

جودة الخدمات والرعاية الصحية في ظل معايير جائزة مالكولم بالدريج للجودة: دراسة ميدانية على مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة

أ.د. مسعود عبدالله بدري*

د. محمد حسين عبدالله**

د. مغير خميس الخيلي***

الملخص:

يُعتبر هذا البحث أول تجربة لاختبار المعايير المتعددة لبرنامج جائزة مالكولم بالدريج للجودة ميدانياً في الإمارات العربية المتحدة من خلال تطبيقها في مجال الخدمات والرعاية الصحية. شملت عملية الاختبار هذه النظرية في مستويات العلاقة بين محددات البرنامج، وأجريت عملية الاختبار باستخدام بيانات من المستشفيات في الإمارات. وتبين النتائج المختلفة للاختبارات المؤكدة باستخدام نموذج التحليل الهيكلي (Structural Equations Modeling) أن العديد من الافتراضات الخاصة بعلاقة هذه الأبعاد بعضها ببعض تُعتبر ذات معنوية إحصائية عالية (هناك سبعة أبعاد رئيسية في برنامج مالكولم بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية). ولقد أوضحت الدراسة مدى طبيعة العلاقة المسببة (Causal Relationships) في برنامج مالكولم بالدريج لجودة الرعاية الصحية، وذلك إذا اعتبرنا البرنامج نظاماً متكامل الأبعاد التي يرتبط بعضها ببعض. وتشير النتائج

* أستاذ إدارة العمليات والإنتاج، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الإمارات العربية المتحدة، دولة الإمارات العربية المتحدة.

** أستاذ مشارك، قسم إدارة الأعمال بجامعة الإمارات العربية المتحدة، دولة الإمارات العربية المتحدة.

*** عضو مجلس إدارة الهيئة العامة للخدمات الطبية، أبو ظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.

إلى أن هناك علاقة كبيرة بين " تطوير الموارد البشرية وإدارتها " وبين " رضا المرضى " وكذلك بين " إدارة العمليات " و " رضا المرضى ". ونلاحظ أيضاً وجود علاقة كبيرة بين بعدي " القيادة " و " المعلومات والتحليل " من جهة وبعد " أداء المنشأة " من جهة أخرى. وتُظهر الدراسة أهمية دور المعلومات والتحليل كالمحرك الذي يقوم بالتأثير على جميع المحاور الداخلية في بيئة المستشفى مثل إدارة الموارد البشرية وإدارة العمليات والخطة الإستراتيجية. تقدم الدراسة أيضاً نموذجاً متكاملًا يشمل ٢٨ محوراً (هي محاور مالكولم بالدريج) لكي تستخدم في الدراسات المستقبلية أو تستخدم أداة للتقويم الذاتي من قبل متخذي القرار في مستشفيات الإمارات أو المستشفيات الأخرى في المنطقة أو مناطق أخرى. ولقد أجريت الاختبارات الإحصائية والسيكومترية على هذا النموذج بشكل شامل؛ لكي تحظى بدرجات مصداقية وثبات عالية. ومن خلال استخدام الأبعاد والمحاور هذه تعطي الدراسة أيضاً نتائج تفصيلية حول مستوى الخدمات والرعاية الصحية من خلال وجهات نظر متخذي القرار في المستشفيات التي اشتركت في الدراسة، وذلك باستخدام أبعاد مالكولم بالدريج ومحاورها ومتغيراتها التفصيلية.

المقدمة: (١)

تُعتبر البيئة الحالية لمنشآت الرعاية الصحية مليئة بالعديد من القوى التي تعتمد بشكل كبير على مستويات متقلبة للتغير داخل هذه المنشآت الصحية. وتشمل هذه القوى التوقعات العالية للمرضى، والمنافسة الكبيرة بين المنشآت وكذلك الضغوط العالية التي تقع على كاهل القطاع الحكومي والعام (Griffith, 2000). وتقويم أداء المنشآت الصحية وتقويم قدرتها على المنافسة مع المنشآت الأخرى لا يعتمد على المؤشرات المالية فحسب، بل على مؤشرات أخرى أيضاً تبين مدى قدرة

(١) يتقدم الباحثون بالشكر إلى مجلس البحث العلمي في جامعة الإمارات العربية المتحدة، الذي قام بتمويل المشروع (رقم التمويل: ٣٠٠٣-٤-١١/٣٠)، وقدم الدعم المناسب لإخراج البحث في صورته الحالية، ونخص بالذكر الدكتورة / ميثاء الشامسي، نائب مدير جامعة الإمارات لشؤون البحث العلمي، والأستاذ الدكتور / غريب سيد علي، مستشار نائب مدير جامعة الإمارات لشؤون البحث العلمي.

المنشأة على استغلال الفرص المتاحة داخلياً وخارجياً لتقديم خدماتها بالسرعة الفائقة، إذا أرادت أن تسابق مثيلاتها (Chow and Goh, 2002). أي أن تقويم الأداء لا يكون شاملاً في الوقت الحالي إذا لم يقوم بشكل إستراتيجي ومتكامل.

ويُشير (Loomba and Johannessen, 1997) إلى أن المديرين في الآونة الأخيرة متأثرون ومتفاعلون في معايير الجودة للخدمات بشكل لم يسبق له مثيل من قبل. ويقدم الباحثان خلفية ومراجعة جيدة لجائزة بالدريج أساساً لتشجيع القيادة في المنشآت المختلفة على استخدام معاييرها لتقويم الذات بشكل موضوعي. ويضيفان أن معايير الجائزة يجب تطويعها بشكل ما بوصفها أداة لإحداث التغيير في المنشأة.

أما (Vokurka, 2001)، فيرى أن المنافسة الكبيرة في الوقت الحاضر تحتم على متخذي القرار أن يكونوا أقوياء، بما يجعلهم يستمرون في المنافسة من أجل البقاء بقوة. ويضيف أن إدارة الموارد البشرية تستطيع الاستعانة بمعايير بالدريج في تعليم الموارد البشرية وتثقيفها وتدريبها على مهارات مختلفة لبناء روح الفريق الواحد الذي يُعتبر من متطلبات إطار بالدريج. ويوافقه في الرأي آخرون من الذين يرون أن إحداث هذه التغييرات في الموارد البشرية سوف يسهم في زيادة القدرة التنافسية للأفراد أولاً ثم المنشأة (Galvin, 1992; Fok and Burock, 1996; Freed and Burock, 1996).

وهناك أدوات كثيرة متاحة لمنشآت الرعاية الصحية، مثل المستشفيات، وذلك لتقويم أثر الجهود والبرامج المختلفة الخاصة بالجودة التي تقدمها وتشرع فيها (Chow and Goh, 1999). وتُعتبر فلسفة إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management, TQM) من الأدوات التقليدية والمبادئ الأساسية لإدارة الجودة - ولكن بحسب رأي العديد من الباحثين أن هذه الطريقة (أو الفلسفة) تفتقر إلى مبدأ "القياس والتقويم والمتابعة" (Chow and Goh, 2002; Freney and Zairi, 1996). ولكن على الرغم من ذلك، فإن إطار إدارة الجودة الشاملة طبق بالفعل على منشآت الرعاية

الصحية من خلال الدراسات المتعددة المنشورة. فقد اقترح (Freenev and Zairi, 1996) إطاراً محدداً مبنياً على مبادئ إدارة الجودة الشاملة لمنشآت الرعاية الصحية. واستخدم (McLaughlin, 1998) مصفوفة الجودة لتقييم جودة الرعاية الصحية، ولكن على الرغم من المحاولات العديدة فإن هذه الدراسات لم تقدم تعريفاً لطبيعة العلاقة بين الأبعاد والمحاور المختلفة في هذه الإطارات المقترحة. ولم تقدم أيضاً أي توضيح لاتجاه العلاقات بين الأبعاد المختلفة أو المتغيرات المختلفة (Meyer and Collier, 2001).

ويرى البعض أنه قبل أن تقوم المنشأة باستخدام أداة مثل TQM وبالدرج، عليها أن تجري نوعاً من المسح لتعرف مدى نضوج الأفراد فيها والمنشأة بشكل عام، لتقبل أفكار الجودة (Patti et al., 2001) ومن ثم عدم التسرع في الأمر (Pannirselvam et al., 1998; Ahire et al., 1996).

وقبل الشروع في الحديث عن الطريقة المتبعة في الدراسة الحالية لابد من إعطاء نبذة بسيطة عن جائزة مالكولم بالدرج للجودة. قدمت الجائزة الوطنية لمالكولم بالدرج (Malcolm Baldrige National Quality Award) في عام ١٩٨٧م في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك بهدف دعم الإدراك الوطني لأهمية الجودة وممارساتها. وكان الهدف أيضاً الاعتراف بالمنشآت الأمريكية الرائدة ومن ثم الإعلان لها وإنجازاتها في مجال الجودة (NIST, 1999).

ومنذ ١٩٨٧م أعطيت الجائزة لشركات في ثلاثة تصنيفات مختلفة، هي: المنشآت الصناعية، والمنشآت الخدمية، والمنشآت الصغيرة. واقترحت جائزة بالدرج للجودة للمنشآت الأكاديمية وكذلك منشآت الرعاية الصحية في ١٩٩٥م (NIST, 1995a, 1995b, 1995c) وقبل المرشحون في هذا المجال في عام ١٩٩٩م (NIST, 1999). وعلى الرغم من وجود مرشحين للجائزة، فإن المعايير المتميزة التي تتصف بها حجت الجائزة عن أي مرشح في الأعوام (١٩٩٩م و ٢٠٠٠م و ٢٠٠١م). وفي عام ٢٠٠٢م منحت الجائزة لمنشأة بسانتولويس هي (SSM Health Care)، وهي منشأة كاثوليكية لا تهدف إلى الربحية، وتقدم

خدمات رعاية صحية شاملة ضمن شبكة من المستشفيات عددها ٢١ مستشفى معنياً بالمسنين (Nursing Homes) في أربع ولايات هي ميسوري، وإلينوي، وويسكنسن وأوكلاهوما، ويعمل ضمن الشبكة ٥٠٠٠ طبيب و ٢٢٠٠٠ عامل أو موظف من غير الأطباء. ومنذ ١٩٩٥م وزعت آلاف النسخ من "معايير بالدريج للجودة في منشآت الرعاية الصحية" بواسطة المؤسسة الوطنية للمعايير والمقاييس والتكنولوجيا (National Institute of Standards and Technology) ("NIST"). وهذا بالطبع يعكس الاهتمام البالغ لمنشآت الرعاية الصحية في أمريكا بحرصها المتزايد على جائزة مالكولم بالدريج من جهة وباستخدامها لهذه المعايير وسيلة لتقويم الذات والتطوير والتحسين من ناحية أخرى.

ويشير العديد من الباحثين إلى ضرورة قيام المنشآت بتبني نوع من الخطط الطويلة المدى لرسم سياسات وإستراتيجيات للجودة متوازية مع المعايير التي نادى بها إطار بالدريج (Kleiner, 1996). ويرى هؤلاء أن التزام هذا المبدأ وكأن المنشأة ستقدم فعلاً لنيل جائزة بالدريج، له تأثير كبير في تطوير جودة الخدمات المقدمة (Shetty, 1993; Main, 1990; Terziovski et al., 1997; Bigelow and Arndt, 1995).

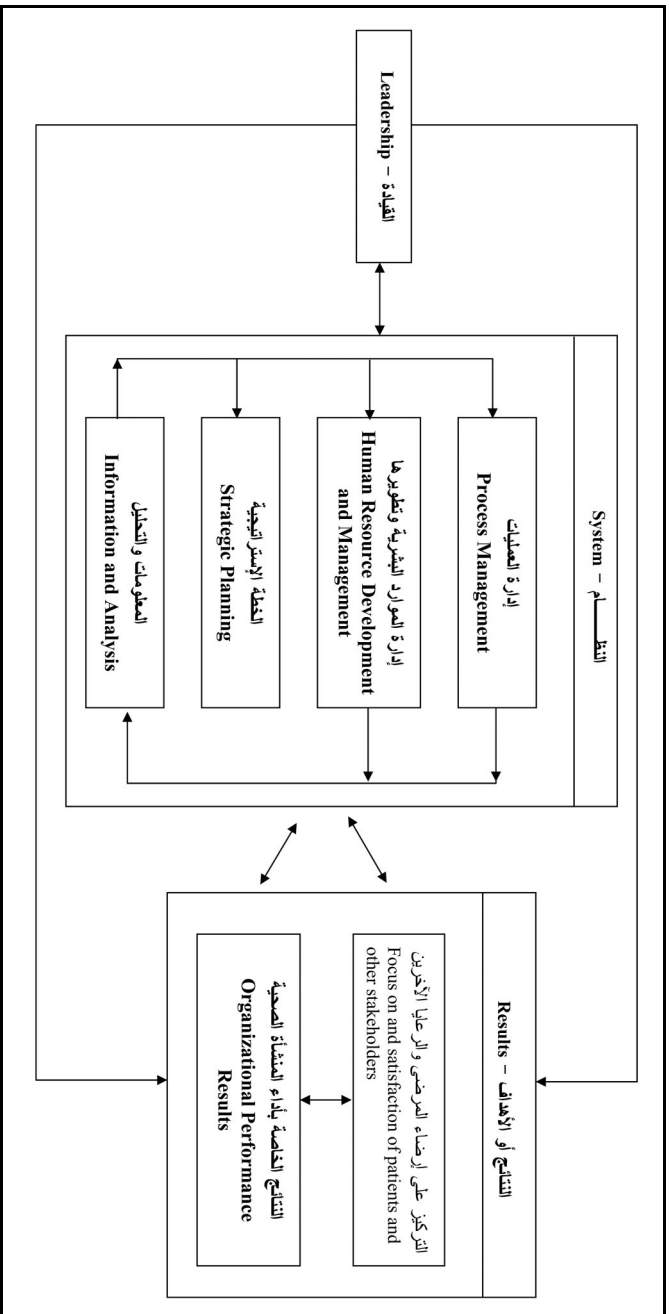
إن وجود هذه التطورات الهائلة في مجال معايير الجودة في منشآت الرعاية الصحية أعطى الباحثين الحافز لإجراء هذه الدراسة الحالية، وذلك باستخدام معايير بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية من خلال دراسة شاملة لمعظم مستشفيات الإمارات. ولعل هناك حافزاً آخر تمثل في دراسة نشرت أخيراً حاولت تعرف طبيعة العلاقة بين الأبعاد المختلفة لجائزة بالدريج لمنشآت الرعاية الصحية، ولكن في أمريكا كان هناك حافز آخر لإجراء هذه الدراسة، حيث قدم كل من (Meyer and Collier, 2001) دراسة مماثلة شملت ٢٢٠ مستشفى في أمريكا لتعرف طبيعة العلاقات وتوثيقها بشكل إحصائي سليم. سوف نحاول من خلال الدراسة الحالية أيضاً أن نضيف إلى دائرة معارفنا حول ماهية بالدريج وأبعادها المختلفة وتوثيقها بشكل متمم للدراسات السابقة من جهة وتعرف طبيعة الرعاية الصحية في مستشفيات الإمارات من

جهة أخرى في سبيل "تعرف الذات" بشكل واقعي وسليم. وفي النهاية تهدف الدراسة إلى تقديم إطار شامل مبني على أسس علمية وميدانية لمنشآت الرعاية الصحية، ومحاولة تعرف طبيعة الخدمات بالرعاية الصحية التي تقدمها وذلك لتحسين هذه الخدمات بشكل مستمر وتطويرها.

معايير جائزة مالكولم بالدريج الوطنية لمنشآت الرعاية الصحية:

تتألف معايير جائزة مالكولم بالدريج الوطنية لمنشآت الرعاية الصحية من سبعة تصنيفات (أو أبعاد) للقياس، حيث يحصل كل تصنيف على حد أقصى من الدرجات المحددة (NIST, 1995). وطبيعة الجائزة تكمن في توزيع ١٠٠٠ نقطة على التصنيفات السبعة والمحاور المختلفة لهذه التصنيفات. الشكل رقم (١) يوضح التصنيفات السبعة للجائزة التي نشرت بواسطة المؤسسة الوطنية للمعايير والمقاييس والتكنولوجيا (NIST, 1995). ويوضح الشكل أن التصنيف الخاص "بالقيادة" هو الذي يقود النظام بصورة كلية نحو تحقيق أهدافه (النتائج). ويوضح الشكل أيضاً أن العلاقة بين القيادة وتحقيق النتائج هي علاقة متبادلة، بمعنى آخر فإن القيادة تؤثر في النتائج، والنتائج تؤثر في القيادة أيضاً، أي أنها علاقة ذات اتجاهين. ويجب تفسير جميع الأسهم ذات الاتجاهين بهذه الطريقة. ومن خلال الدراسة الحالية أيضاً فإننا نفترض وجود علاقات متبادلة (أي ذات اتجاهين) بين جميع التصنيفات السبعة بعضها ببعض. فعلى سبيل المثال، يُفترض أنه كلما زادت الدرجات المخصصة لتصنيف القيادة فإن ذلك يؤدي إلى زيادة الدرجات المخصصة للتصنيفات الأربعة الخاصة بالنظام، ويؤدي أيضاً إلى زيادة الدرجات المخصصة للتصنيفات الداخلة تحت مظلة النتائج أو الأهداف. وطبيعة الأسهم والمسارات توضح أيضاً أن هناك تأثيرات أخرى للقيادة ولكنها غير مباشرة، فعلى سبيل المثال، فإن الزيادة في الدرجات المعطاة للقيادة تؤثر بشكل غير مباشر أيضاً في درجات النتائج، ولكن عن طريق درجات تصنيفات النظام. أما المعايير المختلفة لهذه التطبيقات السبعة فموضحة بشكل تفصيلي في الجدول رقم (١).

وسوف نقوم من خلال دراستنا لمعايير الجائزة بتحديد طبيعة العلاقة التي تربط التطبيقات السبعة بعضها ببعض من خلال تطبيق الإطار في دراسة ميدانية على مستشفيات الإمارات المختلفة.



شكل رقم (١)
الإطار العام لمعايير جائزة مالكوم بالدريج
لجودة الرعاية الصحية والتصنيفات أو الأبعاد السبعة للبرنامج

المصدر: (NIST, 1995a, 1995b, 1995c, 1999 and 2000)

جدول رقم (١)

التصنيفات السبعة ومعاييرها بحسب إطار مالكولم بالدريج وكرونباخ ألفا للأبعاد ونسبة التباين الناتج من العنصر الأساسي الأول للمحور

(١) القيادة (Leadership)		كرونباخ ألفا	نسبة التباين
١ - ١	الإدارة العليا وقيادة المنشأة	٠,٨٨٠	٦٠,٨
٢ - ١	نظام القيادة في المنشأة	٠,٧٨١	٦٨,٩
٣ - ١	المسؤولية العامة والمواطنة	٠,٧٩٦	٦١,٨
(٢) المعلومات والتحليل (Information and Analysis)			
١ - ٢	إدارة المعلومات والبيانات	٠,٩٣٢	٧٦,٨
٢ - ٢	مقارنة الأداء والمعدلات المثالية	٠,٩٠٥	٨١,٩
٣ - ٢	التحليل واستخدام البيانات على المستويات المختلفة في المنشأة	٠,٩٦٤	٧١,٨
(٣) الخطة الإستراتيجية (Strategic Planning)			
١ - ٣	تطوير الإستراتيجيات	٠,٩٧٣	٨١,٦
٢ - ٣	تطبيق وتنفيذ الإستراتيجيات	٠,٩٦٩	٨٢,٧
(٤) إدارة الموارد البشرية وتطورها (Human Resources Management and Development)			
١ - ٤	تخطيط الموارد البشرية وتقييمها	٠,٨٨٥	٧٢,٠
٢ - ٤	نظام العمل الخاص بالموظفين والعاملين في الرعاية الصحية	٠,٨٧٤	٦٩,٩
٣ - ٤	تثقيف الموظفين والعاملين في الرعاية الصحية وتدريبهم وتطويرهم	٠,٨٨١	٧٤,٢
٤ - ٤	الرضا والطبيعة المعيشية للموظفين والعاملين في الرعاية الصحية	٠,٨٩٣	٦٧,٧
(٥) إدارة العمليات (Process Management)			
١ - ٥	تصميم خدمات الرعاية الصحية للمرضى وتقديمها	٠,٩٥٢	٧٧,٤
٢ - ٥	طبيعة تقديم الرعاية الصحية وتنفيذها	٠,٩٠٠	٧٤,٣
٣ - ٥	نظام دعم الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية	٠,٩٠٦	٨٠,٥
٤ - ٥	خدمات الرعاية الصحية للمجتمع (خدمة المجتمع)	٠,٨٩٨	٨٠,١
٥ - ٥	الإدارة وإدارة العمليات الخاصة بالرعاية الصحية	٠,٨٥٦	٦٩,٧
٦ - ٥	إدارة المنشآت ذات العلاقة وتقييمها (Suppliers)	٠,٨٨١	٧٩,٥
(٦) النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية (Organizational Performance Results)			
١ - ٦	النتائج الخاصة بالرعاية الصحية للمرضى	٠,٩٠١	٦٤,٣
٢ - ٦	النتائج الخاصة بنظام دعم خدمات الرعاية الصحية	٠,٩٢٢	٧٠,١
٣ - ٦	النتائج الخاصة بالرعاية الصحية المجتمعية	٠,٨٨٣	٧٠,٣

تابع / جدول رقم (١)

التصنيفات السبعة ومعاييرها بحسب إطار مالكولم بالدريج وكرونباخ ألفا للأبعاد ونسبة التباين الناتج من العنصر الأساسي الأول للمحور

٦ - ٤	النتائج الخاصة بالإدارة وإدارة العمليات والمنشآت ذات العلاقة	٠,٩١٦	٧٤,٢
٦ - ٥	النتائج الخاصة بالاعتراف من قبل الهيئات المختصة ونتائج التقييم	٠,٩٤٤	٧٤,١
(٧) التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين (Focus on satisfaction of patients and other stakeholders)			
٧ - ١	طبيعة دراية السوق (البيئة) الخاص بالمرضى	٠,٨٥١	٧٢,٨
٧ - ٢	إدارة العلاقة بين المنشأة والمرضى والرعايا الآخرين	٠,٨٩٧	٧٢,٦
٧ - ٣	تحديد درجة رضا المرضى والرعايا الآخرين	٠,٩٠٥	٧١,٢
٧ - ٤	نتائج رضا المرضى والرعايا الآخرين	٠,٨٩٤	٧٤,٢
٧ - ٥	مقارنة درجة رضا المرضى والرعايا الآخرين	٠,٩٤٧	٧٦,٥

المصدر: (Meyer and Collier, 2001)

أهداف الدراسة:

تعتمد الدراسة على أربعة أهداف رئيسية هي:

- ١ - تطوير نموذج عام للقياس يشمل جميع معايير جائزة مالكولم بالدريج الخاصة بالرعاية الصحية.
- ٢ - التعرف بشكل أفضل إذا ما كان النموذج المقترح يمكن أن يمثل منشآت الرعاية الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة.
- ٣ - تعرف طبيعة العلاقة (قوة العلاقات واتجاهاتها) بين التصنيفات السبعة (أو الأبعاد السبعة) بعضها ببعض وذلك بشكل هيكلي وشامل.
- ٤ - التوصل إلى نتائج عن طبيعة الرعاية الصحية في مستشفيات الإمارات باستخدام نموذج بالدريج المقترح (باستخدام المتغيرات التفصيلية لكل محور من محاور بالدريج)، وذلك بمقارنة الخدمات الصحية للمستشفيات الخاصة والحكومية.

وبطبيعة الحال، فإن هذه النتائج سوف تثري المكتبة العربية بشكل خاص لافتقارها لدراسات تعنى مباشرة بالرعاية الصحية وجودة الخدمات فيها باستخدام الأساليب الحديثة والمتطورة التي تعتمد على أسس إحصائية وسيكومترية متقدمة. وهذا الإثراء سوف يشمل مجال إدارة الجودة، ومجال

قياس أداء منشآت الرعاية الصحية، وتقديم إطار سهل تُحقق من مصداقيته وثباته يمكن استخدامه بواسطة وزارات الصحة أو بواسطة منشآت الخدمات والرعاية الصحية لتعرف ذاتها بشكل أفضل باعتبار ذلك وسيلة لتقويم الذات والتطوير والتحسين المستمر. وبالطبع فإن تقديم نتائج تفصيلية عن طبيعة المؤشرات المختلفة ضمن أبعاد بالدريج ومحاوره في شكل متوسطات حسابية سيُعطي بعض الإدراك والتفهم لمتخذي القرار في المستشفيات لتعرف مركزهم على خريطة الجودة بشكل أفضل وموضوعي مقارنة بالمنشآت المنافسة في هذا المجال.

