



كلية الدراسات العليا والبحث العلمي

برنامج إدارة الأعمال

معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية
(JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني - فرع مدينة الخليل

إعداد

ياسمين حمدي الشريف

إشراف

د.محمد الجعبري

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية
الدراسات العليا والبحث العلمي في جامعة الخليل

2019 م

إجازة الرسالة

معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية
(JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني - فرع مدينة الخليل

**The Obsacles Facing Applying Joint Commission
International Certificate in Palestine Red Crescent Society
Hospital – Hebron Branch**

إعداد الباحثة

ياسمين حمدي ناصر الشريف

إشراف

د. محمد الجعبري

نوقشت هذه الرسالة يوم الأحد بتاريخ 5-5-2019، وأجيزت من أعضاء لجنة
المناقشة.

التوقيع

.....
مشرفاً ورئيساً

.....
ممتحناً خارجياً

.....
ممتحناً داخلياً

أعضاء لجنة المناقشة

1- د. محمد الجعبري

2- د. معتصم حمدان

3- د. حسين الجبارين

2019

آية قرآنية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

” وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا ”

صدق الله العظيم

سورة طه (آية 114)

الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك، ولا يطيب النهار إلا بطاعتك .. ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك .. ولا

تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برويتك

(الله ﷻ)

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين..

(سيدنا محمد ﷺ)

إلى من كلفه الله بالهيبة والوقار .. إلى من علمني العطاء دون انتظار .. إلى من أحمل اسمه بكل

افتخار أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثماراً قد حان قطافها بعد طول انتظار، وستبقى كلماتك

نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد..

(والدي العزيز)

إلى من توجت رأسي بطوق الياسمين .. إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب والحنان والتفاني

.. إلى بسملة الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أعلى

الحابيب

(أمي الحبيبة)

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتد .. إلى شموع متقدة تنير ظلمة حياتي..

إلى من بوجودهن اكتسبت قوة ومحبة لا حدود لها..

إلى من عرفت معهن معنى الحياة

(شقيقتي)

إلى من هم أقرب إلي من روعي

إلى من شاركني حزن الأم وبهم أستمد عزتي وإصراري

(أشقائي)

إلى الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي، إلى من تحلوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء .. إلى ينباع

الصدق الصافي.. إلى من معهن سعدت وبرفقتهم في دروب الحياة الحلوة والحزينة سرت، إلى من

كن معي على طريق النجاح والخير إلى من عرفت كيف أجدهن وعلمني ألا أضيعهن

(صديقتي)

إلى من أنسني في دراستي وشاركني همومي

(أصدقائي)

إلى هذه الصرح العلمي الفتي والجبار

(جامعة الخليل)

أهدي هذا البحث

شكر وتقدير

عن أبي هريرة رضي الله عنه قال : قال رسول الله - ﷺ -: " من سلك طريقاً يلتمس فيه علماً سهل الله له به طريقاً إلى الجنة " أخرجه مسلم

أشكر الله- رب العالمين- الذي خلق وهدى، وسدد الخطى، فخرج هذا العمل بعونه وتوفيقه نحمله حمداً كثيراً في المبتدى والمنتهى، والحمد لله الذي من علي بالوصول إلى هذه المنزلة التي ما كنت لأبلغها إلا بفضلها، فالحمد لله الذي ألهمني الصبر والثبات، ومدني بالقوة والعزم على مواصلة مشواري في البحث والدراسة.

واعترافاً بذوي الفضل علي، أقدم شكري وتقديري لكل من مد لي يد العون في سبيل إتمام هذا البحث، ولا يسعني إلا أن أوجه شكري وتقديري وعرفاني بالجميل إلى أستاذي الفاضل الدكتور محمد الجعبري؛ لتكرمه بالإشراف على الرسالة، فكان لعلمه الفياض وتوجيهاته البناءة الأثر الكبير في إنجاز هذا البحث فأشرف ووجه، وتابع وراجع، فكان ولا يزال منارة للبحث تضيء جنباته، فجزاه الله عني خير الجزاء.

وأنتقدم بالشكر إلى الأساتذة الكرام الذين تفضلوا بتحكيم أداة الدراسة، وأخص بالذكر الدكتور محمد عمرو، والأستاذ الدكتور سمير (أبو) زنيد، والدكتور أسامة شهبان، والدكتور حسين الجبارين، والدكتور يحيى الرفاعي، كما وأنتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتتان لأعضاء لجنة المناقشة، الذين شرفوني بقبول مناقشة الرسالة.

كما لا يفوتني أن تقدم بالشكر والتقدير إلى أعضاء الهيئة التدريسية والإدارية جميعهم في كلية الدراسات العليا في جامعة الخليل، فلکم مني عظیم الشکر وجزیل الامتتان.

وأنتقدم بالشكر والتقدير لجميع زملائي وزميلاتي في مستشفى الهلال الأحمر التخصصي- فرع مدينة الخليل لتعاونهم معي لإنجاز هذه الرسالة.

وأخيراً، فكل الشكر والتقدير لمن ساهم في إتمام هذا الجهد بشكل مباشر أو غير مباشر، لكم مني جميعاً عظیم الشکر والعرفان.

الباحثة

ياسمين حمدي الشريف

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة التعرف إلى معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)، حيث تناولت الدراسة ثلاثة محاور، ناقشت الباحثة من خلالها المعوقات من أجل الحصول هذه الشهادة، وكانت محاور الدراسة الرئيسية هي: (التزام الإدارة العليا بتطبيق نظام الـ (JCI) والثقافة التنظيمية في المستشفى و العنصر البشري) ، وتم اعتماد أسلوب المسح الشامل، حيث أخذت الباحثة مجتمع الدراسة كاملا كعينة للدراسة وتمثل المجتمع بمستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

وانطلاقا من طبيعة الدراسة فقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإستكشافي، الذي يعتمد على دراسة الظاهرة - موضوع الدراسة - في الوقت الحاضر كما هي في الواقع، وتحليل النتائج، ومن أجل تحقيق هذا الهدف اعتمدت الباحثة على أداتين لجمع بيانات الدراسة، وهي: الاستبانة، والمقابلات .

وقد تم توزيع الاستبانة على موظفي المستشفى وأعضاء الهيئة الإدارية جميعهم، والبالغ عددهم (211)، وقد تم استرداد 180 إستبانة، تم تحليل 160 إستبانة صالحة للتحليل، أي بنسبة استرداد قدرها (85%)، وقم تم إدخال هذه البيانات إلى برنامج (SPSS) ومعالجتها للخروج بالنتائج.

وأجرت الباحثة مقابلات مع أعضاء الهيئة الإدارية ورؤساء الأقسام ومسؤوليها في المستشفى -محل الدراسة - وقامت بتحليلها يدويا، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

- وجود معوقات مرتبطة بالتزام الإدارة العليا بتطبيق الـ (JCI) متعلقة بتدني درجة وعي الإدارة العليا بشهادة اعتماد الـ (JCI)، وأهميتها على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة

وتدني استعداد الإدارة العليا لدعم هذا الاعتماد مالياً، وتدني استعداد الإدارة العليا أيضاً لإعطاء الوقت اللازم لتطبيق هذه الاعتماد.

• وجود معوقات لتطبيق ال (JCI) مرتبطة بالثقافة التنظيمية في المستشفى، فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات، من أهمها: القصور في الاتصال بين المستشفى والمرضى وعائلاتهم وبين المستشفى والمجتمع.

• وجود معوقات لتطبيق ال (JCI) مرتبطة بالعنصر البشري المتمثل بالتدريب والتوظيف، من أهمها: عدم توفير الإدارة العليا لبرامج تدريب وتطوير للعاملين، وعدم استعداد المستشفى لجذب كوادر متخصصة بتطبيق ال (JCI) وتوظيفهم.

وقد قدمت الدراسة عدة توصيات أهمها إنشاء قسم خاص يعنى بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى، ليكون اتصالها بالإدارة العليا كحلقة وصل مع المستويات الإدارية الأخرى وتفعيل دور الإدارة العليا في المستشفى، وزيادة حجم مشاركتها في تبني تطبيق أنشطة تحسين الجودة الشاملة والعمل على تدريب مقدمي الخدمة في المستشفى وتأهيلهم وتمكينهم وتوعيتهم بمعايير ال (JCI) ، وتحفيزهم عن طريق ربط نظام الحوافز والمكافآت بإدارة الجودة الشاملة، تبني خطة عمل استراتيجية شاملة تهدف إلى نشر ثقافة الجودة الشاملة في المستشفى وفلسفتها ومفاهيمها.

وقد قدمت الباحثة آلية لتنفيذ للحصول على شهادة ال (JCI) من خلال عقد ندوة في المستشفى، بحضور أعضاء الهيئة الإدارية ورؤساء الأقسام، لمناقشة معوقات التطبيق وسبل حلها وتجاوزها.

Abstract

The study aimed at identifying the obstacles for applying the JCI accreditation certificate in the *Palestinian Red Crescent Hospital – Hebron Branch*. The study investigated three aspects and discussed the obstacles to obtain this certificate. The main aspects are (*Senior management’s commitment to apply the JCI system, organizational culture in the hospital, and the human element*). The comprehensive survey method was adopted where the researcher took the entire study population as the study sample that is represented in the Palestinian Red Crescent Hospital – Hebron Branch.

Based on the nature of the study, the researcher used descriptive exploratory methodology, which depends on studying the phenomenon under investigation as it is in fact and analyse of the results. In order to achieve this objective, and to collect the study data, the researcher relied on two methods that are the questionnaire and interviews. The questionnaire was distributed to all hospital staff and members of the administrative board and whose number was (211). A total of (180) questionnaires were received back, and (160) questionnaires were analysed, and with a recovery rate that reached 85%. After that, the data was processed and analysed using SPSS program.

The researcher conducted interviews with the members of the administrative board, the officers and department heads in the hospital under investigation, and then analysed them manually. The study concluded with a number of outcomes, most importantly:

- The existence of obstacles concerning the commitment of senior management to implement the JCI that may be related to the low level of awareness of senior management with the JCI accreditation certificate, and its importance in improving the quality of health service provided. Low willingness of senior management to support this accreditation financially, and low readiness of senior management to give the time necessary to apply this accreditation.
- The existence of obstacles to the implementation of the JCI is linked to the organizational culture of the hospital in relation to the communication and information management process, the most important of which is the lack of communication between the hospital, the patients and their families, and between the hospital and the community.

- The existence of obstacles to the implementation of JCI linked to the human element that is represented in training and employment, the most important of which is the lack of senior management's provision of training and development programs for staff, and the unwillingness of the hospital to attract and employ cadres specialized in the implementation of the JCI.

The study presented several recommendations; it indicated to the necessity to establish a special department on *Total Quality Management (TQM)* in the hospital, which will be in contact with senior management as a link with the other administrative levels. Additionally, it highlighted the importance to activate the role of senior management in the hospital and increase the size of its participation in adopting the application of the activities, which will improve the overall quality, training, and empower service providers at the hospital and raise their awareness of JCI standards. It will also work to motivate them by linking the incentives and rewards system to the overall quality management, and the adoption of a comprehensive strategic plan of action aimed at spreading the culture, philosophy and concepts of overall quality in the hospital.

The researcher presented a mechanism to obtain the JCI certificate in a workshop in the hospital in the presence of members of the administrative body and heads of departments to discuss the obstacles of implementation and ways to solve and overcome them.

فهرس المحتويات

أ.....	إجازة الرسالة
ب.....	آية قرآنية
ت.....	الإهداء
ث.....	شكر وتقدير
ج.....	ملخص الدراسة باللغة العربية
خ.....	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ذ.....	فهرس المحتويات
ص.....	فهرس الجداول
ض.....	فهرس الملاحق
1.....	الفصل الأول
1.....	الإطار العام للدراسة
2.....	1-1 المقدمة:
4.....	2-1 مشكلة الدراسة:
5.....	3-1 متغيرات الدراسة:
6.....	4-1 أسئلة الدراسة:
7.....	5-1 أهمية الدراسة:
8.....	6-1 أهداف الدراسة :
9.....	7-1 حدود الدراسة:
10.....	8-1 محددات الدراسة :
10.....	9-1 الهيكل التنظيمي لمحتويات الدراسة:

11	10-1 مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية :
15	الفصل الثاني
15	الإطار النظري والدراسات السابقة
16	مقدمة:.....
17	1-1-2 أهمية إدارة الجودة الشاملة:
18	2-1-2 مبادئ إدارة الجودة الشاملة:
19	3-1-2 متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:
19	2-1-4 مراحل تطبيق نظم إدارة الجودة وتطبيقها:
20	2-2 الجودة الشاملة في القطاع الصحي:
22	2-2-1 أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:.....
23	3-2 جودة الخدمة الصحية:
23	1-3-2 مفهوم جودة الخدمة الصحية:.....
24	2-3-2 عناصر جودة الخدمات الصحية :
25	3-3-2 أسباب الاهتمام بالخدمات الصحية:.....
26	4-2 نبذة عن القطاع الصحي الفلسطيني للعام 2017:.....
30	5-2 اعتماد المستشفيات:
33	6-2 الشهادات الدولية المعتمدة في إدارة الجودة الصحية:
37	7-2 شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI):
39	1-7-2 تعريف اعتماد ال (JCI):
41	2-7-2 فوائد اعتماد ال (JCI):
41	3-7-2 الأطراف المستفيدة من نظام اعتماد ال (JCI):
44	4-7-2 الأهداف من نظام الاعتماد:.....

44	5-7-2 ما هو اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، وما علاقة هذه اللجنة باللجنة المشتركة؟.....
45	6-7-2 كيف تطورت معايير المستشفيات في البداية؟
46	7-7-2 المعايير الأساسية لشهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية:
52	2.9 العوامل التي تعيق تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية : ..
75	10-2 نبذة عن المستشفى محل الدراسة:
78	11-2 الدراسات السابقة:
90	الدراسات الأجنبية:
98	الفصل الثالث
98	منهجية الدراسة.....
99	1-3 مقدمة :
99	2-3 منهج الدراسة:.....
100	3-3 جمع البيانات والمعلومات:
101	4-3 مجتمع وعينة الدراسة:
102	5-3 أدوات الدراسة:
103	6-3 خصائص العينة الديمغرافية:
104	7-3 بناء أدوات الدراسة :
106	8-3 ثبات الأداة:
108	9-3 صدق الأداة:
114	10-3 خطوات تطبيق الدراسة:
116	11-3 متغيرات الدراسة:
116	12-3 المعالجة الإحصائية:
117	13-3 مفتاح التصحيح:

118.....	الفصل الرابع
118.....	تحليل الاستبانة والمقابلات
119.....	1-4 مقدمة
119.....	2-4 تحليل نتائج الإستبيان
142.....	2-4 تحليل المقابلات:
146.....	الفصل الخامس
146.....	نتائج الدراسة
147.....	1-5 ملخص النتائج
151.....	2-5 الاستنتاجات:
154.....	3-5 التوصيات:
161.....	المصادر والمراجع

قائمة المصطلحات

الحروف الأولى من المصطلح	المصطلح باللغة الإنجليزية
JCI	Joint Commission International
JCIA	Joint Commission International Accreditation
TQM	Total Quality Management
BQA	British Quality Association
JCAHO	Joint Commission On Accreditation of Health Care Organisations
ACS	American College Of Surgeons
CCHSA	Association Of Canadian Academic Health Care Organisations
ACHS	Australian Council On Healthcare Standards
CHA'S	Canadian Hospital Association
CPHQ	Certified Professional In Healthcare Quality
IsQua	International Society For Quality in Healthcare
HCAH	Healthcare Accreditation Council
ANAES	Agence Nationale Accreditation et d'Evaluation en Santé
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PICU	Peditric Intensive Care Unit
PW	Pediatric Ward
WHO	World Health Organisation
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

فهرس الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
29	توزيع عدد العاملين في وزارة الصحة في العام 2017 مقارنة مع العام 1995.	1-2
103	خصائص المبحوثين الشخصية والديموغرافية.	1-3
107	معاملات الثبات لمجالات الدراسة.	2-3
108	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بالوعي والتحسين المستمر للجودة.	3-3
109	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بالتكلفة المالية.	4-3
110	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بالوقت.	5-3
111	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بالوقاية والسيطرة على العدوى.	6-3
112	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بإدارة المعلومات والاتصالات.	7-3
113	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات المتعلقة بالتوظيف والتدريب.	8-3
114	معاملات الارتباط (بيرسون) بين الدرجات الكلية لمحاور ومجالات الدراسة والدرجة الكلية للعوامل التي تعيق تطبيق شهادة ال (JCI).	9-3
117	مفتاح تصحيح النسب المئوية.	10-3
119	(JCI)النسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال	1-4
120	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	2-4
125	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	3-4

128	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	4-4
130	الأعداد والنسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	5-4
131	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	6-4
134	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	7-4
138	الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري والمتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).	8-4
142	تحليل المقابلات.	9-4

فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	الرقم
178	قائمة بأسماء المحكمين	1
179	نموذج الاستبانة المغلقة المحددة ب (نعم أو لا)	2
183	الاستبانة النهائية	3
190	نموذج سؤال المقابلات المهيكلة	4
191	شهادة التدقيق الإملائي واللغوي	5

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1-1 المقدمة

2-1 مشكلة الدراسة

3-1 متغيرات الدراسة

4-1 أسئلة الدراسة

5-1 أهمية الدراسة

6-1 أهداف الدراسة

7-1 حدود الدراسة

8-1 محددات الدراسة

9-1 الهيكل التنظيمي للدراسة

10-1 مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

1-1 المقدمة:

أصبح الاهتمام اليوم بالجودة ظاهرة عالمية، وأخذت المنظمات والحكومات في العالم توليها اهتماما خاصا، بل يمكن القول: إن الجودة باتت الوظيفة الأولى للكثير من المنظمات، وفلسفة إدارية وأسلوب حياة تمكنها من البقاء والاستمرار في ظل المتغيرات البيئية المتلاحقة سريعة التغير، وتزايد إدراك المستهلكين لمستوى الجودة ، فيما يقدم لهم من سلع أو خدمات، كما أن معايير الأداء في هذه المنظمات لم تعد تقتصر على مجرد تقديم الخدمة أو المنتج فقط، بل تعدته إلى الحرص على جودة تلك الخدمات (العنزي ع.، 2005).

وتعد إدارة الجودة الشاملة أحد الاتجاهات الإدارية الحديثة، التي يمكن من خلالها الاستجابة للتحديات التي تواجه المنظمات، وتحقيق التحول المطلوب، فإدارة الجودة الشاملة والمفاهيم المرتبطة بها تمثل أحد أهم السياسات الهادفة إلى تطوير الأداء، وتقديم أفضل الخدمات للمستفيدين.

كما أن إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية له خصوصية كبيرة، وأهم صفات هذه الخصوصية أنه يتعامل مع العنصر البشري، سواء أكانوا مقدمي خدمة أو مستفيدين، ولأن الاهتمام بجودة الخدمات الصحية تكافئ الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم، ولاسيما المتقدمة منها أو قد تفوقه، لذلك فقد بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية، تركز فيها على المريض في المقام الأول، إضافة إلى الجوانب الفنية والإدارية والتكنولوجية في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية، وأصبح لزاما علينا التحول والارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة فيه لمتلقي الخدمة، وقد أدركت وزارة الصحة الفلسطينية أهمية تطوير خدماتها الصحية وتعزيز جودتها، وتبين ذلك جليا حين احتل هدف تطوير جودة الخدمات الصحية المرتبة الثالثة في مجموعة الأهداف الاستراتيجية الوطنية الثمانية، التي وضعتها وزارة الصحة لنفسها ضمن خطتها، فأنشأت وحدة تعنى بجودة الخدمات الصحية في العام 1994، وكان ذلك في سياق

إنشاء مجموعة من الوحدات التي تعنى بوضع الخطط وتطويرها، من أجل النهوض بالقطاع الصحي، وتطوير خدمات الرعاية الصحية في فلسطين. (الخطة الإستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية، فلسطين 2014-2016).

ونتيجة التطورات في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية، وتعقيد نظام الرعاية الصحية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، برزت الحاجة إلى تقديم خدمات طبية للمرضى في جميع الاختصاصات جميعها بمستوى جيد ومقبول لدى المرضى، ولذلك تسعى المستشفيات الفلسطينية إلى تقديم خدمات طبية بجودة يرضى عنها المرضى، والبالغ عددهم في عام (2017) حوالي مليونين مريض ومراجع (2,000,000) وإزاء هذا الرقم فإننا ندرك أهمية تقديم خدمات طبية ذات مستوى عالٍ (وزارة الصحة الفلسطينية، 2017)، ومن أكثر الشهادات التي تسعى المنظمات الصحية للحصول عليها هي شهادة الاعتماد التي تقدمها اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (Joint JCI) Commission International)، نظراً لعملية التقييم التي تشمل النواحي كافة، مثل: إجراءات دخول المريض وخروجه بالإضافة إلى الجوانب الإدارية كافة، لتتوافق مع المعايير التي تحظى بها أفضل المستشفيات بالعالم، وهي تمنح من قبل هيئة منفصلة عن المنظمة الصحية، التي تقوم بتقييم المنظمات الصحية لمعرفة مدى مطابقتها للمعايير الموضوعية لتحسين الرعاية الصحية.

وقد لاحظت الباحثة أن رفع مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني مطلباً لإدارة المستشفى والموظفين والمرضى في آن واحد، وجاءت أهمية هذه الدراسة لمعرفة ماهية المعوقات لتطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)، بهدف إيجاد الحلول لتجاوز هذه المعوقات للتمكن من الحصول على هذه الشهادة.

ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت دور إدارة الجودة الشاملة في الرقي بجودة الخدمات الصحية في فلسطين، فقد وجدت الباحثة أنه من المناسب دراسة هذا الموضوع مع الإشارة إلى مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني كمستشفى يسعى لتطبيق معايير شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) لتحسين الخدمات المقدمة فيها.

1-2 مشكلة الدراسة:

يعد اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) وسيلة لتصنيف الدولي للمستشفيات، والاعتراف الدولي بها. وتستخدم البلدان والمؤسسات الصحية الاعتماد بوصفه حافزاً للتنافس على تقديم رعاية جيدة، وتحقيق مبادئ الرعاية الصحية المتمثلة في العالمية، والعدالة، والجودة، والكفاءة، والاستمرارية، ومع وجود الكثير من التحديات التي تواجه القطاع الصحي الفلسطيني، لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، وإدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق، وجودة متكاملة في العمليات، والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين في المستشفيات، كون المستشفيات ضرورية تغطي احتياجات شرائح مختلفة من المجتمع، ونظراً للتطور والتقدم الذي شهده العالم المتقدم والنامي على حد سواء، ونظراً لانفتاح الدول بعضها على بعض والزيادة السكانية المطردة، أدى ذلك إلى زيادة الطلب على الخدمات الاجتماعية بشكل عام، والخدمات الصحية بشكل خاص (بوصافي و عدمان، 2009).

وتحظى مشكلة الرعاية الصحية ومستوى الخدمات التي تقدمها المستشفيات في فلسطين بشقيها الوقائي والعلاجي باهتمام المسؤولين والمواطنين جميعهم، ووسائل الإعلام على مستوياتهم

كافة، ويلاحظ أن مستوى رضا الناس عن هذه الخدمات متفاوت، فأكثر المرضى يحتجون على سوء الخدمات الطبية المتوفرة في بعض المستشفيات.

كما أن أهمية إدارة الجودة الصحية غير ناضجة على نطاق واسع لدى كثير من المستشفيات الفلسطينية على وجه العموم، ولدى مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) على وجه الخصوص، ونظرا لارتباط الباحثة بالعمل في مستشفى الهلال الأحمر كموظفة في مختبرات المستشفى لمدة لا تقل عن سبع سنوات وتجربتها الشخصية بالعمل فيها، فقد استشعرت تفاوت مستوى الخدمة الصحية المقدمة فيه، لذلك قررت دراسة التحديات التي ستواجه المستشفى، في تطبيق شهادة اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) من أجل النهوض بالمستوى الصحي للمستشفى، والتميز بتطبيق هذا النظام على مستوى الوطن.

لذلك تمثلت مشكلة الدراسة في الاجابة على التساؤل الرئيس الآتي:

"ماهي معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر (فرع الخليل) ؟

3-1 متغيرات الدراسة:

تحتوي الدراسة على ثلاثة متغيرات تابعة رئيسة، وتشمل:

مجموعة العوامل التي تعيق تطبيق اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)

في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في مدينة الخليل، وهي:

1. التزام الإدارة العليا بتطبيق نظام ال (JCI) ، وتشمل:

• الوعي بال (JCI) وأهمية تطبيقه.

• التكلفة العالية لتطبيق نظام ال (JCI).

• الوقت.

2. العنصر البشري، ويشمل :

• التوظيف.

• التدريب.

3. الثقافة التنظيمية، وتشمل :

• مكافحة العدوى والسيطرة عليها.

• إدارة المعلومات والاتصالات.

1-4 أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيس: ما هي المعوقات التي تواجه تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة

الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)؟

وانبثق عن هذا السؤال عدد من الأسئلة الفرعية الآتية :

1. ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني؟

2. ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته؟

3. ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت اللازم للتطبيق؟

4. ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة للتطبيق؟

5. ما مستوى الثقافة التنظيمية المتعلقة بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات

والمعلومات؟

6. ما مستوى الثقافة التنظيمية المتعلقة بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة

عليها؟

7. ما مدى تطبيق معايير ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري؟

8. ما مدى تطبيق معايير ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالتوظيف؟

9. ما مدى تطبيق معايير ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالتدريب؟

1-5 أهمية الدراسة:

تتم أهمية الدراسة في الجوانب الرئيسة الآتية:

1- أهمية القطاع المدروس - وهو القطاع الصحي-، لما له من أثر مباشر على حياة المجتمع

وعلى الاقتصاد الفلسطيني.

2- زيادة إدراك المستشفيات الفلسطينية لأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، خاصة في ظل ازدياد

حدة التنافس، وكخطوة لتعزيز مسعى مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في تقديم خدمات

علاجية، بما يتلاءم واحتياجات المرضى والمراجعين وتوقعاتهم.

3- أهمية موضوع شهادة الاعتماد الدولية للمستشفيات (JCI) وحدائته، وما تشكله من اتجاه

معاصر تسعى إليه المستشفيات جميعها نظرا لزيادة التنافس والاهتمام بالجودة، فموضوع

الاعتماد يعد من المواضيع الحيوية والحديثة نسبيا التي لم تستحوذ على اهتمام الباحثين في

الوطن العربي بشكل عام، وفي فلسطين بشكل خاص، حيث لا توجد دراسات كافية بهذا

الخصوص، علما أن إدراك تأثير اعتماد المستشفيات على جودة الخدمات هو إحدى أولويات

أبحاث منظمة الصحة العالمية (WHO).

4- يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة في تفسير العوامل والعوائق في تطبيق نظام ال (JCI)،

مع التركيز على معرفة طرق علاجها وكيفية إيجاد حلول لها.

5- يمكن أن تشكل هذه الدراسة مرجعية علمية، تدعم المكتبة العربية، وتفيد الدارسين في موضوع اعتماد المستشفيات، ومعوقات تطبيقه وأثره على جودة الخدمات الصحية.

1-6 أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني- (فرع الخليل)، وذلك من خلال فحص المتغيرات الآتية، والتي تخص تطبيق شهادة ال (JCI)، وينتفع منه الأهداف الآتية:

1. فحص "معوقات التزام الإدارة العليا" بتطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.
2. فحص " المعوقات المرتبطة بوعي الإدارة بال (JCI) وأهميته " على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.
3. فحص "المعوقات المرتبطة بالتكلفة المالية" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.
4. فحص "المعوقات المرتبطة بالوقت اللازم للتطبيق" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.
5. معرفة جوانب الاحتياجات من العنصر البشري والمعوقات التي قد تواجه المستشفى من هذا الجانب.

6. فحص "المعوقات المرتبطة بالتوظيف" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة

الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.

7. فحص "المعوقات المرتبطة بالتدريب" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة

الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) وتحليلها.

8. فحص "المعوقات المرتبطة بالثقافة التنظيمية في المستشفى" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة

الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع

الخليل) وتحليلها.

9. فحص "المعوقات المرتبطة بإدارة المعلومات والاتصالات" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة

الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني

(فرع الخليل) وتحليلها.

10. فحص "المعوقات المرتبطة بالوقاية والسيطرة على العدوى" على تطبيق شهادة اعتماد اللجنة

الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع

الخليل) وتحليلها.

11. تقديم آلية لتجاوز هذه المعوقات بعد تحديدها، وذلك لتطبيق شهادة اعتماد ال (JCI) في

مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) .

1-7 حدود الدراسة:

1.7.1 الحدود العلمية: اقتصرت الدراسة على معرفة معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية

المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في مدينة الخليل.

1.7.2 الحدود المكانية: طبقت الدراسة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني – فرع الخليل، وتم اختيار هذه المستشفى نظرا لعمل الباحثة فيها، ورغبة المستشفى لتطبيق نظام ال (JCI)، ورفع مستوى الخدمة الصحية المقدمة.

1.7.3 الحدود الزمانية للدراسة:تمت الدراسة في الفتره الممتدة ما بين 2017/11/20 و 2019/3/1.

1.7.4 الحدود البشرية: شملت جميع موظفي المستشفى وأعضاء الهيئة الإدارية جميعهم.

8-1 محددات الدراسة :

تعرضت الباحثة لبعض الصعوبات في إعداد الدراسة، من أهمها:

- الصعوبة في جمع المعلومات لانشغال المبحوثين (الموظفين) في المستشفى، مما استغرق وقتا اطول في عملية جمع المعلومات.
- تفاوت تقييم المعايير والمعوقات المدروسة من شخص لآخر، وذلك لأن المنتج في مجال الخدمات الصحية له خصائص غير ملموسة.
- حساسية الدراسة، كونها تخص قطاعا يتميز بالسرية، ألا وهو القطاع الصحي.

9-1 الهيكل التنظيمي لمحتويات الدراسة:

تتكون الدراسة من خمسة فصول، هي :

1.9.1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، ويشمل: مشكلة الدراسة وأسئلتها وأهدافها وأهميتها وحدودها، الهيكل التنظيمي لمحتويات الدراسة، ومصطلحاتها ومحدداتها .

1.9.2 الفصل الثاني: ويشمل الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية وال (JCI)، بما فيه من

أدبيات خاصة بالدراسة، وعرض نبذة عن مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)، وأخيرا الدراسات السابقة ذات العلاقة.

1.9.3 الفصل الثالث: ويشمل منهجية الدراسة، ومجتمعه وأدواته.

1.9.4 الفصل الرابع: ويشمل الإطار العملي (التنفيذي) ، والتحليل الإحصائي.

1.9.5 الفصل الخامس: ويشمل مناقشة النتائج والتوصيات.

10-1 مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية :

1. إدارة الجودة الشاملة (TQM:Total Quality Management)

هي خلق ثقافة متميزة في الأداء، حيث يعمل أفراد التنظيم كافة بشكل مستمر لتحقيق توقعات المستهلك وأداء العمل، مع تحقيق الجودة بشكل أفضل أو بفاعلية عالية، وفي أقصر وقت ممكن (زيدان، 2010).

وإجرائيا: هي عمل الكوادر الطبية جميعها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) معا لتقديم خدمة طبية متميزة ذات جودة عالية للمرضى، تواكب التطور العلمي العالمي.

2. المستشفى :

جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان سواء أكانت علاجية أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسر في بيئتها المنزلية، كما أنه مركز لتدريب مقدمي الرعاية الصحية، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية (منظمة الصحة العالمية، 1980:7).

وإجرائيا هو مجتمع الدراسة.

3. مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) :

تم تأسيس مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني التخصصي للأطفال والولادة (فرع الخليل) عام 2009، ويقع المستشفى في وسط المدينة ، بحيث يسهل الوصول إليه، في منطقة تسمى "عين عرب" ويتكون المستشفى من (8) طوابق بمساحة 470 مترا مربعا لكل طابق، ويحتوي العديد من الأقسام والوحدات اللازمة لاستقبال النساء والاطفال وعلاجهم.

ومن أهم أهداف المستشفى: توفير خدمات صحية تخصصية غير متوفرة في مستشفيات

الوطن، بحيث يكون علاج متكامل وبأعلى المستويات، تقليل الحاجة لتحويل المرضى إلى

المستشفيات الإسرائيلية أو خارج الوطن لتخفيف العبء والتكاليف على المرضى.

4. اعتماد المستشفيات:

وهو النظام الذي يتضمن جملة من المعايير الداعمة لتحسين صحة المرضى المراجعين للمستشفيات، والموجه إلى تطبيق منهجية التحسين المستمر، وحتى تكون المستشفيات متألقة أفكاراً وأداءً وأهدافاً (وزارة الصحة الأردنية ، 2006).

وإجرائياً: هو تطبيق السياسات المتفق عليها طبياً، ضمن سياسة مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني.

5. (Joint Commission International:JCI):اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية:

هي جهة اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الامريكية، ويقع مقرها الرئيسي في (الينوي) بالولايات المتحدة ولديها مجموعة من المكاتب الاقليمية في أوروبا والشرق الأوسط وآسيا، وتمارس اللجنة الدولية المشتركة نشاطاتها منذ عام 1994 في أكثر من 80 دولة، حيث صدقت واعتمدت أكثر من 400 مؤسسة صحية، من القطاعين العام والخاص.

وتقوم اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية باعتماد المستشفيات، ومعامل التحاليل الطبية، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وخدمات العناية المتنقلة ومرافقها والإسعاف، وخدمات المتابعة والرعاية المستمرة، كما تمنح اللجنة شهادات التصديق والاعتماد لأكثر من 15 نوعاً من برامج الرعاية السريرية. (https://ar.health-tourism.com/jci-accreditation، 2018).

6. معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI):

كلمة معوقات (معوقات): من الفعل (عوق) ومعناه من يعوق عملاً أو تقدم شيء.

وإجرائياً: هو عبارة عن العوامل التي تعيق تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية، وتشمل:

1- التزام الإدارة العليا بتطبيق نظام ال (JCI) وتشمل:

- وعي الإدارة العليا بالتحسين المستمر بال (JCI)، وأهمية تطبيقه.
- التكلفة العالية لتطبيق نظام ال (JCI).
- الوقت.

2- العنصر البشري، ويشمل:

- التوظيف .
- التدريب .

3- الثقافة التنظيمية ، وتشمل:

- إدارة المعلومات والاتصالات.
- مكافحة العدوى، والسيطرة عليها.

7. المعيار الصحي:

دليل أو مقياس يقدر أو يقاس به الشيء، أو يستخدم كأساس لصنع القرار، أو بيان "الجودة المرجوة" أو عبارة تحدد الجودة المتوقعة.

وإجراءيا: هو كيفية تطبيق السياسات لكل إجراء إداري وطبي في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني.

8. الخدمات الصحية :

ينبع مفهوم الخدمات الصحية من المفهوم العام للخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة، فقد عرفت بأنها "العلاج المقدم للمرضى، سواء أكان تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى، وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل" (يحياوي، 2015).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1-2 إدارة الجودة الشاملة

2-2 الجودة الشاملة في القطاع الصحي

3-2 القطاع الصحي الفلسطيني

4-2 جودة الخدمة الصحية

5-2 جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الفلسطيني

6-2 اعتماد المستشفيات

7-2 الشهادات الدولية المعتمدة في إدارة الجودة الصحية

8-2 شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)

9-2 العوامل المؤثرة على تطبيق شهادة ال (JCI)

10-2 نبذة عن المستشفى محل الدراسة

11-2 الدراسات السابقة

12-2 التعليق على الدراسات السابقة

1-2 إدارة الجودة الشاملة: (Total Quality Management)

مقدمة:

إن إدارة الجودة الشاملة من الموضوعات التي زاد الاهتمام بها بشكل كبير في العقدين الأخيرين، إذ انتشرت الدراسات والأبحاث والكتابات والأنشطة الأخرى، مثل الندوات، والمؤتمرات التي تبحث في هذا الموضوع، وإذا كان هذا الاهتمام المتزايد يتعلق بالمؤسسات العلمية الأكاديمية ومراكز البحث العلمي، فإنه في مجال التطبيق أيضاً شاعت شعارات تطبيق الجودة الشاملة في كثير من المنظمات، وتسابقت الشركات للحصول على شهادات الجودة المختلفة.

انتشرت في التسعينيات الميلادية مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (TQM: Total Quality Management) التي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة، أمثال: ديمينغ، وجوران، وكروسبي، التي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان، في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

وقد لاحظت الباحثة ما تذخر به الكتابات من تعريفات ومفاهيم، فالمفاهيم عديدة، حيث يتم تناولها وفقاً لخبرة كل من يتناولها ومعرفته، كما لاحظ عدم الاتفاق على صياغة واحدة بالمقصود بالجودة الشاملة. فمنظمة الجودة البريطانية (BQA: British Quality Association) عرفت إدارة الجودة الشاملة على أنها الفلسفة الإدارية للمؤسسة التي تدرك من خلالها تحقيق كل من احتياجات المستهلك (العميل) وأهداف المؤسسة معا (حمود خ.، 2010)، أما برنارد (Bernard, 1991) فيرى أن إدارة الجودة الشاملة هي خلق ثقافة متميزة في الأداء، تتصافر فيها جهود المديرين والموظفين بشكل متميز لتحقيق توقعات العملاء، وذلك بالتركيز على جودة الأداء في مراحلها الأولى، وصولاً إلى الجودة المطلوبة بأقل تكلفة وأقصر وقت (Bernard, 1991)، كما أكد جيمس ريلي (James

(Rilay) نائب رئيس معهد جوران المتخصص بتدريب الاستشارات وتقديمها حول الجودة الشاملة، على أنها تحول في الطريقة التي تدار بها المنظمة، والتي تتضمن تركيز طاقات المنظمة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف، وقبل كل شيء المراحل المختلفة للعمل، إذ إن الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات العميل (فلاق ، 2010).

يمكن تعريفها على أنها فلسفة وثقافة إدارية، ومدخل جديد، يركز على العمل الشامل والمتكامل لتحسين مستوى الأداء، والقيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح ، وفقا للمعايير المحددة مسبقا ، من خلال التحسين المستمر، والوقاية من الأخطاء ومعالجتها، واستخدام الطرق الإحصائية، وبناء فرق العمل، وبما يؤدي لتحسين الأداء، وتحقيق رضا العملاء الداخليين والخارجيين، وتحقيق الأهداف بكفاءة وفاعلية.

وعلى ضوء ما سبق ترى الباحثة أنه يمكن تلخيص تعريف إدارة الجودة الشاملة على أنها: التطوير المستمر للعمليات الإدارية، وذلك بمراجعتها وتحليلها ، والبحث عن الوسائل والطرق لرفع مستوى الأداء، وتقليل الوقت لإنجازها بالاستغناء عن المهام جميعها والوظائف عديمة الفائدة وغير الضرورية للعميل وللعملية، وذلك لتخفيض التكلفة ورفع مستوى الجودة مستثنين في مراحل التطوير جميعها على متطلبات واحتياجات العميل.

