



اثر الصمت التنظيمي على جودة الخدمة الصحية: دراسة تحليلية في مستشفى الديوانية التعليمي

صباح حسين شناوة الزيايدي*
معهد الصحة العالي في الديوانية

المخلص

تناولت هذه الدراسة اثر الصمت التنظيمي على جودة الخدمة الصحية ، إذ حاولت تقديم إطار نظري لبعض مما طرحه الكتاب والباحثين حول متغيري الدراسة ، إلى جانب إطار عملي تحليلي لآراء عينة من العاملين في مستشفى الديوانية التعليمي (أطباء ، صيادلة ، مهن صحية وإدارية) بلغت (70) شخصا ، بالإضافة الى عينة من المرضى بلغت (80) مريض. وقد تم التعبير عن الصمت التنظيمي بوصفه متغيراً مستقلاً من خلال أبعاده الثلاثة (صمت الإذعان ، الصمت الدفاعي ، الصمت الاجتماعي) . في حين تم اعتماد جودة الخدمة الصحية بعدها متغيراً معتمداً . واعتمد الباحث الاستبانة كأداة رئيسة لقياس متغيرات الدراسة. حدد القسم الأول منها لقياس الصمت التنظيمي بالاعتماد على مقياس (بوريس، ٢٠٢٠). في حين حدد القسم الثاني لقياس جودة الخدمة الصحية بالاعتماد على المقياس الذي أعده كل من (Yesilada & Direktor, 2010) وباستعمال مجموعة من الأدوات الإحصائية مثل معامل الارتباط البسيط لقياس علاقة الارتباط بين المتغيرين واختبار (t) لمعرفة معنوية هذه العلاقة ، وتحليل الانحدار المتعدد ، واختبار (f) لتحديد معنوية علاقات التأثير ، و (R²) لتفسير مقدار تأثير المتغير المستقل في المتغير المعتمد . وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات جاء في مقدمتها وجود علاقة اثر ذات دلالة إحصائية لأبعاد الصمت التنظيمي في جودة الخدمة الصحية في المستشفى عينة الدراسة.

معلومات المقالة

تاريخ البحث

الاستلام : 13/4/2021
تاريخ التعديل : 15/4/2021
قبول النشر : 5/10/2021
متوفر على الأنترنت: 31/12/2021

الكلمات المفتاحية :

الصمت التنظيمي
الصمت الدفاعي
الصمت الاجتماعي
جودة الخدمة الصحية
مستشفى الديوانية التعليمي

The Effect of Organizational Silence on the Quality of Health Services: An Analytical Study on Al-Diwaniyah Educational Hospital

Sabah Hussein Shnawa Al-Zeyadi*
Higher health institute in Diwaniyah



Abstract

This study discusses the effect of organizational silence on the quality of health. It tries to introduce a theoretical framework about the variables according to the previous literature .It also introduces an analytical framework for the opinions of the sample of (70) employees at Al Diwaniyah Educational hospital (doctors, pharmacists, health and administrative professions) . In addition, a sample of the patients of (80) people . The organizational silence as an independent variable is expressed through three dimensions (Acquiescent silence ,Defensive silence, Social silence) . The quality of service is adopted as a dependent variable. The researcher used the questionnaire as a tool to measure the variables of the study. The first section is devoted to measure organizational silence based on a scale of (Buroys, 2020), while the second section is accounted to measure the quality of health service based on the scale of (Yesilada & Direkto, 2010) . The researcher has used a set of statistical tools such as Pearson correlation coefficient , multiple regression analysis , F and R² tests . The study has found a set of conclusions and recommendations among them is the relationship of a statistically significant effect to the dimensions of organizational silence on the quality of health service in the hospital.

Key words: organizational silence, defensive silence, social silence, quality of health service, Al-Diwaniyah Educational Hospital.

*
Corresponding author : E-mail addresses : aLzayadysbah2020@gmail.com.

- تسعى هذه الدراسة الى تحقيق الأهداف التالية :
1. تقديم إطار مفاهيمي عن الصمت التنظيمي وأبعاده وأسبابه والآثار والنتائج المترتبة عنه ، فضلا عن جودة الخدمة الصحية ، على وفق المصادر العلمية التي توفرت للباحث.
 2. التعرف على العلاقة بين الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية المبحوث فيها.
 3. معرفة طبيعة التأثير الذي يمكن أن يمارسه الصمت التنظيمي في جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية محل البحث .

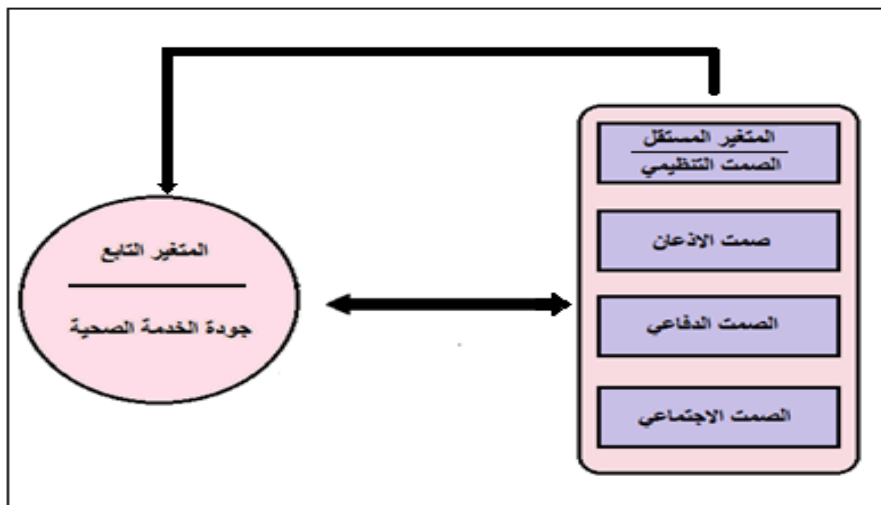
أهمية البحث

- يكتسب هذا البحث أهمية من خلال النقاط التالية :
1. الإسهام في توسيع المعرفة العلمية بمفهوم الصمت التنظيمي وأبعاده وأسبابه، فضلا عن مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهدافها وأبعاده بوصفهما من المظاهر الإدارية المهمة التي يجب الانتباه إليهما .
 2. يمثل هذا البحث محاولة لسد الفجوة الحاصلة في البحوث العلمية والدراسات الخاصة بموضوع الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية .
 3. تتمثل أهمية البحث في النتائج التي يمكن التوصل إليها والتي يمكن أن تساعد إدارة المستشفى محل البحث في التعرف على الحد من الصمت التنظيمي التي تؤثر على جودة الخدمة الصحية .

نموذج الدراسة الفرضي

لغرض تحقيق أهداف الدراسة تطلب الأمر إعداد مخطط فرضي يوضح طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة وكما موضح في أدناه.

شكل (1) نموذج الدراسة الفرضي



مشكلة البحث

يتعرض القطاع الصحي في بلدنا العراق لضغوط كبيرة ، نتيجة الصعوبات المالية والتغيرات الاقتصادية والسياسية والتشريعية ، الأمر الذي يؤدي الى ظهور العديد من المظاهر التي تؤثر على جودة الخدمة الصحية المقدمة ، ومنها قلة مشاركة العاملين بتقديم حلول إبداعية للمشاكل المتكررة التي يعاني منها القطاع الصحي اليوم ، فضلا عن عدم القدرة ، ولا حتى إظهار الرغبة في تجريب مداخل جديدة لتحسين جودة العمل ، وضعف الاهتمام بمعرفة الآراء المخالفة ، والروتينية التي تغلب على طبيعة العمل الحكومي ، إضافة لانخفاض شعور العاملين بالحرية في التعبير عن أفكارهم ومقترحاتهم . لذا فان المفهومين (الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية) جديرين بالبحث ، وعليه تم اختيارهما ليكونا موضوع البحث الحالي ، واستنادا لما تقدم تتبلور مشكلة الدراسة في السؤال التالي : ما هي العلاقة بين الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية محل البحث ، بالإضافة للأسئلة التالية :

- ما مستوى توافر أبعاد الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية محل البحث.
- هل تؤثر أبعاد الصمت التنظيمي على جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية عينة الدراسة.
- هل توجد علاقة ارتباط بين أبعاد الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية المبحوث فيها.

فروض البحث

بالاعتماد على استبانة (بوريس، ٢٠٢٠). وهي استبانة محكمة تم حساب الصدق والثبات لها من خلال عمل الباحثين بهذه الاستبانة.

أما المحور الثاني - جودة الخدمة الصحية ، بالاستناد الى المقياس الذي أعده -962: Yesilada & Direktor, 2010 (971) . وقد تم استعمال مقياس ليكرت الخماسي ذي الأوزان (لا اتفق تماما ، لا اتفق ، اتفق الى حد ما ، اتفق ، اتفق تماما) .

مجتمع وعينة الدراسة

اختار الباحث مستشفى الديوانية التعليمي ميدانا لدراسته ، وقد تكونت عينة الدراسة الكلية من (155 شخصا) منهم (80) شخصا من زبائن المستشفى (المرضى) الذين يراجعون المستشفى باستمرار ويحصلون على خدمات طبية ويغادرون بنفس اليوم والمرضى المقيمين الراقدين في المستشفى الذين حصلوا على الخدمة الطبية واخرجوا بعد تحسن حالتهم الصحية ، و(75) من العينة الكلية يمثلون العاملين في المستشفى من اختصاصات مختلفة (أطباء ، صيادلة ، مهن صحية وإدارية) ، ووزعت استمارة الاستبيان المعدة لهذا الغرض لكل طرف استرجع منها (150) استمارة من الإجمالي (155) ، وكانت نسبة الاسترداد (96%) . والجدول الآتي يمثل خصائص عينة الدراسة.

من اجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار مخططها الفرضي تم صياغة مجموعة من الفرضيات الرئيسية والفرعية وعلى النحو الآتي:

الفرضية الرئيسية الأولى : توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية وتنبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية :

❖ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بعد صمت الإذعان وجودة الخدمة الصحية.

❖ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بعد الصمت الدفاعي وجودة الخدمة الصحية.

❖ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بعد الصمت الاجتماعي وجودة الخدمة الصحية .

الفرضية الرئيسية الثانية : توجد علاقة اثر ذات دلالة إحصائية للصمت التنظيمي كمتغير مستقل في جودة الخدمة الصحية بوصفها متغيرا كليا تابعا .

أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة الاستبيان كأداة للحصول على البيانات ذات الصلة بمتغيراتها ، وتضمنت محورين هما :

المحور الأول - الصمت التنظيمي بأبعاده (صمت الإذعان ، الصمت الدفاعي ، الصمت الاجتماعي) . حيث قام الباحث

جدول رقم (1) يبين الخصائص الديموغرافية لقسمي العينة (N=70 للعاملين)

الخصائص	الفئة	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	50	71.5 %
	أنثى	20	28.5 %
	الإجمالي	70	100 %
العمر	أقل من 30 سنة	16	9.22 %
	من 30 الى أقل من 40	25	35.7 %
	من 40 الى أقل من 50	19	27.1 %
	50 فأكثر	10	14.5 %
العنوان الوظيفي	الإجمالي	70	100 %
	أطباء	30	42.9 %
	صيادلة	23	32.9 %
سنوات الخبرة	مهن صحية وإدارية	17	24.2 %
	الإجمالي	70	100 %
	أقل من 5 سنة	11	15.8 %
	من 5 الى 10 سنة	20	28.6 %
سنوات الخبرة	من 11 الى 15 سنة	23	32.8 %
	من 16 سنة فأكثر	16	22.8 %
	الإجمالي	70	100 %

النسبة المئوية%	التكرار	الفئة	الخصائص
32.9%	23	دكتوراه	المستوى التعليمي
21.4%	15	ماجستير	
28.6%	20	بكالوريوس	
17.1%	12	دبلوم	
100%	70	الإجمالي	
(N=80 للمرضى)			
النسبة المئوية%	التكرار	الفئة	الخصائص
75%	60	ذكر	الجنس
25%	20	أنثى	
100%	80	الإجمالي	
13.8%	11	من 20 الى 30 سنة	العمر
15%	12	31 الى 40	
17.5%	14	41 الى 50 سنة	
26.2%	21	51 الى 60 سنة	
27.5%	22	60 فأكثر	
100%	80	الإجمالي	
26%	21	يقرا ويكتب	التحصيل الدراسي
25%	20	ابتدائية	
22%	18	متوسطة	
10%	8	إعدادية	
17%	14	بكالوريوس فأعلى	
100%	80	الإجمالي	
50%	40	منخفض	مستوى الدخل
40%	32	متوسط	
10%	8	مرتفع	
100%	80	الإجمالي	
56.2%	45	قرية	مكان السكن
43.8%	35	مدينة	
100%	80	الإجمالي	

الاطار النظري

الوسائل الإحصائية المعتمدة

أولاً. الصمت التنظيمي

1. مفهوم الصمت التنظيمي Organizational silence concept

يعد الصمت التنظيمي من المفاهيم الحديثة الغير مألوفة ، ومن الصعب تحديد مفهوم محدد له ، باعتبار إن الصمت يعني غياب الكلام ، غير إن هناك صعوبة في دراسته مقارنة بالصوت المعلن (بوريس، ٢٠٢٠) ، بعد أن كان يعرف سلوك فردي أصبح سلوك جماعي ، وقد اختلف الباحثون والمفكرون المحدثون حول تحديد مفهوم صمت العاملين بعده مصطلح يحمل في طياته عملية غير فعالة ، قد تؤدي الى ضياع جهود المؤسسة

من أجل قياس واختبار فرضيات الدراسة ، فقد تم الاستعانة بمجموعة من الأساليب الإحصائية :

- الوسط الحسابي لمعرفة مستوى إجابات عينة الدراسة بخصوص متغيراتها، والانحراف المعياري لمعرفة مدى تشتت الإجابات عن وسطها الحسابي.
- معامل الارتباط البسيط (Pearson) لتحديد طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- اختبار T لاختبار معنوية علاقات الارتباط .
- اختبار F لاختبار معنوية علاقات التأثير .
- معامل التحديد R^2 لتفسير مقدار تأثير المتغير المستقل في المتغير المعتمد.

❖ صمت الإذعان (الاستسلام) *Acquiescent silence*

بعض الأفراد يملكون معلومات مفيدة للمنظمة ، إلا إنهم يجربونها عن مشرفيهم بسبب انزعاجهم وتخيلهم عن مسؤولياتهم ، ويوصف هذا الصمت بصمت التقاعس أو الإهمال ، وبأنه قبولا سلبيا للوضع العام (جاسم و كرجي، ٢٠١٧)، ويعبر عن هذا النوع من الصمت بأنه امتناع العاملين عن الإدلاء بأفكارهم ومعلوماتهم إذعانا للظروف والمواقف التنظيمية ، ويتصرف الأفراد الصامتين عبر هذا النوع بشكل سلبي متعمد ، حيث يشعرون بان حديثهم لن يترتب عليه أي فارق ، ومن ثم فإن هذا النوع من الصمت يعتمد على الاتجاهات الواعية للعاملين نحو المنظمة التي ينتمون إليها (Ehtiyar & Yanardag, 2008: 53) .

