



عمادة البحث العلمي  
DEANSHIP OF SCIENTIFIC RESEARCH

مجلة إدارة الجودة الشاملة

Journal homepage:  
<http://journals.sustech.edu/>



الكلية الصحية والعلوم التطبيقية  
Faculty of Health Sciences

## أثر تقويم مفهوم وثقافة الجودة والإعتماد لدى العاملين بالقطاع الصحي بالسودان

(دراسة حالة مستشفى ابن سينا التخصصي وهيئت كير التخصصي)

حسن عبدالعزيز محمود

عمادالدين شريف طمبل

### مستخلص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إدراك العاملين بالقطاع الصحي لمفهوم وثقافة الجودة والإعتماد للمؤسسات الصحية، وانعكاس ذلك الإدراك والمعرفة على الأداء في تقديمهم لخدمة الرعاية الصحية، ومدى إعتادهم في تقييم أدائهم على التغذية العكسية من متلقي الخدمة بصفته مبدأ من مبادئ الجودة الراسخة. قام الباحث باستخدام الإستبانة كأداة رئيسة في جمع البيانات الأولية وتكونت عينة الدراسة من (205) مجبوتاً من جملة (341)، كما اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة. خلصت الدراسة إلى نتائج أهمها: أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من إلمامهم العميق بمفهوم وثقافة الجودة والإعتماد للمؤسسات الصحية، أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي لديهم الإلتزام بمعايير الإعتماد وبالجودة الصحية، أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من مستوى رضا متلقي الخدمة وذويهم، رضا متلقي الخدمة ليس هو وسيلة التقييم الأهم لأداء أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي. كذلك خلصت الدراسة إلى جملة من التوصيات منها أهمية التدريب الموجه بأهداف معرفية وسلوكية واضحة، ضرورة تعميق ثقافة رضا المتعاملين والتفكير التنظيمي، لأن متلقي الخدمة يدرك المؤسسة الصحية كجسم واحد، وتعزيز التواصل بين الإدارة الإتحادية وإدارات الجودة بالمستشفيات.

الكلمات المفتاحية: إعتاد المؤسسات الصحية، جودة الرعاية الصحية، ثقافة الجودة، المعرفة المتعمقة، رضا المريض وذويه

### Abstract:

This study explores the concept and culture of quality, and healthcare accreditation among the employees in the healthcare sector by focusing on their perceived amount of knowledge regarding those domains, and how that knowledge reflects on their performance, examining at the same time their own assessment to the overall satisfaction achieved. The study also aimed to identify to which degree customer satisfaction considered as performance evaluating tool. By measuring research community attitudes through the designed questionnaire in Ibn Sina Specialized Hospital, and Healthcare Specialized Hospital via five hypotheses where the Respondents were not sure about their knowledge of following findings concluded: Participants do have the quality and healthcare accreditation concepts and culture. commitment to quality and accreditation standards, but they lack adequate training Knowledge of the respondents reflects on their performance. and knowledge. Customer Respondents were not sure about their customer satisfaction level.

satisfaction is not a performance evaluation tool for the respondents. Data collected from (205) respondents out of (341). Based on the results of the study the researcher It is crucial that well-designed, presented a number of recommendations including: Necessity continuous training programs, with clear cognitive objectives, be in place. of the dissemination and communication of customer-focused culture among healthcare staff members.

**Keywords:** healthcare accreditation, healthcare quality, quality culture, profound knowledge, patient satisfaction

#### مقدمة:

المعلومات (Information) ليست هي المعرفة، والخبرة (Experience) لا تعلم شيئاً بدون النظرية، بالممارسة العملية (Practice) يدوم المستوى لكنها لا تحقق الكمال، وتقليد النماذج (Copying Examples) لا يقودنا إلى المعرفة (Martin, 2017). وتطور الإدراك والإلمام المعرفي لدى العاملين بالمؤسسة الصحية، يمثل جزءاً من المسعى في اتجاه تطوير الخدمات الصحية، وضمان أمان أكثر لمتلقي الخدمة وذويهم والطواقم الطبية والبيئة بكل عناصرها. تستهدف الدراسة استكشاف مفهوم وثقافة الإعتماد بوصفها جزء من مجهود الجودة، ويسعى الباحث إلى التعرف على إدراك العاملين بالحقل الصحي لمفهوم وثقافة الإعتماد وانعكاس تلك الثقافة والمفاهيم في سلوك العاملين بالقطاع الصحي خلال تقديمهم للخدمة، ومدى إعتبار أولئك العاملين لمتلقي الخدمة كوسيلة لتقييم أدائهم. العاملون بالقطاع الصحي عرفتهم القوانين بوضوح وجعلت أداءهم خاضعاً للرقابة وفقاً للضوابط والشروط، لكن الممارسات المثالية هي أمر غير خاضع لتلك القوانين والضوابط، وترتبط أكثر بالمعرفة والإلتزام الذي يتجاوز الأداء المعتاد، وترتبط - بحسب مفاهيم الجودة - برضا العميل (المريض وذويه في هذه الدراسة). مثلما أن معيار الاعتماد يختلف عن مطلوب الترخيص، فالأول عند تطبيقه ينتج عنه مستوى الجودة الأعلى، بينما اشتراط الترخيص يضمن فقط الحد الأدنى المطلوب للصحة والأمان. يمكن تعريف الجودة في القطاع الخدمي بأنها قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل أقصى جهد ممكن لتعديل هذه الخدمة وفقاً لنتائج القياس الناتجة عن مستوى هذه الخدمة (Williamson, 1987 p.53)، في القطاع الصحي تُعرّف بأنها التأكيد للمستفيد من الخدمة الطبية بأن الخدمات على درجة معينة من التفوق، عن طريق القياس والتقييم المستمر (Shamadi, 1979 pp.21,22).

#### مشكلة الدراسة:

مشكلة الدراسة تتركز في تقييم معرفة وإلمام العاملين بالقطاع الصحي بمفهوم وثقافة الجودة والاعتماد بشكل عام، وكذلك العلاقة بين إدراك العاملين في القطاع الصحي لمفهوم وثقافة الإعتماد والمعايير العالمية والاقليمية والسودانية من جهة، ومستوى الأداء بالمؤسسات الصحية من حيث تقديم الخدمة للمرضى من جهة أخرى، بالإضافة إلى مصدر التغذية العكسية (متلقي الخدمة وذويه) ودوره ووزنه في تقييم الأداء عند تقديم العاملين لخدمة الرعاية الصحية. وتستعرض الدراسة أنماط المعرفة والإدراك والتعلم وتحويل المعارف إلى سلوك، وإتخاذ مواقف جديدة إزاء الجودة و الإعتماد للمؤسسات الصحية كنتيجة لتلك المعارف.

#### أهمية الدراسة:

تتمثل في تنوير متخذي القرار بأهمية تقدير إدراك العاملين بالقطاع الصحي الذين يقدمون خدمة الرعاية الصحية، بكل المسميات الوظيفية، و التخصصية لمفهوم وثقافة الإعتماد للرعاية الصحية وتقييم إنعكاس ذلك على السلوك عند تقديم الخدمة الصحية المطلوبة تحقيقاً لأهداف المؤسسة.