2-1-1 أهمية إدارة الجودة الشاملة :

وترجع أهمية إدارة الجودة الشاملة إلى كونها تدخل في العديد من الظواهر الإنتاجية والخدمية، التي تهدف إلى تحقيق أهداف المنظمات الأساسية في تطوير أبعادها والسير في ميادين سبل تحسينها (حمود خ.، إدارة الجودة الشاملة، 2000)، فإدارة الجودة الشاملة تعد بمثابة إستراتيجية وقائية تحل محل تكرار أداء العمل مرة ثانية، ومقاومة الحرائق وإدارة الأزمات بأسلوب علمي في التخطيط

والتسويق والرقابة (Philip, 1996) فالجودة الشاملة عبارة عن مجموعة من المبادئ التي يتم ترسيخها في المنظمة ، وتتعكس بالتالي على منتجاتها، وتجعلها قادرة على المنافسة، فالجودة ليست بالشيء الإضافي الذي يمكن تقديمه للعميل، بل هي مطلب أساسي يتطلب توظيف المقدرة العقلية والطاقة البشرية لإنجاز العمل بأقل وقت وجهد، من خلال التركيز على تحسين العمليات الإنتاجية بشكل مستمر بهدف تحسين جودة الخدمات في إطار الإمكانيات المتاحة، فإدارة الجودة الشاملة لا تعتمد على الموارد المالية بقدر ما تعتمد على تحسين الخدمات (زايري، 2008).

2-1-2 مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

وتعد إدارة الجودة الشاملة أحد أنواع التفكير المنظومي، ولفهمها فهما عميقا لابد من تحليل وتشخيص جوانبها المختلفة للوصول إلي الرؤيا الكلية الشاملة لها في إطار بيئة ديناميكية متغيرة تسعى للتطور والتحسين المستمر، ولإدارة الجودة الشاملة مبادئ تكمن فيما يأتي: (الصرن، 2001)

1. التركيز على العميل (المريض)، وتلبية احتياجاته وتوقعاته.
2. دور القيادة.
3. استعمال الحقائق والبيانات الدقيقة والكافية لاتخاذ القرارات.
4. الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.
5. التركيز على العمليات والنشاطات والنتائج معاً.
6. التحسين المستمر للعمليات.
7. العلاقة مع الموردين على أساس الجودة ،وليس على أساس السعر فقط.
8. التدريب المستمر والتغذية الراجعة.

3-1-2 متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة يستلزم بعض المتطلبات، ذلك أن عملية التطبيق لا بد أن تكون منظمة ومخططة، وأهم المتطلبات ما يأتي: (يوسف، إدارة المستشفيات ، 2015).

1. دعم الإدارة العليا لبرنامج إدارة الجودة.

2. الاهتمام بالمستفيد.

3. تنمية مناخ العمل وتهيئة الموظفين.

4. الإدارة الفعالة للموارد البشرية.

5. قياس الأداء.

6. التدريب المستمر.

4-1-2 مراحل تطبيق نظم إدارة الجودة وتطبيقها:

وعلى وجه العموم، فإن المنظمة الراغبة في تطبيق نظام إدارة الجودة عليها اتباع الخطوات الآتية:

(Doug & Carole, 2006) , (Sherring-Lucas, 2005), (Ray, 2005), (David H. , 2005), (David H. , 2005), (Fred, 2004)

1- عمل دراسة فجوة فيما بين الوضع القائم للمنظمة وبين متطلبات نظام إدارة الجودة، وتجري

هذه الدراسة بمعرفة مخلصين بالمشاركة مع العاملين بالمنظمة، ويستخدم فيها أدوات مختلفة

منها "التدقيق"، "المقابلات الشخصية"، "الاستبانات"، وفي نهاية الأمر تتكون صورة محددة عن

مدى بعد المنظمة عن نظام إدارة الجودة المرجو أو قريبا. وتكون المخرجات الأساسية لهذه

الدراسة، هو تحديد دقيق للفجوة الموجودة بين النظام القائم في المنظمة ونظام إدارة الجودة

المستهدف.

2- تقوم الإدارة العليا للمنظمة بالمشاركة مع المختصين بوضع خطة تنفيذية للخطوات والأعمال اللازم اتخاذها، لتغطية الفجوة التي تم تحديدها في الخطوة.

3- يتم على التوازي في المنظمة تبني برنامج تدريبي وتوعوي وتنفيذه للعاملين كافة في المنشأة بمتطلبات نظام إدارة الجودة المستهدف لإعداد المنشأة للتغيير المطلوب.

4- يتم من خلال المسؤولين والخبراء تنفيذ الخطة التنفيذية الموضوعية في الخطوة 2، وعلى الإدارة العليا للمنظمة أن تقوم بتوفير الموارد اللازمة للتنفيذ.

5- بعد تنفيذ النظام الجديد المفترض مطابقته لنظام إدارة الجودة لمدة معقولة تؤكد استقرار النظام الجديد تقوم الإدارة العليا للمنظمة بتكليف مختصين ذوي خبرة مناسبة، سواء من داخل المنظمة أو من خارجها بإجراء تدقيق شامل على تنفيذ النظام الجديد في المنظمة، وعادة يتم هذا التدقيق بصورة منهجية طبقاً لخطة موضوعة سلفاً.

6- تكون نتائج التدقيق عادة "عدم مطابقات" لمتطلبات نظام إدارة الجودة المستهدف، ويتم بمعاونة الإدارة العليا للمنظمة اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة لإغلاق "عدم المطابقات" تقوم المنظمة بتنفيذ العمليات الواردة في البنود 5 & 6 بصورة منتظمة، للحفاظ على مستوى أداء مرض للمنظمة طبقاً لمتطلبات نظام إدارة الجودة.

2-2 الجودة الشاملة في القطاع الصحي:

منذ أن ظهر فكر وأسلوب إدارة الجودة الشاملة وأدبياتها، أخذ يطبق على أنواع المنظمات (إنتاجية أو خدمية) كافة، وقد أصبح حالياً إحدى السمات الرئيسية في منظمات الأعمال المعاصرة، التي تهتم بتحقيق مركزاً تنافسي مميز على غيرها من المنظمات، ولم تكن المستشفيات استثناء من ذلك، فقد كان تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على نطاق واسع، فطبيعة الخدمة تتعلق

بصحة البشر وحياتهم، وهم أعلى الأشياء لدى الإنسان، فالإهتمام بجودة الأداء والخدمة المقدمة من المستشفيات هو أحد الأهداف الأساسية، وهذا يتوافق مع أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وعمليات التحسين المستمر للجودة ، وقد حققت العديد من المستشفيات مزايا كبيرة من تطبيقها لهذا الفكر الجديد (مطبّقاني ، 2017).

أما عن خصوصية مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فإنه يقوم اساسا على الأبعاد الاتية: (يوسف، 2016).

1. جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى وتسعى في أعمالها جميعها على إرضائه.

2. يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة هي العنصر الأساسي الذي يجب أن تسعى المستشفيات إليه، كما انها تسخر مواردها وامكانياتها كافة لتحقيقه.

3. لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمات الصحية، بل يجب ان تتبنى في كل خطوة من خطوات تقديمها، وذلك ليتسنى الوصول للهدف المنشود، وتعتبر كل خطوة مدخلا لما بعدها من خطوات تالية.

4. الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقديم الخدمة الصحية، دون الاعتماد على الحدس والأحاسيس.

5. مشاركة العاملين جميعهم في المستشفى في تطوير خطط العمل، وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل مستمر.

6. تحقيق التوافق بين العاملين، وتنمية كفاءاتهم بتكوين فريق العمل، وتحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمرضى.

7. وضع نظام لتطوير جودة الخدمات الصحية، التي يقدمها المستشفى بصفه مستمرة.
8. الاعتماد على مستوى الأداء يعادل 100%، أي نسبة الخطأ يجب أن تكون صفراً، وهذا معناه القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح، ومن أول مرة ، وفي كل مرة.
9. الاهتمام بالجوانب النفسية للعاملين بالمستشفى، والسعي نحو تحقيق رضاهم عن العمل، والعمل على تنمية شعورهم بالولاء والانتماء إلى المستشفى الذي يعملون فيه.

1-2-2 أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:

إن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية سيساعدها في التعرف إلى جوانب الهدر في مواردها المختلفة، ومن ثم التخلص منها، لا سيما أنه " ثبت من التطبيق العلمي لهذا المدخل أنه يمكن أن يؤدي إلى تحقيق وفورات كبيرة في العمليات والأنشطة ، تعادل أضعاف ما يمكن تحقيقه من زيادة في قيمة المبيعات وحدها " (المهيري، 2006)، بل " يقول (توم غلين) أن نسبة 40-50 % من تكاليف الخدمات في المنظمات الحكومية تضيع هدرا لغياب التركيز على الجودة (حسين ، 2017) ، وينال أهمية تطبيق هذا المفهوم في القطاع الصحي من طبيعة الخدمة التي يقدمها هذا القطاع، والتي ترتبط بالبشر، ويؤثر مستوى جودة هذه الخدمات بشكل واضح ومباشر في حياتهم، فحدوث أخطاء طبية في الخدمات المقدمة لهم قد يؤدي إلى عواقب وخيمة كالوفاة ، أو العجز الكلي، أو الجزئي، أو الإعاقة، ويرى (الأحمدي، 2000) ان من الفوائد التي حققتها بعض المنظمات الطبية التي اخذت بمفهوم إدارة الجودة الشاملة يتمثل في " تبسيط الاجراءات، وتحسينها، وكفاءة التشغيل، والقضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية، والحد من تكرار العمليات"، ويرى مدني أن هذا المدخل يسهم في تسهيل عملية اتخاذ القرارات، وحل المشكلات، ويعمل على توفير المعلومات، ويزيد

من ارتباط العاملين بالمنشأة وأهدافها، وكذلك يدعم التنسيق بين ادارات المنشأة ويعمل على تحسين سمعتها (العمر ب.، 2002).

ويمكن تلخيص أهمية نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بالنقاط الآتية:

1. حل المشاكل بالطرق الفعالة.
2. أداء الأعمال بطريقة صحيحة.
3. تطوير مهارات الكوادر الصحية، واستخدام الموارد المتاحة بطريقة افضل.
4. تقوية عملية الاشراف والتقييم ، ومشاركة الموظفين في حل مشاكل الجودة.
5. إرضاء المستفيد، وبالتالي زياده دخل المستشفى.

2-3 جودة الخدمة الصحية:

2-3-1 مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يبين (خسروف، 2008) بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتفيل " التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات، ويؤكد (نصيرات ف.، 2008: 38) على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات، حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ ان الخلل والأخطاء في جودة الخدمات الصحية غير مقبول،

وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة، أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة، والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية (بوقجاني، 2010)، والجودة من وجهة نظر الأطباء، قد تعني توافر أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لخدمة مرضاهم (نصيرات ف.، 2000)، في حين يرى المرضى جودة الخدمات الصحية بأنها مدى اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى، ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة وعلاجها (بن سعيد، 1997).

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAH, 2009) جودة الخدمات الصحية بأنها هي "درجة الالتزام بالمعايير الحالية، والمنفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة، ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الاجراء العلاجي أو التشخيصي". أي ان جودة الخدمات الصحية هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة".

2-3-2 عناصر جودة الخدمات الصحية :

وحتى تحقق الجودة الأهداف المنشودة منها لا بد من توافر عناصرها الاساسية كافة وهي:

(الرحبي، 2016)

1. فعالية الرعاية (Effectiveness): درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها، أي أن تؤدي الرعاية إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي، والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
2. الملاءمة (Appropriateness): اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض.
3. القبول (Acceptance): تقبل المريض (والمجتمع) لاستخدام إجراء صحي معين.
4. إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access): مثال ذلك قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء في العيادات الخارجية، أو للتتويم ، أو لإجراء عمليات جراحية.
5. العدالة (Equity) : مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلا، وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
6. الكفاءة (Efficiency): الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف، أخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

3-3-2 أسباب الاهتمام بالخدمات الصحية:

إن المستشفيات ماهي إلا منظمات إنسانية وإجتماعية وخدمية وهي جزء من المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به في نفس الوقت، وتقدم خدماتها بشكل مباشر إلى المريض لذا فإن تحقيق رضا المرضى من هذه الخدمات ، وجودتها تكتسب أهمية كبيرة للأسباب الآتية:

1. ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض.
2. تشخيص سليم وعلاج ملائم، من خلال تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، تحقق رضا المريض الذي هو وسيلة لتحقيق أهداف أخرى: مثل تعاون المريض مع الأطباء والجهاز التمريضي، وقبوله، وتنفيذه لتوصياتهم.

3. يتطلب تقديم خدمة صحية فعالة وجود مشاركة مسؤولة لدى المرضى، ويحتاج ذلك إلى قناة اتصال فعال بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى بصورة دورية، لتحديد الخطوة الأولى في تطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
4. من أجل استمرار المستشفيات في النمو، ولكي تؤدي مهامها بفعالية تحتاج أن تعطي اهتماماً أكبر لجمهور المستفيدين، باعتبارهم أهم عناصر بيئتها الخارجية. (خرمة، 2000)

2-4 نبذة عن القطاع الصحي الفلسطيني للعام 2017:

2-4-1 الوضع الديموغرافي :

عدد السكان :

في العام 2017 بلغ عدد سكان فلسطين المقدر 4705601 نسمة، بما فيهم 414786 نسمة يقطنون في مدينة القدس العاصمة الأبدية لدولة فلسطين.

ويظهر توزيع السكان أن 60.0% يقطنون في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية)، 39.9% في المحافظات الجنوبية (قطاع غزة).

توزيع السكان حسب الفئات العمرية :

المجتمع الفلسطيني ما زال مجتمعاً فتياً، فقد بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة من العمر في العام 2017 في فلسطين 13.9% من مجمل السكان، وبلغت نسبة الأطفال في الفئة العمرية 0-14 سنة 38.6%، بينما بلغت نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 21 سنة فأكثر 3.2%.

2-4-2 النظام الصحي الفلسطيني :

الرعاية الصحية الأولية:

منذ تسلم وزارة الصحة الفلسطينية لمسئولياتها في نهاية العام 1944، أولت الوزارة اهتماما كبيرا لتطبيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية فعملت على توفير الخدمات الصحية و تطويرها، وتسهيل وصول مختلف القطاعات الشعبية إليها بالإضافة إلى عدالة توزيع الخدمات بين مختلف فئات المجتمع، وفي مختلف أماكن تواجده.

وتقدم الرعاية الصحية الأولية بوساطة مختلف مقدمي الخدمات الصحية من وزارة الصحة، ومنظمات غير الحكومية ووكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين و الخدمات الطبية العسكرية.

وتلعب الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة دورا مميّزا ، حيث اتسعت شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن من 454 مركزا عام 1994 إلى 743 مركزا في العام 2017 ، وبمعدل زياده بلغ 63.7 % منذ العام 1994.

وتشكل المراكز التابعة لوزارة الصحة ما نسبته 63.1 % من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية.

وفي العام 2017 بلغ العدد الإجمالي لزيارات مراجعي الطبيب في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة لعيادات الطب العام. الصحة في الضفة الغربية منها **2383661** مراجعا ، بينما بلغ عدد زيارات مراجعي الخدمات التمريضية في مراكز الرعاية الصحية الأولية **2371198** مراجعا.

الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات):

تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيس لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين، حيث تملك وتدير 3384 سريرا موزعة على 27 مستشفى في محافظات الوطن جميعها، وذلك من أصل

81 مستشفى عاملة في فلسطين بسعة سريرية تبلغ 6213 سريرا، منها 51 مستشفى في محافظات الضفة الغربية، بسعة سريرية قدرها 3792 أسرة ، وبنسبة 61 %، وباقي الاسرة في قطاع غزة.

وبالإضافة إلى وزارة الصحة، فإن المنظمات الاهلية تملك 34 مستشفى بسعة 2286 سريرا، ويملك القطاع الخاص 16 مستشفى بسعة 344 سريرا.

وتغطي أسرة مستشفيات وزارة الصحة معظم التخصصات تقريبا حيث توجد فيها خدمات الجراحة العامة وتخصصاتها الفرعية، والأمراض الباطنية، وطب الأطفال، والأمراض النفسية وغيرها من التخصصات.

أما خدمات التأهيل والعالج الطبيعي فهي تقدم من قبل المؤسسات الاهلية (غير الحكومية). وتقدم مستشفيات وزارة الصحة خدماتها للمرضى غير المنومين من خلال العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ ووحدات غسيل الكلى، حيث يوجد 11 وحدة غسيل كلى في مستشفيات وزارة الصحة في الضفة الغربية، بالإضافة إلى وحدة واحدة تابعة لمستشفى النجاح الوطني الجامعي في نابلس، بإجمالي عدد ماكينات 212 ماكينة، و في العام 2017 بلغ مجموع الغسلات في هذه الوحدات 165381 غسلة.

ومن الخدمات الهامة التي تقدم في مستشفيات وزارة الصحة الخدمات الطبية التشخيصية الشعاعية والمخبرية، حيث بلغ مجموع صور الأشعة لهذا العام في مستشفيات الضفة الغربية التابعة لوزارة الصحة 679650 صورة.

القوى العاملة :

منذ قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية وتسلمها مسؤولية الوضع الصحي في فلسطين و وزارة الصحة تسعى جاهدة لتلبية الاحتياجات الصحية المتنامية للمجتمع الفلسطيني.

جدول (1-2) توزيع عدد العاملين في وزارة الصحة في العام 2017 مقارنة مع العام 1995

السنوات	الأطباء	التمريض	المهن الطبية المساعده	الاداريين	المجموع
1995	963	1.634	804	1.357	4.758
2017	2.509	4.205	1.607	5.416	13.737

الإنفاق الصحي:

حسب معطيات الإدارة العامة للشؤون المالية في وزارة الصحة بلغت الموازنة الجارية لوزارة الصحة للعام 2016 ما قيمته 1,711,900,000. شكلت الرواتب ما نسبته 50% منها.

وشكلت موازنة المتأخرات (والتي تخص الديون المدورة من العام 2015 وما قبل) 604,700,216 شيكلا.

فيما شكل بند شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة النسبة الأكبر من نفقات الوزارة وهو ما نسبته 55% من تلك النفقات.

الاتجاهات في الوضع الصحي :

الأمراض المعدية:

حققت وزارة الصحة في السنوات الأخيرة نجاحات باهرة في السيطرة على العديد من الأمراض المعدية، فلم تسجل أية حالة جذام أو دفتيريا في فلسطين منذ العام 1982، ولم تسجل أية حالة لمرض شلل أطفال منذ عام 1988، كما لم تسجل أية حالة لمرض الكلب أو الكوليرا منذ سنوات عديدة، رغم وجود هذه الامراض في دول مجاورة.

الأمراض غير المعدية:

يؤثر التحول الوبائي في اتجاهات المراضة مثلما يؤثر في اتجاهات الوفيات، وتحمل البلدان من هذا التحول أعباء كبيرة من الامراض المعدية وغير المعدية، وبينما تتم السيطرة على الأمراض المعدية والحد من انتشارها، وتحتل الامراض المزمنة مكانا أكبر بين أسباب الاعتلال.

وترتبط الزيادة في الامراض المزمنة بالتغيرات الطارئة على أسلوب الحياة والسلوك وقلة النشاط البدني والعادات الغذائية السيئة، وهذا هو الحال في فلسطين كما باقي البلدان النامية، وهذا يساهم أيضا في زيادة معدلات إنتشار السرطان والأمراض القلبية الوعائية والسكري والاضطرابات النفسية.

وتدل الإحصائيات السابقة على أهمية القطاع الصحي الفلسطيني كونه يخدم شريحة كبيرة من المجتمع ، وكونه الأساس لصحة المواطنين، إضافة إلى نسبة الإنفاق الكبيرة جدا على هذا القطاع، لذلك أصبح من الضروري تطوير الأداء في القطاع الصحي والإرتقاء به، وذلك لضمان إدارة القطاع الصحي بشكل مهني سليم، وخلق قيادة قادرة على وضع السياسات وتنظيم العمل، وضمان توفير خدمات نوعية في كل القطاع الصحي العام والخاص.

5-2 اعتماد المستشفيات:

لنظام الاعتماد في مجالات الرعاية الصحية خصوصية كبيرة، وأهم سمات هذه الخصوصية أنه يتعامل مع البشر سواء أكانوا مقدمي خدمة أو مستفيدين من هذه الخدمة، الأمر الذي يجعل تطبيق نظام الجودة مرتبطا ارتباطا وثيقا بالأداء البشري، وبمدى تقبل المستفيد لهذه الخدمة. ومن هنا بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية، تركز في المقام الأول على المريض " المستفيد من الخدمة " .

والجدير ذكره أن هناك العديد من التعريفات تخص الاعتماد، فعملية 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 الأمان، من خلال الرعاية الصحية المقدمة، ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة مستقلة، وليست تابعة للمستشفى.

يعرف الاعتماد على أنه 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، وأن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض، والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى (سيف، 2017).

اعتماد المستشفيات هو "إمكانية المستشفيات وقدرتها على تقديم الخدمة بالوقت المحدد، وأن تكون الخدمة بمستوى يتحقق معه التوازن بين ما يدفعه المستفيد من ثمن لها، وما يحصل عليه من منافع، ويتم ذلك بجعلها تتصف بالمبادرة في أساليب التقدم التي تسهم في إيجاد حالات طلب جديد" (Ghobadian, Speller, & Jones, 1994).

إن عملية حصول المستشفى على الاعتماد هي عملية مضيئة وطويلة بحيث تتطلب غالباً القيام بإجراء تغييرات هامة في الممارسات المألوفة وفي سلوك الأفراد ، بهدف استخدام الطاقات الإبداعية للعاملين وعدم الإكتفاء بأداء الأعمال بالطرق الروتينية التقليدية، لأن الاستمرار بها يؤدي إما إلى: الجمود أو التراجع عن الركب المتسارع في المضي للأمام أو الفشل، فهذه العملية تتطلب من المستشفى ومن أعضاء كادرها كافة القيام بإجراء تقييم شامل لأدائهم الحالي، والتعزف إلى الممارسات

التي يجب تغييرها أو العمليات والإجراءات الجديدة التي يتم استحداثها، رغبة في الوصول إلى حلول خلاقة للمشاكل، سعياً نحو النجاح والمنافسة (وزارة الصحة الأردنية، 2015).

وعندما تتبنى المستشفيات تطبيق برنامج الاعتماد، فإنها ستحقق مزايا تشمل على تحسين أداء الأنظمة الصحية، ومشاركة جميع العاملين في صنع القرار، وتفويض الصلاحيات، وتحسين الاتصال والتعاون بين الأقسام في المستشفيات، وتدريب العاملين، وزيادة درجة المصداقية، والثقة تجاه المستشفيات، وإيجاد نظام لتحفيز العاملين، وتشجيع البحث العلمي وتبني الأساليب الحديثة في علاج المرضى حتى يصبح التحسين والإبداع هو السمة المميزة لأدائها وخدماتها (Brown, 2005) (منظمة الصحة العالمية، 2009).

وسوف يؤدي تطبيق معايير الاعتماد كذلك إلى إيجاد بيئة صحية، لتقديم الخدمات الطبية التي تعتمد على آخر ما توصل إليه العلم الحديث (Scrivens , 1998).

والخلاصة 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. والمعيار هو عبارة عن مستوى يحدد نوعية الأعمال المراد الوصول إليها أو تحقيقها للوصول إلى الاعتماد، وتغطي مجالات عمل المستشفيات كافة 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.

2-5-1 معايير الاعتماد :

بني نظام الاعتماد على مجموعة من المعايير المتفق عليها دوليا في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية التي يتم الوصول إليها نتيجة البحوث المستمرة لتحسين الأداء وتطويره، حيث يتفق الخبراء المتخصصون على قبول المعيار الذي تتوافر فيه الصفات الأساسية مثل أنه: متفق عليه، وقابل للتحقيق، ويحقق الفائدة القصوى، ويمكن قياسه، ويؤدي إلى تحسين مستمر في الأداء (ناجي ، مفلح، و نازم، 2014).

2-6 الشهادات الدولية المعتمدة في إدارة الجودة الصحية:

(نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية، بلا تاريخ)

تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية :

يمكن عرض تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية فيما يأتي:

- في عام 1917، (الولايات المتحدة الأمريكية): قامت الجمعية الأمريكية للجراحين (ACS) 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، والتوافق مع الأطباء الداخليين، ووجود ملف المريض، وتنظيم المستشفى الذي يسمح بوضع وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصيين في هذا المجال.
- وبعدها واحد في عام 1918 بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، وقد تم تدقيق 89 مستشفى من أصل 692 مستشفى، وافقت على تطبيق هذه

المعايير (بجدها الأدنى)، ومن ثم تم طبع دليل المعايير الأول في عام 1926، وقد احتوى على 18 صفحة.

• في عام 1951 (في الولايات المتحدة أيضاً): تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAHO) والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام 1986 بمبادرة من جمعية الجراحين، التي لم تعد تستطيع وحدها القيام بهذا العمل ، وبذلك شكلت هذه المؤسسة لتضم المهن الطبية كلها في المستشفى، وقد 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 لتشكل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAH) وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به بشكل طوعي، وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في 1952/12/6.

• وقد أنشأت اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية فرعاً أسمته اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد (JCIA) ، 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.

• (1953) في كندا: قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية (التي تسمى حالياً بجمعية الرعاية الطبية الكندية)، والكلية الملكية للأطباء والجراحين، وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا، بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات (CHA'S) بهدف تطوير برنامج اعتماد المستشفيات، وقد حققت هذه اللجنة أهدافها منذ عام 1958 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.

• عام 1960 (في كندا): أنشئ المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية (CCHSA) وهي مؤسسة خاصة غير هادفة للربح (وحتى هذا التاريخ كانت المؤسسات الصحية الكندية تعتمد من قبل (JCAHO) .

• في عام 1966 (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 النظام.

• عام 1974 في (أستراليا) : سُكِّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية (ACHS) 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.

• عام 1981 (إسبانيا): أنشئ نظام اعتماد المستشفيات من قبل حكومة إسبانيا.

• عام (1983) (CPHQ: Certified Professional in Healthcare Quality)

وهي الشهادة الوحيدة التي تثبت الإنجاز الأكاديمي والاحترافي في مجال إدارة جودة الرعاية الصحية، هذه الشهادة معترف بها دولياً في جودة الرعاية الصحية، وتحظى باحترام وتقدير عالميين في صناعة الرعاية الصحية. وتغطي الشهادة عدة موضوعات وتخصصات مثل إدارة الجودة، وتحسين الجودة، وإدارة المخاطر على المستويات جميعها وفي الجوانب المتعلقة بقطاع الرعاية الصحية. يُنصح الكثير من العاملين في قطاع الصحة بالالتحاق بدورة للحصول على هذه الشهادة من بينهم الرؤساء التنفيذيين

والمديرين الطبيين، ومديري التمريض، ومديري الجودة، ومديري المخاطر، ومديري الاعتماد، ومديري الرعاية الصحية، ومسؤولي ومنسقي الجودة، والأطباء، والمرضى والصيادلة وفنيي المعامل.

• عام 1991 (في نيوزيلندا): أنشأ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بعضوية عدة جهات على النحو الآتي:

▪ 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 وزارة الصحة ودورها فيه.

• (1995) إنجلترا: وضعت (KING'S FUND) نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي

مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام 1987 ، وتعمل على تقييم المؤسسات منذ عام 1990.

• (1995) 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 المجتمعية وضعت مؤشرات الأداء حيث قام المجلس بانتقاء ستة مؤشرات أداء

عامة، وعمل مشروع اختبار ريادي لهذه المؤشرات.

- (1996) فرنسا: أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي (ANAES) لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، هذا الاعتماد صار إلزامياً اعتباراً من 2001.
 - (1997) إيطاليا: ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد حسب المناطق.
 - (2001) منظمة الصحة العالمية: أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان 2000.
 - JCI (2011): تلقت اللجنة الدولية المشتركة اعتماداً لمدة أربع سنوات من الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua) ، مما يبرهن على أن الإجراءات والمعايير التي تستخدمها اللجنة الدولية المشتركة تعادل أرقى المعايير العالمية، وتتعاون كل من اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية واللجنة المشتركة، وكذلك منظمة الصحة العالمية في إطار مبادرة مركز التعاون التابع لمنظمة الصحة العالمية، والمعنية بسلامة المرضى.
- يُعد اعتماد (JCI) أهم الاعتمادات التي يمكن لمستشفى خارج الولايات المتحدة أن تحصل عليها، وبالتالي فهي تعني الكثير للمستشفيات التي تقدم خدماتها للمرضى الأجانب (بوصافي و عدمان، 2009).

وسوف تتناول الباحثة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)، لأنه النظام الأفضل عالمياً في المجال الصحي، وسيتم التعريف به من الجوانب جميعها.

2-7 شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI):

(JCIA : شهادة الاعتماد الدولية للمستشفيات): هي شهادة تمنح من إحدى هيئات الاعتماد الدولية المعترف بها مثل هيئة الاعتماد الأمريكية الدولية JCI وتتميز هذه الشهادة بالاعتراف الدولي وإمكانية

المقارنة بالمؤسسات الصحية العالمية، وهي من أبرز شهادات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

يقع المقر الرئيسي لمنظمة JCI في (الينوي)، بالولايات المتحدة ولديها مجموعة من المكاتب الإقليمية في أوروبا، والشرق الأوسط ، وآسيا. تمارس اللجنة الدولية المشتركة نشاطاتها منذ العام 1994 في أكثر من 80 دولة حول العالم، حيث صدقت واعتمدت ما يزيد على 400 مؤسسة صحية من القطاعين العام والخاص.

وتقوم اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية باعتماد المستشفيات، معامل التحاليل الطبية، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وخدمات العناية المتنقلة ومرافقها والإسعاف، وخدمات المتابعة والرعاية المستمرة. كما تمنح اللجنة شهادات التصديق والاعتماد لأكثر من 15 نوعاً من برامج الرعاية السريرية.

تتركز عملية الاعتماد من قبل JCI على رعاية المرضى وعلاجهم، وكذلك على إدارة المؤسسة والأنظمة الطبية المعمول بها. وتعمل معايير JCI على تحديد وتقييم الوظائف الرئيسية بالمستشفيات ومؤسسات الرعاية الطبية. وتتضمن الوظائف الرئيسة تحقيق الأهداف العالمية المتعلقة: بسلامة المرضى، وتوفير الخدمة، وعمليات التقييم والرعاية، ومكافحة العدوى، والتعليم، وإدارة المعلومات والموارد البشرية، ونظم إدارة المرافق المختلفة، والنظم القيادية والإدارية.

ويصل مجموع برامج الاعتماد لدى JCI إلى ستة برامج وبرنامج واحد للتصديق وإصدار الشهادات. وتشمل الاعتمادات كل من المستشفيات، ووحدات الرعاية الطبية المتنقلة، والمختبرات والمعامل الطبية، والعناية المستمرة، ومراكز الرعاية الأولية ،ومؤسسات النقل الطبية.

وفي عام 2010 بلغ متوسط رسوم الاعتماد الخاصة بتقييم كامل للمستشفى 46.000 دولار أميركي.

وتعتمد تكلفة الاعتماد على حجم المؤسسة ومدى تعقيد نظامها، والذي من شأنه أن يحدد عدد المراقبين الذين سيقومون بالعمل والمدة التي يحتاجونها لتنفيذ مهمتهم. الرسوم اللازمة للمستشفيات الجامعية الكبيرة متعددة التخصصات أكبر من الرسوم الخاصة بالمستشفيات المتخصصة العادية.

2-7-1 تعريف اعتماد ال (JCI) :

الاعتماد: عملية يقوم بموجبها كيان غير حكومي عادة منفصل ومتميز عن مؤسسة الرعاية الصحية، بتقويم مؤسسة الرعاية الصحية ليحدد إذا كانت تفي بمجموعة من المتطلبات (المعايير) المصممة لتحسين السلامة وجودة الرعاية، ويكون الاعتماد تطوعياً عادة، وتعتبر معايير الاعتماد عادة مثلى وقابلة للتحقيق، ويوفر الاعتماد التزاماً مرئياً من قبل مؤسسة ما بتحسين سلامة رعاية المرضى وجودتها، وضمان بيئة رعاية سالمة، والعمل باستمرار على خفض المخاطر التي يتعرض لها المرضى والموظفون، ولقد اكتسب الاعتماد اهتماماً عالمياً كتقييم فعال للجودة وأداة إدارية (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008)، فالمنظمة الدولية لجودة الرعاية الصحية عرفت الاعتماد بأنه "عبارة عن عملية تقييم ذاتية وخارجية تستخدم بوساطة مؤسسات الرعاية الصحية، لتقييم مستوى الأداء بالنسبة للمعايير الموضوعية من أجل القيام بالتحسين المستمر بنظام الرعاية الصحية.

من وجهة نظر الباحثة ومن خلال قراءة عدة تعريفات تخص الاعتماد، فيمكن تلخيص تعريف الاعتماد على أنه إجراء رسمي من قبل مجلس معترف به (جهة وطنية محايدة، أو مستقلة، وليست تابعة للمستشفى) ويتم من خلاله تقدير مدى توافق المؤسسة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الاعتماد من أجل تطوير الأنظمة والإجراءات لتحسين جودة الخدمات الصحية، وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج.

والاعتماد يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة الصحية ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض، والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.

وقد بدأ اعتماد الخدمات الصحية أول ما بدأ في الولايات المتحدة الأمريكية في خمسينيات القرن العشرين، ويعتبر الاعتماد حالياً الأداة الرئيسة التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية، وللقيام في الكثير من الحالات، بتوزيع الموارد المالية على المؤسسات الصحية، وتتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوى من مستويات الرعاية، أو أي ممارسة أو طريقة مثلى، يحددها الخبراء والمنظمات المهنية أو أي منهما، والمعيار 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 الوحدات، وهو عملية تقييمية صارمة وشاملة، تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة النظم والعمليات الرئيسة التي تتألف منها منظمة الرعاية الصحية. كما يشتمل الاعتماد على تقييم الرعاية التي تقدمها منظمات الرعاية الصحية في بعض المجالات المهمة، مثل الخدمات الوقائية، ورضاء المستهلك، والمؤسسات تطلب الاعتماد لأسباب مختلفة، غير أنها تطلبه غالباً، سعياً منها إلى إرضاء المستهلك، وحرصاً منها على سمعتها المهنية، وتكمن قيمة الاعتماد في التقييم الذاتي الداخلي الذي تقوم به المنظمة استعداداً للزيارة الاستقصائية، كما تكمن قيمته في عملية التحكيم الاستشارية التي هي جزء من الزيارة الاستقصائية لموقع العمل. ومتى تم اعتماد المنظمة توجب عليها أن تواظب على الامتثال للمعايير المطلوبة طوال دورة الاعتماد.

2-7-2 فوائد اعتماد ال (JCI):

صممت عملية الاعتماد لانشاء ثقافة السلامة والجودة داخل مؤسسة ما تسعى إلى تحسين عمليات رعاية المرضى ونتائجها باستمرار وعندما تقوم المؤسسات بذلك فإنها:

1. تحسن الثقة العامة بأن المؤسسة مهتمة بسلامة المرضى وجودة الرعاية.
2. توفر بيئة عمل تتسم بالسلامة والكفاءة وتساهم في رضا العاملين.
3. تتفاوض مع مصادر الدفع بشأن الرعاية بالبيانات الخاصة بجوده الرعاية.
4. تستمع إلى المرضى وعائلاتهم، وتحترم حقوقهم ، وتشركهم في الرعاية كشركاء.
5. تنشئ ثقافة منفتحة على التعلم من التقارير التي تقدم في الوقت المناسب عن الاحداث غير المواتية والمخاوف بشأن السلامة.

6. تنشئ قيادة متعاونة تضع أوليات الجودة وسلامة المرضى على كل المستويات والقيادة الدائمة لها (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008).

2-7-3 الأطراف المستفيدة من نظام اعتماد ال (JCI):

وتتمثل الأطراف المستفيدة من نظام الاعتماد فيما يأتي: (جودة الرعاية الصحية والاعتماد الدولي ، بلا تاريخ)

أ- المستفيد من الخدمة (المريض):

1. استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية، حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة

بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً.

2. زيادة فرص المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء، وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات.
3. تقليل فرص التعرض للمخاطر في أثناء وجود المريض بالمستشفى مثل: التعرض للعدوى، أو أخطاء الممارسات الطبية، أو خطر الحريق.
4. 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 عمله في مرحلة العلاج.
5. احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمة نفسها.
6. يكتسب برنامج الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.

ب- المؤسسة الصحية

1. يعد تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق المهنة طبقاً لأفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية المعترف بها دولياً.
2. الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد، حيث يعني هذا التزامها بمعايير الجودة ، التي تلتزم بها مثيلاتها في العالم المتقدم.

3. يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومية إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات، وهذا يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.
4. زيادة فرصة 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 فرصة الاستمرار في العمل ، ويقلل نفقات البحث عن عاملين جدد.
5. تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة .
6. تقليل إمكانية حدوث مخاطر الحريق والماس الكهربائي والعدوى.
7. تقليل نفقات التأمين ضد أخطار المهنة.
8. تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات.
9. توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات ، التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص.
10. زيادة الدخل.
11. زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين.
12. زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
13. زيادة فرصة المؤسسة في استخدامها لتدريب، وتعليم العاملين في الحقل الطبي.

ج- المجتمع

1. الاعتماد يعتبر ركنا من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر في ترشيد الإنفاق، وتحسين الخدمات، وتحقيق العدالة الاجتماعية، وزيادة فرص الوصول إلى الخدمات.
2. تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين، ويزيد ساعات العمل، ويقلل الفاقد نتيجة المرضى، ويعيد الثقة بين المجتمع وخدماته الصحية.

3. يعد نظام الاعتماد نظاماً عادلاً موضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل.

2-7-4 الأهداف من نظام الاعتماد:

تتمثل أهداف نظام الاعتماد في :

1. نشر معايير الأداء الجيد للمؤسسات الصحية، وتطبيقها في هذه المؤسسات لضمان حصول متلقي الخدمة على الخدمة الصحية بشكلها الأمثل.
2. ضبط المعايير والاختلافات وضمان التزام المؤسسات الصحية بوضع الإجراءات الضرورية للحفاظ على مستوى الأداء المحدد من قبل المؤسسة المانحة للاعتماد.
3. مكافأة المؤسسات الصحية وتحفيزها.
4. وضع خطة للتطوير المستمر طبياً وإدارياً.

2-7-5 ما هو اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، وما علاقة هذه اللجنة باللجنة

المشتركة؟

اللجنة المشتركة الدولية: هي ذراع اللجنة المشتركة (الولايات المتحدة)، ومهمتها تحسين جودة الرعاية الصحية في المجتمع الدولي.

حيث كرست اللجنة المشتركة (الولايات المتحدة) والمنظمة السالفة لها نفسها منذ 75 سنة ، لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وسلامتها. واليوم تعد اللجنة المشتركة أكبر معتمد لمؤسسات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، إذ تتفحص ما يقرب من 16000 برنامج للرعاية الصحية، عبر عملية اعتماد تطوعية. واللجنة المشتركة واللجنة المشتركة الدولية منظماتان أمريكيتان غير حكوميتين لا تتوخيان الربح (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008).

2-7-6 كيف تطورت معايير المستشفيات في البداية ؟

يقوم فريق خاص من 16 عضواً، مكون من أطباء متمرسين وممرضين وإداريين وخبراء في السياسة العامة، بتوجيه تطوير عملية معايير الاعتماد الدولية للجنة المشتركة الدولية وتنقيحها. ويتكون الفريق الخاص من أعضاء من ستة أقاليم عالمية رئيسية: أمريكا اللاتينية، والبحر الكاريبي، وآسيا، والبلاد المطلة على المحيط الهادئ، والشرق الأوسط، وأوروبا الشرقية والوسطى، وأوروبا الغربية، وأفريقيا ويصل عمل الفريق الخاص استناداً إلى المرجعية الميدانية الدولية للمعايير ومدخلات الخبراء وغيرهم ممن يمتلكون معارف فريدة.

وتواصل لجنة دولية للمعايير العمل مع الفريق الخاص، وتقدم توصيات بشأن التحديثات والتعديلات اللازمة لهذه المعايير لكي تعكس التطبيقات المعاصرة بشكل دائم (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008).

وتنظم المعايير حول الوظائف المهمة المشتركة في مؤسسات الرعاية الصحية كلها، ويعتبر التنظيم الوظيفي للمعايير الأوسع استخداماً في أنحاء العالم أسره، وقد اقرته الدراسة العلمية والاختبار والتطبيق.

وتصنف المعايير وفقاً للوظائف المتعلقة بتقديم الرعاية للمرضى، وتلك المتعلقة بتوفير مؤسسة سالمة وفعالة و جيدة الإدارة، وتطبق هذه الوظائف على المؤسسة بأكملها، بالإضافة إلى كل دائرة أو وحدة أو خدمة داخل المؤسسة. وتجمع عملية الفحص معلومات الامتثال للمعايير في المؤسسة بأكملها ويستند قرار الاعتماد إلى مستوى الامتثال الكلي الموجود في المؤسسة بأكملها (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008).

7-7-2 المعايير الأساسية لشهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية:

وتشمل شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية معيارين أساسيين هما : (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2017) .

المجموعة الأولى : وهي المجموعة المتعلقة بالمريض أو المستفيد من الخدمة، وتشمل ما يأتي:

• الحصول على الرعاية واستمرار الرعاية:

فعلى مؤسسة الرعاية الصحية أن تنظر في الرعاية التي تقدمها كجزء من نظام متكامل من الخدمات، والمتخصصين في الرعاية الصحية، ومستويات الرعاية التي تشكل متصل الرعاية، ويهدف ذلك إلى التوفيق بين احتياجات الرعاية الصحية للمرضى والخدمات المتاحة، وتنسيق الخدمات التي تقدمها المؤسسة للمرضى، ثم التخطيط لإخراج المريض من المستشفى ومتابعته، النتيجة هي تحسين نتائج رعاية المرضى والاستخدام الكفء للموارد المتاحة.

• حقوق المريض وعائلته:

يعتبر المريض فريدا في احتياجاته، ومواطن قوته وقيمه ومعتقداته، وتعمل مؤسسات الرعاية الصحية على نيل ثقة المرضى وفتح قنوات التواصل معهم وفهم ثقافة كل مريض وقيمه النفسية الاجتماعية والروحية وحمايتها.

وتتحسن نتائج رعاية المريض عندما يشرك المرضى وأسرهم أو من يتخذ القرار عنهم، عندما يكون ذلك ملائما في قرارات وعمليات الرعاية بطريقه تتسجم مع التوقعات الثقافية.

ولتعزيز حقوق المرضى في مؤسسات الرعاية الصحية، يبدأ المرء بتحقيق تلك الحقوق، ثم تثقيف المرضى والعاملين فيها، ويبلغ المرضى بحقوقهم وكيف يتعاملون معها، ويعلم العاملون كيف يفهمون معتقدات المرضى وقيمهم ويقدمون الرعاية التي تقدر مشاعرهم، وتحترمهم، وتحمي كرامتهم.

• تقييم المرضى:

تؤدي عملية التقييم الفعالة للمريض إلى قرارات عن احتياجاته الفورية والمتواصلة، للمعالجة في الحالات الطارئة والرعاية الاختيارية والمخططة، حتى عندما تتغير حالة المريض. ويعد تقييم المريض عملية مستمرة تجرى في العديد من أماكن وأقسام عيادات المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين.

ويكون تقييم المريض ملائماً عندما ينظر في حالة المريض وسنه، واحتياجاته الصحية، ومطالبه أو أولوياته، وتنفذ هذه العمليات على أفضل وجه عندما يعمل الإختصاصيون الصحيون المسؤولون جميعهم عن المريض معاً.

• العناية بالمرضى:

ويتمثل الهدف الرئيس لمؤسسة الرعاية الصحية في رعاية المرضى، ويتطلب تقديم الرعاية الملائمة في مكان ما والتي تدعم احتياجات كل مريض وتستجيب إليها، في مستوى عالٍ من التخطيط والتنسيق.

ويمكن أن تؤدي هذه الأنشطة العديد من الأطباء والمرضى والصيادلة والمعالجين التأهليين، وغيرهم من مقدمي الرعاية الآخرين. ولكل مقدم رعاية دور واضح في رعاية المرضى، ويتحدد هذا الدور بالترخيص، والمؤهلات والشهادة، والقانون والنظام، ومهارات الفرد الخاصة، والمعرفة والخبرة، وسياسات المؤسسة أو مواصفات الوظيفة، ويمكن أن ينفذ المريض أو عائلته أو المدربون الآخرون بعض الرعاية.

• التخدير والعناية الجراحية:

استخدام التخدير والتسكين والتدخلات الجراحية عمليات شائعة ومعقدة في مؤسسات الرعاية الصحية، وهي تتطلب تقييما كاملا وشاملا للمريض، وتخطيطا للرعاية المتكاملة، والمراقبة المستمرة للمريض، والاحالة القائمة على المعايير من أجل استمرار الرعاية والتأهيل والاحالة والتخريج في نهاية المطاف. وتطبق معايير التخدير والجراحة في أي مكان يستخدم فيه التخدير المتوسط أو العميق ، وتجرى فيه العمليات الجراحية والإجراءات الجائرة الأخرى التي تتطلب الحصول على موافقة، وتشمل مثل هذه الاماكن مساح العمليات في المستشفيات، ووحدات الجراحة النهارية أو وحدات المستشفيات النهارية، وعيادات الاسنان وغيرها من عيادات المرضى الخارجيين، وخدمات الطوارئ ووحدات العناية المركزة وسواها.

• تدبير الأدوية واستخدامها:

ويشمل تدبير الأدوية النظام والآلية التي تستخدمها المؤسسة لتقديم المعالجة الدوائية لمرضاها، ويكون ذلك جهدا متعدد الاختصاصات عادة ومنسقا للعاملين في مؤسسة الرعاية الصحية، تطبق فيه مبادئ عملية التصميم الفعال للمعالجات الدوائية وتنفيذها، وتحسين انتقائها، وشرائها، ووزنها، وطلبها ووصفها، وتوزيعها، وتحضيرها، وصرفها، وإعطائها، وتوثيقها، ومراقبتها.

• تعليم المريض وعائلته:

يساعد تعليم المريض والعائلة في تحسين مشاركتهم في الرعاية واتخاذ قرارات الرعاية الرشيدة. ويقوم العديد من العاملين المختلفين في المؤسسة بتعليم المرضى وعائلاتهم، ويتم التعليم عندما يتفاعل المريض مع أطبائه أو ممرضيه، ويقدم آخرون التعليم فيما يقدمون خدمات محددة مثل: التأهيل أو المعالجة الغذائية أو يحضرون المرضى لتخرجهم و الرعاية المستمرة، ونظرا لأن العديد

من العاملين يساعدون في تعليم المرضى وعائلاتهم، فمن المهم ان ينسقوا أنشطتهم و يركزوا على احتياجات المريض للتعلم.

ويشمل التعليم المعرفة اللازمة في أثناء عملية الرعاية والمعرفة اللازمة بعد تخريج المريض إلى موقع رعاية آخر أو البيت. ومن ثم يمكن ان يشمل التعليم معلومات عن مصادر المجتمع من أجل مزيد من الرعاية و المتابعة المطلوبة و كيفية الحصول على خدمات الطوارئ عند الضرورة.

المجموعة الثانية: وهي المجموعة المتعلقة بإدارة المؤسسة الصحية وقيادتها، وتشمل ما يأتي:

• **تحسين الجودة و سلامة المرضى:**

إن استمرار التخطيط لآليات العمل السريرية، والإدارية وتصميمها ومراقبتها وتحليلها وتحسينها يجب ان يكون منظما بشكل جيد وأن يحظى بقيادة واضحة لتحقيق الفوائد القصوى، ويأخذ هذا النهج في الحسبان أن معظم اليات عمل الرعاية السريرية تشمل أكثر من دائرة أو وحدة واحدة، وقد تشمل العديد من الأعمال الفردية، ويأخذ هذا النهج في الحسبان أيضا أن معظم قضايا الجودة السريرية والإدارية مترابطة فيما بينها. وهكذا، يجب أن تسترشد المساعي لتحسين آليات العمل هذه بإطار شامل لإدارة الجودة والأنشطة التحسينية في المؤسسة وأن تشرف مجموعة أو لجنة إشرافية على تحسين الجودة و سلامة المرضى.

وتتعامل هذه المعايير الدولية للاعتماد مع مجموعة الأنشطة السريرية والإدارية الكاملة لمؤسسة الرعاية الصحية، بما في ذلك إطار تحسين هذه الأنشطة، وخفض المخاطر المرافقة للتفاوت في آليات العمل وهكذا فان الإطار المقدم في هذه المعايير ملائم لمجموعة واسعة من البرامج البنيوية والمقاربات دون الرسمية لتحسين الجودة و سلامة المرضى.

• تجنب العدوى والسيطرة عليه:

يرمي برنامج المؤسسة للوقاية من العدوى والسيطرة عليها إلى تحديد مخاطر الإصابة في العدوى و نقلها بين المرضى والعاملين واختصاصيي الرعاية الصحية والعمال المتعاقدين والمتطوعين والطلاب و الزائرين وخفضها.

قد تختلف مخاطر العدوى وأنشطة البرنامج من مؤسسة إلى أخرى تبعا لأنشطة المؤسسة السريرية، وخدماتها، وجماعات المرضى المخدمين، والموقع الجغرافي، وحجم المرضى، وأعداد الموظفين.

• الحاكمية و القيادة و التوجيه:

إن تقديم رعاية ممتازة إلى المرضى يتطلب قيادة فعالة، وتأتي تلك القيادة من العديد من المصادر في مؤسسة الرعاية الصحية، بمن في ذلك القادة الحاكمون وغيرهم ممن يشغلون مناصب قيادية ويضطلعون بالمسؤولية والثقة، وعلى كل مؤسسة ان تحدد هؤلاء الأشخاص و تشركهم في ضمان أن تكون المؤسسة موردا فعالا و كفؤا للمجتمع و مرضاه.

وتبدأ القيادة الفعالة بفهم المسؤوليات المختلفة، وسلطة الأفراد في المؤسسة، وكيف يعمل هؤلاء الأفراد معا، يتمتع من يحكم المؤسسة ويديرها ويقودها بالسلطة والمسؤولية على السواء، وهم مسؤولون جماعيا وفرديا عن الامتثال للقانون والنظام والوفاء بمسؤولية المؤسسة تجاه جماعة المرضى الذين تخدمهم، وتساعد القيادة الفعالة بمرور الوقت في التغلب على الحواجز المفترضة ومشاكل التواصل بين الأقسام و الخدمات في المؤسسة، وتصبح المؤسسة أكثر كفاءة و فعالية، ويزداد تكامل الخدمات ويؤدي تكامل كل أنشطة إدارة الجودة وتحسينها في أنحاء المؤسسة كلها إلى تحسين نتائج المرضى.

• إدارة المرفق و السلامة:

تعمل مؤسسات الرعاية الصحية لتوفير مرفق وظيفي سالم وداعم للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار، ولتحقيق هذا الهدف يجب إدارة المباني والمعدات الطبية وسواها بفعالية، ويجب أن تسعى الإدارة على وجه الخصوص إلى خفض المخاطر، والسيطرة عليها، تجنب الحوادث والإصابات، والمحافظة على ظروف سليمة.

وتحدد القوانين والانظمة والمعاينات التي تقوم بها السلطات المحلية إلى حد كبير كيفية تصميم المرفق واستخدامه وصيانته، وعلى جميع المؤسسات بصرف النظر عن حجمها ومواردها الامتثال لهذه المتطلبات كجزء من مسؤوليتها تجاه المرضى وعائلاتهم و العاملين والزوار.

• مؤهلات العاملين و تعليمهم:

تحتاج مؤسسة الرعاية الصحية إلى مجموعة ملائمة من الأشخاص الماهرين والمؤهلين، للوفاء برسالتها وتلبية احتياجات المرضى، ويعمل قادة المؤسسة معا لتحديد عمل العاملين اللازمين وانواعهم بناء على توصيات من مديري الأقسام والخدمات.

ومن الضروري توثيق مهارات المتقدمين ومعارفهم وتعليمهم وخبرتهم السابقة في العمل، ومن المهم على وجه الخصوص مراجعة الوثائق الثبوتية للهيئة العاملة الطبية لانهم معنيون بعمليات الرعاية السريرية والعمل مباشرة مع المرضى.

ويجب أن توفر مؤسسات الرعاية الصحية الفرص، لكي يتعلم العاملون و يتقدموا شخصيا ومهنيا.

• إدارة الاتصالات والمعلومات:

إن تقديم الرعاية للمرضى مسعى معقد يعتمد كثيرا على ابلاغ المعلومات، ويكون هذا الإبلاغ إلى المجتمع والمرضى وعائلاتهم والمهنيين الصحيين الآخرين، ويعد القصور في الاتصالات أحد الأسباب الأكثر شيوعا لحوادث السلامة التي يتعرض لها المرضى.

ولتوفير الخدمات وتنسيقها وتكاملها تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية على معلومات عن علم الرعاية والمرضى والرعاية المقدمة وعن أدائها، والمعلومات، والموارد المالية مصدر يجب أن يديره قادة المؤسسة بشكل فعال، وتسعى كل مؤسسة للحصول على المعلومات وإدارتها واستخدامها لتحسين نتائج المرضى.

وعلى الرغم من أن الحوسبة والوسائل التكنولوجية الأخرى ترفع الكفاءة فإن مبادئ الإدارة الجيدة للمعلومات تنطبق على الأساليب كلها سواء أكانت ورقية أم إلكترونية، وتصمم هذه المعايير لكي تكون منسجمة مع الانظمة غير المحوسبة وتكنولوجيات المستقبل.

2.9 العوامل التي تعيق تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية :

1- المشاركة والالتزام القيادي:

يعتبر الالتزام القيادي من أهم العناصر التي تؤثر في عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة التي تقوم بها المنظمات ، كما تحدث عنها خبراء الجودة، ومن ضمنهم على سبيل المثال: ديمينج، وجوران، وكروسبي (Tari, 2005) وقد وجد كل من (Ennis & Harrington, 1999) بأن التزام الإدارة العليا والمتوسطة والعمل بروح الفريق والمكافآت المقدمة للموظفين وإدارة الثقافة التنظيمية ووفرة الموارد المالية تعتبر بمثابة عناصر مهمة في تنفيذ برنامج الجودة في نظام الرعاية

الصحية الإيرلندي. ومن خلال دراستهم لموضوع الممارسات الفضلى في إدارة الجودة الشاملة في الشركات الماليزية، وجد كل (Ab Rahman & Tannock, 2005) أن إلتزام الإدارة العليا الحقيقي بمثابة واحد من أهم المحتويات والمكونات بحيث يجب على كبار المديرين القيام بدور هام في تعزيز مفهوم الجودة على المستويات كلها في الشركة، بحيث يتم اعتبارهم من خلالها بمثابة "أبطال الجودة" الذين يمتلكون الدور القيادي، وقد تم دعم هذه النتيجة من خلال الدراسة الاستقصائية التي تم إجراؤها في الهند، وغطت صناعات خدمية مختلفة من ضمنها الرعاية الصحية، ووفقاً إلى (Brashier , 1996) وعندما تبدأ منظمة ما بتنفيذ برنامج جودة معين، فيجب أن يتم الأخذ بعين الاعتبار التركيز على الزبون، وبعض العناصر ذات الأهمية القصوى ، والتي تتضمن التزام الإدارة العليا واهتمامات الموظفين ودعم ومشاركة الأطباء ، والتخطيط الجيد وإدارة التكاليف. وتوصل كل من (Balding, 2005) (Ruiz & Simon, 2004)

(Kohli, 1995)(Short & Rahim, 1995) (Cheung & Koch, 1994) إلى نتيجة تتمثل بقيام كل من القيادة والإدارة العليا بلعب أدوار هامة في تعزيز وتسهيل عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة. وعلى نحو التحديد توصلوا إلى أن القيادة تعمل على تحفيز تنفيذ إدارة الجودة الشاملة من خلال ربط الربحية مع الجودة. ويقول كل من (Sultani, 2005) و (Taylor & Wright , 2003) و (Chen & Lin, 2004) (Ovretveit, 2001) بأن التزم القادة وجميع موظفي وطاقم المستشفى في المستويات المختلفة من الأمور المهمة عند تنفيذ برامج الجودة، والحصول على اعتماد المستشفى. كما ويقول كل من (Weeks , g, & Helms , 2010) إنه في حال قدمت الإدارة العليا دعماً ضعيفاً أو في حال انعدم هذا الدعم المقدم لإدارة الجودة الشاملة، فإنه من المحتمل أن تفشل هذه العملية برمتها. وراجع كل من (Martin & Ruiz, 2016) عمليات تنفيذ أنظمة الجودة في 262 مستشفى في 15 دولة أوروبية، وتوصلوا إلى

ضرورة وجود التزام من قبل الإدارة العليا في المستشفيات حيث يعتبر ذلك أمراً ضرورياً لتحقيق المنهج المتكامل لنشاطات الجودة. أما (Schubert, 1999) والذي درس ممارسات إدارة الجودة في المستشفيات الألمانية وتابعها فقد دعم هذه النتيجة، ووجد بأن العناصر الأساسية والمهمة لنجاح عمليات التنفيذ تمثلت في الدعم النشط للإدارة العليا والمتوسطة، والمزيج من التغييرات الجذرية في إشكاليات معينة، بالإضافة إلى التحسينات التدريجية على نطاق واسع. وفي دراسة أخرى، وجد (Schubert, 1999) بأن تأثير القيادة واستخدام المساءلة الصارمة وتأثير تعليم الموظفين وتدريبهم كانت من ضمن العناصر الأساسية لنجاح عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة.

ووفقاً لـ (Kanji, 1998) فيجب أن تنخرط الإدارة العليا وبشكل نشط وفعال في خلق بيئة جودة شاملة وكلية مع وجود رؤية واضحة من أجل تبني واعتماد الأدوار القيادية الآتية:

- تحديد الغاية والرؤية والأهداف التي تعمل على تعزيز ثقافة الجودة.
- وضع وتشكيل مجموعة من القيم التشاركية.
- تحديد إستراتيجية الجودة.
- تنسيق استخدام المصادر بشكل أفضل من أجل تحسين الأداء المالي.
- وضع الأهداف والأنظمة التي تعمل على تعزيز رضا الزبائن.
- تشكيل وتأسيس أنظمة معلوماتية فعالة واستخدام البيانات الموضوعية.
- تعزيز وتشجيع تنمية وتدريب والاعتراف بقدرات الموارد البشرية.
- التواصل وتحديد التحسين المستمر وتشجيعه.

وعلى نحو مماثل، يقتبس (Czuchry, Yasin, & Mixon, 2017) (Latham, 1995) الذي يعتبر بأن الرؤية عنصر هام وضروري في النجاح التنظيمي، مضيفاً إلى أهمية قيام الإدارة بتحفيز الموظفين وتشجيعهم للإيمان برؤية المنظمة، باعتبارها مفتاحاً لنجاح جهود التغيير. وأكد العديد من

الباحثين الآخرين مثل (Thorsteinsson & Hage, 1991)(Campbell, 1995) (Mostafa, 2004) (Hoffman & P, (Davis, Coats, Longden, Stacey, & Emmanuel, 1997) (Chua & Goh, 2002) (Sharp, TQM in Maintenance to Improve 2002) (Manufacture Performance , 1997) على ضرورة وجود تواصل واضح لرؤية المنظمة، من أجل الحصول على دعم ومشاركة وانخراط الموظفين في تنفيذ أنظمة الجودة أو تقديم التغيير للمنظمة. وقام كل من (Ashire & O'Shaughnessy, 1998) بدعم النتائج التي توصل إليها (Kanji, 1998) من خلال الإشارة إلى عدم قيام الإدارة العليا بتبني شعارات تحسين الجودة فقط ، ولكن يجب عليهم الانخراط في جهود الجودة ضمن مراحل التخطيط والتنفيذ والمراقبة والرصد. حيث يؤدي التزام الإدارة العليا على تشجيع المديرين والمشرفين والموظفين ضمن مؤسسة معينة على الاستثمار الأكمل ضمن عناصر محددة، تقع ضمن مسؤولياتهم، وبالتالي يؤدي ذلك إلى زيادة تأثيرهم على جودة المنتجات.

ويجب على القادة ترجمة التزامهم ضمن مجموعة من الإجراءات والأفعال، التي تهدف إلى تعزيز القدرة على جمع وتحليل المعلومات ذات العلاقة المتعلقة بالتركيز على الزبائن، وتحليل المرجعيات ومزود أنظمة إدارة الجودة، وفي حال انعدم وجود الدعم المقدم من الإدارة فإنه من الصعب أن يتم تفسير سلوك الموظفين.

ويؤكد كل من (Munro-Faure & Munro-Faure, 1992) (Sila & Ebrahimpour, 2003) (Yang, The establishment of a TQM system for the health care industry, 2003) على ضرورة وأهمية التزام الإدارة. كما ويؤيد (Goetsch & Davis, 2000) ضرورة الإعلان عن فوائد النظام وإيصالها للموظفين، لغاية أغراض التحسين المستمر. وعلاوة على ذلك، يؤكد (Beer, 2003) بأن نجاح تنفيذ إدارة الجودة الشاملة يعتمد على الإدارة العليا في حال طلبت

وعملت على إضفاء الطابع المؤسسي لمحادثات مؤسسية صادقة، تؤدي إلى وجود تغييرات في الجودة الإدارية أو تغيير الموظفين واستبدالهم. وعليه يتطلب تنفيذ الطرق التقنية ومبادئ إدارة الجودة الشاملة وجود الجودة الإدارية والقيم الإدارية والسلوكيات والمهارات والتصرفات التي ستمكن إدارة الجودة الشاملة من الازدهار على مر السنين. بالإضافة إلى المشاكل الرئيسية والفورية لإغلاق الفجوة وسدها بين الأمور البلاغية والخطابية والحقيقية، وستستمر إدارة الجودة الشاملة، وتصبح بمثابة أسلوب حياة في حال تعاملت الإدارة مع عدد من القضايا الأساسية، التي من المحتمل أن تظهر في حال نجاح تنفيذ إدارة الجودة الشاملة.

ومن ناحية أخرى، يحذر كل من (Sharif, 2005) و (Al-Haj, 2006) بأنه يجب على كبار المديرين بأن يكونوا على دراية تامة بمسؤولياتهم، من أجل تسهيل تنفيذ أنظمة إدارة الجودة في منظماتهم. ويقول (Abd Manaf, 2005) بأن التزام الإدارة يعتبر عنصراً هاماً من أجل تنفيذ برامج إدارة الجودة ضمن نظام الرعاية الصحية العام الماليزي.

يؤكد (McFadden , Stock, & Gowen, 2006) على دور الالتزام، والتزام القيادة في تنفيذ الجودة ومبادرات سلامة المرضى في المستشفيات الأمريكية، وتوصل إلى أنه في حال وجود الالتزام الأكبر والانخراط أو المشاركة والتأكيد على الجودة ومبادرات سلامة المرضى من خلال المستشفى وقادة سلامة المرضى، فستكون هناك احتمالية أكبر لكي تقوم المستشفى بتنفيذهم. وفي النهاية، هناك العديد من الدلائل التي تشير بأن التزام الإدارة العليا وانخراطها يعتبر بمثابة عنصر أساسي وضروري، لتجنب الفشل في تنفيذ أنظمة الجودة.

2- الثقافة التنظيمية:

ومن التعريفات المستخدمة على نطاق واسع للثقافة التنظيمية، هو ذلك الذي يعتبرها مجموعة القيم التي التي يتم مشاركتها بين أعضاء المنظمة (Chatman & Jehn , 1994)، (O'Reilly, Chatman, & Caldwell, 1991)، يمكن تجميع هذه القيم ووضعها ضمن سبعة أبعاد، وهي: الابتكار، والاستقرار، واحترام الأشخاص، وتوجيه أو تنظيم النتائج، وتنظيم وتوجيه التفاصيل، والفريق والعدائية (Liu, 2004).

ووفقاً (Anwar & Jabnoun , 2006) فإنه من الممكن أن يحظى تنفيذ إدارة الجودة الشاملة بالنجاح الإجمالي أو الكلي عندما يتم تنفيذ محتوياته كافة بشكل فعال، والتي تتضمن وفرة الموارد وإدارة الثقافة التنظيمية والتي تعتبر جزءاً من الثقافة الوطنية من خلال تبني الاستراتيجيات المناسبة، وقد وجد كل (Horng & Huarng, 2002) إمكانية قيام الهوية التنظيمية وسلوك المواطنة بتعزيز وتشجيع درجة معينة من تنفيذ إدارة الجودة الشاملة من قبل المستشفيات في تايوان.

ومن ناحية أخرى، يقول (Beer, 2003) بأن استمرار إدارة الجودة الشاملة يعتمد على قيام القيادة بممارسة ثقافة فريق العمل الصادقة على مستوى المنظمة ، والتي بدورها تعمل على تشجيع وجود تواصل يتمتع بالشفافية والفعالية، وخاصة فيما يتعلق ببيانات إدارة الجودة.

ويعتبر (Boaden, 1997) إدارة الجودة الشاملة بأنها أحد أهم عناصر التغيير الثقافي، إلى جانب إعادة هندسة الأعمال البشرية. وقد تم دعم جهة نظر (Boaden, 1997) من قبل كل من (Scheuermann, Zhu, & Scheuermann, 1997) و (Mellahi & Eyuboglu, 2001) الذين أشاروا إلى أنه في حال وجود الرغبة في نجاح برنامج إدارة الجودة الشاملة، فيجب أن يتم تنفيذ مثل هذه العناصر المتمثلة في إدارة الثقافة التنظيمية، ومشاركة الموظفين، وتدريبهم داخل المنظمة.

وفي دراستهم حول تنفيذ جودة التميز في الأعمال التجارية في منظمات المملكة المتحدة، وجد (Bauer, Falshaw, & Oakland , 2005) بأن المنظمات التي تتمتع بهيكليات تنظيمية بسيطة غير رسمية تواجه مشاكل أقل عند قيامها بتنفيذ التميز في الأعمال التجارية أكثر من تلك المنظمات التي تتضمن هيكليات معقدة وأكثر رسمية. وحسب ما ذكر (Atchison, 1992) فيمكن للطبيعة الوظيفية للمستشفيات أن تخلق ثقافة تنظيمية سلبية أو ايجابية في مكان العمل، حيث توجد الثقافة السلبية في المستشفيات عندما يقوم الأشخاص بصرف وقت كبير في حراسة أو حماية أنفسهم، بينما تعتبر الثقافة الايجابية في المواقف التي يتفاخر الموظفون في عملهم، ويكون فيه الجميع منخرطين وملتزمين بالتحسين المستمر، ويساعد الأشخاص بعضهم بعضا بشكل سلس، من أجل تحقيق الأهداف والاستمتاع خلال العملية والتي من خلالها يشعر الأشخاص بالتقدير وتأتي أفعالهم تبعاً للمقترحات.

وأشار بعض الباحثين الآخرين على سبيل المثال (Claver, Gasco, & Lopez, 2000) إلى التأثير السلبي للثقافة البيروقراطية في المنظمات وقالوا: بأن الثقافة البيروقراطية تسبب العديد من المشاكل للمنظمات، ومن ضمن هذه المشاكل انعدام انخراط الموظفين ومشاركتهم والاستثمار غير الكافي في التكنولوجيا، والمستويات الهرمية، والتخطيط غير الملائم، والتحالفات التجارية غير الموائمة، بالإضافة إلى عدم القدرة على التكيف مع السوق. ومن ناحية أخرى، وجد (Awan & Bhatti, 2003) بأن انعدام ثقافة الجودة وعمليات صنع القرار المركزية وارتفاع معدلات الدوران كانت بمثابة عناصر مثبطة لبدء عمليات أنظمة إدارة الجودة في باكستان. وعلاوة على ذلك أشار (Lin و Chen، 2004) إلى أن انعدام القدرة على تغيير الثقافة التنظيمية تعتبر بمثابة واحدة من الحواجز، التي تعيق عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في منظمات الرعاية الصحية.

أما في سياق الشرق الأوسط فقد بحث كل من (Al-Khalifa ، Aspinwall ، 2000) في الثقافة البيروقراطية السائدة في المنظمات القطرية، حيث لعب التغيير الثقافي ومقاومة الموظفين للتغيير دور العوائق الثقافية الأبرز، التي واجهت تنفيذ معايير إدارة الجودة الشاملة. وفي ذات السياق وجد (AI- Kazemi & Ali, 2002) بأن جنسيات الموظفين وخلفياتهم قد أثرت على اعتقاداتهم في العمل وقيمهم وسلوكهم، فعلى سبيل المثال، افتقر المواطنون الكويتيون إلى الكفاءة التقنية وقيم العمل المتقن وتوجيه الوظيفة. وتوصلوا إلى أن الموظفين الكويتيين يفضلون العمل في الأقسام الحكومية بسبب إمكانية اعتمادهم على موظفين من الخارج (ليسوا مواطنين) من أجل تلبية متطلبات المنظمة ، ولأنهم يتمتعون بحزم تعويضية مرنة وأمان وظيفي عال وأعمال أقل تطلباً. وقد وجد كل من (Short & Rahim, 1995) بأن الهيكلية التقليدية البيروقراطية والمعقدة والمعتمدة على نظام التقطيع الإداري والذي يصاحبه نظام وأسلوب القيادة، والثقافة كانت بمثابة الصعوبة الأبرز في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات. ويوافق (Yang, 2003) بأن العائق الرئيس لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة لا يزال مرتبطاً بالثقافة التقليدية للهيكلية الهرمية.

ووفقاً ل (Isouard, 2007) فإن إدارة الجودة الشاملة تتضمن نقلة نموذجية رئيسية في الثقافة التنظيمية، حيث توجد هناك صعوبات أساسية في تطوير ثقافة الجودة التي لن تحصل دون تغيير سلوكيات كافة الموظفين وتصرفاتهم، والتأكد من دعم وانخراط القيادة بشكل مباشر. وعلى نحو مماثل يؤكد ويلسون (1997) بأن التغييرات السلوكية والتصرفات مطلوبة من قبل أنظمة المستشفيات كافة في حال وجود الرغبة في تنفيذ برامج إدارة الجودة بشكل ناجح.

ووفقاً لكل من (Yong & Wilkinson, 2000) ففضية تغيير الثقافة التنظيمية تلعب دوراً هاماً ورئيساً في تحديد نجاح عمليات تنفيذ إدارة الجودة. ولكن نظراً للدفع التنافسية لاعتماد إدارة الجودة

الشاملة وتبنيها وانتشار الحزم الاستشارية التي يقودها السوق، قام بعض المديرين بتجاهل مبادرات الجودة من أجل ملاءمة ثقافتهم التنظيمي ضمن تقريرهم حول الدراسة الاستقصائية التي تم إجراؤها في مجموعة كودي في بريطانيا، قام كل من (Willoughby & Wilson, 1997) بتحديد العوائق الثقافية الآتية:

- يرى العمال نظام إدارة الجودة أداة يمكن للإدارة استخدامها لمعايبتهم وعليه.
 - تعبر كلمة الجودة عن الإهانة في لغة العديد من العمال.
 - الخوف من الاعتراف بالخطأ، هو العائق الأبرز للخروج من المشاكل بشكل فعال.
- وعلى نحو معاكس يتم تعزيز النظام الجيد من خلال حساسيته تجاه القيم والتوقعات والتصرفات والعلاقات الموجودة داخل أي منظمة (Pheng & Alfelor, 2000)، وعادة ما تتصاحب الحركة نحو التحسين المستمر مع الحاجة لتغيير طريقة التفكير والعمل من خلال الالتزام الإداري الكامل.
- واقتبس كل من (Twati & Gammack, 2006)(Cameron & Quinn, 1999) عندما صرحوا بوجود العديد من الدراسات التي حددت الأسباب الأكثر تكراراً ، التي يتم تقديمها حول فشل أي تغيير تنظيمي مخطط له، باعتباره تجاهلاً للثقافة التنظيمية، وفشلت ما نسبته 75% من عمليات إعادة الهندسة وإدارة الجودة الشاملة والتخطيط الاستراتيجي وتبني التكنولوجيا والجهود المقلصة، أو أدت لوجود مشاكل حقيقية بسبب عدم الاعتراف بالثقافة التنظيمية كواقع أساسي لنجاح المنظمة ، وإن القيادة الفعالة تعتبر بمثابة الطرق أو الوسيلة التي يتم من خلالها خلق الثقافة وإدارتها، ويوضح (Schneider , 2000) بأن فهم الثقافة التنظيمية يعتبر نشاطاً مهماً للمديرين نظراً لأنه يؤثر على التنمية والتطوير الاستراتيجي والإنتاجية والتعلم على المستويات كافة.

ويتطلب التنفيذ الناجح لإدارة الجودة الشاملة تغيير قيم المنظمة ليتم مواءمتها مع قيم إدارة الجودة الشاملة، وعلى أي حال فإن تغيير قيم منظمة ما ليس بالأمر السهل، نظراً لكون هذه القيم متجذرة في الثقافة التنظيمية. وأشار العديد من الباحثين (Drummond, 1992) (Deming , 1993) بأن تنفيذ أنظمة إدارة الجودة يجب أن يتضمن عملية التحويل الثقافي، وعليه فإن هذا الجزء من الدراسات السابقة يأخذ بعين الاعتبار آثار الثقافة على تغيير الإدارة.

ووفقاً إلى (Raju, Jacobs, Schick, & Aviles , 2008) يعتبر تعزيز الشفافية ركيزة ودعامة أساسية للجودة، وثقافة سلامة المرضى في المستشفيات، على الرغم من احتمالية وجود بعض التحديات التقنية والبشرية، ويتم تشجيع قادة المنظمات على تشجيع ثقافة تؤدي بدورها إلى وجود نتائج أفضل.

3- الموارد البشرية والتوظيف:

وحدد كل من (Jun, Cai, & Peterson, 2004)(Sila & Ebrahimpour, 2003) بعض وظائف الموارد البشرية، مثل: العمليات التدريبية، وأنظمة الحوافز والمكافآت، باعتبارها عناصر نجاح أساسية لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات، وترجع معظم المنظمات نجاحاتها إلى موظفيها، وبالتالي فهم يعتبرون القوة العاملة ضرورة أساسية، ونظراً لاعتبار الموظفين في أي منظمة أصولاً وركائز حقيقية وأساسية، فإن وجودهم ضروري من أجل تحقيق الأهداف والغايات التنظيمية.

إلا أن هناك بعض المنظمات الأخرى التي تتجاهل أفرادها، من ناحية التدريب، والتطوير والتنمية، والتعويضات ، والمكافآت، ووفقاً إلى (Holton & Baldwin, 2003) فإن العديد من المنظمات يتم استهداف الموظفين، على أساس أنهم مصادر أو موارد قابلة للاستهلاك والاستخدام والتخلص منها حسب ما تراه المنظمة، ونتيجة لهذا المنهج يغادر بعض الموظفين الأكفاء من المنظمة، ويبحثون عن

فرص أفضل للتطوير والتنمية والتقدير في أماكن أخرى، ويقول كل من (Holton & Baldwin, 2003): وللتغلب على هذه المشكلة أصبح لزاما على المنظمات خلق ثقافة تطويرية، ضمن ممارسات الموارد البشرية لديها، التي بدورها سوف تؤثر على أمور التحسين والتغيير.

وأجرى (Yang, 2006) دراسة حول آثار ممارسات الموارد البشرية وتأثيرها على عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، حيث توصل إلى التأكيد بأن إدارة الموارد البشرية تؤثر بشكل واضح على ممارسات إدارة الجودة الشاملة. وتوصل إلى أن ممارسات الموارد البشرية تلعب دورا هاما في عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة. ووفقا (Yang, 2006)(Yang, 2003) فإن ممارسات "التدريب والتعليم" ونظام الحوافز وتطوير الموظفين أدت إلى وجود التأثيرات الأكبر على تنفيذ عملية إدارة الجودة الشاملة. ويضيف قائلا: من الممكن أن يقود التنفيذ الناجح إلى زيادة في مستوى رضا الزبائن، ويحسن من صورة الشركة أو المنظمة.

ويمكن أيضا تحسين مستوى وعي الموظفين حول مفاهيم الجودة ورضى الزبائن، بالإضافة إلى ذلك تحتاج المؤسسات التي تركز نفسها لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة إلى تأدية إدارة الموارد البشرية بشكل صارم ، في حال رغبت في زيادة مستوى أداء الشركة بشكل كبير. ويؤكد كل من (Holton و Baldwin, 2003) على أن الهدف الأساسي من خلق وإنشاء ثقافة تطويرية هو توفير جو العمل، الذي يشجع على عمليات التغيير داخل الأفراد. ومن ضمن الأمور الأخرى أيضا خلق ظروف يتم من خلالها تشجيع التنمية والتطور، ووجود قادة يقدرون قيمة المساهمات التي يقدمها الموظفون.

ويعتبر التوظيف الملائم للموظفين من الأمور والعناصر الضرورية ضمن وظيفة الموارد البشرية، للتأكد من اختيار الموظفين ذوي الاختصاص والخبرة والأداء لتأدية مهمة معينة، أو إشغال منصب ما. ومن الممكن أن يقوم بعض المديرين بتعيين أقاربهم أو أصدقائهم ضمن مواقع لا يتناسبون معها.

وبالتالي فهم يعملون على تقليل كفاءة العمال. وعلى نحو مماثل نجد (Claver, Gasco, & Lopez, 2000) ينتقدان نظام تكديس العمال، دون وجود حاجة حقيقية لهم، والذي يؤدي إلى أن تكون المنظمات مكدسة بالموظفين، مع وجود مستويات متدنية من الإنتاجية، ولا يتم من خلالها ترقية المدراء على أساسي الامتياز ولكن بناء على ولائهم إضافة إلى التقليل في مستويات المهارات الإدارية والخوف من فقدان ماء الوجه وتجنب المسؤوليات وعلى نحو مماثل وجد الباحثون العرب أن البيروقراطية التنظيمية والهيكليات السياسية تؤدي إلى وجود عمليات توظيف غير ملائمة من الموظفين المحليين، فعلى سبيل المثال، وجد (Sharif, 2005) بأن الهيكليات السياسية في المنظمات الليبية، أدت إلى وجود تكديس أعداد كبيرة من الموظفين بين العمالة الليبية غير الماهرة، نظراً للسياسات التي تعرضها الحكومة لتقليل نسب البطالة. وهذا ما يدعمه (Al-Haj, 2006) الذي يقول بأن اختيار المواطنين الإماراتيين يتم بشكل غير ملائم، ضمن مواقع خاطئة، نظراً لوجود عمليات التوظيف الخاطئة وغير الصحيحة.

