



# إدارة المستشفيات

# Hospital Management

الطبعة الأولى 2018

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

© المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - ACMLS

ردمك : ISBN 978-9921-700-01-7

[www.acmls.org](http://www.acmls.org)

ص.ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : +965-25338610/1/2 فاكس : +965-25338618/9

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)



## إدارة المستشفيات



تأليف : د / جاكلين ولسن متى

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)  
دولة الكويت



## إدارة المستشفيات

تأليف

د. جاكين ولسن متى

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2018

ردمك: 978-9921-700-10-7

حقوق النشر و التوزيع محفوظة

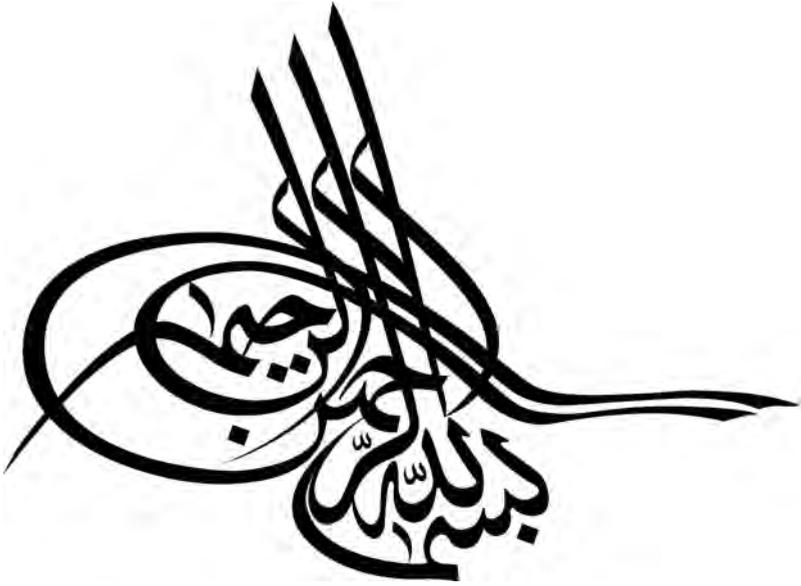
للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب المؤلف يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف  
وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : +965) 25338610/1/2 فاكس : +965) 25338618/9

البريد الإلكتروني: [acmls@acmls.org](mailto:acmls@acmls.org)







## المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.



# المحتويات

ج	.....	:	المقدمة
هـ	.....	:	التمهيد
ز	.....	:	المؤلف في سطور
ط	.....	:	مقدمة الكتاب
1	.....	:	الفصل الأول : في البدء كانت معبداً.....
11	.....	:	الفصل الثاني : الخطوات الأولى لإنشاء وتأسيس المستشفيات.....
39	.....	:	الفصل الثالث : كيف يدار المستشفى؟.....
91	.....	:	الفصل الرابع : نظم المعلومات: العقل المفكر للمستشفى.....
107	.....	:	الفصل الخامس : استراتيجيات قياس كفاءة المستشفيات.....
119	.....	:	الفصل السادس : تردي كفاءة المستشفيات.....
141	.....	:	الفصل السابع : مواجهة القصور في إدارة المستشفيات.....
155	.....	:	الفصل الثامن : نحو خدمات صحية عالية الجودة.....
171	.....	:	الفصل التاسع : المستشفيات وتنمية المجتمع.....



## المقدمة

لقد لاقت الرعاية الصحية اهتماماً محلياً وعالمياً من جميع الأقطار، نظراً لأهمية الصحة في حياتنا، فهي حق من حقوق الإنسان مثلها مثل الحرية. إن تحقيق الصحة والمحافظة عليها هي عملية صعبة وفعالة ولا بد لها من استراتيجيات خاصة، فالإصابة بالأمراض تفقدنا القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة وممارسة أعبائها بالشكل المطلوب، فالصحة هي حالة من التوازن والتناغم في جسد الكائن الحي تتيح له أداء الوظائف الحيوية على الوجه الأكمل بهدف الحفاظ على حياته ونموه الطبيعي.

وقد كان البشر منذ بدء الخليقة يعتمدون على شتى الوسائل الممكنة للدفاع عن غريزة البقاء لديهم وشرعوا يبحثون عن كيفية إصابتهم بالأمراض، واكتشاف طرق علاجها، وارتبطت مهنة الطب بالشعوذة والسحر الذي لم يدم طويلاً، ونظراً لتطور الفكر لدى الناس والنمو المعرفي أُزيلت هذه الخرافات وأصبح الطب مرتكزاً على العلم والعقل، وتطورت مفاهيم الصحة والرعاية الصحية عبر العصور لتشمل عدة جوانب من حياة المرء، منها توعيته بالأمراض ووقايته منها، التطعيم والتحصين ضد الأمراض المعدية ومكافحة الأمراض السارية، فضلاً عن توفير الأدوية الأساسية والعلاجات التكميلية.

ومن هذا المنطلق اتجهت أنظار العالم إلى إنشاء المنظومات الصحية التي تقوم بتقديم الرعاية الصحية وعلى رأسها المستشفيات، وتكريس الجهود لتعريف المجتمعات بالقضايا الصحية وإبقائها على قائمة برامج العمل المستمر، ونشر التوعية عن أهمية الصحة في تنمية المجتمعات عن طريق وضع منظومة إدارية تعتمد على التخطيط المحكم. ونتعرض في هذا الكتاب لكيفية إنشاء المستشفى كمرفق مخصص لتوفير الرعاية الصحية، وكيفية تقديم خدماته على أعلى درجة من الكفاءة وإدارته بأنسب الطرق وأفضلها وفقاً للمنظمات المعترف بها عالمياً. أملين أن يحقق هذا الكتاب الفائدة المرجوة منه، وأن يكون إضافة تضم إلى صرح التعليم الطبي.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية



# التمهيد

إن ذلك الكيان الذي يُدعى مستشفى كونه حجر الزاوية للمنظومة الصحية، حيث يدخل إليه آلاف مؤلفة من المرضى يواجهون أمراضهم، وقد يصرعونها ويخرجون منها معافين قادرين على مواجهة الحياة من جديد. إن المستشفى بالفعل كيان قادر على إحداث تغيير حقيقي وملموس في عقول وأبدان البشر والعبور بالمريض من مجرد الشفاء من داء إلى الصحة والهناء. وتشير الدراسات إلى ارتباط تطور خدمات المستشفيات ومعدلات الأداء بها بمخرجات الرعاية الصحية ككل، كما تؤكد الدراسات إلى أن تدني مستوى الرعاية الصحية بالمستشفيات يؤثر على منظومة الرعاية الصحية الشاملة، مما يعظم من دور المستشفيات ويؤكد على ضرورة تحقيق أهدافها، ومن هنا تأتي أهمية إدارة المستشفيات.

تعد الإدارة علماً من العلوم الاجتماعية التي في مفهومها هي عملية تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة لاستغلال الموارد المتاحة وتوظيفها في إنجاز الأعمال وإدارة المنشآت ولاسيما إذا كانت المنشأة هي المستشفى، فالإدارة هنا تستهدف كوادر الفريق الطبي وكل الهيئة المعاونة لرفع الكفاءة الإنتاجية للحصول على سلعة ذات جودة عالية وفقاً للنظم العالمية للجودة والرعاية الصحية ولاسيما إذا كانت السلعة المقدمة هي الصحة، مما يجعل المستشفى يسير نحو تحقيق أهدافه الاستراتيجية.

ينقسم هذا الكتاب إلى تسعة فصول يأخذنا الفصل الأول لرحلة عبر مراحل نشأة وتطور المستشفى، ويتناول الفصل الثاني خطوات تأسيس المستشفيات، ويوضح الفصل الثالث كيفية إدارة المستشفى من الألف إلى الياء، ويأتي الفصل الرابع ليتحدث عن نظم المعلومات وأهميتها، ويعرض الفصل الخامس لأهم الاستراتيجيات الفعالة لقياس كفاءة المستشفيات، ثم يلقي الفصل السادس الضوء على أهم المشكلات والقضايا الطبية التي تؤدي إلى تردي المستشفيات، ويأتي الفصل السابع ليضع أسس حل المشكلات ومواجهة القصور الإداري، ويتحدث الفصل الثامن عن مفاهيم الجودة ومحاورها الرئيسية. ويُختتم الكتاب بالفصل التاسع وذلك باستعراض بعض المسؤوليات التي تقع على عاتق المستشفى لتنمية المجتمعات. نأمل أن يكون هذا الكتاب نبزاس هداية للقارئ العربي والمهتم بدفع عجلة التطور إلى الأمام.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية



# المؤلف في سطور

## • د. جاكلين ولسن متي

- مواليد الإسكندرية (جمهورية مصر العربية).
- حاصلة على بكالوريوس الطب والجراحة، جامعة الإسكندرية، عام 1988م.
- حاصلة على دبلوم إدارة المستشفيات والتخطيط الصحي، عام 1992م.
- عضو بالجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات.
- تعمل مدير العيادات الخارجية والرئيس التنفيذي للمكتب الدولي للعلاج بالخارج، وبرنامج التطبيب عن بعد، جمهورية مصر العربية.



# مقدمة الكتاب

لقد أصبح الحديث عن منظومة الرعاية الصحية ومرافقها خلال السنوات القليلة الماضية هو الشغل الشاغل للتقارير الصحية التي تصدر على المستوى الدولي والإقليمي، وغدا النشر في هذا الصدد تقليداً عالمياً، وأولت الغالبية العظمى من هذه التقارير اهتماماً بالإحصاءات العالمية والمفاهيم العلمية التي تمت صياغتها بأسلوب متخصص يتعذر على القارئ العادي فهمه والاستفادة منه بالصورة المأمولة.

وتُعدّ المستشفيات بمثابة قلب منظومة الرعاية الصحية النابض بالحياة، إذ يتدفق إليها المرضى القادمون من وحدات الرعاية الصحية الأولية ليواجهوا أمراضهم داخل أروقتها فيتغلبوا عليها، ويتم الشفاء بإذن الله، ثم بمعاونة الفريق الطبي ليكلل نجاح هذه المؤسسات في تحقيق أسمى أهدافها. وتختلف طبيعة المستشفيات عن غيرها من المنظمات الخدمية الأخرى إذ يفوح منها عبق التاريخ، وحيث تعدّ المستشفيات إحدى أقدم المؤسسات الخدمية التي عرفت على وجه الأرض على الإطلاق، كما تتميز بانفتاحها واختلاف طبيعتها تفاعلها مع مكونات البيئة الخارجية، فضلاً عن تأثيرها وتأثرها بالعوامل الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية، ولذلك فقد أصبح لها بيئة تنظيمية فريدة من نوعها.

ولعل هذا الكتاب الذي بين يديك عزيزي القارئ بمثابة مرشد عملي للفريق الطبي والقائمين على إدارة المستشفيات، بل ومدخل فسيح لعالم المستشفيات نتعرف من خلاله على أنواعها وطرق إدارتها وكيفية النهوض بها. إنها الدعوة الخالصة لمديري المستشفيات والقائمين على القطاعات الصحية لبذل المزيد من الجهود العلمية والإبداع الفكري لتطوير مستشفياتهم، والأخذ بيد مجتمعاتهم سعياً نحو المزيد من النمو والتقدم لتكون كل مستشفى منارة تتلألأ في سماء مجتمعاتنا ونبراساً لصحة فضلى لشعوبنا العربية.

وختاماً، فإنني أهدي هذا الكتاب للقائمين على النظم الصحية، ونسأل الله أن يجعل هذا الكتاب نبراساً للقارئ العربي، وليكلل جهود المخلصين الذين يرسمون بعرقهم طريقاً يعتليه موكب من البشر الأصحاء وقدماً للأمام.

والله ولي التوفيق،،

الدكتورة/ جاكلين ولسن



# الفصل الأول

## في البدء كانت معبداً

"على كل من يدخل إلى أروقة المستشفى أن يتذكر أنه بين رحاب مؤسسة عريقة كانت معبداً منذ آلاف السنين وصارت مستشفى. شهدت جدرانها آلاف مؤلفة من المرضى الذين واجهوا أمراضهم فصارعوها وخرجوا منها معافين قادرين على مواجهة الحياة من جديد. إن المستشفى بالفعل كيان قادر على إحداث تغيير حقيقي وملموس في عقول وأبدان البشر، والعبور بالمريض من مجرد الشفاء من داء إلى الصحة والهناء.. فهل نعي ذلك؟!"

عرف الطب منذ بدء الخليقة، وبما أن الحاجة أم الاختراع، فقد نشأ الطب لعلاج الأمراض، والأوبئة التي تكاثفت على الإنسان، فيحدثنا التاريخ أنه في مهد الحضارة الفرعونية ارتبط الطب بالدين إذ تم تفسير الأمراض على أنها أرواح شريرة تصيب العقل وتلتحف بالبدن. وعلى ضفاف دلتا النيل عرف الإنسان الأول الاستقرار، وبدأ يتأمل في الطبيعة من حوله قادحاً ذهنه لإيجاد تفسير لظاهرة المرض، فالجسد يحتوي على قنوات وممرات تشبه فروع النيل وجداوله ويجري فيه الدم والماء والهواء، وإنما ينشأ اعتلال البدن عن انسداد هذه القنوات فيتوقف سريان الغذاء ويتعفن داخل الجسم، ويمنع خروج الغازات فيتولد المرض وينشأ العطب، وسميت هذه النظرية القديمة باسم "نظرية النيل لتولد المرض" ولما كان الإنسان بفطرته ميالاً للتدين فكان يلجأ لكهنة المعابد لإقامة الطقوس السحرية لعلاج المرض ورفع القرابين للآلهة، أملاً في طرد الأرواح الشريرة وقام بخلط التوليفات من الأعشاب الطبيعية، ولعب كهنة المعابد دور الأطباء وحظوا بمكانة مرموقة إذ أصبحوا من الصفوة الحاكمة والمتحكمة في الشفاء، وهكذا يظهر للمتصفح لتاريخ البشرية بشكل جلي أن الإرهاصات الأولى للمستشفيات ظهرت بين جدران المعابد، ويذكر لنا التاريخ أيضاً أن ايمحوتب (Imhotep) الطبيب الخاص بالملك زوسر الفرعوني الذي عاش في عام 2380 قبل الميلاد كان مؤسساً لأول مستشفى على وجه البسيطة أطلق عليه "دار الحياة"، كما وجد ما أُطلق عليه "معابد الشفاء" في عام 600 قبل الميلاد، وتم العثور على برديات كل من إيبرس (Ebers) وسميث (Smith) التي تشير بإصبع البنان إلى أن "ايمحوتب" الذي ينتمي إلى الأسرة الأولى قد صار إلهاً للطب عند الفراعنة، وأنه قد خصص مكاناً داخل المعبد لاستقبال المرضى وعلاجهم، ومن هنا عرفت البشرية بداية ظهور المستشفيات.

ثم ظهر الطب ككيان منظم لأول مرة عام 400 قبل الميلاد في أحضان الحضارة البابلية التي استقرت في المنطقة القديمة القابعة في جنوب غرب آسيا المعروفة باسم "بلاد ما بين النهرين"، وينسب التاريخ ظهور أول وصفة طبية لأسرة حمورابي (Hammurabi) (1750-1792) قبل الميلاد الذي قام بسن قانون لتنظيم ممارسة مهنة الطب وتقديم الخدمات الطبية في أحد المعابد مقابل أجر يتقاضونه في هذا العصر، فجاءت اللبنة الأولى تاريخ الطب للمستشفيات أيضاً داخل المعابد البابلية.

وعقب عدة مئات من السنين جاءت الحضارة الإغريقية فتميزت بالتواصل والمزج بين الحضارات التي سبقتها فاستفادت منها، وقامت على أعمدها وظهر أبقرات في القرن الخامس قبل الميلاد الذي لقب بأبي الطب ليجسد المنهج العقلاني للعلاج، وأخذت الحضارة الإغريقية تبحث عن الأسباب المنطقية للأمراض بعيداً عن غضب الآلهة ولعنة الفراعنة فبدأت في إقرار العلامات الطبية مثل التسمّع، وإجراء العمليات الجراحية، وتصنيف ووصف الأمراض في سجلات متخصصة للأمراض كالسل والقرح، وأضحى معبد زحل بمثابة المستشفى الأول عند الإغريق الذين اتخذوا من أسكليبيوس (Aesculapius) إلهاً للطب، ويُرجع الفضل لأبقرات في سن دستور الأخلاقيات وفنون الطب، وليس أدل على ذلك من الاستعانة بقسم أبقرات قبل مزاوله مهنة الطب الذي لا يزال يردد حتى الآن في كافة أنحاء العالم، وبكل اللغات ضمن اليمين الذي يؤديه خريجو الطب قبل مزاولتهم المهنة.

ويقول أبقرات في كلمات هذا القسم الذي قيل قبل أكثر من ألفي عام: "أقسم أن أحافظ على هذا العهد وأتخذ العلاج سبيلاً لشفاء مرضاي وفقاً لما أتمتع به من حكمة وبصيرة، غير راغب قط في ضرر أو إساءة للمريض، وألا أعطي أحداً دواءً مراً وعقاراً مميتاً، ولا أصف التمام لأحد من العامة، ولا أذكر للنساء الدواء الذي يسقط الأجنة، ولا للرجال الدواء الذي يقطع النسل، ولأغضن البصر عن المحارم، وسوف أدخل كل بيت به مريض يرجو عوني، ولكن مهما سمعت أو رأيت أثناء مزاوله المهنة فلن أفشي الأسرار ولن أهتك الأستار".

## المستشفيات الهندية

وتُظهر المخطوطات التاريخية أن الهند قد عرفت بناء المستشفيات منذ سنة 600 قبل الميلاد في عهد الملك أسوكا، وبدت المستشفيات الهندية وكأنها تحاكي المستشفيات الحديثة من حيث نظافتها، وأجريت فيها عمليات جراحية تشبه الولادة القيصرية لإنقاذ حياة الأم والجنين بكفاءة عالية، وتم تعيين الأطباء بحيث يقوم كل طبيب على رعاية عشر قبائل، وكذلك تم إقامة دور للعجزة ورعاية الأيتام، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد، حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص وعلاج الأمراض اسم "السيكيستا" أي، معابد الشفاء.

## المستشفيات والإمبراطورية الرومانية

ظهرت قدرات الإمبراطورية الرومانية على التنظيم التي لم ترق لتكوين مؤسسات للرعاية الصحية أو المستشفيات لكن يُرجع الفضل لها في تأسيس المستشفيات المتخصصة للعناية "بالجحافل والجيوش العسكرية" لأول مرة، حيث يتم عزل جرحى الحروب ومعالجتهم في عنابر خاصة ومخيمات ميدانية، بينما يُنقل الجنود المرضى إلى المشافي العسكرية على طول الحدود والممرات والطرق في جميع المعسكرات، ويبدو أنه كان يتم التخطيط لبناء هذه المستشفيات على شكل هياكل حجرية وخشبية كما تم فيها تخزين الآلات والمعدات والعقاقير الطبية المستخدمة آنذاك، ويذكر التاريخ أن المستشفى الروماني الأول قد شق طريقه للنور بمجرد إعلان المسيحية الديانة الرسمية للإمبراطورية الرومانية، وذلك بموجب صدور مرسوم في عهد الإمبراطور قسطنطين الأول عام 335م، إذ أصدر أمراً بإغلاق المعابد التي تحمل اسم إله الطب الإغريقي أسكليبيوس التي تم فيها تخصيص أماكن استراحة للمرضى، ووضعهم تحت الملاحظة إذعانا بالبدء في تشييد المستشفيات المسيحية في مبان منفصلة، ولم يمض سوى خمسة وثلاثون عاماً حتى قام باسيلوس أسقف قيصرية بإنشاء أول مؤسسة دينية صحية عام 370م في كابودوكية (تركيا المعاصرة) اشتملت على مستشفى ضخم تميز بوجود وحدات لعزل مرضى الجذام، ومبان لإيواء الفقراء وأخرى للمرضى، وعلى هذا النسق تم إنشاء مستشفيات مماثلة في وقت لاحق في الجزء الشرقي من الإمبراطورية الرومانية، وفي عام 651م ظهر أول مستشفى عام إلى حيز الوجود يضم تخصصات متعددة سمي "الفندق الإلهي" في باريس بفرنسا ويحتوي المستشفى على 1200 سرير، منها 486 خصصت لفرد واحد، أما باقي الأسرة فتستوعب ما يتراوح بين (3-6) مرضى ويُعد هذا المستشفى أحد أقدم المستشفيات التي لا زالت باقية حتى الآن.

وفي غضون القرن السادس الميلادي ظهر الراهب بندكت في جنوب إيطاليا وبين أن رعاية المرضى هي واجب على كل مسيحي يسمو على كافة الواجبات الدينية الأخرى، وأيقن أن تقديم الخدمات العلاجية المتطورة يعد بمثابة أهم خدمة تقوم بها الكنيسة على وجه الإطلاق، ولقد أسفر ذلك عن ولادة واحدة من أقدم كليات الطب في أوروبا بساليرنو الإيطالية، وتمتعت بسمعة ذائعة الصيت قبيل القرن الحادي عشر، وفي عام 1155م صدر أول أمر ديني مخصص لتكريس راهبات القديس أوغسطينوس لخدمة ورعاية المرضى، ودعا البابا أنوسنت الثالث المسيحيين الأثرياء للتبرع لبناء المستشفيات في كل مدينة، وقامت هذه المستشفيات برعاية المرضى روحياً وجسدياً، وفي عام 1300م استعانت المستشفيات بفريق من الأطباء لرعاية حوالي 900 مريض، وتمت مضاعفة هذه الأعداد في القرن الخامس عشر، ثم أنشئ أول مستشفى لعلاج أمراض العيون بناء على طلب الأب جون يوحنا عام 1599م وقامت بعلاج ما يقرب من 2000 مريض، وربما كانت هذه واحدة من أوائل المستشفيات المتخصصة، واستمرراً لهذا النظام ظهر "فيلق الراهب جون" للحالات الطارئة.

وهكذا ظلت النزعة الدينية هي الدافع الأوحد لإنشاء المستشفيات أثناء العصور الوسطى، فمذ القرن الرابع إلى القرن الخامس عشر لعبت الهيمنة الدينية دوراً كبيراً في الرعاية الصحية، وياتت المستشفيات معاهد دينية يلجأ إليها المشردون واليائسون والذين ليس لهم من يعولهم، وارتبطت المستشفيات آنذاك بشكل أساسي بالأفكار الدينية والاجتماعية، وكانت الكنيسة آنذاك الكيان الذي ينشئ ويدير المستشفيات، واختصت بمعالجة رجال الدين في بداية الأمر، ثم تكفلت تدريجياً بالمسافرين المرضى إلى أن صارت تعالج لاحقاً غير المتدينين، ولم يتم إجراء أي تدخلات جراحية عدا جراحات البتر إذ تم احتسابها "إخلال بالجسد الذي خلقه الله"، وتحولت أديرة العصور الوسطى إلى مستشفيات ومراكز صحية، وتخصصت العديد من المؤسسات الرهبانية في العمل بالمجال الطبي والرعاية الصحية.

## البيمارستانات والحضارة الإسلامية

عند بزوغ شمس الحضارة الإسلامية أولت جُل اهتمامها لتطوير المستشفيات ومساعدة المرضى، وبالأخص الفقراء منهم والمحتاجين، ولقد بزغ الإلهام الطبي العربي من المستشفيات الفارسية والمستشفيات التركية المتخصصة التي كانت فريدة في العمارة والإدارة، بالإضافة إلى براعتها الطبية وسرعان ما انتشرت في ربوع العالم الإسلامي والبلدان العربية الأخرى ، وأطلق على المستشفى اسم "بيمارستان"، وهي كلمة فارسية مركبة من كلمتين إحداها (بيمار) بمعنى مريض أو عليل أو سقيم والأخرى، (ستان) بمعنى مكان أو دار، فهي إذاً "دار المرضى" أو "مكان الاستشفاء".

## البيمارستانات: نصب تذكارية للعبقرية العربية

أسس العرب عدداً من المستشفيات المتأخرة، وجعلوها مراكز لدراسة الطب وعلاج المرضى، وتنوعت المستشفيات إذ أصبح منها المستشفيات الثابتة والسيارة (المتنقلة)، وكذلك المستشفيات العسكرية والتعليمية أيضاً، وقسمت المستشفيات إلى أقسام وفق التخصص، فمنها مستشفيات معنية بعلاج العيون أو الجذام، وكذلك مستشفيات للأمراض العقلية، ومستشفيات للسجون ومأوى للعميان والأيتام والنساء العاجزات.

لقد كانت هذه المستشفيات أشبه بالقصور الفارهة والضخمة، حيث يحيط بمبنى البيمارستان الحدائق الغناء والمزارع المترامية التي تُزرع فيها الأعشاب الطبية والنباتات العلاجية، وذلك لإمداد المستشفى بما يحتاجه من الأدوية والعقاقير، وبلغت المستشفيات الثابتة في المدن الكبرى درجة رفاعة المستوى في الأداء، وتناثرت في المدن والعواصم حتى لم تخل بلدة صغيرة في العالم الإسلامي من مستشفى فأكثر، ويذكر التاريخ أن أول مستشفى

إسلامي ثابت أُقيم في بلاد الشام بدمشق في عهد الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك سنة 707م وكان هذا المستشفى متخصصاً في مرض الجذام، وتلاها بعد ذلك إنشاء العديد من المستشفيات، وكان من أشهرها المستشفى العُضدي ببغداد، وبناه عضد الدولة بن بويه عام 981م بعد أن قام "أبو بكر الرازي" الطبيب المشهور بانتقاء أفضل الأماكن لبناء المستشفى، وذلك عندما قام بوضع أربع قطع لحم في أربع أنحاء ببغداد ليلاً وتركها عدة أيام، ثم اختار الموقع الذي تعفن فيه اللحم في وقت أطول ليقيم عليه المستشفى فيما بعد، وبذلك كان أول من فكر في اختيار الموقع المناسب للمستشفى بأن يكون أكثر هدوءاً وأنقى هواءً وأنسب حرارة، كما يعد صاحب أول نظرية لمكافحة العدوى، فأقام المستشفى وأنفق عليه مالاً عظيماً، وجمع له من الأطباء أربعة وعشرين طبيباً، وألحق به كل ما يحتاج إليه من مكتبة علمية وصيدلية ومطابخ ومخازن، وفي عام 1057م جدّد الخليفة القائم بأمر الله هذا المستشفى، وجمع فيه من الأشربة والأدوية والعقاقير التي يعز وجودها.

وشيد الملك العادل "نور الدين محمود بن زنكي" المستشفى النوري بدمشق سنة 1154م، حيث اشترط أن يُخصّص للفقراء والمساكين، غير أنه كان يقدم الدواء أيضاً للأغنياء في حال عدم توفره وتعذر حصولهم عليه، وقد جاء وصف هذا البيمارستان ونظام العمل به هكذا إذ كان الأطباء يبكرون إليه في كل يوم، ويتفقدون المرضى ويأمرون بإعداد الدواء والغذاء له، وقد استمر هذا المستشفى في عمله العظيم حتى سنة 1899م، حتى أنشئ "مستشفى الغرباء"، وهو المستشفى الذي تشرف عليه الآن كلية الطب في الجامعة السورية، ثم أنشأ الملك سيف الدين قلاوون المستشفى المنصوري الكبير بالقاهرة سنة 1284م، و كان قصراً فارهاً ضخماً يستقبل قرابة أربعة آلاف مريض يومياً، ويذكر التاريخ أن أثاث المستشفى المنصوري بالقاهرة كان يماثل أثاث قصر الخليفة وقصور الأمراء، وكان القائمون على رعاية المرضى يقومون بقيد أسمائهم وغسل أجسادهم ومنحهم ثياباً نظيفة على أن تُرسل ثيابهم القديمة إلى المخزن، ويبقى هؤلاء المرضى بالمستشفى حتى يتمثلوا للشفاء التام، وكانت علامة الشفاء قدرة المريض على أكل رغيف كامل ودجاجة كاملة، وكل من يبرأ من مرض يُعطى كسوة ودرهم لنفقاته إلى أن يصبح قادراً على العمل، وبذلك لا يضطر للجوء إلى العمل الشاق فور خروجه.

وكذلك أنشأ أمير المؤمنين المنصور أبو يوسف بالمغرب مستشفى ضخماً ليؤدي عمله الإنساني الجليل، وتخيّر فيه ساحة فسيحة بأجمل المواقع في مراكش، وأمر البنائين بإتقان البناء على أحسن الوجوه، وغرس فيه الأشجار والنباتات الطبية، ثم أمر بفرشه فرشاً نفيساً بالصوف والكتان والحريير، وأقام فيه الصيدلة لعمل الأشربة والأدهان والأكحال، وأعدّ فيه للمريض ثياباً لليل والنهار والصيف والشتاء، وعند شفاء المريض أمر له بصرف مال يعيش منه إن كان فقيراً إلى أن يجد عملاً، وإن كان غنياً يدفع المريض من ماله، ويُروى أن أمير

المؤمنين المنصور أبو يوسف كان يزور البيمارستان في كل جمعة ليعود المرضى ويسأل عن أحوالهم وعن معاملة الأطباء والمرضين لهم. وفي القدس بنى الملك الناصر صلاح الدين الأيوبي بيمارستاناً كبيراً زاول فيه عدد كبير من مشاهير الأطباء العرب مهنة الطب، مثل يعقوب بن سقلاب المقدسي، ورشيد الدين أبو المنصور، كما شيد بيمارستاناً آخر في عكا، وتم بناء عدد من البيمارستانات الهامة في شبه الجزيرة العربية من أشهرها بيمارستان مكة المكرمة الذي عُرف بالبيمارستان المستنصري العباسي، وكذلك بيمارستان المدينة الذي عمل فيه الطبيب محي الدين أحمد بن الحسين بن تمام بأمر الملك الظاهر بيبرس.

ومن بين بيمارستانات الأندلس المشهورة بيمارستان غرناطة الذي بدأ السلطان محمد الخامس في بنائه عام 1365م وتميز بوقوعه على ضفاف العيون، وكل عين على شكل أسد جاث لتصل المياه إلى جميع عنابر المرضى فكانت آية في المعمار، والبيمارستان العتيق الذي أنشأه أحمد بن طولون، واشترط ألا يعالج فيه جندي ولا مملوك، وجعل له حمامين، أحدهما للرجال والآخر للنساء، وأدخل "ابن طولون" في هذا البيمارستان ضروباً من النظم جعلته من أرقى البيمارستانات في ذلك الوقت، وبلغ من عناية أحمد بن طولون بهذا البيمارستان أنه كان يتفقدته بنفسه.

أما المستشفيات المتنقلة (بيمارستان السبيل)، فظهرت في عهد السلطان محمود السلجوقي بتركيا الذي حكم من سنة (1117م - 1131م)، إذ كانت ترافق قوافل الحجاج والتجار ويُعالج فيها كل من يحتاج للمعالجة من أفراد القافلة، أو الذين تمر بهم القافلة في الطريق، وكانت تُحمل على مجموعة كبيرة من الجمال وصلت في بعض الأحيان إلى أربعين جملاً!!، وكانت هذه القوافل مُزودة بالآلات العلاجية والأدوية ويرافقها عدد من الأطباء، وكان بمقدورها الوصول إلى كل رقعة في الدولة الإسلامية، وتشبه إلى حد كبير القوافل الطبية في هذا العصر التي تجوب المناطق النائية والبعيدة لتقدم المساعدات الطبية لمن هم بحاجة إليها، انتشرت بعد ذلك البيمارستانات العسكرية المتنقلة التي أصبحت سمة تميز الجيوش الإسلامية في شتى أصقاع الأرض .

المستشفيات التعليمية، ولم تكن تلك المستشفيات مجرد دور علاج بل تحول بعضها إلى كليات طب حقيقية، ففي كل مستشفى إيوان كبير (قاعة كبيرة) للمحاضرات يجلس فيه كبير الأطباء ومعه الأطباء والطلاب وبجانبهم الآلات والكتب، ويجلس الطلبة بين يدي معلمهم بعد أن يتفقدوا المرضى وينتهوا من علاجهم، ثم تُجرى المباحثات الطبية والمناقشات بين الأستاذ وطلابه متضمنة مراجعة الكتب الطبية، وكثيراً ما كان الأستاذ يصطحب معه تلاميذه إلى داخل المستشفى ليقوم بإجراء الدروس العلمية لطلابه على المرضى، وقد قال ابن أبي أصيبعة (وهو من درس الطب في البيمارستان النوري بدمشق): كنت أجلس مع "الشيخ رضي الدين الرحبي" لأعرف منه كيفية استدلاله على الأمراض وما يصفه للمرضى من علاج.

## فنون إدارة البيمارستان

كانت البيمارستانات الكبيرة تنقسم إلى قسمين منفصلين، أحدهما للذكور والآخر للإناث، ويحتوي كل واحد منهما على عدة قاعات تخصص كل واحدة منها لأحد الأمراض هي تشمل قاعة للأمراض الباطنية، وقاعة للجراحة، وثالثة للرمد ورابعة للتجبير، أما قسم الأمراض الداخلية فكان مقسماً إلى عنابر مخصصة لأمراض بعينها فغرف منها للحميات وغرف خاصة بأمراض النساء، كما عرفوا نظام العزل لأصحاب الأمراض المعدية وخاصة الجذام، وكذلك تم تخصيص أماكن منفصلة لنقاهاة المرضى، وتم تقديم خدمات طبية لمرضى العيادات الخارجية ورصد الحالات الإكلينيكية وتدوينها في تقارير يتم جمعها واستخدامها لأغراض التدريس، واحتوى كل بيمارستان على صيدلية تعرف (بقاعة الشراب)، وتضم هذه البيمارستانات فئات من العاملين ويتأرض البيمارستان رئيس لكافة الأقسام يُسمى (ساعورا)، وهو لقب لرئيس الأطباء ويقوم بالإشراف على رؤساء، مثل رئيس الكحالين (أي رئيس أطباء العيون) ورئيس قسم الجراحة، ورئيس قسم الكسور والتجبير، وكان الأطباء يشغلون بالنوبة، ولكل طبيب وقت معين يلازم فيه قاعاته التي يعالج فيها المرضى.

أما نظام دخول المستشفيات، فقد كان يتم فحص المرضى أولاً بالقاعة الخارجية بالمستشفى، فمن كان به مرض خفيف يكتب له العلاج، ويُصرف له الشراب من الخزانة (أي من صيدلية المستشفى)، ومن كانت حالته المرضية تستوجب دخوله المستشفى كان يقيد اسمه، وتخلع عنه ثيابه فتوضع في مخزن خاص ثم يُعطى ملابس جديدة مجانية لمنع انتقال العدوى، ثم يعطى له سرير مفروش بأثاث جيد، يتم إدخال كل مريض في عنبر مختص بمرضه ولا يُسمح له بدخول العنابر الأخرى لمنع انتقال العدوى أيضاً، ثم يعطى الدواء الذي يعينه الطبيب والغذاء الموافق لصحته بالمقدار المفروض له، فإذا أصبح في دور النقاهاة أدخل القاعة المخصصة لذلك، حتى إذا تم شفاؤه سُمح له بالخروج و أعطى ثياباً جديدة ومبلغاً من المال يكفيه إلى أن يصبح قادراً على العمل.

## اختيار الأطباء المؤهلين للعمل بالبيمارستان

ويرجع الفضل في تنظيم صناعة التطبيب وتقييدها بنظام خاص يحرص على صحة المواطنين إلى الخليفة العباسي المقدر بالله "جعفر بن المعتضد" الذي تولى الخلافة سنة 907م، حيث فرض على من يريد العمل بالتطبيب تأدية امتحان للحصول على إجازة تخوله لهذا الحق بين الناس، وكان لا يُسمح للطبيب بالانفراد بالمعالجة حتى يؤدي امتحاناً أمام كبير أطباء الدولة، فيتقدم إليه برسالة في الفن (التخصص) الذي يريد الحصول فيه على إجازة ممارسة المهنة، فيمتحنه فيها ويسأله عن كل ما يتعلق بها من الفن، فإذا أحسن الإجابة أجازته كبير الأطباء بما يُسمح له بمزاولة مهنة الطب.

وقد ذكر أنه في عام 931م أيام الخليفة المقتدر بالله "جعفر بن المعتضد" أن بعض الأطباء قد أخطأ في علاج رجل فمات، فأمر الخليفة بمنع سائر المطيبين من علاج المرضى إلا من امتحنه "سنان بن ثابت بن قرة" كبير أطباء بغداد لتفادي وقوع الأخطاء الطبية، وقام بامتحان جميع أطباء بغداد من جديد وبلغ عددهم في بغداد وحدها ثمان مئة طبيب ونيّف وستين طبيباً، هذا عدا من لم يُمتحنوا من مشاهير الأطباء، وعدا أطباء الخليفة والوزراء والأمراء، وصار النظام بعد ذلك على هذا الطريق، متى ما أتم الطالب دروسه يتقدم إلى رئيس الأطباء الذي يطلب إليه إجازته والسماح له بممارسة المهنة. وهكذا كان إنشاء المستشفيات واحداً من أعظم إنجازات الحضارة الإسلامية.

## عصر النهضة وظهور المؤسسات الصحية في أوروبا

وإبان عصور النهضة التي اشتقت من الكلمة الإيطالية (Rinascita) وتعني الولادة الجديدة (Rebirth) ظهرت العديد من الصيحات المؤيدة لظهور (مؤسسات خاصة بالرعاية الصحية) تنسلخ عن الخدمات الكنسية والدينية والسلطات الحاكمة وتميزت بفنون الشفاء للمرة الثانية بالعودة للنهج العقلاني والعلمي الذي صار أساساً ودعمًا قامت عليها المستشفيات، ثم تحولت المستشفيات إلى ما يسمى (بصناعة الصحة) وأنشئ أول مستشفى تطوعي في إنجلترا عام 1718م وتلاها مباشرة مبادرة إنشاء أول مستشفى تطوعي في أسكتلندا، ثم مستشفى وست منستر عام 1787م، وهكذا شقت المؤسسات الصحية التطوعية طريقها نحو النور ثم أخذت الدول على عاتقها إدارة هذه المنشآت تحت مظلاتها ثم بدأ ظهور المستشفيات الحكومية. لذلك ليس من الغريب أن يضيف التطور التاريخي وإنصهار المعارف والاكتشافات الجديدة في مجال الطب بحسب تباين الأزمنة والأمكنة أدواراً جديدة للمستشفيات تشمل الأبعاد النفسية والتحويلات الاجتماعية والتاريخية.

وأخيراً جاء القرن التاسع عشر ليشهد إنشاء المستشفيات كميادين للرعاية الصحية للجميع دون تمييز بين الأغنياء والفقراء، كما تم التركيز في المستشفيات على الأبحاث العلمية العلاجية والمختبرات التحليلية والعناية الجسدية، فأدى هذا إلى تحول كبير في مفهوم العلاج والرعاية الصحية، وتوفير الكوادر الطبية والتمريضية والموارد المادية، كما تطورت أساليب الممارسات الطبية فغيرت من نهج التعامل مع الأمراض والمرضى على حد سواء.



## أولاً: المراجع العربية

- أ. د/ السرجاني، راغب، قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، مؤسسة اقرأ، القاهرة الطبعة الأولى، عام 2010م.
- السباعي، مصطفى، مقتطفات من كتاب (من روائع حضارتنا)، دار الوراق، بيروت الطبعة الأولى، عام 1999م.
- المرهج، سعيد عبد الهادي، بناء الحكاية التاريخية، الطبري، تاريخ الأمم والملوك نموذجاً، مركز دراسات فلسفة الدين، دار الهادي - بغداد/ بيروت، عام 2009م.
- جلدة، سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، المنهل، عام 2007م.
- د/ الطنطاوي، محمود السعيد، أضواء على تاريخ الطب، سلسلة دراسات في الإسلام، المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية، العدد 183.
- د/ النجار، عامر، تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، دار المعارف، مصر، عام 1987م.
- د/ حسين، نصار، المستشفيات الإسلامية في العاصمة المصرية، مجلة الهلال، عدد يونيه، عام 2009م.
- د/ عيسى، أحمد، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، دار الرائد العربي، بيروت، عام 1981م.
- قاسم، محمود الحاج، الطب عند العرب والمسلمين... تاريخ ومساهمات، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، عام 1987م.
- هونكه، سيجريد، شمس العرب تسطع على الغرب، دار الجيل، بيروت، عام 1993م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Guenter B. Risse, *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals* (New York: Oxford University Press, 1999).
- Rosemary Stevens, *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989, 1999), 286-87.
- Nancy G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine: An Introduction to Knowledge and Practice* (Chicago: University of Chicago Press, 1990).
- Barbra Mann Wall, "Healthcare as Product: Catholic Sisters Confront Charity and the Hospital Marketplace, 1865-1925," in *Commodifying Everything: Relationships of the Market*, ed. Susan Strasser, 143-68 (New York: Routledge, 2003).
- Rosemary Stevens, "A Poor Sort of Memory : Voluntary Hospitals and Government before the Depression," *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* 60 (no. 4), 1982, 558.
- Phil Rheinecker, "Catholic Healthcare Enters a New World," in Christopher Kauffman, *A Commitment to Healthcare: Celebrating 75 Years of the Catholic Health Association of the United States*, (St. Louis: The Catholic Health Association of the United States, 1990),
- Mike Brennan, "Hospitals Competed in Changing Times," *Everett Herald*, August 15, 1993, n.p.



# الفصل الثاني

## الخطوات الأولى

### لإنشاء وتأسيس المستشفيات

"يولي الباحثون في مجال إدارة خدمات الرعاية الصحية ومرافقها اهتماماً كبيراً بإدارة المستشفيات، إدراكاً منهم لدور المستشفى وأنها حجر الأساس في منظومة الرعاية الصحية، وتشير الدراسات إلى ارتباط تطور خدمات المستشفيات ومعدلات الأداء بها بمخرجات الرعاية الصحية ككل، كما تشير إلى أن تدني مستوى الرعاية الصحية بالمستشفيات يؤثر تأثيراً جلياً على منظومة الرعاية الصحية الشاملة، مما يعظم من دور المستشفيات ويؤكد على ضرورة تحقيق أهدافها، فما هذا الكيان الذي يدعى مستشفى، وما أهدافه وأنواعه، وكيف يتكون؟"

### ما المستشفى؟

يُعرف المستشفى باديء ذي بدء بأنه مؤسسة تهدف إلى رعاية المرضى المقيمين داخل مبنى مخصص عبر تقديم الخدمات الطبية على يد أطباء مهنيين مع وجود رعاية ترميزية متخصصة ومستمرة، وفي سبيل ذلك يقيم المريض على سرير طبي داخل المستشفى، وهذا ما يميزه عن المرافق الصحية الأخرى كالعيادات والمراكز الصحية، حيث يتم توفير إقامة المريض لمبنيته وعلاجه على أن تُقدّم الخدمات غير الطبية المساعدة واللازمة لرعايته، كالتغذية والنظافة والأمن والترفية، وغيرها حتى يسترد عافيته، واشتقت كلمة مستشفى باللغة العربية من كلمة مشفى، وهو مكان لطلب الشفاء، أما في اللغة الإنجليزية فقد اشتق لفظ (Hospital) من الكلمة اللاتينية (أوسبيتيوم) التي تعني (مضيقة) أي دار استقبال الضيوف، ومنها (Hospitality) وتعني الضيافة، أي أن المستشفى مكان لاستضافة المرضى ورعايتهم.

ويقوم العاملون بالمستشفيات بكثير من المهام المتنوعة من حيث درجة التعقيد والاعتماد على التقنية بهدف تقديم الخدمات الطبية العلاجية المتمثلة في رعاية المرضى ومعالجتهم، كما تُقدّم الخدمات الأخرى الوقائية ورعاية الأمومة والطفولة والتثقيف الصحي وبرامج صحة البيئة. فضلاً عن الأغراض التدريبية والتعليمية، ويتطلب ذلك أن يكون المستشفى على علم

بالإحصاءات الديموجرافية والبيانات الصحية لسكان المنطقة التي يخدمها، ومن المتوقع أن يتنامى دور المستشفى في منظومة الخدمات الصحية، لذلك ينبغي إلقاء الضوء على أهمية الارتقاء بالمستشفيات لتلعب دورها في التنمية الشاملة للمجتمعات، ويحظى المستشفى بكل هذه الأهمية لعدة أسباب:

**أولاً :** تمثل المستشفيات نقطة التقاء المجتمع بالنظام الصحي، والبوابة التي ينفذ منها المريض للقطاعات الصحية الأخرى المختلفة، كما يعد المستشفى الوسيلة الأولى لتوفير خدمات الرعاية الصحية لأكبر نسبة من أفراد المجتمع.

**ثانياً :** تلتهم المستشفيات وحدها نصيباً كبيراً من ميزانية الرعاية الصحية يتجاوز نحو 50 % في العديد من بلدان أوروبا الغربية، أما في بلادنا العربية فتمثل اعتماداتها قرابة نصف الميزانية المخصصة للرعاية الصحية أيضاً.

**ثالثاً :** تحتل المستشفيات مكانة عالية على قمة منظومة الرعاية الصحية وأنها المسؤولة عن تقديم الخدمات المتخصصة، وعالية التخصص التي من شأنها أن تؤثر على مستوى الرعاية الصحية الشاملة.

**رابعاً :** إنها قلعة تحتوي على الصفوة من القيادات المهنية الطبية والتجهيزات التكنولوجية رفيعة المستوى فضلاً عن التنوع الهائل في العقاقير الدوائية، وتختلف طبيعة المستشفى عن مرافق تقييم الرعاية الصحية الأخرى من حيث متطلباته من القوى العاملة، وخصائص بنيته التنظيمية والتقنية والأجهزة المستخدمة فيه وطبيعة تفاعله مع مكونات البيئة الخارجية للمجتمع من مرضى ومؤسسات وأنظمة وعوامل اجتماعية وثقافية وسياسية واقتصادية تتحكم فيه.

**خامساً :** تسهم المستشفيات إسهاماً فعالاً ليس فقط في صحة السكان بل في التنمية المستدامة للبيئة والمجتمع ككل، فهي توفر فرص العمل لفئات متعددة بالمجتمع وتستقطب الكوادر البشرية، وتساعد في تدريبها وتأهيلها وتثقيفها والعمل على زيادة معدلات الرضا الوظيفي لها، وذلك من خلال توفير مقومات معينة في بيئة العمل تفي باحتياجات الأفراد وتساعدهم على أداء أدوارهم تجاه مجتمعاتهم.

ولقد أدرك القائمون على إدارة قطاعات الرعاية الصحية أهمية هذا الدور في تنفيذ الاستراتيجيات والخطط الصحية للدولة، وأصبح من اللازم التعريف بالمستشفى وأهدافه وأفضل الاستراتيجيات لتحسين الأداء به مع الاستفادة من تجارب البلدان الأخرى.

## هدف المستشفيات

ترنو جميع المستشفيات الصغيرة والكبيرة، الحكومية منها والخاصة إلى هدف واحد ألا وهو تقديم أقصى رعاية ممكنة للمريض على أساس أنه العميل الخارجي الذي تتمركز حوله وتُقدّم من أجله كافة الخدمات، أما المستشفيات الاستثمارية فإنها تستهدف الربح بجانب هذه الأهداف، كما تهدف المستشفيات إلى تحقيق بعض الغايات الأخرى كالتعليم والتدريب، وتقديم فرص العمل لفريق العاملين الذي يمثل كل فرد منهم عميلاً داخلياً للمستشفى سواء كان من ضمن الفريق الطبي من أطباء وصيادلة وممرضات، أو كان عضواً بالفريق غير الطبي من العاملين الإداريين وعمال النظافة والأمن، وهكذا تسعى المستشفيات لتحقيق مستوى رفيع من الرضا الوظيفي لديهم، وبالإضافة لذلك يقدم المستشفى فرص عمل إلى العديد من الشركات الموردة للأجهزة والمستلزمات الطبية، وموردي الأغذية والمتعاقدين مع المستشفى ويحمل المستشفى على عاتقه هدفاً أسمى وهو النهوض بالمجتمع ككل وتنقيفه صحياً، وفي سبيل تحقيق أهدافه يسعى دائماً إلى الاقتصاد في الموارد والميزانية المخصصة له، مما يكون له أبلغ الأثر على منظومة الرعاية الصحية الشاملة لتبقى متطورة على الدوام.

والوظيفة الأولى الجوهرية للمستشفى تتمثل في رعاية المريض والعمل على شفائه وتأهيله لإعادته إلى أسرته سالماً معافى وهذه هي الوظيفة الطبية للمستشفى، وفي سبيل ذلك يقوم المستشفى ببعض الوظائف الداعمة اللازمة لرعاية المريض، وهي إما وظائف معاونة طبية، مثل خدمات التمريض والصيدلية، أو خدمات معاونة غير طبية، مثل خدمات الأمن والتغذية والتعقيم والترفيه والنظافة، وتبقى الوظائف الإدارية الأخرى وتتمثل في إدارة الجودة وإدارة الموارد البشرية، وإدارة التكلفة وإدارة الصراع الذي ينشأ بين الأقسام بعضها البعض.

## أنواع المستشفيات

يمكن تقسيم المستشفيات إلى أنواع متعددة وفقاً لعدة معايير أهمها :

1. نوعية المنطقة السكانية التي تخدمها المستشفى وسعتها السريرية.
2. معدل مدة إقامة المريض.
3. تبعية المستشفى.
4. تخصص المستشفى.
5. استهداف الربح.

### رعاية المرضى

- مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية.
- مرضى الطوارئ وإعادة تأهيل المرضى.

### البحث والإحصاء

- الأبحاث والإحصاءات الأساسية.
- الأبحاث الإكلينيكية.
- بحوث الخدمات الصحية.
- البحوث التربوية والتعليمية والاجتماعية.

### التعليم والتدريب

- تعليم طلبة الطب والتمريض.
- تعليم طلاب الدراسات العليا.
- التعليم الطبي المستمر للأطباء وأعضاء مهنة التمريض.

### التكامل مع المرافق الصحية الأخرى

- استقبال الحالات من وحدات الرعاية الصحية الأولية.
- توفير الكوادر المهنية المدربة والقيادات.
- التعاون مع المستشفيات التعليمية، والمعاهد الطبية المتخصصة.
- إحالة الحالات للمعاهد المتخصصة.

(الشكل 1-2): لمحة عن دور المستشفيات.

## أولاً: حسب المنطقة السكانية

إن الاختلاف في الطبيعة السكانية والتوسع العمراني يحدد بشكل كبير المستشفيات المنشأة وسعتها السريرية، حيث تُقسّم المستشفيات وفق عدد السكان الذين تقوم على خدمتهم بترتيب تصاعدي إلى:

- **المستشفى القروي:** ويتسع لنحو (20 - 50) سريراً، فضلاً عن العيادات الخارجية، ويحوي تجهيزات لإجراء الجراحات البسيطة ومختبر، ويتكون معظم فريق الأطباء العاملين بها من الممارسين العامين وأطباء الأسرة، بالإضافة لعدد قليل من الاختصاصيين، والاستشاريين في التخصصات العامة كالجراحة، وأمراض النساء والتوليد، التخدير، الأمراض الباطنية، وطب الأطفال.
- **مستشفى المنطقة أو الضاحية (المركزي):** وهو أكبر من المستشفى القروي، وتتراوح سعته السريرية من (50-300) سرير، ويحوي التجهيزات الطبية اللازمة من غرف عمليات جراحية، ومختبر وأقسام للأشعة، كما يضم طاقماً طبياً من الاختصاصيين والاستشاريين في كافة التخصصات العامة.
- **المستشفى الإقليمي:** وهو المستشفى الأكبر، ويقع غالباً في عاصمة المحافظة، وتتراوح سعتها السريرية من (300-500) سرير، ويشتمل على التخصصات العامة والدقيقة، ويضم مجموعة من الأطباء المتخصصين في الطوارئ وجراحات القلب والأوعية الدموية، وجراحات العمود الفقري، بالإضافة إلى اختصاصيي واستشاريي العناية المركزة، ووحدات للكلية وأمراض الدم والأمراض الجلدية، وأقسام للنساء والتوليد والخصوبة وغيرها.
- **المستشفيات التعليمية:** تُعد نوعاً من المستشفيات العامة التي يتم تجهيزها لتقوم بالعملية التعليمية، ويتطلب ذلك مساحة كبرى لتوفير قاعات المحاضرات والإمكانيات اللازمة لتطوير مهارات التعليم والتدريب والتدريس وإقامة الأبحاث المتعلقة برعاية المرضى، فلا يمكن الارتقاء بأداء المستشفى دون أن يتم تزويد الأطباء والموظفين بالتدريب والمعرفة اللازمين للعمل بمستوى أفضل. وتعد المستشفيات التعليمية عنصراً رئيسياً في أي نظام صحي، فهي لا تؤثر فقط على كفاءة الخريجين الجدد، ولكنها تؤثر أيضاً بشكل غير مباشر على الصحة في نطاق أوسع على أنها موقع لتدريب طلاب الطب والتمريض، مما يسهم إسهاماً فعالاً في إثراء حياتهم المهنية اللاحقة حتى لو انتقلوا للعمل في مرافق أخرى من القطاع الصحي.
- **المستشفيات الجامعية:** وهي تعنى بالتعليم والتدريب بجانب المهام العلاجية وتتميز بتوافر كافة الخبرات العلاجية والبحثية والمعامل المتطورة وخدمات الأشعة الحديثة وتضم كوكبة من الأساتذة والاستشاريين والباحثين في مجال الطب.

- **المعاهد الوطنية:** وهي التي تعنى بالبحث والدراسة، وتقوم على تقديم خدمات الرعاية الصحية المتخصصة في الأمراض المتعلقة بعضو واحد من أعضاء الجسم، مثل معهد أمراض القلب، معاهد الكبد، مراكز زراعة الكلى، أو خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج داء واحد مثل معهد البلهارسية، أو معهد السكر أو مستشفى الأورام وغيرها.

### ثانياً: حسب معدل فترة إقامة المريض بالمستشفى

- مستشفيات للإقامة قصيرة الأجل وتتراوح فيها مدة إقامة المريض من 7-10 أيام، وتقوم برعاية مرضى الحالات الحادة مثل الجراحات البسيطة، كالزائدة الدودية والفتق، وعمليات الغدة الدرقية، وعلاج الحالات الطبية التنفسية كالربو، فضلاً عن داء السكري ومضاعفات النوبات المعوية ومعالجة التجفاف في الأطفال.

ومنذ أوائل الثمانينيات وقد سعت العديد من البلدان إلى تطوير قدرات المستشفيات وتقديم الخدمات المتكاملة، وإدخال أنماط جديدة من الرعاية الصحية قصيرة الأجل اللازمة لعلاج الحالات الحادة، وقد انخفض متوسط مدة الإقامة في مستشفيات الرعاية الحادة في بلدان الاتحاد الأوروبي بنحو 16.5 يوماً في عام (1970) حتى 6-8 أيام في عام (1996)، وبلغ 6 أيام أو أقل في العديد من البلدان عام (2001) و5 أيام في عام (2011) وفق منظمة الصحة العالمية، ويرجع ذلك إلى الاحتمالات الناشئة عن ظهور تكنولوجيا جديدة تمكن المرضى من الحصول على مزيد من التدخلات المعقدة في وقت قصير، فعلى سبيل المثال كان المريض المصاب باحتشاء عضل القلب في الثمانينيات يدخل المستشفى لتلقي العلاج الطبي مع النصح بالراحة التامة في الفراش لمدة لا تقل عن شهر، في حين أنه يمكن أن نتوقع علاجه الآن باستخدام العقاقير المذيبة للخثرات مع العلاج بالقنطار القلبي في حالات الطوارئ خلال يوم أو اثنين كما انخفض معدل إقامة المرضى لإجراء جراحات طعم مجازة (تحويل) الشريان التاجي انخفاضاً ملحوظاً إذ أصبحت المدة اللازمة لإجراء هذه الأنواع من الجراحات الدقيقة لا تزيد ثلاثة أيام. كما ساهمت التجهيزات التكنولوجية الفائقة في سرعة التشخيص مثل أجهزة التصوير المقطعي المحوسب والمناظير.

وتقوم المستشفيات ذات الإقامة قصيرة الأمد على رعاية وعلاج حالات الطوارئ وما فيها من الحوادث والإصابات، وهدفها في ذلك إنقاذ الأرواح، ويحدث هذا فقط إذا تم نقل المرضى بالإسعاف إلى المستشفى بسرعة، وإذا كانت الرعاية التي يتلقونها مناسبة، ولقد أدت هذه التغيرات إلى انعكاسات هامة على تطوير خدمات المستشفيات ذات الإقامة القصيرة، ولا جدال على أن السياسة التي تصلح لإدارة مستشفى في أحد البلدان قد لا تصلح للآخر.

- مستشفيات اليوم الواحد التي تقوم بإجراء الجراحات الصغرى، والولادات الطبيعية والديال الكلوي وتقديم العلاج الكيميائي لمرضى الأورام، وكذلك تتضمن توفير ما يُعرف بغرف جراحة اليوم الواحد الجواله التي تجرى فيها العمليات الجراحية اليومية في مرافق متحركة خصصت لهذا الغرض، وهي منفصلة عن المستشفيات التقليدية، وتتميز هذه المراكز بالقدرة على تقديم الرعاية الطبية البسيطة والإسعافات دون أن تتطلب التجهيزات والمهام المعقدة للمستشفيات.
- المستشفيات ذات الإقامة طويلة الأجل، فتزيد فيها معدلات إقامة المريض إلى بضعة أسابيع، وتقوم بتقديم الرعاية الطبية والجراحية للحالات الأكثر تعقيداً التي تستلزم إقامة المريض بالمستشفى والعناية المركزة لعدة أسابيع، مثل جراحات شذوذات القلب الخلقية الدقيقة، وغرس الأعضاء والجراحات المعقدة التي يستلزم إجراؤها عدة مراحل، وكذلك مستشفيات الأمراض العقلية.
- مستشفيات النقاها وإعادة التأهيل، تستلزم إقامة المريض لمدة تزيد عن ثلاثين يوماً وذلك للعلاج الطبيعي وإعادة تأهيل المريض لممارسة حياته الطبيعية، وتتضمن الراحة طويلة الأمد وعلاج بعض الأمراض النفسية المستعصية ومرضى الجذام، وهي مرتفعة التكلفة وقليلة المنفعة والربح وذلك لبطء تحسن الحالات المرضية، وينبغي أن يُنظر إلى إعادة التأهيل على أنها عملية نشطة غير سلبية ذات أهداف واضحة للمريض بدلاً من كونها ضرورة ملحة لكبار السن من المرضى.
- وينبغي التأكيد على أن تحسين نتائج علاج المريض لا يعتمد على طول مدة بقائه في المستشفى، إذ لن تؤدي زيادة فترة إقامة المريض (عن المعدل المقدر له) لصحة أفضل، ولكن مع ذلك ينبغي تقييم الظروف الفردية لكل حالة على حدة التي تسمح للمرضى بالعودة إلى ديارهم معافين.

### ثالثاً: حسب تبعية أو الجهة المالكة للمستشفيات

- المستشفيات الحكومية، وهي مرافق تملكها الدولة (أي القطاع العام، أو الحكومي) وعادة ما تديره وزارة الصحة ولكن بإمكان وزارة الصحة، أو غيرها من الوزارات التعاقد مع شركات متخصصة في إدارة المستشفيات لإدارتها تحت رقابتها وإشرافها، وهناك مستشفيات حكومية تُدار أو تملكها وزارات أخرى، إضافة إلى وزارة الصحة، أهمها وزارة الدفاع ووزارة الداخلية والشرطة وتمولها خزينة الدولة، وتعنى برعاية أفراد وأسر الكوادر العسكرية في الدولة، كما تمتلك الدولة بعض المستشفيات الحكومية التي تديرها الدولة من خلال جهات مستقلة، وهذه المستشفيات لا تتبع أنظمة الدولة الخاصة

بالتوظيف أو الإدارة أو الكوادر المالية، وذلك لتأمين المرونة الضرورية للعمل الإداري وتفعيل الإنتاجية والتأقلم مع خصوصيات الرعاية الصحية التي تختلف عن القطاعات الأخرى، مثل مستشفيات هيئة التأمين الصحي.