## أسئلة الدراسة

1. ما مدى تبليغ معرفة وإلمام العاملين بالقطاع الصحي بمعايير الاعتماد للمؤسسات الصحية؟
2. هل هناك انعكاس لمعرفة وإدراك المعايير الدولية والإقليمية والسودانية للاعتماد في أداء العاملين بالمؤسسات عند تقديم خدمة الرعاية الصحية؟
3. هل هناك علاقة بين إدراك العاملين بالحقل الصحي لمفهوم وثقافة اعتماد المؤسسات الصحية، ومدى رضا المتلقين للخدمة من المرضى ومرافقيهم؟
4. ما هو مستوى رضا متلقي الخدمة من وجهة نظر العاملين بالقطاع الصحي؟ ويتفرع منه سؤال ما قيمة رضا متلقي الخدمة لدى العاملين بالقطاع الصحي؟

## أهداف الدراسة:

تتلخص أهداف الدراسة في:

1. استعراض المعايير الدولية والإقليمية والسودانية لإعتماد المؤسسات الصحية، وأنماط التعلم والإدراك والأهداف المعرفية والسلوك التنظيمي، والإعاقات المعرفية للمؤسسات.
2. تقييم إدراك العاملين بالقطاع الصحي لمفهوم وثقافة الاعتماد.
3. تحديد العلاقة بين معرفة معايير الاعتماد للمؤسسات الصحية، ومستوى الخدمة المقدمة.
4. إبراز العلاقة بين ثقافة المعايير والممارسات المثالية من جهة (الإعتماد)، ومدى التطبيق العملي لها من الجهة الأخرى.
5. معرفة دور متلقي خدمة الرعاية الصحية في تقييم أداء مقدم الخدمة من وجهة نظر الأخير.

## الدراسات السابقة:

سعدى محمد الكحلوت (2004): تمثلت مشكلة الدراسة في العوامل المؤثرة على نشاط تطوير الجودة في مستشفيات قطاع غزة التي تم تطبيق الأنشطة التطويرية في بعض أقسامها. ومدى إلتزام الإدارة العليا لعمليات التحسين والتطوير لنشاطات الجودة الشاملة في المستشفيات التي طبقتها. فرضيات الدراسة أن هناك علاقة بين استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات التحسين، وبين الدرجة الكلية لنشاطات الجودة الشاملة لوزارة الصحة. وأنه لا توجد فروق في نشاطات الجودة الشاملة بين المستشفيات التي طبق فيها مشروع الجودة الشاملة والمستشفيات التي لم يطبق فيها. وكذلك أنه لا توجد فروق بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في هذا المجال. وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة بالإضافة إلى تدني درجة الإلتزام بتعليمات التحسين والتطوير بشكل خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة، وعدم وجود فروق بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً، وهو ما يدل على عدم فعالية التدريب نظراً لغياب عملية التخطيط.

حسن عبدالجليل العليمي (2007): تمثلت مشكلة الدراسة في أن معظم منظمات الأعمال اليمينية تواجه الضغوط مثل إرتفاع درجة المنافسة مع إرتفاع نسبة الوعي لدى المستهلكين خصوصاً في الخدمات الطبية. وتضمنت الدراسة مجموعة من الأهداف منها تقييم فرص نجاح إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي اليمني من خلال معرفة مدى توافق البيئة الإدارية في القطاع الصحي مع متطلبات وعناصر تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة (نمط القيادة، السلوك، التدريب) في ضوء العناصر المطلوبة في برنامج الجودة الشاملة. فروض

الدراسة تمثلت في الإختلاف بين المفاهيم والمبادئ الإدارية في المستشفى محل الدراسة وبين مفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة. والإختلاف بين متطلبات برنامج الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة، وبين المتطلبات الواردة في الإطار النظري. وإختلاف سلوكيات العمل الموجودة في المستشفى عن السلوكيات المطلوبة لبرنامج الجودة الشاملة. وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر مفاهيم الجودة إستخداماً هي وجود خطط وأهداف محددة مسبقاً للمستشفى في إطار الرسالة التي تقدمها. وأن أقل مفاهيم الجودة إستخداماً هي إدراك إدارة المستشفى لأهمية التعرف على رغبات المرضى وتحديد نتائج جودة الخدمات الصحية والعلاجية إعتتماداً على رغبات المرضى. ومن التوصيات التي أشار إليها الباحث ضرورة إلتزام إدارة المستشفى وكافة العاملين بها بتطبيق الجودة الشاملة والتحسين المستمر في جميع الأقسام والوحدات المختلفة.

محمد محمد علي (2011): تدور مشكلة الدراسة حول تجربة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي وأثر ذلك على تجويد خدماته وزيادة رضا العميل الداخلي والخارجي، ويمكن تلخيص المشكلة في السؤال: ما هو أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمستشفى الخرطوم التعليمي على خدماته؟. وسعت الدراسة إلى تحقيق عدد من الأهداف منها التعرف على المعوقات والمشاكل التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة. والعوامل التي تساعد في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وتستمد الدراسة أهميتها من أنها تقدم تقييم تجربة تطبيق إدارة الجودة الشاملة على المستشفيات. قام البحث على مجموعة من الفرضيات أولها أن هنالك علاقة بين تطبيق إدارة الجودة الشاملة وزيادة رضا العميل الداخلي. وأن هنالك علاقة بين تطبيق إدارة الجودة الشاملة وزيادة رضا العميل الخارجي. ومن النتائج التي أظهرتها الدراسة أن مستشفى الخرطوم التعليمي لا يطبق إدارة الجودة الشاملة بالطريقة العلمية الصحيحة. كذلك إقتصرت تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي على إعداد الدلائل الفنية فقط. وأوصى الباحث بعدة توجيهات منها الإعداد لمنطقة إدارة الجودة الشاملة بالطريقة العلمية الصحيحة. وعمل تقييم لبرامج الجودة المطبقة حالياً بواسطة جهة خارجية متخصصة، لأن ما يجري الآن عبارة عن مشاريع تحسين وتجويد بعيداً عن مدخل إدارة الجودة الشاملة.

#### الإطار النظري:

كيف يتلقى الانسان المعرفة المعينة ويحولها إلى سلوك يصبح جزءاً من حياته؟ ونضع الجودة في الرعاية الصحية موضع المعرفة المقصودة بالتساؤل في إدراك العاملين بالقطاع الصحي، ومايفترض به أن يشكل ذلك الإدراك، ويصيغه بشكل صحيح أو خاطئ، وما هي صفة الإدراك المطلوب لمعرفة وتطبيق معايير الإعتداد بالمؤسسات الصحية. يقدم ديمنج فلسفته للمعرفة المتعمقة بمكوناتها الأربعة إعتبار النظام، فهم التباين، نظرية المعرفة، المعرفة السلوكية النفسية، لأنها تصف نوع ودرجة المعرفة المطلوبة للنطاق المعين (Domain)، ويميزها عن غيرها من الأنواع والدرجات التي لا تقضي إلى المعرفة المتعمقة، التي تسمح بالتطوير والتحسين المستمر. تشكل هذه المحاور الأربعة، مجتمعة، القاعدة الصلبة للتطوير والجودة: المحور الأول إعتبار النظام، حين يستوعب ويفهم قائد المؤسسة النظام الذي يعمل فيه ويحاول إدارته، إذ من الخطأ القول بعدم وجود نظام، وإنما هو دائماً نظام مصمم لينتج النجاح أو نظام تصميمه ينتج الفشل، والنظام لا يدير نفسه، وأجزاء النظام – حين نقوم بتطويرها بمعزل عن بعضها – لن تقودنا إلى تطوير النظام ككل، ذلك التطوير يتطلب تنسيقاً وتعاوناً كلياً بين الأجزاء في الوقت ذاته، وهو دور القيادة. المحور الثاني هو فهم التباين، وإستيعاب مسبباته، وتقليصه، وعدم لوم العاملين بسبب أخطاء كامنة في النظام نفسه. والمحور الثالث نظرية المعرفة – الذي أشرنا إليه سابقاً – فلا معرفة متعمقة بدون فهم النظرية: ذلك النسق الكلي لنطاق المعرفة المعين (إعتداد الرعاية الصحية مثلاً)،

فالحفظ لنصوص المعايير لا يعني المعرفة بالضرورة. المحور الرابع هو المعرفة السلوكية و النفسية للموجهات و الدوافع والنوازح الإنسانية، والحدود الذهنية للإنسان وطبيعة إدراكه، ومعوقات الإدراك الصحيح، والاستفادة من ذلك كله في التدريب والتتقيف والإتقان والتطوير وديمومة التحسين، لابد للقيادة من فهم البيئة الاجتماعية والثقافة السائدة كي تتمكن من توجيه ثقافة المؤسسة وإستبعاد العادات والمفاهيم والمواقف الذهنية المقاومة للتطوير. (Martin, 2017).