ومن أحد عناصر الموارد البشرية التي تؤثر على عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة لأي نظام لإدارة الجودة هو إيجاد أفضل الموظفين لتأدية الوظيفة، التي تتضمن نقل الموظفين من قسم إلى آخر، من أجل المساعدة في تأدية بعض المهمات المحددة الصعبة. وهذا ما يؤكد كل من (Boiral & Roy, 2007) (Gustafsson, Klefsjo, Berggren, & Briscoe & Schuler, 2005) (Wellements, 2001) (Fuentes, Moreno, Cruz, & Val, 2000) بأن عملية تعبئة الموارد البشرية تعد واحدة من المشاكل الرئيسة المرتبطة بعملية تنفيذ المعايير، وتعتبر أيضاً عنصراً رئيساً ضمن عملية التصديق الناجحة. ويوضح (Collins, Lewins, Wilson, & Eastwood, 2005) بأن برنامج تدقيق الحسابات السريرية الهيكلية في مستشفى الملكة (فكتوريا) في شرق (غرينسيد) في

المملكة المتحدة قد واجه مشكلة متعلقة بالمشاريع غير المنجزة، وغير المكتملة عندما ينتقل الموظفون إلى مستشفيات أخرى، لذلك فهناك حاجة لإجراء بعض التدريبات من أجل حل هذه المشكلة.

4- التدريب:

أما فيما يتعلق بالتدريب والتنمية فيقول (Hayes, 2002) بأن التغيير التنظيمي يرتبط وبشكل مباشر مع التغيير الفردي بدرجة ما، والتي عادة ما تعتبر نتيجة برامج التدريب والتطوير. وعليه فهناك حاجة لتدخلات التدريب، من أجل مساعدة الأفراد على تطوير الخبرات، واكتساب المعرفة الجديدة، وتنمية المهارات والتصرفات والسلوكيات، ووجد (Radovilsky, 1993) بأن محتويات برنامج إدارة الجودة الشاملة الفعالة تتضمن تدريب الموظفين والمديرين كافة، بالإضافة إلى التحسين المستمر في طرق التواصل بين الأقسام المختلفة التي تعمل على تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، ويؤكد كل من (Taylor و Wright، 2003) (Chua و Goh، 2002) (Chen & Lin, 2004) و (Huq, 1996) (Short & Rahim, 1995) على ضرورة تدريب وانخراط كافة العاملين في منظمات الرعاية الصحية في تنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة، على نحو مماثل وجد (Ruiz & Simon, 2004) بأن تدريب الموارد البشرية وإشراكهم يعتبر عناصر أساسية لتنفيذ مبادئ الجودة في المستشفيات الإسبانية. واعتبر (Kohli، 1995) تدريب الموظفين وتمكينهم عناصر أساسية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أقسام الإصابات، وعلم الأمراض في المستشفيات الأمريكية.

ويؤكد (McFadden، Stock، و Gowen، 2006) على أهمية تدريب الموظفين، وتوفير المصادر والترويج، ونشر ثقافة السلامة، من أجل تنفيذ مبادرات سلامة المرضى في المستشفيات الأمريكية. ويؤكد (Ab Rahman & Tannock, 2005) على اعتبار الموظفين أصول الشركة الأعظم، فلا يجب تقديم تدريبات فعالة حول تقنيات الجودة والوعي للموظفين الرئيسيين فحسب، بل يجب أن يستند على احتياجات الموظفين، ليكون الأمر فاعلا. وفي بعض الدول لا يستند تدريب الموظفين على

الاحتياجات التعليمية للموظفين، كما تم الإشارة إليه من خلال (Al-Khalifa & Aspinwall, 2000) الذين وجدوا بأن غياب أنظمة إدارة الموارد البشرية يعني بأن توفر التدريبات المتعلقة بأنظمة إدارة الجودة المستند على الجنسية أكثر منه على احتياجات الموظفين وكفاءاتهم في المنظمات القطرية، ومن ناحية أخرى يشير (Zairi, 1996) بأن العديد من الدول في الشرق الأوسط تؤكد على التدريب في شهادات أنظمة إدارة الجودة أكثر من أي مبادرة أخرى للجودة، وهذه لا تعتبر نتائج مفاجئة أو غريبة، وذلك لحدثة مفهوم الجودة في العالم العربي ونجاحاته وآثاره المحدودة.

وربط بعض العلماء والباحثين تدريب الموظفين بمهاراتهم، حيث أشار كل من (Zhao, Maheshwari, & Zhang, 2015) إلى أن ممارسات إدارة الجودة الضعيفة في الهند، والصين، والمكسيك التي تتضمن انعدام التدريب تعني، بأن وجود الموظفين الذين لا يتمتعوا بالمهارة والتكنولوجيا غير الكافية كانت بمثابة تحديات تواجه عمليات تنفيذ أنظمة إدارة الجودة في هذه البلدان.

وتدارس كل من (Tayyara, Nasser, & Ghadban, 2006)(Quazi & Padibjo, 2002) تنفيذ أنظمة إدارة الجودة، ووجدوا بأن الموارد البشرية وانعدام برامج التدريب كانت معوقات في تطبيق المعايير المطلوبة. وأكد كل من (Najmi & Kehoe, 2000) (Laza & Wheaton, 2008) (Brawn & Wiele, 2009) (Dale & Cooper, 2003) (Zangwill, 2004) عندما قالوا بأن تدريب الموظفين دون وجود أهداف محددة، بالإضافة إلى انعدام وظائف الموارد البشرية الفعالة تعتبر من الحواجز أو العوائق العامة في تنفيذ معايير أنظمة إدارة الجودة، ويشير (Balzarova, Bamber & McCambridge, 2002) , إلى أن بعض العوائق التنظيمية التي تتم مواجهتها في بعض الشركات البريطانية، كانت تتضمن ضعف فريق العمل، وغياب تنمية الفريق، وانعدام التدريب والتعليم.

5- التركيز على الزبون (المريض)

وجد (Godfrey, 1999) بأن تعزيز السلوك القائم على الزبون أولاً كان واحداً من العناصر الرئيسية في تطوير بيئة إدارة الجودة الشاملة، وقد تم تمثيل هذا الأمر من خلال الأفعال والإجراءات الآتية:

- تم تحديد الزبائن والموردين وتقديم عرض خلال المشروع، من أجل تطوير بيئة إدارة الجودة الشاملة.
- تحسنت العلاقات بين الزبائن والموردين من خلال تشجيعهم على التواصل الوثيق، وحل المشكلات بشكل مشترك.
- تم تحديد احتياجات الزبائن ومتطلباتهم وتطوير الخطط ، لكي يتم تلبيتها، بالإضافة إلى تطوير الأنظمة لتقييم الطريقة التي يتم من خلالها تلبية احتياجات الزبائن.
- تم تحديد الحواجز المتعلقة بالزبائن، التي تؤثر على التنفيذ الناجح لأنظمة إدارة الجودة من قبل (Quazi و Padibjo، 2002) (Fuentes، Moreno، Cruz ، و Val، 2000)، وهي كالاتي:

1. انعدام الالتزام بموضوع رضا الزبائن.
2. انعدام دمج رضا الزبائن ضمن أهداف وغايات المنظمة.
3. انعدام المعرفة باحتياجات وتوقعات الزبائن.
4. انعدام التعاون من طرف الزبائن.
5. انعدام أسلوب استخدام التغذية الراجعة المقدمة من الزبائن في تصميم الخدمات والبضائع الجديدة.
6. الرصد غير المناسب لموضوع رضا الزبائن.
7. التجاوب غير الفعال مع شكاوى الزبائن.

وعلى نحو مماثل وجد كل من (Al-Zamany, (Tayyara, Nasser, & Ghadban, 2006) و (Hoddell, & Savage, 2002) بأن غياب صوت الزبون، وعدم توفر البدائل للزبائن لقبول البضائع أو رفضها كانت عوائق تواجه تنفيذ أنظمة إدارة الجودة في القطاع العام اليمني أو السوري والمنظمات المنتجة. بحيث تعتبر عمليات قياس رضا الزبائن عنصراً هاماً في تحديد كفاءة وفعالية تنفيذ أنظمة إدارة الجودة وفقاً لمعايير اللجنة الدولية المشتركة.

أما فيما يتعلق بمتطلبات رضا المرضى ضمن هذه المعايير فيجب على الإدارة العليا أن تتأكد بأن الموظفين المعنيين جميعهم في المستشفى على دراية بحقوق المرضى والعائلة، أو كما هو الحال مع متطلبات تعليم المرضى، كما وتتطلب معايير اللجنة الدولية المشتركة في الإدارة العليا التأكد من قياس التغذية الراجعة المقدمة من المرضى، والبدء بعمليات التحسين بناء على ذلك.

6- مقاومة التغيير:

وجد (Al-Kazemi & Ali, 2002) مقاومة التغيير بأنها من إحدى العوائق التي تواجه تنفيذ نموذج إدارة الجودة الغربي في المنظمات اليمنية، نظراً لوجود التوترات بين الثقافات الأوروبية والمحلية، وعلى نحو مماثل يدافع (Sanders & Scott) عن دمج مبادرات الجودة ضمن الثقافة التنظيمية وخلق لجنة توجيه للجودة والاستثمار في التخطيط والتعليم التي تعتبر ضرورية لتنفيذ الجودة في منظمات الرعاية الصحية، ويوافق (Stebbing, 1993) على أن السبب الثقافي المشهور الذي يسبب نكسة في عملية التنفيذ هو مقاومة الموظفين، ويقترح لمعالجة المقاومة ضرورة إعادة عمليات التدريب، باستخدام طرف ثالث، ليكون حلاً ناجحاً.

ويساعد تنمية وتطوير وتطبيق نظام ضمان الجودة الشركات على التنظيم الأفضل، ويعمل على مزامنة العمليات، من خلال إزالة الغموض وتحديد الواجبات والمسؤوليات بشكل واضح بين الموظفين والأقسام.

وتوصل كل من (Moser & Bailey, 1997) إلى أن انعدام وجود تحفيز الموظفين ومقاومة التغيير وعبء العمل الإضافي من نظام إدارة الجودة، ومعارضة الإدارة البيروقراطية عملت على إعاقة عملية تنفيذ نظام إدارة الجودة، ووفقا إلى (Ennis & Harrington, 1999) فإن الثقافة التنظيمية ومقاومة التغيير ومقاومة الموظفين تعتبر عناصر مهمة في تنفيذ برامج الجودة في المستشفيات الأيرلندية، بينما وجد (Lopez، Gasco، Claver، 2000) بأن تجنب المسؤوليات كان مقاومة للتغيير في المنظمات الصينية.

وتم التوصل إلى نتائج مماثلة في الدول الغربية من خلال (Fuentes, Moreno, Cruz , & Val, 2000) و(Tsim, Yeung, & Leung, 2002) و(McAdam, 1996) والذين أشاروا إلى شعور الموظفين القوي بالسيطرة عليهم من قبل نظام الجودة، وعليه تجنبوا التعهد بتحمل مسؤولية أكبر، كما تطلب نظام الجودة ، فقد وجد (Sharp, Balzarovan, Castka, & Bamber, 2003) بأن مقاومة التغيير كانت عائقا وحاجزا أمام التنفيذ الناجح للمعايير الدولية في بعض منظمات المملكة المتحدة، بينما عمل (Raymond, 2002) على تلخيص الأسباب الشائعة التي تجعل الأشخاص يقاومون التغيير على النحو الآتي:

1. الخوف من المجهول- عدم فهم ما الذي يحدث ، أو السبب وراء حدوثه.
2. العادات المتقطعة أو المشوشة- الشعور بالحزن- الانزعاج عند عدم التمكن من اتباع الطرق القديمة لفعل الأشياء.

3. خسارة الثقة أو فقدانها - الشعور بعدم القدرة على الأداء الجيد في ظل الطرق الجديدة لتنفيذ الأمور المطلوبة.

4. فقدان السيطرة أو التحكم- الشعور بأن الأمور تحصل لهم أكثر من كونهم يقومون أو يتشاركون بالقيام بها.

5. التوقيت السيء والشعور بالقهر، أو أن الأمور تسير بسرعة كبيرة.

6. عبء العمل الزائد- عدم وجود القدرة الجسدية أو العقلية لتحمل التغيير.

7. انعدام وجود الأهداف- عدم رؤية السبب لوجود التغيير أو عدم فهم فوائده.

8. الخسارة الاقتصادية: الشعور بأن ما يدفعونه أو الفوائد سوف تقل، أو ربما سيفقدون عملهم.

ووفقا ل(Paton & McCalman, 2000) (Raymond, 2002) يمكن التغلب على مقاومة التغيير من خلال الطرق الآتية:

1. التواصل: على الإدارة توفير معلومات كافية مسبقا إلى الموظفين، فيما يتعلق بالحاجة إلى التغيير وطبيعته، والوقت المخطط له. حيث يمكن لذلك أن يقلل الخوف من المجهول، ويعمل على تغيير سلوك الفريق.

2. مشاركة الموظفين في تنمية وتطوير وتنفيذ التغيير يمكن أن يقلل الخوف من المجهول ويؤدي إلى الالتزام.

3. الضمانات: على الإدارة التأكيد للموظفين بأنهم لن يتأثروا حال مشاركتهم ضمن أي من نشاطات التغيير، مثل: التدريب.

4. اليقين: من الأفضل إبلاغ الأشخاص بمواقعهم الدقيقة أو إعطاء تفاصيل حول وقت حدوثها.

5. تقدم المفاوضات هامشا مرنا لكافة الأطراف.

6. الجوائز - يجب تشجيع المديرين والموظفين وتحفيزهم، لأنهم يساهمون في نجاح إدخال التغيير.

7. الإكراه وعادة ما يتضمن استخدام التهديد أو العقاب ضد أولئك المقاومين لهذا التغيير، الذي يتضمن على سبيل المثال فقدان الترقية، والتنقلات، وتصنيف الأداء الضعيف، وانقطاع الدفع، وإنهاء خدمات العمل.

7- الوقت:

إن عملية التحضير لتحقيق الاعتماد تستغرق وقتا طويلا (Pomey, 2004)، أكد (Balzarova, 2002) أن الوقت المستغرق لنشر طريقة جديدة للتعامل مع المسؤوليات والمهام داخل المنظمة كان عائقا أمام تنفيذ نظام إدارة الجودة بنجاح في بعض الشركات في المملكة المتحدة.

وبالمثل كشف (Withers & Ebrahimpour, 2002) أن وقت التنفيذ كان أحد العقبات الأكثر شيوعا التي تواجهها المنظمات الأوروبية المختلفة الأحدى عشرة في دراستها، وهذا ما أكده (Sharp, 2003)، الذي وجد أن الفشل في السماح بالوقت الكافي للتطور كان عائقا أمام التنفيذ الناجح لـ (ISO 9001-2000) من قبل المنظمات في المملكة المتحدة.

8- التكلفة المالية العالية:

يذكر أن الحاجز الذي يواجه معظم المنظمات هو التكلفة العالية نسبيا لإصدار الشهادات، والتكلفة العالية تكون ناشئة عن: التدريب، والوقت، ورسوم الاستشاريين، ورسوم التسجيل نفسها، إلخ .. ووجد كل من (Dickenson, Campbell, & Azarov, 2000) (Al-Haj, 2006) (Mostafa, 2004) أن تكاليف التشاور والتنفيذ ورسوم التصديق من طرف ثالث كانت عالية جدا في

روسيا، بالإضافة إلى أن تكلفة تطوير البنية التحتية للوفاء بالمعايير الدولية وتكاليف تطوير الشهادة أعاق تنفيذ نظام إدارة الجودة في روسيا.

وبين (Fuentes, Moreno, Cruz , & Val, 2000) أن الافتقار إلى القدرة المالية للوفاء بتكاليف التنفيذ والحفاظ على نظام إدارة الجودة أحد العوائق، التي تؤثر على تنفيذ معايير ISO 9000 من قبل المنظمات الإسبانية.

كما أن الافتقار إلى الدعم المالي حاجز واجهته منظمات التصنيع الصغيرة والمتوسطة في أستراليا في محاولة لتنفيذ معايير نظام الجودة (Mo & Chan, 1997).

وبالمثل وجد كل من (Lee, Leung, & Chan, 1999) أن عدم وجود الدعم المالي هو حاجز مشترك واجهتها منظمات التصنيع الصغيرة والمتوسطة الحجم في (هونغ كونغ). ويقول (James & Hunt, 1996) أن تكلفة الاعتماد أو تنفيذ برنامج الجودة تعتمد على الوقت اللازم لتحقيق الاعتماد أو تنفيذ البرنامج.

ووفقاً ل (Gough & Reynolds , 2000) فإن التكلفة تعد من العوامل الهامة التي يجب أخذها في الاعتبار في عملية اعتماد المختبرات الطبية في المملكة المتحدة.

وأفاد (Sharif, 2005) أن ارتفاع تكلفة التصديق كان حاجزاً يواجه معظم المنظمات في ليبيا وأن هذه التكلفة المرتفعة جاءت في الغالب من التدريب، ورسوم الاستشارات ورسوم التسجيل وتكلفة تطوير البنية التحتية لتلبية المعايير والمتطلبات الدولية، ووجدت (Naylor, 1999) أن توافر الموارد هو عامل مهم جداً لتطبيق (EFQM) في مستشفيات (رويال بولتون) في المملكة المتحدة.

9- التدريب والتثقيف:

ولا بد أن تدعم المؤسسة الصحية تطوير مهارات موظفيها، من أجل بناء قدراتهم ومساعدتهم على تحقيق مهمتها وأهدافها الإدارية، وتلبية احتياجات المرضى، لذا يتوجب على قيادة المستشفى تحديد الاحتياجات التعليمية والتدريبية لموظفيها وتوفير فرص التعلم والتطور الشخصي والمهني، وينبغي أن يوفر للموظفين التحضير التوعوي العام والخاص بالوظيفة والتعليم في أثناء الخدمة، وغيرها من فرص التعلم.

"ويجب أن يتم تحديد الاحتياجات التدريبية بالنسبة للأفراد المشاركين في تطوير الجودة وتحسينها، فضلا عن تحديد الجهات المسؤولة عن عملية التدريب واتخاذ القرار بشأنها" (حمود ع.، 2007).

ولكي يستطيع المستشفى القيام بالوظيفة الأولى والأساسية له وهي تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة للمرضى، وتحسين هذه الرعاية بشكل مستمر، فلا بد من قيامه بقدر ما من أنشطة التدريب والتعليم، لرفع كفاءة العناصر البشرية العاملة فيه، ويتضمن ذلك تدريب الأطباء والممرضات والمهنيين والفنيين العاملين في المجال الطبي لزيادته مهاراتهم وكفاءتهم (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2017).

كما يشمل تدريب طلبة الدراسات العليا في الطب والتمريض وإدارة المستشفيات وتعليمهم وإكسابهم الخبرات العلمية المطلوبة في الإدارة قبل ممارستهم العملية لإدارة المستشفيات (نصيرات ف.، 2008).

10- السجلات الطبية وإدارة المعلومات:

يعد السجل الطبي الوثيقة المرجعية التي تتيح تقييم جودة الرعاية الصحية، والاتصال الفاعل بين المختصين جميعهم في مجال الرعاية الصحية، كما أنها تسهل النقل المناسب للمعلومات بين الوحدات

داخل المستشفى وللمستشفيات الأخرى، بالإضافة لدورها في استمرار الرعاية أثناء العلاج وبعده في المستشفى، فالتوثيق الضعيف للسجل الطبي قد يؤدي لتقديم رعاية غير ملائمة.

ونظرا لكون السجل الطبي أساس المعايير ذات الصلة المباشرة بالمريض، فإن (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008) تحدد ما يأتي:

1. متطلبات السجلات الطبية جميعها سواء للمرضى الذين يرقدون على أسرة المستشفى، أو مراجعي العيادات.

2. متطلبات خاصة بسجلات الذين يرقدون على أسرة المستشفى.

3. متطلبات خاصة بسجلات مراجعي العيادات.

وما نظام الرعاية الصحية إلا عملية بالغة التعقيد، تعتمد على نظام المعلومات على المستوى الاساسي، وتستخدم السجلات الطبية من قبل الأطباء لاتخاذ قرار بشأن افضل خيارات العلاج المتاحة لمرضاهم، أما على مستوى النظام ، فتتخذ القرارات بخصوص إدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية. والرعاية الصحية والتحسين المستمر يعتمدان على المعلومات، ولذا يتوجب على المستشفى يتوجب وضع خطة تلبى احتياجات الإدارة العليا الطبية والإدارية من المعلومات، ومقارنة أدائها مع قواعد البيانات الأخرى عند الاقتضاء، وايضا لا بد للخطة من التصدي لهذه الاحتياجات، وأن تعكس أنواع الخدمات المقدمة.

"وينبغي أن يكون هناك تحديد للإجراءات الخاصة بالجودة في سجلاتها، لكي يكون مرجعا يظهر مدى التقدم في تحقيق متطلبات الجودة، ومدى فعالية نظام الجودة المعمول به، علاوة على ذلك يجب أن تكون السجلات محددة وواضحة" (حمود ع.، 2007).

11- منع العدوى والسيطرة عليها:

يواجه الأطباء والإداريون تحديات يومية من أجل تحسين جودة الرعاية الصحية. وأحد أصعب تلك التحديات هو الحد من حالات الضرر الناتج عن العدوى، فالحد من العدوى الناجمة في أثناء الرعاية الصحية عبر الممارسات الجيدة هو أمر حاسم لبقاء المرضى امنين والتحكم بكلفة الرعاية، ولا شك في أن منع العدوى والسيطرة عليها يحقق أقصى قدر من النتائج المرجوة للمرضى، ويقدم خدمات صحية تتميز بالفاعلية والكفاءة والجودة ، ويتحقق ذلك من خلال التعاون بين القطاعين العام والخاص ولا بد لمرافق الرعاية الصحية أن تطبق سياسات منع العدوى والسيطرة عليها بدعم من الإدارة المؤسسية.

والهدف العام من هذه المعايير توفير إطار عمل يستخدمه مقدمو الرعاية الصحية في منع حدوث العدوى أو تقليلها بغية تحقيق أقصى قدر من السلامة وجودة الرعاية الصحية التي تقدمها الخدمات جميعها وتشمل هذه المجموعة ثلاث وظائف مهمة من اللازم توافرها في كل مستشفى: وهي منع العدوى والسيطرة عليها والتي قد يتلقاها المرضى والموظفون والزوار أثناء تواجدهم بالمستشفى، وتوفير التعقيم الآمن للمعدات واللوازم، وحماية صحة العاملين(معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2017).

تشمل الوقاية من العدوى المكتسبة في المستشفيات عددا معينا من (الحوائل)، لكي تمنع انتقال الكائنات الدقيقة من مريض إلى آخر، أو من عامل بالمستشفى إلى المريض (أو العكس)، أو من الأدوات والأجهزة إلى المرضى، وهذه الطريقة أفضل من تلك التي تقوم على مجرد تسجيل حالات العدوى الظاهرة سريريا، وعزلها وعلاجها ثم دراسة طريقه الانتقال. (نصيرات ف.، 2008)، لذلك فمن الأساسيات أن تكون لجنة منع العدوى والسيطرة عليها للقيام بمهامها لمتابعة تطبيق الأسس

والسياسات المعمول بها في المستشفى، والقيام بتتقيف العاملين وامدادهم بالمعلومات والتطورات المستجدة ، لمنع العدوى والسيطره عليها من خلال عقد الندوات، وورشات العمل، والمحاضرات بشكل منتظم للعاملين من: أطباء، ممرضين، فنيين، وعمال النظافة مع التركيز على عمال النظافة بكيفية تحضير المعقمات والطرق الصحيحة للتنظيف وتكون هذه اللجنة هي المرجعية للتعامل مع الحالات المعدية في المستشفى (موقع مجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAH، 2012).

2-10 نبذة عن المستشفى محل الدراسة :

هي واحدة من المستشفيات الفلسطينية التي تعمل على توفير الخدمات الصحية للشعب الفلسطيني، وقد تم افتتاح مستشفى الهلال الأحمر التخصصي في مدينة الخليل بتاريخ 1-1-2009 وتمت المباشرة بالعمل في كافة التخصصات في طب الاطفال والنسائية.

ويعتبر الصرح العلمي الطبي الحديث مستشفى علاجيا وتعليميا ويستقبل عددا كبيرا من المرضى المحولين من المستشفيات الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة، متخصصا في طب الاطفال، والولادة، ويحتوي على تكنولوجيا طبية متميزة ، وكوادر طبية كفؤة ، وهي على أعلى درجات التميز العلمي.

وهدف المستشفى تقديم خدمة طبية متميزة ذات جودة عالية تواكب التطور العلمي العالمي، بأقل تكلفة ممكنة، بحيث يسهم المستشفى بإحداث نقلة نوعية على المستويات جميعها في تقديم الخدمة الطبية المثلى وأحدث السبل لرعاية الاطفال، خاصة الخداج ويقصد به الأطفال المولودون قبل تمام الأسبوع 37 من الحمل) وتجمل هذه المستشفى بما يأتي:

- يستقبل المستشفى المرضى من عمر ساعة إلى 15 سنة، وفي بعض الحالات الاستثنائية يستقبل المستشفى مرضى لغاية (19) عاما.

• سعة المستشفى (68) سريرا موزعة على الأقسام المختلفة:

1- (20) سريرا في قسم الخداج (NICU).

2- (5) أسرة في قسم العناية المكثفة للاطفال (PICU).

3- (18) سريرا في قسم الأطفال (PW).

4- (13) سريرا في قسم الولادة.

5- (12) سريرا في قسم الجراحة.

• ويولي المستشفى اهتماما خاصا لراحة المرضى، من خلال الاعتناء بالتصميم الداخلي، بما

يتناسب مع راحة المرضى ضمن مختلف الطوابق كالاتي:

1. طابق التسوية، ويمثل: قسم الأشعة التشخيصية، والتصوير الطبي المحوري.

2. الطابق الارضي، ويمثل:المختبر،وبنك الدم، طوارئ الاطفال، العيادات الخارجية،

الاستقبال والتسجيل.

3. الطابق الأول، ويمثل: قسم النسائية والتوليد.

4. الطابق الثاني، ويمثل: قسمي العناية المكثفة بالاطفال، وحديثي الولادة.

5. الطابق الثالث، ويمثل: قسم الأطفال.

6. الطابق الرابع، ويمثل غرف العمليات الجراحية، ووحدتي التنظير، وتخطيط الدماغ.

7. الطابق الخامس، ويمثل: قسم الجراحة.

8. الطابق السادس، ويمثل:الإدارة العامة.

2-10-1 أهداف الجودة في المستشفى :

وتم وضع الأهداف الخاصة بالمستشفى، لتحقيق الارتقاء بجودة العمل، وتحقيق أعلى مستوى في

الأداء المتميز وذلك عن طريق:

1. وضع أولويات تحسين الجودة ، كأساس لتحقيق رسالة المستشفى.
2. تحقيق رضا متلقي الخدمة (المرضى) ومتطلباته كافة.
3. توفير رعاية صحية آمنة وبيئة ، تضمن سلامة المرضى والعاملين والزوار.
4. رفع مستوى الإدراك والمعرفة بالجودة والأمان للعاملين والمرضى والزوار.
5. وضع برامج فاعلة، لاستمرارية تحسين الجودة ورفع مستوى الأداء عن طريق وجود آلية لجمع البيانات وتحليلها للتعرف إلى نقاط الضعف والمعوقات لتخطيها.
6. تحقيق متطلبات اعتماد المستشفيات والحصول على شهادة اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCI).

11-2 الدراسات السابقة

الدراسات العربية:

1. دراسة (أبو رحمة، 2016) بعنوان تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية

من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين (دراسة ميدانية في مستشفيات

منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية).

هدفت الدراسة على التحقق من إدراك تأثير اعتماد المستشفيات على جودة الخدمات الصحية بمنطقة

مكة المكرمة في المملكة العربية السعودية، من وجهة نظر الأطباء والباحثين الاجتماعيين، ولقد اتبع

الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يقدم وصفا كميا لاتجاهات ومواقف وراء الافراد من خلال

دراسة عينة منهم، معتمدا على الاستبانة (أداة الاعتماد) كأداة رئيسة لدراسة المستشفيات الحاصلة على

الاعتماد الصحي، وتكونت أداة الدراسة من جزأين، الجزء الأول يتعلق بالخصائص الديموغرافية لعينة

الدراسة، والجزء الثاني يتعلق بتأثير نظام الاعتماد على تحسين وتطوير المستوى النوعي للخدمات

الصحية في المستشفى ويتكون من 56 بنداً. وتم تصنيف الردود إلى خمس نقاط حسب مقياس

ليكرت، بدءاً من 1 (أوافق بشدة) إلى 5 (أعارض بشدة). وتم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)

والاختبارات الإحصائية المناسبة مثل : التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحراف

المعياري لاختبار الفرضيات.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي، أدى إلى تحسين جودة

الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين، كما أظهرت

الحاجة إلى قياس الجودة من وجهة نظر المرضى.

2. دراسة (مجد، 2016) بعنوان " دور الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية "

هدفت الدراسة تحديد الاثار التي تلعبها الموارد البشرية بمتغيراتها المختلفة (العدد، والخبرة، والتدريب، والكفاءة) في الحصول على شهادة الجودة في القطاع الصحي الأردني وهدفت إلى معرفة كيف تؤثر الموارد البشرية (العدد، والخبرة ، والتدريب، والكفاءة) في تحقيق شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة للجودة (JCI) في القطاع الصحي الأردني.

تألف مجتمع الدراسة من العاملين جميعهم في المستشفيات الأردنية الحكومية ، والخاصة الحاصلة وغير الحاصلة على الاعتمادية الدولية للجودة (JCI) ، والمسجلة لدى وزارة الصحة الأردنية لعام (2014) والبالغ عددها (106) مستشفى، وعدد العاملين في هذه المستشفيات يبلغ (25203) موظفين، وتكونت عينة الدراسة من 10 مستشفيات موزعة على محافظات المملكة حيث كانت توزيعها الأكبر من حيث عدد الاسرة أكبر من 200 سرير، وقام الباحث بتوزيع (500) استبانة على عينة الدراسة بالطريقة الطبقيّة العشوائية، وقام الباحث باسترداد (386) استبانة صالحة للتحليل من المستجيبين ، ودخلت هذه الاستبانات في عملية التحليل. وتم تقسيم المستشفيات إلى أربع دوائر رئيسة في كل منها هي (الدوائر الطبية، ودائرة التمريض، والدوائر الإدارية، والدوائر الأخرى).

وأظهرت نتائج الدراسة أن عدد الذكور في المستشفيات عينة الدراسة كان أعلى من عدد الإناث والسبب شيوع اشتغال الإناث في المستشفيات الخاصة والحكومية في الأماكن الطبية، وندرة قيامهن بأعمال إدارية داخل المستشفيات بالإضافة إلى صعوبة التواصل مع الإناث بسبب الثقافة السائدة في مجتمعات عينة الدراسة، كذلك بينت النتائج أن معظم أفراد عينة الدراسة هم من العاملين في الإدارة العليا والوسطى، وهذا يساعد في الوصول إلى نتائج ذات مصداقية عالية في مجال الدراسة. وبلغت

نسبة الممرضين بين عينة الدراسة 2.35 % وهي نسبة تمكن من الوصول إلى حقائق تخدم أهداف الدراسة.

وكان معظم العاملين في مجالات الإدارات وإدارة الجودة من فئة الشباب، حيث بلغت نسبة الأعمار للفئة الشابة حوالي 75.6% ، وقد ساهم ذلك في الوصول إلى معلومات واقعية حول تأثير مجالات الدراسة في الحصول على شهادات الجودة في القطاع الطبي في الأردن.

بالرجوع لنتائج التحليل العاملي الذي تم استخدامه في هذه الدراسة، تم إثبات هذه الفرضية وعدم نفيها بناء على النتائج الإحصائية، حيث كان تأثير الموارد البشرية في الحصول على شهادة الجودة بنسبة 32% مما يدل على أهمية الموارد البشرية ككل (العدد، والكفاءة، والخبرة، والتدريب) في الحصول على شهادة الجودة في القطاع الصحي الأردني.

وأظهرت نتائج الدراسة بأن المقياس المستخدم تميز بجودة عالية، من خلال النتائج التي أظهرها التحليل، حيث جاءت الفقرات المتعلقة بالموارد البشرية مشبعة حسب المتوقع، بحيث نتج من خلال التحليل وجود أربعة عوامل استوفت الشروط، وتلعب دور مهما وأساسيا في تحقيق هذا الهدف وهو تحديد الاثار التي تلعبها الموارد البشرية للحصول على الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني وكان ذلك من خلال فرضية الدراسة الأولى والعوامل هي (عدد الموارد البشرية، وخبرة الموارد البشرية، وكفاءة الموارد البشرية، وتدريب الموارد البشرية). وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مناصرية (2012)، ومما سبق نستنتج أن هذه العوامل لها دلالة واضحة وذات معنى، وبالتالي يعتبر هذا المتغير الرئيس له تأثير إيجابي بعوامله المختلفة في تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية.

3. دراسة (كرادشة، 2012) بعنوان " تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في

مستشفى الملكة رانيا العبدلله للأطفال في الأردن " .

هدفت الدراسة التعرف الى أساليب تحقيق إدارة الجودة الشاملة، من خلال تطبيق معايير الاعتماد الصحي في مستشفى الملكة رانيا العبدلله للأطفال من مستشفيات الخدمات الطبية الملكية، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان وسعت إلى إبراز الأدوار التي تلعبها المتغيرات المستقلة "معايير الاعتماد " على المتغيرات التابعة "إدارة الجودة الشاملة".

وقد شملت الدراسة تقصي آراء (500) فرد من مرافقي متلقي الخدمة، و(400) مقدم خدمة، ودراسة حالة من وجهات نظرهم، وقد وزعت (400) إستبانة لمقدمي الخدمة، و(560) لمرافقي متلقي الخدمة، وتم التحليل الاحصائي باستخدام البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد اظهرت نتائج التحليل عددا من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها وجود فروقات لصالح عينة مقدمي الخدمة، التي ترى ان معيار حقوق المرضى وعائلاتهم مطبق أكثر من وجهة نظر مرافقي متلقي الخدمة، وأن تطبيق معايير الاعتماد تحقق في وصول المستشفى إلى مستوى إدارة الجودة الشاملة الذي تأكد من خلال معنوية الفرق الاحصائي ما بين اراء عينة الدراسة وبطبيعة العلاقة ما بين متغيرات الدراسة، فقد أظهرت نتائج التحليل الاحصائي وجود أثر ذي دلالة احصائية على إدارة الجودة الشاملة ، كما أكدت الدراسة على أهمية متابعة تطبيق معايير الاعتماد الصحي كمتغير مستقل يؤثر في تحقيق إدارة الجودة الشاملة.

وبناء على نتائج الدراسة فقد تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات ، كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا،ومتابعتها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالاضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى مقدمي الخدمة، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

4. دراسة (سنجق، خير الدين، و عطيانى، 2012) بعنوان " مدى تطبيق معايير جائزة (مالكوم بالدريج) في المستشفيات الأردنية الخاصة الحاصلة على شهادة الاعتمادية الدولية (JCIA)".

هدفت الدراسة إلى التحقق من مستوى تطبيق معايير جائزة (مالكوم بالدريج) السبعة (معيار القيادة، ومعيار التخطيط الاستراتيجي، ومعيار التركيز على الاسواق والعملاء، ومعيار المعلومات والتحليل، ومعيار التركيز على الموارد البشرية، ومعيار إدارة العمليات، ومعيار نتائج الأعمال) في المستشفيات الأردنية الحاصلة على الاعتمادية الدولية (JCIA) ، كما هدفت التعرف إلى الفروقات في مستوى تطبيق هذه المستشفيات لمعايير الجائزة المذكورة. ولتحقيق هذه الأهداف فقد تم تصميم استبانة، وزعت على عينة مكونة من 71 عضوا من مديري الدوائر ورؤساء الأقسام في المستشفيات الأردنية التي حصلت على الاعتمادية الدولية (JCIA)، وقد تم استرجاع 40 استبانة مستوفية للشروط، أي بنسبة استرداد 56%.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

1. لم يتوفر دليل إحصائي (عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$) على وجود مستوى مقبول من تطبيق معايير جائزة (مالكوم بالدريج) مجتمعة في المستشفيات الأردنية الخاصة الحاصلة على الاعتمادية الدولية (JCIA) إذ إنه بالرغم من توفر الدليل الإحصائي عند نفس مستوى الدلالة على وجود مستوى مقبول من تطبيق معياري القيادة ونتائج الأعمال إلا أن الضعف الواضح في مستوى تطبيق معايير التحليل والمعلومات، الموارد البشرية، والعمليات والتخطيط الاستراتيجي، قد أثر سلبا في مستوى تطبيق المعايير مجتمعة في تلك المستشفيات.

2. لم يتوفر دليل إحصائي (عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$) على وجود فروق في مستوى تطبيق المستشفيات المبحوثة لمعايير الجائزة مجتمعة. وبالرغم من توفر الدليل الإحصائي (عند نفس

مستوى الدلالة) على وجود فروق بين المستشفيات المبحوثة في معايير التركيز على الأسواق والزيائن، المعلومات والتحليل ، والعمليات إلا أنه لم يتوفر الدليل الإحصائي على وجود فروقات في تطبيق معايير القيادة والتخطيط الاستراتيجي والموارد البشرية ونتائج الأعمال.

5. دراسة (جراد، 2011) بعنوان "إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية

الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، بالإضافة إلى التعرف على دور الجودة الشاملة في تحسين أداء الرعاية الصيدلانية بالوزارة.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة، تم تصميم استبانة لدراسة متغيرات الدراسة من أجل اختبار الفرضيات، بحيث تكون مجتمع الدراسة من الصيادلة العاملين جميعهم في كل من الإدارة العامة للرعاية الأولية، والإدارة العامة للمستشفيات، والإدارة العامة للصيدلة في وزارة الصحة، وعددهم (225) صيدلي، حيث تم توزيع استبانة على عينة الدراسة، وتم استردادها جميعاً أي بنسبة (100%).

وقد توصلت الدراسة إلى أن وزارة الصحة الفلسطينية تمتلك الامكانيات لتطبيق بعض مبادئ الجودة الشاملة وهي (التركيز على الزيائن، والتحسين المستمر، والسياسات، والاستراتيجيات) بدرجات ومستويات إيجابية متفاوتة، بينما لا تستطيع تطبيق باقي متغيرات الدراسة التي تتمثل في: (التزام الإدارة العليا بالجودة، وإشراك العاملين وتمكينهم، والنظم الإدارية) ، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين متغيرات الجودة الشاملة جميعها التي تم اعتمادها وتحسين الرعاية الصيدلانية بالوزارة.

وقد أوصت الدراسة عدة توصيات، كان من أهمها: ضرورة اهتمام الوزارة بتطبيق نظام الجودة الشاملة، وضرورة العمل على توفير الإمكانيات المادية والبشرية لتطبيق جميع مبادئ الجودة الشاملة، وضرورة التزام الإدارة العليا بالجودة، وضرورة إشراك العاملين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالجودة مع ضرورة العمل على تحسين العمليات الإدارية من أجل تقديم خدمة صيدلانية ذات جودة عالية، وأخيرا ضرورة إيجاد نظم إدارية مرنة تسهل من تقديم الخدمات بالجودة والسرعة المطلوبتين.

6. دراسة (نسيمة، 2011) بعنوان "معايير إدارة الجودة الشاملة كداعم لجودة الخدمات الاستشفائية" هدفت الدراسة الى محاولة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة ، من أجل دعم جودة الخدمات الصحية والتعرف إلى منظور المستشفيات تجاه الجودة وتطبيقاتها، وإبراز مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، والفائدة من تطبيقه ، كذلك محاولة تعريف المؤسسات الاستشفائية بأهمية إدارة الجودة الشاملة في دعم الخدمات لكي تحظى برضا الزبون (المريض).