- المستشفيات الأهلية (غير الحكومية)، وهي مستشفيات لا تبتغي الربح، وتملكها جمعيات خيرية وقد تكون دينية مثل المستشفيات التابعة للجوامع والكنائس، وقد تُموّل هذه المستشفيات من قبل متبرعين، أو مرضى يحتاجون إلى العلاج في هذا المستشفى، بحيث يدفع المريض مقابل الخدمات التي تقدم له، أو من المؤسسات التي ترعى علاجه، كذلك من التبرعات التي تحصل عليها إدارة المستشفى من أفراد المجتمع الذين يستفيدون من هذه المرافق. وتتميز هذه المستشفيات بالإدارة الصحية المرنة التي يمتاز بها هذا القطاع دون عوائق إدارية، أو بيروقراطية وعادة لا يستفيد أصحاب أو مالكو المستشفى من الأرباح التي إن وجدت تبقى ملكاً للمستشفى وتستعمل لتطويره ونموه، ويتواجد هذا النوع من المستشفيات في دول المنطقة، خاصة في الدول التي تشجع الخدمات الأهلية كلبان.

- المستشفيات الخاصة، ويملكها أفراد (بعضهم أطباء) أو مؤسسات غير حكومية وتُدار بهدف تحقيق الربح لأصحابها، وقد بدأ إنشاء هذه المستشفيات في أوروبا أثناء عصور النهضة وظهرت في العالم العربي في فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى، إذ كانت مستشفيات صغيرة يؤسسها طبيب أو مجموعة من الأطباء كي يمارسوا العمل الطبي أو الجراحي ضمن اختصاصهم، ثم أصبحت شركات مساهمة ذات رأس مال ضخّم، وانتشرت هذه المستشفيات في الدول العربية الآن.

#### رابعاً: حسب تخصص المستشفيات

- المستشفيات التخصصية، وهي تقدم الخدمات الطبية في تخصص أوحد، مثل مستشفيات العيون، ومستشفيات الأنف والأذن والحنجرة، مستشفيات القلب والأوعية الدموية ومستشفيات النساء والتوليد ومستشفيات الأطفال.
- المستشفيات العامة، وهي تقدم العلاج في كافة التخصصات الطبية.

#### خامساً: حسب استهداف الربح

- المستشفيات الاستثمارية، وهي مستشفيات خصوصية يملكها أفراد أو مجموعات أو هيئات استثمارية، والغرض من تشغيلها تحقيق الربح المادي، وتتوافد إليها الطبقات

الاجتماعية الميسورة التي تفضل الرعاية الخاصة تطلب مرافق وتسهيلات غير متوفرة في القطاع الحكومي، وهي على استعداد لتحمل تكلفة العلاج فيها. وعادة ما تكون هذه المستشفيات أصغر حجماً من المستشفيات الحكومية، كما تساعد على تخفيف الضغط على هذه المرافق، وبرز في العقود الثلاثة الماضية اتجاه لإنشاء مستشفيات خاصة تملكها المصارف والمؤسسات المالية، وشركات الضمان، ويُطرح تمويل هذه المستشفيات من خلال أسهم في سوق الأوراق المالية (البورصة). وأصبحت هذه المستشفيات أكبر حجماً وتدار بأفضل النظم الإدارية والمالية لترشيد الإنفاق وتعميم الربحية، وقد تم تأسيس شركات ذات رأس مال كاف لإنشاء مثل هذه المرافق، وتهتم هذه المستشفيات عادة بالفئات الاجتماعية الميسورة وتنشأ في المناطق الحضرية والتمتدنة لخدمة سكانها، كما ظهرت سلسلة مستشفيات خاصة تتواجد في البلاد العربية تباعاً، وكلما ازداد عدد المستشفيات (في المجموعات الاستثمارية)، انخفضت تكلفة الخدمات الصحية وذلك من خلال الشراء الموحد للوازم الطبية والإدارية والمعدات، وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى أن بعض المستشفيات الخاصة - حتى تلك التي تبغى الربح - قد تتعاقد مع القطاع الحكومي لتوفير العلاج لمرضى هذا القطاع على نفقة الوزارة أو الجهة الحكومية التي توفد المرضى، ففي بريطانيا مثلاً تتعاقد المستشفيات الحكومية مع مرافق خاصة لعلاج بعض المرضى الذين يحتاجون لخدمات قد تكون غير متوفرة في القطاع الحكومي، أو لتفادي تجاوز فترة انتظار المريض طويلة الأمد اللازمة لتلقي العلاج.

ولا يفوتنا ذكر أن كافة أنواع المستشفيات بكل فئاتها لا بد أن تقع تحت رقابة وزارة الصحة وتتبع القوانين والتشريعات التي تسنها الوزارة، كما لا بد أن تخضع الكوادر البشرية التي يتم تعيينها في هذه المستشفيات لقوانين وتشريعات التوظيف في الدولة من حيث ساعات العمل والإجازات العامة.

- المستشفيات غير الاستثمارية، وهي لا تهدف للكسب المادي أو الربح، وهذه بدورها يمكن أن تكون حكومية أو أهلية، وفيها تبغى المؤسسات المالكة للمستشفى تقديم الرعاية الصحية للمجتمع بسعر التكلفة دون تحقيق أرباح مادية، لأن الغرض الأساسي هو خدمة المجتمع، وإذا حقق تشغيل أحد المستشفيات أي عائداً مالياً، فيتم استثمار هذا العائد لتوسيع المستشفى وتطويره وإضافة خدمات أخرى..

ويتضح مما سبق أنه إذا أردنا الوصف الكامل للمستشفى، فيجب استعمال أكثر من تصنيف، فمثلاً يُوصف أنها، مستشفى حكومي عام، أو مستشفى جامعي، أو مستشفى خاص لا يستهدف الربح، وما شابه ذلك.

## كيف تتخذ قراراً بإنشاء مستشفى جديد؟

إنه لأمر بالغ التكلفة أن تبدأ في اختيار الموقع وإعداد الرسم الهندسي والشروع في بناء مستشفى دون أن تتساءل بحق.. هل هناك داع حقيقي لإنشاء مستشفى؟ وهل المستشفى القادم مقدر له النجاح؟ وكيف يمكن اختيار التخصص الملائم للمستشفى وموقعه؟

يجب إجراء دراسات تحليلية شاملة تؤدي إلى نجاح مشروع إنشاء المستشفى، وهناك أسئلة هامة ينبغي طرحها في دراسة جدوى المشروع، كما ينبغي بذل الوقت والجهد والمال في التخطيط لاتخاذ القرارات الصائبة، فالعجلة في اتخاذ القرارات قد تؤدي إلى عواقب وخيمة، أما اتخاذ القرار الصحيح فمن شأنه توفير الوقت والمال في المستقبل، ويبدأ اتخاذ القرار بالاستعانة بأحد بيوت الخبرة لدراسة جدوى المشروع في الموقع الذي تم اختياره مبدئياً ودراسة السوق جيداً مع الاستعانة بإحصاءات المنطقة الديموجرافية المتعلقة بتوزيع السكان وكثافتهم العددية، ونسبة الإناث للذكور، والأمراض المنتشرة والمتفشية ونسب الفئات العمرية (الأطفال والشباب والمسنين)، فضلاً عن دراسة طبيعة المنطقة (ريفية أم حضرية) والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي في المنطقة، والمستشفيات المنافسة، ومستوى ومدى ما توفره من خدمات صحية، كما يمكن إجراء استبيان لاستطلاع احتياجات السكان في المدن الكبرى.

في البداية، يتم الاستعانة بإحدى الدراسات التحليلية لظروف المشروع الداخلية وتحليل البيئة الخارجية والسوق، وذلك لمعرفة جدوى إنشاء المستشفى، وأسهل هذه التحليلات، تحليل (SWOT) وهو مختصر للحروف الأولى:

أ. مواطن القوة (S: Strengths).

ب. نقاط الضعف (W: Weaknesses).

ج. الفرص (O: Opportunities).

د. المهددات (T: Threats).

- أولاً: مواطن القوة، وهي نقاط قوة المشروع الداخلية التي تكفل نجاحه مثل توافر رأس المال المناسب، والقدرة على توظيف العمالة الماهرة والفريق الطبي الذي يتمتع بخبرات عالية إلى جانب توافر الموقع المناسب وفريق الهندسة الإنشائية الذي يتمتع بخبرات سابقة، كما تزداد فرص نجاح المشروع إذا قدم المستشفى خدمات جديدة تعتمد على تقديم تكنولوجيا حديثة لا توفرها أي مستشفيات منافسة في المنطقة.

- **ثانياً : نقاط الضعف**، وهي مواطن ضعف المشروع الداخلية التي قد تقضي على فرصة إنشاء المستشفى مثل، عدم توفر المهارات الفنية اللازمة والكوادر الطبية المتميزة، أو عدم كفاية رأس المال اللازم لتمويل مشروع المستشفى بكافة مراحلها.
- **ثالثاً : الفرص**، وهي التي تعتمد على دراسة إمكانية نجاح المستشفى في البيئة الخارجية عن طريق السوق الخارجي، والمستشفيات المنافسة والخدمات المناظرة التي تقدمها، وأمثلة عليها:

1. تزداد فرص نجاح مستشفيات الصدر في المناطق المصابة بالأوبئة والجوائح التنفسية متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد (سارس) وأنفلونزا الطيور.
2. تقل فرصة نجاح المستشفى المتخصص في جراحات القلب إذا أنشئ بجوار مستشفى متخصص آخر لجراحات القلب يتمتع بحسن السمعة، والعكس قد يكون التفكير في إنشاء مراكز لعمليات القلب المفتوح مناسباً في مدينة في حالة عدم وجود مستشفى متخصص بها للقلب، مما يدفع السكان لإرسال الحالات لمستشفى العاصمة (المستشفى الإقليمي).
3. ضعف احتمال نجاح إنشاء مركز تجميل في إحدى القرى الصغيرة، بينما تتوفر عوامل النجاح لإنشاء مستشفى لعلاج أحد الأمراض المتوطنة المتفشية في هذه القرية كالبلهارسية، والتهاب الكبد الوبائي، على النقيض تتراد فرص نجاح مركز التجميل في المنطقة التي يرتفع فيها المستوى الاجتماعي والاقتصادي وتهتم بالرفاهية.
4. وكذلك تقل فرص نجاح المستشفى العام المتخصص إذا تم إنشاؤه بجوار مستشفى جامعي متخصص يستوعب احتياجات السكان الصحية، كما تقل فرص نجاح المستشفى في منطقة نائية غير أهلة بالسكان، حيث يكون الطلب على كافة الخدمات الصحية ضعيفاً.
5. أيضاً لا يجب إنشاء مستشفى مخصص أحد أقسامه قسم للتصوير المقطعي المحوسب يقع على بعد أمتار منه أحد مراكز التصوير المقطعي المحوسب ذات السمعة المرموقة، فمن المتوقع أن يتم اقتسام العملاء.
6. وعلى الجانب الآخر تزداد فرص نجاح إنشاء مركز للرضوح والإصابات إذا أنشئ على مقربة من الطرق السريعة التي تكثُر بها حوادث السيارات والطرق، وذلك نظراً لزيادة الطلب على خدماتها لنقل وإسعاف المصابين.
7. وكذلك يقدر النجاح لمستشفى لرعاية و تأهيل المسنين في المناطق التي تتركز بها كثافة سكانية هائلة للمسنين، وكذلك سيتم نجاح مشروع لمستشفى النساء

والتوليد، والأطفال إذا تم إنشاؤه في الأماكن التي ترتفع بها معدلات المواليد، وسيتم تكرار استخدام هذا التحليل كلما كان التخطيط لازماً.

• **رابعاً : المهددات، وهي تعتمد على دراسة العوامل الخارجية في السوق التي ستهدد نجاح المشروع، بل وقد تنذر بنهايته، فعلى سبيل المثال، إنشاء مركز لغرس الأعضاء قد يكون مهدداً بالإغلاق إذا لم يتوافق مع القوانين الخارجية بالدولة التي تحدد شروط غرس الأعضاء. وكذلك قد لا يُكتَب النجاح لمركز أو مستشفى يقدم خدمات لتنظيم الأسرة في قرية صغيرة يقل فيها مستوى الوعي الثقافي، وترى أن تنظيم الأسرة مخالف للشرائع الدينية، فالثقافة العامة للمجتمع قد تكون نذيراً بتفويض بعض الخدمات الصحية.**

أما بالنسبة إلى إنشاء المستشفى وعلاقته بالتشكيل الديموجرافي للسكان، ففي ظل الضغوط الخارجية المتزايدة والتغير المطرد في التشكيل الديموجرافي للسكان، وأنماط الأمراض والتطور الهائل في التكنولوجيا والمعرفة الحديثة أصبح من اللازم إعادة دراسة هذه العوامل وإشكالياتها وأنعكاساتها على كيفية توفير الرعاية الصحية في المستشفيات على نحو أفضل، فالاستعانة بالدراسات الديموجرافية أمر بالغ الأهمية إذ يفضل بناء المستشفيات في المناطق التي لا تتوفر فيها الرعاية الصحية وبها أسرة كافية لرعاية مرضى الأقسام الداخلية.

وهكذا بعد أن يفى المستشفى الجديد بحاجة المجتمع أو المنطقة أو المحافظة في الموقع الذي تم اختياره. وعقب انتهاء الخطوة الأولى المعنية بدراسة احتياجات المنطقة للخدمات الصحية (دراسة جدوى المشروع)، وتعيين دور المستشفى الجديد في خطة المنطقة يتم الاستقرار على اتخاذ قرار البدء في الإنشاء، وعندها نبدأ في الخطوات المعنية بالتخطيط لإنشاء المستشفى، حيث تأتي أولى خطوات التخطيط باختيار موقع المستشفى والمساحة اللازمة وإعداد تصميم يليق لمبنى المستشفى.

## التخطيط لإنشاء المستشفى وبنائه وتجهيزه

يُعرف التخطيط، وفق خبراء منظمة الصحة العالمية أنه الإدارة التي تهدف إلى زيادة فاعلية البرامج والخدمات الصحية لتزويد أكبر عدد من الأفراد بأقصى حد من المنافع الصحية بأقل التكاليف وبصورة منظمة للنهوض بمستوى الرعاية الصحية، وعليه لابد من إعداد خطة رئيسية لاختيار موقع ملائم للمستشفى وتصميمه على أيدي خبراء متخصصين في كافة المراحل حتى ينجحوا بدقة في إنشاء مستشفى مطابق للمعايير الدولية والمحلية مع تحديد البرامج والخدمات الصحية المطلوبة وتطويرها إلى جانب توفير المعدات والأجهزة اللازمة، ولابد أن تُمنح هذه المرحلة وقتاً ليس بقصير.

وينبغي أن يتم في هذه المرحلة تشكيل لجنة متخصصة أو فريق عمل مؤهل لهذه المهمة، وتتكون هذه اللجنة من أحد ممثلي مجلس إدارة المستشفى ومسؤول طبي (مدير المستشفى)، ومهندس معماري ومستشار في تخطيط المستشفيات ومسؤول إداري ومسؤول قانوني ومسؤول مالي، بالإضافة إلى مهندسين ذوي تخصصات متنوعة (مدني - كهرباء - ميكانيكا... إلخ)، فهؤلاء يمثلون نواة لتكوين فريق التخطيط لبناء المستشفى، ثم يتنامى الفريق بنمو المشروع ويكون فريق القائمين على التخطيط مختلفاً عن الفريق التنفيذي على أن يتكف التخطيط وحده قرابة 1 % من التكلفة التقديرية الشاملة للمشروع، ويكون للمشروع فترة زمنية محددة من تاريخ البدء في العمل فيه حتى تاريخ الانتهاء بإشراف كل من مجلس إدارة المستشفى وقيادة مدير المستشفى والمهندس المعماري.

### يتم التخطيط لإنشاء المستشفى وتجهيزه وفقاً للمراحل التالية:

1. اختيار موقع المستشفى.
2. إعداد الرسم الهندسي للمبنى.
3. وضع التصميم الداخلى للمستشفى.
4. تجهيز المستشفى.
5. إعداد فريق العمل بالمستشفى.

### المرحلة الأولى: اختيار موقع المستشفى

إن الهدف الأساسي لإنشاء المستشفى توفير الرعاية الصحية، ولذلك يؤخذ في الحسبان عند اختيار موقع المستشفى أولاً: أن يكون هذا الموقع من السهل الوصول إليه، فسهولة الوصول للمكان له الأولوية القصوى عن غيره من العوامل الأخرى المؤثرة على اختيار موقع بناء المستشفى، كما يفضل تعدد الطرق الموصلة للمستشفى لتجنب ازدحام الطرق، وخاصة سيارات الإسعاف في سبيل إنقاذ الأرواح، ثانياً، ضرورة اختيار مكان متسع ومترام بالامتداد والنمو والتغيير للتوسعة في المستقبل التي أُعدت مسبقاً في الخطة الرئيسية، ومنّ الخبرات السابقة تؤكد على أن الكثير من الاستثمارات والأموال ضاعت هباءً وتبددت عندما تم اختيار مساحة صغيرة للموقع تعيق نمو المستشفى، وامتداده في المستقبل وقصوره في تقديم خدماته، مما يؤدي إلى عجز مبنى المستشفى الأصلي عن استيفاء احتياجات المرضى في المنطقة أو صعوبة تقديم الخدمات الإضافية، ومن سوء الحظ أن توافر المساحة الشاسعة يتعارض تماماً مع سهولة الوصول للمكان، فالمواقع التي يسهل الوصول إليها عادة ما تكون في قلب المدينة في منطقة مركزية أو عالية الكثافة السكانية، ولا يتوافر بها مساحات شاسعة لبناء المستشفى، كما تكون باهظة التكاليف إذ أنها تقع في المناطق الحضرية الأهله بالسكان،

وعليه فإنه يفضل اختيار موقع المستشفى بحيث يقع في الحزام الخارجي للمدينة على أطراف المناطق العمرانية، ومع امتداد العمران سيصبح المستشفى جزءاً من المناطق المركزية المحاطة بكثافة سكانية عالية، ولذلك فمن الأنسب الاطلاع على مخطط نمو المدينة الذي تعده السلطات المحلية لاختيار الموقع المثالي.

يمكن إجراء الحساب التقديري لمساحة المستشفى وفقاً للكثافة السكانية، بحيث تكون مساحة المباني في كافة الأدوار تماثل تقريباً المساحات الإجمالية المخصصة للفضاء المفتوح والطرق الموصلة، ومواقف السيارات ومواقف سيارات الإسعاف وسيارات الموردين والزوار، أي تكون نسبتها 1:1، ويمكن أن تقل هذه النسبة على أقصى تقدير لتكون المساحة الإجمالية للمباني ضعف مساحة الفضاء المفتوح بمعدل 1:2 ويمكن قبول هذه النسبة فقط إذا كان موقع المستشفى في قلب المدينة، حيث تكون المباني ذات كثافة عالية، لأن زيادة اتساع الخدمات في المستقبل تؤدي إلى وجود مبان مرتفعة قريبة من بعضها البعض، وستضيق الخناق على الأنشطة الطبية والخدمات، بحيث لا تسمح سوى بمساحة صغيرة من الفراغ المفتوح، أما في الضواحي والمناطق الريفية فينبغي أن تكون النسبة 1:2 أو 3:1 إذ لا بد أن تزداد فيها المساحة المفتوحة. ولا يفوتنا القول إن هذه النسبة قد تختلف باختلاف موقع المستشفى سواءً كان في المناطق الحضرية أو الريفية، كما قد تختلف باختلاف المناخ العام للمدينة والطابع العام للمباني المحيطة به داخل المدينة أيضاً، ولكن في كافة الحالات لا بد أن يوفر المكان مجالاً للنمو الكبير للمستشفى في المستقبل بحيث تتسع لتضاعف مساحة الخدمات الطبية بالمستشفى، التي تم التخطيط لها، ويُستثنى من ذلك المستشفيات التي تقدم خدمات عالية التطور أو خدمات مكملة للمستشفيات الكائنة بالمنطقة. وبمجرد أن يقع الاختيار على الموقع أو المواقع المطابقة للمواصفات ينبغي أن يؤخذ رأي المهندس الإنشائي للتأكد من توافر الخدمات العامة بالأرض، مثل إمدادات المياه والكهرباء والغاز وإمكانية التخلص فيها من النفايات بأنواعها، مع توافر منافذ الصرف الصحي.

أما العوامل الأخرى المؤثرة على اختيار الموقع، فتتمثل في اختيار مكان جيد التهوية للحد من انتقال الأمراض المعدية، وضرورة التأكد من خلو الموقع من تلوث الهواء الناجم عن التخلص من النفايات في المصانع المجاورة وكذلك خلوه من الحشرات الناقلة للأمراض، ويشترط أن يبني المستشفى في مكان هادئ بعيداً عن مصادر الضوضاء لتوفير الجو الهادئ والصحي للمرضى، كما يجب أن يكون بعيداً عن الفيضانات والأماكن المعرضة للهزات الأرضية والزلازل والصدوع الجيولوجية أو مناجم الفحم، وينبغي عند اختيار موقع مستشفى نموذجي دراسة مدى تأثير المستشفى على المناطق المحيطة به من حيث استخدام الطاقة والتخلص من النفايات، وأن تولى اللجنة اهتماماً بالقدرة على التعاون مع السلطات بالمنطقة، ولا يفوتنا ذكر أن هذه المتطلبات قد تختلف باختلاف البلدان والأماكن والاحتياجات الصحية للسكان والميزانية المتاحة والمناخ والثقافات والبيئة.

## المرحلة الثانية: إعداد الرسم الهندسي للمبنى

عندما يتم الاستقرار على البدء في الإنشاء بعد استيفاء كافة التصاريح القانونية واعتمادها من خبراء الإحصاء البيئي يتم إعداد الرسم الهندسي للمبنى بمعرفة (هيئة أو فريق الإنشاء)، وفي بعض البلدان يتم الاستعانة ببيوت الخبرة لتصميم المستشفيات، فالمستشفى مشروع فريد لا يندرج تحت الإنشاءات العامة، بل لابد من توفر خصائص معينة في الرسم الهندسي للمبنى، وتضع ملامحه أياد خبيرة لضمان جودة المبنى، ولابد أن يتوفر لديهم الوقت الكافي المكرس لبناء هذا المشروع، لأن تصميم مباني المستشفيات بشكل خاص مهمة معمارية صعبة للغاية، إلا أنه لا يمكن الاستغناء عنها فخدماتها ضرورة قصوى للمجتمعات الإنسانية.

تتمثل المهمة الأولى للقطاع الهندسي في إعداد خطة رئيسية للموقع، بحيث تأخذ في الحسبان التطورات المستقبلية للمباني المحيطة بالمستشفى نفسه، وعند هذه المرحلة يتم تحديد الطراز العام للمباني وتقدير عدد مباني المستشفى ومداخل ومخارج كل مبنى وعلاقته بالمباني المحيطة والحركة منها وإليها، ووضع تصورات للخدمات التي سيقدمها المستشفى وعدد الأسرة، ولكن التوزيع النهائي للخدمات بالتفصيل في كل مبنى غير مشمول في هذه الخطة، ومن الهام جداً أن توضح الخطة الرئيسية تدفق الحركة الخارجية، أي انسياب وتدفق المرضى والعاملين والموردين، بالإضافة إلى الحركة الداخلية بين الأقسام والمباني وعلاقتها بعضها ببعض، ويؤخذ في الحسبان تقسيم الخدمات العلاجية الداخلية، وخدمات الفحص الداخلية والخارجية المرتبطة بخدمة طبية محددة إلى أقسام بتوزيع أفقي، ووضع النسق العام للمستشفى، بحيث تكون جميع الممرات متناسقة وصالحة لسرعة حركة أسرة المرضى وفقاً لمدى اعتماد كل قسم على الآخر، مثل ربط قسم الجراحة مع قسم العمليات، وكذلك قسم الأشعة مع قسم الأمراض الباطنية، وكذلك ينبغي مراعاة تدفق الحركة الرأسية بين الأقسام الطبية التشخيصية والعلاجية باستخدام السلالم والمصاعد، بحيث تتحرك أسرة المرضى، على سبيل المثال بالمصاعد من دور لآخر، وعند دراسة هذه المرحلة يجب وضع تصور لتكلفة رأس المال اللازم والمصاريف الأخرى في خطة شاملة.

## الشكل الجمالي والطراز المعماري للمبنى

التصميم المعماري للمشروع هو حجر الأساس لإنشاء المستشفى، حيث يحدّد تطور العمل في المشروع وعلاقته بالموقع، وتستخدم الكثير من تصاميم المباني المختلفة في جميع أنحاء العالم لإنشاء المستشفيات، وفي العصور القديمة كان القائمون على بناء المستشفيات يهتمون بالطراز المعماري للمستشفى فيبدو في وسط المباني المحيطة به وكأنه نصب تذكاري مهيب، إلا أنه مع تطور الطب في العصر الحديث اتجهت الشركات الهندسية المعنية بإنشاء المستشفيات إلى تطوير شكل المبنى ليتناسب مع تطور المجتمعات فاخترت المباني المرصعة

بالكتل الصخرية التي تعكس الأصول التاريخية، وغدت المباني مبهجة للعيون، فبعضها على شكل أبراج طيبة ذات واجهات زجاجية وناطحات سحب، وقد تأثر تصميم المستشفيات بأفكار المجتمع ومستوى التنمية والأغراض التي يصمم من أجلها كل مستشفى، ولكن لا بد أن يتوفر لشكل المستشفى "طابع جمالي يجذب الأنظار إليه"، ويكمن التحدي الأكبر في كيفية استمرار تصميم مبنى المستشفى، بحيث يبقى قادراً على التكيف مع المتغيرات في البيئة الداخلية والخارجية عبر الزمن.

### مبنى واحد أم عدة مباني؟

يفضل أن يكون المستشفى مكوناً من عدة مباني بدلاً من مبنى واحد لمنع التكدس والازدحام، بحيث يكون هناك مبنى للإدارة وآخر لقسم التقارير الطبية وللمشرفة، ومبنى تعليمي أو قاعات للمحاضرات وأحياناً مبنى للطوارئ والاستقبال، وينبغي أن يكون نمط المستشفى متوافقاً مع تخصصاتها، فعلى سبيل المثال يتم اختيار التوزيع الأفقي في مستشفيات الأمراض النفسية، بحيث تتكون من دور واحد مع وضع حواجز حديدية على الشبابيك والنوافذ، وذلك لتفادي محاولات الانتحار من الأدوار المرتفعة.

### مداخل المستشفى ومخارجها

ويلزم أن يتوافر للمستشفى عدة مداخل أساسية هي:

- **المدخل الرئيسي:** للفريق الطبي، وقد يكون مخصصاً للمرضى من الحالات غير الحرجة وزوار الأقسام الداخلية.
- **المدخل الجانبي:** ويخصّص لرواد العيادات الخارجية والخدمات الطبية المعاونة كالصيدلية والمعمل والأشعة.
- **مدخل الاستقبال والطوارئ أو الحوادث:** ويحتوي على موقف للسيارات وسيارات الإسعاف، ويتسع للدخول والانتظار.
- **المدخل الخلفي:** ويخصّص للموردين والمشتريات والمخازن وإدخال التجهيزات والمكينات الضخمة، كما تخصص مخارج ومنافذ للإخلاء وفقاً لخطة الطوارئ في حال نشوب حرائق أو زلازل أو كوارث من أي نوع.

### المرحلة الثالثة: التصميم الداخلي للمستشفى

في هذه المرحلة تبدأ اللجنة المؤسسة للمستشفى في الاستعانة بفريق الهندسة الإنشائية (المهندسون المدنيون ومهندسو الكهرباء والميكانيكا)، ويلزم الاستعانة بنحو (10 - 20) مهندساً

لتشييد مستشفى كامل بحوالي 500 سرير، على أن تبلغ تكلفة المبنى نحو (10 - 20 %) من تكلفة المشروع، ولفريق الإنشاء الحق في استشارة كل من يراه قادراً على تقديم استشارة حقيقية من قبل أعضاء هيئة التمريض ورؤساء الأقسام المختلفة بشأن إنشاء وتجهيز المستشفى.

وهكذا يبدأ الفريق في إعداد الرسم الهندسي الداخلي الذي يتضمن الوصف التفصيلي للمبنى وعدد الغرف الجاري توفيرها، وللجنة الحق في استدعاء أي عنصر آخر يكون انضمامه لازماً للمشروع، وتنبثق من هذه اللجنة لجان فرعية و مجموعات عمل على أن يتم تدوين محاضر للاجتماعات الخاصة بهذه اللجنة وتسجيلها، كما يشارك أيضاً سكان المنطقة في إبداء آرائهم وتحديد احتياجاتهم العلاجية عند إعداد مشاريع المبنى، فضلاً عن العاملين في المستشفى والجهات المسؤولة عن القطاع الصحي ودورها في تطوير القرارات المختلفة التي تسبق عملية التصميم والبناء والتشغيل.

ويمكن أن يتم إنشاء المستشفى بصورة متكاملة ونهائية فيما يُطلق عليه "تسليم المفتاح"، أو "الصفقة الشاملة" بمعنى يتم تكليف أحد بيوت الخبرة بإنشاء وتجهيز المستشفى بالكامل فيتم إعداد كراسة المواصفات لطرح مناقصة لتشييد المستشفى فقط أو إنشائها وتجهيزها معاً، إما في مناقصة محلية، أو مناقصة عالمية، كما سيرد ذكره بالتفصيل لاحقاً، ويتم تحديد تكلفة كل مرحلة والوقت اللازم لتنفيذ كل مرحلة إنشائية بمفردها، على أن تكون الفترات متشاركة ومتداخلة على جدول المهام، وكذلك تتم مناقشة الظروف السياسية والعوامل الاقتصادية والقانونية المؤثرة على كل مرحلة.

### مواصفات التصميم الداخلي للمبنى

يجب وضع الأبعاد الإنسانية بالحسبان في التصميم الداخلي لعناصر المستشفى، والسماح بالمرونة في التصميم بحيث يسهل تبديل أو تغيير استخدامه في سبيل أن يشعر المريض بالأمان والراحة النفسية، فبالنسبة إلى:

أ. توزيع الخدمات الطبية : فإنها إما مركزة وقريبة جداً من بعضها، ويتم غلق الأماكن الخالية والمخصصة للتوسع والنمو عند التنفيذ، ومن مميزات هذا النهج أن الخدمات ستكون مُدمجة، وتقلل من الوقت والجهد في الانتقال من نقطة إلى نقطة، وتساعد على تعزيز التعاون بين الأقسام ببعضها البعض، وتقلل التكلفة أيضاً في استهلاك الخدمات الأساسية، كالكهرباء والماء وغيرها، أو متناثرة على المساحة كلها، ومن مميزات هذا النوع من التوزيع أنه يسمح بالامتداد والتغيير والنمو، ولكنه يكلف المستشفى مالياً أكثر، إذ ينبغي تشغيل المرافق الأساسية اللازمة لاستخدام المساحة الإجمالية مثل (الإضاءة - التكييف - الكهرباء - المياه وغيرها)، فضلاً عن أنه يؤدي إلى صعوبة التحرك للإشراف على مختلف الأقسام، نظراً لترامي المساحة، وعادة ما تُخصّص الأدوار الأرضية للأنشطة التي لها تدفق عال، كالعيادات الخارجية والأشعة والمعامل، أما

الأنشطة منخفضة التدفق فيُخصّص لها الأدوار العليا، ويلاحظ ضرورة وضع الخدمات المتعلقة بعضها ببعض، بحيث تكون متجاورة مثل وضع غرف التوليد والجراحة بجوار الأجنحة، كما يجب أن تتوفر الرعاية المركزة بجوار الأجنحة أو على مقربة منها.

ب. توزيع الخدمات غير الطبية : كالمطبخ والمغسلة والتعقيم والمخازن وخدمات الصيانة في منطقة متطرفة موزعة على الجوانب البعيدة عن مداخل المستشفى حتى لا تعرقل سير العملية الطبية.

ج. المصاعد : فمن المعروف من الناحية الاقتصادية أنه لا بد من حصر المصاعد في مكان واحد أكثر من توزيعها على مناطق كثيرة في المبنى، فأربعة مصاعد متجاورة تؤدي نفس الخدمة التي تؤديها ثمانية مصاعد متناثرة.

د. الجدران والنوافذ : حيث أثبتت الدراسات العلمية أن استخدام الفن في المستشفى يجلب الفوائد العلاجية، وقد تم تطبيق واستخدام هذه الأفكار على نطاق واسع في البلدان الأكثر تطوراً في الولايات المتحدة وأوروبا، وذلك بهدف جعل المستشفى بيئة داعمة للمرضى والموظفين على حد سواء، حيث يتم اختيار ألوان الحوائط والجدران، وشكل الأثاث المناسب كوسيلة لراحة الموظفين وتحقيق مستويات عليا من الرضا عن الخدمة، ويحدد القسم الهندسي الألوان الداخلية للحوائط والأسقف والأرضيات، بحيث تتسم بالتناسق وتُشيع روح التفاؤل، ولا تبعث على القلق والتوتر والكآبة، وهناك قائمة بالألوان المتعارف عليها دولياً للمستشفيات، كما يجب أن تكون صالحة للتعقيم لمنع انتشار العدوى، خاصة الأرضيات التي يستلزم أن تكون مطابقة لمواصفات منع ومكافحة العدوى، ويجب أن تشرف مطلات ونوافذ المستشفى على المشاهد الجمالية، والحدائق الغناء لتحسين صحة المرضى النفسية، وتقوم بعض مستشفيات الأطفال بتجميل المبنى والجدران والحوائط بتصميمات جديدة تبهج الأطفال ورسومات للشخصيات الكرتونية المحببة لهم، والرسالة الرئيسية هي أنه ينبغي استشارة المرضى في تصميم المستشفى ليس فقط لزيادة رضا المرضى عن الخدمات المقدّمة، ولكن لتحقيق نتائج علاجية أفضل، إذ أثبتت إحدى الدراسات أن لها تأثيراً واضحاً على الشفاء، حيث ترفع من مقاومة المريض للمرض وتشعره بالألفة والهدوء.

هـ. الإضاءة : ينبغي توفير الإضاءة بشكل كاف، بحيث لا تكون خافتة أو شديدة ومبالغاً بها، ومن الأفضل استخدام الإضاءة الطبيعية بتركيب مساحات من الشبابيك، ولكن استخدام النوافذ الضخمة الزجاجية قد يكون غير مناسب للمستشفيات، ويسبب نوعاً من عدم الراحة للمرضى، كما يتم تركيب وحدات إنارة على الجدران وعند كل سرير وفوق رأس المريض بارتفاع مناسب يجعلها في متناول يده، ووحدات إنارة تشغل من قبل الممرضة لحاجات الطبيب.

و. التكييف : ينبغي الانتباه إلى اختيار نوع أو أسلوب التكييف المناسب لكل قسم من أقسام المستشفى، فهناك قسم خاص بالأمراض المعدية، وقسم للإنعاش، وغرف العمليات والحجر الصحي وغيرها، ولذلك فمن المهم استخدام وحدات تكييف مزودة بأجهزة تعقيم خاصة في العناية المركزة، وغرف الجراحة التي تستلزم وجود هواء خال من الغبار والجزيئات الدقيقة، بالإضافة إلى تزويد غرف المرضى بوحدات تكييف وضبط درجة الحرارة المناسبة.

ز. خدمات الكهرباء : حيث يجب توفير الكهرباء داخل المستشفى باستمرار لتشغيل مختلف الأجهزة المستخدمة، مثل عمل أجهزة التنفس الصناعي بالعناية المركزة والحضانات، ومراعاة تزويد المبنى بمصدر احتياطي لتوليد الكهرباء لضمان عدم تعريض حياة المرضى ذوي الحالات الحرجة للخطر في حال انقطاع التيار الكهربائي، فضلاً عن الشروط الواجب توافرها في أي مبنى لدرء أخطار الحرائق، وكذلك المواصفات الخاصة بتوفير الماء والكهرباء على مدار الساعة، ولا بد أيضاً من مراعاة ذوي الاحتياجات الخاصة عند وضع تصميم بناء المستشفى مع توافر متطلبات السلامة لحماية المرضى، والعاملين والزوار من الحوادث والإصابات.

وقد نشأت فكرة الاهتمام بسلامة المرضى منذ بداية القرن الرابع قبل الميلاد ويرجع الفضل في ذلك للعالم "أبقراط"، حيث نص القسم الطبي الذي أعده على ضرورة تحديد الطبيب لخطة علاج المريض، وفقاً لإمكانياته بحيث لا ينتهي هذا العلاج بمضاعفات طبية قد تؤثر على سلامة المريض، ثم أعيد إحياء هذه الفكرة مجدداً منذ تسعينيات القرن الماضي، وأصبح دور المستشفى الأول تفادي إحداث الأذى للمريض، فهل تصدق أن الشروط والمواصفات الواجب توافرها في مباني المستشفى من حيث الموقع والمساحة وتوزيع الأماكن الداخلية ومقاييس ومواصفات مواد البناء المستخدمة وأنظمة تكييف الهواء والإضاءة المناسبة التي ذكرت آنفاً في هذا الفصل تؤثر على سلامتك؟!

وفي دراسة فريدة من نوعها قدمها أحد الباحثين في مستشفى محلي بشمال هاواي تحت عنوان "مستشفيات بلا توتر" وجد أن بيئة المستشفى واحدة من أربعة عوامل تتحكم في شفاء المريض، أما العوامل الثلاثة الأخرى فتمثلت في "العلاج الذي يتلقاه المريض، والمريض نفسه بما يتلقاه من تثقيف صحي، والفريق الطبي القائم على علاج المريض". وكشفت الدراسة عن وجود أثر مؤكد لبيئة المستشفى في علاج المريض إذ تؤثر البيئة في وعي المريض تأثيراً قوياً، وبدأ الباحث دراسته بإلحاق العديد من التغييرات في مبنى المستشفى، فقد صمم مبنى المستشفى بحيث يتميز بالواجهات الخلابية، أما النوافذ فتطل على منظر جمالي لا يصدقه عقل، والحدائق والزهور التي تحيط بالمستشفى، وركز المبنى على استعمال أشعة الشمس لإضاءة الغرف والطرق مع عدم اللجوء للتصميم العادي للمستشفيات الذي يتميز بالطرقات الطويلة المقفرة التي تبعث على الخوف، وتثير داخل المرضى الشعور باليأس وعدم القدرة على النجاة.

وجاء التصميم الداخلي للمستشفى ليحتوي على العديد من اللوحات الفنية المعلقة على الجدران والكماليات المناسبة لكافة الثقافات والأذواق، فالعمل الفني يضفي إحساساً بالألفة والصلة بالعالم الخارجي، كما زود كل دور بصالون منزلي مريح يستطيع فيه المريض استقبال أصدقائه أو عائلته إذا رغب في ذلك، أما الأثاث داخل الغرف فاتسم بالراحة والبساطة ويمكن المريض من طلب أريكة للاسترخاء، ومساند لتلائم أفراد العائلة الذين يودون الإقامة مع المريض، كما يستطيع المريض التحكم في فتح باب غرفته وغلقه (بالريموت كنترول) لضمان خصوصيته، وجعل للمريض الحق في اختيار نوع الصابون والمعطرات المستخدمة، أما الثلجة بداخل غرفة المريض فيتم ملؤها بالأطعمة المناسبة للمريض (مثل الفنادق) مع الحرص على الإضاءة الجيدة واسعة المدى، ويتم تصميم الإضاءة داخل غرف المرضى، بحيث يقوم المريض بضبط درجة الإضاءة المناسبة له في وقت النوم وحسب راحته، وفضلاً عن ذلك توضع أجهزة التلفاز لبث البرامج والموسيقى في غرف المرضى، ويعرض على المريض كتيب لاختيار القنوات الملائمة منذ ساعة دخوله.

وخلصت الدراسة إلى أن التصميم الداخلي الغني للمبنى يساعد على شفاء المريض وزيادة رضا العاملين من الفريق الطبي وغير الطبي، أما إهمال التصميم الداخلي لخفض التكلفة فهو زعم كاذب، فالاهتمام بتصميم المبنى يساعد على سرعة شفاء المريض وانخفاض معدل دوران الموظفين وتخفيض استعمال غرف الطوارئ والإنعاش .... الأمر الذي يصبح أكثر توفيراً على المدى الطويل.

وهكذا اكتسب الدور العلاجي لتصميم المستشفى مصداقية في الآونة الأخيرة، خاصة بعد إجراء دراسة مناظرة لعدد من المرضى الذين خضعوا لاستئصال المرارة في مستشفى بإحدى الولايات الأمريكية، وقد تميز المرضى المقيمون في غرف مبهجة ذات نوافذ تطل على خضرة بإقامة أقصر في المستشفى بعد العملية، ولذلك خلصت العديد من الدراسات الأمريكية إلى أن المنظر الجمالي الذي يطل عليه المستشفى قد يساعد المريض على التعافي بشكل أسرع من بعض الأمراض ويبعث على الراحة والاستجمام.

ح . مساحة الغرف، حيث يتم حساب المساحة اللازمة لأسرة المستشفى بحيث يحاط كل سرير بنحو 6 متر مربع، فالحجرة المفردة لا بد أن تكون مساحتها 9 متر مربع، أما الحجرة ثنائية الأفراد فينبغي أن تكون مساحتها 15 متر مربع، بينما الأكثر من سريرين فيُخصَّص 6 متر مربع لكل سرير، وبعض الأنشطة الطبية التي تحتاج لمساحات أكبر، وتعادل مساحة الجناح المساحة السريرية مضمرة في 3، حيث تنقسم مساحة الجناح إلى (3/1 خدمات طبية، 3/1 خدمات التمريض، و3/1 مساحة فارغة لتدفق المرضى).

## امتداد المستشفى وتوسعته

كما ذكرنا سابقاً لابد أن يوضع في الحسبان وجود مساحات إضافية ضمن الخطة الرئيسية تسمح لكل قسم بالامتداد والتوسعة حتى لا يكون نمو أي قسم على حساب الآخر، وقد يؤدي إلى انتشار عشوائي للخدمات يشبه انتشار (الورم الخبيث)، ويعتمد القرار في ذلك على التنبؤ بمقدار التغيير، والتوسعة المتوقع حدوثها ويجب تطوير المبني، وفقاً لحساب معدلات نمو كل قسم. قامت إحدى الإحصاءات بدراسة أحد المستشفيات في أحد الأعوام السابقة، ووجد أن قسم العيادات الخارجية هو الأعلى امتداداً واتسعت خدماته اتساعاً هائلاً عن الأقسام الأخرى، ولهذا يُعطى له الأولوية في إعداد مساحات تسمح له بالتوسعة ويليه قسم الطوارئ.

ويتأثر امتداد الأقسام وتوسعتها بالمؤثرات الخارجية أيضاً، حيث،

1. قد تكون التوسعة استجابة لزيادة الطلب على الخدمات المتاحة.  
مثال، تم رصد زيادة في وقوع حوادث الطرق والمرور بسبب افتتاح طريق سريع على مقربة من المستشفى، مما أدى إلى زيادة الحالات الحرجة المنقولة له، وبالتالي فلا بد من تطوير وزيادة مساحة قسم الطوارئ ليتناسب مع زيادة الطلب على خدمات الطوارئ.  
مثال، انتشار التهاب الكبد الوبائي، مما يستلزم افتتاح وحدة علاجية خاصة بالمرضى.
2. قد تكون التوسعة استجابة للتطور التكنولوجي إذ أن أقسام الأشعة والمعمل في حاجة للامتداد المستمر، لازدياد طلب الخدمات عليها من قبل الكادر الطبي وظهور أجيال جديدة من الأجهزة الحديثة، وكذلك بالنسبة إلى قسم جراحة المناظير.  
وعادة لا توجد حاجة لزيادة الأقسام الداخلية، بل ينبغي إعادة التوزيع لاستغلال الأسرة لصالح الأقسام الأكثر إشغالاً للمرضى، ويمكن التنازل عن الاتساع في المساحة بتحسين الوظيفة، مثل استبدال أجهزة فائق الصوت الضخمة بأخرى أكثر تطوراً وأصغر حجماً مما يسهل نقلها أو إجراء جلسات العلاج الطبيعي في المنزل.

## المرحلة الرابعة : تجهيز المستشفى

وهي مرحلة هامة لتحديد كافة متطلبات المستشفى بدون زيادة أو نقص، وذلك عن طريق إعداد ملخص بالخدمات التي سيقدمها المستشفى، ويتم فيها تشكيل اللجنة العليا لتجهيز المستشفى، وتتكون من فريق مؤقت يشتمل على المسؤولين الطبيين (المدير الطبي ورؤساء الأقسام الطبية ورئيسة التمريض الخاصة بالأقسام التي سيتم تجهيزها)، بالإضافة إلى فريق الهندسة الإنشائية ومهندسي الأجهزة الطبية ومهندس ميكانيكا، ثم الممثلين الإداريين والقانونيين لتقنين كافة مراحل التجهيز الخاصة بالمشروع، وكذلك ممثلي الإدارة المالية

لحصر ومتابعة التكلفة كما سبق ذكره، وللجنة الحق في استدعاء أي عنصر آخر يكون انضمامه لازماً للمشروع وينبثق من هذه اللجنة لجان فرعية ومجموعات عمل على أن يتم تدوين محضر للاجتماعات الخاصة بهذه اللجنة وتسجيلها، ويتم في هذه المرحلة توصيف المستشفى بدقة عن طريق إعداد "كراسة الشروط والمواصفات" لكافة التجهيزات بحيث تحتوي على مواصفات الأجهزة وهي نوعان:

- تجهيزات طبية، وتشمل الأجهزة والمستلزمات الطبية، والآلات ولا بد أن تكون التجهيزات حديثة التقنية، وعادة ما تكون باهظة التكاليف لذلك يجب وضع القوانين واللوائح لضمان سلامة الأجهزة الطبية التي تشتمل على مواصفات الأجهزة عند شرائها، ومدى تطابقها مع متطلبات منع العدوى واشتراطات السلامة، وكذلك وضع خطة طوارئ مكتوبة للتعامل في حال تعطلها، وتدريب العاملين على الاستخدام الأمثل والأمن للأجهزة، وينبغي التركيز على توفير أجهزة ذات كفاءة عالية وصيانتها لضمان سرعة الاستجابة للمريض.
- تجهيزات غير طبية، وتشمل الأثاث والمفروشات والأجهزة غير الطبية من مساعد ومغسلات وثلاجات وأفران كهربائية وسيارات إسعاف وغيرها، وهنا يجب على المختصين باللجنة التركيز على أهمية اختيار الأثاث المناسب الذي تتوفر فيه الشروط اللازمة لضمان سلامة المريض، مثل الأسرة الطبية وتروليات نقل المريض والستائر المضادة للحريق والقابلة للتنظيف.

ويتم التجهيز بطريقتين إما تفويض شركة ما لتقوم بتوفير كافة التجهيزات، أي تقوم بتجهيز المستشفى كاملاً "تسليم المفتاح"، أو يقوم الفريق الطبي بتجهيز كل قسم بمفرده، ويتم طرح "كراسة الشروط والمواصفات" في مناقصات (المناقصة هي منافسة سعرية بين بائعين لتقديم أقل سعر) تتنافس فيها الشركات وبيوت الخبرة، ويتم اختيار أجود أنواع التجهيزات وأفضل الأسعار من خلال دراسة عروض الشركات. وقد تكون المناقصة محلية، أو مناقصة عالمية، كما قد يتم طرح التجهيزات في مناقصة عامة متاحة لكل فرد، أو مناقصة محدودة قاصرة على عدد معين من الشركات، وذلك إذا كان هناك حاجة ملحة إلى خبرة عالية للشركات التي لها سمعة مرموقة في هذا النطاق، كما يتم اللجوء للمناقصة المحدودة للحد من حجم العمل الكبير أمام اللجنة، وقد تتحول المناقصة إلى ممارسة، فلا تشترط حضور أصحاب العرض على مائدة العمل، وتكون الممارسة مع كل صاحب عرض على حدة لتخفيض سعر الأجهزة والمساومة في سعر وشروط التوريد.

#### ومن مميزات تفويض شركة للتجهيزات :

- أسهل للدول أو الأفراد الذين لا تتوفر لديهم الخبرة الكافية.
- سرعة الإنجاز في وقت مناسب.

### ومن عيوبها:

- زيادة التكلفة بنحو 30 % عن التكلفة الأصلية.
- تحرم الخبرة الوطنية أو أصحاب المستشفى من الاستفادة بالتجربة والخبرة.
- قد لا تكون ملائمة تماماً لفريق العمل المنفذ مما يضطره إلى إعادة التغيير والتعديل.

### ولابد أن تشتمل عقود الموردين على الشروط التالية :

- تحديد شروط وموعد التوريد.
- أن تشتمل عقود التوريد على تركيب الأجهزة.
- التشغيل التجريبي للأجهزة قبل التشغيل الفعلي.
- وينبغي أن تتضمن عقود توريد الأجهزة شروطاً لضمان الأجهزة.
- شروط ضمان الصيانة وإصلاح الأجهزة على أن يبدأ موعد الضمان من وقت التشغيل وليس من وقت التوريد.
- توفير قطع الغيار.
- إعداد تعليمات التشغيل، وتدريب العاملين على اتباع هذه التعليمات بدقة للحفاظ على سلامة الأجهزة.

ولابد أن تتفق خطة وموعد توريد الأجهزة مع خطة التشغيل التجريبي للمستشفى تفادياً لتقادم التجهيزات قبل استخدامها، أو حفظها في مخازن لفترات طويلة أو إشغال حيز ضخم، وكذلك لتقليل (تكلفة التخزين)، ويتم توريد الأجهزة الضخمة أولاً لتفادي سرقتها، ثم الأجهزة الصغرى وأخيراً المستلزمات الدقيقة على أن يتم حراستها وتأمينها ضد أي أضرار.

### المرحلة الخامسة: إعداد فريق العمل بالمستشفى

#### إعداد وتعيين الموارد البشرية اللازمة

تحتاج المستشفيات إلى عمالة كثيفة عالية الكفاءة من أجل تحقيق نتائج فعالة، ويعد تعيين وإدارة القوى العاملة من أكبر التحديات التي تواجه مدراء المستشفيات، وعلى كل مدير التأكد أولاً أن المستشفى يحتوي على مزيج مناسب من المهارات للقيام بالمهام التي يتعين الاطلاع بها، وتوجد بعض الدراسات المعنية بإدارة المستشفيات إلا أن القليل منها قد ركز على دور المستشفى في اختيار العمالة المؤهلة، وهو الأمر الذي سيجعل المستشفيات

قادرة على مواجهة تحديات كبيرة متعلقة بتقليص معدلات الدوران، وتتمثل قوة المستشفى في قوة الفريق الطبي والكثير من المستشفيات ذائعة الصيت في العالم تدين بسمعتها للطاقت الطبي ونوعية أدائه المتميز، فبالرغم من أن شكل وتصميم المبنى والتجهيزات عالية التقنية تعد من أكثر العوامل الجاذبة للمرضى، إلا أنها في حد ذاتها لن تضع المستشفى في صفوف المستشفيات عالية الجودة، فالواقع يشير إلى أن هناك مستشفيات حديثة العهد تكلفت مبالغ طائلة في الإنشاء والتجهيز، ولكنها بقيت خالية من المرضى بسبب افتقارها لفريق العاملين المؤهلين. وبمرور الوقت ستتحول المستشفيات التي تفتقر لكوادر بشرية مؤهلة، ومدربة إلى مجرد نصب تذكاري يعوزه الفكر الإداري الصائب الذي من شأنه أن يدير عجلة العمل.

### اختيار الطاقم الطبي

عند إنشاء مستشفى جديد ينبغي أن تؤخذ مسألة التوظيف جدياً في الحسبان، ويتم ذلك بحصر جميع متطلبات رعاية المريض واختيار الهيئة الطبية من الأطباء والتمريض والفنيين من ذوي الكفاءات العالية، وبأعداد كافية لتأمين القدرة على مواجهة العمل، فإذا تم اختيار الأطباء وفقاً لقواعد الجودة كان من الأسهل اختيار الفريق الطبي وغير الطبي بنفس الجودة.

ويتم اختيار الطاقم الطبي في مختلف الأقسام كفريق للعمل يحظى بالتفاهم والألفة فيما بينهم، وخاصة في التخصصات الرئيسية كالجراحة، والنساء والتوليد، والأمراض الباطنية، ويتم اختيار رئيس القسم أولاً ثم يتم تشكيل لجنة فنية مكونة من مدير المستشفى، ورئيس القسم ورئيسة التمريض لاختيار باقي فريق العمل في القسم على أن يتم تعيين الاستشاريين والاختصاصيين والنواب (المساعدين) الذين يعملون طوال الوقت بدوام كامل أو بنظام المناوبات. ولا بد أن يوضع في الحسبان صعوبة اجتذاب العمالة المدربة من المستشفيات الأخرى، وقد يتم تعيين بعض أعضاء الفريق الطبي وإرسالهم للتدريب في أماكن أخرى، أو في الخارج وتأمين العاملين الذين سيتركون عملهم الأصلي للالتحاق بالعمل في مستشفى جديد، ويتم ذلك بإعداد التوصيف الوظيفي لكل وحدة وظيفية والإعلان عن الوظائف الشاغرة على أن يُذكر في إعلان الشهادات العلمية اللازم توافرها للوظيفة والخبرات العملية اللازمة ومدتها والمهارات اللازمة لأداء هذه الوظيفة، ثم التفكير في الكيفية التي سيتم بها جذب العمالة الماهرة الجيدة من المستشفيات الأخرى وتحديد إجراءات القيام بكل وظيفة.

### تحديد حجم العمالة وتدريبها

يختلف حجم العمالة وفقاً لحجم المستشفى وحجم العمل فيه، ويستثنى من ذلك ساعات التدريس في المستشفيات التعليمية أو ساعات البحث العلمي في مراكز الأبحاث، ويجب

تحديد حجم العمالة على وجه الدقة دون الإفراط في تقدير حجم العمالة أو التقليل من شأنها، كما ينبغي الحرص على تطوير فريق العاملين بالمستشفى من ناحية التقدير المادي والمعنوي وتوفير التدريب الكافي وإتاحة فرص الترقى، فالعاملون بالمستشفى هم العملاء الداخليون الذين يسعى المستشفى لإرضائهم، وهم سفراء للمستشفى وخدماته في المجتمع بأسره، كما يقع على عاتق إدارة المستشفى القيام بتقليل حجم العمالة إذا ما تطلب الأمر وإرساء بروتوكولات العمل ووضع معايير للأداء لتحقيق اللامركزية في الخدمات.

ويجب تدريب العاملين قبل استلام العمل على أن يستمروا في التدريب طوال فترة العمل. ويشترط ألا تزيد فترة التدريب عن 20 % من وقت العمل، وإلا فلن يكتسب الموظفون المهارات اللازمة، وكلما ارتفع مستوى التدريب قل عدد العمالة، ولا بد من ضمان تدريب العمالة تدريباً جيداً والتأكد من قدراتهم على العمل بدافع كبير، وهذا يعني أن القوى العاملة في المستشفى ينبغي أن تُدار بنشاط داخل إطار استراتيجي للعمل تدريجياً نحو أهداف محددة، وتنفيذ معايير إدارة الجودة الشاملة التي تقدم الحوافز التقديرية والمادية وغيرها من الجوائز العينية للمتميزين، ولا ننسى أن مزج المهارات هو أحد قواعد التوظيف الجيد، حيث تشير الدراسات العملية إلى أن الممرضات المؤهلات يحققن نتائج أفضل في الأداء الطبي في بعض المهام التي يقوم بها الأطباء، ويرجع ذلك جزئياً إلى أنهن ينفقن المزيد من الوقت مع المرضى كما يتم أحياناً الاستعاضة عن الممرضات بمساعدات التمريض في بعض المهام البسيطة، كما يجب تدريب القوى العاملة على المشاركة في برامج التعليم المستمر مدى الحياة، وذلك لتطوير مهاراتهم ورفع مستوى الرعاية الطبية.

### قواعد التوظيف الجيد

1. مزج المهارات لتحقيق النتائج المرجوة باختيار الموظفين الأكفاء.
2. تدريب الموظفين وتنميتهم باتباع سياسة التعليم المستمر مدى الحياة.
3. الاحتفاظ بالأكفاء ومعالجة دوران الموظفين.
4. سياسات تكافؤ الفرص في التوظيف والتعيين.
5. مناخ صحي لأماكن عمل الموظفين.
6. سياسات بشأن حوادث العمل.
7. إشراك الموظفين العاملين في صنع القرارات.
8. تشجيع الموظفين على تحديد المشكلات والحلول.

وسوف تتناول الفصول القادمة كيفية تنظيم وإدارة الموارد البشرية وأنها عنصر هام من عناصر إدارة المستشفى، كما سيتم مناقشة تأثير انخفاض مستوى القوى العاملة بالمستشفى على تداعي المستشفى ككل.

## تصنيف المستشفيات الخاصة

تضع بعض الدول في الخارج وفي العالم العربي نظاماً دقيقاً لتصنيف المستشفيات عند الترخيص، أو التجديد وفقاً لمعايير، وشروط للتصنيف تضعها لجنة متخصصة حيث يتم تصنيف المستشفيات الخاصة إلى فئات محددة (فئة أ - فئة ب - فئة ج - فئة د) بناء على ثلاثة معايير رئيسية، وهي كالتالي:

- معايير متعلقة بالمبنى والتصميم.
- معايير متعلقة بالتجهيزات الطبية المتوفرة لدى المستشفى.
- معايير متعلقة بالكفاءات البشرية المتوفرة لدى المستشفى.

إن الغرض الأساسي من هذا التصنيف هو تقديم آلية علمية موضوعية للجهات الرسمية ذات العلاقة (وزارة الصحة) لتنظيم تسعير تكلفة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة، ولا تعبر درجة التصنيف عن مدى جودة وسلامة الخدمات التي تقدمها المستشفى، حيث إن ذلك يتحدد وفقاً لمدى التزامها بتطبيق معايير معتمدة للجودة الشاملة وسلامة المرضى، ويساعد هذا التصنيف المستشفيات الخاصة في تحقيق الفوائد التالية:

- **بالنسبة للمستفيد من الخدمة (المريض):** يستطيع المريض من خلال معرفته بدرجة تصنيف المستشفى اتخاذ قرارات أكثر وعياً تتعلق باختيار المستشفى الذي يرغب في تلقي العلاج به، كما يستطيع مقدماً معرفة التكلفة التقريبية التي سيتوجب عليه دفعها في حال اختياره لهذا المستشفى أو ذاك، ومن المأمول أن يزيد هذا التصنيف من مستوى الشفافية التي تقدمها المستشفيات الخاصة للمستفيدين من خدماتها، ويحمي الأخير من الخضوع لتقلبات السوق الصحي وتذبذب الأسعار.
- **بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية (المستشفيات الخاصة):** يساعد نظام التصنيف في تنظيم العلاقة بين تلك المستشفيات والمرضى، وكذلك العلاقة بينها وبين الجهات الرقابية والتشريعية الأخرى.
- **بالنسبة لشركات التأمين:** يساعد نظام التصنيف في تنظيم العلاقة بين شركات التأمين، والمستشفيات الخاصة من خلال المساهمة في وضع إطار موضوعي محدد للأسعار التي تقدمها تلك المستشفيات.
- **بالنسبة للجهات الرسمية والرقابية والمشرعة ذات العلاقة (وزارة الصحة):** يساعد نظام التصنيف في وضع تسعيرة للخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة لمرضاها ويوفر الآلية العلمية المحايدة لذلك.

## أولاً: المراجع العربية

- الجوهري، عمر، أصول الإدارة والتنظيم، دار الإشعاع للطباعة، القاهرة، عام 1985م.
- الطو، ماجد راغب، علم الإدارة العامة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، عام 1985م.
- السالم، مؤيد سعيد، نظرية المنظمة الهيكل والتصميم، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، عام 2000م.
- العميان، محمود سلمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، عام 2002م.
- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي، الطبعة الثانية، عمان الأردن، عام 1997م.
- بركات، عباس، مبادئ علم الإدارة، مكتبة الرائد العلمية، عمان، عام 2001م.
- جاد الرب، سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى دار العشري، مصر، عام 2008م.
- رشيد، قنصوة، التنظيم الإداري وتحليل النظم، الطبعة الثالثة، دار النهضة العربية، القاهرة، عام 1984م.
- عقيلي، عمر وصفي، الإدارة أصول ومفاهيم ، دار زهران، عمان، عام 1996م.
- عقيلي، عمر وصفي، المنظمة ونظرية التنظيم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، عام 1994م.
- محمد، الطعمنة - عبد العزيز، مخيمر، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، عام 2008م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Chaos and Organization in Health Care. Lee, T. H., and J. J. Mongan, MIT Press, 2009.
- Crossing the Quality Chasm. Institute of Medicine (IOM), National Academies Press, 2001.
- Designing Care. Bohmer, R. M. J. Harvard Business Press, 2009.
- Getting value for money in healthcare: can cost effectiveness improve Health? Center for Risk Analysis, Weinstein, Milton, Harvard school of Public Health, 2003.
- Hospital Planning and Administration. R. Llewelyn – Davies and Macaulay . WHO, 1996.
- Management Lessons from the Mayo Clinic. K. D. Seltman and L.L. Barry, McGraw-Hill, 2008.
- Management of hospitals and health services, Alton Johnson and Rockwell Schulz, 1992.
- The Healing of America: A Global Search for Better, Cheaper, and Fairer Health Care, Reid, T. R. The Penguin Press, New York, 2009
- The Well-Managed Healthcare Organization, White, K. R., and J. R. Griffith, 7th ed. Health Administration Press, 2011.



