلمي في دولة الإمارات العربية المتحدة، في ضوء منهجية إعادة هندسة العمليات الإدارية". رسالة دكتوراة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: الأردن.
- العايطة مارقية عدنان (2010): "تطوير أداء العاملين في وزارة التربية والتعليم الأردنية لزيادة كفاءتهم في ضوء منهجية إعادة هندسة العمليات BPR". مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، مجلد (2)، عدد (1).
- عبده، ماجدة (2012). "الجودة المدركة لخدمات المواقع الإلكترونية وأثرها في تحقيق القيمة المضافة من وجهة نظر طلبة الجامعات الخاصة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- العتيبي، سعد والحمالي، راشد (2004)، إعادة هندسية العمليات الإدارية (الهندرة) في القطاع العام عوامل النجاح الحاسمة، المؤتمر الوطني الأول للجودة، جامعة الملك سعود 15- 17 مايو/ 2004.
- العجلوني، إبراهيم بن طه بن محمد (2005)، نظام مقترح لإدارة الجودة في الجمعية الخيرية لتحفيظ القرآن الكريم بجدة، (نسخة الكترونية)، الملتقى الثاني لجمعيات تحفيظ القرآن الكريم بمحافظة جدة.
- عطا الله، خليل وداد (2008): ثورة هندسة العمليات في دعم قرارات خفض التكاليف في ظل فلسفة إدارة التغيير". ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي السنوي الثامن إدارة التغيير ومجتمع المعرفة، المنعقد في الفترة ما بين 21- 24 إبريل، جامعة الزيتونة الأردنية، عمان، الأردن. تم الحصول عليها من الموقع بتاريخ 10- 10- 2013 www.hrdiscas.com/ hr9227html 2015.
- عودة، إيمان (2012). "العلاقة التأثيرية بين جودة الخدمات الإلكترونية وسمعة الجامعة (دراسة على عينة من الجامعات الخاصة الأردنية)"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- عيشاوي، أحمد (2006): إدارة الجودة الشاملة TOM في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، عدد 4، مصر.
- قاسم، إسماعيل (2009). تحسين جودة الخدمة في الجامعات الفلسطينية عبر إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" دراسة حالة: الجامعة الإسلامية- غزة ،(رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية)، غزة، فلسطين.

- القصيمي، محمد (2009)، تفعيل مهام إعادة هندسة الأعمال من منظور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مدخل تكامل بحث مقدم إلى مؤتمر إدارة منظمات الأعمال، التحديات العالمية المعاصرة، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن.
- الكساسبة، محمد (2004). دور تكنولوجيا المعلومات في إعادة هندسة عمليات الأعمال، دراسة ميدانية على شركة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات في الأردن، (رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية)، عمان، الأردن.
- المالكي، ساعد (2003)، الأبعاد الإدارية والأمنية لهندرة العمليات الإدارية وعلاقتها بالأداء الوظيفي دراسة ميدانية على وكالة الآثار والمتاحف بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، السعودية.
- المختار، هيفاء (2003)، (دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة)، (أطروحة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- مصطفى، يوسف عبد المعطي (2002): "نموذج مقترح لتطبيق مفهوم إعادة هندسة العمليات في التعليم الجامعي". مجلة التربية، مجلة تصدرها الجمعية المصرية للتربية المقارنة والإدارة التعليمية، السنة الخامسة، العدد (6) ص 115- 157.
- مصلح، عطية (2012). "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"، جامعة القدس المفتوحة، قلقيلية، فلسطين.
- النجار، فريد (2002): "إعادة هندسة التعليم للتنمية المستدامة: التعليم للإنتاج والفعالية الإنسانية". ورشة عمل مقدمة للمؤتمر السنوي السابع إدارة الأزمة التعليمية في مصر، 1/ أكتوبر، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر.

رابعاً: المراجع الأجنبية:

- Abdous and Wuhe , (2008), "Framework for Process Reengineering in Higher Education: A case Study of distance Learning exam Scheduling and distribution old dominion." International Review of Research in Open and Distance Learning (IRRODL), Vol. 9, No. 3 , accessed on Jan 16, 2016. Available at: http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/535/1138
- Bermans., (1994), "Strategic Direction: Don't Reengineer Without IT," Planning Review, Vol. 22, No. 6, November/ December, pp. 18-23.
- Burke, Ronald J., (2004), "Process Reengineering: Who Embraces it and Why?" Journal of the TQM Magazine, Vol. 16, No. 2. pp.114 – 119.
- Carmichael BD, (1994), "Business process reengineering: a remedy for health care. Healthcare Management Forum, Vol. 7, No. 4, pp. 44–50.
- Charles Tennant, Yi-Chieh Wu, (2005) "The application of business process reengineering in the UK", The TQM Magazine, Vol. 17, No. 6, pp.537 – 545.
- Elg, Mattias; Stenberg, Jesper; Kammerlind, Peter; Tullberg, Sofia; Olsson,Jesber, (2011): "Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends." International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 24, No. 2, 2011 , pp.101-123.
- Elmuti, Dean and Kathawala, Yunus, Business Reengineering: Revolutionary Management. Tool, or Fading Fad?, Business forum, Vol. 25, No. 1/2), pp. 29.
- Juran, I., (1998), Godferey, Juran's quality handbook, 5 ed., McGraw-Hill, New York.
- Kumar, Sameer; Ghildayal, Neha S.; Shah, Ronak N.,(2011) "Examining quality and efficiency of the US healthcare system." ,International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 24, No. 5, pp. 366-388.
- McAdam & Donaghy, (1999), "Business process reengineering in the public sector: A study of staff perceptions and Critical Success Factors (CSFs)." Business Process Management Journal, Vol. 5, No. 1, pp.33 – 52.
- Padhy, Prasanta Kumar & Padhy, Prasanta Kumar (2010) "Patient Satisfaction and Marketing Effectiveness in Selected Large Hospitals in India" Berhampur University ,Vishwa Vishwani Institute of Systems & Management. January 15, 2010, accessed on Jan. 16, 2016. Available at SSRN: http://ssrn.com/abstract=1537255

- Soudabeh Khodambashi,(2013), "Business Process Reengineering Application in Healthcare in a Relation to Health Information Systems." Proceeding on CENTERIS 2013 - Conference on ENTERprise Information Systems / PRojMAN 2013 - International Conference on Project MANagement / HCIST 2013 - International Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies. pp. 949 – 957, accessed on Jan. 16, 2016. Available at: http://www.isihome.ir/freearticle/ISIHome.ir-26018.pdf
- Willcocks, Leslie and smith, Gill (1995), "IT- Enabled BUSINESS PROCESS Reengineering: organizational and Human Resource Journal of strategic Information system, 4 (3). Vol.4, No. 3, pp. 279-301.

مـــلاحـــق الدراســـة

ملحق رقم (1): الاستبانة

البـرنـامــج المشتــرك بيــن

أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا

وجـامعــة الأقــصــى بـغـــزة

برنامج الماجستير في القيادة والإدارة

أخـي الكريم ،، أختي الكريمة ،، تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع / استبانة دراسة الماجستير

الاستبانة المرفقة عبارة عن أداة لجمع البيانات اللازمة لإجراء دراسة بعنوان :

"واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي ".

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة والقيادة ضمن البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى وأكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا .

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة وإطلاع من خلال موقعكم الإداري المتعلق بموضوع هذه الدراسة، فإن الباحث يأمل منكم التكرم بالإجابة عن فقرات هذه الاستبانة جميعها بدقة وموضوعية، وإعادتها للباحث في أقرب وقت ممكن. علماً بأن إجاباتكم سيكون لها أثر في إنجاح هذه الدراسة، والمعلومات الواردة في الاستبانة كافة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

هندسة العمليات الإدارية : هي إعادة النظر وإعادة التصميم الكلي للعمليات الإدارية لتحقيق تحسينات جذرية - وليست هامشية - في مقاييس الأداء الحاسمة والتي تشمل التكلفة والجودة والخدمة والسرعة .

