

جامعة الجزائر 3
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

اثر تطوير الموارد البشرية الصحية
في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية
دراسة حالة

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير
تخصص تسيير عمومي

تحت إشراف:

أ. د/ مراد زايد

إعداد الطالب:

منير مصلح محمد الوصابي

لجنة المناقشة

رئيساً	علي عبدالله	أ.د.
مقرراً	مراد زايد	أ.د.
عضواً	ضحاك نجيه	د.
عضواً	عدمان مريزق	أ.د.
عضواً	يرقي حسين	أ.د.
عضواً	سايجي عبد الحق	أ.د.

السنة الجامعية 2016/2017



قال تعالى:

" وَقُلْ اِعْمَلُوا فِى سَبِيْرِ اللّٰهِ عَمَلَكُمْ
وَرَسُوْلُهُ وَالْمُؤْمِنُوْنَ "

التوبة الآية 105.

الإهداء

اهدي ثمرة هذا الجهد إلى:

● وطني الذي مزقته الحروب، وتقاسمته الحزبية، ونسيه العالم:

الجمهورية اليمنية.

● من علماني أن معرفة الله لا تكتمل إلا بالعلم والمعرفة:

والداي أطال الله في عمريهما.

● ميراثي الثمين :

إخوتي وأخواتي حفظهم الله.

● من تحملوا العناء من أجلي:

زوجتي وأولادي، حفظهم الله ورعاهم.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين حمداً كثيراً ملئ السماوات والأرض على كرمه وعونه وتوفيقه لي في انجاز هذا العمل، وأصلي وأسلم على سيد الأولين والآخرين الهادي الأمين نبينا محمد بن عبدالله وعلى آله وصحبة أجمعين وبعد.

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان بعد الله سبحانه وتعالى لبلدي الثاني الجزائر أرضاً وشعباً على كرم ضيافتهم وطيب ونبيل أخلاقهم وتعاملهم مع جميع الطلاب اليمينيين الدارسين في دولة الجزائر. كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لجامعة الجزائر3، وأخص بالذكر كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، ممثلة بعميد الكلية ونائب العميد ورئيس وأعضاء المجلس العلمي ورؤساء الأقسام وأعضاء هيئة التدريس وجميع العاملين فيها على دعمهم ومساندتهم لنا وتسخيرهم لكافة الإمكانيات في سبيل تحقيق ونجاح مسيرة تحصيلنا العلمي.

كما أتقدم بخالص الشكر والامتنان والعرفان بالجميل إلى الأستاذ القدير أ.د/ مراد زايد على تكرمه بالإشراف على أطروحتي، وتوجيهاته السديدة ونصائحه القيّمة، التي كان لهما الأثر البالغ في انجازي وتقديمي لهذا العمل، فبارك الله فيه وجزاه الله عني خير الجزاء. وكذلك الشكر موصول للأساتذة الذين تكرموا بتحكيم استمارة الاستبيان من الجامعات الجزائرية واليمنية، لتوجيهاتهم السديدة وتعديلاتهم الصائبة التي أسهمت في تجهيز قائمة الاستقصاء في صورتها النهائية بالإضافة إلى ما قدموه من نصح ومشورة ومراجع وهم: أ.د/ علي عبد الله، أ.د/ يوسف بومدين، د. أمير جيلالي، د. محمد محمود الهاشمي، د. عبده نعمان الشريف، د. صالح حميد، د. عبد السلام عبدالله سعيد ابوسرعة، أ. محمد مغلس. كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأساتذة رئيس وأعضاء لجنة المناقشة على تكريمهم بقبول مناقشة أطروحتي وإثرائها بالملاحظات القيّمة التي ستزيد من قيمة الأطروحة.

وأخيراً أتقدم بجزيل الشكر والتقدير لكل من ساهم أو ساعد بشكل مباشر أو غير مباشر في إنجاز هذا العمل.

الباحث

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	رقم وعنوان الشكل
64	الشكل رقم (1-2) يوضح عناصر تطوير الموارد البشرية وأثرها في تحقيق الجودة الشاملة
104	شكل رقم (2-2) المرافق الصحية العامة للأعوام 1992،2001،2007،2008،2012
128	شكل رقم (1-3) يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب متغير العمر
128	شكل رقم (2-3) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس
129	شكل رقم (3-3) يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب متغير الحالة الاجتماعية
129	شكل رقم (4-4) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي
130	شكل رقم (5-3) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير التخصص
131	شكل رقم (6-3) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة
131	شكل رقم (7-3) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإداري
230	شكل رقم (1-4) تصور يوضح العلاقات بين متغيرات الدراسة والطريق الأمثل لتحقيق الجودة

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق
278	الملحق الأول: استمارة الاستبيان
286	الملحق الثاني: جداول توضح عدد وتوزيع الأيدي العاملة في اليمن في عام 2010م
288	الملحق الثالث: قائمة بأسماء المحكمين

قائمة الجداول

رقم الصفحة	رقم وعنوان الجدول
61	جدول رقم (1-2) مقارنة بين إدارة الموارد البشرية وإدارة الجودة الشاملة
98	جدول رقم (2-2) مقارنة بين نظام تقييم الأداء التقليدي ونظام تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة
107	جدول رقم (2-3) عدد المنشآت الصحية الخاصة للعام 2012م
133	جدول رقم (1-3) يوضح نتيجة اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغيرات المستقلة مجتمعه (عناصر تطوير الموارد البشرية)
135	جدول رقم (2-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل القيادة الإدارية كعنصر مستقل لتطوير الموارد البشرية
136	جدول رقم (3-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية
137	جدول رقم (4-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية
138	جدول رقم (5-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية
139	جدول رقم (6-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية
140	جدول رقم (7-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر تقييم الأداء لتطوير الموارد البشرية
141	جدول رقم (8-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر التدريب والتطوير لتطوير الموارد البشرية
142	جدول رقم (9-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية
144	جدول رقم (10-3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test) لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية لبيان الاختلاف بين المستشفيات بدرجة الاهتمام بعناصر تطوير الموارد البشرية مجتمعة
145	جدول رقم (11-3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test)، لبيان مدى

	وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر القيادة الإدارية
145	جدول رقم (12- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر الثقافة التنظيمية
146	جدول رقم (13- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التمكين
147	جدول رقم (14- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر التمكين لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية
148	جدول رقم (15- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين
149	جدول رقم (16- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية
150	جدول رقم (17-3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التوجيه والإرشاد
151	جدول رقم (18- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر تقويم الأداء
151	جدول رقم (19-3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر تقويم الأداء لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية
152	جدول رقم (20- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التطوير والتدريب
153	جدول رقم (21- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر التطوير والتدريب لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية
154	جدول رقم (22- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التطوير الوظيفي
155	جدول رقم (23- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر التطوير الوظيفي لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية
156	جدول رقم (24-3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square) لاختبار الفرضية الرئيسية الثالثة لبيان علاقة عناصر تطوير الموارد البشرية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد
157	جدول رقم (25- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة

	بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر القيادة الإدارية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
158	جدول رقم (26- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر الثقافة التنظيمية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
159	جدول رقم (27- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر التمكين ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
160	جدول رقم (28- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر الاستقطاب والاختيار ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
161	جدول رقم (29- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر التوجيه والإرشاد ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
162	جدول رقم (30- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
163	جدول رقم (31- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر التطوير والتدريب ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
164	جدول رقم (32- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عنصر التطوير الوظيفي ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد
166	جدول رقم (33- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الرابعة
167	جدول رقم (34- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر القيادة الإدارية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
169	جدول رقم (35- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر الثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
170	جدول رقم (36- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

172	جدول رقم (37-3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
173	جدول رقم (38-3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التوجيه و الإرشاد في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
175	جدول رقم (39-3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر تقويم الأداء في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
176	جدول رقم (40-3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التطوير والتدريب في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
178	جدول رقم (41-3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة
182	جدول رقم (1-4) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغيرات المستقلة والتابعة
182	الجدول رقم (2-4) يبين معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة مجتمعة
182	جدول رقم (3-4) ملخص تحليل الانحدار
184	جدول رقم (4-4) يبين مصفوفة الارتباط لبيرون لبيان قوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده، وبين المتغيرات التابعة مجتمعة مرتبه تنازليا حسب قوة الارتباط
188	جدول رقم (5-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة والمتغير التابع (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية) مرتبة ترتيبا تنازليا
190	جدول رقم (6-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية) مرتبه ترتيبا تنازليا
191	جدول رقم (7-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى)
192	جدول رقم (8-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على

	حده مع المتغير التابع (مستوى الكفاءة التشغيلية) مرتبة ترتيباً تنازلياً
193	جدول رقم (4-9) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (الوضع التنافسي) مرتبة تنازلياً
194	جدول رقم (4-10) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير رعاية المريض) مرتبة تنازلياً
196	جدول رقم (4-11) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير أمان وسلامة المريض) مرتبة تنازلياً
197	جدول رقم (4-12) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير الإدارة) مرتبة تنازلياً
198	جدول رقم (4-13) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية) مرتبة تنازلياً
199	جدول رقم (4-14) يوضح مصفوفة ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة مجتمعة مع المتغيرات التابعة كلا على حده مرتبة تنازلياً
201	جدول رقم (4-15) يبين معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة (بالتركيز على الجودة الشاملة) مجتمعة والمتغيرات التابعة مجتمعة
201	جدول رقم (4-16) يبين ملخص نتائج اختبار التباين والانحدار
202	جدول رقم (4-17) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة كلا على حده مع المتغيرات التابعة مجتمعة مرتبة تنازلياً
203	جدول رقم (4-18) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية)
205	جدول رقم (4-19) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية)
206	جدول رقم (4-20) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى)
207	جدول رقم (4-21) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى الكفاءة التشغيلية)
208	جدول رقم (4-22) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (الوضع التنافسي)

209	جدول رقم (4-23) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة مكتملة والمتغير التابع (معايير رعاية المريض)
210	جدول رقم (4-24) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير أمان وسلامة المريض)
211	جدول رقم (4-25) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير الإدارة)
212	جدول رقم (4-26) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية)
213	جدول رقم (4-27) يوضح مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مجتمعة مع المتغيرات التابعة كلا على حده مرتبه تنازليا
214	جدول رقم (4-28) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة منفردة مع بعضها البعض مرتبه تنازليا بحسب قوة تأثير كل عنصر على بقية العناصر
216	جدول رقم (4-29) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض مرتبه تنازليا بحسب معدل تأثير كل عنصر على بقية العناصر
218	جدول رقم (4-30) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة والمتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض
220	جدول رقم (4-31) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة مكتملة (منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة) مع بعضها البعض
224	جدول رقم (4-32) يوضح مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض
225	جدول رقم (4-33) يوضح مصفوفة ارتباط بيرسون بين المتغيرات التابعة مع بعضها البعض
227	جدول رقم (4-34) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين عناصر تطوير الموارد البشرية مكتملة والمتغيرات الوسيطة مع المتغيرات التابعة مرتبه تنازليا
228	جدول رقم (4-35) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين جميع متغيرات الدراسة مجتمعة مرتبة تنازليا حسب قوة العلاقة
231	جدول رقم (4-36) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة منفردة مرتبة ترتيبا تنازليا
232	جدول رقم (4-37) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة

	مرتبة تنازلياً
233	جدول رقم (4-38) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة مكتملة مرتبة تنازلياً
234	جدول رقم (4-39) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات الوسيطة مرتبة تنازلياً
235	جدول رقم (4-40) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات التابعة مرتبة تنازلياً
236	جدول رقم (4-41) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع متغيرات الدراسة مجتمعة مرتبة تنازلياً
237	جدول رقم (4-42) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير العمر على المتغيرات التابعة
238	جدول رقم (4-43) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير العمر
239	جدول رقم (4-44) يبين نتائج اختبار (ت) لبيان العلاقة بين متغير الجنس المستقل والمتغيرات التابعة
240	جدول رقم (4-45) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير الحالة الاجتماعية على المتغيرات التابعة
240	جدول رقم (4-46) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير المؤهل العلمي على المتغيرات التابعة
241	جدول رقم (4-47) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير المؤهل العلمي
242	جدول رقم (4-48) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير التخصص على المتغيرات التابعة
242	جدول رقم (4-49) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التخصص
243	جدول رقم (4-50) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر عدد سنوات الخبرة على المتغيرات التابعة
244	جدول رقم (4-51) يوضح العلاقة بين متغير عدد سنوات الخبرة والمتغيرات التابعة
244	جدول رقم (4-52) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير المستوى الإداري على المتغيرات التابعة
245	جدول رقم (4-53) يوضح العلاقة بين متغير عدد سنوات الخبرة والمتغيرات التابعة

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
I	الإهداء
II	الشكر والتقدير
III	قائمة الأشكال و الجداول والملاحق
XI	قائمة المحتويات
VXI	قائمة المصطلحات والاختصارات
XVII	المستخلص
أ	المقدمة العامة
1	الفصل الأول: نظام اعتماد المؤسسات الصحية
3	المبحث الأول: مفهوم نظام الاعتماد ومراحل تطوره
3	المطلب الأول: مفهوم نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية
12	المطلب الثاني: التطور التاريخي لنظام الاعتماد
21	المبحث الثاني: أهداف نظام الاعتماد والأطراف المستفيدة منه
21	المطلب الأول: أهداف نظام الاعتماد والغاية منه
29	المطلب الثاني: متطلبات نظام الاعتماد ومعايير
39	المبحث الثالث: الاعتماد حسب اللجنة المشتركة الدولية (JCI) والأداة العربية للاعتماد
39	المطلب الأول: نظام اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI)
47	المطلب الثاني: الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية
52	خلاصة الفصل الأول
53	الفصل الثاني: تطوير الموارد البشرية الصحية وعلاقته بتطبيق معايير الاعتماد
55	المبحث الأول: مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته وعلاقته بالجودة الشاملة
56	المطلب الأول: مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته
60	المطلب الثاني: التكامل بين تطوير الموارد البشرية وتطبيق معايير الاعتماد
66	المبحث الثاني: عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وعلاقتها بتطبيق معايير الاعتماد
66	المطلب الأول: القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية وأثرها على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد
73	المطلب الثاني: الاستقطاب والاختيار والتدريب وأثرها على تطبيق معايير الاعتماد

82	المطلب الثالث: تمكين العاملين وتطويرهم وظيفياً وأثره على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد
90	المطلب الرابع: تقييم الأداء وأثره على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد
99	المبحث الثالث: واقع النظام الصحي وتنمية الموارد البشرية في الجمهورية اليمنية
99	المطلب الأول: واقع النظام الصحي في الجمهورية اليمنية
109	المطلب الثاني: واقع الموارد البشرية في النظام الصحي اليمني
114	خلاصة الفصل الثاني
115	الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة
117	المبحث الأول: وصف مجتمع وعينة الدراسة وخصائصها
117	المطلب الأول: وصف مجتمع الدراسة
128	المطلب الثاني: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة
132	المبحث الثاني: نتائج اختبار الفرضيتين الأولى والثانية
132	المطلب الأول: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات المتفرعة منها
143	المطلب الثاني: اختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات المتفرعة منها
156	المبحث الثالث: نتائج اختبار صحة الفرضيتين الثالثة والرابعة
156	المطلب الأول: نتائج اختبار الفرضية الثالثة والفرضيات المتفرعة منها
165	المطلب الثاني: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة والفرضيات المتفرعة منها
179	خلاصة الفصل الثالث
180	الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة
181	المبحث الأول: تحليل نتائج الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة
181	المطلب الأول: العلاقة بين المتغيرات المستقلة ومجموعة والتابعة مجموعة
183	المطلب الثاني: نتائج تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة مع المتغيرات التابعة
188	المطلب الثالث: العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة مع المتغيرات التابعة كلا على حده
200	المطلب الرابع: تحليل علاقة المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع التابعة
214	المبحث الثاني: علاقة متغيرات الدراسة مع بعضها البعض
214	المطلب الأول: علاقة المتغيرات المستقلة مع بعضها البعض
224	المطلب الثاني: العلاقة بين المتغيرات الوسيطة (المعدلة) والتابعة مع بعضها البعض
227	المطلب الثالث: تكامل العلاقات بين جميع متغيرات الدراسة
231	المبحث الثالث: الأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية
231	المطلب الأول: الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة

234	المطلب الثاني: الأهمية النسبية للمتغيرات الوسيطة والتابعة
237	المطلب الثالث: علاقة المتغيرات الديموغرافية المستقلة بالمتغيرات التابعة
246	خلاصة الفصل الرابع
247	الخاتمة العامة
261	المصادر والمراجع
277	الملاحق

قائمة بأهم المصطلحات والاختصارات الواردة في البحث

الاختصارات	المصطلح باللغة الانجليزية	المصطلح باللغة العربية
ISO	International Standard Organizations	المنظمة العالمية للتقييس
JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations	اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية
JCI	joint commission international	اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد
CCHSA	Canadian Centre for Health and Safety in Agriculture	المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية
ACHS	Australian Council on Health care Standards	المجلس الاسترالي لمعايير الرعاية الصحية
WHO	World Health Organizations	منظمة الصحة العالمية
ISQUA	International Society for Quality in Health Care	الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية
HCAC	Health Care Accreditation Council	مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الأردنية
HRD	Human Resource Development	تطوير الموارد البشرية

تعريف ببعض المفاهيم الواردة في البحث:

1. النجاعة:

- معنى نجع في مختار الصحاح: نَجَّعَ فِيهِ الْخَطَابَ وَالْوَعظَ وَالذَّوَاءَ أَي دَخَلَ وَأَثَرَ وَبَابُهُ خَضَعُ وَ النَّجَّةُ بوزن الرُّفْعَةُ طَلَبُ الْكَلْبِ فِي مَوْضِعِهِ تَقُولُ مِنْهُ أَتَدَجَّجَ وَانْتَجَجَ فُلَانًا أَيضاً أَتَاهُ يَطْلُبُ مَعْرُوفَهُ وَ الْمَتَدَجَّجُ بِفَتْحِ الْجِيمِ الْمَنْزِلُ فِي طَلَبِ الْكَلْبِ.
- وترجمة كلمة نجاعة في القاموس العربي- الفرنسي (Efficacité) أي الفعالية وهي القدرة على إحداث تأثير، ولها ركنان لا تقوم إلا بهما ، فهما جزء من حقيقتها، وأساس في تكوينها، بحيث لا توجد الفاعلية إذا انتفى أحدهما ، ولا تتوافر إلا بتحققهما مجتمعين، وهذان الركنان هما : تحقيق الأهداف المنشودة، ولحادث التأثير الإيجابي. وكثيراً ما يقترن الحديث عن الفاعلية، بمفهوم آخر معروف في علم الإدارة وهو الكفاءة (EFFICIENCY)، وإذا كانت الفاعلية تشير إلى معنى تحقيق النتائج المطلوبة ولحادث الأثر الإيجابي، فإن الكفاءة هي علاقة بين كمية المدخلات وكمية المخرجات، أي أنها نسبة ما بين الموارد المستخدمة والنتائج المنجزة، بمعنى أن الكفاءة تزيد كلما كانت الموارد التي تم استعمالها أقل، قياساً بالنتائج المتحققة¹.

2. الموارد البشرية الصحية:

وفق تعريف منظمة الصحة العالمية يشمل هذا المصطلح كافة فئات المهن الطبية والصحية ويضم مقدمي الخدمة من أطباء وممرضين وقابلات وفنيين، بالإضافة إلى الكادر الإداري والطاقم المساند (مثل : العمال والسائقين والطباخين) ممن يعملون في المنظمات الصحية.

¹ للإطلاع أكثر انظر:

- عالية بنت خلف اخو رشيد، المساعلة والفاعلية في الإدارة التربوية، عمان، دار مكتبة الحامد، 2006م، ص 79.
- خالد العمري، السلوك القيادي لمدير المدرسة وعلاقته بثقة المعلم بالمدير وفاعلية المدير من وجهة نظر المعلمين، مجلة أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (8)، 1992م . ص 174.
- إبراهيم عبدالله المنيف، الإدارة : المفاهيم . الأسس . المهام، الرياض، دار العلوم للطباعة والنشر، 1983م، ص 350.

3. المعيار:

المعايير هي خطوات معينة ينبغي اتخاذها أو أنشطة ينبغي أداؤها من أجل اتخاذ قرار ما أو الوصول إلى مستوى معين. فالمعيار والمعايير كلمتان تعنيان في اللغة اليونانية وسيلة للحكم على شيء ما، والمعيار صفة أو قاعدة تستخدم أساساً لتقييم أو تعريف أو تصنيف شيء ما، و هو مستوى معين للتقييم.²

4. معايير الاعتماد الصحية:

هي معايير موضوعة لتحديد درجة المطابقة للمعايير في المستشفيات، ومنظمات إدارة الشؤون الصحية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وغيرها.³

5. المستشفى: هو مرفق مرخص للرعاية الصحية يستخدم لرعاية المرضى وتقديم الخدمات الصحية المختلفة لهم.⁴

² توفيق بن احمد خوجة، معجم جودة الرعاية الصحية" تفسير المصطلحات"، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009م، ص103.

³ المرجع نفسه، ص48.

⁴ المرجع نفسه، ص 222.

المستخلص:

تناول هذا البحث دراسة اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية. ويهدف إلى كسر الحاجز أمام المدراء الصحيين وإزالة المخاوف من التبني الطوعي لتطبيق معايير الاعتماد في المرافق الصحية التي يديرونها، من خلال الاستفادة الكاملة من الموارد المتاحة. ومن اجل توضيح انسب الطرق لتطبيق هذه المعايير، أجرى الباحث دراسة ميدانية شملت أربعة مستشفيات قامت بالتبني الطوعي لمعايير الاعتماد الدولية وجعلتها هدفا استراتيجيا لها. حيث تم إعداد استبيان يضم (124) فقرة موزعة على ثلاثة محاور رئيسية. حيث يحتوي المحور الأول على (8) متغيرات تمثل عناصر تطوير الموارد البشرية وهي: (القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، الاستقطاب والاختيار للعاملين، التمكين، التوجيه والإرشاد، تقييم الأداء، التدريب والتطوير، التطوير الوظيفي)، بينما يحتوي المحور الثاني على (4) متغيرات وسيطة هي: (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات الإدارية، السياسات السريرية والمهنية)، أما المحور الثالث فيحتوي على (9) متغيرات تمثل عناصر الجودة الشاملة ومعايير اعتماد المستشفيات وهي: (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية، مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية، مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى، مستوى الكفاءة التشغيلية، الوضع التنافسي للمستشفى، معايير رعاية المريض، معايير أمان وسلامة المريض، معايير الإدارة، معايير الخدمة المجتمعية). ومن ثم تم تحليل بيانات هذه الدراسة من خلال أدوات التحليل الوصفي والاستدلالي المناسبة باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS.v.19). وقد خرجت الدراسة بنتيجة عامة مفادها بأن أفضل وسيلة لتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات، تتمثل في التبني الطوعي لتطبيق معايير الاعتماد كونها قابلة للتطبيق والقياس وتحقق الاستفادة الكاملة من الموارد المتاحة، كما بينت الدراسة بأن أوفر و أفضل طريقة للتطبيق الناجع لهذه المعايير، هي بتطوير الموارد البشرية الصحية مع ضرورة مراعاة طبيعة العلاقة والتأثير المتبادل بين عناصر هذه العملية من اجل تحقيق الكفاءة في التنفيذ.

الكلمات الأساسية:

عناصر تطوير الموارد البشرية، معايير الاعتماد، المستشفيات، الجودة الشاملة.

Abstract:

This research deals study the effect of the development of human resources for health in the efficacy of the application of accreditation standards in Yemeni hospitals . This research aims to break the barrier to health managers and remove concerns about the adoption of voluntary accreditation standards for the application of the health facilities that they manage, by making full use of available resources. In order to clarify the most appropriate way to apply these criteria, the researcher conducted a field study involving four hospitals have adopted voluntary standards for international accreditation and made it a strategic target. Where he was preparing a questionnaire includes 124 items distributed on three main axes. Where the first axis contains (8) variables represent elements of the development of human resources, namely: (administrative leadership, organizational culture, recruitment, selection of employees, empowerment, guidance and counseling, performance evaluation, training and development, career development), while the second axis contains (4) intermediate variables are: (administrative support for training and education, having a job description is clear for workers, administrative policies, clinical and professional policies), and the third axis contains the (9) variables represent the Total quality elements and standards of hospitals adopting , namely: (level of satisfaction of a health care provider, level continuous improvement of processes and techniques of care, the level of continuous improvement of relations with patients, the level of operational efficiency, competitive situation of the hospital, patient care standards, safety standards and patient safety, management standards, community service standards). It was then that the study data analysis through descriptive and inferential analysis tools using appropriate statistical program (SPSS.v.19). The study has come out the outcome of general conclusion that the best way to achieve a comprehensive quality in hospitals, is the adoption of voluntary to apply reliance being applicable measurement standards and achieve full utilization of available resources, and the study showed that the lowest cost and the best way to apply the effective of these standards is the development of human resources health with the need to take into account the nature of the relationship and mutual influence between the elements of this process in order to achieve efficiency in implementation.

key words:

Elements of the development of human resources, accreditation standards, the hospitals, the Total quality.

مقدمة:

إن توفير وتحسين الخدمات الصحية هو المبرر لوجود أي نظام صحي وهدفه ومسئوليته الأولى. و سعيًا إلى تحسين الصحة، انصب الاهتمام في تطوير النظم الصحية، على تحسين كفاءة وفعالية المنظمات الصحية في تقديم خدماتها وتحسين جودتها. كما أدى دخول القطاع الخاص كشريك للقطاع العام في تقديم الخدمات الصحية إلى زيادة الحاجة إلى التميز من أجل البقاء؛ بسبب احتدام المنافسة بين المنظمات الصحية من جهة، والتطور المستمر في احتياجات وتوقعات المجتمع من هذه المنظمات من جهة أخرى. ونتيجة لارتباط الخدمات الصحية بحياة الإنسان وصحة مباشرةً، دخل نظام الرعاية الصحية غمار حقبة جديدة، يسعى فيها إلى تيسير الحصول على رعاية صحية عالية الجودة قليلة التكاليف، تفي بحاجة المجتمع وتوقعاته وتحقق رضاه.

ونظراً للخصوصية التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، أتى نظام اعتماد المؤسسات الصحية، لنتوج جهود الدولة والقطاع الخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء في المؤسسات التي تقدم هذا النوع من الخدمات، بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج. ولقد لفت نظام الاعتماد النظر عالمياً، ويعتبر الآن وسيلة فعالة لتقييم فاعلية وادارة الجودة في المؤسسات الصحية، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة، كما يعتبر أحد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي.

كما يعد نظام اعتماد المؤسسات الصحية احد الأساليب الإدارية المعاصرة، التي أخذت بها معظم المؤسسات الصحية العامة والخاصة وبدأت بتطبيق معاييرها على نحو واسع في أنشطة توصيل خدماتها الصحية للمجتمع، وهذا بدوره تطلب منها توفير الوسائل وحشد الإمكانيات المادية والبشرية لتطبيقها على نحو سليم، وذلك لارتباط عمل هذه المؤسسات بحياة الإنسان وصحته بصورة مباشرة، فالجودة والتحسين المستمر في تقديم الخدمة الصحية، لا يتأتى إلا بوضع معايير للأداء الإداري والفني (السريري)، وتحديث السياسات والإجراءات والبروتوكولات الإدارية والفنية، من أجل الارتقاء بمستوى الأداء الإداري والفني، وكل هذا لا يكون بالطبع إلا من خلال المورد البشري المتمثل في مقدمي الرعاية الصحية، الذين يحققون هدف الجودة من خلال تطويرهم والارتقاء بمستوى مهاراتهم وقيمهم وسلوكياتهم ومعارفهم للقيام بالتحسين المستمر للجودة.

• أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة من عدة جوانب يمكن تلخيصها في الآتي:

أولاً : أهمية الدراسة للمجتمع :

1. تكتسب هذه الدراسة أهميتها من تطلع الكثير من المستشفيات اليمنية للحصول على شهادة دولية في اعتماد المؤسسات الصحية من خلال تطبيق معايير الاعتماد، كتوجه إداري حديث لمواجهة تحديات المنافسة التي تواجهها، خصوصاً أمام التوجه الكبير للمرضى اليمنيين في البحث عن الخدمات الصحية خارج حدود البلد، إضافة إلى المنافسة البينية في إطار القطاع الصحي الوطني.
2. تعتبر هذه الدراسة أول دراسة محلية تركز على دور مصادر الطاقة البشرية في تحقيق التميز والتطبيق الناجح لمعايير الاعتماد الدولية للمؤسسات الصحية، ودراسة هذا الواقع في البيئة اليمنية وقطاع منظمات الأعمال الصحية تحديداً.
3. رقد المكتبة العربية بمرجع جديد وإسهامات نظرية وتطبيقية في مجال الاعتماد وتطوير الموارد البشرية الصحية، وتحقيق التميز والجودة في إدارة المستشفيات، قابلة للتطبيق في مؤسسات الخدمات الأخرى.
4. تقديم تصور منهجي ونموذجاً معاصراً حول أهمية التطوير والتدريب لتحقيق وتطبيق معايير الاعتماد في القطاع الصحي قابل للتطبيق في القطاعات الأخرى.

ثانياً : أهمية الدراسة للمدراء الصحيين :

توفر الدراسة مرجعاً هاماً ومعاصراً يبين للإداريين الصحيين وغيرهم من القيادات الصحية وأصحاب القرار في المستشفيات والمنظمات الصحية عموماً، ماهية مضامين تطوير الموارد البشرية الصحية لتطبيق معايير الاعتماد، وذلك بتحسين النواحي الهامة التي يجب التركيز عليها في بيئة منظماتهم لتحقيق التميز وتعزيز التطوير لمصادرهما البشرية، من خلال الاهتمام والتركيز على المصدر الحيوي ورأس مال المنظمات الصحية وهو العنصر البشري (صانعو الخدمة

الصحية)، وماهي أهم العناصر المتعلقة بالتطوير للموارد البشرية التي يجب التركيز عليها لتحقيق وتطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات والمنظمات الصحية ككل.

ثالثاً : أهمية الدراسة لصانعي الخدمة الصحية (مقدمي الرعاية الصحية):

تقدم الدراسة لصانعي الخدمة الصحية تصوراً منهجياً حول أهم العوامل المتعلقة بالموارد البشرية المؤثرة في تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات، وكذا تحديد أهم عوامل التطوير للقوى البشرية الصحية والتركيز عليها، والتي من شأنها أن تحقق التميز في الأداء وتحقيق التطبيق الناجح لمعايير الاعتماد، وتمكين المنظمة من الحصول على شهادة دولية في هذا المجال.

• أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. التعريف بمفهوم وأهمية وأهداف ومعايير نظام اعتماد المؤسسات الصحية، وأثرها على التحسين المستمر للجودة وتعزيز الكفاءة في المستشفيات.
2. التعريف بأهم النظريات والمساهمات الفكرية التي تتعلق بأثر تطوير الموارد البشرية الصحية وعلاقتها بتحسين الجودة وتقييمها.
3. تقديم تصور منهجي عن واقع ودور الموارد البشرية الصحية في اليمن وأثره في تحقيق النجاعة في تطبيق معايير الاعتماد في القطاع الصحي اليمني.
4. بيان اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية.
5. التعرف على التحديات والمشاكل التي تحول دون تطوير الموارد البشرية الصحية وتأثيراتها على تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات من منظور مقدمي الرعاية الصحية ووضع الحلول المقترحة لها.
6. بيان دور الموارد البشرية الصحية في تحسين الممارسة السريرية (تقنيات وفن الرعاية) وتحسين الخدمات الإدارية في المستشفيات اليمنية.

7. بيان اثر العوامل الإدارية والفنية (السريرية) على مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية.

• مبررات اختيار الموضوع:

1. يعتبر موضوع الاعتماد في المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات على وجه الخصوص من المواضيع الجوهرية والهامة في تطوير الأداء المؤسسي لكل المنظمات الصحية في الدول المتقدمة والنامية.

2. ندرة الدراسات التي تناولت موضوع الاعتماد في المؤسسات الصحية.

3. الخدمة الصحية هي من أهم الخدمات التي يحتاجها الإنسان، والتي لا بد أن يكون لها الأولوية في البحث و التطوير والتوفير، لارتباطها بحياة الإنسان وصحته.

4. عدم وجود أولوية في التطوير والبحث للجانب الصحي في الجمهورية اليمنية، دفع الباحث إلى إجراء هذه الدراسة لأنها ذات ارتباط مباشر بصحة المجتمع اليمني.

5. الارتباط المهني للباحث بالقطاع الصحي اليمني، حفزه على البحث عن آليات وأساليب جديدة لتطويره، ومن ثم تسليط الضوء على أهم المشاكل والتحديات التي تعيق جهود إصلاحه و تحسين جودة خدماته وتطويره، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها.

• إشكالية الدراسة:

الجمهورية اليمنية هي إحدى الدول التي تعاني من العديد من المشاكل (اقتصادية، ثقافية، صحية، سياسية، اجتماعية... الخ)، فقد عانى المجتمع اليمني من انتشار الأمية والفقر والمرض على مدى عقود مضت، هذه الأسباب وغيرها كانت احد الأسباب الهامة لقيام ثورتي الـ26 من سبتمبر عام 1962م في شمال اليمن والـ14 من أكتوبر عام 1963م في جنوب اليمن، وبعد قيام الثورة، شهد اليمن بشطريه (الشمالي والجنوبي) العديد من التطورات في مختلف القطاعات ومن ضمنها قطاع الصحة. ولكن، على الرغم من التطورات التي حدثت في القطاع الصحي اليمني، إلا أن الضغوط الناجمة عن زيادة عدد السكان وعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي،

بالإضافة إلى ضخامة هيكل هذا القطاع الذي يحتاج إلى الدعم، جعلته يعاني من العديد من المشاكل التي كان لها تأثير واضح في مستوى أداء مؤسساته الصحية وجودة خدماتها.

وقد أدركت وزارة الصحة اليمنية هذه الأزمة، فبدأت بإعداد سلسلة من الاستراتيجيات والخطط والبرامج، التي تستهدف تحسين أداء المرافق الصحية ورفع مستوى جودة الخدمات التي تقدم في هذه المرافق، محاولةً إصلاح مكامن الضعف والخلل في هذا القطاع الاستراتيجي الهام. كما قامت عدد من المستشفيات الخاصة والعامة بالتبني الطوعي لتطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية، سعياً منها لتحسين أدائها وجودة خدماتها، لتكون قادرة على تلبية حاجات وتوقعات المجتمع اليمني والحد من معاناته الصحية، وهذا من شأنه أن يقلل من ظاهرة السفر إلى خارج الوطن بحثاً عن خدمات صحية أفضل.

ومن أجل كسر حاجز الخوف من تطبيق برامج الجودة والتحسين، الذي ينتاب أغلب مدراء المرافق الصحية في اليمن، ضنا منهم بأنها تتطلب موارد مالية وإمكانات كبيرة تفوق قدرات هذه المرافق من جهة، وتزيد من تكاليف تقديم هذه الخدمة من جهة أخرى. من هنا أتت أهمية هذه الدراسة لتركز على الدور الذي يلعبه تطوير إدارة الموارد البشرية في تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية، وتحقيق الجودة الشاملة بالموارد المتاحة. وبناءً على ما سبق يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي :

ما مدى تأثير تطوير الموارد البشرية الصحية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في مؤسسات القطاع الصحي اليمني عموماً والمستشفيات بشكل خاص؟

ومن هذه الإشكالية تتفرع الأسئلة التالية :

- ما مدى اهتمام المستشفيات اليمنية بتطوير الموارد البشرية الصحية من حيث (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقويم الأداء، التطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي)؟

- هل توجد علاقة بين اهتمام وتركيز المستشفيات اليمنية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه

والإرشاد، وتقييم الأداء، التطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي) ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد لتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات اليمنية؟

- هل يوجد اختلاف بين تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، التطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي) على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد لتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات اليمنية في ظل وجود المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات الإدارية، السياسات السريرية والمهنية)؟

• فرضيات الدراسة:

وللإجابة على إشكالية الدراسة وأسئلتها الفرعية افترض الباحث مايلي:

1. لا تهتم المستشفيات اليمنية بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).
2. لا تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بعناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).
3. لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد.
4. لا يختلف تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية مجتمعة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية).

• منهج الدراسة وأدواتها:

تم استخدام المنهج الوصفي بشقبة المسحي والتحليلي، كما تم توفير البيانات المتعلقة بالجانب النظري للدراسة من المصادر الثانوية لجمع البيانات من كتب ورسائل علمية ومجلات محكمة والتقارير الحكومية ذات العلاقة، أما فيما يخص الجانب العملي للدراسة فقد اعتمد الباحث على البيانات التي تم جمعها من خلال المصادر الأولية لجمع البيانات (الاستبيان)، بالإضافة إلى المقابلات والملاحظة الشخصية. كما تم استخدام أدوات الإحصاء الوصفي والاستدلالي لتحليل نتائج الاستبيان التي تم التوصل إليها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الإنسانية (SPSS.v.19).

• مجتمع الدراسة وحدودها:

الكادر الطبي والإداري والفني في عينة من المستشفيات اليمينية في العاصمة صنعاء، التي تبنت التطبيق الطوعي لمعايير اعتماد المؤسسات الصحية.

• الدراسات السابقة:

1. دراسة: علي محمد عبد الجبار الحميري، دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم ثقافة الجودة الشاملة. بالتطبيق على شركات القطاع الصناعي اليمني الحاصلة على شهادة الجودة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2010/2011/

هذه الدراسة سلطت الضوء على دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم الثقافة التنظيمية المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة. وهدفت إلى مايلي:

- التعرف على الاتجاهات المختلفة حول مفهوم وخصائص وإبعاد الثقافة التنظيمية المناسبة لتطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة.

- محاولة التعرف على أهم التغييرات أو التحولات في أنظمة الموارد البشرية في ضوء أبعاد ثقافة الجودة الشاملة، ومعرفة الدور الذي تلعبه إدارة الموارد البشرية في بناء وتعزيز ثقافة الجودة.
 - دراسة الفروق بين أبعاد الثقافة التنظيمية السائدة في بيئة القطاع الصناعي اليمني (القيم التنظيمية، نمط القيادة، المشاركة والعمل الجماعي) وبين أبعاد ثقافة الجودة الشاملة.
 - تقييم أنظمة إدارة الموارد البشرية السائدة في شركات القطاع الصناعي اليمني من حيث مدى ملاءمتها لأبعاد ثقافة الجودة الشاملة .
 - دراسة وقياس طبيعة العلاقة بين أنظمة الموارد البشرية وأبعاد ثقافة الجودة في شركات القطاع الصناعي اليمني الحاصلة على شهادة الجودة.
 - محاولة وضع مقترحات تسهم في صياغة إستراتيجية ونظم إدارة الموارد البشرية، لتدعيم ثقافة الجودة، وذلك في ضوء النتائج التي سيتم التوصل إليها.
- وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- وجود فروق ايجابية دالة معنوياً بدرجة نسبية بين أبعاد الثقافة التنظيمية السائدة في شركات القطاع الصناعي اليمني محل الدراسة وأبعاد ثقافة الجودة.
- وجود فروق ايجابية دالة معنوياً بدرجة نسبية بين أنظمة الموارد البشرية السائدة في شركات القطاع الصناعي اليمني محل الدراسة وأنظمة الموارد البشرية المدعمة لثقافة الجودة.
- أن أنظمة الموارد البشرية السائدة في شركات القطاع الصناعي اليمني محل الدراسة تؤثر إيجاباً على أبعاد ثقافة الجودة بدرجة نسبية، ما عدا نظام الحوافز فليس له أي اثر على أبعاد ثقافة الجودة.

2. دراسة: مازن عبد العزيز مسودة، اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة- دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة، أطروحة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2003م.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اثر متغيرات تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة، وذلك في ستة مستشفيات أردنية خاصة.

وقد توصلت الدراسة إلى الاستنتاجات التالية:

- لا يوجد تعريف محدد للجودة، وإدارة الجودة الشاملة، وإنما هي وجهات نظر متعددة.

- يوجد علاقة قوية بين متغيرات تطوير الموارد البشرية الصحية وبين عناصر الجودة الشاملة.
- تهتم المستشفيات الأردنية بمتغيرات تطوير الموارد البشرية ولكنها تختلف من حيث الاهتمام بهذه المتغيرات خصوصا متغير التدريب والتطوير.
- وقد أوصت الدراسة بأن يقوم القطاع الصحي الأردني بإنشاء هيئة مستقلة لتقويم أداء وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات والمنظمات الصحية، بالإضافة إلى تعزيز آليات التطوير والتدريب على وسائل الجودة في هذه المستشفيات، وتطوير السياسات والإجراءات والبروتوكولات الإدارية والسريرية المعززة للجودة

3. دراسة: Scrivens Ellie, "Policy Issues in Accreditation", International Journal for Quality in Health Care, Vol 10, Number 2, 1998, PP 1-5.

تمثلت إشكالية هذه الدراسة في تسليط الضوء على قضايا السياسة في الاعتماد، حيث أجرى الباحث دراسة على نظم الاعتماد الأمريكية والكندية والاسترالية، وقد هدفت هذه الدراسة إلى لفت انتباه الحكومات نحو أهمية نظم الاعتماد في تحقيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي، باعتباره احد أهم الحلول لإصلاح النظم الصحية في العالم. وقد خرجت هذه الدراسة بنتيجة رئيسية تقضي بأن الإصلاح الفعلي للنظم الصحية يتطلب الشروع في تطبيق معايير الاعتماد في المرافق الصحية الخاصة والعامة على حد سواء، كونه يحقق الرقابة الذاتية والتحسين المستمر لجودة خدمات هذا القطاع الهام. وقد خرجت هذه الدراسة بتوصيات عديدة أهمها الشروع في إنشاء هيئات ومجالس اعتماد وطنية للمؤسسات الصحية، والشروع في وضع وتطوير وتطبيق معايير الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية العامة والخاصة من اجل الرقي بمستوى جودة هذه الخدمات وتحقيق رضا المجتمع عنها.

4. دراسة: Huntington June, Gilliam Stephen, Rosen Rebecca, "Organizational Development for Clinical Governance", British Medical Journal, Vol 3&4, Issue 7262, Sept 2000, Pp321-679.

تلخصت مشكلة هذه الدراسة في بيان أثر التطوير التنظيمي على ضمان الجودة من خلال السيطرة السريرية في الرعاية الطبية البريطانية، وقد أشارت هذه الدراسة إلى المظاهر المهمة

في التطوير التنظيمي والتي تتضمن الإدارة الفعالة للموارد، وبينت بأن الرقابة على إدارة المخاطر قد تعطل الابتكار في الطب الانجليزي، كما بينت أهمية التعليم والتدريب في تحقيق السيطرة السريرية، وأن الأداء المتدني يؤدي إلى فشل النظام الصحي وله أثر سلبي على الجودة وزيادة معدل الوفيات، كما بينت الدراسة بأن التغيير الثقافي وتطوير مهارات العاملين والتغيير الهيكلي وتطوير الإدارة تعد أهم العناصر في إحداث التطوير التنظيمي.

• مميزات هذه الدراسة :

لقد انطلق الباحث في تحديد موضوع الدراسة الحالية استناداً إلى الدراسات السابقة التي اتفقت مع الدراسة الحالية واختلفت معها أحياناً أخرى في بعض محاورها النظرية، لذلك أتت الدراسة الحالية مكملة للجهود السابقة، ويمكن تلخيص أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة ما يلي:

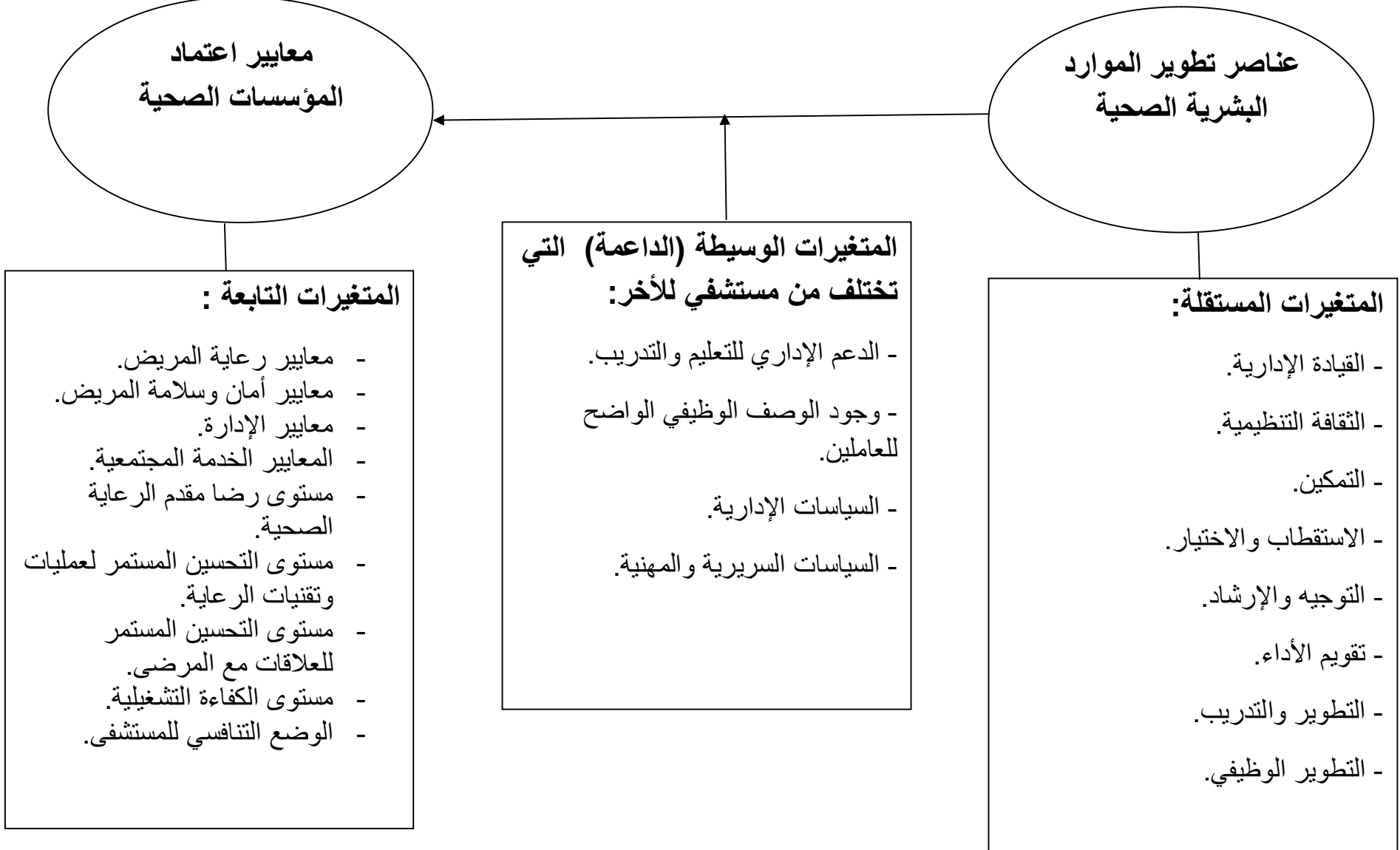
- معظم الدراسات السابقة ركزت على الجودة الشاملة بشكل عام كعملية واعتبرتها الوسيلة الأهم لتحسين الأداء المؤسسي، أما هذه الدراسة فقد تناولت أهمية العنصر الإنساني في تحقيق الجودة من خلال تطبيق معايير الاعتماد، وإذا ما أرادت المؤسسات الصحية تحقيق الجودة الشاملة والحصول على شهادة الاعتمادية من خلال تطبيق هذه المعايير، فعليها أن تركز على العنصر البشري كماً ونوعاً، والذي لا بد من تطويره من أجل تحقيق النجاح في تطبيق هذه المعايير، من خلال تدريبه وتطويره وتقويم وتحسين أدائه واستحداث البيئة التنظيمية المناسبة له للعمل فيها، وإتاحة الفرصة له للمشاركة في صنع القرارات والإدماج في صنع العمليات وتمكينه وقيادته أيضاً.
- تعتبر هذه الدراسة من أولى الدراسات في اليمن، على مستوى الدكتوراه التي تركز على دراسة العلاقة بين عناصر تطوير الموارد البشرية ونجاعة تطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية في المستشفيات اليمنية، حيث تناولت معظم الدراسات السابقة أبعاد الجودة في قطاعي الصناعة والخدمات الأخرى.

- هذه الدراسة سلطت الضوء على كيفية تحقيق الجودة وتحسين أداء المستشفيات اليمنية من خلال التحول من المنظور الفلسفي لإدارة الجود الشاملة إلى التطبيق العملي القابل للقياس، المتمثل بتطبيق معايير اعتماد المستشفيات.
- اختلفت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة ايضاً في بيئة ومجال التطبيق وحدودها الزمانية والمكانية.

• هيكل الدراسة:

تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول، يتناول الفصل الأول التعريف بالاعتماد وأهميته وأهدافه ومعايير، أما الفصل الثاني فقد تناول عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وأثرها في تطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى تسليط الضوء على واقع تنمية الموارد البشرية في النظام الصحي اليمني، أما الفصل الثالث فقد تناول توضيح نتائج اختبار الفرضيات، وخصص الفصل الرابع لاستعراض نتائج دراسة العلاقات، لقياس أثر متغيرات الدراسة على بعضها البعض في المستشفيات اليمنية محل الدراسة.

نموذج الدراسة (عناصر تطوير الموارد البشرية و معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية) والمتغيرات الوسيطة



الفصل الأول

نظام اعتماد المؤسسات الصحية

تمهيد:

شهد القرن العشرين، وخاصة في عقود الألفية تطورات كثيرة في مجال الصحة والعلوم الطبية، وذلك في كل النواحي سواء التقنية أم البحثية. كما شهد إتساعاً في مجال توفير الخدمات الصحية وظهور الاختصاصات الفرعية. حيث حدث تطور في مفهوم الرعاية الصحية من علاج المريض في مكان تقديم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يوجد فيها. ومع هذه الزيادة الكمية والتنوع في نمط تقديم الخدمات الصحية، ووجود القوانين والتشريعات المختلفة، ووجود جهات متعددة تقدم هذه الخدمات الصحية سواء كانت حكومية أم تابعة للقطاع الخاص، فقد صار ضرورياً وضع آلية لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

ونتيجة للاهتمام بموضوع الجودة، فقد ظهرت بعض الجهات الدولية التي تمنح شهادات تدل على أن المؤسسات قد التزمت بتنفيذ نظم الجودة. وأفضل مثال لهذا هي شهادات الايزو (ISO) التي تمنحها المنظمة الدولية للتقييس، وبالرغم من أن هذه الشهادة تفيد المؤسسة في تحسين نظمها الإدارية وفي التسويق، إلا أنها ليست بالضرورة متصلة بالرعاية الصحية أو خدمة المرضى.

ونظراً للخصوصية التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، فقد تزايدت الحاجة إلى وضع نظام جودة خاص بالمؤسسات الصحية. لذلك طُوِّرَ نظام الاعتماد في العقدين الأخيرين من القرن الماضي ووضعت معايير الرعاية الصحية الجيدة، ويأتي نظام اعتماد المؤسسات الصحية ليتوج جهود الدولة والقطاع الخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء في المؤسسات التي تقدم هذا النوع من الخدمات، بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة، كما يعتبر أحد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي. لذا فقد خصص هذا الفصل للتعريف بنظام الاعتماد في المؤسسات الصحية وأهدافه وأهميته ومراحل تطوره، كما سوف يتم تسليط الضوء على أهم المعايير المستخدمة في التقييم بالتركيز على التجربة العربية المتمثلة بالأداة العربية للاعتماد.

المبحث الأول

مفهوم نظام الاعتماد ومراحل تطوره

لقد كان الاهتمام ولا يزال بجودة الأداء الطبي محور أساسي في ممارسة الطب منذ القدم، ومن أشهر معالم آداب الطب وسلوك الأطباء هو قسم أبو قراط الطبي، الذي بين أهم حقوق وواجبات الطبيب من أجل الحفاظ على جودة الأداء الطبي¹، وحديثاً فقد لفت نظام الاعتماد النظر عالمياً ويعتبر الآن وسيلة فعالة لتقييم فاعلية وإدارة الجودة في المؤسسات الصحية². لذا فقد خصص هذا المبحث للتعريف بهذا النظام والمراحل التي مر بها حتى وصل إلى ما هو عليه اليوم.

المطلب الأول

مفهوم نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية

يعد نظام الاعتماد احد أهم النظم التي تهدف إلى تشجيع المؤسسات الصحية على تحسين أدائها والرقي بخدماتها إلى مستوى عالي من الجودة، ولتوضيح ذلك خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم نظام الاعتماد من خلال الآتي :

أولاً : مفهوم نظام الاعتماد :

يتطلب توضيح مفهوم نظام الاعتماد التعرف على مصطلح الاعتماد، لذلك يمكن توضيح مفهوم الاعتماد من خلال استعراض أهم التعريفات الخاصة به، التي يمكن تلخيصها كما يلي :

- اعتماد المستشفيات (ACCREDITATION) هو " إمكانية وقدرة المستشفيات على تقديم الخدمة بالوقت المحدد وأن تكون الخدمة بمستوى يتحقق معه التوازن بين ما

¹ احمد شوكت الشطي، تاريخ الطب وآدابه وأعلامه، طبعة خاصة، مديرية الكتب الجامعية، دمشق، 1982، ص 547.

² المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، اعتماد المستشفيات [على الخط]، الأردن، ص1، متوفر على الموقع: <www.jrms.gov.jo> (تم التصفح في 1 مارس 2013، الساعة 00: 15).

- يدفعه المستفيد من ثمن لها وما يحصل عليه من منافع، ويتم ذلك جعلها تتصف بالمبادرة في أساليب التقدم التي تسهم في إيجاد حالات طلب جديد³.
- وعرف الاعتماد بأنه "إجراء رسمي، يقوم به مجلس معترف به، يكون هذا المجلس في الغالب منظومة مستقلة ويقوم بالتقييم والاعتراف بالمنشأة الصحية، التي تقوم بتطبيق كافة المعايير التي وضعها ونشرها"⁴.
 - كما عرف بأنه "العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، وإن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى"⁵.
 - كما عرف الاعتماد على انه "عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق أداء المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعة مسبقا من قبل هيئة الاعتماد والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير نظم ولجراوات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج"⁶.
 - اعتماد المستشفيات هي مجموعة من الخطوات المتكاملة يتم خلالها تقييم المستشفى، لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس المصممة لتطوير جودة الأمان

³ Ghobadian, A, Speller, S, Jons, M, "Service Quality- Concepts and Models", International Journal of Quality and Reliability Management, 1994, p 52.

⁴ بسيوني سالم، مفهوم وهيكل برنامج الاعتماد المصري، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 7-5 ديسمبر 2004م.

⁵ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2005م، ص 285.

⁶ المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، شعبة التفتيش في الخدمات الطبية الملكية، 2007م، ص 43.

والسلامة للمريض أثناء تقديم الرعاية الصحية له. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة وليست تابعة للمستشفى⁷.

من خلال ما سبق يمكن تعريف نظام الاعتماد على انه : الآلية التي من خلالها تقوم هيئة خارجية، بتقييم مدى توافق أداء المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً (من قبل هذه الهيئة)، بهدف تطوير نظم ولجارات تقديم الخدمة الصحية وتحسين جودتها، والتأكد من سلامة البيئة التي تقدم فيها هذه الخدمات، وبناءً على نتائج التقييم تمنح المنشأة الصحية شهادة تؤكد التزامها بتلك المعايير.

ثانياً: حصول المؤسسة الصحية على الاعتماد:

إن عملية حصول المؤسسة الصحية على الاعتماد هي عملية مضيئة وطويلة، حيث تتطلب غالباً القيام بإجراء تغييرات هامة في الممارسات المألوفة وفي سلوك الأفراد؛ بهدف استخدام الطاقات الإبداعية للعاملين، وعدم الاكتفاء بأداء الأعمال بالطرق الروتينية التقليدية، فهذه العملية تتطلب من المؤسسة الصحية ومن كافة أعضاء كادرها القيام بإجراء تقييم شامل لأدائهم الحالي والتعرف على الممارسات التي يجب تغييرها أو العمليات والإجراءات الجديدة التي يتم استحداثها رغبة في الوصول إلى حلول خلاقية للمشاكل سعياً نحو النجاح والمنافسة⁸. وهذه العملية هي نظام يتضمن جملة من المعايير الداعمة لتحسين صحة المرضى والمراجعين للمؤسسات الصحية، ويسعى نحو تطبيق منهجية التحسين المستمر، حتى تكون هذه المؤسسات متألقة بأفكارها وأدائها وأهدافها⁹.

⁷ بيان معلومات الاعتماد في مجال الرعاية الصحية [على الخط]، متوفر للإطلاع على الموقع التالي:

<http://demo.batelco.jo/jrms/Portals/0/Patients%20services/prochours/approval%20info.doc> (تم التصفح

في 1 مارس 2013، الساعة 15: 00). للإطلاع أكثر انظر: بو صافي كمال، عدنان مريزق، الإطار النظري لنور الاعتمادية في تحسين الخدمات الصحية، ص2، [على الخط] متوفر على الموقع التالي: <http://www.pharmacorner.com/default.asp?action=article&ID=966> (تم التصفح في 1 مارس 2013، الساعة 15: 00).

⁸ وزارة الصحة الأردنية، المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات، النسخة الثالثة. عمان، الأردن، 2005.

⁹ وزارة الصحة الأردنية، الإستراتيجية الصحية الوطنية 2006 - 2010. عمان، الأردن، 2006.

وعندما تتبنى المؤسسات الصحية تطبيق برنامج الاعتماد، فإنها ستحقق مزايا عديدة أهمها تحسين أداء الأنظمة الصحية، ومشاركة جميع العاملين في صنع القرار وتفويض الصلاحيات، وتدريب العاملين وتحسين الإتصال والتعاون بين الأقسام المختلفة فيها، وزيادة درجة المصداقية والثقة بها وبخدماتها، كما يوفر نظام لتحفيز العاملين وتشجيع البحث العلمي وتبني الأساليب الحديثة في علاج المرضى، ويصبح التحسين والإبداع هو السمة المميزة لأداء المؤسسة وخدماتها¹⁰. وسوف يؤدي تطبيق معايير الاعتماد كذلك إلى إيجاد بيئة صحية لتقديم الخدمات الطبية، تطبق وتقدم آخر ما توصل إليه العلم الحديث في مجال الطب¹¹.

وخلاصة القول فإن اعتماد المستشفيات هي عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الخدمات من خلال الرعاية الصحية المقدمة. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة، وليست تابعة للمستشفى.

والمعايير هي عبارة عن مستويات تحدد نوعية الأعمال المراد الوصول إليها أو تحقيقها للوصول إلى الاعتماد، وتغطي كافة مجالات عمل المؤسسة الصحية، كحقوق المرضى وعائلاتهم، والوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها، والخدمات التشخيصية، والرعاية الصحية، ومكافحة ومنع العدوى، والسلامة، والخدمات المساندة، وتحسين الجودة وسلامة المرضى، وإدارة المعلومات، والموارد البشرية، والتعليم والتدريب، والإدارة والقيادة، وخدمات التمريض.

لذلك تسعى العديد من المستشفيات العامة والخاصة في معظم الدول إلى تطوير خدماتها الصحية لمواكبة المستجدات العالمية والحصول على شهادة الاعتماد، ويمكن تقسيم عملية تحضير المستشفى للحصول على الاعتماد إلى عدة خطوات¹²، تتمثل بتبني الكادر القيادي في المستشفى مبدأ الجودة والتحسين المستمر وأن يدرك أهمية وقيمة التطبيق لمعايير الاعتماد، والتزام الكادر القيادي بنشر مبدأ المشاركة ومدى أهمية العمل نحو تحقيق الاعتماد، وقيام

¹⁰ Brown A. Janet, The Healthcare Quality Handbook. USA: JB Quality Solutions, INC, 2005, PVII-2.

¹¹ Scrivens Ellie, "Policy Issues in Accreditation", International Journal for Quality in Health Care, Vol 10, Number 2, 1998, PP 1-5.

¹² Brown A. Janet, Op. Cit, PVII-2.

المستشفى بوضع ونشر تعريفه للجودة بشكل واسع، وتشكيل لجنة لتحسين الجودة في المستشفى تشرف على نشاطات التجديد والتحسين المستمر، وقيام المستشفى بتثقيف موظفيه وأعضاء كادره حول كيفية تطبيق معايير الاعتماد، والقيام بإجراء التقييم الذاتي والخارجي، لبيان وضع المستشفى الحالي، ومن ثم تحديد كيفية الامتثال والتطابق مع المعايير الموضوعية، من أجل الحصول على شهادة الاعتماد.

ثالثاً: الفرق بين الاعتماد والترخيص والإشهاد:

يحصل عادةً الخلط بين نظام الاعتماد مع مصطلحات أخرى مثل: الإشهاد، والترخيص، وإزالة اللبس يمكن توضيح الفرق بين الاعتماد وهذه المصطلحات على النحو التالي¹³:

1. التراخيص الطبية: الترخيص يمكن تعريفه بأنه عملية تقدير مدى وفاء مرفق ما، أو منظمة ما، أو مهني ما، بالحد الأدنى من المتطلبات، وتمنح التراخيص للمنشآت الصحية من قبل جهة حكومية ذات الاختصاص والسلطة، بعد التأكد من أن المنشأة قد استوفت شروط أساسية تعتبر الحد الأدنى للمعايير التي لا يمكن التجاوز عنها ضماناً لسلامة المواطنين والعاملين وكذلك لضمان الصحة العامة وصحة البيئة، ولاستمرار عملية ترخيص المنشآت الطبية يستدعي الأمر في بعض البلدان عمليات فحص دوري للتأكد من التزام المنشأة بمعايير الترخيص التي تمثل الحد الأدنى للسلامة.

وتمنح التراخيص أيضاً للمهن الطبية وكذلك للأشخاص، بهدف التأكد من صلاحية الأشخاص لمزاولة المهنة، وذلك بعد فحص شهادات التخرج من الكليات والمعاهد المؤهلة وشهادات التدريب في فترة ما بعد التخرج مثل الامتياز أو الإقامة، وقد يستدعي الأمر في بعض الحالات القيام ببعض الاختبارات التأهيلية للتأكد من معلومات وقدرات الشخص المتقدم للترخيص على أداء مهام الوظيفة التي يتقدم إليها، وفي كثير من البلدان لا يتوقف الأمر عند الترخيص لأول مرة، ولكن يستدعي نظام الترخيص إعادة الترخيص خلال فترة زمنية محددة غالباً ما تكون عام، وذلك لضمان التعليم الطبي المستمر وللحاق بالجدد في التكنولوجيا الطبية وتعلم المهارات الجديدة في مجالات التمريض، القبالة و المهن الطبية المساعدة.

¹³ المملكة الأردنية الهاشمية، اعتماد المستشفيات، الخدمات الطبية الملكية، ص 5-10.

تحدد الدولة الجهة المسؤولة عن إصدار التراخيص الطبية، وتستمد هذه الجهة سلطتها من التشريعات الخاصة بالصحة، ولهذا فإن التراخيص تعتبر دائماً عملية رسمية يجب على جميع المؤسسات الصحية الحصول عليها والوفاء بالتزاماتها، لكي يسمح لها باستقبال المرضى، ولا يمكن التجاوز عن عملية الترخيص حيث يعتبر ذلك خرقاً للقانون، و الهدف الأساسي من ترخيص المنشآت الطبية هو حماية المجتمع والمرضى والعاملين من المخاطر التي تعرضهم للإصابة أو العدوى أو حدوث أخطاء مهنية فادحة تعرض حياة المواطنين للخطر، وتعتبر معايير التراخيص حداً أدنى لا يمكن التنازل أو التجاوز عنها، ويجب مراعاة هذه المعايير أثناء عملية إنشاء المؤسسات الصحية خاصة فيما يتعلق بمواصفات المباني والمياه والكهرباء والصرف الصحي واستقبال حالات الطوارئ ومخارج النجاة في حالة الحريق وطرق التخلص من النفايات وغيرها.

وبما أن الجانب البشري في المهن الطبية يعتبر المحور الرئيسي لتقديم الخدمة، فإن تراخيص العاملين في هذه المهن أمر في غاية الأهمية ولا يقل شأناً في أهميته عن تراخيص المنشآت، ولهذا فقد صدرت أيضاً تشريعات وتأسست نظم لإعطاء التراخيص للأطباء والممرضات والصيدلة والفنيين والفئات المساعدة، ولا يحق لأي من مقدمي الخدمة العمل بدون هذا الترخيص الذي يحدد مجال عمل مقدم الخدمة طبقاً لمؤهلاته وخبراته.

كما تحدد الجهة المسؤولة عن إعطاء التراخيص الإجراءات اللازمة للتراخيص للمنشآت الجديدة وكذلك إجراءات التفتيش الدوري على المنشآت بغرض الاستمرار في منح التراخيص، وتأتي عمليات التفتيش الدوري من قبل المفشين الرسميين في فترات زمنية تتراوح من سنتين إلى ثلاثة، غير أنه من حق الجهة المرخصة عمل تفتيش مفاجئ في أي وقت وخاصة في حالة تلقي شكاوي من المواطنين عن حالات تقصير أو إهمال في الرعاية الطبية أو حدوث خلل في البنية الأساسية للمنشأة، مما يعرض المرضى والعاملين للخطر.

ويحدث في كثير من الأحيان التعاون بين الجهات المختلفة التي تقوم بعمليات ترخيص متخصصة أو عمليات اعتماد أو الجهات المسؤولة عن الصحة المهنية حتى لا يحدث تضارب أو تكرار لنفس عمليات المراجعة والتفتيش، فعلى سبيل المثال: هناك جهات تصدر تراخيص

للمباني ويستلزم ذلك تراخيص لتوصيل الماء والكهرباء والصرف الصحي وغيرها، فإذا اخذ في الاعتبار المواصفات المطلوبة للمنشآت الصحية فليس هناك داع لإعادة الترخيص في هذا المجال من قبل هيئة التراخيص الطبية، وعادة يكتفي بالإطلاع على هذه الرخص.

كذلك في حالة اعتماد المعامل (المختبرات) وأقسام الأشعة، فقد تكون هذه الأقسام قد حصلت بالفعل على شهادات اعتماد متخصصة من جهات تراجع هذه الأقسام طبقاً لمواصفات فنية عالية، وهنا أيضاً قد يغني ذلك الاعتماد عن المراجعة المفصلة لهذه الأقسام، ويؤخذ بنتائج هذا الاعتماد طالما أن هناك اتفاق مسبق بين تلك الجهات على هذا التعاون.

من خلال ماسبق يمكن تلخيص أوجه الاختلاف بين الاعتماد و التراخيص فيما يلي:

- يعتبر الاعتماد اختيارياً بينما الترخيص إجبارياً .
- الاعتماد للمؤسسات فقط بينما التراخيص تمنح للمنشآت والإفراد.
- تمثل معايير الاعتماد مستوى أعلى للأداء يهدف إلى تحقيق الجودة والتحسين المستمر بينما يمثل الترخيص الحد الأدنى للمعايير التي تضمن السلامة.
- هيئة الاعتماد هيئة مستقلة غير حكومية ذات كيان اعتباري بينما يقوم بمنح التراخيص جهات حكومية.
- يقوم فريق من زملاء المهنة (أطباء - ممرضات - إداريين) بمرح المؤسسات الصحية أثناء عملية الاعتماد بغرض التقييم ومساعدة المؤسسة الصحية عن طريق التوصية وتقديم بعض المعونة الفنية لكيفية الالتزام بالمعايير وطرق تنفيذها، كذلك المساعدة في نشر أفضل الممارسات الطبية والصحية بهدف نشر ثقافة تحسين الأداء والجودة، بينما يقوم بعملية الفحص في عمليات التراخيص فريق من المراقبين الحكوميين المكلفين بإتباع قوانين ولوائح محددة لمنح الترخيص.

2. الإسهاد: ويعني عملية تقدير الدرجة التي يحقق بها مرفق معين، أو منتج معين، أو وحدة معينة، أو شخص مهني معين، الحد الأدنى للمعايير المقررة. فقد يختلف بحسب طبيعة التقييم، بحيث يتم الإسهاد على الكيان المعني بأنه وكالة خاصة لتقديم خدمة معينة أو نشاط

معين، فقد يتم الإشهاد مثلاً: على أن منظمة معينة هي مؤسسة لتقديم الرعاية لجمهور معين من الناس، أو أنها مرفق تدريبي. كذلك، فإنه يمكن لفرد ما اجتياز امتحان معين، فيصبح مجازاً أو مشهوداً له بالاختصاص الذي اجتازه. وبعبارة أخرى، فإن الإشهاد يستخدم لغرض معين، وهو يجري للكيان المجاز (المشهود له) لتمكينه من الاشتغال بنشاط معين، وللإشهاد حد أدنى من الدلائل الإرشادية التي ينبغي أن يفي بها الكيان الذي يراد الإشهاد له، في أغلب الأحوال لا ينظمه القانون، وعادةً ما يكون طوعياً، كما أنه لا بد من تحديده بفترة زمنية معينة، غير أن تحديده يكاد يتم تلقائياً مادامت المنظمة المعنية تواظب على دفع ما عليها من مستحقات وما دامت حسنة السمعة¹⁴.

كما تمنح الشهادات من قبل هيئات معتمدة قد تكون حكومية أو غير حكومية بعد تقييم وضع الشخص أو المؤسسات الصحية طبقاً لمواصفات ومتطلبات للشهادة يسبق تحديدها، وحينما تمنح الشهادات للأفراد، فإن هذا يعني أن الشخص الحاصل على الشهادة قد أتم بنجاح التعليم أو التدريب في مجاله، وأصبح يفوق الحد الأدنى المطلوب أثناء عملية الترخيص له بمزاولة المهنة. كما تمنح بعض الجهات الدولية شهادات تدل على أن المؤسسات قد التزمت بتنفيذ نظم الجودة وأفضل مثال لهذا هي شهادات الايزو ISO التي تمنحها المنظمة العالمية للمقاييس، وعلى الرغم من أن هذه الشهادة تقيد المؤسسة في تحسين نظمها الإدارية وفي التسويق ولكنها ليست بالضرورة متصلة بالرعاية الصحية أو خدمة المرضى، ولهذا فهي لا تغني عن نظام اعتماد مستقل للمؤسسات الصحية¹⁵.

من خلال ماسبق نجد بأن الترخيص بينه وبين الإشهاد أوجه تشابه أكثر مما بينه وبين الاعتماد، فالترخيص هو الآخر عملية طوعية قبلية، أي تعنى بما سيكون. وعلى خلاف الاعتماد، فإن الترخيص يكون في العادة نشاطاً ترعاه الحكومة، بهدف ضبط ممارسة أي مهنة

¹⁴ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئية، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية: مسؤولية مشتركة، الاتجاهات الراهنة والمستقبلية والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها، [على الخط] متوفر على الموقع التالي: <<http://www.emro.who.int>> (تم التصفح في 1 مارس 2013، الساعة 15: 30).

¹⁵ عبد الباري حاتم زين العابدين، اعتماد المستشفيات في السودان - مدخل إلى اعتماد المستشفيات، السودان، المجلة الصحية لجمهورية السودان، العدد (2)، ابريل 2007، ص ص 126-129.

أو عمل قد ينطوي على خطر لمتلقيه أو المستفيد منه، ويعطي الكيان المرخص له هذا الامتياز (الترخيص) حتى يتسنى له مزاولة نشاط معين، والترخيص بدوره محدود المدة، إذ يجري عادةً تجديده، وقد لا يتطلب تجديده سوى دفع المستحقات، وأن يكون طالب الترخيص حسن السمعة في مجتمعه، في حين يعتبر الاعتماد حالياً الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية الصحية، حيث تتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوى من مستويات الرعاية، والمعايير المبدئي في كل حالة هو المستوى الأدنى المطلوب للجودة، علماً بأن هذا المستوى يتغير مع تطور النظام، ونظراً إلى أن المؤسسات الصحية لا تتألف من وحدات مستقلة ومنعزلة، فلا بد لجميع الخدمات المطلوب اعتمادها في المرفق الصحي أن تفي بالمعايير الأساسية.

والاعتماد كذلك عملية طوعية تطبق في المقام الأول على المؤسسات لا على الأفراد، أو الإدارات، أو الأقسام، وهو عملية تقييمية صارمة وشاملة تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة النظم والعمليات الرئيسية التي تتألف منها المؤسسة الصحية، ويركز الاعتماد على تقييم مستوى الخدمات الوقائية، ورضاء المستهلك، وغالباً ما تطلب المؤسسات الصحية الاعتماد سعياً منها إلى إرضاء المستهلك وكسب ثقته تجاه خدماتها، وحرصاً منها على سمعتها المهنية، وتكمن قيمة الاعتماد في التقييم الذاتي الداخلي الذي تقوم به المنظمة استعداداً لعملية التقييم، كما تكمن قيمته أيضاً في عملية التحكيم الاستشارية التي هي جزء من عملية التقييم للمؤسسة، ومتى تم اعتماد المنظمة، توجب عليها أن تواظب على الامتثال للمعايير المطلوبة طوال مدة الاعتماد.

نستخلص مما سبق بأن الطرق السالفة الذكر تعتبر بوجه عام، طرقاً للتقييم يؤخذ بها في تقييم الجودة لدى المنظمات (والأفراد)، والفرق بين كل من هذه المصطلحات الثلاثة يعتمد على مدى صرامة عملية التقييم، و الزاميته والجهة التي تقوم به، بالإضافة إلى مدى شموليته لمختلف جوانب نشاط المؤسسة الصحية، ومن بين هذه المصطلحات الثلاثة، نجد بأن الاعتماد هو الأكثر شمولاً والطريقة الأنسب لتحقيق التحسين المستمر بمفرده وصولاً إلى الجودة الشاملة في تقديم الرعاية الصحية الآمنة، وهو ليس غاية بحد ذاته وإنما وسيلة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

المطلب الثاني

التطور التاريخي لنظام الاعتماد

لقد وضع الإسلام عقوبات على من يمارس مهنة الطب ويدعيه بلا علم ولا معرفة، ففي الحديث الشريف قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " من تطيب ولم يُعلم قبل ذلك منه طب فهو ضامن"¹⁶ أي مطالب بما يحدثه من ضرر للمريض. وقد كان الأطباء يعقدون مجلس للمشاورة فيما بينهم من أجل تحسين جودة الرعاية. وقد وضع العرب في تنظيمهم للصناعات والمهن وعلاقات العمل تشريعا لكشف الغش ومراقبة أصحاب الصنائع والحرف. والقائم بهذا العمل كان ينظر في نشاطات تتعلق بالصحة ومنع الدجالين من الشعوذة ومن الممارسة. وكان يفحص الأطباء لمعرفة مدى إلمامهم بالطب ويختبر كفاءتهم وقدراتهم العلمية لممارسة الطب، ويتأكد من توفر جميع أدوات الطب لديهم. وكانت تجرى امتحانات للصيدالة العرب منذ أيام الخليفة العباسي المأمون من أجل الحصول على الترخيص اللازم لمزاولة المهنة وهو ما اشترطه الخليفة المعتصم في العصر العباسي، وكانت تجرى الرقابة على الصيدليات أيضا¹⁷.

وفي القرن العشرين كانت الجهود تركز على الرعاية السريرية بالمستشفيات، كما كانت علاقة الطبيب بالمريض هي محور الجودة، ثم تطور هذا المفهوم حين أصبحت علاقة الخدمة ككل بالمريض، مما يعني بروز أهمية دور باقي أفراد الفريق الصحي والإداري والخدمات المساندة في الجودة. فعلى سبيل المثال: يمكن لطبيب جراح ذو كفاءة عالية إجراء جراحة ناجحة ولكن لضعف الخدمة التمريضية بعد العملية الجراحية تحدث مضاعفات تؤثر على النتائج النهائية للجراحة وبالتالي جودة الخدمة¹⁸.

¹⁶ سيد سابق، فقه السنة، المجلد الثاني، ط1، بيروت، دار الفكر، 1977، ص 490، رواه أبو داوود والنسائي وابن ماجه.

¹⁷ حذيفة الخطيب، الطب عند العرب، بيروت، الأهلية للنشر والتوزيع، 1986، ص 219.

¹⁸ عبد المحسن نعساني، عمر وصفي عقيلي، ياسمين حلوي، قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية، مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 2001، 2007، ص ص 7-8.

وفي الحضارة الغربية قام المسئولون عن الكلية الملكية للأطباء في لندن عام (1518م)، بتوثيق فقرة تشير إلى أن إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة العريقة، ونفع الجمهور أي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى. وفي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني فرانس كليمسون مبادئ أساسية للجودة النوعية¹⁹.

لقد بدأ الاعتماد في الولايات المتحدة الأمريكية في الحرب العالمية الأولى، وكانت الممرضة البريطانية (Florence nightingale) أول من استخدم هذا المفهوم عند تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية، وذلك بإدخال معايير بسيطة إلى عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات. حيث اهتمت هذه الممرضة بالنظافة وقواعد التطهير والتبريد في الصحة العامة للمجتمع، وتعد أول من وضع قواعد التمريض الحديث وأسس التمريض، ووضعت مستويات للخدمات التمريضية والخدمات الإدارية في المستشفيات. وفي عام (1905م) تم وضع معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة. ومنذ الثلاثينيات من القرن الماضي أجريت دراسات عديدة ركزت على نتائج الرعاية الصحية في أمريكا وبريطانيا والدول الغربية، ومن أهمها استقصاءات عن عدد الوفيات لدى الأمهات والولادات، والوفيات جراء التخدير والجراحة، ومعدلات انتشار الأمراض. وقد امتدت هذه الدراسات إلى جميع أنحاء العالم، ونهضت مبادرات لمراجعة الأداء والانتفاع بالخدمات من خلال مراجعة تاريخية وتحليلية لجودة الرعاية الصحية²⁰، لكن تطبيق الجودة في مجال الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الثانية، حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية. وتم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية عام (1952م)، وفي عام (1970م) بدء العمل بالتدقيق الطبي، وظهر في مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية عام (1987م)²¹.

¹⁹ خالد بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، ط1، الرياض، جامعة الملك سعود، 2000، ص ص 110 - 112.

²⁰ Roger Ellis & Dorothy Whittington, " Quality Assurance in Health Care: A Handbook, Edward Arnold, London, 1993, Pp 10-12.

²¹ Gary, J, Mihalik, " A creditors Seek to Integrate Performance Management" Behavioral Health and Accreditation & Accountability Alert, Vol 6, Issue 5, May 2001, Pp 3-5.

من خلال ماسبق نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية هي الدولة التي خطت خطوات عديدة في هذا المجال، ولكن دولاً أخرى مثل : فرنسا، إسبانيا، إنكلترا، استراليا، وكندا قد أنشأت أيضاً نظم الاعتماد الخاصة بها. ويمكن تلخيص مراحل تطور نظام الاعتماد في النظم الصحية العالمية تاريخياً على النحو الآتي²² :

1. في عام 1917م، (الولايات المتحدة الأمريكية): قامت الجمعية الأمريكية للجراحين بتطوير برنامج معايير للمستشفيات، بوضع الحد الأدنى من المعايير الأولية للمستشفيات ووضع مفاهيم لحد أعلى من الجودة وحد أدنى من المخاطر ودليل لتحسين الجودة، وقد كان الهدف من ذلك هو ضمان الجودة الأفضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، ولم تتجاوز التوصيات أكثر من صفحة واحدة، هذه المعايير ركزت على عمل الجراحين (وجود الطاقم، التوافق مع الأطباء الداخليين، وجود ملف المريض، تنظيم المستشفى الذي يسمح بوضع وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصيين في هذا المجال). وبعد عام واحد في عام 1918م بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، وقد تم تدقيق 89 مستشفى من أصل 692 مستشفى وافقت على تطبيق هذه المعايير (بعدها الأدنى)، ومن ثم تم طبع دليل المعايير الأول في عام 1926م وقد احتوى على 18 صفحة.

2. في عام 1951م (في الولايات المتحدة أيضاً): تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAHO)، بمبادرة من جمعية الجراحين، وقد شكلت هذه المؤسسة لتضم كل المهن الطبية في المستشفى، كما أصبح برنامج الاعتماد أكبر وأكثر تعقيداً لقبول المؤسسة الصحية، وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية الأمريكية للمستشفيات وجمعية الأطباء الأمريكيين والجمعية الطبية الكندية إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكيل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAHO)²³*. وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به بشكل طوعي وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في 1952/12/6م.

²² عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سبق ذكره، ص ص 285-288.

²³ * (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) لمزيد من المعلومات

راجع الموقع الآتي : < <http://www.jointcommission.org> >.

وقد أنشأت اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية فرعاً أسمته اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد (JCI)^{24*}، ورسالة هذه اللجنة هي تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في العالم، من خلال تقديم ومراجعة خدمات الاعتماد، وحالياً أصبحت اللجنة المشتركة المؤسسة الأكبر التي تقدم خدمات الاعتماد في أمريكا، وهي تقدم خدماتها لأكثر من 20000 برنامج صحي من خلال عملية الاعتماد الطوعية، وتجدر الملاحظة بأن اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد هي أيضاً مؤسسة لا تهدف للربح.

3. في عام 1953م (في كندا): قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية (والتي تسمى حالياً بجمعية الرعاية الطبية الكندية)، والكلية الملكية للأطباء والجراحين، وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا، بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات (CCHA'S) بهدف تطوير برنامج اعتماد المستشفيات، وقد حققت هذه اللجنة أهدافها منذ عام 1958م بالتعاون مع المجلس الكندي لاعتماد المستشفيات، الذي أنشأ بغرض وضع المعايير للمستشفيات الكندية وتقييم تطبيقها. وكان برنامج الاعتماد طوعياً على مستوى وطني دون تدخل حكومي وبلغتين (الإنكليزية والفرنسية) وغير هادف للربح. وفي عام 1960م أنشئ المجلس الكندي للإعتماد في الخدمات الصحية (CCHSA) **، وهي مؤسسة خاصة غير هادفة للربح (وحتى هذا التاريخ كانت المؤسسات الصحية الكندية تعتمد من قبل (JCAHO).

4. في عام 1966م (في الولايات المتحدة الأمريكية): طلبت الحكومة من المستشفيات أن تأخذ على عاتقها تطبيق نظام التأمين للمواطنين باسم الرعاية الطبية (MEDICARE) والذي يتضمن تحقيق بعض مواصفات الجودة، وقد قبلت المستشفيات المعتمدة هذا النظام²⁶.

^{24*} (joint commission international). لمزيد من المعلومات راجع الموقع الآتي:
<<http://ar.jointcommissioninternational.org>>
^{**}(Canadian Centre for Health and Safety in Agriculture) لمزيد من الإطلاع متوفر على الموقع الآتي
<www.cchsa-ccssma.usask.ca> .

²⁶ للإطلاع أكثر راجع: عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - قسم علوم التسيير، 2007-2008، ص 155.

5. في عام 1974م في (أستراليا): شكّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية (ACHS)²⁷ بمنحة من مؤسسة (KELLOGG'S)، وهي مؤسسة خاصة غير حكومية لمساعدة المستشفيات والمؤسسات الصحية للحصول على الاعتماد، ويضم المجلس أعضاء من وزارة الصحة في أستراليا.
6. في عام 1981م (أسبانيا): أنشئ نظام اعتماد المستشفيات من قبل حكومة أسبانيا.
7. في عام 1991م (في نيوزيلندا): أنشئ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بعضوية عدة جهات (50% من وزارة الصحة، 40% من جمعية مجلس المستشفيات، 10% من جمعية المستشفيات الخاصة)، والمجلس مؤسسة خاصة غير حكومية، ولكن تكوينه الإداري يشير إلى مسؤولية ودور وزارة الصحة فيه.
8. في عام 1995م (كندا): بدأ التركيز على الزبائن من خلال برامج الاعتماد بدءاً من التركيز على معايير متلقي خدمات الرعاية الصحية المباشرة ومراكز معالجة السرطان، وقد ركزت هذه البرامج على الإجراءات التي تتبعها المؤسسات خلال تقديم خدمة رعاية المريض، وتم دمج فلسفة التحسين المستمر للجودة في مجال الرعاية والخدمة وتضمينها مع العمليات الأخرى، وصارت هذه المؤسسات مطالبة للبدء بتطوير مؤشرات الأداء واستخدامها، وكذلك أطلق برنامج اعتماد شامل (على مستوى الأقاليم) لخدمات الصحة وبدء اعتماد خدمات الرعاية الصحية المجتمعة وضعت مؤشرات الأداء حيث قام المجلس بانتقاء ستة مؤشرات أداء عامة وعمل مشروع اختبار ريادي لهذه المؤشرات.
9. في عام 1995م (إنكلترا): وضعت (KING'S FUND)²⁸ نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام 1987م وتعمل على تقييم المؤسسات منذ عام 1990م.
10. في عام 1996م (فرنسا): أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، هذا الاعتماد صار إلزامياً اعتباراً من عام 2001م.
11. في عام 1997م (إيطاليا): ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد حسب المناطق.

²⁷ * (Australian Council on Health care Standards) للإطلاع، متوفر على الموقع الآتي : <http://www.achs.org.au>.

²⁸ لمزيد من الإطلاع راجع الموقع الآتي : www.kingsfund.org.uk.

12. في عام 2001 م (منظمة الصحة العالمية (WHO)*²⁹): أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان عام 2000م.

13. المشروع العربي لتحسين جودة الخدمات الصحية (2008م):

إدراكاً للاحتياجات الصحية للمواطن العربي، تبنت جامعة الدول العربية المشروع العربي لتحسين جودة المؤسسات الصحية، لضمان تقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية وأمنة. حيث عرضت الأمانة العامة للجامعة المشروع على المجلس الاقتصادي والاجتماعي خلال اجتماعات المجلس في فبراير 2008م، ودعت الدول العربية إلى إنشاء هيئات وطنية للجودة واعتماد المؤسسات الصحية ومتابعة تنفيذ المشروع، وقد حصل هذا المشروع على موافقة المجلس بالإجماع. كما تم تحديد الأهداف الإستراتيجية لهذا المشروع على النحو التالي³⁰:

1. ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في الدول العربية.
2. تعميم برامج تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية في جميع المناطق الجغرافية في الوطن العربي.
3. تهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى المجتمعات العربية.
4. تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية في الوطن العربي وصولاً إلى تحقيق رضاهم.
5. التطوير المستمر للنظم الصحية في الوطن العربي لمواجهة التحديات والمتغيرات العالمية.
6. تنظيم ممارسة العمل الصحي في الوطن العربي.
7. بناء قدرات القوى العاملة في القطاع الصحي في مجال جودة الرعاية الصحية على جميع المستويات.
8. تحقيق التنسيق والتكامل في جميع المستويات التنظيمية داخل كافة هيكل القطاعات الصحية في الدول العربية.

²⁹ * (World Health Organizations).

³⁰ توفيق بن احمد خوجه وآخرون، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م، ص ص 12-13.

9. تحقيق التنسيق والتعاون وتبادل الخبرات بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الصحية

العربية في مجال جودة الرعاية الصحية.

وقد تم إعداد أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية ضمن الوثائق الهامة والمعتمدة في تفعيل وإرساء هذه الأهداف والتوجهات الإستراتيجية، حيث تواكب هذه الأداة أحدث المستجدات العالمية في هذا المجال، و تتوافق مع الطموحات والقدرات والإمكانيات العربية والوطنية، وجاري العمل على اعتماد المعايير العربية من قبل المنظمات والهيئات الدولية المتخصصة في الاعتماد مثل : (JCI, ISQUA*, JCAHO)³¹.

وعلى الرغم من وجود مشروع عربي موحد لتحسين جودة الخدمات الصحية، إلا أن العديد من الدول العربية كانت قد بدأت بإنشاء مجالس اعتماد وطنية خاصة بها، وكان الاعتماد فيها وفي بعض البلدان العربية الأخرى يتم من خلال (JCI) أو النظام الكندي أو الاسترالي، ويمكن استعراض تجربة بعض أهم الدول العربية في الاعتماد على النحو الآتي:

• المملكة العربية السعودية :

- بعض المستشفيات تسعى لتطبيق المعايير القومية السعودية، وهذه المعايير تم وضعها من قبل إدارة ضمان الجودة في وزارة الصحة التي تم إنشائها عام 1424هـ.

- بعض المستشفيات مثل (مستشفى الرفيع) معتمدة من (معايير منطقة مكة).

- مستشفيات أخرى مثل (مستشفى الملك فيصل بجدة) و 11 مستشفى أخرى تم اعتمادها من قبل (JCI).

- مستشفى (قوات الحرس) معتمدة من النظام الكندي.

***(International Society for Quality in Health Care)** الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية : هي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح، مهمتها تحسين جودة وأمان الرعاية الصحية حول العالم. ونظام الاعتماد الدولي من الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQUA) هو الوحيد الذي يقوم "باعتماد المعتمدين". ويقدم الاعتراف الدولي للمؤسسات المعتمدة التي تطبق فيها المعايير الدولية المعتمدة. وهي تمثل شراكة بين منظمة الصحة العالمية (WHO) واللجنة المشتركة (JCAHO) واللجنة المشتركة الدولية (JCI). لمزيد من الإطلاع يراجع الموقع الآتي : > <http://www.isqua.org>. راجع أيضا <<http://ar.jointcommissioninternational.org/enar/About-JCI>>.

³¹ توفيق خوجه وآخرون، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 13-22.

• مصر:

- يوجد نظام اعتماد محلي يتم تجريبه في بعض المستشفيات، حيث وضعت الهيئة المصرية لاعتماد وحدات الرعاية الصحية المعايير الخاصة بها لاعتماد المؤسسات المصرية وقد تم اعتمادها من الهيئة الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQUA) في يوليو 2007م³².

- مستشفى دار الفؤاد معتمدة من الـ (JCI).

- بعض المستشفيات الأخرى تسعى للاعتماد من الـ (JCI).

• البحرين:

- وزير الصحة وقع اتفاقية مع المجلس الكندي لاعتماد الخدمات الصحية.

- (المستشفى الأمريكي) معتمد من قبل النظام الاسترالي .

• الأردن

- يوجد نظام اعتماد محلي، حيث تم تطوير معايير وطنية لاعتماد المستشفيات عام 2005م وبدء مشروع تجريبي لاعتماد المستشفيات يضم (24) مستشفى يمثل كافة القطاعات (حكومية وخدمات طبية ملكية، والمستشفيات التعليمية، والقطاع الخاص)، وفي عام 2007م تم اعتمادها من الهيئة الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQUA)، وتم تسجيل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الأردنية (HCAC)*³³، وهو منظمة لا تهدف إلى تحقيق الربح.

- بعض المستشفيات تتبع النظام الكندي.

- مستشفيات أخرى مثل: (مركز الملك حسين للسرطان) معتمدة من قبل (JCI).

• اليمن:

- أنشأت إدارة الجودة في عام 2000م، وفي عام 2010م قامت هذه الإدارة بتشكيل فريق للاعتماد، بحيث يقوم هذا الفريق بالنزول الميداني إلى المستشفيات الحكومية والخاصة

³² جمهورية مصر العربية، معايير اعتماد المستشفيات، الهيئة المصرية لاعتماد وحدات الرعاية الصحية، 2010، ص 3.

³³ (Health Care Accreditation Council)* للإطلاع انظر: المملكة الأردنية الهاشمية، خطوة رائدة نحو التميز، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC)، 2009م، ص 11.

من أجل تدريب العاملين فيها وتعريفهم بمعايير أداة الاعتماد العربية وكيفية تطبيقها.

- المستشفى السعودي الألماني معتمد من قبل (JCI).
- مستشفى 48 النموذجي ومستشفى الصداقة اليمني الصيني ومستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا تطبق معايير (JCI) وتعمل جاهدة للحصول على شهادة الاعتماد الدولي منها.

من خلال ما سبق نجد إن الأردن والمملكة العربية السعودية وجمهورية مصر العربية كانت من الدول العربية السبّاقة في هذا المجال، حيث قامت بإنشاء مجالس اعتماد وطنية، لها معاييرها الخاصة التي تتلاءم مع بيئتها بمختلف جوانبها (السياسية والاجتماعية والدينية... الخ)، وقد حققت هذه الدول تقدماً ملحوظاً في السياحة العلاجية على المستوى الإقليمي.

المبحث الثاني

أهداف نظام الاعتماد والأطراف المستفيدة منه

بعد أن تم تسليط الضوء على مفهوم نظام الاعتماد ومراحل تطوره في المبحث السابق، يأتي هذا المبحث ليسلط الضوء على أهمية هذا النظام في تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية، من خلال استعراض أهم أهدافه والأطراف المستفيدة منه، من خلال المطلبين التاليين:

المطلب الأول

أهداف نظام الاعتماد والغاية منه

لقد صمم نظام الاعتماد من أجل تحقيق جملة من الأهداف والغايات، يمكن تلخيصها في الآتي:
أولاً: أهداف نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية: يسعى نظام الاعتماد إلى تحقيق جملة من الأهداف أهمها مايلي³⁴:

1. تحسين النظم الصحية: يسعى نظام الاعتماد إلى إدماج المستشفيات وإشراكها كموّكّن فعّال في شبكة الرعاية الصحية الوطنية والإقليمية والعالمية.
2. التحسين المطّرد للجودة: يساعد نظام الاعتماد في إحداث تغييرات في الممارسة، ويحسن من جودة الرعاية المقّمة للمرضى.
3. اتّخاذ القرارات المبنية على الأسس العلمية: يوفر نظام الاعتماد معطيات حول جودة الرعاية الصحية، تساعد متخذي القرارات (المسيرين)، وراسمي السياسات، والأطباء وترشدهم أثناء اتخاذ قراراتهم.

³⁴ REGIONAL COMMITTEE FOR THE, EM/RC50/Tech.Disc.1, EASTERN MEDITERRANEAN, August 2003, Fiftieth Session, Agenda item7, TECHNICAL DISCUSSIONS ACCREDITATION OF HOSPITALS AND MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS–CHALLENGES AND FUTURE DIRECTIONS, A HOSPITALS, pp7-8.

4. تحسين القابلية للمساءلة والتنظيم: يساعد نظام الاعتماد على جعل مؤسسات الرعاية الصحية قابلة للمساءلة أمام الهيئات القانونية والمهنية، وجماعات المرضى، والمجتمع عموماً، ويساهم بدرجة كبيرة في تنظيم سلوكياتها، ويوفر حمايةً كبيرة لمصالح المرضى من مختلف الجوانب، كما يوفر الاعتماد حماية لمقدمي الخدمة ويحد من الوقوع في الأخطاء الطبية.

ثانياً : الغاية من نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية : تسعى المؤسسات الصحية من خلال تبنيها تطبيق نظام الاعتماد إلى تحقيق الغايات الآتية³⁵:

1. تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال غايات وأهداف محددة، ترتبط بالوصول إلى الالتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقاً والتي تتميز بأنها معايير طموحة، إلا إنها قابلة للتحقيق.
2. يشجع نظام الاعتماد على تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة.
3. إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الالتزام بكل معيار، الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين حتى يصبح التحسين المستمر جزء من ثقافة المؤسسات الصحية.
4. تقليل الأنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص والعلاج، وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات العلاج بالخارج.
5. توفير فرص تعليمية واستشارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيق نظمها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة.
6. استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم.

³⁵ المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 45.

7. تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرههم والعاملين في المستشفيات والمراكز الصحية، مثل : إمكانية حدوث العدوى أو الإصابات الناتجة عن الجراحات الخاطئة أو حوادث الخطأ في نقل الدم أو العلاج الخاطيء.

وعلى الرغم من الأهداف والغايات التي يحققها نظام الاعتماد فقد يري البعض أن الحصول على التراخيص كافياً ، وأنه لا داعي للإنفاق على عمليات تحسين جودة الخدمات الصحية بهدف الارتقاء إلى مستوى الاعتماد، ولهم في ذلك أسباب يمكن تلخيصها فيما يلي³⁶:

1. التراخيص إجبارية ولا يمكن العمل بدونها وأي إنفاق متعلق بها لا يمكن تجنبه.
2. معايير التراخيص كافية وتؤدي الغرض ولا داعي لإنفاق مزيد من الوقت والجهد والمال للسعي وراء معايير أعلى للجودة.
3. ليس هناك ضغطاً من قبل الحكومة أو المجتمع أو شركات التأمين الصحي للحصول على مستوى أعلى من الجودة.
4. الإقبال على المستشفى أو المركز الطبي لا تحدده الجودة نظراً لموقعها الجغرافي أو كونها المستشفى الوحيد الذي يقدم هذا النوع من الخدمة أو لان المنتفع ليس لديه خيار آخر، كون المستشفى الحكومي أو متعاقد مع هيئات التأمين .
5. المستشفى أو المركز الطبي يحظى بسمعة طيبة نظراً لأنه مستشفى تعليمي تابع لجامعة مرموقة أو أن أساتذة مشهورين يعملون به أو أنه موجود ومعروف منذ عشرات السنين.
6. ليس بإمكان المؤسسات الصحية في الدول النامية الإنفاق على تحسين الجودة كما تنفق المؤسسات في الدول الغربية، حيث أن تكلفة العلاج في هذا الدول عالية والإنفاق الصحي أكبر بكثير من الدول النامية، الأمر الذي يجعلهم يفكرون في التحسين المستمر وتطبيق معايير الاعتماد .
7. المواطن العادي في الدول النامية لا يستطيع دفع تكلفة الخدمة الطبية عالية الجودة، فهو يفضل الحد الأدنى لهذه الجودة مع تكلفة اقل تتناسب مع إمكانياته.

³⁶ المملكة الأردنية الهاشمية، اعتماد المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص9.

8. خبراء الجودة في مجال الصحة غير متوفرين بكثرة وان وجدوا فأن تكلفتهم تكون عالية.
9. مقدمي الخدمة في المؤسسة الصحية ليس لديهم الوقت الكافي للجلوس في فرق تحسين الجودة أو العمل على تطبيق المعايير، حيث أن الأطباء الكبار يعملون في أكثر من مستشفى ولا يمكن لهم المشاركة في هذه الأعمال التي ليست ذات أولوية بالنسبة لكثير منهم.
10. ليس هناك مؤسسة اعتماد وطنية أو مجلس اعتماد عربي يمكن اللجوء إليه، والهيئات الدولية للاعتماد باهظة التكاليف، والوصول إلى مرحلة الالتزام في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية الحالية أمر يصعب تحقيقه.
- تتجمع هذه الأسباب العشرة أو قد تزيد في بعض الأحيان لكي تدفع بصاحب القرار بالإبقاء على الحال كما هو عليه، غير أنه على الطرف الآخر يجلس مع من ينادي بعملية التحسين المستمر والتطوير ويرى في الحصول على شهادة الاعتماد أفضل الطرق لتحقيق الجودة العالمية في تقديم الخدمة الصحيحة. وفي هذا الشأن يتفق الباحث مع [توفيق خوجه] الذي يرى بأن " نظام الاعتماد يعد من أقوى النظم والأساليب التي تضمن جودة الأداء، عبر منظومة متقدمة من المعايير والإجراءات تكفل تحسين العائد من الخدمة والتطوير المستمر لجودتها، وضمان سلامة المريض ومنع الأخطاء الطبية، كما أن توفير الجودة في المرافق الصحية يخفض ما قد يصل إلى 30% من المصروفات التشغيلية عن طريق التحول من مسار علاج الأخطاء إلى منع الأخطاء من الحدوث"³⁷.

ثالثاً: أسباب ودوافع التبني الطوعي لتطبيق معايير نظام الاعتماد:

يمكن تلخيص الأسباب التي تشجع صناع القرار في المؤسسات الصحية بالمضي قدماً في تطبيق معايير الاعتماد و الحصول على شهادة الاعتماد في النقاط الآتية³⁸:

³⁷ اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009م، ص11.

³⁸ المملكة الأردنية الهاشمية، اعتماد المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص ص11-12.

1. طريق الاعتماد هو طريق التحسين المستمر للجودة، حيث تعتبر معايير الاعتماد أكثر طموحا ولكنها قابلة للتحقيق، ولأن العالم يتجه بسرعة إلى التحسين المستمر في الأداء والجودة، فإن الشركات والمؤسسات تضمن بقائها واستمرارها في السوق من خلال تطبيق معايير الاعتماد والحصول على شهادة الاعتماد الدولية.
2. التنافس واقتصاديات السوق أصبحت لغة معروفة للجميع، فالخدمات لم تعد حكراً على احد، وأصبح القطاع الخاص منافساً قوياً للقطاع الحكومي في الخدمات الصحية، وهناك استثمارات ضخمة في مجالات الطب والصيدلة، وقد ساهمت التكنولوجيا في تحسين فرص التشخيص والعلاج، وان لم يتم توافرها محلياً، فسوف يسعى المواطن إلى الحصول عليها خارج حدود بلاده.
3. تحسين نتائج جودة الرعاية الصحية يؤدي إلى تحسين نتائج التشخيص والعلاج، الأمر الذي يؤدي إلى تحقيق حماية أكبر لصحة وحياة المواطنين، ولهذا أصبح لزاماً على الحكومات والمستثمرين في مجال الصحة تقديم أفضل الموجود في عالم اليوم لخدمة المواطنين، خاصة أن الأمر يتعلق بصحتهم وحياتهم.
4. التحسين المستمر عن طريق التطبيق الحديث المبني على الدليل العلمي في مهنة الطب والتمريض والصيدلة يعتبر في صميم المهنة، وأي تفريط في تحديث المهنة واتباع أفضل الأساليب يعتبر تفريطاً في حق المريض.
5. لقد تبين أن كل معايير الاعتماد تؤدي إلى تحسين الجودة إذا نفذت بطريقة صحيحة ومتكاملة ومستمرة، الأمر الذي سيعود بالنفع على المؤسسة الصحية والمرضى وأسرهـم والعاملين وعلى المجتمع ككل.
6. الاعتماد شهادة يفتخر بها العاملون لأنهم جميعاً شاركوا في تحقيقها، الأمر الذي يخلق انتماء للمؤسسات ويقلل نسبة الفاقد من العاملين، ويجتذب أفضل العناصر للعمل، وهذا له يترك إيجابياً على سمعة المؤسسة ويزيد من مصداقيتها في المجتمع.
7. مع النظام العالمي الجديد في الاقتصاد وفتح الحدود أمام الاستثمارات الدولية، يمكن للمؤسسات الصحية العالمية أن تفتح فروعاً لها في البلاد العربية وبسمعتها المعروفة، وبتطبيقها لمعايير الجودة سوف تجتذب المرضى والعاملين، الأمر الذي يهدد بقاء المؤسسات الصحية الوطنية.

8. أتاحت شبكة الانترنت للمواطن العادي فرصة الإطلاع على ما يحدث في العالم من تقدم، وأصبح من السهل المقارنة بين المؤسسات الخدمية والحصول على أفضل الخدمات بأقل الأسعار، فلم يعد صعباً على المواطنين مغادرة البلاد للحصول على خدمة طبية أفضل خارج الحدود.

9. مع التقدم العلمي الهائل أصبح بقاء الحال كما هو عليه مستحيلاً بل يعتبر تأخراً، ولهذا فإن الضمان الوحيد للبقاء والاستمرار هو التحسين المستمر حتى يمكن اللحاق بركب التكنولوجيا المتقدمة في التشخيص والعلاج، والاستفادة من خبرات الآخرين في تقديم خدمات أفضل لإرضاء المريض وأسرته، وبذلك تنمو الثقة بين المجتمع ومؤسساته الصحية.

رابعاً: الأطراف المستفيدة من تطبيق نظام الاعتماد: يؤدي الالتزام بتطبيق معايير نظام الاعتماد إلى تحقيق جملة من الفوائد لعدة جهات يمكن توضيحها على النحو الآتي³⁹ :

1. الفوائد التي تتحقق للمجتمع والدولة، وتتمثل في الآتي :

- أ. يعتبر الاعتماد ركن من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر على ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة.
- ب. تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرض، ويعيد ثقة المجتمع بالمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية له.
- ج. يعتبر نظام الاعتماد نظاماً عادلاً وموضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل.

2. الفوائد التي تجنيها المؤسسات الصحية، وتتمثل في الآتي :

- أ. يعتبر تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية المعترف بها دولياً .
- ب. الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد.

³⁹ المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، مرجع سبق ذكره، ص ص 3-4.

ج. يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الحكومي، إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات، مما يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.

د. زيادة فرص المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة. حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل، مما يزيد فرص الاستمرار في العمل ويقلل نفقات البحث عن موظفين جدد.

هـ. تقليل النفقات على المدى الطويل، مثل :

- تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
- تقليل إمكانية حدوث مخاطر مثل : الحريق والتماس الكهربائي والعدوى.
- تقليل نفقات التأمين ضد أخطاء المهنة.
- تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات.
- توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص.

و. زيادة الدخل من خلال :

- زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين.
- زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
- زيادة فرص المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الصحي.

3. الفوائد التي يحصل عليها المستفيد من الخدمة (المريض)، وتتمثل في الآتي :

أ. استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً .

ب. زيادة فرصة المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات.

ج. تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى، مثل: التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق.

- د. تقليل النفقات، حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء، مع توفير في الوقت الذي يقضيه خارج عملة في مرحلة العلاج.
- هـ. احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم نفس الخدمة.
- و. يكتسب نظام الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة، كلما أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.
- وبصورة عامة فإن نظام الاعتماد مصمم لإنشاء ثقافة السلامة والجودة داخل مؤسسات القطاع الصحي التي تسعى إلى تحسين نتائج خدماتها الموجهة لرعاية المرضى باستمرار، وعند تبني الدولة لتطبيق هذا النظام في قطاع خدماتها الصحية فإنها ستجني الفوائد الآتية⁴⁰:
- أ. تحسن الثقة بالقطاع الصحي الوطني وتؤكد بأنه مهتم بسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمجتمع.
- ب. توفر بيئة عمل تتسم بالسلامة والكفاءة وتساهم في زيادة مستوى رضا العاملين.
- ج. يمكن الجهة المسؤولة عن إدارة النظام الصحي الوطني من التفاوض مع مقدمي الرعاية الصحية بشأن الدفع بالبيانات الخاصة بجودة الرعاية الصحية المقدمة من قبلهم.
- د. تتيح الفرصة للاستماع للمرضى وعائلاتهم، وتحترم حقوقهم، وتشركهم في عملية الرعاية كشركاء.
- هـ. تنشئ ثقافة منفتحة على التعلم من التقارير التي تقدم في الوقت المناسب عن الأحداث غير المتوقعة والمخاوف بشأن السلامة.
- و. تنشئ قيادة متعاونة تضع أولويات الجودة وسلامة المرضى في كل المستويات، وتقود عملية التحسين المستمر بصورة دائمة.

⁴⁰ JOINT COMMISSION INTER NATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, 3rd Edition (2008), By Joint Commission Inter National, p7.

المطلب الثاني

متطلبات نظام الاعتماد ومعايير

يتكون نظام الاعتماد من مجموعة من المعايير المتفق عليها دولياً في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية، والتي تم الوصول إليها نتيجة البحوث المستمرة لتحسين وتطوير الأداء وبحوث العمليات والبحوث الإكلينيكية والتكنولوجيا الطبية وبحوث السلامة والصحة المهنية. حيث يتفق الخبراء المتخصصين على قبول المعيار الذي تتوافر فيه الصفات الأساسية، مثل : أنه قابل للتطبيق ويحقق الفائدة القصوى ويمكن قياسه ويؤدي إلى تحسين مستمر في الأداء، وإعطاء تصور واضح عن هذا النظام والمعايير التي يقوم عليها فقد خصص هذا المطلب للتعريف بمتطلبات ومعايير نظام الاعتماد وتصنيفها على النحو الآتي:

أولاً : متطلبات نظام الاعتماد:

تختار الدول والنظم الصحية نظام الاعتماد كوسيلة للتحسين المستمر في الأداء في المؤسسات الصحية، وضماناً لجودة هذه الخدمات، وحماية للمواطن وزيادة لفرص تحسين نتائج التشخيص والعلاج، وتسعى المؤسسات الصحية في الحصول على الاعتماد حتى يتم الاعتراف بها كمؤسسات تتبنى فلسفة ونظم الجودة وتطبيقها في خدمة المرضى والمستفيدين من الخدمات، الأمر الذي يضعها في مكانة مرموقة في المجتمع، ولكي تكتسب المؤسسات الصحية الثقة في نظام الاعتماد داخل الدولة؛ يجب على هذا النظام أن يوفر متطلبات النجاح الأساسية لنظم الاعتماد، وفيما يلي عرض سريع لهذه المتطلبات التي تم الاتفاق عليها بعد فحص العديد من نظم الاعتماد في العالم ودراسة أسباب النجاح وأسباب الفشل في تلك النظم⁴¹:

1. تحديد رسالة وفلسفة نظام الاعتماد: من أهم سمات نظام الاعتماد الناجح هو تحديد رسالة هذا النظام والفلسفة التي يقوم عليها، الأمر الذي ينعكس على الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد وسلطتها والتشريعات الخاصة بها والنظام الداخلي ونوعية العاملين وطبيعة التمويل وطريقة إجراء المسوح وإصدار التقارير النهائية وشهادات الاعتماد.

⁴¹ المملكة الأردنية الهاشمية، دليل الجودة في الخدمات الطبية الملكية، الخدمات الطبية الملكية، ص ص

2. **نشر معايير الأداء:** تعتبر معايير الأداء الناجح أهم مكونات نظام الاعتماد، لذلك لا بد من نشرها وتعريف العاملين والمؤسسات بها لكي يتمكنوا من مقارنة أدائها الحالي بها، وتطبيقها بالطريقة الصحيحة وبأقل التكاليف.
3. **نظام إداري قوي:** يضمن الصرامة والجدية في التطبيق مما يسهل إجراء المسموحات بطريقة صحيحة وفاعلة بما في ذلك اختيار أعضاء فرق الاعتماد وتدريبهم وأسلوب تقديم طلبات الاعتماد وجدولة زيارات المؤسسات الصحية، وطريقة إجراء المسح والتقييم وطريقة حساب درجة الالتزام بالمعايير وكذلك تحليل النتائج وإصدار التقرير النهائي.
4. **قاعدة المعلومات:** يعتبر إنشاء قاعدة المعلومات بالنسبة إلى هيئة الاعتماد بمثابة الذاكرة التي تتجمع فيها نتائج تحليل البيانات، الأمر الذي يسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية فيما بينهما، وكذلك مقارنة المؤشرات المطبقة بالمؤشرات الدولية ومعرفة مواطن القوة والضعف في أداء المؤسسات الصحية واستخلاص الدروس من الممارسات الطبية، وإجراء بحوث لتحسين الأداء في الخدمات الصحية، وكذلك وضع التوصيات والاقتراحات لعمليات التحسين في المؤسسات التي تسعى للحصول على الاعتماد .
5. **الاستقلال المالي والقدرة على الاستمرارية:** تعتمد استمرارية هيئة الاعتماد وقدرتها في الاحتفاظ باستقلاليتها في اتخاذ القرار؛ على قدرتها المالية والإدارية، ولهذا يجب عند إنشاء الهيئة توافر كل الإمكانيات التي تضمن لها البقاء ووضع نظام مالي وأداري يحقق لها الاستقلالية، كما يجب الأخذ بالاعتبار عند وضع الميزانيات عمليات تطوير المعايير واللجان العلمية المتخصصة ونفقات تعليم وتدريب فرق الاعتماد والإصدارات العلمية وتكلفة الموقع على الانترنت وتكلفة الاتصال بالجمهور والرد على تساؤلاتهم.
6. **القدرة على الاتصال بالجمهور وتوفير المعلومات الصحيحة:** بما أن الهدف الرئيسي لعمليات الاعتماد هو الارتقاء بصحة المواطنين وحمايتهم من الممارسات الخاطئة والتأكد من جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، لذا لا بد أن يكون لدى هيئة الاعتماد وسائل الاتصال الفعالة بالجمهور والقدرة على الرد على تساؤلاتهم بما لا يضر بمصلحة المؤسسات الصحية، مع الالتزام بالحيادية الكاملة والموضوعية التامة في طرح الحقائق وكلما زادت ثقة الجمهور في هيئة الاعتماد كلما زادت مصداقيتها والاحتياج لها من قبل المؤسسات الصحية المتنافسة التي تسعى لكسب ثقة المواطنين .

ثانياً: تصنيف معايير نظام الاعتماد:

تختلف الطرق المتبعة في تصنيف المعايير من نظام صحي إلى آخر، إلا أن هناك معايير متفق على ضرورتها عالمياً ويجب الالتزام بها في أي نظام اعتماد، هذه المعايير يمكن تصنيفها بطريقتين على النحو الآتي⁴²:

1. التصنيف المهني (التصنيف على أساس الوظائف):

يتم تطوير معايير الاعتماد بصورة مستمرة بهدف توحيد الممارسات الطبية وفقاً لأخر التطورات في هذا المجال، من أجل تحسين نوعية وجودة هذه الخدمات، من خلال التأكد من معرفة وإلمام العاملين الصحيين بالممارسات الطبية الصحيحة والية تنفيذها بصورة صحيحة أيضاً، ويمكن تصنيف هذه المعايير إلى مجموعتين على النحو الآتي⁴³:

أ. المجموعة المتعلقة بحقوق المرضى وعائلاتهم: لكل شخص احتياجاته ومعتقداته وحقوقه التي كفلها القانون، ولهذا تقع على عاتق الكوادر الطبية العاملة في المؤسسة الصحية مسئولية محاولة فهم طبيعة المريض والتجاوب معه بطريقة مناسبة، وعلى الرغم من وجود ثقة من طرف المرضى وعائلاتهم بالمؤسسة الصحية والعاملين فيها؛ إلا أن نتائج الرعاية الصحية وقناعة المرضى وعائلاتهم سوف تزداد عند تزويدهم بالمعلومات الضرورية الكافية لإشراكهم في عملية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية⁴⁴، وقد شددت جميع القوانين الطبية المعروفة على أهمية الحفاظ على سرية المعلومات الطبية⁴⁵، لذا وضعت مجموعة من المعايير التي تركز على الطريقة التي يتم بواسطتها مراعاة حقوق المرضى وعائلاتهم داخل المؤسسة الصحية، كما تم وضع معايير توضح كيفية تقديم الرعاية بأسلوب منصف مع مراعاة نظام تقديم الرعاية واليات التمويل... الخ، ويمكن تلخيص أهم الجوانب التي يتم التركيز عليها عند وضع المعايير المتعلقة بحقوق المرضى وعائلاتهم في النقاط الآتية:

⁴² المملكة الأردنية الهاشمية، اعتماد المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 14.

⁴³ المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 46.

⁴⁴ وفاء نايل عطاء الله كرادشة، تحقيق الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد

الله، رسالة ماجستير، الأردن، جامعة المستقبل، 2012، ص 39.

⁴⁵ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، ط 1، عمان-الأردن، إثراء للنشر والتوزيع، 2008م، ص 103.

- سهولة الوصول إلى الخدمة واستمراريتها.
- كيفية تقييم حالة المريض.
- كيفية تقديم الرعاية الطبية والتمريضية للمريض.
- حقوق المريض والأسرة.
- تقديم المعلومات وتثقيف المريض وأسرته.

ب. المجموعة المتعلقة بإدارة وقيادة المؤسسة الصحية: يواجه الأطباء والإداريون تحديات يومية من أجل تحسين جودة الرعاية الصحية، ومواكبة التقدم التكنولوجي والمعرفي والوفاء بحاجات المجتمع التي هي في تطور دائم أيضاً، ويعد الحد من حالات الضرر الناتج عن العدوى إنشاء تقديم الرعاية الصحية من أصعب تلك التحديات، لذا فإن الالتزام بالممارسات الجيدة هو أمر حاسم لإبقاء المرضى آمنين من جهة، وضروري للتحكم بكلفة الرعاية من جهة أخرى، ولا شك في أن منع العدوى والسيطرة عليها يحقق أقصى قدر من نتائج الرضا ويقدم خدمات صحية ذات جودة عالية، لذا كان لابد من وضع وتطوير معايير خاصة بإدارة وقيادة المؤسسة تتعلق بالجوانب الآتية:

- مجلس الإدارة - مجلس الأمناء - كيفية القيادة والتوجيه والمسئوليات داخل المؤسسة الصحية.

- التحسين المستمر في الأداء والجودة: إن الهدف من وجود معايير للجودة هو العمل على توفير التميز في الرعاية الصحية والعمليات الإدارية، وهذا يعد أولوية مؤسسية للنظم الصحية، كما إن متطلبات الجودة في المؤسسة الصحية هي معايير للمعاملة التي ينتج عنها مزايا مؤكده عند تطبيقها على المرضى، وتحقق رضاهم وتفي باحتياجاتهم وتوقعاتهم من المؤسسة الصحية، لذا يجب على المؤسسة الصحية أن تقوم بتقييم أدائها باستمرار⁴⁶، ومقارنته مع المؤسسات الأخرى الرائدة في هذا المجال، وهذا التقييم ينبغي أن يكون مخططاً ومتواصلًا، ويجب أن يركز على النظم والعمليات ولا يقتصر على الأداء الفردي، وعلى قيادة المؤسسة أن تستخدم المعلومات الذي يوفرها هذا النوع من التقييم من أجل تحديد نقاط القوة

⁴⁶ احمد الكردي [على الخط]، قياس جودة الرعاية الصحية، 2011، للإطلاع أكثر متوفر على الموقع التالي: <<http://kenanonlin.com/users/Ahmedkordy/poste/156677>> تم التصفح في (15 مارس 2013، سا 12).

والضعف في المؤسسة، ومن خلاله تحدد قيادة المؤسسة طرق التحسين المستمر لجودة خدماتها، وخيارات الحلول المناسبة لمعالجة نقاط الضعف والمشاكل التي تعاني منها المؤسسة.

- إجراءات السلامة للمرضى والعاملين والتحكم في انتشار العدوى: الهدف الرئيسي من هذه المعايير هو توفير إطار عمل يستخدمه مقدمو الرعاية الصحية في منع وتقليل حدوث العدوى؛ بغية تحقيق أقصى قدر من السلامة وجودة الرعاية الصحية أثناء تقديم أي خدمة من خدمات المؤسسة الصحية، ولا يتم ذلك إلا من خلال المنع والسيطرة على العدوى التي قد يتلقاها المرضى والموظفين والزوار أثناء تواجدهم في المستشفى، بالإضافة إلى توفير التعقيم الآمن للمعدات واللوازم، وحماية صحة العاملين⁴⁷.

- إدارة شؤون المنشأة الصحية من حيث المباني والأجهزة ومواجهة الإخطار.

- إجراءات تعيين العاملين وبرامج إعدادهم والتعليم المستمر والتراخيص الطبية للأطباء والمرمضات والفئات الفنية المساعدة، وبما أن أهم مورد لأي مؤسسة هو المورد البشري، فلا بد أن تركز المؤسسة الصحية على تطوير مهارات موظفيها بصورة دائمة لمواكبة التطورات المتسارعة في كافة المجالات الطبية والتكنولوجية، من أجل بناء وتطوير قدراتهم ومساعدتهم على أداء مهامهم وتحقيق أهدافهم وأهداف المؤسسة وتلبية احتياجات المرضى بكفاءة وفاعلية، وهذا يتطلب قيام قيادة المؤسسة بتحديد الاحتياجات التعليمية والتدريبية بصورة مستمرة، ومن ثم توفير فرص التعلم والتطور الشخصي والمعرفي والمهني للعاملين⁴⁸، حيث يعد تدريب وتنقيب العاملين أحد أهم متطلبات تحقيق الجودة الشاملة والتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية.

- السجلات الطبية وإدارة المعلومات: إن نظام الرعاية الصحية هو عملية في غاية التعقيد، ويحتاج إلى التعاون الكامل بين جميع الأقسام والعاملين، لأن الخدمة الصحية هي خدمة تكاملية وتعتمد بدرجة كبيرة على المعلومات المتبادلة والتعاون والعمل بروح الفريق الواحد، وتعد السجلات الطبية ونظام المعلومات الصحي هي المصدر الأساسي للمعلومات، وهي

⁴⁷ للإطلاع أكثر انظر: المملكة الأردنية الهاشمية، معايير اعتماد المستشفيات، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، ط2، 2009.

⁴⁸ خضير كاضم حمود، إدارة الجودة الشاملة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007، ص 115.

إحدى الأدوات الهامة التي تساعد على التعاون والتنسيق والتكامل في تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية في الوقت والمكان المناسبين، حيث يعتمد الأطباء في اتخاذ أفضل خيارات العلاج المتاح لمرضاهم على المعلومات التي توفرها السجلات الطبية ونظام المعلومات الصحي. لذا يتوجب على قيادة المؤسسة الصحية وضع وتطوير خطة تلبى احتياجات الإدارة العليا (الفنية والإدارية) من المعلومات الصحيحة، كما ينبغي أن يكون هناك سياسات تحدد الإجراءات الخاصة بالجودة في السجلات الطبية وقواعد البيانات الخاصة بالمؤسسة، لكي تكون مرجعاً يعكس مدى التقدم في تحقيق متطلبات الجودة ومدى فعالية النظام المعمول به في المؤسسة⁴⁹.

2. تصنف المعايير إلى مدخلات وعمليات ومخرجات :

صنفت المعايير إلى مدخلات وعمليات ومخرجات للنظام الصحي على النحو الآتي⁵⁰ :

أ. معايير المدخلات (الهيكل): وتشمل على سبيل المثال: الموارد البشرية، تصميم المباني، الأجهزة الطبية، وغير الطبية، المستلزمات وتوافرها.

ب. معايير العمليات: وتشمل على سبيل المثال العمليات الخاصة بتقييم حالة المريض وتقديم الخدمات العلاجية، وعمليات التنقيف الصحي وتعليم المريض والأسرة، عمليات تقديم الأدوية، عمليات صيانة الأجهزة الطبية، عمليات الإدارة والإشراف على العاملين وتدرج تحت هذه المجموعة الأدلة الطبية الخاصة بالنواحي الإكلينيكية في التشخيص والعلاج.

ج. معايير المخرجات (النتائج): مثل: معدلات الوفيات والمضاعفات، ومعدلات نجاح العمليات الجراحية دون حدوث عدوى، الولادات دون إصابات للام أو الطفل، معدلات استخدام المضادات الحيوية بطريقة صحيحة، معدلات إتباع بروتوكولات العلاج للأمراض الخطرة بصورة صحيحة، وكذلك مدى قناعة المستفيد بالخدمة.

⁴⁹ خضير كاضم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، ط3، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010، ص

117.

⁵⁰ المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، مرجع سبق ذكره، ص ص 14-15.

ثالثاً: خطوات تنفيذ عملية الاعتماد:

- تنفذ عملية الاعتماد من خلال عدة مراحل وخطوات يمكن توضيحها على النحو الآتي⁵¹:
- أ. على الصعيد الوطني: تتمثل خطوات تنفيذ عملية الاعتماد على الصعيد الوطني والصعيد المحلي فيما يلي:
- توجيه السلطات الوطنية في وزارة الصحة وسائر الأطراف صاحبة الشأن حول مفهوم الاعتماد ومنهجيته، وفوائده، والنتائج المتوقعة من تطبيقه.
 - الشروع في تنفيذ عملية الاعتماد، بإنشاء لجنة وطنية ظرفية (مؤقتة) للاعتماد تقوم بتشكيلها وزارة الصحة.
 - عرض دليل إجراءات الاعتماد على اللجنة الوطنية المؤقتة.
 - اتصال اللجنة الوطنية المؤقتة بالقيادات الوطنية.
 - مراجعة اللجنة لمسودة الدليل وتكييفها له.
 - عقد حلقة دراسية وطنية أولى عن اعتماد المستشفيات تتناول موضوع توثيق المعايير وبيانات الأداء (المؤشرات الكيفية).
 - تحديد الموارد المتاحة والأنشطة الجارية في ما يتعلق بالاعتماد وتحسين الجودة، في شتى أرجاء البلد، من قِبل اللجنة الوطنية المؤقتة.
 - انتقاء بعض المستشفيات العامة والخاصة، والكبيرة والصغيرة، من أجل اعتمادها كخطوة أولى لتكون قدوة للبقية.
 - عقد حلقة دراسية وطنية ثانية عن اعتماد المستشفيات، تتناول موضوع (عرض تجربة الاعتماد في المستشفيات المختارة).
 - إنشاء لجنة اعتماد وطنية دائمة متعددة المؤسسات، تمثل مقدّمي الرعاية الصحية، والمنظمات المستقلة أو شبه الحكومية، والجامعات، وشركات التأمين وممثلي المجتمع.
 - إعادة صياغة بعض المعايير والمؤشرات بناء على نتائج تجربة المستشفيات المختارة.
 - عقد دورة تدريبية رسمية أولية للمقيمين (المعانيين).

⁵¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي - التحديات والتوجهات المستقبلية، الدورة الخمسون، القاهرة، 9/29-2003/10/2م، <http://www.emro.who.int/arabic/RC50/DocTech1a.htm>.

نقلا عن: كمال بوصافي، مريزق عدمان مرجع سبق ذكره، ص ص 6-7.

ب. على المستوى المحلي (المستشفى):

- الاتصال بقيادة المستشفى.
- تشكيل لجنة الاعتماد الخاصة بالمستشفى.
- تدريب الموظفين على مفاهيم الاعتماد؛ وعرض دليل إجراءات الاعتماد على مجلس إدارة المستشفى.
- عرض المعايير على الموظفين الذين يتعين عليهم استخدامها.
- التقييم الذاتي بناءً على المعايير المقترحة للخدمات.
- تقييم الوضع الراهن وتصميم خطة للتنفيذ.
- تنفيذ خطة عمل لتحسين المجالات التي لا تفي بمعايير الحد الأدنى.
- القيام بحل المشكلات وتحسين العملية.
- تدريب الموظفين ورصد تنفيذ خطة العمل.
- رفع تقرير إلى سلطات المستشفى.

رابعاً: كيفية تحقق الجودة من خلال تطبيق معايير الاعتماد:

إن معايير الأداة العربية للاعتماد، هي تأكيد على أهمية الدور الذي يلعبه تطبيق نظام اعتماد المؤسسات الصحية في تحسين أداء المرافق الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى رفع مستوى جودة خدماتها. فبتطبيق هذه المعايير يتحسن أداء المرفق الصحي وتحسن جودة خدماته من خلال الأتي⁵²:

- زيادة فرصة المستفيد من الخدمة (المريض) في الحصول على خدمة متكاملة، يحقق بعدين هامين من الجودة وهما سهولة ويسر الوصول إلى الخدمة و استمراريتها.
- احترام وتقدير المريض وأسرته و جعل المريض في بؤرة الاهتمام يحقق بعد هام من الجودة وهو احترام وتقدير المريض.
- تطبيق الطرق الصحيحة في التشخيص والتقييم يؤدي إلى تحقيق بعدين هامين هما الفاعلية والملائمة.

⁵² مراد زايد، منير الوصابي، العلاقة التكاملية بين نظم الجودة والاعتماد في تحسين أداء المؤسسات الصحية، مجلة دراسات يمنية، العدد (104-105)، 2012، ص ص 283-286.

- وجود خطة لرعاية المريض يحقق الاستمرارية وكفاءة الخدمات. كما أن تقديم الرعاية الصحية الصحيحة في الوقت الصحيح، يزيد من الفاعلية ويقلل المخاطر ويزيد من فرص تحسين نتائج الرعاية الصحية، وكلها أبعاد هامة لتحسين أداء مرافق الرعاية الصحية.
- إعلام وتنقيف المريض وأسرته بحالته وبخطة العلاج، يؤدي إلى فهم المريض وأسرته لطبيعة المرض وطرق العلاج، مما يزيد من فرص تحسن نتائج العلاج ويقلل فترة الإقامة بالمستشفى ويجنب المريض من حدوث مضاعفات أو أعراض جانبية، الأمر الذي يزيد من فعالية وكفاءة الرعاية الصحية، وهما بعدان هامين للجودة. كما أن عدم السماح بالإطلاع على معلومات المريض إلا لمن يخصهم، يحقق احترام وتقدير المريض ويحافظ على حقوقه. وفي هذا تطبيق لقواعد الجودة.
- مراقبة العمليات يؤدي إلى اكتشاف مبكر للمشكلات، الأمر الذي يدعو إلى التصدي لها وحلها قبل أن تستفحل وتؤثر على نتائج العلاج وقناعة المرضى.
- يعتبر الاختيار الصحيح لمقدمي الخدمة وتعليمهم وتدريبهم من أهم عناصر تحقيق الأمان أثناء تقديم الخدمة. فترسيخ مفاهيم تحسين الأداء في أذهان مقدمي الخدمات الصحية يعتبر أفضل ضمان للوصول إلى الالتزام الكامل بالمعايير، ويجعل عمليات التحسين المستمر جزءاً من الممارسات الإدارية الأساسية بالمؤسسة، و ضمان بأن مقدمي الخدمة لديهم المعلومات والمهارات اللازمة لتأدية المهام الموكلة إليهم، الأمر الذي ينعكس على تحسين أداء المرفق الصحي ويزيد من جودة خدماته و يحقق قناعة ورضا المستفيدين منها.
- تطبيق نظم الجودة والتحسين المستمر، يقلل المخاطر ويزيد الأمان للمرضى ويقلل فرص خسارة المؤسسات الصحية في دفع تعويضات، كما يقلل من التكلفة العالية لشركات التأمين.
- التأكيد على توثيق كل خطوة من خطوات تقديم الرعاية الصحية ونتائجها عنصر أساسي لقياس الجودة، حيث يعتبر السجل الطبي المصدر الرئيسي لفرق تحسين الأداء و فرق المراجعة التي تمثل نتائجها حجر الزاوية لنظام الجودة بالمؤسسة الصحية.

- مشاركة القيادات في عملية تحسين الجودة يضمن نجاحها واستمرارها. حيث تتحمل القيادات مسؤولية توفير الموارد المطلوبة لتحسين الجودة، بالإضافة إلى متابعة ومراقبة تحسين الأداء بصفة مستمرة. فمتابعة الأداء ومراقبته بهدف التحسين، ضمان للتحسين المستمر في جودة الخدمات. كما أن مجلس الإدارة هو المسؤول الأول أمام المجتمع عن جودة الخدمات.
- توفر الأمان أثناء وجود المريض وأسرته داخل المنشأة الصحية عنصرا هاما من عناصر الجودة، حيث تزيد الثقة في قدرة النظام الصحي على تحقيق الشفاء وتقليل فرص حدوث مضاعفات أو إصابات.
- التخطيط لمنع المخاطر يقلل الضرر ويقلل فرص حدوث مشكلات صحية غير متوقعة قد يترتب عنها دفع تعويضات مكلفة، الأمر الذي يزيد الكفاءة ويوفر موارد المؤسسة الصحية.
- صيانة الأجهزة الطبية وتعقيمها يضمن صحة عملها ودقتها في التشخيص والعلاج. كما أن الالتزام بطرق التعقيم الصحيح يقلل من مخاطر التعرض للأمراض والمضاعفات الناتجة عن العدوى، ويوفر الأمان للمرضى والعاملين.
- وجود نظام للمعلومات في المرفق الصحي يؤدي إلى توفر المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح، الأمر الذي يحقق الكفاءة والملائمة في اتخاذ القرارات. كما أن توفير المعلومات بين المؤسسات الصحية يضمن الاستمرارية ويقلل التكرار والفاقد من الخدمات.
- إشراك المجتمع ولجراء الدراسات والبحوث من أجل تحديد متطلبات وتوقعات المجتمع والتعرف على مشاكله الصحية والخروج بحلول مناسبة لها، يساعد إدارة المرفق الصحي في التعرف على احتياجات وتوقعات ورغبات المجتمع من أجل اتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة وتوفير الموارد اللازمة لتلبية تلك الاحتياجات والتوقعات، الأمر الذي يحقق رضا المجتمع عن المرفق الصحي ويزيد من ثقته في خدماته، وهذا بعد هام من أبعاد الجودة. كما أن مشاركة المرفق الصحي في برامج توعية المجتمع من شأنه أن يقوي العلاقة بين المجتمع و المرفق الصحي و يولد الثقة لدى المجتمع بقدرة المرفق على مواجهة مشاكله الصحية بكفاءة وفاعلية.

المبحث الثالث

الاعتماد حسب اللجنة المشتركة الدولية (JCI) والأداة العربية للاعتماد

بعد أن تم التعرف على مفهوم الاعتماد وأهميته ومراحل تطوره في المبحثين السابقين، يأتي هذا المبحث ليتمم حجم المعرفة بأنظمة الاعتماد وسياساتها من خلال التعرف على سياسات الاعتماد وفق اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI)، بالإضافة إلى استعراض خلاصة المشروع العربي لتحسين الجودة المتمثل بالأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية من خلا المطلبين الآتيين:

المطلب الأول

نظام اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI)

اللجنة المشتركة الدولية هي ذراع اللجنة المشتركة الأمريكية (JCAHO) لاعتماد المستشفيات، ومهمتها تحسين جودة الرعاية الصحية في المجتمع الدولي، وتعد اليوم أكبر معتمد لمؤسسات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، حيث أصبحت تتفحص ما يقرب من 20000 مؤسسة صحية في العالم عبر عملية اعتماد طوعية، وهذه اللجنة هي منظمة أمريكية غير حكومية لا تهدف لتحقيق الربح.

أولاً: أهداف اللجنة المشتركة الدولية⁵³:

الاعتماد الذي تقدمه اللجنة المشتركة الدولية يأتي استجابةً للطلب المتنامي في كل أنحاء العالم على تقييم الرعاية الصحية المستند إلى المعايير، والغاية هي أن تقدم إلى المجتمع الدولي عمليات موضوعية تستند إلى المعايير لتقييم مؤسسات الرعاية الصحية، ويهدف هذا النظام إلى تحفيز التحسين المستمر والمستدام في مؤسسات الرعاية الصحية من خلال تطبيق معايير متفق عليها دولياً، كما تهدف إلى تحقيق سلامة المرضى والعاملين ودعم المقاييس الخاصة بها.

⁵³ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, OP Cit ,p8.

وتقوم اللجنة المشتركة الدولية أيضاً بالتصديق على برامج الرعاية الخاصة بالأمراض أو الحالات مثل: البرامج الخاصة بالسكتة الدماغية أو الرعاية القلبية، وتستند برامج اعتماد اللجنة المشتركة الدولية على المعايير القابلة للتكيف مع الاحتياجات المحلية، وتتميز برامجها بما يلي:

1. أساس برنامج الاعتماد هي المعايير المجمع عليها دولياً، والتي يطورها ويصونها فريق عمل خاص، ووافق عليها مجلس دولي.

2. تركز الفلسفة التي تقوم عليها المعايير على مبادئ إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر.

3. عملية الاعتماد مصممة لتستوعب العوامل القانونية والدينية والثقافية داخل كل بلد، فعلى الرغم من أن المعايير تضع توقعات منتظمة وعالية لسلامة رعاية المرضى وجودتها، فإن الاعتبارات الخاصة بالبلدان والمتصلة بالامتثال لتلك التوقعات؛ تشكل جزءاً من عملية الاعتماد.

4. يتفاوت فريق الفحص في الموقع وجدول أعماله تبعاً لحجم المؤسسة ونوع الخدمات التي تقدمها. فعلى سبيل المثال: ربما يتطلب مستشفى تعليمي فحصاً لمدة أربعة أيام، يجريه طبيب وممرض وإداري، في حين قد يتطلب مستشفى محلي أصغر فحصاً لمدة يومين أو ثلاثة، وبالمثل يمكن أن يتطلب المختبر شخصاً واحداً لمدة يومين فقط تبعاً لعدد الاختبارات الخاصة التي يتم إجراؤها.

5. اعتماد اللجنة المشتركة الدولية صمم ليكون صالحاً وموضوعياً ويمكن الركون إليه، وتتخذ اللجنة قرارات الاعتماد النهائية استناداً إلى تحليل نتائج الفحص.

ثانياً: كيفية تطوير وتنظيم معايير الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية:

يتم تطوير وتنظيم معايير الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية وفق الآلية الآتية⁵⁴:

1. يقوم فريق خاص مكون من 16 عضواً، يضم أطباء متمرسين وممرضين ولدايين وخبراء في السياسة العامة؛ بتوجيه عملية تطوير معايير الاعتماد الدولية للجنة المشتركة الدولية وتفتيحها، وهذا الفريق يضم كوادر من ستة أقاليم عالمية رئيسية هي: أميركا اللاتينية

⁵⁴ JOINT COMMISSION INTER NATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, OP Cit ,Pp 8-10.

والبحر الكاريبي، آسيا والبلاد المطلة على المحيط الهادئ، الشرق الأوسط، أوروبا الغربية وأفريقيا، ويصقل عمل هذا الفريق استناداً إلى المراجعة الميدانية الدولية للمعايير وأراء الخبراء وغيرهم ممن يمتلكون معارف فريدة، وتقدم التوصيات بشأن التحديثات والتعديلات اللازمة لهذه المعايير لكي تعكس التطبيقات المعاصرة والتطورات في مجال الطب بشكل دائم.

2. تنظم معايير اعتماد اللجنة المشتركة الدولية حول الوظائف المهمة المشتركة في كل مؤسسات الرعاية الصحية، ويعتبر التنظيم الوظيفي للمعايير هو الأوسع استخداماً في معظم أنحاء العالم، وقد أقرته الدراسة العلمية والاختبارات والتطبيق، حيث تصنف المعايير وفقاً للوظائف المتعلقة بتقديم الرعاية للمرضى وتلك المتعلقة بتوفير مؤسسة سالمة وفعالة وجيدة الإدارة، وتطبق هذه المعايير على كل إدارة أو قسم أو وحدة داخل المؤسسة بأكملها، وتجمع عملية الفحص معلومات عن مستوى الامتثال للمعايير في المؤسسة بأكملها، ويستند قرار الاعتماد إلى مستوى الامتثال الكلي الموجود في المؤسسة بأكملها.

لقد طورت هذه اللجنة معايير شاملة ونظمتها في قسمين وظيفيين وكل قسم يضم مجموعة من الفصول، على النحو الآتي⁵⁵:

- القسم الوظيفي الأول: ويضم المعايير المركزة على المرضى، حيث تم فرزها في سبعة فصول وتشمل الجوانب الآتية:

- الحصول على الرعاية واستمرارها (ACC).
- حقوق المريض وعائلته (PFR).
- تقييم المرضى (AOP).
- العناية بالمرضى (COP).
- التخدير والعناية الجراحية (ASC).
- تدبير الأدوية واستخدامها (MMU).
- تعليم المريض وعائلته (PFE).

⁵⁵ عمر سعيد الأيوبي، معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات، ط 3، لبنان - بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون، 2011، ص 11.

- القسم الوظيفي الثاني: ويضم المعايير المتعلقة بإدارة المؤسسة الصحية، حيث تم فرزها في ستة فصول وتشمل الجوانب الآتية:
 - تحسين الجودة وسلامة المرضى (QPS).
 - تجنب العدوى والسيطرة عليها (PCI).
 - الحوكمة والقيادة والتوجيه (GLD).
 - إدارة المرفق والسلامة (FMS).
 - مؤهلات العاملين وتعليمهم (SQE).
 - إدارة الاتصال والمعلومات (MCI).

ثالثاً: سياسات اللجنة المشتركة الدولية في اعتماد المستشفيات:

يمكن توضيح سياسات اللجنة المشتركة الدولية المتبعة في عمليات الفحص وصولاً إلى إصدار شهادة الاعتماد من خلال النقاط الآتية⁵⁶:

1. متطلبات الأهلية العامة للفحص: يجوز لأي مؤسسة صحية أن تقدم طلباً للاعتماد لدى

اللجنة المشتركة الدولية إذا كانت تلبى المطالب الآتية:

- أن تكون المؤسسة عاملة حالياً كمقدم رعاية صحية في البلد وحائزة على رخصة مزاولة النشاط من الجهة المعنية في هذا البلد (إذا كانت قوانين البلد تشترط ذلك).
- أن تمتلك المؤسسة الرغبة الكاملة في تولي المسؤولية عن تحسين جودة الرعاية الصحية والخدمات التي تقدمها.
- أن تقدم المؤسسة الخدمات التي تشملها معايير الاعتماد الصادرة عن اللجنة المشتركة الدولية.

2. آلية إجراء فحص الاعتماد: يتم إجراء فحص الاعتماد للتحقق من مستوى امتثال

المؤسسة وتطبيقها لمعايير الاعتماد من خلال الطرق الآتية:

- إجراء مقابلات مع العاملين والمرضى وغير ذلك من المعلومات الشفهية؛

⁵⁶ عمر سعيد الأيوبي، مرجع سبق ذكره، ص ص 12 - 18.

- يقوم فريق الفحص بمراقبة عمليات تقديم الخدمات والعناية بالمرضى في موقع تقديم الخدمة؛
- الفحص والإطلاع على السياسات والإجراءات وغيرها من المستندات التي تقدمها المؤسسة؛
- الإطلاع على نتائج التقييمات الذاتية عندما تكون هذه التقييمات جزءاً من عملية الاعتماد. حيث تساعد عمليات التقييم الذاتي المتواصل والفحص في الموقع في تحديد المشاكل وتصحيحها وتحسين جودة الرعاية الصحية والخدمات، كما يقوم الفاحصون بتوجيه وتعليم موظفي المؤسسة دعماً لأنشطة تحسين الجودة فيها.

3. نطاق عملية الفحص: يشمل الفحص الذي تجريه اللجنة المشتركة الدولية مستوى امتثال المؤسسة بكل المعايير المتصلة بوظائف المؤسسة المتقدمة بالطلب، وكل أماكن الرعاية بالمرضى فيها، وأثناء الفحص يؤخذ في الاعتبار العوامل الثقافية والقانونية المحلية التي قد تؤثر في القرارات المتعلقة بتقديم الخدمة في المؤسسة، بالإضافة إلى سياسات المؤسسة وإجراءاتها.

4. نتائج فحص الاعتماد: تتخذ لجنة الاعتماد في اللجنة المشتركة الدولية قرارات منح شهادة الاعتماد استناداً إلى نتائج الفحص، وتقرر اللجنة واحداً من القرارات الآتية:
أ. الموافقة على اعتماد المؤسسة الصحية وتمنحها شهادة اعتماد صالحة لمدة ثلاث سنوات، وذلك إذا حققت المؤسسة مايلي:

- امتثالاً مقبولاً لكل معيار من معايير اللجنة المشتركة الدولية (5 نقاط على الأقل في كل معيار؛
- امتثالاً مقبولاً للمعايير في كل فصل (ما مجموعه 7 نقاط على الأقل في كل فصل)؛
- امتثالاً إجمالياً مقبولاً (ما مجموعه 8.5 نقطة على الأقل في كل المعايير)؛

- امتثالاً مقبولاً للأهداف الدولية لسلامة المرضى*⁵⁷ (5 نقاط على الأقل في كل متطلبات الأهداف).

ب. رفض اعتماد المؤسسة: ويأتي هذا القرار عندما لا تمثل المؤسسة بشكل متسق لمعايير اللجنة المشتركة الدولية والأهداف الدولية لسلامة المرضى، ويحصل ذلك عندما تظهر نتائج الفحص بأن المؤسسة حصلت على النتائج الآتية:

- الحصول على مادون 5 نقاط في معيار واحد أو أكثر؛
- تدني مجموع النقاط عن 7 لكل فصل؛
- تدني مجموع النقاط عن 8.5 في كل المعايير؛
- الحصول على صفر في واحد أو أكثر من متطلبات الأهداف الدولية لسلامة المرضى؛
- عندما تسحب اللجنة المشتركة الدولية الاعتماد الممنوح لأسباب أخرى أو عندما تتسحب المؤسسة طوعاً من عملية الاعتماد.

