

أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية في
مستشفى الأمير حمزة
(دراسة حالة)

**The Impact of Applying Hospital Accreditation Standards on
Improving Healthcare Services' Level at Prince Hamzah Hospital
(Case Study)**

إعداد

أسماء إبراهيم نصار

إشراف الأستاذ الدكتور

محمد شحادة أبو يمن العمري

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة

قسم الإدارة

كلية الأعمال

جامعة عمان العربية

2013

التفويض

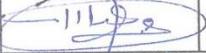
أفوض أنا الطالبة أسماء إبراهيم أحمد نصار جامعة عمان العربية بتزويد نسخ من رسالتي للمكتبات الجامعية أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص المعنيين بالأبحاث والدراسات العلمية عند طلبها.

الإسم أسماء إبراهيم أحمد نصار
التاريخ ٢٠١٣/١٠/٢٩
التوقيع

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وعنوانها " أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)". وأجيزت بتاريخ 2013/10/5.

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع	الرتبة الجامعية		الإسم الثلاثي
	أستاذ	رئيسا	الدكتور شوقي ناجي جواد
	أستاذ	عضوا ومشرفا	الدكتور محمد شحادة أبو يمن
	أستاذ مساعد	عضوا	الدكتور علي محمد عباس

الشكر والتقدير

أنتقدم بالشكر إلى جميع أعضاء لجنة المناقشة، كما وأنتقدم بالشكر إلى إدارة الجامعة وكافة أعضاء الهيئة التدريسية الذين قاموا على مساعدتي للوصول والحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة لعام ٢٠١٣.

كما أنتقدم بالشكر الخاص إلى الأستاذ الدكتور محمد شحادة أبويمين العمري على إرشاده ودعمه لي خلال هذه المسيرة..

كما أشكر والدي العزيز على كل الجهد الذي قام بتقديمه لي في رحلة الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة.

الإهداء

أهدي هذا العمل مع كامل التقدير والعرفان إلى والدي ووالدي الحبيبين أدامهم الله. وإستمرارهم بالدعم والدعاء لي. راجية من الله العلي القدير أن يحفظهما لي ولإخوتي ويمن عليهم بدوام الصحة والعافية..

كما أهدي هذا العمل إلى كل من وقف إلى جانبي في هذه المسيرة وقام على دعمي خلالها..

فهرس المحتويات

د	الشكر والتقدير	٥
هـ	الإهداء	٥
و	فهرس المحتويات	٥
ح	قائمة الجداول	٥
ك	قائمة الأشكال	٥
ل	قائمة الملاحق	٥
م	الملخص باللغة العربية	٥
س	Abstract	٥
١	الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	١
١	المقدمة :	١
٢	مشكلة الدراسة وعناصرها :	٢
٣	أهمية الدراسة :	٣
٤	فرضيات الدراسة :	٤
٦	التعريفات الإجرائية :	٦
٧	حدود الدراسة :	٧
٨	الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة	٨
٨	المقدمة :	٨
٩	تاريخ نشأت مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن	٩
١١	مفهوم الإعتماد	١١
١٢	فلسفة وعملية الإعتماد التي يتبناها المجلس	١٢
١٣	فوائد الاعتماد للمستشفيات	١٣
١٤	أهمية اعتماد المستشفيات	١٤
١٥	سياسة وطريقة عمل مجلس اعتماد المستشفيات	١٥
١٦	معايير اعتماد المجلس الخاصة بالمستشفيات	١٦

١٧	..... مفهوم معايير اعتماد المستشفيات وكيفية وضعها
٢٨	..... مفهوم الرعاية الصحية والخدمات الصحية
٢٩	..... مرتكزات الرعاية الصحية
٣٠	..... جودة الخدمة الصحية
٣٢	..... مجالات الخدمة الصحية
٣٢	..... خصائص الخدمات الصحية وأنواعها
٣٣	..... أنواع الخدمة الصحية
٣٥	..... الرعاية الصحية والمبادرات الملكية في الأردن
٤٢	..... الدراسات السابقة :
٥١	..... ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة
٥٣	..... الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات
٥٣	..... المقدمة
٥٣	..... منهجية الدراسة
٥٣	..... مجتمع الدراسة ووحدة المعاينة
٥٤	..... أداة الدراسة
٥٦	..... الأساليب الإحصائية
٥٧	..... الفصل الرابع : نتائج التحصيل الإحصائي
٥٧	..... المقدمة
٥٧	..... خصائص عينة الدراسة
٧١	..... مناقشة اختبار الفرضيات والإستنتاجات
٨٤	..... الفصل الخامس : الإستنتاجات والتوصيات
٨٤	..... نتائج الدراسة :
٨٦	..... التوصيات :
٨٨	..... قائمة المراجع
٩٣	..... قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(١-٢)	تاريخ نشأة مجلس اعتماد المستشفيات وتشكيل هيئة اعتماد وطنية	١٤
(٢-٢)	خيارات قياس الجودة	٣١
(٣-٢)	المعايير المعاد تصنيفها في كتيب دليل اعتماد المستشفيات	٣٤
(٤-٢)	حجم العمل في مستشفى الأمير حمزة لعام ٢٠١٢	60
(٥-٢)	الفرق بين الدراسات السلبية والدراسة الحالي	٧٨
(١-٣)	قيمة α لكل متغير من متغيرات الدراسة	٨٢
(٢-٣)	قيمة VIF لكل متغير من المتغيرات المستقلة للدراسة	٨٣
(١-٤)	توزيع عينة المرضى حسب النوع الاجتماعي	٨٥
(٢-٤)	توزيع عينة المرضى حسب العمر	٨٦
(٣-٤)	توزيع عينة المرضى حسب الجنسية	٨٧
(٤-٤)	توزيع عينة المرضى حسب الحالة الاجتماعية	٨٧
(٥-٤)	توزيع عينة المرضى حسب التحصيل الأكاديمي	٨٨
(٦-٤)	توزيع عينة الموظفين حسب العمر	٨٩
(٧-٤)	توزيع عينة الموظفين حسب النوع الاجتماعي	٩٠
(٨-٤)	توزيع عينة الموظفين حسب الخبرة	٩٠

٩١	توزيع عينة الموظفين حسب المؤهل العلمي	(٩-٤)
٩٢	توزيع عينة الموظفين حسب الوظيفة	(١٠-٤)
٩٣	نتائج استبانة عينة المرضى (الإستقبال والإدخال)	(١١-٤) (١)
٩٤	نتائج استبانة عينة المرضى (الخدمات المعيشية)	(١١-٤) (٢)
٩٥	نتائج استبانة المرضى (الخدمات الطبية والتمريضية)	(١١-٤) (٣)
٩٦	نتائج استبانة الموظفين (معايير حقوق المرضى)	(١٢-٤) (١)
٩٨	نتائج استبانة الموظفين (معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية)	(١٢-٤) (٢)
١٠١	نتائج استبانة الموظفين (معايير تحسين الجودة)	(١٢-٤) (٣)
١٠٣	نتائج استبانة الموظفين (معايير السلامة البيئية)	(١٢-٤) (٤)
١٠٥	نتائج اختبار الفرضية الصفرية الرئيسية الأولى	(١٣-٤)
١٠٦	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى	(١٤-٤)
١٠٧	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية	(١٥-٤)
١٠٨	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة	(١٦-٤)
١٠٩	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير العمر	(١٧-٤)
١١٠	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير النوع الإجتماعي	(١٨-٤)
١١١	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير الخبرة	(١٩-٤)

١١٢	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير المؤهل العلمي	(٢٠-٤)
١١٤	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير الوظيفة	(٢١-٤)
١١٥	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثالثة تأثير النوع الإجتماعي	(٢٢-٤)
١١٦	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير العمر	(٢٣-٤)
١١٧	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير الجنسية	(٢٤-٤)
١١٨	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير الحالة الإجتماعية	(٢٥-٤)
١١٩	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الصفرية الثانية تأثير التحصيل الأكاديمي	(٢٦-٤)

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
٨	أموذج الدراسة	(١-١)
١٦	جوانب تطبيق الإعتمادية	(١-٢)
١٨	مراحل عملية الإعتماد	(٢-٢)
٣٨	مستويات الصحة	(٣-٢)

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
.١	الكلمات والمصطلحات الجودة والاعتمادية	١٢٩
.٢	متطلبات مجموعات اعتماد المستشفيات الواردة في الدراسة	١٤٤
.٣	المعايير الجديدة في الطبعة الثالثة لكتيب معايير اعتماد المستشفيات	١٤٨
.٤	محكمي الإستبانة	١٥٠
.٥	حقائق وأرقام تطور القطاع الصحي في الأردن	١٥١
.٦	استبانة الدراسة (١) (معايير اعتماد المستشفيات)	١٥٨
.٧	استبانة الدراسة (٢) (مستوى تحسين الرعاية الصحية)	١٦٦

أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)

أسماء إبراهيم نصار

المشرف

أ.د محمد أبو يمين العمري

الملخص باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى قياس أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة، حيث قامت الباحثة باستخدام نوعين من الاستبانات، الأول وهو الخاص بالموظيفين والذي تكون من سبعين عبارة لقياس مدى تطبيق أربعة من عناصر معايير اعتماد المستشفيات والتي تمثلت بكل من معايير حقوق المرضى ومعايير الرعاية الطبية والتمريضية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى وأخيرا معايير السلامة البيئية. حيث تم توزيع ١٢٠ إستبانة تمت إستعادتها جميعا. بينما تكونت الإستبانة الثانية والتي وزعت على ١٢٠ مريضا من إحدى وعشرين عبارة هدفت إلى قياس مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والتي تركزت في كل من جوانب الإدخال والإستقبال والخدمات المعيشية وخدمات الرعاية الطبية والتمريضية. وتم استخدام مقياس ليكرت لتحليل نتائج الإستبانات، حيث رتبت الإجابات بين (١) لا أوافق بشدة و(٥) اوافق بشدة.

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS واستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل الانحدار المتعدد لقياس الفرضيات الفرعية والانحدار البسيط.

توصلت النتائج إلى إثبات وجود أثر لتطبيق معايير الاعتماد على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة، كما توصلت إلى كون معيار السلامة البيئية هو الأكثر تأثيرا على تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة عند تطبيقه.

أما توصيات الدراسة فهي بالتوجه إلى القيام بدراسات وأبحاث ذات العلاقة بمعايير اعتماد المستشفيات ومقارنتها مع مستوى خدمات تلك المستشفيات غير المطبقة للبرنامج مما يعمل على تأكيد النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية.

The Impact of Applying Hospital Accreditation Standards on Improving Healthcare level at Prince Hamzeh Hospital (Case Study)

Asma`a Ibrahim Nassar

Supervised by

Dr. Mohammad Al Omari

Abstract

The study aims to measure the service level within the health care in Prince Hamzeh Hospital, and the impact of applying hospital accreditation standards in improving health service level .

The researcher used two types of questioner; one contained seventy sentences to measure four of the basic standers and how well they were applied, which were patient right standards, medical nursing care standards, quality improvement and patients safety, and environmental safety standards. They were distributed among 120 employees, which were all retrieved later on. The second type were distributed among 120 patients contained 21 sentences to measure the level of the health services offered, which measured three types of the services; admission and reception services, activity of daily living services, and the medical nursing care services. Likert scale was applied to test the answers from 1-5; arranged as: strongly disagree (1) – strongly agree (5). Positive impact came back as a result in applying environmental safety standers more than the other studied standers to improve the health service level provided in the hospital.

Analysis of study questionnaire results improved the impact of applying hospital accreditation standards on improving the level of healthcare services as going in a positive direction.

And the importance of doing studies and researches that related to the subject to support the study results and compare it with other hospitals which do not apply the hospital accreditation program .

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

المقدمة :

يعد الأردن من الدول المتطورة على صعيد الخدمات الطبية والرعاية الصحية في المنطقة، وذلك لما شهدته في الآونة الأخيرة من تطورات تكنولوجية حديثة علمياً وأكاديمياً، و بسبب ما أحدثته العولمة من تقارب وتداخل مع التطورات التكنولوجية والعلمية فقد أصبح لا بد من التحسين أيضاً في الخدمات الصحية المقدمة، بهدف إرضاء متلقي الخدمة أولاً، وإضفاء سمعة ممتازة على صعيد المنطقة ثانياً. لذلك فقد تبنت بعض المستشفيات الخاصة والحكومية تطبيق بعض برامج الجودة التي من هدفها تحسين الخدمات الصحية المقدمة. حيث أن قطاع الرعاية الصحية في معظم الدول المتقدمة يشكل حوالي 8-10% من اقتصادياتها، مما يجعله واحداً من أكبر القطاعات فيها. وبوجه عام أكبر من التعليم والزراعة وتكنولوجيا المعلومات والسياحة وحتى الاتصالات. ويعد قطاع الرعاية الصحية مكوناً رئيسياً في الأداء الإقتصادي الشامل (أبو النجا، 2009، ص 32).

وبسبب الأهمية التي يتوجب على الدولة أن تعينها لقطاع الخدمات الصحية والأهداف الإستراتيجية الموضوعة لتقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية، اتبعت مستشفيات القطاع الحكومي نظام تطبيق برنامج اعتماد المستشفيات، وشكلت معايير اعتماد المستشفيات من خلال البحث والقراءة وكما نصت عليها "الخطوات الإرشادية للمستشفيات المشاركة للبدء في التحضير لتحقيق معايير اعتماد المستشفيات (منظمة الإنهاء الدولية. النسخة الثانية لعام 2006)، والتي جاءت لتشمل خمسة عشر معياراً رئيسياً منها أربعة ذات تقسيمات ثانوية، حيث اشتملت معايير الاعتماد على سياسات إجرائية متبعة لأداء الخدمات الصحية بكل من: حقوق المرضى وعائلاتهم والوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها، والخدمات التشخيصية ورعاية المرضى واستخدام الأدوية وخدمات الصيدلانية والسلامة البيئية والخدمات المساندة وتحسين الجودة وسلامة المرضى والسجلات الطبية وإدارة المعلومات والموارد البشرية والإدارة والقيادة والكادر الطبي والكادر التمريضي . هدف تطبيق برنامج معايير اعتماد المستشفيات إلى التأكد من اتباع معايير وسياسات متفق عليها ومعتمدة من قبل جهة محايدة وتطبيقها في المستشفيات بهدف تحسين أداء خدمات الرعاية الصحية المقدمة، ومنحها شهادة الإعتمادية كاعتراف على كونها مطبقة لمعايير تحسين الجودة،

وبالتالي يمكن لوزارة الصحة الاردنية من خلال إعتتماد تطبيق برنامج معايير اعتماد المستشفيات في مستشفياتها الحكومية أن تكون خطت خطوة جدية وكبيرة في تحقيق رؤيتها في الوصول إلى مجتمع صحي معافي ضمن نظام صحي متكامل يعمل بكفاءة وعدالة وجودة عالية، وريادية على مستوى المنطقة (وزارة الصحة).

من هنا جاءت هذه الدراسة لقياس أثر تطبيق مستشفى الامير حمزة لمعايير إعتتماد المستشفيات وتأثيرها على الأداء الفعلي على تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى .

مشكلة الدراسة وعناصرها :

من خلال إجراء الباحثة لمقابلة عدد من الكوادر العاملة في مستشفى الأمير حمزة طبية وتمريضية وعدد من الكوادر الإدارية، وسؤالهم عن ماهية معايير الإعتتماد المعروفة والمطبقة في المستشفى، تم استنتاج وجود قصور في تطبيق السياسات الموضوعية من قبل الإدارة لتبني برنامج اعتماد المستشفيات، كما تبين عدم إدراك بعض الكوادر الطبية والتمريضية لهذه السياسات وأحيانا عدم المعرفة بوجودها وخاصة فيما يتعلق بسياسات حقوق المرضى وسياسات خدمات الاستقبال والإدخال. كما تبين أيضا وجود بعض الشكاوى من متلقي الخدمة والاعتراض على الأداء بشكل عام من طريقة تقديم بعض الخدمات التي تم اعتماد سياسة موحدة لأدائها في المستشفى. لذلك فإن الغرض الأساسي من هذه الدراسة هو دراسة أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على الأداء الفعلي لخدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة.

ويمكن تحقيق هدف الدراسة من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

1. ما هو مستوى تطبيق معايير إعتماية المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة ؟
2. ما هو مستوى تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة ؟
3. هل يوجد أثر لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات من (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين مستوى خدمات الرعاية الطبية والتمريضية في مستشفى الأمير حمزة؟

٤. هل يوجد أثر لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات من (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين الخدمات المعيشية (الغسيل والطعام والمرافق الصحية) في مستشفى الأمير حمزة؟

٥. هل يوجد أثر لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات من (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الإدخال والإستقبال في مستشفى الأمير حمزة؟

٦. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية (العمر والنوع الإجتماعي والخبرة والمؤهل العلمي والوظيفة) في مستشفى الأمير حمزة؟

٧. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية (العمر والنوع الإجتماعي والجنسية والمؤهل العلمي والحالة الإجتماعية) في مستشفى الأمير حمزة؟

أهمية الدراسة :

تنبع أهمية الدراسة من كونها تركز على مدى قدرة مستشفى الأمير حمزة على تطبيق سياسات معايير اعتماد المستشفيات وأثره على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية لمتلقي الخدمة في المستشفى.

كما وتشكل أهمية هذه المعايير وتطبيقها على قدرة المستشفى النهوض بخدمات الرعاية الصحية المقدمة في جانبه النظري والعملي. أما العملي فيظهر من خلال وضع الأهداف الاستراتيجية الواضحة لتطبيق المعايير وتوضيح أهميتها في تحسين الخدمة الصحية المقدمة واستمراريتها. وبالتالي تمكين إدارة المستشفى من الوصول إلى الهدف الأسمى وراء كل ذلك، ألا وهو الحفاظ على صحة متلقي الخدمة بأعلى درجة ممكنة من خلال جودة تطبيق معايير الاعتماد. والنظري ويتمثل بتطوير قدرة المستشفى على تمثيل هذه المعايير من خلال سياسات معتمدة ومكتوبة في كتيبات المستشفى الإرشادية لتطبيق المعايير وتعريف الكادر العامل في المستشفى بها.

فرضيات الدراسة :

من خلال الحديث عن مشكلة الدراسة واهميتها وتحديد التساؤلات التي من خلالها سوف يتم تحقيق الغرض من الدراسة، يمكن تلخيص فرضيات الدراسة كالآتي:

الفرضية الرئيسة الأولى:

H_{01} لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة.

والتي تفرعت منها الفرضيات التالية:

الفرضية الفرعية الأولى:

H_{01-1} لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين مستوى خدمات الرعاية الطبية والتمريضية في مستشفى الأمير حمزة.

الفرضية الفرعية الثانية:

H_{01-2} لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين مستوى الخدمات المعيشية في مستشفى الأمير حمزة.

الفرضية الفرعية الثالثة:

H_{01-3} لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين مستوى خدمات الادخال والاستقبال في مستشفى الأمير حمزة.

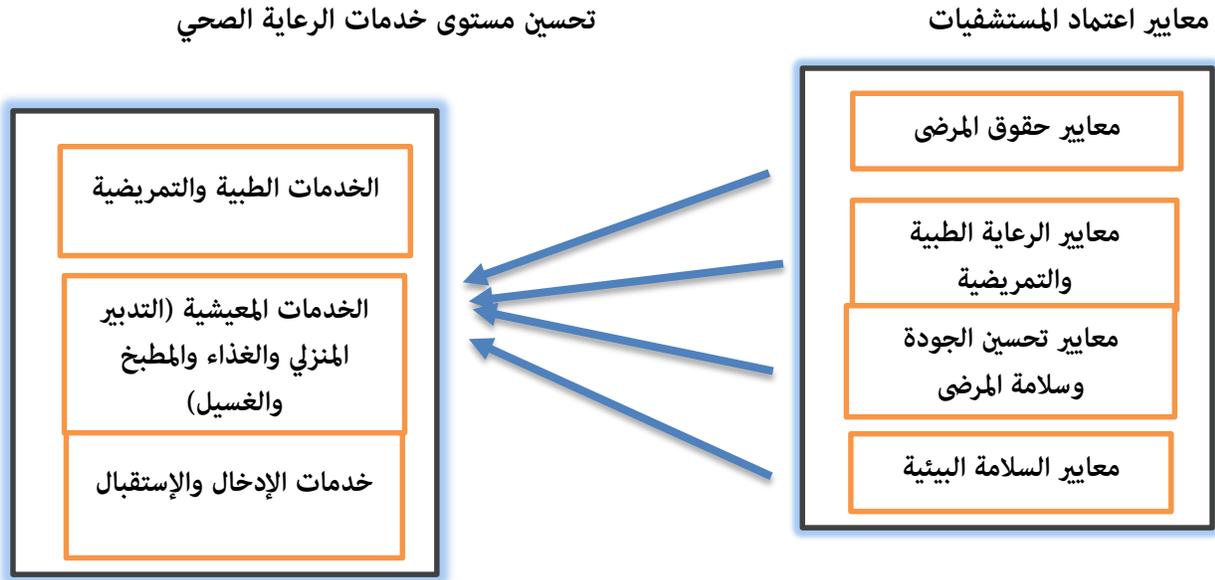
الفرضية الرئيسة الثانية:

H_{02} لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية (العمر والنوع الإجتماعي والخبرة والمؤهل العلمي والوظيفة).

الفرضية الرئيسة الثالثة:

H_{03} لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية للمرضى (العمر والنوع الإجتماعي والحالة الإجتماعية والمؤهل العلمي والجنسية).

أهمودج الدراسة



الشكل رقم (١)

التعريفات الإجرائية :

الجودة: هي التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة وتكلفة مقبولة من المجتمع، بحيث تؤدي إلى التحسين المستمر لمخرجات الرعاية الصحية وتطابقها مع توقعات متلقي الرعاية الصحية والتي تم قياسها من خلال عبارات الإستبانة الخاصة بمعايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية من عبارة رقم ٤٠-١٩.

الإعتماد: هي عملية تقييم مؤسسات الرعاية الصحية تقوم بها هيئة محايدة ومستقلة، والإقرار فيما إذا كانت تفي بالمعايير التي وضعت ونشرت للمحافظة على جودة وسلامة الرعاية الصحية واستمرار تحسينها. وسيتم قياسها من خلال الدراسة الحالية.

الخدمات المساندة: هي تلك الإحتياجات الأولية والاساسية التي يحتاجها متلقي الرعاية الصحية ليستكمل تلقيه لباقي الرعاية الصحية المقدمة. ومن خدمات نظافة وغسيل وتحضير الوجبات الغذائية. والتي تم قياسها في الدراسة من خلال عبارات استبانة المرضى والتي احتوت العبارات من رقم ١- ٢١.

السلامة البيئية: وتعني ان يقوم الكادر العامل بتقديم الرعاية الصحية لمتلقيها، وأن يتلقاها المريض ضمن بيئة آمنة لاتهدد حياة كل منهما الآخر. من حيث إصابات العمل بما يخص الكادر الصحي أو متلقي الخدمة كالإصابة بعدوى ما جراء سوء تطبيق سياسات السلامة العامة أو إهمالها. وقياسها خلال عبارات إستبانة الموظفين من رقم ٥٦-٧٠.

تحسين جودة الرعاية: وهي عملية إستمرار متابعة التطورات والتطبيقات لبرامج كل من الجودة والإعتمادية، وتعديل السياسات والقوانين، بهدف الوصول إلى درجة عالية من الخدمة الصحية والإهتمام المقدم للمرضى في المستشفى. وتم قياسها خلال عبارات استبانة الموظفين من عبارة رقم ٤١-٥٥.

الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua) هي منظمة دولية تعتمد معايير الرعاية الصحية ودورات المقيمين التدريبية وهيئات الاعتماد.

حدود الدراسة :

تنحصر حدود الدراسة في أربعة حدود رئيسية:

١. الحدود الزمانية: انحصرت مدة إجراء الدراسة في الفترة الزمنية خلال العام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٢.
٢. الحدود المكانية: والتي اقتصر على حالة مستشفى الأمير حمزة الواقع في عمان .
٣. الحدود البشرية: تم توزيع استبانة الدراسة على الكادر العامل الإداري والطبي والتمريضي في مستشفى الأمير حمزة، والمرضى المراجعين والمعالجين في المستشفى نفسه.
٤. الحدود العلمية: انحصرت الدراسة في قياس " أثر تطبيق معايير الاعتمادية للمستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الامير حمزة".

الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة

المقدمة :

لما كانت الرعاية الصحية من الخدمات الأولية المهمة والحيوية في حياتنا أصبح لابد من تحسينها جودتها واستمراريتها، لذلك تعددت المؤسسات الصحية المتنافسة في هذا الجانب، وتعددت أيضا المؤسسات الخارجية المحايدة والتي تهدف إلى تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة ووضع المعايير والأبعاد التي تعنى بتحسين الرعاية الصحية المقدمة للمريض وبالتالي زيادة التنافسية لمستوى الرعاية الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية. ويقوم على إنشاء هذه المؤسسات وإدارتها أشخاص ذوي خبرة في مجال الرعاية الصحية ممن لهم علاقة مباشرة في التعرف إلى نقاط الضعف الموجودة في هذا المجال وبالتالي القدرة على تحديد أبعاد الجودة ووضع المعايير الأساسية التي من شأنها تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة وبالتالي الاتفاق عليها وتثبيتها والعمل على تطبيقها من قبل المؤسسات الصحية.

ومن إحدى هذه المؤسسات التي تهدف إلى مثل هذا التحسين (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية)، والذي يهتم بشكل خاص بعملية إنشاء معايير صحية ثابتة نسبيا قابلة للتغير اعتمادا على حاجات متلقي الرعاية الصحية ومتطلباته المستمرة بهدف التحسين المستمر لجودة خدمة الرعاية الصحية المقدمة، وتشجيع أكبر عدد ممكن من مؤسسات الرعاية الصحية على اعتماد هذه المعايير وتطبيقها وبالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة ومستواها، مما يؤدي إلى إرضاء جمهورهم من متلقي الرعاية الصحية.

قام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بإصدار ثلاثة طبقات لمعايير الاعتماد، وتم إنشاء كل منها بناء على التغيرات والتطورات والمتطلبات الحاصلة في صعيد هذا المجال من قبل نخبة من الأطباء والممرضين الأكفاء وذوي الخبرة في هذا المجال والذين أيضا يشكلون أعضاء في هذه المؤسسة، مراعيين تحسين الجودة وأولية الرعاية الصحية المقدمة.

تمتاز معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بأنها شاملة تغطي كافة الجوانب المتعلقة برعاية المريض وخدمة العميل، بالإضافة إلى الأنظمة المؤسسية التي تدعم تقديم خدمات الرعاية الصحية.

وتقيم مؤسسات الرعاية الصحية من قبل أشخاص مهنيين يتمتعون بالكفاءة والخبرة ومتمرسين في مجال الرعاية الصحية. والذين تم تمكينهم من خلال إعطائهم دورات تدريبية ومراقبة رسمية لفترة زمنية محددة تبلغ عامين (hcac.com)

أما فيما يتعلق بمنح اعتماد المجلس للاعتماد، فيتم منحها لمدة عامين للمؤسسات التي أثبتت تحقيقها الكامل لمتطلبات معايير المجلس المعتمدة عالمياً، حيث أن الاعتماد بشكل مجازي يعني الاعتراف بأية مؤسسة أو برنامج للرعاية الصحية يكون قد استوفى العدد المحدد من معايير الجودة والسلامة في خدماته، ويمكن الاعتراف به لاستيفائه المعايير.

ومن خلال هذا الباب في الدراسة الحالية سوف يتم الإطلاع على الجانب النظري لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية والتعرف على تاريخ النشأة للمجلس وطبيعة معايير الاعتماد وكيفية وضعها وتحديثها وتقييمها. كما وسوف يتم إلقاء الضوء على جانب المتغيرات والفروقات بين كل من الطبعة الثانية والطبعة الثالثة من معايير الإعتماد التي تم صياغتها من قبل المجلس.

تاريخ نشأت مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن

بدأت المناقشات الرسمية الخاصة باعتماد المستشفيات في الاردن في بدايات عام ٢٠٠٣ من خلال عدة اجتماعات عقدها فريق عمل مكون من خمسة أطراف ذات علاقة. وقد أثمرت هذه المناقشات إلى جانب تعاون وزارة الصحة والوكالة الأمريكية للإمهاء الدولي في وقت لاحق عن تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في كانون الأول من عام ٢٠٠٧. حيث جاء تأسيس المجلس ليكون بمثابة نموذج ناجح للتعاون ما بين قطاعات الرعاية الصحية.

ويظهر الجدول (٢-١) في الصفحة رقم ١٤ تاريخ تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية والإطار الزمني المرتبط بكل حدث:

جدول رقم (٢-١) تاريخ نشأت مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن

العام	الحدث الذي تم فيه
بدايات عام ٢٠٠٣	بدء المناقشات الرسمية المتعلقة بمعايير اعتماد المستشفيات وتشكيل هيئة اعتماد وطنية.
عام ٢٠٠٤	توفير الدعم من قبل مشروع الشراكة (PHRplus) المدعوم من الوكالة الأمريكية للإمهاء الدولي في وزارة الصحة لإنشاء مشروع اعتماد المستشفيات في الأردن.
أواخر ٢٠٠٤	عقد ورشة عمل حول الاعتماد الوطني بحضور ١٥٠ جهة معنية.
عام ٢٠٠٥	اختيار أربع وعشرين مستشفى للمشاركة في برنامج اعتماد تجريبي وذلك بالتزامن مع تطوير معايير اعتماد المستشفيات.
عام ٢٠٠٦	الإعتماد الرسمي لمعايير اعتماد المستشفيات في الأردن من قبل معالي وزير الصحة المهندس سعيد دروزة، والبدء بعملية تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية من خلال مرحلة المراجعة والتدقيق في القوانين الداخلية للمجلس.
أوائل عام ٢٠٠٧	الوكالة الأمريكية للإمهاء الدولي تمنح شركة البحوث الجامعية (University ResearchCo.URC) عقدا لمواصلة العمل في مشروع JHAP في مجال الرعاية الصحية.
أواخر عام ٢٠٠٧	تسجيل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية رسميا في وزارة التجارة والصناعة كشركة مساهمة خاصة غير ربحية. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية يحصل على اعتماد الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua) لمعايير اعتماد المستشفيات.

