



دور تطبيق الاهداف الدوائية لسلامة المرضى وأثره في تحسين الخدمات الصحية في المستشفى الأوروبي

قدم هذا البحث كجزء من متطلبات نيل شهادة البكالوريوس في الإدارة الطبية
جامعة ٢١ سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية

تحت إشراف:

د/ منير مصلح الوصابي

إعداد الطالبات:

إبباء أحمد محمد الجلال
الزهراء شرف الدين محمد النعمي
ريم عبدالله أحمد الخزان
ظلال محمد علي الشاجع

صنعاء

2020

1443

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله على ما أنعم به علينا من نعمه وتوفيقه في إتمام هذا العمل، و نتوجه بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من مد لنا يد العون في إعداد هذا البحث ونخص بالشكر الراعي الأول معالي رئيس الجامعة أ. د. مجاهد معصار، ونوابه الكرام. كما نتوجه بوافر الشكر لعميد كلية الإدارة الطبية د/ جميل مجلي. ونتقدم بجزيل الشكر والعرفان لمشرفنا الفاضل الذي لم يتوان في تقديم كل ما في وسعه من جهد لمساعدتنا وإرشادنا نحو الأفضل ومتابعتنا في كل وقت د/ منير مصلح الوصابي .

ولأعضاء لجنة المناقشة الذين شرفونا بقبول مناقشة بحث التخرج وهم:

د/ خالد المؤيد

د/ مطيع ابو عريج

د/ جميل مجلي

وكذا نتقدم بالشكر لكل من ساعدنا في المستشفى الأوروبي الحديث وعلى رأسهم :

مدير عام المستشفى: د/ سامي سفيان.

مدير إدارة الجودة: د/ عرفات الجبوبي.

مستشار الجودة: د/ بسام الحميري.

وجميع الكوادر الطبية والإدارية في المستشفى.

كما نتقدم بالشكر والامتنان لدكاترتنا الفاضلين الذين استرشدنا بهم في مراحل دراستنا:

د/ إبراهيم عبد المغني.

د/ محمد المكردي.

د/ حسين عبد المغني.

ولا ننسى زميلتنا / تيسير عبدالرحمن هادي.

أدامك الله ذخراً للوطن وللعلم وطالبه.

الاهداء

إلى معلم البشرية
عل علمنا يجعلنا نسير في الطريق الذي يلق بكوننا من أمتك

إلى وطننا الحبيب
عل حبنا يجعلنا دواء وبلسم لبعض جراحك الغائرة

إلى الأب الغالي
كانت أكبر الدوافع أن نرفع رأسكم، فكل ما يستحق الفخر ينسب لكم

إلى الأم المضحية
لولا آمالك لما كان للآمال واقع

إلى الأخت المساندة
هذه ثمرات مساندتك ردت إليك حباً وامتنان

إلى الأخ العظيم
طيفك يتقدم بي آلاف الأميال كلما خطرت ببالي

إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل المتواضع.
إلى كل من علمنا حرف

إلى هذا الصرح العلمي: جامعة ٢١ سبتمبر.

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(١-١)		٣٢
(١-٢)		٥٩
(٢-٢)		٦٠
(٣-٢)		٦١
(٣-٢)		٦٣
(٤-٢)		٦٣
(٥-٢)		٦٥
(٦-٢)		٦٦
(٧-٢)		٦٧
(٨-٢)		٦٩
(٩-٢)		٧٠
(١٠-٢)		٧١
(١١-٢)		٧١
(١٢-٢)		٧٢
(١٣-٢)		٧٣
(١٤-٢)		٧٤
(١٥-٢)		٧٥
(١٦-٢)		٧٦
(١٧-٢)		٧٦
(١٨-٢)		٧٧
(١٩-٢)		٧٧
(٢٠-٢)		٧٨
(٢١-٢)		٧٩
(٢٢-٢)		٨١
(٢٣-٢)		٨٢
(٢٤-٢)		٨٣

فهرس الاشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
(١-١)		٤٧
(٢-١)		٤٨
(٣-١)		٤٨
(١-٢)		٦٢
(٢-٢)		٧٢
(٣-٢)		٧٣
(٤-٢)		٧٤
(٥-٢)		٧٥

جدول المحتويات

٢	شكر وتقدير.....
٣	الاهداء.....
٤	فهرس الجداول.....
٥	فهرس الاشكال.....
٧	المستخلص.....
١٠	الفصل الاول:.....
١٠	الإطار العام للدراسة.....
١١	منهجية البحث.....
١٦	الفصل الثاني.....
١٦	الإطار النظري.....
١٧	الاول.....
١٧	١-٢-١ جودة الخدمات الصحية.....
٢٢	المبحث الثاني.....
٢٢	١-٢-٢ تقييم الأداء.....
٤٦	(JCI - المعايير العالمية.....
٤٦	اقسام المعايير.....
٤٦	
٤٦	اولا : المعايير التي تركز على المريض.....
٤٦	ثانيا: المعايير الإدارية.....
٤٧	ثالثا: المعايير الأكاديمية.....
٤٧	الأهداف الدولية لسلامة المرضى:.....
٥٥	الفصل الثالث:.....
٥٥	الإطار العملي.....
٥٦	المبحث الاول.....
٥٦	نضرة عامة على المستشفى الأوروبي ١-٢.....
٧٧	الاجابة على فرضيات البحث.....
٨٢	النتائج والتوصيات.....
٨٢	اولاً: النتائج:.....
٨٤	ثانياً: التوصيات:.....
٨٥	قائمة المراجع.....
٨٧	الملاحق.....

المستخلص

دور تطبيق الاهداف الدولية لسلامة المرضى في تحسين الخدمات الطبية في المس=مستشفى الاوروبي

تعتبر الأهداف الدولية لسلامة المرضى من الأدوات الأساسية لتحسين الجودة في المستشفيات، وبناء على ذلك هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة واقع تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى، وأثرها على جودة الخدمات الصحية خلال الأعوام (٢٠٢٠-٢٠٢١)، بهدف زيادة ادراك مدراء المستشفيات لأهمية تطبيق هذه المعايير بما يشجع اعتناق بقية المستشفيات العامة والخاصة لتطبيق نظم الجودة والارتقاء بالوضع الصحي الوطني. يمكن اعتبار هذه الدراسة دراسة وصفية تحليلية استدلالية، جمعت بياناتها بواسطة استبانة" شملت (٣٨) سؤالاً، تم توزيعها على عينة عشوائية من (١٠٠) موظفاً، واسترد منها (٩٠) استبانة، بنسبة استجابة بلغت (٩٠%) وعولجت (SPSS, V.21 إحصائياً بواسطة استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) الوصفي التحليلي لفحص متغيرات الدراسة، والتكرارات، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وتحليل الارتباط والانحدار، وتحليل كروسكال-والس، من أجل معالجة البيانات والمعلومات. وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفى الأوروبي الخاص يطبق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى بمستويات إيجابية متفاوتة، وقد كان أعلى مستوى تطبيق لمعايير تحديد هوية المريض، وأقل مستوى تطبيق في معايير ضمان الجراحة الآمنة. كما أظهرت الدراسة أن متوسط جودة الخدمات الصحية في المستشفى الأوروبي كان عال أيضاً. وقد أثبتت الدراسة وجود أثر ذو دلالة إحصائية نحو تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى في مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى الأوروبي حيث بلغت نسبة تأثيرها على جودة الخدمات الصحية ٥٩%. كما توصلت الدراسة الى عدم وجود فروق معنوية نحو تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى تعزى للمتغيرات الديمغرافية. وقد قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات إلى المستشفيات العامة والخاصة في مجالات ضرورة وأهمية التزام المستشفيات الأخرى بتطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى، وتقييم مستويات تطبيقها، وذلك بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية العامة والخاصة.

Abstract

The international goals for patient safety are considered one of the basic tools for improving quality in hospitals, and accordingly the current study aimed to know the reality of applying the standards of the international goals for patient safety, and their impact on the quality of health services during the years (2020-2021), with the aim of increasing the awareness of hospital managers of the importance of applying these Standards to encourage the conversion of other public and private hospitals to apply quality systems and improve the national health status.

This study can be considered a descriptive analytical inferential study, the data of which were collected using a questionnaire that included (38) questions, which were distributed to a random sample of (100) employees, from which (90) questionnaires were retrieved, with a response rate of (90%) and were statistically treated by using a program The Statistical Package for Social Sciences (SPSS, V.21) relied on analytical descriptive statistics to examine study variables, frequencies, arithmetic means, standard deviations, correlation and regression analysis, and Kruskal-Wallis analysis, in order to process data and information.

The study found that the European private hospital applies the standards of international goals for patient safety with varying positive levels, and it was the highest level of application of patient identification standards, and the lowest level of application in the standards to ensure safe surgery. The study also showed that the average quality of health services at the European Hospital was also high. The study demonstrated a statistically significant effect towards the application of the standards of the international goals for patient safety on the quality of health services in the European hospital, where the percentage of its impact on the quality of health services reached 59%. The study also found that there were no significant differences towards the implementation of the international goals for patient safety due to demographic variables.

The study presented a set of recommendations to public and private hospitals in the areas of necessity and importance of other hospitals 'commitment to implementing the standards of international goals for patient safety, and assessing the levels of their application, with the aim of improving the quality of health services in Yemeni public and private hospitals.

المقدمة

يشهد العالم الحديث اليوم متغيرات عديدة في جميع الميادين سواءً كانت اقتصادية، اجتماعية وغيرها. لذلك تسعى الكثير من المنظمات الصحية ومنها المستشفيات للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها حتى تصل لدرجة التميز الذي يعد مثلاً يتوق إليه كلاً من مقدمي الخدمة وكذا المستفيدين منها على حد سواء، إذ تقوم تلك المؤسسات باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها، ومن أهم تلك الاستراتيجيات هي الاهتمام بجودة تطبيق المعايير بوصفها استراتيجية مهمة تساعد المستشفيات وغيرها على تلبية رغبات ومتطلبات واحتياجات العملاء بالجودة الصحية وتجنب الأخطاء؛ لذا تعد معايير الجودة من أهم القضايا التي تهتم بها القيادة الإدارية في أي منظمة تسعى لرفع مستوى أدائها من الناحية الإنتاجية والخدمية.

والسبب في ذلك يعود بالدرجة الأساسية إلى أن معايير الجودة هي الشريان الحيوي الذي يمد المنظمة بدماء جديدة متدفقة، وزيادة في الربحية، وتردد متزايد للمستفيدين من الخدمة فضلاً عن دورها في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة الصحية وغيرها.

إن الاهتمام بتطبيق معايير الاعتماد الدولية والعالمية لا تعتبر موضوعاً جديداً، لكن الجديد في الموضوع يكمن في عملية استخدام الأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق المعايير الملائمة وتكييفها على البيئة المحيطة. وعليه فإن البحث يسعى إلى تطوير الخدمات الصحية من خلال تطبيق المعايير الدولية لسلامة المرضى، لذا جاء البحث في أربعة محاور هي :

- المحور الأول: منهجية البحث
- المحور الثاني: الجانب النظري
- المحور الثالث: الجانب العملي (دراسة حالة)
- المحور الرابع: أهم الاستنتاجات والتوصيات

الفصل الاول:
الإطار العام للدراسة

١ - ١ مشكلة البحث

تعتبر الخدمة الصحية محور حيوي وخدمة أساسية لأي مجتمع؛ لأنه يُعتبر من المتطلبات الأساسية لصحة الإنسان، وكذا سبب رئيسي في تنمية البلد من خلال مجتمع صحيح قادر على البناء، وتعتبر الجمهورية اليمنية من الدول النامية صحياً، حيث أن القطاع الصحي يعاني من مشاكل عديدة جعلت خدماته المقدمة تتسم بالضعف، وارتفاع نسبة الأخطاء الطبية، وانخفاض رضى المرضى عن الخدمات المقدمة له في هذا القطاع الحيوي، مما دفع الكثير من المرضى للسفر لتلقي العلاج خارج الوطن، وتدهور الوضع الاقتصادي وفقدان الثقة بمقدمي الخدمة، وكانت الفجوة المسببة هي تجاهل تطوير الخدمات الصحية المقدمة، وعدم تطبيق معايير قياسية تكشف مواضع القوة والضعف وتساعد على تطوير جودة الخدمة الصحية الوطنية.

ومن هذا المنطلق يمكن طرح إشكالية البحث كالآتي:

ما مدى تطبيق المعايير (JCI) المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى في المستشفى الأوروبي بالجمهورية اليمنية، وما مدى تأثيرها على جودة الخدمات الصحية المقدمة فيه ؟

ومن هذه المشكلة يمكن طرح الاسئلة الفرعية الآتية:

١. ما مدى تطبيق المعايير (JCI) المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى في المستشفى (الأوروبي)؟
٢. ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى (الأوروبي) من وجهة نظر العاملين فيه؟
٣. هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى (الأوروبي)؟
٤. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى بالمستشفى الأوروبي تعزى للمتغيرات الديمغرافية ٠٠٠

١ - ٢ فرضيات البحث:

وللإجابة على اشكالية البحث واسئلته الفرعية تفترض الباحثة ما يلي:

الفرضية الأولى: مستوى تطبيق المستشفى الأوروبي لمعايير اللجنة المشتركة الدولية (JCI) المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى منخفض.

الفرضية الثانية: مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى الأوروبي منخفض.

الفرضية الثالثة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الأوروبي.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى في المستشفى الأوروبي تعزى للمتغيرات الديمغرافية (جنس العاملين، المؤهل، التخصص، سنوات الخبرة).

١-٣ أهمية البحث:

يستمد البحث أهميته من كون القطاع الصحي يعد من أهم القطاعات؛ لأهمية طبيعة الخدمة الصحية التي تقدمها للمواطنين لاتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية والنهوض بالمجتمع، ولتحقيق ذلك تحتاج المستشفيات الى تبني وتطبيق نظم الجودة التي ترتقي بمستوى الخدمة الصحية وإلى معايير ومؤشرات صحية معتمدة لمعرفة وقياس مستوى الجودة المحققة بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها.

كما يسلط البحث الضوء على تجربة المستشفيات الخاصة حول تطبيق المعايير المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى ودوره في تحسين الجودة، وستساعد مديري المستشفيات وأصحاب القرار على بيان ماهية مضامين معايير الاهداف الدولية لسلامة المرضى وأثره على الجودة، ومن جانب آخر سوف يسعى البحث في تحقيق مساهمة متواضعة في حقل الجودة الصحية من خلال تحقيق النتائج التالية:

١-٤ أهداف البحث:

- التعرف على الأهداف الدولية لسلامة المرضى التابعة للجنة المشتركة الدولية للمؤسسات الصحية.
- التعرف على مستوى الجودة وفروقات تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية في المستشفى الأوروبي من وجهة نظر العاملين .
- الكشف عن أثر تطبيق المعايير المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى في أداء المستشفى الأوروبي.
- الكشف عن دور خصائص العاملين في تفسير الاختلافات الممكنة في أثر تطبيق المعايير المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى في المستشفى الأوروبي.
- زيادة إدراك مدراء المستشفيات لأهمية تطبيق المعايير المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى، بما يشجع اعتناق بقية المستشفيات العامة والخاصة لتطبيق نظم الجودة، والارتقاء بالوضع الصحي الوطني.
- الخروج بعدد من التوصيات والحلول التي من شأنها أن تساهم في تطوير وتحسين المستشفيات اليمنية والوضع الصحي الوطني بشكل عام.

١-٥ منهج البحث وادوات جمع البيانات:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه المسح والتحليل الذي يتلاءم مع طبيعة الموضوع للتحقق من إدراك تأثير المعايير المتعلقة بالأهداف الدولية لسلامة المرضى على جودة الخدمات الصحية في المستشفى الأوروبي، وقد تم الاعتماد في ذلك على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من مصادرها الأولية، كما تم تم الاعتماد على الكتب والدراسات السابقة والمراجع المتخصصة لجمع البيانات المتعلقة بالموضوع من مصادرها الثانوية، وقد اعتمدت الباحثات على سلم ليكرت الخماسي عند صياغة فقرات الاستبيان وتم استخدام الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS. V21) في اختبار الفرضيات وتحليل بيانات الدراسة باستخدام ادوات الاحصاء الوصفي والاستدلالي.

١-٦ الحدود المكانية والزمانية للدراسة:

- الحدود الزمانية: تم اجراء الدراسة الميدانية خلال الفترة من نوفمبر وحتى ديسمبر ٢٠٢٠م.
- الحدود المكانية: طبقت الدراسة في المستشفى الاوروبي الخاص في الجمهورية اليمنية بأمانة العاصمة صنعاء.

١-٧ متغيرات الدراسة:

- المتغير المستقل: مدى تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى التابعة لمعايير اللجنة المشتركة الدولية (JCI. V7) لآخر إصدار لها (2021) :
- المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية.
- المتغيرات الديمغرافية: (الجنس، المؤهل، التخصص، سنوات الخبرة).

١-٨ الدراسات السابقة

لقد تسنى للباحثات الوقوف على جملة من الدراسات السابقة، كان أهمها ما يلي:

- الدراسات العربية:

١. دراسة منير الوصابي **2011-2012** (عنوان الدراسة دور انظمة الجودة في تحسين اداء المرافق الصحية في اليمن) وقد هدفت الدراسة الى التعريف بنظم الجودة ومراحل تطبيقها والمعايير المستخدمة وكذا التعريف بواقع القطاع الصحي اليمني للفت انتباه المعنيين بأهمية تطبيق الجودة في تحسين الخدمات الصحية وكان من اهم توصياته:

- ضرورة قيام وزارة الصحة بإصدار قانون يمنع استغلال الترويج لتحويل المرضى للمنشآت الخاصة لهم
- تطوير التعليم الصحي ورفع كفاءته لتحسين القائمين على الخدمات
- واهم ما حرص عليه في توصياته هو تكوين نظام صحي موحد لجميع المؤسسات الصحية لمعرفة الفجوات والخلل وحلها في اسرع وقت.

٢. دراسة وفاء نايل عطا الله كرداشة (2012) (عنوان الدارسة تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبدالله للأطفال في الأردن) و التي هدفت إلى التعرف على مدى تطبيق معايير الاعتماد في المستشفى، والتعرف على مستوى متغيرات الدراسة في تطبيق معايير الاعتماد في المستشفى، وتحديد أثر المعايير على تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وكان من توصياته:
- ينبغي على الادارة العليا ان تراعي تطبيق إدارة الجودة الشاملة
- ضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على متلقي الخدمة (المرضى)،
- ضرورة العمل على تعزيز مبدأ عمل الفريق الواحد ،
- الاهتمام بالتحسين المستمر والعمل على تدريب وتأهيل مقدمي الخدمة، وعقد المزيد من الندوات العلمية.
- إجراء دراسات مستقبلية في نفس القطاع وفي قطاعات خدمية أخرى .

- ٢- دراسة ميساء فتحي عيد أبو حصيرة(2016)التي هدفت الى تقييم جودة الخدمات المقدمة في المستشفى حسب

معايير جودة الخدمات الصحية، وتقييم ودعم الادارة للعاملين ، وتطوير وتحسين المجالات المحتاجة لها داخل المستشفى، والتعرف على مواطن القوة والضعف في أداء المستشفى، ورصد أهم المقترحات التي من شأنها معالجة أوجه القصور في أداء المستشفى، وكان من أهم توصياتها:

- العمل على توفير الامان الوظيفي للموظفين من خلال تزويدهم بحقوقه الطبيعية ،
- تطوير المرافق الصحية والبنية بما يتناسب مع المعايير الدولية المعتمدة لإنشاء المؤسسات الصحية ،
- توفير المتطلبات اللازمة لتطبيق المعايير،
- التوعية المستمرة لمتلقي الخدمة بضرورة الالتزام بالتعليمات،
- توفير الخدمات الصحية المساندة على مدار الساعة ; لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

٣- دراسة خلود محمد عيسى أبو رحمة (2016) التي هدفت إلى تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين و الباحثين الاجتماعيين، قد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، معتمده على الاستبانة كأداة رئيسية للدراسة للمستشفيات الحاصلة على الاعتماد الصحي، أظهرت هذه الدراسة أن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الأطباء و التمريض و الباحثين الاجتماعيين، كما أظهرت الحاجة إلى قياس الجودة من وجهة نظر المرضى.

٤- دراسة احمد شاكرا (2018) (عنوان الدراسة مدى تطبيق ادارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات) وقد هدفت الدراسة الى معرفة واقع تطبيق مبادئ ادارة الجودة الشاملة في مستشفى، و ابراز مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، والقاء الضوء على اهم مبادئ ادارة الجودة الشاملة ، والوقوف على متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة و واستخلاص الحلول للمستشفيات لرفع درجة الجودة، وقد توصل الى التوصيات الآتية:

- ينبغي على الادارة العليا ان تراعي تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- ضرورة تعزيز مفاهيم ومبادئ ادارة الجودة الشاملة وترسيخها لدى العاملين.
- ضرورة العمل على تعزيز مبدأ عمل الفريق الواحد.
- التأكيد على ضرورة التطبيق الشامل لمبادئ ادارة الجودة الشاملة على كافة العاملين ، وخاصة اصحاب الخبرات البسيطة والمتوسطة في الوظيفة.

٥- دراسة أحمد عبد الستار حميد (2020) التي هدفت إلى تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) لتدقيق أداء المستشفيات، هدفت هذه الدراسة إلى تعريف الاعتماد الصحي و معايير الاعتماد الصحي و عملية تدقيق الأداء على وفق تلك المعايير و بالتحديد المعايير الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية كونها تركز على رعاية المريض للوصول إلى مستوى الأداء و معرفة المعوقات التي تؤدي إلى ضعف الأداء تلك المؤسسات، حيث تم التوصل إلى مجموعة من الاستنتاجات أهمها ما يأتي: ١. لم تستعمل معايير الاعتماد للمستشفيات (HCAC) كمؤشرات لتطوير مستوى أداء المستشفيات في القطاع الحكومي ٢. اعتماد مؤشرات أداء صحي من قبل وزارة الصحة لا تطابق معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات (HCAC)، حيث وصى الباحث إلى ما يلي: ١. اعتماد معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات لغرض تطوير الأداء لتلك المؤسسات ٢. الارتقاء بمؤشرات الأداء الصحي للمستشفيات من قبل وزارة الصحة بما يواكب معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات (HCAC).

• الدراسات الأجنبية:

٦- دراسة (Fadi –et, 2008) بعنوان:

"The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses "

هدفت الدراسة إلى بيان تقييم أثر الاعتمادية على جودة الرعاية الصحية من خلال العاملين في القطاع الصحي وكانت عينة الدراسة من الممرضين ، هدفت أيضا إلى بيان وشرح أثر العوامل التي تؤثر على جودة الرعاية الصحية. أجريت الدراسة في لبنان ، وكانت العينة (١٠٤٨) ممرضة قانونية من (٥٩) مستشفى معتمد وكانت النتائج مرتفعة وإيجابية لعينة الدراسة حيث المعايير التي استخدمت أشارت إلى ارتفاع وتحسن إدراك ووعي الممرضات في تقديم الرعاية الصحية. وكانت النتيجة بأن الاعتماد الصحي هو نظام ناجح لتطوير وتحسن الرعاية الصحية لذلك أوصت الدراسة بتقييم جودة النتائج حسب تحسن حالات المرضى .

٧- دراسة (pomy –et,al. 2010) بعنوان:

"Does accreditation stimulate change ? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations"

هدفت الدراسة إلى بيان أهمية تطبيق معايير الاعتماد في المؤسسات الصحية وأثره في تغيير وتطوير وإيجاد سياسات وإجراءات حديثة تواكب الجديد من جودة الرعاية الصحية والسلامة للمرضى والبيئة، وكانت النتائج تؤكد بأن هناك أثر ايجابي للاعتماد الصحي لتطوير الرعاية الصحية والمنفعة الاقتصادية والتطوير وتحسين جودة الخدمة للمؤسسات للوصول للأهداف المؤسسية.

٨- دراسة (Ebrahim.J-el, al. 2011) بعنوان:

"Health care Accreditation System: Further Perspectives On Performance Measures"

هدفت الدراسة إلى تحديد واقتراح تدابير لتقييم أداء برامج الاعتماد في الرعاية الصحية، واستخدام بعض التدابير كوسيلة لدعم قرار قد اتخذته السلطات وصناع القرار لتقييم برامجها خلال فترة محدده، والإسهام في معرفة قياس الأداء وتحسين الاعتماد في مجال الرعاية الصحية. وقد استندت هذه الدراسة على البحوث الاستكشافية التي استخدمت الطرق النوعية ، أسلوب أخذ العينة ، مقابلات، البريد الالكتروني وتحليل المحتوى الموضوعي، بين مؤسسات الرعاية الصحية والجامعات والمؤسسات المصاحبة للاعتماد في كندا، أستراليا وفرنسا. نتائج التحليل أدت إلى مفاتيح لقياس وتقييم برامج الاعتماد والمقاييس التي من الممكن استخدامها لتقييم الأداء العام لبرامج الاعتماد في الرعاية الصحية، هذه التدابير تعتمد على ملامح ومحتوي كيفية الأداء والاعتماد لمن يعمل على هذه البرامج و أوصى الباحث بأجراء المزيد من البحوث التجريبية و المستمرة في محاولة تحقيق علامات مؤكدة وبناء إضافية من تدابير الأداء.

٩- دراسة (C.sack –et, al. 2011) بعنوان:

"Is There Association Between Hospital Accreditation And patient Satisfaction With Hospital?"

هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين رضا المرضى والاعتماد . تمت الدراسة في ألمانيا وكانت مسح للمرضى (٣٧٠٠٠) مريض في (٧٣) مستشفى ، تمت الدراسة ما بين كانون الثاني و أيار من عام (٢٠٠٧) بعد خروج المرضى من المستشفى ، بعد تلقيهم العلاج كانت نتائج الدراسة تدعم الفكرة بأن لا يرتبط الاعتماد على قياس نوعية أفضل من الرعاية كما يراها المريض ، اعتماد المستشفيات قد تمثل خطوة نحو إدارة الجودة الشاملة لكن قد لا تكون عاملا أساسيا لنوعية الرعاية التي تقيس رغبة المريض.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الاول

١-٢-١ جودة الخدمات الصحية

• تعريفات عامة:

١- مفاهيم عامة (General Concept) :

- مفهوم الصحة Health Concept : عرفت منظمة الصحة العالمية (W. H. O) الصحة بأنها السلامة الجسدية والعقلية والصحية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو ضعف الجسم.
- مفهوم المرض Illness Concept : يُعرف معجم وبستر (Webster) المرض بأنه عدم الارتياح أو القلق Uneasiness or Distress، بل الأكثر من ذلك، في أن الابتعاد عن الصحة يعد مرض في حد ذاته.
- a. الخدمة Service Concept :

تعرف الخدمة بأنها أي فعل أو نشاط يحقق المنفعة للآخرين ويستهدف الحصول على رضاهم، وتتميز هذه المنفعة بأنها غير ملموسة ولا يمكن تملكها أو نقلها، كما أنها تنتج وتستهلك في نفس الوقت، وقد يرتبط إنتاجها بمنتج مادي أو لا يرتبط.

b. مفهوم الجودة Quality:

قبل التحدث عن مفهوم جودة الخدمات الصحية لابد من التحدث عن مفهوم الجودة، حيث يرجع أصل كلمة الجودة (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualities)، وتعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء، أما عبر الحقب المختلفة للتاريخ الإنساني، فتعني "الدقة و الإتقان"

تعرف الجودة من منظور الإسلام^١:

تعد جودة العمل وإتقانه في كل شؤون الحياة أساسا من أساسيات ديننا الحنيف إذ ورد الأمر بذلك في كتاب الله وسنه نبيه محمد، ولقد وجه سبحانه على أن صفتي الحفظ والعلم أساسا لنجاح العامل في عمله وسبب لجودة العمل وإتقانه .

قال تعالى: (قَالَ اجْعَلْنِي عَلَى خَزَائِنِ الْأَرْضِ إِنِّي حَفِيظٌ عَلِيمٌ). [سورة يوسف : ٥٥] .

وأورد سبحانه في آية أخرى أهمية التحلي بصفتي القوة والامانة في كل من يسند إليه عمل، قال تعالى: (قَالَتْ إِحْدَاهُمَا يَا أَبَتِ اسْتَجِرْهُ إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ) . [سورة القصص : ٢٦]

^١ الجزائري، ومحمد، وشنتيت، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفحاء العام - البصرة، رسالة ماجستير، إدارة أعمال، البصرة: جامعة البصرة، ٢٠١٢ ص ١٠.

^٢ الوصابي منير، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن، دراسة حالة مستشفى ٤٨ النموذجي في الفترة ٢٠١١-٢٠١٢، رسالة الماجستير، ماجستير في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، كلية علوم الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، ٢٠١٢، ص ١٩.

^٣ رضوان محمود. إدارة الجودة الشاملة. ط ١. مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر، ٢٠١٢، ص ١٢.

ومدار كل هذا الصفات يدور حول إحسان العمل وإجادته، إذ العبرة ليست بكثرة العمل بقدر ما هو بحسنه.. قال تعالى (الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ). [سورة الملك : ٢]

وعلى سياق المعنى يأتي تأكيد السنة المطهرة ..فقال رسول الله(ص): (لإن الله كتب الإحسان على كل شيء). ويمكن تلخيص تعريف الجودة في كلمة واحدة (الإحسان) والتي تعني إتقان العمل الذي يقوم به المسلم وبذل الجهد لإجادته ليصبح على أكمل وجه .

ويعرف جوران الجودة بأنها الملائمة للاستخدام. ويعرفها كروسبي بتعريف يشترط فيه ثلاثة شروط لتحقيق الجودة:

١. الوفاء بالمتطلبات.

٢. انعدام العيوب.

٣. تنفيذ العمل بصورة صحيحة من أول مرة و كل مرة.

و يعرفها ديمينج بتعريف مختصر يكاد يجمع التعريفين إذ يقول إن الجودة هي تحقيق احتياجات و توقعات المستفيد حاضراً و مستقبلاً.

كما تعرف الجودة أنها تقديم المنتج أو الخدمة بما يتلاءم ويتطابق مع توقعات و احتياجات الزبون^١.

المفهوم الحديث للجودة هو "مجموعة من الصفات و الخصائص و المعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج و بما يتطابق مع و يلبي رغبات و تفضيلات المستهلك".

وعرفت الهيئة الأمريكية للجودة (American Society of Quality) بأنها مجموعة الخصائص و المميزات للسلع و الخدمات التي تعتمد على قدرتها في إرضاء الحاجات المحددة للمستهلك.

كما عرفت المنظمة الدولية لقياس الجودة (ISO) بأنها الدرجة التي تشبع فيها الحاجات و التوقعات الظاهرية و الضمنية من خلال جملة الخصائص الرئيسة المحددة مسبقاً^٢.

كما يمكن تعريف الجودة على أنها مستوى الدقة و الإتقان في إنتاج و تقديم السلع و الخدمات الذي يجعلها مطابقة لمجموعة من الصفات و الخصائص و المعايير، لتكون قادرة على تلبية متطلبات و رغبات العميل (سواء كان داخلي أو خارجي)، و تحقق رضاه من أول مرة و في كل مرة^٣.

٢-١-٢ محددات الجودة

هناك أربعة محددات أساسية للجودة، تساعد المنتجات أو الخدمات على تحقيق الغرض المقصود منها بنجاح، و هي:

١. جودة التصميم:

تشير إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص، أو عدم تضمينها في المنتج و الخدمة. إن قرار التصميم يجب أن يأخذ في الاعتبار متطلبات العميل بالإضافة إلى القدرات الإنتاجية، و اعتبارات التكاليف و الأمان و الاعتمادية.

٢. جودة التطابق:

^١ خيوكه مصطفى زياد، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لإصلاح واقع القطاع الصحي في العراق، مجلة دنانير، العدد الخامس، ٢٥٧.
^٢ حسونه أريج، الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية و الخاصة في وسط و جنوب الضفة الغربية و سبل تطويرها، رسالة ماجستير، إدارة الأعمال بكلية الدراسات العليا ، فلسطين: جامعة الخليل، ٢٠١٧م، ص١٦.
^٣ الوصابي منير، مرجع سبق ذكره، ص٤.

تشير إلى درجة تطابق المنتج و الخدمة مع الغرض من تصميمها، و تتأثر درجة التطابق بمجموعة من العوامل مثل: القدرات الإنتاجية للتسهيلات الإنتاجية المستخدمة، قدرة الآلات و المعدات، مهارات العاملين، تدريب العاملين، الحوافز، الربط بين عملية التصميم و عملية الإنتاج، متابعة تقييم المطابقة، اتخاذ الإجراء التصحيحي كلما أمكن ذلك.

٣. سهولة الاستخدام:

تؤدي سهولة الاستخدام و توافر التعليمات و الارشادات اللازمة للعميل، عن كيفية استخدام المنتج لها، إلى زيادة قدرة المنتجات على الأداء بطريقة سليمة و آمنة وفقاً لما هو مصمم لها.

٤. خدمات ما بعد البيع:

تؤدي مثل هذه الخدمات (الصيانة و الإصلاح) إلى المحافظة على أداء المنتج أو الخدمة كما هو متوقع.

٢-١-٣ مفهوم الخدمات الصحية و خصائصها:

• مفهوم الخدمات الصحية:

إن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى فلورنس نايتفل، و التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، و ذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها. مما أدى لانخفاض ملاحظ في عدد الوفيات بتلك المستشفيات.

تعرف جودة الخدمة بأنها ملاءمة الخدمة لمقابلة الاحتياجات المطلوبة أو تفوقها عند الاستخدام من قبل الزبون^١.

أشار (Nakijima,2007) إلى أن جودة الخدمات الصحية هي تطبيق العلوم و التقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر. فجودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم و التقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر و على هذا الأساس فإن درجة الجودة تقاس بأفضل موازنة بين المخاطر و الفوائد^٢.

وقد عرفت الهيئة الأمريكي المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية و المعروفة باسمها المختصر (JCAH) The Joint Commission on Accreditation of Hospitals "بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة و النتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء التشخيص أو العلاج"^٣.

• الخصائص المميزة للخدمة الصحية^٤:

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى إلى خصوصية تلك الخدمات، و بالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب و العمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به الخدمة للجمهور، و يمكن تحديد هذه الخصائص بالآتي:

١. أنها خدمات عامة، يسعى تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة و لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا

^١ عباس، أنس، أثر ادراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي لأهمية تطبيق مبادئ ادارة الجودة الشاملة، دراسة ميدانية بوادي الدواس بالملكة العربية السعودية. اطروحة دكتوراه، استاذ ادارة اعمال المشارك. المملكة العربية السعودية: جامعة الامير سطام بن عبد العزيز، قسم ادارة اعمال، 2019، ص

^٢ عباس أنس، المرجع نفسه، ص

^٣ الجزائري وآخرون، المرجع نفسه، ص ١٤.

^٤ الجزائري وآخرون، المرجع نفسه، ص ١٣-١٤.

- أفراد أو منظمات أو هيئات.
٢. تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.
٣. تؤثر القوانين و الأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة و المستشفيات خاصة، و ذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها و الخدمات الطبية التي تقدمها.
٤. في المنظمات الصحية تكون قوة القرار موزعة إلى حد ما بين الإدارة و مجموعة الأطباء.
٥. وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى و المستفيد من الخدمة الصحية إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص و التشخيص و العلاج و إجراء التحاليل.
٦. نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان و هو أعلى شيء فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها و المفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على عملها.
٧. نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطلابها، لأنه لا يمكن الاعتذار عن تقديمها لمن يحتاجها.

٢-١-٤ أبعاد جودة الخدمات الصحية :

تقاس جودة الخدمة الصحية بتوافر الأبعاد الخمسة وهذه الأبعاد هي :

١- الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية
- مظهر الأطباء والعاملين.

٢- الاستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكوي.
- اخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاى منها.

٣- الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- توافر التخصصات المختلفة.
- الثقة في الأطباء والأخصائيين.
- الحرص على الاستجابة لمشكلات المريض.
- الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

٤- الأمان، وتشمل المتغيرات الآتية:

- الشعور بالأمان في التعامل.

- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
- استمرارية متابعة حالة المريض.
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

٥- التعاطف، وتشمل المتغيرات الآتية:

- تفهم احتياجات المريض.
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- العناية الشخصية بكل مريض.
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- الروح المرحية والصدقة في التعامل مع المريض .

٢-١-٥ العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية (المستشفيات):

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في الآتي^١ :

- ١- سهولة الوصول إلى موقع المستشفى بالإضافة أن يكون في بيئة صحية ملائمة تتوافر فيه المرافق الأساسية كالطرق والمياه.
- ٢- تصميم مبنى المستشفى بالشكل المناسب مع مراعاة المساحات المناسبة للمرور وحرية الحركة بالإضافة إلى التصميم الجمالي من الداخل والخارج.
- ٣- تجهيز المعدات والأجهزة بحيث تكون مطابقة للمواصفات المعتمدة في مختلف المنظمات الصحية.
- ٤- اختيار الموارد البشرية المناسبة.
- ٥- توفر نظم فعالة للمعلومات والاتصالات لاتخاذ القرارات مبنية على معلومات واتباع نظام تقييم الأداء والتحسين المستمر .

٢-١-٦ أهداف جودة الخدمة الصحية^٢ :

يمكن تلخيص أهداف جودة الخدمة الصحية بالنقاط التالية:

- ١ - ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- ٢ - تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض)، وزيادة ولائه للمنظمة الصحية، والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- ٣ - تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

^١ حسونة ، أريج ، الجودة الشاملة في المستشفيات الاهلية والخاصة جنوب الضفة الغربية وسبل تطورها . رسالة ماجستير ، ماجستير ادارة الاعمال . فلسطين : جامعة الخليل ، كلية الدراسات العليا ، 2017ص36

^٢ عباس ، أنس ، مرجع سابق ، ص102-101.

٤ - تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها، والعمل على تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .

٥ - تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.

٦ - كسب رضا المستفيد (المريض)، إذ أن هناك قيمة أساسية لإدارة الجودة لا بد من توافرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى إلى تطبيق نظمها، وبالتالي تطوير أداء العمل، وبالنهاية كسب رضا المستفيد .

٢-١-٧ معايير تستخدم للحكم على جودة الخدمات:

قد قدم عدد من الباحثين (Zeithaml & Bither, Gronroos) و (Cronin & Tylor) مجموعة من المعايير التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة و الصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها، و هي^١:

١. الاعتمادية: و تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليها و بدرجة عالية من الدقة؛
٢. مدى إمكانية و توفر الحصول على الخدمة: و يتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟
 - هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟
 - كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟
 - هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟
٣. الأمان : و تستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان و الثقة في الخدمة المقدمة.
 ٤. المصداقية: و هي درجة الثقة بمقدم الخدمة و بما يقوله.
 ٥. الاستجابة: و تعني قدرة و رغبة و استعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائماً في خدمة الزبائن.

ومن هذا يتبين ان الخدمات الصحية تكمن جودتها في التقييم الصحيح واكتشاف الانحرافات من خلال المؤشرات المختلفة وفي المبحث القادم شرح تفصيلي لتقييم الاداء..

المبحث الثاني

٢-٢-١ تقييم الأداء

• تعريف تقييم الأداء :

تعددت تعاريف تقييم الأداء واختلفت من مؤلف لآخر ومن باحث لآخر، حيث انه لم يتم التوصل إلى تعريف لتقييم الأداء يجمع بين مختلف هذه الآراء العلمية، و هذا ما تبينه بعض هذه التعاريف الأكثر تداولاً لمفهوم تقييم الأداء.

تقييم الأداء هو "عملية قياس موضوعية لحجم ومستوى ما تم انجازه بالمقارنة مع المطلوب إنجازه كماً ونوعاً".^١

^١ خويكه مصطفى زياد، مرجع سابق، ص ٢٦٢.

ويعرف بأنه " التأكد من مطابقة نتائج العمل (الأداء الفعلي للأعمال التي تمت) للأهداف المحددة (المعايير التي وضعت من قبل).^٢

وينظر إلى تقييم الأداء على أنه : "يرتبط إلى حد كبير بقياس الأداء المتحقق من القوى البشرية العاملة في المنظمة، من حيث عملهم، وسلوكهم، وكفاءتهم في القيام بأعباء أعمالهم الحالية، ومدى تحملهم لمسؤولياتهم حيال الوظائف التي يشغلونها "

ويعد كذلك وسيلة لجمع منظم للمعلومات حول النشاطات، والخصائص، والمخرجات لأي برنامج أو خدمة أو سياسة أو عملية؛ من أجل صنع أحكام حولها، وتحسين فاعليتها، أو وضع قرارات حول التطور المستقبلي لها.

وكذلك يعرف على أنه عملية قياس منطقية موجهة لأنشطة المستشفى لتأشير مدى فاعلية الجهود المبذولة وكفاءتها في إطار هذه الأنشطة؛ لتحقيق أهداف معينة في ضوء المقارنة بين ما تم إنجازه فعلاً، والمعايير الموضوعية مسبقاً.^٣

ومما سبق نستنتج من التعاريف السابقة ان تقييم الأداء هو "حلقة من حلقات سلسلة العمليات الإدارية القائم على قياس أنشطة المؤسسة لفحص مدى كفاءتها وفعاليتها من خلال مقارنة النتائج المحققة مع ما خطط له، أو مع معايير ومؤشرات موضوعية مسبقاً، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات وأسبابها وأساليب علاجها".

أما مفهوم تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

فينصب نحو تحسين البرامج أو الخدمات الصحية المقدمة بما هو متاح لها من موارد مختلفة، ويعبر ذلك عن حقيقة ما تقوم به من أعمال والسعي لبلوغ ما هو أفضل من ذلك. وأياً كان توجه الباحثين واختلافهم في الاتفاق على تعريف محدد لتقييم الأداء؛ إلا إن مهمة التقييم الأساسية هي الوقوف على نقاط القوة والضعف في الأنشطة والسلوكيات التي تمارس من أجل تعزيز الأولى ومحاولة تجنب الأخرى .

٢-٢-٢ الفرق بين تقييم الأداء وقياس الأداء

• قياس الأداء:

هو الخطوة الثانية في عملية تقييم الاداء، وبها تتجمع الملاحظات والبيانات المطلوبة عن الاداء والتنفيذ، ومقارنتها بالأداء القياسي الذي تحدده المعايير، أي الأداء المعياري.. أي أنه " عملية قياسية رياضية لتقييم الأداء، بغرض تحديد الانحرافات ونقاط الضعف وتسميتها، واتخاذ التدابير لمنع حدوثها مستقبلاً.. فقياس الأداء إذاً عنصراً أساسياً في عملية تقييم الأداء، وهو يعني قياس الأداء الفعلي.^٤

ويعرف أيضاً بأنه: المراقبة المستمرة لإنجازات برامج المؤسسة وتوثيقها، وبخاصة جوانب سير التقدم نحو تحقيق غايات موضوعية مسبقاً.^٥

^١ صباح خرراش: تقييم كفاءة أداء مؤسسات الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية، رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة محمد بوضياف، الجزائر، ٢٠١٥، ص ١٤

^٢ شعيب محمد عبد المنعم: إدارة المستشفيات منظور تطبيقي، منتدى اقرأ الثقافي، ص ٣١

^٣ أبو حصيرة ميساء فتحي عيد: تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، رسالة ماجستير، غزة: الجامعة الإسلامية، غزة، ٢٠١٦، ص ٢٨

^٤ شعيب محمد عبد المنعم، المرجع نفسه، ص ٢٨

^٥ أبو حصيرة ميساء، المرجع نفسه، ص ٢٨.

والجدول التالي يوضح الفرق بين تقييم الأداء وقياس الأداء^١
 جدول (١-١): يوضح الفرق بين تقييم الأداء وقياس الأداء

تقييم الاداء	قياس الاداء
(١) يحكم على قيمة السلوك.	أ- يهتم بوصف السلوك.
(٢) يهتم بالمعايير والمبادئ والأسس.	(٢) يهتم بالوسائل والدقة الرقمية.
(٣) التقدير الوصفي والكمي للسلوك.	(٣) التقدير الكمي للسلوك.
(٤) عملية تشخيصية وعلاجية في آن واحد.	(٤) محدود المعلومات عن الموضوع المقاس.
(٥) يقوم بمقارنة الشخص مع نفسه ومع الآخرين	(٥) اعطاء وصف للموضوع المراد قياسه.
(٦) التقييم أكثر شمولاً من القياس (أداة للقياس).	(٦) القياس أكثر موضوعية من التقييم (جزء منه)

قياس الأداء الفعلي في المستشفيات:

قياس مستوى أداء جميع الأنشطة والمهام والأعمال التي يتم إنجازها في المستشفى، ومن هذه الأنشطة: قياس درجة رضا المرضى والمراجعين للمستشفى والخدمات المقدمة فيها، وعدد الشكاوى المقدمة، ومدى تأخير الخدمة الطبية، وقياس درجة تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفاعلية، وكذلك قياس الأداء من خلال وسائل مختلفة، كالملاحظة الشخصية والمباشرة لأداء العاملين.^٢

٢-٢-٣ أهمية وأهداف وأغراض تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

• أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

تكمن أهمية تقييم الأداء فيما يلي :

- ✓ تطوير معايير أداء العاملين في المؤسسة وجعلها بمثابة مؤشرات واجب البلوغ أو الوصول إليها من قبل العاملين فيها .
- ✓ مقاييس الأداء يمكن أن تكون مقابل للمعايير التي تم وضعها للأداء المخطط.
- ✓ يعتبر تقييم الأداء مؤشراً لتطوير و نمو إدارة المستشفيات و المؤسسات الصحية .
- ✓ جعل الأفراد العاملين في المستشفى يعرفون دائماً متى يكون أداءهم أقل مما يُفترض أن يكون عليه، فالهدف الرئيسي من عملية تقييم الأداء ينصب نحو تطوير الأداء في العمل من خلال الطرق الاتية:
- وضع مقاييس معيارية خاصة بأداء العاملين، و يمكنهم الوصول إليها و استخدام هذه المعايير لقياس مستوى الأداء لهم.

^١صباح خرخاش، مرجع سابق، ص٢٦

^٢أبو حصير ميساء، مرجع سابق، ص٢٩

- قياس مستوى الأداء المتحقق لدى العاملين لإعادة وضع مقاييس معيارية جديدة بهدف الارتقاء بمستوى الأداء الأعلى .
- تستطيع المنظمة من خلال عملية التقييم الوقوف على نقاط القوة و الضعف وانعكاساتها السلبية و الإيجابية على إنتاجية الفرد و فعالية المنظمة .
- تساعد على تزويد المستويات الإدارية بالوسائل الكفيلة لقياس و تخطيط الأداء داخل الوحدة الاقتصادية و بالتالي اعتمادهم على حقائق صحيحة و واقعية عند اتخاذ القرارات يساهم في الكشف عن الكفاءات الكامنة للعاملين مما ينعكس إيجاباً على تحقيق الكفاءة الإنتاجية للمنظمة.^١

• أهداف تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

تكمّن اهداف تقييم اداء في إدارة المستشفيات والمؤسسات الصحية في:

- المساعدة في التحقق من قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها، من خلال توفير مجموعة من المعايير والمؤشرات لتقييم الأداء.
- يسלט الضوء على مدى كفاءة الإدارة في استغلال مواردها المتاحة، بما لا يؤثر على جودة الخدمة المقدمة.
- يسهم في تحديد المسؤوليات والالتزامات الخاصة بكل موظف؛ مما يساعد على التحفيز في اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية في أوقاتها المناسبة، وكذلك توثيق الإنجازات.
- مساعدة المدير في تحديد الطريق الصحيح لرفع كفاءة الأداء، وتحسين المستوى العام لأداء المؤسسة
- يوفر للمنظمة فرصة للتطوير والتحسين المستمرين؛ مما يؤدي إلى زيادة الفاعلية الإدارية، وتمكين الصف الثاني من القيادات الإدارية، وتحقيق التنمية الإدارية المستدامة .
- الحصول على التشخيص الصحيح لمشاكل ومعوقات عمل كل قسم داخل المؤسسة، واقتراح حلول لعلاج هذه المشاكل من خلال المعايير المستخدمة .^٢
- زيادة فعالية و كفاءة القرارات الإدارية في كافة المستويات الإدارية في المستشفى .
- تطوير المعايير و الأسس المعتمدة لتقييم الأداء في المستشفى بحيث تكون مناسبة و متطورة مع الزمن للأقسام الطبية و التمريضية و الإدارية و المالية للمستشفى.
- عملية تقييم الأداء ضرورية لغايات التصليح و الإصلاح بشكل عام و بيان مدى رضا العاملين عن أداء الإدارة و رضا المرضى و المراجعين أيضاً.^٣

^١ صباح خرخاش، مرجع سابق، ص ١٥

^٢ أبو حصيرة ميساء، مرجع سابق، ص ٤٥

^٣ صباح خرخاش، المرجع نفسه، ص ١٥-١٦

• أغراض تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

تتعدد أغراض تقييم الأداء وهي كالتالي:

- ١ - يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمستشفى، ويحلل أنشطتها، ويدرس مدى فاعليتها خلال الفترة الماضية؛ ويسهل ذلك من مهمة تجاوز إخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها.
 - ٢- توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات على نحو يتيح تقديم صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة المستشفى والتزامها بالتوجيهات.
 - ٣ - تكشف عملية التقييم عن مدى قدرة المستشفى على استغلال الموارد المتاحة لها في تحقيق أهدافها، ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
 - ٤ - توفر نتائج التقييم الفرصة لخلق نوع من المنافسة بما يضمن تحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.
- هناك عدة أسباب تستدعي المؤسسات للقيام بعملية التقييم، ومن هذه الأسباب كما وضع Westat et أن عملية التقييم تعطي معلومات مهمة لتحسين المشروعات، وتعطي إضاءات مهمة للأشياء والأحداث غير المتوقعة، وتعطي معلومات من أجل التواصل الجيد مع مختلف أصحاب المصالح، ونحصل منها على المعلومات والبيانات المهمة للإدارة؛ لتمكنها من اتخاذ قرارات صحيحة.^١

• أثر تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والصحي للمستشفى :

- ١- يؤدي إلى الاستغلال الأمثل للموارد الصحية؛ بسبب ندرتها، وخصوصا في الدول النامية، فهي لا تلبي احتياجات الأفراد.
- ٢ -يعمل نظام قياس الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمستشفى.^٢
- ٣ - زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى.
- ٤ - التركيز على انجاز العمليات بأفضل الطرق الممكنة، وتجنب الأخطاء السابقة.

٢-٢-٤ متطلبات تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

• مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية:

- المدخل الهيكلي: أي مدى تناسب تلك القوة العاملة في المؤسسات الصحية مع الخدمات الصحية المطلوبة للمستهلكين (المرضى)، ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية، مثل

^١ أبو حصيرة ميساء، مرجع سابق، ص ٥٧

^٢ أبو حصيرة ميساء، المرجع نفسه، ص ٥٨

عدد وفئات ومؤهلات مقدمي الخدمات الصحية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها، كما يعتبر هذا المدخل مفضلاً لدى الإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة.

- مدخل العمليات : وتعني دراسة الرعاية الطبية الكمية للمرضى عن طريق ما حصلوا عليه من خدمات صحية مباشرة بالمؤسسة الصحية، وتتابع خطوات و إجراءات الرعاية الطبية التي حصل عليها المريض، سواء في قسم التحاليل أو الأشعة أو الفحوص أو الإرشادات و التوجيهات، و يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة للعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة. ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى. كما هي موثقة في السجلات الطبية، و الافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة.
- مدخل النتيجة النهائية : و ذلك من خلال مجموعة من المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمرضى، الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الطبية. مثل: معدلات الوفاة، معدلات المواليد و أوزان الأطفال، معدلات النجاح في العمليات الجراحية حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي حالياً ومستقبلاً. كنتيجة للخدمات الصحية، وترتكز هذه المقاييس على إدراك المريض لمستوى صحته.
- مدخل رضا المستهلكين (المرضى) لتقييم الجودة : تلعب توقعات المستهلك دوراً حيوياً في الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة، فالمرضى يُقيمون جودة الخدمات الصحية بمقارنة ما حصلوا عليه بما هو متوقع أو مرغوب فيه. كما أن هناك الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت تقييم الجودة في الخدمات الصحية باستعمال مقياس رضا المستهلكين/المرضى، حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية الطبية والعمليات وأنشطة الرعاية معاً.¹

● متطلبات تقييم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية

- تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم الخدمات الصحية. ولضمان تركيز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي:
- تقييم مؤهلات خبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العملية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية.
 - التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رقابة وضبط العدوى و انتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية، وتبنى سياسة محددة وجيدة للأدوية فيها، من خلال لجان متخصصة.
 - تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي، و مراجعة الاستخدام والتي وظيفتها تقييم مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد.
 - تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، وتقوم البعض على إجراء مناقشات للإحصائيات كعدد الوفيات، والمواليد الجدد، في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيين كل حسب تخصصه، وقد أصبح تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تدقيق

¹ سارة بلوة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية "شلابي عبد القادر"، مذكرة ماجستير، مستغانم: جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، ٢٠١٧، ص ٣٣

الوفيات والمواليد الجدد، والموت للأمهات، و مراجعة السجلات الطبية على أساس الأقسام أحسن من أن يكون من خلال لجنة مركزية.^١

• العوامل المحددة لنظم تقييم الأداء

هناك العديد من أنظمة التقييم المستخدمة في المؤسسات، وتختلف هذه الأنظمة من مؤسسة إلى أخرى، ويعود هذا الاختلاف لعدة عوامل تحدد نظام التقييم المستخدم، بحيث يكون منسجماً مع طبيعة المؤسسة واستراتيجيتها من حيث التنظيم والحجم والأهداف... الخ، وتتمثل هذه العوامل فيما يأتي:

- عمر المؤسسة وثقافتها.
- حجم مجال المؤسسة وطبيعتها.
- التوجهات الاستراتيجية.
- نظام إدارة الموارد البشرية القائم.
- أسلوب الإدارة المستخدم.
- العلاقات الاجتماعية السائدة.^٢

٢-٢-٥ إجراءات تنفيذ تقييم الأداء

• مراحل عملية تقييم الأداء

تتضمن عمليات التقييم المراحل التالية:

١. تحديد معايير الانجاز: ويشترط من هذه المعايير أن تكون واضحة وموضوعية بشكل يسهل فهمها وقياسها بإبلاغ هذه المعايير والتوقعات الى المرؤوسين: لكي يعرف المرؤوس ما هو متوقع منه في انجاز عمله.
٢. قياس الانجاز الفعلي: بناء على المعلومات المتوفرة على الانجاز .
٣. مقارنة الانجاز الفعلي بالمعايير: وذلك لتحديد الانحرافات بين الانجاز الفعلي و المتوقع .
٤. مناقشة نتائج التقييم مع المرؤوسين: ليتأكد المرؤوس ان تقييمه قد تم بطريقة موضوعية، والبحث في امكانية وضع الحلول لأية مشاكل ناتجة عن عملية التقييم .
٥. الاجراءات التصحيحية : وهي المرحلة الأخيرة في عملية التقييم ؛حيث يتم القيام باتخاذ هذه الاجراءات اذا كان هناك ضرورة لذلك .^٣

^١سارة بلوة، مرجع سابق، ص ٣٤

^٢ابو حصيرة ميساء، مرجع سابق، ص ٣٣

^٣صباح خرخاش، مرجع سابق، ص ١٥-١٦

• خطوات عملية تقييم الأداء :

- ١- تحديد محاور التقييم.
- ٢- اختيار طريقة التقييم.
- ٣- اختيار أداة التقييم.
- ٤- اختيار أداة التقييم.
- ٥- نتائج التقرير والتوصيات: أهم مرحلة من مراحل التقييم؛ لأنها تلخيص لكل الجهد السابق.^١

• مستويات تقييم الأداء:

ذكرت دراسة (الأشقر) مستويات الأداء على النحو الآتي:

١. يسهم تقييم الأداء على مستوى المؤسسة في:
 - إيجاد مناخ ملائم يبعد احتمال تعدد شكاوى مقدمي الخدمة ومتلقيها تجاه المؤسسة.
 - رفع مستوى أداء مقدمي الخدمة، واستثمار قدراتهم مما يساعد على تقدم المستشفى وتطورها.
 - تقديم صورة واضحة حول برامج إدارة الموارد البشرية في المستشفى وسياساتها.
 - وضع معدلات أداء معيارية أكثر دقة.
٢. يسهم تقييم الأداء على مستوى المديرين في:
 - دفع المديرين والمشرفين إلى تنمية قدراتهم وإمكانياتهم الفكرية، وتعزيز قدراتهم الإبداعية؛ للوصول إلى تقييم سليم وموضوعي لأداء متابعيهم.
 - دفع المديرين إلى تطوير العلاقات الجيدة مع المرؤوسين، والتقرب إليهم؛ للتعرف على المشاكل والصعوبات التي تواجههم باستمرار.
٣. يسهم تقييم الأداء على مستوى العاملين في:
 - جعل العامل أكثر شعوراً بالمسؤولية؛ لزيادة شعور العاملين بالعدالة، وبأن جميع جهوده المبذولة تأخذها المؤسسة في الحسبان.
 - دفع العامل للعمل باجتهاد وإخلاص؛ ليقرب فوزه باحترام رؤسائه وتقديرهم له: معنوياً ومادياً.^٢

• طرق تقييم الأداء:

- ١- طريقة النظام من خلال الدرجات و المعدلات :

^١ أبو حصيرة ميساء، مرجع سابق، ص ٣١

^٢ أبو حصيرة ميساء، المرجع نفسه، ص ٣٢

تعتبر من الطرق السهلة لتقييم الأداء و تعتمد هذه الطريقة على ايجاد عبارات تعكس أداء الإدارة و تعطي كل عبارة معيار من خمس درجات إلى اربع درجات و يتم تعبئة هذا الجدول من قبل لجنة فقط، و تكون مكلفة بهذا التقييم و تعتمد اللجنة على المعلومات الرقمية الحقيقية الموجودة في المستشفى قبل الإجابة على أي من هذه الأسئلة . ونوضح التقييم في الجدول التالي:

جدول رقم (٢-١): طريقة النظام من خلال الدرجات و المعدلات

الرقم المتسلسل	العبرة	4 درجات دائما	3 درجات عادة	2 درجات احيانا	درجة واحدة نادرا
1					
2					

(المصدر صباح خرخاش، مرجع سابق، ص ٣٠) جدول رقم (١-١)

٢- طريقة النظام التكاملي لتقييم الأداء في المستشفيات :

يتطلب تطبيق هذا النظام تحديد الغرض أو الهدف من التقييم و إن يتم تقييم جميع أقسام المستشفى بشكل كامل دون استثناء لقسم دون آخر، وكذلك استخدام المعلومات الكمية و البيانات الضرورية للتقييم إضافة إلى اتخاذ القرارات لتصحيح الانحرافات بسرعة و دون تأخير .

مع الإشارة إلى أن عملية التقييم ليست هدفاً بحد ذاتها و لكن وسيلة لتحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف للمؤسسة الصحية أو المستشفى . ويمكن استخدام الجوانب أو المؤشرات لتقييم أداء الأقسام، وهي على سبيل المثال :

أ- اقسام الإدارة و المالية :اعتماد المؤشرات التالية لقياس أدائها :

- عدد الشكاوي المقدمة في القسم ودرجة الرضا .
- سهولة اجراءات وأساليب العمل وسرعتها.
- رأي الإدارة العليا ومدى الرضا عن الأداء العام لهذا القسم.
- ب- قسم الجراحة /كأحد الأقسام الطبية:
- عدد العمليات الجراحية / عدد الأطباء الجراحين.
- عدد العمليات الكلية.
- عدد العمليات الجراحية/ عدد غرف العمليات.
- عدد الأخطاء الطبية / عدد المرضى الكلي /عدد الاطباء الكلي في القسم .

ج- التمريض: يمكن استخدام الكثير من المعايير و المؤشرات التي تقيم أعمال التمريض في المستشفى ومن هذه المعايير :

- عدد الممرضين إلى الأطباء أو إلى أعداد الأسرة أو إلى أعداد المراجعين و المرضى.

- عدد الشكاوي / إلى أعداد التمريض الموجود بالقسم
 - عدد الدورات / أعداد التمريض الذين حضروا الدورة/إلى العدد الكلي.
 - عدد الأخطاء المرتكبة لأعداد التمريض /أو النشاطات التي يقوم بها التمريض .
 - معايير أخرى مرتبطة بالأداء أو النشاطات التمريضية .
 - د- قسم الصيدلة وهذه المؤشرات يمكن القياس عليها لجميع الأقسام الطبية المساندة :
 - عدد الوصفات الطبية إلى عدد الصيدلة المساعدين.
 - عدد المرضى الذين حصل لديهم تأثيرات جانبية /إلى عدد المرضى الذين صُرفَ لهم علاج.
 - عدد الوصفات الطبية التي صُرفَتْ بطريقة الخطأ / إلى أعداد الصيدلة أو أعداد الوصفات الكلية.....الخ.
 - عدد الأدوية المنتهية صلاحيتها دون استعمال أو التالفة قياسياً مع مجموع الأدوية الموجودة في الصيدلية.
- ٣- طريقة تقييم الأداء من خلال الإنتاجية :

ويشمل هذا النظام تقييم الإنتاجية من الناحيتين الكمية والنوعية، وكون المستشفى يقدم خدمات غير ملموسة فإنه من الصعب الحكم على هذه الخدمات من ناحية كمية بشكل موضوعي دقيق، إلا أن المعدلات الحيوية وبعض القياسات في المستشفى كنسبة الأشغال والمقاييس الأخرى يمكن أن تعتبر مقياساً كمياً ويمكن الاعتماد عليه كمؤشر لأداء المستشفى وإنتاجيته.

أما الإنتاجية الفرعية فهي عملية قياس نسبية تختلف باختلاف العوامل المرتبطة أصلاً بالمرضى و المراجعين، و مدى رضاهم عن الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى.^١

• أساليب قياس جودة الخدمة الصحية:

تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة:

- الأسلوب الأول: يعود إلى Parasuraman, and others وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة و إدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (التطابق) بين هذه التوقعات و الإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد العشرة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة وهي سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب وبغير انتظار طويل. وقد دمجت في خمسة أبعاد فقط هي النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة)، التعاطف، كما احتوت هذه الأبعاد على اثنين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

كما ويسمى هذا الأسلوب بمقياس الرضا، ويعرف رضا المستفيدين بأنه هو شعور المريض بالراحة و القبول عن مجمل الخدمات التي تلقاها مدة إقامته في المنشأة الصحية، وتشمل الخدمات الطبية والتمريضية. وتتضمن الأبعاد المتكاملة لمفهوم رضى المستفيدين، الآتي:

١ - الرعاية الطبية المهنية.

٢ - الرعاية التمريضية المهنية.

^١ صباح خرخاش، مرجع سابق، ص ٣٢

٣ - الرعاية الصحية السلوكية.

٤ - الخصائص التنظيمية.

٥ - الاستضافة الفندقية.

- أما الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة فيتمثل بعدة مقاييس، كالتالي:

١- مقياس الأداء الفعلي أو (SERVPERF)، يعتبر هذا الأسلوب معدلاً عن الأسلوب الأول، ويستند إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد في قياس جودة الخدمة، باعتبارها شكلاً من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة و المتمثل بالأبعاد الخمسة^١.

٢- قياس الجودة المهنية: professional quality Measuring: مقياس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة .

٣- قياس الجودة بدلالة العملاء customer of terms in quality measuring : يرى أصحاب هذا المدخل أن توفير المؤسسة البيئة المادية الملائمة من: تجهيزات ومعدات وعاملين أكفاء وقوانين ولوائح ومعدات وأدوات ونظم مساعدة وأهداف محددة وأساليب عمل، وإجراءات مسطرة يؤدي حتماً إلى تحقيق خدمة مميزة.

٤- قياس الجودة بدلالة العمليات operations of terms in quality measuring: يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة كما يحتوي على المؤشرات ومعايير توضح النسب المعقولة لكافة عناصر الأسلوب في القياس.

٤- قياس الخدمة بدلالة المخرجات output of terms in service of Measurement : يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

- القياس المقارن: أي يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلاً.

- استقصاء رضا العملاء^٢.

• معوقات عملية تقييم الأداء المؤسسي وصعوبتها :

ورد في خطة تقييم الأداء الحكومي (٢٠٠٦، ص ٢٢) إن الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة مجردة يصعب تعريفها وإخضاعها للقياس، فالمنتج الذي تقدمه الوزارة غير ملموس، كما توجد صعوبة في قياس عوائد هذه البرامج في شكل منتجات نهائية، وبالتالي يصعب تحديد درجة العلاقة بين تكاليف هذه البرامج والعوائد الناتجة منها، ومن أبرز معوقات قياس الأداء المؤسسي ما يأتي:

I - تعدد وتعارض الأهداف والأولويات، إذ أن تعدد الأهداف والأولويات يؤدي إلى صعوبة قياس الأداء.

٢- غياب التحديد الدقيق للمهام؛ فعدم وضوح المهام لكل وحدة في الوزارة يؤدي إلى خلق الكثير من الصعوبات التي تؤدي إلى التسبب في تشتت المسؤولية وغياب المساءلة، مثل التداخل في الاختصاصات، والازدواجية في العمل، وغياب التنظيم السليم، وعدم التوصيف الدقيق للواجبات.

^١ الجزائري صفاء، وآخرون مرجع سابق،، ص ٢٧

^٢ محمود خبيب، اسعد باسل: قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة الاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (٣٦) العدد (٥) ٢٠١٤، ص ٢٠٣

أما الصعوبات المرتبطة بعنصر العمل فتتمثل في:

- ١ - التضخم الوظيفي وسلبياته العديدة: من ازدواجية في المسؤولية الإدارية، وطول الإجراءات، وخلق مستويات تنظيمية غير دقيقة.
 - ٢ - صعوبة تحديد ما يلزم من عاملين؛ لعدم وجود معايير نموذجية لأداء العاملين، لاستخدامها كمؤشر إرشادي في تحديد العمالة، وخلق وظائف جديدة دون أن تصاحبها زيادة في عبء العمل الوظيفي.
 - ٣ - الروتين في العمل نتيجة لغياب المعايير الكمية التي يمكن الاعتماد عليها في قياس الأداء.
 - ٤ - غياب رقابة الملكية الخاصة، حيث تسود حالة من اللامبالاة، أو الإهمال في قياس الأداء، نتيجة عدم توافر الرقابة الفاعلة التي تمارس في القطاع الخاص.
 - ٥ - الضغوط السياسية: حيث إن وزارة الصحة عادة ما تمارس اختصاصاتها في إطار من القرارات السياسية التي يصعب إخضاعها للقياس الكمي.
 - ٦ - التداخل في تقديم الخدمة نفسها بين القطاعين: العام والخاص، وهذا يتضح في عدم قابلية الأهداف للقياس الكمي إلى جانب عدم الأخذ بمعايير أخرى اجتماعية أو اقتصادية لقياس نتائج أداء القطاع الصحي.
- وعلى الرغم من وجود العديد من المشاكل والمعوقات التي تواجه عملية التقييم؛ إلا إنه يمكن التغلب على ذلك إذا أمكن ووضع نظام أكثر دقة وموضوعية وفاعلية، يعتمد على أساس علمي سليم، لتقييم الأداء، وذلك بتوفير الشروط الآتية:
- ١ - تحديد أهداف واضحة للمؤسسة، ولكل وحدة تنظيمية.
 - ٢ - اهتمام الإدارة العليا بالنظام ودعمه، والقناعة بفائدته، والإسهام في التخطيط والتنفيذ.
 - ٣ - ثقة العاملين وتعاونهم واطمئنانهم من نظام التقييم، وشعورهم بعدالته، وإشراك ممثلين عنهم في وضع برنامج التقييم ومراجعة النتائج.
 - ٤ - ضرورة وجود تناغم وانسجام بين معايير الأداء والأهداف المحددة لها سلفاً، فالأداء الذي تتطابق نتائجه مع الأهداف والمعايير التي حددت لقياسه يعد أداء مناسباً، وبالتالي ناجحاً.
 - ٥ - تحديد أهداف واضحة ومحددة لعملية التقييم، يتم على ضوءها اختيار الطريقة والنماذج المناسبة للعملية.
 - ٦ - وجود معايير أداء واضحة ومنطقية لجميع الوظائف.
 - ٧ - كفاءة نماذج التقييم المستخدمة.
 - ٨ - تدريب المقيمين على كيفية إجراء التقييم، ومقابلات التقييم.
 - ٩ - يجب أن يستند التقييم إلى بيانات ومعلومات موضوعية، لها أصول كافية يمكن الرجوع إليها.
 - 10 - تهيئة نظام فاعل للاتصالات، ييسر نقل المعلومات وتحديثها بين أطراف عملية التقييم الرئيسية.
- وهناك شروطاً أخرى لضمان فاعلية عملية التقييم المؤسسي:
- ١ - ضرورة شمولية نظام التقييم، واستناده إلى معايير واتجاهات عالمية مستحدثة.

٢ - احتواء نموذج التقييم المؤسسي على فقرات تتيح تقديم وصفاً واضحاً للمشكلات التي تواجه العاملين، بالإضافة إلى إمكانية تقديم توصيات علاجية محددة لتطوير الأداء من خلال العاملين.^١

٢-٢-٢ مؤشرات ومعايير تقييم الأداء

• مؤشرات التقييم و قياس الأداء :

ان عملية القياس لا يمكن ان تتم إلا بتوفر مجموعة من المعايير التي هي الأخرى تفسر من خلال مجموعة من المؤشرات، ففي هذا المقام يمكن الإشارة الى وجود فرق بين المعيار و المؤشر فالأول يعني الأساس او الركيزة التي تسند إليها عملية تقييم الأداء . أما المؤشر فهو أداة للقياس و تفسير للمعيار ، أي ان المعيار يتم قياسه و تفسيره من خلال مجموعة من المؤشرات.

ويمكن أولاً تحديد مفهوم المؤشر، ثم بعد ذلك تحديد خصائصه.

إن المؤشر هو أداة لقياس الأداء يكون عادة في شكل رقمي لمسؤولي المؤسسة و مقارنة نتائجها بالمعايير المرجعية، و المؤشر الجيد هو الذي يسمح بان تكون عملية قياس الأداء فعالة وجيدة، ويجب أن تتوفر فيه مجموعة من الخصائص هي : معنوية المؤشر ، الوضوح ، سرعة الحصول عليه ، الشمولية .

■ معنوية المؤشر : و يقصد بها أن الطريقة التي يقدمها المؤشر تعكس بكيفية دقيقة الظاهرة أو النتيجة التي تريد المؤسسة ملاحظتها.

■ الوضوح: وضوح المؤشر يعني سهولة فهمه من طرف الجمع، فالشخص الذي يقرأ المؤشر يعرف ماذا يعنيه بالضبط و ما لا يعنيه.

■ سرعة الحصول عليه : هذا يضمن للمؤسسة القيام بالتصحيحات اللازمة في الوقت المناسب .

■ الشمولية «تعني أن المؤشرات تغطي جوانب المؤسسة ومن المستحسن اعتماد المؤسسة على بعض المؤشرات الشاملة التي تسمح بتقديم صورة اجمالية عن نشاط المؤسسة .

مؤشرات الأداء:

هي عبارة عن قيمة أو صفة مميزة تستخدم لقياس المخرجات أو النتائج؛ لتحديد مدى ما حققته وحدة محلية ما من أهدافها.

أنواع مؤشرات تقييم الأداء الحكومي، إن الدراسات التي تم تنفيذها في مجال قياس تقييم الأداء ركزت على المؤشرات التي تستخدم في عملية القياس ونوعيتها، والشروط المطلوب توافرها في هذه المؤشرات، ويمكن تقسيم مؤشرات قياس تقييم الأداء إلى أربع مجموعات أساسية، وهي:

١ - مؤشرات تتعلق بفاعلية تحقيق الأهداف التي تعمل الأجهزة الحكومية على تطويرها، وتتوقف تلك المجموعة من المؤشرات على طبيعة نشاط كل وحدة وأهدافها.

٢ مؤشرات تتعلق بكفاءة استخدام الموارد في كل جهاز حكومي؛ حيث تتضمن هذه المجموعة نسبة التكاليف الإجمالية إلى بعض المخرجات المحددة التي يقدمها الجهاز، ويعبر ذلك بشكل أساس عن تكلفة الخدمة التي يقدمها هذا الجهاز .

٣- مؤشرات تتعلق بإنتاجية وحدات الجهاز الحكومي، ويكون ذلك عن طريق العلاقة النسبية بين مخرجات ومدخلات تلك الوحدات، ويتفق ذلك مع كل من: الإنتاجية الإجمالية، والإنتاجية الجزئية

^١ ابو حصيرة ميساء، مرجع سابق، ص-ص: ٤٧-٤٩

٤ - مؤشرات تتعلق بمستوى جودة الخدمات المؤداة في الأجهزة الحكومية، ويتضمن ذلك تحليلاً للأبعاد الأساسية التي تتكون منها جودة الخدمة بصفة عامة، وجودة الخدمات الحكومية بشكل خاص.

٥- مؤشرات تتعلق بوقت التشغيل، وهي تقيس قدرة المنظمة على أداء العمل بشكل صحيح، وفي الوقت المحدد، ويكون المعيار هنا على أساس متطلبات العمل.

٦- مؤشرات تتعلق بالأمان، وهي تقيس كفاءة المنظمة والبيئة التي يعمل فيها العاملون لذا يمكننا القول: أن قياس الأداء القائم على الاهتمام بالأجزاء، دون إدراك أهمية التركيز على مفاصل المؤسسة ونقاط التماس التي تساعد على الحركة، مما يبعد المؤسسة عن المثالية ويقودها إلى سلسلة من الصراعات التي تؤدي في النهاية إلى الهدم وتشتيت الجهود، كما إن النظرة التكاملية للأداء، والعمل ضمن فرق عمل؛ يحقق إدراك كل فرد لدوره وتخصصه وشخصيته؛ مما يؤدي إلى الوصول إلى التجانس الإداري، الذي يؤدي إلى الجماعية في الأداء، وتحقيق الإبداع الإداري.^١

• معايير ومؤشرات تقييم كفاءة الأداء:

تأتي أهم المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفيات كالتالي:

(١) المعايير التصميمية.

(٢) المعايير الادارية.

(٣) معايير ومؤشرات إحصائية لتقييم أداء العاملين في المستشفيات ومدى تأثير آلية الخدمات واستثمارها: إن هذه المعايير والمؤشرات عبارة عن قيم رقمية تصف المتغير أو الظاهرة بعد معالجة المعلومات المتاحة باستخدام أساليب التحليل الإحصائي المناسب وهي شائعة الاستخدام في مجال الخدمات الصحية والتقارير المتعلقة بالشؤون الصحية، فالمؤشر يُمكن المسؤولين عن الإدارات والبرامج الصحية من مراقبة وتقييم البرامج والخطط وقياس كفاءة الأداء وتستخدم في الغالب بعض هذه المعايير نظراً لصعوبة استخدام جميع المعايير في مجال البحث فهي تحتاج إلى دراسة كاملة ومطلوبة ، فكلما زاد عدد المؤشرات والمعايير المستخدمة لتشمل نواحي عديدة كانت النتائج أكثر دقة وقريبة للواقع الفعلي ومن أهم المؤشرات المستخدمة عالمياً:

١. معدل سرير /طبيب:

تقترن جودة الطبيب و جودة الخدمات التي يتلقاها المرضى الراقيدين في المستشفى بعدد الأسرة المتاحة للرعاية الصحية ويعد المعدل المقبول عالمياً هو سرير للطبيب الواحد .

معدل سرير/ طبيب= مجموع أسرة المستشفى في فترة زمنية معينة ÷ عدد الأطباء العاملين في المستشفى خلال الفترة

٢. معدل سرير / ممرضة:

وهو أحد المؤشرات الصحية المعتمدة في قياس تغطية الخدمات التمريضية التي يتلقاها المريض الراقد في المستشفى ويقاس هذا المؤشر متوسط عدد الاسرة لكل ممرضة وارتفاع وانخفاض قيمة المعدل عن المعايير الوطنية أو العالمية المتعارف عليها بين عبء العمل التمريضي والمؤثر بصورة أو بأخر على كفاءة أداء العمل فارتفاع المعدل يؤثر على تدني كفاءة العمل وانخفاضه يدل على عدم استثمار أداء الملاك التمريضي.

^١ مرجع سابق، ابو حصيرة ميساء، ص ٦٠-٦١

ويستخدم المعدل وفق الصيغ الآتية:

معدل سرير / ممرضة = العدد الكلي للأسرة في المستشفى في فترة زمنية معينة ÷ إجمالي عدد الممرضات خلال الفترة نفسها

٣. معدل سرير / اخصائي تحليل المختبري:

وهو يعني عدد نصيب اخصائي التحليل المختبري من الأسرة في المستشفى، وزيادة عدد الأسرة للأخصائي الواحد تعني تدني الخدمات الصحية والعكس صحيح، وإن المعيار القياسي والمستوى المقبول عالمياً هو ١٠٠ (سرير) لكل اخصائي تحليل مختبري .

٤. معدل سرير / اخصائي الخدمة الاجتماعي:

نظراً لأهمية الخدمات الاجتماعية فقد أولت معظم المستشفيات في العالم الاهتمام لهذا المعيار وإن المستوى المطلوب له هو ٧٥ (سرير) لكل أخصائي خدمات اجتماعية .

٥. معدل سرير / موظف :

و يعني هذا المعيار عدد جميع العاملين الذين ينجزون المهمات في المستشفى والمعيار القياسي هو عدد الموظفين يساوي عدد الأسرة في المستشفى ، فكلما زاد عدد الموظفين على عدد الأسرة يعكس ذلك تحسن الخدمات الصحية فيها إذا احسن توزيعهم وإدارتهم .

٦. معدل اشغال الأسرة :

يعكس هذا المؤشر كثافة المكوث (مدة بقاء المريض في المستشفى) فكلما كان المعدل مرتفعاً فذلك يعني ازدحام المستشفى وقد يكون الازدحام موسمياً أو شهرياً كارتفاعه في فصل الصيف وهو من المؤشرات المهمة في إدارة المستشفى لمعرفة نسبة الارتفاع والانخفاض ومقارنته مع المعدل المقبول والمتفق عليه وعلماً بأن المعدل القياسي (٨٠%) .

معدل اشغال الأسرة =(مجموع أيام المكوث خلال سنة ÷ (عدد الاسرة × 350)) × ١٠٠

٧. نسبة الوفيات العام:

يشير هذا المعيار لمعدل المرضى الذين توفوا في المستشفى في مختلف الأعمار للأسباب المختلفة ، إذ أن ارتفاعه يعني تدني في أداء المستشفى، وانخفاضه يعني ارتفاع كفاءة الأداء في المستشفى، وأن المؤشر القياسي هو ٣-٤%

نسبة الوفيات العام = مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة زمنية ÷ مجموع المرضى الراقدين خلال فترة نفسها × ١٠٠

٨. معدل رقود المرضى :

يرتبط هذا المقياس بأيام مكوث المرضى في المستشفى، ويختلف هذا المعدل من مستشفى الى أخرى ومن ردهة إلى أخرى تبعاً لنوع المرض وسببه؛ فإذا تجاوز هذا المعدل الرقم القياسي، فهذا يعني أن هناك جهوداً تُبذل ونفقات تُصرف من دون مبرر، واحتجاز سرير ممكن أن يستفيد منه مريض آخر كما أن قصر المدة عما هو متعارف عليه يعني ذلك أن تعرض صحة المريض إلى أضرار لعدم اكمال مدة العلاج المطلوب والمعدل القياسي المقبول هو ٧ أيام.

معدل أيام رقود المرضى = مجموع عدد ايام مكوث خلال سنة ÷ مجموع عدد المرضى الراقدين في الفترة نفسها^١

• المقاييس الأخرى لقياس الأداء :

لقد توصلت بعض الدراسات التي اهتمت بقياس أداء المؤسسة وخاصة منها الخدماتية والإنتاجية إلى وضع سبعة مقاييس متكاملة مع بعضها البعض دون تخلي الواحد عن الآخر، وتتمثل فيما يلي :

١ - تسليم العمليات : بمعنى التسليم الجيد من خلال جودة المنتج في حال تسليمها والكمية المطلوبة والشكل المرغوب فيه، ويتم قياس التسليم الجيد .

٢ . تخفيض الأجل: يقصد بهذا المقياس التركيز على التخفيض المستمر لأجل بيع الانتاج والتوزيع ، والشراء .

٣. الجودة : يتم الحكم على الجودة من خلال عدد العيوب بالنسبة لمليون وحدة تم معالجتها، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المؤشر يمكن تطبيقه على وظائف المؤسسة، ليس فقط بالنسبة لوظيفتي البيع والشراء.

٤. احترام البرنامج: يقصد بهذا المقياس أنه يجب على جميع العمال داخل المؤسسة احترام وتطبيق برامج العمل التي تسطرها في المؤسسة وتتمثل هذه البرامج عادة في برنامج الإنتاج والشراء البرامج الخاصة بالحملات الاعلامية أو برنامج بعث منتج حديد.

٥. السرعة : يقصد بهذا المقياس سرعة تقديم قيمة مضافة ويحدد هذا المقياس وفقاً للعلاقة التالية :

(الزمن المستغرق لتقديم قيمة مضافة ÷ الزمن الكلي للنشاط) × ١٠٠

❖ هيئات تقييم المستشفيات:

■ الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات

■ الجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات

■ الجمعية الأمريكية للرعاية الصحية

■ الجمعية الدولية للمستشفيات^٢

(ويكون التقييم لأجل حصول المؤسسات الصحية على الاعتماد، ولا يكون إلا بعدة أمور يجب اخذها بعين الاعتبار ولهذا سيتم الشرح بالتفصيل في المبحث الثالث)

^١ صباح خرخاش، مرجع سابق، ص ٢٦.

^٢ يعقوب جميلة، تقييم جودة الخدمات الصحية، 2008، مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير ، ص 106

• مفهوم الاعتماد:

سيتم عرض مجموعة من التعاريف تخص الاعتماد، كما يلي:

- الاعتماد هو إجراء رسمي يقوم به مجلس معترف به، يكون هذا المجلس في الغالب منظومة مستقلة ويقوم بالتقييم والاعتراف بالمنشأة الصحية، التي تقوم بتطبيق كافة المعايير التي وضعها ونشرها.
- الاعتماد هو عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الاعتماد، والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير أنظمة وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج.
- يعرف نظام الاعتماد (ACCREDITATION) أنه الآلية التي من خلالها تقوم هيئة خارجية، بتقييم مدى توافق أداء المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً (من قبل هذه الهيئة)، بهدف تطوير نظم وإجراءات تقديم الخدمة الصحية وتحسين جودتها، والتأكد من سلامة البيئة التي تقدم فيها هذه الخدمات. وبناءً على نتائج التقييم تمنح المنشأة الصحية شهادة تؤكد التزامها بتلك المعايير.
- 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 التقييم عادة من قبل جهة دولية محايدة مستقلة وليست تابعة للمستشفى.
- اعتماد المستشفيات: هو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، و تحدد 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 الصحية بالدرجة الأولى.
- اعتماد المستشفيات: هي العملية التي تتطلب من المستشفى ومن جميع أعضاء كادرها القيام بإجراء تقييم شامل لأدائها الحالي و التعرف على الممارسات التي يجب تغييرها أو العمليات والإجراءات الجديدة التي يتم استحداثها.
- تعريف الاعتماد الصحي: يعد نظاماً في مجال الرعاية الصحية ذي خصوصية كبيرة، حيث أنه يتعامل مع الإنسان بشكل مباشر سواء كانوا يقومون بدور مقدمي خدمة أو مستفيدين من هذه الخدمة، لذلك بدأت العديد من المنظمات الدولية إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية تركز فيها بالمقام الأول على المستفيد من الخدمة (المريض)¹.
- تعريف الاعتماد الصحي: يمثل الاعتماد عملية تقييم شاملة ومتكاملة تقوم بها جهة محايدة ومستقلة لتحديد مدى التزام المرافق الصحية بمعايير جودة وسلامة المرضى التي تم وضعها مسبقاً من قبل تلك الجهة ومن ثم منحها شهادة الاعتماد في حال إثبات نجاحها في ذلك، ويعتبر الحصول على شهادة الاعتماد ما هو إلا بداية الطريق نحو تحسين لا ينتهي لجودة الرعاية الصحية المقدمة ويتم إعادة التقييم كل ثلاث سنوات فيما بعد.
- ويقصد بالمعايير مستويات عالية وموثوقة ومتعارف عليها في المجتمع الطبي للأداء الآمن والصحيح وتتميز بأنها قابلة للتطبيق والتكرار، وهي ببساطة قواعد إرشادية يتم الاضطلاع بها، ويمكن دائماً استخدامها للمقارنة بين الرعاية الصحية المقدمة بالفعل وتلك التي يجب الوصول إليها².

¹ أحمد عبد الستار، مرجع سابق، ص ٣

² CBAHI, 2017

٢-٣-٢ تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية^١:

في عام ١٩١٧م في الولايات المتحدة الأمريكية عملت الكلية الأمريكية للجراحين على تطوير المعايير الخاصة للمستشفيات من خلال وضع الحد الأدنى من المعايير الأولية للمستشفيات ودليل لتحسين الجودة، و كان الهدف من ذلك هو ضمان مستوى أداء أفضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، وقد ركزت هذه المعايير على عمل الجراحين من حيث وجود الطاقم، والتوافق مع الأطباء الداخليين، ووجود ملف المريض، وتنظيم وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصيين في هذا المجال. و في عام ١٩١٨م بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، و قد تم طبع دليل المعايير الأول في عام ١٩٢٦م.

وفي عام ١٩٥١م تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام ١٩٨٦ م بمبادرة من جمعية الجراحين والتي لم تعد تستطيع لوحدها القيام بهذا العمل وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية الأمريكية للمستشفيات والجمعية الطبية الكندية وجمعية الأطباء الأمريكيين إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكيل اللجنة لاعتماد المستشفيات، وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في ١٩٥٢/١٢/٦ م.

و في عام ١٩٥٣م في كندا قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا والكلية الملكية للأطباء والجراحين بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات بهدف تطوير برنامج الخاص باعتماد المستشفيات، وكان برنامج الاعتماد طوعاً على مستوى وطني دون تدخل حكومي.

أما في عام ١٩٦٠م في كندا تم إنشاء المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية.

و في عام ١٩٦٦م في الولايات المتحدة الأمريكية طلبت الحكومة من المستشفيات أن تأخذ على عاتقها تطبيق نظام التأمين للمواطنين باسم الرعاية الطبية لتحقيق بعض مواصفات الجودة.

في عام ١٩٧٤م في أستراليا شكل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية ويضم المجلس أعضاء من وزارة الصحة في أستراليا.

وفي عام ١٩٨١م في إسبانيا أنشئ نظام خاص باعتماد المستشفيات من قبل حكومة إسبانيا. بعدها وفي عام ١٩٩١م في نيوزيلندا أنشئ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية باشتراك عدة أعضاء تتكون من ٥٠% من وزارة الصحة و ٤٠% من جمعية مجلس المستشفيات و ١٠% من جمعية المستشفيات الخاصة. أما عام ١٩٩٥م في إنكلترا وضعت نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام ١٩٨٧م وتعمل على تقييم المؤسسات الصحية منذ عام ١٩٩٠م.

وكذلك في كندا عام ١٩٩٥م 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 الصحية خلال تقديم خدمة رعاية المريض، وتم دمج فلسفة التحسين المستمر للجودة في مجال الرعاية والخدمة وتضمينها مع العمليات الأخرى وبدء اعتماد خدمات الرعاية الصحية المجتمعة ووضعت مؤشرات الأداء حيث قام المجلس بانتقاء ستة مؤشرات أداء عامة.

وفي فرنسا عام ١٩٩٦م أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، وقد أصبح إلزامياً اعتباراً من ٢٠٠١م. أما ١٩٩٧م في إيطاليا ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد و حسب المناطق.

و في عام ٢٠٠١م أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان ٢٠٠٠م.

^١ مجلة دراسات محاسبية و مالية (JAFA) المجلد ١٥ العدد ٥٠ لسنة ٢٠٢٠م، تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) لتدقيق أداء المستشفيات.

• متطلبات الحصول على الاعتماد^١:

هناك متطلبات أساسية للحصول على الاعتماد، ونورد منها ما يلي:

- ١- المستشفى يلبي جميع متطلبات تقديم البيانات والمعلومات في الوقت المناسب إلى لجنة الاعتماد الدولية (JCI).
- ٢- تزود المستشفى اللجنة الدولية المشتركة بمعلومات دقيقة وكاملة في جميع مراحل عملية الاعتماد.
- ٣- تقارير المستشفى في غضون ٣٠ يوماً من التاريخ الفعلي لأي تغيير (تغييرات) في ملف تعريف المستشفى (قاعدة بيانات إلكترونية) أو المعلومات المقدمة إلى JCI عبر التطبيق الإلكتروني التجريبي وبين الاستطلاعات.
- ٤- المستشفى يسمح بالتقييمات في الموقع للمعايير وسياسة الامتثال أو التحقق من مخاوف الجودة والسلامة أو التقارير أو عقوبات السلطة التنظيمية وفقاً لتقدير اللجنة المشتركة الدولية.
- ٥- تسمح المستشفى للجنة المشتركة الدولية بطلب (من المستشفى أو وكالة خارجية) (JCI) مراجعة نسخة أصلية أو نسخة مصدقة من نتائج وتقرير التقييمات الخارجية المعترف بها علناً.
- ٦- المستشفى يختار ويستخدم المقاييس كجزء من نظام قياس تحسين الجودة.
- ٧- يجوز فقط للمستشفيات الحاصلة على اعتماد JCI عرض الختم الذهبي.
- ٨- يمكن لأي فرد من أفراد طاقم المستشفى (إكلينيكيًا أو إداريًا) الإبلاغ عن المخاوف بشأن سلامة المرضى وجودة الرعاية إلى اللجنة المشتركة الدولية دون اتخاذ إجراءات جزائية من المستشفى.
- ٩- خدمات الترجمة والترجمة الفورية التي يتم ترتيبها من قبل المستشفى لإجراء مسح الاعتماد وأي أنشطة ذات صلة يتم توفيرها من قبل متخصصين مؤهلين في الترجمة التحريرية والشفوية الذين لهم علاقة بالمستشفى.
- ١٠- عملية التقييم في الموقع، وكذلك سلامة النتائج، تعتمد على فهم غير متحيز ودقيق لمحادثاته مع الموظفين؛ ويتواصل موظفو المستشفى بشكل فعال بلغتهم مع المندوب. لضمان هذا التبادل الدقيق وغير المتحيز، ويتم توفير الترجمة التحريرية والشفوية من قبل الأفراد المؤهلين لتقديم خدمات الترجمة التحريرية والشفوية، مع دليل على الخبرة في ترجمة الرعاية الصحية / أو خدمات الترجمة الفورية، حيث أن الأفراد الذين يقدمون خدمات الترجمة التحريرية والشفوية ليسوا موظفين حاليين أو سابقين في المستشفى وليس لديهم أي تضارب في الاتصال، مثل أفراد الأسرة المباشرين أو العاملين في مستشفى تابع. لم يقدم الأفراد الذين يقدمون خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية أي خدمات استشارية للمستشفى فيما يتعلق بإعداد الاعتماد أو الاعتماد، مع استثناء محتمل للمساعدة في ترجمة المستندات المطلوبة من قبل اللجنة المشتركة الدولية لتكون باللغة الإنجليزية أو تقديم خدمات الترجمة التحريرية والشفوية في وقت سابق. الدراسة الاستقصائية.
- ١١- تقوم المستشفى بإخطار المستفيدين الذي تخدمه حول كيفية الاتصال بإدارة المستشفى واللجنة المشتركة الدولية للإبلاغ عن مخاوف بشأن سلامة المرضى وجودة الرعاية.
- ١٢- يقدم المستشفى رعاية المرضى في بيئة لا تشكل أي خطر مباشر على سلامة المرضى أو الصحة العامة أو سلامة الموظفين.

• متطلبات الأهلية العامة:

يجوز لأي مستشفى التقديم للحصول على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية (JCI) إذا كانت تفي بجميع المعايير التالية:

- يقع المستشفى خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.
- يعمل المستشفى حالياً كمقدم رعاية صحية في الدولة، ومرخص له بتقديم الرعاية والعلاج كمستشفى (إذا لزم الأمر)، و يقوم على الأقل بما يلي:
- ١. يوفر مجموعة كاملة من الخدمات السريرية للرعاية الصحية- التشخيصية والعلاجية والتأهيلية.

^{1 1} Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals
7th Edition | Effective 1 January 2021

٢. في حالة وجود مستشفى متخصص، يقدم مجموعة محددة من الخدمات، مثل طب الأطفال والعين والأسنان والطب النفسي، من بين أمور أخرى.
 ٣. يقدم المستشفى الخدمات المتاحة ٣٦٥ يوماً في السنة؛ ويضمن أن جميع خدمات رعاية المرضى المباشرة تعمل ٢٤ ساعة في اليوم، ٧ أيام في الأسبوع؛ و يقدم الخدمات المساعدة و الدعم حسب الحاجة لتلبية الاحتياجات الطارئة والعاجلة و / أو الطارئة للمرضى ٢٤ ساعة في اليوم، ٧ أيام في الأسبوع ، مثل: الاختبارات التشخيصية والمختبر وغرفة العمليات.
 - يقدم المستشفى الخدمات التي تتناولها معايير اعتماد المستشفى من الاصدار الخامس للجنة الدولية المشتركة.
 - يفترض المستشفى أو على استعداد لتحمل المسؤولية عند تحسين جودة الرعاية والخدمات التي يقدمها.
 - المستشفى مفتوح ويعمل بكامل طاقته، يسمح بدخول وخروج عدد من المرضى مما يسمح بالتقييم الكامل للتنفيذ والامتثال المستمر لجميع معايير الاعتماد للجنة المشتركة الدولية.
 - يستوفي المستشفى الشروط الموضحة في (APR) "متطلبات المشاركة في الاعتماد معايير اعتماد المستشفيات من الطبعة الخامسة للجنة الدولية المشتركة".
- ويجب أن يفي مستشفى المركز الطبي الأكاديمي المتقدم بكل من المعايير المذكورة أعلاه بالإضافة إلى المعايير الثلاثة التالية:

١. أن يكون المستشفى المتقدم متكاملًا تنظيمياً أو إدارياً مع كلية الطب.
٢. المستشفى المتقدم هو الموقع الرئيسي لتعليم كل طلاب الطب (الجامعيين) ومتدربو التخصص الطبي بعد التخرج من كلية الطب المشار إليها في المعيار ١.
٣. في وقت تقديم الطلب، يقوم المستشفى المتقدم بإجراء بحثاً طبياً بموافقة وإشراف من قبل مجلس المراجعة المؤسسية أو لجنة أخلاقيات البحث^١.

• حصول المستشفى على الاعتماد^٢:

حصول المستشفى على الاعتماد هو إجازة (شهادة) تعطى من قبل مجلس أو هيئة غير حكومية، بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة من خلال الفحص الكامل والدقيق لكل أجزاء وأقسام المستشفى، وتكرر كل ثلاث سنوات لتقييم مدى تفيد المستشفى بالمعايير التي حددت سابقاً من قبل مجلس الإجازة (مانح الشهادة). ويمكن تقسيم عملية تحضير المستشفى للحصول على الاعتماد إلى عدة خطوات تتمثل بتبني الكادر القيادي في المستشفى مبدأ الجودة والتحسين المستمر، وأن يدرك المستشفى أهمية وقيمة التطبيق لمعايير الاعتماد، والتزام الكادر القيادي مبدأ الجودة ومدى أهمية العمل نحو تحقيق الاعتماد، وقيام المستشفى بوضع ونشر تعريفه للجودة بشكل واسع، وتشكيل لجنة لتحسين الجودة في المستشفى تشرف على أنشطة التحسين المستمر، وقيام المستشفى بتثقيف موظفيه وأعضاء كادره حول تحقيق معايير الموضوع، وتنفيذ التقييم الذاتي للمستشفى المدعم بالأدلة، بحيث يتضمن توثيق ما يتطابق وما لا يتطابق مع المعايير، والقيام بوضع خطة فعلية لتنفيذ جميع المعايير التي لم يتم تحقيقها بشكل كامل.

تستكمل المرحلة النهائية للحصول على شهادة الاعتماد عند قيام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بالمسح والتقييم النهائي لمستويات تطبيق المعايير، بحيث تشتمل على:

١. مراجعة وثائق المستشفى من سياسات وخطط.
٢. مراجعة السجلات الطبية.
٣. مقابلة الكوادر العاملة في المستشفى لتقييم توجهاتهم لمستويات تطبيق معايير الاعتماد.

¹ Eligibility Requirements, JCI, 2015

² JCI, 3th Edition | Effective January 2008

٤. مقابلات المرضى.

٥. مقابلة مدير الموارد البشرية.

وتمنح شهادة الاعتماد عند التأكد من تطبيق المعايير وبمستويات عالية، وهذه الشهادة تبقى صالحة لمدة ثلاث سنوات، ويعاد في نهايتها الفحص ثانية لتجديد أو حجب الشهادة (الإجازة) بناء على مستويات الامتثال للمعايير.

٢-٣-٤ فوائد نظام الاعتماد وأهدافه:

• فوائد نظام الاعتماد

يأتي برنامج اعتماد المؤسسات الصحية ليتوج جهود الدولة والقطاع الخاص في تحسين جودة الخدمات وتحسين الأداء، بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة كما يعتبر أحد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي. حيث يؤدي الالتزام بتطبيق معايير نظام الاعتماد إلى تحقيق جملة من الفوائد يمكن توضيحها على النحو الآتي:

- ١- تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال غايات وأهداف محددة ترتبط بالوصول إلى الالتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقاً.
- ٢- يشجع برنامج الاعتماد على تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة.
- ٣- إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الالتزام بكل معيار، الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين المستمر جزءاً من ثقافة المؤسسات الصحية.
- ٤- تقليل الإنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص والعلاج وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات العلاج بالخارج.
- ٥- توفير فرص تعليمية واستثمارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيق نظمها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة.
- ٦- استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم.
- ٧- تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرهم والعاملين في المستشفيات والمراكز الصحية.

• بشكل أكثر تفصيل تنقسم فوائد الاعتماد إلى الآتي:

أ- الفوائد التي يحصل عليها المستفيد (المريض) من الخدمة، و تتمثل في الآتي:

- ١- استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً.
- ٢- زيادة فرصة المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص، و العلاج، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرصة الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات.
- ٣- تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى، مثل: التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق.
- ٤- تقليل النفقات حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء.
- ٥- احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية

التي تقدم نفس الخدمة.

٦- يكتسب نظام الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة، كلما أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.

ب- الفوائد التي تجنيها المؤسسات الصحية، و تتمثل في الآتي:

- ١- الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد.
- ٢- يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومي، إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات، مما يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.
- ٣- زيادة فرص المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة، حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل، مما يزيد فرص الاستمرار في العمل ويقلل البحث عن موظفين جدد.
- ٤- تقليل النفقات على المدى الطويل، مثل:
 - تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
 - تقليل إمكانية حدوث مخاطر، مثل: الحريق و التماس الكهربائي والعدوى.
 - تقليل نفقات التأمين ضد أخطاء المهنة.
 - تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات.
 - توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص.
- ٥- زيادة الدخل من خلال:
 - زيادة الحصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين.
 - زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
 - زيادة فرص المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الصحي.

ج- الفوائد التي تحقق للمجتمع و الدولة، و تتمثل في الآتي:

- ١- يعتبر الاعتماد ركن من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر على ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة.
- ٢- تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرض، ويعيد ثقة المجتمع بجودة المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية له.
- ٣- يعتبر نظام الاعتماد نظاماً عادلاً وموضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل^١.

● الهدف من نظام الاعتماد:

تتمثل أهداف نظام الاعتماد في :

- ١- نشر معايير الأداء الجيد للمؤسسات الصحية، وتطبيقها في هذه المؤسسات لضمان حصول متلقي الخدمة على

^١ الوصابي منير، مرجع سابق، ص ٥٥.

الخدمة الصحية بشكلها الأمثل.

- ٢- ضبط المعايير والاختلافات وضمان التزام المؤسسات الصحية بوضع الإجراءات الضرورية للحفاظ على مستوى الأداء المحدد من قبل المؤسسة المانحة للاعتماد.
- ٣- مكافأة وتحفيز المؤسسات الصحية.
- ٤- وضع خطة للتطوير المستمر طبياً وإدارياً.

٢-٣-٥ معايير الاعتماد:

• تصنيف معايير الاعتماد الصحي:

يتكون نظام الاعتماد من مجموعة من المعايير المتفق عليها دولياً في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية، والتي تم الوصول إليها نتيجة البحوث المستمرة لتحسين وتطوير الأداء وبحوث العمليات والبحوث الإكلينيكية والتكنولوجيا الطبية وبحوث السلامة والصحة المهنية. حيث يتفق الخبراء المتخصصين على قبول المعيار الذي تتوافر فيه الصفات الأساسية، مثل: أنه قابل للتطبيق ويحقق الفائدة القصوى ويمكن قياسه ويؤدي إلى تحسين مستمر في الأداء.

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

١. تصنف المعايير إلى مجموعتين رئيسيتين هما:
 - أ- المجموعة المتعلقة بالمريض أو المستفيد من الخدمة، وتشمل المعايير الخاصة بما يلي:
 - سهولة الوصول إلى الخدمة واستمراريتها.
 - كيفية تقييم حالة المريض.
 - كيفية تقديم الرعاية الطبية والتمريضية للمريض.
 - حقوق المريض والأسرة.
 - تقديم المعلومات وتثقيف المريض وأسرته.
 - ب- المجموعة المتعلقة بإدارة و قيادة المؤسسة الصحية: وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي:
 - مجلس الإدارة – مجلس الأمناء- كيفية القيادة والتوجيه والمسؤوليات داخل المؤسسة الصحية.
 - التحسين المستمر في الأداء والجودة.
 - إجراءات السلامة للمرضى والعاملين.
 - إدارة شؤون المنشأة الصحية من حيث المباني والأجهزة والتحكم في العدوى والسلامة ومواجهة الأخطار.
 - إجراءات تعيين العاملين وبرامج إعدادهم والتعليم المستمر والترخيص الطبية للأطباء والممرضات والفئات الفنية المساعدة.
٢. تصنف المعايير إلى مدخلات وعمليات ومخرجات للنظام الصحي على النحو الآتي:
 - معايير المدخلات (الهيكلي): وتشمل على سبيل المثال: الموارد البشرية، تصميم المباني، الأجهزة الطبية، وغير الطبية، المستلزمات وتوافرها.
 - معايير العمليات: وتشمل على سبيل المثال العمليات الخاصة بتقييم حالة المريض وتقديم الخدمات العلاجية، وعمليات التثقيف الصحي وتعليم المريض والأسرة، عمليات تقديم الأدوية، عمليات صيانة الأجهزة الطبية، عمليات الإدارة والإشراف على العاملين وتندرج تحت هذه المجموعة الأدلة الطبية الخاصة بالنواحي الإكلينيكية في تشخيص العلاج.
 - معايير المخرجات (النتائج): مثل: معدلات الوفيات والمضاعفات، ومعدلات نجاح العمليات الجراحية دون حدوث عدوى الولادات وإصابات للآم أو الطفل، معدلات استخدام المضادات الحيوية بطريقة صحيحة، معدلات إتباع بروتوكولات العلاج للأمراض الخطرة بصورة صحيحة، وكذلك مدى قناعة المستفيد بالخدمة.

٣. تصنف المعايير باعتبارها أساسية وجوهرية ومتقدمة، وفيما يلي تعريف كل منها:

- المعايير الأساسية:

و هي تلك المعايير التي تتناول القوانين والأنظمة التي قد تؤدي إلى وفاة المريض أو الزائرين أو العاملين أو الحاق ضرر جسيم بهم في حالة القصور في استيفاءها.

- المعايير الجوهرية:

و هي تلك المعايير التي تتناول النظم والمعلومات والإجراءات والسياسات التي تهتم برعاية المريض إلا أن الالتزام بها بشكل جزئي يشكل تهديداً بالحاق الأذى للمرضى أو الزائرين أو العاملين أو وفاتهم.

- المعايير المتقدمة:

و هي تلك المعايير المهمة التي يصعب تطبيقها بسبب القيود التي تفرضها الموارد أو الوقت أو الحاجة لتغير الثقافة. و سوف يتم تسليط الضوء على المعايير الاعتماد الأساسية التي تركز بالدرجة الأساس على رعاية المرضى كون المريض هو العنصر الأساسي الذي من أجله تسعى المؤسسات الصحية إلى تقديم أفضل خدمة صحية لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAC^١.

• معايير اعتماد المؤسسات الصحية:

عكفت مجالس الاعتماد الصحي في كثير من الدول إلى وضع معايير اعتماد خاصة بها من أجل تقييم مؤسساتها الصحية، و إن اختلفت هذه المجالس بينها في عدد تلك المعايير (مثلاً هناك ١٣ معياراً لاعتماد المستشفيات حسب اللجنة العلمية المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية JCI، و ٢٢ معياراً حددها مجلس اعتماد الخدمات الصحية السعودي، و ١٥ معياراً حددت من قبل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الأردني) إلا أنها تتفق بمضمون هذه المعايير لأنها في النهاية تحرص مجلس الاعتماد الصحي في تلك الدول أن تكون تحت مظلة اللجنة الدولية لاعتماد المعتمدين، والتي تطلبها لاعتماد هيئات الاعتماد الصحي في معظم الدول.

و من هذه المعايير الدولية التي يجب على المؤسسات الصحية الالتزام والامتثال بها للحصول على الاعتماد هي:

١. سهولة الوصول إلى الخدمة واستمرارية الرعاية الصحية.

٢. حقوق المريض وأسرته.

٣. تقييم حالة المريض.

٤. رعاية المرضى.

٥. إعلام وتعليم المريض وأسرته.

٦. التحسين المستمر للجودة وتحقيق الأمان للمرضى.

٧. التحكم في العدوى ومنعها.

٨. القيادة والتوجيه والإدارة.

٩. إدارة المنشآت الصحية.

١٠. مؤهلات تعليم مقدمي الخدمات.

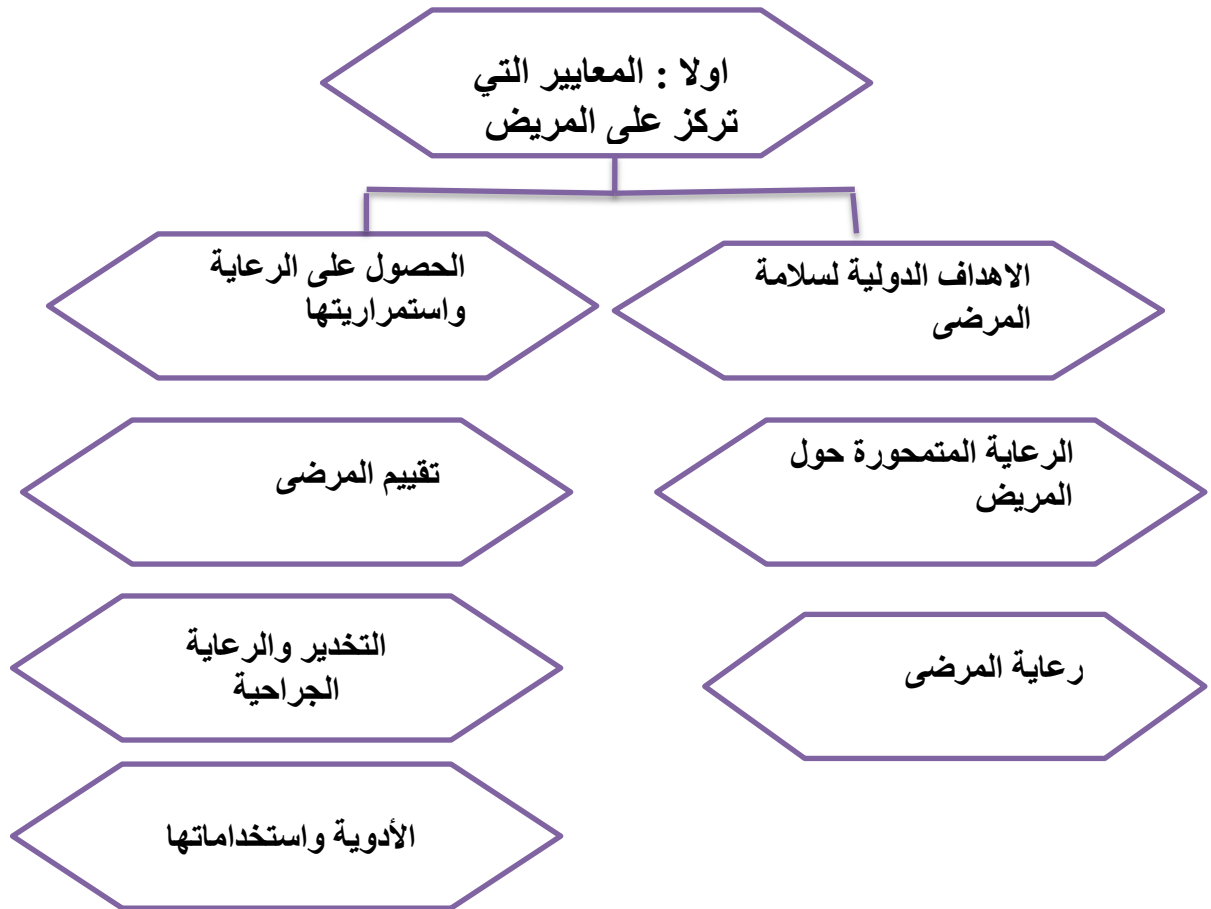
١١. إدارة المعلومات.^٢

^١ حميد أحمد عبد الستار، تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية لتدقيق أداء المستشفيات بحث تطبيقي في مستشفى حماية الأطفال التعليمي، مجلة دراسات محاسبية ومالية (JAFS) المجلد ١٥، العدد ٥٠، لسنة ٢٠٢٠م.

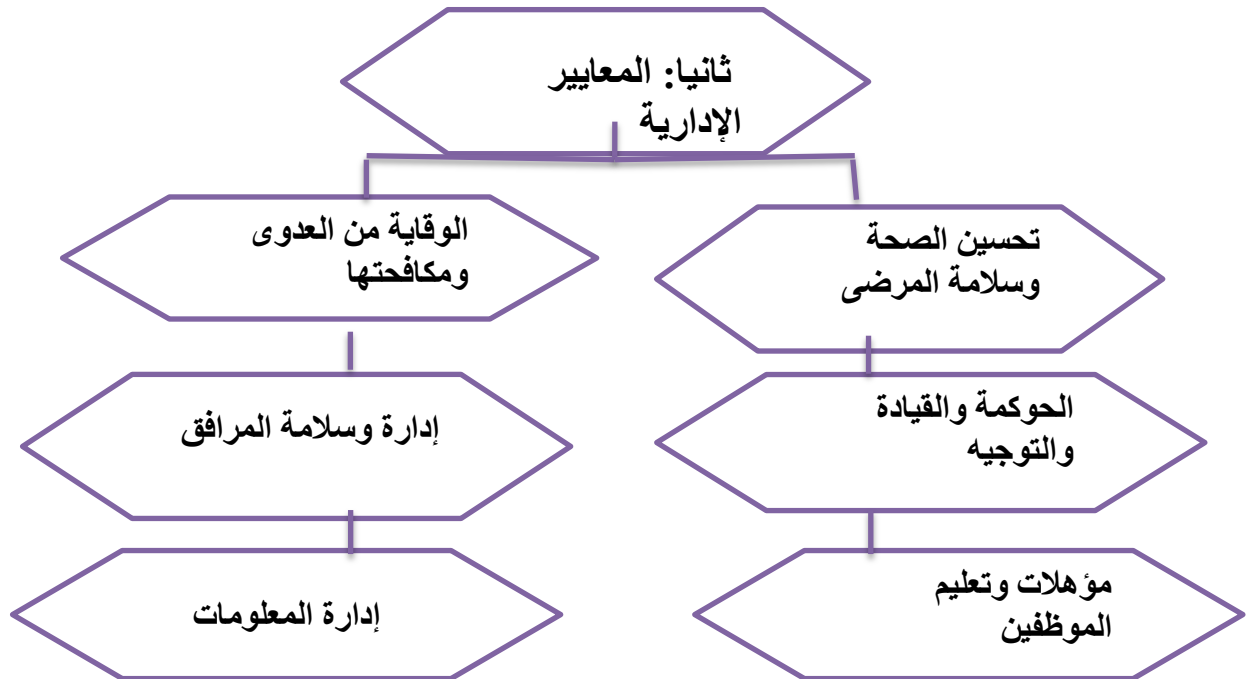
^٢ أبو رحمة خلود محمد عيسى، مرجع سابق، ص

- المعايير العالمية (JCI):¹

اقسام المعايير

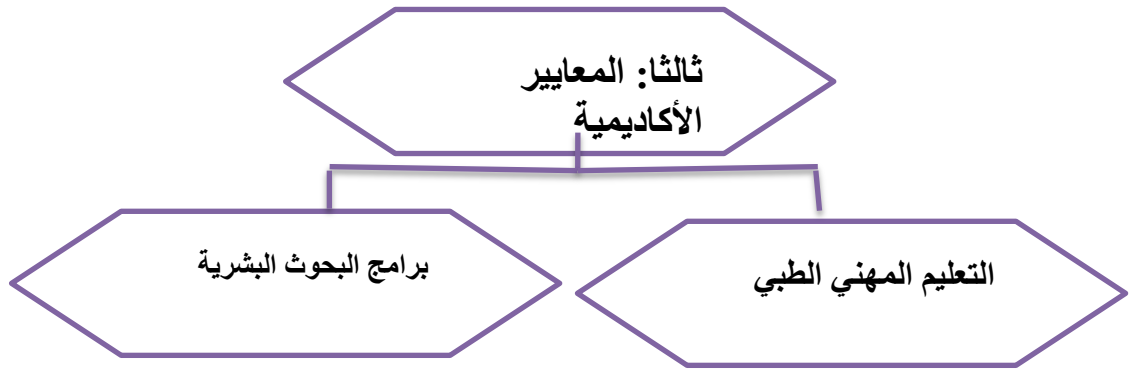


شكل (١-١)



شكل (٢-١)

¹ JCI, 7th Edition | Effective January 2021



شكل (٣-١)

ولأهمية المعايير المتعلقة بالمرضى فقد تم اخذها كمؤشر مهم وتم استخدامها في البحث.

نظرة عامة¹

كانت بداية التنفيذ لهذه الاهداف اعتباراً من ١ يناير ٢٠١١ في جميع المنظمات المعتمدة من قبل اللجنة المشتركة الدولية (JCI) بموجب المعايير الدولية للمستشفيات، وكان الغرض من الأهداف الدولية لسلامة المرضى، هو تعزيز التحسينات المحددة في سلامة المرضى، حيث تسلط الأهداف الضوء على المجالات الإشكالية في الرعاية الصحية وتصف الحلول المعتمدة على الأدلة والخبراء لهذه المشاكل. مع الاعتراف بأن تصميم النظام السليم أمر جوهري لتقديم رعاية صحية آمنة وعالية الجودة، تركز الأهداف بشكل عام على الحلول على مستوى النظام. حيث يتم تنظيم الأهداف بنفس طريقة المعايير الأخرى، بما في ذلك المعيار (بيان الهدف) وبيان النية والعناصر القابلة للقياس.

يتم تسجيل الأهداف بشكل مشابه لمعايير أخرى مثل "تم تطبيقها" أو "تم تطبيقها جزئياً" أو "لم تطبق". تتضمن قواعد قرار الاعتماد الامتثال للأهداف كقاعدة قرار منفصلة.

ملاحظة: تتطلب بعض المعايير أن يكون لدى المستشفى سياسة مكتوبة أو إجراء أو برنامج أو مستند مكتوب آخر لعمليات محددة.

الأهداف الدولية لسلامة المرضى: ١- التعرف على المرضى بشكل صحيح :

تحدث أخطاء المريض غير المقصودة في كل أوجه التشخيص والعلاج تقريباً. قد يكون المرضى مشوشين أو غير يقظين تماماً، وربما يغيرون الأسرة أو الغرفة أو الأماكن داخل المستشفى، أو قد يكون لديهم عجز حسي، أو يمكن أن يخضعوا لظروف أخرى قد تؤدي إلى أخطاء في تعيين الهوية بشكل صحيح. ويرمي هذا الهدف إلى أمرين اثنين: تعيين هوية الفرد بشكل موثوق بأنه الشخص الذي يراد تقديم الخدمة أو العلاج إليه، ثانياً تطابق الخدمة أو العلاج مع ذلك الفرد.

¹ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals
7th Edition | Effective 1 January 2021

تتطلب السياسات و الإجراءات طريقتين على الأقل لتعيين هوية المريض مثل اسم المريض أو رقم التعريف ، أو تاريخ الميلاد أو شريط معصم ذي كود شريطي أو طرق أخرى، ولا يمكن استخدام رقم غرفة المريض أو مكانه لتعيين الهوية .

هناك ظروف خاصة قد يحتاج فيها المستشفى إلى تطوير عملية لتحديد هوية المريض على سبيل المثال عندما يصل مريض في غيبوبة وبدون هوية، في حالة المولود الجديد عندما لم يختار الوالدان الاسم على الفور، ويستخدم الموظفون عملياً تحديد هوية المريض في هذه الظروف الخاصة لمنع الخطأ .
توضع السياسات والإجراءات لتحسين عملية تعيين هوية المريض لاسيما العمليات المستخدمة في تعيين هوية المريض عند إعطاء الأدوية أو الدم أو منتجات الدم، أو أخذ الدم وعينات أخرى لإجراء الاختبارات السريرية أو إجراء قسرة للقلب أو الأشعة التشخيصية .
بالإضافة إلى استخدام معرفين للتعرف على المريض يتم أيضاً استخدام معرفين على الأقل في وضع العلامات على العناصر المرتبطة بخطة رعاية المريض وعلاجه على سبيل المثال يجب تصنيف عينات الدم باستخدام معرفين على الأقل كذلك الأطباق الغذائية، حليب الأم الذي يتم تخزينه للرضع في المستشفى وغيرها من العلاجات المعدة خصيصاً للمرضى .

المعيار ١: يطور المستشفى وينفذ عملية لتحسين دقة تحديد هوية المريض.

عناصر القياس ١:

١ . يتم استخدام معرفين على الأقل للمريض، بشرط ألا يتضمنان رقم غرفة المريض أو موقعه في المستشفى، ليتم تحديد المريض والخطة العلاجية له .

٢ . يتم تحديد هوية المرضى قبل تنفيذ اي إجراءات طبية.

٣ - هناك آلية تحدد المرضى المصابين بغيبوبة أو المولود الجديد الذي لم يتم ذكر اسمه على الفور.

٢- تحسين الاتصال الفعال:

المعيار ٢ : يوجد في المستشفى نهج متبع لعملية الاتصالات اللفظية/ الهاتفية بين مقدمي الرعاية الصحية.

عناصر القياس ٢:

١). يتم توثيق الأوامر الشفهية الكاملة وقراءتها مرة أخرى من قبل المتلقي وتأكيداها من قبل الفرد الذي أعطى الأمر.

٢ . يتم توثيق الطلبات الهاتفية الكاملة وقراءتها مرة أخرى من قبل المستلم وتأكيداها من قبل الفرد الذي أعطى الأمر.

٣ . يتم توثيق نتائج الاختبار الكاملة وقراءتها مرة أخرى من قبل المتلقي وتأكيداها من قبل الفرد الذي يعطي النتيجة

المعيار ١.٢ : يوجد في المستشفى عملية محددة للإبلاغ عن النتائج الحرجة لاختبارات التشخيص

عناصر القياس ١.٢:

١ . لدى المستشفى نهج محدد لإعطاء النتائج الحرجة التي قد تمثل قيماً عاجلة أو نتائج تهدد حياة المريض.

٢ . لدى المستشفى عملية إبلاغ رسمية، تُستخدم في جميع أنحاء المستشفى، تحدد مدى أهمية نتائج الاختبارات التشخيصية

٣. يحدد المستشفى ما هي المعلومات الموثقة في السجل الطبي.

معياري ٢.٢ : لدى المستشفى نموذج لعملية التسليم بين مقدمي الخدمة

نية المعيار ٢ خلال المعيار ٢.٢ :

الاتصالات الفعالة التي تأتي في وقتها وتكون دقيقة وكاملة وغير غامضة ويفهمها متلقيها ، تقلل الأخطاء وينجم عنها تحسين سلامة المريض. يمكن أن تكون الاتصالات إلكترونية أو شفوية أو خطية. وأكثر الاتصالات ميلا إلى ارتكاب الأخطاء هي طلبات رعاية المرضى المعطاة شفويا وتلك التي تُعطى على الهاتف، عندما يسمح بها بموجب القوانين أو الأنظمة المحلية، ومن الاتصالات الأخرى الميالة للخطأ تبليغ نتائج الاختبارات الحاسمة، مثل اتصال المختبر السريري بوحدة رعاية المريض للتبليغ عن نتائج اختبار عاجل .

أوامر رعاية المريض المقدمة شفويا و عبر الهاتف هي من أكثر الاتصالات عرضة للخطأ ، اللهجات والنطق المختلف يمكن أن يجعل من الصعب على المتلقي فهم الأمر المقدم، على سبيل المثال أسماء الأدوية والأرقام التي تبدو متشابهة مثل الإريثروميسين والازيثروميسين يمكن أن تؤثر على أمر الطلب.

غالبا ما تؤدي الضوضاء وأسماء ومصطلحات الأدوية غير المألوفة إلى تفاقم المشكلة عند استلام الأمر شفويا . الإبلاغ عن النتائج الحرجة لاختبارات التشخيص هو أيضاً قضية تتعلق بسلامة المرضى، يتم تعريف النتيجة الحرجة على أنها التباين عن النطاق الطبيعي الذي يمثل حالة فسيولوجية مرضية شديدة الخطورة أو مهددة للحياة وتعتبر عاجلة والتي من المحتمل أن يكون الإجراء الطبي الفوري ضرورياً للحفاظ على الحياة أو منع وقوع كارثة . النتائج الحرجة قد تحدث في العيادات الخارجية وللمرضى الداخليين وفي مناطق الرعاية الحرجة والأجنحة العامة أيضاً . اتصالات تسليم رعاية المرضى داخل المستشفى :

- بين ممارسي الرعاية الصحية على سبيل المثال ، طبيب إلى طبيب ، طبيب إلى ممرض ، ممرضة إلى ممرضة وما إلى ذلك .
- بين مستويات مختلفة من الرعاية في نفس المستشفى على سبيل المثال عندما يتم نقل المريض من وحدة العناية المركزة إلى وحدة طبية أو من قسم الطوارئ إلى غرفة العمليات .
- من وحدات المرضى الداخليين إلى أقسام التشخيص أو العلاج الأخرى مثل الأشعة أو العلاج الطبيعي .
- بين الموظفين والمرضى أو العائلات كما هو الحال عند الخروج .

يمكن أن تحدث أعطال الاتصال أثناء أي تسليم لرعاية المرضى ويمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية . يمكن أن تؤدي الانقطاعات وغيرها من عوامل التشتت إلى إعاقة التواصل ويمكن لممارسي الرعاية الصحية تحسين النتائج المتعلقة بتسليم رعاية المرضى .

النماذج أو الأدوات أو الأساليب الموحدة تدعم عملية تسليم منسقة وكاملة . قد تختلف عملية التسليم باختلاف أنواع عمليات التسليم داخل المستشفى فمثلا قد يتطلب تسليم رعاية المرضى لقسم الطوارئ إلى قسم طبي عملية مختلفة أو محتوى مختلف عن التسليم من غرفة العمليات إلى العناية المركزة .

لا يشترط أن تكون نماذج أو أدوات التسليم في حالة استخدامها من قبل المستشفى جزءا من السجل الطبي بالإضافة لا يلتزم توثيق المعلومات التفصيلية التي يتم إرسالها أثناء التسليم في السجل الطبي . تشمل الممارسات الآمنة للتواصل الفعال ما يلي :

- قصر الاتصال الشفهي للوصفات الطبية أو أوامر الدواء على المواقف العاجلة التي يكون فيها التواصل الكتابي أو الإلكتروني الفوري غير ممكن .
- وضع مبادئ توجيهية لطلب وتلقي نتائج الاختبار في حالة الطوارئ .
- كتابة الترتيب الكامل أو نتيجة الاختبار من قبل المتلقي للكمبيوتر، المتلقي يقرأ الترتيب أو نتيجة الاختبار والمرسل يؤكد أن ما تم تدوينه دقيق . قد لا تكون هذه العملية ممكنة دائما كما هو الحال في غرفة العمليات وفي الحالات الطارئة في قسم الطوارئ أو وحدة العناية المركزة .

استخدام محتوى معياري وحاسم للتواصل بين المريض والأسرة وممارس الرعاية الصحية وغيرهم من المشاركين في الرعاية الصحية .

عناصر القياس ٢.٢ :

١ . يتم توصيل نموذج النتائج الحرجة بين ممارسي الرعاية الصحية أثناء تسليم رعاية المرضى.

٢ . يتم استخدام النماذج الموحدة التي تدعم عملية تسليم متسقة وكاملة.

٣ . يتم تحديد الطرق المناسبة لتصحيح البيانات الخاطئة في نموذج التسليم والعمل على حلها

٣- تحسين سلامة الأدوية عالية التركيز:

معياري ٣ : لدى المستشفى عملية محددة لسلامة الأدوية عالية الخطورة.

عناصر القياس ٣ :

١ . لدى المستشفى قائمة للأدوية عالية الخطورة .

٢ . لدى المستشفى عملية لتطوير امان الأدوية عالية الخطورة الموحدة في المستشفى ككل لتقليل من المخاطر.

٣ . يراجع المستشفى سنوياً ، وعند الضرورة ، قائمة الأدوية عالية الخطورة

المعياري ١.٣ :

لدى المستشفى عملية لتحسين سلامة الأدوية المتشابهة / السليمة

عناصر القياس ١.٣ :

١ . لدى المستشفى قائمة للأدوية المشابهة .

٢ . لدى المستشفى عملية لترتيب وإدارة الأدوية المتشابهة الموحدة في جميع اقسام المستشفى.

٣ . يراجع المستشفى سنوياً ، وعند الضرورة ، قائمة الأدوية المشابهة .

معياري ٢.٣ :

تنفذ المستشفى عملية لإدارة الأمانة للشوارد المركزة (الأدوية عالية التركيز).

عندما تكون الأدوية جزءاً من خطة علاج المريض فإن الإدارة المناسبة أمر بالغ الأهمية لضمان سلامة المريض . أي دواء حتى تلك التي يمكن شراؤها بدون وصفة طبية إذا تم استخدامها بشكل غير صحيح يمكن أن تسبب إصابة. الأدوية عالية الخطورة تسبب ضرراً من المحتمل أن يكون أكثر خطورة مما يؤدي إلى زيادة معاناة المريض والتكاليف الإضافية المحتملة المرتبطة به .

تعرف الأدوية عالية الخطورة على أنها الأدوية التي تسبب مخاطر وضرر كبير للمريض عند استخدامها عن طريق الخطأ . على الرغم من الأخطاء قد تكون أو لا تكون أكثر شيوعاً مع هذه الأدوية ، إلا أن عواقب الخطأ واضحة ، وتشمل الأمثلة الأكثر شيوعاً للأدوية عالية الخطورة الأنسولين، المواد الأفيونية ، العوامل المضادة للتخثر.

يحتاج المستشفى إلى تطوير قائمة خاصة WHO و ISM تتوفر أمثلة لقوائم الأدوية عالية الخطورة من منظمات مثل

به من الأدوية عالية الخطورة ويوصى بتحديث هذه القائمة سنوياً على الأقل . يجب أن تكون قائمة الأدوية عالية الخطورة محدثة ومعروفة من قبل الطاقم السريري ومرفقة باستراتيجيات متطورة للحد من المخاطر وتحتاج الاستراتيجيات أن تكون قابلة للتطبيق في بيئات مختلفة ومستدامة بمرور الوقت .
قد تتضمن أمثلة الاستراتيجيات ما يلي :

- توحيد العمليات المرتبطة بطلب وتخزين وإعداد وإدارة هذه الأدوية
- تحسين الوصول إلى المعلومات حول هذه الأدوية .
- تقييد الوصول إلى الأدوية عالية الخطورة .
- استخدام ملصقات إضافية وتنبيهات آلية .

هي أسماء أدوية تبدو مثل أسماء أدوية أخرى عند كتابتها أو نطقها . تشير عبوات (LASA) إن الاسماء المتشابهة الأدوية المتشابهة إلى حاويات الأدوية التي تشبه حاويات أدوية أخرى .
من العوامل التي تسبب أخطاء دوائية في جميع أنحاء العالم :

- معرفة غير كاملة بأسماء الأدوية
- المنتجات المتوفرة حديثاً
- عبوات أو ملصقات مماثلة
- الاستخدام السريري المماثل
- سوء الفهم أثناء إصدار الأوامر الشفهية .

وتعزيز سلامة LASA تحتاج المستشفيات إلى وضع استراتيجيات لتقليل الأحداث الضارة الناتجة عن استخدام أدوية المرضى .

من المشكلات التي يتم الاستشهاد بها بشأن سلامة الدواء هي إعطاء الشوارد مركزة (كلوريد البوتاسيوم، فوسفات البوتاسيوم ، الصوديوم ، كبريتات المغنسيوم) .
حددت الأدبيات عدة حالات وفاة نتيجة للتناول الغير مقصود الشوارد مركز .
أكثر الوسائل فعالية للتقليل أو القضاء على هذه الحوادث هو تطوير عملية لإدارة الشوارد المركزة ويشمل ذلك إخراجها من وحدات رعاية المرضى إلى الصيدلية .

عناصر القياس ٢.٣:

١ . لدى المستشفى قائمة بالأفراد المؤهلين والمدربين الذي يمكنهم الوصول إلى الشوارد المركزة ، وهل يتم تمييز الشوارد بوضوح بالتحذيرات المناسبة وفصلهم عن الأدوية الأخرى.

٢ . لدى المستشفى طريقة لإدارة و تخزين والوصول السريع الشوارد المركزة .

٣ . يتم اتباع البروتوكولات الصحيحة للعلاج ببدائل للبالغين والأطفال و / أو حديثي الولادة لعلاج نقص بوتاسيوم الدم ونقص صوديوم الدم ونقص فوسفات الدم.

٤- المعيار ٤:

ضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح وحمل الجراحة للمريض الصحيح.

إصابة المريض الجسمية والأحداث الضارة الناتجة عن الموقع الخاطئ والإجراء الخاطئ وجراحة المريض الخاطئة هي مخاوف مستمرة للمستشفيات، وتنتج هذه الأخطاء عن عدم فعالية الاتصال وكفايته بين أعضاء الفريق الجراحي، وعدم مشاركة المرضى في تعليم مكان إجراء الجراحة بعلامة مميزة بالإضافة إلى ذلك عدم كفاية تقييم المريض وعدم كفاية مراجعة السجلات الطبية، والثقافة التي لا تدعم التواصل المفتوح بين أعضاء الفريق الجراحي، والمشاكل المتعلقة بالخط

غير المقروء واستخدام الاختصارات تعتبر عوامل مساهمة متكررة. تشمل الإجراءات الجراحية جميع الإجراءات التي تنطوي على الشق أو الثقب على سبيل المثال لا الحصر العمليات الجراحية المفتوحة، الشفط عن طريق الجلد، الخزعة، تنظير البطن والتنظير الداخلي. تحتاج المنظمات إلى تحديد جميع المناطق داخل المستشفى التي تتم فيها الإجراءات الجراحية على سبيل المثال معمل قسطرة القلب، قسم الأشعة التداخلية. البروتوكول العالمي للجنة المشتركة (الأمريكية) لتجنب الموقع الخاطئ والإجراءات الخاطئة والجراحة للشخص غير المقصود تركز جزئياً على مبدأ استخدام استراتيجيات متعددة لتحديد المريض الصحيح والإجراء الصحيح والموقع الصحيح.

العمليات الضرورية الموجودة في البروتوكول الشامل هي :

- عملية التحقق قبل الجراحة .
- تعليم موقع الجراحة
- وقت مستقطع قبل بدء الإجراء على الفور

أولاً: عملية التحقق قبل الجراحة :

التحقق قبل الجراحة هو عملية مستمرة لجمع المعلومات وتأكيد الغرض منها :

- التحقق من صحة المكان والإجراء والمريض
- التأكد من أن جميع الوثائق والصور ذات الصلة متوفرة ومعرضة بشكل صحيح
- التأكد من توافر أي معدات و/ أو غرسات خاصة مطلوبة .

هناك عناصر مختلفة لعملية التحقق قبل الجراحة مثل التأكد من المستندات، التصوير، ونتائج الاختبار، والاوراق مصنفة بشكل صحيح .

قد تؤدي عملية التحقق إلى تأخير الجراحة دون داع إذا لم يتم تصنيف الأعمال الورقية أو التصوير أو عدم توفرها عندما تكون الجراحة على وشك البدء.

من المرجح أن أجزاء من التحقق قبل الجراحة قد تحدث أكثر من مره واحدة وفي أكثر من مكان على سبيل المثال يمكن الحصول على الموافقة الجراحية في مكتب الجراح ومن ثم التحقق من اكتماله قد يتم في منطقة الحجز قبل الجراحة .

ثانياً: تعليم موقع الجراحة

يتم تحديد الموقع الجراحي بعلامة لا لبس فيها . من الناحية المثالية لا يتم استخدام (إكس) كعلامة حيث يمكن تفسيرها على أنها " ليست هنا " أو " خاطئة " ويمكن أن يؤدي إلى أخطاء في رعاية المريض. يجب أن تكون العلامة متسقة في جميع أنحاء المستشفى. يعلم موقع الجراحة في كل الأحوال التي تشتمل على تجانب أو بنى متعددة (الأصابع و الآفات) أو مستويات متعددة (العمود الفقري). يتم وضع علامة على موقع الإجراء الجراحي من قبل الشخص الذي سيؤدي الإجراء. هناك ظروف قد يقوم فيها المتدرب بوضع العلامات على الموقع وهذا عندما يقوم المتدرب بتنفيذ الإجراء بأكمله، والذي يتطلب إشرافاً بسيطاً أو بدون إشراف من الجراح أو الطبيب المسؤول. في هذه الظروف المتدرب يضع علامة على موقع الجراحة عندما يكون في دور مساعدة الجراح المسؤول أو الطبيب .

إن تعليم موقع الجراحة يشرك المريض وتكون العلامة مرئية بعد تحضير المريض، وهناك حالات التي قد يتعذر فيها المشاركة وهي كالتالي المرضى غير المؤهلين لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية والأطفال والمرضى الذين يحتاجون إلى جراحة طارئة.

ثالثاً: وقت مستقطع قبل بدء الإجراء على الفور:

أثناء الوقت المستقطع يوافق الفريق على المعلومات التالية :

- تصحيح هوية المريض
- الإجراء الصحيح الذي يتعين القيام به
- تصحيح موقع الجراحة

يسمح الوقت المستقطع بحل أي أسئلة بدون أي إجابة ويتم في الموقع الذي سيتم فيه الإجراء ويتضمن مشاركة الفريق

بأكمله ولا يتعين على المريض المشاركة فيها. عند انتهاء الوقت المستقطع لا أحد من الفريق يغادر الغرفة.

٥- المعيار ٥:

تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية:

تشكل الوقاية من العدوى ومكافحتها تحدياً في معظم أماكن الرعاية الصحية، ويثير ارتفاع معدلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية قلقاً كبيراً لدى المرضى واختصاصي الرعاية الصحية. وتشمل العدوى الشائعة في كل أماكن الرعاية الصحية عدوى الجهاز البولي المرتبطة بالقسطرة، وعدوى مجرى الدم وذات الرئة (غالباً ما ترتبط بالتهوية الميكانيكية).

من الأمور الأساسية في التخلص من هذه العدوى وسواها إتباع القواعد الصحيحة لنظافة اليدين، وتتوافر التوجيهات المقبولة دولياً لنظافة اليدين لدى منظمة الصحة العالمية والمراكز الأمريكية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها ومختلف المنظمات الصحية الدولية والوطنية الأخرى.

يعتمد المستشفى وينفذ المبادئ التوجيهية الحالية القائمة على الأدلة لنظافة اليدين. إرشادات نظافة اليدين يتم نشرها في أماكن مناسبة، ويتم تعليم الموظفين كيفية غسل وتعقيم اليدين بالشكل المناسب. يوجد الصابون والمطهرات والمناشف أو غيرها من وسائل التجفيف في تلك المناطق التي تتطلب إجراءات غسل وتعقيم اليدين.

يمكن أن تؤثر العدوى المرتبطة بالمستشفى بشدة على حالة المريض وتعتبر مصدر مهم للمضاعفات التي يمكن أن تؤدي إلى مزيد من المرض وحتى الموت. العديد من هذه العدوى يمكن الوقاية منها، وتشير الدراسات البحثية إلى أن تطبيق الممارسات المصممة للوقاية من العدوى المكتسبة في المستشفيات يمكن أن يؤدي إلى تقليل هذه العدوى بنسبة (٧٠%).

في عام ٢٠٠١ بدأ معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI) في تطوير واختبار مفهوم تعزيز العمل الجماعي والتواصل في فرق متعددة التخصصات من أجل تحسين الرعاية السريرية المقدمة للمرضى. أدت هذه المبادرة إلى إنشاء حزم رعاية، ويتم تعريف حزم رعاية على أنها مجموعة من التداخلات المسندة بالأدلة لشريحة محددة من المرضى، السكان التي ما عملت متى ما عملت معاً سيؤدي ذلك إلى نتائج أفضل بكثير مما لو تم تنفيذه بشكل فردي.

٦- المعيار ٦:

تقليل خطر إلحاق الضرر بالمريض نتيجة السقوط.

العديد من الإصابات في المستشفى لكلاً من المرضى الداخليين والخارجيين تكون نتيجة للسقوط. تشمل الأسباب التي تعرض المرضى للسقوط، تعاطي الأدوية، استهلاك الكحول، اضطرابات المشي أو التوازن، ضعف البصر وتغير الحالة العقلية.

المرضى الذين تم تقييمهم في البداية على أنهم معرضون لخطر السقوط المنخفض قد يصبحون فجأة في خطر كبير وتشمل الأسباب على سبيل المثال لا الحصر، الجراحة والتخدير، التغيرات المفاجئة في المريض، التعديل في الأدوية. يحتاج العديد من المرضى إلى إعادة التقييم أثناء مكوثهم في المستشفى.

تحدد معايير مخاطر السقوط أنواع المرضى المعرضين لخطر السقوط. هذه المعايير توثق في سجل المريض لأنها توفر الأدلة الداعمة لفئة المرضى المعرضين للسقوط. يتحمل المستشفى مسؤولية تحديد أنواع المرضى الذين قد يكونون أكثر عرضة للسقوط. المعايير الموثقة تسهل استمرارية الرعاية بين ممارسي الرعاية الصحية الذين يرعون المريض. على سبيل المثال، ممارس يهتم بمريض بعد مغادرته غرفة العمليات قد لا يعرف ما إذا كان المريض معرضاً لخطر السقوط.

على المستشفى في إطار المجتمع الذي تخدمه والخدمات التي تقدمها والتسهيلات الموجودة فيها، أن تقيم مخاطر تعرض المرضى فيها للسقوط واتخاذ الإجراءات لخفض خطر السقوط وخفض خطر الإصابة عند السقوط. يتضمن البرنامج الذي أو البيئة /يضعه المستشفى للحد من مخاطر السقوط تقييم المخاطر وإعادة التقييم الدوري لمجموعة معينة من المرضى والتي يتم فيها تقديم الرعاية والخدمات. يتم تنفيذ التدابير للحد من مخاطر السقوط لأولئك المرضى الذين تم تحديدهم.

قد تمثل مواقع محددة مخاطر سقوط أعلى بسبب الخدمات المقدمة، على سبيل المثال قسم العلاج (للمرضى الداخليين والخارجيين) لديه العديد من أنواع المعدات المتخصصة التي يستخدمها المرضى قد تزيد من مخاطر السقوط ، مثل القضبان المتوازية والسلالم القائمة بذاتها ومعدات التمرين.

يتم إجراء تقييم بسيط للمريض لتحديد ما إذا كان معرض لخطر السقوط. تستخدم أدوات الفحص بشكل شائع وتتضمن لا، أو قد /أسئلة أو عناصر تستخدم لتحديد مخاطر سقوط المرضى، على سبيل المثال قد تتطلب الأسئلة إجابة بسيطة بنعم تتضمن الأداة تعيين نقاط لكل عناصر بناء على استجابات المريض. قد تحدد المنظمات كيفية عملية الفرز ، مثال على أسئلة الفرز هل تشعر بعدم الثبات عند الوقوف أو المشي ؟ هل تقلق من السقوط ؟ هل سقطت في العام الماضي ؟

الفصل الثالث:

الإطار العملي

بعد ان تم عرض الفصول الاولى المتمثلة بالإطار العام للبحث والفصل الثاني سرد فيه الإطار النظري والمتمثل ب أدبيات البحث، وخصص هذا الفصل لسرد الجانب العملي (الميداني) من خلال اربعة مباحث، فقد خصص المبحث الأول لعرض منهجية الدراسة والتي شملت التعريف بمجتمع وعينة الدراسة، وخصص المبحث الثاني لعرض نتائج اختبار الفرضيات، وخصص المبحث الثالث لعرض النتائج والتوصيات التي توصلت اليها الدراسة.

المبحث الاول

٢-١ نظرة عامة على المستشفى الأوروبي

نبذة عن المستشفى

يركز المستشفى الأوروبي الحديث على تقديم مجموعة واسعة من الخدمات الطبية الحديثة والمتطورة ذات الجودة المتميزة والتي تتيح له تحسين صحة المجتمعات التي يخدمها بكل محبة وتفهم لاحتياجات المرضى وعائلاتهم المختلفة. فهو كمؤسسة تقدم الرعاية الطبية، تطمح قياداته لأن يكون الاختيار الأول للناس بين المستشفيات في الجمهورية اليمنية وأن يتميز بتحقيق رضا مرضاهم، وتوفير أفضل جودة ممكنة طبيا وخدماتيا بالإضافة إلى أفضل الأطباء والمتخصصين والموظفين. كما تحرص ادارة المستشفى مع الموظفين على استخدام الجودة في اعمالهم ووظائفهم لتلبية رغبات المرضى.

رؤية المستشفى

ان نكون في صدارة تقديم الخدمات الطبية المتميزة على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي.

رسالة المستشفى

نسعى لتقديم خدمات طبية متميزة بكوادر مؤهلة وتكنولوجيا حديثة لكسب رضى العملاء وسلامتهم بتطبيق المعايير المعتمدة للمستشفيات والاهتمام بتطوير الكدر البشري وتحديث البنية التحتية للمستشفى.

قيم المستشفى

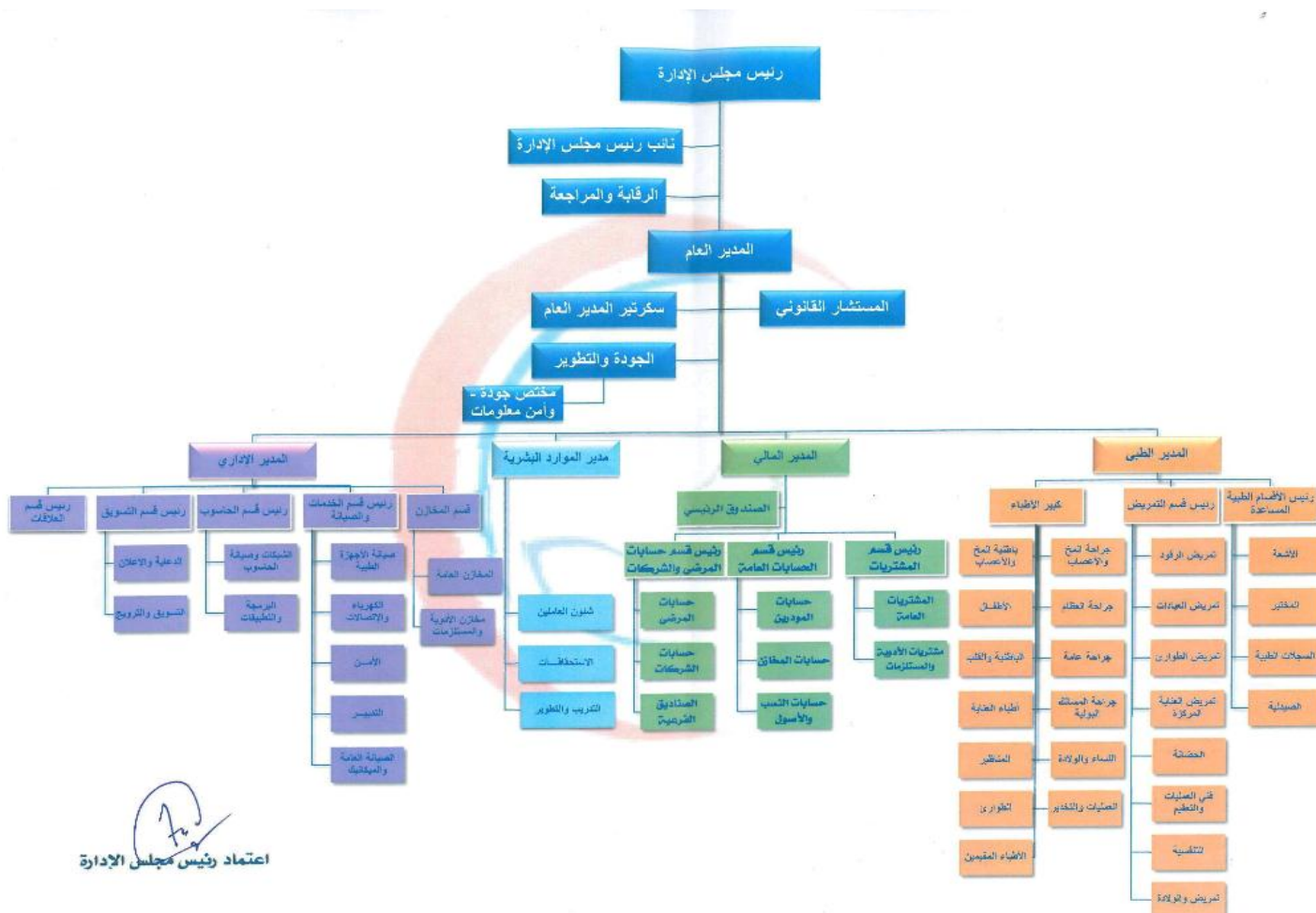
- طموح وتميز.
- سلامة الخدمات.
- خلق وابداع.

أقسام المستشفى

- قسم المخ والأعصاب.
- قسم الأطفال.
- قسم النساء والولادة.
- قسم الباطنية.
- وحدة المناظير.
- قسم العظام.
- قسم القلب.
- قسم الطوارئ.
- قسم الجلدية.
- قسم الأمراض الصدرية.
- قسم الأشعة التشخيصية.
- قسم المختبرات.

جدول رقم (۱-۲)

الهيكل التنظيمي للمستشفى



٢-١-١ وصف مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في مستشفى الاوروبي الحديث، حيث شملت الدراسة الكوادر الطبية والادارية موظف تقريبا. 300 والفئات الاخرى والبالغ عددهم وقد تم اختيار عينة الدراسة عن طريق اسلوب المعاينة العشوائية البسيطة، وهي احدى العينات الاحتمالية والجدول التالي يوضح ذلك:

النسبة %	العدد	البيان
100%	90	الاستبيانات الموزعة
100%	90	الاستبيانات التي تم ارجاعها
0%	0	الاستبيانات التي لم يتم ارجاعها
98%	88	الاستبيانات الصالحة لتحليل
0%	2	الاستبيانات الغير الصالحة لتحليل

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢)

٢-١-٢ وصف اداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية للحصول على المعلومات اللازمة لاختبار الفرضيات وقد اشتملت الاستبانة على ثلاثة محاور كانت كالآتي:

- **المحور الاول:** واحتوى على البيانات الديموغرافية لأفراد العينة والتي كانت متمثلة: جنس العاملين، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة والتخصص.
- **المحور الثاني من الاستبيان:** والمتمثلة في 24 سؤال والمقسمة على ستة محاور مستقلة تقيس مدى تطبيق الاهداف الدولية لسلامة المرضى (تحديد هوية المريض عدد فقراته 4 فقرات، تحسين الاتصال الفعال عدد فقراته 3 فقرات، تقليل مخاطر الادوية عدد فقراته 4 فقرات، ضمان الجراحة الامنة 6 فقرات، تقليل مخاطر العدوى المصحوبة بالرعاية الصحية عدد فقراته 3 فقرات و تقليل مخاطر السقوط عدد الفقرات 3 فقرات)
- **المحور الثالث من الاستبيان:** وقد احتوى على الفقرات المتعلقة بجودة خدمات الرعاية الصحية وعدد فقراتها 14 .

وبعد ان تم التحكيم للاستبانة والتعديل عليها لتأكد من الأداة هل تناسب لدراسة واهدافها، تم بدء التحليل بـ

٢-٢ قياس ثبات وصدق الاستبيانات:-

تم قياس ثبات كلاً من محاور الاستبيان وفقراته ومن ثم حساب ثبات وصدق الاستبيانات ككل وذلك لمعرفة درجة SPSS: ثبات الاستبيانات من خلال استخدام معامل الاختبار الفا كرونباخ بواسطة برنامج

٢-٢-١ ثبات المحاور

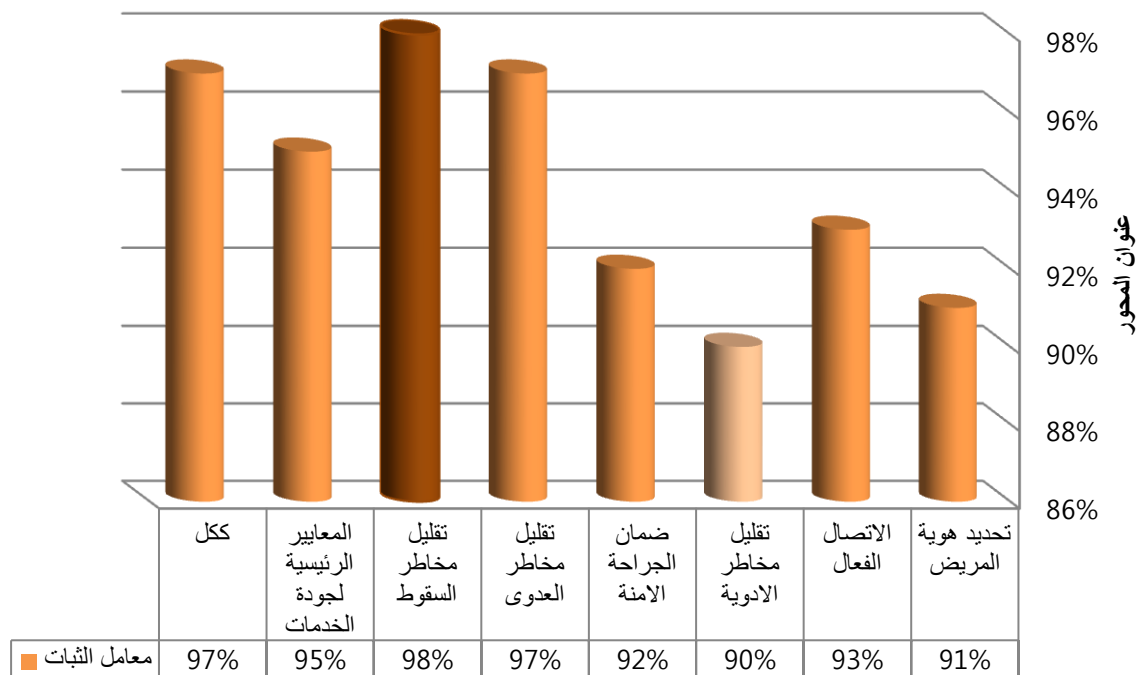
المحور	معامل الثبات
تحديد هوية المريض	91%
الاتصال الفعال	93%
تقليل مخاطر الادوية	90%
ضمان الجراحة الامنة	92%
تقليل مخاطر العدوى	97%
تقليل مخاطر السقوط	98%
المعايير الرئيسية لجودة الخدمات	95%
ككل	97%

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٣)

يلاحظ من الجدول السابق أن معامل الثبات للاستبيان ممتاز في جميع المحاور، والشكل الاتي يوضح الجدول السابق .

معامل الثبات



شكل رقم (٢-١)

٢-٢-٢ تحليل ارتباط المحاور المستقلة بالمحور التابع

Correlations

		هوية_ تحديد المريض_	الاتصال الفعال	تقليل مخاطر الادوية	ضمان الجراحة الآمنة	تقليل مخاطر العدوى	تقليل مخاطر السقوط	المعايير لجودة_ الرئيسية الرعاية_
هوية_ تحديد المريض_	Correlation	1	.668**	.638**	.560	.439**	.467**	.667
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
الاتصال_ الفعال	N	88	88	88	88	88	88	88
	Correlation	.668**	1	.704**	.547**	.483	.594**	.699**
	Coefficient							
مخاطر_ تقليل الادوية	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88
	Correlation	.638**	.704**	1	.660**	.415**	.456	.528**
الجراحة_ ضمان الآمنة	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88
الجراحة_ ضمان الآمنة	Correlation	.560**	.547**	.660**	1**	.540**	.503**	.428**
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

_مخاطر_تقليل العدوى	N	88	88	88	88	88	88	88
	Correlation Coefficient	.439**	.483**	.415**	.540**	1**	.571**	.480**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
_مخاطر_تقليل السقوط	N	88	88	88	88	88	88	88
	Correlation Coefficient	.467**	.594**	.456**	.503**	.571**	1**	.519**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
_الرئيسية_المعايير الرعاية_لجودة	N	88	88	88	88	88	88	88
	Correlation Coefficient	.667**	.699**	.528**	.428**	.480**	.519**	1**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	88	88	88	88	88	88	88

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٤-٢)

من الجدول السابق يتضح أن الارتباط بين محاور الاستبانة (الاتساق الداخلي) قوي جدا
٢-١-٣ تحليل فقرات المحاور المستقلة

• تحديد هوية المريض

الاتجاه	مستوى الدلالة	اختبار T	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	لا اوافق بشدة		لا اوافق		محايد		اوافق		اوافق بشدة		الفقرات
					%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
اوافق بشدة	.000	28.595	.54	4.6591	0%	0	1.1%	1	0%	0	30.7%	27	68.2%	60	لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح.
اوافق بشدة	.000	16.489	.77	4.3636	0%	0	2.3%	2	11.4%	10	34.1%	30	52.3%	46	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى مجهولي الهوية.
اوافق بشدة	.000	20.169	.67	4.4545	0%	0	1.1%	1	6.8%	6	37.5%	33	54.5%	48	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى فاقد الوعي.
اوافق بشدة	.000	20.570	.69	4.5227	0%	0	2.3%	2	4.5%	4	31.8%	28	61.4%	54	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى حديثي الولادة.
اوافق بشدة	.000	20.912	.67	4.5114	0%	0	1.1%	1	6.8%	6	31.8%	28	60.2%	53	لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح.

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٥-٢)

من الجدول السابق يتضح الاتي:-

١. أن افراد العينة كانوا موافقين بشدة حول فقرة (لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح) بعدد 60 ونسبة 68.2% ، وموافقين بعدد 27 ونسبة 30.7% ، وغير موافقين بعدد 1 ونسبة 1.1% ، وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية أفراد العينة كان موافقون بشدة وموافق وهو ما يدل فعلاً أن المستشفى تأخذ بعين الاعتبار تطبيق معيار تحديد هوية المريض في مستشفى الاوروربي.
٢. وكذا يتضح أن افراد العينة كانوا موافقين بشدة حول فقرة (توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى مجهولي الهوية) بعدد 46 ونسبة 51.3% وموافقين بعدد 30 ونسبة 34.1% ومحايدين بعدد 10 ونسبة 11.4% وغير موافقين بعدد 2 ونسبة 2.3% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أنه يتم تطبيق الية لتحديد هوية المرضى مجهولي الهوية.
٣. وهنا يتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة (توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى فاقدى الوعي) بعدد 48 ونسبة 54.5% وموافقون بعدد 33 ونسبة 37.5% ومحايدون بعدد 6 ونسبة 6.8% ، و غير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً ان هناك آلية متبعة لتحديد هوية المرضى فاقدى الوعي ومطبقة في مستشفى الاوروربي.
٤. وكذلك توضح النتائج أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة (توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى حديثي الولادة) بعدد 54 ونسبة 61.4% و موافقون بعدد 28 ونسبة 31.8% ، ومحايدون بعدد 4 ونسبة 4.5% ، و غير موافقون بعدد 2 ونسبة 2.3% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً انه يتم تطبيق الآلية المتبعة لتحديد هوية المرضى حديثي الولادة.
٥. ويتبين كذلك أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتم لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح بعدد 53 ونسبة 60.2% وموافقون بعدد 28 ونسبة 31.8% ومحايدون بعدد 6 ونسبة 6.8% وغير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن يتم تطبيق سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح.

• الاتصال الفعال بين مقدمي الخدمات

الفقرات	وافق بشدة		وافق		محايد		لا اوافق		لا اوافق بشدة		الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة	الاتجاه
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N				
توجد آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال الشفوي بين مقدمي الخدمة.	62.5%	55	30.7%	27	5.7%	5	1.1%	1	0%	0	4.5455	21.989	.000	موافق بشدة
توجد آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال الهاتفي بين مقدمي الخدمة.	58.0%	51	29.5%	26	9.1%	8	3.4%	3	0%	0	4.4205	16.692	.000	موافق بشدة
توجد سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة للتعامل مع النتائج الحرجة.	51.1%	45	39.6%	34	9.1%	8	1.1%	1	0%	0	4.3977	18.633	.000	موافق بشدة

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٦-٢)

يتضح من الجدول السابق الاتي:-

أن أفراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة وجود آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال الشفوي بين مقدمي الخدمة.

١. بعدد 55 ونسبة 62.5% وموافقون بعدد 27 ونسبة 30.7% محايدون بعدد 5 ونسبة 5.7% وغير موافقون

بشدة بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية أفراد العينة كان موافقون

بشدة وهو ما يدل فعلاً أن المستشفى يطبق معيار الاتصال الشفوي بين مقدمي الخدمة.

٢. وكما يتضح أن أفراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة وجود آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال

الهاتفي بين مقدمي الخدمة بعدد 51 ونسبة 58.0% و موافقون بعدد 26 ونسبة 29.5% ومحايدون بعدد 8

ونسبة 9.1% وغير موافقون بعدد 3 ونسبة 3.4% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية أفراد

العينة كان بشدة وهو ما يدل فعلاً أن يوجد تطبيق لمعيار الاتصال الهاتفي بين مقدمي الخدمة.

٣. ويتضح أن أفراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة التعامل مع النتائج الحرجة بعدد 45 ونسبة 51.1% و

موافقون بعدد 34 ونسبة 38.6% ومحايدون بعدد 8 ونسبة 9.1% وغير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1%

وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية أفراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن توجد

سياسة لتعامل مع القيم والنتائج الحرجة.

• تقليل مخاطر الادوية

الاتجاه	مستوى الدلالة	T الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	لا اوافق بشدة		لا اوافق		محايد		اوافق		اوافق بشدة		الفقرات
					%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
موافق بشدة	000	20.515	.673	4.4556	0%	0	0%	0	10.2%	9	34.1%	30	55.7%	49	توجد آلية معتمدة ومتبعة للتعامل مع الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً وكتابةً.
موافق بشدة	000	19.317	.703	4.4333	0%	0	1.1%	1	9.1%	8	36.4%	32	53.4%	47	يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لتقليل مخاطر الأدوية ذات المحاذير العالية.
موافق بشدة	000	18.616	.760	4.4444	0%	0	2.3%	2	8.0%	7	34.1%	30	55.7%	49	يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لأصرف وإعطاء ومراقبة الأدوية المخدرة.
موافق بشدة	000	17.127	.793	4.4333	1.1%	1	1.1%	1	9.1%	8	31.8%	28	56.8%	50	توجد سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة لأصرف وإعطاء ومراقبة المضادات الحيوية.

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٧-٢)

يتضح من الجدول السابق الآتي:-

١. من خلال التحليل يتبين ان افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة (توجد آلية معتمدة ومتبعة للتعامل مع الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً وكتابةً) بعدد 49 ونسبة 55.7% وموافقون بعدد 30 ونسبة 34.1% محايدون بعدد 8 ونسبة 10.2% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن المستشفى يطبق الية لتعامل مع الادوية المتشابهة.

٢. كما توضح النتائج أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لتقليل مخاطر الأدوية ذات المحاذير العالية بعدد 47 ونسبة 53.4% و موافقون بعدد 32 ونسبة 36.4% ومحايدون بعدد 8 ونسبة 9.1% وغير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن يتم استخدام اجراءات معتمدة لتقليل مخاطر الادوية ذات المحاذير العالية .

٣. كما يتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لصرف وإعطاء ومراقبة الأدوية المخدرة بعدد 49 ونسبة 55.7% و موافقون بعدد 30 ونسبة 34.1% محايدون بعدد 7 ونسبة 8.0% وغير موافقون بعدد 2 ونسبة 2.3% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك اجراءات معتمدة لصرف الادوية المخدرة ومراقبتها.

٤. ويتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة توجد سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة لصرف وإعطاء ومراقبة المضادات الحيوية. بعدد 50 ونسبة 56.8% و موافقون بعدد 28 ونسبة 31.8% ومحايدون بعدد 8 ونسبة 9.1% وغير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وغير موافقون بشدة بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك اجراءات معتمدة لصرف ادوية المضادات الحيوية ومراقبتها.

ضمان الجراحة الأمانة

الفقرات	وافق بشدة		وافق		محايد		لاوافق		لاوافق بشدة		الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة	الاتجاه
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N					
يتم رسم الموضع الجراحي بعلامات واضحة وبمشاركة المريض قبل البدء بالجراحة.	58.0%	51	26.1%	23	15.9%	14	0%	0	0%	0	4.4205	.753	20.169	000	وافق بشدة
تتم موافقة المريض خطياً على وثيقة مكتوبة يسجل فيها جميع بياناته ونصائح	54.5%	48	39.8%	35	4.5%	4	1.1%	1	0%	0	4.4773	.642	18.857		وافق بشدة

	000														الطبيب والإجراءات التي يحتاجها أثناء العملية الجراحية.
وافق بشدة	000	18.160	.694	4.5227	0 %	0	1.1%	1	8.0%	7	28.4%	25	62.5%	55	يحدد الفريق الجراحي وقت مستقطع قبل البدء بالعملية الجراحية للتحقق من هوية المريض ونوع الجراحة وموضعها وتوثيق ذلك بالوقت والتاريخ.
وافق بشدة	000	16.692	.728	4.4598	0 %	0	2.3%	2	6.8%	6	33.0%	29	56.8%	50	يتم حصر الأدوات والمستلزمات قبل وبعد العملية لضمان سلامة العملية الجراحية.
وافق بشدة	000	20.169	.727	4.5000	0 %	0	2.3%	2	6.8%	6	29.5%	26	61.4%	54	توجد آلية معتمدة ومتبعة لإعطاء جرعة مضاد حيوي وقائية قبل العملية الجراحية.
وافق بشدة	000	18.857	.820	4.3750	0 %	0	3.4%	3	11.4%	10	29.5%	26	55.7%	49	يتم تسجيل بيانات الخروج قبل نقل المريض من غرفة العمليات إلى غرفة الإفاقة.

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٨-٢)

يتضح من الجدول السابق الاتي:-

١. أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتم رسم الموضع الجراحي بعلامات واضحة وبمشاركة المريض قبل البدء بالجراحة. بعدد 51 ونسبة 58.0% وموافقون بعدد 23 ونسبة 26.1% ومحايدون بعدد 14 ونسبة 15.9% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك سياسة مطبقة لوسم المكان الجراحي في المستشفى.

٢. كما توضح النتائج أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة تتم موافقة المريض خطياً على وثيقة مكتوبة يسجل فيها جميع بياناته ونصائح الطبيب والإجراءات التي يحتاجها أثناء العملية الجراحية. بعدد 48 ونسبة 54.5% وموافقون بعدد 35 ونسبة 39.8% ومحايدون بعدد 4 ونسبة 4.5% و غير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك اجراءات مطبقة لجمع بيانات المريض قبل الاجراء الجراحي.

٣. كما يتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يحدد الفريق الجراحي وقت مستقطع قبل البدء بالعملية الجراحية للتحقق من هوية المريض ونوع الجراحة وموضعها وتوثيق ذلك بالوقت والتاريخ. بعدد 55 ونسبة 62.5% وموافقون بعدد 25 ونسبة 28.4% محايدون بعدد 7 ونسبة 8.0% وغير موافقون بعدد 1 ونسبة 1.1% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك وقت مستقطع قبل الاجراء الجراحي.

٤. ويتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتم حصر الأدوات والمستلزمات قبل وبعد العملية لضمان سلامة العملية الجراحية. بعدد 50 ونسبة 56.0% وموافقون بعدد 29 ونسبة 33.0% ومحايدين بعدد 6 ونسبة 6.8% وغير موافقون بعدد 2 ونسبة 2.3% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك حصر للأدوات الجراحية لضمان سلامة الاجراء الجراحي.

٥. وتوضح النتائج أن افراد العينة كانوا غير موافقون بشدة حول فقرة توجد آلية معتمدة ومتبعة لإعطاء جرعة مضاد حيوي وقائية قبل العملية بالجراحة. بعدد 54 ونسبة 61.4% وموافقون بعدد 26 ونسبة 29.5% ومحايدين بعدد 6 ونسبة 6.8% وغير موافقون بعدد 2 ونسبة 2.3% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن الية معتمدة لإعطاء الجرعات للمضاد الحيوي بشكل سليم.

٦. وتبين كذلك أن افراد العينة كانوا غير موافقون بشدة حول فقرة يتم تسجيل بيانات الخروج قبل نقل المريض من غرفة العمليات إلى غرفة الإفاقة. بعدد 49 ونسبة 55.7% و موافقون بعدد 26 ونسبة 29.5% ومحايدين بعدد 10 ونسبة 11.4% وغير موافقون بعدد 3 ونسبة 3.4% وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن انهم يقومون بتسجيل بيانات المريض من غرفة العمليات الى الإفاقة.

• تقليل مخاطر العدوى عند تقديم الخدمات

الاتجاه	مستوى الدلالة	T اختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	لا اوافق بشدة		لا اوافق		محايد		اوافق		اوافق بشدة		الفقرات
					%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
موافق بشدة	000	19.979	754	4.5682	0 %	0	1.1%	1	6.8%	6	35.2%	31	56.8%	50	تضع إدارة المستشفى وتدعم وتنفيذ برنامجاً شاملاً لخفض مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
موافق بشدة	000	20.762	.709	4.5455	1.1%	1	2.4%	3	8.0%	7	30.7%	27	60.2%	53	تم تقييم مخاطر العدوى داخل المستشفى وتحديد أولويات التحسين التي يجب تنفيذها لتجنب العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
موافق بشدة	000	17.819	.816	4.5114	1.1%	1	0%	0	10.2%	9	33.0%	29	55.7%	49	وضع المستشفى وينفذ برنامج تدريبي شامل لسياسات وإجراءات لمكافحة العدوى

يتضح من الجدول السابق الاتي:-

- ١* أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة تضع إدارة المستشفى وتدعم وتنفذ برنامجاً شاملاً لخفض 35.2% ونسبة 31% وموافقون بعدد 56.8 ونسبة 50 مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. بعدد % وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن 1.1 ونسبة 1 غير موافقين بعدد 6.8% ونسبة 6 ومحايدون بعدد اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك برامج مطبقة لخفض مخاطر العدوى.
- ٢* كما توضح النتائج أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة تم تقييم مخاطر العدوى داخل المستشفى ونسبة 53 وتحديد أولويات التحسين التي يجب تنفيذها لتجنب العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. بعدد ونسبة 3 و غير موافقون بعدد 8.0% ونسبة 7 ومحايدون بعدد 30.7% ونسبة 27 وموافقون بعدد 60.2% % وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان 1.1 بنسبة 1 وغير موافق بشدة 2.3% موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك تحديد للأولويات المراد تحسينها للحد من العدوى.
- ٣* كما يتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة وضع المستشفى وينفذ برنامج تدريبي شامل محايدون 26.4% ونسبة 24 وموافقون بعدد 64.8% ونسبة 59 لسياسات وإجراءات لمكافحة العدوى بعدد % وبعد 1.1 بنسبة 1 وغير موافقون بشدة بعدد 3.3% ونسبة 3 وغير موافقون بعدد 3.3% ونسبة 3 بعدد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن المستشفى تقيم دورات تدريبية لسياسات المتبعة لمكافحة العدوى.

تقليل مخاطر السقوط

الاتجاه	مستوى الدلالة	T اختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	لا اوافق بشدة		لا اوافق		محايد		اوافق		اوافق بشدة		الفقرات
					%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
موافق بشدة	000	20.449	.67768	4.4773	0%	0	1.1%	1	7.7%	7	35.2%	32	54.9%	50	لدى المستشفى سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة للحد من مخاطر سقوط المرضى.
موافق بشدة	000	18.803	.74269	4.4886	1.1%	.1	0%	0	7.7%	7	30.8%	28	59.3%	54	يتم تقييم مخاطر سقوط المرضى وأخذ التدابير

															اللازمة عند احتمال حدوث خطر.
موافق بشدة	000	17.329	.76896	4.4205	1.1%	1	0%	0	9.9%	9	33.0%	30	53.8%	49	يتم إعادة تقييم مخاطر سقوط المرضى عند وجود تغير في حالتهم.

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٠-٢)

يتضح من الجدول السابق الاتي:-

١* أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة لدى المستشفى سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة للحد من مخاطر ونسبة 6 ومحايدين بعدد 35.2% ونسبة 31% وموافقون بعدد 56.8 ونسبة 50 سقوط المرضى. بعدد % وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة 1.1 ونسبة 1 وغير موافقين بعدد 7.8% كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن هناك سياسة معتمدة للحد من مخاطر السقوط.

٢* كما توضح النتائج أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة يتم تقييم مخاطر سقوط المرضى وأخذ 30.7% ونسبة 27 وموافقون بعدد 60.2% ونسبة 53 التدابير اللازمة عند احتمال حدوث خطر. بعدد ونسبة 1% و غير موافقون بشدة بعدد 2.4 ونسبة 3 وغير موافقون بعدد 8.0% ونسبة 7 ومحايدين بعدد % وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن 1.1% هناك تحديد للأولويات التدابير اللازمة لمنع حدوث سقوط المرضى.

٣* كما يتضح أن افراد العينة كانوا موافقون بشدة حول فقرة تم إعادة تقييم مخاطر سقوط المرضى عند وجود ونسبة 9 محايدين بعدد 33.0% ونسبة 29 وموافقون بعدد 55.7% ونسبة 49 تغير في حالتهم . بعدد % وبعد التحليل المفصل للفقرة يتضح أن اتجاه غالبية افراد 1.1 بنسبة 1 و غير موافقون بشدة بعدد 10.2% العينة كان موافقون بشدة وهو ما يدل فعلاً أن المستشفى تقوم بالتقييم المستمر للمرضى المتغيرة لحالتهم.

٢-١-٤ الثبات وصدق الاستبانة ككل :-

الثبات	الصدق
97%	98%

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١١-٢)

يلاحظ من الجدول السابق ان معامل الثبات وصلت الى ٩٧% وبدرجة صدق ٩٨% وهذه درجة ثبات وصدق عالية يمكن اعتمادها في تكملة البحث.

٢-١-٥ وصف المتغيرات الديموغرافية:

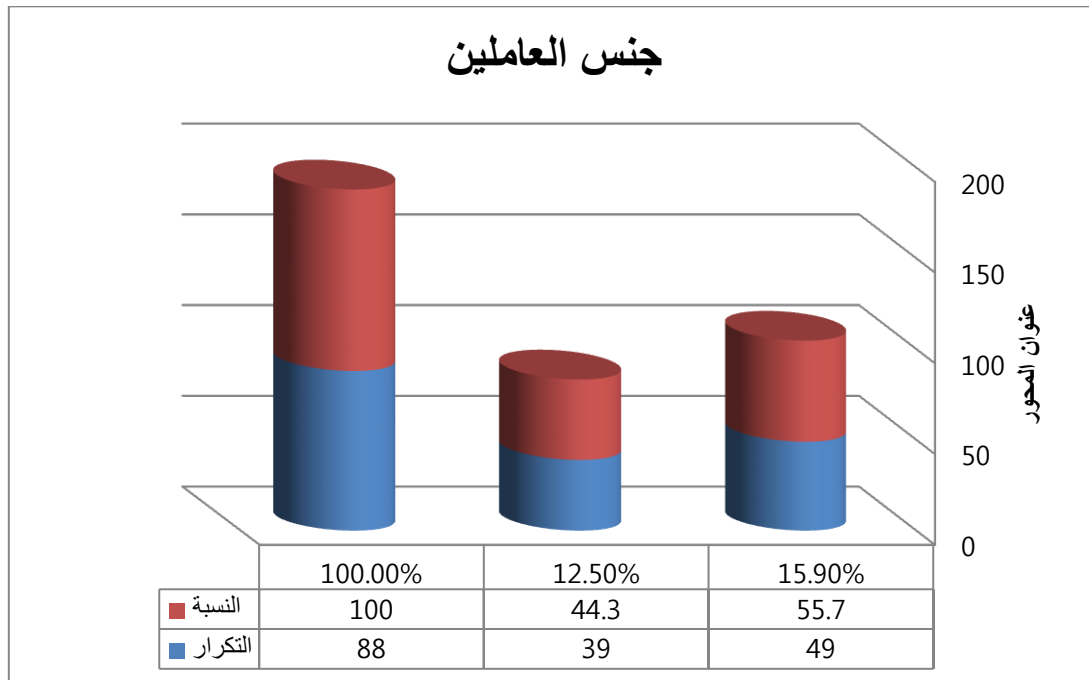
• الجنس

النسبة	التكرار	النوع
٥٥.٦	٤٩	ذكر
٤٤.٣	٣٩	انثى
١٠٠.٠	٨٨	المجموع

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-١٢)

من الجدول السابق يتضح ان عدد الذكور اكبر من عدد الإناث العاملين المتواجدين في المستشفى حيث بلغ العدد ٤٩ شخص أي بنسبة ٥٥.٦% والرسم التالي يوضح عدد التكرارات ويوضح الجدول السابق.



شكل رقم (٢-٢)

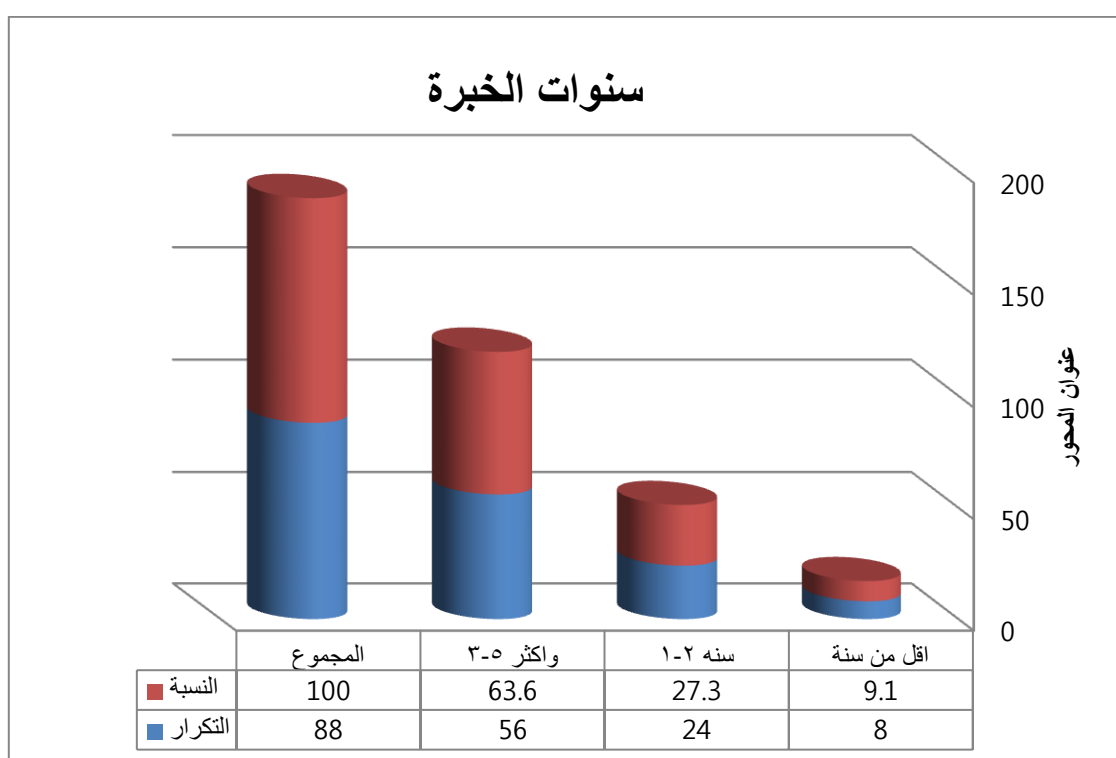
● سنوات الخبرة

النسبة	التكرار	سنوات الخبرة
9.1	8	اقل من سنة
27.3	24	سنة 1-2
63.6	56	واكثر 3-5
100.0	88	المجموع

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-١٣)

شخص، **56** وأكثر حيث بلغ عددهم **3-5** من الجدول السابق يتضح ان اكثر سنوات الخبرة بين العاملين تتراوح بين **8** والعاملين ذات الخبرة الاقل يتراوح عددهم والرسم التالي يوضح عدد التكرارات لسنوات الخبرة.



شكل رقم (٢-٣)

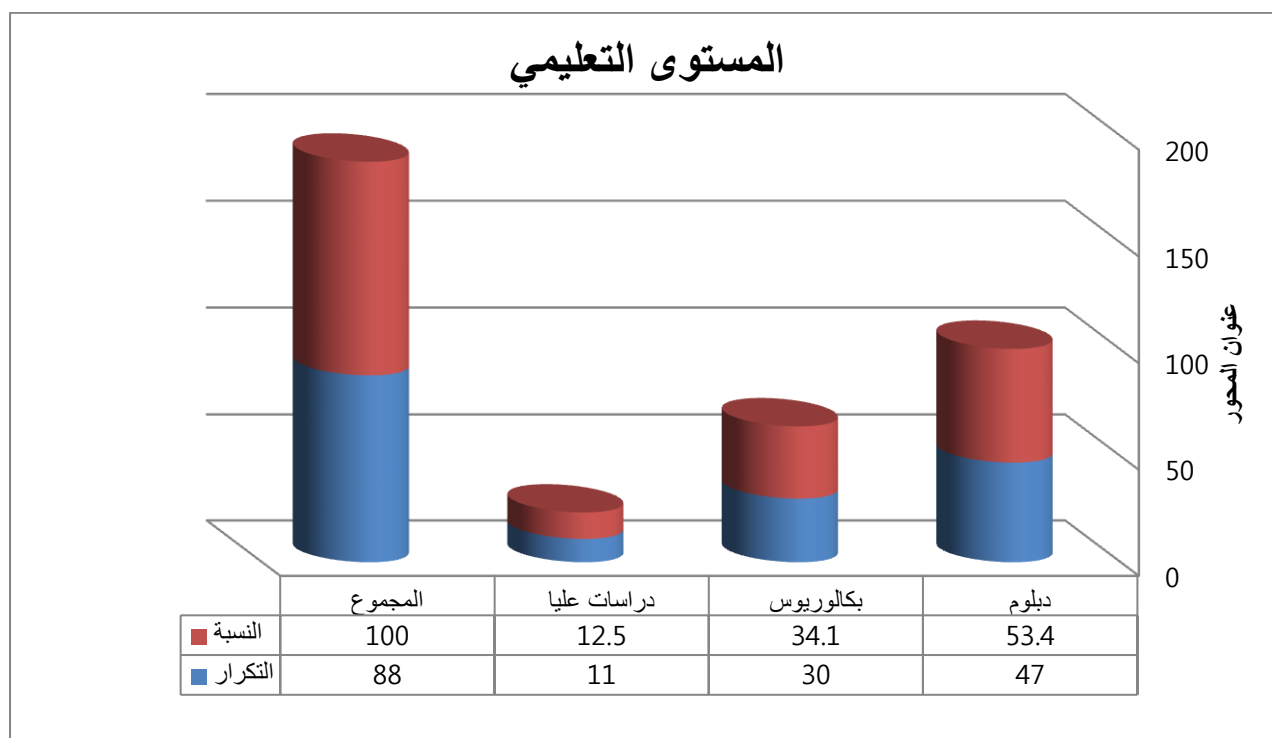
● المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
دبلوم	47	53.4%
بكالوريوس	30	34.1%
دراسات عليا	11	12.5%
المجموع	88	%100.0

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-١٤)

هم الحاصلين على درجة الدبلوم حيث بلغ من الجدول السابق يتضح ان اكثر العاملين في المستشفى هم الحاصلين على المستوى العلمي 53.4 شخص بنسبة 47 عدددهم %، واقل العاملين في المستشفى هم الحاصلين على المستوى العلمي 12.5 شخص بنسبة 11 عدددهم (الدراسات العليا) والرسم التالي ويوضح الجدول السابق.



شكل رقم (٢-٤)

• التخصص

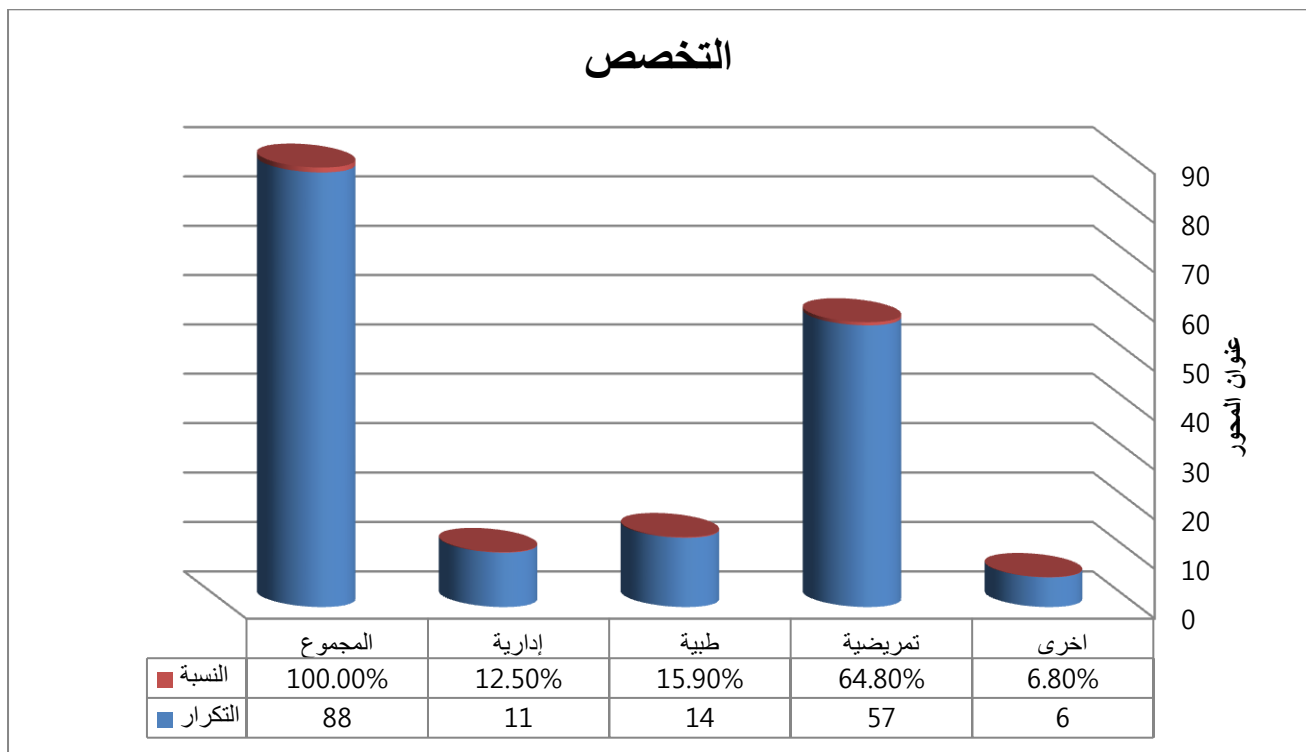
النسبة	التكرار	التخصص
--------	---------	--------

6.8%	6	اخرى
64.8%	57	تمريضية
15.9%	14	طبية
12.5%	11	إدارية
100.0%	88	المجموع

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٥-٢)

والشكل التالي يوضح الجدول 57 يتبين من الجدول السابق ان اكثر العينة هم الكادر التمريضي حيث وصل عددهم السابق.



شكل رقم (٥-٢)

٢-١-٦ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري:-

• محور تحديد هوية المريض

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	تحديد هوية المريض	4.5852	.51540	28.853	.000

١	لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح.	4.6591	.54428	28.595	.000
٢	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى مجهولي الهوية.	4.3636	.77581	16.489	.000
٣	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى فاقد الوعى.	4.4545	.67652	20.169	.000
٤	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى حديثي الولادة.	4.5227	.69443	20.570	.000
٥	توجد آلية متبعة لتحديد هوية المرضى المعرضين لسقوط.	4.5114	.67797	20.912	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٦-٢)

• الاتصال الفعال بين مقدمي الخدمة

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	الاتصال الفعال بين مقدمي الخدمة	4.4716	.60817	22.699	.000
١	توجد آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال الشفوي بين مقدمي الخدمة.	4.5455	.65931	21.989	.000
٢	توجد آلية معتمدة ومعلنة ومتبعة لعمليات الاتصال الهاتفي بين مقدمي الخدمة	4.4205	.79830	16.692	.000
٣	توجد سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة للتعامل مع النتائج الحرجة.	4.3977	.70368	18.633	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٧-٢)

• تقليل مخاطر الادوية

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	تقليل مخاطر الادوية	4.4375	.61966	21.762	.000
١	توجد آلية معتمدة ومتبعة للتعامل مع الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً وكتابةً.	4.4545	.67652	20.169	.000
٢	يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لتقليل مخاطر الأدوية ذات المحاذير العالية.	4.4205	.70664	18.857	.000

٣	يتبع مقدمي الخدمة إجراءات معتمدة لصرف وإعطاء ومراقبة الأدوية المخدرة.	4.4318	.73961	18.160	.000
٤	توجد سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة لصرف وإعطاء ومراقبة المضادات الحيوية.	4.4205	.79830	16.692	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٨-٢)

• ضمان الجراحة الآمنة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	ضمان الجراحة الآمنة	4.3977	.70775	18.526	.000
١	يتم رسم الموضع الجراحي بعلامات واضحة وبمشاركة المريض قبل البدء بالجراحة.	4.4205	.75386	17.676	.000
٢	تتم موافقة المريض خطياً على وثيقة مكتوبة يسجل فيها جميع بياناته ونصائح الطبيب والإجراءات التي يحتاجها أثناء العملية الجراحية.	4.4773	.64286	21.557	.000
٣	يحدد الفريق الجراحي وقت مستقطع قبل البدء بالعملية الجراحية للتحقق من هوية المريض ونوع الجراحة وموضعها وتوثيق ذلك بالوقت والتاريخ.	4.5227	.69443	20.570	.000
٤	يتم حصر الأدوات والمستلزمات قبل وبعد العملية لضمان سلامة العملية الجراحية.	4.4598	.72824	18.697	.000
٥	توجد آلية معتمدة ومتبعة لإعطاء جرعة مضاد حيوي وقائية قبل العملية بالجراحة.	4.5000	.72714	19.351	.000
٦	يتم تسجيل بيانات الخروج قبل نقل المريض من غرفة العمليات إلى غرفة الإفاقة.	4.3750	.82088	15.713	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (١٩-٢)

• تقليل مخاطر العدوى

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	تقليل مخاطر العدوى	4.5398	.74749	19.324	.000
١	تضع إدارة المستشفى وتدعم وتنفذ برنامجاً شاملاً لخفض مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.	4.5682	.75499	19.485	.000
٢	تم تقييم مخاطر العدوى داخل المستشفى وتحديد أولويات التحسين التي يجب تنفيذها لتجنب العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.	4.5455	.70969	20.428	.000
٣	وضع المستشفى وينفذ برنامج تدريبي شامل لسياسات وإجراءات لمكافحة العدوى	4.5114	.81642	17.366	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢٠)

• تقليل مخاطر سقوط المرضى

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة
*	تقليل مخاطر سقوط المرضى	4.4489	.71132	19.108	.000
١	لدى المستشفى سياسة معتمدة ومعلنة ومتبعة للحد من مخاطر سقوط المرضى.	4.4773	.67768	20.449	.000
٢	يتم تقييم مخاطر سقوط المرضى وأخذ التدابير اللازمة عند احتمال حدوث خطر.	4.4886	.74269	18.803	.000
٣	يتم إعادة تقييم مخاطر سقوط المرضى عند وجود تغير في حالتهم .	4.4205	.76896	17.329	.000

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢١)

• تفسير المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في الجداول السابقة :-

○ المتوسط الحسابي:

يتبين من الجدول السابق ان فقرات الاستبيان كانت مرتفعة التركيز حيث كان الاتجاه العام لها يتراوح بين موافق و موافق بشدة .

○ الانحراف المعياري:

يلاحظ من الجدول السابق ان اعلى تشتت للبيانات كانت في الفقرة (يتم تسجيل بيانات الخروج قبل نقل المريض

82088 من غرفة العمليات إلى غرفة الإفاقة..) حيث بلغ الانحراف المعياري فيها

واقل تشتت للبيانات في الفقرة (لدى المستشفى سياسة معتمدة ومتبعة تضمن تحديد هوية المريض بشكل صحيح.) بانحراف

الاجابة على فرضيات البحث

٢-٢-١ الفرضية الاولى:

مستوى تطبيق المستشفى الاوروبي لمعايير اللجنة المشتركة الدولية لسلامة المرضى ضعيف.

- سيتم التحليل لكل محور من المحاور المستقلة وبحسب الفقرات التي تقيس المحور والنتيجة كما يلي:

نتائج اختبار مدى تطبيق المستشفى لمعيار تحديد هوية المريض بمستشفى الأوروبي والجدول يوضح ذلك:

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة	القرار
١.	تحديد هوية المريض	4.5852	.51540	28.853	.000	رفض الفرضية
٢.	الاتصال الفعال بين مقدمي الخدمة	4.4716	.60817	22.699	.000	رفض الفرضية
٣.	تقليل مخاطر الادوية	4.4375	.61966	21.762	.000	رفض الفرضية
٤.	ضمان الجراحة الآمنة	4.3977	.70775	18.526	.000	رفض الفرضية
٥.	تقليل مخاطر العدوى	4.5398	.74749	19.324	.000	رفض الفرضية
٦.	تقليل مخاطر سقوط المرضى	4.4489	.71132	19.108	.000	رفض الفرضية

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢٢)

من خلال الجدول السابق يتضح، ما يلي:

وما يؤكد **51540**. بانحراف معياري **4.5852** / ١ ان محور تحديد هوية المريض بلغ اجمالي المتوسط الحسابي لها (0.05) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية T ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة)

60817. بانحراف معياري **4.4716** / ٢ ان جميع اسئلة محور الاتصال الفعال بلغ اجمالي المتوسط الحسابي لها (5%) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية T وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة)

بانحراف **4.4375** / ٣ ان جميع اسئلة محور تقليل مخاطر الادوية بلغ اجمالي المتوسط الحسابي لها (5%) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية T وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة (**61966** معياري

70775. وبانحراف معياري **4.3977** / ٤ ان جميع اسئلة محور ضمان الجراحة الآمنة بلغ المتوسط الحسابي له (5%) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية T وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة)

بانحراف **4.5398** / ٥ ان جميع اسئلة محور تقليل مخاطر العدوى بلغ المتوسط الحسابي اجمالي (5%) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية من T وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة (**74749** معياري

وبانحراف **4.4489** / ٦ ان جميع اسئلة محور تقليل مخاطر سقوط المرضى بلغ اجمالي المتوسط الحسابي لها (5%) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية T وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة (**71132** معياري

وإجمالاً فإن الامتثال والتطبيق لهذه المعايير كان ممتاز.

٢-٢ الفرضية الثانية:

مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى الاوروبي منخفضة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T اختبار	مستوى الدلالة	الاتجاه
١.	ينتهج المستشفى نظام كفاء وفعال يضمن سهولة الحصول على الرعاية واستمراريتها بما يتناسب مع احتياجات المرضى ونطاق خدمة المستشفى.	4.5682	.59	24.809	.000	موافق بشدة
٢.	تحدد احتياجات الرعاية الصحية لكل المرضى من خلال نظام تقييم شامل ودقيق يضمن سلامة التشخيص والرعاية والمعالجة.	4.5795	.69	21.469	.000	موافق بشدة
٣.	يتبنى المستشفى سياسات وإجراءات دقيقة توجه الرعاية الصحية المنتظمة لكل المرضى رغم تنوع حالاتهم وحاجاتهم.	4.4773	.77	17.933	.000	موافق بشدة
٤.	ينتهج المستشفى نظام متكامل لتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تتطلبها حاجة المرضى.	4.5341	.69	20.738	.000	موافق بشدة

٥.	يمثل المستشفى لنظام دقيق يوجه تدبير واستخدام الدواء لتلبية حاجات المرضى بما يضمن كفاءة وفاعلية طلبه واختياره وتوريده وخزنه ووصفه وصرفه واعطائه ومراقبته طبقاً للقوانين والأنظمة المعمدة.	4.5341	.77	18.633	.000	موافق بشدة
٦.	يصمم المستشفى ويتنقذ التدابير اللازمة لضمان حقوق المرضى وعائلاتهم قبل وأثناء وبعد تقديم خدمات الرعاية الصحية.	4.5568	.58	24.989	.000	موافق بشدة
٧.	يقوم مقدمي الخدمة بتعليم المرضى وعائلاتهم بما يدعم في تحسين مشاركتهم الرشيدة في قرارات الرعاية الصحية وعملياتها.	4.4432	.77	17.559	.000	موافق بشدة
٨.	تتبنى قيادة المستشفى وتدعم وتنقذ وتشجع برامج تحسين الجودة وسلامة المرضى كأولوية عظمى.	4.3182	.95	12.969	.000	موافق بشدة
٩.	تضع قيادة المستشفى أولويات العمليات التي يجب مراقبتها وتحدد أنشطة تحسين الجودة التي يجب تنفيذها طبقاً لمنهجيات مرجعية ومعتمدة لتحسين جودة الأداء.	4.5909	.65	22.801	.000	موافق بشدة
١٠.	تحدد قيادة المستشفى المقاييس (المؤشرات) الأساسية لمراقبة البنى السريرية والفنية والإدارية وآليات رصدتها ونقلها وتحليلها وإبلاغ نتائجها ومنهجيات تحسينها.	4.5568	.64	22.793	.000	موافق بشدة
١١.	تضمن قيادة المستشفى توفير مرفق صحي سالم وأمن وداعم للمرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار.	4.5455	.69	20.911	.000	موافق بشدة
١٢.	تضع قيادة المستشفى وتنقذ خططاً مكتوبة تضمن وبكفاءة إدارة وتقييم المخاطر التي تواجه المرضى وعائلاتهم والعاملين والزوار.	4.5568	.65	22.181	.000	موافق بشدة
١٣.	يتبنى المستشفى سياسات وإجراءات دقيقة توجه إدارة موارده البشرية وتضمن كفاءة وفاعلية تخطيط واختيار وتعيين وتعليم وتدريب وتشغيل الكوادر البشرية وتخلق جو وظيفي متناغم ومنسجم.	4.5568	.70	20.602	.000	موافق بشدة
١٤.	تصمم قيادة المستشفى نظاماً دقيقاً لإدارة المعلومات يضمن كفاءة وفاعلية تحديد ما تحتاجه من معلومات وبيانات ومصادر حيازتها وآليات تحليلها ونقلها والإفادة عنها بما يحقق توفير الخدمات وتنسيقها وتكاملها.	4.4318	.79936	16.803	.000	موافق بشدة
١٥.	ينتهج المستشفى نظام كفاء وفعال يضمن سهولة الحصول على الرعاية واستمراريتها بما يتناسب مع احتياجات المرضى ونطاق خدمة المستشفى.	4.5568	.74058	19.720	.000	موافق بشدة

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢٣)

يتضح من الجدول السابق ان جميع اسئلة محور جودة الخدمات الصحية بلغ المتوسط الحسابي لها اجمالي **4.5682** بانحراف معياري **59**. والذي يتضح ان متوسط الاستجابة كانت قوية وهذا ما بينته قيمة المتوسطات الحسابية للأسئلة في المحور والتي كانت بين اعلى قيمة وهي **4.5909** بانحراف معياري **65**. وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة (T) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية 5%.

وبين اقل قيمة **4.3182** بانحراف معياري **95**. وما يؤكد ذلك الدلالة الاحصائية لقيمة (T) الدالة احصائيا عند مستوى معنوية 5% ويدل ذلك على ...

وكنظره عامة على النتائج فإن الوسط الحسابي لمعايير جودة الخدمات الصحية يدل على امتثال عالي لهذا المحور، وبالتالي ارتفاع جودة الخدمات الصحية بالمستشفى الأوروبي.

٢-٢-٣ الفرضية الثالثة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى الاوروبي.

ANOVA^a

المتغير	مجموع المربعات	مجموع المربعات	وسط المربعات	F قيمة	مستوى الدلالة	القرار
أثر الأهداف الدولية لسلامة المرضى على جودة الخدمات الصحية	بين المربعات	17.891	6	2.982	19.019	.000 ^b
	داخل المربعات	12.700	81	.157		
	الإجمالي	30.591	87			
a. Dependent Variable: المعايير الرئيسية لجودة الرعاية						
b. Predictors: (Constant), تقليل مخاطر السقوط، تقليل مخاطر الادوية، تقليل مخاطر العدوى، تحديد هوية المريض، ضمان الجراحة الآمنة، الاتصال الفعال						

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول (٢-٢٤)

من خلال الجدولين السابقين تبين ان معامل الارتباط R بين الأهداف الدولية لسلامة المرضى (تقليل مخاطر السقوط، تقليل مخاطر الادوية، تقليل مخاطر العدوى، تحديد هوية المريض، ضمان الجراحة الآمنة، الاتصال الفعال)، ومستوى جودة الخدمات الصحية يساوي 77% (ارتباط طردي قوي) بينما بلغ معامل التحديد 59% أي أن تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى تؤثر على جودة الخدمات الصحية بنسبة 59%، بينما يعود ما نسبته 41% إلى عوامل أخرى، وهذا ما يؤكد اختبار (F) الدل إحصائيا والذي يفسر نموذج العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع.

♣ ٢-٢-٤ الفرضية الرابعة:

لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية لدى العاملين في المستشفى الاوروبي نحو مستوى تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى تعزى للمتغيرات الديموغرافية (التخصص، سنوات الخبرة، المستوى التعليمي).

الفرق بين المتغيرات الديموغرافية ومستوى تطبيق الاهداف الدولية لسلامة المرضى

القرار	التخصص	القرار	سنوات الخبرة	القرار	المؤهل العلمي	القرار	جنس العاملين	مستوى الدلالة المتغيرات
								الأهداف الدولية لسلامة المرضى
قبول الفرضية	.466	قبول الفرضية	.888	قبول الفرضية	.495	قبول الفرضية	.387	تحديد هوية المريض
قبول الفرضية	.503	قبول الفرضية	.486	قبول الفرضية	.497	قبول الفرضية	.636	الاتصال الفعال
قبول الفرضية	.731	قبول الفرضية	.601	قبول الفرضية	.293	قبول الفرضية	.800	تقليل مخاطر الادوية
قبول الفرضية	.586	قبول الفرضية	.740	قبول الفرضية	.476	قبول الفرضية	.149	ضمان الجراحة الامنة
قبول الفرضية	.542	قبول الفرضية	.368	قبول الفرضية	.458	رفض الفرضية	.027	تقليل مخاطر العدوى
قبول الفرضية	.900	قبول الفرضية	.616	قبول الفرضية	.478	قبول الفرضية	.168	تقليل مخاطر السقوط

الفرق بين المتغيرات الديموغرافية ومستوى تطبيق الاهداف الدولية لسلامة المرضى

المصدر: إعداد الباحثات بناء على نتائج التحليل

جدول رقم (٢-٢٥)

النتائج والتوصيات

بعد ان تم التحليل وعمل الاختبارات المناسبة والتأكد من صحة الفرضيات توصلنا الى اهم جانب في البحث وهي النتائج والتوصيات.

اولاً: النتائج:

تناولت الدراسة مستوى تطبيق معيار الاهداف الدولية لسلامة المرضى في مستشفى الاوروبي الحديث ومعرفة اثرها على جودة الخدمات الصحية وما يلي النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

١. من خلال التوزيع العشوائي لعينة الدراسة والتي كانت غير متساوية فقد تبين ان عدد الذكور اكثر من عدد الاناث بنسبة 56%

٢. اما بالنسبة للمؤهل في المستشفى فقد اظهرت الاختبار المستخدم (التكرار) ان اغلبية افراد الدراسة لديهم مستوى الدبلوم حيث بلغت النسبة 53.4% اي ان الكادر بحاجة الى التدريب المستمر لما هناك من اهمية لتطبيق معايير سلامة المرضى وبلغ عدد الحاصلين على دراسات عليا 12.5% والحاصلين على درجة البكالوريوس كانوا بنسبة 34.1%

٣. وظهر الاختبار السابق ان عدد سنوات الخبرة كانت متفاوتة فقد اظهرت الدراسة ان الذين لديهم خبرة اقل من سنة كانوا بنسبة 9.1% ومن 2-1 كانوا بنسبة 27.3% ومن 3-5 سنوات واكثر كانوا بنسبة 63.6%

٤. اما بالنسبة لمتغير طبيعة العمل (التخصص) فقد بينت عينة الدراسة ان الكادر التمريضي اعلى نسبة حيث كانت 64.8% والطبية 15.9% والادارية 12.5% والآخرى 6.8% وهذا كان مؤشر على عشوائية توزيع العينات

٥. اما بالنسبة للانحراف المعياري فقد اظهرت الدراسة ان اعلى تشتت كان في معيار تقليل مخاطر العدوى واقل تشتت في معيار تحديد هوية المريض

٦. وكما يتضح من التحليل الاحصائي بالمتوسط الحسابي للمحاور المستقلة كان الاتجاه العام لها موافق بمستوى دلالة 0.05% وهذا يوضح ان مستوى تطبيق هذه المعايير كان جيد جداً.

٧. وكذلك بينت الدراسة ونتائج التحليل الاحصائي ان هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين مستوى تطبيق معايير الاهداف الدولية لسلامة المرضى ومستوى جودة الخدمات الطبية في مستشفى الاوروبي وقد تفرعت هذه النظرية الى ست نظريات فرعية وهي كالتالي:

- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الاولى وجود ارتباط طردي قوي بين معيار تحديد هوية المريض ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة متوسطة 67%
- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية وجود ارتباط طردي قوي بين معيار الاتصال الفعال ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة ضعيفة 70%
- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة وجود ارتباط طردي قوي بين معيار تقليل مخاطر الادوية ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة متوسطة 53%
- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة وجود ارتباط طردي قوي بين معيار ضمان الجراحة الامنة ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة ضعيف 43%
- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة وجود ارتباط طردي قوي بين معيار مكافحة العدوى ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة متوسطة 48%
- اظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية السادسة وجود ارتباط طردي قوي بين معيار تقليل مخاطر سقوط المرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية بنسبة 52%

٨. كما اظهرت الدراسة أن الامتثال لتطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى في المستشفى الاوروبي كان عالي.

٩. وكذلك بينت الدراسة ونتائج التحليل الاحصائي أن مستوى جودة خدمات المستشفى الاوروبي كان عالي.

١٠. بالنسبة للانحدار المتعدد فقد اظهرت الدراسة ونتائج التحليل الاحصائي أن تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرض تؤثر على جودة الخدمات الصحية بنسبة 59%.

١١. كما بينت النتائج لتحليل الاحصائي بانه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين اراء عينة الدراسة حول مستوى تطبيق الاهداف الدولية لسلامة المرضى تعزي للبيانات الديموغرافية (الجنس، المؤهل، التخصص، سنوات الخبرة).

ثانياً: التوصيات:

في ضوء ما عرض من نتائج واستنتاجات تبلورت التوصيات التالية:

- ١- حاجة المستشفيات اليمنية إلى الاستمرار والتقدم بتطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى لما لها من دور أساسي في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- ٢- أهمية تعميم تجربة تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى على جميع المستشفيات اليمنية الخاصة.
- ٣- تعميم تجربة تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى التابعة للقطاعات الصحية الأخرى.
- ٤- تعميم تجربة تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى التابعة للقطاعات الصحية الأخرى.
- ٥- قيام وزارة الصحة بتطوير آليات رقابية تضمن التطبيق الحقيقي لمعايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى بشكل مستمر.
- ٦- أن تكون الإدارة العليا في المنشأة الصحية لديها القناعة والالتزام الإداري والرغبة الصادقة بالتطبيق الكامل للأهداف الدولية لسلامة المرضى.
- ٧- رفع كفاءة مديري الأقسام في المستشفيات، بطريقة تمكنهم من تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى وبمستويات عالية.
- ٨- رفع كفاءة مديري الأقسام في المستشفيات، بطريقة تمكنهم من تطبيق معايير الأهداف الدولية لسلامة المرضى بمستويات عالية.

قائمة المراجع :

١. ، ومحمد ، وشتيت ، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية ، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة .
٢. الوصابي منير، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن ، دراسة حالة مستشفى ٤٨ النموذجي في الفترة ٢٠١١-٢٠١٢ ، رسالة الماجستير، ماجستير في علوم التسيير ، الجزائر: جامعة الجزائر ،كلية علوم الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،قسم علوم التسيير ، ٢٠١٢ .
٣. رضوان محمود. إدارة الجودة الشاملة. ط١. مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر، ٢٠١٢.
٤. خيوكه مصطفى زياد، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لإصلاح واقع القطاع الصحي في العراق، مجلة دنانير، العدد الخامس .
٥. حسونه أريج، الجودة الشاملة في المستشفيات الأهلية و الخاصة في وسط و جنوب الضفة الغربية و سبل تطويرها، رسالة ماجستير، إدارة الأعمال بكلية الدراسات العليا ، فلسطين: جامعة الخليل، ٢٠١٧م.
٦. عباس، أنس، أثر إدراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، دراسة ميدانية بوادي الدواس بالمملكة العربية السعودية . أطروحة دكتوراه، أستاذ إدارة أعمال المشارك . المملكة العربية السعودية : جامعة الامير سطان بن عبد العزيز ، قسم إدارة أعمال، 2019 .
٧. حسونة ،أريج ،الجودة الشاملة فيا لمستشفيات الأهلية والخاصة جنوب الضفة الغربية وسبل تطويرها . رسالة ماجستير، ماجستير إدارة الأعمال . فلسطين : جامعة الخليل، كلية الدراسات العليا، 2017 .
٨. صباح خرخاش، تقييم كفاءة أداء مؤسسات الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية، رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة محمد بوضياف، الجزائر، ٢٠١٥ .
٩. شعيب محمد عبد المنعم، إدارة المستشفيات منظور تطبيقي، منتدى اقرأ الثقافي .
١٠. أبو حصيرة ميساء فتحي عيد، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، رسالة ماجستير، غزة: الجامعة الإسلامية، غزة، ٢٠١٦ .
١١. سارة بلوة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية "شلابي عبد القادر"- تينغيف-بمعسكر، مذكرة ماجستير، مستغانم: جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم. ٢٠١٧.
١٢. محمود خبيب، اسعد باسل: قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (٣٦) العدد (٥) ٢٠١٤ .
١٣. يعقوب جميلة، تقييم جودة الخدمات الصحية، 2008، مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير .

١٤. مجلة دراسات محاسبية و مالية (JAFS) المجلد ١٥ العدد ٥٠ لسنة ٢٠٢٠م، تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) لتدقيق أداء المستشفيات .
١٥. حميد أحمد عبد الستار، تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الأساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية لتدقيق أداء المستشفيات بحث تطبيقي في مستشفى حماية الأطفال التعليمي، مجلة دراسات محاسبية و مالية (JAFS) المجلد ١٥، العدد ٥٠، لسنة ٢٠٢٠م .
١٦. غ
١٧. دراسة وفاء نايل عطا الله كرداشة ، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد ، 2012، في مستشفى الملكة رانيا العبدلله للأطفال في الأردن .
١٨. دراسة احمد شاكر(2018) عنوان الدراسة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات .

قائمة المراجع الأجنبية :

- 19- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals 7th Edition | Effective 1 January 2021 .
- 20- Eligibility Requirements, JCI, 2015 .
- 21- JCI, 3th Edition | Effective January 2008 .
- 22- Fadi –et, 2008) , The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses(
- 23-(pomy –et, al. 2010) , Does accreditation stimulate change ? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations .
- 24-(Ebrahim.J-el, al. 2011) , Health care Accreditation System: Further Perspectives On Performance Measures .
- 25-(C.sack –et, al. 2011) , Is There Association Between Hospital Accreditation And patient Satisfaction With Hospital .

