

أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان-الأردن

هاشم أبوسنيينة (*)

المخلص: هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات على جودة الخدمات المقدمة للمرضى من خلال التعرف على أبعاد تلك الشهادة. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمدت الدراسة على القيام بالمراجعة الأدبية لهذا الموضوع والاطلاع على الدراسات السابقة في هذا المجال. وبعد ذلك، كان هناك محاولة للتعرف على واقع تطبيق المعايير، وأثر هذا التطبيق على جودة الخدمات، وذلك من خلال دراسة عينة من الأطباء والمرضى عن طريق استبانة تم تصميمها وتوزيعها في المستشفيات الخاصة المعتمدة، وعددها أربعة استجابت جميعها للدراسة، وفي عينة من المستشفيات غير المعتمدة وعددها خمسة مستشفيات. تم تطوير نموذج الدراسة في ضوء فرضيتين رئيسيتين، انبثقت عنهما مجموعة من الفرضيات الفرعية، دارت حول وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمعايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات المتمثلة هنا بأداء الأطباء وأداء المرضى والتوثيق وضبط العدوى وأخطاء الأدوية. وباستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، تم اختبار الفرضيات عن طريق التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار الانحدار البسيط واختبار التباين الأحادي، وخلصت الدراسة إلى وجود دلالة إحصائية لأبعاد معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات المقدمة.

الكلمات المفتاحية: الحدث العارض - خطأ الأدوية - السياحة العلاجية.

The Impact of Applying the Standards of the Joint Commission International Accreditation on the Services' Quality at the Private Hospitals in Amman, Jordan

Hashem Abu Sneineh

Abstract: This study aimed at measuring the impact of applying the Joint Commission on International Accreditation on the quality of service at the private hospitals in Amman. To achieve this aim, a literature review was performed to establish a better idea about this issue. Afterwards, there was an attempt to understand the real situation in the private hospitals in Amman, by designing a questionnaire and distributing it to doctors and nurses in four accredited hospitals and five non-accredited hospital. The model of the study was derived from two main hypotheses investigating a statistical relation between the international standards and the quality of the service (doctors performance, nurses' performance, documentation, and infection control and medication errors). Using the Statistical Package for to Social Science (SPSS) the data were analyzed by finding the frequencies, percentages, means, standard deviation, simple linear regression, one way ANOVA, the results showed that there is a statistical relation between the Joint Commission on International Standards and the improvement of the quality of service provided at private hospitals in Amman.

Keywords: Sentinel event - Medication error - Medical tourism.

(*) أستاذ مساعد في إدارة الاعمال في كلية فلسطين الاهلية الجامعية، مدير الموارد البشرية في المستشفى التخصصي سابقاً،

hasneineh@gmail.com

المقدمة:

يعتبر قطاعا التعليم والصحة من أهم الوظائف التي تقوم بها الدولة، وقد خطا الأردن خطوات متميزة في مجالي الصحة والتعليم، وظل القطاع الصحي في أغلبه حكومياً حتى نهاية القرن العشرين، ومع بداية القرن الحالي وبسبب زيادة الحاجة لعمل المستشفيات الخاصة، خاصة في الدول العربية، وكون جودة الخدمة المقدمة في القطاع الحكومي غير مرتفعة، فقد كان للاستثمار في القطاع الصحي دور في توسيع عمل المستشفيات الخاصة، حتى أصبح عددها في الأردن ستين مستشفى (موقع جمعية المستشفيات الخاصة، ٢٠١٠).

ونظراً لأهمية القطاع الصحي في العالم، ونظراً لكون العديد من دول العالم تتنافس في هذا المجال، فقد تنبعت المستشفيات، وخصوصاً المستشفيات الخاصة، لأهمية جودة الخدمات التي تقدمها لمرضاهم. ومن أهم العوامل المؤثرة على خلق ثقافة جودة في المستشفيات هو العمل على تغيير نظرة الناس إلى المستشفيات الخاصة والمتمثلة بكون المستشفيات الخاصة موجودة لأجل الربح لا لأجل تقديم خدمة طبية ذات جودة عالية، وفي نفس السياق فقد أصبح المرضى أكثر معرفة ودراية بالأمراض التي تصيبهم والعمليات التي يحتاجونها وحقوقهم والقوانين والأنظمة التي تحكم عمل المستشفيات، كذلك فقد أصبح مدراء المؤسسات الصحية تحت ضغوطات من المجتمع والمرضى لإظهار أن خدماتهم ذات جودة عالية، وضغوط أخرى من أصحاب رأس المال لإثبات أن جودة الخدمات تعود عليهم بمرود مالي ملموس.

وكل هذا، بالإضافة إلى زيادة المطالبة بمعايير وأنظمة تحدد المسؤوليات وآلية المحاسبة، دفع المستشفيات للبحث عن جهات مختلفة تساعد على تنظيم عملهم من خلال مجموعات من المعايير تطبق في المستشفيات. وقد قامت عدة دول مثل المملكة المتحدة وكندا وأستراليا والأردن بإنشاء جهات خاصة لمنح الاعتماد للمستشفيات بعد التأكد من تطبيقها لمجموعة من المعايير.

وعليه فبرنامج اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات هو الأكثر أهمية وشهرة على مستوى العالم. وأحد أقسام هذه اللجنة هو اللجنة المشتركة الدولية والذي يمنح الاعتماد للمستشفيات على مستوى العالم وليس فقط في الولايات المتحدة الأمريكية "وقد ذكر برنامج الاعتماد الدولي في إحدى دراسات Deloitte بأنه أحد أهم الأسباب لإزالة مخاوف المرضى من الخدمات الطبية المقدمة لهم" (القاسم، محاضرة، ٢٠١٠).

كما وتم تعريف الاعتماد في كتيب اللجنة للعام ٢٠٠٨، "فان الاعتماد هو عملية يقوم بموجبها كيان غير حكومي عادة، منفصل ومتميز عن مؤسسة الرعاية الصحية بتقويم مؤسسة الرعاية الصحية ليحدد ما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بمجموعة من المتطلبات (المعايير) المصممة لتحسين السلامة وجودة الرعاية. ويكون هذا الاعتماد عادة تطوعياً. وتعتبر معاييرها مثلى وقابلة للتحقيق ويوفر التزاماً مرئياً من قبل المؤسسة لتحسين سلامة ورعاية المرضى وجودتها، وضمان رعاية سليمة، والعمل باستمرار على خفض المخاطر التي يتعرض لها المرضى والموظفون". (كتاب معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات، ٢٠٠٧، ص ١٧)

وتعتمد معايير الاعتماد الدولي بشكل أساسي على أسس إدارة الجودة الشاملة والتي هي فلسفة إدارية معاصرة طوّرت على أيدي علماء مثل جوران وكروسبي، واكتسبت اهتماماً من المدراء حول العالم في القطاع الصحي. "الفلسفة الأساسية لمعايير الاعتماد الدولي مبنية على أسس إدارة الجودة وتحسين الجودة المستمرة". (كتاب معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات، ٢٠٠٧، ص ١٧)

وفي الأردن فقد أصبح القطاع الصحي الخاص من القطاعات التصديرية، وينافس عالمياً لجذب المرضى من عدة دول للعلاج فيه، حتى أنه أصبح يعرف بالسياحة العلاجية. "وبحسب البنك الدولي فقد احتل الأردن المركز الأول في جذب السياحة العلاجية في المنطقة، والمركز الخامس على مستوى العالم، وقد عولج في القطاع الصحي الخاص في الأردن في عام ٢٠٠٧ حوالي ٤٥٠٠٠ مريض عراقي و ٢٥٠٠٠ مريض فلسطيني و ٢٠٠٠٠ مريض يمني و ١٩٠٠٠ مريض

سوداني و١٠٠٠٠٠ مريض سوري و١٠٠٠٠٠ مريض ليبي بالإضافة إلى ١٨٠٠٠ مريض أمريكي و١٢٠٠٠ مريض بريطاني و٤٠٠ مريض كندي" (The Oxford Business Report, 2009, p179)

ولكي تصبح المستشفيات الأردنية قادرة على المنافسة، فقد أصبحت تسعى للحصول على الاعتماد الدولي حيث ان "الاعتماد الدولي أصبح يُنظر إليه من قبل شركات التأمين والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية على أنه مقياس لكون المؤسسة الصحية آمنة للمرضى الذين سيرسلونهم خارج بلدانهم للسياحة العلاجية". وسوف يتم في هذه الدراسة محاولة لإلقاء الضوء على أثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات.

٢- الإطار النظري

٢-١- مشكلة الدراسة:

مؤخراً تم الانتباه إلى أهمية القطاع الصحي الخاص في الأردن لما لهذا القطاع من مساهمة فعالة في الاقتصاد الأردني. ففي عام ٢٠٠٧ كان العائد من هذا القطاع مليار دولار أمريكي (الحموري، محاضرة، ٢٠٠٩).

وفي الوقت الحالي، فان كثافة مراجعة المرضى للقطاع العام أدت إلى زيادة التوجه للعلاج في القطاع الخاص، وخصوصاً من قبل الرعايا الاجانب، "بحيث أنه بدلا من ارسالهم لبلدانهم لتلقي العلاج يتم علاجهم في المستشفيات الخاصة، طالما وجدوا أن القطاع الخاص لديه كفاءة عالية ولديه اعتماد دولي كدليل على جودة الخدمة. ولكي تعالج هذه المؤسسات موظفيها في المستشفيات الأردنية فقد طلبت ان تكون هذه المستشفيات معتمدة اعتمادا دوليا" (الحموري، محاضرة، ٢٠٠٩) وبعض شركات التأمين الدولية تشترط حصول المستشفيات على الاعتماد الدولي لتفسير المرضى إليها، حيث تعتبر المستشفيات والشركات ان الحصول على الاعتماد الدولي هو محاولة من المستشفيات لتحسين خدماتها. (سنجق، ٢٠١٠).

وعليه فان مشكلة الدراسة الرئيسية تكمن بالسعي نحو استقصاء أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان.