مفهوم الإعتقاد

يعرف الاعتماد على أنه عبارة عن عملية تقييم لمؤسسات الرعاية الصحية من قبل منظمة غير حكومية ومستقلة، وذلك من أجل تحديد ما إذا كانت تلك المؤسسة الصحية مستوفية مجموعة من المعايير المصممة لتحسين جودة الرعاية الصحية. ويتعين على مؤسسات الرعاية الصحية عند تطبيق معايير الإعتقاد الإشراف والتوجيه ومراقبة بنية ونتائج العمل ومؤشرات القياس والتقييم وتحسين جودة الرعاية الصحية. يحرص مجلس اعتماد المؤسسات الصحية على تطبيق عملية منح الاعتماد ضمن إطار منظم يهدف إلى تقييم الأداء وتشجيع التحسين المستمر للجودة.

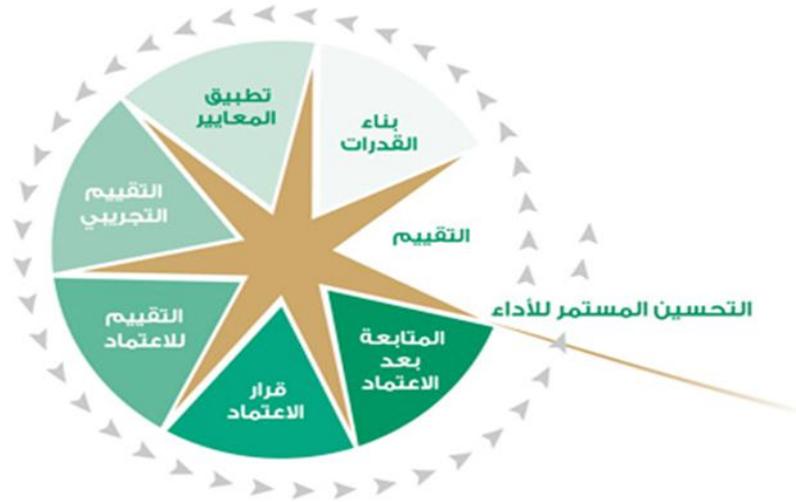
ويوضح الشكل رقم (١-٢) الجوانب الرئيسية الواجب مراعاتها عند تبني منهج شامل التزاماً بأن محور الاهتمام أن يكون "المريض".



الشكل رقم (١-٢) الجوانب المرعاة عند تطبيق الإعتقاد

فلسفة وعملية الإعتماء التي يتبناها المجلس

ينظر مجلس اعتمءا المؤسسات الصحية إلى عملية الإعتماء على انها حافز دائم للتحسين المستمر، حيث يترتب على كافة المؤسسات الصحية ومقدمي خدمات الرعاية أن تبادر وتأخذ على عاتقها مسؤولية التطوير والتحسين الذاتي، وبهذا تسير عملية الاعتمءا بعدة مراحل، بدءاً بمراحل التقييم الذاتي واكتشاف المواطن التي تحتاج إلى التحسين والتطوير ومن ثم المراقبة، وتشكل هذه المراحل أهم أدوار نموذج الاعتمءا. أما فيما يتعلق بمجلس الاعتمءا فهو يقوم على متابعة عملية الاعتمءا عن كثب وهو حاضر في جميع مراحلها، إذ يزود مؤسسات الرعاية الصحية ومقدمي الخدمات بالأدوات والمهارات التي تحتاجها ليقودوا مؤسساتهم نحو التحسين المستمر للجودة. تبلغ مدة اعتمءا المجلس لمؤسسات الرعاية الصحية التي تستوفي معايير المجلس عامين كما تم الذكر سابقاً، حيث يمنح مجلس اعتمءا المؤسسات الصحية الإعتماء بناء على الامتثال لمعايير اعتمءا المستشفيات وهي عملية متكاملة وشاملة تشمل التقييم نسبة إلى معايير اعتمءا المستشفيات الخاصة بالمجلس والتي تمت الموافقة عليها واعتمءاها من قبل الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua). ويشتمل البرنامج على إطار عمل محدد لتحسين الجودة بشكل دائم. ويوضح الشكل رقم (٢-٢) المراحل التي تتم فيها عملية الإعتماء.



الشكل رقم (٢-٢) مراحل عملية الإعتماء

من الخطط المستقبلية لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية انه يعتزم توسيع نطاق برنامج الاعتماد، وذلك من خلال تطوير مجموعات جديدة من المعايير خاصة بمراكز الرعاية الصحية الأولية والمختبرات الطبية وخدمات النقل الطبي (الإسعاف) والعيادات الخاصة وبرامج التخصص والبرامج الخاصة بأمراض معينة. وسيتم تقديم هذه المعايير في مرحلة لاحقة للجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية لأغراض اعتمادها.

فوائد الاعتماد للمستشفيات

يعمل مجلس اعتماد المستشفيات على منح التوصيات اللازمة لمؤسسات الرعاية الصحية كما يقوم على توفير الأدوات اللازمة لتحسين الجودة. تقود هذه التوصيات إلى إحداث تغيرات حقيقية في نظام الرعاية الصحية من شأنها التأثير إيجابيا على مقدمي خدمات الرعاية الصحية والمرضى وأسرههم. وبهدف العمل على التقليل من المخاطر التي يتعرض لها المريض بشكل فعال، لابد أن تعمل مؤسسات الرعاية الصحية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية على تحديد هذه المخاطر والحيلولة دون وقوعها، كما ويتعين عليهم أيضا تبني منهج التعلم المستمر الذي يساعد على تحسين قدراتهم في تحقيق سلامة المرضى . من هنا تأتي فوائد ومزايا اعتماد المستشفيات في المنطقة من قبل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (كما ظهرت في الموقع الإلكتروني لمؤسسة اعتماد المؤسسات الصحية [:www.hcac.jo](http://www.hcac.jo))

✓ وجود مجموعة من معايير المستشفيات المعتمدة من قبل الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua).

✓ توفير آلية مشتركة لتقييم جودة الرعاية الصحية وسلامة خدماتها بالاعتماد على إجماع عام.

✓ تأمين الإستجابة السريعة من قبل جهات داعمة تتواجد بشكل دائم في المنطقة.

✓ تفهم أوسع للقضايا المحلية والإقليمية المتعلقة بقطاع الرعاية الصحية واكتساب خبرة عملية.

✓ توفر الدعم الفني والإصدارات والمراسلات للمجموعات المستهدفة، وذلك باللغتين العربية والإنجليزية.

✓ توفير مقيمين معتمدين في الأردن.

أهمية اعتماد المستشفيات

يعد الاعتماد عملية تهدف إلى تحسين جودة وكفاءة وفعالية مؤسسات الرعاية الصحية بما في ذلك هيكلتها وعملياتها ونتائجها، كما ذكر سابقا.

فيما يلي الأهمية التي غالبا ما يتم تحقيقها من خلال الاعتماد:

- ✓ تعزيز سلامة وأمن المرضى من خلال إدارة المخاطر بما فيها المخاطر الطبية المتعلقة بسلامة المرضى والحد منها بشكل فعال.
- ✓ ضمان الإلتزام بمستوى عالٍ من الجودة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.
- ✓ الحث على تحسين الجودة بشكل مستمر والإرتقاء دوما بالمعايير المتعلقة بتحسين الجودة.
- ✓ تعزيز فهم المؤسسات للطبيعة المتصلة للرعاية الصحية، وذلك من خلال التركيز على تحسين أداء ونتائج الرعاية الصحية.
- ✓ الإرتقاء بالسمعة الطيبة والمكانة المرموقة لدى مستخدمي الرعاية الصحية وزيادة مستوى التوعية والفهم فيما بينهم لكل ما يتعلق بجودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى رفع مستوى المنافسة بين مؤسسات الرعاية الصحية.
- ✓ بناء القدرات وتعزيز مهارات التعلم.
- ✓ توفير إطار عمل ملائم من شأنه المساعدة في تطوير وتنفيذ أنظمة وعمليات مصممة خصيصا لتحسين الفعالية التشغيلية وزيادة النتائج الصحية الإيجابية.

المهمة والرؤيا والقيم

مهمة مجلس الإعتماد

وتمثل في السعي وراء التواصل إلى تحسين نوعية وسلامة مرافق وخدمات وبرامج الرعاية الصحية من خلال تطوير معايير مقبولة عالميا، وبناء قدرات الأفراد ومنح الاعتماد لمراكزهم ومستشفياتهم.

رؤية مجلس الاعتماد

أن تكون الخدمات والبرامج وشهادات الاعتماد التي يقدمها مجالس الاعتماد للمؤسسات الصحية الاختيار الأول لمرافق ومؤسسات الرعاية الصحية في الأردن والمنطقة.

قيم مجلس الاعتماد

يحرص مجلس اعتماد المؤسسات الصحية على التزامه بالقيم التالية عند اتخاذ القرارات المتعلقة بجودة المؤسسات الصحية وخدمات الرعاية الصحية وسلامتها (www.hcac.jo)

✓ التطوير المستمر.

✓ التركيز على العملاء.

✓ التعلم.

✓ الشفافية.

✓ الشراكة والتعاون.

✓ عدم التحيز.

سياسة وطريقة عمل مجلس اعتماد المستشفيات

تم تسجيل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية رسمياً في وزارة الصناعة والتجارة في شهر كانون الأول من عام ٢٠٠٧، ويخضع المجلس لإشراف ومراقبة إدارة تتألف من ١٣ عضواً ممثلاً من داخل الأردن. حيث يكرس مجلس الإدارة جهوده وقدراته لرفع مستوى جودة خدمات الرعاية والسلامة الصحية، فهو يتولى مسؤولية كل مما يلي (أيضاً كما تم ذكره في الموقع الإلكتروني لمؤسسة الاعتماد www.hcac.jo):

✚ الإشراف على أعمال مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.

✚ صياغة ومراجعة المعايير الخاصة بمنح الاعتمادية وشهادات الإعراف.

✚ اتخاذ قرارات منح الاعتماد بناء على توصيات مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.

التوصية بصياغة كافة التشريعات المتعلقة بالرعاية الصحية والتي تؤثر على معايير الرعاية الصحية.

تعزيز ثقافة التحسين المستمر لمستوى الجودة والسلامة المتوفر في كافة مؤسسات الرعاية الصحية وبرامجها.

مجال عمل المجلس

يعنى مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بتطوير إجراءات ومقاييس وبرامج لتحسين جودة وأداء مؤسسات الرعاية الصحية، وحرصا منه على توفير المساعدة والدعم لمختلف مؤسسات الرعاية الصحية لكي تتمكن من تحقيق معايير الجودة والمحافظة عليها، يقوم مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بمساعدة مؤسسات الرعاية الصحية لتقييم أدائها ومقارنته بالمعايير المعتمدة، ومن ثم مراقبة التطورات بالإستعانة بمهارات تحسين الجودة.

يعمل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في المجالات والنشاطات التالية:

وضع معايير الرعاية الصحية الوطنية وتحديثها ومراجعتها وتصنيفها وتوزيعها على مؤسسات وبرامج الرعاية الصحية مع مراعاة متطلبات الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISOua).

مساعدة المؤسسات ومقدمي الرعاية الصحية على فهم وإدراك ماهية معايير الرعاية الصحية.

منح المقيمين شهادات معتمدة تؤهلهم لتقييم مؤسسات وبرامج الرعاية الصحية استنادا إلى المعايير، والتوصية بمنح الإعتدال أو عدم منحه لهذه المؤسسات.

معايير اعتماد المجلس الخاصة بالمستشفيات

اعتمدت وزارة الصحة النسخة الأولى من معايير اعتماد المستشفيات الخاصة بالمجلس في شهر أيلول ٢٠٠٧، وحصلت على اعتماد الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISOua) في شهر كانون الأول من العام نفسه. وما أن انتهى المجلس من إعداد النسخة الثانية من معايير اعتماد المستشفيات حتى تم عرضها على مجلس الإدارة، واعتمدت فعليا في شهر تشرين الثاني من عام ٢٠٠٨.

عكف المجلس على تقسيم معايير الاعتماد للمستشفيات إلى ١٥ مجموعة تتمحور جميعها حول المريض وسلامته وتغطي كافة مجالات عمل المستشفيات، وذلك كما يلي:

١. حقوق المرضى وعائلاتهم.
 ٢. الوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها.
 ٣. الخدمات التشخيصية.
 ٤. الرعاية الصحية.
 ٥. استخدام الأدوية وخدمات الصيدلية.
 ٦. مكافحة ومنع العدوى.
 ٧. السلامة البيئية.
 ٨. الخدمات المساندة.
 ٩. تحسين الجودة وسلامة المرضى.
 ١٠. السجلات الطبية.
 ١١. إدارة المعلومات.
 ١٢. إدارة الموارد البشرية.
 ١٣. التعليم والتدريب.
 ١٤. الإدارة والقيادة.
 ١٥. الكادر الطبي وخدمات التمريض.
- بينما تقلصت هذه المعايير في الطبعة الثالثة للمجلس إلى أربعة عشرة معياراً مع بعض الإختلافات الداخلية في جزء من المعايير والتي سوف يتم ذكرها لاحقاً من خلال جداول توضح هذه الإختلافات في هذه الدراسة.

مفهوم معايير اعتماد المستشفيات وكيفية وضعها

في الطبعة الثالثة من معايير اعتماد المستشفيات الصادرة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية عرفت المعايير على أنها "المستويات الأمثل للأداء". حيث تبدأ عملية وضع المعايير بمجموعات من الخبراء المحليين الذين يشكلون مجموعات عمل لتحديد محاور المعايير وصياغتها وتصنيفها.

وما إن ينتهي فريق العمل من وضع المسودة الأولى من المعايير، ترسل إلى خبراء خارجيين إقليميين ودوليين للمراجعة النهائية لها. أما خبراء هذه وتحديد مدى صحتها وقبولها دوليا. من بعدها تقدم المسودة النهائية إلى لجنة مراجعة المعايير المنبثقة عن مجلس إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بعد مراجعتها وإبداء الملاحظات بشأنها، حيث يقوم بالتنسيق إلى مجلس الإدارة لإقرارها. بعد أن يقر مجلس الإدارة للمعايير يقوم بتحديد موعد تاريخ التنفيذ، ثم تترجم المعايير للغة العربية وتنشر. وانطلاقا من التزام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بالجودة، تقدم المعايير إلى الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية للحصول على الإعتماد الدولي.

يتم تصنيف المعايير حسب ثلاثة مجموعات استنادا " إلى الأهمية والأولوية، كالتالي:

■ المعايير الأساسية

ويبلغ عددها ٥٧ معيارا" وهي عبارة عن المعايير التي تتناول القوانين والأنظمة، وقد يؤدي عدم استيفائها إلى وفاة المريض أو الزائر أو العامل أو إلحاق ضرر جسيم بهم.

■ المعايير الجوهرية

يبلغ عددها ٢٥٦ معيارا" وتتألف من المعايير التي تتناول النظم والعمليات والسياسات والإجراءات المهمة لرعاية المرضى. ويجب أن لا يشكل الإمتثال بشكل جزئي بهذه المعايير تهديدا" بإلحاق الأذى بالمرضى أو الزائرين أو العاملين أو وفاتهم.

■ المعايير المتقدمة

وتشكل عدد ٣٣ معيارا" وتعرف على انها المعايير المهمة التي يصعب تطبيقها بسبب القيود التي تفرضها الموارد أو الوقت، أو الحاجة لتغيير الثقافة.

خطوات عملية الحصول على الاعتماد

إن الطريق للحصول على الاعتماد مليئة بالصعاب وكثيرا ما تتطلب تغيير الممارسات المعتادة والسلوك الفردي. فهي تتطلب من المستشفى وجميع العاملين فيه تقييم أدائهم الحالي بدقة وتحديد الممارسات التي يجب تغييرها أو العمليات التي يجب إيجادها .

وقد يكون التغيير الذي يصعب تقبله أكثر من غيره هو الحاجة إلى التخطيط والتوثيق، فإن العديد من معايير المستشفيات تتطلب التوثيق. كالسياسات والإجراءات والإرشادات السريرية والخطط والبرامج ومحاضر اللجان المكتوبة. ولابد من أن يفهم قادة المستشفى قيمة التخطيط والتوثيق وينقلوها إلى الآخرين. فلا بد من التخطيط لتوقع حاجات المريض وتوفير الموارد اللازمة لتلبيتها. كما أن التوثيق يدعم استمرارية العمليات من خلال استمرارية الرعاية. وتعزز السياسات والإجراءات الموضوعية استناداً إلى الأدلة الحالية توحيد الممارسات الإدارية والسريرية، ونتيجة لذلك تصبح العمليات والأداء عمليات منتظمة وتتسم بالكفاءة والفعالية. فهذه الوثائق توجه الممارسات وتسهل تعريف الموظفين الجدد بأدوارهم ومسؤولياتهم.

أما بالنسبة لعملية الحصول على الاعتماد فيمكن تقسيمه إلى سلسلة من الخطوات التالية:

- ١- تبني القادة مفهوم الاعتماد وقيمة وجودة معايير يقاس بها أداء المستشفى.
- ٢- يقوم القادة بتوضيح مفهوم الاعتماد وقيمة السعي للحصول عليه إلى جميع العاملين في المستشفى.
- ٣- أن المفهوم الأساسي للاعتماد هو تحسين الجودة، ولهذا فإن المستشفى يضع تعريفه للجودة ويوضحه للجميع.
- ٤- يقوم المستشفى على تشكيل لجنة لتحسين الجودة والتي تبدأ في تدوين محاضرها التي تبين الأعمال التي أنجزت والنجاحات التي تم تحقيقها في مجال تحسين الجودة بما في ذلك استيفاء معايير الاعتماد.
- ٥- يقوم المستشفى بتثقيف العاملين فيه حول معايير الاعتماد الفردية.
- ٦- يجري المستشفى تقييماً ذاتياً لوضعه الراهن من حيث الامتثال بمعايير الالتزام.
- ٧- بالنسبة لجميع المعايير التي لم تستوف بشكل كامل، فإن المستشفى يضع خطة عمل تحدد ما يلي:
 - ✓ النتائج التي تؤيد الإنتاج القائل بعدم استيفاء المعيار.
 - ✓ الإجراءات الموصى باتخاذها لاستيفاء المعيار بشكل كامل.
 - ✓ المسمى الوظيفي للمسؤول الرئيسي عن ضمان اتخاذ الإجراء وفعاليتها.
 - ✓ التاريخ المقدر لإتمام الإجراء.
- ٩- يوصى بإجراء تقييم خارجي محايد لإثبات صحة نتائج التقييم الذاتي وخطة العمل.
- ١٠- يوصى بإجراء تقييم تجريبي خارجي (وليس تقييماً ذاتياً) واحد أو أكثر.

أهمية التقييم التجريبي للإعتماد

عندما يشعر فريق إدارة المستشفى أن المستشفى جاهز للإعتماد، فإنهم يقررون إجراء تقييم تجريبي قبل طلب التقييم الفعلي لغايات الإعتماد، ويتم إجراء التقييم التجريبي كالتقييم الحقيقي إلا ان النتائج لا ترسل إلى مجلس إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية ولا يصدر قرار بالإعتماد. وقد يقرر المستشفى إجراء تقييم تجريبي لمعرفة ما إذا كانت هناك معايير قد يعتمدها فريق التقييم غير مستوفاة، ولا بد للمستشفى أن يعرف على وجه التحديد أنه جاهز تماما وقادر على استيفاء جميع المعايير الأساسية، إذ لا يمكن اعتماد المستشفى إذا بقي معيار واحد منها لم يتم استيفاؤه كما يمثل التقييم التجريبي "تمرينا" يتيح لإدارة المستشفى والعاملين فيه فرصة التعرف على شكل تقييم الاعتماد الحقيقي دون العواقب المترتبة على نتائجه السلبية.

المدة الزمنية للإعتماد

يتم منح الإعتماد لمدة سنتين، ويمنح مجلس إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية للإعتماد للمستشفى الذي تم تقييمه وتبين أنه قد استوفى كافة المعايير الأساسية ونسبة مئوية محددة من المعايير الجوهرية والمتقدمة، ويتلقى المستشفى شهادة وكتابا يبين تاريخ منح الإعتماد والسياسات المتعلقة باستخدام الشهادة. ويطلب من المستشفى الممنوح درجة الإعتماد ان يجري تقييما ذاتيا لجميع المعايير وتقديمه إلى إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بعد سنة من تاريخ الإعتماد الفعلية، وتقوم دائرة تقييم وتطوير المعايير بمراجعة التقييم الذاتي لتحديد ما إذا كانت هنالك حاجة لزيارة المستشفى للتحقق من البيانات.

لغة الجودة والإعتماد

يحدد الملحق رقم (١) الكلمات والمصطلحات التي يجب على إدارة المستشفى والعاملين فيه معرفتها عند الإستعداد لاستيفاء المعايير. والذي تم الحصول عليه من دليل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية

قياس الجودة

يعد قياس جودة الرعاية والخدمات أمرا محوريا لجهود تحسين الجودة كونه الهدف الأساسي من تطبيق معايير اعتماد المنشآت منذ البداية، ولا بد قبل البدء بجمع البيانات من النظر في العملية بارسرها .

ولعل من أول الإعتبارات هو "ما الموضوع الذي اخترت مراقبته؟ وما مبعث أهميته؟ وهل هو ذو حجم كبير أو ذو خطورة عالية أو عرضة للمشكلات أو ربما عملية جديدة؟" أن قياس الجودة يستهلك الوقت والمصادر وهناك جوانب محتملة كثيرة يجب مراقبتها في نظام المستشفى. ومن هنا لابد أن تحدد الفرق أولويتها.

وعند اختيار الموضوع، يأتي السؤال التالي: "ما الذي سيتم قياسه بالضبط؟" فلا بد من وضع مؤشر. فهو أداة القياس التي تبين للفريق ما إذا كان الموضوع المعني يحقق الهدف المتوقع. وعلى سبيل المثال، فالمؤشر على إصابة مريض بالحمى هو درجة حرارته. وتستند المؤشرات إلى البعد المعني من الجودة (كالكفاية الفنية والسلامة والكفاءة والفعالية)، ويتكون النظام الذي يريد الفريق ان يراقبه (المدخلات أو العمليات أو النتائج).

جدول رقم (٢-٢): الخيارات عند قياس الجودة

المعيار	الخيارات
بعد الجودة	الكفاية الفنية، الاداء الفني، الأمان، الفعالية. الكفاءة، إمكانية الوصول، العلاقات مع الآخرين. استمرارية الرعاية
وضع المؤشرات	المدخلات (المعدات واللوازم والموظفون) العمليات (الرعاية والعلاج والفحوصات) النتائج (الوفيات والحوادث والحد منها)
طريقة جمع البيانات	الملاحظة. مراجعة السجلات الطبية، الدراسات التقييمية، المقابلات، مجموعات التركيز، التقييمات الذاتية/ تقييمات النظراء.
حجم العينة	تحديد حجم عينة معقول يوفر ما يكفي من البيانات لاتخاذ القرارات.
من يجمع البيانات	طرف من خارج نظام الرعاية (مشرف إقليمي. مستشار) طرف من الداخل (مشرف، موظفون، أخصائي مراقبة عدوى)
من سيقوم بتجميع (ترجمة) البيانات	عضو في الفريق، أخصائي تقنية معلومات.
من سيحلل البيانات	يجري التحليل الموظفون المشاركون في العملية التي تخضع للدراسة.
من يحتاج إلى المعلومات، ومتى وكم مرة؟	يجب ان يتم تحديد مستخدمي المعلومات بوضوح.

طرق تحسين الجودة

لما كان الهدف الأساسي من تطبيق اعتمادية المستشفيات هو التحسين المستمر للجودة، فمن المهم جداً أن تعرف الطرق التي يكمن للمستشفى من خلالها تحسين الجودة. ومن أحد هذه الطرق هي وضع خطة استراتيجية واضحة ومباشرة تعرض على تحسين الجودة، ويعد منهج (خطط، نفذ، ادرس، باشر) في حل المشكلات وطرق تقييم المخاطر، كالتقييمات الإستباقية للمخاطر، من الطرق التي سيستخدمها المستشفى لمعالجة قضايا الجودة والسلامة، حيث يجب أن يتم تدريب العاملين على هذه الطرق كي تصبح بمرور الوقت روتينية في التعامل مع القضايا ومنع حدوث المشكلات. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية معايير اعتماد المستشفيات (الطبعة الثالثة ٢٠١٢).

التغيرات بين الطبعة الثانية والثالثة من النسخة الإرشادية لمعايير الإعتما
أجريت بعض التغيرات في الطبعة الثالثة من معايير اعتماد المستشفيات الصادرة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، وفيما يلي اهم التغيرات:

التغيرات العامة

- دمج مجموعتي الكادر الطبي وخدمات التمريض مع مجموعات رعاية المرضى والموارد البشرية والإدارة والقيادة والتعليم والتدريب لتعزيز التعاون.
- أصبحت إدارة المعلومات مجموعة منفصلة.
- تمت إضافة معايير "خضراء" لتشجيع الاهتمام بتأثير استخدامنا للموارد على البيئة، ومساندة الإجراءات المتخذة للحد من هدر الموارد الطبيعية.
- نقل إرشادات الممارسة السريرية من مجموعة تحسين الجودة إلى مجموعة رعاية المرضى.
- تم توسيع المسرد لتقديم تعريفات للمصطلحات لمساعدة العاملين على فهم المعايير بشكل أفضل.
- تم تحديث الملحق (ج) الخاص بمراجعة جدول السجل الطبي بناء على المعايير الجديدة المنقحة.

التغيرات في المجموعات

- تقتصر قائمة الوثائق المطلوبة لكل المجموعات على الخطط والأدلة والسياسات والإجراءات والبرامج.
- تم دمج الأهداف الوطنية للجودة والسلامة مع المجموعات ذات الصلة بها.
- تم تغيير عناوين بعض المجموعات لتصف المعايير التي تغطيها بشكل أفضل على النحو التالي:
 - مجموعة حقوق المريض وأسرته إلى الأخلاقيات وحقوق المرضى.
 - مجموعة استخدام الأدوية وخدمات الصيدلية إلى إدارة الأدوية.
- تمت إعادة تصنيف بعض المعايير (أساسية وجوهرية ومتقدمة) استناداً إلى تحليل بيانات نتائج التقييم كما يظهر الجدول رقم (٣-٢).

جدول رقم (٣-٢) المعايير المعاد تصنيفها

رقم المعيار في الطبعة الثانية	الفئة	رقم المعيار في الطبعة الثالثة	الفئة
IP.10	المتقدمة	IP.7.1	الجوهرية
LB.7	المتقدمة	LB.16	الأساسية
PA.2.2	المتقدمة	PA.2.5	الجوهرية
PR.4	الجوهرية	PR.3	الأساسية
MU.12	المتقدمة	MM.13	الجوهرية
MU.18	المتقدمة	MM.15	الجوهرية
ES.4.3	الجوهرية	ES.4.2	الاساسية
ES.3	الجوهرية	ES.3	الأساسية
MR..17.5	النتقدمة	MR.4	الجوهرية
MR.14.1	النتقدمة	MR.6.1	الجوهرية
MR.17.7	النتقدمة	MR.9	الأساسية

الجوهرية	IM.4	المتقدمة	IM.1.5
الجوهرية	HRM.2.1	المتقدمة	HR.2
الجوهرية	HRM.5	المتقدمة	HR.6
الأساسية	HRM.7	المتقدمة	MD.3
الجوهرية	HRM.8	المتقدمة	HR.7
الجوهرية	ET.5.1	المتقدمة	ET.5.1

أما فيما يتعلق بالمعايير الجديدة فقد اضيفت إلى الملحق حيث تظهر في الملحق رقم (٢).

التغيرات في عملية التقييم

تعد عملية التقييم الخاصة بكل معيار لتحديد ما إذا كان قد تم استيفاؤه مقدمة في جدول استناداً إلى ثلاثة أنواع من المناهج التي يمكن استخدامها وهي (الوثائق والمقابلة والملاحظة)، وقد صممت هذه الصيغة لمساعدة العاملين في المرفق على إجراء التقييمات الذاتية ومعرفة ما يتوقعه من المقيمين. وهناك سمة أخرى متضمنة لإعلام العاملين المقيمين متى يكون معيار ما "لا ينطبق".

التغيرات في عملية تحديد النتيجة

قد تحدد نتيجة جميع المعايير، سواء كانت أساسية أو جوهرية أو متقدمة. باعتبارها "مستوفاة جزئياً" ولذا، فإن هذه الطبعة تتضمن ما يجب البحث عنه لتحديد نتيجة المعايير باعتبارها "مستوفاة" و "مستوفاة جزئياً" و"غير مستوفاة".

تحديد النتيجة باعتبار المعيار لا ينطبق

تدرك إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية أن بعض المعايير قد تحدد نتيجتها باعتبارها لا تنطبق، إما لأن المرفق لا يقدم الرعاية لتلك الفئة المحددة من المرضى أو لا يقدم تلك الخدمة المعينة. وقد تضمن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية المعايير قسماً لتحديد النتائج يتضمن قواعد القرارات الخاصة باختيار نتيجة "لاينطبق".

وبوجه عام فإن المعايير المتعلقة ببنية المرفق ووظيفته الاساسيتين (كقضايا مراقبة العدوى وإدارة الموظفين مثلا) لا يكمن تحديد نتيحتها باعتبارها "لا تنطبق". وعند تحديد نتيجة أحد جوانب المجموعة تحدد نتيجة بقية المجموعة ولذا، لا يمكن أن تحدد نتيحتها باعتبارها "لا تنطبق".

مفهوم الصحة

لما كان الحفاظ على الصحة من الأولويات والأهداف الإستراتيجية للحفاظ عليها والارتقاء بها وبخدمتها في كافة المستشفيات والمراكز الصحية، وإبقائها في حالة من الإستقرار أو عدم الإنتقال إلى مراحل مضاعفات المرض في حال حدوثها

وجدت وتطورت الرعاية الصحية وخدماتها. لكن قبل التوجه بالحديث نحو الرعاية الصحية مفهومنا وضمنا، يتوجب علينا التحدث أولا عن الصحة والمرض، ومفهوم كل منهما وكيفية حدوث كل منهما والأنواع وطرق الوقاية. وبالتالي سوف يكون التحدث عن الرعاية الصحية أكثر سهولة ووضوحاً، حيث أن الحديث عن الرعاية الصحية لا يمكن أن يكون دون أن يتم توضيح لماذا تمنح الرعاية الصحية من الأساس، حيث تمنح الرعاية الصحية أو تقدم في حالة إصابة الشخص بالمرض وبعد ذلك للمتابعة وإتمام العلاج أو الوقاية لمنع عودة المرض مرة أخرى.

فماذا نعني بالصحة؟ وماذا نعني بالمرض؟ وما هي الصحة العامة؟ وكيف تحدث الأولى وتمنع حدوث الثانية؟ وماهي أنواع ودرجات كل واحدة منها؟

كل هذه التساؤلات سوف يتم الإجابة عنها من خلال هذا الفصل في الدراسة.

تعرف الصحة عموماً بين العامة على أنها خلو الجسم من أية خلل أو معوقات مادية (جسدية) ومعنوية (نفسية) تمنع قيام الشخص من القيام بممارسة نشاطاته اليومية بكل يسر وسهولة.

لكن كيف عرفها المؤلفون ذوي العلاقة بالحقل الصحي والطبي؟

عرف (فريجات ١٩٨٨، ص ٢٠)، الصحة في كتابه مبادئ في الصحة العامة ومن خلال منظمة الصحة العالمية WHO على انها "السلامة والكفاية البدنية والعقلية والإجتماعية الكاملة، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز".

وفي كتابه أيضا عرف الصحة من خلال (نيومان Newman, ص ٢٠). على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم".

بينما عرف الدكتور (جادلله ١٩٧٥ ص ٤). في كتابه الصحة العامة والرعاية الصحية، الصحة من وجهة نظر بركنز Perkins من ناحية درجتها على أنها " مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت).

درجات الصحة

من خلال مدرج مستويات الصحة في الشكل السابق نجد بأن كل من فرحات وجادلله قد اتفقا على درجات الصحة والتي تتمثل في كل من:

١. الصحة المثالية وهي درجة التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية.
٢. الصحة الإيجابية وفيها تتوفر تمكن الفرد او المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أعراض أوعلامات مرضية.
٣. سلامة متوسطة وهنا يكون عدم توفر الطاقة الإيجابية من الصحة، وعند التعرض لأي مؤثرات ضارة أو سلبية يسقط الفرد او المجتمع ضحية المرض.
٤. المرض غير الظاهر وعند هذا المستوى لا يشكو المريض أو المصاب من أية أعراض أو علامات واضحة للمرض، ولكن يمكن اكتشافه من خلال اختبارات وفحوصات خاصة.
٥. المرض الظاهر وهي تلك المرحلة التي تتجاوز فيها الأعراض والعلامات للإصابة بالمرض الإختفاء حيث تصبح ظاهرة ويمكن ان تدل بصاحبها على الإصابة.
٦. مستوى الإحتضار وهنا تتطور الأعراض والعلامات وعند عدم الحصول على العلاج تتدهور الحالة الصحية عند المريض إلى حد يصعب معها استعادة الصحة مما يؤدي به إلى الموت.

الصحة العامة

أهم تعريف للصحة العامة تعريف (ونسلو Winslow 1920). وهو عبارة عن " علم وفن الوقاية من الامراض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية (حكمت ١٩٨٨ ص ٢٢)،

وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل

- تحسين صحة البيئة
 - مكافحة الأمراض المعدية.
 - تعليم الأفراد الصحة الشخصية
 - تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض.
 - تطوير الحياة الإجتماعية والمعيشية
 - إضافة إلى الصحة النفسية (حكمت ١٩٨٨).
- أما فيما يتعلق بأهداف الصحة العامة، فهي تتمثل بكل من:

أ. ترقية الصحة (Health Promotion) وتعني الجهود التي تهدف إلى الحفاظ على الصحة العامة للأفراد والأسر والمجتمعات وتحسينها، ولا تشمل الإجراءات للوقاية من مرض معين. ومنها:

- تحسين المسكن. - تأمين المياه الصحية. - تصريف الفضلات.
 - ب. الوقاية من الامراض (Preventing disease) ويعني اتخاذ الإجراءات الخاصة والتي تهدف إلى منع حدوث المرض أو التأخير والتخفيف من حدة أعراض حدوثه كاستخدام المطاعيم والوقاية الكيميائية.
 - ت. مكافحة الاخطار الطبية ومعالجتها وتعني الكشف المبكر عن الأمراض ومعالجتها بشكل فعال لدرء الأخطار والمضاعفات المرضية في حالة وقوع المرض.
- وبالنسبة للمجالات والميادين التي يمكن للصحة العامة أن تحتويها وتخدمها، حيث أن الرعاية الصحية تعتبر جزء من الرعاية الإجتماعية ونجاح الخدمة الصحية يعتمد على نجاح الخدمات الأخرى التي تهدف إلى رفاهية المجتمع، فإن مجالات خدمات الصحة العامة تقسم إلى:
- الخدمات الصحية التي تقدمها الإدارات الصحية منفردة أو مشتركة مع غيرها. مثل الدواء والإقامة في المستشفيات للحصول على العلاج.

مفهوم الرعاية الصحية والخدمة الصحية

يعتبر مفهوم الرعاية الصحية مفهوماً واسعاً وعماماً، حيث يشتمل هذا المفهوم على جميع ما يمكن للإهتمام بالصحة من جميع النواحي منذ بدء الوقاية من الأمراض مثل الحصول على المطاعيم منذ الطفولة وحتى تجنب الأماكن الموبوءة بالأمراض المعدية والتعرض لها، وحتى الحصول على العلاج في حالة وقوع المرض، إلى مابعد الإصابة أو حصول المرض من متابعة للمعالجة وإعادة التأهيل وبالتالي استعادة الصحة كاملة.

وهكذا نجد أن الرعاية الصحية بمفهومها تحتوي على مفهوم الخدمة الصحية، والتي تعني تقديم الرعاية الصحية في أي مرحلة من مراحلها، أي أن الخدمة الصحية هي عبارة عن الجانب الغير ملموس من هذا الجانب. أي أن بناء المستشفيات والمراكز الصحية ماهي إلا عبارة عن العمل لتوفير الخدمة الصحية والطبية لتمكين الفرق الطبية أو مقدمي الخدمة الصحية للمرضى والمحتاجين لها من تلقي الرعاية الصحية في أماكن الخدمة الصحية المخصصة لهذا الهدف.

أي أنه وفي نهاية المطاف، فإن الخدمة الصحية ما هي إلا جزء من الرعاية الصحية التي تكون أكثر شمولاً وإحتواءً للإهتمام والمتابعة الصحية والطبية والتمريضية وكافة وسائل الخدمات الصحية الأخرى مثل إختبارات الدم والصور الشعاعية.

ومن خلال المفاهيم السابقة للرعاية الصحية والفرق بين كل منها والخدمة الصحية، فإنه وبناء على تعريف منظمة الصحة العالمية WHO يمكن تلخيص الرعاية الصحية بمعناها الشمولي، على أنها تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب الجسدية والنفسية أو العقلية والذهنية والإجتماعية (بواعنة ٢٠٠٣ ص١٦).

أما فيما يتعلق بالفرق بين كل من الرعاية الطبية (Medical Caring) والرعاية الصحية (Healthcare)، فإن المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرض عندما يقع، بينما الرعاية الصحية ذات المدلول الأشمل حيث أن المعالجة الطبية كالخدمة الطبية فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية (بواعنة ٢٠٠٤ ص١٩).

ومن الملاحظ أيضا أن تقديم الرعاية الصحية يكون فعالا مع المعالجة الطبية، وقد تكفي الرعاية الصحية أحيانا وحدها للشفاء والعلاج، بينما العلاج لوحده وفي أغلب الأحيان لا يكفي للشفاء، وهذا أكبر دليل على كون الرعاية الصحية المظلة الواسعة لجميع الإهتمامات التي تبدأ من الوقاية من المرض ومتابعة المعالجة إلى مرحلة التأهيل وبالتالي إستعادة الصحة كاملة (بواعنة ٢٠٠٤ ص ٢١).

هنا يمكن لنا القول ان الرعاية الصحية تعد مسؤولية الجميع، أي أن لها أطراف عديدة ابتداء من الشخص المريض نفسه والقائمين على تقديم الرعاية في المجال الصحي والطبي ومؤسسات الدولة والمجتمع المحلي والتطوعية ذات العلاقة. حيث لا يكفي ولا تستطيع وزارة الصحة لوحدها مثلا أن تضمن تقديم الرعاية الصحية بفهمها الشامل، بينما يقتصر تقديم المعالجة الطبية على الفريق المختص بذلك.

مرتكزات الرعاية الصحية

منذ أن بدأت وزارة الصحة تقديم الرعاية الصحية وتطبيق خدماتها والإرتقاء بها كما ونوعا على جميع الأصعدة، قامت بتحديد غطار يرتكز على تطبيق الرعاية (مرقة وآخرون ١٩٩٩). وقد تضمنت هذه المرتكزات:

١. اعتبار الصحة متطلبا من متطلبات التنمية الشاملة، بغية النهوض بالخدمات الصحية ورفع مستواها، لتحسين الحالة الصحية للمواطن، وتوزيعها توزيعا عادلا على كافة المناطق.
٢. وضع سياسات واستراتيجيات وخطط عمل ومعايير وضمن احتياجات الأردن لتحسين الوضع الصحي، وذلك بوضع برامج صحية شاملة بغية إيصال الخدمات الصحية لكل مواطن وبأقل كلفة ممكنة وأن تكون ميسرة للجميع، وتتوزع أهم هذه الإستراتيجيات على النحو التالي:
 - أ. زيادة فعالية المراكز الصحية المتوفرة حاليا بحيث يتم الاستفادة من الوحدة الصحية إلى أقصى درجة ممكنة.

ب. زيادة عدد مراكز الصحة الاولية لتشمل كافة المناطق.

ت. العمل على توفير مراكز الأمومة والطفولة في هذه المراكز.

ث. التركيز على صحة البيئة، وخاصة تصريف الفضلات السائلة بطرق صحيحة لمنع حدوث التلوث البيئي

ومراقبة وتقييم كل مصادر التلوث البيئي ومعالجته مع الجهات الأخرى ذات العلاقة.

- ج. توفير السلامة المهنية من خلال مراقبة المصانع والمحافظة على العمال وتوفير العناية الصحية لهم.
- ح. رفع كفاءة المستشفيات الحالية من خلال زيادة عدد الأسرة لتقديم الخدمات العلاجية للمواطنين.
- خ. تأمين القوى البشرية اللازمة وتدريبها جيدا (مرقة وآخرون ١٩٩٩).

جودة الخدمة الصحية

لما كانت الخدمات الصحية المقدمة ما هي إلا جزء لا يتجزء من ميادين الرعاية الصحية، فإن التركيز يجب أن يكون على النهوض والارتقاء بكل ميدان من تلك الميادين من أجل تحقيق تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة لمتلقيها.

وهذا الأمر يمكن له أن يكون من خلال التركيز على جودة الخدمات الصحية المقدمة أثناء تقديم الرعاية الصحية، فماذا نعني بجودة الخدمة الصحية؟ وكيف نعمل على قياس جودة الخدمة الصحية؟ وماهي الخدمات الصحية التي يمكن تقديمها في هذا المجال؟

عرف (الصالح ٢٠١١)، جودة الخدمة الصحية على أنها " درجة الإلتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم الممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة من تقديم خدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية." أي أن الجودة بشكل اوسع تعني القدرة على توفير الخدمة المقدمة لمتلقيها بالشكل والأسلوب والسرعة المناسبة له، وكل هذه المميزات يمكن الحصول عليها من خلال الأهداف التي سيتم تحقيقها من خلال التطبيق والإلتزام بتلك المعايير المتفق عليها من قبل أكثر من جهة من أجل التوجه بالخدمة نحوى المستوى المطلوب من الجودة. كيف تقاس جودة الخدمة الصحية؟

يمكن أن تقاس جودة الخدمات الصحية من خلال توفر بعض المقاييس أثناء تقديم الخدمة إلى متلقيها حيث يمكن تقييم وجود هذه المقاييس من خلال إجراء الدراسات أو المقابلات والإستماع إلى آراء متلقي الخدمة، حيث أنهم الأشخاص الأكثر قدرة على تحديد مدى قيام معطي الخدمة للتمتع بهذه المقاييس كونهم المستفيدين المباشرين من الخدمة الصحية المقدمة .

لذلك، سوف نعرض المقاييس التي من خلال توافرها في الخدمة الصحية أثناء تقديمها فإنها يمكن أن تتحلى بالجودة، كما بينها (الصالح ٢٠١١):

١. المقدرة Competence وتعني إمتلاك الأفراد العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة لتقديم الخدمة الصحية
 ٢. الفورية Access أي سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب ودون انتظار فترة طويلة من الزمن.
 ٣. الإتصالات Communications القدرة على التواصل والتعامل مع متلقي الخدمة ووصف الخدمة باللغة التي يفهمها.
 ٤. الإستجابة Responsiveness أي أن العاملون في مجال خدمة الرعاية الصحية يستجيبون بسرعة وبشكل فوري لطلبات متلقي الخدمة (المريض) الصحية ومشكلاته.
 ٥. الثقة Trust القدرة على الحفاظ على خصوصية وسرية معلومات متلقي الخدمة وعدم جعلها عرضة للنشر أو التشهير.
 ٦. الإعتمادية Reliability حيث تقدم خدمة الرعاية الصحي لمتلقيها (المريض) بدقة يمكن الإعتماد عليها.
 ٧. الأمان Safety أن تكون جميع مراحل وخطوات تقديم الخدمة للمريض خالية من المخاطر التي من شأنها التأثير سلبا على حياته أو العمل على تهديد سلامته البدنية والنفسية بشكل أو بآخر.
 ٨. التجسيد Tangibility حيث يركز هذا الجزء على توفير الأجهزة والأدوات التي من شأنها أن تدعم عملية تحسين تقديم خدمة الرعاية الصحية، وتمكين العاملين على استخدامها بمهارة.
 ٩. فهم ومعرفة العميل (المريض) بذل العاملون جهدا لتفهم واحترام الحاجات التي يتطلبها المريض والعمل على تحقيقها.
 ١٠. المجاملة اي التعامل مع المريض بصدق ولطف ومسايرته.
- أي أنه في حالة توفرت كافة المقاييس السابقة عند منح الخدمة لمتلقيها فإننا يمكن أن نقول أن الخدمة الصحية المقدمة للمريض تتمتع بجودة عالية وبالتالي فإن مستوى الرعاية الصحية التي يتم منحها للمريض تتمتع أيضا بذات الجودة.

مجالات الخدمة الصحية

تشتمل الخدمة الصحية على كافة الخدمات المقدمة للمريض من لحظة دخوله لمؤسسة الرعاية الصحية وحتى خروجه منها وتعتبر جزءاً من خطة الرعاية الصحية التي يتم تقديمها للمريض. حيث تشتمل على:

١. الوقاية Prevention
٢. المعالجة Treatment
٣. الأشعة X-ray
٤. الخدمات التمريضية Nursing Services
٥. الخدمات المخبرية Laboratory
٦. الصيدلانية Pharmaceutical
٧. التأمينية Insurance
٨. التأهيلية Rehabilitation
٩. النفسية Psychological
١٠. الإنقاذ Rescuin
١١. الإسعافية Ambulatory

خصائص الخدمات الصحية وأنواعها

تتمتع الخدمات الصحية بمزايا وخصائص عديدة لعل أهمها ما ذكره (الصالح ٢٠١١).

- عامة للجُمهور وتُسعى لتحقيق المنفعة لجميع الجهات والأطراف والأفراد التي يمكن لهم الاستفادة منها.
- درجة عالية من الجودة لكونها متعلقة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.

- تتأثر المستشفيات وكافة المؤسسات المقدمة للرعاية الصحية وخدماتها بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت خاصة أو تابعة للدولة.
- قوة القرار في هذه المؤسسات موزعة بين مجموعة من المدراء والأطباء بعكس منظمات الأعمال حيث تكون قوة قرارهم إدارية مركزية فقط.
- نظرا لتذبذب الطلب على خدمات الرعاية الصحية وتزايدته وتفاوته في الوقت والمكان، وبهدف الإستجابة إلى أقصى حد ممكن من الطلب يستدعي ذلك الإستعداد المبكر وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الصحية وعدم إمكانية التأخر أو الإعتذار عن الإستجابة.

أنواع الخدمة الصحية

بينما تنقسم او تصنف أنواع الخدمات الصحية التي يمكن توفيرها لتلقي الخدمة إلى:

١. الخدمات الطبية تلك التي ترتبط بصحة الفرد وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر الأقسام الموجودة في المؤسسة الصحية مثل قسم الباطني والجراحة والعظام والأطفال و.....إلخ.
٢. الخدمات الطبية المساعدة التي تتعلق بالخدمات السريرية التي من شأنها إعادة تأهيل المريض وتحسين إستجابته للعلاج مثل العلاج الطبيعي والعلاج النفسي.
٣. الرعاية الصحية والتي على تشمل جميع الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية والتي تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية العقلية والاجتماعية.

تاريخ تطور الرعاية الصحية في الأردن

اتصفت أحوال الوضع الصحي في الأردن في عهد الإمارة وبداية المملكة بالتواضع، وبالتأكيد عدم الكفاية والنوعية. وعندما بدأ الإهتمام بالشؤون الصحية من قبل الدولة أسست أول مديرية خاصة للصحة عام ١٩٢٣ لمعالجة الناس مجانا، والتي طورت لاحقا لتصبح وزارة الصحة سنة ١٩٥٠.

والتي عملت على رسم أهداف أخذت العمل على تحقيقها. بدأت بتأسيس المراكز الصحية والمستشفيات في مختلف مناطق المملكة (فرحات ١٩٨٨).

بدأ الإهتمام بالشؤون الصحية يزداد أكثر فاكثراً، حيث اهتمت وزارة الصحة بتنفيذ السياسات الصحية التي تهدف إلى الإهتمام بخدمات صحة المجتمع بدلا من الخدمات الصحية الفردي، باعتبار الأسرة الوحدة الأساسية للمجتمع. وظهر ذلك عن طريق إنشاء المراكز الصحية الشاملة لتوفير جميع أنواع الرعاية الصحية للمرضى الخارجيين (Outpatients) وازداد عدد المراكز الخاصة برعاية الأمومة والطفولة حيث قامت الوزارة بتوفير الأمصال واللقاحات التي تقدم مجاناً للمواطنين من خلال تلك المراكز.

ما أن من اهتمامات وزارة الصحة في البداية كانت الغاية بالصحة البيئية ولاسيما مراقبة المياه ومعالجتها قبل الإستعمال، إضافة إلى قيام الدولة بإنشاء نظام تصريف مياه الصرف الصحي في عدد من المدن أولهما عمان والزرقاء.

أثناء تلك المدة أصبح الوضع الصحي في الأردن على مستوى "متقدم من حيث العدد والشمولية مع كل الجهود البذولة، وأيضا من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة، حيث استطاعت الوزارة العمل على الحد من بعض الأمراض التي كانت منتشرة في المملكة وتشكل خطرا على فئة الاطفال تحديدا مثل الجدري والتدرن الرئوي إذا لم يكن تجاهلها.

أما فيما يتعلق بالتواريخ والأرقام ذات العلاقة بتطور مؤسسات الرعاية الصحية في الأردن، فقد بدأت منذ سنة ١٩٢١ حيث عين المرحوم مظهر باشا رسلان مشاورا للصحة العامة في أول وزارة شكلت في الأردن (مرقة وآخرون ١٩٩٩). حيث تم تعيين الدكتور حليم أبو رحمة كأول مدير لمديرية الصحة العامة عام ١٩٢٦. وخلفه الدكتور جميل التوتنجي لنفس المنصب عام ١٩٣٩. وشكلت ميزانية المديرية آنذاك (١١) ألف دينار أردني. ولم يتجاوز عدد الأطباء (٢٠) طبيبا، أما عدد أسرة المستشفى الحكومي الوحيد والأول (مستشفى السلط) فبلغ (٢٠) سريرا. وفي تاريخ ١٩٥٠/١٢/١٤ أنشئت أول وزارة للصحة عقب استقلال المملكة، وكان الطبيب جميل التوتنجي أول وزير لها. وبلغت ميزانيتها (٢٤٠) ألف دينار أردني وبلغ عدد الموظفين المستخدممين (٥٦٠)، وعدد الأطباء (٥٢)، والصيدلة (٧) وبلغ عدد الممرضين والممرضات (٢٢٩)، وعدد المستشفيات (١٠) والعيادات (٢٦) عيادة. أما الخدمات الصحية فكانت مجانية حتى عام ١٩٦٤.

أما في وقتنا الحالي فقد أظهر الأردن تطورا وتقدما كبيرا في تقديم وتطوير وتوفير خدمات الرعاية الصحية ماديا وبشريا على كافة الأصعدة، حيث ازدادت عدد المستشفيات التابعة لوزارة الصحة ليلبغ عددها ما لا يقل عن ٣٠ مستشفى موزعون على كافة المحافظات في المملكة، إضافة أيضا إلى إزدياد عدد المستشفيات التابعة أيضا للقطاع الخاص (التقرير الإحصائي السنوي لعام ٢٠١٢ مديرية المعلومات والدراسات).

الرعاية الصحية والمبادرات الملكية في الأردن

شكلت الصحة لدى المواطن الأردني درجة عالية في سلم أولويات واهتمامات جلالة الملك عبدالله الثاني الذي أكد ذلك في كل المناسبات وخصوصا في زيارته الميدانية والخطابات والرسائل الملكية للحكومة، بل إن حرص جلالتة على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين في مختلف مناطق المملكة وبخاصة في المناطق النائية، دعتة الى تفقد واقع هذه الخدمات بنفسه، أكان في زيارات جلالتة الرسمية المعلنة أو من خلال الزيارات المفاجئة لمؤسسات الرعاية الصحية في مختلف أنحاء المملكة.

هذا النهج شكل سنة ملكية اختطها جلالتة منذ اعتلائه العرش عام ١٩٩٩ وسعى جلالتة بصورة دائمة الى تأمين خدمات الرعاية الصحية للمواطنين بالنوعية والكمية التي تتناسب مع احتياجاتهم. لذا حرص جلالتة على تطوير خدمات البنية التحتية لمؤسسات الرعاية الصحية المنتشرة في مختلف مناطق المملكة وما يتطلبه ذلك من صيانة وتحديث هذه المؤسسات وإنشاء مؤسسات جديدة لخدمة مناطق جديدة وتحسين مستوى الخدمات كلما دعت الحاجة. كما اهتم جلالة الملك بضرورة توفير الكوادر البشرية الطبية والتمريضية والإدارية المؤهلة والكفؤة والتجهيزات الطبية الحديثة والمتطورة اللازمة لتقديم خدمات نوعية للمواطنين وتحسين مستوى معيشتهم، التي تشكل الرعاية الصحية حجر الأساس لها. وبفضل السياسة الملكية والتوجيهات السامية وبجهود مختلف المؤسسات الوطنية استطاع الأردن أن يحقق تقدما ملحوظا في هذا المجال، وصارت مؤسساته الطبية مقصدا لطالبي العلاج من مختلف دول العالم بفضل السمعة الطيبة التي يتمتع بها القطاع الطبي في المملكة، ومن الأمور التي أولاها جلالتة جل الرعاية والاهتمام، توسيع مظلة التأمين الصحي لتشمل شرائح أوسع وصولا إلى التأمين الصحي الشامل فإلى جانب المكرمة الملكية الهادفة إلى تأمين الأشد فقرا وعائلاتهم وباقي شرائح الفقراء والأطفال وكبار السن وإتاحة الفرصة للتأمين الاختياري لباقي شرائح المواطنين القادرين وغير المؤمنين.

القطاعات الصحية

تشمل القطاعات الصحية كما وضحتها (مرقة ١٩٩٩) ثلاثة قطاعات: القطاع العام والقطاع الخاص والقطاع الخيري

وفيما يلي توضيحا لكل قطاع منها:

فيما يتعلق بالقسم الأول والذي يمثل بوزارة الصحة التي تقوم على تقديم خدماتها الصحية والطبية من خلال مراكزها الصحية الفرعية الأولية والشاملة والتي تتوزع على كافة أنحاء المملكة. كما تقدم خدماتها الطبية من خلال المستشفيات التابعة لها في جميع مناطق المملكة والبالغ مجموعها عام ١٩٩٨ (٢٣) مستشفى وعدد أسرته (٣٢٢٢) سريرا. أما مراجعي المراكز الصحية للأطباء والممرضين من مختلف مناطق المملكة فبلغ عددهم (٧٥٦٠٠٠) مراجع. أما الحالات المرضية التي أدخلت مستشفيات وزارة الصحة من العام نفسه فبلغت (٢٣٤,٥٠٤) حالة، وبالنسبة للعمليات الجراحية التي أجريت في مستشفياتها خلال نفس العام أيضا (٧٤٥٤٤) عملية. الأمر الذي يدل على حجم المسؤولية التي تقع على عاتق وزارة الصحة (مرقة ١٩٩٩).

أما بما يتعلق بالخدمات الطبية الملكية والتي تعتبر رديفا لوزارة الصحة، فهي تقدم خدماتها من خلال عشرة مستشفيات، وبسعة (١٨٢٨) سريرا حسب إحصائيات عام ١٩٩٨. بالإضافة إلى المراكز الصحية التابعة لها، كما هو مبين في الملحق رقم (٥).

بينما يشكل الجزء الثالث من هذا القسم الجامعة الأردنية، وتقدم خدماتها من خلال مستشفى الجامعة للمرضى القادرين على دفع تكاليف المعالجة. إضافة إلى المرضى المحولين من وزارة الصحة مقابل أجور تدفعها عنهم وزارة الصحة. مع العلم أن هذا الأمر ليس يسيرا حيث بلغ المبلغ المدفوع من قبل وزارة الصحة لمعالجة المرضى المحولين في عام ١٩٩٨ ما يقارب (١٨,٥) مليون دينار.

ومن المستشفيات التي تم تأسيسها لدعم تحقيق أهداف الوزارة وحمل وتخفيف عبء كبير من خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين، مستشفى الملك عبدالله المؤسس التعليمي في إربد بين العامين ١٩٩٩-٢٠٠٣، وبلغت سعته ٧٠٠ سرير. ومستشفى الأمير حمزة في عمان في الفترة بين ٢٠٠٣-٢٠٠٦ حيث بلغت أسرته ٤٠٠ سرير (مرقة ١٩٩٩).

بالنسبة للقطاع الثاني لهذا المجال من تقديم الخدمات الطبية فهو القطاع الخاص الذي نما نموًا واضحًا خلال الخمسة العشرون عاما الأخيرة. بشكل يدعو إلى الإعتراف. حيث يقدم هذا القطاع الخدمات والرعاية الصحية للمرضى من خلال أكثر من ٤٦ مستشفى تضم ما يفوق ٢٨١٧ سريرا حتى العام ٢٠١٢، إضافة إلى عيادات الأطباء الاختصاصيين.

أما القطاع الأخير والذي يمثل من قبل الجمعيات الخيرية المحلية والاجنبية، كما يضم الخدمات الطبية التابعة لوكالة الغوث الدولية. والتي تعالج مرضاها في العيادات الخارجية، وتجري بعض التحويلات إلى المستشفيات الخاصة أو الحكومية أحيانا.

تندرج جميع القطاعات السابقة تحت تطبيق القوانين والأنظمة المفروضة عليها من قبل الدولة، ومن التشريعات التي تحكم القطاعات:

- قانون الصحة العامة
 - قانون المجلس الصحي العالي.
 - قانون الحرف والصناعات
 - قوانين النقابات (الأطباء وأطباء الأسنان والتمريض والصيدلة)
- حقائق وأرقام

ويظهرالملحق رقم (٥) عدد من الجداول التي تبين بعض الإحصاءات كملخص لتاريخ تطور مستشفيات الصحة والمراكز الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية، بين ٢٠٠٨ حتى ٢٠١٢ وقد تم الحصول على هذه التقارير من التقرير الإحصائي السنوي لعام ٢٠١٢، معد من قبل مديرية المعلومات والدراسات (موقع وزارة الصحة الإلكتروني).

حيث تظهر الجداول حسب الترتيب التالي:

١. جدول (١-٥) معدل تغير الإدخالات في مستشفيات وزارة الصحة لعامي (٢٠١١-٢٠١٢).
٢. جدول (٢-٥) تطور عدد الأسرة في المملكة حسب المحافظات خلال الأعوام (٢٠٠٨-٢٠١٢).
٣. جدول (٣-٥) مقارنة خدمات مستشفيات وزارة الصحة خلال الأعوام (٢٠٠٨-٢٠١٢).
٤. عدد المستشفيات وعدد الأسرة في المملكة حسب القطاعات الصحية لعامي (٢٠١١-٢٠١٢).

بدأ مشروع العمل في مشروع مستشفى الأمير حمزة بين الأعوام ٢٠٠٣-٢٠٠٦، وبدأت ممارسة العمل رسمياً وممارسة الأنشطة فيه في عام ٢٠٠٦، تحديداً في تاريخ ٢٥/٦/٢٠٠٦ حيث تم افتتاحه من قبل سمو الجلالة الملك عبدالله الثاني .

يقع مستشفى الأمير حمزة في عمان بالقرب من منطقة الهاشمي الشمالي، حيث يتكون المستشفى من ستة طوابق لتقديم الرعاية الصحية التي تتألف من الأقسام المعروفة وهي الباطنية والجراحة والأطفال والعيون والعظام والنسائية و بالإضافة على الطابق الأرضي والتي يتكون من المكاتب والأقسام الإدارية والإدخال والمحاسبة وطابق التسوية، والذي يتألف من قسم العمليات والعناية الحثيثة وقسم الطوارئ، بالإضافة إلى الكفترية وقسم الطب الشرعي والمصبغة وقسم التعقيم.

وهدفت الإرادة السامية إلى جعل المستشفى من الأصرحة ذات الجودة العالية والمميزة في تقديم خدمات الرعاية الصحية بالإضافة إلى جعله مركزاً تدريبياً غنياً لكافة التخصصات الطبية والتمريضية والخدمات المساعدة، كما كانت إحدى الأهداف للمستشفى أن يكون متقدماً من الناحية الجراحية في زراعة الأعضاء، مثل جراحة الكلى وعمليات القلب المفتوح.

ومن هذه الناحية فقد حقق المستشفى تقدماً ملحوظاً على مستوى زراعة الأعضاء حيث بدأ مشروع زراعة الكلى رسمياً في المستشفى منذ العام ٢٠٠٩ أي بعد البدء بالعمل في المستشفى بثلاث سنوات. أما فيما يتعلق بعمليات القلب المفتوح فقد بدأت بعد مشروع زراعة الكلى بحوالي عام ونصف أي في عام ٢٠١١، وكانت في البداية الحالات تحول من المستشفيات الخاصة والتي يشملها التأمين أو الحالات المحولة من مستشفيات الخدمات الطبية الملكية والتي تعتبر داخلة ضمن برنامج التأمين الصحي التابع لوزارة الصحة كذلك. إلى أن تم إنشاء قسم القثطرة القلبية والعمل به رسمياً بدايات عام ٢٠١٢. حيث أصبحت الحالات تشخص وتعالج منذ البداية في المستشفى نفسه.

وهكذا بدأ العمل المستمر وتزايد أعداد المراجعين والمتعالجين لمستشفى الأمير حمزة، وبسبب العمل على حالات الزراعة تلك أصبح من المهم جدا إتخاذ الإجراءات الوقائية التي تحول دون تعرض المريض إلى أية مضاعفات بعد إجراء التداخل الجراحي سواء كانت ذات علاقة مباشرة بالتداخل الجراحي أو بسبب التقصير في تقديم الرعاية بعد الجراحة أو قبل الجراحة.

ماهية خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة

يوفر مستشفى الأمير حمزة كافة خدمات الرعاية الصحية التي توفره مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى ماعدا تلك الخدمات التي تقدم في المراكز الصحية الأولية من خدمات أمومة وطفولة وإعطاء المطاعيم. كما أن المستشفى لا يحتوي قسم توليد وخصا وخدمات وذلأ تماشيا مع الرؤيا الملكية السامية في جعله مركزا طبيا تخصصيا لعمليات زراعة الاعضاء.

حيث يقدم المستشفى الخدمات الطبية والتمريضية للمرضى الداخليين (In patients) في كافة أقسامه والتي هي الباطنية والجراحة والأطفال والنسائية (كحالات مرضية غير ولادية). والعيون والعظام والعناية الحثيثة.

كما يقدم الخدمات التشخيصية المساندة مثل خدمات الأشعة والتصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي، وغسيل الكلى وإجراء فحوصات الدم المخبرية .

وإثناء تقديم هذه الخدمات يتوجب على الكادر معا توفير عملية الرعاية الصحية في اجواء لا تخلو من الأمان والإهتمام بسلامة المريض وأمنه.

من أجل ذلك قام المستشفى على تحديد كل من رؤيته ورسالته بشكل واضح مباشر والعمل على توفير الطاقات والتوجهات كافة نحو تحقيقها والإستمرار بها وتطويرها.

رؤية مستشفى الأمير حمزة

"أن يكون موظفوه من الرياديين في تقديم أفضل الخدمات الطبية التخصصية المتميزة في المنطقة".

رسالة مستشفى الامير حمزة

" تقديم رعاية طبية تخصصية مميزة وأمنة ذات جودة عالية مع الإلتزام بالتطوير والتحديث والإستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبالتعاون مع الجهات ذات العلاقة."

ولأن رسالة المستشفى تدعو إلى توفير الرعاية الصحية وتقديمها بأعلى المستويات للوصول إلى خدمة صحية ذات جودة عالية أصبح من المهم للمستشفى من تطبيق برامج رعاية صحية معترف بها من شأنها أن تدعم رسالة المستشفى. من أجل ذلك تحاول لجنة الجودة والتحسين في المستشفى من السعي وراء تطبيق معايير اعتماد المستشفيات والحصول على الإعتراف من قبل مؤسسة اعتماد المؤسسات الصحية.

وقبل التوجه للحديث عن تطبيق معايير اعتماد المؤسسات الصحية في مستشفى الامير حمزة، سأقوم باستعراض جدول رقم (٢-٤) والذي يوضح حجم العمل في مستشفى الأمير حمزة حسب الأقسام لعام ٢٠١٢. مع الإشارة إلى أن قسم النسائية والتوليد المذكور في الجدول القصد منه حالات النسائية المرضية فقط وليست الحالات الولادية.

جدول رقم (٢-٤) حجم العمل في مستشفى الأمير حمزة حسب الأقسام لعام ٢٠١٢

معدل إقامة المريض	نسبة الأشغال %	عدد الأيام	عدد الخروج		عدد الدخول	عدد الأسرة	البيان
			الأحياء	الأموات			
٥.٩	-	١٨٣٢٣	١٦	٣٠٦٩	٣٠٦٩	-	ذكور
٦.٣	-	١١٩٧١	١٦	١٨٨١	١٨٩٦	-	إناث
٦.١	٧٩.٦	٣٠٢٩٤	٣٢	٤٩٥٠	٤٩٩١	١٠٤	المجموع
٨.٦	-	٥٨٦٠	٣	٦٧٨	٦٩٣	-	ذكور
١١.٥	-	٣٣٦٠	٥	٢٨٧	٢٩٨	-	إناث
٩.٤	٨٦.٦	٩١٩٠	٨	٩٦٥	٩٩١	٢٩	المجموع
-	-	٠	٠	٠	٠	-	ذكور
٤.٢	-	٣١٥٣	٠	٧٤٢	٧٤٤	-	إناث
٤.٢	٤٢.١	٣١٥٣	٠	٧٤٢	٧٤٤	٢٢	المجموع
٣.٤	-	١٢٥٨	٠	٤٠٢	٤٠١	-	ذكور
٣.٤	-	١٠٦٦	٠	٣١٨	٣١٦	-	إناث
٣.٤	٣١.٢	٢٤٢٤	٠	٧٢٠	٧١٧	٢١	المجموع
٢.٤	-	١٨٥٩	٢	٧٦٢	٧٥٩	-	ذكور
٢.٧	-	١٢٤٠	٠	٤٦٧	٤٦٢	-	إناث
٢.٥	٤٧.٠	٣٠٩٩	٢	١٢٢٩	١٢٢١	١٨	المجموع

0.0	-	0083	1	1023	1038	-	ذكور	الأطفال
6.9	-	4680	4	474	690	-	إناث	
6.0	06.6	10268	0	1697	1733	01	المجموع	
0.4	-	13066	111	2328	2430	-	ذكور	الباطني
6.8	-	12930	108	1782	1878	-	إناث	
6.0	74.0	26001	219	4110	4308	104	المجموع	
0.0	-	4630	270	073	802	-	ذكور	ICU العناية المركزة
1.9	-	1266	227	401	674	-	إناث	
3.9	94.8	0896	002	1024	1026	17	المجموع	
6.2	-	3108	47	401	499	-	ذكور	CCU العناية التاجية
4.6	-	1081	26	209	233	-	إناث	
0.7	90.4	4189	73	660	732	12	المجموع	
3.0	-	3419	4	972	994	-	ذكور	جراحة القلب
3.3	-	1490	2	402	462	-	إناث	
3.4	01.0	4914	6	1424	1406	30	المجموع	
1.0	-	086	0	402	403	-	ذكور	جراحة الأطفال
0.9	-	199	0	221	221	-	إناث	
1.3	19.0	780	0	623	624	11	المجموع	
12.7	-	1182	11	82	90	-	ذكور	ICU العناية المركزة أطفال
11.6	-	706	12	03	60	-	إناث	
12.3	04.8	1938	23	130	100	9	المجموع	
0.3	-	08944	470	10742	11204	-	ذكور	مجموع المستشفى
0.4	-	43207	400	7037	7944	-	إناث	
0.3	69.0	102101	870	18279	19198	433	المجموع	

تطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة والرعاية الصحية

يهدف تطبيق برنامج اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة إلى تطوير الخدمات الطبية المقدمة من خلال تطبيق المعايير الدولية المعتمدة على أسس بحثية وعلمية، كما وتهدف إلى تفعيل نشر ثقافة الجودة والإعتمادية وتعميمها بين المستشفيات الإدارية المختلفة واستمرارية تدريب جميع الكوادر في المستشفى وتطوير مهاراتهم في حقل الجودة والإعتمادية وعدم الاعتماد على أقسام الجودة فقط . كما هدف أيضا إلى توحيد طرق العمل والاهتمام الجماعي من كافة الكوادر الذي دفع المستشفى للحصول على شهادة الاعتماد من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. أما لما تشكل الأهمية في الحصول على الاعتماد الدولي للمستشفى فإنها تلخصت بكونه يعمل على خلق وترسيخ بيئة تعليمية خالية من الخلافات والتي من شأنها دعم المستشفى لتحقيق معايير التميز في مجال جودة الرعاية الصحية. ومن شأنه أيضا تعزيز تنافسيته في مجال السياحة العلاجية من خلال ضمان المستوى الامثل من جودة وسلامة خدمات الرعاية الصحية

الدراسات السابقة :

الدراسات باللغة العربية

دراسة قبلاوي (٢٠٠٥). تطوير نموذج لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى المركز العربي الطبي.

هدفت الدراسة إلى وضع نموذج لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الخدمات وخصوصا مؤسسات الرعاية الطبية مع الأخذ بعين الإعتبار خصوصية المجتمعات العربية مقارنة بالمجتمعات الغربية. تمثل مجتمع الدراسة في مستشفى المركز العربي الطبي، حيث احتوت وحدة المعاينة للدراسة من ٨٥ مريض، و٢١ طبيبا و٤٨ ممرضا في الفترة الواقعة ضمن فترة الدراسة. أما بالنسبة للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، فقد توصلت إلى مجموعة أهمها: مركزية القرار داخل المستشفى وتأثير ذلك على مرونة وسهولة الاتصال بين الإدارة العليا ومقدمي الخدمة الطبية وخصوصا التمريض. أيضا روتينية برامج التدريب، إضافة إلى كون البيئة التنظيمية في المركز بدت غير مهينة لقبول أي تغيير في مناهج الإدارة.

أوصت الدراسة على ضرورة تعليم العاملين داخل المركز بمفهوم الجودة الشاملة قبل البدء بتطبيق أي من المعايير الجوده إذ يجب أن يتحول مفهوم الجودة إلى طريقة ونمط تفكير يومي. إجراء تغيير شامل على برامج التدريب من حيث النوع والكم والكيف، وإعادة النظر في برامج تقييم أداء العاملين وتحويلها إلى برامج تقييم الأداء الجماعي. وضرورة اعتماد مناهج الإدارة الاستراتيجية من حيث وضع رؤية للمركز وتحديد أهدافه واستراتيجياته المستقبلية.

أما لما أفادته الدراسة للدراسة الحالية، فقد لفتت الإنتباه إلى الإهتمام بموضوع تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي وتحسين الخدمة والرعاية الصحية من خلال تطبيق أبعاد الجودة الشاملة. مما شجع أيضا على التركيز على تطبيق برامج اخرى في قطاع الرعاية الصحية تهدف من خلالها إلى تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة.

دراسة السعيد (٢٠٠٧). تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت. هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في تحسين الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في الكويت، كما وتشخيص التباين في تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية وأيضا الخروج بنتائج وتوصيات حول فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفى.

تمثل مجتمع الدراسة مستشفى الجهراء في الكويت، حيث شملت وحدة المعاينة جميع العاملين فيه من الكوادر العربية والذي بلغ عددهم ١٤١٣، حيث تم توزيع ٤٢٤ استبانة استُرجع منها ٤١٠ استبانة حددت ٤٠٢ للدراسة وتم استبعاد ثمانية. توصلت الدراسة إلى نتائج عدة أهمها: توضيح أبعاد الجودة الثلاث التي ركزت عليها الدراسة والتي اشتملت على بعد الخدمات الفنية (رعاية تهرضية وطبية وصيدلانية وشعاعية وعلاجية) وبعد الخدمات الفندقية (خدمات الطعام والغسيل ونظافة المرافق) وأخيرا البعد الخدمات الإدارية (رؤية المستشفى وأهدافه والخطط الإستراتيجية)، حيث تبين وجود استجابة لفاعلية نظام جودة الخدمات الصحية وتطبيقها في المستشفى. كما ان الفئة الحاملة لشهادة البكالوريوس من العينة المعنية كانت لديها أكبر نسبة إدراك واستعدادية لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية. وتضمنت توصيات الباحث بتعميق العلاقات بين إدارة المستشفى والمستشفيات التخصصية في الخارج من خلال الزيارات المتبادلة، أيضا القيام بإنشاء مركز متخصص بإدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجهراء، ليقوم بتصميم وتنفيذ البرامج التدريبية بشكل دوري للإرتقاء بمستوى اداء الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء.

أما بالنسبة لما استفادته الباحثة من هذه الدراسة فهو التأكيد على أن موضوع تطبيق إدارة الجودة الشاملة على نطاق القطاعات الصحية قد بدأ يأخذ مجراه حتى في الدول الأخرى كون الدراسة قد تضمنت مجتمعا آخر في دولة عربية أخرى، مما يعني أخذ الموضوع بأهمية لما له أهمية في الارتقاء بالرعاية الصحية المقدمة للمجتمع على مستويات عدة، ثقافية واجتماعية وإقليمية وتنافسية.

دراسة سيف (٢٠٠٩). أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الاردنية من وجهة نظر الاطباء والممرضين.

هدفت الدراسة إلى التعريف بمعايير إدارة الجودة الشاملة المعتمدة لدى المستشفيات الحكومية الأردنية وأثرها في الأداء، ومعرفة مستوى تطبيق هذه المعايير. كما تهدف أيضا إلى معرفة نوع ومستوى العلاقة بين معايير إدارة الجودة الشاملة وأداء المستشفيات، ومعرفة الصعوبات والمعوقات والمفارقات لعملية تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الأردنية. تمثل مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية التابعة لوزارة الصحة، والتي تعتبر مشاركة في برنامج إعتقاد المستشفيات الأردنية، وتكونت وحدة المعاينة من الاطباء والممرضين العاملين في تلك المستشفيات، حيث تم توزيع ٤٦٢ إستبانة خاصة بالدراسة واسترجاع ٣٨٤ منهم صلحت للتحليل ٣٧١ منها.

أما نتائج الدراسة من المنظور العام فتوصلت إلى جعل الجودة هدفا إستراتيجيا للوصول إلى تحقيق الأداء المتميز. وتم توضيح معايير إدارة الجودة الشاملة والتي اشتملت على: جودة القيادة، والتركيز على المريض وأنظمة السلامة والمعلومات والخدمات الفندقية والموارد البشرية، والخدمات التشخيصية، والمسؤولية القانونية، والتحسين المستمر. حيث كشفت الدراسة عن وجود تأثير نوعي وإيجابي لمستويات تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في مستويات أداء المستشفيات، وأيضا مستويات الفاعلية الفنية، والتركيز على المريض، ومستويات السلامة.

أوصت الدراسة بزيادة التزام الإدارة العليا والمتوسطة في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة، والخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة وإدماج خطة إدارة الجودة الشاملة في إستراتيجية المستشفى، كما اوصى الباحث أيضا بتبني قنوات اتصال تضمن التفاعل بين مدراء المستشفيات الحكومية وموظفيها.

ما قدمته الدراسة للدراسة الحالية، لفت الإنتباه إلى موضوع تطبيق معايير اعتمادية المستشفيات، وكيف يمكن له أن يكون طريقا نحو تطبيق أبعاد معايير إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية.

دراسة تيلخ (٢٠١٠). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين منها في المستشفيات الخاصة والعامة في الأردن(دراسة مقارنة).

هدفت الدراسة إلى قياس أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المستفيدين منها في المستشفيات الخاصة والعامة في الأردن، وأيضا توضيح أبعاد جودة الخدمة الصحية. تمثل مجتمع الدراسة من المستشفيات الحكومية التي يزيد عدد اسرتها عن ١٢٠ سريرا، مع إستبعاد المستشفيات المختصة في تقديم رعاية معينة مثل الولادة والعيون وأمراض السرطان، اما وحدة المعاينة فتكونت من حوالي ٤٥٠ مريضا متلقي للرعاية الصحية في تلك المستشفيات. من أهم نتائج الدراسة إثبات وجود أثر لجودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات بشكل عام، كما أثبتت أن كل من بعدي التوكيد والإستجابة يظهران رضا وتأثير أكبر على المرضى من غيرهما من أبعاد جودة الخدمة الصحية وهي (الملموسية والتعاطف والاعتمادية)، في مستشفيات القطاع العام والخاص، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية على رضا المرضى في مستشفيات القطاع الخاص على مستشفيات القطاع العام لصالح القطاع الخاص.

تضمنت توصيات الدراسة بالبحث على مواصلة العمل الجاد من قبل الجهات المسؤولة عن مستشفيات القطاع العام في الارتقاء لجودة الخدمة الصحية، والاستمرار في عملية التطوير والتحديث، وخاصة في مجال تأهيل الموارد البشرية ورفع كفاءة الموظفين.

ما قدمته الدراسة للدراسة الحالية تشجيع تطبيق معايير الجودة تؤدي إلى الوصول لأداء عال من خدمة الرعاية الصحية وبالتالي التركيز على الوصول إلى رضا المستفيد من الخدمة بالدرجة الأولى وجعله هدف اساسي من أهداف تطبيق معايير جودة الخدمة الصحية.

دراسة مصلح (٢٠١٢). "قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق استجابتهم تبعاً للمتغيرات، المستشفى والنوع الاجتماعي والحالة الاجتماعية والعمر والمؤهل العلمي والوظيفة. حيث تكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث الدولية، والتي اشتملت على ١٢٦ موظفاً ومريضاً من أصل ٤٢٠ شخصاً، أي ما يقارب ٣٠% من مجتمع الدراسة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية. حيث تم توزيع استبانة على العينة مكونة من ٢٦ فقرة مقسمة إلى ٦ مجالات وهي الدليل المادي الملموس والإعتمادية وقوة الإستجابة والأمان والثقة والتعاطف وخصائص المستشفى.

أظهرت نتائج البحث أن استجابات عينة الدراسة نحو القياس لجودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة و على الدراسة الكلية. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية قوة الإستجابة والأمان والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور. وقدمت مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء من الاجهزة والمعدات الحديثة، كما يجب ان تعمل على توفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة. ما أفادته الدراسة للدراسة الحالية أهمية التركيز على العاملين وتدريبهم وثقتهم فيما يتعلق بأمور الجودة الخدمية المقدمة وبالتالي يصبح لديهم القدرة على رؤية الأهداف التي تعمل المؤسسة على تحقيقها في سبيل توفير خدمة صحية ذات جودة عالية من شأنها إرضاء متلقي الخدمة (المرضى).

هدفت الدراسة إلى إظهار ما يتميز به الطب الوقائي في الشريعة الإسلامية من خصائص عظيمة على نظيره في القرن الحادي والعشرين، حيث أن الإسلام لم يترك شاردة ولا واردة تتعلق بالطب الوقائي والرعاية الصحية إلا ذكرها تلميحاً أو تصريحاً.

حيث اشتملت الدراسة على التشريعات الوقائية للرعاية الصحية التي يقوم عليها بناء الصحة المتكامل على مستوى الفرد والمجتمع وهي النظافة والطهارة وتحريم الخبث وأخطار التدخين، والوقاية من الحوادث والشروط الصحية للدفن، كما وأظهر دور ولاية الحسبة في الرقابة الصحية وبخاصة على الصناعات الغذائية والدوائية والطبية.

كما ركزت الدراسة على خصائص الوقاية الصحية لضمان مجتمع متميز خال من انتشار الأوبئة مثل قاعدة العزل وقاعدة الحجر الصحي وقاعدة تحريم بعض الاطعمة والاشربة والدعوة إلى التعقيم والحذر من التلوث. اتبع منهج البحث المنهج الوصفي بأحد صوره التحليلية نظرا لملائمته لأغراض الدراسة من خلال دراسة المواضيع ذات العلاقة وتحليلها، واجتهد الباحث في عرض الأمور وجمع شتات المواضيع وإخراج زبدتها وقسمت المواضيع إلى أربعة أقسام التشريعات الوقائية للرعاية الصحية في الإسلام. وخصائص الوقاية الصحية في الإسلام والقواعد الصحية امنع انتشار الأوبئة ودور الإيمان في الشفاء من الأمراض.

أظهرت نتائج الدراسة ما تتميز به الشريعة الإسلامية من قواعد ودلائل وتشريعات وأن تطبيقها بالطريقة الصحيحة يؤدي إلى الوصول إلى درجة عالية من الرعاية الصحية وقاية وعلاجاً.

أما توصيات الدراسة، فقد تلخصت بالالتزام بالتعليمات الصحية ذات الصلة بالطب الوقائي لأنها جزء من الدين وأنها ذات قيمة كبيرة على الصحة، كما أوصى إلى التحذير من التدخين وركز على تطبيق أسس الرعاية الصحية (الوقاية والعلاج).

دراسة برعي (٢٠١٢). متطلبات تحقيق الرعاية الصحية الشاملة في المملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى استكشاف طرق زيادة كفاءة استخدام الموارد المتاحة البشرية والمالية والفنية في توفير خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية وبيان وسائل استبعاد المخاطر المالية للمرضى. وكيفية تطوير مصادر تمويل نظام الرعاية الصحية في مملكة السعودية، من خلال نظام تأمين صحي لتحقيق هدف الرعاية الصحية الشاملة. كما هدفت الدراسة إلى عرض وتحليل متطلبات الرعاية الصحية الشاملة للسكان، من حيث شمولية خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية وخدمات النفاهة. اعتمدت الدراسة أسلوب التحليل المحتوي تقييم وضع النظام الصحي في السعودية وما يوفره النظام من موارد وخدمات، بتالإضافة إلى مخرجاته بالمقارنة مع ما حققته الدول الأخرى من إنجازات واستخلاص سبل تطوير النظام لتحقيق هدف التغطية الشاملة بالمفهوم الذي حددته منظمة الصحة العالمية وتبني استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة. كما اعتمدت الدراسة منهجية إحصاءات منظمة الصحة العالمية المنشورة في كتابها الإحصائي السنوي ٢٠١٠، وذلك لتطبيق امكثنية المقارنة بين الدول .

قسمت نتائج الدراسة إلى قسمين من حيث مدخلات الرعاية الصحية الشاملة ومخرجات الرعاية الصحي الشاملة. معدل الإنفاق على الصحة في السعودية أقل منه في تشيلي ويزيد ٨٠% في الدول المتقدمة ز بينما بلغ مقدار انفاق الحكومة على الصحة من إجمال الإنفاق ٦٨.٢% مقارنة بالدول الأخرى ٤٤-٤٧%.

أوصت الدراسة إلى إيجاد استراتيجيات أخرى للمساعدة على التقليل من معدل الإنفاق المالي على القطاع الصحي أو إيجاد طرق تمويل لدعم الحكومة السعودية على الإستمرار بتوفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة.

أضافت الدراسة موضوع المقارنة بين خدمات الرعاية الصحية ومستواها مع مستوى الرعاية الصحية في السعودية. كما أفادت إلى الإشارة لكون تطبيق معايير اعتماد المستشفيات من الوسائل التي تعمل كمصدر لتوفير المصادر المادي لتوفير وتحسين خدمات الرعاية الصحية عند حصول المؤسسة الصحية عليها.

ما أفادته الدراسة للدراسة الحالية أن بعض الإجراءات الوقائية والتعليمات التي من شأنها حفظ سلامة المرضى التي تم وضعها من قبل مؤسسة اعتماد الرعاية الصحية من السلامة البيئية للحفاظ على سلامة المرضى والعاملين واحتياجات عدم انتقال العدوى جميعها بالأصل تتم إذا تم تطبيق هذه الإجراءات بالطريقة الإسلامية الصحيحة.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية. حيث تم استخدام أسلوب الإستبانة لجمع المعلومات المطلوبة والتي وزعت على عينة ميسرة تبلغ عددها (٣١٨) مريضاً مراجعاً للمستشفى، وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية الإحصائية للعلوم الإجماعية (SPSS) بالإعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط بيرسون وتحليل الانحدار البسيط والتباين الأحادي. توصلت الدراسة إلى وجود تدني لمستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجامعة الأردنية و حيث تكون الجودة المتوقعة من المرضى تفوق الجودة المدركة من قبلهم. باستخدام مقياس الفجوات (Servqual).

أوصت الدراسة إلى ضرورة التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى المذكور للتماشي مع التطور التكنولوجي وديناميكية السوق الصحي، وأيضاً تدريب العاملين وطاقم موظفي الاستقبال والتمريض على كيفية التعامل مع المرضى وكسب ثقتهم وبناء علاقات جيدة معهم. أيضاً إعداد برامج فعالة وهادفة تسعى إلى بناء ولاء المرضى وتنميتها. ضرورة اهتمام مستشفى الجامعة بالجوانب الملموسة المباني الحديثة والمكان المنظم المريح للإستفادة من خبرات المنظمات الصحية العالمية في مجال العلاج والوقاية الرعاية الصحية والإدارة الطبية .

أضافت الدراسة إلى الدراسة الحالية الإهتمام بجانب التحسين المستمر في أداء الخدمة وسلامة المرضى الأمر الذي من شأنه أن يزيد من ولاء متلقوا الخدمة (المرضى) إلي مؤسسة رعاية صحية لديها القدرة على توفير ما هو مهم ومتطلب بالنسبة لهم (المرضى).

الدراسات باللغة الإنجليزية

Pernelle A.Smits,etal.(2008). Conceptualizing Performance in Accreditation

هدفت الدراسة إلى مقارنة أداء المؤسسات الصحية التي طبقت كل كتيب اعتمادية على حدة ومستوى أدائه للرعاية الصحية فيه على الرغم من اختلاف طبيعة الكتيب الذي تقوم مؤسسة الرعاية الصحية باعتماد معاييرها. تمثل مجتمع الدراسة من الدول التي قامت بإصدار كتيب لمعايير اعتمادية المستشفيات وهي: أستراليا وكندا وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية، بينما تألفت وحدة المعاينة من المستشفيات التي قامت بتطبيق كل كتيب من الكتيبات، أظهرت النتائج اتفاق الكتيبات الإرشادية لمعايير اعتمادية المؤسسات الصحية -بالرغم من اختلاف أماكن إصدارها- في محتواها على أربعة معايير للإعتمادية ألا وهي: الجودة والسلامة البيئية وتحقيق الأهداف والقيم مع إختلاف بسيط في عناصر كل معيار على حدة.

أوصت الدراسة بأهمية توضيح المفهوم الصحيح لمؤلفات الإرشادية لمعايير اعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية، مع أهمية إدراكها وبالتالي أداء المعايير وتطبيقها بالطريقة السليمة والصحيحة. وتعريف الكتيبات الإرشادية الأكثر اعتماداً والعمل على تطويرها وجعلها معتمدة على أكثر من مستوى للأداء الفعلي لمؤسسات الرعاية الصحية.

ما أفادته الدراسة للدراسة الحالية التأكد من كتيب الإرشادات الذي اتبعه مستشفى الأمير حمزة لتطبيق معايير اعتمادية المستشفيات، والذي تمثل في إصداره من قبل مؤسسة الإيماء الدولية USIAD.

Mahi Al-Tehewy,etal. (2009).Evaluation of Accreditation program in non governmental organization`s health units in Egypt: short-term outcomes

هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير تطبيق معايير اعتمادية مؤسسات الرعاية الصحية في القطاعات الخاصة للوحدات الصحية على رضا كل من متلقي الرعاية الصحية ومقدمها، وتأثيرها على مخرجات الرعاية الصحية بالنسبة لمستويات تكميل بعض معايير الاعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية. تمثل مجتمع الدراسة من ستون مستشفى من القطاعين الخاص والعام في جمهورية مصر العربية، ثلاثون منها ضمن برنامج الاعتمادية والثلاثون الأخرى ليست ضمن برنامج الاعتمادية، حيث شكلت وحدة المعاينة كا من العاملون في تلك القطاعات ومنتلقوا خدمة الرعاية الصحية بشكل عشوائي. أظهرت نتائج الدراسة إثبات وجود مستوى عالٍ من رضا متلقي الخدمة ومقدمها في القطاعات المقدمة للرعاية الصحية المطبقة لمعايير اعتمادية المؤسسات الصحية مقارنة بتلك التي ليست مطبقة لمعايير الاعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية من عدة اتجاهات لتقديم الرعاية الصحية مثل النظافة العامة والوقت اللازم لانتظار الحصول على خدمة الرعاية الصحية. وأظهر الكادر العامل رضا عالٍ للأمان الوظيفي ووضوح معايير الاعتمادية والوقت اللازم لإجراء المدخلات الخاصة بالرعاية الصحية وأن الإلتزام بتطبيق المعايير من شأنه توفير الوقت والجهد على كادر الرعاية الصحية. أوصت الدراسة إلى زيادة الدراسات ذات العلاقة، لما له أهمية في النهوض والوصول إلى جودة الرعاية الصحية في المنطقة المصرية خاصة. والمنطقة العربية عامة. وزيادة وعي مقدموا الرعاية الصحية لماهية معايير الاعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية من خلال توضيح السياسات المتبعة لتطبيق المعايير، ووضع خطط إستراتيجية والوصف الوظيفي وألية خطوات تطبيق إجراءات الرعاية الصحية المطلوبة.

Moses Bategnya, et al. (2009). Incentives and Barriers to Implementing National Hospital Standards in Uganda.

هدفت الدراسة إلى إختبار المعرفة والإتجاهات والممارسات للرعاية الصحية للكوادر المقدمة لهذه الخدمة في المستشفيات تحت الدراسة، كونها مطبقة لتلك المعايير، وأيضا تقييم مستوى إهتمام إدارة المستشفيات والكوادر الوظيفية لتطبيق المعايير الوطنية كسياسة جديدة للنهوض بمستوى أداء الرعاية الصحية. تكون مجتمع الدراسة من أربعة مستشفيات من القطاع الحكومي غير ربحية مطبقة لمعايير الاعتمادية الوطنية للمستشفيات

تحتوي ١٠٠-١٢٠ سريرا بينما تكونت وحدة المعاينة من ٥٨ مشاركا بين أطباء وممرضين ورؤساء أقسام. توصلت النتائج إلى إثبات وجود استعداد وجاهزية عالين من قبل إدارة المستشفيات تحت الدراسة وكوادرها لتطبيق المعايير الوطنية للمؤسسات الصحية، وعدم ممانعتها لاستقبال أي جديد نحو الأفضل من أجل التقدم في مجال الرعاية الصحية، كما أظهرت الافتقار إلى عمل برامج تدريب وتوعية بماهية تلك المعايير وأهميتها، إضافة إلى تردي الوضع المادي والحاجة إليه للقيام بتطبيق هذا البرنامج. أوصت الدراسة إلى أهمية القيام ببرامج توعوية لتطبيق معايير الإعتدال الوطنية لمؤسسات الرعاية الصحية.

أفادت الدراسة إلى أهمية التركيز على كون الكادر ضمن الدراسة يتمتع بقدرته تطبيق سياسات معايير الإعتدالية والإلتزام بها، من خلال وضع العبارات المناسبة في استبانة الدراسة يمكن من شأنها تحديد هذا الأمر، من خلال الإجابة عليها بالطريقة المناسبة.

هدفت الدراسة إلى إيجاد واقتراح عدد من أدوات قياس أثر تطبيق معايير اعتمادية مؤسسات الرعاية الصحية، ومقارنة أدائها بين تلك المؤسسات الصحية التي لا تطبق معايير الإعتدالية لمؤسسات الرعاية الصحية. تكون مجتمع الدراسة من الجامعات ومؤسسات الرعاية الصحية والمؤسسات المانحة للإعتدالية. وأما وحدة المعاينة عبارة عن الخريجين من الجامعات لقطاع الرعاية الصحية. والعاملون في مؤسسات الرعاية الصحية والعاملون في مؤسسات منح الإعتدالية.

توصلت نتائج الدراسة وجود عدة أدوات لقياس برامج اعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية على إختلاف مستوياتها، وطبيعة البرامج المختلفة التي يتم تطبيقها، وبالتالي التحقق من مدى المصدقية التي يحققها تطبيق البرنامج على الأداء الفعلي لكادر الرعاية الصحية بعد التطبيق .

