

أثر إدارة التخطيط الإلكترونية في تحسين جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات بغداد

باسمه جازع جاسم*
نجم عبدالله علي العزاوي**

* ماجستير إدارة أعمال، فرع تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة بغداد
** أستاذ، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، عمان، الأردن

Abstract

Management is considered as most important resource of the society ones in modern era and an exchange point in societies' lives in order to achieve its goals and wishes. So far, management behinds the new electronic society has become different in shape and nature due to the force of the nature of information technology that shapes the relationships between the world's individuals at the national level but it goes beyond the international ones. The study aims at identifying the impact of the electronic management's components upon the improvement of the quality of nursing care in Baghdad's hospitals. The descriptive design, with a sample-survey approach, is used as appropriate ones for the field study of social phenomena. So, it presents data about these phenomena and the relations between their reasons, results and analysis to depict the effective factors in them. The study uses a questionnaire for data collection from the respondents. It is comprised of (31) items which are distributed on two parts; first, demographic characteristics (8) items and second, electronic management's components with a five levels Likert Scale of strongly disagree, disagree, uncertain, agree, and strongly agree with a rating scale of 1 for strongly disagree, 2 for disagree, 3 for uncertain, 4 for agree, and 5 for strongly agree, respectively. Validity of the questionnaire is determined through its administration to panel of (10) experts who are specialists to present their judgments about its content validity. Reliability of the questionnaire is determined through the use reliability coefficients to achieve its internal consistency. Data are collected through field visits to the hospitals and interviews with subjects. The setting of the study includes all hospitals in Baghdad City which are (43) hospitals. These hospitals are distributed on three health directorates as; (8) for Medical City Directorate, (13) for Al-Karkh Health Directorate, and (22) for Al-Rusafa Health Directorate. The sample is consisted of (43) nurse manager and (101) head nurse. It is purposive "non-probability" ones and it is selected with respect to the selection criteria of number of years in nursing and number of years in nursing management for no less than one year. Data of the study are analyzed through descriptive data analysis approach, cluster analysis and factor analysis. The study reveals that variables that include age, gender, level of education, place of work, number of years in nursing, number of years in nursing management, years of experience in electronic management and the duration of each training session in nursing management have an impact in improving the quality of nursing management. The findings indicate that electronic planning management plays more effective role in the future of the electronic management and the quality of operating nursing care. So far, we provide sufficient answers to all questions and hypotheses that the present study has presented. The study recommends that there is necessity to prepare and implement specialized programs which are concerned in electronic management for the preparation of managerial leaders in this field. Being relied on electronic learning curriculum in general and specifically electronic management in nursing courses with respect to what have been accomplished in developed nations' universities. Nursing staff have to be encouraged for enrollment in educational and training sessions as being relative to electronic management. Reporting, monitoring, evaluation and promotion for participants system can be initiated. National comprehensive studies that depend on comparison and targeted large number of health organizations in public and private sectors, and nursing staff for identification of barriers for the implementation and presentation of the recommendations, solutions, and the appropriate approaches that develop technical, managerial and leadership aspects. Concern can be presented with regard to training sessions in the field of electronic management, especially that of electronic planning management.

Keywords: Electronic planning management, Quality of nursing care, Baghdad Teaching hospitals

المستخلص

تعد الإدارة أهم مورد من موارد المجتمع في العصر الحديث، ونقطة تحول في حياة المجتمعات، وذلك في تحقيق أهداف المجتمع وطموحاته. بيد أن الإدارة في ظل المجتمع الإلكتروني الجديد باتت تختلف مظهراً وجوهراً بسبب ما فرضته طبيعة تكنولوجيا المعلومات نفسها والتي قامت بتعريف شكل العلاقات بين أفراد العالم على المستوى المحلي، بل وتعدته إلى المستوى الدولي، وعليه تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر مكونات الإدارة الإلكترونية على تحسين جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات بغداد. تم استعمال المنهج الوصفي بالإسلوب المسحي للعينة والذي يعد منهجاً ملائماً لدراسة الظواهر الاجتماعية ميدانياً حيث يقدم بيانات عن واقع هذه الظواهر والعلاقات بين أسبابها ونتائجها وتحليلها لها وربما يُظهر العوامل المؤثرة فيها. اعتمدت الدراسة على إستبانة لجمع البيانات من المستبنيين مكونة من (31) فقرة موزعة على محورين: الأول، الصفات الديموغرافية (8) فقرات والثاني، مكونات الإدارة الإلكترونية (23) فقرة ومقياس (Likert) الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة) ويتدرج رقمي (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي. تحقق صدق الإستبانة من خلال عرضها على مجموعة

من المحكمين من ذوي الإختصاص لبيان الرأي في مدى صدق المحتوى للإستبانة. أما ثباتها فقد تحقق من خلال إستعمال معاملات الثبات لتحقيق الإتساق الداخلي للإختبار. جمعت بيانات الدراسة من خلال الزيارات الميدانية للمستشفيات والمقابلات الشخصية للمبجوثين. شمل مجتمع الدراسة على جميع المستشفيات الموجودة في مدينة بغداد والبالغ عددها (٤٣) مستشفى، والموزعة على ثلاث دوائر صحية هي: (٨) مستشفيات تابعة لدائرة مدينة الطب و(١٣) مستشفى تابعة لدائرة صحة الكرخ و(٢٢) مستشفى تابعة لدائرة صحة الرصافة. تضمنت عينة الدراسة (١٤٤) فرد مقسمين إلى (٤٣) مدير ترميز و(١٠١) رئيس قسم ترميز، وهي عينة غرضية غير عشوائية تم إختيارها إستناداً إلى معايير الإختيار المحددة بعدد سنوات العمل في الترميز وإدارة شؤون الترميز لمدة لا تقل عن سنة واحدة. تم تحليل بيانات الدراسة من خلال إستعمال أساليب الإحصاء الوصفي، والتحليل العقودي، والتحليل العاملي. بينت نتائج الدراسة بأن المتغيرات المتمثلة بالفئات العمرية، الجنس، التحصيل الدراسي، مكان العمل، عدد سنوات العمل في الترميز، عدد سنوات الخبرة في الإدارة الإلكترونية، ومدة كل دورة لها أثر في تحسين جودة الرعاية التمريضية. فضلاً عن ذلك تمكنت الدراسة من إثبات إن تصنيف مكونات الإدارة الإلكترونية وفق نموذج جديد له الأثر البالغ الأهمية في التأثير الإيجابي على تحسين جودة الرعاية التمريضية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن إدارة التخطيط الإلكترونية تلعب دوراً ذا أكثر أهمية في التأثير على مستقبل الإدارة الإلكترونية وجودة الرعاية التمريضية التي تقوم عليها. لذا، نكون بهذا قد قدمنا الإجابات الوافية لجميع التساؤلات والإفترضات التي تقدمت بها الدراسة الحالية. أوصت الدراسة إلى ضرورة إعداد وتنفيذ برامج متخصصة تهتم بالإدارة الإلكترونية لإعداد قيادات إدارية مؤهلة علمياً وعملياً في حقل الإدارة الإلكترونية، الإعتماد على مناهج التعليم الإلكتروني عموماً، والإدارة الإلكترونية خصوصاً في مساق الترميز على ضوء ما هو متحقق في جامعات البلدان المتقدمة. تشجيع العاملين في مجال الترميز بالإنخراط في الدورات التعليمية والتدريبية ذات العلاقة بالإدارة الإلكترونية، مع وضع نظام تسجيل ومتابعة وتقويم وتقديم حوافز للمشاركين. إجراء دراسات وطنية شاملة، تعتمد المقارنة وتستهدف أكبر عدد من المؤسسات الصحية في القطاعين الحكومي والخاص والعاملين في الترميز للتعرف على معوقات تنفيذ الإدارة الإلكترونية وتقديم الإقتراحات والحلول والأساليب المناسبة لتنمية الجوانب الفنية والإدارية والقيادية والإهتمام بالدورات التدريبية في مجال الإدارة الإلكترونية.

المقدمة:

المجتمعات المتقدمة فيما يتعلق بهذه الثورة وتقنياتها، بما فيها من إيجابيات وسلبيات؟ أم ترانا نستطيع إستباق الأحداث والسعي لإتباع طريق مستقل، الإنتقاء والوعي في نقل هذه التقانات، ثم تطويعها وتوظيفها بشكل أمثل في سبيل تنمية وطنية ناجحة، ومسار حضاري مستقل؟

ومما تقدم، ستساهم الدراسة الحالية في توضيح أهمية إدارة التخطيط الإلكترونية في الترميز ودورها على جودة الرعاية التمريضية المقدمة في المؤسسات الصحية التابعة لمدينة بغداد، وهذامقاد الباحثة إلى تبني إجراء هذه الدراسة.

إن مآفرزته المشاهدات والزيارات الميدانية الإستطلاعية المتعددة للمؤسسات الصحية في مدينة بغداد أعطت صورة واضحة عن أبعاد مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، ولتحقيق مقومات الدراسة وأهميتها بالنسبة للبيئة الصحية العراقية. فقد وجد من الضروري دراسة مدى إمكانية تحقيق درجة معقولة من الإنسجام بين تطبيق الإدارة الإلكترونية والبيئة الصحية العراقية بما يكفل تطبيقها بكفاءة عالية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

الإبداع الإداري ليس نتاج مصادفة وإنما هو نتيجة حتمية لأسس علمية وقواعد تتبع، ومن أهم هذه القواعد المشاركة بالفكر وإتاحة المعلومات. فقد تغيرت في السنوات الخمس عشر الأخيرة الكثير من المفاهيم التي تحكم عمل المديرين، فلم تعد المشكلة في الإدارة الكلاسيكية المتمثلة في إدارة الأفراد أو الأعمال الإدارية الأخرى، وإنما أصبحت المشكلة التي تواجه المديرين هي إدارة التغيير المستمر الذي يحدث داخل المؤسسة مع اكتسابها لخبرات متزايدة في خضم

من المعروف أن الإدارة تعد أهم مورد من موارد المجتمع في العصر الحديث، ونقطة تحول في حياة المجتمعات، وذلك في تحقيق أهداف المجتمع وطموحاته. بيد أن الإدارة في ظل المجتمع الإلكتروني الجديد باتت تختلف مظهرها وجوهرها بسبب ما فرضته طبيعة تكنولوجيا المعلومات نفسها والتي قامت بتعريف شكل العلاقات بين أفراد العالم على المستوى المحلي، بل وتعدته إلى المستوى الدولي.

ومن هنا كان لا بد من العزوف عن فكرة الإدارة التقليدية. لذا فإن التوجه الجديد في الإدارة بنقلها من طبيعتها التقليدية إلى الطبيعة الإلكترونية يبشر بولادة حقل معرفي جديد يعرف "بالإدارة الإلكترونية". وعلى هذا الأساس فإن الإدارة الإلكترونية تعد حقلًا معرفيًا حديثًا وإمتداداً طبيعياً لتطور الفكر الإداري. إن الإدارة الإلكترونية تعجل دور الإبتكار والإبداع من خلال إستعمال الوسائل الإلكترونية في أداء أعمال المنظمات، محققة بذلك تقليصاً كبيراً في أوقات إنجاز المعاملات والتسليم والتكلفة، مقابل جودة الخدمات المقدمة للزبائن وتقليل التراكم الورقي بإحلال الوثائق الإلكترونية الإلكترونية بديلاً عن تلك الورقية. ولهذا فإن التطور التكنولوجي الكبير الذي يعيشه العالم اليوم يضع في أعناقنا مسؤولية كبيرة، هي مسؤولية النهوض بواقع منظماتنا الحيوية وتطويرها، وجعلها تواكب التقدم التكنولوجي وثورة الإتصالات والحوايب.

إذاً لا بد أن نتساءل: أين نحن من العالم في هذه الثورة التقنية الحضارية، وماهي تأثيراتها علينا؟ كما لا بد من أن نتساءل وبجدية وموضوعية: هل سنكتفي بتبعية

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر إدارة التخطيط الإلكترونية على تحسين جودة الرعاية التمريضية في العراق وذلك من خلال:

١. التعرف على واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية في

مستشفيات مدينة بغداد

٢. التعرف على واقع جودة الرعاية التمريضية في

مستشفيات مدينة بغداد

أ. بيان أثر إدارة التخطيط الإلكترونية على

جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات

مدينة بغداد

أهمية الدراسة:

وَجَدَت مهنة التمريض ذاتها في وَضْعٍ يتطلب الاهتمام العالي في خلق حالة متميزة تجعل التميز هو الصفة الغالبة للرعاية الصحية ومُخرجاتها (Binder, 2000, Johnson and Mass, 1997). من هذا المفهوم تبرز أهمية الدراسة في جانبين:

الأهمية العلمية: ستضيف هذه الدراسة والدراسات المتصلة بالموضوع من اثراء معرفي للدراسات الاولية الخاصة بموضوع الإدارة الإلكترونية وخاصة اني ابحث عن مكونات هذه الإدارة ودورها على جودة الرعاية التمريضية.

الأهمية العملية: تبرز هذه الأهمية من خلال معرفة أي من هذه المكونات للإدارة الإلكترونية أكثر تأثيراً من غيرها على جودة الخدمات التمريضية حتى يتم التركيز عليها من قبل المسؤولين من الإدارة العليا واخذ ذلك بنظر الاعتبار في الجانب التطبيقي كما يمكن ان تبرز في أي المعارف والمهارات اللازمة التي يمكن ان تعطى للعاملين حتى تؤثر على جودة الرعاية التمريضية.

فرضيات الدراسة:

إستناداً إلى مشكلة الدراسة واسئلتها تمت صياغة الفرضية

الرئيسية الآتية:

الفرضية الرئيسية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية بين إدارة التخطيط الإلكترونية على تحسين جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات بغداد عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

من المتغيرات الخارجية المستمرة في بيئة العمل المحيطة بها. وقد أصبح الاعتماد على تقنية المعلومات والاتصالات أحد الركائز الهامة التي تنطلق منها الإدارة الحديثة. وقد تحكمت ثورة المعلومات والاتصالات في إدارة التغيير بشكل حاسم وأصبح متاح الآن توظيف المعلومات المتاحة من أجل تحقيق أهداف المؤسسة.

لقد تطورت فكرة توظيف المعلومات في الإدارة تطوراً كبيراً، حيث بدأ هذا التوظيف متمثلاً في شكل تقارير تعبر عن "ما حدث" فعلاً داخل الكيان الإداري، ثم تطور الأمر إلى تحليل التقارير لمعرفة الأسباب وراء حدوث المتغيرات "ماذا حدث؟". وانتقلت تلك التقانات بعملية توظيف المعلومات إلى مرحلة التنبؤ أي "ماذا سيحدث؟"، ثم تطورت إلى مرحلة الرؤية المجمعّة للمعلومات والتأثيرات المختلفة للقرارات، ثم أنتقلت إلى المرحلة الأكثر تقدماً وهي توظيف المعلومات من أجل تحقيق الأهداف أو "ماذا نريد أن يحدث؟".

لقد برزت فكرة الإدارة الإلكترونية في بداية الستينات من القرن الماضي، عندما أخذت المؤسسات الصحية في العالم الآخر تتحى باتجاه توظيف التطور التكنولوجي وخصوصاً في مجال الحاسوب والمعلوماتية بعد إدخالها في مجالات الإدارة المختلفة. عند ذلك أصبحت تسمية الإدارة الإلكترونية هي السائدة على مختلف الخدمات الصحية ومنها التمريضية. بفضل هذا التطور السريع والمفاجيء أخذت الرعاية التمريضية مراتب متقدمة في مجال ضمان الجودة. لكن الإدارة والخدمات التمريضية في المستشفيات العراقية ومنها تلك الموجودة في بغداد لم تتوفر لها الفرصة لتحل مكانة في هذا الجانب وإنما بقيت على الحال الذي كانت عليه في السابق من حيث الضعف الذي إنتاب الرؤية إلى التقدم التكنولوجي ومحاولة توظيف التكنولوجيا للنهوض بالإدارة التقليدية لتكون بمستوى الإدارات الإلكترونية في العالم القاصي والداني. من هنا تم التوصل إلى صياغة لمشكلة الدراسة والتي سيمكن تحديد ملامحها في السؤال الرئيسي التالي:

هل هناك أثر لإدارة التخطيط الإلكترونية على تحسين جودة

الرعاية التمريضية في مستشفيات بغداد؟

حدود الدراسة:

حددت الباحثة دراستها بالحدود الآتية:

الحدود المكانية: المستشفيات الواقعة في محافظة بغداد وهي ثلاث: الرصافة، الكرخ، مدينة الطب.

الحدود البشرية: مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض الموجودين في مستشفيات مدينة بغداد.

الحدود الزمانية: إن المدة الزمنية التي استغرقت لإنجاز الدراسة امتدت من بداية شهر ديسمبر ٢٠١٠ ولغاية نهاية شهر يونيو ٢٠١١.

الحدود العلمية: اعتمدت الدراسة الحالية في تحديد متغيرات الدراسة:

أ. إدارة التخطيط الإلكترونية على ما أورده (باكير، ٢٠٠٦).

ب. جودة الرعاية التمريضية (باكير، ٢٠٠٦).

محددات الدراسة:

١. تطبيق الدراسة على افضل ثلاث مستشفيات حكومية في مدينة بغداد عاصمة العراق وهي (الكرخ، الرصافة، مدينة الطب)

٢. المتغيرات التي شملتها الدراسة تتمثل متغيرين هما: مكونات الإدارة الإلكترونية، جودة الرعاية التمريضية.

٣. الأفراد العاملين في المستشفيات الحكومية الثلاث من هم بدرجة مدير تمريض ورؤساء أقسام التمريض.

٤. سرية المعلومات والبيانات في المنظمات الحكومية وبالتالي صعوبة جمع المعلومات عن طريق الاستبيانات وإنما من الضروري أن تدعم بالمقابلات.

التعريفات الإجرائية:

١. أثر:

أ. **التعريف النظري:**

هو مقدار الفاعلية أو التأثير الحقيقي على مخرجات أية عملية منظمه تعتمد على برنامج حقيقي ونظام واقع (تابن، ١٩٩٥).

ب. **التعريف الاجرائي:**

هي القيمة التي تحدها إتجاهات مدراء التمريض نحو ماهية دور مكونات الإدارة الإلكترونية على جودة الرعاية التمريضية.

٢. إدارة التخطيط الإلكترونية:

أ. **التعريف النظري:** هي النظام الإداري الذي يعتمد على استعمال التكنولوجيا الحديثة في وضع الخطط الإدارية ومتابعة تنفيذها وتقويمها بما يخدم تطور الخدمات الإدارية وتقدمها (نجم، ٢٠٠٤).

ب. **التعريف الإجرائي:** هو النظام الإداري الذي يهتم بالتقويم الشامل لأداء وإدارة العاملين إلكترونياً، ويؤمن التخطيط للمهام الإدارية بإعتماد الأسس العلمية، ويسهم في متابعة تقويم معدل الأداء الإداري ويزيد من المراجعة الدورية للخطط على جودة الرعاية التمريضية.

٣. التمريض:

أ. **التعريف النظري:**

هو علم يختص بتقديم الرعاية التمريضية الشاملة (الوقائية والعلاجية والتأهيلية) لمنع حدوث المرض وتحسين الصحة من خلال تلبية الحاجات وتقديم المساعدة على حل المشكلات للفرد والأسرة والجماعة والمجتمع، وذلك عن طريق تطبيق العمليه التمريضيه (Clark, 2007).

٤. جودة الرعاية التمريضية:

أ. **التعريف النظري:**

هي القيمة المعيارية المعبرة عن الرعاية التمريضية الشاملة (الوقائية والعلاجية والتأهيلية) التي تقوم على تقديمها الإدارة التمريضية (تابن، ١٩٩٥).

ب. **التعريف الاجرائي:**

وهي القيمة التي يمكن الحصول عليها في تقدير مستوى الرعاية التمريضية والتي تقوم عليها إدارة شؤون التمريض في مستشفيات بغداد والناجئة عن تطبيق إدارة التخطيط الإلكترونية والتي تحدها مكونات الاستبانة المعدة لهذا الغرض وعلى أساس المقياس المعياري (أوافق، غيرمتأكد، لا أوافق).

الإطار النظري للدراسة:

المحافظة على قدرات وفرص المؤسسة الحالية، وإنما بدرجة أكبر تكمن في القدرة على الإتيان بما هو جديد من الأفكار، الأسواق، الخدمات التي لاتزال غير موجودة (ماهو خارج اهتمام التخطيط في العادة). وهذا التحدي أخذ يؤدي إلى استعمال المزيد من الفرق المدار ذاتياً والعاملين المدارين ذاتياً أو اللذين يعملون على أساس إدارة الذات. وكل هذا يعكس على أن يكون أساس التخطيط ليس الخطة وإنما تفاعل هؤلاء العاملين مع الأسواق وخصائصها المتغيرة هناك وفي كل مكان على الشبكة العالمية والزبائن وحاجاتهم دائمة التغيير في البيئات المختلفة. فما دام العاملون المرتبطون شبكياً من خلال الشبكة الداخلية ويتقاسمون قاعدة بيانات الشركة وخبراتها، فإن التخطيط لايعود كما كان الحال في السابق ووظيفة المديرين فقط، بل وظيفة جميع العاملين الذين عليهم أن يبادروا بالأعمال الجديدة حسب ظروف السوق وحاجات الزبائن، بما يجعل التخطيط مدخل الجميع وفي كل الاتجاهات التي تنتجها شبكة الأعمال والإنترنت وصلاتها الفائقة. وازاء ذلك فأن التخطيط الإلكتروني لايد من أن يتحول من الخطط والقواعد القديمة إلى الخطط والقواعد الجديدة (نجم، ٢٠٠٤).

تهدف إدارة التخطيط الإلكترونية إلى إعداد الخطط التي تجسد مهام إدارة شؤون التمريض والتقييم الشامل لأدائها والعاملين بها، على أسس علمية سليمة أهمها الدقة في تنفيذ المطلوب والانتهاء من العمل المحدد سلفاً في التوقيت المناسب، بما يساهم في تعظيم العائد ومراقبة معدل الأداء للإدارة أو الأفراد.

إن من أبرز المهام التي تقوم عليها إدارة التخطيط الإلكترونية هي إستعراض الخطط سواء السنوية أو الشهرية للإدارة ذاتها وحتى على مستوى الأفراد والتعرف على المخرجات بنوعها الرئيسية والفرعية، وعلى موقف التكاليف التي توجهها الإدارة العليا بالمؤسسة لأي كيان داخلها حتى يمكن اتخاذ اللازم بشأنها في الوقت المناسب من خلال الرد أو المتابعة، كما يمكن من خلاله توجيه مهام وتكاليفات داخلية من رؤساء أو مديري الإدارات للعاملين (تابن، ١٩٩٥).

جودة الخدمات التمريضية (الحربي، ٢٠١٠):

إن اعتماد الجودة في التمريض يهدف إلي تحسين جودة الخدمات التمريضية مما يعود بالنفع علي صحة المواطن والمجتمع فضلاً عن بناء الثقة بين العاملين في التمريض

إدارة التخطيط الإلكترونية

قد لا يختلف التخطيط الإلكتروني من حيث التحديد العام عن التخطيط التقليدي وذلك لان كلاهما ينصب على وضع الأهداف وتحديد وسائل تحقيق هذه الأهداف. إلا ان الإختلافات الأساسية يمكن أن ترد في ثلاثة مجالات:
أولاً: ان التخطيط الإلكتروني هو عملية ديناميكية في إتجاه الأهداف الواسعة والمرنة والآنية وقصيرة الأمد وقابلة للتحديد والتطوير المستمر خلافاً للتخطيط التقليدي الذي يحدد الأهداف من أجل تنفيذها في السنة القادمة وعادة مايكون تغيير الأهداف يؤثر سلباً على كفاءة التخطيط.

ثانياً: إن المعلومات الرقمية دائمة التدفق تضيي استمرارية على كل شيء في المؤسسة بما فيها التخطيط مما يحول التخطيط الزمني المنقطع (وضع التقارير الفصلية) إلى التخطيط المستمر.

