

أثر التصميم التنظيمي في الأداء
دراسة في عينة من مستشفيات مدينة الطب
The impact of organizational design on performance
Study in a sample of hospitals in the city of medicine
الدكتور

محمد حميد نصيف
رئيس أطباء ممارسين بفرع أقدم / وزارة الصحة والبيئة

المستخلص

تحوّرت مشكلة البحث حول مستوى اهتمام الأطباء بعينة البحث بالتصميم التنظيمي، وأثر التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية)، وقد هدف البحث وصف وتشخيص مستوى اهتمام الإدارة العليا بعينة البحث بالتصميم التنظيمي، وما هو أثر التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات، وقد تم تطوير استمارة استبانة، للتأكد من وجود العلاقة بين متغيرات البحث، حيث تم توزيع ٢١٢ استبانة على الأطباء في مستشفيات مدينة الطب الست، وتم تحليلها بواسطة البرامج (Excel.V.2010) (SPSS v.22) (AMOS v.22). وقد أظهرت النتائج أن فرضيات البحث جميعها مقبولة، وذات تأثير إيجابي، ومعنوي، إلا أنها تؤثر بمستوى ضعيف، مما يتطلب من إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في أبعاد الأداء التنظيمي الخمسة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة) في المستشفيات الست مجال البحث، وبما ينعكس على تحسين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات.

الكلمات الرئيسية (المفتاحية): التصميم التنظيمي، نموذج النجمة Galbraith، أداء المستشفيات، مستشفيات مدينة الطب.

Abstract

The objective of the research was to describe and diagnose the level of interest of the senior management of the research sample in the design. and the impact of organizational design on hospital performance. A questionnaire was developed to ascertain the relationship between search variables. Twenty-two questionnaires were distributed to physicians in the six hospitals of the City of Medicine and analyzed by (AMOS v.22. V.2010) (SPSS v.22). The results show that all research hypotheses are acceptable, positive and moral. However, they affect a weak level, requiring the six hospital departments to focus on adopting, developing and implementing clear practical procedures for organizational design, as this will help to increase The positive impact of organizational design on the five dimensions of organizational performance (quality of health care, patient satisfaction, financial results, human resource development, and efficiency) in the six hospitals in the field of research and the improvement of the organizational performance of these hospitals.

Keywords: organizational design, star model to Galbraith, hospital performance, hospitals the City of Medicine.

المقدمة

تتعرض المستشفيات بشكل أكثر من أي وقت مضى، لضغوط متزايدة لتوفير خدمات للمرضى رفيعة المستوى من الرعاية مع الحد الأدنى من التمويل. ارتفاع طلبات المرضى للعلاج وإجراء العمليات الجراحية، إلى جانب زيادة الضغط لقياس أداء الخدمات الطبية المقدمة، هي بعض القضايا الرئيسية التي تدفع الحاجة للمستشفيات لإعادة التصميم لرفع جودة الخدمات الطبية وتوفير التكاليف. وقد بدأت العديد من المستشفيات اليوم بالفعل للنظر في هياكلها التصميمية في المستشفيات بأن تنفي بجميع الوظائف فضلا عن الأعمال المساندة وبكل شفافية، ولهذا ركز الباحث على النظرية الموقفية الهيكل التنظيمي لأنها توفر في الوقت الحاضر الإطار الرئيسي لدراسة التصميم التنظيمي سعى البحث لأهداف عدة منها تحديد تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية). ومن خلال ما سبق ولغرض تحقيق هدف البحث فقد تم تقسيمه إلى أربع مباحث تضمن المبحث الأول منهجية البحث، وتضمن المبحث الثاني الاطار النظري، في تحين تناول المبحث الثالث الجانب العملي للبحث وأخيرا فقد خصص المبحث الرابع لأهم الاستنتاجات والتوصيات.

المبحث الأول
منهجية البحث

أولاً: معضلة موضوع البحث الفكرية ومشكلة دراسته
أن ظروف العمل غير العادية في المنظمات الصحية تفرض عليها أن تتعامل مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض مما يضع عبئاً ثقيلاً ورافاً نفسياً على الجميع والمرضى وبسبب حالتهم الصحية على قدر كبير من القلق والتربص وكذلك أيضاً ذوي المرضى من أقارب وأصدقاء وزائرين كما أن الأطباء بحالة من القلق والاجهاد الدائم بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ودقة المسؤولية ونقل الأمانة، هذا كله يزيد من صعوبة إدارة هذه المنظمات ويفرض تبني وتطوير ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتماشى مع خصوصيتها وتفي باحتياجات إدارتها وتنظيمها، وأن النظريات المعروفة في الإدارة والتنظيم نشأت وترعرعت في قطاع الصناعة والأعمال ولا يمكن تطبيقها كما هي على المنظمات الصحية.

ثانياً: تساؤلات البحث

- استناداً إلى مشكلة البحث المذكورة آنفاً، فإن البحث الحالي تسعى إلى الإجابة عن التساؤلات الآتية:
١. هل يمكن تحديد مستوى اهتمام الإدارة العليا عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث؟
 ٢. هل هناك تأثير للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية).

ثالثاً: أهداف البحث

- يتجه هذا البحث إلى تحقيق الأهداف البحثية الآتية:
١. وصف وتشخيص مستوى اهتمام الإدارة العليا عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث؟
 ٢. تحديد تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية).

رابعاً: أهمية البحث

أهم البحث الحالي في معالجة مشكلة واقعية تؤثر على أداء المستشفيات الست في مدينة الطب، ويمكن أن تكون المشكلة نفسها موجودة في المستشفيات الأخرى، حيث سيتاح لها الاستفادة التطبيقية من البحث الحالي في معالجة مشكلتها. كما استخدمت البحث الحالي مجموعة من المقاييس العالمية الأجنبية التي أعدت لقياس متغيرات وأبعاد البحث، يمكن للمستشفيات الأخرى أن تستفيد منها. وكذلك تكمن الأهمية التطبيقية لهذه البحث في ضوء نتائج أنموذج البحث النهائي، الذي يمكن من خلاله معرفة طبيعة العلاقات بين متغيرات البحث الحالي، التي من الممكن أن تساعد إدارة المستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث على إيجاد السبل الكفيلة لزيادة الإدراك في أهمية هذه المتغيرات والأبعاد التي تؤدي إلى تحسين المستشفيات الست في مدينة الطب.

خامساً: نطاق البحث

- يمكن تقسيم نطاق البحث الحالي على ما يأتي:
١. **النطاق التطبيقي:** نتيجة للموافقة الرسمية التي تم استحصلها من مدينة الطب والتوجيه الذي أبداه مدير عام مدينة الطب، ولاسيما من خلال امكانية تقديم البيانات اللازمة للبحث والتي من شأنها أن تعطي نتائج دقيقة يمكن الاستفادة منها، حيث أيد وشجع الشروع في تطبيق البحث الحالي في مستشفاهم لكونها تلامس المشاكل التي يعانون منها ولاسيما من خلال المخاطبات الرسمية مع الوزارة فيما يخص التصميم التنظيمي وغيره. ونتيجة لعدم إجراء أي بحث في المستشفيات في مدينة الطب من هذا النوع، فإن النطاق التطبيقي للبحث الحالي يشمل على المستشفيات الست (مستشفى بغداد، ومستشفى الأطفال، ومستشفى الحروق، ومستشفى الأورام، ومستشفى غازي الحريزي، ومستشفى الجهاز الهضمي والكبد)، إضافة إلى الإدارة العامة.
 2. **النطاق الزمني:** شمل البحث الحالي البيانات التي تم جمعها من المستشفيات منذ البدء بتوزيع الاستبانة ولغاية جمع الاستبانات النهائية للمدة من ٢٠١٧/١/١ ولغاية ٢٠١٧/١٢/٣١. والتي تم استخدامها في الجانب العملي للبحث.

سادساً: فرضيات البحث

يسعى البحث إلى فرضية إن متغير التصميم التنظيمي الذي يتكون من أبعاد (الاستراتيجية والرؤية، الهيكل التنظيمي، العمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين) ومتغير أداء المنظمة الذي يتكون من أبعاد (الكفاءة، وتطوير الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية) وسيقوم الباحث بإجراء الاختبارات الاحصائية الملائمة له، من أجل التحقق من طبيعة العلاقة والنتائج المترتبة عليها. وكالاتي:

- ١- الفرضية الرئيسية الأولى (H_{11}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة.
- أ- الفرضية الفرعية الأولى (H_{11a}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية.
- ب- الفرضية الفرعية الثانية (H_{11b}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في رضا المريض.
- ج- الفرضية الفرعية الثالثة (H_{11c}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية.
- د- الفرضية الفرعية الرابعة (H_{11d}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية.
- هـ- الفرضية الفرعية الخامسة (H_{11e}): يتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في الكفاءة.

سابعاً : طريقة البحث Study Approach

أتبع الباحث في بحثه الحالي الطريقة الكمية *Quantitative Methods* ، الذي يعد من المداخل الأساسية في الدراسات الاجتماعية بما فيها الأعمال، ويأتي ذلك نتيجة استخدام أسلوب الاستبانة كأداة أساسية في جمع البيانات (Creswell, 2009). كما ركز الباحث في الجانب النظري من البحث على المنهج الاستنباطي وبدأ مع تطوير النظرية أو الفرضية وبعد ذلك وضع استراتيجية لاختبارها والتحقق منها ومن ثم قبولها أو رفضها حيث المعالجة النظرية (التحليل والاستخلاص)، والذي يبدأ التفكير فيه من العام إلى الخاص (Zikmund, et al., 2010). وركز الجانب الميداني على المنهج الاستقرائي حيث تبدأ البحث في ملاحظة وجود الظاهرة في هذا المجال الميداني، ثم يتم جمع البيانات التي يقوم عليها التطوير النظري لغرض التعميم، أي التفكير يكون من الخاص إلى العام (Zikmund, et al., 2010). واستخدم لهذا الغرض التحليل الكمي لمتغيرات البحث، والوصف الاستطلاعي، للتحقق عملياً من صحة ما آلت إليه التوجهات النظرية، وصدق فرضيات البحث. وتم الاستعانة بأعداد أسئلة الاستبانة بدراسة كل من (Bordens, 2011) (Cooper and Schindler, 2014) (Hair,).

ثامناً : الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث

لقد تم استعمال عدة تقنيات إحصائية في البحث كتنقيية (frequency) باستعمال أداة Excel.V.2010 وذلك للتأكد من تكرار العوامل وسهولة فهمها، وأيضا (Missing data) ببرنامج (SPSS.V.22) للتأكد من عدم فقدان أية بيانات في ملف البيانات الخام، وكذلك (Std. Deviation) ببرنامج (SPSS.V.22) لوصف وتشخيص مستوى الاهتمام بالمتغيرات والأبعاد، وأيضا (One-way ANOVA) من خلال برنامج (SPSS.V.22) للتأكد من صحة الفرضيات.

مجتمع وعينة البحث

اختيرت مدينة الطب مجالاً للبحث كونها تعد أحدث وأكبر مؤسسة صحية علاجية وتعليمية في العراق والشرق الأوسط، وقد كانت في حينها نقلة نوعية للارتقاء بواقع الخدمات الصحية في العراق بكل المقاييس نظراً لاستيعابها جميع التخصصات الطبية والخدمية ومتطلباتها، وقد ازدادت عدد المستشفيات حتى بلغت عند افتتاح مدينة الطب (١٢٨) مستشفى تضم (١٨٤٠٧) سريراً، وكانت مدينة الطب أهم المؤسسات الصحية العلاجية والتعليمية وأكبرها ليس في العراق فحسب، بل وعلى صعيد الدول المجاورة والقريبة والبعيدة^(١).

وقد شمل مجتمع البحث الإدارة العليا من الأطباء في مدينة الطب والأطباء العاملين ومديري المستشفيات، إضافة إلى الأطباء الاستشاريين، وغيرهم من الأطباء الذين تتلاءم خصائصهم مع متطلبات البحث والبالغ عددهم (٤٥٣) فرداً. أما بالنسبة لعينة البحث المسموعة منه عشوائياً فقد تمت بالاستناد إلى (Yamane, 1967:886) الذي أورد صيغة مبسطة لاحتمال حجم العينة باعتماد مستوى الثقة (٠,٩٥) ونسبة الخطأ (٠,٠٥)، لذا تم تحديد حجم العينة في البحث بـ (٢١٢) فرداً، حيث تم توزيع الاستبانة عليهم وكان عدد الاستبانات المسترجعة هي (٢١٢) استبانة، بعد أن بذل الباحث جهداً كبيراً في متابعة الأطباء عينة البحث لحين اكمالهم ملئ الاستبانات بشكل كامل. ويمكن عرض الصيغة المستخدمة في تحديد حجم العينة لـ (Yamane, 1967: 234) كما يأتي:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{453}{1 + 453(0.05)^2}$$

$$n = 212$$

حيث أن:

n : حجم العينة.

N : حجم المجتمع.

e : احتمال الخطأ ٠,٠٥ عند مستوى الثقة ٠,٩٥.

المبحث الثاني
الاطار النظري

أولاً: التصميم التنظيمي

يهدف هذا المبحث إلى تعريف التصميم التنظيمي بشكل عام، وتحديدًا عن حالة منظمات المستشفى. ويساعدنا تجميع الدراسات لوضع تصنيف للخيارات الهيكلية المطبقة على المستشفيات، إضافة إلى تسليط الضوء على أداء المستشفيات وأبعاده الخمسة التي سيتم تناولها.

(١) الجمهورية (جريدة)، بغداد، العدد ٨١٤، ١٧ تموز ١٩٧٠.

١. مبادئ النظرية الموقفية

يمكن تلخيص تلك النظرية بالآتي أنه لا وجود لأفضل هيكل منظمي ولكن يوجد هيكل جيد أكثر تكيفاً في بيئة معينة. وبعبارة أخرى، المنظمة ليست فاعلة أو كفوءة بنفس القدر في سياق معين (Galbraith, 1973: 98). ويجب اختيار الهيكل من أجل تكيفه بما هو أفضل لبيئته. ويجب تعديل الهيكل حسب التغيرات في البيئة (Amblard, 1996: 69). ويجب تكيف الشركة باستمرار وفقاً لبيئتها لتجنب زوالها. ومن المهم أن نرى أن الهيكل يعتمد على البيئة ولكن ليس فقط على الطريقة الميكانيكية. وتجاوزاً لراي Taylor، الذي يُعدّ المنظم نظاماً مغلقاً بأداء يعتمد فقط على إجراءات العمل. إذ لا يعتمد الهيكل فقط على البيئة ولكن أيضاً على الأهداف التي من المفترض أن تتبع القادة. وهنا يبرز مفهومين رئيسيين، هما: تعديل المنظمات بالمقارنة مع بيئتهم، وتماسك التنظيم الداخلي. ونظراً لتطبيق العوامل الطارئة التي تواجهها المنظمة وبسبب التماسك الداخلي، فإن بعض المعلومات الهيكلية تُعدّ مناسبة أكثر (Obel & Burton, 1998:101).

2. الاهتمام بالنظرية الموقفية:

نحدد الآن الأسباب التي يستعرض من خلالها المؤلفين المعنيين بموضوع الموقفية واحداً من أهم مصادر دراستنا. وكما حددنا أعلاه، تُعدّ البيئة المضطربة التي تواجهها المستشفيات، نقطة البداية لبحثنا. وإن مراجعة الخيارات التنظيمية التقليدية والحاجة لتقييم أكثر اكتمالاً وأدوات قياس تأتي من البيئة. ويتفق هذا مع مبدأ الموقفية الذي يعتبر التغيرات الهيكلية وسائل تنظيمية لتكييف تغير البيئة. وكما سنرى لاحقاً، الرأي الجذاب لـ (Galbraith 1973: 124) الذي يُعدّ المنظمة بأنها معالجة معلومات. وتعتمد متطلبات المعلومات على البيئة، والفترة على معالجة هذه المعلومات مضمونة من خلال التصميم. ويتم اختيار التصميمات الفاعلة والكفوءة من أجل بناء توازن بين سعة المعلومات والمتطلبات.

3. منظمة العمل: عملية معالجة المرضى

حتى وإن كان الهيكل التنظيمي للمستشفيات اليوم لا يزال منقسماً جداً في الوحدات التي يكون فيها المهنيون أقل ميلاً للتعاون ويركزون على تحقيق مهام محددة، إلا أن هناك ضغوط كبيرة لتطوير وجهة نظر أكثر شمولية لعملية الرعاية الصحية، الأمر الذي يتطلب تعاون أفضل وتواصل بين التخصصات المختلفة. ويضيف (Jonas, 1998:120) أن (المستشفيات لديها مشاكل داخلية بالهياكل المنظمة عمودياً والتي لا تتنجم بشكل جيد بالنسبة لمستويات الخدمة ... هذا النوع من الانفصال يجعل من الصعب جداً توفير برامج متكاملة لرعاية المريض والتي تكون فيها المشاكل على المستوى الوظيفي تتبع اتجاه واحد من أجل أن تلي بشكل أفضل احتياجات المرضى).

ويركز الرأي الشامل لتدفق المرضى على مفهوم عملية معالجة المرضى process وعلى كفاءتها efficiency وتُعدّ عملية معالجة المرضى، والتي عرفها Muriel Creteur الباحث في جامعة كان لوفان الكاثوليكية ببلجيكا سلسلة متواصلة للرعاية يتلقاها المريض أثناء مدة إقامته

• العملية الأساسية في نظام تقديم الرعاية
• والتدفقات أو العمليات الثانوية الأخرى التي تتجنب نحو تدفق المرضى، هي: تدفقات المعلومات وتدفقات الموارد (المعدات والعمل والمالية).

مما يؤدي إلى:-

- تقييم أداء تدفق المرضى
- تحليل أداء كل تدفق من هذه التدفقات. (Muriel Creteur et al, 2002:5)
- وترغب معظم المستشفيات في تقليل مدة إقامة المريض، من أجل:-
- زيادة عدد المرضى المعالجين
- وتعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة.
- وعلاوة على ذلك، وبسبب تزايد عدد الحالات المرضية وعدد العلاجات المحتملة، فإن عملية معالجة المرضى هذه تُعدّ متنوعة وتصبح أكثر غرضاً.
- وأخيراً، لا يمكن تقييم عملية معالجة المرضى هذه دون مراعاة المتطلبات الهامة التي تتعلق بنوعية الرعاية. (Flood, 1994: 78)

ويربط (Donabedian, 1966: 130)، الذي يضع الإطار المفاهيمي لتقييم الأداء في نظم الرعاية الصحية، فكرة "العملية" لمفهومين آخرين: الهيكل التنظيمي والنتائج. ووفقاً لذلك، نحن نعتبر هذه المفاهيم الثلاثة مترابطة تماماً ومركزية لتقييم أداء المستشفيات.

ويُترج (Fottler, 1987: 98) صيغة بديلة لإطار Donabedian ويعتبر متغيرات الهيكل والعملية ليست مؤشرات للأداء ولكنها محددات مستقلة لمختلف النتائج التنظيمية. هذه الصيغة البديلة هي جذابة جداً. وتجمع درجات الأداء المصنوعة في الخطوة أولى النتائج التي تم الحصول عليها عن مختلف مؤشرات النتائج. وفي مرحلة ثانية، سوف توضح هذه الدرجات من خلال المقاييس الهيكلية ومقاييس العملية أو بعمومية أكثر التصميم التنظيمي.

4. تنفيذ نموذج الأعمال مع نموذج Galbraith ستار

المنظمات تكافح من أجل معرفة كيفية تنفيذ نماذج الأعمال الخاصة بهم والمقترحات القيمة بنجاح. وغالباً ما لا تعرف ما يجب القيام به بعد أن نجحت في تصميم واختيار والتحقق من صحة نماذج الأعمال الخاصة بها والمقترحات القيمة. (Donabedian, 1966: 33)

والآتي يوضح نموذج Galbraith ستار:-

نموذج Galbraith ستار يساعد الشركات بشكل شامل بأنهم يعتمدون الحفاظ على نماذج أعمال الشركة والمقرحات القيمة بمرور الوقت. وهي تعترف أن تكيف المنظمة مع مرور الوقت للاستجابة للتغيرات في الاستراتيجية، وفق النظرية الموقفية، أو بقاءها في بيئة الأعمال الخارجية. وبالتالي فإنه يعامل المنظمة الرسمية باعتبارها ذات تحدي مستمر للتصميم. انموذج Galbraith ستار يتكون من خمسة متغيرات التي يجب أن تكون متصلة ومنحازة لصياغة قرارات وسلوكيات المؤسسة بنجاح: الاستراتيجية، والهيكل، والعمليات، ونظم العمل، والافراد العاملين، يتم وضع نموذج الأعمال التجارية في الوسط النجمة بأنها "مركز الثقل" ربط المجالات الخمسة معا. والقرارات حول تنفيذ تأثير نموذج الأعمال التجارية عبر هذه المجالات الخمسة.

ثانياً: علاقة التصميم التنظيمي بالأداء التنظيمي

اتلحت لنا مراجعة الأدبيات المتعلقة بنماذج الأداء التنظيمي والمرتبطة بنماذج التصميم التنظيمي إيجاد أوجه التشابه الجديرة بالاهتمام.