أوصت الدراسة بضرورة الأخذ بعين الإعتدال استخدام أدوات القياس المناسبة لكل برنامج من برامج إعتدالية المؤسسات الصحية بناءً على المعايير التي تطبقها المؤسسة الصحية، مثل تطبيق معايير سلامة المرضى أو معايير الجودة، أو معايير السجلات الطبية، أو معايير السياسات الإدارية...إلخ، من معايير اعتمادية مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى المعروفة عالميا ودوليا، مما يعنيه ذلك على التأثير بمصدقية أداة القياس إذا كانت ملائمة لتطبيق برنامج الإعتدالية المناسب لها

ما أفادته الدراسة للدراسة الحالية هو البحث عن الأداة المناسبة لقياس المعايير المختارة لبرنامج إتمادية المستشفيات في هذه الدراسة للوصول إلى نتائج ذات مصداقية وثقة للتأثير الحقيقي لتطبيق هذه المعايير على تحسين الأداء الفعلي للرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

من خلال إطلاع الباحثة على الدراسات السابقة المذكورة، تلخصت فروقات الدراسات السابقة وما يميز هذه الدراسة عنها في الجدول رقم (٢-٥).

الجدول رقم (٢-٥): مقارنة بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية

المجال	الدراسات السابقة	الدراسة الحالية
العينة	تألفت عينات الدراسات السابقة من الكوادر العاملة في مؤسسات الرعاية الصحية قيد الدراسة بالإضافة إلى المرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية	تألفت عينة الدراسة الحالية من الموظفين العاملين في مستشفى الأمير حمزة في الأردن من كافة التخصصات، أطباء وممرضين وصيادلة ومحاسبين وموظفوا استقبال.
المجتمع	مؤسسات رعاية صحية تابعة للقطاع الخاص والقطاع العام (الحكومي) في دول مختلفة تعددت بين ولاية أوغندا في افريقيا، والأردن والكويت ومصر	مستشفى الأمير حمزة في الاردن ويعتبر تابعا لوزارة الصحة الاردنية
المتغيرات	تمحورت المتغيرات المستقلة بين برنامج الإتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية، بينما اختلفت عناصر المتغير التابع بين رضا متلقي الخدمة، ورضا مقدم الخدمة و اساليب قياس مستوى الأداء لتطبيق معايير إتمادية المستشفيات.	تألفت المتغيرات من المتغير المستقل معايير اعتمادية المستشفيات بأربعة عناصر منها: سياسات حقوق المرضى وعائلاتهم، وسياسات تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية، وسياسات السلامة البيئية، وسياسات تحسين الجودة وسلامة المرضى. بينما تألفت عناصر التغير التابع الرعاية الصحية من: الخدمات الطبية والتمريضية والخدمات المساندة وخدمات الإدخال والإستقبال.
منهج الدراسة	الوصفي والتطبيقي للحالة الدراسية، التحليلي الرقمي المعتمد على المصادر الأولية.	الوصفي التحليلي المعتمد على استبانة الدراسة.

<p>هدفت الدراسة الحالية إلى قياس أثر تطبيق برنامج اعتمادية المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة بشكل خاص، ومدى إدراك الكادر العامل في المستشفى بتطبيق هذه المعايير فيه، بشكل عام.</p>	<p>هدفت الدراسات السابقة بعد التنوع في اتجاهاتها، إلى قياس الأثر للأداء الفعلي لتطبيق معايير الاعتمادية لمؤسسات الرعاية الصحية على مستوى الرعاية الصحية المقدمة ورضا متلقي الخدمة عنها. كما هدفت إلى خلق مستوى كاف لإدراك إدارات المؤسسات الصحية لوجود مثل هذه المعايير لاتباعها في تطبيق الرعاية الصحية وتحسين مستواها. في المجتمعات قيد الدراسة.</p>	<p>هدف الدراسة</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

المقدمة

هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير مدى تطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة على مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وعليه فقد تم اختيار عينة من كل من الموظفين وعينة من المرضى باستخدام استبانتين لكل مجموعة على حدة لقياس هذا التأثير.

منهجية الدراسة

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي في مناقشة وتفسير نتائج الدراسة. بالإضافة إلى وصف مجتمع وعينة البحث، وتوزيع استبانة الدراسة على الكادر العامل واستبانة للمرضى في مستشفى الأمير حمزة في كافة أقسامه. وتحليل أثر تطبيق اعتمادية المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى.

مجتمع الدراسة ووحدة المعاينة

اقتصرت الدراسة على مستشفى الأمير حمزة وهو من المستشفيات الرئيسية في عمان /الأردن. أما وحدة المعاينة فتكونت من (الجزء الأول) الكادر العامل في المستشفى من كافة الأقسام الطبية والتمريضية والصيدلانية والمحاسبة والإدارية والذي يقدر عددهم ب ٤٠٠ موظف، حيث تم توزيع ١٢٠ استبانة على جزء تم اختياره عشوائيا ليمثل رأي أغلبية الكادر العامل في المستشفى. تم استعادتها جميعا، والتي ستقيس مدى معرفة الموظفين بالمعايير والسياسات المطبقة في المستشفى، و(الجزء الثاني) والذي يمثله المرضى، حيث بلغ عدد الإستبانات الموزعة أيضا ١٢٠ تم استعادتها جميعا أيضا، حيث تم توزيعها أيضا على عينة عشوائية من المرضى. والذي سيقاس إجابتهم على الإستبانة الخاصة بهم مستوى تحسين الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى. حيث تم اختيار وحدة معاينة من خلال أخذ عينة طبقية تتألف من عينة موظفين عشوائية من كل قسم في المستشفى. وعدد من المرضى الموجودين من أجل الغايات التشخيصية أو العلاجية.

أداة الدراسة

تم استخدام استبانتان، الأولى والتي تكونت من سبعون عبارة مقسمة إلى أربعة أقسام تمثل معايير الإعتدال الأربعة التي تم دراسة مستوى تطبيق الكادر لها. وهي معايير حقوق المرضى ومعايير الرعاية الطبية التمريضية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى ومعايير السلامة البيئية. والتي كان مقياسها من ١-٥ بمقياس ليكرت حيث كان رقم (١) يمثل إجابة أوافق بشدة و(٥) لا أوافق بشدة.

أما الاستبانة الثانية والتي مثلت المرضى المتلقين للرعاية الصحية في المستشفى والتي من خلالها تم قياس مستوى الرعاية المقدمة. وتكونت من إحدى وعشرين عبارة أيضا باستخدام مقياس ليكرت وكانت بنفس الترتيب للإستبانة الأولى .

صدق وثبات الاداة

الصدق الظاهري

حيث تم استخدام نوعين من الإستبانة الأولى والتي تم توزيعها على الكادر العامل في المستشفى، والثانية والتي تم توزيعها على المرضى المتواجدين في أقسام المستشفى. إذ تم عرضة تحكيم الإستبانات من قبل عدد من المحكمين الخارجين من عدة جامعات مختلفة من أصحاب تخصص الإدارة وإدارة الاعمال (ملحق رقم ٤). حيث تم إجراء التعديلات المطلوبة والتي تتناسب مع الهدف المراد الحصول عليه من توزيع الإستبانة ودعم نتائج الدراسة.

صدق الأداة

اختبار الثبات

لقد تم استخدام اختبار (كرونباخ ألفا) لقياس مدى ثبات أداة القياس حيث بلغت قيمة α بالنسبة لاستبانة المرضى = ٠.٩٦ أما قيمة α بالنسبة لاستبانة الموظفين = ٠.٩٨٣ وهما نسبتين ممتازتين كونهما أعلى من النسبة المقبولة ٦٠%.

كما يوضح الجدول (١-٣) قيمة α بالنسبة لكل متغير من متغيرات الدراسة وهي أعلى من النسبة المقبولة ٦٠% وبما يعكس ثبات الاستبانة. حيث أن قيمة $\alpha = 0.05$ وعليه فإن كانت القيمة أقل من α فإن قاعدة الثبات لا تنطبق، وبما أن قيمة α أعلى من القيمة ٠.٠٥ فإن قاعدة الثبات تنطبق.

جدول (١-٣)

قيمة α	المتغير	الاستبانة
٠.٨٩٣	الاستقبال والإدخال	المرضى
٠١.٨٦٩	الخدمات المعيشية	
٠.٩٤	الخدمات الطبية والتمريضية	
٠.٩٤٣	معايير حقوق المرضى	الموظفين
٠.٩٤٣	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية	
٠.٩٥٢	معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى	
٠.٩٦	معايير السلامة البيئية	

اختبار: Multicolleniarity

كما تم استخدام أيضا اختبار Multicolleniarity حيث تم استخراج قيمة (Viral Inflationary Factor) (VIF) والذي يستخدم للتأكد من عدم وجود تداخل بين المتغيرات المستقلة بالنسبة لكل من متغيرات الدراسة المستقلة، حيث أن قيمته يجب أن تكون أقل من ١٠ مما يدل على عدم وجود Multicolleniarity، وفي اختبار المتغيرات المستقلة للدراسة الجارية وجد أن VIF لها أقل من ١٠ كما يوضح الجدول (٢-٣). وهذا يعني عدم وجود التداخل بين متغيرات الدراسة المستقلة وثباتها.

جدول (٢-٣)

VIF	
٤.٦٢٣	معايير حقوق المرضى
٧.٠٨٥	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
٥.٦٧	معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى
٣.٠٩٨	معايير السلامة البيئية

مصادر جمع المعلومات

المصادر الأولية: والتي تمثلت من خلال المعلومات والبيانات التي حصلت عليها الباحثة من خلال توزيع نوعين من الإستبانات الخاصة بالبحث، الأولى والتي تم توزيعها على موظفين المستشفى، والثانية والتي تم توزيعها على المرضى. والإجابة عن العبارات الواردة في كل منها .

المصادر الثانوية: والتي تم جمع المعلومات فيها من خلال المراجع والكتب والمجلات العلمية والدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع.

الأساليب الإحصائية

تم اعتماد البرنامج الإحصائي للدراسات الإجتماعية (SPSS) في عملية التحليل واختبار الفرضيات، حيث تم استخدام الوسائل الإحصائية التالية:

- الوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية للتحليل الوصفي لأراء العينة والمتغيرات الشخصية والوظيفية ومدى تشتت الإجابات عن وسطها الحسابي.
- تحليل الإنحدار المتعدد (multiple regression) لاختبار الفرضية الرئيسية على الفرضيات الفرعية والكشف عن وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة عند مستوى دلالة (a=0.05)
- تحليل الإنحدار البسيط لاختبار الفرضيات الفرعية.
- تحليل الإنحدار البسيط (simple regression) والذي تم استخدامه لاختبار أثر المتغير المستقل والمتمثل في تطبيق معايير الإعتمادية للمستشفيات على المتغير التابع والمتمثل في تحسين خدمات الرعاية الصحية.
- اختبار t-test لاختبار الفرضية الصفرية المستقلة.
- اختبار One Way ANOVA لاختبار كل من الفرضية الصفرية الرئيسية الثانية والفرضية الصفرية الرئيسية الثالثة.

الفصل الرابع : نتائج التحصيل الإحصائي

المقدمة

يتحدث هذا الفصل عن خصائص متغيرات عينة الدراسة كما وقد تم توضيح جميع الطرق الإحصائية التي تم استخدامها في إثبات الفرضيات الموضوعية في الدراسة، وأخيرا تم توضيح استنتاجات الدراسة والتحليل والخروج بكل من التوصيات الخاصة والتوصيات العامة في نهاية الفصل.

خصائص عينة الدراسة

عينة المرضى

١-النوع الإجتماعي

جدول (١-٤) توزيع عينة المرضى حسب النوع الإجتماعي

نسبة	تكرار	
%٥٣.٣	٦٤	ذكر
%٤٦.٧	٥٦	أنثى
%١٠٠	١٢٠	المجموع

يتم ملاحظة أن عينة الذكور من المرضى تشكل نسبة %٥٣.٣ والباقي %٤٦.٧ إناث، مما يدل على أن الرجال أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من النساء.

١-العمر

جدول (٢-٤) توزيع عينة المرضى حسب العمر

نسبة	تكرار	
%١٨.٣	٢٢	سنة ٢٥-١٧
%٣٠	٣٦	سنة ٣٤-٢٦
%٢٨.٣	٣٤	سنة ٤٣-٣٥
%٧.٥	٩	سنة ٥٢-٤٤
%١٥.٨	١٩	٥٣ فأكثر
%١٠٠	١٢٠	المجموع

يتم ملاحظة أن ١٨.٣% من العينة تتراوح أعمارهم بين (١٧-٢٥ سنة)، و٣٠% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٢٦-٣٤ سنة)، و٢٨.٣% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٣٥-٤٣ سنة)، و٧.٥% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٤٤-٥٢ سنة)، و١٥.٨% من العينة تزيد أعمارهم عن ٥٢ سنة. مما يدل على أن متوسط العمر الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض هو ما بين ٣٥ و٤٣ سنة وقد يعزى ذلك إلى إهمال الفرد لنفسه في تلك الفترة العمرية وعدم إلتزامه بالحميات المناسبة، واتخاذ الإجراءات الوقائية.

١. الجنسية

جدول (٣-٤) توزيع عينة المرضى حسب الجنسية

نسبة	تكرار	
٨٨.٣%	١٠٦	أردنية
١١.٧%	١٤	غير ذلك
١٠٠%	١٢٠	المجموع

من الجدول رقم (٣-٤) يلاحظ أن ٨٨.٣% من العينة من جملة الجنسية الأردنية و١١.٧% من العينة من جملة جنسيات أخرى. وهذا يعزى إلى كون المستشفى تابع للقطاع الحكومي أي أنه يعمل على تلبية حاجات المواطنين الأردنيين أولاً، ومن ثم أنه يقدم خدماته لجملة من المرضى أصحاب الجنسيات الأخرى ممن لديهم متوسط القدرة على دفع التكاليف العلاجية في القطاعات الصحية الخاصة.

٢. الحالة الاجتماعية

جدول (٤-٤)

توزيع عينة المرضى حسب الحالة الاجتماعية

نسبة	تكرار	
٢٣.٣%	٢٨	أعزب
٧٦.٧%	٩٢	متزوج
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يلاحظ أن ٧٦.٠٧% من العينة متزوجون والباقي عزاب. وأيضا يدل ذلك على كون الفئة المتزوجة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض. زقد يعزى ذلك إلى الضغوطات النفسية والمادية التي قد يتعرض لها الأشخاص المتزوجون بسبب الأوضاع المادية الراهنة.

٣. التحصيل الأكاديمي

جدول (٥-٤) توزيع عينة الدراسة حسب التحصيل الأكاديمي

نسبة	تكرار	
٥٢.٥%	٦٣	ثانوية عامة
٢٥.٨%	٣١	دراسة كلية
٢١.٧%	٢٦	دراسة جامعية
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يظهر الجدول أن ٥٢.٥% من العينة من حملة الثانوية العامة، و٢٥.٨% من العينة من حملة دراسة الكلية، و٢١.٧% من العينة من حملة الدراسة الجامعية. مما يدل على كون نسبة المرضى غير المستكملين دراساتهم هم الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض وهذه النتائج تدعم نتائج المرضى المعرضة للإصابة بالأمراض المرتفعة نسبيا، ويعزى ذلك إلى كون الأشخاص الغير متعلمية قد يكون غير مثقفين صحيا وبالتالي ليست لديهم القدرة على الوقاية من حدوث المرض وبالتالي الإصابة به. مثال ذلك إحتواء الوجبة الغذائية على كمية من الدهون والبروتينات في سن معينة يجب أن يتم تخفيف هذه الكمية للوقاية من الإصابة بمرض تصلب الشرايين وأمراض القلب.

عينة الموظفين:

١. العمر

جدول (٦-٤) توزيع عينة الموظفين حسب العمر

نسبة	تكرار	
٧١.٧%	٨٦	٣٠-٣٢ سنة
٢٥%	٣٠	٣٩-٣١ سنة
٣.٣%	٤	٤٨-٤٠ سنة
-	-	٤٩ سنة فأكثر
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يتم ملاحظة أن ٧١.٧% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٢٢-٣٠ سنة)، و٢٥% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٣١-٣٩ سنة) و٣.٣% من العينة تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٤٨ سنة). مما يدل على أن النسبة الأكبر من العينة شباب. وأن المستشفى يسعى لأن يكون متطورا في أداءه وخدماته لكون الفئة الشبابية في بداية الطريق ولديهم القدرة على الإنتاج والعمل. بينما حافظ المستشفى على الإبقاء من نسبة معينة من ذوي الخبرات لتعليم وتوجيه كادر الشباب العامل والإستفادة من خبراته إداريا وعمليا.

٢. النوع الاجتماعي

جدول (٤-٧) توزيع عينة الموظفين حسب النوع الاجتماعي

نسبة	تكرار	
٥٠%	٦٠	ذكر
٥٠%	٦٠	أنثى
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يلاحظ أن العينة موزعة بالتساوي بين الذكور وإناث. مما يدل على عدم وجود قصور في أي من العينات او حاجة المستشفى لوجود الإناث أكثر من الذكور أو الذكور أكثر من الإناث.

٣. الخبرة

جدول (٤-٨) توزيع عينة الموظفين حسب الخبرة

نسبة	تكرار	
٦٨.٣%	٨٢	٦-٣ سنوات
٢٦.٧%	٣٢	١٠-٧ سنوات
٥	٦	١١ سنة فأكثر
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يظهر الجدول رقم (٤-٨) أن ٦٨.٣% من العينة تتراوح خبرتهم بين (٣-٦ سنوات)، و٢٦.٧% من العينة تتراوح خبرتهم بين (٧-١٠) سنوات والباقي أكثر من ١٠ سنوات. مما يدل على أن نسبة الموظفين الخريجين هم الأكثر استقطاباً للتعين في المستشفى الواقع تحت الدراسة، وتدعم هذه الدلالات نتائج الجدول رقم (٤-٦) في كون الخريجين الجدد هم أيضاً على الأغلب من الموظفين الأصغر سناً.

٤. المؤهل العلمي

جدول (٤-٩) توزيع عينة الموظفين حسب المؤهل العلمي

نسبة	تكرار	
١٥.٨%	١٩	دبلوم
٨٠%	٩٦	بكالوريوس
٠.٨%	١	دبلوم عالي
١.٧%	٢	ماجستير
١.٧%	٢	دكتوراه
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يلاحظ أن ٨٠% من العينة من حملة البكالوريوس، و١٥.٨% من العينة من حملة الدبلوم، والباقي من حملة الدبلوم العالي فأكثر. مما يدل على أن المستشفى قد لا يكون عنده القدرة على توفير الوضع المناسب لحملة الشهادات العلمية التي تعلق شهادة البكالوريوس من ناحية موقع وظيفي أو حتى الراتب. وبذلك يظهر أن الموقع الوظيفي يتناسب داخل المستشفى على الأغلب لحملة شهادات البكالوريوس والتي يحمل حملتها لاحقاً عند التعيين مسمى الممرض القانوني أو الممرضة القانونية.

٥. الوظيفة

جدول (٤-١٠) توزيع عينة الموظفين حسب الوظيفة

نسبة	تكرار	
١٥.٨%	١٩	ممرض مشارك
٧٥%	٩٠	ممرض قانوني
٩.٢%	١١	طبيب
-	-	أخرى
١٠٠%	١٢٠	المجموع

يلاحظ من الجدول أن ٧٥% من العينة ممرضين قانونيين، و١٥.٨% منها ممرضين مشاركين والباقي أطباء. وهذا يدعم نتائج الجدول رقم (٤-٩) ودلالاته على كون ممن هم حملة شهادة البكالوريوس هو من الممرضة القانونيين الأعلى نسبة في التعيين في المستشفى من الفئة الوظيفية التمريضية، كما انهم الفئة المستهدفة من تطبيق معايير اعتماد المستشفيات وسياساته الموضوعة في المستشفى. بينما تدل نسبة الأطباء في الجدول على كون الأطباء هم الفئة الأقل عرضة لتطبيق المعايير.

عرض نتائج الدراسة :

لقد تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لوصف إجابات العينة نحو الفقرات أدناه:

عينة المرضى:

أ. الاستقبال والإدخال

جدول (٤-١١-١)

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
٢	1.04355	3.8917	١. تمت معاملي بلطف عند استقبالي في المستشفى.
٤	1.32198	3.5167	٢. الوقت الذي انتظرت حتى تمت رؤيتي من قبل الطبيب لم يكن طويلا.
٣	1.14238	3.8500	٣. المكان الذي انتظرت فيه في قسم الإستقبال نظيف.
١	1.20221	3.9083	٤. تم تجهيز ملف الإدخال الخاص بي بسرعة.
٥	1.51037	3.4333	٥. رافقتي موظف إلى القسم الذي سوف أدخل إليه.
٦	1.48548	3.1417	٦. يقوم موظف قسم الإدخال بشرح سياسات المحاسبة لي.
	1.04531	3.6236	متوسط عام

يلاحظ أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣) كما تبين أن الفقرة (٤) هي أكثر الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.٩٠٨٣ والذي يدل على أن تجهيز ملف المريض يتم بسرعة أي أن هناك جودة في إتمام خدمة تحضير المريض للإدخال. بينما كانت الفقرة (٦) هي أقل الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.١٤١٧

مما يدل على وجود تقصير من جانب قسم المحاسبة في شرح آلية المحاسبة للمريض والذي يجب التركيز عليها كونها تعتبر من معايير حقوق المريض أن يعرف التكلفة المادية للخدمة الصحية المقدمة له. كما يعكس المتوسط العام البالغ ٣.٦٢٣٦ موافقة العينة على المتغير أعلاه أي أن المرضى راضين عن مستوى خدمة الاستقبال والإدخال المقدمة لهم في المستشفى تحت الدراسة.

ب. الخدمات المعيشية

جدول (٤-١١-٢)

الرتبة	انحراف معياري	وسط حسابي	
2	.98870	4.0750	٧. الغرفة التي أنزل بها في المستشفى نظيفة.
3	1.07267	4.0250	٨. يتم تبديل شرشف السرير الذي أنام عليه كلما احتاج الأمر لذلك.
6	1.13710	3.5333	٩. يهتم الممرضون بالنظافة الشخصية للمرضى الغير قادرين على فعل ذلك بأنفسهم.
1	.82804	4.1083	١٠. تتمتع محطات التمريض في الأقسام بالترتيب.
7	1.36274	3.4083	١١. تتوفر الماء الساخنة في جميع الاوقات في دورات المياه في غرفتي في المستشفى.
4	1.21890	3.9000	١٢. يتم إطلاعي على مواعيد الوجبات في المستشفى.
5	1.29832	3.8083	١٣. يتم إطلاعي على الحمية المناسبة لحالي الصحية من قبل موظف تغذية متخصص.
	.85440	3.8369	متوسط عام

يتم ملاحظة أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣)، أي أن مستوى الخدمات المعيشية المقدمة في المستشفى الواقع تحت الدراسة ذات مستوى جيد ومقبول من قبل متلقي الخدمة (المريض). وان تطبيق معايير حقوق المرضى يؤثر إيجابيا في تحسين مستوى الخدمات المعيشية. كما تبين أن الفقرة (١٠) هي أكثر الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٤.١٠٨٣ مما يدل على اهتمام الكادر التمريضي بالنظافة العامة للمرافق والمحطات التمريضية. بينما الفقرة (١١) هي أقل الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.٤٠٨٣ أي انه يجب أن يكون هناك إهتمام أكثر من قبل غدارة الصيانة في المستشفى بتوفير المياه الساخنة في المرافق الصحية في المستشفى الواقع تحت الدراسة. كما أن المتوسط العام البالغ ٣.٨٣٦٩ يعكس موافقة العينة على المتغير مستوى الخدمات المعيشية المقدمة.

ث. الخدمات الطبية والتمريضية

جدول (٤-١١-٣)

الرتبة	انحراف معياري	وسط حسابي	
٧	1.21337	3.7000	١٤. يتابع الطبيب حالتي باستمرار.
٦	1.13436	3.8750	١٥. يطلعني الطبيب دائماً على مستجدات حالتي الصحية.
٥	1.05450	3.9250	١٦. يصرف لي الطبيب العلاج المناسب لحالتي الصحية.
٢	1.04248	4.1750	١٧. يعاملني الأطباء بتهذيب.
٨	1.12643	3.5917	١٨. يجابوب الممرضون على تساؤلاتي بدقة.
٤	1.06507	4.0083	١٩. يتمتع الممرضون في القسم الذي أنزل فيه بخبرة جيدة.
١	.86380	4.2917	٢٠. يعاملني الممرضون بلطف.
٣	1.05317	4.0917	٢١. يعطيني الممرضون علاجي في وقته المحدد.
	.90146	3.9573	متوسط العام

يلاحظ أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات في الجدول رقم (٤-١١-٣) وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣). كما تبين أن الفقرة (٢٠) هي أكثر الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٤.٢٩١٧ مما يدل على الإهتمام الإنساني بالمريض والذي يتمثل بكون الإحترام والتعامل اللطيف من حقوق المرضى الموجودة والمطبقة في المستشفى الواقع تحت الدراسة. بينما الفقرة (١٤) هي أقل الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.٧٠ مما يدل على وجود قصور من قبل الأطباء في بعض الأحيان لإطلاع المريض على حالته الصحية بين الفترة والأخرى أثناء وجوده لتلقي الرعاية الصحية لفترات طويلة، مما يدعو الإدارة في المستشفى لمتابعة توفير الأطباء المعلومات الكافية للمريض عن حالته الصحية ومستجداتها. وبشكل عام فإن المتوسط العام البالغ ٣.٩٥٧٣ يعكس موافقة العينة ورضاها عن مستوى الخدمات الطبية والتمريضية المقدمة في المستشفى الواقع تحت الدراسة.

١. معايير حقوق المرضى

جدول (٤-١٢-١)

الرتبة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
١٣	1.16794	3.6750	١- يطبق المستشفى سياسات واضحة خاصة بحقوق المريض.
٧	1.10433	3.8750	٢- توثق المستشفى سياسات حقوق المريض .
١٨	1.29638	3.5083	٣- يتساوى جميع المرضى في حق الحصول على الرعاية الصحية بغض النظر عن الجنس والعرق واثقافة والديانة.
١٤	1.15906	3.6333	٤- أقوم بإطلاع المريض على طبيعة حالته الصحية أولا بأول.
١٧	1.05716	3.5917	٥- أقوم بإشراك المرضى في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.
١١	1.02487	3.7417	٦- أقوم بإطلاع المريض على كافة حقوقه المتعلقة بالرعاية الصحية خلال وجوده في المستشفى.
١٦	1.16809	3.6167	٧- يطبق المستشفى سياسات للحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
١٠	1.05317	3.7583	٨- يطبق المستشفى سياسة " الحق في معالجة الأم" للسيطرة على الأم.
٣	1.13978	4.0583	٩- يمنح المريض حق رفض المعالجة.
١	1.13015	4.1583	١٠- أستخدم نماذج لتوثيق رفض المريض للمعالجة.
٢	1.15443	4.1417	١١- تستخدم نماذج لتوثيق موافقة المريض على تقديم الإجراءات العلاجية (مثل التخدير ونقل الدم والجراحة)
٤	1.16376	3.9167	١٢- تستخدم نماذج الموافقة على تقديم الإجراءات العلاجية في جميع مواقع المستشفى.
٨	1.12969	3.8667	١٣- يتم إضافة نماذج الموافقة على الإجراءات العلاجية في ملف المريض من قبل وحدة الإدخال.
٥	1.11521	4.0000	١٤- أقوم بحفظ نماذج الموافقة على الإجراءات في سجل المريض.
٦	1.12571	3.9000	١٥- يسمح المستشفى بتقديم الشكاوى من قبل المرضى فيما يتعلق بالرعاية المقدمة.

٩	1.10461	3.8000	١٦- يتم النظر إلى شكوى المريض بجدية.
١٥	1.11568	3.6250	١٧- يتم حماية ممتلكات المرضى من خلال السياسة المتبعة في المستشفى.
١٢	1.01859	3.7333	١٨- يتم إطلاع العاملين في المستشفى على كافة الإجراءات التي تعنى بجميع حقوق المريض المقدمة.
	.80357	3.8111	متوسط عام

تظهر النتائج أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣) كما يعكس المتوسط العام البالغ ٣.٨١١١ موافقة العينة على تطبيق معايير حقوق المرضى الموجودة في المستشفى وإدراكهم لها. كما تبين أن الفقرة (١٠) هي أكثر الفقرات موافقة بينما الفقرة أي أن هناك سياسة لتطبيق معيار رفض المريض للمعالجة حيث يتم توثيقه في الملف الطبي الخاص بالمريض. (٣) هي أقل الفقرات موافقة مما يدل على وجود شرح يجب ان يتم اخذه بعين الإعتبار والحرص على متابعة إصلاحه، حيث انه من المهم جدا عدم وجود أي تحيزات وتفضيلات أثناء منح المرضى لخدمات الرعاية الصحية كونها تعد حق للجميع.

٢. معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية

جدول (٤-١٣-٢)

الرتبة	انحراف معياري	وسط حسابي	
٦	1.07479	3.9333	١٩- تستخدم سياسات لتحديد هوية المريض في المستشفى.
٢	1.11894	4.0083	٢٠- أقوم بالتأكد من هوية المريض بواسطة سوار التعريف الموجود على يده.
٨	.99227	3.9167	٢١- يتم إطلاعي على سياسات تحديد هوية المرضى المتبعة في المستشفى.
٢١	1.33471	3.2417	٢٢- أقوم بتعريف المريض باستخدام رقم الغرفة الموجود فيها فقط.
١٥	1.14346	3.6917	٢٣- يعين المستشفى أشخاص مؤهلون لتصنيف حالات المرضى في قسم الطوارئ كحالات الجراحة أو الباطني أو العظام.
٢٢	1.25144	3.2167	٢٤- يتم عمل دورات تدريبية لتمكين قدرة العاملين من تصنيف المرضى.

٢٠	1.22162	3.3583	٢٥- تستخدم وثائق تثبت خبرة الاشخاص العاملون على تصنيف مرضى الطوارئ توضع في سجلهم الوظيفي.
١٩	1.01222	3.4750	٢٦- تتم عملية تصنيف حالات المرضى في الطوارئ بسرعة.
١٤	.99241	3.7000	٢٧- تتم عملية تصنيف المرضى بناء على الاولوية الصحية.
١٠	1.03699	3.8167	٢٨- أقوم بتوثيق التاريخ المرضي حسب السياسة المحددة لذلك.
٧	1.06244	3.9250	٢٩- أوثق وجود حساسية لدى المريض لمواد أو أدوية معينة داخل السجل الطبي حسب السياسة المتبعة.
٤	.93001	3.9750	٣٠- أقوم بتوثيق كافة الإجراءات المتخذة مع المريض داخل سجله الطبي.
١٣	1.00196	3.7333	٣١- يتم إجراء تفتيش دوري للتأكد من سلامة توثيق إجراءات الرعاية الصحية داخل سجل المريض الطبي.
١٦	1.10309	3.6000	٣٢- أقوم بعمل تقييم لنمو المريض بشكل سليم حسب الفئة العمرية وتوثيقه إذا كان المريض في قسم الاطفال.
٩	1.01083	3.8917	٣٣- أقوم بتوثيق التاريخ المرضي في ملف المريض خلال ٢٤ ساعة من دخوله إلى المستشفى.
١٨	1.09032	3.4333	٣٤- يتم عمل تقييم من قبل الإدارة للتأكد من استمرارية جودة الرعاية الصحية بالطريقة المخطط لها.
١٧	1.18034	3.4583	٣٥- تتم الإستجابة لنداء حالات الطوارئ بسرعة لا تزيد عن سبعة دقائق
١١	.97533	3.8000	٣٦- أقوم بوضع خطة الرعاية التمريضية للمريض استنادا إلى معلومات التقييم الأولية التي تحدد مشكلة المريض.
١٢	1.28076	3.8000	٣٧- أتعاون مع الفريق الطبي في تقديم الرعاية الصحية للمريض.
٣	1.08849	3.9917	٣٨- اقوم بعملية تسليم المريض للوردية التالية بشكل واضح.
٥	1.14835	3.9750	٣٩- يتم توثيق التغيرات الصحية الحاصلة على حالة المريض في سجله الطبي.
١	1.05997	4.0500	٤٠- أقوم بالتبليغ عن المتغيرات الحاصلة على حالة المريض الصحية.
	.77772	3.7269	متوسط عام

يلاحظ من الجدول (٤-١٢-٢) أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣)، أي أن سياسات معايير تحسين الخدمات الطبية والتمريضية مدركة ومطبقة من قبل الممرضين والأطباء، وهذا يدعم مستوى قبول المرضى عن مستوى الخدمات التمريضية والطبية المقدمة في الإستبانة الثانية. كما تبين أن الفقرة (٤٠) هي أكثر الفقرات موافقة مما يدل على اهتمام الكادر وتعاونه لتحسين خدمة الرعاية الصحية المقدمة وبالتالي تحسين مستوى الخدمة. بينما الفقرة (٢٤) هي أقل الفقرات موافقة. مما يدل على وجود ضعف في قدرة الأطباء على تصنيف حالات المرضى وبالتالي تأخر تحويلها إلى الأقسام التي تقوم على معالجتها مما يؤثر سلباً على مستوى خدمة الرعاية الصحية المقدمة و وذلك يدعو إدارة المستشفى بالتركيز على مستوى الأطباء - في قسم الطوارئ خاصة- في قدرتهم على تقييم الحالات المرضية وتصنيفها بشكل سريع ما إذا كانت حالات طارئة أو علاجية أو تشخيصية. كما نلاحظ أن المتوسط العام البالغ ٣.٧٢٦٩ يعكس موافقة العينة على تطبيق معايير تحسين الخدمات الطبية والتمريضية.

٣. معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى

جدول (٤-١٢-٣)

الرتبة	الانحراف المعياري	وسط حسابي	
٧	1.07675	3.6833	٤١- يطبق المستشفى الخطة الموضوعية لتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة.
٣	1.08126	3.8750	٤٢- أقوم بتوثيق الحوادث التي تقع مع المرضى في نموذج يسمى "الحدث العرضي".
٢	1.02230	3.8833	٤٣- تطبق تدابير للحد من حوادث سقوط المرضى في المستشفى.
١	1.09080	3.8917	٤٤- في حالة حدوث سقوط للمريض يتم توثيق الحدث داخل سجله الطبي.
٦	1.07215	3.7083	٤٥- تطبق خطة إستراتيجية في المستشفى تعنى بالحفاظ على سلامة المرضى اثناء تلقيهم للرعاية الصحية.
١٥	1.22985	3.2417	٤٦- تركز الإدارة على إتباع سياسة حل المشكلة بدلا من إلقاء اللوم على المتسبب بحدوث المشكلة.

١٤	1.19379	3.3083	٤٧- يتم عمل محاضرات تعريفية للكادر بخطة تحسين الجودة في المستشفى.
١٣	1.24209	3.4417	٤٨- يتم إطلاع الكادر فوراً عند وجود إضافة جديدة على بند من بنود معايير الجودة.
١٢	1.15215	3.4833	٤٩- يتم جمع البيانات عن مدى اتباع الكادر تطبيق معايير تحسين الجودة أثناء تقديم الرعاية الصحية.
٩	1.11068	3.6000	٥٠- تطبق الإدارة سياسة متابعة تحسين الجودة.
١١	1.14468	3.5250	٥١- يتم تحديد لجنة في المستشفى تعنى بمتابعة سلامة المرضى للحد من وقوع الحوادث.
٥	1.00750	3.7083	٥٢- أستطيع التعامل مع حالات الطوارئ حسب السياسيات المعمول بها في المستشفى.
١٠	1.07918	3.6083	٥٣- تطبق معايير لتحديد المخاطر حسب الأولوية في المستشفى.
٤	.98887	3.7833	٥٤- يطبق المستشفى نظام واضح للتبليغ عن وقوع الحوادث.
٨	1.26022	3.6583	٥٥- لم تتجاوز حوادث سقوط المرضى في القسم الذي أعمل فيه خلال الثلاثة أشهر الماضية ثلاثة حالات.
	.89765	3.6267	متوسط عام

يلاحظ من الجدول (٤-١٢-٣) أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣). كما تبين أن المتوسط العام البالغ ٣.٦٢٦٧ يعكس موافقة العينة على تطبيق معايير تحسين الجودة، كما تبين أن الفقرة (٤٤) هي أكثر الفقرات موافقة مما يدل على ان الإدارة مهتمة بالتقليل من تعرض المريض للحوادث خلال وجوده لتلقي الرعاية من خلال تقييم عدد الحوادث وطبيعتها ومن ثم اتخاذ كافة الإجراءات المناسبة للتقليل من حدوثها. بينما كانت الفقرة (٤٦) هي أقل الفقرات موافقة والأمر الذي يدل على توجب تركيز الغدارة على جانب حل المشكلة بدلا من اتباع سياسة إلقاء اللوم وبالتالي فإن جودة حل المشكلة سوف يظهر بالشكل الأفضل إداريا ودون ذلك.

٤. معايير السلامة البيئية

جدول (٤-١٢-٤)

الرتبة	انحراف معياري	وسط حسابي	
١٤	1.37800	3.0167	٥٦- يطبق المستشفى خطة إستراتيجية للحفاظ على سلامة أمن الكادر.
١٣	1.27283	3.2917	٥٧- تقوم الإدارة بعمل دورات تدريبية للكادر العامل الكيفية الصحيحة للإخلاء في حالات الطوارئ.
٤	1.22231	3.5417	٥٨- يعرف الكادر مسؤوليات عملية الإخلاء خلال حالات الطوارئ والحريق.
٢	1.25814	3.7167	٥٩- أعرف جميع مخارج الطوارئ الموجودة في القسم الذي أعمل فيه.
٧	1.20151	3.4583	٦٠- يتم عمل تفتيش دوري سنوي للتأكد من سلامة مخارج الطوارئ وجاهزيتها.
١٢	1.20909	3.3167	٦١- يتم تشكيل فريق في المستشفى مؤهل للتدخل الفوري في حالات الطوارئ.
١١	1.28007	3.3417	٦٢- يطبق المستشفى سياسة منع التدخين في كافة مرافقه.
١٥	1.39324	3.0083	٦٣- يتم معاقبة المدخنين بحسب القوانين الموضوعه لذلك.
٦	1.22942	3.4667	٦٤- أحصل على الوقاية من الأمراض المعدية (مثل التعامل مع مرضى يحملون السحايا).
١	1.12019	3.8250	٦٥- أقوم بالتخلص من النفايات الخطرة بالطريقة الصحيحة حسب السياسة المعمول بها في المستشفى.
٥	1.10762	3.5083	٦٦- تطبق سياسة التعامل مع إصابات العمل داخل المستشفى.
٨	1.22917	3.4583	٦٧- اتحمل المسؤولية كاملة عن إصابتي اثناء العمل.
٣	1.17749	3.5917	٦٨- أقوم بإستدعاء فريق الصيانة فورا عند الحاجة إليه.
٩	1.22848	3.4417	٦٩- يتكون فريق الصيانة من أفراد مؤهلين للتعامل مع كافة أنواع الأعطال الحاصلة.
١٠	1.24389	3.3750	٧٠- تحدد الإدارة المخاطر الوظيفية المتوقعة وكيفية التعامل معها.
	.92019	3.4239	متوسط عام

يلاحظ من الجدول (٤-١٢-٤) أن اتجاهات العينة إيجابية نحو الفقرات أعلاه وذلك لأن متوسطاتها الحسابية أكبر من متوسط أداة القياس (٣) كما أن المتوسط العام البالغ ٣.٤٢٣٩ يعكس موافقة العينة على تطبيق معايير السلامة البيئية وإدراكها. كما تبين أن الفقرة (٦٥) هي أكثر الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.٨٢٥، أي ان الكادر العامل من ممرضين وأطباء يدركون أن التخلص من النفايات الطبية بالطريقة الصحيحة والمعتمدة من هدفه المحافظة على سلامتهم ومنع انتقال العدوى. والفقرة (٦٣) هي أقل الفقرات موافقة بمتوسط حسابي يبلغ ٣.٠٠٨٣ أي ان الإدارة في المستشفى الواقع تحت الدراسة يجب عليها أخذ موضوع منع التدخين في الأماكن العامة ومرافق المستشفى على محمل الجد لما له أهمية للتأثير على الصحة العامة والإضرار بها.

مناقشة اختبار الفرضيات والإستنتاجات

الفرضية الرئيسة الأولى:

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات على

تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة.

H_a : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين

خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة.

جدول (٤-١٣) نتائج اختبار الفرضية

r^2	r	نتيجة الفرضية العدمية	SIG F	F الجدولية	F المحسوبة
٠.٠٩٣	٠.٣٠٥	رفض	٠.٠٢٣	٢.٥٠	٢.٩٥٩

لقد تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد ونجد من مطالعتنا لنتائج الحاسوب في الجدول السابق أن قيمة (F المحسوبة = ٢.٩٥٩) أكبر من قيمتها الجدولية، وبما أن قاعدة القرار هي تقبل الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، وترفض الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية، وبالتالي فإن الفرضية العدمية (H_0) ترفض، وتقبل الفرضية البديلة (H_a) وهذا يعني يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة.

وتعتبر العلاقة متوسطة كون $r = 0.305$ والمتغيرات المستقلة تفسر stepwise regression نجد أن معايير السلامة البيئية هي الأكثر تأثيراً على تحسين ضمانات الرعاية.

فرضية (a1):

H_{01-1} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الرعاية الطبية والتمريضية في مستشفى الأمير حمزة.

H_{a0-1} : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الرعاية الطبية والتمريضية في مستشفى الأمير حمزة.

جدول (٤-١٤) نتائج اختبار الفرضية

r^2	r	نتيجة الفرضية العدمية	SIG F	F الجدولية	F المحسوبة
٠.٠٨٥	٠.٢٩٢	رفض	٠.٠٣٦	٢.٥	٢.٦٧

لقد تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد ونجد من مطالعتنا لنتائج الحاسوب في الجدول السابق أن قيمة (F المحسوبة = ٢.٦٧) أكبر من قيمتها الجدولية، وبما أن قاعدة القرار هي تقبل الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، وترفض الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية، وبالتالي فإن الفرضية العدمية (H_0) ترفض، وتقبل الفرضية البديلة (H_a)

وهذا يعني وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الرعاية الطبية والتمريضية في مستشفى الأمير حمزة.

وتعتبر العلاقة متوسطة كون $r = 0.292$ والمتغيرات المستقلة تفسر ٨.٥% من التغير في المتغير التابع، وباستخدام اختبار stepwise regression نجد أن معايير السلامة البيئية هي الأكثر تأثيراً على تحسين خدمات الاستقبال.

فرضية (b1):

H_{01-2} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين رعاية الخدمات المعيشية في مستشفى الأمير حمزة.

H_{a1-2} : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05-a) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين رعاية الخدمات المعيشية في مستشفى الأمير حمزة.

جدول (٤-١٥) نتائج اختبار الفرضية

r^2	r	نتيجة الفرضية العدمية	SIG F	F الجدولية	F المحسوبة
٠.١٢	٠.٣٤٦	رفض	٠.٠٠٠	٢.٥٠	٣.٩٠٩

لقد تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد ونجد من مطالعتنا لنتائج الحاسوب في الجدول السابق أن قيمة (F المحسوبة = ٣.٩٠٩) أكبر من قيمتها الجدولية، وبما أن قاعدة القرار هي تقبل الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، وترفض الفرضية العدمية (H_0) إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية، وبالتالي فإن الفرضية العدمية (H_0) ترفض، وتقبل الفرضية البديلة (H_a) وهذا يعني وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05-a) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين رعاية الخدمات المعيشية في مستشفى الأمير حمزة.

وتعتبر العلاقة متوسطة كون $r = 0.346$ والمتغيرات المستقلة تفسر ١٢% من التغير في المتغير التابع؛ وباستخدام اختبار stepwise regression نجد أن معايير السلامة البيئية هي الأكثر تأثيراً على تحسين رعاية الخدمات المعيشية وتليها معايير حقوق المرضى.
فرضية (1c):

H_{01-3} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05=a) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الإستقبال والإدخال في مستشفى الأمير حمزة.

H_{a1-3} : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05=a) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الإستقبال والإدخال في مستشفى الأمير حمزة.

جدول (٤-١٦) نتائج اختبار الفرضية

F المحسوبة	F الجدولية	SIG F	نتيجة الفرضية العدمية	r	r ²
١.٧٥٩	٢.٥٠	٠.١٤٢	قبول	٠.٢٤	٠.٠٥٨

تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد ونجد من مطالعتنا لنتائج الحاسوب في الجدول السابق أن قيمة (F المحسوبة = ١.٧٥٩) أقل من قيمتها الجدولية، وبما أن قاعدة القرار هي تقبل الفرضية العدمية (Ho) إذا كانت القيمة المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، وترفض الفرضية العدمية (Ho) إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية، وبالتالي فإن الفرضية العدمية (Ho) تقبل، وترفض الفرضية البديلة (Ha) وهذا يعني لا يوجد اثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a=0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بعناصره (معايير حقوق المرضى ومعايير تطبيق الإجراءات الطبية والتمريضية ومعايير السلامة البيئية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى) على تحسين خدمات الإستقبال والإدخال في مستشفى الأمير حمزة .

وقد يعزى ذلك إلى أن الخدمات الطبية والتمريضية هي الأساس في الخدمات المقدمة في المستشفى وبالتالي فوجودها أمر طبيعي وأساسي
الفرضية الرئيسة الثانية

H₀₂: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a =0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية (العمر والنوع الإجتماعي والخبرة والمؤهل العلمي).

لقد تم استخدام اختبار ANOVA واختبار t-test for independent sample لاختبار الفرضية أعلاه حيث التوصل للنتائج التالية:

جدول (٤-١٧)

Sig.	F	متوسط الدرجات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.440	.826	.535	2	1.069	بين المجموعات	معايير حقوق المرضى
		.648	117	75.773	في المجموعات	
			119	76.842	المجموع	
.266	1.338	.805	2	1.610	بين المجموعات	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
		.601	117	70.367	في المجموعات	
			119	71.977	المجموع	
.334	1.108	.891	2	1.782	بين المجموعات	معايير تحسين الجودة وسلامة المريض
		.804	117	94.106	في المجموعات	
			119	95.888	المجموع	
.874	.135	.116	2	.232	بين المجموعات	معايير السلامة البيئية
		.859	117	100.531	في المجموعات	
			119	100.763	المجموع	
.460	.781	.471	2	.942	بين المجموعات	معايير اعتماد المستشفيات
		.603	117	70.539	في المجموعات	
			119	71.481	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تم التوصل إلى أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للمعايير منفردة ومجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a =0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى العمر.

(٢) النوع الاجتماعي

جدول (٤-١٨)

المعيار	الجنس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	t قيمة	الدلالة
حقوق المرضى	ذكر	٣.٨٧	٠.٨٠٠٢٦	٠.٨٩٥	٠.٣٧٢
	أنثى	٣.٧٤٥	٠.٨٠٨٢١		
تحسين الرعاية الطبية	ذكر	٣.٧٨٧٩	٠.٨٣١٢٩	٠.٨٥٨	٠.٣٩٣
	أنثى	٣.٦٦٥٩	٠.٧٢٢٠٥		
تحسين الجودة وسلامة المرضى	ذكر	٣.٦٤٦٧	٠.٩٧١٧٩	٠.٢٤٣	٠.٨٠٨
	أنثى	٣.٦٠٦٧	٠.٨٢٤٦٤		
السلامة البيئية	ذكر	٣.٤٧٢٢	٠.٩٨٦٦٤	٠.٥٧٤	٠.٥٦٧
	أنثى	٣.٣٧٥٦	٠.٨٥٤١٩		
معايير اعتماد المستشفيات	ذكر	٣.٧١٢٩	٠.٨١٨١٣	٠.٧١٥	٠.٤٧٦
	أنثى	٣.٦١١٤	٠.٧٣٢٧٨		

لقد تم استخدام اختبار t-test for independent sample لاختبار الفرضية أعلاه حيث تبين أن قيمة (t) لكل معيار على حده وللمعايير مجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a =0.05) مما يدل على أنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى النوع الاجتماعي.

جدول (٤-١٩)

Sig.	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.129	2.080	1.319	2	2.639	بين المجموعات	معايير حقوق المرضى
		.634	117	74.203	في المجموعات	
			119	76.842	المجموع	
.156	1.889	1.126	2	2.252	بين المجموعات	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
		.596	117	69.726	في المجموعات	
			119	71.977	المجموع	
.062	2.841	2.221	2	4.442	بين المجموعات	معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى
		.782	117	91.446	في المجموعات	
			119	95.888	المجموع	
.163	1.845	1.540	2	3.080	بين المجموعات	معايير السلامة البيئية
		.835	117	97.682	في المجموعات	
			119	100.763	المجموع	
.087	2.494	1.461	2	2.923	بين المجموعات	معايير اعتماد المستشفيات
		.586	117	68.558	في المجموعات	
			119	71.481	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تم التوصل إلى أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للمعايير منفردة ومجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a = 0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى الخبرة.

جدول (٤-٢٠)

Sig.	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.082	2.128	1.324	4	5.297	بين المجموعات	معايير حقوق المرضى
		.622	115	71.545	في المجموعات	
			119	76.842	المجموع	
.118	1.883	1.106	4	4.425	بين المجموعات	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
		.587	115	67.552	في المجموعات	
			119	71.977	المجموع	
.131	1.814	1.423	4	5.690	بين المجموعات	معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى
		.784	115	90.198	في المجموعات	
			119	95.888	المجموع	
.101	1.991	1.631	4	6.525	بين المجموعات	معايير السلامة البيئية
		.819	115	94.238	في المجموعات	
			119	100.763	المجموع	
.066	2.268	1.306	4	5.226	بين المجموعات	معايير اعتماد المستشفيات
		.576	115	66.255	في المجموعات	
			119	71.481	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تم التوصل إلى أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للمعايير منفردة ومجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a = 0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى المؤهل العلمي.

جدول (٤-٢١)

Sig.	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.002	6.432	3.806	2	7.612	بين المجموعات	معايير حقوق المرضى
		.592	117	69.230	في المجموعات	
			119	76.842	المجموع	
.005	5.531	3.109	2	6.217	بين المجموعات	معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
		.562	117	65.760	في المجموعات	
			119	71.977	المجموع	
.106	2.292	1.808	2	3.615	بين المجموعات	معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى
		.789	117	92.273	في المجموعات	
			119	95.888	المجموع	
.170	1.801	1.504	2	3.009	بين المجموعات	معايير السلامة البيئية
		.836	117	97.754	في المجموعات	
			119	100.763	المجموع	
.017	4.204	2.396	2	4.792	بين المجموعات	معايير اعتماد المستشفيات
		.570	117	66.689	في المجموعات	
			119	71.481	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لمعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى، ومعايير السلامة البيئية ليست دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على عدم وجود فروقات فيهما تعزى إلى الوظيفة.

بينما كانت قيمة F المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بالنسبة لباقي المعايير وللمعايير اعتماد المستشفيات مجتمعة مما يدل على وجود فروقات فيها تعزى إلى الوظيفة، وباستخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية نجد أن الفروقات تميل لصالح الأطباء.

الفرضية الرئيسة الثالثة :

H_{03} : لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية (العمر والنوع الاجتماعي والخبرة والمؤهل العلمي).

لقد تم استخدام اختبار t-test for independent sample واختبار One Way ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

(١) النوع الاجتماعي

جدول (٤-٢٢)

الدلالة	t قيمة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الجنس	الخدمة
٠.٠٠٠	٣.٧٨-	١.٢٣٦٩٧	٣.٣١٥١	ذكر	الاستقبال والإدخال
	٠.٦١١٦٩	٣.٩٧٦٢	٣.٩٧٦٢	أنثى	
٠.٠١١	٢.٥٨٩-	٠.٩٥٣٣١	٣.٦٥٦٢	ذكر	الخدمات المعيشية
	٠.٦٧٦٠٨	٤.٠٤٣٤	٤.٠٤٣٤	أنثى	
٠.٠٠٣	٣.٠٠٩-	١.٠٥٧٤٥	٣.٧٤٠٢	ذكر	الخدمات الطبية والتمريضية
	٠.٥٩٩٩٢	٤.٢٠٥٤	٤.٢٠٥٤	أنثى	
٠.٠٠١	٣.٣٦٣-	١.٠١٥٦٩	٣.٥٩٨	ذكر	خدمات الرعاية الصحية
	٠.٥٥٨٠٣	٤.٠٨٥٩	٤.٠٨٥٩	أنثى	

لقد تم استخدام اختبار t-test for independent sample لاختبار الفرضية أعلاه حيث تبين أن قيمة (t) لكل خدمة على حده وخدمات الرعاية الصحية مجتمعة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى الجنس وتميل الفروقات لصالح الإناث ذات الوسط الحسابي الأعلى.

جدول (٢٣-٤)

Sig.	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.419	.985	1.077	4	4.309	بين المجموعات	الاستقبال والإدخال
		1.093	115	125.719	في المجموعات	
			119	130.028	المجموع	
.374	1.071	.780	4	3.120	بين المجموعات	الخدمات المعيشية
		.728	115	83.749	في المجموعات	
			119	86.869	المجموع	
.849	.342	.285	4	1.138	بين المجموعات	الخدمات الطبية والتمريضية
		.831	115	95.565	في المجموعات	
			119	96.703	المجموع	
.527	.802	.606	4	2.426	بين المجموعات	خدمات الرعاية الصحية
		.757	115	87.014	في المجموعات	
			119	89.440	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تبين أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لكل خدمة على حده وللخدمات مجتمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a=0.05) على تحسين خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى العمر.

(٣) الجنسية

جدول (٢٤-٤)

الدلالة	قيمة t	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي		الخدمة
*.٠٠٠٠	٥.٣٧٦-	١.٠٦٦٩٣	٣.٥٢٨٣	أردنية	الاستقبال والإدخال
		٠.٤١٥٨٤	٤.٣٥٤٢	غير ذلك	
٠.١٦٩	١.٣٨٣-	٠.٨٨٢٥٩	٣.٧٩٧٨	أردنية	الخدمات المعيشية
		٠.٥٣٢٩٥	٤.١٣٢٧	غير ذلك	
٠.٣٣١	٠.٩٧٧-	٠.٩٣٤٦١	٣.٩٢٨١	أردنية	الخدمات الطبية والتمريضية
		٠.٥٦٩٠٦	٤.١٧٨٦	غير ذلك	
**٠.٠٠٢	٣.٢٥٥-	٠.٩٠٠٢٧	٣.٧٧٠٤	أردنية	خدمات الرعاية الصحية
		٠.٣٨٦٢٨	٤.٢١٠٩	غير ذلك	

لقد تم استخدام اختبار t-test for independent sample لاختبار المتغير أعلاه حيث تبين أن قيمة t المحسوبة بالنسبة لخدمات (المعيشة والخدمات الطبية) ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بينما كانت قيمة t المحسوبة بالنسبة لخدمات الاستقبال والإدخال وخدمات الرعاية الصحية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ تعكس وجود فروقات فيما تعزى إلى الجنسيات الأخرى.

(٤) الحالة الاجتماعية

جدول (٤-٢٥)

الخدمة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	الدلالة
الاستقبال والإدخال	٣.٣٥١٢	١.١٨٠٥٥	١.٥٨٥-	٠.١١٦
	٣.٧٠٦٥	٠.٩٩٢٧٦		
الخدمات المعيشية	٣.٧٨٠٦	٠.٨٧٩٣٣	٠.٣٩٧-	٠.٦٩٢
	٣.٨٥٤	٠.٨٥٠٨٣		
الخدمات الطبية والتمريضية	٣.٨٠٣٦	٠.٨٩٥٨٧	١.٠٣١-	٠.٣٠٥
	٤.٠٠٤١	٤.٠٠٤١		
خدمات الرعاية الصحية	٣.٦٦٦٧	٠.٩١٩٥٤	١.٠٨٢-	٠.٢٨١
	٣.٨٦٩	٠.٨٩٨٩		

لقد تم استخدام اختبار t-test for independent sample لاختبار المتغير أعلاه حيث تبين أن قيمة t المحسوبة بالنسبة للخدمات أعلاه كل على حده ومجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a = 0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى إلى الحالة الاجتماعية.

جدول (٤-٢٦)

Sig.	F	متوسط مربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.058	2.922	3.093	2	6.185	بين المجموعات	الاستقبال والإدخال
		1.058	117	123.842	في المجموعات	
			119	130.028	المجموع	
.064	2.822	1.999	2	3.998	بين المجموعات	الخدمات المعيشية
		.708	117	82.871	في المجموعات	
			119	86.869	المجموع	
.305	1.201	.973	2	1.945	بين المجموعات	الخدمات الطبية والتمريضية
		.810	117	94.758	في المجموعات	
			119	96.703	المجموع	
.105	2.299	1.691	2	3.381	بين المجموعات	خدمات الرعاية الصحية
		.736	117	86.058	في المجموعات	
			119	89.440	المجموع	

لقد تم استخدام اختبار ANOVA لاختبار الفرضية أعلاه حيث تم التوصل إلى أن قيمة F المحسوبة بالنسبة للمعايير منفردة ومجمعة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a = 0.05) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في مستشفى الأمير حمزة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية والوظيفية تعزى إلى التحصيل الأكاديمي.

الفصل الخامس : الإستنتاجات والتوصيات

نتائج الدراسة :

بعد التحليل ومناقشة النتائج توصلت الباحثة في الدراسة إلى النتائج التالية:

١. رفض الفرضية الصفريّة الأولى والتي تنص على عدم وجود أثر لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات (معايير حقوق المرضى ومعايير الرعاية الطبيّة والتمريضية ومعايير تحسين الجودة سلامة المرضى ومعايير السلامة البيئية) على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحيّة المقدمة في مستشفى الأمير حمزة. وبالتالي قبول الفرضية البديلة والتي تنص على أن هناك أثر لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات (معايير حقوق المرضى ومعايير الرعاية الطبيّة والتمريضية ومعايير تحسين الجودة سلامة المرضى ومعايير السلامة البيئية) على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحيّة المقدمة في مستشفى الأمير حمزة. وباتجاه إيجابي .
٢. وجود تأثير لتطبيق معايير السلامة البيئية على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحيّة أكبر من المعايير الأخرى والتي تتمثل بمعايير حقوق المرضى ومعايير الرعاية الطبيّة والتمريضية ومعايير تحسين الجودة وسلامة المرضى.
٣. وجود تأثير بنسبة متدنية جدا أو حتى عدمه بالنسبة لتطبيق معايير الرعاية الطبيّة والتمريضية على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحيّة المقدمة في مستشفى الأمير حمزة، وذلك يعزى لكون الخدمات الطبيّة والتمريضية من المتطلبات الأساسية لدى إنشاء أي مؤسسة صحيّة، أي أنها يجب أن توجد كأساس عمل المؤسسة الصحيّة.
٤. وجود نسبة عالية من الأطباء على الممرضين في إدراك وتطبيق معايير اعتماد المستشفيات المذكورة، وذلك يتفق مع دراسة السعيد (٢٠٠٧) إلى تقبل الكادر وليونته في تطبيق أي برنامج يهدف إلى تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحيّة المقدمة في مستشفى الأمير حمزة والذين يعتبرون من حملة شهادة البكالوريوس.

٥. اتفقت نتائج الدراسة من حيث تطبيق معايير السلامة البيئية مع دراسة سيف (٢٠٠٩)، والتركيز على المريض عند تقديم خدمات الرعاية الصحية حيث انها حصلت على أعلى نسبة استجابة وتطبيق بين الكادر العامل في مستشفى الأمير حمزة.

٦. تبين وجود نسبة رضا عالية من مستقبلي خدمات الرعاية الصحية (المرضى) عن الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة، وهذا يتفق مع دراسة تيلخ (٢٠١٠) على كون تطبيق معايير اعتماد المستشفيات من ناحية تأثير تطبيق معايير سلامة المرضى والمحافظة على حقوقهم من شأنه تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى وبالتالي الوصول إلى رضا المرضى وتقبلهم للرعاية المقدمة.

٧. أهمية إدراك العاملين والقائمين على تقديم خدمات الرعاية الصحية للمعايير المراد تطبيقها وكيفية هذا التطبيق وتوقيتته، الأمر الذي يجعل من تقديم الرعاية الصحية سريعة وفعالة وتحقيق الأهداف المرادة من إثر هذا التطبيق، وهذا يتفق مع نتائج دراسة مصلح (٢٠١٢).

٨. التركيز على المصدقية والأمانة في تطبيق معايير اعتماد المستشفيات، وخاصة تلك التي تعنى بحقوق المرضى وسلامتهم، مما يؤدي إلى النهوض بمستوى الرعاية الصحية المقدمة واستمرارية رضا المريض عن مستوى الرعاية المقدمه وشعوره بالاطمئنان عند تلقيه للرعاية الصحية التي جاء يسعى إليها من الأساس. وهذا يتفق مع مبادئ الشريعة الإسلامية كما أوضحت نتائج دراسة القدومي (٢٠١٢).

٩. وجود نسبة عالية من جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة كما اظهرت نتائج استبانة المرضى وارتفاع نسبة رضاهم عن خدمة الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة، وهذا يعطي أفضلية لأثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية مقارنة مع نتائج دراسة الضمور وقوقجاني (٢٠١١) التي توصلت إليها بوجود تدني لمستوى جودة الخدمات الصحية المدركة من قبل المرضى المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية.

١٠. وجود مادة معايير اعتماد السلامة البيئية كمادة موثقة في كتيب ارشادات تطبيق معايير اعتماد المستشفيات المتفق عليه في لجنة معايير اعتماد المستشفيات الوطنية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة Pernell (2008) التي تنص على وجود معايير مطبقة خاصة بالسلامة البيئية أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية.

١١. وجود نسبة عالية من الكادر الوظيفي مدرك لتطبيق معايير الاعتماد الخاصة بالسلامة البيئية وأثرها على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة، اتفقا مع نتائج دراسة (Mohi AL Tehewy 2009) والتي أظهرت رضا الكادر عن مستوى الأمان الوظيفي ووجود معايير اعتمادية تعنى بهذا الجانب.

١٢. أهمية البدء بجدية إلى تشجيع تطبيق معايير اعتماد المستشفيات لما له أثر واضح على تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة وجودتها، لما فيها من تركيز على الوقت والسرعة وأهمية التوثيق اتفقا مع نتائج دراسة (Moses 2009)

١٣. إمكانية قياس مستوى تطبيق معايير الإعتمادية ومدى التزام الكادر الوظيفي بتطبيقها وأيضاً أثرها على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة اتفقا مع دراسة (Ebrahim 2011) بوجود وجود ادوات مناسبة لقياس تطبيق معايير اعتماد المستشفيات.

١٤. ارتفاع مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة مقارنة بنظرائه من المستشفيات الحكومية في المنطقة.

التوصيات :

توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات ذات العلاقة بتطبيق معايير اعتماد المستشفيات على صعيد مستشفى الأمير حمزة، أخرى على الصعيد العام.

التوصيات الخاصة

١. أهمية تركيز إدارة الجودة في المستشفى الخاضع للدراسة على عمل محاضرات تعريفية للكادر عن ماهية معايير اعتماد المستشفيات المطبقة في مستشفى الأمير حمزة المدركة كتعزيز لها، والغير مدركة لاستمرارية المحافظة على درجة عالية من التطبيق والالتزام بها.

٢. تركيز إدارة المستشفى الخاضع للدراسة على جانب الكادر الوظيفي الذي لديه أقل نسبة إدراك لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات في المستشفى وعمل إعادة تقييم للتأكيد من إدراكهم للمعايير وإلتزامهم بتطبيقها.

٣. إشراك الإدارة لعضو أو أكثر يمثل كل مجموعة من كل قسم في المستشفى من الكادر الطبي المقدم للرعاية الصحية داخل لجنة تقييمية وتعريفية لمعايير اعتماد المستشفيات، من شأنه متابعة آخر المستجدات لمعايير الإعتماذ وتعريف فريقه بها.

٤. تبني إدارة المستشفى الخاضع للدراسة قنوات تعنى بسهولة التواصل الإداري بين الأعضاء الممثلة لمجلس اعتماد المستشفيات وأعضاء الكادر الممثل له داخل أقسام المستشفى لمتابعة المستجدات والتطورات الحاصلة.

٥. تركيز إدارة المستشفى الخاضع للدراسة على تلك المعايير التي حصلت على أقل نسبة تطبيق عن معايير السلامة البيئية والتي تمثلت بمعايير حقوق المرضى ومعايير تحسين الجودة الجيدة لما لها أهمية تأثير على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى.

٦. تركيز إدارة المستشفى الواقع تحت الدراسة على العناصر التي لاقت أقل نسبة تطبيق في كل مجموعة من المعايير خلال الدراسة والعمل على تعزيز تطبيقها والإهتمام بأسباب قصور التطبيق ومحاولة تفاديها.

٧. القيام بإجراء المزيد من الدراسات للمعايير الأخرى من معايير الاعتمادية من قبل الكادر الممثل لمجلس اعتماد المستشفيات وإدراجها كمرجع للتحسين في سجلات المستشفى من جانب قسم متابعة الجودة والتحسين المستمر.

التوصيات العامة

١. إدراج أكبر عدد من المستشفيات في المملكة في برنامج اعتماد المؤسسات الصحية من قبل مؤسسة الإعتداع والحرص على متابعة التطبيق والإلتزام به من خلال الزيارات الدورية وبرامج التقييم السنوية. لما له أهمية من تحسين مستوى الرعاية الصحية.

٢. القيام بدرسات وأبحاث أوسع في جانب تطبيق معايير اعتماد المستشفيات ومقارنة مستوى الرعاية الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية المطبقة للإعتداعية وتلك الغير مطبقة.

٣. الحرص على حصول المستشفيات والمؤسسات الصحية المطبقة لبرنامج معايير اعتماد المستشفيات على جميع الإصدارات المحدثة والمعدلة للبرنامج أولاً بأول وباللغتين العربية والإنجليزية والحرص على التدقيق اللغوي لوصول الفكرة المرادة بصورة واضحة وصحيحة.

٤. عقد إجتماعات دورية بين أعضاء مجلس الإعتداع والأعضاء الممثلة له في كل مستشفى يقوم على تطبيق البرنامج لمتابعة آخر المستجدات والتطورات لتطبيق البرنامج ومدى الإلتزام به.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية :

١. أبوالنجا، نبيل (٢٠٠٩). إدارة الرعاية الصحية. الطبعة الأولى، مجموعة النيل العربية. مدينة نصر، القاهرة، مصر .
٢. بواعنة، عبدالمهدي (٢٠٠٣). إدارة المستشفيات والمؤسسات الصحية، التشريع الصحي والمسؤولية الطبية. الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر. عمان، الأردن.
٣. بواعنة، عبدالمهدي (٢٠٠٤). مدخل إلى إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية. الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر. عمان، الأردن.
٤. برعي، حسين بن محمد (٢٠١٢). متطلبات تحقيق جودة الرعاية الصحية الشاملة في المملكة العربية السعودية. مجلة البحوث التجارية، كلية التجارة/ جامعة الزقازيق. مصر، مجلد ٣٤، عدد ١، ص ٣٠٢-٣٩٤.
٥. تيلخ، وليد أحمد (٢٠١٠). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين منها في المستشفيات الخاصة والعامية في الأردن (دراسة مقارنة)، رسالة في الماجستير/ غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.
٦. خوجة، توفيق (٢٠٠٨) معجم جودة الرعاية الصحية، تفاسير ومصطلحات. الطبعة الأولى، اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع. دمشق، سوريا .
٧. الدرادكة، مأمون سليمان (٢٠٠٨). إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء. الطبعة الأولى. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان، الأردن.
٨. الدمرداش، إبراهيم طلعت (٢٠٠٦). اقتصاديات الخدمة الصحية. الطبعة الأولى، مكتبة القدس، القاهرة جمهورية مصر العربية.
٩. السعيد، أحمد شجاع (٢٠٠٧). تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في الكويت. رسالة في الماجستير/ غير منشورة، جامعة عمان العربية. عمان، الأردن.

١٠. سنجد، غالب محمود (٢٠١٠). معايير اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات بين النظرية والتطبيق. الطبعة الأولى، دار الإعلام للنشر والتوزيع. عمان، الأردن.
١١. سيف، ناصر إبراهيم (٢٠٠٩). أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر الأطباء والممرضين. أطروحة دكتوراة/ غير منشورة، جامعة عمان العربية. عمان، الأردن.
١٢. الصالح، وليد يوسف (٢٠١١). إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية. الطبعة الأولى. دار أسامة للنشر والتوزيع. عمان، الأردن.
١٣. الضمور، هاني حامد، بوقاجاني، جناة (٢٠١١). أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة). مؤته للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الأردن. مجلد ٢٧، عدد ٣٥، ص ٦٩-١٢٢.
١٤. عباس، أحمد عباس (٢٠١٠). أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت. رسالة ماجستير/ غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، عمان الأردن.
١٥. العبدلات، محمد موسى (٢٠١١). دليل ضبط العدوى في مؤسسات الرعاية الصحية. الطبعة الأولى. الجمعية الوطنية لضبط العدوى. عمان، الأردن.
١٦. فوزي، شعبان مذكور (١٩٩٨). تسويق الخدمات الصحية. ايزاك القاهرة، جمهورية مصر العربية.
١٧. القدومي، مروان علي (٢٠١٢). الصحة الوقائية في الإسلام (دراسة مقارنة). مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث والدراسات. فلسطين مجلد ٢٦، عدد ١، ص ١٨٥-٢٠٨.
١٨. فريجات، حكمت عبد الكريم وآخرون (١٩٨٨). مبادئ في الصحة العامة. الطبعة الأولى. حقوق الطبع محفوظة للمؤلفين. عمان، الأردن.
١٩. جادالله، فوزي رزق (١٩٧٥). الصحة العامة والرعاية الصحية. الطبعة الثالثة. دار المعارف بمصر.
٢٠. مصلح، عطية (٢٠١٢). قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث والدراسات، فلسطين. مجلد ٢٧، عدد ٢، ص ١١-٤٨.

٢١. مجلس اعتماد المستشفيات (٢٠٠٨). دليل اعتماد المستشفيات الأردنية. عمان، الاردن
٢٢. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. معايير اعتماد المستشفيات. الطبعة الثالثة (٢٠١٢) قسم إنشاء المعايير، مجمع أبراج الحجاز، الطابق الرابع. عمان، الأردن
٢٣. المجلس الوطني لشؤون الأسرة (٢٠١١). دليل الإعتقاد وضبط الجودة للمؤسسات مقدمة الخدمة لحالات العنف الأسري. عمان، الأردن.
٢٤. مرقة، إسحق وآخرون (١٩٩٩). الصحة في الأردن: واقع وتطلعات. مؤسسة عبد الحميد شومان. الطبعة العربية الاولى. عمان، الأردن.
٢٥. قبلوي، ميادة جميل (٢٠٠٥). تطوير نموذج لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى المركز العربي الطبي، رسالة في الماجستير/ غير منشورة، جامعة عمان العربية. عمان، الأردن.

1. An Introduction to Quality Improvement in Healthcare (1991). By **Joint Commission on Accreditation of HEA, USA**.
2. Berenson. M.Levine, D.krehbiel, T. (2009). **Basic Business Statistics**, Eleventh Ed. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
3. Charters P. Coe, John Polleston, Patrecia C. Kienle and Lee B. Murdagh (2004). **Preparing to Meet Joint Commission Patient Safety Goals**. By Angier Society Health System Pharmacists in Bethesda, Md.
4. **Comprehension Accreditation Manual Behavioral Healthcare** (2005). JCAHO, By Joint Commission Resources, USA.
5. Ebrahim JaafariPooyan, Dila Agrizzi and Faizollah Akbari-Haghighi (2011). **Healthcare Accreditation System: Further Perspectives on Performance Measures**. International Journal for Quality in Healthcare, **Volume 23, Number 6**, pp. 645-656.
6. **Infection Prevention and Control issues in Environmental of care** (2009). By Joint Commission Resources, USA.
7. Moses Bateganya, Amy Hagopian, Paula Tavrow, Samuel Luboga and Scott Bamhart (2009). **Incentives and Barriers to Implementing National Hospital Standards in Uganda**. International Journal for Quality in Healthcare, **Volume 21, Number 6**, pp. 421-426.
8. Pernelle A. Smits, Francios Champagne, Damien Contandriopoulos, Claude Sicotte and Johanne Preval (2008), **Conceptualizing Performance in Accreditation**. International Journal for Quality in Healthcare, **Volume 20, Number 1**, pp. 47-52.
9. **Services Standards outpatient services** (1997). By Health Services Accreditation, USA.
10. United States Agency for International Development, Jordan (2006). **Guidelines for Hospitals to Prepare to Meet Hospital Accreditation Standards**.

المواقع الإلكترونية :

1. <http://intqte.oxfordjournals.org/biggest> on May 14, 2013
2. <http://menistryofhealth.go.jo> on May 12, 2013
3. <http://www.hcac.jo> on June 15, 2012
4. <http://www.moh.gov.jo> July 27, 2013
5. <http://www.ehs.com.jo/ar/node/26> July 27, 2013
6. kingabdullah.jo/index.php/ar/JO/initiatives/view/id/47.html July 27, 2013 at 17.20pm

قائمة الملاحق

الملحق رقم (١)

مسرد المصطلحات

A.

إمكانية حصول المريض أو المرضى على الخدمات المطلوبة عند الحاجة إليها وفي وقتها المناسب.	Access الحصول على الخدمة
شهادة عامة من قبل هيئة الإعتماد الطبي تفيد بتحقيق المعايير من قبل مؤسسة الرعاية الصحية، وذلك بعد عملية تقييم مستقلة خارجية لمستوى الأداء في تلك المؤسسة وفق المعايير.	Accreditation الإعتماد
أحد اعضاء الكادر الطبي الذي يساهم في العمل وتقديم الخبرات في إحدى عمليات المستشفى ويتم عادة توظيفه لأداء واجبات معينة، والتي تكون على شكل حزمة عمل، وتكون علاقته محددة مع الكادر الطبي والمستشفى.	Active (employed medical staff) الكادر الطبي العامل (الموظف)
دليل يشتمل على السياسات والإجراءات للإدارة المالية والعامة لشؤون المؤسسة الصحية.	Administrative manual الدليل الإداري
الآثار السلبية وغير المرغوب فيها المرتبطة باستخدام الأدوية الموصوفة.	Adverse Drug Reaction التأثيرات العكسية للدواء
الحوادث التي يترتب عليها نتائج سلبية غير متوقعة على المرضى والناس والكادر أو المؤسسة.	Adverse Events الحوادث السلبية
مستوى ارتباط الخدمة وتوافقها مع احتياجات المريض المحددة والتي يتم تقديمها وفق أفضل الممارسات المعاصرة.	Appropriateness الملاءمة
عملية يتم من خلالها تقييم أو تحديد سمات وحاجات المرضى والمجموعات أو المواقف وذلك كي يتم التعامل معها.	Assessment التقييم

B.

عملية لمقارنة التكلفة والدورة الزمنية أو جودة عملية أو طريقة معينة، بمعيار آخر يعد معياراً" معترف به على نطاق واسع في المجال أو أنه من أفضل الممارسات.	Benchmarking مقارنة الأداء
منهجية تبين انها تؤدي إلى أفضل النتائج، ويتم اختيارها من خلال عملية منظمة، ويتم الحكم عليها بأنها مثالية، أو يثبت انها ناجحة.	Best practice الممارسة الأفضل
الانظمة التي تضعها الهيئة الإدارية في المؤسسة والتي تدير العلاقة بين مقدمي الرعاية الصحية والخدمات للمرضى. والجهات الحكومية الرسمية.	Bylaws اللوائح الداخلية

C.

عملية تشجع على التدخل متعدد التخصصات، أو الإستباقي، أو خدمة التأمين حسب الحالة، من قبل مقدمي الرعاية الصحية.	Case management إدارة حالة
عملية تقوم من خلالها مؤسسة مخولة سواء كانت حكومية أو غير حكومية بتقييم واعتماد مؤسسة أخرى من خلال التأكد من إلتزامها بمعايير أو متطلبات محددة مسبقاً". ويمكن للفرد أو المؤسسة أو جزء من المؤسسة الحصول على الإعتماد.	Certification التصديق
الشخص الذي تعينه الهيئة الإدارية في المؤسسة ليتصرف نيابة عنها في عمليات الإدارة العامة للمؤسسة، وهناك مصطلحات أخرى يمكن استخدامها مثل المدير العام أو المدير التنفيذي أو رئيس المستشفى.	Chief executive الرئيس التنفيذي
وثيقة لإرشاد إدارة الرعاية الصحية. ويتم إعداد هذه الوثائق بالإعتماد على التوصيات التي يتم اعتمادها من الإرشادات المعاصرة والقائمة على الأدلة في مجال الرعاية الصحية. ومن النماذج عليها البروتوكولات والإرشادات الطبية والخوارزميات وخطط الرعاية التمريضية.	Clinical Care Management Plan خطة إدارة الرعاية الصحية
العمل بشكل مشترك مع شخص أو مجموعة من الأشخاص من اجل تحقيق الاهداف المشتركة.	Collaboration التعاون
المتطلبات المعيارية للفرد ليكون قادرا على ممارسة وظيفة معينة. وتشتمل هذه المتطلبات على المعرفة والمهارات والسلوك واستخدام ذلك لتحسين الاداء.	Competence الكفاءة
شخص يمتلك المهارات والمعرفة والخبرات والقدرة على التقدير بحيث يكون قادرا على أداء المهام أو الأنشطة الموكلة إليه بشكل مرض كما يريد المدير.	Competent كفاء
قدرة الفرد على أداء المهام الموكلة إليه.	Competency الأهلية
التعبير عن وجود مشكلة أو قضية او عدم الرضا عن الخدمات، ويمكن أن يكون هذا التعبير شفويا او خطيا.	Compliant شكوى

التمسك بتطبيق المعايير والعمليات والسياسات والإجراءات.	Compliance الإلتزام
الخدمات أو المكونات التي تكون متكاملة مع بعضها أو تدعم أحدها الآخر من أجل تقديم خدمة أكثر تكاملاً".	Complementary مكمل
جزء من المجموع.	Component عنصر
القيود المفروضة على استخدام ونشر المعلومات التي يتم الحصول عليها من الأفراد أو المؤسسات.	Confidentiality السرية
الموافقة الطوعية أو الموافقة التي يقدمها المريض قبل تلقي الرعاية الصحية، بناء على تقديره الواضح وفهمه للحقائق والنتائج والآثار المتوقعة لهذه الخدمة.	Consent الموافقة
مساهمة اعضاء الكادر الطبي الذين تربطهم علاقة محددة وواضحة بالمستشفى بالمشاركة في العمل والخبرات، ولكنهم لا يكونون معينين في المستشفى.	Consulting the medical staff استشارة الكادر الطبي
الشرط المتعلق بتقديم الخدمات المنسقة في داخل البرنامج والمؤسسات وفيما بينها وضمن مدة من الزمن.	Continuity الإستمرارية
اتفاقية رسمية تنص على الشروط والأحكام المتعلقة بتقديم الخدمات التي يتم الحصول عليها من مؤسسة أخرى أو يتم تقديمها لمؤسسة أخرى. ويكون العقد متوافقاً مع المعايير التي تحددها الحكومة والمؤسسة.	Contract عقد
عملية التشارك في العمل بشكل فعال من خلال التعاون بين مقدمي الخدمات والمؤسسات وغيرها من الجهات داخل المؤسسة وخارجها، وذلك من أجل تكرار الأعمال وحدوث الفجوات أو الخلل في العمل.	Coordination التنسيق
عملية تقييم وتأکید مهارات الموظفين ومعرفته وكفاءته ومستوى التزامه ببعض المتطلبات المعينة.	Credentialing الإعتمادية
مدى التنسيق بين الرعاية الصحية والخدمات فيما يتعلق بالمرضى والأسر والمجتمع ومقدمي الخدمة والمؤسسات والمواقع/ الأماكن والأقسام/ الخدمات والوقت.	Continuity of care استمرارية الرعاية الصحية
العناصر القابلة للقياس والمتعلقة بشكل و سيرورة ونتيجة إحدى العمليات التي يتم جمع البيانات بخصوصها في عملية المراقبة والتقييم.	Criteria المعايير

D.

المصادر التي يمكن توليد المعلومات منها والإعتماد عليها في اتخاذ القرارات. ويتم عادة جمع الملاحظات أو الحقائق أو المواد التي لم تخضع للتحليل كنتيجة لأنشطة التقييم.	Data البيانات
بيان المريض (السجل الطبي) الذي لايشتمل على جميع المعلومات الطبية التي يحتاجها الطبيب خلال غطار زمني معين بعد خروج المريض من المستشفى.	Delinquent medical record السجل الطبي الناقص
ارشاد رسمي من أجل تحقيق مهمة أو نشاط معين.	Direction توجيه
الشخص المسؤول في قسم التمريض والذي يكون عضواً في الإدارة العليا في المستشفى، ويكون في اقل الأحوال مسؤولاً عن إدارة قسم التمريض.	Director of Nursing رئيس التمريض
السياسات والإجراءات المتعلقة بالتعامل مع الكوارث الداخلية والخارجية والحالات الطارئة. وتشتمل مثل هذه الحالات على الحريق وعمليات الإخلاء والوقاية من تلوث الهواء الخارجي واستقبال حالات الطارئة كمحاولات التفجير أو التهديد بالإعتداء الشخصي أو فقدان مريض.....الخ.	Disaster Preparedness الإستعداد للتعامل مع الكوارث
عملية توفير المعلومات المكتوبة والمفصلة.	Documentation التوثيق
عملية مخططة لضبط إجراءات إخراج الوثائق المهمة في المؤسسة وتغييرها واستخدامها، خاصة تلك المتعلقة بالسياسات والإجراءات. ويتطلب النظام أن يكون لكل وثيقة طريقة محددة لتعريفها، وذلك من أجل إظهار تاريخ أعدادها وتاريخ تحديثها واعتمادها.	Document Control System نظام إدارة التوثيق

E.

أنشطة الإرشاد والتوجيه المنهجية التي تقصد تطوير المعارف او التعديل عليها، بالإضافة إلى اكتساب او تعديل التوجيهات او القيم أو المهارات.	Education التعليم
الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمات وعمليات التدخل أو العمليات الأخرى وفق أفضل الممارسات المعاصرة، وذلك من أجل تحقيق الأهداف وتحقيق أفضل النتائج.	Effectiveness الفعالية
مستوى التنسيق بين الموارد من أجل تحقيق الأهداف المرجوة بأقل تكلفة ممكنة، وبالحد الأدنى من الإنفاق، وتجنب إعادة العمل والجهد الزائد.	Efficiency الكفاءة
مكان مخصص لتنسيق العمليات الخاصة بحالات الطوارئ.	Emergency Command Center مركز التحكم بالطوارئ
معايير السلوك التي تعد صحيحة من الناحية الأخلاقية.	Ethics الأخلاقيات
عملية النظر أو فحص أمر ما من أجل التحقق من قيمته وجودته وأهميته، بالإضافة إلى إدراك مداه وحالته.	Evaluation التقييم
منهجية لاتخاذ القرار تتيح لمقدم الرعاية الصحية أن يستفيد من أفضل الأدلة المتوفرة بالتشاور مع المريض من اجل اتخاذ قرار بشأن الخيار الذي يناسب المريض بافضل شكل.	Evidence-Based Clinical Practice ممارسة الرعاية القائمة على الأدلة

F

العمليات والإجراءات المتخذة بعد الإنتهاء من تقديم الخدمة.	Follow-up المتابعة
قائمة يتم تحديثها باستمرار، وتشتمل على الأدوية وغيرها من المعلومات ذات العلاقة، والتي تمثل الحكم الطبي للأطباء والتمريض وغيرهم من أصحاب الخبرة في مجال التشخيص والإجراءات الوقائية أو علاج الأمراض وتعزيز السلامة الصحية. ويشتمل أيضا على سبيل المثال على قائمة من العلاجات والمنتجات أو الأدوات العلاجية الأخرى، وسياسات استخدام الدواء وسبل دعم اتخاذ القرار، بالإضافة إلى الإرشادات التنظيمية ذات العلاقة.	Formulary System نظام النماذج

G.

البيانات العامة التي تصف مخرجات الخدمة والمتعلقة بالعمليات التي يتم أدائها.	Goals الأهداف
مجموعة أو هيئة يكون لها السلطة العليا والمسؤولية عن جميع العمليات التي تتم في المستشفى.	Governing Body المجلس الإداري

H.

أي شيء من شأنه أن يتسبب بالأذى أو المرض أو يلحق الضرر.	Hazard منطقة خطر
العدوى التي تكون مرتبطة بمؤسسة الرعاية الصحية أو حدثت فيها.	Health Care Associated Infections حالات العدوى تحت الرعاية الصحية
حادثة أو حالة غير أكيدة. والتي لو وقعت فإنه سيترتب عليها الضرر أو الموت.	High Risk عالي الخطورة
مجموعات من البيانات المتعلقة بأنشطة المستشفى وبرامجها، باستثناء السجلات الطبية للمرضى، وتشمل سجلات التوظيف والسجلات المالية.	Hospital Records سجلات المستشفى

I.

عملية خاصة بالإبلاغ عن الحوادث أو الظروف التي تحدث في المستشفى والتي تسببت أو قد تسبب أذى ماديا أو نفسيا للعاملين أو الموجودين في بيئة المستشفى. ويكون الغاية منها هو تشكيل قاعدة بيانات للتحقيق والوقاية.	Incident Report الإبلاغ عن الحوادث
إحدى الأدوات الخاصة بمقاييس الأداء، شاشة أو راية للتوجيه أو المراقبة، وتستخدم كذلك في التقييم وتحسين جودة الخدمات. وتتعلق المؤشرات بالهيكلية والعملية والمخرجات، ويتم التعبير عنها عادة بنسب تتكون من بسط ومقام.	Indicator مؤشر
نظام مصمم بشكل خاص من أجل تلبية احتياجات المستشفى فيما يتعلق بمراقبة العدوى والوقاية منها والتحكم بها.	Infection Control التحكم بالعدوى
الشخص الذي يتم إدخاله للمستشفى ويبقى فيها والذي يتلقى فيها خدمات النشخيص والعلاج	In-patient المريض المقيم
حادثة تقع داخل المستشفى والتي تتطلب عملية إخلاء جزئية أو كاملة، والتي تكون نتيجة تهديد واضح ومباشر، مثل وجود قنبلة أو عملية سلب أو تسرب كبير في الغاز....الخ.	Internal Disaster الكارثة الداخلية
عملية تقديم الرعاية أو الخدمة الصحية للمريض.	Intervention التدخل

J.

وصف رسمي مكتوب يحدد المسؤوليات والمتطلبات في كل وظيفة، ويكون عادة بالاتفاق بين الموظف وصاحب العمل.	Job Description الوصف الوظيفي
القدرة على تقديم التوجيه والتعامل مع المتغيرات وتشتمل وضع رؤية وتطوير الإستراتيجية من أجل تحقيق التغييرات المطلوبة لتحقيق الرؤية، كما تشمل على تجميع الناس حول هدف معين وتحفيزهم وإلهامهم لتجاوز العوائق.	Leadership القيادة

M.

القدرة على التعامل مع المواقف المعقدة. من خلال تطبيق مهارات معينة وخصائص، من خلال وضع الأهداف للمستقبل ووضع الخطط والميزانيات وتخصيص المواد اللازمة لتحقيق ذلك.	Management الإدارة
بيان يحدد ما يجب على المستشفى تطبيقه كي تحقق معيار ما.	Measurable Element العنصر القابل للقياس
وسيلة أداء مهمة معينة.	Mechanism الآلية
موظف الهيئة الإدارية (المجلس الإداري) مسؤولاً أمام المدير الإداري، وهو الرئيس التنفيذي/الإداري المسؤول عن إدارة البرنامج الطبي والرعاية الصحية.	Medical Director المدير الطبي
مجموعة من المعلومات المتعلقة بحياة المريض وتاريخه الصحي ولاسيما الأمراض القديمة والحالية وأنواع العلاج التي تلقاها ونتائجها، ويتم تدوين هذه المعلومات من قبل المختصين في الرعاية الصحية.	Medical Record السجل الطبي
فريق يتألف من الأطباء وأطباء العظام ويمكن أن يشتمل على مختصين آخرين كما هو محدد في اللوائح الداخلية المتعلقة بالكادر الطبي.	Medical staff الكادر الطبي
بيان عام حول ما ترغب المستشفى في القيام به، وسبب إنشائها والقيم التي تقوم عليها.	Mission الرسالة

N.

التوجيهات والإرشادات الواجب تطبيقها تمريضاً والتي يضعها مجلس التمريض الأردني.	National Nursing Standards معايير التمريض الوطنية
المتطلبات الذهنية والمادية والعاطفية والاجتماعية والروحانية اللازمة للحياة الجيدة، ويمكن أدراك هذه الحاجات والتعبير عنها من قبل الشخص الذي يحتاج إليها. ولكنه أيضاً قد لا يستطيع ذلك.	Need الحاجة
العملية المتبعة للحصول على المعلومات المناسبة والضرورية حول كل مريض من أجل التخطيط لعملية الرعاية الصحية.	Nursing Assessment التقييم التمريضي
علم الغذاء والمواد والعناصر التي تشتمل عليها الغذاء وتأثيره وتفاعله وتوازنه فيما يتعلق بالصحة والمرض والعمليات التي يستطيع الإنسان من خلالها تناول الطعام وهضمه وامتصاصه ونقله والاستفادة منه والتخلص من بقاياها من الجسد.	Nutrition التغذية

.O

الخطوات العملية والقابلة للقياس التي يتم اتخاذها من أجل تحقيق الأهداف	Objectives الغايات
الضرر بالصحة أو الإصابات التي تحدث من مكان العمل.	Occupational Hazards المخاطر الوظيفية
الشخص الذي يتم إدخاله إلى المستشفى والذي يتلقى خدمات التشخيص و/ أو العلاج ولكنه لا يكون مريضا مقيما.	Outpatient المريض الزائر

P.

الشخص الذي يتلقى الرعاية الصحية في المستشفى.	Patient مريض
عملية مستثمرة يقوم فيها رئيس القسم والموظف بمراجعة أداء الموظف ووضع الأهداف المتعلقة بالأداء وتقييم عملية التقدم نحو تحقيقها.	Performance Appraisal تقييم الأداء
خطة العلاج الشامل للمريض كما يحدده التشخيص الخاص بالمريض واحتياجاته.	Plan of Care خطة الرعاية
بيان مكتوب يكون بمثابة توجيه ويعكس وضع وقيم المستشفى والخدمة المقدمة فيه.	Policy سياسة
أساس شخصي محدد للتعامل أو السلوك أو الإدارة.	Principles المبادئ
الإرشادات المفصلة حول أداء مهارة معينة. ويشتمل هذا النموذج عادة على استخدام المعدات والأدوية أو طريقة تقديم العلاج.	Procedure إجراء
سلسلة من الأنشطة والاتصالات المرتبطة ببعضها والتي تؤدي خدمة المريض.	Process عملية

Q.

التعليم والتدريب والخبرة والكفاءة والعضوية والإعتماد أو الرخص المعتمدة وفق القوانين والأنظمة الخاصة بالعمل في مجال الرعاية الصحية.	Qualifications المؤهلات
الفلسفة التي تكون إطاراً للمعايير، وتركز هذه الفلسفة على حاجات وتوقعات المرضى والقيادة والإلتزام بالجودة بالإضافة إلى الإهتمام بالتمكين وفعالية الفريق وإدارة العمليات والنتائج.	Quality Improvement تحسين الجودة
مجموعة من الأفراد الذين يتم اختيارهم من أجل تحديد الفرص المحددة للتحسين والتغيير بناء على نتائج تحليل القضايا المستهدفة.	Quality Improvement Team فريق تحسين الجودة

R.

تساوي جميع العوامل، وبالتالي الحصول على النتيجة نفسها.	Reliable معتمد/موثوق
الأثر أو العاقبة المترتبة على عملية التدخل الطبي والذي قد يكون مقصوداً أو غير مقصود.	Result نتيجة
التعرض لأي حادث قد يهدد سلامة المريض أو أعضاء الكادر أو الطبيب أو غيرهم، والتي تؤثر على المزاج أو التطوع أو السمعة أو صافي ادخل أو مرافق المستشفى أو التزاماتها.	Risk خطورة
العملية المنهجية لتحديد المخاطر وتقييمها واتخاذ الإجراء اللازم لها، أو التعامل مع المخاطر الطبية أو الإدارية أو المتعلقة بالمرافق والصحة الوظيفية والمخاطر المتعلقة بالسلامة داخل المستشفى.	Risk Management إدارة المخاطر

S.

التأكد من أنه لن ينشأ عن دواء معين أو أداة أو عملية تدخل أو خدمة ما ضرر أو مرض أو إصابة غير مقصودة أو متوقعة. ويجب تجنب المخاطر المحتملة فيما يتعلق بالمريض أو الحد منها، ويجب إن لزم الأمر توضيحها للمريض.	Safety السلامة
الوحدات الوظيفية في المستشفى أو بين الكادر الوظيفي، والتي تستخدم من أجل الإشارة للأقسام الوظيفية من قبل المدير أو رئيس القسم أو أي شخص مسؤول آخر.	Services الخدمات
مجموعة من التوقعات التي يتم تحديدها مسبقاً من قبل هيئة معتمدة.	Standard معياري
البيانات المكتوبة والتي تحدد الرعاية والخدمات لمجموعات المرضى والتي يجب تقديمها لهم وفق أفضل الممارسات المعاصرة القائمة على الدليل العلمي.	Standards of Care معايير الرعاية
البيانات المكتوبة التي تحدد التوقعات المهنية لأعضاء الكادر في مجال محدد في ميدان الرعاية الصحية.	Standards of Practice معايير الممارسة

T

فرز أو تصنيف المرضى حسب درجة أو طبيعة مرضهم أو إصابتهم.	Triage تصنيف المرضى
---------------------------------------------------------	-------------------------------

U.

عملية استباقية نعمل من خلالها المستشفى على تحسين الجودة والحفاظ عليها من خلال استخدام الموارد البشرية والمادية بفاعلية وكفاءة.	Utilization Management إدارة استخدام الموارد
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

V.

مجموعة من المعتقدات والقناعات التي توجه الإجراءات المتخذة وعمليات صنع القرار.	Values القيم
وصف للوضع الذي ترغب المستشفى أن تكون عليه.	Vision الرؤيا

W.

عملية جمع ومعالجة وتخزين ونقل النفايات والتخلص منها، بما في ذلك النفايات الطبية الحيوية والنفايات السرية وغيرها.	Waste-Management إدارة الفضلات
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

الملحق رقم (٢) متطلبات مجموعات اعتماد المستشفيات التي جاءت في الدراسة

● المجموعة الأولى: الأخلاقيات وحقوق المرضى

الوثائق المطلوبة:

١. السياسات المتعلقة بحقوق المرضى.
٢. السياسات والإجراءات الخاصة بالحصول على موافقة مدروسة.
٣. سياسة تحدد متى يجوز لشخص آخر غير المريض أن يمنح الموافقة.
٤. نسخة عن السياسة أو الإجراءات غير المكتوبة الخاصة بشكاوى المرضى.
٥. السياسة الخاصة برفض المرضى للعلاج.
٦. السياسة الخاصة بالمسؤولية عن ممتلكات المرضى.

عدد المعايير

١٦	العدد الكلي للمعايير
٣	المعايير الأساسية
١١	المعايير الجوهرية
٢	المعايير المتقدمة

● المجموعة الثانية: رعاية المرضى (طبية وتمريضية وصيدلانية)

الوثائق المطلوبة:

١. سياسات التقييم السريري.
 ٢. سياسات وإجراءات التمريض.
 ٣. بروتوكولات رعاية مرضى الحالات الخاصة:
- مرضى الغيبوبة.
 - المرضى على الأجهزة الداعمة للحياة (التنفس الإصطناعي)
 - المرضى على أجهزة غسيل الكلى.
 - المرضى المقيدون.
 - المرضى من كبار السن أو الأطفال أو ذوي الإعاقات.
 - المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي أو الأدوية شديدة الخطورة.

٤. ارشادات الممارسة السريرية.
٥. سياسات وإجراءات الجراحة.
٦. سياسات وإجراءات الرعاية اللاحقة للتخدير.
٧. سياسات وإجراءات قسم الطوارئ.
٨. سياسات وإجراءات خدمة سيارة الإسعاف.

عدد المعايير:

٦٣	العدد الكلي للمعايير
١١	المعايير الاساسية
٤٨	المعايير الجوهرية
٤	المعايير المتقدمة

المجموعة الثالثة: الصحة والسلامة البيئية



الوثائق المطلوبة:

١. خطط السلامة البيئية والتي تشمل على مايلي:
 - خطة السلامة والأمن
 - خطة إدارة المرافق
 - خطة التعامل مع الحالات الطارئة (الداخلي والخارجي)، وهذا يشمل خطة السلامة الخاصة بالحرائق والدخان.
 - خطة غدارة المواد والنفايات الخطرة.
٢. سياسة التدخين.
٣. خطط الإجراءات التصحيحية لأي خلل.
٤. سياسات المخاطر المهنية.
٥. سياسة الحوادث والإصابات المرتبطة بالعمل.

عدد المعايير

٢٩	العدد الكلي للمعايير
٧	المعايير الاساسية
١٩	المعايير الجوهرية
٣	المعايير المتقدمة

المجموعة الرابعة: تحسين الجودة وسلامة المريض
الوثائق المطلوبة:

١. خطة تحسين الجودة وتدابير سلامة المرضى.
 ٢. مؤشرات المستشفى وتشمل: التحديد والمعادلة وطريقة جمع البيانات ومسؤولية جمع البيانات ومعدل التكرار والهدف المقصود.
 ٣. عمليات التحقق من بيانات الجودة.
 ٤. وثائق مشاريع تحسن الجودة.
 ٥. سياسة المراقبة.
 ٦. خطة إدارة المخاطر.
- عدد المعايير

١٥	العدد الكلي للمعايير
٣	المعايير الأساسية
٨	المعايير الجوهرية
٤	المعايير المتقدمة

ملحق رقم (٣)

المعايير الجديدة في الطبعة الثالثة لمعايير اعتماد المستشفيات

رقم المعيار	بيان المعيار
PR.12	تلبية حاجات المرضى ذوي الإعاقات.
AC.1	مداخل المستشفى تحمل علامات تحددتها بشكل جيد وواضح والياфطات الداخلية ترشد إلى أماكن جميع الخدمات.
AC.3	توجد عملية تتسم بالكفاءة لإدخال المرضى.
AC.12	تقدم خدمات للمرضى الذين لا يتقنون اللغة العربية بلغتهم الأساسية أو تقدم لهم خدمات الترجمة.
PA.1	يوجد في المستشفى نظام يحدد المرضى بدقة.
GC.1.1	توضع خطة الرعاية الخاصة بالطبيب بناء على نتائج التقييم.
GC.1.2	توضع خطة الرعاية التمريضية بناء على نتائج التقييم.
GC.7	تتم زيادة مستوى نشاط كا مريض بشكل يومي وفقا لقدراته الوظيفية وأهداف إخراجة.
GC.8.2	هناك برامج للوقاية من السقوط.
SC.2	يستخدم منهج نظامي لإعداد المرضى للإجراءات الجراحية والتدخلات.
AN.1	تقدم رعاية التخدير بناء على الإرشادات الحالية المستندة إلى الأدلة في جميع الأماكن التي يستخدم فيها التسكين.
EM.2	خدمات دائرة الطوارئ منظمة تحت إدارة طبيب مؤهل.
IM.9	يتم تثقيف العاملين الذين يقومون بإنشاء البيانات وجمعها وتحليلها وتدريبهم على مبادئ إدارة المعلومات.
HRM.8.1	تتضمن تقييمات الأداء معايير تتعلق بالممارسات و/أو الابتكارات و/أو لبحوث المستندة إلى الأدلة.
HRM.11	هناك برنامج لتحسين الجودة تم تطويره في دائرة الموارد البشرية.
MI.9	يشارك مدراء الدوائر والعاملون بفاعلية في إدارة الموارد.

ملحق رقم (٤)

محكمي الإستبانة

الرقم	الإسم	الرتبة العلمية	مكان العمل
١.	دكتور غسان العمري	أستاذ مشارك	جامعة عمان العربية
٢.	دكتور نعمة الخفاجي	أستاذ	جامعة عمان العربية
٣.	دكتور أنور العزام	استاذ مساعد	جامعة عمان العربية
٤.	دكتور إياد التميمي	أستاذ مشارك	جامعة البتراء
٥.	دكتور محمد عبد القادر	أستاذ مساعد	جامعة الإسراء
٦.	دكتور ديما شكري القواسمي	أستاذ مساعد	جامعة البتراء
٧.	دكتور سوزان صالح دروزة	أستاذ مساعد	جامعة جرش
٨.	دكتور محمد المهابرة	أستاذ مساعد	جامعة الإسراء

ملحق رقم (٥) جدول رقم (٥-1)

معدل تغير الادخالات في مستشفيات وزارة الصحة لعامي (٢٠١٢/٢٠١١)

الرقم	اسم المستشفى	٢٠١١	٢٠١٢	نسبة التغير %
١	البشير	٧٦٢٦٦	٨٢٧٥٠	٨.٥
٢	الأمير حمزة	٢٤٣٧٣	١٩١٩٨	٢١.٢-
٣	الزرقاء	٢٦٨١٧	٢٣٩٤٨	١٠.٧-
٤	المركز الوطني للصحة النفسية	١٨٠٧	٢٠٣٠	١٢.٣
٥	الأميرة بسمة	١٩٩٠٣	٢١٥٠٨	٨.١
٦	جرش	١٠٩٠٧	١١٠٨٥	١.٦
٧	الأمير فيصل بن الحسين	١٦٣٤٢	١٦٠٨٣	١.٦-
٨	الحسين / السلط	٩١٤٧	١١٦٩٤	٢٧.٨
٩	د. جميل التوتنجي	١٣٠٧٣	١٢٢٥٥	٦.٣-
١٠	معان	٥٧٦٠	٦٠٧١	٥.٤
١١	الإيمان / عجلون	٨٦٤٨	٨٣٥٧	٣.٤-
١٢	النديم	١٠٣١٤	١٠٧٨٠	٤.٥
١٣	الأمير الحسين بن عبدالله الثاني	٨٥٠٧	٩٠٦٦	٦.٦
١٤	الاميرة رحمة	١٠٦٧٩	١٠٩٨٦	٢.٩
١٥	النسائية والأطفال / المفرق	٨١٥٧	١٠٠٧٩	٢٣.٦
١٦	الرمثا	١٠٣٨٠	١١٢٥٣	٨.٤
١٧	الأميرة بديعة	١٢٦١١	١٢٣٣٥	٢.٢-
١٨	الأميرة راية	٥٧٧٩	٦١٤٦	٦.٤
١٩	الكرك	١١٨٩٣	١١١٥٧	٦.٢-
٢٠	غور الصافي	٧٥٥٨	٨١٥٩	٨.٠
٢١	معاذ بن جبل	٤٦٣٧	٤٨٣٦	٤.٣
٢٢	المملكة رانيا العبدالله	٤١٤٤	٣٨٣٢	٧.٥-
٢٣	المفرق	٦٠٨٧	٦٤٣٢	٥.٧
٢٤	اليرموك	٣٦٤٣	٤٥٤٩	٢٤.٩
٢٥	الشونة الجنوبية	٣٤٤٢	٣٧٦٠	٩.٢
٢٦	أبي عبيدة	٣٩٦١	٣٩٥٦	٠.١-
٢٧	الأميرة إيمان / معدي	٣٧٠٩	٢٨٨٨	٢٢.١-
٢٨	المركز الوطني للإدمان	٤٧٣	٥٠٣	٦.٣
٢٩	الأميرة سلمى	٣١٤١	٣٣١٠	٥.٤
٣٠	الرويشد	٤٤٩	٦٢٢	٣٨.٥
	المجموع	٣٣٢٦٠٧	٣٣٩٦٢٨	٢.١

جدول رقم (٢-٥)

تطوير عدد الأسرة في المملكة حسب المحافظات خلال الأعوام (٢٠٠٨ - ٢٠١٢)

٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	السنة المحافظة
٦٦٠٤	٦٤٥٥	٦٣٠٥	٦١٠٠	٥٩٩٧	العاصمة: أسرة مستشفيات العاصمة
١٥٠	١٥٠	١٥٠	١٦٥	١٦٧	- م. الكرامة للتأهيل النفسي
٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	- م. الوطني لتأهيل المدمنين
١٩٤٤	١٩٥١	١٨٩٦	١٨٨٣	١٨٧٤	إربد
١٠٢٥	١٠٢٠	١٠١٧	٩٦١	٩١٩	الزرقاء
٣٧٣	٣٦٠	٣٦٠	٢٤٨	٢٤٥	البلقاء: أسرة مستشفيات البلقاء
٢٦٥	٢٣٩	٢٥٠	٢٥٠	٢٥٠	- م. الوطني للصحة النفسية
٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	- م. الرشيد النفسي
٢٣٧	٢٣٥	٢٣٥	٢٣٠	٢٤٠	المفرق
٣٩٤	٤٥٧	٤٦٢	٤٥٥	٤٥٢	الكرك
١٧٤	١٧٠	١٥٠	١٥٠	١٥٠	جرش
١٨٨	١٨٨	١٨٨	١٧٢	١٦٦	مادبا
١٣٠	١٣٠	١٣٠	١٠٥	١٠٥	عجلون
٢٠٧	٢٠٧	٢٠٧	٢٠٧	٢٠٦	العقبة
٢٠٣	٢٠٣	٢٠٣	٢٠٣	٢٠٣	معان
١٠٦	١٢٠	١٢٠	١٢٠	١٢٠	الطفيلة
١٢١٠٦	١١٩٩١	١١٧٧٩	١١٣٥٥	١١٢٠٠	المجموع

جدول رقم (٣-٥)

مقارنة خدمات مستشفيات وزارة الصحة خلال الأعوام (٢٠١٢-٢٠٠٨)

٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	السنة	
					البيان	
٣٣٩٦٢٨	٣٣٢٦٠٧	٣٣٧٧٠٨	٣٢٦٧٣٠	٣١٨٠٣٢	الادخالات	
٣٣٤٠١٧	٣٢٦٩١٧	٣٣٢٢٧٦	٣٢٢٠٠٨	٣١٣٢١٩	أحياء	الايخراجات
٥٤٥٤	٥٥٣٦	٥٣٢٢	٤٧١٧	٤٨٥٧	أموات	
١.٦	١.٧	١.٦	١.٤	١.٥	نسبة الوفيات %	
٦٨.٣	٦٦.٨	٦٨.٢	٦٨.٦	٦٩.٠	نسبة أشغال الأسرة %	
٣.٣	٣.١	٣.١	٣.٢	٣.٢	معدل إقامة المريض	
٨٨٣١٧	٧٩٥٦٧	٩١٣٢٩	٨٦٣٢٩	٨٥٣٧١	عدد العمليات الجراحية	
٧٣٣٩٩	٧٣٣٤٠	٧٧٩٠٩	٧٥٧٠٥	٧٧١٣٦	عدد حالات الولادة	
٣٣٠٢٦٧٦	٢٩٣٤٠٣٤	٣٣١٥٣٣١	٣١٥٩٢٠٠	٢٨٥٩٢٧٦	عدد مراجعون عيادات الاختصاص	

جدول رقم (٤-٥)

عدد المستشفيات وعدد الأسرة في المملكة حسب القطاعات الصحية لعامي (٢٠١٢-٢٠١١)

٢٠١٢			٢٠١١			السنة
%	عدد الأسرة	عدد المستشفيات	%	عدد الأسرة	عدد المستشفيات	
٣٨.١	٤٦.٤	٣١	٣٨.١	٤٥٧٢	٣١	وزارة الصحة
١٩.٧	٢٣٨٣	١٢	٢٠.٢	٢٤٢٨	١٢	الخدمات الطبية
٤.٥	٥٤٤	١	٤.٦	٥٤٧	١	م. الأردنية
٤.٣	٥٢٦	١	٤.٤	٥٢٦	١	م. الملك المؤسس عبدالله
٣٣.٤	٤٠٤١	٦١	٣٢.٧	٣٩١٨	٦١	القطاع الخاص
١٠٠	١٢٠٩٨	١٠٦	١٠٠	١١٩٩١	١٠٦	المجموع

استبانة رقم (١)

أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)

أعزائي الزملاء والزميلات....

تقوم الطالبة أسماء إبراهيم أحمد نصار بإجراء دراسة بعنوان "أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)"، استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة من كلية الأعمال بجامعة عمان العربية .

أرجو منكم التعاون بالإجابة عن كافة العبارات المكتوبة داخل الاستبانة، علماً أن المعلومات في هذه الدراسة ستستعمل لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل مع إجاباتكم بسرية تامة. وتتكون الإستبانة من جزئين: الجزء الأول ويحتوي على المعلومات الشخصية والوظيفية، والجزء الثاني والذي يعنى بتحديد مستوى الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة...

...شكراً لكم تعاونكم

الطالبة أسماء إبراهيم نصار

المشرف

أ.د محمد أبو يمن العمري

الجزء الأول (المعلومات الشخصية والوظيفية)

أرجو وضع إشارة عند الإجابة المناسبة

العمر	٣٠-٢٢	٣٩-٣١	٤٨-٤٠	٤٩ فأكثر
النوع الإجتماعي	ذكر	أنثى		
الخبرة	٦-٣ سنوات	١٠-٧ سنوات	١١ فأكثر	
المؤهل العلمي	دبلوم	بكالوريوس	دبلوم عالي	
	ماجستير	دكتورة		
الوظيفة	ممرض مشارك	ممرض قانوني	طبيب	
	أخرى			

الجزء الثاني (عبارات الاستبانة)

يحتوي هذا الجزء على عبارات الاستبانة والتي تتكون من سبعين عبارة مقسمة إلى أربعة أقسام من عناصر معايير اعتماد المستشفيات.

الرجاء وضع إشارة (x) عند الإجابة المناسبة بجانب كل عبارة من ١-٥ حيث أن

(٥) = أوافق بشدة (٤) = أوافق (٣) = محايد (٢) = لا أوافق (١) = لا أوافق بشدة

درجة الإجابة					معايير حقوق المرضى	المعيار الرقم
(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)		
					يطبق المستشفى سياسات واضحة خاصة بحقوق المريض.	١.
					توثق المستشفى سياسات حقوق المريض .	٢.
					يتساوى جميع المرضى في حق الحصول على الرعاية الصحية بغض النظر عن الجنس والعرق واثتقافة والديانة.	٣.
					أقوم بإطلاع المريض على طبيعة حالته الصحية أولاً بأول.	٤.
					أقوم بإشراك المرضى في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.	٥.
					أقوم بإطلاع المريض على كافة حقوقه المتعلقة بالرعاية الصحية خلال وجوده في المستشفى.	٦.
					يطبق المستشفى سياسات للحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمريض.	٧.
					يطبق المستشفى سياسة " الحق في معالجة الأم " للسيطرة على الأم.	٨.
					يمنح المريض حق رفض المعالجة.	٩.
					أستخدم نماذج لتوثيق رفض المريض للمعالجة.	١٠.
					تستخدم نماذج لتوثيق موافقة المريض على تقديم الإجراءات العلاجية (مثل التخدير ونقل الدم والجراحة)	١١.
					تستخدم نماذج الموافقة على تقديم الإجراءات العلاجية في جميع مواقع المستشفى.	١٢.
					يتم إضافة نماذج الموافقة على الإجراءات العلاجية في ملف المريض من قبل وحدة الإدخال.	١٣.

					١٤. أقوم بحفظ نماذج الموافقة على الإجراءات في سجل المريض.
					١٥. يسمح المستشفى بتقديم الشكاوى من قبل المرضى فيما يتعلق بالرعاية المقدمة.
					١٦. يتم النظر إلى شكوى المريض بجدية.
					١٧. يتم حماية ممتلكات المرضى من خلال السياسة المتبعة في المستشفى.
					١٨. يتم إطلاع العاملين في المستشفى على كافة الإجراءات التي تعنى بجميع حقوق المريض المقدمة.
					معايير تحسين الرعاية الطبية والتمريضية
					١٩. تستخدم سياسات لتحديد هوية المريض في المستشفى.
					٢٠. أقوم بالتأكد من هوية المريض بواسطة سوار التعريف الموجود على يده.
					٢١. يتم إطلاعي على سياسات تحديد هوية المرضى المتبعة في المستشفى.
					٢٢. أقوم بتعريف المريض باستخدام رقم الغرفة الموجود فيها فقط.
					٢٣. يعين المستشفى أشخاص مؤهلون لتصنيف حالات المرضى في قسم الطوارئ كحالات الجراحة أو الباطني أو العظام.
					٢٤. يتم عمل دورات تدريبية لتمكين قدرة العاملين على تصنيف المرضى.
					٢٥. تستخدم وثائق تثبت خبرة الاشخاص العاملون على تصنيف مرضى الطوارئ توضع في سجلهم الوظيفي.
					٢٦. تتم عملية تصنيف حالات المرضى في الطوارئ بسرعة.
					٢٧. تتم عملية تصنيف المرضى بناء على الاولوية الصحية.

					٢٨. أقوم بتوثيق التاريخ المرضي حسب السياسه المحددة لذلك.
					٢٩. أوثق وجود حساسية لدى المريض لمواد أو أدوية معينة داخل السجل الطبي حسب السياسة المتبعة.
					٣٠. أقوم بتوثيق كافة الإجراءات المتخذة مع المريض داخل سجله الطبي.
					٣١. يتم إجراء تفتيش دوري للتأكد من سلامة توثيق إجراءات الرعاية الصحية داخل سجل المريض الطبي.
					٣٢. أقوم بعمل تقييم لنمو المريض بشكل سليم حسب الفئة العمرية وتوثيقه إذا كان المريض في قسم الاطفال.
					٣٣. أقوم بتوثيق التاريخ المرضي في ملف المريض خلال ٢٤ ساعة من دخوله إلى المستشفى.
					٣٤. يتم عمل تقييم من قبل الإدارة للتأكد من استمرارية جودة الرعاية الصحية بالطريقة المخطط لها.
					٣٥. تتم الإستجابة لنداء حالات الطوارئ بسرعة لا تزيد عن سبعة دقائق
					٣٦. أقوم بوضع خطة الرعاية التمريضية للمريض استنادا إلى معلومات التقييم الأولية التي تحدد مشكلة المريض.
					37. أتعاون مع الفريق الطبي في تقديم الرعاية الصحية للمريض.
					٣٨. اقوم بعملية تسليم المريض للوردية التالية بشكل واضح.
					٣٩. يتم توثيق التغيرات الصحية الحاصلة على حالة المريض في سجله الطبي.

					٤٠. أقوم بالتبليغ عن المتغيرات الحاصلة على حالة المريض الصحية.
					معايير تحسين الجودة وسلامة المرضى
					٤١. يطبق المستشفى الخطة الموضوعية لتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة.
					٤٢. أقوم بتوثيق الحوادث التي تقع مع المرضى في نموذج يسمى "الحدث العرضي".
					٤٣. تطبق تدابير للحد من حوادث سقوط المرضى في المستشفى.
					٤٤. في حالة حدوث سقوط للمريض يتم توثيق الحدث داخل سجله الطبي.
					٤٥. تطبق خطة إستراتيجية في المستشفى تعنى بالحفاظ على سلامة المرضى اثناء تلقيهم للرعاية الصحية.
					٤٦. تركز الإدارة على إتباع سياسة حل المشكلة بدلا من إلقاء اللوم على المتسبب بحدوث المشكلة.
					٤٧. يتم عمل محاضرات تعريفية للكادر بخطة تحسين الجودة في المستشفى.
					٤٨. يتم إطلاع الكادر فورا عند وجود إضافة جديدة على بند من بنود معايير الجودة.
					٤٩. يتم جمع البيانات عن مدى اتباع الكادر تطبيق معايير تحسين الجودة أثناء تقديم الرعاية الصحية.
					٥٠. تطبق الإدارة سياسة متابعة تحسين الجودة.
					٥١. يتم تحديد لجنة في المستشفى تعنى بمتابعة سلامة المرضى للحد من وقوع الحوادث.
					٥٢. أستطيع التعامل مع حالات الطوارئ حسب السيايات المعمول بها في المستشفى.

					٥٣. تطبق معايير لتحديد المخاطر حسب الأولوية في المستشفى
					٥٤. يطبق المستشفى نظام واضح للتبليغ عن وقوع الحوادث.
					٥٥. لم تتجاوز حوادث سقوط المرضى في القسم الذي أعمل فيه خلال الثلاثة أشهر الماضية ثلاثة حالات.
					معايير السلامة البيئية
					٥٦. يطبق المستشفى خطة إستراتيجية للحفاظ على سلامة أمن الكادر.
					٥٧. تقوم الإدارة بعمل دورات تدريبية للكادر العامل الكيفية الصحيحة للإخلاء في حالات الطوارئ.
					٥٨. يعرف الكادر مسؤوليات عملية الإخلاء خلال حالات الطوارئ والحريق.
					٥٩. أعرف جميع مخارج الطوارئ الموجودة في القسم الذي أعمل فيه.
					٦٠. يتم عمل تفتيش دوري سنوي للتأكد من سلامة مخارج الطوارئ وجاهزيتها.
					٦١. يتم تشكيل فريق في المستشفى مؤهل للتدخل الفوري في حالات الطوارئ.
					٦٢. يطبق المستشفى سياسة منع التدخين في كافة مرافقه.
					٦٣. يتم معاينة المدخنين بحسب القوانين الموضوعية لذلك.
					٦٤. أحصل على الوقاية من الأمراض المعدية (مثل التعامل مع مرضى يحملون السحايا).
					٦٥. أقوم بالتخلص من النفايات الخطرة بالطريقة الصحيحة حسب السياسه المعمول بها في المستشفى.
					٦٦. تطبق سياسة التعامل مع إصابات العمل داخل المستشفى
					٦٧. اتحمل المسؤولية كاملة عن إصابتي أثناء العمل.

					أقوم بإستدعاء فريق الصيانة فورا عند الحاجة إليه.	.٦٨
					يتكون فريق الصيانة من أفراد مؤهلين للتعامل مع كافة أنواع الأعطال الحاصلة.	.٦٩
					تحدد الإدارة المخاطر الوظيفية المتوقعة وكيفية التعامل معها.	.٧٠

استبانة رقم (٢)

أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)
تقوم الطالبة أسماء إبراهيم أحمد نصار بإجراء دراسة بعنوان "أثر تطبيق معايير اعتمادية المستشفيات على تحسين مستوى الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة (دراسة حالة)"، استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة من كلية الأعمال بجامعة عمان العربية .

أرجو منكم التعاون بالإجابة عن كافة العبارات المكتوبة داخل الاستبانة، علماً أن المعلومات في هذه الدراسة ستستعمل لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل مع إجاباتكم بسرية تامة. وتتكون الاستبانة من جزئين: الجزء الأول ويحتوي على المعلومات الشخصية، والجزء الثاني والذي يعنى بتحديد مستوى الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى الأمير حمزة.

الطالبة

أسماء إبراهيم نصار

المشرف

أ.د محمد أبو اليمن العمري

الجزء الأول: المعلومات الشخصية

النوع الإجتماعي	ذكر	أنثى			
العمر	١٧- ٢٥	٢٦- ٣٤	٣٥- ٤٣	٤٤- ٥٢	٥٣ فأكثر
الجنسية	أردنية	غير ذلك			
الحالة الإجتماعية	أعزب	متزوج			
التحصيل الأكاديمي	ثانوية عامة	دراسة كلية	دراسة جامعية		

الجزء الثاني: عبارات الاستبانة

يتكون هذا الجزء من عشرين عبارة من شأنها وصف أرائكم عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة لكم في مستشفى الأمير حمزة. أرجو منكم وضع إشارة (X) عند رقم الإجابة المناسب من ١-٥، حيث أن الإجابات كالتالي:

(5) = أوافق بشدة (٤) = أوافق (٣) = محايد (٢) = لا أوافق (١) = لا أوافق بشدة

مستوى تحسين الرعاية الصحية

الرقم	الإستقبال والإدخال	درجة الإجابة				
		(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)
١.	تمت معاملتي بلطف عند استقبالي في المستشفى.					
٢.	الوقت الذي انتظرت حتى تمت رؤيتي من قبل الطبيب لم يكن طويلاً.					
٣.	المكان الذي انتظرت فيه في قسم الإستقبال نظيف.					
٤.	تم تجهيز ملف الإدخال الخاص بي بسرعة.					
٥.	رافقني موظف إلى القسم الذي سوف أدخل إليه.					
٦.	يقوم موظف قسم الإدخال بشرح سياسات المحاسبة لي.					
	الخدمات المعيشية					
٧.	الغرفة التي أنزل بها في المستشفى نظيفة.					

					٨. يتم تبديل شراشف السرير الذي أنام عليه كلما احتاج الأمر لذلك.
					٩. يهتم الممرضون بالنظافة الشخصية للمرضى الغير قادرين على فعل ذلك بأنفسهم.
					١٠. تتمتع محطات التمريض في الأقسام بالترتيب.
					١١. تتوفر الماء الساخنة في جميع الاوقات في دورات المياه في غرفتي في المستشفى.
					١٢. يتم إطلاعي على مواعيد الوجبات في المستشفى.
					١٣. يتم إطلاعي على الحمية المناسبة لحالتي الصحية من قبل موظف تغذية متخصص.
					الخدمات الطبية والتمريضية
					١٤. يتابع الطبيب حالتي باستمرار.
					١٥. يطلعني الطبيب دائما على مستجدات حالتي الصحية.
					١٦. يصرف لي الطبيب العلاج المناسب لحالتي الصحية.
					١٧. يعاملني الأطباء بتهذيب.
					١٨. يجابو الممرضون على تساؤلاتي بدقة.
					١٩. يتمتع الممرضون في القسم الذي أنزل فيه بخبرة جيدة.
					٢٠. يعاملني الممرضون بلطف.
					٢١. يعطيني الممرضون علاجي في وقته المحدد.