والغاية من هذا البحث تحسين ودعم جودة الخدمات الاستشفائية من أجل كسب رضا الزبون، وهذا باستخدام إدارة الجودة الشاملة.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي ، وذلك لمناسبته وطبيعة هذه الدراسة والأهداف.

ولقد أجريت الدراسة على الأفراد القاطنين بمنطقة تقرت،والذين يعانون من أمراض، بحيث قام الباحث بدراسة على عينة من الأفراد ، يتكونون من 50 مريضا، 32 امرأة ، و 18 رجلا، وتم توزيع الإستبانة على مجتمع الدراسة (المرضى).

وتلخصت نتائج الدراسة بأن الجودة تعتبر أهم وسيلة لجذب الزبون " المريض"، وتعطي القدرة للمؤسسة من أجل تعزيز مكانتها و قدرتها التنافسية، ولهذا أصبحت مسعى اهتمام العديد من المنظمات، وتم إعمامها على جميع نشاطات ووظائف المؤسسة، بدل من التركيز على جودة الخدمة النهائية، وهذا ما

يسمى بإدارة الجودة الشاملة، وان المؤسسات الحاصلة على معايير (الأيزو) تستطيع تبني إدارة الجودة الشاملة.

ومن خلال الدراسة التي قام الباحث بإجرائها على مستوى مستشفى سليمان عميرات ، تم التوصل إلى نتائج الآتية:

1. تقديم خدمات علاجية تلبي حاجات الزبون (المريض).
2. كفاءة مقدمي الخدمة (الطبيب، والممرض).
3. عدم حداثة الأجهزة و المعدات.
4. إعادة هيكلة وتنظيم عمل المنظمة الاستشفائية ، وتجنب العمل العشوائي، وهذا بتحديد مهام ومسؤولية كل فرد، لتحقيق الجودة في الخدمات.
5. عدم التركيز على عنصر الجودة في تقديم الخدمات.
6. عدم فهم الإدارة العليا للمستشفى للجودة.
7. تشبث الإدارة العليا بثقافتها التقليدية ، وعدم تقبلهم لثقافة جديدة ، وهذا يتنافى مع إدارة الجودة الشاملة.

8. المنظمة تقوم بتقديم الخدمات بما يتناسب مع إمكانيات المتوفرة.
9. القيام بدورات وبعثات للأطباء ، من أجل الرفع من قدراتهم واكتسابهم المهارات اللازمة .
10. عدم مشاركة العمال في قرارات المنظمة، باستثناء ممثل العمال الذي يعين من قبل المدير العام للمنظمة.

11. قيام المؤسسة بالوقاية من الأخطاء قبل وقوعها ، وهذا بالقيام بالصيانة المستمرة للمعدات.

7. دراسة (الكحلوت، 2004) بعنوان " العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في

مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة".

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى واقع إدارة الجودة الشاملة في أحد أهم القطاعات الخدمية، وهو قطاع الصحة، وذلك من خلال التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة الخدمية في بعض أقسامها، ضمن مشروع لتطوير الجودة بتمويل من البنك الدولي في مؤسسات وزارة الصحة، وكذلك التعرف إلى العوامل التي أثرت في استمرارية عمليات وأنشطة تطوير الجودة في هذه المستشفيات وذلك من خلال تحليل العلاقة ما بين بعض متغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة، ونجاح استمرارية عمليات تطوير الجودة في هذه المستشفيات.

ولتحقيق أهداف الدراسة جرى تصميم استبانة لإجراء الدراسة الميدانية لمتغيرات الدراسة، من أجل اختبار الفرضيات والإجابة على أسئلة الدراسة. وقد جرى استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة، تمثلت في (التكرارات، والمتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، وتحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه "Sheffe" ، ومعامل ارتباط (بيرسون) "pearson" ، وارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ.

وقد توصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج أهمها ما يأتي:

1. اتضح بشكل عام تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة.

2. بالرغم من وجود بعض الحوافز المادية في النظام بشكل عام، إلا أن هذه الحوافز بشقيها المادي والمعنوي غير كافية من وجهة نظر المستطلعين.

3. أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص

وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة.

4. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة لدى المستطلعين، بالإضافة إلي

انخفاض مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة أنشطة الجودة الشاملة.

5. بينت النتائج غياب العديد من مقومات عملية مأسسة الجودة ومنها عدم وجود استراتيجية دائمة أو

واضحة، وضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعارا وممارسة، عدم وجود خطط أو أهداف

واضحة. بالإضافة إلي نتائج أخرى تتعلق بأثر التدريب وعامل الخبرة في فهم فلسفة الجودة ،

وكذلك عامل الحجم والتخصص بالنسبة للمستشفى.

وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات، أهمها:

ضرورة العمل بشكل مخطط ومدروس على إيجاد نظام معلومات متقدم يقوم بتزويد المؤسسات

الصحية كافة بالبيانات الخاصة بقياس الأداء، وتدريب العاملين على استخدامها، وتحليلها بطرق

إحصائية، وكذلك ضرورة إعادة النظر في أنظمة الحوافز المتبعة في مؤسساتها بشكل عام، والعمل

الجاد على زيادتها كما ونوعا وتطويرها بشكل مستمر على أسس علمية، وضرورة تفعيل دور الإدارات

العليا في مؤسساتها الصحية المختلفة وزيادة حجم مشاركتها في تبني تطبيق أنشطة تحسين الجودة

الشاملة ومتابعة التقارير التي تصدر عن هذه الإدارات، ومراقبة مدى الالتزام والدعم الذي تقدمه هذه

الإدارات لقضية الجودة في مؤسساتها. كما أوصت الدراسة بضرورة تبني خطة عمل إستراتيجية شاملة

تهدف إلي نشر ثقافة وفلسفة ومفاهيم الجودة الشاملة في كل مؤسساتها، كما أوصت الدراسة بضرورة

التعرف إلى العوامل الداعمة لعملية المؤسسة والتوجه بشكل إستراتيجي نحو ثقافة الجودة، وتصميم

السياسات التي تدعم أنشطة الجودة وإيجاد القيادات القادرة على تحديد الأولويات وتحفيز العاملين

والمحافظة عليهم. وكذلك العمل على خلق نوع من التعزيز بين الحديث عن الجودة ، والأفعال التي

تمارسها الإدارات المختلفة في مؤسسات وزارة الصحة، حتى يدخل في روع العاملين أن اهتمام الإدارة بالجودة هو أولوية وليست مجرد شعارات، بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات التي تتعلق بالتركيز على المرضى واحتياجاتهم، والتركيز على الأفراد العاملين وتدريبهم بشكل مستمر.

6. دراسة (العمر ب.، 2002) بعنوان "مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض"

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في المستشفيات السعودية، وعلى الفروق بين القطاعات المختلفة في مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتعرف إلى المبادئ المؤثرة في مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفيات.

وقد خلصت الدراسة إلي أن هناك تفاوتاً في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بين المستشفيات، وأوضحت أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري بتطبيق مبدأ التحسين المستمر. وقد أوصت الدراسة بضرورة إيجاد نظام معلومات متقدم لمساندة عملية اتخاذ القرارات الصحيحة، والعمل بشكل جاد لنشر ثقافة الجودة الشاملة، والاستمرار في رفع مستوى تطبيق مبدأ التحسين المستمر، والعمل بشكل أكبر على تطبيق مبدأ التركيز على العميل.

7. دراسة (التلّباني، 2000) بعنوان "تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني".

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى المشاكل والمعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكذلك التعرف إلى واقع تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني، والتعرف إلى القوى المؤثرة الرئيسة في أثناء عملية تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني، والتعرف إلى الدروس المستفادة من التجربة الفلسطينية في بداياتها، والخروج بتوصيات يمكن الاستفادة منها في تطوير الجودة

مستقبلا. وقد اعتمدت هذه الدراسة أسلوب دراسة الحالة، من خلال دراسة الوثائق المتوفرة، والمقابلات والملاحظة والاستبانة. وقد تطرقت الدراسة إلى أساليب ومنهجية التطبيق التي اتبعتها المشروع في مراحل المتعاقبة، وأهم عوامل النجاح.

بالإضافة إلى ذلك تطرقت الدراسة إلى أهم المعوقات التي واجهت المشروع، ومنها البيئة الخارجية غير المستقرة، والمشاكل الداخلية للمؤسسات المعنية، وعدم المتابعة، ومقاومة التغيير، والمركزية وضعف الاتصال، وعدم رضا منتسبي القطاع الصحي.

الدراسات الأجنبية:

1. دراسة (Barghouthi & Imam, 2018) بعنوان "Patient Satisfaction:Comparative

Sudy Between Joint Commission International Accredited and Non-Accridited Palestinian Hospitals"

يعد رضا المرضى أحد المؤشرات المهمة في النظام الصحي التي يجب أخذها في الاعتبار عند تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة وتأثير أنظمة الاعتماد.

وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى رضا المرضى في المستشفيات المعتمدة وغير المعتمدة في فلسطين.

واستخدم الباحث المنهج الكمي الوصفي لمقارنة رضا المرضى في اثنتين من المستشفيات الفلسطينية محل الدراسة . وقام الباحث بقياس مدى رضا المرضى بين (أكتوبر و نوفمبر 2016) باستخدام أداة (SERVQUAL) لتقييم الأبعاد الخمسة للجودة (الموثوقية، والضمانة، والملموسية، والتعاطف، والاستجابة) .

واشتملت عينة الدراسة على 322 مريضاً داخلياً، وتم تعيينهم من قبل الباحث من خلال طريقة ملائمة لأخذ العينات، وتم تحليل البيانات باستخدام (SPSS).

وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($p < 0.05$) بين وسائل رضا المرضى المتعلقة بالخصائص الديموغرافية للمريض، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ذات صلة بخصائص المستشفى. علاوة على ذلك بالنسبة لجميع أبعاد رضا المريض، يكون لدى المرضى المزيد من الرضا في المستشفيات غير المعتمدة أكثر من المستشفيات المعتمدة، ويفسر الباحث سبب ذلك ضعف تقدير وقياس جودة الخدمات الصحية ومعاييرها من قبل

المرضى في فلسطين، لذا يجب إعطاء تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات من منظور المرضى أهمية كبيرة في المجال الصحي حسب وجهة نظر الباحثة.

2. دراسة (Mann, 2018) بعنوان **"Factors affecting the implementation and success of TQM"**

هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل التي تؤثر على التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة، فأهمية تصميم إدارة الجودة الشاملة للاحتياجات المحددة للمنظمات معروفة جيداً. وأظهرت نتائج برنامج بحثي أهم العوامل التنظيمية المهمة التي يجب مراعاتها عند تطبيق ال (TQM). تم استخدام الاستبانات والمقابلات المنظمة ، التي تنطوي على مشاركة أكثر من 200 شركة كأدوات رئيسة للتحقيق. وأظهرت الدراسة سبعة عوامل رئيسية تؤثر على تنفيذ إدارة الجودة الشاملة وهي:عوامل العمليات(Process Factors)، ونوع الموظفين، والقيم المشتركة ، ونمط الإدارة ، والهيكل التنظيمي، وعدد الموظفين والعلاقات الصناعية. وتوصي الدراسة المنظمات بإعطاء هذه العوامل اعتباراً خاصاً عند تطوير مناهج إدارة الجودة الشاملة الخاصة بها، وتوفير إرشادات لإظهار كيفية تأثير هذه العوامل على تنفيذ إدارة الجودة الشاملة.

3. دراسة (Nery، 2016) بعنوان **"Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation : The voice of Quality managers ."**

هدفت الدراسة إلى معرفة ميزات وصعوبات تطبيق المعايير مثل ال(JCI)، وللوصول لهدف الدراسة تم إعداد دراسة وصفية نوعية واستكشافية مع خمسة مديري جودة من المستشفيات في كل من المستويات الثلاثة للاعتماد الوطني وواحدة فقدت اعتمادها ، بحيث أجريت مقابلات مسجلة مع المشاركين، وكان السؤال الرئيس في المقابلة هو: " ما هي الفوائد والصعوبات للحصول على بيانات الاعتماد للمستشفى والاحتفاظ بها ، وتم تقديم البيانات المسجلة لتحليل المحتوى الموضوعي".

وأظهرت الدراسة بأن بغض النظر عن الحواجز المتعلقة بالثقافة التنظيمية ورفض التغيير، المديرين أكدوا على أن الاعتماد ضروري لجودة الإدارة والرعاية، من خلال توحيد العمليات، والتعاون بين المستخدمين ، وتقديم أفضل خدمة للمريض.

4. دراسة (Halsa, Zeng, Chappy, & Shepard, 2015) بعنوان "قيمة وتأثير الاعتماد الدولي

للمستشفيات : دراسة حالة من الأردن".

هدفت الدراسة تقييم الأثر الاقتصادي لاعتماد اللجنة الدولية المشتركة للمستشفيات على خمسة مقاييس لأداء المستشفيات تتعلق بالبنى والنتائج في الأردن.

وأجريت دراسة استعدادية لمدة أربع سنوات تقارن بين مجموعتين من المستشفيات الخاصة المعتمدة المعنية بالأمراض الحادة العامة وبين مستشفيات غير المعتمدة المطابقة لها، حيث استخدم الاختلاف في الفوارق وتحليلات التباين المشترك المعدلة، لاختبار تأثير الاعتماد وقيمه على مقاييس أداء المستشفى.

وقد أظهرت ثلاثة من المقاييس الخمسة المختارة تأثيرات ذات دلالة احصائية كلها (تحسينات) مرتبطة بالاعتماد، هي: انخفاض معدل العودة إلى وحدة العناية المركزة خلال 24 ساعة من الخروج من الوحدة، وانخفاض معدل تبديل الموظفين، واستكمال السجلات الطبية، وكان الأثر النهائي للاعتماد انخفاض عدد المرضى الذين يعودون إلى وحدة العناية المركزة بمقدار 1.2 %، وانخفاض التبديل السنوي للموظفين بمقدار 12.8 %، وتحسن استكمال السجلات الطبية بمقدار 20 %، وبالجمع بين نتائج كلا المستشفيين على مدى ثلاث سنوات، وترجمت هذه التحسينات إلى توفير إجمالي قدره

(593000) دولار أمريكي في نظام الرعاية الصحية الأردني.

5. دراسة (Al Attal, 2009) بعنوان "Factors Affecting the Implementatuion of

Joint Commission International Standards inUnited Arab Emirates Hospitals”

هدفت الدراسة التعرف إلى العوامل المؤثرة على عملية تطبيق معايير اللجنة الدولية المشتركة في المستشفيات الإماراتية و دراسة وتحليل العوامل المؤثرة على تطبيق معايير اللجنة الدولية المشتركة في مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة من خلال إجراء دراسة حالة وتصنيف العوامل المشتركة التي تؤثرعلى تطبيق معايير اللجنة الدولية المشتركة في مستشفيات دولة الامارات العربية المتحدة ، وكان الهدف الأول تحديد العوامل التي تؤثر على عملية تطبيق معايير (JCI) في المستشفيات الإماراتية. ولتحقيق هذا الهدف، أجريت مراجعة للادبيات ذات الصلة والتي تشمل مبادئ إدارة الجودة الشاملة، علماء الجودة، إدارة الجودة الشاملة، نماذج إدارة الجودة الشاملة، وإدارة التغيير والقضايا الثقافية. ثم كان هناك مناقشة للعوامل التي تؤثر على تنفيذ معايير (JCI).

وكان الهدف الثاني من هذا البحث التحري عن العوامل التي تؤثر على عملية تنفيذ معايير الاعتماد(JCI)عن طريق إجراء دراسة حالة، ولتحقيق هذا الهدف أجريت دراستا حالة لجمع المعلومات المطلوبة ذات الصلة، بشأن تنفيذ معايير الاعتماد(JCI) ضمن المنظمتين المختارتين.

وتم جمع البيانات الأولية عن طريق المقابلات شبه المنظمة مع ال (Targeted respondents) وكانت المصادر الأخرى للبيانات تتمثل في وثائق مثل المحفوظات، وأدلة الجودة ومحاضر الاجتماعات، مدعومة بملاحظات طفيفة، قدمت في أثناء عملية جمع البيانات، وبالتالي تم تحديد العوامل التي تؤثر على تنفيذ شهادة الاعتماد(JCI) والتحقق فيها وتحليلها.

وكان الهدف الثالث تصنيف العوامل المشتركة التي تؤثر على تنفيذ معايير (JCI) في المستشفيات الإماراتية. ولذلك قام الباحث بتصنيف العوامل إلى أربع فئات رئيسية: التنظيمية (Organizational) والثقافية (Cultural) ، والموارد البشرية ، (Human Resources) والفنية (Technical) . وهكذا، تم تحقيق الأهداف الثلاثة للدراسة بنجاح.

6. دراسة (Kaldenberg, 2003) بعنوان: “Patient and Employee Satisfaction Linked”

هدفت هذه الدراسة معرفة إذا ما كان هناك علاقة بين رضا المرضى عن الخدمات الصحية لهم والرضا الوظيفي لدى الموظفين، الذين يقدمون هذه الخدمات، وقد اعتمدت الدراسة على مقارنة الرضا لدى 19500 مريض داخلي مع الرضا الوظيفي لدى 50500 موظف يخدمونهم في 33 مستشفى تقع في 19 ولاية، وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية جداً تشير إلى أن رضا المرضى ورضا الموظفين لا ينفصلان عن بعضهما، إلا أن الدراسة لم تستطع توضيح ما إذا كانت زيادة الرضا لدى الموظفين تؤدي إلى زيادة الرضا لدى المرضى الذين يخدمونهم.

7. دراسة (Rutz & Pira, 2001) بعنوان “Quality Management in Acute Hospitals of Selected European Countries”

هدفت هذه الدراسة وهي عبارة عن جزء من رسالة دكتوراه بعنوان إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأوروبية إلى معرفة مجالات الجودة وأهم عناصرها التي تنطبق، وإلى أي درجة على مجموعة من المستشفيات الأوروبية، بالإضافة إلى معرفة المستويات المختلفة التي حققتها المستشفيات في مجال الجودة الشاملة.

وقد اشتملت الدراسة على 6 متغيرات، تم تحديدها كعناصر أساسية للدراسة، وهذه المتغيرات: التزام ودعم القيادة، ومشاركة الموظفين، والتوجه نحو المرضى، والتوجه نحو العمليات، والعلاقة مع الموردين، والتحسين المستمر.

وخلصت الدراسة إلى أن المستشفيات جميعها التي شملتها الدراسة تطبق معايير الجودة، ولكن بمستويات مختلفة كما أوضحت الدراسة فروقات كبيرة جدا في النماذج والمفاهيم التي تستخدمها هذه المستشفيات كما خلصت الدراسة إلي أن معدل تطبيق الجودة يعتبر متقدما في مستشفيات كل من بريطانيا، هولندا، والدول الإسكندنافية قياسا بألمانيا و فرنسا والدول الأخرى الناطقة بالفرنسية أو الألمانية في أوروبا. وقد خلصت الدراسة في النهاية إلي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة سينتشر، وسيحقق في كافة المستشفيات التي شملتها الدراسة في المستقبل المنظور.

12-2 التعليق على الدراسات السابقة:

تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تناولته من جهة، كما تبرز أهميتها في القطاع الذي استهدفته من جهة أخرى، حيث هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في أهم القطاعات وهو القطاع الصحي، حيث تعتبر هذه الدراسة الأولى على مستوى الدراسات في الضفة الغربية التي تناولت هذا الموضوع الجديد والمتطور لجودة الخدمة الصحية حسب علم الباحثة، لما للحصول على هذه الشهادة من أهمية عظيمة على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة، وتقليل معدلات الوفيات والأخطاء الطبية في هذا القطاع المهم، ومن خلال الدراسات السابقة نلاحظ أن تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) والفوائد الناتجة عن هذا التطبيق قد احتل جل اهتمام الكتاب والباحثين.

وتتميز هذه الدراسة بتناول معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) وليس كمعظم الدراسات التي تتناول تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ورصد المعوقات المتوقعة تعتبر نقطة قوة من أجل وضع الحلول والإستراتيجيات لحل المعوقات قبل تأثيرها بشكل كبير والذي يحول دون تطبيق هذه الشهادة.

وترى الباحثة من خلال هذه الدراسات أن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومن أبرز شهادات الاعتماد الصحي شهادة اعتماد ال (JCI) نظرا لتخصصها وشموليتها في تحقيق الأهداف العالمية المتعلقة بسلامة المرضى، وتوفير الخدمة الصحية المناسبة، وعمليات التقييم والرعاية، ومكافحة العدوى، والتعليم، وإدارة المعلومات والموارد البشرية، ونظم إدارة المرافق المختلفة، والنظم القيادية والإدارية.

ومن ثم، فإن التفصيل في دراسة هذه المعايير يساعد في تقبل تطبيق هذه الشهادة وفهمها، وتوضيح المجالات التي تحتاج لمزيد من الاهتمام للنجاح في تحقيق أهداف الجودة والوصول لمستويات التميز والتنافسية العالية التي تنشدها المستشفى.

وتعتبر هذه الدراسة مكملة لما جاءت به الدراسات السابقة، حيث سعت الباحثة للاستفادة من خلاصة الدراسات السابقة والعمل على تطويرها، وتعميق المعرفة بموضوع شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)، وتم الاستفادة من الدراسات السابقة من الكتب والمراجع في الإطار النظري، وكذلك الاستفادة من المنهجية، سواء في جمع البيانات أو تحليلها، وتحديد الأداة المناسبة لجمع البيانات في الدراسة، واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات الآتية: (Al Attal، 2009)، (كرادشة، 2012)، (سنجق، خير الدين، و عطيانى، 2012)، (الكحلوت، 2004)، (جراد، 2011)، (نسيمة، 2011)، (Nery، 2016)، (زايري، 2008).

وستقوم الباحثة بالاستفادة من نقاط القوة في الدراسات السابقة ومحاولة تطويرها وتعزيزها، في الوقت نفسه محاولة تدارك النقص إن وجد في تلك الدراسات، والعمل على إغنائها قدر المستطاع لإثراء هذا الحقل العلمي الهام.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

1-3 مقدمة

2-3 منهج الدراسة

3-3 جمع البيانات والمعلومات

4-3 مجتمع وعينة الدراسة

5-3 أدوات الدراسة

6-3 خصائص العينة الديموغرافية

7-3 بناء أدوات الدراسة

8-3 ثبات أدوات الدراسة

9-3 صدق أدوات الدراسة

10-3 خطوات تطبيق الدراسة

11-3 متغيرات الدراسة

12-3 المعالجة الإحصائية

13-3 مفتاح التصحيح

3-1 مقدمة :

يتناول هذا الفصل وصفا كاملا ومفصلا حول طريقة الدراسة وإجراءاتها التي قامت بها الباحثة لتنفيذ هذه الدراسة بحيث يشمل هذا الفصل وصف منهج الدراسة، والإجراءات التي اتبعت لجمع البيانات والمعلومات، ومجتمع الدراسة، وأدواتها ، وصدق الأداة وثباتها، وإجراءات تطبيق الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها .

3-2 منهج الدراسة :

انطلاقا من طبيعة الدراسة والمعلومات المطلوبة للإجابة على أسئلتها وتحقيق أهدافها، استخدمت الباحثة المنهج الاستكشافي الوصفي، وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة، من حيث رصد واقع مشكلة الدراسة، وتحليلها في الوقت الحاضر كما هي في الواقع من خلال وصفها، وتفسيرها، والتنبؤ بها. وهو المنهج المناسب والأفضل من وجهة نظر الباحثة لمثل هذه الدراسات.

المنهج الاستكشافي : (Cuthill، 2002) ، (Taylor P.، 2002) ، (Streb، 2010)

ويجري التصميم الاستكشافي حول مشكلة البحث عندما يكون هناك عديد قليل من دراسات سابقة أشارت لها أو تنبأت بها، بحيث ينصب تركيز هذا النوع من الأبحاث على اكتساب رؤية لأبحاث لاحقة أو قيد العمل، وذلك عندما تكون المشاكل البحثية في مراحلها الأولى، وغالبا ما تستعمل التصاميم الاستكشافية لفهم أفضل السبل للمضي قُدماً في البحث، أو لاختيار المنهجية الأفضل للتطبيق، من أجل جمع المعلومات حول مشكلة البحث.

3-3 جمع البيانات والمعلومات :

تم جمع البيانات والمعلومات من مصادر أولية وثانوية:

3-3-1 المصادر الثانوية:

اعتمدت الباحثة على الكتب والمراجع العربية والأجنبية، والدوريات والمقالات، ورسائل الماجستير، والدكتوراة المنشورة وغير المنشورة، ومواقع الإنترنت التي تناولت موضوع الدراسة، وكذلك على المجالات العلمية والمهنية المتخصصة من أجل جمع البيانات الثانوية اللازمة للدراسة ولبناء الإطار النظري.

3-3-2 المصادر الأولية :

وتم الحصول على البيانات من المصادر الأولية الآتية:

1- بيانات نوعية وتشمل :

مقابلات غير مهيكلة (Unstructured Interviews): بحيث تم أخذ عينة قصدية، ممن لديهم الخبرة والمعرفة في مجال ال (JCI)، وتم مقابلتهم مقابلات غير مهيكلة وذلك من أجل بلورة عنوان الدراسة فيما يخص معوقات تطبيق ال (JCI) وفتح آفاق الباحثة، وتشكيل أساس لبناء استبانة الدراسة.

2- بيانات كمية وتشمل :

• **مقابلات مهيكلة (Structured Interviews):** وذلك من خلال إجراء مقابلات مع المدير العام والمدير الإداري والمدير الطبي ومديري الأقسام وأعضاء الهيئة الإدارية في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني، ثم تحليلها يدوياً. ملحق رقم (4).

- **الاستبانة المغلقة:** وكانت لأعضاء الهيئة الإدارية ورؤساء الأقسام، بحيث تم تصميم إستبانة من مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالحقائق ذات نمط محدد من الإجابات (نعم أو لا) وذلك خصيصا لجمع البيانات والمعلومات التي تتعلق بموضوع الدراسة وأسئلتها وأهدافها من أجل تطوير الاستبانة النهائية. ملحق رقم (2).
- **الاستبانة النهائية:** تم تصميم استبانة الدراسة النهائية وتوزيعها، وتتمثل بجمع المعلومات والبيانات من موظفي الدوائر ومديريها جميعهم، ورؤساء الأقسام، وأعضاء الهيئة الإدارية لمستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني وتم تحكيمها من قبل المختصين، ومن ثم تفرغ الاستبانة وتحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS). ملحق رقم (3).

3-4 مجتمع وعينة الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من جميع الموظفين وأعضاء الهيئة الإدارية جميعهم في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني والبالغ عددهم (211).

إذ قامت الباحثة باستخدام أسلوب المسح الشامل، وتم استقصاء موظفي المستشفى جميعهم للإجابة على أسئلة الدراسة سواء أكانت الخبرة من طبيعة تخصصهم أو من سنوات الخبرة العملية، وذلك لمساعدة الباحثة في التعرف إلى معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني، حيث تكونت عينة الدراسة من :

- 1- موظفي مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني جميعهم ، وعددهم 200 موظف.
- 2- أعضاء الهيئة الإدارية في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني المكونة من 11 عضوا ، تم انتخابهم من قبل أعضاء الهيئة العامة، وكان ذلك في 2014.

3-5 أدوات الدراسة :

3-5-1 أداة الدراسة الكمية الأولى (المقابلات الهيكلية):

قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع المدير العام والمدير الإداري والمدير الطبي ومديري الأقسام وأعضاء الهيئة الإدارية في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني، بهدف معرفة مدى إمكانية الحصول على شهادة ال (JCI) ورصد المعوقات المتوقعة لتطبيق هذا الاعتماد، وأجرت الباحثة هذه المقابلات بعد توزيع الاستبانة ذات النمط المحدد (بنعم أو لا) وذلك لتعريفهم بال (JCI) ومعاييرهم ليتمكنوا من رصد المعوقات.

3-5-2 أداة الدراسة الكمية الثانية (الاستبانة):

أولاً: الاستبانة ذات النمط المحدد (بنعم أو لا) والتي وجهتها الباحثة للمدير العام، والمدير الإداري، والمدير الطبي ومديري الأقسام وأعضاء الهيئة الإدارية، وتتضمن أسئلة متعلقة بالحقائق حول موضوع اعتماد ال (JCI) وذلك لزيادة معرفتهم بهذا الاعتماد ليتمكنوا من الإجابة على سؤال الدراسة الرئيسي ورصد المعوقات المتوقعة، ولتتمكن الباحثة من تصميم الاستبانة النهائية الموجهة للعاملين في مستشفى الهلال الأحمر جميعهم.

ثانياً: بعد مراجعة الدراسات السابقة وجمع البيانات من المصادر الثانوية المختلفة ذات الصلة بالموضوع وبعد اخذ فكرة عامة عن نتائج الاستبانة ذات النمط المحدد (بنعم أو لا)، قامت الباحثة بتصميم الاستبانة النهائية لدراسة معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)، بحيث تضمنت الاستبانة على (62) فقرة، واشتملت على بيانات عامة عن مجتمع الدراسة، ومعايير تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية، مقسمة إلى (3) محاور رئيسية، وتدرج الإجابة على فقرات

الإستبانة على النحو الآتي: (لا أوافق بشدة = 1) ، (لا أوافق = 2) ، (محايد = 3) ، (أوافق = 4) ، (أوافق بشدة = 5).

3-6 خصائص العينة الديمغرافية :

والجدول رقم (3-1) يوضح خصائص المبحوثين الشخصية و الديمغرافية.

جدول (3-1): خصائص المبحوثين الشخصية والديمغرافية:

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	96	60.0%
	أنثى	64	40.0%
	المجموع	160	100.0%
العلاقة مع المستشفى	عضو هيئة إدارية	11	6.9%
	موظف	149	93.1%
	المجموع	160	100.0%
الدرجة العلمية	توجيهي	17	10.6%
	دبلوم	35	21.9%
	بكالوريوس	87	54.4%
	طبيب أخصائي	9	5.6%
	دراسات عليا	12	7.5%
	المجموع	160	100.0%
نوع الوظيفة	طبية	63	39.4%
	طبية مساندة	45	28.1%
	إدارية	38	23.8%
	مالية	12	7.5%
	طبية وإدارية	2	1.3%
	المجموع	160	100.0%
القسم الذي تعمل به	الإدارة	37	23.1%

5.6%	9	المختبر	
6.9%	11	الأشعة	
1.9%	3	الصيدلانية	
1.3%	2	تكنولوجيا المعلومات	
5.0%	8	الجراحة	
10.0%	16	الأطفال	
10.0%	16	الولادة	
13.1%	21	الخداج	
4.4%	7	العيادات الخارجية	
18.8%	30	غيرها	
100.0%	160	المجموع	
51.9%	83	أقل من 5 سنوات	سنوات العمل في المؤسسة
26.3%	42	من 5-10 سنوات	
5.0%	8	من 11-15 سنة	
16.9%	27	أكثر من 15 سنة	
100.0%	160	المجموع	

3-7 بناء أدوات الدراسة :

3-7-1 بناء أداة الدراسة النوعية (المقابلات غير المهيكلة) :

بعد جمع البيانات والمعلومات من المصادر الثانوية حول موضوع إدارة الجودة الشاملة وأهميته في تحسين الخدمة الصحية المقدمة، تبين أن شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) هي شهادة الاعتماد الأشمل والأفضل عالمياً في المجال الصحي، لذلك قامت الباحثة بإجراء ثلاث مقابلات غير مهيكلة مع القائمين على تطبيق هذه الشهادة في المستشفيات الحاصلة عليها، بحيث تم اختيارهم بناء على خبرتهم وتخصصهم في مجال الجودة الشاملة في القطاع الصحي

أي أن العينة كانت قصدية، وذلك لفتح آفاق تفكير الباحثة من أجل بلورة عنوان الدراسة، وترتيب أفكارها لوضع عدد من المحاور والأسئلة للإجابة على تساؤلاتها، وهؤلاء المديرين هم:

- 1- عاطف الريماوي المدير الإداري لمستشفى المطلع في القدس.
- 2- أحمد المصري مدير قسم الجودة لمستشفى المقاصد في القدس.
- 3- جيهان أبو ارميلة مديرة قسم الجودة لمستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في القدس.

3-7-2 بناء أداة الدراسة الكمية الأولى (المقابلات المهيكلة) :

وقامت الباحثة ببناء سؤال المقابلة الرئيسي، لإجراء مقابلات مع المدير العام والمدير الإداري والمدير الطبي ومديري الأقسام وأعضاء الهيئة الإدارية في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني، بهدف معرفة مدى إمكانية الحصول على شهادة ال (JCI) ورصد المعوقات المتوقعة لتطبيق هذا الاعتماد، وقد أجرت الباحثة المقابلات بعد توزيع الاستبانة ذات النمط المحدد (بنعم أو لا) وذلك لتعريفهم بال (JCI) ومعاييره، ليتمكنوا من رصد المعوقات. ملحق رقم (4).

3-7-3 بناء أداة الدراسة الكمية الثانية (الاستبانة) :

أعدت الباحثة الاستبانة بشكل أولي اعتمادا على المراجع والدراسات السابقة كدراسة (كرادشة، 2012)، (الكحلوت، 2004)، (Al-Haj، 2006)، (Al Attal، 2009).

بحيث تم تصميم استبانة من (15) سؤالا ذات نمط محدد من الإجابات (بنعم أو لا) خصيصا، لجمع البيانات والمعلومات التي تتعلق بموضوع الدراسة وأسئلتها وأهدافها بشكل عام دون الدخول بخصوصيات الدراسة وذلك من أجل تطوير الاستبانة النهائية.

بالاعتماد على تحليل الاستبانة الأولى يدويا، تم تصميم الاستبانة النهائية ملحق رقم(3)، بحيث عرضت الاستبانة على المشرف الأكاديمي وذلك للتأكد من من ملاءمتها لجمع البيانات ، ثم تم تعديل الاستبانة بشكل أولي وفقا لتوجيهات المشرف الأكاديمي.

وللتحقق من صدق أداة الدراسة (الاستبانة)، قامت الباحثة بتقسيم كل متغير من متغيرات الدراسة إلى عدد من الأبعاد القابلة للقياس، ثم قياسها من خلال عدد من الجمل القياسية . وتم تقنين أسئلة الدراسة للتأكد، من صدق فقراتها، وذلك بعرض الاستبانة على مجموعة محكمين من أساتذة الجامعات الفلسطينية ذوي الخبرة والاختصاص وعددهم (5) محكمين مذكورين في ملحق رقم (1) في نهاية الدراسة، بحيث استجابت الباحثة لتعليمات المحكمين وتوجيهاتهم بتعديل وحذف ما يلزم من الاستبانة لإخراجها بصورتها النهائية.

وتم توزيع الاستبانة على موظفي مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) جميعهم.

وتم استرداد الإستانات، وتدقيقها، وتحليل المكتملة منها.

ولقد تم اتباع أسلوب المسح الشامل في مستشفى الهلال الأحمر بحيث بلغ عدد الاستبانات الموزعة 211 استبانة، وبلغ عدد الاستبانات المستردة 180 لتصبح نسبة الاسترداد 85% تقريبا، وقد تم استبعاد 20 استبانة نظرا لعدم صلاحيتها للاستخدام كمصدر للبيانات، وذلك لعدم دقة المعلومات فيها، وبالتالي تم تحليل 160 استبانة.

8-3 ثبات الأداة :

يقصد بثبات الأداة درجة الاتساق في النتائج التي تعطيها، إذا ما طبقت على عينة الممتحنين أكثر من مرة في ظروف تطبيقية متشابهة (Sekaran, 2006).

ويستخدم ثبات أداة الدراسة للتعبير عن مدى تجانس إجابات المبحوثين وتناسقها على فقرات وعبارات أداة الدراسة ومدى دقة إجاباتهم، وبالتالي أن تعطي أداة الدراسة النتائج نفسها إذا أعيد تطبيقها على عينة أخرى مماثلة في نفس الظروف (Sauro & Lewis, 2012). ولقياس ثبات أداة الدراسة تم قياس الثبات لمجالات أداة الدراسة والفقرات بالإضافة إلى الدرجة الكلية لأداة الدراسة باستخدام معاملات الثبات كرونباخ ألفا وذلك على عينة أو مجتمع الدراسة، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم (3-2): معاملات الثبات لمجالات الدراسة

معامل الثبات ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	المجال
0.93	24	معوقات تتعلق بالموارد البشرية
0.90	22	معوقات تتعلق بالثقافة التنظيمية في المستشفى
0.91	16	معوقات تتعلق بالقيادة (الإدارة العليا)
0.96	62	الدرجة الكلية

ويتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات لمجالات الدراسة تراوحت بين (0.90-0.93)، كما بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (0.96)، مما يدل على أن أداة الدراسة الحالية قادرة على إعادة إنتاج 96% من البيانات و النتائج الحالية فيما لو تم إعادة القياس والبحث واستخدامها مرة أخرى بنفس الظروف، وبالتالي اعتبرت أداة الدراسة الحالية مناسبة لأغراض الدراسة والأهداف التي وضعت هذه المجالات وفقراتها من أجلها.

3-9 صدق الأداة :

وللارتقاء بمستوى الاستبانات، ولضمان تحقيقها للأهداف التي وضعت من أجلها، تمت مراجعتها وتحكيمها من قبل عدد من الأكاديميين والمتخصصين في مجال الدراسة، كما تم استشارة اختصاصيين في مجال الإحصاء من أجل عملية إدخال البيانات وتحليلها. وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم تعديل بعض عبارات الاستبانات كي تصبح أكثر وضوحاً من حيث: الصياغة وانتمائها للمحاور التي تندرج تحتها.

من ناحية أخرى فقد تم حساب معاملات الارتباط (بيرسون) التي تعبر عن قوة العلاقة بين كل فقرة من فقرات محاور ومجالات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية لذلك المحور الذي تنتمي إليه الفقرة، وتعتبر أداة الدراسة بأنها تتمتع بدرجة صدق عال عندما تكون جميع أو معظم معاملات الارتباط دالة إحصائياً (مستوى الدلالة أقل من 0.05)، وبالتالي يدل على زيادة الاتساق أو التناسق الداخلي للفقرات داخل هذا المجال أو المحور (Sauro & Lewis, 2012).

الجدول رقم (3-3): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بالوعي والتحسين المستمر للجودة.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
1.	أضع العناية والاهتمام بالمريض في مقدمة اهتماماتي.	0.325	0.000
2.	يحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح في المقام الأول.	0.390	0.000
3.	سأشارك في ورشات العمل والمحاضرات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة.	0.386	0.000
4.	أمتلك المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة.	0.674	0.000
5.	أعلم بوجود لجنة لتحسين الجودة لضمان سلامة المرضى.	0.750	0.000
6.	لدي معرفة كافية بمسألة تحليل العمليات الإدارية .	0.484	0.000

0.000	0.671	لدي معرفة كافية بمسألة تحسين العمليات السريرية.	.7
0.000	0.619	أنا على معرفة بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي.	.8
0.000	0.411	يضع المستشفى المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامه.	.9
0.000	0.745	تركز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى من وجهة نظرك.	.10
0.000	0.732	تعديل الإدارة العليا على استراتيجياتها التشغيلية، وفقا للتطور في المجال الصحي.	.11
0.000	0.672	لدى الإدارة العليا آلية للاستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية ، ومالية، وتكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة.	.12
0.000	0.561	لدى الإدارة العليا نظام فعال للإشراف على المرضى والذي يسمح بحل جميع شكاوي ومشاكل المرضى في التوقيت الصحيح.	.13

الجدول رقم(3-4): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بالتكلفة المالية.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
.14	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال (JCI) من وجهة نظرك.	0.875	0.000
.15	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لإعداد برنامج الفريق الفاحص الخاص بال (JCI) من وجهة نظرك.	0.873	0.000
.16	الإدارة العليا على استعداد لدفع الأعباء المالية كافة المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين ، (تشمل: الانتقال جوا وبالقطار والسيارة) والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات والتكاليف العارضة من وجهة نظرك.	0.835	0.000

0.000	0.861	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.	17.
0.000	0.864	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.	18.
0.000	0.702	الإدارة العليا على استعداد لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال (JCI) من وجهة نظرك.	19.

