

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي والهندسة الإدارية في
مستشفيات محافظة رام الله والبيرة

إبراهيم عادل أحمد العناقوة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1436 هـ / 2014 م

توجهات الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي والهندسة الإدارية في

مستشفيات محافظة رام الله والبيرة

إعداد:

إبراهيم عادل أحمد العناقوة

بكالوريوس نظم معلومات إدارية - من جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا

جمهورية مصر العربية

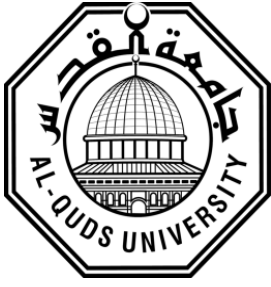
المشرف الرئيس: د. محمود عبد الرحمن سرور

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير من برنامج بناء

مؤسسات وتنمية بشرية/ معهد التنمية المستدامة - جامعة القدس

القدس - فلسطين

1436هـ - 2014م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج ماجستير بناء المؤسسات والتنمية البشرية

إجازة الرسالة

توجهات الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي والهندسة الإدارية في

مستشفيات محافظة رام الله والبيرة

إعداد: إبراهيم عادل أحمد العناقوة

الرقم الجامعي: 21012436

المشرف: د. محمود عبد الرحمن سرور

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2014/7/10 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم

وتوقيعاتهم:

1. رئيس لجنة المناقشة:	د. محمود سرور	التوقيع:	
2. ممتحنا داخلياً:	د. معتصم حمدان	التوقيع:	
3. ممتحنا خارجياً:	د. محمد عوض	التوقيع:	

القدس - فلسطين

1436هـ - 2014م

الإهداء

إلى من أناروا لنا دروب العزة والكرامة... شهداء فلسطين، إلى أسرانا
البواسل في سجون الاحتلال.
إلى من تعلمت على أيديهم أبجديات العلم والمعرفة... إلى والديّ حفظهما الله
ورعاهما.

إلى روح أختي الطاهرة رحمه الله.
إلى رفيقة دربي وشريك حياتي زوجتي العزيزة .
إلى أبنتي ريتال و رودينا حفظهما الله.
إلى المشرف على الدراسة الدكتور محمود سرور.
إلى جميع الأهل والأصدقاء والزملاء في العمل.
أهدي هذا العمل المتواضع.

إبراهيم عادل أحمد العناقوة

الإقرار

أقر أنا معد الرسالة بأنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة إليه من مصادر واقتباسات أينما وردت، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

الاسم: إبراهيم عادل أحمد العناقوة

التوقيع: إبراهيم العناقوة

التاريخ: 2014/ 07/10

شكر وعرفان

أحمد الله، له الفضل في كل زمان ومكان.

أتقدم بالشكر والتقدير إلى جامعة القدس، ممثلة بطواقمها وكوادرها الإدارية والأكاديمية، وجميع موظفيها والعاملين فيها لإتاحة الفرصة لي للدراسة في الجامعة ولما قدموه من مساعدة.

كما أتقدم بالشكر والامتنان الكبيرين إلى معهد التنمية المستدامة ممثلاً بطواقمه الأكاديمية والإدارية لما كان لهم من مساهمة وعون.

وأخص بالشكر والتقدير والامتنان الدكتور محمود سرور المشرف الرئيس على هذه الدراسة، والذي قدم لي كل خبراته وقدراته وتوجيهاته وعلمه ووقته أثناء فترة إعداد الدراسة.

وإلى طاقم المستشفيات من مديرين ورؤساء أقسام عامة ومركز خليل ابو ريا للتأهيل (رام الله) خاصة، الذين قدموا جهداً كبيراً أسهم في إتمام هذه الدراسة، وإلى زملائي في العمل الذين لم يخلوا عليّ بأي جهد.

إبراهيم عادل أحمد العناقوة

مصطلحات الدراسة

الهندرة:

إعادة التفكير المبدئي والأساسي وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة، وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة مثل: التكلفة، الجودة، الخدمة والسرعة" (هامر وشامبي 1992).

المستشفى:

مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم، وقد كانت تسمى في العصور الإسلامية الأولى البيمارستان، وتكون مجهزة بعيادات للأطباء وغرف للعمليات وغرف للإنعاش وغرف للمرضى عامة وخاصة، كما في بعضها عيادات خارجياً لاستقبال المرضى غير المقيمين وفيها المختبرات وأقسام الأشعة والطوارئ وغيرها من الأقسام الطبية، ويعمل فيها ممرضون (منظمة الصحة العالمية 2007).

العملية الإدارية:

هي مجموعة من الأنشطة أو الوظائف التي يمارسها أي إداري لتحقيق الأهداف الخاصة بأي مؤسسة من المؤسسات. وتتكون العملية الإدارية من سلسلة من العمليات الجزئية، ترتبط ببعضها بعضاً وتقسّم إلى سلسلة من العمليات الجزئية لتسهيل دراستها، لأنها تمثل في الواقع العملي كلا متكاملًا يصعب تحليل أجزائه (كردي، 2010).

الأداء الوظيفي:

يرتبط مفهوم الأداء الوظيفي بكل من سلوك الفرد والمنظمة ويحتل مكاناً خاصة داخل المنظمة باعتباره الناتج النهائي لحصيلة جميع الأنشطة بها وذلك على مستوى الفرد والمنظمة والدولة. كما يمكن تعريف الأداء الوظيفي على أنه محصلة السلوك الإنساني في ضوء الإجراءات والتقنيات التي توجاه العمل نحو تحقيق الأهداف المرغوبة (القريوتي، 1994).

مختصرات

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	حزمة البرامج للعلوم الاجتماعية
ANOVA	Analysis of variance	تحليل التباين

ملخص الدراسة

تعتبر الهندسة الإدارية أو إعادة هندسة العمليات، أحد المداخل الإدارية الحديثة التي استعانت بها المنظمات لتحسين أدائها في تسعينات القرن العشرين. والهندسة الإدارية تعني إعادة التفكير المبدئي والأساسي، وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة، وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة التكلفة والجودة والسرعة. وفي ضوء التحديات التي تواجهها المؤسسات والمنظمات المختلفة ومنها المستشفيات، فإنه من الضروري البحث عن مفاهيم وأساليب إدارية جديدة متطورة للتعامل مع المتغيرات البيئية المعقدة بما يلبي المتطلبات والأهداف الأساسية لكل مشفى يبحث عن الكفاءة والفعالية والمحافظة على بقائها واستمرارها.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على توجهات الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي والهندسة الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

وأجريت هذه الدراسة خلال الفترة الواقعة ما بين كانون أول 2013 حتى نهاية آذار 2104، وشملت الدراسة مستويات إدارية محددة داخل تلك المستشفيات. وتعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي عالجت بمزيد من التفصيل تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور إعادة الهندسة الإدارية. استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت استبانته خاصة تعتمد على مقياس ليكرت الخماسي كأداة للدراسة، حيث تم توزيعها على عينة الدراسة البالغ عددهم 91 شخصا وكانت نسبة الاستجابة 76.3%. وقد تم معالجة وتحليل البيانات إحصائيا باستخدام فحوصات (Chi-square test, independent sample t-test and Pearson) (correlation).

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن المستشفيات تقوم بتحديد العمليات الإدارية بدرجة مرتفعه، وفيما يتعلق بتصميم العمليات فهي بحاجة إلى مزيد من الاهتمام والتركيز عليها، أما بخصوص تدريب العاملين لديها فالمستشفيات مطلوب منها إيلاء اهتمام أكبر في تدريب وتأهيل العاملين، وعلى المستشفيات أيضا الاهتمام بموضوع الرقابة والتمكين، حيث بينت الدراسة أن

المستشفيات تعمل على تحسين العمليات الإدارية ولكن بدرجة متوسطة، وتعمل المستشفيات على مواكبة التطورات التكنولوجية بشكل طفيف، ولدى المستشفيات اهتمام في خفض التكاليف بدرجة مرتفعة، وتهتم المستشفيات في تحسين الجودة بدرجة متوسطة، وتهتم المستشفيات بالتكامل في سير العملية الإدارية بدرجة متوسطة.

أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من ناحية الدعوة إلى الهندرة ونتائجها الإيجابية بين القطاعات، لكن القطاع الحكومي هو الذي دعا إلى الهندرة ونتائجها الإيجابية أكثر من غيره، جاء بعده القطاع الخاص ثم الأهلي، وهذا يرجع إلى طبيعة وتكوين والتحديات التي تواجه كل منها.

خلصت الدراسة إلى الحاجة إلى ضرورة تطبيق الهندرة في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، رغم وجود تباين بين القطاعات في ترتيب الأولويات والحاجة إلى تطبيق الهندرة. وخلصت الدراسة أيضا إلى وجود ارتباط قوي بين عناصر الهندسة الإدارية وتعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة.

Towards enhancing job performance among workers in hospitals in Ramallah and Al-Bireh governorate from the perspective of management reengineering

Prepared by: Ibrahim Adel Ahmad Al- anaqwa

Supervised by: Dr. Mahmoud A. Srouf

Abstract

Management reengineering is a modern administrative tool used by organizations to improve their performance in the 1990s. Management engineering means the principal rethinking and redesign of administrative processes in order to achieve drastic improvements that are substantially superior and not a marginal improvement in performance criteria characterized by high cost, quality and speed. In light of the challenges facing various organizations and institutions, including hospitals, it is necessary to search for concepts and new management methods to deal with complex environmental variables. This management reengineering approach is necessary to meet the basic requirements and objectives of each hospital looking for efficiency and effectiveness and to maintain its survival and continuity.

This study aimed to identify factors that enhance job performance among workers in hospitals in Ramallah and Al-Bireh from the perspective of management engineering as well as to illustrate the impact of management engineering on the determination, design and execution of administrative processes and consequently their effect on job performance in terms of efficiency and effectiveness.

This study was conducted during the period from December 2013 to March 2014. It included a number of governmental, private and non-governmental hospitals. The study included a specific management levels within those hospitals. The study is one of the early studies that have addressed in more details the enhancement of job performance among hospital workers in Ramallah and Al –Bireh from the perspective of management engineering.. This study used a descriptive approach and a self-administered questionnaire based on Likert scale, as a study tool. The questionnaire was distributed to all study population of 91 persons and the response rate was 76.3%. Data were analyzed statistically using the Chi-square test, independent sample t-test and Pearson correlation.

The study revealed that hospitals determine their administrative processes with a high degree. But they need to pay more attention and interest in the design of their administrative processes. Hospitals need to train their staff and improve their performance and to pay more attention to monitoring and empowerment of their staff. The study revealed that hospitals work to improve their administrative processes but at intermediate degree. Hospitals also work to keep pace with technological advances slightly. The studied hospitals work to reduce the running costs at a high degree and to improve the service quality at an intermediate degree. Additionally, hospitals work to integrate the administrative processes moderately. The study has concluded that there is a strong correlation between factors of management engineering and job performance of workers in hospitals in Ramallah and AL-Bireh.

The study recommends that hospitals focus on the training and empowerment of their workers which will lead to improving job performance and satisfaction of clients. Hospitals need to activate the monitoring function that will lead to determination of faults, problems and obstacles facing their work and providing suitable solutions for them. Hospitals also need to activate a system of financial and moral incentives, which stimulates employees and stakeholders to develop their performance and increase their loyalty. It is also important to pay attention to the development of the technological side and keep up with technological developments in order to improve performance and improve the quality of services provided to beneficiaries, as well as making contribute to reducing the time and effort in executing their work. Hospitals need to pay greater attention to the design of administrative processes in terms of flexibility and efficiency in order to ensure the achievement of the desired goals. There is a need to pay greater attention to the outputs in terms of their quality and how to take advantage of them.

There were no statistical significant relating to the call to Reengineering and its positive results of inter-sectoral, but the public sector is the one who called for the Reengineering and results of the positive more than any other sector, it followed by the private then NGOs sectors; this is due to the nature, structure, and composition of challenges that face each sector.

The study concluded the need to need to apply Reengineering hospitals in Ramallah and al-Bireh, although there is a difference between the sectors in the order of priorities and the need to apply Reengineering. The study also concluded that there is a strong correlation between the elements of administrative engineering and enhance the functionality of the workers in the hospitals in Ramallah and al-Bireh.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

1.1 المقدمة

تعتبر القضايا الإدارية لأي منظمة من القضايا المهمة، حيث أن هناك كثير من القضايا الإدارية التي تطرح عادة لنقاشات واسعة ومستمرة، وعلى كل مؤسسة أو منظمة امتلاك فلسفة إدارية وتنظيمية في إدارة أعمالها المختلفة، لتتمكن من رفع كفاءة الأداء الوظيفي لها ولموظفيها من أجل التمكن من تحقيق أهدافها وغاياتها وتوفير أفضل الخدمات للمستفيدين، وبناء عليه فإنه مطلوب من المؤسسات والمنظمات المختلفة إعادة التفكير في تنظيم وهندسة الأعمال لديها بشكل مستمر استناداً إلى تقييم الأداء بما يضمن استمراريتها ونجاحها وتحقيق أهدافها (هامر وشامبي، 1995).

يعتبر موضوع إعادة الهندسة الإدارية من المداخل المهمة لضمان استمرار المنظمات في أداء مهامها في حال تم ذلك، حيث واجهت العديد من المنظمات والمؤسسات إشكاليات وعقبات في أدائها الإداري مما شكل عائقاً في تحقيق أهدافها وحولها إلى منظمات ذات طابع تقليدي غير قادرة على مواجهة التحديات والمتغيرات العالمية، كل ذلك كان سبباً أساسياً إلى حث تلك المنظمات على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار تلك المتغيرات وإعادة بناء النظام الإداري بطريقة عصرية قادرة على

مواجهة التحديات والمخاطر (الصيرفي، 2006).

فرضت التحديات والعقبات على العديد من المنظمات إعادة التفكير في أدائها كما سبق وتم ذكره، وهناك العديد من الدراسات والأبحاث في جميع أنحاء العالم في هذا المجال، وقد تناولت تلك الدراسات والأبحاث كافة القضايا المتعلقة بإعادة الهندسة الإدارية من باب إنقاذ ما يمكن إنقاذه والحفاظ على مسيرة تلك المنظمات وتاريخها، بعض تلك الدراسات والأبحاث تم تطبيقه وتمت الاستفادة من نتائجه في تقييم الواقع كما حصل في أوروبا وأمريكا. وبذلك تمت الاستفادة في تقييم الأداء والحفاظ على ديمومة تلك المنظمات، وبعض تلك الجهود بقيت مجرد حبر على ورق ولم يتم تطبيق مبادئ إعادة الهندسة الإدارية كما حصل في العديد من الدول العربية ودول العالم الثالث مما أثر سلباً على أداء تلك المنظمات والقدرة على تحقيقها لأهدافها (عقيلي، 2001).

وتبدو كلمة الهندسة الإدارية أو الهندرة غريبة على أسماع الكثير منا ولا غرابة في ذلك فهي كلمة عربية جديدة مركبة من كلمتي (هندسة،) وهي تعكس الترجمة العربية لكلمتي (Business Reengineering). وقد ظهرت الهندرة في بداية التسعينات وتحديداً عام 1992م، حيث أحدث ظهور هذا المصطلح ثورة حقيقية في عالم الإدارة الحديث وذلك بسبب دعوته الصريحة إلى إعادة النظر وبشكل جذري في كافة الأنشطة والإجراءات والاستراتيجيات التي قامت عليها الكثير من المنظمات والشركات العاملة (عاطف، 2009).

كما تتفق بشكل عام معظم الدراسات والمصادر في تعريفها للهندرة (الهندسة الإدارية)، وعلى عناصرها الأساسية وعلى الهدف الأساس منها، ولعل أبسط وأشهر تعاريف الهندرة هو التعريف الذي وضعه مؤسس الهندرة مايكل هامر وجيمس شامبي في كتابيهما الشهير (هندرة المنظمات)، حيث ينص على أن الهندرة هي إعادة التفكير المبدئي والأساسي وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة، مثل: التكلفة والجودة والخدمة والسرعة (هامر وشامبي، 1995).

ستتناول هذه الدراسة بالتحليل دور الهندرة (الهندسة الإدارية) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظتي رام الله والبيرة، وذلك من خلال التركيز على العمليات

الإدارية والتي بدورها تعتبر العنصر الرئيس في الهندسة الإدارية ومن خلال ذلك سوف يتم الإطلاع والتعرف على العمليات الإدارية الموجودة في المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية، وكيفية تحديد تلك العمليات وتصميمها والإطلاع على آلية التنفيذ والمراقبة وكيفية تحسين تلك العمليات ومعرفة كفاءة وفعالية الأداء الوظيفي للعاملين في تلك المستشفيات.

وتهدف الدراسة أيضا إلى تشكيل رؤية واضحة حول أهمية إعادة هندسة العمليات الإدارية في المستشفيات، وانعكاس ذلك على الأداء الوظيفي للعاملين وبالتالي معرفة الأثر على الأداء المتكامل لتلك المستشفيات، وانعكاسه على متلقي الخدمات الصحية.

2.1 مشكلة الدراسة

أصبح البحث عن مفاهيم وأساليب إدارية جديدة ومتطورة جزء أساسي و ضروري للتعامل مع المتغيرات البيئية المعقدة و تعتبر من المتطلبات والأهداف الأساسية لكل منظمة تبحث عن الكفاءة والفعالية والمحافظة على بقائها واستمرارها.(القيوتي، 1994).

يرى الباحثون انه لابد من تطوير أداء الموظفين في المستشفيات الحكومية والعمل على متابعة التكنولوجيا في الأعمال الإدارية والطبية، وذلك لما هو ملاحظ من فروقات بين أداء المستشفيات المحلية والمستشفيات العالمية، سواء أكانت عربية أو غربية(الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية 2013).

وفي ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة هذا البحث على النحو التالي:-

ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو دور الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة ؟

1.3 مبررات الدراسة

جاءت مبررات الدراسة استجابة للعديد من الأسباب أهمها:

- توصيات المؤتمرات والدراسات وورش العمل التي عقدت ومن أهمها المؤتمر الصحي الأول الذي عقد في أيار عام 2009 وكان من توصيات المؤتمر تنمية أداء العاملين.
- توصيات الخطة الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة 2011-2013 ومن توصياته تقديم أفضل الخدمات للمرضى، وتنمية الموارد البشرية.
- ندرة الدراسات التي تناولت تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات في فلسطين باستخدام الهندسة الإدارية.
- رغبة الباحث الشخصية كونه يعمل في إحدى المؤسسات الصحية.

1.4 أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية التطوير لمخرجات العمليات الإدارية من خلال مواجهة التحديات والمعوقات لتطوير أداء العاملين في قطاع المستشفيات وذلك بتطبيق أحدث الأساليب الإدارية في القرن الحادي والعشرين لتنفيذ العمليات الإدارية بأحدث الطرق الإدارية والتكنولوجية.

كما وتبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية الهندسة الإدارية بمعناها الحديث والذي يعتمد على إعادة بناء العمليات الإدارية من الجذور، وعلى هيكلة العمل كوحدة واحدة وصولاً لتحقيق أهداف المؤسسة بشكل تكاملي مبني على تطبيق عناصر الجودة والرقابة الإدارية الصحيحة، بهدف تقليص الفجوات في تطبيق العمليات الإدارية وتنفيذها بأحدث الوسائل التقنية والتكنولوجية الحديثة. وتوضيح سبل تمكين إدارات المستشفيات من استغلال التطورات في تقنية المعلومات والاتصالات لتحسين أوضاعها الإدارية في تحقيق الأهداف والمنافسة في السوق العالمية والعربية لتمكينها من إحداث تطور مستمر في جودة الأداء والتركيز على خدمة المريض.

ويمكن إبراز أهمية هذه الدراسة من حيث الجوانب التالية أيضا:

- ستساهم هذه الدراسة في الكشف عن وتحديد جوانب القصور والنقص في تطبيق الهندسة الإدارية في قطاع المستشفيات من وجهة نظر موظفيها وبذلك يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في معالجة جوانب الضعف والقصور والعمل على تطوير أداء الموظفين فيها بما يتناسب ومعايير وأسس الهندسة الإدارية.
- ستساهم هذه الدراسة في تحديد الاستراتيجيات المستقبلية التي يمكن أن تتبعها إدارة المستشفيات في التعامل مع القضايا الإدارية من حيث الإجراءات والبناء والتطوير والتحسين لتعزيز أدائها وصولا لتحقيق معايير الجودة العالمية في الإدارة الحديثة المعتمدة على أحدث الأساليب العالمية وبأفضل الوسائل المتاحة.
- تأصيل الأساليب المنهجية الحديثة في الإدارة (الهندسة الإدارية) لما فيها من إضافات تساهم في تعزيز التطور الإداري التكاملي.

5.1 أهداف الدراسة

1. التعرف على آليات بناء وتأسيس العمليات الإدارية وإجراءاتها في قطاع المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور العاملين الإداريين.
2. التعرف على كفاءة وفاعلية عناصر الأداء الوظيفي داخل المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور العاملين الإداريين.
3. التعرف على أثر المتغيرات الديمغرافية التالية (الجنس، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، التخصص، سنوات الخبرة، العمر) في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور الهندسة الإدارية.

6.1 أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيس الأول:

ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو تطبيق عناصر الهندسة الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة؟

الأسئلة الفرعية:

1. ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو آليات العمليات الإدارية وأنماطها المتبعة في المستشفى؟
2. ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو تصميم العمليات الإدارية في المستشفيات؟
3. ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو آليات التنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية في المستشفيات؟
4. ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو دور التكنولوجيا في تحسين وتنفيذ وتطوير العمليات الإدارية في قطاع المستشفيات؟

السؤال الرئيس الثاني:

ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة؟

الأسئلة الفرعية:

1. ما هو أثر عناصر الكفاءة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات؟
2. ما هو أثر عناصر الفاعلية الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات؟

السؤال الرئيس الثالث:

هل هناك علاقة بين المتغيرات الديمغرافية وتوجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاعات المستشفيات (الحكومية، الأهلية والخاصة) في محافظة رام الله والبيرة من منظور الهندسة الإدارية؟

7.1 متغيرات الدراسة

اقتصرت الدراسة على عدد من المتغيرات التالية:

المتغير المستقل: الهندسة الإدارية	المتغير التابع: الأداء الوظيفي للعاملين
1. تحليل العمليات والاجراءات	1. الكفاءة وتشمل
2. إعادة تصميم العمليات	الوقت اللازم لتنفيذ المهام
3. استخدام التكنولوجيا	التكلفة
4. التنفيذ والرقابة على العمليات	جودة الخدمات المقدمة
5. تحسين العمليات	2. الفاعلية وتشمل
	تحقيق اهداف المستشفى
	التكامل بين العمليات
	التمكين

8.1 هيكلية الدراسة

تشتمل الدراسة على خمسة فصول على النحو الآتي:

الفصل الأول: المقدمة والمبررات، مشكلة الدراسة، أهداف الدراسة، أسئلة الدراسة وفرضيات الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة.

الفصل الثالث: خلفية الدراسة، منهجية البحث والأدوات، مجتمع البحث، عينة البحث وخصائصها، أدوات البحث، أداة الدراسة والتحكم، ثبات الأداة وحدود الدراسة.

الفصل الرابع: عرض النتائج، التحليل الإحصائي لعينة الدراسة وإختبار الفرضيات.

الفصل الخامس مناقشة النتائج

الفصل الثاني:

الاطار النظري والدراسات السابقة:

1.2 المقدمة

يتناول هذا الفصل من الدراسة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تم الحصول عليها من خلال الرجوع للمراجع ذات العلاقة بنفس الموضوع، سواء من الكتب أو المقالات أو الانترنت أو أي مصادر أخرى ذات علاقة.

2. 2 الإطار النظري

2. 2. 1 الهندسة الإدارية:

تعتبر الهندسة الإدارية أو إعادة هندسة العمليات الإدارية أحد المداخل الإدارية الحديثة التي استعانت بها المنظمات لتحسين أدائها في تسعينات القرن العشرين، ويعد مايكل هامر وجيمس شامبي من رواد الهندسة الإدارية، حيث يرجع الفضل إليهما في انتشار هذا المدخل الذي ظهر في

بحث بعنوان إعادة هندسة نظم العمل، وحظي بشهرة واسعة في مجال إدارة الأعمال، ونظم المعلومات بهدف توضيح عملية التحول والتغيير التنظيمي، ويركز المفهوم على العمليات الإدارية (العاطف، 2009).

والمتتبع للدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال يلاحظ أنها وردت تحت عدد من المسميات مثل الهندسة الإدارية، إعادة هندسة العمليات الإدارية، الهندرة ولكن تختلف في الترجمة، كما وردت تحت عدد من التعريفات تختلف اختلافا جزئيا في صياغتها، ولكنها تتفق إلى حد بعيد في مضمونها. ومن تلك التعريفات "إعادة التفكير المبدئي والأساسي، وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة، وليست هامشية تدريجية في معايير الإدارة الحاسمة التكلفة والجودة والسرعة (هامر شامبي، 1995).

تعني كلمة هندرة وهي كلمة عربية جديدة مركبة من كلمتي هندسة وإدارة وهي تمثل الترجمة العربية لكلمتي (Business Reengineering)، وتعتبر الهندرة ثورة حقيقية في عالم الإدارة الحديث بما تحمله من أفكار غير تقليدية ودعوة صريحة إلى إعادة النظر وبشكل جذري في كافة الأنشطة والإجراءات والاستراتيجيات التي قامت عليها الكثير من المنظمات والشركات العاملة في عالمنا اليوم (عاطف، 2009).

كما لا تعني الهندرة ترقيع ثغوب النظم السارية لكي تعمل في صورة أفضل، وإنما يعني التخلي التام عن إجراءات العمل القديمة الراسخة والتفكير بصورة جديدة ومختلفة في كيفية تصنيع المنتجات أو تقديم الخدمات لتحقيق رغبات العملاء. وهي تتعلق بطرح السؤال التالي: إذا كنت سأقوم بإعادة تأسيس هذه الشركة من جديد، فكيف سيكون شكلها في ظل ما لدي الآن من معلومات وفي ظل الوسائل التقنية الحالية؟ أي إن هندرة الشركة تعني ترك العمل بالطرق القديمة والانطلاق نحو شي جديد تماما، الأمر الذي يتطلب العودة إلى نقطة البداية وابتكار أساليب أفضل لأداء العمل (هامر وشامبي، 1992).

هذا التعريف العام قد يكون مناسباً للحديث عن مصطلح (هندرة نظم العمل) لأنه يعطي الناس فكرة عن مغزاه. ولكن عند الرغبة في تطبيق هذا المفهوم عملياً هنالك حاجة إلى ما هو أكثر من التعريف. وتبرز الحاجة إلى الإجابة عن أسئلة أخرى مثل: كيف تقوم الشركة بهندرة نظم العمل المتبعة بها؟ وما هي نقطة البداية؟ وما هي الجهات المعنية بذلك؟ ومن أين تتبع أفكار التغيير الجذري؟ (هامر، شامبي، 1995).

لقد انبثقت الهندرة من المحاولات العديدة التي أجرتها الشركات للإجابة على تلك الأسئلة، وقد خلصت هذه الأبحاث إلى تطوير مجموعة من الأساليب التي لا تشكل بالضرورة قواعد ثابتة، وإنما هي أدوات مساعدة يمكن للشركات استخدامها في إعادة تصميم وتجديد الأساليب التي تعمل بها، وعليه فإن الهندرة هي إعادة التفكير المبدئي والأساسي وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة (هامر، شامبي، 1995).

وعند الحديث عن الهندرة، فنحن نتحدث عن البدء بكل شيء جديد للأنشطة ذات القيمة، وإعادة الهندسة ليست تعديلاً إدارياً أو تغييراً تنظيمياً في الوضع الحالي للمؤسسة بل إنها: "إعادة التفكير الأساسي وإعادة التصميم الجذري لعمليات الأعمال، ولتحقيق تحسينات جذرية ضخمة وهائلة في مقاييس الأداء الحالية والحيوية مثل التكلفة، الجودة، الخدمة، والسرعة" (الرب، 2009). وتطلق لفظة "الهندرة" باللغة العربية على مفهوم إعادة هندسة العمليات كإحدى أنواع التغيير التنظيمي الجذرية الحديثة، التي يمكن أن تستخدمها جميع أنواع المنظمات، من أجل إدخال تغييرات أساسية وجذرية على عملياتها وأساليب وطرق وإجراءات العمل لديها (عقيلي، 2001). والهندرة أيضاً هي "إعادة التفكير المبدئي والأساسي وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة، وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة مثل: التكلفة، الجودة، والخدمة، والسرعة". ويتضمن هذا التعريف مفاتيح أساسية هي: أساسي، جذري، فائق، العمليات (الصيرفي، 2006). وقد لخص (الصيرفي، 2006) مفاتيح الهندرة كما يلي:

أساسي: لأن تطبيق الهندرة يتضمن طرح الأسئلة الأساسية عن الشركة وكيفية إدارتها وتشغيلها مثل: لماذا نقوم بهذا العمل؟ أو " لماذا نتبع أسلوبا معيناً في أدائه؟" إن طرح مثل هذه الأسئلة الأساسية يدفع المسؤولين إلى إعادة النظر في الأسس والفرضيات المحورية التي تحدد أساليب العمل المتبعة، والتي يثبت في كثير من الأحيان أنها مفاهيم خاطئة أو بائدة أو غير مواكبة للزمن. تبدأ الهندرة في الواقع من العدم دون أي افتراضات راسخة أو ثوابت مسبقة. مثلاً السؤال عن " كيف نتعامل مع شيكات الائتمان الخاصة بالعملاء بكفاءة أكبر؟" وهذا يعني تلقائياً ضرورة مراجعة ائتمانات العملاء. إلا أن تكلفة المراجعة تكون أحياناً أكبر من خسائر الديون المعدومة المترتبة على تلك الائتمانات. وتحدد عملية الهندرة في البداية " ما الذي يجب القيام به، ثم كيفية القيام به؟ ولذا فهي لا تعتمد على مفاهيم أو قواعد جازمة، بل تتجاهل ما هو كائن وتركز على ما ينبغي أن يكون.

جذري: هذا التعبير مستخلص من الكلمة اللاتينية "Radix" وتعني "الجذور" وبالتالي فإن إعادة التصميم الجذرية تعني التغيير من الجذور، وليس مجرد تغيرات سطحية أو تجميلات ظاهرية للوضع القائم. وإنما هي التخلص من القديم تماماً. وبالنسبة للهندرة فإن ذلك يعني التخلي عن جميع الهياكل والإجراءات السابقة وابتكار أساليب جديدة ومستحدثه لأداء العمل. من هذا المنطلق فإنها تعني التجديد والابتكار وليس مجرد تحسين أو تطوير أو تعديل أساليب العمل القائمة.

فائق: بمعنى أن الهندرة لا تتعلق بالتحسينات النسبية المضطردة والشكلية، بل تهدف إلى تحقيق طفرات هائلة وفائقة في معدلات الأداء. فمثلاً إذا كان أداء الشركة يقل بنسبة 10% عن المعدل المستهدف، وإذا كانت التكاليف مرتفعة عن الحد المعقول بنسبة 10%، أو يقل معدل الجودة بنسبة 10%، أو يحتاج مستوى خدمات العملاء إلى زيادة بنسبة 10%، فإن الشركة لا تحتاج في هذه الحالة إلى هندرة. لذا فإن عملية الهندرة تعتبر ضرورة عندما تبرز الحاجة إلى إجراء تغيرات كلية وجذرية في الأساليب ومستويات الأداء، حيث أن التحسينات البسيطة قد لا تحتاج لأكثر من ضبط بسيط لأوتار العمل، بينما يتطلب التغير الكلي إلى نفس القوالب القديمة تماماً واستبدالها بالجديد المبتكر.

العمليات: ويقصد بها مجموعة من المهام الرئيسية المكونة من مهام فرعية مترابطة ومتفاعلة فيما بينها والتي تسعى جميعها نحو تحقيق هدف واحد مشترك. ومن خلال هذا المفهوم يمكن النظر إلى المنظمة باعتبارها مجموعة من العمليات التي تتكامل مع بعضها في سبيل تحقيق هدفها الكلي.

2.2.2 أهداف الهندسة الإدارية:

لخص الباحث عقيلي (2001) أهداف الهندرة بما يلي:

- التخلص من الروتين القديم وأسلوب العمل الجامد والتحول إلى الحرية والمرونة.
- تخفيض تكلفة الأداء.
- تحويل عمل الأفراد من رقابة وإشراف يمارس عليهم، إلى عمل يتمتعون فيه بصلاحيات وتحمل للمسؤوليات.
- الجودة العالية في الأداء.
- الخدمة السريعة والمتميزة.
- إحداث التكامل والترابط بين مكونات العملية الواحدة.

ويضيف الباحث عقيلي (2001) أهدافاً ثانوية تحققها عملية الهندرة أهمها:

- تحقيق التخصصية في أداء الموظفين من خلال الانتقال من موظف المهام المتعددة إلى موظف المهام المتخصصة، مما يضيف أداء نوعياً وتميزاً في الخدمة المقدمة.
- توثيق العمليات ضمن خرائط للتدفق تتضح معها صورة إجراءات العمل بطريقة سهلة وواضحة تمكن الجميع من العمل وفقاً لمنظومة محددة وواضحة.
- التقليل من تداخل العمل وتكرار أداء المهام، حيث تعمل الهندرة على دمج العمليات المتشابهة في الدوائر المختلفة.

2. 2. 3 المبادئ التي تقوم عليها الهندسة الإدارية:

يلخص الكردي (2010) المبادئ التي تقوم عليها إعادة هندسة العمليات الإدارية في النقاط التالية:

- إعادة تصميم العملية الواحدة من جديد بكامل مراحلها وخطواتها وذلك من بدايتها وحتى نهايتها.
- الاعتماد على تقنية المعلومات (نظام معلومات) الحديثة وتبني اللامركزية في عملية استخدامها.
- دمج المهام الفرعية المتكاملة في مهمة واحدة.
- تفويض الموظفين السلطة الكافية لأداء مهامهم بكفاءة بعد هندرة العمليات.
- توفير المرونة الكافية في تنفيذ مراحل وخطوات العمليات.
- تصميم العملية الواحدة بشكل يمكنها من أن تؤدي أكثر من عمل.
- تقليل عدد مرات التدقيق والمراجعة لتوفير السرعة في الأداء.
- زيادة القدرة التنافسية للمنظمات الكبيرة التي تستخدم تقنيات متقدمة.

2. 2. 4 خصائص الهندسة الإدارية وركائزها:

الخصائص التي تتميز بها الهندسة الإدارية والركائز التي تقوم عليها، والتي عند توافرها أو توفر بعضها يمكن القول أنه قد تمت (الحمادي، 2006):

- تكامل عدة وظائف في وظيفة واحدة، وهذا بالطبع عكس تقسيم العمل الذي كان سائداً إبان الثورة الصناعية الأولى، وهو عبارة عن دمج عدة وظائف متشابهة في وظيفة واحدة والذي يتولى مسؤولية إنهاء جميع إجراءات العملية من البداية إلى النهاية، ويمثل جهة اتصال موحدة مع المواطنين.
- تخفيض أعمال الإصلاح إلى أدنى حد ممكن، ويعتبر ذلك هو الطريق الآخر لتجنب الأعمال التي ليست ذات قيمة مضافة.
- تتم خطوات أداء العملية بصورة طبيعية، ولا توجد هناك حدوداً مصطنعة. حيث يتميز مفهوم الهندرة بالتخلي عن أسلوب ترتيب الخطوات المتتالية للعمل، وإخضاع الترتيب لطبيعة العملية

نفسها، والتدفق الطبيعي للعمل هو البديل المنطقي لخطوط العمل المصطنعة والتي لا تفيد في شيء سوى تأخير إنجاز العمل.

- يتم إجراء إعادة الهندسة للمواقع الأكثر حساسية وأهمية، حيث يجب اختيار القائم على إعادة الهندسة بحيث يكون قادراً على تحقيق عائداً سريعاً.
- تخفيض أعمال الاختبار والرقابة، بحيث يتم تجنب الأعمال التي ليست ذات قيمة مضافة، فالهندسة تستخدم الضوابط الرقابية في حدود فعاليتها وجدواها الاقتصادية.
- الموظفون يتخذون القرارات، لا تقوم المؤسسات التي تتبنى الهندسة بدمج العمليات أفقياً بإسناد المهام المتعددة والمتوالية إلى مسؤولية الخدمة أو فرق الخدمة فقط، وإنما تدمجها رأسياً أيضاً. ويعني دمج العمليات رأسياً أنه بدلاً من لجوء الموظف في إحدى مراحل العمل إلى رؤسائه للحصول على قرار معين بشأن العمل، أصبح الأمر الآن في يد الموظف لاتخاذ القرار المناسب بنفسه.
- تكامل المركزية واللامركزية في الأعمال، وذلك باستخدام تكنولوجيا المعلومات، وتتمكن المؤسسات التي تطبق الهندسة من الجمع بين مميزات المركزية واللامركزية في عملياتها، حيث تساعد تقنية المعلومات المتطورة على تمكين الإدارات من العمل بصورة مستقلة، وفي نفس الوقت تمكن المؤسسة ككل من الاستفادة من مزايا المركزية عن طريق ربط جميع تلك الإدارات بشبكة اتصالات واحدة.