5. عملية تجديد الاعتماد: عند انتهاء فترة الاعتماد المحددة في شهادة الاعتماد فيجب على المؤسسة المباشرة بإجراءات تجديد الاعتماد ويتم ذلك على النحو الآتي:

- ترسل اللجنة المشتركة الدولية إلى المؤسسة طلباً لإعادة الفحص قبل التاريخ المحدد لانتهاء الاعتماد بعد مرور ثلاث سنوات؛

⁵⁷* حددت اللجنة المشتركة ستة أهداف دولية لسلامة المرضى تتمثل في الآتي:

- تعيين هوية المرضى بشكل صحيح.
- تحسين الاتصال الفعال.
- تحسين سلامة الأدوية ذات المحاذير العالية.
- ضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح والجراحة الصحيحة للمريض.
- تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- تقليل خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط.

للإطلاع أكثر انظر:

JOINT COMMISSION INTER NATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, OP Cit ,pp 35-42.

- تكون المؤسسة مسؤولة عن استكمال طلب إعادة الفحص وإعادته إلى اللجنة المشتركة الدولية ضمن تاريخ الاستحقاق؛
 - تعين اللجنة المشتركة الدولية فريق الفحص، وتضع خطة مزمّنة لتنفيذ برنامج الفحص، بحيث يكون موعد لفحص قريباً من موعد انتهاء دورة الاعتماد.
 - يمكن أن تبقى وضعية الاعتماد السابقة نافذة لفترة تصل إلى شهرين بعد إجراء فحص الاعتماد اللاحق بصورة كاملة وذلك لانجاز أي متطلبات أو إجراءات مطلوبة.
 - على المؤسسة إبلاغ اللجنة المشتركة الدولية بأي تغييرات تطرأ عليها تتصل بهيكلها أو ملكيتها أو خدماتها خلال فترة الاعتماد، وتقوم اللجنة المشتركة الدولية بتقييم مدى الحاجة إلى إعادة فحص المؤسسة واتخاذ قرار اعتماد جديد.
 - إذا تلقت اللجنة المشتركة الدولية أي معلومات تفيد بأن المؤسسة قد ابتعدت عن الامتثال لمعايير الاعتماد الحالية بشكل جوهري أثناء فترة الاعتماد الحالية، وتقوم اللجنة بتحديد الحاجة إلى إعادة الفحص أو اتخاذ قرار اعتماد جديد.
6. سياسة الإبلاغ عن أي تغييرات جوهريّة تطرأ في المؤسسة: لا ينتقل الاعتماد بصورة تلقائية أو يتواصل إذا طرأت تغييرات مهمة في المؤسسة، فقد تحتم مثل هذه التغييرات إجراء فحص كامل أو مركز⁵⁸* إذا طرأ على المؤسسة واحد أو أكثر من التغييرات الآتية:
- إذا أنشأت المؤسسة خدمة أو برنامجاً جديداً تحدد له اللجنة المشتركة الدولية معايير.
 - إذا تغيرت ملكيتها وحدث عدد كبير من التغييرات في العاملين و الإداريين أو الفنيين أو السياسات والإجراءات التشغيلية.

⁵⁸* الفحص المركز: هو الفحص الذي تقرر اللجنة المشتركة الدولية القيام به عندما تطلع على مشاكل خطيرة محتملة تؤدي إلى عدم الامتثال لمعايير رعاية المرضى أو سلامتهم، ويجرى هذا الفحص في المؤسسات المعتمدة، ويتم الفحص عن طريق فاحص واحد أو أكثر لمدة يوم واحد، للإطلاع أكثر انظر: JOINT COMMISSION INTER NATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, OP Cit ,pp 17-20.

- إذا عرضت المؤسسة 25% من خدماتها على الأقل في موقع جديد أو منشأة أدخلت عليها تغييرات مادية كبيرة.
 - إذا وسعت المؤسسة قدرتها على تقديم الخدمات، أو استخدام خدماتها، بنحو 25% أو أكثر، ويمكن قياس ذلك التوسع بعدد الأسرة أو زيارات المرضى، أو عدد المعدات أو أي قياسات ذات صلة.
 - إذا قلصت المؤسسة قدرتها على تقديم الخدمات، أو استخدام خدماتها، بنحو 25% أو أكثر، ويمكن قياس ذلك التقلص بعدد الأسرة أو زيارات المرضى، أو عدد المعدات أو أي قياسات ذات صلة.
 - إذا طورت المؤسسة مستوى أكثر تركيزاً من الخدمة (على سبيل المثال: من إعادة التأهيل القلبي للمرضى الخارجيين إلى طب القلب التشخيصي الجراحي للمرضى في المستشفى).
 - إذا عززت أو حازت أو اندمجت المؤسسة مع موقع أو خدمة أو برنامج غير معتمد، وكانت معايير اللجنة المشتركة الدولية تشملها.
- إذا طرأت على المؤسسة أي من التغييرات السابقة؛ فعلى المؤسسة أن تبلغ اللجنة المشتركة الدولية خطياً خلال 30 يوم على الأكثر من تاريخ حدوث مثل هذا التغيير، وقد يؤدي عدم الإبلاغ في الوقت المناسب إلى فقدان المؤسسة للاعتماد.

المطلب الثاني

الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية

الأداة العربية للاعتماد تمثل النتيجة التي خرج بها المشروع العربي الموحد لتحسين جودة الرعاية الصحية في الوطن العربي، وقد تم اختيار معاييرها بعد دراسة مستفيضة للتجارب الدولية في تطوير وتحسين جودة الخدمات الصحية، وقد استخلصت معايير الأداة العربية من المعايير المعتمدة في نظم الاعتماد الدولية مثل: (JCI, ISQUA, JCAHO)، وقد تم إعادة صياغتها وترتيبها وتطويرها لتناسب مع البيئة العربية من كافة الجوانب (دينية، اجتماعية، سياسية،... الخ) وقد خصص هذا المطلب لتسليط الضوء على معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، والآلية المتبعة في التقييم، وطريقة القياس المعتمدة، وسيتم تناولها من خلال النقاط الآتية :

أولاً : التعريف بمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية:

تنقسم معايير الأداة العربية إلى أربعة أقسام تغطي معايير جميع الوظائف التي تتم داخل المؤسسات الصحية، وقد تم ترميز هذه الأقسام بالرموز العربية أ، ب، ج، د، كما تم ترقيم المعايير مع الاحتفاظ بالرمز الذي يدل على القسم التابع له، وقد تم صياغة هذه المعايير بحيث تكون واضحة وسهلة القياس، حيث تطلب ذلك، تحديد عناصر قياس لبعض المعايير حتى يتمكن العاملين في المرافق الصحية وكذلك المقيمين من قياس مدى التطابق مع المعايير، كما وضعت هذه المعايير في جداول ليسهل استخدامها لأغراض التقييم الذاتي والخارجي، ويظهر في الجدول سبعة أعمدة، يظهر في العمود الأول نوع المعيار، ويظهر في العمود الثاني الترميز والترقيم، وفي العمود الثالث يظهر بيان المعيار، أما الأعمدة الأربعة الباقية فهي خاصة بتقييم المعيار، حيث تتراوح بين غير مطابق ويقيم بـ (0) درجة، ومطابق جزئياً ويقيم بـ (1) درجة، ومطابق كلياً ويقيم بـ (2) درجة، وأخيراً لا ينطبق وذلك عندما لا ينطبق هذا المعيار على حال المؤسسة⁵⁹.

⁵⁹ اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 29.

ثانياً : أنواع المعايير : تحتوي الأداة العربية على نوعين من المعايير هما ⁶⁰:

1. **المعيار (A):** يمثل هذا النوع من المعايير متطلبات البنية التحتية لتشغيل المؤسسة من القوانين واللوائح والسياسات⁶¹ * و الإجراءات** والخطط واللجان والبرامج المطلوبة، وتقيم المعايير من هذا النوع إما مطابق أو غير مطابق أو لا ينطبق على حال المؤسسة، حيث يعتبر المعيار مطابق إذا توفرت كل عناصر القياس ويحصل على درجتين، أما إذا نقص عنصر واحد من عناصر القياس فيعتبر المعيار غير مطابق ويحصل على صفر، ونلاحظ هنا انه لا يوجد مطابق جزئياً لهذا النوع من المعايير .

2. **المعيار (B):** يشمل هذا النوع المعايير المتعلقة بخطوات الرعاية وتطبيق السياسات والإجراءات واللوائح والقوانين وتنفيذ الخطط والبرامج وغيرها من المتطلبات. ويقيم هذا النوع من المعايير إما مطابق أو مطابق جزئياً أو غير مطابق أو لا ينطبق على حال المؤسسة، حيث تعتمد عملية التحقق من تطابق هذا النوع من المعايير على عدد نقاط عدم التطابق أثناء تقديم الخدمة على النحو الآتي :

- عند ملاحظة عدم تطابق واحدة أو اثنتين من عناصر القياس يعتبر المعيار مطابق ويحصل على درجتين.
- عند ملاحظة عدم تطابق ثلاثة أو أربعة من عناصر القياس يعتبر المعيار مطابق جزئياً ويحصل على درجة واحدة.
- عند وجود خمسة أو أكثر من نقاط عدم التطابق يعتبر المعيار غير مطابق ويحصل على صفر.

⁶⁰ اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 29-30.

⁶¹ * السياسات هي: بيانات مكتوبة تستعمل كدلائل إرشادية، وتعكس موقف المنظمة وقيمتها حول موضوع معين. وهي مبادئ توجيهية مطروحة كتوقعات وليس كتعليمات. انظر: توفيق خوجه وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، الرياض، 2008م، ص 281.

**الإجراءات هي: مجموعة من القواعد اللازمة لتنفيذ العمل. وتعرف أيضا بأنها مجموعة من التعليمات المكتوبة التي تصف الخطوات المتفق عليها والموصى بها لإتجاز عمل معين أو سلسلة من الأعمال. نفس المرجع السابق، ص 287.

ثالثاً : مستويات التطابق: هناك مستويان للتطابق في أداة الاعتماد العربية هما⁶²:

1. المستوى المبدئي: تحصل المؤسسة أو المرفق الصحي على مستوى التطابق

المبدئي عندما تكون نتائج تقييمها على النحو التالي :

- 75% تطابق من معيار (A).

- 50% تطابق من معيار (B).

- 85% تطابق مع معايير أمان المريض.

وفي هذه الحالة تمنح المؤسسة أو المرفق الصحي شهادة بذلك مع إعطائها

مهلة لا تقل عن (6) أشهر ولا تزيد عن (18) شهراً لإعادة التقييم والوصول

إلى مستوى الاعتماد.

2. مستوى الاعتماد: تحصل المؤسسة أو المرفق الصحي على شهادة الاعتماد وتكون

صالحة لمدة ثلاث سنوات عندما تكون نتائج تقييمها من قبل خبراء التقييم التابعين

لهيئة الاعتماد العربية على النحو التالي:

- 85% تطابق من معيار (A).

- 75% تطابق من معيار (B).

- 95% تطابق مع معايير أمان المريض.

رابعاً : أقسام ومعايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية : تتوزع معايير الأداة العربية

للاعتداع على أربع مجموعات هي⁶³:

أ. معايير رعاية المريض : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. إتاحة الخدمة.

2. استمرارية الرعاية.

⁶² اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 31.

⁶³ توفيق بن احمد خوجه وآخرون، الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 33-

3. حقوق المريض.
 4. مسؤوليات وواجبات المريض وذويه.
 5. تقييم المرضى.
 6. تثقيف المريض وأسرته.
 7. الرعاية التغذوية.
 8. الرعاية المتعلقة بالألم.
 9. العناية الخاصة بمرضى الطوارئ.
 10. معايير الخدمات العلاجية.
- ب. معايير السلامة وأمان المريض: وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. التحكم في انتشار العدوى.
2. التطهير والتعقيم.
3. أمان المريض.
4. السلامة البيئية.
5. برنامج الصحة والسلامة المهنية.
6. تصميم المؤسسة.

ج. معايير الإدارة : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. الإدارة العليا.
2. قيادة المؤسسة.
3. أخلاقيات المؤسسة.
4. نظام إدارة المعلومات.
5. إدارة السجلات الطبية.
6. إدارة الجودة.
7. هيئة الأطباء.
8. هيئة التمريض.
9. إدارة الموارد البشرية.

10. التعليم والتدريب المستمر.

11. العلاقات العامة.

12. الخدمات المساندة.

13. الإدارة المالية.

د. معايير الخدمات المجتمعية : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. إشراك المجتمع.

2. معايير التعرف على المجتمع.

3. معايير التوعية الصحية.

4. التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة.

5. الدراسات الميدانية والبحوث.

6. برامج تعزيز الصحة.

من خلال ماسبق نجد بأن معايير الأداة العربية للاعتماد قد شملت كافة الخدمات التي تقدمها المستشفيات، وكذلك اشتملت على معايير تقييم الاداء الإداري والمالي للمؤسسة الصحية، وبذلك تكون قد غطت مختلف جوانب الخدمة الصحية بدءا من مرحلة الوقاية ثم التشخيص ثم العلاج.

خلاصة الفصل

لا اعتماد المؤسسات الصحية تاريخ طويل، بدأ من العقد الثاني من القرن العشرين. ومنذ ذلك الحين تطوّرت عملية اعتماد المستشفيات وأصبحت أسلوباً معترفاً به، وحالياً يعتبر وسيلة للتصنيف الدولي للمؤسسات الصحية والاعتراف الدولي بها. ولكي يتم تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفعالية، فإنه لا بد من اتخاذ إجراءات عاجلة لتطوير وتدريب وتأهيل الموارد البشرية الصحية بوصفها أحد أهم مكونات النظام الصحي. وقد خصص الفصل الثاني لتوضيح ذلك.

تسعى المؤسسات الصحية لتطبيق معايير الاعتماد اختيارياً لما يحققه من حوافز إيجابية واعتراف دولي بجودة خدماتها، مما يزيد من ثقة المجتمع بها ويحقق لها التميز ويعزز من قدرتها على البقاء والمنافسة في ظل التطور المستمر والعولمة، وتكون هيئة الاعتماد غير حكومية لها كيان اعتباري واستقلال مالي، وملتزمة بالحياد والموضوعية. حيث تمنح شهادة الاعتماد من قبل هيئة منفصلة عن المنظمة الصحية، والتي تقوم بتقييم المنظمات الصحية لمعرفة مدى مطابقتها للمعايير الموضوعية لتحسين الرعاية الصحية، وتعد اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (JCI) من أبرز المنظمات العالمية في تطوير المعايير واعتماد المؤسسات الصحية، وتقوم هذه اللجنة باعتماد المؤسسات الصحية في معظم دول العالم عن طريق تقديم العون والمساعدة لهذه المنظمات والدوائر الصحية العامة والوزارات الصحية وغيرها بهدف تحسين جودة نوعية الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

وتعد شهادة الاعتماد التي تقدمها اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (JCI) من أكثر الشهادات التي تسعى المنظمات الصحية للحصول عليها، نظراً لعملية التقييم التي تشمل كافة النواحي مثل إجراءات دخول وخروج وأمان وسلامة المرضى وتوفير الرعاية الكاملة لهم بجودة عالية، بالإضافة إلى كافة الجوانب الإدارية والفنية والفندقية، لتتوافق مع المعايير التي تحظى بها أفضل المستشفيات في العالم، ويحقق الجودة الشاملة.

وقد بدأت بعض الدول بتطوير أنظمة الاعتماد الخاصة بها ، وبدأت دول أخرى من حيث وصل الآخرون. فدرست نظم الاعتماد المختلفة وحللتها لتصوغ نظامها الخاص، وفي هذا الشأن ينصح الخبراء بعدم استيراد نظام الاعتماد كمجموعة وإنما بتطويره محلياً ، لسبب بسيط وهو اختلاف البيئة المحلية وخصوصيتها من مجتمع لآخر ومن دولة لأخرى.

الفصل الثاني

تطوير الموارد البشرية الصحية وعلاقته
بتطبيق معايير الاعتماد

تمهيد:

يعد المورد البشري هو الثروة الأساسية في أي منظمة إنتاجية أو خدمية، كونه القادر على استيعاب المفاهيم والأفكار الجديدة التي تساعد على استغلال بقية الموارد في المنظمة لتحقيق أهدافها، ومواجهة التحديات التي تفرضها البيئية الداخلية والخارجية لها. وفي قطاع الخدمات الصحية يعد العنصر البشري المؤهل والمدرب أهم مورد تحتاجه المنظمة، لتتمكن من تقديم خدماتها للمجتمع، وإن أي قصور في تكوين هذا المورد الهام ينعكس مباشرة على مستوى وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المنظمات بغض النظر عن كونها خاصة أم عامة، كون هذه الخدمات مرتبطة بصحة المجتمع وحياة الإنسان. وبالتالي فإن عدم الاهتمام بهذا المورد من حيث الاختيار والاستقطاب لأفضل الكوادر، وعدم توفير التدريب الكافي اللازم لمواكبة التطورات المستمرة في هذا المجال، سينعكس بصورة مباشرة على مستوى ونوعية خدمات المنظمة الصحية، وبالتالي على مستوى رضا المجتمع عن هذه الخدمات، مما يدفع المرضى للبحث عن الخدمات الصحية التي تشبع رغباتهم وتحقق رضاهم خارج حدود الوطن وهذا بدوره يزيد من حجم المعاناة للمجتمع خصوصا ذوي الدخل المحدود، والذي يؤثر بدوره على الاقتصاد الوطني ويزيد من تكلفة الخدمة الصحية.

لذلك فقد خصص هذا الفصل لتسليط الضوء على أهمية تطوير الموارد البشرية الصحية، وتوضيح أهم عناصره وعلاقتها بتطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية و تحقيق الجودة الشاملة من خلال المباحث الآتية:

- المبحث الأول: مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته وعلاقته بالجودة الشاملة.
- المبحث الثاني: عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وعلاقتها بتطبيق معايير الاعتماد.
- المبحث الثالث: واقع النظام الصحي وتنمية الموارد البشرية في الجمهورية اليمنية.

المبحث الأول

مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته وعلاقته بالجودة الشاملة

إن الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة تعتمد بشكل أساسي على مستوى أداء العنصر البشري، الذي تعد الخدمة أهم مخرجاته؛ لذلك يجب إعطاء أهمية كبيرة لعملية اختيار عاملين ذوي نوعية، كفاءة، ومستوى أداء عالي، باعتبارهم العنصر الحيوي الذي يحقق عملية الاتصال مع المستفيد؛ حيث أن الكثافة العالية للعامل البشري في إنتاج الخدمات الصحية وتقديمها للمستفيد قد تقود إلى عدم تماثل الخدمات من حيث الجودة، مما يجعل المستفيد يشعر بأنه لم يحصل على ما كان يتوقع الحصول عليه. فالمريض الذي لا يلقى الاستجابة المناسبة من مقدمي الخدمة في أي منظمة صحية؛ فإنه سوف يبحث عن منظمة أخرى يتوقع أن يجد فيها استجابة وأداء أفضل في تقديم الخدمة الصحية.

كما أن العاملون في أي منظمة هم الذين يحولون الرؤية والرسالة إلى فعل، والفلسفة والمفاهيم إلى واقع؛ فبعض خبراء تنمية الموارد البشرية يضعون "الموظفين" أعلى من "الزبائن" من حيث الأولوية، نظراً لأن الموظفين يحققون احتياجات الزبائن، وهم الذين يضيفون القيمة للموارد الداخلة إلى المنظمة، ويخلقون قيمة مضافة للمخرجات القابلة للتسويق، وبالتالي فإنهم لا يتوقعون للوظيفة أو الراتب فقط، بل المسار الوظيفي الذي يقدم لهم موقفاً من الاحترام، الهيبة، الكبرياء والفخر في المجتمع¹.

وفي هذا المبحث سوف يتم توضيح مفهوم تطوير الموارد البشرية وعلاقته بتطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة من خلال المطلبين الآتيين:

- المطلب الأول: مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته.
- المطلب الثاني: التكامل بين تطوير الموارد البشرية وتطبيق معايير الاعتماد لتحقيق الجودة الشاملة.

¹ Mani T. P., N. Murugan, C. Rajendran, " Classical approach to contemporary TQM: an integrated conceptual TQM model as perceived in Tamil classical literature", Total Quality Management, Vol. 14, No. 5, 2003, p.619.

المطلب الأول

مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته

إن تطوير الموارد البشرية يعتبر من الأعمال الجوهرية لزيادة قدرة المنظمة على المنافسة²، ولأن تصرفات الأفراد في المنظمات الصحية تمثل أساس وروح الجودة أكثر مما هو في المنظمات الإنتاجية الأخرى³؛ فإن من الواجب على إدارة الموارد البشرية كنظام إداري الاستفادة من الطاقة المتوفرة داخل المنظمة بشكل فعال، من أجل تحسين جميع الأنظمة الفرعية الأخرى، فالأفراد الذين ينفذون العمل يجب أن يكونوا في أفضل وضع من أجل تحسين وتطوير العمل، وهكذا نجد بأن هذا النظام يركز على جوانب عديدة أهمها⁴:

- الاستقطاب والاختيار.
- التدريب والتطوير.
- تمكين الموظف.
- مشاركة الموظف.
- رضا الموظف.

وقد خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم تطوير الموارد البشرية وأهميته على النحو الآتي:

أولاً : مفهوم تطوير الموارد البشرية:

يعرف تطوير الموارد البشرية أو (HRD)⁵ بأنه "عمل مخطط يتكون من مجموعة من البرامج مصممة من أجل تعليم الموارد البشرية وإكسابها معارف وسلوكيات ومهارات جديدة متوقع

² علي عباس، إدارة الأعمال الدولية: الإطار العام، الأردن - عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2007، ص 387.

³ Erwin Rausch, " More effective leadership can bring higher service quality", Managing Service Quality, Vol 9, Number 3, 1999, p.154.

⁴ Saravanan R., Rao K.S.P., " Development and Validation of an Instrument for Measuring Total Quality Service", Total Quality Management, Vol. 17, No. 6, July 2006, p.736.

⁵ (Human Resource Development).

أن تحتاجها في أداء مهام أو وظائف جديدة في المستقبل والتأقلم والتعايش مع المستجدات أو التغييرات التي تحدث في البيئة وتؤثر في نشاط المنظمة⁶.

يحصّر هذا التعريف التطوير في الاستعمال المتكامل للجهود التدريبية، والتطويرية لأجل رفع مستوى فعالية الفرد، المجموعة والمؤسسة، للقيام ببناء المهارات الأساسية التي تمكن الأفراد من تنفيذ المهام الحالية والمستقبلية عبر القيام بنشاطات تعليمية.

كما عُرِف بأنه " تلك العملية التي تعمل على زيادة معارف و مهارات، و قدرات و كفاءة الموارد البشرية التي يتمتع بها المجتمع قصد جعلها فاعلة عند دخول سوق العمل ضمن مؤسسات صناعية أو خدماتية، و تكون تتميتها وفق نشاطات وأساليب منها : التدريب و التعليم، تقييم الأداء ، التكوين المستمر، الترقية و الاتصالات، التحفيز والعلاقات الإنسانية"⁷.

يحصّر التعريف السابق مفهوم عملية تطوير الموارد البشرية في ستة أنشطة هي: التدريب و التعليم، تقييم الأداء، التكوين المستمر، الترقية و الاتصالات، التحفيز والعلاقات الإنسانية، التي تعمل على إعادة تكوين الموارد البشرية وتدريبها وتزويدها بالمعارف والمهارات اللازمة لعملية التغيير والمنافسة، من أجل تحقيق رضا العميل الداخلي والخارجي للمنظمة.

⁶ عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية: بعد استراتيجي، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، 2005، ص 438. للإطلاع أكثر انظر:

- بن زاهي منصور و الشايب محمد الساسي، التدريب كأحد مقومات الأساسية لتنمية الكفاءات البشرية، ورقة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، 2005، ورقلة -الجزائر، نقلا عن: نعيمة بارك، تنمية الموارد البشرية وأهميتها في تحسين الإنتاجية وتحقيق الميزة التنافسية، مجلة اقتصاديات شمال أفريقيا، العدد السابع، ص275.
- عبد الرحمن توفيق، إستراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية، القاهرة، مركز الخبرات المهنية للإدارة (بيميك)، 1996، ص40.
- موسى اللوزي، التنمية الإدارية : المفاهيم، الأسس، التطبيقات، ط1، عمان، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 2000، ص 87.

⁷ هشام بوكوفوس، أساليب تنمية الموارد البشرية في المؤسسة الاقتصادية العمومية الجزائرية (بحث ميداني)، رسالة ماجستير، الجزائر، جامعة الإخوة منتوري - قسنطينة، 2006، ص 55.

كما عرفت عملية تطوير الموارد البشرية بأنها " أحد المقومات الأساسية في تحريك و صقل و صيانة و تنمية القدرات و الكفاءات البشرية، في جوانبها العلمية و العملية والفنية و السلوكية، ومن ثم فهي وسيلة تعليمية تمد الإنسان بمعارف أو معلومات أو نظريات، أو مبادئ أو قيم أو فلسفات، تزيد من طاقته على العمل و الإنتاج، و هي أيضا وسيلة تدريبية تعطيه الطرق العلمية الحديثة و الأساليب الفنية المتطورة و المسالك المتباينة في الأداء الأمثل و الإنتاج، و هي كذلك وسيلة فنية لمنح الإنسان خبرات مضافة و مهارات ذاتية تعيد صقل قدراته و مهاراته العقلية أو اليدوية، و هي أخيرا وسيلة سلوكية تعيد تشكيل سلوكه و تصرفاته في الوظيفة، وعلاقته مع زملائه و رؤسائه و مرؤوسيه"⁸.

يعد هذا التعريف هو التعريف الأكثر شمولا لعملية التطوير، والذي يحدد عملية التطوير في سبعة عناصر يمكن استنتاجها، وهي:

- القيادة الإدارية الداعمة لمبدأ المشاركة؛
- الثقافة التنظيمية التي تشجع على العمل الجماعي وتنتشر قيم التعاون والإبداع والتطور؛
- تمكين العاملين وتزويدهم بالمعارف والمهارات اللازمة لتمكينهم من تأدية أعمالهم بكفاءة وفعالية؛
- تدريب وتعليم العاملين وتطويرهم بصورة مستمرة؛
- تقييم الأداء لاكتشاف جوانب القوة لتعزيزها وكشف نقاط الضعف لمعالجتها وتصحيحها؛
- توجيه وإرشاد العاملين نحو الطرق السليمة لانجاز أعمالهم بما يحقق الكفاءة والفاعلية في إنتاج وتقديم الخدمة أو السلعة ويحقق رضا العميل؛
- التطوير الوظيفي للعاملين، من خلال تبني برامج تطوير داخلية وخارجية و إتاحة الفرصة لجميع العاملين للانخراط فيها والاستفادة منها من أجل تحقيق التقدم الوظيفي اللازم لتحقيق رضا العاملين وبقائهم.

وما يعاب على هذا التعريف انه تجاهل عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين، حيث ركز على تطوير الموارد البشرية الموجودة فعلا وتجاهل الحاجة الدائمة إلى رفق المنظمة بكوادر جديدة تمتلك المؤهلات والخبرات والمهارات وتواكب التطور في مختلف

⁸ أحمد منصور، قراءات في تنمية الموارد البشرية، الكويت، وكالة المطبوعات، 1975، ص 195 .

المجالات، ونستشف من خلال ماسبق بأن عملية تطوير الموارد البشرية هي عملية ذات طابع مستمر لا حدود لها وتشمل إجراء تطوير شامل للفرد من أجل صقل المواهب والمهارات للعاملين لجعلهم قادرين على مواجهة التحديات و المنافسة مع الغير وتحقيق أهدافهم وأهداف المنظمة بكفاءة وفعالية، واستيعاب التطورات المستمرة في البيئة التي تعمل فيها المنظمة، وإشباع حاجات ورغبات العملاء وتحقيق رضاهم بصورة مستمرة.

ثانيا: أهمية تطوير الموارد البشرية: تتمثل المكاسب الأساسية لتطوير الموارد البشرية في الآتي⁹:

- زيادة قيمة وقدرة الأصول البشرية بالشركة.
- توفير بديل للتعيين عن طريق تأهيل الموظفين الحاليين لشغل المناصب الشاغرة.
- صنع قادة محتملين لمستقبل الشركة.
- المساعدة في التقليل من دوران العمالة عن طريق الاحتفاظ بأفراد متحفزين ومهتمين بمناصبهم ووظائفهم مع إمكانية التقدم و التطور¹⁰.
- يستعمل الـ (HRD) كضامن لوجود التوافق بين احتياجات الأفراد والمؤسسات¹¹.
- زيادة قدرة المنظمة على مواجهة التحديات ومواكبة التطورات والتقليل من حدة المنافسة.
- زيادة قدرة المنظمة على إشباع حاجات ورغبات العملاء بكفاءة وفعالية وبصورة مستمرة وتحقيق رضا العملاء الداخليين والخارجيين على حد سواء.

⁹ رياض بن صوشة، تنمية الموارد البشرية مدخل استراتيجي لتحقيق الميزة التنافسية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2007، ص 51.

¹⁰ ستيفن سترالسر، ماجستير إدارة الأعمال في يوم واحد، الرياض، مكتبة جرير، 2005، ص 16.

¹¹ <http://www.xavier.edu/hrd/>

المطلب الثاني

التكامل بين تطوير الموارد البشرية وتطبيق معايير الاعتماد لتحقيق الجودة الشاملة

أشار ديمنج بأنه لا يمكن لأي منظمة أن تبقى وتستمر بدون تطوير أفراد ذوي كفاءة، فقد ركز على المورد البشري وضرورة إشراكهم في كل النشاطات لتحقيق الأهداف الإستراتيجية للمنظمة، وقد ركزت فلسفته على القيادة التي تدعم العاملين، وتمنحهم الأمان، وتثمن جهود فريق العمل واثر العاملين على الجودة، وتحفزهم، مركزةً على الدعم والتحسين الذاتي لهم¹²، وهذا ما أشار إليه معظم رواد الجودة، فالعنصر البشري يعد المورد الذي لا يمكن للمنافسين استنساخه، والذي لا يتم العمل إلا به.

إن فلسفة إدارة الجودة الشاملة من شأنها أن تغير البيئة السائدة في المنظمة إلى بيئة تتميز بالثقة المتبادلة والتعاون والاحترام بدلا من الرقابة المفرطة؛ وتحجم من العلاقات العدائية نوعا ما، كما أن العديد من المنظمات الرائدة قامت بثورة إصلاحية لسياسات مصادر الطاقة البشرية، وركزت على حاجات تطوير القوى العاملة، حيث تتأثر الإدارة الفعالة لمصادر الطاقة البشرية بمضامين السلوك التنظيمي، كما أن مداها واسع، ويقع ما بين عملية الاستقطاب والاختيار والتعليم والتدريب وتمكين العاملين وإمماجهم في العمليات، وتعد هذه العناصر هي حجر الزاوية الذي يركز عليه البناء الاستراتيجي للمنظمات وأساس استمرارها وبقائها¹³.

ويرى (Simmon & Shadur) أنه توجد علاقة قوية بين الإدارة الإستراتيجية للموارد

البشرية وإدارة الجودة الشاملة¹⁴، يمكن توضيحها في الجدول الآتي:

¹² Sureshchander,G.S, Rajendian et.al,"A Conceptual Model For Total Quality management in Service Organization", Total Quality Management, Vol 12, Issue 3, May 2001, Pp 343-361.

¹³ Mex Appleby & Cynthia Jackson, "The Impact of Lip, On TQM & Staff Motivation in General Practice" International Journal of Health Care Quality Assurance, 2000, Pp 53-64.

¹⁴ David Simmon & Mark Shadur, Total Quality Management and Human Resources Management, Employee Relations, Vol 17, Issue 3, 1995, Pp 75-87.

جدول رقم (1-2) مقارنة بين إدارة الموارد البشرية وإدارة الجودة الشاملة

العنصر	إدارة الموارد البشرية	إدارة الجودة الشاملة
التنظيم	<ul style="list-style-type: none"> - جماعي ومرن. - تحليل العمل ضروري لعمل توصيف وظيفي. - يوجد توجه مستقبلي نحو تخصيص العمل لترتيبه بطريقة أفضل مستقبلا وإعلام أصحاب القرار بذلك 	<ul style="list-style-type: none"> - جماعي ويركز على تحليل تدفق العمل وقياس مظاهر عمليات تنفيذه. - التوصيف الوظيفي ضروري لتلبية حاجات المستفيد. - يحتاج إلى تحليل العمليات للرقابة على مستوى العمل من أجل التحسين المستمر.
التخطيط لاستقطاب واختيار للعاملين	<p>التخطيط لتوظيف العاملين يكون ضمن إستراتيجية تتضمن نشاطات الاستقطاب والاختيار للعاملين وتدريبهم وتطويرهم، والتخطيط للتقاعد والانفصال عن المنظمة، وتحديد السياسات اللازمة لذلك، خصوصا فيما يتعلق بعملية الاستقطاب والاختيار، التي يجب أن تتفق مع الأهداف الإستراتيجية للمنظمة، وهذا يعد جانب مهم في إدارة الجودة الشاملة، حيث أن الهدف الأساسي من عملية الاستقطاب والاختيار هو تزويد المنظمة بكوادر بشرية مؤهلة وكفئة وتمتلك الخبرة والمهارة وقادرة على العمل في جماعات وبروح الفريق الواحد لتحقيق أهداف المنظمة.</p>	<p>العمل الجماعي بروح الفريق الواحد هو من أساسيات إدارة الجودة الشاملة</p>
تقويم أداء العاملين وتحفيزهم	<p>نظام تقويم الأداء الفعال يؤدي إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> - التعرف على جودة المدخلات والعمليات وبيبين جودة المخرجات. - التركيز على انجاز الفرد والجماعة والمنظمة ككل. 	<p>نظام تقويم الأداء يجب أن يتوافق مع إدارة الجودة ويجب أن يتضمن ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تحسين الأداء باستمرار من خلال التخطيط والاستشارة وتدريب العاملين على كل جديد. - مكافأة الانجاز الشخصي وليس فقط تقويم الجماعة. - تزويد العاملين بالتغذية العكسية حول مستويات أدائهم مع ربط المكافآت بنتائج التقييم، ليتحقق مبدأ التحفيز الذي يعد من أهداف برنامج الجودة.
التدريب والتطوير	<p>ضروري لتزويد العاملين بالمهارات والمعارف اللازمة لتحقيق الجودة الشاملة.</p>	<p>إدخالها وتطبيقها ضرورية لتعزيز دور الإدارة ومسئولياتها التشغيلية وفي حل المشكلات واتخاذ القرارات، ويجب أن تشمل المدراء في الإدارة الوسطى، كونهم بحاجة إلى التدريب على القيادة الإدارية لكي يصبحوا قادرين على إحداث التطور المنظمي بسهولة ويسر.</p>

المصدر:

David Simmon & Mark Shadur, Total Quality Management and Human Resources Management, Employee Relations, Volume 17, Issue 3, 1995, Pp 75-87.

يتبين من خلال الجدول رقم (1-2) بأن عمليات الاستقطاب والاختيار للعاملين وتدريبهم وتطويرهم ومن ثم تقييم أدائهم وتحفيزهم، تعد عناصر هامة لتزويد العاملين بالمعارف والمهارات والخبرات اللازمة لتحسين مستويات أدائهم باستمرار، وبالتالي تحقق الجودة الشاملة في المنظمة، فمن خلال هذه العناصر مع وجود تنظيم مثالي لأعمال المنظمة يتحقق الرضا للعميل الداخلي والخارجي، وهذا بدوره يعد بعداً أساسياً لتحقيق الجودة وتطبيق معايير الاعتماد.

ويرى (كانجي) بأن الموارد البشرية تعد عنصر هاماً في عملية التغيير والتطوير للعمل، و أن أهم عنصر في تطوير القوى العاملة هو القيادة الإدارية، كونها تلعب دوراً أساسياً في تطوير المنظمة من خلال استحداث ونشر ثقافة الجودة، ونشر قيم التعاون والمشاركة بين العاملين والإدارة والتشجيع على العمل بروح الفريق الواحد، كما بين أهمية الاستثمار في تعليم وتدريب العاملين وتزويدهم بالمهارات والمعارف اللازمة لتمكينهم من أداء أعمالهم بشكل أفضل، بالإضافة إلى تزويدهم بالتغذية العكسية عن مستويات أدائهم ليكتشفوا جوانب القوة لتعزيزها وجوانب الضعف لتجنبها وتصحيحها¹⁵، كما أن تمكين العاملين يزودهم بالمصادر والمساعدات الفنية ويعزز الاستقلالية، ويركز على العاملين في المستويات الدنيا ويدعمهم بالمعارف والمهارات اللازمة لحل المشاكل، وكذلك إدماجهم في حلقات الجودة ومجموعات حل المشكلات¹⁶.

وفي دراسة أجرتها (جودي سكولر) في مستشفيات شيكاغو، لدراسة تحقق التميز في خدمة المستهلك، من خلال تعزيز القيادة الفعالة؛ بطريقة تضمن احترام خصوصية المريض وكرامته، حيث وجدت بأن أهم عناصر تطوير الموظفين تتمثل بالاستقطاب والاختيار لضمان توظيف الشخص المناسب في المكان المناسب، لتحقيق التميز في العمل والحصول على الخدمة المناسبة، كما أكدت على أهمية تدريب وتعليم العاملين لاستيعاب معايير الخدمة، وتعزيز دور القيادة، واستحداث ثقافة مناسبة تشجع على المشاركة والتعاون، وإدارة الأداء من خلال ربط معايير الخدمة مع عملية تقييم الأداء، وتزويد العاملين بالتغذية العكسية عن مستويات أدائهم، ومكافأتهم والاعتراف بهم وتقدير انجازاتهم، من خلال برنامج الحوافز والمكافآت، من أجل

¹⁵ Gopal K Kanji, "Forces of excellence in Kanji's Business Excellence Model", Total Quality Management, Vol 12, Issue 2, March 2001, P 259

¹⁶ Sureshchander,G.S, Rajendian et.al, Op. Cit. p.361.

تشجيعهم على التميز في الأداء وتثمين الأداء المتفوق، ورصد رضا المرضى، والتركيز على فرق التحسين وتعزيز دورها في كل أقسام المستشفى، وأكدت على أهمية وضع وتطبيق برنامج للتوجيه والإرشاد للعاملين والتطوير الوظيفي والتفاعل مع المرضى وحاجاتهم¹⁷.

وفي دراسة أجراها (ضياء الحق وتوماس مارتن) حول العوامل الثقافية في العمل وأثرها على تحقيق الجودة في المستشفيات، وجد بأن العوامل المؤثرة على تطبيق معايير الجودة هي: مدى اهتمام القيادة الإدارية، وقيادة الهيئة الطبية بالجودة والمستهلك (المريض) والتحسين المستمر، ومدى تمكن العاملين واندماجهم في عملهم، بالإضافة إلى تبني الجودة كإستراتيجية لعمل المنظمة، بحيث تعكس الجودة في الثقافة التنظيمية السائدة في المنظمة¹⁸، كما أن عملية التحسين والتطوير المستمر للموارد البشرية من شأنها أن تخفض من تكاليف تقديم الخدمة والخسائر التي قد تتحملها المستشفيات نتيجة حدوث الأخطاء الطبية الناجم عن التقصير في العمل، وهذا يلعب دورا جوهريا في تحقيق الميزة التنافسية للمنظمة الصحية¹⁹.

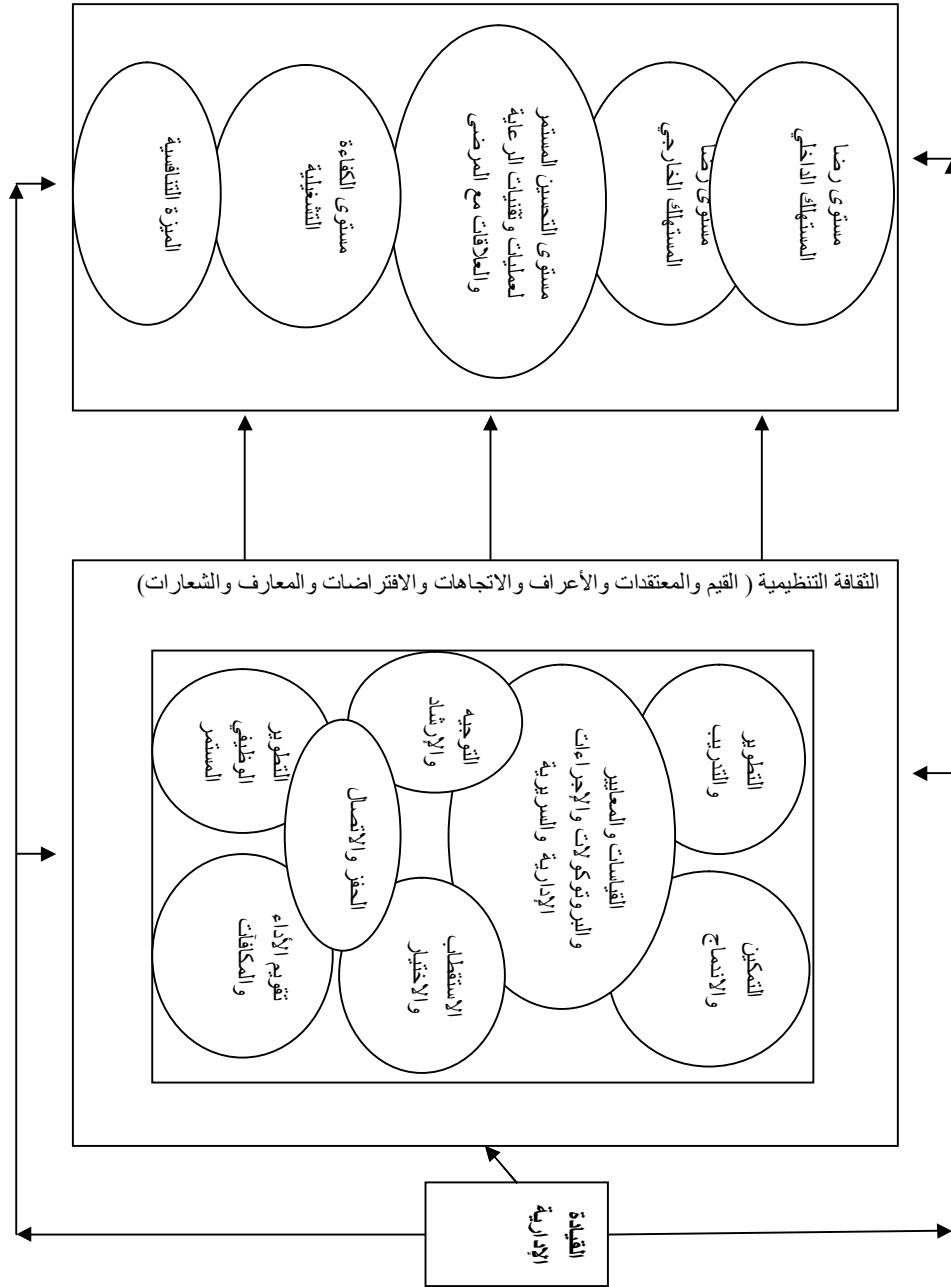
وقد وضع (عبد العزيز مسوده) تصورا بين فيه أهم عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وأثرها في تحقيق الجودة الشاملة ولخصه في الشكل الآتي:

¹⁷ Judy Schueler, " Customer service Through Leadership: The Disney Way", Training & Development, October 2000, Pp 29-32.

¹⁸ Zia'aluq &Thomas Martin, " Work Force Cultural Factors in TQ, CQI, Implementation in Hospitals", Quality Management in Health Care, Vol 4, Issue 2001, Pp 50-57.

¹⁹ Langbert, Mitchell, "Human Resources Management And Deming Continuous Improvement", Journal of Quality Management, Vol 5, Issue 2000, P 102.

شكل رقم (2-1) عناصر تطوير الموارد البشرية وأثرها في تحقيق الجودة الشاملة



المصدر: مازن عبد العزيز مسودة، اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة، أطروحة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004، ص 184.

من خلال الشكل رقم (2-1) نجد بأن تحقيق الجودة الشاملة، يفرض وجود حاجة فعليه للتركيز على عملية الاستقطاب والاختيار، وتمكين العاملين، وبرامج التدريب والتطوير الوظيفي، واستحداث ثقافة للجودة والتحسين المستمر وتحقيق رضا العاملين من خلال الاعتراف بانجازاتهم

ومشاركتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بهم، والتقييم العادل لأدائهم وتزويدهم بالتغذية العكسية عن نتائج التقييم ليتمكنوا من تصحيح الأخطاء وجوانب القصور في الأداء، وبذلك نكون قد زدنا العاملين بالوسائل اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وجودة عالية.

وفي المنظمات الصحية نجد بأن الاهتمام بالعنصر البشري كهدف استراتيجي هو الذي يسهل تطبيق معايير الاعتماد ويحقق الجودة الشاملة، وأن ركائز عملية تطوير الموارد البشرية الصحية تشمل عدة عناصر، وهي عبارة عن عمليات ديناميكية متفاعلة ومستمرة، تبدأ بالتزام القيادة الإدارية بعملية التغيير نحو إستراتيجية التحسين المستمر للعمليات والعلاقات والمهارات بهدف تحقيق رضا العميل الداخلي والخارجي في نفس الوقت، وهذا يتطلب جذب واختيار قوى عاملة مؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة، ومن ثم نشر ثقافة التعاون والتحسين المستمر، وتبني برامج للتدريب والتطوير المستمر للعاملين لمواكبة التطورات الدائمة والمستمرة في مختلف الجوانب، مع ضرورة تمكين العاملين وإعطائهم درجة أكبر من الاستقلالية في تنفيذ أعمالهم واتخاذ القرارات المتعلقة بالمريض، مع تزويدهم بالتوجيهات والإرشادات الدائمة وتحفيزهم وتشجيعهم وفق نتائج عملية التقييم الدورية لمستويات أدائهم وجودة خدماتهم، وإطلاعهم على جوانب التقصير من خلال عملية التغذية العكسية لنتائج تقييم الأداء، وجعل عملية التقييم الذاتي ثقافة سائدة لدى الموظفين من خلال مقارنة أدائهم مع نظرائهم في المنظمات المنافسة ومع المعايير الموضوعية من قبل هيئات الاعتماد الدولية، ليتسنى لهم تحقيق التطوير الذاتي، مع مراعاة قيام إدارة المنظمة بتبني برامج للتطوير الوظيفي وتنفيذها داخل وخارج المنظمة الصحية.

ونظراً لأهمية تطوير الموارد البشرية في نجاعة تطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية، فقد خصصت اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (JCI) فصلاً كاملاً يحتوي على معايير تتعلق بإدارة المنظمة الصحية، وقد نص المعيار رقم (ج-9) على ضرورة أن تقوم إدارة الموارد البشرية بوضع نظام اختيار وتنمية العناصر البشرية المميزة حسب احتياجات ورسالة المؤسسة، من خلال تبني برامج تدريبية مختلفة ومستمرة لرفع مهارات وإمكانيات العاملين بالمؤسسة وذلك من خلال تقييمهم وتحفيزهم للحفاظ عليهم، مع ضرورة وجود خطة مستمرة لتنمية الموارد البشرية تتناسب مع المتطلبات التطويرية والمستقبلية.

المبحث الثاني

عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وأثرها على تطبيق معايير الاعتماد

تناولنا في المبحث السابق من هذا الفصل مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية وأهميته وعلاقته بتطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية لتحقيق الجودة الشاملة، لذا فقد خصص هذا المبحث للتعرف على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية كلا على حده وعلاقتها بنجاحة تطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية، وقد تم تقسيم هذا المبحث إلى المطالب الآتية:

- المطالب الأول: القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية وأثرها على نجاحة تطبيق معايير الاعتماد.
- المطالب الثاني: الاستقطاب والاختيار والتدريب والتوجيه وأثرها على نجاحة تطبيق معايير الاعتماد.
- المطالب الثالث: تمكين العاملين وتطويرهم وظيفياً وأثره على نجاحة تطبيق معايير الاعتماد.
- المطالب الرابع: تقويم الأداء وأثره على نجاحة تطبيق معايير الاعتماد.

المطلب الأول

القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية وأثرها على نجاحة تطبيق معايير الاعتماد

تلعب القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية دوراً مهماً في تطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية وتحقيق الجودة الشاملة، لذا خصص هذا المطلب لتوضيح هذا الدور من خلال النقاط الآتية:

أولاً: القيادة الإدارية:

تحدد الإدارة العليا سياسة المؤسسة التي تساند جودة الخدمات المقدمة للمريض، وذلك عن طريق وضع الرسالة والرؤية والسياسات والإجراءات واللوائح الداخلية التي تحكم عمل المؤسسة، وهذه بدورها تتضمن مسؤوليات الإدارة العليا وصلاحياتها وكيفية القيام بهذه المسؤوليات، ويمكن توضيح دور القيادة الإدارية في تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة من خلال الآتي:

1. مفهوم القيادة الإدارية:

تعرف القيادة اصطلاحاً بأنها "القود) نقيض السوق : يقال : يقود الدابة من أمامها ويسوقها من خلفها"²⁰. ويمكن أن نستشف من هذا التعريف إن القائد يتصدر الجميع ويقودهم إلى ما ينفعهم ويرشدهم لما يحقق أهدافهم فمعنى أن تقود هو أن تكون في المقدمة.

وقد عرفت القيادة على أنها "عملية تحريك مجموعة من الناس باتجاه محدد ومخطط وذلك بتحفيظهم على العمل باختيارها"²¹. وقد عرفت أيضاً على أنها "قدرة تأثير شخص ما على الآخرين بحيث يجعلهم يقبلون قيادته طواعية ودون إلزام قانوني وذلك لاعتراهم بدوره في تحقيق أهدافهم ولكونه معبراً عن أمالهم وطموحاتهم مما يتيح له القدرة على قيادة أفراد الجماعة بالشكل الذي يراه مناسباً"²².

كما عرفت بأنها "عملية تفاعلية تحدث بين شخصية القائد والتابعين، وجمعهم ظرف وهدف مشترك يسعون لتحقيقه، وتبرز ملامح القيادة في قدرتها على التأثير في التابعين دون الاتكال على سلطاته القانونية من خلال الإقناع وإتباع أساليب تحفيزية تساهم في تحقيق الأهداف المشتركة التي أجمع من أجلها الجميع"²³.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج بأن القيادة الإدارية هي الأفراد الذين يضعون الرؤية، والأهداف، ويطورون الخطة الإستراتيجية، ويؤسسون الحاجة للتغيير، وتمثل القيادة الإدارية مزيج ناتج عن تفاعل العناصر الآتية:

- وجود قائد يمتلك صفات ومهارات وقدرات عملية، عقلية، بدنية؛
- وجود هدف أو مجموعة أهداف مشتركة يسعى الجميع لتحقيقها؛
- وجود تابعين مقتنعين بالأهداف المشتركة فيما بينهم وبين القيادة والتنظيم؛
- وجود موقف أو ظرف معين يؤدي القائد والتابعين فيه وظائفهم؛

²⁰ لسان العرب، المجلد الثالث، ص 84 .

²¹ هشام الطالب ، دليل التدريب القيادي، ط 3، القاهرة، الدار العربية للعلوم، 2006، ص 52 .

²² محمد قاسم القريوتي، السلوك التنظيمي، ط 4، القاهرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2003، ص 181 .

²³ صلاح هادي الحسيني، القيادة الإدارية وأثرها في تطوير إدارة الموارد البشرية استراتيجياً، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية في الدنمارك، كلية الإدارة والاقتصاد، 2009، ص 52.

- نتاج تفاعلي ذو تأثير تبادلي بين القائد وجماعات العمل فالقيادة حصيلة جهدهما؛
- يرتبط نجاح القيادة بالموقف وطاعة الأتباع ومهارة القائد ووضوح الهدف؛
- إتباع أساليب التحفيز المختلفة لتحقيق الأهداف.

2. علاقة القيادة الإدارية بتطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة:

أن أي تأثير في تحسين الجودة يبدأ من القيادة الإدارية؛ فالقيادة التي تمتلك أفكاراً واضحة تكون لديها القدرة على التوجيه وفرض التغيير الفكري والاستراتيجي والمعنوي في المنظمة، من خلال صياغة رؤية بعيدة المدى تتعلق بتطوير المنظمة ونشر هذه الرؤية لدى جميع العاملين في مختلف أقسام المنظمة، وابتكار وتطوير خطة تنفيذية وجعل المنظمة برمتها تتجه نحو إنجاز الرؤية²⁴.

وفي قطاع الخدمات لا يوجد هناك بديل عن القيادة الفاعلة؛ حيث يجب أن تضع الإدارة العليا التحسين المستمر والتعاون على رأس أولويات جميع المدراء في أنحاء المنظمة، وأن تحدد أدوار وواجبات المدراء في التحسين المستمر كجزء من عملية التوصيف لوظيفة المدير، بالإضافة إلى قيادة المدراء لتنفيذ ممارسات هامة وحاسمة كالاشتراك مع فرق التوجيه والإرشاد، تزويدهم بعملية تعريف وتهذيب معايير الجودة، توفير الموارد الضرورية للتحسين، تطوير وتطبيق آليات التغذية العكسية، وأخيراً عملية التدريب؛ هذه الممارسات جميعها عناصر حاسمة لوظيفة المدير كقائد لإدارة الجودة الشاملة، وعلى هذا الأساس فإن المدراء يجب أن يتم اختيارهم، تدريبهم، ترقيتهم، تقييمهم، ومكافأتهم على قدراتهم في تعزيز التحسين المستمر في مجالات مسؤوليتهم داخل المنظمة²⁵.

كما إن فكرة تحسين الجودة تعتبر مقياساً طويلاً الأجل، والذي هو بحاجة إلى سلسلة من التحسينات المتدرجة، والتزام من قبل جميع أفراد المنظمة²⁶، ويعد دعم الإدارة العليا من أهم متطلبات نجاح تطبيق إدارة الجودة، إذ يجب على الإدارة العليا أن تكون مقتنعة بضرورة التطوير والتحسين وتقديم أفكار لخدمات جديدة وتحسين الخدمات الحالية، وهذا يتطلب توفر قناعة لدى

²⁴ Sureshchander,G.S, Rajendian et.al, Op. Cit, p.352..

²⁵ Clinton O. Longenecker, Joseph A. Scazzero, " Improving service quality: a tale of two operations", Managing Service Quality, Vol 10, Number 4, 2000, p. 230.

²⁶ Krishnan R., (Rami) ShaniA. B., GrantR. M., Baer R., " In search of Quality improvement: Problems of design and implementation", Academy of management Executive, Vol.7, No.4, 1993, p.16.

الإدارة العليا بأن العاملين لديهم القدرة على تحمل المسؤولية ولا يتهربون منها وأن مهمتها هي دعم موظفيها وتشجيعهم على التطوير والولاء للمنظمة، ويتجسد ذلك من خلال قيادة التغيير نحو إدارة الجودة الشاملة التي تتطلب إشراك جميع الموظفين بشكل فعال في التغيير وخلق الدافعية لديهم من خلال تحفيزهم وتنمية معارفهم وقدراتهم على العمل²⁷، و يمكن إيجاز مسؤولية القيادة في تطبيق برنامج الجودة فيما يلي²⁸:

- تحديد الرسالة والرؤية والغايات التي تعزز ثقافة الجودة.
- بناء مجموعة من القيم المشتركة.
- تحديد إستراتيجية للجودة.
- تنسيق الموارد من أجل تحسين الأداء الكلي.
- وضع الأهداف والبرامج التي من شأنها أن تحسن رضا المستهلك.
- بناء أنظمة معلومات فعالة، لتكون أساساً يعتمد عليه في اتخاذ القرارات الصحيحة في الوقت والمكان المناسبين.
- تعزيز عملية تطوير الموارد البشرية، والاستثمار في عملية التدريب والتعليم مع التركيز على تحقيق الجودة.
- وضع نظام للتحفيز من شأنه أن يحقق التحسين المستمر.

وفي هذا الشأن فقد تضمنت معايير اعتماد المؤسسات الصحية مجموعة من المعايير التي تعكس أهمية الدور الذي تلعبه القيادة الإدارية في تحقيق الجودة الشاملة، حيث يشترط للحصول على شهادة الاعتماد الدولية تحقق المعايير الآتية²⁹:

- أ. وجود مدير مؤهل للمؤسسة وله وصف وظيفي محدد يشمل على الأقل:
 - إدارة وتشغيل المؤسسة بما يتماشى مع اللوائح والقوانين.
 - متابعة أعمال وأنشطة المؤسسة اليومية.

²⁷ Drummond, Helga, The Total Quality Movement, UBSPD,INDIA, 1994, p60-62.

²⁸ Gopal K. Kanji, "Performance measurement system", Total Quality Management, Vol 13, No 5, 2002, p 719.

²⁹ دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 132 - 136.

- التأكد أن السياسات والإجراءات يتم وضعها وتحديثها واعتمادها من الإدارة العليا للمؤسسة.
- متابعة توافر واستخدام الموارد المختلفة (بشرية ومالية ...الخ).
- التأكد من أن بالمؤسسة برامج لتحسين الأداء وأمان المريض وإدارة المخاطر.
- التأكد من إرسال التقارير للجهات الخارجية حسب اللوائح والأنظمة المحلية.
- ب. أن يتم إدارة وتشغيل المؤسسة بما يتماشى مع اللوائح والقوانين .
- ج. قادة المؤسسة مسئولون مسئولية جماعية عن تعريف رؤية ورسالة المؤسسة ووضع الخطط والسياسات اللازمة لتنفيذها.
- د. تقوم قيادة المؤسسة بالاشتراك مع قادة المجتمع والمؤسسات ذات العلاقة بوضع خطة المؤسسة بما يتفق مع احتياجات المجتمع الصحية.
- هـ. أن يتم تدريب قادة المؤسسة على مفاهيم الجودة.
- و. توفر قيادة المؤسسة لحدیثي العمل برامج التدريب والتأهيل والموارد اللازمة وتتابع التنفيذ.
- ز. تتولى القيادة الإشراف على عقود الخدمات الطبية والإدارية.
- ح. يشارك قادة الفرق الصحية والتمريضية وغيرهم من القادة في اختيار العاملين ووضع التوصيف الوظيفي.
- ط. يتم التنسيق والتكامل داخل القسم الواحد ومع الأقسام الأخرى.
- ي. يقوم القادة بتحديد احتياجات الأقسام القائمة أو الجديدة من حيث المساحة والموارد البشرية والأجهزة والمستلزمات.
- ك. يقوم رؤساء الأقسام بالمؤسسة بقياس أداء القسم/ الخدمة.
- ل. يقوم رؤساء الأقسام بالمؤسسة بتقييم أداء العاملين بناء على مؤشرات محددة وبشكل دوري.

من خلال ماسبق نستنتج الدور والأهمية الكبيرة للقيادة الإدارية في التطبيق الناجع لمعايير اعتماد المستشفيات والمؤسسات الصحية بصفة عامة، وهذا يؤكد وجود علاقة قوية بين تطوير القيادة الإدارية للمؤسسات الصحية وتطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفعالية وتحقيق الجودة الشاملة.

ثانيا: الثقافة التنظيمية:

الثقافة التنظيمية هي مصطلح يعبر عن القيم والمعتقدات والأعراف والعادات التي يشارك فيها العاملون في المنظمة، وقد تكون إما ملموسة مثل: المباني وشكل المنظمة والشعارات، أو غير ملموسة مثل: القيم والمعتقدات والسلوكيات والعلاقات بين أفراد المنظمة³⁰، وتعد الثقافة التنظيمية احد أساليب التطوير، كونها تعمل على نشر الوعي والمعرفة بإدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال التركيز على مشاركة العاملين في كل المستويات³¹.

وفي المستشفيات فان التغيير الثقافي له تأثير هام وجوهري على رعاية المريض، ويأتي هذا التأثير من خلال تعزيز المستشفيات لثقافة ترسخ الالتزام بالتحسين المستمر لجودة الخدمات وتمكن من تحسين الاتصالات، وتطوير وتدريب العاملين، فالعاملون يعاملون المريض بنفس الطريقة التي يدركون بها طريقة معاملة المستشفى لهم، وان تطبيق التحسين المستمر، يتطلب تغييرا جذريا في القيم والمعتقدات الإدارية السائدة، وخصوصا المدراء الذين هم بحاجة لتطوير وتوصيل رؤية ورسالة وقيم واستراتيجية واضحة توجه الموظفين نحو هدف أسمى وهو التحسين المستمر، كما أن وجود مناخ تنظيمي يرقى بالاتصالات في المنظمة الصحية، سوف يساعد على تطوير وترسيخ ثقافة تنظيمية ملائمة للجودة الشاملة³²، وتتضمن ثقافة جودة الخدمة التركيز على رضا المستهلك والمرونة والإبداع والاحترام لكل العاملين، وبالتالي فان تطوير نظام للقيم يؤدي إلى زيادة اندماج العاملين في بيئة العمل، والتزام اكبر من قبلهم نحو جودة الخدمة،

³⁰ Richard Dafi & Raymond. A. Noe, Organizational Behavior, Hart court College Publishers, USA, 2001, P 588.

³¹ موسى اللوزي، التطوير التنظيمي أساسيات ومفاهيم حديثة، ط1، عمان الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 1999، ص 256.

³² Harper Daphne G. Ashkanasy. Neal M , "Implementing Quality Service in A Public Hospital Setting", Productuly & Management Review, Vol 121, Issue 1, sep, 1997, Pp 15-30.

وهذا الاندماج والالتزام سوف يؤدي إلى اتجاهات ايجابية ويوفر مناخ ملائم لتحسين خدمة المستهلك³³.

ومن اجل تطبيق معايير اعتماد المستشفيات وتحقيق الجودة الشاملة فهناك أربعة خطوات استباقية للتخطيط لعملية تطبيق برنامج الجودة وتحقيق التغيير المنشود، يمكن تلخيصها في الآتي³⁴:

أ. القيام بتشخيص الثقافة الحالية للمنظمة وهيكلها، لمعرفة هل المنظمة جاهزة لتطبيق برنامج الجودة؟ وما مدى مركزية اتخاذ القرارات، وهل لدى العاملون القدرة على صنع القرارات واتخاذها؟

ب. تحديد مدى الموائمة مابين ثقافة المنظمة وهيكلها وإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة، وهل المناخ التنظيمي مناسب ويدعم إدارة الجودة؟ فإن كان هناك مشكله فلا بد من حلها أو تغيير الثقافة والهيكل، وتحديد ما هي تكاليف التغيير والفترة الزمنية اللازمة للتغيير ومقارنة العائد مع التكلفة.

ج. تصميم ووضع خطة للتغيير، حيث يتم تحديد جوانب التغيير وكيفية إحداثه، وهذا قد يتطلب إعادة تدريب وتأهيل العاملين اجتماعياً، وتغيير خطوط الاتصالات والتنسيق بين كل المستويات الإدارية، وهذا يتطلب عمل برامج لإكساب العاملين قيم جديدة ودمجهم في الأنشطة بعمق اكبر، وإعادة النظر في سياسات الاستقطاب والاختيار والترقية وتقويم الأداء والمكافآت والحوافز بما يجعلها تتناسب مع إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة.

د. تحديد أفضل طريقة للتغيير، حيث قد يحدث مقاومة للتغيير من قبل شبكات القوة التي كانت مسيطرة في المنظمة، وهنا لابد من التعرف على مصادر دعم القيم الجديدة وتحديد مصادر إضافية للتغلب على مقاومة التغيير، وذلك من خلال لجان التوجيه والإرشاد وبرامج التدريب وإعادة التدريب.

³³ Kay Emis & Denis Harrington, Quality Management of Health Care, Quality Assurance, Vol 12, Issue 6, Nov 1999, p 242.

³⁴ Tata Jasmine, & Parsad sameer, Cultural & Structural Constraints on Total Quality Management, Total Quality Management, Vol 9, Issue 8 Dec 1998, Pp 710 -721.

وفي هذا الشأن فقد وضعت هيئة الاعتماد الدولية للمؤسسات عدد من المعايير، تلعب الثقافة التنظيمية دورا بارزا في تحقيقها، هذه المعايير يمكن تلخيصها في الآتي³⁵:

- وجود معيار أخلاقي معن في المؤسسة الصحية وفقا لقوانين ولوائح وأداب المهنة.
- يحدد هذا المعيار الإجراءات الطبية ذات الاحتياج لمعيار أخلاقي، وطريقة الإعلان عن الخدمات ودخول المريض وتحويله أو خروجه، بالإضافة إلى العلاقة بين المؤسسة والعاملين فيها أو المؤسسات الأخرى.
- التزام المؤسسة بتنفيذ المعيار الأخلاقي.

المطلب الثاني

الاستقطاب والاختيار والتدريب والتوجيه وأثرها على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد

في هذا المطلب سوف يتم توضيح أثر عناصر: الاستقطاب والاختيار والتدريب والتوجيه في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة على النحو الآتي:

أولاً : الاستقطاب والاختيار:

تعد عملية الاستقطاب والاختيار هي المهمة الرئيسية الثانية لإدارة المنظمة بعد إنشاء المنظمة، كما أنها تبقى ضرورية لتزويد المنظمة بالكوادر المؤهلة والمتخصصة في مختلف مراحل نمو المنظمة وتطورها، حيث تعرف المنظمات الناجحة والتمتيز بمواصفات العاملين فيها، الذين يمتلكون مواصفات مميزة أيضا، ومن هنا فإن مهمة الاستقطاب والاختيار يجب أن تكون مخططة وبأسلوب علمي، لينعكس في نهاية المطاف على كفاءة المنظمة³⁶، وهناك عدد

³⁵ أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، المعايير من ج-3-1 إلى ج-3-3.

³⁶ مؤيد سعيد السالم، عادل حرحوش صالح إدارة الموارد البشرية:مدخل استراتيجي، الأردن -أريد،عالم الكتب للنشر والتوزيع، 2002، ص82.

من الممارسات المشتركة بين المنظمات تتعلق بعملتي اختيار واستقطاب الموظفين الجدد يمكن تلخيصها في النقاط الآتية³⁷:

- التأكيد على العدالة في الاختيار عبر استخدام أدوات وممارسات معيارية تتعلق بمواصفات الوظيفة وتقييمها.
- تحسين الشفافية وعملية الاتصال عبر دليل الشروط المرجعية للمهنة الذي يوفر معلومات مفصلة للموظفين الجدد، تتعلق بالأداء، تقييم الأداء، وظروف الوظيفة... الخ.
- التأكيد من أن مواصفات الوظيفة تشمل المسؤولية وليست موجهة نحو المهام فقط.
- تدريب جميع المدراء والمشرفين على عملية إجراء المقابلة وتقنيات الاختيار الأخرى.
- ربط مواصفات وقدرات الأفراد الوظيفية مع المهارات والمواصفات المناسبة المتعلقة بالوظيفة.
- مقارنة شروط وظروف التوظيف للمنظمة مع ما تم نشره من بيانات عن أفضل الممارسات، ووثائق لجهات معتمدة للتأكد من تحقق أعلى المعايير.
- إعادة النظر في سياسات الموارد البشرية بشكل منتظم للتأكد من أنها تعكس بشكل مستمر التغييرات التشريعية والقانونية بأفضل الممارسات المعروفة.

إن نقطة البداية في عملية الاختيار والتعيين، هي تحديد احتياجات المنظمة من العمالة في ظل الظروف الحالية والمرتبطة والتي تتطلبها الإستراتيجية العامة للمنظمة أو تفرضها إعادة التنظيم أو التوسع، يليها عملية الاستقطاب والتي تمكن من استقطاب العناصر البشرية الأكثر تميزاً وذات المهارات العالية والنادرة، كما يمكن للمنظمة الحصول على الفرد المناسب للمنصب الشاغر من بين الأفراد داخل المنظمة من خلال مايلي:

- الترقيات.
- تحويل فرد من منصب إلى منصب آخر أكثر تناسباً مع مؤهلاته ومهاراته.

³⁷ Susan Oakland, John S. Oakland, " Current people management activities in world-class organization", Total Quality Management, Vol 12, No 6, 2001, p776.

- اللجوء إلى مصادر خارجية للحصول على الأفراد الجدد وذلك من خلال استخدام العديد من الوسائل منها: الإعلان، مكاتب العمل، توصيات الجماعات المرجعية داخل المنظمة، الاتصال بالمعاهد والجامعات وكذا الاستقطاب عبر الإنترنت.
- وبعد الانتهاء من عملية الاستقطاب تقوم المنظمة بعملية الاختيار والتعيين من خلال إجراء المقابلات مع المتقدمين ولجراء اختبارات متعددة لهم، فالطريقة التقليدية في عملية الاختيار والتعيين تعتمد على المؤهلات والشخصية، بينما سياسة الاختيار والتعيين في ظل إدارة الجودة الشاملة تولي اهتماماً كبيراً للجانب الثقافي للفرد ومدى تلاؤمه مع قيم وخصائص المنظمة والمفاهيم الجديدة الخاصة بالدور والمهمة التي سينولها، بالإضافة إلى أنها تولي اهتماماً كبيراً بالذكاء والاستعداد للتعلم لدى الفرد المرشح، كما تحرص على تقييم مدى قدرته على الاندماج والعمل في الفريق ومدى توفر الخصائص اللازمة لديه لإرضاء العميل³⁸.

وفي هذا الشأن فقد وضعت الهيئة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المعايير المتعلقة باستقطاب واختيار العاملين والتي يعد تطبيقها شرطاً أساسياً للحصول على شهادة الاعتماد الدولية، هذه المعايير يمكن تلخيصها في الآتي³⁹:

- وجود قسم أو إدارة للموارد البشرية.
- وجود مدير يمتلك الخبرة والمؤهلات اللازمة، يقوم بالإشراف على مهام إدارة / قسم الموارد البشرية.
- تقوم إدارة الموارد البشرية بوضع نظام اختيار وتنمية العناصر البشرية المتميزة حسب احتياجات ورسالة المؤسسة.
- وجود نظام لتقييم احتياجات المؤسسة من الكفاءات البشرية اللازمة لمختلف الوظائف والعمل على توفيرها.
- وجود خطة مستمرة لتنمية الموارد البشرية تتناسب مع المتطلبات التطويرية في المستقبل.

³⁸ موزاوى سامية، مكانة تسير الموارد البشرية ضمن معايير الأيزو وإدارة الجودة الشاملة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - جامعة الجزائر، 2004، ص ص 67-68.

³⁹ أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، المعايير من ج- 9 إلى ج- 10.

- تطبيق الخطة التطويرية في المؤسسة.
 - وجود سياسات ومواصفات خاصة لكل من اختيار وتعيين وترقية الموظفين.
 - تطبيق سياسات الاختيار والتعيين والترقية.
 - وجود توصيف وظيفي لجميع الوظائف يوضح الترخيص المطلوب، الدرجات العلمية المطلوبة، التعليم والتدريب والمهارات اللازمة، مهام ومسئوليات العمل.
- من خلال ماسبق نستنتج بأن عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين يلعب دورا هاما في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية من اجل تحقيق الجودة الشاملة.

ثانياً: التدريب والتطوير :

يشير مفهوم التدريب إلى عملية تعلم مستمرة مخططة، ويعرف بأنه " نشاط مخطط يهدف إلى إحداث تغيير في الفرد والمجتمع فيما يتعلق بالمعلومات والخبرات والمهارات ومعدلات الأداء وطرق العمل والسلوك والاتجاهات بما يؤهل الفرد والجماعة للقيام بمهامهم بكفاءة وإنتاجية عالية وإحساس متزايد بالأمن والاستقرار الوظيفي والمهني"⁴⁰، ويتكون التدريب من تجارب تعليمية يزود بها صاحب العمل العاملين لديه في البداية، وهذه التجارب تصمم لتنمية مهارات ومعارف جديدة يتوقع أن تستخدم في الحال أو بعد فترة زمنية قصيرة عند العودة للعمل⁴¹.

وفي تعريف آخر، يُمثل التدريب جهوداً إدارية وتنظيمية مرتبطة بحالة الاستمرارية تستهدف إجراء تغيير مهاري ومعرفي وسلوكي في خصائص الفرد العامل الحالية أو المستقبلية لكي يتمكن من الوفاء بمتطلبات عمله أو أن يطور أداءه العملي والسلوكي بشكل أفضل⁴². و يكتسب التدريب أهمية كبيرة في تطوير المنظمات، وعلى الرغم من ذلك فإن بعض المدراء يعتبرونه نشاط غير منتج ويحاولون اختصار النفقات المتعلقة به إلى أقل حد ممكن، لكن العديد

⁴⁰ مدحت محمد ابو النصر، تنمية مهارات بناء الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، سلسلة تنمية المهارات، القاهرة، ايتراك للنشر والتوزيع، 2005، ص 87.

⁴¹ ماري برود، جون نيو ستروم، تحويل التدريب: استراتيجيات نقل أثر التدريب إلى حيز التطبيق، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، ط2، بميك مصر، 1997، ص 21.

⁴² خالد عبد الرحيم الهيتي، إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان، دار حامد للنشر والتوزيع، 1999، ص ص 200-202.

من المنظمات أصبحت تعي بأن الإنفاق في التدريب يعد استثماراً طويلاً الأجل في العنصر البشري⁴³.

ويتضمن التدريب برامج مصممة لتحسين الأداء في المستويات المؤسسية والجماعية والفردية، ويعبر الأداء المحسن عن وجود تغير في المهارات والمعارف والاتجاهات والسلوكيات⁴⁴، ففي حين يركز التطوير عادة على المستويات العليا، فإن التدريب يركز على المستويات الدنيا⁴⁵، ويتضمن التطوير تدريب العاملين خارج المنظمة من خلال برامج التعليم والتدريب المعتمدة في المنظمة، ويشمل التطوير أيضاً استخدام مدربين من خارج المنظمة للقيام بالتدريب الداخلي⁴⁶، ويعد التطوير والتدريب متطلبان حيويان لتحسين الممارسة المهنية في المؤسسات الصحية بصفة عامة والمستشفيات على وجه الخصوص، فهما ضروريان لمعظم المهنيين الصحيين لغايات الترخيص والاعتماد من قبل الهيئات الصحية الرسمية والمهنية⁴⁷.

أن عمليتي التدريب والتطوير تمثل اتجاهات هامة تعمل على تزويد الموظفين بالمعرفة والمهارات لتمكينهم من معالجة المشاكل وإدارة الذات و الرقابة الذاتية⁴⁸، ولأن إدارة الجودة الشاملة تؤدي إلى تغيير الثقافة التنظيمية وأساليب ممارسة العمل؛ فإن الموظفين بحاجة لأن يتم دعمهم بشكل مستمر بالأدوات والتقنيات المطلوبة لإحداث التغيير، وتزويدهم بمعرفة عن معنى الجودة في سياق الحديث عن رسالة المنظمة، ليكونوا قادرين على اتخاذ القرارات المتعلقة

⁴³ محفوظ أحمد جودة، تحديد احتياجات التدريب وأثره في إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001، ص 31.

⁴⁴ Quoted Myron, S, Robert, Hernandez, Charles L, Joiner, Essentials of Human Resources Management, Delma Publisher, (USA), 1998, P 198.

⁴⁵ عبد المعطي عساف ويعقوب حمدان، تدريب وتنمية الموارد البشرية: الأسس والعمليات، ط1، عمان الأردن، 2000، ص 370.

⁴⁶ Daniel R, Tobin, "Transformational Learning : Renewing Your Company Through Knowledge & Skills", Jhon Wiley & Sons ,Inc, N, Y, (USA), 1996, P142.

⁴⁷ Quoted Myron, S, Robert, Hernandez, Charles L, Joiner, OP. Cit, P 198.

⁴⁸ Fuentes M. MAR et. Al. "Total quality management, Strategic Orientation and Organizational Performance: the Case of Spanish Companies", Total Quality Management, April, Vol. 17, No. 3, 2006, p.307.

بزيائهم ولماذا هم مهمون، وكيف أن كل شيء ينبع من رغبة المستهلك، لذا فإن برنامج التدريب في المنظمات التي تطبق برنامج الجودة يركز على جملة من النقاط أهمها مايلي⁴⁹:

أ. ما هي الجودة:

- التعريف بمفاهيم كل من الجودة وإدارة الجودة الشاملة.
- شرح رؤية المنظمة ووسائل تحقيقها.

ب. العملاء والعمليات:

- شرح مداخل إدارة الجودة الشاملة التي تم الحصول عليها من رواد الجودة.
- المفاهيم الأساسية المتعلقة بالعميل والعملية.
- تقديم برامج تدريبية في مجال خدمة العملاء لتنمية مهارات العاملين المتصلين بهم⁵⁰.

ج. الأنظمة والأدوات:

- شرح عملية تطبيق نظام الجودة الذي تم توثيقه في إدارة الجودة الشاملة.
- التعريف بأدوات حل المشاكل.
- التعريف بمعايير الجودة والاعتماد ومقاييس الأيزو.

د. الخطة المقدمة:

- مراجعة التطبيق العملي للرقابة الإحصائية على العملية.
- مناقشة الكيفية التي يقاس بها الأداء الفردي ورضا العميل.
- أهمية فريق العمل.
- خطة المنظمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

هـ. الإبداع:

تحرص إدارة الجودة الشاملة على الانتقال من التفكير العادي البسيط إلى التفكير الابتكاري والإبداعي، حيث أن الجودة والإبداع يمثلان قطبين هامين لتحقيق رضا العملاء وخصوصا العملاء الخارجيين، وكسبهم والاحتفاظ بهم للتمكن من النجاح والاستمرار وسط الظروف الصعبة واشتداد المنافسة، والإبداع هو نتيجة أفكار وجهد

⁴⁹ John S. Oakland, Robin D. Waterworth, "Total quality management training: a review and suggested framework", Total Quality Management, Vol. 6, No. 5, 1995, p.309.

⁵⁰ سيد محمد جاد الرب، إستراتيجيات تطوير وتحسين الأداء: الأطر المنهجية والتطبيقات العملية، مصر - الإسماعيلية، مطبعة العشري، 2009 ، ص151.

وقدرات الأفراد، ولهذا تركز إدارة الجودة الشاملة على تحفيز الأفراد ومساعدتهم على الابتكار والإبداع، وذلك من خلال تزويدهم بالتدريب اللازم وكذلك توفير الجو المناسب الذي يمنحهم فرصاً للقيام بالتجارب وتجسيد أفكارهم، وتوفير الإمكانيات اللازمة لذلك⁵¹.

وهكذا نجد أن المنظمة توفر نوعين من التدريب في إدارة الجودة الشاملة هما⁵² :

- التدريب الإحصائي: ويستخدم في قياس الأداء، تحديد مجالات المشكلة و التخلص من المسببات.

- التدريب على حل المشكلة.

كما أن معايير اعتماد المؤسسات الصحية قد نصت صراحة على أهمية تدريب وتطوير العاملين، فقد تضمنت معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات على مايلي⁵³:

1. وجود وحدة أو لجنة متخصصة في التدريب، وتطوير كفاءة ومهارة العاملين.

2. يرأس الوحدة / اللجنة مسئول مؤهل وذو خبرة في التدريب والتعليم ويفضل أن يكون في المجال الصحي.

3. المؤسسة لديها برنامج للتعليم والتدريب المستمر لجميع العاملين ويشمل مايلي:

- تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين.

- تحديد الفئات المستهدفة.

- تحديد طرق التدريب.

- تحديد وتوفير المدربين.

- تحديد وتوفير الموارد المالية اللازمة.

- خطة / جدول زمني للتنفيذ.

- طرق التقييم.

4. توفير مكان ملائم ومجهز بالوسائل المناسبة للتدريب داخل المؤسسة.

⁵¹ Georges Archier, Olivier Elissalt, Alain setton, mobiliser pour réussir, 3^{ème} type, mode d'emploi, édition du seuil, 1989, P 9. (نقلا عن: موزاوي سامية، مرجع سبق ذكره، ص 68).

⁵² Sang M. Lee, FredLuthans," Total Quality Management: Implications for Central and Eastern Europe", Organizational Dynamics, 1995, Vol.20, Issue 4, p.47.

⁵³ دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 164 - 166.

5. توثيق كل نشاط تدريبي منفذ وفق الخطة بتقرير.
6. أن يتم تحديد الاحتياجات التدريبية بالتعاون مع مختلف أقسام المؤسسة.
7. الاستعانة بمدرسين متخصصين في التدريب والتعليم وتوفير الأدلة التدريبية.
8. وجود اتصال وتعاون بين الوحدة والوحدات المماثلة في المؤسسات الصحية الأخرى ومراكز التدريب الصحي الخاصة.
9. يتم تخصيص الموارد المالية الكافية لتنفيذ الخطط التدريبية.
10. أن يتيح البرنامج التدريبي الفرص التدريبية لمختلف المستويات والفئات الوظيفية.

من خلال ماسبق يخرج الباحث بأن التدريب والتطوير يعدان من أساسيات النجاح في بيئة دائمة التطور والتغير، وان الإنفاق عليهما لا يعد إنفاقاً بقدر ما يعد استثماراً طويل الأمد، كما نجد بأن التدريب والتعليم عمليتان تشجعان على الإبداع وتزودان العاملين بالعديد من المهارات والقدرات التي تساعدهم على تحسين الجودة على المستوى الشخصي والجماعي، وفي المنظمات الصحية يعدان حاجة ملحة للبقاء والاستمرار، ويؤثران بصورة مباشرة في تحقيق الجودة الشاملة وتطبيق معايير الاعتماد، ونستشف من خلال ماسبق أنه توجد علاقة طردية بين التدريب والتطوير ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية.

ثالثاً: التوجيه والإرشاد:

تعد عملية التوجيه والإرشاد عملية موجهة من اجل دمج العاملين الجدد في بيئة العمل في المنظمة، والعمل على مساعدتهم للتكيف في العمل الجديد ودمجهم في جماعة العمل، وتعد هذه العملية نوعاً من أنواع برامج التعليم والتدريب الرسمي في المنظمة، وتهدف إلى تعريف العامل الجديد بسياسات وأحكام ومعايير الأداء المعمول بها، وكذلك بالإجراءات المتبعة في التعامل مع مختلف أنواع الحالات، وقوانين المنظمة الصحية وثقافتها، فهي تهدف إلى تطوير العامل الجديد، وحدث تغيير للمعارف والمهارات والسلوكيات المناسبة للقيام بالأداء حسب توقعات المنظمة الصحية، وتعتبر هذه العملية أول حلقات التدريب والتطوير، وهي معدة لتعريف العامل بثقافة المنظمة وفلسفتها وقيمتها والأعراف السائدة فيها، وطرق العمل والأساليب التي تنتهجها المنظمة، وذلك لتحسين الأداء ورفع مستوى الجودة بما يتفق مع معايير وأهداف اعتماد المؤسسات الصحية، حيث يعمل برنامج التوجيه والإرشاد على تخفيف القلق لدى العامل الجديد،

وعدم هدر وقت العامل والمشرف، كما يعمل على بناء اتجاهات ايجابية لدى العامل نحو المنظمة⁵⁴، وقد تضمنت معايير اعتماد المؤسسات الصحية على عدد من المعايير تتعلق بتوجيه وإرشاد العاملين الجدد، هذه المعايير يمكن تلخيصها فيمايلي⁵⁵:

1. ضرورة وجود برنامج لتأهيل العاملين الجدد على ثلاثة مستويات هي:
 - مستوى المؤسسة ويشمل التعريف بالهيكل التنظيمي والرؤية والرسالة والأهداف والسياسات وخصوصا حقوق المريض ومكافحة العدوى وسلامة البيئة والتحسين المستمر وأمان المريض وإدارة المخاطر.
 - مستوى القسم ويشمل السياسات والإجراءات الخاصة بالقسم.
 - مستوى العمل (الوظيفة) ويشمل المسئوليات والصلاحيات وأدلة العمل.
2. ضرورة تطبيق برنامج تأهيل العاملين الجدد.

من خلال ماسبق نجد بان عملية التوجيه والإرشاد تعتبر عملية تعليمية تزود العامل الجديد بالطريقة الصحيحة لتقديم الخدمة الصحية، والتي تتفق مع المعايير العالمية المتعارف عليها، وتضمن تقديم الخدمة بكفاءة وفاعلية بما يتفق مع الثقافة السائدة في المنظمة وبما يضمن نجاح عملية التنسيق والتعاون والعمل الجماعي مع بقية أقسام المنظمة، لذلك نجد بأن من ضمن معايير اعتماد المستشفيات هي ضرورة توفر سياسات وأدلة عمل مكتوبة ترشد وتوجه العاملين عن كيفية أداء العمل الصحيح من أول مرة وفي كل مرة، حيث تهدف هذه الأدلة إلى توحيد طرق تقديم الخدمة وتعزز أهمية العمل الجماعي وروح الفريق الواحد وتحقق التنسيق والتعاون بين مختلف أقسام المؤسسة الصحية.

⁵⁴ مازن عيد العزيز مسودة، مرجع سبق ذكره، ص ص 177-178.

⁵⁵ أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، المعايير من ج - 9 - 14 إلى ج - 9 - 15.

المطلب الثالث

تمكين العاملين وتطويرهم وظيفياً وأثره على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد

إن التمكن الفني في المنظمات الصحية، يعتبر ركيزة أساسية في تقديم خدمة صحية آمنة ومرضية للمريض، حيث تعكس المهارات والمعرفة والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدمي الخدمة، مدى كفاءة العاملين وتمكنهم من أداء الخدمة، وكثير ما يلجأ العملاء لمثل هذا المعيار، فيفضلون تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي شهادات علمية عالية مثلاً⁵⁶، وفي هذا المطلب سوف نتناول توضيح مفهوم التمكين والتطوير الوظيفي للعاملين وأهميتهما في تطبيق معايير والاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة على النحو الآتي:

أولاً: تمكين العاملين:

يعد مفهوم تمكين العاملين أحد العناصر الهامة في نموذج إدارة الجودة الشاملة، وهو ترجمة لمبادئ ديمينج، ويتضمن اشتراك العاملين وصولاً لتمكينهم، وهذا يتطلب تغيير في البنية التحتية وتغيير في العلاقات السائدة في المنظمة، وذلك من خلال بناء الفرق، وإيجاد قنوات اتصال، إذ ينظر إلى مفهوم التمكين على أنه تفويض سلطة صنع القرارات إلى المستويات الأدنى داخل المنظمة، غير أن التمكين يتعدى مجرد تفويض السلطة إلى تقديم التدريب الإضافي وتشجيع الأفراد على اتخاذ القرارات، فمن أجل اتخاذ قرارات فعالة في المنظمة فلا بد أن تشكل أراء العاملين مدخلاً أساسياً فيها؛ وهذا هو الدليل العملي على ثقة الإدارة بالعاملين، فتمكين العاملين يتم من خلال الآتي⁵⁷:

- اشتراك العاملين وتفويض السلطة والمسؤولية.

- بناء فرق العمل (حلقات الجودة).

⁵⁶ نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبدالله باشيوه، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، ط1، الأردن، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2011، ص 571.

⁵⁷ لمى فيصل أسبر، مدخل لرفع الكفاءة والفعالية المصرفية من منظور إدارة الجودة الشاملة - دراسة ميدانية على المصارف الحكومية في الجمهورية السورية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، 2009، ص89.

- إمداد العاملين (أفراد، فرق) بالمهارات الضرورية للعمل من خلال التدريب.

- إمداد العاملين بالمعلومات اللازمة لفهم العمليات.

- المكافآت والتقدير.

- تقويم الأداء.

كما أن إنجازات الموظف في تحسين الجودة ورضا الزبون يجب أن تقدر و يتم مكافأته، من أجل زيادة فرص النجاح في إدارة الجودة الشاملة، وبالتالي تعد عملية تمكين الموظف مكافأة وتقديراً معنوياً تحقق له الاستقرار، الانتماء، الرضا في العمل، والثقة عند تحمل المسؤولية؛ الأمر الذي يقود إلى تحقيق الرغبة في المشاركة والمساهمة في جميع الجهود التي تهدف إلى التحسين المستمر، ويمثل عنصر التمكين النتيجة الطبيعية للتطبيق الجيد لبرنامج إدارة الجودة الشاملة؛ لأنها تعزز الحرية للموظفين، وتوسع نطاق مشاركتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بموضوع أو قضية الاهتمام بالعمل، إضافة إلى ذلك فإن هذه الحرية تخلق بيئة ثقة تمكن الموظفين من السلوك باتجاه التحول الثقافي للمنظمة، دون خوف⁵⁸، كما إن إشراك العاملين، هو التزام طويل المدى وطريقة جديدة لتسيير العمل وتغيير أساسي في ثقافة العمل داخل المنظمة، فهو يدفع العاملين للعمل وكأنهم يملكون المنظمة ومسئولون عن أدائها⁵⁹، ويتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة مشاركة العاملين بالمفهوم الواسع، وذلك عن طريق حلقات الجودة وفرق العمل التي تنمي معرفة العاملين ومهاراتهم وتشجعهم على إبداء المقترحات واتخاذ القرارات في مجال تحسين الجودة وتحقيق أهداف نظام إدارة الجودة، وتتحقق المشاركة الفعلية للعاملين من خلال النقاط الآتية⁶⁰:

- مشاركة العاملين في وضع الأهداف واتخاذ القرارات.

- مشاركة العاملين في إدارة أداء العمليات وفي تقييم النتائج.

⁵⁸Longo C. R. J.,Cox M. A. A., "Total Quality Management in financial services: Beyond the fashion the reality has to take off", Total quality management, Vol.8,No.6, 1997, p.328.

⁵⁹ لى فيصل أسبر، رسالة ماجستير، مرجع سابق، ص93.

⁶⁰ بسام حسن زاهر، مدخل مقترح لرفع كفاءة وفعالية نظم توكيد الجودة من منظور إدارة الجودة الشاملة - دراسة تطبيقية على الشركات الصناعية المصرية بقطاع الأعمال العام الحاصلة على شهادة الايزو، أطروحة دكتوراه، كلية التجارة، جامعة عين شمس، 2002، ص154.

- مشاركة العاملين في تحديد الاحتياجات التدريبية.
- تحديد سلطات ومسؤوليات العاملين بشكل واضح ومحدد.
- المراجعة المستمرة لاحتياجات العاملين والعمل على توفيرها.
- توفير البيئة المناسبة لفرق العمل الفعالة.
- قياس درجة رضا العاملين.
- الحوافز والمكافآت العادلة.
- تشجيع العاملين على تقديم المقترحات والآراء والأخذ بها.
- الاتصالات المفتوحة.
- البحث عن أسباب ترك العاملين للمنظمة، والعمل على وضع الحلول المناسبة لذلك.
- تشجيع العاملين على تقديم الأفكار الابتكارية وتوفير المناخ المناسب لذلك.

إن نشر ثقافة الجودة الشاملة يتطلب من كل فرد أن يكون مساهماً في العملية⁶¹، كون هذه المشاركة تشير إلى أن الموظفين مساهمين في ممارسات إدارة الجودة في المنظمة طوعاً⁶²، كما أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب من كل فرد في المنظمة أن يعمل بإتقان لرفع مساهمته إلى أعلى درجة ممكنة لتحقيق نتائج متميزة من أجل إرضاء العملاء⁶³، ومن بين أسباب إشراك الموظف وحصوله على الاهتمام الكبير، الاعتقاد بأن عملية تسخير معارف وخبرات العاملين تقود إلى أداء تنظيمي أفضل، كتحسين الإنتاجية و جودة المنتج، وبالتالي إرضاء المستهلك وكسب ولائه والحصول على حصة سوقية و ربحية عالية⁶⁴.

كما تعد إدارة الجودة الشاملة مدخلا لإدارة المنظمة، يحاول أن يحدد المشاكل والتخلص منها قبل حدوث نتائج الجودة الرديئة، التي تؤدي إلى عدم رضا العميل، حيث تشدد إدارة الجودة الشاملة على ما يسمى " الجودة من المصدر"، هذه الأخيرة التي تعني أن كل موظف يجب أن يكون مسئولاً عن جودة عمله، كما يجب أن يكون مهتم بفحص ذلك العمل، أي القيام بعملية

⁶¹ Sue Jackson, " Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions", International Journal of Health Care quality Assurance, Vol.14, No. 4, 2001, p.161.

⁶² Saravanan R., Rao, K.S.P. Op. Cit. p.736.

⁶³ James D. Robinson III et. Al. " An Open Letter: TQM on the Campus ", Harvard Business Review, November-December 1991, p.94.

⁶⁴ Josephine Yong; Adrian Wilkinson, " In search of quality: the quality management experience in Singapore", International journal of quality & reliability management, Vol. 18, No.8, 2001, p.827.

التقييم الذاتي لعمله قبل أن يقيمه الآخرون، فكل موظف يرسل عمله إلى موظف آخر يجب أن ينظر إلى ذلك الموظف على أنه عميل، وكثيراً ما يطلق عليه "العميل الداخلي"⁶⁵، وهكذا نجد بأن مشاركة الموظفين تعتبر الخط الأمامي لعمليات إدارة الجودة الشاملة، وتتطلب من الموظفين تحمل المسؤولية واستشعارها في كل الأعمال والخدمات التي يقومون بها، والقيام بدور فعال في عملية التحسين المستمر، وبشكل أدق يمكن لعملية المشاركة تحسين جودة المنتجات والخدمات بطرق وأساليب مختلفة بواسطة وسائل التقييم الذاتي؛ والتي تعمل على تقليل تكاليف التقييم وتشجع الموظفين على تنفيذ الأشياء الصحيحة من أول مرة وفي كل مره⁶⁶.

وطالما يمثل الموظفون أصلاً من أصول الشركة، وبدون هذا الأصل لا يمكن تحقيق رضا العملاء، لذلك يجب إرضاء الموظف؛ وهذا الرضا يقابل بالرضا المستمر من قبل الإدارة، وبالتالي يتوجب على المنظمة أن لا تركز فقط على كل من الجودة ورضا العميل الخارجي، بل لابد أن تركز أيضاً على رضا الموظف (العميل الداخلي)، حيث إن عدم رضا الموظف عن الوظيفة سوف يجعله يقدم خدمة تفنقر إلى الجودة وبشكل متكرر⁶⁷، وهناك احتمال (عند الشروع لأول مرة في تطبيق برنامج الجودة) أن يؤثر على جوانب مختلفة من وظائف وأعمال الموظفين؛ فنتائج برامج إدارة الجودة الشاملة عادة ما تتمثل في سياسات جودة جديدة وهياكل تنظيمية وعمليات إنتاجية وأساليب جديدة لعملية تقييم أداء المخرجات، وهذه التغيرات يمكن أن تؤثر على العمل اليومي للموظفين ورضاهم الوظيفي، وعندما لا يتم تشجيع الموظفين على تحمل المسؤولية المتعلقة بالجودة، فمن غير المحتمل توقع خدمات ذات جودة ومنتجات موثوقة إذا أصبح العمل غير مرضي⁶⁸، حيث يوجد ارتباط قوي بين رضا الموظف ورضا العميل،

⁶⁵ Roert Seaker, Matthew A. Waller, " Brainstorming: The common thread in TQM, empowerment, re-engineering and continuous improvement", International Journal of Quality, Vol 13, Number 1, 1996, pp. 24-31

⁶⁶ Fuentes M. MAR et. Al., Op. Cit., p.307.

⁶⁷ Binshan Lin, Francine Ogunyemi, "Implications of Total Quality Management in federal services: the US experience", International Journal of Public Sector Management, Vol 9, No 4, 1996, p6.

⁶⁸ Simon S.K. Lam, "Quality management and job satisfaction: an empirical study", International Journal of Quality & Reliability Management, Vol.12, No.4, 1995, p 72.

فكلاهما ضروريان لتحقيق الجودة والتطبيق الناجع لمعاييرها، فلا يمكن الاهتمام والتركيز على رضا العملاء دون الاهتمام برفع رضا الموظفين (العميل الداخلي)⁶⁹.

إن التوجه نحو العميل وتحقيق رضاه، يتطلب أن تتعرف المنظمة على احتياجاته ورغباته، من خلال القيام بأبحاث السوق بانتظام للتعرف على حقيقة هذه الحاجات والرغبات ومتابعة تغيراتها، بالإضافة إلى تحديد توقعات العملاء ورغباته المحتملة، ومن ثم تضع المنظمة الخطط والإجراءات المناسبة لتحقيقها⁷⁰، كما أن هناك مجموعتان من الحوافز يمكن أن يعتمد عليها المدراء في حفز وتوجيه العاملين في المنظمة، لضمان استمرارية عملية التحسين والتميز في الأداء، هذه الحوافز هي⁷¹:

- حوافز مادية: كالمكافآت وزيادة الأجور وتوزيعات الأرباح للعاملين، وكلها وسائل تربط بين مستوى الأداء وبين المكافآت والعائد المادي.
- مجموعة الحوافز غير المادية: كإتباع نظام جيد للترقية وشغل الوظائف الشاغرة من العاملين داخل المنظمة، وإعطاء شهادات التقدير والتميز للعاملين المتميزين.

⁶⁹ يصنف العملاء وفقاً لثقافة الجودة الشاملة إلى نوعين هما: عملاء داخليون: وهم الأفراد العاملين في المنظمة (الرؤساء والمرووسين) إذ يمثل كل فرد عميلاً للقسم الذي يسبقه أو مورداً للقسم الذي يليه. وعملاء خارجيون: ويقصد بهم جميع أفراد المجتمع الذين تحرص المنظمة على تقديم خدماتها لهم، فهم كافة الأفراد الذين يتعاملون مع المنظمة من خلال قيامهم بالاستفادة من خدماتها، ولا تربطهم علاقات إدارية أو تنظيمية معها. للإطلاع أكثر انظر:

- عادل زايد، الأداء التنظيمي المتميز الطريق الأفضل إلى منظمة المستقبل، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2006، ص56.
- جمال الدين لعويسات، إدارة الجودة الشاملة، الجزائر، دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2003، ص23.
- فريد عبد الفتاح زين الدين، فن الإدارة اليابانية - حلقات الجودة المفهوم والتطبيق، القاهرة، دار الكتب المصرية، 1998، ص 74.

⁷⁰ قاسم نايف المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، عمان، دار شروق، 2006، ص 158.

⁷¹ فوزي عبد الرحمن أصيل، طرق اختيار وتقييم الموظفين، الرياض، مكتبة العبيكان، 2000، ص 242 - 243.

ولكي يكون نظام المكافآت والحوافز فعالاً في تحسين الأداء وتحسين الجودة في المنظمة باستمرار، يجب أن يراعى فيه مايلي⁷²:

- أن يتلاءم التعويض مع العمل الجماعي، فإدارة الجودة الشاملة تتطلب الاستخدام المكثف للعمل الجماعي.

- أن يكون قابلاً للقياس بمقاييس واضحة ومتناسبة مع ما هو هام للعميل.

- أن يدرك المدراء أهمية الوقت الملائم لمنح المكافآت، حيث تمنح بعد أن يكون هناك إنجاز يستحق مثل تلك المكافآت (مباشرة بعد تحقيقه).

لقد تضمنت معايير اعتماد المؤسسات الصحية على العديد من المعايير تحت على المشاركة وتحقيق رضا العميل الداخلي والخارجي، باعتبار أن الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية لا تتحقق إلا بتطبيق هذه المعايير، هذه المعايير يمكن تلخيصها في الآتي⁷³:

- يوجد بالمؤسسة سياسة وإجراء ينظم عملية الاستشارة بين الأقسام.
- يوضع ملف المريض تحت تصرف مقدمي الخدمة المعنيين لتبادل المعلومات.
- تسعى المؤسسة إلى تذليل الحواجز اللغوية والثقافية والعوائق الأخرى التي تحول دون الوصول والحصول على الخدمة.
- تقوم المؤسسة بتصميم واستخدام الية تكفل استمرارية الرعاية للمريض والتنسيق بين المهنيين، حيث لا بد من تداول المعلومات الخاصة بعلاج المريض واستجابته للعلاج بين جميع مقدمي الخدمة المعنيين أثناء إقامة المريض بالمؤسسة.
- عند تحويل المريض يرفق معه تقرير يحتوي على المعلومات الخاصة بحالته وتشمل على الأقل؛ ملخص مكتوب عن حالة المريض، التدخلات التي تم إجراؤها له في المؤسسة.

⁷² علي الحميري، دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم ثقافة الجودة الشاملة: بالتطبيق على شركات القطاع الصناعي اليمني الحاصلة على شهادة الجودة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3، 2011، ص ص 74-75.

⁷³ دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 35-150.

- تقوم المؤسسة بالتنسيق مع الممارسين والمؤسسات الأخرى لضمان تحويل المريض في الوقت وبالطرق الملائمين لاستمرار حصوله على الرعاية الملائمة.
- تقوم المؤسسة بتأمين خطوات تكفل حقوق المريض وأهله وتحميه وتحافظ على خصوصية وسرية المعلومات الخاصة به أثناء تقديم الرعاية.
- تدعم المؤسسة حق مشاركة المريض وأسرته في خطة الرعاية.
- أن يوجد في المؤسسة نظام لإدارة المعلومات يتناسب مع احتياجات المؤسسة ويسهل من عملية التواصل والمشاركة بين مختلف الأقسام والعاملين في المنظمة ويسهل اتخاذ القرارات مع مراعاة سرية المعلومات.
- يتم إشراك ممثلين من جميع الأقسام الطبية والمساعدة والإدارية في التخطيط لنظام المعلومات أو تطويره.
- يوجد نظام مطبق لتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى المرضى والعاملين.
- يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيدين من الخدمة بشكل دوري.
- يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا مقدمي الخدمة في المؤسسة سنوياً .
- يوجد نظام حوافز حسب أداء وكفاءة وإنجازات العاملين ويكون معن عنه ومطبق.

من خلال ماسبق، نجد بأن نجاح العاملين في تنفيذ برامج الجودة وتطبيق معاييرها بكفاءة وفعالية، يستلزم تمكينهم من أعمالهم من خلال توسيع حجم مشاركتهم والثقة في قدراتهم و تقديم التقدير والمكافآت التي تعكس مستوى تميزهم في الأداء ومدى إبداعهم وإخلاصهم للعمل في المنظمة، وذلك من أجل الحفاظ على قوة الدفع اللازمة لاستمرارية هذا النجاح، حيث يلعب نظام المشاركة والمكافآت والتقدير دوراً فعالاً في تحقيق التحسين المستمر وحث العاملين على الجودة، باعتبار إن المكافأة والتقدير هو تعبير أو اعتراف عام بالأداء المتفوق، كما يوجد عدت أشكال للتعبير عن الاحترام، بحيث يتم التقدير بدءاً من تقديم الشكر والمكافأة وانتهاً بتصميم وظائف الأفراد وترقيتهم، بحيث يتم التركيز على التطوير الذاتي واعطائهم دوراً كبيراً في المشاركة في التخطيط وصنع القرار، ليشعر الأفراد أن مهاراتهم وخدماتهم وأمانتهم موضع ثقة، وأنهم مهمون للمنظمة وعنصراً أساسياً في نجاحها، وهذا بدوره يخلق مشاعر إيجابية لدى الأفراد تجاه منظماتهم ويحقق رضاهم، ويساهم في تطور المنظمة باستمرار.

ثانياً: التطوير الوظيفي:

يقصد بالتطوير الوظيفي هو ذلك التحسين الذي يحدث خلال مسيرة الحياة العملية للفرد، ويعبر عن تعاقب المواقع التي يشغلها الفرد خلال فترة حياته الوظيفية، وان أي برنامج للتطوير الوظيفي يجب أن يعمل على تطوير الموظفين في المدى البعيد، ويحقق التوائم بين قدرات ولمكانيات الموظف وتطلعاته وحاجات المنظمة أيضاً⁷⁴، وتصمم برامج التطوير الوظيفي لتحسين قدرات الأفراد واكسابهم مجموعة اكبر من المهارات والقدرات باستمرار، وذلك حسب حاجاتهم وحاجات المنظمة⁷⁵، والتطوير الوظيفي مهم في تحقيق الرضا والاستقرار للعامل⁷⁶.

إن التطوير الوظيفي يرسخ معنى الولاء والانتماء إلى المنظمة، ويشجع روح الالتزام والارتباط بفلسفة وقيم وثقافة المنظمة لدى العاملين، فالتصميم للخدمة طويلة الأمد لا يكون بالضرورة لمساعدة الفرد على اختيار عمل يتوافق مع خط سيره الوظيفي، وإنما لإبقاء عملية التقدم الوظيفي متوافقة مع رؤيا الفرد نحو خطته المستقبلية⁷⁷. و يحقق التطوير الوظيفي عدة فوائد للمنظمة الصحية أهمها مايلي⁷⁸:

- تقوية ورفد العاملين بمهارات ومعارف وقيم وقدرات جديدة، التي من شأنها أن تعمل على تعزيز الكفاءة والجودة في الأداء.
- يحدد الأهداف الوظيفية للفرد والمنظمة.
- يفيد العاملين والمدراء والمنظمة ككل في تعزيز الأداء وتحسينه.

⁷⁴ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان، الأردن، دار وائل للنشر، 2000، ص 53.

⁷⁵ Myron. D, Fttler. S, Ropert Hernandes, Charies L. Joiner, Essentials of Human Resources Management, Delmar Publisher, (USA), 1998,P 205.

⁷⁶ * يشير العمل إلى ما يقوم به الإنسان من نشاط إنتاجي أو خدمي سواء في وظيفة أو مهنة أو حرفة. للإطلاع أكثر أنضر: محمد عبد الغني المصري، أخلاقيات المهنة، ط1، عمان، الأردن، مكتبة الرسالة، 1986، ص50.

⁷⁷ Rumrill, J. R, Phillip D, Roessler, etal, " New Direction in Vocational Rehabilitation: A Career Development Perspective in Closure", Journal of Rehabilitation, Vol 65, Issue 1, June-March 1999, P31.

⁷⁸ Myron. D, Fttler. S, Ropert Hernandes, Charies L. Joiner, Op Cit, Pp 202-205.

يتبين من خلال ماسبق بأن التطوير الوظيفي يعتبر حاجة ملحة من أجل النجاح في تطوير المنظمة الصحية، حيث تعتبر هذه العملية أساسية بالنسبة للعاملين في القطاع الصحي، كونهم مهنيون محترفون ويحتاجون إلى تطوير معارفهم ومهاراتهم الفنية والسلوكية والإدارية، وذلك من أجل تحقيق التحسين المستمر في الممارسات والعمليات والأداء، وتقديم خدمة متميزة تتطابق مع معايير اعتماد المؤسسات الصحية، وتحقق الرضا للعملاء الداخليين والخارجيين للمنظمة الصحية.

المطلب الرابع

تقويم الأداء وأثره على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد

تنبع أهمية تقويم الأداء في المؤسسات الصحية، من أهميتها في حياة الأمم والشعوب، وأهمية الخدمات التي تقدمها وطبيعتها، والتي تنفرد بها المؤسسات الصحية عن غيرها من المنظمات الخدمية الأخرى، وفي هذا المطلب سيتم توضيح مفهوم وأهمية تقويم الأداء وعلاقته بتطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة؛ على النحو الآتي:

أولاً : مفهوم تقويم الأداء:

تمتد جذور تقويم الأداء تاريخياً إلى فترة خلق الجن والإنس، إذ جسدت آيات القرآن الكريم مفهوم تقويم الأداء وحددت المؤشرات التي وضعها الله (سبحانه وتعالى) لقياس الأداء كما في قوله تعالى "وَضَعُ الْمَوَازِينَ الْقِسْطَ لِهَيْمِ الْقَيْمَةِ فَلَا تَطْلُمَنَّ نَفْسٌ شَيْئاً وَإِنْ كَانَ مِثْقَالَ حَبَّةٍ مِنْ خَرْدَلٍ أَتَيْنَاهَا وَكَفَى بِنَا حَاسِبِينَ"⁷⁹ صدق الله العظيم، وقد تطور هذا المفهوم مع تطور البشرية وتباينت الآراء حوله مع مرور الزمن، وكانت بداية الاهتمام به خلال دراسة نتائج أعمال

⁷⁹ القرآن الكريم، سورة الأنبياء، الآية 47.

المنظمة كوحدة اقتصادية في نهاية عام 1962، عندما اعتمدت بعض المؤسسات العامة أنواعاً من التقارير الخاصة بتقويم أنشطة الشركات التابعة لها⁸⁰.

يعرف تقويم الأداء بأنه " تحليل دقيق لما يؤديه الفرد من واجبات وما يتحمله من مسؤوليات بالنسبة للوظيفة التي يشغلها ثم تقييم هذا الأداء تقيماً موضوعياً وفقاً لنظام وافى يكفل تسجيل عمل كل فرد ووزنه بمقياس موحد عادل ودقيق يكون في النهاية ممثلاً للكفاية الحقيقية للعامل في فترة زمنية معينة، الأمر الذي يعاون الإدارة على اتخاذ القرارات بشأن العامل وإرشاده إلى مواضيع القوة والضعف"⁸¹. لقد ركز هذا التعريف على مقارنة الأداء المنجز مع المعايير التي تعكس التوصيف الوظيفي، بهدف اتخاذ القرار بشأن العامل، وتزويده بتغذية عكسية توضح نقاط القوة والضعف في أداءه.

ويعرف تقويم الأداء أيضاً بأنه "إحدى الطرق لتزويد العاملين بتغذية عكسية عن أدائهم في العمل"⁸²، لقد حصر هذا التعريف عملية التقويم على نتائج تقييم الأداء والتي يمكن للإدارة إبلاغ العاملين بها من أجل التحسين المستمر للأداء في المستقبل.

كما عرف بأنه "العملية التي يتم من خلالها تحديد كيف يؤدي العامل وظيفته وما يترتب على ذلك من وضع خطة لتحسين الأداء"⁸³.

من خلال ماسبق يمكن تعريف تقويم الأداء بأنه عملية لقياس مستوى أداء العاملين الحالي ومقارنته بما يجب أن يكون عليه وفق معايير تعكس التوصيف الوظيفي الواضح لكل وظيفة، ومن ثم تزويد العاملين بالتغذية العكسية عن مستوى أدائهم ونقاط القوة والضعف فيه، لئتمكنوا

⁸⁰ حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، ط2، الأردن، عمان، دار وائل للنشر، 2009، ص ص 107-108.

⁸¹ عابدة سيد خطاب وصلاح منصور عباس، اثر نظام إدارة الجودة على تقييم أداء العاملين - بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة، سعيد يسّ عامر (محرر)، الإدارة وتحديات التغيير، القاهرة، مركز وايد سرفس للاستشارات والتطوير الإداري، 2001، ص 465، بحث مقدم إلى مؤتمر الإدارة وتحديات التغيير.

⁸² Margaret foot & caroline Hooh, Introducing Human Resource Management, 2nd, England Addison Wesley Longman limited, 1999, P.226.

⁸³ سيد محمد جاد الرب، استراتيجيات تطوير وتحسين الأداء: الأطر المنهجية و التطبيقات العملية، مرجع سبق ذكره، ص50.

من تصحيح الأخطاء وتحسين الأداء بصورة مستمرة، وهكذا نجد أن مفهوم تقييم الأداء يشمل عملية تقييم الأداء الذي تعد جزءاً منه، فعملية التقييم تتطلب القيام بتقييم الأداء الحالي لمعرفة الانحرافات الموجودة فيه، ليتم بعد ذلك تقييم وتصحيح هذه الانحرافات ليتطابق مع الأداء القياسي الذي يحدده التوصيف الوظيفي ومعايير الأداء المقبولة والمنطق عليها في المنظمة.

ثانياً: أهداف تقييم الأداء وفوائده:

تساعد عملية تقييم الأداء على اكتشاف القصور والضعف في أداء العاملين في المنظمة، لذا فهي تمكن الإدارة من اتخاذ العديد من القرارات المتعلقة بتنمية وتطوير قدرات العاملين ورغباتهم في العمل، من خلال برامج التدريب والتنمية التي تعدها إدارة الموارد البشرية من أجل تحسين وتطوير جوانب القوه واستغلالها باستمرار، بالإضافة إلى توجيه وإرشاد الرؤساء المباشرين لمؤوسهم بالدرجة الأولى من جهة، ومعالجة جوانب الضعف والقصور في أداء العاملين من جهة أخرى، وعلى ضوء هذه النتائج يتم مكافأة العاملين وترقيتهم⁸⁴.

وتتعدد الأهداف التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها من عملية تقييم الأداء، ويمكن تلخيصها في الآتي⁸⁵:

- أ. أهداف إستراتيجية: تستخدم لتحقيق الربط بين أنشطة العاملين وأهداف المنظمة وغاياتها الإستراتيجية، فالتنفيذ الفعال للاستراتيجيات يستند إلى تحديد النتائج المرغوبة وأنماط السلوك ونوعيات السمات المطلوبة للتنفيذ، وتطوير أنماط القياس، والتي سوف تدعم استخدام العاملين لقدراتهم وتطوير أنماط سلوكهم للوصول إلى النتائج المحددة.
- ب. أهداف إدارية: تعتمد المنظمات على معلومات أو نتائج تقييم الأداء في اتخاذ العديد من القرارات الإدارية المتعلقة بظروف العمل وإدارة المرتبات والحوافز والترقيات والنقل، والتسريح المؤقت للعاملين وتخطيط الموارد البشرية وإعادة تقييم وتحديد قيمة الوظيفة بين الوظائف الأخرى.

⁸⁴ عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية: بعد استراتيجي، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، 2005، ص 366.

⁸⁵ جمال الدين محمد المرسي: الإدارة الإستراتيجية للموارد البشرية، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006، ص 407-409.

ج. أهداف تنموية: تستخدم الإدارة نتائج تقييم الأداء في تنمية العاملين وتطوير أساليب أدائهم للعمل، عندما لا يؤدي العامل عمله على النحو المتوقع، من خلال عملية التغذية العكسية لنتائج التقييم، التي تساعد في تحديد نقاط القوة والضعف في الأداء والكشف عن أسبابه، وهل يرجع القصور في الأداء إلى قصور في قدرات الفرد أو إلى وجود خلل في نظام المرتبات والحوافز أو علاقات العمل... الخ، والتي على أثرها يتم إعادة النظر في سياسات ونظم الموارد البشرية (الاختيار والتعيين، التدريب، الحوافز، والاتصالات... الخ)، التي تساهم في تحسين الأداء للعاملين، ومن هذا المنطلق فإن تقييم الأداء يخدم المنظمة والعاملين ويخدم المجتمع الذي تقدم له المنظمة سلع وخدمات ذات جودة عالية.

إن عملية تقييم أداء العاملين تمر بعدة مراحل لتشكل إطاراً متكامل يفيد في تقييم الأداء بما يسهم في تحقيق أهداف المنظمة، وتتطلب هذه العملية القيام بما يلي⁸⁶:

أ. تحديد أهداف المنظمة: حيث يقوم الرؤساء بتقييم أداء مرؤوسيهم بناء على مدى إسهام أدائهم في تحقيق أهداف الإدارات التي يعملون بها.

ب. تحديد مجالات التقييم: ويقصد بها تحديد العناصر أو المؤشرات التي تقيس درجة انضباط سلوك الفرد، مع مراعاة عدة نقاط هي:

- توضيح طبيعة ودرجة الأداء الفني، كحجم ونوعية الإنتاج ودرجة السرعة والدقة فيها.

- توضيح سمات السلوك مثل: التعاون، الحماس، الالتزام، الابتكار ومهارات التعامل مع الرؤساء والزملاء والمرؤوسين والعملاء.

- توضيح التوقعات بشأن درجة كفاءة الأداء في المستقبل مثل: المبادرة، الإيجابية في الأداء عموماً، التفكير في الاقتراحات الخاصة بتحسين الأداء كما ونوعاً، تقديم أفكار مبتكرة والقدرة على تحليل وتشخيص المشكلات وصنع واتخاذ القرارات.

⁸⁶ محمد بن دليم الفحطاني، إدارة الموارد البشرية - نحو منهج استراتيجي متكامل، ط2، مكتبة العبيكان للنشر، الرياض، 2008، ص ص 164-165.

ثالثاً: أهمية تقويم الأداء في المستشفيات:

يعتبر تقويم كفاءة الأداء الفني (السريري) للأطباء ضروري جداً، وذلك من أجل اتخاذ قرارات حول مدى ملائمة الأطباء للممارسات السريرية، وتحديد مدى معرفتهم ومهارتهم وكفاءتهم ومقارنتها مع معايير الممارسات السريرية المقبولة لممارسة مهنة الطب، وتحديد جوانب التطوير والتدريب اللازمة لتحسين الممارسة⁸⁷، حيث يعتبر التقويم متواءم مع مداخل التنظيم والاستجابة لإدارة العمليات الذي يركز على الكيفية التي تؤدي بها الوظيفة وتكامل الهيكل مع العاملين والتكنولوجيا وطبيعة الوظيفة، وكذلك مع مداخل إدارة الجودة الشاملة ونظام اعتماد المؤسسات الصحية، حيث أن تقويم الأداء الفني (السريري) يهدف إلى تشجيع التغيير والتحسين لدى العاملين، ويتضمن المهارات الفنية لجودة الرعاية الصحية والعلاقات مع الفريق والآخرين التي تعد من الجوانب المهمة لتحقيق الجودة⁸⁸، ويحقق تقويم الأداء العديد من الفوائد للمستشفيات يمكن تلخيصها في الآتي⁸⁹:

1. يعكس تقويم الأداء التطور التاريخي للمستشفى، حيث يعطي تصوراً واضحاً حول الأنشطة والفعاليات التي تمت خلال الفترة الماضية مما يساهم في تعزيز جوانب القوة وتجنب سلبيات الأداء السابق.
2. توفر عملية التقويم المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وخاصة الصحية، على نحو يعطي صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة وفعاليات المستشفى ومدى التزامها بالتوجيهات الصادرة منها.
3. تكشف هذه العملية عن مدى قدرة إدارة المستشفى على استغلال الموارد المتاحة في تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفاعلية.
4. تكشف عملية التقويم عن الانحرافات السلبية والإيجابية على النحو الذي يمكن من التعرف على أسباب هذه الانحرافات، ويعطي تصوراً عن الحلول المناسبة لمعالجتها وتجنبها مستقبلاً.

⁸⁷ Wass Vale, Van der Vleuten Cees, Shatzer John Jones Roger, " Assessment of Clinical Competence ", Laneet, Vol 357, Issue 9 260, 3L2L 2001, Pp 948-950.

⁸⁸ Samantha Blaume, " Evaluating Clinical Performance", Health Source, Vol 6, Issue 4, Aprile 2003, Pp 1-2.

⁸⁹ حسين ذنون علي البياتي، مرجع سبق ذكره، ص ص 109 - 110.

5. تعزز من قدرة المستشفى على المنافسة مع المستشفيات الأخرى، وتخلق نوع من المنافسة داخل أقسام المستشفى الواحد وبين العاملين، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء بصورة مستمرة وتحقيق الجودة مع الترشيد في التكاليف.
6. يحقق وفورات اقتصادية للمستشفى، من خلال التقليل من الهدر والضياع للموارد، كما انه يعزز التنسيق والتعاون بين أقسام المستشفى المختلفة.
7. يعزز أهمية تبني تخطيط مركزي قائم على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات.

رابعاً: تقويم الأداء من منظور إدارة الجودة الشاملة:

لقد ظهرت مداخل حديثه في تقويم الأداء تتسجم مع التوجهات المستقبلية للمنظمات المعاصرة وترتكز على المشاركة في التقييم والعمل الجماعي، تماشياً مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث تركز هذه المداخل على الجوانب التالية في تقييم الأداء⁹⁰:

- التقييم الذاتي: والذي يقوم على المراجعة الذاتية، بمعنى قيام العاملين بمقارنة أدائهم بأداء الآخرين أو مع معايير الأداء، ليتعرفوا على مدى التزامهم ومساهماتهم في عملية التحسين، ومن ثم يقومون بتصحيح أي انحرافات.
- الإدارة بالأهداف: وتعني إشراك العاملين في وضع الأهداف وتقييمهم على أساس نسبة تحقيقها.
- التقييم السيكولوجي: يقوم على الاهتمام بالدوافع والخصائص الشخصية والعواطف الإنسانية للعاملين.
- تعدد مراكز التقييم: والذي يقوم على فكرة تعدد مصادر وطرق التقييم وكذلك تعدد القائمين بعملية التقييم.

ومن أهم معايير الأداء في ظل هذا التوجه ما يلي⁹¹:

- القدرة على التخيل.

⁹⁰ عابدة سيد خطاب وصلاح منصور عباس، مرجع سبق ذكره، ص 466.

⁹¹ علي عبد الله، العولمة وإدارة المواد البشرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والتجارة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص 52. نقلا عن علي الحميري، مرجع سبق ذكره، ص 185.

- القدرة على الإحساس بالواقع.
 - القدرة على تصور الأجزاء داخل الكيانات والقدرة على التحليل.
 - فعالية العلاقات مع البشر والقدرة على التصور والتجرد.
 - حوافز الانجاز والطموح والسيطرة الانفعالية.
- ويتسم التقييم في ظل إدارة الجودة الشاملة بالعديد من الخصائص أهمها ما يلي⁹²:
- أ. مقياس تقييمي يحتوي على فئات قليلة لمستويات الأداء.
 - ب. يتم بطرق موضوعية تعتمد على قياس النتائج والمعايير السلوكية معاً.
 - ج. يوضح ما إذا كان القصور في الأداء سببه دافعية العاملين أو التدريب غير الكافي أو عوامل خارجة عن إرادة العامل، حيث تستخدم هذه الطريقة في تطوير جميع وظائف إدارة الموارد البشرية.
 - د. يركز على التغذية العكسية، والتي يتم الحصول عليها من عدد من مصادر التقييم المختلفة داخلياً وخارجياً، مثل: المشرفون، الزملاء، الموردون، المرؤوسين والعملاء والفرد ذاته، بحيث يتم تزويد العاملين بها بشكل يومي أو شهري أو سنوي أو نصف سنوي.
 - هـ. تصميم نظام تقييم الأداء يمكن من التعرف على الأداء الجماعي، وليس الأداء الفردي فقط، وذلك من خلال خلق مناخ للمشاركة والنصيحة البناءة، التي تمكن من الربط بين السمات الشخصية، كالتعاون والمبادرة ومهارات الاتصال في الأداء الوظيفي وبين نتائج أداء العاملين.
 - و. توضع مستويات ومعدلات تقييم الأداء على أساس التحليل الشامل لحاجات وتوقعات العملاء في الخارج والداخل.
- وللتوضيح يمكن عقد مقارنة بين نظام تقييم الأداء التقليدي ونظام تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة الشاملة كما في الجدول التالي:

⁹² جاري ديسلر، إدارة الموارد البشرية، ترجمه محمد سيد عبد المتعال وعبد المحسن جودة، الرياض، دار المريخ للنشر، 2003، ص 348.

جدول رقم (2-2) مقارنة بين نظام تقييم الأداء التقليدي ونظام تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة

البيان	نظام تقييم الأداء التقليدي	نظام تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة الشاملة
وضع الأهداف	يضعها الرئيس لتقيس أداء الأفراد ولا يمددهم بالتغذية العكسية.	يشترك في وضعها العاملون مع المديرين ويستفيدون من التغذية العكسية مستقبلاً.
العمل الجماعي	يركز على الأداء الفردي ولا يشجع المجموعات.	يركز على فرق العمل وليس على الأشخاص.
طريقة التقييم	تنوع العاملين في التقديرات وهذا لا يشجع على العمل بروح فرق العمل.	التقييم علي أساس أداء الفريق ككل وليس شخص بعينه مقارنة بالفرق الأخرى.
دور القيادة	نظام هرمي يعتمد على المديرين في وضع الأهداف والمتابعة وتقييم العاملين.	نظام هرمي مقلوب يقوم علي رضا العملاء، ثم العاملين، ثم الإدارة العليا، ودور المدير هو دعم العاملين وتوجيههم.
من يقوم بالتقييم	المدير أو المشرف هو المسئول عن تقييم أداء العاملين.	يقوم بالتقييم المدراء، المشرفين، العملاء، الزملاء، المرؤوسين أنفسهم (التقييم الذاتي).

المصدر: عايدة سيد خطاب وصلاح منصور عباس، مرجع سبق ذكره، ص 466.

بين الجدول رقم (2-2) بأن تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة الشاملة يكون منصف أكثر للموظفين، حيث انه يعد تقييم شامل يبدأ من الفرد وينتهي بتقييم عمل الجماعة، ويركز على رضا العميل الخارجي والداخلي، ويرتكز على مبدأ المشاركة والعمل الجماعي، ويشجع العاملين على التقييم الذاتي بصورة مستمرة، ويزودهم بالتغذية العكسية، ليكتشفوا جوانب القصور في أدائهم لتصحيحها، وهذا يدفعهم نحو التحسين المستمر لمستويات أدائهم والقيام بالعمل الصحيح في كل مره ومن أول مره.

وفي المنظمات الصحية ولاسيما المستشفيات، تعد عملية التقييم هي محور النجاح وأساس تحقيق الجودة، وفي هذا الشأن فأن احد معايير اعتماد المستشفيات يقضي بضرورة وجود نظام كامل للتقييم الدوري للأداء وأن يكون مطبق فعلا ويشرف على تنفيذه رؤساء الإدارات

والأقسام⁹³، فمن خلال هذا النظام يتم التعرف على جوانب القصور في الأداء التي تؤدي إلى عدم رضا المرضى وتهدد صحتهم وحياتهم، لذلك فإن تطبيق معايير اعتماد المستشفيات يبدأ بإجراء تقييم للوضع الحالي للمستشفى من أجل تحديد أوجه القصور من خلال مطابقة مدى التزام المستشفى بمعايير اعتماد المؤسسات الصحية، ومن ثم يتم عمل خطة زمنية لتصحيح جوانب القصور وتحديد الاحتياجات التدريبية والمستلزمات الضرورية لتحقيق أمان ورضا المريض وتقديم خدمات طبية ذات جودة عالية.

⁹³ اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 158-161.

المبحث الثالث

واقع النظام الصحي وتنمية الموارد البشرية في الجمهورية اليمنية

تعتبر الموارد البشرية الصحية حجر الزاوية في بناء وتقوية النظام الصحي لأي بلد، وفي تحسين صحة المجتمعات بشكل عام، كما أن هناك شعور واعتقاد يسود الأوساط الصحية على مستوى العالم مفاده أن معدل الوفيات والمرض والإشكالات في النظم الصحية لا يمكن معالجتها من دون التركيز والاهتمام بتنمية الموارد البشرية الصحية، لذلك فإن الاهتمام بالتخطيط الإستراتيجي لقطاع الموارد البشرية الصحية يعتبر مدخلا مهما ومتطلبا للوصول إلى قوى عاملة صحية ذات كفاءة ومهارة عالية تتلاءم مع احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع. لذا خصص هذا المبحث لاستعراض واقع النظام الصحي وتنمية الموارد البشرية في اليمن من خلال المطلبين التاليين:

- المطلب الأول: واقع النظام الصحي في الجمهورية اليمنية.
- المطلب الثاني: واقع الموارد البشرية الصحية في الجمهورية اليمنية.

المطلب الأول

واقع النظام الصحي في الجمهورية اليمنية

تعطي الجغرافيا اليمنية تنوعا ومميزات مهمة تتوافق معها العديد من القدرات في التنمية، كما تكتنفها صعوبات، على رأسها تباعد المساحات ووعورة الطرق في العديد من المناطق. وتمر البلاد حاليا بتحديات أمنية تؤثر بشكل كبير على تغطية وفاعلية الرعاية الصحية والدواء والموارد البشرية الصحية، وقد خصص هذا المطلب لتسليط الضوء على الواقع الصحي في الجمهورية اليمنية من خلال النقاط الآتية:

1. الخصائص السكانية والنمط الوبائي السائد:

قدر عدد السكان في عام 2012 بحوالي (24526703) نسمة تقريبا، موزعين في تجمعات صغيرة ومتناثرة، مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى تلك المناطق وتقديم الخدمات

الضرورية لها، حيث يقيم حوالي ثلاثة أرباع السكان في مناطق ريفية مع بروز ظاهرة النزوح تبعاً للاضطرابات الأمنية، ويتميز المجتمع بتوزع نوعي شبه متساوي وتركيب عمري فتي، حيث بلغت نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن (15) سنة حوالي (41.5%) من إجمالي السكان⁹⁴، كما بلغت نسبة النساء اللواتي في سن الإنجاب حوالي (22%) من إجمالي السكان، كما أن (65%) من النساء التي فوق سن (15) سنة متزوجات⁹⁵.

أما النمط الوبائي السائد في البلاد فهو خليط من الأمراض السارية (أمراض الجهاز التنفسي، الإسهالات، الالتهاب الرئوي الحاد، الملاريا، البلهارسيا، الحصبة، الحميات، الكفاح، السعال الديكي، الجدري المائي) وغير السارية مع بروز الجانب الأول بشكل أكبر بسبب تحديات الغذاء⁹⁶، حيث بلغت معدلات وفيات الرضع (44) حالة وفاة لكل ألف مولود حي، بينما بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (53) حالة وفاة لكل ألف طفل⁹⁷، يتوافق مع هذا مؤشرات صحية أخرى متدنية، حيث يبلغ معدل وفيات الأمهات (148) وفاه لكل (100000) ولادة حية، وهذه النسبة تعد من أعلى النسب في العالم، وتمثل الإسهالات وسوء التغذية وأمراض الجهاز التنفسي أهم أسباب تلك الوفيات⁹⁸، كما أن اليمن مثله مثل غيره من البلدان النامية يعاني من ازدياد مضطرب في معدلات الأمراض غير السارية مثل: مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، السرطانات، حيث تشير التقديرات أنها تسبب حوالي (45%) من مجموع الوفيات⁹⁹.

⁹⁴ الجمهورية اليمنية، تقرير الجهاز المركزي للإحصاء 2012.

⁹⁵ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2011-2015م.

⁹⁶ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، وزارة الصحة العامة والسكان، قطاع التخطيط والتنمية الصحية، ص 1.

⁹⁷ الجمهورية اليمنية، تحليل واقع الموارد البشرية الصحية بالجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان، 2012.

⁹⁸ الجمهورية اليمنية، المسح الوطني الصحي الديمغرافي 2013م، التقرير الأولي.

⁹⁹ منظمة الصحة العالمية، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، 2011م.

2. البيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية:

اليمن بلد يتسم بالتنوع الثقافي والاجتماعي، حيث تعتبر القبيلة والعشيرة أهم المؤسسات التقليدية الفاعلة والمحددة لشكل الأسرة والمجتمع ككل، وغالبية المجتمع عربي مسلم مع وجود أقلية يهودية، واللغة العربية هي اللغة الرسمية للبلاد، مع وجود أقلية من السكان في المهرة وجزيرة سقطره يتكلمون باللغة الحميرية والساحلية القديمة. وفي الجانب الاقتصادي تعاني البلاد من تحديات مناخ عدم الاستقرار الحالي، وينعكس ذلك على الرعاية الصحية وسوق العمل للعاملين الصحيين، حيث معدل البطالة في ازدياد، وقد أفرزت سياسات التحرير الاقتصادي نموا مضطربا في القطاع الخاص أحدث آثارا إيجابية، كما ترافقت معه بعض السلبيات خاصة في جانب الجودة والرقابة، كما تبلغ نسبة الفقر في البلاد حوالي (54.5 %) مع نسبة أمية تصل إلى (64 %) ¹⁰⁰، وقد جاءت اليمن في المرتبة (160) في السلم الدوري للتنمية البشرية في عام (2012م) من اصل (177) بلدا ¹⁰¹، وهذا يشير بوضوح إلى تدني التصنيف التنموي.

3. الجانب الإداري والسياسي:

سياسيا تعتمد اليمن نظاما جمهوريا مع لامركزية الحكم، حيث تقاسم السلطات والصلاحيات والموارد بين المركز والمحافظات والمديريات، ويمر المشهد السياسي في البلاد حاليا بمرحلة اضطراب وصراع سياسي وامني غير مسبوق ويصعب التنبؤ بنتائجه، وقد اثر بصورة كبيرة في تدهور الوضع الاقتصادي والصحي للبلاد إلى درجة خطيرة جدا. إلى جانب المؤثرات الوطنية فإن العولمة تلقي بظلالها على خطط وواقع التنمية والصحة في اليمن خاصة تلك المظاهر المرتبطة بالوضع الوبائي العالمي وهجرة العاملين الصحيين والالتزامات الدولية نحو أهداف الألفية والتغطية الصحية الشاملة. ومن الناحية الإدارية تنقسم الأراضي اليمنية في الوقت الحالي إلى (22) محافظة مقسمة إلى (333) مديرية، وهناك صلاحيات واسعة للمحافظات وفق تشريعات الحكم اللامركزي ¹⁰².

¹⁰⁰ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، مرجع سبق ذكره، ص 2-20.

¹⁰¹ تقرير الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2012م.

¹⁰² الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، مرجع سبق ذكره، ص 21-2.

4. التغطية بالخدمات:

تعتبر التغطية الصحية في اليمن ضعيفة بشكل عام، ووفقاً للتقديرات فإن نسبة التغطية بالرعاية الصحية في اليمن بلغت حوالي (66%) من السكان ، وهو معدل غير جيد مقارنة بدول الإقليم وبلدان العالم¹⁰³ . وعلى سبيل المثال فإن نسبة الولادات في المنشآت الصحية لا تزيد عن (36%)¹⁰⁴ والولادات تحت إشراف صحي وصل إلى (44.7%) فقط¹⁰⁵ .

يوجد في الجمهورية اليمنية عدد كبير من مؤسسات التعليم الطبي والصحي تبلغ (113) كلية ومعهد في القطاعين العام والخاص، تندرج تحت إشراف ثلاث وزارات هي التعليم العالي، الصحة، و التعليم الفني ، وتنتج هذه المؤسسات أعداداً لا بأس بها من الخريجين، غير أن هنالك خلل في توازن الفئات المهنية، حيث تشير معلومات العام (2010-2011م) أن من جملة (21606) طالب مسجل، تبلغ نسبة طلاب الطب (32 %) والصيدلة (26 %) مقابل (8%) للتمريض و (0.4 %) للمساعد الطبي، وتعتبر هذه صورة مقلوبة بالنظر إلى المعدلات العالمية المتعارف عليها¹⁰⁶، بالإضافة إلى وجود نظام للتعليم الطبي العالي الذي يعد أهم عناصر تنمية وتطوير الموارد البشرية الصحية في اليمن، ويتمثل في برامج المجلس الطبي الأعلى للحصول على درجة التخصص (البورد العربي) في مختلف التخصصات، وهذا بدوره يرفد النظام الصحي الوطني بكوادر بشرية عالية التأهيل والخبرة. هذا بالإضافة إلى نظام الابتعاث للتعليم في الخارج، الذي يساهم بدرجة كبيرة في ردف سوق العمل المحلية بكوادر بشرية عالية التأهيل والتخصص وتواكب أحدث التطورات في مختلف المجالات.

¹⁰³ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، مرجع سبق ذكره، ص 3.

¹⁰⁴ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2010م، ص 24.

¹⁰⁵ الجمهورية اليمنية، المسح الوطني الصحي الديمغرافي 2013م، مرجع سبق ذكره.

¹⁰⁶ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، مرجع سبق ذكره، ص 4.

5. النظام الصحي:

يقدم النظام الصحي اليمني خدماته الصحية للمجتمع من خلال المؤسسات الصحية التي تعمل في ثلاثة قطاعات، هي¹⁰⁷:

أ. القطاع العام : وتقدم الخدمات في هذا القطاع بواسطة المرافق الآتية:

- المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة العامة والسكان.
- المرافق الصحية التابعة لوزارة الداخلية.
- المرافق الصحية التابعة لوزارة الدفاع.
- المرافق الصحية التابعة لمصافي عدن.

ب. القطاع الصحي الخاص الربحي.

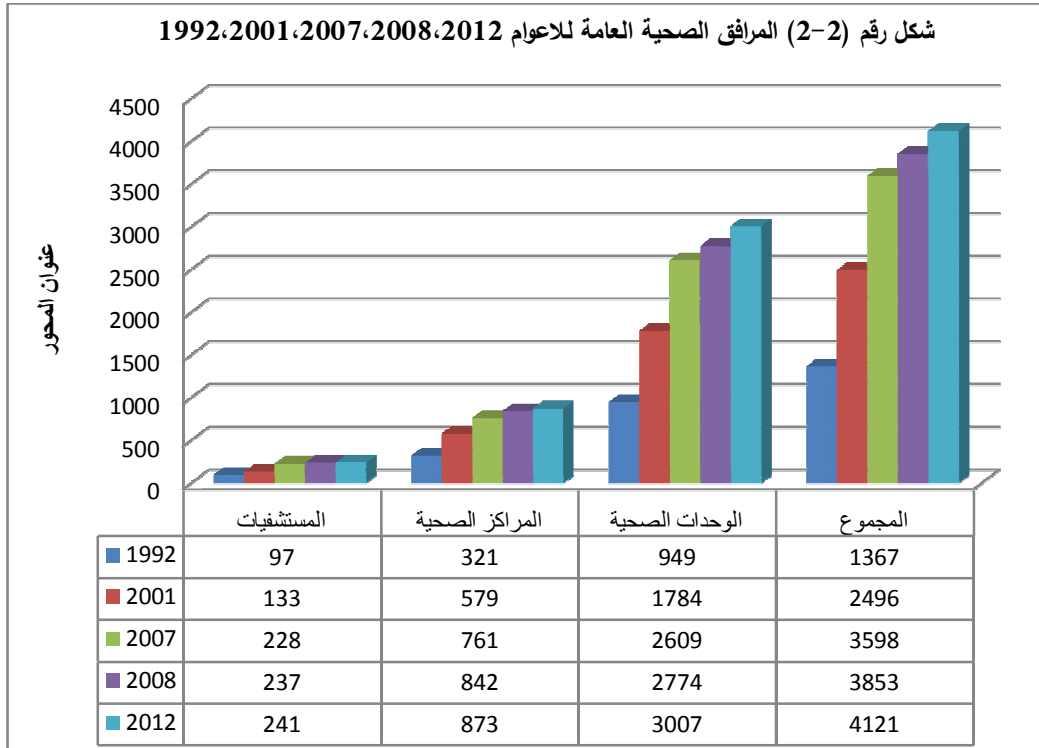
ج. القطاع الصحي الخيري (غير ربحي).

هذه القطاعات سيتم تناولها بشكل أكثر تفصيلاً على النحو الآتي:

أولاً : القطاع العام:

يقدم القطاع الصحي العام خدمات الرعاية الصحية ضمن عدة مستويات تحت إشراف وزارة الصحة العامة والسكان، وهي الجهة المسؤولة عن كل ما يتعلق بالصحة في الجمهورية اليمنية، وذلك استناداً إلى المهام الموكلة لها وفقاً لقانون الصحة العامة رقم 4 لعام 2009م. حيث تقوم الوزارة بتقديم خدماتها الصحية الأولية والثانوية والثالثية للمواطنين من خلال شبكة من الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية والمراكز التأهيلية، كما تقوم الحكومة بإستحداث العديد من المرافق الصحية في العديد من المحافظات سنوياً بحسب الإمكانيات والموارد المتاحة لها من اجل مواجهة الاحتياجات الصحية المتزايدة للمجتمع، والشكل رقم (2-2) التالي يوضح حجم الزيادة في أعداد المرافق الصحية العامة خلال الأعوام 1992، 2001، 2007، 2008، 2012.

¹⁰⁷ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، وزارة الصحة العامة والسكان، 2010م، ص25.



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على البيانات الواردة في التقارير الإحصائية لوزارة الصحة العامة والسكان للأعوام، 1992، 2001، 2007، 2008، 2012م.

من خلال الشكل الموضح أعلاه يمكن ملاحظة تعدد أنواع المرافق الصحية التي تقدم الخدمات الصحية؛ بسبب تنوع حزمة الخدمات التي تقدمها، بالإضافة إلى الزيادة المستمرة في أعدادها، والتي تأتي استجابة لزيادة حجم الطلب على خدماتها الصحية.

كما تتوزع المرافق الصحية العامة على أربعة مستويات، وتقدم في كل مستوى حزمة من الخدمات الصحية، يعتمد تحديد هذه الحزمة على حجم الإمكانيات والموارد المتوفرة للمرافق التابعة لكل مستوى، والتي يمكن توضيحها من خلال الآتي¹⁰⁸ :

- **المستوى الأول** : تقوم وزارة الصحة العامة والسكان بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال الوحدات الصحية، التي تعتبر المدخل الأساسي لتوفير الصحة للجميع، كما أنها النهج الذي تعتمده الوزارة كركيزة أساسية للنظام الصحي، ومع أن عدد الوحدات الصحية قد

¹⁰⁸ الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج1، 2005م، ص8.

زاد في الآونة الأخيرة، إلا أنها تعاني من سوء توزيعها، بالإضافة إلى تدني وقصور الخدمات الصحية التي تقدمها، كما تشكل هذه المرافق بوابة التدخلات الوقائية والعلاجية قبل الإحالة إلى المستويات الأعلى في النظام الصحي الوطني، وتقدم الوحدات الصحية خدماتها لنطاق سكاني يتراوح بين 1000-5000 شخص كحد أقصى.

- **المستوى الثاني** : يمثل المركز الصحي المستوى الثاني للنظام الصحي، حيث يقدم نفس الخدمات التي تقدم في الوحدة الصحية، بالإضافة إلى الخدمات التشخيصية الأولية (مختبر) ونطاق أوسع من الخدمات العلاجية بما فيها الجراحات الصغرى تحت التخدير الموضعي، كما تستقبل المراكز الصحية الحالات المحولة من الوحدات الصحية، ويقوم بإحالة الحالات المرضية المعقدة إلى مستشفيات المديرية، ويخدم المركز الصحي نطاق سكاني يتراوح بين 10000-30000 نسمة.

- **المستوى الثالث** : تشمل الرعاية الصحية لهذا المستوى على الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات المديرية ومستشفيات المحافظات، حيث تقوم هذه المستشفيات بمعالجة المرضى الذين لا تتوفر لهم الخدمات الصحية المناسبة في مرافق الرعاية الصحية الأولية (مرافق المستوى الأول والثاني)¹⁰⁹.

- **المستوى الرابع** : تشمل الرعاية الصحية التي تقدم في هذا المستوى على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات التخصصية والمرجعية وعددها اثنان فقط في أمانة العاصمة¹¹⁰. حيث تتعامل المستشفيات المرجعية مع المشاكل الصحية الأكثر تعقيداً لاحتوائها على كادر طبي مؤهل عالي التخصص، وتجدر الإشارة هنا إلى أن المستشفيات المرجعية وبعض مستشفيات المحافظات بالإضافة إلى تقديمها للخدمات الصحية المتخصصة فهي مرافق تعليمية لتعليم وتدريب طلبة كليات الطب البشري والتمريض والمختبرات والمعاهد الصحية. كما يشمل هذا المستوى على الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز المتخصصة التالية¹¹¹:

- بنك الدم.

¹⁰⁹ للإطلاع أكثر راجع: الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الإرشادات الإدارية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج2، 2005م.

¹¹⁰ الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، مرجع سبق ذكره، ص 9.

¹¹¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص 29 .

- مركز السرطان.
- مركز القلب والكلية.
- مركز إعادة التأهيل.

هذه المراكز تمثل رأس الهرم في الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام التابع للنظام الصحي في الجمهورية اليمنية، وتتمركز هذه المرافق بشكل رئيسي في كل من صنعاء وعدن وتعز، وهناك عدد من المشاريع التي مازالت تحت الدراسة أو التنفيذ في عدد من المحافظات.