الجدول رقم (3-5): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بالوقت.

الرقم	العبرة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
20.	الإدارة العليا على استعداد للالتزام بجدول زمني مدته (12-24) شهرا لنيل شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة (JCI) من وجهة نظرك.	0.614	0.000
21.	الإدارة العليا على استعداد لإعطاء وقت عمل اضافي للموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.	0.761	0.000
22.	يوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات دورية لمناقشة ال (JCI) من قبل المسؤولين عنه من وجهة نظرك.	0.876	0.000
23.	يوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات خاصة لمناقشة ال (JCI) من قبل أعضاء الهيئة الإدارية من وجهة نظرك.	0.856	0.000
24.	الإدارة العليا على استعداد لإعطاء الوقت الكافي للعاملين للحصول على التدريب اللازم لتطبيق شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.	0.847	0.000

الجدول رقم (3-6): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بالوقاية والسيطرة على العدوى.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
1.	يتم التخلص من النفايات بشكل صحيح.	0.548	0.000
2.	يتم التخلص من الأدوات الحادة والإبر بالطريقة الصحيحة.	0.587	0.000
3.	يتم التنظيف والتعقيم الكافي للمعدات بما في ذلك المعدات التي تستخدم أكثر من مرة.	0.531	0.000
4.	يتلاءم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى.	0.660	0.000
5.	يوجد إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى.	0.573	0.000
6.	يتم عزل المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم وفقا لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة.	0.681	0.000
7.	يوجد في المستشفى غرف الضغط السلبي ويقصد بها الغرف التي يكون بها ضغط الهواء منخفضا، بحيث يمنع خروج الهواء منها، وبالتالي يمنع انتشار المرض داخل المستشفى.	0.528	0.000
8.	يتم إرشاد وتدريب العاملين على رعاية المرضى الناقلين للعدوى.	0.717	0.000
9.	تتوافر الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل (القفازات والأقنعة وغيرها من الأدوات الوقائية والصابون والمطهرات).	0.501	0.000
10.	تستخدم الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل القفازات والأقنعة وغيرها بشكل صحيح.	0.624	0.000
11.	يتم متابعة وتوثيق الزراعات البكتيرية المخبرية الخاصة بالمرضى حسب سياسة المستشفى.	0.525	0.000

الجدول رقم (3-7): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بإدارة الاتصالات والمعلومات.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
12.	وسائل وطرق التواصل بين أقسام المستشفى المختلفة واضحة وفعالة.	0.448	0.000
13.	تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية المعنيين لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية.	0.399	0.000
14.	يتم المحافظة على خصوصية المعلومات وسريتها.	0.757	0.000
15.	يوجد لدى المستشفى سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.	0.744	0.000
16.	تنشئ المستشفى سجلا سريريا لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته.	0.436	0.000
17.	تحدد سياسة المستشفى الأشخاص المخولين ادخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته.	0.459	0.000
18.	تحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى آخر.	0.679	0.000
19.	تبلغ المستشفى المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.	0.734	0.000
20.	تبلغ المستشفى عائلات المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.	0.821	0.000
21.	تتواصل المستشفى مع المجتمع لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى.	0.832	0.000
22.	تتواصل المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى.	0.785	0.000

الجدول رقم (3-8): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الفقرات والدرجة الكلية لمحور المعوقات

المتعلقة بالتوظيف والتدريب.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
1.	تحدد المستشفى المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي.	0.640	0.000
2.	توجد في المستشفى معلومات موثقة عن جميع العاملين (تشمل : مؤهلاته، نتائج تقييمه، سجل عمله).	0.427	0.000
3.	توفر المستشفى تدريب وتطوير بشكل مستمر للعاملين فيها.	0.753	0.000
4.	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.	0.664	0.000
5.	تشجع المستشفى العمل الجماعي وروح الفريق.	0.770	0.000
6.	يوجد لدى المستشفى نظام تقييم فعال لملاحظة أداء الموظفين.	0.797	0.000
7.	يوجد لدى المستشفى نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين.	0.732	0.000
8.	المستشفى على استعداد لجذب وتوظيف كوادر متخصصة بتطبيق ال (JCI).	0.652	0.000
9.	تقوم المستشفى بتوعية موظفيها على أهمية العناية بالمريض والحرص على حياته.	0.522	0.000
10.	تطور المستشفى برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.	0.767	0.000
11.	لدى المستشفى نظام حوافز قادر على تحفيز العاملين على تحسين أدائهم.	0.740	0.000
12.	يوجد قابلية عند الإدارة للتغيير نحو تطبيق ال (JCI).	0.421	0.000
13.	يوجد قابلية عند الطواقم العاملة للتغيير نحو تطبيق ال (JCI) .	0.650	0.000
14.	يوجد في المستشفى ثقافة تنظيمية ملائمة لتطبيق معايير ال (JCI)، والثقافة التنظيمية هي : (التصرفات والخبرات والمعتقدات والقيم الفردية والاجتماعية التي يشترك بها العاملين في المستشفى).	0.747	0.000
15.	يقوم المستشفى بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية لجميع العاملين.	0.466	0.000
16.	تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين في المستشفى.	0.502	0.000

الجدول رقم (3-9): معاملات الارتباط (بيرسون) بين الدرجات الكلية لمحاور ومجالات الدراسة

والدرجة الكلية للعوامل المؤثرة على تطبيق شهادة ال "JCI".

#	العبارة	معامل الارتباط (بيرسون)	مستوى الدلالة المعنوية
1	معوقات تتعلق بالقيادة (الإدارة العليا)	0.955	0.000
2	معوقات تتعلق بالثقافة التنظيمية في المستشفى	0.851	0.000
3	معوقات تتعلق بالموارد البشرية	0.844	0.000

من خلال الجداول السابقة يتضح وجود ارتباطات دالة إحصائية (مستويات الدلالة المعنوية أقل من 0.05) بين جميع فقرات محاور الدراسة والدرجات الكلية للمحاور التي تحتوي تلك الفقرات، وكذلك بين الدرجات الكلية لمحاور ومجالات الدراسة والدرجة الكلية لتلك المجالات والمحاور، وبذلك تعتبر هذه الفقرات ومجالاتها صادقة في قياس ما وضعت لقياسه.

وللتحقق من صدق أداة الدراسة الكمية (المقابلة المهيكلة) قامت الباحثة بعرض نموذج المقابلات على المشرف، وقد أخذت بملاحظاته.

3-10 خطوات تطبيق الدراسة:

1- قامت الباحثة بمراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية، ثم قامت بزيارات استطلاعية أولية على المستشفيات الحاصلة على شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)، لبلورة عنوان الدراسة الحالية، ولاحظت الباحثة من خلال المقابلات غير المهيكلة لمسؤولي الجودة في المستشفيات التي قامت الباحثة بزيارتها بأن الحصول على تلك الشهادة ليس بالأمر السهل، فقد واجهتهم الكثير من المعوقات والتحديات التي أخذت الكثير من الوقت والجهد لتخطيها، ومن هنا قررت الباحثة دراسة

المعوقات المتوقعة للحصول على شهادة ال (JCI) نظرا لرغبة الإدارة العليا بالحصول عليها ونظرا ايضا لرغبة الباحثة بتطوير وتحسين الخدمة الطبية المقدمة في مكان عملها.

2- ثم صممت الباحثة استبانة ذات نمط محدد (بنعم أو لا) تخص الحقائق والمعايير المرتبطة بال (JCI) تم توزيعها لأعضاء الهيئة الإدارية ولمديري الأقسام لمساعدتهم التعرف على ال (JCI) ، للتمكن بعد ذلك من رصد معوقات الحصول عليها. ملحق رقم (2).

3- بعد تحليل الإستبانة يدويا، أجرت الباحثة مقابلات مهيكلة مع أعضاء الهيئة الإدارية ومدراء الأقسام لجمع بيانات تخص معوقات الحصول على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرهم. ملحق رقم (4).

4- قامت الباحثة بعد ذلك بتصميم إستبانة نهائية مبنية على معايير شهادة ال (JCI)، ومن ثم توزيعها على على العاملين الإداريين والفنيين وأعضاء الهيئة الإدارية جميعهم في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني. ملحق رقم (3)

5- قام المبحوثون بتعبئة الاستبانة بما هو مطلوب منهم وبعد جمعت الباحثة الاستبانات منهم، وقد بلغ عدد الإستبانات الموزعة 211 وهو العدد الكلي لموظفي المستشفى وأعضاء الهيئة الإدارية وبلغت الاستبانات المسترجعة 180 استبانة بنسبة استرداد بلغت 85% تقريبا، تم تحليل 160 استبانة منها نظرا لعدم صلاحيتها للاستخدام كمصدر البيانات وذلك لعدم دقة المعلومات فيها.

6- قامت الباحثة بإدخال الاستبانات إلى جهاز الحاسوب لتحليل النتائج باستخدام برنامج التحليل الإحصائي.

11-3 متغيرات الدراسة:

3.11.1 المتغيرات التابعة وهي اشكاليات ومعوقات تطبيق شهادة ال (JCI)

1. معوقات تتعلق بالقيادة (الإدارة العليا) ويتكون من المحاور الفرعية الآتية :

(1) معوقات تتعلق بالوعي والتحسين المستمر للجودة.

(2) معوقات تتعلق بالتكلفة المالية.

(3) معوقات تتعلق بالوقت.

2. معوقات تتعلق بالثقافة التنظيمية في المستشفى ويتكون من المحاور الفرعية الآتية :

(1) معوقات تتعلق بالوقاية والسيطرة على العدوى.

(2) معوقات تتعلق بإدارة الاتصالات والمعلومات.

3. معوقات تتعلق بالموارد البشرية ويتكون من المحور الفرعي الآتي:

(1) معوقات تتعلق بالتوظيف والتدريب.

12-3 المعالجة الإحصائية:

بعد جمع بيانات الدراسة قامت الباحثة بمراجعتها تمهيدا لإدخالها إلى الحاسوب، وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقام معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية حيث أعطيت الإجابات الأرقام الآتية: (لا أوافق بشدة=1)، (لا أوافق=2)، (محايد=3)، (أوافق=4)، (أوافق بشدة=5)، على مقياس ليكرت الخماسي بحيث كلما انخفضت الدرجة زادت درجة معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

وقد تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخراج الأعداد والنسب المئوية لخصائص المبحوثين الشخصية، كما تم حساب نسب الموافقة والحياد والمعارضة لكل فقرة ولكل محور وبناء عليها تم الإجابة على أسئلة الدراسة، كما تم استخدام معادلة الثبات (كرونباخ ألفا) لفحص ثبات أداة الدراسة وأسلوب تحليل معاملات الارتباط (بيرسون) لفحص صدق أداة الدراسة، وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS).

3-13 مفتاح التصحيح:

تطبيق نظام الجودة في القطاع الصحي يختلف كل الاختلاف عن تطبيق نظام الجودة في القطاعات الأخرى مثل القطاع المصرفي أو الصناعي، لأن تطبيق الجودة في القطاع الصحي له خصوصية كبيرة فطبيعة الخدمة المقدمة في هذا القطاع تتعلق بطبيعة البشر وحياتهم وهم أعلى ما يملك الانسان فنسبة الخطأ والضرر يجب أن تكون قليلة جدا الى معدومة، لأن حدوث أخطاء طبية في الخدمات المقدمة في المستشفيات قد يؤدي إلى عواقب وخيمة كالوفاة، أو العجز الكلي أو الجزئي أو الاعاقة لذلك الاعتماد على مستوى الأداء يجب أن يعادل 100% أي نسبة الخطأ يجب أن تكون صفرا، وهذا معناه القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح ومن أول مرة وفي كل مرة ولهذا السبب ومن خلال استشارة أصحاب الخبرة تم اعتماد مفتاح التصحيح الآتي للنسب المئوية في الحكم على مستوى استجابة المبحوثين نحو فقرات الدراسة ومحاورها:

الجدول رقم (3-10): مفتاح تصحيح النسب المئوية.

النسبة المئوية	المستوى
أقل من 75%	منخفضة
من 75%-85%	متوسطة
أكثر من 85%	مرتفعة

الفصل الرابع

تحليل الاستبانة والمقابلات

1-4 تحليل الاستبانة-أسئلة الدراسة

أ) تحليل السؤال الأول الرئيس

1-1-4 تحليل سؤال الدراسة الفرعي الأول

2-1-4 تحليل سؤال الدراسة الفرعي الثاني

3-1-4 تحليل سؤال الدراسة الفرعي الثالث

ب) تحليل السؤال الثاني الرئيس

4-1-4 تحليل سؤال الدراسة الفرعي الرابع

5-1-4 تحليل سؤال الدراسة الفرعي الخامس

ج) تحليل سؤال الثالث الرئيس

2-4 تحليل المقابلات

1-2-4 تحليل سؤال المقابلة المهيكلة الرئيس .

2-4-2 تحليل المقابلات غير المهيكلة .

4-1 مقدمة

وسيتناول هذا الفصل تحليل لنتائج الدراسة وعرضها من خلال تحليل نتائج الاستبانة وعرضها:

4-2 تحليل نتائج الإستبيان

أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيس: ما هي المعوقات التي تواجه تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة

الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) ؟

ويرتبط بهذا السؤال الأسئلة الرئيسية الآتية:

السؤال الرئيسي الأول : ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) في مستشفى الهلال الأحمر

الفلسطيني (فرع الخليل)؟

الجدول التالي يبين النسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال

(JCI):

الجدول رقم(4-1):النسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق

ال(JCI).

الرقم	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI)	المعارضة	الحياد	الموافقة	مستوى الموافقة
		النسبة	النسبة	النسبة	
1.	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته.	18.0%	15.9%	66.1%	منخفضة
2.	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة.	22.4%	34.4%	43.2%	منخفضة
3.	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوقت.	22.6%	25.0%	52.4%	منخفضة
	الدرجة الكلية	21.0%	25.1%	53.9%	منخفضة

يتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً، حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية (53.9%)، كما يتضح بأن مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته منخفض بنسبة (66.1%)، ومدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة منخفض بنسبة (43.2%)، كما يتضح بأن مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت منخفض كذلك بنسبة (52.4%).

ويتفرع من السؤال الرئيسي الأول الأسئلة الفرعية الآتية:

1) ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في

مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) ؟

الجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق

ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع

الخليل):

الجدول رقم (4-2): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا

بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر

الفلسطيني (فرع الخليل).

الرقم	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)		المعارضة		الحياد		الموافقة	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
1.	1	0.6%	6	3.8%	153	95.6%		
2.	2	1.3%	11	6.9%	147	91.9%		

85.0%	136	8.8%	14	6.3%	10	3. سأشارك في ورشات العمل والمحاضرات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة.
59.4%	95	20.0%	32	20.6%	33	4. أمتك المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة.
51.9%	83	16.3%	26	31.9%	51	5. أعلم بوجود لجنة لتحسين الجودة لضمان سلامة المرضى.
53.8%	86	21.9%	35	24.4%	39	6. لدي معرفة كافية بمسألة تحليل العمليات الإدارية.
47.5%	76	21.9%	35	30.6%	49	7. لدي معرفة كافية بمسألة تحسين العمليات السريرية.
35.0%	56	28.1%	45	36.9%	59	8. أنا على معرفة بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي.
88.1%	141	8.1%	13	3.8%	6	9. يضع المستشفى المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامه.
67.5%	108	14.4%	23	18.1%	29	10. تركز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى من وجهة نظر.
61.9%	99	18.1%	29	20.0%	32	11. تعدل الإدارة العليا على استراتيجياتها التشغيلية وفقا للتطور في المجال الصحي.
59.4%	95	20.0%	32	20.6%	33	12. لدى الإدارة العليا آلية للاستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية، مالية، تكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة.
61.9%	99	18.8%	30	19.4%	31	13. لدى الإدارة العليا نظام فعال للإشراف على المرضى والذي يسمح بحل جميع شكأوي ومشاكل المرضى في التوقيت الصحيح.
66.1%		15.9%		18.0%		الدرجة الكلية

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي

بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً، حيث بلغت

نسبة الموافقة الكلية (66.1%). ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يأتي:

أن الإدارة العليا تضع العناية والاهتمام بالمريض في مقدمة اهتماماتها بدرجة مرتفعة بنسبة 95.6%، ويحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح في المقام الأول بدرجة مرتفعة بنسبة 91.9%، ويضع المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامه بدرجة مرتفعة بنسبة 88.1%. وجاءت مشاركة الإدارة العليا في ورشات العمل والمحاضرات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة كانت بدرجة متوسطة بنسبة 85%.

وتركز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى بدرجة منخفضة بنسبة 67.5%، وتعديل الإدارة العليا على استراتيجياتها التشغيلية وفقا للتطور في المجال الصحي بدرجة منخفضة بنسبة 61.9%، ولدى الإدارة العليا نظام فعال للإشراف على المرضى والذي يسمح بحل شكاوي المرضى ومشاكلهم في التوقيت الصحيح بدرجة منخفضة بنسبة 61.9%، وتمتلك الإدارة العليا المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة بدرجة منخفضة بنسبة 59.4%، ولدى الإدارة العليا آلية للاستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية، ومالية، وتكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة بدرجة منخفضة بنسبة 59.4%، ولدى الإدارة العليا معرفة كافية بمسألة تحليل العمليات الإدارية بدرجة منخفضة بنسبة 53.8%، ودرجة علم الإدارة العليا بوجود لجنة لتحسين الجودة لضمان سلامة المرضى بدرجة منخفضة بنسبة 51.9%، وجود معرفة كافية بمسألة تحسين العمليات السريرية بدرجة منخفضة بنسبة 47.5%، والمعرفة بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي بدرجة منخفضة بنسبة 35%.

وانخفاض كل مما سبق يدل على وجود معوقات مرتبطة بالتزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل). وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Martin & Ruiz, 2016) التي طبقت على 262 مستشفى في 15 دولة أوروبية وتوصلوا فيها إلى ضرورة وجود التزام من قبل الإدارة العليا في المستشفيات، وقلة أو انعدام هذا

الإلتزام قد يؤدي إلى فشل العملية برمتها، وتتفق أيضا مع دراسة (الكحلوت، 2004) التي طبقت على مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، إذ أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص، وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة ،وتتفق كذلك مع دراسة (جراد، 2011) التي طبقت على وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة وأظهرت نتائج الدراسة أن وزارة الصحة الفلسطينية لا تستطيع تطبيق بعض متغيرات الدراسة والتي تتمثل في (التزام الإدارة العليا بالجودة ، وإشراك العاملين وتمكينهم ، والنظم الإدارية). وتطابقت نتيجة الدراسة مع دراسة (Al Attal، 2009) التي طبقت على مستشفيات الإمارات العربية المتحدة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود معوقات مهمة تخص القيادة العليا والتي تؤثر بشكل كبير جدا في الحصول على شهادة اعتماد ال JCI.

وأكد على وجود هذه المعوقات كل من المدير الإداري في مستشفى المطلع (ع.ر) ومسؤولة قسم الجودة في مستشفى الهلال الأحمر فرع مدينة القدس (ج. أ.ر)، ومسؤول قسم الجودة في مستشفى المقاصد (أ.م)، فقد واجهوا تلك المعوقات خلال فترة التحضير للحصول على شهادة ال (JCI). وتفسر الباحثة من وجهة نظرها عدم امتلاك الإدارة العليا المعرفة والدراية بمبادئ إدارة الجودة الشاملة بشكل عام وال (JCI) بشكل خاص هو عدم وجود قسم خاص بالجودة في المستشفى يعنى بالتحسين المستمر للخدمة الصحية المقدمة.

ومن خلال عمل الباحثة في المستشفى والمقابلات التي أجرتها مع الإدارة العليا لاحظت عدم معرفة الإدارة العليا بمعايير الجودة الشاملة وأهميتها في عمليات التحسين المستمر للخدمة المقدمة، ومن وجهة نظر الباحثة لا تعطي الإدارة العليا الاهتمام اللازم للجودة، وذلك لتركيزها على زيادة حجم العمل واستقبال المرضى أكثر من الاهتمام بجودة الخدمة المقدمة.

ومن وجهة نظر الباحثة فإن عدم وجود آلية للاستجابة أدى إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية، ومالية، وتكنولوجية) لدى الإدارة العليا لتقديم الخدمة الصحية اللازمة تعد من معوقات تطبيق ال (JCI)، وذلك لان الإدارة العليا يجب أن تحدد رسالة المستشفى، وتوفر الموارد اللازمة لتلبية هذه الرسالة ولا يعني ذلك اضافة مزيد من الموارد الجديدة، بل استخدام الموارد الموجودة بكفاءة أعلى بحيث يجب على القادة أن يعملوا معا بشكل جيد لتنسيق أنشطة المستشفى جميعها وتكاملها بما في ذلك المصممة لتحسين رعاية المرضى والخدمات السريرية.

وطبقا لدراسة (الكحلوت، 2004) فإن الرعاية السريرية، ونتائج المرضى والإدارة الإجمالية لمؤسسة الرعاية الصحية جيدة تكون بقدر جودة الأنشطة السريرية والإدارية في كل قسم أو خدمة على حدة، ويتطلب أداء الخدمة الجيدة قيادة واضحة من شخص مؤهل ، هذا يفسر عدم كفاية المعرفة اللازمة لدى الإدارة العليا بمسألة تحليل العمليات الإدارية والسريرية وتحسينها تعد من المعوقات التي تواجه تطبيق ال (JCI).

2) ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال

الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) ؟

والجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات الباحثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق

ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل):

الجدول رقم(4-3): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

الرقم	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)		المعارضة		الحياد		الموافقة	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
14.	34	21.3%	57	35.6%	69	43.1%		
	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال (JCI) من وجهة نظرك.							
15.	36	22.5%	58	36.3%	66	41.3%		
	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لإعداد برنامج الفريق الفاحص الخاص بال (JCI) من وجهة نظرك.							
16.	39	24.4%	61	38.1%	60	37.5%		
	الإدارة العليا على استعداد لدفع كافة الأعباء المالية المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين (تشمل الانتقال جوا وبالقطار والسيارة) والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات والتكاليف المعارضة من وجهة نظرك.							
17.	39	24.4%	54	33.8%	67	41.9%		
	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.							
18.	39	24.4%	45	28.1%	76	47.5%		
	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.							
19.	28	17.5%	55	34.4%	77	48.1%		
	الإدارة العليا على استعداد لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال (JCI) من وجهة نظرك.							
		22.4%		34.4%		43.2%		
	الدرجة الكلية							

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً، حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية (43.2%). ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يلي:

أن الإدارة العليا على استعداد لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال(JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 48.1%، واستعدادها لتحمل الأعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال(JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 47.5%، ودفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال(JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 43.1%، وتحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال(JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 41.9%، ودفع الأعباء المالية لإعداد برنامج الفريق الفاحص الخاص بال(JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 41.3%، ودفع الأعباء المالية جميعها المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين وتشمل: الانتقال جواً، وبالقطار، والسيارة، والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات، والتكاليف العارضة، بدرجة منخفضة بنسبة 37.5%.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Fuentes, Moreno, Cruz , & Val, 2000) التي طبقت على المؤسسات الإسبانية وكانت نتيجتها أن الافتقار إلى القدرة المالية للوفاء بتكاليف التنفيذ والحفاظ على نظام إدارة الجودة كان أحد العوائق التي تؤثر على تنفيذ معايير (ISO 9000)، وتطابقت أيضاً مع دراسة (Lee, Leung, & Chan) التي طبقت على المستشفيات في هونج كونج وكانت نتيجتها عدم وجود الدعم المالي الكافي لتنفيذ برنامج الجودة.

وهذا يدل على أن عدم استعداد الإدارة العليا لدعم الحصول على اعتماد ال(JCI) مالياً يعتبر من المعوقات الكبيرة التي ستواجه الحصول على هذا الاعتماد.

وأكد مسؤول الجودة في مستشفى المقاصد (أ.م) على أن التكلفة المرتفعة للحصول على ال(JCI) كانت من أهم المعوقات التي واجهت المستشفى خلال فترة التحضير والتنفيذ بسبب التكلفة المرتفعة

لرسوم التسجيل والتي لا تقل عن 50 الف دولار بالإضافة لتكاليف الفريق الفاحص والتي لا تقل عن 10 الاف دولار عوضا عن تكاليف تغيير في المنشآت والمباني لتطابق شروط ال (JCI).

ومن وجهة نظر الباحثة فإن عدم استعداد الإدارة العليا لتبني تطبيق شهادة اعتماد ال (JCI) نظرا لتكلفته المرتفعة بسبب اعتبار الإدارة العليا الحصول على شهادات الجودة المختلفة هي نوع من أنواع الكماليات ، واستنتجت الباحثة بحديتها مع الإدارة العليا رفضها لتحمل تكاليف تطبيق ال (JCI) نظرا لمعتقداتها أنها مكلفة على المدى القصير والطويل، ولكن بحسب دراسة (Halsa, Zeng, Chappy, & Shepard, 2015) التي هدفت لتقييم الأثر الإقتصادي لاعتماد اللجنة الدولية المشتركة فقد أظهرت الدراسة أن التحسينات المتعلقة بتطبيق هذا الاعتماد أدت إلى انخفاض معدل العودة إلى وحدة العناية المركزة، وانخفاض معدل تبديل الموظفين، واستكمال السجلات الطبية، وترجمت هذه التحسينات إلى توفير مبلغ إجمالي قدره (593,000) دولار أمريكي في نظام الرعاية الصحي الأردني على مدى ثلاث سنوات وهذا أكبر دليل على أن شهادة اعتماد ال (JCI) هي شهادة مكلفة على المدى القصير لكن تعود بالنفع المادي الكبير على المدى الطويل وهذه الفكرة ليست موجودة لدى الإدارة العليا.

3) ما مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر

الفلسطيني (فرع الخليل) ؟

الجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق

ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل):

الجدول رقم(4-4): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

الرقم	مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)					
	الموافقة		الحياد		المعارضة	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
20.	49.4%	79	33.8%	54	16.9%	27
21.	51.3%	82	30.6%	49	18.1%	29
22.	55.0%	88	21.3%	34	23.8%	38
23.	50.6%	81	22.5%	36	26.9%	43
24.	55.6%	89	16.9%	27	27.5%	44
	52.4%		25.0%		22.6%	

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوقت

في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً حيث بلغت نسبة الموافقة

الكلية(52.4%). ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يأتي:

الإدارة العليا على استعداد لإعطاء الوقت الكافي للعاملين، للحصول على التدريب اللازم لتطبيق

شهادة ال(JCI)، بدرجة منخفضة بنسبة 55.6%، يوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات دورية لمناقشة

ال (JCI) من قبل المسؤولين عنه بدرجة منخفضة بنسبة 55%، إن الإدارة العليا على استعداد لإعطاء وقت عمل اضافي للموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 51.3%، ويوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات خاصة لمناقشة ال (JCI) من قبل أعضاء الهيئة الإدارية بدرجة منخفضة بنسبة 50.6%، وأنها على استعداد للالتزام بجدول زمني مدته (12-24) شهرا لنيل شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 49.4%.

وبحسب دراسة (Pomey، 2004) فإن عملية التحضير لنيل شهادة الاعتماد عملية مستنزفة للوقت، لذا فإن استثمار الوقت لتطبيق شهادة اعتماد ال (JCI) يعد أمرا ضروريا، وبالرجوع لنتائج الاستبانة فإن الإدارة العليا لا يوجد لديها الاستعداد الكافي لاستثمار جزء من وقتها الثمين لتدريب، الفرق المسؤولة عن تطبيق الاعتماد ولعقد اجتماعات دورية لمناقشة الأمور المهمة المتعلقة بال (JCI) ، لذلك ترى الباحثة بإطلاعها على هذه النتائج أن عنصر الوقت من المعوقات الأساسية التي يمكن أن تواجه المستشفى في الحصول على ال (JCI).

وتطابقت هذه النتيجة مع دراسة (Withers & Ebrahimpour, 2002) التي طبقت على المؤسسات الأوروبية الأحدى عشرة في الدراسة وكانت نتيجتها أن وقت التنفيذ كان أحد العقبات الأكثر شيوعا في تنفيذ نظام الجودة، وتطابقت نتيجة الدراسة أيضا مع دراسة (Sharp, 2003) الذي وجد أن الفشل في السماح بالوقت الكافي للتطور كان عائقا أمام التنفيذ الناجح ل (ISO 9001-2000) في المملكة المتحدة.

ولاحظت الباحثة من خلال المقابلات مع الهيئة الإدارية ورؤساء الأقسام ومسؤوليها انشغالهم بمشروع توسعة المستشفى الذي ابتدأ حديثا، وهذا ما جعل الوقت اللازم للتطبيق من المعوقات التي يمكن أن تواجه اعتماد ال (JCI) الذي يحتاج لفترة زمنية لا تقل عن سنتين.

السؤال الرئيسي الثاني: ما مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)؟

الجدول التالي يبين الأعداد والنسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI):

الجدول رقم (4-5): الأعداد والنسب المئوية للدرجات الكلية لمجالات مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)

الرقم	مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI)	مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI)		
		المعارضة النسبة	الحياد النسبة	الموافقة النسبة
25.	مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها.	9.1%	15.5%	75.4%
26.	مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات.	8.8%	16.9%	74.3%
	الدرجة الكلية	8.9%	16.2%	74.9%

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان متوسطاً، حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية (75%) تقريباً، كما يتضح بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها متوسطة بنسبة (75.4%)، ومستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات منخفضة بنسبة (74.3%).

ويتفرع من السؤال الرئيسي الثاني الأسئلة الفرعية الآتية:

1) ما مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى

والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) ؟

الجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق

نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر

الفلسطيني (فرع الخليل):

الجدول رقم(4-6): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية

بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال

الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

الموافقة		الحياد		المعارضة		مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)	الرقم
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
90.0%	144	7.5%	12	2.5%	4	يتم التخلص من النفايات بشكل صحيح.	1.
88.8%	142	8.8%	14	2.5%	4	يتم التخلص من الأدوات الحادة والإبر بالطريقة الصحيحة.	2.
90.0%	144	8.8%	14	1.3%	2	يتم التنظيف والتعقيم الكافي للمعدات بما في ذلك المعدات التي تستخدم أكثر من مرة.	3.
70.6%	113	16.3%	26	13.1%	21	يتلاءم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى.	4.
65.6%	105	26.9%	43	7.5%	12	يوجد إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى.	5.
76.3%	122	12.5%	20	11.3%	18	يتم عزل المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم وفقا لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة.	6.
25.6%	41	30.0%	48	44.4%	71	يوجد في المستشفى غرف الضغط السلبي ويقصد بها الغرف التي يكون بها ضغط الهواء منخفض بحيث	7.

						يمنع خروج الهواء منها، وبالتالي يمنع انتشار المرض داخل المستشفى.	
62.5%	100	26.3%	42	11.3%	18	يتم إرشاد وتدريب العاملين على رعاية المرضى الناقلين للعدوى.	.8
90.0%	144	8.8%	14	1.3%	2	تتوافر الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل (القفازات والأقنعة وغيرها من الأدوات الوقائية والصابون والمطهرات).	.9
85.0%	136	13.1%	21	1.9%	3	تستخدم الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل القفازات والأقنعة وغيرها بشكل صحيح.	.10
85.0%	136	11.9%	19	3.1%	5	يتم متابعة وتوثيق الزراعات البكتيرية المخبرية الخاصة بالمرضى حسب سياسة المستشفى.	.11
75.4%		15.5%		9.1%		الدرجة الكلية	

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان متوسطاً، حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية (75.4%)، ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يأتي:

يتم التخلص من النفايات بشكل صحيح بدرجة مرتفعة بنسبة 90%، يتم التنظيف والتعقيم الكافي للمعدات بما في ذلك المعدات التي تستخدم أكثر من مرة بدرجة مرتفعة بنسبة 90%، وتتوافر الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل (القفازات، والأقنعة وغيرها من الأدوات الوقائية، والصابون، والمطهرات) بدرجة مرتفعة بنسبة 90%، وكذلك التخلص من الأدوات الحادة والإبر بالطريقة الصحيحة، بدرجة مرتفعة بنسبة 88.8%، ويعود سبب هذا الارتفاع لالتزام الطواقم الطبية بالنظافة وبالشروط اللازمة لمنع انتشار العدوى وسبب هذا الالتزام هو التعليم الجامعي للكوادر الطبية بحيث تركز الجامعات على تعليم الطلاب الذين يتعاملون مع المرضى بشكل مباشر على الطريقة السليمة لمنع انتشار العدوى.

تستخدم الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل: القفازات، والأقنعة، وغيرها بشكل صحيح بدرجة متوسطة بنسبة 85%، ومتابعة وتوثيق الزراعات البكتيرية المخبرية الخاصة بالمرضى حسب سياسة المستشفى بدرجة متوسطة بنسبة 85%، يتم عزل المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم وفقا لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة بدرجة متوسطة بنسبة 76.3%.

وتتلاءم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى بدرجة منخفضة بنسبة 70.6%، يوجد إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى، بدرجة منخفضة بنسبة 65.6%، وإرشاد العاملين وتدريبهم على رعاية المرضى الناقلين للعدوى، بدرجة منخفضة بنسبة 62.5%، يوجد في المستشفى غرف الضغط السلبي ويقصد بها الغرف التي يكون بها ضغط الهواء منخفضا، بحيث يمنع خروج الهواء منها، وبالتالي يمنع انتشار المرض داخل المستشفى بدرجة منخفضة بنسبة 25.6%.

ومستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان متوسطا، ويعود سبب ذلك من وجهة نظر الباحثة إلى وجود فريق مكافحة العدوى الذي تم تشكيله حديثا يترأسه أحد الخبراء في هذا المجال، والذي يقوم بالتعاطي مع قضية العدوى بناء على خبرته في مستشفى المطع الحاصل على شهادة اعتماد ال (JCI)، فوجود هذا الفريق قلل من المعوقات التي ستواجه تطبيق ال (JCI)، وهذا ما أكد عليه (نصيرات ف.، 2008) في دراسته حيث أكد على أنه من الأساسيات أن تشكل لجنة لمنع العدوى والسيطرة عليها تكون مهمتها متابعة تطبيق الأسس والسياسات المعمول بها في المستشفى والقيام بتنقيف العاملين وإمدادهم بالمعلومات والتطورات المستجدة لمنع العدوى والسيطرة عليها، وذلك من خلال عقد الندوات وورشات العمل والمحاضرات بشكل منتظم للعاملين جميعا:(الأطباء،

والتمريض، والفنيين، وعمال النظافة) مع التركيز على عمال النظافة بكيفية تحضير المعقمات والطرق الصحيحة للتنظيف وتكون هذه اللجنة المرجعية للتعامل مع الحالات المعدية في المستشفى.

ومن المعوقات المتعلقة بمكافحة العدوى انه لا يتم إرشاد العاملين وتدريبهم على رعاية المرضى الناقلين للعدوى، ولا توجد في المستشفى غرف الضغط السلبي، والعجز في توفير أجهزة تحكم هندسية لتقليل مخاطر العدوى، وعدم الاهتمام الكافي بالمطبخ والطعام المقدم للمرضى وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى، وتعتبر من المعوقات لوجوب توافرها وذلك حسب المعايير المطلوبة لل (JCI) (معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2017).

2) ما مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)؟

الجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل):

الجدول رقم (4-7): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

الرقم	مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)					
	الموافقة		الحياد		المعارضة	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
12.	79.4%	127	15.0%	24	5.6%	9
	وسائل وطرق التواصل بين أقسام المستشفى المختلفة واضحة وفعالة.					
13.	82.5%	132	15.6%	25	1.9%	3
	تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية المعنيين لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية.					

71.9%	115	15.6%	25	12.5%	20	يتم المحافظة على خصوصية المعلومات وسريتها.	14.
68.8%	110	16.9%	27	14.4%	23	يوجد لدى المستشفى سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.	15.
86.3%	138	13.1%	21	0.6%	1	تنشئ المستشفى سجلا سريريا لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته.	16.
82.5%	132	13.1%	21	4.4%	7	تحدد سياسة المستشفى الأشخاص المخولين ادخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته.	17.
72.5%	116	16.9%	27	10.6%	17	تحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى اخر.	18.
75.6%	121	20.6%	33	3.8%	6	تبلغ المستشفى المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.	19.
73.1%	117	15.6%	25	11.3%	18	تبلغ المستشفى عائلات المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.	20.
65.0%	104	21.9%	35	13.1%	21	تتواصل المستشفى مع المجتمع لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى.	21.
60.0%	96	21.3%	34	18.8%	30	تتواصل المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى.	22.
74.3%		16.9%		8.8%		الدرجة الكلية	

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضا وقريبة من المتوسطة، حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية(74.3%).

ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يأتي :

أن المستشفى تنشئ سجلا سريريا لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته بدرجة مرتفعة بنسبة 86.3%.

وتكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية المعنيين لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية بدرجة متوسطة بنسبة 82.5%، وتحدد سياسة المستشفى الأشخاص المخولين ادخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته بدرجة متوسطة بنسبة 82.5%، وسائل التواصل وطرقه بين أقسام المستشفى المختلفة واضحة وفعالة بدرجة متوسطة بنسبة 79.4%، وتبلغ المستشفى المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها بدرجة متوسطة بنسبة 75.6%.

وتبلغ المستشفى عائلات المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها، بدرجة منخفضة بنسبة 73.1%، وتحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى آخر بدرجة منخفضة بنسبة 72.5%، ويتم المحافظة على خصوصية المعلومات وسريتها بدرجة منخفضة بنسبة 71.9%، يوجد لدى المستشفى سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات بدرجة منخفضة بنسبة 68.8%، وتتواصل المستشفى مع المجتمع لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى بدرجة منخفضة بنسبة 65%، وتتواصل المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى بدرجة منخفضة بنسبة 60%.

من وجهة نظر الباحثة فإن انخفاض ما سبق يعتبر من المعوقات نظرا لأهمية السجل الطبي الذي يعتبر الوثيقة المرجعية التي تتيح تقييم جودة الرعاية الصحية، والاتصال الفاعل بين المختصين جميعهم في مجال الرعاية الصحية، كما أنها تسهل النقل المناسب للمعلومات بين الوحدات داخل المستشفى والمستشفيات الأخرى، بالإضافة لدورها في استمرار الرعاية في أثناء العلاج وبعده في المستشفى، فالتوثيق الضعيف للسجل الطبي قد يؤدي لتقديم رعاية غير ملائمة.