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير ؛؛؛

الباحث

فراس تيسير أبوعيدة

الجزء الأول

الخصائص الديمغرافية

(1) **الجنس** ☐ ذكر ☐ أنثى

(2)**الحالة الاجتماعية** ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ أخرى

(3) **العمر** (_____) سنة

(5)**المؤهل العلمي** ☐ دبلوم فما دون ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير
☐ دكتوراه ☐ بورد

(6) **عدد سنوات الخدمة** ☐ أقل من 5سنوات ☐ من 5 إلى 10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات

(7) **المسمى الوظيفي** ☐ مدير عام ☐ مدير دائرة ☐ رئيس قسم

(8) **مكان الخبرة** ☐ داخل فلسطين ☐ خارج فلسطين

(9)**مكان الدراسة** ☐ فلسطين ☐ أوروبا ☐ غير ذلك (_____)

(10)**مكان العمل** ☐ مستشفى الجراحة ☐ مستشفى الباطنة ☐ مستشفى الولادة

(11) **التخصص العلمي** ☐ طب ☐ إدارة أعمال ☐ غير ذلك (_____)

(12) **مجال العمل** ☐ المجال الطبي ☐ المجال الإداري

الجزء الثاني

واقع هندسة العمليات الإدارية

ت	الفقرة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
	تصميم الهيكل التنظيمي					
1	يركز البناء التنظيمي على المرضى وعلى العمليات والخدمات الصحية المقدمة.					
2	يركز البناء التنظيمي على الرؤساء والمشرفين العاملين بالمستشفى.					
3	الهيكل التنظيمي يدعم العمليات الإدارية بوضوح.					
4	تحدد الإدارة إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية بناءً على تسلسل أنشطة العملية الصحية.					
5	يتبنى المستشفى أهداف عمليات إدارية واضحة وذات معنى.					
6	يعتمد النمط الإداري بشكل أساسي على الإدارة العليا.					
	قدرات تكنولوجيا ونظم المعلومات					
7	تقلل الإدارة خطوات تنفيذ عملياتها الرقابية من خلال استخدام تكنولوجيا المعلومات.					
8	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة على زيادة القدرة في إعادة استخدام المعلومات الصحية.					
9	تساعد تكنولوجيا المعلومات الإدارة في الوصول إلى المعلومات القيمة التي تساعد في اتخاذ القرارات.					
10	تساعد تكنولوجيا المعلومات في خفض الوقت اللازم للبحث عن المعلومات اللازمة لاستمرار العمل.					
11	تساعد تكنولوجيا المعلومات على تحليل البيانات والمعلومات والسرعة في اتخاذ القرارات.					
12	تساعد تكنولوجيا المعلومات على إنجاز الأعمال المعقدة في الوقت المحدد مثل الإحصائيات الطبية.					
13	تحقق نظم تكنولوجيا المعلومات عمليات متعددة في عملية واحدة.					
	صحة وفاعلية العمليات الإدارية					
14	تسعى إدارة المستشفى لنيل رضا المرضى والعملاء.					
15	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالكفاءة.					
16	تتصف العمليات الإدارية في المستشفى بالتحسين المستمر.					
17	تتم العمليات الإدارية في المستشفى بسرعة ودقة.					

ت	الفقرة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
	توقعات متلقي الخدمة					
18	يتوقع المريض من المستشفى سرعة إنجاز المعاملات.					
19	يتوقع المريض من المستشفى تقديم خدمة نوعية مميزة.					
20	يتوقع المريض استخدام أحدث الأجهزة والمعدات الطبية في تقديم الخدمة.					
21	يتوقع المريض تلقي خدمات ذات جودة عالية.					
22	يتوقع المريض أن يتم التعامل مع شكواه بجدية ومهنية.					
23	يتوقع المريض أن تكون تكلفة الخدمة المقدمة معقولة.					
24	يتوقع المريض وجود تواصل معه لإبلاغه بمعاملاته.					
25	يتوقع المريض أن يتم التعامل معه باحترام أثناء طلب الخدمة.					
	تحسين معايير الجودة الشاملة					
26	يتم التحسين المستمر في كافة الخدمات المقدمة.					
27	يخصص المستشفى الوقت اللازم للتأكد من أن خطط تحسين الجودة يتم تنفيذها من قبل العاملين.					
28	يخصص المستشفى الدعم اللازم للتأكد بأن خطط تحسين الجودة يتم تنفيدها من قبل العاملين.					
29	يوجد أساليب حديثة لتحليل الأنشطة اللازمة لتقييم الخدمة.					
30	تتوفر خطة لخفض أوقات إنجاز المعاملات.					
31	يوجد دائرة تعنى بأمور الجودة الشاملة وتقوم بعملها بانتظام.					
32	تهدف الإدارة بشكل مستمر لخفض تكلفة العمليات المقدمة للعملاء.					

الجزء الثالث

جودة الخدمات الصحية

ت	الفقرة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
	الأشياء الملموسة					
33	يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه بسرعة.					
34	تمتلك المستشفى موقف سيارات.					
35	تمتلك المستشفى حديقة ومساحة خضراء.					
36	توفر المستشفى كافتيريا.					
37	يحرص العاملون بالمستشفى على درجة عالية من النظافة.					
38	يحرص العاملون في المستشفى علي درجة عالية من حسن الهندام والمظهر.					
39	يوجد في المستشفى صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.					
40	يوجد دورات مياه صحية نظيفة بما يحقق راحة المرضى.					
41	تصميم المستشفى ملائم لتقديم مختلف الخدمات الصحية.					
42	يوجد لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والشعب المختلفة.					
43	يتوفر في المستشفى ممرات وطرق واسعة ومريحة تضمن تنقل المرضى دون صعوبة وبأمان.					
	الاعتمادية					
44	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية إلى المرضى بالوقت المحدد حسب قائمة الانتظار.					
45	يحرص العاملون على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.					
46	يتوفر في المستشفى جميع التخصصات الصحية و الطبية المطلوبة.					
47	يبدي المستشفى اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى.					
48	يحظى المستشفى بثقة واستحسان المستفيدين من خدماتها الصحية.					
49	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة.					
50	يتم تقديم الخدمة الصحية في الأوقات والمواعيد المحددة مسبقاً للمرضى.					
51	يقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة والموثوقية.					

ت	الفقرة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
	الاستجابة					
52	يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.					
53	يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائماً.					
54	يقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوي المرضى.					
55	يبدي العاملون في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.					
56	يسهل المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.					
57	يلبي العاملون في المستشفى طلبات المرضى فوراً.					
	الثقة					
58	يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الكادر الصحي بالمستشفى.					
59	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع العاملين المستشفى.					
60	يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.					
61	يتابع العاملون في المستشفى حالة المرضى باستمرار.					
62	يحافظ العاملون في المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.					
63	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة.					
64	يتمتع المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.					
	التعاطف					
65	يضع المستشفى مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.					
66	يولي المستشفى المريض اهتماماً وانتباهاً فردياً.					
67	يقدر العاملون في المستشفى ظروف المريض وحالته الصحية.					
68	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى.					
69	يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى.					

ت	الفقرة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
70	يراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.					
71	يشرح العاملون بالمستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.					
72	يصغي العاملون في المستشفى بشكل كامل إلى شكاوي المرضى.					

نرجو الإجابة عن الأسئلة التالية:

ما أهم المعوقات التي تواجه هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي؟

_____

_____

_____

_____

_____

_____

هل لديك اقتراحات أخرى؟

_____

_____

_____

_____

_____

شكراً لتعاونكم ،،،

ملحق رقم (2):
قائمة بأسماء المحكمين

م	الاسم	المؤسسة
1	د. محمد المدهون	أكاديمية الإدارة والسياسة
2	د. محمد الجريسي	أكاديمية الإدارة والسياسة
3	د. نبيل اللوح	أكاديمية الإدارة والسياسة
4	د. أكرم سمور	الجامعة الإسلامية
5	د. أشرف الجدي	الجامعة الإسلامية
6	د. سناء أبو دقة	الجامعة الإسلامية
7	د. وسيم الهابيل	الجامعة الإسلامية
8	د. عبد الكريم رضوان	الجامعة الإسلامية
9	د. خالد الدهليز	الجامعة الإسلامية
10	د. معتصم صلاح	كلية فلسطين للتمريض
11	د. نهاية التلباني	جامعة الأزهر
12	د. يوسف عوض	جامعة فلسطين
13	د. بسام أبو عابد	جامعة القدس أبو ديس
14	د. يحيى عابد	جامعة القدس أبو ديس
15	د. خليل حماد	وزارة التربية والتعليم العالي
16	م. إبراهيم أبو شمالة	باحث ومحلل إحصائي
17	أ. جهاد عكاشة	باحث ومحلل إحصائي