ثانياً: القطاع الصحي الخاص:

أدركت وزارة الصحة العامة والسكان أهمية أشراك القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية مع بداية التسعينات من القرن الماضي، والدور التي سوف تلعبه هذه المنشآت في تخفيف العبء على الحكومة في تلبية احتياجات المجتمع من الخدمات الصحية بصورة دائمة وفي كل أنحاء الجمهورية، فعملت على تحفيز وتنسيق الجهود العامة والخاصة في إطار هذا التوجه الاستراتيجي، غير أن الخدمات الوقائية لا تزال تعتمد بصورة أساسية على القطاع العام مع مشاركة محدودة للقطاع الخاص، وتوجد الكثير من المرافق الصحية الخاصة التي أسست منذ بداية التسعينات وتنتشر في عموم محافظات الجمهورية، وتتمركز أغلب هذه المرافق في أمانة العاصمة وعواصم المحافظات، وقد شهدت منشآت القطاع الخاص زيادة كبيرة منذ ذلك الحين وحتى الوقت الراهن، كما تعددت أنواع وتخصصات هذه المنشآت تبعاً لحاجة المجتمع لها، هذه الزيادة والتنوع يمكن ملاحظتها من خلال الجدول التالي الذي يوضح أنواع المنشآت الصحية الخاصة وعددها للعام 2012 م .

جدول رقم (3-2) عدد المنشآت الصحية الخاصة للعام 2012م.

نوع المنشأة	العدد في عام 2012م
مستشفى	180
مستوصف	327
مركز طبي	597
عيادات أطباء عموم	678
عيادات تخصصية	1097
عيادات أسنان	779
معامل أسنان	129
مختبرات	1321
مراكز أشعة	105
عيادة إسعاف أولي	1396
عيادات قبالة	61
بصريات	178
صيدليات	3363
مخازن أدوية	4381
المجموع	14592

المصدر: من إعداد الباحث بذاء على لبيانات الواردة في التقرير الإحصائي السنوي لعام 2012م.

من خلال الجدول رقم (3-2) الموضح أعلاه يمكن ملاحظة الآتي :

- التنوع الكبير في تخصص وأشكال المنشآت الصحية الخاصة والتي تعكس تنوع حاجات ورغبات المجتمع الصحية.
- العدد الكبير للمنشآت الصحية الخاصة التي تفوق في عددها المرافق الصحية العامة، وهذا يشير إلى الانتشار الواسع لهذه المنشآت في مختلف مناطق الجمهورية.

على الرغم من الإنتشار الواسع والتزايد المستمر للمنشآت الصحية الخاصة، إلا أن المنافسة بين القطاع الصحي الخاص والعام في مجال جودة الخدمات الصحية وفعاليتها تعتبر محدودة، مما سهل على القطاع الخاص تحقيق أرباح طائلة. كما أن ضعف التنظيم والإشراف على القطاع الخاص لم يساعد في إيجاد خدمات صحية نوعية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن ما يقارب (70%) من الخدمات العلاجية تقدم عبر هذا القطاع¹¹². وهذا ما يجعل التنسيق للاستثمار بين القطاع العام والخاص في غاية الأهمية من أجل تحسين وتوسيع عملية تقديم الخدمات الصحية للمجتمع.

ثالثاً : القطاع الصحي الخيري (غير الربحي):

يوجد في الجمهورية اليمنية العديد من المنظمات غير الحكومية محلية ودولية تقوم بتقديم خدمات صحية متعددة، فلا تقتصر الرعاية الصحية التي يقدمها هذا القطاع على تقديم الخدمات العلاجية فقط، فقد تعداها إلى تقديم الخدمات الوقائية والتدريبية والتثقيفية، وتتواجد مرافق هذا القطاع بشكل رئيسي في المدن الرئيسية والمناطق الحضرية والمناطق المجاورة لها، أما بالنسبة للمنظمات الدولية فقد بلغ عددها ما يقارب 25 منظمة تعمل في مختلف المحافظات¹¹³، مثل: منظمة اليونيسيف (Unicef)، والهلال الأحمر، البرنامج الألماني لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية (JTZ)، ومنظمة الصحة العالمية... الخ. كما ظهرت العديد من المنظمات الخيرية الوطنية مثل : مؤسسة الأمل لرعاية مرضى السرطان، جمعية رعاية وتأهيل المعاقين وغيرها.

¹¹² الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص32.

¹¹³ نفس المرجع السابق، ص31.

المطلب الثاني

واقع الموارد البشرية في النظام الصحي اليمني

يواجه النظام الصحي اليمني العديد من المشاكل والتحديات في العديد من الجوانب ومنها الموارد البشرية، حيث بينت إحصائيات عام 2010م بأن حجم القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي قد بلغ 50149 موظف وموظفه موزعين كالاتي : 1745 أخصائي، 10667 طبيب عام*¹¹⁴، 21128 ممرض وممرضة وحوالي 6432 فني وفنية من مختلف التخصصات، 10685 إداري، هذا بالإضافة إلى الكادر الأجنبي الذي يتكون من 213 أخصائي و 1024 فني من مختلف الجنسيات¹¹⁵. ووفقاً لهذه الإحصاءات فإن هناك 7 أطباء اختصاصيين و 20 طبيب عموم و50 ممرض لكل 100000 نسمة¹¹⁶، وتجدر الإشارة هنا إلى أن نسبة عدد العاملين الأجانب من إجمالي الموظفين الحكوميين في قطاع الصحة قد انخفض من 8% في عام 2005م¹¹⁷ إلى 2.5% في عام 2010م¹¹⁸؛ وهذا يدل على الاهتمام المتزايد بتنمية الموارد البشرية المحلية لمواجهة الاحتياجات من الكوادر المؤهلة. ومع ذلك فإن النظام الصحي اليمني مازال يعاني من صعوبات كبيرة لا تمكنه من الاستفادة المثلى من أداء موارده البشرية، هذه الصعوبات يمكن تلخيصها في الآتي¹¹⁹:

1. قلة المرتبات، فبالرغم من أن بند المرتبات يمثل الجزء الأكبر من خطط وموازنات النظام الصحي، إلا أنها غير كافية وقليلة، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض مستوى

¹¹⁴ * الكوادر الصحية الحاصلين على شهادة بكالوريوس من مختلف التخصصات.

¹¹⁵ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي 2010م، مرجع سبق ذكره، ص12.

¹¹⁶ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي لعام 2009م، مرجع سبق ذكره، ص32-34.

¹¹⁷ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010، وزارة الصحة العامة والسكان، ص21.

¹¹⁸ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره، ص33.

¹¹⁹ للإطلاع أكثر أنظر:

- قاسم عبد الرحمن وآخرون، التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية، اليمن، وزارة الصحة العامة

والسكان (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م، ص ص 37-38.

- الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، مرجع سبق ذكره،

ص ص 25-70.

الرضا الوظيفي الذي يؤدي بدوره إلى ضعف الدور الرقابي والإشرافي للوزارة، مما يدفع بالكثيرين إلى العمل في القطاع الخاص، والذي ينعكس بدوره على تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية في المرافق العامة.

2. لا يوجد حتى الآن لدى الوزارة خطة متكاملة حول تنمية الموارد البشرية بسبب محدودية القدرات وقلة الكوادر المؤهلة القادرة على صياغة ورسم خطط واستراتيجيات لتنمية الموارد البشرية.

3. عدم توفر قاعدة بيانات موحدة وموثوقة تبين خارطة الموارد البشرية العاملة في النظام الصحي.

4. سيطرة وزارة الخدمة المدنية على تحديد وإقرار حاجة النظام الصحي من الكادر البشري ونوعيته.

5. عدم انتظام البرامج التدريبية العملية وقلة الاهتمام والتشجيع للتخصصات النادرة.

بالإضافة إلى ماسبق، يلاحظ عدم وجود نظام عادل في توزيع القوى الصحية ضمن مستويات النظام الصحي في مختلف مناطق الجمهوري سواء الحضرية أم الريفية، فمن خلال ملاحظة حجم وتوزيع الموارد البشرية الصحية الموضحة في التقرير الإحصائي الصحي لعام 2010*¹²⁰ يخلص الباحث إلى مايلي :

- فيما يشير التقرير إلى وجود 7 أطباء اختصاصيين لكل 100000 نسمة، فإن الحقيقة أن 67% منهم يعملون فقط في محافظتين (أمانة العاصمة - عدن).
- تركز توزيع أطباء العموم والأخصائيين في المدن الرئيسية.
- أن مرافق الرعاية الصحية الأولية في الأرياف ليس لها أي قوة جذب لأي كادر مؤهل.
- لا يوجد توازن بين الكادر الفني والإداري في النظام الصحي.

كما أن ضعف التنظيم والإشراف على القطاع الخاص لم يساعد في إيجاد خدمات صحية نوعية رغم أن 70% من الخدمات الصحية تقدم عبر هذا القطاع، وقد لا يبدو من السهل الفصل بين القطاعين العام و الخاص لأن كثيراً من موظفي القطاع العام يعملون في القطاع

¹²⁰ *انظر الجدولين رقم 1 و2 في الملحق رقم (2).

الخاص¹²¹. وعلى الرغم من أن القطاع الصحي الخاص قد ساهم وبدرجة كبيرة في توفير الخدمات الصحية لعدد كبير من القرى والمديريات والمدن البعيدة، والتي كانت محرومة من هذه الخدمات، إلا أن المنشآت الصحية التابعة لهذا القطاع تعاني من العديد من المشاكل والمعوقات التي تؤدي إلى تدني جودة خدماتها، وتؤدي إلى ارتفاع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية التي تقدمها، وقد خلص الباحث من خلال تجربته المستمدة من عمله في هذا القطاع لمدة تزيد عن ثمانية أعوام إلى حصر أهم هذه المشاكل في الآتي¹²² :

1. أن انخفاض عدد الكوادر الطبية المحلية المتوفرة في سوق العمل، والتي إن توفرت، فهي

لا ترغب في العمل إلا في مراكز المدن، كما أنها تميل إلى عدم الانضباط في الدوام بسبب ارتباطهم بوظائف حكومية. وبالتالي، فإن العمل في القطاع الخاص لا يعول عليه كدخل أساسي في نظرهم، كل هذه وغيرها من الأسباب دفع مدراء المنشآت الصحية الخاصة إلى اللجوء إلى أسواق العمل العربية والأجنبية لتغطية احتياجاتهم من الموارد البشرية الصحية. وقد ترتب على هذا التوجه عدد من النتائج السلبية والتي كان لها دوراً بارز في تدني جودة الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها ومن أهم هذه النتائج ما يلي :

أ. ارتفاع تكاليف تشغيل المرافق الصحية الخاصة بسبب الأجور الكبيرة التي تتقاضاها الأيدي العاملة الأجنبية، بالإضافة إلى النفقات الإضافية التي تفرضها الحكومة على هذه المرافق بسبب استقدام الكوادر الأجنبية؛ هذا بدوره يدفع بمدراء هذه المرافق إلى رفع تكاليف تقديم الخدمات الصحية من أجل تغطية الزيادة في تكاليف التشغيل.

ب. يقوم معظم ملاك ومدراء المنشآت الصحية الخاصة بمنح الأطباء نسبة قد تصل إلى 20% من قيمة الخدمات التشخيصية التي تطلب من المرضى مثل : الأشعة والفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وغيرها، حيث يعتبر القائمين

¹²¹ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتخفيف من الفقر 2006-2010م، مرجع سبق ذكره، ص 21.

¹²² لمزيد من الإطلاع انظر:

- منير مصلح الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 3، 2012م، ص ص 101-104.
- الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020م، مرجع سبق ذكره، ص ص 25-70.

على إدارة هذه المنشآت هذه الوسيلة من انجح الحلول المستخدمة لتعظيم الربح من جهة والتقليل من تكاليف التشغيل الثابتة من جهة ثانية، و من اجل تحفيز واغراء الأطباء لكي يعملوا لساعات أكثر قد تصل في اغلب الأحيان إلى 24 ساعة في اليوم، وقد نتج عن تطبيق هذه الطريقة العديد من النتائج السلبية أهمها :

- يقوم العديد من الأطباء (خاصة الأطباء الذين لا يلتزمون بأخلاق المهنة) بإقناع المرضى بالقيام بعمل فحوصات وخدمات إشعاعية و شراء أدوية غير ضرورية بل وفي بعض الأحيان قد لا يكون لها علاقة بحالتهم المرضية.

- يقوم العديد من الأطباء بتقديم خدمات خارج نطاق تخصصاتهم، كأن يقوم طبيب متخصص في جراحة العظام بمعاينة حالات الباطنية والأطفال أو العكس، ومما ساعد على انتشار هذه الظاهرة هو اعتماد اغلب هذه المنشآت (خاصة المراكز والمستوصفات) على طبيب واحد وطببية واحدة تقدم كل الخدمات للمرضى الذين يراجعون هذه المنشأة؛ وذلك بسبب عدم قدرة هذه المرافق على تحمل تكاليف أطباء متخصصين، مما يؤدي إلى عدم تشخيص اغلب الحالات المرضية تشخيص صحيحاً، وهذا يؤدي إلى تحمل المريض لتكاليف بدون نتيجة، كما يؤدي إلى ارتفاع نسبة حدوث الأخطاء الطبية.

2. اغلب الأطباء الأجانب لا يجيدون اللغة العربية، وبالتالي فهم لا يستطيعون تشخيص الحالات المرضية بسبب عدم قدرتهم على التواصل اللغوي مع المرضى.

3. غياب المتابعة والرقابة الجادة من قبل مكاتب وزارة الصحة للتأكد من التزام هذه المرافق بتوفير الأجهزة والمعدات ومتطلبات تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح.

4. تعدد الهيئات الحكومية (وزارة الصحة، وزارة العمل، وزارة الداخلية، وزارة الأشغال العامة ومصالحة الضرائب... الخ) التي تقوم بفرض رسوم مرتفعة على هذه المرافق، كما تحملها أعباء مالية إضافية من اجل الترخيص للكوادر الأجنبية للعمل، مما يدفع بالكثير من القائمين على إدارة المنشآت الصحية الخاصة، بتشغيل الكوادر الطبية الأجنبية

بشكل غير رسمي، مما قد يسهل من عملية تسلل الأشخاص من حاملي الشهادات المزورة وانتحالهم هذه المهنة الخطيرة، خاصة في حالة عدم خضوع هذه الكوادر للاختبار والتقييم من قبل متخصصين. ناهيك عن ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة في هذه المرافق نتيجة الرسوم الكثيرة والمتعددة التي تفرضها عليها الحكومة.

وعلى الرغم من كل تلك الصعوبات والسلبيات، فقد برزت عدد من المستشفيات الخاصة والعامّة، أخذت على عاتقها مسئولية تحسين جودة الخدمات الصحية على المستوى الوطني، ومن هذه المستشفيات، مستشفى 48 النموذجي، مستشفى الصداقة الصيني، المستشفى السعودي الألماني، مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، حيث تبنت هذه المستشفيات طوعاً مسئولية تطبيق معايير الاعتماد الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية من خلال تطبيق برامج جودة، سعياً منها للتميز والحصول على شهادة الاعتماد من اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (JCI)، ورغباً منها في المساهمة في الحد من معاناة المواطنين في البحث عن الخدمات الصحية خارج الوطن، وقد حصلت معظمها على شهادات دولية في الجودة، وقطعت شوطاً كبيراً في مشوارها نحو التحسين المستمر والتطوير الدائم لخدماتها ومواردها البشرية، حيث تميزت الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات عن غيرها من المستشفيات بدرجة ملحوظة ونالت استحسان ورضا المجتمع، كما قامت أيضاً بعقد العديد من الدورات والمحاضرات في مجال الجودة وتحسين الرعاية الصحية للعاملين فيها، وأتاحت الفرصة للعاملين الصحيين في المستشفيات الأخرى للمشاركة في برامجها التدريبية والتنقيفية، بهدف المساهمة في رفق سوق العمل المحلية بكوادر مؤهلة ومدربة، وهذا بدوره يساعد على تشجيع بقية المؤسسات الصحية لتبني وتطبيق برامج ومعايير الجودة، من أجل تحسين جودة خدماتها وتقليل تكاليف تقديم الخدمات الصحية. وقد خصص الباحث الفصلين الثالث والرابع لعرض نتائج الدراسة التي أجراها الباحث على هذه المستشفيات بهدف نشر تجربتها لتعم الفائدة.

خلاصة الفصل

تناول الباحث في هذا الفصل العلاقة بين تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة، حيث وجد الباحث بأن تطوير الموارد البشرية الصحية يلعب دورا بارزا وهاما في تطبيق معايير الاعتماد، من خلال التركيز والاهتمام بدور القيادة الإدارية في تبني فلسفة الجودة الشاملة في مختلف أنشطتها، وتشجيع العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات، واستقطاب واختيار العاملين من ذوي المؤهلات والمعارف العلمية المتميزة والخبرة المناسبة، مع ضرورة تطبيق معايير علمية في عملية الاختيار والتعيين تضمن الحصول على أفضل العاملين المؤهلين وفقا لما تحتاجه طبيعة المهام التي سيقومون بأدائها، كما أن تطوير الموارد البشرية يشمل القيام بتدريب وتأهيل العاملين بصورة مستمرة وفقا للتطورات المستمرة في بيئة العمل، بما يضمن التقليل من حدوث الأخطاء وتحقيق الرضا لدى العميل الداخلي والخارجي على حد سواء. إضافة إلى ما سبق فإن عملية التطوير تستلزم تمكين العاملين وتحقيق أعلى نسبة مشاركة وتشجيعهم على الإبداع والابتكار والعمل الجماعي، وهذا يتطلب نشر ثقافة تنظيمية تشجع على العمل الجماعي وتعزز من السلوكيات والقيم الإيجابية في المنظمة لتكون بيئة مساعده على الإبداع والابتكار وتحقيق الجودة في مختلف الأنشطة، وعلى إدارة المؤسسة الصحية توفير أدلة العمل الإكلينيكية التي تعمل على توحيد الممارسات وتعرف العاملين بكيفية القيام بتأدية أعمالهم بالصورة الصحيحة في كل مره ومن أول مره، وتحد من حدوث الأخطاء الطبية وحماية المريض نفسيا وجسديا. كما أن تطبيق معايير الاعتماد يتطلب القيام بتقييم الأداء الفردي والكلي للمستشفى والعاملين فيه باستمرار وتزويد العاملين بالتغذية العكسية عن مستوى أدائهم ليتمكنوا من تصويب أخطائهم إن وجدت وتعزيز جوانب القوة في أدائهم. وقد وضعت اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية العديد من المعايير التي تتعلق بتطوير الموارد البشرية الصحية، والتي لا بد من تحققها وتطبيقها في المستشفيات حتى تتحقق الجودة في خدماتها، وفي الجمهورية اليمنية وجد الباحث بأنه قد حصل تقدم جيد في تنمية الموارد البشرية ولكنه لا يحل مشكلة تدني مستويات الجودة مما يتطلب المزيد من الاهتمام بتدريب وتعليم هذا المورد الهام، وقد تبنت عدد من المستشفيات اليمنية طوعا تطبيق معايير اعتماد المستشفيات سعيا منها للتميز والحصول على شهادة الاعتماد الدولية. والفصلين التاليين يوضحان ذلك.

الفصل الثالث

الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

تمهيد:

بعد أن تم التعرف على مفهوم نظام الاعتماد وأهميته في تحقيق الجودة الشاملة في مؤسسات القطاع الصحي، وبعد أن تم التعرف على العلاقة بين تطوير الموارد البشرية الصحية وبين نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، وبهدف قياس اثر عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية، قام الباحث بتصميم استبيان مكون من 124 فقرة¹، مستفيداً من المحاور والفقرات الموجودة في استبيانات بعض الدراسات السابقة. كما تم إضافة المحاور والفقرات المتعلقة بالمتغيرات التابعة (معايير الاعتماد)، وقد تم اختبار صدق وثبات الاستبيان، حيث عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة من ذوي الاختصاص في الجامعات الجزائرية واليمنية²، بغرض الاستشارة والتحكيم. وقبل إجراء الدراسة تم توزيع 20 استمارة على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة في المستشفيات محل الدراسة، ومن ثم تم إجراء اختبار ألفا كرونباخ لبيان مدى ثبات واتساق فقرات الاستبيان، وقد بلغت قيمة هذا المقياس (0.998) وهي قيمة عالية وتدل على الثبات والاتساق الداخلي العالي للاستبيان³، بعد ذلك تم توزيع الاستبيان على المستشفيات محل الدراسة بواقع (40) استمارة لكل مستشفى، وقد كان عدد الاستثمارات التي أعيدت وهي صالحة للاستخدام (120) استمارة أي بنسبة (75%) توزعت بواقع (36) مستشفى العلوم والتكنولوجيا، 32 لكل من مستشفى 48 النموذجي ومستشفى الصداقة الصيني، 20 المستشفى السعودي الألماني)، ومن ثم قام الباحث بتحليل بيانات الاستبيان باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الإنسانية (SPSS)، وقد خصص هذا الفصل لاستعراض نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات من خلال المباحث الآتية:

المبحث الأول: وصف مجتمع وعينة الدراسة وخصائصها.

المبحث الثاني: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والثانية والفرضيات المتفرعة منها.

المبحث الثالث: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة والرابعة والفرضيات المتفرعة

منها.

¹ أنضر الملحق رقم 1.

² انظر الملحق رقم 3.

³ للإطلاع أكثر انظر: هشام بركات بشر حسين، تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، القاهرة، دار النشر الالكتروني، 2007، ص 48.

المبحث الأول

وصف مجتمع وعينة الدراسة وخصائصها

تم إجراء الدراسة على أربعة مستشفيات في العاصمة اليمنية صنعاء، وهي التي كانت قد بدأت بالتطبيق الطوعي لمعايير الاعتماد الدولي قبل عدة سنوات بهدف تحقيق الجودة الشاملة والحصول على شهادة دولية في الاعتماد، وهذه المستشفيات هي:

1. المستشفى السعودي الألماني.
2. مستشفى العلوم والتكنولوجيا.
3. مستشفى 48 النموذجي.
4. مستشفى الصداقة الصيني.

الجدير بالذكر بأن الدراسة كانت ستشمل مستشفى آخر هو المستشفى الدولي في محافظة تعز إلا أن ظروف الحرب التي حصلت في اليمن ابتداءً من 2015/3/28 منعت الباحث من الوصول إلى هذا المستشفى كونه يقع في دائرة النزاع العسكري ويتعذر الوصول إليه دون مخاطره، حيث كان الباحث قد بدأ بالدراسة الميدانية على المستشفيات التي تقع في العاصمة صنعاء ابتداءً من 10 يناير 2015 وانتهى من جمع البيانات في 25 مارس 2015 أي قبل بدء العدوان على اليمن، وفيما يلي وصف لمجتمع وعينة الدراسة وخصائصها.

المطلب الأول

وصف مجتمع الدراسة

أجريت الدراسة على المستشفيات اليمنية في العاصمة صنعاء التي كانت قد بدأت بالتطبيق الفعلي والطوعي لمعايير الاعتماد الدولية للمستشفيات في السنوات الأربع السابقة لإجراء الدراسة، والتي أصبحت مواردها البشرية تمتلك الخبرة الكافية للإجابة على أسئلة الاستبيان الذي أجراه الباحث بهدف التعرف على اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في هذه المستشفيات. وبالتالي فانه يمكن الركون إلى نتائج هذا الاستبيان، لأنه مبني على إجابات لأشخاص قد خاضوا تجربة فعلية في تطبيق معايير الاعتماد وتطوير الموارد البشرية وأصبحوا يمتلكون والمؤهلات التي يجب توفرها في عينة الدراسة المثالية واللازمة لنجاح هذه الدراسة، وفيما يلي تعريف مختصر بهذه المستشفيات:

أولاً : المستشفى السعودي الألماني:

تعتبر مجموعة مستشفيات السعودي الألماني هي المجموعة الطبية الخاصة الرائدة في الشرق الأوسط وأفريقيا بما تتميز به من خلفية علمية كبيرة ولمكانيات تسمح لها بتصميم وإنشاء وتمويل وإدارة وتشغيل مستشفيات على مستوى عالمي، ويعمل في المجموعة أكثر من 500 طبيب وجراح و1500 ممرض وممرضة ومثلهم 1500 من الموظفين والفنيين وهناك أكثر من 120 مهندس وأكثر من 1000 عامل بناء وتشبيد، مما يتيح للمجموعة القيام بتنفيذ المشروعات بطريقة آمنة واقتصادية، في عام 1988 أنشأت عائلة البترجي أول مستشفى من مجموعة السعودي الألماني في جدة كمستشفى عام وخلال السنوات القليلة التالية استطاعت أن تثبت أقدامها وتبرز نفسها كواحدة من أكبر المستشفيات في المنطقة، بما وقته من اتفاقيات دائمة مع كبرى الجامعات والمراكز المتخصصة في ألمانيا لنقل التطورات والتكنولوجيا الحديثة دائما عن طريق الأساتذة الزائرين، وتقوم المجموعة بتقديم خدماتها الطبية في مختلف التخصصات بالإضافة إلى تقديمها للعديد من الأنشطة والخدمات الاجتماعية لرعاية المواطنين وتوعيتهم، ويمكن القول بأن المجموعة هي من أرقى المجموعات في المنطقة من حيث النظام الدقيق في التعامل مع الملفات الطبية والمراسلات الداخلية والخارجية منذ 1988 وحتى الآن، فكل البيانات الطبية للمرضى محفوظة على أجهزة الحاسب الآلي، إن روح العمل في المجموعة تنطلق من الآية القرآنية الكريمة " وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا"⁴، الجدير بالذكر أن المستشفى قد تبنى طوعا تطبيق برنامج لتحقيق الجودة الشاملة وبدأ بتطبيق معايير الاعتماد الأمريكية (JCI) منذ ما يزيد عن ستة أعوام⁵، ويعمل فرع المستشفى الموجود في صنعاء بطاقة استيعابية تبلغ 300 سرير، وقد تم بناء المستشفى على مساحة تقدر بحوالي 150000 متر مربع⁶.

ولقد حصل المستشفى في 27 يناير 2010م على شهادة اعتماد اللجنة المشتركة الدولية لإعتماد المنظمات الصحية (JCI)، من خلال تفاني وجهود جميع موظفي وإداريي المستشفى والعمل الجماعي، ويعتبر هذا التصديق على نظام الرعاية الصحية بالمستشفى دليلاً على التزام

⁴ القرآن الكريم، سورة المائدة، الآية 32.

⁵ www.altibbi.com in 26/11/2015 at 9:00 pm.

⁶ <http://wikimapia.org/855185/ar> in 26/11/2015 at 9:30 pm.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

المنشأة بتقديم أفضل مستويات الرعاية الصحية لمرضاهها، وتأكيداً على توفر بيئة آمنة للحد من المخاطر التي قد يتعرض لها المرضى والموظفين، كما حاز المستشفى على جائزة تميز الصحة العربية بدبي 2015م، حيث تم تكريم المؤسسات والدوائر المتخصصة في قطاع الرعاية الصحية ضمن فعاليات معرض الصحة العربي 2015 تقديراً لإنجازاتها المتميزة التي تساهم في دعم وتطوير معايير الجودة الطبية والرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط، كما حاز أيضاً على جائزة أفضل مستشفى خاص في اليمن للعام 2013م⁷.

يعد المستشفى السعودي الألماني بصنعاء هو أول مستشفى يتم افتتاحه خارج المملكة العربية السعودية ضمن المجموعة، ليكون الصرح الطبي الأول من نوعه المنوط به بإذن من الله تعالى تقديم خدمة طبية (لأبناء اليمن والقرن الأفريقي) مبنية على أساس من الخبرة داخل المجال الطبي قاربت من الثلاثين عاماً، ومن الجدير ذكره هنا ما توليه مجموعة مستشفيات السعودي الألماني من اهتمام بالتعليم والتدريب لتحقيق طموحات المجموعة نحو بناء 30 مستشفى عالمية في الدول العربية والإسلامية وتوفير 50 ألف وظيفة بالقطاع الطبي والصحي الخاص.

ونود الإشارة هنا إلى مدى قرب فرع صنعاء من دول مثل السودان، إثيوبيا، جيبوتي، الصومال و جزر القمر بحيث يقطع المريض مسافة بسيطة قد تقل عن المسافة التي يقطعها بعض المرضى من داخل اليمن ذاتها، ليحظى بذات الخدمة الطبية التي يقدمها المركز الرئيسي للمستشفى السعودي الألماني في السعودية، ويغطي فرع المستشفى بصنعاء جميع التخصصات الطبية والتي تبلغ 45 تخصصاً طبياً، ويحتوي على جميع أجهزة التشخيص والعلاج ومجهز بأحدث أجيال التجهيزات العالمية الحديثة، إذ يقوم المستشفى بتطوير أدائه وتحديث أجهزته بشكل مستمر؛ لمواكبة كل ما يستجد في الساحة الطبية العالمية، ويرفد كادره الطبي بكفاءات نوعية.

كما يقوم المستشفى باستضافة أطباء عالميين من أصحاب التخصصات النادرة والخبرات العالية، من ألمانيا ومصر والأردن إيماناً منه بنقل الخبرات العالمية إلى اليمن تسهيلاً وتوفيراً لعناء سفر المرضى اليمنيين إلى الخارج، وتحت شعار "نحن بعون الله نرعاكم"، وقد أنشأت

⁷ <http://sghsanaa.com/page.php?id=11> in 29/11/2015 at 10:30 pm.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

إدارة متخصصة للجودة وإدارة الاعتماد وتم إعادة صياغة رؤية ورسالة وقيم المستشفى على النحو الآتي⁸:

- الرؤية: أن تكون المستشفى السعودي الألماني - صنعاء المرجعية العلاجية الأولى في اليمن والقرن الأفريقي
- الرسالة: العمل بروح الفريق الواحد وملتزمين بالمعايير الطبية الدولية والتحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية.
- القيم: يتبنى المستشفى القيم والأخلاقيات التي ترشد العاملين فيه نحو تحقيق مهامهم وتحدد كيفية العمل في المجموعة، من هذه القيم مايلي:

- نحن بعون الله نرعاكم
- المريض أولاً .
- أفضل موظفين من خلال التعليم المستمر .
- بيئة عمل جيدة ومستقبل آمن للموظفين وأسرهم .
- الأخلاق والسرية (للمرضى، للمؤسسة، للأعمال) .
- الخدمات الصحية المقدمة متعلقة بخدمات المجتمع .

ثانياً: مستشفى العلوم والتكنولوجيا:

يعد مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا المستشفى احد المستشفيات الرائدة في اليمن والقرن الأفريقي، ويسعى لأن يكون من المستشفيات الرائدة في المنطقة كلها، إذ يقوم المستشفى بتطوير أدائه وتحديث أجهزته بشكل مستمر، ويعمل على توسعة أقسامه باستمرار لمواكبة كل ما يستجد في الساحة الطبية العالمية، ويرفد كادره الطبي بكفاءات نوعية، كما يقوم المستشفى باستضافة أطباء عالميين من أصحاب التخصصات النادرة والخبرات العالي (من الولايات المتحدة الأمريكية وإيطاليا وألمانيا وكندا، وبعض الدول العربية)، إيماناً منه بنقل الخبرات العالمية إلى اليمن تسهيلاً وتوفيراً لعناء سفر المرضى اليمنيين إلى الخارج، وتحت شعار "نحن نوفر لك خبرات العالم حيثما أنت"، وقد تم افتتاح المستشفى في ابريل عام 2006 بطاقة استيعابية بلغت 200 سرير⁹، ويعد هذا المستشفى احد المستشفيات المرجعية في القطاع الصحي الخاص و قد تبنى المستشفى تطبيق برنامج للجودة، وبدأ بالتطبيق العملي لمعايير الاعتماد الدولي طوعاً سعيّاً لتحقيق الجودة

⁸ <http://sghsanaa.com/page.php?id=11> in 29/11/2015 at 10:30 pm.

⁹ <http://www.felixnews.com/news-1212.html> in 29/11/2015 at 8:30 pm.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

الشاملة والحصول على شهادة الاعتماد الدولية من اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (JCI)، حيث تم إنشاء إدارة خاصة للجودة والاعتماد، وتم إعادة صياغة رؤية ورسالة وأهداف وقيم المستشفى على النحو الآتي¹⁰:

- الرؤية: أن يكون مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا رائداً محلياً وإقليمياً في تقديم الخدمات الصحية والتعليمية.

- الرسالة: يسعى مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا إلى تقديم خدمات صحية وتعليمية وفقاً للمعايير العالمية، من خلال كفاءات متميزة و باستخدام التقنية الحديثة مع الإلتزام بدعم برامج التدريب والبحث العلمي وخدمة المجتمع.

- الأهداف :

- توفير كادر طبي وإداري كفاء ومتميز.
- تطوير البنية التحتية والمؤسسية للمستشفى.
- تحسين مستوى الرضا للمستفيدين وتلبية توقعاتهم.
- تحقيق الإستدامة المالية ومستوى ربحية مناسب.

- القيم:

- الإلتزام بأخلاقيات المهنة.
- الجودة والتطوير المستمر.
- العمل بروح الفريق الواحد.
- المسؤولية والمسائلة.

ثالثاً: مستشفى 48 النموذجي:

بدأ المستشفى بتقديم خدماته للمجتمع في مايو 2008م، حيث يعد احد المستشفيات المرجعية في القطاع الصحي العام تقدم فيه كافة خدمات الرعاية الصحية التي تقدم في مرافق المستوى الثالث من مستويات النظام الصحي الوطني. كما يقدم المستشفى خدمة التأمين الصحي لجميع منتسبي قوات الاحتياط وأسره، بالإضافة إلى أنه يقدم خدماته لعموم المواطنين مجاناً، فقد تم تخصيص يوم في كل أسبوع يستقبل فيه المستشفى أي مريض من المجتمع لا يشمله التأمين الصحي، كما يستقبل المستشفى جميع الحالات الطارئة أو الحوادث التي تصل إليه بدون استثناء وفي أي وقت.

¹⁰ <http://www.usthyemen.com/ar/index.php?Id=4> in 29/11/2015 at 9:00 pm.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

تبلغ الطاقة الاستيعابية للمستشفى في الوقت الحالي 200 سريراً، كما أن المستشفى يعد مرجعاً صحياً في اليمن عموماً وفي صنعاء على وجه الخصوص، بالإضافة إلى أنه يعد مستقبل رئيسي لحالات الإصابات الطارئة وحالات الحوادث المرورية بالمنطقة وكذا الشريان الرئيسي للخط (تعز - صنعاء) وما حولها، ويضم المستشفى عدداً من العيادات والمراكز الطبية التخصصية، كما يعمل بالمستشفى والمراكز التابعة له طاقماً طبياً قوامه 150 طبيباً بين استشاريين وأخصائيين وأطباء عموم، يتمتعون بخبرات مهنية عريقة ومنهم أطباء بارزون في مجال تخصصاتهم¹¹.

وفيما يتعلق بالناحية الإدارية، فقد صيغت الخطة الإستراتيجية للمستشفى وفق المبدأ العالمي الذي يقوم على تحليل جوانب القوة والضعف والفرص والتهديدات، حيث تم بناء الإستراتيجية على جانبين رئيسيين هما¹²:

أ. الجانب الأول : تحليل جوانب القوة والضعف بالتزامن مع تحليل العوامل الخارجية المناسبة، حيث سعى المستشفى إلى تحويل نقاط الضعف إلى قوة. فعلى سبيل المثال : كان الكادر الذي تم توظيفه جديداً وليس لديه خبرة وهذه كانت نقطة ضعف، لكن تم تحويلها إلى نقطة قوة، بحيث تم تشكيل وتحويل الكادر وتدريبه وتوجيهه وفق المواصفات القياسية العالمية، وأصبحت نقطة قوة. أما نقطة الضعف الأخرى فقد تمثلت في أن المختبر عندما افتتح المستشفى كان لا يحوي أية أجهزة حديثة، والآن يمكن اعتباره مختبراً من أحدث المختبرات الموجودة في اليمن في مختلف المجالات من حيث النوعية والتطور.

ب. أما الجانب الآخر من الإستراتيجية فتندرج في إطار محاولة إنهاء سفر المرضى للعلاج في الخارج، وركز هذا الجانب من الإستراتيجية على تحليل العوامل الخارجية، حيث تم تقييم السوق المنافس في المستشفيات المختلفة سواء في القطاع العام أو الخاص، مع دراسة احتياج المرضى اليمنيين، وبالتالي تم العمل بما من شأنه تقديم خدمة ليست

¹¹ الموقع الرسمي لمستشفى 48 النموذجي [على الخط]، 2011م، الصفحة الرئيسية، متوفر على الموقع التالي : <http://48mh.com> (in 31/5/2014).

¹² ياسر عبد المغني، مستشفى 48 النموذجي [على الخط]، حوار أجراه العطاب تشوان، اليمن، الصحيفة الإلكترونية لوكالة الأنباء اليمنية سبأ، 2011م، متاح على : <http://www.sabanews.net> (in 31/5/2011).

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

متوفرة وموجودة في اليمن مثل إضافة الفحص الوراثي للحمض النووي (DNA) وفحص الجينات والتقنيات الحديثة للطب الشرعي وفق أحدث المفاهيم العالمية، كما تم الاهتمام بتطوير جراحة المناظير وبكوادر يمنية 100%، والتي يمكن القول أنها تعتبر في الصدارة في اليمن من حيث الفترة الوجيزة والنوعية.

في سبيل السعي لتحقيق الهدف الرئيسي للمستشفى، والذي يتمثل في تقديم خدمة طبية ذات جودة عالية تفي باحتياجات وتوقعات المرضى وتحد من ظاهرة السفر إلى الخارج بحثاً عن الخدمة الصحية الجيدة، وفي سبيل إعادة الثقة إلى نفوس المرضى اليمنيين بجودة الخدمات الصحية المحلية، قامت إدارة المستشفى بتبني وتنفيذ خطة إستراتيجية لتطبيق نظام الجودة الشاملة، تطورت لتصبح وسيلة للحصول على الاعتراف الدولي بجودة خدمات المستشفى من خلال الحصول على شهادة دولية تؤكد ذلك، وقد لخصت هذه التجربة في النقاط الآتية:

1. التخطيط للحصول على شهادة الاعتمادية الدولية (JCI):

بدأ المستشفى مؤخراً بالسعي للحصول على هذه الشهادة، حيث تم التعرف على المواصفات والمعايير التي يتم التقييم بناءً عليها، وتم التواصل مع خبيرة في هذا المجال من الأردن وهي مسئولة عن الاعتمادية هناك، وقد اعتمدت إدارة المستشفى تطبيق نظام الجودة الشاملة كوسيلة لتحقيق هذا الهدف، حيث باشرت إدارة المستشفى بإنشاء إدارة مستقلة للجودة تحت إدارة مدير عام المستشفى وعضوية رؤساء الأقسام. وكان أول نشاط لهذه الإدارة هو إعادة هيكلة المستشفى، بعد ذلك تم وضع ونشر تعريف للجودة وإعادة صياغة رسالة ورؤية المستشفى وقيمة بما يتناسب مع متطلبات الجودة¹³، والتي يمكن تلخيصها في الآتي¹⁴ :

- تعريف مستشفى 48 للجودة: عرف المستشفى الجودة على أنها " التحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية ومطابقتها للمعايير الدولية المعتمدة بهدف توفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين، ومواكبة التقدم العلمي".

¹³ ماجد الشرعي، تطبيق الجودة في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/15م.

¹⁴ صفحة المستشفى على الانترنت، مرجع سبق ذكره.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

- الرؤية: الريادة بمستوى الخدمة الطبية الشاملة إلى أفضل المستويات العالمية.
- الرسالة: تقديم خدمة طبية آمنة ذات جودة وكفاءة متميزة وبأقل تكلفة من خلال كوادر مؤهلة تواكب التطور العلمي في الخدمة المقدمة للمريض في اليمن.
- القيم: عطاء مقروناً بالامتثال للمريض، احترام قيم وخصوصيات المريض، العمل بروح الفريق، المصداقية، الانضباط في العمل.

بعد ذلك تم تشكيل 14 لجنة تخصصية في الجودة هي:

- لجنة قيادة الاعتماد.
- لجنة الإدارة والقيادة.
- لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- لجنة حقوق المرضى وعائلاتهم.
- لجنة إدارة المعلومات والسجلات الطبية.
- لجنة منع ومكافحة العدوى.
- لجنة إدارة واستخدام الدواء.
- لجنة رعاية المرضى.
- لجنة تقييم المرضى.
- لجنة الجراحة والتخدير.
- لجنة تثقيف المرضى وعائلاتهم.
- لجنة استمرارية وسهولة الوصول إلى الخدمة.
- لجنة الشهادات والتعليم.
- لجنة السلامة العامة.

ومن ثم تم إعداد السياسات والإجراءات الخاصة بكل لجنة، ونفذت الخطوة الأولى وهي مرحلة التقييم الذاتي، وعلى ضوءه أعدت خطة عمل لمدة سنتين، ورفعت هذه الخطة إلى لجنة الاعتماد وأقرت، كما تم تعيين مدقق جودة في كل قسم وهناك خطة عمل موجودة الآن ومطبقة على أرض الواقع، ولدى المستشفى خطة عمل خلال سنة لكي يكون جاهز للتقييم النهائي للحصول على شهادة الاعتماد الدولية (JCI)، وفي هذا الخصوص، يمكن اعتبار ما حدث بمستشفى 48 انجاز متقدم، تمثل في الاستجابة من الكادر لمتطلبات الاعتماد الدولية وذلك خلال فترة قصيرة جداً.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

وعلى الرغم من وجود بعض المعوقات البسيطة التي هي في تصميم مبنى المستشفى بحسب المواصفات العالمية، إلا أنه تم تلافيها في التوسعة الحالية للمستشفى من خلال ربطها بالمستشفى القديم.

2. شهادة الجودة العالمية للمختبرات (ISO):

في إطار الخطة الإستراتيجية للمستشفى، وبعد التحليل الذاتي، لوحظ أن اليمن يفتقر إلى المجال التشخيصي المخبري، لذلك سعت إدارة المستشفى إلى توفير مختبر متكامل يدار وفق أحدث المفاهيم العلمية، من خلال تطبيق مبادئ التحكم بالجودة الداخلية ومن ثم الانتقال للتحكم بالجودة الخارجية والبروتوكولات والمقاييس العالمية، حيث تقدمت إدارة المستشفى للحصول على شهادة الجودة (ISO) في مجال المختبرات، و تم استدعاء الخبراء في هذا المجال، ورسمت خطة عمل لتحقيق هذا الهدف¹⁵، وقد حصل المستشفى على شهادة الجودة (ISO 2008) في المختبرات الطبية في مايو 2014.

3. التعليم الطبي المستمر:

كان الاهتمام بإدارة التعليم الطبي المستمر أحد النقاط الهامة في تطوير المستشفى، وحجر الزاوية في نجاح تطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى، فبعد استقطاب كبار الاستشاريين في التخصصات المختلفة للعمل في المستشفى، تم إنشاء قاعة كبرى للمؤتمرات والندوات بحيث بات المستشفى قادراً على استضافة أي فعاليات علمية، بالإضافة إلى تنظيم الدورات التدريبية، وقد تم عقد الكثير من الدورات لتأهيل الكادر سواء كانوا اختصاصيين أو أطباء عموم أو تمريض، وهناك سجل يفخر به المستشفى بعدد دورات التدريب والتأهيل في هذا الجانب.

ومن ناحية أخرى تم التواصل مع المعنيين في المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، بهدف اعتماد المستشفى كمركز تدريبي للبورده العربي والبورده اليمني، وخطط إلى أن تكون مجال الجراحة العامة والعظام والتخدير والعناية والمخ والأعصاب والباطنية كمرحلة أولية، على أن يتم

¹⁵ احمد الصعفاني، الحصول على شهادة الجودة ايزو 2009 في علم المختبرات، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/9/14م.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

إضافة بقية الاختصاصات على المدى الطويل¹⁶. ولأجل تقديم خدمة صحية متميزة فإنه لا بد من مواكبة التطور العلمي بتزويد الكادر الطبي بكل ما هو جديد في مجالاتهم. وعليه فإن قسم التعليم المستمر يعنى بالنشاطات التعليمية التي من شأنها مساعدة الكادر على تطوير مهاراتهم وخبراتهم. ومن أهم الأنشطة التي قام بها هذا القسم عند إنشائه ما يلي :

- إقامة محاضرات وندوات دورية.
- إقامة المؤتمرات.
- إقامة ورش عمل.
- التنسيق لحضور المؤتمرات وورش العمل سواء كنت محلية أو دولية.

4. قسم الأبحاث: خلال سعي إدارة المستشفى لتطبيق نظام الجودة الشاملة وتطوير الخدمات الصحية في اليمن، ظهرت الحاجة إلى وجود قسم خاص بالأبحاث، لذلك وضعت خطة لسد هذه الحاجة، يمكن تلخيصها في النقاط الآتية¹⁷:

أ. الرؤية: أن يصبح مستشفى 48 النموذجي مركزاً بحثياً ذو مكانة علمية مرموقة محلياً وعالمياً في الأوساط والمراكز البحثية، وتحسين مستوى الصحة عن طريق تعزيز الرعاية الصحية القائمة على استخدام نتائج الأبحاث بشكل فاعل وكاف يمكن من وضع السياسات الصحية المناسبة.

ب. الرسالة: زيادة المعرفة العلمية المعتمدة على نتائج البحوث الصحية اللازمة لحل مشاكل المجتمع الصحية وتعزيز صحة الفرد والمجتمع استناداً إلى الأولويات الصحية الوطنية بالتنسيق والتعاون مع باقي الشركاء ومراكز البحث العلمي الداخلية والخارجية.

¹⁶ منير دخان، التعليم المستمر في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/5م.

¹⁷ صفحة المستشفى على الانترنت، مرجع سبق ذكره.

ج. الأهداف: وتشمل تحقيق ما يلي :

- بناء سمعة علمية ومكانة بحثية عالية للمستشفى على المستوى المحلي وإيصاله إلى مصافي الريادة، وإظهاره على المستوى العالمي من خلال المشاركة في أبحاث مع المراكز العالمية.
- بناء القدرات في مجال البحث العلمي عن طريق عقد دورات وندوات حول أساليب البحث العلمي.
- بناء القدرات في مجال المراجعات الأخلاقية الطبية للباحثين.
- دعم القرار المسند بالمعلومات لوضع السياسات الصحية المناسبة.
- توفير المعلومات الدقيقة لتحديد أولويات الرعاية الصحية وتقييم مدى كفاءة الخدمات المقدمة.
- إجراء أبحاث (بالتعاون مع الجهات الفاعلة في المجتمع) تختص بالمشاكل الصحية ذات الأولوية وتأمين التمويل اللازم من خلال المنظمات الوطنية والدولية.

رابعاً: مستشفى الصداقة الصيني:

بدأ تنفيذ مشروع المستشفى في يونيو 2010، لكنه توقف إبان الانتفاضة الشعبية في اليمن، واستأنفت الشركات العاملة عملها في يونيو 2012، وتقدر المساحة التي أقيم فيها المستشفى 2200 متر مربع، ويضم مبنى من ستة طوابق، زودت أقسامه بأحدث التجهيزات الطبية وحوالي 120 سريراً¹⁸، وقد تم افتتاح المستشفى رسمياً في يناير 2014م، وتم إسناد إدارته إلى مستشفى 48 النموذجي، وخصص ليقدم خدماته لعائلات وأسر منتسبي القوات المسلحة وأسر الشهداء والمعاقين، حيث قامت إدارة مستشفى 48 النموذجي برفده بكادر مؤهل في مختلف التخصصات الطبية وباشرت في تطبيق برامج الجودة والاعتماد فيه ليصبح صرحاً طبياً عاماً يوازي مستشفى 48 النموذجي ويكمله.

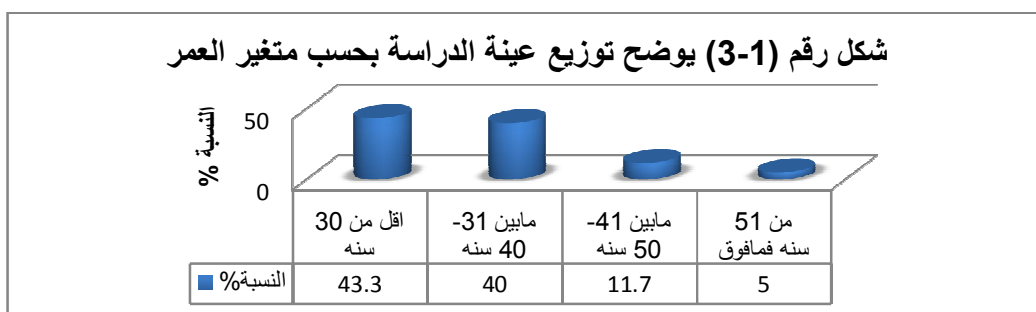
¹⁸ <http://almasdaronline.com/article/47701> in 29/11/2015 at 11:00

المطلب الثاني

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

خصص هذا المطلب لاستعراض الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة على النحو الآتي:

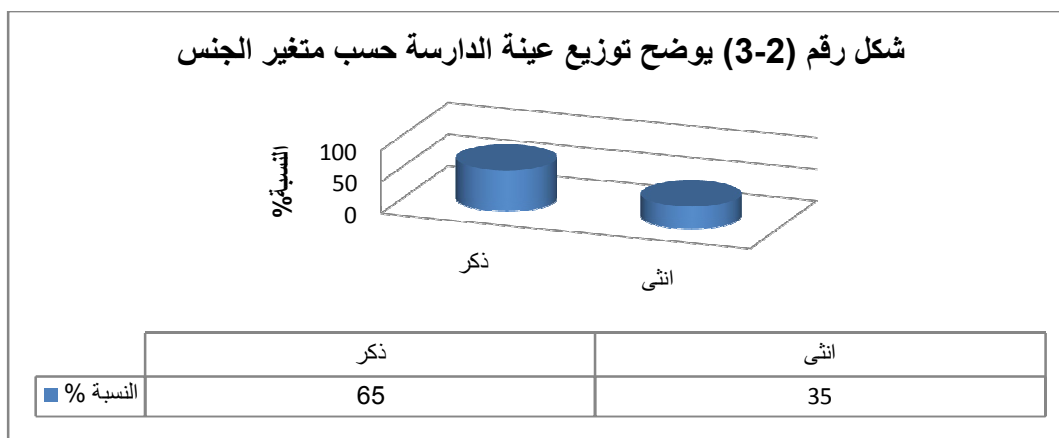
1. توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر: يمكن توضيح ذلك من خلال الشكل التالي:



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الشكل رقم (3-1) بأن معظم أفراد العينة تقل أعمارهم عن 30 سنة بنسبة بلغت (43.3%)، يليها الفئة العمرية ما بين 31-40 سنة بنسبة بلغت (40%) يليها الفئة العمرية ما بين 41-50 سنة بنسبة بلغت (11.7%). وأخيراً الفئة التي تتجاوز أعمارهم 50 سنة فما فوق بنسبة بلغت (5%). كما نجد أن أغلب أفراد العينة هم الفئتين العمريتين الأولى والثانية التي تمثل أغلبية العاملين في المستشفيات، بالإضافة إلى أن عينة الدراسة قد شملت الفئات العمرية كاملة.

2. توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس: وقد كانت النتائج كما في الشكل التالي:



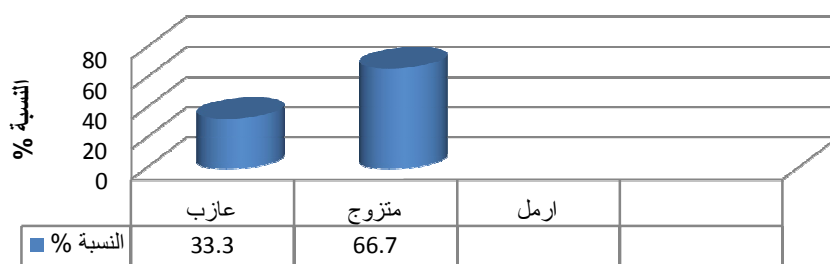
المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

من خلال الشكل رقم (2-3) نجد أن نسبة الذكور كانت (65%)، وهي أكثر من نسبة الإناث التي بلغت (35%) من حجم العينة، وهذا يشير إلى أن العينة قد شملت الجنسين وان التفاوت في النسبة يعود إلى كون حجم القوى العاملة من الذكور اكبر من الإناث الذي يتأثر بدوره بالعادات والتقاليد والثقافة السائدة في اليمن التي تحد من عمل الإناث نسبياً .

3. توزيع عينة الدراسة بحسب متغير الحالة الاجتماعية:

شكل رقم (3-3) يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب متغير الحالة الاجتماعية

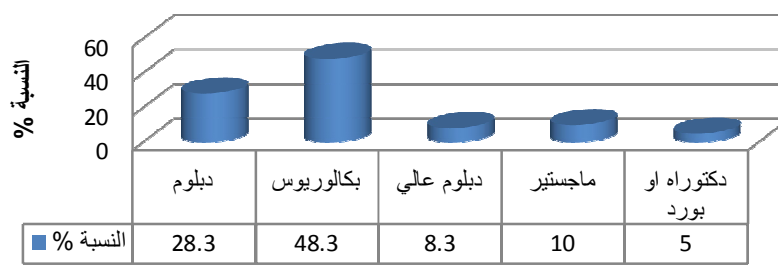


المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة

يتبين من خلال الشكل رقم (3-3) بأن نسبة المتزوجين بلغت (66.7%) وهي اكبر من نسبة العزاب التي بلغت (33.3%)، وهذا النسبة تشير إلى أن القوى العاملة على قدر كبير من الشعور بالمسئولية والالتزام، فهي تركز نفسها من اجل التطوير الذاتي لذاتها ولمنظماتها سعياً منها لتحقيق الاستقرار الوظيفي.

4. توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي:

شكل رقم (4-4) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

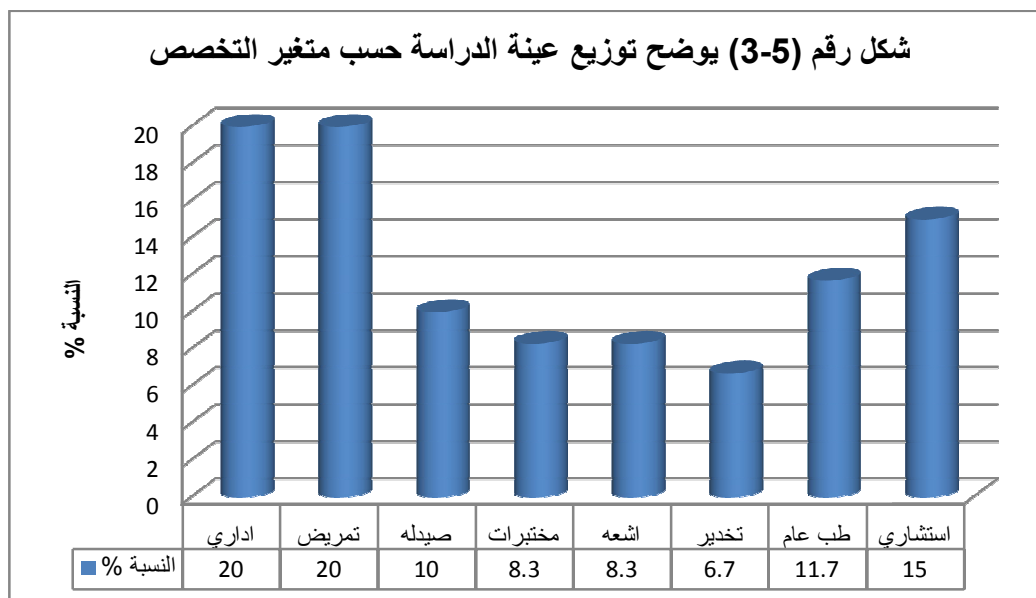


المصدر من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتضح من خلال الشكل رقم (4-4) بأن أعلى نسبة من عينة الدراسة يحملون مؤهلات جامعية، حيث كانت غالبية أفراد العينة من الحاصلين على شهادة البكالوريوس بنسبة بلغت (48.3%)، يليهم الموظفون الحاصلين على شهادة دبلوم بعد الثانوية بنسبة بلغت (28.3%)، يليهم الموظفون الحاصلين على درجة الماجستير بنسبة بلغت (10%)، يليهم الموظفون الحاصلين على شهادة دبلوم عالي بعد البكالوريوس بنسبة (8.3%)، يليهم الموظفون الحاصلين على درجة الدكتوراه أو ما يعادلها بنسبة (5%)، وهذه النسب تشير إلى التأهيل العالي للعاملين في هذه المستشفيات، ومؤشر قوي إلى أنهم يمتلكون المعرفة والمهارة اللازمة لتقديم خدمات على مستوى عالي من الجودة وقابليتهم للتطوير الوظيفي.

5. توزيع عينة الدراسة حسب متغير التخصص:

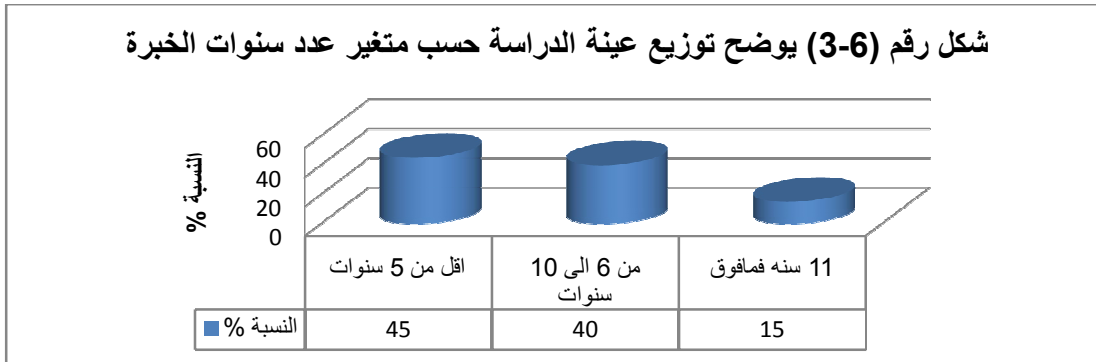


المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة

من خلال الشكل رقم (3-5) نجد بأن عينة الدراسة مأخوذة من مختلف التخصصات والأقسام العاملة في المستشفيات وهذا يزيد من درجة الثقة بنتائج الدراسة، حيث كانت أغلبية أفراد العينة من الإداريين والممرضين بنسبة بلغت (20%) من كل تخصص وتعد هذه الفئتين هي الأكثر اتصالاً بالمرضى والأكثر تأثيراً على رضاهم، يليهم نسبة الأطباء الاستشاريين الحاصلين على شهادات في الدراسات العليا، يليهم أطباء العموم والصيدلة، يليهم الفنيين العاملين في أقسام المختبرات والأشعة والتخدير.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

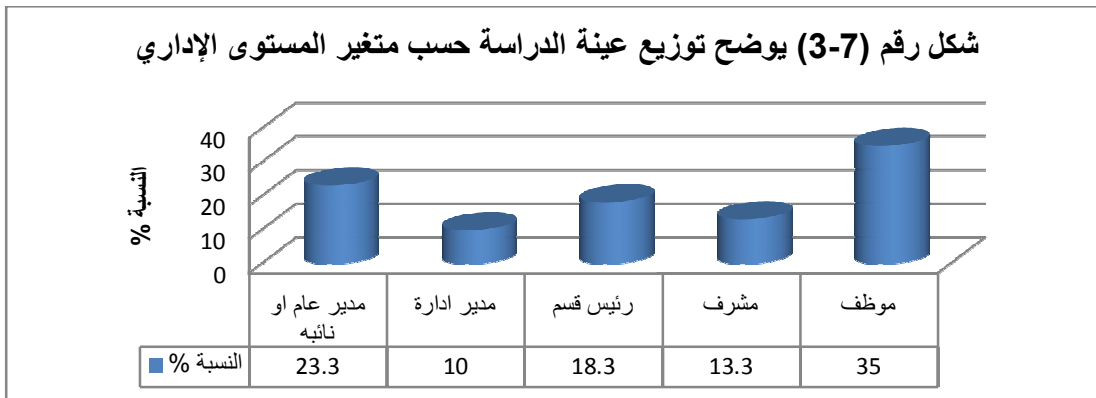
6. توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة:



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الشكل رقم (3-6) أن (45%) من عينة الدراسة تقل خبرتهم عن (5)، وأن أغلب عينة الدراسة هم من ذوي الخبرات العالية التي تتجاوز (5) سنوات بنسبة بلغت (55%) من حجم العينة، وهذا يزيد من فرص النجاح لهذه المستشفيات في عملية التطوير وتطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفعالية لتحقيق الجودة الشاملة.

7. توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإداري:



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يوضح الشكل رقم (3-7) بأن أغلب أفراد عينة الدراسة هم من فئة الموظفين بنسبة بلغت (35%)، يليها الإداريين في الإدارة العليا للمستشفيات بنسبة بلغت (23.3%)، يليها العاملين في الإدارة الوسطى من رؤساء أقسام ومشرفين ومدراء إدارات، وهذا يشير إلى أن الدراسة قد شملت جميع العاملين في المستشفيات بمختلف مستوياتهم الإدارية، وبالتالي فإن أرائهم يمكن الوثوق بها لأنها تعكس خبرات ووجهات نظر العاملين من مختلف المستويات الإدارية.

المبحث الثاني

نتائج اختبار الفرضيتين الأولى والثانية

خصص هذا المبحث لاستعراض نتائج اختبار الفرضيتين الأولى والثانية والفرضيات المتفرعة منها، من خلال في المطلبين الآتيين:

المطلب الأول

نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات المتفرعة منها

لاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها تم إجراء اختبار غير معلمي (Nonparametric Test) كولموجروف سمايرنوف (-One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test) للفقرات التي تتعلق بها وبالفرضيات الفرعية المرتبطة بها، كون هذا الاختبار مناسب للفرضيات العدمية الوصفية، وذلك بغرض التأكد من أن الوسط الحسابي ذو دلالة إحصائية¹⁹، وقد كانت نتائج اختبار هذه الفرضية وفقا لبرنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الإنسانية (SPSS) كما يلي:

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية:

- ❖ الفرضية العدمية (HO): لا تهتم المستشفيات اليمينية بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).
- ❖ الفرضية البديلة (HA): تهتم المستشفيات اليمينية بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).

¹⁹ عز حسن عبد الفتاح، التحليل الإحصائي باستخدام (SPSS)، القاهرة، 2005م، ص 23.
(.ezzhasan@gotmile.com)

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (1-3) يوضح نتيجة اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغيرات المستقلة
مجتمعه (عناصر تطوير الموارد البشرية)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.737	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.936	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.138	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين ((Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (1-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعناصر تطوير الموارد البشرية بلغ (3.737)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.138) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة.

نستنتج من خلال هذا التحليل بأن القائمين على إدارة المستشفيات اليمينية محل الدراسة، أصبحوا يدركون أهمية تطوير الموارد البشرية الصحية بصورة مستمرة، لمواكبة التطورات المستمرة في حاجات ورغبات المرضى من جهة، وتنوعها من جهة ثانية، وللتخفيف من حجم وقوة المنافسة فيما بينها من جهة ثالثة، فمن خلال ملاحظة الواقع العملي ومن خلال خبرة الباحث في مجال إدارة المستشفيات، وجد أن المستشفيات التي جعلت من تطبيق المعايير الدولية لاعتماد المستشفيات هدفاً أساسياً لها، قد أصبحت مؤسسات مهنية محترفة من خلال تركيزها على عناصر تطوير الموارد البشرية، باعتبارها عناصر جوهرية في قيادة وتمكين العاملين بالمعرفة والمهارات والسلوكيات اللازمة لتطوير وتحسين أدائهم بصورة مستمرة، والذي لا يتم إلا

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

من خلال التأثير القيادي على القوى العاملة والاتصال المستمر معها وتحفيزها وتدريبها، وكذا زرع الثقافة التنظيمية التي تشجع على الإبداع والابتكار، بالإضافة إلى استقطاب واختيار أفضل القوى المدربة والمؤهلة فنياً وإدارياً، واعتماد سياسة التقييم الدوري للأداء بهدف الإرشاد والتوجيه لتحسين وتطوير مستويات أدائهم بصورة مستمرة لمواكبة التطورات في مختلف المجالات، لتتمكن من تلبية التنوع في حاجات المرضى والمجتمع والحصول على رضاهم وتقديرهم، كما يجب أن لا يتم إغفال أهمية تحقيق رضا العميل الداخلي (مقدم الخدمة)، وذلك من خلال تبني سياسة التحفيز العادل وتنفيذ خطط مستمرة لتدريب وتطوير العاملين، الذي من شأنه ردف سوق العمل المحلية بكوادر صحية مؤهلة ومدربة في مختلف الجوانب الفنية والإدارية، التي بدورها تعزز من فرص تحسين مستوى الأداء في خدمات القطاع الصحي الوطني ورفع مستوى جودة خدماته. وهذا بدوره يخفف من حجم الضرر بالاقتصاد الوطني، كونه يقلل من الحاجة للبحث عن الخدمات الصحية خارج حدود البلد، وما يترتب عليه من زيادة المخاطر على صحة وحياة المريض نتيجة عدم حصوله على الخدمة في الوقت المناسب، وكذا ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية التي غالباً ما تفوق قدرات المواطن العادي الذي تجعله يقف عاجزاً عن الحصول على الخدمة رغم توفرها.

ثانياً: نتائج اختبار الفرضيات الفرعية:

1. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر القيادة الإدارية لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): "تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر القيادة الإدارية لتطوير الموارد البشرية".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (2- 3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل القيادة الإدارية كعنصر مستقل لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.928	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.828	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.104	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (2- 3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر القيادة الإدارية بلغ (3.928)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.104) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. وهذا يثبت بأن القيادات الإدارية لهذه المستشفيات تهتم بتطوير وتدريب العاملين في كل المستويات، وتطبق مبدأ الاستشارة والمشاركة في توجيه العاملين واتخاذ القرارات التي تهمهم، كما أنها تربط مابين التطوير والتدريب للعاملين والتحسين المستمر كهدف استراتيجي لها.

2. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

- الفرضية العدمية (H₀): "لا تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (H_A): "تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (3-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.789	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.949	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
2.967	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (3-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر الثقافة التنظيمية بلغ (3.789)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (2.967) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة، وهذه نتيجة طبيعية في المستشفيات التي جعلت تحقيق الجودة الشاملة هدفاً استراتيجياً لها وجزءاً من رسالتها المعلنة، فمن خلال نتائج هذا الاختبار وملاحظة الباحث وتجربته العملية في إدارة المستشفيات استنتج بأن الجو التنظيمي في المستشفيات محل الدراسة يشجع على الإبداع والابتكار في مختلف الأنشطة الفنية و الإدارية في المستشفى، وهذا بدوره يمنح العاملين الشعور بالاحترام وبأهمية العمل الجماعي والاندماج في العمل، ويزرع لدى العاملين قيم ومعتقدات وسلوكيات تشجع على حل المشاكل وصنع القرارات بحرية. وبهذا تكون قد توفرت لدى المستشفى ثقافة الجودة اللازمة لتطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة في المستشفى.

3. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية".

- الفرضية البديلة (HA): "تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (4-3) يوضح نتائج اختبار كولموجوروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

التمكين لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.572	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.924	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.353	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين ((Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (4-3) السابق يتضح الآتي:

-التوزيع للاختبار كان طبيعياً .

- الوسط الحسابي لعنصر التمكين بلغ (3.572)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).

- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.353) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل

بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية

البديلة. ونستنتج من خلال نتائج تحليل هذه الدراسة بأن إدارات هذه المستشفيات تشجع

العاملين على المشاركة والاندماج في صنع القرارات التي تؤثر عليهم، وتزودهم بالمعارف

والمهارات والقيم الضرورية لتحسين مستوى أدائهم، كما أن الإدارة تبذل جهداً كافياً لتبادل

الأفكار والمشاعر مع العاملين في المستشفى، وهكذا يتكون لدى العاملين حافزاً إضافياً لتنفيذ

القرارات والتوجيهات الإدارية بكفاءة وفاعلية، كونهم مشاركين في اتخاذ هذه القرارات، والنجاح

في تنفيذها يعد نجاحاً لهم أيضاً ويشعرهم بالرضا.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

4. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): "تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (5-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.633	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
1.083	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
2.613	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (5-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً.
- الوسط الحسابي لعنصر الاستقطاب والاختيار بلغ (3.633)، وهو أكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (2.613) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي أقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. ونستنتج من خلال تحليل نتائج الدراسة بأن معايير استقطاب واختيار العاملين في المستشفيات محل الدراسة، تركز على المؤهلات والمعارف والمهارات والسلوكيات الملائمة للممارسة، كما أن الاستقطاب والاختيار للعاملين الجدد يتم من خلال سياسة جماعية ضمن الخطة الإستراتيجية للمستشفى.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

5. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (6-3) يوضح نتائج اختبار كولموجوروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.900	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.797	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.529	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (6-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر التوجيه والإرشاد بلغ (3.9)، وهو أكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.529) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي أقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. ومن خلال تحليل نتائج الدراسة المتعلقة بعنصر التوجيه والإرشاد، استنتج الباحث بأن المستشفيات محل الدراسة تتوفر لديها برنامج مستمر للتوجيه والإرشاد لكل موظف، بالإضافة إلى أنها توفر مرشدين ومدربين لتدريب الموظفين الجدد لدمجهم في مجتمع المستشفى.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

6. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السادسة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر تقييم الأداء لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر تقييم الأداء لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (7-3) يوضح نتائج اختبار كولموجوروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

تقييم الأداء لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.622	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
1.084	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.176	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (7-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر تقييم الأداء بلغ (3.622)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.176) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. حيث أكدت نتائج الدراسة بأن تقييم الأداء في المستشفيات محل الدراسة عادل ويركز على الجوانب المعرفية والسلوكية والفنية في أداء العمل، كما يتم تزويد العاملين بالتغذية العكسية عن مستوى أدائهم، ويكافأ الانجاز الشخصي للعاملين بغض النظر عن التقييم الجماعي.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

7. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السابعة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر التدريب والتطوير لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): تهتم المستشفيات اليمنية بعنصر التدريب والتطوير لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (8 - 3) يوضح نتائج اختبار كولموجوروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

التدريب والتطوير لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.739	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.934	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
2.968	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (8 - 3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر التدريب والتطوير بلغ (3.739)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (2.968) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. حيث استنتج الباحث من خلال نتائج الدراسة والتحليل بأن الموظفين راضون عن عدد ونوعية برامج التدريب والتطوير التي توفرها المستشفيات، كما أن الأخيرة توفر تدريباً يفي بمتطلبات العمل، بالإضافة إلى أن الموظفون أصبحوا قادرين على تطبيق المعارف والمهارات والسلوكيات المكتسبة من التدريب.

8. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثامنة:

- الفرضية العدمية (HO): "لا تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية".
- الفرضية البديلة (HA): تهتم المستشفيات اليمينية بعنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية".

جدول رقم (9-3) يوضح نتائج اختبار كولموجروف سمايرنوف للمتغير المستقل عنصر

التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
120	N	
3.733	الوسط الحسابي (Mean)	Normal Parameters ^(a,b)
0.889	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	
3.350	قيمة (Z) المحسوبة حسب اختبار (Kolmogorov-Smirnov)	
0.000	مستوى الدلالة المعنوية ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-tailed))	
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

من خلال الجدول رقم (9-3) السابق يتضح الآتي:

- التوزيع للاختبار كان طبيعياً .
- الوسط الحسابي لعنصر التطوير الوظيفي بلغ (3.733)، وهو اكبر من متوسط أداة القياس (3).
- بلغت قيمة (Z) المحسوبة (3.350) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$) وهي اقل بكثير من مستوى المعنوية (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة. وقد استنتج الباحث من خلال نتائج الدراسة بأن المستشفيات محل الدراسة تتيح للعاملين المشاركة والاندماج في نشاطات التطوير الوظيفي، كما أن برامج التطوير الوظيفي متاحة داخل المستشفى وخارجه، بالإضافة إلى انه يتم مناقشة هذه البرامج مابين الرؤساء والمرؤوسين.

المطلب الثاني

اختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات المتفرعة منها

بعد أن تم اختبار صحة الفرضيات المتعلقة بدرجة اهتمام المستشفيات بتطوير مواردها البشرية في المطلب الأول، يأتي هذا المطلب ليوضح مدى وجود اختلاف في الاهتمام بعناصر تطوير الموارد البشرية الصحية بين المستشفيات كل على حده، وهذا ما تطرقت إليه الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات المتفرعة منها، ولاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها قام الباحث بإجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، الذي يفترض عدم وجود اختلافات معنوية بين المتوسطات الحسابية للمجموعات بمعنى أنها متساوية، ولوصف المساواة في التباين (Variance Equality) والمقارنات المتعددة بين عدة مجموعات، ومستويات الاختلاف، بالإضافة إلى وصف طبيعة الاختلاف في المجموعة الواحدة²⁰، حيث كانت نتائج الاختبار كما يلي:

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

❖ الفرضية العدمية (HO) : لا تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقويم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).