## الفصل الثالث

### كيف يدار المستشفى؟

"إن إدارة المستشفيات هي مجموعة من العمليات المتكاملة التي تهدف إلى تحقيق أهداف المستشفى من خلال الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة، وذلك عن طريق وضع منظومة إدارية تبدأ بالتخطيط المحكم الذي يستهدف رفع الكفاءة الإنتاجية للعاملين، والحد من الإهدار انتقالاً إلى الدوائر التنظيمية المختلفة على كافة المستويات الإدارية بالمستشفى، مروراً باستخدام مهارات الرقابة والإشراف للحفاظ على مستوى الأداء، وذلك بهدف السعي نحو اتخاذ القرارات السليمة التي تجعل المستشفى يسير نحو تحقيق أهدافه الاستراتيجية".

### مفهوم الإدارة

تعرف الإدارة بوجه عام على أنها علم، وفن إنجاز الأعمال من خلال الآخرين لتحقيق الهدف المنشود، وهكذا يتم من خلال القائمين على الإدارة العليا بالمستشفى توجيه نشاط فريق العمل بالمستشفى سواء كان طاقماً طبيياً، أو إدارياً وتنظيم جهودهم وتنسيقها لتحقيق الهدف المشترك، وهو توفير أقصى رعاية ممكنة للمرضى، بوضع منظومة للعمل، ويقصد بمنظومة العمل استخدام عناصر العمليات الإدارية الأربعة وهي، (التخطيط - التنظيم - الرقابة والإشراف - اتخاذ القرارات) لتحقيق أهداف المستشفى، كما تعنى الإدارة بمفهومها العام والشامل التدبير في استخدام الموارد المتاحة لتقديم أفضل خدمة مع خفض التكلفة إلى أدنى حد يحقق الربحية دون التضحية بجودة الخدمة المقدمة، وعدم الدفع بالمريض لتحمل تكلفة عالية وهو ما يعرف بالمعادلة الصعبة في أي مشروع أو مؤسسة خدمية كالمستشفيات، ولذلك أصبح العصر الذي نعيشه هو عصر الإدارة فلم تعد مشكلة دول العالم النامي مجرد مشكلة اقتصادية تتمثل في نقص الموارد فقط بقدر ما هي مشكلة إدارية، فالإدارة هي سر نجاح المستشفى أو فشله.

من الصعب الوصول إلى جودة عالية في خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات لأنها تعد من أعقد الخدمات، فقطاع المؤسسات الصحية مختلف ومتشعب، ولا يخضع سوى للقليل من التنميط، كما يصعب وضع مؤشرات دقيقة لقياس الخدمات بها ويأتي المستشفى على قمة خدمات القطاع الصحي فتزداد معضلة إدارته.

وبالرغم من وجود عناصر مشتركة بين جودة إدارة الخدمات الصحية والتخصصات الإدارية الأخرى، إلا أنه يوجد اختلاف أساسي وجوهري في إدارة المستشفيات يتمثل في زيادة الطلب على الخدمات الصحية، وتكلفتها العالية والتكنولوجيا المعقدة للأجهزة الطبية الحديثة وزيادة التوقعات من مستهلكي هذه الخدمات (المرضى)، وخاصة بعد توفر المعلومات حول أحدث وسائل التشخيص والعلاج على شبكة المعلومات، مما يؤدي إلى عدم رضا المرضى بشكل كاف عن جودة الخدمات المتاحة، وعلى الوجه الآخر من العملة تواجه المستشفيات صيحات عارمة لعدم رضا مقدمي الخدمات الصحية وخاصة الهيئة الطبية من أطباء وممرضين بسبب زيادة ساعات العمل والضغط المستمرة عليهم، وتدني الأجور في ظل محدودية الموارد المتاحة، فضلاً عن التقديرات الإنسانية والأخلاقية والاجتماعية والمهنية التي تضع قيوداً ومعوقات على كفاءة الأداء. كذلك لا تخضع الخدمات شأنها شأن السلع الأخرى الصحية لقانون العرض، والطلب فسيبقى الطلب على الخدمات الصحية عالية الجودة أكثر من المعروض، وستزداد الحاجة لها بزيادة التطور الحضاري، لأي مجتمع كما قد يكون في الغالب طارئاً وملحاً ولا يمكن تأجيله.

### (الجدول 3-1): يوضح الفرق بين الخدمات الصحية والمنتجات الأخرى.

المنتجات	الخدمات الصحية
محسوسة وبالتالي يمكن قياس جودتها.	غير محسوسة ويصعب قياس جودتها.
متجانسة.	ليس لها أول ولا آخر "متنوعة".
يمكن فصل الإنتاج عن الاستهلاك.	لا يمكن فصل المنتج عن الاستهلاك.
يمكن تخزينها.	لا يمكن تخزينها.
يمكن استرجاع المنتج عند وجود عيوب به.	لا يمكن استرجاعها فبمجرد تقديم العلاج يستحيل التراجع عما تم منه.
غالباً ما يكون الطلب على السلع غير طارئ، كما أن عدم تلبية الطلب في حينه لن يهدد حياة المستهلك.	قد يكون الطلب على الخدمات الصحية طارئاً وحيوياً، ومهدداً للحياة إذا لم يتم تلبية في حينه.

## منظومة العمل داخل المستشفى

وعند الشروع في وضع استراتيجيات وسياسات لإدارة المستشفى لابد من استعراض الرسم التخطيطي لمنظومة العمل، ويمكن تعريف منظومة العمل بالمستشفى على أنها العمليات الإدارية اللازمة لتحويل مدخلات المستشفى إلى مخرجات تحقق أهداف المستشفى المطلوبة.

المدخلات ← العمليات الإدارية ← المخرجات



(الشكل 1-3): منظومة العمل داخل المستشفى.

وتتمثل مخرجات المستشفى في تقديم أقصى رعاية ممكنة للمرضى في كافة أنواع المستشفيات وتحقيق أعلى ربحية في المستشفيات الاستثمارية التي تستهدف الربح، ومدخلات المستشفى فتتمثل في مدى ملائمة موقع المستشفى وتصميم المباني ومساحتها، والتجهيزات المتوفرة ومقدار توافرها مع التكنولوجيا المتاحة بها وفريق العاملين بالمستشفى، كما سبق وقمنا بشرحه في الفصل السابق، فضلاً عن الوقت المتاح لتحقيق أهداف المستشفى أو تحسين الخدمات بها، ولا يمكن إغفال أحد العوامل الرئيسية في المدخلات وهو معرفة الاعتمادات المالية والموارد البشرية المتاحة لإدارة الخدمات بالمستشفى، أما العمليات

الإدارية، فتتألف من الأعمدة الأربعة للإدارة وهي التخطيط، والتنظيم والتوجيه والرقابة، والإشراف ثم اتخاذ القرارات، وتتداخل هذه الوظائف الإدارية مع بعضها البعض، فكل منها يصب في الآخر ويؤثر فيه.

## المستشفى نظام مفتوح

لا يمكن وضع منظومة إدارية داخل المستشفى بمعزل عن البيئة الخارجية وبتغيراتها إذ ينبغي أن يُدار المستشفى بنظام مفتوح، أي يؤثر ويتأثر بالبيئة الخارجية وبالعوامل السياسية والاقتصادية والثقافية والتشريعات القانونية ووضع اعتبار للمنافسين في السوق، فالعوامل السياسية من شأنها أن تؤثر على إنتاجية المستشفى أو ربحيته أو نسب الشفاء به، لأن الاضطرابات السياسية والحروب وإغلاق الطرق على سبيل المثال قد تحد من ساعات العمل بالمستشفى، أو تزيد من صعوبة الوصول إليه، أما العوامل الاقتصادية بالدولة فقد سبق وتحدثنا أنه من الضروري أن يتناسب المستوى الاقتصادي للمنطقة السكانية المحيطة بالمستشفى مع أسعار الخدمات به، وكذلك فإن المستوى الاقتصادي يحدد نوعية الخدمات التي ينبغي أن يقدمه المستشفى، حيث لا نستطيع إنشاء مستشفى للتجميل في أحد المناطق الريفية، أو النامية التي ينخفض فيها المستوى الاقتصادي، كما يجب أن تؤخذ العوامل الثقافية في كل دولة في الحسبان، إذ لا ينبغي تقديم خدمات تنظيم الأسرة في مناطق تتعارض فيها معتقدات الناس مع فكرة تنظيم الأسرة، بل ينبغي إجراء التوعية مسبقاً، وتتأثر الخدمات المقدمة داخل المستشفيات بوجود التشريعات القانونية في الدولة بأسرها. بفرض أن أحد المستشفيات قد أجريت فيه عملية لغرس الخلايا الجذعية، بينما تمنع قوانين الدولة هذا النوع من العمليات، فماذا سيكون مصيره؟

## إدارة العمليات الإدارية بالمستشفى هي سر نجاحه

قام عالم الإدارة دونابيديان (Donabedian) بتعديل مخطط مكونات منظومة الرعاية الصحية، وأكد أنه يشتمل على ثلاثة عناصر، وأطلق على المدخلات لفظ (الهيكل)، وهو العنصر الأول ثم العمليات الإدارية وهي العنصر الثاني، أما العنصر الثالث، فهو المخرجات وأطلق عليها مصطلح (النتائج النهائية).

وقد رأى دونابيديان أن العلاقة بين هيكل المستشفى والعمليات التي تجرى به ونتائج المستشفى هي علاقة سببية، لأن بدون هيكل صحيحة للمستشفى من (موقع ومساحة وتصميم مبنى وقوى عاملة وتجهيزات وتكنولوجيا وموارد مادية ووقت متاح) لا يمكن إرساء منظومة إدارية صحيحة تضمن حسن الأداء (بالتخطيط والتنظيم والرقابة والإشراف واتخاذ

القرارات)، مما يتعذر معه تحقيق النتائج المرجوة للمستشفى المتمثلة في تقديم رعاية صحية بجودة عالية الدرجة للمريض، وضمان تحقيق الربح في المستشفيات الاستثمارية، وأكد دونابيديان على ضرورة الاهتمام بهيكله المستشفى على أنها أساس لإدارة العمليات به، ولكن تطويره والمبالغة في تنسيق الشكل الخارجي، وإضافة الأثاث الفاخر والديكورات لن يسهم كثيراً في تحقيق الأهداف العامة للمستشفى (15% فقط)، بينما الاهتمام بالعمليات الإدارية يسهم بمعدلات هائلة في تغيير عائدات المستشفى التي قد تتجاوز 85%.



(الشكل 2-3): عناصر منظومة العمل بالمستشفى وفقاً لدونابيديان.

ومن هنا تأكد لنا أهمية العمليات الإدارية داخل المستشفى وأثرها العظيم على تحسين الأداء، ولذلك كان لزاماً علينا أن نولي جل اهتمامنا للأعمدة الأربعة الأساسية في نظم إدارة المستشفيات وهي:

- التخطيط.
- التنظيم.
- الرقابة والإشراف والتقويم.
- القيادة واتخاذ القرارات.

## أولاً : التخطيط في المستشفيات

يعرف التخطيط بأنه عملية محدّدة علمية، ومستمرة ذات أهداف واضحة تستشرف المستقبل عن طريق تحليل ودراسة إمكانات المستشفى الحالية، وتقييم فعالية النظم المستخدمة واختيار البديل الأفضل لتحقيق رسالة المستشفى وأهدافه طويلة المدى. ويتم من خلال هذه العملية وضع السياسات والإجراءات اللازمة لتنفيذ الأنشطة داخل المستشفى.

ويُعد التخطيط من أكثر الوظائف الإدارية أهمية وتعقيداً داخل المستشفى إذ يعتمد على استقراء الماضي (تاريخ المستشفى أو المستشفيات المنافسة)، ودراسة الحاضر (الوضع الراهن للمستشفى للتنبؤ بالمستقبل)، كما ينتهي إلى اتخاذ القرارات الصحيحة التي يتم ترجمتها لمشاريع وخدمات جديدة يقدمها المستشفى لحيز التنفيذ، وتتمثل أهمية التخطيط فيما يلي:

- يحدد ويوضح أهداف المنظمة.
  - يقلل من اتخاذ القرارات الخاطئة أو الشخصية، حيث يساعد على التنسيق بين الأعمال بروح الجماعة والتعاون.
  - يضمن الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية.
  - يُعد الأساس لقياس مدى نجاح المنظمة في التطبيق.
  - يوفر الأمن النفسي للعاملين.
  - هو الأساس لبقية الوظائف الإدارية الأخرى.
- وتستخدم المنظمات أنواعاً مختلفة من التخطيط وفقاً لأغراضها المختلفة، ويمكن تصنيف التخطيط وفقاً لذلك على ضوء عدة معايير أهمها:

### (أ) التخطيط حسب مدى تأثيره، ويشمل:

#### التخطيط الاستراتيجي

وهو التخطيط الذي تقوم به الإدارة العليا، ويهتم بالشؤون العامة للمنظمة ككل، ويتم تنفيذه في فترة زمنية بعيدة المدى ويحدث تغييراً نوعياً في المستشفى ومن أمثلته، التخطيط لإضافة خدمة جديدة يقدمها المستشفى كافتتاح قسم لزراعة الكلى.

واشتق لفظ (الاستراتيجية) من أصل يوناني، وهي كلمة تشير إلى فن إدارة الجيش، واستمر استخدامها في النطاق العسكري عبر قرون طويلة، وتعني "استعمال القوى المتاحة على النطاق الأوسع"، وتم استعارتها والاصطلاح بها في العلوم الإدارية وإدارة المستشفيات

للدلالة على التخطيط طويل الأجل، ويمكن تعريف الاستراتيجية في مجال المستشفيات على أنها وضع الأهداف والغايات وصياغة الطرق والوسائل لتحقيق هذه الغايات على أرض الواقع، ويُعد التخطيط الاستراتيجي سر نجاح المستشفيات، إذ يقوم بترجمة الغايات البعيدة إلى برامج عمل وأنشطة قابلة للتنفيذ داخل المستشفى، كما أنه يساعد في اتخاذ القرارات الصائبة بمشاركة فريق العمل وبما يتفق مع رسالة المستشفى وأهدافه وما يتلاءم مع موارده والتكنولوجيا المتاحة به، ويتميز التخطيط الاستراتيجي عن غيره من أنواع التخطيط الأخرى بأنه أداة إدارية مرنة، إذ يمكن للمستشفى القيام بتعديل أولوياته، أو تغيير أهدافه من فترة لأخرى وفقا للضغوط الداخلية والخارجية التي قد يتعرض لها، وسيتم مناقشة إدارة التغيير في المستشفيات بالتفصيل لاحقا.

### التخطيط التكتيكي

وتمارسه الإدارة الوسطى والعليا، ويتم تنفيذه في فترة زمنية متوسطة المدى، حيث يُوضع لمساندة وتنفيذ الأنشطة المحددة في التخطيط الاستراتيجي، ومن أمثلته التخطيط لتقدير حجم العمل والخدمات الطبية مثل تقسيم الخدمات الطبية إلى أقسام متخصصة.

### التخطيط التشغيلي

وتمارسه الإدارة الوسطى ويتم تنفيذه في فترة زمنية متوسطة المدى، ويوضح عادة خطوات التخطيط التكتيكي التي سيتم إدخالها حيز التنفيذ، ومن أمثلته، تحديد احتياجات أحد الأقسام الطبية، مثل قسم الأنف والأذن والحنجرة من الأجهزة والعمالة والخبرات اللازمة.

### (ب) التخطيط حسب المدى الزمني

1. **التخطيط طويل الأجل:** وهو الذي يغطي فترة زمنية طويلة، تصل إلى خمس سنوات فما فوق.
2. **التخطيط متوسط الأجل:** وهو التخطيط الذي يغطي فترة زمنية ليست طويلة ولا قصيرة.. ويغطي في الغالب فترة تزيد عن سنة وتقل عن خمس سنوات.
3. **التخطيط قصير الأجل:** وهو التخطيط الذي يغطي فترة زمنية تقل عن السنة.

### (ج) التخطيط حسب الوظيفة

1. **تخطيط الإنتاج:** ويركز على الإعداد المسبق والتنبؤ بالخطوات المتعلقة بتقديم الخدمة، مثل توقع تدفق المرضى، وكيفية استقبالهم، وخطوات الفحص الطبي وكيفية إدخال المريض المستشفى.

2. تخطيط التسويق: ويركز على التسويق الطبي، مثل تقييم جودة الخدمات الطبية والخدمات المتميزة في المستشفى التي يمكن أن تمثل عوامل جذب للمرضى.
3. التخطيط المالي: ويركز على القضايا المتعلقة بالجوانب المالية، مثل، التخطيط للتمويل المالي، وكيفية إنفاقه والميزانيات التقديرية.
4. تخطيط القوى العاملة: ويخطط لكل ما يتعلق بالقوى العاملة، مثل، الاحتياجات، وطرق الاستقطاب، ووسائل التدريب، والتطوير لمعرفة الاحتياجات المستقبلية من القوى البشرية.. إلخ.
5. التخطيط للشراء والتخزين: ويركز على تخطيط الشراء والتخزين من حيث الحجم الاقتصادي للشراء والتخزين، وظروف التخزين.

### عناصر التخطيط

- الإعداد العام لعملية التخطيط بجمع المعلومات اللازمة.
- تحليل العوامل البيئية الخارجية والداخلية للمستشفى باستخدام تحليل (SWOT) (مواطن القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات)، أو إجراء تحليل الثغرات.
- تحديد أهداف المستشفى ورسالته.
- دراسة الخيارات الاستراتيجية المتاحة لتحقيق أهداف المستشفى.
- تحديد السياسات التي ستنهجها المستشفى والمشاريع التي سيتم تنفيذها باختيار أفضل البدائل.
- ترجمة خطة العمل إلى برامج تنفيذية باستخدام مخطط جانت (Ghantt Chart).

### الخطوة الأولى: الإعداد العام للتخطيط

يتم الإعداد لعملية التخطيط بجمع المعلومات اللازمة قبل الشروع في وضع السياسات العامة للمستشفى بتشكيل فريق عمل من المتخصصين ليقوموا بجمع المعلومات اللازمة عن الخدمات الصحية اللازم تنفيذها، ودراسة العوامل المحيطة بالمستشفى سواء كانت عوامل ديموجرافية أو اجتماعية أو سياسية أو اقتصادية (مستويات الدخل)، وكذلك دراسة السوق والمعلومات المتعلقة بالخدمات المناظرة في المستشفيات المنافسة فضلاً عن مراجعة طلبات المرضى واقتراحاتهم بشأن تلك الخدمات عن طريق توزيع استبيانات أو عقد الندوات.

### الخطوة الثانية: تحليل العوامل البيئية المحيطة

ثم يبدأ الفريق بإجراء تحليل لعناصر البيئة الداخلية والخارجية باستخدام تحليل (SWOT) الذي سبق استخدامه للاستفسار عن جدوى إنشاء المستشفى، وتحديد مواطن القوة والضعف والفرص المتاحة والتهديدات، أو إجراء تحليل الثغرات لهذه العناصر.

وقد يتم تحديد مواطن القوة بالإجابة على السؤال التالي: ما الخدمات المميزة التي يستطيع المستشفى تقديمها في المنطقة؟ وما العوامل التي تضمن له هذا التميز؟ وعند تعيين مواطن الضعف، فعلى فريق التخطيط أن يتساءل عن المعوقات أمام تنفيذ الخدمة، وكيف يمكن اتخاذ إجراءات تصحيحية للتغلب على هذه المعوقات، أما الفرص المتاحة، فيجب أن تتم دراسة الخدمات الضعيفة في المستشفيات المنافسة، وحاجة المنطقة لتقديم خدمات صحية بجودة معينة والتقنيات الحديثة المتوفرة. وأخيراً يتم استعراض المهددات من ناحية الأوضاع السياسية واللوائح والقوانين الصحية المنظمة للمستشفيات، ومدى تلاؤم الخدمة مع عادات الناس وتقاليدهم، وقد يتم وضع هذه المعلومات التي تم جمعها في مصفوفة لتوضيح العلاقة بين الفرص والتهديدات ومواطن القوة والضعف في المستشفى، ويتضح من المصفوفة أن هناك أربعة بدائل هي:

- وجود تهديد خارجي وضعف داخلي لأية خدمة صحية، وهذا الموقف يعمل المستشفى على تجنبه.
- وجود ضعف داخلي وفرص خارجية، وتتمثل الاستراتيجية اللازم اتباعها هنا بتقليل الضعف وتعظيم و انتهاز الفرص.
- وجود تهديدات خارجية وقوة داخلية، وتعتمد الاستراتيجية على تعظيم القوة وتقليل التهديد.
- وجود قوة داخلية وفرص مؤاتية وهنا يمكن للمستشفى استخدام القوة التي لديه لاقتناص الفرص وتسويق خدماته. وتأخذ الشكل التالي:

العوامل الداخلية	قائمة بمواطن القوة الداخلية	قائمة بمواطن الضعف الداخلية
العوامل الخارجية	قائمة بالفرص الخارجية	قائمة بالتهديدات الخارجية

(الشكل 3-3): مصفوفة التهديدات والفرص ومواطن الضعف والقوة لتحليل (SWOT).

ومن هنا نجد أن هذا التحليل (SWOT)، هو أداة لمعرفة مدى قوتك وما يتعين عليك فعله، ويساعد المستشفيات على تقييم مكانتها والخدمات المزعم تقديمها بين المستشفيات المنافسة.

أما تحليل الثغرات يتم فيه مقارنة الوضع الراهن للمستشفى بالوضع المنشود وتحديد الخطوات الانتقالية اللازم اتخاذها للوصول إلى الوضع الجديد الأفضل.



(الشكل 3-4): تحليل الثغرات أثناء التخطيط.

### الخطوة الثالثة: تحديد أهداف المستشفى ورسالته ورؤيته

ثم تبدأ الخطوة الثالثة من عملية التخطيط الإداري بتحديد رؤية المستشفى ورسالته، والأهداف التي يلزم تحقيقها وهو أمر شديد الأهمية، إذ لا بد أن ترتبط كافة الخدمات التي ستتم داخل المستشفى بهذه الرسالة، فالرؤية هي حلم المستشفى الذي يرنو لتحقيقه في المستقبل البعيد داخل المجتمع، حيث يتم تطوير خدماته بشكل مستمر لمواكبة التطورات المتسارعة في مجال الطب، ودعمه بالكوادر الطبية المؤهلة في سبيل أن يكون الأفضل في القطر أو المنطقة العربية على سبيل المثال.

ويستمد المستشفى رسالته من حدود علاقته مع البيئة، سواء أكان ذلك على الأمد القصير أو الطويل، وتتضمن رسالة المستشفى وصفاً لأغراض ووظائف المستشفى واتجاهاته، وسبب تواجده الحقيقي على أرض الواقع، وملخص الخدمات التي يُعنى بها ويقدمها للمرضى، ويعتمد في ذلك على مجموعة القيم والمبادئ الإنسانية عند أداء العمل، مثل الإخلاص والأمانة والتفاني بالعمل والاهتمام بأسر المرضى.

وتُترجم رؤية المستشفى والقيم التي تغمره ورسالته إلى أهداف عامة وأهداف واضحة، ومحددة لا بد من إنجازها في فترات زمنية محددة، وينبغي أن تكون الأهداف خاضعة للعناصر التالية تُعرف بالمختصر SMART (تبعاً للحروف الإنجليزية الأولى):

### (الجدول 3-2): تحقيق الأهداف وفق مخطط (S.M.A.R.T).

الأهداف	Goals
محددة	S Specific
قابلة للقياس	M Measurable
قابلة للتحقق	A Attainable
واقعية	R Realistic
في فترة زمنية محددة	T Time frame

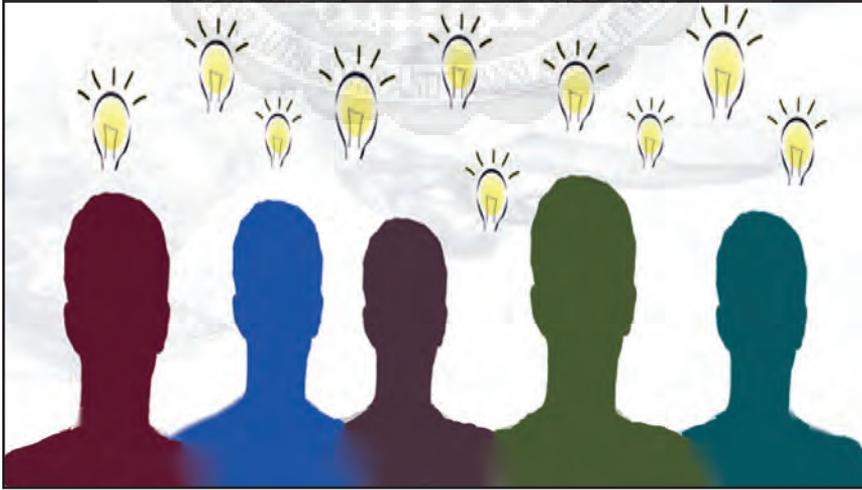
- محددة وواضحة: وغير مجهولة أو مضمغة وكلما كانت أهداف المستشفى مشتركة وواضحة، ومعلنة لكافة العاملين بدءاً من مدير المستشفى حتى أصغر العاملين بها كلما كان الجميع قادرين على تحقيق هذا الهدف، لأن عدم وضوح الهدف يؤدي إلى أداء مشتبك يسعى فيه كل فرد إلى هدفه الخاص وأحلامه الشخصية بعيداً عن الحلم المشترك الواضح للمستشفى، مما يؤدي إلى عجز المستشفى لاحقاً عن الوصول للأهداف المطلوبة.
- قابلة للقياس: فأى شيء لا يمكن قياسه يظل هلامياً، ولا يمكن تحسينه وتطويره على وجه الدقة، وقياس المستشفيات تقدمها نحو تحقيق الأهداف من خلال مؤشرات تقوم بقياس تحولها نحو الهدف كمّاً ونوعاً، ومثال على ذلك القيام بالقياس الكمي لأرباح المستشفى السنوية ومعدلات تردد المرضى ونسبة الإشغال بالمستشفى. وهو ما سيرد ذكره لاحقاً في الفصل الخامس تحت عنوان "إحصاءات تشغيل المستشفيات"، كما يُرصد تطورها نوعياً عن طريق قياس معدلات رضا المرضى عن الخدمة (العملاء الخارجيين)، أو معدلات رضا العاملين (العملاء الداخليين) عن إدارة المستشفى، وكلما نجح المستشفى في رصد سعيه نحو تحقيق الأهداف رسداً حقيقياً (بقياس مؤشرات العائد، ومؤشرات الأداء، كلما استطاع مراقبة تحقيق أهدافه وضمان الوصول إليه بشكل أسرع.
- قابلة للتحقيق: ولا تكون أهدافاً مستحيلة بالنسبة لمدخلات المستشفى والميزانية المخصصة لإدارتها، فمشوار الألف ميل يبدأ بخطوة لكنها خطوة يمكن القيام بها.
- حقيقية: فربما تضع بعض المستشفيات أهدافاً خيالية لا يمكن بلوغها ولا بد أن تنبع هذه الأهداف من دراسة مدخلات المستشفى دراسة حقيقية، فمثلاً عند التخطيط لنمو وتطوير أية خدمة، أو إضافة خدمة جديدة لابد من تأكد توافر مدخلات الخدمة الإضافية أو الجديدة .
- في إطار زمني محدد: حيث يلعب الزمن عاملاً حيوياً في تحديد الأهداف، فقد تتقدم بعض الأهداف بمرور الزمن، إذ تلعب التكنولوجيا دوراً رئيسياً الآن في الخدمات الصحية، فمثلاً: وضعت الأقسام الجراحية أهدافاً محددة تتمثل في ضرورة إجراء عدد من جراحات القلب المفتوح بدون تحديد فترة زمنية. ولكن تطور التكنولوجيا العلاجية في غضون فترة قصيرة أدى إلى استخدام القثاطر والدعامات القلبية لتحل محل الجراحات، وبالتالي لابد من تعديل الأهداف، وهكذا لابد أن يرتبط تحقيق كل هدف بفترة زمنية محددة، لضمان تحديد الأهداف العامة والشاملة للمستشفى.

## الخطوة الرابعة: دراسة الاستراتيجيات المتاحة

على ضوء تحديد الهدف يتم تحديد الخيارات الاستراتيجية المختلفة المتاحة لاختيار الاستراتيجية المناسبة لتحقيق أهداف المستشفى ورسالتها ووضع النظم التشغيلية والإدارية التي تؤدي لتحقيق هذه الأهداف، وبعد وضع عدد البدائل التي يسعى المستشفى من خلالها إلى تحقيق الهدف يبدأ تقييم وتحليل كل بديل من خلال معرفة وتحديد مدى قدرة كل بديل على تحقيق الهدف، وكلما كان البديل أقرب إلى تحقيق الهدف النهائي، كان مرغوباً به أكثر، ومن أهم الطرق المستخدمة في تحليل البدائل وأكثرها قوة وشيوعاً ما يلي:

### طريقة العصف الذهني

وهي طريقة للتحديد السريع للبديل الأفضل، ويتم ذلك من خلال اختيار مجموعة من أصحاب الخبرة (من 4 إلى 15 شخصاً) للاجتماع في غرفة واحدة ويقوم أحد أعضاء المجموعة بعمل المنسق، حيث يعلن عن الهدف من جلسة العصف الذهني، ويستعرض البدائل المختلفة ويوضح بشكل عام القواعد المتبعة أثناء الجلسة، بينما يشارك باقي الأفراد بإطلاق العديد من الأفكار بسرعة ويقوم المنسق بالتأكد من أن كل عضو من أفراد المجموعة يجد فرصته في المشاركة، ويعتمد طريقة العصف الذهني على مبادئ الحرية في طرح وعرض الأفكار دون نقد، ثم تُفحص كافة الأفكار ويُحذف المكرر منها، ويتم رصد الحلول البديلة، كما يتم مناقشة وتحليل هذه البدائل للوصول إلى أفضل الحلول.



(الشكل 3-5): طريقة العصف الذهني.

## طريقة دلفي (Delphi Method)

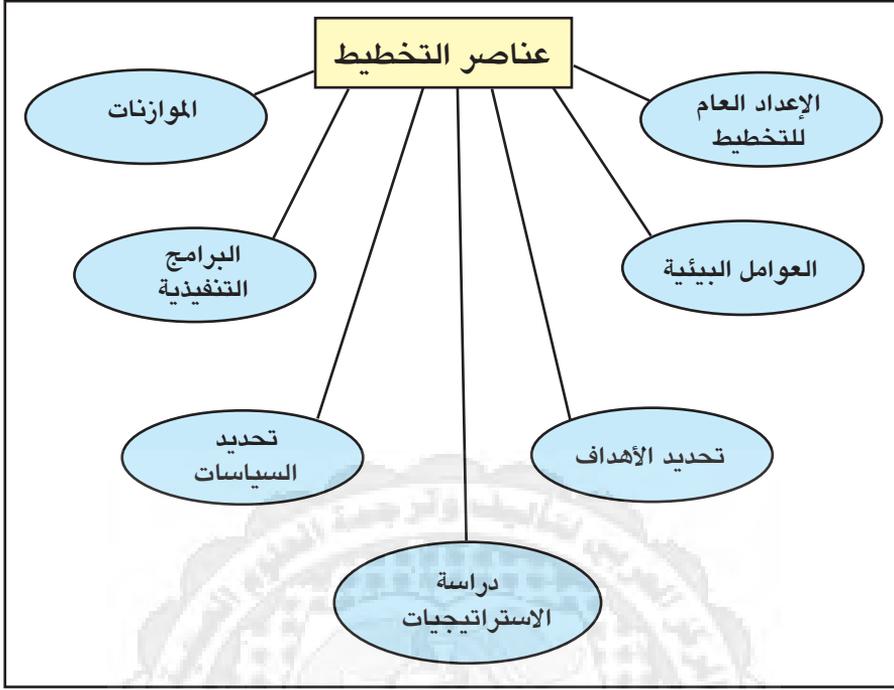
ويعود اسم هذه الطريقة إلى معبد دلفي اليوناني الذي كان يتردد عليه الناس لاستجلاب المعلومات المتعلقة بالمستقبل، وتقوم فكرة هذه الطريقة على أن نتائج تفكير الجماعة أفضل من نتائج التفكير الفردي، أما خطواتها فتبدأ أولاً بتحديد المشكلة، أو السياسة التي يُبتغى استطلاع الرأي حول إمكانية تنفيذها، ثم يتم إشراك مجموعة من الخبراء وأصحاب الاختصاص من ذوي الرأي دون الحاجة إلى الاجتماع أو المواجهة فيما بينهم، وكلما تنوعت الخبرات كان ذلك أفضل، ثم يتم تصميم قائمة بأسئلة تحتوي على استفسارات حول بدائل الحل، وتأثيرات الحل وتوزيع القائمة على الخبراء كل على حدة طلباً لرأيهم، ويتم تحليل الإجابات واختصارها وتجميعها في مجموعات متشابهة، وكتابة ذلك في شكل تقرير مختصر عن أسلوب حل المشكلة بالتفصيل من قبل المنسق، ثم ترسل التقارير مرة أخرى للخبراء لمعرفة ردود أفعالهم، وإعادة التقارير للمنسق للتوصل إلى القرار النهائي، ويتم تقييم الحلول والسياسات بدراسة مدى الحاجة إلى توفير المهارات والموارد البشرية والمادية في كل منها، مع مراعاة البيئة والقيم والمفاهيم الشخصية، بالإضافة إلى مستوى قبول القرار، والتكلفة، والمخاطر المحدقة بكل بديل لتحديد مدى ملاءمته.

### الخطوة الخامسة: تحديد السياسات التي سينتهجها المستشفى

بعد الانتهاء من الخطوة الرابعة المتمثلة في تقييم البدائل يبدأ المستشفى في مرحلة الاختيار أي، تحديد البديل الأفضل، ويتم ترتيب جميع البدائل بإجراء مقارنة عامة لمميزات وعيوب البدائل المطروحة مع مراعاة ظروف العمل وإمكانية التطبيق في الواقع. وفي هذه الحالة تختار المنظمة البديل الذي يحقق أهدافها، وينسجم مع سياساتها وتكون نسبة المخاطرة فيه قليلة، كما يتم اختيار البديل الأقل تكلفة والأكثر فعالية، والأعلى قبولاً من العاملين بها. ولا بد أن يحرص القائمون بالمستشفى على اختيار السياسات بالإجماع، وإشراك العاملين في المستشفى بعملية التخطيط.

### الخطوة السادسة: تتم ترجمة خطة العمل إلى برامج تنفيذية

وعند نهاية خطة العمل يتم وضعها قيد التنفيذ بتحويلها إلى: سياسات وإجراءات وقواعد وبرامج وميزانيات يجب الالتزام بها، حيث بدونها لا يمكن ضمان حسن التنفيذ، ويتم تقسيم التنفيذ إلى مراحل زمنية باستخدام مخطط جانث (Ghant Chart) على أن يتم متابعة تنفيذ الخطة، وتقييم نتائجها وملاحظة مؤشرات النجاح وال فشل.



(الشكل 3-6): مخطط يلخص عناصر التخطيط في المستشفيات.

### معايير التخطيط داخل المستشفيات

- **الواقعية:** إعداد الخطة وفقاً للإمكانات المتاحة.
- **الشمولية:** شاملة لجميع الأنشطة والمستويات والتخصصات (طبية، تمريضية، إدارية وهندسية).
- **الالتزام:** فعلى جميع العاملين بالمستشفى الالتزام بتنفيذ الخطة الموضوعة.
- **المرونة:** أي، قابلية تحديث الخطة وتعديلها وفقاً للمستجدات في المتغيرات البيئية المستقبلية.
- **الاستمرارية:** فعملية التخطيط لا تنتهي بمجرد وضع الخطة وتحديد الأهداف، فهي عملية مستمرة قابلة للتعديل والتطوير.
- **التكامل:** يجب أن يكون هناك تكامل ما بين الخطط قصيرة المدى، والأهداف الاستراتيجية للمستشفى.

## ثانياً: تنظيم المستشفيات

### مفهوم التنظيم

يعد التنظيم الوظيفية الثانية من الوظائف الإدارية التي تساعد على تحقيق أهداف المستشفى، ويعمل المستشفى على تقديم خدمات تتسم - إلى حد كبير - بطبيعتها العاجلة والتخصصية، مما يتطلب وجود نظام محكم وتوزيع محدد للأدوار، ولا يمكن تصور إتمام تأدية هذه الخدمات بالجودة المناسبة دون تضافر جهود العاملين وتعاونهم كل في مجال اختصاصه، ولا تتجلى أهمية التنظيم في وضع نظام عام للمستشفى فحسب، بل وفي إرسائه داخل الأقسام أيضاً، حيث يتحتم تنظيم جهود العاملين في هذه الوحدات لتحقيق تقدم المستشفى مما يؤدي إلى تحقيق أهدافه الشاملة.

ويُعرف التنظيم على أنه: مجموعة من العمليات الإدارية التي يتم بموجبها تصميم إطار، أو هو كل يتم من خلاله ترتيب جهود فريق العمل بالمستشفى، وتنسيقه، وتوجيهه لتحقيق أهداف المستشفى، وذلك عن طريق جمع الوظائف والمهام المتشابهة (كالوظائف الطبية والمالية والإدارية) معاً في إدارات وأقسام ومجالس ولجان وتعيين الأفراد المكلفين بتنفيذ هذه الأنشطة وتحديد العلاقات فيما بينهم من حيث السلطات والمسؤوليات والصلاحيات.

### أهداف التنظيم بالمستشفيات

لا تختلف أهداف التنظيم بالمستشفيات عن غيرها من المؤسسات الخدمية الأخرى، فكلها ترمي إلى تنفيذ الخطط الموضوعة بأقصى كفاءة ممكنة، ومن أهم هذه الأهداف:

- تحديد السياسات والإجراءات في كل قسم من أقسام المستشفى.
- تحديد سلطات ومسؤوليات العاملين بالمستشفى بشكل واضح ودقيق، مما يؤدي إلى إمكانية تحديد المسؤول عن أي قصور بسهولة ويسر.
- إيجاد الوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل بالمستشفى بالشكل الذي تتحدد فيه المهام والواجبات المناطة بكل من هذه الوحدات بصورة محددة وواضحة ودقيقة.
- التنسيق بين أنشطة الوحدات التنظيمية المختلفة من خلال تحديد علاقة بعضها ببعض الآخر، ودعم خطوط الاتصال فيما بينها.
- القدرة على الاستجابة لما يطرأ على المستشفى من تغيرات، وذلك بتوفير ما تستلزمه مواجهة تلك المتغيرات بتطوير الأعمال والأنشطة ومهارات العاملين، أو إدخال تكنولوجيا حديثة للتكيف مع الظروف والمستجدات ومواكبة التقدم الطبي والعلمي والتقني، وسوف يتم لاحقاً مناقشة إدارة التغيير بالمستشفيات.

## فوائد التنظيم

- يخلق التنظيم تنسيقاً واضحاً بين الأعمال.
- توزيع الأعمال والأنشطة بشكل عملي.
- يقضي التنظيم على الازدواجية في الاختصاصات.
- يحدد التنظيم العلاقات بين العاملين بشكل واضح.
- تفادي ما قد يطرأ من صراعات تنظيمية على السلطة بين الجهازين الإداري والطبي.

ويبدأ التنظيم بتقسيم المستويات الإدارية بالمستشفيات إلى ثلاثة مستويات:

**1. الإدارة العليا:** وهي المسؤولة عن وضع السياسات واتخاذ القرارات الخاصة بالمستشفى، وتتعاظم مسؤوليتها لتشمل كافة أنشطة المستشفى وخدماته، وتشتمل الإدارة العليا بالمستشفى على مجلس إدارة المستشفى والمدير التنفيذي ورئيس الجهاز الطبي ومساعديه، ورئيس الجهاز الإداري ومساعديه، وسيتم شرح مهام الإدارة العليا بالتفصيل لما لها من أهمية كبرى في إدارة المستشفيات.

**2. الإدارة الوسطى:** وهي تتكون من المديرين المتخصصين التابعين للجهازين الطبي، والإداري بالمستشفى كرؤساء أقسام الباطنة، الجراحة، الأطفال، أمراض النساء والتوليد، الصحة النفسية، العيون، الأنف والأذن والحنجرة، والأمراض الجلدية إلى جانب رؤساء الأقسام المعنية بالشؤون الإدارية، وخدمات التمريض، الخدمات الطبية المساعدة، والخدمات العامة، وتقتصر مسؤوليتها على إدارة الأقسام الفرعية من كل قسم وتنحصر أنشطتها بشكل عام في تقدير احتياجات الوحدات والأقسام من قوى عاملة، وأجهزة ومستلزمات بحيث ترفعها للإدارة العليا لدراستها واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها.

**3. الإدارة الإشرافية:** فتنحصر مسؤوليتها في إدارة الخدمات الصغيرة بالمستشفى مثل (رئيسة تمريض الفترة المسائية أو مشرفة التمريض).

وتختلف مستويات الإدارة الثلاثة من حيث الأعباء والمسؤوليات، ولكن من الجدير بالذكر أنه يتطلب من أي مدير التمتع بالمهارات التالية:

- **المهام الإدارية:** هي علم وفن الإدارة ويلزم توافرها في كافة المديرين الصحيين في كافة المستويات الإدارية.
- **المهارات الإنسانية:** وتشمل القدرة على التعامل مع العنصر البشري والمرؤوسين، ودفعهم وتوجيههم وتحفيزهم وقيادتهم وتنمية انتمائهم وإخلاصهم للمستشفى، وهي مطلوبة بشكل متساوٍ من المديرين في جميع المستويات الإدارية

- **المهارات الفكرية:** كالقدرة على الرؤية الشمولية للمستشفى ككل، مع القدرة على ابتكار الحلول الإبداعية والتفاعل مع المتغيرات والمواقف وهذه المهارة مطلوبة أكثر في الإدارة العليا، وتزداد حاجة المدير إليها كلما ارتقى مركزه الإداري.
- **المهارات الفنية:** وتعني القدرة على الارتفاع بكفاءة أداء الرؤوسين وتوافر مهارات الإشراف والمتابعة، وهي مطلوبة أكثر في المستويات الإدارية الدنيا، ويحتاجها كل مدير وخاصة من الإدارة التشغيلية (الإشرافية).

## الإدارة العليا

### أولاً: مجلس إدارة المستشفى أو (مجلس الأمناء)

إن مجلس إدارة المستشفى هو السلطة العليا في المستشفى، وهو المسؤول عن وضع السياسات والاستراتيجيات الخاصة بإدارة المستشفى التي تنظم سير العمل، وهو مسؤول مسؤولية كاملة عن كافة الخدمات التي يقدمها المستشفى .

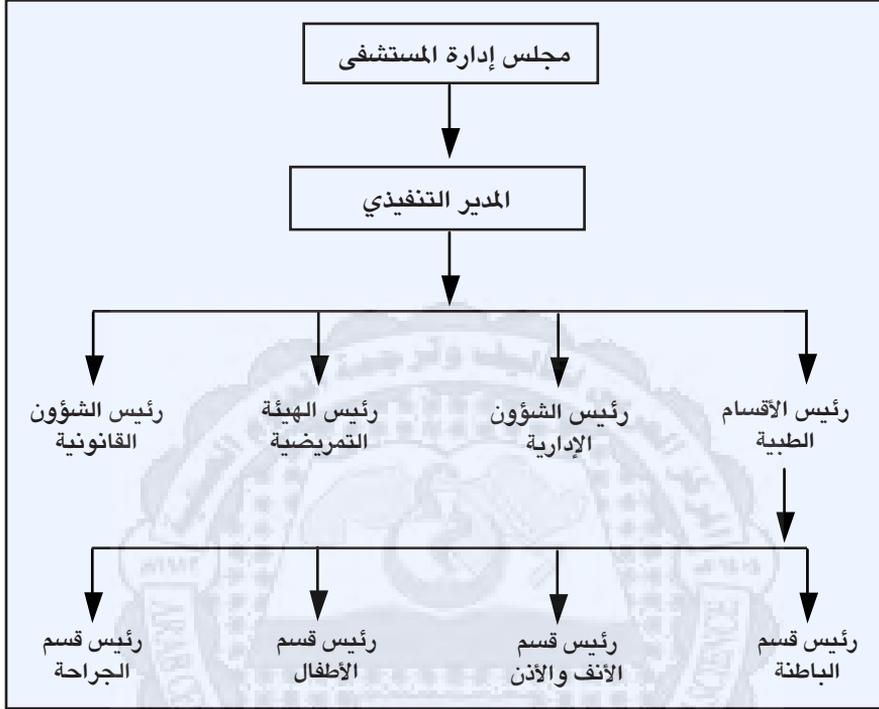
ويتكون مجلس الإدارة عادة من المساهمين بالمستشفى والمدير التنفيذي للمستشفى والمدير الطبي وبعض رؤساء الأقسام الهامة، وقد يحتوي على أحد ممثلي المرضى من رجال المجتمع مثل أحد الصحفيين المرموقين أو الرواد الاجتماعيين أو رجال الدين ممن يرتادون المستشفى أو من قاطني المنطقة التي يخدمها .

وينعقد مجلس الإدارة بصفة دورية للنظر في الموضوعات الهامة التي يرفعها إليه المدير التنفيذي للمستشفى لمناقشتها على أن يتم تسجيل كافة محاضر الاجتماعات واعتمادها .

### ومن أهم وظائف مجلس الإدارة

- وضع الخطة الاستراتيجية العامة للمستشفى والخطط التنفيذية المنبثقة منها واعتمادها كعمليات التوسعة، والإنشاء الخاصة بالخدمات الطبية.
- وضع سياسات وأهداف المستشفى واللوائح التنظيمية الخاصة بتنظيم العمل.
- اعتماد وإقرار الميزانية السنوية وكافة الشؤون المالية الأخرى الخاصة بالوحدات الإدارية والفنية بالمستشفى .
- تعيين مدير المستشفى وتحديد سلطاته ومسؤولياته
- اعتماد تعيين كافة الأطباء والعاملين بالمستشفى وترقيتهم، وتحديد واجباتهم ومسؤولياتهم وتجديد تعاقداتهم مع المستشفى أو إلغاؤها .

- الوقوف على إنجازات المستشفى المختلفة لاتخاذ القرارات الخاصة بتحسين أداء العمل الإداري، وتلك المتعلقة بجودة الرعاية الطبية المقدمة للمستفيدين من خدمات المستشفى.



(الشكل 3-7): الإدارة العليا بالمستشفى.

## ثانياً: مدير المستشفى أو المدير التنفيذي

"حين يعتلي مدير المستشفى كرسيه لأول مرة تنهال عليه برقيات التهئة وباقات الأزاهير وعبارات التمني، ولا يكاد يمر الأسبوع الأول من توليه المنصب حتى يبات مشبعاً بنزاعات الوحدات الداخلية، وشكاوى المرضى وسلبيات النظم السابقة والمنافسة وينتهي وقد باتت تترصده الأعين مترقبة التقدم المنشود الذي لابد أن يرتبط بقدمه ليوضع في الميزان".

إن مدير المستشفى هو الشخص المسؤول أمام الإدارة العليا ومجلس الإدارة عن حل كافة المشكلات اليومية التي تعوق المنظمة عن تحقيق أهدافها، وعن سير العمل والخدمات التي يؤديها المستشفى يومياً بكفاءة وفعالية لتحقيق الهدف المرسوم للمستشفى، وفقاً لخطة استراتيجية تفي بحاجة المجتمع في تقديم الرعاية الصحية المرجوة، وتلعب الموارد المتاحة والبيئة والقوة الاجتماعية المساندة أدواراً هامة في تحديد دور المدير وأدائه.

## العوامل المؤثرة في أداء دور مدير المستشفى قبيل استلامه العمل

**1. التوقع:** بمجرد أن يتسلم مدير المستشفى العمل يجد نفسه في مواجهة توقعات عديدة من

جهات متنوعة ومجموعات متضاربة الاتجاهات إذ أن الجميع لديه مشكلات واقتراحات

يود طرحها على المدير وضمان مساندته لهم، وقد تأتي هذه التوقعات:

أ. من داخل المستشفى: مثل مجلس إدارة المستشفى ورؤساء الأقسام والأطباء، نائب ومساعد المدير، وأقسام التمريض ... إلخ.

ب. من خارج المستشفى:

- الحكومة والنظم والقوانين المنظمة.
- المرضى الذين يرغبون في إحداث تغيير ملموس.
- وحدات الرعاية الصحية المناظرة (المستشفيات الأخرى) ودور المديرين في رسم توقعاتهم من هذا المدير.

**2. الإدراك:** يعتمد أداء المدير واتخاذ قراراته على نفاذ بصيرته في استقباله للمعلومات

والتوقعات وتفسيره لها وردود أفعاله تجاهها، ويؤثر في هذا العامل عدة متغيرات منها

شخصية المدير، وخبراته، درجة إلمامه بالمعلومات الإدارية، وقدرته على التعامل مع

المؤثرات والتوقعات المحاطة به، وتمثل هذه المرحلة (المرحلة المتوسطة) بين التوقع والأداء،

وعلى المدير ألا يجعل من قراراته ردود أفعال لتوقعات الآخرين، وأن يتفادى الصراع

الناجم بوضع هذه التوقعات قيد الدراسة.

**3. الأداء:** تأتي مرحلة الأداء كمحصلة لمرحلتى التوقع والإدراك، فضلاً عن تأثره بعوامل

شتى مثل أنماط الإدارة الشاملة السائدة في الدولة، وقدرة المدير على التخطيط والتنسيق

وإدارة المواد والأفراد، ووضع النظم للإشراف والمراقبة، بالإضافة إلى قدراته القيادية

واتخاذ القرارات في الوقت المناسب. وتبدأ مرحلة الأداء بالاتجاه نحو التركيز على خدمة

معينة داخل المستشفى [تطوير العيادة الخارجية، أو الطوارئ، أو وحدات الرعاية طويلة

المدى أو أجنحة المرضى المهمين جداً، الاتجاه نحو المجتمع وتنقيفه صحياً]. وتنتهي

برؤية مدى استقرار المستشفى بعد وضع الخدمات حيز التنفيذ.

ويلاحظ الاتجاه الراجع بين أداء المدير وإعادة تشكيل التوقعات، فأداء المدير وسياسته

العامّة تجعل الأفراد يتوقعون دوره إزاء بعض المشكلات فعلى سبيل المثال، المدير الذي يهتم

دائماً بتقليل التكلفة (في أدائه) يجعل الأطباء يتوقعون مسبقاً رد فعله (الرفض) إزاء

إدخال خدمة جديدة مكلفة للمستشفى، وبناء على ما يتوقعه الأفراد من المدير يتم صياغة

أدوارهم في التعامل معه (إقناع، وساطة، جدية العمل، تطوير العمل، عدم الابتكار .. إلخ).

**4. الهدف:** يلعب الهدف دوراً هاماً في تحديد دور المدير، إذ أنه المسؤول عن الأهداف التي يرنو إليه المستشفى، فبرغم أن وضوح الهدف هو أحد محددات الأداء، إلا أن بلوغ الأهداف يعتمد أيضاً على أداء المدير (مُنغير مُعتمد)، وقدرة المدير على أن يحول هذه الاتجاهات لتحقيق أهداف المستشفى من خلال خطة استراتيجية تسمى "بسر نجاح" المدير في أداء دوره" وهو سيرد ذكره لاحقاً في هذا الفصل.

## المكونات الرئيسية المسؤول عنها مدير المستشفى

### 1. الإدارة الداخلية للمستشفى

#### أولاً: إدارة الموارد البشرية

إن المدير الناجح هو الذي بإمكانه إدارة الشؤون الداخلية للمستشفى من خلال إدارة الأفراد على أعلى مستوى ويستلزم هذا مايلي:

أ. إعداد هيكل تنظيمي للمستشفى: على أن يكون هذا الهيكل مُترجماً لأهداف المستشفى والأنشطة التي يقوم بها، ويراعى فيه قواعد إدارة الموارد البشرية (وحدة السلطة، وحدة المسؤولية، تناسب السلطة مع المسؤولية، ومراعاة نطاق الإشراف).

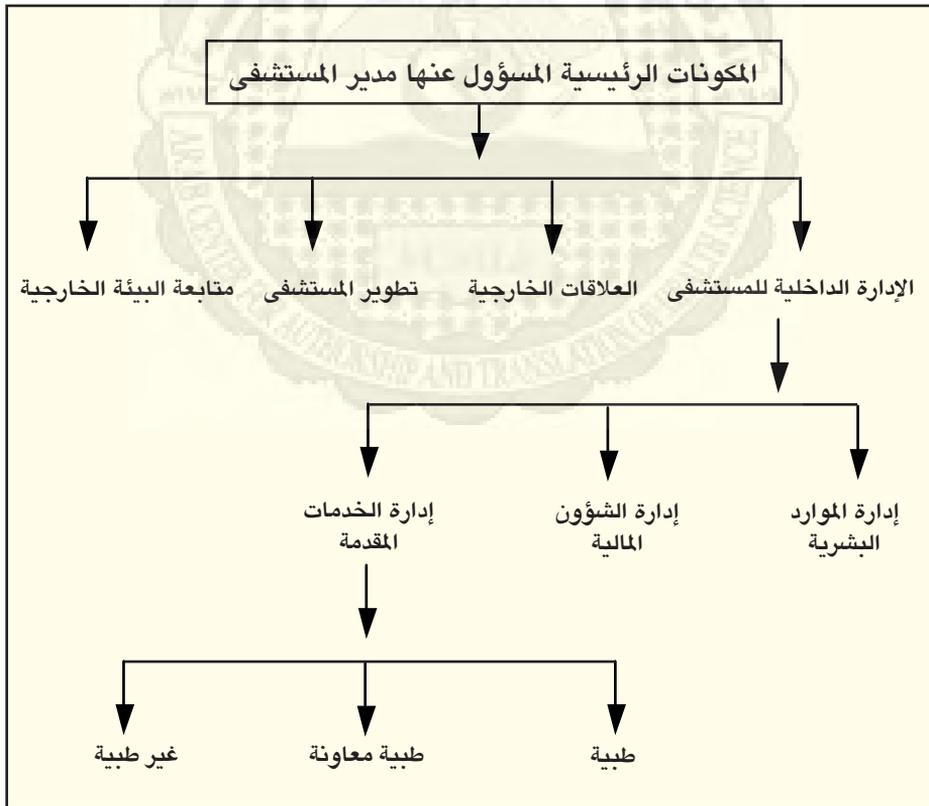
ب. توزيع الأدوار داخل المستشفى: حيث يقوم مدير المستشفى بوضع المؤهلات المناسبة في مكانها المناسب، والالتزام باللامركزية في العمل وتوفير التكامل بين أقسام المستشفى والاعتماد على الإدارة بالتفويض كأسلوب للإدارة الحديثة.

ج. تدريب العاملين بالمستشفى: إذ يهتم المدير الناجح بتدريب الكوادر العاملة على كافة المستويات الإدارية بالتعاون مع إدارة الجودة. ويعد موضوع تدريب الموارد البشرية وتنميتها من الموضوعات المهمة لأية منظمة، حيث إنَّ العنصر البشري هو المحرك الأساسي لموارد المنظمة، وخاصة عندما يتمتع بنوعية مهارية وقدرات معرفية تتناسب وطبيعة عمل المنظمة، فالتدريب عملية ذات تأثير فعال على مردودية العنصر البشري وهو ضروري للمحافظة على قوة عمل ذات كفاءة عالية، حيث يرفع من مستوى المهارات ويساعد على غرس الثقة في نفوس العاملين ويحسن جودة العمل، والمنظمات التي لا تولي أهمية لموضوع التدريب أو التي لا يوجد فيها تحسين مستمر لبرامج التدريب ستجد نفسها في مأزق، نتيجة التغيرات الكثيرة التي تحدث في البيئة المحيطة وتتطلب من المنظمة إعادة نظر بالتركيبة المهارية والمعرفية وقدرات مواردها البشرية لتناسب المتطلبات البيئية الجديدة، ويشتمل التدريب على:

- تدريب المعينين الجدد قبل إلحاقهم بالخدمة.
- التدريب أثناء العمل.
- برامج التعليم الطبي المستمر لجميع العاملين.

د. تشجيع العاملين: يعمل المدير على رفع إنتاجية الفرد، وتحسين قدرات العاملين وإثارة حماسهم نحو تطوير الأداء والإبداع كل حسب موقعه وقدراته، كما يعمل على التشجيع المستمر للعاملين على الولاء والانتماء للمستشفى، والإيمان بالدور الذي يؤديه كل منهم، وله الحق في ابتكار كل الوسائل التي تدعم ذلك بالحوافز المادية أو التقدير الأدبي، وإتاحة الفرصة للعاملين للترقية والوصول إلى مراكز أرفع.

هـ. الإشراف والرقابة: يضع المدير نظاماً للإشراف والرقابة على العاملين، مع ملاحظة أن سياسة تشديد الرقابة على الأداء قد تكون ناجحة في المصانع والشركات، أما في المستشفيات فيأتي دور تشجيع الرقابة الذاتية.



(الشكل 8-3): يوضح المكونات الرئيسية المسؤولة عنها مدير المستشفى.

و . عقد الاجتماعات والمناقشات مع المستويات الإدارية المختلفة: وذلك لتبادل وجهات النظر حول وضع المستشفى، وكيفية تطويره بهدف جمع المعلومات لاتخاذ القرارات الصائبة.

ز . القيادة والتوجيه: مدير المستشفى هو قائد لفريق العاملين، وهو رمز وقدوة لهم، فعليه محاسبة نفسه أولاً قبل الخوض في محاسبة الآخرين، والإلمام بكافة تفاصيل العمليات داخل المستشفى حتى يتسنى له التوجيه السليم.

ح . اتخاذ القرارات: على مدير المستشفى أن يعرف متى يتدخل في فض النزاعات المختلفة، ومتى يترك المشكلة وشأنها، وعليه اتخاذ القرارات بطريقة الشورى في كافة الأوقات عدا الأحداث الطارئة، فعندئذ عليه اتخاذ القرارات بطريقة دكتاتورية حيث لا وقت للاستماع لأراء الآخرين.

### ثانياً: إدارة الشؤون المالية

لابد للمدير أن يدرك دوره في الاطلاع على ميزانية المستشفى من مصاريف الأجور والرواتب، مصاريف إدارة المنشأة (المصاريف الجارية)، والمصاريف الخاصة بالإنشاءات والتجهيز. ولا بد أن يعمل المدير على دراسة العوامل التي تحد من زيادة الإنفاق، وتشجيع الأبحاث لدراسة البدائل المتاحة لتخفيض الهدر في الميزانية.

### ثالثاً: إدارة الخدمات المقدمة

يبدأ المدير بحصر كافة موارد المستشفى (الموارد العامة داخل المستشفى)، ثم يبدأ في وضع نظام لإدارة الخدمات بأنواعها سواء كانت خدمات طبية (خدمات التشخيص والعلاج)، أو الخدمات الطبية المعاونة (التسجيل الطبي - الإحصاء - الأبحاث - الخدمات الاجتماعية... إلخ)، أو الخدمات غير الطبية (إدارة شؤون المبنى - الإدارة الهندسية - إدارة التغذية - إدارة الأمن ودرء الخطر... إلخ)، وعليه أن يعمل على توصيل هذه الخدمات بمستوى عالي الجودة، ويستعين بلجان مراقبة الجودة الشاملة، ولجان المراجعة الطبية التي من شأنها أن تعمل على تحليل الخدمة الطبية والطرق المستخدمة للتشخيص والعلاج، ودراسة مدى الاستفادة من هذا العلاج وأثره على حياة المريض، ويجب ألا يبالغ بالاهتمام بإحدى الخدمات على حساب الخدمات الأخرى. والتأكيد على تكامل الخدمات في الأقسام المختلفة. كما أن للمدير الحق في تشكيل أية لجان أخرى تجمع بين التخصصات المختلفة لدراسة وبحث أية مشكلة.