2. 2. 5 المنظمات التي تحتاج لتطبيق عملية الهندسة الإدارية:

هناك ثلاثة أنواع من المنظمات التي تحتاج لتطبيق عملية الهندسة وهى (هامر وشامبي 1992):

- الشركات ذات الوضع المتدهور، هي الشركات التي تواجه ارتفاعاً مضطرباً في تكاليف التشغيل مما يبعدها عن المنافسة، أو التي تدنت خدماتها إلى مستوى يدفع عملائها إلى المجاهرة بالشكوى والتذمر أو الفشل المتكرر لمنتجاتها بالأسواق (مثال شركة فورد لصناعة السيارات في عام 1980).

- الشركات التي لم تصل إلى التدهور، ولكن تتوقع إدارتها بلوغ ذلك الوضع في المستقبل القريب، مثلاً قد تكون أوضاعها المالية الحالية لا بأس بها ولكن تلوح في الأفق غيوم التدهور أو ظهور منافسين جدد أو التغيير في متطلبات وأذواق العملاء، أو في قوانين العمل أو البيئة الاقتصادية التي تهدد بقاء الشركة ونجاحها في المستقبل. حيث يكون لدى إدارتها التنفيذية النظرة الثاقبة لاستباق المستجدات المستقبلية السلبية وتبدأ في هندرة أساليبها لمواكبة المستقبل.
- الشركات التي بلغت قمة التفوق والنجاح، مثال الشركات التي لا تواجه صعوبات ملموسة ولا تلوح في آفاقها المستقبلية نذر التدهور، ولكن تتميز إدارتها التنفيذية بالطموح والتفاني لتحقيق المزيد من التفوق على المنافسين. وبالتالي فإن الهندرة بالنسبة لهذه الشركات تمثل فرصة لتوسيع بينها وبين منافسيها وتحقيق معدلات قياسية في الأداء. لكن الهندرة في الوضع القوي تكون أمراً صعباً أيضاً حيث يثار التساؤل عن جدوى إعادة تصميم النظم طالما أنها أثبتت كفاءتها ونجاحها. أصبح من الأقوال المأثورة: إن السمة المميزة للشركات الناجحة هي طموحها وتطلعها الدائم لتحقيق المزيد من التفوق وعدم الاقتناع بمستوى أدائها الحالي، مما يدفعها للتخلي عن أساليبها السابقة الناجحة وابتكار أساليب أكثر نجاحاً.

2.2. 6 الجهات التي تتولى الهندسة الإدارية:

في الواقع فإن الأفراد هم الذين يقومون بالهندرة وليست التنظيمات. وقبل أن نسأل: ماذا يجب أن نفعل؟ علينا أن نسأل: من هم الذين سيتولون الهندرة؟ ومن هو المسؤول عن العملية برمتها؟ إذ أن اختيار وتنظيم المختصين بتطبيق الهندرة هو أساس لنجاح الجهود والأهداف المرتبطة بذلك ومن خلال تجربة الشركات التي قامت بتطبيق الهندرة يمكن تحديد الجهات التالية والتي يمكن أن تعمل منفردة أو مجتمعة في هندرة نظم العمل (الصيرفي 2006):

- قائد العملية: وهو من كبار المسؤولين التنفيذيين، ويقوم بتبني وتشجيع الجهود الكلية للهندرة.
- صاحب العملية "PROCESS OWNER": وهو المدير المسؤول عن تطبيق الهندرة في المجال أو في نطاق العمليات المهندرة.
- فريق الهندرة: مجموعة الأفراد المختصين بهندرة عملية محددة والذين يقومون بتشخيص العملية الحالية وإعادة تصميمها وتنفيذها.

- اللجنة الموجهة: لجنة من كبار المديرين الذين يختصون بتطوير سياسة واستراتيجية الهندرة الكلية ومراقبة تطبيقها.
- القيصر – منسق الهندرة " REENGINEERING CZAR ": الشخص المسؤول عن تطوير أساليب الهندرة بالشركة والتنسيق بين المشروعات المنفصلة.
- في الوضع المثالي تكون العلاقة بين هذه الجهات كالتالي: يقوم القائد بتعيين المدير المختص (صاحب العملية) والذي يقوم بتكوين فريق الهندرة المعني بمساعدة منسق الهندرة وتحت إشراف اللجنة.

2. 2. 7 التخطيط:

وبما أن التخطيط جزء من عملية الهندرة، فلا بد من التطرق بشكل مقتضب لموضوع التخطيط من خلال إيراد بعض التعريفات المتعلقة بالتخطيط.

تعود فكرة التخطيط في جذورها إلى أيام الإغريق، حيث أشار أفلاطون بشكل غير مباشر لمفهوم التخطيط من خلال جمهوريته الفاضلة. وقد استخدم التخطيط في العصور التاريخية المختلفة في معظم جوانب الحياة وخصوصاً العسكري منها دون أي نوع من التأثير لمفهومه وفعالياته ومقوماته (غنيم، 2009).

إن السؤال عن غرض التخطيط ومعناه كان وما زال يلاقي إلى حد ما أجوبة متعددة في الحقب الزمنية المختلفة ومن باحثين مختلفين، وهذا معناه عدم وجود اتفاق بين الباحثين والدارسين على تعريف محدد لمفهوم التخطيط، وإن كان هناك شبه إجماع غير مباشر على محتوى هذا المفهوم في مستوياته ومراحله المختلفة على الرغم من اختلاف الزوايا التي تم تناول هذا المفهوم منها (غنيم، 2009).

إن الإجابة على أسئلة مثل: ما هو التخطيط؟ لماذا نخطط؟ لمن نخطط؟ وكيف نخطط؟ تشكل جوهر عملية التخطيط والتي تقودنا بدورها إلى وضع تعريف واضح ومحدد لمفهوم التخطيط، الذي لا

يشبه الكثير من المفاهيم الأخرى، نظراً لأنه يعتبر نشاطاً توجيهياً وليس نشاطاً وصفياً (غنيم، 2009).

فالتخطيط لا يسعى لوصف العالم كما هو فقط، ولكن لاقتراح وعرض أساليب وطرق يمكن من خلالها تغيير الأشياء والظواهر، لذلك لا بد أن تتسم عملية التخطيط بالرؤية والتعقل والتفكير وبذل الجهد لتحقيق الأهداف المنشودة. فهو كما يعرفه محمد خميس الزوكة " أنه أسلوب ومنهج يهدف إلى حصر ودراسة كافة الإمكانيات والموارد المتوفرة في الدولة أو أي موقع آخر على كافة المستويات ابتداءً من الشركة وحتى المدينة أو القرية أو الإقليم أو الدولة، وتحديد كيفية استغلال هذه الموارد والإمكانيات لتحقيق الأهداف المرجوة خلال فترة زمنية معينة" (الزوكة، 1997).

يفهم من تعريف الزوكة السابق أن التخطيط فن وعلم ومنهج وهو أيضاً نشاط متعدد الأبعاد ويسعى دائماً لتحقيق التكامل بين أبعاده المختلفة، كما أنه يتعاطى في بعده الزمني مع الماضي والحاضر والمستقبل، ويقوم جسوراً بينها، وهو أيضاً عملية جماعية وليست فردية، وكل فرد في مجموعة المخططين له دوره الذي لا يمكن الاستغناء عنه، وفي نفس الوقت لا يمكن لأي مخطط أن يؤدي دوره التخطيطي بنجاح منفرد دون الاشتراك والتعاون مع المخططين الآخرين في مراحل عملية التخطيط المختلفة (الزوكة، 1997).

وكمفهوم عام يعرف الباحث (الزوكة، 1997).التخطيط أنه جهد موجه ومقصود ومنظم لتحقيق هدف أو أهداف معينة ومنشودة خلال فترة زمنية معينة، وبمال وجهد محددين، أي أن التخطيط طريقة تفكير وأسلوب عمل منظم لتطبيق أفضل الوسائل المعرفية من أجل توجيه وضبط عملية التغيير الراهنة بقصد تحقيق أهداف واضحة ومحددة ومتفق عليها. أما كمفهوم اقتصادي فإن الباحث يرى أن التخطيط عبارة عن حزمة من النشاطات المتتابعة التي يتم رسمها وتنفيذها لحل مشكلات اقتصادية معينة، وهو اختيار واعٍ للأولويات الاقتصادية بواسطة بعض المؤسسات العامة.

وعرف ميردال Myrdal (1980) التخطيط كمفهوم تنموي أنه عبارة عن برنامج يظهر استراتيجيات الدولة على المستوى الوطني، وإجراءات تدخلها إلى جانب قوى السوق من أجل دفع وتطوير النظام الاجتماعي، أي أنه مجموعة جهود واعية ومستمرة تبذل من قبل الحكومة لزيادة معدلات التقدم

الاقتصادي والاجتماعي والتغلب على جميع الإجراءات المؤسسية التي من شأنها أن تقف عائقاً في وجه تحقيق هذا الهدف. أما على مستوى التنظيم (الشركات والمؤسسات) فإن الباحث يرى أن التخطيط يعرف بطرق وأشكال مختلفة، فهو من جهة، اختيار من بين مسارات بديلة للتصرف في المستقبل، للمشروع ككل ولكل قسم من أقسامه، ومن جهة أخرى على مستوى التنظيم فيعتبر التخطيط الخطوة الأولى في العملية الإدارية وتتمثل هذه الخطوة في تحديد أهداف الشركة أو المؤسسة المرغوب تحقيقها في المستقبل، وبذلك فالتخطيط وظيفة إدارية تشتمل اختيار من بين بدائل متاحة ويتضمن نوعاً من الابتكار والإبداع إلى جانب أنه عملية اتخاذ قرارات في نشاطات وأقسام التنظيم المختلفة (ميردال، 1980).

وعموماً فإن التعريفات المختلفة والمتعددة للتخطيط قد غطت وشملت جوانب مختلفة وواسعة ولكن دون أن تشير مباشرة إلى التخطيط وعلاقته بإعادة الهندسة الإدارية وكذلك لم تشر إلى اتفاق جماعي مباشر في الرأي، وإن كانت قد اتفقت بشكل غير مباشر على مجموعة من المحاور الرئيسة، وبذلك فالتخطيط وظيفة إدارية تشتمل على بدائل متاحة ويتضمن نوعاً من الابتكار والإبداع إلى جانب أنه عملية اتخاذ قرارات في نشاطات وأقسام التنظيم المختلفة (الزوكة، 1997).

2. 2. 8 تكنولوجيا المعلومات:

أصبحت التكنولوجيا من القوى والعوامل الدافعة نحو التغيير، الآلات الأوتوماتيكية، الحاسبات الآلية المتطورة، الروبوت، كما فرضت هذه التكنولوجيا نفسها على كل المنظمات المعاصرة، وأصبح دخولها في عالم الإدارة والصناعة جزءاً أساسياً من هذه العالم.

إن التكنولوجيا المتقدمة سوف تفرض على كل المنظمات المعاصرة ضرورة التغيير للتعامل مع تقنياتها المختلفة بأسلوب عصري جديد، وعليه فإن المنظمات التي وجدت نفسها في بيئة تسودها المفاهيم التقليدية للفكر الإداري الحديث، وما يتبعه من أساليب تقليدية كالإنتاج الصناعي والنمو المطرد، لن تستطيع أن تحقق لنفسها نجاحاً في بيئة عمل تحكمه ضرورة الاستجابة لرغبات العملاء

والمنافسة والتكنولوجيا والذي بات يتطلب أيضا ضرورة المرونة لتحقيق هذا النجاح (غنيم، 2009).

إن الشركات التي لا تستطيع تغيير أفكارها بشأن تقنية المعلومات لا يمكنها هندرة نظم العمل، كما أن الشركات التي تنتظر حدوث المشكلات ثم تبحث عن الحلول التقنية لها لا يمكنها هندرة نظم العمل، إذ تلعب تقنية المعلومات دورا جوهريا في مجال الهندرة، حيث تعتبر تقنية المعلومات جزءا أساسيا من أي جهود للهندرة وذلك انطلاقا من كونها عاملا مسانداً وأساسيا، لكن هذا لا يعني أن مجرد إدخال الحاسبات الآلية في معالجة مشكلة قائمة سيؤدي إلى الهندرة، في الواقع فإن إساءة استخدام الوسائل التقنية قد يعيق جهود النظم والأساليب من خلال تكريس أساليب التفكير والأنماط السلوكية السالفة (هامر وشامبي، 1995).

2. 2. 9 دور تكنولوجيا المعلومات في الهندسة الإدارية:

- تلعب تكنولوجيا المعلومات دوراً هاماً في عمليات الهندرة ويتجلى هذا الدور في الأمور التالية:
- استخدام برامج المساعدة الآلية المرتبطة بنظم المعلومات الصوتية عن طريق الحاسب لمساعدة الزبائن والمواطنين للحصول على الخدمات.
 - المساعدة في القيام بأعمال جديدة لم تكن متوفرة من قبل مثل المؤتمرات عن بعد.
 - المساعدة في تخيل حلول جديدة لمشكلات لم تحدث بعد.
 - المساعدة على التخلص من الأنماط الجامدة والقديمة.
 - إنجاز الأعمال بحركة وسرعة ومرونة وشفافية.
 - المساعدة على التكامل والاندماج بين أجزاء العمل لتكوين عمليات مترابطة ذات معنى.
 - التحديث المستمر للمعلومات عن طريق البريد الإلكتروني ولوحات الإعلان الإلكتروني وحلقات المناقشة وقواعد معلومات المستندات.
 - الحصول على دورات تدريبية عامة عن مؤسسات ومعاهد تدريب خارجية.
 - وضع نظام للاختبارات في كافة برامج التدريب لتقييم فعالية التدريب وقدرة الموظفين.
 - توفير احتياجات التعلم الذاتي والمستمر مع الاختبارات وإعادة تحديد مستويات الأداء عن طريق النظم الآلية.

- تقديم التدريب الفعلي عن طريق الحاسب في محطة العمل الخاصة بالموظف وذلك عبر استخدام النظم الاستشارية الخاصة بالإدارة أو القيادة أو التحفيز أو غيرها من الاستشارات المخصصة الأخرى أو عن طريق العمل على توجيهات مباشرة على الحاسب الآلي أو تمارين تفاعلية على أشرطة الفيديو (عاطف، 2009).

2. 2. 10 التحكم في إدارة النوعية Quality management control

تهدف الهندرة إلى تحقيق تحسينات جوهرية فائقة وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة، مثل: التكلفة والجودة والخدمة والسرعة؛ لذا لا بد من التحكم بإدارة النوعية بكفاءة وفاعلية.

وفي هذا الصدد يقول (Omachonu & Ross): "تتطلب عملية التحكم التقليدية تغير مهم لإنجاح عملية إدارة الجودة الشاملة (TQM). تقليدياً توجهت أنظمة التحكم للاستعمال النهائي لتحضير القوائم المالية. كان التركيز على مكونات بيانات الربح والخسارة. التحكم بالنوعية اتبعت تاريخياً عملية من ثلاث مراحل تتكون من (1) وضع المعايير، (2) التبليغ عن الانحرافات، (3) تصحيح الانحرافات. أحد المصادر عرف التحكم على أنه " المراجعة، التحقق، والمقارنة مع المعايير الموضوعية، استعمال السلطة لجلب الالتزام، والتقييد". في منظمة التي تفهم أنظمة التحكم بهذه الطريقة هناك خطر أن يصبح النظام هو النتيجة وليس الوسيلة. هذا لا يعني أن النظام القديم للتحكم لا مكان له في إدارة الجودة (Omachonu & Ross, 2005)".

2. 2. 11 التركيز على العملاء Customers focus

هو توجه المنظمة نحو خدمة احتياجات عملائها. وجود التركيز على العملاء عادة ما يكون مساهماً قوياً في النجاح الشامل للأعمال التجارية وينطوي على ضمان أن الشركة تضع رضا عملائها في المقام الأول. وجود التركيز على العملاء عادة ما يتضمن الحفاظ على العلاقات فعالة مع العملاء، وبرنامج خدمة فعال أيضاً (Customer focus, businessdictionary.com).

تشير الدلائل أن جزءاً من سبب الفشل في تحديد أصل أسباب شكاوي الزبائن يعود للدعم غير الكافي من الإدارة العليا لبنية إدارة الجودة الشاملة والتركيز المستمر على تقنيات الجودة الشاملة، وبالتحديد عملية التحكم الإحصائي (SPC) (Omachonu & Ross, 2005).

الهدف الرئيسي من الهندرة هو تلبية وغالبا تجاوز توقعات العملاء في المنتجات والخدمات. لأن توقعات العملاء والمطالب ديناميكية، يجب على المنظمات تتبع شكاوى العملاء وأسباب عدم رضاهم، وبالتالي تصحيح الأسباب الجذرية لاستياء العملاء (Schmidt and Finnigan, 1992) حتى يتمكنوا من تقديم المنتجات المبتكرة والخدمات (Davenport, 1993). جادل Wheelwright and Clark (1992) أن وضوح الهدف، والتركيز على الوقت بالنسبة للسوق، ونماذج عالية الجودة كثيرا ما توفر مزايا تنافسية للشركات، وهذه الشركات قادرة على تلبية طلبات العملاء في المنتجات والخدمات الجديدة بسرعة. هناك فهم مشترك بين أعضاء المنظمات، وفقا ل Wheelwright and Clark (1992)، لتوقع احتياجات العملاء في المستقبل بنشاط، وحل المشاكل بين الوظائف الهامة وهي من معايير تلبية توقعات العملاء في المنتجات والخدمات (Rosenthal, 1992) (Bhatt, 2000).

2.2. 12 منهج القيادة Leadership approach:

إن الدور الحيوي للقائد الإداري يساهم في تحقيق المنظمة لأهدافها، من الضرورة أن تكون القيادة مدركة لأهمية إشراك المستويات المختلفة من الإدارة في منهج وضع الاستراتيجية، أو على الأقل الاستشارة برأيهم، وكما يقول كردي: "إن عدم مشاركة العاملين في المستويات الإدارية المختلفة في التخطيط وصنع القرارات يساهم في وجود فجوة بين القيادة الإدارية والموظفين في المستويات الدنيا، وبالتالي يؤدي إلى ضعف الشعور بالمسؤولية والعمل الجماعي لتحقيق أهداف المنظمة، وهذا يؤدي إلى تدني مستوى الأداء لدى هؤلاء الموظفين لشعورهم بأنهم لم يشاركوا في وضع الأهداف المطلوب إنجازها أو في الحلول للمشاكل التي يواجهونها في الأداء، وقد يعتبرون أنفسهم مهمشين في المنظمة (كردي 2010).

وضع وتنفيذ استراتيجية تنظيمية هو واحد من أعظم المسؤوليات والتحديات التي تواجه القائد الاستراتيجي. المراحل التي تتبع استراتيجية هي: تأسيس وتطوير وتنفيذ وتقييم الاستراتيجية (Năstase, 2010).

2.2. 13 استثمار الناس : Investment of people

يقول Schultz أن الميزة الأساسية لنظامنا الاقتصادي هو النمو في رأس المال البشري. بدونها يصبح هناك عمل صعب ويدوي وفقير للجميع باستثناء الذين لهم دخل من ملكيتهم. وينقل عن رواية وليم فولكنر التي بعنوان Intruder in the Dust ما ملخصة أن الشخص الذي هو بدون مهارة أو خبرة يعتمد على لا شيء (Schultz, 1961).

العنصر البشري هو عنصر مهم جدا في العملية الإدارية، لا يمكن أن يتم الاستثمار في عناصر الإنتاج المختلفة وترك العنصر البشري؛ فهو محرك العملية الإدارية التي تهدف إلى تحقيق الأفضل والأنجع. الخبرة البشرية هي احد مدخلات العملية الإدارية هو احد مخرجاتها والمستفيدين منها. عندما يراد إعادة الهندسة الإدارية لا بد أن نولي العنصر البشري الأهمية التي يستحقها، وبدون ذلك تصبح عملية الهندرة عملية عرجاء.

2.2. 14 المنهج العملي : Process approach

العملية process هي سلسلة نشاطات أو خطوات تستعمل لتحويل المدخلات إلى مخرجات. عندما لا تدار العمليات بشكل كاف فإن النوعية تتراجع إلى الوسط. المنظمة هي مجموعة من العمليات الفرعية subprocesses. الزبون يتأثر بهذه العملية أو تلك في أي وقت (Omachonu & Ross, 2005). (Bhatt, 2000).

يسمح المنهج العملي التحليلي process analysis approach للمحلل أو الفريق بتفسير تنوع العوامل التي تؤثر على المنهج بطريقة منظمة. كما أن محلل المنهج العملي التحليلي يوفر خطة عمل وعرض ملموس أو نمط هندسي (Seppanen & Kumar & Chandra, 2005).

2. 15 منهج النظام للإدارة System approach to management

النظام هو مجموعة منظمة من الأفكار والمبادئ والنظريات أو سلسلة من العمليات التي تؤدي إلى نتائج محددة وتكون سلسلة من العمليات، يلزم أن تعمل سويا في علاقة منتظمة (Hoyle, 2007).

نظام الإدارة هو الطريقة التي تعمل بها المنظمة، الطريقة التي تنفذ بها أعمالها التجارية. الطريقة التي تكون عليها الأشياء. هدف نظام الإدارة هو تمكين المنظمة من تحقيق رسالتها its mission، أهدافها وإغراضها... من غير الممكن أن تكون المنظمة قادرة على إنتاج والحفاظ على النوعية المطلوبة بدون أن تنظم نفسها لعمل ذلك. النوعية لا تحدث بالصدفة وإنما بالإدارة. لم ينجح الجهد البشري بدون التخطيط والتنظيم والضبط بطريقة ما (Hoyle, 2007).

2. 16 التحسين المستمر Continual improvement

هناك أربعة أسباب لتحسين النوعية (QI) هي: مساعدة الفريق في تنظيم وجمع وتحليل البيانات بطريقة منطقية، تضبط تقدم الفريق، تسهل فهم الأعضاء خارج الفريق، تضع معايير العرض للإدارة. أما خطوات تحسين النوعية فهي: تحديد نطاق المشكلة، ملاحظة وتحديد أسباب المشكلة، تحليل وتحديد والتحقيق من جذور أسباب المشكلة، تخطيط وتنفيذ عمل وقائي، فحص فعالية الخطوة المتخذة، وضع معايير عملية التحسين، تحديد الخطوات المستقبلية (Omachonu & Ross, 2005).

يلاحظ مما سبق أن ما يحسن النوعية هو جمع البيانات ذات الصلة، تحليلها بطريقة منطقية ترتبط بالمشكلة الموجودة أو الخطة الموضوعية والأهداف المرجوة.

إن تشخيص المشكلة هو نصف علاجها كما يقال، لذلك فتحديد نطاقها ومعرفة أسبابها واتخاذ خطوات وقائية لمنع ظهورها أو تفاقمها هو العمل المطلوب في هكذا ظروف. كما لا يقل أهمية عن ذلك وضع معايير لعملية التحسين حتى لا تكون الخطط المستقبلية عشوائية ومرجلة، كما يجب تحديد الخطوات المستقبلية بدلا من انتظار المشاكل التي قد تفاجئ الإدارة ولم تكن في الحسبان.

يجب أن لا ننسى أن الهندرة هي إعادة التفكير المبدئي والأساسي وإعادة تصميم العمليات الإدارية بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة وليست هامشية تدريجية في معايير الأداء الحاسمة، مثل: التكلفة والجودة والخدمة والسرعة (هامر وشامبي، 1995). لذا فالهدف هو تحسين جوهري وليس شكلي.

2. 17. المنهج الواقعي لصنع القرار Factual approach to decision making

كل طريقة صحيحة لاتخاذ قرار، مثل إدخال البيانات، تحتاج تقييم البدائل في ضوء المعايير. اعتمادا على معيار محدد قد يكون التقييم موضوعي (واقعي)، فيما يتعلق بفهم بعض مقاييس التقييم المشتركة الشائعة (مثل المال) أو يمكن أن يكون ذاتيا (حكميا) subjective مما يعكس الجانب الذاتي للمقيم. بعد التقييمات يمكن تطبيق أداة صنع القرار المحدد لترتيب البدائل أو اختيار مجموعة فرعية من البدائل الواعدة (Fülöp, 2005).

الوظائف ذات المنفعة تلعب دور آخر مهم جدا: انه تحويل قيم الأداء الخام بحيث أن أداء ما يعطى أفضلية ويحصل على قيمة فائدة أعلى. والمثال الجيد هو المعيار الذي يعكس هدف تقليل التكلفة. وظيفة الأداة المرتبطة يجب أن ينتج عنها قيمة فائدة أعلى لقيم التكلفة الأقل (Fülöp, 2005).

أظن أن المقصود هنا انه لا بد من ضرورة فهم الواقع عند اتخاذ قرار ما، القرار لا بد أن يكون مرتكزا على واقع المنظمة وظروفها وإمكانياتها ووضع المنافسة المحيط بها، وقدراتها وغير ذلك.

لا بد من فحص البدائل وتكلفتها وميزتها ومساوئها، عند اتخاذ قرار الهندرة يجب فحص كل الظروف المحيطة بهذه العملية، قد يكون البديل الأفضل في مرحلة ما مجرد تحسينات، وربما البدء بعملية هندرة شاملة، كل ذلك يعتمد على المتغيرات.

2. 18. علاقة المنفعة التبادلية Mutual benefit relationship:

يعتبر مفهوم المنفعة utility من المفاهيم الأولية في علم الاقتصاد ومثل مفهوم القيمة فقد دارت حوله عدة نقاشات متناقضة. ففي نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر أكد

الاقتصاديان الفرنسيان توركو (Turgot) وكوندياك (Condillac) على أن القيمة تكمن في المنفعة. فالشيء الذي له قيمة هو الشيء النافع أي الذي يستطيع تلبية الحاجات الاجتماعية. أما آدم سميث (Adam Smith) فإنه دحض هذه النظرية بمثال الماء الذي له منفعة وليست له قيمة والماس الذي له قيمة ولكن ليست له منفعة. ثم ظهر مفهوم المنفعة الحدية الذي ظهر في نهاية القرن التاسع عشر الذي أكد من جديد على علاقة المنفعة بالحاجات الاجتماعية واعتراض على مثال آدم سميث بالقول بأن الحاجة إلى الماء يمكن تلبيتها كلياً لوفرة الماء والحاجة إلى الماس لا يمكن تلبيتها كلياً لندرة الماس. ففي الحالة الأولى تكون المنفعة الحدية مساوية لصفر وفي الحالة الثانية تظل المنفعة الحدية مرتفعة (عليه، 1985).

المنفعة الاستراتيجية benefit strategy هي استعمال المنافع التي تدعم استراتيجيات التعويض الكلية، استراتيجيات الموارد البشرية، واستراتيجيات المنافسة (Martocchio, 2003). تستخدم كلمة "متبادل" لوصف علاقة متبادلة بين اثنين أو أكثر من الأشخاص أو الأشياء (www.thefreedictionary.com).

2.2. 19 النظريات الإدارية: Quality of internal services

الطبيعة العابرة للتخصصات cross-disciplinary لنوعية الخدمة الداخلية تظهر سبب عدم التمكن من توقعها بشكل تجريبي. المكونات الثمانية لنوعية الخدمة الداخلية لم تتمكن من أن تتلائم مع الحقول الوظيفية التقليدية للإدارة. الكتاب الأكاديميين والشعبيين تناولوا اتجاه العمل من منظور متعدد الحقول multidisciplinary.

رغم أن كتاب أمثال Heskett و Zeithaml و Berry و Hart تناولوا موضوع نوعية الخدمة الداخلية من منظور مختلف، إلا أنهم اتفقوا في الاعتقاد الأساسي أن محاولة المنظمات تقديم خدمة نوعية للزبائن الخارجيين يجب أن تبدأ بخدمة احتياجات الزبائن الداخليين (Hallowell & Schlesinger & Zornitsky, 2002).

2. 20 إعادة الهندسة الإدارية Reengineering:

تتضمن الهندرة إعادة تصميم الطريق التي يتم العمل بها لدعم أفضل لمهمة خفض التكاليف. يبدأ عمل تقييم مستوى عال لمهمة المنظمة وأهداف واحتياجات العملاء.

تحديد عوامل النجاح التي يجب أن تدار جيدا إذا أريد للمهمة أو الأهداف أن يتم تحقيقها وهي: (1) محرك النوعية the drivers of quality كتنظيم دورة الوقت وعدم وجود بضاعة معيبة، (2) عمليات توفر فرص لتقليل التكلفة أو تحسين النوعية، (3) جانب السوق في النوعية والذي يرتبط بقابلية السلعة أو الخدمة للبيع (Omachonu & Ross, 2005).

تسعى الهندرة إلى تحقيق عدة أهداف منها خفض التكاليف بحيث لا يؤدي ذلك إلى تردي نوعية السلعة أو الخدمة المقدمة، أو الفشل في تحقيق أهداف عملاء المنظمة. أما كيف يتم تحقيق ذلك فمنها السعي لنوعية جيدة وقابلية السلعة للبيع والمنافسة وتحقيق حصة جيدة في السوق.

2. 21 العلاقة بين رسالة العمل مع تكنولوجيا المعلومات Information technology (IT) والاستثمار والتكنولوجيا

التطور السريع لتكنولوجيا المعلومات وانخفاض تكاليفها خلق فرص للمنظمات للتغيير بشكل كبير وتحسين الطريقة التي تدار بها الأعمال. توفر تكنولوجيا المعلومات القيمة الاستراتيجية للمنظمة عن طريق تقديم الدعم للبنية التحتية الإدارية، والعمليات التجارية، والمهارات العملية للموظفين. يتم استخدامها لخفض التكاليف، وتمييز المنتج، تحسين الجودة، والتكامل مع العملاء والموردين والتعلم التنظيمي، وخلق فرص عمل جديدة. IT هو الأكثر فعالية لتمكين التكنولوجيا من أجل الهندرة. أنه يساعد في تحقيق أهداف إعادة الهندسة في ثلاث طرق: من خلال توفير المعلومات عبر المستويات الوظيفية، وجعل الاتصال أكثر سهولة، وتحسين عملية الأداء وأخيرا من خلال مساعدة جهود إعادة الهيكلة من خلال النموذج، وتحسين تقييم نتائجها (Attaran, 2003).

2. 2. إدارة التغيير Change management

التغيير هو نسق منظم من الجهود البشرية نحو الصدام مع القيود والمحددات القائمة وإزالتها والتأثير عليها من أجل تحقيق عدة مصالح هامة تتم مع إرساء نظم جديدة وأشكال جديدة من العلاقات داخل الكيان التنظيمي صغر أم كبر (عامر وقنديل، 2009).

وتتصف إدارة التغيير بعدة خصائص هامة هي:

- (1) دقة الهدف والغاية
- (2) الواقعية
- (3) التوافقية لجميع الأطراف والقوى
- (4) الفاعلية
- (5) التشاركية
- (6) الشرعية القانونية والأخلاقية
- (7) الإصلاح
- (8) الرشادة في ضوء التكلفة والعائد
- (9) القدرة على التطوير والابتكار
- (10) القدرة على التكيف السريع مع الأحداث

أما أهمية التغيير فهي:

- (1) الحفاظ على الحيوية الفاعلة
- (2) تنمية القدرة على الابتكار
- (3) إذكاء الرغبة في التطوير والتحسين والارتقاء
- (4) التوافق مع متغيرات الحياة
- (5) الوصول إلى درجة أعلى من الجودة في الأداء (عامر وقنديل، 2009).

2. 2. الإدارة الاستراتيجية strategic management

قرار الهندرة هو قرار استراتيجي، والاستراتيجية هي جوهر عمل المنظمات على اختلاف أنواعها.

والإدارة الاستراتيجية هي مجموعة من القرارات والأفعال التي ينتج عنها تشكيل وتنفيذ الخطط المخططة لتحقيق أهداف الشركة (Pearce II & Robinson, 2003).

الإدارة الاستراتيجية تشمل التخطيط، التوجيه، التنظيم والتحكم بالقرارات والأفعال المتعلقة بإستراتيجية الشركة. بالاستراتيجية يعتزم المدراء توجيه الخطط على نطاق واسع، والخطط المستقبلية للتعامل مع البيئة المنافسة لتحقيق أهداف الشركة (Pearce II & Robinson, 2003).

تمثل الاستراتيجية احد أهم الأدوات التي يستخدمها المديرون والقادة من أجل مواءمة الفرص التي تتيحها بيئة أعمالهم، والموارد الداخلية التنظيمية والكفاءات (Zecheru, Năstase, 2005). وبناء على ذلك متابعة تطوير المنظمة من أجل ضمان أفضل تلقي لطلبات العملاء (Năstase, 2010).

تتبع استراتيجية قرار الهندرة من انه جوهر العملية الإدارية، ومن مخرجاته التي ستؤثر حتما على حصة المنظمة السوقية، ومستوى جودة خدماتها، وقدرتها على المنافسة، ورضا عملائها، باختصار قرار الهندرة كقرار استراتيجي له نتائج استراتيجية على المنظمة ككل.

2. 2. 24 إدارة الأداء :performance management

إدارة الأداء هو عملية مصممة لتحسين أداء المنظمة والفريق والفرد والتي يملكها ويوجهها مدراء الخطوط line managers

إدارة الأداء هي عملية إدارة موارد بشرية (التي أصبحت أكثر شعبية منذ ما بعد ثمانينيات القرن الماضي) اهتمت بالحصول على أفضل الأداء من الأفراد في المنظمة، وكذلك من الفرق ومن المنظمات بشكل عام. إدارة الأداء الفعال تشمل مشاركة فهم ما هو المطلوب تحقيقه ثم إدارة وتطوير الشعب بطريقة تمكن من تحقيق هذه الأهداف المشتركة (Court & Hill, 2000).

2. 25 متطلبات نماذج إعادة هندسة نظم العمل

Requirements of business process reengineering

قبل عملية الاختيار تخطيط موارد المؤسسات (ERP) Enterprise Resource Planning من المهم إجراء تقييم شامل وتفصيلي حول المرشحين المحتملين من نظم تخطيط موارد المؤسسات والشركات الاستشارية.

جميع متطلبات العمل في كل مجال وظيفي (على سبيل المثال، والمحاسبة، الإنتاج، أقسام المبيعات والشراء) ينبغي توضيحها وتوثيقها قبل عملية اختيار نظام تخطيط موارد المؤسسات. كل هذه يمكن أن يساعد على تقليل خطر عدم تطابق تخطيط موارد المؤسسات. يكفي دعم الإدارة العليا سواء في الالتزام بالمشروع، أو توفير الدعم في مجالات التمويل والموارد البشرية خلال دورة الحياة الكاملة لتخطيط موارد المؤسسات. ينبغي أن تتلقى الإدارة العليا وفريق المشروع والمستخدمين تعليم فعال بخصوص ماهية وكيفية تخطيط موارد المؤسسات و"كيفية" تنفيذ نظم تخطيط موارد المؤسسات، والعمليات المشاركة في إجراء الهندرة، والمخاطر المحتملة المرتبطة بها، وأهمية التعاون مع أطراف ثالثة كالأستشاريين الخارجيين (Ada& Harry& Patrick& Robert, 2005).

2. 26 مشاكل تواجه إعادة هندسة نظم العمل Problems facing business

:process reengineering

- عدم توفر الدعم الكافي من الإدارة العليا.
- سوء اختيار العملية التي تحتاج إلى الهندسة الإدارية.
- عدم وضوح الرؤية المستقبلية للمؤسسات التربوية.
- الاختيار السيئ للقيادات التربوية العليا والمتوسطة والدنيا.
- عدم إقناع فريق العمل بجدوى الهندسة الإدارية.
- التخطيط السيئ للمؤسسات التربوية.
- وضع حلول غير منطقية للمشكلات.
- عدم استخدام إدارة المعرفة في المؤسسات التربوية.

- تجاهل قيم ومفاهيم الأفراد في المؤسسات التربوية.
- السماح للمفاهيم العامة والمواقف الإدارية بإعاقة الهندرة.
- تكليف أشخاص لا يعرفون الهندسة الإدارية.
- عدم تخصيص الوقت والدعم المادي اللازم لتطبيق الهندسة الإدارية (الفاضل، 2011).