٢-٢ أسئلة الدراسة:

سيتم قياس مشكلة الدراسة بالإجابة على الأسئلة التالية:

١. هل يؤثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على تحسين جودة الخدمة الطبية؟
٢. هل يؤثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على أداء الأطباء والتمريض؟
٣. هل يؤثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على توثيق الحالات؟
٤. هل يؤثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على أخطاء الأدوية؟
٥. هل يؤثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على نسبة العدوى؟

٢-٣- أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية القطاع الصحي الخاص والذي يعتبر أحد القطاعات التصديرية المهمة والتي تساهم في الناتج الإجمالي المحلي، خصوصاً وأن الدخل المحصل من هذا القطاع ليس نتاج اتفاق المريض على العلاج فقط بل بالإضافة لذلك هناك إنفاق مرافقي المرضى الذين يحضرون من خارج الأردن، والذين ينفقون في قطاعات مختلفة مثل قطاع التجارة، الفنادق، والسياحة. كذلك تتبع أهمية الدراسة من أهمية شهادة الاعتماد الدولي التي يتوجب الفهم الصحيح لجوانبها المختلفة والتي وبالرغم من أن العديد من الدول العربية تطبق معاييرها، إلا أنه لم تتم دراسة أثر تطبيق هذه المعايير على الخدمة الطبية بشكل كبير.

كذلك فإن الحصول على الاعتماد الدولي دليل على اهتمام المستشفى بجودة الخدمة مما يؤدي إلى جذب المرضى من عدة دول للعلاج في الأردن وبالتالي زيادة الدخل الناتج عن القطاع الصحي. كما أن هذه الدراسة تساعد في زيادة وعي إدارات المستشفيات والعاملين فيها حول الاعتماد الدولي وأهميته وفوائده مما سيساهم في رفع مستوى الإدراك لأهمية تطوير جودة الخدمات المقدمة.

٢-٤- حدود الدراسة:

الحدود المكانية: شملت الدراسة جميع المستشفيات الخاصة الحاصلة على الاعتماد الدولي في عام ٢٠١١ وعينة من المستشفيات غير الحاصلة على هذا الاعتماد في عمان الكبرى.

الحدود الزمانية: تم اجراء الدراسة في **نهاية عام ٢٠١٠ وبداية عام ٢٠١١**

٣- الاعتماد والاعتماد الدولي:

تعمل المستشفيات في كافة أنحاء العالم على تطوير جودة خدماتها، وعلى اتخاذ إجراءات كافية للحفاظ على سلامة المرضى، والوصول إلى رضاهم عن طريق تحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم. ويعتبر الاعتماد أحد الوسائل التي تؤدي إلى الالتزام بتعظيم الجودة والسلامة إلى تقليص المخاطر. (Johnston, Lecture, 2010)

ويتماشى مضمون تعريف الجمعية العالمية للجودة في القطاع الصحي The International Society for Quality in healthcare (ISQUA) مع مضمون تعريف اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد مع اختلاف الصيغة، حيث عرف الاعتماد من قبل هذه الجمعية "بأنه اعتراف من قبل جهة اعتماد صحية بالإنجاز في تطبيق معايير اعتماد من قبل مؤسسة صحية، ويظهر هذا الانجاز عن طريق التقييم من قبل جهة مستقلة خارجية تقوم بتقييم مستوى الانجاز بالنسبة للمعايير" (The ISQUA Handbook, 2008) p7,

يعتبر الاعتماد، كونه أمر اختياري ويتم من جهة خارجية، وسيلة مهمة لإثبات أن المؤسسة الحاصلة عليه تعمل على أسس الجودة وأن الخدمات التي تقدمها ذات جودة وسلامة عالية وبأقل مخاطر ممكنة. (المصري، محاضرة، ٢٠١٠)

وتسعى المؤسسات الصحية للحصول على الاعتماد من جهات مختلفة، محلية وعالمية للحصول على الفوائد التالية:

١. تحسين صورة المؤسسة وخلق ثقة بينها وبين المرضى.
٢. رفع رضا العاملين حيث أن تحسين البيئة التي يعملون بها، هي جزء من أهداف الاعتماد. "كما أن عمل الموظف في مستشفى معتمد يرفع من كفاءته كونه يعمل في بيئة عمل مليئة بالتدريب المستمر والخبرات المختلفة". (المصري، محاضرة، ٢٠١٠)
٣. يحسن الاعتماد من طرق التعامل مع المرضى، ويسعى إلى إشراكهم في عملية الرعاية واطلاعهم على كافة الإجراءات التي ستجري لهم وكذلك إعلامهم بحقوقهم وواجباتهم.
٤. يغير الاعتماد من ثقافة المؤسسة، وينشئ ثقافة منفتحة على التعليم والتدريب عن طريق كتابة وإعلام الإدارة بالأحداث والمخاوف المتعلقة بسلامة المرضى.
٥. ينشئ الاعتماد قيادة متعاونة تسعى لتحقيق الجودة والسلامة للمرضى على كافة مستويات القيادة.

٣-١- نشأة وتطور الاعتماد:

نشأ الاعتماد كفكرة وضعت أسسها منذ عام ١٩١٠، ولا زالت تتطور حتى الآن ففي عام ١٩١٠ قدم Dr. Ernest Codman مقترح نظام النتائج النهائية بحيث يتم حسب هذا النظام، متابعة كل مريض تمت معالجته لوقت كافٍ لمعرفة هل كان العلاج فعالاً أم لا، وفي حال تبين عدم فعالية العلاج، يقوم المعنيين بمحاولة معرفة الأسباب التي أدت إلى عدم فعاليته.

وفي عام ١٩١٣ تأسست كلية الجراحين الأمريكية American College of Surgeon (ACS) واعتمد نظام النتائج النهائية كهدف لهذه الكلية. وقد تم إصدار "الحد الأدنى لمعايير الاعتماد" في صفحة واحدة فقط من قبل كلية الجراحين الأمريكية عام ١٩١٧. "ومن ثم في عام ١٩١٨ بدأت كلية الجراحين الأمريكية تفتيشها على المستشفيات ووجدت أن ثمانية وتسعين مستشفى فقط من أصل ستمائة واثنين وتسعين قد طبقت الحد الأدنى من المعايير" (موقع اللجنة المشتركة للاعتماد، ٢٠١٠). ولقد تم نشر أول كتيب للمعايير وكان مؤلفاً من ١٨ صفحة في عام ١٩٢٦.

أما تحسن معايير الرعاية وانتشارها فلم يتم لغاية ١٩٥٠ "حيث أصبح هناك ٣٢٠٠ مستشفى حاصلاً على موافقة البرنامج عليها" (موقع اللجنة المشتركة للاعتماد، ٢٠١٠). هذا التحسن، شجع جمعية الأطباء الأمريكية وجمعية المستشفيات الأمريكية والجمعية الطبية الكندية والجمعية الطبية الأمريكية على تأسيس اللجنة المتحدة لاعتماد المستشفيات Joint Commission on Accreditation of hospitals (JCAH) وذلك كهيئة مستقلة غير ربحية لمنح الاعتماد للمستشفيات.

وقامت كلية الجراحين الأمريكية رسمياً عام ١٩٥٢ بنقل مهام الاعتماد إلى اللجنة المتحدة لاعتماد المستشفيات JCAH، والتي أصبحت تعتمد المستشفيات ابتداء من كانون ثاني لعام ١٩٥٣. إلا أن بدء استيفاء رسوم مقابل عمل المسح التقييمي لم يبدأ حتى عام ١٩٦٤.

وفي عام ١٩٨٧، تم تغيير اسم المؤسسة إلى اللجنة المتحدة لاعتماد هيئات الرعاية الصحية، بدلا من اعتماد المستشفيات فقط (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

وفي عام ١٩٨٨ تم تطوير نظام مؤشرات القياس للعمل به خلال تطبيق المعايير التي تم إعادة صياغتها في عام ١٩٩٣ ليصبح التركيز على الرعاية المقدمة للمرضى، بدلا من التركيز على قابلية المؤسسة للأداء.

وقد تم عمل سياسة الأحداث العارضة (sentinel event) في عام ١٩٩٦، والحدث العارض هو أي حدث غير منتظر ينطوي على وفاة أو خسارة كبرى دائمة لوظيفة غير متصلة بالمسار العادي لمرضى المريض أو حالته (كتاب لجنة المعايير المشتركة، ٢٠٠٧، ص ٢١) ويعتبر عام ٢٠٠٠ أحد الأعوام المهمة حيث تم خلاله إطلاق أول مجموعة معايير دولية (Joint Commission International standards) وتم منح الاعتماد الدولي للمرة الأولى في هذا العام. وفي عام ٢٠٠٢ تم إطلاق أهداف سلامة المرضى الوطنية لأول مرة لتدخل في آلية الحصول على الاعتماد الدولي.

"يعتبر الاعتماد الذي تقدمه اللجنة المشتركة الدولية مجموعة متنوعة من المبادرات المصممة للاستجابة إلى طلب متنام في كل أنحاء العالم على تقييم الرعاية الصحية المستند إلى المعايير. والغاية هي أن تقدم إلى المجتمع الدولي عمليات موضوعية تستند إلى المعايير، لتقييم مؤسسات الرعاية الصحية. ويهدف البرنامج إلى حفز إظهار التحسن المستمر والمستدام في مؤسسات الرعاية الصحية بتطبيق معايير مجمع عليها دولياً، وأهداف دولية لسلامة المرضى، ودعم القياسات الدالة" (كتاب معايير اللجنة المشتركة الدولية، ٢٠٠٧، ص ٨)

وقد طورت اللجنة المشتركة الدولية معايير وبرامج اعتماد من أجل المختبرات السريرية، تسلسل الرعاية، مؤسسات النقل الطبي، الرعاية الجواله وذلك بالإضافة إلى معايير المستشفيات، وهذه المعايير قابلة للتطبيق في جميع أنحاء العالم كونها مبنية في الأساس على معايير مجمع عليها دولياً تُطور من قبل فريق عمل خاص وموافق عليها من قبل مجلس دولي، كذلك فإن فلسفة معايير الاعتماد الدولي تركز على مبادئ إدارة الجودة والتحسين الدائم للجودة، كما أن المعايير مصممة بقبالية على استيعاب العوامل القانونية والدينية والثقافية داخل كل بلد. كما صمم اعتماد اللجنة المشتركة الدولية ليكون صالحاً وموضوعياً ويمكن الركون له. "وتتخذ لجنة الاعتماد الدولية

قرارات الاعتماد النهائية استناداً إلى تحليل نتائج الفحص". (كتاب معايير اللجنة المشتركة الدولية، ٢٠٠٧، ص ٨). وتعتبر القيادة من أهم العوامل المؤثرة في تطبيق معايير الاعتماد الدولي، حيث يتضمن دور الإدارة وضع الخطط للوصول إلى تطبيق فعال لمعايير الاعتماد، تحفيز الموظفين، توفير الموارد اللازمة ليكون التطبيق مؤثراً ويحقق النتائج المرجوة منه.