المراجعة والخلفية الفكرية:

هذه الدراسة تبحث طبيعة العلاقات، ومن ثم الخلفية النظرية لإطار الجودة بحسب معايير مالكولم بالدريج. هناك بعض الدراسات تناولت هذا الموضوع أيضاً، ولكن معظمها ركز على النظام الصناعي (Wislon and Collier, 2000; Handfield and Gosh, 1995; Wislon, 1997; Dow et al., 1999; Samson and Terziowski, 1999; Chow and Goh, 2002; Khanna et al., 2002) فقد حاولت هذه الدراسات تعرف طبيعة العلاقات بين التصنيفات المختلفة ضمن إطار مالكولم بالدريج. وسوف نقوم بمراجعة دراسة واحدة حاولت فعلاً تعرف هذه العلاقات واتجاهاتها وقوتها في دراسة ميدانية على منشآت الرعاية الصحية، ولكن في محيط مختلف تماماً عن الدراسة الحالية (أمريكا). ومن الإنصاف أن نتطرق أيضاً لبعض الدراسات التي عنيت بجودة الرعاية الصحية حتى ولو أنها لم تستخدم إطار بالدريج. وأخيراً لا بد من التطرق أيضاً – ولو بشكل مختصر – للدراسات الميدانية التي عنيت بقضية الجودة في المحيط الإماراتي سواء في المجال الصناعي أو المجال الخدمي.

الدراسات التي عنيت بالخدمات والرعاية الصحية:

هناك دراستان فقط استخدمتا إطار بالدريج الخاص بالرعاية الصحية أساساً للبحث هما (Meyer and Collier, 2001; Meyer, 1998). أما الدراسات الأخرى التي استخدمت إطار بالدريج فقد ركزت على الإطار الأولي المقترح

والخاص بالمحيط الصناعي، ومن ثم معايير بالدريج العامة المتعلقة بالأنشطة الصناعية. حيث استخدم (Shortell et al., 1995) الإطار الأولي لبالدريج في دراسة العلاقات بين ثقافة المنشأة، وتحسين الجودة، والنتائج في ٦١ مستشفى في أمريكا. وقد استخدم الباحثون مقياساً يعتمد على خمسة تصنيفات فقط لبالدريج، وهي القيادة، والمعلومات والتحليل، والخطة الإستراتيجية، وإدارة التطوير والموارد البشرية، وإدارة العمليات، وذلك لتعرف مدى تطبيق معايير الجودة في المستشفيات. وقد أطلق الباحثون على ذلك "عملية تحسين الجودة". ثم استخرج ٦ أبعاد لتمثل التصنيفات الستة، غير أن تصنيف إدارة الموارد البشرية مُثل ببعدين. ولكن ما يؤخذ على هذه الأبعاد أنها احتوت أسئلة ركبت دون الاعتماد على المبادئ الإحصائية والسيكومترية ودون ذكر المسوغات النظرية لاستخدامها (Meyer and Collier, 2001). اشترك في الدراسة ٧٠٠٠ عامل يعملون في المستشفيات التي اشتركت في الدراسة (باستخدام مقياس ليكرت لكل سؤال). حسب المتوسط الحسابي لكل سؤال، ومن ثم المتوسط لكل بُعد من الأبعاد الستة (دون ذكر كيفية حساب المتوسط لكل بُعد). وقد أطلق الباحثون على هذه المتوسطات الستة تعبير (مدى وجود جهود لتحسين الجودة وتطبيقها). واستخدم الباحثون التحليل المساري لكي يبينوا أن نحو ٥٤ في المئة من التباين شرح بواسطة النموذج المستخدم.

أما دراسة (Carman et al., 1996) فقد عُنيت بتحديد وتقويم المتغيرات التي تؤدي إلى نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات من خلال استخدام انطباع العاملين فيها. والهدف من الدراسة كان تعرف مدى قدرة إطار بالدريج على التوقع الناجح لأداء المستشفى. وقد استخدم الباحثون المقاييس التي اقترحها (Shortell et al., 1995) والتي افترضت اعتمادها على إطار بالدريج لقياس الجودة في المستشفيات. وقدم الباحثون مقياساً شمل ثمانية أبعاد، وهي: القيادة، والمعلومات والتحليل، الخطة الإستراتيجية، والتعليم (وهي ليست من تصنيفات بالدريج ولكنها ضمن تصنيف إدارة الموارد البشرية)، وإدارة عمليات

تحسين الجودة (شبيهة بتصنيف إدارة العمليات)، ونتائج الجودة (شبيهة بالنتائج والأهداف)، ورضا المرضى. وانتقد كل من (Meyer and Collier, 2001) المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة بأنها لا تمثل الأبعاد المقترحة في إطار بالدريج بشكل كامل وسليم، بل تشبهها فقط. ويضيفان أن تلك الدراسات لا تُشير إلى عدد الأسئلة الذي استخدم في كل مقياس ولا تقوم أيضاً ببيان المنهجية المستخدمة في حساب الدرجات المختلفة لهذه المقاييس. وكان الهدف هو توقع أداء المستشفى خلال ثلاث سنوات معتمدين على رضا المرضى، وتكلفة المريض الواحد، ومتوسط إقامة المريض في المستشفى، وإنتاجية العاملين بالمستشفى. واستخدم الباحثون تحليل الانحدار (Regression Analysis) ليعينوا عدم مقدرة التصنيفات المختلفة لبالدريج على توقع معايير النتائج التي افترضوها. ويؤخذ على الدراسة أيضاً عدم توفيرها أو نشرها لمستويات المعنوية الإحصائية أو قوة المسارات المختلفة. وعدم نشر هذه النتائج يمثل صعوبة للقارئ في كيفية تفسيرها. وكل هذه الانتقادات والسلبيات المختلفة تجعلنا نشك في مدى التمثيل الحقيقي للهدف المقصود في بالدريج.

ومن النتائج التي يمكن أن يُستفاد منها في الدراسة السابقة أن الباحثين استنتجوا أنه يمكن الاعتماد على انطباع العاملين بالمستشفى أساساً ناجحاً لقياس مستوى الجودة في المستشفى. وكان هذا الاستنتاج مبنياً على طريقة قيامهم بالدراسة، حيث إنه قام فريق آخر بزيارة لكل مستشفى عدة أيام تستهدف إجراء الدراسة بشكل متواز مع الاستبانة اعتماداً على المقابلات الشخصية لعاملين آخرين في المستشفى وفي مناصب مختلفة. وقد وجد الباحثون درجة ارتباط عالية بين طريقتي الدراسة (طريقة الاستبانة وطريقة المقابلات الشخصية) (درجة الارتباط ٠,٦٤ مع مستوى للمعنوية أقل من ٠,٠٥) (Meyer and Collier, 2001).

أما (Jennings and Westfall, 1994) فقد أوضحوا مدى أهمية استخدام المتغيرات المختلفة ضمن معايير بالدريج أداة لقياس جهود الجودة في

المستشفيات وتقويمها بشكل ذاتي. واقترحا مقياساً مبنياً على محاور بالدريج أداة لتقويم الذات. وعلى الرغم من ذكر أن المقياس العام المقترح يحتوي ٩٩ سؤالاً (أو متغيراً) فإن هذه الأسئلة لم تنشر خلال الدراسة، ولم ينشر عدد الأسئلة في كل محور من المحاور، ولم تحدد ماهية هذه الأسئلة. اشترك في هذه الدراسة ٢٥ مستشفى، حيث وجهت الأسئلة إلى جميع العاملين في هذه المستشفيات. وقام كل مشترك في الدراسة بتحديد مدى موافقته أو عدم موافقته على كل سؤال خلال مقياس ليكرت. لم يوضح الباحثان كيفية حساب الدرجات التي اعتمدت ولكنهما ذكرا أن درجات كرونباخ للمقاييس راوحت بين ٠,٦٣ حداً أدنى و٠,٨٨ حداً أقصى. ولكن الباحثين لم يقوما بتحليل طبيعة العلاقة بين المحاور، ولم يقوما باستخدام التحليل الهيكلي لتعرف طبيعة النموذج أو الإطار بشكل كامل. ويوضح كل من (Meyer and Collier, 2001; Meyer and Schweikbart, 2001) عدم دقة الأداة المستخدمة في الدراسة السابقة أو شموليتها لاستخدامها مقياساً للجودة في منشآت الرعاية والخدمات الصحية.

أما (Chow and Goh, 2002) فقد ناديا فقط باستخدام إطار بالدريج للجودة في شكله المتطور الذي أطلق عليه جائزة سنغافورة للجودة بوصفه مقياساً فعالاً للمنشآت الصحية ووسيلة للتقويم الذاتي. وأوضحا من خلال دراسة على عشرة مستشفيات في سنغافورة، كيفية الاستفادة من الإطار في توزيع النقاط على الأبعاد المختلفة، وذلك لتقويم هذه المستشفيات. ويؤخذ على الدراسة أنها لم تتطرق إطلاقاً إلى المحاور التفصيلية أو المؤشرات الكامنة ضمن هذه المحاور، أو حتى طبيعة العلاقة بين الأبعاد والمحاور المختلفة.

بشكل مختصر يتضح قيام عدة باحثين باستخدام إطار بالدريج (أو إطار شبيهه لبالدريج) ولكنهم استخدموا الإطار الأولي الذي صمم خصيصاً للمحيط أو البيئة الصناعية في دراساتهم المطبقة على منشآت الرعاية الصحية. ولقد عاب هذه الدراسات أيضاً عدم نشرها للمؤشرات والنتائج الإحصائية بشكل كامل مما يجعل الاستفادة المثلى منها ضعيفة إلى حد ما. ويؤخذ على هذه

الدراسات أيضاً أنها لم تنظر بشكل تفصيلي إلى طبيعة العلاقات بين الأبعاد المختلفة والمحاور التفصيلية والمؤشرات ضمن تلك المحاور. وسوف نقوم في هذا المجال بشرح مختصر لدراسة (Meyer and Collier, 2001) التي تُعتبر بحق دراسة شاملة اعتمدت في الأساس على إطار بالدريج المقترح للرعاية الصحية بشكل خاص. ولابد من هذا الإيضاح؛ لأن الدراسة الحالية تعتمد، إلى حد كبير، على الإطار المستخدم في الدراسة المذكورة.

دراسة (Meyer and Collier, 2001):

إن دراسة (Meyer and Collier, 2001) تُعتبر الدراسة الوحيدة المنشورة التي استخدمت بالفعل إطار بالدريج للرعاية والخدمات الصحية أساساً لها. واستند الإطار إلى التصنيفات السبعة الواردة في إطار بالدريج بحسب الشكل رقم (١). ويُعتبر هذا الإطار هو الأساس في جائزة بالدريج (NIST, 1995a, 1995b, 1995c, 1999 and 2000). ويجب أن نذكر في هذا المجال أن جميع الدراسات التي اعتمدت على محاور بالدريج استخدمت هذا الإطار الموضح في الشكل رقم (١). صممت أداة استبانة شاملة اختبرت بشكل واف من الناحية الإحصائية ومن الناحية السيكمترية. ووزعت الاستبانات على ٢٢٠ مستشفى في أمريكا. وطلب الباحثان من متخذ قرار ذي منصب عال في هذه المستشفيات القيام بملء الاستبانة. ولكن قبل الشروع في الدراسة الرئيسية أُجريت دراسة مبدئية لاختبار الأداة المستخدمة واستخراج مستويات الثبات لها. ولقد نتج من الدراسة الأولية (الاختبار) نتائج جيدة لمستويات الثبات والاعتماد راوحت بين ٠,٥٦ و ٠,٩٦. وأُجريت اختبارات أخرى مثل اختبارات أحادية الأبعاد (Unidimensionality) واختبارات المصادقية لاستخراج أداة نهائية للدراسة. واشترك في هذه الدراسة الأولية الاختبارية ٥١ مستشفى. وافترض الباحثان وجود عدة علاقات (مسارات) بين التصنيفات السبعة المقترحة (التي سُميت بالأبعاد) ضمن إطار بالدريج للخدمات والرعاية الصحية. استُخدم التحليل المساري الهيكلي لتوضيح طبيعة العلاقات هذه، ومن ثم مدى صحة

الافتراضات المختلفة أو عدم صحتها. واستنتج الباحثان أن تصنيف القيادة يؤثر بشكل كبير في باقي التصنيفات الستة، وأن التصنيفات الخاصة بالنظام (التحليل المعلوماتي، وإدارة الموارد البشرية، والخطة الإستراتيجية، وإدارة العمليات) تؤثر بدرجات متفاوتة في تصنيف النتائج. وأوضحت الدراسة الدور الأساسي لعنصر القيادة في نجاح المستشفى في إرساخ أسس الجودة ومعاييرها لتحقيق نتائج إيجابية، وأن غياب هذه القيادة قد لا تؤدي إلى النتائج المرجوة على المدى البعيد. وأوضح الباحثان أيضاً التأثير المتفاوت لكل عنصر من عناصر النظام على النتائج والأهداف. ولم يقدم الباحثان من خلال دراستهما النتائج التفصيلية للمتغيرات المختلفة ضمن كل تصنيف وكل محور أو بعد في الإطار العام لبالدرج. ووجود هذه النتائج التفصيلية (حتى في شكل متوسطات) قد يتيح الفرصة لمقارنة أفضل بين مستوى الممارسات في المستشفيات الأمريكية والمستشفيات الأخرى، ومنها الإماراتية (التي هي أساس الدراسة الحالية). ولكن الخلاصة العامة من دراستهما هي تقديمهما أداة شاملة لإطار بالدرج للخدمات والرعاية الصحية يمكن الاستفادة منها أداة للتقويم الذاتي في منشآت الخدمات والرعاية الصحية. أما من الناحية الأكاديمية فإنه يمكن الاستعانة بالأداة في الدراسات المقارنة بهدف إثراء المعرفة الخاصة بالجودة ومعايير الجودة في مجال الخدمات والرعاية الصحية.

الدراسات التي عُنيت بالجودة في الإمارات:

هناك عدد محدود من الدراسات المنشورة عُنيت بالجودة في منشآت دولة الإمارات العربية المتحدة، وجميع هذه الدراسات تعود إلى جهود بدري في مجال الجودة. في دراسة فكرية ونظرية قدم (Badri, 1992) إطاراً عاماً لرقابة الجودة تصلح لبيئة الإمارات. وقد قام الباحث بداية بتعرف مدى ممارسة المنشآت في الإمارات لمبادئ الجودة، ومن ثم اقتراح إطار نظري لتطبيق هذه المبادئ على المستوى الوطني.

وضمن دراسة شاملة أخرى، ولكن ميدانية، حاول بدري تعرف درجة ممارسة عوامل الجودة الشاملة في مؤسسات دولة الإمارات أو عدم ممارستها، وذلك من خلال دراسة تطبيقية شملت المؤسسات التصنيعية والخدمية في الدولة (Badri, 1993). وقدمت الدراسة دوال للتمايز، لها قدرة لا بأس بها لتعرف المؤسسات المتميزة في ممارساتها للجودة والمؤسسات غير المتميزة وذلك من خلال رؤية المستهلك. وأوصى الباحث باستخدام هذه الدوال أداة للتخطيط السليم لإدارة الجودة الشاملة في المنشآت في الإمارات. ومن خلال دراسة شاملة أخرى قدم الباحث نفسه وآخرون دراسة ميدانية أخرى عن الإمارات، وذلك لتحديد المتغيرات الرئيسية لإدارة الجودة باستخدام التحليل العاملي من خلال بحث ميداني آخر على المنشآت الصناعية في الإمارات (Badri et al., 1995). وقدمت الدراسة أداة لقياس مستوى ممارسة الجودة تحقق من اعتماديتها ومصداقيتها باستخدام أساليب إحصائية وسيكومترية مناسبة. وفي قياس لإدارة الجودة وتأثيرها على أداء المنشآت في الإمارات قام الباحث نفسه بتعرف هذه العلاقة باستخدام التحليل المساري (Badri, 1999). وحاولت الدراسة اختبار نموذج هيكلي مقترح من خلال جذور نظرية لتعرف طبيعة المسارات المختلفة للنموذج الهيكلي واتجاهها. وأوضحت الدراسة أهمية الرقابة الإحصائية للجودة، وتوافر المعلومات المرتجعة، وتصميم السلعة في التأثير على أداء المنشأة بشكل عام. وناقشت الدراسة أيضاً أهمية دعم الإدارة العليا لفلسفة الجودة باعتبارها بنية تحتية يجب توافرها.

وفي دراسة لاحقة حاول نفس الباحث تحليل العلاقة بين إستراتيجيات الجودة وأنظمة الرقابة الإدارية الخاصة بالجودة من خلال دراسة ميدانية شملت ٥٩٠ منشأة صناعية في الإمارات (Badri, 2001a). وقيست إستراتيجية الجودة باستخدام ثمانية معايير تقيس مدى تقيد المديرين بإستراتيجيات الجودة. وهناك دراسات أخرى أيضاً عنيت بالجودة في بيئة الإمارات ولكنها، مثل الأبحاث التي نوقشت، لم تُطبق على مجال الخدمات والرعاية الصحية (Badri, 2001b; Badri et al., 1996).

فروض الدراسة:

من خلال الفروض المطروحة في هذه الدراسة سيقوم الباحثون بإجراء اختبارات شاملة لتعرف وتقويم طبيعة العلاقات بين الأبعاد والمحاور المختلفة لجائزة بالدريج للخدمات والرعاية الصحية، ومن ثم تعرف أفضل للنظرية المتعلقة بالأداء وجودة الرعاية الصحية الكامنة في إطار بالدريج. ستحاول الدراسة من خلال هذه الفروض أن تتحقق من العلاقات المسببة للتصنيفات السبعة المختلفة في إطار بالدريج وبشكل تفصيلي. وكما أشرنا في هذه الدراسة فإن إطار بالدريج يعتمد على فلسفة تكاد تكون سهلة في طرحها ولكن قد تكون أساسية في نجاح المنشآت الصحية إذا ما طبقت بشكل شامل وسليم. هذه الفلسفة بشكل مختصر مبنية على فكرة أن "القيادة تقود النظام الذي يقوم بتحقيق النتائج (NIST, 1995C)". ولهذا السبب سوف نقوم بطرح فروض أساسية لاختبار طبيعة اتجاه هذه العلاقات بين "القيادة" والعناصر الأخرى المرتبطة بالنظام والنتائج، وفروض لاختبار طبيعة اتجاه هذه العلاقات بين عناصر النظام الأربعة وعناصر النتائج أو الأهداف. وهذه الفروض مشابهة بدرجة كبيرة للفروض نفسها التي قام باختبارها كل من (Meyer and Collier, 2001). وبالإضافة إلى هذه الفروض سوف تقوم الدراسة باختبار اتجاه العلاقة وقوتها بين عناصر النظام بعضها ببعض وكذلك فرض لقياس مدى العلاقة بين أداء المؤسسة من جهة ودرجة رضا المرضى من جهة أخرى. وسوف نحاول تقديم شكل يوضح، بطريقة أفضل، موقع هذه الفروض على خريطة بالدريج لجودة الرعاية الصحية [الشكل رقم (٢)]. ومن ثم ستكون الفروض لهذه الدراسة على النحو الآتي:

H ₁	(الفرض ١): "القيادة" تؤثر بشكل إيجابي على "المعلومات والتحليل".
H ₂	(الفرض ٢): "القيادة" تؤثر بشكل إيجابي على "الخطة الإستراتيجية".
H ₃	(الفرض ٣): "القيادة" تؤثر بشكل إيجابي على "إدارة الموارد البشرية وتطويرها".
H ₄	(الفرض ٤): "القيادة" تؤثر بشكل إيجابي على "إدارة العمليات".

H ₅	(الفرض ٥): " القيادة " تؤثر بشكل إيجابي على " النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية " .
H ₆	(الفرض ٦): " القيادة " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₇	(الفرض ٧): " المعلومات والتحليل " تؤثر بشكل إيجابي على " الخطة الإستراتيجية " .
H ₈	(الفرض ٨): " المعلومات والتحليل " تؤثر بشكل إيجابي على " إدارة الموارد البشرية وتطويرها " .
H ₉	(الفرض ٩): " المعلومات والتحليل " تؤثر بشكل إيجابي على " إدارة العمليات " .
H ₁₀	(الفرض ١٠): " المعلومات والتحليل " تؤثر بشكل إيجابي على " النتائج الخاصة بأداء المنشأة " .
H ₁₁	(الفرض ١١): " المعلومات والتحليل " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₁₂	(الفرض ١٢): " الخطة الإستراتيجية " تؤثر بشكل إيجابي على " إدارة الموارد البشرية وتطويرها " .
H ₁₃	(الفرض ١٣): " الخطة الإستراتيجية " تؤثر بشكل إيجابي على " إدارة العمليات " .
H ₁₄	(الفرض ١٤): " الخطة الإستراتيجية " تؤثر بشكل إيجابي على " النتائج الخاصة بأداء المنشأة " .
H ₁₅	(الفرض ١٥): " الخطة الإستراتيجية " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₁₆	(الفرض ١٦): " إدارة الموارد البشرية وتطويرها " تؤثر بشكل إيجابي على " إدارة العمليات " .
H ₁₇	(الفرض ١٧): " إدارة الموارد البشرية وتطويرها " تؤثر بشكل إيجابي على " النتائج الخاصة بأداء المنشأة " .
H ₁₈	(الفرض ١٨): " إدارة الموارد البشرية وتطويرها " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₁₉	(الفرض ١٩): " إدارة العمليات " تؤثر بشكل إيجابي على " النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية " .
H ₂₀	(الفرض ٢٠): " إدارة العمليات " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₂₁	(الفرض ٢١): " النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية " تؤثر بشكل إيجابي على " التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين " .
H ₂₂	(الفرض ٢٢): " توقع اختلاف النتائج الخاصة بمتغيرات الجودة ومحاورها بين المستشفيات الخاصة والحكومية في صالح المستشفيات الخاصة " .

ويجب أن نذكر في هذا المجال أن (Meyer and Collier, 2001) في دراستهما لم يقوما باختبار الفروض ذات الأرقام ١٢، ١٣، ١٦، لعدم اقتناعهما بوجود علاقة بين هذه العناصر الثلاثة المتعلقة بـ "الخطة الإستراتيجية" و"إدارة الموارد البشرية وتطويرها" و"إدارة العمليات". وحيث إن هناك دراسات تشير إلى وجود علاقة بين هذه العناصر الثلاثة، فلا بد لنا التحقق من ذلك (Chow and Goh, 2002; Pannirselvan et al, 1998; Motwani et al., 1996).

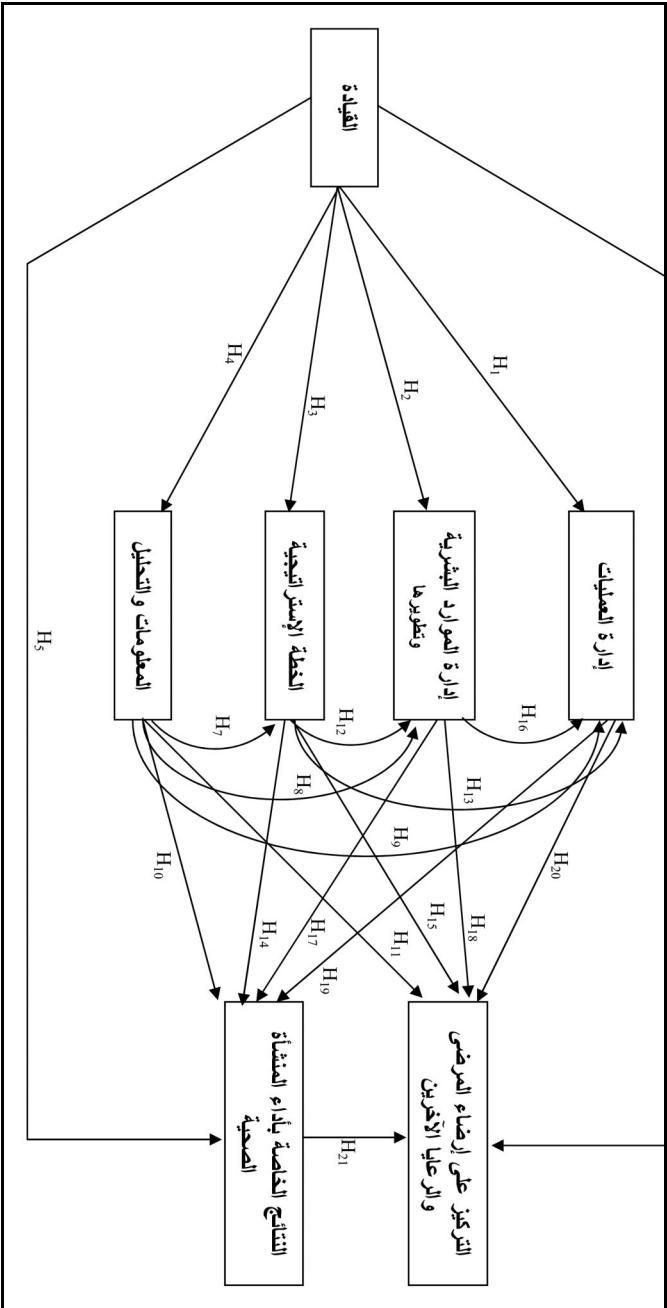
هذه الفروض سوف تقوم بالتحقق من قوة العلاقة وطبيعة الاتجاه بين هذه العناصر في نظرية الجودة ضمن إطار بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية. والنموذج الهيكلي المقترح ضمن الشكل رقم (٢) سوف يقوم باختبار هذه الفروض. بمعنى آخر فإن اختبار هذه الفروض هو بمنزلة اختبار النظرية التي اعتمدت وبنيت عليها جائزة بالدريج للخدمات والرعاية الصحية (Meyer and Collier, 2001).

ولاختبار الفرض رقم (٢٢) سوف تقوم الدراسة بعرض النتائج لكل متغير من متغيرات هذا الإطار العام لتعرف طبيعة هذه الممارسة في المستشفيات الخاصة والحكومية في الإمارات العربية المتحدة، وذلك عن طريق عرض المتوسطات الحسابية لكل متغير ضمن كل محور وضمن كل بُعد. وسيحدد الفرق بينها بشكل عام باستخدام هذه الإحصاءات الوصفية، وباستخدام اختبار معنوية الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار "t".

منهجية الدراسة:

سوف نقوم باستخدام نموذج المعادلات الهيكلي (Structural Equations) في اختبار فروض الدراسة. والنموذج يتكون من عنصرين أساسيين، هما: نموذج القياس (Measurement Model) والنموذج الهيكلي (Structural Model) (Hair et al., 1995; Hoyle, 1995; Bollen and Long, 1993, Bollen 1989; Meyer and Collier, 2001; Khanna et al., 2002).

ويتألف نموذج القياس من العلاقات بين المحاور المختلفة لإطار بالدريج



شكل رقم (٢)

النموذج الهيكلي المقترح للدراسة لاختبار قوة واتجاه العلاقات في إطار بالدريج للخدمات والرعاية الصحية

(٢٨ محوراً) من جهة وبين المتغيرات أو عناصر أداة الاستبانة التفصيلية (أو المؤشرات) من جهة أخرى، حيث إن هذه العناصر أو المؤشرات هي التي تعطي المعنى والاعتبار لهذه المحاور (Dimensions). وسوف نستخدم لهذه الدراسة (٢٨) محوراً أو بُعداً وذلك لنموذج القياس، وهي تلك المحاور التي استخدمها كل من (Meyer and Collier, 2001). ويمكن الرجوع إلى الجدول رقم (١) لتعرف هذه المحاور الثمانية والعشرين. أما عناصر أو متغيرات أو مؤشرات هذه المحاور فهي موجودة في الملحق (أ) في نهاية هذا البحث. وتتألف هذه العناصر من (١١٥) متغيراً، حيث إن كل محور من المحاور يتألف من مجموعة من العناصر أو المتغيرات. وسوف نقوم لاحقاً بالتأكد من اعتمادية هذه المحاور في نموذج القياس، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية والسيكومترية المختلفة والمعتمدة أساساً للدراسات التي تعتمد على نموذج المعادلات الهيكلية. ويجب أن نذكر في هذا المجال أن الاختبارات الإحصائية للنموذج الثاني وهو (النموذج الهيكلية) لا يمكن أن نصفها بالمصدقية والثبات (Validity) إلا إذا كانت هذه المقاييس المختلفة في نموذج القياس تتمتع بدرجة مناسبة من الاعتمادية (Reliability).

أما النموذج الهيكلية فيتألف من العلاقات المختلفة التي تربط محاور بالدريج (٢٨ محوراً أو بُعداً) بالتصنيفات أو الأبعاد المختلفة (سبعة تصنيفات)، بالإضافة إلى العلاقات المسببة التي تربط هذه التصنيفات السبعة بعضها ببعض (وهي ممثلة في الشكل رقم ٢).

وسوف نستخدم نموذج المعادلات الهيكلية الذي يعتمد على مرحلتين، كما وضحتها (Hair et al., 1995, P. 635)؛ حيث نقوم في المرحلة الأولى بتقدير (Estimation) نموذج القياس باستخدام تحليل العناصر الأساسية (Principal Component Analysis)، وذلك لاستخراج الوحدات (أو الدرجات - Scores) للمحاور الثمانية والعشرين بالدريج.

وفي المرحلة الثانية نقوم بتقدير النموذج الهيكلية تبعاً. واستخدام هذا

الأسلوب يضمن لنا المصادقية والثبات والاعتمادية لنموذج بالدريج للقياس (Hair et al., 1995; Meyer and Colleir, 2001). وسنستخدم المستوى المعنوي الإحصائي عند ٠,٠٥ حداً أعلى لاختبار الفروض في هذه الدراسة.

أما تعرف جودة الخدمات والرعاية الصحية في مستشفيات الإمارات فسوف نقوم بتوضيحها من خلال انطباع المشتركين في الدراسة عن مستوى كل متغير أو مؤشر باستخدام المتوسط الحسابي لهذه المؤشرات، وذلك بالإجابة عن الأسئلة الموجودة في أعلى المحاور، كما هو موضح في الملحق على أساس ليكرت. ولكي نعطي هذه المؤشرات معنى أكبر فإننا سوف نقوم بإعطاء قيم المؤشرات مصنفة بحسب المستشفيات الخاصة والحكومية.

ويجب أن نذكر في هذا المجال أيضاً أن الأسلوب الذي اتبعه كل من (Meyer and Collier, 2001) في تكوين المحاور الثمانية والعشرين يضمن لنا قدراً مناسباً من مصادقية المحتوى (Content Validity). ومصادقية المحتوى لها أهمية أساسية في هذا النوع من الدراسات؛ لأنها تعكس مدى تطابق النموذج الهيكلي المقترح في الدراسة والصفة الكامنة الحقيقية لإطار بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية. وسوف نقدم هنا اختصاراً لكيفية إعداد أداة الدراسة وتصميمها بحسب الخطوات التي اعتمد عليها كل من (Meyer and Collier, 2001). وسنقعد مقارنة بين بعض المواصفات الإحصائية التي حصلنا عليها في الدراسة الحالية والدراسة التي قام بها الباحثان أنفسهما.

أولاً - عينة الدراسة:

جميع المستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة كانت مرشحة للاشتراك في الدراسة؛ للحصول على أكبر نسبة ممكنة من الردود أجري اتصال هاتفي بكل مستشفى، وطلب موعد للقاء المدير العام من قبل الباحثين. وقد استغرقت المقابلات هذه نحو ثلاثة أشهر كاملة لشرح الهدف من الدراسة وأهميتها للمنشآت الصحية في الدولة وكذلك لتقديم أداة البحث في شكل جدول

لكل مستشفى، لكي تقوم بالتقويم الذاتي. والتزم الباحثون من جهتهم بإرسال النتيجة النهائية في شكل متوسطات لهذا المستشفى. وبالطبع فإن إرسال المتوسطات الخاصة بكل مستشفى فقط يُضيف صفة السرية والعمومية للبيانات التي سوف تجمع. وقد طلب من كل مستشفى اختيار خمسة أشخاص مختلفين من متخذي القرار فيها، وفي مركز عال في الإدارة يؤهلهم بحسب خبراتهم للإجابة عن أسئلة الاستبانة. وفي معظم المستشفيات قام المدير العام نفسه بملء الاستبانة إلى جانب نائب المدير. وشملت الألقاب الإدارية للمشاركين في الدراسة: المدير، والمدير العام، ونائب المدير، ومدير الأطباء، والمدير الإداري، والمدير التنفيذي، ومدير خدمة المرضى والعملاء، ومدير الرعاية والخدمات الصحية، ومدير إدارة جودة الخدمات الصحية، وبعض الألقاب الأخرى.

والجدول رقم (٢) يوضح طبيعة المستشفيات المشتركة في الدراسة وعددها لكل إمارة من إمارات الدولة. ويجب أن نضيف في هذا المجال أن بعض المستشفيات قامت فعلاً بتعبئة خمس استبانات في حين أن بعضها الآخر أرسلت أقل من ذلك العدد، وذلك بحسب حجم هذه المستشفيات. وهناك إحصاءات عن عدد المستشفيات منشورة من قبل وزارة التخطيط ووزارة الصحة. لكن تبين أن هذه الإحصائيات لا تقدم العدد الصحيح في وقت الدراسة ولا تشمل المستشفيات التي أنشئت حديثاً في دولة الإمارات (أي خلال عام ٢٠٠٢م). ويوضح الجدول المستشفيات التي تنتمي إلى إمارة أبو ظبي لكنها موجودة في مناطق متفرقة سواء في المنطقة الغربية أو المناطق الأخرى. وبعض هذه المستشفيات تتبع بشكل إداري مدينة العين، ومن ثم وضعت مدينة العين بشكل مستقل. وبلغ العدد الإجمالي للاستبانات الصالحة للدراسة ٢٥٨ استبانة. والنسبة الإجمالية للمستشفيات المشاركة كانت ٩٣,٨ في المئة، وهي نسبة عالية ومرضية. وهناك عدد متوازن تقريباً من الاستبانات من كل من المستشفيات الحكومية (١٣٤) ومن المستشفيات الخاصة (١٢٤).

جدول رقم (٢) طبيعة المستشفيات المشتركة في الدراسة

الإمارة	العدد الإجمالي للمستشفيات في الإمارة	العدد الذي اشترك في الدراسة	نسبة المشاركة من المستشفيات المشاركة	عدد المستشفيات الخاصة المشاركة	عدد الاستبانات الصالحة	عدد المستشفيات غير الخاصة المشاركة	عدد الاستبانات الصالحة
أبو ظبي	٢٢	٢١	٪٩٥,٥	١٤	٦٧	٧	٢٩
دبي	١٢	١٢	٪١٠٠	٦	٢٩	٦	٢٨
الشارقة	٤	٤	٪١٠٠	٢	١٠	٢	١٠
رأس الخيمة	٦	٥	٪٨٣,٣	٢	٩	٣	١٤
عجمان	٤	٤	٪١٠٠	١	٣	٣	١٤
الفجيرة	٢	٢	٪١٠٠	-	-	٢	٧
أم القيوين	١	١	٪١٠٠	-	-	١	٤
مدينة العين	١٣	١١	٪٨٤,٦	٣	٦	٧	٢٨
الإجمالي	٦٤	٦٠	٪٩٣,٨	٢٨	١٢٤	٣١	١٣٤

ثانياً - أداة الدراسة (الاستبانة):

اتبع كل من (Meyer and Collier, 2001) عدة خطوات رئيسية لضمان أن أداة الدراسة فعلاً تقيس الأبعاد والمحاور والمتغيرات التي تتضمنها معايير بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية. كما هو موضح في الملحق (أ) فإن هناك سبعة محاور رئيسية تشمل (٢٨) بعداً. وكل بُعد من هذه الأبعاد يمثل مجموعة متناسقة من المتغيرات (أو المؤشرات) التي تحاول أن تقيس مضمون كل بُعد ومن ثم كل محور. وتمثل هذه المتغيرات التي هي في شكل أسئلة موجهة للمشارك في الدراسة، معايير محددة لجودة الخدمات والرعاية الصحية في كل منشأة. وتعرف هذه المؤشرات هو الذي يعمق من إدراكنا لمدى قيام المنشأة الصحية بالاهتمام بالجودة. وإذا أمعنا النظر في التقرير الخاص بمعايير الجودة الطبية بحسب ما نشرته المؤسسة الوطنية للمعايير والمقاييس والتكنولوجيا (NIST) وجدنا أن هذه المؤشرات هي بالفعل موجودة في التقرير

وبشكل مباشر (NIST, 1995; Meyer, 1998). بمعنى آخر فإن هذه المؤشرات صيغت في شكل متغيرات لأداة الدراسة، وذلك بعد مراجعة متعمقة وشاملة للتقرير المذكور. ويجب أن نذكر في هذا المجال أن هذه المؤشرات تمثل مدى قيام المنشأة الصحية فعلاً بالاهتمام بها وليس المنهجية المتبعة في تطبيقها وتنفيذها (Khann et al., 2002).

بالإضافة إلى ما ذكر، فإننا نلاحظ أيضاً أن هذه المؤشرات المضمنة في إطار بالدريج لها جذور راسخة من الناحية الفكرية والنظرية. فإذا نظرنا مثلاً في البعد رقم (٢,٣) الذي يركز على استخدام "المعلومات المرتجعة" لتحسين جودة العناية الصحية فإننا نلاحظ العديد من الدراسات السابقة قد ركز على هذا المؤشر أو المتغير أساساً لتحسين جودة العمليات (Flynn et al., 1994; Dean and Helms, 1996; Evarson and Whittington, 1996). والبعد رقم (٤,٣) الذي يركز على نظام المعلومات في المنشأة وتقديم الدعم المناسب ذكر في العديد من الدراسات السابقة أيضاً (Flynn et al., 1990; Patti et al., 2001). وهذا الاستنتاج يمكن تعميمه على باقي المؤشرات بكل دقة من خلال الدراسات السابقة التي عنت بالجودة بشكل عام (Meyer and Collier, 2001; Collier and Wilson, 1997; Collier, 1991).

وقيس كل متغير عن طريق مقياس ليكرت الذي يحتوي سبع نقاط. ويرى الكثير من الباحثين أن مقياس النقاط السبع يسهل على المشترك في الدراسة أن يبدي رأيه بكل سهولة (Meyer and Collier, 2001; Matell and Jacoby, 1971; Flynn et al., 1990; Matell and Jacoby, 1972).

ويرى البعض الآخر أن مقياس النقاط السبع يعطي اعتمادية خاصة للبيانات (Jenkins and Tabor, 1977; Lissitz and Green, 1975). وحيث إن الاستبانة ستستخدم في محيط مختلف تماماً عما هو في أمريكا، فقد أجري اختبار مبدئي عليه من قبل عدة أفراد في إدارات بعض المستشفيات في

الإمارات. وبالفعل فقد ظهرت بعض الملاحظات التي كان لابد لها أن تؤخذ في الحسبان في الدراسة الحالية. ومن هذه الملاحظات يمكن أن نذكر مستوى خدمات التأمين في المستشفيات الحكومية وعلاقة المستشفيات الحكومية بشركات التأمين. ومن المعروف أن الأفراد الذين يترددون على المستشفيات الحكومية في الإمارات (خصوصاً المواطنين) يعتمدون على الخدمة المقدمة لهم دون وجود أي شركة للتأمين. وهذا قد يكون صحيحاً للكثير من غير المواطنين أيضاً. ونلاحظ أن المحور (١٨) مثلاً يركز على متغيرات تتناول إدارة وتقويم مستوى أداء المنشآت الخارجية التي تقدم خدماتها للمستشفى، وهذا يشمل شركات التأمين. ونلاحظ أن المتغير (١٧،٤) مثلاً يتناول معيار جمع المعلومات حول مستوى أداء الخدمات الإدارية المستمدة من المرضى الخارجيين. وبالطبع فإن شركات التأمين يمكن أن تمثل الشركاء (أو تعمل بمنزلة عميل خارجي). ولهذه الأسباب كان لابد من توضيح الأمور للمشارك في الدراسة؛ لكي تكون ردوده متصفة بالإدراك التام لماهية المطلوب منه فعلاً من خلال أداة الدراسة، وتبعاً لذلك كانت صياغة المتغير.

هذه الخطوات التي أخذت بعين الاعتبار عند تصميم أداة الاستبانة، سواء في الدراسة الحالية أو في دراسة (Meyer and Collier, 2001)، بالطبع تساعد في ترسيخ صفة مصداقية المحتوى (Content Validity) على أداة الدراسة؛ لكي تجعلها فعلاً تمثل الأبعاد والمحاور والمتغيرات لبالدريج للخدمات والرعاية الصحية بحسب البيئة التي ستطبق فيها. وحيث إن تلك الدراسة قامت بالفعل بقياس الاعتمادية لكل بُعد من الأبعاد الثمانية والعشرين المتمثلة في قيم كرونباخ ألفا فإنه كان لابد في هذه الدراسة أيضاً أن نقوم باستخراج القيم للاقتناع التام باعتمادية أداة الدراسة عامة للتطبيق في محيط الإمارات. والجدول رقم (١) يبين قيم كرونباخ ألفا لكل محور. وتوضح الأرقام، كما هو في الجدول، أن قيم ألفا تراوح بين (٠,٩٧٣) حداً أقصى، و (٠,٧٨١) حداً أدنى. وهذه

بالفعل مستويات مقبولة للاعتمادية وتحقق الأسس التي طالب بها بعض الباحثين بوصفها شرطاً أساسياً لاعتمادية المقياس (Carmines and Zeller, 1978; Nunnally, 1979).

وحيث إن درجات كرونباخ ألفا بقيت عالية فإنه لم يكن هناك مسوغ لحذف أي متغير من أداة الدراسة. ولكن للإنصاف لابد أن نذكر أن المحور رقم (١,٢) الذي حظي بالحد الأدنى لكرونباخ ألفا (أي ٠,٧٨١)، والذي تألف من ثلاثة متغيرات (انظر الملحق أ) كان من الممكن أن تزيد قيمة ألفا فيه إلى (٠,٨٣٣) إذا حذف المتغير الثاني في هذا المحور، الخاص "بالتركيز على أهمية المريض النابع من اقتناع إدارة المستشفى". ولكن الباحث لم يحدد الارتفاع في قيمة كرونباخ ألفا لهذا المحور مسوغاً موضوعياً لحذف هذا المتغير. وبالطبع فإن الإبقاء على هذا المتغير يعطي الباحث الفرصة الكبرى في إجراء المقارنة مع دراسة (Meyer and Collier, 2001). وبالإضافة إلى ذلك فإن قيمة كرونباخ ألفا المتمثلة في (٠,٧٨١) تُعتبر قيمة مناسبة ومقبولة (Carmines and Zeller, 1979).

وللتأكد من أحادية المقياس (Scale Unidimensionality) قام كل من (Meyer and Collier, 2001) باستخدام الطريقة التي اقترحها (Carmines and Zeiler, 1979)، وهي تتمثل في أربع خطوات: أولاً - يجب أن يقوم العنصر الأول (لتحليل الأساس للعنصر) بشرح نسبة كبيرة من التباين وذلك لكل مقياس (٤٠ في المئة حداً أدنى). ثانياً - العناصر التالية يجب أن تقوم بشرح نسب متقاربة من التباين المتبقي. ثالثاً - معظم المتغيرات يجب أن يكون فيها التحميل عالياً نسبياً وبخاصة في العنصر الأول (٠,٣٠ حداً أدنى). رابعاً - معظم العناصر يجب أن تحتوي درجات تحميل أعلى نسبياً من العنصر الأول مقارنة بالعناصر الأخرى. وفي دراسة الاختبار التي قام بها كل من (Meyer and Collier, 2001) تؤكد من هذه الخطوات الأربع، وبذلك قدمت مسوغات مقنعة لاعتمادية المقياس المستخدم في أداة الدراسة.

ولقد قام الباحثون في الدراسة الحالية بقياس نسبة التباين الناتج من العنصر الأساسي الأول (First principal component) لكل مقياس (أو محور في هذه الحالة). هذه القيم موضحة أيضاً في الجدول رقم (١). ويتوضح من الأرقام أن الحد الأدنى لهذه النسب بلغ ٦٠,٨ في المئة، وهذا أعلى بكثير من الحد الأدنى المطلوب (وهو ٤٠ في المئة) بحسب معيار (Carmines and Zeller, 1979).

ويقدم الملحق (أ) درجة التحميل لكل متغير على العنصر الأول للمقياس المعني. والواضح أن هذه التحميلات تلبي الشرط الذي طلبه (Carmines and Zeller, 1979)؛ حيث إن جميع التحميلات أعلى من الحد الأدنى المطلوب، وهو (٠,٣٠). ونشير هنا إلى أنه بعد إجراء الخطوتين الثالثة والرابعة من شروط الباحثين أنفسهما يتبين أيضاً أن هذه الشروط متوافرة؛ فقد كانت القيمة الكامنة (Eigenvalue) للعنصر الأول الأساس كبيرة نسبياً، ولوحظت بالفعل قيم كامنة متقاربة للعناصر التالية الأساسية.

ثالثاً - أساليب التحليل:

استخدم تحليل عنصر الأساس (Principal Component Analysis) لتمثيل كل محور من محاور الدراسة (أي ٢٨ محوراً) بقيمة واحدة فقط. ويجب أن نذكر في هذا المجال أن تحليل عنصر الأساس هو طريقة لتقليل عدد المتغيرات عندما يكون الهدف هو تلخيص المعلومات الكامنة وتمثيلها بعدد أقل من القيم (أي قيم عنصر الأساس). وبحسب اقتراح (Hair et al., 1995) وكذلك لمواكبة دراسة (Meyer and Collier, 2001) استخدم عنصر الأساس الأول في كل محور لاستخدامه في تحليلات إضافية في هذه الدراسة.

واستخدم تحليل المعادلات الهيكلية المؤكدة (Confirmatory Structural Equation Analysis)؛ وذلك لاختبار النموذج المقترح لهذه الدراسة خلال الشكل (٢). وركز خلال هذا التحليل على طبيعة العلاقة (من حيث القوة والاتجاه) بين الأبعاد المختلفة السبعة ضمن إطار بالدريج لجودة خدمات الرعاية الصحية. واختبر النموذج، كما هو مبين، من دون حذف أو إضافة لأي سهم من الأسهم.

أي أنه استخدم جميع المتغيرات (أو المؤشرات) في الملحق (أ) وعددها ٨٠ متغيراً و ٣٣٢ درجة للحرية^(٢). وكما هو واضح من الملحق، فإن هناك ٢٨ محوراً، أي أن هناك مصفوفة للتباين المشترك تحتوي ٢٨ درجة لكل محور. سوف يقاس النموذج الهيكلي ويقدر، ومن ثم تحدد الأوزان للمسارات واتجاهات هذه المسارات. واستخدم في هذا التحليل أسلوب (Maximum Likelihood) في عملية التقدير هذه، وهو أسلوب شائع في هذا المجال ومستخدم بواسطة أغلب البرامج الإحصائية المتقدمة (Hair et al., 1995). واستخدمت عدة مقاييس لاختبار مدى مطابقة النموذج الهيكلي المساري المستخدم، ومنها Root Mean Square Method of Approximation - RMSEA ومربع كاي Chi Square - . ويُستخدم عادة RMSEA، لأنه مقياس لا يعتمد على حجم العينة (Hair et al., 1995; Browne and Mels, 1994; Steiger, 1990). أما مربع كاي فهو مقياس يعتمد على حجم العينة، ولكنه مستخدم بشكل كبير في الدراسات التي تستخدم نموذج المعادلات الهيكلية (Hair et al., 1995; Joreskog, 1969; Carmines and McIver, 1981).

وعند استخدام مقياس RMSEA طبق المعيار الذي اقترحه (Browne and Cudeck, 1993) وكذلك (Browne and Mels, 1994). ويقترح الباحثون أنه إذا كانت قيمة RMSEA أقل من (٠,٠٥) فإن النموذج يتمتع بمطابقة جيدة (Good fit). وإذا كانت القيمة أكبر من (٠,٠٥) ولكن أقل من (٠,١٠) فإن النموذج يتصف بمطابقة مقبولة أو ملائمة أو مناسبة. وتُعتبر مطابقة النموذج ضعيفة إذا كانت قيمة RMSEA أكبر من (٠,١٠). الجدول (٣) يُعطي بعض المؤشرات لاختبارات المطابقة للنموذج

(٢) حسب درجات الحرية باستخدام معادلات $Q = \frac{pp-1}{df}$ حيث إن P هو مدخلات مصفوفة التباين المشترك وعددها (٢٨)، و Q هو عدد المعلمات الحرة (أي عدد المعلمات الحرة وهو ٨٠ ناقصاً عدد متغيرات القيود أي ٦ متغيرات) [لمزيد من التفصيل انظر (Meyer and Collier, 2001)].

المقترح. ويتبين من الجدول أن قيمة RMSEA تساوي (٠,٠٨٣١) وهذا يعني مطابقة ملائمة بحسب المعيار المستخدم.