وأكد (حمود ع.، 2007) في دراسته على أهمية أن تكون السجلات محددة وواضحة، وأن يكون هناك اجراءات خاصة بالجودة في سجلات الجودة لكي يكون مرجعا يظهر مدى التقدم في تحقيق متطلبات الجودة ، ومدى فعالية نظام الجودة المعمول به.

والقصور في الاتصال بين المستشفى والمجتمع والمرضى وعائلاتهم يعتبر أحد الاسباب الأكثر شيوعا لحوادث السلامة التي يتعرض لها المرضى وفقا (لمعايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2017) ، وهذا القصور في الاتصال يعتبر معوقا لتطبيق ال(JCI) .

ومن وجهة نظر الباحثة فإن هذا القصور في الاتصال بين المستشفى والمجتمع، هو بسبب انشغال دائرة العلاقات العامة بالعمل مع المؤسسات الداعمة للمشاريع من أجل الحصول على الدعم والتمويل للمشاريع التي تقوم بها المستشفى، وأهمها مشروع توسعة المستشفى، وهذا الانشغال يسبب الإهمال في عملية الاتصال والتواصل مع المجتمع المحلي لتتقيهم عن الخدمات التي تقدمها المستشفى، وعن الخدمات التي تتميز بها المستشفى عن غيرها من المستشفيات في الضفة الغربية.

ومن المعايير المهمة لتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بإدارة المعلومات والاتصالات محافظة المستشفى على خصوصية البيانات والمعلومات وسريتها، إذ يجب أن تحدد المستشفى مستوى الخصوصية والسرية المحفوظة للفئات المختلفة من المعلومات وذلك طبقا(لمعايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008) وعدم وجود سياسة مكتوبة للتعامل مع خصوصية المعلومات وسريتها يعتبر من معوقات تطبيق ال (JCI).

من المعايير المهمة وجود سياسة واضحة وموحدة بشأن الاحتفاظ بالسجلات الطبية للمرضى، من حيث المدة القانونية، ومن حيث إحالة المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى اخر وذلك أيضا طبقا (لمعايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، 2008) وعدم وجود هذه السياسة في المستشفى يعد معيقا لتطبيق ال (JCI).

وأكد على وجود المعوقات السابقة المدير الإداري لمستشفى المطع (ع،ر) ومسؤول الجودة في مستشفى المقاصد (أم).

السؤال الرئيسي الثالث: ما مدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري والتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)؟

الجدول الآتي يبين الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري والتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل):

الجدول رقم(4-8): الأعداد والنسب المئوية لإجابات المبحوثين نحو مدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري والتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل).

الرقم	مدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري والتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)		المعارضة		الحياد		الموافقة	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
1.	23	14.4%	27	16.9%	110	68.8%	تحدد المستشفى المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي.	
2.	9	5.6%	15	9.4%	136	85.0%	توجد في المستشفى معلومات موثقة عن جميع العاملين (تشمل: مؤهلاته، نتائج تقييمه، سجل عمله).	
3.	46	28.8%	36	22.5%	78	48.8%	توفر المستشفى تدريب وتطوير بشكل مستمر للعاملين فيها.	
4.	36	22.5%	26	16.3%	98	61.3%	يملك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.	

63.1%	101	17.5%	28	19.4%	31	تشجع المستشفى العمل الجماعي وروح الفريق.	.5
48.8%	78	20.0%	32	31.3%	50	يوجد لدى المستشفى نظام تقييم فعال لملاحظة أداء الموظفين.	.6
29.4%	47	23.1%	37	47.5%	76	يوجد لدى المستشفى نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين.	.7
45.0%	72	36.9%	59	18.1%	29	المستشفى على استعداد لجذب وتوظيف كوادر متخصصة بتطبيق ال (JCI).	.8
84.4%	135	6.9%	11	8.8%	14	تقوم المستشفى بتوعية موظفيها على أهمية العناية بالمريض والحرص على حياته.	.9
58.8%	94	16.9%	27	24.4%	39	تطور المستشفى برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.	.10
29.4%	47	26.3%	42	44.4%	71	لدى المستشفى نظام حوافز قادر على تحفيز العاملين على تحسين أدائهم.	.11
58.8%	94	35.0%	56	6.3%	10	يوجد قابلية عند الإدارة للتغير نحو تطبيق ال (JCI).	.12
59.4%	95	23.1%	37	17.5%	28	يوجد قابلية عند الطواقم العاملة للتغير نحو تطبيق ال (JCI) .	.13
46.9%	75	28.8%	46	24.4%	39	يوجد في المستشفى ثقافة تنظيمية ملائمة لتطبيق معايير ال (JCI).	.14
71.3%	114	18.1%	29	10.6%	17	يقوم المستشفى بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية لجميع العاملين.	.15
76.3%	122	14.4%	23	9.4%	15	تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين في المستشفى.	.16
58.4%		20.7%		20.8%		الدرجة الكلية	

ويتضح من نتائج الجدول السابق بأن مستوى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى، فيما يتعلق بالعنصر البشري والمتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً حيث بلغت نسبة الموافقة الكلية (58.4%). ومن نتائج الجدول السابق يتضح ما يأتي:

وجود معلومات موثقة في المستشفى عن العاملين جميعهم تشمل: مؤهلاته، ونتائج تقييمه، وسجل عمله) بدرجة متوسطة بنسبة 85%، وتقوم المستشفى بتوعية موظفيها على أهمية العناية بالمرضى والحرص على حياته بدرجة متوسطة بنسبة 84.4%، والشعور بالأمان عند التعامل مع العاملين في المستشفى بدرجة متوسطة بنسبة 76.3%.

يقوم المستشفى بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية للعاملين جميعهم بدرجة منخفضة بنسبة 71.3%، وتحدد المستشفى المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي بدرجة منخفضة بنسبة 68.8%، وتشجع العمل الجماعي وروح الفريق بدرجة منخفضة بنسبة 63.1%، ويمتلك العاملون فيها المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم بدرجة منخفضة بنسبة 61.3%، ويوجد قابلية عند الطواقم العاملة للتغير نحو تطبيق ال (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 59.4%، وتطور برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بدرجة منخفضة بنسبة 58.8%، ويوجد قابلية عند الإدارة للتغير نحو تطبيق ال (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 58.8%، وتوفر تدريباً وتطويراً بشكل مستمر للعاملين فيها، بدرجة منخفضة بنسبة 48.8%، ويوجد لديها نظام تقييم فعال لملاحظة أداء الموظفين بدرجة منخفضة بنسبة 48.8%، وتنتشر ثقافة تنظيمية ملائمة لتطبيق معايير ال (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 46.9%، المستشفى على استعداد لجذب كوادر متخصصة وتوظيفها بتطبيق ال (JCI) بدرجة منخفضة بنسبة 45%، يوجد كذلك نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين بدرجة منخفضة بنسبة 29.4%، لديها نظام حوافز قادر على تحفيز العاملين على تحسين أدائهم بدرجة منخفضة بنسبة 29.4%.

ومن نتائج الاستبانة نستدل على وجود معوقات أساسية للحصول على شهادة ال (JCI) مرتبطة بالموارد البشرية، وتفسر الباحثة ارتباط نتائج الاستبانة بالمعوقات كالآتي:

بالتدريب تتحول النوايا الحسنة للإدارة العليا لدعم إدارة الجودة والشاملة، وأهمها شهادة اعتماد ال (JCI) إلى نتائج حسنة، ومن غيره يستمر الموظفون بممارسة أعمالهم طبقاً للأساليب والطرق القديمة مما، يؤدي بهم إلى تحقيق النتائج السابقة نفسها، كما يبقى الأسلوب في التعامل مع المرضى وخدمتهم دون تغيير، ومن أجل التغلب على هذه المشكلة حسب دراسة (Holton & Baldwin, 2003) فإنه على الإدارة العليا خلق ثقافة تطويرية، ضمن ممارسات الموارد البشرية لديها، التي بدورها تؤثر على أمور التحسين المستمر والتغيير، وعدم توفير الإدارة العليا لبرامج تدريب وتطوير للعاملين فيها وعدم تطوير المستشفى برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة فيها يعتبر من المعوقات المهمة.

يعتبر التوظيف الملائم للموظفين من الأمور والعناصر الضرورية ضمن وظيفة الموارد البشرية، للتأكد من اختيار الموظفين ذوي الاختصاص والخبرة والأداء لتأدية المهمة المطلوبة، ومن أهم عناصر الموارد البشرية التي تؤثر على عملية تنفيذ الحصول على اعتماد ال (JCI) هو إيجاد أفضل الموظفين لتأدية الوظيفة، التي تتضمن نقل الموظفين من قسم لآخر من أجل المساعدة في تأدية بعض المهام المحددة الصعبة، وهذا ما يؤكد كل من (Boiral & Roy, 2007) بأن عملية تعبئة الموارد البشرية تعد واحدة من المشاكل الرئيسة المرتبطة بعملية تنفيذ المعايير، وتعتبر أيضاً عنصراً رئيساً ضمن عملية التصديق الناجحة.

وأكد (محمد، 2016) في دراسته التأثير الكبير للموارد البشرية (العدد، والخبرة، والتدريب، والكفاءة) في تحقيق شهادة الاعتماد الدولية المشتركة للجودة في القطاع الأردني، وهذا يدل على أن وجود نقص في معايير ال (JCI) التي تخص العاملين من تدريبهم وتوظيفهم يعد من المعوقات المهمة للحصول

على هذه الشهادة، وعدم وجود برنامج تحسين مستمر في المستشفى لتحسين الخدمات الطبية المقدمة ولتدريب العاملين وتمكينهم في مستشفى الهلال يؤكد على وجود معوقات مهمة مرتبطة بهذا الموضوع.

وتطابقت نتائج الدراسة مع دراسة (Al Attal, 2009) التي طبقت على مستشفيات في الإمارات المتحدة حيث قام بتصنيف العوامل المشتركة التي تعوق تطبيق معايير ال (JCI) في المستشفيات الإماراتية وتمثلت العوامل كانت كالاتي : (الموارد البشرية، والثقافية ، والفنية، والتنظيمية)، وعدم توفر هيكل تنظيمي في المستشفى محل الدراسة يعد من أهم المعوقات المرتبطة بتطبيق هذا الاعتماد. ومن وجهة نظر الباحثة من خلال عملها في المستشفى فقد لاحظت فعليا وجود معوقات لتطبيق ال (JCI) مرتبطة بالموارد البشرية من أهمها عدم وجود نظام حوافز ومكافآت للموظفين، وعدم وجود نظام تقييم فعال يتعلق بمعايير الجودة والتميز لملاحظة أداء الموظفين، لأن وجود نظام تقييم للموظفين مهم جدا من أجل التحسين المستمر في الأداء ومعرفة نقاط القوة والضعف وعدم وجوده يعتبر من المعوقات المهمة.

4-2 تحليل المقابلات :

قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع المدير العام، والمدير الإداري، والمدير الطبي، والمدير المالي ومديري الأقسام وأعضاء الهيئة الإدارية، بحيث طرحت الباحثة عليهم سؤالا واحدا ضمن مقابلة اتصفت بأنها مهيكلة، تم تفرغ الأجابات بشكل يدوي من طرف الباحثة بالجدول رقم (4-9) .

جدول رقم (4-9): تحليل المقابلات

الرقم	المسمى الوظيفي	المعوقات التي تعيق تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) من وجهة نظرهم .
-1	المدير العام	عدم الوضوح في العلاقة من حيث: الصلاحيات، والمسؤوليات، والمهام بين المديرين التنفيذيين والهيئة الإدارية.

2-	المدير الإداري	التكاليف المادية والحاجة لاستدعاء كفاءات خارجية والخوف من عدم التزام الموظفين بمعايير الجودة.
3-	المدير الطبي	الأمر المالية المصاحبة للتطبيق والتكلفة العالية نسبياً، وصعوبة التغيير والتجديد من قبل الموظفين في طريقة العمل.
4-	المدير المالي	التكلفة المالية المرتفعة للتطبيق وللعمل الإضافي للموظفين.
5-	مدير التمريض	الوقت والتكلفة المالية، والحاجة لاستقطاب مستشارين خارجيين لتدريب الموظفين على استخدام النظام الجديد، عدم وعي الإدارة بأهمية الحصول على شهادة اعتماد ال (JCI)
6-	مدير المختبر	محدودية فهم الإدارة لمفهوم ال (JCI)، عدم وجود ميزانية كافية، عدم وجود إحصائيات الجودة داخل المستشفى، بعض الموظفين من أصحاب الفكر التقليدي يرفضون التغيير ويقاومونه، وجود أولويات أخرى لدى الإدارة، عدم توفر بيانات وإحصائيات واضحة لتطبيق النظام، عدم وجود حوافز تدفع الموظفين للتنافس لتقديم خدمة جيدة، وعدم وجود وعي ومعلومات كافية للموظفين عن أهمية تطبيق ال (JCI).
7-	مسؤول فريق مكافحة العدوى	التكلفة التي ستصاحب الإجراءات اللازمة لتطبيقه، وعدم الوعي الكامل والعميق لأهميته.
8-	مسؤول قسم التغذية	عدم وجود ميزانية كافية، تعامل الموظفين مع الجودة كأسلوب آخر للرقابة والمتابعة، عدم حماسية الإدارة للتطبيق، وجود أولويات أخرى للإدارة واعتبار ال (JCI) هدفاً ثانوياً، عدم توافر عدد كاف من المختصين في الجودة، عدم وجود إحصائيات يستند عليها عند وضع الخطط للتعديل والتطوير، وعدم وجود حوافز للموظفين حتى يتنافسوا على تقديم خدمة للمريض بمستوى مهني عال.
9-	مسؤول قسم تكنولوجيا المعلومات	التكلفة المالية، توفير الكوادر المتخصصة، وتوفير قسم مختص بالجودة.
10-	مسؤول قسم الموارد البشرية	نقص الكوادر في بعض الأقسام، بطء عملية تنفيذ القرارات، وعدم الجدوية.
11-	أعضاء الهيئة الإدارية (بالإجماع)	التوسع العامودي في الخدمات، قلة الموارد المالية المتاحة، الديون المالية على شركات التأمين ووزارة الصحة، عدم رغبة عدد من الموظفين في تطبيق الأنظمة الجديدة في بدايتها، عدم اكتمال بناء المستشفى والتوسعة بشكل كامل، ومحدودية فهم الإدارة العليا لمفهوم ال (JCI) وأثره على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة وبالتالي التأثير بشكل إيجابي على سمعة المستشفى .

وكان سؤال المقابلة "ما هي المعوقات التي تواجه تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية في مستشفى الهلال الأحمر (فرع الخليل)"، وأجمع أعضاء الهيئة الإدارية ومديرو الأقسام ومسؤولوها على أن أهم العوامل (المتغيرات) المشتركة بين المقابلات التي تمت هي:

1. التكلفة المالية المرتفعة .
2. الوقت اللازم للتطبيق .
3. عدم توافر عدد من المختصين في الجودة.
4. محدودية فهم الإدارة لمفهوم ال (JCI).
5. عدم وعي الإدارة بأهمية الحصول على شهادة اعتماد ال (JCI) وأثرها على تحسين الخدمة الصحية المقدمة .
6. بعض الموظفين من أصحاب الفكر التقليدي يرفضون التغيير ويقاومونه.
7. عدم وجود إحصائيات يستند عليها عند وضع الخطط للتعديل والتطوير، وعدم توفر بيانات وإحصائيات واضحة لتطبيق النظام.
8. عدم وجود حوافز للموظفين، حتى يتنافسوا على تقديم خدمة للمريض بمستوى مهني عال.
9. عدم اكتمال بناء المستشفى والتوسعة بشكل كامل.
10. عدم وجود قسم خاص بالجودة في المستشفى .

3-4 تحليل المقابلات غيرالمهيكلية :

قامت الباحثة بعمل ثلاث مقابلات غير مهيكلة في المستشفيات الخاصة على اعتماد (JCI) وكان هدف المقابلات هو بلورة عنوان الدراسة، وتبين من المقابلات وجود معوقات فعلية واجهت المستشفيات الحاصلة على شهادة (JCI)، وكانت مقابلات ذات نهايات مفتوحة من الأسئلة، ولم تكن معدة مسبقاً. ولخصت الباحثة نتائج المقابلات بالنقاط الآتية:

أما مسؤولية قسم الجودة في مستشفى الهلال الأحمر (فرع مدينة القدس) (ج، أ، ر) فأكدت وجود المعوقات الآتية :

1. التكلفة المالية المرتفعة، لذلك قامت المستشفى بطلب التمويل من مؤسسات داعمة خارجية.
2. الوقت المطلوب للتطبيق والذي يتراوح بين 2-3 سنوات.
3. مقاومة التغيير من بعض العاملين في المستشفى.
4. الصعوبة في تدريب بعض العاملين على شروط ال (JCI) مثل: عمال التنظيف.
5. قلة جهود التوثيق وتسجيل الإجراءات والنتائج.

أما مسؤول قسم الجودة في مستشفى المقاصد (أ، م) فأكد على وجود المعوقات الآتية :

1. التغييرات الإنشائية اللازمة للتغيير، وذلك لقدم مبنى المستشفى.
2. التكلفة المالية المرتفعة بسبب زيادة عدد أفراد الفريق الفاحص، وذلك لكبر حجم المستشفى.
3. الوقت المطلوب للتطبيق، والذي لا يقل عن السنتين.
4. العدد الكبير من الموظفين والعاملين الواجب تدريبه على معايير ال (JCI).

ومسؤول قسم الجودة في مستشفى المطع (ع،ر) فأكد على وجود المعوقات الآتية :

1. عدم فاعلية شبكة الاتصالات الداخلية.
2. الوقت المطلوب للتطبيق والذي لا يقل عن السنتين.
3. التغييرات في المباني اللازمة لمطابقة الشروط، وذلك لأن مبنى المستشفى هو كنيسة بالأصل.
4. معدل الدوران العالي للمديرين الرئيسيين وتغييرهم.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

1-5 ملخص النتائج

2-5 الاستنتاجات

3-5 التوصيات

4-5 آلية التنفيذ

5-1 ملخص النتائج

بعد إجراء هذه الدراسة التي هدفت إلى دراسة معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل)، توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

1- تبين من الدراسة وجود معوقات أساسية تحول دون تطبيق شهادة اعتماد ال (JCI) تتلخص بعدم وعي الإدارة العليا بال (JCI) وأهميته في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة، وعدم استعدادها الالتزام بالوقت الطويل المصاحب للتطبيق، وعدم استعدادها للدعم المالي اللازم للتطبيق، ووجود قصور في الاتصالات بين المستشفى والمرضى وعائلاتهم وبين المستشفى والمجتمع، ووجود قصور في بعض الشروط اللازمة للتطبيق متعلقة بمكافحة العدوى والسيطرة عليها، عدم وجود نظام فعال لتدريب الموظفين وتمكينهم في المستشفى، وعدم وجود آلية للمكافآت والحوافز مرتبطة بإدارة الجودة الشاملة ، عدم استعداد الإدارة العليا لجذب كوادر متخصصة لتطبيق ال (JCI).

2- وتبين بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً، كما تبين بأن مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته منخفضة، ومدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة منخفضة، كما تبين بأن مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت منخفضة.

3- وتبين بأن مستوى مدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً. بحيث أظهرت النتائج بأن المعوقات المتعلقة بمدى التزام الإدارة بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوعي بهذا الاعتماد وأهميته تكون بسبب عدم مشاركة الإدارة العليا في ورشات العمل والمحاضرات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة وعدم

تركيز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى، وعدم تعديلها على استراتيجياتها التشغيلية وفقا للتطور في المجال الصحي، وعدم وجود نظام فعال للإشراف على المرضى الذي يسمح بحل شكاوي المرضى ومشاكلهم جميعها في التوقيت الصحيح، وتدني امتلاكها المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة ، وعدم وجود آلية للاستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية، ومالية، وتكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة، وعدم وجود معرفة كافية لدى الإدارة العليا بمسألة تحليل العمليات الإدارية وتحسين العمليات السريرية، وعدم معرفتها بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي.

4-وتبين بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضا، بحيث أظهرت النتائج بأن المعوقات المتعلقة بالتكلفة كانت بسبب عدم استعداد الإدارة العليا لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال (JCI)، وعدم استعدادها لتحمل الاعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال(JCI)، وكذلك لدفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال (JCI)، وعدم تحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني، والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال (JCI)، وعدم استعدادها لدفع أعباء مالية لإعداد برنامج الفريق الفاحص الخاص بال (JCI)، وعدم استعدادها لدفع الأعباء المالية كافة المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين (تشمل الانتقال جوا وبالقطار والسيارة) والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات والتكاليف العارضة.

5- وتبين بأن مستوى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال(JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضا، كما تبين أن المعوقات المتعلقة بالوقت كانت بسبب عدم استعداد الإدارة العليا لإعطاء الوقت الكافي للعاملين للحصول على التدريب اللازم لتطبيق شهادة ال(JCI)، وعدم وجود إمكانية لتخصيص اجتماعات دورية لمناقشة ال(JCI) من قبل المسؤولين عنه،

وعدم استعداد الإدارة العلي إعطاء وقت عمل اضافي للموظفين العاملين على شهادة ال(JCI) ،عدم وجود إمكانية لتخصيص اجتماعات خاصة لمناقشة ال(JCI) من قبل أعضاء الهيئة الإدارية ،عدم استعداد الإدارة العليا الالتزام بجدول زمني مدته (12-24) شهرا لنيل شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة (JCI).

6-تبين بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال(JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان متوسطا وقريبا من المنخفض.كما تبين بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها متوسطة، ومستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات منخفضة.

7- وتبين بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان متوسطا، وأظهرت نتائج الدراسة أن المعوقات المتعلقة بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها كانت بسبب عدم استخدام الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل القفازات والأقنعة وغيرها بالشكل الصحيح، وعدم متابعة الزراعات البكتيرية المخبرية الخاصة بالمرضى وتوثيقها حسب سياسة المستشفى، وعدم عزل المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم وفقا لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة، وعدم تلاؤم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى، وعدم وجود إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى، وعدم إرشاد العاملين وتدريبهم على رعاية المرضى الناقلين للعدوى، وعدم وجود غرف الضغط السلبي في المستشفى ويقصد بها الغرف التي يكون بها ضغط الهواء منخفضا بحيث يمنع خروج الهواء منها، وبالتالي يمنع انتشار المرض داخل المستشفى.

8-تبين بأن مستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً. وتبين أن المعوقات المتعلقة بإدارة المعلومات والاتصالات كانت بسبب عدم إبلاغ المستشفى لعائلات المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها، وعدم وجود سياسة واضحة بشأن إحالة المعلومات المتعلقة برعاية المريض عندما ينتقل إلى مستشفى آخر، وتدني المحافظة على خصوصية المعلومات وسريتها، وعدم وجود سياسة لدى المستشفى بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات، وعدم تواصل المستشفى مع المجتمع لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى، وعدم تواصل المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى.

9-تبين بأن مستوى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى فيما يتعلق بالعنصر البشري، المتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) كان منخفضاً، وتبين أن المعوقات المتعلقة بالتوظيف والتدريب كانت بسبب عدم توفير المستشفى لبيئة عمل آمنة وصحية للعاملين جميعهم، وعدم تحديد المستشفى المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي، وعدم تشجيع المستشفى العمل الجماعي وروح الفريق ، وعدم امتلاك العاملين في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم، وعدم وجود قابلية عند الطواقم العاملة للتغير نحو تطبيق ال (JCI)، وعدم تطوير المستشفى برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، وعدم وجود قابلية عند الإدارة للتغير نحو تطبيق ال (JCI)، وعدم توفير المستشفى تدريب وتطوير بشكل مستمر للعاملين فيها، وعدم وجود نظام تقييم فعال لملاحظة أداء الموظفين، وعدم وجود ثقافة تنظيمية ملائمة في المستشفى لتطبيق معايير ال (JCI)، وعدم استعداد المستشفى لجذب وتوظيف كوادر متخصصة بتطبيق ال (JCI)، وعدم وجود نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين، عدم وجود نظام حوافز قادر على تحفيز العاملين على تحسين أدائهم.

5-2 الاستنتاجات:

تفسر الباحثة نتائج الدراسة التي تم طرحها سابقا بالآتي:

- عدم وجود قانون أو شرط من وزارة الصحة بتطبيق نظام الجودة (JCI).
- عدم وجود ما يجبر إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة (JCI).
- وجود معوقات متعلقة بالوعي والتحسين المستمر للجودة في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني بسبب:

1. عدم تركيز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى، وعدم تعديلها لاستراتيجياتها التشغيلية، وفقا للتطور في المجال الصحي.
 2. عدم امتلاك الإدارة العليا وموظفي المستشفى المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة و
بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي.
 3. عدم وجود آلية لدى الإدارة العليا للاستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية، ومالية،
وتكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة.
 4. وجود قصور لدى الإدارة العليا في المعرفة الكافية بمسائل تحليل العمليات الإدارية،
وتحسين العمليات السريرية.
 5. غياب العديد من مقومات عملية مأسسة الجودة الشاملة منها عدم وجود الدعم المالي
الكافي لتطبيق نظام الجودة الأشمل في المجال الصحي ال (JCI)، وعدم وجود استراتيجية
دائمة أو واضحة ، وضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعارا وممارسة.
- وجود معوقات متعلقة بمدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالكلفة المرتفعة
اللازمة للتطبيق في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني ويعود ذلك ل:

1. عدم استعداد الإدارة العليا الإدارة العليا لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال (JCI).

2. عدم استعداد الإدارة العليا لتحمل الأعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال (JCI).

3. عدم استعداد الإدارة العليا لدفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال (JCI) ولإعداد برنامج الفريق الفاحص ولدفع كافة الأعباء المالية المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين (تشمل الانتقال جوا وبالقطار والسيارة) والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات والتكاليف العارضة.

4. عدم استعداد الإدارة العليا لتحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال (JCI).

• وجود معوقات متعلقة بمدى التزام الإدارة العليا بتطبيق ال (JCI) فيما يتعلق بالوقت في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني وهذه المعوقات هي بسبب:

1. عدم استعداد الإدارة العليا لإعطاء الوقت الكافي للعاملين للحصول على التدريب اللازم لتطبيق شهادة ال (JCI).

2. عدم وجود إمكانية لتخصيص اجتماعات دورية لمناقشة ال (JCI) من قبل المسؤولين عنه.
3. انعدام استعداد لدى إدارة العليا لإعطاء وقت عمل اضافي للموظفين العاملين على شهادة ال (JCI).

4. عدم وجود إمكانية لتخصيص اجتماعات خاصة لمناقشة ال (JCI) من قبل أعضاء الهيئة الإدارية.

• وجود معوقات متعلقة بمستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI) فيما يتعلق بعملية مكافحة العدوى والسيطرة عليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني بسبب ما يأتي:

1. عدم ملاءمة نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى.

2. عدم وجود إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية، عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى.

3. القصور في إرشاد العاملين وتدريبهم على رعاية المرضى الناقلين للعدوى.

4. صعوبة توفير غرف الضغط السلبي داخل المستشفى.

• وجود معوقات متعلقة بمستوى الثقافة التنظيمية بتطبيق نظام ال (JCI)، فيما يتعلق بعملية

إدارة الاتصالات والمعلومات في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني بسبب:

1. عدم توفير معلومات كاملة عن الرعاية والخدمات، التي تقدمها المستشفى للمرضى

وعائلاتهم، وعن كيفية الحصول على هذه الخدمات.

2. عدم وجود سياسة واضحة ومحددة في المستشفى تخص المحافظة على خصوصية

المعلومات وسريتها، مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات، إحالة المعلومات

المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى آخر.

3. عدم تواصل المستشفى مع المجتمع، لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى، وعدم تواصل

المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها

المستشفى للمرضى.

• وجود معوقات متعلقة بمدى تطبيق نظام ال (JCI) في المستشفى، فيما يتعلق بالعنصر

البشري والمتمثل بالتوظيف والتدريب في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني وذلك بسبب:

1. عدم وجود آلية محددة لضمان انسجام معرفة العاملين السريريين ومهاراتهم مع احتياجات

المرضى.

2. عدم قيام المستشفى بتقديم التسهيلات والوقت لتعليم العاملين وتدريبهم.

3. عدم تحديد المستشفى للمستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي.
4. عدم وجود ممارسة مهنية متواصلة لتقييم أداء الموظفين.
5. عدم وجود آلية فعالة لمشاركة العاملين الصحيين المهنيين في أنشطة تحسين الجودة في المستشفى.
6. مقاومة التغيير وعدم وجود قابلية عند الطواقم العاملة للتغيير نحو تطبيق ال (JCI).
7. القصور في تطوير المستشفى لبرامج تدريبية خاصة، لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.
8. عدم وجود نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين.
9. عدم كفاية الحوافز بشقيها المادي والمعنوي من وجهة نظر موظفي المستشفى.
10. انخفاض مستوى فهم العاملين لمفهوم أنشطة الجودة الشاملة وفلسفتها.

5-3 التوصيات:

من خلال النتائج المستخلصة التي تم التوصل إليها من الإطار النظري للدراسة ومن النتائج التي تم الحصول عليها من التحليل الإحصائي للبيانات ومن المقابلات المهيكلية لمديري المستشفى ورئيس الهيئة الإدارية للمستشفى تم التوصل إلى التوصيات الآتية:

- 1- إن نجاح تطبيق مبادئ الإدارة الشاملة يعتمد بالضرورة على مدى قناعة الإدارة العليا أولاً والتزامها، ودعمها ثانياً لمنهج إدارة الجودة الشاملة، لذا ينبغي على الإدارة العليا في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني أن تركز على تطبيق أحد أهم شهادات اعتماد الجودة في القطاع الصحي (JCI) حق الرعاية، ويمكن أن يتحقق ذلك عبر إنشاء قسم خاص يعنى بإدارة الجودة في

المستشفى ويكون اتصالها بالإدارة العليا كحلقة وصل مع المستويات الإدارية الأخرى من أجل التأكد من تنفيذ خطط وبرامج إدارة الجودة الشاملة بصورة فضلى.

2- العمل الجاد على إيجاد آلية واضحة المعالم للتركيز على المرضى والتعرف إلى احتياجاتهم ورغباتهم بشكل مدروس واستخدام الاساليب العلمية لذلك، وتطوير النظم والعمليات وتعزيز عملية اتخاذ القرارات المستندة على البيانات.

3- وضع نظام متكامل في المستشفى لقياس رضا المرضى وتحليله عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة إليهم بصورة مستمرة، والاهتمام بالشكاوى المقدمة من المرضى، عن طريق عمل صفحة الكترونية خاصة لتقديم الشكاوي.

4- إن الوصول إلى مستوى عال من جودة الخدمة الصحية هو نتيجة تضافر جهود مقدمي الخدمة، لذا ينبغي ترسيخ وتعزيز مبدأ عمل الفريق الواحد خاصة في ظل طبيعة أعمال المستشفيات، مما يتطلب فتح قنوات اتصال أكثر بين المديرين ومتلقي الخدمة، بالإضافة إلى إشراك المستويات الإدارية جميعها كضمان لتعاون أكثر، وذلك لأن تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) تتطلب إشراك كل الأطراف دون استثناء.

5- إن الاهتمام بالتحسين المستمر أمر ضروري، تفرضه مجموعة عوامل أهمها التنافس مما يستدعي الإدارة العليا الاعتناء بهذا الجانب، والعمل على تدريب وتأهيل مقدمي الخدمة وتمكينهم أكثر، وعقد المزيد من الندوات والمؤتمرات وندوات العصف الذهني لتوليد افكار جديدة بشكل مستمر، بحيث تسهم في عملية التحسين المستمر، وتحفيز الموظفين عن طريق ربط نظام المكافآت والأجور مع نظام إدارة الجودة الشاملة.

6- توعية العاملين في المستشفى بمعايير ال (JCI) عن طريق إدخال العاملين في دورات تدريبية لزيادة معرفتهم ومهاراتهم على اعتبار أن العاملين في المستشفى يمثلون اللبنة الرئيسة لتطبيق نظام الجودة.

7- العمل على تجسيد مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لتكون أكثر انغماسا في الثقافة التنظيمية لدى المستشفى بشكل محوري لتكون سمة من سمات ثقافتها التنظيمية، وكأساس في إنجاح تطبيقها، لأن أداء الأعمال يعكس بصورة مباشرة لما يحمله مقدمو الخدمة من قيم ومعتقدات وأعراف، بحيث تصبح أدوات الجودة وأساليبها هي اللغة السائدة في إدارة العمليات.

8- إلزام المستخدمين بتسجيل نتائج عملهم للتعرف إلى أسباب التباين في الأداء، ومحاولة إيجاد الحلول لها وتوفير الجو المناسب لتحسينها.

9- تخصيص مبالغ هامة للتدريب والتكوين، وذلك من خلال رفع حصة كل منهما في ميزانية النفقات، كما يجب على الإدارة العليا أن تعمل على تنمية مجهودات البحث والتطوير وتقييمها، وذلك في إطار عمل ثقافي داخلي يشمل أطراف المستشفى جميعها.

10- العمل على إعمام هذه الدراسة على المستشفيات العربية عامة والمستشفيات الفلسطينية خاصة، للإفادة من نتائج هذه الدراسة وبيان أهمية تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI).

4-5 آلية التنفيذ:

من خلال التوصيات التي توصلت إليها الدراسة، اقترحت الباحثة عقد ورشة عمل بحضور أعضاء الهيئة الإدارية ومديري ومسؤولي الأقسام في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (محل الدراسة) لمناقشة آلية تنفيذ الحصول على شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI) التي تسعى المستشفى للحصول عليها، بحيث اقترحت الباحثة هذه الآلية للنقاش وهي كالاتي:

1- وضع خطة شاملة لأقسام المستشفى جميعها، ولا بد من تعاون الإدارة العليا (Top Management) حتى يتم تحقيق التغيير والحصول على ال (JCI).

مهام الإدارة العليا :

- 1- الالتزام بمعايير (JCI)، وإظهار ذلك من خلال المشاركة والدعم.
- 2- الحث على التغيير.
- 3- خلق رؤية واضحة.
- 4- توفير المخصصات المالية واعتمادها للاستثمار في إدارة الجودة الشاملة واعتماد ال (JCI).
- 5- توفير الوقت اللازم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة واعتماد ال (JCI).
- 6- جعل التدريب والتعلم بإدارة الجودة الشاملة ومعايير ال (JCI) إلزاميا للجميع.
- 7- متابعة المراحل الإنتقالية وإدارتها.
- 8- توفير الخدمات الاستشارية الخارجية للمستشفى.
- 1- تحديد دور القادة (Leaders) في المستشفى:

1- تعزيز ثقافة التغيير والسعي نحو تقديم أفضل خدمة صحية.

2- الاهتمام والتركيز على (المريض).

3- الاعتماد على المعلومات.

4- الاعتماد على فريق العمل.

5- مشاركة الجميع.

2- تخصيص الموارد المالية:

على الإدارة العليا متابعة وتوفير خطة تخصيص الموارد التي تحتاجها شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية (JCI)، سواء أكانت مالية أو بشرية أو تكنولوجية.

3- تجميع المعلومات وتحديد المشاكل:

إننا نعيش الآن في عصر المعلومات لذلك كلما توفرت المعلومات للإدارة العليا وفريق العمل ساعد ذلك في معرفة وتحديد المشاكل والمساهمة في إتخاذ القرار المناسب في عملية التحسين المستمر سواء في عمل إجراء تصحيحي Corrective action ، أو إجراء منعي Preventive action

4- اختيار وتكوين فريق العمل :

إن تعيين وإختيار فريق العمل يجب أن يحظى بعناية كبيرة من المسؤولين عن تكوين وتشكيل فريق عمل متكافئ، بحيث يجب أن يكون لكل فريق (Facilitator) ليكون حلقة الوصل بين الإدارة والفريق، وهو الذي يقوم باختيار أعضاء الفريق ويحدد خبراتهم والكفاءات المطلوبة لتطبيق ال (JCI)، كذلك العمل على إزالة المعوقات التي تواجه الفريق في أثناء القيام بمهامه.

5- البدء في عملية تنفيذ معايير شهادة اعتماد ال (JCI) Implementation:

يقوم المسؤولون عن تطبيق شهادة اعتماد ال (JCI) بإسناد المشاكل والموضوعات المراد تغييرها وتحسينها إلى فريق العمل، وسيقوم الفريق بما يلي:

1- تعريف المشكلة بدون اقتراح الحل.

2- تعريف المشكلة من وجهة نظر المريض.

3- الاعتماد على المعلومات في تعريف المشكلة، ومحاولة توضيح المعلومات المتعلقة بها.

4- معرفة إذا كانت المشكلة حقيقية.

5- توضيح عما إذا كانت المشكلة مهمة أو حيوية أو تؤثر على الحصول على شهادة اعتماد

ال (JCI) .

6- يجب أن تحل المشاكل كافة طبقاً لأهميتها، ويمكن اتباع طريقة (Priortization

matrix) لتحديد أولوية الحل.

7- المشاكل يجب أن تكون محددة ومتعلقة بالعمليات والخطة التشغيلية الموجودة في

المستشفى.

8- لحل أي مشكلة يجب فهمها أولاً ، وفهم لماذا حدثت؟ ومعرفة العملية (Process) التي

أدت إليها وذلك عن طريق رسم خرائط التدفق (Flow chart)، وعمل قائمة بالأحداث

التي أدت في النهاية إلى حدوث هذه المشكلة، وهذه الخرائط تساعد أعضاء الفريق في

التواصل بينهم.

9- بالرغم أن الخبرات مهمة في أي مجال إلا أنها أحياناً تضلل عند اعتمادنا عليها فقط بدون

وجود معلومات كافية عن المشكلة أو الموضوع المراد تطويره، لذلك يجب تجميع

معلومات كافية وصالحة حول المشكلة وعن طريق هذه المعلومات مع توافر الخبرات

يمكن الوصول إلى طريقة مناسبة للحل.

10- تكمن أهمية المعلومات كونها توصل المشكلة وحلها إلى الآخرين، بعد ذلك يمكن

الوصول إلى عدة اقتراحات باستخدام أدوات عديدة، مثل: العصف الذهني (Brain

Storming) ، (Fishbone Diagram) ، (Affinity Diagram).

11- على فريق العمل القيام بترتيب الحلول المقترحة حسب أهميتها واختيار الأفضل منها.

12- بعد ذلك يتم تحديد المسؤولين عن التنفيذ والتحسين، وتحفيزهم على الاستمرار في عملية التطوير والتحسين المستمر، ويتم ذلك عن طريق وضع نظام فعال للمكافآت المعنوية والمادية التي تقوم بدورها بحث أعضاء الفريق على العمل والتغلب على الصعاب والمعوقات التي قد تواجههم.

13- في أثناء تنفيذ الحصول على شهادة ال JCI يجب عمل (Monitoring System) لمراقبة تنفيذ العمل وتوجيه المنفذين في أثناء عملية التنفيذ وتوجيههم في حالة الإنحراف عن الطريق السليم للتنفيذ، كذلك وضع (Milestones) لتحديد النقاط التي يجب عندها التأكد من أن البرنامج يسير كما هو مخطط له.

14- عند الإنتهاء من التطبيق يجب تحديد النتائج الفعلية، ومقارنتها بالنتائج المتوقعة.

15- نشر التطوير (Spread Improvement).

المصادر والمراجع

1- القرآن الكريم.سورة طه .آية 114

أولا : المراجع العربية

2- أيمن محمد كمال خسروف. (2008). تسويق الخدمات الصحية. بحث الدبلوم التخصصي في

إدارة المستشفيات، 29.

3- بدران العمر . (2002). مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من

وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض.

4- بلقاسم زايري. (2008). إمكانات وتحديات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مجال التعليم

العالي بالجزائر . الرياض : المؤتمر الثاني لتخطيط وتطوير التعليم والبحث العلمي في الدول

العربية.

5- جناة بوقجاني. (2010). أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المراجعين في مستشفى

الجامعة الأردنية . 20.

6- حنان الأحمدى. (2000). تحسين الجودة : المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية. دورية

الإدارة العامة، مركز البحوث، 418-420.

7- خالد بن عبد العزيز بن سعيد. (1997). إدارة الجودة الشاملة : تطبيقات على القطاع

الصحي. الرياض: العبيكان للطباعة والنشر.

8- خضير كاظم حمود. (2000). إدارة الجودة الشاملة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع

والطباعة.

- 9- خضير كاظم حمود. (2010). *إدارة الجودة وخدمة العملاء*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 10- خلود ابو رحمة. (2016). تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين.
- 11- رعد الصرن. (2001). *إدارة الابتكار والإبداع*. دمشق: دار علاء الدين للنشر .
- 12- زكريا شعبان يوسف جراد. (2011). إمكانية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة لتحسين الرعاية الصيدلانية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة .
- 13- سعدي محمد الكحلوت. (2004). العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة .
- 14- سلمان زيدان. (2010). *إدارة الجودة الشاملة* . دار المناهج للنشر والتوزيع.
- 15- طارق التلباني. (2000). تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الفلسطيني.
- 16- العنزي. (2007). *فلسفة إدارة الجودة الشاملة للبيئة*.
- 17- عبد العزيز حمود. (2007). وسائل الرقابة البرلمانية على أعمال السلطة التنفيذية. صفحة 115.
- 18- عماد محمد خرمة. (2000). *إدارة الخدمات الصحية في الأردن* . مجلة الإداري، 103.
- 19- عوض خلف العنزي . (2005). *إدارة جودة الخدمات العامة*. الكويت: مكتبة الفلاح.

- 20- غالب محمود سنجق، موسى احمد خير الدين، و مراد سليم عطيانى. (2012). مدى تطبيق معايير جائزة (مالكوم بالدريج) في المستشفيات الأردنية الحاصلة على شهادة الاعتمادية الدولية *JCIA*. *Jordan Journal of Business Administration*, 8، 42-60.
- 21- فريد توفيق نصيرات . (2008). *الخدمات الصحية* . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .
- 22- فريد والضمور هاني نصيرات . (2000). مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمات الاستشفائية: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص. *مجلة الملك سعود*، 47.
- 23- كمال بوصافي، و مريزق عدمان. (2009). الإطار النظري لدور الاعتمادية في تحسين الخدمات الصحية.
- 24- لشرف نسيمه. (2011). معايير إدارة الجودة الشاملة كداعم لجودة الخدمات الاستشفائية.
- 25- محمد صلاح مطبقاني . (1999). *واقع إدارة الموارد البشرية في المستشفيات* . القاهرة: أكاديمية السادات للعلوم الإدارية.
- 26- محمد عمير المهيري. (2006).
- 27- محمد فلاق . (2010). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة .
- 28- محمد ناجي ، شحادة مفلح، و محمود نازم. (2014). شهادة الاعتماد الدولية للمستشفيات وأثرها في الإبداع الإداري. *مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة*.

29- محمود بن ناصر الرحبي. (2016). أهمية قياس جودة الخدمات الصحية. جريدة عمان 348949. عمان .

30- مصطفى يوسف. (2016). إدارة المستشفيات. القاهرة: دار الحامد للنشر والتوزيع.

31- معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات (الإصدار الطبعة الثالثة). (2008).

32- معايير اعتماد اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات (الإصدار الطبعة السادسة). (2017).

33- منظمة الصحة العالمية. (1980).

34- منظمة الصحة العالمية. (2009). اهداف اعماد المستشفيات. المكتب الإقليمي للشرق

الأوسط. موقع مجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAH. (2012).

35- ناصر إبراهيم سيف. (2017). أثر تطبيق معايير الاعتماد على الإبداع في المستشفيات

العامة الأردنية.

36- هبة سيد أحمد حسين . (2017). إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات

الصحية .

37- وزارة الصحة الأردنية . (2006).

38- وزارة الصحة الفلسطينية. (2017). التقرير السنوي .

39- وفاء نايل عطاالله كرادشة. (2012). تحقيق إداره الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد

في مستشفى المكلة رانيا العبدالله للأطفال في الأردن.

40- يزيد ذيب عبدالله محمد. (2016). دور الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة في

المستشفيات الأردنية.

ثانيا : المواقع الإلكترونية

1. (A Prospective Study of Dietary Acrylamide Intake and the Risk of Endometrial, Ovarian, and Breast Cancer, 2013). [Cebp.aacrjournals.org](http://cebp.aacrjournals.org)
2. (جودة الرعاية الصحية والاعتماد الدولي، 2009). www.aleqt.com
3. (وزارة الصحة الأردنية، 2015).
<http://www.moh.gov.jo/Pages/viewpage.aspx?pageID=168>.
4. (health tourism , 2018). <https://ar.health-tourism.com/JCI-accreditation/>.
5. (نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية، 2008).
www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384&d=176227664.
6. (الهيئة العالمية لاعتماد المؤسسات الصحية، 2009).
Ar.jointcommissioninternational.org
7. (يحياوي، 2015).
<http://dspace.univmsila.dz:8080/xmlui/handle/123456789/5897/browse?type=author&value=%D9%8A%D8%AD%D9%8A%D8%A7%D9%88%D9%8A%2C+%D8%A7%D9%84%D9%87%D8%A7%D9%85>

ثالثا: المقابلات الشخصية

1. مقابلة مع عاطف الريماوي، المدير الإداري، مستشفى المطلع، 20 أيلول 2017.
2. مقابلة مع أحمد المصري، مسؤول قسم الجودة، مستشفى المقاصد، 15 شباط 2018.
3. مقابلة مع جيهان ابو ارميلة، مسؤولة قسم الجودة، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في القدس 15 شباط 2018.
4. مقابلة مع هارون الجولاني، المدير العام، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في الخليل.
5. مقابلة مع فراس عمرو، المدير الإداري، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في الخليل.
6. مقابلة مع د. عبد الرزاق أبو ميالة، المدير الطبي، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في الخليل؟
7. مقابلة مع أ. سميح أبو عيشة، رئيس الهيئة الإدارية وأعضاء الهيئة الإدارية، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في الخليل.
8. مقابلة مع رؤساء ومسؤولي الأقسام، مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني في الخليل.

رابعا : المراجع الأجنبية

1. Ab Rahman, M., & Tannock, J. (2005). *TQM Best Practices: Experiences of Malaysian SMEs. Total Quality Management* (Vol. Vol.16).
2. Abd Manaf, N. (2005). Quality Management in Malaysian public health care. *International Journal of health care Quality Assurance*, 18, 204-216.
3. Al Attal, Z. Z. (2009). بعنوان "Factors Affecting the Implementatuion of Joint Commission International Standards in United Arab Emirates Hospitals".
4. Al-Haj, S. (2006). Barriers of Implementing ISO 9001:2000 in the Government Departments and Authorities in the Emirate of Sharjah, United Arab Emirates. *PhD thesis, University of Salford*.
5. Al-Kazemi, A., & Ali, A. (2002). Managerial problems in Kuwait. *Journal of Management Development*, 366-375.

6. Al-Khalifa, K., & Aspinwall, E. (2000). The development of TQM in Qatar. *TQM Magazine*, 194-204.
7. Al-Zamany, Y., Hoddell, E., & Savage, B. (2002). Understanding the difficulties of implementing quality management in Yemen. *TQM Magazine*, 240-247.
8. Anton 'Doug' Carole Anton (2006). ISO 9001 Survival Guide, T. E.-0.-9.-8.-6. (n.d.).
9. Anwar, A., & Jabnoun, N. (2006). The development of a contingency model relating national culture to TQM. *International Journal of Management*, 272-280.
10. Ashire, S., & O'Shaughnessy, K. (1998). The Role of top management commitment in quality management. *International Journal of Quality Science*, 5-37.
11. Atchison, A. (1992). TQM: the questionable movement. *Health Care Financial Management*, 15-16.
12. Awan, H., & Bhatti, M. (2003). An Evaluation of Registration Practices: A case study of sports goods industry. *Managerial Finance*, 37-47.
13. Balding, C. (2005). *Embedding organisational quality improvement through middle manager ownership* (Vol. 18).
14. Balzarova, M., Bamber, C., & McCambridge, S. (2002). The Factors affecting successful implementation of Process-based Management in a UK Housing Association Enterprise. *2nd International Conference on System Thinking in Management*. Salford University.
15. Barghouthi, E. D., & Imam, A. (2018). Patient Satisfaction: Comparative Study Between Joint Commission International Accredited and Non-Accredited Palestinian Hospitals. *Health Science Journal*, 12.
16. Bauer, J., Falshaw, R., & Oakland, J. (2005). *Implementing business excellence*.

17. Beer, M. (2003). *Why TQM programmes do not persist: The Role of Management Quality and Implications for leading a TQM Transformation* (Vol. 34).
18. Berlowitz, D. J. (2005). Quality improvement implementation in nursing home.
19. Bernard. (1991). *Public Administration: An Action Orientation* . California : Cole Publishing Inc .
20. Boaden, R. J. (1997). *What is total quality management and does it matter ? TQM* (Vol. 8).
21. Boiral, O., & Roy, M. (2007). ISO 9000: Integration rationales and organisational impacts. *International Journal of Operations and Production Management* , 226-247.
22. Brashier , L. (1996). *Implementing of Total Quality Management / Continuous quality improvement in the health care industry* (Vol. 3).
23. Brawn, A., & Wiele, V. (2009). Industry Experience with ISO 9000. *Asia Pacific Journal of Quality Management* , 8-17.
24. Briscoe , D., & Schuler, R. (2005). *International Human Resource Management* (2nd ed.). London.
25. Brown, A. J. (2005). *The Healthcare Quality Handbook*. USA : JB Quality Solutions .
26. Cameron, S., & Quinn, R. (1999). *Diagnosing and changing organisational culture* . NJ.
27. Campbell. (1995). The relative impacts of the level and change in wages on quits. *International Journal of Manpower*, 16, 31-41.
28. Chatman, J., & Jehn , K. (1994). Assessing the relationship between industry characteristics and organisational culture: how different can you be? *Academy of Management Journal*, 522-553.
29. Chen, H., & Lin, W. (2004). *TQM implementation in health care and pharmaceutical logistics organisations: the case of Zuelling Pharma in Taiwan* (Vol. 15).

30. Cheung, M., & Koch, H. (1994). Establishing continuous quality improvement in a hong kong hospital. *International Journal of Health Care quality Assurance*, 7, 19-25.
31. Chua, C., & Goh, M. (2002). *Framework for evaluating Performance and quality improvement in hospitals. Managing Service Quality* (Vol. 12).
32. Claver, E., Gasco, J., & Lopez, E. (2000). Analysis of a cultural change in spanish telecommunications firms . *Business Process Management Journal*, 342-358.
33. Collins, R., Lewins , R., Wilson, P., & Eastwood, A. (2005). Improving the reporting of clinical audits in the NHS . *Clinical Governance*, 190-5.
34. Cuthill, M. (2002). “Exploratory Research: Citizen Participation, Local Government, and Sustainable Development in Australia.”.
35. Czuchry, A., Yasin, M., & Mixon, D. (2017). A systematic approach to improving quality :A framework and field study. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 876-898.
36. Dale, B., & Cooper , C. (2003). Total Quality Management :Some Common Mistakes made by senior management . *Quality World* , 4-11.
37. David, H. (2005). *ISO 9000 Quality Systems Handbook*.
38. David, H. (2005). *ISO 9001: 2000 For Small Businesses*.
39. Davis, E., Coats, J., Longden, S., Stacey, R., & Emmanuel, C. (1997). Objectives missions and performance measures in multinationals. *European Management Journal*, 9, 444-453.
40. Deming , W. E. (1993). *The New Economics* . Cambridge .
41. Dickenson, R., Campbell, D., & Azarov, V. (2000). Quality Management Impelementation in Russia:Strategies for change . *International Journal of Quality and Reliability Management*, 66-81.
42. Doug, A., & Carole, A. (2006). *Iso 9001 Survival Guide*.
43. Drummond, H. (1992). *The Quality Movement:What Total Quality Management is Really All About*. London.

44. Ennis, K., & Harrington, D. (1999). *Factors to consider in the Implementation of quality within Irish health care* (Vol. 9).
45. Fred, D. (2004). *ISO 9001:2000 Quality Registration Step-by-Step*.
46. Fuentes, C., Moreno, M., Cruz, T., & Val, M. (2000). Analysis of the implementation of ISO 9000 quality assurance systems. *Work-Study*, 229-241.
47. Gault, R. (1907). *A history of the questionnaire method of research in psychology* (Vol. 14).
48. Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service Quality- Concepts and Models. *International Journal Quality and Reliability Management*, 43-66.
49. Godfrey, I. (1999). The key elements in the development of a quality management environment for pathology. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 202-207.
50. Goetsch, D., & Davis, S. (2000). *Quality Management: Introduction to TQM for production, Processing and Services* (3rd ed.). New Jersey.
51. Gough, L., & Reynolds, T. (2000). Is Clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA accredited laboratories. *British Journal of Clinical Governance*, 195-2001.
52. Gustafsson, R., Klefsjo, B., Berggren, E., & Wellements, G. (2001). Experiences of implementing ISO 9000 in small enterprises: a study of Swedish organisations. *TQM Magazine*, 232-246.
53. Hals, Y. A., Zeng, W., Chappy, E., & Shepard, D. S. (2015). Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. *World Health Organisation*.
54. Hayes, J. (2002). *The theory and practice of change management*. Palgrave Macmillan.
55. *health tourism*. (2018). Retrieved from <https://ar.health-tourism.com/JCI-accreditation/>.

56. Hoffman, & P. (2002). Converting tribology principles into measurable maintenance improvements. *Industrial Lubrication and Tribology*, 54, 225-233.
57. Holton, E. F., & Baldwin, T. T. (2003). *Improving Learning transfer in organization*. USA.
58. Horng, C., & Huarng, F. (2002). *TQM adoption by hospitals in Taiwan*. *TQM* (Vol. 13).
59. Huq, H. (1996). A TQM evaluation framework for hospitals. *International Journal of Quality and Reliability* , 59-76.
60. Isouard, G. (2007). Quality in Clinical Practice. The Key elements in the development of a quality management environment for pathology services.
61. James , M., & Hunt, K. (1996). Accreditation at what cost? *Journal of Management in Medicine* , 49-56.
62. JCAH, J. (2009). *Ar. jointcommissioninternational.org*. Retrieved from Hospital Accreditation.
63. Jun, M., Cai, S., & Peterson, R. (2004). Obstacles to TQM Implementation in Mexico's Maquiladora Industry. *Total Quality Management* , 59-72.
64. Kaldenberg, R. (2003). Patient and Employee Satisfaction Linked .
65. Kanji, G. K. (1998). *Measure of business excellence* (Vol. 9).
66. Kohli, R. (1995). The application of TQM in a hospital's casualty and pathology departments. *International Journal of Quality and Reliability Management* , 12, 57-75.
67. Latham, M. (1995). *Constructing the Team: Joint Review of Procurement and Contractual Arrangements in the United Kingdom Construction Industry*. London.
68. Laza, R., & Wheaton, P. (2008). Recognizing the pitfalls of total quality management. *Public Utility Fortnightly*, 17-21.

- 69.Lee, T., Leung, H., & Chan, K. (1999). Improving quality management on the basis of ISO 9000. *TQM magazine* , 88-94.
- 70.Liu, W. (2004). The cross-national transfer of HRM practices in MNCs:An integrative research model. *International Journal of Manpower* , 500-517.
- 71.Mann, R. (2018). Factors affecting the implementation and success of TQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- 72.Martin , J., & Ruiz, U. (2016). *Quality control activities in 62 hospitals of the National Health System* (Vol. 3).
- 73.McAdam, R. (1996). Adressing the barriers of managing change . *Management Development Review* , 38-40.
- 74.McFadden , K., Stock, G., & Gowen, C. (2006). Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. *International Journal Of Operation and Production Management*, 26, 326-347.
- 75.Mellahi, K., & Eyuboglu, F. (2001). Critical factors for successful total quality management implementation in turkey.
- 76.Mellahi, K., & Eyuboglu, F. (2001). Critical factors for successful total quality management implementation in Turkey.
- 77.Mellahi, K., & Eyuboglu, F. (2001). Critical Factors for Successful total quality management implementation in Turkey.
- 78.Mellahi, K., & Eyuboglu, F. (2001). Critical Factors for successful total quality management Implementation in Turkey .
- 79.Mellahi, K., & Eyuboglu, F. (2001). Critical Factors for successful TQM implementation in Turkey.
- 80.Mo, J., & Chan, M. (1997). Strategy for the successful implementation of ISO 9000 in small and medium manufactures . *TQM Magazine* , 135-145.
- 81.Moser, S., & Bailey, T. (1997). Total quality management in the US Air force: a study of application and attitudes . *International Journal of Quality and Management* , 482-490.

82. Mostafa, S. M. (2004). Implementation of proactive maintenance in the Egyptian Glass Company. *Journal Of Quality in Maintenance Engineering* , 107-122.
83. Munro-Faure, L., & Munro-Faure, M. (1992). *Implementing Total Quality Management*. London.
84. Najmi, M., & Kehoe, D. (2000). An integrated framework for post-ISO 9000 quality development . *International Journal of Quality and Reliability Management* , 226-258.
85. Naylor, G. (1999). Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a health care organisation . *International Journal of Health Care Quality Assurance* , 37-44.
86. Nery, E. A. (2016). Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers.
87. O'Reilly, C. A., Chatman, J. A., & Caldwell, D. F. (1991). People and organizational culture: A profile comparison approach to person-organization fit. *Academy of Management Journal* , 487-516.
88. Ovretveit, J. (2001). A comparison of hospital quality programmes : lessons for other services . *International Journal of Services Industry Management* , 220-235.
89. Paton, R., & McCalman, J. (2000). *Change Management :A Guide to Effective Implementation* . London.
90. Pheng, L., & Alfelor, W. (2000). Cross-cultural influences on quality management systems: two case studies. pp. 114-118.
91. Philip, G. H. (1996). The measurement of service quality : a new P-C-P attributes model. *International Journal of quality and reliability management*.
92. Pomey, M. (2004). Accreditation: a tool for organisational change in hospitals? *Inrternational Journal of Health Care Quality Assurance* , 113-124.
93. Quazi , H., & Padibjo, S. (2002). A Journey toward TQM through ISO 9000 certification . *International Journal of Quality and Reliability Management* , 489-508.

94. Radovilsky, Z. D. (1993). *Quality improvement :analysis and modeling based on survey results*.
95. Raju, R., Jacobs, C., Schick, J., & Aviles , A. (2008). Transparency as a pillar of a quality and safety culture : the experience of the New York City health and hospitals corporation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 707-712.
96. Ray, T. (2005). *ISO 9001:2000 Audit Procedures, Second Edition*.
97. Raymond, S. (2002). *Human Resources Management* (4th ed.). Australia.
98. Ruiz, U., & Simon, J. (2004). Quality Management in health care: a 20 year Journey. *International Journal of Health Care and Quality Assurance*, 17, 323-333.
99. Rutz, A., & Pira, A. (2001). Quality Management in Acute Hospitals. *ETHzurich*.
100. Sanders, D., & Scott, C. (n.d.). *Passing your ISO 9000/QS-9000 Audit :A step by step Guide* . Boca Raton.
101. Sauro, J., & Lewis, J. (2012). *Quantifying the User Experience:Paractical Statistics for User Research*.
102. Scheuermann, L., Zhu, Z., & Scheuermann, S. (1997). TQM Success efforts: use more quantitative or qualitative tools? *Industrial Management and Data Systems* , 264-270.
103. Schneider , B. (2000). the psychological life of organisations.
104. Schubert, H. (1999). Comprehensive quality management in hospitals- experiences and recommendations. 93, 135-139.
105. Scrivens , E. (1998). Policy Issues in Accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 10.
106. Sekaran, U. (2006). Research methods for business: A skill building approach.
107. Sharif, I. (2005). The barriers affecting the implementation of quality management system "ISO 9000" in the libyan manufacturing sector. PhD thesis, University of Salford .

108. Sharp, J. (1997). TQM in Maintenance to Improve Manufacture Performance . Portland, Oregon.
109. Sharp, J. (2003). Problems and barriers in implementation of process-based quality management systems.
110. Sharp, J., Balzarovan, M., Castka, P., & Bamber, C. (2003). Problems and Barriers in implementation of process-based quality management systems. 8th International Conference on ISO 9000 and TQM, (pp. 134-140). Montreal .
111. Sherring-Lucas, B. (2005). ISO 9001:2008 In Brief, Second Edition.
112. Short, P., & Rahim, M. (1995). Total quality management in hospitals (Vol. 6).
113. Sila, I., & Ebrahimpour, M. (2003). Examination and comparison of the critical factors of TQM across countries . International Journal of Production Research, 235-268.
114. Stebbing, L. (1993). Quality assurance :the route of efficiency and competitiveness (3rd ed.). London.
115. Streb, C. K. (2010).
116. Sultani, E. (2005). Top management : a threat or an appportunity to TQM. Total Quality Management (Vol. 16).
117. Tari, J. (2005). Components of successful TQM (Vol. 117). TQM Magazine.
118. Taylor, P. J. (2002).
119. Taylor, W., & Wright , G. (2003). The impact of senior managers' commitment on the success of TQM programmes: An empirical study. International Journal of Manpower, 335-350.
120. Tayyara, G., Nasser, A., & Ghadban, G. (2006). Quality and its role in economical development. Retrieved from <http://mafhoum.com/syr/articles>.
121. Thorsteinsson, U., & Hage, C. (1991). Maintenance management profiles for industrial systems.

122. Tsim, Y., Yeung, V., & Leung, E. (2002). An adaptation to ISO 9001:2000 for certified organisations. *Managerial Auditing Journal*, 245-250.
123. Twati, J. M., & Gammack, J. G. (2006). The Impact of organisational culture innovation on the adoption of IS/IT: the case of Libya. *Journal of Enterprise Information Management*, 175-191.
124. Weeks, B., G., & Helms, M. (2010). Pre-assessment requirements for TQM implementation: a hospital case study. *International Journal of Organisational Theory and Behaviour*, 417-435.
125. Willoughby, S., & Wilson, D. (1997). Problems of Implementation force: Cowie to change its quality system. pp. 185-193.
126. Withers, B., & Ebrahimpour, M. (2002). Impact of ISO 9000 registration on European firms: a case Analysis. *Integrated Manufacturing Systems*, 139-151.
127. Yang, C. (2006). The impact of human resource management practices on the implementation of TQM. *Total Quality Magazine*, 162-173.
128. Yang, C. (2003). The establishment of a TQM system for the health care industry. *TQM magazine*, 93-98.
129. Yong, J., & Wilkinson, A. (2000). The long and winding road: The evolution of quality management. *TQM*.
130. Zairi, M. (1996). Economic Development and Global Competitiveness: Why should Arab Managers take notice of TQM? The 4th Arab Management Conference, (pp. 407-423). University of Bradford.
131. Zangwill, W. (2004). Ten mistakes CEOs make about quality. pp. 43-8.
132. Zhao, X., Maheshwari, S., & Zhang, J. (2015). Benchmarking quality practices in India, China, Mexico. *Benchmarking for Quality Management and Technology*, 20-40.

الملاحق

- ❖ ملحق رقم (1): قائمة المحكمين.
- ❖ ملحق رقم (2): نموذج الاستبانة المغلقة المحددة ب(نعم أو لا).
- ❖ ملحق رقم (3): الاستبانة النهائية.
- ❖ ملحق رقم (4): نموذج سؤال المقابلات المهيكلة.
- ❖ ملحق رقم (5): شهادة التدقيق الإملائي واللغوي.

ملحق رقم (1)

قائمة المحكمين

الرقم	الاسم	مكان العمل
1	د. أسامة شهوان	جامعة الخليل
2	د. حسين الجبارين	جامعة الخليل
3	أ.د. سمير أبو زنيد	جامعة الخليل
4	د. محمد عمرو	جامعة القدس المفتوحة
5	د. يحيى الرفاعي	جامعة الخليل

ملحق رقم (2)

نموذج الاستبانة المغلقة المحددة ب(نعم أو لا)

الموضوع: معيقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة الجودة الخدمات الصحية " JCI " في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني فرع الخليل
المحبين الأعزاء ...

انا الطالبة ياسمين حمدي الشريف من برنامج الماجستير في إدارة الأعمال (جامعة الخليل) ، أجري بحثا علميا تحت عنوان " معيقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية " JCI " في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني فرع الخليل " والهدف من هذه الدراسة هو استكشاف المعوقات لتطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة " JCI " في مستشفى الهلال الأحمر (فرع الخليل)، وذلك من اجل تخطي تلك المعوقات والحصول على الاعتماد الذي تسعى المستشفى للحصول عليه والذي بدوره يساعد في رفع مستوى وجودة الخدمة الطبية المقدمة لأبناء شعبنا.

إجاباتكم الدقيقة ستساعد كثيرا في نجاح هذه الدراسة التي تغطي قطاع حيوي ومهم في فلسطين.

شكرا لوقتكم الثمين

السؤال الأول :

هل تلتزم الإدارة العليا بتطبيق أحد أنواع إدارة الجودة الشاملة؟

0 نعم

0 لا

السؤال الثاني:

هل الإدارة العليا على معرفة ووعي بأهمية تطبيق نظام الجودة الشاملة وأثرها على تحسين الجودة في المستشفى؟

0 نعم

0 لا

السؤال الثالث:

هل الإدارة العليا على معرفة بال " JCI " الذي هو الأكثر استخداما في المجال الصحي؟

0 نعم

0 لا

السؤال الرابع:

هل الإدارة العليا على استعداد للموافقة على التكاليف المالية المرتفعة المصاحبة لعملية تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة " JCI " ؟

0 نعم

0 لا

السؤال الخامس:

هل الإدارة العليا على استعداد لإعطاء الوقت الذي يتطلبه تطبيق نظام اعتماد ال " JCI " ؟

0 نعم

0 لا

السؤال السادس:

هل المستشفى على استعداد لجذب و توظيف كوادر متخصصة بتطبيق ال " JCI "؟

0 نعم

0 لا

السؤال السابع:

هل توفر المؤسسة التدريب والتطوير اللازم للعاملين فيها ؟

0 نعم

0 لا

السؤال الثامن:

هل تقوم الادارة العليا بتحديد الاحتياجات التدريبية بالنسبة للأفراد المشاركين في تطوير وتحسين الجودة، فضلا عن تحديد الجهات المسؤولة عن عملية التدريب واتخاذ القرار بشأنها؟

0 نعم

0 لا

السؤال التاسع:

هل تقوم المستشفى بتوعية موظفيها على أهمية العناية بالمريض والحرص على حياته ؟

0 نعم

0 لا

السؤال العاشر:

هل يوجد مرونة وقابلية عند الإدارة والطواقم العاملة للتغيير نحو تطبيق هذا النظام؟

0 نعم

0 لا

السؤال الحادي عشر:

هل يوجد حاجز بين الموظفين والإدارة العليا في تطبيق التغيير والياتة؟

0 نعم

0 لا

السؤال الثاني عشر:

هل تعتمد المستشفى على أنظمة مكافحة العدوى؟

نعم

لا

السؤال الثالث عشر:

هل تدعم المستشفى تطبيق متطلبات مكافحة العدوى؟

نعم

لا

السؤال الرابع عشر:

هل تتبنى المستشفى نظام توثيق مستندي فعال؟

نعم

لا

السؤال الخامس عشر:

هل يوجد في المستشفى رقابة على ادخال البيانات والتعديل عليها وتوثيقها والاحتفاظ بها في مكان امن؟

نعم

لا

ملحق رقم (3)

الاستبانة النهائية



جامعة الخليل
كلية الدراسات العليا
برنامج إدارة الأعمال

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة تحت عنوان " معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات الصحية "JCI" في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (فرع الخليل) " .

وال(JCI)هي شهادة الاعتماد الأشمل عالميا في القطاع الصحي فيما يخص الجودة الصحية ، بحيث تتركز عملية الاعتماد من خلاله على رعاية المرضى وعلاجهم ، وكذلك على إدارة المستشفى والأنظمة الطبية المعمول بها .

وقد تم تصميم هذه الاستبانة من أجل تحقيق أهداف الدراسة ، والتي تشمل استكشاف المعوقات لتطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة "JCI" في مستشفى الهلال الأحمر (فرع الخليل)، وذلك لتخطي تلك المعوقات والحصول على الاعتماد الذي تسعى المستشفى للحصول عليه والذي بدوره يساعد في رفع مستوى وجودة الخدمة الطبية المقدمة لأبناء شعبنا.

إجاباتكم الدقيقة ستساعد في نجاح هذه الدراسة التي تغطي قطاعا حيويا ومهم في فلسطين ، علما بأن البيانات ستحاط بالسرية التامة وستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

الباحثة:

ياسمين حمدي الشريف

إشراف الدكتور :

محمد الجعبري

القسم الأول: البيانات الأولية:

أرجو وضع علامة (✓) داخل المربع المناسب لكم:

1- الجنس : ذكر أنثى

2- العلاقة مع المستشفى : عضو هيئة إدارية موظف

3- الدرجة العلمية: توجيهي دبلوم بكالوريوس

طبيب أخصائي دراسات عليا

4- المسمى الوظيفي :

5- نوع الوظيفة : طبية طبية مساندة إدارية مالية

6- القسم الذي تعمل به : الإدارة المختبر الأشعة الصيدلانية

تكنولوجيا المعلومات الجراحة الأطفال الولادة الخداج

العيادات الخارجية غيرها حدد :

7- سنوات العمل في المؤسسة : أقل من خمس سنوات بين 5-10

سنوات بين 10-15 سنوات أكثر من 15 سنة .

القسم الثاني : العوامل المؤثرة على تطبيق شهادة الـ "JCI" :

2.1 معوقات تتعلق بالقيادة (الإدارة العليا) :

أرجو وضع علامة (✓) في مكان الإجابة المناسبة لكل فقرة من الفقرات الآتية:

رقم الفقرة	معوقات تتعلق بالوعي والتحسين المستمر للجودة:	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	أضع العناية والإهتمام بالمريض في مقدمة اهتماماتي.					
2	يحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح في المقام الأول.					
3	سأشارك في ورشات العمل والمحاضرات الخاصة بتطبيق إدارة الجودة.					
4	أمتلك المعرفة والدراية بمبادئ تحسين الجودة.					
4	أعلم بوجود لجنة لتحسين الجودة لضمان سلامة المرضى.					
5	لدي معرفة كافية بمسألة تحليل العمليات الإدارية.					
6	لدي معرفة كافية بمسألة تحسين العمليات السريرية.					
7	أنا على معرفة بال (JCI) شهادة الاعتماد الأشمل في المجال الصحي.					
8	يضع المستشفى المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامه.					
9	تركز الإدارة العليا على تطوير استراتيجيات العناية بالمرضى من وجهة نظرك.					
10	تعديل الإدارة العليا على استراتيجياتها التشغيلية وفقا للتطور في المجال الصحي . والإدارة الإستراتيجية: (هي خطط تفصيلية تتضمن كافة الأنشطة والاجراءات المتعلقة بتنفيذ مبادرات الخطة الاستراتيجية الخاصة بالمستشفى).					
11	لدى الإدارة العليا آلية للإستجابة إلى نقص الموارد المطلوبة (بشرية ، مالية، تكنولوجية) لتقديم الخدمة الصحية اللازمة.					
12	لدى الإدارة العليا نظام فعال للإشراف على المرضى والذي يسمح بحل جميع شكاوي ومشاكل المرضى في التوقيت الصحيح.					

رقم الفقرة	معلومات تتعلق بالتكلفة المالية :	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
13	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لتأمين تواريخ الفحص الخاصة بال (JCI) من وجهة نظرك.					
14	الإدارة العليا على استعداد لدفع أعباء مالية لإعداد برنامج الفريق الفاحص الخاص بال (JCI) من وجهة نظرك.					
15	الإدارة العليا على استعداد لدفع كافة الأعباء المالية المتعلقة بتكاليف سفر الفاحصين (تشمل الانتقال جوا وبالقطار والسيارة) والإقامة بما في ذلك معدل يومي للوجبات والتكاليف العارضة من وجهة نظرك.					
16	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المتعلقة بالتغييرات الإنشائية (المباني والمعدات) اللازمة لمقابلة متطلبات شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.					
17	الإدارة العليا على استعداد لتحمل الأعباء المالية المرتبطة بتدريب الموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.					
18	الإدارة العليا على استعداد لتوظيف أشخاص متخصصين لتطبيق ال (JCI) من وجهة نظرك.					

رقم الفقرة	معلومات تتعلق بالوقت :	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
19	الإدارة العليا على استعداد للإلتزام بجدول زمني مدته (12-24) شهرا لنيل شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة (JCI) من وجهة نظرك.					
20	الإدارة العليا على استعداد لإعطاء وقت عمل اضافي للموظفين العاملين على شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.					
21	يوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات دورية لمناقشة ال (JCI) من قبل المسؤولين عنه من وجهة نظرك.					
22	يوجد إمكانية لتخصيص اجتماعات خاصة لمناقشة ال (JCI) من قبل أعضاء الهيئة الإدارية من وجهة نظرك.					
23	الإدارة العليا على استعداد لإعطاء الوقت الكافي للعاملين للحصول على التدريب اللازم لتطبيق شهادة ال (JCI) من وجهة نظرك.					

2.2 معوقات تتعلق بالثقافة التنظيمية في المستشفى :

أرجو وضع علامة (✓) في مكان الإجابة المناسبة لكل فقرة من الفقرات الآتية :

رقم الفقرة	معوقات تتعلق بالوقاية والسيطرة على العدوى	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	يتم التخلص من النفايات بشكل صحيح.					
2	يتم التخلص من الأدوات الحادة والأبر بالطريقة الصحيحة.					
3	يتم التنظيف والتعقيم الكافي للمعدات بما في ذلك المعدات التي تستخدم أكثر من مرة.					
4	يتلاءم نظافة المطبخ وإعداد الطعام وتداوله مع تقليل مخاطر العدوى.					
5	يوجد إمكانية لتوفير أجهزة تحكم هندسية عندما تقتضي الحاجة لتقليل مخاطر العدوى في المستشفى.					
6	يتم عزل المصابين بأمراض سارية أو مشتبه بإصابتهم، وفقا لسياسة المؤسسة والتوجيهات المقترحة.					
7	يوجد في المستشفى غرف الضغط السلبي ويقصد بها الغرف التي يكون بها ضغط الهواء منخفضا بحيث يمنع خروج الهواء منها، وبالتالي يمنع انتشار المرض داخل المستشفى.					
8	يتم إرشاد وتدريب العاملين على رعاية المرضى الناقلين للعدوى.					
9	تتوافر الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل (القفازات والأقنعة وغيرها من الأدوات الوقائية والصابون والمطهرات).					
10	تستخدم الأدوات اللازمة لمنع انتشار العدوى مثل القفازات والأقنعة وغيرها بشكل صحيح.					
11	يتم متابعة وتوثيق الزراعات البكتيرية المخبرية الخاصة بالمرضى حسب سياسة المستشفى.					

رقم الفقرة	معلومات تتعلق بإدارة الاتصالات والمعلومات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
12	وسائل وطرق التواصل بين أقسام المستشفى المختلفة واضحة وفعالة.					
13	تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية المعنيين لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية.					
14	يتم المحافظة على خصوصية المعلومات وسريتها.					
15	يوجد لدى المستشفى سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.					
16	تنشئ المستشفى سجلا سريريا لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته.					
17	تحدد سياسة المستشفى الأشخاص المخولين ادخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته.					
18	تحال المعلومات المتعلقة برعاية المريض معه عندما ينتقل إلى مستشفى آخر.					
19	تبلغ المستشفى المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.					
20	تبلغ المستشفى عائلات المرضى عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها.					
21	تتواصل المستشفى مع المجتمع لتسهيل تقديم الرعاية للمرضى.					
22	تتواصل المستشفى مع المجتمع للحصول على المعلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى.					

2.3 معوقات تتعلق بالموارد البشرية :

أرجو وضع علامة (✓) في مكان الإجابة المناسبة لكل فقرة من الفقرات الآتية :

رقم الفقرة	معلومات تتعلق بالتوظيف والتدريب :	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	تحدد المستشفى المستوى التعليمي للعاملين ومهاراتهم ومعرفتهم بما يتناسب مع وصفهم الوظيفي .					
2	توجد في المستشفى معلومات موثقة عن جميع العاملين (تشمل: مؤهلاته، نتائج تقييمه، سجل عمله).					

					3 توفر المستشفى تدريب وتطوير بشكل مستمر للعاملين فيها.
					4 يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.
					5 تشجع المستشفى العمل الجماعي وروح الفريق.
					6 يوجد لدى المستشفى نظام تقييم فعال لملاحظة أداء الموظفين.
					7 يوجد لدى المستشفى نظام فعال لمكافأة جهود الموظفين.
					8 المستشفى على استعداد لجذب وتوظيف كوادر متخصصة بتطبيق ال (JCI).
					9 تقوم المستشفى بتوعية موظفيها على أهمية العناية بالمريض والحرص على حياته.
					10 تطور المستشفى برامج تدريبية خاصة لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.
					11 لدى المستشفى نظام حوافز قادر على تحفيز العاملين على تحسين أدائهم.
					12 يوجد قابلية عند الإدارة للتغيير نحو تطبيق ال (JCI).
					13 يوجد قابلية عند الطواقم العاملة للتغيير نحو تطبيق ال (JCI) .
					14 يوجد في المستشفى ثقافة تنظيمية ملائمة لتطبيق معايير ال (JCI)، والثقافة التنظيمية هي : (التصرفات والخبرات والمعتقدات والقيم الفردية والإجتماعية التي يشترك بها العاملين في المستشفى).
					15 يقوم المستشفى بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية لجميع العاملين.
					16 تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين في المستشفى.

أية معوقات أخرى تقترحها

.....

.....

.....

بارك الله فيكم ، وجزاكم الله كل خير .

ملحق رقم (4)

نموذج سؤال المقابلات المهيكلة

سؤال المقابلة الذي تم طرحه من قبل الباحثة لأعضاء الهيئة الإدارية ورؤساء الأقسام ومسؤوليها في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني محل الدراسة .

التاريخ :

اليوم :

الوقت : _____ : _____

سؤال المقابلة :

برأيك ما هي أهم المعوقات المتوقعة لتطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمات

الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر؟

ملحق رقم (5)

شهادة التدقيق الإملائي واللغوي

تحية وبعد ...

الموضوع : تدقيق رسالة الماجستير

فأنا الموقع أدناه مراد عبد الرحمن محمود جوابرة أشهد أنه تم تدقيق النسخة قبل النهائية
لرسالة الماجستير التي بعنوان: معوقات تطبيق شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة
لجودة الخدمات الصحية (JCI) في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني - فرع مدينة
الخليل.

وعليه فإنني لا أتحمل مسؤولية ما يرد في النسخة النهائية لرسالة الماجستير.

التوقيع