#### الأهداف التدريبية أو التعليمية:

هي مجموعة التوقعات التي نضعها كمخرجات بعد إتمام عملية التدريب أو التعليم. وصياغة الأهداف بدقة هو أمر معقد، لكنه يصبح أيسر إذا ارتبطت صياغة تلك الأهداف بالنتائج المتوقعة من عملية التدريب أو التعليم. هذه الأهداف هي الأساس الذي تبنى عليه عملية الإختبارات وتساعد في عملية وضع المحتوى الدراسي أو التدريبي. والهدف هو وصف للتغير المتوقع حدوثه في سلوك المتعلم أو المتدرب نتيجة تزويده بخبرات تعليمية، وتفاعله مع المواقف التعليمية والتدريبية. وتصنيف بلوم للأهداف المعرفية، بالإضافة إلى الأهداف الإنفعالية والنفس-حركية، يقسم الإدراك إلى ستة مستويات، تبدأ بمهارة المعلومة والتذكر لترتقي إلى مستوى الفهم والإستيعاب ثم التطبيق، فالتحليل، يليه التقويم لتصل إلى أقصى مدى بالإبداع، ويتدرج المتعلم أو المتدرب في هذه المستويات، متوازياً مع المستويات الإنفعالية التي تبدأ بالتلقي للمعلومة والاستجابة وفقاً لها ثم إعطاء القيمة ثم تنظيم القيم المختلفة، ليصل إلى مستوى التدويت عندما تصبح مواقف المتدرب او المتعلم أو المتلقي لتلك المعلومة قد صارت أسلوباً لحياته. (الزويني، 2014 ص ص 16-21).

#### تأثير دانيغ - كروغر:

من الضروري أن يحوز العامل بالقطاع الصحي، الأدوات المعرفية اللازمة لتقدير إدراكه المعرفي لموضوع الجودة والإعتماد بشكل سليم دون المبالغة في تقدير الإمكانات أوالتقليل منها، وتشرح الدراسة مبدأ في غاية الأهمية وهو إدراك الإدراك (Metacognition)، وله إتجاهين أولهما إدراك الإدراك الذاتي، وثانيهما إدراك إدراك الآخرين. قام العالمان بإجراء إختبارات تقدير للمستوى الذاتي لمهارات حس الفكاهة والقواعد اللغوية والمنطق على مجموعة من الطلاب بحيث يتوقع كل منهم مستوى أدائه، فكانت النتيجة أن الأقل درجات منحوا أنفسهم تقديراً عالياً، والأعلى درجات منحوا أنفسهم تقديراً منخفضاً، وبرر العالمان المبالغة في تقدير المهارات إلى أن أصحاب هذا الإنحراف يعانون صعوبة معرفية تمنع إدراكهم لعدم كفاءتهم أي أن الأشخاص الذين يفتقرون للمهارات لديهم قصور في إدراك نقص هذه المهارات، بينما بررا التقدير المنخفض لأصحاب الإمكانات العالية بأنه إنحراف معرفي سببه ميل الأفراد المؤهلون تاهيلاً عالياً إلى التقليل من شأنهم مفترضين أن المهام التي يرونها سهلة ستكون سهلة على الجميع وبالتالي لا يمنحون أنفسهم تقيماً على أساس التميز. المبالغين في تقدير مهارتهم - بحسب الدراسة - عندما تم تحسين مهاراتهم، تحسنت قدرتهم على إدراك حدودهم المعرفية وتحسن تقييمهم الذاتي (Kruger and Dunning, 1999, pp.1121-1132).

#### السلوك التنظيمي وثقافة المؤسسة:

في مؤسسات الرعاية الصحية وفي كل المؤسسات\_ هناك نسق متجانس من معمارين: أحدهما مرئي ويمثل الخطط والإستراتيجيات و السياسات العامة للمؤسسة، والآخر غير مرئي يمثل ثقافة تلك المؤسسة، مدى التجانس بين هذين المعمارين - أو التناقض - يحدد نجاح المؤسسة وبقاءها. بيتر دريكر يحسم الغلبة لصالح ثقافة المؤسسة على حساب الإستراتيجيات، فقد يكون لديك خطط وإستراتيجيات على أعلى المستويات، لكن إذا

رفضتها ثقافة المؤسسة فلن تذهب إلى أي مكان، فالثقافة المعيبة تسحق أكثر الإستراتيجيات نجاحاً. كما أن ثقافة المؤسسة أكثر كفاءةً من الاستراتيجية، وأكبر أثراً، مثلما أظهرت تجربة (Airlines Southwest) في العام 1991 حين حدثت أزمة الوقود نتيجة لحرب الخليج، حيث قام العاملون بالشركة طواعية بالتنازل عن مبالغ من مرتباتهم الشهرية لمساعدة الشركة في عملية شراء الوقود. كان ممكناً أن تقوم الشركة بوضع إستراتيجية تكشف تتضمن تخفيض الأجور لكن ذلك ربما سيكون له آثار سلبية باهظة، من إستقالات وأداء للعمل بمستويات رديئة تؤثر على الشركة وتخفف من رضا عملائها. يجب عدم حل المشكلات المتعلقة بثقافة المؤسسة، باستخدام حلول هيكلية، بل باستخدام وتعزيز الثقافة البناءة المنسجمة مع الأهداف الاستراتيجية (Tye and Dent, 2017 p.79).

ثقافة المؤسسة جزء منها الثقافة السودانية التي تشكل شخصية الفرد السوداني مع ملاحظة أن هذه الصفات هي صفات إجتماعية، لا علاقة لها بالبراعة والمهارة المهنية. نقصد هنا «(العقلية اللاتطورية) التي هيمنت على الشخصية السودانية، والتي أصبحت تشكّل جوهر التخلف السائد في المجتمع السوداني حالياً، ثقافة تبسيطية إتكالية تبريرية إذعانية مغلقة، تقوم على التغالب والمشافهة والجدل العقيم وإفحام وإغاطة وتسفيه وإقصاء الآخر المخالف في الرأي بعد نقده وتجريحه وإهانته وإذلاله وتخوينه وتجريمه، إن اقتضى الأمر. وهي بهذا تعد ثقافة إتباعية، معادية للمنطق السليم ولحرية الفرد في التفكير والتعبير وحق الاختلاف، ولا تعترف بالتجديد والتحديث والتغيير الذي يخرج عن المألوف. كما تقتصر إلى التفكير الإستنتاجي العميق والبصيرة النافذة، وتعادي وتحارب الإبداع والإبتكار الذي يعد ضرورياً وأساسياً لإختراق وتجاوز ثقافة التخلف هذه» تلك الثقافة تجسدت في شكل سمات وظواهر سلبية منها الفردية والذات المتضخمة والتصور باحتكار الحقيقة، والتعصب في الرأي (عبدالرحمن، 2011 ص 529,530). يشير (Chris Argyris) إلى ما يشابه هذه السمة من الإعاقات المعرفية للمؤسسات في طريق تحولها إلى مؤسسات متعلمة (Learning Organization)، و يدفع بالقول بأن المدارس تدربنا على عدم الإقرار بجهلنا وعدم معرفتنا للإجابات، ثم أن معظم المؤسسات تدعم ذلك بتشجيعها ومكافأتها للذين يجيدون الدفاع عن وجهات نظرهم وليس لأولئك الذين يثيرون التساؤلات الصعبة (التي ينتج عنها التغيير والتطوير والتحسين)، حتى عندما نكون جاهلين بالأمر أو غير متأكدين، فإننا تعلمنا أن نحمي أنفسنا من ألم الظهور بمظهر الجاهلين، هذه العملية تصد كل المفاهيم الجديدة التي تشكل تهديداً لنا. النتيجة، هي عدم الكفاءة البارعة (Skilled Incompetence) فرق عمل كلها أشخاص يجيدون منع أنفسهم من التعلم بشكل كبير (Senge, 2006, pp. 41-42).

#### الاعتماد للمؤسسات الصحية:

الإعتماد هو عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الإعتماد، والهدف الأساسي للإعتماد هو تطوير أنظمة واجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتائج المرجوة من العلاج (مريزق وبوصافي 2014 ص 2). هذا التعريف عام يشمل هيئات الإعتماد الدولية والوطنية. كذلك عرف البعض الإعتماد بأنه عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة محايدة، مستقلة، وليست تابعة للمستشفى (مريزق وبوصافي 2014 ص 1). ويمثل الإعتماد إقراراً من جانب هيئة الإعتماد بما حققته المؤسسة الصحية من توافق مع المعايير (Saudi Arabia, Central

Board of Accreditation of Healthcare Institutions, 2016, p.14). وتعريف آخر: «الإعتماد هو إجازة تعطى من قبل وكالة أو هيئة غير حكومية، بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة لتقييم مدى تقييد الهيئة الصحية بالمعايير التي حددت مسبقاً من قبل وكالة الإجازة» (مريزق وبوصافي 2014 ص 2).

#### نصوص المعايير:

معايير اللجنة الدولية المشتركة (JCI) هي تعريف للمتوقع على مستوى كل من الأداء، والبنية، والوظائف التي يجب توفرها بالمؤسسة ليتم اعتمادها عبر عملية المسح (التقييم). ومقصد كل معيار: وهو توضيح للمعنى الكلي لمقصد المعيار. وعناصر القياس الخاصة بكل معيار (Measurable Elements) وهي ما يتم مراجعته وتقييم درجته خلال عملية مسح المؤسسة. وقد صنفت المعايير في ثلاثة مجالات رئيسية هي: المعايير المتعلقة بتوفير الرعاية للمرضى؛ والمعايير المتعلقة بتوفير منظمة آمنة وفعالة بإدارة جيدة؛ والمعايير الخاصة فقط بالمستشفيات الأكاديمية الطبية المتعلقة بالتعليم المهني الطبي وبرامج البحوث على المرضى. عملية المسح يتم فيها جمع المعلومات حول مدى الامتثال للمعايير في سائر أنشطة المؤسسة (USA, Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2017pp.2-3). أساس عملية مسح المؤسسة هو أسلوب منهجية التتبع (Trace Methodology)، أنواع التتبع المستخدمة من قبل اللجنة المشتركة خلال المسح الموقعي وهي: تتبع الأفراد: تم تصميم هذا التتبع لتقصي تجربة مريض فعلي خلال تلقيه الخدمة من المؤسسة ويستخدم تجربة ذلك المريض كإطار عمل (Framework) لتقييم مدى امتثال المؤسسة للمعايير. تتبع العمليات: المواضيع الثلاثة التي يتم تقييمها من خلال نظام تتبع العمليات هي إدارة البيانات، والسيطرة على العدوى وإدارة الدواء. يتضمن جلسة تفاعلية تضم الماسح والموظفين ذوي الصلة في تعقب نظام معين واحد (System) من نظم العمل الخاصة به أو من خلال العمليات (Processes) في المنظمة، إستناداً إلى المعلومات الواردة من التتبع الفردي. التتبع العملياتي يتقصى النظام أو العملية، بما في ذلك تكامل العمليات ذات الصلة، والتنسيق بين التخصصات والإدارات في تلك العمليات. تتبع البرنامج: الهدف من هذه التتبع هو تحديد نقاط المخاطر والمخاوف المتعلقة بالسلامة في مختلف مستويات وأنواع الرعاية أو العلاج أو الخدمات. يركز على الخدمات السريرية المقدمة، ومجموعات المرضى ذات المخاطر العالية، أو الحجم الكبير. (JCI Factsheet, 2019 p.4).

بينما في تجربة أخرى في أستراليا، تمت صياغة المعايير القومية لسلامة وجودة الرعاية الصحية (NSQHS) من قبل اللجنة الأسترالية المعنية بالسلامة والجودة في الرعاية الصحية بالتعاون مع الحكومة الأسترالية وحكومات الولايات والأقاليم والقطاع الخاص والخبراء والمرضى أنفسهم ومقدمي الرعاية الصحية. وتتمثل الأهداف الرئيسية لمعايير (NSQHS) في حماية الجمهور كافة من الأضرار وتحسين جودة الخدمات الصحية. هذه المعايير توفر آلية لضمان الجودة والتي تختبر ما إذا كانت النظم ذات الصلة موجودة لتأكيد الوفاء بالمعايير المتوقعة للسلامة والجودة. ومعايير (NSQHS) عددها ثمانية، تغطي الأحداث الضارة عالية الإنتشار، والعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، والسلامة الدوائية، والرعاية الشاملة، والاتصالات، والوقاية من الإصابات والسقوط، والاستجابة للتدهور السريري. والأهم أن هذه المعايير (NSQHS) قدمت تصوراً وطنياً متسقاً حول مستوى الرعاية الذي يمكن أن يتوقعه المستهلكين من مؤسسات الخدمات الصحية. يتضمن كل معيار من المعايير: وصفاً للمعيار، وتوضيحاً للمقصد من المعيار، وقائمة بالمجالات الأساسية التي يغطيها المعيار، وملاحظات توضيحية لمحتوى المعيار،

ثم متطلبات المعيار في شكل أفعال أو مهام يجب تطبيقها (Australia, National Safety and Quality Health Services Standards, 2017 pp.1-2).

في المملكة العربية السعودية نجد المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) ويتولى بشكل أساسي تقييم المنشآت الصحية بغرض تحديد مدى التزامها بتطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى التي أصدرها المركز. الاعتماد، وفقاً لتعريف (CBAHI) هو عملية تقييم شاملة، دقيقة، وشفافة تقوم بها هيئة مستقلة خارجية للاعتماد، فيها تخضع المؤسسة الصحية لفحص مقيمين أو ماسحين أقران، موضوعها النظم (Systems)، والعمليات (Processes)، والأداء (Performance) بالمؤسسة، للتأكد من أن الطريقة التي يجري بها العمل تتفق مع المعايير الوطنية سارية المفعول التي سبق نشرها (Saudi Arabia, Central Board of Accreditation of Healthcare Institutions, 2016, p.14). يتوقع من المؤسسة الصحية أن تقوم بعمل تقييم ذاتي شامل بواسطة أداة التقييم الذاتي (سات). ويتكون فريق المسح عادة من سبعة محترفين في مجال الرعاية الصحية، الفريق الأساسي: ثلاثة ماسحين مختصين في الإدارة، التمريض، الطب، والفريق التخصصي: أربعة ماسحين مختصين في الصيدلة، مكافحة العدوى، المختبرات، وإدارة وسلامة المرافق. وبالإضافة للمعدل المطلوب فإن قرار المنح الذي يصدر عن لجنة الاعتماد يضع في اعتباره مدى عدم المطابقة بالنظر إلى درجة الخطورة والأنية على المرضى والزوار والأطعم العاملة، وتوافق المؤسسة الصحية مع مستويات متطلبات السلامة الأساسية. في حالة عدم المطابقة يبلغ قائد فريق المسح مدير المستشفى، ويرفق حالة عدم المطابقة في تقرير المسح، وتتلقى المستشفى إشعاراً مؤقتاً برفض منح الاعتماد لحين إجراء خطة تصحيحية، قد يليها مسح محدد (Focus Survey) للتأكد. المطابقة مع المعيار إما أقل من 50% غير مطابق، 50% إلى أقل من 80% مطابق جزئياً، 80% وأكثر مطابق بدرجة مرضية، أو لا ينطبق. والمعدل الكلي يحتسب بالوسط الحسابي لدرجة كل المعايير المنطبقة. ولضمان الاتساق والحفاظ على مستوى الجودة تقوم سباهي باجراء مسح عشوائي سنوياً لمجموعة يتم اختيارها عشوائياً من المستشفيات التي تم منحها الاعتماد، هذا المسح يقوم به فريق مكون من ثلاثة أفراد وأحياناً فريدين، ولا تكلفه مالية في مقابله (Saudi Arabia, Central Board of Accreditation of Healthcare Institutions, 2016, pp.14,23,24,27,28).