وقبل التحدث عن قيمة مربع كاي لهذا النموذج المقترح فإنه لابد من توضيح بعض النقاط المهمة. يذكر (Hair et al., 1995) أنه عندما يكون حجم العينة المستخدمة كبيراً (أكثر من ٢٠٠) فإن معظم النماذج تعطي أرقاماً لمربع كاي عالية المعنوية. أما (Joreskog, 1969) فيقترح قسمة قيمة مربع كاي على درجات الحرية لحل تلك المشكلة، ومن ثم استخراج ما يُسمى بمربع كاي الطبيعي Normed Chi-Square -. ويضيف أنه إذا كانت هذه القيمة أقل من (١,٠) بعد عملية القسمة فإن النموذج المقترح مطابق بشكل مبالغ فيه Over - Fitted، وبمعنى آخر قد يعني أن هناك مسارات كثيرة في النموذج. أما إذا كانت هذه القيمة أكبر من (٣,٠) وأقل من (٥,٠) فإنه يمكن القول إن النموذج غير مطابق، ولا يمكن أن نقول عنه إنه يمثل البيانات التي استخدمت في عملية الاختبار. وهذا يعني أنه قد نحتاج إلى تعديل النموذج ومساراتها المختلفة. ويدعم هذا القول أيضاً باحثون آخرون (Carmines and McIver, 1981; Wheaton et al., 1977).

كان لابد من إبراز أهم النتائج في شأن مؤشرات جودة الخدمات الطبية في مستشفيات الإمارات بشكل أو بآخر. ولعل المتوسط الحسابي لكل مؤشر (بحسب الملحق أ) قد يُعتبر مؤشراً مناسباً لهذا الهدف. ولابد في هذا المجال أن نذكر أن هذه المتوسطات الحسابية هي قياسات أو درجات نسبية لتعرف أفضل للذات من قبل المسؤولين. ويجب أن نركز في هذا المجال على أن المسؤولين في المستشفيات الحكومية يجب أن ينظروا إلى هذه الأرقام بعيون يقظة وحذرة، حيث إن النتائج قد لا تكون مشجعة بالنسبة لهم. ويجب أن نحدد أيضاً أن السلبية الوحيدة الرئيسية في هذه المتوسطات أنها تمثل أرقاماً عامة. وقد يكون في ذلك إجحاف لبعض المستشفيات (حكومية أو خاصة) التي قطعت أشواطاً

طويلة في تحسين خدماتها الصحية. وكما ذكرنا في بداية هذه الدراسة، فإن النتائج التي تخص كل مستشفى على حدة سوف تقدم لهذه المستشفيات المعنية، ولن تنشر في هذه الدراسة. ولعل المتوسطات الحسابية لكل مستشفى على حدة قد تعطي مؤشراً واضحاً عن موقع كل مستشفى على خريطة جودة الخدمات والرعاية الصحية إذا ما قورنت بالمتوسطات العامة المنشورة في هذه الدراسة خلال الجداول (٥) إلى (١١)، [حيث إن كل جدول يعكس المتوسط الحسابي لكل تصنيف (أو بعد) في إطار بالدريج]. وحيث إن الباحثين قاموا بإجراء مقابلات شخصية مع مديري بعض المستشفيات لإيجاد توضيحات إضافية لبعض النتائج فإننا سنقوم بإدراج هذه التصريحات في عبارات بين قوسين في الجزء التالي.

وقام الباحثون أيضاً، بعد استخراج النتائج، بإجراء مقابلات شخصية لبعض متخذي القرار في المستشفيات لتوضيح السبب والمسوغات وراء بعض النتائج. وسوف توضع نتائج هذه المقابلات الشخصية في شكل "عبارات مقفولة" في باب التحليل والنتائج والمناقشة.

التحليل والنتائج والمناقشة:

أولاً - التحليل الهيكلي وفروض الدراسة:

قيمة مربع كاي المستخرج للنموذج في شكل (٢) هي (٦٣٩,٢٢) ما يعني أن قيمة مربع كاي الطبيعي يساوي (١,٩٢٥٣٦). وواضح أن قيمة مربع كاي عال في هذه الحالة، ولكن كما ذكرنا، فإن هذه القيمة تعتمد إلى حد كبير على حجم العينة ودرجات الحرية. أما قيمة مربع كاي الطبيعي فتعطي مؤشراً واضحاً أن النموذج يطابق البيانات التي استخدمت (من خلال العينة) وذلك بحسب المعايير المستخدمة في الدراسة. ويُعطي الجدول رقم (٣) أيضاً مؤشرات إحصائية لقياس مدى مطابقة النموذج للبيانات المستخدمة في الدراسة. وجميع هذه المؤشرات تدل على مطابقة معقولة للنموذج المستخدم.

فنلاحظ بحسب المعيار المستخدم في الكثير من دراسات نماذج المعادلات الهيكلية أن مؤشر المقياس الطبيعي للمطابقة مثلاً إذا ساوى الصفر فإن ذلك يعني عدم وجود مطابقة إطلاقاً، أما إذا كانت القيمة الواحد الصحيح فإن ذلك يعني مطابقة كاملة. والنتيجة في هذه الدراسة تساوي (٠,٨٩). أما مؤشر المقياس غير الطبيعي للمطابقة فيساوي (٠,٩١١)، وهي مؤشرات معقولة لقبول المطابقة (للمزيد من الاطلاع على اختبارات ومؤشرات المطابقة يمكن النظر في المراجع الآتية: Bollen and Long, 1993; Hu and Bentler, 1995; Steiger, 1990; Hoyle, 1995; Browne and Cudeck, 1993; Bollen, 1989).

جدول رقم (٣) إحصاءات عن مدى مطابقة النموذج المقترح

القيمة	الإحصاءات
٠,٠٨٣١	RMSEA
٦٣٩,٢٢	Chi-Square - مربع كاي
١,٩٢٥٣٦	Normed Chi-Square مربع كاي الطبيعي
٠,٨٩	Normed Fit Index (NFI) المقياس الطبيعي للمطابقة
٠,٩١١	Non-Normed Fit Index (NNFI) - المقياس غير الطبيعي للمطابقة

الجدول (٤) يوضح النتائج التفصيلية لتقديرات المسارات. ولمعرفة درجة المعنوية استخدم اختبار t على جانبيين two-tailed test. والشكل رقم (٣) يوضح أوزاناً معيارية لهذه المسارات بحسب النموذج المقترح لهذه الدراسة. ويوضح الشكل أيضاً الأوزان المعيارية بحسب دراسة (Meyer and Collier, 2001)، ويتضح من أرقام الأوزان المعيارية تشابه كبير في نتائج الدراسة الحالية والدراسة الأصلية التي أجريت على المستشفيات الأمريكية. فنلاحظ أن معظم الأوزان تتمتع بمستويات معنوية عالية. ولكن يتضح أن هناك تفاوتاً في مستوى معنوية بعض الأوزان، مثل مدى تأثير "القيادة" على "التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين" حيث إن الدراسة الأصلية لم تجد أي تأثير بمستوى

معنوية إحصائية. وهذه النتيجة تنطبق أيضاً على مدى تأثير "المعلومات المرتجعة" على "التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين" بدلالة إحصائية في الدراسة الحالية بعكس الدراسة الأصلية. وافترضت الدراسة الحالية أيضاً وجود تأثير "الخطة الإستراتيجية" على "إدارة الموارد البشرية وتطورها"، وهذا لم يكن موجوداً في الدراسة الأصلية.

هذه النتائج توضح أن هناك دعماً قوياً لمعظم فروض هذه الدراسة ولكن بدرجات متفاوتة. ومن جهة أخرى نلاحظ عدم وجود دعم لبعض الفروض الأخرى. الفروض من الأول حتى السادس مرتبطة باختبار العلاقة المسببة لبعد "القيادة" على أبعاد النظام الأربعة وكذلك على بعدي النتائج. وتُشير النتائج إلى وجود علاقة ذات معنوية إحصائية (عند مستوى ٠,٠١) بين القيادة وجميع هذه الأبعاد، حيث إن أكبر التأثيرات مرتبطة بممارسات القيادة على بعد المعلومات والتحليل ($t = 23.53$) وبعد النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية ($t = 12.38$). هذه النتائج تدعونا إلى قبول الفروض من الأول حتى السادس. وبالطبع فإن قبول هذه الفروض يُشير بلا منازع إلى أن عنصر القيادة يُعتبر المحرك الذي يقود عناصر النظام بشكل شامل لتحقيق النتائج المرجوة من الناحية المادية أو من ناحية إرضاء المرضى والرعايا الآخرين الذين يرتبطون بالمرضى أو بالمستشفى. الفروض من السابع حتى الحادي عشر مرتبطة بطبيعة العلاقة بين عنصر أساسي من عناصر النظام وهو "المعلومات والتحليل" وعناصر النظام الثلاثة الأخرى وكذلك عنصري النتائج. تقدير المسارات الخاصة بعنصر التحليل والمعلومات يُشير إلى قبول الفروض من السابع حتى الحادي عشر. ولكن يجب أن نضيف أن الإحصائية المعنوية لقبول الفرضين السابع والثامن هي (٠,٠١)، في حين أن هذا المستوى لقبول الفروض التاسع والعاشر والحادي عشر هي (٠,٠٥). ولعل النتائج تشير أيضاً إلى أن أكبر تأثير للمعلومات والتحليل هو لعنصر "إدارة العمليات"، حيث تقدير المسار يساوي

(٠,٧٧) وقيمة t تساوي (١٨,١٨). جميع هذه النتائج تُشير إلى أن هناك علاقة واضحة بين التحليل والمعلومات وعناصر النظام وأن هذه العناصر مرتبطة بعضها ببعض في شكل متكامل. وهذه النتائج مطابقة تماماً للنتائج التي توصل إليها كل من (Meyer and Collier, 2001).

الفرضان الثاني عشر والثالث عشر يحاولان اختبار طبيعة العلاقة واتجاه التأثير بين عنصر النظام المتمثل بالخطة الإستراتيجية للمنشأة الصحية وبين العنصرين الآخرين للنظام، وهما إدارة الموارد البشرية وتطويرها، وإدارة العمليات. ويجب أن نضيف أن (Meyer and Collier, 2001) في دراستهما لم يقوما بفرض هذه العلاقة ومن ثم لم يقوما باختبارها. ويتضح من النتائج أن ممارسات الخطة الإستراتيجية لها تأثير على إدارة الموارد البشرية وتطويرها (تقدير المسار يساوي ٠,٢٦، المعنوية الإحصائية تساوي ٠,٠٥، وقيمة t تساوي ٢,٢٧). وهذا يعني قبول الفرض رقم (١٢). أما الفرض (١٣) المعني بالعلاقة بين الخطة الإستراتيجية وإدارة العمليات فلا يوجد دليل إحصائي لقبوله.

الفرض الرابع عشر المعني بمدى تأثير الخطة الإستراتيجية على بعد النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية يقبل بحسب النتائج وعند مستوى معنوية (٠,٠١)، في حين أن الفرض الخامس عشر المعني بمدى تأثير الخطة الإستراتيجية على بعد إرضاء المرضى لا يوجد هناك دليل إحصائي لقبوله.

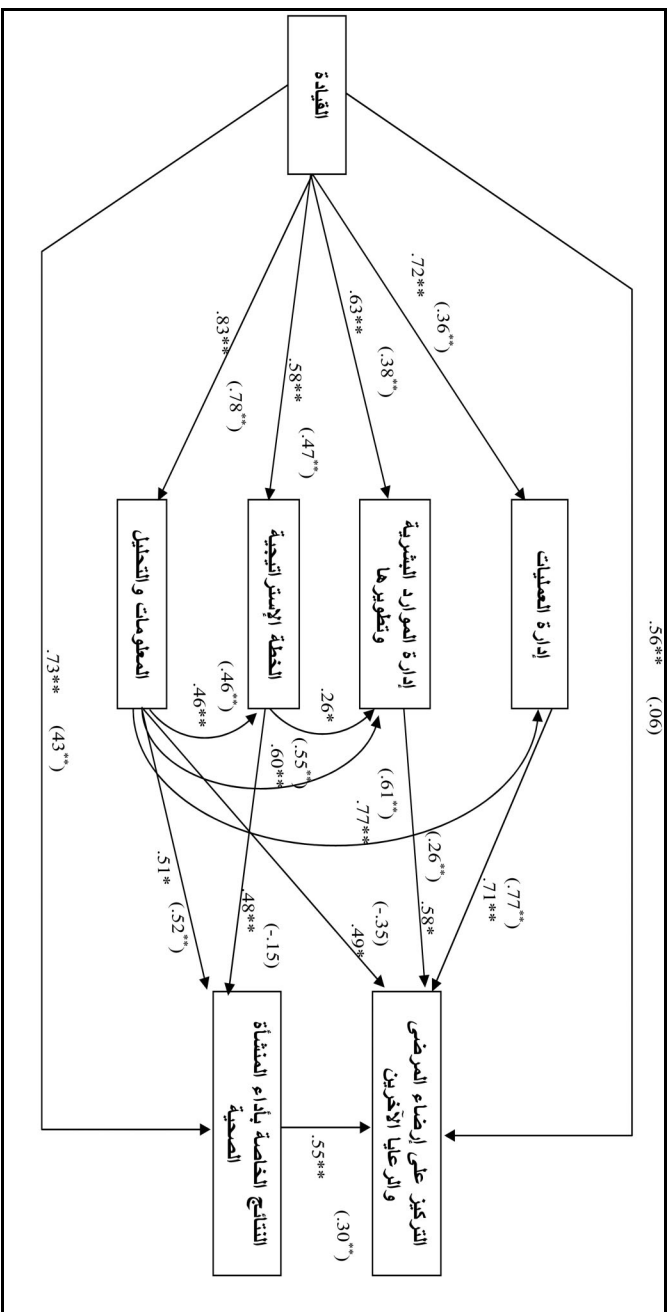
الفروض من السادس عشر حتى الثامن عشر معنية بمدى تأثير العنصر الثالث من عناصر النظام الداخلية، وهو عنصر إدارة الموارد البشرية وتطويرها على إدارة العمليات من جهة وعلى عنصري النتائج من جهة أخرى. ونلاحظ من خلال النتائج عدم قبول الفرضين السادس عشر والسابع عشر وقبول الفرض الثامن عشر بأن هناك دليلاً إحصائياً (بمستوى معنوية ٠,٠٥)، وأن هناك علاقة متجهة من عنصر الموارد البشرية إلى عنصر النتائج الخاص بإرضاء المرضى

والرعايا المرتبطين. ويجب أن نذكر مرة أخرى أيضاً في هذا المجال بأن (Meyer and Collier, 2001) لم يقوموا بإدراج الفرض السادس عشر في دراستهما.

الفرض التاسع عشر والفرض العشرون يحاولان قياس التأثير المساري لعنصر النظام الرابع، وهو إدارة العمليات من جهة وعنصر النتائج من جهة أخرى. وتشير النتائج المبينة في الجدول (٤) أو في الشكل (٣) إلى عدم قبول الفرض التاسع عشر، في حين تشير إلى قبول الفرض العشرين (عند مستوى معنوية ٠,٠١)؛ حيث إن قيمة المسار تساوي (٠,٧١) وقيمة t تساوي (٥,٦٠).

الفرض الأخير يحاول اختبار الاتجاه المساري وطبيعته بين عنصري النتائج للمنشأة الصحية. وتشير النتائج إلى أن هناك تأثيراً مسبباً للمسار النابع من أداء المنشأة الصحية والمتجه إلى عنصر إرضاء المرضى والرعايا المرتبطين بهم وبالمستشفى (تقدير المسار يساوي ٠,٥٥، وقيمة t تساوي ٥,٦٠ عند مستوى للمعنوية ٠,٠١). ومن ثم يقبل الفرض.

وقبل أن ننهي إبراز نتائج اختبار الفروض يجب أن نذكر بأن تقدير المسارات لكل عنصر يمكن التمعن فيه بشكل متعمق لكي نحصل على معلومات إضافية عن طبيعة العلاقة أو التأثير، فعلى سبيل المثال، فإن تقدير المسار (للقيادة على المعلومات والتحليل) يساوي (٠,٨٣)، في حين أن تقدير المسار (للقيادة على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين) يساوي (٠,٥٦). وهذا يعني أن تأثير القيادة على المعلومات والتحليل أكثر بنسبة (١,٤٨) من تأثيرها على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين. ويمكن عمل هذا التحليل؛ لأن تقديرات المسارات للبعد الواحد هي تقديرات معيارية (Standardized)، ومن ثم يمكن إجراء هذا النوع من التحليل (Hair et al., 1995).



شكل رقم (٣)
نتائج الاختبارات الإحصائية لقوة العلاقة وطبيعتها

[* يعني أن المسار معنوي في مستوى ٠,٠٥، ** يعني أن المسار معنوي عند مستوى ٠,٠١].
الأرقام بين قوسين هي النتائج التي حصل عليها في دراسة (Meyer and Collier, 2001).

جدول رقم (٤)

تقديرات المسارات للنموذج الهيكلي للنموذج المقترح

رقم الفرض	تفصيل المسار المعني واتجاهه	تقدير المسار	مدى ثقة ٩٠٪	قيمة t
١	القيادة إلى المعلومات والتحليل	٠,٨٣	(٠.٧٧, ٠.٨٩)	***٢٣,٥٣
٢	القيادة إلى الخطة الإستراتيجية	٠,٥٨	(٠.٥١, ٠.٦٦)	***٧,٤٢
٣	القيادة إلى إدارة الموارد البشرية وتطويرها	٠,٦٣	(٠.٥٢, ٠.٧٤)	***٨,٣٦
٤	القيادة إلى إدارة العمليات	٠,٧٢	(٠.٦٣, ٠.٨١)	***١٠,٢٢
٥	القيادة إلى النتائج الخاصة بأداء المنشأة	٠,٧٣	(٠.٦٧, ٠.٧٩)	***١٢,٣٨
٦	القيادة إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,٥٦	(٠.٥٠, ٠.٦٢)	***٥,٦٧
٧	المعلومات والتحليل إلى الخطة الإستراتيجية	٠,٤٦	(٠.٣٨, ٠.٥٤)	***٥,٣١
٨	المعلومات والتحليل إلى الموارد البشرية	٠,٦٠	(٠.٥١, ٠.٦٩)	***٧,٥٣
٩	المعلومات والتحليل إلى إدارة العمليات	٠,٧٧	(٠.٧١, ٠.٨٣)	***١٨,١٨
١٠	المعلومات والتحليل إلى نتائج أداء المنشأة	٠,٥١	(٠.٤٤, ٠.٥٨)	***٢,٢٦
١١	المعلومات والتحليل إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,٤٩	(٠.٣٩, ٠.٥٩)	***٢,١٩
١٢	الخطة الإستراتيجية إلى الموارد البشرية	٠,٢٦	(٠.٢٠, ٠.٣٢)	***٢,٢٧
١٣	الخطة الإستراتيجية إلى إدارة العمليات	٠,١٤	(٠.٠٧, ٠.٢١)	٠,٨٦
١٤	الخطة الإستراتيجية إلى أداء المنشأة	٠,٤٨	(٠.٣٩, ٠.٥٧)	***٥,٣٤
١٥	الخطة الإستراتيجية إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,١١	(٠.٠١, ٠.٢٣)	٠,٨١
١٦	الموارد البشرية إلى إدارة العمليات	٠,١٢	(٠.٠١, ٠.٢٣)	٠,٨٣
١٧	الموارد البشرية إلى نتائج إدارة المنشأة	-٠,١٦	(-٠.٢٢, -٠.١٠)	٠,٨٨
١٨	الموارد البشرية إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,٥٨	(٠.٤٨, ٠.٦٨)	***٢,٧٧
١٩	إدارة العمليات إلى نتائج أداء المنشأة	-٠,١٣	(-٠.٢٤, -٠.٠٢)	٠,٨٢
٢٠	إدارة العمليات إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,٧١	(٠.٦٣, ٠.٧٩)	***٨,٢٥
٢١	نتائج أداء المنشأة إلى إرضاء المرضى والرعايا	٠,٥٥	(٠.٤٢, ٠.٦٨)	***٥,٦٠

* تعني معنوية بمستوى (٠,٠٥) و ** تعني معنوية بمستوى (٠,٠١)

ثانياً - طبيعة الممارسة (لمؤشرات الخدمات والرعاية الصحية) في مستشفيات الإمارات:

قام الباحثون في البداية بإجراء تحليل (t) على كل تصنيف من التصنيفات السبعة في إطار بالدريج، وذلك باستخدام المتوسطات الحسابية لمؤشرات كل تصنيف. وتبين من التحليل أن هناك اختلافاً إحصائياً واضحاً ذا إحصائية معنوية لجميع التصنيفات عند المقارنة بين المستشفيات الخاصة والحكومية في الإمارات. وهذه التصنيفات (أو الأبعاد) هي القيادة ($t = 3.143$) بمعنوية إحصائية (0.005)، والخطة الإستراتيجية ($t = 2.92$) بمعنوية إحصائية (0.042)، وإدارة العمليات ($t = 3.215$) بمعنوية إحصائية (0.003)، والنتائج الخاصة بإدارة المنشأة ($t = 3.765$) بمعنوية إحصائية (0.001)، والتركيز على إرضاء المرضى ($t = 2.950$) بمعنوية إحصائية (0.005)، والمعلومات والتحليل ($t = 3.330$) بمعنوية إحصائية (0.001)، وإدارة الموارد البشرية ($t = 3.850$) بمعنوية إحصائية (0.004). وستعكس الجداول من (٥) إلى (١١) أيضاً مستوى المعنوية لاختبارات "t" بالنسبة لكل متغير بشكل مستقل.

(١) القيادة في مستشفيات الإمارات:

الجدول رقم (٥) يوضح المتوسط الحسابي للمستشفيات الخاصة والحكومية بحسب بعد "القيادة". وتشير الأرقام إلى "حدوث" مؤشرات الجودة المعنية بالقيادة بشكل أبرز وأوضح في المستشفيات الخاصة. ونلاحظ أن المستشفيات الحكومية تركز بشكل أعلى على مؤشر واحد فقط وهو "نُعتبر قوادةً في تحسين خدماتنا للمجتمع بما في ذلك التعليم والتثقيف وتقديم برامج خاصة بالتوعية البيئية". ولعله يؤخذ على المستشفيات الخاصة عدم تركيزها على الربط الأفضل بينها وبين المجتمع؛ لأن ذلك قد يتطلب خدمات مجانية. ولكننا بالطبع نحذر المسؤولين في هذه المستشفيات من أن الرؤية الطويلة الأجل تحتم التركيز على خدمات المجتمع من تثقيف وتوعية وأن إهمال هذا الفعل (أو الهدف) قد يضر هذه المنشآت في المستقبل. أما النقطة الرئيسية الأخرى اللافتة للنظر من خلال أرقام الجدول فهي عدم اكتراث المستشفيات

الحكومية بـ " اتخاذ القرار في شأن الخدمات التي يجب أن تقدم للمرضى ". وهذا قد يعني أن العمل في هذه المستشفيات يتم بشكل روتيني ويومي بعيداً عن النظر في طبيعة الخدمات والرعاية الصحية المقدمة للمرضى والرعايا أو محاولة فعالة لاتخاذ القرار الذي قد يطور هذه الخدمات، أو يحسنها، أو يضيف إليها خدمات جديدة. وبحسب تعليق مدير أحد المستشفيات الحكومية: (الأمور تستمر على ما هي عليه حتى حصول الكارثة). وتشير مستويات المعنوية الإحصائية لاختبارات "t" إلى أن الاختلاف بين المتوسطات جوهري لجميع متغيرات محور القيادة إذا ما قورنت المستشفيات الحكومية بالمستشفيات الخاصة.

جدول رقم (٥)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد القيادة لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة والحكومية في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-١	الإدارة العليا في المستشفى مهتمة بالأنشطة الخاصة بالجودة.	٥,٣٥	٤,٩٧	٦,٢٢	**
٢-١	الإدارة العليا في المستشفى تركز على أنشطة تحسين الرعاية الصحية.	٥,٣٨	٥,١٧	٤,٠١	**
٣-١	الإدارة العليا في المستشفى موجودة ومتاحة للمرضى عند احتياجهم إليها.	٥,٥٩	٣,٩٣	٢٢,١٣	**
٤-١	يتخذ القرار في شأن الخدمات التي يجب أن تُقدم للمرضى.	٥,٧٣	٤,٠٥	٢٢,٥٦	**
٥-١	يُعتبر مديرو الإدارات المختلفة في المستشفى مسؤولين عن قيادة إدارتهم لتحسين الجودة في إدارتهم المعنية.	٥,٢٨	٤,٦٢	١٠,١٨	**
١-٢	مقدرة الموظفين في المستشفى على تفهم رسالة المستشفى والعمل من أجلها.	٥,٣٦	٤,٣٦	١٣,٥٢	**
٢-٢	إن تركيزنا على أهمية المريض ينبع من اقتناع الإدارة في المستشفى.	٦,٣١	٥,٢٠	١٤,٦٧	**
٣-٢	إننا نستخدم نتائج الأداء بشكل مرتجع وعكسي لتحسين جودة العناية الصحية.	٥,١١	٣,٧٩	١٦,٠٩	**

تابع جدول رقم (٥)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد القيادة لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة والحكومية في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٢	إننا نقوم بدمج المسؤولية العامة وجهود تحسين الأداء بشكل متكامل.	٥,٠٥	٤,٧٨	٤,٥٣	**
٢-٣	يتبع الموظفون في المستشفى إجراءات وتعليمات رسمية مبنية على الأخلاقيات المهنية.	٥,٧٩	٥,٢١	٩,٣٠	**
٣-٣	نُعتبر قوادةً في تحسين خدماتنا للمجتمع بما في ذلك التعليم والتثقيف وتقديم برامج خاصة بالتوعية البيئية.	٤,١٣	٤,٢٨	٢,٠١	*
٤-٣	إننا مستعدون تماماً للطوارئ التي قد تقع في المجتمع.	٤,٢١	٤,١٦	١,١٣	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥)

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١)

(٢) المعلومات والتحليل في مستشفيات الإمارات:

لعل المؤشر الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار ضمن محور "إدارة البيانات والمعلومات" هو المرتبط باستخدام نظام المعلومات لربط جهود الرعاية الصحية بنتائج الرعاية الصحية، حيث إن درجة الممارسة لهذا المؤشر ضعيفة جداً نسبياً (٤,٠٥) للمستشفيات الخاصة، و٣,٧٣ للمستشفيات الحكومية). أي أن تصميم نظام المعلومات في المستشفيات يهدف إلى تنفيذ الأعمال بشكل يومي وروتيني دون وجود ميكانيكية لتحسين جهود الرعاية الصحية بنتائجها. ومن خلال المقابلات الشخصية اللاحقة تبين بشكل أوضح أن هذه الأنظمة صممت فعلاً دون أي اعتبار للعلاقة بين جهود الرعاية الصحية والنتائج. بل إن الأهم هو (أن العمل اليومي مستمر).

ويتضح من خلال الجدول رقم (٦) أيضاً أن المستشفيات سواء الخاصة أو الحكومية لديها الدراية الكافية عن أفضل الممارسات في المستشفيات المنافسة، وهذا أمر مشجع (٥,٣٦ للمستشفيات الخاصة و٥,٣٢ للمستشفيات

الحكومية). ولكن هذا المؤشر قد لا يعني أي شيء إذا لم يُستخدم لتحسين الخدمة والرعاية الصحية. فنلاحظ ضعف المؤشرات "المكاملة" بشكل ملحوظ (انظر المؤشر ٥,١، و ٥,٢ على سبيل المثال).

وبشكل عام توضح أرقام الجدول أن درجة الممارسة للمؤشرات ضمن المحاور المعنية بالتحليل والمعلومات أعلى نسبياً في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمستشفيات الحكومية. وقد أبدى بعض المسؤولين في المستشفيات الحكومية تحفظات على هذه النتائج بأنها قد لا تعني الكثير؛ لأن بعض المستشفيات الحكومية (في إمارة أبو ظبي وفي إمارة دبي) قطعت شوطاً كبيراً في ربط نظم المعلومات لديها بشكل مقنن بطبيعة الخدمات المقدمة فيها، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة أفضل الممارسات في المستشفيات الأخرى المنافسة.

(٣) الخطة الإستراتيجية في مستشفيات الإمارات:

الأرقام التي تدل على درجة الممارسة لمؤشرات الخطة الإستراتيجية في مستشفيات الإمارات واضحة في الجدول (٧). ويتضح من أرقام الجدول التفاوت الكبير بين المستشفيات الخاصة (٦,١٩) والحكومية (٣,٠٨) في إستراتيجية الربحية من حيث كونها منشأة صحية. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض المستشفيات الحكومية نجحت بالفعل في استقطاع نصيب من السوق لتقديم خدماتها لها من خلال برامج التأمين التي تتصف بأنها أقل كلفة إذا قورنت بالمستشفيات الخاصة. ولكن الطريق ما زال بعيداً في وضع إستراتيجيات إبداعية لجذب المرضى والرعايا الآخرين إليها باعتبارها منافساً للمستشفيات الخاصة. وهذه الصفة تكاد تكون مفقودة في المنشآت الحكومية الأخرى في المجالات الأخرى غير الصحية أيضاً.

واللافت للنظر أيضاً من خلال أرقام الجدول عدم ارتباط القرارات الإستراتيجية بمؤشرات قياس موضوعية (٣,٥٨ للخاصة و ٣,١٧ للحكومية). وهذا يدل على عدم وجود هذه المؤشرات من الأساس بشكل روتيني ومستمر. ويتضح من أرقام الجدول أيضاً أن جميع الممارسات تقل في المستشفيات الحكومية نسبياً مقارنة بالخاصة.

جدول رقم (٦)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد المعلومات والتحليل لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٤	نظام المعلومات في المستشفى متماثل ومتناسق بشكل معياري في كل الإدارات.	٤,٢٣	٤,١١	٢,٧٦	*
٢-٤	نظام المعلومات في المستشفى يُعتبر متكاملًا في كل الإدارات.	٤,٦٥	٤,١٤	٨,٣٣٢	**
٣-٤	نظام المعلومات في المستشفى يقدم الدعم المناسب للموظفين التنفيذيين.	٤,٨٣	٤,٥٦	٤,٨٨	**
٤-٤	البرامج الحاسوبية والأجهزة الحاسوبية في المستشفى يمكن الاعتماد عليها.	٤,٦٩	٤,٤٢	٥,٠٩	**
٥-٤	يُستخدم نظام المعلومات لربط جهود الرعاية الصحية بنتائج الرعاية الصحية.	٤,٠٥	٣,٧٣	٥,٩٦	**
١-٥	لدينا مصادر وطرق كافية لتعرف مستويات الأداء مقارنة بأفضل الممارسات.	٤,٣١	٤,٠٧	٤,٥١	**
٢-٥	إننا نستخدم المعلومات عن أفضل الممارسات وسيلة لتحسين الأداء في الأماكن التي تحتاج إلى تحسين.	٤,١٥	٣,٩٨	٤,٠٥	**
٣-٥	لدينا معلومات عن أفضل الممارسات في المستشفيات المنافسة للخدمات الصحية المختلفة.	٥,٣٦	٥,٣٢	٠,٨٣٧	
١-٦	التخطيط في المستشفى مبني على بيانات موضوعية تجمع وتحلل.	٤,٣٨	٤,٠٨	٥,٢٠	**
٢-٦	نستخدم بيانات موضوعية لتعرف نقاط القوة في المستشفى وخدماتنا.	٤,٩٧	٤,٨٣	٣,٩٨	**
٣-٦	توضح تحاليل البيانات في المستشفى تحسين الوقت اللازم للعمليات المختلفة مثل مدة الإقامة في المستشفى ومدة الانتظار للخدمات الصحية المختلفة، إلخ.	٤,٨٢	٤,٧٩	٠,٨٧٢	*
٤-٦	يمكن ربط التكاليف الخاصة بعمليات التدريب بالأداء الإيجابي والمتطور (مثل جودة الرعاية الصحية، والإنتاجية، إلخ).	٤,٩٥	٤,٩٠	٠,٨٠٥	*

تابع جدول رقم (٦)
المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات)
بُعد المعلومات والتحليل لجودة الخدمات والرعاية الصحية
في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
٥-٦	نقوم بمقارنة قياسات الأداء ومؤشرات الأداء مع تلك الخاصة بالمستشفيات المنافسة.	٤,٧٦	٤,٥١	٤,٥٣	**
٦-٦	نستخدم البيانات لتعرف الاحتياجات والتوقعات المستقبلية التي تساعدنا على وضع الأولويات في كيفية الاستفادة من مواردنا.	٥,٢٢	٤,٩٢	٥,٢١	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥).

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١).

وفي سبيل الأمانة الفكرية وإعطاء الحق لأصحابه فإن هناك جهوداً ملموسة في المستشفيات الحكومية من أجل تطوير خطط إستراتيجية واضحة وواقعية ومثالية في بعض الأحيان. وقد لوحظ هذا بشكل واضح في بعض المستشفيات في إمارتي دبي وأبو ظبي. وبالفعل هناك خطة إستراتيجية لـ (٣) مستشفيات في دبي و (٥) مستشفيات في أبو ظبي. وأطلع الباحثون عليها فعلاً. وعلى الرغم من أن هذه الخطط قد تفتقر إلى عنصر "التحدي والإصرار" فإنها خطوة جريئة لربط خدمات الرعاية الصحية بأهداف وإستراتيجيات وخطوات واضحة. ومن خلال المقابلات الشخصية لبعض المديرين في الهيئة الطبية في إمارة أبو ظبي تبين وجود خطة طموحة لوضع خطة إستراتيجية شاملة للمستشفيات الحكومية في الإمارة. ولعل تبني إمارة دبي لفكرة "مدينة الرعاية الطبية" في عام ٢٠٠٢، تُعتبر من التطبيقات والخطط الصريحة لخلق الصفة التنافسية للمستشفيات والمنشآت الصحية في هذه الإمارة. وتشير مستويات المعنوية لاختبارات "t" إلى أن هناك اختلافات جوهرية من الناحية الإحصائية بين المستشفيات الخاصة والمستشفيات الحكومية لممارسات الجودة على محور الخطة الإستراتيجية وذلك لجميع متغيرات المحور.

جدول رقم (٧)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد الخطة الإستراتيجية لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٧	إستراتيجياتنا تعنى بالخطط القصيرة المدى إلى جانب الخطط الطويلة المدى	٤,٧٥	٤,٢٢	٨,٩٣	**
٢-٧	إستراتيجياتنا تعنى بأدائنا كمستشفى يقوم بتقديم الخدمات والرعاية الطبية وكمشروع تجاري أيضاً.	٦,١٩	٣,٠٨	٢٧,٥٥	**
٣-٧	نقوم في المستشفى بترجمة جميع إستراتيجياتنا إلى أفعال وتطبيق.	٥,١٣	٣,٨٥	١٩,٢٩	**
٤-٧	الشراكة مع المنشآت الأخرى الطبية وغير الطبية في المجتمع تدعم خططنا الإستراتيجية في المستشفى.	٣,٧٩	٣,٨٦	٠,٨٨٧	*
٥-٧	إن القرارات الإستراتيجية تقوم عن طريق مؤشرات قياس موضوعية.	٣,٥٨	٣,١٧	٦,٧٣	**
١-٨	ترجم الخطط الإستراتيجية إلى أهداف تفصيلية لكل وحدة وإدارة.	٣,٢٢	٣,١٥	٢,٤٢	*
٢-٨	خططنا الإستراتيجية تعنى أيضاً بالتقليل من الهدر للموارد مثل الوقت والتقليل من النفقات في المواد وأوقات الانتظار، إلخ.	٤,٥١	٣,٩٧	٩,٢٢	**
٣-٨	القرارات القصيرة المدى والطويلة المدى تواكب خططنا الإستراتيجية.	٤,١٦	٣,٩٦	٥,٧١	**
٤-٨	إستراتيجياتنا طويلة المدى تعنى أيضاً بكيفية تطوير خدماتنا في المستقبل مقارنة مع منافسينا الرئيسيين من المستشفيات والوحدات الصحية المنافسة.	٤,٧٨	٣,٩٨	١٣,٥١	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥).

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١).

(٤) إدارة الموارد البشرية وتطويرها في مستشفيات الإمارات:

يوضح الجدول (٨) أرقام الممارسات الخاصة بمؤشرات المحاور المرتبطة بإدارة الموارد البشرية وتطويرها. ويتضح أيضاً أن درجة الممارسة (المبنية على المتوسط الحسابي) أقل نسبياً في المستشفيات الحكومية مقارنة بمثيلاتها في المستشفيات الخاصة. واللافت للنظر في الجدول هو الاختلاف الكبير نسبياً بين المستشفيات الخاصة (٥,١٤) والحكومية (٣,٢٤) في ربط أنظمة الحوافز والجوائز والرواتب بالأهداف الإستراتيجية. ويتضح من الجدول أيضاً أن عنصر "اتخاذ القرار" يتبين بشكل أوضح في المستشفيات الخاصة مقارنة بالحكومية؛ حيث يُعطى العمال والموظفون في الخاصة مسؤوليات اتخاذ القرار بشكل أكبر. واللافت للنظر أيضاً من خلال أرقام الجدول ضعف الممارسة المبنية على تقييم الفوائد الناتجة من تدريب العمال والموظفين عن طريق قياسات التغير في التصرفات والمهارات. وبالطبع فإن هذا يُعتبر أمراً مهماً وخطيراً؛ لأن الاكتفاء بإتاحة الفرصة للموظفين والعمال بالالتحاق بدورات تدريبية قد لا يعني شيئاً إذا لم تحلل الفوائد الناتجة منها. وكما أدلى بعض المتحدثين في المستشفيات الحكومية فإنه يرصد في نهاية العام عدد الدورات التدريبية التي اشترك فيها الأطباء والموظفون، ومن ثم اعتبارها مؤشراً لأداء المنشأة الطبية دون أي تحليلات إضافية). بل تنبأه الإدارات العليا في بعض المستشفيات بهذه الأرقام لوسائل إعلامية هدفها دعائي أكثر منه تحسيناً لجودة الخدمات والرعاية الصحية. إن ضعف المؤشر الخاص ببيئة العمل في المنشآت الصحية سواء للمستشفيات الخاصة (٣,٣٤) أو المستشفيات الحكومية (٤,١٢)، أمر يجب أن يقف عنده متخوذاً القرار في هذه المنشآت. ويضيف بعض العاملين في المستشفيات الحكومية أن بيئة المستشفيات هذه تتصف "بالجمود" والافتقار إلى "الديناميكية" التي تسير التغيرات المعيشية في البيئة الخارجية؛ فهناك أمور كثيرة في بيئة هذه المستشفيات الحكومية والخاصة ما زال يعمل بها دون أي تغيير يُذكر (نظام الرواتب والحوافز مثلاً). ويتضح من الأرقام أيضاً وجود ممارسات معقولة لتطوير المستوى الصحي للعاملين والموظفين في هذه المستشفيات (٥,٢٨ للخاصة و٥,٥٦ للحكومية).

وتشير مستويات المعنوية للفروق بين المتوسطات إلى وجود اختلافات جوهرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة وذلك لجميع متغيرات هذا المحور.

جدول رقم (٨)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد إدارة الموارد البشرية وتطويرها لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٩	خططنا الخاصة بالموارد البشرية تساير إستراتيجياتنا في المستشفى.	٥,٣٥	٤,٨٤	٨,٨٣	**
٢-٩	نقوم باستنتاج أهداف لتطوير الموارد البشرية من أهدافنا الإستراتيجية.	٥,٢٦	٤,٨٧	٦,٣٤	**
٣-٩	تتصف العلاقة بين العمال/ الموظفين/ الإدارة بالتعاون.	٦,٣٩	٥,٢٦	٢٢,٠٩	**
٤-٩	نقوم بتحفيز الموظفين/ العمال عن طريق تحسين إجراءات العمل وتصميم العمل.	٤,٨٤	٤,٣٩	٨,٢٠	**
١-١٠	يحظى العمال والموظفون في المستشفى بالثقة ويكلفون وظائف متعددة.	٥,٣١	٥,٣٨	٠,٩٢١	*
٢-١٠	يُعطى العمال والموظفون في المستشفى مسؤوليات اتخاذ القرار.	٥,٣٠	٤,٢٤	١٥,٢٨	**
٣-١٠	نقوم بربط أنظمة الحوافز والجوائز والرواتب بأهدافنا الإستراتيجية.	٥,١٤	٣,٢٦	٢٣,٨٢	**
٤-١٠	نقوم بمكافأة العمال والموظفين الذين يتعلمون مهارات جديدة في عملهم.	٤,٦٧	٤,٣٥	٤,٥٠	**
١-١١	نستخدم التدريب لبناء القدرات والمهارات لموظفينا في المستشفى.	٥,٨٥	٥,٧٤	٣,٧٢	*
٢-١١	نقوم بتدريب الموظفين التقنيين على خطوط الاتصال المباشر مع المرضى والرعايا الآخرين في كيفية التعامل مع الخدمات غير المرضية.	٤,٩٦	٤,٥٨	٦,٣٠	**
٣-١١	نقوم بتدريب الموظفين والعمال على مهارات حل المشكلات.	٤,٩٧	٤,٤٦	٨,٣١	**
٤-١١	نقوم بتقويم الفوائد الناتجة من تدريب العمال والموظفين عن طريق قياسات التغير في تصرفاتهم ومهاراتهم.	٤,٢١	٣,٣٣	١٤,٣٤	**

تابع جدول رقم (٨)
المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد إدارة
الموارد البشرية وتطويرها لجودة الخدمات والرعاية الصحية في
المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-١٢	إن بيئة العمل في المستشفى تدعم وتشجع تطوير المستوى المعيشي ورضا العاملين جميعهم.	٣,٣٤	٤,١٢	١١,١٩	**
٢-١٢	نستخدم وسائل متعددة لقياس رضا الموظفين والعاملين.	٤,٧٥	٤,٧٩	٠,٧١١	*
٣-١٢	نعمل لتطوير المستوى الصحي للعاملين والموظفين وكذلك مستوى الأمن والسلامة في المستشفى.	٥,٢٨	٥,٦٥	٦,٢٨	**
٤-١٢	يتلقى العمال والموظفون خدمات تهدف إلى تطوير قدراتهم ومستوياتهم.	٤,٨٦	٤,٤٢	٨,١٥	**
٥-١٢	يقوم مستوى تسرب العمال والموظفين في جميع الإدارات في المستشفى.	٤,٥٩	٤,٠٨	٨,٨١	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥)

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١)

(٥) إدارة العمليات في مستشفيات الإمارات:

يُعتبر تصنيف (أو بُعد) إدارة العمليات من الأبعاد الكبيرة في إطار بالدريج، حيث تتكون من ستة محاور مختلفة. وهذه المحاور تنصب في لب "النظام" العام للمنشأة من حيث تقديم الخدمات الصحية والمرضى وتقويمها إلى أن المستشفيات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية والمرضى وتقويمها إلى أن المستشفيات الحكومية لا تركز كثيراً على تحليل رغبات المرضى وأولوياتهم، وذلك عند تقويم الخدمات الصحية المقدمة لهم أو مراجعتها (٣,٣٨). وقد يكون الأمر أفضل نسبياً عند المستشفيات الخاصة، ويتضح أيضاً عدم تركيز المستشفيات الحكومية على عملية التصميم والتطوير المستمر للخدمة الصحية المقدمة.

ولعل المحور الخاص بطبيعة عملية تصميم الرعاية الصحية وتقويمها يقدم مؤشراً لا بد من التطرق له؛ لأن ممارسة هذا المؤشر (والعديد من المؤشرات

الأخرى) قد لا تمثل بالنسبة إلى المنشأة الصحية أية تكاليف إضافية، بل بالعكس، قد تؤدي إلى توليد نوع من الثقة بين متلقي الخدمة الطبية ومقدميها. فنلاحظ تركيز المستشفيات الخاصة بشكل واضح على شرح الإجراءات والنتائج المتوقعة للمرضى؛ لكي يكونوا في وضع مناسب لتوقع وتحسب النتائج. فهذا المؤشر يُعتبر من أعلى المؤشرات ممارسة في المستشفيات الخاصة (٦,٣١) مقارنة بالمؤشرات الأخرى، ولكن لم يحظ إلا بدرجة فوق المتوسط بشكل طفيف في المستشفيات الحكومية (٤,٩٨). و يقول مدير أحد المستشفيات الخاصة خلال المقابلة الشخصية لتوضيح بعض النتائج: إن عنصر إخبار الإجراءات للمريض وشرحها عنصر فائق الأهمية، حيث (يولد شعور صادق لدى المريض بمدى اهتمام الطبيب أو الممرضة به من جهة والشعور أيضاً بأنه جزء خاص لا يتجزأ من الخدمة الطبية وبأهمية مشاركته في عملية اتخاذ القرار الخاص بحالته). وممارسة هذا المؤشر قد تعطي نوعاً من الاطمئنان أيضاً للمريض من أن المستشفى لن يقوم بعمل تحليلات وعمليات دون أخذ موافقته هو أو أهله أولاً. وعلى الرغم من وجود هذه الممارسة في المستشفيات الحكومية أيضاً (٤,٩٨) فإن الرقم أقل نسبياً.

ومن خلال أرقام المؤشرات للمحور الخاص بتنظيم دعم ومساندة الخدمات الأخرى المتممة للخدمات الصحية في المستشفى نلاحظ التفاوت الواضح بين المستشفيات الخاصة والحكومية حول القيام بقياس مستوى أداء الخدمات المساندة أو خدمات الدعم. والواضح خلال المقابلات الشخصية حول هذه النتيجة أن هناك مرونة أعلى في المستشفيات الخاصة في سرعة تبديل المنشأة المساندة إذا ما حصل على منشأة تقدم خدمات أفضل بالتكاليف نفسها. والواضح في المستشفيات الحكومية أن عملية اختيار المنشآت المساندة تتم عادة في مستويات عالية، وفي معظم الأحيان من خلال وزارة الصحة ومن ثم لا توجد المرونة الكافية في سرعة تبديل المنشأة المساندة بأخرى. وتوضح الأرقام أيضاً أن هناك تركيزاً ملحوظاً نسبياً من قبل المستشفيات الخاصة على جميع المعلومات المرتدة حول مدى رضا المرضى عن هذه الخدمات المساندة

(٥,٨٨) مقارنة بالمستشفيات الحكومية (٣,٢٢). والسبب في ذلك قد يرجع إلى أن بعض هذه الخدمات المساندة يُنظر إليها كأنها (مشاريع ربحية لابد من الاستفادة منها مثل خدمة الوجبات والأطعمة). ويضيف أحد متخذي القرار في مستشفى خاص أن (التعامل مع خدمة الوجبات مثلاً لا يكون بمقارنة خدماتنا مع المستشفيات المنافسة فحسب، بل مقارنة بجودة هذه الخدمات مع منشآت أخرى في مجالات أخرى أيضاً، مثل المجال الفندقية مثلاً). وهذه النظرة بالطبع هي نظرة إبداعية تجعل الاستفادة من هذه الخدمة ممتعة للمريض أو أهل المريض (مثل وجود قائمة للطعام والمشروبات مثلاً في أحد المستشفيات الخاصة للزائرين).

ومن حيث خدمات الرعاية الصحية في المجتمع (الخدمات المجتمعية) فإننا نلاحظ أن المستشفيات الحكومية تولي الخدمات المجتمعية اهتمام أكبر إذا ما قورنت بمنافساتها من المستشفيات الخاصة، حيث توضح مؤشرات المحور السادس عشر تجاهلاً واضحاً للمستشفيات الخاصة لخدمة المجتمع. وكما ذكرنا سابقاً فإن هذا قد يكون مؤشراً خطيراً بالنسبة لها حيث إن الابتعاد عن "الإحساس بالانتماء" من قبل هذه المستشفيات قد يعني أن التركيز الوحيد لها هو الربحية دون النظر في الظواهر الإنسانية. وعلى الرغم من قبول بعض المستشفيات الخاصة علاج مرضى دون مقابل (في حالات الطوارئ القصوى) فإن المستشفيات الحكومية أيضاً رفضت معالجة بعض المرضى المتعسرين من الناحية المادية. ولعل المجال هنا غير مناسب للتعليق على هذه الظاهرة الإنسانية التي تشكل موضوعاً ساخناً حتى في المجتمعات الغربية.

ويتضح من أرقام الجدول أيضاً أن أهمية عنصر الممون بوصفه شريكاً إستراتيجياً للمستشفى تُعتبر مفقودة. وتؤكد المؤشرات ضعف التركيز على هذا العنصر، وهناك تركيز أكبر من قبل المستشفيات الخاصة عليه غير أنها لا تكاد تشترك الممون في اتخاذ القرار حول تصميم الخدمات الصحية الجديدة أو المطورة.