٣-١-١-١-٣ تطبيق معايير الجودة والاعتماد في المستشفيات الأردنية الخاصة:

تسعى المستشفيات الأردنية لتطبيق معايير الجودة في أقسامها، وخصوصاً للحصول على شهادتي الاعتماد المحلي والعالمي، وذلك في إطار المنافسة الشديدة التي تحصل الآن بين المستشفيات وخصوصاً الكبرى منها. ويسعى حالياً عدد من المستشفيات الخاصة للحصول على الاعتماد الدولي وذلك للمنافسة مع المستشفيات الحاصلة على الاعتماد.

وبالإضافة لفوائد الاعتماد التسويقية والتنافسية، فتبقى الفائدة الأولى هي تحسين الخدمة المقدمة للمرضى وهو ما تم ملاحظته لدى المستشفيات المعتمدة، والتي يبين الجدول المرفق التحسن الحاصل على بعض خدماتها بعد الحصول على الاعتماد الدولي.

يوضح الجدول في صفحة ٣٠ تحسن نسب العدوى والتوثيق وأخطاء الأدوية في ثلاثة مستشفيات معتمدة من أصل أربعة، وهي المستشفيات التي وافقت على تزويد الباحث بهذه النسب. وتدل هذه النسب على أن معايير الاعتماد ساعدت على تحسن آليات العمل المتبعة مما أدى للحصول على هذا التحسن في النتائج خاصة، وأن معايير الاعتماد هي المعايير الوحيدة التي تم تطبيقها في هذه المستشفيات خلال هذه الفترة، وتعتبر المتغير الوحيد المؤثر على هذه النتائج، كذلك فقد اعتبر المسؤولون عن جمع هذه البيانات إن هذه التغيرات هي تغيرات فعالة ومؤثرة على الخدمة النهائية المقدمة في هذه المستشفيات.

وفي مؤتمر مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الذي عقد عام ٢٠١٠، عرضت إحدى المستشفيات الأردنية المعتمدة وهو المستشفى التخصصي تجربتها مع الاعتماد والفوائد التي حصدها المستشفى من الاعتماد. حيث وصلت نسبة التزام الكادر بغسل الأيدي إلى ٧٥% بعد أن كانت ٢٥% قبل الاعتماد. وانخفضت نسبة انتقال العدوى بعد الحصول على الاعتماد إلى نصف ما كانت عليه قبل الاعتماد. وأشارت مديرة الجودة في المستشفى التخصصي إلى أن عدد حالات السقوط للمرضى قد انخفضت بعد الاعتماد إلى ١٢ حالة بعد أن كانت ٢٧ حالة قبل الاعتماد، بالإضافة لانخفاض نسبة أخطاء الأدوية إلى ٠.٠١ بعد أن كانت ٠.٠٦%. كذلك فقد تحسنت أنظمة الجودة المتمثلة بأعداد السياسات والإجراءات، حيث أصبح في المستشفى ٣٧٥ سياسة وإجراء، بعد أن كان عددها قبل الاعتماد ١٥٠ فقط. بالإضافة لارتفاع في إكمال الملفات الطبية بنسبة زيادة ٢٢% عن السنوات قبل الاعتماد. وبما أن الاعتماد يؤثر على التعليم فقد ارتفع عدد المحاضرات إلى ١١٠ محاضرات للأطباء والتمريض بعد أن كانت ٤٥ محاضرة قبل الاعتماد. (المصري، محاضرة، ٢٠١٠)

الجدول (3-1): جدول يبين تغير نسب حالات العدوى، نسب التوثيق، نسب أخطاء الأدوية في المستشفيات المعتمدة قبل حصولها على الاعتماد وبعد حصولها عليه

حالات العدوى	قبل الاعتماد	بعد الاعتماد
مستشفى ١	٠.٨%	٠.٧%
مستشفى ٢	٠.٤٦%	٠.٣١%
مستشفى ٣	٠.٣١%	٠.٢٨%
التوثيق	قبل الاعتماد	بعد الاعتماد
مستشفى ١	٧٥%	٩٨%
مستشفى ٢	٧١%	٩١%
مستشفى ٣	٧١%	٨٨%
أخطاء الأدوية	قبل الاعتماد	بعد الاعتماد
مستشفى ١	٠.٦٧%	٠.٢٩%

حالات العدوى	قبل الاعتماد	بعد الاعتماد
مستشفى ٢	٥٧٪	٤١٪
مستشفى ٣	٠٠٤٪	٠٠٢٪

٤- الدراسات السابقة:

١ - دراسة (لجنة الاعتماد المشتركة، ١٩٩٨) في هذه الدراسة تم تعريف الخطأ في استعمال الأدوية، حيث عرف بأنه سلسلة من الخلل في استخدام الأدوية والتي يمكن منعها من خلال نظام تحكم ومراقبة فعال. وقد رأت الكاتبة بأن الأطباء والممرضين والصيدلة كانوا بالعادة أكثر أشخاص منتقدين بسبب مسؤوليتهم عن أخطاء الأدوية، إلى أن أشار نظام الاعتماد إلى أن الخطأ في الدواء هو مسؤولية جميع المتعاملين مع المرضى، مثل مدخلي البيانات وحتى المرضى أنفسهم، وهوما تم تصميم فصل خاص في معايير الاعتماد للتقليل من أخطاء الأدوية بتطبيق هذه المعايير. وتطبيق هذه المعايير يتوقع ان يقل ما يلي: الخطأ في وصف الدواء، كتابة الجرعة بشكل خاطئ، التوقيت الخاطئ لأخذ الدواء، الخطأ في كمية الدواء، التحضير الخاطئ للدواء، المراقبة الخاطئة للدواء

٢ - دراسة (لجنة الاعتماد المشتركة، ٢٠٠١) قامت هيئة الاعتماد منذ منتصف التسعينات بالاشتراك مع مؤسسات مهمة في مجال الصحة، بعمل مؤتمر لتوضيح الأمور التي تحتاجها المستشفيات لكي تحسن من سلامة المرضى والخدمات التي تقدم للمرضى، وقد كان هذا المؤتمر بداية الانطلاق للعمل نحو تقليل الأخطاء في الخدمة المقدمة للمرضى. ولتحقيق ذلك، قامت هيئة الاعتماد بإطلاق مجموعة من المعايير التي تشجع قيادات المستشفيات على خلق بيئة عمل خالية من عنصر اللوم ومن توجيه أصابع الاتهام نحو شخص أو مجموعة، حيث انه اتضح بعد دراسة أجريت على أطباء وممرضين في غرف العناية المركزة في أمريكا، أن هناك العديد من الأخطاء التي تحدث لا يتم الإبلاغ عنها بسبب خوف ٧٦٪ من مقدمي الخدمة على سمعتهم، خوف ٧١٪ منهم من مقاضاتهم، خوف ٦٤٪ من إجراءات دوائر الترخيص، وخوف ٦٣٪ على أمنهم الوظيفي.

وبحسب هذه الدراسة فان لتطبيق معايير هيئة الاعتماد فوائد أخرى، منها اهتمامها بالتعيين الكافي للموظفين، وكذلك الاهتمام بتدريب هذه الكوادر، حيث لا تهتم المعايير بوجود كادر كافٍ، بل تهتم كذلك بوجود خطة تدريب وبوجود برنامج تعليمي وتدريب مستمر، وتطالب معايير الاعتماد، بتحديد مؤهلات الكوادر المطلوبة، وتحديد تلك الخاصة بالكوادر التي عينت والتأكد منها.

٣ - دراسة (لجنة الاعتماد المشتركة، ٢٠٠١) ناقشت هذه الدراسة أداء الكادر الطبي وخصوصا الأطباء والتمريض وكيف يمكن لمعايير الاعتماد أن تحسنها حيث أن الاعتماد بالإضافة لكونه فرصة للتحسين فهو فرصة للتدريب المستمر للكادر الطبي، مما يؤدي لتطوير مهاراتهم في أداء وظائفهم، وكذلك يعطيهم فرصة لفهم مبادئ تحسين الأداء. ويبين الكتاب أن سبب كون الاعتماد مهم في تحسين الأداء هو أنه يشكل للكادر الطبي طريقة منظمة للأداء حيث يتم تصميم العمليات، ثم مراقبة الأداء عن طريق جمع المعلومات، ثم تحليل الأداء، وبعدها تحسين الأداء والمحافظة على التحسين. ويظهر في الدراسة أن تطبيق معايير الاعتماد يؤدي إلى أن المستشفى سوف يؤدي مهامه بشكل صحيح في كل الأوقات، وقد أظهرت دراسة تم إجراؤها من قبل ال Advisory board 2000 national physician أن ٥٠٪ من الأطباء غير راضيين عن المعلومات التي تصلهم عن الجودة وعن تكاليفها، وأن نسبة الرضا عن هذه المعلومات ترتفع عند جعل الأطباء ينضمون للعمل في مواضيع الجودة والسلامة.

٤ - دراسة (Cheng et.al , 2003) أظهرت هذه الدراسة أن التقنيات الموجودة في المستشفيات، ومهارات الأطباء التقنية ومهارات الاتصال لديهم، هي مؤشر جيد على رضا المرضى وعلى قيام المرضى بالتوصية بالمستشفى للآخرين. كذلك أظهرت أن المرضى يكون رضاهم أكثر بوجود جودة خدمة عالية مما هو بوجود خدمات طبية. وتبين في الدراسة انه كلما كانت المهارات التقنية أعلى،

كلما ازداد رضا المرضى. يرتبط موضوع هذا البحث بالدراسة التي أجريها بكون المهارات التقنية من أهم المجالات في معايير الاعتماد الدولي.

٥ - دراسة (مخير وطعانة، ٢٠٠٣) في هذه الدراسة، ناقش الكاتبان عدة مفاهيم متعلقة بإدارة المستشفيات الحديثة ومن بينها ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى. وقد بين الكاتبان أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الرعاية الطبية وهما العنصر التقني والمتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحية في معالجة المشكلات الصحية، والعنصر الإنساني المتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الطبية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرضى بشكل خاص. وقد اعتبر الكاتبان أن تعريف الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية هو تعريف شامل لجميع العناصر الفنية والاجتماعية والنفسية والأكثر من ذلك انه يحتوي على مواصفات أو معايير، وملاحظة الممارسة ثم المقارنة بين المعايير والممارسة الفعلية والحث على التحسين أو التطوير المستمر في الإجراءات والتشخيص والعلاج.

٦ - دراسة (Berwick et.al , 2003) اقترحت هذه الدراسة اتجاهين لتحسين الجودة: الاتجاه الأول يتضمن تحسين الجودة من خلال الاختيار الذي يتضمن اختيار عدة خدمات طبية بناء على جودة أداء مزودي الخدمة. أحد الأمثلة المذكورة في طريقة الاختيار هو قيام لجنة الاعتماد الدولي باعتماد المستشفيات بناء على جودة الخدمات العالية التي يقدمونها. الاتجاه الثاني تضمن تحسين الجودة في تغيير الرعاية. التغيير المذكور في هذا الاتجاه يمكن أن يطبق على المؤسسات الصحية، وفي هذا السياق فان المؤسسات الصحية من الممكن أن تحدث التغيير في طريقة التخطيط وطريقة تزويد الخدمة للمرضى. المثال المذكور هنا هو دراسة نسبة العدوى

٧ - دراسة (Williams , 2004) أظهرت هذه الدراسة أن المستشفيات التي تطبق معايير، تتضمن معايير لجنة الاعتماد، قد تحسن الأداء فيها في الفترة من آخر الـ ٢٠٠٢ وحتى بداية ٢٠٠٤، وقد ظهر هذا التحسن في خمسة عشر مستشفى من أصل ثمانية عشر. هذا التحسن كان في العناية الصحية وفي استعمال الأدوية أو في عمل الاستشارات الطبية.

٨ - دراسة (نياز، ٢٠٠٥) في هذه الدراسة يوضح الكاتب أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وذلك من خلال مناقشته للنقاط التي وضعها ديدونالد بيروديك حول الجودة الشاملة في القطاع الصحي. وقد بين في هذه الدراسة أن المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أو سع وأشمل للجودة الشاملة من المؤسسات الأخرى، وبأن إدارة الجودة الشاملة تساعد على تحديد المشكلات مما يمكن فريق العمل من تحليل العمليات وفهمها وبالتالي إلى أداء أفضل. وقد ناقش نياز في هذه الدراسة أهمية الاعتماد ودوره في تنظيم العمل في المؤسسات الصحية، وناقش بشكل خاص معايير لجنة الاعتماد المشتركة ومعايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد وأهميتها. ووضح أن اهتمام المستشفيات بالدول المختلفة خارج الولايات المتحدة بالحصول على الاعتماد من هذه اللجنة، يعود إلى أن هذه المعايير تعتبر المريض حجر الزاوية فيما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية وجودة هذه الخدمات. كما ناقش نياز برامج الاعتماد المختلفة في كندا وأستراليا وإسبانيا ونيوزيلندا. وناقش فكرة عمل برامج اعتماد في الدول العربية.

٩ - دراسة (Milstein and Smith, 2006) تم في هذه الدراسة مناقشة الأسباب التي تدفع المرضى الأمريكيين للبحث عن علاج في دول أخرى. أحد الأسئلة التي طرحت في هذه الدراسة هي هل هناك مستشفيات خارج أمريكا تقدم فيها نفس جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الأمريكية؟ اعتبر الباحثان أن المستشفيات المعتمدة من مؤسسات عالمية للمعايير ومن لجنة الاعتماد الدولية هي مستشفيات كفؤة وتقدم مستوى جيد من الخدمة. وكذلك فقد ذكرت الدراسة أنه وبالرغم من أن المستشفيات الأمريكية تقدم مخرجات أفضل إلا أن المستشفيات المعتمدة من لجنة الاعتماد الدولية أصبحت نسبة الوفيات اقل من ١%.

١٠ - دراسة (حسان، ٢٠٠٦) وجدت هذه الدراسة أن هناك تحسن ملحوظ في الأداء العام لأحد المستشفيات في دبي بحجم ٤٠٠ سرير، بعد ١٥ شهر من تطبيق معايير الاعتماد الدولي. هذا التحسن تم قياسه من وجهة نظر اصحاب العلاقة في المستشفيات حيث قامت الباحثة بعمل دراسة ميدانية أعطت أرقام إحصائية عن تحسن الجودة، وقد كانت النواحي المدروسة هي: التميز التنظيمي، تحسين الجودة وسلامة المرضى، القيادة وأداء الإدارة، رضا المرضى وسعادتهم، التعلم التنظيمي، أداء المنظمة الأخلاقي، التوثيق.

١١ - كتيب (Brown,2007) تم التشديد في هذه الدراسة على أهمية معايير اللجنة الدولية للاعتماد، وما تركته هذه المعايير من أثر على طريقة أداء الخدمات في القطاع الصحي وجودة هذه الخدمات. وبينت في كتابها أن التغيير الذي بدأ في عام ١٩٨٥ بسبب هذه المعايير التي تقوم بتقييم المؤسسات الصحية بناء على التزامها بتحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى. كذلك توضح الكاتبة أن معايير لجنة الاعتماد في عام ١٩٨٨ قامت بتطوير معاييرها الخاصة بالجودة وأن تكون هذه المعايير بكل تأكيد متماشية مع الأساليب الإدارية المتبعة في المؤسسات الصحية، بحيث تبذل المؤسسة كل إمكانياتها لكي تحسن جودة الخدمات المقدمة لمرضاهما بما في ذلك التأكد من أن قادة المؤسسة مهتمون شخصياً بتحسين الجودة للخدمات المقدمة للمرضى.

١٢ - دراسة (اللجنة المشتركة للاعتماد، ٢٠٠٨) قامت لجنة الاعتماد بإجراء دراسة في المستشفيات الأمريكية المعتمدة، وهي تشكل ما نسبته ٩٠% من المستشفيات الأمريكية. وقد أظهرت الدراسة أن جودة الخدمة المقدمة في المستشفيات التي تم اعتمادها من قبل لجنة الاعتماد الدولي قد تحسنت بشكل ملحوظ خلال ست سنوات. وقد ساهم الاعتماد الدولي بهذا التحسين، حيث كان يطلب من المستشفيات أن تعمل تقارير عن جودة الأداء بشكل دوري. من الأمثلة على التحسين المذكور في الدراسة: تحسن في العناية بمرضى الذبحة الصدرية بنسبة ١٢.٤% وبمرضى الالتهاب الرئوي بنسبة ١٣.٧% والعناية بالحالات الجراحية بنسبة ٧.٧%.

١٣ - دراسة (Ashish K.Jha et al, 2008) في هذه الدراسة تم تقسيم المستشفيات إلى أربعة ربيعات بناءً على عدد المرات التي قام المستشفى بعمل ما يلزم حسب المقاييس المطلوبة في ظروف معينة. هذه المقاييس تم اشتقاقها من معايير خاصة بجودة المستشفيات من برنامج اتحاد جودة المستشفيات والذي يتضمن معايير من برنامج Medicare and Medicaid وكذلك من معايير لجنة الاعتماد. المرضى الذين راجعوا مستشفيات مصنفة ضمن الربيع الأول كانوا راضين بشكل كبير عن جودة الخدمات المقدمة، وقاموا بشكل قاطع بالإصاء بهذه المستشفيات لمرضى آخرين. كذلك فإن المستشفيات الموجودة في الربيع الأول كان أداءها أفضل بكثير من المستشفيات في الربيعات الأخرى.

١٤ - دراسة (Sheppard and Halasa,2009) تم إجراء هذه الدراسة بالتعاون بين مجلس اعتماد المستشفيات في الأردن وبين جامعة Brandeis وذلك لمعرفة أثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي، وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن هناك تحسن ملحوظ على أداء المستشفيات المعتمدة مقارنة بالمستشفيات غير المعتمدة، وقد أظهرت الدراسة أن عملية التوثيق وإكمال الملفات الطبية في المستشفيات المعتمدة أفضل من المستشفيات غير المعتمدة، حيث ارتفعت نسبة إكمال الملفات في المستشفيات المعتمدة من ٤٨.٩% إلى ٧٦.٥% أي زيادة بمقدار ٢٧.٦% بينما انخفضت نسبة إكمال الملفات والتوثيق في المستشفيات غير المعتمدة من ٥٣% إلى ٥٠.٥% في المستشفيات غير المعتمدة أي انخفاض بقيمة ٢.٥%.

١٥ - دراسة (Jarlier and Charvet-protat, 2009) هذه الدراسة أجريت في بعض المستشفيات الأمريكية حول تطبيق بعض برامج إدارة الجودة الشاملة أظهرت أن جودة بيئة العمل للموظفين، وكذلك رضا المرضى قد ارتفع، وأن عدد إعادة الإدخال غير المخطط له قد قل، وأن نسبة العدوى ما بعد العمليات والعدوى المكتسبة من المستشفيات قد قل. وبينت الدراسة أن رضا المرضى قد بقي كما هو أو ارتفع.