2. 27 العامل البشري في إعادة هندسة نظم العمل (BPR) Human factor in (BPR)

وبخصوص العامل البشري في إعادة هندسة نظم العمل فمن الضروري تحديد احتياجات العميل تحديدا واضحا؛ فالعميل يجب أن يكون عنصرا أساسيا في عملية إعادة البناء باعتباره المحور الأساسي الذي تدور حوله جميع الأنشطة بالمشروع، فلا يمكن لأي مؤسسة أن تستمر في السوق دون دراسة احتياجات ورغبات العملاء، ومحاولة الوفاء بها بشكل أفضل مما يقدمه المنافسون.

وبخصوص أهمية العنصر البشري يجب حسن اختياره وتدريبه وتحفيزه، خاصة وأن المنطلقات الأخرى للنجاح بدأت تفقد ميزتها يوما بعد آخر (عامر وقنديل، 2009).

2. 28 مقاومة التغيير Resistance to change:

بسبب ثورة الاتصالات والحاسبات الآلية والانترنت ازدادت وتيرة التغيير خلال العشر سنوات الماضية. تأثرت كل المنظمات بحيث أصبح التغيير مكون أساسي يتعامل مع المدراء والقادة يوميا (Pearce II & Robinson, 2003).

من أجل تقليل مقاومة المستخدمين للتغيير، ينبغي أن تكون إدارة التغيير فعالة قدم خلال دورة حياة تخطيط موارد المؤسسات ERP، على سبيل المثال، كيف يمكن تحسين كفاءة نظم تخطيط موارد المؤسسات التجارية العملية، وبالتالي يمكن للموظف التركيز على المهام ذات القيمة المضافة. خلال مرحلة عقد تنفيذ تخطيط موارد المؤسسات يجب على مدير المشروع صياغة خطة مفصلة وملائمة للمشروع (بما في ذلك المهام التفصيلية التي سيقوم بها الاستشاريون والمعالج التي ينبغي تحقيقها) بمساعدة المستشارين. الجدول الزمني للمشروع ينبغي أن يكون ذلك ملائما، بالضرورة ينبغي

تخصيص موارد بشرية إضافية لتقليل زيادة عبء العمل على أعضاء فريق المشروع (الناجمة عن تنفيذ ERP). وينبغي دعم خطة المشروع من قبل كل من الإدارة وكبار أعضاء فريق المشروع. (Ada& Harry& Patrick& Robert, 2005).

يقول Fullan إننا نحتاج لاحترام المعارضين للتغيير لسببين: أولاً أنه قد يكون لديهم فكرة غابت عن بالنا خصوصاً في مواقف الاختلاف أو المواقف المعقدة أو معالجة مشاكل الجواب عليها غير معروف، ثانياً المعارضون حاسمون عندما تأتي سياسة التنفيذ (Fullan, 2001)، كما يقول أن المنظمة الناجحة لا تسير فقط مع المتفوقين معها في الرأي، وإنما تبني على الاختلافات أيضاً (Fullan, 2001).

2. 2. 29 الرأي الشخصي في التغيير Personal view of change

التحدي الذي يواجهه القيادة هو التنبيه على الالتزام بالتغيير بين الناس ضمن المنظمة والمساهمين خارجها لتبني التغيير وتطبيق الاستراتيجيات التي تهدف إلى جعل المنظمة تفعل ذلك. يستطيع القادة التنبيه على الالتزام بالتغيير من خلال ثلاث خطوات مترابطة: توضيح الغرض الاستراتيجي، بناء المنظمة، وتشكيل ثقافة المنظمة (Pearce II & Robinson, 2003).

أي قرار بالتغيير سيواجه معارضة على الأغلب، هناك من يستفيدون من ديمومة الوضع الراهن، وهناك من يخاف التغيير، وهناك من سيتغير وضعهم الوظيفي وربما تزداد مسؤولياتهم؛ لذا يجب أن يكون القرار بالتغيير قد حاز على رضا أعضاء مجلس الإدارة في المؤسسات الخاصة، والجهات العليا في الإدارات الحكومية والأهلية.

يفترض أن لا يهمل رأي أي مسؤول أو خبير عند اتخاذ قرار الهندرة أو قبله. إن المعارضة هي ظاهرة صحية يجب استعمالها لترشيد القرار الإداري وتعزيزه، والاستفادة من كافة الخبرات والطاقت.

2. 2. 30 دور العلاقة بين نظم المعلومات والمنظمة وصنع القرار

The relation between information systems and organization

في دراسة (Smit & Dellemijn, 2011) تم إيضاح أن أداة القياس يمكن الاعتماد عليها والمساهمة العملية بالتالي هي أداة يمكن استخدامها مع بعض الثقة لتشخيص أو وصف قدرات الثقافة وإدارة نظم المعلومات للمنظمات. وعلاوة على المساهمة العملية الأكثر إلحاحاً لهذا البحث هي المؤشر على أن هناك علاقة قوية بشكل معقول بين الثقافة التنظيمية وقدرة المنظمة على إدارة نظم المعلومات. بشكل عام من الممكن التنبؤ بأن المنظمات التي تمتلك ثقافة إيجابية قوية من المرجح أن لديها قدرات قوية لإدارة نظم المعلومات. عملياً هذا بدوره يعني أن المنظمات التي تعالج قضايا الثقافة التنظيمية أو المشاكل من المرجح أن تشهد تحسناً في قدرتها على إدارة نظم المعلومات (Smit & Dellemijn, 2011).

القدرة على اتخاذ قرارات بسرعة كان ولا زال حيويًا للمنظمة في جميع مستوياتها، والمعلومات مهمة لهذه العملية. برزت كسلاح منافس فعال. لكن مدراء الإدارة الوسطى، الذين هم وكلاء التغيير الحقيقيين، يمضون الكثير من الوقت في تبادل المعلومات مع مرؤوسيه ونظرائهم ومدرائهم، بما يترك وقتاً قليلاً للزبائن أو التغيير والإبداع. إنهم بحاجة إلى نظام قرار داعم لهم (Omachonu & Ross, 2005).

2. 2. 31 الأداء الوظيفي:

يعتبر مفهوم الأداء من المفاهيم التي نالت نصيباً وافراً من الاهتمام والبحث في الدراسات الإدارية بشكل عام ودراسات الموارد البشرية بشكل خاص، وذلك لأهمية المفهوم على مستوى الفرد والمنظمة ولتداخل المؤثرات التي تؤثر على الأداء وتنوعها، لذلك فالغرض من هذا الموضوع هو تسليط الضوء على أهم التعريفات التي قدمت مفهوم الأداء على الساحة الإدارية (مدھون، 1995).

الأداء الوظيفي هو تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد، وهو يعكس الكيفية التي يتحقق بها، أو يشبع الفرد بها متطلبات الوظيفة، وغالباً ما يحدث لبس وتداخل بين الأداء والجهد، فالجهد، 2004 إلى الطاقة المبذولة، أما الأداء فيقاس على أساس النتائج التي حققها الفرد، فمثلاً الطالب قد يبذل جهداً كبيراً

في الاستعداد للامتحان، ولكنه يحصل على درجات منخفضة، وفي مثل هذه الحالة يكون الجهد المبذول عالياً بينما الأداء منخفضاً (القريوتي، 1994). كما ويعبر مفهوم الأداء الوظيفي عن الأثر الصافي لجهود الفرد التي تبدأ بالقدرات وإدراك الدور أو المهام والذي بالتالي يشير إلى درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد (سلطان، 2004). والأداء الوظيفي أيضاً هو تنفيذ الموظف لأعماله ومسؤولياته التي تكلفه بها المنظمة أو الجهة التي ترتبط وظيفته بها (مدهون، 1995).

ويقصد بمفهوم الأداء المخرجات والأهداف التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها عن طريق العاملين فيها، ولذا فهو مفهوم يعكس كلاً من الأهداف والوسائل اللازمة لتحقيقها، أي أنه مفهوم يربط بين أوجه النشاط وبين الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها المنظمات عن طريق مهام وواجبات يقوم بها العاملين داخل تلك المنظمات (القريوتي، 1994).

ويشير مفهوم الأداء كذلك إلى النتائج المحددة للسلوك وبالتالي فإن الأداء الإيجابي هو النتائج المرغوبة المحددة للسلوك وفي المقابل فإن الأداء السلبي هو النتائج غير المرغوبة المحددة للسلوك ويعبر عن الأداء أحياناً بالفعالية والكفاءة (كردي، 2010).

ويشير ثوماس جيلبرت (Thomas Gilbert) إلى مصطلح الأداء ويقول بأنه لا يجوز الخلط بين السلوك وبين الإنجاز والأداء، ذلك أن السلوك هو ما يقوم به الأفراد من أعمال في المنظمة التي يعملون بها، أما الإنجاز فهو ما يبقى من أثر أو نتائج بعد أن يتوقف الأفراد عن العمل، أي أنه مخرج أو نتاج أو النتائج، أما الأداء فهو التفاعل بين السلوك والإنجاز، إنه مجموع السلوك والنتائج التي تحققت معاً (كردي، 2010).

ومفهوم الأداء يتضمن معايير أخرى إضافة إلى معياري الكفاءة والفاعلية مثل: معدلات دوران الموظفين والحوادث والغياب والتأخير عن العمل حيث أن الفرد العامل الجيد هو الذي تكون إنتاجيته عالية، وكذلك يسهم أدائه في تقليل المشاكل المرتبطة بالعمل كالانتظام في العمل وقلة حوادثه، لذلك يمكن القول أن الأداء المرضي يتضمن مجموعة من المتغيرات من حيث أداء العمل بفاعلية وكفاءة مع حد أدنى من المشاكل والمعوقات والسلبيات الناجمة عن سلوكه في العمل (كردي، 2010).

وفيما عرف (Fred) الأداء بحسب نتائج السلوك الذي رافق ذلك الأداء، فيرى أن الأداء هو نتيجة السلوك، والسلوك هو نشاط وفعالية فردية، بينما نتائج السلوك هي التغييرات التي تحصل في البيئة المحيطة بالفرد بسبب ذلك السلوك. في حين فرق (Tomas) عند تناوله لمفهوم الأداء بين كلاً من السلوك، والإنجاز، والأداء، فعرف السلوك بأنه ما يقوم به الأفراد من أعمال في المنظمة التي يعملون بها، كعقد الاجتماعات وأداء النشاطات والمهام المكلفين بها وجميع الأعمال التي يمارسونها في سبيل انجاز الأعمال الموكلة لهم، وعرف الإنجاز بأنه ما يبقى من أثر أو نتائج بعد توقف الأفراد عن العمل، كالمخرجات النهائية لأعمالهم ونشاطاتهم، وعرف الأداء بأنه التفاعل بين السلوك والإنجاز، فهم مجموع السلوك والنتائج معاً، فهو ليس السلوك وحده أو الإنجاز وحده بل هو تكاملهما معاً ويتضح مما سبق، تعدد تعريف الأداء ذلك ناتج عن تعدد الدراسات والأبحاث في هذا المجال سواء كانت دراسات نظرية أم ميدانية، وباختلاف مدارس وخلفيات الباحثين وتوجههم، وعلى الرغم من اختلاف الباحثين في تعريفهم للأداء إلا أن هناك عوامل مشتركة تجمعهم، ويعتبر اختلافهم جزئياً وليس جوهرياً، فهم يشتركون بعدة عناصر تجمعهم تقريباً في تعريف الأداء وهي كما يلي (كردي، 2010):

الموظف: وما يمتلكه من معرفة وقدرات ومهارات وقيم واتجاهات ودوافع.
الوظيفة: وما تتصف به من متطلبات وتحديات وواجبات ومسؤوليات وما تقدمه من فرص للتطوير والترقيات والحوافز.
الموقف: وهو ما تتصف به البيئة التنظيمية والتي تتضمن مناخ العمل والإشراف والأنظمة الإدارية والهيكل التنظيمي.

وبالتالي فإن الأداء الحقيقي ينظر إليه على أنه نتاج لعدد من العوامل المتداخلة التي يجب ألا يتم التركيز على واحدة دون أخرى وألا يتم تجاهلها تماماً، بل يتم محاولة التوفيق فيما بينها جميعاً والتركيز على جميع العناصر معاً في آن واحد.

2. 2. 32 العوامل المؤثرة على الأداء الوظيفي:

من أهم العوامل المؤثرة على الأداء الوظيفي ما يلي:

غياب الأهداف المحددة: فالمنظمة التي لا تمتلك خطط تفصيلية لعملها وأهدافها، ومعدلات الإنتاج المطلوب أدائها، لن تستطيع قياس ما تحقق من إنجاز أو محاسبة موظفيها على مستوى أدائهم لعدم وجود معيار محدد مسبقاً لذلك، فلا تملك المنظمة معايير أو مؤشرات للإنتاج والأداء الجيد، فعندها يتساوى الموظف ذو الأداء الجيد مع الموظف ذو الأداء الضعيف (كردي، 2010).

عدم المشاركة في الإدارة: إن عدم مشاركة العاملين في المستويات الإدارية المختلفة في التخطيط وصنع القرارات يساهم في وجود فجوة بين القيادة الإدارية والموظفين في المستويات الدنيا، وبالتالي يؤدي إلى ضعف الشعور بالمسؤولية والعمل الجماعي لتحقيق أهداف المنظمة، وهذا يؤدي إلى تدني مستوى الأداء لدى هؤلاء الموظفين لشعورهم بأنهم لم يشاركوا في وضع الأهداف المطلوب إنجازها أو في الحلول للمشاكل التي يواجهونها في الأداء، وقد يعتبرون أنفسهم مهمشين في المنظمة (كردي، 2010).

2. 2. 33 عناصر الأداء الوظيفي:

يتكون الأداء الوظيفي من مجموعة من العناصر أهمها:

1. المعرفة بمتطلبات الوظيفة: وتشمل المعارف العامة، والمهارات الفنية والمهنية، والخلفية العامة عن الوظيفة والمجالات المرتبطة بها.
2. نوعية العمل: وتتمثل في مدى ما يدركه الفرد عن عمله الذي يقوم به وما يمتلكه من رغبة ومهارات وقدرة على التنظيم وتنفيذ العمل دون الوقوع في الأخطاء.
3. كمية العمل المنجز: أي مقدار العمل الذي يستطيع الموظف إنجازه في الظروف العادية للعمل ومقدار سرعة هذا الانجاز.

4. المثابرة والوثوق :وتشمل الجدية والتفاني في العمل وقدرة الموظف على تحمل مسؤولية العمل وإنجاز الأعمال في أوقاتها المحددة، ومدى حاجة هذا الموظف للإرشاد والتوجيه من قبل المشرفين.

2. 2. 33. 1 علاقة إعادة الهندسة الإدارية بالأداء الوظيفي:

تهدف جهود إعادة هندسة العمليات الإدارية إلى تحقيق تغيير جذري في الأداء، ويتمثل ذلك في تغيير أسلوب وأدوات العمل والنتائج من خلال تمكين العاملين من تصميم العمل والقيام به وفق احتياجات السرعة في إنجاز العمل وأهداف المنظمة. حيث تتعدد معايير الأداء كما أنها تختلف باختلاف الصناعة أو النشاط الذي تعمل فيه المنظمة، ويهدف التحسين المستمر إلى تحسين معايير الأداء سواء كانت تتعلق بالجودة أو بالتكلفة أو الوقت أو المرونة أو الخدمة أو التحديث أو التطوير.

وسوف يتم دراسة علاقة كلا من تبسيط إجراءات العمل والقوانين والموارد البشرية وأثرها على الأداء الوظيفي

تبسيط إجراءات العمل:

إجراءات العمل هي عبارة عن سلسلة من المهام المرتبطة والمرتبة وفقاً لتتابع حدوثها والتي تمثل في مجموعها الأسلوب المتبع لأداء عمل ما، أي أنها الطريقة المحددة سلفاً لكيفية تنفيذ الأعمال الروتينية وفقاً لتتابع زمني محدد الخطوات التي يجب تنفيذها لأداء عملية معينة (العكس، فوزي عبد الله، 2003)

علاقة تبسيط إجراءات العمل بالأداء الوظيفي:

يزداد حجم ومتطلبات العمل في المؤسسات في العصر الحالي عصر تدفق المعلومات وينعكس ذلك على إجراءات العمل الداخلية والخارجية مما يتطلب إلى تبسيط الإجراءات سواء على المستوى التنظيمي أو المعلوماتي أي الاستعانة بتقنية المعلومات لمواجهة الضغط على أداء العمل

وللحفاظ على كفاءة والفاعلية، وبالتالي تحقيق أهداف المؤسسة من خلال تحسين الأداء الوظيفي للعاملين.

تطوير الأنظمة والقوانين:

تصبح الكثير من القوانين والأنظمة واللوائح، بمرور الزمن غير ملائمة لأوضاع المنظمات، وعقبة في سبيل تحقيق أهدافها، ومشكلة من المشكلات الإدارية، التي يشتكي منها المواطنون والموظفين، وذلك بما يحتويه من تعقيدات، وما تضعه من قيود على الأعمال. ولذا فلا بد من تعديلها وتطويرها، وتوفير المرونة فيها، لتتلاءم مع ظروف المنظمة، والتقدم الذي تتحقق فيه، ولكي تساعد في مواجهة متطلبات العمل، وفي اتخاذ القرارات المناسبة بسرعة.

إن تطوير وتعديل القوانين، والأنظمة، والتعليمات، ولا سيما ما يتعلق منها بشؤون الموظفين، والشؤون المالية، يساهم، بشكل إيجابي، في تحقيق التنمية الإدارية، ويعتبر من متطلباتها الأساسية. فهو يساهم في جذب عناصر جيدة، ومؤهلة، من الموظفين للعمل. (عصفور، أحمد شاكر،) 1984

علاقة تطوير الأنظمة والقوانين بالأداء الوظيفي:

هناك ضرورة التزام من قبل العاملين بما تنص عليه الأنظمة والقوانين المعتمدة في المنظمة والنشرات واللوائح الداخلية الصادرة عن إدارة الشركة تهتم في تحقيق مستوى الأداء المطلوب وأن التزام العاملين بالأنظمة والقوانين يزيد من رضا الزبائن بحيث يتولد شعور لدى الزبون بأن العاملين في الشركة لديهم التزام واضح بالنظم والقوانين المعمول بها، وهذا بدوره يبين أن النظم والقوانين السائدة في المؤسسة تتسم بالشفافية وتساعد في دعم وتطوير علاقات العمل بين المستويات الإدارية وتمنح العاملين الحافز نحو مزيداً من الإنجازات، وذلك من خلال أن الموارد البشرية العاملة لديها من الخبرة الكافية التي تجعلها على علم ودراية بطبيعة نظم وقوانين العمل.

تنمية الموارد البشرية:

تنمية الموارد البشرية: وهي التنمية الكلية للعنصر البشري على مستوى المجتمع تشمل جميع مراحل التعليم والرعاية الصحية والاجتماعية والأخلاقية وغيرها التي تسبق العمل كذلك التطوير والتدريب في مرحلة العمل.

تنمية القوى البشرية بالأداء الوظيفي:

يقصد بالتنمية الإدارية أي محاولة لتحسين مستوى الأداء الحالي والمستقبلي للإدارة من خلال تنمية المعارف وتغيير الاتجاهات وتدريب المهارات، عندما لا يؤدي الموظف عمله على النحو المتوقع له والمحدد له سابقا فان تقويم الأداء الوظيفي يسعى إلى تنمية أداء الفرد وذلك من خلال المعلومات الموجودة فيه والتي تعكس نواحي الضعف في أداء الفرد ومن خلال توجيهه وإرشاده لما هو متوقع ومطلوب. ومن أهم النقاط الجوهرية في تنمية الفرد هو مناقشة الفرد نتائج تقييم أدائه الوظيفي مع رئيسه لكي يقوم رئيسه بتوضيح نقاط القوة والضعف إبراهيم عبدالله المنيف، (1983).

2. 2. 34 الكفاءة:

إن الحديث عن الكفاءة باعتبارها مصطلح حديث التداول، يجعلنا نصطدم بعدة مصطلحات ومفاهيم تتداخل معه بشكل أو بآخر، كما هو الأمر بالنسبة للمهارة والاستعداد والقدرة والهدف والسلوك والإنجاز (كردي، 2010). ومن هنا سوف نتطرق لها بشكل موجز، حتى نتمكن من تحديد مفهوم الكفاءة بشكل أكثر وضوحاً وتميزاً عن المفاهيم المجاورة له.

وتعرف الكفاءة بأنها، أداء الأعمال بطريقة صحيحة وتشير الكفاءة إلى العلاقة بين الموارد والنتائج. وترتبط بمسألة ما هو مقدار المدخلات من المواد الخام والأموال والناس اللازمة لتحقيق مستوى معين من المخرجات أو الهدف المنشود. وتعني الكفاءة تحقيق أعلى منفعة مقابل التكاليف، وأن تكون المنظمة كفؤاً يعني أن تحصل على أعلى ما يمكن من الهدف الذي تسعى إليه. الإنتاجية Productivity لقياس الكفاءة، وتعرف الإنتاجية بأنها "نسبة المخرجات الناتجة إلى المدخلات" (كردي، 2010).

وتشير الكفاءة أيضا إلى العلاقة بين الموارد والنتائج، وترتبط بمسألة ما هو مقدار المدخلات من المواد الخام والأموال والناس اللازمة لتحقيق مستوى معين من المخرجات أو هدف معين، وتعني الكفاءة تحقيق أعلى منفعة مقابل التكاليف، وإن تكون المنظمة كفؤاً يعني أن تحصل على أعلى ما يمكن من الهدف الذي تسعى إليه (حريم، 2006).

وللكفاءة مفهوم عام يشمل القدرة على استعمال المهارات والمعارف في وضعيات جديدة ضمن حقل مهني فهي إذن تشمل التنظيم والتخطيط والتجديد والقدرة على التكيف مع نشاطات جديدة وبهذه المفاهيم فإن اكتساب الكفاءات يشكل تحدياً أكبر من اكتساب المهارات والمعارف فقط ونورد هنا تعريف (لويس دينوا) الذي عرّف الكفاءة بقوله: "الكفاءة هي مجموعة سلوكيات اجتماعية وجدانية، وكذا مهارات نفسية حسية حركية تسمح بممارسة دور ما أو وظيفة أو نشاط بشكل فعال" (حريم، 2006).

ويمثل مفهوم كفاءة المنظمة معيار الرشد في استخدام الموارد البشرية والمالية والمادية والمعلومات المتاحة، حيث أن المنظمة الهادفة لنمو والتطور لا بد أن تؤمن إمكانية استمرار التدفق البشري والمادي والمالي والمعلوماتي لكي تعمل بشكل فاعل ومستمر (كردي، 2010).

2.2. 35 الفاعلية:

تعرف الفاعلية بأنها قدرة المنظمة على تأمين الموارد المتاحة واستخدامها بكفاءة لتحقيق أهداف محددة ومفهوم الفاعلية متعدد ويشمل على عدة معايير، أهمها (حريم، 2006):

- تحقيق الأهداف.
- تأمين الموارد، المدخلات.
- العمليات الداخلية.
- رضا الجماعات والأطراف التي تتأثر مصالحها بالمنظمة.

كما وتعرف المنظمة العربية للعلوم الإدارية (1974) الفاعلية بأنها "مدى صلاحية العناصر المستخدمة (المدخلات) للحصول على النتائج المطلوبة (المخرجات)". كذلك فإن قاموس الإدارة

(1972) يعرف الفاعلية بأنها "تحقيق الأهداف الصحيحة من وجهة نظر أفضل التفسيرات الممكنة لظروف التجارة وإمكانات الربح" (المنظمة العربية للعلوم الإدارية، 1974).

كما تعرف دائرة المعارف الأمريكية (<http://en.wikipedia.org>) الفاعلية بأنها المدى الذي عنده تستطيع المنظمة تحقيق نتائج مقصودة، وتعتمد فاعلية المنظمات أيضاً على القدرة والتواصل والأخلاق، وتعتبر الأخلاق من أهم الأسس التي تعتمد عليها الفاعلية، فالمنظمة يجب أن تكون مثلاً للاحترام والأخلاق والإنصاف والنزاهة والجدارة، حتى تستطيع تحقيق التواصل مع جماهيرها للمساعدة في تحقيق أهدافها المرجوة (كردي، 2010).

2. 2. 36 إدارة المستشفيات:

تعتبر الإدارة الصحية من أهم فروع طب المجتمع، وعلوم الصحة العامة، لقد تطور علم الإدارة بشكل كبير وتعددت فروع ومجالاته، كما أصبح للإدارة الصحية أهمية كبيرة في حل المشكلات التي تواجهها الرعاية الصحية وتقديم السبل المناسبة لعملية الإصلاح والتنمية في القطاع الصحي (منظمة الصحة العالمية، 2007).

إن علم الإدارة يتطور وتتوسع دائرته يوماً بعد يوم، وذلك نظراً للتطور الهائل الذي نعيشه في العولمة والتكنولوجيا، وهو عبارة عن عمليات مترابطة تتعلق بالتنظيم والتوجيه والمتابعة والتنفيذ وهو مطلوب في كافة مجالات الحياة، وتزداد العلاقة بالإدارة كلما زادت صلة الإنسان بالمادة التي هي نبض الحياة، تشير الدراسات التاريخية المتأنيئة المتوالية في العصور المختلفة على أن الكثير من المجالات البناءة والهادفة قد بذلت بهدف تقديم المساعدة للمريض والغوث للمصاب، وقد واجهت تلك المسيرة أخطاء يمكن تفاديها، والمستشفى الحديث بالمفهوم المعاصر لم يصل إلى هذا المستوى من التقدم والرفق إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت على وضع المستشفيات على مر العصور (جلدة، 2007).

يعتمد نجاح النظام الصحي على عدد من العوامل والتي تتعلق بالالتزام الوطني من ناحية وبوضع استراتيجيات وطنية من ناحية أخرى، بحيث تقدم دلائل العمل وبناء الخطط على أساس الواقع

المحلي وبناء المرافق الصحية كجزء من البنية المتعددة المستويات، ويمكن تحديد متطلبات النجاح في تطبيق برامج الرعاية الصحية من خلال ما يلي (منظمة الصحة العالمية، 2007):

- الوعي الإداري لكافة العاملين في القطاع الصحي.
- الالتزام بتحسين صحة المجتمع.
- وضع خطط صحية وطنية.
- تبني مفهوم الفريق الصحي في العمل.
- البنية متعددة المستويات.
- تعريف النظام بوضوح.
- فهم الوظائف والأنشطة والأدوار بوضوح.

يعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع، حيث انه يتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية، والوقائية، والتعليمية، والتدريبية، والبحثية، وهو يسهم بذلك في رفع المستوى الصحي للدولة، وهو يسهم في تحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية بمستوى مرتفع، وعليه أصبح الإنفاق على الخدمات الصحية هو بمثابة إنفاق استثماري في الإنتاج، وذلك إن من الأهداف الاقتصادية للعلاج تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم منتج يضيف بجهده إلى الإنتاج القومي (جلدة، 2007).

والمستشفى مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم، وقد كانت تسمى في العصور الإسلامية الأولى البيمارستان، وتكون مجهزة بعيادات للأطباء وغرف للعمليات وغرف للإنعاش وغرف للمرضى عامة وخاصة كما في بعضها عيادات خارجية لاستقبال المرضى غير المقيمين وفيها المختبرات وأقسام الأشعة والطوارئ وغيرها من الأقسام الطبية ويعمل فيها ممرضون (الصالح، 2011). اشتقت كلمة مستشفى من اللفظة اللاتينية (أوسبيتيوم) التي تعني دار استقبال الضيوف. والمستشفى أيضا، تنظيم طبي جزء أساسي من تنظيم اجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية وتعلما وبحثا ودراسة (منظمة الصحة العالمية، 2007).

إن التطور الكبير في المستشفيات إلى جانب تزايد أعداد المستشفيات أدى إلى ظهور أساليب حديثة في إدارة موارد وإمكانيات هذه المؤسسات الطبية الضخمة من النواحي المادية والبشرية، بما يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية المطلوبة، ونتيجة لهذه الحاجة المتزايدة ظهر علم إدارة المستشفيات كعلم له نظرياته ومقوماته، وتبلور كحقل علمي في مطلع الثلاثينات الميلادية بالولايات المتحدة الأمريكية في عدد من جامعاتها، ابتداء من جامعة نورث ويسترن في شيكاغو (الصالح، 2011).

2. 2. 37 تصنيف المستشفيات حسب التخصص:

وتصنف المستشفيات إلى أربعة أصناف حسب التخصص (حريستاني 1990):

1. المستشفيات العامة: هي مستشفيات تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمنطقة الجغرافية التابعة لها، وبعض هذه المستشفيات ذات سعة كافية بحيث تقدم الرعاية الصحية الثانوية وبعض من الرعاية الصحية الثالثة.
2. المستشفيات المتخصصة: وهي مستشفيات تقدم خدمات متخصصة، متقدمة، وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثة.
3. مستشفيات الولادة: وتقدم هذه المستشفيات الخدمات في مجال أمراض النساء والتوليد.
4. مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي: وهي مراكز طبية تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي.

2. 2. 38 وصف إحصائي عن المستشفيات في فلسطين:

بلغ عدد المشافي في فلسطين 79 مشفى في العام 2012 بسعة 5,487 سريرا. وبلغ عدد المشافي الحكومية 25 مشفى بسعة 2,979 سريرا أي 54.3% من مجموع الأسرة، في حين بلغ عدد المشافي غير الحكومية 54 مشفى بسعة سريرية 2,508 سريرا أي بنسبة 45.7% من أسرة المستشفيات (الجدول 1.2 و 2.2) (وزارة الصحة الفلسطينية، 2012).

أما فيما يتعلق بعدد مراكز الرعاية الأولية في فلسطين، فبلغ 750 مركزا صحيا من بينها 603 عيادة ومركز صحي في الضفة الغربية و147 مركزاً في قطاع غزة وذلك في العام 2012، فيما

بلغ عدد مراكز وزارة الصحة 460 مركزاً صحياً، بواقع 61.3% من مجموع المركز الصحية في فلسطين (وزارة الصحة الفلسطينية، 2012).

بلغ عدد الأطباء البشريين المسجلين في النقابة للعام 2012 في فلسطين 8,810 طبيب/ة حيث بلغ المعدل 2.2 لكل 1000 من السكان، بواقع 2.3 طبيب لكل 1000 من سكان الضفة الغربية مقابل 2.2 طبيب لكل 1000 من سكان قطاع غزة، في حين بلغ عدد الممرضين المسجلين في النقابة للعام 2012 في فلسطين 11,633 ممرض/ة حيث بلغ المعدل 2.7 ممرض/ة لكل 1000 من السكان، بواقع 2.2 ممرض/ة لكل 1000 من السكان في الضفة الغربية، 3.4 ممرض/ة لكل 1000 من السكان في قطاع غزة (جدول 2.3) (وزارة الصحة الفلسطينية، 2012).

جدول (1.2-أ): المؤشرات الرئيسية في مشافي فلسطين 2011

المؤشر	القيمة
عدد المستشفيات	79
عدد السكان لكل مستشفى	55,151
عدد الأسرة الإجمالي في فلسطين	5,487
معدل عدد السكان لكل سرير	794
معدل عدد الأسرة لكل 10,000 من السكان	13
عدد مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين	25
عدد السكان لكل مستشفى تابع لوزارة الصحة	174,277
عدد الأسرة الإجمالي في مستشفيات وزارة الصحة	2,979
معدل عدد السكان لكل سرير	1,463
معدل عدد الأسرة لكل 10,000 من السكان	6.8
العدد الكلي للإدخالات	357,346
معدل أيام الإقامة	2.4

جدول (2. 1-ب): المؤشرات الرئيسية في مستشفيات وزارة الصحة، فلسطين 2011

المؤشر	القيمة
نسبة إشغال الأسرة	82.7
عدد أيام المرض في مستشفيات وزارة الصحة	842,247
عدد الولادات	78,280
عدد عمليات الولادة القيصرية	18.7
عدد حالات الوفيات المسجلة	7,369
عدد العمليات الجراحية	114,302
عدد المرضى المعالجين في أقسام الطوارئ والعيادات الخارجية	2,956,643

المصدر: وزارة الصحة-مركز المعلومات الصحية، التقرير السنوي-فلسطين 2012

جدول (2.2): تطور عدد العاملين في وزارة الصحة في العام 2012 مقارنة مع العام 1955

السنوات	الأطباء	التمريض	المهن الطبية المساندة	الإداريين	المجموع
1995	963	1,634	804	1,357	4,758
2012	3,366	3,667	1,825	5,260	14,118

المصدر: وزارة الصحة-مركز المعلومات الصحية، التقرير السنوي-فلسطين 2012

2. 3 الدراسات السابقة

دراسة طيفور (2006)، بعنوان إعادة هندسة الأعمال الإدارية وسيلة لتحقيق التميز التنافسي للمنظمات المعاصرة "تجربة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة والمطبقة لدى المؤسسة العامة للاتصالات في سوريا" هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على بعض النواحي الأساسية في موضوع الهندرة الإدارية من حيث المفهوم وأوجه الاختلاف بين إعادة الهندرة وأي عملية تطوير أخرى وعناصر الهندرة والأهداف، كذلك الفوائد الممكن تحقيقها من عملية إعادة الهندرة، وأنواع المنظمات التي يمكن أن يطبق عليها مفهوم إعادة الهندرة، بالإضافة إلى تحديد عوامل الفشل المحتملة التي يمكن أن تواجه عملية إعادة الهندرة.

وقد كانت هذه الدراسة دراسة تحليلية وصفية عنيت بتوضيح فلسفة إعادة هندسة عمليات الأعمال وبيان فحواها وتلخيص التطور التاريخي لها وعرض بعض التجارب التطبيقية في ذلك. وتم توضيح المنهج العلمي لتطبيق الهندرة وتقديم نظرة نقدية لأساليب عادة هندسة العمليات. كما تم عرض نموذج مقترح لتطبيق منهجية إعادة هندسة العمليات.

خلصت الدراسة إلى أهمية مراجعة الهيكليات لدى المنظمات ذات العلاقة وتحسين أساليب عمل تلك المنظمات، وأن يكون التحسين مستمرا، فيما يجب أيضا رصد التجارب والممارسات الجيدة للاستفادة منها، كما يجب تعميق الوعي بفلسفة الهندرة وأهميتها، وضرورة الاهتمام بتكنولوجيا المعلومات.

دراسة (الآغا، 2006)، "دراسة تطبيقية لإعادة هندسة العمليات الإدارية (الهندرة) في المصارف في قطاع غزة". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إعادة العمليات الإدارية (الهندرة) في المصارف بمحافظات غزة وذلك من خلال التعرف على مدى تأثير وعلاقة بعض العوامل المؤثرة بالهندرة، ومن هذه العوامل إعادة بناء الهياكل التنظيمية، قدرات التكنولوجيا العالية، صحة وفاعلية العمليات المصرفية، التغير في توقعات العملاء، تحسين معايير الجودة الشاملة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود علاقة بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفاء وإعادة بناء الهياكل التنظيمية، كما أنه يوجد علاقة بين إعادة هندسة العمليات

الإدارية الكفاء وقدرات تكنولوجيا عالية، بالإضافة إلى وجود علاقة بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفاء وصحة وفعالية العمليات المصرفية التي تنجزها هذه المصارف، وكذلك وجود علاقة بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفاء وتغيرات توقعات العميل، وتوجد علاقة بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفاء وتحسين معايير الجودة الشاملة.

دراسة بشر (2007) بعنوان أنموذج مقترح لآلية تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية والأكاديمية في الجامعات اليمنية. هدفت هذه الدراسة إلى بناء نموذج مقترح لآلية تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية والأكاديمية في الجامعات اليمنية، ومعرفة أداء تلك الجامعات والتعرف على مفهوم وطبيعة أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية.

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- ضرورة قيام وزارة التربية والتعليم اليمنية بتشكيل لجنة متخصصة تسمى لجنة إعادة هندسة العمليات للجامعات اليمنية.
- تطبيق آليات إعادة هندسة العمليات الإدارية في جامعه أو جامعتين.
- إنشاء مراكز لتكنولوجيا التعليم في الكليات الجامعية.
- توفير إدارة جامعية متطورة تتمتع بالمرونة ودعم ثقافة ونظم العمل من خلال الفريق وعلى كافة المستويات.

دراسة الصرايرة (2007) بعنوان الأداء الوظيفي لدى أعضاء الهيئات التدريسية في الجامعات الأردنية الرسمية من وجهة نظر رؤساء الأقسام فيها. هدفت الدراسة إلى تعرف على مستوى الأداء الوظيفي لأعضاء الهيئات التدريسية في الجامعات الأردنية الرسمية من وجهة نظر رؤساء الأقسام فيها، كما وهدفت الدراسة إلى التعرف على الجودة في الجامعات الأردنية، مستوى تقييم الأداء الوظيفي لأعضاء الهيئات التدريسية في الجامعات الأردنية الرسمية.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- توخي أسباب القصور في أداء المهام الموكولة لعضو هيئة التدريس وإعلامه بها حتى يتسنى له معالجتها وتلافيها مستقبلاً.

- توفير فرص النمو المهني لأعضاء الهيئات التدريسية ليتم الارتقاء بمستوى أدائهم الوظيفي، ولتشجيعهم على تقديم الأفكار المبدعة التي ترتقي للجامعة ومستواها الأكاديمي.
 - الاهتمام بمتطلبات الجودة الجامعية، وما تتضمنه من أدبيات ومفاهيم وأساليب لتطبيقها وتحسينها.
 - اعتماد أنظمة تقويم ومراجعة متكاملة لمختلف العمليات في الجامعة بمختلف مستوياتها ومجالاتها بما يسهم في تكامل الأداء الوظيفي في الجامعة ونتائجه وفي التحسين المستمر لأداء جميع العاملين.
 - العمل وفقاً لمبدأ التخطيط الاستراتيجي والجودة الجامعية والاستفادة من التوجيهات التي تتضمنها إدارة الجودة الشاملة والمواصفة القياسية الدولية (ISO 9001-2000).
 - تحقيق التكامل الفعال بين الاحتياجات التدريبية، وتقويم نتائج العملية التدريبية من جانب، ونظام الحوافز من جانب آخر، بما يضمن التحسين المستمر لجودة الأداء لأعضاء هيئة التدريس بشكل خاص، ولجميع العاملين بشكل عام.
 - الاهتمام بالتغذية الراجعة من عملية التقييم بهدف التحسين والتطوير المستمر للخدمة المقدمة وصولاً إلى التميز في الأداء.
 - العمل على إيجاد هيئات اعتماد وضمان الجودة في كل جامعة تتبع لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي لتقييم أداء هذه الجامعات بأسلوب علمي موضوعي، ونشر نتائج ذلك بكل موضوعية وشفافية.
 - التنوع في أساليب التقييم المستخدمة لأعضاء.
- دراسة حمدان (2008) بعنوان واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط. هدفت هذه الدراسة إلى ربط تصور المستشفيات في مدينة نابلس وتقييم واقع المستشفيات لعمل استراتيجية مناسبة للتطوير المستشفيات في فلسطين بشكل عام ومدينة نابلس بشكل خاص.
- وكان من أهم نتائج تلك الدراسة:
- عدم وجود تخطيط مسبق لمستشفيات مدينة نابلس ووجود عشوائية في تقديم الخدمة الصحية.
 - افتقار المستشفيات لبعض التخصصات الطبية.

- عدم وجود خطة استراتيجية وخطط مستقبلية للمستشفيات في مدينة نابلس.

وتوصلت الدراسة أيضا إلى ضرورة عمل تكامل بين كافة الأقسام الإدارية والطبية وبين المستشفيات لتقديم أفضل الخدمات.

العمل على مراقبة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات مع إدخال التكنولوجيا في المجال الصحي لتلك المستشفيات.

دراسة (النتشة، 2009) بعنوان "إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) على جوانب النجاح المؤسسي في بلدية الخليل". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على انعكاسات إعادة الهندسة الإدارية على جوانب النجاح المؤسسي في بلدية الخليل، وبيان أثر إعادة الهندسة الإدارية على تصميم الهيكل التنظيمي، وعلى قدرات تكنولوجيا المعلومات، وكفاءة وفاعلية المنظومة الإدارية، وجودة خدمات بلدية الخليل، والتعرف على انعكاسات إعادة الهندسة الإدارية على توقعات المواطنين المستفيدين من خدمات بلدية الخليل.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها :

الهيكل التنظيمي لبلدية الخليل بحاجة إلى إعادة صياغة، وحاجة بلدية الخليل إلى زيادة كفاءة وفاعلية العمليات الإدارية ومستويات الأداء، كما أظهرت بلدية الخليل اهتماماً في مجال تكنولوجيا المعلومات، وتطبق بلدية الخليل معايير الجودة الشاملة، لكن بدرجة متوسطة، وكانت أهم توصيات الدراسة النظر بشكل إيجابي إلى الاستثمار في تقنية المعلومات حتى وإن ارتفعت كلفتها. وضع خطط طموحة لتأهيل من يثبت لديهم القدرة على التماشي مع منظومة العمل الجديدة بعد تطبيق الهندرة، يجب إنشاء وحدة متخصصة لإعادة هندسة العمليات الإدارية على الهيكل التنظيمي لبلدية الخليل، إيجاد فريق عمل متخصصا في إعادة هندسة العمليات الإدارية تكون مهمته إجراء تحليل شامل ومتكامل لكافة العمليات التي تقوم بها بلدية الخليل، توجيه عناية إدارة البلدية إلى ضرورة التواصل مع الجامعات الفلسطينية والعربية والأجنبية ومراكز الأبحاث المختلفة للتعرف على المستجدات والمستحدثات في مجال تقديم الخدمات للمواطنين.

دراسة (عبيد، 2009)، واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية- دراسة حالة مجمع الشفاء الطبي. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة التغيير في وزارة الصحة الفلسطينية، وأثر ذلك على أداء العاملين، من خلال دراسة حالة مجمع الشفاء الطبي، وقد تم تناول ثلاث مجالات للتغيير هي التغيير في الهيكل التنظيمي، التغيير في التكنولوجيا، التغيير في الأفراد.

وقد خلصت الدراسة لمجموعة من النتائج أهمها:

ضرورة أن يكون التغيير في الهيكل التنظيمي بما يتوافق مع متطلبات العمل، دراسة البيئة الداخلية والخارجية دراسة متأنية، إضافة إلى ضرورة تحديد السلطة والمسؤولية لكل إدارة ووظيفة بحيث لا يكون هناك تداخل في الصلاحيات وضرورة تعامل الإدارة مع العاملين بإيجابية والاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد الذي يبذله.

دراسة (عمشة، 2011)، بعنوان أثر تطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة "دراسة حالة" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر تطبيق أسلوب إعادة هندسة العمليات الإدارية على أداء صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية من وجهة نظر الطلبة ومعرفة نقاط القوة والضعف في أداء صندوق ومعرفة أهمية الهندسة الإدارية من أجل تحسين أداء صندوق الطالب وتوصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

إنها عند استخدام إعادة الهندسة الإدارية سوف تعمل على تبسيط إجراءات العمل وتقديم الخدمة بشكل أفضل وسوف تعمل على تحسين صورة العاملين وتعمل على تحفيزهم لأداء المهام بشكل أفضل وأسرع.

كما وتهدف هذه الدراسة إلى ضرورة تفعيل وتطبيق إعادة هندسة العمليات الإدارية على باقي المنح والقروض والهبات التي تقدمها دائرة صندوق الطالب، توسيع نطاق الصلاحيات الممنوحة للعاملين في دائرة صندوق الطالب، تعزيز مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية "الهندرة" لكافة العاملين، الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات والعمل على الألتئمة اللازمة لدعم تطبيق منهج إعادة هندسة العمليات الإدارية، دمج الأنشطة والمهام الفرعية في مهمة واحدة للحصول على خدمة

متميزة وسرعة في الأداء وتكاليف أقل، ضرورة مواكبة التطورات التكنولوجية الحديثة واستخدام البرامج المتطورة الداعمة لتنفيذ الأساليب الحديثة في تطوير العمل الإداري.

دراسة العربي (2012) بعنوان أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي للعاملين في الأجهزة الحكومية المحلية- دراسة ميدانية في جامعة ورقلة (الجزائر). سعت هذه الدراسة إلى دراسة أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي للعاملين في الأجهزة الحكومية المحلية وذلك من خلال البحث في حجم الأداء، ونوعية الأداء وكفاءة الأداء وسرعة الإنجاز وتبسيط العمل، إذ اختيرت جامعة ورقلة لتشخيص واقع استخدام تكنولوجيا المعلومات ومدى أثره على الأداء الوظيفي للعاملين وذلك من خلال اتجاهات وأراء موظفيها، ومن ثم الخروج بجملته من المقترحات تساهم في رفع وتحسين أداء موظفيها وبالتالي يعود على أدائها العام.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام تكنولوجيا المعلومات والأداء الوظيفي للعاملين مما يؤكد على أن جامعة ورقلة تدرك هذه الأهمية وتسير بخطوات إيجابية في الاستثمار والتطوير في هذه الأداة.
- أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام تكنولوجيا المعلومات وحجم الأداء، نوعية الأداء، كفاءة الأداء وتبسيط العمل.
- أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام تكنولوجيا المعلومات وسرعة الإنجاز وهذا يدعو جامعة ورقلة للقيام بتنفيذ هذا المتغير من خلال رفع مهارات العاملين وتدريبهم لإكساب الخبرة كي يكون هناك موائمة ما بين تكنولوجيا المعلومات وكيفية استخدامها بالشكل الأمثل.
- أظهرت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي تعزى للمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي.
- أظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي تعزى للمتغيرات السن، الأقدمية المهنية والفئة الوظيفية.

ووضعت الدراسة مجموعة من أهم الأهداف وكانت كما يلي:

- العمل على تحديد الهدف من الجهاز الإداري في ظل التغيرات العالمية وإعادة النظر في بعض الهياكل الإدارية بما يتناسب مع الدور المتوقع للجهاز الإداري وتحقيق التوازن بين وحدات الجهاز الإداري والإدارات التابعة له وإعادة النظر في الوظائف المتماثلة التي تقع في نفس الإدارة الواحدة وضمان تحقيق التنسيق بين الأنشطة المختلفة والوحدات منعاً لتضارب الاختصاصات أو ازدواجية العمل وتفعيل دور وحدات المتابعة والتقييم والموائمة بين عامل الكفاءة والبعد الاجتماعي.

- العمل على تحديث وتطوير البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات بشكل دائم ومستمر ويتناسب مع طبيعة العمل وأيضاً الربط الحاسوبي الداخلي بين الأقسام الإدارية حتى يتم تحقيق السرعة في توفير المعلومات والتكامل في تحقيق الخدمات.

- العمل على رفد الجامعة بالكوادر البشرية المؤهلة والمدرّبة والقادرة على استخدام تكنولوجيا المعلومات أي مراعاة العنصر البشري عند الاختيار والتعيين من حيث التخصص والمؤهلات، حيث أن كفاءة الأجهزة الحكومية تعتمد بشكل كبير على الاستثمار في العنصر البشري الذي يعد من أهم العناصر في العملية الإدارية.

- إعداد البرامج والدورات التدريبية وعقد ورش العمل والندوات المناسبة لمختلف المستويات الإدارية، حول الطرق الفعالة للتعامل مع تكنولوجيا المعلومات، والعمل على توفير هذه الأداة لكل الجامعة ولجميع الوحدات الإدارية، وأتمته أعمالها وذلك لزيادة السرعة والدقة في إنجاز المهام والواجبات.

دراسة فؤاد (2013) بعنوان آلية مقترحة لتطوير إدارة المدرسة الثانوية بمصر على ضوء مدخل إعادة هندسة العمليات الإدارية. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مفهوم الهندسة الإدارية والأسس النظرية لأهم توجهات مدخل إعادة هندسة العمليات الإدارية والوقوف على الممارسات الفعلية لمدخل إعادة هندسة العمليات الإدارية وكيفية تطبيقه والصعوبات التي تواجه هذا المدخل وتقديم مقترحات لتطوير إدارة المدرسة الثانوية في مصر باستخدام الهندسة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- عدم متابعه تلك المدارس للتطورات العالمية في الأعمال المدرسية.

- غياب التخطيط السليم وضعف الاتصال بين المدارس.
- استخدام مدخل الهندرة ينقل المدرسة نقله نوعية تحقق تحسن متميز.
- عدم اعتماد إدارة المدارس على التكنولوجيا.
- ضرورة تكوين فريق عمل لتطبيق الهندرة بالمدارس.

وكانت من أهم ما توصلت إليه الدراسة:

- تفعيل الوحدات التدريبية بالمدرسة للتوعية بمدخل الهندرة.
- اتباع نمط التفكير الابتكاري في التخطيط.
- تطبيق نظام الكتروني وزيادة الثقة لدى المعلمين.
- تبسيط الإجراءات.
- الاستفادة من الخبراء القدامى.
- إيجاد وحده تشرف على تطبيق الهندرة وتفعيل نظام التكنولوجيا.
- وضع خطة صريحة واضح بها كل الإجراءات ووسائل تطبيق الهندرة.
- وضع أسس في انتقاء المدراء والقادة.
- تخصيص حوافز مالية لكل من يعمل على تطوير المدارس.

دراسة حمدان وسليم (2013) تقييم ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات العامة الفلسطينية. عرّقت هذه الدراسة سلامة المريض بالسلامة من الحوادث العرضية نتيجة الرعاية الطبية أو الأخطاء الطبية. وقد لاقى الموضوع اهتماماً متجدداً بعد أن نشر معهد الصحة العالمي تقريراً يوضح فيه الحاجة لتغييرات جذرية في النظام الصحي لمنع المضاعفات والوفيات الناتجة عن أخطاء الرعاية الطبية.

كما اهتمت هذه الدراسة في أهمية بناء وعي ثقافي ومجتمعي حول سلامة المريض هو الخطوة الأولى في تطوير النظام والمؤسسات الصحية. وهذا يتطلب نشر الوعي حول القيم والمعايير حول المؤسسة الصحية فيما يتعلق بالسلوكيات السليمة والضرورية والمطلوبة لسلامة المرضى. إن تقييم الوعي المجتمعي حول سلامة المرضى هو الخطوة الأولى التي تسبق أي برنامج أو حملة في هذا

المجال. وقد طورت مؤسسات عالمية طرقاً دقيقة لدراسة وعي العاملين في المجال الصحي عن ثقافة سلامة المرضى.

وقد تطور النظام الصحي في عهد السلطة الفلسطينية تطوراً ملحوظاً بدعم الممولين الأجانب رغم أنه نشأ في وضع سياسي واجتماعي واقتصادي معقد، وأصبح يشكل الخدمة الصحية الأساسية للمواطنين بما في ذلك قطاع المستشفيات. ويجدر التشديد هنا أن النظام الصحي أولى اهتماماً لزيادة الطاقة الاستيعابية وتنوع الخدمات على حساب جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى.

وقد اهتم النظام الصحي مؤخراً بسلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات الصحية، واشتركت وزارة الصحة الفلسطينية في مبادرة منظمة الصحة العالمية لسلامة المرضى التي تقتضي تقييماً دورياً لمعايير السلامة في الخدمات الطبية. لكن هذا الاهتمام والتوجه لا يزال يصطدم بقلّة المعلومات والأبحاث عن هذا المجال. وتهدف هذه الرسالة إلى تقييم الوعي حول معايير السلامة في الخدمات الطبية لدى العاملين في المجال الصحي، وتأثير العوامل الداخلية في المستشفيات على ذلك.

طبيعة الدراسة: شملت الدراسة 1460 عاملاً في المجال الصحي في 11 مستشفى حكومياً في الضفة الغربية. وقيمت 11 معياراً ومتغيرين في النتائج.

أظهرت الدراسة مجموعه من النتائج ومن أهمها أن الوعي حول معايير السلامة في الخدمات الصحية لدى العاملين في المجال الصحي كان مرتبطاً بالنتائج التالية:

العمل الجماعي (70%)، التعليم والتطوير المستمر، دور المشرف القيادي في الإدارة الصحية، العقاب والمحاسبة، التوثيق والمراجعة، النقاش والتواصل الوظيفي، دعم إدارة المستشفيات في هذا المجال، وفرة العاملين في المجال الصحي.

وقد قيم 63% من العاملين في السلامة الخدمات الصحية بالمتازة والجيدة جداً، وكان هناك تبايناً بحسب حجم المستشفيات، ووفرة الطواقم الطبية وعدد ساعات العمل.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها في غياب الوعي ومعايير السلامة في الخدمات الصحية لدى العاملين في المجال الصحي في المكونات التالية:

انتشار ثقافة العقاب والتلوم، نقص التدقيق والمراجعة التقييمية الأرشيفية، غياب التواصل والنقاش الفعال، غياب الدعم الإداري الكافي. وشددت على أهمية إنشاء المزيد من المستشفيات وزيادة عدد الطاقم الصحي.

2. 3. 1 نقد الدراسات السابقة:

لقد تناولت الدراسات السابقة عدة مواضيع والتي تدور حول الموضوع الذي تناوله الباحث، والذي تركز على الهندسة الإدارية، مع الاختلاف في استخدام التعابير والمفاهيم أحيانا من دراسة إلى أخرى، إن هذا التشابه في تناول نفس الموضوع يؤكد أهمية موضوع الدراسة وأن هناك اهتماما من قبل الباحثين والدارسين فيه رغم تناولهم له من نواحي مختلفة ومتعددة، وقد استعرضت الدراسات السابقة عدة مواضيع، منها: المفاهيم المتعددة لإعادة الهندرة، وأهمية إعادة الهندرة للمنظمات التي ينطبق عليها إعادة الهندرة ومن يقوم بالهندرة وأهمية استخدام التكنولوجيا.

وقد تم الاستفادة من قبل الباحث نتيجة الاطلاع على الدراسات السابقة كما يأتي:

- زيادة المعرفة بكيفية التعامل مع موضوع الدراسة الحالية، حيث أعطت تلك الدراسات فكرة عامة حول موضوع الدراسة، كذلك أعطت بعض التفاصيل اللازمة للدراسة الحالية والتي استخدمت في مراحل الدراسة المختلفة.
- إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية.
- الاطلاع على الأساليب والمناهج التي استخدمتها تلك الدراسات.

2. 3. 2 أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

- استخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي والاستبانة وهو الأداة التي استخدمت في هذه الدراسة من قبل الباحث.
- استخدمت بعض الدراسات نفس المتغيرات الرئيسية التي استخدمت في هذه الدراسة، وهي إعادة الهندرة وأثرها على الأداء الوظيفي.

- توصلت تلك الدراسات في معظمها إلى توصيات متقاربة.

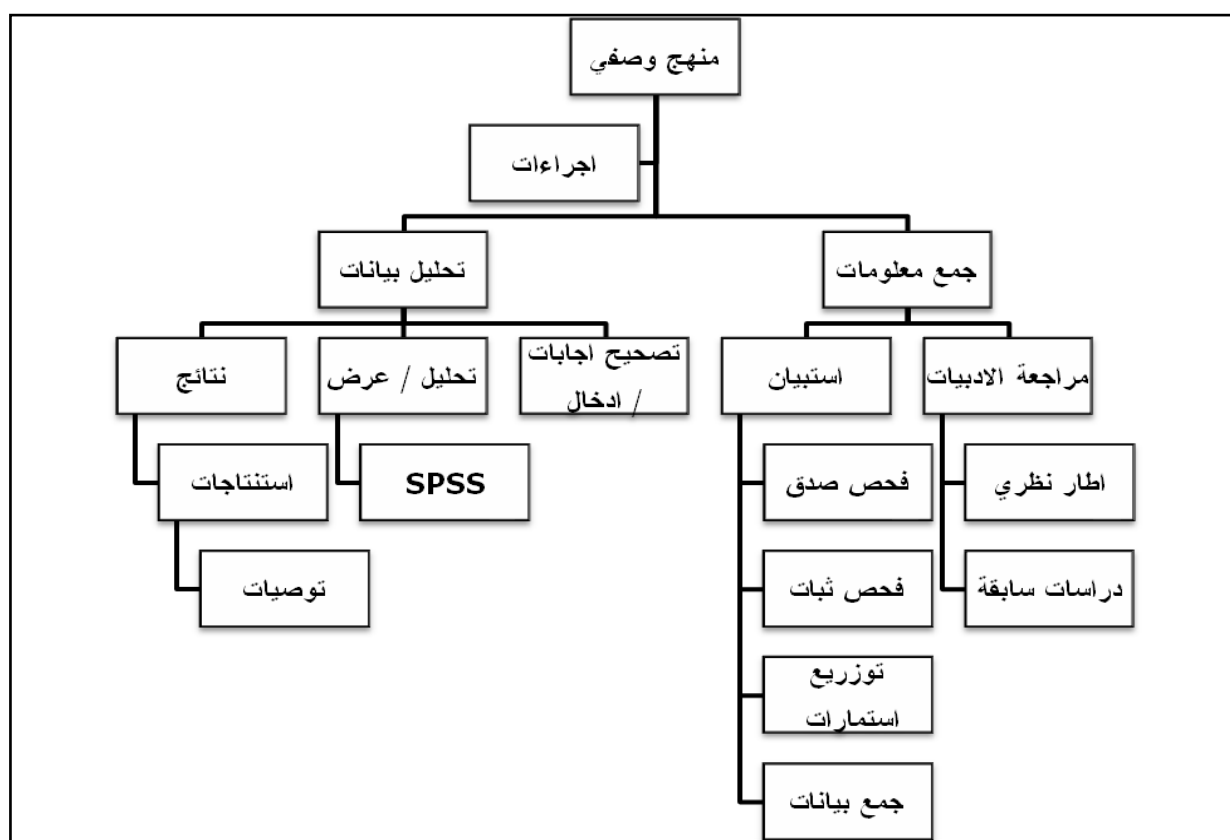
2. 3. أوجه الاختلاف مع الدراسات السابقة:

1. توصلت هذه الدراسة إلى معرفة كفاءة العاملين في المستشفيات.
2. توصلت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق الهندسة الإدارية في المستشفيات.
3. أسفرت نتائج البحث عن بيان تفاعل بين عناصر الهندسة الإدارية مع الأداء الوظيفي.
4. توصلت هذه الدراسة إلى وجود درجة عالية من الانتماء لدى العاملين حال تم تحفيزهم.

الفصل الثالث:

منهجية وإجراءات الدراسة:

منهج هذه الدراسة وخطواتها وإجراءاتها الرئيسية، من جمع البيانات وحتى الخروج بالتوصيات، يشرحها الشكل (1.3) التالي، وفيما يأتي عرض لهذه الإجراءات والخطوات:



الشكل (1.3) منهج الدراسة وخطواتها وإجراءاتها الرئيسية

1.3 منهجية الدراسة وأدواتها

استخدم الباحث في إعداد هذه الدراسة، المنهج الوصفي التحليلي لإجراء الدراسة، حيث يعمل المنهج الوصفي على وصف الظاهرة ودراستها وجمع المعلومات والبيانات، وخاصة أن هذا المنهج يعتمد على دراسة ووصف الواقع كما هو.

3. 2 أداة الدراسة

- اعتمدت الدراسة على عدة مصادر وأدوات لجمع البيانات وهي كما يلي:
- المصادر الأولية: وهي المصادر التي تم جمعها من خلال الاستبيان كما هو موضح في الجدول رقم (1.3).
 - المصادر الثانوية: وهي المصادر التي تم التزود بها من خلال التقارير والوثائق والكتب والدراسات السابقة والتي لها علاقة بموضوع الدراسة.

يوضح الجدول 1.3 توزيع فقرات الاستبانة على محاورها كما يأتي:

جدول 3. 1-أ : توزيع فقرات الاستبانة على محاورها

الرقم	المحور	عدد الفقرات
القسم الأول		
1	أسئلة حول المعلومات الشخصية.	8
القسم الثاني يتكون من 6 أجزاء		
1	يغطي أبعاد المتغير المستقل بإعادة الهندسة الإدارية	30
1	أولاً: تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	5
1	ثانياً: تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5
1	ثالثاً: تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5
1	رابعاً: مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5
1	خامساً: تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5
1	سادساً: تكنولوجيا المعلومات	5

جدول 3.1 - ب: توزيع فقرات الاستبانة على محاورها

الرقم	المحور	عدد الفقرات
القسم الثالث يتكون من 6 أجزاء		
1	يغطي أبعاد المتغير التابع للأداء الوظيفي	33
1	أولاً: وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5
1	ثانياً: تكلفة العمليات الإدارية	4
1	ثالثاً: جودة العمليات الإدارية	6
1	رابعاً: تحقيق أهداف المستشفى	6
1	خامساً: التكامل بين العمليات الإدارية (مدى إمكانية التواصل بين الأقسام المختلفة في المستشفى)	5
1	سادساً: التمكين الإداري بين العاملين (عملية اكتساب القوة اللازمة لاتخاذ القرارات والإسهام في وضع الخطط واستخدام الخبرة الموجودة لدى الأفراد لتحسين الأداء)	7

3.3 صدق أداة الدراسة (تحكيم الاستبانة)

لقد تم مراجعة الاستبانة وتحكيمها من قبل عدد من الأكاديميين، والمتخصصين ذوي الخبرة، للارتقاء بمستوى مصداقية الاستبانة لضمان تحقيقها للهدف الذي وضعت من أجله، وقد كان لملاحظاتهم أثراً إيجابياً في تطوير وتحسين الاستبانة ووضعها في صورتها النهائية كما في (ملحق 1.3)، أما (ملحق 2.3) فيبين أسماء محكمي الاستبانة. كما وتم توزيع الاستبانة على عينة من مجتمع الدراسة للتأكد من جودة الاستبانة، وتم التعديل وإعادة الصياغة بناء على ملاحظات العينة التي تم توزيعها، ولفحص صدقها إحصائياً تم احتساب معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي. وقيم معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي لمحاور الاستبانة يلخصها (جدول 3.3- أ و ب) وملحق (رقم 3.3) حساب كرونباخ ألفا لكل فقره من فقرات الدراسة.

جدول 3. 2: قيم معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي لمحاور الاستبانة

المجالات	عدد الفقرات	قيمة ألفا
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	5	0.938
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5	0.895
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5	0.917
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5	0.914
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5	0.855
تكنولوجيا المعلومات	5	0.928
الهندسة الإدارية	30	0.974
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	5	0.947
تكلفة العمليات الإدارية	4	0.920
جودة العمليات الإدارية	6	0.886
تحقيق أهداف المستشفى	6	0.919
التكامل بين العمليات الإدارية	5	0.898
التمكين الإداري بين العاملين	7	0.654
الأداء الوظيفي	33	0.968
الدرجة الكلية	63	0.984

يتضح من (الجدول 2.3) أن معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي مرتفع لكامل الاستبانة، حيث بلغت القيمة الكلية (0.984)، كما وبلغت أقل قيمة (0.654)، وأعلى قيمة (0.947)، وعليه اعتبرت الاستبانة صادقة.

ويوضح الملحق (3.3) حساب كرونباخ ألفا لكل فقره من فقرات الدراسة.

4.3 تحليل البيانات

في هذه الدراسة استخدمت المعالجات التالية:

إحصاء وصفي: متوسطات حسابية وانحرافات معيارية.

إحصاء استدلالى لفحص فرضيات الدراسة عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) عن طريق الاختبارات الإحصائية الآتية: اختبار ت (t -test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One way analysis of variance)، واختبار توكي (Tukey test)، ومعامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation)، ومعامل الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach alpha) وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

5.3 حدود ومحددات الدراسة

تتلخص الحدود الزمنية والمكانية والبشرية للدراسة فيما يلي:

الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال الفترة من شهر 2013/12 ولغاية شهر 2014/3 الحدود المكانية: المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية في محافظة رام الله والبيرة. الحدود البشرية: المديرون ورؤساء الأقسام في المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية في محافظة رام الله والبيرة.

محددات الدراسة:

1. قلة المصادر والمراجع ذات العلاقة المباشرة بموضوع الدراسة.
2. تأخر استيفاء بعض الاستثمارات من قبل المبحوثين، ووجوب العودة لهم مرارا للحصول عليها.
3. عدم تواجد بعض المبحوثين المستهدفين في أماكن عملهم ضمن العينة لفترة طويلة أثناء فترة جمع البيانات، بسبب الإجازات أو السفر.
4. اقتصرت الدراسة على استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وبالتالي تتحدد طبيعة البيانات وكفايتها بشمولية الأداة وصدقها، وكذلك تحددت هذه الدراسة بالتعريفات الإجرائية لمفاهيمها.

واجه الباحث مجموعة من الصعوبات أثناء توزيع الاستبانات، وهذه الصعوبات تتمثل بما يلي:

1. إحدى المستشفيات الأهلية هي من تولت عملية توزيع الاستبانة بناءً على قرار من الإدارة.
2. عدم القدرة على الوصول لجزء من العينة المستهدفة بسبب انشغالهم.
3. انخفاض نسبة المشاركة بين الفئات العليا في المستشفيات.

3.6 مجتمع الدراسة (الإطار والعينة)

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مديري الإدارات ورؤساء الأقسام العاملين في الوظائف الإدارية والطبية في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة ويقدر عددهم بـ 93 موظف وذلك بناءً على المعلومات التي حصل عليها الباحث من الجهات المختصة في المستشفيات، موزعين حسب القطاع والإطار كما في الجدول 3.3.

جدول (3.3): مجتمع الدراسة حسب القطاع والإطار والاستجابة

الاسم	القطاع	الإطار	عدد المستجيبين	نسبة الاستجابة
مجمع فلسطين الطبي	حكومي	38	34	89.5%
جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني (رام الله والبيرة)	أهلي	15	9	73.0%
جمعية أصدقاء المريض الخيرية/ مركز خليل أبو ريا للتأهيل	أهلي	9	9	100%
مستشفى المستقبل	خاص	5	5	100%
مستشفى الرعاية العربية التخصصي	خاص	11	5	45.5%
مستشفى مسلم	خاص	15	9	60.0%
المجموع		93	71	76.3%

إطار المعاينة:

قائمة بالمستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية في محافظة رام الله والبيرة في فترة مرجعية عام 2012 - 2013.

تصميم العينة:

حصر شامل (تم توزيع الاستبانة على كافة المدراء ورؤساء الأقسام في المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية العاملة في محافظة رام الله والبيرة)

حجم العينة:

بلغ حجم مجتمع الدراسة 93 مدير ورئيس قسم، وعينة الدراسة هي 71.

7.3 أخلاقيات الدراسة

1. تم التأكيد لمجتمع الدراسة بسرية المعلومات.
2. تم الحصول على إذن من كل المستشفيات لتوزيع الاستبانة.
3. تم شرح بعض عناصر الاستبانة لبعض الموظفين.
4. تم الحصول على إذن من وزير الصحة لتوزيع الاستبانة في مجمع فلسطين الطبي.
5. تم تزويد بعض الموظفين مواد علمية عن موضوع الدراسة.

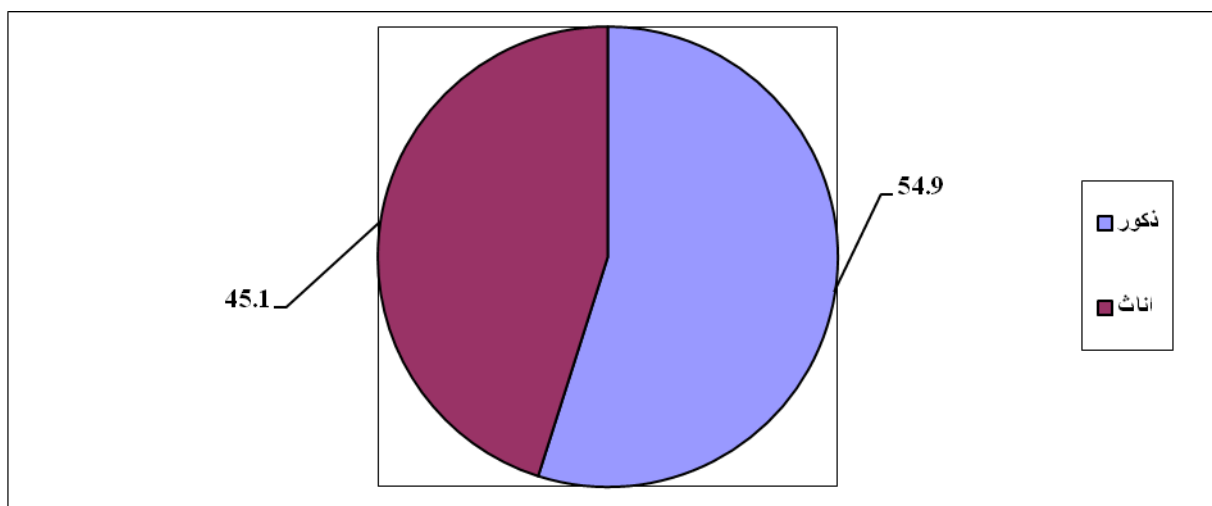
الفصل الرابع:

نتائج الدراسة:

1.4. الخصائص الديمغرافية لمجتمع الدراسة

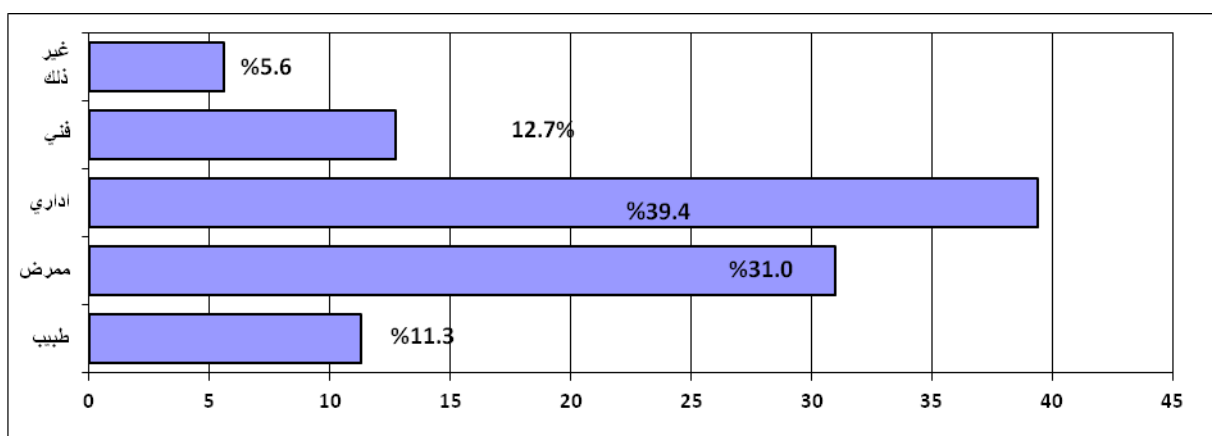
فيما يأتي استعراض للخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة وهي: الجنس، الوظيفة، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، والتخصص العلمي، والخبرة العملية، العمر، قطاع العمل، حيث أنه من الممكن أن يكون لتلك الخصائص تأثيراً على إجاباتهم نحو تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة).

وفيما يتعلق بجنس المبحوثين، يتضح من (الشكل 1.4) إن عدد الذكور، بلغ 39 بنسبة (54.9%) من إجمالي العينة، فيما بلغ عدد الإناث 32 بنسبة (45.1%).



شكل 1.4: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

أما فيما يتعلق بتوزيع العينة حسب الوظيفة (الشكل 2.4) فإن أن أعلى نسبة للممثلين في العينة كانت لمن هم يعملون كإداريين بنسبة 39.4%، يليهم من يعملون في وظيفة ممرض 31.0%، في حين بلغت نسبة الفنيين 12.7% والأطباء 11.3%، في حين أن 2.8% يعملون في وظائف أخرى.



شكل 2.4: توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

وفيما يتعلق بالمسمى الوظيفي لأفراد العينة، فيتضح من خلال (الجدول 1.4) أن 14.1% يعملون في مراكز إدارية عليا (تشمل مدير دائرة ومدير عام) وأكثر من ثلثي الهيئة يعملون في مركز رئيس قسم أو إدارة متوسطة 70.7%، في حين أن 15.5% يعملون في مراكز إدارية دنيا.

جدول (1.4): توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي

الفئة الوظيفية	التكرار	النسبة المئوية
إدارات عليا	10	14.1
رئيس قسم	50	70.4
إدارات دنيا	11	15.5
المجموع	71	100

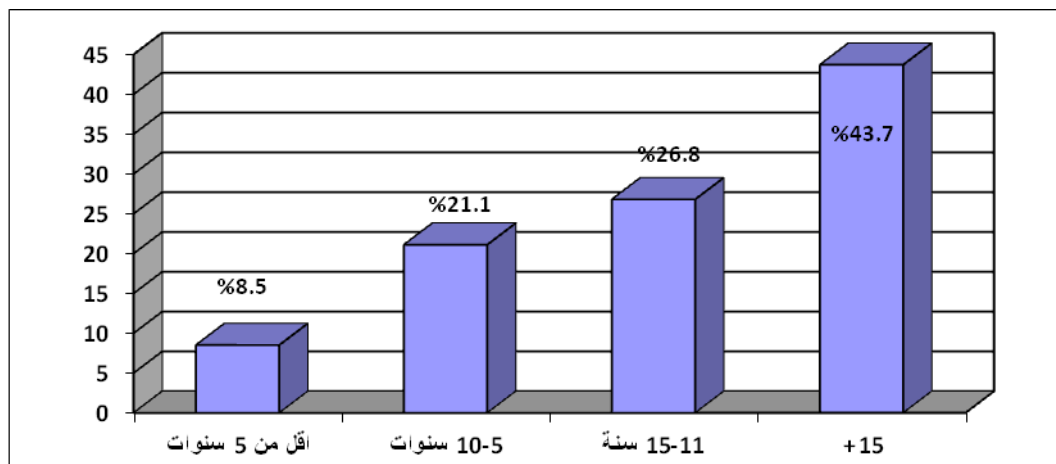
وأما فيما يتعلق بمستوى المؤهل العلمي، فيشير (الجدول 5.1.4) إلى أن أعلى نسبة كانت لحملة شهادة البكالوريوس (50.7%) من إجمالي العينة، يليها حملة شهادات الدراسات العليا بنسبة 36.6%، يليها حملة شهادة الدبلوم المتوسط وقل بنسبة 12.7%.

جدول (2.4): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
دراسات عليا	26	36.6
بكالوريوس	36	50.7
دبلوم متوسط وقل	9	12.7
المجموع	71	100

وفيما يتعلق بسنوات الخبرة، فيبين (الشكل 4.4) بأن النسبة الأعلى من المبحوثين هم ممن لديهم عدد سنوات خبرة أكثر من 15 سنة وبلغت نسبتهم 43.7%، تلتهم الفئة (11-15 سنة) بنسبة 26.8%، في حين بلغت النسبة 21.1% لمن لديهم خبرة (5-10 سنوات)، و8.5% لمن لديهم سنوات خبرة أقل من 5 سنوات. وتعتبر سنوات الخبرة العملية من المؤشرات الهامة على القدرة على إنجاز الأعمال بصورة

جيدة ومهنية ومؤشر مهم أيضا على القدرة على أداء المهام بنجاح، ويرتبط هذا المؤشر أيضا بالمستوى التعليمي والموقع الوظيفي كمؤشرات مكملة لبعضها بعضاً.



شكل 4.4: توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العمل (الخبرة العملية)

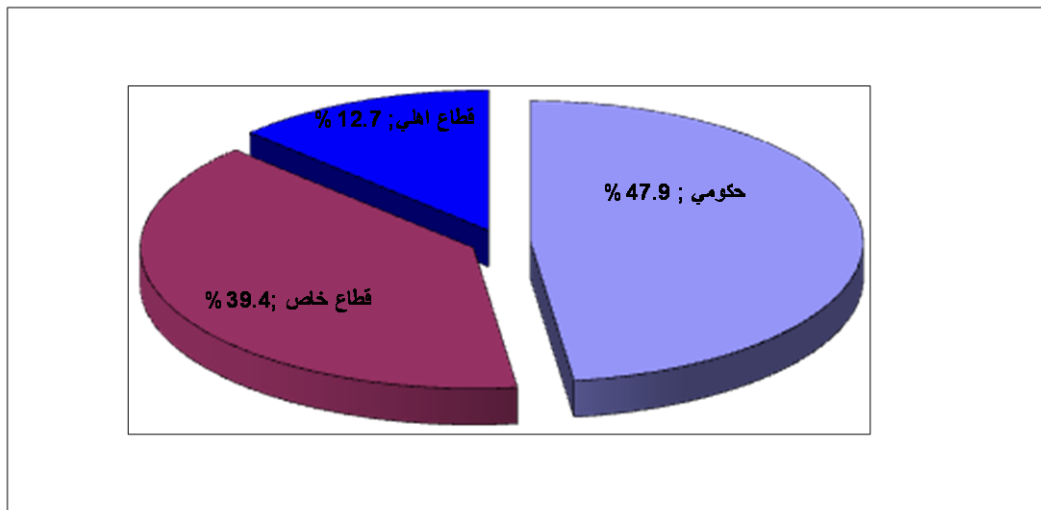
أما فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب العمر، فيتضح من (الجدول 3.4) بأن أعلى نسبة حصلت عليها الفئة العمرية 45 سنة فأكثر بنسبة 31.0%، تلتها الفئة العمرية (35-39 سنة) بنسبة 23.9%، فيما حصلت الفئة العمرية (40-49 سنة) على 19.7%، وكانت أقل نسبة 12.7% لكل من الفئة العمرية 31-34 سنة والفئة العمرية أقل من 30 سنة.

جدول (3.4): توزيع أفراد العينة حسب العمر

النسبة المئوية	التكرار	العمر
25.4	18	أقل من 34 سنة
43.6	31	35-44 سنة
31.0	22	+45
100	71	المجموع

أما فيما يتعلق بتوزيع العينة حسب قطاع العمل، فيشير (الشكل 4.4) إلى أن حوالي نصف العينة (47.9%) يعملون في القطاع العام الحكومي، يلي ذلك القطاع الخاص بنسبة 39.4%، وجاءت أقل

نسبة للقطاع الأهلي بواقع 12.7%، وتجدر الإشارة إلى أن حجم كل قطاع يعزى إلى الإطار الذي سحبت العينة على أساسه، إذ أن تمثيل كل قطاع في العينة كان اعتماداً على الإطار، ويعزى السبب لعدم تساوي نسبة التمثيل لكل القطاعات إلى الإطار.



شكل 5.4 : توزيع أفراد العينة حسب القطاع

2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو تطبيق عناصر الهندسة الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة

1.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو العمليات الإدارية والآليات المتبعة في المستشفى وأنماطها

يوضح الجدول (4.4) التحليل الإحصائي لمحور العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى حسب استجابة أفراد العينة.

الجدول (4.4) تحديد العمليات الإدارية الموجودة في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
72.4	0.90	3.62	73.3	0.71	3.67	68.6	1.17	3.43	75.3	0.65	3.76	تقوم إدارة المستشفى بتحديد العمليات الإدارية المعمول بها بطريقة محددة
72.4	0.88	3.62	73.3	0.71	3.67	70.0	1.14	3.50	74.1	0.68	3.71	تعمل إدارة المستشفى على تحديد الاحتياجات اللازمة لإجراء أي عملية إدارية
69.0	0.92	3.45	66.7	1.00	3.33	65.0	1.08	3.25	72.9	0.73	3.65	تعمل إدارة المستشفى على تحديد المخرجات المتوقعة نتيجة تنفيذ العمليات الإدارية
69.6	0.92	3.48	68.9	0.88	3.44	65.7	1.15	3.29	72.9	0.69	3.65	العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تتماشى مع استراتيجية المستشفى
71.0	0.94	3.55	68.9	1.13	3.44	70.0	1.07	3.50	72.4	0.78	3.62	العمليات الإدارية المطبقة في المستشفى تلبي الاحتياجات ذات الأساسية
70.9	0.82	3.54	70.2	0.85	3.51	67.9	1.06	3.39	73.5	0.54	3.68	إجمالي المتوسطات لمحور تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى

بخصوص محور (تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى) أظهرت النتائج (جدول 4.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور من حيث أن إدارة المستشفى تقوم بتحديد العمليات الإدارية المعمول بها بطريقة محددة، وتعمل على تحديد الاحتياجات اللازمة لإجراء أي عملية إدارية، وتعمل على تحديد المخرجات المتوقعة نتيجة تنفيذ العمليات الإدارية، وأن العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تتماشى مع استراتيجية المستشفى وتلبي الاحتياجات الأساسية.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم بين موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.400) كما يظهر ذلك في الجدول (4.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.68) يليه القطاع الأهلي (3.51) ثم القطاع الخاص (3.39).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.54، والأهلي هو 0.85 والخاص هو 1.06 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري

أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي) ؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

2.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو إجراءات تصميم العمليات الإدارية في المستشفيات؟

الجدول (5.4) تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة.

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
67.0	0.94	3.35	68.9	0.73	3.44	65.0	1.17	3.25	68.2	0.78	3.41	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها الإدارية بما يلبي المتطلبات المحلية والدولية
74.6	0.84	3.73	84.4	0.44	4.22	70.0	1.07	3.50	75.9	0.64	3.79	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها بعد الأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات المتاحة
69.3	0.92	3.46	71.1	0.88	3.56	63.6	1.16	3.18	73.5	0.64	3.68	توجد تعليمات تنظيمية لمعظم الأنشطة والعمليات والإجراءات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية
67.0	0.93	3.35	71.1	0.88	3.56	61.4	1.12	3.07	70.6	0.71	3.53	توجد تعليمات تطبيقية لمعظم الأنشطة والعمليات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية
67.9	1.02	3.39	75.6	0.83	3.78	63.6	1.31	3.18	69.4	0.75	3.47	يتم تصميم نظام رقابي يشمل إجراءات عمل وقائية وتصحيحية
69.2	0.78	3.46	74.2	0.64	3.71	64.7	1.04	3.24	71.5	0.50	3.58	إجمالي المتوسطات لمحور تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

بخصوص محور (تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج (جدول 5.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات من حيث أن إدارة المستشفى تقوم بتصميم عملياتها الإدارية بما يلبي المتطلبات المحلية والدولية، تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها بعد الأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات المتاحة، توجد تعليمات تنظيمية لمعظم الأنشطة والعمليات والإجراءات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية، توجد تعليمات تطبيقية لمعظم الأنشطة

والعمليات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية، يتم تصميم نظام رقابي يشمل إجراءات عمل وقائية وتصحيحية.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.137) كما يظهر ذلك في الجدول (4. 2. 2) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الأهلي كان الأكبر بمتوسط حسابي (3.71) ثم القطاع الحكومي (3.58) ثم القطاع الخاص (3.24).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.50 والأهلي هو 0.64 والخاص هو 1.04 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي) ؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

3.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو آليات التنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية بالمستشفيات؟

الجدول (6.4) تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												مقرات محور تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	
المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	
71.0	0.92	3.55	73.3	0.87	3.67	70.7	1.14	3.54	70.6	0.75	3.53	تقوم إدارة المستشفى بتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ العمليات الإدارية
69.6	0.95	3.48	73.3	1.00	3.67	65.7	1.21	3.29	71.8	0.66	3.59	تهيئ إدارة المستشفى نظم المعلومات المطلوبة لتنفيذ العمليات الإدارية
64.8	1.08	3.24	71.1	1.01	3.56	65.7	1.24	3.29	62.4	0.95	3.12	تعمل إدارة المستشفى على توفير الأفراد المؤهلين لتنفيذ العمليات الإدارية
60.8	0.96	3.04	60.0	0.71	3.00	59.3	1.10	2.96	62.4	0.91	3.12	تدرب إدارة المستشفى العاملين على إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية
64.2	1.05	3.21	71.1	0.88	3.56	60.7	1.26	3.04	65.3	0.90	3.26	تقوم إدارة المستشفى بوضع العمليات الإدارية والمصادقة عليها قبل البدء بأي إجراء إداري
66.1	0.86	3.30	69.8	0.80	3.49	64.4	1.09	3.22	66.5	0.66	3.32	إجمالي المتوسطات لمحور تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

بخصوص محور (تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج (جدول 6.4) موافقة إجابات المستطلعة آراؤهم بدرجة متوسطة¹ على مختلف فقرات المحور والتي تتضمن أن إدارة المستشفى تقوم بتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ العمليات الإدارية، تهيئ إدارة المستشفى نظم المعلومات المطلوبة لتنفيذ العمليات الإدارية، تعمل إدارة المستشفى على توفير الأفراد المؤهلين لتنفيذ العمليات الإدارية، تدرب إدارة المستشفى العاملين على إجراءات تنفيذ العمليات الإدارية، تقوم إدارة المستشفى بوضع العمليات الإدارية والمصادقة عليها قبل البدء بأي إجراء إداري.

¹. التدرج الخماسي حسب ليكرت حسب مقتضى الحال هنا هو موافق بدرجة كبيرة 4.2-5، موافق 3.4-4.19، موافق بدرجة متوسطة 2.6-3.39، موافق بدرجة قليلة 1.8-2.59، غير موافق إطلاقا 1-1.79.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.715) كما يظهر ذلك في الجدول (6.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الأهلي (3.49) كان الأكبر يليه القطاع الحكومي (3.32) ثم القطاع الخاص (3.22)؛ وهذا ما يعطي الأفضلية الأهلي ثم الحكومي ثم الخاص.

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.66 والأهلي هو 0.80 والخاص هو 1.09 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

4. 2. 4 توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة.

الجدول (7.4) توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	الوسط	الانحراف	الوسط	
المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	الحسابي	المعياري	الحسابي	
72.1	0.84	3.61	77.8	0.78	3.89	67.1	1.06	3.36	74.7	0.57	3.74	تحدد المستشفى العمليات الإدارية الأساسية التي تريد متابعتها ورقابتها
70.1	1.04	3.51	77.8	1.05	3.89	67.9	1.23	3.39	70.0	0.86	3.50	يوجد التزام من الإدارة العليا بتطبيق نظام الرقابة

الجدول (8.4) توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	تقوم إدارة المستشفى بتحليل العملية الإدارية والأداء الوظيفي الفعلي ومقارنتها مع الأداء المخطط لها
67.3	1.03	3.37	71.1	0.88	3.56	66.4	1.16	3.32	67.1	0.98	3.35	تقوم المستشفى باتخاذ إجراءات تصحيحية في حال وجود انحراف عن الأداء المخطط له
64.5	0.99	3.23	66.7	1.00	3.33	64.3	1.13	3.21	64.1	0.88	3.21	يوجد مراجعه دورية للخطط ا لموضوع من المستويات الإدارية المختلفة
67.6	0.85	3.38	71.6	0.83	3.58	65.7	1.03	3.29	68.1	0.70	3.41	إجمالي المتوسطات لمحور مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

بخصوص محور (مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت نتائج (جدول 8.4) موافقة المستطلعة آراؤهم بدرجة متوسطة على مختلف فقرات المحور من حيث أن المستشفى يحدد العمليات الإدارية الأساسية التي تريد متابعتها ورقابتها، يوجد التزام من الإدارة العليا بتطبيق نظام الرقابة، تقوم إدارة المستشفى بتحليل العملية الإدارية والأداء الوظيفي الفعلي ومقارنتها مع الأداء المخطط لها، تقوم المستشفى باتخاذ إجراءات تصحيحية في حال وجود انحراف عن الأداء المخطط له، يوجد مراجعه دورية للخطط الموضوعة من المستويات الإدارية المختلفة.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة

658). كما يظهر ذلك في الجدول (8.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع القطاع الأهلي (3.58) كان الأكبر ثم الحكومي (3.41) يليه القطاع الخاص (3.29).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.70 والأهلي هو 0.83 والخاص هو 1.03 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

5.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو دور التكنولوجيا في تحسين وتنفيذ وتطوير العمليات الإدارية في قطاع المستشفيات؟

الجدول (9.4) تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
71.0	1.07	3.55	64.4	1.30	3.22	71.4	1.10	3.57	72.4	0.99	3.62	تقوم الأقسام الإدارية والطبية بالتنسيق فيما بينها
58.3	1.09	2.92	57.8	1.36	2.89	51.4	1.03	2.57	64.1	1.01	3.21	توجد في إدارة المستشفى وحدة تطوير تعنى بتحسين العمليات الإدارية
50.4	1.01	2.52	48.9	0.73	2.44	51.4	1.17	2.57	50.0	0.96	2.50	تتبنى إدارة المستشفى نظام الحوافز لتشجيع الموظفين
59.7	0.96	2.99	57.8	0.78	2.89	62.1	1.17	3.11	58.2	0.83	2.91	تقوم إدارة المستشفى بمطابقة قدرات الأفراد مع متطلبات تنفيذ العملية الإدارية
64.8	1.16	3.24	62.2	1.17	3.11	56.4	1.36	2.82	72.4	0.85	3.62	تدعم إدارة المستشفى برامج التعليم المستمر لرفع الكفاءة وتحسين الأداء الوظيفي
60.8	0.85	3.04	58.2	0.96	2.91	58.6	0.98	2.93	63.4	0.68	3.17	إجمالي المتوسطات لمحور تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

بخصوص محور (تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج (جدول 4.9) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات بدرجة متوسطة المحور من حيث تقوم الأقسام الإدارية والطبية بالتنسيق فيما بينها، توجد في إدارة المستشفى وحدة تطوير تعنى بتحسين العمليات الإدارية، تتبنى إدارة المستشفى نظام الحوافز لتشجيع الموظفين، تقوم إدارة المستشفى بمطابقة قدرات الأفراد مع متطلبات تنفيذ العملية الإدارية، تدعم إدارة المستشفى برامج التعليم المستمر لرفع الكفاءة وتحسين الأداء الوظيفي.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعاً لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.477) كما يظهر ذلك في الجدول (4.2.5) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.17) يليه القطاع الخاص (2.93) ثم القطاع الأهلي (2.91).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة القطاع الحكومي هو 0.68 والأهلي هو 0.96 والخاص هو 0.98 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

الجدول (4.10-أ) توجهات العاملين نحو دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى											فقرات محور تكنولوجيا المعلومات	
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف		الوسط
المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	المئوية	المعياري	الحسابي	تعمل تكنولوجيا المعلومات في المستشفى بالحصول على المعلومات في الوقت المناسب
63.1	1.04	3.15	55.6	0.83	2.78	56,4	1.19	2.82	70.6	0.83	3.53	

الجدول (4.10-ب) توجهات العاملين نحو دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور تكنولوجيا المعلومات
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
68.5	1.08	3.42	68.9	1.24	3.44	60.7	1.23	3.04	74.7	0.79	3.74	تساعد تكنولوجيا المعلومات في سهوله اتخاذ القرار
55.8	1.07	2.79	44.4	0.97	2.22	55.0	1.21	2.75	59.4	0.94	2.97	تخصص المستشفى جزء من الميزانية لتطوير تكنولوجيا المعلومات
69.0	1.13	3.45	62.2	1.36	3.11	62.1	1.29	3.11	76.5	0.80	3.82	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين التواصل فيما بين أقسام المستشفى
67.6	1.20	3.38	60.0	1.50	3.00	61.4	1.30	3.07	74.7	0.93	3.74	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين تقديم خدمات نوعيه وسريعه للمستفيدين
64.8	0.97	3.24	58.2	1.03	2.91	59.1	1.12	2.96	71.2	0.72	3.56	إجمالي المتوسطات لمحور تكنولوجيا المعلومات

بخصوص محور (تكنولوجيا المعلومات) أظهرت النتائج (جدول 10.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور بدرجة متوسطة من حيث تعمل تكنولوجيا المعلومات في المستشفى بالحصول على المعلومات في الوقت المناسب ، تساعد تكنولوجيا المعلومات في سهوله اتخاذ القرار، تخصص المستشفى جزء من الميزانية لتطوير تكنولوجيا المعلومات ، تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين التواصل فيما بين أقسام المستشفى، تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين تقديم خدمات نوعيه وسريعه للمستفيدين.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.027) كما يظهر ذلك في الجدول (4. 2. 6) وكانت الفروق لصالح موظفي القطاع الحكومي. ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.56) يليه القطاع الخاص (2.96) ثم القطاع الأهلي (2.91).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة القطاع الحكومي هو 0.72 والأهلي هو 1.03 والخاص هو 1.12 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

3.4 توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة؟

1.3.4 أثر عناصر الكفاءة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات

الجدول (11.4) وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
62.3	0.98	3.11	71.1	0.88	3.56	57.1	1.15	2.86	64.1	0.81	3.21	يحدد نظام المستشفى مدة زمنية محدده لكل نشاط معمول ومطبق لتنفيذ العملية الإدارية
62.8	0.99	3.14	73.3	0.87	3.67	60.7	1.07	3.04	61.8	0.93	3.09	تراقب إدارة المستشفى مدة تنفيذ أنشطة العمليات الإدارية
63.4	0.96	3.17	68.9	0.88	3.44	60.0	1.12	3.00	64.7	0.82	3.24	تتخذ إدارة المستشفى إجراءات تصحيحية لمعالجة التأخير في تنفيذ العمليات الإدارية
64.8	0.99	3.24	68.9	1.01	3.44	60.0	1.12	3.00	67.6	0.85	3.38	تتبنى إدارة المستشفى المبادرات التي تعمل على تحسين وقت تنفيذ العمليات الإدارية
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	تخصص إدارة المستشفى الموارد اللازمة لتقليل وقت تنفيذ العملية الإدارية
63.0	0.90	3.15	69.8	0.83	3.49	59.3	1.06	2.96	64.2	0.75	3.21	إجمالي المتوسطات لمحور وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

بخصوص محور (وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج (جدول 4.11) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور بدرجة متوسطة من حيث يحدد نظام المستشفى مدة زمنية محدده لكل نشاط معمول ومطبق لتنفيذ العملية الإدارية ، تراقب إدارة المستشفى مدة تنفيذ أنشطة العمليات الإدارية ، تتخذ إدارة المستشفى إجراءات تصحيحية لمعالجة التأخير في تنفيذ العمليات الإدارية. تتبنى إدارة المستشفى المبادرات التي تعمل على تحسين وقت تنفيذ العمليات الإدارية، تخصص إدارة المستشفى الموارد اللازمة لتقليل وقت تنفيذ العملية الإدارية. وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.060) كما يظهر ذلك في الجدول (11.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.21) يليه القطاع الأهلي (3.49) ثم القطاع الخاص (2.96).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.75 والأهلي هو 0.83 والخاص هو 1.06 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

الجدول (12.4) تكلفة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى											فقرات محور تكلفة العمليات الإدارية	
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري		الوسط الحسابي
71.3	1.00	3.56	82.2	0.60	4.11	70.7	1.14	3.54	68.8	0.93	3.44	تأخذ إدارة المستشفى البدائل المتوفرة لتخفيض تكلفة العملية الإدارية.
71.0	0.98	3.55	82.2	0.33	4.11	75.0	1.04	3.75	64.7	0.96	3.24	تراقب إدارة المستشفى تكاليف العمليات الإدارية وتتابعها بشكل دائم
71.0	1.01	3.55	80.0	0.50	4.00	76.4	1.06	3.82	64.1	0.98	3.21	تراقب إدارة المستشفى العوامل التي تزيد من تكاليف العمليات الإدارية
67.6	0.98	3.38	73.3	1.00	3.67	70.0	1.14	3.50	64.1	0.81	3.21	تحلل إدارة المستشفى منافع العمليات الإدارية المعمول بها بالمقارنة مع التكاليف
70.2	0.89	3.51	79.4	0.52	3.97	73.0	0.97	3.65	65.4	0.84	3.27	إجمالي المتوسطات لمحول تكلفة العمليات الإدارية

بخصوص محور (تكلفة العمليات الإدارية) أظهرت النتائج (جدول 4.12) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور من حيث أن تأخذ إدارة المستشفى البدائل المتوفرة لتخفيض تكلفة العملية الإدارية ، تراقب إدارة المستشفى تكاليف العمليات الإدارية وتتابعها بشكل دائم، تراقب إدارة المستشفى العوامل التي تزيد من تكاليف العمليات الإدارية، تحلل إدارة المستشفى منافع العمليات الإدارية المعمول بها بالمقارنة مع التكاليف.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.419) كما يظهر ذلك في الجدول (4.12) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.27) يليه القطاع الأهلي (3.65) ثم القطاع الخاص (3.97).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.84، والأهلي هو 0.52 والخاص هو 0.97 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الأهلي، ثم الحكومي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية هنا للقطاع الأهلي ثم الحكومي ثم الخاص.

الجدول (13.4): جودة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور جودة العمليات الإدارية
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
74.1	1.03	3.70	77.8	1.17	3.89	74.3	1.24	3.71	72.9	0.81	3.65	تتناسب الخدمات التي تقدمها المستشفى مع متطلبات المرضى
75.5	1.04	3.77	86.7	0.50	4.33	73.6	1.31	3.68	74.1	0.87	3.71	تسعى إدارة المستشفى للتميز في تقديم الخدمة
68.2	0.98	3.41	66.7	1.12	3.33	64.3	1.17	3.21	71.8	0.74	3.59	يوجد أكثر من بديل لخط سير العملية الواحدة
67.6	1.05	3.38	71.1	0.88	3.56	64.3	1.20	3.21	69.4	0.96	3.47	توجد ثقافة تنظيمية تركز وتهتم بخدمة المرضى
63.1	1.06	3.15	68.9	1.01	3.44	58.6	1.18	2.93	65.3	0.96	3.26	تطبق إدارة المستشفى نظام الاعتماد على الشراكة في اتخاذ القرارات
62.0	1.15	3.10	68.9	1.33	3.44	57.9	1.26	2.89	63.5	1.00	3.18	تعمل إدارة المستشفى على تقديم خدمة عالية الجودة لتحقيق الرضا بين العاملين
68.4	0.84	3.42	73.3	0.87	3.67	65.5	1.05	3.27	69.5	0.62	3.48	إجمالي المتوسطات لمحور جودة العمليات الإدارية

بخصوص محور (جودة العمليات الإدارية) أظهرت النتائج (جدول 13.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور من حيث تتناسب الخدمات التي تقدمها المستشفى مع متطلبات المرضى ، تسعى إدارة المستشفى للتميز في تقديم الخدمة، وجود أكثر من بديل لخط سير العملية الواحدة، توجد ثقافة تنظيمية تركز وتهتم بخدمة المرضى، تطبق إدارة المستشفى نظام الاعتماد على الشراكة في اتخاذ القرارات، تعمل إدارة المستشفى على تقديم خدمة عالية الجودة لتحقيق الرضا بين العاملين.

بمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.093) كما يظهر ذلك في الجدول (13.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر أن المتوسط الحسابي للقطاع الأهلي كان الأكبر (3.67) ثم القطاع الحكومي (3.48) يليه القطاع الخاص (3.27).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة القطاع الحكومي هو 0.62 والأهلي هو 0.87 والخاص هو 1.05 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

1.4.4 أثر عناصر الفاعلية الإدارية على تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات

الجدول (14.4) تحقيق أهداف المستشفى حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور تحقيق أهداف المستشفى
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
58.3	1.04	2.92	64.4	0.83	3.22	55.0	1.17	2.75	59.4	0.97	2.97	تعمل إدارة المستشفى على القضاء على الروتين الزائد بين الأقسام
64.2	1.11	3.21	82.2	0.60	4.11	60.0	1.22	3.00	62.9	1.02	3.15	تعمل إدارة المستشفى على توضيح النظم الإدارية والطبية والقوانين لجميع العاملين
67.0	1.00	3.35	71.1	1.01	3.56	61.4	1.12	3.07	70.6	0.86	3.53	تعمل إدارة المستشفى على توفير الخدمة المطلوبة وبالوقت والسرعة المناسبة
63.4	1.06	3.17	68.9	0.88	3.44	57.1	1.27	2.86	67.1	0.85	3.35	تقوم إدارة المستشفى بتدريب الطواقم الموجودة لديها
58.0	1.10	2.90	68.9	1.01	3.44	54.3	1.27	2.71	58.2	0.93	2.91	تزرع إدارة المستشفى روح الانتماء بين العاملين
65.1	1.01	3.25	75.6	0.83	3.78	59.3	1.14	2.96	67.1	0.88	3.35	تعمل إدارة المستشفى على تقليل الفجوة بين توقعات المواطنين وما يتم تقديمه لهم
62.7	0.89	3.13	71.9	0.76	3.59	57.9	1.05	2.89	64.2	0.72	3.21	إجمالي المتوسطات لمحور تحقيق أهداف المستشفى

بخصوص محور (تعزيز الأداء الوظيفي) أظهرت النتائج (جدول 14.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور بدرجة متوسطة من حيث عمل إدارة المستشفى على القضاء على الروتين الزائد بين الأقسام، تعمل إدارة المستشفى على توضيح النظم الإدارية والطبية والقوانين لجميع العاملين، تعمل إدارة المستشفى على توفير الخدمة المطلوبة وبالوقت والسرعة المناسبة، تقوم إدارة المستشفى بتدريب الطواقم الموجودة لديها، تزرع إدارة المستشفى روح الانتماء بين العاملين، تعمل إدارة المستشفى على تقليل الفجوة بين توقعات المواطنين وما يتم تقديمه لهم.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.445) كما يظهر ذلك في الجدول (14.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الحكومي كان الأكبر (3.21) يليه القطاع الأهلي (3.59) ثم القطاع الخاص (2.89).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة القطاع الحكومي هو 0.72 والأهلي هو 0.76 والخاص هو 1.05 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

الجدول (15.4-أ) التكامل بين العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور التكامل بين العمليات الإدارية
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
71.5	1.02	3.58	71.1	1.01	3.56	69.3	1.26	3.46	73.5	0.81	3.68	تعمل إدارة المستشفى على سرعة الحصول على المعلومات وتبادلها بين الأقسام

الجدول (15.4-ب) التكامل بين العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور التكامل
حكومي			حكومي			حكومي			حكومي			بين العمليات الإدارية
65.4	1.06	3.27	66.7	0.87	3.33	62.9	1.18	3.14	67.1	1.01	3.35	تعمل إدارة المستشفى على سرعة تقديم حلول للمشاكل التي تواجه العاملين في المستشفى
63.4	1.06	3.17	71.1	0.88	3.56	59.3	1.17	2.96	64.7	0.99	3.24	تعمل إدارة المستشفى على تعزيز التواصل بين العاملين
62.0	1.06	3.10	66.7	1.00	3.33	60.7	1.32	3.04	61.8	0.83	3.09	تعمل إدارة المستشفى على تقليل ازدواجية العمل بين العاملين
71.3	1.07	3.56	75.6	0.67	3.78	65.0	1.32	3.25	75.3	0.85	3.76	المعلومات المقدمة من طرف الإدارة سهلة الفهم بالنسبة للعاملين
66.7	0.89	3.34	70.2	0.77	3.51	63.4	1.09	3.17	68.5	0.71	3.42	إجمالي المتوسطات لمحور التكامل بين العمليات الإدارية

بخصوص محور (التكامل بين العمليات الإدارية) أظهرت النتائج (جدول 15.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور بدرجة متوسطة من حيث أن إدارة المستشفى تعمل على سرعة الحصول على المعلومات وتبادلها بين الأقسام ، تعمل إدارة المستشفى على سرعة تقديم حلول للمشاكل التي تواجه العاملين في المستشفى، تعمل إدارة المستشفى على تعزيز التواصل بين العاملين، تعمل إدارة المستشفى على تقليل ازدواجية العمل بين العاملين، المعلومات المقدمة من طرف الإدارة سهلة الفهم بالنسبة للعاملين.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.143) كما يظهر ذلك في الجدول (15.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الأهلي كان الأكبر (3.51) ثم القطاع الحكومي (3.42) يليه القطاع الخاص (3.17).

ولعل عدم وجود رقابة صحيحة مبنية على أسس مهنية داخل المستشفيات يدعم هذا الاستنتاج بشكل كبير.

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة القطاع الحكومي هو 0.71 والأهلي هو 0.77 والخاص هو 1.09 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

الجدول (16.4) التمكين الإداري بين العاملين حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												فقرات محور التمكين الإداري بين العاملين
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	النسبة	الانحراف	الوسط	
المنوية	المعياري	الحسابي	المنوية	المعياري	الحسابي	المنوية	المعياري	الحسابي	المنوية	المعياري	الحسابي	
58.3	0.98	2.92	60.0	0.87	3.00	55.0	1.08	2.75	60.6	0.94	3.03	يتم تدريب العاملين من أجل إشراكهم في اتخاذ القرار
67.6	1.11	3.38	77.8	0.93	3.89	63.6	1.31	3.18	68.2	0.96	3.41	تؤمن إدارة المستشفى بالرقابة الذاتية
69.0	0.91	3.45	77.8	0.60	3.89	62.1	1.03	3.11	72.4	0.78	3.62	سبق وأن حدثت أزمات قام العاملون لدينا بإدارتها من خلال تمكنهم من أخذ القرارات الصائبة
72.7	0.96	3.63	77.8	0.60	3.89	68.6	1.14	3.43	74.7	0.86	3.74	يتصرف العاملون كقادة عند حدوث الأزمات
52.1	1.10	2.61	64.4	1.09	3.22	52.9	1.19	2.64	48.2	0.99	2.41	تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المادية لقاء إدارتهم الفعالة للأزمات
62.5	1.07	3.13	80.0	0.50	4.00	55.7	1.17	2.79	63.5	0.97	3.18	تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المعنوية لقاء إدارتهم الفعالة للأزمات
67.0	1.08	3.35	55.6	1.30	2.78	73.6	1.06	3.68	64.7	0.99	3.24	تخشى إدارة المستشفى من تمكين الموظفين
64.2	0.59	3.21	70.4	0.32	3.52	61.6	0.72	3.08	64.6	0.50	3.23	إجمالي المتوسطات لمحور التمكين الإداري بين العاملين

بخصوص محور (التمكين الإداري بين العاملين) أظهرت النتائج (جدول 16.4) موافقة المستطلعة آراؤهم على مختلف فقرات المحور بدرجة متوسطة من حيث أنه يتم تدريب العاملين من أجل إشراكهم في اتخاذ القرار، تؤمن إدارة المستشفى بالرقابة الذاتية، سبق وأن حدثت أزمات قام العاملون لدينا بإدارتها من خلال تمكنهم من أخذ القرارات الصائبة، يتصرف العاملون كقادة عند حدوث الأزمات، تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المادية لقاء إدارتهم الفعالة للأزمات، تخشى إدارة المستشفى من تمكين الموظفين.

وبمقارنة توجهات عينة الدراسة تبعا لقطاع المستشفى، تظهر النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستطلعة آراؤهم من موظفي القطاع الحكومي والأهلي والخاص (مستوى الدلالة 0.400) كما يظهر ذلك في الجدول (16.4) ومع ذلك فإن مقارنة المتوسطات الحسابية للقطاعات الثلاث يظهر المتوسط الحسابي للقطاع الأهلي (3.52) كان الأكبر يليه الحكومي (3.23) يليه ثم القطاع الخاص (3.08).

يظهر من الجدول أن الانحراف المعياري لإجابة للقطاع الحكومي هو 0.50 والأهلي هو 0.32 والخاص هو 0.72 والانحراف المعياري هو مقياس تشتت القيم عن وسطها الحسابي، وبما أن الانحراف المعياري أقل من نصف الوسط الحسابي في القطاعات الثلاث (الحكومي والخاص والأهلي)؛ فهذا يعني أن البيانات ذات انسجام وتناسق. رغم ذلك يبقى الانحراف المعياري هو الأقل في القطاع الحكومي، ثم الأهلي ثم الخاص، وهذا ما يعطي الأفضلية للحكومي ثم الأهلي ثم الخاص.

5.4 اختبار أسئلة الدراسة:

4. 5. 1 اختبار السؤال الأول: ما مدى إمكانية تطبيق بنود الهندسة الإدارية في قطاع المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة ؟

الجدول (17.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية لمجالات محور إعادة الهندسة الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												خلاصة فقرات محور الهندسة الإدارية
حكومي			خاص			أهلي			المجموع			
الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	
3.45	0.52	69.0	3.17	0.96	63.4	3.35	0.78	67.0	3.33	0.76	66.6	الهندسة الإدارية

4. 5. 2 اختبار السؤال الثاني:

ما هي توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة؟

الجدول (18.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية لمجالات محور الأداء الوظيفي حسب استجابات أفراد العينة

القطاع الذي تتبع له المستشفى												خلاصة فقرات محور الأداء الوظيفي
المجموع			أهلي			خاص			حكومي			
النسبة الوسط	الانحراف الوسط	النسبة الوسط	النسبة الوسط	الانحراف الوسط	النسبة الوسط	النسبة الوسط	الانحراف الوسط	النسبة الوسط	الانحراف الوسط	النسبة الوسط		
المئوية الحسابي	المعيار الحسابي	المعيار الحسابي	المئوية الحسابي	المعيار الحسابي	المعيار الحسابي	المئوية الحسابي	المعيار الحسابي	المئوية الحسابي	المعيار الحسابي	المعيار الحسابي	المعيار الحسابي	
65.9	0.73	3.29	72.5	0.62	3.63	63.5	0.89	3.17	66.1	0.59	3.30	الأداء الوظيفي

4. 6 النتائج المتعلقة بمحور الأداء الوظيفي حسب المتغيرات الديمغرافية

4. 6. 1 اختبار السؤال الثالث:

العلاقة بين المتغيرات الديمغرافية وتوجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة من منظور الهندسة الإدارية؟

الجدول (19.4 - أ) دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

المجالات	القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	حكومي	34	3.68	.54
	خاص	28	3.39	1.06
	أهلي	9	3.51	.85
	المجموع	71	3.54	.82
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	حكومي	34	3.58	.50
	خاص	28	3.24	1.04
	أهلي	9	3.71	.64
	المجموع	71	3.46	.78

الجدول (19.4 - ب) دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

المجالات	القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	حكومي	34	3.32	.66
	خاص	28	3.22	1.09
	أهلي	9	3.49	.80
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	حكومي	34	3.41	.70
	خاص	28	3.29	1.03

الجدول (20.4 - أ) دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين

في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	القطاع	المجالات
.83	3.58	9	أهلي	
.85	3.38	71	المجموع	
.68	3.17	34	حكومي	تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
.98	2.93	28	خاص	
.96	2.91	9	أهلي	
.85	3.04	71	المجموع	
.72	3.56	34	حكومي	تكنولوجيا المعلومات
1.12	2.96	28	خاص	
1.03	2.91	9	أهلي	
.97	3.24	71	المجموع	
.75	3.21	34	حكومي	إعادة الهندسة الإدارية
1.06	2.96	28	خاص	
.83	3.49	9	أهلي	
.90	3.15	71	المجموع	
.84	3.27	34	حكومي	وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى
.97	3.65	28	خاص	
.52	3.97	9	أهلي	
.89	3.51	71	المجموع	

الجدول (20.4 -ب) دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين
في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

المجالات	القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تكلفة العمليات الإدارية	حكومي	34	3.48	.62
	خاص	28	3.27	1.05
	أهلي	9	3.67	.87
جودة العمليات الإدارية	حكومي	34	3.21	.72
	خاص	28	2.89	1.05
	أهلي	9	3.59	.76
	المجموع	71	3.13	.89
تحقيق أهداف المستشفى	حكومي	34	3.42	.71
	خاص	28	3.17	1.09
	أهلي	9	3.51	.77
	المجموع	71	3.34	.89
التكامل بين العمليات الإدارية	حكومي	34	3.23	.50
	خاص	28	3.08	.72
	أهلي	9	3.52	.32
	المجموع	71	3.21	.59
التمكين الإداري بين العاملين	حكومي	34	3.68	.54
	خاص	28	3.39	1.06
	أهلي	9	3.51	.85
	المجموع	71	3.54	.82
الأداء الوظيفي	حكومي	34	3.58	.50
	خاص	28	3.24	1.04
	أهلي	9	3.71	.64
	المجموع	71	3.46	.78

جدول (21.4-أ): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	1.246	2	.623	.928	.400
	داخل المجموعات	45.649	68	.671		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.437	2	1.219	2.043	0.137
	داخل المجموعات	40.554	68	.596		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	.512	2	.256	.337	0.715
	داخل المجموعات	51.557	68	.758		
	المجموع	52.069	70			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	.624	2	.312	.421	.658
	داخل المجموعات	50.349	68	.740		
	المجموع	50.972	70			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.077	2	.538	.748	.477
	داخل المجموعات	48.917	68	.719		
	المجموع	49.993	70			
تكنولوجيا المعلومات	بين المجموعات	6.670	2	3.335	3.799	.027
	داخل المجموعات	59.700	68	.878		
	المجموع	66.370	70			
إعادة الهندسة الإدارية	بين المجموعات	2.129	2	1.064	1.332	.271
	داخل المجموعات	54.328	68	.799		
	المجموع	56.457	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	4.411	2	2.205	2.932	.060
	داخل المجموعات	51.144	68	.752		
	المجموع	55.555	70			

جدول (21.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance)

لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة

رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تكلفة العمليات الإدارية	بين المجموعات	1.252	2	.626	.880	.419
	داخل المجموعات	48.381	68	.711		
	المجموع	49.634	70			
جودة العمليات الإدارية	بين المجموعات	3.718	2	1.859	2.455	.093
	داخل المجموعات	51.504	68	.757		
	المجموع	55.222	70			
تحقيق أهداف المستشفى	بين المجموعات	1.295	2	.647	.819	.445
	داخل المجموعات	53.727	68	.790		
	المجموع	55.022	70			
التكامل بين العمليات الإدارية	بين المجموعات	1.352	2	.676	2.003	.143
	داخل المجموعات	22.948	68	.337		
	المجموع	24.300	70			
التمكين الإداري بين العاملين	بين المجموعات	1.246	2	.623	.928	.400
	داخل المجموعات	45.649	68	.671		
	المجموع	46.895	70			
الأداء الوظيفي	بين المجموعات	2.437	2	1.219	2.043	0.137
	داخل المجموعات	40.554	68	.596		
	المجموع	42.992	70			

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05 وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع، باستثناء مجال تكنولوجيا المعلومات، حيث يتبين أن قيمة ألفا أقل من 0.05، وهي بذلك دالة إحصائية، لذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع لمجال تكنولوجيا المعلومات، ونقبل الفرضية البديلة التي نقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع لمجال تكنولوجيا المعلومات.

ومن أجل التحديد الدقيق للعلاقة الإحصائية بين متغير الوظيفة وتنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تم إجراء اختبار توكي لهذه النقطة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (22.4) نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع.

المجالات	الوظيفة	حكومي	خاص	أهلي
تكنولوجيا المعلومات	حكومي		03.	
	خاص	03.		
	أهلي			

تشير المقارنات الثنائية البعدية في الجدول السابق أن الفروق في دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع من وجهة نظر الموظفين كانت بين موظفي القطاع الحكومي والخاص.

جدول (23.4): دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الجنس

المجالات	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	ذكور	39	3.66	0.69	1.287	69	0.202
	إناث	32	3.41	0.94	1.250		
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	ذكور	39	3.54	0.68	1.002	69	0.320
	إناث	32	3.36	0.90	0.975		
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	ذكور	39	3.41	0.79	1.090	69	0.280
	إناث	32	3.18	0.94	1.071		
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	ذكور	39	3.43	0.73	0.548	69	0.586
	إناث	32	3.32	1.00	0.531		
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	ذكور	39	3.10	0.76	0.661	69	0.511
	إناث	32	2.97	0.94	0.648		
تكنولوجيا المعلومات	ذكور	39	3.43	0.83	1.860	69	0.067
	إناث	32	3.01	1.10	1.809		
إعادة الهندسة الإدارية	ذكور	39	3.43	0.62	1.235	69	0.221
	إناث	32	3.21	0.89	1.194		
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	ذكور	39	3.15	0.80	-0.006	69	0.995
	إناث	32	3.15	1.02	-0.006		
تكلفة العمليات الإدارية	ذكور	39	3.53	0.85	0.223	69	0.824
	إناث	32	3.48	0.95	0.220		
جودة العمليات الإدارية	ذكور	39	3.63	0.71	2.371	69	0.021
	إناث	32	3.17	0.93	2.308		
تحقيق أهداف المستشفى	ذكور	39	3.30	0.72	1.802	69	0.076
	إناث	32	2.93	1.03	1.741		
التكامل بين العمليات الإدارية	ذكور	39	3.38	0.76	0.462	69	0.646
	إناث	32	3.28	1.03	0.448		
التمكين الإداري بين العاملين	ذكور	39	3.31	0.48	1.640	69	0.105
	إناث	32	3.08	0.69	1.585		
الأداء الوظيفي	ذكور	39	3.38	0.60	1.158	69	0.251
	إناث	32	3.18	0.86	1.118		

بالاستناد إلى اختبار Independent Samples *t*-test تبين أن قيمة ألفا أكثر من 0.05 وهي بذلك

ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الجنس، باستثناء مجال جودة العمليات الإدارية حيث يتبين أن قيمة ألفا أقل من 0.05، وهي بذلك دالة إحصائية، لذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الجنس لمجال جودة العمليات الإدارية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الجنس لمجال جودة العمليات الإدارية.

يوضح (الجدول 6.4. 4) التحليل الإحصائي لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الوظيفة، في حين يوضح (جدول 6.4. 5) التباين الإحصائي بين المجموعات.

جدول رقم (24.4-أ): دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة

المجالات	الوظيفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	طبيب	8	2.93	1.12
	ممرض	22	3.60	0.85
	إداري	28	3.71	0.59
	فني	9	3.62	0.54
	غير ذلك	4	3.10	1.47
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	المجموع	71	3.54	0.82
	طبيب	8	2.80	1.00
	ممرض	22	3.48	0.84
	إداري	28	3.63	0.50
	فني	9	3.53	0.57
	غير ذلك	4	3.30	1.55
	المجموع	71	3.46	0.78

جدول رقم (24.4-ب): دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزي لمتغير المهنة

المجالات	الوظيفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	طبيب	8	2.75	1.15
	ممرض	22	3.15	0.84
	إداري	28	3.66	0.60
	فني	9	3.13	0.68
	غير ذلك	4	3.15	1.58
	المجموع	71	3.30	0.86
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	طبيب	8	2.70	0.94
	ممرض	22	3.27	0.93
	إداري	28	3.67	0.62
	فني	9	3.44	0.61
	غير ذلك	4	3.15	1.47
	المجموع	71	3.38	0.85
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	طبيب	8	2.30	0.82
	ممرض	22	3.12	0.88
	إداري	28	3.29	0.73
	فني	9	2.84	0.61
	غير ذلك	4	2.85	1.29
	المجموع	71	3.04	0.85
تكنولوجيا المعلومات	طبيب	8	3.20	1.10
	ممرض	22	3.12	1.05
	إداري	28	3.45	0.84
	فني	9	2.96	0.95
	غير ذلك	4	3.15	1.45
	المجموع	71	3.24	0.97
إعادة الهندسة الإدارية	طبيب	8	2.78	0.96
	ممرض	22	3.29	0.80
	إداري	28	3.57	0.51

جدول رقم (24.4 - ج) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية

(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير المهنة

المجالات	الوظيفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	فني	9	3.26	0.57
	غير ذلك	4	3.12	1.44
	المجموع	71	3.33	0.76
	طبيب	8		1.07
	ممرض	22	3.05	1.01
	إداري	28	3.39	0.70
	فني	9	3.24	0.50
	غير ذلك	4	3.15	1.45
	المجموع	71	3.15	0.90
تكلفة العمليات الإدارية	طبيب	8	3.13	1.06
	ممرض	22	3.40	0.88
	إداري	28	3.67	0.84
	فني	9	3.67	0.47
	غير ذلك	4	3.44	1.66
	المجموع	71	3.51	0.89
	طبيب	8	2.90	1.06
	ممرض	22	3.30	0.84
جودة العمليات الإدارية	إداري	28	3.69	0.70
	فني	9	3.54	0.58
	غير ذلك	4	2.96	1.35
	المجموع	71	3.42	0.84
	طبيب	8	2.79	1.12
	ممرض	22	3.03	0.91
	إداري	28	3.29	0.78
تحقيق اهداف المستشفى	فني	9	3.21	0.74
	غير ذلك	4	3.13	1.44
	المجموع	71	3.13	0.89
	طبيب	8	2.73	1.11
	ممرض	22	3.18	0.94
	إداري	28	3.61	0.72
	فني	9	3.42	0.37
التكامل بين العمليات الإدارية	طبيب	8	2.73	1.11
	ممرض	22	3.18	0.94
	إداري	28	3.61	0.72
	فني	9	3.42	0.37

جدول رقم (24.4 - د) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية

(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير المهنة

المجالات	الوظيفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التمكين الإداري بين العاملين	غير ذلك	4	3.30	1.54
	المجموع	71	3.34	0.89
	طبيب	8	2.93	0.66
	ممرض	22	3.12	0.66
	إداري	28	3.40	0.45
	فني	9	3.11	0.40
	غير ذلك	4	3.11	1.08
	المجموع	71	3.21	0.59
الأداء الوظيفي	طبيب	8	2.82	0.90
	ممرض	22	3.18	0.76
	إداري	28	3.51	0.57
الأداء الوظيفي	فني	9	3.36	0.41
	غير ذلك	4	3.18	1.41
	المجموع	71	3.29	0.73

جدول رقم (25.4-أ) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of

Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	4.790	4	1.197	1.877	0.125
	داخل المجموعات	42.105	66	0.638		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	4.442	4	1.110	1.901	0.121
	داخل المجموعات	38.550	66	0.584		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	7.000	4	1.750	2.563	0.046
	داخل المجموعات	45.069	66	0.683		

جدول رقم (25.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance)
لدور إعادة الهندسة الإدارية لهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة
رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	المجموع	52.069	70			
	بين المجموعات	6.579	4	1.645	2.445	0.055
	داخل المجموعات	44.393	66	0.673		
	المجموع	50.972	70			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	6.694	4	1.674	2.551	0.055
	داخل المجموعات	43.299	66	0.656		
	المجموع	49.993	70			
	بين المجموعات	2.335	4	0.584	.602	0.663
تكنولوجيا المعلومات	داخل المجموعات	64.035	66	0.970		
	المجموع	66.370	70			
	بين المجموعات	4.295	4	1.074	1.984	0.107
	داخل المجموعات	35.719	66	0.541		
إعادة الهندسة الإدارية	المجموع	40.015	70			
	بين المجموعات	5.481	4	1.370	1.774	0.145
	داخل المجموعات	50.976	66	0.772		
	المجموع	56.457	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.419	4	0.605	.751	0.561
	داخل المجموعات	53.136	66	0.805		
	المجموع	55.555	70			
	بين المجموعات	5.526	4	1.381	2.067	0.095
جودة العمليات الإدارية	داخل المجموعات	44.108	66	0.668		
	المجموع	49.634	70			
	بين المجموعات	1.917	4	0.479	.593	0.669
	داخل المجموعات	53.305	66	0.808		
تحقيق أهداف المستشفى	المجموع	55.222	70			

جدول رقم (25.4-ج): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (لهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التكامل بين العمليات الإدارية	بين المجموعات	5.640	4	1.410	1.885	0.124
	داخل المجموعات	49.382	66	0.748		
	المجموع	55.022	70			
التمكين الإداري بين العاملين	بين المجموعات	1.963	4	0.491	1.450	0.228
	داخل المجموعات	22.338	66	0.338		
	المجموع	24.300	70			
الأداء الوظيفي	بين المجموعات	3.425	4	0.86	1.660	0.170
	داخل المجموعات	34.047	66	0.52		
	المجموع	37.472	70			

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05 وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (لهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الوظيفة، باستثناء مجال تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى، حيث يتبين أن قيمة ألفا أقل من 0.05، وهي بذلك دالة إحصائية، لذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (لهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الوظيفة لمجال تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى، ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (لهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير الوظيفة لمجالي تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى وتحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى.

ومن أجل التحديد الدقيق للعلاقة الإحصائية بين متغير الوظيفة وتنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تم إجراء اختبار توكي لهذه النقطة كما هو مبين في (الجدول 4. 6. 6).

جدول (26.4) نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة

المجالات	الوظيفة	طبيب	ممرض	إداري	فني	غير ذلك
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	طبيب			-0.98571*		
	ممرض					
	إداري	0.98571*				
	فني					
	غير ذلك					

تشير المقارنات الثنائية البعدية في الجدول السابق أن الفروق في دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الوظيفة من وجهة نظر الموظفين كانت بين الموظفين طبيب وإداري، وتحديدًا كانت لصالح الإداريين الذين أكدوا بدرجة أكبر على دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في (الجدول 26.4).

ويوضح (الجدول 4. 27) التحليل الإحصائي لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي، في حين يوضح الجدول 20.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لنفس المتغير.

جدول رقم (27.4-أ): دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المسمى الوظيفي

المجالات	المسمى الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	مدير عام	2	2.80	2.55
	مدير دائرة	8	3.60	0.60
	رئيس قسم	50	3.54	0.80
	رئيس شعبة	5	3.68	0.72
	غير ذلك	6	3.63	0.84
	المجموع	71	3.54	0.82
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	مدير عام	2	2.50	2.12
	مدير دائرة	8	3.58	0.42
	رئيس قسم	50	3.50	0.76
	رئيس شعبة	5	3.40	0.96
	غير ذلك	6	3.37	0.76
	المجموع	71	3.46	0.78
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	مدير عام	2	2.50	2.12
	مدير دائرة	8	3.70	0.53
	رئيس قسم	50	3.28	0.84
	رئيس شعبة	5	3.36	1.12
	غير ذلك	6	3.23	0.86
	المجموع	71	3.30	0.86
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	مدير عام	2	2.70	2.40
	مدير دائرة	8	3.53	0.52
	رئيس قسم	50	3.37	0.85
	رئيس شعبة	5	3.48	0.74
	غير ذلك	6	3.43	0.93
	المجموع	71	3.38	0.85
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	مدير عام	2	2.30	1.84
	مدير دائرة	8	3.13	0.30
	رئيس قسم	50	3.06	0.88
	رئيس شعبة	5	2.92	1.15
	غير ذلك	6	3.10	0.45
	المجموع	71	3.04	0.85

جدول رقم (27.4-ب): دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المسمى الوظيفي

المجالات	المسمى الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تكنولوجيا المعلومات	مدير عام	2	2.20	1.70
	مدير دائرة	8	3.83	0.80
	رئيس قسم	50	3.16	0.98
	رئيس شعبة	5	3.52	0.88
	غير ذلك	6	3.23	0.79
	المجموع	71	3.24	0.97
إعادة الهندسة الإدارية	مدير عام	2	2.50	2.12
	مدير دائرة	8	3.56	0.44
	رئيس قسم	50	3.32	0.75
	رئيس شعبة	5	3.39	0.70
	غير ذلك	6	3.33	0.70
	المجموع	71	3.33	0.76

جدول رقم (28.4-أ): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية

(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجالات	المسمى الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	مدير عام	2	2.40	1.98
	مدير دائرة	8	3.25	0.46
	رئيس قسم	50	3.19	0.92
	رئيس شعبة	5	3.04	1.18
	غير ذلك	6	3.03	0.67
	المجموع	71	3.15	0.90
تكلفة العمليات الإدارية	مدير عام	2	2.38	1.94
	مدير دائرة	8	3.59	0.52
	رئيس قسم	50	3.51	0.92
تكلفة العمليات الإدارية	رئيس شعبة	5	4.10	0.45
	غير ذلك	6	3.33	0.74
	المجموع	71	3.51	0.89

جدول رقم (28.4-ب): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجالات	المسمى الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة العمليات الإدارية	مدير عام	2	2.25	1.77
	مدير دائرة	8	3.80	0.64
	رئيس قسم	50	3.37	0.82
	رئيس شعبة	5	3.60	0.71
	غير ذلك	6	3.58	0.91
	المجموع	71	3.42	0.84
تحقيق أهداف المستشفى	مدير عام	2	2.50	2.12
	مدير دائرة	8	3.29	0.88
	رئيس قسم	50	3.13	0.87
	رئيس شعبة	5	3.20	1.07
	المجموع	71	3.13	0.89
التكامل بين العمليات الإدارية	مدير عام	2	2.80	2.55
	مدير دائرة	8	3.53	0.78
	رئيس قسم	50	3.36	0.85
	رئيس شعبة	5	3.08	1.15
	غير ذلك	6	3.27	0.70
	المجموع	71	3.34	0.89
التمكين الإداري بين العاملين	مدير عام	2	2.86	1.82
	مدير دائرة	8	3.32	0.36
	رئيس قسم	50	3.20	0.57
	رئيس شعبة	5	3.29	0.48
الأداء الوظيفي	غير ذلك	6	3.19	0.79
	المجموع	71	3.21	0.59
	مدير عام	2	2.53	2.03
	مدير دائرة	8	3.46	0.50
	رئيس قسم	50	3.29	0.72
	رئيس شعبة	5	3.38	0.73
	غير ذلك	6	3.25	0.69
	المجموع	71	3.29	0.73

جدول رقم (29.4-أ): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور

إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله

والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	1.273	4	0.32	0.461	0.764
	داخل المجموعات	45.621	66	0.69		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.084	4	0.52	0.841	0.504
	داخل المجموعات	40.908	66	0.62		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.632	4	0.66	0.879	0.482
	داخل المجموعات	49.437	66	0.75		
	المجموع	52.069	70			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.167	4	0.29	0.387	0.817
	داخل المجموعات	49.805	66	0.75		
	المجموع	50.972	70			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.275	4	0.32	0.432	0.785
	داخل المجموعات	48.718	66	0.74		
	المجموع	49.993	70			
تكنولوجيا المعلومات	بين المجموعات	5.613	4	1.40	1.524	0.205
	داخل المجموعات	60.756	66	0.92		
	المجموع	66.370	70			
إعادة الهندسة الإدارية	بين المجموعات	1.823	4	0.46	0.787	0.537
	داخل المجموعات	38.192	66	0.58		
	المجموع	40.015	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.419	4	0.35	0.426	0.790
	داخل المجموعات	55.038	66	0.83		
	المجموع	56.457	70			
تكلفة العمليات الإدارية	بين المجموعات	4.562	4	1.14	1.476	0.219
	داخل المجموعات	50.993	66	0.77		
	المجموع	55.555	70			
جودة العمليات الإدارية	بين المجموعات	4.305	4	1.08	1.567	0.193
	داخل المجموعات	45.328	66	0.69		
	المجموع	49.634	70			
تحقيق أهداف المستشفى	بين المجموعات	1.027	4	0.26	0.313	0.869

جدول رقم (29.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
	داخل المجموعات	54.196	66	0.82		
	المجموع	55.222	70			
	بين المجموعات	1.246	4	0.31	0.382	0.821
التكامل بين العمليات الإدارية	داخل المجموعات	53.776	66	0.81		
	المجموع	55.022	70			
	بين المجموعات	0.387	4	0.10	0.267	0.898
التمكين الإداري بين العاملين	داخل المجموعات	23.913	66	0.36		
	المجموع	24.300	70			
	بين المجموعات	1.445	4	0.36	0.662	0.621
الأداء الوظيفي	داخل المجموعات	36.026	66	0.55		
	المجموع	37.472	70			
	بين المجموعات					

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05 وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

ويوضح (الجدول 30.4) التحليل الإحصائي لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي، في حين يوضح (الجدول 31.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لنفس المتغير.

جدول (30.4): دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	دكتوراه	5	2.24	1.45
	ماجستير	14	3.67	0.40
	دبلوم عال	7	3.43	1.10
	بكالوريوس	36	3.63	0.72
	دبلوم متوسط	6	3.90	0.35
	ثانوية عامة فاقل	3	3.67	0.58
	المجموع	71	3.54	0.82
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه	5	2.28	1.30
	ماجستير	14	3.56	0.47
	دبلوم عال	7	3.40	1.10
	بكالوريوس	36	3.57	0.70
	دبلوم متوسط	6	3.67	0.39
	ثانوية عامة فاقل	3	3.40	0.53
	المجموع	71	3.46	0.78
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه	5	2.12	1.20
	ماجستير	14	3.36	0.45
	دبلوم عال	7	3.29	1.03
	بكالوريوس	36	3.33	0.85
	دبلوم متوسط	6	3.87	0.58
	ثانوية عامة فاقل	3	3.67	0.61
	المجموع	71	3.30	0.86
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه	5	2.16	1.28
	ماجستير	14	3.46	0.48
	دبلوم عال	7	3.37	1.02
	بكالوريوس	36	3.43	0.81
	دبلوم متوسط	6	3.87	0.69
	ثانوية عامة فاقل	3	3.53	0.50
	المجموع	71	3.38	0.85
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه	5	1.88	0.94
	ماجستير	14	3.16	0.64
	دبلوم عال	7	2.94	0.88
	بكالوريوس	36	3.09	0.81
	دبلوم متوسط	6	3.43	0.98
	ثانوية عامة فاقل	3	3.33	0.42
	المجموع	71	3.04	0.85

جدول (30.4 ب): دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين

في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تكنولوجيا المعلومات	دكتوراه	5	2.28	1.36
	ماجستير	14	3.59	0.64
	دبلوم عال	7	3.63	1.14
	بكالوريوس	36	3.13	0.95
	دبلوم متوسط	6	3.60	0.95
	ثانوية عامة فاقل	3	2.93	0.70
	المجموع	71	3.24	0.97
إعادة الهندسة الإدارية	دكتوراه	5	2.16	1.24
	ماجستير	14	3.46	0.37
	دبلوم عال	7	3.34	1.02
	بكالوريوس	36	3.36	0.68
	دبلوم متوسط	6	3.72	0.54
	ثانوية عامة فاقل	3	3.42	0.36
	المجموع	71	3.33	0.76
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه	5	2.04	1.16
	ماجستير	14	3.31	0.60
	دبلوم عال	7	3.23	1.04
	بكالوريوس	36	3.09	0.88
	دبلوم متوسط	6	3.80	0.79
	ثانوية عامة فاقل	3	3.40	0.53
	المجموع	71	3.15	0.90
تكلفة العمليات الإدارية	دكتوراه	5	2.35	1.39
	ماجستير	14	3.50	0.54
	دبلوم عال	7	3.61	0.45
	بكالوريوس	36	3.56	0.93
	دبلوم متوسط	6	3.88	0.72
	ثانوية عامة فاقل	3	3.92	0.88
	المجموع	71	3.51	0.89

جدول (30.4 ج): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة العمليات الإدارية	دكتوراه	5	2.20	1.34
	ماجستير	14	3.62	0.75
	دبلوم عال	7	3.41	0.94
	بكالوريوس	36	3.43	0.70
	دبلوم متوسط	6	3.86	0.75
	ثانوية عامة فاقل	3	3.61	0.54
	المجموع	71	3.42	0.84
تحقيق أهداف المستشفى	دكتوراه	5	2.27	1.30
	ماجستير	14	3.27	0.65
	دبلوم عال	7	3.29	1.03
	بكالوريوس	36	3.09	0.89
	دبلوم متوسط	6	3.50	0.83
	ثانوية عامة فاقل	3	3.39	0.35
	المجموع	71	3.13	0.89
التكامل بين العمليات الإدارية	دكتوراه	5	2.20	1.20
	ماجستير	14	3.50	0.63
	دبلوم عال	7	3.46	1.16
	بكالوريوس	36	3.34	0.84
	دبلوم متوسط	6	3.83	0.73
	ثانوية عامة فاقل	3	3.07	0.31
	المجموع	71	3.34	0.89
	دكتوراه	5	2.54	0.90
	ماجستير	14	3.21	0.45
التمكين الإداري بين العاملين	دبلوم عال	7	3.16	0.75
	بكالوريوس	36	3.25	0.55
	دبلوم متوسط	6	3.45	0.55
	ثانوية عامة فاقل	3	3.38	0.08
	المجموع	71	3.21	0.59
	دكتوراه	5	2.27	1.17
الأداء الوظيفي	ماجستير	14	3.40	0.51
	دبلوم عال	7	3.36	0.79

جدول (30.4-د): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	بكالوريوس	36	3.30	0.67
	دبلوم متوسط	6	3.72	0.65
	ثانوية عامة فاقل	3	3.46	0.36
	المجموع	71	3.29	0.73

جدول رقم (31.4-أ): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	9.881	5	1.98	3.470	0.008
	داخل المجموعات	37.014	65	0.57		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	7.796	5	1.56	2.880	0.021
	داخل المجموعات	35.196	65	0.54		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	9.366	5	1.87	2.851	0.022
	داخل المجموعات	42.703	65	0.66		
	المجموع	52.069	70			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	9.100	5	1.82	2.825	0.023
	داخل المجموعات	41.873	65	0.64		
	المجموع	50.972	70			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	8.258	5	1.65	2.572	0.035
	داخل المجموعات	41.735	65	0.64		
	المجموع	49.993	70			

جدول رقم (31.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance)

لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة

رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تكنولوجيا المعلومات	بين المجموعات	8.851	5	1.77	2.001	0.090
	داخل المجموعات	57.518	65	0.88		
	المجموع	66.370	70			
إعادة الهندسة الإدارية	بين المجموعات	8.081	5	1.62	3.290	0.010
	داخل المجموعات	31.934	65	0.49		
	المجموع	40.015	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	9.415	5	1.88	2.602	0.033
	داخل المجموعات	47.042	65	0.72		
	المجموع	56.457	70			
تكلفة العمليات الإدارية	بين المجموعات	8.190	5	1.64	2.248	0.060
	داخل المجموعات	47.364	65	0.73		
	المجموع	55.555	70			
جودة العمليات الإدارية	بين المجموعات	9.280	5	1.86	2.989	0.017
	داخل المجموعات	40.354	65	0.62		
	المجموع	49.634	70			
تحقيق اهداف المستشفى	بين المجموعات	5.278	5	1.06	1.374	0.246
	داخل المجموعات	49.944	65	0.77		
	المجموع	55.222	70			
التكامل بين العمليات الإدارية	بين المجموعات	8.636	5	1.73	2.420	0.045
	داخل المجموعات	46.386	65	0.71		
	المجموع	55.022	70			
التمكين الإداري بين العاملين	بين المجموعات	2.756	5	0.55	1.663	0.156
	داخل المجموعات	21.544	65	0.33		
	المجموع	24.300	70			
الأداء الوظيفي	بين المجموعات	6.651	5	1.330	2.805	0.024
	داخل المجموعات	30.820	65	0.47		
	المجموع	37.472	70			

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أقل من 0.05 وهي بذلك دالة إحصائية، لذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي، باستثناء كل من مجال تكنولوجيا المعلومات ومجال تكلفة العمليات الإدارية ومجال تحقيق أهداف المستشفى ومجال التمكين الإداري بين العاملين، ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي باستثناء كل من مجال تكنولوجيا المعلومات ومجال تكلفة العمليات الإدارية ومجال تحقيق أهداف المستشفى ومجال التمكين الإداري بين العاملين، ومن جهة أخرى يتبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05 وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي لكل من مجال تكنولوجيا المعلومات ومجال تكلفة العمليات الإدارية ومجال تحقيق أهداف المستشفى ومجال التمكين الإداري بين العاملين.

ومن أجل التحديد الدقيق للعلاقة الإحصائية بين متغير المؤهل العلمي والمحاور التي أظهرت دلالة إحصائية في هذا المجال، تم إجراء اختبار توكي لهذه النقطة كما هو مبين في (الجدول 4. 6. 12).

جدول (32.4 - أ) نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	دكتوراه	ماجستير	بكالوريوس	دبلوم متوسط
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	دكتوراه		-1.43143*	-1.38778*	-1.66000*
	ماجستير	1.43143*			
	بكالوريوس	1.38778*			
	دبلوم متوسط	1.66000*			

جدول (32.4- ب) نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجالات	المؤهل العلمي	دكتوراه	ماجستير	بكالوريوس	دبلوم متوسط
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه		-1.27714*	-1.28667*	-1.38667*
	ماجستير	1.27714*			
	بكالوريوس	1.28667*			
	دبلوم متوسط	1.38667*			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه			-1.20778*	-1.74667*
	بكالوريوس	1.20778*			
	دبلوم متوسط	1.74667*			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه		-1.29714*	-1.26778*	-1.70667*
	ماجستير	1.29714*			
	بكالوريوس	1.26778*			
	دبلوم متوسط	1.70667*			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه		-1.27714*	-1.20889*	-1.55333*
	ماجستير	1.27714*			
	بكالوريوس	1.20889*			
	دبلوم متوسط	1.55333*			
إعادة الهندسة الإدارية	دكتوراه		-1.30429*	-1.20111*	-1.56222*
	ماجستير	1.30429*			
	بكالوريوس	1.20111*			
	دبلوم متوسط	1.56222*			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	دكتوراه				-1.76000*
	دبلوم متوسط	1.76000*			
جودة العمليات الإدارية	دكتوراه		-1.41929*	-1.22639*	-1.66167*
	ماجستير	1.41929*			
	بكالوريوس	1.22639*			
	دبلوم متوسط	1.66167*			
التكامل بين العمليات الإدارية	دكتوراه		-1.30000*		-1.63333*
	ماجستير	1.30000*			
	دبلوم متوسط	1.63333*			
الأداء الوظيفي	دكتوراه		-1.13724*	-1.02867*	-1.45394*
	ماجستير	1.13724*			
	بكالوريوس	1.02867*			
	دبلوم متوسط	1.45394*			

تشير المقارنات الثنائية البعدية في الجدول السابق أن الفروق في دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي لكافة المجالات باستثناء كل من مجال تكنولوجيا المعلومات ومجال تكلفة العمليات الإدارية ومجال تحقيق أهداف المستشفى ومجال التمكين الإداري بين العاملين من وجهة نظر الموظفين كانت بين الموظفين دكتوراه، بكالوريوس، ماجستير، دبلوم متوسط، لصالح الدبلوم المتوسط الذين أكدوا بدرجة أكبر على دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في (الجدول 32.4).

ويوضح (الجدول 33.4) التحليل الإحصائي لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة، في حين يوضح (الجدول 4.6.14) نتائج اختبار التباين الأحادي لنفس المتغير.

جدول رقم (33.4-أ): دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في

المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجالات	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.77	1.13
	5-10 سنوات	15	3.76	0.45
	11-15 سنة	19	3.74	0.76
	أكثر من 15 سنة	31	3.47	0.86
	المجموع	71	3.54	0.82
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.87	1.22
	5-10 سنوات	15	3.48	0.69
	11-15 سنة	19	3.53	0.79
	أكثر من 15 سنة	31	3.52	0.72
	المجموع	71	3.46	0.78
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.83	1.00
	5-10 سنوات	15	3.29	0.93
	11-15 سنة	19	3.32	0.92
	أكثر من 15 سنة	31	3.39	0.78
	المجموع	71	3.30	0.86

جدول رقم (33.4-ب): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجالات	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.97	1.28
	5 - 10 سنوات	15	3.59	0.70
	11 - 15 سنة	19	3.18	0.84
	أكثر من 15 سنة	31	3.48	0.83
	المجموع	71	3.38	0.85
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.70	1.06
	5 - 10 سنوات	15	3.21	0.93
	11 - 15 سنة	19	3.03	0.87
	أكثر من 15 سنة	31	3.03	0.76
	المجموع	71	3.04	0.85
تكنولوجيا المعلومات	أقل من 5 سنوات	6	2.77	1.17
	5 - 10 سنوات	15	3.61	0.80
	11 - 15 سنة	19	2.91	0.97
	أكثر من 15 سنة	31	3.35	0.96
	المجموع	71	3.24	0.97
إعادة الهندسة الإدارية	أقل من 5 سنوات	6	2.82	1.10
	5 - 10 سنوات	15	3.49	0.61
	11 - 15 سنة	19	3.28	0.74
	أكثر من 15 سنة	31	3.38	0.75
	المجموع	71	3.33	0.76
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	3.00	1.37
	5 - 10 سنوات	15	3.27	0.85
	11 - 15 سنة	19	2.85	0.89
	أكثر من 15 سنة	31	3.30	0.81
	المجموع	71	3.15	0.90
تكلفة العمليات الإدارية	أقل من 5 سنوات	6	3.29	1.36
	5 - 10 سنوات	15	3.70	0.87
	11 - 15 سنة	19	3.41	0.96
	أكثر من 15 سنة	31	3.52	0.78
	المجموع	71	3.51	0.89
جودة العمليات الإدارية	أقل من 5 سنوات	6	2.95	1.12
	5 - 10 سنوات	15	3.40	0.58

جدول رقم (33.4 ج): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية

(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجالات	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	11 - 15 سنة	19	3.36	0.81
	أكثر من 15 سنة	31	3.56	0.91
	المجموع	71	3.42	0.84
تحقيق اهداف المستشفى	أقل من 5 سنوات	6	2.31	1.06
	5 - 10 سنوات	15	3.07	0.78
	11 - 15 سنة	19	3.18	0.90
	أكثر من 15 سنة	31	3.30	0.85
	المجموع	71	3.13	0.89
	أقل من 5 سنوات	6	2.87	1.33
	5 - 10 سنوات	15	3.51	0.82
التكامل بين العمليات الإدارية	11 - 15 سنة	19	3.15	0.84
	أكثر من 15 سنة	31	3.46	0.84
	المجموع	71	3.34	0.89
	أقل من 5 سنوات	6	2.81	0.74
	5 - 10 سنوات	15	3.40	0.54
التمكين الإداري بين العاملين	11 - 15 سنة	19	3.07	0.59
	أكثر من 15 سنة	31	3.28	0.55
	المجموع	71	3.21	0.59
الأداء الوظيفي	أقل من 5 سنوات	6	2.87	1.07
	5 - 10 سنوات	15	3.39	0.60
	11 - 15 سنة	19	3.17	0.72
	أكثر من 15 سنة	31	3.40	0.72
	المجموع	71	3.29	0.73

جدول رقم (34.4-أ): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	5.197	3	1.732	2.784	0.048
	داخل المجموعات	41.697	67	0.622		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.323	3	0.774	1.276	0.290
	داخل المجموعات	40.668	67	0.607		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.582	3	0.527	.700	0.555
	داخل المجموعات	50.487	67	0.754		
	المجموع	52.069	70			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.768	3	0.923	1.283	0.288
	داخل المجموعات	48.204	67	0.719		
	المجموع	50.972	70			
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.147	3	0.382	.524	0.667
	داخل المجموعات	48.846	67	0.729		
	المجموع	49.993	70			
تكنولوجيا المعلومات	بين المجموعات	5.973	3	1.991	2.209	0.095
	داخل المجموعات	60.397	67	0.901		
	المجموع	66.370	70			
إعادة الهندسة الإدارية	بين المجموعات	2.080	3	0.693	1.224	0.308
	داخل المجموعات	37.935	67	0.566		
	المجموع	40.015	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	2.747	3	0.916	1.142	0.338

جدول رقم (34.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
	داخل المجموعات	53.710	67	0.802		
	المجموع	56.457	70			
تكلفة العمليات الإدارية	بين المجموعات	1.032	3	0.344	.423	0.737
	داخل المجموعات	54.523	67	0.814		
	المجموع	55.555	70			
جودة العمليات الإدارية	بين المجموعات	2.032	3	0.677	.953	0.420
	داخل المجموعات	47.601	67	0.710		
	المجموع	49.634	70			
تحقيق أهداف المستشفى	بين المجموعات	5.074	3	1.691	2.260	0.089
	داخل المجموعات	50.148	67	0.748		
	المجموع	55.222	70			
التكامل بين العمليات الإدارية	بين المجموعات	2.896	3	0.965	1.241	0.302
	داخل المجموعات	52.126	67	0.778		
	المجموع	55.022	70			
التمكين الإداري بين العاملين	بين المجموعات	2.040	3	0.680	2.046	0.116
	داخل المجموعات	22.260	67	0.332		
	المجموع	24.300	70			
الأداء الوظيفي	بين المجموعات	1.894	3	0.63	1.189	0.321
	داخل المجموعات	35.577	67	0.53		
	المجموع	37.472	70			

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05 وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة، باستثناء مجال تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى، حيث يتبين أن قيمة ألفا أقل من 0.05، وهي بذلك دالة إحصائية، لذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة لمجال تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى، ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة لمجال تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى.

يوضح (الجدول 34.4) التحليل الإحصائي لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر، في حين يوضح الجدول 35.4 نتائج اختبار التباين الأحادي لنفس المتغير.

جدول رقم (35.4-أ): دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر

المجالات	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	أقل من 30	9	3.58	0.76
	31 - 34	9	3.36	1.11
	35 - 39	17	3.54	0.80
	40 - 44	14	3.51	0.87
	45 فأكثر	22	3.63	0.75
	المجموع	71	3.54	0.82
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 30	9	3.24	0.98
	31 - 34	9	3.27	1.08
	35 - 39	17	3.59	0.78
	40 - 44	14	3.46	0.82
	45 فأكثر	22	3.53	0.54
	المجموع	71	3.46	0.78

جدول رقم (35.4-ب): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية
(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة
تعزى لمتغير العمر

المجالات	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 30	9	3.24	1.07
	31 - 34	9	3.09	1.13
	35 - 39	17	3.40	0.80
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	40 - 44	14	3.17	0.87
	45 فأكثر	22	3.43	0.74
	المجموع	71	3.30	0.86
	أقل من 30	9	3.42	1.03
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	31 - 34	9	3.18	1.03
	35 - 39	17	3.45	0.74
	40 - 44	14	3.24	0.91
	45 فأكثر	22	3.48	0.80
	المجموع	71	3.38	0.85
	أقل من 30	9	2.96	1.10
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	31 - 34	9	2.87	0.89
	35 - 39	17	3.07	0.72
	40 - 44	14	2.86	0.88
	45 فأكثر	22	3.25	0.80
	المجموع	71	3.04	0.85
تكنولوجيا المعلومات	أقل من 30	9	3.51	1.04
	31 - 34	9	3.27	0.98
	35 - 39	17	3.13	1.08
	40 - 44	14	2.77	0.90
	45 فأكثر	22	3.50	0.86
	المجموع	71	3.24	0.97
إعادة الهندسة الإدارية	أقل من 30	9	3.33	0.87
	31 - 34	9	3.17	1.00
	35 - 39	17	3.36	0.73
	40 - 44	14	3.17	0.76
	45 فأكثر	22	3.47	0.65
	المجموع	71	3.33	0.76
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	أقل من 30	9	3.20	1.21
	31 - 34	9	2.89	0.95
	35 - 39	17	3.22	0.71
	40 - 44	14	2.97	1.04
	45 فأكثر	22	3.29	0.81

جدول رقم (35.4 -ج): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية

(الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة

تعزى لمتغير العمر

المجالات	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تكلفة العمليات الإدارية	المجموع	71	3.15	0.90
	أقل من 30	9	3.64	1.13
	31 - 34	9	3.67	0.77
	35 - 39	17	3.43	0.91
	40 - 44	14	3.23	0.96
	45 فأكثر	22	3.64	0.80
	المجموع	71	3.51	0.89
جودة العمليات الإدارية	أقل من 30	9	3.42	0.60
	31 - 34	9	3.19	0.82
	35 - 39	17	3.50	0.96
	40 - 44	14	3.26	0.86
	45 فأكثر	22	3.55	0.86
	المجموع	71	3.42	0.84
تحقيق اهداف المستشفى	أقل من 30	9	2.89	0.97
	31 - 34	9	3.08	1.02
	35 - 39	17	3.28	0.81
	40 - 44	14	3.01	0.97
	45 فأكثر	22	3.23	0.86
	المجموع	71	3.13	0.89
التكامل بين العمليات الإدارية	أقل من 30	9	3.24	1.20
	31 - 34	9	3.16	0.94
	35 - 39	17	3.46	0.80
	40 - 44	14	3.29	0.87
	45 فأكثر	22	3.38	0.87
	المجموع	71	3.34	0.89
التمكين الإداري بين العاملين	أقل من 30	9	3.19	0.64
	31 - 34	9	3.00	0.70
	35 - 39	17	3.14	0.56

جدول رقم (35.4-د): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة
تعزى لمتغير العمر

المجالات	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	44 - 40	14	3.13	0.60
	45 فأكثر	22	3.40	0.54
	المجموع	71	3.21	0.59
الأداء الوظيفي	أقل من 30	9	3.26	0.82
	34 - 31	9	3.16	0.78
	39 - 35	17	3.34	0.71
	44 - 40	14	3.15	0.77
	45 فأكثر	22	3.42	0.71
	المجموع	71	3.29	0.73

جدول رقم (36.4-أ): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى	بين المجموعات	0.495	4	0.12	0.176	0.950
	داخل المجموعات	46.400	66	0.70		
	المجموع	46.895	70			
تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.134	4	0.28	0.447	0.774
	داخل المجموعات	41.858	66	0.63		
	المجموع	42.992	70			
تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.185	4	0.30	0.384	0.819
	داخل المجموعات	50.883	66	0.77		
	المجموع	52.069	70			
مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	.952	4	0.24	0.314	0.868
	داخل المجموعات	50.020	66	0.76		
	المجموع	50.972	70			

جدول رقم (36.4-ب): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.747	4	0.44	0.597	0.666
	داخل المجموعات	48.246	66	0.73		
	المجموع	49.993	70			
تكنولوجيا المعلومات	بين المجموعات	5.437	4	1.36	1.472	0.221
	داخل المجموعات	60.933	66	0.92		
	المجموع	66.370	70			
إعادة الهندسة الإدارية	بين المجموعات	1.030	4	0.26	0.436	0.782
	داخل المجموعات	38.985	66	0.59		
	المجموع	40.015	70			
وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	بين المجموعات	1.611	4	0.40	0.485	0.747
	داخل المجموعات	54.846	66	0.83		
	المجموع	56.457	70			
تكلفة العمليات الإدارية	بين المجموعات	1.921	4	0.48	0.591	0.670
	داخل المجموعات	53.633	66	0.81		
	المجموع	55.555	70			
جودة العمليات الإدارية	بين المجموعات	1.346	4	0.34	0.460	0.765
	داخل المجموعات	48.287	66	0.73		
	المجموع	49.634	70			
تحقيق اهداف المستشفى	بين المجموعات	1.312	4	0.33	0.402	0.807
	داخل المجموعات	53.910	66	0.82		
	المجموع	55.222	70			
التكامل بين العمليات الإدارية	بين المجموعات	.706	4	0.18	0.215	0.929
	داخل المجموعات	54.315	66	0.82		
	المجموع	55.022	70			
التمكين الإداري بين العاملين	بين المجموعات	1.363	4	0.34	0.981	0.424
	داخل المجموعات	22.937	66	0.35		
	المجموع	24.300	70			

جدول رقم (36.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأداء الوظيفي	بين المجموعات	.815	4	0.20	0.367	0.831
	داخل المجموعات	36.657	66	0.56		
	المجموع	37.472	70			

بالاستناد إلى اختبار التباين الأحادي تبين أن قيمة ألفا أكبر من 0.05، وهي بذلك ليست دالة إحصائية، لذا فإننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر.

الفصل الخامس

5. 1 مناقشة النتائج

5. 1. 1 تحديد العمليات الإدارية

تظهر نتائج الدراسة أن المبحوثين يؤيدون تحديد العمليات الإدارية، حيث كانت النسب المئوية للمستطلعة آراؤهم في القطاع الحكومي هي الأعلى (73.5%) مقارنة مع القطاع الخاص (67.9%) أو الأهلي (70.9%). إن القطاع الحكومي هو أكثر القطاعات حاجة لتحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى. حيث أن القطاع الحكومي له خصوصياته التي ينفرد بها عن غيره من القطاعات؛ من حيث سعيه لتقديم خدمة لا إلى تحقيق أرباح كما هو الحال في القطاع الخاص؛ وهذا يدفعه إلى عدم المنافسة التي تقوم على تقديم خدمة أفضل مما يؤدي إلى تدني مستوى أدائه ويقلل من حافز التغيير لدى موظفيه، وهو ما يدفع إلى ترهل وتدني مستوى الخدمة هناك، ويجعل حاجته للهندرة أكثر من غيره من المستشفيات في القطاعين الآخرين (الخاص والأهلي). وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبيد، 2009) التي جاء فيها ضرورة تحديد السلطة والمسئولية لكل إدارة ووظيفة بحيث لا يكون هناك تداخل في الصلاحيات.

5. 1. 2 تصميم العمليات الإدارية

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يرون أن تصميم عملية الهندرة وفق أحدث النظريات في هذا المجال يؤدي لإحداث تطور جذري في طريقة الإدارة المبنية على أسس الهندسة الإدارية. حيث كان مستوى التأييد لذلك في القطاع الأهلي هو الأعلى (74.2%) يليه القطاع الحكومي (71.5%) ثم القطاع الخاص (64.7%). يلفت الانتباه هنا أن القطاع الأهلي هو الذي تصدر الريادة في هذه الرؤية، وقد يكون السبب لذلك أن المستشفيات الأهلية التي تتبع لجهات غير حكومية قد دفعها التنافس ومحاولة أخذ حصة أكبر من السوق إلى تجربة عملية الهندسة الإدارية، ومعرفة مدى أهمية تصميم عملية الهندرة وفق أحدث النظريات في هذا المجال. ويمكن أن يعزى ذلك أيضا إلى أن بعض أو أغلب المؤسسات الأهلية تتلقى الدعم من جهات مانحة وهذا يتطلب العمل على اتباع أو مواكبة التطوير في إدارة المؤسسة. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (فؤاد، 2013) الذي رأى أن استخدام مدخل الهندرة ينقل المدرسة نقلة نوعية وتحقق تحسن متميز، ودراسة (عمشة، 2011) الذي رأى أنه عند استخدام إعادة الهندسة الإدارية سوف تعمل على تبسيط إجراءات العمل وتقديم الخدمة بشكل أفضل.

5. 1. 3 تنفيذ العمليات الإدارية

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يرون أن تنفيذ الهندسة الإدارية باستخدام الإمكانيات البشرية والمادية في المنشأة أفضل وأكثر كفاءة وفاعلية لتحقيق الأهداف المنشودة وتحقيق أكبر قدر ممكن من التعاون. حيث كانت النسبة المئوية لهذا الرأي في القطاع الأهلي هي الأعلى (69.8%) يليها القطاع الحكومي (66.5%) ثم القطاع الخاص (64.4%). وسلامة التنفيذ تدل على سلامة الخطة في كثير من الأحيان، ونتائج التنفيذ تدل على أكثر من مؤشر منها مدى نجاعة أسلوب التنفيذ من عدمه. حيث تظهر النتائج أن القطاع الأهلي يعرف ذلك أكثر من غيره من القطاعات نظرا لتبعيته لمؤسسات أجنبية على الأغلب تتبنى أسلوب الإدارة بشكل علمي ومنهجي. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (النتشة، 2009) الذي رأى أن الهيكل التنظيمي لبلدية الخليل بحاجة إلى إعادة صياغة، وحاجة بلدية الخليل إلى زيادة كفاءة وفاعلية العمليات الإدارية ومستويات الأداء عن طريق الهندرة.

5. 1. 4 مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية

تظهر نتائج الدراسة أن المبحوثين يرون ضرورة مراقبة ومتابعة عملية الهندسة الإدارية، فالرقابة والمتابعة هي ما يكفل لعملية الهندسة الإدارية أن تمضي في المسار المخطط لها. وقد أظهر القطاع الأهلي التأييد الأعلى لهذا البند (71.6%) تلاه القطاع الحكومي (68.1%) ثم القطاع الخاص (65.7%). وتتم الرقابة على المستشفيات في القطاع الأهلي من الجهة التي يتبع لها المستشفى، إضافة إلى الرقابة الحكومية وغيرها، قد يكون هذا هو السبب في حصول القطاع الأهلي على أعلى نسبة في تأكيد أهمية الرقابة؛ فالرقابة تحكم على صحة السياسة من خلال نتائجها، ويبدو أن القطاع الأهلي أكثر من يلمس هذه النتائج. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (حمدان، 2008) الذي دعا إلى العمل على مراقبة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات مع إدخال التكنولوجيا في المجال الصحي لتلك المستشفيات.

5. 1. 5 تحسين العمليات الإدارية

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يرون ضرورة تحسين العمليات الإدارية، حيث تصدر القطاع الحكومي هذا البند (63.4%) تلاه القطاع الخاص (58.6%) ثم الأهلي (58.2%). وللقطاع الحكومي مشاكله التي تتعلق بانعدام المنافسة له مع القطاعات الأخرى وقلة الحوافز لدى موظفيه للإبداع والتحسين، لهذا ليس غريباً أن يكون المبحوثين في هذا القطاع أكثر من يؤيدون تحسين العمليات الإدارية. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (طيفور، 2006) التي خلصت إلى أهمية مراجعة الهيكليات لدى المنظمات ذات العلاقة وتحسين أساليب عمل تلك المنظمات، وأن يكون التحسين مستمراً، فيما يجب أيضاً رصد التجارب والممارسات الجيدة للاستفادة منها.

5. 1. 6 تكنولوجيا المعلومات

تظهر نتائج الدراسة أن المبحوثين يرون أهمية لدور تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية، أو أكثر تلمساً لنتائجها الإيجابية. وقد تصدر التأييد لهذا المحور القطاع الحكومي (71.2%) ثم الخاص (59.1%) ثم الأهلي (58.2%). ويحتاج القطاع الحكومي لإيلاء دور وأهمية أكبر لتكنولوجيا المعلومات، إن فارق النسب بين القطاع الحكومي من جهة، والقطاعين

الخاص والأهلي تزيد عن (10%)، وهذا ما يدل على أن أتمتة العمليات في القطاع الحكومي لا زالت متخلفة عن غيرها من القطاعات الأخرى. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (حمدان، 2008) الذي دعا إلى إدخال التكنولوجيا في المجال الصحي للمستشفيات، كما تتفق مع ما جاء في دراسة (طيفور، 2006) التي خلصت إلى أهمية وضرورة الاهتمام بتكنولوجيا المعلومات، ودراسة (الآغا، 2006) التي رأت وجود علاقة بين إعادة هندسة العمليات الإدارية الكفاء وقدرات تكنولوجيا عالية، ودراسة (النتشة، 2009) التي دعت إلى إيجاد فريق عمل متخصص في إعادة هندسة العمليات الإدارية تكون مهمته إجراء تحليل شامل ومتكامل لكافة العمليات التي تقوم بها بلدية الخليل، ودراسة (عمشة، 2011) التي دعت إلى الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات والعمل على الأتمتة اللازمة لدعم تطبيق منهج إعادة هندسة العمليات الإدارية، دمج الأنشطة والمهام الفرعية في مهمة واحدة للحصول على خدمة متميزة وسرعة في الأداء وتكاليف أقل، ضرورة مواكبة التطورات التكنولوجية الحديثة واستخدام البرامج المتطورة الداعمة لتنفيذ الأساليب الحديثة في تطوير العمل الإداري، ودراسة (العربي، 2012) التي أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام تكنولوجيا المعلومات وحجم الأداء، نوعية الأداء، كفاءة الأداء وتبسيط العمل، ودراسة (بشر، 2007) الذي دعا إلى إنشاء مراكز لتكنولوجيا التعليم في الكليات الجامعية.

5. 1. 7 تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يرون أن هناك أثرا إيجابيا للكفاءة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي، وقد تصدر القطاع الأهلي التأييد لهذا البند (69.8%) تلاه القطاع الحكومي (64.2%) ثم الخاص (59.3%). ونظرا للسمات التي يتصف بها القطاع الأهلي وذكرت أعلاه، فإن هذا القطاع يرى أن الكفاءة الإدارية تعزز الأداء الوظيفي، ويلمس نتائج ذلك أكثر من غيره. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عمشة، 2011) توسيع نطاق الصلاحيات الممنوحة للعاملين في دائرة صندوق الطالب

5. 1. 8 تكلفة العمليات الإدارية

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يبدون رغبة في تقليص تكلفة العمليات الإدارية. وقد تصدر القطاع الأهلي التأييد لهذا المحور (79.4%) تلاه القطاع الخاص (73%) ثم الحكومي (65.4%). وإن تقليل التكلفة هي أحد أهداف القطاعات غير الحكومية. لا يعني ذلك أن القطاع الحكومي لا يهتم

بتقليل التكلفة ولكن كون التكلفة تتكفل بها الحكومة وليس ميزانية المؤسسة الخاصة أو المانحين كما في القطاع الأهلي؛ فإن تقليص التكلفة هي ليست على رأس سلم أولويات القطاع الحكومي، وهذا ما يفسر كون الرغبة في تقليص التكلفة في الحكومة هي النسبة الأقل مقارنة مع غيرها. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عمشة، 2011) التي رأت أن دمج الأنشطة والمهام الفرعية في مهمة واحدة للحصول على خدمة متميزة وسرعة في الأداء وتكاليف أقل.

5. 1. 9 جودة العمليات الإدارية

وتظهر نتائج الدراسة أن المبحوثين يرغبون في تطبيق مفاهيم الجودة ومعانيها بأقصى طاقة ممكنة، وعلى تقديم خدمات عالية الجودة. وكان تأييد القطاع الأهلي لهذا المحور هو الأعلى (73.3%) مقارنة مع القطاع الحكومي (69.5%) والقطاع الخاص (65.5%). ومرة أخرى يتصدر القطاع الأهلي القائمة من خلال الدعوة إلى تطبيق مفاهيم الجودة، إن تبني سياسة الشفافية والمحاسبية والمنافسة وغيرها من القيم الإدارية هي التي تعزز الحوافز للعمل نحو الأفضل. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (الصرايرة، 2007) التي دعت إلى العمل وفقاً لمبدأ التخطيط الاستراتيجي والجودة الجامعية والاستفادة من التوجيهات التي تتضمنها إدارة الجودة الشاملة والمواصفة القياسية الدولية (ISO 9001-2000).

5. 1. 10 تعزيز الأداء الوظيفي

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يرغبون في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات، أو أكثر تلمساً لنتائجها الإيجابية. ومرة أخرى يظهر القطاع الأهلي التأييد الأعلى لهذا المحور (71.9%) مقارنة مع القطاع الحكومي (57.9%). ومع أن الدعوة إلى تعزيز الأداء الوظيفي كان لها التأييد الأعلى في القطاع الأهلي، وهذا لا يعني أن غيره من القطاعات لا يهتمها هذا الأمر، ولكنه يعود لخصوصيات كل واحد منها. وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة (الصرايرة، 2007) التي دعت إلى اعتماد أنظمة تقويم ومراجعة متكاملة لمختلف العمليات في الجامعة بمختلف مستوياتها ومجالاتها بما يسهم في تكامل الأداء الوظيفي في الجامعة ونتائجه وفي التحسين المستمر لأداء جميع العاملين.

5. 1. 11 التكامل بين العمليات الإدارية

تظهر نتائج الدراسة أن المبحوثين يرون ضرورة التكامل بين العمليات الإدارية. حيث يظهر من النتائج أن القطاع الأهلي يؤيد هذا التوجه بشكل أكبر (70.2%) من القطاع الحكومي (68.5%) أو القطاع الخاص (63.4%). والتكامل بين العمليات الإدارية هو ما يعطي هذه العملية مغزاها وقوتها، حيث كانت النسب لتأييد التكامل على نفس الوتيرة السابقة من حيث ترتيب القطاعات، ومرة أخرى هذا يرجع لخصائص كل قطاع. وتتفق هذه النتيجة مع الأهلي لهذه الدراسة (الصريرة، 2007) التي دعت إلى اعتماد أنظمة تقويم ومراجعة متكاملة لمختلف العمليات في الجامعة بمختلف مستوياتها ومجالاتها بما يسهم في تكامل الأداء الوظيفي في الجامعة ونتائجه وفي التحسين المستمر لأداء جميع العاملين، ودراسة (النتشة، 2009) التي دعت لإيجاد فريق عمل متخصصا في إعادة هندسة العمليات الإدارية تكون مهمته إجراء تحليل شامل ومتكامل لكافة العمليات التي تقوم بها بلدية الخليل.

5. 1. 12 التمكين الإداري بين العاملين

يبدو من الأرقام أن المبحوثين يؤيدون التمكين الإداري، أو أكثر تلمسا لنتائجه الايجابية، وتشير هذه النتيجة إلى أن إدارة المستشفيات لا تقوم بدور فاعل في إدارة عملية التمكين في المستشفيات بين موظفيها ولا تقوم بعملية التدريب ولا تعطيه أولويات وكذلك موضوع الحوافز نجد أنه بدرجة متوسطة وقريبة من الضعف حيث أنه من ضروريات هذا العصر رفع كفاءة العاملين والموظفين وتحفيزهم معنويا وماليا. وقد كان تأييد القطاع الأهلي لهذا المحور (70.4%) أعلى من القطاع الحكومي (64.6%) والقطاع الخاص (61.6%). ويلفت النظر هنا أن الدعوة إلى التمكين الإداري في القطاع الخاص متدنية عن غيرها، ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن مالكي المؤسسة الطبية الخاصة ينتهجون نهجا مركزيا في الإدارة، لهذا فالموظفون لم يلمسوا نتائج التمكين أو أنهم يرونه هدفا بعيد المنال. تتفق هذه النتيجة مع دراسة (عمشة، 2011) الذي خلص إلى ضرورة توسيع نطاق الصلاحيات الممنوحة للعاملين في دائرة صندوق الطالب لتحسين عمل الصندوق.

2.5 الاستنتاجات

من خلال عرض الإطار النظري وأدبيات الدراسة ونتائج تحليل الاستبانة إحصائيا يمكن تلخيص النتائج التالية للدراسة:

5.2. 1 المعلومات الشخصية:

1.الجنس: وفيما يتعلق بجنس المبحوثين، يتضح أن عدد الذكور بلغ 39 بنسبة (54.9%) من إجمالي العينة (71 شخصا)، فيما بلغ عدد الإناث 32 بنسبة (45.1%).

2.الوظيفة: فيما يتعلق بتوزيع العينة حسب الوظيفة فإن أعلى نسبة للممثلين في العينة كانت لمن هم يعملون كإداريين بنسبة (39.4%)، يليهم من يعملون في وظيفة ممرض (31.0%)، في حين بلغت نسبة الفنيين (12.7%) والأطباء (11.3%)، في حين أن (2.8%) يعملون في وظائف أخرى.

3.المسمى الوظيفي: فيما يتعلق بالمسمى الوظيفي لأفراد العينة، فيتضح أن 14.1% يعملون في مراكز إدارية عليا (تشمل مدير دائرة ومدير عام) وأكثر من ثلثي الهيئة يعملون في مركز رئيس قسم أو إدارة متوسطة 70.7%، في حين أن 15.5% يعملون في مراكز إدارية دنيا.

4.المؤهل العلمي: وأما فيما يتعلق بمستوى المؤهل العلمي فإن أعلى نسبة كانت لحملة شهادة البكالوريوس (50.7%) من إجمالي العينة، يليها حملة شهادات الدراسات العليا بنسبة 36.6%، يليها حملة شهادة الدبلوم المتوسط وقل بنسبة 12.7%.

6.سنوات الخبرة: وفيما يتعلق بسنوات الخبرة فإن النسبة الأعلى من المبحوثين هم ممن لديهم عدد سنوات خبرة أكثر من 15 سنة وبلغت نسبتهم 43.7%، تلتهم الفئة (11خبرة اقل بنسبة 26.8%، في حين بلغت النسبة 21.1% لمن لديهم خبرة (5-10 سنوات)، و8.5% لمن لديه خبرة اقل من 5 سنوات.

7.العمر: فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب العمر، فيتضح بأن أعلى نسبة حصلت عليها الفئة العمرية 45 سنة فأكثر بنسبة 31.0%، تلتها الفئة العمرية (35-39 سنة) بنسبة 23.9%، فيما

حصلت الفئة العمرية (40-49 سنة) على 19.7%، وكانت أقل نسبة 12.7% لكل من الفئة العمرية 31-34 سنة والفئة العمرية أقل من 30 سنة.

8. القطاع الذي تتبع له المستشفى: فيما يتعلق بتوزيع العينة حسب قطاع العمل فإن حوالي نصف العينة (47.9%) يعملون في القطاع العام الحكومي، يلي ذلك القطاع الخاص بنسبة 39.4%، وجاءت أقل نسبة للقطاع الأهلي بواقع 12.7%

5. 2. 2 مجالات الاستبانة:

5. 2. 2. 1 تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى:

أظهرت النتائج أن 70.9% من أفراد العينة يرون ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتحديد العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

5. 2. 2. 2 تصميم العمليات الإدارية في المستشفيات

بخصوص محور (تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) يرى نسبة كبيرة من المبحوثين (69.2%) ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتصميم العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

5. 2. 2. 3 التنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية بالمستشفيات

بخصوص محور (تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج أن حوالي ثلثي عينة الدراسة (64.2%) يرون ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بالتنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

5. 2. 2. 4 مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية

بخصوص محور (مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى) أظهرت النتائج موافقة حوالي ثلثي عينة الدراسة (67.6%) ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بمراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفيات.

5. 2. 2. 5 تحسين العمليات الإدارية

يرى (60.8 %) من أفراد العينة ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتحسين العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

5. 2. 2. 6 دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة

بخصوص محور (تكنولوجيا المعلومات) أظهرت النتائج موافقة المستطلعة آراؤهم بنسبة (64.8 %) على أن لتكنولوجيا المعلومات دورا في تحسين العمليات الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة.

5. 2. 3 تأثير الهدرة على الأداء الوظيفي:

5. 2. 3. 1 وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى

يرى (63.0 %) من أفراد العينة ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتحديد وقت العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، بما ينعكس إيجابا على الأداء الوظيفي.

5. 2. 3. 2 تكلفة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

يرى (70.2 %) من أفراد العينة ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتحديد تكلفة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، بما ينعكس إيجابا على الأداء الوظيفي.

5. 2. 3. 3 جودة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

يرى (68.4 %) من أفراد العينة ضرورة أن تقوم إدارة المستشفيات بتحسين جودة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، بما ينعكس إيجابا على الأداء الوظيفي.

5. 2. 3. 4 تحقيق أهداف المستشفى حسب استجابات أفراد العينة

يرى (62.7%) من أفراد العينة أن الهندرة تقوم بتحقيق أهداف مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، بما ينعكس إيجاباً على الأداء الوظيفي.

5. 2. 3. 5 التكامل بين العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة

يرى (66.7%) من أفراد العينة أن الهندرة تقوم بتحقيق التكامل بين العمليات الإدارية بما ينعكس إيجاباً على الأداء الوظيفي.

5. 2. 3. 6 التمكين الإداري بين العاملين

يرى (64.2%) من أفراد العينة أن الهندرة تقوم بتحقيق التمكين الإداري بين العاملين بما ينعكس إيجاباً على الأداء الوظيفي.

5. 3 خلاصة النتائج

خلصت الدراسة إلى الحاجة إلى ضرورة تطبيق الهندرة في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة، رغم وجود تباين بين القطاعات في ترتيب الأولويات والحاجة إلى تطبيق الهندرة. وخلصت الدراسة أيضاً إلى وجود ارتباط قوي بين عناصر الهندسة الإدارية وتعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة. وقد اتفقت الدراسة بشكل عام مع أغلب الدراسات السابقة التي تم استعراضها وعدم وجود دراسات سابقة تخالف نتائج الدراسة، ويمكن أن يعزى ذلك أن هذه الدراسة هي الأولى من نوعها التي تناولت هذا الموضوع في فلسطين، إضافة إلى كون أغلب الدراسات السابقة ذات العلاقة مع موضوع الدراسة بحثت في تطبيق الهندرة في مؤسسات مختلفة ولا تطبق الهندرة.

5. 4 التوصيات

بناء على ما توصلت إليه الدراسة من النتائج المذكورة يمكن إعطاء التوصيات التالية لكافة قطاعات المستشفيات من حكومي وخاص وأهلي مثل: تعزيز مفهوم إعادة هندسة العمليات الإدارية لدى المستشفيات لتطوير العمل الإداري المؤسسي، تعزيز مشاركة الموظفين في اتخاذ القرارات. اعتماد ميزانية تخصص لتدريب وتأهيل الموظفين، استخدام تكنولوجيا المعلومات في إعادة تصميم العمليات الإدارية حيث أن العمليات الإدارية الحالية للتغلب على الروتين والأخطاء المزمدة، استخدام تكنولوجيا المعلومات بطريقة تسهم في خفض العمليات الرقابية.

5. 4. 1 توصيات للقطاع الحكومي

1. هناك ضرورة ماسة للهندرة في القطاع الحكومي أكثر من غيره، فهذا القطاع عرضة للخل والترهل لظروف ذاتية وموضوعية؛ لذلك يلزمه عملية هندرة مستمرة وفعالة.
2. يلزم تنفيذ الهندسة الإدارية باستخدام الإمكانيات البشرية والمادية في المنشأة بما يحقق الكفاءة والفاعلية لتحقيق الأهداف المنشودة وتحقيق التعاون.
3. ضرورة تحسين وتنفيذ تطوير عملية الهندرة بهدف التحسين والتطوير الإداري، حيث يعتبر ذلك ضرورة ملحة لكل المؤسسات وحاجة لا يمكن الاستغناء عنها
4. ضرورة الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية.
5. ضرورة الاهتمام بعامل الوقت واستثماره بشكل فاعل.
6. استخدام جدول الأنشطة للعمليات الإدارية بشكل كلي.
7. توفير الموارد اللازمة لإدارة الوقت.
8. تقليص تكلفة العمليات الإدارية.
9. تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات.

5. 4. 2 توصيات للقطاع الأهلي

- (1) هناك حاجة ماسة إلى عملية هندرة تؤدي لإحداث تطور جذري في طريقة الإدارة المبنية على أسس الهندسة الإدارية.

- (2) ضرورة مراقبة ومتابعة عملية الهندسة الإدارية بما يكفل لعملية الهندسة الإدارية أن تمضي في المسار المخطط لها.
- (3) تطبيق مفاهيم الجودة وتقديم خدمات عالية الجودة.
- (4) ضرورة التكامل بين العمليات الإدارية.
- (5) ضرورة العمل على التمكين الإداري.
- (6) القيام بعملية التدريب وإعطائه أولوية في عملية الهندرة.
- (7) الحوافز المالية والمعنوي ترفع كفاءة العاملين والموظفين، لذا يجب تفعيلها.

5. 4. 3 توصيات للقطاع الخاص

- يبدو القطاع الخاص أفضل القطاعات الصحية. يضاف إلى ذلك التوصيات التالية:
1. ضرورة تطبيق عملية الهندرة ومواكبة التغيرات والتطورات الإدارية والمعلوماتية والتقنية.
 2. ضرورة إدارة المستشفيات الخاصة وفق تسلسل إداري وهيكل إداري واضح.
 3. أن يتولى إدارة المستشفى مجلس إدارة لا المالكين، حيث أن المستشفيات الخاصة يمتلكها على الأغلب أشخاص أو عائلات.
 4. التركيز في المنافسة على الجودة لا تقليل التكلفة، حيث أن تقليل التكلفة قد تقلل دوافع العطاء والاجتهاد لدى الموظفين.
 5. الاهتمام بالموظفين لدى مؤسسات القطاع الخاص وتحفيزهم؛ حيث أن المؤسسات في هذا القطاع تلقي أعباء كثيرة على كاهل موظفيها بهدف تقليل نفقاتها والاستفادة من جهد موظفيها حتى آخر رمق.

المراجع والمصادر:

أ.الكتب

1. :جلدة، س. (2006): إدارة المستشفيات والمراكز الصحية. دار الشروق للنشر والتوزيع، فلسطين.
2. حريستان، ح. (1990): إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة، السعودية.
3. حريم، ح. (2006): مبادئ الإدارة الحديثة (النظريات-العمليات الإدارية -وظائف المنظمة). دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
4. الحمادي، ع. (2006): الهندرة، الطبعة الأولى. دار ابن حزم، عمان- الأردن.
5. الحناوي، م، السيد، أ. (2005): قضايا إدارية معاصرة، الطبعة الأولى. الدار الجامعية، الإسكندرية -مصر.
6. الرب، س (2009): موضوعات إدارية متقدمة وتطبيقاتها في منظمات الأعمال الدولية، الطبعة الأولى. السويس- مصر.
7. الزوكة، م. (1997): التخطيط الإقليمي وأبعاده الجغرافية. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية- مصر.
8. سلطان، م. (2004): السلوك التنظيمي، الطبعة الأولى. الجامعة الجديد، الاسكندرية-مصر.
9. الصالح، و. (2011م): إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
10. الصرايرة، أ. (2012): التحليل الاستراتيجي في إعادة هندسة العمليات الإدارية ، الطبعة الأولى. دار الحامد، عمان- الأردن.
11. الصرايرة: خ (2010): التماثل التنظيمي والأداء الوظيفي والشعور بالأمن في الإدارات الجامعية. دار كنوز للمعرفة العلمية، عمان- الأردن.
12. الصيرفي، م. (2006): هندرة الموارد البشرية. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، مصر.
13. عاطف، ز. (2009م): هندرة المنظمات (الهيكل التنظيمي للمنظمة)، الطبعة الأولى. دار الراية، عمان- الأردن.

14. عامر، ع، قنديل، ع. (2009): التطوير التنظيمي، الطبعة الأولى. دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
15. عبد الحفيظ: أ، عبد الحفيظ، ح. (2003م): المرجع العلمي لتطبيق منهج الهندرة. دار وائل للنشر، عمان-الأردن.
16. عقيقي، ع. (2001): مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة"، الطبعة الأولى. دار وائل للنشر، عمان-الأردن.
17. عليه، م. (1985): القاموس الاقتصادي، الطبعة الأولى. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
18. غنيم: أ. (2009): إعادة هندسة نظم العمل (الثورة الإدارية المضادة)، الطبعة الأولى، دار الإدارة، المنصورة-مصر.
19. الفاضل، م. (2011): تجديدات في الإدارة التربوية في ضوء الاتجاهات المعاصرة، الطبعة الأولى. دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
20. فلسطين، وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية (2012): التقرير الصحي السنوي. وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله.
21. القريوتي، م. (1994): السلوك التنظيمي "دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات الإدارية"، الطبعة الثانية، الشرق، عمان-الأردن.
22. المدهون، م. (1995): تحليل السلوك التنظيمي سيكولوجيا وإداريا للعاملين والجمهور، الطبعة الأولى. عمان-الأردن.
23. منظمة الصحة العالمية. (2007): الكتاب الطبي الجامعي (الإدارة الصحية)، الطبعة الأولى. بيروت-لبنان.
24. المنظمة العربية للعلوم الإدارية. (1974): التطوير الإداري في الوطن العربي، الاجتماع السنوي الثاني، القاهرة-مصر.
25. ميردال، غ. (1980): نقد النمو، ترجمة عيسى عصفور، وزارة الثقافة - دمشق - سوريا.
26. هامر، م، وشامبي، ج. (1995): إعادة هندسة نظم العمل في المنظمات (الهندرة دعوة صريحة للثورة الإدارية الجديدة، الطبعة الأولى، ترجمة شمس الدين عثمان. القاهرة-مصر.

27. هلال، ع. (1996): **مهارات إدارة الأداء**. (السعودية مركز تطوير الأداء).

ب. مواقع على الشبكة العنكبوتية الدولية:

1. كردي، ا (2010):، الفرق بين مفهوم الفاعلية والكفاءة في الأداء الوظيفي.

<http://www.hrdiscussion.com> (12.07.2013).

1. 2. حمدان، م، سالم، ع (2013): **تقييم ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات العامة الفلسطينية**

(<http://intqhc.oxfordjournals.org>, 15.01.2014)

Foreign references:

Books:

1. Bryson, M, John (2004): **Strategic Planning for Public and Non profit Organizations**, third edition. USA, Jossey-Bass.

2. Fullan, Michael. (2001): **Leading in a culture of change**. San Francisco, JOSSEY-BASS a wiley company.

3. Hoyle, David. (2007): **Quality Management Essentials**. Published by Elsevier Limited.

4. Martocchio, Joseph J. (2003): **Employee Benefits**. New York: McGraw-Hill Higher Education.

5. Pearce II, John A & Robinson Richard B. (2003): **Strategic Management**. McGraw-Hill Irwin.

6. Seppanen, Marvin S & Kumar, Sameer & Chandra, Charu. (2005): **Process Analysis and Improvement**. McGraw-Hill Irwin.

7. Omachonu, Vincent K & Ross, Joel E. (2005): **Principles Of Total Quality**. London New York Washington, Boca Raton, DC: CRC Press.

Periodicals:

1. Bhatt, Ganesh D. (2000): "Exploring the relationship between information technology, infrastructure and business process re-engineering". Business Process Management Journal, Vol. 6, **No. 2**, pp. 139-163. # MCB University Press, 1463-7154.

2. Schultz, Theodore W. (Mar., 1961): "Investment in Human Capital". The American Economic Review, vol. 51, **no. 1**, pp. 1-17.

(<http://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wp-content/uploads/2012/04/schultz61.pdf>).

3. Smit, Jakobus & Dellemijn, Marielle. (2011): "The Relationship Between Information Systems Management and Organizational Culture". IIMA Journals. Volume 11, **Issue 3**. (www.iima.org/index.php?...the-relationship-between-inf, 20.10.2014).

4. Wong, Ada; Scarbrough, Harry; Chau, Patrick; and Davison, Robert. (2005): "Critical Failure Factors in ERP Implementation". PACIS 2005 Proceedings. Paper 40.

(<http://aisel.aisnet.org/pacis2005/40>, 20.10.2014).

5. "mutual". (<http://www.thefreedictionary.com/mutual> ", 19.10.2014).

6. Năstase, Marian. (July 2010): "Developing a Strategic Leadership Approach within the Organizations", Volume 11, **Issue 3**, Review of International Comparative Management.

(<https://www.google.ps/search?q=Developing+a+Strategic+Leadership+Approach+within+the+Organizations>, 22.10.2014).

7. Parvatiyar, Atul & Sheth, Jagdish N.(2001): “Customer Relationship Management: Emerging Practice, Process, and Discipline”. Journal of Economic and Social Research, **3(2)**, 1-34.

Websites:

1. Attaran , Mohsen. (2003). “Information technology and business-process redesign”.(<http://www.emeraldinsight.com/1463-7154.htm>, 10.10.2014).

2. Court, Halley & Hill, Jordan. (2000). “Human Resource Management. Keinmann Educational Publishers. (Mw&sig=240TtwVgh1y-VHhQQTnVbGywu1c&redir_esc=y#v=onepage&q=performance%20management&f=false, 10.10.2014).

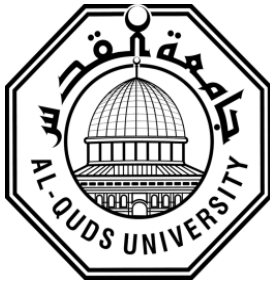
3. “customer focus”.

(<http://www.businessdictionary.com/definition/customer-focus.html>, 16.10.2014).

4. Fülöp, János.(2005): “Introduction to Decision Making Methods”.(J Fülöp - BDEI-3 Workshop, Washington, 2005 - bddocs.com, 22.10.2014).

5. Hallowell, Roger & Schlesinger, Leonard A & Zornitsky, Jeffrey. (2002): “Internal Service Quality, Customer and Job Satisfaction: Linkages and Implications for Management”.

(<http://edtech2.tennessee.edu/projects/USDA/isq.pdf>, 22.10.2014)



ملحق رقم (1) الاستبانة في صورتها النهائية

جامعة القدس

كلية الدراسات العليا

برنامج التنمية الريفية المستدامة/ تخصص بناء المؤسسات

استبانة رسالة ماجستير

الإخوة والأخوات مدراء ورؤساء الأقسام في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة المحترمين:

تحية طيبة وبعد،،،

أضع بين أيديكم هذه الاستبانة والمتعلقة بـ " توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي والهندسة الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة"، كما وأرجو التلطف بمنحي جزءا من وقتكم للإجابة عن أسئلة هذه الاستبانة المرفقة.

تعريف الهندسة الإدارية : إعادة البناء، وهي وسيلة إدارية منهجية تقوم على إعادة البناء التنظيمي من جذوره، وتعتمد على إعادة هيكلة، وتصميم العمليات الإدارية بهدف تحقيق تطوير جوهري، وطموح في أداء المنظمات وبما يكفل تحقيق سرعة في الأداء، وتخفيض التكلفة والوقت، والجودة. ويقصد بإعادة الهندسة الإدارية بالمستشفيات: بأنه إعادة تصميم العمليات الإدارية المتبعة في المستشفى لتحقيق نتائج هائلة في مقاييس الأداء العصرية مثل الوقت ، التكلفة وجودة الخدمات المقدمة أي التفكير بطريقة جديدة و جذرية في تقديم أفضل الخدمات لتحقيق رغبات المرضى وتحقيق أهداف المستشفى والسعي لتطويرها بشكل مستمر (تعريف إجرائي).

يسرني أن أقدم بجزيل الشكر ، وعظيم الامتنان على حسن تعاونكم في تعبئة الاستبانة لما في ذلك من أهمية كبيرة في قياس متغيرات الدراسة علما بأن المعلومات التي ستقدمونها ستعامل بسرية ولن تستخدم إلا لغايات البحث العلمي.

والله ولي التوفيق

الباحث: إبراهيم عادل

المشرف: د. محمود سرور

أولاً: المعلومات الشخصية

حدد/ي رمز الإجابة الصحيحة بوضع الرمز المناسب في المربع المقابل

1. الجنس:

☐

1. ذكر 2. أنثى

2. الوظيفة:

☐

1. طبيب 2. ممرض 3. إداري 4. فني 5. غير ذلك/حدد

.....

3. المسمى الوظيفي

☐

1. مدير عام 2. مدير دائرة 3. نائب مدير 4. رئيس قسم 5. رئيس شعبة

6. غير ذلك. حدد/ي.....

4. المؤهل العلمي:

☐

1. دكتوراه 2. ماجستير 3. دبلوم عالي 4. بكالوريوس
5. دبلوم متوسط 6. ثانوية عامة أو أقل

5. التخصص العلمي (يرجى كتابة التخصص العلمي حسب الشهادة العلمية)

.....

6. سنوات الخبرة:

☐

1. أقل من 5 سنوات 2. من 5-10 سنوات 3. 11-15 سنة

4. أكثر من 15 سنة

7. العمر:

☐

حدد العمر بالسنوات

8. القطاع الذي تتبع له المستشفى



1.حكومي 2. خاص 3. أهلي

الجزء الثاني :يغطي أبعاد المتغير المستقل بإعادة الهندسة الإدارية وتشمل (تحديد وتصميم العمليات الإدارية المعمول بها، تنفيذ العمليات الإدارية ، متابعة ومراقبة وتحسين العمليات الإدارية ، تكنولوجيا المعلومات)

الفقرات					درجة الموافقة				
أولاً: تحديد العمليات الإدارية الموجودة في المستشفى					وافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق
1.	تقوم إدارة المستشفى بتحديد العمليات الإدارية المعمول بها بطريقة محددة								
2.	تعمل إدارة المستشفى على تحديد الاحتياجات اللازمة لإجراء أي عملية إدارية								
3.	تعمل إدارة المستشفى على تحديد المخرجات المتوقعة نتيجة تنفيذ العمليات الإدارية								
4.	العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تتماشى مع استراتيجية المستشفى								
5.	العمليات الإدارية المطبقة في المستشفى تلبي الاحتياجات ذات الأساسية								

الفقرات					درجة الموافقة				
ثانياً: تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في					وافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق
1.	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها الإدارية بما يلبي المتطلبات المحلية والدولية								
2.	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها بعد الاخذ بعين الاعتبار الامكانيات المتاحة								
3.	توجد تعليمات تنظيمية لمعظم الانشطة والعمليات والإجراءات المعمول بها وفي جميع المستويات								

					الوظيفية	
					توجد تعليمات تطبيقية معظم الأنشطة والعمليات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية	4.
					يتم تصميم نظام رقابي يشمل اجراءات عمل وقائي وتصحيحية	5.

درجة الموافقة					الفقرات	
وافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	ثالثا: تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى	
					1. تقوم إدارة المستشفى بتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ العمليات الإدارية	
					2. تهيئ إدارة المستشفى نظم المعلومات المطلوبة لتنفيذ العمليات الإدارية	
					3. تعمل إدارة المستشفى على توفير الافراد المؤهلين لتنفيذ العمليات الإدارية	
					4. تدرب إدارة المستشفى العاملين على اجراءات تنفيذ العمليات الإدارية	
					5. تقوم إدارة المستشفى بوضع العمليات الإدارية والمصادقة عليها قبل البدء بأي اجراء إداري	

درجة الموافقة					الفقرات	
وافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق	رابعا: مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها	
					1. تحدد المستشفى العمليات الإدارية الأساسية التي تريد متابعتها ورقابتها	
					2. يوجد التزام من الإدارة العليا بتطبيق نظام الرقابة	
					3. تقوم إدارة المستشفى تحليل العملية الإداري	

					والأداء الوظيفي الفعلي ومقارنتها مع الأداء المخطط لها
					4. تقوم المستشفى باتخاذ اجراءات تصحيحية في حال وجود انحراف عن الأداء المخطط له
					5. يوجد مراجعه دورية للخطط ا لموضوع من المستويات الإدارية المختلفة

الفقرات					درجة الموافقة
خامسا: تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في					موافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق
1.	تقوم الاقسام الإدارية والطبية بالتنسيق فيما بينها				
2.	توجد في إدارة المستشفى وحدة تطوير تعنى بتحسين العمليات الإدارية				
3.	تتبنى إدارة المستشفى نظام الحوافز لتشجيع الموظفين				
4.	تقوم إدارة المستشفى بمطابقة قدرات الافراد مع متطلبات تنفيذ العملية الإدارية				
5.	تدعم إدارة المستشفى برامج التعليم المستمر لرفع الكفاءة وتحسين الأداء الوظيفي				

الفقرات					درجة الموافقة
سادسا: تكنولوجيا المعلومات					موافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق
1.	تعمل تكنولوجيا المعلومات في المستشفى بالحصول على المعلومات في الوقت المناسب				
2.	تساعد تكنولوجيا المعلومات في سهوله اتخاذ القرار				
3.	تخصص المستشفى جزء من الميزانيه لتطوير تكنولوجيا المعلومات				

4	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين التواصل فيما بين اقسام المستشفى				
5	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين تقديم خدمات نوعيه وسريعه للمستفيدين				

الجزء الثالث: يغطي أبعاد المتغير التابع للأداء الوظيفي (1-الكفاءة وتشمل وقت ، تكلفة وجودة العمليات الإدارية ،

2- الفاعلية وتشمل تحقيق اهداف المؤسسة, التكامل بين الوظائف والتكيف داخلياً وخارجياً للموظفين)

الفقرات					درجة الموافقة				
أولاً: وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى					موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق
1.	يحدد نظام المستشفى مدة زمنية محددة لكل نشاط معمول ومطبق لتنفيذ العملية الإدارية								
2.	تراقب إدارة المستشفى مدة تنفيذ أنشطة العمليات الإدارية								
3.	تتخذ إدارة المستشفى إجراءات تصحيحية لمعالجة التأخير في تنفيذ العمليات الإدارية								
4.	تتبنى إدارة المستشفى المبادرات التي تعمل على تحسين وقت تنفيذ العمليات الإدارية								
5.	تخصص إدارة المستشفى الموارد اللازمة لتقليل وقت تنفيذ العملية الإدارية								

الفقرات					درجة الموافقة				
ثانياً: تكلفة العمليات الإدارية					موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق
1.	تأخذ إدارة المستشفى البدائل المتوفرة لتخفيض تكلفة العملية الإدارية .								
2.	تراقب إدارة المستشفى تكاليف العمليات الإدارية								

					و تتابعها بشكل دائم
					3. تراقب إدارة المستشفى العوامل التي تزيد من تكاليف العمليات الإدارية
					4. تحلل إدارة المستشفى منافع العمليات الإدارية المعمول بها بالمقارنه مع التكاليف

الفقرات					درجة الموافقة
ثالثا: جودة العمليات الإدارية					موافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق
1.	تتناسب الخدمات التي تقدمها المستشفى مع متطلبات المرضى				
2.	تسعى إدارة المستشفى للتميز في تقديم الخدمة				
3.	يوجد أكثر من بديل لخط سير العملية الواحد				
4.	توجد ثقافة تنظيمية تركز وتهتم بخدمة المرضى				
5.	تطبق إدارة المستشفى نظام الاعتماد على الشراك في اتخاذ القرارات				
6.	تعمل إدارة المستشفى على تقديم خدمة عالي الجودة لتحقيق الرضا بين العاملين				

الفقرات					درجة الموافقة
رابعا: تحقيق اهداف المستشفى					موافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق
1.	تعمل إدارة المستشفى على القضاء على الروتين الزائد بين الاقسام				
2.	تعمل إدارة المستشفى على توضيح النظم الإداري والطبية والقوانين لجميع العاملين				
3.	تعمل إدارة المستشفى على توفير الخدمة المطلوب وبالوقت والسرعه المناسبه				

4.	تقوم إدارة المستشفى بتدريب الطواقم الموجود لديها				
5.	تزرع إدارة المستشفى روح الانتماء بين العاملين				
6.	تعمل إدارة المستشفى على تقليل الفجوة بين توقعات المواطنين وما يتم تقديمه لهم				

الفقرات					درجة الموافقة
خامسا: التكامل بين العمليات الإدارية					وافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق
1.	تعمل إدارة المستشفى على سرعة الحصول على المعلومات وتبادلها بين الاقسام				
2.	تعمل إدارة المستشفى على سرعة تقديم حلول للمشاكل التي تواجه العاملين في المستشفى				
3.	تعمل إدارة المستشفى على تعزيز التواصل بين العاملين				
4.	تعمل إدارة المستشفى على تقليل ازدواجية العمل بين العاملين				
5.	المعلومات المقدمة من طرف الإدارة سهلة الفهم بالنسبة للعاملين				

الفقرات					درجة الموافقة
سادسا: التمكين الإداري بين العاملين (عملية اكتساب القوة اللازمة لاتخاذ القرارات والإسهام					وافق بشدة موافق محايد غير موافق غير موافق بشدة
1.	يتم تدريب العاملين من أجل إشراكهم في اتخاذ القرار				
2.	تؤمن إدارة المستشفى بالرقابة الذاتية				
3.	سبق وأن حدثت أزمات قام العاملون لدينا بإدارتها				

					من خلال تمكنهم من أخذ القرارات الصائبة	
					4. يتصرف العاملون كقادة عند حدوث الازمات	
					5 تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المادية لقاء إدارتهم الفعالة للآزمات	
					6. تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المعنوية لقاء إدارتهم الفعالة للآزمات	
					7. تخشى إدارة المستشفى من تمكين الموظفين	

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

ملحق رقم (2) قائمة باسماء محكمي الاستبانة

الاسم	المؤسسة
د. معتصم حمدان	جامعة القدس
د. عبد الوهاب الصباغ	جامعة القدس
د. اكرم رحال	جامعة القدس
د. محمد شاهين	جامعة القدس
د. ايمن الجمل	مركز خاص
د. ذياب جرار	جامعة القدس المفتوحة
د. محمد رسلان	جامعة القدس المفتوحة
د. عطيه مصلح	جامعة القدس المفتوحة
الاستاذ قاسم عوض	جامعة القدس
الاستاذ محمد شرايعه	جامعة القدس
الاستاذ محمد عبد الرحمن	جامعة القدس
السيد احمد عليان ابو خليل	مستشفى رام الله الحكومي
د. عبد الجاب الهودلي	نائب رئيس الهيئة الإدارية /الهلال الاحمر الفلسطيني
السيد خالد المطور	المدير العام لمركز خليل ابو رية
د. عزام رميله	المدير الإداري لوزارة شؤون الاسرى

ملحق رقم (3) حساب كرونباخ ألفا لكل فقره من فقرات الدراسة:

Item-Total Statistics				
Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Scale Variance if Item Deleted	Scale Mean if Item Deleted	
.985	.748	2145.646	211.1002	تقوم إدارة المستشفى بتحديد العمليات الإدارية المعمول بها بطريقة محددة
.985	.743	2147.208	211.1002	تعمل إدارة المستشفى على تحديد الاحتياجات اللازمة لإجراء أي عملية إدارية
.985	.735	2145.182	211.2692	تعمل إدارة المستشفى على تحديد المخرجات المتوقعة نتيجة تنفيذ العمليات الإدارية
.985	.776	2141.681	211.2410	العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى تتماشى مع استراتيجية المستشفى
.985	.699	2147.198	211.1706	العمليات الإدارية المطبقة في المستشفى تلبي الاحتياجات ذات الأساسية
.985	.744	2143.017	211.3678	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها الإدارية بما يلبي المتطلبات المحلية والدولية
.985	.655	2156.803	210.9875	تقوم إدارة المستشفى بتصميم عملياتها بعد الأخذ بعين الاعتبار الامكانيات المتاحة
.985	.754	2143.542	211.2551	توجد تعليمات تنظيمية لمعظم الأنشطة والعمليات والإجراءات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية
.985	.792	2140.047	211.3678	توجد تعليمات تطبيقية معظم الأنشطة والعمليات المعمول بها وفي جميع المستويات الوظيفية
.985	.786	2133.658	211.3255	يتم تصميم نظام رقابي يشمل اجراءات عمل وقائية وتصحيحية
.985	.834	2136.911	211.1706	تقوم إدارة المستشفى بتوفير الموارد اللازمة لتنفيذ العمليات الإدارية
.985	.834	2134.427	211.2410	تهيئ إدارة المستشفى نظم المعلومات المطلوبة لتنفيذ العمليات الإدارية
.985	.778	2130.457	211.4804	تعمل إدارة المستشفى على توفير الافراد المؤهلين لتنفيذ العمليات الإدارية
.985	.742	2141.838	211.6776	تدرب إدارة المستشفى العاملين على اجراءات تنفيذ العمليات الإدارية
.985	.751	2134.591	211.5086	تقوم إدارة المستشفى بوضع العمليات الإدارية والمصادقة عليها قبل البدء بأي اجراء إداري
.985	.758	2149.393	211.1142	تحدد المستشفى العمليات الإدارية الأساسية التي تريد متابعتها ورقابتها
.985	.831	2128.029	211.2128	يوجد التزام من الإدارة العليا بتطبيق نظام الرقابة
.985	.830	2128.392	211.5227	تقوم إدارة المستشفى بتحليل العملية الإدارية والأداء الوظيفي الفعلي ومقارنتها مع الأداء المخطط لها
.985	.842	2127.669	211.3537	تقوم المستشفى باتخاذ اجراءات تصحيحية في حال وجود انحراف عن الأداء المخطط له
.985	.811	2133.781	211.4945	يوجد مراجعه دورية للخطط الموضوع من المستويات الإدارية المختلفة
.985	.659	2142.640	211.1706	تقوم الاقسام الإدارية والطبية بالتنسيق فيما بينها
.985	.662	2140.729	211.8044	توجد في إدارة المستشفى وحدة تطوير تعنى بتحسين العمليات الإدارية

Item-Total Statistics				
Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Scale Variance if Item Deleted	Scale Mean if Item Deleted	
.985	.658	2146.091	212.1988	تتبنى إدارة المستشفى نظام الحوافز لتشجيع الموظفين
.985	.752	2140.867	211.7340	تقوم إدارة المستشفى بمطابقة قدرات الافراد مع متطلبات تنفيذ العملية الإدارية
.985	.640	2138.616	211.4804	تدعم إدارة المستشفى برامج التعليم المستمر لرفع الكفاءة وتحسين الأداء الوظيفي
.985	.607	2149.400	211.5650	تعمل تكنولوجيا المعلومات في المستشفى بالحصول على المعلومات في الوقت المناسب
.985	.691	2138.811	211.2973	تساعد تكنولوجيا المعلومات في سهوله اتخاذ القرار
.985	.616	2146.730	211.9312	تخصص المستشفى جزء من الميزانية لتطوير تكنولوجيا المعلومات
.985	.630	2141.586	211.2692	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين التواصل فيما بين اقسام المستشفى
.985	.627	2137.835	211.3396	تساهم تكنولوجيا المعلومات في تحسين تقديم خدمات نوعيه وسريعه للمستفيدين
.985	.840	2132.001	211.6072	يحدد نظام المستشفى مدة زمنية محدده لكل نشاط معمول ومطبق لتنفيذ العملية الإدارية
.985	.822	2132.766	211.5790	تراقب إدارة المستشفى مدة تنفيذ أنشطة العمليات الإدارية
.985	.807	2136.592	211.5509	تتخذ إدارة المستشفى إجراءات تصحيحية لمعالجة التأخير في تنفيذ العمليات الإدارية
.985	.848	2130.192	211.4804	تتبنى إدارة المستشفى المبادرات التي تعمل على تحسين وقت تنفيذ العمليات الإدارية
.985	.727	2138.894	211.6354	تخصص إدارة المستشفى الموارد اللازمه لتقليل وقت تنفيذ العملية الإدارية
.985	.667	2146.348	211.1565	تأخذ إدارة المستشفى البدائل المتوفره لتخفيض تكلفة العملية الإدارية.
.985	.593	2153.829	211.1706	تراقب إدارة المستشفى تكاليف العمليات الإدارية وتتابعها بشكل دائم
.985	.569	2154.383	211.1706	تراقب إدارة المستشفى العوامل التي تزيد من تكاليف العمليات الإدارية
.985	.698	2144.797	211.3396	تحلل إدارة المستشفى منافع العمليات الإدارية المعمول بها بالمقارنه مع التكاليف
.985	.605	2149.815	211.0157	تتناسب الخدمات التي تقدمها المستشفى مع متطلبات المرضى
.985	.641	2145.764	210.9452	تسعى إدارة المستشفى للتميز في تقديم الخدمة
.985	.613	2152.164	211.3114	يوجد أكثر من بديل لخط سير العمل الواحد
.985	.753	2134.957	211.3396	توجد ثقافة تنظيمية تركز وتهتم بخدمة المرضى
.985	.793	2129.844	211.5650	تطبق إدارة المستشفى نظام الاعتماد على الشراكه في اتخاذ القرارات
.985	.764	2126.574	211.6213	تعمل إدارة المستشفى على تقديم خدمة عالية الجودة لتحقيق الرضا بين العاملين
.985	.697	2140.828	211.8044	تعمل إدارة المستشفى على القضاء على الروتين الزائد بين الاقسام
.985	.745	2131.446	211.5086	تعمل إدارة المستشفى على توضيح النظم الإدارية والطبية والقوانين لجميع

Item-Total Statistics				
Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Scale Variance if Item Deleted	Scale Mean if Item Deleted	
				العاملين
.985	.854	2128.960	211.3678	تعمل إدارة المستشفى على توفير الخدمة المطلوبة وبالوقت والسرعة المناسبة
.985	.744	2135.205	211.5509	تقوم إدارة المستشفى بتدريب الطواقم الموجودة لديها
.985	.720	2134.677	211.8185	تزرع إدارة المستشفى روح الانتماء بين العاملين
.985	.732	2139.459	211.4664	تعمل إدارة المستشفى على تقليل الفجوة بين توقعات المواطنين وما يتم تقديمه لهم
.985	.807	2131.566	211.1424	تعمل إدارة المستشفى على سرعة الحصول على المعلومات وتبادلها بين الأقسام
.985	.757	2133.999	211.4523	تعمل إدارة المستشفى على سرعة تقديم حلول للمشاكل التي تواجه العاملين في المستشفى
.985	.776	2132.100	211.5509	تعمل إدارة المستشفى على تعزيز التواصل بين العاملين
.985	.606	2148.289	211.6213	تعمل إدارة المستشفى على تقليل ازدواجية العمل بين العاملين
.985	.763	2132.640	211.1565	المعلومات المقدمة من طرف الإدارة سهلة الفهم بالنسبة للعاملين
.985	.754	2139.388	211.8044	يتم تدريب العاملين من أجل إشراكهم في اتخاذ القرار
.985	.805	2124.965	211.3396	تؤمن إدارة المستشفى بالرقابة الذاتية
.985	.595	2157.925	211.2692	سبق وأن حدثت أزمات قام العاملون لدينا بإدارتها من خلال تمكنهم من أخذ القرارات الصائبة
.985	.459	2166.933	211.0861	يتصرف العاملون كقادة عند حدوث الأزمات
.985	.624	2143.959	212.1142	تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المادية لقاء إدارتهم الفعالة للأزمات
.985	.671	2141.347	211.5931	تقوم إدارة المستشفى بمنح العاملين الحوافز المعنوية لقاء إدارتهم الفعالة للأزمات
.987	-.480	2257.102	211.3678	تخشى إدارة المستشفى من تمكين الموظفين

فهرس الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	الاستبانة في صورتها النهائية	140
2	ائمة باسماء محكمي الاستبانة	149
3	حساب كرونباخ ألفا لكل فقره من فقرات الدراسة	150

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.2	المؤشرات الرئيسية في مشافي فلسطين 2011	44-43
2.2	تطور عدد العاملين في وزارة الصحة في العام 2012 مقارنة مع العام 1955	43
3.1	توزيع فقرات الاستبانة على محاورها	58-57
2.3	قيم معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي لمحاور الاستبانة	59
3.3	مجتمع الدراسة حسب القطاع والإطار والاستجابة	61
1.4	توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي	65
2.4	توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي	60
3.4	توزيع أفراد العينة حسب العمر	66
4.4	تحديد العمليات الإدارية الموجودة في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	68
5.4	تصميم العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	69
6.4	تنفيذ العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	71
7.4	توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	72
8.4	توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	73
9.4	تحسين العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	74
10.4	توجهات العاملين نحو دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين العمليات الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة	76-75
11.4	وقت العمليات الإدارية المعمول بها في المستشفى حسب استجابات أفراد العينة	77
12.4	تكلفة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة	78
13.4	جودة العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة	80
14.4	تحقيق أهداف المستشفى حسب استجابات أفراد العينة	81
15.4	التكامل بين العمليات الإدارية حسب استجابات أفراد العينة	83-82

84	التمكين الإداري بين العاملين حسب استجابات أفراد العينة	16.4
85	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية لمجالات محور إعادة الهندسة الإدارية حسب استجابات أفراد العينة	17.4
86	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية لمجالات محور الأداء الوظيفي حسب استجابات أفراد العينة	18.4
87-86	دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع	19.4
88-87	دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع	20.4
90-89	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع	21.4
91	نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير القطاع	22.4
92	دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير الجنس	23.4
96-93	دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة	24.4
98-96	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة	25.4
99	نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة	26.4
101-100	دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المسمى الوظيفي	27.4
102-101	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة	28.4

	رام الله والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي	
104-103	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي	29.4
108-105	دور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي	30.4
109-108	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة اعتمادا على متغير المؤهل العلمي	31.4
111-110	نتائج اختبار توكي (Tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي	32.4
114-112	دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة	33.4
116-115	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير سنوات الخبرة	34.4
120-117	دور إعادة الهندسة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر	35.4
122	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY Analysis of Variance) لدور إعادة الهندسة الإدارية (الهندرة) في تعزيز الأداء الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير العمر	36.4

فهرس الأشكال البيانية

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
3. 1	منهج الدراسة وخطواتها واجراءاتها الرئيسة	56
1.4	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	64
2. 4	توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة	64
4.4	توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العمل (الخبرة العملية)	66
5.4	توزيع أفراد العينة حسب القطاع	67

فهرس المحتويات:

الإقرار.....	أ
شكر وعرفان	ب
ملخص الدراسة.....	هـ
Abstract.....	ز
الفصل الأول.....	1
خلفية الدراسة.....	1
1.1 المقدمة.....	1
2.1 مشكلة الدراسة.....	3
وفي ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة هذا البحث على النحو التالي:-	3
3.1 مبررات الدراسة.....	4
4.1 أهمية الدراسة.....	4
5.1 أهداف الدراسة.....	5
6.1 أسئلة الدراسة:.....	6
7.1 متغيرات الدراسة.....	7
8.1 هيكلية الدراسة.....	7
الفصل الثاني:.....	8
الاطار النظري والدراسات السابقة:.....	8
1.2 المقدمة.....	8
2.2 الإطار النظري	8
2.2.1 الهندسة الإدارية:.....	8
2.2.2 أهداف الهندسة الإدارية:.....	12
2.2.3 المبادئ التي تقوم عليها الهندسة الإدارية:.....	13
2.2.4 خصائص الهندسة الإدارية وركائزها:.....	13
2.2.5 المنظمات التي تحتاج لتطبيق عملية الهندسة الإدارية:.....	14
2.2.6 الجهات التي تتولى الهندسة الإدارية:.....	15
2.2.7 التخطيط:.....	16
2.2.8 تكنولوجيا المعلومات:.....	18
2.2.9 دور تكنولوجيا المعلومات في الهندسة الإدارية:.....	19
2.2.10 التحكم في إدارة النوعية Quality management control.....	20
2.2.11 التركيز على العملاء Customers focus:.....	20

21	:Leadership approach	12	2.	2.
22	 : Investment of people	13	2.	2.
22	:Process approach	14	2.	2.
23	:System approach to management	15	2.	2.
23	Continual improvement	16	2.	2.
24	 Factual approach to decision making	17	2.	2.
24	:Mutual benefit relationship	18	2.	2.
25	Quality of internal services:	19	2.	2.
26	:Reengineering	20	2.	2.
26	Information technology (IT)	21	2.	2.
26	 والاستثمار والتكنولوجيا			
27	 Change management	22	2.	2.
27	 strategic management	23	2.	2.
28	:performance management	24	2.	2.
29	 متطلبات نماذج إعادة هندسة نظم العمل	25	2.	2.
29	Problems facing business process	26	2.	2.
29	:reengineering			
30	Human factor in (BPR)	27	2.	2.
30	:Resistance to change	28	2.	2.
31	Personal view of change	29	2.	2.
32	 دور العلاقة بين نظم المعلومات والمنظمة وصنع القرار	30	2.	2.
32	:الأداء الوظيفي:	31	2.	2.
35	:العوامل المؤثرة على الأداء الوظيفي:	32	2.	2.
35	:عناصر الأداء الوظيفي:	33	2.	2.
36	:1 علاقة إعادة الهندسة الإدارية بالأداء الوظيفي:	33	2.	2.
38	:الكفاءة:	34	2.	2.
39	:الفاعلية:	35	2.	2.
40	:إدارة المستشفيات:	36	2.	2.
42	:تصنيف المستشفيات حسب التخصص:	37	2.	2.
42	:وصف إحصائي عن المستشفيات في فلسطين:	38	2.	2.
45	:3 الدراسات السابقة			
54	:1 نقد الدراسات السابقة:			

54	2. 3. 2 أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:
55	2. 3. 3 أوجه الاختلاف مع الدراسات السابقة:
56	الفصل الثالث:
56	منهجية وإجراءات الدراسة:
56	الشكل (3. 1) منهج الدراسة وخطواتها وإجراءاتها الرئيسية
57	1.3 منهجية الدراسة وأدواتها
57	2. 3. 2 أداة الدراسة
58	3.3 صدق أداة الدراسة (تحكيم الاستبانة)
59	4.3 تحليل البيانات
60	5.3 حدود ومحددات الدراسة
61	3. 6 مجتمع الدراسة (الإطار والعينة)
62	7.3 أخلاقيات الدراسة
62	1. تم التأكيد لمجتمع الدراسة بسرية المعلومات.
62	2. تم الحصول على إذن من كل المستشفيات لتوزيع الاستبانة.
62	3. تم شرح بعض عناصر الاستبانة لبعض الموظفين.
62	4. تم الحصول على إذن من وزير الصحة لتوزيع الاستبانة في مجمع فلسطين الطبي.
62	5. تم تزويد بعض الموظفين مواد علمية عن موضوع الدراسة.
63	الفصل الرابع:
63	نتائج الدراسة:
63	1.4 الخصائص الديمغرافية لمجتمع الدراسة
65	الفئة الوظيفية
65	المستوى التعليمي
67	2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو تطبيق عناصر الهندسة الإدارية في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة
67	1.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو العمليات الإدارية والآليات المتبعة في المستشفى وأنماطها
69	2.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو إجراءات تصميم العمليات الإدارية في المستشفيات؟
71	3.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو آليات التنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية بالمستشفيات؟
72	4. 2. 4 توجهات العاملين نحو مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية المعمول بها في مستشفيات محافظة رام الله والبيرة حسب استجابات أفراد العينة.
74	5.2.4 توجهات العاملين الإداريين نحو دور التكنولوجيا في تحسين وتنفيذ وتطوير العمليات الإدارية في قطاع المستشفيات؟
	3.4 توجهات العاملين الإداريين نحو تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في مستشفيات محافظة رام الله

77	والبيرة؟.....
77	1.3.4 أثر عناصر الكفاءة الإدارية في تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات.....
81	1.4.4 أثر عناصر الفاعلية الإدارية على تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع المستشفيات.....
85	5.4 اختبار أسئلة الدراسة:.....
85	4. 5. 1 اختبار السؤال الأول: ما مدى إمكانية تطبيق بنود الهندسة الإدارية في قطاع المستشفيات في محافظة رام الله والبيرة ؟
86	4. 5. 2 اختبار السؤال الثاني:
86	4. 6. 1 اختبار السؤال الثالث:.....
124	الفصل الخامس.....
124	5. 1 مناقشة النتائج.....
124	5. 1. 1 تحديد العمليات الإدارية.....
125	5. 1. 2 تصميم العمليات الإدارية.....
125	5. 1. 3 تنفيذ العمليات الإدارية.....
126	5. 1. 4 مراقبة ومتابعة العمليات الإدارية.....
126	5. 1. 5 تحسين العمليات الإدارية.....
126	5. 1. 6 تكنولوجيا المعلومات.....
127	5. 1. 7 تعزيز الأداء الوظيفي للعاملين.....
127	5. 1. 8 تكلفة العمليات الإدارية.....
128	5. 1. 9 جودة العمليات الإدارية.....
128	5. 1. 10 تعزيز الأداء الوظيفي.....
129	5. 1. 11 التكامل بين العمليات الإدارية.....
129	5. 1. 12 التمكين الإداري بين العاملين.....
130	2.5 الاستنتاجات.....
130	5. 2. 1 المعلومات الشخصية:.....
131	5. 2. 2 مجالات الاستبانة:.....
131	5. 2. 2. 2 تصميم العمليات الإدارية في المستشفيات.....
131	5. 2. 2. 3 التنفيذ والرقابة على العمليات الإدارية بالمستشفيات.....
132	5. 2. 3 تأثير الهندرة على الأداء الوظيفي:
133	5. 3 خلاصة النتائج.....
134	5. 4 التوصيات.....
134	5. 4. 1 توصيات للقطاع الحكومي.....
134	5. 4. 2 توصيات للقطاع الأهلي.....

135	 5. 4. 3 توصيات للقطاع الخاص
136	 المراجع والمصادر:
155	 فهرس الجداول:
158	 فهرس الأشكال البيانية
159	 فهرس المحتويات: