

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية
دراسة حالة: مراكز ومستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة

نداء عمر عيد أبو عمشة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1441هـ/2020م

دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية
دراسة حالة: مراكز ومستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة

إعداد:

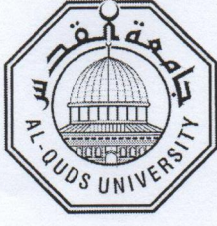
نداء عمر عيد أبو عمشة

إدارة صحية، جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

إشراف: الأستاذ الدكتور على عبدالله شاهين

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير من
معهد التنمية المستدامة/ كلية الدراسات العليا/ جامعة القدس

1441هـ/2020م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
بناء مؤسسات وتنمية بشرية
معهد التنمية المستدامة

إجازة الرسالة

دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية
غير الحكومية دراسة حالة : مراكز ومستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة

اسم الطالب: نداء عمر عيد أبو عمشة
الرقم الجامعي: 21620278

إشراف: الأستاذ الدكتور علي شاهين

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2020/1/6 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم
وتوافقهم:

التوقيع:

1- رئيس لجنة المناقشة: الأستاذ الدكتور علي شاهين

التوقيع:

2- ممتحناً داخلياً: الدكتورة تهاني جفال

التوقيع:

3- ممتحناً خارجياً: الدكتور خالد عيسى

القدس - فلسطين

2020/هـ1441

إهداء

- إلى معلم البشرية ومنبع العلم نبينا محمد ﷺ ...
- إلى روح أبي الطاهرة...
- إلى أمي الغالية...
- إلى إخواني محمد وعلي... وأختي العزيزة صابرين...
- إلى أساتذتي الأفاضل...
- إلى زملاء الأعزاء...
- إلى كل شخص ساندني في المرحلة الدراسية...

لهم جميعاً أهدي ثمرة جهدي

الباحثة/ نداء عمر عيد أبو عمشة

إقرار:

أقرُّ أنا مُعدَّة الرسالة بأنها قدِّمت لجامعة القدس؛ لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الدراسة، أو أي جزء منها، لم يُقدَّم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: نداء عمر أبو عَمشة

نداء عمر عيد أبو عَمشة

التاريخ: 2020/1/6م

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على رسول الله محمد ﷺ وبعد،،،

انطلاقاً من قول الله ﷻ ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ [النمل: 19].

ثم امتثالاً لتوجيه النبي ﷺ فيما ثبت عنه أنه قال ﷺ: "مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ لَا يَشْكُرُ اللَّهَ"، فأرى أنه من الواجب أن أقدم جزيل شكري وتقديري، لكل من أولاني معروفاً بتوجيه أو نصح أو إرشاد خلال إنجازي لهذه الرسالة، ولاسيما مشرفي الفاضل الأستاذ الدكتور/ على شاهين.

كما أتوجه بالشكر والتقدير للأستاذة الكرام الدكتور/ خالد عيسى مناقشاً خارجياً، والدكتورة/ تهاني جفال مناقشاً داخلياً، اللذين تفضلاً وتكرماً وقبل مناقشة هذه الرسالة، وإبداء آرائهما أسهم في تجويد هذا العمل وتحسينه، ليظهر في أحسن صورة.

كما أتقدمُ بخالصِ الشكرِ والتقديرِ لِأساتذتي الكرامِ في معهد التنمية المستدامة تخصص بناء المؤسسات والتنمية البشرية في جامعة القدس، جزاهم الله خير الجزاء.

فجزاهم الله عني خير الجزاء، ورزقهم الله طول العمر مع حسن العمل.

الباحثة/ نداء عمر عيد أبو عمشة

مصطلحات الدراسة:

1- الإدارة الصحية:

أ- عملية إدارية يتم خلالها توظيف الموارد المتاحة؛ لتحقيق نتائج معينة في فترة زمنية محددة، وتتضمن عملية التخطيط تحليل الوضع القائم، وضع الأهداف، دراسة الخيارات المتاحة، تمهيداً لصنع القرار المتمثل بوضع الخطة.

ب- مفاهيم الإدارة التنفيذية في مجال الطب التشخيصي -العلاجي- الوقائي، وإدارة الرعاية الصحية هو حقل إداري تطبيقي وتدريبى متصل بنظم القيادة Leadership، والإدارة Management في المجالات الطبية والصحية وإدارة المستشفيات Administration of hospitals، والشبكات العلاجية المتخصصة Hospital networks، وأنظمة الرعاية الصحية Health care systems، ونظم الصحة العامة... Public health systems... إلخ.

ج- تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبيه الحاجات، والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية، وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل (الحولي، 2006).

د- رسم السياسة المفصلة لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين على شكل برامج ومشروعات، تستهدف بلوغ المستوى الصحي المطلوب للفرد والمجتمع، وتتصف بأن لها خصائص محددة في فترة معينة معينة (الرشدي، 2015: 198).

2- بناء قدرات المؤسسات:

أ- العملية التي يحصل عليها الأفراد والمنظمات على المهارات والمعارف اللازمة؛ لأداء وظائفهم بكفاءة، وتحسينها والاحتفاظ بها.

ب- العملية التي يقوم بها الناس والمنظمات والمجتمع بصورة منهجية بتحفيز وتنمية قدراتهم على مرّ الزمن؛ لتحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك المهارات والنظم والمؤسسات في بيئة اجتماعية وثقافية تمكينية أوسع نطاقاً (ويكيبيديا، 2019).

ج- هي العمليات التي يتم من خلالها تدعيم قدرات المنظمة أو بناء تلك القدرات، إنها عملية معقدة وتتعامل مع قيم المنظمة، ورسالتها، وبرامجها، والهيكل التنظيمي، والأنظمة، وقد تتم هذه العملية من خلال المنظمة نفسها أو من خلال التعاون مع جهات خارجية محلية أو دولية لديها الاستعداد والرغبة للقيام بتلك المهام (سويدان، 2011: 2659).

3- المؤسسات الصحية غير الحكومية:

هي المؤسسات التي تقدم الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة ولا تتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة (فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء، 2006).

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى توفر مقومات التنظيم الإداري السليم للإدارة الصحية، لأغراض بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، ومدى قيام الإدارة الصحية بمهام التوجيه والرقابة والمتابعة والتقييم اللازم في هذا الخصوص.

وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لطبيعة الدراسة وأهدافها، وتم اختيار مجتمع الدراسة من العاملين في مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، الذين ترتبط طبيعة أعمالهم بتلك المهام، واستخدام ولذا تم استخدام أسلوب الحصر الشامل.

وكان من أهم نتائج الدراسة:

وجود قصور في جانب تبادل المعلومات بين الإدارة والأقسام عبر وسائل الاتصال الحديثة (البريد الإلكتروني - الـ SMS - مواقع تواصل اجتماعي)، مع وجود كثرة الأعمال الإدارية على عاتق الموظفين، يقابلها نقص في الكادر البشري؛ نتيجة لقلّة الإمكانيات المالية المتاحة.

يتأثر الوضع المالي في مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بالظروف الاقتصادية السائدة في قطاع غزة، وقد انعكس هذا بدوره على تدني حوافز العاملين فيها، وقد ظهر في النتائج أيضاً وجود بعض مظاهر القصور في اعداد الخطط السنوية المتعلقة بالمراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي، وعدم بذل الاهتمام الكافي بشأن تطوير الجوانب البحثية والدراسات العلمية اللازمة لمواكبة التطورات التكنولوجية والطبية.

وقد كان من توصيات الدراسة:

السعي لتطوير هيكل إداري تنظيمي، ذي صلاحيات ومسؤوليات واضحة ومحددة يمكن فهمها والتعامل معها بسهولة، وقادرة على التأثير بشكل مباشر على تحديد وتلبية احتياجات المستشفى من العمالة اللازمة، مع توفير نظم معلومات حديثة للمستشفى تكون كفيلة بتدفق المعلومات التي تسهل عملية صنع القرار السليم، والاهتمام بالجوانب البحثية والدراسات العلمية والتطور التكنولوجي الطبي والتقني، مع ضرورة بناء فرق العمل داخل المستشفى ومساندتها وتحفيزها وإيجاد التعاون بينها.

The Role of Health Management in Capacity-building of Non-Governmental Health Institutions - Case study: Union of Health Work Committee Centers and Hospitals in Gaza Strip

Prepared by: Nedaa Omar Eid AbuAmshaa

Supervisor: Dr. Ali Abd-Allah Shaheen

Abstract:

The study aimed to identify the availability of the elements of proper administrative organization for health management, for the purposes of improving the capacity of hospitals of the Union of Health Work Committees, and the extent to which the health department performs the tasks of guidance, supervision, follow-up and evaluation that is necessary for this regard

The study used the descriptive analytical method to suit its objectives of the study, and the study population was chosen from the employees of hospitals to choose health work committees in the Gaza Strip, whose nature of their work is related to these tasks,

Results:

There is a lack of communication skills between the administration department and divisions through modern means of communication (e-mail - SMS - fax), and the abundance of administrative burdens on the employees, with a lack of human cadres due to the limited financial capabilities available.

The financial situation in the hospitals of the Union of Health Work Committees is affected by the prevailing economic conditions in the Gaza Strip that led to low incentives, for those working in these hospitals. And there are some of shortcomings in preparing annual plans, which is related to health centers that following health work committees, and insufficiency of attention on developing research and practical aspects that is necessary to pursue pace with technological and medical developments in this regard.

Recommendation:

Striving to develop an organizational administrative structure, with clear and specific powers and responsibilities that can be easily understood and dealt with, and able to directly influence the identification and fulfillment of hospital needs of the necessary labor, and Providing modern information systems for the hospital to ensure the flow of information that facilitates proper decision-making, and Be more attention to research aspects, scientific studies, medical and technological development, and The importance of create work teams inside the hospital, and motivate them to be cooperative together

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

بدأ الاهتمام بعلم الإدارة بشكل عام منذ بداية الخلق وظهور المجتمعات، وقد بدأ الإنسان منذ القدم يتعلم ويجتهد في طلب العلم والمعرفة؛ لتنظيم أمور حياته وإدارة شؤونه اليومية وفق ما يتوفر لديه من إمكانيات وما يمتلك من معارف ومهارات. ومن هنا كان التعاون والتنسيق في كل مجالات حياة الإنسان الفردية والجماعية يعكس مفهوم الإدارة، وكان تاريخ الإنسان منذ القدم حافلاً بالنشاطات الإدارية المنظمة التي كانت تهدف إلى تنظيم علاقة التجمعات البشرية وتوزيع المهام وتحديد القيادات. وكذلك توزيع الثروات وتحسين مستوى المعيشة وحفظ الأمن للإنسان، وتنظيم أمور حياته اليومية.

والإنسان اجتماعي بطبعه، يتكئ مع بني جنسه في مجموعات بشرية ذات اهتمامات ومصالح مشتركة، ووجود الإدارة أمر هام وحتمي في حياة كل التجمعات البشرية التي تمتلك إمكانيات (مادية ومالية وفنية وطبيعية) لمساعدتها على إدارة شؤنها وتحقيق أهدافها.

وفي المجتمع الحديث ظهر مفهوم الإدارة بشكل مختلف وفلسفات ونظريات متباينة ومدارس متعددة لعلماء الإدارة؛ لهذا بدأ الاهتمام بالإدارة المتخصصة يتزايد يوماً بعد يوم مع تطور نمط الحياة والعولمة، وتطور العلاقات الدولية وازدهار المنظمات التجارية والخدمية والثورة الصناعية والنقد التقني.

وازداد الاهتمام بالتخصص الدقيق لعلم الإدارة في جميع المجالات ومن أهمها: الإدارة الصحية التي تختص بإدارة قطاع الصحة الذي يتعامل مع أعلى ما يملك الإنسان وهي صحته. وقد نما هذا الاهتمام بالإدارة الصحية في غالبية الدول المتقدمة مثل: الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وبريطانيا، لإيمانها بأهمية الدور الذي تقوم به في مجال تخطيط وتطوير الخدمات الصحية وترشيد استخدام الموارد الصحية المحدودة وعالية التكلفة، والمساهمة في تقديم الرعاية الصحية للمستفيدين بكفاءة وفعالية.

إن الاهتمام بجودة الخدمات تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها، لكن جودة الخدمة الصحية قد حظيت باهتمام أكبر عن غيرها من الخدمات؛ نظراً لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان الذي هو قيمة عليا على الأرض، وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية، وهذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية.

تُعد الإدارة الصحية واحدة من أهم وأبرز التخصصات الموجودة والذي يتم من خلالها ربط وإدارة جميع أنظمة الرعاية الصحية والمستشفيات.

يعد علم الإدارة من علوم القرن العشرين، ونتاجاً للثورة الصناعية التي انتقل فيها الإنسان من حياة متواضعة إلى حياة أكثر تعقيداً، ومن حرف بسيطة إلى مهن وأعمال متعددة، وأصبح يسعى إلى تطوير إمكانياته وزيادة إيراداته، وجاء علم الإدارة مواكبا إلى ما يتطلع إليه الإنسان بعد أن أدرك أن سرّ التنمية لا يكمن وراء توفر الإمكانيات والقدرات، وإنما وراء توظيفها واستغلالها وتوجيه الموارد البشرية لبذل أفضل ما لديها من قدرات إبداعية خلاقة، كما واكب ذلك ظهور العديد من المؤسسات الخدمية كالصحة والتعليم وما يتصل بها من خدمات اجتماعية، مما زاد الحاجة إلى إيجاد الوسائل والأدوات التي تضمن توظيف الطاقات وتطويرها بفاعلية أكبر (جيتو، 2019: 4).

وتعتبر الإدارة عملية إدارية تستند على أسس وقواعد ونظريات، فغدت تمتلك المبادئ الخاصة في جميع القطاعات ومجالات الأعمال العامة والخاصة، والكبيرة والصغيرة. ومن هنا شكلت الإدارة الحلقة الأقوى في أي عمل مؤسسي كونها تمارس مجموعة من الوظائف التي لا يمكن الاستغناء عنها في العمل الإداري، إذ تتمثل تلك الوظائف بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة واتخاذ القرار (شمطو، 2017: 5).

مما سبق تبين أن الإدارة الصحية شأنها شأن الإدارة في المؤسسات الأخرى، تقوم بتحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المؤسسة الصحية.

ولكى تؤدي المؤسسات أدوارها بفاعلية يجب أن تهتم بتنمية القدرات المؤسسية والبناء المؤسسي لها وذلك من خلال بناء القدرات التمويلية للبرامج والمشروعات التنموية باتتبع سياسات جديدة لتدبير الموارد المالية للإنفاق على المشروعات، ووجود نظام للإدارة المالية يتابع حركة استخدام الموارد بالمؤسسات، وبناء القدرات المؤسسية تتضمن عمليات تستهدف إحداث تعديلات أو تغييرات في مكونات المؤسسات سواء في الأهداف أو القيم واللوائح والتكنولوجيا والمعدات المستخدمة وأساليب العمل والسلوكيات الإدارية والفنية بالمؤسسة، وسلوكيات أداء العاملين والمتطوعين بصورة تمكن من تطوير الأداء، وفي نوعية ومستوى الخدمات للمستفيدين من خلال موارد المؤسسة أو المنح (عبدالله، 2015: 73).

2.1 مشكلة الدراسة

عدم استخدام الإدارة الصحية في المؤسسات الصحية أدى إلى ضعف قدرة المؤسسات وتدني حاد في تقديم الخدمات الصحية إلى الأفراد، ثم غياب دور الإدارة الصحية في مجال الرعاية الصحية.

هذا ونظراً لأن تقديم الخدمة الصحية للجمهور على أكمل وجه واستدامتها يعتمد بشكل أساسي على الكوادر البشرية بجميع فئاتها منذ لحظة وصول المريض وتقديم الخدمة الصحية إلى مرحلة الانتهاء من تلقيه الخدمة الصحية، يظهر دور لجان العمل الصحي كأحدى الجهات الراعية لبعض المستشفيات التي تقدم خدماتها الصحية للجمهور في قطاع غزة، وذلك في تطوير وتأهيل إدارة الموارد البشرية نحو رفع مستوى الخدمات الصحية وتعزيز دورها في الإسهام نحو الارتقاء بها إلى أفضل المستويات المتقدمة، وعليه فإن مشكلة الدراسة تتمحور في السؤال التالي:

ما دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة؟

ويتفرع منه الأسئلة التالية:

- 1- ما مدى توفر مقومات التنظيم الإداري السليم للإدارة الصحية في بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي؟
- 2- ما دور الإدارة الصحية في القيام بمهام التوجيه اللازمة في بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي؟

3- ما مساهمة الإدارة الصحية في القيام بمهام الرقابة اللازمة في بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي؟

4- ما دور الإدارة الصحية في القيام بمهام المتابعة والتقييم في بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي؟

3.1 مبررات الدراسة

القطاع الصحي داخل أي دولة يتعامل مع حياة الإنسان موتاً أو بقاءً على قيد الحياة بصحة جيدة، لذا فإن تطوير هذا القطاع من أجل الحصول على خدمات طبية ذات جودة عالية يعد هدفاً استراتيجياً يحتاج لبناء قدرات الكوادر العاملة في المستشفيات، لذلك تأتي هذه الدراسة للوقوف على واقع تطبيقات الإدارة الصحية السليمة ودورها في تنمية قدرات المؤسسات الصحية في إحدى المؤسسات الراعية للعديد من المستشفيات، وهي اتحاد لجان العمل الصحي باعتبارها من الجهات غير الحكومية التي تساهم إلى جانب المؤسسات الحكومية والأخرى التابعة للقطاع الخاص في توفير الاحتياجات الطبية والصحية والعلاجية للحالات الإنسانية والاجتماعية في قطاع غزة، وتبين مما سبق وجود قصور في الدراسات السابقة الفلسطينية التي تناولت الربط بين دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مما يجعل هذه الدراسة تشكل إضافة نوعية للمكتبة الفلسطينية في هذا المجال.

4.1 أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

1- الأهمية العملية:

إن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم، فكلاهما يعنى الأداء السلس والكفؤ لجميع الأجزاء، حيث أن الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية جيدة والعكس صحيح، وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها.

2- الأهمية العلمية:

تعد إضافة علمية نوعية في ظل قلة الأبحاث والدراسات إلى تتناول الخدمات الصحية للمستشفيات في قطاع غزة، وتقيد الإدارة الصحية للمستشفيات في إدراك الدور الذي يجب أن تضطلع به لأغراض تحسين خدمات الرعاية الصحية، والوصول إلى مستوى الجودة في تلك الخدمات، وتطوير واقع العمل والأداء الصحي للمجتمع الفلسطيني.

5.1 أهداف الدراسة

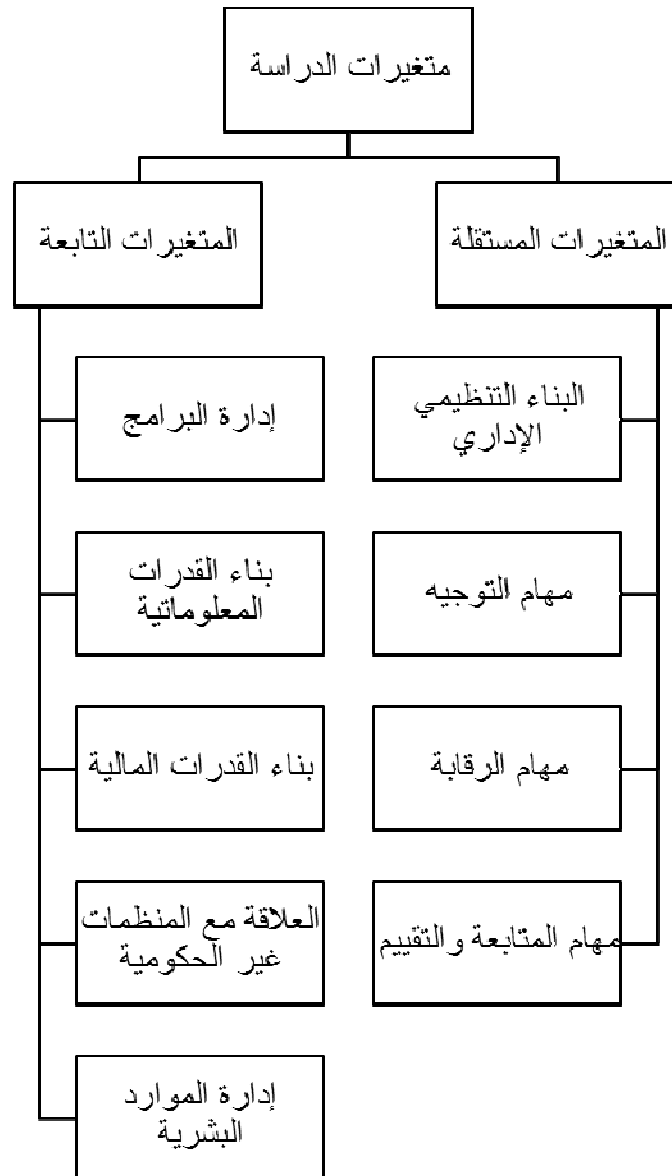
تهدف الدراسة إلى معرفة ما يلي:

- 1- الوقوف على مدى توفر مقومات التنظيم الإداري السليم لمؤسسات اتحاد لجان العمل الصحي اللازمة لبناء قدرات هذه المؤسسات الصحية غير الحكومية.
- 2- التعرف على مدى توفر مقومات التوجيه السليم لمؤسسات اتحاد لجان العمل الصحي لبناء قدرات هذه المؤسسات غير الحكومية.
- 3- تحليل عمليات الرقابة التي تقوم بها لجان العمل الصحي، ودورها في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية.
- 4- التعرف على دور إدارة لجان العمل الصحي في القيام بعمليات المتابعة والتقييم للإدارة الصحية لبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية التابعة لها.

6.1 متغيرات الدراسة

تتكون متغيرات الدراسة من:

- 1- **المتغيرات المستقلة:** وتتمثل في دور الإدارة الصحية وتشمل: البناء التنظيمي الإداري، ومهام التوجيه، ومهام الرقابة، ومهام المتابعة والتقييم.
- 2- **المتغير التابع:** ويتمثل في بناء قدرات المؤسسات الصحية المتعلقة بمجالات التخطيط الاستراتيجي، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة البرامج، وبناء القدرات المعلوماتية، وبناء القدرات المالية والعلاقات مع المنظمات غير الحكومية.



7.1 فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ بين الإدارة الصحية، وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الفرضية الرئيسية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ بين الإدارة الصحية، وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ويتفرع من الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين البناء التنظيمي وبناء وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين مهام التوجيه وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين مهام الرقابة وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين مهام المتابعة والتقييم وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في استجابات المبحوثين حول الإدارة الصحية بأبعادها في الدراسة تعزى إلى المتغيرات الديمغرافية: (الجنس، العمر، عدد سنوات، المسمى الوظيفي).

الفرضية الرئيسية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في استجابات المبحوثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية بأبعادها في الدراسة تعزى إلى المتغيرات الديمغرافية: (الجنس، العمر، عدد سنوات، المسمى الوظيفي).

8.1 حدود الدراسة

- 1- **الحد الزمني:** يتم تطبيق الدراسة خلال الفترة من عام 2018 إلى عام 2019م.
- 2- **الحد المكاني:** تقتصر الدراسة على مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي العاملة في قطاع غزة.
- 3- **الحد الموضوعي:** تقتصر هذه الدراسة على التعرف على دور الإدارة الصحية في بناء قدرات مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.
- 4- **الحد البشري:** يتم تطبيق الدراسة على كافة المستويات الإدارية المشرفة على أداء مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي العاملة في قطاع غزة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإدارة الصحية

مقدمة:

ان الاداره الصحيه الجيده للمؤسسه هي بمثابة الصحه للجسم فكلاهما يعني الاداء السلس والكفؤ لجميع الأجزاء، فالإداره الجيده تبرز الاولويات وتوائم خدمه حسب الاحتياجات المتغيره وتستخدم الموارد المحدوده بأقصى كفاءة ممكنه وترفع مستوى خدمه ونوعيتها. وينهي الكاتب تعليقه على هذا الموضوع بالقول ان الاداره الصحيه الجيده تعني خدمات صحيه جيده والعكس صحيح.

تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية والصحية المتميزة، وهي علم تطبيقي اجتماعي، وتعتبر الإدارة الصحية فناً؛ لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية وتتضمن مهارات لا يمكن قياسها كمياً كما هو الحال في العلوم التطبيقية الأخرى كالكيمياء الحيوية الطبية والفيزياء الطبية والعلوم الطبية، حيث تتضمن مهارات اتصال فعال، وتحفيز وقيادة وتوجيه واستشارة، والإدارة الصحية في جوهرها ذات طبيعة إنسانية، فالإنسان هو الوسيلة والهدف.

وتعد ايضاً علماً متخصصاً له اصوله وقواعده ويتطلب توظيف اساليب كميّه ومنطقيه في حل المشكلات واتخاذ القرارات. كما اصبحت الاداره الصحيه مهنة معترف بها شأنها شأن المهن التقليديه كالطب والهندسة والتمريض نظرا لارتكازها على بناء نظري ومعرفي محدد ومعروف يدرس في الجامعات والمعاهد المتخصصة (البزور، 2019).

الإدارة الصحية لها أهمية بالغة في مؤسسات العمل الصحي وأن هدف هذا اليوم هو الوقوف على واقع الإدارة الصحية في هذه المؤسسات لاسيما في قطاع غزة، وإبراز التحديات التي يواجهها من أجل وضع حلول أنية ومستقبلية، مبيناً أن كثير من الدراسات أشارت بأن الكثير من المشكلات الحقيقية التي تواجه المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص هي مشاكل إدارية أكثر منها مشاكل إمكانيات ومواد.

وسيتم التطرق بهذا المبحث إلى ماهية وأهداف ومبادئ، وأبعاد وخصائص الإدارة الصحية وخصوصيتها، وكذلك مكونات نظام الإدارة الصحية، كما يلي:

1.1.2. ماهية وأهداف الإدارة الصحية:

تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية والصحية المتميزة وهي علم تطبيقي اجتماعي، يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة والوبائيات والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية، وعلوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية والتخطيط الصحي والثقافة الصحية، وتقويم البرامج الصحية.

ويعتبر نظام الصحة من أعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات والمهارات وعدم تجانسها والإدارة الصحية علم وفن متغير ومتطور نتج عن التغير الدراماتيكي في التكنولوجيا الطبية، وتدريب وتعليم القوى الصحية العاملة، وازدياد تكاليف الخدمات الصحية أيضاً.

إن الإدارة الصحية شأنها شأن الإدارة في المؤسسات الأخرى تقوم بتحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية وغيرها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المؤسسة الصحية. ويطلب هذا من الإداري الصحي أن يكون مخططاً، واستراتيجياً في بعض النواحي، ومنسقاً وقبل كل شيء قائداً وموجهاً للعنصر البشري ومحفزاً ومراقباً للأعمال والأنشطة، كما أن المدير الصحي كقائد هو القدوة والنموذج لكل المرؤوسين، وهو الذي يستعمل الموارد بكفاءة وفعالية في المؤسسة الصحية.

يختص مجال الإدارة الصحية بتخطيط وجمع واسترجاع ونقل المعلومات الصحية، وذلك بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا المجال يجمع بين العلوم الصحية وتقنية المعلومات والطرق الكمية وإدارة الخدمات الصحية، ومع التطور الذي يشهده العالم اليوم في جميع المجالات وبخاصة في مجال المعلومات مما يبرز أهميتها في النقاط التالية:

1- توجيه واستثمار الموارد Resource generation.

2- التمويل Financing.

3- الإشراف Stewardship.

2.1.2. أهداف الإدارة الصحية:

- 1- وضع الاستراتيجيات الخاصة بإدارة وتشغيل مستشفيات الوزارة.
- 2- توحيد المعايير القياسية واللوائح والنظم الخاصة بعمل المستشفيات.
- 3- اعتماد أسلوب الإدارة بالأهداف Objectives Management By.

3.1.2. مبادئ الإدارة الصحية:

هناك العديد من المبادئ الواجب مراعاتها لتفعيل العمل الإداري في المستشفى، حيث تسهم بشكل فاعل في حصر المشكلات وتحليل أسبابها وإيجاد الحلول لها، وذلك على النحو التالي (عبدالقادر، 2015: 21):

تحقيق أعلى مستوى للرعاية الصحية سواء بالعمل الفردي أو بالتعاون مع المنظمات الأخرى، ووضوح الهيكلية التنظيمية السليمة من مستويات إدارية وخطوط السلطة والاتصالات والعلاقات، لتعليم وتدريب الكوادر، ونشر الوعي الصحي بينها، التخطيط السليم لتحقيق الأهداف ومواجهة المتغيرات وتوفير الاحتياجات وتوفير نظم معلومات حديثة كفيلة بتدفق المعلومات التي تسهل عملية صنع القرار السليم، وإيجاد التنظيم السليم لتقسيم العمل بما يحقق زيادة النمو والتطور والاستمرار و التأكيد على تفويض السلطة بما يسهل تنفيذ الأعمال بكفاءة.

التوجيه المستمر لتنفيذ السياسات المقررة لتحقيق الرقابة الكاملة على العمل والتقييم المستمر للأداء؛ لرفع مستوى الخدمات الصحية، والمشاركة الفاعلة والمستمرة في مجالات الصحة العامة وصحة المجتمع، والاهتمام بالجوانب البحثية والدراسات العلمية والتطور التكنولوجي الطبي والتقني، لبناء فرق العمل ومساندتها وتحفيزها، وإيجاد التعاون بينها، وإشراكها في تخطيط العمالة الصحية وتوزيعها بما يحقق الأهداف.

قياس دور المستشفى في القضاء على الأمراض في المجتمع وتنظيم الأسرة، ورفع مستوى الوعي الصحي، من أجل تحليل إنتاجية المستشفى وأدائها الفعلي بقياس نسبة المخرجات إلى المدخلات،

تحقيق التوازن بين الأهداف وسوق الخدمات الصحية، في ضوء ما سبق فإن الإدارة الصحية تشير إلى مفهوم شامل لكل من له صلة بالمؤسسات الصحية، أو ذو علاقة ترتبط بأي نشاط في تلك المؤسسات، فهي التي تشكل عناصر بيئة المؤسسة الصحية الداخلية والخارجية كالطبيب، والمريض، والإدارة، والموظفين، والفنيين والموردين، لذلك تعد الإدارة الصحية نظاماً شاملاً تعمل في إطارها منظمة تتباين نشاطاتها ومهامها بتباين علاقتها ببيئتها، حيث تضطلع بتقديم الخدمات كونها مكاناً لإعادة التأهيل، ومركزاً للتدريب والتعلم في المجال الصحي، ومركزاً بحثياً علمياً واجتماعياً.

ولتحقيق هذه الأبعاد يستلزم الأمر القيام بعمليات التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة وتنسيق الموارد والإجراءات التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية، وتوفير البيئة الصحية من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل.

فالنظام الصحي مكون من مجموعة من الترتيبات المرتبطة ببعضها البعض، بعلاقات تبادلية، والتي يتفق أفراد مجتمع ما على تخصيص موارد معينة لها، واستخدامها في إطار منظم يجمعها ويرتبط بدوره مع عناصر البيئة المحيطة من حوله، ويستهدف التعرف على المشكلات الصحية التي تواجه المجتمع.

كما أن الإدارة الصحية بالرغم من كونها إدارة ذات خصوصية إنتاجية مميزة في مجال الخدمة تتمثل في سبل التعامل مع أغلى ما يملك الإنسان وهي الصحة، إلا أنها في المقابل تتبع نفس المنهج الإداري في تحقيق النتائج وفق الوظائف الإدارية المتعارف عليها مع مراعاة الاختلاف فيما تتبعه من أساليب تطرح فيها مقاييس الربح والخسارة جانباً، والاستعاضة عنها بمعايير أخرى اجتماعية وإنسانية لقياس الخدمات المقدمة وتقييمها.

4.1.2. أبعاد الإدارة الصحية:

تنشط المؤسسات الصحية في بيئة توصف بسرعة التحولات والمتشابكة لمكانة قطاع الخدمات الصحية، وقد تزايد الاهتمام بالإدارة الصحية من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى، تتلخص أبعاد الإدارة الصحية فيما يلي (جمال، 2019: 35):

1- **الملموسة:** تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية، ومعدات الاتصال وتتعلق بالمباني وتقانة المعلومات والتسهيلات الداخلية للمستشفى، والمظهر الخارجي للعاملين وأماكن الانتظار للمرضى.

- 2- **الاعتمادية:** وتعني قدرة مقدم الخدمة الصحية على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة والصحة.
- 3- **الاستجابة:** قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، وتشير الاستجابة إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون ووقت انتظار مناسب.
- 4- **الأمان:** ويعني ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم، والسمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة، ومن معايير جودة الخدمة الصحية.
- 5- **التعاطف:** يتعلق هذا البعد باهتمام العاملين في المستشفى بالمرضى اهتماماً شخصياً، وتفهم حاجاتهم وملاءمة ساعات العمل لتتناسب مع جميع المستفيدين.

4.1.2. خصائص الإدارة الصحية

- 1- **الأهداف:** وتقضي أن تكون هناك أهداف محددة للأنشطة المختلفة المنوي تحقيقها.
- 2- **التنظيم:** ويشمل الإعداد المسبق لتحديد الكفاءات المطلوبة من العنصر البشري ورسم الهيكل التنظيمي للمؤسسة وغيرها من النشاطات المتعلقة بعناصر العملية الإدارية.
- 3- **الإنسانية:** وقوامها الكشف عن دوافع الأفراد وحاجاتهم وتحسس مشاعرهم وتحديد أساليب معاملتهم بشكل ديمقراطي.
- 4- **الاجتماعية:** تتعلق بتحديد التعاون بين المجموعات العاملة ودعم العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والجماعات لتحقيق أهداف المؤسسة والأفراد.

5.1.2. خصوصية الإدارة الصحية:

تميز الإدارة الصحية ينبع من خصوصيات القطاع الصحي وخصوصية مؤسساته كأكبر وأعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى في أي مجتمع كان، ومن الخصائص المميزة للقطاع الصحي ما يلي:

- 1- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية، بمعنى أنه لا بد من تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها، وفقاً لحاجة كل فرد على حدة، فالخدمة الصحية لا يمكن إخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع المادية.

2- ضرورة العمل اليومي للمؤسسة الصحي مختلف ومتشعب وبالتالي غير خاضع إلا للقليل من التتميط، إضافة إلى أن الجزء الأعظم من العمل في المؤسسة الصحية يتم بواسطة الإنسان، وليس الآلة.

3- الدرجة العالية من التمهين والتخصص في القطاع الصحي.

4- يعتبر هذا القطاع من أكبر القطاعات مهنية في المجتمع، فإلى جانب الأطباء كأكبر وأكثر العناصر العاملة في المؤسسة الصحية مهنية، وأكثرهم علماً وتخصصاً هنالك الصيادلة والمرضون بتخصصاتهم المختلفة، وأصحاب المهن الطبية المساندة وغيرهم.

هذا يعطي هؤلاء المهنيين وخاصة الأطباء نفوذاً وسلطة كبيرة تجعل بقية الفئات الأخرى المرتبطة برعاية المرضى مسؤولين أمامهم، مما يصعب معه إدارة وتنظيم هؤلاء من خلال التشريعات والأنظمة الرسمية المعروفة في المؤسسات الأخرى، ويؤدي إلى الاحتكاك والاختلاف مع الإدارة.

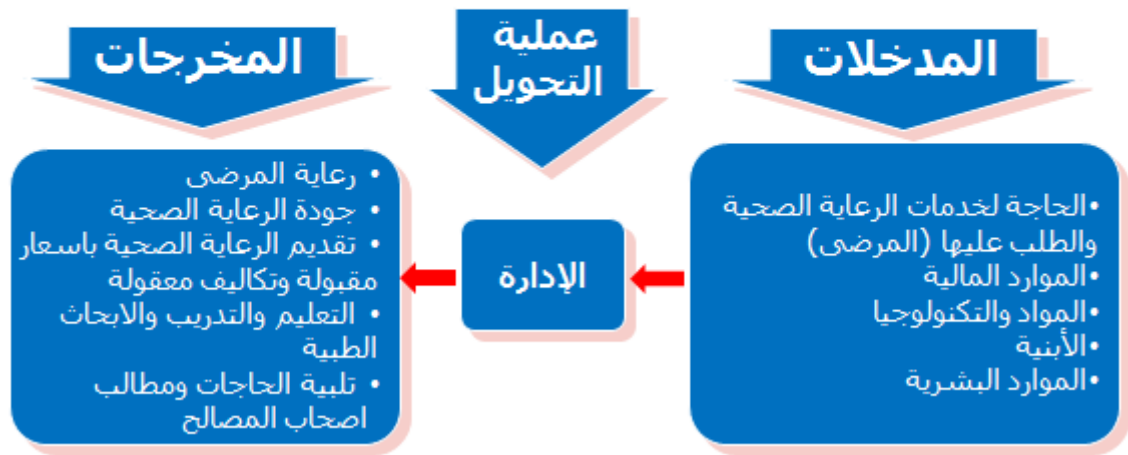
6.1.2. مكونات نظام الإدارة الصحية:

نظراً لتعقيدات القطاع الصحي وخصوصيته الآتفة الذكر فإن أفضل طريقة لتوضيح العلاقة بين الإدارة الصحية وبين المكونات العديدة الأخرى للنظام الصحي هي النظر إلى الوظائف الإدارية داخل النظام الصحي باستعمال نظرية النظم العامة.

النظام: مجموعة من العناصر المعتمدة على بعضها البعض، والتي تعمل معاً لتتجزز قصداً تم تحديده مسبقاً، نظرية النظم تؤكد على النظرة للكل باعتبار أن دراسة الأجزاء بشكل منفصل عملية مضللة وعلي ذلك يمكن النظر إلى الإدارة الصحية في النظام الصحي كعملية يتم من خلالها تحويل مجموعة من المدخلات إلى مجموعة من المخرجات.

والنظام هنا هو نظام مفتوح، بمعنى أن المدخلات وعملية التحويل والمخرجات تتأثر بعوامل بيئية متعددة (اجتماعية، اقتصادية ثقافية، سياسية،... الخ) والتي تسهل عملية تقديم الخدمات أحياناً، وغالباً ما تضع القيود والضغوط عليها.

مكونات نظام الإدارة الصحية



المبحث الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية

مقدمة

ظهرت بدايات مفهوم بناء القدرات في أدبيات التنمية مرتبطاً بمفهوم البناء المؤسسي بعد الحرب العالمية الثانية لإعادة بناء المؤسسات في الدول النامية كأساس لعملية التنمية في تلك الدول، والتي كانت تعتمد بالأساس على فكرة النموذج الغربي. ولقد استخدم نموذج بناء المؤسسات في التحليل المقارن للمؤسسات على اعتبار الدور المهم للمؤسسات في التنمية الإدارية والسياسية، وخاصة مع إمكانية التحكم فيها بشكل أفضل، وكذلك على اعتبار أن وسائل قياس فعالية الأداء أو تقييمه متوافرة لدى المؤسسات.

ومن هنا نعرّف بناء قدرات المؤسسات على أنها عملية تعني بزيادة مقدرة الأفراد والجماعات والمؤسسات على مواجهة المشكلات وتذليل الصعوبات، والوصول إلى حلول بناءً وتحقيق الأهداف، وتوظيف مواردها بما يحقق لها التطوير والاستمرارية، ويتضمن ذلك التدريب والتقوية والتدعيم المؤسسي، وتنمية القدرات التنظيمية والمؤسسية باستمرار.

تسهم القدرات المؤسسية في بناء وتطوير القدرات المؤسسية للصحة ويساعدها على تلبية الاحتياجات الاجتماعية والانسانية، فهي عملية مؤسسية بحثه تساعد على تحديد قدرات المؤسسة بالشكل الذي يظهر نقاط القوة ونقاط الضعف داخلها، وليكون المدخل الرئيس لبناء خطة متكاملة تحدد قدرات المؤسسات الصحية وتحقيق أمثل لاستثمار مواردها وآليات معالجة جميع مناحي الضعف فيها وفق رؤية واضحة، وبذلك يعتبر هو الخطوة الأولى نحو بناء القدرات المؤسسية.

سيتم التطرق في هذا المبحث عن ماهية بناء قدرات المؤسسات الصحية، و متطلبات وأهمية وخصائص وأبعاد بناء القدرات المؤسسية، وأيضاً خطوات وأنواع ومكونات عمليات البناء المؤسسي، وأخيراً معوقات بناء القدرات المؤسسية، وذلك كما يلي:

1.2.2. ماهية بناء قدرات المؤسسات الصحية:

يمكن تعريف بناء القدرات المؤسسية بأنها " عملية تهدف لتطوير قدرات المنظمة لتؤدي مهامها بكفاءة وفاعلية وبصورة مستدامة، ومن جهة أخرى هي: " العملية يتم من خلالها التركيز على النظام، والبيئة أو السياق العام الذيمن خلاله يتفاعل ويعمل الأفراد والمنظمات والمجتمعات" وهنا يمكن القول بأنها ليست حالة سلبية ولكنها جزء من عملية مستمرة لتحسين المهارات الفنية

والإدارية والموارد داخل المنظمة ويرى البعض عملية البناء المؤسسي وسيلة وغاية في ذات الوقت، لأنها تمكن العاملين في المنظمة من إدراك قدراتهم وتساعدتهم، وتؤكد على الملكية والاستمرارية للبرامج التنموية.

وعرفها برنامج USAID بأنها "عملية منهجية لتطوير كفاءة وفعالية المؤسسة الصحية لتحقيق غايتها وتقديم خدمات ذات جودة عالية من خلال تعزيز قدراتها الفنية والتنظيمية (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية) ومن هنا يمكن تعريف القدرات المؤسسية بأنها عملية منهجية تسعى المؤسسات الصحية في قطاع غزة لتحقيق أهدافها من خلال تطوير قدرتها المؤسسية في المجال الصحي والتنظيمي، وتطوير قدراتها وتطوير مواردها المؤسسية وتعزيز علاقاتها الخارجية وزيادة عمليات التشبيك مع المؤسسات ذات العلاقة مما يضمن استدامتها واستمراريتها.

2.2.2. متطلبات بناء قدرات المؤسسية:

هناك مجموعة من المتطلبات والاحتياجات اللازمة لبناء القدرات المؤسسية، وحسب الدراسة التي قام بها كانت هذه المتطلبات كما يلي:

أ- متطلبات لازمة لبناء القدرة التدريبية للمنظمة: وذلك من خلال إنشاء وحدة داخلية مسئولة عن التدريب، ووضع خطة استراتيجية للبرامج التدريبية التي تحتاجها المنظمة، والاستعانة بالخبراء والمتخصصين والمؤسسات الأكاديمية في وضع وتصميم البرامج التدريبية، والاهتمام بالدورات اللازمة لبناء قدرات العاملين مثل التخطيط الاستراتيجي، وتعبئة وتنمية الموارد وكيفية استخدام التكنولوجيا والمهارات الإدارية، وكيفية إدارة المشاريع والبرامج التنموية، وكيفية تكوين شبكات إدارة الأزمات.

ب- متطلبات لازمة لبناء القدرة على التخطيط الاستراتيجي: ضرورة توافر المعلومات والبيانات والاحصاءات عن كل من الصحة والمجتمع ككل، وضرورة صياغة الرسالة التي تسعى المؤسسة لتحقيقها، والرؤية المستقبلية لمشروعاتها وخدماتها، والاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في التخطيط للمؤسسة مع مراعاة كل من الموارد المادية والبشرية.

ج- متطلبات لازمة لبناء القدرة الاتصالية والمعلوماتية للمؤسسة: وذلك باستخدام وسائل الإعلام المتاحة والحديثة في تعريف المجتمع بأهداف وأنشطة وخدمات المؤسسة، كذلك استخدام نظام فعال يسمح بالتفاعل وتدفق المعلومات بين العاملين في المؤسسة، وإنشاء جهاز اعلامي داخلي ليكون مسئولا عن تنظيم عمليات الاتصال بالإعلام اللازم للمؤسسة، كما وتحتاج إلي إنشاء قواعد البيانات والمعلومات الخاصة بالعمل الصحي، وتوافر المعدات التكنولوجية والأجهزة والاستعانة بالخبراء في مجال تكنولوجيا المعلومات.

3.2.2 أهمية بناء القدرات المؤسسية:

تبرز أهمية بناء القدرات المؤسسية من كونها وسيلة لرفع مستوى خبرات العاملين بالمنظمة.

وتزويد من المهارات الإدارية والتنظيمية، وتجعل من بناء العلاقات الفاعلة والجهات المؤثرة بالمجتمع، وتحقيق الاستمرارية في تقديم الخدمات والمشروعات التنموية، وترتقي بمستوى جودة الخدمات التي تقدمها المنظمة؛ لبناء مؤسسة ذات نظم وآليات وهوية ورسالة تبغي تحقيقها في مجتمعها المحلي، واكتساب المهارات والخبرات اللازمة لتحقيق رسالة المنظمة؛ لبناء علاقات تبادلية بين المنظمة والمجتمع من جهة، ومع الأطراف الفاعلة في المجتمع الذي تخدمه المنظمة من جهة أخرى، ولبناء نظام للتعليم لدي المنظمة يساعد على استخلاص والاحتفاظ بالخبرات التي تمر بها أو يمر بها الآخرون.

4.2.2 خصائص وأبعاد بناء القدرات المؤسسية:

تتسم عملية بناء القدرات المؤسسية وتنميتها بمجموعه من الخصائص أهمها ما يلي (زهران، 2012: 2189):

- 1- عملية ذات أهداف بعيدة المدى تسعى لإيجاد منظمات قادرة على أن تدير نفسها ذاتياً.
- 2- عملية ذات أثر ممتد وهي وسيلة لتطوير القدرات وتحسين الأداء.
- 3- عملية ديناميكية تتضمن التغيير للأفضل.
- 4- عملية شمولية حيث تتضمن بناء القدرات المؤسسية المادية التنظيمية وكذلك البشرية بشكل متكامل.
- 5- عملية مستمرة؛ لأن تنمية القدرات المؤسسية متتابعة الخطوات.

وتشتمل عملية بناء القدرات المؤسسية مراعاة ما يلي (قنديل، 2005: 6):

- 1- بناء قدرات تنمية الموارد المؤسسية سواء فيما يتعلق ببناء الفريق وتوزيع الأدوار، أو تعبئة الموارد الإنسانية في المجتمع المحلي أو داخل المنظمة.
- 2- بناء قدرات إدارة المشروعات والبرامج (التخطيط - التنفيذ - الرقابة).
- 3- بناء القدرات المعلوماتية، أي القدرة على ضمان تدفق المعلومات بكفاءة ويسر، وهو ما يشمل قاعدة البيانات والبحوث والتوثيق.

وبذلك فإنَّ عملية بناء القدرات المؤسسية تشتمل على الأبعاد التالية: (عبدالله، 2015: 104)

- 1- عملية تعليمية يساهم فيها التعليم العام بوضع الأساس من حيث صقل شخصية الأفراد.
- 2- عملية تدريبية فنية يتم من خلالها تأسيس نشاط الفرد على مجموعة قدرات عملية يساهم بها في الإنتاج.
- 3- عملية تنظيمية إدارية يتم فيها تأهيل الأفراد لإدارة وتنفيذ النشاط التنموي بجوانبه المختلفة.
- 4- مسألة سلوكية تهدف إلى التأثير في السلوك الاجتماعي للأفراد وتنمية القيم المطلوبة.

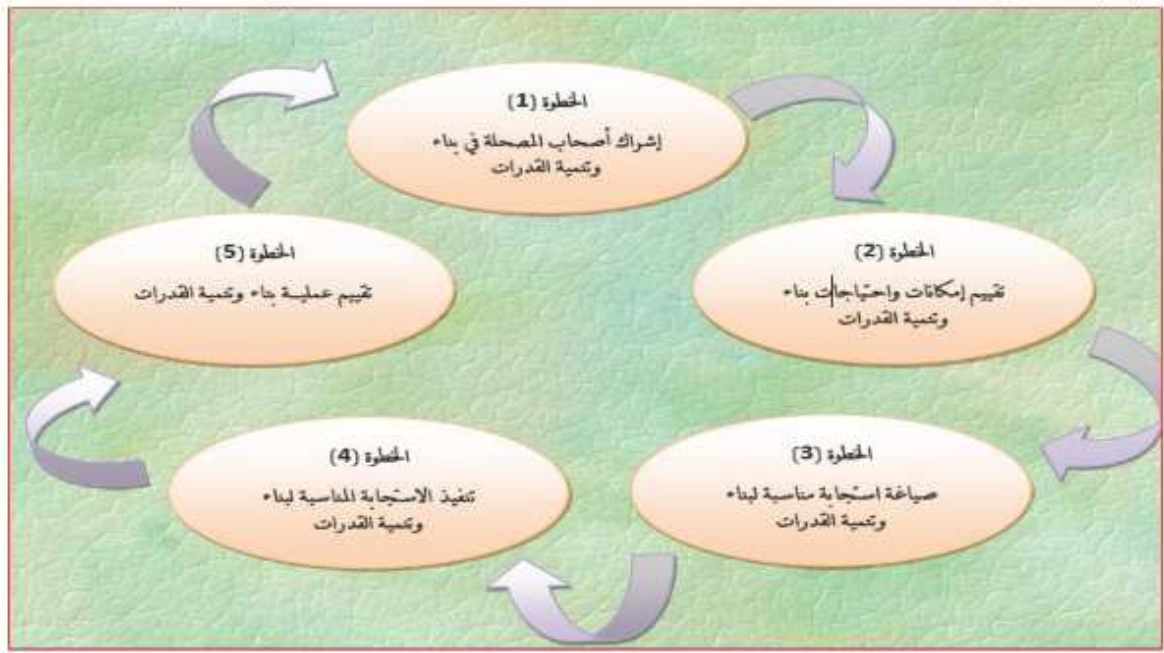
وبناءً على ما سبق يمكن القول: أن عملية بناء القدرات تمرّ بعدة عوامل، وكلاً منها مبني على المرحلة السابقة لها، الأمر الذي يؤكد إلى ضرورة إيجاد مدخل منظم يتم من خلاله بناء القدرات المؤسسية في صورته المتناسقة والمتكاملة.

5.2.2. خطوات بناء القدرات المؤسسية:

لأغراض بناء القدرات المؤسسية يتعين القيام بالخطوات التالية (UNDP,2008:10):

- 1- إشراك أصحاب المصلحة في تنمية القدرات.
- 2- تقييم إمكانيات واحتياجات بناء وتنمية القدرات بحيث يتم معرفة الوقت المناسب لإجراء تقييم للقدرات، وما أهمية إجراء تقييم القدرات؟
- 3- صياغة استجابة مناسبة لبناء وتنمية القدرات، من خلال تحديد استجابة مناسبة لبناء وتنمية القدرات، وتحديد مؤشرات التقدم، وتقدير تكلفة الاستجابة المناسبة لتنمية القدرات.
- 4- تنفيذ الاستجابة المناسبة لتنمية القدرات.
- 5- تقييم بناء تنمية القدرات.

وتبين مما سبق أن عملية بناء القدرات المؤسسية قادرة على أن تدير نفسها ذاتياً وتحسين أدائها للأفضل، حيث أنها شاملة للمؤسسة بشرياً وتنظيمياً بشكل متكامل.



المصدر: المعهد العربي للتخطيط 2015 م.

6.2.2. أنواع بناء القدرات المؤسسية ومحاوره الرئيسية:

تتطوي بناء القدرات المؤسسية على عدة جوانب أهمها (محمد، 2010: 1449):

- 1- **القدرات الذهنية:** وهي إحدى استعدادات الفرد لتقبل التغيير، وهي قدرته على الفهم بأن التغيير الذي يتم أو سيتم سيكون لصالحه وصالح العمل في المنظمة.
- 2- **القدرة الاستيعابية:** وهي قدرة المنظم والقيادات والأفراد على استيعاب الجديد الناتج عن التغيير، والقدرة الاستيعابية تكون في شكل وجبات، أي أن هناك فترات راحة بغرض هضم المرحلة الجديدة قبل الانتقال إلى أخرى.
- 3- **القدرات الاجتماعية:** وهي القدرة على حسن التعامل مع الآخرين، وعلى المساهمة في التفاعل الاجتماعي، وعلى إحراز مقام في إعداد جماعة ما، أو القدرة على التأثير على الآخرين والاندماج معهم دونما خلاف أو خصام، أو القدرة على التكيف والانسجام مع الآخرين.
- 4- **قدرات استراتيجية:** وتتمثل في التخطيط الاستراتيجي.
- 5- **قدرات تنمية الموارد البشرية:** وتشمل العاملين في المؤسسة واستثمار القوى البشرية في تحقيق أهدافها، ومن ثم أهداف المجتمع بأكمله.
- 6- **قدرات خاصة بالإدارة المالية.**
- 7- **قدرات خاصة بإدارة البرامج التنموية.**
- 8- **قدرات خاصة بإدارة الجهود التطوعية للمتطوعين.**

9- قدرات إدارة البرامج والمشروعات (التنفيذ - الرقابة - المتابعة).

10- قدرات معلوماتية لضمان تدفق المعلومات لبناء قاعدة بيانات للبحوث والتوثيق.

وبناءً على ما سبق يمكن القول: أن عملية بناء القدرات المؤسسية يجب أن تكون مخططة وموجهة نحو تنمية وتطوير أداء المؤسسة، وحماية الفرد في علاقته برسالة المؤسسة وأهدافها ضمن الإطار الثقافي والاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تتواجد فيه.

هذا وتتطلب عملية البناء المؤسسي التركيز على المحاور الرئيسية التالية (سويدان، 2011: 2660):

1- **العمليات:** البناء المؤسسي ليس عملية جامدة، بل هي عملية ديناميكية متنامية تؤثر على كل مناحي المنظمة، ويتضمن تحفيز القدرات على التعليم.

2- **القدرات التنظيمية:** وتتمثل أبعاد البناء المؤسسي بالإضافة للموارد البشرية في المؤسسة، إلى جانب الهيكل التنظيمي والأنظمة التي تستلزم دعمها وتقويتها بشكل متناغم.

3- **الأثر:** لما كان البناء المؤسسي ليس هدفاً في حد ذاته وإنما هو وسيلة لحل المشكلات وتطوير القدرات، الأمر الذي يستوجب أن ينعكس هذا الأثر بما ينعكس إيجاباً على تحسين أحوال أفراد المجتمع ككل.

4- **المدى الطويل:** يجب أن يكون هدف عمليات البناء المؤسسي بعيد المدى؛ بغرض إيجاد منظمات قادرة على أن تدير نفسها ذاتياً، وتستطيع أن تستمر في تقديم الخدمات للفئات المستهدفة عبر الزمن.

7.2.2. مكونات عمليات البناء المؤسسي:

تستهدف عمليات البناء المؤسسي كافة المكونات الرئيسية في المنظمة وتشمل (حسن، 2008: 65):

1- الإدارة الاستراتيجية للمنظمة بما تشتمل عليه من رؤية ورسالة والسياسة العامة للمنظمة.

2- القدرة التنظيمية وتتصل بكل ما يخص أنظمة إدارة العمل على مستوى الوحدات الداخلية للمنظمة.

3- إدارة البرامج بشكل يتسق مع استراتيجية المنظمة.

4- إدارة الموارد بكافة أنواعها بما يعكس الاعتماد على القدرات الذاتية للمؤسسة.

5- إدارة العلاقات والتشبيك مع الأطراف الفاعلين الآخرين.

تبين مما سبق أن الإدارة الاستراتيجية رؤية ورسالة وسياسة عامة للمنظمة بحيث تخدم الوحدات الإدارية الداخلية للمنظمة، وقدرة المنظمة التشابك والتفاعل وعمل علاقات مع الآخرين.

8.2.2. معوقات بناء القدرات المؤسسية:

إن عملية التطوير والبناء تعد عملية تغيير إيجابي في المقام الأول ورغبة في تحسين الوضع الحالي سعياً إلى وضع مأمول، إلا أن عمليات البناء قد تواجه العديد من التحديات والمعوقات الناتجة عن مجموعة من العوامل أهمها (هلولو، 2016: 54):

- 1- عدم تحديد مسئول مناسب عن مكون بناء القدرات منذ البداية.
- 2- قلة المشاركة الفعالة من مجلس الإدارة خلال عملية التخطيط.
- 3- الاعتماد على التدريب فقط كأسلوب لبناء القدرات.
- 4- ضعف توجيه الاهتمام الكافي لبناء قدرات التنفيذيين.
- 5- يجب مراعاة الفترة الزمنية اللازمة لبناء القدرات، أو الموارد اللازمة.
- 6- عدم وضوح البرنامج وتصميم العملية.
- 7- صعوبة قياس الأثر.
- 8- صعوبة قياس التقدم الملموس في سلوك المؤسسات نظراً لتعدد المؤثرات.
- 9- الثقافة التنظيمية السائدة.

يتبين مما سبق أن عملية التخطيط وبناء القدرات تحتاج لمزيد من المتابعة والتقييم والتوجيه الأمثل من أجل تفادي المعوقات التي تواجه مسيرة العمل، الأمر الذي يساهم في بناء القدرات التنظيمية وإدارة البرامج والموارد والعلاقات، والتفاعل مع الآخرين بشكل أفضل.

المبحث الثالث: المؤسسات الصحية غير الحكومية، ولجان اتحاد العمل الصحي العاملة في فلسطين

المقدمة:

الدور الذي تلعبه المؤسسات غير الحكومية في تفعيل مضامين الأمن الإنساني، بما يخدم تحقيق الأمن للفرد في مختلف المستويات، وتحديد كيفية تدخل المؤسسات غير الحكومية في تفعيل مختلف الوسائل الوقائية التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث انتهاكات وشيكة، من خلال معرفة الوقت الذي يكون فيه الناس أو الأفراد عرضة لخطر مادي.

وتشكلت المؤسسات الصحية غير الحكومية كمحاولة للرد على سوء الأوضاع الصحية التي كانت سائدة في سبعينيات القرن الماضي، والتي تم اعتماد نهج الرعاية الصحية الأولية كمدخل لتقديم الخدمات الصحية الأساسية وتطوير الوضع الصحي في فلسطين خاصة للفئات الأقل حظاً في المجتمع الفلسطيني.

وتقدم هذه المؤسسات خدمات التشخيص والعلاج الأولي وخدمات الصحة الوقائية التي لا تتطلب أي معدات وأجهزة معقدة، وتعتمد على العمل المجتمعي من أجل تحسين صحة المجتمع (علوية، 2011).

من أهم سمات عمل المؤسسات غير الحكومية هي تقديم الخدمات وفقاً للحاجة إليها وحسب؛ دون النظر لأي اعتبارات سياسية أو عرقية أو دينية أو غيرها، وتقدم بعض منظمات الإغاثة الدينية خدماتها باعتبارها "واجباً" أو نوعاً من "الأعمال الخيرية" دون أن تطلب من متلقي الخدمة لمنح خدماتها، وتقوم المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الصحة بتنمية القدرات في المناطق التي تحتاج ذلك إذ تساعد الشعوب في توفير حلول مستدامة للرعاية الصحية من خلال برامج تدريبية . ومن أمثلة الهيئات التي تقدم هذا النوع من المساعدة مركز التأهيل الدولي والذي يقدم تدريباً تأهيلياً لأخصائيي العلاج الطبيعي ومديري مراكز التأهيل الطبي.

1.3.2. ماهية المؤسسات غير الحكومية:

هي منظمة ذات مصلحة عامة وهي لا تخضع لحكومة أو مؤسسة دولية. ولا يمنع ذلك أن تتعاون أو تتلقى مساعدات وتمويلات من الحكومات. ولكنها تأسست وتنشط دون رقابة من الحكومات الوطنية.

وقد جرت العادة أن تطلق هذه العبارة على الأشخاص المعنويين (مجموعات ذات شخصية قانونية) ممن لا تكون أهدافهم ربحية، يمولون في الأغلب من أرصدة خاصة. ولهذه المنظمات خصائص:

1- الأصل الخاص لتأسيسها.

2- الهدف غير الربحي لنشاطها.

3- الاستقلالية المالية.

4- ذات مصلحة عامة.

تحرص المنظمات غير الحكومية على استقلاليته ليس إزاء الحكومات فقط وإنما حيال القطاع الخاص التقليدي، وعلى الارتباط بالمجتمع المدني.

يمكن للمنظمات غير الحكومية أن يكون تدخلها على المستوى الدولي، رغم أن العلاقات القانونية الدولية تتم في العادة بين الدول أو الحكومات. وفي هذه الحالة فنحن إزاء منظمات غير حكومية دولية وتسمى أيضاً جمعيات أو منظمات التضامن الدولي (ASI)، والمنظمات غير الحكومية تكون لها فروع في عدة دول. في ظل العولمة الحالية غير المتوازنة وحتى الظالمة في بعض جوانبها، أصبحت المنظمات غير الحكومية الدولية بما لها من مبادئ أخلاقية وإنسانية ضرورية لوضع الضوابط الأخلاقية للعولمة؛ وبالفعل فقد أدت بعد دوراً هاماً حيث تمكنت من إقناع العديد من الدول بمدى خطورة استراتيجيات الشركات العابرة للقارات، ولا شك أن دورها سيتعاظم مع العجز على إصلاح المنظمات الحكومية الدولية مثل الأمم المتحدة التي تتصف بالبيروقراطية، أو تلك التي تسير طبقاً لمصالح بعض الدول النافذة مثل: صندوق النقد الدولي والبنك العالمي، والمنظمة العالمية للتجارة الحرة.

2.3.2. تعريف اتحاد لجان العمل الصحي للمؤسسات غير الحكومية:

اتحاد لجان العمل الصحي هو جمعية فلسطينية صحية مجتمعية معرفية رائدة تساهم في تحقيق التمكين الصحي للمجتمع، وتعزيز مفهوم الصحة الشامل في قطاع غزة من خلال برامج تنمية القدرات، والرعاية الصحية بمستوياتها الثلاثة، والتوعية المجتمعية، والاتصال والمناصرة. يلتزم الاتحاد بمبادئ حقوق الإنسان والتي تشمل العدالة والمساواة وعدم التمييز، والتمكين والمشاركة، والمساءلة والتركيز على الفئات المهمشة.

يعتبر القطاع الصحي في الدول المتقدمة من بين أهم القطاعات الاستراتيجية المساعدة على دفع عجلة التنمية لاقتصاديات تلك الدول، حيث تولي هذه الدول أهمية كبيرة لهذا القطاع باعتباره الناتج النهائي له، والمتمثل في الصحة كسلعة استثمارية تساعد اليد العاملة على مواصلة الإنتاج، ومن ثم تحقيق الازدهار من خلال التأثير في الإنتاج القوي.

هذا وقد ازداد الاهتمام بهذا القطاع خصوصاً بعد محاولة بعض علماء الاقتصاد في الولايات المتحدة الأمريكية مطلع الستينيات من القرن العشرين، العمل على إدخال النشاط الصحي في تحليلهم الاقتصادي، فنتج عن ذلك بروز فرع جديد من فروع العلوم الاقتصادية يجمع بين مفهومي الاقتصاد والصحة، وهو "اقتصاد الصحة" الذي امتد انتشاره إلى باقي الدول الأوروبية، ونتيجة لهذا تطور مفهوم وظائف المؤسسة الصحية من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتباره كمؤسسة اقتصادية تقدم خدمات المجموعة من الزبائن هم "المرضى" (جمال، 2019: 9).

يعد تقدم منظمات العمل واستمرارها أحد الأهداف الرئيسة لها حيث يعتمد هذا التقدم والتطور والاستمرارية على القيادات الإدارية فيها بشكل رئيس كونها تضع الرؤية المستقبلية، وترسم خططها وسياساتها، وتحركها نحو تحقيق أهدافها، وكون المستشفى أحد أبرز المنظمات والمؤسسات الخدماتية التي تهتم بجانب مهم من جوانب الحياة للأفراد والجماعات في الدول، فقد تطلب الأمر القيام بإجراءات تهدف في الأساس إلى تعديل أوضاع تلك المؤسسات الخدماتية المهمة وتصويبها في جميع جوانب أنظمتها المتعددة؛ لكي تسير مع أحدث المفاهيم الإدارية والعصرية التي بدأت تظهر في الوقت الراهن (زغب، 2015: 78).

وتلعب المنظمات الصحية بوجه عام والمستشفى بوجه خاص دوراً بارزاً في العصر الحاضر في أهم المجالات وأكثرها خطورة وهو مجال الحفاظ على أغلى وأثمن شيء في الوجود ألا وهو الصحة، سواء أكانت صحة الفرد أم صحة المجتمع ككل، لذلك تساهم المنظمات الصحية في الوصول إلى معدلات التنمية المطلوبة على المستوى القومي من خلال مشاركتها في تحقيق الأهداف الصحية ككل (عكروش، 2009: 293).

4.3.2. اتحاد لجان العمل الصحي العاملة في قطاع غزة:

اتحاد لجان العمل الصحي مؤسسة فلسطينية صحية أهلية، ذات جذور مجتمعية، غير هادفة للربح، تأسست في العام 1985، تركز في عملها على هدف أساسي هو المساهمة في تحسين الوضع الصحي في فلسطين، من خلال تقديم خدمات الرعاية الأولية والثانوية، بجانب تنفيذ البرامج المجتمعية (حويحي، 2008: 45).

5.3.2. رؤية ورسالة اتحاد لجان العمل الصحي:

إيماناً بقيمة الحياة، وبحق كل إنسان في الحصول على مستوى لائق من الرعاية الصحية، يعمل الاتحاد من أجل نظام صحي شامل مستند إلى التنمية الصحية النوعية؛ لتمكين وتقوية المجتمع المدني الفلسطيني صحياً، والمبني على أساس المشاركة والمساواة والعدالة الاجتماعية ضمن التنمية الشاملة والمستدامة للشعب الفلسطيني من أجل تحقيق شعار الاتحاد "الخدمة الصحية حق لكل محتاج، وتمثل رسالة الاتحاد في كونها جمعية صحية أهلية ذات جذور مجتمعية تقدم الخدمات الصحية الشاملة ضمن منظور وإطار تنموي مجتمعي مستدام لجميع فئات المجتمع الفلسطيني وخاصة الفئات المهمشة والفقيرة من خلال المراكز الصحية والبرامج المجتمعية، كما يساهم اتحاد لجان العمل الصحي بالتأثير في السياسات العامة والقطاعية ذات العلاقة لتحقيق نظام صحي شامل مستنداً إلى المواثيق الدولية لحقوق الإنسان (التقرير السنوي للجان العمل الصحي، 2015: 3).

6.3.2. مراكز الاتحاد الصحية:

يتكون اتحاد لجان العمل الصحي من المراكز التالية (التقرير السنوي للجان العمل الصحي، 2016: 3):

1- مركز القدس الصحي والمجتمعي - بيت حانون:

مركز القدس الصحي والمجتمعي هو أحد المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في بيت حانون، تأسس المركز عام 1989 لخدمة سكان بيت حانون، في منطقة شمال قطاع غزة والتي بلغ عدد سكانها للعام 2014 ما يقارب 49107 نسمة حسب الجهاز الفلسطيني للإحصاء المركزي.

2- مركز اللحيدان الصحي والمجتمعي (العصرية) - جباليا:

تأسس مركز اللحيدان الصحي والمجتمعي عام 1986 في مخيم جباليا شمال قطاع غزة، ليقدم سكان المنطقة وبالأخص مخيم جباليا. يقدم المركز خدمات الرعاية الأولية إضافة إلى العيادات التخصصية، حيث أنه مزود بأحدث الأجهزة الطبية المساعدة على التشخيص والعلاج، التي ساهمت عملياً في تطوير الأداء المهني لخدمة أبناء شعبنا في مجال التشخيص والعلاج وبأسعار مخفضة وفي متناول الجميع ليبقى شعارنا الخدمة الصحية حق لكل محتاج، والحفاظ على ديمومة الشعار حتى يبقى اتحاد لجان العمل الصحي سنداً للفقراء والمحتاجين ويقدم المركز خدماته الصحية للمرضى.

3- مركز العودة الصحي التخصصي للرعاية اليومية:

مركز العودة الصحي التخصصي هو أحد المراكز الصحية التابعة لاتحاد لجان العمل الصحي في شمال مدينة غزة، تم افتتاحه في شهر أبريل لعام 2010، في منطقة الشاطئ ثم انتقل مقره إلى منطقة الشيخ رضوان- أبراج المقوسي مطلع العام 2015، ويقدم المركز خدمات الطوارئ والرعاية الأولية إضافةً إلى العيادات التخصصية المزودة بأهم الاستشاريين والأخصائيين وبأحدث الأجهزة الطبية المساعدة على التشخيص والعلاج، وبأسعار مخفضة تناسب الجميع وتتلاءم والوضع الاقتصادي الصعب الذي يمرّ به سكان قطاع غزة.

4- مركز الخيرية الصحي والمجتمعي:

مركز الخيرية الصحي والمجتمعي هو أحد مراكز اتحاد لجان العمل الصحي في مخيم النصيرات التابع للمنطقة الوسطى من قطاع غزة، حيث يبعد مخيم النصيرات عن مدينة غزة مسافة 8 كيلو متر ويسكنه حوالي 123838 نسمة. وإيماناً بقيمة الإنسان ولتقديم كل جديد ومتطور وإيماناً بقيمة الحياة وبحق كل إنسان في الحصول على المستوى اللائق من الرعاية الصحية انطلقت فكرة تأسيس مركز الخيرية الصحي، حيث بدأ تأسيسه عام 1989 كعيادة بسيطة مكونة من غرفتين تقدم الخدمات الصحية الضرورية من خدمات الطب العام والصيدلية وخدمات طب الأسنان لأبناء المنطقة الوسطى وخاصة أبناء مخيم النصيرات وذلك بأسعار شبه مجانية انسجاماً مع فلسفة الاتحاد(الخدمة الصحية حق لكل محتاج) وتقديراً للظروف الصعبة التي يعيشها أبناء المخيم، ونظراً لإقبال الجمهور المتزايد على العيادة دفع القائمين على اتحاد لجان العمل الصحي للتفكير ملياً وبجدية مطلقة لتطوير وتحسين الخدمات المقدمة للجمهور لكل الطبقات في المجتمع الفلسطيني.

5- مركز صحي العودة رفح:

تأسس مركز صحي العودة برفح عام 1989 إبان الانتفاضة الفلسطينية الأولى في محاوله لإيجاد بدائل للخدمات الصحية عن الخدمات المقدمة في المراكز الحكومية والتي كانت تحت سيطرة الاحتلال، حيث عانى الكثير من أبناء الوطن من الاعتقال وهُم على أسيرة المستشفى الحكومية أو أثناء تلقيهم العلاج في المراكز الصحية الحكومية، ومن هنا جاءت فكرة إنشاء المركز كحاضنة وطنية للمناضلين والمطاردين من قبل قوات الاحتلال، وثم تطوير المركز في محاولة لتلبية متطلبات أهلنا في محافظة رفح سواء على صعيد العيادات التخصصية أو الخدمات الطبية المساندة.

7.3.2. مراكز الاتحاد الثقافية:

يوجد للاتحاد المراكز الثقافية التالية (التقرير السنوي، 2013: 17):

1- مركز القدس الثقافي للأطفال واليافعين:

أنشئَ المركز عام 2011 في بيت حانون، وذلك في إطار تعميم تجربة مركز العصرية الثقافي للعمل مع الأطفال والشباب من الفئة العمرية من (4-30 عاماً)؛ للمساهمة في تحقيق الهدف بإنشاء شبكة من المراكز الثقافية للاتحاد تغطي محافظات قطاع غزة.

2- مركز العصرية الثقافي للأطفال واليافعين:

أنشئَ المركز عام 1992 في مخيم جباليا لتقديم الخدمات الثقافية للأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (4-30 عاماً)؛ للمساهمة في تطوير مواهب وقدرات الفئة المستهدفة من الناحية الثقافية والاجتماعية، وتعزيز شخصية ديمقراطية وطنية فلسطينية في المجتمع الفلسطيني.

3- مركز الخيرية الثقافي للأطفال واليافعين:

أنشئَ المركز عام 2012 في مخيم النصيرات وذلك في إطار تعميم تجربة مركز العصرية الثقافي للعمل مع الأطفال والشباب من نفس الفئة العمرية المذكورة؛ للمساهمة في تحقيق الهدف بإنشاء شبكة من المراكز الثقافية للاتحاد تغطي محافظات قطاع غزة.

4- مركز ريتشل كوري الثقافي للأطفال واليافعين:

أنشئَ المركز عام 2003 في مدينة رفح وذلك في إطار تعميم تجربة مركز العصرية الثقافي للعمل مع الأطفال والشباب من نفس الفئة العمرية؛ للمساهمة في تحقيق الهدف بإنشاء شبكة من المراكز الثقافية للاتحاد تغطي محافظات قطاع غزة، سُميَ المركز باسم ريتشل كوري تخليداً لذكرى الناشطة الأمريكية الراحلة/ ريتشل كوري، والتي قُتِلَتْ على أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلي في رفح - جنوب قطاع غزة.

المبحث الرابع: الدراسات السابقة

تم الاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وقد تم عرضها في هذا الفصل مشتملة على الهدف والمنهج المتبع، وعينة الدراسة، وأداة الدراسة، وأهم النتائج التي توصلت إليها وتم عرضها متسلسلة زمنياً من الأحدث إلى الأقدم على النحو التالي:

1.4.2. الدراسات باللغة العربية:

1- دراسة (الأشقر، 2018) بعنوان: دور المناخ التنظيمي في تحسين جودة الخدمة في المؤسسات الأهلية دراسة تطبيقية: اتحاد لجان العمل الصحي في فلسطين.

هدفت الدراسة إلى: التعرف على دور المناخ التنظيمي في تحسين جودة الخدمة في المؤسسات الأهلية لدى العاملين في اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، وتكونت عينة الدراسة من (277) موظفاً وموظفة، واعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

وكان من أهم نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية قوية طردية بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة في اتحاد لجان العمل الصحي.

قد أوصت الدراسة بضرورة بذل المزيد من الاهتمام بالمناخ التنظيمي، والعمل على تطوير جودة الخدمات الصحية للعاملين في المؤسسات الأهلية.

2- دراسة (الجدي، 2018) بعنوان: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في فلسطين.

هدفت الدراسة إلى: تسليط الضوء على أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفى الأهلية في محافظات غزة، وتكونت عينة الدراسة من (404) من المرضى في المستشفيات الأهلية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واشتملت أداة الدراسة على استبانة.

وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة ومستوى الأداء المطلوب، ووجود نوع من الوعي والالتزام لدى الإدارة العليا والطواقم العاملة بتحقيق الجودة من خلال تحقيق رضا المرضى، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى.

وقد أوصت الدراسة بضرورة الحفاظ على رضا المرضى في المستشفى الأهلية وتقديم الخدمة لهم بشكل متاح، والالتزام بقوانين وتعليمات الإدارة العليا والطواقم العاملة لتحقيق الجودة الشاملة له.

3- دراسة (مصلح، 2012) بعنوان: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفى العاملة في فلسطين.

هدفت هذه الدراسة إلى: التعرف إلى مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفى العاملة في مدينة قلقيلية، وتكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي، ومستشفى وكالة الغوث الدولية (انوروا)، وشملت العينة (126) موظفاً ومريضاً، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية.

وكان من أهم نتائج الدراسة: أنَّ استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة، وعلى الدرجة الكلية. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف تُعزى لمتغير الجنس، وكانت لصالح الذكور.

قد أوصت الدراسة برفع الوعي وبذل المزيد من الجهود وصولاً للخدمات المقدمة للمرضى.

4- دراسة (أبو عيدة، 2016) بعنوان: واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية في فلسطين.

هدفت الدراسة إلى: معرفة واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي، وتكونت عينة الدراسة من (194) شخصاً من مقدمي خدمات الرعاية الصحية في مجمع الشفاء الطبي، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واشتملت أداة الدراسة على استبانة.

وكان من أهم نتائج الدراسة: أنَّ واقع هندسة العمليات الإدارية في مجمع الشفاء الطبي جاء بوزن (69.43%)، وأن مستوى جودة الخدمات الصحية في مجمع الشفاء الطبي بوزن نسبي (65.9%).

قد أوصت الدراسة بضرورة معرفة جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وتحسين الخدمة لهم.

5- دراسة (الخضري، 2016) بعنوان: دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في فلسطين.

هدفت الدراسة إلى: التعرف على دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في محافظات غزة، وتكونت عينة الدراسة من (129) شخصاً من العاملين في وزارة الصحة الذين يحملون الدرجات العليا من مدير إلى وكيل وزارة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

وكان من أهم نتائج الدراسة: أنَّ دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة كانت بدرجة كبيرة، كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق إحصائية في متغير سنوات الخبرة.

وقد أوصت الدراسة بضرورة استدامة الخدمات الصحية الحكومية بدرجة عالية من الدقة حتى تتسنى تحقيق الطموحات والأهداف.

6- دراسة (الرشدي، 2015) بعنوان: الاستثمار الاجتماعي كمتغير في التخطيط الصحي الاستراتيجي في مصر.

هدفت الدراسة إلى: تحديد واقع الاستثمار الاجتماعي كمتغير في التخطيط الصحي الاستراتيجي في مصر، وتحديد المشكلات التي تواجه الاستثمار الاجتماعي في التخطيط الصحي الاستراتيجي، وتحديد المقترحات لتفعيل الاستثمار الاجتماعي في التخطيط الصحي الاستراتيجي، وتكونت عينة الدراسة من (75) مسؤولاً عن الرعاية الصحية بمديرية الصحة والسكان بالبحيرة، واعتمدت الدراسة على استبانة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

وكان من أهم نتائج الدراسة: أنَّ التخطيط الصحي يسهم في تحديد الفرص والتهديدات المستقبلية من خلال تأمل المستقبل باستمرار، والاستثمار الاجتماعي يسهم في إرساء مبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية.

وقد أوصت الدراسة بضرورة التخطيط الصحي الاستراتيجي لمواجهة المشكلات وتحديد المقترحات لجعل الاستثمار في المقدمة.

7- دراسة (عبدالله، 2015) بعنوان: إسهام رأس المال الاجتماعي في بناء القدرات المؤسسية لجمعيات تنمية المجتمع المحلي.

هدفت الدراسة إلى: معرفة مدى إسهام رأس المال الاجتماعي في تنمية مهارات أعضاء مجلس إدارة جمعيات تنمية المجتمع، وتنمية العاملين بها، وفي إدارة العمل التطوعي، والتوصل إلى تصور مقترح لتفعيل دور رأس المال الاجتماعي في بناء القدرات المؤسسية لجمعيات تنمية المجتمع المحلي، وتكونت عينة الدراسة من (6) جمعيات، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

وكان من أهم نتائج الدراسة أن رأس المال الاجتماعي يسهم في تنمية مهارات أعضاء مجلس الإدارة، وتنمية مهارة العاملين، وإدارة العمل التطوعي.

قد أوصت الدراسة إلى بذل المزيد من الجهود لبناء القدرات المؤسسية لتنمية المجتمع المحلي، والتوصل إلى مقترح لتفعيل رأس المال الاجتماعي.

8- دراسة (حجازي، 2015) بعنوان: بناء القدرات المؤسسية كآلية لتفعيل دور جمعيات الزواج ورعاية الأسرة في تقديم الخدمات الأسرية.

هدفت هذه الدراسة إلى: معرفة مدى كفاية أعداد جمعيات الزواج ورعاية الأسرة وخدماتها، وتحديد متطلبات بناء قدراتها لتفعيل دورها، وتحديد الجهود التي يمكن أن يقوم بها الاختصاصي الاجتماعي في بناء قدرات جمعيات الزواج ورعاية الأسرة. اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بالعينة، وهي دراسة وصفية تحليلية استخدمت عينة عمدية، حجمها (50) مفردة.

وكان من أهم نتائج الدراسة أن الاختصاصي الاجتماعي يمكنه مساعدة جمعيات الزواج ورعاية الأسرة على بناء قدراتها لتفعيل دورها في تقديم الخدمات الأسرية، وقد جاء في الترتيب الأول: "بناء قدرات الموارد البشرية"، بمتوسط حسابي (19.66)، يليه في الترتيب الثاني: "بناء قدرات التخطيط الاستراتيجي"، بمتوسط (17.22)، وفي الترتيب الثالث "بناء قدرات إدارة البرامج والمشروعات الخاصة بالجمعية"، بمتوسط (17.16)، وأخيراً "بناء القدرات التمويلية للجمعية" بمتوسط (15.9).

وقد أوصت الدراسة بضرورة بناء القدرات المؤسسية لتفعيل دورها وتقديم الخدمات الأسرية، وبذل الجهود اللازمة.

1- دراسة (bawzir,2017) بعنوان: "A proposed conceptualization of capacity building at KAU in light of multiple intelligence theory"

تصور مقترح لبناء القدرات المؤسسية في جامعة الملك عبدالعزيز في ضوء نظرية الذكاءات المتعددة".

هدفت الدراسة إلى وضع تصور مقترح لبناء القدرات المؤسسية في جامعة الملك عبد العزيز في ضوء نظرية الذكاءات المتعددة، من خلال تحديد المعارف والمهارات المطلوبة لأداء مهام الوظائف الإدارية والذكاءات المتعددة المرتبطة بتلك المعارف والمهارات، ثم وضع تصور لتنمية المعارف والمهارات المطلوبة لأداء المهام في ضوء نظرية الذكاءات المتعددة - تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في تحليل مهام جميع الوظائف الإدارية في العمادات المساندة لشطر الطالبات بجامعة الملك عبد العزيز بجدة حي السليمانية- والمدرجة تحت مسمى مديرة - وقد أظهرت نتائج الدراسة أن جميع المعارف والمهارات (القدرات) المطلوبة لأداء مهام الوظائف الإدارية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمؤشرات الذكاءات المتعددة أن جميع الوظائف الإدارية بتعدد مسمياتها تتطلب قدرات عالية من الذكاء المنطقي ثم الذكاء الاجتماعي، ويليه الذكاء الشخصي، وأخيراً الذكاء الحركي.

قد أوصت الدراسة بضرورة بناء القدرات المؤسسية للوظائف الإدارية لأداء المهام ضمن مؤشرات الذكاء المطلوبة.

2- دراسة (هلولو، 2016): بعنوان: تصور مقترح لتطوير بناء القدرات المؤسسية في منظمات المجتمع المدني بقطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع بناء القدرات المؤسسية في منظمات المجتمع المدني في قطاع غزة، وتقديم تصور مقترح لتطوير بناء القدرات المؤسسية في منظمات المجتمع المدني بقطاع غزة، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج البنائي التطوري لتطوير التصور المقترح لبناء القدرات المؤسسية لمنظمات المجتمع المدني، وتكونت عينة الدراسة من (360) شخص من المبحوثين، والاستبانة أداة رئيسة للبحث بالإضافة للمجموعة البؤرية، واستخدمت العينة الطبقية العشوائية، وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء المبحوثين حول واقع بناء القدرات المؤسسية في منظمات المجتمع المدني بقطاع غزة تُعزى إلى الجنس، وسنوات الخبرة.

أوصت الدراسة بضرورة بناء وتطوير القدرات المؤسسية في منظمات المجتمع المدني.

3- دراسة (بالى، 2012): بعنوان: الشفافية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للمنظمات الأهلية ودورها في التخفيف من حدة العوامل المؤدية للفتنة الطائفية.

هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين الشفافية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للمنظمات الأهلية ودورها في التخفيف من حدة العوامل المؤدية للفتنة الطائفية، وتكونت عينة الدراسة من (10) أعضاء من مجالس إدارات الجمعيات، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة، وأظهرت النتائج أن المنظمات الأهلية تقابلها العديد من المعوقات، والتي في مقدمتها ضعف تطبيق جوانب الشفافية بها كغيرها من منظمات المجتمع المختلفة مثل: شفافية (التمويل - صنع القرار - الإدارة) كآلية لبناء قدراتها المؤسسية.

قد أوصت الدراسة بضرورة تحقيق الشفافية كخطوة أساسية لبناء القدرات المؤسسية للتخفيف من العوامل المؤثرة.

4- دراسة (سويدان، 2011): بعنوان: إسهام رأس المال الاجتماعي في دعم عمليات البناء المؤسسي بمنظمات المجتمع المدني.

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية رأس المال الاجتماعي في دعم عمليات البناء المؤسسي بمنظمات المجتمع المدني، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت الاستبانة كأداة للدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (15) مفردة من الأخصائيين وأعضاء مجالس الإدارة، وأظهرت نتائج الدراسة أن المؤشرات التخطيطية تسهم في تحديد المسؤوليات المطلوب تنفيذها ومناطق العمل وتطوير الأساليب والبرامج والإجراءات والسياسات في إطار البيئة الداخلية لمؤسسات الرعاية الاجتماعية.

5- دراسة (Gugglberger, Lisa& Dur, Wolfgang, 2011) بعنوان: بناء القدرات المؤسسية لتدعيم الصحة التنظيمية في المدارس.

هدفت الدراسة إلى: التوصل لآليات بناء القدرات المؤسسية التي تعين على تحقيق الصحة المدرسية، وتمّ استخدام المنهج الوصفي، وأجريت العديد من المقابلات مع عينة الدراسة المتمثلة في مدراء المدارس، وتمّ تطبيق استبانة مستنقاة من مقاييس الصحة التنظيمية لمنظمة الصحة العالمية، وأوصت الدراسة بضرورة إيجاد بدائل جديدة لتدريب المدراء والقيادات من أجل دعم البيئة المدرسية، وهذا لا يتحقق إلا بتوافر القدرات الإدارية لديهم، الأمر الذي يتحقق معه توافر الصحة التنظيمية.

6- دراسة (عودة، 2010): بعنوان: متطلبات بناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لمواجهة كارثة السيول بأسوان: دراسة مطبقة على جمعيات تنمية المجتمع بقرى أبو الريش.

هدفت الدراسة إلى: تحديد متطلبات بناء القدرات التدريبية والتمويلية والاقتصادية والاتصالية والمعلوماتية والتخطيط الاستراتيجي للجمعيات الأهلية لمواجهة كارثة السيول -الدراسة وصفية بالاعتماد على منهج المسح الاجتماعي الشامل لأعضاء مجالس الإدارة بجمعيات تنمية المجتمع المحلى من القرى المضارة من السيول، وتوصلت الدراسة إلى أن أهم متطلبات القدرات التدريبية هي وضع خطة استراتيجية للبرامج التدريبية للجمعيات، ومن أهم المتطلبات التمويلية دعم الجمعية بمصادر تمويل محلية لمواجهة الكوارث، ومن أهم المتطلبات المعلوماتية هي وضوح المعلومات بالجمعيات وتسهيل العلاقات بين المنظمات الأخرى.

قد أوصت الدراسة بضرورة تحديد متطلبات بناء القدرات المؤسسية ومنها الاتصالية والتمويلية والتدريبية لنجاح التخطيط الاستراتيجي لمواجهة الكوارث.

7- دراسة (الغباري، 2010): بعنوان: العلاقة بين متطلبات بناء القدرات البشرية وتحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها التنموية.

هدفت الدراسة إلى: التعرف على طبيعة العلاقة بين متطلبات بناء القدرات البشرية، وتحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها التنموية وقد ارتبط ذلك بالعمل الجماعي والتدريب والالتزام بالشفافية ومشاركة الناس وتوزيع المسؤوليات، وقد خلصت الدراسة إلى سيطرة الأعضاء من كبار السن على مراكز المدير التنفيذي أو رئيس مجلس الإدارة، وقد أكدت الدراسة على أن العمل الجماعي والتعاون والشعور بالانتماء من العاملين والمتطوعين يساعد الجمعية على تحقيق أهدافها، كما أن التدريب المستمر يساعد المهنيين والمتطوعين على اكتساب المعرفة والمهارة مما ينعكس على كفاءة العمل، وكذلك معايير الشفافية ومنها الاطلاع على جلسات مجلس الإدارة يساعد الجمعية على تحقيق أهدافها التنموية مما يؤكد صحة الفرض.

قد أوصت الدراسة بضرورة بناء قدرات بشرية لتحقيق الأهداف التنموية، مما يعكس على البيئة الداخلية والخارجية.

3.4.2. التعقيب على الدراسات السابقة:

أولاً: أوجه التشابه

- 1- **المنهج:** تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث المنهج حيث استخدمت جميع الدراسات المنهج الوصفي التحليلي.
- 2- **الأداة:** تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الأداة حيث كانت الأداة الاستبانة.

ثانياً: أوجه الاختلاف

- 1- **الهدف:** اختلفت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة من حيث الهدف.
- 2- **العينة:** اختلفت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة من حيث العينة.

4.4.2. أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

تمثلت استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- 1- بناء الإطار النظري الخاص بموضوع الدراسة الحالية.
- 2- تزويد الباحث بالعديد من المراجع ذات الصلة والرجوع إليها في إثراء موضوع الدراسة.
- 3- اختيار المنهج العلمي الأنسب لطبيعة الدراسة.
- 4- اختيار عينة الدراسة.
- 5- بناء أداة الدراسة.
- 6- تفسير النتائج وربطها بنتائج الدراسات السابقة.

5.4.2. أوجه التميز في الدراسة الحالية:

من خلال استعراض الدراسات السابقة تبين أنها تعرضت للعديد من الموضوعات المتعلقة بالإدارة الصحية ومتطلبات بناء القدرات المادية والبشرية والتنظيمية في العديد من الجهات والدور الذي تلعبه عمليات الإدارة الصحية في بناء تلك القدرات، هذا ونظراً لحاجة المنظمات الأهلية إلى عناصر الإدارة الصحية ومنها كافة الوحدات الإدارية للقطاع الصحي والمستشفى التابعة لها إلى توافر المقومات اللازمة للنهوض بعمليات الإدارة، وبناء القدرات لتصبح قادرة على ممارسة مهامها والرفع من أدائها ومسايرة كافة المستجدات مستهدفة تطوير البرامج والأسس والمعوقات المادية

والبشرية اللازمة لدعم هذا القطاع الصحي، الأمر الذي يساهم في دفع عجلة التنمية واقتصاديات هذا القطاع الإداري المهم إلى جانب القطاعات الاقتصادية الأخرى.

لذلك؛ تأتي هذه الدراسة كمحاولة جادة لسد الفجوة البحثية المتمثلة في دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، وتقديم الاقتراحات والتوصيات اللازمة لتعزيز الجوانب الإيجابية والعمل على معالجة الجوانب السلبية واقتراح آليات التغلب عليها ومعالجتها، وبالتالي فإنّ هذه الدراسة سوف تسهم في إبراز الصورة الحقيقية لواقع القطاع الصحي "مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي" آليات تطويرها بما يسهم في تعزيز دوره ومكانته على المستوى المحلي خدمة للمواطن والمجتمع الفلسطيني.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي تمّ إتباعها في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك التعريف بمنهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

1.3 منهج الدراسة

تعريف المنهج الوصفي التحليلي أنه ذلك المنهج الوصفي المتعمق، الذي يقوم فيه الباحث العلمي بوصف الظواهر والمشاكل العلمية المختلفة، وحل المشكلات والتساؤلات التي تقع في دائرة البحث العلمي، ثم يتم تحليل البيانات التي تمّ جمعها عن طريق المنهج الوصفي، حتى يمكن إعطاء التفسير والنتائج المناسبة عن تلك الظاهرة، كما يستطيع الباحث العلمي كذلك عن طريق المنهج الوصفي التحليلي أن يضع الظواهر المختلفة في المقارنات بين الظواهر المشابهة، حتى يمكن تجميع البيانات المختلفة عن الفروق والمتشابهات بين تلك الظواهر، وهي أهم المميزات التي تميز المنهج الوصفي التحليلي عن غيره من المناهج العلمية، وتعزز استخداماته في البحث العلمي بشكل كبير.

البحث الوصفي هو الأكثر شيوعاً، والسبب الأساسي لإجراء هذا النوع من البحوث هو التعرف على سبب حدوث شيء ما. على سبيل المثال، يمكن استخدام هذا البحث لمعرفة ما هي الفئة العمرية التي تشتري نوع معين من العصير، بهدف معرفة حصة الشركة المنتجة في مختلف المناطق الجغرافية، أو لاكتشاف الشركات المنافسة لها في السوق. يحصل على بيانات أكثر دقة أو نتائج ممكنة، عندما البحث يلبي كل المتطلبات الصارمة للبحوث.

لإحصاءات الوصفية توفر عرض للبيانات على شكل رسوم بيانية. من دون التحليل الإحصائي، الكمية الهائلة من البيانات الرقمية التي يتم جمعها في الدراسات الكمية تكون ساحقة وبدون معنى. فيجب وصف وتوليف البيانات لأعطائها معنى. الإحصاءات الوصفية هي الأسلوب الشائع المستخدم من قبل الباحثين لتنظيم وتلخيص البيانات الرقمية التي يتم جمعها من السكان والعينات.

تم استخدام **المنهج الوصفي التحليلي** الذي يحاول دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية: دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، ويحاول المنهج الوصفي التحليلي أن يقارن ويفسر ويُقيّم المعلومات أملاً في التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد المعرفة عن الموضوع.

وقد استخدم مصدرين أساسيين للمعلومات هما:

- 1- **المصادر الثانوية:** حيث تمّ الاتجاه في معالجة الإطار النظري للبحث إلى مصادر البيانات الثانوية التي تتمثل في الكتب والمراجع ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.
- 2- **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث تمّ اللجوء إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، والتي تمّ تصميمها خصيصاً لهذا الغرض، ووزعت على (118) من العاملين في مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

2.3 مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي من ذوي المناصب الإدارية التي تقتضي طبيعة عمله للقيام بعمليات التنظيم الإداري والتوجيه والرقابة والمتابعة والتقييم وهم مدراء الإدارات ورؤساء الأقسام والوحدات الإدارية الأخرى، والبالغ عددهم 118 مفرداً.

3.3 عينة الدراسة

نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة فإنّ عينة الدراسة تشمل كافة أفراد المجتمع.

4.3 الوصف الاحصائي لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية والتنظيمية

تبين الجداول التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة تبعاً لعددٍ من المتغيرات التصنيفية، وذلك كما يلي:

1.4.3. توزيع العينة تبعاً للجنس:

جدول (1.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	61	51.7
أنثى	57	48.3
المجموع	118	100.0

يتضح من الجدول السابق أن ما نسبته (51.7%) من عينة الدراسة كانت من الذكور، وكانت ما نسبته (48.3%) من عينة الدراسة من الاناث، وقد تمّ طرح هذا المتغير لمعرفة دور متغير الجنس في دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية/ دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

2.4.3. توزيع العينة تبعاً للعمر:

جدول (2.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير العمر.

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	5	4.2
من 20-40 سنة	108	91.5
أكثر من 40 سنة	5	4.2
المجموع	118	100.0

يتبين من الجدول السابق أن ما نسبته 4.2% من عينة الدراسة كانت أعمارهم أقل من 20 سنة، وكانت نسبة 91.5% من عينة الدراسة أعمارهم من 20-40 سنة، بينما كانت نسبة 4.2% من

عينة الدراسة أعمارهم أكثر من 40 سنة، وقد تم طرح هذا المتغير لمعرفة دور متغير العمر في دراسة دور تخطيط الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية/ دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

3.4.3. توزيع العينة تبعاً لسنوات الخبرة:

جدول (3.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير عدد سنوات الخبرة.

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	53	44.9
من 5 إلى 10 سنوات	48	40.7
أكثر من 10 سنوات	17	14.4
المجموع	118	100.0

يتبين من خلال نتائج الجدول السابق أن ما نسبته 44.9% من عينة الدراسة كانت سنوات الخبرة لديهم أقل من 5 سنوات، بينما كانت ما نسبته 40.7% من عينة الدراسة سنوات الخبرة لديهم من 5 إلى 10 سنوات، بينما كانت ما نسبته 14.4% من عينة الدراسة سنوات خبرة لديهم أكثر من 10 سنوات، وقد تم طرح هذا المتغير لمعرفة دور متغير سنوات الخبرة في دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية/ دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

4.4.3. توزيع العينة تبعاً للمسمى الوظيفي:

جدول (4.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير المسمى الوظيفي.

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
مدير	18	15.2
رئيس قسم	37	31.4
رئيس شعبة	63	53.4
المجموع	118	100.0

يتبين من الجدول السابق أنَّ ما نسبته 15.2% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي مدير، بينما كانت ما نسبته 31.4% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي رئيس قسم، وكانت ما نسبته 53.4% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي رئيس شعبة، وقد تمَّ طرح هذا المتغير لمعرفة دور متغير العمر في دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية/ دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

5.3 أداة الدراسة

استبانة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية (دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي):

بعد الاطلاع على الأطر النظرية وبعض الدراسات السابقة ومنها (الأشقر، 2018) و(لبد، 2016) و(السعد، 2012)، تم إعداد استبانة حول دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية (دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي)، والتي تكونت من (80) فقرة موزعة على أربعة محاور مستقلة وستة محاور تابعة، والجدول التالي يبين توزيع الفقرات على المحاور المختلفة للدراسة:

جدول (5.3): توزيع الفقرات على محاور الاستبانة.

المحور	المجال	عدد الفقرات
المتغير	التنظيم	7
المستقل	التوجيه	6
الإدارة	الرقابة	7
الصحية	المتابعة والتقييم	6
المتغير التابع بناء قدرات المؤسسات الصحية	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي	9
	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية	9
	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج	9
	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية	9
	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال	9
	بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية	9
الاجمالي		80

وقد تمَّ احتساب أوزان فقرات الاستبانة وفقاً لتدرج مقياس ليكرت الخماسي (كبيرة جداً - كبيرة - متوسطة - قليلة - قليلة جداً) وحسب الدرجات التالية (5 - 4 - 3 - 2 - 1).

6.3 صدق الاستبانة

يقصد بصدق الاستبانة أن تقيس أسئلة الاستبانة ما أعدت لقياسه، وأنَّ الاستبانة قابلة للتطبيق على جميع أفراد عينة الدراسة، وقد تمَّ التحقق من صدق الاستبانة من خلال التالي:

1- قياس الصدق الظاهري للاستبانة:

للتأكد من صدق أداة الدراسة، تمَّ عرض الصورة الأولية للاستبانة على عدد من المحكمين من الأساتذة المختصين (ملحق رقم 2)، وذلك بهدف معرفة آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم حول محاور الاستبانة وفقراتها ومدى وضوحها، وترابطها، ومدى تحقيقها لأهداف الدراسة، وتمَّ تفريغ الملاحظات التي أبدأها المحكمون وفي ضوءها تمَّ إجراء التعديلات اللازمة، وأصبحت الاستبانة في صورتها النهائية صالحة للتوزيع وتتكون من (80) فقرة.

2- صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق الاتساق الداخلي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة ودرجة المحور الذي تنتمي إليه، والجدول التالي تبين ذلك:

جدول (6.3): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المجال الأول (التنظيم) مع الدرجة الكلية للمجال.

رقم الفقرة	فقرات المحور الأول (التنظيم)	معامل ارتباط	مستوي الدلالة
1	تفويض إدارة المستشفى بعض سلطاتها إلى المستويات الإدارية الأقل.	0.884	دالة عند 0.01
2	تُحفظ الملفات في المستشفى من خلال الأرشيف الإلكتروني.	0.899	دالة عند 0.01
3	تضع المستشفى إجراءات تقنية لتأمين سرية البيانات والمعلومات بها في أماكن آمنة.	0.878	دالة عند 0.01

رقم الفقرة	فقرات المحور الأول (التنظيم)	معامل ارتباط	مستوي الدلالة
4	توجد وحدة مستقلة لإدارة المعلومات وموارد المعرفة بالهيكل التنظيمي للمستشفى.	0.934	دالة عند 0.01
5	يعرف كل فرد بالمستشفى السلطة والصلاحيات الممنوحة له من خلال الوصف الوظيفي.	0.905	دالة عند 0.01
6	تتسم الاتصالات بين إدارة المستشفى وأقسامها بأنها من أعلى إلى أسفل والعكس.	0.940	دالة عند 0.01
7	تسمح هياكل ونظم العمل الإداري بالمستشفى بمشاركة المستفيدين من خدماتها.	0.850	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (6.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثاني (التنظيم) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (7.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثاني (التوجيه) والدرجة الكلية للمجال الثاني.

الفقرة	معامل ارتباط	مستوي الدلالة
تتخذ القرارات في المستشفى بصورة مدروسة في الوقت المناسب.	0.923	دالة عند 0.01
تتيح المستشفى المعلومات لصانعي القرار في الوقت المناسب.	0.884	دالة عند 0.01
تحلل المستشفى البيانات بسرعة ودقة.	0.885	دالة عند 0.01
تتابع المستشفى تنفيذ القرارات بعد صدورها وتقارنها بما تقرر من قبل.	0.851	دالة عند 0.01
توفر المستشفى المعلومات لجميع المستويات الإدارية بشكل متزامن ومترابط.	0.915	دالة عند 0.01
توفر إدارة المستشفى الوقت اللازم لمتخذي القرار بها.	0.823	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (7.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثاني (التوجيه) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وُضِعَ لقياسه.

جدول (8.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثالث (الرقابة) والدرجة الكلية للمجال الثالث.

الفقرة	معامل ارتباط	مستوي الدلالة
يتاح الاطلاع على اللوائح والإجراءات الخاصة بالخدمات الإلكترونية على الإنترنت في المستشفى.	0.785	دالة عند 0.01
تتدفق المعلومات بين إدارة المستشفى والأقسام باستمرار عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي).	0.707	دالة عند 0.01
تستخدم شبكة داخلية (الإنترنت) تمكن المستشفى من نقل المعلومات بشكل آني وفوري.	0.853	دالة عند 0.01
يتم إقرار مبدأ المساءلة والمحاسبية الإدارية في المستشفى بشكل متكامل وعادل.	0.872	دالة عند 0.01
تتوفر قنوات اتصال متعددة لتبادل المعلومات في المستشفى.	0.805	دالة عند 0.01
توضع معلومات تفصيلية عن الإجراءات الإدارية ومتطلباتها على الإنترنت في المستشفى.	0.864	دالة عند 0.01
توجد متابعة مستمرة لمستويات أداء الأفراد إلكترونياً.	0.915	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (8.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثالث (الرقابة) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وُضِعَ لقياسه.

جدول (9.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الرابع (المتابعة والتقييم) والدرجة الكلية للمجال الرابع.

مستوي الدالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.640	يتاح للعاملين في المستشفى الاطلاع على نتائج تقييمهم.
دالة عند 0.01	0.632	يوجد نظام واضح لتقييم أداء كل موظف في المستشفى.
دالة عند 0.01	0.801	تعتمد إدارة المستشفى معايير أداء تحقق العدالة بين الموظفين.
دالة عند 0.01	0.716	يوجد معايير واضحة لقياس مستوى الإنجاز للعاملين في المستشفى.
دالة عند 0.01	0.653	يتم الاستفادة من نظام تقييم العاملين في المستشفى في عمليات التدريب.
دالة عند 0.01	0.664	يشارك المستفيدون الخارجيون في تقييم أداء إدارة المستشفى.

يتبين من الجدول رقم (9.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الرابع (المتابعة والتقييم) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية:

لحساب صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية) تمّ حساب معامل الارتباط بين كل فقرات من فقرات المحور، والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة- وفيما يلي الجداول التي تبين ذلك:

جدول (10.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي) والدرجة الكلية للمجال الأول.

مستوي الدالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.831	وضع رؤية واضحة معلنة لكيفية توفير الحماية للمستهلك بشكل مستمر.
دالة عند 0.01	0.815	تحليل المشكلات التي تواجه عملها للتعرف على أسبابها.
دالة عند 0.01	0.770	وضع الخطة في ضوء دراسة واقعية وتحليل موضوعي لأوضاع المستشفى داخلياً.
دالة عند 0.01	0.824	تقييم خطة المستشفى بصورة مستمرة.
دالة عند 0.01	0.780	تطوير وتجديد خطة المستشفى بصورة مستمرة حتى تتناسب مع التطور الذي يحدث في المجتمع.
دالة عند 0.01	0.830	تحديد مدى زمني لتنفيذ خطة المستشفى.
دالة عند 0.01	0.867	تحديد وتنفيذ برامج المستشفى في ضوء الخطة الموضوعية.
دالة عند 0.01	0.795	توفير الخبرة الفنية لترجمة خطة المستشفى لبرامج قابلة للتنفيذ.
دالة عند 0.01	0.669	ترجمة الخطة إلى برامج تنفيذية واقعية ربع سنوية.

يتبين من الجدول رقم (10.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الأول (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (بالتخطيط الاستراتيجي) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (11.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة بإدارة الموارد البشرية) والدرجة الكلية للمجال الثاني.

مستوي الدالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.635	وجود خطة واضحة ومعلنة للبرامج التدريبية للعاملين بالمستشفى.
دالة عند 0.01	0.558	إشراك العاملين بالمستشفى في وضع الخطة التدريبية وتحديد احتياجاتهم.
دالة عند 0.01	0.878	عمل ملف وظيفي لكل فرد عامل في المستشفى يوضح مهاراته وقدراته واحتياجاته.
دالة عند 0.01	0.934	تزويد العاملين بالمعارف الجديدة في مجال حماية المستهلك.
دالة عند 0.01	0.905	إتاحة الفرصة للعاملين لتبادل الآراء والمعارف والخبرات حول مجال حماية المستهلك.
دالة عند 0.01	0.884	إيجاد أساليب كثيرة لمكافأة وتحفيز العاملين لحشد جهودهم لإنجاح العمل.
دالة عند 0.01	0.899	وضوح الهيكل التنظيمي وتوضيح المهام والواجبات المرتبطة بكل مكانة.
دالة عند 0.01	0.940	توفير المناخ الذي يساعد على إيجاد روح التعاون بين العاملين بالمستشفى.
دالة عند 0.01	0.850	توفير قنوات اتصال يمكن من خلالها تحقيق اتصال جيد بين العاملين بالمستشفى.

يتبين من الجدول رقم (11.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (بإدارة الموارد البشرية) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يُعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (12.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج) والدرجة الكلية للمجال الثالث.

مستوي الدلالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.779	تصميم برامج المستشفى في ضوء الخطة الاستراتيجية الموضوعية.
دالة عند 0.01	0.698	اتباع معايير الجودة عند تنفيذ البرامج لضمان نجاحها.
دالة عند 0.01	0.667	إشراك العاملين في وضع وتصميم برامج المستشفى.
دالة عند 0.01	0.851	إشراك عينة متدرجة من المستفيدين عند وضع وتصميم برامج المستشفى.
دالة عند 0.01	0.915	عمل متابعة دورية لتنفيذ البرامج لضمان نجاحها.
دالة عند 0.01	0.823	تقييم برامج المستشفى بصفة مستمرة للتعرف على الإيجابيات والسلبيات.
دالة عند 0.01	0.923	إشراك العاملين في عملية تقييم البرامج.
دالة عند 0.01	0.884	إشراك المستفيدين من البرامج في عملية تقييم البرامج وتحليل آرائهم.
دالة عند 0.01	0.885	توفير قنوات اتصال مفتوحة بين كافة المستويات الإدارية لتيسير عملية الاتصال لضمان نجاح البرامج التي تنفذها المستشفى.

يتبين من الجدول رقم (12.3) أنَّ معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثالث (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (بإدارة البرامج) والدرجة الكلية للمجال، أنَّها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يُعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (13.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية) والدرجة الكلية للمجال الرابع.

مستوي الدالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.975	توفير قاعدة معلوماتية تعتمد عليها المستشفى في أداء مسؤولياتها.
دالة عند 0.01	0.665	توفير الخبرة الفنية لبناء هذه القاعدة وتحديثها.
دالة عند 0.01	0.715	تتيح هذه القاعدة لجميع العاملين بالمستشفى.
دالة عند 0.01	0.703	تشتمل هذه القاعدة على معلومات شاملة عن الجهاز الوظيفي بالمستشفى.
دالة عند 0.01	0.805	تشتمل هذه القاعدة على معلومات خاصة بالمنظمات الدولية العاملة بمجال حماية المستهلك.
دالة عند 0.01	0.789	عمل دورات تدريبية مستمرة للعاملين لصقل مهاراتهم في بناء واستخدام قواعد المعلومات بالمستشفى.
دالة عند 0.01	0.915	توفير الأجهزة الحديثة التي يمكن استخدامها في بناء قواعد المعلومات في المستشفى.
دالة عند 0.01	0.872	عمل موقع للجمعية على شبكة المعلومات تتوافر فيه أحدث المعلومات عن المستشفى.
دالة عند 0.01	0.805	إكساب جميع العاملين بالمستشفى مهارات الاستفادة من قواعد المعلومات

يتبين من الجدول رقم (13.3) أنَّ معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الرابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (ببناء قدراتها المعلوماتية) والدرجة الكلية للمجال، أنَّها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (14.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات الغير حكومية) والدرجة الكلية للمجال الخامس.

مستوي الدلالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.895	إيجاد شبكة اتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك.
دالة عند 0.01	0.774	العمل على تدعيم شبكة الاتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى بصفة مستمرة.
دالة عند 0.01	0.693	توفير المستشفى آليات لتحقيق التنسيق بينها وبين المنظمات الأخرى في المجتمع.
دالة عند 0.01	0.801	التبادل للموارد المادية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.
دالة عند 0.01	0.653	التبادل للموارد البشرية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.
دالة عند 0.01	0.664	إصدار المستشفى نشرات وكتيبات تتبادلها مع الجمعيات الأخرى لتيسير تدفق المعلومات.
دالة عند 0.01	0.640	توفير جهاز إداري بالمستشفى مهمته الأساسية بناء علاقات جيدة بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.
دالة عند 0.01	0.632	تنظيم المستشفى دورات تدريبية للعاملين بهذا الجهاز الإداري لصقل مهاراتهم في بناء جسر العلاقات بين المستشفى والجمعيات الأخرى بالمجتمع.
دالة عند 0.01	0.801	الاهتمام بابتكار أساليب جديدة بصفة مستمرة لدعم التعاون بين المستشفى والمنظمات الأخرى العاملة بنفس المجال.

يتبين من الجدول رقم (14.3) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الخامس (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية) والدرجة الكلية للمجال، أنها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (15.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية) والدرجة الكلية للمجال السادس.

مستوي الدلالة	معامل ارتباط	الفقرة
دالة عند 0.01	0.895	جمع تبرعات لتمويل أنشطة المستشفى من مصادر قانونية.
دالة عند 0.01	0.774	التنسيق بين جمعيات حماية المستهلك من أجل التمويل المشترك.
دالة عند 0.01	0.693	زيادة التمويل الحكومي لجمعيات حماية المستهلك.
دالة عند 0.01	0.801	البحث عن مصادر جديدة للتمويل بشكل شفاف.
دالة عند 0.01	0.653	قيام المستشفى بمشروعات ذات عائد اجتماعي بخلق الدخل الإضافي.
دالة عند 0.01	0.664	تنشيط العضوية لزيادة الموارد المالية للجمعية.
دالة عند 0.01	0.640	المساهمة في تسويق السلع والخدمات التي يحتاجها المواطن.
دالة عند 0.01	0.632	ضرورة دعم الجهات التنفيذية لجمعيات حماية المستهلك لمساعدتها في الدور الرقابي.
دالة عند 0.01	0.801	حاجة المستشفى إلى مباني وتجهيزات لزيادة أنشطتها بشكل مدروس ومبرر.

يتبين من الجدول رقم (15.3) أنَّ معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال السادس (بناء قدرات المؤسسات الصحية) المرتبطة (ببناء قدراتها المالية) والدرجة الكلية للمجال، أنَّها دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

7.4 الصديق البنائي

يعتبر الصديق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ومدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة.

ويبين الجدول التالي (16.3) أنَّ جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الاستبانة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر جميع مجالات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول (16.3): معامل ارتباط بيرسون لكل مجال مع الدرجة الكلية للاستبانة.

المحور	معامل ارتباط	مستوي الدلالة
المحور الأول: تخطيط الإدارة الصحية		
المجال الأول: التنظيم	0.890	دالة عند 0.01
المجال الثاني: التوجيه	0.876	دالة عند 0.01
المجال الثالث: الرقابة	0.862	دالة عند 0.01
المجال الرابع: المتابعة والتقييم	0.877	دالة عند 0.01
المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية		
المجال الأول: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي.	0.778	دالة عند 0.01
المجال الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية.	0.748	دالة عند 0.01
المجال الثالث: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج.	0.802	دالة عند 0.01
المجال الرابع: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية.	0.779	دالة عند 0.01
المجال الخامس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال.	0.765	دالة عند 0.01
المجال السادس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية.	0.820	دالة عند 0.01

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

8.3 ثبات الاستبانة

تمّ تقدير ثبات الاستبانة من خلال تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية، وذلك باستخدام طريقتي معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية كما يلي:

1.8.3. طريقة التجزئة النصفية:

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتيجة فيما لو تمّ إعادة توزيعه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وقد تمّ تجزئة فقرات الاختبار إلى جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثمّ تمّ حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تمّ تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون.

معامل الارتباط المعدل $2r/1+r$ حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية. وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول (17.3):

جدول (17.3): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات الاستبانة.

معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط قبل التعديل	المحور
0.832	0.784	المحور الأول: تخطيط الإدارة الصحية
0.889	0.875	المجال الأول: التنظيم
0.921	0.859	المجال الثاني: التوجيه
0.875	0.814	المجال الثالث: الرقابة
0.745	0.611	المجال الرابع: المتابعة والتقييم
0.778	0.698	المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية
0.748	0.688	المجال الأول: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي.
0.802	0.723	المجال الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية.

المحور	معامل الارتباط قبل التعديل	معامل الارتباط بعد التعديل
المجال الثالث: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج.	0.702	0.779
المجال الرابع: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية.	0.698	0.765
المجال الخامس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال.	0.712	0.798
المجال السادس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية.	0.765	0.810
الدرجة الكلية للاستبانة	0.795	0.820

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (17.3) أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان مقبول ودال احصائياً)، وبذلك يكون قد تمّ التأكد من ثبات استبانة الدراسة.

2.8.3. طريقة ألفا كرونباخ:

تمّ استخدام طريقة أخرى لحساب الثبات، وكانت النتائج كما في الجدول الآتي، وهذا يدل على أنّ الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

جدول (18.3): معامل الفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة.

المحور	معامل الفا
المحور الأول: تخطيط الإدارة الصحية	0.857
المجال الأول: التنظيم	0.864
المجال الثاني: التوجيه	0.824
المجال الثالث: الرقابة	0.747
المجال الرابع: المتابعة والتقييم	0.714
المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية	0.826
المجال الأول: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي.	0.845

معامل الفا	المحور
0.889	المجال الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية.
0.903	المجال الثالث: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج.
0.805	المجال الرابع: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية.
0.798	المجال الخامس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال.
0.885	المجال السادس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية.
0.859	الدرجة الكلية للاستبانة

الثبات = الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (18.3) أنَّ قيمة معامل ألفا كرونباخ كانت عالية لكل مجال وتتراوح بين (0.714)، (0.903) لكل مجال من مجالات الاستبانة. كذلك كانت قيمة معامل ألفا لجميع فقرات الاستبانة (0.859)، وهذا يعني أنَّ معامل الثبات ممتاز، وتكون الاستبانة في صورتها النهائية، قد تأكدت من صدق وثبات استبانة الدراسة مما يجعله على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحيته لتحليل النتائج، والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

9.3 اختبار التوزيع الطبيعي

يعتبر شرط التوزيع الطبيعي للبيانات من الشروط المهمة لاستخدام الاختبارات العلمية، وللتحقق من هذا الشرط لمتغيرات الدراسة تمَّ استخدام اختبار (Kolmogorov-Smirnov)، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (19.3): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي.

القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	المجال
0.134	1.163	المحور الأول: تخطيط الإدارة الصحية
0.285	0.987	المجال الأول: التنظيم
0.469	0.848	المجال الثاني: التوجيه
0.836	0.620	المجال الثالث: الرقابة
0.059	1.360	المجال الرابع: المتابعة والتقييم
0.242	1.027	المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية
0.134	1.163	المجال الأول: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي.
0.285	0.987	المجال الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية.
0.356	0.658	المجال الثالث: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج
0.758	0.798	المجال الرابع: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية.
0.096	1.002	المجال الخامس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال.
0.066	1.027	المجال السادس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية.
0.096	1.163	الدرجة الكلية

ووفقاً للبيانات التي تظهرها النتائج في الجدول السابق فإنَّ جميع متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي، حيث إنَّ مستوى دلالة الاختبار أكبر من 0.05، وبالتالي فإنَّ الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي، وبذلك نستخدم الاختبارات العلمية المناسبة.

10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

- 1- النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي والوزن النسبي والترتيب، ويستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما وتقيد في وصف عينة الدراسة.
- 2- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) وطريقة التجزئة النصفية لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.
- 3- درجة لقياس (pearson Correlation Coefficient) معامل ارتباط بيرسون، يستخدم هذا الاختبار لإيجاد صدق الاستبانة الداخلية.
- 4- اختبار الفرضيات (One Way ANOVA , Independent T-Test) للتعرف على الفروق والتي تُعزى إلى متغير الجنس والعمر وسنوات الخبرة والمسمى الوظيفي.

الفصل الرابع

تحليل البيانات واختبار الفرضيات

يتناول هذا الفصل عرضاً وتحليلاً لأهم النتائج الاحصائية التي تمّ الوصول إليها حول مشكلة الدراسة، والتي تهدف إلى دراسة دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية: دراسة حالة مستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وبناء على تحليل نتائج الدراسة يتمّ اختبار الفرضيات ومناقشتها والتعليق عليها وتفسيرها بما يتناسب مع مشكلة الدراسة.

وقد تمّ استخدام مقياس ليكرت الخماسي في إعداد أداة الدراسة للحكم على اتجاه كل فقرة، وبالاعتماد بشكل رئيس على قيمة الوسط الحسابي والوزن النسبي، لتحديد مستوى الموافقة على فقرات ومحاور الدراسة كما يتبين من الجدول التالي رقم (1.4).

جدول (1.4): سلم المقياس المستخدم في الدراسة.

مستوى الموافقة	منخفض جداً	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جداً
الوسط الحسابي	أقل من 1.80	1.80 إلى 2.59	2.60 إلى 3.39	3.40 إلى 4.19	أكثر من 4.20
الوزن النسبي	أقل من 36%	36% إلى 51.9%	52% إلى 67.9%	68% إلى 83.9%	أكثر من 84%
الوسط الحسابي: (مجموع الإجابات ÷ عدد المستجيبين)، الوزن النسبي: (الوسط الحسابي ÷ 5) * 100					

وطريقه حسابه (عدد إجابات مقياس ليكرت الخماسي "5 إجابات طرح منها 1" تقسيم عدد مستويات الإجابة = 5) $(0.8 = 5/1 - 5)$ ويتم البدء بقيمة 1-1.8 ومن إضافة 0.8 لكل فترة من فترات الإجابة.

1.4 تحليل فقرات المجال الأول (التنظيم)

جدول (2.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "التنظيم".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	تفوض إدارة المستشفى بعض سلطاتها إلى المستويات الإدارية الأقل.	3.92	.94	%78.47	1	أوافق بدرجة كبيرة
2	تحفظ الملفات في المستشفى من خلال الأرشيف الإلكتروني.	3.67	1.10	%73.39	5	أوافق بدرجة كبيرة
3	تضع المستشفى إجراءات تقنية لتأمين سرية البيانات والمعلومات بها في أماكن آمنة.	3.76	1.00	%75.25	2	أوافق بدرجة كبيرة
4	توجد وحدة مستقلة لإدارة المعلومات وموارد المعرفة بالهيكل التنظيمي للمستشفى.	3.59	1.03	%71.86	7	أوافق بدرجة كبيرة
5	يعرف كل فرد بالمستشفى السلطة والصلاحيات الممنوحة له من خلال الوصف الوظيفي.	3.64	1.03	%72.88	6	أوافق بدرجة كبيرة
6	تتسم الاتصالات بين إدارة المستشفى وأقسامها بأنها من أعلى إلى أسفل والعكس.	3.74	.99	%74.75	4	أوافق بدرجة كبيرة
7	تسمح هياكل ونظم العمل الإداري بالمستشفى بمشاركة المستفيدين من خدماتها.	3.75	.91	%75.08	3	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الأول بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة بأوزان نسبية تراوحت بين (78.47 - 71.86%).

حصلت الفقرة رقم 1 "تفويض إدارة المستشفى بعض سلطاتها إلى المستويات الإدارية الأقل" على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (78.4%) وتعزو الباحثة ذلك لأنَّ اتحاد لجان العمل الصحي يطبق اللامركزية، وأن الإدارة العليا تفوض المهام للإدارة الوسطى والإدارة الدنيا.

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة نحو تفويض إدارة المستشفى بعض سلطاتها إلى المستويات الإدارية.

حصلت الفقرة رقم (4) والتي نصها "توجد وحدة مستقلة لإدارة المعلومات وموارد المعرفة بالهيكل التنظيمي للمستشفى" على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (71.8%).

وتعزو الباحثة ذلك لأن إدارة اتحاد لجان العمل الصحي تهتم بالمعلومات وبهياكل المؤسسة مما دفعها لجعل إدارة المعلومات إدارة مستقلة مهتمة بتدفق المعلومات داخل اتحاد لجان العمل الصحي، ولكن هذا الأمر لا زال بحاجة إلى بذل المزيد من الاهتمام في هذا الجانب.

2.4 تحليل نتائج المجال الثاني (التوجيه)

جدول (3.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "التوجيه".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	تتخذ القرارات في المستشفى بصورة مدروسة في الوقت المناسب.	3.72	1.03	74.41	2	أوافق بدرجة كبيرة
2	تتيح أقسام المستشفى المعلومات لصانعي القرار في الوقت المناسب.	3.58	.99	71.53	6	أوافق بدرجة كبيرة
3	تحلل إدارة المستشفى البيانات بسرعة ودقة.	3.60	1.05	72.03	5	أوافق بدرجة كبيرة
4	تتابع إدارة المستشفى تنفيذ القرارات بعد صدورها وتقارنها بما تقرر من قبل.	3.64	1.09	72.88	4	أوافق بدرجة كبيرة
5	توفر إدارة المستشفى المعلومات لجميع المستويات الإدارية بشكل متزامن ومترابط.	4.00	.94	80.00	1	أوافق بدرجة كبيرة
6	توفر إدارة المستشفى الوقت لمتخذي القرار بها.	3.68	.95	73.56	3	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الثاني بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة بأوزان نسبية تراوحت بين (80.0 – 71.53%)، وتشير الدرجة الكلية للمجال الثاني لوجود موافقة على المجال مما يؤكد على أهميته في الدراسة.

حصلت الفقرة رقم (5) والتي نصها " توفر إدارة المستشفى المعلومات لجميع المستويات الإدارية بشكل متزامن ومترابط. " على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (80%) وتعزو الباحثة ذلك أنه يوجد تنسيق متكامل وشامل بين مختلف المستويات الإدارية داخل اتحاد

لجان العمل الصحي، وتُشير النتيجة أيضاً إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول أن المستشفى توفر المعلومات لجميع المستويات الإدارية بشكل متزامن ومترابط، وهذا يدل على أن المستشفى تقوم بتوفير المعلومات حسب خطة زمنية لجميع المستويات الإدارية داخل المستشفى حسب جدول زمني مترابط ومنظم.

حصلت الفقرة رقم (2) والتي نصها " تتيح إدارة المستشفى المعلومات لصانعي القرار في الوقت المناسب " على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (71.5%)، هذا ووفقاً لوجهات نظر أفراد العينة أن المستشفى لا تتيح المعلومات للإدارة العليا في الوقت المناسب بالشكل المطلوب منها، الأمر الذي يستوجب تداركه من قبل إدارة المستشفى.

3.4 تحليل نتائج المجال الثالث (الرقابة)

جدول (4.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "الرقابة".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	يتاح الاطلاع على اللوائح والإجراءات الخاصة بالخدمات الإلكترونية على الإنترنت في المستشفى.	3.57	.97	71.36	6	أوافق بدرجة كبيرة
2	تتدفق المعلومات بين إدارة المستشفى والأقسام باستمرار عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي).	3.48	1.08	69.66	7	أوافق بدرجة كبيرة
3	تستخدم شبكة داخلية (الإنترنت) تمكن المستشفى من نقل المعلومات بشكل آني وفوري.	3.64	1.00	72.71	4	أوافق بدرجة كبيرة
4	يتم إقرار مبدأ المساواة والمحاسبية الإدارية في المستشفى بشكل متكامل وعادل.	3.61	1.07	72.20	5	أوافق بدرجة كبيرة
5	تتوفر قنوات اتصال متعددة لتبادل المعلومات في المستشفى.	3.80	.97	75.93	1	أوافق بدرجة كبيرة
6	توضع معلومات تفصيلية عن الإجراءات الإدارية ومتطلباتها على الإنترنت في المستشفى.	3.66	1.06	73.22	3	أوافق بدرجة كبيرة
7	توجد متابعة مستمرة لمستويات أداء الأفراد إلكترونياً.	3.70	.92	74.07	2	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الثالث بلغ مستوى موافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (75.93 – 69.65%).

حصلت الفقرة رقم (5) والتي نصها "تتوفر قنوات اتصال متعددة لتبادل المعلومات في المستشفى." على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (75.9%).

حصلت الفقرة رقم (2) والتي نصها "تتدفق المعلومات بين إدارة المستشفى والأقسام باستمرار عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي)." على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (69.6%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول توافر قنوات اتصال متعددة لتبادل المعلومات في المستشفى، وهذا يدل على وجود حرص من قبل إدارة المستشفى على متابعة التقدم والتطور بشأن توفير قنوات الاتصال، وهي جزء من تحقيق الجودة، وكل ذلك من أجل رضا المرضى، حيث تعمل إدارة المستشفى على زيادة مستوى جودة الخدمات المقدمة بشكل مستمر، وذلك عن طريق استخدام التقنيات والتطبيقات الطبية الحديثة، غير أنَّه يوجد قصور من وجهة نظر أفراد العينة في جانب تبادل المعلومات بين الإدارة والأقسام عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي) وهذا يدل على نقص الإمكانيات في تطوير شبكات الاتصال الحديثة للتبادل بين الأقسام.

4.4 تحليل نتائج المجال الرابع (المتابعة والتقييم)

جدول (5.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "المتابعة والتقييم".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	يتاح للعاملين في المستشفى الاطلاع على نتائج تقييمهم.	3.57	.99	71.36	4	أوافق بدرجة كبيرة
2	يوجد نظام واضح لتقييم أداء كل موظف في المستشفى.	3.47	1.00	69.49	6	أوافق بدرجة كبيرة
3	تعتمد إدارة المستشفى معايير أداء تحقق العدالة بين الموظفين.	4.07	.94	81.36	1	أوافق بدرجة كبيرة
4	يوجد معايير واضحة لقياس مستوى الإنجاز للعاملين في المستشفى.	3.68	.98	73.56	3	أوافق بدرجة كبيرة
5	يتم الاستفادة من نظام تقييم العاملين في المستشفى في عمليات التدريب.	3.68	.95	73.56	2	أوافق بدرجة كبيرة
6	يشارك المستفيدون الخارجيون في تقييم أداء إدارة المستشفى.	3.51	1.11	70.17	5	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الرابع بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (69.49 – 81.69%).

حصلت الفقرة رقم (3) والتي نصها "تعتمد إدارة المستشفى معايير أداء تحقق العدالة بين الموظفين" على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (81.3%).

حصلت الفقرة رقم (2) والتي نصها "يوجد نظام واضح لتقييم أداء كل موظف في المستشفى" على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (69.4%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول اعتماد إدارة المستشفى معايير أداء تحقيق العدالة بين الموظفين، الأمر الذي يشير إلى أن إدارة المستشفى تهتم بتحقيق أهدافها التنموية من خلال الاهتمام بالكادر البشري، والتزامها بتطبيق معايير الشفافية والعدالة والمساواة بين الموظفين، غير أنه يوجد بعض أوجه القصور في إعداد نظام لتقييم أداء كل موظف على حدة في المستشفى، الأمر الذي قد يشير إلى زيادة الأعباء الإدارية ونقص الكادر البشري وقلة الإمكانيات المتاحة لاستيعاب موظفين جدد في قسم الأرشفة للعمل على تقييم أداء كل موظف بالمستشفى.

5.4 تحليل نتائج المجال الأول من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي)

جدول (6.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال " بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	وضع رؤية واضحة معلنة لكيفية توفير الحماية للمستهلك بشكل مستمر .	3.80	1.01	75.93	1	أوافق بدرجة كبيرة
2	تحليل المشكلات التي تواجه عملها للتعرف على أسبابها.	3.63	.94	72.54	4	أوافق بدرجة كبيرة
3	وضع الخطة في ضوء دراسة واقعية وتحليل موضوعي لأوضاع المستشفى داخلياً.	3.58	.98	71.69	6	أوافق بدرجة كبيرة
4	تقييم خطة المستشفى بصورة مستمرة.	3.61	.89	72.20	5	أوافق بدرجة كبيرة
5	يتم تطوير وتجديد خطة المستشفى بصورة مستمرة حتى تتناسب مع التطور الذي يحدث في المجتمع.	3.55	1.03	71.02	8	أوافق بدرجة كبيرة
6	تحديد مدى زمني لتنفيذ خطة المستشفى.	3.75	.97	75.08	2	أوافق بدرجة كبيرة
7	تحديد وتنفيذ برامج المستشفى في ضوء الخطة الموضوعية.	3.65	1.07	73.05	3	أوافق بدرجة كبيرة
8	توفير الخبرة الفنية لترجمة خطة المستشفى لبرامج قابلة للتنفيذ.	3.58	1.02	71.69	7	أوافق بدرجة كبيرة
9	ترجمة الخطة إلى برامج تنفيذية واقعية ربع سنوية.	3.52	1.04	70.34	9	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الأول بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (75.93 – 70.34%).

حصلت الفقرة رقم (1) والتي نصها " وضع رؤية واضحة معلنه لكيفية توفير الحماية للمستهلك بشكل مستمر." على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (75.9%)

حصلت الفقرة رقم (9) والتي نصها " ترجمة الخطة إلى برامج تنفيذية واقعية ربع سنوية " على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (70.3%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول وضع رؤية واضحة معلنه لكيفية توفير الحماية للمستهلك بشكل مستمر، وهذا يدلُّ على أنَّ توفير الحماية للمستهلك يعدُّ المسار المستقبلي للمستشفى الذي يحدد الوجهة التي ترغب في الوصول إليها، والمركز التنافسي الذي تطمح في الوصول إليه. مع تطوير القدرات والإمكانات التي تخطط لها، وحسب وجهات نظر أفراد العينة يوجد قصور في ترجمة الخطة إلى برامج تنفيذية واقعية ربع سنوية، مما ينبغي على إدارة المستشفى أن توليه مزيداً من الاهتمام.

6.4 تحليل نتائج المجال الثاني من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية)

جدول (7.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	وجود خطة واضحة ومعلنة للبرامج التدريبية للعاملين بالمستشفى	4.13	.92	82.54	1	أوافق بدرجة كبيرة
2	إشراك العاملين بالمستشفى في وضع الخطة التدريبية وتحديد احتياجاتهم.	3.70	1.06	74.07	2	أوافق بدرجة كبيرة
3	عمل ملف وظيفي لكل فرد عامل في المستشفى يوضح مهاراته وقدراته واحتياجاته.	3.64	.99	72.71	5	أوافق بدرجة كبيرة
4	تزويد العاملين بالمعارف الجديدة في مجال حماية المستهلك.	3.58	1.04	71.53	8	أوافق بدرجة كبيرة
5	إتاحة الفرصة للعاملين لتبادل الآراء والمعارف والخبرات حول مجال حماية المستهلك.	3.58	.98	71.69	7	أوافق بدرجة كبيرة
6	إيجاد أساليب كثيرة لمكافأة وتحفيز العاملين لحشد جهودهم لإنجاح العمل.	3.47	1.09	69.32	9	أوافق بدرجة كبيرة
7	وضوح الهيكل التنظيمي وتوضيح المهام والواجبات المرتبطة بكل مكانة	3.63	1.00	72.54	6	أوافق بدرجة كبيرة
8	توفير المناخ الذي يساعد على إيجاد روح التعاون بين العاملين بالمستشفى.	3.64	1.01	72.88	4	أوافق بدرجة كبيرة
9	توفير قنوات اتصال يمكن من خلالها تحقيق اتصال جيد بين العاملين بالمستشفى.	3.66	.95	73.22	3	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الثاني بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (85.54 – 69.32%)، وتشير الدرجة الكلية للمجال الثاني لوجود موافقة على المجال مما يؤكد على أهمية هذا المجال في الدراسة.

حصلت الفقرة رقم (1) والتي نصها "وجود خطة واضحة ومعلنة للبرامج التدريبية للعاملين بالمستشفى" على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (82.5%).

حصلت الفقرة رقم (6) والتي نصها "إيجاد أساليب كثيرة لمكافأة وتحفيز العاملين لحشد جهودهم لإنجاح العمل" على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (69.3%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول وجود خطة واضحة ومعلنة للبرامج التدريبية للعاملين بالمستشفى، وهذا يدل على أنَّ إدارة المستشفى تُولى اهتماماً نحو خدمة الجمهور من خلال توفير برامج تدريبية للعاملين لإكسابهم مهارات التعامل مع الجمهور، مثل مهارة المقابلة والاتصال وغيرها، وحسب وجهات نظر أفراد العينة يوجد قصور في تطوير أساليب كثيرة لمكافأة وتحفيز العاملين، الأمر الذي يتعين مراعاته حيث إنَّ وجود هذه الحوافز تعمل تشجيع العاملين نحو بذل المزيد من الجهود لتطوير أدائهم وأساليب تعاملهم مع الجمهور.

7.4 تحليل نتائج المجال الثالث من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج)

جدول (8.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	تصميم برامج المستشفى في ضوء الخطة الاستراتيجية الموضوعية.	3.81	.95	76.10	2	أوافق بدرجة كبيرة
2	اتباع معايير الجودة عند تنفيذ البرامج لضمان نجاحها.	3.53	.98	70.51	7	أوافق بدرجة كبيرة
3	إشراك العاملين في وضع وتصميم برامج المستشفى.	3.58	.97	71.53	6	أوافق بدرجة كبيرة
4	إشراك عينة ممتدة من المستفيدين عند وضع وتصميم برامج المستشفى.	3.66	.95	73.22	4	أوافق بدرجة كبيرة
5	عمل متابعة دورية لتنفيذ البرامج لضمان نجاحها.	4.14	.89	82.71	1	أوافق بدرجة كبيرة
6	تقييم برامج المستشفى بصفة مستمرة للتعرف على الإيجابيات والسلبيات.	3.78	.94	75.59	3	أوافق بدرجة كبيرة
7	إشراك العاملين في عملية تقييم البرامج.	3.60	.84	72.03	5	أوافق بدرجة كبيرة
8	إشراك المستفيدين من البرامج في عملية تقييم البرامج وتحليل آرائهم.	3.46	1.01	69.15	9	أوافق بدرجة كبيرة
9	توفير قنوات اتصال مفتوحة بين كافة المستويات الإدارية لتيسير عملية الاتصال لضمان نجاح البرامج التي تنفذها المستشفى.	3.52	1.00	70.34	8	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الثالث بلغ مستوى موافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (82.71 – 69.15%).

حصلت الفقرة رقم (5) والتي نصها "عمل متابعة دورية لتنفيذ البرامج لضمان نجاحها" على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (82.7%).

حصلت الفقرة رقم (8) والتي نصها "إشراك المستفيدين من البرامج في عملية تقييم البرامج وتحليل آرائهم" على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي، وكانت نسبتها المئوية (69.15%).

وتُشيرُ النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول أهمية عمل متابعة دورية لتنفيذ البرامج لضمان نجاحها، كما تشير إلى أنَّ عمليات المتابعة تتطلب إشراك المستفيدين من البرامج اللازمة لضبط الأداء المؤسسي وتحسين صورة الخدمة بصورة عامة، الأمر الذي يستوجب تداركه لكسب ثقة الجمهور. هذا وحسب وجهات نظر أفراد العينة أيضاً يوجد بعض أوجه القصور حول عدم إشراك المستفيدين من البرامج في عملية تقييم البرامج وتحليل آرائهم، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام بتطبيق جوانب الشفافية بها كغيرها من منظمات المجتمع المدني المختلفة.

8.4 تحليل نتائج المجال الرابع من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية)

جدول (9.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	توفير قاعدة معلوماتية تعتمد عليها المستشفى في أداء مسؤولياتها.	3.69	1.11	73.73	4	أوافق بدرجة كبيرة
2	توفير الخبرة الفنية لبناء هذه القاعدة وتحديثها.	3.54	.99	70.85	9	أوافق بدرجة كبيرة
3	تتاح هذه القاعدة لجميع العاملين بالمستشفى.	3.60	.93	72.03	7	أوافق بدرجة كبيرة
4	تشتمل هذه القاعدة على معلومات شاملة عن الجهاز الوظيفي بالمستشفى.	3.65	.94	73.05	6	أوافق بدرجة كبيرة
5	تشتمل هذه القاعدة على معلومات خاصة بالمنظمات الدولية العاملة بمجال حماية المستهلك.	3.56	.98	71.19	8	أوافق بدرجة كبيرة
6	عمل دورات تدريبية مستمرة للعاملين لصقل مهاراتهم في بناء واستخدام قواعد المعلومات بالمستشفى.	3.67	.94	73.39	5	أوافق بدرجة كبيرة
7	توفير الأجهزة الحديثة التي يمكن استخدامها في بناء قواعد المعلومات في المستشفى.	3.74	.91	74.75	2	أوافق بدرجة كبيرة
8	عمل موقع للجمعية على شبكة المعلومات تتوافر فيه أحدث المعلومات عن المستشفى.	3.72	1.00	74.41	3	أوافق بدرجة كبيرة
9	إكساب جميع العاملين بالمستشفى مهارات الاستفادة من قواعد المعلومات	3.97	.97	79.49	1	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الرابع بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (79.49 – 70.85%).

حصلت الفقرة رقم (9) والتي نصها " إكساب جميع العاملين بالمستشفى مهارات الاستفادة من قواعد المعلومات " على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (79.4%).

حصلت الفقرة رقم (2) والتي نصها "توفير الخبرة الفنية لبناء هذه القاعدة وتحديثها" على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (70.8%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول أهمية إكساب جميع العاملين بالمستشفى مهارات الاستفادة من قواعد المعلومات، وهذا يدل على أنَّ العمل الجماعي والتعاون والشعور بالانتماء من العاملين يساعد المستشفى في تحقيق أهدافها، وحسب وجهات بعض نظر أفراد العينة فإنَّ قاعدة المعلومات تحتاج إلى خبرة فنية أكبر الأمر الذي يتطلب بذل المزيد من الاهتمام.

9.4 تحليل نتائج المجال الخامس من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال)

جدول (10.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	إيجاد شبكة اتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك.	3.46	1.14	69.15	9	أوافق بدرجة كبيرة
2	العمل على تدعيم شبكة الاتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى بصفة مستمرة.	3.59	.95	71.86	6	أوافق بدرجة كبيرة
3	توفير المستشفى آليات لتحقيق التنسيق بينها وبين المنظمات الأخرى في المجتمع.	3.66	1.02	73.22	2	أوافق بدرجة كبيرة
4	التبادل للموارد المادية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.	3.63	.95	72.54	3	أوافق بدرجة كبيرة
5	التبادل للموارد البشرية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.	3.55	1.10	71.02	8	أوافق بدرجة كبيرة
6	إصدار المستشفى نشرات وكتيبات تتبادلها مع الجمعيات الأخرى لتيسير تدفق المعلومات.	3.62	1.00	72.37	5	أوافق بدرجة كبيرة
7	توفير جهاز إداري بالمستشفى مهمته الأساسية بناء علاقات جيدة بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.	3.58	1.02	71.69	7	أوافق بدرجة كبيرة

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
8	تنظيم المستشفى دورات تدريبية للعاملين بهذا الجهاز الإداري لصقل مهاراتهم في بناء جسر العلاقات بين المستشفى والجمعيات الأخرى بالمجتمع.	3.62	1.00	72.37	4	أوافق بدرجة كبيرة
9	الاهتمام بابتكار أساليب جديدة بصفة مستمرة لدعم التعاون بين المستشفى والمنظمات الأخرى العاملة بنفس المجال.	3.84	1.06	76.78	1	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنَّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال الخامس بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة، بأوزان نسبية تراوحت بين (76.78-69.15%).

حصلت الفقرة رقم (9) والتي نصها " الاهتمام بابتكار أساليب جديدة بصفة مستمرة لدعم التعاون بين المستشفى والمنظمات الأخرى العاملة بنفس المجال." على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (76.7%).

حصلت الفقرة رقم (1) والتي نصها " إيجاد شبكة اتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك." على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (69.15%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول ضرورة الاهتمام بابتكار أساليب جديدة بصفة مستمرة لدعم التعاون بين المنظمات مع بعضها البعض، وهذا يدلُّ على أن التعاون بين المستشفى والمنظمات الأهلية يسوده جو من التعاون والتشارك وتبادل الآراء وتسهيل العلاقات فيما بينهم، غير أنَّه وحسب وجهات نظر بعض أفراد العينة، فإنَّ شبكة الاتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك تحتاج إلى المزيد من التطوير والتحديث للمساهمة في بناء علاقات أكثر عمقاً مع تلك الجمعيات من قبل الجهة المختصة.

10.4 تحليل نتائج المجال السادس من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية)

جدول (11.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية".

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف لمعياري	الوزن النسبي	الترتيب	الدرجة
1	جمع تبرعات لتمويل أنشطة المستشفى من مصادر قانونية.	3.58	1.07	71.53	7	أوافق بدرجة كبيرة
2	التنسيق بين جمعيات حماية المستهلك من أجل التمويل المشترك.	3.69	.98	73.90	2	أوافق بدرجة كبيرة
3	زيادة التمويل الحكومي لجمعيات حماية المستهلك.	3.68	1.02	73.56	3	أوافق بدرجة كبيرة
4	البحث عن مصادر جديدة للتمويل بشكل شفاف.	3.63	.97	72.65	5	أوافق بدرجة كبيرة
5	قيام المستشفى بمشروعات ذات عائد اجتماعي بخلق الدخل الإضافي.	3.57	.99	71.36	8	أوافق بدرجة كبيرة
6	تنشيط العضوية لزيادة الموارد المالية للجمعية.	3.55	1.01	71.02	9	أوافق بدرجة كبيرة
7	المساهمة في تسويق السلع والخدمات التي يحتاجها المواطن.	3.58	1.06	71.69	6	أوافق بدرجة كبيرة
8	ضرورة دعم الجهات التنفيذية لجمعيات حماية المستهلك لمساعدتها في الدور الرقابي.	3.68	.90	73.56	4	أوافق بدرجة كبيرة
9	حاجة المستشفى إلى مباني وتجهيزات لزيادة أنشطتها بشكل مدروس ومبرر.	3.81	1.01	76.10	1	أوافق بدرجة كبيرة

أشارت النتائج أنّ مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المجال السادس بلغ مستوى الموافقة بدرجة كبيرة بأوزان نسبية تراوحت بين (76.10 – 71.02%).

حصلت الفقرة رقم (9) والتي نصها " حاجة المستشفى إلى مباني وتجهيزات لزيادة أنشطتها بشكل مدروس ومبرر." على الترتيب الأول حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (76.1%)، وحصلت الفقرة رقم (6) والتي نصها " تنشيط العضوية لزيادة الموارد المالية للجمعية " على الترتيب الأخير حسب الوزن النسبي وكانت نسبتها المئوية (71.02%).

وتُشير النتيجة السابقة إلى اتفاق بين وجهات نظر أفراد عينة الدراسة حول أنّ المستشفى بحاجة إلى مباني وتجهيزات لزيادة أنشطتها، بحيث تصل إلى مرحلة أعلى من التقدم والتطور وتحقيق أهدافها التنموية المراد به في سياسة المستشفى وما تطمح به.

11.4 اختبار الفرضيات ومناقشتها:

1.11.4. اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين الادارة الصحية و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

لاختبار هذه الفرضية تم ايجاد معامل الارتباط بيرسون للتحقق من وجود علاقة بين متوسط استجابات أفراد العينة تجاه الادارة الصحية وبين متوسط استجابات أفراد العينة تجاه بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (12.4): معامل الارتباط بين الادارة الصحية وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
0.791	0.000**

** الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

بلغ معامل الارتباط بين الادارة الصحية و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي 0.791، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) يساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين الادارة الصحية و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي

وبالتالي نستنتج صحة الفرضية الأولى.

2.11.4. اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

يوجد أثر معنوي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للادارة الصحية على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ولمعرفة أثر الادارة الصحية على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الخلوية جوال فقد تم توظيف أسلوب الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير المتغير المستقل (الادارة الصحية) على المتغير التابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي).

تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للادارة الصحية على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على أن هناك تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للادارة الصحية على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (13.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.

القرار الإحصائي	sig	T المحسوبة	R	R ²	B
رفض H_0	0.000	13.35	0.791	0.625	0.724

أشارت النتائج أن معامل الارتباط بين محور الادارة الصحية و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بلغ ($R=0.791$)، بلغ معامل التحديد ($R^2=0.625$) بمعنى أن محور الادارة الصحية يفسر 62.5% من التباين الموجود في المتغير التابع، في حين بلغ ميل معادلة الانحدار (0.725) وهي تدل على وجود علاقة طردية بين المحور المستقل " الادارة الصحية" والمحور التابع " بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي " بمعنى أن تحسين الادارة الصحية بمقدار واحد سيؤدي إلى تحسين بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بمقدار 0.725، في حين بلغ مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرض الصفري (H_0) ونقبل بالبديل (H_1) وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) للادارة الصحية على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

1.2.11.4. اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

يوجد أثر معنوي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للبناء التنظيمي على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ولمعرفة أثر البناء التنظيمي على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الخلوية جوال فقد تم توظيف أسلوب الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير المتغير المستقل (البناء التنظيمي) على المتغير التابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي)

تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، للبناء التنظيمي على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على أن هناك تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للبناء التنظيمي على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (14.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.

B	R ²	R	T المحسوبة	sig	القرار الإحصائي
0.432	0.315	0.562	5.26	0.000	رفض H_0

أشارت النتائج أن معامل الارتباط بين بعد البناء التنظيمي و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بلغ ($R=0.562$)، بلغ معامل التحديد ($R^2=0.315$) بمعنى أن بعد البناء التنظيمي يفسر 31% من التباين الموجود في المتغير التابع، في حين بلغ ميل معادلة الانحدار (0.432) وهي تدل على وجود علاقة طردية بين البعد المستقل " البناء التنظيمي " والمحور التابع " بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي " بمعنى أن تحسين البناء التنظيمي بمقدار واحد سيؤدي إلى تحسين بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بمقدار، في حين بلغ مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرض

الصفري (H_0) ونقبل بالبديل (H_1) بوجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) للبناء التنظيمي على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

2.2.11.4. اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

يوجد أثر معنوي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمهام التوجيه على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ولمعرفة أثر مهام التوجيه على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الخلوية جوال فقد تم توظيف أسلوب الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير المتغير المستقل (مهام التوجيه) على المتغير التابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي)

تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مهام التوجيه على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على أن هناك تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مهام التوجيه على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (15.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.

القرار الإحصائي	sig	T المحسوبة	R	R ²	B
رفض H_0	0.000	8.92	0.685	0.469	0.546

أشارت النتائج أن معامل الارتباط بين بعد مهام التوجيه و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بلغ ($R=0.685$)، بلغ معامل التحديد ($R^2=0.469$) بمعنى أن بعد مهام التوجيه يفسر 47% من التباين الموجود في المتغير التابع، في حين بلغ ميل معادلة الانحدار (0.546) وهي تدل على وجود علاقة طردية بين البعد المستقل "مهام

التوجيه" والمحمور التابع" بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي " بمعنى أن تحسين مهام التوجيه بمقدار واحد سيؤدي إلى تحسين بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بمقدار 0.546، في حين بلغ مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرض الصفري (H_0) ونقبل بالبدل (H_1) بوجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لمهام التوجيه على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

3.2.11.4. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

يوجد أثر معنوي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمهام الرقابة على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ولمعرفة أثر مهام الرقابة على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الخلوية جوال فقد تم توظيف أسلوب **الانحدار الخطي البسيط** لدراسة تأثير المتغير المستقل (مهام الرقابة) على المتغير التابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي)

تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مهام الرقابة على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على أن هناك تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مهام الرقابة على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (16.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.

القرار الإحصائي	sig	T المحسوبة	R	R ²	B
رفض H_0	0.000	7.12	0.785	0.616	0.585

أشارت النتائج أن معامل الارتباط بين بعد مهام الرقابة و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بلغ ($R=0.785$)، بلغ معامل التحديد

($R^2=0.616$) بمعنى أن بعد مهام الرقابة يفسر 62% من التباين الموجود في المتغير التابع، في حين بلغ ميل معادلة الانحدار (0.585) وهي تدل على وجود علاقة طردية بين البعد المستقل "مهام الرقابة" والمحور التابع "بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي" بمعنى أن تحسين مهام الرقابة بمقدار واحد سيؤدي إلى تحسين بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بمقدار 0.585، في حين بلغ مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرض الصفري (H_0) ونقبل بالبدل (H_1) بوجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) لمهام الرقابة على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

4.2.11.4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

يوجد أثر معنوي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمتابعة والتقييم على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

ولمعرفة أثر المتابعة والتقييم على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.

الخلوية جوال فقد تم توظيف أسلوب الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير المتغير المستقل (المتابعة والتقييم) على المتغير التابع (بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي)

تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمتابعة والتقييم على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على أن هناك تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمتابعة والتقييم على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول (17.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.

القرار الإحصائي	sig	T المحسوبة	R	R^2	B
رفض H_0	0.000	7.10	0.612	0.374	0.510

أشارت النتائج أن معامل الارتباط بين بعد المتابعة والتقييم و بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بلغ ($R=0.612$)، بلغ معامل التحديد ($R^2=0.374$) بمعنى أن بعد مهام الرقابة يفسر 37% من التباين الموجود في المتغير التابع، في حين بلغ ميل معادلة الانحدار (0.510) وهي تدل على وجود علاقة طردية بين البعد المستقل "المتابعة والتقييم" والمحور التابع "بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي" بمعنى أن تحسين المتابعة والتقييم بمقدار واحد سيؤدي إلى تحسين بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي بمقدار 0.510، في حين بلغ مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرض الصفري (H_0) ونقبل بالبدل (H_1) بوجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) المتابعة والتقييم على بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد

3.11.4. اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى للمتغيرات التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

باستخدام اختبار Independent T.test تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى لمتغير الجنس، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى لمتغير الجنس، وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار Independent T.test والجدول يوضح ذلك:

جدول (18.4): معامل Independent T.test لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
ذكر	61	3.6658	.62496	0.384	0.702	غير دالة إحصائياً
أنثى	57	3.7106	.64135			

أظهرت النتائج الواردة في الجدول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة الدلالة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي نقبل الفرض العدمي.

و باستخدام اختبار One Way ANOVA تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى للمتغيرات الأخرى (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي)، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

ولاختبار صحة الفرض تمّ استخدام اختبار One Way ANOVA والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (19.4): معامل One Way ANOVA لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	.228	2	.114	.283	.754	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	46.300	115	.403			
	المجموع	46.528	117				
سنوات الخبرة	بين المجموعات	.869	2	.435	1.094	.338	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	45.659	115	.397			
	المجموع	46.528	117				
المسمى الوظيفي	بين المجموعات	2.528	5	.506	1.287	.274	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	44.000	112	.393			
	المجموع	46.528	117				

أظهرت النتائج الواردة في الجدول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول الادارة الصحية تُعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي) حيث كانت قيمة الدلالة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) للمتغيرات التالية، وبالتالي نقبل الفرض العدمي.

وبصفة عامة تشير نتائج تلك الفرصة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات الباحثين حول الادارة الصحية تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

4.11.4. اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات الباحثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى للمتغيرات التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

باستخدام اختبار Independent T.test تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات الباحثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى لمتغير الجنس، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات الباحثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى لمتغير الجنس، وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار Independent T.test والجدول يوضح ذلك:

جدول (20.4): معامل Independent T.test لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
ذكر	61	3.6658	.62496	0.384	0.702	غير دالة إحصائية
أنثى	57	3.7106	.64135			

أظهرت النتائج الواردة في الجدول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات الباحثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة الدلالة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي نقبل الفرض العدمي.

و باستخدام اختبار One Way ANOVA تم اختبار الفرضية العدمية (H_0) التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات الباحثين حول

بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى للمتغيرات الأخرى (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي)، مقابل الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

ولاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار One Way ANOVA والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (21.4): معامل One Way ANOVA لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	.228	2	.114	.283	.754	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	46.300	115	.403			
	المجموع	46.528	117				
سنوات الخبرة	بين المجموعات	.869	2	.435	1.094	.338	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	45.659	115	.397			
	المجموع	46.528	117				
المسمى الوظيفي	بين المجموعات	2.528	5	.506	1.287	.274	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	44.000	112	.393			
	المجموع	46.528	117				

أظهرت النتائج الواردة في الجدول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات المبحوثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي) حيث كانت قيمة الدلالة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) للمتغيرات التالية، وبالتالي نقبل الفرض العدمي.

وبصفة عامة تشير نتائج تلك الفرصة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات المبحوثين حول بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات والمقترحات

1.5 النتائج

فيما يلي أهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة:

- 1- لا يتوفر نظام دقيق لتدفق المعلومات بين أقسام المستشفى والإدارة العليا، الأمر الذي يستوجب مراعاة إعداد وتطوير نظام دقيق يحقق متطلبات الرقابة والمتابعة والتقييم.
- 2- يوجد بعض جوانب القصور في مجال تبادل وتدفق المعلومات بين الإدارة والأقسام عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي).
- 3- وجود بعض أوجه القصور في مجال تقييم الأداء لكافة المستويات الإدارية العاملة في المستشفى.
- 4- وجود بعض أوجه الضعف في عمليات إعداد الخطة السنوية لأداء المراكز الصحية، مما يعكس سلباً على قدرات العاملين، الأمر الذي يستلزم تطوير القدرات والامكانيات المتاحة؛ لغرض تعزيز المركز التنافسي؛ وأنّ تعمل على إعداد وتنفيذ برامج واقعية للخطة السنوية لتحقيق أهداف المتابعة والتقييم.
- 5- غياب نظام شامل ودقيق لتطبيق نظام الحوار التي تعمل على تشجيع العاملين نحو بذل المزيد من الجهود لتطوير أدائهم واساليب تعاملهم مع الجمهور.
- 6- عدم الاهتمام بأهمية إشراك المستفيدين من البرامج المطبقة لغرض ضبط الأداء الأمر الذي تنعكس نتائجه على جودة الخدمة واكتساب ثقة الجمهور.
- 7- أن شبكة الاتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك تحتاج إلى تطوير وتحديث من قبل الجهة المختصة للمساهمة بدرجة أكبر في بناء علاقات أكثر عمقاً مع تلك الجهات.

2.5 توصيات الدراسة

في ضوء نتائج الدراسة فيما يلي أهم التوصيات:

- 1- العمل على توفير نظام معلوماتي دقيق بين أقسام وإدارات المراكز الصحية والادارات العليا وذلك لضبط ومتابعة الأداء المؤسسي وإجراء عمليات التقييم والمتابعة.
- 2- ضرورة تطوير نظام حديث لتبادل وتدفق البيانات بين أقسام المستشفى عبر وسائل الاتصال الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي).
- 3- العمل على تطبيق نظام إداري سليم لتقييم أداء كل موظف بحيث يشمل ذلك كافة المستويات الإدارية في جميع المراكز الصحية.
- 4- السعي لتطوير هيكل إداري تنظيمي سليم يحدد فيه الصلاحيات والمسؤوليات بدقة إلى جانب الأهداف التي تسعى الإدارة إلى تحقيقها.
- 5- ضرورة الاهتمام بتطبيق نظام للحوافز لكي تعمل على تشجيع وتنمية قدرات العاملين وتطوير أدائهم وأساليب تعاملهم مع الجمهور.
- 6- ضرورة العمل نحو إعداد خطة سنوية مستقبلية للمراكز الصحية تأخذ في الاعتبار متطلبات كل مرحلة من مراحل العمل، مع تطوير القدرات والامكانيات المتاحة لتنفيذ ومتابعة الخطة وتقييم الاداء.
- 7- مراعاة وجود تعاون وإشراك المستفيدين عند إعداد البرامج المستخدمة لغرض المتابعة وضبط الأداء وصولاً إلى جودة أفضل للخدمة واكتساب ثقة الجمهور.

3.5 مقترحات مستقبلية للدراسة

- 1- دور إدارة الموارد البشرية في بناء قدرات المؤسسات الصحية
دراسة حالة/ اتحاد لجان العمل الصحي.
- 2- الهيكل التنظيمي وأثره على جودة الخدمة المقدمة في مستشفيات القطاع الحكومي.
دراسة حالة/ المستشفى الحكومية في قطاع غزة.
- 3- أثر عوامل البيئة التنظيمية الداخلية على بناء قدرات المؤسسات الصحية.
دراسة حالة/ المستشفى الحكومية في قطاع غزة.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو عيدة، ف. (2016): واقع هندسة العمليات الإدارية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بمجمع الشفاء الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة.
- الأشقر، أ. (2018): دور المناخ التنظيمي في تحسين جودة الخدمة في المؤسسات الأهلية دراسة تطبيقية: اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة.
- بالى، م. (2012): الشفافية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للمنظمات الأهلية ودورها في التخفيف من حدة العوامل المؤدية للفتنة الطائفية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 33، ص 215-334.
- باوزير، ن. (2017): تصور مقترح لبناء القدرات المؤسسية في جامعة الملك عبدالعزيز في ضوء نظرية الذكاءات المتعددة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، العدد 2، ص 61-76.
- البريدى، أ. (2006): القدرات التفاوضية للأخصائيين الاجتماعيين في حل النزاع، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 21، الجزء (4)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- بريون، ا. (2013): المعوقات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية بالمستشفى الحكومية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 34، ص 7193-7209.
- التقرير السنوى. (2016): اتحاد لجان العمل الصحي، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي. (2015): اتحاد لجان العمل الصحي، غزة، فلسطين.
- التقرير السنوي. (2013): اتحاد لجان العمل الصحي، غزة، فلسطين.
- الجدي، بلال. (2018): أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- الجمال، أ. (2011). ممارسة تنظيم المجتمع لدعم وبناء قدرات الجمعيات الأهلية كأحدى منظمات المجتمع المدني، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، (4) 30:1841 - 1885، القاهرة، جامعة حلوان.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2005): دليل المصطلحات والمفاهيم الإحصائية، فلسطين، رام الله.
- حجازي، ه. (2015): بناء القدرات المؤسسية كآلية لتفعيل دور جمعيات الزواج ورعاية الأسرة في تقديم الخدمات الأسرية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 3، ص 118-155.

- حسن، إ. (2008): رأس المال الاجتماعي والمجتمع المدني. الموسوعة العربية للمجتمع المدني، سلسلة العلوم الاجتماعية، مكتبة الأسرة، القاهرة.
- الحولي، ع. (2006): واقع التخطيط الاستراتيجي في الجامعة الإسلامية في ضوء معايير الجودة، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية.
- الخصري، م. (2016): دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في محافظات غزة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة.
- درويش، ع. (2013): دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية "دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تشرين، سوريا.
- رشوان، أ. (2007): القاعدة المعلوماتية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة: دراسة من منظور طريقة تنظيم المجتمع، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 28، ص 450-497.
- الرشدي، ع. (2015): الاستثمار الاجتماعي كمتغير في التخطيط الصحي الاستراتيجي في مصر، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 39، ص 186-261.
- زهران، ه. (2012): متطلبات تنمية القدرات المؤسسية للمنظمات الحكومية كأحد أجهزة تنظيم المجتمع للقيام بدورها الخدمي، المؤتمر الدولي الخامس والعشرون: مستقبل الخدمة الاجتماعية في ظل الدولة المدنية الحديثة، المجلد 2، ص 2179-2232.
- الزهراني، إ. (2013): بناء القدرات المؤسسية كمدخل لضمان الجودة والاعتماد الأكاديمي في الجامعات السعودية "تصور مقترح"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- السعد، س. (2012): دور الإدارة الصحية في التسيير الفعال للنفايات الطبية في ظل ضوابط التنمية المستدامة "بالتطبيق على المؤسسة الاستشفائية الجزائرية"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس، الجزائر.
- سويدان، م. (2011): إسهام رأس المال الاجتماعي في دعم عمليات البناء المؤسسي بمنظمات المجتمع المدني، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 30، ص 2650-2696.
- السيد، و. (2013): استخدام نماذج دعم وتطوير المنظمات لتنمية قدرات منظمات حقوق الإنسان لتدعيم واجبات المواطنة لدى الشباب، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان.
- شمروخ، م. (2014): متطلبات بناء القدرات البشرية والمالية والتنظيمية لمنظمات رعاية المعاقين حركياً، مجلة الخدمة الاجتماعية، العدد 52، ص 243-291.
- العبادي، ه. والمؤمن، إ. (2017): التخطيط الاستراتيجي للمؤسسات الصحية ودوره في تطوير رأس المال البشري، مجلة العزي للعلوم الاقتصادية والإدارية، العدد 2، ص 137_158.

- عبدالله، إ. (2015): إسهام رأس المال الاجتماعي في بناء القدرات المؤسسية لجمعيات تنمية المجتمع المحلي، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، العدد 39، ص 70-170.
- عثمان، ع. (2014): التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالوحدات البحرية، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، العدد 37، ص 1507-1567.
- عكروش، ل. (2009): الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن من قبل المرضى، *مجلة بحوث التربية النوعية*، العدد 15، ص 292-326.
- على، م. (2015): التخطيط لمواجهة معوقات الجودة في مؤسسات الرعاية الصحية بالتطبيق على المستشفى التعليمية، *مجلة الخدمة الاجتماعية*، العدد 53، ص 489-530.
- عليوة، أ. (2001): *تحديد الاحتياجات التدريبية*، القاهرة.
- عودة، ع. (2010): متطلبات بناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لمواجهة كارثة السيول بأسوان: دراسة مطبقة على جمعيات تنمية المجتمع بقرى أبو الريش، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، العدد 28، ص 3968-4010.
- الغباري، أ. (2010): *العلاقة بين متطلبات بناء القدرات البشرية وتحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها التنموية*، المؤتمر العلمي الثالث والعشرون، انعكاسات الأزمة المالية العالمية على سياسات الرعاية الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء السابع.
- قنديل، أ. (2005): *التطوير المؤسسي للجمعيات الأهلية في إطار تحديث مصر، المؤتمر السنوي الرابع للاتحاد العام والمؤسسات الأهلية*.
- الكردي، أ. (2010): *مفهوم الشفافية الإدارية*، ط1، المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية، القاهرة.
- محمد، م. (2010): *إسهامات الاتحاد الإقليمي في تعزيز القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق التنمية المستدامة*، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، العدد 29، ص 1430 - 1490.
- مصلح، ع. (2012): *قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفى العاملة في مدينة قلقيلية*. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات*. العدد 27(2)، حزيران، فلسطين.
- نصيرات، ف. (2014): *إدارة المستشفى*، ط1، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان.
- ويكيبيديا. (2019): *بناء القدرات*، تم الاسترداد من موقع:

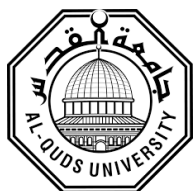
https://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%A8%D9%86%D8%A7%D8%A1_%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%AA

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Davies ،T. (2014). NGOs: A New History of Transnational Civil Society. New York: Oxford University Press. 3 صفحة. ISBN 978-0-19-938753-3. مؤرشف من في 14 ديسمبر 2019 الأصل
- Gugglberger, L. (2011): Support for health promoting schools: a typology of supporting strategies in Austrian provinces. Health Promotion International, 26 (4), 447-456. DOI:10.1093/heapro/dar 009.
- Syed (2011) :Healthcare Services Quality in Malaysian Private Hospitals: A Qualitative Study, International Journal of Hospital Research, 3(3):103-112.
- Terminology. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. مؤرشف من الأصل. اطلع عليه بتاريخ 31 مارس 2016 في 19 مايو 2019
- United Nations Development Programme (2008). "Supporting.

الملاحق

ملحق (1): استبانة.



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

استبانة دور تخطيط الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية

أخي العزيز:..... حفظك الله.

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان: "دور الإدارة الصحية في بناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية" دراسة حالة: مستشفيات ومراكز اتحاد لجان العمل الصحي"، وذلك لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة، وآمل من سيادتكم التلطف بالاطلاع والتكرم بتطبيق الاستبانة بوضع إشارة (✓) أمام الاستجابة التي تتاسبك، وجزاكم الله خير الجزاء على توفيركم بوقتكم الثمين في تطبيق الاستبانة.

الباحثة/ نداء أبو عمشة

معلومات عامة:

الجنس:

☐ ذكر

☐ أنثى

العمر:

☐ أقل من 20 سنة

☐ من 20 - 40 سنة

☐ 40 سنة فما فوق

عدد سنوات الخبرة:

☐ أقل من 5 سنوات

☐ من 5-10 سنوات

☐ أكثر من 10 سنوات

المسمى الوظيفي:

☐ مدير

☐ رئيس قسم

☐ رئيس شعبة غير ذلك

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
المجال الأول: الإدارة الصحية						
المحور الأول: التنظيم						
1	تفوض إدارة المستشفى بعض سلطاتها إلى المستويات الإدارية الأقل.					
2	تحفظ الملفات في المستشفى من خلال الأرشفة الإلكترونية.					
3	تضع المستشفى إجراءات تقنية لتأمين سرية البيانات والمعلومات بها في أماكن آمنة.					
4	توجد وحدة مستقلة لإدارة المعلومات وموارد المعرفة بالهيكل التنظيمي للمستشفى.					
5	يعرف كل فرد بالمستشفى السلطة والصلاحيات الممنوحة له من خلال الوصف الوظيفي.					
6	تتسم الاتصالات بين إدارة المستشفى وأقسامها بأنها من أعلى إلى أسفل والعكس.					
7	تسمح هياكل ونظم العمل الإداري بالمستشفى بمشاركة المستفيدين من خدماتها.					
المحور الثاني: التوجيه						
1	تتخذ القرارات في المستشفى بصورة مدروسة في الوقت المناسب.					
2	تتيح المستشفى المعلومات لصانعي القرار في الوقت المناسب.					
3	تحلل المستشفى البيانات بسرعة ودقة.					
4	تتابع المستشفى تنفيذ القرارات بعد صدورها وتقارنها بما تقرر من قبل.					
5	توفر المستشفى المعلومات لجميع المستويات الإدارية بشكل متزامن ومتتابع.					
6	توفر المستشفى الوقت لمتخذي القرار بها.					
المحور الثالث: الرقابة						
1	يتاح الاطلاع على اللوائح والإجراءات الخاصة بالخدمات الإلكترونية على الإنترنت في المستشفى.					
2	تتدفق المعلومات بين إدارة المستشفى والأقسام باستمرار عبر وسائل الاتصالات الحديثة (البريد الإلكتروني - SMS - مواقع تواصل إجتماعي).					

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
3	تستخدم شبكة داخلية (الإنترنت) تمكن المستشفى من نقل المعلومات بشكل آني وفوري.					
4	يتم إقرار مبدأ المساواة والمحاسبية الإدارية في المستشفى بشكل متكامل وعادل.					
5	تتوفر قنوات اتصال متعددة لتبادل المعلومات في المستشفى.					
6	توضع معلومات تفصيلية عن الإجراءات الإدارية ومتطلباتها على الإنترنت في المستشفى.					
7	توجد متابعة مستمرة لمستويات أداء الأفراد إلكترونياً.					
المحور الرابع: المتابعة والتقييم						
1	يتاح للعاملين في المستشفى الاطلاع على نتائج تقييمهم.					
2	يوجد نظام واضح لتقييم أداء كل موظف في المستشفى.					
3	تعتمد إدارة المستشفى معايير أداء تحقق العدالة بين الموظفين.					
4	يوجد معايير واضحة لقياس مستوى الإنجاز للعاملين في المستشفى.					
5	يتم الاستفادة من نظام تقييم العاملين في المستشفى في عمليات التدريب.					
6	يشارك المستفيدون الخارجيون في تقييم أداء إدارة المستشفى.					
المجال الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية						
المحور الأول: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الإستراتيجي						
1	وضع رؤية واضحة معلنة لكيفية توفير الحماية للمستهلك بشكل مستمر.					
2	تحليل المشكلات التي تواجه عملها للتعرف على أسبابها.					
3	وضع الخطة في ضوء دراسة واقعية وتحليل موضوعي لأوضاع المستشفى داخلياً.					
4	تقييم خطة المستشفى بصورة مستمرة.					

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
5	تطوير وتجديد خطة المستشفى بصورة مستمرة حتى تتناسب مع التطور الذي يحدث في المجتمع.					
6	تحديد مدى زمني لتنفيذ خطة المستشفى.					
7	تحديد وتنفيذ برامج المستشفى في ضوء الخطة الموضوعية.					
8	توفير الخبرة الفنية لترجمة خطة المستشفى لبرامج قابلة للتنفيذ.					
9	ترجمة الخطة إلى برامج تنفيذية واقعية ربع سنوية.					
المحور الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية						
1	وجود خطة واضحة ومعلنة للبرامج التدريبية للعاملين بالمستشفى					
2	إشراك العاملين بالمستشفى في وضع الخطة التدريبية وتحديد احتياجاتهم.					
3	عمل ملف وظيفي لكل فرد عامل في المستشفى يوضح مهاراته وقدراته واحتياجاته.					
4	تزويد العاملين بالمعارف الجديدة في مجال حماية المستهلك.					
5	إتاحة الفرصة للعاملين لتبادل الآراء والمعارف والخبرات حول مجال حماية المستهلك.					
6	إيجاد أساليب كثيرة لمكافأة وتحفيز العاملين لحشد جهودهم لإنجاح العمل.					
7	وضوح الهيكل التنظيمي وتوضيح المهام والواجبات المرتبطة بكل مكانة					
8	توفير المناخ الذي يساعد على إيجاد روح التعاون بين العاملين بالمستشفى.					
9	توفير قنوات اتصال يمكن من خلالها تحقيق اتصال جيد بين العاملين بالمستشفى.					
المحور الثالث: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج						
1	تصميم برامج المستشفى في ضوء الخطة الاستراتيجية الموضوعية.					

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
2	إتباع معايير الجودة عند تنفيذ البرامج لضمان نجاحها.					
3	إشراك العاملين في وضع وتصميم برامج المستشفى.					
4	إشراك عينة متدرجة من المستفيدين عند وضع وتصميم برامج المستشفى.					
5	عمل متابعة دورية لتنفيذ البرامج لضمان نجاحها.					
6	تقييم برامج المستشفى بصفة مستمرة للتعرف على الإيجابيات والسلبيات.					
7	إشراك العاملين في عملية تقييم البرامج.					
8	إشراك المستفيدين من البرامج في عملية تقييم البرامج وتحليل آرائهم.					
9	توفير قنوات اتصال مفتوحة بين كافة المستويات الإدارية لتيسير عملية الاتصال لضمان نجاح البرامج التي تنفذها المستشفى.					
المحور الرابع: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية						
1	توفير قاعدة معلوماتية تعتمد عليها المستشفى في أداء مسؤولياتها.					
2	توفير الخبرة الفنية لبناء هذه القاعدة وتحديثها.					
3	تتيح هذه القاعدة لجميع العاملين بالمستشفى.					
4	تشتمل هذه القاعدة على معلومات شاملة عن الجهاز الوظيفي بالمستشفى.					
5	تشتمل هذه القاعدة على معلومات خاصة بالمنظمات الدولية العاملة بمجال حماية المستهلك.					
6	عمل دورات تدريبية مستمرة للعاملين لنقل مهاراتهم في بناء واستخدام قواعد المعلومات بالمستشفى.					
7	توفير الأجهزة الحديثة التي يمكن استخدامها في بناء قواعد المعلومات في المستشفى.					
8	عمل موقع للجمعية على شبكة المعلومات تتوافر فيه أحدث المعلومات عن المستشفى.					
9	إكساب جميع العاملين بالمستشفى مهارات الاستفادة من قواعد المعلومات					

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
المحور الخامس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال						
1	إيجاد شبكة اتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة في مجال حماية المستهلك.					
2	العمل على تدعيم شبكة الاتصال بين المستشفى والجمعيات الأخرى بصفة مستمرة.					
3	توفير المستشفى آليات لتحقيق التنسيق بينها وبين المنظمات الأخرى في المجتمع.					
4	التبادل للموارد المادية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.					
5	التبادل للموارد البشرية بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.					
6	إصدار المستشفى نشرات وكتيبات تبادلها مع الجمعيات الأخرى لتيسير تدفق المعلومات.					
7	توفير جهاز إداري بالمستشفى مهمته الأساسية بناء علاقات جيدة بين المستشفى والجمعيات الأخرى العاملة بنفس المجال في المجتمع.					
8	تنظيم المستشفى دورات تدريبية للعاملين بهذا الجهاز الإداري لنقل مهاراتهم في بناء جسر العلاقات بين المستشفى والجمعيات الأخرى بالمجتمع.					
9	الاهتمام بابتكار أساليب جديدة بصفة مستمرة لدعم التعاون بين المستشفى والمنظمات الأخرى العاملة بنفس المجال.					
المحور السادس: بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية						
1	جمع تبرعات لتمويل أنشطة المستشفى من مصادر قانونية.					
2	التنسيق بين جمعيات حماية المستهلك من أجل التمويل المشترك.					
3	زيادة التمويل الحكومي لجمعيات حماية المستهلك.					
4	البحث عن مصادر جديدة للتمويل بشكل شفاف.					

م	العبارات	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
5	قيام المستشفى بمشروعات ذات عائد اجتماعي بخلق الدخل الإضافي.					
6	تنشيط العضوية لزيادة الموارد المالية للجمعية.					
7	المساهمة في تسويق السلع والخدمات التي يحتاجها المواطن.					
8	ضرورة دعم الجهات التنفيذية لجمعيات حماية المستهلك لمساعدتها في الدور الرقابي.					
9	حاجة المستشفى إلى مباني وتجهيزات لزيادة أنشطتها بشكل مدروس ومبرر.					

ملحق (2): قائمة بأسماء المحكمين.

م	أسماء المحكمين	مجال العمل	مكان العمل
1	د. تهاني جفال	مديرة معهد التنمية المستدامة وبناء المؤسسات	جامعة القدس
2	أ. د. جميل النجار	أستاذ جامعي	جامعة القدس المفتوحة
3	أ. د. على النعامي	أستاذ جامعي	جامعة الأزهر - غزة
4	أ. د. محمد عوض	نائب رئيس الجامعة للشئون المالية والإدارية	جامعة فلسطين - غزة
5	أ. د. صبري مشتهى	رئيس قسم المحاسبة	جامعة القدس المفتوحة

فهرس الملاحق

ملحق (1): استبانة.....	95
ملحق (2): قائمة بأسماء المحكمين.....	103

فهرس الجداول

جدول (1.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير الجنس.....	39
جدول (2.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير العمر.....	39
جدول (3.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير عدد سنوات الخبرة.....	40
جدول (4.3): توزيع عينة الدراسة بناءً على متغير المسمى الوظيفي.....	40
جدول (5.3): توزيع الفقرات على محاور الاستبانة.....	41
جدول (6.3): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المجال الأول (التنظيم) مع الدرجة الكلية للمجال.....	42
جدول (7.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثاني (التوجيه) والدرجة الكلية للمجال الثاني... ..	43
جدول (8.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الثالث (الرقابة) والدرجة الكلية للمجال الثالث.....	44
جدول (9.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال الرابع (المتابعة والتقييم) والدرجة الكلية للمجال الرابع.....	45
جدول (10.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي) والدرجة الكلية للمجال الأول.....	46
جدول (11.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية) والدرجة الكلية للمجال الثاني.....	47
جدول (12.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج) والدرجة الكلية للمجال الثالث.....	48
جدول (13.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية) والدرجة الكلية للمجال الرابع.....	49
جدول (14.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات الغير حكومية) والدرجة الكلية للمجال الخامس.....	50
جدول (15.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المجال (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية) والدرجة الكلية للمجال السادس.....	51
جدول (16.3): معامل ارتباط بيرسون لكل مجال مع الدرجة الكلية للاستبانة.....	52
جدول (17.3): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات الاستبانة.....	53
جدول (18.3): معامل الفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة.....	54
جدول (19.3): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي.....	56

جدول (1.4): سلم المقياس المستخدم في الدراسة.....	58
جدول (2.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "التنظيم"...	59
جدول (3.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "التوجيه"...	61
جدول (4.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "الرقابة"...	63
جدول (5.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "المتابعة والتقييم"...	65
جدول (6.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بالتخطيط الاستراتيجي".....	67
جدول (7.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة الموارد البشرية".....	69
جدول (8.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة بإدارة البرامج".....	71
جدول (9.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المعلوماتية".....	73
جدول (10.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال"...	75
جدول (11.4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمجال "بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة ببناء قدراتها المالية".....	77
جدول (12.4): معامل الارتباط بين الادارة الصحية وبناء قدرات المؤسسات الصحية غير الحكومية لمستشفيات اتحاد لجان العمل الصحي.....	79
جدول (13.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.....	80
جدول (14.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.....	81
جدول (15.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.....	82
جدول (16.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.....	83
جدول (17.4): نموذج الانحدار الخطي البسيط.....	84
جدول (18.4): معامل Independent T.test لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس.....	85
جدول (19.4): معامل One Way ANOVA لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).....	86
جدول (20.4): معامل Independent T.test لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس.....	87
جدول (21.4): معامل One Way ANOVA لإيجاد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير (العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).....	88

فهرس المحتويات

أ	إقرار:
ب	شكر وعرفان
ج	مصطلحات الدراسة:
هـ	الملخص:
و	Abstract:
1	الفصل الأول: الإطار العام ل
1.1	1.1 المقدمة
2.1	2.1 مشكلة الدراسة
3.1	3.1 مبررات الدراسة
4.1	4.1 أهمية الدراسة
5.1	5.1 أهداف الدراسة
6.1	6.1 متغيرات الدراسة
7.1	7.1 فرضيات الدراسة
8.1	8.1 حدود الدراسة
8	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
8	المبحث الأول: الإدارة الصحية
1.1.2	1.1.2 ماهية وأهداف الإدارة الصحية:
2.1.2	2.1.2 أهداف الإدارة الصحية:
3.1.2	3.1.2 مبادئ الإدارة الصحية:
4.1.2	4.1.2 أبعاد الإدارة الصحية:
4.1.2	4.1.2 خصائص الإدارة الصحية
5.1.2	5.1.2 خصوصية الإدارة الصحية:
6.1.2	6.1.2 مكونات نظام الإدارة الصحية:
15	المبحث الثاني: بناء قدرات المؤسسات الصحية
1.2.2	1.2.2 ماهية بناء قدرات المؤسسات الصحية:
2.2.2	2.2.2 متطلبات بناء قدرات المؤسسة:
3.2.2	3.2.2 أهمية بناء القدرات المؤسسية:
4.2.2	4.2.2 خصائص وأبعاد بناء القدرات المؤسسية:

18	5.2.2. خطوات بناء القدرات المؤسسية:
19	6.2.2. أنواع بناء القدرات المؤسسية ومحاورة الرئيسية:
20	7.2.2. مكونات عمليات البناء المؤسسي:
21	8.2.2. معوقات بناء القدرات المؤسسية:
22	المبحث الثالث: المؤسسات الصحية غير الحكومية، ولجان اتحاد العمل الصحي العاملة في فلسطين ..
22	1.3.2. ماهية المؤسسات غير الحكومية:
23	2.3.2. تعريف اتحاد لجان العمل الصحي للمؤسسات غير الحكومية:
24	4.3.2. اتحاد لجان العمل الصحي العاملة في قطاع غزة:
25	5.3.2. رؤية ورسالة اتحاد لجان العمل الصحي:
25	6.3.2. مراكز الاتحاد الصحية:
27	7.3.2. مراكز الاتحاد الثقافية:
28	المبحث الرابع: الدراسات السابقة
28	1.4.2. الدراسات باللغة العربية:
32	2.4.2. الدراسات باللغة الأجنبية:
35	3.4.2. التعقيب على الدراسات السابقة:
35	4.4.2. أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:
35	5.4.2. أوجه التميز في الدراسة الحالية:
37	الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها
37	1.3 منهج الدراسة
38	2.3 مجتمع الدراسة
38	3.3 عينة الدراسة
39	4.3 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية والتنظيمية
39	1.4.3. توزيع العينة تبعاً للجنس:
39	2.4.3. توزيع العينة تبعاً للعمر:
40	3.4.3. توزيع العينة تبعاً لسنوات الخبرة:
40	4.4.3. توزيع العينة تبعاً للمسمى الوظيفي:
41	5.3 أداة الدراسة
42	6.3 صدق الاستبانة
52	7.4 الصدق البنائي

53	8.3 ثبات الاستبانة
53	1.8.3. طريقة التجزئة النصفية:
54	2.8.3. طريقة ألفا كرونباخ:
56	9.3 اختبار التوزيع الطبيعي
57	10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
58	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات
59	1.4 تحليل فقرات المجال الأول (التنظيم)
61	2.4 تحليل نتائج المجال الثاني (التوجيه)
63	3.4 تحليل نتائج المجال الثالث (الرقابة)
65	4.4 تحليل نتائج المجال الرابع (المتابعة والتقييم)
65	5.4 تحليل نتائج المجال الأول من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
67	بالتخطيط الاستراتيجي)
67	6.4 تحليل نتائج المجال الثاني من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
69	بإدارة الموارد البشرية)
69	7.4 تحليل نتائج المجال الثالث من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
71	بإدارة البرامج)
71	8.4 تحليل نتائج المجال الرابع من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
73	ببناء قدراتها المعلوماتية)
73	9.4 تحليل نتائج المجال الخامس من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
75	ببناء العلاقات مع المنظمات غير الحكومية العاملة بنفس المجال)
75	10.4 تحليل نتائج المجال السادس من المحور الثاني (بناء قدرات المؤسسات الصحية المرتبطة
77	ببناء قدراتها المالية)
77	11.4 اختبار الفرضيات ومناقشتها:
79	1.11.4 اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:
79	2.11.4 اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:
81	1.2.11.4 اختبار الفرضية الفرعية الأولى:
82	2.2.11.4 اختبار الفرضية الفرعية الثانية:
83	3.2.11.4 اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:
84	4.2.11.4 اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:
85	3.11.4 اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:
87	4.11.4 اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة:

89	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات والمقترحات
89	1.5 النتائج
90	2.5 توصيات الدراسة
90	3.5 مقترحات مستقبلية للدراسة
91	المصادر والمراجع
95	الملاحق
104	فهرس الملاحق
105	فهرس الجداول