بالنسبة للتجربة السودانية فقد تم إنشاء نظام لإعتماد المؤسسات الصحية في السودان (2002). ويضم المستشفيات، مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات التخصصية وأهدافه: تحسين نظم الرعاية الصحية وتأكيد جودة الخدمات الطبية. تضم المعايير الخاصة بالمستشفيات خمسة أقسام وتصنف المعايير لنوعين: المعيار الأساسي (A) يمثل متطلبات البنية التحتية لتشغيل المؤسسة ويقوم المعيار بمطابق أو غير مطابق، ولا توجد مطابقة جزئية لهذا النوع، والمعيار الجوهري (B) يمثل معايير تطبيق خطوات الرعاية وتطبيق السياسات والإجراءات والقوانين واللوائح. عند الإبقاء بكل النقاط أو عدم تطابق نقطة أو نقطتين فقط يعتبر ويحصل على درجتين، عند ملاحظة ثلاث أو أربع نقاط عدم تطابق يعتبر مطابق جزئياً ويحصل على درجة واحدة، أما عند ملاحظة خمسة نقاط عدم تطابق أو أكثر فيعتبر غير مطابق بدرجة صفر، أو لا ينطبق. مستوى الاعتماد: 85% تطابق من معايير (A)، 75% تطابق من معايير (B)، 95% تطابق مع معايير أمان المريض. (أحمد، 2017). تتم عملية الاعتماد (Accreditation Process) للمستشفيات عبر ثلاث مراحل رئيسية: المسح الأولي للمؤسسة الصحية، سد الفجوة وتطبيق خطط التحسين، والمسح النهائي بغرض الاعتماد. في حالة مطابقة المستشفى للمستويات المطلوبة من المعايير تمنح المستشفى شهادة الاعتماد لمدة ثلاث سنوات، يتم خلالها

متابعة المستشفى والتحقق سنوياً من التزامها بتطبيق المعايير. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية، المعايير السودانية للمستشفيات 2015 ص 9)

### خارطة طريق عامة للاعتماد (Accreditation Roadmap):

عادة تتعاقد المؤسسة الصحية مع شركة استشارات جودة بغرض تطبيق معايير الاعتماد المعينة بالمؤسسة. فيتم تفريغ مكتب لطاقم التحضير للاعتماد، وجدولة محاضرات تدريبية للعاملين، وتقسيم المعايير بحسب التخصصات إلى فصول (Chapters)، ثم يقوم فريق التحضير للاعتماد بعمل تحليل للفجوة (Gap Analysis) بين المستوى الحالي و المستوى المطلوب. بعدها توضع الخطة وتقسيم فرق العمل بحسب الفصول وجدولة المحاضرات و التدريب على العمليات والوثائق، وطريقة التقييم والمسح وتوزيع درجات المعايير. فترة التنفيذ في الغالب تسعة أشهر إلى إثني عشر شهراً ينفذ خلالها مسح تجريبي (Mock Survey)، ثم العمل بناءً على نتائجه في التحسين وسد الثغرات، ويختتم العمل بالمسح النهائي و نيل الاعتماد ( بروكونسلتيشنز الشرق الأوسط 2015). من ناحية أخرى قد يساء تطبيق نظم الجودة أو معايير الاعتماد عندما يكون الهدف هو مجرد نيل الشهادة وليس التطوير والتحسين، حينها يتحول نظام الجودة أو معايير الاعتماد إلى مجموعة وثائق بدون أي ثقافة أو سلوك داعم لذلك النظام، وتظل مشكلات النظام كما هي دون تحسين أو حلول، مثل تجربة مصنع بولارويد لإنتاج أفلام التصوير بالولايات المتحدة الأمريكية (Dentch, 2016, p.3)، حيث تعين على المؤسسة أن تحصل على شهادة الآيسو 9001 حتى تتمكن من الاحتفاظ بزيائنها عبر البحار في أوروبا، وهذه التجربة قال فيها أن الحصول على شهادة الآيسو - بخلاف الاحتفاظ بالزيائن الأوربيين- لم يقدم للمؤسسة شيئاً يذكر على مستوى الجودة. فريق الآيسو (التحضير) الذي لم يكن جزءاً من العمل اليومي، قام بوضع بنود المواصفة في شكل مشروع قصير الأمد بأهداف ومراحل، خلال فترة زمنية محدودة خضع العاملون لتدريب و تنوير حول أسئلة مدققي نظام الجودة حول سياسة الجودة والوثائق المختلفة المطلوبة بواسطة أولئك المدققين (الخارجيين الذين يتم بموجب تدقيقهم منح شهادة الآيسو). وفيما بعد، وعلى الرغم من العديد من حالات عدم المطابقة إلا أن فريق الآيسو (التحضير) قد تمكن من إقناع المدققين (الخارجيين) بأن كل تلك الحالات تم التعامل معها. الكاتب والعديد من المدراء الآخرين صدرت إليهم توجيهات بالابتعاد خلال عملية التدقيق المفصي إلى منح الشهادة، لأنه بحكم مسؤوليته سيخضع للمقابلة والأسئلة من فريق التدقيق (الخارجي)، وستعارض إجابته مع المستندات والسجلات التي قام فريق الآيسو (التحضير) بتعديلها وتجهيزها. يقول الكاتب: «إذا سألتني مدقق الآيسو فلربما لم تكن مؤسسة بولارويد لتحصل على شهادة الآيسو أبداً»، لذا تم تكليف موظفين آخرين للإجابة على أسئلة المدققين مدعومين بوثائق تم إعدادها بصورة احترافية، لكن مؤسسة بولارويد قبل وبعد شهادة الآيسو كانت تعاني من مشكلات مزمنة في الجودة بسبب تحديات وتعقيدات علمية وتصنيعية».

### مواد وطرق البحث:

إتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، والتمثيل العشوائي البسيط في اختياره لعينة الدراسة واستخدم معادلة ستيفن ثامبسون، والاستبانة في جمع البيانات الأولية. تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين لتقويمها لتقدم قياساً لما صممت من أجله، تمت الموافقة عليها باعتبارها أداة صالحة لجمع البيانات بعد إجراء كافة التعديلات التي أوصى بها المحكمون واختبارها على عدد عشرة أفراد. احتوت الإستبانة على قسمين: الأول للبيانات الشخصية والتخصصية، والثاني أسئلة المحاور الأربعة ومحور

فرعي بمجموع خمسة وعشرين سؤالاً بمقياس ليكرت الخماسي يتدرج من درجة الموافقة المرتفعة إلى درجة عدم الموافقة المرتفعة. كذلك تم إختبار صدق الاستبانة وثباتها باستخدام برنامج (SPSS) بطريقة ألفا كرونباخ، جدول رقم (1)، كانت معاملات الثبات مرتفعة حيث بلغ المعامل لجميع فقرات الاستبانة 0.87 وهو أكبر من 0.70 . مجتمع الدراسة مكون من العاملين مستشفى ابن سينا التخصصي (حكومي) ومستشفى هيلث كير (قطاع خاص)، تم أخذ عينة (205) مبحوثاً، مكونة من عدد (168) من جملة 300 لمستشفى ابن سينا ، و (37) من جملة 41 من مستشفى هيلث كير بنسبة إسترداد 100%. إستخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية تضمنت الإحصاء الوصفي للنوع والخبرة وتوزيع أفراد العينة على المجموعات التخصصية المختلفة، وإختبار مربع -كاي لدلالة الفروق، بالإضافة إلى إختبار الصدق والثبات.

جدول (1) قيم إختبار كرونباخ ألفا:

| م  | العبارة   | الثبات | الصدق |
|----|---|--------|-------|
| 1  | لدي إمام كاف بالمعايير الدولية لإعتماد المؤسسات الصحية            | 0.74   | 0.86  |
| 2  | لدي إمام كاف بالمعايير العربية لإعتماد المؤسسات الصحية            | 0.75   | 0.87  |
| 3  | لدي إمام كاف بالمعايير السودانية لإعتماد المؤسسات الصحية          | 0.75   | 0.87  |
| 4  | ثقافتي جيدة بالجودة و الإعتماد للمؤسسات الصحية                    | 0.75   | 0.86  |
| 5  | أعرف جيداً متطلبات الإعتماد الخاصة بتخصصي                         | 0.74   | 0.86  |
| 6  | أحرص على تقديم الخدمة بمستوى يوازي معايير الإعتماد التي أعرفها    | 0.74   | 0.86  |
| 7  | الوضع العام يدعم تقديمي للخدمة بمستوى الإعتماد                    | 0.75   | 0.86  |
| 8  | معرفتي لمعايير الإعتماد يظهر أثرها في عملي                        | 0.74   | 0.86  |
| 9  | بالمستشفى إدارة مختصة للجودة تؤدي عملها بفعالية                   | 0.74   | 0.86  |
| 10 | أفراد طاقم المناوبة يقدمون الخدمة في الوقت المحدد                 | 0.75   | 0.87  |
| 11 | المشكلات الإدارية يتم التعامل معها بجدية                          | 0.75   | 0.87  |
| 12 | الموظفون و الطاقم الطبي يستمعون لمشاكل المرضى و ذويهم ويحلونها    | 0.75   | 0.87  |
| 13 | إجراءات تنويم المريض في العنبر سريعة و سهلة                       | 0.74   | 0.86  |
| 14 | يتم إعطاء معلومات كافية وواضحة عن الحالة الصحية للمريض            | 0.73   | 0.85  |
| 15 | يتم تثقيف المريض (أو ذويه) بمعرفة إضافية للتعامل مع الحالة الصحية | 0.73   | 0.85  |
| 16 | الموظفون و الطاقم الطبي يتعاملون بطريقة مريحة                     | 0.73   | 0.86  |
| 17 | الأجهزة الطبية تعمل بكفاءة عالية                                  | 0.74   | 0.86  |
| 18 | الإختصاصي يقضي مع المريض وقتاً كافياً                             | 0.73   | 0.85  |
| 19 | مدة إنتظار الفحوصات و التحاليل معقولة                             | 0.74   | 0.86  |
| 20 | جميع الأدوية متوفرة بصيدلية المستشفى                              | 0.75   | 0.86  |
| 21 | الممرضات يتابعن حالات المرضى بانتظام و يعطين الجرعات في المواعيد  | 0.74   | 0.86  |
| 22 | يتعامل الأطباء والممرضات مع الألم بشكل سريع                       | 0.74   | 0.86  |

|      |      |    |   |
|------|------|----|---|
| 0.86 | 0.75 | 23 | مستوى النظافة والتعقيم عالي             |
| 0.87 | 0.75 | 24 | يتم قياس رضا المرضى وذويهم بصورة مستمرة |
| 0.86 | 0.75 | 25 | بشكل عام مستوى الخدمات مُرضي            |
| 0.87 | 0.76 |    | القيم الكلية للمقياس                    |

## الإختبارات الإحصائية لمحاور الدراسة:

جدول (2) المعرفة بمفهوم وثقافة الإعتماد للمؤسسات الصحية

| البند   | قيمة مربع كاي | د.الحرية | مستوى المعنوية | الوسيط    | الدلالة    |
|---|---------------|----------|----------------|-----------|------------|
| 1. لدي المام كاف بالمعايير الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية.   | 99.654        | 5        | 0.00           | 3.00      | غير متأكد  |
| 2. لدي المام كاف بالمعايير العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.   | 95.732        | 5        | 0.00           | 3.00      | غير متأكد  |
| 3. لدي المام كاف بالمعايير السودانية لاعتماد المؤسسات الصحية. | 115.810       | 5        | 0.00           | 3.00      | غير متأكد  |
| 4. ثقافتي جيدة بالجودة للمؤسسات الصحية                        | 163.049       | 5        | 0.00           | 4.00      | موافق      |
| 5. أعرف جيدا متطلبات الاعتماد الخاصة بتخصصي.                  | 264.493       | 5        | 0.00           | 5.00      | موافق بشدة |
| المقياس الكلي للمحور  | 147.747       | 5        | 0.00           | غير متأكد | وجود فروق  |

يتضح من الجدول أعلاه أن الوسيط العام لجميع العبارات (3) كما بلغت قيمة مربع-كاي لدلالة الفروق لجميع عبارات محور فرضية الدراسة الأولى (147.747) بمستوى معنوية أقل من (0.05) و عليه فإن ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإستجابات المبحوثين ولصالح غير المتأكدين. جدول (3) التزام العاملين بالقطاع الصحي بما يعرفونه من معايير الاعتماد خلال تقديمهم لخدمة الرعاية الصحية

| البند  | قيمة مربع كاي | د.الحرية | مستوى المعنوية | الوسيط | الدلالة    |
|--|---------------|----------|----------------|--------|------------|
| 6. أحرص على تقديم خدمة بمستوى يوازي معايير الاعتماد التي أعرفها. | 236.688       | 5        | 0.00           | 5.00   | موافق بشدة |
| 7. الوضع العام يدعم تقديمي للخدمة بمستوى الاعتماد.               | 73.839        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد  |
| 8. معرفتي لمعايير الاعتماد يظهر أثرها في عملي.                   | 231.361       | 5        | 0.00           | 5.00   | موافق بشدة |
| 9. بالمستشفى إدارة مختصة للجودة تؤدي عملها بفعالية.              | 117.741       | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد  |
| المقياس الكلي للمحور   | 164.907       | 5        | 0.00           | موافق  | وجود فروق  |

يتضح من الجدول أعلاه أن الوسيط العام لجميع العبارات (4) كما بلغت قيمة مربع-كاي لدلالة الفروق لجميع عبارات محور فرضية الدراسة الثانية (164.907) بمستوى أقل (0.05) و عليه فإن ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإستجابات المبحوثين ولصالح الموافقين.