وجمع (Sicotte et al. 1998: 66) أربعة نماذج للأداء الأكثر وروداً في دراسات الأداء التنظيمي، نماذج النظام المفتوح (Open system model) ونماذج النظم الرشيدة (Rational systems) ونماذج التصميم الداخلي (Internal design systems) ونموذج العلاقات البشرية (Human relational model). واقتراح كذلك نموذج شامل يدعى نموذج تقييم الأداء التنظيمي. ووضع كل (Morin and al (Leggat et al 1998) (1994) نموذج مُجمَع مماثل للأداء التنظيمي.

١. نموذج النظام المفتوح (Open system model)

يقترح (Sicotte, 1998: 78) المستوى الأول من التحليل لتقييم الأداء التنظيمي، المتعلق بالتكيف التنظيمي للبيئة (نموذج النظام المفتوح). ويهدف هذا المستوى إلى التعامل مع الفرص والتحديات في البيئة. ويُقيم الأداء التنظيمي دائماً في بيئة معينة، والتي يجب أن تكون محددة. ولا تُعد المنظمات أنظمة مغلقة ولكن مفتوحة وتعتمد على البيئة التي هي فيها. يحدد (Scott, 1998: 30) وجهة نظر مماثلة عن المنظمات (رأي الأنظمة المفتوحة): «المنظمات هي نتاجات ناتجة من تحويل مجموعات المصالح التي تضع أهدافاً عن طريق التفاوض؛ وتؤثر العوامل البيئية بقوة على هيكل الائتلاف وأنشطته ونتائجه بقوة».

وتقع المستشفيات في بيئة أكثر رقابة وتنظيم، وتضطر المستشفيات لوضع أدوات تقييم الأداء وقياس نتائجها مع تلك النتائج التي تم الحصول عليها من المستشفيات الأخرى. ونشير في هذا البحث، إلى (Galbraith, 1973: 256) الذي يعتبر المنظمة بأنها عملية لمعالجة المعلومات وبيئة محددة لكمية المعلومات التي لابد من معالجتها. وحتى وإن كانت البيئة عنصر ثانوي في علمنا مقارنة مع التصميم ومتغيرات الأداء، إلا أنها سوف تبقى مؤشراً هاماً.

٢. نموذج الهدف الرشيد (Rational systems)

ويُعد قياس تحقيق الأهداف (نماذج الهدف الرشيد) المستوى الثاني من نموذج تقييم الاداء التنظيمي (OPA) الذي اقترحه (Sicotte, 1998: 39). وتُترجم هذه الأهداف من حيث الكفاءة والفاعلية ورضا الجهات الداخلية والخارجية، ولا يمكن تحقيق هذه الأهداف دون وجود تصميم منظمي فاعل.

٣. التصميم الداخلي (Internal design systems)

وهو المستوى الثالث الذي يتعلق بتحليل نظام الإنتاج (عملية التصميم الداخلي). ويتم تحليل الهياكل والعمليات التنظيمية، الرسمية وغير الرسمية، ويُنظر إليها على أنها متغيرات توضيحية. ويتفق هذا الرأي مع الغرض العام لهذا العمل الذي يهدف إلى تحديد كيف يؤثر التصميم التنظيمي على مستوى الأداء.

٤. نموذج العلاقات البشرية

ويقترح (Sicotte, 1998: 39) المستوى الرابع من التحليل الذي يهدف إلى تحليل ثقافة وقيم المنظمة. وعلى غرار البعد الثالث، تُفسر هذه العوامل الطريقة التي تتحقق الأهداف من خلالها.

٥. العلاقة بين النماذج الأربعة وفق تقييم الاداء التنظيمي

ويُعرّف (Sicotte, 1998: 42) وجهة النظر العقلانية التي اعتمدها العديد من المؤلفين لتحديد المنظمة (رأي النظم الرشيدة): «المنظمات هي جماعات موجهة إلى السعي لتحقيق أهداف محددة نسبياً وتُظهر نسبياً بنية اجتماعية رسمية للغاية». ويؤكد هذا التعريف أولاً على الجوانب المعيارية للمنظمات التي تبحث عن أهداف معينة، وهذا مرتبط بنماذج موضوعية عقلانية لـ (Sicotte, 1998: 44). وهذا يتفق جزئياً مع نماذج تصميم العملية الداخلية، فيما عدا أولئك الذين يهتمون بالجوانب الرسمية وغير الرسمية للمنظمة. وسوف نناقش من خلال وجهة النظر العقلانية هذه، نموذجنا التكاملية المرتبط بالعلاقة بين التصميم وأداء المستشفى.

ويحدد (Sicotte, 1998: 42) وجهة نظر الأخيرة عن المنظمة. ويمكن اعتبارها نظاماً طبيعياً يهدف إلى الاستمرار من خلال تطوير الهياكل والثقافات المختلفة من أجل تحقيق أهدافها (رأي النظام الطبيعي). «المنظمات هي جماعات يشترك المنضمين فيها بمصالح مشتركة في إبقاء النظام والذين ينخرطون في الأنشطة الجماعية، المُعَدّة بشكل غير رسمي، لتأمين هذه الغاية ويشمل هذا الرأي جزئياً البعد الثالث (في جوانبه غير الرسمية) وكليا البعد الأخير لـ (Sicotte, 1998: 45) المتعلق بنماذج الأداء التنظيمي.

وحتى وإن لم يؤخذ هذا البعد في الاعتبار في هذا البحث، إلا أننا نريد دراسته في الأبحاث المستقبلية. وسوف يتيح لنا تحليل سياق إدخال متغيرات أقل موضوعية وعقلانية من أجل تحديد كيف تؤثر هذه المتغيرات على العلاقة بين الخيارات الهيكلية والأداء.

ثالثاً: الأداء التنظيمي في المستشفيات

لقد وصفنا الأداء من وجهة نظر عقلانية جداً والتي على أساسها تسعى المستشفيات لتحقيق أهداف محددة والتي تُبنى المنظمة فقط من أجل تحقيق هذه الأهداف.

١. الأداء التنظيمي: البناء متعدد الأبعاد:

لا يمكن لمعيار واحد فقط تقييم أداء المستشفيات. ويشمل هذا المفهوم عدداً كبيراً من الأبعاد التي يتم تفسيرها من خلال وجود العديد من الجهات الفاعلة أو مجموعة من الأطراف الفاعلة، ولكل منها أهدافها الخاصة. ويصف الأداء وتقييمه واقع معقد يتكون من عناصر متعددة.

قد اقترحت الأدبيات العديد من نماذج الأداء التنظيمي. ويصر كل من (Quinn and Rorhbaugh 1983) على الجانب المتعدد الأبعاد للأداء التنظيمي وكذلك على الميزة التكميلية لهذه الأبعاد. ويمثل كل بُعد من أبعاد الأداء التنظيمي، عامل محدد فقط من عوامل الأداء. ويحل كل من (Quinn and Rorhbaugh 1983: 149) نماذج الأداء التنظيمي القائمة وتوصلوا إلى أن المعايير المتعلقة بهذه النماذج المختلفة يمكن أن تكون إما متعاكسة أو تكميلية بحيث أن فرضيات تقييم الأداء تتفاضل دائماً بين العديد من المتغيرات التي لا تتوافق تماماً.

وفقاً (Cameron and Whetten 1983: 219) يوضح كل إطار مفاهيمي للأداء بعض جوانب الأداء التنظيمي فقط ويهمل البعض الآخر. وهذا هو السبب في عدم اعتبار أي نموذج هو الأفضل، أو بأنه يحتوي النماذج الأخرى.

وفي هذه الآراء، هناك عنصرين مهمين، هما: يُعد تقييم الأداء متعدد الأبعاد ويرتبط بالبيئة. وفي بيئة معينة، يجب أن تميز عملية تقييم الأداء المتغيرات ذات الصلة عن تلك المتغيرات الثانوية. وتُعد الأبعاد العديدة التي سوف تستخدم لتقييم أداء المستشفيات ذات معنى وذات صلة فقط في السياق الخاص الذي تواجهه المستشفيات.

٢. تقييم أداء المستشفى التنظيمي

قبل عدة سنوات، ميز (Donabedian, 1966: 36) ثلاثة مؤشرات للأداء التنظيمي للرعاية الصحية، وهي: المؤشرات الهيكلية والعملية ومؤشرات النتائج. وتشمل المؤشرات الهيكلية خصائص المنظمة أو المشاركين (الحجم، والحصول على مركز الربح، وتعليمي أو لا، والملكية...).

وترتبط مؤشرات العملية بأنشطة المنظمة المنفذة لتحسين الأداء التنظيمي أو الرقابة عليه (التسويق وإدارة الموارد البشرية، والتخطيط...). وتعتمد مقاييس النتائج على التدابير السريرية للجودة وإرضاء المرضى وموقف الموظف والكفاءة والنتائج المالية.

ويرى Fottler وجود سبعة متغيرات للنتائج متحولة في الكفاءة (الإنتاجية وكفاءة التكلفة) والفاعلية (جودة الرعاية ورضا المريض الموقف البشري القائم على موارد السلوك للعاملين والنتائج المالية والقدرة على التكيف والاستمرارية). ويحتفظ بدقة أكثر بهذه المعايير الأربعة: جودة الرعاية وإرضاء المرضى وكفاءة التكاليف والنتائج المالية. ويمكن أن تعطي الكفاءة والنتائج المالية فكرة عن جدوى المستشفى.

ويؤكد كل من (Shortell, Flood and Scott, 1994: 55) على الانتاج في نموذج مؤشرات الأداء التنظيمي المرتبط بإدارة الموارد البشرية (يمكن قياس رضا العاملين من خلال معدل المناوبة والغياب، وتقييم مكافآت الدوام الكامل (FTE's) حجم العمل).

وبالنسبة لكل معيار من معايير الأداء، يجب قياس المؤشرات، التي تم تعريفها على أنها ملاحظة متوقعة منها أن تشير إلى وجود جانب معين من الأداء (Kazandjian and al, 1993: 156). وتُعد هذه المعايير تقييمية (الفرض منها تقييم أو تقدير)، وهي تشمل نقطة مرجعية بحيث يمكن من خلالها مقارنة الإنجاز الحالي بالأداء السابق أو بمعيار آخر (Berkowitz, 1995: 87). ويضيف (Flood, 1994: 90) بأن تدابير النتائج تركز على التغييرات الحاصلة أو النتائج المتحققة.

ونحن ننتج المنهج الذي اقترحه Fottler، ولكننا نقترح أيضاً في هذا البحث، مثلما اقترح Shortell، بتمييز إدارة الموارد البشرية (من حيث التدخلات والرضا) على أنها مؤشرات للأداء وتستخدم معايير نتائج التسعيرات، التي تسمح بتقييم أداء الرعاية الصحية والمؤشرات المستخدمة في معظم الأحيان لتقييمها. وبالتالي، فإن هذه القائمة ليست شاملة.

المبحث الثالث

الجانب العملي للبحث

أولاً: تحليل البيانات الديموغرافية لعينة البحث في مستشفيات مدينة الطب

تتضمن هذه الفقرة البيانات الديموغرافية لعينة البحث، وتحديد مدى ملائمة خصائص أفرادها من الأطباء، لطبيعة متغيرات البحث وإمكانيتهم في تقديم اجابات وأراء ذا مستوى من الدقة، إذ تشمل هذه الخصائص عينة من الأطباء في مدينة الطب مجال البحث، ولست مستشفيات بالإضافة الى الادارة العامة، وتكونت من (٢١٢) مفردة من الأطباء، قام الباحث بتوزيعها

ومتابعها عن كثب وبصورة مستمرة، مما ساعد ذلك في جمع الاستبيانات الموزعة كافة، إضافة الى ادارة البيانات واختبارات دقة قياس متغيرات البحث. ويمكن بيان خصائص الأطباء وتحليلها من خلال ما يأتي:

الجدول (١): خصائص أفراد عينة البحث من أطباء مستشفيات مدينة الطب (N=212)

الخصائص	الفئات	ال تكرارات	النسبة المئوية
المستشفى	مستشفى بغداد	85	%٤٠
	مستشفى الأطفال	21	%١٠
	مستشفى الحروق	8	%٤
	مستشفى الاورام	15	%٧
	مستشفى غازي الحريزي	70	%٣٣
	مستشفى الجهاز الهضمي والكبد	11	%٥
	الادارة العامة	2	%١
السن	المجموع	٢١٢	%١٠٠
	٢٥ فأقل	5	%٢
	من ٢٦ لغاية ٣٥	69	%٣٣
	من ٣٦ لغاية ٤٦	70	%٣٣
	من ٤٦ لغاية ٥٥	55	%٢٦
	أكثر من ٥٥	13	%٦
	المجموع	٢١٢	%١٠٠
النوع الاجتماعي	ذكر	159	%٧٥
	انثى	53	%٢٥
	المجموع	٢١٢	%١٠٠
سنوات الخدمة	من ١ لغاية ٥	5	%٢
	من ٦ لغاية ١٠	68	%٣٢
	من ١١ لغاية ١٥	59	%٢٨
	من ١٦ لغاية ٢٠	35	%١٧
	من ٢١ لغاية ٢٥	31	%١٥
	من ٢٦ فأكثر	14	%٧
	المجموع	٢١٢	100%
المؤهل الدراسي	بورء اختصاص	100	%٤٧
	دكتوراه	8	%٤
	ماجستير	12	%٦
	دبلوم عالي	62	%٢٩
	بكالوريوس	30	%١٤
	المجموع	٢١٢	%١٠٠
العنوان الطبي	مقيم دوري	30	%١٤
	مقيم أقدم	32	%١٥
	طالب بورء	18	%٨
	طبيب اختصاص	100	%٤٧
	طبيب استشاري	20	%٩
	مدير قسم	12	%٦
	المجموع	٢١٢	%١٠٠
الحالة الاجتماعية	غير متزوج	50	%٢٤
	متزوج	162	%٧٦
	المجموع	٢١٢	%١٠٠
الانحدار الاجتماعي	حضري	190	90%
	ريفي	22	10%
	المجموع	٢١٢	%١٠٠

ثانياً: اختبار دقة وجودة بيانات أداة القياس

من أجل اختبار دقة وجودة بيانات أداة القياس استعان الباحث بمجموعة من الأساليب والاختبارات الاحصائية، وهي (التوزيع الطبيعي Normality، والصدق Validity، والثبات reliability). إن الغرض من اجراء اختبار التوزيع الطبيعي (Normality) هو لتحديد شكل توزيع البيانات فقد استخدم اختبار (Kurtosis & Skewness)، الذي تم حسابه لكل متغير من متغيرات البحث، والذي يعد الأكثر دقة في تحديد شكل التوزيع، حيث يعد شكل التوزيع طبيعياً عندما تقع قيم نتائج الاختبار ضمن النطاق المسموح به وهو (± 1.96) (Hair, et al., 2010: 123). كما ان اختبارات الصدق تمثل احدى الاختبارات الضرورية التي ينبغي استخدامها في تقدير مستوى جودة مطابقة أداة القياس (Cooper & Schindler, 2014: 34). وينبغي على الباحث ان يقوم بالتأكد من صدق البناء (المفهوم) Construct Validity الذي يشير هذا النوع من الصدق الى مدى قياس الاداة المستخدمة في البحث للمفهوم كما تقتضيه النظرية (Sekar & Bougie, 2010: 11) وقد أجرى الباحث لهذا الغرض التحليل العنقودي. ومن بين أهم الطرق وأكثرها استخداماً من قبل الباحثين هي طريقة تحليل المكونات الأساسية Principal Component Analysis (Verma, 2013: 236). وان من ضمن مخرجات هذه الطريقة هو اختبار (Kaiser-Mayer-Olkin (KMO والغرض منه هو التأكد من كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العنقودي التوكيدي الذي يوصي به (Hinton, et al., 2014: 147)، والذي يرى بأن نتائج (KMO) تقع ضمن نطاق (1-0)، وعندما تكون النتيجة 0.50 تعتبر غير مقبولة، وعندما تكون النتيجة 0.60 فإنها نتيجة مقبولة، أما النتائج التي تكون قريبة من (1) فتعتبر النتائج ممتازة. كما ينبغي ان يكون التشبع العنقودي (0.40) فما فوق كنتيجة مقبولة للفرقات، وفي حال ظهرت تشبعات عاملية أقل من (0.40) فإنها تحذف (Hair, et al., 2010: 96).

وقد تم اجراء اختبار الثبات الذي يعتبر مؤشراً للاتساق الداخلي للمقياس، ويكون المقياس ذي ثقة عندما تؤدي نتيجة محاولات مختلفة لقياس شيء معين الى النتيجة نفسها (Zikmund, et al., 2010). ويستخدم الاتساق الداخلي (الثبات) بشكل واسع كمؤشر لجودة المقياس من خلال Cronbach's alpha (Sekar & Bougie, 2010: 66). وقد قدم (Cohen, 2007: 506) دليل استرشادي بهذا الشأن، حيث ذكر بأن معامل الفا يتراوح من (0) ويعني غير متسق، الى (1) ويعني الاتساق التام، اذا كان أقل من (0.60) فإنه يشير الى الثبات الضعيف وغير مقبول، وان ما يتراوح بين (0.60-0.79) يعتبر فيه المقياس ذات ثبات قليل، وما يتراوح بين (0.79-0.90) يشير الى انه متوسط الثبات، أما اذا تراوح بين (0.90-0.99) فإنه يشير الى الثبات العالي، وفي حال كان أكبر من 0.90 فإنه يحمل ثقة عالية جداً. وقد اجريت الاختبارات المذكورة اعلاه عن طريق الاستعانة ببرنامج SPSS V.22، وكما سيأتي في الجدول الآتي:

الجدول (٢): اختبار دقة وجودة بيانات أداة القياس

المتغير/ البعد	الفقرة	Normality		Measure of Sampling Adequacy	Validity	reliability
		Kurtosis	Skewness		Factor loading	
الاستراتيجية والروية	Item ١	.023	-.484-	.788	.61	.٨٤٠
	Item 2				.85	
	Item ٣				.82	
	Item 4				.86	
	Item 5				.74	
العمليات التنظيمية	Item ٦	.677	.205	.873	.79	.٨٩٠
	Item 7				.80	
	Item ٨				.91	
	Item ٩				.78	
	Item ١٠				.79	
أنظمة العمل	Item ١١	.303	-.180-	.792	.43	.٩٢٠
	Item ١٢				.79	
	Item 13				.62	
	Item ١٤				.71	

٠,٩١	.73	.750	-.134-	.105	Item 15	الأفراد العاملين
	.53				Item ١٦	
	.74				Item 17	
	.85				Item 18	
	.86				Item ١٩	
٠,٨٤	.66	.811	.613	.387	Item 20	الهيكل التنظيمي
	.54				Item 21	
	.81				Item ٢٢	
	.82				Item ٢٣	
	.39				Item ٢٤	
٠,٨٢	.26	.786	-.319-	-.450-	Item 25	جودة الرعاية الصحية
	.55				Item 26	
	.79				Item 27	
	.89				Item ٢٨	
	.75				Item 29	
٠,٩٠	.72	.766	1.338	-.026-	Item ٣٠	رضا المريض
	.82				Item ٣١	
	.80				Item 32	
	.72				Item 33	
	.62				Item 34	
٠,٩١	.79	.741	١.400	-1.003-	Item 35	تحقيق النتائج المالية
	.96				Item 36	
	.61				Item 37	
	.65				Item 38	
	.86				Item 39	
٠,٩٠	.80	.785	1.075	-.280-	Item ٤٠	تطوير الموارد البشرية
	.71				Item 41	
	.51				Item 42	
	.56				Item 43	
	.86				Item ٤٤	
٠,٨٧	.88	.774	-.281-	-.055-	Item ٤٥	الكفاءة

يتضح من الجدول أعلاه بأن قيم (*kurtosis & skewness*) لمتغيرات المقياس كافة، تقع ضمن الحدود الدنيا والعليا للتوزيع الطبيعي. وهذا يدل على أن الأسلوب الإحصائي المناسب هو (الإحصاء المعلمي). إضافة إلى صلاحية البيانات لإجراء الاختبارات الإحصائية الأخرى التي تتلاءم مع الإحصاء المعلمي ولا سيما معامل ارتباط *Person* (Sekaran & Bougie, 2010).

كما اتضح من الجدول أعلاه بأن قيمة (*KMO*) وللأبعاد كافة، تمتعت بمستوى مقبول، وهذا يدل على كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العاملي ولجميع المتغيرات. وقد اتضح بأن التشبعات العاملية للفقرات كافة، أكبر من الحدود الدنيا المقبولة، وهذا يدل على إن هنالك صدق بناء لمتغيرات البحث جميعاً، ماعدا الفقرات (Item6, Item24, Item25) فإنها تحذف لكونها لم تحقق التشبع العاملي المطلوب. وان بيانات أداة القياس صالحة لإجراء التحليلات الإحصائية الأخرى. كما اتضح بأن معامل الثبات *Cronbach's Alpha* لجميع أبعاد المقياس هو أكبر من ٠,٦٠، وهذا يدل على توافر الاتساق الداخلي لفقراته وكذلك صلاحيته لإجراء التحليلات الإحصائية الأخرى.

ثالثاً: العلاقات الخطية، والتعدد الخطي، والإحصاءات الوصفية

عندما نريد التأكد من أهمية المتغيرات ومستوى ادراكها من قبل الأطباء في مدينة الطب مجال البحث، فإن ذلك يتطلب إجراء الإحصاءات الوصفية متمثلة بـ كلاً من الوسط الحسابي والانحراف المعياري وكما سيأتي لاحقاً. كما أن العلاقة الخطية بين المتغيرات يمكن تقديرها من خلال تحليل ارتباط *Person* لكون البيانات ذات التوزيع الطبيعي المعلمي (Field, 2010; Hair, et al., 2009). وأن تحديد العلاقة الخطية بين أبعاد ومتغيرات البحث يأتي من أجل تقديم دعماً أولياً لفرضيات التأثير في البحث، حيث أن هذا النوع من التحليل يتخصص العلاقات المتبادلة بين المتغيرات المستقلة والمعتمدة، والتي تصف

الاتجاه ودرجة الترابط فيما بينها، ويعرض ذلك من خلال نتائج الارتباط التي تبين معاملات الارتباط لتلك المتغيرات (Robson, 2002). إضافة إلى ذلك، التأكد من قوة نموذج البحث من خلال الاستدلال على عدم وجود ارتباط خطي متعدد (Multicollinearity) بين الأبعاد المستقلة. وأن قيمة معامل ارتباط Person تتراوح ما بين (١) و (١٠)، فعندما تكون قيمته (١) فهذا يدل على الارتباط الإيجابي التام، وعندما تكون قيمته (١٠) فهذا يدل على الارتباط العكسي التام، أما إذا كانت قيمته (٠) فهذا يدل على عدم وجود ارتباط خطي بين المتغيرات. وقد اقترح (Cohen, 1988) معياراً توجيهياً لمستوى العلاقة بين المتغيرات يشمل يخصص قوة العلاقة الخطية بين المتغيرات فقد اقترح (Cohen, 1988) معياراً توجيهياً لمستوى العلاقة بين المتغيرات يشمل ثلاث حالات هي: ضعيفة، ومتوسطة، وقوية، حيث يرى بأن الارتباط الذي تقع قيمته بين (٠,١٠) إلى (٠,٢٩)، أو (٠,١٠) إلى (٠,٢٩) يعتبر ضعيفاً، والارتباط الذي تقع قيمته بين (٠,٣٠) إلى (٠,٤٩)، أو (٠,٣٠) إلى (٠,٤٩) يعتبر متوسطاً، أما الارتباط الذي يقع بين (٠,٥٠) فأكثر، أو (٠,٥٠) فأكثر) يعتبر قوياً. ويمكن عرض مصفوفة الارتباط والاحصاءات الوصفية كما يأتي:

الجدول (٣): العلاقات الخطية، والتعدد الخطي، والاحصاءات الوصفية

المتغير المستقل	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
الاستراتيجية والروية (١)	1											
العمليات التنظيمية (٢)	.114*	1										
أنظمة العمل (٣)	.142*	.153*	1									
الأفراد العاملين (٤)	.165*	.118*	.125	1								
الهيكل التنظيمي (٥)	.174*	.129*	.150*	.143*	1							
التصميم التنظيمي (٦)	.432**	.444**	.531**	.453**	.510**	1						
المتغير المعتمد												
جودة الرعاية الصحية (٧)	.361**	.336**	.364**	.458**	.445**	.332**	1					
رضا المريض (٨)	.465**	.435**	.387**	.492**	.466**	.387**	.126*	1				
تحقيق النتائج المالية (٩)	.422**	.478**	.373**	.391**	.382**	.420**	.118*	.154*	1			
تطوير الموارد البشرية (١٠)	.399**	.481**	.436**	.475**	.467**	.394**	.192*	.175*	.146*	1		
الكفاءة (١١)	.438**	.455**	.458**	.473**	.357**	.419**	.154*	.143*	.173*	.167	1	
أداء المنظمة (١٢)	.456**	.472**	.443**	.478**	.471**	.439**	.512**	.633**	.641**	.780**	.563**	1
الوسط الحسابي	٣,٩٠	٤,٠٧	٤,٤٢	٤,٤٤	٤,٧٤	٤,٣١	٤,٢١	٤,٩٣	٤,٦٢	٤,٤٤	٤,١١	٤,٤٦
الانحراف المعياري	١,١٧	١,١٠	١,٢٧	١,١٤	١,٠٩	-	١,٢٤	١,٢٦	١,١٨	١,١٤	١,١٩	-

يتضح من نتائج تحليل الاحصاءات الوصفية (الوسط الحسابي، والانحراف المعياري) للمتغيرات والأبعاد أعلاه، بأن هناك ادراك ضعيف وتقبل إيجابي واهتمام محدود من قبل أفراد العينة تجاه متغيرات وأبعاد البحث، لأن قيمة الوسط الحسابي أدنى من الوسط الفرضي الذي قيمته (٥)، والتي تراوحت بين (٤,٩٣-٣,٩٠). ويدل صغر الانحرافات المعيارية التي تراوحت بين (١,٢٧-١,٠٩) على عدم تشتت اجابات الأطباء أفراد العينة حول الوسط الحسابي، أي ان هنالك تجانس في فهم وادراك هذه المتغيرات والأبعاد.

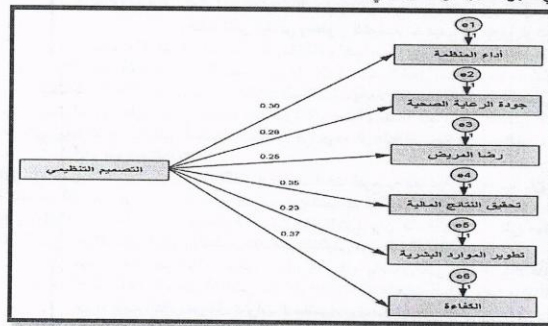
كما اتضح من نتائج مصفوفة معاملات الارتباط أعلاه بأن نتائج الارتباط بين متغيرات البحث، تشير الى وجود علاقة ايجابية ومعنوية بين المتغير والابعاد المستقلة (الاستراتيجية والروية، والعمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين، والهيكل التنظيمي) والمتغير والابعاد التابعة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة)، اي ان تركيز الأطباء على أبعاد التصميم التنظيمي، سيسهم في تحقيق أداء أفضل للمستشفيات الست في مدينة الطب، وهذا ما يسهم في تقديم دعم أولي لفرضيات التأثير في البحث. إضافة الى ذلك لم يظهر اي ارتباط خطي متعدد او متداخل (Multicollinearity) بين الابعاد المستقلة. لأن مقدار الارتباط بين الابعاد المستقلة لم يصل الى (٠,٧٠)، وهذا يدل على عدم وجود التعدد الخطي (DeVaus, 2002: 327).

رابعاً: اختبار الفرضيات

من أجل اختبار فرضيات البحث، والتأكد من مدى قبولها أو رفضها، فقد تم استخدام طريقة اوزان الانحدار *Regression Weights* التي تتضمن مخرجاتها تقديرات الانحدار *Estimate Regression* الذي يبين مقدار ما يفسره المتغير المستقل من المتغير المعتمد، والنسبة الحرجة *Critical Ratio (C.R)* التي تبين مستوى الاختلافات بين اوزان الانحرافات وتقابل قيمة *t*، ولكي تكون الفرضية مقبولة، ينبغي أن تكون قيم *C.R* أكبر من ١,٩٦، وبمستوى معنوية $p < 0.05$ (Ho, 2006; Hair, et al., 2010; Schumacker & Lumax, 2010; Byrne, 2010; Tabachnick and Fidell, 2013). حيث تعتمد هذه الطريقة على عرض المخططات التي تعطي صورة أكثر دقة وأكثر فهماً عن الحالة (Norman & Streiner, 2003). وقد تم استخدام برنامج AMOS.V.22 باعتباره من البرمجيات الاحصائية المتقدمة والحديثة التي تعطي نتائج أكثر دقة، ولاسيما من خلال طريقة اوزان الانحدار *Regression Weights* الموجودة في البرنامج. وكما سيأتي.

ومن أجل اختبار الفرضية الأولى للبحث، كونها تشمل متغيران ضمن نفس المستوى وهو مستوى المنظمة، ويمثلان المتغير المستقل (التصميم التنظيمي) وأبعاده، والمتغير التابع (أداء المنظمة) وأبعاده، فقد تم الاعتماد على الطريقة المذكورة أعلاه ومن خلال الاستعانة ببرنامج AMOS.v22 وكما يأتي:

١. اختبار الفرضية الرئيسية الأولى (H1)، والفرضيات الخمسة التي تنفرع منها وهي: (H1a, H1b, H1c, H1d, H1e)، والتي تظهر نتائجها من خلال الآتي:



الشكل (١): اختبار الفرضية الرئيسية الأولى وتفرعاتها الخمسة

الجدول (٤): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى وتفرعاتها الخمسة
Standardized Regression Weights

النتيجة	P	C.R.	β	مسارات المتغيرات والأبعاد
مقبولة	***	٣,٠١	.30	التصميم التنظيمي <-- أداء المنظمة
مقبولة	***	٢,٩٥	.28	التصميم التنظيمي <-- جودة الرعاية الصحية
مقبولة	***	٢,٨٧	.25	التصميم التنظيمي <-- رضا المرضى
مقبولة	***	٣,١٣	.35	التصميم التنظيمي <-- تحقيق النتائج المالية
مقبولة	***	٢,٧٣	.23	التصميم التنظيمي <-- تطوير الموارد البشرية
مقبولة	***	٣,٢٦	.37	التصميم التنظيمي <-- الكفاءة

من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الرئيسية الأولى وفرضياتها الفرعية الخمسة، نجد بأن هناك علاقة تأثير إيجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة وأبعاده الخمسة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة). فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في أداء المنظمة، أي في أداء المستشفيات الست مجال البحث، بمقدار (٠,٢٠)، و (C.R.) مقدارها (٣,٠١) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الرئيسية الأولى (H_{11}) التي تصبح (هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات الست مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الأولى، نجد بأن هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في جودة الرعاية الصحية، بمقدار (٠,٢٨)، و (C.R.) مقدارها (٢,٩٥) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الأولى (H_{1a}) التي تصبح (هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الست مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الثانية، نجد بأن هناك علاقة تأثير إيجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في رضا المريض. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في رضا المريض، بمقدار (٠,٢٥)، و (C.R.) مقدارها (٢,٨٧) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الثانية (H_{1b}) التي تصبح (هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في رضا المريض).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في رضا المريض في المستشفيات الست مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الثالثة، نجد بأن هناك علاقة تأثير إيجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في تحقيق النتائج المالية، بمقدار (٠,٣٥)، و (C.R.) مقدارها (٣,١٢) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الثالثة (H_{1c}) التي تصبح (هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية في المستشفيات الست مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الرابعة، نجد بأن هناك علاقة تأثير إيجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في تطوير الموارد البشرية، بمقدار (٠,٢٣)، و (C.R.) مقدارها (٢,٧٣) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الرابعة (H_{1d}) التي تصبح (هناك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية في المستشفيات الست مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

ان يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية في المستشفيات الست مجال البحث، وبما ينعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات. وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الخامسة، نجد بأن هنالك علاقة تأثير إيجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في الكفاءة. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر إيجابياً ومعنوياً في الكفاءة، بمقدار (٠,٣٧)، و (C.R.) مقدارها (٣,٢٦) وبمعنوية أقل من ($p > 0.05$). وأن هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الخامسة (H_{1e}) التي تصبح (هنالك تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في الكفاءة).

وعلى الرغم من أن نتيجة هذه الفرضية جاءت معنوية ومقبولة، ولكنها بمستوى تأثير قليل، إذ يؤكد هذا المقدار من التأثير ضعف مستوى التركيز والاهتمام بأبعاد التصميم التنظيمي من قبل إدارات المستشفيات الست، وهذا ما يتطابق مع نتائج الإحصاءات الوصفية التي بيّنت عدم الاهتمام الكافي من قبل إدارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في الكفاءة في المستشفيات الست مجال البحث، وبما ينعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

نستخلص من نتيجة الفرضية الرئيسية الأولى أعلاه وفرضياتها الفرعية الخمسة، بأن جميعها مقبولة، وذات تأثير إيجابي، ومعنوي، إلا أنها تؤثر بمستوى ضعيف، مما يتطلب من إدارات المستشفيات الست مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ إجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه أن يساعد على زيادة التأثير الإيجابي للتصميم التنظيمي في أبعاد الأداء التنظيمي الخمسة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة) في المستشفيات الست مجال البحث، وبما ينعكس على تحسين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات.

رابعاً: مناقشة النتائج

سيتم في هذه الفقرة مناقشة نتائج البحث، لغرض التأكد فيما إذا كانت هذه النتائج تجيب على تساؤلات البحث بشكل فعال، باعتبار هذه التساؤلات تحتاج إلى معالجة من أجل معالجة مشكلة البحث، وتحقيق أهدافها.

التساؤل الأول: هل يمكن تحديد مستوى اهتمام الأطباء عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث؟

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي في فقرة اختبار الإحصاءات الوصفية لمتغيرات وأبعاد البحث، بأن هنالك ضعف نوعاً ما في الاهتمام بالتصميم التنظيمي وأبعاده الخمسة من قبل إدارات المستشفيات الست في مدينة الطب. مما انعكس ذلك في اختبار الفرضية الأولى التي كانت نتائجها تتمثل في ضعف تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات. كما نجد بأن هنالك ضعف نوعاً ما في الاهتمام بأداء المستشفيات وأبعاده الخمسة من قبل إدارات المستشفيات الست في مدينة الطب. مما انعكس ذلك على مستوى الأداء المتحقق في المستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث. بذلك نجد أن هذه النتيجة جاءت لتجيب على التساؤل الأول للبحث، وتحقيقاً للهدف الأول للبحث الذي ينص على وصف وتشخيص مستوى اهتمام الأطباء عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الست في مدينة الطب مجال البحث.

التساؤل الثاني: هل هناك تأثير للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة) تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية).

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي في فقرة تحليل الارتباط، أن هنالك علاقة إيجابية ومعنوية بين التصميم التنظيمي ككل مع أداء المستشفيات، وكل بعد على حده أي (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية)، مما أسهم ذلك في تقديم دعم أولي لفرضيات البحث بهذا الشأن، والتي أظهرت نتائجها بأن هنالك تأثيراً قليلاً للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده، الذي أدى إلى قبول الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية الخمس التابعة لها. وعلى الرغم من أن نتائج هذه الفرضية الرئيسية وأبعاده جاءت ضعيفة، إلا أن هذه النتائج المتحققة، جاءت لتتفق مع ما تم طرحه في الدراسات السابقة، والاطار المفاهيمي الذي تناولته البحث، الذي ظهر فيه بأن التصميم التنظيمي يؤدي إلى تحسين أداء المستشفيات وأبعاده. وبالتالي فإن هذه النتائج تقدم دليلاً واضحاً في الاتفاق مع الدراسات السابقة ودعماً للنتائج التي حققها، كما أن هذه النتيجة جاءت لتجيب على التساؤل الثاني للبحث، وتحقيقاً للهدف الثاني للبحث الذي ينص على تحديد تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة) تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية).

المبحث الرابع
الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: الاستنتاجات

- ١- يرتبط التصميم التنظيمي بموضوعات بناء المنظمات لتحقيق أهدافها الاستراتيجية المحددة في خططها العامة، ويعد التصميم التنظيمي أكثر من مجرد خارطة تنظيمية التي تحوي المربعات والخطوط المباشرة وغير المباشرة للسلطة والمسؤولية والاتصالات، فهو يمتد بالمعنى ليشمل مجموعة متنوعة من العوامل الحيوية، بما فيها نظم المعلومات الإدارية والمكافآت ونمط الإدارة وصليات اتخاذ القرارات، وثقافة المنظمة وانحرفاتها وطبيعة حركية الموارد البشرية العاملة فيها.
- ٢- يعامل التصميم التنظيمي بالمنظور المعاصر مثل الحمض النووي للإنسان، بحيث لا توجد تصاميم مثالية، مما يتطلب الأمر تقييم خيارات المنظمة وموازنة منافعها وعيوبها، وأن أفضل ما يتشكل على أساس معرفة وخبرة وتجارب الأفراد في أجزائها، ويمكن أن تخرج حتى انجح التصاميم عن مسارها بسبب سوء التخطيط والتنفيذ، ويفترض أن ينعكس التصميم المناسب للمنظمة متطلبات رؤية وخطط المنظمة للمنافسة المستقبلية وتتناول الدوافع ونقاط قوة وضعف الإدارة والعاملين، ويوفر الصلاحيات المطلوبة للمدراء التي ترتبط بالقيمة الاستراتيجية للوحدات التنظيمية، وأن تكون قابلة للتكيف وسريعة الاستجابة للتغيرات المستقبلية.
- ٣- عادةً ما يرتبط التصميم المناسب للمنظمة بالأداء التنظيمي الذي يفترض أن يقاس بمعايير مناسبة للغاية تتعلق بكفاءة الموارد البشرية العاملة، وفاعلية المنظمة نفسها ورضا الزبائن وجودة ما يقدم لهم، فضلاً عن قياسات مخرجات النتائج المالية لها.
- ٤- لا يوجد سعي حثيث واهتمام جاد من قبل إدارات المستشفيات في تبني استراتيجية واضحة ورؤية متطورة عن جودة الرعاية الصحية التي يمكن تقديمها للمرضى، فضلاً عن ضعف الاهتمام بالعمليات التنظيمية داخلها وبخاصة سوء تنظيم جدولة تحسين الخدمات المقدمة لهم.
- ٥- وجود تفسير واضح سجل على إدارات المستشفيات الحكومية بمدينة الطب متمثل في محدودية الاهتمام بتطوير أنظمة العمل التي تتعلق بإدارة الموارد البشرية والمالية والمحاسبية والأداء المؤسسي وإدارة المعلومات وصناعة المعرفة وفرق العمل، وما يترك أثراً سلبياً على تطبيق منظومة الموازنة بين الوقت المتاح للحياة والعمل لدى الأطباء العاملين فيها.
- ٦- ضعف توجه إدارات المستشفيات العراقية نحو الاهتمام بالعاملين فيها فما تزال أنظمة الاستقطاب والاختيار والتعيين والوصف الوظيفي وتقييم الأداء قاصرة للغاية، كما لا يوجد سعي حثيث من قبل هذه الإدارات نحو التطوير المتمثل لقرارات ومهارات العاملين وتنمية روح العمل الفرقي، فضلاً عن سوء التطبيق للعدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية.
- ٧- اهتمام قليل من قبل إدارات المستشفيات العراقية بتطوير الهيكل التنظيمي من تعظيم منظومة السلطة والمسؤولية والاتصالات، وبما يخلق ذات خلل واضح في منظومة قيم الأطباء التي ينبغي أن تراعى في الهيكل نفسه والسعي لإيجاد موانعة تصب في مصلحتها العامة لتحقيق أهدافها الاستراتيجية التي تتعلق بإنجاز المسؤولية الاجتماعية ذات الصلة بمنظومة أخلاق الأطباء المعيارية المتعلقة بالإنسانية العالية.
- ٨- ظهور مستوى عالٍ من ضعف التركيز على معايير جودة الرعاية الصحية وتحقيق رضا المرضى وولائهم العالي للمستشفيات المبحوثة، إلى جانب ارتفاع الكلف المالية قياساً بالخدمات المقدمة لهم واللامهنية في التعامل معهم والتصور في تدريب الأطباء وتقديم الحوافز المالية إليهم، وفي هذا الخصوص يستنتج أن كفاءة المستشفيات العراقية وفق قياسات الأداء المعيارية غير سليمة بسبب سوء استغلال المواقف المتاحة وضعف تقديم الخدمة المميزة للمرضى المتعاملين معها.
- ٩- كلما جرى تصميم المستشفيات هيكلياً بشكل ملائم عبر مراعاة الاستراتيجية والرؤية الجيدتين، العمليات التنظيمية المناسبة، أنظمة العمل السليمة، العاملين المطلوبين لتقديم الخدمة، والهيكل التنظيمي العالي المستوى) فيما يتحقق الأداء الكفء المرغوب لها من حيث تقديم الرعاية الصحية مرغوبة، تصب في تحقيق رضا المرضى والنتائج المالية المرضية وتطوير الموارد البشرية.

ثانياً: التوصيات

- التوصية الأولى:** نوصي إدارات المستشفيات في مدينة الطب في تبني استراتيجية واضحة ورؤية متطورة لتحسين مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، وكذلك زيادة الاهتمام بالعمليات التنظيمية داخل المستشفيات وبخاصة تنظيم جدولة تحسين الخدمات المقدمة للمرضى وذلك من خلال الآليات التالية:
- ١- قيام الإدارة برسم خطط استراتيجية لاصحابها المستقبلية والتي ترسم في إطار رؤية مستقبلية هدفها النجاح في المستقبل، والعمل على ادامة العلاقات مع اصحاب المصالح المتمثلين بـ (المرضى، والعاملين، والحكومة، والمجتمع المحلي، والمجهزين الخ).
 - ٢- ينبغي ان يعكس التصميم متطلبات رؤية وتخطيط مستشفى مدينة الطب للمنافسة في المستقبل، ويكشف الدوافع ونقاط القوة والضعف في الاطباء والكادر الطبي المساند، ويولي اهتماماً كافياً للمصادر المستهدفة من القيمة المضافة والمبادرات الاستراتيجية للوزارة، ويوفر الصلاحيات المطلوبة، والمخصصة للجماعات/ الأفراد، والتي ترتبط بالقيمة الاستراتيجية للوحدة أو الوظائف.
 - ٣- تحديد مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة الحالي والعمل على تحسينها من خلال تحديد معايير تحسين الجودة، وتدريب الكوادر على افضل احدث ادوات وطرق قياس الجودة، وتعزيز خبراتهم حول كيفية تحسين الجودة.

٤- زيادة فاعلية العمليات التنظيمية من خلال تجهيز المرضى بالخدمات الصحية في الوقت والمكان المناسبين، وكذلك ينبغي تحقيق تكامل العمليات التنظيمية لأداء الخدمة الصحية بين جميع أقسام المستشفى وشعبها، كما أنه على الإدارات أن تطلب من المدراء في الأقسام والشعب مقترحات حول تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمرضى.

التوصية الثانية: ينبغي على إدارات المستشفيات الحكومية بمدينة الطب زيادة الاهتمام بتطوير أنظمة العمل التي تتعلق بإدارة الموارد البشرية والمالية والمحاسبية والأداء المؤسسي وإدارة المعلومات وصناعة المعرفة وفرق العمل، لتحسين تطبيق منظومة الموازنة بين الوقت المتاح للحياة والعمل لدى الأطباء العاملين فيها من خلال اعتماد الآليات التالية:

١- توفير أنظمة تخطيط فاعلة للموارد البشرية والمالية والمادية والمعلوماتية والتكنولوجية في المستشفيات، مما يعمل على تنسيق جميع هذه الموارد مع بعضها لإتمام إجراءات العملية، كذلك على إدارة المستشفيات أن توفر أنظمة مالية ومحاسبية قوية تتوافق مع تحقيق متابعة مستمرة للتخصيصات الموجودة في الموازنة.

٢- ينبغي توفير التكامل في نظام إدارة الأداء المؤسسي والوظيفي للعاملين، حيث يهدف قياس الأداء المؤسسي إلى تطوير الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية في مدينة الطب، وكذلك رفع الانتاجية والكفاءة فيها وتلبية احتياجات المستفيدين من المستشفيات، وذلك من خلال وضع آلية تقييم وقياس للأداء المؤسسي وتحديد مستوى المشاركة في تحقيق التحسين المستمر في مستوى المستشفيات، فضلاً عن ذلك يهدف نظام إدارة الأداء الوظيفي إلى تحديد كفاءة الموظفين والعمل على تطوير أدائهم وسلوكهم، وكذلك إخطارهم بنتائج التقييم، ومناقشة مستوى الأداء معهم ومتابعته دورياً حسب الخطة المحددة للاندماج، وكذلك الحصول على المعلومات الراجعة من الموظفين التي تؤدي إلى تحسين كفاءة الإدارة.

التوصية الثالثة: توصي إدارات المستشفيات بزيادة الاهتمام بالموظفين فيها من خلال تحسين أنظمة الاستقطاب والاختيار والتعيين والوصف الوظيفي وتقييم الأداء، والسعي لتحقيق من قبل هذه الإدارات نحو التطوير المتمثل لتدريعات ومهارات الموظفين وتنمية روح العمل الفرقي، فضلاً عن تحقيق العدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية ويتم ذلك باعتماد الآليات التالية:

١- توفير أشخاص ذوي خبرة ومتخصصين في إدارة الموارد البشرية قادرين على الاستقطاب والاختيار المناسب للموظفين وتعيينهم، وكذلك توفير وصف وتحليل للوظائف وتحديد خصائص الفرد المطلوب لشغل الوظيفة، والتعرف على المهارات التي يتمتع بها وتميزه عن الآخرين مثل القدرة على الابتكار، القدرة على الحوار، القدرة على اتخاذ قرار القدرة التحليلية، القدرة على التكيف، القدرة على التعاون مع الآخرين.

٢- ينبغي على إدارات المستشفيات تحفيز الموظفين المجدين، ومراعاة تطبيق العدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية، لأن هذا الأمر سيؤدي إلى المحافظة على الموظفين المهرة ذوي الخبرة، وكذلك يعمل على زرع المحبة بين الأفراد الموظفين، ويحفز على الأقبال نحو العمل والانتاج، فالعامل أو الموظف في إدارة ما عندما يحس بأن هناك عدلاً سانداً وأن كل من له حق لا بد أن يأخذه وأن المكافآت والعلاوات والمحفزات لا ينالها إلا المجتهد المتفاني في عمله لا شك أن هذا الأمر كاف بأن يخلق جواً من التنافس بين العمال ويدفعهم إلى بذل المزيد من التضحيات بخلاف ما إذا كان يحدث العكس وكان هناك جور وظلم للمجتهدين فهذا يدفع إلى التقاعس عن العمل مما يؤدي في النهاية إلى الفشل.

التوصية الرابعة: توصي بزيادة الاهتمام من قبل إدارات المستشفيات العراقية بتطوير الهيكل التنظيمي من تعظيم منظومة السلطة والمسؤولية والاتصالات، وبما يحسن من وضع منظومة قيم الأطباء التي ينبغي أن تراعى في الهيكل نفسه والسعي لإيجاد موازنة تصب في مصلحتها العامة لتحقيق أهدافها الاستراتيجية، التي تتعلق بإنجاز المسؤولية الاجتماعية ذات الصلة بمنظومة أخلاق الأطباء المعيارية المتعلقة بالإنسانية العالية، ويتم ذلك باعتماد الآليات التالية:

• ينبغي بناء هيكل تنظيمي واضح من حيث توزيع الصلاحيات والمسؤوليات ورسم خطوط الاتصال بين الأفراد والأقسام والشعب للمستشفى، وذلك من خلال تحديد الأهداف التي تسعى المستشفى لتحقيقها، وتحديد عدد الوظائف أو الأنشطة التي يتطلبها تحقيق الأهداف، تجميع الأنشطة المتشابهة معاً في وحدات إدارية، ومن ثم تحديد العلاقات التنظيمية التي تربط هذه مع بعضها، حيث ترتبط هذه العلاقات بالسلطة والمسؤولية والتفويض والمركزية واللامركزية ونطاق الإشراف واللجان.

• توضيح السلطة الممنوحة للأقسام والشعب للمستشفى وتوفير السلامة للأفراد الذين يعملون بها، وكذلك تقسيم العمل في المستشفى ينبغي أن يكون واضحاً ومرتب في نفس الوقت وبما يساعد في تحقيق أهداف المستشفى.

• ينبغي مراجعة المستشفى وتحديد منظومة القيم فيها لتكون ملائمة للهيكل التنظيمي الحالي القائم على تفويض الصلاحيات وتوسيع المسؤوليات.

التوصية الخامسة: ينبغي تصميم المستشفيات هيكلياً بشكل ملائم عبر مراعاة الاستراتيجية والرؤية الجيدتين، والعمليات التنظيمية المناسبة، وأنظمة العمل السليمة، والموظفين المطلوبين لتقديم الخدمة، والهيكل التنظيمي العالي المستوى، مما يؤدي إلى تحقق الأداء الكفؤ المرغوب لها من حيث تقديم الرعاية الصحية المرغوبة، والتي تصب في تحقيق رضا المرضى والنتائج المالية المرضية وتطوير الموارد البشرية.

المصادر

- [1]-AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F. Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Editions du seuil. 1996.
- [2]-BERKOWITZ P. Judging performance. University affairs. 6-8. June-July 1995. Based on LEGGAT et al., 1998.
- [3]-Bordens, Kenneth S. & Abbott, Bruce B. (2011), "Research design and methods : a process approach", 8th ed, McGraw-Hill, New York.
- [4]-BURNS T., STALKER GM. The management of innovation. Tavistock Publications. 1961
- [5]-BURTON RM. , LAURIDSEN J., OBEL B. Fit and misfits in the multidimensional contingency model : an organizational change perspective. Working paper. 2000.
- [6]-BURTON RM. , OBEL B. Strategic Organizational Diagnosis and Design. Developing Theory for Application. Second Edition. Kluwer Academic Publishers.1998.
- [7]-Byrne, Barbara M. (2010), "Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming", 2nd ed., New York, NY: Taylor and Francis Group.
- [8]-CAMERON KS., WHETTEN E. Organizational effectiveness : one model or several? Cameron KS, WHETTEN DA. Editors, Organizational effectiveness : a comparison of multiple models. Academic Press, San Diego, pp. 1-20, 1983.
- [9]-Cohen, J. (1988), "Statistical power analysis for the behavioral sciences" 2nd ed., New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- [10]-Cohen, Louis, Manion, Lawrence & Morrison, Keith (2007), "Research Methods in Education", 6th ed., Routledge, USA and Canada.
- [11]-Cooper, D. R. and Schindler, P. S. (2014), "Business Research Methods", 12th ed., Irwin/McGraw-Hill, Singapore.
- [12]-DAFT RL. Management. Second edition. The dryden press. 1991.
- [13]-De Vaus, D. A. (2002), "Survey in Social Research", 5th ed., London: Unwin Hyman. Ch.
- [14]-DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966.
- [15]-Field, A. (2009), "Discovering Statistics Using SPSS" 3rd ed., London: Sage.
- [16]-FLOOD A. B., SHORTELL S. M., SCOTT W. R. Organizational performance : managing for efficiency and effectiveness. In : Kaluzny AD and Shortell SM (eds.) « Health Care Management : organization design and behavior ». Third edition, chapter 13. 1994.
- [17]-FOTTLER MD. Health Care Organizational Performance : Present and Future Research. Journal of Management. Vol.13. N°2. 1987.
- [18]-GALBRAITH JR. Designing complex organizations. Addison-Wesley Publishing Company. 1973.
- [19]-GALBRAITH JR. Approche opérationnelle des problèmes de structure. Document de travail 72-39, Institut Européen des Recherches et d'études supérieures en management. 1972.
- [20]-Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010), "Multivariate Data Analysis; a Global Perspective", New Jersey: Prentice Hall.
- [21]-Hall, Michael Edward (2006), "Measuring the Safety Climate of Steel Mini-mill Workers using an Instrument Validated by Structural Equation Modeling", Doctoral Dissertations, University of Tennessee, Knoxville.
- [22]-Hinton, P. R., Brownlow, C., McMurray, I., Cozens, B. (2014), "SPSS Explained", London:Routledge.
- [23]-Ho, R., (2006), "Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with spss", CRC Press.
- [24]-JONAS S. An introduction to the US Health care system. Forth edition. Springer Publishing Company. 1998.

- [25]-KAZANDJIAN VA., LAWTHERS J., Cernak CM., PIPESH FC. Relating outcome to processes of care: The Maryland hospital association's quality indicators projects (QI Project). Joint commission journal on quality improvement, 19 (11). 330-538. 1993. Based on LEGGAT et al., 1998.
- [26]-KUMAR A., PENG SI OW, PRIETULA M. J. Organizational Simulation and Information Systems Design : An Operations Level Example. Management Science, 39, 2 , 218-240. 1993.
- [27]-LAWRENCE P.R. & LORSCH J.W. Adapter les structures de l'entreprise: intégration ou différenciation, Traduced by J. Ledru, Les éditions d'organisation, 1973.
- [28]-LEGGAT S.G., NARINE L., LEMIEUX-CHARLES L., BARNESLEY J., BAKER GR, SICOTTE C., CHAMPAGNE F., BILODEAU H. A review of organizational performance assessment in health care. Health. Services Management Research 11, 3-23. Health Services Management Center 1998.
- [29]-LEVITT RE., THOMSON J., CHRISTIANSEN TR., KUNZ JC., JIN Y. NASS C. Simulating Project 1999.
- [30]-MINTZBERG H. Structure et dynamique des organisations. Paris/Montreal. Edition d'organisation/Agence d'Arc. 1982.
- [31]-MINTZBERG H. The structuring of organizations. Prentice-Hall, Englewood Cliff, NJ, 1979., based on Brown CV.
- [32]-MINTZBERG H., GLOUBERMAN S. Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part 1: 4 worlds. Working paper. October 1992.
- [33]-MINVIELLE E. Gérer la singularité à grande échelle. Gestions hospitalières n°143, 130-145. 1998.
- [34]-MORIN E.M., SAVOIE E., BEAUDIN G. L'efficacité de l'organisation : conception intégrée. L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures. Chap.5, 73-87. Montreal : Gaëtan Morin Editeur Ltée, 1994.
- [35]-NADLER D., HACKMAN JR., LAWLER E. Managing organizational behavior. Little brown & company. Boston, Toronto. 1979.
- [36]-NADLER D., TUSHMAN M. Strategic organization design : concepts, tools and processes. Scott, Foresman and Company. Glenview, Illinois. London, England. 1988.
- [37]-Norman, Geoffrey R. & Streiner, David L. (2003), " PDQ Statistics", 3rd ed., Hamilton, London, BC Decker Inc., Canada.
- [38]-QUINN RE., ROHRBAUGH J. A spatial model of effectiveness criteria : towards a competing values approach to organizational analysis. Management sciences. VOL.29, n°3, March 1983.
- [39]-Robson, C. (2002) "Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner Researches", 2nd edition. Blackwell: Oxford.
- [40]-Saunders, Mark, Lewis, Philip & Adrian, Thornhill (2009), "Research methods for business students", 5th ed., Pearson Education, Rotolito Lombarda, Italy.
- [41]-Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2010), "A beginner's guide to structural equation modeling", 3ed ed., Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah, NJ.
- [42]-SCOTT WR. Organizations, rational, natural and open systems. Prentice-Hall. Englewood Cliff, New Jersey. 1998.
- [43]-Sekaran, Uma & Bougie, roger (2010), "Research Methods For Business : A Skill -Building Approach", John Wiley and Sons, Inc.
- [44]-Tabachnick, Barbara. G. & Fidell, Linda S. (2013), "Using Multivariate Statistics", 6th edn. Boston: Allyn and Bacon.
- [45]-Verma J.P. (2013), "Data Analysis in Management with SPSS Software", Springer India.
- [46]-WOODWARD J. industrial organizations : theory and practice. London oxford university press. 1965.

- [47]-Zikmund, W. G. (2010), "Business Research Methods", 8th ed., Thompson South-Western: Ohio.
- [48]-Zikmund, W. G. (2014), "Business Research Methods", 10th ed., Thompson South-Western: Ohio.
- [49]-ZUCKERMAN HS. , KALUZYNY AD. , RICKETS TC. Alliances in health care : what we know ; what we think we know, and what we should know. Health Care Management Review, 20(1) : 51-64. 1995. Based on LEGGAT S.G., NARINE L., LEMIEUX-CHARLES L., BARNESLEY J., BAKER GR, SICOTTE C.,CHAMPAGNE F., BILODEAU H. A review of organizational performance assessment in health care. Health.. Services Management Research 11, 3-23. Health Services Management Center 1998.

الموضوع/ استبانة

أخي الدكتور العزيز
أختي الدكتورة العزيزة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
بين إيديكم استبانة أعدت لأكمال بحث في إدارة الأعمال بعنوان "علاقة التصميم التنظيمي بأداء المنظمة" تهدف إلى تحديد مواقفكم واتجاهاتكم نحو تصميم المستشفى إدارياً والأداء التنظيمي ، وكذلك التعرف على الأساليب التي تتبع من قبل مستشفياتكم في التعامل مع هذه المتغيرات وكيفية إدارتها لغرض تشخيص انعكاساتها على مستوى الأداء في الأمدن القريب والبعيد. ونرجو الإجابة عليها من قبلكم لما تمتلكونه من خبرة ومعرفة كونكم المعنيين في تقديم الخدمات الطبية داخل المستشفى. تملؤنا الثقة بدقة استجاباتكم وموضوعيتها حول جميع الفقرات والتي ستسهم في سلامة التحليل ودقة النتائج التي ستكون لأغراض بحثية فقط.
نشمن وتقيم سلفاً أراءكم وتعاونكم معنا

الباحث

أولاً : معلومات عامة

- ١- اسم المستشفى:
- ٢- اسم القسم:
- ٣- العمر: ☐ 25 فأقل ☐ 26-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ أكثر من (60)
- ٤- النوع الاجتماعي: ☐ ذكر ☐ أنثى
- ٥- المؤهل الدراسي: ☐ بورداختصاص ☐ دكتوراه ☐ ماجستير ☐ دبلوم عالي ☐ بكالوريوس
- ٦- سنوات الخدمة الوظيفية: ☐ 5 سنوات فأقل ☐ 6-10 سنوات ☐ 11-15 سنة ☐ 16 سنة فأكثر
- ٧- العنوان الطبي: ☐ مقيم دوري ☐ مقيم اقدم ☐ طالب بوردا ☐ طبيب اختصاص ☐ طبيب استشاري ☐ مدير قسم ☐ طبيب اختصاص
- ٨- الحالة الاجتماعية: ☐ غير متزوج ☐ متزوج
- ٩- الانحدار الاجتماعي: ☐ حضري ☐ ريفي

ثانياً- الاسئلة المتوقعة بمتغيرات البحث

يرجى وضع إشارة (✓) أمام الاجابة التي تراها مناسبة :

ت	المتغيرات وأبعاد قياسها	من الاتفاق المحدود إلى الاتفاق الوسيط										من الاتفاق الجيد إلى الممتاز	
٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠			
* التصميم التنظيمي													
أ- الاستراتيجية والرؤية													
١-	ترسم إدارة المستشفى على الدوام خطط استراتيجية لأعمالها في المستقبل.												
٢-	تضع إدارة المستشفى عبر قيادتها العليا رؤية مستقبلية للتجّاح.												
٣-	تراجع إدارة المستشفى تقدم إدارة الأعمال والمهام وفقاً لاستراتيجية الشاملة التي تصيغها.												
٤-	تتابع إدارة المستشفى قضية جدارة صياغة استراتيجية مناسبة وتنفيذ سليم لها.												
٥-	تواصل إدارة المستشفى في أدامة العلاقة مع أصحاب المصالح (المرضى، العاملين، الحكومة، المجت مع المحلي، المهنيين الخ)												
ب- العمليات التنظيمية													
٦-	تحدد إدارة المستشفى جودة الرعاية الصحية منذ البداية وتعمل على تحسينها باستمرار.												
٧-	تمتلك المستشفى عمليات فاعلة من حيث تجهيز المرضى بالخدمات الصحية في الوقت والمكان المناسبين.												
٨-	تتكامل العمليات التنظيمية لأداء الخدمة الصحية بين جميع أقسام المستشفى وشعبها.												
٩-	تطلب إدارة المستشفى من جميع المدراء مقترحات حول تحسين تقديم الخدمة للمرضى.												
١٠-	يتواصل العاملون في المستشفى مع بعضهم البعض بتحسين الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.												
ت- أنظمة العمل													
١١-	توجد في المستشفى أنظمة تخطيط فاعلة للموارد البشرية والمالية والمادية والمعلوماتية والتكنولوجية.												
١٢-	تمتلك المستشفى أنظمة مالية ومحاسبية قوية تتوافق مع تحقيق متابعة مستمرة للتخصيصات الموجودة في الموازنة.												
١٣-	يوجد في المستشفى نظاماً متكاملًا لإدارة الأداء المؤسسي والوظيفي للعاملين.												
١٤-	عمل المستشفى باليات فاعلة للحصول على معلومات راجعة من العاملين لتحسين كفاءة الإدارة.												
١٥-	تطور المستشفى منظومات فرق العمل وصناعة المعرفة وإدارة الموارد البشرية بشكل مستمر.												

ث- الأفراد العاملين										
١٦-										يوجد نظام استقطاب واختيار وتعيين للعاملين يمكن وصفه بالفعال على مستوى مستشفيات.
١٧-										تطور إدارة المستشفى باستمرار قدرات ومؤهلات العاملين فيها.
١٨-										تمتلك المستشفى منظومة اداء كفوءة للغاية.
١٩-										تطور المستشفى مهارات العاملين وتغير اتجاهاتهم نحو أن يكونوا افرق عمل فاعلة لانجاز المهمات المنوطة بهم.
٢٠-										تحفز إدارة المستشفى العاملين المجددين، وتراعي في التطبيق العدالة والأصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية.
ج- الهيكل التنظيمي										
٢١-										يوجد هيكل تنظيمي واضح من حيث توزيع الصلاحيات والمسؤوليات ورسم خطوط الاتصال بين الأفراد والأقسام والشعب للمستشفى.
٢٢-										تعد السلطة الممنوحة للأقسام والشعب للمستشفى واضحة ويعمل الأفراد داخلها بشكل سليم.
٢٣-										عادة ما تنجز الاعمال المنوطة بالعاملين والأقسام عبر القنوات الرسمية وغير الرسمية معاً.
٢٤-										ان تقسيم العمل في المستشفى واضح ومرن في نفس الوقت وبما يساعد في تحقيق أهداف المستشفى.
٢٥-										تراجع المستشفى وتحدد منظومة القيم لتكون ملائمة للهيكل التنظيمي الحالي.
• الأداء التنظيمي										
أ- جودة الرعاية الصحية										
٢٦-										يوجد ثقافة على مستوى العاملين في المستشفى مساعدة المرضى، وتشجيعهم على طرح الأسئلة بما يساعد في رعاية صحية مناسبة اليهم.
٢٧-										شعر المرضى في المستشفى بأن هناك اتصالات جيدة بين الموظفين حول تقديم الرعاية الصحية اليهم.
٢٨-										يتم باستمرار توضيح خطة العلاج المتكاملة للمرضى بدون أي تقاعص أو ملل.
٢٩-										تعطى للمرضى التشخيصات المفصلة من الاختبارات والأجراءات، وتشجعهم على اتخاذ القرارات ذات الصلة بها.
ب- رضا المريض										
٣٠-										تسعى المستشفى بتقديم أفضل العلاجات للمرضى.
٣١-										يوجد نظام استقبال وترحيب للمرضى منذ دخولهم ، وحتى خروجهم.
٣٢-										اشعر ان رضا المرضى عن المستشفى بكل مرافقها مرتفعاً للغاية.