جدول رقم (٩)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد إدارة العمليات
لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي المستشفيات الخاصة	المتوسط الحسابي المستشفيات الحكومية	اختبار "t"	مستوى المعنوية
١-١٣	نقوم بمراجعة واختبار الخدمات الصحية الجديدة التي نريد تقديمها وذلك قبل تقديمها فعلاً للمرضى.	٤,٩٨	٤,٢٧	١٣,٢٨	**
٢-١٣	نقوم بتحليل رغبات وأولويات المرضى أولاً وذلك عند تقويم أو مراجعة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.	٤,٧٥	٣,٣٨	١٧,٧٦	**
٣-١٣	نقوم بالأخذ في الاعتبار معايير الأداء للخدمات الصحية الجديدة أو المطورة من خلال مرحلة التقويم لها.	٤,٨٥	٣,٦٤	١٦,٥٥	**
٤-١٣	يؤخذ في الاعتبار متطلبات تصميم الخدمة الصحية بواسطة جميع الإدارات والوحدات لضمان تكامل الخدمة الصحية المقدمة.	٤,٩٩	٣,٤٥	١٧,٩٩	**
٥-١٣	إن عملية تصميم الخدمة الصحية يتم تحسينها وتطويرها بشكل مستمر.	٤,٧٨	٣,٤٢	١٧,٤٢	**
١-١٤	نقوم بتقويم الخدمات الصحية في ظل معايير الكفاءة (مثل معايير التكلفة والوقت).	٤,٧٩	٤,٣١	٦,٠٢	**
٢-١٤	نقوم بتقويم الخدمات الصحية في ظل معايير الفاعلية (مثل معايير الملاءمة والمخاطرة).	٤,٧٦	٤,٤٥	٥,١٤	**
٣-١٤	نقوم بشرح الإجراءات والنتائج المتوقعة للمرضى لكي يكونوا في وضع مناسب لتوقع وتحسب النتائج.	٦,٣١	٤,٩٨	١٧,١١	**
٤-١٤	استخدام الملاحظات والقياسات للخدمات الصحية المقدمة للمرضى سوف يساعدنا على تعرف أفضل للوقت الذي يجب أن نتخذ فيه إجراءات تصحيحية وعلاجية لتصحيح الأخطاء.	٥,٢٢	٤,٩٩	٥,٠١	**
١-١٥	جميع المتطلبات والواجبات (الداخلية والخارجية) تناقش وتتخذ في الاعتبار في مرحلة تصميم الخدمات المساندة أو خدمات الدعم.	٤,٩٨	٣,٩٤	١٣,٢٧	**
٢-١٥	نقوم بقياس مستوى أداء الخدمات المساندة أو خدمات الدعم.	٥,٨٨	٣,٢٢	٢٥,١٤	**

تابع جدول رقم (٩)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد إدارة العمليات
لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الحكومية	المستشفيات الخاصة		
٣-١٥	نقوم بجمع المعلومات حول مدى رضا المرضى عن الخدمات المساندة المقدمة لهم (معلومات مرتجعة عن الخدمات المساندة).	٣,١٥	٥,٩٣	٢٧,٧٥	**
١-١٦	نقوم بمتابعة مستمرة للظواهر الصحية في المجتمع.	٤,٨٥	٤,٧٢	٣,٦١	*
٢-١٦	نقوم بقياس مستوى أدائنا للخدمات الصحية المجتمعية.	٤,٨٦	٣,٧٤	١٤,٢٢	*
٣-١٦	نقوم بتقديم خدمات ورعاية صحية دون مقابل مالي للذين لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج الصحي.	٤,٩٥	٢,١٥	٢٧,٩٠	**
١-١٧	نقوم بقياس مستوى أدائنا للخدمات الإدارية في المستشفى.	٣,٨١	٥,٢٩	١٩,٣٣	**
٢-١٧	نقوم باستخدام أساليب تحليل حديثة ومتطورة لمناقشة وعلاج المشكلات الإدارية.	٣,١٤	٣,٤٤	٥,٠٩	**
٣-١٧	نقوم بجمع المعلومات حول مستوى أداء الخدمات الإدارية المقدمة من الإدارات المختلفة في المستشفى (تغذية مرتجعة من المرضى الداخليين).	٣,١٨	٤,٨٩	١٨,٨٩	**
٤-١٧	نقوم بجمع المعلومات حول مستوى أداء الخدمات الإدارية المقدمة من المرضى الخارجيين (مثل المرضى والرعايا الآخرين).	٤,٢٩	٥,١١	١٣,٦٣	**
١-١٨	نقوم ببناء علاقات طويلة المدى وإستراتيجية مع المومنين.	٥,١٧	٥,٨٤	١١,٢٩	**
٢-١٨	يُعتبر معيار الجودة هو المعيار الأهم والأساسي لاختيار المومنين.	٣,٣٨	٥,٣٤	٢٠,١٥	**
٣-١٨	نشارك المومنين في تصميم الخدمات الصحية الجديدة والخدمات المطورة والمحسنة.	٣,١٦	٤,٠٥	١٥,٢٨	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥).

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١).

(٦) النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية في الإمارات:

نُشير هنا إلى أن المحاور ضمن بُعد "النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية" تشمل مؤشرات لتقويم الذات حول تحديد مركز وموقع المنشأة مقارنة بمراكز المنشآت الصحية المنافسة. أي أن المشترك في الدراسة أعطى انطباعه الذاتي حول الموقع النسبي للمستشفى الذي يعمل فيه (بالنسبة لباقي المستشفيات المنافسة). ولكي تكون الإجابات موضوعية وصریحة وبعيدة عن الدعاية والمجاملات قام الباحثون بمناقشة هذه المؤشرات كل على حدة مع المشترك في الدراسة. ويجب أن نُشير هنا أيضاً إلى أن (٦) مستشفيات حكومية رفض فيها المشتركون في الدراسة إجراء هذه المقابلة في حين قبل بالعرض جميع المشتركين في الدراسة ضمن قائمة المستشفيات الخاصة.

نلاحظ من خلال أرقام المحور (١٩) في جدول (١٠) أن مؤشرات النتائج الخاصة بالرعاية الصحية تعكس تفوق المستشفيات الخاصة بشكل ملحوظ. والواضح أيضاً أن المستوى الوظيفي للمرضى الذين يدخلون المستشفيات الخاصة يختلف عن هؤلاء الذين يقبلون على خدمات المستشفيات الحكومية (ويجب أن يكون هذا الموضوع محل بحث في دراسة شاملة أخرى للأهمية). والواضح أيضاً أن المدة التي يقيمها المريض في المستشفى الخاص أقل بكثير من المدة التي يقيمها في المستشفى الحكومي. ولعل هذا المؤشر يعكس الناحية المادية من جهة وكذلك (عدم اكتراث بعض متخذي القرار في المستشفيات الحكومية لهذه الظاهرة). ويجب أن نضيف أيضاً أن انشغال غرفة في مستشفى لمدة طويلة هي (صفة من صفات المستشفيات الحكومية بحسب طبيعة أهدافها).

ونلاحظ ظهور علاقة المستشفى الخاص بالمجتمع مقارنة بالمستشفى الحكومي مرة أخرى خلال المحور (٢١). والواضح أن هناك اتساقاً حول عدم اكتراث معظم المستشفيات الخاصة بالمشاركة والانخراط في المجتمع بشكل أكثر فاعلية من الوضع القائم حالياً.

أما أرقام المحور (٢٢) التي ترتبط بالتكاليف الناتجة من أداء هذه الخدمات

الطبية فتميل بشكل واضح أيضاً في اتجاه المستشفيات الخاصة. ولعل ترشيد الإنفاق في هذه المنشآت التي تعتمد في إيراداتها على الخدمات المقدمة وكذلك النظر بأعلى قدر من الجدية في تكاليف هذه الخدمات المقدمة يُعتبر عاملاً مهماً في رسم السياسات والإستراتيجيات للمنشأة. ولعله من المدهش أيضاً (أو غير المدهش إطلاقاً) أنه عندما طلبنا بشكل عشوائي من عدد من المستشفيات الخاصة والحكومية إمدادنا بأرقام للإنتاجية والتكاليف فإننا (أي الباحثين) حصلنا عليها خلال أقل من أسبوع (ولكن مع وعد بالاطلاع عليها فقط) من المستشفيات الخاصة، في حين تعذر ذلك من جميع المستشفيات الحكومية. وبالإضافة إلى ذلك فقد حصل الباحثون من بعض المستشفيات الخاصة على كتيبات عالية الجودة في رسوماتها البيانية حول التقرير السنوي لمستوى أدائها.

جدول رقم (١٠)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-١٩	المدة التي يقيمها المريض في المستشفى.	٦,٣٣	٣,٨٩	٢٣,٦٢	**
٢-١٩	معدل الاستقبال المتكرر للمرضى (استقبال غير مخطط له).	٥,٧٨	٣,٤٧	٢٤,٥٢	**
٣-١٩	معدل الوفاة المرتبط بمرض معين.	٥,٦٥	٣,٨٦	١٩,٧٥	**
٤-١٩	نتائج الاختبارات الإكلينيكية (المقاسة داخلياً).	٥,٥٩	٣,٩٥	١٩,٠٦	**
٥-١٩	نتائج الاختبارات الإكلينيكية (المختبرية) (المقاسة خارجياً).	٤,٧١	٤,٨٣	٣,١١	**
٦-١٩	مدى المطابقة مع المعايير المتعارف عليها في الرعاية الصحية.	٥,٠٢	٤,١٢	١٥,٧٢	**
٧-١٩	المستوى الوظيفي للمرضى الذين يدخلون المستشفى.	٦,٥٩	٤,٠٢	٢٤,٧٤	**

تابع جدول رقم (١٠)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد النتائج الخاصة بأداء المنشأة الصحية لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٢٠	مدى فاعلية خدمات الدعم المقدمة للمرضى (الملاءمة ومدى التوفر).	٥,٢٢	٤,٩٧	٥,٨٣	**
٢-٢٠	مدى كفاءة خدمات الدعم المقدمة للمرضى (التكاليف، والوقت).	٥,٨٤	٤,٩٩	١٤,٤٣	**
١-٢١	مدى المشاركة في البرامج المجتمعية المرتبطة بالرعاية الصحية.	٤,١٨	٥,٨١	١٨,٦٤	**
٢-٢١	مدى الشراكة مع المنشآت الأخرى في المجتمع لتحسين برامج الرعاية الصحية.	٤,٠٧	٥,٩٣	٢٠,٢٢	**
١-٢٢	معدل الاستثمار في المخزون (استثمار قليل أفضل من استثمار عال).	٦,١٨	٤,٣٥	٢٠,٠٣	**
٢-٢٢	معدل إنتاجية العمال والموظفين في المستشفى.	٦,٠٩	٤,٧٥	١٧,٤٢	**
٣-٢٢	معدل الاستفادة واستخدام الأصول المتوافرة تحت تصرف المستشفى.	٦,٠٤	٤,٠١	٢٢,٧٩	**
٤-٢٢	معدل تسرب العمال والموظفين (تسرب منخفض أفضل من تسرب عال).	٥,٣٧	٤,١٤	١٥,٥٤	**
٥-٢٢	تكلفة العمال والموظفين (بالنسبة لكل مريض).	٥,١٩	٥,٠٨	٣,٠٩	*
٦-٢٢	التكاليف الإدارية (بالنسبة لكل مريض).	٥,١٣	٥,١٠	٠,٩٣	
٧-٢٢	معدل الزيادة في مجمل التكاليف (أو التكاليف الإجمالية).	٥,١٧	٥,٠٦	٣,٠٦	*
١-٢٣	النتائج الخاصة بالتقويمات والمراجعات المستمرة (الخارجية).	٤,٢٢	٤,١٥	٠,٩٩	
٢-٢٣	الاستمرارية في حصول الموظفين والعمال على الشهادات والتصاريح المطلوبة (إن وجدت).	٤,٨٦	٤,٢٩	١٠,١٠	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥).

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١).

(٧) التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين المرتبطين بالمستشفى:

مؤشرات البعد التي تعكس مدى التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين المرتبطين بالمنشأة الصحية موضحة في الجدول (١١). وتُشير أرقام المحور (٢٤) إلى أن بحوث التسويق للحصول على معلومات ومواصفات عن المستهلكين في المستشفيات مهمة من قبل المستشفيات الخاصة (٣,٢٨) وكذلك الحكومية (٣,٠٥). وفي المجال نفسه نلاحظ أن إشراك المرضى الذين لا يستخدمون خدمات المنشأة الصحية لتعرف الأسباب قد يكون مهملاً أيضاً (٣,١٨) للخاصة و (٢,٨١) للحكومية).

وتوضح أرقام مؤشرات المحور (٢٥) الخاص بإدارة العلاقة بين المنشأة الصحية والمرضى والرعايا الآخرين تفوقاً نسبياً أيضاً للمستشفيات الخاصة. أما المحور (٢٦) فيشمل المؤشرات الخاصة بقياس وتحديد مستويات رضا المرضى عن الخدمات الصحية. ويُلاحظ أيضاً أفضلية نسبية واضحة للمستشفيات الخاصة. ولعل المؤشر الخاص بقياس نوايا المرضى في المستقبل إذا كانوا سيستمرون في تلقي خدماتنا أو سوف يتجهون لمنافسينا يدل على أهمية الاحتفاظ بالمريض باعتباره مصدراً للمدخلات (وبصفة مستمرة) في المستقبل بالنسبة للمستشفيات الخاصة (٥,٩٨). في حين أن هذا المؤشر يُعتبر مهملاً في المستشفيات الحكومية (٣,٢٧). أما مؤشرات محوري النتائج المباشرة لمدى رضا المرضى والرعايا الآخرين عن الخدمات المقدمة لهم من جهة (المحور ٢٧)، ومقارنة بالمنافسة من جهة أخرى (المحور ٢٨) فتدل أيضاً على أفضلية نسبية للمستشفيات الخاصة.

قدمنا في هذا المجال أرقاماً لمؤشرات تفصيلية لجودة الخدمات والرعاية الصحية في مستشفيات الإمارات. وكما ذكرنا سابقاً، فإننا يجب أن نتناول هذه الأرقام (المتوسطات الحسابية) بحذر شديد، حيث إنها قد لا تعني شيئاً إذا لم تقارن بأرقام المؤشرات التفصيلية لكل مستشفى وبشكل منفرد. ولعله في الدراسات المستقبلية التي تتناول موضوع الرعاية الصحية يجب أن نتحرى الفرق النسبي بين كل مستشفى وآخر بحسب الحجم، والإمارة، وعدد المرضى، والموقع الجغرافي، وعدد الأسرة، وجنسية المنشأة، وعمرها، وعدد الأطباء

والموظفين فيها واعتبارات أخرى مهمة. وهذا النوع من التحليل الإحصائي واجب ومطلوب للتعرف المتعمق والموضوعي على طبيعة الممارسات الخاصة بالخدمة والرعاية الصحية في المنشآت في الإمارات. ولعله في الدراسات المستقبلية لا تركز على المستشفيات فقط، بل تأخذ في الاعتبار المنشآت الطبية الصغيرة الأخرى مثل المستوصفات الطبية.

ولعل النتيجة العامة التي يمكن أن نستنتجها من أرقام الجداول من (٥) إلى (١١) هو أن طبيعة الممارسة والاهتمام بمؤشرات جودة الخدمات والرعاية الصحية ضمن إطار بالدريج للجودة أعلى نسبياً في المستشفيات الخاصة في الإمارات مقارنة بالحكومية، وهذا يعني دعماً لقبول الفرض رقم (٢٢) الخاص بتوقع الاختلاف لمصلحة المستشفيات الخاصة.

جدول رقم (١١)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين المرتبطين بالمستشفى لجودة الخدمات والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الخاصة	المستشفيات الحكومية		
١-٢٤	تعرف فئات يمكن خدمتهم في المستقبل (فئات لا تخدم حالياً).	٣,٢٨	٣,٠٥	٥,٧٥	**
٢-٢٤	استخدام وسائل متعددة لتعرف آراء وتوجهات المرضى.	٤,٣٠	٤,٠٦	٥,٧٥	**
٣-٢٤	استخدام آراء المرضى (آراء مرتجعة عن الخدمات) لتخطيط الخدمات الصحية الممكن تقديمها في المستقبل.	٤,٢٩	٤,٠١	٥,٨٠	**
٤-٢٤	إجراء مقابلات شخصية مع مرضى لا يستخدمون خدماتنا حالياً.	٣,١٨	٢,٨١	٥,٨٣	**
٥-٢٤	الاستفادة من تطبيق الإبداعات والتطورات الحديثة (من الأدوية، والأجهزة الطبية، والعلاجات الحديثة، إلخ).	٥,٤٧	٤,٦٧	١٣,٤٩	**

تابع جدول رقم (١١)

المتوسط الحسابي ونتائج اختبار "t" لمؤشرات (متغيرات) بُعد التركيز على
إرضاء المرضى والرعايا الآخرين المرتبطين بالمستشفى لجودة الخدمات
والرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة في الإمارات

رقم المؤشر	تفاصيل المؤشر	المتوسط الحسابي		اختبار "t"	مستوى المعنوية
		المستشفيات الحكومية	المستشفيات الخاصة		
١-٢٥	تسهيل حصول المرضى على المعلومات التي يحتاجون إليها.	٥,٥٥	٥,٢١	٥,٨١	**
٢-٢٥	إيجاد الحلول لشكاوى المرضى في خطوة واحدة (بدلاً من تحويلها إلى شخص آخر).	٥,٤٨	٤,٨٠	٥,٨١	**
٣-٢٥	التخلص من الأسباب التي تؤدي إلى شكاوى المرضى.	٤,٩٤	٤,٨٣	٣,٢٣	*
٤-٢٥	تنسيق الجهود مع مختلف الإدارات في شأن المعلومات المرتجعة من المرضى.	٥,١٠	٤,١٩	١٤,٨٣	**
١-٢٦	قياس المعلومات المرتدة من المرضى بشكل خال من الخطأ.	٥,٣٠	٥,٢٨	٠,٥٣	
٢-٢٦	قياس المعلومات المرتدة من المرضى بشكل مستمر.	٥,٠٤	٤,٤٦	١٠,١١	**
٣-٢٦	القياس الدقيق لتوجهات المرضى ونواياهم إذا كانوا سيذهبون إلى مستشفيات منافسة أو يرغبون في تلقي خدماتنا في المستقبل.	٥,٩٨	٣,٢٧	٢٠,٢٩	**
٤-٢٦	قياس درجة رضا المرضى مع خدماتنا مقارنة بدرجة رضاهم من نفس الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات المنافسة.	٤,٨٨	٤,٢٤	١٠,٨٦	**
١-٢٧	المعدل العام لرضا المرضى.	٥,٥١	٤,٩٦	٩,٢٧	**
٢-٢٧	عدد المرضى الذين يعودون إلينا لتلقي الخدمات الصحية التي يطلبونها (ولا يذهبون إلى المنافس).	٥,١١	٥,١٠	٠,٥٢	
٣-٢٧	المعدل العام لرضا الرعايا الآخرين (مثل عائلات المرضى، المجتمع بشكل عام، شركات التأمين، المنشآت التي تتحمل نفقات الرعاية الصحية).	٥,٢٢	٤,٧٠	٨,٩٠	**
٤-٢٧	مدى ولاء الرعايا الآخرين للمستشفى.	٥,٢٠	٤,٦٣	١٠,٠٩	**
١-٢٨	المعدل العام لمستوى رضا المرضى.	٥,٦٦	٤,٠٧	٢٠,١٧	**
٢-٢٨	عدد الشكاوى المقدمة من المرضى ومدى جديتها.	٤,٧٩	٤,١١	١١,١٢	**
٣-٢٨	المعدل العام لمستوى رضا الرعايا الآخرين.	٥,٥٨	٤,١٦	٥,٩٦	**

* اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥).

** اختبار (t) لمعنوية الفروق بين المتوسطات (مستوى معنوية أقل من ٠,٠١).

ثالثاً - المناقشة:

استخدم ٢٨ محوراً تفصيلياً تمثل إطاراً شاملاً لمعايير بالدريج للخدمات والرعاية الصحية. طورت هذه المحاور بواسطة كل من (Meyer and Collier, 2001)، وقاما باختبارها أيضاً في دراسة شاملة في بيئة الولايات المتحدة الأمريكية. قامت الدراسة الحالية باختبار المحاور مرة أخرى ولكن في بيئة مختلفة تماماً، وهي الإمارات العربية المتحدة. وقامت الدراسة بتصميم ٢١ فرضاً، ومن ثم اختبارها باستخدام تحليل المعادلات الهيكلية وبرنامج (Amos 4.0). وتقدم الدراسة دعماً لنظرية بالدريج من خلال قبول معظم هذه الفروض [قبل ١٦ فرضاً من أصل ٢١]. وتقدم الدراسة بشكل قاطع دعماً لمدى أهمية عنصر القيادة في تسلم زمام الأمور في المنشأة الصحية وخلق النتائج. ومن خلال الشكل (٣) قدمنا في هذه الدراسة تفهماً أعمق لطبيعة العلاقة بين الأبعاد السبعة ضمن إطار بالدريج. وقامت الدراسة أيضاً بتعرف مدى ممارسة المستشفيات الخاصة والحكومية في الإمارات أو تركيزها على هذه الأبعاد ومحاورها ومؤشراتها لتعرف طبيعة الممارسة لإطار بالدريج في الإمارات. وبلا شك فإن الدراسة قدمت أداة للقياس يمكن أن يستفيد منها متخذو القرار في المستشفيات أداة لتقويم الذات. وسوف نقوم في هذا المجال بمناقشة النتائج الرئيسية التي حصلنا عليها ضمن كل بعد من أبعاد بالدريج. وسنحاول أيضاً الإشارة إلى الدراسات السابقة التي عُنيت بجودة الخدمات والرعاية الصحية وبخاصة دراسة (Meyer and Collier, 2001) التي تُعتبر الأساس للدراسة الحالية.

(١) القيادة في المنشآت الصحية:

النتيجة الرئيسية لهذه الدراسة هي الدور الأساسي والرئيسي للقيادة في المنشأة الصحية، وهي كالقلب النابض لإطار (أو نظرية) بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية. فالقيادة لها تأثير مباشر مسبب على كل عنصر من العناصر الأربعة الداخلية لنظام المنشأة الصحية وكذلك تأثير مباشر على

عنصري الأداء والنتائج. وهذا يعني - دون شك - أن تحسين القيادة في المنشأة الصحية سوف يؤدي إلى التحسين في كل عنصر من العناصر الأخرى سواء عناصر النظام أو النتائج والأهداف. وحيث إن قيمة كل المسارات النابعة من القيادة إلى العناصر الستة الأخرى موجبة فهذا يعني أن التحسين في القيادة سيؤثر إيجابياً في العناصر الأخرى. وبالطبع فإن هذه النتيجة تعطي تفهماً خاصاً لإدارة المستشفى في الإمارات لكي تعي حساسية موقعها وقدرتها على التأثير في الأمور الأخرى بالمستشفى ودور القيادة في خلق الجو المناسب لممارسة وتطبيق الجودة وإدارة الجودة. وهناك دعم نظري لهذه النتيجة في الدراسات السابقة سواء في المجال الصحي أو غير الصحي للدور الأساسي للإدارة العليا في المنشأة (Batalden and Stoltz 5, 1993; Handfield and Wislon, 1997). Gosh, 1995;

ولعل النتيجة الرئيسية الأخرى ضمن الدراسة الحالية هي مدى تأثير القيادة على بُعد التحليل والمعلومات، وهذا التأثير أكبر بمعدل (١,٤٣) من التأثير على الخطة الإستراتيجية، وبمعدل (١,٣٢) من التأثير على إدارة وتطوير الموارد البشرية، وبمعدل (١,٥٣) من التأثير على إدارة العمليات. هذه النتيجة تعني أن القيادة في المستشفى يجب أن تعي تماماً أهمية الدور الذي يؤديه عنصر المعلومات والتحليل المعني بتقديم القياسات والبيانات والمعلومات والدعم لجميع الخدمات الصحية، وكذلك التحليل المناسب لهذه المعلومات للتطوير والتحسين والإبداع. هذه النتيجة تتوافق تماماً مع النتيجة التي توصل إليها كل من (Meyer and Collier, 2001).

والنتيجة التي لا يمكن تجاهلها هنا أيضاً هي التأثير الكبير لعنصر القيادة على أداء المنشأة الصحية من جميع الجوانب. ولكن يجب أن نضيف في هذا المجال أن هذا التأثير مباشر من جهة (من القيادة إلى النتائج والأداء) وغير مباشر من جهة أخرى (من القيادة إلى عناصر النظام ومن ثم إلى النتائج والأداء). ولعل استخدام تحليل المعادلات الهيكلية يسهل مهمتنا في حساب

التأثير المباشر، وكذلك التأثير غير المباشر لهذا العنصر، فنلاحظ مثلاً أن هناك تأثيراً مباشراً يساوي قيمة المسار على إرضاء المرضى (٠,٥٦). ولكن هناك أيضاً تأثيراً غير مباشر من خلال تأثير القيادة على المعلومات أولاً (٠,٨٣) ثم على إرضاء المرضى (٠,٤٩). أي أن التأثير غير المباشر يساوي (٠,٨٣) × (٠,٤٩ = ٠,٤١).

وعلى الرغم من أن النتائج تشير إلى تفوق المستشفيات الخاصة في الإمارات على المستشفيات الحكومية بتركيزها على مؤشرات الجودة المتضمنة في عنصر القيادة فإن ضعف المستشفيات الخاصة في إظهار الولاء الكامل للمجتمع من خلال انخراط قيادتها بأموره يجب أن يكون محل اهتمام متخذي القرار في هذه المستشفيات. ولعل أبرز نتيجة هنا أيضاً هي استمرار العمل "الروتيني" في المستشفيات الحكومية في الإمارات دون تدخل من القيادة فيها "لاتخاذ قرارات إبداعية في شأن الخدمات التي يمكن أن تُقدم للمرضى".

(٢) التحليل والمعلومات في المنشآت الصحية:

لعل النتيجة الرئيسية في هذه الدراسة هي التأثير المباشر لعنصر التحليل والمعلومات في المنشآت الصحية على باقي عناصر النظام الداخلية في المنشأة وبخاصة على عنصر "إدارة العمليات". ويمكن أن نقول إن هذا التأثير على إدارة العمليات (٠,٧٧) أكبر من التأثير على العناصر الأخرى للنظام. فهو أكبر بمعدل (١,٦٧) من التأثير على الخطة الإستراتيجية وبمعدل (١,٢٨) أكبر من التأثير على إدارة الموارد البشرية وتطويرها. هذه النتيجة بالطبع تعني أن العنصر الرئيسي لربط عناصر النظام الصحي بعضها ببعض هو عنصر المعلومات والتحليل. وتوضح هذه النتيجة أيضاً أهمية عنصر المعلومات والتحليل في إطار بالدريج العام. هذا التأثير الإيجابي والقوي للمعلومات والتحليل على العناصر الداخلية الأخرى في النظام والمستنتج من خلال هذه الدراسة ينسجم أيضاً مع الدراسات الأخرى التي حاولت تعرف هذه العلاقة

وطبيعة التأثير واتجاهه (Wislon, 1997; Wislon and Collier, 2000; Meyer and Collier, 2001; Handfield and Gosh, 1995).

وهذه النتيجة تجعل متخذي القرار في المستشفيات يتفهمون مدى حيوية جهاز المعلومات والتحليل في المستشفى لأنه من خلال التحليل السليم لهذه المعلومات والبيانات الكثيرة ومن خلال إيجاد ميكانيكيات فعالة لجمعها وتحليلها فإنه يمكن إعطاء المعنى لها بهدف تحسين الخدمات والرعاية الصحية.

والنتيجة الواضحة أيضاً من خلال هذه الدراسة هي التأثير المباشر والإيجابي لعنصر المعلومات والتحليل على أداء المنشأة والنتائج، وهذا يعني أن إطار بالدريج مبني على ربط مباشر بين القياسات والمؤشرات الكثيرة في هذه المنشآت الصحية وبين الأداء العام فيها. وكذلك تشير الدراسة إلى أن الاستخدام الفعال لهذه المعلومات والقياسات هو الذي يؤدي إلى تحسين الأداء فيها.

ولعل النتيجة الخاصة بعدم الاستخدام الفعال لنظام المعلومات وربطه لجهود الرعاية الصحية بنتائج الرعاية الصحية أو ضعف هذا المؤشر سواء في المستشفيات الخاصة أو الحكومية في الإمارات أمر يؤدي إلى نوع من القلق. وهذا قد يعني أن جهاز المعلومات ينقصه عنصر " التحليل " وأنه جهاز لتسيير الأمور اليومية فقط دون انقطاع ومن دون استخدامه لقياس الأداء فيها وتقويمه. وهذا على الرغم من أن متخذي القرار في هذه المستشفيات لديهم الدراية الكاملة بأفضل الممارسات في هذا المجال.

(٣) الخطة الإستراتيجية في المنشآت الصحية:

يجب مناقشة النتائج الخاصة ببعد الخطة الإستراتيجية لاختلاف النتائج مع دراسة (Meyer and Collier, 2001). ففي دراستهما الميدانية اتضح أن عنصر الخطة الإستراتيجية هو العنصر الوحيد من عناصر النظام الذي لم يؤثر بشكل مباشر (بمعنوية إحصائية) على عنصري النتائج والأهداف في المنشأة الصحية. وعلى الرغم من ذلك فقد حاول الباحثان التخفيف من أثر هذه النتيجة بأن ذلك لا يعني إهمال دور الخطة الإستراتيجية في إطار بالدريج. ولكن أضافا

أن ذلك قد يعني الصعوبة التي تعانيها بعض المستشفيات في تصميم خطة إستراتيجية محكمة ومن ثم تطبيقها. ويضيف (Gibson et al., 1990) أن معظم المستشفيات تعطي قدراً بسيطاً من الاهتمام للخطط الإستراتيجية فيها وبأنها لا تمثل حرفياً إلى الرسالة فيها. ويقدم كل من (Calem and Rizzo, 1995) تقريراً حول اتجاه المستشفيات إلى أن تعمل بطريقة تتجنب خلالها المخاطر التي يتسببها وجود خطة إستراتيجية مثالية.

لعل النتيجة المستقاة من الدراسة الحالية عن دور الخطة الإستراتيجية في التأثير المباشر والموجب على أداء المنشأة (تقدير المسار يساوي ٠,٤٨، وقيمة t تساوي ٥,٣٤ بمعنوية إحصائية ٠,٠١) تقدم إضافة رئيسية لنظرية بالدريج خلافاً لدراسة (Meyer and Collier, 2001). وهذه النتيجة تدعم الدور الرئيسي والأساسي للخطة الإستراتيجية في خلق أداء جيد للمنشأة. وعلى الرغم من أن جائزة بالدريج تعطي محاور الخطة الإستراتيجية ٥٥ نقطة من أصل ١٠٠٠ نقطة فإن الدراسة الحالية تعطي مؤشراً واضحاً عن أهمية وجود خطة إستراتيجية للمنشأة.

وأشارت النتائج الميدانية من خلال هذه الدراسة إلى ضعف التركيز - ولا سيما من قبل المستشفيات الحكومية - على خطة إستراتيجية عملية. ومن ثم ضعف التركيز على مؤشرات محاور الخطة الإستراتيجية. ونُشير إلى أن المستشفيات الخاصة ركزت بشكل أساسي على أساس الربحية في تقديم خدماتها الصحية دون الاعتماد على أسس وقياسات أخرى، وهذا قد يضعف هذه المنشآت على المدى الطويل إذا لم تقم بتفعيل دور خططها الإستراتيجية لتشمل أهدافاً تعنى بالأمور الأخرى إلى جانب الربحية.

(٤) إدارة الموارد البشرية وتطويرها في المنشأة الصحية:

يجب أن نذكر في هذا المجال أن المسار الذي يربط عنصر إدارة الموارد البشرية بالعنصر الرابع في النظام الصحي، وهو إدارة العمليات، لم يتطرق له خلال دراسة (Meyer and Collier, 2001). والنتيجة الرئيسية أيضاً في الدراسة

الحالية تتوافق مع الدراسة نفسها في عدم وجود تقدير لهذا المسار بشكل إحصائي معنوي. ولكن لا يمكن إهمال التأثير المباشر والموجب لإدارة الموارد البشرية على إرضاء المرضى والرعايا المرتبطين بالمرضى والمستشفى (تقدير المسار يساوي ٠,٥٨ مع قيمة t تساوي ٠,٧٧ بمستوى معنوية ٠,٠٥). وتظهر أهمية هذه النتيجة بشكل أفضل إذا نظرنا إلى النتائج التفصيلية لدرجة الممارسة للمؤشرات الخاصة بإدارة الموارد البشرية وتطويرها. حيث نرى غياب الربط بين أنظمة الحوافز والرواتب بالأهداف الإستراتيجية من جهة وعدم إعطاء المسؤولية الكافية للموظفين في المستشفى لاتخاذ القرار من جهة أخرى. فعلى الرغم من تيقن المشتركين في الدراسة من أن إدارة الموارد البشرية وتطويرها تؤثر بشكل إيجابي على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين، فإن المؤشرات التي تؤدي إلى عملية تطوير الموارد البشرية فعلاً تكاد تكون مهمة.

(٥) الأبعاد والمحاور المؤثرة في إرضاء المرضى والرعايا بشكل عام:

توصلنا من خلال الدراسة الحالية إلى أهم العناصر (أو الأبعاد) التي تؤثر في إرضاء المرضى والرعايا في المستشفيات. فإلى جانب عنصر القيادة فإننا وجدنا أن ثلاثة عناصر من عناصر النظام تؤثر بشكل موجب ومباشر على إرضاء المرضى والرعايا، وهي المعلومات والتحليل، وإدارة الموارد البشرية وتطويرها، وإدارة العمليات. ولعل العنصر الوحيد الذي لم نجد له تأثيراً بمعنوية إحصائية على إرضاء المرضى والرعايا هو عنصر الخطة الإستراتيجية. هناك دراسات عديدة تدعم دور إدارة الموارد البشرية وتطويرها، وتطوير مهارات وخبرات الموظفين في تحسين مستوى رضا المستهلكين عن الخدمات المقدمة لهم (Meyer and Collier, 2001; Schlesinger and Zornirsky, 1991). ويُشير (Heskett et al., 1994) مثلاً إلى أن تطوير أنظمة العمل وتصميمها - Systems يزيد من درجة ولاء العمال للمنشأة ومن ثم يطورون من طبيعة الخدمات ونوعيتها التي يقدمونها للمستهلكين. ويدعم هذا التصور أيضاً (Bowers et al., 1994).

وتُشير نتائج الدراسة أيضاً إلى أن إدارة العمليات له تأثير كبير وموجب على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين (تقدير المسار مساوي ٠,٧١ مع t تساوي ٨,٢٥ بمستوى معنوية ٠,٠١). هذه النتيجة بالطبع تعني أن عملية تصميم الخدمة الصحية يجب أن تتبلور حول تصميم جيد لإدارة العمليات إذا كان الهدف فعلاً هو إرضاء المرضى والرعايا. ويمكن أن نضيف هنا أن العمليات المتوافرة في المستشفيات مرئية بشكل واضح للمريض الذي تلقى الخدمة، وهذا الأمر قد يزيد من أهمية إدارة العمليات هذه لإرضاء المرضى (Meyer and Collier, 2001). فإذا كان الهدف هو زيادة رضا المرضى فإن المستشفيات يجب أن تستثمر بدرجة مناسبة في تطوير وتحسين إدارة عملياتها اليومية الروتينية وغير الروتينية.

ويجب أيضاً أن نركز على مدى تأثير عنصر أداء المنشأة الصحية على إرضاء المرضى والرعايا (تقدير المسار يساوي ٠,٥٥ مع t تساوي ٥,٦٠ بمستوى معنوية ٠,٠١). ولعل من المناسب في هذا المجال أن نذكر أن أداء المنشأة بالطبع يشمل النتائج الطبية المباشرة، والتكاليف، وقياسات الإنتاجية والكفاءة في حين أن إرضاء المرضى والرعايا يعني بانطباع هؤلاء عن الخدمة الصحية والرعاية المقدمة لهم.

كلمة أخيرة وخلاصة:

استخدمنا في هذه الدراسة تحليل المعادلات الهيكلية في اختبار الإطار المقترح في جائزة بالدريج للخدمات والرعاية الصحية. واعتمدنا على المقياس التفصيلي الذي قدمه كل من (Meyer and Collier, 2001). وبالطبع فإن النتائج المستمدة من هذه الدراسة سوف تدعم دور إطار بالدريج لتطوير محتواه ومؤشراته بشكل موضوعي. وهي تساعد متخذي القرار في المستشفيات من المراكز التي يجب أن يستثمروا مواردهم فيها بشكل فعال.

لقد أصبح معيار بالدريج للخدمات والرعاية الصحية عالمياً ومنتشراً بشكل واسع بين أوساط المستشفيات في البيئة الغربية وبخاصة الولايات

المتحدة الأمريكية. فأصبح الإطار مقياساً ومؤشراً يُستخدم لتقويم الذات من قبل هذه المستشفيات. والدعم المقدم لهذا الإطار في الدراسة الحالية تقوي أهميته استغلال مستشفيات الإمارات أيضاً لمعايير الإطار في سبيل تطوير خدماتها وخططها الإستراتيجية لرفع مكانة الخدمات الصحية لمستويات أعلى من الموجود حالياً. واتضح أيضاً في هذه الدراسة أن المشتركين فيها وجدوا سهولة فائقة في تفهم العبارات في الاستبانة، وهذا يُعطي صفة إضافية لإطار بالدريج وقدّمنا من خلال الدراسة أيضاً مؤشرات تفصيلية لمعايير بالدريج؛ لكي يدرك متخذو القرار في المستشفيات الخاصة والحكومية أهمية الوضع الحالي للبيئة الصحية في منشآتهم.

ويمكن للدراسات المستقبلية أن تقوم بإجراء اختبارات إضافية وفي بيئات مختلفة للتأكد من أن محاور بالدريج بالفعل تمثل كلاً متكاملًا للجودة في مجال الرعاية الصحية. ويمكن أن نقوم أيضاً بتعرف مدى تأثير العوامل الأخرى (مثل حجم المستشفى، عمر المستشفى، موقع المستشفى.. إلخ) على ممارسات الجودة في المستشفيات. ويمكن للدراسات المستقبلية أيضاً أن ترى مدى تأثير ممارسات الجودة في مؤسسات الرعاية الصحية على رضا المرضى من جهة ورضا مقدمي الخدمات الصحية من أطباء وممرضين وممرضات وفنيين وإداريين من جهة أخرى.

ولعل من المناسب في هذا المجال أن تؤخذ نتائج هذه الدراسة بشكل جدي أيضاً من قبل المسؤولين في الإمارات لرسم السياسات والإستراتيجيات للمستشفيات والمنشآت الصحية الأخرى مستفيدين من معايير إطار بالدريج لجودة الخدمات والرعاية الصحية - ولعل قيام جهة حكومية على أعلى المستويات بتصميم جائزة للخدمات والرعاية الصحية في الإمارات مهمة ومسؤولية رئيسية أن أوانها.

المراجع

- Ahire, S., Golhar, D., and Waller, M. Development and Validation of TQM implementation constructs, *Decision Sciences*, 27 (1), 1996, 23-56.
- Badri, M. A Combined AHP-GP Model for Quality Control Systems, *International Journal of Production Economics*, 72, 2001, 27-40.
- Badri, M. A Conceptual Framework for Quality Control in the United Arab Emirates, *Industrial Cooperation in the Arab Gulf*, (47), 1992, 3-25.
- Badri, M. Determinants of Total Quality Management in UAE Firms, *Arab Journal for Administrative Sciences*, (2), 1993, 331-381.
- Badri, M. Quality Management and its Effect on the Performance of UAE Firms: A Path Analytic Methodology, *Dirasat*, 26 (2), 1999, 283-309.
- Badri, M. The Integration of Quality Strategies and Management Control Systems, *Dirasat*, 28 (2), 2001, 322-243.
- Badri, M.; Davis, D.; Davis D. A Study of Measuring the Critical Factors of Quality Management, *International Journal of Quality and Reliability Management*, 12 (2), 1995, 36-53.
- Badri, M.; Davis, D.; Davis, D. Quality Service and the Hospitality Industry: An International Perspective, *Middle East Business Review*, 3, 1996, 28-45.
- Batalden, P.B., Stoltz, P.K. A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 19 (10), 1993, 424-447.
- Bigelow, B., Arndt, M. Total Quality Management: Field of Dreams? *Health Care Management Review* 20 (4), 1995, 15-25.
- Black, S. and Porter, L. Identification of Critical Factors of TQM, *Decision Sciences*, 27 (1), 1996, 1-21.

- Bollen, K.A. Structural Equations With Latent Variables, 1989, Wiley, New York.
- Bollen, K.A., Long, J.S. Testing Structural Equation Models, 1993, SAGE Publications, Newbury Park, CA.
- Bowers, M.R., Swan, J.E., Koehler, W.F. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Management Review 19 (4), 1994, 49-55.
- Browne, M.W., Cudeck, R. Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K.A., Long, J.S. (Eds.), Testing Structural Equation Models. SAGE Publications, Newbury Park, CA, 1993, 136-162.
- Browne, M.W., Mels, G. RAMONA User's Guide, Department of Psychology, 1994, The Ohio State University, Columbus, OH.
- Calem, P.S., Rizzo, J.A. Competition and specialization in the hospital industry: an application of Hotelling's location model, Southern Economic Journal 61 (4), 1995, 1182-1198.
- Carman, J.M., Shortell, S.M., Foster, R.W., Hughes, E.F.X., Boerstler, H., O'Brien, J.L., O'Connor, E.J. Keys for successful implementation of Total Quality Management in hospitals. Health Care Management Review 21 (1), 1996, 48-60.
- Carmines, E.G., McIver, J. Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In: Bohrnstedt, G., Borgatta, E. (Eds.). Social Measurement: Current Issues, 1981, SAGE Publications, Beverly Hills, CA.
- Carmines, E.G., Zeller, R.A. Reliability and Validity Assessment, 1979, SAGE Publications, Beverly Hills, CA.
- Chow, C., and Goh, M. Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals, Managing Service Quality, 12 (1), 2002, 54-66.
- Collier, D.A. A service quality process map for credit card processing. Decision Sciences 22 (2), 1991, 406-419.
- Collier, D.A., Wilson, D.D. The role of automation and labor in determining customer satisfaction in a telephone repair service process. Decision Sciences 28 (3), 1997, 689-708.
- Dean, M. and Helms, M. The implementation of total quality management into public sector agencies: a case study of the Tennes-

see Valley Authority, Benchmarking for Quality Management & Technology, 3 (1), 1996, 50-64.

- Dow, D., Samson, D., Ford, S. Exploding the myth: do all quality management practices contribute to superior quality performance? *Production and Operations Management* 8 (1), 1999, 1-27.
- Flynn, B.B., Sakakibara, S., Schroeder, R.G., Bates, K.A., Flynn, E.J. Empirical research methods in operations management, *Journal of Operations Management* 9 (2), 1990, 250-284.
- Flynn, B.B., Schroeder, R.G., Sakakibara, S. A framework for quality management research and an associated measurement instrument. *Journal of Operations Management* 11 (4), 1994, 339-366.
- Fok, L., Hartman, S., Patti, A. and Razeq, J. Human factors affecting the acceptance of total quality management, *International Journal of Quality and Reliability Management*, 17 (7), 2000, 714-729.
- Freed, J. and Burock, E. Employee involvement and TQM: clarifying the mixed messages. *Organization Development Journal*, 14 (2), 1996, 19-29.
- Freeney, A. and Zairi, M. TQM in healthcare, *Journal of General Management*, 22 (1), 1996, 35-97.
- Galvin, R. 10 heresies of quality, *Executive Excellence*, 9 (5), 1992, 3-5.
- Gann, M.J., Restuccia, J.D. Total Quality Management in health care: a view of current and potential research. *Medical Care Review* 51 (4), 1994, 467-500.
- Gibson, C.K., Newton, D.J., Cochran, D.S. An empirical investigation of the nature of hospital mission statements. *Health Care Management Review* 15 (3), 1990, 35-45.
- Goh, M. Quality awards: a reference model for TQM? *Proceeding of the International Convention on Quality Control*, 96, 1-3 October, 1999, Karachi, 313-326.
- Griffith, J. Championship management for healthcare organizations, *Journal of Healthcare Management*, 45 (1), 2000, 17-31.

- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatharn, R.L., Black, W.C. Multivariate Data Analysis, Fourth Edition, 1995, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Handfield, R.B., Gosh, S. An empirical test of linkages between the Baldrige Criteria and financial performance. In: Proceedings of Decision Sciences Institute Annual Meetings, 1995, 1713-1714.
- Heskett, J.L., Jones, T.O., Loverman, G.W., Sasser, W.E., Schlesinger, L.A.. Putting the service-profit chain to work. Harvard Business Review 72 (2), 1994, 164-174
- Hoyle, R.H. (Ed.). Structural Equation Modeling: Concepts, Ideas, and Applications, 1995, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Hu, L., Bentler, P.M. Evaluating model fit. In: Hoyle. R.H. (Ed.), Structural Equation Modeling, 1995, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Jereskog, K.G. A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. Psychometrika 34 (2), 1969, 183-202.
- Jenkins, G.D., Tabor, T.D. A Monte Carlo study of factors affecting three indices of composite scale reliability. Journal of Applied Psychology 62 (4), 1977, 392-398.
- Jennings, K., Westfall, F. A survey-based benchmarking approach for health care using the Baldrige Quality Criteria. The Joing Commission Journal on Quality Improvement 20 (9), 1994, 500-509.
- Khanna, V., Vrat, P., Shankar, R. and Sahay, B. Developing causal relationships for a TQM index for Indian automobile sector, Work Study, 51 (7), 2002, 364-373.
- Kleiner, B. Developing a plan to win the Baldrige Award, Journal of Training for Quality, 4 (4), 1996, 12-15.
- Loomba, A. and Johannessen, T. Malcolm Baldrige National Quality Award: Critical Issues and Inherent Values, Benchmarking for Quality of Management, 4 (1), 1997, 59-77.
- Lissitz, R.W., Green, S.B. Effect of the number of scale points on reliability: a Monte Carlo approach. Journal of Applied Psychology 60 (1), 1975, 10-13.

- Main, J. How to Win the Baldrige Award, *Fortune*, 25 (4), 1990, 211-214.
- Matell, M.S., Jacoby, J. Is there an optimum number of alternatives for Likert scale items? Study I: reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement* 31 (3), 1971, 657-674.
- Matell, M.S., Jacoby, J. Is there an optimum number of alternatives for Likert scale items? Effects of testing time and scale properties. *Journal of Applied Psychology* 56, 1972, 506-509.
- McLaughlin, C. Evaluating the quality control system for managed care in the United States, *Quality Management in Healthcare*, 7 (1), 1998, 38-46.
- Meyer, S.M. An Empirical Investigation of the Causal Linkages in the Malcolm Baldrige National Quality Award in Health Care Pilot Criteria, 1998, The Ohio State University, Columbus, OH.
- Meyer, S.M., Collier, D.A. Contrasting the original Malcolm Baldrige National Quality Award with the new Health Care Award. *Quality Management in Health Care* 6 (3), 1998, 12-21.
- Meyer, S.M., Schweikbart, S.B. Empirical support for the Baldrige Award Framework in US hospitals 2001, *Health Care Management Review*, 2001, 15-29.
- Motwani, J., Sower, V.E., Brashier, L.W. Implementing TQM in the health care sector. *Health Care Management Review* 21 (1), 1996, 73-82.
- National Institute of Standards and Technology (NIST). Malcolm Baldrige National Quality Award 1995 Award Criteria, 1995a, Gaithersburg, MD.
- National Institute of Standards and Technology (NIST). Malcolm Baldrige National Quality Award 1995 Education Pilot Criteria, 1995b, Gaithersburg, MD.
- National Institute of Standards and Technology (NIST). Malcolm Baldrige National Quality Award 1995 Health Care Pilot Criteria, 1995c, Gaithersburg, MD.
- National Institute of Standards and Technology (NIST). Malcolm Baldrige National Quality Award 1998 Criteria for Performance Excellence, 1999, Gaithersburg, MD.

- National Institute of Standards and Technology (NIST). Malcolm Baldrige National Quality Award 2000 Health Care Criteria for Performance Excellence, 2000, Gaithersburg, MD.
- Nunnally, J.C. Psychometric Theory, 1978, McGraw-Hill, New York.
- Pannirselvam, G.P., Siferd, S.P., Ruch, W.A. Validation of the Arizona Governor's Quality Award Criteria: a test of the Baldrige Criteria. Journal of Operations Management 16 (5), 1998, 529-550.
- Patti, A., Hartman, S., and Fok, L., Investigating Organizational quality management maturity: an instrument validation study, International Journal of Quality and Reliability Management, 18 (9), 2001, 882-899.
- Samson, D., Terziovski, M. The relationship between Total Quality Management practices and operational performance. Journal of Operations Management 17 (4), 1999, 393-409.
- Schlesinger, L.A., Zornitsky, J. Job satisfaction, service capability, and customer satisfaction: an examination of linkages and management implications. Human Resource Planning 14 (2), 1991, 141-149.
- Shetty, Y. The quest for quality excellence: lessons from the Malcolm Baldrige Quality Award, SAM Advanced Management Journal, 58 (2), 1993, 34-40.
- Shortell, S.M., O'Brien, J.L., Carman, J.M., Foster, R.W., Hughes, E.F.X., Boerstler, H., O'Connor, E.J. Assessing the impact of continuous quality improvement/Total Quality Management: concept versus implementation. Health Services Research 30 (2), 1995, 377-401.
- Steiger, J.H. Structural model evaluation and modification: An internal estimation approach. Multivariate Behavioral Research 25 (2), 1990, 173-180.
- Terziovski, M., Samson, D. and Dow, D. The business value of quality management systems certifications evidence from Australia and New Zealand, Journal of Operations Management, June, 1997, 75-76.

-
- Vokurka, R. Using the Baldrige Criteria for Personal quality improvement, *Industrial Management and Data Systems*, 101 (2), 2001, 363-369.
 - Wheaton, B., Muthen, D., Alwin, D., Summers, G. Assessing reliability and stability in panel models. In: Heise, D. (Ed.), *Sociological Methodology*, 1977, Jossey-Bass, San Francisco, CA
 - Wislon, D.D. An empirical study to test the causal linkages implied in the Malcolm Baldrige National Quality Award, 1997, The Ohio State University, Columbus, HO.
 - Wislon, D.D., Collier, D.A. An empirical investigation of the Malcolm Baldrige National Quality Award Causal Model. *Decision Sciences* 31 (2), 2000, 361-390.

الملحق (أ): المتغيرات (المؤشرات) وأداة الاستبانة المستخدمة في الدراسة ودرجات التحميل لتحليل عنصر الأساس (Principal Component Loadings)

المطلوب: يرجى ذكر رأيك في مدى حدوث الفعل المتمثل في كل عبارة في مستشفاكم،
وذلك باختيار رقم بين (١) لا يحدث أبداً، و(٧) يحدث دائماً

درجة التحميل	المحور (١): القيادة المتمثلة في متخذي القرار وموظفي الرعاية الصحية
٠,٩١١	١-١ الإدارة العليا في المستشفى مهتمة بالأنشطة الخاصة بالجودة.
٠,٩٠٧	٢-١ الإدارة العليا في المستشفى تركز على أنشطة تحسين الرعاية الصحية.
٠,٨٩٣	٣-١ الإدارة العليا في المستشفى موجودة ومتاحة للمرضى عند احتياجهم لها.
٠,٧٥٤	٤-١ يتم اتخاذ القرار في شأن الخدمات التي يجب أن تُقدم للمرضى.
٠,٧٠٧	٥-١ يُعتبر مديرو الإدارات المختلفة في المستشفى مسؤولين عن قيادة إدارتهم لتحسين الجودة في إدارتهم المعنية.
المحور (٢): نظام القيادة في المستشفى	
٠,٩٣٣	١-٢ مقدرة الموظفين في المستشفى على تفهم رسالة المستشفى.
٠,٩٦٠	٢-٢ إن تركيزنا على أهمية المريض ينبع من اقتناع الإدارة في المستشفى.
٠,٩٦١	٣-٢ إننا نستخدم نتائج الأداء بشكل مرتجع وعكسي لتحسين جودة العناية الصحية.
المحور (٣): المسؤولية العامة والمواطنة في المستشفى	
٠,٧٢٧	١-٣ إننا نقوم بدمج المسؤولية العامة وجهود تحسين الأداء بشكل متكامل.
٠,٧٠٦	٢-٣ يتبع الموظفون في المستشفى إجراءات وتعليمات رسمية مبنية على الأخلاقيات المهنية.
٠,٩١١	٣-٣ نُعتبر قوادراً في تحسين خدماتنا للمجتمع بما في ذلك التعليم والتثقيف وتقديم برامج خاصة بالتوعية البيئية.
٠,٨٥٢	٤-٣ إننا مستعدون تماماً للطوارئ التي قد تقع في المجتمع.

درجة التحمل

المحور (٤): إدارة البيانات والمعلومات

- ١-٤ نظام المعلومات في المستشفى متماثل ومتناسق بشكل معياري في كل الإدارات. ٠,٨٣٠
- ٢-٤ نظام المعلومات في المستشفى يُعتبر متكاملًا في كل الإدارات. ٠,٩٠٧
- ٣-٤ نظام المعلومات في المستشفى يقدم الدعم المناسب للموظفين التنفيذيين. ٠,٩١٥
- ٤-٤ البرامج الحاسوبية والأجهزة الحاسوبية في المستشفى يمكن الاعتماد عليها. ٠,٨٧٣
- ٥-٤ يُستخدم نظام المعلومات لربط جهود الرعاية الصحية بنتائج الرعاية الصحية. ٠,٧٧٦

المحور (٥): مستويات الأداء مقارنة بأفضل الممارسات

- ١-٥ لدينا مصادر وطرق كافية لتعرف مستويات الأداء مقارنة بأفضل الممارسات. ٠,٩٠٠
- ٢-٥ نستخدم المعلومات عن أفضل الممارسات باعتبارها وسيلة لتحسين الأداء في الأماكن التي تحتاج إلى تحسين. ٠,٨٩٣
- ٣-٥ لدينا معلومات عن أفضل الممارسات في المستشفيات المنافسة للخدمات الصحية المختلفة. ٠,٧٩٨

المحور (٦): التحليل واستخدام المعلومات العامة عن المستشفيات

- ١-٦ التخطيط في المستشفى مبني على بيانات موضوعية تجمع وتحلل. ٠,٨٣٣
- ٢-٦ نستخدم بيانات موضوعية لتعرف نقاط القوة في المستشفى وخدماتنا. ٠,٨٠٧
- ٣-٦ توضح تحليل البيانات في المستشفى تحسين الوقت اللازم للعمليات المختلفة مثل مدة الإقامة في المستشفى ومدة الانتظار للخدمات الصحية المختلفة، إلخ. ٠,٨٠٠
- ٤-٦ يمكن ربط التكاليف الخاصة بعمليات التدريب بالأداء الإيجابي والمتطور (مثل جودة الرعاية الصحية، والإنتاجية، إلخ). ٠,٧٩٣
- ٥-٦ نقوم بمقارنة قياسات الأداء ومؤشرات الأداء مع تلك الخاصة بالمستشفيات المنافسة. ٠,٧٣٧
- ٦-٦ نستخدم البيانات لتعرف الاحتياجات والتوقعات المستقبلية التي تساعدنا على وضع الأولويات في كيفية الاستفادة من مواردنا. ٠,٨١٢

المحور (٧): تطوير الإستراتيجيات في المستشفى	درجة التحمل
١-٧ إستراتيجياتنا تعنى بالخطط القصيرة المدى إلى جانب الخطط الطويلة المدى. ٠,٩٣٧	
٢-٧ إستراتيجياتنا تعنى بأدائنا كمستشفى يقوم بتقديم الخدمات والرعاية الطبية وكمشروع تجاري أيضاً. ٠,٩٤٦	
٣-٧ نقوم في المستشفى بترجمة جميع إستراتيجياتنا إلى أفعال وتطبيق. ٠,٩٥٦	
٤-٧ الشراكة مع المنشآت الأخرى الطبية وغير الطبية في المجتمع تدعم خططنا الإستراتيجية في المستشفى. ٠,٩٠٨	
٥-٧ إن القرارات الإستراتيجية تقوم عن طريق مؤشرات قياس موضوعية. ٠,٩١١	
المحور (٨): تطبيق الإستراتيجيات وتنفيذها	
١-٨ تترجم الخطط الإستراتيجية إلى أهداف تفصيلية لكل وحدة وإدارة. ٠,٩١٦	
٢-٨ خططنا الإستراتيجية تعنى أيضاً بالتقليل من الهدر للموارد مثل الوقت والتقليل من النفقات في المواد وأوقات الانتظار، إلخ. ٠,٨٩٥	
٣-٨ القرارات القصيرة المدى والطويلة المدى تنسجم مع خططنا الإستراتيجية. ٠,٩٧٣	
٤-٨ إستراتيجياتنا طويلة المدى تعنى أيضاً بكيفية تطوير خدماتنا في المستقبل مقارنة مع منافسينا الرئيسيين من المستشفيات والوحدات الصحية المنافسة. ٠,٩٤٤	
المحور (٩): تخطيط الموارد البشرية في المستشفى وتقويمها	
١-٩ خططنا الخاصة بالموارد البشرية تنسجم مع إستراتيجياتنا في المستشفى. ٠,٩٢٥	
٢-٩ نقوم باستنتاج أهداف لتطوير الموارد البشرية من أهدافنا الإستراتيجية. ٠,٨٩٥	
٣-٩ تتصف العلاقة بين العمال والموظفين والإدارة بالتعاون. ٠,٨٥٠	
٤-٩ نقوم بتحفيز الموظفين والعمال عن طريق تحسين إجراءات العمل وتصميمه. ٠,٨٦٤	

درجة التحمل	المحور (١٠): نظام العمل الخاص بالموظفين والعاملين ذوي العلاقة بالرعاية الصحية
٠,٨٠٥	١-١٠ يحظى العمال والموظفون في المستشفى بالثقة ويُكلفون وظائف متعددة.
٠,٩٥٠	٢-١٠ يُعطى العمال والموظفون في المستشفى مسؤوليات اتخاذ القرار.
٠,٩٧٣	٣-١٠ نقوم بربط أنظمة الحوافز والجوائز والرواتب بأهدافنا الإستراتيجية.
٠,٩٣١	٤-١٠ نقوم بمكافأة العمال والموظفين الذين يتعلمون مهارات جديدة في عملهم.

درجة التحمل	المحور (١١): تثقيف وتدريب وتطوير الموظفين والعاملين ذوي العلاقة بالرعاية الصحية
٠,٨٦٢	١-١١ نستخدم التدريب لبناء القدرات والمهارات لموظفينا في المستشفى.
٠,٨٠٦	٢-١١ نقوم بتدريب الموظفين التقنيين على خطوط الاتصال المباشر مع المرضى والراعايا الآخرين في كيفية التعامل مع الخدمات غير المرضية.
٠,٩٥١	٣-١١ نقوم بتدريب الموظفين والعمال على مهارات حل المشكلات.
٠,٨٣٤	٤-١١ نقوم بتقويم الفوائد الناتجة من تدريب العمال والموظفين عن طريق قياسات التغير في تصرفاتهم ومهاراتهم.

درجة التحمل	المحور (١٢): مستوى الرضا الوظيفي للعمال والموظفين في المستشفى
٠,٨١٥	١-١٢ إن بيئة العمل في المستشفى تدعم وتشجع تطوير المستوى المعيشي ورضا العاملين جميعهم.
٠,٩٠٨	٢-١٢ نستخدم وسائل متعددة لقياس رضا الموظفين والعاملين.
٠,٨٩٥	٣-١٢ نعمل لتطوير المستوى الصحي للعاملين والموظفين وكذلك مستوى الأمن والسلامة في المستشفى.
٠,٨٤١	٤-١٢ يتلقى العمال والموظفون خدمات تهدف إلى تطوير قدراتهم ومستوياتهم.
٠,٨٦٢	٥-١٢ يتم تقويم مستوى تسرب العمال والموظفين في جميع الإدارات في المستشفى.

المطلوب: يرجى ذكر رأيك في مدى حدوث الفعل المتمثل في كل عبارة من العبارات التالية في الخدمات المعنية بالرعاية الصحية للمرضى وذلك باختيار الرقم المناسب بين (١) لا يحدث أبداً، و(٧) يحدث دائماً

درجة التحمل	المحور (١٣): تقويم وتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى
١-١٣	نقوم بمراجعة واختبار الخدمات الصحية الجديدة التي نريد تقديمها ٠,٨٣٩ وذلك قبل تقديمها فعلاً للمرضى.
٢-١٣	نقوم بتحليل رغبات وأولويات المرضى أولاً وذلك عند تقويم الخدمات الصحية المقدمة للمرضى أو مراجعتها. ٠,٩١٩
٣-١٣	نقوم بالأخذ في الاعتبار معايير الأداء للخدمات الصحية الجديدة أو المطورة من خلال مرحلة التقويم لها. ٠,٩٥٢
٤-١٣	تؤخذ في الاعتبار متطلبات تصميم الخدمة الصحية بواسطة جميع الإدارات والوحدات لضمان تكامل الخدمة الصحية المقدمة. ٠,٩٤٦
٥-١٣	إن عملية تصميم الخدمة الصحية تحسن وتطور بشكل مستمر. ٠,٩٦٧

المحور (١٤): طبيعة عملية تصميم وتقديم الرعاية الصحية

١-١٤	نقوم بتقويم الخدمات الصحية في ظل معايير الكفاءة (مثل معايير التكلفة والوقت). ٠,٩٠٦
٢-١٤	نقوم بتقويم الخدمات الصحية في ظل معايير الفاعلية (مثل معايير الملائمة والمخاطرة). ٠,٩٥٦
٣-١٤	نقوم بشرح الإجراءات والنتائج المتوقعة للمرضى لكي يكونوا في وضع مناسب لتوقع وتحسب النتائج. ٠,٩٢٣
٤-١٤	استخدام الملاحظات والقياسات للخدمات الصحية المقدمة للمرضى سوف يساعدنا على التعرف أفضل للوقت الذي يجب أن نتخذ فيه إجراءات تصحيحية وعلاجية للأخطاء. ٠,٩٢١

المطلوب: يرجى ذكر رأيك في مدى حدوث الفعل المتمثل في كل عبارة من العبارات التالية المعنية بالخدمات المساندة (مثل المختبرات، النظافة، السجلات، إلخ) وذلك باختيارك للرقم المناسب حيث (١) لا يحدث أبداً و(٧) يحدث دائماً.

درجة التحمل	المحور (١٥) نظم دعم ومساندة الخدمات الأخرى المتممة للخدمات الصحية
١-١٥	جميع المتطلبات واللوازم (الداخلية والخارجية) تناقش وتؤخذ في الاعتبار في مرحلة تصميم الخدمات المساندة أو خدمات الدعم. ٠,٨٢٢
٢-١٥	نقوم بقياس مستوى أداء الخدمات المساندة أو خدمات الدعم. ٠,٩٧٦

٣-١٥ نقوم بجمع المعلومات حول مدى رضا المرضى من الخدمات المساندة ٠,٨٩٧
المقدمة لهم (معلومات مرتجعة عن الخدمات المساندة).

المطلوب: يرجى تحديد مستوى حدوث هذا الفعل المتمثل في كل عبارة من العبارات الآتية في المستشفى وذلك باختيار رقم بين (١) لا يحدث أبداً و(٧) يحدث دائماً.

المحور (١٦): خدمات الرعاية الصحية في المجتمع (خدمات المجتمع)

درجة
التحمل

- ١-١٦ نقوم بمتابعة مستمرة للظواهر الصحية في المجتمع. ٠,٩١٩
- ٢-١٦ نقوم بقياس مستوى أدائنا للخدمات الصحية المجتمعية. ٠,٩٠٤
- ٣-١٦ نقدم خدمات ورعاية صحية دون مقابل مالي للذين لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج الصحي. ٠,٨٥٣

المطلوب: يرجى تحديد مدى حدوث الأفعال المتمثلة في العبارات الآتية ضمن الخدمات الإدارية (مثل المحاسبة، وإدارة ومناولة المواد، إلخ) وذلك باختيارك للرقم المناسب بين (١) لا يحدث أبداً و(٧) يحدث دائماً.

المحور (١٧): العمليات الإدارية الخاصة بالخدمات والرعاية الصحية

درجة
التحمل

- ١-١٧ نقوم بقياس مستوى أدائنا للخدمات الإدارية في المستشفى. ٠,٨٧٥
- ٢-١٧ نقوم باستخدام أساليب تحليل حديثة ومتطورة لمناقشة المشكلات الإدارية وعلاجها. ٠,٩٧٢
- ٣-١٧ نقوم بجمع المعلومات حول مستوى أداء الخدمات الإدارية المقدمة من الإدارات المختلفة في المستشفى (تغذية مرتجعة من المرضى الداخليين). ٠,٩٥٩
- ٤-١٧ نقوم بجمع المعلومات حول مستوى أداء الخدمات الإدارية المقدمة من المرضى الخارجيين (مثل المرضى والرعايا الآخرين). ٠,٩١٥

المطلوب: يرجى تحديد مدى حدوث الأفعال المتمثلة في العبارات الآتية مع المومنين (مقدمي الخدمات للمستشفى) باختيار الرقم المناسب حيث (١) لا يحدث أبداً و(٧) يحدث دائماً

المحور (١٨): إدارة وتقويم مستوى أداء المنشآت الخارجية التي تقدم خدماتها للمستشفى (المومنين)

درجة
التحمل

- ١-١٨ نقوم ببناء علاقات طويلة المدى وإستراتيجية مع المومنين. ٠,٩٩٠

٢-١٨ يُعتبر معيار الجودة هو المعيار الأهم والأساسي لاختيار المومنين. ٠,٩٩٢

٣-١٨ نشرك المومنين في تصميم الخدمات الصحية الجديدة والخدمات المطورة والمحسنة. ٠,٨٩٣

المطلوب: يرجى تحديد مركز وموقع منشأتكم مقارنة بمراكز ومواقع المنشآت الصحية المنافسة وذلك باختيارك للرقم المناسب حيث (١) نحن أردأ بدرجة كبيرة و(٧) نحن أفضل بدرجة كبيرة

درجة التحمل	المحور (١٩): النتائج الخاصة بالرعاية الصحية للمرضى
٠,٥٩٢	١-١٩ المدة التي يقيمها المريض في المستشفى.
٠,٧٢٧	٢-١٩ معدل الاستقبال المتكرر للمرضى (استقبال غير مخطط له).
٠,٨٧٩	٣-١٩ معدل الوفاة المرتبط بمرض معين.
٠,٩٧٩	٤-١٩ نتائج الاختبارات الإكلينيكية (المقاسة داخلياً).
٠,٩٣١	٥-١٩ نتائج الاختبارات الإكلينيكية (المختبرية) (المقاسة خارجياً).
٠,٩٤٦	٦-١٩ مدى المطابقة مع المعايير المتعارف عليها في الرعاية الصحية.
٠,٧٥٠	٧-١٩ المستوى الوظيفي للمرضى الذين يدخلون المستشفى.

المحور (٢٠): النتائج الخاصة بخدمات الدعم المقدمة للمرضى

٠,٩١٦	١-٢٠ مدى فاعلية خدمات الدعم المقدمة للمرضى (الملاءمة ومدى التوافر).
٠,٩١٦	٢-٢٠ مدى كفاءة خدمات الدعم المقدمة للمرضى (التكاليف، والوقت).

المحور (٢١): النتائج الخاصة بخدمات الرعاية الصحية المجتمعية

٠,٩٤٥	١-٢١ مدى المشاركة في البرامج المجتمعية المرتبطة بالرعاية الصحية.
٠,٩٤٥	٢-٢١ مدى الشراكة مع المنشآت الأخرى في المجتمع لتحسين برامج الرعاية الصحية.

المحور (٢٢): النتائج الخاصة بالعمليات الإدارية، والعمليات الأخرى والمومنين

٠,٦٧٣	١-٢٢ معدل الاستثمار في المخزون (استثمار قليل أفضل من استثمار عال).
٠,٧٠٨	٢-٢٢ معدل إنتاجية العمال والموظفين في المستشفى.

٣-٢٢	معدل الاستفادة واستخدام الأصول المتوافرة تحت تصرف المستشفى.	٠,٧٣٥
٤-٢٢	معدل تسرب العمال والموظفين (تسرب منخفض أفضل من تسرب عال).	٠,٦١٦
٥-٢٢	تكلفة العمال والموظفين (بالنسبة لكل مريض).	٠,٩١٠
٦-٢٢	التكاليف الإدارية (بالنسبة لكل مريض).	٠,٨٤٨
٧-٢٢	معدل الزيادة في مجمل التكاليف (أو التكاليف الإجمالية).	٠,٧٢٣

المحور (٢٣): النتائج الخاصة بالاعتراف من قبل الهيئات المختصة والتقويم العام

١-٢٣	النتائج الخاصة بالتقويمات والمراجعات المستمرة (الخارجية).	٠,٩٠٥
٢-٢٣	الاستمرارية في حصول الموظفين والعمال على الشهادات والتصاريح المطلوبة (إن وجدت).	٠,٩٠٥

المطلوب: يرجى تحديد مدى الاعتبار والاهتمام الذي تولونه لكل عبارة من العبارات الآتية وذلك باختيارك للرقم المناسب حيث (١) يعني لا يوجد اهتمام أبداً و (٧) يعني الاهتمام عال جداً

درجة التحمل	المحور (٢٤): درائتنا بالمرضى والسوق (البيئة) المحيطة	
١-٢٤	تعرف فئات يمكن خدمتهم في المستقبل (فئات لا تخدم حالياً).	٠,٧٣٦
٢-٢٤	استخدام وسائل متعددة لتعرف آراء المرضى وتوجهاتهم.	٠,٩٣٨
٣-٢٤	استخدام آراء المرضى (آراء مرتجعة عن الخدمات) لتخطيط الخدمات الصحية الممكن تقديمها في المستقبل.	٠,٩٧٥
٤-٢٤	إجراء مقابلات شخصية مع مرضى لا يستخدمون خدماتنا حالياً.	٠,٨٣١
٥-٢٤	الاستفادة من تطبيق الإبداعات والتطورات الحديثة (من الأدوية، والأجهزة الطبية، والعلاجات الحديثة، إلخ).	٠,٩٠٣

المحور (٢٥): إدارة العلاقة بين المنشأة والمرضى والمهتمين والرعايا الآخرين

١-٢٥	تسهيل حصول المرضى على المعلومات التي يحتاجون إليها.	٠,٨١٢
٢-٢٥	إيجاد الحلول لشكاوى المرضى في خطوة واحدة (بدلاً من تحويلها إلى شخص آخر).	٠,٨٥٦
٣-٢٥	التخلص من الأسباب التي تؤدي إلى شكاوى المرضى.	٠,٩٠٧
٤-٢٥	تنسيق الجهود مع مختلف الإدارات في شأن المعلومات المرتجعة من المرضى.	٠,٩١٤

التركيز على إرضاء المرضى والرعايا الآخرين المرتبطين بالمستشفى
Focus on Patient Satisfaction (and other Stakeholders)

المحور (٢٦): تحديد مستويات رضا المرضى والمهتمين والرعايا الآخرين

درجة
التحمل

- ١-٢٦ قياس المعلومات المرتجعة من المرضى بشكل خال من الخطأ. ٠,٩١٤
- ٢-٢٦ قياس المعلومات المرتجعة من المرضى بشكل مستمر. ٠,٩٦٧
- ٣-٢٦ القياس الدقيق لتوجهات ونوايا المرضى إذا كانوا سيذهبون إلى مستشفيات منافسة أو يرغبون في تلقي خدماتنا في المستقبل. ٠,٨١٥
- ٤-٢٦ قياس درجة رضا المرضى مع خدماتنا مقارنة بدرجة رضاهم من الخدمات الصحية نفسها المقدمة من المستشفيات المنافسة. ٠,٨٨٤

المطلوب: يرجى تحديد رأيك في مستوى أداء المستشفى بالنسبة لكل عبارة من العبارات الآتية علماً بأن (١) معناه فقير وضعيف بينما (٧) معناه ممتاز

المحور (٢٧): النتائج المباشرة لمدى رضا المرضى والرعايا الآخرين

درجة
التحمل

- ١-٢٧ المعدل العام لرضا المرضى. ٠,٨٥١
- ٢-٢٧ عدد المرضى الذين يعودون إلينا لتلقي الخدمات الصحية التي يتطلبونها (ولا يذهبون إلى المنافس). ٠,٨٦٠
- ٣-٢٧ المعدل العام لرضا الرعايا الآخرين (مثل عائلات المرضى، المجتمع بشكل عام، شركات التأمين، المنشآت التي تتحمل نفقات الرعاية الصحية). ٠,٩٧١
- ٤-٢٧ مدى ولاء الرعايا الآخرين للمستشفى. ٠,٨٣٣

المطلوب: يرجى تحديد مركز وموقع المستشفى مقارنة بمركز وموقع المنشآت المنافسة حول كل عبارة من العبارات الآتية علماً بأن (١) يعني مركزنا ضعيف جداً في حين (٧) يعني مركزنا ممتاز جداً

المحور (٢٨): مقارنة درجة رضا المرضى والرعايا الآخرين

درجة
التحمل

- ١-٢٨ المعدل العام لمستوى رضا المرضى. ٠,٨٠٥
- ٢-٢٨ عدد ومدى جدية الشكاوي المقدمة من المرضى. ٠,٨٤٩
- ٣-٢٨ المعدل العام لمستوى رضا الرعايا الآخرين. ٠,٩١٣