١٦ - دراسة (سنجق، ٢٠٠٩) ناقش المؤلف في هذه الأطروحة تاريخ الاعتماد وأثره وفوائده وتعرض إلى واقع المستشفيات الأردنية الخاصة وكونها تتمتع بسمعة جيدة في المنطقة مما دفع بمدراء المستشفيات إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة فيها. كما أكدت الدراسة على وجود أثر لتطبيق معايير الاعتماد الدولي على توفير بيئة عمل آمنة وبالتالي زيادة رضا الموظفين مما يؤدي إلى رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى. كما ناقشت الدراسة أهمية سلامة المرضى وجودة الخدمة المقدمة لهم من وجهة نظر معايير الاعتماد الدولي، الأمر الذي دفع الكاتب للدعوة لشمول نظام الاعتماد - سواء الدولي أو المحلي- في أي استراتيجية توضع لتحسين وتأمين النوعية الجيدة من خدمات الرعاية الصحية.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

ما يميز هذه الدراسة هو نموذجها الذي يطرح بشكل أساسي خمس نقاط من عناصر الجودة، والذي يشير لكون هذه الدراسة قد وسعت دائرة البحث لتشمل متغيرات أو سع نطاقا حول موضوع الدراسة. وكذلك تتميز بأنها الدراسة الأولى (بحسب علم الباحث) التي تتطرق لموضوع أثر معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الخدمات في المستشفيات الأردنية.

٥- منهجية الدراسة

٥-١- مجتمع الدراسة:

لقد تكون مجتمع الدراسة من جميع المديرين ورؤساء الأقسام والموظفين في الأقسام الطبية والتمريضية في المستشفيات الخاصة المعتمدة في عمان، حيث أن الدراسة هدفت إلى معرفة أثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات الطبية المقدمة في قطاع المستشفيات الخاصة في عمان. وكذلك لقياس أثر تطبيق المستشفيات غير المعتمدة لأساسيات الجودة.

٥-٢- عينة الدراسة:

١. المستشفيات المعتمدة: تم أخذ جميع المستشفيات الخاصة المعتمدة من قبل الاعتماد الدولي في عام ٢٠١٠ وعددها أربع مستشفيات كعينة للدراسة وهي: مستشفى التخصصي - مستشفى الأردن - مستشفى الإسراء - مركز الحسين للسرطان.
٢. المستشفيات غير المعتمدة: وهذه المستشفيات تم اختيارها بشكل عشوائي وهي: مستشفى الخالدي - مستشفى فلسطين - مستشفى الشميساني - مستشفى ماركا الإسلامي - المركز العربي.

تكونت عينة الدراسة من (٥٠٠) مبحوثاً، وزعت الاستبيانات على أفراد عينة الدراسة، فاسترد منها (٣٧٥) استبانة، واستبعدت (١٣) استبانة لعدم صلاحيتها للتحليل، وبذلك أصبح عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل (٣٦٢) استبانة، منها ٢٠٣ استبانات من المستشفيات المعتمدة و١٥٩ من المستشفيات غير المعتمدة.

٥-٣- أداة الدراسة:

لقد تم تطوير أداة الدراسة بالاعتماد على مراجعة الأدب النظري لمفهوم الاعتماد الدولي وأثره على مستوى جودة الخدمات، إضافة إلى الاطلاع على الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة.

وتشتمل أداة الدراسة على ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: خصص لجمع البيانات الشخصية والوظيفية عن المبحوثين في مستشفيات القطاع الخاص، وتشتمل على الجنس، العمر، والمؤهل العلمي، والخبرة، والمسمى الوظيفي، الحصول الاعتماد، عدد سنوات الحصول على الاعتماد، توفر قسم جودة.

أما الجزء الثاني: من الاستبانة فقد خصص لقياس تصورات المديرين والعاملين نحو الاعتماد الدولي وأثره على مستوى جودة الخدمات، وقد تضمنت أداة الدراسة فقرات كافية تغطي جميع العوامل (نظام الجودة، أداء الأطباء، أداء التمريض، التوثيق، الأدوية، ضبط نقل العدوى).

واعتمد في تدرج الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) واحتسبت أو زان تلك الفقرات على النحو التالي: (دائماً) وتمثل (٥ درجات)، و(غالبا) وتمثل (٤ درجات)، و(أحيانا) وتمثل (٣ درجات)، و(نادرا) وتمثل (٢ درجة)، و(بالمرة) وتمثل (١ درجة).

٥-٤- الفرضيات:

الفرضية الرئيسية الأولى:

• يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً في عمان.

الفرضية الرئيسية الثانية:

تم وضع هذه الفرضية لاستطلاع وضع المستشفيات الخاصة في عمان التي لم تطبق معايير الاعتماد الدولي وإنما اكتفت بتطبيق معايير الجودة الأساسية. وقد كان العامل المستقل هو تطبيق أساسيات الجودة، بينما العامل التابع هو جودة الخدمات المقدمة، وتنص هذه الفرضية على:

• يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الجودة الأساسية على جودة الخدمات الصحية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة غير المعتمدة دولياً في عمان.

٦- تحليل البيانات والنتائج

تم إجراء التحليل الوصفي لمتغيري الدراسة (تطبيق معايير الاعتماد الدولي، وجودة الخدمات الطبية) وفقاً لإجابات أفراد عينة الدراسة على الفقرات الواردة في الاستبانة. إذ استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتم ترتيبها تنازلياً حسب أهميتها النسبية استناداً لقيمة المتوسط الحسابي.

وبالنسبة لفقرات الاستبانة فقد تم الأخذ بعين الاعتبار تدرج المقياس المستخدم في الدراسة، واستناداً إلى ذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية التي وصلت إليها الدراسة، اعتمدت على معيار تفسير النتائج بحيث إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرات أكبر من (٣.٥) فيكون مستوى تقدير عينة الدراسة مرتفعاً، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (٢.٥ - ٣.٤٩) فإن مستوى تقديرهم بالنسبة للمتوسط الحسابي متوسطاً، وإذا كان المتوسط الحسابي (٢.٤٩) فما دون فإن مستوى تقديرهم بالنسبة للمتوسط الحسابي منخفضاً.

السؤال الأول: ما مدى تطبيق معايير الاعتماد الدولي في المستشفيات الخاصة في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة حول تطبيق معايير الاعتماد الدولي في المستشفيات الخاصة في الأردن، والجدول (6-1) يبين ذلك.

الجدول (6-1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة حول تطبيق معايير الاعتماد الدولي في المستشفيات الخاصة المعتمدة مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم البعد	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٥	نظام الأدوية	٤.٣١٤٧	٠.٧٦٣٤٣	مرتفع
٢	٤	نظام ضبط العدوى	٤.٢٩٠٦	٠.٨١٦٣٨	مرتفع

مرتفع	٧٩٦٠٠	٤.١٨٢٣	نظام التوثيق	٦	٣
مرتفع	٨١٧٨٤	٤.٠٧٩٤	اداء الأطباء	٢	٤
مرتفع	٨٥٨٩٧	٤.٠٥٨٤	اداء التمريض	٣	٥
مرتفع	٢٩٥٥٢	٣.٩٧٦١	نظام الجودة	١	٦
مرتفع	٠.٤٢٤	٣.٥٥			الكلية

يظهر من الجدول (6-1) أن المتوسط العام للعوامل المؤثرة بلغ (٣.٥٥)، وهذا يعني أن تطبيق معايير الاعتماد الدولي وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى مرتفع. وبتحليل أبعاد العوامل المؤثرة، يتضح أن بعد نظام الأدوية احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (٤.٣١٤)، يليه بعد نظام ضبط العدوى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٢٩٠٦)، وفي المرتبة الأخيرة جاء بعد نظام الجودة بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٧٦١)، وكانت تصورات أفراد مجتمع الدراسة لهذه الأبعاد ذات مستوى مرتفع، ويعبر الانحراف المعياري عن مدى التشتت في البيانات فهو يعتبر من مقاييس التشتت وهو الجذر التربيعي الموجب للتباين، ويحسب مقدار انحراف كل قيمة عن وسطها الحسابي والانحراف المعياري دائماً أكبر من أو يساوي الصفر. وتم تحليل فقرات كل بعد من أبعاد تطبيق معايير الاعتماد الدولي، وعلى النحو الآتي:

أولاً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة لبعء نظام الجودة:

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير نظام الجودة، والجدول (6-2) يبين ذلك. جدول رقم (6-2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير نظام الجودة مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٢٣	تقدم الإدارة العليا الدعم التكنولوجي لبرامج تحسين الجودة وسلامة المرضى	٤.٥١	٠.٥٥١	مرتفع
٢	٢٦	هناك معايير محددة وواضحة يتبعها المستشفى لتحسين جودة الأداء	٤.٤٥	٠.٦٥٧	مرتفع
٣	٢٨	يتم عمل تدريب للموظفين الجدد والقدامى حول موضوع الجودة	٤.٢٨	٠.٧٦٩	مرتفع
٤	٢٥	يتم إعلام الموظفين بكل ما تخطط له الإدارة في مجال تحسين جودة الخدمات	٤.٢٦	٠.٦٥١	مرتفع
٥	٢١	تشارك الإدارة العليا في المستشفى في التخطيط لبرامج تحسين الجودة ومراقبتها	٤.٢٤	٠.٥٨٣	مرتفع
٦	٢٤	تقدم الإدارة العليا الدعم المادي إلى برامج تحسين الجودة وسلامة المرضى	٤.٢٢	٠.٦٢٥	مرتفع
٧	٢٧	يحاول المستشفى تحسين جودة الخدمات والمحافظة عليها	٣.٤٥٢	٠.984	متوسط
٨	٢٢	تشارك الإدارة العليا في المستشفى في التخطيط لبرامج سلامة المرضى ومراقبتها	٣.٤٣٣	٠.897	متوسط
			٤.٣٤	٠.٤٤٤	مرتفع

يظهر من الجدول (6-2) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بنظام الجودة قد تراوحت ما بين (٣.٤٣٣) للفقرة (٢٢) التي احتلت المرتبة الأخيرة و(4.51) للفقرة (٢٣) التي احتلت المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (4.34)، وهذا يعني أن نظام الجودة وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى مرتفع

ثانياً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة لأداء الكادر الطبي

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير أداء الكادر الطبي، والجدول (3-6) يبين ذلك. جدول رقم (3-6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير أداء الكادر الطبي مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٢٩	يتم تدريب الأطباء على الأمور المتعلقة بجودة الخدمات المقدمة للمرضى	٤.٦٤	٠.٤٨١	مرتفع
٢	٣٢	يتم تدريب الأطباء على كيفية التعامل مع الأدوية وكتابتها	٤.٤٥	٠.٥٤٨	مرتفع
٣	٣٥	هناك سياسات مكتوبة تحدد عمل الأطباء	٣.٩٧	٠.٨٥٠	مرتفع
٤	٣٠	يتم تدريب الأطباء على كيفية الوقاية من العدوى ومنع انتشارها بين المرضى	٣.٨٦	٠.٧٦٦	مرتفع
٥	٣٤	هناك لجنة خاصة للتحقق من شهادات وخبرات وتصاريح الأطباء	٣.٨٦	٠.٧١٣	مرتفع
٦	٣١	يتم تدريب الأطباء على كيفية التوثيق وتعبئة ملفات المرضى	٣.٤٧	١.٠٢٥	متوسط
٧	٣٣	يتم تعريف الأطباء عن أخطاء الأدوية وكيفية تقليلها	٣.٤٥	٠.٩٩٩	متوسط
		الكلية	٣.٤٩	٠.٤٧٩	متوسط

يظهر من الجدول (3-6) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بأداء الكادر الطبي قد تراوحت ما بين (٣.٤٥) للفقرة (٣٣) التي احتلت الرتبة الأخيرة و(٤.٦٤) للفقرة (٢٩) التي احتلت الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (٣.٤٩)، وهذا يعني أن أداء الكادر الطبي وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى متوسط.

ثالثاً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة حول أداء الكادر التمريضي

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير أداء الكادر التمريضي، والجدول (4-5) يبين ذلك. جدول رقم (4-6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير أداء الكادر التمريضي مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٤٠	يتم تعريف الكادر التمريضي عن أخطاء الأدوية ودورهم في تقليلها	٣.٧٤	٠.٧٩٤	مرتفع
٢	٣٧	يتم تدريب الكادر التمريضي على كيفية الوقاية من العدوى ومنع انتشارها بين المرضى	٣.٥٨	٠.٩٤٤	مرتفع
٣	٤٢	هناك سياسات مكتوبة تحدد عمل الكادر التمريضي	٣.٤٩	١.٠٢٥	متوسط
٤	٣٨	يتم تدريب الكادر التمريضي على كيفية التوثيق وتعبئة ملفات المرضى	٣.٣٥	١.٠٨٧	متوسط
٥	٣٦	يتم تدريب الكادر التمريضي على الأمور المتعلقة بجودة الخدمات المقدمة للمرضى	٣.٣٣	١.٠٣١	متوسط
٦	٣٩	يتم تدريب الكادر التمريضي على كيفية التعامل مع الأدوية	٣.٢٩	٠.٩٥٢	متوسط
٧	٤١	هناك لجنة خاصة للتحقق من شهادات وخبرات وتصاريح الكادر التمريضي	٣.١٣	١.٠٤٨	متوسط
		الكلية	٣.٢٣	٠.٦٣٩	متوسط

يظهر من الجدول (4-6) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بأداء الكادر التمريضي قد تراوحت ما بين (٣.١٣) للفقرة (٤١) التي احتلت الرتبة الأخيرة و(٣.٧٤) للفقرة (٤٠) التي احتلت الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (٣.٢٣)، وهذا يعني أن أداء الكادر التمريضي وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى متوسط.

رابعاً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة لنظام ضبط العدوى

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير نظام ضبط العدوى، والجدول (5-6) يبين ذلك. جدول رقم (6-٥): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير نظام ضبط العدوى مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٤٨	تخفيض المستشفى مخاطر العدوى بضمن تنظيف المعدات وتعقيمها	٤.١٧	.٩١٠	مرتفع
٢	٤٣	يتم جمع معلومات حول ضبط العدوى في المستشفى على فترات مختلفة	٤.٠٣	١.٠٥٣	مرتفع
٣	٥٠	تتكامل عملية السيطرة على العدوى مع برنامج المؤسسة الشامل لتحسين جودة الخدمة	٣.٩٨	.٨٩٨	مرتفع
٤	٤٦	هناك سياسات وإجراءات مطبقة لضبط العدوى	٣.٩٢	١.٠١٦	مرتفع
٥	٤٩	توفر المستشفى إجراءات العزل لحماية المرضى والزوار والعاملين	٣.٨٧	١.٠٣٩	مرتفع
٦	٥١	تبلغ نتائج مراقبة العدوى بانتظام إلى الإدارة العليا والعاملين	٣.٨٤	١.٢٣٧	مرتفع
٧	٤٤	يتم الاستفادة من هذه المعلومات وتحليلها لتطوير الخدمة	٣.٨١	١.٢٢٢	مرتفع
٨	٤٧	هناك لجنة خاصة بضبط العدوى	٣.٧٨	١.٢٠٠	مرتفع
٩	٤٥	يتم تحليل البيانات والاستفادة منها في حالة ظهور تفاوتات غير مرغوب بها	٣.٧٥	١.١٩٥	مرتفع
الكلية					
			٣.٨٧	.٨٣٢	مرتفع

يظهر من الجدول (5-6) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بنظام ضبط العدوى قد تراوحت ما بين (٣.٧٥) للفقرة (٤٥) التي احتلت الرتبة الأخيرة و(٤.١٧) للفقرة (٤٨) التي احتلت الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (٣.٦٥)، وهذا يعني أن نظام ضبط العدوى وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى مرتفع، وعلى جميع الفقرات.

خامساً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة لنظام الأدوية

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير نظام الأدوية، والجدول (6-6) يبين ذلك. جدول رقم (6-6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير نظام الأدوية مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٥٣	يتم الاستفادة من هذه المعلومات وتحليلها لتطوير الخدمة	٣.٦٦	١.١٤٤	مرتفع
٢	٥٥	هناك سياسات وإجراءات مطبقة للتعامل مع الأدوية ووصفها وطلبها وتدوينها	٣.٥٤	١.٠٣١	مرتفع

متوسط	١.٠٩٨	٣.٤٦	تحدد المستشفى الأشخاص المؤهلين الذين يسمح لهم بوصف الأدوية أو طلبها	٥٨	٣
متوسط	١.٠٣٧	٣.٤٦	تدون الأدوية الموصوفة والمعطاة في سجل المريض	٥٩	٤
متوسط	١.٠٢٩	٣.٤٢	يقدم تقرير من قبل المعنيين لإدارة المستشفى بأخطاء الأدوية خلال إطار زمني محدد	٦٢	٥
متوسط	١.٠٢١	٣.٤٠	هناك طريقة مكتوبة للإشراف على لائحة أدوية المؤسسة	٥٦	٦
متوسط	١.٠٥١	٣.٣٩	تراقب تأثيرات الأدوية على المرضى	٦١	٧
متوسط	١.١٢٧	٣.٣٨	يتم جمع معلومات حول أخطاء الأدوية على فترات مختلفة	٥٢	٨
متوسط	١.١٢٤	٣.٣٦	هناك لجنة خاصة لمتابعة استعمال الأدوية وأخطائها	٥٧	٩
متوسط	١.٠٥٥	٣.١٠	يتم تحليل البيانات والاستفادة منها في حالة ظهور تفاوتات غير مرغوب بها	٥٤	١٠
متوسط	٠.٩٨٥	٣.٠٠	تراجع وصفات الأدوية أو طلباتها للتحقق من ملاءمتها	٦٠	١١
مرتفع	٠.٦٩٥	٤.٤٢	الكلية		

يظهر من الجدول (6-6) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بنظام الأدوية قد تراوحت ما بين (٣.٠٠) للفقرة (٦٠) التي احتلت الرتبة الأخيرة و(٣.٦٦) للفقرة (٥٣) التي احتلت الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (٣.٤٢)، وهذا يعني أن نظام الأدوية وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى متوسط، وعلى أغلب الفقرات.

سادساً: تصورات أفراد مجتمع الدراسة لنظام التوثيق

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات متغير نظام التوثيق، والجدول (6-7) يبين ذلك. جدول رقم (6-7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة في المستشفيات الخاصة المعتمدة عن فقرات متغير نظام التوثيق مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
١	٦٨	توضع إجراءات مراقبة الجودة موضع التنفيذ وتنتج وتوثق	٤.٥٦	٠.٧٧	مرتفع
٢	٦٥	يحتوي سجل المريض على ملخص للخروج	٤.٥٦	٠.٨٣	مرتفع
٣	٦٧	توثق نتائج التقييم في سجل المريض وتكون متاحة أمام من يقدمون الرعاية للمريض	٤.٥١	٠.٨٢	مرتفع
٤	٧٠	توثق الأدوية التي تصرف للمريض قبل وبعد صرفها	٤.٥٠	٠.٨٠	مرتفع
٥	٦٣	يتم تدريب الموظفين المعنيين على توثيق جميع الأمور المتعلقة بالمرضى في سجلاتهم	٤.٤٢	٠.٨٦	مرتفع
٦	٦٩	تخطط رعاية المريض بعد الجراحة وتوثق	٤.٣٧	٠.٨٢	مرتفع
٧	٦٤	يحتوي سجل المريض على الإجراءات التي عملت له مكتوبة بشكل واضح	٤.٣٤	٠.٥	مرتفع
٨	٦٦	يوثق التقييم الطبي الأولي قبل التخدير والمعالجة الجراحية	٤.٢٧	٠.٩٣	مرتفع
		الكلية	٣.٥٢	٠.٧٠	مرتفع

يظهر من الجدول (6-7) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البعد والمتعلقة بنظام التوثيق قد تراوحت ما بين (٤.٥٦) للفقرة (٦٨) التي احتلت الرتبة الأخيرة و(٤.٢٧) للفقرة (٦٦) التي احتلت الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي عام لجميع الفقرات بلغ (٣.٤٢)، وهذا يعني أن نظام التوثيق وفقاً لتصورات أفراد مجتمع الدراسة ذات مستوى مرتفع، ولكل الفقرات.

اختبار فرضيات الدراسة الفرضية الرئيسية الأولى:

• وتنص على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً في عمان.

تم استخدام تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى. جدول رقم (6-8): نتائج تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
الانحدار	٦.٤٠٨	١	٢.١٣٦	٥.٠٢٩	*.٠٠٢
الخطأ	٦٤.٥٦٠	٢٠١	.452		
الكل	٧٠.٩٦٨	٢٠٢			

* ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

معامل التحديد ($R^2 = 0.90$)

يتبين من معطيات جدول (6-8) ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى استناداً إلى ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (٥.٠٢٩) بقيمة احتمالية (٠.٠٠٢) وهي أقل من مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الاعتماد الدولية على جودة الخدمات الطبية في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً في الأردن، ويتضح من نفس الجدول أن البعد المستقل (تطبيق معايير الاعتماد الدولي) في هذا النموذج تُفسر ما مقداره (٩٠%) من التباين في المتغير التابع جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق).

وذلك يعني قبول الفرضية والتي تنص على أنه " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً في عمان. وهذا يتماشى مع معظم الدراسات السابقة التي تبين أن تطبيق معايير الاعتماد تؤدي إلى تحسن جودة الخدمات. وقد وضحت Ann Jacobson المدير التنفيذي للاعتماد الدولي أن معظم المستشفيات التي تم اعتمادها من قبل الاعتماد الدولي قد لاحظت تحسناً في الأداء وفي جودة الخدمات (Jacobson, Lecture,) (2010)

جدول رقم (6-9) نتائج تحليل الانحدار لاختبار أثر الأبعاد التابعة (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) على جودة الخدمات الطبية في المستشفيات المعتمدة

المتغيرات المستقلة	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
أداء الأطباء	.٣١٦	.١٣١	.٢٠٧	٢.٤١٥	.٠١٧
أداء التمريض	-.٠٧٧	.١٢٤	-.٠٥٥	-.٦٢١	.٥٣٦
نظام ضبط العدوى	.١٨٥	.٠٩٧	.١٧٥	١.٩٠٧	.٠٥٨
نظام الأدوية	.235	.142	.314	2.130	.035
نظام التوثيق	.057	.056	.262	1.895	.042

• ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يشير الجدول (6-9) إلى أن البعد (أداء الأطباء) له أثر في جودة الخدمات الطبية، حيث بلغت قيم (ت) له (٢.٤١٥)، بقيم احتمالية بلغت (٠.٠١٧) وهي أقل من مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، وهذا معزز بارتفاع قيم معامل (Beta) لهذا البعد. وأيضا البعد (نظام الأدوية) له أثر في جودة الخدمات الطبية، حيث بلغت قيم (ت) له (2.130)، بقيم احتمالية بلغت (0.035). وهي أقل من مستوى دلالة

($\alpha=0.05$)، وهذا معزز بارتفاع قيم معامل (Beta) لهذا البعد، كذلك البعد (نظام التوثيق) له أثر في جودة الخدمات الطبية، حيث بلغت قيم (ت) له (1.895)، بقيم احتمالية بلغت (0.042). وهي أقل من مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، وهذا معزز بارتفاع قيم معامل (Beta) لهذا البعد، كما أن الأبعاد (أداء التمريض، نظام ضبط العدوى) ليس لهما أثر في جودة الخدمات الطبية، حيث بلغت قيم (T) لهم (-.621، 1.907) على التوالي، بقيم احتمالية بلغت (0.536، 0.58) على التوالي وهي أكبر من مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، وهذا معزز بانخفاض قيم معاملات (Beta) لهذه الأبعاد.

الفرضية الرئيسية الثانية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق معايير الجودة الأساسية على جودة الخدمات الصحية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة غير المعتمدة دولياً في عمان.

تم استخدام تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية. جدول رقم (10-6): نتائج تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
الانحدار	٢.٤٦٦	١	٢.٤٦٦	٢.٦٨٦	١٠٣
الخطأ	١٤٤.١٢٦	١٥٧	.٩١٨		
الكلية	١٤٦.٥٩١	١٥٨			

* ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

معامل التحديد (R^2) = 0.13

يتبين من معطيات جدول (10-6) عدم ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية استناداً إلى انخفاض قيمة (F) المحسوبة والبالغة (٢.٦٨٦) بقيمة احتمالية (١٠٣). وهي أكبر من مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) مما يدل على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق أساسيات الجودة على جودة الخدمات الطبية في المستشفيات الخاصة غير المعتمدة في عمان، ويتضح من نفس الجدول أن البعد المستقل (تطبيق أساسيات) في هذا النموذج تُفسر ما مقداره (١٣%) من التباين في المتغير التابع جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية نظام التوثيق).

٧- الاستنتاجات:

تناولت الدراسة أثر تطبيق معايير الاعتماد الدولي على مستوى جودة الخدمات في المستشفيات الأردنية الخاصة، وفيما يلي عرض لأهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج:

١. عبرت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو تطبيق معايير الاعتماد الدولي في المستشفيات الخاصة في الأردن كانت مرتفعة، وتحليل أبعاد العوامل المؤثرة، يتضح أن بعد نظام الأدوية احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (٤.٣٤)، يليه بعد نظام ضبط العدوى بمتوسط حسابي بلغ (٤.٢٩)، وفي المرتبة الأخيرة جاء بعد نظام الجودة بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٧)، وكانت تصورات أفراد مجتمع الدراسة لهذه الأبعاد ذات مستوى مرتفع. وتُفسر هذه النتيجة إلى أهمية هذه الأبعاد في التأثير على تطبيق معايير الاعتماد الدولي في المستشفيات الخاصة في الأردن.

٢. دلت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو فقرات متغير نظام الجودة كانت مرتفعة، واحتلت الفقرة المتعلقة (تقدم الإدارة العليا الدعم التكنولوجي لبرامج تحسين الجودة وسلامة المرضى) المرتبة الأولى، في حين جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة المتعلقة بـ (تشارك الإدارة العليا في المستشفى في التخطيط لبرامج سلامة المرضى ومراقبتها). وتُفسر

- هذه النتيجة إلى التزام متخذي القرارات الإدارية في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً بإدخال التكنولوجيا الحديثة لدعم برامج تحسين الجودة بدرجة مرتفعة.
٣. دلت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو أداء الكادر الطبي كانت متوسطة، واحتلت الفقرة المتعلقة (يتم تدريب الأطباء على الأمور المتعلقة بجودة الخدمات المقدمة للمرضى) المرتبة الأولى، في حين جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة المتعلقة (يتم تعريف الأطباء عن أخطاء الأدوية وكيفية تقليلها). وتُفسر هذه النتيجة أن متخذي القرارات في المستشفيات الخاصة يأخذون بعين الاعتبار أثر تدريب الأطباء على أنظمة الجودة ومفاهيمها الحديثة عند اتخاذ قراراتهم لكن بدرجة متوسطة.
٤. دلت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو أداء الكادر التمريضي كانت متوسطة، واحتلت الفقرة المتعلقة (يتم تعريف الكادر التمريضي عن أخطاء الأدوية ودورهم في تقليلها) المرتبة الأولى، في حين جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة المتعلقة (هناك لجنة خاصة للتحقق من شهادات وخبرات وتصاريح الكادر التمريضي). وتُفسر هذه النتيجة أن متخذي القرارات في المستشفيات الخاصة الأردنية، مهتمون لرفع كفاءة الأداء التمريضي وذلك من خلال الاهتمام بهم بشكل أكبر إشراكهم في مختلف الدورات التي تعنى بأنظمة الجودة محاولة منهم الوصول إلى مناخ صحي فيها.
٥. أشارت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو نظام ضبط العدوى كانت مرتفعة، وبتحليل أبعاد أنماط اتخاذ القرارات الإدارية، يتضح أن بعد (تخفيض المستشفى مخاطر العدوى بضمن تنظيف المعدات وتعقيمها) احتل المرتبة الأولى وكانت تصورات أفراد الدراسة لهذا البعد مرتفعة، وفي المرتبة الأخيرة بعد (يتم تحليل البيانات والاستفادة منها في حالة ظهور تفاوتات غير مرغوب بها). وتُفسر هذه النتيجة أن متخذي القرارات في المستشفيات المعتمدة يعتمدون على نظام ضبط العدوى، من خلال سعيهم إلى تطوير خدماتهم، ومستوى أداء العاملين لديهم، وتحقيق الرعاية الصحية الفضلى.
٦. أشارت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين نحو نظام الأدوية كانت مرتفعة، واحتلت الفقرة المتعلقة (يتم الاستفادة من هذه المعلومات وتحليلها لتطوير الخدمة) المرتبة الأولى، في حين جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة المتعلقة (تراجع وصفات الأدوية أو طلباتها للتحقق من ملاءمتها). وتُفسر هذه النتيجة أن العاملين في المستشفيات المعتمدة يحاولون تطبيق المنهج العلمي أكثر من التقليدي في نظام الأدوية، استناداً إلى ما يمتلكون من قدرات بشرية ومادية، وما تتطلبه مواردهم من تطوير وتحسين لتحقيق الأهداف المنشودة.
٧. أشارت النتائج الإحصائية أن تصورات المبحوثين لنظام التوثيق كانت مرتفعة، واحتلت الفقرة المتعلقة (توضع إجراءات مراقبة الجودة موضع التنفيذ وتتبع وتوثق) المرتبة الأولى، في حين جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة المتعلقة (يوثق التقييم الطبي الأولي قبل التخدير والمعالجة الجراحية). وتُفسر هذه النتيجة أن العاملين في المستشفيات الخاصة يعتمدون على نظام التوثيق بدرجة مرتفعة، وفي بعض الحالات الإدارية من خلال هذا النظام وذلك من أجل تحقيق رؤيتها المستقبلية، والحفاظ على مستوى جودة الخدمة المقدمة للمرضى والمحافظة على سجلهم التاريخي.
٨. دلت النتائج على وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الدولي على جودة الخدمات الطبية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة المعتمدة دولياً في عمان.
٩. أظهرت النتائج إلى أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق أساسيات الجودة على جودة الخدمات الصحية (أداء الأطباء، أداء التمريض، نظام ضبط العدوى، نظام الأدوية، نظام التوثيق) في المستشفيات الخاصة غير المعتمدة دولياً في الأردن.

٨- مناقشة نتائج الدراسة

أولاً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد الدولية على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان والحاصلة على هذه الشهادة، فقد جاءت الفرضية الرئيسية لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول هذه الفرضية، وهذا يتماشى مع الدراسة التي قامت بها (حسان، ٢٠٠٦) بعنوان "قياس جودة الأداء في العناية الصحية: أثر معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الأداء" والتي خلصت إلى أن هناك تحسن ملحوظ في مستشفى خاص بدبي بعد ١٥ شهر من تطبيق معايير الاعتماد الدولي فيه.

ثانياً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد الدولية على أداء الأطباء في المستشفيات المعتمدة دولياً، فقد جاءت الفرضية الفرعية الأولى والمنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول هذه الفرضية وهذا يتماشى مع الدراسة التي قامت بها (لجنة الاعتماد المشتركة، ٢٠٠١) بعنوان "تحسن أداء الكادر الطبي" والتي خلصت إلى وجود تحسن بين تطبيق معايير الاعتماد الدولي على أداء الأطباء وجعلهم يشعرون برضا أكثر عن أداء مهامهم.

ثالثاً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد الدولية على أداء الممرضين في المستشفيات المعتمدة دولياً، فقد جاءت الفرضية الفرعية الثانية والمنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول الفرضية وهذا يتماشى مع الدراسة التي قامت بها (لجنة الاعتماد المشتركة، ٢٠٠١) بعنوان "الخط الأول للدفاع: دور الممرضين في الوقاية من الأحداث العارضة" التي أكدت أن تطبيق معايير الاعتماد الدولي أدت إلى رضا الممرضين وخصوصاً عن شعورهم بالأمان للإبلاغ عن الحوادث وعن البرامج التدريبية.

رابعاً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد الدولي وجودة نظام ضبط العدوى في المستشفيات المعتمدة دولياً، فقد جاءت الفرضية الفرعية الثالثة والمنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول الفرضية وهذا يتماشى مع الدراسة التي قام بها (Jarlier and Charvet-portat, 2009) والتي خلصت إلى أن نسبة العدوى ما بعد العمليات والعدوى المكتسبة من المستشفيات قد قلت.

خامساً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد الدولي على جودة نظام الأدوية في المستشفيات المعتمدة دولياً، فقد جاءت الفرضية الفرعية الرابعة والمنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول الفرضية وهذا يتماشى مع دراسة (لجنة الاعتماد المشتركة، ١٩٩٨) بعنوان "استعمال الأدوية: أنظمة لتقليل الأخطاء" والتي خلصت إلى أن تطبيق معايير الاعتماد سوف يقلل الخطأ في وصف الدواء، كتابة الجرعة بشكل خاطئ، التوقيت الخاطئ لأخذ الدواء، الخطأ في كمية الدواء، التحضير الخاطئ للدواء، المراقبة الخاطئة للدواء.

سادساً: فيما يخص أثر الحصول على شهادة الاعتماد على جودة نظام التوثيق في المستشفيات المعتمدة دولياً، فقد جاءت الفرضية الخامسة والمنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى لقياس هذا الأثر، وبناء على التحليل الإحصائي تم قبول الفرضية وهذا يتماشى مع دراسة (Donald and halasa, 2009) بعنوان "قيمة الاعتماد وأثره في المستشفيات المعتمدة من لجنة الاعتماد الدولية" والتي خلصت إلى أن نسبة الملفات الكاملة التوثيق قد ارتفعت في المستشفيات المعتمدة بمقدار ٢٧.٦% وقلت في المستشفيات غير المعتمدة بقيمة ٢.٥%.

٩- التوصيات:

- في ضوء نتائج الدراسة، فإنه يمكن تقديم مجموعة من التوصيات الهادفة إلى تفعيل دور تطبيق معايير الاعتماد الدولي على مستوى جودة الخدمات في المستشفيات الأردنية الخاصة، وهذه التوصيات:
١. اعتماداً على حيثيات هذه الدراسة، توصي الدراسة بأن تولي إدارة المستشفيات الأردنية أهمية كبيرة للحصول على شهادة الاعتماد الدولية، وذلك من خلال إفهام المدراء والموظفين بأهمية الاعتماد الدولي.
 ٢. ضرورة تطوير نظام معلوماتي مرن وشامل المحتوى يساعد المسؤولين على تطبيق معايير الاعتماد الدولي مستندة على أسس سليمة.
 ٣. ضرورة عقد برامج تدريبية خاصة بمفاهيم معايير الاعتماد الدولي وجودة الخدمات الطبية لمتخذي القرارات والعاملين في المستشفيات المعتمدة وغير المعتمدة دولياً بشكل دوري.
 ٤. ضرورة التعاون بين المستشفيات المعتمدة دولياً مع غير المعتمدة في تبادل الخبرات والمعلومات من أجل تحسين الوضع الصحي الأردني.
 ٥. ضرورة وضع منهج واضح لكل نظام من أنظمة الاعتمادية من خلال الإدارة العليا في كل مستشفى معتمد دولياً أو غير معتمد في الأردن ووضعه موضع التطبيق.
 ٦. وضوح مساق في كليات المهن الطبية يتعلق بتدريس الجودة ونظام الاعتماد.

١٠- المقترحات

- قد يكون من المفيد في مجال هذه الدراسة اجراء دراسات مستقبلية تتعلق بما يلي:
١. أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة من المستشفيات.
 ٢. أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على السياحة العلاجية في الأردن بشكل خاص وفي الوطن العربي بشكل عام.
 ٣. أثر معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على اختيار المريض لمؤسسة طبية لكي يتعالج فيها سواء داخل بلده او خارجها.
 ٤. واقع برامج الاعتماد العربية وامكانية ان تنافس البرامج الدولية في جذبها للمؤسسات الصحية
 ٥. أثر برامج الاعتماد وتطبيق معاييرها على تحسن رضا العاملين من خلال استمرار اشراكهم في اتخاذ القرار وتحسين جودة عملهم

مراجع الدراسة:

- حسان، ضيا (٢٠٠٦). Measuring Quality Performance in Health Care: The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance. PhD, Walden University
- الحموري، فوزي (٢٠٠٩) **Jordan as medical destination a spotlight on middle east** ميدهيلث، دمشق تشرين ثاني، ٢٠٠٩
- خوجة، توفيق بن أحمد (٢٠١٠) **معجم جودة الرعاية الصحية تفسير المصطلحات**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة العرب، الطبعة الثانية
- سنجق، غالب (٢٠٠٩) **أثر تطبيق معايير شهادة الاعتماد الدولية على رضا العاملين في المستشفيات الخاصة في الاردن**، جامعة العلوم المالية والمصرفية
- القاسم، ليث (٢٠١٠) **The Impact of JCI Accreditation of Jordan's Medical Tourism Potential**، مؤتمر مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، الاردن حزيران ٢٠١٠
- القسوس، صفاء (٢٠٠٨) **Impact of Arab Accreditation Project on Patient Safety**، مؤتمر المستشفيات العربية، مصر، اذار ٢٠٠٨

- اللجنة الفنية للمشروع العربي لاعتماد المؤسسات الصحية (٢٠٠٩) دليل المراجعين لإدانة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، الطبعة الأولى
مخير، عبد العزيز، والطعانة، محمد (٢٠٠٣). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)**، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية
- مركز الملك عبد الله الثاني للتميز (٢٠١٠) **كتيب جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز للقطاع الخاص**
المصري، سحر (٢٠١٠) **Impact of Accreditation on hospital performance: Specialty Hospital Experience**، مؤتمر مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، الأردن، حزيران ٢٠١٠
نياز، عبد العزيز حبيب الله (٢٠٠٥). **جودة الرعاية الصحية الاسس النظرية والتطبيق العملي**، وزارة الصحة السعودية، الطبعة الأولى
- Beaard, Helen (2010) **Accreditation and Responsibility, Accountability and Transparency Towards the Public**, HCAC conference, Jordan, June 2010
- Berwick, D, Hames B & Coye, M (2003) **connections between quality measurement and improvement. medical care**, Vol 41, No1, pp. I-30-I-38
- Besterfield, D. et al. (2002) **Total Quality Management**. 3rd Edition. Prentice Hall
- Brown, Janet A., **The Healthcare Quality Handbook: A Professional Resource and Study Guide**. 2006/2007. utledge.
- Burke, J (2003) **Infection control-A problem for patient safety**. The New England Journal of Medicine, Vol 348, No 7, PP 651-656
- Cheng, S, Yang, M & Chiang, T (2003) **patient satisfaction with and recommendation of hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care**. International journal for quality in health care, Vol 15, No 4, PP. 345-355
- Draper, M, Cohen, P & Buchan H (2001) **Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys?**. International Journal for Quality in Health Care, Vol 13, No 6, PP. 463-468
- Jacobson, Ann (2010) **The Role of Leaders in Creating a Culture of Patients Safety**, Jordan, June 2010
- Jha, A. et al. (2008) **Patients' perception of hospital care in the united states**. The New England Journal of Medicine, Vol 359, No 18, PP. 1921-1931
- Johnston, Brian (2010) **The Australian Council on Healthcare Standards**, HCAC conference, Jordan, June 2010
- Joint commission international accreditation standards for hospitals**, 2011
- Joint commission international accreditation standards for hospitals**, 2008
- Milstein, A and smith M. (2006) **America's New Refugees-seeking Affordable surgery offshore**. The New England Journal of Medicine, Vol 355, No 16, PP. 1637-1640
- Oxford Business Group (2009), **The Annual Report**.
- Rana, B. K (2010) **NABH: Indian Accreditation Program**, HCAC conference, Jordan, June 2010
- Romano, P. (2005) **improving the quality of hospital care in America**. The New England Journal of Medicine, Vol 353, No 3, PP. 302-304
- Scott, W, (2003) **Organizations rational, natural and open systems**. 5th edition. New Jersey: Prentice Hall
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (1998), **Medication Use: A Systems Approach to Reducing Errors**, P 39-41
- The Joint Commission Resources (2001), **Front Line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events**, Joint Commission Resources publications, P. xvii – xix

The Joint commission Resources(2001),**Medical Staff Performance Improvement**,
Joint Commission Resources publications, P.10-11, 64-65

Williams,S. et al.(2005) **Quality of care in U.S hospitals as reflected by standardized measures**,2002-2004. The New England journal of Medicine, Vol 353,No3, PP 255-264

1. <http://www.jointcommissioninternational.org/>
2. <http://www.hcac.jo/>
3. <http://www.pha-jo.org/>
4. <http://www.isqua.org/>
5. <http://www.who.int/hinari/en/>
6. <http://www.uptodate.com>