ويقوم مدير المستشفى الناجح باستقبال ورصد المعلومات عن نظام الإدارة داخل المستشفى ليتفهم المتغيرات الكائنة داخل بيئة المستشفى حتى يتخذ القرارات في ضوء هذه المعلومات، ومعظم المستشفيات تركز وقتاً ليس بالقليل لرصد وتقييم وتفسير المعلومات التي تهم الإدارة العليا وتهم إدارة المستشفى نفسه بكافة مستوياتها الإدارية، وهناك أربع طرق رئيسية للحصول على المعلومات، وهي:

1. تجميع المعلومات من الأقسام المختلفة واستخدامها لأغراض أخرى.
2. الاعتماد على التقارير الشفهية من الموظفين القدامى.
3. الاعتماد على اختيار بعض المؤشرات الرئيسية المتعلقة بإنجازات المستشفى ووضعه الراهن، واختلاف أدائه عن المتوقع لاستنباط المعلومات منها.
4. الإحصاء عن طريق دراسة احصاءات المستشفى، ومقارنتها بالشهور والأعوام السابقة، وهي ما سيرد ذكرها لاحقاً في الفصل الخامس.

كما يعمل المدير الناجح على تزويد المستشفى بشبكة كبيرة من الاتصالات من شأنها أن تعمل على دعم العلاقات بين أفراد المنظمة، وتوفير المال والجهد والوقت اللازم لإنجاز المعاملات، وأن يتعامل المدير بمسؤولية كاملة مع المشكلات والتداعيات الناجمة عنها فيعمل على حل المشكلات وإدارة الأزمات.

## 2. العلاقات الخارجية

- يلعب مدير المستشفى دوراً بارزاً في العلاقات الخارجية، حيث إنه:
- واجهة للمستشفى: فمدير المستشفى هو رمز له، وهذا الرمز أو العنوان يُقرأ من مكتبه، حيث يقوم المكتب بترتيب المواعيد وتنظيم جدول أعمال مدير المستشفى، ومعاونته على القيام بالعديد من الخدمات الاجتماعية والرسمية.
  - حلقة الوصل بالإدارة العليا للدولة: إذ يتلقى المدير التعليمات من الإدارة العليا (من قبل وزارة الصحة) للتكامل مع المنشآت الصحية الأخرى، وجعل المستشفى متطوراً ليفي بحاجة المجتمع واستهلاك ميزانيات صغيرة في تحقيق ذلك.
  - له دور إعلامي: إذ أن مدير المستشفى له علاقة بأفراد من خارج المنظمة، ويقضي وقتاً طويلاً في نسج شبكة من الاتصالات رفيعة المستوى يتم عبرها تبادل الخدمات وعن طريقها يمثل المدير أحد قيادات المجتمع.
  - له دور كمتحدث رسمي ومفاوض: حيث يتعين على مدير المستشفى التوضيح المستمر والإعلان عن رسالة المستشفى وأهدافه، والخدمات التي يؤديها وخطته وكفاءة العمل

داخله، وهو المسؤول عن التفاوضات الخارجية مع الموردين في العطاءات والمناقصات، فمن سلطته اتخاذ القرار الأنسب والأفضل.

- له دور في التعاون مع المستشفيات المنافسة: يعمل مدير المستشفى في إطار التنافس مع المستشفيات الأخرى، وعليه إعداد مقارنات معها في نوعية الخدمة المقدمة والتكلفة، ومعدلات استخدام المستشفى (نسبة الإشغال - معدل دوران السرير - إقامة المريض) والاستفادة من خبرات المستشفيات الأخرى.
- له دور في التعامل مع المرضى: إن المستشفى هو أحد دور الخدمات الذي يعمل مباشرة مع الجماهير ويسعى إلى رضا المستهلك وكسب ثقة المواطن، ويتطلع المواطن عادة إلى أن تكون الخدمة أجود ما تكون، ومتاحة في كل وقت بالسرعة الممكنة وبأرخص تكلفة، مما يؤدي أحياناً إلى نشوب خلاف بين مقدمي الخدمة ومستهلكيها، وعلى المدير أن يتدخل لحل هذه النزاعات بطريقة مرضية للجميع، والتشجيع على دعم الصلة بين المستشفى والمجتمع بإقامة المشروعات الصحية القائمة على المجتمع، وطرح الاستبيانات للمرضى حول آرائهم في الخدمات واقتراحات تطويرها، فضلاً عن تعامله مع المؤسسات الاجتماعية التي لها علاقة بخدمات المرضى وعائلاتهم للمساعدة في تغطية نفقات علاج المريض، أو المشاركة الاجتماعية له.

### 3. تطوير المنشأة وتحديثها

إن المدير هو المسؤول عن رسم السياسة لتطوير المنشأة من ناحية المبنى وإضافة وحدات جديدة، أو تطوير التجهيزات مع تطوير القوى العاملة، ودعم العلاقة بين الجسم الطبي عن طريق:

- متابعة التوجهات الجديدة والاحتفاظ بهيكل الرواتب المنافسة.
- وضع النظام المستمر للقياس وفق مؤشرات معتمدة.
- الرؤية الشاملة للوضع المالي وتطوير الاستهلاك.
- تكثيف الاستبيانات حول رأي المواطن والمستفيد من الخدمة وتحليل بياناتها، واستخلاص الدروس والنتائج للمتابعة والتوصيات.
- تقييم البرامج الحالية وتطويرها.

### 4. متابعة البيئة الخارجية

إن المستشفى نظام مفتوح على المجتمع كما تم توضيحه سابقاً، ولا بد أن يتسق مع المجتمع والبيئة الخارجية ولهذا يقع على المدير دراسة:

- الظروف السياسية والقوانين واللوائح المنظمة في الدولة، حتى لا يقوم المستشفى باختراق أي من القوانين.

- العوامل الديموجرافية: كالتغيير في عدد السكان، نسبة فئة الذكور للإناث، ونسبة الأطفال للمسنين حتى يستطيع تقديم الخدمات المناسبة لسكان المنطقة واستحداث الخدمات الجديدة.
- عادات المجتمع وتقاليده: فعلى المستشفى تقديم الخدمات الصحية الملائمة لثقافة المجتمع واحترام التقاليد السائدة.

## ما دليل مدير المستشفى الناجح؟

### 1. يجب أن يحدد بثبات الهدف من الخدمة، كما يلي:

- تحديد ماهية خدمة المرضى باصطلاحات تنفيذية عملية تسري داخل مؤسسته الصحية.
- وضع معايير للخدمة لمدة عام ثم لمدة 5 أعوام.
- تحديد نوعية المرضى الذين يبحثون عن رفع مستوى خدمتهم (مرضى العيادة الخارجية، الطوارئ، الأجنحة... إلخ).
- العمل على ثبات الهدف: فثبات الهدف يخلق الدافع.
- الربط بين الهدف (الخدمة الفضلى) والعوامل التي تؤدي لتحقيقه مثل، (التكلفة المناسبة والأجهزة الطبية ذات التقنية العالية ومهارات العاملين والموارد المادية المتاحة..).
- وضع الموارد في خدمة صيانة الأجهزة والأثاث، وضع آليات جديدة لتقديم خدمة طبية أكثر تطوراً.
- القيام بتوزيع الأعمال: من يرأس اللجان؟ من مسؤول عن .....؟ والوسائل التي تعمل على بقاء العاملين وثباتهم في العمل لتحقيق الهدف.
- ترجمة الأهداف إلى أنشطة وعمليات لخدمة المرضى والمجتمع.

2. يجب أن يتبنى فلسفة جديدة: نحن في عهد اقتصادي جديد ولا نستطيع أن نرتكب نفس الأخطاء للأبد، فهناك أجهزة لم تعد صالحة لأداء دورها، والكثيرون في العمل لا يعرفون حدود وظيفتهم، ويخشون من السؤال عن هذه الحدود، وبالتالي فإن المدير الناجح هو الذي يتنازل عن الطرق التقليدية في تدريب موظفيه، ويتبنى فلسفات حديثة ومتطورة إلى جانب الإشراف الفعال ليقوموا بأعمالهم على أكمل وجه.

3. أن يطلب دائماً إحصاءات عن نوعية وكمية المواد التي يتم توريدها للمستشفى مثل: الأدوية، الأمصال، الآلات، والتجهيزات، والتدقيق في اختيار النوعية الجيدة، فالنوعية الجيدة لا بد من التخطيط لها، كما يجب اتخاذ إجراءات تنفيذية لإصلاح

وتطوير كافة المهام التي يتم إنجازها حينما يتطلب الأمر ذلك، لضمان جودة الخدمة، والقيام بوضع البرامج التي لها عائد على المرضى وتزيد من رضاهم عن الخدمة، بالإضافة إلى البحث عن الخدمات التي تحتاج لإعادة النظر فيها أو المخالفات (فاتورة غير صحيحة - تسجيل غير كامل ... إلخ).

**4. أن يتعامل بنفسه مع الموردين ومع من يستطيعون تقديم التقارير عن الرقابة على المشتريات:** يجب أن يتأكد المدير الناجح أن ما يتم توريده للمستشفى هو بأقل سعر، وأعلى جودة ويكتفي بالموردين ذوي السمعة المرموقة، حيث إن التعامل المباشر معهم يكسب المدير الخبرة في طرق التعامل والوسائل التي يتبعونها وذلك للاحتفاظ بنوعية جيدة من المشتريات.

**5. العمل على إعادة واستمرار التدريب، وذلك عن طريق:**

- اختيار نوعية رفيعة المستوى من المحاضرين.
- زيادة وتنمية سياسة التعليم الطبي المستمر داخل المستشفى.
- تدريب الموظفين على طرق الإحصاء داخل العمل، وتحويل قدراتهم إلى قدرات تنفيذية ذات أداء رفيع المستوى في كل الوظائف.

**6. رفع مستوى الإشراف داخل المستشفى:** يحتاج المشرفون إلى الكثير من الوقت في مساعدة العاملين في وظائفهم وابتكار عدة طرق لترجمة الهدف للعاملين، وبما أن معدلات الأداء تختلف من شخص لآخر، يأتي هنا دور المدير في التركيز على الأفراد (خارج دائرة الإشراف)، وليس معدلات الأداء المتباينة للأفراد. وتعليم المشرفين كيفية إجراء استبيانات للمرضى، والطرق الإحصائية البسيطة لتعيين وإزالة أسباب الأخطاء.

**7. العمل على كسر الحواجز بين الأقسام:** إذ يعمل المدير الناجح على تكامل الخدمات في الأقسام حتى يعمل الجميع بروح الفريق، والاستماع لاقتراحاتهم من باب التعاون معهم في صنع القرار وتشجيعهم على العمل باللوائح والمنشورات المحفزة، كما أن المدير الناجح يعمل على إزالة المخاوف بينه وبين الأفراد ويضع مسؤولية الخلل ومشكلات النظام على الإدارة - بما أنها المسؤولة عن وضعه - عوضاً عن لوم الأفراد.

**8. أن يعمل على دعم الصلة بالإدارة العليا وخلق جسوراً مع مجلس الإدارة:** بحيث يتم تقديم معلومات حقيقية عن المستشفى لمجلس الإدارة والمشكلات التي يواجهها، وخطة التطوير والإنجاز وتقييم العمل داخله.

9. أن يقوم بوضع جدول أعمال شهري: إذ يحدد في هذا الجدول معايير الأداء بوضوح مع التركيز على نوعية الخدمة لا كميتها والأهداف، ودور كل قسم في إنجاز هذه الأهداف وما تم إنجازه بالفعل، وتقييم هذا الإنجاز بما كان متوقعاً، فالأهداف الكبيرة ما هي إلا محصلة أهداف صغيرة تتحقق.

## البناء التنظيمي للمستشفى

يتم تنظيم كافة مهام العمل داخل المستشفى إما بطريقة رسمية أو بطريقة غير رسمية، وبالرغم من تداخل الطريقتين من الناحية العملية واختلافهما من الناحية الفكرية، إلا أنه تم تقسيم البناء التنظيمي إلى تنظيم رسمي للمستشفى، يُقصد به إيجاد علاقات مدروسة وفقاً لسياسات وإجراءات وخطوات منظمة تضعها الإدارة لتحقيق أهداف المستشفى بفاعلية ويطلق عليه الهيكل التنظيمي الرسمي، وتوضع هذه القواعد عادة في خريطة أو دليل تنظيمي للمستشفى أو المنظمة يوضح وصف الوظائف وتحديد إجراءات العمل، وهو ما سيتم التركيز عليه لاحقاً بالتفصيل، أما التنظيم غير الرسمي، فهو طريقة تهتم بشكل رئيسي بدراسة شبكة العلاقات غير الرسمية بين جماعات العمل داخل المستشفى، وتنشأ هذه الجماعات نتيجة التفاعل الطبيعي غير المقصود بين الأفراد العاملين الذين تربطهم المصالح والآمال المشتركة.

## الهيكل التنظيمي الرسمي للمستشفيات

تتعدد التعريفات الخاصة بالهيكل التنظيمي، لكن اتفقت أغلب التعريفات على أنه رسم تخطيطي أو خارطة أو مخطط يوضح التسلسل الإداري، والمستويات التنظيمية للجهازين الطبي والإداري بالمستشفى والوحدات التنظيمية المندرجة تحت هذه المستويات للقيام بتنفيذ النشاطات المرسومة لها وتحقيق أهداف المستشفى، كما يوضح كيفية تدفق المعلومات والقرارات أفقياً ورأسياً بين هذه الوحدات، ويتم الإعلان عن الهيكل التنظيمي للمستشفى عادة في دليل تنظيمي يتضمن خارطة تنظيمية، ويستطيع الناظر إلى الهيكل التنظيمي لأي مستشفى التعرف على الوحدات والأقسام داخله بمجرد النظر، غير أن هناك العديد من العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي للمستشفى وهي:

أ. **حجم المستشفى:** ويمكن الاستدلال عليه بمؤشرات دالة على قياس هذا الحجم من أهمها، السعة السريرية للمستشفى (أي عدد أسرة المستشفى المتاحة)، وطاقم العمل في المستشفى، وكافة مدخلات المستشفى الثابتة بما فيها الموقع والمساحة وتصميم المباني

والتجهيزات الأساسية (عدد أجهزة التشخيص والعلاج قيد الاستعمال)، وعدد الأقسام المتاحة، ونطاق الخدمات التي تقدمها، والتكنولوجيا المستخدمة والإيرادات المتوفرة.

ب. **حجم العمل داخل المستشفى:** ويمكن الاستدلال عليه بمعرفة عدد أيام علاج المرضى وعدد حالات الدخول خلال فترة زمنية محددة، معدلات الإشغال بالمستشفى، معدل تقلب السرير، عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى.

ج. **العنصر الإداري بالمستشفى:** وتجدر الإشارة إلى أن إداريي المستشفى هم أحد أهم العناصر المحددة للهيكل التنظيمي بدءاً من الإدارة العليا وانتهاءً بالإدارة التشغيلية على مستوى المشرفين، كما أن مقدار ما يتمتعون به من مهارات وخبرات إدارية يعد من العناصر الهامة للاستدلال على مدى قدراتهم على تطبيق ما تعلموه من علوم في تنظيم المستشفى.

د. **اللوائح والقوانين المنظمة بالمستشفى:** وتشمل الأدلة التنظيمية من سياسات وإجراءات ولوائح بالمستشفى تتعلق بشؤون الموظفين، وسياسات التوظيف ولوائح التمريض والأطباء وكذلك بالسياسات المالية.

وكما زاد حجم المستشفى وحجم العمل به يزداد عدد الإداريين فيه، وبالتالي تزداد الحاجة الماسة لوجود هيكل تنظيمي رسمي للمستشفى يوضح علاقات السلطة والمسؤولية والتنسيق في علاقات العمل ومواقع العمل وارتباطاتها الإدارية، وبالتالي تزداد عدد المستويات الإشرافية لإحكام عملية الرقابة على أداء العمل.

### مراحل إعداد الهيكل التنظيمي الرسمي للمستشفى

يتم إعداد الهيكل التنظيمي للمستشفى وفقاً للخطوات التالية:

#### الخطوة الأولى: ما الهدف من إنشاء هذا المستشفى؟

يتأثر المستشفى - كنظام مفتوح - بشكل مباشر باحتياجات أفراد المجتمع وبرغباتهم الصحية، كما يتأثر بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية السائدة في البيئة المحيطة به، وبالتالي تتغير الرؤية والرسالة المستقبلية والأهداف العامة (الغايات) والأهداف المحددة للمستشفى، التي تكون في مجموعها الخطة الاستراتيجية للمستشفى، مما يؤدي إلى تغيير البرامج تبعاً لهذه الظروف، وإذا كانت عملية التنظيم ترمي في جوهرها إلى ترجمة ما جاء في خطة المستشفى الاستراتيجية إلى واقع عملي من خلال تحديد السياسات والإجراءات المطلوب تنفيذها وتوزيعها على العاملين، فلا بد أن يتسم تنظيم المستشفى بالمرونة والتكيف ليتلاءم مع هذه الخطة بما يضمن تحقيق أهداف المستشفى بأقصى سرعة ممكنة.

## الخطوة الثانية: ما الأنشطة التي ينبغي على المستشفى القيام بها لتحقيق أهدافه؟

إن تحديد الأنشطة وتصنيفها يشتمل على قوائم تفصيلية بالأعمال التي يتم أداؤها في الوحدات التنظيمية المختلفة لتحقيق خطة المستشفى الاستراتيجية، ويُعد تحديد هذه الأنشطة بمثابة الخطوة الأولى في عملية التنظيم التي تعتمد عليها إدارة المستشفى قبل شروعها في اختيار الهيكل التنظيمي المناسب له، ومن خلال هذه الأنشطة يتم تصميم مراحل تقديم الخدمة الصحية، اختيار التكنولوجيا الملائمة، تحليل الوظائف، وتخطيط القوى العاملة، واختيار العاملين، تحديد الرواتب، اتخاذ قرارات التمويل، ووضع الموازنات المحاسبية.

### ويمكن تحديد أنشطة المستشفى بطريقتين:

- **تحديد أنشطة المستشفى من أعلى الهيكل التنظيمي إلى أدناه:** ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة العليا والمهام المنوطة بها بدءاً من مجلس الإدارة حتى المدير التنفيذي، والمدير الطبي ومديرين الإدارات ورؤساء الأقسام، ثم تسلسل المستويات الإدارية التي تدرج تحتها حتى الدنيا منها، وتمتاز هذه الطريقة بقصر الوقت اللازم لتحديد الأنشطة، علاوة على أنها تبدأ عند مستوى متخذي القرارات الذين تتوافر لديهم النظرة الشاملة للمستشفى، ورؤية العلاقات المتداخلة بين الوحدات التنظيمية المختلفة.
- **تحديد أنشطة المستشفى من أدنى الهيكل التنظيمي إلى أعلاه:** ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة المباشرة والمهام المنوطة بها، ثم التدرج إلى المستوى الإداري الذي يعلوها حتى وظائف الإدارة العليا، وينبغي أن تأخذ إدارة المستشفى في الحسبان ضرورة التمييز بين الأنشطة الضرورية وغير الضرورية وفقاً للمعايير المتبعة في تقييم هذه الأنشطة، وعلى ضوء الأهداف المرسومة للوحدات المختلفة دون الاعتماد على وجهات نظر العاملين الذين قد يبالغون في تقدير حجم العمل كل في الوحدة التي ينتمي إليها انطلاقاً من الدفاع عن مصالحهم أو مصالح وحداتهم، وسعيًا لتحقيق طموحاتهم الشخصية.

يتم تصنيف أنشطة المستشفى وتجميعها في نوعين:

- أنشطة المستشفى الأساسية، وهي أنشطة متعلقة بتقديم الخدمة الطبية للمستفيدين من الخدمة (المرضى)، وهذا النوع من الأنشطة يساهم في تحقيق أهداف المستشفى بطريقة مباشرة، ومن أمثلة هذه الأنشطة، خدمات التشخيص والعلاج.
- أنشطة المستشفى المعاونة، وهي أنشطة متعلقة بتسهيل تقديم الخدمة الطبية للمرضى، وهذا النوع من الأنشطة يساهم في تحقيق أهداف المستشفى بطريقة غير مباشرة، ويمكن تقسيم هذه النشاطات إلى، خدمات طبية مساعدة وخدمات غير طبية.

## الخطوة الثالثة: تجميع الأنشطة المتشابهة معاً، ووضعها في وحدة إدارية تنظيمية واحدة

بعد تحديد أنشطة المستشفى وتصنيفها في أنشطة أساسية، وأخرى مساعدة يتم تجميع الأنشطة المتشابهة معاً ووضعها في وحدات تنظيمية، ولتحقيق أهداف المستشفى فإنه يتوجب علينا أن نطرح سؤالاً هاماً وهو، هل يمكن لإدارة واحدة أو قسم واحد أن يقوم بأداء كل هذه الأنشطة المتنوعة جميعاً بجودة عالية؟ بالتأكيد سيكون الجواب هو ( لا )، لأنه من غير المنطقي أن تقوم إدارة واحدة بجميع الأعمال التشخيصية والعلاجية والمالية.

وتتمثل أهمية تجميع الأنشطة فيما يلي:

- الاهتمام بالأنشطة الرئيسية، وذلك بفصلها عن الأنشطة الأخرى، وتجميعها في وحدات تنظيمية منفصلة حتى يتسنى إعطاؤها ما تستحقه من اهتمام.
- ضمان التنسيق بين الأنشطة المختلفة، إذ يساعد التنسيق بين مختلف أوجه الأنشطة بالمستشفى على تلافي التكرار والازدواجية، فضلاً عن ربط هذه الأنشطة بعضها ببعض، ومن الأمثلة على ذلك التنسيق بين أنشطة العيادات الخارجية والمختبر والأشعة والتغذية والتخدير والصيدلية.
- تسهيل الرقابة، وذلك بتجميع الأنشطة المتشابهة تحت إشراف مسؤول واحد.
- تيسير سبل التواصل والتشاور وتبادل الخبرات بين المتخصصين، فوجود قسم للأمراض الباطنية يجمع كافة الاستشاريين والاختصاصيين والأطباء المناوبين من هذا التخصص يؤدي إلى صقل خبراتهم بسبب تبادلهم الخبرات العلمية، ويعمل على تعظيم القدرات التشخيصية والعلاجية للمستشفى ونقل الخبرات للمستجدين.
- تخفيض تكاليف الأنشطة بالمستشفى، فكلما تجمعت الأنشطة بالمستشفى قلت الحاجة إلى شراء المزيد من الأجهزة والمعدات التي يكون وجودها لازماً، ومثال ذلك توفر أجهزة فائق الصوت في قسم الأشعة بدلاً من تناثر العديد منها في أكثر من وحدة بالمستشفى، مما يؤدي إلى خفض التكاليف.

أما السؤال التالي الذي يتعين علينا طرحه الآن هو، ما الأساس الذي يقوم عليه تجميع هذه الأنشطة؟ هل هو التشابه في الوظيفة فقط؟ الحقيقة أنه يمكن تجميع هذه الأنشطة في وحدات تنظيمية بطرق متعددة لكل منها مزاياها وعيوبها من حيث كفاءتها وكفايتها.

ومن أهم هذه الطرق المستخدمة لتجميع الأنشطة:

### - تجميع الأنشطة حسب الوظائف -

وتعد الطريقة الأكثر شيوعاً ومقتضاها يتم تجميع كافة الأنشطة المرتبطة بمجال معين في وحدة إدارية واحدة، ثم توزع على العاملين حسب تخصصهم المهني، ويتم أولاً تجميع

الوظائف الرئيسية التي يؤديها المستشفى في وحدات تنظيمية، بحيث تختص كل وحدة بأداء وظيفة رئيسية معينة، ووفقاً لهذه الطريقة يمكن تقسيم كل وظيفة رئيسية إلى عدد من الوظائف الفرعية يُخصص لكل منها وحدة تنظيمية قائمة بذاتها، ويتحدد حجمها على ضوء الأنشطة التي تقوم بها، ومثال ذلك تقسيم الوحدات إلى وحدات علاجية ووحدات وقائية.

ويمكن تطبيق هذه الطريقة في المستشفيات صغيرة الحجم نسبياً، كالمستشفيات المركزية التي تتراوح سعتها السريرية من 100 - 200 سرير، حيث يكون نطاق الخدمات المقدمة محدوداً، وبالتالي يسهل التنسيق بين العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة، كما أن غالبية القرارات تتخذ في المستوى الإداري الأول، أما في المستشفيات كبيرة الحجم فيصعب تطبيق هذه الطريقة بسبب تشعب نطاق الخدمات المقدمة فيها.

### - تجميع الأنشطة حسب نوع الخدمات الطبية المقدمة -

وتقوم هذه الطريقة على تجميع الأنشطة المرتبطة بالخدمات الطبية الأساسية التي يقدمها المستشفى فضلاً عن أنشطة الخدمات الطبية التخصصية المتفرعة لتقديمها من خلال وحدات تنظيمية فرعية تستهدف تخفيف الأعباء الإدارية والفنية الملقاة على كاهل الوحدات التنظيمية الرئيسية، ويشجع استخدام هذه الطريقة في المستشفيات التعليمية الكبيرة التي تقدم عادة خدمات تخصصية متميزة في المجالات الطبية الأساسية وفروعها على سبيل المثال، ينقسم قسم الأمراض الباطنية إلى تخصصات فرعية أخرى مثل قسم الأمراض الصدرية، قسم أمراض القلب والأوعية الدموية، قسم أمراض الكلى، أمراض الغدد الصماء وداء السكري وأمراض الجهاز الهضمي.

ويمكن تطبيق هذه الطريقة أيضاً في المستشفيات الصغيرة، ومن مزايا هذه الطريقة الاستفادة القصوى من الخبرات الفنية المتخصصة فضلاً عن التنسيق بينها، فتجميع الأنشطة المتخصصة في مجال أمراض الكلى، مثلاً في وحدة تنظيمية مستقلة يتيح تيسير سبل الاتصال والتشاور بين المتخصصين فيها الأمر الذي يؤدي إلى صقل خبراتهم، وبالتالي زيادة فرص نجاح تشخيص الحالات المرضية وعلاجها.

### - تجميع الأنشطة حسب مستويات الرعاية الطبية المقدمة -

ويتم فيها تجميع أنشطة المستشفى الطبية حسب مستويات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى، ووفقاً لحالتهم الصحية، ويشجع استخدام هذه الطريقة في غالبية المستشفيات العامة التي تقدم خدمات طبية متنوعة، حيث يتم تصنيفها عادة على ثلاثة مستويات هي:

1. خدمات الرعاية الطبية من المستوى الأول: ويطلق عليها "خدمات الرعاية الصحية الأولية"، وهذا النوع من الخدمات يُقدم في وحدات الرعاية الصحية الأولية والعيادات الخارجية بالمستشفيات، حيث توفر للمرضى المترددين عليها عناية شاملة ومستمرة من قبل الممارسين العامين، حيث يتم فحص المريض ومعالجته من قبل طبيب الأسرة، فإذا ثبت حاجته للاستعانة باستشاري يتم تحويله إلى مستوى أعلى من الرعاية الطبية.

2. خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثاني: ويطلق عليها "خدمات الرعاية الصحية الثانوية" وهذا النوع من الخدمات يُقدم بشكل عام في المستشفيات العامة من قبل الأطباء الاستشاريين والمتخصصين الذين يقومون بتشخيص الحالات المحولة من وحدات الرعاية الصحية الأولية (المستوى الأول) وعلاجها وإحالتها إلى الأقسام الداخلية بالمستشفى إذا لزم الأمر.
3. خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثالث: ويطلق عليها "الخدمات الطبية فائقة التخصص أو رعاية عالية التخصص" وتقدم الخدمات الطبية الدقيقة للحالات المرضية المحولة من المستوى الثاني التي تتطلب عناية خاصة، وملاحظة مباشرة للوصول إلى تشخيص هذه الحالات وعلاجها مثل جراحات القلب المفتوح وغرس الأعضاء.

#### - تجميع الأنشطة حسب نوع العملاء

وتُستخدم هذه الطريقة عند تصنيف المرضى إلى سيدات ورجال أو عندما يتم تقسيم الوحدات إلى أطفال وبالغين.

#### - تجميع الأنشطة حسب المناطق الجغرافية

وتُستخدم في المستشفيات التي يشمل نشاطها مناطق جغرافية متعددة سواء محلية أو دولية.

#### - تجميع الأنشطة حسب دوريات العمل

ويتم في هذه الطريقة تجميع أنشطة المستشفى الطبية وغير الطبية التي تُقدم في أقسام المستشفى الداخلية، وتصنيفها في فترات عمل بحيث يقوم المستشفى بتقديم هذه الخدمات في فترات زمنية محددة، فعلى سبيل المثال، يتم تقسيم الأنشطة وتنظيمها بحيث تُنفذ في الدوام أو الفترة الصباحية أو الدوام المسائي أو في دوام آخر ليلي على أن يتم من خلال هذا التقسيم تلبية احتياجات المرضى من خدمات المستشفى على مدار اليوم وفقاً لظروفهم الصحية، ويمكن أيضاً استخدام أكثر من طريقة من هذه الطرق، أو استخدام مزيج منها تبعاً للظروف الداخلية للمستشفى أو البيئة الخارجية.

### الخطوة الرابعة: إدارة العلاقات التنظيمية بين الوحدات والعاملين

بعد تكوين الوحدات التنظيمية فإنه لا بد من ربط هذه الوحدات مع بعضها البعض من خلال تحديد العلاقات المناسبة بين العاملين في مختلف المستويات الإدارية رأسياً وأفقياً عن طريق استخدام القواعد الإدارية التالية :

1. **السلطة:** وهي الحق القانوني والشرعي في إصدار الأوامر للآخرين للقيام بعمل معين، وتتبع قوة السلطة من عدة مصادر، منها القانون والأعراف والتقاليد والمعرفة، بالإضافة إلى قوة الشخصية في القيادة والإدارة، وهناك أربعة أنواع من السلطات:
  - **السلطة التنفيذية:** وهي السلطة التي لها الحق في إصدار الأوامر والتعليمات، ولا يجوز رفض أوامرها، فهي مُلزمة التنفيذ كما هو الحال في السلطة التي يستمدها مدير المستشفى من وظيفته، وتبقى السلطة التنفيذية اسمية في تأثيرها وفعاليتها وتصبح فقط سلطة حقيقية عندما يتم قبولها من المرؤوسين.
  - **السلطة الاستشارية:** وهي السلطة التي تُعنى بتقديم النصح والاستشارة لأصحاب السلطة التنفيذية وتكون غير ملزمة التنفيذ من قبل الآخرين.
  - **السلطة الوظيفية (التخصصية):** وهي السلطة التي يستمدها صاحبها من الخدمات التخصصية التي يقدمها إلى المستشفى ليس بحكم كونه رئيساً عليها، ومثال ذلك السلطة التي يستمدها جراح ماهر يعمل داخل المستشفى من عدد المرضى الذين يتقنون به ويطلبون إشرافه على حالاتهم الطبية.
  - **سلطة اللجان:** وهي السلطة التي تُمارس من قبل اللجان التنفيذية أو الاستشارية. وحتى يجمع المدير بين السلطتين الاسمية والفعلية فلا بد من مراعاة الآتي:
    - ألا تصدر الأوامر لمجرد إصدارها فقط، وإنما لحل مشكلة معينة.
    - أن يفهم المرؤوس الأمر فهماً واضحاً.
    - على المدير أن يقنع المرؤوس بأن تنفيذ الأوامر يتفق مع أهداف المستشفى.
    - أن يكون المرؤوس قادراً جسدياً وعقلياً على تنفيذ الأوامر.
    - أن يوازن المدير بين حاجات فريق العمل (العملاء الداخليين) وأهداف المستشفى.
    - أن يعمل المدير على تفويض بعض صلاحياته إلى مرؤوسيه ممن لديهم القدرة.
2. **المسؤولية:** وهي التزام الفرد بتنفيذ الواجبات والأعمال التي تُعهد إليه من سلطة عليا.
3. **تكافؤ السلطة مع المسؤولية:** لا بد أن يكون هناك توازن بين السلطة والمسؤولية فلا تطغى إحداها على الأخرى.
4. **تفويض السلطة:** وهي عملية بموجبها يتم منح السلطة من الرئيس إلى المرؤوس لأداء عمل معين. ويبقى المفوض مسؤولاً عن نتائج الأعمال التي فوضها، والتفويض عملية ضرورية عندما تكون مسؤوليات القادة والمديرين كبيرة، فكلما زاد حجم العمل يصبح تفويض السلطة أمراً واجباً، ويتم تفويض السلطة وفقاً للأركان التالية:

- أن يفوض الرئيس واجبات معينة لمن ينوب عنه، بحيث لا يقل عنه في المستويات الإدارية بأكثر من مستويين إداريين على أقصى تقدير، وبالتالي لا يجوز لمدير المستشفى أن يفوض سلطاته لطبيب عادي أو اختصاصي، بل يقوم بتفويض أحد نوابه أو مساعديه.
- أن يتم تفويض السلطة للقيام ببعض الأعمال لفترة زمنية محددة وليس القيام بكافة الأعمال طوال الوقت.
- تفويض السلطة لا يعفي المدير من المسؤولية عن الأعمال التي قام بتفويضها.

وهكذا يعتمد تفويض السلطة على المراحل التالية: تحديد الواجبات الوظيفية، منح السلطة وقبول المسؤولية، لا ينبغي تفويض السلطة في السلطات السيادية للمدير مثل دوره في تمثيل المستشفى أمام الجهات العليا، وكذلك في العلاقات الخارجية مع المؤسسات، رفع التقارير عن سير العمل للرؤساء، المسؤولية النهائية لجودة العمل، واتخاذ القرارات المصيرية والحرجة في المستشفى أثناء الأزمات، إذ أن هذه المسؤوليات تقع على عاتق المدير وحده.

### مميزات تفويض السلطة

- يعفى المدير من تفاصيل الأعمال التي تستهلك جزءاً كبيراً من وقته ويُمكن المرؤوسين من اتخاذ القرارات دون انتظار الموافقة عليها من رؤسائهم، مما يزيد المرونة ويسمح باتخاذ الإجراءات السريعة.
- يساعد على اتخاذ قرارات أفضل، لأن الرئيس المباشر هو الأقدر على اتخاذ القرارات الصحيحة لدرايته بطبيعة العمل ومتطلباته ودقائقه.
- يرفع معنويات العاملين ويزيد اهتمامهم بأعمالهم.
- يوفر فرصاً جيدة لتدريب وتنمية المستويات الإدارية التالية، وتأهيلهم لاستلام مسؤوليات أكبر وإعداد صف ثان من القادة.

### عيوب تفويض السلطة

ومن عيوب تفويض السلطة شعور المفوض إليه بعدم الحاجة إلى مساعدة من المستويات الإدارية الأعلى، وأنه يستطيع تطوير وإيجاد الخدمات التي يحتاجها قسمه بنفسه. وهكذا فالإيجابيات والفوائد التي نحصل عليها من التفويض تفوق إلى حد كبير المساوئ التي يمكن أن تحدث أحياناً .

5. **المركزية واللامركزية:** إن المركزية هي تركز السلطة في الإدارة العليا، وبالتالي ينحصر حق اتخاذ القرار في قمة الهيكل التنظيمي، بينما اللامركزية عبارة عن نقل حق اتخاذ القرار للمستويات التنظيمية الدنيا بموجب قواعد تشريعية، ولا توجد مركزية أو لا

مركزية مطلقة، إنما توجد درجات منها تعتمد على مدى ما يركز من سلطات في الإدارة العليا أو في المستويات الإدارية المنخفضة.

### ومن مزايا المركزية:

- خفض التكاليف نظراً لاستخدام موظفين محدودين الخبرة.
- ضمان التنسيق الكامل بين الجهود في الإدارات المختلفة.
- نظام ملائم للمستشفيات الصغيرة.

### ومن عيوب المركزية:

- التأخر في اتخاذ القرارات.
- لا تشجع على روح الابتكار.
- إذا كان للمستشفى فروع مختلفة في أماكن أخرى قد لا تناسب القرارات المتخذة ظروف كل الفروع في المناطق أو البلدان المتفرقة.

### ومن مزايا اللامركزية:

- تفرغ الإداريين للأعمال الهامة.
- المرونة في الإدارة وسرعة البت في اتخاذ القرارات.
- زيادة اهتمام الموظف وحماسه للعمل.
- تدريب الموظفين لشغل المناصب العليا.
- اتخاذ القرارات المناسبة للظروف المحلية المحيطة بالمؤسسة.

### ومن عيوب اللامركزية:

- تؤدي إلى ازدواجية الجهود ويعثرتها.

6. **نطاق الإشراف:** يقصد به عدد المرؤوسين الذين يشرف عليهم إداري واحد ويخضعون لسلطته. فإذا كان نطاق الإشراف واسعاً كان الهيكل التنظيمي أفقياً، أما إذا كان نطاق الإشراف محدوداً فسيؤدي إلى هيكل تنظيمي رأسي.

7. **التخصص:** إذ يتم تقسيم المهام في المستشفى إلى وظائف، بحيث يتم ضم المهام المتشابهة في وحدات متخصصة.

8. **مبدأ خط السلطة:** ويعني وجود خط إداري واضح لسريان الأوامر من أعلى لأسفل.

9. **وحدة الأمر:** أي أن كل مرؤوس يتلقى السلطة والأمر من رئيس واحد فقط، فلا تصدر الأوامر إلا من رئيس محدد لكل مرؤوس إذ أن تعدد مصادر الأوامر يؤدي إلى تشويش المرؤوسين وانقسام العمل.

10. **التقسيم إلى وحدات:** وتكمن أهمية التقسيم في إمكانية تحسين الأداء والتكامل بين الأقسام والتخصصات المختلفة.

11. **اللجان وإبداء المشورة:** وهي عبارة عن مجموعة من الخبراء المعينين، أو المنتخبين يعهد إليهم كجماعة بمسؤولية القيام بعمل معين، وقد تكون اللجنة تنفيذية أو استشارية.

### **الخطوة الخامسة: تحديد العلاقات بين الأقسام والوحدات الإدارية داخل المستشفى**

وذلك من خلال إيجاد شبكة اتصالات تجمع بينهم، وتسمح بتبادل البيانات والمعلومات بانسياب ويسر، ويهدف الاتصال داخل المستشفى لإحداث التفاعل والتنسيق بين مقدمي الخدمة بعضهم البعض (الفريق الطبي وغير الطبي) من جهة وبين المستفيدين من الخدمة (المرضى) من ناحية أخرى، وقد يكون الاتصال داخل المستشفى رسمياً وهو الاتصال الذي يتبع خطوط السلطة الرسمية، أو غير رسمي، وهو الاتصال الذي لا يتقيد بخطوط السلطة الرسمية.

ويُعرف الاتصال بشكل عام بأنه عملية نقل المعلومات من شخص أو مجموعة أشخاص إلى آخر أو آخرين، ويوصف الاتصال بأنه فعال إذا استطاع متلقي الرسالة فهمها بطريقة صحيحة ومطابقة إلى حد بعيد للمعنى الذي يقصده المرسل، مما يؤدي إلى صدور رسالة عنه في الاتجاه المقابل، ولهذا كانت عملية الاتصال ذات اتجاهين أي أن كل فرد في عملية الاتصال هو مرسل ومستقبل للمعلومات.

وتتكون عملية الاتصال من مجموعة من العناصر هي:

- المرسل: وهو الشخص الذي يقوم بإرسال الرسالة إلى شخص آخر لهدف معين، وتبدأ عملية الاتصال من قبل المرسل بالفكرة، ثم الترميز أي تحويل الفكرة إلى رسالة.
- الرسالة: وهي إما كلمات مقروءة أو مكتوبة أو صور أو أرقام أو إيماءات وحركات صامتة يطلق عليها لغة الجسد.
- وسيلة الاتصال: وهي الطريقة التي تسلكها الرسالة حتى تصل إلى الطرف الآخر وقد تكون الوسيلة اجتماعاً أو مذكرة داخلية أو تقارير أو مكالمات هاتفية.
- مستقبل الرسالة: وهو الطرف الذي يتلقى رسالة المرسل ويقوم المستقبل في هذه المرحلة بفك رموز الرسالة أي تحويل الرموز إلى أفكار واضحة (من خلال مقارنتها بالمخزون الذهني من المعلومات) التي يدركها من خلال حواسه، ومن ثم يقوم بفهم أو عدم فهم الرسالة، وبالتالي يقوم بقبول أو رفض الرسالة.

- البيئة التي تنتقل فيها الرسالة: وتتمثل في الوسط الذي قد تنتقل خلاله الرسالة ويمكن أن تعيق الاتصال، ومن أمثلة ذلك الضوضاء والمسافة البعيدة أو اختلاف الثقافات.
- التغذية الراجعة: ويقصد بها جميع أنواع ردود الأفعال التي يقوم بها المستقبل التي تعبر عن مدى فهمه للرسالة واستجابته لها.

### **الخطوة السادسة: اختيار وتنمية العناصر البشرية المناسبة للمستشفى من أجل تنفيذ مهام الأقسام**

بعد الانتهاء من عملية تصميم الهيكل التنظيمي تبدأ عملية اختيار الكوادر المؤهلة المناسبة لشغل الوظائف الموجودة في الهيكل، ولا بد أن يكون الاختيار قائماً على مبدأ (وضع الشخص المناسب في المكان المناسب)، وقد تم مناقشة معايير الاختيار الناجحة للموارد البشرية في الفصل السابق.

### **الخطوة السابعة: رسم الهيكل التنظيمي الرسمي للمستشفى (الخريطة التنظيمية)**

إن الخريطة التنظيمية هي رسم تخطيطي يوضح حجم المستشفى، وعدد المستويات الإدارية بها، والأقسام المختلفة، ونطاق الإشراف لكل شخص وتُعطى فكرة عن المناصب المختلفة، وقد تبين الخريطة خطوط انسياب السلطة من أعلى إلى أسفل، أو من اليمين إلى اليسار وقد تكون دائرية أيضاً. وتنقسم إلى خريطة تنظيمية رئيسية (تشمل المستشفى وأقسامها وأعمالها بالكامل)، وخريطة تنظيمية مكملة (عادة ما تكون لقسم إداري أو أجزاء من المستشفى).

وعند رسم أو تصميم الخريطة التنظيمية أو الهيكل التنظيمي للمستشفى لا بد من مراعاة العناصر التالية:

- تحديد عدد المستويات الإدارية من القمة إلى القاعدة.
- أن تقع الوظائف ذات الأهمية الكبرى في المستوى الإداري الأعلى.
- أن يُعبّر عن كل وظيفة بصندوق (مستطيل أو مربع).
- رسم خطوط السلطة التي تربط الصناديق من منتصف أعلى الصندوق ومنتصفه الأدنى.
- أن تكون خطوط السلطة متصلة ومستقيمة.
- أن يعبر عن اللجان بدوائر بدلاً من الصناديق (المستطيلات أو المربعات).

- ترسم الخريطة إما بأسماء الإدارات أو بالمسمى الوظيفي (رئيس قسم الجراحة مثلاً)، ولا تُذكر بها نهائياً أسماء الأشخاص.
- تحديد الشكل الذي ترسم به الخريطة، وهو ثلاثة أنواع:
  - عمودي أو رأسي.
  - أفقي.
  - دائري.

ويعد الهيكل التنظيمي طويلاً (من الناحية الرأسية) عندما تتعدد فيه المستويات الإدارية، مما يجعل عملية اتخاذ القرارات بطيئة، ويستخدم هذا الهيكل في المستشفيات الكبيرة الحكومية والجامعية، إلا أنه كثيراً ما يجعل من الهيكل التنظيمي هرمياً ومعقداً مما يؤدي إلى البيروقراطية ويحد من قدرة هذه المستشفيات على النمو والتطور، أما الهيكل التنظيمي القصير من الناحية الأفقية فيقل فيه عدد المستويات الإدارية من القمة إلى القاع، مما يزيد من سرعة اتخاذ القرارات ولكن في الوقت نفسه يزيد من نطاق الإشراف، حيث يصبح كل مدير مسؤولاً عن عدد أكبر من الرؤوسين وعادة ما يستخدم في المستشفيات الصغيرة.

### الخطوة الثامنة: إعداد الدليل التنظيمي

وهو الخطوة الأخيرة في بناء الهيكل التنظيمي ويتم في هذه المرحلة إعداد ما يسمى بالدليل التنظيمي للمستشفى، وهو عبارة عن كتيب يتضمن اسم المستشفى وعنوانه، ورؤيته ورسالته وأهدافه، وسياساته، وهيكله التنظيمي بتقسيماته الرئيسية والفرعية، وكذلك يحتوي على أسماء الرؤساء والمديرين والمسؤوليات والسلطات المنوطة بهم، وعادة ما يشرح الدليل بإيجاز النشاط العام للمستشفى وخدماته وحجم القوى العاملة فيه وأيضاً وصف للوظائف المختلفة، ويمكن أن نلخص تعريف الدليل التنظيمي بأنه البطاقة الشخصية للمستشفى.

### الخطوة التاسعة: تطوير الهيكل التنظيمي بشكل دائم ومستمر لمواكبة التغيرات

يعد تطوير الهيكل التنظيمي بشكل دائم ومستمر ضرورة ملحة، ومن خلال هذا التطوير يستطيع الهيكل التنظيمي مواكبة التغيرات الخارجية والداخلية بمرونة، فالهيكل التنظيمي المرن قادر على استيعاب المتغيرات وتشجيع العاملين على الاجتهاد والابتكار في سبيل تحقيق الأهداف، وعليه فإن أي تغيير في هيكل المستشفى لابد أن ينطلق من تطوير أهدافه واستراتيجيات العمل به، ومن أهم أسباب تغيير الهيكل التنظيمي للمستشفى:

- حدوث تغيير في أهداف المستشفى أو عجز المستشفى عن تحقيق أهدافه.

- حدوث تغيير في حجم أعمال المستشفى، مثل التوسع والنمو أو الاندماج مع مستشفى آخر.
- مواجهة التغييرات الخارجية كتغير القوانين أو التكنولوجيا المستخدمة.
- مواجهة التغييرات الداخلية مثل نقص العمالة أو قصور العمليات، أو الحاجة إلى وضع الشخص المناسب في المكان المناسب لزيادة تفاعل العاملين.
- رغبة الإدارة الجديدة في إدخال أفكار تنظيمية جديدة.

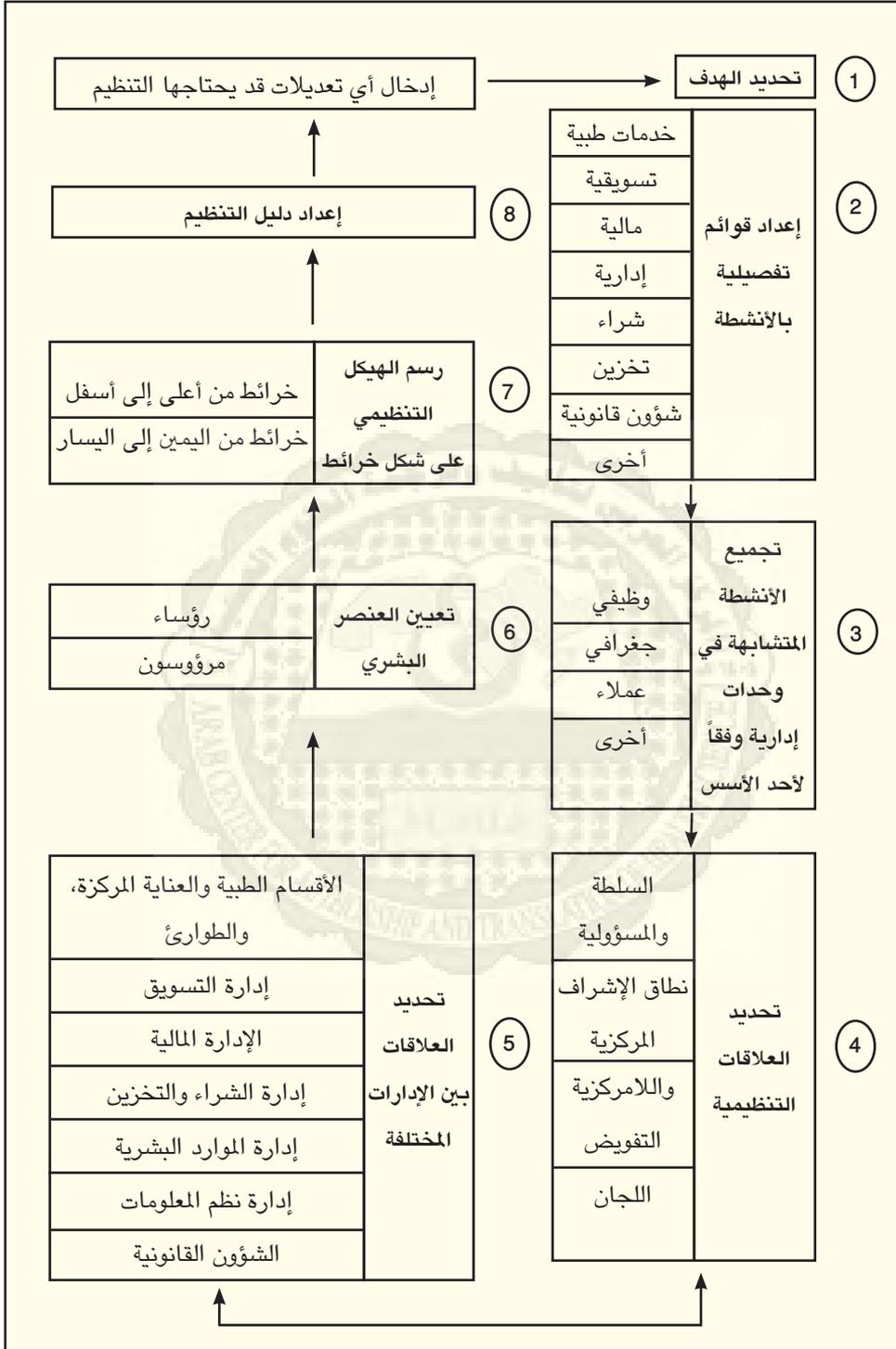
## تنظيم فرق العمل داخل المستشفيات

### مفهوم فريق العمل

يمثل الفريق مجموعة من الأفراد يعملون مع بعضهم البعض كوحدة متجانسة من أجل تحقيق أهداف محددة ومشتركة، ويتميزون بوجود مهارات متكاملة فيما بينهم، وفرق العمل داخل المستشفى هي جماعات يتم إنشاؤها داخل الهيكل التنظيمي للمستشفى للقيام بمهمة محددة أو تحقيق هدف معين، ويتطلب ذلك التنسيق والتفاعل والتكامل بين أعضاء الفريق، ويُعد أعضاء الفريق مسؤولين عن تحقيق هذه الأهداف، إذ أنهم يتمتعون بقدر كبير من التمكين في اتخاذ القرارات، ويحتاج هذا الأسلوب للامركزية في الهيكل التنظيمي.

وتلجأ المستشفيات الحديثة لإنشاء فرق عمل لتواجه التحديات العصرية والمتغيرات السريعة والمنافسة الشديدة، حيث يتيح هذا الأسلوب للمستشفى الاستفادة من كافة التخصصات الموجودة لديه، والاستعانة بأفكار العاملين في كافة أنشطة المستشفى ومن كافة الأقسام والوحدات، وقد تكون فرق العمل بالمستشفى دائمة أو مؤقتة، وذلك حسب المهام المنوطة به، ونظراً للطبيعة الخاصة للخدمات الطبية التي تستدعي وجود فرقٍ طبية بخبرات متعددة من تخصصات مختلفة كان تكوين الفرق داخل المستشفيات أمراً لازماً لمزج المهارات والاستفادة من كافة الخبرات في مختلف الأقسام الطبية وغير الطبية، فضلاً عن وجود بعض المميزات الأخرى لتشكيل فرق العمل داخل المستشفيات تتمثل في:

- وجود مشكلات يعجز الفرد أو القسم الإداري الواحد عن حلها.
- كسر الحواجز التقليدية بين وحدات وأقسام المستشفى وبناء روح الثقة والتعاون بين العاملين بالمستشفى.
- تعريف العاملين بمشكلات الوحدات الأخرى وزيادة تدفق المعلومات داخل المستشفى.
- احتياج المستشفى إلى أفكار جديدة تنبع من خارج الإدارة العليا.
- رفع الروح المعنوية للعاملين من خلال مشاركتهم في اتخاذ القرار وتنمية المهارات، وحل الصراعات والنازعات بين الأفراد والأقسام داخل المستشفى.
- تمكين المستشفى من التكيف مع المتغيرات.



(الشكل 3-9): يبين خطوات رسم الهيكل التنظيمي للمستشفى.

## مقومات بناء الفريق

هناك ثلاثة عناصر تؤثر على بناء الفريق وتحدد درجة فاعليته وهي:

1. العنصر الفني: ويقصد به نوع المهمة المطلوب إنجازها، ومدى صعوبتها، والمعلومات المتاحة عن هذه المهمة، بالإضافة إلى الأساليب المختلفة لتحقيقها، والأدوات والأجهزة اللازمة لإنجازها.
2. العنصر الإنساني: ويتمثل في القائد بأنه المسؤول عن تحقيق التنسيق والتكامل والتفاعل بين أعضاء الفريق، ومدى اقتناعه بأهداف الفريق وقدرته على قيادة الأعضاء لتحقيق هذه الأهداف، لذا كان من اللازم أن يتمتع بشخصية ناضجة، وخبرات عملية مناسبة، وكذلك عدد أعضاء الفريق وخبراتهم ومكانتهم في الهيكل التنظيمي للمستشفى والقيم السائدة بينهم، ودرجة الانتماء والولاء للفريق، فضلاً عن القدر الذي يتمتعون به من التعاون والاحترام لبعضهم البعض والدوافع المتنوعة لدى هؤلاء الأفراد ومدى إشباعها.
3. العنصر البيئي: ويشتمل على البيئة التنظيمية والبيئة الاجتماعية، حيث إن البيئة التنظيمية هي بيئة المستشفى التي يتم فيها تشكيل الفريق وأهدافه، ورسالته وخطته، وموارده المتاحة، إلى جانب الإدارة العليا وفلسفتها وسياساتها ونظم الحوافز وتقييم الأداء والتدريب وفرص النمو، أما البيئة الاجتماعية فهي عبارة عن المؤثرات الاقتصادية والاجتماعية لبيئة المستشفى والفريق.

## كيف يمكن تشكيل فرق العمل داخل المستشفيات؟

**أولاً: مرحلة تكوين الفريق:** ويتم فيها تعريف الحاضرين ببعضهم البعض، وبالهدف من تكوين الفريق، ويكمن دور قائد الفريق أثناء هذه المرحلة في:

- التعارف ما بين الأعضاء وإشعارهم بأن اختيارهم كان مبنياً على ثقة الإدارة بقدراتهم.
- توضيح الأهداف وأهميتها، وطبيعة المهمة، والنتائج المتوقعة من الفريق.
- إيجاد جو مريح وغير رسمي وبناء جو من الثقة بين الأعضاء وإشعارهم بالأمان (مثل إقامة نشاط اجتماعي خارج العمل).

**ثانياً: مرحلة الصراع أو العصف:** حيث تظهر في هذه المرحلة الاختلاف في وجهات النظر بين أعضاء الفريق، ويتحمس كل فرد لوجهة نظره، وقد يؤدي إلى توقف عمل الفريق مؤقتاً ويزداد فيها الجدل والمناقشات غير الهادفة، ويكمن دور قائد الفريق أثناء هذه المرحلة في:

- المحافظة على هدوئه وعدم الانزعاج، مدركاً أن الاختلاف بين أعضاء الفريق هو أمر طبيعي، بل إنه علامة على اندماج أعضاء الفريق ومشاركتهم بجدية.

- إبداء الاهتمام بتحفظات أو مخاوف أعضاء الفريق وعدم إهمالها.
- حل بعض المشكلات الفردية والشخصية خارج الفريق عن طريق زيارة أعضاء الفريق في مواقع أعمالهم ومناقشتهم.

**ثالثاً: مرحلة الهدوء والتعاون:** حيث يتم في هذه المرحلة قبول أعضاء الفريق لبعضهم البعض ومحاولة استفادة كل فرد من وجهة نظر الآخر، ومن سمات هذه المرحلة أنه يبدأ فيها إحساس أعضاء الفريق بانتمائهم للفريق دون غيره. ويستعد الأعضاء لتغيير أفكارهم وآرائهم المسبقة بناء على الحقائق التي يقدمها الأعضاء الآخرون، كما تتحسن لديهم مهارات الأسئلة والإصغاء والنقد البناء، ويكون دور القائد أثناء هذه المرحلة:

- تزويد الأعضاء بالمعلومات والتغذية الراجعة والثناء على مشاركتهم وتعاونهم.
- مراجعة خطة وجدول العمل باستمرار وتذكير الفريق بنطاق العمل والأمور التي ينبغي التركيز عليها.
- يعتنق الفريق ما يسمى بـ "التفكير الموحد"، وهنا ينبغي على قائد الفريق أن يطرح الأسئلة الكفيلة بإيجاد البدائل والتحسينات للفكرة المطروحة.

**رابعاً: مرحلة الأداء:** ويحدث فيه التناغم والانسجام بين أعضاء الفريق الواحد والبدء في إنجاز وتحقيق أهداف الفريق، ومن سمات هذه المرحلة تعرف كل من أعضاء الفريق على نقاط القوة والضعف لديه، ولدى الآخرين وتدفع الحماس التام والحيوية لتحقيق أهداف الفريق ونتائجه، وفي هذه المرحلة يتقلص دور القائد ويبقى محدوداً، حيث يبدأ الأعضاء في قيادة أنفسهم بأنفسهم ويتمثل دوره في:

- مشاركة الأعضاء في القيادة.
- تشجيع ومؤازرة أعضاء الفريق.

**خامساً: مرحلة الإنهاء:** وفيها ينتهي الفريق من أداء مهمته وتعتمد هذه المرحلة على مدى نجاح الفريق أو فشله في تحقيق أهدافه، ففي حالة النجاح سيشعر الفريق بالفخر والفرح والاعتزاز بما تم تحقيقه والعكس صحيح.

ويكون دور قائد الفريق في هذه المرحلة:

- تقدير جهود الفريق.
- المناقشة التقييمية لعمل الفريق منذ تكوينه لتحديد الجوانب الإيجابية والسلبية في أداء الفريق والاحتفاء بالإنجازات التي تم إحرازها.

### مفاتيح نجاح فرق العمل بالمستشفيات

- أن يتولى قائد الفريق التخطيط بمشاركة الأعضاء وتنسيق الجهود بينهم.

- أن يكون الأعضاء على علم بالمهام المطلوبة منهم، وأن يتم اختيارهم من الأقسام والتخصصات المختلفة بالمستشفى، بحيث تتوفر لديهم المهارات اللازمة للقيام بهذه المهام على أن يكون لديهم القناعة الكافية بأهميتها.
  - أن تتوفر لدى الأعضاء الرغبة في التعاون لتحقيق الهدف والالتزام بتقديم المساهمات لباقي الأعضاء.
  - أن تتوفر اتصالات مفتوحة ومعلومات متاحة للجميع.
  - أن يتوفر بين الأعضاء الثقة والاحترام والمساندة والرغبة في إزابة الخلافات.
  - توفير مناخ عمل مريح.
  - تشجيع الاتصالات التلقائية وقبول الآراء المتباينة.
  - إحلال الثقة مكان الخوف والتعبير عن المشاعر دون حرج.
  - تحسين الأداء باستمرار ومراجعة النتائج.
  - جعل الاختلاف في الرأي من العلامات الصحية.
  - اتخاذ القرارات بالأغلبية مع عدم هيمنة أي عضو على الآخرين.
- إن بناء الفريق هو أحد الأساليب الفعالة للحصول على أداء أفضل، وإنجاز أسرع، وعلاقات إنسانية أعمق، إلا أنه لا يمثل وحده الحل السحري للمشكلات.