جدول (4) إنعكاس معرفة العاملين والتزامهم على أدائهم

| البند  | قيمة مربع كاي | د.الحرية | مستوى المعنوية | الوسيط | الدلالة   |
|--|---------------|----------|----------------|--------|-----------|
| 10. أفراد طاقم المناوبة يقدمون الخدمة في الوقت المحدد.                 | 137.878       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 11. المشكلات الإدارية يتم التعامل معها بجدية.                          | 106.385       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 12. الموظفون و الطاقم الطبي يستمعون لمشاكل المرضى و ذويهم ويطولونها.   | 160.532       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 13. إجراءات تنويم المريض في العنبر سريعة و سهلة.                       | 77.234        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد |
| 14. يتم إعطاء معلومات كافية وواضحة عن الحالة الصحية للمريض.            | 158.541       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 15. يتم تنقيف المريض (أو ذويه) بمعرفة إضافية للتعامل مع الحالة الصحية. | 157.020       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 16. الموظفون و الطاقم الطبي يتعاملون بطريقة مريحة.                     | 79.400        | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 17. الأجهزة الطبية تعمل بكفاءة عالية.                                  | 62.424        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد |
| 18. الاختصاصي يقضي مع المريض وقتاً كافياً.                             | 77.527        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد |
| 19. مدة انتظار الفحوصات و التحاليل معقولة.                             | 66.229        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد |
| 20. جميع الأدوية متوفرة بصيدلية المستشفى.                              | 67.517        | 5        | 0.00           | 2.00   | غير موافق |
| 21. الممرضات يتابعن حالات المرضى بانتظام و يعطين الجرعات في المواعيد.  | 141.566       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 22. يتعامل الأطباء والممرضات مع الألم بشكل سريع.                       | 160.590       | 5        | 0.00           | 4.00   | موافق     |
| 23. مستوى النظافة والتعقيم عالي.                                       | 79.693        | 5        | 0.00           | 3.00   | غير متأكد |
| المقياس الكلي للمحور   | 109.466       | 5        | 0.00           | موافق  | وجود فروق |

يتضح من الجدول أعلاه أن الوسيط العام لجميع العبارات (4) كما بلغت قيمة مربع-كاي لدلالة الفروق لجميع عبارات محور فرضية الدراسة الثالثة (109.466) بمستوى أقل من (0.05) و عليه فإن ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإستجابات المبحوثين ولصالح الموافقين. جدول (5) التغذية الراجعة: درجة رضا متلقي الخدمة عن أداء العاملين بالمؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين

| البند  | قيمة مربع كاي | د.الحرية | مستوى المعنوية | الوسيط    | الدلالة   |
|--|---------------|----------|----------------|-----------|-----------|
| 24. يتم قياس رضا المرضى وذويهم بصورة مستمرة. | 176.439       | 5        | 0.00           | 2.00      | غير موافق |
| 25. بشكل عام مستوى الخدمات مُرضي.            | 48.878        | 4        | 0.00           | 3.00      | غير متأكد |
| المقياس الكلي للمحور                         | 108.158       | 5        | 0.00           | غير متأكد | وجود فروق |

يتضح من الجدول أعلاه أن الوسيط لجميع العبارات التي تقيس الفرضية الرابعة للدراسة تدل على أن مستوى الموافقة منخفضة نسبياً حيث بلغ الوسيط العام لجميع العبارات (3) كما بلغت قيمة مربع-كاي لدلالة الفروق لجميع عبارات محور فرضية الدراسة الرابعة (108.158) بمستوى أقل من (0.05) و عليه فإن ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإستجابات المبحوثين ولصالح غير المتأكدين. جدول (6) التغذية الراجعة (الفرعي): رضا متلقي الخدمة هو وسيلة تقييم للأداء لدى العاملين بالقطاع الصحي

| البند                 | قيمة مربع كاي | د.الحرية | مستوى المعنوية | الوسيط    | الدلالة   |
|-----------------------|---------------|----------|----------------|-----------|-----------|
| قياس رضا متلقي الخدمة | 176.439       | 5        | 0.00           | غير موافق | وجود فروق |

يتضح من الجدول أعلاه أن الوسيط لجميع العبارات التي تقيس الفرضية الرابعة الفرعية للدراسة تدل على أن مستوى الاستجابة منخفضة نسبياً حيث بلغ الوسيط للعبارة (2)، وبلغت قيمة مربع-كاي لدلالة الفروق لعبارة فرضية الدراسة المتفرعة من الفرضية الرابعة (167.439) بمستوى معنوية أقل من (0.05) و عليه فإن ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإستجابات المبحوثين ولصالح غير الموافقين.

### تفسير ومناقشة النتائج:

يظهر التوزيع التكراري للذكور والإناث لأفراد العينة أغلبية عدد الإناث بصورة ملحوظة بنسبة 54.1% مقارنة بـ 45.9% للذكور. كما يظهر التوزيع التكراري كذلك عددية أكبر للأطعم الطبية 65.9% مقابل الإداريين 23.9%، والعمال الذين يمثلون المجموعة الأقل عدداً 10.2%. أما التوزيع التكراري لسنوات الخبرة يظهر أن أغلبية الأفراد في عينة الدراسة، وهم ثلاثة أضعاف المجموعة التالية لهم وبنسبة 61.5% كانت خبرتهم أقل من خمسة سنوات، قد يرجع ذلك إلى هجرة الخبرات، والتبديل في الموظفين، كما يمكن فهمه ضمن كثرة أعداد المتخرجين حديثاً من المجالات ذات الصلة من كليات زادت أعدادها.

من ناحية أخرى فإن زيادة أعداد ذوي الأعمار الأصغر إذا سلّمنا بارتباط الخبرة بالزيادة في العمر\_ قد يُقرأ على أنه أمر إيجابي بالاستناد إلى تأثير فلن (Flynn Effect) : القائل بزيادة معدلات الذكاء لدى الأجيال الحديثة عن نظيرتها لدى الأجيال السابقة، وهي زيادة متواترة مستمرة منذ بدايات القرن الماضي بحسب إختبارات الذكاء (IQ)، حيث ظلت تلك الإختبارات تسجل معدلات أعلى كل عشرة سنوات في العديد من دول العالم.(Juan, 2015).

للإجابة على التساؤل الأول للدراسة فإن أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من إلمامهم العميق بمفهوم وثقافة الجودة والاعتماد للمؤسسات الصحية، ونأخذ بعين الإعتبار أن التدريب والتثقيف المخطط لهما بعناية هما العامل الحاسم في تحديد الكم والكيف المعرفي لدى العاملين بالقطاع الصحي، والنقص الحادث فيهما ينعكس على تلك المعرفة، حيث أدى التباين إلى نتيجة كلية تقديرها عدم التأكد، كما عكس ميل أفراد العينة إلى التركيز على تخصصاتهم دونما مراعاة للتداخل الذي تقتضيه عملية تدفق الخدمة. هذه النتيجة تتفق نوعاً ما مع دراسة الباحثة: سعدى محمد الكحلوت (2004). حيث أظهرت هذه الدراسة أنه نسبةً لغياب عملية التخطيط للتدريب بشكل يحقق الأهداف المرجوة فلم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين تلقوا تدريباً في مجال الجودة الشاملة وبين الأفراد الذين لم يتلقوا تدريباً في نفس المجال، وهو ما يدل على عدم فعالية التدريب ويساوي فعلياً عدم وجوده.

التساؤل الثاني للدراسة عن الإلتزام، وأظهرت نتائج التحليل إلتزام العاملين بالقطاع الصحي بما يدركونه ويعرفونه من معايير الاعتماد خلال تقديمهم لخدمة الرعاية الصحية. والإلتزام هنا هو إستعداد ينقصه التدريب والمعرفة اللازمتين لتحويله إلى نتائج أداء يومي بخلاف النتيجة التي توصلت إليها دراسة الباحثة سعدى محمد الكحلوت (2004) التي أظهرت نتائجها تدني درجة الإلتزام بتعليمات التحسين والتطوير بشكلٍ خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكلٍ عام في المستشفيات التي شملتها تلك الدراسة. أما بالنسبة للتساؤل الثالث، إنعكاس معرفة العاملين وإلتزامهم على أدائهم، فإنه يلاحظ التباين في الاستجابة على مستوى المجموعات التخصصية (طبي، إداري، عمالي)، مثلاً: يرى أفراد العينة من مجموعة التخصص العمالي أن مستوى النظافة والتعقيم عال، بينما مجموعة التخصص الطبي يخالفونهم التقييم، وبناءً على نتائج التحليل فإن معرفة وإدراك أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي للجودة ومعايير الاعتماد ينعكسان على أدائهم عند تقديم خدمة الرعاية الصحية، وعلى الرغم من أن الفروق هنا كانت تميل لصالح الموافقين إلا أن النتيجة في الفرضية الأولى تتناقض مع هذه النتيجة، مما يرجح عدة احتمالات منها أولاً عدم التطبيق الصحيح لمفاهيم الجودة ومعايير الإعتقاد، وهذا الإحتمال يتفق مع دراسة محمد علي (2011) التي توصلت إلى أن مستشفى الخرطوم التعليمي لا يطبق إدارة الجودة الشاملة بالطريقة العلمية الصحيحة. وأنه قد إقتصر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي على إعداد الدلائل الفنية فقط. الإحتمال الثاني هو التحيز في التقدير والميل إلى المبالغة الإيجابية في وصف إنعكاس المعرفة في الأداء.

التساؤل الرابع عن التغذية الراجعة، درجة رضا متلقي الخدمة عن أداء العاملين بالمؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين، وبناءً على نتائج التحليل الإحصائي الموضحة فإن أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من رضا متلقي الخدمة، وهو ما يتفق مع الإجابات التي تحصل عليها الباحث من سؤاله المباشر لأفراد العينة، حيث اقتصر شكل قياس التغذية العكسية على صندوق المقترحات والشكاوى الموجود بالمؤسسات محل الدراسة، وليس القياس المستمر لمستوى رضا متلقي الخدمة وذويه والسعي لمعرفة تقييمه، وهذا يتفق ودراسة حسن عبدالجليل العلمي (2007)، التي توصلت إلى أن أقل مفاهيم الجودة إستخداماً هي إدراك إدارة المستشفى لأهمية التعرف على رغبات المرضى.

التساؤل الرابع الفرعي للدراسة: التغذية الراجعة، عما إذا كان رضا متلقي الخدمة هو وسيلة تقييم للأداء لدى العاملين بالقطاع الصحي، وبناءً على نتائج التحليل الموضحة، فإن رضا متلقي الخدمة ليس هو وسيلة التقييم الأهم للأداء بالنسبة لأفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي. وهي تتفق مع النتيجة السابقة، غير أنها تحدد بشكل واضح أن تقييم الأداء بالنسبة للعاملين بالمؤسسات الصحية يعتمد على معايير ليس من بينها رضا متلقي الخدمة من مرضى ومرافقين. الأثر الفادح لهذه النتيجة هو عدم الإكتراث لمستوى رضا متلقي الخدمة طالما أنه لا يقدم نقاطاً في التقييم للأداء بالنسبة للكادر، وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة حسن عبدالجليل العلمي (2007) من أن أقل مفاهيم الجودة إستخداماً هي تحديد نتائج جودة الخدمات الصحية والعلاجية إعتقاداً على رغبات المرضى.

### النتائج:

1. أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من إلمامهم العميق بمفهوم وثقافة الجودة والإعتماد للمؤسسات الصحية.
2. أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي لديهم الالتزام بمعايير الإعتماد والجودة الصحية.
3. معرفة وإدراك أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي للجودة ومعايير الإعتماد تتعكس على أدائهم عند تقديم خدمة الرعاية الصحية.
4. أفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي غير متأكدين من مستوى رضا متلقي الخدمة وذويهم.
5. رضا متلقي الخدمة ليس هو وسيلة التقييم الأهم للأداء بالنسبة لأفراد العينة من العاملين بالقطاع الصحي.

### التوصيات:

1. الإلتزام بالتدريب الموجه بإطار زمني وأهداف معرفية وسلوكية واضحة ضمن استراتيجية لترسيخ ثقافة الإعتماد لدى العاملين بالقطاع الصحي.
2. تقديم جرعات التوعية بالتجارب المحلية والإقليمية والدولية في مجال الجودة والاعتماد للمؤسسات الصحية، عبر الندوات الشهرية، وورش العمل.
3. إجراء المقارنات المعيارية مع مؤسسات ناجحة ذات ظروف مقاربة للسودان، أو مع مؤسسات بالسودان.
4. تعميق ثقافة رضا المتعاملين والتفكير التنظيمي، لأن متلقي الخدمة يدرك المؤسسة الصحية كجسم واحد، وليس باعتبارها وظائف مختلفة.

5. تبني المعايير السودانية لاعتماد المؤسسات الصحية، واحترامها والالتزام بها، ومنح المزيد من السلطة الإشرافية لإدارة الجودة والتطوير والاعتماد بوزارة الصحة الاتحادية لتحقيق الاتساق والتناسق.
6. تشجيع الدراسات والبحوث في مجال معايير اعتماد المؤسسات الصحية، وجودة خدمة الرعاية الصحية.

#### المصادر والمراجع:

1. أحمد، المعز الطيب، 2017م. ملتقى الجودة والاعتماد، وزارة الصحة الاتحادية - الإدارة العامة للجودة والتطوير والاعتماد - الخرطوم - السودان.
2. الكلوت، سعدى محمد، 2004م. "العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة"، رسالة ماجستير منشورة، كلية التجارة، عمادة الدراسات العليا، قسم إدارة الأعمال.
3. العليمي، حسن عبدالجليل، 2007. "تقييم فرص نجاح برنامج إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية"، دراسة حالة مستشفى الثورة العام بأمانة صنعاء، المجلة العلمية لقطاع الكليات التجارية، جامعة الأزهر العدد الأول، ص 145-201.
4. محمد علي، محمد، 2011م. "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي، دراسة تقييمية"، بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في الإدارة العامة، جامعة أم درمان الإسلامية، معهد بحوث ودراسات العالم الإسلامي.
5. الزويني، إبتسام صاحب، 2014م دراسة في القياس والتقييم، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي - العراق - جامعة بابل، كلية التربية الأساسية - قسم اللغة العربية.
6. عبدالرحمن، عبدالوهاب أحمد، 2011م. الشخصية السودانية: المكونات والمؤثرات والسمات (محاولة في النقد الذاتي). الطبعة الأولى. الخرطوم: جامعة المغتربين.
7. كمال بوصافي ومريزق عدمان، 2015م. "الإطار النظري لدور الاعتمادية في تحسين الخدمات الصحية" أساتذة بالمدرسة العليا للتجارة - الجزائر.
8. جمهورية السودان، وزارة الصحة الاتحادية. (2015)، كتيب المعايير السودانية لاعتماد المستشفيات.
9. شركة (بروكونسلتيشنز)، فيديو منشور مستشفى الجفيل المملكة العربية السعودية - 28 مارس 2015، www.youtube.com، آخر إطلاع (12 مارس 2019).
10. Martin, J. R. (2017) *Deming System of Profound Knowledge*. CMA, Professor Emeritus, University of South Florida. Available from: [www.maaw.info/DemingExhibit.htm/Deming-System-of-Profound-Knowledge](http://www.maaw.info/DemingExhibit.htm/Deming-System-of-Profound-Knowledge). [Accessed 11<sup>th</sup> September 2019].
11. J.C. Shamadl, Quality Assurance, Examination of Concept Nursing out look, 1979, vol27 No7, p.21-30
12. J.W. Williams, Formulating Priorities Pore Quality Assurance Activity: Description of Method & its Application (Journal of Medical Association, 1987, vol. 23. No.9. pp 53-59
13. Kruger, J. & Dunning, D. (1999) "Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments". *American Psychological Association*. 77 (6). p.1121-1134.
14. Tye, J. & Dent, B. (2017) *Building a Culture of Ownership in Healthcare*. Sigma Theta Tau International.

15. Senge, P. (2006) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Sixth edition. Crown Business- New York.
16. USA, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS (2017) Including Standards for Academic Medical Center Hospitals, sixth Edition. New York.
17. USA, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, Department of Corporate Communication (2019) The Joint Commission Factsheet, *Tracer Methodology*. New York
18. AUSTRALIA, AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. (2017) *National Safety and Quality Health Service Standards*.
19. SAUDI ARABIA, CENTRAL BOARD FOR ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS. (2016) *National Hospital Standards Third Edition*.