

# تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب

أ.د. سعد علي العنزي / كلية الاسراء الجامعة  
م. مصطفى جعفر عيسى

## المستخلص

هدف البحث الحالي إلى وصف وتشخيص مستوى اهتمام الاطباء بالتصميم التنظيمي وأبعاده، (الاستراتيجية والرؤية، الهيكل التنظيمي، العمليات التنظيمية، أنظمة العمل، الأفراد العاملين)، وأداء المستشفيات وأبعاده، في ستة مستشفيات بمدينة الطب والتي اختيرت عينة للبحث، فضلاً عن تحديد تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، تطور الموارد البشرية، رضا المريض، تحقيق النتائج المالية، جودة الرعاية الصحية).

لقد ركز البحث في جانبه النظري على المتغيرين الرئيسيين للبحث التصميم التنظيمي، والذي تم التركيز على الفئات الخمس فيه والمتمثلة، بالاستراتيجية والرؤية، والعمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين، والهيكل التنظيمي، وقد أتبع الباحث الطريقة الكمية، الذي تعد من المداخل الأساسية في الدراسات الاجتماعية بما فيها الأعمال، ويأتي ذلك نتيجة استخدام أسلوب الاستبانة كأداة أساسية في جمع البيانات.

وركز الجانب الميداني على المنهج الاستقرائي واستخدم لهذا الغرض التحليل الكمي لمتغيرات البحث، والوصف الاستطلاعي، للتحقق عملياً من صحة ما آلت إليه التوجهات النظرية، وصدق فرضيات البحث. واختيرت مدينة الطب مجالاً للبحث كونها تعد أحدث وأكبر مؤسسة صحية علاجية وتعليمية في العراق وقد شمل مجتمع البحث الإدارة العليا في مدينة الطب والاطباء العاملين ومديري المستشفيات، فضلاً عن الاطباء الاستشاريين، وغيرهم من الاطباء الذين تتلاءم خصائصهم مع متطلبات البحث، وتم تحديد حجم العينة في البحث بـ (212) فرداً، حيث تم توزيع الاستبانة عليهم وكان عدد الاستبانات المسترجعة هي (212) استبانة، بعد ان بذل الباحث جهداً كبيراً في متابعة الاطباء عينة البحث لحين اكمالهم ملئ الاستبانات بشكل كامل. وقد استعمل الباحث لمعالجة البيانات إحصائياً بواسطة برنامجي (AMOS v.22) و (SPSS v.22).

واظهرت النتائج ان فرضيات البحث جميعها مقبولة، وذات تأثير ايجابي، ومعنوي، إلا انها تؤثر بمستوى ضعيف، مما يتطلب من إدارات المستشفيات الستة مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ اجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه ان يساعد على زيادة التأثير الايجابي للتصميم التنظيمي في أبعاد الأداء التنظيمي الخمسة (جودة الرعاية الصحية، رضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة) في المستشفيات الستة مجال البحث، وبما ينعكس على تحسين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات.

**المصطلحات الرئيسية للبحث:** نموذج Star model، التصميم التنظيمي، الأداء الصحي



مجلة العلوم

الاقتصادية والإدارية

العدد 95 المجلد 23

الصفحات 26- 54

البحث مستل من اطروحة دكتوراه

## مقدمة

أوجدت النظم الاجتماعية ان السلوك الإنساني ليس عشوائياً، ويمكن التنبؤ به إلى حد ما، وثمة عامل للنجاح الحاسم للمنظمات اليوم وهو القدرة على التكيف مع هياكلها والنظم وعمليات الانفتاح على أسواق جديدة وتوسيع المنظمات القائمة. ويعد العامل الحاسم لأي استراتيجية في الميزة تنافسية هو تصميم المنظمة. وكيفية تصميم المنظمات بمرونة عالية، وتتعرض 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 واجراء 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 تفي بجميع الوظائف فضلاً عن الأعمال المساندة وبكل شفافية.

ولهذا ركز الباحث على النظرية الموقفية الهيكل التنظيمي لأنها توفر في الوقت الحاضر الإطار الرئيسي لدراسة التصميم التنظيمي، وقد 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).

## المبحث الأول / منهجية البحث

### أولاً: معضلة موضوع البحث الفكرية ومشكلة دراسته

أن الاهتمام بكل عناصر المنظمة ضروري لخلق قدرات جديدة للتنافس في سوق محدد. وأن عملية التصميم دائماً تتضمن عملية مقايضة بين فوائد هيكل عن آخر. والكثير من المنظمات تقع في مصيدة تكرار التغيير الهيكلي للمنظمة، مع القليل من الفائدة للأعمال. وهذا يحدث عادة بسبب أن التغيير في الهيكل يكون أسهل من التنفيذ مع إعطاء انطباع أن هناك شيئاً مهماً وكبيراً يحصل. هذا يؤدي إلى انتشار الشك والفوضى داخل المنظمة وتغييرات أكثر قوة تحدث عندما تكون هناك أهداف تصميم واضحة مع استراتيجيات عمل جديدة أو قوى في السوق تتطلب توجهات جديدة لتنظيم الموارد، ومن جهة أخرى فإن ظروف العمل غير العادية في المنظمات الصحية تفرض عليها أن تتعامل مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض مما يضع عبئاً ثقيلاً وارهاقاً نفسياً على الجميع والمرضى وبسبب حالتهم الصحية على قدر كبير من القلق والترقب وكذلك أيضاً ذوي المرضى من أقارب وأصدقاء وزائرين كما أن الأطباء والممرضين بحالة من القلق والاجهاد الدائم بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ودقة المسؤولية ونقل الأمانة، هذا كله يزيد من صعوبة ادارة هذه المنظمات ويفرض تبني وتطوير ترتيبات ادارية وتنظيمية خاصة تتماشى مع خصوصيتها وتفي باحتياجات ادارتها وتنظيمها، وأن النظريات المعروفة في الإدارة والتنظيم نشأت وترعرعت في قطاع الصناعة والأعمال ولا يمكن تطبيقها كما هي على المنظمات الصحية.

وبالرجوع الى الدراسات والبحوث السابقة وعلى الرغم من وجود بعض الدراسات التي بينت أن التصميم التنظيمي له دوراً مهماً في أداء المنظمات، إلا إنه ومن خلال المراجعة المركزة للدراسات السابقة وعلى حد علم الباحث، فقد تبين عدم وجود دراسة تتعلق بتصميم التنظيمي وأبعاده الخمسة ودوره في تحسين أداء المستشفيات، سواء في المستشفيات العراقية أو غيرها، أي تجمع بين (التصميم التنظيمي ذي الأبعاد الخمسة بحسب نموذج النجوم لـ (JAY R. GALBRAITH) ) ، وأداء المنظمة ذي الأبعاد الخمسة بحسب نموذج (Muriel Creteur) في أنموذج فرضي واحد، وهذا ما يدل على وجود فجوة معرفية تتعلق بتحديد العلاقة بين هذه المتغيرات.

### ثانياً: تساؤلات البحث

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



## تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

### ثالثاً: أهداف البحث

يتجه هذا البحث إلى تحقيق الأهداف البحثية الآتية:

1. التعرف بالتصميم التنظيمي مع التركيز على النظرية الموقفية، والدور الذي تلعبه في أداء المستشفيات.
2. تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي من خلال دراسة عينة من الأطباء يتم توزيع استمارة الاستبانة عليهم لبيان تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات.
3. الخروج بمجموعة من الاستنتاجات والتوصيات لجانبى البحث النظري والعملي.

### رابعاً: أهمية البحث

تتضح أهمية هذه البحث من خلال الجانبين النظري والتطبيقي، وكالاتي:

#### 1. الأهمية النظرية للبحث

هناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بدراسة العلاقة بين متغيرات وأبعاد البحث الحالي، فبحسب إطلاع الباحث، لا توجد أية دراسة عربية سابقة تجمع بين متغيرات وأبعاد البحث الحالي في نموذج فرضي واحد، ولاسيما فيما يخص نموذج الأبعاد الخمسة للتصميم التنظيمي. فضلاً عن ذلك تأتي أهمية البحث الحالي بوصفه اسهامه في اثراء متغيرين مهمين وهما أولاً، التصميم التنظيمي الذي تم تناوله بأبعاده الخمسة والذي نادراً ما نجد من يتناول جميع هذه الأبعاد الخمسة في دراسة واحدة، وثانياً، أداء المستشفيات وأبعاده، ومن ثم سيكون ذا فائدة للباحثين والأكاديميين الذين يسعون الى الاستكشاف واجراء الدراسات في هذا المجال.

#### 2. الأهمية التطبيقية للبحث

أهتم البحث الحالي في معالجة مشكلة واقعية تؤثر على أداء المستشفيات الستة في مدينة الطب، ويمكن ان تكون المشكلة نفسها موجودة في المستشفيات الاخرى، حيث سيتاح لها الافادة التطبيقية من البحث الحالي في معالجة مشكلتها. كما استخدم البحث الحالي مجموعة من المقاييس العالمية الاجنبية التي أعدت لقياس متغيرات وأبعاد البحث، يمكن للمستشفيات الاخرى ان تستفيد منها. وكذلك تكمن الأهمية التطبيقية لهذه البحث في ضوء نتائج نموذج البحث النهائي، الذي يمكن من خلاله معرفة طبيعة العلاقات بين متغيرات البحث الحالي، التي من الممكن أن تساعد ادارة المستشفيات الستة في مدينة الطب مجال البحث على إيجاد السبل الكفيلة لزيادة الإدراك في أهمية هذه المتغيرات والأبعاد التي تؤدي الى تحسين المستشفيات الستة في مدينة الطب.

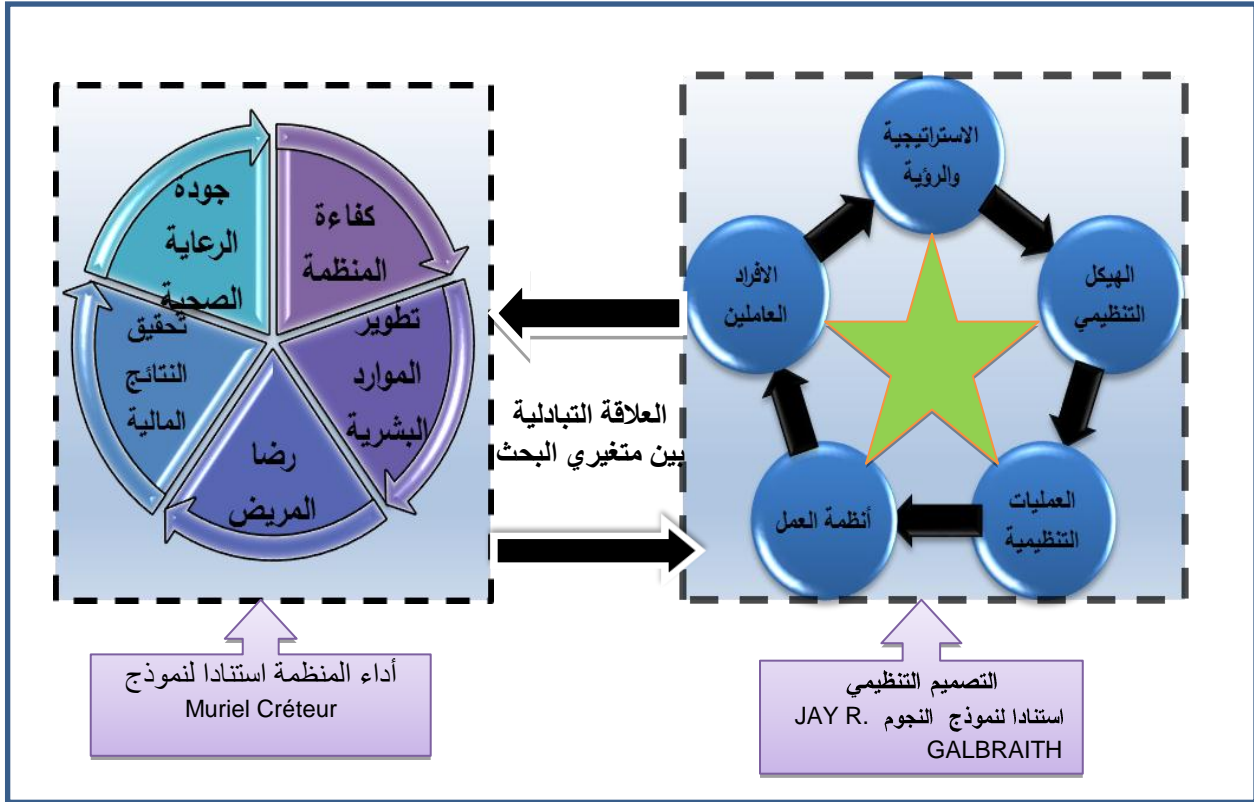
### خامساً: نطاق البحث

يمكن تقسيم نطاق البحث الحالي على ما يأتي:

1. **النطاق المعرفي:** نتيجة لندرة الدراسات التي تجمع بين متغيرات البحث الحالي فإن النطاق المعرفي يتضمن دراسة العلاقة بين التصميم التنظيمي الذي تتكون من (الاستراتيجية والرؤية، والهيكل التنظيمي، والعمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين)، وأداء المستشفيات الذي يتكون من (الكفاءة، وتطوير الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية).
2. **النطاق التطبيقي:** نتيجة للموافقة الرسمية التي تم استحصالها من مدينة الطب والترحيب الذي أبداه مدير عام مدينة الطب، ولاسيما من خلال امكانية تقديم البيانات اللازمة للبحث والتي من شأنها ان تعطي نتائج دقيقة يمكن الافادة منها، حيث أيد وشجع الشروع في تطبيق البحث الحالي في مستشفاهم لكونه يلامس المشاكل التي يعانون منها ولاسيما من خلال المخاطبات الرسمية مع الوزارة فيما يخص التصميم التنظيمي وغيره. ونتيجة لعدم اجراء أي بحث في المستشفيات في مدينة الطب من هذا النوع، فإن النطاق التطبيقي للبحث الحالي يشتمل على المستشفيات الستة (مستشفى بغداد، ومستشفى الاطفال، ومستشفى الحروق، ومستشفى الأورام، ومستشفى غازي الحريري، ومستشفى الجهاز الهضمي والكبد)، فضلاً عن الادارة العامة.
3. **النطاق الزمني:** شمل البحث الحالي البيانات التي تم جمعها من المستشفيات منذ البدء بتوزيع الاستبانة ولغاية جمع الاستبانة النهائية للمدة من 2015/1/1 ولغاية 2015/12/31. والتي تم استخدامها في الجانب العملي للبحث.

### سادساً: مخطط البحث الفرضي

استناداً الى ما أفرزته الأدبيات والدراسات السابقة التي تتعلق بمتغيرات البحث، قام الباحث ببناء مخطط البحث الفرضي الذي يُظهر طبيعة العلاقة بين اثنان من المتغيرات الرئيسية، وكما موضح في الشكل (1) الآتي.



الشكل (1): مخطط البحث الفرضي

من الشكل (1) المذكور انفا، يظهر لنا إن متغير التصميم التنظيمي الذي يتكون من ابعاد (الاستراتيجية والرؤية، والهيكل التنظيمي، والعمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين) هو المتغير المستقل *Independent Variable*، ومتغير أداء المنظمة الذي يتكون من ابعاد (الكفاءة، وتطوير الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية) هو المتغير التابع *Dependent Variable*، وسيقوم الباحث بإجراء الاختبارات الاحصائية الملائمة له، من اجل التحقق من طبيعة العلاقة والنتائج المترتبة عليها.

### سابعاً: فرضيات البحث

- يسعى البحث الى فرضية رئيسية (H1): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة وأبعاده. ويتفرع من هذه الفرضية الآتي:
- أ- الفرضية الفرعية الاولى (H1a): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية.
  - ب- الفرضية الفرعية الثانية (H1b): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في رضا المريض.
  - ج- الفرضية الفرعية الثالثة (H1c): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية.
  - د- الفرضية الفرعية الرابعة (H1d): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية.
  - هـ- الفرضية الفرعية الخامسة (H1e): يُتوقع ظهور تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في الكفاءة.

### ثامناً: الترابط المنهجي والمنطقي بين تساؤلات وأهداف وفرضيات البحث

يمكن الربط بين تساؤلات وأهداف وفرضيات البحث، من خلال الجدول الآتي، إذ سيتم لاحقاً تعزيز هذه الترابط بمناقشة نتائج البحث، التي ستأتي وفقاً لتساؤلات البحث، بحيث سيتم الإجابة على كل تساؤل على حده.

الجدول (1): الترابط المنهجي والمنطقي بين تساؤلات وأهداف وفرضيات البحث

تساؤل البحث	هدف البحث	فرضية البحث
هل هناك تأثير للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، وتطور الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية).	تحديد تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، وتطور الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية).	يُتوقع ظهور تأثير إيجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده (الكفاءة، وتطور الموارد البشرية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وجودة الرعاية الصحية).

### تاسعاً: التعريفات الإجرائية والفقرات المفسرة لمتغيرات وأبعاد البحث

تم اختيار الفقرات المفسرة لمتغيري البحث وأبعادهما بالاستناد إلى عدة مقاييس، والمقدمة من قبل مجموعة من الباحثين، وكما مبين في الجدول الآتي:

جدول (2): التعريفات الإجرائية والفقرات المفسرة لمتغيرات وأبعاد البحث

ت	المتغير/ البعد	التعريف الاجرائي	الفقرات المفسرة	المقياس المعتمد
1	التصميم التنظيمي	تصميم السياسات التي توجه عملية صنع القرار والسلوك التنظيمي ضمن النظرية الموقفية وفق نموذج يتضمن الفئات الخمس التالية	25-1	JAY R. GALBRAITH
أ.	الاستراتيجية والرؤية	يتم تعريف استراتيجية منظمة من قبل رؤيتها ورسالتها، والقيم، فضلاً عن أهدافها وغاياتها	5-1	JAY R. GALBRAITH
ب.	العمليات التنظيمية	تدفق المعلومات والقرارات. ويمكن لتلك التدفقات يحدث عمودياً أو أفقياً. العمليات العمودية تتعامل مع تخصيص الأموال والموهب عن طريق وضع الميزانية والتخطيط	10-6	JAY R. GALBRAITH
ج.	أنظمة العمل	تأثير الدافع من أعضاء التنظيم لاحراز الاهداف الموظفين بما يتماشى مع أهداف المنظمة	15-11	JAY R. GALBRAITH
د.	الأفراد العاملين	سياسات الموارد البشرية في المنظمة التي تحكم التعيين والترقية والتناوب والتدريب والتطوير.	20-16	JAY R. GALBRAITH
هـ.	الهيكل التنظيمي	يحدد موقع قوة صنع القرار. ويمكن تقسيم السياسات هيكل إلى: التخصص: نوع وعدد من التخصصات المهمة. التشكيل: نطاق السيطرة في كل مستوى في التسلسل الهرمي. توزيع السلطة: مستوى المركزية مقابل اللامركزية؛ التقسيم: أساس لتشكيل الإدارات	25-21	JAY R. GALBRAITH
2	أداء المنظمة	نتائج تحتوي على كافة الآثار المترتبة على الرعاية الصحية على المرضى ، بما في ذلك المتغيرات في الوضع الصحي، والسلوك، أو المعرفة فضلاً عن رضا المريض ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	45-26	Muriel Créteur
أ.	جودة الرعاية الصحية	مدى قدرة الخدمة الطبية على القيام بالوظائف المطلوبة منها.	29-26	Muriel Créteur
ب.	رضا المريض	رضا المريض هو مؤشر مهم وتستخدم رضا المرضى من خلال النتائج السريرية،	33-30	Muriel Créteur
ج.	تحقيق النتائج المالية	التكاليف المالية تغطي تدابير التكاليف الإجمالية لرعاية المرضى	37-34	Muriel Créteur
د.	تطوير الموارد البشرية	واحدة من الأهداف الرئيسية لإدارة الموارد البشرية (HRM) هو زيادة أداء المنظمات من خلال تطوير المديرين لتحسين سياسات الموارد البشرية والممارسات والنظم، ورضا الموظفين وتحفيزهم.	41-38	Muriel Créteur
هـ.	الكفاءة	هي الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة في المستشفيات	45-42	Muriel Créteur

### عاشراً: طريقة البحث Study Approach

أتبع الباحث في البحث الحالي طريقة البحث الاستطلاعي، والذي يعد من المداخل الأساسية في الدراسات الاجتماعية بما فيها الأعمال، ويأتي ذلك نتيجة استخدام أسلوب الاستبانة كأداة أساسية في جمع البيانات (65: 2009, Creswell). كما ركز الباحث في الجانب النظري من البحث على المنهج الاستنباطي ويبدأ 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 (85: 2010, Zikmund, et al.). وركز الجانب الميداني على المنهج الاستقرائي حيث يبدأ 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 (121: 2010, Zikmund, et al.). واستخدم لهذا الغرض التحليل الكمي لمتغيرات البحث، والوصف الاستطلاعي، للتحقق عملياً من صحة ما آلت إليه التوجهات النظرية، وصدق فرضيات البحث.

### أحد عشر: مجتمع وعينة البحث

اختيرت مدينة الطب مجالاً للبحث بوصفها 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 (128) مستشفى تضم (18407) سرير، وكانت مدينة الطب أهم المؤسسات الصحية العلاجية والتعليمية وأكبرها ليس في العراق فحسب، بل وعلى صعيد الدول المجاورة والقرية والبعيدة<sup>(1)</sup>. تعد عملية إنشاء مشروع مدينة الطب في حينها من المشاريع العملاقة والجريئة فقد حازت تصاميم المشروع ومخططاته على موافقة وزارة الصحة بعد دراسته وأضافت إليه معاهدة صحية أخرى، وعندها أطلق وزير الصحة في حكومة نوري السعيد الثانية عشر (3 آب 1954 – 17 كانون الأول 1955) محمد حسن سلمان<sup>(2)</sup> على المشروع أسم مدينة الطب وتضمن مشروع مدينة الطب بصيغته المعدلة إنشاء مجموعة من المعاهد الصحية تشكل مجملها مكونات مدينة الطب اشتملت على إقامة كلية جديدة للطب وأخرى للصيدلة وطب الأسنان والتمريض ومختبرات للتحليلات المرضية ومعهد للأشعة ومستشفى تعليمي متكامل وعيادات طبية خارجية ومسكن للأطباء والممرضات والطلاب مما جعل المجموعة مدينة متكاملة للطب، وفي هذه المرحلة استكملت إجراءات استملاك الأراضي اللازمة للمشروع التي شملت الخان المجاور للمستشفى القديم وبنائات السجون والمسكن المطل على نهر دجلة ومستشفى (منير الياس) وغيرها من المباني والأراضي. وقد شمل مجتمع البحث الإدارة العليا في مدينة الطب والأطباء العاملين ومديري المستشفيات، فضلاً عن الأطباء الاستشاريين، وغيرهم من الأطباء الذين تتلاءم خصائصهم مع متطلبات البحث والبالغ عددهم (453) فرداً.

أما بالنسبة لعينة البحث المسحوبة منه عشوائياً فقد تمت بالاستناد إلى (Yamane, 1967:886) الذي أورد صيغة مبسطة لاحتمال حجم العينة باعتماد مستوى الثقة (0.95) ونسبة الخطأ (0.05)، لذا تم تحديد حجم العينة في البحث بـ (212) فرداً، حيث تم توزيع الاستبانة عليهم وكان عدد الاستبانات المسترجعة هي (212) استبانة، بعد ان بذل الباحث جهداً كبيراً في متابعة الأطباء عينة البحث لحين اكمالهم ملئ الاستبانات بشكل كلي. ويمكن عرض الصيغة المستخدمة في تحديد حجم العينة لـ (Yamane, 1967: 67) كما يأتي:

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

$$n = \frac{453}{1 + 453(0.05)^2} = 212$$

(1) الجمهورية (جريدة)، بغداد، العدد 814، 17 تموز 1970.

(2) محمد حسن سلمان: طبيب من رجال الإدارة في العراق ولد في بغداد عام 1919، تخرج في الكلية الطبية الملكية العراقية عام 1931، وكان الأول على دفعته، ولتفوقه أوفد إلى لندن للتخصص في الأمراض السارية والصدرية والتدرن الرئوي، شغل مناصب عديدة في الدولة كان أبرزها وزيراً للمعارف في حكومة رشيد عالي الكيلاني الرابعة 1941، ووزيراً للصحة في وزارتي جميل المدفعي السادسة والسابعة، ووزيراً للصحة في وزارة نوري السعيد الثانية عشر عام 1945، وعين في مجلس الاعيان عام 1958 وعضواً في مجلس الاتحاد الهاشمي في العام نفسه.



## تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطيب"

$$n = \frac{1+453(0.05)^2}{0.05} = 212$$

حيث ان:

$n$ : حجم العينة.

$N$ : حجم المجتمع.

$e$ : احتمال الخطأ 0.05 عند مستوى الثقة 0.95.

### المبحث الثاني / الإطار 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، فضلاً عن تسليط الضوء على أداء المستشفيات وأبعاده الخمسة التي سيتم تناولها.

#### 1. مبادئ النظرية الموقفية

##### أ- الفكرة المركزية في النظرية الموقفية

يمكن تلخيص تلك النظرية بالاتي 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: 321). ويجب اختيار الهيكل من أجل تكيفه بما هو أفضل لبيئته. ويجب تعديل الهيكل بحسب التغيرات في البيئة (Amblard, 1996: 213). ويجب تكيف الشركة باستمرار وفقاً لبيئتها لتجنب زوالها. ومن المهم أن نرى أن الهيكل يعتمد على البيئة ولكن ليس فقط على الطريقة الميكانيكية.

وتجاوزاً لرأي Taylor، الذي يُعد المنظم نظاماً مغلقاً بأداء يعتمد فقط على إجراءات العمل. إذ لا يعتمد الهيكل فقط على البيئة ولكن أيضاً على الأهداف التي من المفترض ان تتبع القادة. وهنا يبرز مفهوم رنيسان، هما: تعديل المنظمات بالمقارنة مع بيئتهم، وتماسك التنظيم الداخلي. ونظراً لتطابق العوامل الطارئة التي تواجهها المنظمة وبسبب التماسك الداخلي، فإن بعض المعلمات الهيكلية تُعد مناسبة أكثر (Obel and Burton, 1998: 78).

##### ب- الاهتمام بالنظرية الموقفية:

نحدد الآن الأسباب التي يستعرض من خلالها المؤلفين المعنيين بموضوع الموقفية واحداً من أهم مصادر البحث الحالي. وكما حددنا أنفاً، تُعد البيئة المضطربة التي تواجهها المستشفيات، نقطة البداية لبحثنا. وان مراجعة الخيارات التنظيمية التقليدية والحاجة لتقييم أكثر اكتمالاً وأدوات قياس تأتي من البيئة. ويتفق هذا مع مبدأ الموقفية الذي يعد التغييرات الهيكلية وسائل منظمة لتكيف تغير البيئة. وكما سنرى لاحقاً، الرأي الجذاب لـ (Galbraith 1973: 221) الذي يُعد المنظمة بأنها معالجة معلومات. وتعتمد متطلبات المعلومات على البيئة، والقدرة على معالجة هذه المعلومات مضمونة من خلال التصميم. ويتم اختيار التصاميم الفاعلة والكفوءة من أجل بناء توازن بين سعة المعلومات والمتطلبات.

ومن ثم، فإن أحد أهدافنا هو وضع تصنيف للخيارات التنظيمية الممكنة للمستشفى. ويُعد بعض المؤلفين المعنيين بموضوع الموقفية مفيدين جداً لأنهم يستوعبون عدة أنماط وتعريف تتعلق بالخيارات التنظيمية الممكنة، وهم (Galbraith, 1973; Nadler and Al, 1979 and 1988; Duncan, 1979; Mintzberg, 1983, Daft, 1991; Obel and Burton, 1998). وسوف نقوم بتجميع مساهمة هؤلاء المؤلفين المختلفين من أجل وضع تصنيفنا الخاص عن الخيارات التنظيمية المطبقة على المستشفيات.

وأخيراً، رغبتنا تكمن في بناء نموذج توضيحي شامل واحد يتعلق بتأثيرات التصميم التنظيمي على الأداء في عمليات محددة لاتخاذ القرارات في المستشفيات. وتُعد نظرية الموقفية نقطة انطلاق ممتازة لتحليلنا المتعلق بالسلوكيات التنظيمية. ويمكن في الواقع استخدام العديد من الافتراضات من هذه النظرية والتي تتعلق بالخيارات الهيكلية وأثارها، من أجل وضع نموذج توضيحي (Levitt and Al, 1999: 89).

### ج - المنظمة بصفقتها عملية معالجة المعلومات

يُعد (Galbraith 1973) واحداً أوائل الذين درسوا المنظمة بوصفها عملية لمعالجة المعلومات. ويجب على الهيكل ان يُتيح التعامل بأفضل ما تتطلبه المعلومات. ويتبنى مؤلفين آخرين أيضاً نفس وجهة النظر هذه (Nadler, Hackman and Lawler, 1979; Nadler & Tushman, 1988; Daft, 1991; KUMAR, Ow & Prietula, 1993; Obel & Burton, 1998) ويستخدم Galbraith (1973) مبدأ الموقفية، الذي يقول (أنه لا وجود لأفضل هيكل منظمي ولكن يوجد هيكل جيد مناسب أكثر تكيفاً في بيئة معينة). وبحسب Galbraith، ان الدور التنظيمي الأكثر أهمية هو التعامل مع المعلومات. ويقترح Galbraith أشكالاً مختلفة من التصاميم يمكن للمنظمة تبنيها نظراً لكمية المعلومات التي لا بد من معالجتها.

### 2. منظمة العمل: عملية معالجة المرضى

حتى وان كان الهيكل التنظيمي للمستشفيات اليوم لا يزال منقسماً جداً في الوحدات التي يكون فيها المهنيين أقل ميلاً للتعاون ويركزون على تحقيق مهام محددة، إلا أن هناك ضغوطاً كبيرة لتطوير وجهة نظر أكثر شمولية لعملية الرعاية الصحية، الأمر الذي يتطلب تعاون أفضل وتواصل بين التخصصات المختلفة. ويضيف (Jonas, 1998: 231) ان (لمستشفيات لديها مشاكل داخلية بالهيكل المنظمة عمودياً والتي لا تندمج 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 ان تلبى بشكل أفضل احتياجات المرضى).

ويركز الرأي الشامل لتدفق المرضى على مفهوم عملية معالجة المرضى process وعلى كفاءتها efficiency وتُعد عملية معالجة المرضى، والتي عرفها Muriel Creteur الباحث في جامعة كان لوفان الكاثوليكية ببلجيكا

- سلسلة متواصلة للرعاية يتلقاها المريض اثناء مدة اقامته
- العملية الأساسية في نظام تقديم الرعاية
- والتدفقات أو العمليات الثانوية الأخرى التي تنجذب نحو تدفق المرضى، هي: تدفقات المعلومات وتدفقات الموارد (المعدات والعمل والمالية).
- مما يؤدي الى: -
- 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 اجل: -
- زيادة عدد المرضى المعالجين
- وتعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة.
- وعلاوة على ذلك، وبسبب تزايد عدد الحالات المرضية وعدد العلاجات المحتملة، فان عملية معالجة المرضى هذه تُعد متنوعة وتصبح أكثر غموضاً.
- وأخيراً، لا يمكن تقييم عملية معالجة المرضى هذه دون مراعاة المتطلبات المهمة التي تتعلق بنوعية الرعاية.
- ويمثل الشكل 1 عملية معالجة المرضى متنوعة ومكثفة ومؤكد. ويجب على أبحاثنا أن تأخذ هذه العملية في الاعتبار وان تحلل أدائها، وذلك أساساً من حيث الكفاءة والفاعلية (Minvielle, 1998).

	عملية معالجة المرضى (غير مؤكدة ومتنوعة ومكثفة)	
المخرجات	تدفق المعلومات تدفق الموارد المالية تدفق العمل تدفق المعدات	المدخلات

الشكل 1: عمليات تحويل المدخلات إلى مخرجات



ويطلق هذا التركيز على العملية الشاملة لمعالجة المريض الأسئلة حول الخيارات التنظيمية المعتمدة عادة من قبل المستشفيات. ويتساءل العديد من المديرين فيما إذا كان الوضع التنظيمي التقليدي، الموجه حول وظائف المستشفى، لا يزال يُعدّل أو أنه لم يكن يجب وضع استراتيجية منظمة أخرى. ويؤكد التركيز على عملية معالجة المرضى أيضا على الترابط بين أقسام المستشفى المختلفة والحاجة إلى آليات التنسيق.

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

ويقترح (Fottler 1987) صيغة بديلة لإطار Donabedian ويعد متغيرات الهيكل والعملية ليست مؤشرات للأداء ولكنها محددات مستقلة لمختلف النتائج التنظيمية. هذه الصيغة البديلة هي جذابة جدا. وتجمع درجات الأداء المحسوبة 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.

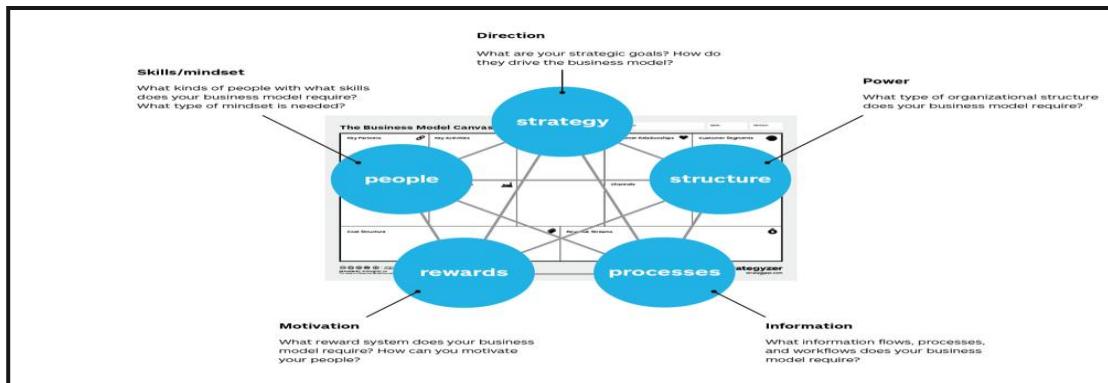
### 3. تنفيذ نموذج الأعمال مع نموذج غالبريث ستار

المنظمات تكافح من أجل معرفة كيفية تنفيذ نماذج الأعمال الخاصة بهم والمقترحات القيمة بنجاح. وغالبا ما لا تعرف ما يجب القيام به بعد ان نجحت في تصميم واختبار والتحقق من صحة نماذج الأعمال الخاصة بها والمقترحات القيمة.

والاتي يوضح نموذج غالبريث ستار:-

نموذج غالبريث ستار يساعد الشركات بشكل شامل بأنهم يعتمدون الحفاظ على نماذج أعمال الشركة والمقترحات القيمة بمرور الوقت. وهي تعترف ان تكيف المنظمة مع مرور الوقت للاستجابة للتغيرات في الاستراتيجية، وفق النظرية الموقفية، أو بقاءها في بيئة الأعمال الخارجية. ومن ثم فإنه يعامل المنظمة الرسمية بوصفها ذات تحدي مستمر للتصميم.

انموذج غالبريث ستار يتكون من خمسة متغيرات تكون متصلة ومنحازة لصياغة قرارات وسلوكيات المؤسسة بنجاح: الاستراتيجية، والهيكل، والعمليات، ونظم العمل، والأفراد العاملين، يتم وضع نموذج الأعمال التجارية في الوسط النجمة بأنها "مركز الثقل" ربط المجالات الخمسة معا. والقرارات حول تنفيذ تأثير نموذج الأعمال عبر هذه المجالات الخمسة.



### أ. الاستراتيجية

يتم تعريف استراتيجية المنظمة من قبل رؤيتها ورسالتها، والقيم، فضلا عن أهدافها وغاياتها. يضع استراتيجية للخروج اتجاه المنظمة. يتعلق الأمر أولا في نموذج غالبريث لأنه يضع معايير مفيدة لجعل المفاضلة والاختيار من بين الخيارات البديلة في العناصر الأربعة المتبقية أو التصميم التنظيمي.

استراتيجية تفقد نموذج الأعمال، إذا كنت تريد أن تنمو بنسبة 20٪ في قطاعات جديدة في الخدمات الطبية فإنه ينبغي أن تنعكس في نموذج الأعمال الطبية الخاصة بك من حيث قطاعات جديدة العملاء، قنوات، أو الأنشطة الرئيسية.



## تطبيق نموذج Star model لتصميم التنظيم وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

### ب. هيكل المنظمة

يحدد نوع وعدد من التخصصات المهمة، وكذلك يقرر عدد من الإدارات والأفراد في كل قسم. كما أنه يملئ على وضع وحركة المسؤولية والسلطة، وهو الأساس لتشكيل الإدارات. يمكن للهياكل التنظيمية أن تكون شديدة المركزية أو اللامركزية.

خصائص نموذج الأعمال تحديد الهيكل التنظيمي الأمثل لتنفيذه، أسأل نفسك، "ما نوع رأس المال البشري فإن النموذج ماذا يتطلب؟ ما الأنشطة التي سوف يحتاجها هؤلاء الأفراد لأداء كيف ينبغي تشكيل هيكل لاستيعاب تلك الاحتياجات؟"

### ج. العمليات

يتم تعريف العمليات التنظيمية التي تدفق المعلومات والقرارات. ويمكن لتلك التدفقات أن تكون عمودية أو أفقية. العمليات العمودية تتعامل مع تخصيص الأموال والمواهب عن طريق وضع الميزانية والتخطيط. وتصميم العمليات، أما الأفقية فأنها تكون حول سير العمل وتنفيذه من خلال العلاقات الجانبية بين الإدارات.

كل نموذج للأعمال الخدمة الطبية يتطلب عمليات مختلفة، وينبغي أن تكون مرنة، والعمليات التكنولوجية في المستشفى دقيقة جدا في نموذج العمل الطبي منخفض التكلفة. قد تكون هناك حاجة عمليات مراقبة الجودة الصارمة إذا ينطوي نموذج عملك بيع آلات ذات القيمة العالية.

### د. نظم العمل

نظم العمل تعمل على محاذاة أهداف الموظفين مع أهداف المنظمة. النظام يجب أن يستخدم الحوافز المناسبة لتحفيز العاملين للقيام بهذه الأمور في نصابها الصحيح لتحقيق التوجه الاستراتيجي للمنظمة. يجب أن يكون نظام الحوافز منسجما مع مجالات التصميم الأخرى للتأثير على الاتجاه الاستراتيجي.

تتطلب نماذج الأعمال المختلفة نظم المكافآت المختلفة، إذا لديك نموذج عملك يعتمد اعتمادا كبيرا على رضا العملاء ثم نظام المكافأة الخاص بك ينبغي أن تعكس هذا الالتزام. إذا يتطلب النموذج الخاص بك قوة البيع المباشر للحصول على عملاء جدد بعد ذلك نظام المكافأة الخاصة بك ينبغي أن يكون أداء عالية المنحى.

### هـ. الموارد البشرية أو الأفراد العاملين

سياسات الموارد البشرية في المؤسسة التي تحكم التعيين والترقية والتناوب والتدريب والتطوير، وقد صممت تلك السياسات لإنتاج المواهب وبناء القدرات اللازمة لتنفيذ التوجه الاستراتيجي للمنظمة. يجب أن تكون في ونام مع مناطق التصميم الأخرى.

تدعو نماذج تجارية معينة لذوي مهارات وعقليات معينة، بعض نماذج الأعمال تعتمد على آليات تنظيم المشاريع لطرح منتجات وخدمات جديدة بشكل منتظم إلى السوق. في مثل هذه الحالات ينبغي تصميم سياسات الموارد البشرية لاجتذاب واستبقاء التنافس المستمر.

## ثانياً: علاقة التصميم التنظيمي بالأداء التنظيمي

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

وجمع (Sicotte et al. 1998) 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). واقترح كذلك نموذج شامل يدعى نموذج تقييم الأداء التنظيمي (Organizational Performance Assessment) (Opa) ووضع كل (Leggat et al 1998) و (Morin and al 1994) نموذج مَجْمَع مماثل للأداء التنظيمي.

### 1. نموذج النظام المفتوح (Open system model)

يقترح (Sicotte 1998) المستوى الأول من التحليل لتقييم الأداء التنظيمي، المتعلق بالتكيف التنظيمي للبيئة (نموذج النظام المفتوح). ويهدف هذا المستوى إلى التعامل مع الفرص والتهديدات في البيئة. ويُقِيم الأداء التنظيمي دائما في بيئة معينة، والتي يجب أن تكون محددة. ولا تُعد المنظمات أنظمة مغلقة ولكن مفتوحة وتعتمد على البيئة التي هي فيها.

يحدد (Scott 1998) وجهة نظر مماثلة عن المنظمات (رأي الأنظمة المفتوحة): «المنظمات هي انتلافات ناتجة من تحويل مجموعات المصالح التي تضع أهدافاً عن طريق التفاوض؛ وتؤثر العوامل البيئية بقوة على هيكل الانتلاف وأنشطته ونتائجه بقوة».

وتقع المستشفيات في بيئة أكثر وأكثر 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) الذي يعتبر المنظمة بأنها عملية لمعالجة المعلومات وبيئة محددة لكمية المعلومات التي لا بد من معالجتها. وحتى وإن كانت البيئة عنصرًا ثانويًا في علمنا مقارنة مع التصميم ومتغيرات الأداء، إلا أنها سوف تبقى مؤشراً مهماً.

## 2. نموذج الهدف الرشيد (Rational systems)

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

## 3. 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.

## 4. نموذج العلاقات البشرية

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

## 5. العلاقة بين النماذج الأربعة وفق تقييم الاداء التنظيمي

ويُعرّف (Sicotte 1998) 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 بُنية اجتماعية رسمية للغاية».

ويؤكد هذا التعريف أولاً على الجوانب المعيارية للمنظمات التي تبحث عن أهداف معينة، وهذا مرتبط بنماذج موضوعية عقلانية لـ (Sicotte 1998). 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) وجهة نظر الأخيرة عن المنظمة. ويمكن بوصفها 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، المُعدّة بشكل غير رسمي، لتأمين هذه الغاية (Sicotte 1998)». ويشمل هذا الرأي جزئياً البعد الثالث (في جوانبه غير الرسمية) وكليا البعد الأخير لـ (Sicotte 1998) المتعلق بنماذج الاداء التنظيمي. وحتى وإن لم يؤخذ هذا البعد في الحسبان في هذا البحث، إلا أننا نريد دراسته في الأبحاث المستقبلية. وسوف يُتيح لنا تحليل سياقي بإدخال متغيرات أقل موضوعية وعقلانية من أجل تحديد كيف تؤثر هذه المتغيرات على العلاقة بين الخيارات الهيكلية والأداء.

## ثالثاً: الاداء التنظيمي في المستشفيات

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

## 1. الأداء التنظيمي: البناء متعدد الأبعاد:

لا يمكن لمعيار واحد فقط تقييم أداء المستشفيات. ويشمل هذا المفهوم عددا كبيرا 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، عاملا محددًا فقط من عوامل الأداء. ويحلل كل من (Quinn and Rorhbaugh 1983) نماذج الأداء التنظيمي القائمة وتوصلوا إلى أن المعايير المتعلقة بهذه النماذج المختلفة يمكن أن تكون إما متعكسة أو تكميلية بحيث أن فرضيات تقييم الأداء تتفاضل دأنا بين العديد من المتغيرات التي لا تتوافق تماما. وفقا (Cameron and Whetten 1983) يوضح كل إطار مفاهيمي للأداء بعض جوانب الأداء التنظيمي فقط ويهمل البعض الآخر. وهذا هو السبب في عدم اعتبار اي نموذج هو الأفضل، أو بأنه يحتوي النماذج الأخرى.

وفي هذه الآراء، هنالك 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.

## 2. تقييم أداء المستشفى التنظيمي

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

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

ويقترح (Fottler 1987) صياغة بديلة لإطار Donabedian ولا يعد هيكل العملية ومتغيراتها مؤشرات للأداء بل المحددات مستقلة للنتائج التنظيمية المختلفة. وتُعد هذه الصيغة البديلة جذابة جدا. وتُجمع درجات الأداء المحسوبة في الخطوة أولى النتائج التي تم الحصول عليها عن مؤشرات نتائج مختلفة. وفي الخطوة الثانية، سوف تُفسر هذه الدرجات من خلال التدابير الهيكلية وتدابير العملية. فمن الضروري ربط النتائج الملحوظة بالهيكل التنظيمي وخصائص العملية (الأقل رقابة). (يُعد تقييم تدابير الهيكل وتدابير العملية أمراً مهماً ويجب ألا يُهمل، حيث توفر هذه التدابير الأساس لتطوير القرارات الإدارية والسياسية للمستشفى) (Zuckerman, 1995).

ويجب أن يتحقق البحث واسع النطاق من أجل فهم أفضل للعلاقة بين هذه المفاهيم الثلاثة (الهيكل والعملية والنتائج) والحالات الطارئة التي تؤثر على هذه العلاقة (Fottler 1987). ويهدف هذا البحث إلى تطوير فهم هذه الظاهرة.

ويرى Fottler وجود سبعة متغيرات للنتائج متحللة في الكفاءة (الإنتاجية وكفاءة التكلفة) والفاعلية (جودة الرعاية ورضا المريض الموقف البشري القائم على موارد السلوك العاملين 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) على الانتاج في نموذج مؤشرات الأداء التنظيمي المرتبط بإدارة الموارد البشرية (يمكن قياس رضا العاملين من خلال معدل المناوبة والغياب، وتقيس مكافآت الدوام الكامل (FTE's) حجم العمل).

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



## تطبيق نموذج Star model لتصميم التنظيم وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

ونحن نتبع المنهج الذي اقترحه Fottler، ولكننا نقترح أيضا في هذه البحث ، مثلما اقترح Shortell، بتمييز إدارة الموارد البشرية (من حيث المدخلات والرضا) على انها مؤشرات للأداء كما في الجدول 3. وتستخدم معايير نتائج التسعيرات، التي تسمح بتقييم أداء الرعاية الصحية والمؤشرات المستخدمة في معظم الأحيان لتقييمها. ومن ثم ، فإن هذه القائمة ليست شاملة. ويضيف الجدول 3 حالة المدخلات أو المخرجات لكل معيار من المعايير. وتتيح هذه الحالة لمعرفة ما إذا كان المعيار يرتبط بالموارد المخصصة (المدخلات) بدلا من الخدمة المنجزة (المخرجات).

ويعطي Fetter (1991) أيضا وجهة نظر جديرة بالاهتمام عن أداء المستشفيات. ووفقا له، تؤدي المستشفى وظيفتين إنتاجيتين منفصلتين ولكنهما متصلتين.

- الوظيفة الأولى للمستشفى هي مجموعة الوظائف المرضية التي تحول المدخلات إلى مخرجات بسيطة،
- الوظيفة الثانية للمستشفى هي عمليات رعاية المرضى التي من خلالها تؤدي أوامر الطبيب إلى حزمة من تلك المخرجات يجري تقديمها إلى كل مريض.

وبالنسبة لـ Fetter، تكمن المشكلة الرئيسية في إدارة المستشفى في فصل الكفاءة في إنتاج منتجات بسيطة لمسائل الفاعلية في استخدام هذه المنتجات الوسيطة. ونقدم في الشكل 3 هاتين الوظيفتين المترابطتين ونعرض علاقتهما بمعاييرنا المتعلقة بالأداء. وتغطي المعايير الخمسة المذكورة انفا هاتين الوظيفتين التين وصفهما Fetter. وتعد كل من الكفاءة والموارد البشرية والنتائج المالية أكثر ارتباطاً بوظيفة الكفاءة ورضا المرضى وجودة الرعاية مقارنة بوظيفة الفاعلية.

وتنهي هذا القسم بملاحظات إضافية حول المؤشرات. وكما ذكرنا،

- يجب وضع مؤشرات لكل معيار من المعايير.
- ويجب أن تكون هذه المؤشرات مترابطة وقابلة للقياس ومتاحة وموضوعية قدر الامكان (Shortell, Flood and Scott-1994: 65).

- ويجب أن يكون اختيار هذه التدابير حكيماً جداً.
- وان إيجاد تدابير مكررة تمزج الآراء المختلفة عن بعض الأهداف يؤدي إلى مجموعة من المؤشرات، التي قد تؤدي إلى فرط المعلومات.

- فمن الضروري اختيار فقط تلك التدابير التي تعتبر بالغة الأهمية للرقابة على الأداء (Leggat, 1998).
- ويجب أن يكون عدد المؤشرات محدوداً، ولكن يجب بالضرورة قياس جميع المعايير المذكورة أنفا .
- ان المعلومات اللازمة لقياس هذه المؤشرات ليس سهلاً جداً دانما الحصول عليها.

الجدول 3: ملخص: معايير الأداء، مثال عن المؤشرات

المعايير	الموارد البشرية	الكفاءة	رضا المريض	جودة الرعاية	النتائج المالي	
المؤشرات	رضا العاملين	التكلفة للمريض الواحد	اجمالي الشكاوى	نسبة الوفيات	النسب المالية	
	دوران العاملين تغيب الأفراد آراء الرضا الوظيفي	المرضى اطباء	معدل مدة الإقامة	زمن الاستجابة القصيرة	نسبة الامراض الشائعة	العائد على الاصول
			نسبة أشغال الاسرة	استبيان الرضا	نسبة إعادة ادخال المرضى	سعر العلاج يوميا
			اجمالي المرضى الخارجيين(الخدمات)			
الحالة	مخرجات	المدخلات/المخرجات	مخرجات	مخرجات	مدخلات/مخرجات	



### المبحث الثالث / الجانب العملي للبحث

#### أولاً: تحليل البيانات الديموغرافية لعينة البحث في مستشفيات مدينة الطب

تتضمن هذه الفقرة البيانات الديموغرافية لعينة للبحث، وتحديد مدى ملائمة خصائص أفرادها من الأطباء، لطبيعة متغيرات البحث وإمكانيتهم في تقديم اجابات وآراء ذا مستوى من الدقة، إذ تشمل هذه الخصائص عينة من الأطباء في مدينة الطب مجال البحث، ولستة مستشفيات، وتكونت من (212) مفردة من الأطباء، قام الباحث بتوزيعها ومتابعتها عن كثب وبصورة مستمرة، مما ساعد ذلك في جمع الاستبانات الموزعة كافة، فضلاً عن ادارة البيانات واختبارات دقة قياس متغيرات البحث. ويمكن بيان خصائص الأطباء وتحليلها من خلال ما يأتي:

الجدول (4): خصائص أفراد عينة البحث من أطباء مستشفيات مدينة الطب (N=212)

الخصائص	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
المستشفى	مستشفى بغداد	85	40%
	مستشفى الاطفال	21	10%
	مستشفى الحروق	8	4%
	مستشفى الاورام	15	7%
	مستشفى غازي الحريري	70	33%
	مستشفى الجهاز الهضمي والكبد	11	5%
	الادارة العامة	2	1%
	المجموع	212	100%
السن	25 فأقل.	5	2%
	من 26 لغاية 35.	69	33%
	من 36 لغاية 46.	70	33%
	من 46 لغاية 55.	55	26%
	أكثر من 55.	13	6%
	المجموع	212	100%
النوع الاجتماعي	ذكر	159	75%
	انثى	53	25%
	المجموع	212	100%
سنوات الخدمة	من 1 لغاية 5.	5	2%
	من 6 لغاية 10.	68	32%
	من 11 لغاية 15.	59	28%
	من 16 لغاية 20.	35	17%
	من 21 لغاية 25.	31	15%
	من 26 فأكثر.	14	7%
	المجموع	212	100%
	المؤهل الدراسي	بورد اختصاص	100
دكتوراه		8	4%
ماجستير		12	6%
دبلوم عالي		62	29%
بكالوريوس		30	14%
المجموع		212	100%
العنوان الطبي		مقيم دوري	30
	مقيم أقدم	32	15%
	طالب بورد	18	8%
	طبيب اختصاص	100	47%
	طبيب استشاري	20	9%
	مدير قسم	12	6%
	المجموع	212	100%

الحالة الاجتماعية	غير متزوج	50	24%
	متزوج	162	76%
	المجموع	212	100%
الانحدار الاجتماعي	حضري	190	90%
	ريفي	22	10%
	المجموع	212	100%

### 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). ان 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  $(\pm 1.96)$  (Hair, et al., 2010).

كما ان اختبارات الصدق تمثل احدى الاختبارات الضرورية التي ينبغي استخدامها في تقدير مستوى جودة مطابقة أداة القياس (Cooper & Schindler, 2014). وينبغي على الباحث ان يقوم بالتأكد من صدق البناء (المفهوم) Construct Validity الذي يشير هذا النوع من الصدق الى مدى قياس الأداة المستخدمة في البحث للمفهوم كما تفترضه النظرية (Sekaran & Bougie, 2010). وبعبارة اخرى أي كيف يمكنك ان تعمم نتائج اسئلة أداة القياس التي استخدمتها (Saunders, et al., 2009). ويعتبر التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory factor analysis (CFA) أداة جيدة لتقييم صدق البناء (المفهوم)، لأنه يعطي صورة للباحث حول كيفية هيكله العوامل النظرية ومطابقتها للملاحظة الفعلية (Zikmund, et al., 2010). وقد أجرى الباحث لهذا الغرض التحليل العاملي التوكيدي. ومن بين أهم الطرق وأكثرها استخداماً من قبل الباحثين هي طريقة تحليل المكون الأساسي Principal Component Analysis (Verma, 2013). وان من ضمن مخرجات هذه الطريقة هو اختبار Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) والغرض منه هو التأكد من كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العاملي التوكيدي الذي يوصي به (Hinton, et al., 2014)، والذي يرى بأن نتائج (KMO) تقع ضمن نطاق (0-1)، وعندما تكون النتيجة 0.50 تعد غير مقبولة، وعندما تكون النتيجة 0.60 فإنها نتيجة مقبولة، أما النتائج التي تكون قريبة من (1) فتعتبر النتائج ممتازة. كما ينبغي ان يكون التشعب العاملي (0.40) فما فوق كنتيجة مقبولة للفقرات، وفي حال ظهرت تشعبات عاملية أقل من (0.40) فإنها تحذف (Hair, et al., 2010).

وقد تم اجراء اختبار الثبات الذي يعد مؤشراً للاتساق الداخلي للمقياس، ويكون المقياس ذي ثقة عندما تؤدي نتيجة محاولات مختلفة لقياس شيء معين الى النتيجة نفسها (Zikmund, et al., 2010). ويُستخدم الاتساق الداخلي (الثبات) بشكل واسع كمؤشر لجودة المقياس من خلال Cronbach's alpha (Sekaran & Bougie, 2010; Hair, et al., 2010). 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 (0.60-0.69) يعد فيه المقياس ذاتيات قليل، وما يتراوح بين (0.70-0.79) يشير الى انه متوسط الثبات، أما اذا تراوح بين (0.80-0.90) فإنه يشير الى الثبات العالي، وفي حال كان أكبر من 0.90 فإنه يحمل ثقة عالية جداً. وقد اجريت الاختبارات المذكورة أعلاه عن طريق الاستعانة ببرنامج SPSS V.22، وكما سيأتي في الجدول الآتي:



تطبيق نموذج Star model لتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على  
الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطيب"

الجدول (5): اختبار دقة وجودة بيانات أداة القياس

reliability	Validity	Measure of Sampling Adequacy	Normality		الفقرة	المتغير/ البعد
			Kurtosis	Skewness		
Cronbach's Alpha	Factor loading	KMO				
0.84	.61	.788	.023	-.484-	Item 1	الاستراتيجية والرؤية
	.85				Item 2	
	.82				Item 3	
	.86				Item 4	
	.74				Item 5	
0.89	.29	.873	.677	.205	Item 6	العمليات التنظيمية
	.80				Item 7	
	.91				Item 8	
	.78				Item 9	
	.79				Item 10	
0.92	.43	.792	.303	-.180-	Item 11	أنظمة العمل
	.79				Item 12	
	.62				Item 13	
	.71				Item 14	
	.73				Item 15	
0.91	.53	.750	-.134-	.105	Item 16	الأفراد العاملين
	.74				Item 17	
	.85				Item 18	
	.86				Item 19	
	.66				Item 20	
0.84	.54	.811	.613	.387	Item 21	الهيكل التنظيمي
	.81				Item 22	
	.82				Item 23	
	.39				Item 24	
	.26				Item 25	
0.82	.55	.786	-.319-	-.450-	Item 26	جودة الرعاية الصحية
	.79				Item 27	
	.89				Item 28	
	.75				Item 29	
0.90	.72	.766	1.338	-.026-	Item 30	رضا المريض
	.82				Item 31	
	.80				Item 32	
	.72				Item 33	





## تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

0.91	.62	.741	1.400	-1.003-	Item 34	تحقيق النتائج المالية
	.79				Item 35	
	.96				Item 36	
	.61				Item 37	
0.90	.65	.785	1.075	-.280-	Item 38	تطوير الموارد البشرية
	.86				Item 39	
	.80				Item 40	
	.71				Item 41	
0.87	.51	.774	-.281-	-.055-	Item 42	الكفاءة
	.56				Item 43	
	.86				Item 44	
	.88				Item 45	

يتضح من الجدول المذكور آنفاً بأن قيم (*kurtosis & skewness*) لمتغيرات المقياس كافة، تقع ضمن الحدود الدنيا والعليا للتوزيع الطبيعي. وهذا يدل على إن الأسلوب الاحصائي المناسب هو (الاحصاء المعلمي). فضلا عن صلاحية البيانات لإجراء الاختبارات الاحصائية الأخرى التي تتلاءم مع الاحصاء المعلمي ولاسيما معامل ارتباط *Person* (Sekaran & Bougie, 2010).

كما اتضح من الجدول المذكور آنفاً 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 0.60، وهذا يدل على توافر الاتساق الداخلي لفقراته وكذلك صلاحيته لإجراء التحليلات الإحصائية الأخرى.

### ثالثاً: العلاقات الخطية، والتعدد الخطي، والاحصاءات الوصفية

عندما نريد التأكد من أهمية المتغيرات ومستوى ادراكها من قبل الاطباء في مدينة الطب مجال البحث، فإن ذلك يتطلب إجراء الاحصاءات الوصفية متمثلة بكلاً من الوسط الحسابي والانحراف المعياري وكما سيأتي لاحقاً. كما ان العلاقة الخطية بين المتغيرات يمكن تقديرها من خلال تحليل ارتباط (*Person*) لكون البيانات ذات التوزيع الطبيعي المعلمي (Field, 2009; Hair, et al., 2010). وان تحديد العلاقة الخطية بين ابعاد ومتغيرات البحث يأتي من أجل تقديم دعماً أولياً لفرضيات التأثير في البحث، حيث ان هذا النوع من التحليل يتفحص 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 الى ذلك، التأكد من قوة نموذج البحث من خلال الاستدلال على عدم وجود ارتباط خطي متعدد (*Multicollinarity*) بين الأبعاد المستقلة. وان قيمة معامل ارتباط *Person* تتراوح ما بين (1) و (-1)، فعندما تكون قيمته (1) فهذا يدل على الارتباط الايجابي التام، وعندما تكون قيمته (-1) فهذا يدل على الارتباط العكسي التام، أما اذا كانت قيمته (0) فهذا يدل على عدم وجود ارتباط خطي بين المتغيرات (Bordens & Abbott, 2011; Cohen, et al., 2007). أما فيما يخص 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 (0.10 الى 0.29)، أو (-0.10 الى (-0.29) يعد ضعيفاً، والارتباط الذي تقع قيمته بين (0.30 الى 0.49)، أو (-0.30 الى (-0.49) يعد



## تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

متوسطاً، أما الارتباط الذي يقع بين (0.50 فأكثر)، أو (-0.50 فأكثر) يعد قوياً. ويمكن عرض مصفوفة الارتباط والاحصاءات الوصفية كما يأتي:

الجدول (6): العلاقات الخطية، والتعدد الخطي، والاحصاءات الوصفية

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
(1) الاستراتيجية والرؤية	1											
(2) العمليات التنظيمية	.114*	1										
(3) أنظمة العمل	.142*	.153*	1									
(4) الأفراد العاملين	.165*	.118*	.125	1								
(5) الهيكل التنظيمي	.174*	.129*	.150*	.143*	1							
(6) التصميم التنظيمي	.432**	.444**	.531*	.453*	.510*	1						
(7) جودة الرعاية الصحية	.361**	.336**	.364*	.458*	.445*	.332*	1					
(8) رضا المريض	.465**	.435**	.387*	.492*	.466*	.387*	.126*	1				
(9) تحقيق النتائج المالية	.422**	.478**	.373*	.391*	.382*	.420*	.118*	.154*	1			
(10) تطوير الموارد البشرية	.399**	.481**	.436*	.475*	.467*	.394*	.192*	.175*	.146*	1		
(11) الكفاءة	.438**	.455**	.458*	.473*	.357*	.419*	.154*	.143*	.173*	.167	1	
(12) أداء المنظمة	.456**	.472**	.443*	.478*	.471*	.439*	.512*	.633**	.641**	.780*	.563*	1
الوسط الحسابي	3.90	4.07	4.42	4.44	4.74	4.31	4.21	4.93	4.62	4.44	4.11	4.46
الانحراف المعياري	1.17	1.10	1.27	1.14	1.09	-	1.24	1.26	1.18	1.14	1.19	-

يتضح من نتائج تحليل الاحصاءات الوصفية (الوسط الحسابي، والانحراف المعياري) للمتغيرات والأبعاد أعلاه، بأن هنالك ادراك ضعيف وتقبل ايجابي واهتمام محدود من قبل افراد العينة تجاه متغيرات وابعاد البحث، لان قيمة الوسط الحسابي أدنى من الوسط الفرضي الذي قيمته (5)، والتي تراوحت بين (3.90-4.93). ويدل صغر الانحرافات المعيارية التي تراوحت بين (1.09-1.27) على عدم تشتت اجابات اطباء افراد العينة حول الوسط الحسابي، أي ان هناك تجانس في فهم وادراك هذه المتغيرات والابعاد. كما اتضح من نتائج مصفوفة معاملات الارتباط المذكور أنفاً بأن نتائج الارتباط بين متغيرات البحث، تشير الى وجود علاقة ايجابية ومعنوية بين المتغير والابعاد المستقلة (الاستراتيجية والرؤية، والعمليات التنظيمية، وأنظمة العمل، والأفراد العاملين، والهيكل التنظيمي) والمتغير والابعاد التابعة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد المالية، والكفاءة)، اي ان تركيز الاطباء على أبعاد التصميم التنظيمي، سيسهم في تحقيق أداء أفضل للمستشفيات الستة 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 (Multicollinarity) بين الابعاد المستقلة. لان مقدار الارتباط بين الابعاد المستقلة لم يصل الى (0.70)، وهذا يدل على عدم وجود التعدد الخطي (DeVaus, 2002: 327).

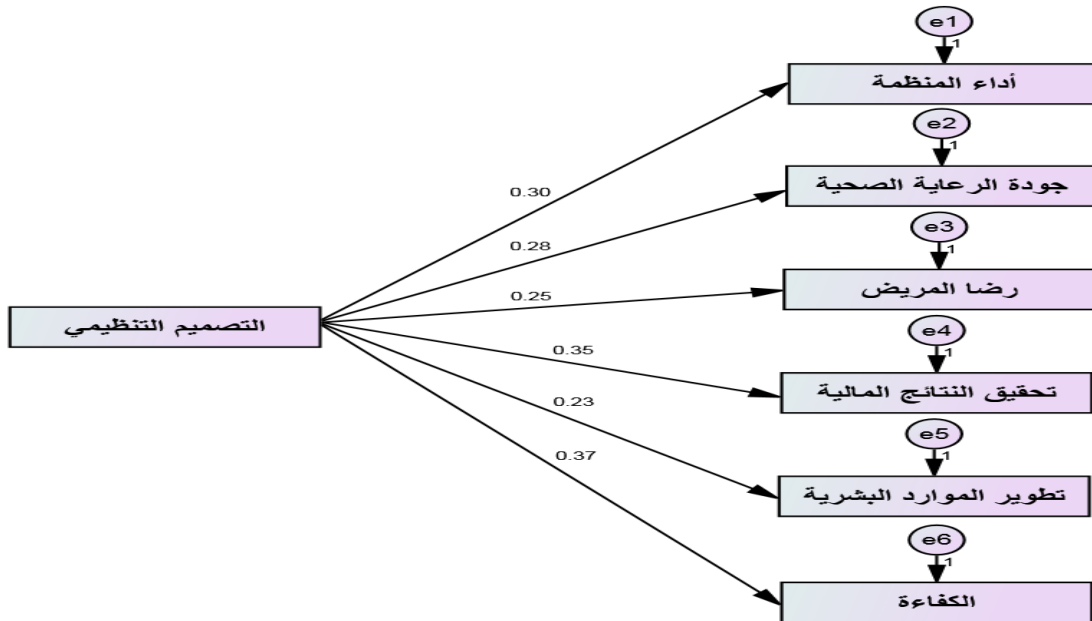
#### رابعاً: اختبار الفرضيات

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 مقدر 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 1.96، وبمستوى معنوية  $p < 0.05$  (Ho, 2006; Hair, et al., 2010; ) 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* بوصفه 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 آنفاً ومن خلال الاستعانة ببرنامج *AMOS.v22* وكما يأتي:

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



الشكل (3): اختبار الفرضية الرئيسية الأولى وتفرعاتها الخمسة



## تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

الجدول (7): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الاولى وتفرعاتها الخمسة  
*Standardized Regression Weights*

النتيجة	P	C.R.	$\beta$	مسارات المتغيرات والأبعاد
مقبولة	***	3.01	.30	التصميم التنظيمي <- أداء المنظمة
مقبولة	***	2.95	.28	التصميم التنظيمي <- جودة الرعاية الصحية
مقبولة	***	2.87	.25	التصميم التنظيمي <- رضا المريض
مقبولة	***	3.13	.35	التصميم التنظيمي <- تحقيق النتائج المالية
مقبولة	***	2.73	.23	التصميم التنظيمي <- تطوير الموارد البشرية
مقبولة	***	3.26	.37	التصميم التنظيمي <- الكفاءة

من خلال الشكل والجدول المذكور آنفاً اللذين يبينان مسارات الفرضية الرئيسية الاولى وفرضياتها الفرعية الخمسة، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة وأبعاده الخمسة (جودة الرعاية الصحية، رضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة). فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في أداء المنظمة، أي في أداء المستشفيات الستة مجال البحث، بمقدار (0.30)، و (C.R.) مقدارها (3.01) وبمعنوية أقل من ( $p > 0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الرئيسية الاولى (H1) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في أداء المنظمة). وعلى الرغم من ان 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 الستة، وهذا ما يتطابق مع نتائج الاحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل ادارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على ادارات المستشفيات الستة مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ اجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه ان يساعد على زيادة التأثير الايجابي للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات الستة مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول المذكور آنفاً اللذين يبينان مسارات الفرضية الفرعية الاولى، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في جودة الرعاية الصحية، بمقدار (0.28)، و (C.R.) مقدارها (2.95) وبمعنوية أقل من ( $p > 0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الاولى (H1a) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية).

وعلى الرغم من ان 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 الستة، وهذا ما يتطابق مع نتائج الاحصاءات الوصفية التي بينت عدم الاهتمام الكافي من قبل ادارات المستشفيات بأبعاد التصميم التنظيمي. لذا ينبغي على ادارات المستشفيات الستة مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ اجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه ان يساعد على زيادة التأثير الايجابي للتصميم التنظيمي في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الستة مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول المذكور آنفاً للذين يبينان مسارات الفرضية الفرعية الثانية، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في رضا المريض. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في رضا المريض، بمقدار (0.25)، و (C.R.) مقدارها (2.87) وبمعنوية أقل من ( $p>0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الثانية (H1b) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في رضا المريض).

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

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول أعلاه اللذان يبينان مسارات الفرضية الفرعية الثالثة، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في تحقيق النتائج المالية، بمقدار (0.35)، و (C.R.) مقدارها (3.13) وبمعنوية أقل من ( $p>0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الثالثة (H1c) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تحقيق النتائج المالية).

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

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول المذكور آنفاً للذين يبينان مسارات الفرضية الفرعية الرابعة، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في تطوير الموارد البشرية، بمقدار (0.23)، و (C.R.) مقدارها (2.73) وبمعنوية أقل من ( $p>0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الرابعة (H1d) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في تطوير الموارد البشرية).

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

وكما يظهر من خلال الشكل والجدول المذكور آنفاً للذين يبينان مسارات الفرضية الفرعية الخامسة، نجد بأن هناك علاقة تأثير ايجابية ومعنوية للتصميم التنظيمي في الكفاءة. فقد تبين بأن التصميم التنظيمي يؤثر ايجابياً ومعنوياً في الكفاءة، بمقدار (0.37)، و (C.R.) مقدارها (3.26) وبمعنوية أقل من ( $p>0.05$ ). وان هذه النتيجة تدل على قبول الفرضية الفرعية الخامسة (H1e) التي تصبح (هناك تأثير ايجابي ومعنوي للتصميم التنظيمي في الكفاءة).

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



## تطبيق نموذج Star model لتصميم التنظيم وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

التأثير الايجابي للتصميم التنظيمي في الكفاءة في المستشفيات الستة مجال البحث، وبما يعكس على تحسين أداء هذه المستشفيات.

نستخلص من نتيجة الفرضية الرئيسية الأولى المذكورة آنفاً وفرضياتها الفرعية الخمسة، بأن جميعها مقبولة، وذات تأثير ايجابي، ومعنوي، إلا انها تؤثر بمستوى ضعيف، مما يتطلب من إدارات المستشفيات الستة مجال البحث التركيز على تبني وتطوير وتنفيذ اجراءات عملية واضحة فيما يخص التصميم التنظيمي، لأن ذلك من شأنه ان يساعد على زيادة التأثير الايجابي للتصميم التنظيمي في أبعاد الأداء التنظيمي الخمسة (جودة الرعاية الصحية، ورضا المريض، وتحقيق النتائج المالية، وتطوير الموارد البشرية، والكفاءة) في المستشفيات الستة مجال البحث، وبما يعكس على تحسين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات.

### رابعاً: مناقشة النتائج

سيتم في هذه الفقرة مناقشة نتائج البحث، لغرض التأكد فيما اذا كانت هذه النتائج تجيب عن تساؤلات البحث بشكل فعال، إذ ان هذه التساؤلات تحتاج الى معالجة من أجل معالجة مشكلة البحث، وتحقيق أهدافها.

التساؤل الاول: هل يمكن تحديد مستوى اهتمام اطباء عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الستة في مدينة الطب مجال البحث؟

أظهرت نتائج التحليل الاحصائي في فقرة اختبار الاحصاءات الوصفية لمتغيرات وأبعاد البحث، بأن هناك ضعف نوعاً ما في الاهتمام بالتصميم التنظيمي وأبعاده الخمسة من قبل ادارات المستشفيات الستة في مدينة الطب. مما انعكس ذلك في اختبار الفرضية الاولى التي كانت نتاجها تتمثل في ضعف تأثير التصميم التنظيمي في أداء المستشفيات. كما نجد أن هناك ضعفاً نوعاً ما في الاهتمام بأداء المستشفيات وأبعاده الخمسة من قبل ادارات المستشفيات الستة في مدينة الطب. مما انعكس ذلك على مستوى الاداء المتحقق في المستشفيات الستة في مدينة الطب مجال البحث. بذلك نجد ان هذه النتيجة جاءت لتجيب على التساؤل الاول للبحث، وتحقيقاً للهدف الاول للبحث الذي ينص على وصف وتشخيص مستوى اهتمام اطباء عينة البحث بالتصميم التنظيمي وأبعاده، وأداء المستشفيات وأبعاده، للمستشفيات الستة 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 الاحصائي في فقرة تحليل الارتباط، ان هناك علاقة ايجابية ومعنوية بين التصميم التنظيمي ككل مع أداء المستشفيات، وكل بعد على حدة 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 نتاجها بأن هناك تأثيراً قليلاً للتصميم التنظيمي في أداء المستشفيات وأبعاده، الذي أدى الى قبول الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية الخمسة التابعة لها. وعلى الرغم من ان نتائج هذه الفرضية الرئيسية وأبعادهما جاءت ضعيفة، إلا ان هذه النتائج المتحققة، جاءت لتتفق مع ما تم طرحه في الدراسات السابقة، والاطار المفاهيمي الذي تناولته البحث، الذي ظهر فيه بأن التصميم التنظيمي يؤدي الى تحسين أداء المستشفيات وأبعاده. وبالتالي فإن هذه النتائج تقدم دليلاً واضحاً في الاتفاق مع الدراسات السابقة ودعمًا للنتائج التي حققناها، كما ان 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

- 1- يرتبط التصميم التنظيمي بموضوعات بناء المنظمات لتحقيق أهدافها الاستراتيجية المحددة في خطتها العامة، ويعد التصميم التنظيمي أكثر من مجرد خارطة تنظيمية التي تحوي المربعات والخطوط المباشرة وغير المباشرة للسلطة والمسؤولية والاتصالات، فهو يمتد بالعمق ليشمل مجموعة متنوعة من العوامل الحيوية، بما فيها نظم المعلومات الإدارية والمكافآت ونمط الإدارة وعمليات اتخاذ القرارات، وثقافة المنظمة وانحرفها وطبيعة حركية الموارد البشرية العاملة فيها.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- 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.
- 5- وجود تقصير 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، ومما يترك أثراً سلبياً على تطبيق منظومة الموازنة بين الوقت المتاح للحياة والعمل لدى الأطباء العاملين فيها.
- 6- ضعف توجه إدارات المستشفيات العراقية نحو الاهتمام بالعاملين فيها فما تزال أنظمة الاستقطاب والاختبار والتعيين والوصف الوظيفي وتقييم الأداء قاصرة للغاية، كما لا يوجد سعي حثيث من قبل هذه الإدارات نحو التطوير المثمر لقدرات ومهارات العاملين وتنمية روح العمل الفرقي، فضلاً عن سوء التطبيق للعدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية.
- 7- 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 موانع تصب في مصلحتها العامة لتحقيق أهدافها الاستراتيجية التي تتعلق بإنجاز المسؤولية الاجتماعية ذات الصلة بمنظومة أخلاق الأطباء المعيارية المتعلقة بالإنسانية العالية.
- 8- 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 والقصور 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.
- 9- كلما جرى تصميم المستشفيات هيكلياً بشكل ملائم عبر مراعاة الاستراتيجية والرؤية الجديتين، والعمليات التنظيمية المناسبة، أنظمة العمل السليمة، العاملين المطلوبين لتقديم الخدمة، والهيكل التنظيمي العالي المستوى) فيما يتحقق الأداء الكفؤ 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 وبالخصوص تنظيم جدولة لتحسين الخدمات المقدمة للمرضى وذلك من خلال الآليات التالية:

1- قيام الإدارة برسم خطط استراتيجية لاعمالها المستقبلية والتي ترسم في اطار رؤية مستقبلية هدفها النجاح في المستقبل، والعمل على ادامة العلاقات مع اصحاب المصالح المتمثلين بـ (المرضى، والعاملين، والحكومة، والمجتمع المحلي، والمجهزين.... الخ).

2- ينبغي ان يعكس التصميم متطلبات رؤية وتخطيط مستشفى مدينة الطب للمنافسة في المستقبل، ويكشف الدوافع ونقاط القوة والضعف في الاطباء والكادر الطبي المساند، ويولي اهتماما كافيا للمصادر المستهدفة من القيمة المضافة والمبادرات الاستراتيجية للوازرة، ويوفر الصلاحيات المطلوبة، والمخصصة للجماعات/ الأفراد، والتي ترتبط بالقيمة الاستراتيجية للوحدة أو الوظائف.

3- تحديد مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة الحالي والعمل على تحسينها من خلال تحديد معايير تحسين الجودة، وتدريب الكوادر على أفضل واحداث ادوات وطرق قياس الجودة، وتعزيز خبراتهم حول كيفية تحسين الجودة.

4- 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 انه على الإدارات ان تطلب من المدراء في الاقسام 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:

1- توفير أنظمة تخطيط فاعلة للموارد البشرية والمالية والمادية والمعلوماتية والتكنولوجية في المستشفيات، مما يعمل على تنسيق جميع هذه الموارد مع بعضها لاتمام اجراءات العملية، كذلك على ادارة المستشفيات ان توفر أنظمة مالية ومحاسبية قوية تتوافق مع تحقيق متابعة مستمرة للتخصيصات الموجودة في الموازنة.

2- ينبغي توفير التكامل في نظام إدارة الاداء المؤسسي والوظيفي للعاملين، حيث يهدف قياس الاداء المؤسسي الى تطوير الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية في مدينة الطب، وكذلك رفع الانتاجية والكفاءة فيها وتلبية احتياجات المستفيدين من المستشفيات، وذلك من خلال وضع الية تقييم وقياس للاداء المؤسسي وتحديد مستوى المشاركة في تحقيق التحسين المستمر في مستوى المستشفيات، فضلاً عن ذلك يهدف نظام ادارة الاداء الوظيفي الى تحديد كفاءة الموظفين والعمل على تطوير ادائهم وسلوكهم، وكذلك اخطارهم بنتائج التقييم، ومناقشة مستوى الاداء معهم ومتابعته دورياً حسب الخطة المحددة للانجاز، وكذلك الحصول على المعلومات الراجعة من الموظفين التي تؤدي الى تحسين كفاءة الادارة.

التوصية الثالثة: نوصي إدارات المستشفيات بزيادة الاهتمام بالموظفين فيها من خلال تحسين أنظمة الاستقطاب والاختبار والتعيين والوصف الوظيفي وتقييم الاداء، والسعي الحثيث من قبل هذه الإدارات نحو التطوير المثمر لقدرات ومهارات الموظفين وتنمية روح العمل الفرقي، فضلاً تحقيق العدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية ويتم ذلك باعتماد الآليات التالية:

1- توفير اشخاص ذوي خبرة ومتخصصين في ادارة 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 الاخرين مثل القدرة على الابتكار ، القدرة على الحوار، القدرة على اتخاذ قرار القدرة التحليلية، القدرة على التكيف، القدرة على التعاون مع الآخرين.

2- ينبغي على إدارات المستشفيات تحفيز الموظفين المجددين، ومراعاة تطبيق العدالة والإنصاف في تقديم المكافآت المالية والمعنوية، لان هذا الامر سيؤدي الى المحافظة على الموظفين المهرة ذوي الخبرة، وكذلك يعمل على زرع المحبة بين الافراد الموظفين، ويحفز على الاقبال نحو العمل والانتاج، فالعامل أو الموظف في إدارة ما عندما يحس بأن هناك عدلا ساندا وأن كل من له حق لابد أن يأخذه وأن المكافآت والعلاوات والمحفزات لا ينالها إلا المجتهد المتفاني في عمله لا شك أن هذا الأمر كاف بأن يخلق جوا من التنافس بين





## تطبيق نموذج Star model لتصميم التنظيم وانعكاسات متغيراته على الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطب"

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: نوصي 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 موائمة 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 واضح ومرن في نفس الوقت وبما يساعد في تحقيق أهداف المستشفى.

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

التوصية الخامسة: ينبغي تصميم المستشفيات هيكلياً بشكل ملائم عبر مراعاة الاستراتيجية والرؤية الجديتين، 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", 8<sup>th</sup> 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", 2<sup>nd</sup> 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" 2<sup>nd</sup> ed., New Jersey: Lawrence Erlbaum.



10. Cohen, Louis, Manion, Lawrence & Morrison, Keith (2007), "Research Methods in Education", 6<sup>th</sup> ed., Routledge, USA and Canada.
11. Cooper, D. R. and Schindler, P. S. (2014), "Business Research Methods", 12<sup>th</sup> 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", 5<sup>th</sup> 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" 3<sup>rd</sup> 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., BARNSLEY 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", 2<sup>nd</sup> edition. Blackwell: Oxford.
40. Saunders, Mark, Lewis, Philip & Adrian, Thornhill (2009), "Research methods for business students", 5<sup>th</sup> 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", 6<sup>th</sup> 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.



تطبيق نموذج Star model للتصميم التنظيمي وانعكاسات متغيراته على  
الأداء الصحي وأبعاده "دراسة ميدانية في مستشفيات مدينة الطيب"

47. Zikmund, W. G. (2010), "Business Research Methods", 8th ed., Thompson South-Western: Ohio.
48. Zikmund, W. G. (2014), "Business Research Methods", 10<sup>th</sup> ed., Thompson South-Western: Ohio.
49. ZUCKERMAN HS. , KALUZNY 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., BARNSLEY 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.



## **Star model –model of organization design and reflections of its variables and dimensions of health performance on-filed study in medical city hospital**

### **Abstract**

The goal of current research to describe and diagnose the level of attention of doctors to design and regulatory dimensions, (strategic vision, organizational structure, organizational processes, business systems, personnel), and the performance of hospitals and dimensions, in six hospitals in medicine and selected a sample for research, as well as identify organizational design effect in the performance of hospitals and dimensions (efficiency, the development of human resources, patient satisfaction, achieve financial results, quality of health care).

Research has focused in part theoretical on key variables to look organizational design, which has been focusing on five categories which represented, strategy and vision, organizational processes, and business systems, and personnel, organizational structure, was followed researcher quantity, which is one of the basic entrances in studies the way including social work, it comes as a result of the use of the style of the questionnaire as an essential tool in data collection. He focused on the field side of the inductive method was used for this purpose quantitative analysis of the variables of the research, exploratory and description, practically to validate the outcome of the theoretical orientations, and the sincerity of the research hypotheses. And selected the Medical City area to search being considered the latest and greatest therapeutic and educational health institution in Iraq has included the research community's senior management in the Medical City employees and managers of hospitals and doctors, as well as doctors consultants, and other doctors who fit their characteristics with the requirements of research, it has been identified sample size in the search (212) persons, where they were distributed the questionnaire and the number of questionnaires are recovered (212) questionnaire, after the researcher to make a great effort to follow doctors research sample until completing their questionnaires to fill completely. The researcher used to tackle statistical data by program (AMOS v.22) and (SPSS v.22).

The results showed that the research hypotheses are all acceptable and positive influence, and moral, but it affects a weak level, which requires six hospitals departments of research focus on the adoption and the development and implementation of a clear practical measures regarding organizational design, because that would help to increase the influence the positive organizational design in the five dimensions of organizational performance (health care quality, patient satisfaction, and achieve financial results, and the development of human resources, and efficiency) in the six hospitals and research, and as reflected in the improvement of organizational performance for these hospitals.

**Key word:** Star model, organization design, health performance.