ثالثاً: إن فكرة تقسيم العمل الإداري التقليدي بين إدارة تخطيط وعمال الخط الأمامي ينفذون، يتم تجاوزها تماماً في ظل الإدارة الإلكترونية. فجميع العاملين يعملون عند الخط الأمامي عند سطح المكتب وكلهم يمكن أن يساهموا بالتخطيط الإلكتروني مع كل فكرة تبرز في كل موقع وفي كل وقت لكي تتحول إلى فرصة عمل، مقارنة فيما يتعلق بتقسيم العمل الإداري التقليدي المذكور (مبدأ تايلور الرابع) وأبعاد التخطيط الإلكتروني.

إن التخطيط التقليدي في جوهره تخطيط أعلى- أسفل في حين إن التخطيط الإلكتروني هو تخطيط أفقي في إطاره العام ومتداخل بشكل كبير بين الإدارة والعاملين. ففي الماضي كانت التوصية من أجل بقاء ونمو المؤسسة تتمثل بأهمية تحديد الأهداف ووضع الخطة طويلة الأمد لما لا يقل عن ثلاث سنوات (وربما أطول من ذلك) ومن ثم تحديد الوسائل وتخصيص الموارد من أجل تنفيذ تلك الخطة، وكان هذا أساسياً في مجال التخطيط.

ولكن مع الإنترنت والأعمال الإلكترونية، فإن هذا كله قد تغير. وفي البيئة الرقمية حيث التغيير يتم فيها بسرعة إنتقال الومضات إلى ذاكرة الحاسوب والنقرات عبر الشبكة العالمية، وحيث أن نماذج الأعمال الجديدة التي تأتي بأعمال وخدمات لم تكن معروفة، فإن قوة التخطيط لاتكمن فقط في

الرعاية إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.

٢. الملائمة (Appropriateness): اختيار الإجراءات التمريضية الملائمة لحالة المريض.

٣. القبول (Acceptance): تقبل المريض (والمجتمع) لإستعمال إجراء تمريضي معين.

٤. إمكانية الحصول على الرعاية التمريضية (Access) مثال ذلك قوائم الانتظار للحصول على مواعيد للحصول على الرعاية.

٥. العدالة (Equity): مدى توفر الرعاية التمريضية لمن يحتاجونها فعلا وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.

٦. الكفاءة (Efficiency): الإستعمال الأمثل للموارد والتكاليف آخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

التطوير التاريخي لفكر الجودة في الإدارة الصحية:

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام ٢٠٠٠ قبل الميلاد وإلى قانون حمو رابي ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الانسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية. كما تضمن قانون حمورابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لايسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. وفي عصر الاغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل مايمكن تقديمه من رعاية. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام ١٩١٣ هـ إلى حدوث تطورات رئيسة في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات

والمواطنين ومراعاة حقوق المرضى وضمان رضائهم عن الخدمة التمريضية، كما إن الإلتزام بمعايير الأمان والسلامة للمرضى تعدّ من أهم المعايير التي يركز عليها جميع برامج إعتداد جودة الخدمات التمريضية.

إنّ البرنامج المصري لإعتداد جودة الخدمات التمريضية يتميز بإشتماله على ثلاث مراحل وهي المستوى التأهيلي للجودة والمستوي الأساسي للجودة ثم الإعتداد الكلي، وهو ما يشجع كافة المؤسسات الصحية على الإنضمام للبرنامج والتطور التدريجي حتي الوصول إلى مستوى الإعتداد الكلي لجودة الخدمات التمريضية.

تعريف جودة الرعاية التمريضية:

عرفت جودة الرعاية التمريضية بانها درجة الإلتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية، وهي كل ما يتعلق بشئون المستهلك والإلتزام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم ورغباتهم.

الأسس والمعايير المعتمدة في جودة الرعاية التمريضية

١. جودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافرها مع المبادئ المهنية.

٢. الرعاية التي تمتاز بدرجة عالية من رضا المستفيدين، والتميز المهني، وكفاءة إستعمال الموارد، وتحقيق النتائج المرجوة، وتحد من تعرض المريض للخطر.

تعريف الجودة:

تعرفّ الجودة بأنّها درجة الإلتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء. أي أن المقصود بالجودة هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في مُدة زمنية معينة.

عناصر جودة الرعاية التمريضية:

١. فعالية الرعاية (Effectiveness): درجة تحقيق الإجراءات التمريضية المستخدمة للنتائج المرجوة منها. أي أن تؤدي

الاعتماد عليها.

٦. الإستجابة Responsiveness حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.

٧. التجسيد Tangibles ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.

٨. الأمان Security بمعنى ان تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك.

٩. فهم ومعرفة العميل Knowing / Understanding وهو أن يبذل العاملون

جهداً لفهم إحتياجات العميل وأن يمنحوه إهتماماً شخصياً.
١٠. المجاملة Courtesy بمعنى التعامل مع العميل بصدقة واحترام وتقدير.

وفى وقت لاحق تمكنوا من دمج هذه الأبعاد العشرة فى خمسة أبعاد فقط هى النواحي المادية الملموسة فى الخدمة، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان والتعاطف . كما احتوت هذه الأبعاد على اثنتين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

ومن الملاحظ إن هذه الأبعاد الخمسة هى من وجهة نظر الباحثين أبعاداً عامة يعتمد عليها العميل فى قياس جودة الخدمة بغض النظر عن نوعية الخدمة وأطلق على هذا الأسلوب فى قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL. وهذه الفجوات تحدث إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات. لذا، فإن جودة الخدمة الصحية تقاس بمدى توافر الأبعاد الخمسة فى الخدمة الصحية التى تقدمها المستشفى، هذه الأبعاد هى:

أ. الجوانب الملموسة ، وتشمل المتغيرات الآتية:

- (١) جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
- (٢) التصميم والتنظيم الداخلى للمباني.
- (٣) حداثة المعدات والأجهزة الطبية.
- (٤) مظهر الأطباء والعاملين.

ب. الإعتدائية، وتشمل المتغيرات الآتية:

الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج (Clinical Protocols). هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام ١٩٥١م والتي تابعت حركة تحسين الجودة فى المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء فى المنظمات الصحية. وقد تتابعت جهود تحسين الجودة فى القطاع الصحي تحركها جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة فى السبعينيات والثمانينيات الميلادية.

فى التسعينات الميلادية انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) أو الجودة الشاملة للجودة (Continuous Quality Improvement) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ، وجوران، وكروسبي والتي بدأ تطبيقها فى القطاع الصناعي فى اليابان فى أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

قياس جودة الخدمة الصحية:

تشير الدراسات السابقة إلى ان هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة: أولهما الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، وثانيهما تحديد الفجوة (أو التناقض) بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك بإستعمال الأبعاد العشرة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة وهى:

١. الفورية Access أو سهولة الوصول إلى الخدمة فى الموقع المناسب والوقت المناسب وبغير انتظار طويل.
٢. الإتصالات Communication أو دقة وصف الخدمة باللغة التى يفهمها العميل.

٣. المقدرة Competence أى امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة.

٤. الثقة Credibility حيث ينظر العاملون فى المنظمة إلى العميل بوصفه جديراً بالثقة.

٥. الإعتدائية Reliability حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه

- (١) الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- (٢) الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- (٣) توافر التخصصات المختلفة.
- (٤) الثقة في العاملين.
- (٥) الحرص على حل مشكلات المريض.
- (٦) الإحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.
- ج. الإستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:
- (١) السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- (٢) الإستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- (٣) الإستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- (٤) الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى.
- (٥) إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.
- د. الأمان، ويشمل المتغيرات الآتية:
- (١) الشعور بالأمان في التعامل.
- (٢) المعرفة والمهارة المتخصصة للعاملين.
- (٣) الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
- (٤) إستمرارية متابعة حالة المريض.
- (٥) سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- (٦) دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.
- هـ. التعاطف، ويشمل المتغيرات الآتية:
- (١) تفهم احتياجات المريض.
- (٢) وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- (٣) ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.
- (٤) العناية الشخصية بكل مريض.
- (٥) تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- (٦) الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض. هناك مبادئ بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء أو النظام الصحي، فعلى سبيل المثال:
١. التقليل من الاختلافات في الممارسة الصحية وتقليل الأخطاء الطبية يدل على الجودة.
٢. قصر أوقات الانتظار بين المواعيد وقصر الانتظار يدل على جودة النظام.
٣. إنطباع ورأي المريض عن النظام الصحي يدل على مدى جودة النظام.
٤. توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، الأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم، يدل على جودة النظام الصحي.
٥. الإلتزام بالمعايير والأخلاقيات الصحية والإدارية دليل آخر على جودة النظام.
٦. وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي تدل على جودته.
٧. توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسب للمريض دليل على مدى جودة النظام الصحي. تلك مؤشرات عامة، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي والبعض الآخر يظل خاضعاً لوجهات النظر الشخصية والخلفية التي منها ينطلق التقييم، ومرة أخرى تستخدم الأمثلة لإيضاح مثل هذه الفلسفة:
- أولاً: الجودة من المنظور المهني الصحي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة، والإهتمام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوى أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا عدم الإلتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، إضافة إلى ضعف

التأهيل والممارسة والخبرة..

بالجودة الإدارية.

رابعاً: وبقي هناك وجهة نظر أخرى للجودة، ألا وهي وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصادره مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.. الخ.

ولمزيد من الايضاح نشير إلى أهمية النظر إلى الجودة الصحية بالنظر إلى الرعاية الصحية كنظام، أو ما نطلق عليه النظام الصحي، ويتم تقييم الجودة هنا وفق معايير منفردة ومجموعة وبشكل تنظيمي، تنظر إلى كافة مكونات النظام الصحي الرئيسية التي منها:

أولاً: البنية التحتية، وتشمل الإدارة، التنظيم، التشريعات والقوانين التي تشكل وتحكم عمل الفريق الطبي والصحي وما يشمل ذلك ضمناً مثل العلاقات بين أفراد الفريق الصحي ومع الجهات ذات العلاقة خارج الفريق الصحي وتكوين الفريق الإداري القيادي..

ثانياً: البنية المادية وتشمل المباني والمنشآت وتحديث الأجهزة وصيانتها.. الخ.

ثالثاً: التعليم والتدريب ويشمل التقييم المهني والتدريب المستمر وتطوير الكفاءات.. الخ.

رابعاً: أسس الجودة النوعية مثل المراجعة للتنظيمات وكيفية إجرائها.. الخ.

خامساً: تصنيف المجتمع الممارس لتقديم الخدمة الصحية وخلفياته الديموغرافية والتدريبية والعلمية وعلاقة ذلك بمدى الرضا الوظيفي وكفاءة الأداء.. الخ.

ثانياً: الجودة من منظور المستفيد أو المريض، قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك، وفي الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على تلك الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا العملاء وهم في الجانب الصحي للمرضى، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة..

ثالثاً: الجودة الصحية من الناحية الإدارية تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية إستعمال الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، ويقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب تنظيمياً إدارياً داخلياً جيداً وكذا تنظيمياً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام، فعندما يرتبط النظام على سبيل المثال بجهات مالية أخرى تؤثر على كمية الموارد المتوفرة، فإن إدارة النظام الصحي تصبح مسؤولة عن تطوير المبررات والحيثيات المهنية والموضوعية والاجتماعية التي تتيح لها المطالبة بمزيد من الموارد، وبشكل أدق يتطلب البحث عن الموارد اللازمة لتطوير العلاقات العامة للمؤسسة والقطاع الصحي، بما في ذلك العلاقات الشخصية للقيادة الصحية للبحث عن مزيد من الموارد وللتعامل والاقناع للجهات المعنية بتوفير تلك الموارد، وتبرز الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية والشخصية بشكل أكبر في المجتمعات ذات التنظيمات الإدارية والبيروقراطية والسياسية المعقدة والغامضة، والنظام الصحي بصفة عامة نظام معقد يتطلب الكثير من الجهد في الارتقاء

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

لقد تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بما أخذته على عاتقها من محاولة لبيان العلاقة ما بين إدارة التخطيط الإلكترونية والرعاية التمريضية وتوضيح مقدار تأثير هذه المكونات على جودة هذه الرعاية ومخرجاتها. إن الدراسة الحالية ستوضح الأفاق المهمة وذات العلاقة بكل ما يخلق ويطور إدارة التخطيط الإلكترونية في التمريض، وستقدم الدراسة ما يوضح السبل الكفيلة للنهوض بواقع الإدارة الإلكترونية في التمريض وجودته وبما يمل به هذا الواقع من أثر على جودة الرعاية التمريضية.

إن أبرز ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها تعد دراسة فريدة من نوعها ليس على المستوى المحلي فحسب، وإنما على المستويين الإقليمي والعالمي، فمن خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة تبين بأنه لا توجد دراسة مماثلة للدراسة الحالية من حيث الأسلوب والمنهجية، وإن أغلب الدراسات تطرقت إلى موضوعات جزئية أحياناً وبعيدة عن موضوع إدارة التخطيط الإلكترونية وأثرها في جودة الرعاية التمريضية في أحيان أخرى، ولأجله كانت هذه التجربة واحدة من مجموعة المعاناة التي واجهتها الدراسة في هذا الجانب.

منهجية الدراسة: الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الجزء من مشروع الدراسة وصفاً تفصيلاً للطرائق والإجراءات المؤمل اتباعها لتحقيق هدف الدراسة من خلال الإجابة على أسئلتها وإختبار فرضياتها. سيتم هنا إعطاء صورة واضحة عن منهجية الدراسة ومجتمعها وأفرادها والأدوات والأساليب التي من الممكن إستعمالها فيها بعد التحقق من صدقها وثباتها، إضافة إلى توضيح متغيرات الدراسة والإجراءات والمعالجات الإحصائية التي من المؤمل إستعمالها في تحليل بيانات الدراسة وصولاً إلى نتائجها.

منهج الدراسة:

بعد المنهج الطريق أو الطريقة التي يتواصل بها الإنسان بكيفية علمية منطقية متسقة مع الواقع، وإلى إدراك حقيقة من الحقائق التي كان يجهلها، وهو السبيل إلى إكتساب المعرفة اليقينية. بمعنى أن المنهج هو ذلك التنظيم الفكري المتداخل في الدراسة العلمية، أو هو الخطوات الفكرية التي يسلكها الباحث لحل مشكلة معينة (القيم، ٢٠٠٦). إن البحوث في كافة المجالات العلمية تلجأ

ونود الإشارة هنا إلى أن موضوع الجودة الصحية ومرادفاتها ومشتقاتها يعتبر من العلوم المتخصصة التي تدرس بشكل مستقل أو ضمن سياق مواضيع الإدارة والتنظيم والمعلومات الصحية، والاستطراد في السرد حول الموضوع دون عناوين محددة وأشكال توضيحية قد يبعث على الملل، وبالتالي فالهدف في هذا المقال لم يكن حصر جميع النقاط المتعلقة بالموضوع بقدر ما هو تقديم جرة تثقيفية نأمل أن تسهم في تشكيل الوعي والمفهوم العام تجاه قضية التطور الصحي وقياس جودته، كمدخل أو توضيح لما تطرقنا إليه سابقاً في مقالات عديدة وما سنتطرق له في المستقبل في مجال نقد أو تقييم النظام الصحي بصفة عامة، والخدمة الصحية المقدمة من مختلف القطاعات والمؤسسات الصحية المختلفة.

فوائد تطبيق الجودة بالمستشفيات:

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت. وإدارة الجودة الشاملة تحقق الإستعمال الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات. ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي:

١. جودة الرعاية المقدمة: الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المستشفيات والإستعمال الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات والإستعمال وتقييم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.
٢. رضا العملاء: تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسيناً مستمراً للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء.

رفع معنويات العاملين: تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم.

والنسائية والتوليد وجراحة القلب وجراحة الجملة العصبية والجراحة التقيومية والأمراض النفسية والطب والإشعاع الذري.

عينة الدراسة:

تضمنت عينة الدراسة (١٤٤) فرد مقسمين الي(٤٣) مدير تمريض و(١٠١) رئيس قسم تمريض، وهي عينة غرضية غير عشوائية تم إختيارها إستنادا إلى معايير الإختيار المحددة بعدد سنوات العمل في التمريض وإدارة شؤون التمريض لفترة لا تقل عن سنة واحدة. وبالتالي تعتبر العينة جزء من مجتمع الدراسة. لقد تم إختيار مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض كونهم يمثلون أكبر عدد من هذه الشريحة في المستشفيات الحكومية. إضافة إلى قيامهم بالإشراف المباشر على إدارة شؤون التمريض في المؤسسات الصحية التابعة لمدينة بغداد. حيث يعدون الفئة المناسبة التي تتعامل مع نظام الإدارة الإلكترونية، إن وجد!

أدوات الدراسة:

١. اعتمدت الدراسة الحالية على:

١. الأدوات المستخدمة والوسائل المساعدة في البحث:

أ. المصادر العربية والأجنبية المترجمة.

ب. الشبكة الدولية للمعلومات (إنترنت) Internet.

ت. إستمارة الاستبانة الخاصة بالمبحوثين.

ث. المقابلات الشخصية للأساتذة والمختصين والخبراء في المجالات: علم الإدارة، التمريض، الطب، الحاسوب، علم النفس، الإحصاء.

٢. الإجراءات الإدارية:

١. إستكمالاً لإجراءات البحث تم القيام بما يأتي (عمر، ٢٠٠٨):

أ. إجراء مقابلات عديدة مع مجموعة من الخبراء وذوي الإختصاص للإستفادة من أرائهم وخبرتهم.

إلى اختيار منهج يتناسب مع المشكلة ، وإن طبيعة المشكلة تفرض منهجاً معيناً للوصول إلى الحقيقة فهو يُعد الأداة الأولية لجمع المعلومات وفرض الفروض وتعيين الأهداف لحل المشكلة والوصول إليها. لذلك ارتأينا إستعمال المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي بالعينة. إذ يعد هذا المنهج منهجاً ملائماً لدراسة الظواهر الإجتماعية والذي يقدم بيانات عن واقع هذه الظواهر والعلاقات بين أسبابها ونتائجها وتحليلاً لها وربما يُظهر العوامل المؤثرة فيه، ويفيد من وراء ذلك بالخروج بإستنتاجات وتوصيات بشأنها (محبوب، ٢٠٠٢).

مجتمع الدراسة:

يُعد تحديد وإختيار عينة البحث من حيث طريقة إختيار العينة وحجمها من الأمور البالغة الأهمية وينبغي أن يوصف المجتمع وصفاً دقيقاً لكل الصفات الخاصة به(النقيب، ١٩٩٣). يتكون مجتمع البحث من جميع مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض في المستشفيات التابعة لمدينة بغداد، والموزعه على ثلاثة دوائر صحيه هي: دائرة صحة بغداد-الكرخ، دائرة صحة بغداد-الرصافه، دائرة مدينة الطب. حيث تم إختيار هؤلاء المدراء ورؤساء أقسام التمريض بعد مفاتحة هذه الدوائر للحصول على التراخيص الأصوليه لهذا الغرض.

تضمن مجتمع الدراسة على جميع المستشفيات الموجودة في مدينة بغداد والبالغ عددها (٤٣) مستشفى، والموزعة على ثلاث دوائر صحيه هي: (٨) مستشفيات تابعة لدائرة مدينة الطب و(١٣) مستشفى تابعة لدائرة صحة الكرخ و(٢٢) مستشفى تابعة لدائرة صحة الرصافة. هذه المستشفيات مصنفة إلى نوعين هما (جداول ٣-١، ٣-٢، ٣-٣) (وزارة الصحة العراقية، ٢٠١١):

(١) المستشفيات العامة: هي تلك المؤسسات الصحية التي تقوم على وظائف مختلفة لتقديم خدمات رعاية تمريضية متنوعة من خلال الأقسام ذات العلاقة كالعيادة الخارجية والطوارئ والباطنية والجراحية والعناية المركزة والعمليات الجراحية.

(٢) المستشفيات التخصصية: هي تلك المؤسسات الصحية التي تقوم على وظائف مختلفة لتقديم خدمات رعاية تمريضية متخصصة حسب طبيعة التخصص ذات العلاقة كالأطفال

ث. تم الإعتماد على مقياس (Likert) الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة) وبتدرج رقمي (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على التوالي (جدول ١).

بالإضافة إلى وجود بعض الأسئلة الخاصة بخصائص المبحوثين الديموغرافية وذات العلاقة بموضوع الدراسة ممثلةً بعدد سنوات الخدمة في مساق التمريض عموماً، عدد سنوات العمل في إدارة التمريض، عدد سنوات الخبرة في الإدارة الإلكترونية، عدد الدورات التدريبية في الإدارة الإلكترونية، وما هي مدة كل دورة للمشاركين (Polit and Hungler, 2006).

ب. إعداد إستبانه بصفتها الأولية أداة لجمع المعلومات وإستعمال هذه الإستبانه لقياس أثر الإدارة الإلكترونية على جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات مدينة بغداد. لقد تم تطوير هذه الإستبانه لغرض تطبيقها في هذه الدراسة بعد مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بموضوع الدراسة. حيث تكونت في شكلها الأولي قبل عرضها على لجنة المحكمين من (٣١) فقره موزعه على (٢) جزء هما الجزء الأول: البيانات الشخصية مكونة من (٨) فقرات والجزء الثاني: إدارة التخطيط الإلكترونية والتي تحتوي على (٢٣) فقره. حيث إنها ستشكل في مجموعها مقياس أثر إدارة التخطيط الإلكترونية على جودة الرعاية التمريضية في مستشفيات مدينة بغداد.

ت. عرض الإستبانه على مجموعة من الخبراء والمختصين لتحديد مدى صلاحية المجالات والفقرات من خلال حذف الفقرات الغير صالحة وإقتراح أو إضافة إي تعديل يرونه مناسباً.

جدول (١) قياس إستجابات مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض على إستبانه الدراسة

| الإستجاباه | أوافق بشده | أوافق | غير متأكد | لاأوافق بشده |
|------------|------------|-------|-----------|--------------|
| الدرجة | ٥ | ٤ | ٣ | ١ |

ج. بعد الأخذ بآراء الخبراء وحذف بعض الفقرات الغير صالحة وإضافة وتعديل ودمج البعض الآخر بسبب التشابه بالمعنى والمضمون، تمت معالجة تلك الآراء من خلال إستعمال النسبة المئوية بتوزيع مجالين هما (مجال البيانات الأولية، مجال البيانات التخصصية) بصيغتها الأولية حازت على إتفاق الخبراء بنسبة (١٠٠%) لمجال البيانات الأولية وللمجال الثاني (100%) والجدول (٢) يبين ذلك.

جدول (٢) بيان مدى صلاحية فقرات إستبانه الدراسة إزاء آراء السادة الخبراء البالغ عددهم (١٠) خبراء

| ت | المجالات | الفقرات | عدد الفقرات | | نسبة الاتفاق |
|---|---|---------|-------------|-------|--------------|
| | | | غير صالحة | صالحة | |
| ١ | المجال الأول: البيانات الأولية عن أفراد العينة | ١-٨ | ٠ | ٨٠ | ١٠٠ |
| ٢ | المجال الثاني: المتغيرات ذات العلاقة بدراسة الظاهرة | ١-٣٢ | ٠ | ٢٣٣ | ١٠٠ |

الإحصاء، الحاسوب، علم النفس، علم الإحصاء). وأعدت الفقرات التي حصلت على موافقة الخبراء بنسبة (١٠٠%) من آراء الخبراء هي فقرات صحيحة ومقبولة وعددها (٢٣) فقرة مع تماشياً مع توصية بلوم وآخرون (١٩٨٣) في هذا الصدد إذ يقول: إذا حصلت نسبة الاتفاق بين المحكمين (٧٥%) أو أكثر يمكن الشعور بالارتياح من صدق المقياس.

(ب) الثبات: Reliability

يُعرف الثبات بأنه الدقة في تقدير الاستجابة الحقيقية للفرد على الفقرة التي يقيسها المقياس، أو مدى الإتساق في علاقة الفرد إذا أخذ المقياس نفسه عدة مرات في الظروف نفسها. ويُعد الثبات من العوامل المهمة التي يمتاز بها أي اختبار ويكون الاختبار ثابتاً إذا أعطى النتائج نفسها باستمرار في حالة تكرار تطبيقه على العينة أنفسهم وتحت الشروط نفسها وإن الهدف من حساب الثبات هو لتقدير أخطاء القياس وإقتراح أساليب للتقليل من هذه الأخطاء ويعني إن المقياس يعطي النتائج نفسها (ذاتها) لو أُعيد تطبيقه على مجتمع الدراسة نفسه مرة أخرى بافتراض نفس الظروف، حيث تم احتساب معاملات الثبات باعتماد طريقة الإتساق الداخلي بهدف الحصول على درجة عالية من الدقة في اعتماد تلك المعلومات والتي تمخضت عن مؤشر (إلفا - كرون باخ) لقياس درجة الإتساق الداخلي على مستوى الفقرات ككل.

معامل ألفا - كرون باخ: (Cronbach Alpha)

تُعد طريقة ألفا - كرون باخ من أكثر مقاييس الثبات إستعمالاً كونها تعتمد على إتساق آراء الأفراد من فقرة إلى أخرى أو يتم الحصول بواسطتها على تقدير ما يسمى بالإتساق الداخلي للاختبار، وإن هذا النوع من الثبات يسمى بالتجانس الداخلي الذي يشير إلى قوة الارتباطات بين الفقرات في الاختبار، وإعتمد البحث على بيانات عينة التجربة الأساسية البالغة (١٠) مجرّات المكونة من (٤) مدراء تـمريض و(٦) رئيس قسم تـمريض من العاملين في مستشفيات مدينة بغداد، وتم إستعمال الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ((SPSS) إصدار (10.0)) بإستخراج معامل الثبات والجدول رقم (٤) يتضمن تقدير مستوى الإتساق الداخلي بالطريقة المعتمدة لقياس ثبات الإستجابات الملاحظة للإستبانة المبحوثة.

وفي ضوء ما تقدم، تمّ قبول فقرات إستبانة الدراسة لإتفاق مجموعة الخبراء بكاملها، حيث بلغت نسبة الإتفاق ١٠٠%.

٣. إعداد تعليمات الإستبانة:

إن من شروط الإستبانة الجيدة أن تتضمن تعليمات توضح كيفية الأداء بشكل صحيح للوصول إلى الهدف الذي وضعت من أجله، فالتعليمات بمثابة أداة تعريفية للبحث والتي يفضل أن تكون بسيطة موجزة واضحة متضمنة معاني تتصل بكل من هدف الاختبار وكيفية تسجيل الإجابات (النقيب، ١٩٩٣)، وتضمنت التعليمات ما يأتي:

أ. عنوان البحث وهدف الاختبار.

ب. عدد الفقرات تضمنت ٢٣ فقرة تشتمل على خمسة محاور.

ت. كيفية تسجيل الإجابة المطلوبة من قبل أفراد العينة عند الإجابة عن الفقرات بوضع علامة (✓) أمام أحد البدائل المذكورة التي يراها ملائمة له.

ث. تأكيد ضرورة عدم ذكر الإسم لأن الغرض من الإستبانة هو البحث العلمي فقط والتأكيد على سرية الإجابة.

ج. ضرورة الإجابة بصراحة ودفقه وعدم ترك أية فقرة بلا إجابة للإستفادة من كل الإجابات.

(١) الشروط العلمية للإستبانة:

(أ) الصدق: Validity

يُعد الصدق الظاهري من أهم خصائص المقياس الجيد، لأنه يكشف قوة المقياس على ما وضع لقياسه، وهذا النوع من الصدق أكثر شيوعاً وإستعمالاً من قبل الباحثين، ويؤيد هذا (Ker linger, 1979)، إذ يؤكد أهمية الصدق المذكور في العلوم التربوية والنفسية والاجتماعية، وقد تم القيام بتقدير صدق محتوى الإستبانة! إذ تم توزيعها على مجموعة من الخبراء والمختصين في الاختصاصات الآتية (إدارة الأعمال، التمريض، الطب،

جدول (٤) معاملات الثبات على مستوى الإتساق الداخلي للإستبانة المبحوثة

| تقويم الثبات | الثبات | | المجموعة | مؤشر الثبات (الإتساق الداخلي) |
|--------------|-----------------|---------------------|-----------|-------------------------------|
| | النسبة المحتسبة | الحد الأدنى للمقياس | | |
| متحقق | 67.62 | 60.00 | المبحوثين | Alpha (Cronbach) |

لتحقيق أهداف البحث ، إتبعنا الإجراءات الآتية:

٤-١- العينة الاستطلاعية: Pilot Study

طبقت إستبانة إستطلاعية لمجموعة عينة البحث (المبحوثين) بواقع (١٠) بهدف تقدير معامل الثبات للمستجيبين في اختبار وإعادة الاختبار، حيث بلغت قيمة المعامل (٩٨ %)، مما يؤشر ذلك مستوى عالٍ من الثبات الذي يعرف باختبار الثبات Intra Examiner .

كما طبقت إستبانة إستطلاعية على نفس مجموعة عينة البحث (المبحوثين) والتي كانت بواقع (١٠) في المدة القبلية الأنفة الذكر بتكليف أحد الخبراء المختصين بهدف تقدير معامل الثبات (درجة الإعتمادية في قيام الباحث بالإشراف على عملية جمع البيانات)، حيث بلغت قيمة المعامل (٩٦ %)، مما يؤشر ذلك مستوى عالٍ من الثبات الذي يعرف باختبار الثبات Inter Examiners . والجدول رقم (٥)، (٦)، (٧) تبين نتائج تلك المعاملات .

وهو معامل ثبات عال جداً للعينة المبحوثة ويمكن الوثوق به لتقدير ثبات المقياس. حيث يتضح وبما لا يقبل الشك الإرتفاع العالي لدرجة الدقة المتحققة وعلى عموم فقرات الإستبانة بأن تصلح لدراسة الظاهرة على نفس المجتمع في المستقبل (تحت نفس الظروف) والتي تؤكد صلاحية تصميم وإعتماد نتائج البحث الحالي التي إستندت على بيانات تم جمعها بإستعمال الإستبانة سابقاً.

(٣) الموضوعية: Objectivity

أكد الخبراء الذين عرضت عليهم الإستبانة لتحديد صلاحيتها وصدقها ووضوح أسئلتها وسلامة صياغتها ، وعدم إختلافهم في تصحيح إجاباتهم وهو ما أكد موضوعيتها، لأن الموضوعية " هو الإختبار الذي يعطي النتائج نفسها مهما إختلف المصححون.

(٤) إجراءات البحث التمهيديّة:

جدول (٥) معاملي الثبات - الإعتمادية (الباحث - الخبير) و (إختبار وإعادة الإختبار) في الدراسة الإستطلاعية

| مؤشر الاعتمادية | عدد الفقرات المطابقة | عدد الفقرات المخالفة | معامل الثبات |
|------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| الباحث - الخبير | 24١ | ٦ | 95.2 % |
| إختبار وإعادة الإختبار | 127 | ٣ | 97.7 % |

معاملات الثبات:

أولاً : الدراسة الإستطلاعية

جدول (٦) معاملات الثبات في الدراسة الإستطلاعية

| معاملي الثبات | القيم المتحققة |
|-----------------------------------|-----------------|
| الممتحن - الخبير | ٢٣٠:١٢ (٤٨٥.9) |
| المستجيب - إختبار وإعادة الإختبار | ٢٣٠:١٥35 (٩٠.٠) |

ثانياً : الإستبانة

جدول (٧) معاملات الثبات للإستبانة المبحوثة

| معاملات الثبات | الحد الأدنى القياسي | القيم الفعلية | التقويم |
|--|---------------------|---------------|---------|
| معامل ألفا- كرون باخ (Cronbach) Alpha | 0.60 | ٩٠١٥٠. | متحقق |
| الإرتباط بين الفقرات correlation between forms | 0.56 | ٧١٠٩٠. | متحقق |
| معامل سبيرمان براون Spearman Brown | 0.67 | ٨٣١٠٠. | متحقق |
| كودمان بالتجزئة النصفية Guttman Split – half | 0.60 | ٨٢٥٣٠. | متحقق |

متغيرات الدراسة:

٤. معامل الإرتباط بين الفقرات

عموماً (Correlation between forms) لثبات

الإستبانة.

٥. معامل سبيرمان-براون (Spearman Brown)

لثبات الإستبانة.

٦. معامل الإرتباط بين الفقرات عموماً (

Guttman Split - half) لثبات الإستبانة.

٧. معامل الثبات (للعيينة الإستطلاعية) = (١-) (عدد

فقرات المخالفة بعدد العينة الإستطلاعية / ٢٣٠) * ١٠٠

%

حيث يشير العدد ٢٣٠ إلى حاصل ضرب عدد

أفراد العينة الاستطلاعية (١٠) في عدد فقرات البيانات

الاختصاصية (٢٣).

٨. الأشكال والرسوم البيانية متمثلة

بـ (الأشرطة البيانية).

ب. أساليب الإحصاء الإستدلالي:

من أجل إتخاذ القرار بشأن رفض أو قبول

الفرضيات الإحصائية الخاصة

لمجموعي عينة البحث تم إستعمال الأساليب الآتية:

١. إختبار مربع كاي (χ^2 -test) للإستقلالية

وإختبار الفروق ما بين التكرارات الملاحظة

بما هو متوقع بعشوائية تامة.

٢. إختبار ذات الحدين (Binomial – test)

لإختبار الفرق ما بين نتائج التكرارات

الملاحظة لمتغير ثنائي متضاد الإستجابة

بعشوائية تامة.

٣. إختبار تحليل التباين (ANOVA) لتساوي

المتوسطات وإختبار الفرق المعنوي

تشمل الدراسة الحالية المتغيرات التالية:

١. المتغير المستقل (Independent Variable):

يكون هذا المتغير متمثلاً بإدارة التخطيط الإلكتروني.

٢. المتغير التابع (Dependent Variable)

هو جودة الرعاية التمريضية كما تبينها إستبانة
الدراسة المعده لهذا الغرض.

المعالجات الإحصائية:

مثلاً تم توضيحه سلفاً، سيتم الإعتماد على الحقيبة

الإحصائية للعلوم الإجتماعية المحوسبة (SPSS) لمعالجة

بيانات البحث إحصائياً وإستخراج نتائجه بعد تحميلها في

الحاسوب الآلي، وإستعمال المعالجات الإحصائية المناسبة

وكماياتي:

أ. أساليب الإحصاء الوصفي :

١. الجداول الإحصائية (التكرارات الملاحظة

ونسبها المئوية والنسب التجميعية ونتائج

الإختبارات المعنوية).

٢. متوسط القياس، الإنحراف المعياري، الخطأ

المعياري، تقدير ٩٥% مودة ثقة لمتوسط

القياس في المجتمع، أدنى وأعلى متوسط

قياس.

٣. معامل (Cronbach Alpha) للإتساق الداخلي

للإستجابات الملاحظة للعيينة الرئيسية.

٦. التحليل العنقودي بطريقة (Complete Linkage method) في التكتل الهرمي.
٤. إختبار تحليل تجانس التباين (Levene test) لتساوي التباينات.
٥. التحليل العاملي بطريقة المركبات الأساسية وبالتدوير العاملي المتعامد Varimax.

نتائج الدراسة وإثبات الفرضيات

عرض النتائج ومناقشتها:

الجدول (٨) التكرارات والملاحظة والنسب المئوية والتجميعية للبيانات الأولية للمستجيبين والمقارنات المعنوية

| المقارنات المعنوية | النسبة التجميعية | النسبة المئوية | التكرارات | الفئات | المتغيرات الأولية |
|------------------------------------|------------------|----------------|-----------|-----------------|---|
| $\chi^2 = 29.417$ P=0.000 HS | 8.3 | 8.3 | 12 | 20 - | الفئات العمرية |
| | 31.9 | 23.6 | 34 | 25 - | |
| | 56.9 | 25.0 | 36 | 30 - | |
| | 80.6 | 23.6 | 34 | 35 - | |
| | 92.4 | 11.8 | 17 | 40 - | |
| | 100 | 7.6 | 11 | 45 - 50 | |
| Binomial-test P=0.000 HS | 31.9 | 31.9 | 46 | الإناث | الجنس |
| | 100 | 68.1 | 98 | الذكور | |
| $\chi^2 = 36.125$ P=0.000 HS | 9.7 | 9.7 | 14 | إعدادية التمريض | التحصيل الدراسي |
| | 54.9 | 45.1 | 65 | معهد - تمريض | |
| | 100 | 45.1 | 65 | كلية تمريض | |
| Binomial-test P=0.000 HS | 29.9 | 29.9 | 43 | مدير | مكان العمل |
| | 100 | 70.1 | 101 | رئيس قسم | |
| $\chi^2 = 32.417$ P=0.000 HS | 20.1 | 20.1 | 29 | < 5 | عدد سنوات العمل في مساق التمريض |
| | 45.1 | 25.0 | 36 | 5 - 9 | |
| | 71.5 | 26.4 | 38 | 10 - 14 | |
| | 84.7 | 13.2 | 19 | 15 - 19 | |
| | 95.8 | 11.1 | 16 | 20 - 24 | |
| | 100 | 4.2 | 6 | 25 > | |
| $\chi^2 = 36.602$ P=0.000 HS | 42.4 | 42.4 | 61 | ليس لديها خدمة | عدد سنوات العمل في مساق إدارة التمريض |
| | 79.2 | 36.8 | 53 | < 5 | |
| | 93.1 | 13.9 | 20 | 5 - 9 | |
| | 100 | 6.9 | 10 | 10 - 15 | |
| Binomial-test P=0.000 HS | 91 | 91 | 131 | ليس لديها خدمة | عدد سنوات الخبرة في مساق الإدارة الإلكترونية |
| | 100 | 9 | 13 | < 5 | |
| $\chi^2 = ٠.500$ P=0.797 NS | 88.9 | 88.9 | 128 | ليس لديها دورة | إذا كان الجواب نعم (المشاركة بالدورات) فما هي مدة أطول دورة |
| | 91.7 | 2.8 | 4 | < 5 | |
| | 95.8 | 4.2 | 6 | 5 - 9 | |
| | 100 | 4.2 | 6 | 10 - 14 | |

الجواب نعم (المشاركة بالدورات) فما هي مدة كل دورة؟ للعاملين في المساق القيادي في الإدارة التمريضية (مدير ورئيس قسم) إلى وجود فروق معنوية عند مستوى ($p < 0.01$) ما بين مستويات تلك المتغيرات مقارنة بما هو

يتضح ومن خلال مراجعة الفئات الخاصة بمتغيرات البيانات الأولية متمثلة بـ (الفئات العمرية الجنس، التحصيل الدراسي، مكان العمل، عدد سنوات العمل في التمريض، عدد سنوات الخبرة في الإدارة الإلكترونية، وإذا كان

خامساً: بينت نتائج الفروق المعنوية عن اختلاف توزيع تكرارات عدد سنوات العمل في مساق التمريض عموماً عند مستوى ($p<0.01$) بارتفاعها بشكل كبير عند الفئات الثلاثة الأولى (ارتفاع أعداد ذوي سنوات الخدمة القصيرة والمتوسطة مقارنة بذوي الخدمة الطويلة) ويفسر ذلك طبيعة هذا المساق الذي يتطلب نشاطاً عالياً من قبل المكلفين بهذا النوع من المهام عادةً.

سادساً: من جانب آخر فقد سجلت نتائج الفروق المعنوية عن اختلاف توزيع تكرارات عدد سنوات الخبرة في مساق الإدارة الإلكترونية عند مستوى ($p<0.01$) بانخفاضها بشكل كبير عند هذه الفئة ويفسر ذلك سيادة الأنماط التقليدية في مساق إدارة العملية التمريضية من قبل المكلفين بها.

سابعاً، وأخيراً: فقد سجلت نتائج الفروق المعنوية عن عدم اختلاف توزيع تكرارات المشاركين بالدورات التخصصية في مساق إدارة العملية التمريضية اعتماداً على اختلاف مدة أطول دورة قد شاركوا بها وذلك عند مستوى ($p>0.05$)، مع ملاحظة الارتفاع الكبير لأعداد عدم المشاركين من المستبنيين.

والشكل (١) يبين وباستعمال الدائرة البيانية التكرارات الملاحظة لمتغيرات البيانات الأولية للمبحوثين الأنفة الذكر.

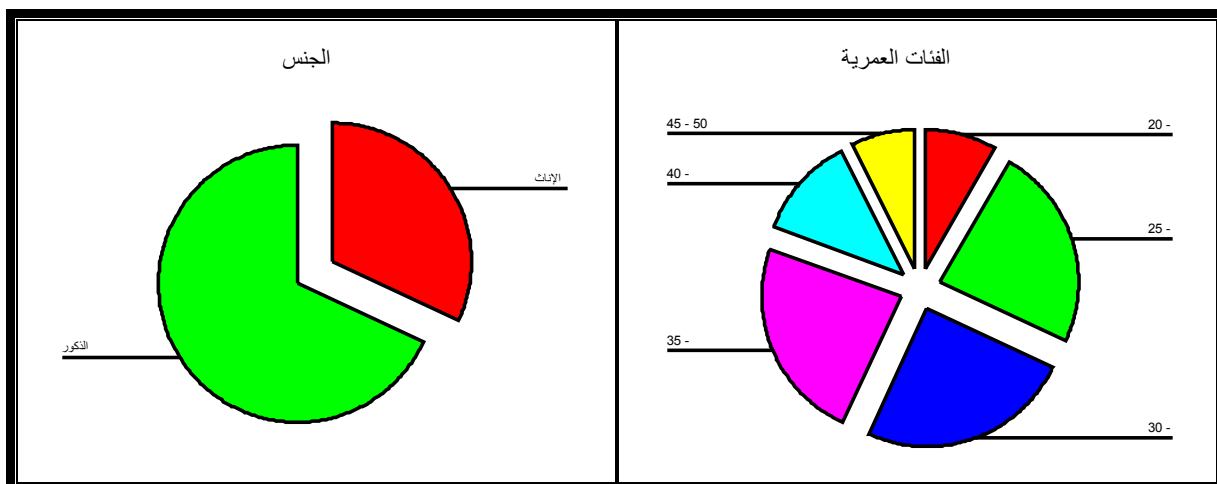
متوقع لها بافتراض عشوائية التوزيع، مما يعكس الصفة المقيدة لتلك المتغيرات وبالاتجاه الذي يؤكد اثر طبيعة العمل في ذلك المساق وبما يعزز ارتفاع مستوى استجابات المستجيبين في ضوء المقياس المعتمد لدراسة أثر إدارة التخطيط الإلكترونية في جودة الخدمات التمريضية وكما يأتي:

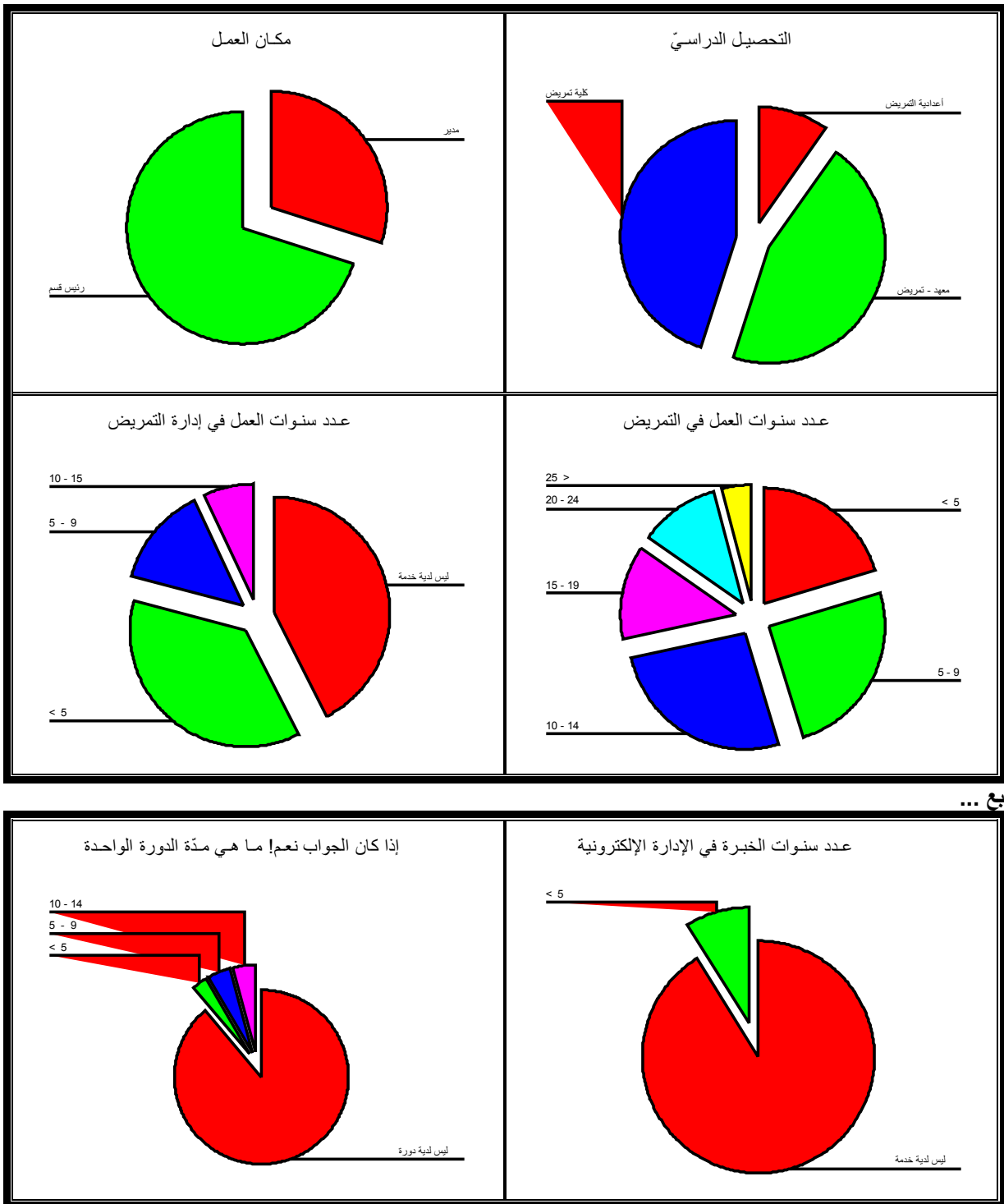
أولاً: بينت نتائج الفروق المعنوية فرقا معنوياً عالياً ($p<0.01$) عند متغير الفئات العمرية للمستجيبين حيث ارتفاع أعداد أعمار العاملين ضمن الفئات العمرية الخمسية الثانية والثالثة والرابعة ونسبة (23.6%)، (25.0%)، (23.6%) على التوالي.

ثانياً: معنوية الفرق ما بين أعداد الذكور وأعداد الإناث من العاملين في المساق القيادي للإدارة التمريضية (مدير ورئيس قسم) عند مستوى الدلالة ($p<0.01$) بالرغم من الارتفاع النسبي لأعداد العاملين من الإناث ونسبة (31.9%) مقارنة بأعداد الذكور ونسبة (68.1%).

ثالثاً: أشارت نتائج الفروق المعنوية عن اختلاف توزيع تكرارات متغير التحصيل الدراسي إلى وجود فرق معنوي عند مستوى ($p<0.01$) والتي تتصف بارتفاع أعداد حملة الشهادات الجامعية الأولية من خريجي المعاهد والكليات مقارنة بالشهادة الثانوية وهو ما يعزز أهمية الاستجابات الملاحظة لدراسة الظاهرة وذلك لاعتمادها على شريحة حملة الشهادات الجامعية ونسبة 90.2 % .

رابعاً: بينت نتائج الفروق المعنوية عن اختلاف توزيع تكراري المنصب الإداري عند مستوى الدلالة ($p<0.01$) حيث سجلت ارتفاع فئة رئيس قسم ونسبة (70.1%) مقارنة بفئة مدير (92.9%) وهو ما يعزز التناسب المعتمد ما بين خصوصية العمل في هذا المجال .





يتبع ...

الشكل (١) الدائرة البيانية للتكرارات الملاحظة لمتغيرات البيانات الأولية للمبحوثين

الجدول (٩) الإحصاءات الوصفية وتقويم مستويات الاستجابة لعموم المستبئين للفقرات المبحوثة

| التقويم | الكفاية النسبية | الانحراف المعياري | متوسط القياس | العدد | الفقرات المبحوثة |
|---------|-----------------|-------------------|--------------|-------|---|
| إيجابي | 91.8 | 0.49 | 4.59 | 144 | يُعدّ تخطيط المهام والتقويم الشامل للأداء وإدارة العاملين من مُسلّمات إدارة التخطيط التمريضيّ في الإدارة الإلكترونية |
| إيجابي | 89.6 | 0.5 | 4.48 | 144 | تخطيط المهام التمريضيّة على أسس علميّة سليمة يؤمّن الدقّة في تنفيذها في التوقيت المناسب والمُحدد سلفاً |
| إيجابي | 88.0 | 0.49 | 4.4 | 144 | اعتماد الأسس العلميّة السليمة يُساهم في تعظيم الخدمات التمريضيّة ومراقبة مُعدّل الأداء التمريضيّ الإداري والفردى |
| إيجابي | 88.2 | 0.49 | 4.41 | 144 | مراجعة الخطط بشكلٍ دوريّ على اختلاف أنواعها ولجميع المستويات العاملة يُزيد من التعرّف على مُخرجات العملية التمريضية |
| إيجابي | 88.8 | 0.5 | 4.44 | 144 | تساعد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية في الحفاظ على بيانات المتعاملين مع المؤسسة الصحيّة |
| إيجابي | 86.8 | 0.48 | 4.34 | 144 | تُسهم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية في توطيد العلاقة مع المستفيدين من المؤسسة الصحيّة |
| إيجابي | 87.8 | 0.49 | 4.39 | 144 | تقوم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على توفير الوقت والجهد للمؤسسة الصحيّة في إدارة شؤون المستفيدين |
| إيجابي | 86.0 | 0.46 | 4.3 | 144 | تقوم إدارة المستفيدين ضمن الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على خلق نظام توثيق للبيانات التفصيليّة الخاصّة بالعملاء والتي يُمكن الرجوع إليها والاستفادة منها والتواصل معها |
| إيجابي | 88.0 | 0.49 | 4.4 | 144 | تساعد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على خلق أرشيف إلكترونيّ خاصّ بكل نوع من أنواع الإجراءات التمريضيّة |
| إيجابي | 87.6 | 0.49 | 4.38 | 144 | تسهم إدارة الوثائق في حفظ وتخزين كافة البيانات والمخاطبات المتبادلة داخل القسم وبين الأقسام الأخرى والإدارة العليا |
| إيجابي | 87.2 | 0.48 | 4.36 | 144 | تقوم إدارة الوثائق على حفظ واسترجاع المعلومات في إطار من الأمان والسريّة |
| إيجابي | 87.4 | 0.48 | 4.37 | 144 | تساعد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على إيجاد قاعدة بيانات تمريضيّة شاملة |
| إيجابي | 88.2 | 0.49 | 4.41 | 144 | تسهم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية في تيسير تبادل الرسائل بسرعة وسهولة - رسائل البريد الإلكتروني |
| إيجابي | 86.8 | 0.48 | 4.34 | 144 | تسهم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية في توفير أكبر قدر مُمكن من سريّة المعلومات |
| إيجابي | 85.8 | 0.46 | 4.29 | 144 | تقوم الإدارة التمريضيّة على ترشيد استعمال الموارد - البشريّة والماديّة والماليّة |
| إيجابي | 86.2 | 0.46 | 4.31 | 144 | تقوم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على تفعيل التواصل بين العاملين إلكترونياً |
| إيجابي | 85.2 | 0.44 | 4.26 | 144 | تساعد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على التغلب على الحواجز المكانيّة والزمنيّة. |
| إيجابي | 85.6 | 0.45 | 4.28 | 144 | تساعد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على خلق وسائلٍ سريعة ومبتكرة لمشاركة أكبر عددٍ من العاملين في كافة الأنشطة والأحداث |
| إيجابي | 85.6 | 0.45 | 4.28 | 144 | تقوم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على استعمال دائرة الحوار عن طريق طرح موضوعات مختلفة (عامّة أو منحصّصة) يُعتمدُ كأحد الآليات لإزالة الحواجز بين العاملين في التمريض |
| إيجابي | 87.8 | 0.49 | 4.39 | 144 | تقوم الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على استقصاء الرأي حول الخدمات التمريضيّة لقياس مقدار التطوّر |
| إيجابي | 87.6 | 0.49 | 4.38 | 144 | تعتمد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية على الأجنحة الإلكترونية في تنظيم المواعيد وتسجيل الأنشطة وتوحيد نماذج العمل المستعملة بما يتلاءم ومُخرجات العمل التمريضيّ |
| إيجابي | 86.2 | 0.46 | 4.31 | 144 | تعتمد الإدارة التمريضيّة الإلكترونية وسيلة للإعلان عن الأنشطة التي يقوم بها |
| إيجابي | 85.0 | 0.43 | 4.25 | 144 | تستعمل الإدارة التمريضيّة الإلكترونية العروض الإلكترونية كوسيلة لنشر الثقافة داخل المؤسسة الصحيّة لضمان استمرار التواصل وتسلسل الأفكار بين العاملين في التمريض |

الجدول (١٠) الإحصاءات الوصفية لإستجابات عموم المستبنيين لمحاور الدراسة في ضوء متوسطات القياس

| أعلى قراءة | أدنى قراءة | تقدير ٩٥% مدة ثقة لمتوسط المجتمع | | الخطأ المعياري | الانحراف المعياري | متوسط القياس | العدد | المتغير المستقل |
|------------|------------|----------------------------------|-------------|----------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|
| | | الحد الأعلى | الحد الأدنى | | | | | |
| 5 | 4 | 4.53 | 4.41 | 0.03 | 0.36 | 4.47 | 144 | إدارة التخطيط الإلكترونية |

الجدول (١١) إختبار تطابق المتغير المستقل (لمحاور الدراسة في ضوء متوسطات القياس)

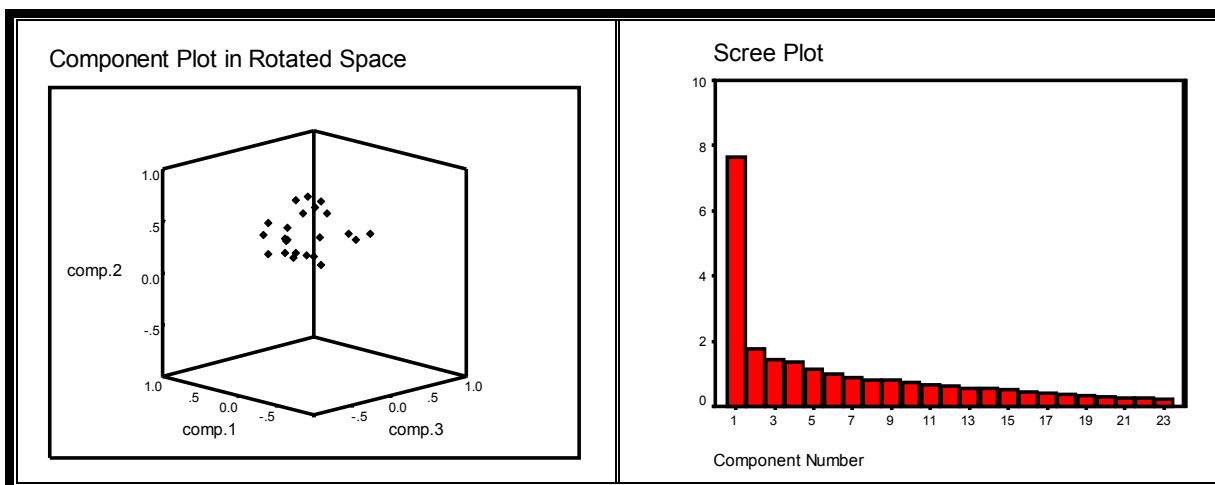
| القرار الإحصائي | أختبار تساوي الأوساط ANOVA | | أختبار تساوي التباينات | | المتغير المستقل |
|-----------------|----------------------------|-------|------------------------|------------------|---------------------------|
| | Sig. | F | Sig. | Levene Statistic | |
| معنوي | 0.002 | 4.417 | 0.000 | 8.015 | إدارة التخطيط الإلكترونية |

الجدول (١٢) استخلاص عوامل النظام المُعرّف لمصفوفة العوامل المستخلصة لفقرات محاور الدراسة بالتدوير المتعامد (Varimax)

| مصفوفة المركبات المدورة | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|---|
| المركبات | | | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | الفقرات |
| 0.748 | | | | | يُعَدُّ تخطيط المهام والتقويم الشامل للأداء وإدارة العاملين |
| | | | | 0.715 | تخطيط المهام التمريضية على أسس علمية سليمة يُؤمّن |
| 0.555 | | | | | اعتماد الأسس العلمية السليمة يُساهم في تعظيم الخدمات..... |
| 0.574 | | | | | مراجعة الخطط بشكل دوري على اختلاف أنواعها و..... |
| | | 0.768 | | | تساعد الإدارة التمريضية الإلكترونية في الحفاظ على |
| | | 0.79 | | | تُسهّم الإدارة التمريضية الإلكترونية في توطيد العلاقة |
| | | | | 0.433 | تقوم الإدارة التمريضية الإلكترونية على توفير الوقت |
| | | | 0.475 | | تقوم إدارة المستفيدين ضمن الإدارة التمريضية |
| | | | | 0.605 | تساعد الإدارة التمريضية الإلكترونية على خلق |
| | | | | 0.747 | تسهّم إدارة الوثائق في حفظ وتخزين كافة البيانات..... |
| | | | | 0.743 | تقوم إدارة الوثائق على حفظ واسترجاع المعلومات |
| | | | | 0.609 | تساعد الإدارة التمريضية الإلكترونية على إيجاد قاعدة |
| | | 0.652 | | | تسهّم الإدارة التمريضية الإلكترونية في تيسير تبادل |
| | | | 0.501 | | تسهّم الإدارة التمريضية الإلكترونية في توفير أكبر |
| | 0.653 | | | | تقوم الإدارة التمريضية على ترشيد استعمال الموارد |
| | 0.555 | | | | تقوم الإدارة التمريضية الإلكترونية على تفعيل التواصل |

جدول (١٢) (تتمة)

| مصفوفة المركبات المدورة | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|--------|--|
| المركبات | | | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | الفقرات |
| | 0.715 | | | | تساعد الإدارة التمريضية الإلكترونية على التغلب على |
| | 0.518 | | | | تساعد الإدارة التمريضية الإلكترونية على خلق وسائل |
| | | | | 0.507 | تقوم الإدارة التمريضية الإلكترونية على استعمال دائرة |
| | 0.65 | | | | تقوم الإدارة التمريضية الإلكترونية على استقصاء الرأي |
| | | | 0.567 | | تعتمد الإدارة التمريضية الإلكترونية على الأجنحة |
| | | | 0.63 | | تعتمد الإدارة التمريضية الإلكترونية وسيلة للإعلان |
| | | | 0.661 | | تستعمل الإدارة التمريضية الإلكترونية العروض |
| 1.145 | 1.35 | 1.428 | 1.751 | 7.644 | قيم الجذور المميزة |
| 4.978 | 5.871 | 6.211 | 7.613 | 33.236 | %التباين المشترك |



الشكل (٢) الجذور الكامنة لعدد المركبات المستخلصة وبالتدوير المتعامد (Varimax)

الإستنتاجات والتوصيات

أولاً: الإستنتاجات:

١- بينت نتائج المتغيرات المتمثلة بـ (الفئات العمرية، الجنس، التحصيل الدراسي، مكان العمل، عدد سنوات العمل في التمريض، عدد سنوات الخبرة في الإدارة الإلكترونية، وإذا كان الجواب بنعم (المشاركة بالدورات) فما هي مدة كل دورة) وذلك للعاملين في المساق القيادي للإدارة التمريضية (مدير ورئيس قسم) إلى وجود فروق

يتضح وبما لا يقبل الشك من خلال مراجعة نتائج الجدول (٩) إلى الإرتفاع العالي للاستجابات الملاحظة وعلى عموم المستبنيين إتجاه كافة فقرات الإستبانة وذلك بتقويم نقطة عتبة القطع للمقياس المعتمد والمتمثلة بمستوى (غير متأكد) والذي يقع عند درجة قياس (٣). حيث سجلت نتائج كافة متوسطات القياس وعلى عموم فقرات الإستبانة مستواً أعلى من ذلك مما يعكس توافق آراء المستبنيين بما جاءت به إدارة التخطيط الإلكترونية في المساق التمريضي موضوع البحث وبتقويم إيجابي عالي في ضوء نتائج الكفايات النسبية المحسوبة.

إن ما توصلت إليه الدراسة ماهو إلا إكتشاف حقيقة أن الإدارة الإلكترونية لم تكن نظاماً معتمداً في إدارة شؤون التمريض والرعاية التمريضية في مستشفيات مدينة بغداد. حيث لم يعد لإدارة التخطيط الإلكترونية أية حضور في ممارسة العمل الإداري من قبل مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض. لكن ما توضح من خلال إستجاباتهم في الدراسة الحالية، بأن لإدارة التخطيط الإلكترونية أثر إيجابي على الإدارة والرعاية التمريضية وبالتالي تشكل عاملاً مهماً في تطويرها ورفقي جودتها، وبهذا تكون الإجابة على السؤال الرئيسي للدراسة قد إستوفت شروطها.

٣- بإستعمال طريقة (الغصن-الورقة)البيانية والمعروفة بالمستكشف يتضح عدم تسجيل أية إستجابة شاذة أو قصوى ضمن مجالات محاور الاستبانة مما يعكس المستوى العالي لدرجات تجانس المستبنيين نحو فقرات مكونات الإدارة الإلكترونية موضوع البحث والتي بدورها تعكس درجات الثبات العالية المتحققة وبما يعزز من صلاحية اعتماد الإستبانة لدراسة الظاهرة (تحت نفس الظروف) على نفس المجتمع في المستقبل. أي بعبارة أخرى، فأن نتائج البحث الحالي تتصف بدرجة ثقة عالية من حيث درجة الإعتمادية والتعميم بالإعتماد على البيانات التي تم جمعها من مجتمع الدراسة.

٤- بنيت نتائج إختبارات التوافق ما بين إستجابات القيادات التمريضية (عينة البحث) إتجاه محاور إستبانة إدارة التخطيط الإلكترونية في المساق التمريضي إلى عدم تماثل محاور الإستبانة في اختبار الفرضية الإحصائية المركبة وعلى مستوى الإستجابات التي سجلت نحو أعلى من نقطة عتبة القطع المتمثلة بمستوى (غير متأكد) عند مستوى الدلالة المعتمد، مما يعكس إختلاف مستويات الإستجابة بإختلاف محاور إدارة التخطيط الإلكترونية للمستبنيين عينة البحث، حيث يتضح وجود فروق معنوية ما بين محور إدارة التخطيط الإلكترونية ببقية المحاور الأخرى، الأمر الذي يعكس إختلاف إتجاهات المستبنيين نحو هذا المحور الذي يعكس جوهر عملية الإدارة الإلكترونية.

خلصت الدراسة بعد كل ماتقدم، بأن لإدارة التخطيط الإلكترونية أثر إيجابي على مستقبل الإدارة التمريضية والرعاية التمريضية في مستشفيات بغداد، وقد جاء هذا موافقاً مع إستجابة مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض، ومعبراً عن واقع حال الإدارة التمريضية والرعاية التمريضية

معنوية عند مستوى الدلالة المعتمد ما بين مستويات تلك المتغيرات مقارنة بما هو متوقع لها بإفتراض عشوائية التوزيع مما يعكس الصفة المقيدة لتلك المتغيرات وبالإتجاه الذي يؤكد اثر طبيعة العمل في ذلك المساق، فجاءت غالبية أعمار المستبنيين في منتصف سن العمل وبغالبية الذكور ومن ذوي التحصيل الجامعي مع الإنخفاض الكبير بأعداد ذوي الخبرة في مساق الإدارة الإلكترونية، وأخيراً فقد بينت نتائج المبحوثين الإنخفاض بأعداد المشاركين بالدورات المتخصصة بالإدارة الإلكترونية. وبذلك تتضح الصور التي تفسر تعزيز إرتفاع مستوى إستجابات المستبنيين إيجاباً في ضوء المقياس المعتمد لدراسة أثر مكوّنات الإدارة الإلكترونية في جودة الخدمات التمريضية وذلك نتيجةً للفرجة الكبيرة وللنقص الحاصل لديهم في هذا المساق.

إن الإستنتاج الأنف الذكر يعبر بشكل أو بآخر عن حقيقة أساسية ألا وهي ضرورة ممارسة الإدارة الإلكترونية والإنخراط في الدورات ذات العلاقة بذلك بغض النظر عن عدد سنوات العمل في التمريض وإدارة التمريض والإدارة الإلكترونية قبل وبعد الشروع بتنفيذ نظام الإدارة الإلكترونية في مستشفيات مدينة بغداد، ويكون من الضروري أيضاً الإعداد والتنظيم لدورات تشمل جميع العاملين في التمريض وخصوصاً القائمين على أعمال إدارية أو الذين سيكونوا مكلفين بمهام إدارية إلكترونية مستقبلية وقبل الشروع بتطبيق أو تنفيذ نظام الإدارة الإلكترونية. حيث ستلعب هذه العوامل مجتمعة دوراً مهماً في تطوير قابليات مدراء التمريض ورؤساء أقسام التمريض نحو تطبيق كل الإجراءات الإدارية ذات العلاقة بالتمريض إلكترونياً وبهذا ترقى جودة الرعاية التمريضية إلى مستوى متقدم على النظام المتبع حالياً.

٢- أشارت نتائج تقويم مستويات الإستجابة على مستوى فقرات الإستبانة عموماً إلى الارتفاع العالي للإستجابات الملاحظة وعلى عموم المستبنيين إتجاه مستوى التأييد الشامل نحو أهمية إدارة التخطيط الإلكترونية في جودة الخدمات التمريضية وبإتجاه (إيجابي) عال في ضوء نتائج الكفايات النسبية المحتسبة. كذلك، فقد سجلت نتائج تقويم الإستجابات الملاحظة بالتحويل بموجب متوسطات القياس على مستوى المحاور الرئيسية توافق آراء المستبنيين بما جاءت به إدارة التخطيط الإلكترونية في المساق التمريضي موضوع البحث وتقويم إيجابي عال في ضوء نتائج الكفايات النسبية المحتسبة أيضاً وهذا بدوره يؤكد ما جاء بالفقرة السابقة حتماً.

الإدارة الإلكترونية وتقديم الإقتراحات والحلول والأساليب المناسبة لتنمية الجوانب الفنية والإدارية والقيادية.

٥. الإهتمام بالدورات التدريبية في مجال الإدارة

الإلكترونية وعلى أن تكون مشروطة بـ :

أ- القيام بالتدريب قبل المباشرة بالعمل وأعداد برامج متخصصة في مجال العمل.

ب- إستمرار الدورات التدريبية أثناء العمل، والأولوية تكون مرتبطة

بالأداء على أن تكون حافزاً للترقية أو للإستمرار بالموقع القيادي.

ت- تنوع الدورات التدريبية (داخلية ، خارجية) وذلك لزيادة المعرفة وتجديد المعلومات.

المراجع

المراجع العربية:

١. الحربي، طلال، جودة الرعاية الصحية، المملكة العربية السعودية، ٢٠١٠.
٢. القيم، كامل حسون، مناهج وأساليب كتابة البحث العلمي في الدراسات الإنسانية، دار السيماء للتصاميم والطباعة، بغداد، العراق، ٢٠٠٦.
٣. النقيب، عبدالخالق عبد الجبار، مقدمة في الإحصاء الحيوي، الطبعة الأولى، هيئة التعليم التقني، بغداد، العراق، ١٩٩٣. السالمي، علاء عبد الرزاق، الإدارة الإلكترونية، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، الأردن، عمان، ٢٠٠٩.
٤. باكير، علي حسين، المفهوم الشامل لتطبيق الإدارة الإلكترونية، مجلة آراء حول الخليج، مركز الخليج للأبحاث ، الامارات العربية المتحدة ، العدد ٢٣، ٢٠٠٦.
٥. دبلوم وآخرون، تقويم تعلم الطالب التجميعي والتقويمي، دار ماكجروهيل للنشر، ١٩٨٣.
٦. عمر، السيد أحمد، البحث الإعلامي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الشارقة، ٢٠٠٨.
٧. محجوب، وجيه، البحث العلمي ومفاهيمه، بغداد، العراق، ٢٠٠٢.
٨. وزارة الصحة العراقية، إحصائيات عن مستشفيات مدينة بغداد، قسم إدارة شؤون التمريض، بغداد، العراق، ٢٠١١.

في مستشفيات بغداد كونهما يعانين من القصور والتأخر عن مواكبة التطور الإلكتروني الذي تعيشه بلدان العالم الآخر والتي تقدمت علينا وسبقتنا في هذا المضمار، وهذا ما يؤكد قبول عكس ماورد في فرضيات الدراسة إستناداً إلى ماأكدته نتائج الدراسة الحالية بعد أن أثبتت الأثر الإيجابي لإدارة التخطيط الإلكترونية على جودة الرعاية التمريضية.

لقد تمكنت نتائج الدراسة بإعطاء صورة واضحة عن مستويات التأثير المباشر لإدارة التخطيط الإلكترونية على جودة الرعاية التمريضية. إن دل هذا على شيء، فإنما يدل على أن هذا المكون يلعب دوراً ذا أكثر أهمية في التأثير على مستقبل الإدارة الإلكترونية وجودة الرعاية التمريضية التي تقوم عليها. ونكون بهذا قد قدمنا الإجابات الوافية لجميع التساؤلات والإقتراضات التي تقدمت بها الدراسة الحالية.

ثانياً - التوصيات:

في ضوء ما تقدم، يمكن وضع مجموعة من التوصيات وهي :

١. ضرورة إعداد وتنفيذ برامج متخصصة تهتم بالإدارة الإلكترونية لإعداد قيادات إدارية مؤهلة علمياً وعملياً في حقل إدارة التخطيط الإلكترونية، وبما يتلاءم مع متطلبات العمل بالمساق التمريضي وكذلك رفع قدرات المدير أو رئيس القسم المعني بهذا المساق، مع ضرورة تأمين الإستعداد على التعليم المستمر والمواكبة من أجل رفع قدرات العاملين وتحسين أدائهم بالشكل الصحيح والسليم .
٢. الإعتماد على مناهج التعليم الإلكتروني عموماً، والإدارة الإلكترونية خصوصاً في مساق التمريض على ضوء ما هو متحقق في جامعات البلدان المتقدمة. وتحقيقاً لذلك يمكن إلقاء مسؤولية تنفيذ ما تقدم على معاهد وكليات التمريض مع ضرورة الشروع بإستحداث دراسات متخصصة في الإدارة التمريضية الإلكترونية ضمن تلك المرافق التعليمية حصراً وليس كما هو معمول به لدى البعض الآخر.
٣. تشجيع العاملين في مجال التمريض بالإنخراط في الدورات التعليمية والتدريبية ذات العلاقة بالإدارة الإلكترونية، مع وضع نظام تسجيل ومتابعة وتقويم وتقديم حوافز للمشاركين.
٤. إجراء دراسات وطنية شاملة، تعتمد المقارنة، تستهدف أكبر عدد من المؤسسات الصحية في القطاعين الحكومي والأهلي والعاملين في التمريض للتعرف على معوقات تنفيذ

4. Kerlinger, B.: Research of Real Behavior in Foundation. New York:

Holt Rime Heart and Winston, 1979.

5. Polit, D. and Hungler, B.: Nursing Research: Principles and Methods. 6th edition,

Philadelphia: Lippincott Company, 2006, P.P. 338-342.

6. Tappen, R.: Nursing Leadership and Management: Concepts and

Practice. 3rd edition, Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995, P.P.

417-439.

٩. نجم، نجم عبود، الإدارة الإلكترونية: الإستراتيجية والوظائف والمشكلات ، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، الرياض، ٢٠٠٧.

المراجع الأجنبية:

1. Binder, B.: Electronic Nurse Helps Homebound Patients, Montefiore

Medical Center, 2009.

2. Clark, M.: Nursing in the Community. 3rd edition, Connecticut: Appleton and Lange, 2007, P.P. 71-72.

3. Johnson, M. and Mass, M.: Nursing Outcomes Classification. St. Louis Mosby, Year Book Inc., 1997.