## ثالثاً: الرقابة والإشراف والتوجيه في المستشفيات

### مفهوم الرقابة

تعد الرقابة والتقييم الوظيفية الإدارية الثالثة اللازمة لتحويل مدخلات المستشفى لمرجات، وتُعرف الرقابة بأنها عملية تقييم الأنشطة الفعلية للمستشفى ومقارنتها بالأنشطة المخطط لها، والتأكد من مدى مطابقة الخدمة المقدّمة بالمستهدفة، إذ يتم من خلالها اكتشاف الأسباب الحقيقية للأخطاء والانحراف عن المستهدف لتعديلها بسلسلة من الإجراءات التصحيحية سعياً نحو حسن سير العمل وتفاذي وقوع الخطأ، وتحقيق أهداف المستشفى.

وتتم عملية الرقابة والتوجيه من خلال المراحل التالية :

1. **تحديد المعايير:** والمعيار هو رقم أو مستوى جودة نسعى إلى تحقيقه وفقاً للخطة الاستراتيجية للمستشفى، وحسب الهدف المراد تحقيقه.
2. **قياس الأداء:** ويتم فيها قياس الأداء الفعلي للمستشفى بطريقة مستمرة لتقدير ما إذا كان الأداء متفقاً مع المعايير، وقد يكون القياس شاملاً أو بأخذ عينة ممثلة.

3. مقارنة الأداء الفعلي في المستشفى بالمخطط له: وتتضمن هذه المرحلة مقارنة الأداء الفعلي بالمخطط للكشف عن الأخطاء والانحرافات وهنا نصل إلى:
- توافق الأداء الفعلي مع المعياري (لا توجد انحرافات).
  - أن يكون الأداء جيداً ويفوق المعيار (الانحراف موجب)، أو أن يكون الأداء سلبياً (الانحراف سلبي).

#### 4. تحليل أسباب الانحرافات واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة.

### مفهوم المتابعة والإشراف

- ويقصد به متابعة سير العمل بالمستشفى للتأكد من مطابقته للأنظمة واللوائح والإجراءات المعتمدة، والقيام بإجراءات متابعة الإنجاز في مختلف إدارات وأقسام المستشفى للتأكد من سلامة العمل، ويقوم المسؤولون بالإدارة أيضاً بالمهام التالية:
1. العمل على تنمية وتقوية مفهوم الرقابة الذاتية لدى الموظفين.

#### (الجدول 3-3): يوضح أسس تصنيف الرقابة وخصائصها.

أسس تصنيف الرقابة	خصائص كل نوع
الزمن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- رقابة استباقية (وقائية).</li> <li>- رقابة جارية حالية (رقابة على مراحل التنفيذ).</li> <li>- رقابة لاحقة (بعد التنفيذ).</li> <li>- نظام الرقابة المتعددة.</li> </ul>
الجهة التي تقوم بها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الرقابة الداخلية (يقوم بها فريق من العاملين بالمستشفى).</li> <li>- الرقابة الخارجية (رقابة من جهة خارج المستشفى مثل شركات اعتماد الجودة للمستشفيات).</li> </ul>
التنظيم الرقابي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- رقابة مفاجئة.</li> <li>- رقابة دورية.</li> <li>- رقابة مستمرة.</li> </ul>

2. فحص الشكاوى التي تُحال إليهم وفقاً للصلاحيات حول المخالفات الإدارية والمالية وغيرها من المخالفات.
3. تقديم أي مقترحات من شأنها تسهيل وتحسين سير العمل .
4. إعداد تقارير دورية عن نشاطات إدارات وأقسام المستشفى وإنجازاتها والملاحظات المتعلقة بتطوير العمل بها، وعمل إحصائيات عن الشكاوى والمخالفات وتحليلها واستخلاص النتائج والدلائل ورفعها لمدير المستشفى.

## مفهوم التوجيه

يُعرّف التوجيه على أنه إصدار التعليمات والتوجيهات من الرؤساء إلى المرؤوسين بشأن بدء العمل وكيفية إنجازه، وتتعلق عملية التوجيه بتفاعل الرئيس مع المرؤوسين ومدى درايتهم بقدرات وشخصية العاملين معه، ويأتي ذلك عن طريق عملية الاتصال التي يجب تنميتها عند المديرين والتي سبق تناولها، كما يعتمد أيضاً على قدرة كل مدير على القيادة.

## رابعاً: القيادة واتخاذ القرارات داخل المستشفيات

### مفهوم القيادة

هي القدرة على التأثير في الآخرين وتحفيزهم مادياً ومعنوياً لاستغلال كامل طاقاتهم لتحقيق أهداف المستشفى، والقائد هو الشخص الذي يستطيع أن يؤثر على سلوك العاملين بالمستشفى.

## العلوم الإدارية تصنع قائداً

تشير إحدى نظريات القيادة إلى أن العلوم الإدارية، ومنها علم إدارة المستشفيات تصنع قائداً للمستشفى فالقيادة علم وفن. وهناك فروق كثيرة بين المدير والقائد كما يوضحها الشكل التالي.

## الفرق بين

### القائد

- يجذب الناس.
- يتواصل.
- يفعل الأشياء الصحيحة (مستقل بذاته).
- ينتصر على الظروف.
- يبدع.
- يطور الأمور.
- يركز على الناس.
- يلهم الآخرين بالثقة.
- يفكر بالنتائج البعيدة.
- يسأل ماذا؟ ولماذا؟
- ينظر إلى الحد الأعلى.
- يبتكر.
- يتحدى الوضع الراهن.
- يركز على الرؤية والقيم والتحفيز.
- يفكر بالحل.

### المدير

- يسمع الناس.
- يأمر.
- يفعل الأشياء بشكل صحيح.
- يستسلم للظروف.
- يطبق.
- يحافظ على الأمور كما هي.
- يركز على الأنظمة.
- يعتمد على التحكم والسلطة.
- يفكر بالنتائج القريبة.
- يسأل كيف؟ ومتى؟
- ينظر للحد الأدنى.
- يقلد.
- يتبع النظام.
- يركز على العمليات.
- يفكر بالمنطق.

- يمتلك المهارة في التوفيق بين الآراء المختلفة.

- يفكر في التغيير والتجديد.

- يربط إنتاج الوحدة الصغيرة بالأهداف الكبيرة.

- يؤثر في مجموعات تتجاوز سلطته.

- يمتلك القدرة على الحزم.

- يفكر في الاستمرار.

- ينظر إلى إنتاج الوحدة الواحدة كما هي.

- يؤثر في المجموعة التي تحت سلطته.

(الشكل 3-10): المقارنة بين دور المدير ودور القائد داخل المستشفى.

## مفهوم صنع القرار

تعد عملية اتخاذ القرارات أحد العمليات الإدارية الأربعة الهامة في إدارة الأنشطة داخل المستشفيات، وتنشأ الحاجة إلى اتخاذ القرارات الصائبة في العديد من المواقف التنظيمية المختلفة، والقرار هو اختيار من بين بدائل وفقاً لمعايير محددة واستجابة لموقف معين، وكلما تعددت المتغيرات وتزايدت سرعتها زادت خطورة صنع القرار، وعملية اتخاذ القرارات هي بطبيعتها عملية مستمرة ومتغلغلة في الوظائف الأساسية للإدارة، ويقوم بها كل مدير ولا بد أن يتم فيها توفير معيار للاختيار والموازنة والمفاضلة بين البدائل المحتملة، أما صنع القرارات فهو عملية تتمثل في الفكر المنظم الذي يهدف إلى التشخيص المناسب للمشكلة والتوقع السليم للنتائج وتحديد العوامل المؤثرة على تحديد درجة ملاءمة القرار مثل الظروف المالية وتوافر المعلومات، ثم اختيار بدائل الحل وتقييمها بغرض اختيار البديل الصحيح، وكثيراً ما يواجه مدير المستشفى صعوبة في صنع القرارات الصائبة في ظل وجود قيود معينة أو ظروف تُكبل يديه خارجية أو داخلية، وينبغي أن يلاحظ المدير أن كافة القرارات تتقيد بقدرة العاملين على تنفيذها (إذا أمرت أن تطاع فأمر بما يستطاع).

## أساليب القيادة واتخاذ القرارات داخل المستشفيات

هناك عدة نماذج قيادية تحدد وفقاً لفلسفة القائد وشخصيته وخبرته ونوع التابعين، وأهم هذه الأنماط:

## • القيادة الدكتاتورية

القائد الديكتاتوري هو القائد الذي تتركز بيده السلطة، ويتخذ كافة القرارات بنفسه دون مشورة، ويتحكم بشكل كامل بالمستشفى الذي يديره، وهو غير مفضل على الإطلاق في إدارة المستشفيات عندما يكون القرار سهلاً ومعتاداً أو إذا كان مستوى معرفه الجماعة محدوداً في هذا الصدد، كما تُتخذ القرارات الفردية والديكتاتورية في الأوضاع العاجلة والطارئة دون تأخير. تعد القرارات التي تتخذ في الأزمات هي الاختبار الحقيقي لقياس كفاءة مدير المستشفى وقدراته.

## • القيادة المتساهلة

وهي قيادة تتسم بالتسيب وانخفاض الأداء وفيها يترك مدير المستشفى للمرؤوسين حرية اتخاذ القرارات كل كما يحلو له وكأنهم في ناد وليست مستشفى.

## • القيادة التشاركية (الديمقراطية)

وهي القيادة المثلى داخل المستشفيات، حيث يطرح القائد أو المدير مشكلات المستشفى أمام المرؤوسين ويستمع لوجهات نظرهم، وينجح هذا الأسلوب عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات ثقافية وعلمية عالية كما هو الحال في المستشفيات التعليمية والجامعية، حيث يدعو مدير المستشفى مجموعة منتقاة من المرؤوسين والخبراء ليشاركوا بمعلوماتهم وخبراتهم وأرائهم ومقترحاتهم في موقف يدعو للأهمية ثم تحديد البدائل وتقييمها حتى يتم اختيار البديل الأنسب.

ومن مزايا المشاركة في صنع القرار:

- تكامل معلومات وآراء وتجارب وأفكار المشاركين في عملية صنع القرار.
- وحدة وتعاون الأغلبية على إقناع الأقلية للوصول إلى الإجماع.
- تمنح المشاركين في صنع القرار شعوراً أقوى بالمسؤولية.
- تساعد على تدريب صف ثان من القادة أو صناع القرارات .
- زيادة وسلامة جودة القرارات، حيث يأتي القرار نتاجاً لخبرات ومقترحات متعددة ومتنوعة ومراحل دراسة وتخطيط لعملية صنع القرار.

## خطوات عملية اتخاذ القرار

### أولاً: تحديد المشكلة أو القضية

إن المهمة الأولى في عملية اتخاذ القرارات هي تحديد المشكلة الحقيقية، ففي حال عدم معرفة المشكلة الحقيقية سيُتخذ قرار غير سليم لعدم ملائمتها للمشكلة (المشكلة هي انحراف

ما هو كائن عما ينبغي أن يكون) التي صدر بشأنها، ولتحديد المشكلة ينبغي تحديد أسباب ظهور المشكلة، وطبيعتها، وموقعها، ونطاقها، وتوقيت حدوثها، ومدى تكرارها، كما يلزم معرفة حجم المشكلة والآثار الناجمة عنها لاتخاذ القرار المناسب بشأنها في الوقت المناسب.

" المشكلة التي يتم تعريفها جيداً هي مشكلة نصف محلولة "

## ثانياً: تحليل المشكلة

أي تصنيفها وتجميع الحقائق حولها لمعرفة التقديرات النوعية التي تتدخل في صنع القرار، حيث يمكن لمدير المستشفى استبعاد المعلومات التي ليس لها صلة بالموضوع، وعليه أن يقرر مدى صحة البيانات التي لديه ومدى ارتباطها بالمشكلة، وليس من الضروري الحصول على كافة المعلومات لاتخاذ قرار سليم، ولكن من الضروري معرفة قدر المعلومات المفقودة من أجل تقدير درجة الأخطار التي ينطوي عليها القرار ومدى دقته، ويلعب قسم نظم المعلومات الإدارية دوراً هاماً في صنع القرارات.

## ثالثاً: طرح الحلول البديلة

ويعد تصميم وتطوير البدائل ووضع بدائل ابتكارية إبداعية وغير عادية أمراً شديداً الأهمية للوصول إلى أنسب البدائل للحل، ويتم تقييم البدائل بتحديد المزايا والعيوب المتوقعة لكل حل بديل وتنطوي عملية التقييم على تقدير النتائج المتوقعة لكل بديل كمياً، وخاصة بالنسبة لتلك البدائل المتعلقة بالربح والتكلفة.

وعادة ما يتم طرح المعايير الرئيسية الثلاثة التالية عند تقييم البدائل المتاحة:

- هل البديل عملي ويمكن تنفيذه؟
- هل البديل يحقق أهداف المستشفى؟
- وهل يحل المشكلة أو يساعد على اقتناص الفرصة؟
- ما النتائج المحتملة لهذا القرار؟ وما أثره على المستشفى ككل؟



(الشكل 3-11): مخطط يوضح خطوات اتخاذ القرارات بشأن مشكلة ما داخل المستشفى.

## رابعاً: اختيار الحل الأفضل

إن عملية اختيار الحل الأمثل تتم في الغالب بالمقارنة العامة لمميزات وعيوب البدائل المطروحة مع مراعاة ظروف العمل وإمكانية التطبيق في الواقع، قد يكون الحل المناسب هو الأقل كلفة والأعلى منفعة هو الذي تتوفر من أجله كافة الموارد أو هو الموافق لثقافة العاملين بالمستشفى.

## خامساً: تنفيذ خطة العمل

لابد من تحفيز وترغيب المنفذين وذلك بإشراكهم في عملية اتخاذ القرار وتأخذ خطة التنفيذ في الحسبان ما يمكن أن يحدث من متغيرات وقت اتخاذ القرار وأثناء مراحل التنفيذ وحتى بلوغ الهدف ثم تقييم مدى تحقيق النتائج المرجوة من القرار، وينبغي أن تتمتع القرارات بالثبات والاستقرار لأن المغالاة في إعادة النظر في القرارات قد تكون مصدراً للإزعاج والتذبذب، ويمكن تجربة القرار على نطاق ضيق ومحدود وذلك لتحديد مدى صلاحيته للتطبيق لمعرفة نقاط الضعف والقوة، مما يؤدي إلى إمكانية تعديل القرار أو تغييره، وعند ظهور حقائق جديدة أو عوامل مؤثرة داخل المستشفى أو خارجها، فمن المناسب إعادة النظر في القرار، وتنطوي عملية اتخاذ القرارات على عناصر ملموسة وغير ملموسة، وعوامل نفسية متعددة بجانب العوامل المادية، مما يتطلب وجود مرونة ذهنية قادرة على وضع هذه العناصر جميعها في الحسبان واستخدام التحليل المنطقي في كل حالة.

إن وضع النظام لمتابعة كل قرار لا يقتصر فقط على صحة تنفيذه، بل على التأكد من تقييم نتائجه أيضاً.



## أولاً: المراجع العربية

- ابن زروق، جمال، التغيير التنظيمي داخل المنشأة ومدى مساهمة النسق الاتصالي في إنجاحه، مجلة جامعة دمشق - المجلد 26 - العدد الأول والثاني، عام 2010م.
- الجوهري، عمر، أصول الإدارة والتنظيم، دار الإشعاع للطباعة، القاهرة، عام 1985م.
- الحلو، ماجد راغب، علم الإدارة العامة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، عام 1985م.
- السالم، مؤيد سعيد، نظرية المنظمة الهيكل والتصميم، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، عام 2000م.
- الطعامنة، محمد - مخيمر، عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، عام 2008م.
- العميان، محمود سلمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، عام 2002م.
- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، عام 1997م.
- بركات، عباس، مبادئ علم الإدارة، مكتبة الرائد العلمية، عمان، عام 2001م.
- جاد الرب، سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشيري، مصر، عام 2008م.
- جاد الرب، سيد محمد، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشيري، جمهورية مصر العربية، عام 2005م.
- درياس، حليلة، نحو أسس جديدة لاستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، عام 2000-2001م.
- رشيد، قنصوة، التنظيم الإداري وتحليل النظم، الطبعة الثالثة، دار النهضة العربية، القاهرة، عام 1984م.
- عقيلي، عمر وصفي، الإدارة أصول ومفاهيم، دار زهران، عمان، عام 1996م.
- عقيلي، عمر وصفي، المنظمة ونظرية التنظيم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، عام 1994م.
- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، عام 2008م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- A Poor Sort of Memory : Voluntary Hospitals and Government before the Depression, Rosemary Stevens, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society 60, 1982.
- Chaos and Organization in Health Care, Lee, T. H., and J. J. Mongan, MIT Press (MA), Cambridge, 2009.
- Crossing the Quality Chasm, Institute of Medicine (IOM), National Academies Press, Washington, D.C, 2001.
- Designing Care, Bohmer, R. M. J. Harvard Business Press, Boston, 2009.
- Getting Value for Money in Healthcare: Can Cost-Effectiveness Improve Health? Milton Weinstein, Center for Risk Analysis, Harvard School of Public Health, Boston, 2003.
- Hospital Planning and Administration, R.Lewelyn-Davies and Macaulay, WHO, 1996.
- Management Lessons from the Mayo Clinic. Berry, L. L. and K. D. Seltman. McGraw-Hill. Professional Publishing, New York, 2008.
- Management of hospitals and health services, Alton Johnson, Rock well Schulz, 1992
- The Well-Managed Healthcare Organization, K. R., White, J. R. Griffith. 7th ed. Health Administration Press. Chicago, 2011.



# الفصل الرابع

## نظم المعلومات

### العقل المفكر للمستشفى

"تعد نظم المعلومات داخل المستشفى هي العقل المفكر الذي يمكن من خلاله التخطيط الصحيح واتخاذ القرارات السليمة الفعالة، ومثلما يسري الدم في شرايين البشر تتدفق المعلومات داخل المستشفى من خلال شبكة اتصالات محكمة فتبعث فيها الحياة، فإذا كانت المعلومات قاصرة أو مغلوبة لصار المستشفى أشبه بكيان عليل".

#### مفهوم نظم المعلومات

إن نظم المعلومات هي نظام تسجيل البيانات وتحويلها إلى معلومات وحفظها واسترجاعها على أن تكون في صورة صالحة للتبويب والتحديث، وتوفر نظم المعلومات المؤشرات والاتجاهات التي تساهم في توجيه القيادات بالمستشفيات، إذ يمكن من خلال هذا النظام توفير المعلومات المناسبة في الوقت المناسب للشخص المناسب، وفي المكان المناسب سعياً نحو اتخاذ القرارات الصحيحة، ولذلك تعد نظم المعلومات داخل المستشفيات مركزاً لتصوير واقع من الماضي ومشهد من الحاضر لترقب أو استشراف المستقبل بهدف التأثير به أو التأثير عليه، وهناك فرق من المهم معرفته بين البيانات والمعلومات، فالبيانات هي مجموعة من الأرقام الخام إذا تم تصنيفها ومعالجتها وتحليلها والربط فيما بينها ثم تتحول إلى معلومات ذات معنى ودلالة تزيد وتنمي المعرفة التي يتم من خلالها اتخاذ القرارات الصائبة.

#### مكونات نظام المعلومات

تتكون نظم المعلومات سواء كانت نظاماً يدوياً بسيطاً، أو إلكترونياً متطوراً من أربعة مكونات أساسية وهي:

- الأجهزة: وتتمثل في الحواسيب الآلية وإمكانات كل منها، والبرمجيات التي يتم استخدامها وشبكة الاتصالات بين هذه الحواسيب والمرفقات المصاحبة لها، كالطابعات والمساحات الضوئية وأجهزة المناقشة عبر الفيديو الخاصة بالتطبيب عن بعد.

- فريق العمل: الذي يقوم بتصميم النظام وبرامجه واستخدامه، بالإضافة إلى درجة كفاءة هذا الفريق ومهاراته والتدريب الذي تلقاه ومدى حرصه على خفض تكاليف النظام وتطوير كفاءته.
- خطوات العمل ومنظومة الأداء: وتشمل طريقة جمع البيانات وتنظيمها واسترجاعها وطريقة تقييم أداء هذه الشبكة المعلوماتية.
- أسلوب تداول المعلومات بين الأشخاص والأقسام باستخدام التقارير، أو الشبكة المعلوماتية.

## كيف يمكن تصميم نظم جيدة للمعلومات؟

يتم تصميم نظم جيدة للمعلومات من خلال سبع خطوات رئيسية هي:

### أولاً: تحديد البيانات المطلوب جمعها وفقاً للاحتياجات الفعلية للمستشفى

إن البيانات هي العمود الفقري لأي نظم للمعلومات وتتوقف فاعلية هذا النظام على مدى تنظيم هذا المكون وقابلية للتحليل، وبالتالي لا بد من انتقائها بدقة بحيث تفيد في عملية اتخاذ القرارات، لأن عملية جمع البيانات هي عملية مكلفة وتستهلك وقتاً طويلاً، بل إنها قد تستهلك نحو ثلث وقت بعض موظفي المستشفيات، ولهذا فمن الواجب تحديد البيانات المطلوب جمعها بدقة لتفادي الوقت الذي يهدر في ملء الاستمارات وكتابة التقارير دون الاستعانة بها في اتخاذ القرارات.

### ثانياً: تحديد الأفراد أو الأقسام أو الإدارات التي تحتاج لهذه البيانات والمعلومات

ينبغي تدريب القائمين بجميع البيانات والمعلومات الذين يسمح لهم بتداول هذه المعلومات والاطلاع عليها والاستفادة منها، حرصاً على سرية المعلومات الطبية.

### ثالثاً: تحديد الفترة الزمنية التي ستقدم فيها المعلومات وكيفية حفظها

ينبغي تحديد الفترة الزمنية التي يجب فيها إتاحة المعلومات، فلا قيمة لمعلومات يتم تقديمها بعد فوات الأوان، وكذلك الصور التي يتم فيها تقديم المعلومات: (جداول، رسوم بيانية، أشكال توضيحية، تقارير ... إلخ)، كما يتم اختيار طرق معينة لتحليلها تحليلاً علمياً سليماً، فالبيانات الخام لا تفيد صانعي القرار، ومن الضروري تصميم أسلوب لحفظ المعلومات بطريقة آمنة وسرية، إذ يجب أن يكون هذا الأسلوب مكتوباً ومعمماً، وسهل الاستخدام ويتم التدريب عليه.

## رابعاً: تحديد كيفية نقل المعلومات وتدقيقها وعرضها

قد يتم نقل المعلومات في صورة تقرير مكتوب أو تعليمات أو شبكة إلكترونية، وأفضل المعلومات هي تلك التي يتم تقديمها في شكل رسم بياني أو جداول لسهولة استخدامها في اتخاذ القرارات السديدة.

## خامساً: تحديد طريقة تحديث المعلومات وألية استرجاعها

إن التحديث المستمر للمعلومات مرتفع التكلفة ويستغرق الكثير من الوقت، ولذلك يجب أن تتضمن نظم المعلومات طريقة مناسبة لهذا الغرض، لمعرفة التعديلات اللازمة على النظام ينبغي اللجوء إلى التغذية الراجعة لتطويره ومعالجة أخطائه.

## خصائص نظم المعلومات

تتصف نظم المعلومات بسمات معينة تمكننا من الحكم عليها، وتقييم أدائها وتتمثل هذه الخصائص فيما يلي:

- صحة المعلومات ومصداقيتها ودقتها ومدى مطابقتها لمعلومات يتم الحصول عليها من مصادر أخرى.
- شمولية المعلومات والمرونة في جمعها وتحليلها.
- إمكانية حفظها واسترجاعها بسهولة ويسر عند الحاجة إليها.
- أن تكون المعلومات حديثة أو يمكن تحديثها.
- السرية، فإفشاء المعلومات الهامة قد يهدد المستشفى ويبيح لمنافسيه الفرصة للتفوق عليه.
- أن تكون تكلفة نظم المعلومات مناسبة وممكنة.

## دور نظم المعلومات في المستشفى وأهميتها

### أولاً: النظام اليدوي

- ويتم فيه الاعتماد على الأفراد في تسجيل البيانات وإدخالها، حيث يستخدم في:
- تجميع البيانات الهامة عن المرضى والعاملين، والأنشطة الإدارية والطبية المختلفة في المستشفى ومراجعتها وتسجيلها، ثم تشغيلها للحصول على معلومات حقيقية لازمة ذات دلالة وفائدة.

- تخزين المعلومات مع إمكانية استرجاعها عند الطلب، وتحديثها إذا لزم الأمر وخاصة بالنسبة للسجلات الطبية.
- إدارة الأنشطة المختلفة وذلك بإمداد الإدارة بتقارير (مختصرة) لمساعدتها في التخطيط والرقابة وتقييم الأداء، والتأكد من أن الخدمة قد تم أدائها على الوجه المطلوب.
- إمداد الأنشطة المختلفة بتقارير (مفصلة) ومعلومات كاملة لمساعدتها في تنفيذ الأعمال (مثل إمداد الأطباء بالسجلات الطبية للمرضى وتوزيع التعليمات الواجب اتباعها على طاقم التمريض).
- تسهيل تنسيق العمل بين الأنشطة المختلفة وتبادل المعلومات الإدارية والطبية.
- حصر وتحديد احتياجات المستشفى من الموارد المادية والبشرية.
- تسهيل إجراء المقاييسات والموازنات السنوية (مثل مقاييسات الأدوية والمستلزمات الطبية)، ومعدلات الاستهلاك (في المستلزمات الطبية كالنشاش والقطن والخيوط الجراحية وخلافه).
- بيان الوضع المالي للمستشفى وعمل الميزانية وتوزيعها وفق البنود الأساسية، وأيضاً في إجراء الحسابات والرواتب وحسابات المرضى والفواتير، وإجراء الإحصاءات المختلفة.
- العمل على ضبط المخزون سواء في المخازن، أو الصيدلية وتسهيل الجرد ومعرفة الرصيد وحد الطلب والنواقص.
- تنظيم حجز الأسرة (بمعرفة أماكن الأسرة الشاغرة في كل قسم)، وعمل جداول لتوزيع العمل على مدار اليوم في المختبر والأشعة والعمليات الجراحية، كذلك يساعد في تحديد عدد الوجبات الغذائية للمرضى وتنظيم قوائم الانتظار وشغل الأسرة.

## ثانياً: النظام الآلي

- وفيه يتم استخدام الحواسيب الآلية، والملفات الإلكترونية في إدخال البيانات ويتميز بما يلي:
- إمكانية الحصول على البيانات بشكل أكفأ وأسرع بمجرد طلبها مثل، الأسرة الخالية، السجلات الطبية، بيانات عن المرض أو العاملين.
  - إصدار التقارير اليومية وتحديثها تلقائياً، مثل التعداد اليومي والسجلات الطبية.
  - العرض الفوري لمخزون الأدوية وخلافه مع بيان الأنواع والرصيد، وحد الطلب وإمكانية الجرد الفوري.
  - سرعة إنجاز العمل بكفاءة، مثل عمل الرواتب وفواتير المرضى، وكذلك إبلاغ المطبخ عن الوجبات الغذائية المطلوبة وأعدادها وأنواعها.
  - سهولة عمل الإحصاءات والحصول على النسب والمعدلات بطريقة فورية بدلاً من حسابها يدوياً.

- تيسير الاستفادة العلمية وزيادة كفاءة الهيئة الطبية وقدراتها عن طريق :
  - بيان أنواع الأدوية وبدائل وخواص كل دواء والتوافق والتعارض بين الأدوية.
  - متابعة ومراجعة بعض الحالات وأثر العلاج عليها.
  - الربط بين التقارير الطبية المختلفة.
  - تسهيل الحصول الفوري على التاريخ المرضى.
  - تنظيم المرور اليومي وعمل جداول العمل والاجتماعات الدورية.
- سرعة خدمة المرضى، وبالتالي تخفيض مدة إقامتهم وذلك عن طريق التواصل المباشر بين الأنشطة المختلفة للحصول على النتائج، كالتحاليل وخلافه والتنسيق بين الأنشطة دون تعارض.
- خفض أعباء ووقت الإدارة للتفرغ للتخطيط والرقابة بدلاً من الأعمال الروتينية، كذلك تخفيف الأعباء الكتابية والإدارية لإعطاء عناية أكثر للمرضى.
- مساندة التطوير العلمي بإمكانية الاتصال بشبكات المعلومات المحلية أو العالمية للاطلاع على أحدث ما وصل إليه العالم.

## السجلات الطبية

لقد اهتم البشر منذ القدم بتدوين المعارف الطبية، وذلك لصلتها الوثيقة بغريزة البقاء لديهم، فمنذ الحضارة الفرعونية واليونانية قام القدماء بنقش كل ما يتعلق بالرعاية الصحية، وحالة المريض وسبب وفاته على القبور والمخطوطات الجلدية وورق البردي، ولا ننسى دور العرب وعلماء المسلمين الذين وضعوا جل تركيزهم على المريض نفسه، وشرعوا يدونون كل ما يتعلق بشكواه والأدوية المستخدمة في علاجه، وانتشرت هذه الظاهرة لأهميتها واستخدمها معظم الأطباء حول العالم في كتابة ملاحظاتهم عن المرضى، ووضعها في سجلات خاصة بكل واحد منهم وترتيبها وفق تسلسل معين، إلى أن بدأ عصر التقدم التكنولوجي والثورة في مجال المعلوماتية، حيث تم تصميم واختراع نظم للمعلومات الطبية وترتيبها في شكل سجلات إلكترونية، وسنتناول نوعين من السجلات المستخدمة لتدوين المعلومات الطبية في وقتنا الحاضر، هما السجلات الورقية، والسجلات الإلكترونية.

تُعرف السجلات الطبية على أنها وثيقة شاملة تضعها المنظومة الصحية وتحوي معلومات من عدة مصادر عن حالة المريض الصحية من الناحية الجسدية والعقلية والاجتماعية، وتُعد

السجلات الطبية أحد المصادر الهامة للبيانات والمعلومات إذ تتضمن المعلومات الشخصية التي تخص المريض (كالاسم بالكامل، النوع، الجنسية، العنوان... إلخ)، بالإضافة إلى المعلومات الطبية حول سبب مراجعته للمستشفى (كالأمراض التي يشكو منها، العلامات،... إلخ)، والفرق بين السجل الطبي والسجل الصحي، هو أن السجل الطبي يحوي كافة المعلومات الأساسية والطبية الخاصة بحالة مرضية حلت بالمريض، أما السجل الصحي فيحوي كافة المعلومات حول الصحة والمرض لكل شخص على نحو سواء بدءاً من ولادته حتى وفاته، فيشمل سجل التطعيمات والأمراض التي أصابت الشخص وتطور صحته وعاداته الغذائية والعادات الأخرى كالتدخين حتى وفاته.

فضلاً عن هذا فإن السجل الطبي وثيقة سرية لا يُصرَّح بالاطلاع عليها إلا من قبل الفريق الطبي المعالج وشركات التأمين (إذا احتسبت شريكك في الخدمة الطبية)، وكذلك للجهات القانونية عند التحقق من الوثائق داخلها في حالة وجود دعاوى قضائية، وعلى الرغم من أن كافة المعلومات الموجودة بالسجل الطبي تخص المريض، إلا أنه لا يسمح له باستخراج السجل الطبي أو تداوله نهائياً، فالسجل ملك للمستشفى المعالج، وعند استخراج أية معلومات منه يجب على المريض أو المفوض رسمياً من قبله التوقيع على خطاب رسمي موجه لإدارة المستشفى يطلب فيه الاطلاع على السجل الطبي، أو الحصول منه على معلومات محددة أو نتائج فحوص على أن يدون في طلبه أسباب احتياجه لهذه المعلومات والجهة التي سوف يقوم بتقديم تلك المعلومات إليها.

### أهمية السجلات الطبية

1. من أجل المتابعة الدورية لحالة المريض وتوثيق مرضه، والالتزام بالخطة العلاجية الخاصة به، وتطوره زمنياً بالتفضيل ونتائجها (التحسن، التدهور، الوفاة).
2. يتواصل من خلالها الطبيب مع فريقه الطبي المساعد، وينهل منها خبرات وعلوم زملائه الآخرين من حيث الكشف والتشخيص، وخاصة عند الحاجة لنقل المريض مثلاً من وحدات الرعاية الأولية إلى الوحدات المتخصصة أو العكس.
3. يمكن من خلالها الاستدلال على كفاءة خدمات المستشفى، ومعرفة نقاط الضعف في أي قسم من أقسامه واتخاذ القرارات الإدارية المناسبة بشأنها.
4. تقييم أداء الأطباء والفرق المساعدة، فضلاً عن العاملين بالخدمات غير الطبية وتبين مدى التزامهم بتطبيق بروتوكولات المستشفى والدلائل الإرشادية.
5. الرجوع إليها لأغراض الحماية القانونية، مثل موافقة المريض على إجراء عملية ما، وتستخدم كأحد الأدلة في الجرائم المرتكبة والأخطاء المهنية والإهمال الطبي.
6. تستخدم كمرجع لأغراض البحث العلمي والأدوات الإحصائية، مثل إحصاء عدد المواليد أو الوفيات ومدى انتشار وباء معين أو حتى درجة استجابة المرضى لدواء معين.

7. تستخدم كوثيقة مالية لتقدير تكلفة علاج المريض والفواتير المترتبة على أي إجراءات طبية يتم اتخاذها لمعالجته.
8. ترجع شركات التأمين للسجلات الطبية لتقييم مدى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والتأكد من صرف العلاجات التي تغطيها.

## أنواع السجلات الطبية المستخدمة حالياً

### أولاً: السجلات الطبية الورقية

تحتوي السجلات الورقية عدداً من النماذج المعتمدة من لجنة السجلات الطبية في المستشفى التي يتم ترتيبها وتبويبها بطريقة محددة وكلها بنفس الحجم، ويكتب على كل نموذج اسم المريض، ورقم السجل في نفس المكان، ويتم حفظها في غلاف كرتوني أو من البلاستيك، ويخصص سجل واحد فقط للمريض برقم واحد فقط مهما تعددت مرات دخوله المستشفى، ولكن يتم فصل كل دخول للمريض بفواصل ملون، ويكتب عليه رقم دخوله المستشفى (الدخول الأول، الدخول الثاني... وهكذا).

### النماذج الرئيسية الموجودة داخل السجل الطبي

- **النموذج الأول:** ويختص بموافقة المريض على دخول المستشفى وتلقي العلاج إذ يتم توقيع المريض أو ولي أمره على الموافقة بدخول المستشفى، ويحتوي على، البيانات الأساسية للمريض كما ذكرها أنفاً، كما يتضمن جهة التحويل أو الجهة التي ستقوم بتغطية نفقات العلاج، بيانات الدخول (تاريخ دخول المريض المستشفى وساعة الدخول)، والبيانات الطبية [ملخص التاريخ المرضي للحالة، وجهة دخوله (الطوارئ)، العيادات الخارجية)، والفحوص التي يتوجب إجراؤها فوراً، بالإضافة إلى اسم الطبيب المشرف على الدخول وتوقيعه، والعلاج الذي يتوجب تنفيذه للمريض فور دخوله أو التدخلات الجراحية اللازم إجراؤها.
- **النموذج الثاني:** يختص بموافقة المريض على إجراء تدخل طبي معين وتوقيعه بالموافقة، ويحفظ داخل السجل الطبي مع ذكر اسم الجراح، واسم المساعد واسم طبيب التخدير ونوع التخدير، أو إقرار موافقة على نقل الدم ومشتقاته، أو إقرار بالموافقة على إجراء تدخلات جائرة (باضعة)، مثل إجراء منظار أو تركيب قنطار.
- **النموذج الثالث:** هو إقرار المريض بالاطلاع على سياسات المستشفى والتزامه بلوائح وأنظمة المستشفى المتعلقة بمواعيد الزيارة ومسؤوليته الكاملة عن متعلقاته الشخصية إلا إذا قام بإداعها في خزانة المستشفى.

- **النموذج الرابع:** وهو يوقع عليه المريض في رفضه العلاج وخروجه على مسؤوليته الخاصة وضد النصح الطبي، وذلك لإخلاء المستشفى من المسؤولية القانونية حول استكمال علاج المريض.
- **النموذج الخامس:** وهو نموذج خروج المريض ويذكر فيه بيانات الخروج وتتمثل في تاريخ الخروج وساعة الخروج والتشخيص النهائي وحالة المريض الصحية عند الخروج ويوقع عليه الطبيب المقيم والاختصاصي ومدير المستشفى.
- **نموذج تطور الحالة المرضية الإكلينيكية:** ويتم فيه تدوين العلاج الطبي وملاحظات الطبيب حول تطور الحالة الطبية، ووصف العلاج الطبي والفحوص اللازمة للمريض، وإقرار الملاحظات الطبية الأخرى كحاجة المريض لتغيير العلاج أو إجراء علاج طبيعى.
- **نماذج متابعة العلامات الحيوية للمريض:** التي يقوم بها التمريض لتدوين قياسات النبض والحرارة وضغط الدم، ومتابعة التنفس ومتابعة التأثيرات العلاجية.
- **التقارير الطبية الكاملة:** حول نتائج الفحوص المعملية وأمراض الدم، وفحص عينة الباثولوجيا وتقرير فحص الجرثوميات وتقارير الأشعة، كالتصوير المقطعي المحوسب وتخطيط الصدى.
- **تقرير الاختصاصي الاجتماعى:** حول حاجة المريض للرعاية الاجتماعية والمادية، وحاجته للدعم النفسى في حال غياب الأسرة.

### الإجراءات المتبعة في تنظيم السجلات الطبية الورقية

#### أولاً: طريقة الكتابة داخل السجلات الطبية الورقية

1. يُراعى الكتابة داخل السجل الورقي بخط واضح مع تدوين التاريخ ووقت الكتابة على كل تقرير طبي أو ملاحظات طبية تدون عن المريض، والحد من استخدام الرموز والاختصارات الطبية قدر الإمكان لتفادي وقوع الأخطاء الطبية.
2. مراعاة أن تكون تعليمات الطبيب واضحة ومحددة بطريقة مفصلة حتى لو تجاوزت المساحة المسموحة للكتابة بها، وتعكس الاتجاه العلمى.
3. ينبغي تقييم المريض وتحديث المعلومات الخاصة بحالته المرضية وتدوينها من جديد داخل السجل الطبي كل 8 ساعات، كما يجب إعادة تقييم الحالة المرضية عند تفاقم شكوى المريض أو شعوره بالألم، أو وجود أي طارئ عند تناوله العلاج أو حدوث أي تطور غير متوقع للحالة.

4. يجب تحديث معلومات المريض المدونة داخل السجل الطبي في كل مناوبة، وأن يعاد تقييم حالته قبل نقله لأحد المستشفيات أو الأقسام الأخرى.
5. في حال شطب أية عبارة بأحد النماذج داخل السجل الطبي يوضع عليها علامة خطأ صغيرة على أن تُترك العبارة المحذوفة واضحة وظاهرة دون شطب مع توقيع الطبيب الذي قام بالحذف وكتابة التاريخ والوقت.
6. في حال اكتشاف أي خطأ أثناء المراجعة النوعية، أي (مراجعة مدى دقة المعلومات الطبية) داخل السجل الطبي، فيتم وضع خط أسفل الخطأ من قبل الفريق الطبي (بدون كشط أو مسح ويمنع استخدام قلم التصحيح) وإعادة كتابة الجملة الصحيحة من جديد فوق العبارة الخاطئة بدون شطب أو استبدال، أو قطع أي ورقة في السجل مع توقيع اسم الطبيب الذي قام بالتصحيح وكتابة تاريخ وساعة التصحيح.
7. في حال إضافة أو استكمال إحدى المعلومات أو الإدخال المتأخر لها يتم تدوين تاريخ وساعة الإضافة وتوقيع من قام بإضافتها وسبب إضافتها.
8. لا بد أن يتم إدخال المعلومات الطبية بشكل متواصل، ولا يصح إضافة المعلومات الطبية بطريقة متقطعة على فترات، لأن ذلك يؤدي للشك في صحة المعلومات في حال رفع قضية أو دعوى بالتعويض.
9. في حال إصدار التعليمات الهاتفية بالرغم أنه مسموح فقط في الحالات الطارئة والحرية، فيجب تدوين التعليمات فوراً في السجل الطبي، وفي حال عدم توافر السجل يتم تدوينها على ورقة مخصصة لذلك، ثم إعادة قراءتها على الاستشاري الذي يدي بتعليماته للتأكد من صحة التعليمات مع توقيع اسم المدون والتاريخ والساعة التي تم فيها إملأؤه التعليمات والشخص الذي قام بإملأؤها عليه.

### ثانياً : مراجعة السجلات الطبية

تتم مراجعة السجلات الطبية باختيار عينة عشوائية ممثلة من السجلات الطبية وقد تكون المراجعة داخلية، أي من قبل فريق العمل بالمستشفى مثل مراجعة لجنة جودة الملفات الطبية داخل المستشفى، أو خارجية من الهيئات التي تقوم باعتماد المستشفى للحصول على الجودة، وتعد معايير اعتماد السجلات الطبية هي أحد معايير اعتماد المستشفيات، وكذلك قد تكون مراجعات السجلات الطبية إما كمية لاستيفاء البيانات المنقوصة التي تخص المريض داخل السجلات الطبية لتقدير مدى جودة الرعاية الطبية المقدمة، أو مراجعة نوعية للسجل الطبي لتقييم مدى جودة ودقة المعلومات الطبية المسجلة عن الحالة الصحية للمريض.

### ثالثاً: طرق تصنيف وحفظ السجلات الطبية

1. يتم تصنيف وترميز السجلات الطبية وذلك باستخدام نظام ترميز موحد "النظام الدولي لتصنيف الأمراض" الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية، إذ يساعد الترميز على تسهيل عملية تصنيف الأمراض والمشكلات الصحية.
2. يتم فهرسة السجلات الطبية وفق فهرس المريض المركزي، وهو الفهرس الأساسي للمستشفى، إذ أنه مرتب ترتيباً زمنياً متسلسلاً، حيث يُدوّن فيه تاريخ اليوم واسم المريض وبيانات دخوله للمستشفى وسبب دخوله المستشفى، ويعطى رقم للسجل الطبي، ويكون هو رقمه الأساسي والدائم مهما تعددت تردداته على المستشفى، ومن هذا الفهرس يمكن إعداد سجل للمرضى يشتمل على جميع أسماء المرضى مرتبة ترتيباً هجائياً، وسجلات أخرى للأمراض التي تعد بمثابة كشف للأمراض المدونة في السجلات الطبية، ويمكن عمل سجل للعمليات وسجل لحالات كل طبيب على حدة.
3. تحفظ السجلات الطبية الورقية في خزائن خاصة حسب نوع وحجم الملفات اللازم حفظها على أن يتم ترقيم الخزائن والرفوف، وتوضع الملفات متسلسلة على الرفوف تسلسلاً رقمياً، بحيث يلصق على كل رف بطاقة تحمل رقم أول ملف ورقم آخر ملف على الرف أيضاً.
4. يشترط في غرفة حفظ السجلات الطبية أن تكون جيدة التهوية واضحة الإضاءة بعيدة عن مصادر المياه والرطوبة، ولا بد أن تزود بطفايات حريق وفصل تلقائي للكهرباء عند حدوث ارتفاع أو انخفاض للتيار الكهربائي، وينبغي أن توصل أبوابها جيداً ولا يسمح بالدخول إليها سوى للمصرح لهم.
5. لا بد أن تكون حركة السجلات الطبية داخل المستشفى مدونة ومراقبة، وكذلك يتم نقلها عن طريق موظفين مختصين، حرصاً على سرية المعلومات الطبية داخل كل سجل، ولا يسمح للمريض أو أسرته نهائياً تداول أو نقل السجل الطبي الخاص بالمريض.

### سياسات الاحتفاظ بالسجلات الطبية والتخلص منها

تختلف إجراءات الاحتفاظ بالسجلات الطبية وفقاً لاختلاف السياسات الوطنية في كل دولة التي تقرها وزارة الصحة، وبوجه عام تقر معظم الدول العربية الاحتفاظ بسجل المريض لمدة خمس سنوات على الأقل، ويمكن أن تزيد الفترة عن ذلك إذا توفرت المساحة المتاحة لحفظ سجلات المرضى، وللمستشفى أن يحدد ذلك وفقاً لعدد مراجعات المرضى، وعدد حالات الدخول، وتكلفة الوسائل الأخرى المتاحة لحفظ السجلات مثل الأقراص الضوئية والحواسب الآلية، وتكلفة التخلص من السجلات، وهناك نوعان من الملفات:

- الملفات النشطة، وهي الملفات التي يراجع أصحابها المستشفى باستمرار، ويجب حفظها في مكان قريب داخل الأرشيف.
- الملفات غير النشطة، وهي الملفات التي لم يراجع أصحابها المستشفى منذ فترة طويلة تزيد عن عام، ويجب حفظها في مكان أبعد داخل الأرشيف.

## ثانياً: السجلات الإلكترونية

نشأت فكرة عمل سجلات طبية إلكترونية مع ثورة التكنولوجيا وتطبيق نظم المعلومات في مختلف المجالات والمؤسسات الطبية، حيث طبقت بصيغة رقمية توفر الوقت والجهد والتكاليف، وفي ذات الوقت تعمل على تكامل المعلومات الطبية وغير الطبية بشكل أفضل، فالسجلات الإلكترونية تتشابه كثيراً مع السجلات الورقية من حيث الهدف منها، ولكنها تختلف عنها تماماً في كيفية إدخال البيانات للسجلات الإلكترونية واستخراجها ومعالجتها والتحكم فيها، وحيث إن البيانات الطبية تشتمل على حالة المريض من حيث علاقتها بمرضه والأرقام التحليلية المعبرة عن نتائج الاختبارات (الدم، الهرمونات، الإنزيمات...)، بالإضافة إلى صور الأشعة المختلفة للجسم (التصوير المقطعي المحوسب، الرنين المغناطيسي، تخطيط الصدى...)، وغيرها الكثير فقد غدت السجلات الطبية الإلكترونية ركيزة هامة لتقديم الرعاية الصحية على أكمل وجه.

نظراً للطبيعة الإلكترونية لهذا النوع من السجلات، فقد أصبح من الأسهل الآن تبادل المعلومات بين أقسام المستشفى الواحد، وحتى التواصل الدولي مع المستشفيات الأخرى حول العالم عن التشخيص، وطرق العلاج أو التوصية بإجراء فحص معين ومتابعة حالة المريض ومقارنتها بالحالات أو النتائج الأخرى، فضلاً عن تدوين الملاحظات والمشاهدات، وتوفير الخدمات الصحية على أعلى مستوى وتبادل الخبرات بين الأطباء برغم بعد المسافات.

## إنشاء السجلات الإلكترونية

يمثل إنشاء السجلات الإلكترونية على أكمل وجه، بحيث تصبح وافية لجميع تعليمات الأطباء والفرق المساعدة والإجراءات الطبية وكافة الفحوص التي أجريت، ونتائج كل منها تحدياً حقيقياً من حيث إدخال وترتيب السجلات الإلكترونية وتنسيق أولوياتها، إذ أن الهدف الرئيسي من هذه السجلات هو دعم قدرة الطبيب على معرفة المرض ومعالجته مبكراً قبل أن يستشري في جسد المريض ويتم ذلك عبر:

## أولاً: إدخال البيانات والمعلومات الطبية

وتعد هذه المرحلة أصعب وأهم خطوات إنشاء السجلات الإلكترونية، نظراً لتعقيد المعلومات الصحية التي هي مزيج من بيانات المريض (المعلومات الطبية، نتائج التحليل،

صور الأشعة المختلفة، دراسات وظائف الأعضاء والعلامات الحيوية، الأبحاث العلمية (بالفيديو، وغيرها الكثير)، ولغات البرمجة التي تُستخدم وفقاً لنوع المعلومة المطلوب إدخالها لتلبية الاحتياجات والأهداف المنشودة، وتعتمد عملية إدخال البيانات على مرحلتين، الأولى هي الحصول على البيانات وترجمتها بلغة البرمجيات إلى معلومة مفهومة وصحيحة، والثانية هي إدخال تلك المعلومات ويتم ذلك عبر:

- الكتابة اليدوية و/أو التسجيل الصوتي من قبل الطبيب، أو الفريق الطبي ثم يقوم الفنيون بنظم المعلومات بنقلها إلى الحاسوب بعد ترجمتها (الطريقة التقليدية).
- تدريب الطبيب نفسه (أو الفريق الطبي) على إدخال البيانات بنفسه في قوائم جاهزة للتشخيص والمعالجة الدوائية مع التأكد من مطابقة المعايير المطلوبة المعتمدة مما يوفر الجهد والتكاليف.

### ثانياً: عرض المعلومات الطبية المسجلة

لتسهيل الوصول إلى المعلومة الطبية يتم عرض المعلومات وتصنيفها وفق ترتيب معين في قوالب رقمية طبية مثل:

- وضعها في جداول أو تقارير أو نماذج متسلسلة حسب التاريخ أو الترتيب الهجائي لمتابعة المرضى أولاً بأول، ومقارنة التحاليل الدورية وتفصيل الإجراءات والفحوص التي أجريت عليهم.
- وضعها على هيئة ملخص أو تقرير مختصر عن حالة المريض في الحالات الحرجة التي تستدعي الحصول على المعلومات بصورة عاجلة.
- استخدام الدلالات العلمية المحددة للبحث عن نوع الفحص مثلاً، أو التحليل الذي تم إجراؤه والربط بين نتائج البحث المخزنة في السجلات الإلكترونية.

### ثالثاً: تحليل المعلومات الطبية ومعالجتها إلكترونياً

عملت نظم المعلومات الحديثة على توفير مقومات معالجة البيانات والمعلومات الطبية وتحليلها، حيث تم تصميم مراجع معتمدة تحتوي على القيم والمعايير التي يتم مقارنة صحة المعلومات بها (مثل مستوى سكر الدم، وسرعة القلب، إنزيمات الكبد، ..)، كما تعمل على ربط هذه المعدلات بسن المريض ونوعه وحالته الصحية الأهلية، فإذا تجاوزت أحد هذه المعدلات المراجع المحددة تقوم نظم المعلومات بالتنبيه إلى وجود مشكلة صحية لدى هذا المريض، فضلاً عن التأكد من عدم تغيير البيانات بشكل عشوائي أو غير منطقي.

## عيوب السجلات الطبية الإلكترونية

تتمثل أحد عيوب السجلات الإلكترونية في عدم معرفة المديرين وصناع القرار بما تقدمه مخرجات برامج نظم المعلومات في المستشفى، لذا على مدير المستشفى أن يطلع على مخرجات نظم المعلومات للاستعانة بها في التخطيط وصناعة القرارات السليمة، وتتمثل العيوب الأخرى في الحاجة لتدريب وتأهيل مستخدمي البرنامج استخداماً كافياً. فهناك برامج لنظم معلومات باهظة التكاليف في مستشفيات ضخمة فشلت في أن تؤتي بثمارها بسبب عدم تطبيقها بطريقة صحيحة، فضلاً عن احتمالية وجود ثغرات في نظم المعلومات المستخدمة، مما يؤدي إلى تسرب المعلومات الطبية التي تخص المرضى وانعدام الخصوصية التي يجب أن تحظى بها هذه السجلات.

## الطب عبر الأقمار الصناعية (التطبيب عن بُعد)

تتزايد أعداد المقبلين على استخدام الكمبيوتر وشبكة الإنترنت للحصول على معلومات طبية عاماً بعد عام، حيث احتلت الأغراض الصحية المرتبة السادسة في قائمة الاستخدامات الشائعة لشبكة الإنترنت، وقد وجد أن هذا المصدر يمثل نبعاً وثيراً للمعلومات الطبية الدقيقة، ويسمح بتبادل المعلومات حول الأمراض النادرة ومعدلات حدوثها وطرق علاجها حول العالم، ويمكن للمرضى الاستفادة من هذه الخدمة في كافة الأرجاء، وظهرت فكرة التطبيب عن بُعد في ستينيات القرن العشرين عندما بدأت إحدى وكالات الفضاء بدراسة التغيرات الفيزيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلتهم الفضائية، ولقد حاول العلماء العاملون في هذه الوكالة مراقبة هذه الوظائف مثل ضغط الدم، وسرعة القلب، وحرارة الجسم وأظهرت بعض التجارب إمكانية التشخيص عن بعد ونقل البيانات المختلفة مثل، صور تخطيط الصدى، والتصوير المقطعي المحوسب، وتفاريس الرنين المغناطيسي وأفلام الطب النووي مع الحفاظ على الجودة النوعية للصور ودقة التفاصيل، كما يمكن نقل تخطيط القلب وتخطيط الدماغ وتفريسات فائق الصوت بكفاءة عالية، ولقد تم استغلال هذه الظاهرة في إنشاء مراكز متعددة للاتصال بالأطباء والمراكز الطبية ذات السمعة المرموقة للاستشارة والتشخيص والعلاج عن طريق نقل تاريخ المرض، والفحوص التي أجريت للمريض بطريقة سريعة خلال دقائق، كما تمت الاستعانة بها لربط المراكز الصحية في المناطق النائية بالمستشفيات المركزية، حيث تتوافر الخبرات المتخصصة. لقد ظن بعض المرضى أن هذه الطريقة قد تكون بديلاً أكثر سرعة وأوفر تكلفة وأعلى تقنية من مراجعة الطبيب، إلا أنه ما زالت هناك العديد من المشكلات التي تعوق تطبيق هذه التقنية نذكر منها :

- تعارض هذه التقنية ومفاهيمها مع الخصوصية وسرية المرض، إذ يصبح من الممكن اطلاع أكثر من طبيب على فحوص المريض وحالته الصحية.

- افتقارها إلى العلاقة الشخصية الهامة بين الطبيب والمريض، وما لها من أثر إيجابي على الحالة النفسية وشفاء المريض.
- تتطلب نماذج مدروسة معينة للتقارير الطبية تمنع ازدواجية المعلومات وتبدو فيها الحقائق واضحة دون غموض.
- المسؤولية القانونية : أي على عاتق من تقع مسؤولية الخطأ الطبي في التشخيص أو وصف العلاج ؟ الطبيب الذي أدلى برأيه من على بعد، أم المركز الذي أرسل معلومات غير مكتملة عن المريض مثلاً ؟ أم على مسؤولية المريض الخاصة، حيث إنه هو الذي وافق على استعمال هذه التقنية ؟ وكيف يمكن مقاضاة الطبيب في حالة وجود خطأ طبي جسيم، ووفقاً لأي قانون يمكن محاسبته، هل حسب قانون الدولة التي أرسلت الاستشارة ؟ أم الدولة المستقبلية لها ؟ وهكذا فإن الهامش القانوني الذي يحدد الحقوق والمسؤوليات لم يتضح بعد.

ومن هذه المعلومات نخلص إلى أن مراجعتنا للطبيب عندما يلزم ذلك هو أمر حتمي، فالمعالجات المنزلية والمعتقدات الشعبية وتناولنا لعلاجات وصفها لنا الآخرون هي أمور غير مجدية، كما أن الوسائل الحديثة من استعلام بالهاتف أو شبكة الإنترنت أو الطب الاتصالي هي وسائل مساعدة ونافعة، ولكنها ليست بديلاً عن مراجعة الطبيب.

## السباق العالمي والمستشفيات والمعلوماتية

من الأهمية أن ننوه إلى ضرورة تدريب الموارد البشرية على تعلم هذه التقنيات والتعامل معها، ومن الأفضل أن يكون جزءاً من سعر هذه البرامج مستثمراً في تدريب الموارد البشرية وتأهيلها حتى نبدأ في توطين التقنية قبل استخدامها، فمشروع الألف ميل يبدأ بخطوة، ولا بد من قيام البرامج الصحية المعلوماتية بتبادل الخبرات مع بعضها البعض في جميع قطاعات الخدمات الصحية والمستشفيات أينما كانت لدعم الحاجة لعمل معايير موحدة لنظم صحية معلوماتية رائدة، ليس فقط لخدمات الرعاية الصحية المحلية أملاً في توفير المعلومات التي تسهم في النهضة الصحية الشاملة، بل تتعداها لتكون قادرة على المنافسة في الأسواق الإقليمية وفي الأسواق العالمية.

وعلى الجانب الآخر فإنه من الضروري أن تُعنى الشركات المنتجة لبرامج نظم المعلومات الصحية بمواكبة آخر التطورات، ومعرفة ما يمكن أن تقدمه من خدمة متميزة لخدمة المرضى والمستشفيات على نحوٍ سواء.

## أولاً: المراجع العربية

- ابن زروق، جمال، التغيير التنظيمي داخل المنشأة ومدى مساهمة النسق الاتصالي في إنجاحه، مجلة جامعة دمشق - المجلد 26 - العدد الأول والثاني، عام 2010م.
- الجوهري، عمر، أصول الإدارة والتنظيم، دار الإشعاع للطباعة، القاهرة، عام 1985م.
- السالم، مؤيد سعيد، نظرية المنظمة والهيكل والتصميم، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، عام 2000م.
- السيد، إسماعيل، أساليب ومناهج الإدارة والتنظيم.
- بركات، عباس، مبادئ علم الإدارة، مكتبة الرائد العلمية، عمان، عام 2001م.
- جاد الرب، سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، عام 2008م.
- رشيد، قنصوة، التنظيم الإداري وتحليل النظم، الطبعة الثالثة، دار النهضة العربية، القاهرة، عام 1984م.
- صبري، سداد، الشروط الواجب توافرها في إدارة المستشفى من أجل الحصول على الاعتراف بالمستشفى.
- عقيلي، عمر وصفي، الإدارة أصول ومفاهيم، دار زهران، عمان، عام 1996م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- A Passion for Excellence: The Leadership Difference, Austin, N. and Peters, T., Random House, 1985.
- Changing Hospital Structure and Performances, W. Richard Scott, 1994.
- Communication Skills In the Organization Prentice Hall, Gary T. Hunt, 1989.
- Healthcare as Product: Catholic Sisters Confront Charity and the Hospital Marketplace, Barbra Mann Wall.
- Hospital Administration, C.M. Francis and et al., Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd.
- Management: Function and Strategy. Bateman, T. S., and Zeithaml, C. L., 1990.
- Management of Hospital and Health Services, Anton Johnson, Rockwell Schulz.
- Management Process in Health Care, S. Srinivasan, Voluntary Health Association of India.
- Principles of Hospital Administration and Planning, B.M. Sakharkar, Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd., 1999.
- The Manager's Job: Folklore and Fact, Mintzberg, H. Harvard Business Review. 53, July-August 1975.
- The policy context of Tele-medicine. Ball JR, Eisenberg MS, Greberman M, et al., National Academy, 1996.



## الفصل الخامس

### استراتيجيات قياس كفاءة المستشفيات

"ينبغي أن يخضع التقييم الصحيح للمستشفى لمقاييس ومعايير تعكس الصورة الحقيقية الواضحة لوضع المستشفى الراهن بجملته، ولأن الصحة ذات مفاهيم نسبية تتغير من مجتمع لآخر بدءاً من الحاجة وهي حتمية توفير قدر ملائم من الصحة انطلاقاً إلى الرغبة التي يتطلع المجتمع من خلالها إلى تحقيق ما يصبو إليه من رفاحية، فإن وضع الاستراتيجية لقياس الأداء داخل المستشفى أمر بالغ الأهمية. وتبلورت الحاجة إلى ضرورة الاستعانة بميزان حساس يستطيع تقدير مستوى الأداء داخل المستشفيات، وذلك باختيار مؤشرات أو مقاييس يطلق عليها مؤشرات تشغيل المستشفيات".

ويمكن تعريف مؤشرات تشغيل المستشفيات على أنها مقاييس رقمية يمكن أن تحدد مستوى الأداء في المستشفيات وفقاً لمعايير حسابية وإحصائية دقيقة، وذلك من خلال توفر معلومات صحيحة يسهل الوصول إليها، كما يمكن استخدامها في توجيه سياسات المستشفى وتعديل أهدافه، فضلاً عن استخدامها في عقد المقارنات مع غيرها من المستشفيات، ورصد التغيير في مستوى الأداء بمستشفى واحد من وقت لآخر.