❖ الفرضية البديلة (HA) : تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقويم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).

²⁰ محمد صالح شراز، التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى، 2009م، ص ص 80-93.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (10 - 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test) لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية لبيان الاختلاف بين المستشفيات بدرجة الاهتمام بعناصر تطوير الموارد البشرية مجتمعة

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.079	4.138	3.375	3.000	10.125

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (10 - 3) أن قيمة (ف) المحسوبة قد بلغت (4.138) عند مستوى الدلالة ألفا α (0.079)، وهي أكبر من مستوى (0.05)، بمعنى أننا نقبل الفرضية العدمية ونرفض الفرضية البديلة، وبهذا نجد أنه لا يوجد اختلافات معنوية بين درجة اهتمام المستشفيات اليمينية بعناصر تطوير مواردها البشرية، وهذا يختلف مع ما توصل إليه (مازن عبد العزيز في دراسته التي أجراها على المستشفيات الأردنية)²¹، ويعزى هذا الاهتمام المشترك، إلى السعي الجاد من قبل قيادات هذه المستشفيات نحو تحقيق معايير الاعتماد الدولية للمستشفيات لتحقيق الجودة الشاملة، وهذا يدل على إدراك ووعي القيادات الإدارية لهذه المستشفيات بضرورة الاهتمام بتطوير العنصر البشري في مختلف الجوانب بصورة مستمرة، لكي تتمكن من تحقيق النجاح في تطبيق معايير الجودة.

ثانياً: نتائج اختبار صحة الفرضيات المتفرعة من الفرضية الثانية:

1. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى المتفرعة من الفرضية الرئيسية الثانية:
 - الفرضية العدمية (H₀): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر القيادة الإدارية لتطوير الموارد البشرية الصحية.
 - الفرضية البديلة (H_A): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر القيادة الإدارية لتطوير الموارد البشرية الصحية.

²¹ مازن عبد العزيز مسوده، مرجع سبق ذكره، ص 236.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (11 - 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test)، لبيان مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر القيادة الإدارية

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.204	2.628	1.912	3	5.735

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (11 - 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (2.628) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.204$) وهي اكبر من مستوى الدلالة (0.05)، بمعنى أننا نقبل الفرضية العدمية ونرفض الفرضية البديلة.

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمانية من حيث الاهتمام بعنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمانية من حيث الاهتمام بعنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (12 - 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA Test)، لبيان

مدى وجود اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر الثقافة التنظيمية

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.101	6.092	4.870	3	14.610

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (12 - 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (6.092) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.101$) وهي اكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (13 - 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التمكين

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.001	6.109	4.549	3	13.646

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (13 - 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (6.109) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا α (0.001) وهي اقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية، وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق نستنتج انه على الرغم من عدم وجود اختلافات داله إحصائياً بين المستشفيات من حيث اهتمامها بعنصري القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية، فقد تبين وجود اختلاف دال إحصائياً بينها من حيث الاهتمام بعنصر تمكين العاملين، ويعزى هذا الاختلاف إلى تباين برامج التطوير والتدريب والوسائل التكنولوجية المتوفرة، وكذا اختلاف قيم واتجاهات القيادات الإدارية والفنية في المستشفيات محل الدراسة، بالإضافة إلى اختلاف طبيعة ونوعية المؤهلات والمهارات التي يمتلكها العاملين واختلاف مستويات الإتاحة والمشاركة في اتخاذ القرارات. والجدول التالي يبين درجات الاختلاف بين المستشفيات.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (14 - 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر التمكين لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمنية

3.7083	الوسط الحسابي	مستشفى 48 النموذجي
32	حجم العينة	
1.0672	الانحراف المعياري	
3.0833	الوسط الحسابي	مستشفى الصداقة الصيني
32	حجم العينة	
0.8673	الانحراف المعياري	
3.6296	الوسط الحسابي	مستشفى العلوم والتكنولوجيا
36	حجم العينة	
0.8530	الانحراف المعياري	
4.0333	الوسط الحسابي	المستشفى السعودي الألماني
20	حجم العينة	
0.4085	الانحراف المعياري	
3.5722	الوسط الحسابي	الإجمالي
120	حجم العينة	
0.9238	الانحراف المعياري	

- فترة الثقة (Confidence Interval) تعادل 95% بالنسبة للوسط الحسابي.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (14 - 3) أن الوسط الحسابي لجميع المستشفيات أعلى من متوسط أداة القياس (3)، إلا أنه يوجد تباين ملحوظ بين هذه المستشفيات، حيث حاز المستشفى السعودي الألماني على أعلى متوسط فقد بلغ (4.0333)، وهذه نتيجة طبيعية كون هذا المستشفى قد حصل فعلاً على شهادة الاعتماد الدولية (JCI) في تطبيق معايير الاعتماد الأمريكية، يليه مستشفى 48 النموذجي بمتوسط بلغ (3.7083)، يليه مستشفى العلوم والتكنولوجيا بمتوسط حسابي بلغ (3.6296)، وأخيراً يأتي مستشفى الصداقة الصيني بمتوسط حسابي بلغ (3.0833)، ويعد هذا المستشفى هو الأحدث من حيث الإنشاء ومن حيث التطبيق لبرنامج الجودة وتطبيق معايير الاعتماد الدولية، لذا نجد أنه لا يعطي الاهتمام الكافي لعنصر تمكين العاملين، ويعزى هذا إلى كونه حديث النشأة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (15 - 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.023	3.378	3.714	3	11.143

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (15 - 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (3.378) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.023$) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. ويعزى هذا الاختلاف إلى تأثير العلاقات والتوجهات الشخصية لمدراء هذه المستشفيات فيما يخص استقطاب واختيار العاملين وعدم وجود معيار موحد لضبط هذه العملية. والجدول التالي يوضح درجة الاختلاف و اتجاهه.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (16- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية

3.8125	الوسط الحسابي	مستشفى 48 النموذجي
32	حجم العينة	
1.1682	الانحراف المعياري	
3.2188	الوسط الحسابي	مستشفى الصداقة الصيني
32	حجم العينة	
0.9392	الانحراف المعياري	
3.8889	الوسط الحسابي	مستشفى العلوم والتكنولوجيا
36	حجم العينة	
1.1640	الانحراف المعياري	
3.5500	الوسط الحسابي	المستشفى السعودي الألماني
20	حجم العينة	
0.7389	الانحراف المعياري	
3.6333	الوسط الحسابي	الإجمالي
120	حجم العينة	
1.0829	الانحراف المعياري	

- فترة الثقة (Confidence Interval) تعادل 95% بالنسبة للوسط الحسابي.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (16- 3) بأن الوسط الحسابي لجميع المستشفيات أعلى من متوسط أداة القياس (3)، إلا أنه يوجد تباين ملحوظ بين هذه المستشفيات، حيث حاز مستشفى العلوم والتكنولوجيا على أعلى متوسط حيث بلغ (3.8889)، يليه مستشفى 48 النموذجي بمتوسط بلغ (3.8125)، يليه المستشفى السعودي الألماني بمتوسط حسابي بلغ (3.6333)، وأخيراً يأتي مستشفى الصداقة الصيني بمتوسط حسابي بلغ (3.2188)، كما نلاحظ تراجع المستشفى السعودي الألماني إلى المستوى قبل الأخير وحل محله مستشفى العلوم والتكنولوجيا، وهذا يدل على وجود إصرار كبير لدى إدارة مستشفى العلوم والتكنولوجيا للحصول على شهادة الاعتماد، من خلال تطبيق المعايير دون التأثير بالجوانب والعلاقات الشخصية للإدارة، كما أن تراجع المستشفى السعودي الألماني إلى المستوى الثالث يعد مؤشر سلبي، قد يؤدي إلى سحب شهادة الاعتماد منه، في حالة ما إذا لم تنتبه الإدارة لأهمية المفاضلة على أسس علمية عند اختيار العاملين واستقطاب الكفاءات والكوادر المؤهلة والخيرة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

5. اختبار الفرضية الفرعية الخامسة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (17-3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التوجيه والإرشاد

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.269	1.392	0.850	3.000	2.551

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (17-3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (1.392) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا α (0.269) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية ورفض الفرضية البديلة.

6. اختبار الفرضية الفرعية السادسة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر تقويم الأداء لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر تقويم الأداء لتطوير الموارد البشرية الصحية.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (18- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر تقويم الأداء

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.033	3.358	3.741	3.000	11.224

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (18- 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (3.358) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.033$) وهي اقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. والجدول التالي يوضح الاختلاف بين المستشفيات بمستوى الاهتمام بعنصر تقويم الأداء.

جدول رقم (19- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر

تقويم الأداء لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية

3.375	الوسط الحسابي	مستشفى 48 النموذجي
32	حجم العينة	
1.3528	الانحراف المعياري	
3.375	الوسط الحسابي	مستشفى الصداقة الصيني
32	حجم العينة	
1.0690	الانحراف المعياري	
3.7778	الوسط الحسابي	مستشفى العلوم والتكنولوجيا
36	حجم العينة	
0.9603	الانحراف المعياري	
4.1333	الوسط الحسابي	المستشفى السعودي الألماني
20	حجم العينة	
0.4104	الانحراف المعياري	
3.6222	الوسط الحسابي	الإجمالي
120	حجم العينة	
1.0839	الانحراف المعياري	

- فترة الثقة (Confidence Interval) تعادل 95% بالنسبة للوسط الحسابي.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتبين من خلال الجدول (19-3) بأن الوسط الحسابي لجميع المستشفيات أعلى من متوسط أداة القياس (3)، إلا أنه يوجد تباين ملحوظ بين هذه المستشفيات، حيث حاز المستشفى السعودي الألماني على أعلى متوسط حيث بلغ (4.1333)، يليه مستشفى العلوم والتكنولوجيا بمتوسط بلغ (3.7778)، يليه مستشفى 48 النموذجي و مستشفى الصداقة الصيني بمتوسط حسابي بلغ (3.375) لكلٍ منهما، ويلاحظ هنا بأن المستشفيات العامة هي أقل اهتماماً بعنصر تقييم الأداء قياساً بالمستشفيات الخاصة التي تهتم بعنصر تقييم الأداء، ويعزى هذا الاختلاف بين المستشفيات الخاصة والعامة إلى قدرة المستشفيات الخاصة على الاستغناء عن أي موظف لا يحقق مستوى الأداء و الانضباط المقبول، وهذا بعكس المستشفيات العامة، كون الدولة هي من تدفع المرتبات للموظفين، وبالتالي بالإمكان توظيف أكثر من شخص لسد الخلل الناتج عن تدني مستويات أداء بعض الموظفين، مع الإبقاء على هؤلاء الموظفين، الأمر الذي يقلل من أهمية عملية تقييم الأداء في القطاع الصحي العام.

7. اختبار الفرضية الفرعية السابعة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير والتدريب لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير والتدريب لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (20-3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التطوير والتدريب

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا (Sig.) α	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.016	4.102	3.306	3	9.919

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتبين من خلال الجدول (20- 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (4.102) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.016$) وهي اقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. ويعزى هذا الاختلاف إلى تباين قدرة المستشفيات في توفير متطلبات التدريب والتطوير المادية، بالإضافة إلى اختلاف نوعية ومستويات الحاجة إلى التدريب والتطوير من مستشفى إلى آخر، الذي يرتبط أيضاً بمدى نجاح هذه المستشفيات في اختيار واستقطاب الكوادر المؤهلة والمدربة، والتي لا تحتاج إلى مزيد من التدريب، وهذا يخفف العبء على المستشفى، ويقلل الحاجة إلى برامج التدريب والتطوير، والجدول التالي يبين مستويات الاختلاف بين المستشفيات محل الدراسة بعنصر التدريب والتطوير.

جدول رقم (21- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر

التطوير والتدريب لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمينية

3.9375	الوسط الحسابي	مستشفى 48 النموذجي
32	حجم العينة	
1.0131	الانحراف المعياري	
3.3333	الوسط الحسابي	مستشفى الصداقة الصيني
32	حجم العينة	
0.9070	الانحراف المعياري	
3.8333	الوسط الحسابي	مستشفى العلوم والتكنولوجيا
36	حجم العينة	
0.8886	الانحراف المعياري	
3.9	الوسط الحسابي	المستشفى السعودي الألماني
20	حجم العينة	
0.6344	الانحراف المعياري	
3.7389	الوسط الحسابي	الإجمالي
120	حجم العينة	
0.9340	الانحراف المعياري	

- فترة الثقة (Confidence Interval) تعادل 95% بالنسبة للوسط الحسابي.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (21- 3) بأن الوسط الحسابي لجميع المستشفيات أعلى من متوسط أداة القياس (3)، إلا أنه يوجد تباين ملحوظ بين هذه المستشفيات، حيث حاز

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

مستشفى 48 النموذجي على أعلى متوسط حيث بلغ (3.9375)، يليه المستشفى السعودي الألماني بمتوسط بلغ (3.9)، يليه مستشفى العلوم والتكنولوجيا بمتوسط حسابي بلغ (3.8333)، يليه مستشفى الصداقة الصيني بمتوسط حسابي بلغ (3.3333)، حيث كان مستشفى 48 النموذجي هو المتصدر للمجموعة، ويعزى ذلك إلى كونه مستشفى عام ويحتاج إلى اهتمام أكبر بعملية التدريب والتطوير لتجنب اللجوء إلى عملية الاستغناء عن الموظفين غير المؤهلين لصعوبتها نوعاً ما، وهذا ما اشرنا إليه سابقاً، ويأتي في المستوى الثاني المستشفى السعودي الألماني، وهذا قد يعزى إلى انخفاض مستوى الاهتمام بعنصر الاستقطاب والاختيار، الأمر الذي يحتم عليه بذل اهتمام أكبر بعملية التدريب والتطوير لسد تلك الفجوة.

8. اختبار الفرضية الفرعية الثامنة من الفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية العدمية (HO): لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية الصحية.
- الفرضية البديلة (HA): تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية الصحية.

جدول رقم (22- 3) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، لبيان مدى وجود

اختلاف في الاهتمام بين المستشفيات بعنصر التطوير الوظيفي

مستوى الدلالة الإحصائية (المعنوية) ألفا α (Sig.)	ف (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (df)	مجموع مربع الانحرافات (Sum of Squares)
0.027	4.875	3.329	3	9.987

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (22- 3) بأن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (4.102) عند مستوى الدلالة الإحصائية ألفا $\alpha=0.027$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. والجدول التالي يبين مستويات الاختلاف بين المستشفيات محل الدراسة بعنصر التطوير الوظيفي.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (23- 3) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير المستقل عنصر التطوير الوظيفي لبيان درجات الاختلاف بين المستشفيات اليمنية

4.0417	الوسط الحسابي	مستشفى 48 النموذجي
32	حجم العينة	
0.8685	الانحراف المعياري	
3.3333	الوسط الحسابي	مستشفى الصداقة الصيني
32	حجم العينة	
0.9330	الانحراف المعياري	
3.8148	الوسط الحسابي	مستشفى العلوم والتكنولوجيا
36	حجم العينة	
0.8830	الانحراف المعياري	
3.7333	الوسط الحسابي	المستشفى السعودي الألماني
20	حجم العينة	
0.5429	الانحراف المعياري	
3.7333	الوسط الحسابي	الإجمالي
120	حجم العينة	
0.8887	الانحراف المعياري	

- فترة الثقة (Confidence Interval) تعادل 95% بالنسبة للوسط الحسابي.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول (23- 3) بأن الوسط الحسابي لجميع المستشفيات أعلى من متوسط أداة القياس (3)، إلا انه يوجد تباين ملحوظ بين هذه المستشفيات، حيث حاز مستشفى 48 النموذجي على أعلى متوسط حيث بلغ (4.0417)، يليه مستشفى العلوم والتكنولوجيا بمتوسط بلغ (3.8148)، يليه المستشفى السعودي الألماني بمتوسط حسابي بلغ (3.7333)، يليه مستشفى الصداقة الصيني بمتوسط حسابي بلغ (3.3333)، حيث كان مستشفى 48 النموذجي هو المنصدر للمجموعة، ويعزى ذلك إلى كونه أول مستشفى عام يبنى تطبيق معايير الاعتماد الدولية، كما انه استطاع توفير متطلبات التطوير الوظيفي وجعلها هدفاً استراتيجياً له، بهدف تزويد القطاع الصحي الوطني بكوادر مؤهلة تأهيلاً عالياً تواكب حجم التطور في مختلف الجوانب، ويأتي في المستوى الثاني مستشفى العلوم والتكنولوجيا، الذي يعد احد المؤسسات التعليمية الخاصة في مجال الخدمات الصحية، الأمر الذي يحتم عليه بذل اهتمام اكبر بعنصر التطوير الوظيفي ليتمكن من تحقيق رسالته كمرفق تعليمي.

المبحث الثالث

نتائج اختبار صحة الفرضيتين الثالثة والرابعة

خصص هذا المبحث لاستعراض نتائج اختبار الفرضيتين الثالثة والرابعة والفرضيات المتفرعة منها من خلال مطلبين على النحو الآتي:

المطلب الأول

نتائج اختبار الفرضية الثالثة والفرضيات المتفرعة منها

لاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات التابعة لها، تم إجراء اختبار مربع كاي (Chi-Square) لبيان العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة²²، وقد كانت النتائج كما يلي:

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (H₀): "لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (H₁): توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

جدول رقم (24-3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square) لاختبار الفرضية الرئيسية الثالثة لبيان علاقة عناصر تطوير الموارد البشرية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية ألفا ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	4680	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.964	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.975	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

²² احمد حسين بتال، مقدمة في البرنامج الإحصائي (spss 11.0) [على الخط]، العراق، جامعة الانبار، 2005، ص ص 29-33. متوفر على الموقع التالي: www.boosla.com.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يبين الجدول رقم (24- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (4680)، وان معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.964) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.975) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي انه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعاملي ارتباط بيرسون وسبيرمان.

ثانياً: نتائج اختبار الفرضيات المتفرعة من الفرضية الثالثة:

1. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (H_0): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر القيادة الإدارية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (H_A): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر القيادة الإدارية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

جدول رقم (25- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر القيادة الإدارية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية ألفا ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	966.591	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.895	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.887	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (25- 3) بأن قيمة مربع كاي بلغت (966.591)، وان معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.895) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.887) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

وقبول الفرضية البديلة، أي انه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر القيادة الإدارية وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان.

2. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الثقافة التنظيمية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الثقافة التنظيمية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

جدول رقم (26- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الثقافة التنظيمية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية الفاذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	1156.143	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.929	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.919	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (26- 3) بأن قيمة مربع كاي بلغت (1156.143)، وان معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.929) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.919) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي اقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي انه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الثقافة التنظيمية وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

3. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من المجموعة الثالثة:

❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التمكين ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التمكين ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

جدول رقم (27- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة

بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التمكين ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهائيتين (Asymp. Sig. (2-sided))	القيمة (Value)	الاختبار الإحصائي
0.000	1165.66 7	بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)
0.000	0.930	معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)
0.000	0.929	معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)
	120	عدد أفراد العينة (N)

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (27- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (1165.667)، وان معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.930) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.929) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي اقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي انه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التمكين وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفعالية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان.

4. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من المجموعة الثالثة:

❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الاستقطاب والاختيار ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الاستقطاب والاختيار ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (28- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الاستقطاب والاختيار ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهايتين (Asymp. Sig. (2-sided))	القيمة (Value)	الاختبار الإحصائي
0.000	755.571	بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)
0.000	0.931	معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)
0.000	0.934	معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)
	120	عدد أفراد العينة (N)

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (28- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (755.571)، وأن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.931) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.934) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر الاستقطاب والاختيار وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعالم ارتباط بيرسون وسبيرمان.

5. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التوجيه والإرشاد ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التوجيه والإرشاد ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (29- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التوجيه والإرشاد ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهايتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	660.622	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.872	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.871	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (29- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (660.622)، وأن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.872) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.871) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التوجيه والإرشاد وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان.

6. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السادسة من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (30- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهايتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	1123.85 4	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.949	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.943	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (30- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (1123.854)، وان معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.949) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.943) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي اقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي انه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر تقويم الأداء وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعاملي ارتباط بيرسون وسبيرمان.

7. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السابعة من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (H₀): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير والتدريب ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (H_A): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير والتدريب ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (31- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير والتدريب ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهايتين (Asymp. Sig. (2-sided))	القيمة (Value)	الاختبار الإحصائي
0.000	1136.88	بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)
0.000	0.928	معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)
0.000	0.929	معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)
	120	عدد أفراد العينة (N)

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (31- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (1136.889)، وأن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.928) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.929) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير والتدريب وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعالمي ارتباط بيرسون وسبيرمان.

8. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثامنة من المجموعة الثالثة:

- ❖ الفرضية العدمية (HO): " لا توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير الوظيفي ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".
- ❖ الفرضية البديلة (HA): " توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير الوظيفي ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد".

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (32- 3) يوضح نتائج اختبار مربع كاي (Chi-Square Test) لبيان العلاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير الوظيفي ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد

الاختبار الإحصائي	القيمة (Value)	مستوى الدلالة المعنوية الفا ذو نهايتين (Asymp. Sig. (2-sided))
بيرسون كاي سكوير (Pearson Chi-Square)	1225.091	0.000
معامل ارتباط بيرسون (Pearson's R)	0.906	0.000
معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)	0.896	0.000
عدد أفراد العينة (N)	120	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (32- 3) أن قيمة مربع كاي بلغت (1225.091)، وأن معامل ارتباط بيرسون بلغ (0.906) ومعامل ارتباط سبيرمان بلغ (0.896) عند مستوى الدلالة المعنوية ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة قوية بين تركيز المستشفيات اليمينية على عنصر التطوير الوظيفي وبين تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية في المستشفيات اليمينية، وقد أكدت ذلك القيم العالية لمعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان.

المطلب الثاني

نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة والفرضيات المتفرعة منها

لإثبات صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها، تم إجراء اختبار تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance)، من أجل اختبار تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة بوجود المتغيرات الوسيطة (المعدلة)²³، وقد كانت النتائج كما يلي:

أولاً : نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة:

- ❖ الفرضية العدمية (Ho): "لا يختلف تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية مجتمعة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".
- ❖ الفرضية البديلة (Ho): " يختلف تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية مجتمعة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".

²³ سعد زغول بشير، دليلك إلى البرنامج الإحصائي (SPSS)، العراق، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، 2003م، ص ص 129-132.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (33- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الرابعة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of Squares	مصدر التباين (Source)
0.000	339.231	1.653	50	82.664	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.000	55.469	0.270	1	0.270	التقاطع (Intercept)
0.004	8.743	0.043	1	0.043	المتغيرات الوسيطة
0.000	32.350	0.158	49	7.725	المتغيرات المستقلة
		0.005	69	0.336	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر)					
(R Squared = 0.996) (Adjusted R Squared = 0.993)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (33- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (55.469) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا $\alpha=0.000$ ، وهي أقل بكثير من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ماسبق، نستنتج أنه يوجد اختلاف في تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، ويعزى هذا الاختلاف إلى القدرات المادية للمستشفيات، وحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم، بالإضافة إلى مدى وجود وصف وظيفي واضح للعاملين يمنع حدوث الازدواج والتداخل في المهام، ومن أسباب الاختلاف أيضا مدى وجود ووضوح سياسات وأدلة العمل الإكلينيكية ومعايير الأداء، التي من شأنها أن توحد

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

الممارسات وتصحيح الانحرافات في الأداء، وتبين كيفية القيام بالعمل الصحيح، والوقت المناسب لكل خدمة وأولويات تقديم هذه الخدمات بحسب كل حالة ودرجة خطورتها على حياة المريض.

ثانيا: نتائج اختبار صحة الفرضيات المتفرعة من الفرضية الرابعة:

1. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى من المجموعة الرابعة:

❖ الفرضية العدمية (H₀): "لا يختلف تأثير عنصر القيادة الإدارية في نجاعة تطبيق

معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود

الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريية والمهنية)".

❖ الفرضية البديلة (H₁): "يختلف تأثير عنصر القيادة الإدارية في نجاعة تطبيق معايير

الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف

الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (34 - 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of

Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر القيادة الإدارية في

نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات Mean (Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of Squares	مصدر التباين (Source)
0.000	119.716	7.607	10	76.074	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.009	7.099	0.451	1	0.451	التقاطع (Intercept)
0.000	86.581	5.502	1	5.502	المتغيرات الوسيطة
0.048	1.985	0.126	9	1.135	المتغيرات المستقلة
		0.064	109	6.926	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر)			مربع (ر) المعدلة		
(R Squared = 0.917) (Adjusted R Squared = 0.909)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتبين من الجدول رقم (34- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (7.099) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.009$)، وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج وجود اختلاف في تأثير عنصر القيادة الإدارية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، نتيجة تأثيره بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم، كما يتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي المعمول به في المستشفى، وكذلك فإنه يتأثر بالسياسات والأدلة الإكلينيكية المعمول بها في المستشفى ومدى الالتزام بتطبيقها، وهكذا نجد أن وجود قيادة إدارية ناجحة لا يكفي لتحقيق الكفاءة والفاعلية في تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة في المستشفى، بل يجب أن تؤخذ المتغيرات الوسيطة أو الداعمة (المعدلة) بنظر الاعتبار عند وضع أهداف وسياسات وخطط العمل في المستشفى.

2. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية من المجموعة الرابعة:

- ❖ الفرضية العدمية (H_0): "لا يختلف تأثير عنصر الثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".
- ❖ الفرضية البديلة (H_0): "يختلف تأثير عنصر الثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (35- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر الثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات Mean (Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of (Squares)	مصدر التباين (Source)
0.000	136.262	6.492	12	77.902	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.071	3.331	0.159	1	0.159	التقاطع (Intercept)
0.000	80.099	3.816	1	3.816	المتغيرات الوسيطة
0.000	5.656	0.269	11	2.964	المتغيرات المستقلة
		0.048	107	5.098	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة (R Squared = 0.939) (Adjusted R Squared = 0.932)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (35- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (3.331) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا α (0.071)، وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج عدم وجود اختلاف في تأثير عنصر الثقافة التنظيمية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، ويعزى ذلك لكون الثقافة التنظيمية لا تتأثر بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم، ولا تتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي المعمول به في المستشفى، وكذلك فإنها لا تتأثر بالسياسات والأدلة الإكلينيكية المعمول بها في المستشفى، فالثقافة التنظيمية تعد من المؤثرات المباشرة والقوية على المتغيرات الوسيطة، وليس العكس،

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

وبالتالي فإن تأثير الثقافة التنظيمية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد لا يتغير باختلاف المتغيرات الوسيطة، وهكذا نجد أن وجود ثقافة تنظيمية تعكس جوانب التحسين المستمر والأداء السليم وتعزز أوجه التعاون بين العاملين والأقسام المختلفة في المستشفى، من شأنها أن تساهم بدرجة كبيرة تحقيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية، وبالتالي تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى.

3. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من المجموعة الرابعة:

❖ الفرضية العدمية (H₀): "لا يختلف تأثير عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".

❖ الفرضية البديلة (H₁): "يختلف تأثير عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (36 - 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات Mean (Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of Squares	مصدر التباين (Source)
0.000	178.577	6.588	12	79.053	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.004	8.603	0.317	1	0.317	التقاطع (Intercept)
0.000	142.991	5.275	1	5.275	المتغيرات الوسيطة
0.000	10.139	0.374	11	4.115	المتغيرات المستقلة
		0.037	107	3.947	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (R Squared = 0.952) (Adjusted R Squared = 0.947)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتبين من الجدول رقم (36- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (7.099) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.004$)، وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج وجود اختلاف في تأثير عنصر التمكين على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، نتيجة تأثيره بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم، كما أنه يتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي، وكذلك فإنه يتأثر بالسياسات والأدلة الإكلينيكية المطبقة في المستشفى ومدى الالتزام بتطبيقها، وهكذا فمن الطبيعي أن يختلف تأثير عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، بسبب اختلاف مستوى التمكين الفني للعاملين؛ نتيجة ارتباطه بمستوى النجاح في توفير موازنات ووسائل تدريب وتعليم كافية للعاملين، وكذا مستوى النجاح في وضع توصيف وظيفي واضح، يلبي حاجات المستشفى ويعزز ثقافة التحسين المستمر ويمنع حدوث ازدواج وتداخل في المهام والمسئوليات، بالإضافة إلى مدى توفر إجراءات وسياسات وأدلة عمل إكلينيكية صحيحة ودرجة الالتزام بها.

4. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من المجموعة الرابعة:

- ❖ الفرضية العدمية (H_0): "لا يختلف تأثير عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".
- ❖ الفرضية البديلة (H_0): "يختلف تأثير عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (37- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of (Squares)	مصدر التباين (Source)
0.000	185.892	9.654	8	77.235	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.001	11.187	0.581	1	0.581	التقاطع (Intercept)
0.000	81.036	4.209	1	4.209	المتغيرات الوسيطة
0.000	6.318	0.328	7	2.297	المتغيرات المستقلة
		0.052	111	5.765	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (Adjusted R Squared = .926) (R Squared = .931)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (37- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (7.099) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا $\alpha=0.001$ ، وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج وجود اختلاف في تأثير عنصر الاستقطاب والاختيار على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، نتيجة تأثيره بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم والتي تنعكس بصورة مباشرة على عملية الاستقطاب والاختيار ودرجة التعقيد فيها، كما أنه يتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي لوجود وظائف تتطلب مهارات خاصة، وكذلك فإنه يتأثر بالسياسات والأدلة الإكلينيكية المطبقة التي قد تتطلب توفر مؤهلات ومهارات خاصة في الموظف الذي يتم اختياره لشغل هذه الوظيفة، وهكذا فمن الطبيعي أن يختلف تأثير عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، باختلاف المتغيرات الوسيطة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

5. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة من المجموعة الرابعة:

❖ الفرضية العدمية (H₀): "لا يختلف تأثير عنصر التوجيه والإرشاد في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".

❖ الفرضية البديلة (H₁): "يختلف تأثير عنصر التوجيه والإرشاد في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (38 - 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of

Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التوجيه و الإرشاد

في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة α ألفا (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات Mean (Square)	درجات الحرية (Df)	مجموع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of (Squares)	مصدر التباين (Source)
0.000	154.522	10.745	7	75.212	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.522	0.413	0.029	1	0.029	التقاطع (Intercept)
0.000	157.062	10.921	1	10.921	المتغيرات الوسيطة
0.685	0.656	0.046	6	0.274	المتغيرات المستقلة
		0.070	112	7.788	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (R Squared = 0.906) (Adjusted R Squared = 0.900)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

يتبين من الجدول رقم (38-3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (0.413) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.522$)، وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج عدم وجود اختلاف في تأثير عنصر التوجيه والإرشاد على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، ويعزى ذلك لكون عنصر التوجيه والإرشاد لا يتأثر بدرجة كبيرة بالمتغيرات الوسيطة، كونها عملية روتينية ومستمرة وتعد من المهام الأساسية والضرورية لنجاح أي منظمة، كما أنها لا تتطلب موازنات خاصة أو وصف وظيفي معين، بالإضافة إلى أن السياسات وأدلة العمل لا تتضمن شروط تتعلق بعنصر التوجيه والإرشاد.

6. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السادسة من المجموعة الرابعة:

- ❖ الفرضية العدمية (H_0): "لا يختلف تأثير عنصر تقييم الأداء في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".
- ❖ الفرضية البديلة (H_0): "يختلف تأثير عنصر تقييم الأداء في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (39- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر تقويم الأداء في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات (Mean) (Square)	درجات الحرية (Df)	مجمع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of (Squares)	مصدر التباين (Source)
0.000	190.360	7.175	11	78.929	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.000	22.554	0.850	1	0.850	التقاطع (Intercept)
0.000	66.498	2.507	1	2.507	المتغيرات الوسيطة
0.000	10.588	0.399	10	3.991	المتغيرات المستقلة
		0.038	108	4.071	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (R Squared = 0.951) (Adjusted R Squared = 0.946)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (39- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (7.099) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.000$)، وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج وجود اختلاف في تأثير عنصر تقويم الأداء على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، نتيجة تأثره بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم والتي تؤثر بصورة مباشرة على أهمية وحجم عملية تقويم الأداء ودرجة التعقيد فيها ومؤهلات القائمين بها، كما أنه يتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي لوجود وظائف تتطلب مقاييس وأدوات

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

خاصة لتقييمها، وكذلك فإنه يتأثر بالسياسات والأدلة الإكلينيكية المطبقة التي تتطلب التقييم والتحديث الدوري لضمان تحديثها ومواكبتها للتطورات المستمرة في مختلف المجالات.

7. نتائج اختبار الفرضية الفرعية السابعة من المجموعة الرابعة:

❖ الفرضية العدمية (H₀): "لا يختلف تأثير عنصر التطوير والتدريب في نجاعة تطبيق

معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود

الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".

❖ الفرضية البديلة (H₁): "يختلف تأثير عنصر التطوير والتدريب في نجاعة تطبيق

معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود

الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما

يلي:

جدول رقم (40 - 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of

Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التطوير والتدريب

في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مصدر التباين (Source)	مجمع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of (Squares)	درجات الحرية (Df)	متوسط المربعات (Mean Square)	قيمة (ف) (F)	مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)
النموذج المعدل (Corrected Model)	78.267	12	6.522	147.454	0.000
التقاطع (Intercept)	0.321	1	0.321	7.264	0.008
المتغيرات الوسيطة	4.065	1	4.065	91.893	0.000
المتغيرات المستقلة	3.329	11	0.303	6.842	0.000
Error	4.733	107	0.044		
Total	1,889.621	120			
Corrected Total	83.000	119			
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (R Squared = 0.943) (Adjusted R Squared = 0.937)					

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (40-3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (7.264) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.008$)، وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج وجود اختلاف في تأثير عنصر التطوير والتدريب على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، نتيجة تأثيره بحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة لعملية التدريب والتطوير والتي تؤثر بصورة مباشرة على نجاح هذه العملية، كما أن التدريب والتطوير يتأثر بطبيعة الوصف الوظيفي والسياسات والأدلة الإكلينيكية المعمول بها لوجود وظائف تتطلب مهارات ومؤهلات خاصة.

8. نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثامنة من المجموعة الرابعة:

- ❖ الفرضية العدمية (H_0): "لا يختلف تأثير عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)".
- ❖ الفرضية البديلة (H_0): "يختلف تأثير عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات المعدلة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)". وقد كانت النتائج كما يلي:

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية واختبار فرضيات الدراسة

جدول رقم (41- 3) يوضح نتائج تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance) لاختبار مدى وجود اختلاف في تأثير المتغير المستقل عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد بوجود المتغيرات الوسيطة

مستوى الدلالة ألفا α (Sig.)	قيمة (ف) (F)	متوسط المربعات (Mean Square)	درجات الحرية (Df)	مجمع مربع الانحرافات فئة 3 Type III Sum of Squares (Squares)	مصدر التباين (Source)
0.000	115.001	6.419	12	77.028	النموذج المعدل (Corrected Model)
0.178	1.841	0.103	1	0.103	التقاطع (Intercept)
0.000	86.540	4.830	1	4.830	المتغيرات الوسيطة
0.000	3.403	0.190	11	2.089	المتغيرات المستقلة
		0.056	107	5.972	Error
			120	1,889.621	Total
			119	83.000	Corrected Total
مربع (ر) المعدلة مربع (ر) (R Squared = 0.928) (Adjusted R Squared = 0.920)					

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من الجدول رقم (41- 3) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (1.841) للتقاطع (Intercept) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.178$)، وهي أكبر من (0.05)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.

من خلال ما سبق، نستنتج عدم وجود اختلاف في تأثير عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، ويعزى ذلك لكون عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي لا يتأثر بدرجة كبيرة بالمتغيرات الوسيطة، بل بالعكس فهو عنصر مؤثر عليها، وبالتالي فإن تأثيره على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد لا يختلف باختلاف المتغيرات الوسيطة.

خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل تعريفا موجزا للمستشفيات التي أجريت عليها الدراسة الميدانية، والتي شملت أربعة مستشفيات تبنت التطبيق الطوعي لمعايير الاعتماد الدولية الصادرة عن اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد (JCI)، اثنان من هذه المستشفيات تابعة للقطاع الصحي الخاص، والاثنان الآخران يمثلان القطاع الصحي العام.

كما تم استعراض الأدوات الإحصائية المستخدمة في اختبار فرضيات الدراسة، وقد كانت هذه النتائج على النحو الآتي:

- رفض الفرضية العدمية الأولى وقبول الفرضية البديلة، أي أن المستشفيات اليمنية تهتم بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).
- قبول الفرضية العدمية الثانية ورفض الفرضية البديلة، أي أن المستشفيات اليمنية لا تختلف من حيث الاهتمام بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقييم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي).
- رفض الفرضية العدمية الثالثة وقبول الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمنية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد.
- رفض الفرضية العدمية الرابعة وقبول الفرضية البديلة، أي أنه يوجد اختلاف في تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية مجتمعة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية).

الفصل الرابع

تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

تمهيد:

بعد أن تم اختبار صحة فرضيات الدراسة في الفصل السابق، ومن أجل تكامل نموذج الدراسة، خصص هذا الفصل لتحليل العلاقات بين متغيرات الدراسة بصورة أكثر تفصيلاً، لمعرفة قوة واتجاه العلاقات، وأثر هذه المتغيرات على بعضها البعض، وسيتم استعراض نتائج التحليل من خلال المباحث الآتية:

- المبحث الأول: تحليل نتائج الارتباط بين المتغيرات المستقلة والتابعة.
- المبحث الثاني: تحليل نتائج الارتباط بين المتغيرات مع بعضها البعض.
- المبحث الثالث: الأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة وعلاقتها بالمتغيرات الديمغرافية.

المبحث الأول

تحليل نتائج الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة

خصص هذا المبحث لاستعراض نتائج تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة (عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية) والمتغيرات التابعة (عناصر الجودة ومعايير الاعتماد)، من خلال المطالب الآتية:

المطلب الأول

العلاقة بين المتغيرات المستقلة ومجموعة والتابعة مجموعة

للبحث في اثر وقوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة ومجموعة والمتغيرات التابعة مجموعة، تم إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد - المتدرج (Multiple Linear Regression - Stepwise) بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وكذلك تم استخراج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وتحليل تباين الانحدار (ANOVA)، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2) ¹، وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجداول الآتية:

¹ جمال شعوان، مدخل لدراسة وتحليل البيانات الإحصائية تطبيقات على برنامج (SPSS)، ط2، رخصة المشاع الإبداعي للنشر، 2014، ص ص 8-30.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

جدول رقم (4-1) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغيرات المستقلة والتابعة

العدد	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المتغيرات
120	0.8279	3.8901	المتغيرات التابعة مجتمعة (معايير الاعتماد)
120	0.936	3.737	المتغيرات المستقلة مجتمعة (عناصر تطوير الموارد البشرية) منفردة

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الجدول رقم (4-2) يبين معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة مجتمعة

المتغيرات المستقلة مجتمعة	المتغيرات التابعة مجتمعة		
0.964	1	معامل ارتباط بيرسون (Pearson) (Correlation)	المتغيرات التابعة مجتمعة
0.000		مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين (Sig. (2-tailed))	
120	120	العدد	
1	0.964	معامل ارتباط بيرسون (Pearson) (Correlation)	المتغيرات المستقلة مجتمعة
	0.000	مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين (Sig. (2-tailed))	
120	120	العدد	

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

جدول رقم (4-3) ملخص تحليل الانحدار

Sig	F	Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	
0.000	1,545.786	0.2233525	0.928	0.929	0.964	1 Model

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

توضح الجداول السابقة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المحسوبة، كما تبين نتائج حساب معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة والذي

بلغ (0.964)، وهذا يدل على وجود علاقة قوية موجبه بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، كما تبين من خلال اختبار (ت) (T) أن قوة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة ذات دلالة إحصائية، حيث كانت قيمة (ف) (F) المحسوبة (1,545.786) عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0.00)$ وهي اقل من (0.05)، وهذا يدل على الأهمية و التأثير الكبير لتطوير الموارد البشرية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات اليمنية، وهذا يتفق مع ما توصل إليه (مازن عبد العزيز مسودة، 2004)² في دراسته التي أجراها على المستشفيات الأردنية، حيث وجد بأن تطوير الموارد البشرية الصحية عامل مهم ومؤثر في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية.

المطلب الثاني

نتائج تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغيرات

التابعة مجتمعة

للبحث في اثر وقوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة (عناصر تطوير الموارد البشرية) منفردة وكلا على حده والمتغيرات التابعة مجتمعة (معايير اعتماد المستشفيات)، تم إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد - المتدرج (Multiple Linear Regression - Stepwise) بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وكذلك تم استخراج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وتحليل تباين الانحدار (ANOVA)، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2) ³، وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجداول الآتية:

² مازن عبد العزيز مسودة، مرجع سبق ذكره، ص 277.

³ للإطلاع أكثر انظر: وليد عبد الرحمن الفراء، تحليل بيانات الاستبيان باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، المملكة العربية السعودية، الندوة العالمية للشباب الإسلامي، إدارة البرامج والشؤون الخارجية، 1430هـ، ص ص 30-19.

جدول رقم (4-4) يبين مصفوفة الارتباط لبيرسون لبيان قوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده، وبين المتغيرات التابعة مجتمعة مرتبه تنازليا حسب قوة الارتباط

العدد (N)	الوسط الحسابي	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغيرات التابعة مجتمعة (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	3.88	0.00	1.000	المتغيرات التابعة مجتمعة (معايير الاعتماد)
120	3.62	0.00	0.949	عنصر تقويم الأداء
120	3.63	0.00	0.931	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	3.57	0.00	0.930	عنصر التمكين
120	3.79	0.00	0.929	عنصر الثقافة التنظيمية
120	3.73	0.00	0.928	عنصر التطوير والتدريب
120	3.73	0.00	0.906	عنصر التطوير الوظيفي
120	3.93	0.00	0.895	عنصر القيادة الإدارية
120	3.90	0.00	0.872	عنصر التوجيه والإرشاد

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال مصفوفة معامل الارتباط في الجدول رقم (4-4) أن معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغيرات التابعة مجتمعة قد تراوحت بين (0.949 و 0.872) وكلها علاقات قوية وموجبه، كما تبين من خلال تحليل تباين الانحدار، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2) وقيم (ف) (F) المحسوبة التي كانت جميعها عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، أي أنها كلها ذات دلالة إحصائية.

كما يبين الجدول رقم (4-4) إن عنصر تقويم الأداء قد حاز على اكبر معامل ارتباط مع المتغيرات التابعة مجتمعة والذي بلغ (0.949) وهو قريب جدا من الواحد الصحيح، وهذا يعني وجود ارتباط قوي جداً بين عملية تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد، كما حاز عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين على المرتبة الثانية من حيث الأهمية وقوة الارتباط الذي بلغ (0.931)، يليه عنصر التمكين (0.930)، يليه عنصر الثقافة التنظيمية (0.929)، يليه عنصر التطوير والتدريب (0.928)، يليه عنصر التطوير الوظيفي (0.906)، يليه عنصر

القيادة الإدارية (0.895)، ويأتي عنصر التوجيه والإرشاد في المرتبة الأخيرة بمعامل ارتباط بلغ (0.872). وبناءً على ما سبق يخرج الباحث بالاستنتاجات التالية:

- يعد عنصر تقويم الأداء هو العنصر الأكثر تأثيراً في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، حيث تعتبر عملية الرقابة والتقييم والتقويم الدائم لأداء العاملين والمستشفى ككل الضمان الأول لنجاح واستمرار تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق أعلى مستويات الجودة، كون الرقابة والتقييم الذاتي احد ابرز متطلبات تحقيق الجودة الشاملة، وهذا ما أكد عليه الإسلام في تعريفه للاحسان⁴ وهو أن تعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فهو يراك⁵، في إشارة إلى أن الرقابة الذاتية والتقييم الذاتي هو الأساس في عمل الشيء الصحيح من أول مرة وكل مرة، وهذا يختلف مع ما توصل إليه (مازن عبد العزيز مسودة، 2004)⁶، حيث وجد بأن الثقافة التنظيمية هي العنصر الأكثر تأثيراً في تحقيق الجودة الشاملة. كما أن أول مرحلة من مراحل تطبيق نظام الجودة الشاملة هي مرحلة الإعداد⁷، وهذه المرحلة تتطلب حصر مشاكل المنظمة وعمل تقييم شامل لها لتوفير المعلومات التي على ضوئها توضع خطط لتطبيق معايير الاعتماد ونشر ثقافة الجودة.
- يعد عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين هو العنصر الثاني من حيث الأهمية والتأثير في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، حيث يعد البحث عن الموظفين لشغل الوظائف في المستشفى هي المهمة الإستراتيجية الثانية التي تقوم بها الإدارة بعد إنشاء المستشفى، وان الاستقطاب و الاختيار السليم للعاملين وفقاً لمعايير علمية تعكس مستويات التأهيل والخبرة والكفاءة التي يجب توفرها في الموظف، من شأنه أن يجعل المستشفى قادراً

⁴ الإحسان لغةً هو ضد الإساءة، ومصدره أحسن أي جاء بفعل حسن للإطلاع انظر، الحسن بن عبدالله العسكري، الفروق اللغوية، دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع، 2014، ص 193.

⁵ للإطلاع أكثر انظر: عبد الرحمن بن ناصر السعدي، بهجة قلوب الأبرار وقرة عيون الأخيار في شرح جوامع الأخبار، السعودية، مطبوعات دار الأوقاف السعودية، 1423هـ، ص ص 204-206.

⁶ مازن عبد العزيز مسودة، مرجع سبق ذكره، ص ص 278-279.

⁷ للإطلاع أكثر انظر: عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات- المفاهيم والتطبيقات، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عدد 377، القاهرة، دايناميك للطباعة، 2003م،

على تقديم أفضل أداء وأفضل خدمة للمجتمع بأقل تكلفه، وهذا يساهم بشكل كبير في تسهيل تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية.

- يأتي عنصر التمكين في المستوى الثالث من حيث الأهمية والتأثير في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، وهذا أمر مقبول، فبعد النجاح في عملية الاستقطاب والاختيار السليم للعاملين، تبرز أهمية تمكن العاملين وقدرتهم على انجاز المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفاعلية، والذي يتحقق من خلال قيام الإدارة بتزويد العاملين بالمعارف والمهارات والقيم الضرورية لتقديم أفضل أداء، بالإضافة إلى قيام الإدارة بتشجيع العاملين على المشاركة والاندماج في صنع القرارات التي تؤثر عليهم واتاحة الفرصة لتبادل الأفكار والمشاعر فيما بين العاملين، الأمر الذي يحفزهم بشكل كبير في تنفيذ تلك القرارات وتطوير الممارسات، كون ذلك من شأنه أن يمنح العاملين الشعور بالرضا والنجاح ويعطيهم حافزاً لبذل المزيد من الجهد والأفكار التي من شأنها أن تحسن من مستوى الأداء وجودة الخدمات التي يقدمها المستشفى، وهذا يساهم بدرجة كبيرة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات وتحقيق الجودة الشاملة.

- جاء عنصر الثقافة التنظيمية في المستوى الرابع من حيث الأهمية والتأثير في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة، ويعزى ذلك إلى كون عملية نشر ثقافة التعاون والتحسين هي مهمة الإدارة الرئيسية التي تلي عملية تمكين العاملين، حيث أن من شأنها أن تجعل الجو التنظيمي السائد في المستشفى مشجعاً على الإبداع والابتكار في كل الممارسات، كما أن من شأنها أن تجعل قيم ومعتقدات وسلوكيات العاملين عنصراً مشجعاً على حل المشاكل وصنع القرارات بحرية، مما يجعل العاملين يشعرون بالاحترام وبأهمية العمل الجماعي والاندماج في العمل.

- بعد نشر ثقافة تنظيمية تعزز التحسين والتطوير يأتي عنصر التدريب والتطوير ليحل في المرتبة الخامسة من حيث الأهمية والتأثير في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، حيث أصبحت الحاجة ملحة لعملية تدريب وتطوير العاملين من أجل مواكبة التطورات المستمرة في مختلف الجوانب.

- يأتي عنصر التطوير الوظيفي في المرتبة السادسة، فبعد أن تم تدريب وتطوير العاملين ليكونوا قادرين على تقديم خدمات ترضي العميل الخارجي (المريض)، فإن الجودة لا

تتحقق إلا بتحقيق رضا العميل الداخلي (مقدم الخدمة)، وهنا تبرز أهمية التطوير الوظيفي التي من شأنها أن تحقق الرضا لدى العاملين وتحفزهم نحو تقديم أداء أفضل وتحسينه بصورة مستمرة.

- بعد أن يتم تحقيق الرضا الداخلي والخارجي، يبقى التحقق من قيام القيادة الإدارية للمستشفى بجعل عملية تطوير وتدريب العاملين عملية مستمرة، والتزامها بإتباع سياسة المشاركة والاستشارة عند اتخاذ القرارات، بحيث تربط القيادة مابين التطوير والتدريب للعاملين وعملية التحسين المستمر كهدف استراتيجي لها. لذا جاء عنصر القيادة الإدارية في المرتبة السابعة من حيث الأهمية وقوة التأثير في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، حيث يعد شرط الاستمرارية في التحسين شرطا أساسيا لتحقيق الجودة الشاملة، وهنا يأتي دور عنصر القيادة الإدارية لضمان استمرار عملية التحسين برعاية قيادة المستشفى.
- وأخيرا يأتي دور عنصر التوجيه والإرشاد، لتصحيح الانحرافات البسيطة، وكذا تدريب وتعليم العاملين الجدد ليتمكنوا من الاندماج في بيئة المستشفى، وزرع ثقافة التحسين والتعاون فيهم لضمان استمرار عملية التحسين وعدم تأثرها عند دخول موظفين جدد أو استبدال موظفين حاليين.

من خلال ماسبق نستنتج أيضاً بأن تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، يأتي على مراحل، نتيجة وجود علاقة فيما بين هذه العناصر، حيث يعد كل عنصر مكمل للعناصر الأخرى في علاقة متبادلة مستمرة (نظام مغلق)، ولاكتمال نموذج الدراسة كان لابد من إجراء تحليل أكثر عمقا يشمل دراسة العلاقة بين كل مجموعة من المتغيرات مع بعضها البعض وهذا ما سيتم تناوله في المبحث الثاني من هذا الفصل.

المطلب الثالث

تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة مع المتغيرات التابعة كلا على حده

يهدف هذا التحليل إلى توضيح كيفية وقوة تأثير كل عنصر من عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية على نجاعة تطبيق وتحقيق كل متغير من المتغيرات التابعة، وقد كانت نتائج الدراسة والتحليل كما يلي:

1. مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (4-5) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

والمتغير التابع (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية) مرتبة ترتيباً تنازلياً

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (مستوى رضا مقدم الخدمة) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.923	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.891	عنصر التمكين
120	0.00	0.872	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.866	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.854	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.837	عنصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.836	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.773	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.475			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول السابق رقم (4-5) مايلي:

- حاز عنصر تقويم الأداء على المرتبة الأولى من حيث الأهمية والتأثير على مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية، كون التقييم العادل لأداء العاملين دون تحيز من شأنه أن يجعل عملية التحفيز عادلة أيضاً، وتجعل الموظف لا يشعر بالغبن أو الإهمال، كون أدائه أصبح محل تقدير وتقييم عادل، وهذا يشعره بالارتياح والرضا، كما أن من شأنه أن يحدد الاحتياجات التدريبية والتطويرية للعاملين بصورة دقيقة بعيداً عن العشوائية، ويمكن الإدارة من رصد موازنات دقيقة أيضاً لعملية التدريب والتعليم.

- جاء عنصر التمكين في المرتبة الثانية من حيث الأهمية والتأثير في رضا العاملين، فبعد أن يشعر العامل بأن أدائه ومستوى انجازه محل تقدير عادل فإنه يرغب في أن تتوفر له متطلبات النجاح، وهذا ما يوفره عنصر التمكين، فعندما تقوم الإدارة بمنح العامل الحرية في العمل والحق في المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة به وتوفر له المعارف والمهارات المتعلقة بعمله وتساعد على الاندماج في بيئة العمل، كل ذلك من شأنه أن يمكن العامل من النجاح والتطور، وهذا يحفزه و يشعره بالرضا.
- حاز عنصر التدريب والتطوير على المستوى الثالث من حيث الأهمية والتأثير في رضا مقدم الخدمة، وهذا يعزى إلى كون عملية التدريب والتطوير تعمل على سد جوانب الضعف والقصور في أداء العامل، كما أن من شأنها أن تتيح له فرصة تطوير معارفه ومهاراته وخبرته، وهذا يعكس مدى حرص الإدارة على إبقاء العامل في الخدمة وعدم التفكير في استبداله، مما يجعل العامل يشعر بمدى اهتمام الإدارة به ويمنحه الشعور بالاستقرار الوظيفي والرضا عن العمل.
- جاء عنصر الثقافة التنظيمية في المستوى الرابع، كون وجود بيئة تنظيمية تشجع على المشاركة والابتكار من شأنها أن تعمل على إشباع رغبات العاملين في التطور والنجاح، كما أنها تجعل بيئة العمل بيئة مريحة للعامل وهذا يشعره بالرضا.
- حاز عنصر الاستقطاب والاختيار على المرتبة الخامسة بحسب آراء عينة الدراسة، لأنه يشعر العاملين بالتميز عن الآخرين، وهذا يتطلب جهد ومهارة عاليين ليتمكنوا من النجاح عند مفاضلتهم مع الآخرين، فعلى الرغم من انه يوفر نوع من الرضا إلا انه يحتوي على مستوى معين من القلق والخوف من الفشل، وهذا ما جعله يأتي في المستوى الخامس.
- جاء عنصر القيادة الإدارية والتطوير الوظيفي في المستويين السادس والسابع على التوالي بفارق ضئيل، يليهما عنصر التوجيه والإرشاد، من حيث الأهمية والتأثير في رضا مقدمي الخدمة، كون هذه العناصر تتحقق تلقائياً بمجرد تحقق العناصر السابقة، فعنصر القيادة الإدارية ضروري لتحقيق العناصر الخمسة السابقة الذكر، ويتجسد عنصرا التطوير الوظيفي والتوجيه والإرشاد في تطبيق تلك العناصر.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

وبصفة عامة تعد جميع تلك العناصر ذات علاقة وتأثير قوي في تحقيق رضا مقدم الرعاية الصحية، وهذا ما أشارت إليه القيم المرتفعة لمعامل الارتباط الذي تراوح بين (0.923-0.773)، وكذا مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05).

2. مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (4-6) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا على حده مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية) مرتبه ترتيبا تنازليا

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.935	عصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.923	عصر التمكين
120	0.00	0.914	عصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.905	عصر تقويم الأداء
120	0.00	0.905	عصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.889	عصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.868	عصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.819	عصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.875			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-6) بأن عنصر الثقافة التنظيمية هو العنصر الأكثر أهمية وتأثير على مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية، يليه عنصر التمكين، يليه عنصر التطوير والتدريب، وحاز عنصرا تقويم الأداء والتطوير الوظيفي على المستوى الرابع، يليهما عناصر الاستقطاب والاختيار والقيادة الإدارية والتوجيه والإرشاد على التوالي، وبصفة عامة تشير قيم معامل الارتباط إلى وجود علاقة وتأثير قوي لجميع العناصر حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط ما بين (0.819 - 0.935) عند مستوى دلالة ألفا ($\alpha=0.00$)

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

وهي اقل بكثير من (0.05)، وهي قيم عالية، إلا أن الثقافة التنظيمية والتمكين والتطوير والتدريب تعد العناصر الأكثر أهمية وتأثير في تحقق عملية التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية، التي تتطلب توفر مناخ تنظيمي يشجع على الإبداع والابتكار والتعاون والاندماج بين العاملين والأقسام المختلفة في المستشفى، بالإضافة إلى تمكن العاملين من أداء مهامهم بكفاءة وفاعلية وتقديم خدمات ذات مستوى عالي من الجودة، ويوفر التطوير والتدريب القدرة على مواكبة التطورات في مختلف الجوانب وهذا يحقق الاستمرارية.

3. مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (4-7) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا

على حده مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى)

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.918	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.917	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.914	عنصر التوجيه والإرشاد
120	0.00	0.914	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.913	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.906	عنصر التمكين
120	0.00	0.904	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.878	عنصر القيادة الإدارية
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.916			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-7) وجود علاقة وتأثير قوي بين عناصر تطوير الموارد البشرية وبين مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى، حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.918-0.878) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، كما يلاحظ أن حجم التفاوت في قيم معامل الارتباط ضئيل جدا بين عناصر التطوير الوظيفي، وجاءت الثقافة التنظيمية في المرتبة الأولى، كونها توفر المناخ التنظيمي الذي يشجع

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

على التعاون، الذي من شأنه أن يمكن العاملين من تقديم الخدمة المناسبة للمريض في الوقت المناسب وبدون تأخير، وهذا يحقق رضا المرضى ويقوي علاقة المريض بالمستشفى، كما أن عنصر التطوير والتدريب يمكن العاملين من تقديم الخدمات وفقاً لأحدث الطرق وأفضل الممارسات، لذا جاء في المرتبة الثانية، كما يبرز عنصراً التوجيه والإرشاد وتقويم الأداء في المرتبة الثالثة كونها تسهم بدرجة كبيرة في الحد من احتمال حدوث الأخطاء الطبية.

4. مستوى الكفاءة التشغيلية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (4-8) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا

على حده مع المتغير التابع (مستوى الكفاءة التشغيلية) مرتبة ترتيباً تنازلياً

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (مستوى الكفاءة التشغيلية) (Pearson Correlation)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	العدد (N)
عنصر الاستقطاب والاختيار	0.890	0.00	120
عنصر القيادة الإدارية	0.879	0.00	120
عنصر التطوير والتدريب	0.878	0.00	120
عنصر الثقافة التنظيمية	0.877	0.00	120
عنصر التوجيه والإرشاد	0.874	0.00	120
عنصر تقويم الأداء	0.863	0.00	120
عنصر التطوير الوظيفي	0.843	0.00	120
عنصر التمكين	0.841	0.00	120
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.908			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-8) بأن عنصر الاستقطاب والاختيار هو الأكثر أهمية وتأثيراً في تحقيق الكفاءة التشغيلية⁹⁸، حيث أن اختيار واستقطاب أكفأ العاملين وأفضلهم مهارةً وتأهيلاً يحقق مبدأ الكفاءة التشغيلية، لكونه يقلل من تكاليف الخدمة مع المحافظة على مستوى جودتها ويؤدي إلى زيادة عدد الأشخاص المخدومين، ويأتي عنصر القيادة الإدارية في المستوى

⁸ تعني الكفاءة التشغيلية، الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة في تقديم أفضل الخدمات، للاطلاع أكثر انظر:

عبدالسلام أبووقف، أساسيات التنظيم والإدارة، ط3، عمان-الأردن، دار المعرفة، 2001م، ج1، ص24.

⁹ علي عبد الله، اثر البيئة على أداء المؤسسة العمومية الاقتصادية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في التسيير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 1999م، ص6.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

الثاني كونها من تضع خطط الأداء وتوفر الموارد اللازمة للتشغيل، كما أن تطبيق برامج الجودة يتطلب بالدرجة الأساسية اهتمام قيادة المستشفى ورعايتها الكاملة لتطبيقه، وذلك لأهمية الجودة في تخفيض التكاليف وتحقيق الكفاءة في تشغيل المستشفى، وجاءت عناصر التدريب والتطوير والثقافة التنظيمية والتوجيه والإرشاد وتقييم الأداء على التوالي في المستوى التالي بفارق ضئيل جدا فيما بينها، كونها تحد من حدوث الأخطاء وتزيد من عدد المخدمين نتيجة وجود ثقافة تشجع التنسيق والتعاون بين الأقسام والعاملين في المستشفى والعمل بروح الفريق الواحد.

5. الوضع التنافسي: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (9-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وكلا

على حده مع المتغير التابع (الوضع التنافسي) مرتبه تنازلياً

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (الوضع التنافسي) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.901	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.866	عنصر تقييم الأداء
120	0.00	0.858	عنصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.856	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.853	عنصر التوجيه والإرشاد
120	0.00	0.848	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.839	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.828	عنصر التمكين
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.962			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (9-4) بأن عنصر الاستقطاب والاختيار جاء في المستوى الأول من حيث الأهمية وقوة التأثير على الوضع التنافسي للمستشفى، كونه العنصر الذي يرتبط بعملية توفير الموارد البشرية المؤهلة والخبرة التي تعد أهم مورد في المستشفى وأكثرها تأثيراً في تحقيق الميزة التنافسية، يليه عنصر تقييم الأداء الذي من شأنه أن يعالج جوانب الضعف ويعزز نقاط القوة في المستشفى، كونه يقلل من حدوث الأخطاء ويحفز العاملين على تحسين مستويات

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

أدائهم، ويمكنهم من مقارنة أدائهم مع الآخرين، والذي يتحقق من خلال التغذية العكسية التي توفرها عملية تقويم الأداء، وهذا يمكن العاملين من التعرف على جوانب الضعف في أدائهم لتلافيها وبدفعهم إلى تطوير وتحسين أدائهم بصورة مستمرة لمواكبة التطورات المستمرة في البيئة الداخلية والخارجية للعمل، كما حاز عنصر القيادة الإدارية على المرتبة الثالثة، يليه عناصر التدريب والتطوير، التوجيه والإرشاد، الثقافة التنظيمية، التطوير الوظيفي وعناصر التمكين، على التوالي بفوارق ضئيلة، وبصفة عامة نجد أن قيم معامل الارتباط للمتغيرات المستقلة كلها مرتفعة ومقاربة، مما يدل على الأهمية والتأثير الكبير لهذه العناصر على الوضع التنافسي للمستشفى، وهذا التقارب في قيم معامل الارتباط يعكس وجود علاقات تأثير متبادلة بين العناصر المستقلة مع بعضها، وهكذا نجد بأن تحقق الميزة التنافسية يتطلب الاهتمام بجميع عناصر تطوير الموارد البشرية ولا يكفي التركيز على بعضها وإهمال البعض، أي أن عملية تطوير الموارد البشرية هي عملية تكاملية لا تتحقق إلا بتحقيق كل عناصرها.

6. معايير رعاية المريض: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (10-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير رعاية المريض) مرتبه تنازلياً

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (معايير رعاية المريض) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.944	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.915	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.902	عنصر التمكين
120	0.00	0.890	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.890	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.877	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.865	عنصر التوجيه والإرشاد
120	0.00	0.858	عنصر القيادة الإدارية
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.849			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (10-4) وجود علاقة وتأثير قوي للمتغيرات المستقلة على نجاعة تطبيق معايير رعاية المريض، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (0.858-0.944) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وكلها قيم عالية وموجبة، إلا أن عنصر تقويم الأداء يعد الأكثر أهمية وتأثير في نجاع تطبيق معايير رعاية المريض، كون الهدف الأساسي من تطبيق هذه المعايير هو تحقيق أعلى مستويات الجودة في الخدمات التي يقدمها المستشفى للمريض، وطالما أن التقييم الذاتي يعد من أهم متطلبات تحقيق الجودة، فمن الطبيعي أن يأتي عنصر تقويم الأداء في المقدمة، وقد جاء عنصر الاستقطاب والاختيار في المرتبة الثانية، وهذا من شأنه أن يساهم بدرجة كبيرة في تحقق رضا المريض وكفاءة التشغيل (تخفيض تكاليف تشغيل المستشفى وكذلك تخفيض التكاليف التي يتحملها المريض)¹⁰، التي تعد الهدف أو البعد الأول من تطبيق هذه المعايير، وحاز عنصر التمكين على المستوى الثالث كونه من أهم العناصر وأكثرها تأثيراً في تحقيق رضا العميل الداخلي (مقدم الرعاية الصحية) بعد عنصر تقويم الأداء، وهو البعد أو الهدف الثاني لتطبيق هذه المعايير لتحقيق الجودة، وهذا يؤكد صحة ما توصلت إليه نتائج تحليل العلاقات مع المتغير التابع (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية) سابقاً، وجاء عنصر الثقافة التنظيمية والتطوير والتدريب في المستوى الرابع لأهميتهما في تحقيق مبدأ التحسين المستمر الذي يعد احد أهم متطلبات تحقيق الجودة الشاملة.

¹⁰ إن النجاح في استقطاب واختيار أفضل العاملين وأكثرهم مهارة ومعرفة وخبرة وتأهيلاً يؤدي ثماره في تخفيض التكاليف التي يتحملها المستشفى في التدريب والتأهيل من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يقلل من الأخطاء الطبية نتيجة مهارة العاملين وخبرتهم وبالتالي يجنب المستشفى تحمل تكاليف تصحيح تلك الأخطاء وتعويضها، وهذا بدوره يخفض من التكاليف التي قد يتحملها المريض نتيجة عدم حصوله على الخدمة المناسبة في الوقت والمكان المناسبين. للإطلاع أكثر أنظر: سلمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة - الفلسفة ومداخل العمل، ج2، عمان- الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2010م، ص ص 203-220.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

7. معايير أمان وسلامة المريض: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (11-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير أمان وسلامة المريض) مرتبه تنازليا

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (معايير أمان وسلامة المريض) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.912	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.890	عنصر التمكين
120	0.00	0.889	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.883	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.880	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.867	عنصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.862	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.820	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.969			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (11-4) وجود علاقة وتأثير قوي للمتغيرات المستقلة على نجاعة تطبيق معايير أمان وسلامة المريض، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (-0.912- 0.820) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وكلها قيم عالية وموجبة، إلا أن عنصر تقويم الأداء يعد الأكثر أهمية وتأثير فيها، كونه يعد أهم متطلبات تحقيق الجودة الشاملة، يليه عنصر التمكين الذي من شأنه أن يساهم في الحد من الأخطاء الطبية نتيجة تمكن العاملين من مهامهم وامتلاكهم للمهارة والخبرة اللازمة لتقديم خدمات آمنة على حياة المرضى، وجاء في المستوى التالي عناصر الثقافة التنظيمية والتطوير والتدريب والاستقطاب والاختيار على التوالي، بفارق ضئيل فيما بينها، كونها تحقق التحسين المستمر لمستويات الأداء.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

8. معايير الإدارة: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (12-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وكلما على حده مع المتغير التابع (معايير الإدارة) مرتبه تنازليا

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (معايير الإدارة) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.923	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.919	عنصر التمكين
120	0.00	0.919	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.919	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.918	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.897	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.880	عنصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.849	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.957			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (12-4) وجود علاقة وتأثير قوي للمتغيرات المستقلة على نجاعة تطبيق معايير الإدارة، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (0.849-0.923) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وجميعها قيم عالية وموجبة، ويبقى عنصر تقويم الأداء هو المتصدر لها من حيث مستوى الأهمية والتأثير في المعايير، يليه عناصر التمكين، الاستقطاب والاختيار، التطوير والتدريب، والثقافة التنظيمية، في نفس المستوى من الأهمية، ويعزى هذا إلى الهدف الأساسي من تطبيق هذه المعايير وهو تحقيق أعلى مستويات الجودة والتنظيم في المستشفى.

9. معايير الخدمة المجتمعية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (13-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وكلا على حده مع المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية) مرتبة تنازلياً

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية) (Pearson Correlation)	المتغيرات
120	0.00	0.933	عنصر تقويم الأداء
120	0.00	0.928	عنصر التطوير والتدريب
120	0.00	0.923	عنصر الثقافة التنظيمية
120	0.00	0.918	عنصر التمكين
120	0.00	0.897	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	0.00	0.886	عنصر القيادة الإدارية
120	0.00	0.886	عنصر التطوير الوظيفي
120	0.00	0.850	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغير التابع = 3.827			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (13-4) وجود علاقة وتأثير قوي للمتغيرات المستقلة على نجاعة تطبيق معايير الخدمة المجتمعية، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (0.933-0.850) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وجميعها قيم عالية وموجبة، ويبقى عنصر تقويم الأداء هو المتصدر لها من حيث مستوى الأهمية والتأثير في المعايير، يليه عناصر التطوير والتدريب، والثقافة التنظيمية، التمكين، الاستقطاب والاختيار، على التوالي، حيث يكتسب العاملان وإدارة المستشفى من خلال عملية التطوير والتدريب القدرة على العمل مع قادة المجتمع في تحديد الاحتياجات الصحية والتخطيط لها، ويساهم عناصر التمكين والثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معيار التوعية الصحية ومعيار التعاون بين المستشفيات في تقديم الخدمات الصحية للمجتمع، وكذا المشاركة في برامج تعزيز الصحة في المجتمع المحلي، ويساهم عنصر الاستقطاب والاختيار لأفضل الكوادر على النجاح في عمل المسوحات الصحية للمجتمع ودراسة الظواهر المرضية والصحية.

10. علاقة المتغيرات المستقلة مجتمعاً مع المتغيرات التابعة كل على حده:

جدول رقم (14-4) يوضح مصفوفة ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة مجتمعاً

مع المتغيرات التابعة كلا على حده مرتبه تنازلياً

العدد (N)	مستوى الدلالة الإحصائية Sig.(2-taild)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	المتغيرات التابعة
120	0.00	0.952(**)	مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى
120	0.00	0.949(**)	معايير الإدارة
120	0.00	0.948(**)	معايير الخدمة المجتمعية
120	0.00	0.940(**)	مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية
120	0.00	0.939(**)	معايير رعاية المريض
120	0.00	0.920(**)	معايير أمان وسلامة المريض
120	0.00	0.910(**)	مستوى الكفاءة التشغيلية
120	0.00	0.901(**)	مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية
120	0.00	0.898(**)	الوضع التنافسي

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

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (14-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية مجتمعاً تؤثر بشكل كبير في المتغيرات التابعة، حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.898-0.952) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، وهذه قيم عالية وموجبة لمعامل الارتباط، وتشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بينها، كما يبين الجدول بأن المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى) هو الأكثر تأثراً، يليه معايير الإدارة، يليها معايير الخدمة المجتمعية، يليها مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية، يليها معايير رعاية المريض، يليها معايير أمان وسلامة المريض، يليها مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية والوضع التنافسي على التوالي.

المطلب الرابع

تحليل علاقة المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغيرات

التابعة

بعد أن تم التعرف على العلاقة ومستويات الأهمية والتأثير لعناصر تطوير الموارد البشرية منفردة (عندما تكون الجودة الشاملة ليست الهدف من تطوير الموارد البشرية) على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، ومن أجل تحقيق التكامل في نموذج الدراسة، كان لابد من التعرف على مستويات الأهمية والتأثير لهذه العناصر بالتركيز على الجودة الشاملة (عندما تكون الجودة الشاملة هي الهدف الأساسي لعملية تطوير الموارد البشرية) على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، من أجل التعرف على طبيعة الاختلاف في مستوى وطريقة تأثير هذه العناصر على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد عند تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة في عملية تطوير الموارد البشرية، لذا قام الباحث بصياغة الأسئلة المتعلقة بعناصر تطوير الموارد البشرية في نموذجين هما:

- النموذج الأول : عناصر تطوير الموارد البشرية منفردة (بدون التركيز على الجودة الشاملة) وهي التي تم تناولها بالتحليل في الفقرات السابقة.
- النموذج الثاني: عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة.

للبحث في اثر وقوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة وبين المتغيرات التابعة تم إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد - المتدرج (Multiple Linear Regression - Stepwise) بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وكذلك تم استخراج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وتحليل تباين الانحدار (ANOVA)، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2)، لقياس اثر وقوة واتجاه العلاقة الخطية بين هذه المتغيرات، وقد كانت النتائج على النحو الآتي:

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

أولاً: العلاقة بين المتغيرات مجتمعة: وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (15-4) يبين معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة (بالتركيز على

الجودة الشاملة) مجتمعة والمتغيرات التابعة مجتمعة

المتغيرات المستقلة مجتمعة بالتركيز على الجودة الشاملة	المتغيرات التابعة مجتمعة		
0.965	1.000	المتغيرات التابعة مجتمعة	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)
1.000	0.965	المتغيرات المستقلة مجتمعة بالتركيز على الجودة الشاملة	

• مستوى الدلالة الفا ($\alpha=0.00$)

• العدد (N) = 120

• الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة مجتمعة بالتركيز على الجودة الشاملة = 3.81

• المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة

جدول رقم (16-4) يبين ملخص نتائج اختبار التباين والانحدار

Sig.	F	Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	
0.000	1,585.882	0.2207089	0.930	0.931	0.965	2 Model

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة

تبين الجداول السابقة رقم (15-4) و(16-4) معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين المتغيرات والذي بلغ (0.965)، وهذا يدل على وجود علاقة قوية موجبه بين هذه المتغيرات، كما تبين من خلال اختبار (ت) (T) أن قوة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة ذات دلالة إحصائية مقبولة، حيث كانت قيمة (ف) (F) المحسوبة (1,585.882) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل من (0.05)، وهذا يدل على الأهمية و التأثير الواضح لعناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثانياً: العلاقة بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة كلا على حده مع المتغيرات التابعة مجتمعة: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (17-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة كلا على حده مع المتغيرات التابعة مجتمعة مرتبة تنازلياً

معامل ارتباط بيرسون مع المتغيرات التابعة مجتمعة (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون مع المتغيرات التابعة مجتمعة (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.949	عنصر تقويم الأداء	0.947	عنصر تقويم الأداء
0.931	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.935	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.930	عنصر التمكين	0.929	عنصر التطوير والتدريب
0.929	عنصر الثقافة التنظيمية	0.914	عنصر التمكين
0.928	عنصر التطوير والتدريب	0.898	عنصر الثقافة التنظيمية
0.906	عنصر التطوير الوظيفي	0.886	عنصر التطوير الوظيفي
0.895	عنصر القيادة الإدارية	0.883	عنصر القيادة الإدارية
0.872	عنصر التوجيه والإرشاد	0.867	عنصر التوجيه والإرشاد
<p>الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.88 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)</p>			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (17-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.867-0.947) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين هذه المتغيرات، ومن خلال مقارنة ترتيب المتغيرات المستقلة منفردة مع ترتيبها بالتركيز على الجودة الشاملة، نجد بأن عنصر تقويم الأداء جاء في المستوى الأول من حيث قوة العلاقة والتأثير، يليه عنصر الاستقطاب والاختيار، يليه عناصر: التدريب والتطوير وعنصر التمكين وعنصر الثقافة التنظيمية على التوالي، حيث نلاحظ حدوث تبديل في ترتيب هذه العناصر، كما جاءت بنفس ترتيبها في النموذج الأول عناصر: التطوير الوظيفي والقيادة الإدارية والتوجيه والإرشاد.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

بناءً على ما سبق نستنتج عدم وجود اختلاف ملحوظ في التأثير على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد عند تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة في عملية تطوير الموارد البشرية، ويعزى ذلك إلى كون عملية تطوير الموارد البشرية هي إحدى المتطلبات الهامة لتطبيق نظام الجودة في المستشفى، وبالتالي فهي تعزز مبادئ إدارة الجودة الشاملة، سواءً أخذت الجودة بعين الاعتبار أم لا عند التخطيط لتطوير الموارد البشرية الصحية.

ثالثاً: تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة منفردة مع المتغيرات التابعة منفردة وكلها على حده: وقد كانت النتائج كما يلي:

1. مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (18-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.923	عنصر تقويم الأداء	0.932	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.891	عنصر التمكين	0.889	عنصر تقويم الأداء
0.872	عنصر التطوير والتدريب	0.877	عنصر التطوير والتدريب
0.866	عنصر الثقافة التنظيمية	0.864	عنصر التمكين
0.854	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.823	عنصر الثقافة التنظيمية
0.837	عنصر القيادة الإدارية	0.820	عنصر التطوير الوظيفي
0.836	عنصر التطوير الوظيفي	0.790	عنصر القيادة الإدارية
0.773	عنصر التوجيه والإرشاد	0.761	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.475 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (18-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.761-0.932) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة

إحصائية، أما من حيث ترتيبها فإن عنصر الاستقطاب والاختيار المبني على أسس ومبادئ الجودة الشاملة جاء في المستوى الأول من حيث الأهمية وقوة العلاقة والتأثير على مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية، وهذا يشير إلى أن تضمين معايير التحسين المستمر للجودة في عملية الاستقطاب والاختيار، والتركيز على معيار معرفة العمل وفهم أسس الجودة، يعد من أهم العناصر التي تساهم بدرجة كبيرة في تحقيق رضا مقدم الرعاية الصحية¹¹، وقد جاءت عناصر: تقويم الأداء والتطوير والتدريب والتمكين في المستوى الثاني والثالث والرابع على التوالي من حيث قوة العلاقة، فبعد أن يتم استقطاب واختيار العاملين وفق أسس ومبادئ التحسين المستمر للجودة، يأتي دور تقويم الأداء ليعزز نتائج الأعمال ونجاح المستشفى وجودة الممارسة، كونه يتضمن معايير التحسين المستمر لكل موظف ويعزز الرضا في العمل وتحسين الجودة، ثم يأتي دور التدريب والتطوير المبني على أسس التحسين المستمر والتميز في الأعمال ليعزز مستوى الرضا لدى مقدمي الرعاية الصحية، كما أن توفر انظمه محدده لاندماج كل العاملين في عملية التحسين المستمر للجودة، من شأنه أن يمكن العاملين في الاندماج في حلقات الجودة وطرق التحسين ويعطي العاملين حرية كافية لصنع واتخاذ القرارات المتعلقة بالمريض، وهذا من شأنه أن يحقق الرضا لدى مقدمي الخدمة، يأتي بعد ذلك دور المناخ التنظيمي في زيادة مستوى رضا العاملين من خلال تسهيل عمليات الاتصال ومشاركة الجميع في عملية التحسين المستمر، وجعل التوجهات والقيم والمعتقدات السائدة في المستشفى تشجع هذه العملية، وهذا بدوره يتطلب اشتراك جميع المدراء والقياديين في استحداث ثقافة مناسبة للجودة.

¹¹ ديمنج و روبرت هاغستروم ، ترجمة هند رشدي، إدارة الجودة الشاملة أسس ومبادئ وتطبيقات، القاهرة، كنوز للنشر والتوزيع، 2009م، ص ص 150-151.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

2. مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (19-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.935	عنصر الثقافة التنظيمية	0.937	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.923	عنصر التمكين	0.917	عنصر التطوير والتدريب
0.914	عنصر التطوير والتدريب	0.908	عنصر تقويم الأداء
0.905	عنصر تقويم الأداء	0.902	عنصر التمكين
0.905	عنصر التطوير الوظيفي	0.891	عنصر الثقافة التنظيمية
0.889	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.864	عنصر التطوير الوظيفي
0.868	عنصر القيادة الإدارية	0.850	عنصر القيادة الإدارية
0.819	عنصر التوجيه والإرشاد	0.804	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.875 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (19-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.804-0.937) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

3. مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:
جدول رقم (20-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.918	عنصر الثقافة التنظيمية	0.924	عنصر التطوير والتدريب
0.917	عنصر التطوير والتدريب	0.923	عنصر تقويم الأداء
0.914	عنصر التوجيه والإرشاد	0.898	عنصر التمكين
0.914	عنصر تقويم الأداء	0.897	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.913	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.882	عنصر الثقافة التنظيمية
0.906	عنصر التمكين	0.878	عنصر التوجيه والإرشاد
0.904	عنصر التطوير الوظيفي	0.877	عنصر القيادة الإدارية
0.878	عنصر القيادة الإدارية	0.867	عنصر التطوير الوظيفي
الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.916 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (20-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.867-0.924) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، كما تشير آراء عينة الدراسة بأن برامج التدريب والتطوير التي تركز على التحسين المستمر للجودة والتميز في العمل هي الأكثر تأثيراً على تحسين العلاقات مع المرضى. يليه عنصر تقويم الأداء.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

4. مستوى الكفاءة التشغيلية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (21-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (مستوى الكفاءة التشغيلية)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.890	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.916	عنصر القيادة الإدارية
0.879	عنصر القيادة الإدارية	0.897	عنصر الثقافة التنظيمية
0.878	عنصر التطوير والتدريب	0.865	عنصر تقويم الأداء
0.877	عنصر الثقافة التنظيمية	0.863	عنصر التوجيه والإرشاد
0.874	عنصر التوجيه والإرشاد	0.857	عنصر التطوير والتدريب
0.863	عنصر تقويم الأداء	0.836	عنصر التمكين
0.843	عنصر التطوير الوظيفي	0.823	عنصر التطوير الوظيفي
0.841	عنصر التمكين	0.777	عنصر الاستقطاب والاختيار
الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.908 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (21-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على مستوى الكفاءة التشغيلية، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.777-0.916) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، ويتضح من آراء عينة الدراسة بأن عنصر القيادة الإدارية الذي يركز على الجودة الشاملة هو الأكثر تأثيراً في مستوى الكفاءة التشغيلية، كونه يعكس رؤية مشتركة بين الإدارة والعاملين نحو التحسين المستمر للجودة في المستشفى، ويعمل على التزام الإدارة بقيم التحسين المستمر للجودة وثقافتها في جميع خططها، ويجعل رسالة وأهداف المستشفى تتضمن فلسفة التحسين المستمر.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

5. الوضع التنافسي: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (22-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (الوضع التنافسي)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.901	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.904	عنصر التوجيه والإرشاد
0.866	عنصر تقويم الأداء	0.883	عنصر القيادة الإدارية
0.858	عنصر القيادة الإدارية	0.865	عنصر التطوير الوظيفي
0.856	عنصر التطوير والتدريب	0.855	عنصر تقويم الأداء
0.853	عنصر التوجيه والإرشاد	0.849	عنصر الثقافة التنظيمية
0.848	عنصر الثقافة التنظيمية	0.827	عنصر التمكين
0.839	عنصر التطوير الوظيفي	0.811	عنصر التطوير والتدريب
0.828	عنصر التمكين	0.776	عنصر الاستقطاب والاختيار
<p>الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.962 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)</p>			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (22-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على الوضع التنافسي، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.776-0.904) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، وقد أشارت آراء عينة الدراسة إلى أن توفر أدلة عمل إرشادية وتوجيهية لتعزيز كفاءة الأداء وجودة العمل للموظفين الجدد، وتدريبهم على وسائل وأدوات الجودة خلال عملية التوجيه والإرشاد، بالإضافة إلى إدراج المعارف والمهارات والسلوكيات المتعلقة بالجودة في دليل إجراءات المستشفى، تعد أهم العوامل وأكثرها تأثيراً على الوضع التنافسي للمستشفى، عندما يتم التركيز على الجودة الشاملة في عملية تطوير الموارد البشرية.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

6. معايير رعاية المريض: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (23-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة مكتملة

والمتغير التابع (معايير رعاية المريض)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.944	عنصر تقييم الأداء	0.926	عنصر تقييم الأداء
0.915	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.911	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.902	عنصر التمكين	0.892	عنصر التطوير والتدريب
0.890	عنصر الثقافة التنظيمية	0.886	عنصر التمكين
0.890	عنصر التطوير والتدريب	0.874	عنصر التطوير الوظيفي
0.877	عنصر التطوير الوظيفي	0.867	عنصر التوجيه والإرشاد
0.865	عنصر التوجيه والإرشاد	0.859	عنصر القيادة الإدارية
0.858	عنصر القيادة الإدارية	0.856	عنصر الثقافة التنظيمية
<p>الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.849 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)</p>			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (23-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على نجاعة تطبيق معايير رعاية المريض، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.856-0.926) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، وقد أشارت آراء عينة الدراسة إلى أن التركيز على الجودة الشاملة في عملية تقييم الأداء تعد الأكثر أهمية وتأثير في نجاعة تطبيق معايير رعاية المريض يليها عنصر الاستقطاب والاختيار، ويعزى ذلك إلى أن هذان العنصران هما الأكثر تأثيراً في رضا مقدم الرعاية ويعكس مستوى كفاءته ومهارته في تقديم خدمة صحية مناسبة خالية من الأخطاء تعكس مستوى عالي من الجودة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

7. معايير أمان وسلامة المريض: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (24-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز

على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير أمان وسلامة المريض)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.912	عنصر تقويم الأداء	0.920	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.890	عنصر التمكين	0.917	عنصر تقويم الأداء
0.889	عنصر الثقافة التنظيمية	0.896	عنصر التطوير والتدريب
0.883	عنصر التطوير والتدريب	0.879	عنصر التمكين
0.880	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.869	عنصر الثقافة التنظيمية
0.867	عنصر القيادة الإدارية	0.837	عنصر التطوير الوظيفي
0.862	عنصر التطوير الوظيفي	0.814	عنصر القيادة الإدارية
0.820	عنصر التوجيه والإرشاد	0.807	عنصر التوجيه والإرشاد
الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.969 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (24-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على نجاعة تطبيق معايير أمان وسلامة المريض، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.807-0.920) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، وقد أشارت آراء عينة الدراسة إلى أن التركيز على الجودة الشاملة في عملية الاستقطاب والاختيار للعاملين تعد الأكثر أهمية وتأثير في نجاعة تطبيق معايير رعاية المريض يليها عنصر تقويم الأداء بفارق بسيط، ويعزى ذلك إلى الدور الكبير لهذين العنصرين في الحد من حدوث الأخطاء الطبية، وتقديم خدمة طبية ذات مستوى جودة عالي.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

8. معايير الإدارة: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (25-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة

وبالتركيز على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير الإدارة)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.923	عنصر تقويم الأداء	0.935	عنصر تقويم الأداء
0.919	عنصر التمكين	0.925	عنصر التطوير والتدريب
0.919	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.921	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.919	عنصر التطوير والتدريب	0.894	عنصر التمكين
0.918	عنصر الثقافة التنظيمية	0.885	عنصر الثقافة التنظيمية
0.897	عنصر التطوير الوظيفي	0.873	عنصر القيادة الإدارية
0.880	عنصر القيادة الإدارية	0.866	عنصر التطوير الوظيفي
0.849	عنصر التوجيه والإرشاد	0.846	عنصر التوجيه والإرشاد
<p>الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.957 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)</p>			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (25-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على نجاعة تطبيق معايير الإدارة، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.846-0.935) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، وقد أشارت آراء عينة الدراسة إلى أن التركيز على الجودة الشاملة في عملية تقويم الأداء هي الأكثر تأثيراً، يليها عنصر التطوير والتدريب و الاستقطاب والاختيار على التوالي بفارق بسيط.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

9. معايير الخدمة المجتمعية: وقد كانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (26-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز

على الجودة الشاملة مع المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية)

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الأول (المتغيرات المستقلة منفردة)	معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)	النموذج الثاني (المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة)
0.933	عنصر تقويم الأداء	0.937	عنصر تقويم الأداء
0.928	عنصر التطوير والتدريب	0.934	عنصر التمكين
0.923	عنصر الثقافة التنظيمية	0.929	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.918	عنصر التمكين	0.929	عنصر التطوير والتدريب
0.897	عنصر الاستقطاب والاختيار	0.897	عنصر الثقافة التنظيمية
0.886	عنصر القيادة الإدارية	0.862	عنصر التطوير الوظيفي
0.886	عنصر التطوير الوظيفي	0.849	عنصر القيادة الإدارية
0.850	عنصر التوجيه والإرشاد	0.816	عنصر التوجيه والإرشاد
<p>الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة مجتمعة = 3.827 مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)</p>			

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (26-4) بأن عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة ذات أهمية وتأثير قوي على نجاعة تطبيق معايير الخدمة المجتمعية، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.816-0.937) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، كما أن جميع قيم معامل الارتباط عالية وموجبة، وهذا يدل على وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية، وقد أشارت آراء عينة الدراسة إلى أن التركيز على الجودة الشاملة في عملية تقويم الأداء هي الأكثر تأثيراً، يليها بفارق بسيط عنصر التمكين، يليه عنصراً الاستقطاب والاختيار والتطوير والتدريب في نفس المستوى من حيث الأهمية وقوة العلاقة.

10. علاقة المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مجتمعة مع المتغيرات التابعة منفردة وكل على حده:

جدول رقم (27-4) يوضح مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مجتمعة مع المتغيرات التابعة كلا على حده مرتبه تنازليا

المتغيرات التابعة	معامل ارتباط بيرسون مع المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مجتمعة
معايير الخدمة المجتمعية	0.952(**)
معايير الإدارة	0.950(**)
مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى	0.949(**)
مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية الصحية	0.942(**)
معايير رعاية المريض	0.939(**)
معايير أمان وسلامة المريض	0.924(**)
مستوى الكفاءة التشغيلية	0.904(**)
مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية	0.901(**)
الوضع التنافسي	0.895(**)
مستوى الدلالة الإحصائية ألفا ($\alpha=0.00$) العدد ($N=120$)	

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

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (27-4) بأنه عند تبني فلسفة الجودة الشاملة في عملية تطوير الموارد البشرية، فإن عناصر تطوير الموارد البشرية مجتمعة تؤثر بشكل كبير في المتغيرات التابعة، حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.895-0.952) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل من (0.05)، وهذه قيم عالية وموجبة لمعامل الارتباط، وتشير إلى وجود علاقة دالة إحصائياً، كما يبين الجدول بأن المتغير التابع (معايير الخدمة المجتمعية) هو الأكثر تأثيراً بالمتغيرات المستقلة عندما يتم التركيز على الجودة الشاملة في عملية التطوير، يليه معايير الإدارة، ويليهما مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى، يليها مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية، يليها معايير رعاية المريض، يليها معايير أمان وسلامة المريض، يليها مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية والوضع التنافسي على التوالي.

بناءً على ما سبق نستنتج بأن علاقة وتأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة، لا يتأثر كثيراً، سواء تم التركيز على الجودة الشاملة في عملية تطوير الموارد البشرية أم لا.

المبحث الثاني

علاقة متغيرات الدراسة مع بعضها البعض

بعد أن تم دراسة وتحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة في المبحث الأول من هذا الفصل، ومن أجل تكامل نموذج الدراسة فقد خصص هذا المبحث لدراسة وتحليل العلاقة بين المتغيرات مع بعضها البعض، للتعرف على أهمية واتجاه وقوة التأثير المتبادل بين متغيرات كل مجموعه مع بعضها البعض، وقد كانت النتائج كما يلي:

المطلب الأول

علاقة المتغيرات المستقلة مع بعضها البعض

أولاً: علاقة المتغيرات المستقلة منفردة مع بعضها البعض: وقد كانت نتائج الدراسة والتحليل كما يلي:

جدول رقم (28-4) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة منفردة مع

بعضها البعض مرتبه تنازلياً بحسب قوة تأثير كل عنصر على بقية العناصر

المتغيرات المستقلة منفردة	عنصر القيادة الإدارية	عنصر الثقافة التنظيمية	عنصر التمكين	عنصر الاستقطاب والاختيار	عنصر التوجيه والإرشاد	عنصر تقويم الأداء	عنصر التطوير والتدريب	عنصر التطوير الوظيفي	المعدل
عنصر التطوير والتدريب	.906(**)	.948(**)	.916(**)	.940(**)	.886(**)	.904(**)	1	.945(**)	0.931
عنصر الثقافة التنظيمية	.891(**)	1	.917(**)	.912(**)	.890(**)	.879(**)	.948(**)	.950(**)	0.923
عنصر التطوير الوظيفي	.860(**)	.950(**)	.916(**)	.946(**)	.888(**)	.860(**)	.945(**)	1	0.921
عنصر الاستقطاب والاختيار	.887(**)	.912(**)	.901(**)	1	.877(**)	.876(**)	.940(**)	.946(**)	0.917
عنصر التمكين	.889(**)	.917(**)	1	.901(**)	.835(**)	.920(**)	.916(**)	.916(**)	0.912
عنصر تقويم الأداء	.876(**)	.879(**)	.920(**)	.876(**)	.856(**)	1	.904(**)	.860(**)	0.896
عنصر القيادة الإدارية	1	.891(**)	.889(**)	.887(**)	.826(**)	.876(**)	.906(**)	.860(**)	0.892
عنصر التوجيه والإرشاد	.826(**)	.890(**)	.835(**)	.877(**)	1	.856(**)	.886(**)	.888(**)	0.882

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين $(\alpha=0.00)$.

- العدد $(N) = 120$.

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (28-4) بأن العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة مع بعضها البعض كانت جميعها قوية، وقد كان اقل معامل ارتباط (0.826) بين عنصر القيادة الإدارية مع عنصر التوجيه والإرشاد، وتعد هذه القيمة لمعامل الارتباط كبيره وموجبه، وهذا ما أكدته قيمة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، أي أن جميع علاقات هذه العناصر مع بعضها البعض قوية ودالة إحصائياً، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة، أما من حيث ترتيب تأثير كل عنصر على بقية العناصر، فنجد بأن عنصر التدريب والتطوير جاء في المستوى الأول من حيث علاقته وقوة تأثيره في بقية العناصر، يليه عنصر الثقافة التنظيمية، يليه عنصر التطوير الوظيفي، يليه عنصر الاستقطاب والاختيار، يليه عنصر التمكين، يليه عنصر تقييم الأداء، يليه عنصر القيادة الإدارية، وأخيراً يأتي عنصر التوجيه والإرشاد، وهذا يعني بأن النجاح في عملية تطوير الموارد البشرية مع عدم مراعاة متطلبات تحقيق الجودة الشاملة تتم من خلال تنفيذ عناصر التطوير بنفس ترتيب قوة تأثيرها على بقية العناصر.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثانياً: علاقة المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض: وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (29-4) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض مرتبه تنازلياً بحسب معدل تأثير كل عنصر على بقية العناصر

المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة	عنصر القيادة الإدارية	عنصر الثقافة التنظيمية	عنصر التمكين	عنصر الاستقطاب والاختيار	عنصر التوجيه والإرشاد	عنصر تقويم الأداء	عنصر التطوير والتدريب	عنصر التطوير الوظيفي	المعدل
عنصر تقويم الأداء	.880(**)	.919(**)	.932(**)	.892(**)	.830(**)	1	.905(**)	.878(**)	0.905
عنصر التطوير والتدريب	.904(**)	.904(**)	.915(**)	.920(**)	.807(**)	.905(**)	1	.857(**)	0.902
عنصر التمكين	.859(**)	.919(**)	1	.902(**)	.787(**)	.932(**)	.915(**)	.860(**)	0.897
عنصر الثقافة التنظيمية	.910(**)	1	.919(**)	.849(**)	.821(**)	.919(**)	.904(**)	.848(**)	0.896
عنصر القيادة الإدارية	1	.910(**)	.859(**)	.822(**)	.878(**)	.880(**)	.904(**)	.872(**)	0.891
عنصر التطوير الوظيفي	.872(**)	.848(**)	.860(**)	.838(**)	.900(**)	.878(**)	.857(**)	1	0.882
عنصر الاستقطاب والاختيار	.822(**)	.849(**)	.902(**)	1	.763(**)	.892(**)	.920(**)	.838(**)	0.873
عنصر التوجيه والإرشاد	.878(**)	.821(**)	.787(**)	.763(**)	1	.830(**)	.807(**)	.900(**)	0.848

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N)=120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (29-4) بأن العلاقة بين المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض كانت جميعها قوية، وقد كان اقل معامل ارتباط (0.763) بين عنصر الاستقطاب والاختيار مع عنصر التوجيه والإرشاد، وتعد هذه القيمة لمعامل الارتباط كبيره وموجبه، وهذا ما أكدته قيمة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، أي أن جميع

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

علاقات هذه العناصر مع بعضها البعض قوية ودالة إحصائياً، أما من حيث ترتيب تأثير كل عنصر على بقية العناصر فقد كانت كما يلي:

1. عنصر تقويم الأداء.
2. عنصر التدريب والتطوير.
3. عنصر التمكين.
4. عنصر الثقافة التنظيمية.
5. عنصر القيادة الإدارية.
6. عنصر التطوير الوظيفي.
7. عنصر الاستقطاب والاختيار.
8. عنصر التوجيه والإرشاد.

بناءً على ما سبق نستنتج بأن تنفيذ عناصر تطوير الموارد البشرية بالترتيب السابق، يعطي تصوراً واضحاً عن مراحل تنفيذ عملية تطوير الموارد البشرية بكفاءة وفاعلية عندما تكون الجودة الشاملة هي الهدف الأساسي من عملية التطوير، وذلك كونها تعكس درجة وقوة التأثير المتبادل بين هذه العناصر، والاستفادة من هذه العلاقة في تسهيل عملية التطوير والتقليل من تكاليفها.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثالثاً: العلاقة بين المتغيرات المستقلة منفردة و بالتركيز على الجودة الشاملة:

جدول رقم (30-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة منفردة والمتغيرات

المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض

المعدل	عنصر التطوير الوظيفي	عنصر التطوير والتدريب	عنصر تقويم الأداء	عنصر التوجيه والإرشاد	عنصر الاستقطاب والاختيار	عنصر التمكين	عنصر الثقافة التنظيمية	عنصر القيادة الإدارية	المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة المتغيرات المستقلة منفردة
0.914	0.917	0.940	0.943	0.876	0.919	0.923	0.903	0.894	عنصر تقويم الأداء
0.904	0.908	0.937	0.893	0.889	0.874	0.914	0.944	0.872	عنصر التطوير والتدريب
0.903	0.913	0.925	0.864	0.881	0.895	0.905	0.942	0.899	عنصر الثقافة التنظيمية
0.898	0.923	0.921	0.839	0.895	0.913	0.876	0.940	0.879	عنصر القيادة الإدارية
0.897	0.890	0.927	0.925	0.870	0.864	0.901	0.929	0.867	عنصر التمكين
0.883	0.897	0.895	0.911	0.824	0.878	0.926	0.899	0.836	عنصر الاستقطاب والاختيار
0.875	0.912	0.917	0.865	0.880	0.907	0.839	0.880	0.803	عنصر التطوير الوظيفي
0.849	0.876	0.856	0.819	0.903	0.902	0.789	0.860	0.787	عنصر التوجيه والإرشاد
0.890	0.905	0.915	0.882	0.877	0.894	0.884	0.912	0.855	المعدل

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N) = 120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (30-4) بأن العلاقة بين المتغيرات المستقلة المنفردة

والمتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مع بعضها البعض كانت جميعها قوية، وقد

كان اقل معامل ارتباط (0.787) بين عنصر القيادة الإدارية بالتركيز على الجودة الشاملة مع عنصر التوجيه والإرشاد منفرد، وتعد هذه القيمة لمعامل الارتباط كبيره وموجبه، وهذا ما أكدته قيمة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، أي أن جميع علاقات هذه العناصر مع بعضها البعض قوية ودالة إحصائياً، أما من حيث اتجاه وقوة العلاقة والتأثير لكل عنصر على بقية العناصر، فقد كان لها اتجاهين على النحو الآتي:

1. ترتيب تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية منفردة على عناصر تطوير الموارد البشرية

بالتركيز على الجودة الشاملة، وقد كانت حسب الترتيب التالي على التوالي:

أ. عنصر تقويم الأداء.

ب. عنصر التطوير والتدريب.

ج. عنصر الثقافة التنظيمية.

د. عنصر القيادة الإدارية.

هـ. عنصر التمكين.

و. عنصر الاستقطاب والاختيار.

ز. عنصر التطوير الوظيفي.

ح. عنصر التوجيه والإرشاد.

2. ترتيب تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية بالتركيز على الجودة الشاملة على عناصر

تطوير الموارد البشرية منفردة، وكانت حسب الترتيب التالي على التوالي:

أ. عنصر التدريب والتطوير بالتركيز على الجودة الشاملة.

ب. عنصر الثقافة التنظيمية بالتركيز على الجودة الشاملة.

ج. عنصر التطوير الوظيفي بالتركيز على الجودة الشاملة.

د. عنصر الاستقطاب والاختيار بالتركيز على الجودة الشاملة.

هـ. عنصر التمكين بالتركيز على الجودة الشاملة.

و. عنصر تقويم الأداء بالتركيز على الجودة الشاملة.

ز. عنصر التوجيه والإرشاد بالتركيز على الجودة الشاملة.

ح. عنصر القيادة الإدارية بالتركيز على الجودة الشاملة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

من خلال ماسبق نستنتج بأن عملية التخطيط لتطوير الموارد البشرية تتطلب مراعاة اتجاه العلاقة والتأثير بين المتغيرات المستقلة منفردة مع المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة، من أجل تحديد مراحل تنفيذ عناصر التطوير حسب الأهمية وأولوية التنفيذ لكل عنصر بحسب قوة علاقته وتأثيره في بقية العناصر، حيث خرجت الدراسة بأن التطوير الناجح والكفاء يتطلب تنفيذ عناصر تطوير الموارد البشرية بحسب الترتيب المبين أعلاه، بحيث يتم اختيار النموذج الأول عندما تقرر إدارة المستشفى تنفيذ عملية التطوير لمواردها البشرية قبل أن تتبنى تطبيق برنامج للجودة، بينما يكون النموذج الثاني أكثر كفاءة وفعالية في عملية تطوير الموارد البشرية إذا جاء قرار التطوير بعد شروع المستشفى في التنفيذ الفعلي لبرنامج الجودة.

رابعاً: العلاقة بين المتغيرات المستقلة مكتملة (منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة) مع بعضها البعض:

جدول رقم (31-4) يبين مصفوفة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة مكتملة (منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة) مع بعضها البعض

المتغيرات المستقلة مكتملة	عنصر القيادة الإدارية	عنصر الثقافة التنظيمية	عنصر التمكين	عنصر الاستقطاب والاختيار	عنصر التوجيه والإرشاد	عنصر تقييم الأداء	عنصر التطوير والتدريب	عنصر التطوير الوظيفي	المعدل
عنصر التطوير والتدريب	.945(**)	.960(**)	.957(**)	.952(**)	.890(**)	.936(**)	1	.947(**)	0.948
عنصر الثقافة التنظيمية	.953(**)	1	.955(**)	.932(**)	.893(**)	.914(**)	.960(**)	.939(**)	0.943
عنصر الاستقطاب والاختيار	.921(**)	.932(**)	.951(**)	1	.889(**)	.940(**)	.952(**)	.952(**)	0.942
عنصر التمكين	.923(**)	.955(**)	1	.951(**)	.856(**)	.962(**)	.957(**)	.924(**)	0.941
عنصر التطوير الوظيفي	.918(**)	.939(**)	.924(**)	.952(**)	.927(**)	.910(**)	.947(**)	1	0.940
عنصر القيادة الإدارية	1	.953(**)	.923(**)	.921(**)	.892(**)	.910(**)	.945(**)	.918(**)	0.933
عنصر تقييم الأداء	.910(**)	.914(**)	.962(**)	.940(**)	.873(**)	1	.936(**)	.910(**)	0.931
عنصر التوجيه والإرشاد	.892(**)	.893(**)	.856(**)	.889(**)	1	.873(**)	.890(**)	.927(**)	0.903

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N) = 120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (31-4) بأن العلاقة بين المتغيرات المستقلة مكتملة مع بعضها البعض كانت جميعها قوية، وقد كان اقل معامل ارتباط (0.856) بين عنصر التمكين مع عنصر التوجيه والإرشاد، وتعد هذه القيمة لمعامل الارتباط كبيره وموجبه، وهذا ما أكدته قيمة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، أي أن جميع علاقات هذه العناصر مع بعضها البعض قوية ودالة إحصائيا، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة.

أما من حيث اتجاه وقوة العلاقة والتأثير لكل عنصر على بقية العناصر فقد كانت على النحو الآتي:

1. عنصر التطوير والتدريب: أن الشروع في تنفيذ عملية تطوير الموارد البشرية تتطلب في البداية القيام بتهيئة جميع العاملين وفي مختلف المستويات، من خلال تدريبهم على أسس وقواعد الأداء السليم، وتزويدهم بالمعارف والمهارات اللازمة لعملية التحسين المستمر للجودة و التميز في العمل، ونجاحها يوفر البيئة المناسبة للنجاح في تنفيذ بقية العناصر بكل سهولة ويسر. وهذا يتفق مع ما توصل إليه (هانجتون جون وزملاؤه، 2000)¹².

2. عنصر الثقافة التنظيمية: بعد أن يتم التأكد من أن العاملين أصبحوا يمتلكون الخبرة والمعارف والمؤهلات اللازمة لتحقيق عملية التحسين المستمر للجودة والرقى بمستويات أدائهم، لمواكبة التطورات في حاجات ورغبات المرضى والمجتمع ككل، وكذا مواكبة التقدم العلمي والتقني في مجال الرعاية الصحية، تأتي المرحلة الثانية من مراحل التطوير وهي نشر الثقافة التنظيمية التي تشجع على التحسين المستمر، من خلال نشر ثقافة الجودة الشاملة وخلق مناخ تنظيمي يشجع على الإبداع والابتكار والتعاون بين العاملين والأقسام، بحيث تصبح القيم والمعتقدات والسلوكيات السائدة في المستشفى تشجع على حل المشاكل وحرية اتخاذ القرار وتوفر الشعور بالرضا والاحترام لدى العاملين، وتؤكد على أهمية العمل كفريق واحد والاندماج في العمل، وهذا من شأنه أن يجعل بيئة العمل بيئة مريحة

¹² Huntington June, Gilliam Stephen, Rosen Rebecca, "Organizational Development for Clinical Governance", British Medical Journal, Vol 3&4, Issue 7262, Sept 2000, Pp321-679.

للعاملين وتحقق الرضا لدى العاملين، وتشجع على التعاون والتحسين المستمر للجودة.

3. عنصر الاستقطاب والاختيار: بعد أن يتم توفير المناخ التنظيمي الذي يدعم ثقافة التطوير و التحسين المستمر، يأتي دور عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين الجدد، حيث لا بد أن تركز معايير الاستقطاب والاختيار على المعارف والمهارات والسلوكيات الملائمة للممارسات، مع التركيز على جوانب التحسين المستمر ومعرفة العمل وأسس الجودة، وهذا من شأنه أن يرفد المستشفى بقوى عاملة مؤهلة قادرة على تحقيق قيمة مضافة للمستشفى في مختلف الجوانب.

4. عنصر التمكين: بعد توفير القوى العاملة المؤهلة والمناخ اللازم لعملية التطوير والتحسين، تأتي مرحلة تمكين العاملين للرقى بمستوى وقدرات العاملين إلى المرحلة التالية من عملية التطوير، وهي قيام الإدارة بتمكين العاملين من المشاركة والاندماج في عملية التحسين المستمر للجودة وصنع القرارات وتزويدهم بالمعارف والمهارات والقيم اللازمة لتحسين كل الممارسات، وهذا يؤدي إلى إمكانية إعطاء العاملين حرية كافية لصنع واتخاذ القرارات المتعلقة بالمريض نظراً لتمكنهم الكامل من انجاز أعمالهم بكفاءة وفاعلية، وقدرتهم على تقديم خدمة عالية الجودة.

5. عنصر التطوير الوظيفي: بعد أن يتحقق للعاملين التمكّن الكامل من أداء أعمالهم بالكفاءة والجودة المطلوبة، ومن أجل المحافظة عليهم وضمان عدم فقدانهم بعد أن أصبحوا بهذا المستوى من التمكّن والمهارة، لا بد من تبني برامج للتطوير الوظيفي واتاحة الفرصة لجميع العاملين للمشاركة والاندماج في هذه البرامج وجعلها متاحة داخل المستشفى وخارجه، وكذا مناقشتها بين الرؤساء والمرؤوسين، وتوفير الوسائل التكنولوجية والتدريبية للتقدم الوظيفي وتحسين جودة العمل.

6. عنصر القيادة الإدارية: تأتي هذه المرحلة لضمان تحقيق شرط الاستمرارية لعملية التحسين السابقة، وذلك من خلال قيام قيادة المستشفى بالاستثمار في تدريب العاملين في كل المستويات من خلال رؤية مشتركة بين الإدارة والعاملين نحو التحسين المستمر للجودة، واتباع الإدارة لمبدأ الاستشارة والمشاركة في توجيه العاملين واتخاذ القرارات التي تهمهم، بحيث تربط الإدارة بين تطوير وتدريب

العاملين والتحسين المستمر للجودة وتجعلها هدفا استراتيجيا لها وتضمنها في جميع خططها.

7. عنصر تقويم الأداء: بعد تحقيق مبدأ الاستمرارية لعملية التحسين والتطوير، يأتي دور عنصر تقويم الأداء، الذي يهدف إلى تحقيق أعلى مستويات التحسين، وذلك من خلال مقارنة الأداء الحالي مع المستوى المطلوب لمعرفة جوانب القوة لتعزيزها وجوانب الضعف لتلافيها، ويتم ذلك من خلال تزويد العاملين بالتغذية العكسية التي تعكس مستويات أدائهم وتبين مكامن الانحراف أو الخلل أن وجد ليتم تلافيها، كما أن التقويم العادل من شأنه أن يحقق الرضا لدى العاملين ويحفزهم على أداء أعمالهم بالصورة الصحيحة، كونهم أصبحوا يشعرون بأنهم محل ملاحظة وتقدير الإدارة بصورة مستمرة، وهذا يدفعهم إلى تقييم أنفسهم ومقارنة أدائهم بأداء الآخرين لكي يكونوا قادرين على تحقيق التميز من خلال الرقابة الذاتية.

8. عنصر التوجيه والإرشاد: بعد إجراء عملية التقويم فإن العمل قد يتطلب تعيين عاملين جدد يفتقدون إلى المستوى المطلوب من المهارة، الأمر الذي يتطلب تدخل الإدارة لتوحيد الممارسات، وذلك يتطلب توفير برنامج توجيه وإرشاد مستمر لكل موظف يركز على جوانب التحسين المستمر، وبالتالي لا بد من وتوفير مرشدين ومدربين لتعليم الموظفين الجدد ودمجهم في مجتمع المستشفى، بالإضافة إلى توفير أدلة عمل إرشادية وتوجيهية لتعزيز كفاءة الأداء وجودة العمل والخدمة، ولتزويد العاملين بالمهارات والمعارف والسلوكيات اللازمة لتوحيد الممارسة، وبهذا نكون قد نجحنا في عملية تطوير الموارد البشرية، وأصبح المستشفى قادرا على خوض غمار المنافسة وتحقيق مستويات جودة عالية وحصد العديد من جوائز الجودة من خلال تطبيق معاييرها بكفاءة وفاعلية.

من خلال ماسبق نستنتج بأن عملية تطوير الموارد البشرية الصحية هي عملية تكاملية، ونجاحها رهن بدرجة التكامل والتنسيق والموائمة بين عناصرها، نظرا لوجود علاقات قوية فيما بينها، فكل عنصر يؤثر ويتأثر ببقية العناصر.

المطلب الثاني

العلاقة بين المتغيرات الوسيطة (المعدلة) والتابعة مع بعضها البعض

أولاً : العلاقة بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض: وقد كانت نتائج التحليل كما في الجدول التالي:

جدول رقم (32-4) يوضح مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض

الوصف الوظيفي للعاملين	السياسات السريرية والمهنية	السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري	الدعم الإداري للتدريب والتعليم	المتغيرات الوسيطة	
			1	Pearson Correlation	
				Sig. (2-tailed)	الدعم الإداري للتدريب والتعليم
			120	N	
		1	.853(**)	Pearson Correlation	
				Sig. (2-tailed)	السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري
		120	120	N	
	1	.872(**)	.814(**)	Pearson Correlation	
				Sig. (2-tailed)	السياسات السريرية والمهنية
	120	120	120	N	
	.886(**)	.905(**)	.888(**)	Pearson Correlation	
				Sig. (2-tailed)	الوصف الوظيفي للعاملين
	120	120	120	N	

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

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (32-4) وجود علاقة وتأثير متبادل بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض وهي علاقة قوية، فقد تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.814-0.905) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة. كما يلاحظ أيضاً بأن الوصف الوظيفي الواضح هو العنصر الوسيط الأكثر تأثير في بقية العناصر، يليه السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثانيا: العلاقة بين المتغيرات التابعة مع بعضها البعض: وقد كانت نتائج التحليل كما يلي:

جدول رقم (33-4) يوضح مصفوفة ارتباط بيرسون بين المتغيرات التابعة مع بعضها البعض

المعدل	معايير الخدمة المجتمعية	معايير الإدارة	معايير أمان وسلامة المريض	معايير رعاية المريض	الوضع التنافسي	مستوى الكفاءة التشغيلية	مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى	مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية	مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية	المتغيرات التابعة
0.936	.959(**)	1	.961(**)	.969(**)	.891(**)	.843(**)	.929(**)	.936(**)	.937(**)	معايير الإدارة
0.935	.940(**)	.969(**)	.953(**)	1	.913(**)	.854(**)	.941(**)	.912(**)	.930(**)	معايير رعاية المريض
0.926	.954(**)	.961(**)	1	.953(**)	.863(**)	.795(**)	.934(**)	.940(**)	.932(**)	معايير أمان وسلامة المريض
0.926	1	.959(**)	.954(**)	.940(**)	.862(**)	.830(**)	.921(**)	.945(**)	.923(**)	معايير الخدمة المجتمعية
0.917	.921(**)	.929(**)	.934(**)	.941(**)	.876(**)	.863(**)	1	.911(**)	.877(**)	مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى
0.913	.945(**)	.936(**)	.940(**)	.912(**)	.821(**)	.831(**)	.911(**)	1	.917(**)	مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية
0.900	.923(**)	.937(**)	.932(**)	.930(**)	.802(**)	.780(**)	.877(**)	.917(**)	1	مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية
0.879	.862(**)	.891(**)	.863(**)	.913(**)	1	.883(**)	.876(**)	.821(**)	.802(**)	الوضع التنافسي
0.853	.830(**)	.843(**)	.795(**)	.854(**)	.883(**)	1	.863(**)	.831(**)	.780(**)	مستوى الكفاءة التشغيلية

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N) = 120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (33-4) بأن علاقة المتغيرات التابعة مع بعضها البعض هي

علاقة قوية، فقد تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.780-0.969) عند مستوى الدلالة ألفا

($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة.

أما من حيث اتجاه وقوة العلاقة والتأثير لكل عنصر على بقية العناصر فقد كانت على النحو الآتي:

1. معايير الإدارة: جاءت معايير الإدارة في المستوى الأول من حيث قوة التأثير في بقية العناصر، بمعنى أن التطبيق الناجع لمعايير اعتماد المستشفيات يتطلب في البداية الشروع في تطبيق معايير الإدارة.
2. معايير رعاية المريض.
3. معايير أمان وسلامة المريض.
4. معايير الخدمة المجتمعية.
5. مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى.
6. مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية.
7. مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية.
8. الوضع التنافسي.
9. مستوى الكفاءة التشغيلية:

بناءً على ما سبق نستنتج بأن معايير الاعتماد هي المتغيرات الأكثر تأثيراً على عناصر الجودة الشاملة، وهذا يشير بوضوح إلى أن تطبيق معايير الاعتماد يؤدي إلى تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى، فقد جاءت معايير الإدارة في المستوى الأول من حيث قوة التأثير والعلاقة مع بقية المعايير وعناصر الجودة الشاملة، وهذا يعني بأن النجاح في تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة يتطلب موافقة والتزام إدارة وقيادة المستشفى أولاً، بحيث تكون سياسات الإدارة العليا للمستشفى تساند جودة الخدمات المقدمة للمريض، ولا بد من تضمين أسس ومبادئ الجودة عند وضع الرسالة والرؤية والسياسات والإجراءات واللوائح الداخلية التي تحكم عمل المؤسسة، كما يجب أن تتضمن القوانين واللوائح الداخلية والسياسات والإجراءات والوثائق المشابهة، ومسؤوليات الإدارة العليا ومساءلتها وكيفية القيام بهذه المسؤوليات.

المطلب الثالث

تكامل العلاقات بين جميع متغيرات الدراسة

أولاً: العلاقة بين المتغيرات المستقلة والوسيطه كلاً على حده مع المتغيرات التابعة كلاً على حده: وقد كانت نتائج الدراسة والتحليل كما يلي:

جدول رقم (34-4) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين عناصر تطوير الموارد البشرية مكتملة والمتغيرات الوسيطة مع المتغيرات التابعة مرتبه تنازلياً

المتغيرات	مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية	مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية	مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى	مستوى الكفاءة التشغيلية	الوضع التنافسي	معايير رعاية المريض	معايير أمن وسلامة المريض	معايير الإدارة	معايير الخدمة المجتمعية	المعدل
عنصر الاستقطاب والاختيار	0.921	0.942	0.934	0.861	0.866	0.943	0.929	0.950	0.942	0.921
عنصر تقويم الأداء	0.922	0.919	0.930	0.876	0.873	0.950	0.927	0.941	0.948	0.921
عنصر التمكين	0.900	0.936	0.925	0.860	0.848	0.917	0.908	0.930	0.950	0.908
عنصر التدريب والتطوير	0.888	0.930	0.936	0.882	0.847	0.905	0.904	0.937	0.944	0.908
الوصف الوظيفي للعاملين	0.865	0.902	0.914	0.916	0.909	0.925	0.893	0.920	0.919	0.907
عنصر الثقافة التنظيمية	0.858	0.927	0.914	0.900	0.861	0.887	0.892	0.915	0.924	0.897
عنصر القيادة الإدارية	0.840	0.886	0.906	0.926	0.898	0.886	0.867	0.904	0.895	0.890
الدعم الإداري للتدريب والتعليم	0.886	0.939	0.915	0.791	0.802	0.894	0.920	0.903	0.936	0.887
عنصر التطوير الوظيفي	0.848	0.908	0.909	0.854	0.868	0.895	0.871	0.904	0.895	0.883
السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري	0.792	0.879	0.916	0.878	0.861	0.875	0.846	0.873	0.883	0.867
عنصر التوجيه والإرشاد	0.784	0.830	0.915	0.889	0.904	0.888	0.832	0.868	0.850	0.862
السياسات السريرية والمهنية	0.746	0.832	0.847	0.861	0.887	0.826	0.794	0.811	0.808	0.824

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N) = 120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (34-4) بأن علاقة عناصر تطوير الموارد البشرية مكتملة والمتغيرات الوسيطة مع المتغيرات التابعة هي علاقة قوية، فقد تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.746-0.950) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة. كما يلاحظ بأن عنصر تقويم الأداء والاستقطاب والاختيار هي

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

الأثر تأثيراً على المتغيرات التابعة، يليها عنصر التمكين والتدريب والتطوير، ثم جاء الوصف الوظيفي في المستوى الثالث من حيث قوة العلاقة والتأثير، ثم بقية العناصر بحسب تسلسل العناصر في الجدول السابق.

ثانياً: العلاقة بين جميع متغيرات الدراسة مجتمعة : وقد كانت نتائج الدراسة والتحليل كمايلي:

جدول رقم (35-4) يبين مصفوفة معامل ارتباط بيرسون بين جميع متغيرات الدراسة مجتمعة مرتبة تنازلياً حسب قوة العلاقة

المتغيرات التابعة	المتغيرات الوسيطة (المعدلة)	المتغيرات المستقلة	المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة	المتغيرات المستقلة منفردة	متغيرات الدراسة مجتمعة	
0.988	.966(**)	.977(**)	1	.998(**)	المتغيرات المستقلة مكتملة	
0.986	.964(**)	.974(**)	.998(**)	.992(**)	1	المتغيرات المستقلة منفردة
0.986	.965(**)	.975(**)	.998(**)	1	.992(**)	المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة
0.975	.950(**)	1	.977(**)	.975(**)	.974(**)	المتغيرات الوسيطة (المعدلة)
0.969	1	.950(**)	.966(**)	.965(**)	.964(**)	المتغيرات التابعة

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

- مستوى الدلالة الإحصائية ذو نهائيتين ($\alpha=0.00$)

- العدد (N) = 120

- المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (35-4) بأن علاقة متغيرات الدراسة مجتمعة مع بعضها البعض هي علاقة قوية، فقد تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.950-0.998) عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة.

أما من حيث اتجاه وقوة العلاقة والتأثير لكل مجموعة من المتغيرات على بقية المجموعات

فقد كانت على النحو الآتي:

1. جاءت المتغيرات المستقلة مكتملة ومجتمعة في المستوى الأول من حيث الأهمية وقوة العلاقة والتأثير في بقية المتغيرات، يليها المتغيرات المستقلة منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة في المستوى الثاني وكانت أهميتهما و قوة تأثيرهما متساوية.
2. جاءت المتغيرات الوسيطة في المستوى الثالث من حيث الأهمية وقوة العلاقة والتأثير على المتغيرات المستقلة والتابعة، كما يلاحظ بأن المتغيرات الوسيطة تؤثر وتتأثر بالمتغيرات المستقلة أكثر من التأثير المتبادل بينها وبين المتغيرات التابعة.
3. حازت المتغيرات التابعة مجتمعة على المستوى الرابع من حيث علاقتها وقوة تأثيرها على المتغيرات المستقلة والوسيطة، كما يلاحظ بأن المتغيرات التابعة تؤثر وتتأثر بالمتغيرات المستقلة أكثر من التأثير المتبادل بينها وبين المتغيرات الوسيطة.

بناءً على ما سبق يخرج الباحث بالنتيجة العامة التالية:

توفر عناصر تطوير الموارد البشرية البيئة المناسبة التي من شأنها أن تمكن المستشفيات اليمنية من تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية وتحقيق مستويات عالية من الجودة في خدماتها، والشكل رقم (1-4) التالي يعطي تصورا عن طبيعة واتجاه العلاقات بين جميع متغيرات الدراسة. حيث يوضح الشكل بأن الطريق الأمثل للوصول إلى الجودة الشاملة وكسب الميزة التنافسية يتطلب في البداية وضع وتنفيذ برنامج لتطوير الموارد البشرية، مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية المتغيرات الوسيطة التي من شأنها أن تحقق الكفاءة في تنفيذ عملية التطوير والتنفيذ الناجع لمعايير الاعتماد، ومن ثم تأتي مرحلة التطبيق الكامل لمعايير الاعتماد التي بدورها تؤدي إلى تحقق عناصر الجودة وبالتالي الوصول إلى الهدف الأساسي وهو تحقيق الجودة الشاملة والقدرة على تحقيق الميزة التنافسية بأقل تكلفة.

شكل رقم (1-4) تصور يوضح طبيعة العلاقات بين جميع متغيرات الدراسة والطريق الأمثل للوصول إلى الجودة الشاملة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على تحليل نتائج بيانات الدراسة

المبحث الثالث

الأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية

بعد أن تم تحليل العلاقات بين متغيرات الدراسة، ومن أجل تكامل نموذج الدراسة، خصص هذا المبحث للتعرف على درجة الاهتمام بتطبيق هذه المتغيرات في المستشفيات اليمنية باستخدام أدوات الإحصاء الوصفي، بالإضافة إلى دراسة علاقة المتغيرات المستقلة الديموغرافية بالمتغيرات التابعة، وقد تم تلخيص نتائج التحليل في المطالب الآتية :

المطلب الأول

الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة

أولاً : الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة منفردة مع بعضها البعض: وقد كانت نتائج الدراسة والتحليل كما يلي:

جدول رقم (36-4) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة منفردة مرتبة ترتيباً تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	المتغيرات المستقلة منفردة
120	.8286817	3.927778	عنصر القيادة الإدارية
120	.7973352	3.900000	عنصر التوجيه والإرشاد
120	.9499372	3.788889	عنصر الثقافة التنظيمية
120	.9349138	3.738889	عنصر التطوير والتدريب
120	.8897234	3.733333	عنصر التطوير الوظيفي
120	1.0835243	3.633333	عنصر الاستقطاب والاختيار
120	1.0845579	3.622222	عنصر تقويم الأداء
120	.9240145	3.572222	عنصر التمكين

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

يتبين من خلال الجدول رقم (36-4) بأن الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة منفردة قد تراوح بين (3.927-3.572) وجميعها كانت أعلى من متوسط أداة القياس وهو (3)، وهذا يشير إلى الاهتمام و التوجه الايجابي نحو تطوير الموارد البشرية الصحية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة.

ثانياً: الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة: وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (37-4) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة مرتبة تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة
120	.7467119	3.972222	عنصر القيادة الإدارية
120	.8314357	3.961111	عنصر التطوير والتدريب
120	.7315742	3.900000	عنصر تقويم الأداء
120	.7344402	3.850000	عنصر التوجيه والإرشاد
120	.8345183	3.844444	عنصر الثقافة التنظيمية
120	.8800447	3.744444	عنصر التمكين
120	.7931782	3.633333	عنصر التطوير الوظيفي
120	1.0087502	3.608333	عنصر الاستقطاب والاختيار

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (37-4) بأن الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة منفردة قد تراوح بين (3.927-3.608) وجميعها كانت أعلى من متوسط أداة القياس وهو (3)، وهذا يشير إلى التطبيق الجيد لمبادئ و فلسفة إدارة الجودة الشاملة أثناء تطوير الموارد البشرية الصحية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثالثاً: الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة مكتملة (منفردة وبالتركيز على الجودة الشاملة مجتمعة): وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (38-4) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة مكتملة مرتبة تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	المتغيرات المستقلة مكتملة
120	.72716	3.9500	عنصر القيادة الإدارية
120	.73136	3.8700	عنصر التوجيه والإرشاد
120	.84609	3.8500	عنصر التطوير والتدريب
120	.84222	3.8167	عنصر الثقافة التنظيمية
120	.87414	3.7611	عنصر تقويم الأداء
120	.80374	3.6933	عنصر التطوير الوظيفي
120	.86288	3.6583	عنصر التمكين
120	.98890	3.6208	عنصر الاستقطاب والاختيار

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (38-4) بأن الوسط الحسابي للمتغيرات المستقلة منفردة قد تراوح بين (3.62-3.95) وجميعها كانت أعلى من متوسط أداة القياس وهو (3)، وهذا يشير إلى الاهتمام الجيد بتطبيق برنامج الجودة والتوجه الإيجابي نحو تطوير الموارد البشرية الصحية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة .

المطلب الثاني

الأهمية النسبية للمتغيرات الوسيطة والتابعة

أولاً : الأهمية النسبية للمتغيرات الوسيطة: وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (39-4) يبين الوسط الحسابي للمتغيرات الوسيطة مرتبة تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	المتغيرات الوسيطة (الداعمة أو المعدلة)
120	.73123	3.9444	الوصف الوظيفي للعاملين
120	.76921	3.8500	السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري
120	.82859	3.8000	الدعم الإداري للتدريب والتعليم
120	.84009	3.6778	السياسات السريرية والمهنية

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (39-4) بأن الوسط الحسابي للمتغيرات الوسيطة قد تراوح بين (3.944-3.67)، وجميعها أكبر من متوسط أداة القياس (3)، وهذا يشير إلى وجود اهتمام جيد بهذه المتغيرات في المستشفيات اليمنية، وهذا يعد مؤشر إيجابي على نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في هذه المستشفيات، كما يؤكد على تكامل نموذج الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثانياً: الأهمية النسبية للمتغيرات التابعة: وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (4-40) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات التابعة مرتبة تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	المتغيرات التابعة
120	.86938	3.9694	معايير أمان وسلامة المريض
120	.81841	3.9625	الوضع التنافسي
120	.87083	3.9570	معايير الإدارة
120	.81449	3.9167	مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى
120	.94599	3.9083	مستوى الكفاءة التشغيلية
120	.75816	3.8750	مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية
120	.85106	3.8490	معايير رعاية المريض
120	.85557	3.8278	معايير الخدمة المجتمعية
120	1.03581	3.4750	مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (4-40) الوسط الحسابي للمتغيرات التابعة التي تراوحت بين (3.96-3.47)، وجميعها أكبر من متوسط أداة القياس (3)، وهذا يعني اهتمام المستشفيات اليمنية بتطبيق معايير الاعتماد، ويشير إلى تكامل نموذج الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

ثالثاً: الأهمية النسبية لجميع متغيرات الدراسة مجتمعة: وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (4-41) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع متغيرات الدراسة مجتمعة مرتبة تنازلياً

العدد (N)	الانحراف المعياري (Std. Deviation)	الوسط الحسابي (Mean)	متغيرات الدراسة مجتمعة
120	.8351530	3.880100	المتغيرات التابعة
120	.7542288	3.816667	المتغيرات الوسيطة (المعدلة)
120	.7723039	3.814236	المتغيرات المستقلة بالتركيز على الجودة الشاملة
120	.80407	3.7845	المتغيرات المستقلة مكتملة
120	.8458488	3.7395	المتغيرات المستقلة منفردة

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يبين الجدول رقم (4-41) الوسط الحسابي لجميع متغيرات الدراسة مجتمعة، والتي تراوحت بين (3.73 - 3.88)، وقد كانت أكبر من متوسط أداة القياس (3)، وهذا يعني وجود اهتمام جيد بتطبيق معايير الاعتماد وتطوير الموارد البشرية الصحية سعياً لتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات اليمنية، كما يوجد اهتمام جيد من قبل إدارة هذه المستشفيات بنجاح هذه العملية، والذي يتضح جلياً من خلال الالتزام بتوفير متطلبات النجاح (المتغيرات الوسيطة)، وهذا يشير إلى تكامل نموذج الدراسة.

المطلب الثالث

علاقة المتغيرات الديموغرافية المستقلة بالمتغيرات التابعة

أولاً: علاقة متغير العمر المستقل بالمتغيرات التابعة (معايير الاعتماد):

ليان أثر متغير العمر المستقل على المتغيرات التابعة تم إجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، وقد كانت نتائج الاختبار كما يلي:

جدول رقم (4-42) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان أثر متغير العمر على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
0,000	18,989	10,287	3	30,860	بين المجموعات
		0,542	116	62,840	داخل المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-42) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير العمر المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل بكثير من (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح كبار السن الذين تتجاوز أعمارهم (41) سنة فما فوق (انظر الجدول رقم (4-43) أدناه)، فهم مهتمون بتطبيق معايير الاعتماد أكثر من البقية وهذا يعود إلى حصولهم على مؤهلات عالية واغلبهم من القيادات الإدارية للمستشفيات، بالإضافة إلى أنهم يعدون الأكثر خبره في مجال عملهم، والأكثر شعوراً بالمسئولية.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

جدول رقم (4-43) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير العمر

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	
0,69906	3,5385	52	اقل من 30 سنة
0,89819	3,9583	48	ما بين 31-40 سنة
0,00000	5,0000	14	ما بين 41-50 سنة
0,00000	5,0000	6	51 سنة فما فوق
0,88735	3,9500	120	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-43) بأن العلاقة بين متغير العمر والمتغيرات التابعة كلها جيدة، حيث تراوح الوسط الحسابي بين (3,5-5) وجميعها ايجابية واكبر من متوسط أداة القياس (3).

ثانياً: علاقة متغير الجنس بالمتغيرات التابعة:

تم إجراء اختبار (Independent Sample t-test) للعينات المستقلة لبيان تساوي المتوسطات¹³، والعلاقة ما بين متغير الجنس والمتغيرات التابعة، وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (4-44) يبين نتائج اختبار (ت) لبيان العلاقة بين متغير الجنس المستقل والمتغيرات التابعة

اختبار (ت) لعينتين مستقلتين t-test for Equality of Means					اختبار التجانس Levene's Test for Equality of Variances		
Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2- tailed)	df	t	Sig.	F	
,17055	-,00366	,983	118	-,021	,672	,180	في حالة وجود تجانس
,17218	-,00366	,983	81,809	-,021			في حالة عدم وجود تجانس

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-44) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات التابعة تعزى لمتغير الجنس المستقل، حيث كان مستوى الدلالة ألفا لاختبار (ت) في حالة التجانس¹⁴ ($\alpha = 0.983$) وهو أكبر من (0.05)، وهذا يعني أن اهتمام الذكور والإناث بتطبيق معايير الاعتماد متساوي.

¹³ سعد زغول بشير، مرجع سبق ذكره، ص 111.

¹⁴ يقصد بشرط التجانس أن " التباينات أو الإتحافات المعيارية للمجموعات المسحوب منها العينات تكون متساوية". تكون العينة متجانسة عندما يكون مستوى الدلالة ألفا (Sig) أكبر من (0.05) في اختبار التجانس (Levene's Test for Equality of Variances) : للإطلاع أكثر انظر: أسامة ربيع أمين، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج (SpSS)، ط2، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، 2007، ص ص 119 - 138.

ثالثا: علاقة متغير الحالة الاجتماعية بالمتغيرات التابعة:

جدول رقم (4-45) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير

الحالة الاجتماعية على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
,192	1,725	1,350	1	1,350	بين المجموعات
		,783	118	92,350	داخل المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-45) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعي المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا ($0.192 = \alpha$) وهي اكبر من (0.05).

رابعا: علاقة متغير المؤهل العلمي بالمتغيرات التابعة:

جدول رقم (4-46) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير

المؤهل العلمي على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
,000	8,952	5,562	4	22,248	بين المجموعات
		,621	115	71,452	داخل المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

يتبين من خلال الجدول رقم (4-46) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المؤهل العلمي المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي أقل بكثير من (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح الموظفين الحاصلين على درجة الدكتوراه أو البورد، فهم مهتمون بتطبيق معايير الاعتماد أكثر من البقية وهذا يعود إلى حصولهم على مؤهلات عالية واغلبهم من القيادات الإدارية للمستشفيات، بالإضافة إلى أنهم يعدون الأكثر خبرة في مجال عملهم، وهذا ما تشير إليه المتوسطات الحسابية المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (4-47) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير المؤهل العلمي

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	
0,48507	3,6471	34	دبلوم
1,01412	3,7586	58	بكالوريوس
0,51640	4,6000	10	عالي دبلوم
0,49237	4,6667	12	ماجستير
0,00000	5,0000	6	بورد أو دكتوراه
0,88735	3,9500	120	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-47) بأن العلاقة بين متغير المؤهل العلمي والمتغيرات التابعة كلها جيدة، حيث تراوح الوسط الحسابي بين (3,6-5) وجميعها ايجابية واكبر من متوسط أداة القياس (3).

خامسا: علاقة متغير التخصص بالمتغيرات التابعة:

جدول رقم (4-48) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير

التخصص على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
,000	12,632	5,905	7	41,338	بين المجموعات
		,468	112	52,362	مع المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-48) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير التخصص المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح الأطباء الاستشاريين، فهم مهتمون بتطبيق معايير الاعتماد أكثر من البقية، وهذا ما تشير إليه المتوسطات الحسابية المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (4-49) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التخصص

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	
,65386	3,5833	24	إداري
,96309	3,3333	24	تمريض
,77850	3,3333	12	صيدلة
,66667	4,0000	10	مختبرات
,42164	4,2000	10	أشعة
,46291	4,2500	8	تخدير
,75593	4,4286	14	عام طب
,00000	5,0000	18	استشاري
,88735	3,9500	120	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

يتبين من خلال الجدول رقم (4-49) بأن العلاقة بين متغير التخصص والمتغيرات التابعة كلها جيدة، حيث تراوح الوسط الحسابي بين (3,3-5) وجميعها ايجابية واكبر من متوسط أداة القياس (3).

سادسا: علاقة متغير عدد سنوات الخبرة بالمتغيرات التابعة:

جدول رقم (4-50) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر عدد سنوات الخبرة على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
	39,904	18,998	2	37,996	بين المجموعات
		,476	117	55,704	داخل المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-50) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير عدد سنوات الخبرة المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح الأكثر خبرة التي تتجاوز خبرتهم 11 سنة فما فوق، فهم مهتمون بتطبيق معايير الاعتماد أكثر من البقية، وهذا ما تشير إليه المتوسطات الحسابية المبينة في الجدول التالي:

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

جدول رقم (4-51) يوضح العلاقة بين متغير عدد سنوات الخبرة والمتغيرات التابعة

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	
,87993	3,4074	54	أقل من 5 سنوات
,55862	4,1667	48	من 6 إلى 10 سنوات
,00000	5,0000	18	11 سنة فما فوق
,88735	3,9500	120	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-51) بأن العلاقة بين متغير عدد سنوات الخبرة والمتغيرات التابعة كلها جيدة، حيث تراوح الوسط الحسابي بين (4,3-5) وجميعها ايجابية واكبر من متوسط أداة القياس (3).

سابعاً: علاقة متغير المستوى الإداري بالمتغيرات التابعة:

جدول رقم (4-52) يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لبيان اثر متغير المستوى الإداري على المتغيرات التابعة

مستوى الدلالة الإحصائية (الاحتمال) ألفا	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط الانحرافات	درجة الحرية	مجموع الانحرافات	
,000	15,749	8,291	4	33,162	بين المجموعات
		,526	115	60,538	داخل المجموعات
			119	93,700	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-52) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المستوى الإداري المستقل وبين تطبيق معايير الاعتماد، حيث كان مستوى الدلالة ألفا

الفصل الرابع: تحليل نتائج الارتباط والعلاقات بين متغيرات الدراسة

($\alpha=0.00$) وهي اقل بكثير من (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح مدراء الإدارات، فهم المدراء التنفيذيون وبالتالي يقع على عاتقهم مسؤولية التوجيه والإشراف والالتزام بتطبيق معايير الاعتماد أكثر من البقية، وهذا ما تشير إليه المتوسطات الحسابية المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (4-53) يوضح العلاقة بين متغير عدد سنوات الخبرة والمتغيرات التابعة

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	
,99735	3,5714	28	مدير عام أو نائبه
,00000	5,0000	12	مدير إدارة
,50965	4,5455	22	رئيس قسم
,34157	4,1250	16	مشرف
,80359	3,5238	42	موظف
,88735	3,9500	120	الإجمالي

المصدر: نتائج تحليل بيانات الدراسة.

يتبين من خلال الجدول رقم (4-53) بأن العلاقة بين متغير المستوى الإداري والمتغيرات التابعة كلها جيدة، حيث تراوح الوسط الحسابي بين (3,5-5) وجميعها ايجابية واكبر من متوسط أداة القياس (3).

خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل بيان اثر متغيرات الدراسة وعلاقتها ببعضها البعض، بالإضافة إلى بيان قوة واتجاه هذا التأثير. فقد تم إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد - المتدرج (Multiple Linear Regression - Stepwise) بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وكذلك تم استخراج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وتحليل تباين الانحدار (ANOVA)، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2)، بالإضافة إلى استخدام أدوات الإحصاء الوصفي (مقاييس التشتت والنزعة المركزية) لبيان الأهمية النسبية لهذه المتغيرات. ويمكن استعراض أهم النتائج على النحو الآتي:

- بينت نتائج تحليل الدراسة وجود علاقة وتأثير قوي بين المتغيرات التابعة والمستقلة وان هذه العلاقة هي موجبة (طردية)، أي كلما زاد الاهتمام بتنفيذ المتغيرات المستقلة (عناصر تطوير الموارد البشرية) زادت قدرة المستشفى في تطبيق معايير الاعتماد بفاعلية.
- بينت نتائج الدراسة وجود علاقة قوية وتأثير متبادل بين المتغيرات المستقلة مع بعضها البعض.
- يوجد علاقة قوية وتأثير متبادل بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض.
- يوجد علاقة قوية وتأثير متبادل بين المتغيرات التابعة مع بعضها البعض.

وبصفة عامة يخرج الباحث باستنتاج رئيسي مفاده، أن التطبيق الناجع لمعايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة، يعتمد بدرجة أساسية على تطوير الموارد البشرية، كما أن بإمكان هذه المنظمات تحقيق وفورات كبيرة في تكاليف تطبيق معايير الاعتماد وتطوير الموارد البشرية، من خلال مراعاة قوة العلاقات واتجاه التأثير المتبادل بين عناصر تطوير الموارد البشرية من جهة، وبين جميع متغيرات الدراسة من جهة أخرى.

الخاتمة العامة

الخاتمة

جاءت هذه الدراسة في إطار البحث حول مدى تأثير تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية. وللإجابة على هذه الإشكالية قام الباحث بإجراء دراسة ميدانية على أربعة مستشفيات يمنية تطبق معايير الاعتماد، وقد تم تقسيم الأطروحة إلى أربعة فصول على النحو التالي:

1. الفصل الأول: تناول هذا الفصل توضيح مفهوم وأهمية ومعايير نظام اعتماد المؤسسات الصحية، حيث يعد هذا النظام وسيلة فعالة في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات من خلال التنبؤ الطوعي لتطبيق معايير الاعتماد التي يتم وضعها وتطويرها من قبل هيئات دولية متخصصة، ثم تقوم هيئة خارجية بتقييم مدى التزام المستشفى بتطبيق هذه المعايير، وفي حالة تحقق الشروط يمنح المستشفى شهادة اعتماد تفيد بأن المستشفى قد وصل إلى مستوى عالي من الالتزام والتطبيق لمعايير الجودة، وأن خدماته أصبحت ذات جودة عالية. الجدير بالذكر هنا بأن معايير الاعتماد تغطي كافة الجوانب في المستشفى سواء كانت السريرية (الفنية) أو الإدارية أو الفندقية، ومن أشهر هيئات الاعتماد الدولية، تأتي اللجنة الدولية المشتركة (JCI) لتحتل المركز الأول عالمياً في اعتماد المستشفيات حول العالم. وقد خرج الباحث باستنتاج مفاده بأن نظام الاعتماد هو نظام يسعى لتحقيق الجودة الشاملة من خلال التحول من الإطار الفلسفي لإدارة الجودة الشاملة إلى التطبيق العملي القابل للقياس، عن طريق مقارنة الأداء بالمعايير العلمية والعملية الموضوعة مسبقاً من قبل جهات متخصصة، والتي تحدد أفضل الطرق للقيام بالأعمال وتقديم الخدمات الصحية التي تلبي حاجات المجتمع في الزمان والمكان المناسبين، وبأقل تكلفة مع ضمان تحقيق أمان وسلامة ورضا العميل الداخلي والخارجي.

2. الفصل الثاني: تناول هذا الفصل توضيح مفهوم تطوير الموارد البشرية الصحية، وتحديد أهم عناصره وعلاقتها بتطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية، حيث بينت الدراسة أن معايير الاعتماد تحتوي على العديد من المعايير المرتبطة بعناصر تطوير الموارد البشرية، وبالتالي فإن النجاح في تطبيق معايير الاعتماد بفعالية يتطلب أولاً الشروع بتنفيذ عناصر تطوير الموارد البشرية. أما على الصعيد الوطني فإن اليمن يعاني

من نقص في الموارد البشرية الصحية المؤهلة، لذلك يلجأ إلى الدول الشقيقة والصديقة لتغطية هذا النقص. كما انه لا توجد عدالة في توزيع هذا المورد على مناطق الجمهورية، بل إن اغلبها وأكثرها تأهيلاً يتركز في المدن الكبيرة والرئيسية فقط، بالإضافة إلى ما سبق تبرز مشكلة قلة الكليات والمعاهد الصحية ومحدودية مخرجاتها من الكوادر الصحية، وكذا قلة الأجور التي تمنح لهم في القطاع العام، وارتفاع تكاليف الخدمة الصحية في القطاع الخاص. كل ذلك ينعكس سلبيًا على مستوى وجودة الخدمات الصحية المقدمة في مرافق القطاع الصحي الوطني، وهذا ما يدفع بالعديد من المرضى إلى البحث عن هذه الخدمة خارج حدود الوطن. وقد خرج الباحث بنتيجة أساسية مفادها بأن تطوير الموارد البشرية هي الركيزة الأساسية لتطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفعالية، بل وتعد أهم متطلبات تحقيق الجودة الشاملة في مؤسسات القطاع الصحي الوطني.

3. الفصل الثالث: تناول هذا الفصل اختبار صحة فرضيات الدراسة، التي أجريت على عينة من المستشفيات اليمنية التي تبنت التطبيق الطوعي لمعايير اعتماد المؤسسات الصحية، وقد كانت النتائج على النحو الآتي:

1. نتائج اختبار صحة الفرضية الأولى: لاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها تم إجراء اختبار كولموجروف سمايرنوف (One-Sample Kolmogorove-Smirnov Test) للفقرات التي تتعلق بهذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها، للتأكد من أن الوسط الحسابي ذو دلالة إحصائية. وقد بينت نتائج هذا الاختبار رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن المستشفيات اليمنية تهتم بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقويم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي). وهذا يشير إلى أن القائمين على إدارة المستشفيات اليمنية محل الدراسة، أصبحوا يدركون أهمية تطوير الموارد البشرية الصحية بصورة مستمرة، لمواكبة التطورات المستمرة في حاجات ورغبات المرضى من جهة، وتنوعها من جهة ثانية، وللتخفيف من حجم وقوة المنافسة فيما بينها من جهة ثالثة، وقد كانت نتائج اختبار الفرضيات المتفرعة من هذه الفرضية هي رفض الفرضيات العدمية وقبول الفرضيات البديلة .

ب. نتائج اختبار صحة الفرضية الثانية: لاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها تم إجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA)، الذي يفترض عدم وجود اختلافات معنوية بين المتوسطات الحسابية للمجموعات بمعنى أنها متساوية، ولوصف المساواة في التباين (Variance Equality) والمقارنات المتعددة بين عدة مجموعات، ومستويات الاختلاف، بالإضافة إلى وصف طبيعة الاختلاف في المجموعة الواحدة. وقد بينت نتائج هذا الاختبار قبول الفرضية العدمية ورفض الفرضية البديلة، أي أن المستشفيات اليمينية لا تختلف من حيث الاهتمام بتطبيق عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية (القيادة الإدارية، والثقافة التنظيمية، وتمكين العاملين، والاستقطاب والاختيار، والتوجيه والإرشاد، وتقويم الأداء، والتطوير والتدريب، والتطوير الوظيفي). ويعزى هذا الاهتمام المشترك، إلى السعي الجاد من قبل هذه المستشفيات نحو تحقيق معايير الاعتماد الدولية للمستشفيات لتحقيق الجودة الشاملة، وهذا يدل على إدراك ووعي القيادات الإدارية لهذه المستشفيات بضرورة الاهتمام بتطوير العنصر البشري في مختلف الجوانب بصورة مستمرة، لكي تتمكن من تحقيق النجاح في تطبيق معايير الجودة. وقد كانت نتائج اختبار صحة الفرضيات المتفرعة من هذه الفرضية كما يلي:

- لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر القيادة الإدارية لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية ورفض الفرضية البديلة.
- لا تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر الثقافة التنظيمية لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية ورفض الفرضية البديلة.
- تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر التمكين لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، ويشير اتجاه هذا التباين نحو المستشفى السعودي الألماني، وهذه نتيجة طبيعية كون هذا المستشفى قد حصل فعلاً على شهادة الاعتماد الدولية وقد وصل إلى مستوى عالي من التطوير والالتزام بتطبيق معايير الاعتماد.
- تختلف المستشفيات اليمينية من حيث الاهتمام بعنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، ويشير اتجاه هذا التباين نحو مستشفى العلوم والتكنولوجيا الذي

حاز على أعلى وسط حسابي يليه مستشفى 48 النموذجي، ويعزى هذا الاختلاف إلى تأثير العلاقات والتوجهات الشخصية لمدراء هذه المستشفيات فيما يخص استقطاب واختيار العاملين وعدم وجود معيار موحد لضبط هذه العملية.

- لا تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بعنصر التوجيه والإرشاد لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية ورفض الفرضية البديلة.

- تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بعنصر تقويم الأداء لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، وقد حاز المستشفى السعودي الألماني على أعلى وسط حسابي يليه مستشفى العلوم والتكنولوجيا، ومن ثم تأتي المستشفيات الحكومية في المستوى الثالث والرابع، ويعزى هذا الاختلاف بين المستشفيات الخاصة والعامة إلى قدرة المستشفيات الخاصة على الاستغناء عن أي موظف لا يحقق مستوى الأداء و الانضباط المقبول، وهذا بعكس المستشفيات العامة، كون الدولة هي من تدفع المرتبات للموظفين، وبالتالي بالإمكان توظيف أكثر من شخص لسد الخلل الناتج عن تدني مستويات أداء بعض الموظفين، مع الإبقاء على هؤلاء الموظفين، الأمر الذي يقلل من أهمية عملية تقويم الأداء في القطاع الصحي العام.

- تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير والتدريب لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. ويعزى هذا الاختلاف إلى تباين قدرة المستشفيات في توفير متطلبات التدريب والتعليم المادية، بالإضافة إلى اختلاف نوعية ومستويات الحاجة إلى التدريب والتطوير من مستشفى إلى آخر، وتشير نتائج اختبار التباين الأحادي إلى أن مستشفى 48 النموذجي جاء في المرتبة الأولى، حيث تلجأ المستشفيات الحكومية إلى سد الفجوة المتمثلة بقلة الاهتمام بعنصر الاستقطاب والاختيار من خلال توفير الموارد الكافية لتدريب وتطوير مواردها البشرية.

- تختلف المستشفيات اليمنية من حيث الاهتمام بعنصر التطوير الوظيفي لتطوير الموارد البشرية الصحية، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، ويلاحظ بأن مستشفى 48 النموذجي كان في المستوى الأول من حيث الاهتمام بهذا

العنصر، ويعزى ذلك إلى كونه أول مستشفى عام يبنى تطبيق معايير الاعتماد الدولية، كما انه استطاع توفير متطلبات التطوير الوظيفي وجعلها هدفاً استراتيجياً له، بهدف تزويد القطاع الصحي الوطني بكوادر مؤهلة تأهيلاً عالياً تواكب حجم التطور في مختلف الجوانب.

ج. نتائج اختبار صحة الفرضية الثالثة: لاختبار صحة هذه الفرضية والفرضيات التابعة لها، تم إجراء اختبار مربع كاي (Chi-Square) لبيان العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة، بالإضافة إلى إجراء اختبار معامل ارتباط بيرسون وسبيرمان ، وقد بينت نتائج الاختبار بأنه توجد علاقة بين تركيز المستشفيات اليمينية على عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، كما تشير نتائج التحليل إلى وجود ارتباط طردي قوي بين هذه المتغيرات.

د. نتائج اختبار صحة الفرضية الرابعة: لإثبات صحة هذه الفرضية والفرضيات المتفرعة منها، تم إجراء اختبار تحليل التباين المشترك (Univariate Analysis Of Variance)، من اجل اختبار تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة بوجود المتغيرات الوسيطة (المعدلة)، وقد بينت نتائج هذا الاختبار وجود اختلاف في تأثير عناصر تطوير الموارد البشرية الصحية مجتمعة في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة. ويعزى هذا الاختلاف إلى القدرات المادية للمستشفيات، وحجم الموازنات والوسائل والبرامج المخصصة للتدريب والتعليم، بالإضافة إلى مدى وجود وصف وظيفي واضح للعاملين يمنع حدوث الازدواج والتداخل في المهام، ومن أسباب الاختلاف أيضاً مدى وجود ووضوح سياسات وأدلة العمل الإكلينيكية ومعايير الأداء، التي من شأنها أن توحد الممارسات وتصحح الانحرافات في الأداء، وتبين كيفية القيام بالعمل الصحيح، والوقت المناسب لكل خدمة وأولويات تقديم هذه الخدمات بحسب كل حالة ودرجة خطورتها على حياة المريض. وقد كانت نتائج اختبار الفرضيات المتفرعة من هذه الفرضية كما يلي:

- يختلف تأثير عنصر القيادة الإدارية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.
- لا يختلف تأثير عنصر الثقافة التنظيمية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.
- يختلف تأثير عنصر التمكين في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.
- يختلف تأثير عنصر الاستقطاب والاختيار في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.
- لا يختلف تأثير عنصر التوجيه والإرشاد في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.
- يختلف تأثير عنصر تقويم الأداء في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.
- يختلف تأثير عنصر التطوير والتدريب في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة.

- لا يختلف تأثير عنصر التطوير الوظيفي الداخلي والخارجي في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد باختلاف المتغيرات الوسيطة (الدعم الإداري للتدريب والتعليم، وجود الوصف الوظيفي الواضح للعاملين، السياسات السريرية والمهنية)، وهذا يعني قبول الفرضية العدمية، ورفض الفرضية البديلة.

4. الفصل الرابع: خصص هذا الفصل لدراسة العلاقات بين متغيرات الدراسة بهدف قياس أثر هذه المتغيرات على بعضها البعض، وبيان مدى تكامل نموذج الدراسة، وللبحث في اثر وقوة العلاقة بين متغيرات هذه الدراسة تم إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد - المتدرج (Multiple Linear Regression - Stepwise) بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وكذلك تم استخراج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وتحليل تباين الانحدار (ANOVA)، واختبار دلالة مربع معامل الارتباط (R^2)، وقد خرجت الدراسة بعدد من النتائج أهمها مايلي:

- أن قوة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة ذات دلالة إحصائية، وهذا يدل على الأهمية و التأثير الكبير لتطوير الموارد البشرية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد وتحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات اليمينية، وهذا ما تؤكدته نتائج حساب معامل الارتباط الثنائي لبيرسون الذي يشير إلى وجود ارتباط قوي موجب (طردى) بين هذه المتغيرات. بمعنى أنه كلما زاد الاهتمام والنجاح في تطوير الموارد البشرية الصحية زادت قدرة هذه المستشفيات على تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية وبأقل التكاليف.

- أعطت نتائج الاختبار تصوراً مقبولاً عن طبيعة وقوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة، حيث كان تأثير عنصر تقويم الأداء في المرتبة الأولى، فقد حاز على اكبر معامل ارتباط مع المتغيرات التابعة مجتمعة والذي بلغ (0.949) وهو قريب جداً من الواحد الصحيح، وهذا يعني وجود ارتباط قوي جداً بين عملية تقويم الأداء ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد، كما حاز عنصر الاستقطاب والاختيار للعاملين على المرتبة الثانية من حيث الأهمية وقوة الارتباط، يليه عنصر التمكين، يليه عنصر الثقافة التنظيمية ، يليه عنصر التطوير والتدريب، يليه عنصر التطوير الوظيفي، يليه عنصر القيادة الإدارية، ويأتي عنصر التوجيه والإرشاد في المرتبة الأخيرة.

- بينت نتائج الدراسة وجود تأثير متبادل للمتغيرات التابعة على المتغيرات المستقلة، حيث بينت النتائج بأن المتغير التابع (مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى) هو الأكثر تأثيراً، يليه معايير الإدارة، ويليه معايير الخدمة المجتمعية، يليها مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية، يليها معايير رعاية المريض، يليها معايير أمان وسلامة المريض، يليها مستوى الكفاءة التشغيلية، ثم مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية والوضع التنافسي على التوالي. وهذا التسلسل في التأثير يجب أخذه بنظر الاعتبار من أجل تحقيق النجاعة والكفاءة في عملية تطوير الموارد البشرية الصحية وتطبيق معايير الاعتماد.
- بينت نتائج الدراسة وجود علاقة قوية وتأثير متبادل بين المتغيرات المستقلة مع بعضها البعض، وبالتالي فإن التنفيذ الناجع لعملية تطوير الموارد البشرية الصحية يتطلب مراعاة قوة واتجاه هذه العلاقات، كونها عملية تكاملية، ونجاحها رهن بدرجة التكامل والتنسيق والموائمة بين عناصرها، نظراً لوجود علاقات قوية فيما بينها، فكل عنصر يؤثر ويتأثر ببقية العناصر. فقد بينت نتائج تحليل بيانات الدراسة بأن عنصر التطوير والتدريب للموارد البشرية كان العنصر الأكثر تأثيراً في بقية العناصر المستقلة، يليه عنصر الثقافة التنظيمية، ثم عنصر الاستقطاب والاختيار، يليه عنصر التمكين، ومن ثم عناصر: التطوير الوظيفي، القيادة الإدارية، تقويم الأداء، التوجيه والإرشاد، على التوالي.
- يوجد علاقة وتأثير متبادل بين المتغيرات الوسيطة مع بعضها البعض وهي علاقة قوية، كما يلاحظ أيضاً بأن الوصف الوظيفي الواضح هو العنصر الوسيط الأكثر تأثيراً في بقية العناصر، يليه السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري.
- يوجد علاقة قوية وتأثير متبادل بين المتغيرات التابعة مع بعضها البعض. أما من حيث اتجاه وقوة العلاقة والتأثير لكل عنصر على بقية العناصر فقد جاءت معايير الإدارة في المركز الأول من حيث الأهمية والتأثير في بقية العناصر، يليها معايير رعاية المريض، يليها معايير أمان وسلامة المريض، يليها معايير الخدمة المجتمعية، يليها عناصر الجودة الشاملة. وهذا يؤكد بأن معايير الاعتماد هي المتغيرات الأكثر تأثيراً على عناصر الجودة الشاملة، كما يشير بوضوح إلى أن تطبيق معايير الاعتماد يؤدي إلى تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى.

بناءً على ماسبق يخرج الباحث بالنتيجة الرئيسية الآتية:

أن أوفر الطرق لتحقيق الجودة الشاملة من خلال الاستفادة من الموارد المتاحة (وبدون الحاجة إلى حشد موارد مالية كبيرة)، تتمثل في التبني الطوعي لتطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية، وإن أوفر الطرق وأكثرها نجاعة في تطبيق هذه المعايير في المستشفيات هي وضع إستراتيجية لتطوير الموارد البشرية الصحية بحيث يتم مراعاة اتجاه وقوة العلاقة والتأثير المتبادل بين عناصر هذه العملية عند وضع خطط تنفيذها.

التوصيات

بناءً على النتائج التي خرجت بها الدراسة نوصي بما يلي:

1. من أجل تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات اليمنية ورفع مستوى جودة خدماتها نوصي بالتبني الطوعي لتطبيق معايير الاعتماد الدولية في المؤسسات الصحية، كونها تعطي تصورا واضحا عن أفضل الطرق والممارسات لتقديم أفضل الخدمات الصحية وتأدية الأعمال بالطرق الصحيحة في الوقت والمكان المناسبين.
2. توفر عناصر تطوير الموارد البشرية البيئة المناسبة التي من شأنها أن تمكن المستشفيات اليمنية من تطبيق معايير الاعتماد بكفاءة وفاعلية وتحقيق مستويات عالية من الجودة في خدماتها، لذا نوصي بالاستفادة من قوة واتجاه العلاقات والتأثير المتبادل بين متغيرات الدراسة؛ في تحديد أولوية التنفيذ للتقليل من تكاليف هذه العملية والتنفيذ الناجع لها.
3. تضمين مواد الإدارة والتطوير الصحي، والجودة، ونظام ومعايير الاعتماد، ضمن المواد الأساسية التي تدرس في المعاهد والكليات الصحية، من أجل نشر ثقافة الجودة. بالإضافة إلى تدريب الطلبة على تنفيذ السياسات وأدلة العمل الإكلينيكية السائدة في أفضل المستشفيات.
4. من أجل تحقيق إصلاح حقيقي في القطاع الصحي، والارتقاء بمستوى جودة خدماته، نوصي بإنشاء هيئة وطنية لاعتماد المؤسسات الصحية يكون الحصول على شهادة منها إجباري لكل المرافق الصحية العاملة في اليمن سواء كانت خاصة أم عامة.
5. قيام الدولة بإنشاء مراكز تدريبية وتطويرية، تهدف إلى تدريب الموارد البشرية الصحية العاملة في القطاعين الخاص والعام على أسس ومبادئ الجودة ومعايير الاعتماد الدولية، وكذا تدريبهم على أحدث الطرق والتطورات العلمية والتكنولوجية في المجال الطبي.
6. زيادة حجم الإنفاق الحكومي على الصحة من جهة، وتقديم الدعم والتسهيلات للمرافق الصحية الخاصة بما يضمن تخفيض الأعباء الحكومية التي تتحملها هذه

المرافق إلى أدنى حد ممكن، وتوفير الخدمات الأساسية اللازمة لتشغيل هذه المرافق مثل الكهرباء والماء وخدمات النظافة وغيرها (الالتزام بتوفير بيئة استثمارية ملائمة).

7. تبني إستراتيجية وطنية تهدف إلى تحقيق الاكتفاء الذاتي من الموارد البشرية الصحية والتوزيع العادل لها في مختلف مدن وقرى الجمهورية، وفي حالة وجود عجز نوصي بإنشاء هيئة متخصصة تابعة لوزارة الصحة تكون مهمتها الالتزام التام بتغطية العجز في الأيدي العاملة المتخصصة في المجال الصحي عن طريق استقدام كوادر صحية أجنبية مؤهلة وكفئة، بحيث تقوم هذه الهيئة بتعيين ملحق صحي في السفارات اليمنية في الدول المعروفة بوجود فائض في الأيدي العاملة الصحية المتخصصة مثل : مصر وأوزباكستان وطاجاكستان وغيرها من الدول، وتكون من ضمن مهام الملحق الصحي استقطاب الكوادر المتخصصة والراغبة في العمل في اليمن والتعاقد معهم، بعد اختبارهم من قبل أشخاص متخصصين والتأكد من صحة مستنداتهم ومؤهلاتهم وقدرتهم على التخاطب وفهم المريض اليمني. وتكون هذه الهيئة هي الهيئة الوطنية الوحيدة المرخص لها بتوفير الأيدي العاملة الصحية المتخصصة، وهي ملزمة بتلبية الطلبات الواردة إليها من المرافق الصحية الخاصة والعامة دون تأخير.

8. أن تعمل وزارة الصحة على تبني إصدار تشريع يحدد سقف ثابت وموحد للرواتب والمستحقات التي تُمنح للأيدي العاملة الصحية المحلية والأجنبية سواء في القطاع العام أو الخاص، على أن تمنح لهم بدلات وامتيازات يتم تحديدها بناءً على ظروف وطبيعة المنطقة التي سيعمل فيها. كما يحدد هذا التشريع عدد ساعات العمل والعطل وضوابط إنهاء الخدمة أو الانتقال إلى مرفق صحي آخر بما لا يؤثر على سير العمل في المرفق الصحي الحالي.

9. تخفيض رسوم الاستقدام والترخيص وغيرها من النفقات والرسوم التي تُفرض على المرافق الصحية الخاصة نتيجة توظيفها للكوادر الصحية المحلية أو الأجنبية، لكي لا تلجأ هذه المرافق إلى طرق غير رسمية في توفير حاجتها من الأيدي العاملة وتوظيفها بشكل غير مشروع.

10. أن تقوم وزارة الصحة بإصدار تشريع يحدد أسعار ثابتة للخدمات الصحية وتعممها على كل المرافق الخاصة بحيث تكون ملزمة للجميع لمنع أي تلاعب في الأسعار واستغلال حاجة المريض.

11. تطوير نظام معلومات صحي موحد، ترتبط به كل المرافق الصحية الخاصة والعامة في الجمهورية بشكل إلزامي، ويدار من قبل الإدارة العامة للمعلومات بوزارة الصحة، يهدف إلى تحقيق الآتي :

أ. تكوين بنك معلومات صحية وسجل مرضي لكل فرد من أبناء المجتمع، فبمجرد دخوله أي مرفق صحي، يستطيع الطبيب أن يحصل على التاريخ المرضي للمريض، إذا كان قد راجع أي مرفق صحي من قبل، وهذا من شأنه مساعدة الطبيب على تشخيص حالة المريض بشكل أفضل، ويمكن المريض من الحصول على خدمة صحية جيدة، بحيث يتمكن أي طبيب مرخص له بالعمل في هذا المرفق أن يحدث بيانات أي مريض في الجمهورية الذي يعرف بالبصمة والصورة والرقم الوطني، ويعطى لكل طبيب مرخص له رسمياً العمل في مرفق صحي معين كلمة مرور خاصة به تمكنه من الولوج إلى المنفذ الخاص بهذا المرفق فقط وتعتبر بمثابة توقيع لهذا الطبيب.

ب. تسجيل حالات الولادة والوفيات بشكل دقيق وبدون تحمل أي تكاليف سواء من قبل الدولة أو المواطن، وهذا من شأنه أن يساعد مختلف الجهات الحكومية في وضع السياسات والخطط التنموية والتطويرية في مختلف المجالات (الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية والصحية والتعليمية والأمنية والسياسية وغيرها)، وبالتالي تمكن الدولة من توقع احتياجات المجتمع وتسهيل من تلبيتها.

ج. تمكن وزارة الصحة من التردد الوبائي المبكر في حالة انتشار أو ظهور وباء أو مرض معين في أي منطقة من مناطق الجمهورية، لتتمكن الحكومة من اتخاذ التدابير اللازمة للحد من انتشاره والقضاء عليه.

د. يساعد في نجاح تطبيق نظام التأمين الصحي للمجتمع في حال قررت الحكومة ذلك. كونه يوفر قاعدة بيانات دقيقة تمكن الجهات المختصة من توقع الاحتياجات الطبية للمجتمع.

- هـ. يساعد وزارة الصحة في الرقابة على المرافق الصحية ومتابعة أداؤها بشكل دقيق.
- و. يساعد وزارة الصحة في توقع احتياجات المرافق الصحية من الأدوية والمستلزمات الطبية بشكل دقيق لتتمكن من رسم سياسة ناجحة لتوفيرها.
- ز. يساعد على التقليل من الأخطاء الطبية، لأنه يساعد في معرفة الأسباب التي أدت إلى حدوث أي خطأ طبي ومن الذي تسبب به. وبالتالي فهو سوف يساعد الجهات المختصة في الفصل في النزاعات الناجمة عن هذا النوع من الأخطاء.
- ح. يساعد في التعرف على المجرمين والهاربين من وجه العدالة وتتبع تحركاتهم، وكذا التعرف على المجهولين والمفقودين.

آفاق البحث

يحتوي هذا البحث على العديد من النقاط الهامة التي لم نتعرض لها، وعلى هذا الأساس يمكن اقتراح بعض هذه المواضيع للبحث فيها وهي كالتالي :

1. تطبيق نظام الاعتماد وعلاقته بالاقتصاد الوطني.
2. دور تطوير الموارد البشرية الصحية في تخفيض تكاليف تطبيق معايير الاعتماد.
3. اثر تطوير الموارد البشرية وتطبيق معايير الاعتماد في بقاء واستمرار المستشفيات في حالة حدوث أزمات أو حروب.
4. دراسة مقارنة بين المستشفيات الخاصة والعامة حول اثر تطوير الموارد الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد.

المصادر والمراجع

❖ المراجع باللغة العربية:

أولاً: القرءان الكريم.

ثانياً: الكتب العربية:

1. أبي الفضل محمد بن مكرم بن منظور، لسان العرب، المجلد الثالث، بيروت، دار لسان العرب، 1970م.
2. إبراهيم عبدالله المنيف، الإدارة : المفاهيم . الأسس . المهام، الرياض ، دار العلوم للطباعة والنشر، 1983م، ص 350.
3. احمد حسين بتال، مقدمة في البرنامج الإحصائي (spss 11.0) [على الخط]، العراق، جامعة الانبار، 2005م. متوفر على الموقع التالي: www.boosla.com.
4. احمد شوكت الشطي، تاريخ الطب وآدابه وأعلامه، طبعة خاصة، مديرية الكتب الجامعية، دمشق، 1982.
5. أحمد منصور، قراءات في تنمية الموارد البشرية، الكويت، وكالة المطبوعات، 1975م.
6. أسامة ربيع أمين، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج (SpSS)، ط2، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، 2007م.
7. بسيوني سالم، مفهوم وهيكل برنامج الاعتماد المصري، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-7 ديسمبر 2004م.
8. توفيق بن احمد خوجه ، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية، ط2، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004م.
9. توفيق بن احمد خوجه وآخرون، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.
10. توفيق خوجه وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.
11. جاري ديسلر، إدارة الموارد البشرية، ترجمه محمد سيد عبد المتعال وعبد المحسن جودة، الرياض، دار المريخ للنشر، 2003م.
12. جمال الدين لعويسات، إدارة الجودة الشاملة، الجزائر، دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2003م.

13. جمال الدين محمد المرسي: الإدارة الإستراتيجية للموارد البشرية، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006م.
14. جمال شعوان، مدخل لدراسة وتحليل البيانات الإحصائية تطبيقات على برنامج (SPSS)، ط2، رخصة المشاع الإبداعي للنشر، 2014م.
15. جمهورية مصر العربية، معايير اعتماد المستشفيات، الهيئة المصرية لاعتماد وحدات الرعاية الصحية، 2010.
16. حذيفة الخطيب، الطب عند العرب، بيروت، الأهلية للنشر والتوزيع، 1986.
17. الحسن بن عبدالله العسكري، الفروق اللغوية، دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع، 2014م.
18. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، ط2، الأردن، عمان، دار وائل للنشر، 2009م.
19. خالد بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، ط1، الرياض، جامعة الملك سعود، 2000.
20. خالد عبد الرحيم الهيتي، إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان، دار حامد للنشر والتوزيع، 1999م.
21. خضير كاضم حمود، إدارة الجودة الشاملة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007م.
22. خضير كاضم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، ط3، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010.
23. ديمينغ و روبرت هاغستروم ، ترجمة هند رشدي، إدارة الجودة الشاملة أسس ومبادئ وتطبيقات، القاهرة، كنوز للنشر والتوزيع، 2009م.
24. ستيفن سترالسر، ماجستير إدارة الأعمال في يوم واحد، الرياض، مكتبة جرير، 2005م.
25. سعد زغلول بشير، دليلك إلى البرنامج الإحصائي (SPSS)، العراق، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، 2003م.
26. سلمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة - الفلسفة ومداخل العمل، ج2، عمان- الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2010م.
27. سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان، الأردن، دار وائل للنشر، 2000م.

28. سيد سابق، فقه السنة، المجلد الثاني، ط1، بيروت، دار الفكر، 1977.
29. سيد محمد جاد الرب، إستراتيجيات تطوير وتحسين الأداء: الأطر المنهجية والتطبيقات العملية، مصر -الإسماعيلية، مطبعة العشري، 2009 م.
30. عادل زايد، الأداء التنظيمي المتميز الطريق الأفضل إلى منظمة المستقبل، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2006م.
31. عالية بنت خلف اخو رشيد، المساءلة والفاعلية في الإدارة التربوية، عمان ، دار مكتبة الحامد، 2006م، ص 79.
32. عبد الرحمن بن ناصر السعدي، بهجة قلوب الأبرار وقرّة عيون الأخيار في شرح جوامع الأخبار، السعودية، مطبوعات دار الأوقاف السعودية، 1423هـ.
33. عبد الرحمن توفيق، إستراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية، القاهرة، مركز الخبرات المهنية للإدارة (بيميك)، 1996م.
34. عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2005م.
35. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات- المفاهيم والتطبيقات، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عدد 377، القاهرة، دايناميك للطباعة، 2003م.
36. عبد المعطي عساف ويعقوب حمدان، تدريب وتنمية الموارد البشرية: الأسس والعمليات، ط1، عمان الأردن، 2000م.
37. عبدالسلام أبوقحف، أساسيات التنظيم و الإدارة، ط3، عمان-الأردن، ج1، دار المعرفة، 2001م.
38. عز حسن عبد الفتاح، التحليل الإحصائي باستخدام (SPSS)، القاهرة، 2005م، (ezzhassan@gotmile.com).
39. علي عباس، إدارة الأعمال الدولية :الإطار العام،الأردن -عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2007م.
40. عمر سعيد الأيوبي، معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات، ط 3، لبنان- بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون، 2011.
41. عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية: بعد استراتيجي، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، 2005م.

42. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، ط1، عمان- الأردن، إثراء للنشر والتوزيع، 2008م.
43. فريد عبد الفتاح زين الدين، فن الإدارة اليابانية - حلقات الجودة المفهوم والتطبيق، القاهرة، دار الكتب المصرية، 1998م.
44. فوزي عبد الرحمن أصيل، طرق اختيار وتقييم الموظفين، الرياض، مكتبة العبيكان، 2000م.
45. قاسم عبد الرحمن وآخرون، التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م.
46. قاسم نايف المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، عمان، دار شروق، 2006م.
47. اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009م.
48. ماري برود، جون نيو ستروم، تحويل التدريب: استراتيجيات نقل أثر التدريب إلى حيز التطبيق، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، ط2، بميك مصر، 1997م.
49. محمد بن دليم القحطاني، إدارة الموارد البشرية - نحو منهج استراتيجي متكامل، ط2، مكتبة العبيكان للنشر، الرياض، 2008م.
50. محمد صالح شرار، التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى، 2009م.
51. محمد عبد الغني المصري، أخلاقيات المهنة، ط1، عمان، الأردن، مكتبة الرسالة، 1986م.
52. محمد قاسم القريوتي، السلوك التنظيمي، ط4، القاهرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2003، ص 181.
53. مدحت محمد ابو النصر، تنمية مهارات بناء الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، سلسلة تنمية المهارات، القاهرة، ايتراك للنشر والتوزيع، 2005م.
54. موسى اللوزي، التطوير التنظيمي أساسيات ومفاهيم حديثة، ط1، عمان الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 1999م.

55. موسى اللوزي، التنمية الإدارية : المفاهيم، الأسس، التطبيقات، ط1، عمان، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 2000م.
56. مؤيد سعيد السالم، عادل حرحوش صالح إدارة الموارد البشرية :مدخل استراتيجي، الأردن -أريد، عالم الكتب للنشر والتوزيع، 2002م.
57. نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبدالله باشيوه، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، ط1، الأردن، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2011م.
58. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008م.
59. هشام الطالب ، دليل التدريب القيادي، ط 3، القاهرة، الدار العربية للعلوم، 2006م.
60. هشام بركات بشر حسين، تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، القاهرة، دار النشر الالكتروني، 2007م.
61. وليد عبد الرحمن الفراء، تحليل بيانات الاستبيان باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، المملكة العربية السعودية، الندوة العالمية للشباب الإسلامي، إدارة البرامج والشؤون الخارجية، 1430هـ.

ثالثا: الرسائل و الاطاريح العلمية:

62. بسام حسن زاهر، مدخل مقترح لرفع كفاءة وفعالية نظم توكيد الجودة من منظور إدارة الجودة الشاملة - دراسة تطبيقية على الشركات الصناعية المصرية بقطاع الأعمال العام الحاصلة على شهادة الايزو، أطروحة دكتوراه، كلية التجارة، جامعة عين شمس، 2002م.
63. رياض بن صوشة، تنمية الموارد البشرية مدخل استراتيجي لتحقيق الميزة التنافسية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2007م.
64. صلاح هادي الحسيني، القيادة الإدارية وأثرها في تطوير إدارة الموارد البشرية استراتيجيا، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية في الدنمارك، كلية الإدارة والاقتصاد، 2009، ص52.
65. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - قسم علوم التسيير، 2007-2008.

66. علي الحميري، دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم ثقافة الجودة الشاملة: بالتطبيق على شركات القطاع الصناعي اليمني الحاصلة على شهادة الجودة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر3، 2011م.
67. علي عبد الله، اثر البيئة على أداء المؤسسة العمومية الاقتصادية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في التسيير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 1999م.
68. لمى فيصل أسبر، مدخل لرفع الكفاءة والفعالية المصرفية من منظور إدارة الجودة الشاملة - دراسة ميدانية على المصارف الحكومية في الجمهورية السورية، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، 2009م.
69. مازن عبد العزيز مسودة، اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة، أطروحة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004م.
70. محفوظ أحمد جودة، تحديد احتياجات التدريب وأثره في إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001م.
71. منير مصلح الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 3، 2012م.
72. موزاوى سامية، مكانة تسيير الموارد البشرية ضمن معايير الايزو وإدارة الجودة الشاملة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - جامعة الجزائر، 2004.
73. ناصر امين احمد علي، مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات حالة قطاع الاتصالات في الجمهورية اليمنية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2012م.
74. هشام بوكوفوس، أساليب تنمية الموارد البشرية في المؤسسة الاقتصادية العمومية الجزائرية (بحث ميداني)، رسالة ماجستير، الجزائر، جامعة الإخوة منتوري - قسنطينة، 2006م.
75. وفاء نايل عطاء الله كرادشة، تحقيق الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله، رسالة ماجستير، الأردن، جامعة المستقبل، 2012م.

رابعاً: الدوريات العلمية المحكمة:

76. بن زاهي منصور و الشايب محمد الساسي، التدريب كأحد مقومات الأساسية لتنمية الكفاءات البشرية، ورقة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، 2005، ورقة -الجزائر.
77. خالد العمري، السلوك القيادي لمدير المدرسة وعلاقته بثقة المعلم بالمدير وبفاعلية المدير من وجهة نظر المعلمين، مجلة أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (8)، 1992م . ص 174.
78. زايد مراد، منير الوصابي، العلاقة التكاملية بين نظم الجودة والاعتماد في تحسين أداء المؤسسات الصحية، مجلة دراسات يمنية، العدد (104-105)، 2012.
79. عايدة سيد خطاب وصلاح منصور عباس، اثر نظام إدارة الجودة على تقييم أداء العاملين - بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة، سعيد يس عامر (محرر)، الإدارة وتحديات التغيير، القاهرة، مركز وايد سرفس للاستشارات والتطوير الإداري، 2001م، بحث مقدم إلى مؤتمر الإدارة وتحديات التغيير.
80. عبد الباري حاتم زين العابدين، اعتماد المستشفيات في السودان - مدخل إلى اعتماد المستشفيات، السودان، المجلة الصحية لجمهورية السودان، العدد (2)، ابريل 2007م.
81. عبد المحسن نعساني ، عمر وصفي عقيلي ، ياسمين حلوبي، قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية، مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 2001، 2007م.
82. علي عبد الله، العولمة وادارة المواد البشرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والتجارة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008م.
83. نعيمة بارك، تنمية الموارد البشرية وأهميتها في تحسين الإنتاجية وتحقيق الميزة التنافسية، مجلة اقتصاديات شمال أفريقيا، العدد السابع.

خامساً: التقارير الحكومية:

84. تقرير الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2012م.
85. الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، وزارة الصحة العامة والسكان، 2010م.

86. الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية 2014-2020، وزارة الصحة العامة والسكان، قطاع التخطيط والتنمية الصحية.
87. الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 1992م، الجهاز المركزي للإحصاء.
88. الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2001م، الجهاز المركزي للإحصاء.
89. الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2007م، الجهاز المركزي للإحصاء.
90. الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2009م، الجهاز المركزي للإحصاء.
91. الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي لعام 2010م، الجهاز المركزي للإحصاء.
92. الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010، وزارة الصحة العامة والسكان.
93. الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2011-2015م.
94. الجمهورية اليمنية، المسح الوطني الصحي الديمغرافي 2013م، التقرير الأولي.
95. الجمهورية اليمنية، تحليل واقع الموارد البشرية الصحية بالجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان، 2012م.
96. الجمهورية اليمنية، تقرير الجهاز المركزي للإحصاء 2012م.
97. الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج1، 2005م.
98. الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الإرشادات الإدارية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج2، 2005م.
99. المملكة الأردنية الهاشمية، اعتماد المستشفيات، الخدمات الطبية الملكية.
100. المملكة الأردنية الهاشمية، خطوة رائدة نحو التميز، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC)، 2009م.
101. المملكة الأردنية الهاشمية، دليل الجودة في الخدمات الطبية الملكية، الخدمات الطبية الملكية.

102. المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، شعبة التفتيش في الخدمات الطبية الملكية، 2007م.
103. المملكة الأردنية الهاشمية، معايير اعتماد المستشفيات، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، ط2، 2009م.
104. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2010م.
105. منظمة الصحة العالمية، المرئيات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، 2011م.
106. وزارة الصحة الأردنية، الإستراتيجية الصحية الوطنية 2006 - 2010. عمان، الأردن، 2006.
107. وزارة الصحة الأردنية، المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات، النسخة الثالثة. عمان، الأردن، 2005م.

❖ المراجع باللغة الأجنبية:

108. Binshan Lin, Francine Ogunyemi, "Implications of Total Quality Management in federal services: the US experience", International Journal of Public Sector Management, Vol 9, No 4, 1996.
109. Brown A. Janet, The Healthcare Quality Handbook. USA: JB Quality Solutions, INC, 2005.
110. Clinton O. Longenecker, Joseph A. Scazzero, " Improving service quality: a tale of two operations", Managing Service Quality, Vol 10, Number 4, 2000.
111. Daniel R, Tobin, "Transformational Learning : Renewing Your Company Through Knowledge & Skills", Jhon Wiley & Sons ,Inc, N, Y, (USA), 1996.
112. David Simmon & Mark Shadur, Total Quality Management and Human Resources Management, Employee Relations, Vol 17, Issue 3, 1995.
113. Drummond, Helga, The Total Quality Movement, UBSPD,INDIA, 1994.
114. Erwin Rausch," More effective leadership can bring higher service quality", Managing Service Quality, Vol 9, Number 3, 1999.

115. Evans , James R ., & Collier David A., Operations Management , Thomson South Western , Boston, 2007.
116. Fuentes M. MAR et. Al. "Total quality management, Strategic Orientation and Organizational Performance: the Case of Spanish Companies", Total Quality Management, April, Vol. 17, No. 3, 2006.
117. Gary, J, Mihalik, " A creditors Seek to Integrate Performance Management" Behavioral Health and Accreditation & Accountability Alert, Vol 6, Issue 5, May 2001, Pp 3-5.
118. Georges Archier, Olivier Elissalt, Alain setton, mobiliser pour réussir, 3^{ème} type, mode d'emploi, édition du seuil, 1989.
119. Ghobadian, A, Speller, S, Jons, M, "Service Quality- Concepts and Models", International Journal of Quality and Reliability Management, 1994, p 52.
120. Glenn M. Mevoy & Gayln Nchandler , "Entrepreneurship Theory and practice Waco", THE tom Magazine, vol 15, Issue 1, 2000.
121. Gopal K Kanji, "Forces of excellence in Kanji's Business Excellence Model", Total Quality Management, Vol 12, Issue 2, March 2001.
122. Gopal K. Kanji, "Performance measurement system", Total Quality Management, Vol 13, No 5, 2002.
123. Harper Daphine G. Ashkanasy. Neal M , "Implementing Quality Service in A Public Hospital Setting", Productuly & Management Review, Vol 121, Issue 1, sep, 1997.
124. Huntington June, Gilliam Stephen, Rosen Rebecca, "Organizational Development for Clinical Governance", British Medical Journal, Vol 3&4, Issue 7262, Sept 2000.
125. James D. Robinson III et. Al. " An Open Letter: TQM on the Campus ", Harvard Business Review, November-December 1991.
126. John S. Oakland, Robin D. Waterworth, "Total quality management training: a review and suggested framework", Total Quality Management, Vol. 6, No. 5, 1995.
127. JOINT COMMISSION INTER NATIONAL ACCREDITATIONS STANDARDS FOR HOSPITALS, 3rd Edition (2008), By Joint Commission Inter National.
128. Josephine Yong; Adrian Wilkinson, " In search of quality: the quality management experience in Singapore", International journal of quality & reliability management, Vol. 18, No. 8, 2001.

129. Judy Schueler, " Customer service Through Leadership: The Disney Way", Training & Development, October 2000.
130. Kay Emis & Denis Harrington, Quality Management of Health Care, Quality Assurance, Vol 12, Issue 6, Nov 1999.
131. Krishnan R., (Rami) Shani A. B., Grant R. M., Baer R., " In search of Quality improvement: Problems of design and implementation", Academy of management Executive, Vol.7, No.4, 1993.
132. Langbert, Mitchell, "Human Resources Management And Deming Continuous Improvement", Journal of Quality Management, Vol 5, Issue 2000.
133. Longo C. R. J., Cox M. A. A., "Total Quality Management in financial services: Beyond the fashion the reality has to take off", Total quality management, Vol.8, No.6, 1997.
134. Mani T. P., N. Murugan, C. Rajendran, " Classical approach to contemporary TQM: an integrated conceptual TQM model as perceived in Tamil classical literature", Total Quality Management, Vol. 14, No. 5, 2003.
135. Margaret foot & caroline Hooh, Introducing Human Resource Management, 2nd, England Addison Wesley Longman limited, 1999.
136. Mex Appleby & Cyntbia Jackson, "The Impact of Lip, On TQM & Staff Motivation in General Practice" International Journal of Health Care Quality Assurance, 2000.
137. Myron. D, Fttler. S, Ropert Hernandes, Charies L. Joiner, Essentials of Human Resources Management, Delmar Publisher, (USA), 1998.
138. Quoted Myron, S, Robert, Hernandes, Charles L, Joiner, Essentials of Human Resources Management, Delma Publisher, (USA), 1998.
139. REGIONAL COMMITTEE FOR THE, EM/RC50/Tech.Disc.1, EASTERN MEDITERRANEAN, August 2003, Fiftieth Session, Agenda item7, TECHNICAL DISCUSSIONS ACCREDITATION OF HOSPITALS AND MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS–CHALLENGES AND FUTURE DIRECTIONS, A HOSPITALS.
140. Richard Dafi & Raymond. A. Noe, Organizational Behavior, Hart court College Publishers, USA, 2001.
141. Roert Seaker, Matthew A. Waller, " Brainstorming: The common thread in TQM, empowerment, re-engineering and

- continuous improvement", International Journal of Quality, Vol 13, Number 1, 1996.
- 142.** Roger Ellis & Dorothy Whittington, " Quality Assurance in Health Care: A Handbook, Edward Arnold, London, 1993.
- 143.** Rumrill, J. R, Phillip D, Roessler, etal, " New Direction in Vocational Rehabilitation: A Career Development Perspective in Closure", Journal of Rehabilitation, Vol 65, Issue 1, June-March 1999.
- 144.** Samantha Blaume, " Evaluating Clinical Performance", Health Source, Vol 6, Issue 4, Aprile 2003.
- 145.** Sang M. Lee, FredLuthans," Total Quality Management: Implications for Central and Eastern Europe", Organizational Dynamics, 1995,Vol.20, Issue 4.
- 146.** Saravanan R., Rao K.S.P.," Development and Validation of an Instrument for Measuring Total Quality Service", Total Quality Management, Vol. 17, No. 6, July 2006.
- 147.** Scrivens Ellie, "Policy Issues in Accreditation", International Journal for Quality in Health Care, Volume 10, Number 2, 1998.
- 148.** Simon S.K. Lam, "Quality management and job satisfaction: an empirical study", International Journal of Quality & Reliability Management, Vol.12, No.4, 1995.
- 149.** Sue Jackson, " Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions", International Journal of Health Care quality Assurance,Vol.14, No. 4, 2001.
- 150.** Sureshchander,G.S, Rajendian et.al,"A Conceptual Model For Total Quality management in Service Organization", Total Quality Management, Vol 12, Issue 3, May 2001.
- 151.** Susan Oakland, John S. Oakland, " Current people management activities in world-class organization", Total Quality Management, Vol 12, No 6, 2001.
- 152.** Tata Jasmine, & Parsad sameer, Cultural & Structural Constraints on Total Quality Management, Total Quality Management, Vol 9,Issue 8 Dec 1998.
- 153.** Wass Vale, Van der Vleuten Cees, Shatzer John Jones Roger, " Assessment of Clinical Competence ", Laneet, Vol 357, Issue 9 260, 3L2L 2001.
- 154.** Yang-Kyun Kima_, Chul-Ho Chob, Seo-Kyu Ahnb, In-Ho Gohb and Han-Joong Kim, "A study on medical services quality and its

influence upon value of care and patient satisfaction – Focusing upon outpatients in a large-sized hospital”, Total Quality Management, Vol. 19, No. 11, November 2008.

155. Zia'aluq & Thomas Martin, " Work Force Cultural Factors in TQ, CQI, Implementation in Hospitals", Quality Management in Health Care, Vol 4, Issue 2001.

❖ مواقع الانترنت:

- .156 < <http://www.isqua.org> >.
- .157 < <http://www.jointcommission.org> >.
- .158 < www.kingsfund.org.uk >.
- .159 < <http://ar.jointcommissioninternational.org/enar/About-JCI> >.
- .160 < <http://ar.jointcommissioninternational.org> >.
- .161 < <http://www.achs.org.au> >.
- .162 < www.cchsa-ccsma.usask.ca >.
163. <http://almasdaronline.com/article/47701> in 29/11/2015 at 11:00
164. <http://demo.batelco.jo/jrms/Portals/0/Patients%20services/procho>.
< [urs/approval%20info.doc](http://demo.batelco.jo/jrms/Portals/0/Patients%20services/procho/urs/approval%20info.doc) >.
165. <http://sghsanaa.com/page.php?id=11> in 29/11/2015 at 10:30 pm.
166. <http://wikimapia.org/855185/ar> in 26/11/2015 at 9:30 pm.
167. <http://www.felixnews.com/news-1212.html> in 29/11/2015 at 8:30 pm.
168. <http://www.usthyemen.com/ar/index.php?Id=4> in 29/11/2015 at 9:00 pm.
169. <http://www.xavier.edu/hrd/>.
170. www.altibbi.com in 26/11/2015 at 9:00 pm.
171. احمد الكردي [على الخط]، قياس جودة الرعاية الصحية، 2011، للإطلاع أكثر متوفر على الموقع التالي: <<http://kenanonlin.com/users/Ahmedkordy/poste/156677>>
172. بو صافي كمال، عدمان مريزق، الإطار النظري لدور الاعتمادية في تحسين الخدمات الصحية، ص2، [على الخط] متوفر على الموقع التالي: <http://www.pharmacorner.com/default.asp?action=article&ID=966>
173. بيان معلومات الاعتماد في مجال الرعاية الصحية [على الخط]، متوفر للإطلاع على الموقع التالي:

<http://demo.batelco.jo/jrms/Portals/0/Patients%20services/prochour/s/approval%20info.doc>.

174. اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي - التحدّيات والتوجّهات المستقبلية، الدورة الخمسون، القاهرة، 9/29 - 2003/10/2 القاهرة، 9/29 - 2003/10/2
<http://www.emro.who.int/arabic/RC50/DocTech1a.htm>.

175. اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئية، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية: مسؤولية مشتركة، الاتجاهات الراهنة والمستقبلية والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها، [على الخط] متوفر على الموقع التالي: <http://www.emro.who.int>.

176. المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، اعتماد المستشفيات [على الخط]، الأردن، ص1، متوفر على الموقع: www.jrms.gov.jo (تم التصفح في 1مارس 2013، الساعة 00:15).

177. الموقع الرسمي لمستشفى 48 النموذجي [على الخط]، 2011م، الصفحة الرئيسية، متوفر على الموقع التالي: (in 31/5/2014) <<http://48mh.com>>.

178. ياسر عبد المغني، مستشفى 48 النموذجي [على الخط]، حوار أجراه العطاب نشوان، اليمن، الصحيفة الالكترونية لوكالة الأنباء اليمنية سبأ، 2011م، متاح على: <http://www.sabanews.net> (in 31/5/2011).

❖ المقابلات الشخصية:

179. احمد الصعفاني، الحصول على شهادة الجودة ايزو 2009 في علم المختبرات، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 14/9/2011م.

180. ماجد الشرعبي، تطبيق الجودة في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 15/5/2011م.

181. منير دخان، التعليم المستمر في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الباحث، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 5/5/2011م.

الملاحق

استبيان موجه لمعرفة رأي الإدارة والموظفين في مستشفى ()

أخي الموظف/ أختي الموظفة المحترم

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان (أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة (كفاءة وفاعلية) تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية). أرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، علماً أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

الباحث

أ. منير مصلح الوصابي
موبايل: 777405390

Email: muneeralwsaby@yahoo.com

أولاً : المعلومات العامة

- السن اقل من 30 سنة 31-40 سنة 41-50 سنة 50 سنة فما فوق
- الجنس: ذكر أنثى
- الحالة الاجتماعية عازب متزوج أرملة
- المؤهل العلمي ثانوية عامة دبلوم بكالوريوس دبلوم عالي ماجستير دكتوراه
- التخصص إداري تمريض صيدلاني مختبرات أشعة تخدير طب عام استشاري
- عدد سنوات الخبرة اقل من خمس سنوات 6-10 سنوات 11 سنة فما فوق
- (المستوى الإداري) مدير عام أو نائب مدير إدارة رئيس قسم مشرف موظف
- بدأ المستشفى بتطبيق برنامج الجودة وتطبيق معايير الاعتماد منذ:
 عام عامين ثلاثة أعوام أربعة أعوام خمسة أعوام فما فوق
- حصل المستشفى على شهادة في الجودة (ISO) (GCI) لم يحصل على أي شهادة
غير ذلك اذكره

ثانيا : بين مدى موافقة العبارة مع واقع الممارسة في المستشفى الذي تعمل به حسب المقاييس التالية؟

- موافق بشدة: تصف هذه العبارة المستشفى وصفا دقيقاً وأن هذا النشاط أو الممارسة ترمع المستشفى تماماً.
- موافق: تصف هذه العبارة المستشفى بشكل عام، مع وجود قدر كبير من البيانات على وجود هذا النشاط أو هذه الممارسة في المستشفى.
- غير متأكد: وتعني بأنك غير متأكد من الكيفية التي تصف بها مدى تطبيق هذا النشاط أو الممارسة في المستشفى.
- لا أوافق: هذه العبارة تعني بان درجة الالتزام بتطبيق هذا النشاط أو الممارسة قليلة في المستشفى.
- لا أوافق بشدة: هذه العبارة تعني بان المستشفى غير ملتزم تماماً أو لا يطبق هذا النشاط أو الممارسة ولا يوليها أي اهتمام.

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1-1		القيادة الإدارية					
	1	تهتم القيادة بتطوير العاملين والاستثمار في تدريبهم في كل المستويات.					
	2	تتبع الإدارة الاستشارة والمشاركة في توجيه العاملين واتخاذ القرارات التي تهمهم.					
	3	ترتبط القيادة ما بين التطوير والتدريب للعاملين والتحسين المستمر كهدف استراتيجي.					
1-2		القيادة الإدارية والجودة الشاملة					
	4	توجد رؤيا مشتركة بين الإدارة والعاملين نحو التحسين المستمر للجودة في المستشفى					
	5	تتضمن رسالة وأهداف المستشفى فلسفة التحسين المستمر للجودة					
	6	تلتزم الإدارة بقييم التحسين المستمر للجودة وثقافتها في جميع خططها					
2-1		الثقافة التنظيمية					
	7	يشجع الجو التنظيمي في المستشفى على الإبداع والابتكار في كل الممارسات					
	8	يشعر العاملون بالاحترام وأهمية العمل الجماعي والاندماج في العمل					
	9	تشجع القيم والمعتقدات والسلوكيات الإدارية على حل المشكلات وصنع القرارات بحرية					
2-2		الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة					
	10	يسهل المناخ التنظيمي عمليات الاتصال ومشاركة الجميع في					

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا بشدة أوافق
		التحسين المستمر للجودة					
	11	تشجع التوجهات والقيم والمعتقدات في المستشفى التحسين المستمر للجودة					
	12	يشترك جميع المدراء والقياديين الصحيين في استحداث ثقافة مناسبة للجودة					
3-1		التمكين					
	13	تشجع الإدارة العاملين على المشاركة والاندماج في صنع القرارات التي تؤثر عليهم دوماً					
	14	تزود الإدارة العاملين بالمعرفة والمهارات والقيم الضرورية لتحسين كل الممارسات					
	15	تقوم الإدارة بالجهد الكافي لتبادل الأفكار والمشاعر مع العاملين في المستشفى					
3-2		التمكين والجودة الشاملة					
	16	يوجد أنظمة محددة لاندماج كل العاملين في عملية التحسين المستمر للجودة					
	17	يندمج العاملون في حلقات الجودة وطرق التحسين للجودة والتدقيق على العمليات					
	18	يوجد لدى العاملين حرية كافية لصنع واتخاذ القرارات المتعلقة بالمريض(المستهلك)					
4-1		الاستقطاب والاختيار للعاملين					
	19	تركز معايير الاستقطاب والاختيار للعاملين على المعارف والمهارات والسلوكيات الملائمة للممارسة					
	20	سياسة الاستقطاب والاختيار للعاملين الجدد جماعية وضمن إستراتيجية المستشفى					
4-2		الاستقطاب والاختيار والجودة الشاملة					
	21	تتضمن عملية الاستقطاب والاختيار للعاملين معايير التحسين المستمر للجودة					
	22	يتم التركيز في عملية اختيار العاملين الجدد على معيار معرفة العمل وفهم أسس الجودة					
5-1		التوجيه والإرشاد					
	23	يتوفر لدى المستشفى برنامج توجيه وإرشاد مستمر لكل موظف					
	24	يتوفر في المستشفى مرشدون ومدربون لتدريب وتعليم الموظفين الجدد لدمجهم في مجتمع المستشفى					
5-2		التوجيه والإرشاد والجودة الشاملة					
	25	تتوفر لدى المستشفى أدلة عمل إرشادية وتوجيهية لتعزيز كفاءة الأداء وجودة العمل للموظفين الجدد					
	26	يتم التدريب على وسائل وأدوات الجودة خلال عملية التوجيه					

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
		والإرشاد					
	27	المعارف والمهارات والسلوكيات المتعلقة بالجودة مدرجة في دليل إجراءات المستشفى					
6-1		تقويم الأداء					
	28	يكافأ الانجاز الشخصي وليس فقط تقويم الجماعة والرفقاء					
	29	تقويم الأداء عادل ويركز على الجوانب المعرفية والسلوكية والفنية في الأداء والعمل					
	30	يزود العاملون بالتغذية العكسية (التصحيفية) عن أدائهم					
6-2		تقويم الأداء والجودة الشاملة					
	31	يعزز تقويم الأداء نتائج الأعمال ونجاح المستشفى وجودة الممارسة					
	32	تتضمن عملية تقويم الأداء لكل موظف معايير التحسين المستمر للجودة					
	33	يعزز تقويم الأداء الرضا في العمل وتحسين الجودة					
7-1		التدريب والتطوير					
	34	يوجد رضا عن عدد ونوعية برامج التدريب والتطوير المتاحة					
	35	الموظفون قادرون على تطبيق المعارف والمهارات والسلوكيات المكتسبة في التدريب					
	36	يقدم المستشفى تدريب يفي بمتطلبات العمل					
7-2		التدريب والتطوير والجودة الشاملة					
	37	يتم التركيز على التدريب والتطوير للتحسين المستمر والتميز في الأعمال					
	38	التدريب والتعليم المتعلق بالجودة متوفر للمدراء والعاملين					
	39	تركز أهداف وسياسات التدريب على التحسين المستمر للجودة					
8-1		التطوير الوظيفي					
	40	يتاح للعاملين المشاركة والاندماج في نشاطات التطوير الوظيفي					
	41	برامج التطوير الوظيفي متاحة داخل المستشفى وخارجه					
	42	تتم مناقشة برامج التطوير الوظيفي مابين الرؤساء والمروسين					
8-2		التطوير الوظيفي والجودة الشاملة					
	43	الوسائل التكنولوجية والتدريبية متوفرة للتقدم الوظيفي وتحسين جودة العمل					
	44	تتاح للعاملين فرصة للاندماج في النشاطات المعززة للتطوير الوظيفي المرتبطة بالجودة					

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	متغيرات الدراسة وعناصرها	التسلسل	رقم المتغير
---------------------	-------------	--------------	-------	---------------	--------------------------	---------	----------------

المتغيرات الوسيطة أو الداعمة							
					الدعم الإداري للتدريب والتعليم	1	
					تخصص الإدارة مصادر كافية للتدريب والتعليم والتحسين المستمر لجميع أقسام المستشفى	45	
					الموازنات والمدربين والأجهزة والمواد كافية للتدريب والتعليم لتحسين الأداء	46	
					هناك أنواع مختلفة من برامج التدريب والتعليم متوفرة للعاملين في كل أقسام المستشفى	47	
					تدعم خطط المستشفى برامج التدريب والتعليم للمدراء والعاملين	48	
					السياسات الإدارية المتعلقة بالعنصر البشري	2	
					تركز السياسات الإدارية على تطوير العاملين في كل المستويات الإدارية	49	
					تدعم سياسات المستشفى برامج التعليم والتدريب للمدراء والعاملين	50	
					معايير الأداء مكتوبة وواضحة ومعروفة ومحدثة لكل فئات العاملين	51	
					السياسات السريرية والمهنية	3	
					بروتوكولات الممارسة السريرية والفنية مكتوبة ومحدثة لكل المستويات الطبية والفنية	52	
					معايير الرعاية والممارسة مكتوبة وواضحة ومحددة لكل فئات العاملين السريريين والفنيين	53	
					أدلة العمل الإكلينيكية والسياسات والإجراءات الطبية والفنية واضحة ومكتوبة ويتم تحديثها دورياً	54	
					الوصف الوظيفي للعاملين	4	
					يبين الوصف الوظيفي المهارات والمعارف والسلوكيات لانجاز الأعمال وتحسينها	55	
					يركز الوصف الوظيفي على التحسين المستمر للجودة	56	
					يتضمن الوصف الوظيفي معايير متعلقة بالتدريب والتطوير	57	

المتغيرات التابعة: معايير الاعتماد وعناصر الجودة الشاملة في المستشفيات							
					مستوى رضا مقدم الرعاية الصحية	1	
					يقاس رضا العاملين دورياً من خلال المسح والاتصال غير الرسمي ويتم تهمين انجازاتهم	58	
					العاملون راضون عن الأداء الكلي للمستشفى	59	

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
	60	نظام التظلمات والشكاوى متوفر للعاملين لحل المشكلات بموضوعية وشفافية ويتيح متابعة قضاياهم					
	61	تعتبر بيئة العمل الداخلية في المستشفى مكانا مريحا للعامل					
2		مستوى التحسين المستمر لعمليات وتقنيات الرعاية (الخدمات الإدارية والسريية والفنية)					
	62	يعمل العاملون المدربون على حل المشكلات وتحسين العمليات باستمرار					
	63	ينتج عن تطوير وتدريب العاملين تحسين مستمر في الأداء					
	64	تخصص الإدارة مصادر بشرية وتكنولوجية ومالية ومعلوماتية كافية للتحسين المستمر					
	65	تجري الإدارة عملية مقارنة مع المستشفيات المنافسة بشكل دوري					
	66	يوجد تركيز على استخدام طرق التحسين المستمر لجودة الخدمة					
	67	تتوفر معايير الجودة الإدارية والسريية والفنية لمقارنة وتدقيق العمليات والممارسات					
3		مستوى التحسين المستمر للعلاقات مع المرضى					
	68	يستجيب العاملون لخدمة المرضى في الوقت والمكان المناسبين					
	69	تتخذ الإدارة إجراءات كافية لتحديد حاجات ورغبات المرضى وتلبيتها باستمرار					
	70	يوجد تحليل دوري لملائمة وفعالية الرعاية الصحية المقدمة					
4		مستوى الكفاءة التشغيلية					
	71	يعزز التدريب والتطوير إنتاجية العاملين					
	72	تدرك الإدارة أهمية الجودة في تخفيض الكلفة					
5		الوضع التنافسي للمستشفى					
	73	يجذب التميز في الخدمة الصحية مستهلكين آخرين للمستشفى					
	74	يؤدي التميز في الأداء إلى بقاء العاملين في المستشفى وتخفيض معدل دوران العمل					
	75	تتوفر دراسات للمقارنة مع المنافسين بإتباع معايير جودة دولية					
	76	يجذب التميز في الأداء قوى عاملة كفؤه					
6		معايير رعاية المريض					
	77	خدمات المستشفى متاحة للجميع					
	78	يقوم المستشفى بتصميم واستخدام آلية تكفل استمرارية الرعاية للمريض والتنسيق بين المهنيين					
	79	يقوم المستشفى بتأمين خطوات تكفل حقوق المريض وأهله أثناء تقديم الرعاية					
	80	مسؤوليات وواجبات المريض وذويه محددة ومطبقة					

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا بشدة أوافق
	81	يطبق المستشفى برنامج دوري للتقييم العام لكافة خدماته وأقسامه					
	82	خدمة المعامل (المختبرات) متاحة للجميع وبجودة عالية					
	83	خدمة الأشعة متاحة للجميع وبجودة عالية					
	84	يتم تثقيف المريض وأسرته حول حالة المريض والخطة العلاجية لحالته					
	85	الرعاية التغذوية متوفرة في المستشفى وبجودة عالية					
	86	الرعاية المتعلقة بالألم متوفرة وبجودة عالية.					
	87	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ متوفرة وبجودة عالية.					
	88	معايير الحالات العامة معروفة ومطبقة من قبل المختصين في المستشفى					
	89	معايير الحالات ذات الخطورة معروفة ومطبقة من قبل المختصين					
	90	معايير التخدير معروفة ومطبقة من قبل المختصين					
	91	معايير الجراحة معروفة ومطبقة من قبل المختصين					
	92	معايير الصيدلية واستعمال الدواء معروفة ومطبقة من قبل المختصين					
	93	معايير استخدام الدم ومشتقاته معروفة ومطبقة من قبل المختصين					
7		معايير أمان وسلامة المريض					
	94	يتم التحكم في انتشار العدوى في المستشفى.					
	95	يوجد اهتمام كبير بعملية التطهير والتعقيم من قبل إدارة المستشفى والعاملين فيه.					
	96	يوجد اهتمام كبير بأمان وسلامة المريض من قبل إدارة المستشفى والعاملين فيه					
	97	يوجد اهتمام كبير بالسلامة البيئية من قبل إدارة المستشفى والعاملين فيه					
	98	برنامج الصحة والسلامة المهنية موجود ومطبق في المستشفى					
	99	يتلاءم تصميم مبنى المستشفى مع الخدمات المقدمة حسب اللوائح والقوانين المحلية المنظمة					
8		معايير الإدارة					
	100	سياسة الإدارة العليا للمستشفى تساند جودة الخدمات المقدمة للمريض					
	101	قيادة المستشفى كفوءة ومؤهلة					
	102	أخلاقيات المؤسسة معروفة ويلتزم بها الجميع					
	103	يوجد نظام لإدارة المعلومات يتناسب مع احتياجات المستشفى.					
	104	يوجد إدارة للسجلات الطبية تتناسب مع احتياجات المستشفى وحجمه					

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

رقم المتغير	التسلسل	متغيرات الدراسة وعناصرها	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	لا أوافق	لا بشدة أوافق
	105	يوجد إدارة متخصصة للجودة تدار من قبل أشخاص يملكون الخبرة والمؤهلات الكفاءة اللازمة لتحقيق الجودة					
	106	يوجد هيئة أطباء كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	107	يوجد هيئة تمريض كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	108	تقوم إدارة الموارد البشرية بوضع نظام اختيار وتنمية العناصر البشرية المميزة حسب احتياجات ورسالة المؤسسة					
	109	يوجد برنامج مطبق للتعليم والتدريب المستمر للإدارة والعاملين					
	110	يوجد نظام أو إدارة لمتابعة أعمال العلاقات العامة					
	111	يوجد مطبخ (إدارة التغذية و الإطعام) يدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	112	تتوفر خدمات الفندقية (خدمات الغرف) في المستشفى وتدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	113	تتوفر في المستشفى خدمات المغسلة وتدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	114	خدمات الصيانة متوفرة في المستشفى وتدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة.					
	115	يوفر المستشفى الخدمات الاجتماعية من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
	116	يضمن المستشفى وصول الطاقم الطبي إلى أحدث التطورات الطبية من خلال تأمين المراجع والدوريات الطبية الحديثة المقروءة					
	117	يوجد في المستشفى وحدة للإحصاء تدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة.					
	118	يوجد إدارة مالية تدار من قبل كوادر كفوءة ومؤهلة تمتلك الخبرة والمهارة					
9		معايير الخدمة المجتمعية					
	119	المستشفى يعمل مع قادة المجتمع في تحديد الاحتياجات الصحية والتخطيط وتقييم الخدمة الصحية داخل المستشفى					
	120	المستشفى يقوم بالتعرف على المجتمع المحلي والمشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع والاحتياجات الصحية وتوقعات المجتمع.					
	121	يطبق المستشفى معايير للتوعية الصحية					
	122	يوجد تعاون بين المستشفى وبين الجهات ذات العلاقة بالخدمات الصحية للمجتمع					
	123	يقوم المستشفى بعمل مسوحات صحية للمجتمع المحلي ودراسة الظواهر المرضية والصحية					
	124	يشارك المستشفى في برامج تعزيز الصحة في المجتمع المحلي					

شكرا لحسن تعاونكم،،

جدول رقم (1) عدد وتوزيع القوى العاملة الصحية التخصصية الحكومية في عام 2010م

اجملي العام Total	اجملي الاداريين Administrators	اخرى Other	خدمة معونة Supported Staff	الاداريين Administrators	اجملي Total	م/ أخصائي وحملة البكالوريوس Specialists															اخصائيون Specialists	المحافظة
						غير محدد التخصص Not specified	طبيب فيزياء Physic physician	طب مجتمع Community Medicine	علاج طبيعي Physiotherapy	أطراف صناعية Rehabilitation	تخدير Anesthesia	تغذية Nutrition	اشعة .X-Ray Tech	صحة عامة Public Health	صحة نفسية Psychologic Health	تمريض جامعي Nurse	اسنان Dentists	صياغة Pharmacists	مختبرات Laboratory	اطباء عموم Physicians		
1019	744	0	55	689	275	2	0	3	0	0	0	8	1	3	7	4	14	70	25	75	63	الديوان
1079	505	10	142	258	574	0	0	0	0	0	2	3	1	2	1	18	35	65	83	321	43	اب
857	518	87	206	225	339											26	18	20	12	248	15	ابين
3865	1520	75	451	994	2345	10	1	0	13	0	19	0	43	35	14	115	117	164	238	988	588	امانة العاصمة
343	151		62	89	192	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	19	18	33	100	13	البيضاء
1831	782		280	502	1049	0	0	0	0	0	0	0	0	48	8	0	49	134	143	604	63	تجز
506	439	36	310	93	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	7	9	36	3	الجوف
512	326	1	70	255	186	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	16	1	17	36	16	98	حجة
1069	337	22	153	162	732	0	0	0	0	0	10	1	13	1	0	177	30	87	135	230	48	الحديدة
1165	639	62	163	414	526	4	0	11	0	0	0	0	0	2	2	4	24	31	25	320	103	المكلا
509	248	0	101	147	261	0	0	0	0	0	1	0	0	9	0	6	12	10	11	164	48	حزموت سينو
736	390	45	116	229	346	0	0	0	1	0	24	1	2	6	0	30	41	29	47	146	19	ذمار
918	670	0	0	670	248	15	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	16	24	16	159	13	شبوة
370	179		65	114	191	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	20	76	23	57	11	صعدة
708	340	35	87	218	368	0	0	3	2	0	1	1	0	5	0	11	48	53	54	167	23	صنعاء
2823	1261	0	716	545	1562	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	481	39	94	78	404	457	عدن
1080	612	0	183	429	468	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	8	27	16	33	288	86	لحج
638	472	0	153	319	166	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	15	27	30	78	9	مارب
260	126		57	69	134	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	7	16	22	62	3	المحويت
163	89		30	59	74	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	6	2	55	3	المهرة
446	192	0	93	99	254	0	0	0	0	0	1	0	3	2	0	11	19	22	23	160	13	عمران
305	49	11	18	20	256	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	47	9	17	21	132	23	الضالع
150	96	2	68	26	54	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	7	14	24	0	ريمة
21352	10685	48	3579	6625	10667	33	1	19	16	0	60	17	77	127	39	1003	573	1010	1113	4834	1745	الاجملي

المصدر: الجمهورية اليمنية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م.

جدول رقم (2) عدد وتوزيع القوى العاملة الصحية الفنية لعام 2010م

212

اجمالي Total	اجمالي الكادر الاجنبي Total of Foreigners Staff	اجانب Foreigners		اجمالي فنيين Total of Tech	فنيين Technician																المحافظة
		فنيين Technicians	اخصائيين Specialists		اخرى other	اجهزة طبية (بك + في) Medical Equipments	احصاء صحي Health Statistic	علاج طبيعي واطراف Physiotherapy	تخدير Anesthesia	فني اسنان Dental Assist	فني عمليات Oper. Tech	دبلوم صحة عامة Public Health	فني اشعة .X-Ray Tech	فني صيدلة Pharmacist	فني مختبرات .Lab. Tech	م. طبيب .Medical Assist	مرشد/ مرشدة Murshed/Murshedah	قيادات Midwives	ممرضين (Nurses Courses)		
109	0	0	0	109	0	14	2	0	0	0	0	21	2	29	4	2	2	1	32	الديوان	
1630	0	0	0	1630	1	10	2	1	16	13	32	14	74	88	116	149	112	309	693	اب	
1748	25	0	25	1723	0	0	73	0	24	24	48	26	45	88	112	141	78	214	850	ابين	
3754	1077	980	97	2677	162	39	22	13	90	38	12	35	124	110	107	119	36	176	1594	امانة العاصمة	
740	13	4	9	727	22	1	0	0	9	12	4	8	15	45	39	102	119	123	228	البيضاء	
2283	0	0	0	2283	0	76	0	6	25	19	11	0	93	112	175	183	194	452	937	تعز	
355	0	0	0	355	0	2	0	0	0	6	1	4	8	18	17	47	130	64	58	الجوف	
1192	21	14	7	1171	0	0	0	0	9	15	6	23	21	84	74	107	287	233	312	حجة	
2027	0	0	0	2027	261	3	10	1	17	12	13	30	42	86	122	119	295	310	706	الحديدة	
1818	39	15	24	1779	1	2	0	9	30	29	29	62	48	68	142	227	97	221	814	المكلا	
1132	0	0	0	1132	0	0	3	0	25	22	25	25	45	37	101	149	41	132	527	حضر موت سينون	
1161	0	0	0	1161	45	3	0	0	0	0	16	31	32	0	0	137	329	185	383	ذمار	
1278	25	0	25	1253	24	0	0	0	9	29	25	3	39	24	120	141	81	106	652	شبوة	
608	0	0	0	608	21	0	4	0	7	8	3	12	22	29	30	107	133	86	146	صعدة	
1139	0	0	0	1139	0	5	11	2	7	24	9	23	40	87	86	136	206	165	338	صنعاء	
2071	0	0	0	2071	294	0	40	25	54	38	0	29	87	170	224	51	38	347	674	عدن	
2065	0	0	0	2065	1	1	17	2	21	9	55	44	74	71	128	203	52	361	1026	لحج	
863	0	0	0	863	0	10	10	4	7	12	9	12	32	32	47	104	134	118	332	مارب	
640	15	8	7	625	0	0	2	0	4	8	3	23	15	35	33	68	100	133	201	المحويت	
644	10	2	8	634	0	0	1	0	3	14	8	2	20	34	29	32	52	74	365	المهرة	
1151	10	1	9	1141	0	4	2	0	7	1	3	16	16	41	102	104	237	228	380	عمران	
967	0	0	0	967	6	0	6	0	14	10	19	31	32	55	64	108	83	173	366	الضالع	
561	2	0	2	559	19	2	3	0	1	5	0	18	5	29	23	79	110	97	168	ريمة	
28797	1237	1024	213	27560	857	167	197	61	372	324	322	469	891	1285	1809	2479	2740	4143	11444	الاجمالي	

المصدر: كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره.

الملحق رقم (3)

جدول يوضح أسماء الأساتذة الأفاضل الذين تفضلوا بتحكيم استمارة الاستبيان

الاسم	الجامعة
أ.د/ مراد زايد	جامعة الجزائر 3
أ.د/ علي عبد الله	جامعة الجزائر 3
أ.د/ يوسف بومدين	جامعة الجزائر 3
د/ أمير جيلالي	جامعة الجزائر 3
د/ محمد محمود الهاشمي	الجامعة الأردنية
د/ عبده نعمان الشريف	الأكاديمية العربية للدراسات العليا
د/ صالح حميد	جامعة صنعاء
د/ عبد السلام عبدالله ابو سرعه	جامعة أرحب
أ. محمد مغلس	خبير التحليل الإحصائي في الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة في اليمن

تَم بِحَمْدِ اللَّهِ