❖ الصمت الدفاعي *Defensive silence*

هو سلوك متعمد استباقي يهدف الى حماية النفس البشرية من التهديدات (Morrison & Malliken, 2000: 723)، ويعتبر دفاعيا لكونه ينطوي على الوعي أو النظر في البدائل المتاحة ، ثم يتبع ذلك قرارا واع يحجب المعلومات والأفكار كأفضل إستراتيجية شخصية في حينها ، وينطوي هذا النوع على حجب المعلومات بسبب الخوف من أن التعبير عن الآراء والأفكار سينطوي على مخاطر شخصية ، وربما يكون دافع الحماية الذاتية هذا بسبب الخوف من أن تلتصق به مسؤولية المشكلة

❖ الصمت الاجتماعي *Social silence*

ويعني حجب الأفكار والمعلومات والآراء المتعلقة بالعمل بهدف استفادة الآخرين في المنظمة منها وهذا يعرف بالإيثار دوافع تعاونية (جاسم و كرجي، ٢٠١٧)، وان هذا النوع من الصمت هو سلوك مقصود واستباقي ، يركز في المقام الأول على الآخرين ، مما يجعل الفرد أكثر اجتماعيا ومقبولا بين الزملاء والعمل الذي ينتج ويبنى نتيجة الاهتمام بالآخرين ، وبدلاً من الخوف من العواقب الشخصية السلبية ، وعلى هذا الأساس يكون الدافع مع هذا النوع هو الرغبة في مساعدة الآخرين وتقاسم الواجبات .

٣. أسباب الصمت التنظيمي *Organizational silence* causes

لقد شكلت السمات التنظيرية أهم الإرهاسات الكفيلة بتحقيق أسباب الصمت التنظيمي ، كترسيمة تنظيمية تحمل في طياتها العوامل التي ساهمت في تنمية الصمت لدى العاملين ومن بين أسباب بنائها (بوريس، ٢٠٢٠) هي :

❖ عدم اهتمام الرؤساء بالتغذية العكسية *Lack of attention of the heads of feedback*

من العوامل المهمة التي يعتقد إنها تؤدي الى الصمت التنظيمي هو خوف المدراء من الحصول على تغذية عكسية سلبية ، سواء كانت هذه المعلومات تتعلق بهم شخصيا أو ببرنامج الأعمال التي قاموا بتحديدها ، وبالتالي فإنهم يحاولون تجنبها

نحو التقدم والتطوير ، وقد تؤدي مع مرور الوقت الى اللامبالاة (Indifferent) بين العاملين في عملهم ورؤسائهم ، مما يؤدي الى فقدان الجودة العالية في العمل (Sahar, 2012: 1272)، ويعد (Johannesen ,1974) ، أول من أشار الى تعريف الصمت على المستوى التنظيمي ، حيث اقترح بأنه عدم مشاركة المعلومات فيما بين العاملين بعضهم مع البعض الآخر (Baran & Giderler, 2017: 242-252) . وبدا الاهتمام المكثف بهذا المفهوم في أدبيات السلوك التنظيمي استنادا لدراسة (Morrison & Malliken, 2000: 723)، فقد عرفت الدراسة الصمت التنظيمي على انه ظاهرة جماعية تتمثل في إجماع العاملين عن تقديم المعلومات حول مشكلات وقضايا العمل المختلفة ، والامتناع عن تقديمهم للمعلومات والأفكار والمقترحات التي تساهم في عملية التحسين المستمر ، وأكد هذا المعنى كل من (Henriksen & Dayton, 2006 :1539) ، بالقول أن الصمت التنظيمي ظاهرة على المستوى الجماعي بالقول والعمل في الاستجابة القليلة جدا للمشاكل المهمة التي تواجه المنظمة ويضيف كل من (Amirkhani & Oliae, 2015: 63) إن الصمت التنظيمي هو تحفظ العاملين في التعبير عن التقييمات الفكرية والمعرفية الفعالة حول أوضاع المنظمة ، ويعبر كل من (شاوش و الاشول، ٢٠١٨) عن الصمت التنظيمي بأنه انعكاس للقوى المؤثرة في العلاقات بين الرؤساء والمرؤوسين، والقوانين المنظمة لتلك العلاقات ، مما يحول دون تحدث المرؤوسين بالمشاكل التنظيمية . ومما تجدر الإشارة إليه انه ليست كل أشكال الصمت ، هي امتناع عن الكلام أو هي دور سلبي للعامل ، ففي بعض الأحيان يكون الصمت التنظيمي مفيدا لحماية المعلومات السرية من خلال حجبها عن الآخرين ، وقد يحمل معنى الإيجاب إذا كان صمت الفرد من اجل الآخرين وحفاظا على المنظمة ، كما ويمكن أن يكون الصمت إستراتيجية تتبعها المنظمة (علي و قيزة، ٢٠١٣) . وتأسيسا على ما تقدم يرى الباحث أن الصمت التنظيمي هو ميل العاملين في المنظمة الى الاحتفاظ بالمعلومات والآراء والأفكار والمقترحات ، تجنباً لأي نتائج سلبية قد تلحق بهم ضرراً أو بالمنظمة .

٢. أبعاد الصمت التنظيمي *Dimensions Organizational silence*

للصمت التنظيمي مدلولات مختلفة حسب الدوافع الكامنة من وراءه ، ويمكن أن يظهر الصمت التنظيمي بأشكال متنوعة مثل ، الصمت الجماعي في الاجتماعات، والمشاركة المنخفضة في وضع الخطط وعدم التعاون ، وانخفاض مستويات الصوت ، وحجب الآراء (Ehtiyar & Yanardag, 2008: 52). وقد صور الصمت التنظيمي على انه تركيب متعدد الأبعاد ، ووفقا لذلك يمكن تمييز ثلاثة أبعاد وهي (Angsoon & Batero, 2003: 1359) :

بقضايا مختلفة واعتبارهم صانعين للمشكلات داخل المنظمة ، لذلك يميلون الى عدم الإدلاء بأفكارهم ، لكي لا ينظر إليهم الآخرين على إنهم مثيرو المشاكل داخل المنظمة (عبود و حسين، ٢٠١٦)، أو أن لديهم اعتقاد بان التحدث عن مشاكل العمل قد يتسبب بحرمانهم من وظائفهم أو من الترقية الى منصب أعلى داخل المنظمة .

❖ القيم الثقافية للفرد Cultural values of the individual

وهي تلك الاتجاهات والمعتقدات والتوجهات التي تليها حاجة الإنسان وتحكم تصرفاته داخل كل مجتمع ، فهذه القيم هي التي تمنح قيمة لموضوع ما ، وتعطي انطبعا سلبيا عن سلوكاً آخر وتمنع الناس عنه ، والتالي فان تنمية هذه القيم والحرص على المبادئ والالتزام بالأخلاق الفاضلة وعدم التهرب من المسؤولية ، لها التأثير الكبير على الفرد إذا كان صامتا أو نافخا للصافرة لا يتحدث أمام الحقائق التي تواجهها المنظمات.

وتأسيسا على ما تقدم يرى الباحث أن نقشي سلوك الصمت التنظيمي لدى العاملين في المؤسسة الصحية عينة الدراسة حيال القضايا والمشكلات التي تواجههم في العمل ، أو عزوفهم في التعبير عن آرائهم يؤثر سلبا على جودة الخدمة الصحية ، فالموظف الذي تسيطر عليه حالة من الصمت يقل انتماؤه لمنظمتهم وبالتالي يقل إنتاجه ونشاطه ، لان فطرة الإنسان تتعارض مع كبت الآراء والأفكار ، وإذا تم كبتها فقد تخلق مناخ غير مريح في العمل ، وبالتالي لا يستطيع الفرد أن يبدع ، ويحسن من جودة العمل في بيئة تنظيمية لا تشجع على التعبير أو الإدلاء بالأفكار .

ثانياً. جودة الخدمة الصحية

١. مفهوم جودة الخدمة الصحية Quality of health service

تعد الجودة من أهم القضايا التي ينبغي أن تهتم بها الإدارة العليا في أية منشأة تحرص على رفع مستوى كفاءة عملياتها وأداءها ، فضلا على أنها أصبحت وسيلة استراتيجية تنافسية متميزة تسير بمقتضاها كل عمليات التطوير والتنمية المستدامة (ابو روف، ٢٠١٦)، وعلى الرغم من إن الجودة من أكثر الكلمات شيوعا ، إلا إنها اقل وضوحا ، بسبب تعدد التعريفات والأوصاف التي وردت في معناها وزوايا تناولها المختلفة ، فالجودة كما يعرفها (Goetsch & Davis, 15: 2010) هي حالة ديناميكية مرتبطة بالمنتجات ، الخدمات ، العمليات، البيئات ، والتي تساعد على خلق قيمة متميزة تليها أو تتجاوز التوقعات، وعرفها المعهد الوطني للتقييس (ANSI) والجمعية الأمريكية للجودة (ASQ) على أنها الميزات ، الخصائص الكلية لمنتج أو خدمة والتي تدل على قدرته في إشباع حاجة معينه (James & Janes, 2003: 9-10). وعلى مستوى القطاع الصحي ، فبلا شك إن الخدمة الصحية مرتبطة

وعندما يتلقونها فعليا فإنهم يغضون النظر عنها بحجة إنها غير دقيقة ، أو يحاربون مصداقية مصدرها (Milliken,2000:715). (Morrison & Morrison).

❖ نظام الاتصال Communication system

ان غياب الاتصال الفعال بين الإدارة والعاملين يخلق شعورا لدى العاملين بعدم الاهتمام والتقدير للأفكار ، مما يؤدي بالعاملين الى التزام الصمت تجاه القرارات التي يتخذها الرئيس ، وعدم معارضته أو تقديم أي مقترحات في ذلك ، وبالتالي ينتج عن ذلك ضعف الأفكار والخطط وعدم معرفة وجهات النظر الأخرى تجاه ما يتم طرحه (العرياني، ٢٠١٦).

❖ نقص المساندة الاجتماعية Lack of social support

يعد نقص المساندة الاجتماعية من قبل الزملاء والرؤساء مصدرا مهما من مصادر تبلور الصمت ، وعدم شعور الفرد بالأمن النفسي خلال قيامة بأداء مهنته خاصة عندما يواجه صعوبات أو أخطار تهدده ويدرك انه غير قادر على مجابتهها ، وان مقدار ما يقدمه الآخرون من مساندة ودعم هو الضمانة الأكيدة لعودته الى دائرة علاقاته الاجتماعية ، فالفرد المنعزل يصبح مغترباً عن الآخرين ، بما يتضمن ذلك من شعور بالتباعد بين ذاته وذوات الآخرين وضعف صلته الاجتماعية .

❖ غموض الدور Ambiguity of the role

يشير (Ahmed & Taylor, 2009: 901) الى أن مفهوم الدور يفسر مدى توافر المعلومات حول الدور الذي يقوم به الموظف ، ولكي يؤدي الموظف دوره بشكل مرضي يجب أن تتوفر لديه معلومات كافية ومحددة عن دوره فيما يتوافق مع توقعات رئيسه أو من يكلفه بالدور ، لأنه في حالة وجود نقص في هذه المعلومات وعدم وضوح السلطات والصلاحيات ، ففي هذه الحالة لا يكون الموظف على دراية كافية بأهداف العمل والإجراءات المتبعة فيه .

❖ العزلة Isolation

تمثل العزلة مظهرا من مظاهر السلوك الإنساني ولها تأثيرات خطيرة على شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين ، حيث تشير الى عدم قدرته على الانخراط في العلاقات الاجتماعية أو على مواصلة الانخراط فيها ، وعلى تمرزه حول ذاته حيث تنفصل ذاته في هذه الحالة عن ذوات الآخرين (عبد العال، ٢٠٠٣)، وتحتوي العزلة على خاصيتين متميزتين وهما العزلة الاجتماعية والعزلة العاطفية (الوجدانية) ، إذ إن انخفاض التفاعل الاجتماعي مع تجربة الشعور بالوحدة ، بينما تعني العزلة العاطفية شعور امتلاك أو وجود عدد قليل من الاتصالات الاجتماعي.

❖ خوف العاملين من ردود الفعل السلبية Workers fear of adverse reactions

هو شعور العاملين بالخوف من تلقي عقوبات بشكل مباشر أو غير مباشر من قبل رؤسائهم ، إذا طرحوا رأياً مخالفاً أو تحدثوا

، فقد لا تتماشى الخدمات المقدمة مع ثقافة ومعتقدات وقيم البعض من الناس .

❖ الكفاءة (المقدرة) الفنية Technical competence

تعتمد الكفاءة الفنية كمؤشر لضمان الجودة ، إذ أن لهذا البعد أهمية في مجال الخدمات العلاجية وغير العلاجية ، حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية ، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف والتدريب وحل المشكلات ، وتشير أيضا الى أي درجة تتوافق المهام المنجزة من قبل العاملين الصحيين والجهات الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية ، أي مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات المطلوبة .

❖ المساواة Equity

يجب توفير خدمات ذات جودة عالية لجميع الأشخاص الذين يحتاجون إليها سواء كانوا فقراء، أو أطفال، أو كبار سن، أو نساء حوامل، أو معاقين ، الخ

❖ كفاءة تقديم الخدمة Efficiency to service

تقديم رعاية صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة ، من خلال استخدام الموارد بأفضل وجه وتجنب الضياع بالموارد الشحيحة ، فمثلا هدر الموارد من خلال وصف الأدوية غير الضرورية ، وتخزين الأدوية بأكثر مما هو مطلوب وجعلها منتهية الصلاحية ، شراء اللوازم والمعدات التي لا تستخدم وغيرها .

❖ استمرارية تقديم الخدمات Continuity to service

وهي إحدى ضروريات ضمان الجودة ، وتعني أن لا تنقطع الخدمات الصحية المقدمة ، وكذلك تقديم الخدمة من قبل مقدم الخدمة ذاته خلال مدة الرعاية (كلما كان ذلك مناسباً) ، والإحالة الملائمة في الوقت المناسب والتواصل بين مقدمي الخدمة ، وقد تعني الاحتفاظ بملفات صحية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب دائما ، ويؤدي انقطاع الاستمرارية الى تدني مستوى الجودة ، مما قد يمنع تقديم الرعاية الصحية بشكلها الصحيح.

❖ السلامة العاملة والسلامة الصحية Safety of health

عند تقديم الخدمات الصحية ينبغي التقليل الى الحد الأدنى من الإصابات والالتهابات والآثار الجانبية الضارة المترتبة عنها ، وغيرها من الإخطار التي قد يتعرض لها المرضى ومقدمي الخدمة الصحية ، فجودة الخدمة تكمن في عدم تعريض حياة المريض للخطر ، فمثلا في عملية نقل الدم يجب توفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى التهاب الكبد أو فيروس الايدز لكل من مقدم الخدمة الصحية ومتلقيها.

❖ العلاقات الشخصية Relationship personal

تشير الى العلاقة بين المرضى والمؤسسة الصحية ، وبين أعضاء الفريق الصحي والإداريين فيها ، وتعني وجود الثقة والاحترام والسرية واللباقة والتجارب والتفهم والإصغاء

حياة الإنسان وشفائه ، مما يجعلها تنفرد بخصائص وميزات تزيد من صعوبة وتعقيد تقديمها ، فلم يقتصر الأمر على تقديم الخدمات العلاجية فحسب ، وإنما يمتد الى الناحية الوقائية والمشاركة في برامج التكفل والتوعية والاهتمام بالنواحي الصحية ، مما يفرض الاهتمام بالجودة الموجودة في الخدمات الصحية (اوشن، ٢٠١٨). ومن المعلوم إن جودة الخدمة الصحية ليست رفاهية أو خدمات مثالية يحصل من خلالها المرضى على ما يريدون ، بقدر ما تعني القيام بعمل الشيء الصحيح بالطرق الصحيحة ، مع اقل هدر من الموارد ، ومن دون التسبب بالأذى للمرضى والكوادر الصحية التي تقوم بتقديم هذه الخدمة (AL-Sufyiny, 2008: 1). وتعني جودة الخدمة الصحية إسعاد المريض باستمرار من خلال توفير خدمات رعاية صحية فعالة وذات كفاءة عالية وفقا لأحدث الإرشادات والمعايير السريرية التي تلبي احتياجات المرضى ، وترضى مقدمي الخدمات الطبية أيضا . (Wang, 2018: 10) ومن المفاهيم الحديثة لجودة الخدمة الصحية ما أشار إليه ماكسويل وتيمين (Maxwell & Temin) والذي يعبر عن الجودة في الرعاية الصحية بأنها تعني المستوى والدرجة التي تعمل بها الخدمات الصحية على التعزيز والسير نحو تحقيق النتائج المرجوة للخدمات الصحية والتي بالضرورة تتسجم وتتوافق مع المعرفة العلمية والمهنية للكوادر الصحية والإدارية (Maxwell & Temin, 2003: 28).

واستنادا لما تقدم يرى الباحث أن جودة الخدمة الصحية تعني جميع العمليات والأنشطة التي تتم داخل المستشفى ، والتي يتم تنفيذها من قبل الكوادر الطبية والصحية والتمريضية والإدارية والفنية والخدمية العاملة في المستشفى ، لغرض انجاز احتياجات ورضا المرضى ، في ظل إطار المعايير الداعمة لتحديد مستوى الأداء الصحي المتميز .

٢. مكونات جودة الخدمة الصحية Components of quality health service

تتكون جودة الخدمة الصحية من العديد من العناصر ، التي تحتاج الى الدراسة والفهم ، لغرض الوصول الى خدمة صحية عالية الجودة ، وسيتم التطرق لكل منها (Offei & etal, 2004: 3-4).

❖ الوصول الى الخدمة Access to services

يجب أن يحصل كل فرد على رعاية صحية جيدة ، ويشير الوصول الى قدرة الفرد في الحصول على الخدمة الصحية ، وهناك بعض العوامل التي تؤثر على الوصول ومنها أولا - المسافة ، فمثلا عندما تكون الجهة الصحية بعيدة ، ويصعب الحصول على وسيلة نقل إليها ، فتظهر هنا مشكلة في الحصول على رعاية صحية جيدة . وثانيا-المالية ، عندما لا يستطيع الناس الدفع مقابل الخدمات المقدمة . وثالثا - القيم والثقافة والمعتقدات

المواصفات ، أساس هذه المقاييس هو معرفة الفجوة بين ما يدرکه المريض من الخدمة المقدمة له ، وبين ما يتوقعه .
٢ . تساعد برامج الجودة العاملين في المؤسسات الصحية على اختلاف مستوياتهم وتعمل على تنميتهم وتطويرهم وتشجيعهم على الابتكار ، وأداء أعمالهم بالشكل الصحيح ، وعلى زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم أفضل ما لديهم من مواهب وإمكانيات وقدرات ، كما تعمل على تعميق نظم وإجراءات العمل وتحقيق أفضل النتائج المالية والتشغيلية في الأداء الكلي للمؤسسات الصحية (كردابي، ٢٠١١).

٤ . أبعاد جودة الخدمة الصحية of health service

Dimensions

قدم (Parasuraman, 1985) نموذجاً لقياس جودة الخدمة الصحية ، يتضمن خمسة أبعاد مهمة وان هذه الأبعاد الخمسة يمكن أن تساعد المنظمات في التغلب على الصعوبات التي تواجهها، إضافة الى أنها تناسب جميع أنواع المنظمات (964: Yesilada & Direktor, 2010). وهذه الأبعاد الخمسة هي:

١. الاستجابة Responsiveness

تعني الاستجابة إن العاملين في المنظمة الصحية قادرون على الاستجابة السريعة في جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها ، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين . والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم ، وبين (Shaikh & Rabbani, 2005) إن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير الى إن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم ، وحالتهم ، وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون ، ووقت انتظار ملائم وغير مزعج ، وتقديم العناية السريعة للمريض اعتمادا على احتياجاته للعناية بأقصر وقت ممكن.

٢. الاعتمادية Reliability

تشير الاعتمادية الى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها في الوقت المحدد و بموثوقية وبمطابقة ودقة علمية عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها ، وأوضح (Shaikh & Rabbani, 2005: 195) بان الاعتمادية في الخدمات يمكن التعبير عنها بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة ، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة ، مما يعطي ذلك إحساس وثقة للمريض بان حياته بأيدي أمينة وان ثقته في الأطباء الاختصاص عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج ، وكذلك ثقة المستفيد بان حساباته المالية سليمة عند مغادرته المستشفى .

والتواصل بين مقدمي الخدمة والمستفيدين منها ، إذ تؤدي العلاقات الجيدة الثابتة بين الطرفين الى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية .

٣. فعالية الرعاية Effectiveness

وتشير الى أي درجة تم انجاز الهدف الموضوع ، والى أي درجة تحققت النتائج المرغوبة من الرعاية ، والى أي درجة نجحت الإستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف ، وهي تعكس مدى القيام بالعمل بالصورة الصحيحة ، وتقاس الفعالية بنسبة النتائج الى المدخلات .

٤. وسائل الراحة Amenities

يقصد بها الميزات التي توفرها المنشآت الصحية لغرض جعل الحياة مريحة للمرضى ، إنها المساهمة في إرضائهم وجعلهم على استعداد دائم لتلقي الخدمات ، مثلا المقاعد المريحة ، وأجهزة التلفزيون ، والموسيقى والمواد التعليمية وأفلام الفيديو التشغيلية وغيرها وخاصة في أجنحة العيادات الخارجية .

٣. أهداف جودة الخدمة الصحية Goals of health service quality

تعد جودة الخدمة الصحية أمرا هاما للغاية لتطوير المستشفيات ونجاحها ، فهي القوة الدافعة الرئيسية لمواجهة التحديات ، فضلا على إن خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة تسهم بدرجة كبيرة في تعزيز رضا الزبون (المريض) (Wang, 2018: 10). وقد أشار (Donabedian) الى إن هناك نوعين من التميز يرتبطان بأهداف جودة الخدمة الصحية وهما (Donbedian, 1988, p. 1745):

١. التميز التقني (Technical excellent) وهو يشير الى عملية استخدام المعرفة والتكنولوجيا الطبية في التشخيص والمعالجة التي تزيد من نتائج توقعات المريض ، وتقليل النتائج غير المرغوب فيها في عمليات الخدمة الطبية في إطار ظروف الخدمة الطبية الحالية .
٢. التميز الشخصي (excellent Persona) يشير هذا النوع من التميز الى الرعاية الصحية التي تلبي الاحتياجات المعلوماتية والعاطفية والجسدية للمرضى بطريقة تتوافق مع تفضيلاتهم وتوقعاتهم.

أما أهم المؤشرات التي يمكن الاستدلال من خلالها على أهمية الجودة في الخدمات الصحية هي (البكري، ٢٠٠٥) :

١. ارتباط الجودة بالخدمة ، حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا لدى المرضى وهذا ما قاد (Parasuraman, Zeithaml & Berry) وآخرون الى اعتماد مقياس (SERVQUAL) ، وهو عبارة عن مجموعة مقاييس متكاملة ومترابطة لمعرفة رأي المريض بما يتوقعه من مستوى أداء في الخدمة المقدمة له ، وذلك وفقا لعدد من

❖ الضمان Assurance

والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين (المرضى) . إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين الى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية ، فضلا عن إن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة بالعاملين في المنظمة الصحية ، والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ (Shaikh & Rabbani, 2005) .

ويقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء ، ممرضين وغيرهما) ، فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي ، مما يؤدي الى تقديم خدمات صحية عالية الجودة . ومن أهم معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد ، سمعة ومكانة المستشفى العالية ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي ، الصفات الشخصية للعاملين (البكري ، 2005 : 212-213).

الجانب العملي

يتضمن الإطار العملي للدراسة ثلاث جوانب رئيسية ، يتعلق الجانب الأول بمقاييس الدراسة ، فيما يتعلق الجانب الثاني بالوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة . أما الجانب الثالث فيتعلق باختبار فرضيات الدراسة.

❖ الملموسية Tangibles

تشير الى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين والمراجعين للمستشفى وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الطبية ، وأشار (Zeithaml & Brinter, 2003: 28) الى إن الجوانب المتعلقة بلملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه ، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية باستخدام أجهزة العرض ، الوسائل التعليمية والكتب ، ونمط التقنية المستخدم ، وحدات المعدات الصحية ، الطبية ، المختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها ، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ، ومظهر الأثاث والديكور ، وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي .

أولاً. مقاييس الدراسة Study metrics

اعتمدت الدراسة الحالية على مقياسين رئيسيين هما :

1- مقياس الصمت التنظيمي

2- مقياس جودة الخدمة الصحية

ويقدم الجدول رقم (4) وصفاً تفصيلياً عن هذه المقاييس.

وقد صممت جميع مقاييس الدراسة بالاعتماد على مقياس (Likert) الخماسي . وقد تراوحت قيم معامل كرونباخ ألفا بين (0.75-0.91) وهي مقبولة إحصائياً في البحوث الإدارية والسلوكية لأن قيمتها أكبر من (0.75) (Nunnaly & Bernstein, 1994)، والتي تدل على أن المقاييس تتصف بالاتساق الداخلي .

❖ التعاطف Empathy

يشير الى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والإداري والمحاسبي فيها ، ويعبر التعاطف عن وجود اللياقة واللفظ والكمياسة والسرية والتفهم

جدول (2) ملخص مقاييس الدراسة

المقياس	عدد الفقرات	مصدر المقياس	الرمز	كرونباخ الفا
أولا -الصمت التنظيمي	12		SIL	0.84
1. صمت الإذعان	4	بورويس ، 2020	ACQ	0.86
2. الصمت الدفاعي	4		DEF	0.91
3. الصمت الاجتماعي	4		SOC	0.75
ثانيا- جودة الخدمة الصحية	20	Yesilada & Direkto, 2010	QHS	0.88

ثانياً. الوصف الإحصائي (Statistical description)

يتضمن الجدول (3) الأوساط الحسابية ، والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة ، وكالاتي :

1- الصمت التنظيمي SIL

❖ صمت الإذعان (الاستسلام) ACQ
حصلت بُعد صمت الإذعان (ACQ) على متوسط حسابي عام بلغ (3.08) وبانحراف معياري عام بلغ (0.87)، وهذا يعني أن هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة تجاه هذا البعد ، وقد يعزى ذلك الى إن هذا النوع من الصمت يمارس لدى بعض

صمتا سلبيا قائما على الخوف أو دفاعيا لحماية النفس وتحقيق مكاسب شخصية ، بل يصمتون صمتا واعيا مدركا لطبيعة العمل وظروفه ، ويرون في سلوك الصمت منفعة لزملائهم ومنظمتهم ، فهم قادرين على إحداث التغيير ، لكن لديهم إدراك لبعض المسؤوليات والمخاطر التي قد تترتب على حديثهم ومشاركتهم . في ضوء ما سبق فإن المتوسط الحسابي العام لتغيير الصمت التنظيمي حسب أبعاده الثلاثة بلغ (3.2) وبانحراف معياري عام بلغ (0.84) ، مما يدل على أن هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة تجاه فقرات الصمت التنظيمي ، وقد يكون مرد ذلك الى طبيعة الهيكل التنظيمي للمستشفى عينة الدراسة والتي تعتمد على صنع القرارات وإعطاء التعليمات من الأعلى الى الأدنى دون مشاركتهم أو النظر لمقترحاتهم وأفكارهم.

٢ - جودة الخدمة الصحية

حصل متغير جودة الخدمة الصحية على متوسط حسابي عام حسب أبعاده الخمسة بلغ (3.086) وبانحراف معياري عام بلغ (0.824) ، مما يدل على وجود تقبل ايجابي متوسط من قبل المرضى أفراد عينة الدراسة تجاه الأبعاد الأساسية لهذا المتغير ، إذ يلاحظ أن بعد الضمان قد حصل على أعلى المتوسطات الحسابية في حصل بعد الاستجابة على اقل المتوسطات الحسابية.

جدول (3) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الصمت التنظيمي وجودة الخدمة الصحية

Study variables	SIL	ACQ	DEF	SOC	QHS	RES	REL	ASS	TAN	EMP
Summary statistics										
Mean	3.25	3.08	3.06	3.63	3.08	2.81	2.94	3.33	3.14	3.21
Standard deviation	0.84	0.87	0.96	0.70	0.82	0.98	0.74	0.67	1.02	0.71

العاملين في المستشفى لأسباب شخصية مثلا عدم الثقة بطرح أفكارهم أو بسبب تقديرهم المنخفض لذواتهم أو قد يرتبط هذا النوع من الصمت بأسباب أخرى مثل الخوف من المواجهة أو الافتقار للتشجيع في التعبير عن المشاركة أو اعتقادهم بان أفكارهم غير مرحب بها .

❖ الصمت الدفاعي DEF

بلغ المتوسط الحسابي لبعده الصمت الدفاعي (DEF) مقدار (3.06) وبانحراف معياري عام بلغ (0.96) ، ما يشير إلى أن هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد عينة الدراسة تجاه هذا البعد ، مما يعني إن العاملين في المستشفى يحجبون المعلومات حول مشاكل العمل والحلول خوفا من مشرفيهم ، وقد يعزى ذلك أن العاملين في المستشفى يعتقدون أن هذه المعلومات تضر مشرفيهم ، وقد تتسبب بردود فعل سلبية من رؤسائهم تجاههم .

❖ الصمت الاجتماعي SOC

حصل بعد الصمت الاجتماعي (SOC) على متوسط حسابي عام بلغ (3.63) وبانحراف معياري عام بلغ (0.70) ، ويشير المتوسط الحسابي العام لهذا البعد على وجود تقبل ايجابي مرتفع من قبل أفراد عينة الدراسة تجاه توفر هذا البعد ، ويعزو الباحث ذلك الى أن بعض العاملين في المستشفى لا يصمتون

ثالثاً. اختبار الفرضيات

١. الفرضية الرئيسية الأولى

توجد علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين الصمت التنظيمي بدلالة أبعاده مجتمعة وجودة الخدمة الصحية .

اعتمدت هذه الدراسة على معامل الارتباط البسيط (Pearson) لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى والتمثلة بعلاقات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (الصمت التنظيمي) والمتغير المعتمد (جودة الخدمة الصحية). إذ يظهر الجدول (4) مصفوفة معاملات الارتباط البسيط (Pearson) بين أبعاد هذه المتغيرات. وقبل الدخول في اختبار الفرضية فإن الجدول (4) يشير أيضا إلى حجم العينة (155) ونوع الاختبار (2-tailed). ومختصر (Sig.) في الجدول يشير إلى اختبار معنوية معامل الارتباط من خلال مقارنة قيمة (t) المحسوبة مع الجدولية من غير أن يظهر قيمها. فإذا ظهر وجود علامة (***) على معامل الارتباط فإن هذا يعني بأن قيمة (t) المحسوبة أكبر من الجدولية

وتتفرع من هذه الفرضية ست فرضيات فرعية هي :

■ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بُعد صمت الإذعان ومتغير جودة الخدمة الصحية .

يعرض جدول مصفوفة الارتباط (4) بان هنالك علاقات ارتباط معتدلة وذات دلالة معنوية عند مستوى (5%) بين بعد صمت الإذعان وجودة الخدمة الصحية التنظيمية ، إذ بلغت قيم معاملات الارتباط البسيط بين هذه البعد والمتغير المذكور (0.205). وتدعم هذه النتيجة صحة الفرضية الفرعية (4) بشكل كامل .

■ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بُعد الصمت الدفاعي ومتغير جودة الخدمة الصحية .

يعرض جدول مصفوفة الارتباط (4) بان هنالك علاقات ارتباط معتدلة وذات دلالة معنوية عند مستوى (5%) بين بعد الصمت الدفاعي وجودة الخدمة الصحية ، إذ بلغت قيم معاملات

الصحية ، إذ بلغت قيم معاملات الارتباط البسيط بين هذه البُعد والمتغير المذكور (0.61). وتدعم هذه النتيجة صحة الفرضية الفرعية (3) بشكل كامل .
مع ملاحظة وجود علاقة ارتباط قوية بين الصمت التنظيمي بأبعاده مجتمعة وجودة الخدمة بأبعاده مجتمعة ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما (0.588) عند مستوى (1%) ، وتدعم هذه النتيجة صحة الفرضية الرئيسية بشكل كامل .

الارتباط البسيط بين هذه البُعد والمتغير المذكور (0.208). وتدعم هذه النتيجة صحة الفرضية الفرعية (2) بشكل كامل .
■ توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين بُعد الصمت الاجتماعي ومتغير جودة الخدمة الصحية .
يظهر جدول مصفوفة الارتباط (4) بان هنالك علاقات ارتباط قوية (لان قيمتها اكبر من 0.30) وذات دلالة معنوية عند مستوى (1%) بين بعد الصمت الاجتماعي ومتغير جودة الخدمة

جدول (4) مصفوفة معاملات الارتباط البسيط بين أبعاد متغيرات الدراسة

Variables	Statistical parameters	
		Independent variable(QHS)
ACQ	Pearson correlation	0.205
	Sig.(2-tailed)	0.037*
	N	155
DEF	Pearson correlation	0.208
	Sig.(2-tailed)	0.039*
	N	155
SOC	Pearson correlation	0.61
	Sig.(2-tailed)	0.001**
	N	155
SIL	Pearson correlation	0.588
	Sig.(2-tailed)	0.001**
	N	155

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

وجود علاقة تأثير معنوية لا عند مستوى (1%) ولا مستوى (5%) بين بعد الصمت الدفاعي ومتغير جودة الخدمة الصحية (P>0.5 , $\beta = 0.143$). وتظهر النتائج إن بعد الصمت الدفاعي كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يساهم في تفسير (28%) فقط من التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية ، وان (72%) يعود لتدخل عوامل أخرى غير داخلة في النموذج الإحصائي وجاءت هذه النتيجة مغايرة لتوقعات الدراسة ، وكما يظهر من خلال الجدول (5) فان هناك علاقة تأثير ذات دلالة معنوية ($\beta = 0.485$, $P < 0.01$) بين بعد الصمت الاجتماعي ومتغير جودة الخدمة الصحية ، وسيكون له تأثير ايجابي في جودة الخدمة الصحية.

ثانياً. الفرضية الرئيسية الثانية

" يوجد تأثير موجب ذو دلالة إحصائية للصمت التنظيمي كمتغير كلي مستقل في جودة الخدمة الصحية بوصفها متغيراً كلياً تابعاً "

تركز هذه الفرضية على علاقة الأثر بين أبعاد الصمت التنظيمي (صمت الإذعان ، الصمت الدفاعي، الصمت الاجتماعي) ومتغير جودة الخدمة الصحية. وكما يظهر من خلال الجدول (5) فأن هنالك علاقة تأثير ذات دلالة معنوية ($\beta = 0.382$, $P < 0.01$) بين بُعد صمت الإذعان وجودة الخدمة الصحية، وتتنبأ هذه الفرضية بأن بُعد صمت الإذعان سيكون له تأثير ايجابي في جودة الخدمة الصحية. كما تبين النتائج عدم

جدول (5) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية

Independent variable (ETO)	F	R 2	Sig.	T	B	Independent (QHS)
ACQ	11.42**	0.39	.000	3.96	.382**	
DEF	4.03*	0.82	.534	.635	.143	
SOC	24.572**	0.72	.002	3.432	.485**	
SIL	4.04*	0.29	.532	.632	.140	

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

٧ - أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الصمت التنظيمي مجتمعة وجودة الخدمة الصحية كمتغير كلي تابع ، مما يدل على إن انتشار سلوكيات الصمت التنظيمي في المستشفى عينة الدراسة يلعب دورا هاما في جودة الخدمة الصحية.

٨- توصلت الدراسة الى وجود تأثير معنوي ذات دلالة إحصائية لأبعاد الصمت التنظيمي (صمت الإذعان ، الصمت الدفاعي ، الصمت الاجتماعي) في جودة الخدمة الصحية بأبعادها (الاستجابة ، الاعتمادية ، الضمان ، الملموسية ، التعاطف) ويؤشر هذا الاستنتاج الى إن قدرة المؤسسة الصحية في البقاء والاستمرار والتميز يعتمد بدرجة كبيرة على الحد من الصمت التنظيمي ومواجهة آثاره ونتائج التي تسهم في الوصول الى جودة صحية عالية.

التوصيات

١- مواجهة سلوك الصمت التنظيمي لدى العاملين في المستشفى ، والتعامل مع مسبباته الفعلية ووضع الحلول لمعالجتها من خلال ترسيخ ثقافة الشفافية الإدارية ، وبناء أنظمة المسائلة والمحاسبة ، وحماية حقوق العاملين في إبداء الرأي .

٢-زيادة وعي الإدارات الصحية وجميع العاملين في القطاع الصحي بمفهوم سلوك الصمت التنظيمي ، وآثاره على بيئة العمل الصحي من خلال إلقاء المحاضرات ، والنشرات وورش العمل واللقاءات في مسعى لتحسين بيئة العمل وفتح المجال لإطلاق الطاقات الإبداعية ، والسعي لخلق بيئة تسمح بالتطوير والتحسين.

٣- تنمية مهارات الاتصال والتواصل والحوار بين العاملين من خلال إعطائهم مساحة كافية لإبداء أفكارهم وتجاربهم وطرح ممارساتهم المهنية ، وذلك للتأمل والمناقشة مع زملائهم ، مما يسهم في نقل الخبرات والمهارات فيما بينهم.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات

١- فيما يخص بعد الإذعان (الاستسلام) أظهرت الدراسة إن العاملين في المستشفى عينة الدراسة تكون اتجاهاتهم إذاعية نحو المواقف التي يواجهونها ، رغبة منهم لحماية ذواتهم والمحافظة على مواقع عملهم أو خشية من انتقام مديريهم.

٢- فيما يتعلق ببعد الصمت الدفاعي أشارت الدراسة أن بعض العاملين في المستشفى عينة الدراسة يمارسون هذا النوع من الصمت لتجنب الآثار السلبية التي قد تنتج عن حديثهم ومشاركتهم ، فهم يمتنعون عن تقديم آرائهم وأفكارهم المهمة استنادا لتحقيق منفعة ذاتية أكثر من أي اعتبارات أخرى .

٣- فيما يخص بعد الصمت الاجتماعي أوضحت الدراسة إن العاملين في المستشفى محل البحث يمارسون هذا النوع من الصمت عن نضج وخبرة ، وقد تكون لديهم أفكارا جوهرية لتطوير العمل ، لكنهم يبحثون عن الفرصة المناسبة لمشاركتها ، فإذا ما سحقت الفرصة وتحسنت الظروف سيكون لهم دور جيد في التحسين والتطوير.

٤- أظهرت الدراسة قدرا معتدلا من الاهتمام من قبل إدارة المستشفى بتبسيط إجراءات العمل في المستشفى لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمة ، فضلا على إن درجة تلبية طلبات المرضى بشكل فوري لم يكن بمستوى الطموح.

٥- إن درجة تقديم الخدمة الصحية في مواعيدها المحددة لم يكن مرضيا ، فضلا على إن المستشفى عينة الدراسة تبدي اهتماما بمشاكل واستفسارات المرضى الى حد ما.

٦- أشارت الدراسة الى إن هناك ندرة ملحوظة في توفير الأدوية المناسبة التي يحتاجها المرضى ، مما يضطر البعض الى شرائها من خارج المستشفى ، إضافة الى أن البعض من الأجهزة والمعدات الطبية متقدمة ، وربما لا تعطي نتائج دقيقة.

عبود، زينب عبد الرزاق ، و حسين ،ظفر ناصر. (٢٠١٦). اسباب الصمت التنظيمي واثرها في اداء العاملين. مجلة جامعة بابل- العلوم الصرفة والتطبيقية ، المجلد ٢٤ العدد ١، صفحة ٢٣٩.

عبد العال، صلاح الدين محمد. (٢٠٠٣). فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانزالي للطفل. جامعة الزقازيق ، مصر.

كردابي، عادل احمد. (٢٠١١). منهج الادارة والجودة الشاملة. الخرطوم ، السودان: وزارة تنمية الموارد البشرية، شركة الجديان للطباعة.

ابو روف، عمر ادم. (٢٠١٦). اثر تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال التخلص من النفايات الطبية. جامعة السودان للعلوم كلية الدراسات العليا والبحث العلمي مركز الجودة الشاملة والامتياز، ٢. الخرطوم السودان.

العرياني، موسى مساعد محمد. (٢٠١٦). واقع سلبتدائية الصمت التنظيمي لدى معلمي المدارس الابتدائية بحافظة العرضيات من وجهة نظرهم. مجلة كاية التربية- جامعة الازهر-العدد ١٦٨- الجزء الثالث، صفحة ٨٥٣.

جاسم، نغم علي ، و كرجي، سحر احمد. (٢٠١٧). ديناميكيات متعددة الابعاد للصمت التنظيمي وتأثيرها في مواقف المشرفين في دائرة ماء بغداد. مجلة بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد الخمسون، صفحة ٣٩٦.

Henriksen, K., & Dayton, E. (2006).

organizational silence and hidden to patient safety. HSR: health services research, 4-41 , part II,1539-1554

Ahmed, Z., & Taylor, D. (2009). Oveer commitment to independence by internal auditors: the effects of role ambiguity and role conflict. management auditing journal, 24(9) .899-925.

AL-Sufyiny, B. (2008). Quality health service in yemen :the patints perspective. yemen: 44 th internationl course in health development @ (ICHHD)september, 24,2008.

Amirkhani, A., & Oliae, E. (2015). Evalution of effect of self-leadership on organizational

٤- من الضروري جدا وجود قنوات مفتوحة داخل المؤسسة الصحية ، فيما يتعلق بشكاوي العاملين ، والتحقيق فيها بأسرع وقت ممكن لخلق الثقة لدى العاملين بان إدارتهم تأخذ شكواهم بمحمل الجد.

٥- ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمة الصحية في المستشفيات ، والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفى ، مع التشديد على أهمية قيام المستشفى من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا المستفيدين من خدماتها.

٦- أهمية التركيز من قبل إدارة المستشفيات على تعزيز ثقة المريض بالخدمات التي يقدمها المستشفى ، من خلال توفير كوادر طبية متخصصة من ذوي المهارات والخبرات العالية ، إضافة للتخصصات الطبية والخبرات الجيدة والنادرة التي تفتقر إليها المستشفيات الحكومية حاليا ، مما يضطر البعض من المرضى للسفر الى الخارج لتلقي العلاج .

٧- ضرورة اهتمام إدارات المستشفيات بالسرعة والدقة في انجاز الحالات المرضية ، وتلبية حاجات المرضى ، والاحتفاظ بجميع السجلات والمعلومات الدقيقة المتعلقة بالحالات المرضية ، ومتابعة تطور الحالات المرضية وفق جدول زمنية والرجوع إليها عند الضرورة.

٨- على إدارات المستشفيات تجهيز المستشفى بالمعدات والآلات التقنية الحديثة ، بما يواكب حاجات المريض ، إضافة لتوفير جميع أنواع الأدوية الحديثة والمتطورة ومن ماركات مختلفة في صيدلية المستشفى ، لإتاحة الفرصة أمام المرضى للحصول عليها بأقل الأسعار.

المصادر

بوريس، أسماء. (٢٠٢٠). الممارسات السلطوية التنظيمية وعلاقتها بصمت العاملين. جامعة محمد بو ضياف ، الجزائر.

البكري، ثامر ياسر. (٢٠٠٥). تسويق الخدمات الصحية. عمان ، الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر.

علي،خالد، و قيزة، عمر. (٢٠١٣). استقامة القيادة كمتغير وسيط بين نفخ الصافرة والصمت التنظيمي. ٧.

اوشن، ديمة. (٢٠١٨). ادارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري. جامعة باتنة - كلية العلوم الاقتصادية والتجارية ، الجزائر، باتنة.

شاوش، زايد ناجي ، والاشول ، محمد عبد الله. (٢٠١٨). تأثير جودة الحياة الوظيفية على الصمت التنظيمي. مجلة علوم الاقتصادية والادارية والقانونية، ثنياالمجلد، العدد الثاني عشر، صفحة ٧٠٦.

- Sahar, N. (2012). study on relationship between organizational silence and commitment. Iran: World Applied sciences journal . 17,10,2012 pp.1272.
- Shaikh, B., & Rabbani. (2005). health management information system atool to gayge patient satisfaction and quality of caer. Eastem mediterranean health .11(1), p. 195.
- Wang, Y. (2018). Improving the health care service qutaliy chinese puplic classes - ahopitals: from frontline health care professionals perspective. chaine: dissertation of masters in management instituto universitario de lisboan.
- Yesilada, F., & Direktor, E. (2010). Health care service Quality: Acomparison of puplic and private hospitals . African gournal: African gournal of Business management Vol.4(6),pp 962-971.
- Ehtiyar, & Yanardag. (2008). Employees working in Achain hotel. Achain: preliminaryreceived: 04,03,2008,77(560).
- Zeithaml, V., & Brinter, M. (2003). Services marketing integrating customrfocus across the firm. New yourk: MC GRaW Hill new yourk.
- silence the Bahman group VISI. Bahman: Akademik ,2(2015) ,p62-67.
- Angsoon , & Batero. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional consteructs. journal of managment ,40:6 spetember , 1359-1392.
- Baran, H., & Giderler, C. (2017). Astudy on determining the influence of organizational Idenification on organizational justice and organizational silence. Asian: Internatioanl journal of Asian social science , 7(3). pp,242-252.
- Donbedian, A. (1988). The quality of care . how can it be assessed ? JAMA/260(12),1743-1748.
- Goetsch, D., & Davis, S. (2010). Qulity management for organizational Excellent .Introduction to total quality. Pearson education in ternational ,.
- Henriksen, K., & Dayton, E. (2006). organizational silence and hidden to patient safety. HSR: health services research, 4-41 , part II,1539-1554.
- James, E., & Janes, D. (2003). Total quality management organization strategy. Ohio: Th ed,south western publishing company , ohio,p 9-10.
- Maxwell, j., & Temin, p. (2003). Corporate management of quality in employee health plans. health care management review vol, 28,ISSUE, March,2003.
- Morrison, & Malliken. (2000). organizational salence :Abarrior to change and development in pluralistic. world Academy: Academy of mangement review , 25, p . 723.
- Offei, A., & etal. (2004). Health care quality assurance manual. for SUB- districts. july.