ونظراً للزيادة المستمرة في تكلفة الخدمات بالمستشفيات ولضبط جودة هذه الخدمات يجب على مدير المستشفى التأكد من كفاءة التشغيل، وحسن الانتفاع بأسرة المستشفى ومرافقه المختلفة، ويستعين في هذا المجال بجموعة من مؤشرات الأداء تنبع أساساً من المعلومات التي تتولد عن عملية التشغيل. ولم تكن هذه المؤشرات متاحة من قبل، ولكن مع تطور علوم الإدارة والإحصاءات واستعمال الحاسوب الآلي أصبح بالإمكان تخزين كمية كبيرة من هذه المعلومات، وتحليلها واسترجاعها على شكل مؤشرات، كأحد مخرجات نظم المعلومات في المستشفى، كما تساعد هذه المؤشرات الهيئة الطبية في أداء العمل وإجراء البحوث والدراسات اللازمة أساساً لتحديد الاحتياجات من الخدمات الصحية لمجتمع معين، أو لفئات عمرية بعينها في منطقة محددة، وفيما يلي شرح موجز لأهم مؤشرات الأداء والتشغيل بالمستشفى.

## الإحصاءات الخاصة بمرضى المستشفيات بقسميها (الداخلي والخارجي)

إن مريض المستشفى هو ذلك الشخص الذي يراجع أحد المستشفيات لغرض الفحص الطبي، وتقييم حالته الصحية وإجراء الفحوص والاستقصاءات تحت رعاية الأطباء للتوصل إلى تشخيص أو تلقي العلاج، أو الوقاية من أحد الأمراض، وينقسم مرضى المستشفيات إلى قسمين :

### 1. المرضى الخارجيون

هم الأشخاص الذين يستفيدون من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى بدون أن يشغل سريراً في ذلك المستشفى، وهنالك نوعان من المرضى الخارجيين، أولاً، مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى، ويمثل هؤلاء الحالات المرضية غير الطارئة التي يراجع المريض المستشفى في هذه الحالة للفحص أو العلاج، أو الحصول على خدمة طبية مقابل أجر معين أو بدون أجر (بخطاب تحويل من الجهة التي تتحمل نفقات الخدمات حسب نوع المستشفى)، ثانياً، مرضى الطوارئ، ويمثلون الحالات المرضية الطارئة أو الحرجة التي يحتاج فيها المريض إلى إجراء إسعافات سريعة لإنقاذ حياته.

وتحفظ حالات المرضى الخارجيين وفقاً لذلك في ثلاثة سجلات، يدوية أو إلكترونية بحيث يكون هناك:

1. سجل لمرضى العيادات الخارجية الذين يراجعون لغرض الفحص أو المعالجة.
2. سجل للمراجعات الطبية الأخرى، مثل، الأشعة والمختبر والتطعيمات وغيرها.
3. سجل الحالات الطارئة، ويحفظ في قسم الطوارئ، ويصنف مراجعو هذا القسم حسب الآتي:

- المرضى الذين يُعالجون في قسم الطوارئ ولا تستدعي حالتهم الصحية دخول المستشفى (ويدخل ضمنها هؤلاء المرضى الذين هم بحاجة لتغيير الضمادات محل إجراء العمليات، وعلاج الجروح والإصابات والحروق البسيطة، والأعراض الطارئة كالمغص الكلوي والرعاف).
- المرضى الذين يعالجون في قسم الطوارئ عند إصابتهم، ثم يتم تحويلهم إلى أحد المستشفيات الأخرى لاستكمال معالجتهم.
- المرضى الذين يتم إسعافهم في قسم الطوارئ، ومن ثم يتبين أن حالتهم تستدعي دخولهم المستشفى، فعندئذ يتم إدخالهم ويشغلون أسرة بناء على ما تتطلبه حالتهم الصحية.

## تصنيف العيادات الخارجية

### حسب عدد زيارات المريض للعيادات الخارجية

- المريض المستجد: الذي يراجع العيادة الخارجية لأول مرة (أول زيارة).
  - المريض المتردد: الذي سبق وأن راجع العيادة الخارجية في تخصص واحد أو عدة تخصصات طبية مختلفة.
- ولتقدير حجم العمل الذي تقوم به العيادات الخارجية يمكن الاعتماد على المؤشرات التالية:

1. معدل المراجعات الأولى للمرضى (الحالات المستجدة) في الشهر أو في السنة، ونسبة مجموع جميع المراجعات إلى كل مئة من سكان تلك المنطقة.
2. تكرار المراجعات في كل ساعة عمل.
3. معدلات تردد المرضى على العيادات الخارجية ومقارنتها شهرياً أو سنوياً.

### 2. المرضى الداخليين

ويقصد بالمرضى الداخلي كل شخص يتم إدخاله لتلقي الرعاية الطبية داخل المستشفى، ويقوم كل منهم بشغل سرير أو إحدى وحدات الرعاية المركزة للولدان (حديثي الولادة) لغرض العناية الطبية والتوصل إلى تشخيص للمرض أو للمعالجة لفترة 24 ساعة أو أكثر، ولا يتضمن إحصاء المرضى الداخليين عدد الولدان، حيث يتم رصد أعداد الولدان في إحصائية منفصلة، كما أن مرافقي المرضى الذين يقيمون معهم أثناء العلاج لا يُحتسبون ضمن المرضى الداخليين.

ويحتسب المريض حالة دخول جديدة إذا خرج من المستشفى، ثم عاد لدخول المستشفى بعد مرور مدة من الزمن، أو إذا كان من الولدان وتم إدخاله إلى جناح الأطفال وأقيم فيه مدة أطول من 24 ساعة، أو تم استقباله من أي مستشفى آخر بقصد المعالجة، ولا يحتسب حالة دخول جديدة عند نقله من جناح ما إلى آخر ومن درجة إلى أخرى، أو إذا توفي في غرفة الإسعاف أو الطوارئ وقبل إدخاله المستشفى، وعند حساب عدد المرضى الذين أدخلوا المستشفى خلال فترة زمنية معينة يجب عدم احتساب الذين تم إدخالهم قبل تلك الفترة بل يتم حساب عدد الحالات الجديدة فقط، بالنسبة إلى الوفيات التي تحدث بين المرضى الداخليين بالمستشفيات فيتم تسجيلها كالاتي:

- حالات الوفيات التي وقعت خلال 48 ساعة من دخول المريض المستشفى.
  - حالات الوفيات التي وقعت بعد 48 ساعة من دخول المريض المستشفى، علاوة على الإحصاء الشهري لعدد الوفيات عند نهاية كل شهر حسب العمر والجنس، وسبب كل وفاة، ويُقدم به تقرير إلى إدارة المستشفى، ولا تحتسب الوفيات التي حدثت قبل إدخال المريض المستشفى حتى لو كانت في سيارة الإسعاف، أو في جناح الطوارئ ضمن وفيات المستشفى، ولا تُدرج في سجلات إحصاء حالات الوفاة الخاصة بالمستشفى.
- يُعد المريض قد قضى يوماً كاملاً بالمستشفى إذا قضى 24 ساعة كاملة داخل المستشفى، ومن ثم يتم حسابه مريضاً داخلياً، وبالتالي يمكن احتساب يوم المرضى بإحصاء عدد المرضى بالقسم الداخلي ( من منتصف كل ليلة ).

**ويُعد اليوم العلاجي للمريض أو يوم المريض (أي السرير المشغول بمريض في فترة يوم واحد) هو وحدة قياس التشغيل بالمستشفى، فإذا افترضنا أن سريراً واحداً بالمستشفى مشغول بصفة مستمرة على مدار السنة، فإنه يحسب بقيمة 365 يوم علاجي، كما يمكن حساب المعدل اليومي للمرضى الداخليين، وذلك بقسمة عدد الأيام العلاجية للمرضى خلال مدة معينة على عدد أيام تلك المدة الزمنية (أسبوع، شهر، سنة، ..)، ولا تحتسب الأيام العلاجية للمريض في الظروف التالية:**

- يوم الخروج من المستشفى.
- عند خروج المريض في نفس اليوم الذي دخل فيه حتى لو كان قد شغل سريراً.
- الأيام التي يمكثها الولدان في المستشفى.

### ونورد المثال التالي عن كيفية إحصاء المرضى كل ليلة:

إذا فرضنا أن عدد المرضى في منتصف ليلة 2 مارس كان 90 مريضاً

وأدخل يوم 3 مارس	12 مريضاً
فيكون مجموع المرضى	102 مريض
وأخرج يوم 3 مارس	9 مرضى
فأصبح الباقي	93 مريضاً
وأدخل يوم 3 مارس ثم أخرج بنفس اليوم	مريضان (لا يحتسب دخول)
فيكون مجموع المرضى النهائي	93 مريضاً

## متوسط فترة إقامة المرضى بالمستشفى

إن معدل (متوسط) فترة إقامة المرضى بالمستشفى هو متوسط عدد أيام بقاء المريض الفعلية بالمستشفى التي تم فيها تقديم العناية الطبية له، ويتم حساب هذا المعدل بقسمة مجموع عدد الأيام العلاجية للمرضى الذين تم خروجهم من المستشفى (للتحسن أو الوفاة) خلال مدة زمنية معينة على عدد المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى (للتحسن أو الوفاة) خلال نفس المدة.

$$\text{متوسط فترة إقامة المرضى بالمستشفى} = \frac{\text{عدد أيام المرضى خلال فترة زمنية محددة}}{\text{عدد حالات الخروج (بما فيها التحسن والوفاة) في فترة زمنية محددة}}$$

**مثال:** كان مجموع الأيام العلاجية للمرضى خلال 12 شهراً 47815 يوماً، وكان عدد المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى (للتحسن أو الوفاة) 4158 مريض، فيكون متوسط إقامة المريض بالمستشفى  $= 47815 \div 4158 = 11.5$  يوماً.

ويُعد متوسط إقامة المريض في أي قسم من أقسام المستشفى من أهم المؤشرات في أداء الخدمات من الناحية الطبية ومتابعة مدى كفاءة تشغيل المستشفى، فالمتفق عليه أن المريض يجب ألا يبقى بالمستشفى لفترة أطول مما يلزمه للعلاج، وذلك لتخفيض التكاليف بالنسبة للمريض الفرد وللمجتمع ككل، أما من ناحية الدلالة الطبية فإذا طالت فترة إقامة المريض عن المدة المعقولة والمقبولة فلا بد من بحث الأسباب وتلافيها، وهناك طرق عديدة لمحاولة تقليص متوسط إقامة المريض بالمستشفى مثل إجراء الفحوص اللازمة قبل دخول المستشفى، وإدخال المريض قسم الجراحة في موعد يتلاءم مع موعد إجراء العملية الجراحية.

ولكي يصبح هذا المؤشر ذا قيمة أكبر يجب حسابه لكل قسم من أقسام المستشفى على حدة لمقارنته بمقاييس مشابهة في كل تخصص، فمثلاً لا بد من الأخذ في الحسبان أن متوسط إقامة المريض بقسم العيون أو قسم الأنف والأذن والحنجرة أقل بكثير من متوسط إقامة المريض بقسم الأمراض الباطنية، كما أنه سيكون بقسم التوليد أقل منه بقسم الجراحة، وفي بعض الدول الغربية يتم مراقبة هذا المؤشر لكل مرض من الأمراض على حدة ليتم على أساسه التوصل إلى طريقة لوضع الأسعار ومتابعة الرقابة بالمستشفيات.

## إحصاءات أسرة المستشفى

تعرف أسرة المستشفى التي تدخل في الإحصاء، بأنها تلك الأسرة الموجودة بأجنحة المستشفى التي تكون جاهزة لاستقبال المرضى 24 ساعة بالأجنحة، وهذه الإحصاءات

تمثل العدد الحقيقي للأسرّة المتوفرة بالمستشفى، كما تشمل العدد الفعلي للأسرّة حاضنات الولدان الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة بهم.

ولا يتضمن العدد الفعلي للأسرة ما يلي (أي لا يدخل في إحصاء أسرّة المستشفى).

- السرير الذي يشغل من قبل مريض ما مدة أقل من 24 ساعة.
  - الأسرّة المخصصة لحديثي الولادة الأصحاء الذين يبقون بالمستشفى ما بقيت أمهاتهم فيه.
  - الأسرّة الموجودة في القسم الخاص بإسعاف الحالات الطارئة، وهذه تستخدم عادة للاستراحة عقب المعالجة.
  - الأسرّة المخصصة للحالات المؤقتة المحالة لمستشفيات أخرى، مثل الأمراض السارية حتى يتم إرسالهم إلى مستشفى الأمراض السارية، إلا إذا استعملت هذه الأسرة لمعالجة المصابين بهذه الأمراض لحين شفائهم، فعندئذ تدخل في إحصاء أسرّة ذلك المستشفى.
  - الأسرّة الموجودة بقسم الأشعة، أو بنك الدم، أو بالقسم المخصص لسكن الأطباء والمرضات.
  - الأسرّة المخصصة في العيادات الخارجية لاستراحة المرضى لمدة قصيرة للفحص والمعالجة، أو لإجراء تدخلات جراحية بسيطة كخياطة الجروح.
  - الأسرّة التي تستعمل مؤقتاً في غرف الإفاقة من تأثير مخدر قبل أن يتم نقل المرضى إلى الأسرّة المخصصة لهم في أجنحة المستشفى.
- ويجب ملاحظة أن عدد الأسرّة التي تخصص للمرضى في أي مستشفى لا بد أن يكون ثابتاً، ولا يمكن الأخذ في الحسبان أي تغيير في عدد الأسرّة ما لم تكن الزيادة أو النقصان في الأسرّة دائمة وثابتة وغير مؤقتة.

### التغيرات الدائمة التي تطرأ على أسرّة المستشفى وتحتسب في إحصاء عدد الأسرّة

- إذا أضيف لأحد غرف الدرجة الأولى ذات السرير الواحد سرير ثان بصورة دائمة، وتم احتسابها غرفة من غرف الدرجة الثانية والعكس صحيح بالنسبة لغرف الدرجة الثانية ذات السريرين.
- إذا تغيرت إحدى الدرجات (الأولى أو الثانية) إلى الدرجة الثالثة، فإن الأسرّة التي أضيفت بصورة دائمة يجب أن تحسب عند إحصاء أسرّة المستشفى.

- إذا استخدمت غرف أحد الأدوار ليتم فيها قبول المرضى بصورة دائمة.
- إذا تم تغيير استعمال بعض غرف المرضى واستعملت لأغراض أخرى كمركز للأشعة أو مختبر، فإن ذلك يستلزم طرح عدد الأسرة التي تم إزالتها من مجموع أسرة المستشفى عند إحصائها.

## التغيرات المؤقتة التي تطرأ على أسرة المستشفى ولا تحسب لغرض الإحصاء

- الأسرة التي تضاف إلى جناح ما لتلافي الضغط على المستشفى في وقت معين، ثم ترفع عندما يخف الضغط عليها.
- رفع (الأغطية) عن بعض الأسرة وإغلاق بعض الغرف الخاوية عندما تكون غير مشغولة نتيجة لقلّة المرضى.
- عندما يكون هناك جناح أو أكثر بحاجة إلى إصلاح أو صيانة، ويتم فيه رفع الأسرة لمدة معلومة.

### 1. معدل شغل الأسرة

ويمكن حساب هذا المعدل يومياً أو حساب متوسط النسبة لفترة زمنية معينة كشهري أو سنة، كما يمكن حساب النسبة للمستشفى ككل، ولكل قسم من الأقسام لتحديد الأسرة الشاغرة أو لتحويل الأسرة من قسم لآخر، ويتم حسابه وفقاً للمعادلة التالية:

ويعد معدل إشغال الأسرة أحد أهم المؤشرات اللازمة لقياس كفاءة التشغيل، وبناء عليه يتم تقدير احتياجات المستشفى من عاملين وأدوات طبية وأجهزة ووجبات طعام وتحديد مدى الزيادة في عدد الأسرة أو فتح أجنحة أخرى بالمستشفى أو بناء مستشفى جديد، كما أنه له أهمية خاصة في تقدير ميزانية إدارة الخدمة الطبية، كما يمكن تحديد نسبة الشغل في السنة كالتالي:

النسبة المئوية لشغل الأسرة في فترة زمنية معينة =

عدد أيام المرضى في نفس الفترة × 100

عدد الأسرة الفعلي بالمستشفى × عدد أيام الفترة الزمنية

**مثال :** إذا كان مجموع أيام المرضى الذين أدخلوا فعلاً المستشفى 5490، وكان عدد أسرة المستشفى خلال شهر يونيو 250 سرير، فيمكن حساب النسبة المئوية لمعدل شغل السرير كالتالي:

نسبة شغل أسرة المستشفى المؤوية =  $100 \times (30 \times 250 \div 5490) = 73.2\%$

وقد يبدو للوهلة الأولى أن الهدف هو شغل كامل الأسرة، أي أن تكون النسبة 100 %، ولكن ينبغي ترك بعض الأسرة شاغرة لمواجهة الحالات الطارئة نتيجة الكوارث الطبيعية، إذ أن المعدل الأمثل لشغل الأسرة يتراوح ما بين 85 - 90 %، ويمكن القول إن المستشفى يعمل بكامل طاقته إذا وصل المعدل إلى هذا الحد.

## 2. عدد الأيام العلاجية وفقاً لمعدل شغل الأسرة

عدد أيام المرضى العلاجية = عدد الأسرة الفعلي بالمستشفى x معدل شغل الأسرة لهذه الفترة x عدد الأيام خلال هذه الفترة

## 3. معدل فراغ الأسرة

معدل فراغ الأسرة =  $100 -$  معدل شغل الأسرة في نفس المدة

## 4. معدل تقلب الأسرة

معدل تقلب الأسرة = عدد حالات الخروج لكل المدة

عدد الأسرة المتاحة

## ترابط المؤشرات وكفاءة الأداء داخل المستشفى

تؤثر نسبة شغل الأسرة مباشرة على متوسط فترة إقامة المريض، ففي المستشفيات الكبيرة كالمستشفيات الجامعية والمراكز الصحية - حيث التجهيزات العصرية - يقوم الأطباء بإجراء الفحوص التشخيصية في الأيام الثلاثة الأولى من إقامة المريض، ويتم بعدها اعتماد التشخيص النهائي ومن ثم العلاج، فيقل معدل إقامة المريض بالمستشفى، وبالتالي يصبح بالإمكان أن يأخذ مكانه مريض آخر، ومن ثم يزداد معدل تقلب السرير، فضلاً عن صعوبة تواجده خدمات طبية متطورة بمستشفى صغير، وذلك لأن عدد الأسرة أو عدد المرضى الداخليين لا يسمح باستخدام الأجهزة أو الخدمات المعقدة بما يتناسب مع تكلفتها، مما يزيد كثيراً من تكلفة التشخيص أو الخدمة المتطورة، ولما كان عالم الطب يزخر اليوم بتقنية متطورة يتوجب تجديدها في فترات زمنية متقاربة، أصبح من الضروري اقتصادياً أن تتواجد هذه الخدمات، وهذه التجهيزات المتطورة بمستشفيات كبيرة كي تصبح تكلفة الخدمة مقبولة

السعر سواء كانت للمريض إذا تكفل بتحمل نفقات علاجه بنفسه (كمستهلك للخدمة)، أو للجهة التي تقوم بتمويل الرعاية الصحية.

إن هناك علاقة مباشرة بين كفاءة تشغيل المستشفى من جهة، ومؤشرات المستشفيات الخاصة بالمرضى والأسرة من جهة أخرى (متوسط مدة إقامة المريض بالمستشفى ومعدل شغل الأسرة ومعدل تقلب الأسرة)، ويمكن إيجازها فيما يلي :

- كلما زاد متوسط مدة إقامة المريض بالمستشفى قلت كفاءته والعكس صحيح.
- كلما زاد معدل شغل الأسرة بالمستشفى حتى 90 % زادت كفاءته.
- كلما زاد متوسط فترة فراغ الأسرة بالمستشفى قلت كفاءته.
- كلما زاد معدل تقلب السرير بالمستشفى زادت كفاءته.

## الإحصاءات الحيوية (المواليد والوفيات) وإحصاءات المستشفيات المتعلقة بالسكان

تساهم إحصاءات المستشفيات في الإحصاءات الحيوية المتعلقة بالمواليد والوفيات، وكذلك تساهم في معرفة بعض المؤشرات الصحية الهامة المتعلقة بالسكان مثل:

### 1. عدد السكان لكل طبيب

وهو يعرف بمقدار ما يخدمه الطبيب الواحد من السكان (أي إحصاء عدد السكان الذين يقوم بحذفهم طبيب واحد في فترة زمنية معينة) ويحسب كالاتي:

$$\text{عدد السكان لكل طبيب} = \frac{\text{متوسط عدد السكان في سنة ما}}{\text{عدد الأطباء}}$$

### 2. عدد السكان لكل ممرض/ة

وهو مقدار ما يخدمه الممرض الواحد من السكان، ويحسب كالاتي:

$$\text{عدد السكان لكل ممرض} = \frac{\text{متوسط عدد السكان في السنة}}{\text{المرضى}}$$

### 3. عدد السكان لكل سرير

وهو مقدار ما يشغله السكان من الأسرة خلال العام، ويحسب كالاتي:

$$\text{عدد السكان لكل سرير} = \frac{\text{متوسط عدد السكان في سنة}}{\text{إجمالي الأسرة}}$$

## أهمية إحصاءات المستشفيات واستخداماتها داخل المستشفى

يمكن تلخيص أهمية إحصاءات المستشفيات فيما يلي:

### أ. الأهمية الإدارية

- تحديد عدد الأسرة في كل قسم أو تخصص حسب الاحتياج مع تخصيص نسبة للطوارئ، وإعادة التوزيع إذا لزم الأمر.
- تقدير حجم ونوعية العمالة حسب المعدلات التي يتم حسابها.
- التنسيق بين العيادات المختلفة والمستشفى.
- تقييم مستوى الرعاية الطبية التي يقدمها المستشفى.

على كل قسم من الأقسام الطبية بالمستشفى أن تتوافر لديه إحصاءات للمرضى سواء كانت يدوية أو إلكترونية ليتمكن من خلالها معرفة حجم العمل الذي قام به كل قسم من أقسام المستشفى، ومقارنة حجم العمل الذي يقوم به وتطوره خلال مدة معينة، وكذلك مقارنة إنجازات أحد الأقسام بالمستشفيات بنظيرتها في مستشفيات أخرى، كما يمكن من خلالها معرفة حجم الموارد البشرية اللازمة للعمل والمؤهلات وعدد الساعات اللازمة لإنجاز ذلك العمل على أن يقدم كل قسم من أقسام المستشفى تقريراً شهرياً إلى مدير المستشفى.

### ب. الأهمية الطبية

- دراسة الأمراض المنتشرة ودرجة اختطارها ومضاعفاتها.
- دراسة معدل انتشار الأمراض بالنسبة للسن والنوع والمهنة بالنسبة للمناطق الجغرافية والتجمعات السكانية أو بالنسبة لفصول السنة.
- المساعدة في دراسة اختطار العمليات والأدوية ودرجة تعارضها أو تفاعلها مع الأدوية والعقاقير الأخرى.



## أولاً: المراجع العربية

- الطعامنة، محمد - مخيمر، عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، عام 2008م.
- المصري، أحمد، إدارة المستشفيات، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم، مؤسسة شباب الجامعة بالإسكندرية، عام 2005م.
- بواعنة، عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، عام 2004م.
- جاد الرب، سيد محمد، إدارة المنظمات الصحية والطبية، منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، عام 1996م.
- جاد الرب، سيد محمد، السلوك التنظيمي، موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، عام 2005م.
- حداد، شفيق إبراهيم - سويدان، نظام موسى، التسويق: مفاهيم معاصرة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عام 2003م.
- حرساني، حسن، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- درياس، حليلة، نحو أسس جديدة لاستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، عام 2001م.
- عباس، محمد، مبادئ التسويق، جامعة تشرين، ديوب، عام 2005م.
- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، عام 2008م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- A Poor Sort of Memory: Voluntary Hospitals and Government before the Depression, Rosemary Stevens, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society 60, 1982.
- Business Research Methods, G.W.Ticehurst and A.J.Veal, Longman, 1999.
- Crossing the Quality Chasm, Institute of Medicine (IOM), DC: National Academies Press, Washington, 2001.
- Designing Care, Bohmer, R. M. J. Harvard Business Press, Boston, 2009.
- Doing Management Research, Raymond-Alain Thie'tart, et, al., Sage Publication, London, 1999.
- Getting Value for Money in Healthcare, Weinstein, Milton, Can Cost-Effectiveness Improve Health?, Center for Risk Analysis, Harvard School of Public Health, 2003.
- Hospital Administration, C.M. Francis and et al., (Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd., New Delhi).
- Management Lessons from the Mayo Clinic, Berry, L. L. and K. D. Seltman, New York: McGraw-Hill. 2008.
- Management of hospitals and health services, Alton Johnson, Rockwell Schulz, 1992.
- Management Process in Health Care (Voluntary Health Association of India), S. Srinivasan (ed.), New Delhi.
- Principles of Hospital Administration and Planning, B.M. Sakharkar, (Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd., New Delhi).
- Research Methods, Donald H.Mc.Burney, Thomson Asia Pvt. Ltd. Singapore, 2002.
- Research Methods for Business, Sekaran, John Wiley and Sons Inc., New York, 2000.
- The Well-Managed Healthcare Organization, White, K. R., and J. R. Griffith. Health Administration Press, Chicago, 7th ed, 2011.



## الفصل السادس

### تردي كفاءة المستشفيات

"كما تدهم الإنسان أمراض وعلل تبدو في شكل أعراض وظواهر مرضية يمكن من خلالها تشخيص طبيعة الداء فإن المستشفيات تواجه أمراضاً إدارية لها أعراض وظواهر تؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء، وتندر بتداعي مستوى الخدمات الصحية، فقد أصبح عالم المستشفيات اليوم يعج بالكثير من المشكلات الطبية التي لا تزال العلوم الإدارية عاجزة عن إيجاد حلول نهائية لها، وغدا نجاح منظومة الخدمات الطبية داخل المستشفيات رهناً لكفاءة ثلاثية الأبعاد، البعد الأول هو المهارات الفنية لفريق العمل داخل المستشفيات والسلوكيات البشرية، والعلاقات الإنسانية والمعتقدات والتقاليد التي تربطهم بعضهم ببعض، أما البعد الثاني فيتمثل في الخدمات المتطورة ذات التقنية العالية، حيث أصبحت عاملاً فارقاً في نجاح المستشفى وقدرته على علاج المرضى، فضلاً عن الدور الفعال الذي يلعبه المريض نفسه، وهو البعد الثالث لنجاح منظومة الخدمات الصحية في تحقيق أهدافها".

يقصد بتردي الخدمات الصحية بالمستشفيات أن كافة الأنشطة والعمليات داخل المستشفيات لا تصل لمستوى الجودة المقبولة ولا تحقق النتائج المرجوة منها.

### الأعراض المنذرة بتردي الخدمات الصحية بالمستشفيات

#### أولاً: ارتفاع نسبة النزاعات والمشاحنات في مجال العمل

تعد زيادة حدة المشاحنات في مجال العمل إحدى العلامات الأكثر شيوعاً والأقوى دلالة على تداعي النظام الإداري، فإذا كان مناخ العمل يمثل مجتمعاً من الأفراد المختلفين في الأهداف والدوافع، والقدرات والآمال، وطريقة الأداء، فإنه من المنطقي أن ينشأ فيما بينهم قدر من الخلافات والصراعات إلى الحد الذي تتحول فيه الصراعات إلى نيران مشبوبة يصعب إخمادها فتستهلك طاقة المنظمة، وخاصة إذا تأصلت المشكلات موضع

النزاع لسنوات طويلة وأدى تكرار حدوثها إلى انقسام فريق العاملين بالمستشفى إلى فرق تناصر الأطراف المتنازعة، فالنزاعات القائمة دون حل مثل السرطان تلتهم تماماً الأنسجة الحية داخل المستشفى وتستنزف الوقت والطاقة، ومن هنا يقع العائق على الإدارة في العمل على إعادة التوافق والالتزان بين الأفراد من جهة وطبيعة نظام العمل من جهة أخرى.

### ثانياً: الركود والانتظار

تبدو المستشفيات والخدمات الصحية المتداعية وكأنها تجلس في إشارة مرورية مزدحمة بانتظار تغيير الإشارة الحمراء، فهي لا تسعى للتغيير أو التطوير، بل تنتظر أن تكون العوامل الأمرة بالتغيير آتية من الخارج، فإذا سارت تسير بالقصور الذاتي دون حماس، لتحقيق هدف معين في طريقها للشيخوخة. فالمستشفى المتدني يتسم بالركود في الطريقة التي يتعامل بها الموظفون، والطريقة التي يتم فيها تفويض السلطات والمسؤوليات إن كانت تفوض، وكذلك يتجاهل منافسيه إلا إذا اضطر إلى اتخاذ موقف دفاعي في الرد على بعض شكاوى المراجعين.

### ثالثاً: عدم وضوح الرؤية

يتسم هذا النوع من المؤسسات بدرجة كبيرة من الحيرة والتردد في اتخاذ الخطوات لتبني تغييرات مؤثرة، وغالباً ما يغيب عنها الهدف المحدد، وقلة الدافع والتخطيط الاستراتيجي، والخطوات الفعلية اللازمة لتحقيق المرامي والأهداف المرجوة.

### رابعاً: انخفاض مؤشرات الأداء والتشغيل بالمستشفيات

تشير الإحصاءات الخاصة باستخدامات المستشفى إلى تدني مستوى الخدمة مثل، انخفاض عدد حالات دخول المرضى المستشفى، انخفاض الإحصاءات اليومية حول تردد المرضى على العيادات الخارجية والطوارئ، انخفاض معدلات شغل الأسرة، ومعدل تقلب الأسرة، وانخفاض صافي ربح المستشفى (في حال استهداف المستشفى الربح).

### خامساً: عدم رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة

ويمكن رصد عدم رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة إما بكثرة شكاوى المراجعين في الاستبيانات واستطلاعات الرأي التي يقوم بها المستشفى التي تصل أحياناً إلى حد الدعاوى القضائية المقدمة ضد المستشفى.

## سادساً: نقص إنتاجية الموارد البشرية

حيث يغيب الابتكار لدى العاملين والشعور بالإجهاد الوظيفي وعدم القدرة على تقديم اقتراحات تخص إجراءات العمل أو تحسينه، وبالتالي انخفاض مستوى الولاء للمستشفى ما يزيد الرغبة في ترك العمل، جنباً إلى جنب زيادة معدل دوران العاملين وخاصة ذوي الكفاءة والخبرة المتدنية.

## سابعاً: تشتت الخدمات وعدم الاحتفاظ بنطاق التخصص

فالمستشفيات الناجحة تبقى على التخصصات الناجحة، وتعمل على تعزيزها وتطويرها، ولا تلقي بنفسها في أعمال وتخصصات إضافية لا تتقن العمل فيها، كأن تحاول افتتاح خدمات لبيع الأغذية المحفوظة بها.

## تداعي التنظيم الإداري

عادة ما يفسر تداعي التنظيم الإداري بالمستشفيات بأنه ناجم عن تدني سلوكيات العاملين، ولكن العكس هو الصحيح، فالتنظيم الإداري الصحيح داخل المنظمة يعمل على الاحتفاظ بالتوازن الإيجابي والوظيفي بحيث يهيئ للمستشفى القدرة على التغيير، والتطوير للتكيف مع البيئة الخارجية والتفوق على المنافسين، وبالتالي فسوء التنظيم داخل المستشفى يؤدي إلى تهاوي سلوك المنفذين، مما ينتهي إلى تداعي الأداء والخدمات الصحية بالمستشفى.

## نظرية الطاقة الضابطة للتغيير والتطوير

حتى يمكننا تفسير أسباب تداعي المستشفيات إلى حد فشلها في الوفاء باحتياجات مرضاها لابد أن نتعرف على النظرية الكلاسيكية العامة للنظم المعروفة باسم "الطاقة الضابطة للتغيير والتطوير"، حيث يحتاج المستشفى بما أنه نظام مفتوح إلى مصادر خارجية متجددة للطاقة حتى يضمن الاستمرار في عمله، إذ أن لنظام المغلق بالكامل، كالساعة وأي احتكاك خارجي بالمحرك قد يؤدي إلى كسر الساعة ولذلك يحتاج دائماً للانتباه الشديد للبيئة الداخلية، أما النظام المفتوح فإنه يجعل المصادر الخارجية المغيرة للمستشفى والناعبة من البيئة الخارجية قابلة للتجديد، مما يزود المستشفى بالطاقة اللازمة للتغيير، وهو أمر صحي للغاية، فإذا عملت هذه الطاقة مع الطاقة النابعة من داخل المستشفى واللازمة للتغيير ضد نضوب الطاقة وشيخوخة المنظمة لشهد المستشفى تطوراً هائلاً، وهذا ما يسمى بالطاقة الدافعة للتغيير، حيث تُعرف بأنها الفارق بين الطاقة الإجمالية الخارجية والداخلية للمستشفى (التي تحته على الأداء) والطاقة المستهلكة، وهو الفارق الذي يدفع المستشفى للبقاء والاستمرار.

وهكذا..إذا أردنا الاحتفاظ بمنظومة العمل وتنميته داخل المستشفى، فلا بد أن تكون الطاقة الدافعة للتغيير والنمو (من داخل وخارج المستشفى) أكبر من أو تساوي مقدار نضوب

الطاقة اللازمة للعمل، والحقيقة أنه من المستحيل التنبؤ بدقة متى وكيف وأين يزداد نضوب الطاقة اللازمة للتغيير، يمكن القول بأنه، إذا لم يستطع المستشفى أن يعمل كنظام مفتوح قادر على حل مشكلاته فستنضب الطاقة اللازمة للتغيير وسيستحيل بمرور الوقت بقاؤه، وقد تأتي قيمة الطاقة الدافعة للتغيير الخارجية والداخلية في فترة محددة من الوقت كالتالي:

- رقم سالب: أي نضوب الطاقة المغيرة للمستشفى مما يؤدي إلى تداعيه.
- صفر: أية حالة من التوازن وبقاء المنظمة، حيث تكون المدخلات = المخرجات.
- رقم موجب: أية زيادة الطاقة وزيادة ربحية المستشفى.

## هل تردي الموارد البشرية هو السبب الرئيسي في تردي المستشفيات؟

إن أهم التحديات التي تواجه المستشفيات تتمثل في تقليص الفجوة بين متطلبات الإدارة العليا للمستشفى وتوجهاتها من جهة ومتطلبات العاملين ومهاراتهم من جهة أخرى، ففي المنظمات الناجحة تُعد العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين هي حجر الأساس لنجاح فرق العمل المختلفة، ويلعب مدير المستشفى دوراً مهماً في تطوير هذه العلاقة في مناخ من الثقة المتبادلة والاحترام والفهم الشامل لاحتياجات كل من المستشفى والأفراد، وذلك لخلق بيئة ملائمة لتحقيق أهداف المنظمة ككل، وفي نفس الوقت يتم تحقيق أهداف وتطلعات العاملين بها، ويمكن تلخيص أهم أسباب تداعي مستوى الخدمة بالمستشفيات فيما يلي:

### أولاً: عدم كفاية الموارد البشرية

زاد اهتمام الباحثين في الآونة الأخيرة بدراسة دور العامل البشري (العاملون داخل المستشفى) في تداعي المستشفيات نتيجة لزيادة ضغوط العمل والإجهاد النفسي والبدني وعدم كفاية الحوافز المادية و المعنوية الممنوحة للعاملين وقلة المكافآت، فضلاً عن غموض الدور الذي يؤديه وانخفاض درجة الحرية في العمل وعدم الشعور بتقدير الآخرين، وغياب وجود سياسات واضحة للتربقي والدعم الوظيفي الذي يحصل عليه العاملون من رؤسائهم.

ويأتي دور الجوانب القيادية والتنظيمية للموارد البشرية وأساليب تمكين العاملين في المستشفيات الفعالة في الارتقاء بأداء هذا القطاع كالتالي:

1. تفادي كل من نقص تقدير حجم العمالة لما سوف يسببه من خلل ونقص في الخدمات، وفرط العمالة لأنه قد يسبب عبئاً على العمل.
2. الشرح الوافي لكل وظيفة بدقة والمسؤوليات والمميزات التي سيحصل عليها شاغل الوظيفة، والسلطات الممنوحة له لإنجاز العمل.

3. الاهتمام بتدريب العمالة قبل البدء في العمل. (راجع أهمية التدريب).
4. الاهتمام بحل مشكلات العاملين على أساس أنهم عملاء المستشفى الداخليين، وفض النزاعات الناجمة عن زيادة التوقعات بشأن الطموح الوظيفي أو زيادة توقعات المستشفى من العاملين به.
5. إيمان القادة والمديرين (صناع القرار) بمنهجية فرق العمل كأسلوب إداري يؤدي إلى دعم العمل الجماعي داخل المستشفيات وإلغاء ثقافة الفرد.
6. دور الإدارة العليا في تحفيز العاملين على التميز، والتفكير الإبداعي وإيجاد حلول جديدة بعيدة عن الطرق التقليدية في أداء الأعمال، وتعاون الرؤوسيين مع رؤسائهم تجاه العمل على تطوير المستشفى.

وخلاصة القول إن المهارات الفنية للفريق الطبي هي الركن الأساسي الأكثر أهمية في نجاح المستشفى، فعدم كفاءة الفريق الطبي سيؤدي لا محالة إلى تداعي المستشفى، وينبغي أن تعمل الإدارة العليا للمستشفى على إتاحة الفرص لأفراد الفريق الطبي لتعزيز مهاراتهم وتطوير أنفسهم بما فيها التدريب الفني على أحدث الأجهزة الطبية.

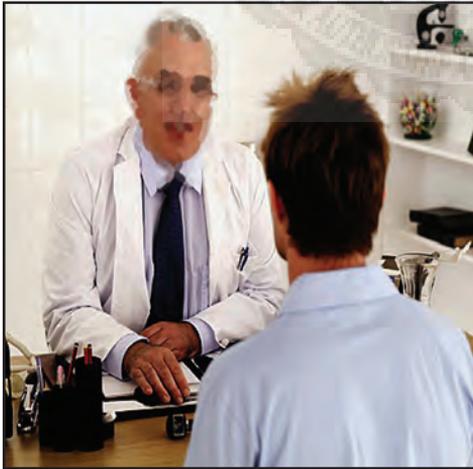
## العلاقة بين المريض والمستشفى

إن العلاقة بين المريض والفريق المعالج في المستشفيات شأنها شأن العلاقات الإنسانية الأخرى تحتاج إلى توافق التوقعات مع التأكيد على أن العلاقة بين الفريق الطبي والمريض هي علاقة سامية تقوم على أساس تقديرات إنسانية تكسر حاجز الطب "الاستثماري"، ولا شيء يسبب توتر العلاقة بين أي طرفين ويؤدي إلى اختلاط الأمور ونشوب المشكلات أكثر من التوقعات الخاطئة من كلا الطرفين، فضلاً عن القانون الذي يحمي حقوق كلا الطرفين، فمع تباشير العصر الحديث اعتمد الطب على التقنية، وزيادة التخصصات الطبية طارحاً الاهتمام بالجوانب النفسية والروحانية والبيئية جانباً التي تؤثر تأثيراً بالغاً على مراحل الشفاء وتعالج الشكاوى من افتقار الطب الحديث للنظرة الشمولية وانهلال الرابطة القوية التي تربط المريض بالفريق المعالج في المستشفيات فبدون دعم جسور الثقة بين الطرفين لن تتم العملية العلاجية بالشكل الأمثل.

## ماذا يتوقع المريض من المستشفى؟

يختلف ما يتوقعه المريض من المستشفى حسب اختلاف شخصية المريض وطبيعة المرض، ولكن جميع المرضى على وجه العموم يتوقعون من المستشفيات بعض التوقعات كالتالي:

- إزالة القلق والتوتر: الأمر الذي له الأولوية المطلقة بغض النظر عن المرض المصاحب، فالمريض يتمنى أن يبعث الفريق الطبي في قلبه الاطمئنان على حالته الصحية، ويعلن له أن أعراض مرضه معروفة وقابلة للشفاء.
- استماع الطبيب المعالج إليه بتأن: حيث يتطلع إلى قص حكايته مع المرض كاملة والإدلاء بملاحظاته بالتفصيل على أن يسمح له الطبيب بطرح الأسئلة عن حالته والفحوص اللازمة وأنواع العلاج وبدائله، فالتعبير عما يجول بخاطره يسمح بتواصل مفتوح بين الطبيب ومريضه ويزيل العلاقة المتوترة، ويتطلع المريض إلى أن يبقى الطبيب متاحاً لاستشارته بشأن الأمور الصحية المتعلقة بحالته في كل الأوقات .
- الإتقان الفني: يتوقع المريض من الفريق الطبي مستوى رفيع من المهارات الفنية في العلوم الطبية، والكفاءة في الأداء تضمن له الشفاء، ويطلب من المستشفى استخدام كافة الأجهزة والوسائل المتاحة لفحصه فحصاً دقيقاً والتأكد من صحة التشخيص.
- أن تقتصر مكاسب المستشفى على رعايته: يرفض المريض عادة أن تتجاوز مصلحة المستشفى أو الفريق الطبي حداً أكثر من رعايته، فلا يطلب المستشفى منه مثلاً ما يساعده على إتمام أي مقاصد شخصية، كما يرغب في ألا يساومه الفريق الطبي أو يفاضونه على تقديم خدمة متميزة مقابل مصلحة مادية معينة.
- التزام الحيادة: يتوقع المريض من الفريق الطبي الموضوعية والشفافية مع كافة المرضى دون الانحياز لمريض عن الآخر، كما يتوقع منهم عدم الاندفاع عاطفياً في حالة وجود صداقة أو قرابة مع أحد المرضى، ويفضل المريض أن يبني الفريق الطبي رأيه دائماً على تقديرات مهنية ويعالج مرضاه بغير تفرقة أو تمييز.



(الشكل 6-1): صورة توضح شرح الفريق الطبي للمريض تفاصيل وضعه الصحي.

- شرح أبعاد الحالة المرضية للمريض وإيضاح الخطة العلاجية له: وهو النموذج الجيد للعلاقة بين الفريق الطبي والمريض الذي يهدف الباحثون الصحيون إلى تطبيقه وتعميق مفاهيمه، ويكفل هذا النموذج للطبيب حق القيادة لا حق إسداء الأوامر، حيث يقوم بتشخيص المرض ووضع الخطة العلاجية شارحاً للمريض حقيقة مرضه ووضع الصحي وخطوات علاجه، مقترحاً البدائل العلاجية والمفضل منها في حالته، حاثاً إياه على المشاركة في اختيار العلاج المناسب لحالته وطبيعته شخصيته وتغيير حياته إلى النسق الأكثر

صحة، فالمريض هو شريك فعال في العملية العلاجية وبدون مشاركته لن يتحقق الشفاء ميسوراً، والطبيب هو الخبير الذي يؤدي دوره بإنسانية ورحمة، أما الشفاء فهو الهدف المنشود المشترك الذي يسعى إليه كلاهما. وقد أضحت تطبيق هذا النمط من العلاقة بين الطبيب ومريضه مطلباً ملحا، إذ لم يعد الطبيب على أنه مقدم الخدمة قادراً على فرض وصاياته وهيمنته على المريض، فالمرضى قد أصبحوا على درجة عالية من الثقافة الصحية وعلى دراية بالقانون والكثيرون منهم يؤمنون أن الرعاية الصحية حق من حقوقهم الإنسانية، وليست منحة تعطي لهم. كما أن الطب الحديث أصبح بمثابة سلاحاً ذا حدين ولذلك كان من الضرورة بمكان أن تتوخى المستشفى الحذر، وألا تجعل المريض، حقلاً لتجارب الفريق الطبي: وخاصة في حال غموض الحالة الطبية للمريض، وتقوم باختيارات دقيقة للأطباء فليس هناك مكان للثقة العمياء.

- توضيح التكلفة العلاجية ومتوسط فترة الإقامة المتوقعة، حيث من الضروري أن يقدم المستشفى تكلفة تقديرية للخطة العلاجية للمريض، فيعرف مقدماً التكلفة التقديرية للعمليات الجراحية ومتوسط إقامته في المستشفى فلا يفاجأ بتكلفة لا يستطيع تسديد قيمتها فيما بعد.
- المحافظة على كرامة المريض وخصوصيته وعدم إفشاء أسرار مرضه، أي المحافظة على سرية المعلومات حول كل ما شاهده الفريق الطبي، أو سمع به أو استنتجه من معلومات أثناء فحصه للمريض أو إقامته بالمستشفى.

### ماذا يتوقع المستشفى من المريض؟

- من هو المريض المثالي في عيون الأطباء؟ تؤكد الدراسات أن لكل مستشفى صورة معينة وثابتة عن سلوك المريض المثالي، فمعظم المستشفيات تمنح المريض لقب "المريض النموذجي" إذا توافرت فيه الشروط التالية:
- إذا كان يعاني بوضوح أعراضاً محددة تطابق مرضاً قابلاً للعلاج، وليست أعراضاً طفيفة غامضة مشكوك في صحتها.
  - إذا أبدى تعاوناً في العملية العلاجية (الالتزام بالنصائح الطبية واتباع تعليمات الطبيب وتناول العلاج بدقة).
  - إذا لم يتطلب المزيد من الاحتياجات العاطفية من الفريق الطبي، ولم يعرض مشاعر زائدة تستثير مشاعرهم الإنسانية، مثل شرح تداعيات ظروفه الأسرية طالباً عناية خاصة أو طلب معالجته مجاناً نظراً لأعبائه المالية.
  - إذا قدم الشكر والعرفان على الجهود الذي قام الطبيب ببذله لشفائه.

- وهناك مرضى يصعب التعامل معهم داخل المستشفى نظراً لظروف خاصة منها:
- المرضى غير المتعاونين: ويعطيهم الفريق الطبي أولوية في الحاجة للضبط والرقابة ويحاولون السيطرة عليهم بالعلم تارة وبالقوة تارة أخرى، فهم يطلبون علاجاً محدداً يفرضونه على الطبيب أحياناً أو يرفضون تناول العلاج واستكمال الفحوص بالرغم من محاولات الفريق الطبي إقناعهم بضرورة ذلك، وأحياناً يرغمون الأطباء على السماح لهم بدخول المستشفى، والإقامة به بدون داع طبي، ويشككون دائماً في قدرات الفريق الطبي مهما كانت كفاءته ويطلبون استشارة طبيب آخر، وقد لا يعلن هؤلاء المرضى للأطباء أنهم يشعرون بالتحسن في حين أن كافة الظواهر العلمية تؤكد تحسن حالتهم، ويعملون على الانتقاص من شأن محاولة الطاقم الطبي تقديم كافة الخدمات المتاحة لهم.
  - المرضى الذين يدمرون أنفسهم في الخفاء: ويبدو هؤلاء المرضى وكأنهم ينتحرون خفية فهم يحبطون محاولات الأطباء لإنقاذ حياتهم ويستهيئون بهم ويتعلماتهم مثل، مريض النفاخ الذي يصر على التدخين، أو المصابون بفشل كبدي ويستمررون على إدمان الكحول، أو الذين يعانون مضاعفات السممة المفرطة ويستمررون بتناول الطعام غير الصحي المليء بالدهون.
  - المرضى المصابون بتدهور الحالة الذهنية: فهؤلاء المرضى لديهم خلل في القدرات المعرفية كالذاكرة أو الإدراك، نتيجة لتلف بخلايا المخ كما هو الحال في حالات الإصابة بداء ألزهايمر، ونقص الأكسجين بالمخ والثمالة نتيجة إدمان الكحول ويعاني هؤلاء المرضى اختلاط الأمور والتهيج وقد يسببون المشكلات أثناء إقامتهم بالمستشفى.
  - المرضى الذين يشكون أعراضاً جسمانية متكررة دون سبب جسدي واضح: ويصر هؤلاء المرضى على دخول المستشفى برغم الشكوى من أعراض غامضة متكررة في غياب أي مرض جسدي، ويرجع سببها إلى مشكلات نفسية متعددة بل قد يصاب بأمراض جسدية في محاولات لا واعية للتكيف مع الأزمات، مثل الإصابة بقرحة في المعدة أو فرط ضغط الدم الناشئ بسبب وجود مشكلات اجتماعية مستمرة أو يتوهمون حدوث مرض خطير كالسرطان مثلاً (المراق، وسواس المرض).
  - ادعاء المرض (التمارض): وهو أكذوبة يختلقها شخص سليم للاستفادة من دور المرض، مما يؤدي إلى غموض المعلومات اللازمة للتشخيص أو للعلاج، ويزيد من معدلات الخطأ في الممارسة الطبية. وقد يدعي المرض ليطلب تقريراً أو شهادة طبية، تغاير الحقيقة ليستفيد بها في الحصول على إجازة من العمل مثلاً، أو تعويضات مالية غير مدرك أن ذلك يخل بحقوق وقوانين المهنة.
- لا شك أن استغراق أي من المستشفى أو المريض في توقعاته بشأن الدور الذي يؤديه كل طرف تجاه الآخر يخلق نوعاً من الخلاف الذي قد تتصاعد حدته، ويؤدي إلى سلسلة من التدايعات غير محمودة العواقب، ومعرفة كلا الطرفين بالقانون والدراية بحقوقهما وواجباتهما تضمن الوقاية من التوقعات الخاطئة.

## الحاجة إلى قانون

تاريخياً لم تكن هناك حاجة للقوانين والآليات العملية القانونية إذ تمتعت العلاقة بين الطبيب ومريضه بالثقة والأمان، ولم تكن وسائل التقنية الحديثة قد شقت طريقها نحو النور، أما الآن فقد تبدل الوضع وانتهى العهد السابق الذي أضحى فيه المريض يستقبل ما تمنحه المستشفى أو الفريق الطبي المعالج من رعاية شاكرًا، فقد تبدل الأمر، وصار هناك اتجاه مستمر لتغيير الحقوق الإنسانية إلى حقوق قانونية، وازداد التنافس بين قطاعات خدمات الرعاية الصحية بأنواعها الحكومي منها والخاص والأهلي، وتحول العالم في ظل العولمة إلى قرية صغيرة وازدادت وسائل الاتصال السمعية والبصرية عبر الإنترنت والأقمار الصناعية، مما سهل على المرضى الاطلاع على مستوى الخدمات الصحية في الأماكن المتباينة، ومقارنتها بوضعهم الصحي الراهن فأضحوا يتساءلون عن تعريف لحقوقهم، وأصبح الوصول إلى قدر كبير من رضا المواطنين عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات مطلباً ملحا يحتل الأولوية.

وصار القانون هو أحد العوامل الهامة التي تساعد على توصيل خدمات صحية فعالة لكل مواطن، حيث ينظم البيئة الاجتماعية التي تعمل في نطاقها خدمات الرعاية الصحية، ويشكل الحدود التي تتم فيها هذه الخدمات بطريقة مثالية، وآليات تقديمها للمواطنين، يضمن أيضاً للمجتمع سلامة هذه الأنظمة كما يعبر من خلاله عن عدم الرضا أو عدم الموافقة على هذه الخدمات، فالقانون هو فلسفة تحديد العلاقة بين الطبيب والمريض من جهة والمريض والمستشفى من جهة أخرى ويصوغ هذه العلاقات.

### نظرية العقد القائم بين المريض والمستشفى

العقد هو "اتفاق الأطراف على القيام بعمل ما، أو الامتناع عن إجراء عمل آخر في ظل شروط محددة وفق القانون" ويمكن أن يكون العقد مكتوباً وواضحاً أو ضمنياً، ولكنه موجود بالفعل حتى لو لم يكن مكتوباً أو لم تدرك الأطراف وجوده أو البعد القانوني لعلاقتهم، فالعقود تقليدياً كانت كتباً قانونية لا بد فيها من كتابة ورقة (عقد) يوقع عليها الأفراد في وجود شهود معترف بشهادتهم وينتهي بالمصافحة، ولكن لم يعد هذا العرف التقليدي هو القاعدة.

والعلاقة بين مقدم الخدمة (المستشفى) ومستهلكها (المريض) في الرعاية الصحية هي صورة من صور العقد المبرم بالرغم من افتقارها للجوانب الرسمية، وتبدأ منذ الفحص الطبي لمريض بالعيادات الخارجية مروراً بدخوله المستشفى وتوقيعه على إقرار الموافقة على دخول المستشفى، ويعد السجل الطبي للمريض هو وثيقته القانونية (راجع الفصل الرابع).

## حقوق المريض

تعلق لافتة داخل كل مستشفى يكتب عليها حقوق وواجبات المرضى، وذلك لضمان حماية حقوقهم ودعوتهم للالتزام بواجباتهم بموجب القانون الذي ينظم هذه العلاقة، وفيما يلي نسرد بعض حقوق المريض بالمستشفى:

- الحصول على أقصى رعاية طبية ممكنة بغض النظر عن المستوى الاجتماعي أو الثقافي أو اللون أو الجنس أو العقيدة، ومن حقه أيضاً أن يتلقى الرعاية الرحيمة والمحترمة التي تتناسب مع عاداته وتقاليده.
- الحصول على العلاج الفوري ذي الأولوية في الحالات الطارئة، ويجب على كافة المستشفيات استقبله دونما شروط مادية حتى تستقر حالته الصحية.
- اطلاع المريض على تشخيصه بدقة، وتوضيح حالته المرضية قبل الخوض في العلاج، كما له كامل الحق في الاستفسار عن اختطار مرضه والأعراض الجانبية ذات الاختطار للفحوص أو العلاجات المقترحة، وإبلاغه بشكل وافٍ عن سبب خضوعه للفحوص والعلاجات المختلفة.
- للمريض حقوق قانونية في إعلامه بكافة القرارات التي ستتخذ بشأن برنامجه العلاجي على ألا يوضع على أي اتجاه علاجي إلا بكامل إرادته وبفهم عميق لما يدور حوله وتؤخذ منه موافقة كتابية على التدخلات الجراحية الهامة، ونسب نجاح الجراحات وكذلك على التدخلات الطبية الجائرة، مثل نقل الدم والعلاج الكيميائي والإشعاعي، والتعرف على الفريق الطبي المعالج القائم على رعايته ومعرفة دور كل منهم في علاجه.
- من حق كل مريض لا يتكلم لغة الجهة المعالجة الحصول على مترجم (في المستشفيات الدولية أو العلاج خارج موطنه الأصلي).
- من حق المريض مناقشة حالته مع استشاري أو اختصاصي بناء على طلبه وعلى نفقته.
- من حق المريض معرفة أي بروتوكولات جديدة عن أبحاث تستخدم كبداية للخدمة المقدمة له أو متوفرة في المجتمع، فضلاً عن حقه في الرفض أو الموافقة على إجراء أي فحص مقرر له لغرض تعليمي أو لأي غرض آخر، كالبحوث الطبية التي من الممكن أن تؤثر على رعايته الصحية.
- من حق المريض رفض تناول دواء محدد أو إجراء اختبار أو فحص معين أو الاعتراض على طريقة علاجية معينة بفرض سلامة قواه العقلية.
- الحصول على كافة المعلومات التي يحويها سجل المريض الطبي (تقاريره الكاملة) أو صورة منها، وليس السجل نفسه حول الرعاية الطبية المقدمة له والفحوص التي أجريت له ونتائجها.

- لا ينقل المريض أو يتم تحويله لأية جهة دون أن يتم شرح الأسباب ومدى حاجته لذلك، وبعد التأكد من قبول الجهة الأخرى للمريض، فإذا لم يوافق المريض على تحويله يتم استشارة الأطباء حول عدم رغبته في نقله من عدمه ومبررات هذا النقل الطبية.
- معرفة التكلفة التقديرية للفحوص والعلاج مسبقاً، واستلام الفاتورة التي تحتوي على البنود والشرح المفصل للخدمات التي قدمت له وأسعار كل منها (بغض النظر عن مصدر الدفع).
- من حق المريض استشارة مصادر خاصة أو عامة لمساعدته على مواجهة الأعباء المادية اللازمة في مثل حالته.
- إعلام المريض بخروجه من المستشفى على الأقل قبل الخروج بيوم واحد، ومن حقه أيضاً اتخاذ القرار (بالخروج) ومغادرة المستشفى على مسؤوليته الطبية بغض النظر عن حالته الصحية، أو المادية على أن يوقع على إقرار بالخروج على مسؤوليته الخاصة عكس النصح الطبي.
- في حال خروج المريض من المستشفى من حقه الحصول على نسخة من المعلومات الطبية الكاملة (التقارير الطبية الكاملة عن حالته لحماية حقوقه).
- الحفاظ على خصوصية المريض الشخصية والبدنية وأن تتم رعايته في جو آمن خال من أي شكل من أشكال الاعتداء، كما من حقه رفض التحدث أو مقابلة من ليس له علاقة بالمؤسسة الصحية.
- من حق المريض الاحتفاظ بسرية معلوماته وبياناته الطبية والاجتماعية، بحيث لا يطلع عليها إلا من له علاقة مباشرة بعلاجه باستثناء الطاقم الطبي في المستشفى والأطباء وطلبة الطب والباحثين وطاقم التمريض والعاملين بالمستشفى من أجل المراجعة الطبية وتحسين الأداء والجودة، ويجوز للطبيب لأسباب إنسانية عدم اطلاع المريض على اختطار عواقب مرضه وفي هذه الحالة عليه أن ينبه أهله إلى اختطار المرض وعواقبه الوخيمة إلا إذا أبدى المريض رغبته في عدم اطلاع الأهل على حالته أو عين أشخاصاً محددين لمعرفة ذلك، كما يتطلب الإفصاح عن أي معلومات خاصة بالمريض الموافقة الخطية له، إلا في حالة تعرض حياته لاختطار وشيك، بحسب الإجراءات القانونية المعمول بها كعدم الأهلية القانونية (أقل من 18 سنة).
- كما أن المستشفيات تضع لوائح تنظم إقامة المريض داخل المستشفى تتعلق بمواعيد الزيارة وعدد الزوار وبقاء مرافق طبي معه، أو بقاء أسرته برفقته إذا تأخرت حالته الصحية، كذلك تنظم هذه اللوائح طريقة تلقي المكالمات الهاتفية إذا كانت الحالة الصحية تسمح بذلك، وتعمل هذه اللوائح أيضاً على تنظيم سياسة احتفاظ المريض بمقتنياته الخاصة في خزانة المستشفى، وعلى المريض اتباع هذه اللوائح والالتزام بتعليماتها.

## واجبات المريض

- إمداد الطاقم الطبي بالمعلومات الكاملة والدقيقة عن تاريخ المرض والعلاج الذي تناوله من قبل، والحقائق الأخرى المتعلقة بصحته إلى جانب الالتزام بتعليمات الأطباء والفريق الطبي، واتباع النصائح الطبية لتنفيذ الخطة العلاجية الموضوعة لسلامته والتعاون معهم.
- يعد المريض مسؤولاً عن التبعات والعواقب التي تحل به إذا رفض العلاج أو ابتعد عن الالتزام بتعليمات الفريق الطبي.
- احترام الفريق الطبي والمرضى الآخرين بالمستشفى ولا يحق للمريض التعدي على حق المرضى الآخرين، أو إفشاء ما يطلع عليه من أسرارهم أو يمس كرامتهم.
- الالتزام بالقوانين والنظم الإدارية الخاصة بالمستشفى ومراعاة الالتزام بالهدوء وعدم إصدار الضوضاء.
- ضمان دفع التكلفة المادية المخصصة مقابل رعايته صحياً والمعلن عنها في مقابل تقديم خدمة صحية معينة داخل المستشفى.

ومن هنا وجب التنويه أنه ليس من حق الطبيب قبول أو رفض علاج مريض أثناء أداء عمله في استقبال المستشفى إلا بعد أن يولي الحالة الانتباه الكافي ويفحصها ليتأكد من كونها حالة طارئة أم لا، فإذا كانت حالة طارئة فلا بد أن يعطيه علاجاً فوراً يمنع تدهور حالته، وإذا كانت حالته غير طارئة فيجوز للطبيب الاعتذار عن معالجة المريض منذ البداية لأسباب شخصية أو مهنية، ويمكنه تحويله إلى طبيب آخر يجده مناسباً، وعليه أن يدلي للطبيب الذي يحل محله بالمعلومات اللازمة لاستمرار العلاج إذا طلب منه الطبيب ذلك، فالمستشفيات العامة مفتوحة على مصراعيها، ولا يمكن للطبيب انتقاء بعض المرضى دون الآخر للفحص حسب رغبته الخاصة، أما في المستشفيات الخاصة فلا يجبر الطبيب على علاج المريض رغماً عنه طالما أن حالته غير طارئة، ولكن في حال قبوله له فهو ملتزم بمسؤوليته تجاهه.

## القواعد العامة التي تحكم علاقة المستشفى بالمريض

كما قدمنا سالفاً النصائح للمريض إليكم بعض القواعد الذهبية لأطباء المستشفى والقائمين عليه من أجل تحقيق أفضل علاقة مع المريض.

1. **المريض يأتي أولاً**، ولهذا اجعل المريض دائماً في بؤرة اهتمامك واختر كل الوسائل التي تضمن راحة المريض وسلامته، وليكن هدف المستشفى هو الوصول إلى أفضل رعاية طبية للمريض، وليس القلق حول الحماية القانونية للمستشفى أو الطبيب، لضمان بناء علاقة متينة مبنية على الثقة.

2. **أظهر تفاعلك مع المريض،** ودرّب الفريق الطبي أن يقيم بالإجابة على أي سؤال يطرحه عليهم المريض وأن يظهر اهتماماً به، والحرص على إخبار المريض بكافة المعلومات حتى لو لم يقيم هو بالسؤال، ولا تجبره على سماع أخبار سيئة إذا رفض ذلك، ولا تحاول مناقشته فيها فيما بعد، ويجب أن تنتقل المعلومات من المريض إلى العائلة وليس العكس فإذا كانت المعلومات غير مكتملة فليخبر المستشفى المريض بذلك.
3. **تكوين علاقة رسمية طويلة المدى مع المريض والتواصل معه لا مع عائلته** لكي تجعله محور الاهتمام، وعلى الفريق الطبي أن يستمع أكثر مما يتكلم، فيجعلون المريض يبدأ بالكلام ولا يتعجلونه بسبب وجود مرضى آخرين، وعلى الأطباء أن يضعوا في الحسبان اختيار المريض قراره الطبي من الخيارات التي يضعها الفريق الطبي أمامه، فتناول الدواء يعتمد على موافقة المريض وليس على أمر الطبيب.
4. **الاعتراف للمريض بالخطأ إذا حدث حتى ولو تم تجاوزه ولم يحدث ما يضر المريض.**
5. **تقديم النصائح الطبية الأخرى** التي تتعلق بصحة المريض كأنواع الطعام المفيدة وكيفية استخدام الأدوية وتغيير نمط الحياة للأفضل.
6. **إظهار بعض اللين أو الحزم عند الحاجة،** إذ يجب القيام بهذا عندما تتعامل مع مريض غاضب أو متحفز للغضب.
7. **التأكد من المشكلة الطبية قبل الشروع في حلها،** وفهم الفريق الطبي لكلام المريض، وذلك لتفادي وقوع الأخطاء الطبية عند صرف العلاج وتناوله.
8. **الالتزام بالمصداقية والشفافية** في التعامل مع المريض وعائلته وشركات التأمين، وأن يكون القائمون على المستشفى على قدر من المسؤولية بحيث يثق المريض في أحكامهم.
9. **قبول معتقدات المريض الصحية والدينية،** حيث على فريق العاملين بالمستشفى أن يحرصوا على تقبل واحترام عادات المريض وتقاليدهم ولا يسخروا منه أبداً واحترام درجة تعلمه وديانته لو كانت مختلفة.
10. **ليس المهم كم عدد المرضى الذين قام المستشفى بعلاجهم، ولكن المهم هو كيفية العلاج،** وكما أشرنا أنفاً ولازلنا نؤكد على أن الرعاية الصحية هي نتاج جهد مشترك بين مقدم الخدمة (المستشفى) وبين مستقبل الخدمة (المريض)، فلا بد أن يعنى الطرفان بالمسؤولية الإنسانية والاجتماعية التي تتطلب أن يتفهم كلاهما ما له من حقوق وما عليه من مسؤوليات وتبعات، فهذه العلاقة المسؤولة الراشدة ترسي معاني الحياة والحرية والإنسانية والسعادة التي لا يمكن إرساؤها بدون مستوى راق من الخدمات الصحية بالمستشفيات.

وفي دراسة عن رضا المريض عن الخدمات الصحية بالمستشفيات تبين أن النسبة الكبرى من هذا الرضا تعول على علاقة المريض بالأطباء المعالجين وكفاءتهم وطريقة ممارستهم المهنية، ثم الفريق الطبي المعاون، واحتلت الخدمات الإدارية قدراً أصغر من الاهتمام، شأنها شأن الخدمات غير الطبية كالنظافة والأمن والخدمات الفندقية.

ومن هذا المنطلق ظهرت نزعة جديدة في المستشفيات الحديثة يخضع فيها اختيار الطاقم الطبي لدقة شديدة، فأخلاق الأطباء وطبعهم جزء هام من موضوع الرعاية الصحية، حيث يتلقون تدريباً خاصاً قبل إلحاقهم بالعمل على ما يسمى "التحكم بالتوتر"، ويحصل هؤلاء الأطباء على تقدير مادي ومعنوي رفيع يدعمهم، فالأطباء شأنهم شأن المرضى يحتاجون إلى التشجيع والإصغاء إلى مشكلاتهم ومجابهة كل ما يعوقهم عن أداء مستوى جيد من العمل ففقد الشيء لا يعطيه، واتخذت العلاقة بين الطبيب والمريض شكلاً أعمق وامتدت إلى ما بعد الشفاء، حيث يقوم الطبيب بتثقيف المريض لتأهيله صحياً ومساعدته على تغيير نمط حياته لمنع تكرار حدوث الإصابة أو تحول المرض إلى طور أكثر اختطاراً، ولم يتوقف الأمر على الأطباء بل عنيت هذه السلسلة من المستشفيات بتطوير طاقم التمريض فأعدت استخدام الممرضة العادية التي تقوم بخدمة عدد محدود من المرضى خدمة كاملة مما يسمح بنمو علاقة إنسانية بينها وبين المريض بدلاً من الممرضة التي تقوم بوظيفة معينة واحدة لكافة المرضى (قياس ضغط كافة المرضى مثلاً) لما لها من تأثير سلبي على المرضى، إذ تجعل المريض لا يكاد يحفظ سمات الممرضات المترددات عليه من كثرة أعدادهن (ممرضة تقوم بقياس الضغط وأخرى بجمع عينات الدم وأخرى بجمع البول وغيرها لقياس الحرارة).

## الأخطاء الطبية وأسباب حدوثها بالمستشفيات

وبرغم وضوح الوجه الإيجابي للتكنولوجيا الحديثة والابتكارات الطبية في مجال الرعاية الصحية بالمستشفيات، إلا أن وجهها السلبي بات يطل قبيحاً أيضاً على الممارسات الطبية، إذ عملت على زيادة درجة اختطار العلاج والأخطاء الطبية التي يتعرض لها المريض في أقسام المستشفى الداخلية والخارجية، القضايا والدعاوى المرفوعة من قبل المرضى وأسرههم بسبب حدوث الأخطاء الطبية والمطالبة بالتعويضات، ومن هنا نستذكر شرطين قانونيين يلزم توفرهما لمساءلة الفريق الطبي، أولهما، وجود خطأ من قبل الطبيب في الممارسة الطبية (سوء علاج أو إهمال)، والثاني هو وجود علاقة مباشرة بين خطأ الطبيب والضرر الذي وقع على المريض أو المصاب.

ويمكن تقسيم أنواع الأخطاء الطبية إلى أخطاء ناجمة عن صعوبة الإجراء الطبي، وأخطاء بشرية، وأخطاء ناجمة عن فشل النظام الصحي المستخدم ونستذكر بعض الأمثلة عليها منها:

1. الأخطاء نتيجة احتياج الإجراء لتكنولوجيا معقدة، أو الاحتياج لدواء واجب الاستخدام بالرغم من أنه متعدد المضاعفات، أو احتياج المريض للعناية المركزة أو البقاء لفترة طويلة بالمستشفى.

2. الأخطاء لاختلاف كفاءة مقدمي الخدمات الصحية لاختلاف طرق التعليم ومهارات التدريب والخبرة ومناخ العمل، فضلاً عن اختلاف نوعية المريض ودرجة تعليمه وثقافته وعاداته وتعامله مع المرض من جهة ومع الفريق الطبي القائم على رعايته من جهة أخرى.
3. أخطاء نتيجة عدم توافر الوقت الكافي للطبيب لفحص المريض قبل الإجراء.
4. قيام طبيب غير متخصص بإجراء جراحة في غير حدود تخصصه دون أن يحصل على الشهادات العلمية أو التدريبات العملية التي تؤهله لإجراء مثل هذه الجراحات.
5. نتيجة عدم وجود تعاون طبي واتصال وتكامل بين الأقسام المختلفة بالمستشفى، ونتيجة عدم وجود توصيف وظيفي دقيق لأفراد الهيئة الطبية لتحديد المسؤوليات.
6. نتيجة لزيادة عدد المرضى أكثر من القدرة أو الوقت المتاح للأداء عالي الجودة.
7. أخطاء ناتجة من تشابه الأسماء التجارية للأدوية المختلفة، وغياب وجود نظام حاكم للصرف والتصنيف، مما قد يؤدي إلى الإصابة بالتسمم أو حتى الوفاة.
8. عدم وجود نظام دقيق لجمع المعلومات وتحليلها لمعرفة وجود الأخطاء الطبية وتتبع جذورها.
9. أخطاء حسابية ناتجة من ضغط النفقات المالية.
10. وجود أخطاء في البنية الأساسية للمستشفى تؤدي إلى انتقال العدوى وانتشار المرض.

## قضايا طبية هامة داخل المستشفيات

ألفت العولمة بظلالها على الصحة والمستشفيات فأنارت العديد من القضايا الساخنة المتعلقة بالآراء والمفاهيم الصحية العالمية الحديثة المتعارضة مع الأخلاقيات والعقائد في مجتمعاتنا العربية والإسلامية، كإجهاض على سبيل المثال، وأطفال الأنابيب وغيرها من القضايا الشائكة، إذ تفتح ابواباً للمقارنة بين الأوضاع الصحية الراهنة في المجتمعات الغربية وما يحدث حالياً في مجتمعاتنا المحلية، وإن كنا نعتقد أن هناك مشكلات هامة قد تم حسمها، إلا أننا مازلنا في مرحلة التساؤل والبحث بالنسبة للعديد من المشكلات.

### أولاً: الإجهاض

يتراوح الموقف في العالم من هذه القضية بين الإباحة التامة (حق المرأة في التحكم في جسدها)، وبين التحريم التام (حق الجنين في الحياة)، وبين هذا وذاك توجد المواقف التالية التي يختلف فيها رأي الناس: الحمل الذي يهدد حياة الأم، والحمل الذي ينتج عنه طفل مشوه أو مريض أو سيلقى حتفه بمجرد ولادته لإصابته بداء مميت، الحمل الذي يهدد اقتصاديات الأسرة، حمل الفتيات الصغيرات غير المتزوجات الناجم عن اغتصابهن أو اغتصاب الفتيات المعاقات ذهنياً.

وقد أقرّ الشرع في بلادنا العربية إباحة الإجهاض القانوني لدواعي صحية تهدد حياة الأم حتى الشهر الرابع، أما إذا تجاوزت فترة الحمل ذلك فلن يسمح بالإجهاض نهائياً ولا حتى لدواعي طبية.

## ثانياً: تحديد النسل وأطفال الأنابيب والتلقيح الصناعي

فيما مضى كانت الأمور بسيطة فبعد الزواج تحمل المرأة وتحفظ الأنساب، أما الآن فقد تعقدت الأمور وتشابكت، فقد أصبح من الممكن التحكم في إمكانية الحمل وتحديد النسل باستخدام الموانع، بل قد أصبح استخدام وسائل منع الحمل ضرورة اجتماعية لتنظيم الأسرة، غير أنه مازالت بعض البلدان والقبائل ترى أن أي تحكم في النسل بأية صورة من الصور هو جريمة أخلاقية تتعارض مع الأديان والشرائع.

وجاءت عمليات التلقيح الصناعي في حالات العقم لتثير الجدل في بدايتها حتى تم تقنينها في بلادنا العربية، لطالما كان التلقيح الصناعي من الزوج لزوجته الشرعية، فمثل هذه العمليات تضيء الحياة للأسر التي حرمت من نعمة الإنجاب، أما التلقيح الصناعي من متبرع أو التلقيح الصناعي مع استئجار رحم، فهو محرم تماماً بالشرع والقانون.

## ثالثاً: الموت الإكلينيكي وقتل المرحمة

إن الموت الإكلينيكي الناجم عن موت جذع الدماغ، أي توقفه عن أداء كافة الوظائف وفاة طبية متكاملة، إذ يستحيل معه طبيياً إفاقة المريض وعودته للحياة من جديد، فهو ليس كأيّة درجة عميقة من درجات الغيبوبة بل توقف كامل للدماغ، وتصبح حياة المريض معتمدة على أجهزة التنفس الاصطناعي وبمجرد فصل الأجهزة يتوقف القلب. ويمكن لأسرة المريض طلب فصل الأجهزة بعد مرور فترة زمنية واعتمادها من لجنة طبية وشرعية مخصصة لذلك، أما قتل المرحمة فهو أمر مختلف ويحرمه الشرع والقانون في عالمنا العربي، فهو فكر يبيح قتل المريض في المراحل الأخيرة من مرضه وبناء على طلبه شخصياً ليتفادى العذاب وشدة الألم، والإنسان هو مسؤول فقط عن جسده ولا يملكه بل هو ملك الله جل شأنه، وهو لا يملك حياته حتى يفعل ما يشاء بها، وبالتالي ليس من حقه أن يدمر جسده بالانتحار أو يطلب من الآخرين أن يقتلوه أو إنهاء حياته مهما كانت درجة آلامه مبرحة.

## رابعاً: أخلاقيات البحوث الطبية الإكلينيكية

إن إحدى الخطوات الأساسية التي لا بد أن تمر بها أغلب البحوث الإكلينيكية هي إجراء التجارب على البشر، ولعل من أضخم الكوارث الأخلاقية التي يذكرها التاريخ والتعديتات الأخلاقية التي حدثت في الولايات المتحدة أثناء "تجربة تاسكيجي" فلقد رغبت إدارة الصحة العامة الأمريكية في دراسة تطور مرض الزهري بمنع العلاج عن المرضى، وذلك لاكتشاف

ما إذا كانت مضاعفات المرض في الجهاز العصبي أكثر أو أقل منها في الشرايين، وقامت الإدارة بتكليف معهد تاسكيجي للقيام بهذه المهمة، فقام المعهد بجمع عدد من المرضى من فقراء المزارعين ذوي البشرة الداكنة في ثلاثينيات القرن الماضي، وقام بإجراء دراسة عليهم، ولم يخبرهم بحقيقة المرض، ولم يشرح لهم إمكانية انتقال العدوى بالعلاقات الجنسية بل منع عنهم العلاج (حتى بعد اكتشاف فعالية البنسلين في العلاج)، فمات عدد كبير من المرضى بمضاعفات الزهري واستمرت الدراسة حتى السبعينيات، وتم بعدها انعقاد مؤتمر هلسنكي الذي وضع شروط وقوانين لإجراء التجارب والدراسات والأبحاث على البشر (اتفاقية هلسنكي)، وبمقتضى هذه الاتفاقية لا بد أن تقوم أية دراسة بما يلي:

**أولاً:** موافقة الشخص البالغ العاقل المشارك في البحث أو الدراسة موافقة مستنيرة وكتابية، استناداً إلى فهمه لأبعاد التجربة ومداهها واختطاراتها الممكنة بحرية مطلقة متطوعاً.

**ثانياً:** إنشاء لجنة بحثية في كل مستشفى تقدر أهمية أخلاقيات البحوث وتقوم بمراقبة تطبيقها.

## خامساً: غرس الأعضاء

يبيح القانون في مجتمعاتنا العربية نقل أعضاء عديدة من متبرع سليم من الأقارب إلى المريض منقذاً بذلك مئات الألاف من البشر، وقد أباح القانون التبرع دون الاتجار بالأعضاء البشرية، وهو موقوف على أعضاء معينة مثل، الكلى حيث يمكن للمتبرع أن يعيش بكلية واحدة والكبد، حيث يمكن للمتبرع أن يأخذ جزءاً صغيراً من الكبد، إذ أنه يستطيع أن يتنامى ويعود لطبيعته خلال مدة معينة، وكذلك غرس نخاع وفص من الرئة، ويأتي العضو المنقول عادة من متبرع من الأقارب (كالدرجة الأولى)، أما زراعة الأعضاء من حالات الموت الدماغي فلم يبيحها القانون في بلادنا العربية مثل زراعة القلب والقرنية أو البنكرياس.

## عدوى المستشفيات

إذا كان هذا الفصل قد تناول بالتمحيص قضايا الإهمال الطبي وأسبابها وحقوق المرضى وواجباتهم داخل المستشفيات، كان لزاماً علينا ألا نغفل قضية عدوى المستشفيات على أساس أنها واحدة من أهم القضايا التي تُوَرِّق القائمين على الرعاية الصحية وإدارة المستشفيات والعاملين في مجال مكافحة العدوى وضبط الجودة.

وقد أشارت الإحصاءات العالمية إلى حقائق تسترعي الانتباه، وهي أن حوالي 5 % من المرضى الذين يتم إدخالهم للمستشفيات يصابون بالعدوى داخلها (بدون أن يكتسبونها قبل إقامتهم)، وتعد هذه الظاهرة مسؤولة بشكل مباشر عن موت 20 ألفاً بين مرضى المستشفيات في إحدى الدول كل عام، وكذلك تساهم في وفاة نحو 70 ألفاً آخرين بمناطق أخرى من العالم، وذلك

طبقاً لتقارير مراكز مكافحة الأمراض، كما أشارت الإحصاءات إلى أن عدوى المستشفيات تزيد من معدلات الإقامة الطبيعية في المستشفى، وذلك بسبب زيادة مدة العلاج لتلك العدوى، فضلاً عن زيادة معاناة المرضى وما قد ينجم عنها من وفاة أو مضاعفات.

## مفهوم عدوى المستشفيات

إن عدوى المستشفيات التي يكتسبها المريض أثناء وجوده داخل المستشفى ويُشترط ألا يكون المريض مصاباً بالعدوى أو حاملاً لها عند الدخول، وعادة ما تظهر بعد أكثر من 48 ساعة من دخول المستشفى، ويمكن أن تظهر أعراض هذه العدوى بعد خروج المريض من المستشفى، ولا تقتصر عدوى المستشفيات على المريض فقط وإنما تشمل كافة العاملين بالمستشفى، فمثلاً إذا كان هناك مريض مصاب بعدوى التهاب الكبد، وانتقلت إلى جراح أجرى له عملية جراحية، فإن إصابة الجراح تعد من عدوى المستشفيات، والمؤسف أن المرضى الذين يدخلون المستشفيات غير مصابين بهذه الجراثيم سرعان ما يغدون فريسة سهلة لها بالمستشفيات، وهي حقيقة واقعة ليس فقط في دول العالم النامي، ولكن أيضاً في الدول المتقدمة.

## مصادر عدوى المستشفيات

أما مصادر عدوى المستشفيات فهي إما أن تكون خارجية، أي تُكتسب من البيئة المحيطة، أو داخلية داخل جسم المريض نفسه، خاصة التجويف الفموي أو القولون بسبب احتوائهما على ميكروبات متعايشة بشكل طبيعي (النبيت الجرثومي) داخل الجسم، وتعد المصادر الخارجية هي الأكثر شيوعاً في إحداث العدوى، وتصل إلى المريض عبر المرضى المخالطين، أو من البيئة المحيطة، أو عن طريق التعرض المباشر للأدوات الطبية الملوثة بالميكروبات أو غير المطهرة أو المعقمة بشكل غير صحيح.

وهناك عدة عوامل تزيد من حدة عدوى المستشفيات نذكر منها:

- ضعف مناعة المريض، ووجود ميكروبات داخل المستشفى وأكثر ضراوة، وأكثر مقاومة للأمراض من الميكروبات خارج المستشفى.
- سهولة انتقال الجراثيم نتيجة ازدحام المرضى في الأقسام الطبية.
- غياب إجراءات النظافة والتعقيم والتطهير والتخلص من مخلفات المرضى داخل المستشفيات.
- الاستعمال المفرط غير السليم للمضادات الحيوية واسعة الطيف الذي نتج عنه ما يسمى الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية، حيث أصبح لديها مناعة ضد المضادات الحيوية نتيجة لكثرة استخدامها.

يلعب العاملون في القطاع الصحي من أطباء وممرضين وفنيين الدور الأساسي في انتقال هذا النوع من العدوى، بينما تبقى مصادر العدوى الداخلية قاصرة وفي معظم الأحيان على مرضى العناية المركزة والمرضى ذوي الإقامة طويلة الأمد بالمستشفيات، وتعد الجرثومة العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين هي المسبب الأعلى في معدلات الوفيات بالمستشفيات في جميع أنحاء العالم.

ويمثل تسمم الدم وعدوى السبيل البولي والجهاز التنفسي والجلد أكثر الأمراض شيوعاً الناجمة عن عدوى المستشفيات، ويعد الالتهاب الرئوي هو ثاني أكبر عدوى المستشفيات بعد عدوى السبيل البولي، ويؤدي إلى معدلات وفيات مرتفعة. ويعد المرضى الذين يخضعون للتئيب والتنفس الاصطناعي هم الأكثر عرضة لهذا الالتهاب.

## إجراءات مكافحة العدوى

تقع مسؤولية الوقاية من العدوى بالمستشفيات على عاتق كافة العاملين بالمستشفى من أطباء وممرضات وفنيين، ويجب أن تتضافر كافة تلك الجهود لمنع وصول العدوى إلى مرضى المستشفى. ولا توجد وصفة سحرية من شأنها إيقاف انتشار العدوى، إلا أن استخدام المعايير الوقائية اللازمة والتقصي الوبائي قد يخفف هذه العدوى بنسبة كبيرة.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن اتباع ثلاث خطوات بسيطة كفيل بتقليل نسبة العدوى، وبالتالي نسبة الوفيات الناتجة عن هذه العدوى بشكل كبير ومؤثر، والخطوات الثلاث هي:

**أولاً :** الحرص على غسل اليدين جيداً من قبل الأطباء، أو الممرضات عند قيامهم بأي ملامسة للمرضى. فهي الطريقة الأكثر فعالية في خفض انتشار العدوى بين المرضى.

**ثانياً :** تنظيف وتعقيم الأدوات المستخدمة في فحص المرضى، أو ملامستهم مثل التأكد من تنظيف سطح السماعة التي سيفحصه بها، أو جهاز قياس ضغط الدم، فضلاً عن الأدوات الجراحية المستخدمة أثناء العمليات الجراحية.

**ثالثاً :** التعرف على من يحمل هذه الجراثيم من المرضى وعزل المرضى المصابين للحد من انتشار العدوى بينهم.

وبنظرة متفحصة لمضاهاة المستشفيات في العالم العربي بنظيراتها التي احتلت قمة قائمة التصنيف العالمي نجد أن المستشفيات العربية قد تأخرت كثيراً عن مواكبة التطوير العلمي والتقني السائد حالياً، وتصنيف المستشفيات العربية لم يأت على قدر التوقعات، وهنا نلقي الضوء على أن نجاحنا ضد الأمراض وتحسين الأحوال الصحية وتطوير معارفنا والنظم الصحية وغيرها لن تكون كاملة دون تغيير جذري وشامل.

## أولاً: المراجع العربية

- البياتي، حسين، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، عام 2009م.
- الطعامنة، محمد - عبد العزيز، مخيمر، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، عام 2008م.
- القضاة، حسن، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، عام 2012م.
- جاد الرب، سيد محمد، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، عام 2005م.
- جاد الرب، سيد محمد، منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، إدارة المنظمات الصحية والطبية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، عام 1996م.
- خير الدين، أحمد موسى - سنجد غالب، محمود، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، عام 2015م.
- دسلر، جاري، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، عام 2003م.
- سميث، جوديث - وولش، كيران، إدارة الرعاية الصحية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، عام 2009م.
- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، عام 2008م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Adverse Drug Events: counting is not enough, action is needed, Roughead EE, Lexchin J.
- A causal model of customer loyalty in professional service firms: an empirical study, Goo YJJ, Hong SC. International Journal of Management, 2008.
- Commitment and job satisfaction as predictors of turnover intentions among welfare workers, Freund A., Adm Soc Work, 2005
- Griffith The Well-Managed Healthcare Organization, White, 7th ed. Chicago:K. R., and J. R., Health Administration Press, 2011.
- Designing Care. Bohmer, R. M. J. Harvard Business Press, 2009.
- Designing for Total Quality in Health Care, G.D. Kunders, (Prism Books Pvt. Ltd., 2013.
- Hospital Administration C.M. Francis and et al., Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd.
- Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model, Mosadeghrad AM, Ferdosi M., Mat Soc Med, 2013
- Organizational behaviour: An experiential approach, Osland J, Kolb D, Rubin I, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.
- Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. Health Psycho Sherbourne CD, Hays RD 1, 1993.
- Principles of Hospital Administration and Planning, B.M. Sakharkar, Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd.
- Research Methods for Business, Sekaran, John Wiley, and Sons Inc., 2000.
- The effect of physician patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine, Arbuthnott A, Sharpe D, 2009.



## الفصل السابع

### مواجهة القصور في إدارة المستشفيات

"إن احتمالات النجاح في علاج القصور داخل المستشفيات لم تكن في أي حين أفضل منها اليوم فلقد اكتسبنا خلال السنوات الماضية فهماً أفضل لأبعاد المشكلات شائعة الحدوث داخل المستشفيات، وأصبح بين أيدينا تجارب العديد من الدول المتقدمة التي نجحت في إحداث تحول سيكولوجي عميق في ثقافة المستشفى كمجتمع صغير من خلال إجراء آليات التغيير".

تؤكد علوم إدارة المستشفيات على توفر حلول لمعظم المشكلات إن لم تكن كافتها، فالمشكلة البسيطة عادة ما يكون حلها بسيطاً، أما الأكثر تعقيداً غالباً ما تحتاج إلى حلول أشمل ومراحل أطول، وقد ناقشنا في الفصل السابق تداعي المستشفيات وأسبابها ودور التكنولوجيا الحديثة وكيف ألفت بظلالها على المستشفيات إيجاباً وسلباً، وسنتناول في هذا الفصل الطرق المنهجية لعلاج المشكلات وإدارة التغيير داخل المستشفيات.

#### المشكلات داخل المستشفيات

إن المشكلات هي صعوبات تواجه الإدارة العليا وتعوّقها عن تحقيق الهدف أو تؤخره أو تحيد به عن الوضع المنشود، فلكل مستشفى وضع حالي وآخر منشود يرنو للوصول إليه من خلال خطة استراتيجية موضوعة (راجع الفصل الأول)، فإذا ظهرت عقبات تحول المستشفى عن تحقيق أهدافه أو تعطله أو تلزمه بانتهاج خطوات ومسارات يحيد بها عن الهدف، لأصبحت هناك مشكلة حقيقية، ولا بد من الاعتراف أن وجود المشكلات في المستشفيات هو أمر طبيعي للغاية ينم عن وجود عمل ديناميكي، ولكن إذا تكاثرت المشكلات بالمستشفيات بدرجة لافتة للنظر كان ذلك دليلاً على وجود خلل ما في العملية الإدارية، وقد تأتي المشكلة مفاجئة مباغتة أو تكون قديمة ومتوقعة تتفاقم تدريجياً، وقد تبقى أحياناً ثابتة ومتأصلة عبر سنوات طوال، ويتباين رد فعل الإدارة تجاه المشكلات، فبعض الإدارات تجهل بحدوث المشكلات وهي الطامة الكبرى، أما البعض الآخر فيتراوح رد فعلهم ما بين الرفض والإنكار أحياناً،

والتحويل والتضخيم أحياناً أخرى، وتقع على إدارة المستشفى النظر باعتدال وموضوعية وتحمل مسؤولية حل المشكلات بفاعلية وإحدى الاستراتيجيات الهامة التي تتخذها الإدارة العليا تجاه بعض المشكلات هو ألا تفعل شيئاً. ويمكن اللجوء لهذه الوسيلة في ثلاثة أحوال إذا كانت المشكلة ستحل من تلقاء نفسها، أو إذا كانت مشكلة هامشية ذات آثار خفيفة لا تؤثر على سير العمليات أو النتائج داخل المستشفى، أو إذا كانت تكلفة الحل أعلى من تكلفة المشكلة نفسها.

تواجه المستشفيات الآلاف من المشكلات يومياً، وعلى الإدارة العليا أن تضع أولويات للمشكلات التي تبدأ بحلها، وعادة ما يبدأ المستشفى بحل المشكلات الأكثر تأثيراً، الأعلى تكراراً، أو الأعلى تكلفة، وتؤكد العلوم الإدارية أن المشكلات على الرغم من تعددها داخل المستشفيات إلا أن نحو 20% من المشكلات جذرية وذات أهمية كبرى وسيؤدي حلها إلى تخفيف ما يقارب من 80% من آثار أعباء المشكلات الواقعة على كاهل هذه المستشفيات ككل، ولذلك كان من الأهمية أن يقوم المستشفى بترتيب المشكلات حسب أولوياتها، حيث تتبع خمس خطوات منهجية في حل المشكلات.

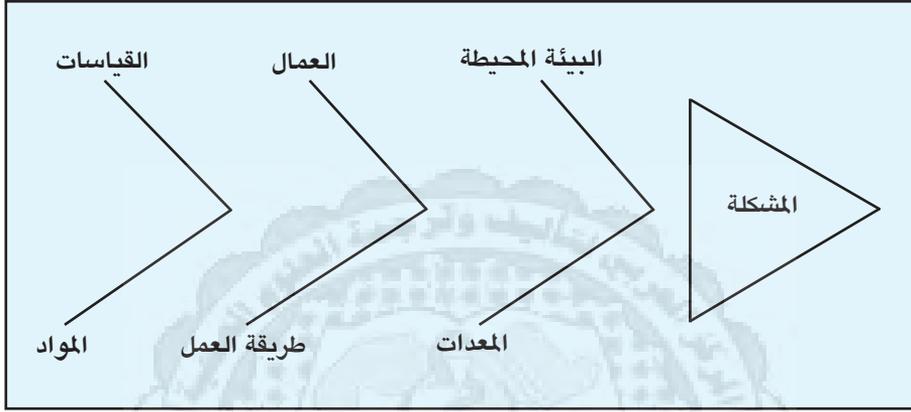
### أولاً: التعريف بالمشكلة

هناك مقولة شائعة مفادها أن "المشكلة التي يتم تعريفها جيداً هي مشكلة نصف محلولة" ويتم تعريف المشكلة بالإجابة على عدة أسئلة: ما المشكلة؟ أين حدثت المشكلة؟ ومن هو المسبب للمشكلة؟ ومتى حدثت؟ ولماذا حدثت؟ فإذا حدثت مشكلة داخل المستشفى فلا بد من تحديدها أولاً.. ثم يتم استدعاء أشخاص ممن لم يتسببوا في حدوث المشكلة، ولكنهم يعملون في وظائف مناظرة في نفس الإدارة أو القسم، أي من النظراء أو الزملاء ممن لديهم الخبرة والمشورة والرأي السديد، أما استدعاء أطراف المشكلة قد يجعلهم يتخذون مواقف دفاعية ويحاولون الإنكار، مما يحول دون الحصول على معلومات كاملة حول المشكلة، وبعد انتهاء الإدارة من جمع المعلومات من النظراء يتم استدعاء أطراف المشكلة لسماع أقوالهم وآرائهم فيما حدث.

### ثانياً: تحليل المشكلة

وتبدأ أولى خطوات التحليل بجمع المعلومات سواء من المصادر البشرية كما سبق وأوضحنا في الخطوة الأولى على أن يتم طرح الأسئلة المفتوحة والإصغاء جيداً، كما يتم الرجوع إلى البيانات والإحصاءات السابقة أو الاستعانة بالتقارير والاستبيانات على أن يتم

الحصول على المعلومات في وقتها الصحيح، ثم يتم استخدام أدوات تحليل المعلومات، حيث يتم استخدام مخطط (سمكة إشيكاوا) لمعرفة السبب الرئيسي والجذري للمشكلة، ويتم فيها تمثيل المشكلة في رأس السمكة، ثم تمثيل الأسباب على العمود الفقري للسمكة، وقد تكون الأسباب بشرية أو خللاً في الأجهزة أو طرق العمل أو المواد المستخدمة، فضلاً عن البيئة التي حدثت بها المشكلة.



(الشكل 1-7): مخطط سمكة إشيكاوا لتحليل المشكلة ومعرفة أسبابها.

نحاول بعد ذلك الاستفسار عن السبب الحقيقي المختبئ وراء الأسباب الظاهرية وينبغي أن تعمل الإدارة على تحليل المشكلة جيداً دون أن تقفز إلى الحل بسرعة، وقد تلجأ الإدارة العليا إلى استخدام جلسة "العصف الذهني"، حيث تتسم هذه الجلسة بالحرية في طرح الأفكار وعرضها دون نقد ويلاحظ أنه يجب الاستماع إلى كافة الآراء حول المشكلة دون السخرية من أي منها (راجع الفصل الثالث: طريقة العصف الذهني)، ويمكن أيضاً استخدام رسم خريطة تدفق العمليات الأساسية المفصلة التي حدثت بها المشكلة لتحديد مكان الخلل في هذه العملية.

### ثالثاً: وضع الحلول والبدائل الممكنة

تستخدم في هذه الخطوة خريطة تدفق العمليات لتحديد العمليات والحلول الموضوعية لحل المشكلة، فضلاً عن الخطوات الأخرى التي لو أضيفت لسير العمليات لما حدثت بها هذه المشكلة، ووضع البدائل المختلفة مع مناقشة البديل الأفضل.

- وهناك مجموعة من المفاتيح التي تساعد على إيجاد حلول ناصعة للمشكلات منها:
- التأكد من صحة المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات في الوقت المناسب.
  - معرفة جذور المشكلة وتفادي استخدام حلول تسكينية لأعراض المشكلة.
  - تفتيت المشكلة الكبيرة إلى أجزاء صغيرة تحل على مراحل.
  - التركيز دائماً على الهدف.
  - عدم الاعتماد على المشاعر الانفعالية والبحث دائماً عن الحقائق المستخلصة من الأطراف المعنية بالعمليات.
  - الاعتماد على إجراءات تصحيحية في الأنظمة وليس مجرد معاقبة الأفراد.
  - استخدام المهارات الإبداعية واتباع الطرق المنهجية السابق ذكرها في حل المشكلات دون القفز للحلول مباشرة.

ومن أسباب الفشل في حل المشكلات:

- الخطأ في المعلومات وعدم التفرقة بين أسباب المشكلة وأعراضها.
- عدم ترتيب المشكلات وفقاً لأولوياتها.
- الانشغال بالعقاب ونسيان الهدف، وغياب الأساليب الإبداعية في حل المشكلات.

#### رابعاً: اختيار البديل الأفضل لحل المشكلة

ويتم تقييم اختيار البدائل الأفضل بأسلوب التصويت على أن يتمتع البديل الأفضل بالمميزات التالية:

- أن يحظى بالرضا والقبول من العاملين بالمستشفى ويتوافق مع العادات والتقاليد.
- أن يتفق مع الإمكانيات والموارد المتاحة وتكون تكلفته مناسبة.
- أن يتضمن آلية واضحة التنفيذ ويكون قابلاً للمراجعة والتعديل كلما تغيرت الظروف.
- أن يكون أقل الحلول اختطاراً.

#### خامساً: التنفيذ والتقييم

بعد اختيار الحلولى الفضلى وتنفيذها لابد من حدوث تغيير ما، ولا بد أن يصاحب تنفيذ كل مرحلة متابعة وتقييم مؤشرات النجاح والفشل حتى تضمن إدارة المستشفى انتهاء المشكلة تماماً بل واتخاذ الخطوات الوقائية لمنع تكرارها.

## إدارة التغيير داخل المستشفيات

تعد إدارة التغيير بالمستشفيات أحد أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي، إذ يستوجب عليه اختيار الاستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير، وكذا القدرة على مواجهة الصعوبات التي تحول دون الوصول إلى التغيير المرجو.

فالتغيير هو عملية التحول من الواقع الحالي للمستشفى إلى واقع آخر منشود في فترة زمنية محددة بأساليب وطرق معروفة لتحقيق أهداف معينة، والمستشفيات، شأنها شأن غيرها من المؤسسات الأخرى تعمل في بيئة ديناميكية وسط متغيرات سكانية ومستجدات اقتصادية واجتماعية وتحديثات تكنولوجية تستوجب تغييراً شاملاً، فضلاً عن التوجهات الإدارية الحديثة التي فرضت على منظومة المستشفيات أن تكون أحد المداخل للتغيير مثل الإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة وأساليب تطوير الموارد البشرية، وهناك مقولة شائعة تؤكد أنه: "إذا لم نقود التغيير إلى ما نريده... سيقودنا التغيير إلى ما لا نريده".

### مؤشرات الحاجة للتغيير

تشير الحقيقة المنطقية أنه ليس ثمة مضادات حيوية توقف زحف البيروقراطية الإدارية ولا مخفضات حرارة لشكاوى الجماهير وعدم رضا المرضى عن الخدمة كما لا توجد مسكنات لآلام المتضررين من سوء الخدمات الصحية، وقد تكون مؤشرات الحاجة للتغيير خارجية مثل:

1. التطور التكنولوجي وثورة المعرفة والعولمة: فالمريض أصبح على دراية بالمستشفيات الدولية ومن الميسور عليه الحكم على بعض الخدمات في المستشفيات بالتدني حيال مقارنتها بمدى التطور الصحي لخدمات المستشفيات في العالم ويلزم المستشفيات المحلية مواكبة الخدمات الصحية في العالم.
2. التغيير في العوامل الاقتصادية والاجتماعية: فالدول الغنية تهتم بالخدمات الصحية حتى التكميلية منها، أما الدول الفقيرة فتهتم بمستشفياتها بتوفير الخدمات الصحية الأساسية وتضع الأولويات وفقاً لذلك. أما الضغوط الاجتماعية فتتمثل في وجود بعض المشكلات الاجتماعية التي تنعكس على الصحة والمستشفيات وتدفع المستشفيات للتغيير لتلبي الاحتياجات الخاصة بكل مجتمع مثل مشكلة الزيادة السكانية التي يتحتم معها ظهور خدمات تنظيم الأسرة، وتفاقم مشكلة تعاطي المخدرات التي استلزمت توفير وحدات علاج الإدمان.

3. زيادة البطالة وارتفاع الأسعار: مما يؤدي إلى إلزام بعض المستشفيات الحكومية بقبول المزيد من العمالة الأمر الذي يصبح عبئاً على الهيكل التنظيمي للمستشفى.
  4. تحديات السوق ووجود مستشفيات منافسة: وهذه المستشفيات تتوفر بها تجهيزات تكنولوجية فيصبح الخيار إما التطوير أو الفناء.
  5. تغيير في اللوائح القانونية: فيمنع القانون أو يسمح بالقيام ببعض الخدمات الصحية (راجع الفصل السابق)، فظهور قانون يبيح غرس الأعضاء من متبرع من الأقارب، أدى لإنشاء قسم لغرس الكلى في بعض المستشفيات.
  6. تغيير في الظروف السياسية: مثل وجود حظر التجوال عند وجود اضطرابات سياسية أو اضطراب المستشفيات لإعلان حالات الطوارئ في ظروف الحروب، أو صدور قرارات سياسية لإغلاق بعض الطرق، مما يؤدي إلى تأثر المستشفى إذا وقع في أحدها واضطراره لتغيير مواعيد العمل به وسياسته تبعاً لذلك.
  7. الفرص الجديدة: فقد تنتهز بعض المستشفيات بعض الفرص، ومثال ذلك قد يدفع انتشار العدوى التنفسية مثل انتشار أنفلونزا الطيور والخنازير إلى انتهاز بعض المستشفيات هذه الفرص لتطوير قسم الأمراض الصدرية والتنفسية بها.
  8. المهددات: مثل افتتاح مستشفى متطور ذي تكنولوجيا عالية في نفس التخصص بمنطقة مجاورة لمستشفى تقليدي، مما يضطره لتطوير الخدمات به.
- وقد تكون مؤشرات الحاجة إلى التغيير في المستشفيات داخلية أيضاً، وتتمثل في:
- تعديل أهداف وسياسات المنظمة والرؤية الاستراتيجية لها.
  - تغيير الهيكل التنظيمي في الأقسام وتنظيم العمليات وتغيير الأدوار.
  - عدم الرضا عن الوضع الحالي وتدني مستوى الخدمات ووجود قائمة انتظار طويلة للمرضى وخاصة بالمستشفيات العامة مع سوء استقبال المريض.
  - انخفاض مخرجات المستشفى سواء كانت أرباحاً بالمستشفيات التي تستهدف الربح أو زيادة عدد الوفيات وحالات عداوى المستشفيات، وعجز المستشفى عن تحقيق الأهداف المرجوة.
  - انخفاض الحالة المعنوية لدى العاملين، وعدم تقدير كل فرد من أفراد المستشفى ومنعهم من المشاركة في اتخاذ القرارات.
  - زيادة حدة وعدد المشكلات الداخلية بالمستشفى وتفاقمها وحاجة المستشفى للتغيير لتحقيق المزيد من الاستقرار.
  - كثرة الغياب والتسبب وارتفاع حجم الأعمال الروتينية مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المدير ومروؤسيه.

## أهداف التغيير

ويهدف التغيير إلى:

- نمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: إذ تعاني المؤسسات الصحية رداءة وضعف خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نمواً وتطوراً فيها، ويتمثل في وضع إجراءات عمل سهلة مفهومة من الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين العاملين بها.
- تحفيز العاملين ومشاركتهم في اتخاذ قرارات المستشفى، مما يجعلهم أكثر ثقة ويدفعهم للمزيد من العمل لتطوير وتحديث المستشفى.
- مساعدة الأفراد والمستشفى على حل المشكلات.
- الاستجابة للضغوط الداخلية والتكيف مع الظروف الخارجية والبيئة المحيطة.

## أنواع التغيير

تتبنى المستشفيات والمؤسسات الصحية العديد من الاستراتيجيات والأساليب للقيام بالتغيير، ويمكن تصنيف أهم هذه الاستراتيجيات فيما يلي:

- التغيير الجذري: ويتضمن تغييراً في نشاط المستشفى مثل قرار تحويل المستشفى إلى فندق.
- التغيير في الفكر الاستراتيجي: وهو التغيير في حلم المستشفى ورؤيتها للمستقبل، وهو النواة الأولى للتغيير.
- تغيير الأهداف: كأن يغير المستشفى أهدافه، فيتحول من مستشفى نساء وتوليد إلى مستشفى في كافة التخصصات الطبية.
- تغيير البنية الأساسية وإضافة بعض التجهيزات، أو زيادة مساحة المستشفى، أو زيادة رأس المال، أو تعيين المزيد من القوى العاملة، كتغيير جهاز تصوير إشعاعي بأخر ذي قدرة إنتاجية، أو إنشاء وحدة لجراحة القلب أو للديال الكلوي بالمستشفى.
- التغيير في العمليات (في منظومة العمل)، وهي من أهم مفاتيح التغيير، إذ تعد مسؤولة عن 85% من تغيير مخرجات المستشفى، ويتم كالتالي:

- التغيير في الهيكل التنظيمي: يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وتعديل العلاقات

بين الإدارات والأفراد، وقد يشمل تخفيض أعداد الموظفين، وذلك لخفض صرف الرواتب وإعادة هيكلة العمل وتعديل التوصيف الوظيفي وفقاً لذلك، وقد يتم التغيير في الأفراد واستبدالهم بأفراد مؤهلين وإجراء تدخلات تصحيحية متعددة، وهي من أصعب الأمور التي تتطلب جهوداً أكبر وإقناعاً أكثر.

- اعتماد استراتيجيات إعادة التعليم وتدريب القوى العاملة لإكسابهم مهارات جديدة بدلاً من زيادة التعيينات، مثل استراتيجيات التعليم الطبي المستمر التي تستهدف بشكل خاص الأطباء والمرضات، حيث يستلزم المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والثروة المعرفية في العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم الطبي المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.

- استراتيجية التغذية الراجعة للإجراءات التصحيحية، وذلك بجمع البيانات باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة للوصول إلى إجراءات تصحيحية، ثم يتم جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراءات التصحيحية وبعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراءات التصحيحية (التغيير)، وتتمثل الوظيفة الأساسية لعملية التغذية الراجعة في المقارنة بين ما يفعله المستشفى وما يتوجب عليه فعله.

### عوامل ومقومات التغيير الناجح

- أن يكون جزءاً من خطة المستشفى الاستراتيجية، إذ يتحتم أن يكون هناك تصور محدد للهدف من التغيير، وأن يحقق هذا التغيير هدفاً من ضمن أولويات الخطة الاستراتيجية للمستشفى.
- الواقعية: أن يكون التغيير متوافقاً مع الإمكانيات الفعلية للمستشفى، أي تتوافر لدى المستشفى الموارد والإمكانيات المادية والبشرية والمهارات والحوافز اللازمة للتنفيذ.
- مشاركة الجميع والتوافق مع لوائح المستشفيات وقوانينه.
- الفعالية: أن يكون التغيير فعالاً وله تأثير على الآخرين وله عائد كبير أي يخضع لمبدأ التكلفة والعائد.

### نموذج كوتر للتغيير

قد يأتي التغيير فجائياً وصادماً مما يجعله يواجه بمقاومة شديدة، وقد يكون مرناً وتدرجياً. ورأى كوتر (Kotter) أن التغيير الفجائي سينتهي غالباً بالفشل إذ سيقابل بمقاومة مستميتة، مما يؤدي للعودة للوضع السابق للتغيير، فضلاً عن استنفاد الوقت والجهد، أما التغيير التدريجي فهو التغير المفضل، فقام بإعداد نموذج لتحقيق التغيير يتضمن ثماني خطوات منهم أربع خطوات تمهيدية وأربع خطوات تنفيذية.

## الخطوة الأولى

قم بزيادة إحساس العاملين بأن التغيير أمر ملح، وحث الناس على التحرك بإيجابية، واجعل الأغراض حقيقية وذات صلة بالواقع، ويتم ذلك بإقناع العاملين بأهمية التغيير والفوائد التي ستعم عليهم من جرّاء التغيير، فتصير الفكرة فكرتهم وينبع التغيير من داخلهم.

هب أن إدارة المستشفى شرعت في إضافة وحدة جديدة لإجراء عمليات القلب، فعلى المدير التنفيذي أن يبدأ أولاً بالإعلان عن وجود حلم للمستشفى، لإضافة وحدة لإجراء عمليات القلب، وأن هذه الوحدة ستحقق مكاسب كبرى مادية ومعنوية، وستعود بالخير على العاملين، وقم بتكرار الإعلان عن ذلك في عدة اجتماعات، فسيتحول إنشاء وحدة القلب إلى مطلب للعاملين للتمتع بالمميزات التي أعلن عنها المدير التنفيذي.

## الخطوة الثانية

كون فريق عمل داخل المستشفى، وضع الأفراد المناسبين في أماكنهم المناسبة التي تتوافق مع خصائصهم العاطفية على أن يتمتع هذا الفريق بالخليط الصحيح من المهارات والكفاءات في المستويات، والجدول التالي يوضح كيفية اختيار فريق العمل.

(الجدول 1-7): يوضح كيفية تكوين الفريق اللازم للتغيير.

القدرة على التغيير	الرغبة في التغيير	الإجراءات اللازمة
قادر على التغيير	لديه الرغبة	يشترك في فريق التغيير
قادر على التغيير	ليس لديه الرغبة	زيادة الرغبة بالتشجيع والتحفيز على التغيير
غير قادر على التغيير	لديه الرغبة	زيادة القدرة بالتدريب والتعليم
غير قادر على التغيير	ليس لديه الرغبة	يستبعد نهائياً من الفريق

## الخطوة الثالثة

كون لدى الفريق رؤية واضحة للتغيير وشجعهم على وضع استراتيجية بسيطة لهذا التغيير، ثم ركز على الجوانب العاطفية والإبداعية بالفريق واللازمة لتحقيق الخدمة والكفاءة في الأداء.

## الخطوة الرابعة

اجعل الفريق يقوم بنشر الرؤية ويشركون أكبر عدد ممكن من الناس في رؤية التغيير، وأطلعهم على السياسات الهامة للتغيير واجعلها بسيطة تتناسب مع احتياجاتهم وتلبيها.

## الخطوة الخامسة

قم بتنفيذ العمل وتأكد من تمكينه وتخلص من العوائق وإزالة جميع الحواجز، واسمح بالملاحظات البناءة، وشجع القادة على دعم العمل وضع أهدافا يسهل تحقيقها وعلن عن التقدم والإنجازات، وتعد الخطوة الخامسة، وهي الخطوة التنفيذية الأولى منذ بداية التغيير وبعد إتمام التمهيد.

## الخطوة السادسة

قم بإقامة احتفال بإتمام إنجازات المرحلة الأولى وكافيء العاملين، فإقامة مثل هذه الاحتفالات تشجع مقاومي التغيير على الانضمام لمؤيدي التغيير، وتشيع إحساسا عاما بأهمية هذا التغيير والإنجازات التي حققها.

## الخطوة السابعة

عزز الجهود واشحن العزم واشحن الهمم، وزد من الإصرار على التغيير المستمر.

## الخطوة الثامنة

اجعل التغيير جزءاً لا يتجزأ من العمل بالمستشفى، وأبرز الأحداث الهامة سواء التي تم إنجازها أو تلك القادمة في المستقبل حرصاً على ترسيخ ثقافة التغيير والتخلص من العادات المتهاكمة، وهكذا بنهاية الخطوات الأربعة الأخيرة التنفيذية يتم تحقيق التغيير المنشود.

## معوقات تنفيذ التغيير

تواجه منظمات الرعاية الصحية والمستشفيات صعوبات تعوق إتمام عمليات التغيير والتطوير، وتتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:

- **طبيعة مهام الرعاية الطبية:** يمتاز العمل داخل المستشفيات بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث إن الأمر يتعلق بصحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياته، ولذلك يتم توخي الحذر أثناء إجراء أي تغييرات ذات أثر مباشر على الأفراد العاملين في تقديم الخدمات الطبية فلا مجال للمخاطرة في الممارسة الطبية.

- **طبيعة القوى البشرية العاملة بالمستشفيات:** معظم الفريق الطبي وخاصة الأطباء لديهم سلطة قوية غير رسمية كما أشرنا من قبل (راجع الفصل الثالث) بحكم العلاقة المباشرة مع مرضاهم التي لا يُسمح لأي طرف آخر بالتدخل فيها، وبالتالي فقد لا ينصاعون للأوامر والقرارات الملزمة بالتغيير، ولذلك ينبغي اللجوء إلى استعمال طرق غير مألوفة للإقناع أو إلزامهم باعتماد فلسفة الإدارة.
- **طبيعة البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية:** يتميز البناء التنظيمي في المؤسسات بالتعقيد، وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، ولا بد من التركيز على الأفراد المهيمنين في المستشفى، فالكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدرًا كبيراً من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء ويساعد التمهد للتغيير على نجاح خطوات التغيير كما سبق وشرحنا.
- **تعدد الجهات الخارجية والجهات الممولة للخدمات الصحية بالمستشفيات:** حيث تضع منظمات الرعاية الصحية والمستشفيات أهمية كبرى لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج، مما يجعل من الصعب عليها تبني أي تغييرات من شأنها أن تؤثر على استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية.

## أسباب مقاومة التغيير

- الخوف من المجهول: فالتغيير هو أمر مجهول غير معتاد، وغالباً ما تفضل المستشفيات العمل المألوف منذ سنوات، أما التغيير فينظرون إليه على أنه مجهول محفوف بالاختطارات.
- الخوف على المكاسب: فقد يصحب التغيير تهديد بإلغاء بعض الوظائف أو المكاسب المعتادة لبعض المستفيدين من الوضع السابق للتغيير.
- الخوف على العلاقات: فالتغيير في الهيكل التنظيمي قد يحرم البعض من تقلد المناصب الهامة، أو يضطر أحد العاملين للعمل في أحد الوظائف الجديدة والتخلي عن علاقاته القديمة.
- الخوف من المعارضة، ومقاومة إتمام التغيير.

## أساليب الحد من مقاومة التغيير

- هناك مجموعة من الآليات يمكن الاستعانة بها للحد من مقاومة التغيير أهمها :
  - **الإقناع:** يقصد بها قيام الإدارة العليا بالحوار وإقناع الآخرين وشرح الفوائد التي ستعود على المستشفى والعاملين من إتمام التغيير. وتحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال بيع الفكرة المراد تبنيها .

- **القوة:** تقوم هذه الاستراتيجيات على فرض العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان العاملين وقبولهم للتغيير، وتستعمل استراتيجيات القوة بشكل خاص عندما يفشل المستشفى أو إحدى الوحدات التنظيمية فيه في إحداث التغيير المطلوب، إلا أنه يعاب على هذه الطريقة أنه لا يضمن قبول العاملين في المستشفى بالتغيير، مما ينذر بالعودة للوضع الأصلي عند وجود أية ثغرة في الرقابة والإشراف .
- **المشاركة:** أي مشاركة من سوف يتأثرون بالتغيير في وضع أهداف التغيير والتخطيط له وتنفيذه.
- **الحوافز:** بنوعيتها المادية والمعنوية لترغيب العاملين في التغيير وضمان مساندتهم.
- **العمل من خلال القادة غير الرسميين:** ففي داخل كل قسم شخص، أو يلتف حوله مجموعات كبيرة من العاملين، وقد يكون هذا القائد غير الرسمي أكبرهم سناً أو أكثرهم خبرة أو أكثرهم إساءة للخدمات أو شخصاً محبوباً من كافة العاملين.
- **استخدام الدوافع الطبيعية للناس:** فأفضل تمهيد للتغيير هو الذي يخاطب عواطف الناس ومشاعرهم ومبادئهم ومثلهم العليا.



## أولاً: المراجع العربية

- المصري، أحمد، إدارة المستشفيات، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم، مؤسسة شباب الجامعة بالإسكندرية، عام 2005م.
- براق، محمد - حوتية، عمر، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسات الاقتصادية، (ورقة عمل مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات: تسيير التغيير في المؤسسة الاقتصادية)، جامعة باجي مختار، عنابة، عام 2004م.
- حسن، راوية، مدخل استراتيجي لتخطيط وتنمية الموارد البشرية، الدار والجامعة، الإسكندرية، عام 2001م.
- درياس، حليلة، نحو أسس جديدة لاستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التخرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، عام 2001م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Decentralization. In: *Health Policy and Systems Development an Agenda for Research.*, Bossert T., Janovsky K., Geneva, WHO, (WHO/SHS/NHP/96.1) 1996.
- Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. Ball J, Buchan J, WHO, 2000.
- Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy, Harvard University, Boston, MA, 1995.



## الفصل الثامن

### نحو خدمات صحية عالية الجودة

" إن إشراقته الأمل في إحداث التطوير المنشود في مجال إدارة المستشفيات هو الهدف الذي سعت إليه بعض المستشفيات فحازت على شهادات الجودة العالمية، وليس هنالك شك في أن هذه الجهود سوف تؤتي ثمارها، وتنعكس آثارها ليس على القطاع الصحي بأسره فحسب بل على حياة الأفراد والمجتمعات، فتحسين جودة ما تقدمه هذه المستشفيات من خدمات صحية يحقق منافع للفرد بصفة خاصة وللمجتمع بصفة عامة، ومن ثم يتعين على القائمين على إدارة القطاعات الصحية والقيادات أن تولي اهتماما خاصا لهذه القضية بغية تحقيق جودة الأداء وفقاً للمعايير الدولية".

### مفهوم الجودة

قدم كل من ديمينج (Deming) المعروف بأبي إدارة الجودة الشاملة وجوران (Juran) وكروسبي (Crosby) مجموعة من المفاهيم والمبادئ التي تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية والمستشفيات بنجاح وفعالية، ومن الملاحظ أن هناك اختلافات في تعريف الجودة، فقد تم تعريف الجودة على أنها، مجموعة المواصفات المميزة للمنتج المرتبطة بالخصائص والمعايير الموضوعية وملبية لمطالب وتوقعات العملاء، ويقدر ما يلي المنتج هذه الاحتياجات والتوقعات بوصف بأنه منتج جيد أو عالي الجودة أو رديء، وقد عرف جوران الجودة على أنها الملائمة للاستخدام من حيث التصميم وتوفرها، وتكلفتها أو توفير منتج خال من العيوب وذي مظهر جيد يطابق احتياجات العملاء ويلاقي استحسانهم، ويرى كروسبي أن الجودة هي المطابقة للمواصفات، حيث يجب أن تكون قابلة للقياس وذات مطابقات محددة بوضوح حتى تتمكن المنظمة من اتخاذ الإجراءات بناء على أهداف ملموسة ويرى أن رغبات المستهلك هي أساس التصميم، بينما الجودة من وجهة نظر ديمينج هي، مصطلح تقريبي يتغير وفقاً لاحتياجات العميل، وتؤكد أبحاثه على أهمية الطرق الكمية التي يتم تطبيقها للحصول على منتج ذي تكلفة منخفضة نسبياً ودرجة عالية من المطابقة لاحتياجات سوق العمل، وعرفت منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها تحقيق احتياجات المريض أو المصاب بتكلفة

مقبولة، وكذلك عرفت الجودة على أنها قدرة الخدمة الصحية على تحسين مخرجات صحة الفرد والمجتمع بحيث تتماشى مع المعارف الطبية الحديثة، وعرف أحد خبراء الصحة العالمية الجودة على أنها، رضا المريض عما قدم له من خدمات صحية تتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من جهة و توقعات واحتياجات المريض من جهة أخرى، وقد تم في النهاية الاصطلاح على تعريف جودة الخدمات الصحية على أنها القيام بإجراء العمليات الصحيحة بطريقة صحيحة كل مرة وفي كافة المرات، ولقد ناقشنا من قبل أن الصحة تختلف عن المنتج أو السلعة نظراً لكونها غير ملموسة ويصعب الفصل بين إنتاجها واستهلاكها وغير قابلة للتخزين (راجع الفصل الثالث)، ولذلك كان من الصعوبة بمكان الوصول إلى مستوى جودة عالية في الخدمات الصحية مقارنة بالسلع و المنتجات الصناعية.

وقد ظهر مفهوم الجودة أولاً عندما تم تطبيقه على السلع ومنتجات الصناعة الثقيلة، وبالأخص صناعة السيارات، ووفقاً لتعاريف الجودة السالف ذكرها نجد أن الجودة ترتبط بمحورين أساسيين هما:

### أولاً: رضا العميل عن الخدمة أو المنتج

تستند أساليب الجودة على تحقيق كافة رغبات العميل وتلبية احتياجاته في كل مكان وزمان، وبناءً عليه يتوقف مستوى الجودة من هذا المنظور على الفرق بين المستوى الفعلي الحالي للجودة، والمستوى المطلوب الوصول إليه من وجهة نظر العميل.

### ثانياً: مدى مطابقة المنتج أو الخدمة للمواصفات والمعايير

والجودة هنا تعني المطابقة للمواصفات والمعايير التي تم الاتفاق عليها من قبل الخبراء والمنظمات العالمية، وعليه تصبح الخدمة عالية الجودة عندما تكون خصائص الخدمة على سبيل المثال أسرع وأدق، أو يكون تصميم المنتج أكثر دقة أو انخفاض تكلفة إنتاجه مطابقة لهذه المواصفات.

## إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات

إن إدارة الجودة الشاملة هي أحد الأنظمة المتبعة في المؤسسات الصحية والمستشفيات، وذلك لضمان تقديم الخدمات الصحية والرعاية الطبية على أعلى مستوى، وتعزيزها بالاعتماد على المعايير التي ترسيها المنظمات العالمية المعنية، ويتسع مفهوم إدارة الجودة الشاملة ليشمل أكثر من محور نذكر منها:

1. العملاء الخارجيون (المرضى والمصابون) على أساس أنهم مركز الاهتمام الذي تدور حوله كافة أنشطة المستشفى، والسعي لإرضائهم والتخفيف من معاناتهم وصراعاتهم مع المرض.

2. العملاء الداخليون من أطباء وممرضين وغيرهم، وتحقيق التوافق بينهم وتنمية كفاءاتهم، فضلاً عن الاهتمام باحتياجاتهم وتلبية شكاوهم فيما يتعلق بالعمل.
3. جودة الخدمات الصحية المقدمة، وهي الهدف الجوهرى الذى يجب أن تسعى إليه جميع المستشفيات وتسخير كافة إمكانياتها لتحقيقه.
4. قوة وكفاءة الهيكل التنظيمى فى إدارة شؤون المستشفى، وتحسين الاتصال بينه وبين الأقسام والوحدات الأخرى.
5. التركيز على وضع الخطط الاستراتيجية لتقديم الخدمات بأقل تكلفة ممكنة ورفع ربحية المستشفى وجذب العملاء الجدد.

### العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات

- وضع العملاء الخارجيين فى بؤرة الاهتمام.
- التركيز على العمليات وتحسينها باستمرار.
- منع الأخطاء قبل وقوعها (الوقاية خير من العلاج).
- روح المشاركة والعمل الجماعى، وتحسين العلاقات بين جميع الجهات.
- استخدام البيانات والمعلومات والإحصاءات لحل المشكلات، واتخاذ القرارات، وتقييم الخدمات الصحية.
- تطوير مهارات العاملين من أجل المشاركة فى تحقيق مستوى الجودة المطلوب.

### خصائص الجودة فى الخدمات الصحية

- **الملاءمة والتوافر:** وهي درجة ملاءمة الرعاية المقدمة للمريض لاحتياجاته ومدى سهولة الوصول للخدمة الصحية، بغض النظر عن نوعه أو دينه أو جنسيته، أو المستوى الاقتصادي أو الاجتماعى للمريض.
- **الفعالية:** أي تقديم الخدمة المناسبة وتحقيق النتائج والأهداف المرجوة فى الوقت المناسب، فالعلاج الفعال هو الذى يؤدي لشفاء المريض.
- **الكفاءة والتنسيق:** أي تقديم أفضل خدمة ضمن الموارد المتاحة وبأقل تكلفة دون نقص أو تكرار سواء فى وحدات الرعاية الأولية أو الثانوية أو عالية التخصص (راجع الفصل الثانى).

- **المهارة (الأهلية):** هي مدى التزام الأطباء والفريق الطبي بمعايير الأداء والاهتمام بمهارات وقدرات والأداء الفعلي للفريق الطبي والإداري والخدمات المساندة.
- **الاحترام المتبادل:** ويقصد هنا احترام رغبات المريض ومشاركته في اتخاذ القرار بشأنه، فضلاً عن احترام مقدمي الخدمة لاحتياجات المريض وتوقعاته وشكواه.
- **الأمان والسلامة:** أي خلو بيئة المؤسسة الصحية من المخاطر الناتجة عن تقديم الخدمة التي قد يتعرض لها كل من مقدمي الخدمة (الفريق الطبي) كالعُدوى، والمخاطر التي يتعرض لها المستفيدون من الخدمة (المرضى) كالأخطاء الطبية.

## قياس جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح بالإمكان قياس جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات في الوقت الحاضر، وذلك لأنها تعود بالنفع على الفرد والمجتمع فضلاً عن تكوين علاقة بناءة بين مقدمي الخدمة (المستشفى) أو المستفيدين منها (المرضى)، ويتم ذلك بالاعتماد على ثلاث ركائز أساسية بالمستشفى وهي:

### أولاً: وفقاً للعملاء الخارجيين (المرضى)

تستهدف المستشفيات رضا مرضاها عن خدماتها المقدمة إليهم تبعاً لعدد شكاوهم خلال مدة زمنية معينة، فضلاً عن إجراء الاستطلاعات وتوجيه الأسئلة إليهم بخصوص الأطباء والفريق الطبي الذي قدم لهم الرعاية والعلاج والخدمات غير الطبية أو حتى بنية المستشفى التحتية، ولا ننسى جانباً مهماً عن رضا المرضى ألا وهو تكلفة الخدمات، وبالتالي فعلى المستشفى الحرص على اتخاذ الخطوات الكفيلة لزيادة المنفعة بأقل تكلفة ممكنة وأقل عدد من الشكاوى للنهوض بمستوى الجودة.

### ثانياً: وفقاً لمؤشرات تشغيل المستشفى

تُستخدم مؤشرات تشغيل المستشفى وهي مقاييس مستندة على المعايير المعاصرة للممارسة الجيدة القياس جودة الخدمات المهنية وإدارة المنظومة الصحية وفقاً للموارد المتاحة، إذ لا يكفي رضا المستفيد وحده عن مستوى الخدمة الصحية التي يتلقاها ككل، بل يجب أن يكون المستشفى راضياً أيضاً عن نوع الخدمات الصحية، والإجراءات التي يقدمها للوفاء باحتياجات مرضاه، وفي هذا الإطار يتم تقسيم مؤشرات المستشفى إلى ثلاثة أقسام، مؤشرات جودة المدخلات، جودة الأداء والعمليات، وجودة المخرجات.

## ثالثاً: وفقاً للعاملين بالمستشفى

إن المعرفة هي تفهم الحقائق والإجراءات، والمهارة هي القدرة على إنجاز الأعمال الموكلة، أما الأهلية فهي مزيج من المعرفة والإلمام بأمور العمل والمهارات اللازمة لإنجازه، كذلك هي ضمان أن معارف الفرد ومهاراته ملائمة للخدمة التي سيوفرها، وبما أن الأفراد العاملين بالمستشفى هم حجر الزاوية داخل المستشفى، فلا بد من اختيارهم وفقاً للكفاءة والأهلية المبنية على مستويات الجودة العالية المطلوبة، وإطلاعهم على كافة إجراءات العمل بالمستشفى، فضلاً عن كونهم على قدر عالٍ من المسؤولية والتمكين الفني (خبرات، مؤهلات،...)، كما يتم قياس جودة الخدمات الصحية تبعاً لجودة العلاقة الشخصية بينهم وبين المستفيدين من الخدمة.

ولا ننسى الجانب الإنساني كما ذكرنا سابقاً، ففي نهاية الأمر طاقم العمل هم بشر أيضاً والخطأ وارد، لذلك ينبغي معرفة الضغوط أو المشكلات التي واجهتهم وحالت دون تقديم الخدمة المنشودة والعمل على حلها بأنسب طريقة، إضافة إلى تدريبهم بشكل مستمر على تطبيق معايير الجودة في كافة الخدمات والإشراف وتقييم إنجاز كل فرد في المنظومة الصحية.

## تكلفة الجودة للخدمات الصحية

إن الجودة مكلفة للمنشأة الطبية ولكنها أقل تكلفة من عدم استخدام معايير وقواعد الجودة في الإدارة، وتكلفة الجودة لها عدة تعريفات اتفق عليها الباحثون على أنها القيمة الفعلية التي تُنفق من أجل تقديم منتج أو خدمة ضمن المنظومة الصحية لتصل بين يدي المستهلك بما يتماشى مع احتياجاته ورغباته، بالإضافة إلى الخسارة الناجمة عن عدم تحقيق نتائج الجودة المطلوبة، ودراسة تكاليف الجودة لها عدة مزايا منها:

- تركز عليها الإدارة العليا في إدارة الشؤون المالية وتحديد الميزانيات والأرباح بدقة.
- تقليل نسبة خسارة الإنتاج لأول مرة وتحويل الجودة إلى أرقام بسيطة.
- تُعد إحدى أدوات التحسين المستمر للجودة، حيث يتم اكتشاف الأخطاء مبكراً وتداركها قبل فوات الأوان.
- معرفة الثغرات وعيوب المنظومة الصحية باستخدام الأدوات الإحصائية.
- زيادة مستوى رضا المرضى عن الخدمات، وبالتالي زيادة الإقبال على المستشفى.

## أنواع تكاليف الجودة

تتخصر تكاليف الجودة في مجموع التكاليف التي يتم إنفاقها بالمستشفى لضمان تقديم خدمة صحية أفضل تحقق رضا المريض عن الخدمات و تجعلها مطابقة للمواصفات والمعايير المعتمدة وتشمل:

### أ . تكاليف الجودة الجيدة (المطابقة)

#### أولاً: تكلفة الجودة الاستباقية (تكاليف الوقاية)

وهي التكلفة التي يتحملها المستشفى لتفادي وقوع الأخطاء، ومن أهمها تكلفة التخطيط للجودة وتكلفة برامج التدريب والتعليم لإكساب جميع العاملين الخبرات اللازمة كل في مجال تخصصه، وإجراء البحوث واستطلاع آراء العملاء وإجراء البرامج لإحصاء معدلات الأخطاء، والتأكد من كفاءة العمليات والصيانة الدورية للأجهزة، وتحديد المواصفات الخاصة بكل جهاز وجذب الخبرات والمؤهلات المتميزة للعمل بالمستشفى.

#### ثانياً: تكلفة الإشراف والتقييم

وتتمثل في تكلفة إجراء الاختبارات لتقييم مستوى الخدمة ومراقبة العاملين على منظومة العمل وإجراء البحوث والمراجعة في كافة الأقسام، ومراجعة التكاليف المالية ونمو رأس المال، وتقييم العملاء والمرضى والموردين وفحص المخازن، وتقييم مدى أمن وسلامة المستشفى ومراجعة معدلات الاستهلاك، كما تتضمن تكلفة مراجعة الشركات المتخصصة لاعتماد جودة المستشفى، ومقارنة أداء المستشفى مع الأداء المتميز للمنظمات / المستشفيات المنافسة.

### ب . تكاليف الجودة السيئة (عدم المطابقة)

#### • تكاليف الفشل الداخلي

- تكاليف إعادة التشغيل أو إعادة الاختبار.
- تكاليف المضاعفات والعداوى.
- تكاليف الفاقد الذي لا يمكن إصلاحه.
- تكاليف المواد المهترئة.
- تكلفة الإشراف وحل المشكلة.

#### • تكاليف الفشل الخارجي

- تكاليف تحمل المسؤولية الناتجة عن الضرر اللاحق بالمريض.

- تكاليف الخسارة في الأرباح والمبيعات بسبب سوء السمعة.
- تكاليف معالجة شكاوى العملاء والتعويضات والضمانات وإعادة الخدمات.

## مراحل تطبيق الجودة بالمستشفيات

لا تعني جودة المستشفيات بالضرورة المباني الفاخرة والأجهزة معقدة التشغيل أو التكاليف الباهظة، وإنما هي ببساطة تقديم الخدمة المناسبة لمن يحتاجها في الوقت المناسب وبأنسب طريقة وفقاً للموارد المتاحة، ويمر تطبيق الجودة بالمستشفيات بثلاث مراحل هامة هي:

### المرحلة الأولى: التمهيد والتأسيس

حيث يتم إنشاء إدارة أو لجنة دائمة للجودة داخل المستشفى تتكون من مدير إدارة الجودة ومدير المستشفى ورؤساء الأقسام واختصاصيي الجودة في مختلف الأقسام، وتكون هذه الإدارة على دراية واقتناع تام بأهمية الجودة وتطبيقها للارتقاء بخدمات المستشفى، وتحمل على عاتقها:

- وضع الرؤية المستقبلية الشاملة ورسالة المستشفى وأهدافه.
- مراقبة الأنشطة الإدارية ومقارنتها بالمعايير والقواعد الطبية الإدارية المتعارف عليها.
- نشر مفهوم الجودة من أطقم العمل بالمستشفى وحشد الجهود والطاقات للالتزام بتطبيقها.
- وضع النقاط على الحروف، ومراجعة نقاط القوة والضعف، وتحليل الوضع الراهن للمستشفى ومقارنته بالوضع المنشود.
- مراجعة نظام إدارة المعلومات للتأكد من مصداقية المؤشرات الحالية.
- تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر كل من مقدم الخدمة والمستفيد منها.

كما يتم إجراء دراسات أولية لمعرفة أي الأقسام أو الخدمات الطبية لها الأولوية في تطبيق برنامج الجودة بها، وهي إحدى منهجيات إدارة الجودة للتركيز على التطوير المستمر لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل أفضل ويتم ذلك بـ :

- تحديد المشروع أو القسم الذي سيتم تطبيق برنامج الجودة به وفقاً للأولوية وإرساء أهداف تطويره.

- تعيين الأفراد (العملاء الخارجيون والداخليون) بالقسم المعني بتطوير جودته وتحديد احتياجاتهم لتسهيل تنفيذ المشروع.
- تحديد إجراءات العمل المطلوبة، ووضع خطة للتنفيذ مع توفير آليات التدريب إن أمكن .
- وضع خطة للإشراف على سير العمل وتقييم القائمين عليه.

### المرحلة الثانية: الإعداد والتدريب

وفي هذه المرحلة تقوم إدارة الجودة بوضع خطط استراتيجية لتنفيذ برامج الجودة الشاملة وتحديد الموارد اللازمة لتطبيقها، كما يتم إعداد برامج لتدريب الموظفين والقائمين على تقديم الخدمات الطبية مع تعيين مشرفين من ذوي الكفاءة لضمان سير العمل ضمن مستويات الجودة المطلوبة، وبالإضافة لذلك يتم تقديم تقارير شهرية تُرفع لإدارة الجودة حتى تكون على اطلاع تام وتزويدها بكل ما هو طارئٌ وجديد فيما يخص برنامج الجودة الشاملة، حتى يتسنى لها حل أية مشكلات قد تعرقل سير العمل واتخاذ الإجراءات المناسبة لها وفقاً للوائح والقوانين المتبعة.

### المرحلة الثالثة: التحسين المستمر والتقييم

وتعد هذه مرحلة هي التنفيذ الفعلي لبرامج الجودة الشاملة بالمستشفى حيث يتم قياس معدلات الأداء وفقاً للخطة التي وضعت في المراحل السابقة. وبعد التحسين المستمر للجودة مرادفاً لإدارة الجودة الكلية، إذ يشترك كل قسم من أقسام المنظومة الصحية في الأنشطة المخططة للضمان على أن المنتج أو الخدمة الطبية ستكون مطابقة لمتطلبات الجودة، وفي نهاية المرحلة يُجرى تقييم ومتابعة عامة على النتائج باستخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية، وتقدير الأداء المتميز بناء على رضا العميل عن الخدمة الطبية.

### بعض معايير الجودة المعتمدة من اللجنة العالمية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية وتطبيقاتها

تهدف اللجنة العالمية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية إلى تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والنهوض بمستوى الخدمات الطبية وغير الطبية، حيث أرست بعضاً من المعايير المتعلقة بتحسين الجودة نذكر بعضها أدناه :

## معايير تحسين الجودة

- تشكيل لجنة خاصة لتحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى بالمستشفى، ويترأس اللجنة مدير المستشفى إلى جانب القيادات من الأطباء والتمريض وغيرها من ممثلي الأقسام المختلفة إضافة إلى منسق الجودة بالمستشفى.
- وضع شروط مرجعية (مهام ومسؤوليات) تتضمن الآتي:
  - ضمان مشاركة جميع الأقسام، وإنجاز وتحقيق كافة المقاييس المطلوبة.
  - وضع أولويات التحسين بالمستشفى.
  - مراجعة وتحليل البيانات التي تم جمعها بما فيه الظواهر المتكررة.
  - إبلاغ الإدارة وأعضاء المستشفى بالمعلومات الخاصة بالهيكل التنظيمي للمستشفى.
- تعيين منسق لتحسين الجودة وتنسيق نشاطات وفعاليات برنامج تحسين الجودة، يكون عضواً في جميع لجان المستشفى ذات العلاقة.
- وضع خطة مكتوبة لدى المستشفى تتضمن الآتي:
  - وصفاً للمنهجية التي سيتم استخدامها.
  - وضع قائمة بأعضاء لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى، توضيح صلاحيات هذه اللجنة.
  - وضع الأولويات المتعلقة بتحسين الجودة وسلامة المريض ووضع معايير ومقاييس محددة لقياس مدى التحسين و التطوير.
  - وصف المقاييس المطلوبة وصفاً تفصيلياً.
- وضع سياسة للتبليغ عن الحوادث العرضية، تتضمن إجراءات مكتوبة عن الآتي:
  - قائمة بالحوادث التي يتم الإبلاغ عنها، والأشخاص المسؤولين عن كتابة التبليغات والتقارير.
  - كيف وأين ومن يقوم بالتحقيق في الحوادث.
  - خطة العمل التصحيحية والأفراد المسؤولين عن القيام بهذه الإجراءات.
- تدريب جميع الموظفين على مبادئ وطرق تحسين الجودة.
- وضع ونشر واعتماد خطوات الممارسات الإكلينيكية والإجراءات المقدمة بالاعتماد على أحدث ما توصل إليه العلم على أن يتم:
  - تثقيف الكادر المعني على استعمال الدلائل الإكلينيكية الإرشادية.

- تغطية الأمراض الأكثر شيوعاً في كل قسم من الأقسام، السياسات والإجراءات للأمراض ذات الاختطار العالي.
  - وضع وتطبيق الخطوط العريضة للسياسات الخاصة بعمليات كل قسم من الأقسام الطبية.
  - مراجعة الممارسات الإكلينيكية الإرشادية كل سنتين على الأقل، وأن يتم مراجعتها عند الحاجة استناداً إلى ما توصل إليه العلم.
  - قيام المستشفى كجزء من برنامج تحسين الجودة بجمع وتحليل البيانات الخاصة بمطابقة الممارسات الإكلينيكية لمعايير تحسين الجودة.
- قيام الأشخاص من ذوي الخبرة بمراقبة الرعاية الطبية من خلال جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالآتي على الأقل :
    - فحص المرضى.
    - الإجراءات التي تضمن الأمان بقسم الأشعة والمختبر إلى جانب الإجراءات الجراحية والتداخلية.
    - استعمال المضادات الحيوية والعلاجات الأخرى وأخطاء استعمال الأدوية.
    - استعمال التخدير والمسكنات.
    - استخدام الدم ومشتقاته.
    - منع انتشار العدوى والوقاية منها.
  - مسؤولية المراقبة الإدارية في توفير ما يلي على الأقل :
    - عمليات الشراء الروتينية للمستلزمات والأدوية المطلوبة الضرورية لتلبية احتياجات المرضى.
    - التقارير الطبية ومدى توافقها مع القوانين والأنظمة.
    - إدارة المخاطر.
    - إدارة المخازن.
    - رضا المريض وعائلته عن الخدمات ومدى موافقتها لتوقعاتهم.
    - السياسات والإجراءات الخاصة بكل قسم بالمستشفى، وقضايا سلامة وأمان المرضى.

- إجراء تقييم مكثف عند وقوع أحداث سيئة هامة غير متوقعة من شأنها أن تؤدي بحياة المرضى، أو تتسبب لهم في عجز أو عاهة أو مضاعفات، ومن الأمثلة على هذه الأحداث ما يلي:
  - الوفيات غير المتوقعة.
  - الآثار الجانبية المثبتة الناتجة عن نقل الدم.
  - الآثار الجانبية العكسية الواضحة لاستعمال الدواء التي تسبب الأذى للمرضى.
  - الأخطاء الواضحة الناتجة عن استعمال الأدوية بالخطأ.
  - مضاعفات التخدير الواضحة التي تسبب الأذى للمرضى.
  - الاختلافات الواضحة ما بين التشخيص قبل وبعد إجراء الجراحة، بما فيها نتائج فحص الأنسجة.
- تحليل واستخدام بيانات المستشفى من قبل إدارة المستشفى لاتخاذ القرارات المناسبة.
- مشاركة كل من مجلس إدارة المستشفى ومدير المستشفى ورؤساء الأقسام في عملية التخطيط ومراقبة برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى بفعالية.
- وفيما يلي بعض المعايير التي اعتمدها اللجنة العالمية المشتركة لتحسين الجودة في قسم الموارد البشرية.

## معايير جودة الموارد البشرية داخل المستشفيات

- تحديد عدد العاملين والتنوع الكافي في كادر المستشفى لتحقيق رسالته بطريقة معينة.
- وضع خطة مكتوبة للتوظيف لدى كل قسم وتحدد الآتي:
  - تحديد إجمالي عدد العاملين المطلوب لتنفيذ مهام ومسؤوليات القسم.
  - تحديد تخصصات العاملين المطلوبة.
  - بيان المستوى العلمي، والمهارات، والمعرفة، والخبرة المطلوبة لكل وظيفة.
  - مراجعة الخطة بشكل دوري والعمل على تحديثها، حسب الحاجة، ولكن كل سنتين على الأقل.
- لكل موظف توصيف وظيفي خاص به، يتضمن المستوى التعليمي والمهارات والمعرفة والخبرة المطلوبة، إضافة إلى تقديم وصف عن كافة المسؤوليات المطلوبة من الشخص.

- إنشاء ملف خاص لكل موظف ويجب أن يحتوي على التالي:
  - صور عن الشهادات والمؤهلات الدراسية، وترخيص مزاولة المهنة.
  - سيرة الخبرات العملية.
  - الوصف الوظيفي الحالي.
  - دليل على تدريب المستشفى للموظف قبل البدء في العمل، والوظيفة المحددة له.
  - دليل على إجراء التقييم المبدئي لكفاءة الموظف في أداء الوظيفة الموكلة إليه
  - الحصول على التدريب المستمر أثناء تقديم الخدمة.
  - عدد من النسخ عن التقييمات السنوية.
- هناك برنامج تحضيري رسمي لجميع الموظفين تقدمه إدارة المستشفى يتضمن التالي:
  - كافة برامج السلامة البيئية ومنع انتشار العدوى وبرامج تحسين الجودة.
  - جولة تمهيدية بالقسم قبل التعيين.
  - التحضير الخاص بالوظيفة داخل القسم الذي يعمل به الموظف (قضاء فترة زمنية من التدريب).
- توجد برامج مخصصة للتدريب المستمر أثناء الخدمة، إذ تعتمد عملية التعليم على تقييم احتياجات الموظف.
- حصول جميع العاملين ممن يقدمون الرعاية الصحية المباشرة للمريض على التدريب المناسب لعملية إنعاش القلب والرئتين، حيث يتم تكرار هذا التدريب مرة كل سنة على الأقل.
- توافر المواد التعليمية المناسبة اللازمة للتدريبات المحددة (مطبوعات - وسائل إيضاح سمعية و بصرية) لتطوير مهارات وكفاءات فريق العاملين ومطابقة معايير الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، كما يتم توفير مكتبة تضم جميع المراجع المناسبة للخدمات التي يقدمها المستشفى.
- إجراء مسوحات عن رضا العاملين عن الخدمة مرة في العام على الأقل، وجمع وتحليل البيانات التي يتم الحصول عليها من المسح أيضاً مرة في العام على الأقل.
- لدى المستشفى كتيب خاص بسياسات وإجراءات الموارد البشرية، يتضمن السياسات التالية:
  - إجراءات النظر في شكاوى وتظلمات الموظفين.
  - إجراءات إنهاء خدمة الموظف وشروط هذا الإنهاء.

- يتلخص عمل قسم الموارد البشرية بجمع وتقييم واستخدام البيانات بهدف تحسين الخدمات، متضمناً الآتي:
  - الإجازة المرضية والإجازات الأخرى.
  - نسب حوادث الموظفين، نسب تغير العاملين بالمستشفى داخل الأقسام.
- هناك نظام للتعريف بالموظف أثناء أداء عمله - مثل وضع بطاقة تعريف تحمل اسمه ووظيفته.
- من الضروري أن يكون رئيس قسم الموارد البشرية قد تم تدريبه في مجال إدارة قسم الموارد البشرية.

لاشك أن ضمان تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة العالية مرهون بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، إذ أنها مسؤولة كل فرد بالمؤسسة أو المستشفى بصرف النظر عن موقعه وطبيعة عمله، ولذلك ينبغي أن يلقى تطبيق سياسة الجودة الشاملة بالمستشفيات اهتماماً على الصعيد الوطني، ولا بد من إنشاء جائزة وطنية سنوية لأفضل مستشفى يعمل طبقاً للمعايير العملية لجودة الخدمات الصحية في كل منطقة أو مدينة أو قطر، وتُمنح هذه الجائزة في مؤتمر يُعقد سنوياً لعرض أحدث الأبحاث العلمية المتخصصة.



## أولاً: المراجع العربية

- أكرم، ديمة، إدارة الجودة الشاملة وتكلفة الجودة، رسالة ماجستير، الأردن، عام 2005م.
- الطراونة، محمد أحمد، الجودة الشاملة والقدرة التنافسية، الأردن، عام 2002م.
- بومدين، يوسف، دراسة أثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية - دراسة معمل الجزائري الجديد للمصبرات، جامعة الجزائر، عام 2006م.
- جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، الأردن، عام 2006م.
- خير الدين، موسى أحمد - سنجد، غالب محمود، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، عام 2015م.
- سنجد، غالب محمود، معايير اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، الأردن، عام 2010م.
- عقيلي، عمر وصفي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، الأردن، عام 2001م.
- ماضي، محمد توفيق، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في مجال الصحة والتعليم، القاهرة، عام 2002م.
- مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، القاهرة، عام 2012م.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- A survey of Total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations, Emerald Group Publishing, Mosadegh Rad, Ali Mohammad, Ltd 2005.
- Introduction And Implementation of Total Quality Management, Hashmi, khurram 2005.
- The essence of Total Quality Management, Bank, Johan, 2nd, ed., Pearson education Ltd., 2000.
- The role of individual differences in employees adoption of TQM orientation. Journal of Vocational behavior, LSE Research online, Coyle-Shapiro, J.& Morrow, P., 2003.
- Total Quality Management, Besterfield, DaleH, Besterfield-Michna, Carol, Besterfield, Glenth., Besterfield-Sacre, Mary, 3rd. ed, Pearson education Ltd., 2005.
- Total Quality Management and employee involvement: Are they Compatible?, Lawler, E.E, Academy of Mangament Executive, 1994.



## الفصل التاسع

### المستشفيات وتنمية المجتمع

"ينبغي أن يعمل المستشفى كمنظومة للمشروعات الصحية القائمة على المجتمع، فالمشكلات الصحية المحلية ينبغي تناولها محلياً بالتنسيق والتعاون مع مقدمي الخدمات الصحية ورجال الأعمال ووزارات الخدمات وكافة قاطني المنطقة".

ولنطرح تساؤلاً جديداً: كيف يصوغ المستشفى البرامج الصحية الخاصة بالصحة العامة وتنمية صحة المجتمع؟

وللإجابة على ذلك نستعرض نموذجاً لهذا البرنامج تم تنفيذه في أحد البلدان، حيث يشكل المستشفى رابطة من المساهمين تضم فيما بينها مجموعة من أهالي المنطقة تم تدريبهم وزيادة أعدادهم تدريجياً من خلال مراحل محددة البدء في إعداد وتنفيذ مشروع صحي قائم على المجتمع، واستطاعت هذه الرابطة الوقوف على تحديد وتعريف حاجات المجتمع خلال فترة زمنية معينة، حيث قام أعضاء لجنة المشروع الصحي في تلك الآونة بإجراء عدة استبيانات تم توزيعها على أفراد ومجموعات من سكان المنطقة، وكشفت نتائج هذه الاستطلاعات بوضوح أن المشكلة الرئيسية التي تعترى مجتمعهم والتي تحتاج إلى عناية خاصة تنحصر في الإدمان وتعاطي الأدوية والعقاقير بطريقة مفرطة، عشوائية وغير قانونية، وبادرت الرابطة بتشكيل عدة لجان مثلت معظم سكان المنطقة من فئات مختلفة (الشباب ورجال القانون ورجال الدين ورجال الأعمال والمختصون بالتعليم والطب... إلخ) وداومت هذه اللجان على الانعقاد بانتظام لتنفيذ خطط عمل تم تقسيمها فيما بينهم، صممت خصيصاً لتشجيع الحد من الإدمان وتعاطي غير المشروع للمخدرات والاستخدام غير الصحيح للعقاقير والأدوية، وتم تشكيل مجلس للتعاون مع اللجان المتنوعة على أن يعاد إجراء المسوحات خلال مدة سنوية معينة لتقييم المشروع والتحقق من تحقيق الأهداف المنوطة به على أن يتم اتخاذ التعديلات المناسبة في تنفيذ الخطط، وفي حالة عدم بلوغ الأهداف المنشودة.

وتكشف هذه التجربة الفريدة أنه ينبغي أن يلعب المستشفى دوراً اجتماعياً في إثارة حماس المجتمع تجاه مشروع صحي قومي يعمل على الوصول للحلول الذاتية للمشكلات الصحية التي يعتقد أهل المنطقة أنها ذات أولوية بالنسبة لهم، ويقع دور المستشفيات الرائد

في مساعدة المجتمعات على تعيين مشكلاتها الصحية الرئيسية وتقرير كيفية التسابق لإيجاد الحلول الذاتية لها.

والمثير في المشروعات الصحية القائمة على المجتمع أن أهل المنطقة أنفسهم سيتحولون إلى سفراء لبيئتهم يشخصون آفة مجتمعمهم وأمراضهم وينبرون لعلاجها، حيث إنهم يمثلون جزءاً غير صغير من المجتمع، فقد صاروا بمثابة الداء والدواء في ذات الوقت. حقا إنها أفضل وسيلة للمساهمة الذاتية وتفويض السلطة.

## التوعية الصحية

يعمل المستشفى كمركز لمصادر المعلومات الصحية والطبية الصحيحة التي تعد بدورها ذات أهمية قصوى في إرساء العلاقات الاجتماعية والبرامج الصحية القائمة على المجتمع، فيمكن للمستشفيات صياغة البرامج الصحية التي تستهدف المدارس وتسهم في التثقيف الحيوي للمجتمع، حيث يمكن للأطفال في فصولهم الدراسية زيارة المستشفى على أن يقوم المستشفى بدوره بإرسال وفد للمدارس لعقد الدورات وإقامة اللقاءات والعروض بهدف التوعية الصحية ويقرر المجتمع (من خلال الوفد الطبي) أنواع البرامج الصحية التي يحتاج إليها لنشر الثقافة الصحية وعلى المستشفى الاستجابة لها بالتنسيق مع المجتمع.

كما يمكن للمستشفى عقد الندوات وحلقات العمل لتدريس موضوعات متنوعة مثل، اللياقة البدنية اللازمة للفرد وأساليب التغذية الصحية والاسترخاء والتأمل وغيرها من أساليب المساعدة الذاتية، ويمكن لمجموعات المساعدة الذاتية في المجتمع الاستفادة من قاعات المحاضرات بالمستشفى في الفترة المسائية وعطلات نهاية الأسبوع، وعلاوة على تكوين مجموعات متشابهة من أسر المرضى المصابين بأمراض مزمنة ونادرة لتبادل الخدمات وتدريب الأفراد القائمين على رعاية المرضى، وبلاشك أن المستشفى بوصفه ملتقى ومنبع للمصادر الصحية والطبية سيصبح مركزاً لتطوير صحة المجتمع والمساهمة في ترجمة تطلعات المجتمعات المحلية إلى واقع ملموس.

ولاريب أن الخدمات الصحية ليست سلعة يمكن شراؤها ولا عطية يتسنى للمستشفيات إعطاؤها، فالصحة هي الطاقة المنتشرة في عمومها الخلاقة في شمولها ويمكن إدراكها فقط في ظل علاقات إنسانية وطيدة قوية تشد من أزر بعضها البعض، ولعل المستشفيات عالية الأداء تعد بمثابة القطع الذهبية القادرة على حل معضلة هذه الأحجية. دعونا نواصل مسيرة تطوير المستشفيات بجدية يدا بيد لرتق تمزقات نسيجنا الصحي، فالمجتمع والمستشفى هما حجرا الزاوية لرعاية صحية وطبية شاملة وقدماً للأمام.

## المراجع العربية

- الحداد، عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيات للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، عام 1999م.
- الضمور، هاني حامد، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر. عمان، عام 2002م.
- الطائي، حميد عبد النبي العلاق، بشير عباس، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي، الطبعة الأولى، دار الزهران للنشر، عمان، عام 1999م.
- جودة، يسري السيد يوسف، مبادئ إدارة الجودة الشاملة: مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية، مجلة البحوث الإدارية، المجلد الرابع والعشرون، جامعة الزقازيق، عام 2002م.
- ساعاتي، عبد الله، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، عام 1998م.
- عادل، نها، مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للإنماء الدولي.
- مجلة الآفاق الجدية، السنة التاسعة، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة المنوفية، عام 1995م.
- ملح، يحيى سليم، التمكين كمفهوم إداري معاصر، الطبعة الأولى، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، عام 2006م.
- ولسن، جاكلين، ماذا تفعل لو كنت مريضاً، الطبعة الأولى، مركز تعريب العلوم الصحية (ACMLS).



**إصدارات**

**المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية**



## الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

- 1 - دليل الأطباء العرب (1) إعداد: المركز
- 2 - التنمية الصحية (2) تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
- 3 - نظم وخدمات المعلومات الطبية (3) تأليف: د. شوقي سالم وآخرين
- 4 - السرطان المهني (4) تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
- 5 - القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات (5) تأليف: د.ك. بورتر وآخرين  
ترجمة: المركز
- 6 - الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6) إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- 7 - دليل قرارات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لعرب (7) إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- 8 - الموجز الإرشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8) تأليف: د. نيكول ثين  
ترجمة: د. إبراهيم القشلان
- 9 - السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه طرق العلاج والوقاية منه (9) تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
- 10 - دليل المستشفيات والمراكز العلاجية في الوطن العربي (10) إعداد: المركز
- 11 - زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11) تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
- 12 - الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية العامة (12) تأليف: كونراد. م. هاريس  
ترجمة: د.عدنان تكريتي
- 13 - الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13) تأليف: د. ه.أ. والدرون  
ترجمة: د. محمد حازم غالب
- 14 - الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي والفحص السريري (15) تأليف: روبرت تيرنر  
ترجمة: د. إبراهيم الصياد
- 15 - الموجز الإرشادي عن التخدير (16) تأليف: د. ج.ن. لون  
ترجمة: د. سامي حسين
- 16 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام والكسور (17) تأليف: ت. دكوورث  
ترجمة: د. محمد سالم

- 17 - الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)  
تأليف: د. ر.ف.فلتشر  
ترجمة: د.نصر الدين محمود  
تأليف: د. ت. هولم وآخرين  
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية  
تحرير: د. ب.م.س بالمر وآخرين  
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية  
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 18 - دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
- 19 - دليل الممارس العام لقراءة الصور الشعاعية (20)
- 20 - التسمية الدولية للأمراض (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية) المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
- 21 - الداء السكري لدى الطفل (23)
- 22 - الأدوية النفسانية التأثير: تحسين ممارسات الوصف (24)
- 23 - التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل الصحي : دليل ورشة العمل (25)
- 24 - التخدير في مستشفى المنطقة (26)
- 25 - الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
- 26 - الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
- 27 - أدوية الأطفال (29)
- 28 - الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
- 29 - التشخيص الجراحي (31)
- 30 - تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعدية في المجالات الصحية) (32)
- تأليف: د. مصطفى خياطي  
ترجمة: د. مروان القنواتي  
تحرير: د. عبد الحميد قدس ود. عنایت خان  
تحرير: د. ف.ر.أ.بات ود. أ. ميخيا  
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية  
تأليف: د. مايكل ب. دويسون  
ترجمة: د. برهان العابد  
مراجعة: د. هيثم الخياط  
تأليف: د.ج.ج.حي  
ترجمة: د. عاطف بدوي  
تأليف: د. روبرت ه. باترمان وآخرين  
ترجمة: د. نزيه الحكيم  
مراجعة: أ. عدنان يازجي  
تأليف: د.ن.د. بارنز وآخرين  
ترجمة: د. لبيبة الخردجي  
مراجعة: د. هيثم الخياط  
تأليف: د. ب.د.د. تريفر - روبر  
ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي  
تأليف: د. محمد عبداللطيف إبراهيم  
ترجمة: د. شوقي سالم

- 31 - الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)  
تأليف: د. جفري شامبر لين  
ترجمة: د. حافظ والي
- 32 - تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخطوطاً  
تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34)  
تحرير: س.ك. لوانجا وتشو - يوك تي  
ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود  
مراجعة: د. عبدالمنعم محمد علي  
تأليف: د. ب.د. بول
- 33 - الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن  
والحنجرة (35)  
ترجمة: د. زهير عبدالوهاب
- 34 - علم الأجنة السريري (37)  
تأليف: د. ريتشارد سنل
- 35 - التشريح السريري (38)  
ترجمة: د. طليح بشور
- 36 - طب الاسنان الجنائي (39)  
تأليف: د. ريتشارد سنل
- 37 - أطلس أمراض العين في الدول العربية  
سلسلة الأطلس الطبية (40)  
ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
- 38 - الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)  
تأليف: د. صاحب القطن
- 39 - التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42)  
تأليف: د. أحمد الجمل ود. عبداللطيف صيام
- 40 - الموجز الإرشادي عن توازن السوائل  
والكهارل (43)  
ترجمة: د. جوزفين بارنز
- 41 - الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)  
ترجمة: د. حافظ والي
- 42 - الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)  
تأليف: د. شيبلا وبلاتنس
- 43 - دليل الطالب في أمراض العظام والكسور  
سلسلة المناهج الطبية (46)  
ترجمة: د. محيي الدين صدقي
- 44 - دليل المؤسسات التعليمية والبحثية  
الصحية في الوطن العربي - 3 أجزاء (47)  
تأليف: د. جون بلاندي
- 45 - التدرن السريري (48)  
ترجمة: د. جيمس و. د. يليس و ج.م. ماركس
- 46 - مدخل إلى الأنتروبولوجيا البيولوجية (49)  
ترجمة: د. محمد عماد فضلي
- 47 - الموجز الإرشادي عن التشريح (50)  
تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين
- ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين  
إعداد: المركز
- تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين  
ترجمة: د. محمد علي شعبان
- تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي  
ترجمة: د. دي.بي. موفات
- ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي

- 48 - الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51)
- تأليف: د. ديفيد روبنشتين و د. ديفيد وين  
ترجمة: د. بيومي السباعي
- تأليف: د. باري هانكوك و د.ج ديفيد برادشو  
ترجمة: د. خالد أحمد الصالح  
إعداد: المركز
- تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين  
ترجمة: د. عاطف أحمد بدوي
- تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر  
ترجمة: أ. عدنان اليازجي
- تأليف: د. جانيت سترينجر  
ترجمة: د. عادل نوفل
- تأليف: د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادري  
تأليف: د. جيفري كالين وآخرين  
ترجمة: د. حجاب العجمي  
إعداد: د. لطفي الشرييني  
مراجعة: د. عادل صادق  
تأليف: د. إ.م.س. ولكنسون  
ترجمة: د. لطفي الشرييني، و د. هشام الحناوي  
إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين  
مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- تأليف: د. و. بيك، و د. ج. ديشيز  
ترجمة: د. محمد خير الحلبي
- تحرير: د. جون براي وآخرين  
ترجمة: د. سامح السباعي  
تأليف: د. مايكل كونور  
ترجمة: د. سيد الحديدي  
إعداد: د. محمد حجازي وآخرين  
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية  
تأليف: د. هيلين شابل وآخرين  
ترجمة: د. نائل بازركان
- 49 - الموجز الإرشادي عن  
علم الأورام السريري (52)
- 50 - معجم الاختصارات الطبية (53)
- 51 - الموجز الإرشادي عن طب القلب  
سلسلة المناهج الطبية (55)
- 52 - الهستولوجيا الوظيفية  
سلسلة المناهج الطبية (56)
- 53 - المفاهيم الأساسية في علم الأدوية  
سلسلة المناهج الطبية (57)
- 54 - المرجع في الأمراض الجلدية  
سلسلة المناهج الطبية (58)
- 55 - أطلس الأمراض الجلدية  
سلسلة الأطلس الطبية (59)
- 56 - معجم مصطلحات الطب النفسي  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60)
- 57 - أساسيات طب الأعصاب  
سلسلة المناهج الطبية (61)
- 58 - معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62)
- 59 - علم الطفيليات الطبية  
سلسلة المناهج الطبية (63)
- 60 - الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان  
سلسلة المناهج الطبية (64)
- 61 - أساسيات علم الورااثيات الطبية  
سلسلة المناهج الطبية (65)
- 62 - معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66)
- 63 - أساسيات علم المناعة الطبية  
سلسلة المناهج الطبية (67)

- 64 - معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68)
- 65 - أطلس الهستولوجيا  
سلسلة الأطالس الطبية (69)
- 66 - أمراض جهاز التنفس  
سلسلة المناهج الطبية (70)
- 67 - أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان)  
سلسلة المناهج الطبية (71)
- 68 - الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان)  
سلسلة المناهج الطبية (72)
- 69 - طب الأطفال وصحة الطفل  
سلسلة المناهج الطبية (73)
- 70 - الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)  
سلسلة المناهج الطبية (74)
- 71 - طب العائلة  
سلسلة المناهج الطبية (75)
- 72 - الطيب، أخلاق ومسؤولية  
سلسلة الكتب الطبية (76)
- 73 - هاربرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)  
سلسلة المناهج الطبية (77)
- 74 - أطلس أمراض الفم  
سلسلة الأطالس الطبية (78)
- 75 - الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي  
سلسلة المناهج الطبية (79)
- 76 - دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد  
سلسلة المناهج الطبية (80)
- 77 - دليل المراجعة في أمراض الكلى  
سلسلة المناهج الطبية (81)
- 78 - دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية  
سلسلة المناهج الطبية (82)
- إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين  
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية  
تأليف: د. شو - زين زانج  
ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين  
مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية  
تأليف: د. محمود باكير، د. محمد المسالمة  
د. محمد المميز، د. هيام الريس  
تأليف: د.ت. يامادا وآخرين  
ترجمة: د. حسين عبد الحميد وآخرين  
تأليف: د. جيو بروكس وآخرين  
ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين  
تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليثين  
ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين  
تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون  
ترجمة: د. حافظ والي  
تأليف: د. ناصر بوكلي حسن  
تأليف: د. محمد خالد المشعان  
تأليف: د. روبرت موراي وآخرين  
ترجمة: د. عماد أبو عسلي ود. يوسف بركات  
تأليف: د. كريسيان سكولي وآخرين  
ترجمة: د. صاحب القطان  
تأليف: د. ديثيد هاناي  
ترجمة: د. حسن العوضي  
تأليف: د. إيرول نورويتز  
ترجمة: د. فرحان كوجان  
تأليف: د. كريس كالاهاان و د. باري برونر  
ترجمة: د. أحمد أبو اليسر  
تأليف: د. بن جرينشتاين و د. آدم جرينشتاين  
ترجمة: د. يوسف بركات

- 79- أساسيات علم الدمويات  
سلسلة المناهج الطبية (83)
- 80 - الموجز الإرشادي عن طب العيون  
سلسلة المناهج الطبية (84)
- 81 - مبادئ نقص الخصوية  
سلسلة المناهج الطبية (85)
- 82 - دليل المراجعة في الجهاز الهضمي  
سلسلة المناهج الطبية (86)
- 83 - الجراحة الإكلينيكية  
سلسلة المناهج الطبية (87)
- 84 - دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي  
سلسلة المناهج الطبية (88)
- 85 - دليل المراجعة في الميكروبيولوجيا  
سلسلة المناهج الطبية (89)
- 86 - مبادئ طب الروماتزم  
سلسلة المناهج الطبية (90)
- 87 - علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي  
سلسلة المناهج الطبية (91)
- 88 - أطلس الوراثة  
سلسلة الأطالس الطبية (92)
- 89 - دليل المراجعة في العلوم العصبية  
سلسلة المناهج الطبية (93)
- 90 - معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)
- 91 - الإحصاء الطبي  
سلسلة المناهج الطبية (95)
- 92 - إعاقات التعلم لدى الأطفال  
سلسلة المناهج الطبية (96)
- 93 - السرطانات النسائية  
سلسلة المناهج الطبية (97)
- 94 - معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)
- تأليف: د.ف. هوفبراند وآخرين  
ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين  
تأليف: د. بروس جيمس  
ترجمة: د. سري سيع العيش  
تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور  
ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن  
تأليف: د. سانيش كاشاف  
ترجمة: د. يوسف بركات  
تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين  
ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين  
تأليف: د. فيليب أرونسون  
ترجمة: د. محمد حجازي  
تأليف: د. ستيفن جليسي و د. كاترين بامفورد  
ترجمة: د. وائل محمد صبح  
تأليف: د. ميشيل سنات  
ترجمة: د. محمود الناقية  
تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديفيد جاردر  
ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين  
تأليف: د. إبرهارد باسرج وآخرين  
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين  
تأليف: د. روجر باركر وآخرين  
ترجمة: د. لطفي الشريبي  
إعداد: د. فتحي عبدالمجيد وفا  
مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين  
تأليف: د. جينيفير بيت وآخرين  
ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين  
تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سيجنو  
ترجمة: د. عبدالمنعم الباز و أ. سميرة مرجان  
تأليف: د. أحمد راغب  
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية  
إعداد: د. عبدالرزاق سري السباعي وآخرين  
مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين

- 95 - التفاعلات الضائرة للغذاء  
سلسلة المناهج الطبية (99)
- 96 - دليل المراجعة في الجراحة  
سلسلة المناهج الطبية (100)
- 97 - الطب النفسي عند الأطفال  
سلسلة المناهج الطبية (101)
- 98 - مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)  
سلسلة المناهج الطبية (102)
- 99 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
(الإصدار الأول حرف A)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
- 100 - دليل المراجعة في التاريخ المرضي  
والفحص الإكلينيكي  
سلسلة المناهج الطبية (104)
- 101 - الأساسيات العامة - طب الأطفال  
سلسلة المناهج الطبية (105)
- 102 - دليل الاختبارات المعملية  
والفحوصات التشخيصية  
سلسلة المناهج الطبية (106)
- 103 - التغيرات العالمية والصحة  
سلسلة المناهج الطبية (107)
- 104 - التعرض الأولي  
الطب الباطني: طب المستشفيات  
سلسلة المناهج الطبية (108)
- 105 - مكافحة الأمراض السارية  
سلسلة المناهج الطبية (109)
- 106 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
(الإصدار الأول حرف B)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)
- 107 - علم النفس للممرضات ومهنيي  
الرعاية الصحية  
سلسلة المناهج الطبية (110)
- إعداد: د. جودث بيترس  
ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني  
تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي  
ترجمة: د. طالب الحلبي  
تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سكوت  
ترجمة: د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش  
تأليف: د. بيتر برود  
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين  
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: د. جونشان جليادل  
ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبدالرزاق السباعي
- تأليف: د. جوديث سوندهايمر  
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين  
تأليف: د. دنيس ويلسون  
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين
- تحرير: د. كيلبي لي و چيف كولين  
ترجمة: د. محمد براء الجندي  
تأليف: د. تشارلز جريفيث وآخرين  
ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين
- تحرير: د. نورمان نوح  
ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن  
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: د. جين ولكر وآخرين  
ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين

- 108 - التشريح العصبي (نص وأطلس)  
سلسلة الأطالس الطبية العربية (111)
- 109 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
(الإصدار الأول حرف C)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)
- 110 - السرطان والتدبير العلاجي  
سلسلة المناهج الطبية (112)
- 111 - التشخيص والمعالجة الحالية:  
الأمراض المنقولة جنسياً  
سلسلة المناهج الطبية (113)
- 112 - الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ -  
التشخيص والتدبير العلاجي  
سلسلة المناهج الطبية (114)
- 113 - أسس الرعاية الطارئة  
سلسلة المناهج الطبية (115)
- 114 - الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين  
آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة  
سلسلة المناهج الطبية (116)
- 115 - الدقيقة الأخيرة - طب الطوارئ  
سلسلة المناهج الطبية (117)
- 116 - فهم الصحة العالمية  
سلسلة المناهج الطبية (118)
- 117 - التدبير العلاجي لألم السرطان  
سلسلة المناهج الطبية (119)
- 118 - التشخيص والمعالجة الحالية - طب الروماتزم -  
سلسلة المناهج الطبية (120)
- 119 - التشخيص والمعالجة الحالية - الطب الرياضي  
سلسلة المناهج الطبية (121)
- 120 - السياسة الاجتماعية للممرضات والمهن المساعدة  
سلسلة المناهج الطبية (122)
- 121 - التسمم وجرعة الدواء المفرطة  
سلسلة المناهج الطبية (123)
- تأليف: د. جون هـ - مارتين  
ترجمة: د. حافظ والي وآخرين  
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: روبرت سوهامي - جيفري توبياس  
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين  
تحرير: د. جيفري د. كلوسنر وآخرين  
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
- تحرير: د. إلين م. سلاطين وآخرين  
ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
- تحرير: د. كليف ايفانز وآخرين  
ترجمة: د. جمال جودة وآخرين  
تحرير: د. جودي أورم وآخرين  
ترجمة: د. حسناء حمدي وآخرين
- تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين  
ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين  
تحرير: د. وليام هـ. ماركال وآخرين  
ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين
- تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون  
ترجمة: د. أحمد راغب و د. هشام الوكيل
- تأليف: د. جون إمبودن وآخرين  
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين  
تحرير: د. باتريك ماكوهون
- ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان  
تأليف: د. ستيفن بيكهام و د. ليز ميراباياو  
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين  
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين  
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين

- 122 - الأرجية والربو  
 «التشخيص العملي والتدبير العلاجي»  
 سلسلة المناهج الطبية (124)
- 123 - دليل أمراض الكبد  
 سلسلة المناهج الطبية (125)
- 124 - الفيزيولوجيا التنفسية  
 سلسلة المناهج الطبية (126)
- 125 - البيولوجيا الخلوية الطبية  
 سلسلة المناهج الطبية (127)
- 126 - الفيزيولوجيا الخلوية  
 سلسلة المناهج الطبية (128)
- 127 - تطبيقات علم الاجتماع الطبي  
 سلسلة المناهج الطبية (129)
- 128 - طب نقل الدم  
 سلسلة المناهج الطبية (130)
- 129 - الفيزيولوجيا الكلوية  
 سلسلة المناهج الطبية (131)
- 130 - الرعاية الشاملة للحروق  
 سلسلة المناهج الطبية (132)
- 131 - سلامة المريض - بحوث الممارسة  
 سلسلة المناهج الطبية (133)
- 132 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
 (الإصدار الأول حرف D)  
 سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)
- 133 - طب السفر  
 سلسلة المناهج الطبية (134)
- 134 - زرع الأعضاء  
 دليل للممارسة الجراحية التخصصية  
 سلسلة المناهج الطبية (135)
- 135 - إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي  
 سلسلة المناهج الطبية (136)
- 136 - «ليثين وأونيل» القدم السكري  
 سلسلة المناهج الطبية (137)
- تحرير: د. مسعود محمدي  
 ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
- تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أيميت كييفي  
 ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين  
 تأليف: د. ميشيل م. كلوتير  
 ترجمة: د. محمود باكير وآخرين  
 تأليف: روبرت نورمان و ديقيد لودويك  
 ترجمة: د. عماد أبوغسلي و د. رانيا توما  
 تأليف: د. مورديكا بلوشتاين وآخرين  
 ترجمة: د. نائل بازركان  
 تحرير: د. جراهام سكامبلر  
 ترجمة: د. أحمد ديب دشاش  
 تأليف: د. جيفري ماكولف  
 ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين  
 تأليف: د. بروس كوين وآخرين  
 ترجمة: د. محمد بركات  
 تأليف: د. ديقيد هيرنادون  
 ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين  
 تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن  
 ترجمة: د. تيسير العاصي  
 إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
 إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تحرير: د. جاي كايستون وآخرين  
 ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين  
 تحرير: د. جون فورسيث  
 ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي  
 د. أحمد طالب الحلبي  
 تأليف: د. محمد عصام الشيخ
- تأليف: د. جون بوكر و مايكل فاشر  
 ترجمة: د. أشرف رمسيس وآخرين

- 137 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
الإصدار الأول حرف (E)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)
- 138 - معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)
- 139 - معجم «بيلير»  
للمرضين والممرضات والعاملين  
في مجال الرعاية الصحية  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)
- 140 - علم أعصاب النوم  
سلسلة المناهج الطبية (140)
- 141 - كيف يعمل الدواء  
«علم الأدوية الأساسي المهني الرعاية الصحية»  
سلسلة المناهج الطبية (141)
- 142 - مشكلات التغذية لدى الأطفال  
«دليل عملي»  
سلسلة المناهج الطبية (142)
- 143 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
الإصدار الأول حرف (F)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)
- 144 - المرض العقلي الخطير -  
الأساليب المتمركزة على الشخص  
سلسلة المناهج الطبية (143)
- 145 - المنهج الطبي المتكامل  
سلسلة المناهج الطبية (144)
- 146 - فقد الحمل  
«الدليل إلى ما يمكن أن يوفره  
كل من الطب المكمل والبديل»  
سلسلة المناهج الطبية (145)
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبدالرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: د. ميشيل ميلودوت  
ترجمة: د. سري سبع العيش  
و د. جمال إبراهيم المرجان
- تأليف: د. باربرا - ف. ويلر  
ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين
- تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر  
ترجمة: د. عبير محمد عدس  
و د. نيرمين سمير شنودة
- تأليف: د. هيو مكجافوك  
ترجمة: د. دينا محمد صبري
- تحرير: أنجيلا ساوثال وكلايسا مارتن  
ترجمة: د. خالد المدني وآخرين
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تحرير: إبراهيم رودنيك وديفيد روي  
ترجمة: د. محمد صبري سليط
- تأليف: راجا بانداراناياكي  
ترجمة: د. جاكلين ولسن
- تأليف: جانيتا بنسيولا  
ترجمة: د. محمد جابر صدقي

- 147 - الألم والمعاناة والمداواة  
«الاستبصار والفهم»  
سلسلة المناهج الطبية (146)
- 148 - الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء  
سلسلة المناهج الطبية (147)
- 149 - الأمراض الجلدية لدى المسنين  
سلسلة الأطالس الطبية العربية (148)
- 150 - طبيعة ووظائف الأحلام  
سلسلة المناهج الطبية (149)
- 151 - تاريخ الطب العربي  
سلسلة المناهج الطبية (150)
- 152 - عوائد المعرفة والصحة العامة  
سلسلة المناهج الطبية (151)
- 153 - الإنسان واستدامة البيئة  
سلسلة المناهج الطبية (152)
- 154 - كيف تؤثر الجينات على السلوك  
سلسلة المناهج الطبية (153)
- 155 - التمريض للصحة العامة  
التعزيز والمبادئ والممارسة  
سلسلة المناهج الطبية (154)
- 156 - مدخل إلى الاقتصاد الصحي  
سلسلة المناهج الطبية (155)
- 157 - تمريض كبار السن  
سلسلة المناهج الطبية (156)
- 158 - تمريض الحالات الحادة للبالغين  
كتاب حالات مرضية  
سلسلة المناهج الطبية (157)
- تحرير: بيتر ويميس جورمان  
ترجمة: د. هشام الوكيل
- تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران  
ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف
- تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي  
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- تأليف: د. أرنست هارتمان  
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- تأليف: د. محمد جابر صدقي
- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان  
و كينيث كندلر  
ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي  
و د. إسراء عبد السلام بشر
- تحرير: بول لينسلي و روزلين كين وسارة أوبن  
ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم
- تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان  
ترجمة: د. سارة سيد الحارثي وآخرين
- تحرير: جان ريد وشارلوت كلارك وآن ماكفارلين  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي  
و د. محمود علي الزغبى
- تحرير: كارين باج و أيدين مكيني  
ترجمة: د. عبد المنعم محمد عطوه  
و د. عماد حسان الصادق

- 159 - النظم الصحية والصحة والثروة  
والرفاهية الاجتماعية  
«تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية»  
سلسلة المناهج الطبية (158)
- 160 - الدليل العملي لرعاية مريض الحرف  
سلسلة المناهج الطبية (159)
- 161 - تعرّف على ما تأكل  
كيف تتناول الطعام دون قلق؟  
سلسلة المناهج الطبية (160)
- 162 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
(الإصدار الأول حرف G)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (G)
- 163 - العلة والصحة النفسية في علم الاجتماع  
سلسلة المناهج الطبية (161)
- 164 - تعايش صغار السن مع السرطان  
مقتضيات للسياسة والممارسة  
سلسلة المناهج الطبية (162)
- 165 - مقالات في قضايا الصحة والبيئة  
سلسلة المناهج الطبية (163)
- 166 - الخدمة الاجتماعية وتعاطي المخدرات  
سلسلة المناهج الطبية (164)
- 167 - أسس الممارسة الطبية المساندة  
رؤية نظرية  
سلسلة المناهج الطبية (165)
- 168 - الصحة البيئية  
سلسلة المناهج الطبية (166)
- 169 - الطب النووي  
سلسلة المناهج الطبية (167)
- 170 - الطب التكميلي والبدل  
سلسلة المناهج الطبية (168)
- 171 - 100 حالة في جراحة وتقويم  
العظام وطب الروماتزم  
سلسلة المناهج الطبية (169)
- تحرير: جوسيب فيجويراس و مارتن ماكي  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي وآخرين
- تأليف: غاري موريس و جاك موريس  
ترجمة: د. عبير محمد عدس  
تأليف: جوليا بوكرويد  
ترجمة: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: آن روجرز و ديفيد بلجريم  
ترجمة: د. تيسير عاصي و د. محمد صدقي  
د. سعد شبير  
تأليف: آن جرينيار  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- إعداد: مجموعة من الأطباء والمختصين
- تأليف: إبان بايلور و فيونا مشعام و هيوج أشير  
ترجمة: د. دينا محمد صبري  
تحرير: آمندا بلابر  
ترجمة: د. صالح أحمد ليري  
و د. أشرف إبراهيم سليم  
تأليف: ديد مولر  
ترجمة: د. حسام عبد الفتاح صديق  
تأليف: د. إيمان مطر الشمري  
و د. جيهان مطر الشمري  
تأليف: د. محمد جابر صدقي
- تأليف: بارميندر سينج و كاثرين سواز  
محرر السلسلة: جون ريس

- 172 - التشريح الشعاعي العملي  
سلسلة المناهج الطبية (170)
- 173 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية  
(الإصدار الأول حرف H)  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (H)  
174 - التوحد  
سلسلة المناهج الطبية (171)
- 175 - الطب التلطيفي  
سلسلة المناهج الطبية (172)
- 176 - التشريح العصبي لمناطق  
اللغة بالدماغ البشري  
سلسلة الأطالس الطبية (173)
- 177 - الطعام والإدمان دليل شامل  
سلسلة المناهج الطبية (174)
- 178 - دور الحيوانات في ظهور  
الأمراض الفيروسية  
سلسلة المناهج الطبية (175)
- 179 - شقيقة الدماغ «الوظيفة والبنية  
التصويرية»  
سلسلة المناهج الطبية (176)
- 180 - معجم الوراثةيات  
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (177)
- 181 - الأمراض الفيروسية  
سلسلة المناهج الطبية (178)
- 182 - الوعي باستثمار المعرفة وتنميتها  
سلسلة المناهج الطبية (179)
- 183 - إدارة المستشفيات  
سلسلة المناهج الطبية (180)
- ترجمة: د. محمد جابر صدقي  
تأليف: سارة ماك ويليامز  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي  
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح  
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي  
تأليف: ماري كولمان و كريستوفر جبلبرج  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي  
تأليف: د. أمينة محمد أحمد الأنصاري
- تأليف: ميشيل بتريدس  
ترجمة: د. محمد إسماعيل غريب إسماعيل
- تحرير: كيلي برونيل و مارك جولد  
ترجمة: د. سلام محمد أبو شعبان  
و د. هبه حمود البالول  
تحرير: نيكولاس چونسون  
ترجمة: د. أحمد محمد شوقي أبو القمصان
- تحرير: ديفيد بورسوك وآخرين  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي  
و د. إيهاب عبد الغني عبد الله  
تأليف: روبرت كنج و بامبلا موليجان  
و ويليام ستانسفيلد  
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي  
و د. شيرين جابر محمد  
تأليف: د. قاسم طه الساره
- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- تأليف: د. جاكلين ولسن متى



## **ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)**

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

**ACMLS** has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

**ACMLS** consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

**ACMLS** is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

**© COPYRIGHT - 2018**

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF  
HEALTH SCIENCE**

**ISBN: 978-9921-700-10-7**

**All Rights Reserved, No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means; electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.**

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF  
HEALTH SCIENCE  
(ACMLS - KUWAIT)**

**P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait**

**Tel. : + ( 965 ) 25338610/5338611**

**Fax. : + ( 965 ) 25338618/5338619**

**E-Mail: [acmls@acmls.org](mailto:acmls@acmls.org)**

**[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)**

***Printed and Bound in the State of Kuwait.***



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND  
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)  
KUWAIT**

# **Hospital Management**

**By**

**Dr. Jacqueline Wilson Matta**

**Revised & Edited by**

**Arab Center for Authorship and Translation of Health Science**

**ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES**