



جامعة دمشق
كلية الاقتصاد
قسم إدارة الأعمال

قياس أثر ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية
دراسة ميدانية في المستشفيات العامة في محافظة دمشق

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في التسويق

إعداد الطالب
خالد عودة

إشراف الأستاذ المساعد الدكتور
رعد حسن الصرن

الإهداء

الشكر

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	الإهداء
ج	الشكر
د	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ي	قائمة الأشكال
ك	ملخص
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	1-1. مقدمة.
2	2-1. مشكلة البحث.
4	3-1. أهمية البحث.
5	4-1. أهداف البحث.
6	5-1. التعريفات الإجرائية.
9	6-1. عناصر البحث ومتغيراته.
9	7-1. فرضيات البحث.
10	8-1. مجتمع وعينة البحث.
10	9-1. منهج البحث.
10	10-1. أساليب جمع البيانات.
11	11-1. أساليب تحليل البيانات.
11	12-1. حدود البحث.
12	13-1. الدراسات السابقة.
20	الفصل الثاني: مفهوم الثقافة والثقافة التنظيمية
21	1-2. مفهوم الثقافة
23	2-2. خصائص الثقافة
25	3-2. مفهوم الثقافة التنظيمية
34	4-2. مفهوم جودة الخدمة الصحية

40	الفصل الثالث: مفهوم ثقافة التدريب وأهمية دراستها في المنظمات الصحية
41	3-1. مفهوم ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
43	3-2. ثقافة التدريب السالبة
46	3-3. مراحل العملية التدريبية
48	3-4. آثار ثقافة التدريب السالبة على جوانب العملية التدريبية
53	3-5. ملامح ثقافة التدريب الموجبة
56	3-6. أطراف ثقافة التدريب
63	الفصل الرابع: أثر أبعاد ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية
64	4-1. القيم
66	4-2. المعتقدات
67	4-3. اللغة
68	4-4. الاتجاهات
70	4-5. العادات والتقاليد
70	4-6. المعارف الثقافية
72	4-7. الافتراضات
72	4-8. التعبير الثقافي
77	4-9. التنوع الثقافي
79	4-10. الاتصال الثقافي
80	4-11. الأخلاق
83	الفصل الخامس: الدراسة العملية
85	5-1. لمحة تاريخية عن المستشفيات محل الدراسة
88	5-2. توزيع الاستبيان
89	5-3. أداة البحث
91	5-4. خصائص العينة
95	5-5. الإحصاءات الوصفية
106	5-6. اختبار الفرضيات
133	الفصل السادس: النتائج والتوصيات
134	6-1. نتائج الدراسة.
137	6-2. المقترحات والتوصيات

140	قائمة المراجع
149	ملحق: استبيان الدراسة
152	Abstract

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
29	الجدول (1) مهام التكيف الخارجي والتكامل الداخلي	1.
88	الجدول(2): توزيع الاستبيانات حسب المستشفيات محل الدراسة	2.
90	الجدول (3) معامل الصدق	3.
95	الجدول(4) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي ثقافة التدريب	4.
96	الجدول(5) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي القيم	5.
97	الجدول(6) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي المعتقدات	6.
98	الجدول(7) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي اللغة	7.
99	الجدول(8) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الاتجاهات	8.
100	الجدول(9) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي العادات والتقاليد	9.
100	الجدول(10) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي المعارف الثقافية	10.
101	الجدول(11) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الافتراضات	11.
102	الجدول(12) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي التعبير الثقافي	12.
102	الجدول(13) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي التنوع الثقافي	13.
103	الجدول(14) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الاتصال الثقافي	14.
104	الجدول(15) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الأخلاق	15.
105	الجدول(16) الاحصاءات الوصفية للمحور الأساسي جودة الخدمة الصحية	16.
106	الجدول(17) نتائج اختبار سميرونوف للتوزيع الطبيعي للبيانات	17.
107	الجدول (18) نتائج إحصاء ليفين للتجانس وفق متغير المستشفى التي يعمل فيها المبحوث	18.
108	الجدول(19): نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروق بين المستشفيات محل الدراسة من حيث أبعاد ثقافة التدريب	19.
109	الجدول(20): متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب في كل مستشفى محل الدراسة	20.
110	الجدول(21) معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد ثقافة التدريب ومتغير جودة الخدمة الصحية	21.

112	الجدول(22) معاملا الارتباط والتحديد في نموذج الانحدار الخطي المتعدد	22.
112	الجدول (23): تحليل التباين لنموذج الانحدار الخطي المتعدد	23.
113	الجدول(24): ثوابت نموذج الانحدار المتعدد ومعنويتها	24.
114	الجدول (25) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية على مستوى العينة ككل	25.
115	الجدول(26) معاملا الارتباط والتحديد في نموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل	26.
115	الجدول (27) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل	27.
115	الجدول(28) ثوابت نموذج الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها على مستوى العينة ككل	28.
116	الجدول (29) نتائج اختبار مان ويتي لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للجنس	29.
117	الجدول(30) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب الجنس	30.
118	الجدول (31) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للمؤهل العلمي	31.
119	الجدول(32)متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب المؤهل العلمي	32.
119	الجدول (33) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات العمر	33.
120	الجدول(34) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب فئات العمر	34.
122	الجدول (35) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات الخبرة العملية	35.
123	الجدول(36) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب فئات الخبرة العملية	36.
124	الجدول(37) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في المواساة	37.
125	الجدول(38) معاملا الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى المواساة	38.
125	الجدول(39) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى المواساة	39.
126	الجدول(40) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى المواساة	40.
127	الجدول(41) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي	41.
128	الجدول(42) معاملا الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية	42.

	في مستشفى الأسد الجامعي	
128	الجدول(43) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى الأسد الجامعي	.43
129	الجدول(44) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى الأسد الجامعي	.44
130	الجدول(45) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق	.45
131	الجدول(46) معاملا الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق	.46
131	الجدول(47) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى دمشق	.47
132	الجدول(48) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى دمشق	.48

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1.	الشكل (1) متغيرات البحث	9
2.	الشكل (2) تعريف الحاجة	48
3.	الشكل (3) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب المشفى الذي يعملون فيه.	92
4.	الشكل (4) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير الجنس	92
5.	الشكل (5) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات العمر	93
6.	الشكل (6) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير المؤهل العلمي	94
7.	الشكل (7) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات الخبرة العملية	94
8.	الشكل (8) الانتشار بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية على مستوى العينة ككل	114
9.	الشكل (9) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مشفى المواساة	124
10.	الشكل (10) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي	127
11.	الشكل (11) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق	130

ملخص

تهدف الدراسة لقياس أثر ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية، حيث ركزت على توضيح مفهوم الثقافة والثقافة التنظيمية وعلاقتها بكل من ثقافة التدريب وثقافة الجودة في المنظمة الصحية، وكيفية تحقيق التكامل بينهما مستخدمة في ذلك مجموعة من الأبعاد والمتغيرات أهمها: القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف، الافتراضات، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، والأخلاق.

وبناء عليه ركزت الدراسة على مجموعة من التساؤلات أهمها:

أ. ما هي الثقافة بشكل عام وثقافة التدريب بشكل خاص، وكيف تتكامل مع الثقافة التنظيمية وثقافة الجودة السائدة في المنظمات الصحية من خلال دراسة ميدانية لبعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق؟.

ب. ما هي الأبعاد الأساسية لثقافة التدريب، ومدى تأثيرها على تحسين جودة الخدمة الصحية في بعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق؟.

ج. ما هي الكيفية التي يمكن من خلالها تقويم وقياس آثار ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية في بعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق؟.

تم تنفيذ البحث في ثلاث مستشفيات عامة هي: المواساة، دمشق، الأسد الجامعي، حيث تم توزيع 100 استبيان في كل مستشفى، وبلغ عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل 271 استبيان. وتم استخدام مجموعة من المقاييس الإحصائية المناسبة لتحليل فرضيات وعبارات الاستبيان. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- إن مستوى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب بكافة مكوناتها، ولبعد جودة الخدمة الصحية هو مرتفع. ويمكن ترتيب مدى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب كما يلي: العادات والتقاليد، التغيير والاتصال الثقافي، التنوع الثقافي، المعارف الثقافية، الافتراضات واللغة، المعتقدات، ثقافة التدريب والاتجاهات، الأخلاق، القيم.

- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد ثقافة التدريب ويتمثل بالنقاط الآتية:

- فلسفة العمل الجماعي، والممارسات الخاطئة السائدة في الواقع العملي كمظاهر ثقافة التدريب السالبة.

- فكرة يوم التدريب كل عام، تقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا، وإصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب كجوانب مهمة لثقافة التدريب.

- دور ثقافة التدريب في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته.

- دور عوامل الثقة والتفاؤل في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وارتباط هذا التعزيز بتوفير موازنات تدريبية جيدة.

وأوصت الدراسة بضرورة المحافظة على مستوى إدراك العاملين في المستشفيات العامة المدروسة لأبعاد ثقافة التدريب بكافة مكوناتها، ولبعد جودة الخدمة الصحية خصوصاً فيما يتعلق بالعوادات والتقاليد، التغيير والاتصال الثقافي، التنوع الثقافي، المعارف الثقافية، الافتراضات واللغة، المعتقدات، الاتجاهات، الأخلاق، والقيم. وتشجيع فلسفة العمل الجماعي في المستشفيات العامة المدروسة. وترويج فكرة يوم التدريب كل عام، وتقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا، وإصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب كجوانب مهمة لثقافة التدريب. وتشجيع دور ثقافة التدريب في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته. وتفعيل دور عوامل الثقة والتفاؤل في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وارتباط هذا التعزيز بتوفير موازنات تدريبية جيدة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1-1. مقدمة.
- 2-1. مشكلة البحث.
- 3-1. أهمية البحث.
- 4-1. أهداف البحث.
- 5-1. التعريفات الإجرائية.
- 6-1. عناصر البحث ومتغيراته.
- 7-1. فرضيات البحث.
- 8-1. مجتمع وعينة البحث.
- 9-1. منهج البحث.
- 10-1. أساليب جمع البيانات.
- 11-1. أساليب تحليل البيانات.
- 12-1. حدود البحث.
- 13-1. الدراسات السابقة.

1-1. مقدمة :

عندما دخلنا القرن الحادي والعشرين ظهر التغير والتبدل في المنظمات المتعددة، ومن بينها المنظمات الصحية. وقد شمل هذا التغير المنظمات الصحية الكبيرة والصغيرة على حدٍ سواء. وأصاب هذا التغير أيضاً جميع مستويات العمليات والأفراد فيها، والذين يكافحون للوصول إلى مستوى الإنتاجية والجودة والابتكار المطلوب. ومن هذا الاتجاه أدرك مديرو المنظمات الصحية الحاجة إلى بناء منظمات صحية حيوية ، فقاموا بإعادة اكتشاف وتشكيل الأهمية القصوى للموارد البشرية Human Resources واستبدلت الطرائق التقليدية للأوامر والرقابة وبالطرائق الجديدة للمشاركة والاستخدام ، وأصبحوا بمثابة مسهلين Facilitators ومساعدين Helpers ومرشدين Guiders ومدرّبين Coaches .

وببساطة بدأ مديرو المنظمات الصحية اليوم بتغيير المعنى والجوهر الحقيقي لوسائل العمل في منظماتهم، أي أنهم غيروا ثقافة منظماتهم على اعتبار أن الثقافة القوية والواضحة يمكن أن تساعد في بناء الميزة التنافسية لمنظماتهم الصحية.

ومن بين الثقافات الفرعية المعمول بها في المنظمات الصحية ثقافة التدريب Training Culture باعتبارها عملية مستمرة محورها الأساسي الفرد العامل في المنظمة الصحية في مجمله، وتهدف إلى إحداث تغييرات محددة سلوكية وفنية وذهنية، لإحداث أو مقابلة متغيرات واحتياجات محددة آنية أو مستقبلية يتطلبها الفرد أو مجال العمل أو المنظمة كلها، أو حتى المجتمع الذي تعيش فيه ككل متكامل.

ومن هنا، يركز بحثنا هذا على دراسة وقياس أثر ثقافة التدريب في المنظمات الصحية من خلال دراسة ميدانية لبعض المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق، وكيف تؤثر العملية الثقافية على جودة الخدمة الصحية في هذه المنظمات بناءً على أبعاد ثقافة التدريب المتمثلة في القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف، الافتراضات، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، والأخلاق.

1-2. مشكلة البحث:

لقد احتلت التغييرات المثيرة في عالم الأعمال مكانها منذ عام 1900، وقد أثرت التغييرات التي حدثت في الجوانب الثقافية على مختلف الأنشطة والعمليات في المنظمات على اختلاف أنواعها الصناعية منها والخدمية، ومن بين هذه الأنشطة نشاط التدريب في هذه المنظمات. ولكن

ما كان مهماً في البداية هو دراسة كيفية تأثير التغيرات في العمليات والأنشطة الخدمية على الجودة، وهذا يعكس بالطبع تأثير ثقافة التدريب على الجودة في المنظمات الصحية، لذا كان لا بد من إنفاق الكثير من الوقت على الجوانب الثقافية بسبب كون ثقافة التدريب المحرك الرئيسي للجودة اليوم.

ومن أهم المشكلات التي تواجه المنظمات التي تسعى إلى تنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة Total Quality Programs، ومن بينها المنظمات الصحية هي الحاجز الثقافي Cultural Barrier. لهذا قامت الكثير منها بعمل متميز في تنفيذ برامج الجودة الشاملة سواء من خلال التزامها بمتطلبات البرنامج، أو من خلال مشاركة عمالها في الجوانب المتعددة لتخطيط وتنفيذ عملياتها، أو من خلال توفير ثقافة التدريب المطلوب لهم لضمان إكسابهم المهارات المطلوبة بغية المحافظة على مستوى جودة خدماتها الصحية، والتحسين والتطوير المستمر في هذا المستوى، وبالرغم من ذلك، فإن جهود الكثير من هذه المنظمات قد باءت بالفشل، ومن جنى النتائج في كثير من الحالات هو الجمود التنظيمي Organizational Inertia .

كل ذلك كان مرده لعدم وجود ثقافة تدريب قوية في المنظمات الصحية لا سيما العاملة منها في مدينة دمشق موضوع الدراسة، وعلى الرغم من أنها سعت لتطبيق الجودة الشاملة فيها، إلا أنها لم تسع بالقدر الكافي لتغيير ثقافتها التنظيمية Organizational Culture، التي تعد ثقافة التدريب وثقافة الجودة ثقافة فرعية منها بشكل يتناسب مع الأسلوب الإداري الجديد.

وإننا في هذا البحث نركز على الكيفية التي يمكن من خلالها للمنظمات الصحية أن تبني ثقافة تدريب فيها تكون قوية ومتميزة من خلال دراسة كيفية بناء هذه الثقافة، ودراسة مدى تأثيرها على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق. لذا فإن مشكلة البحث يمكن صياغتها بالتساؤلات التالية:

أ. ما هي الثقافة بشكل عام وثقافة التدريب بشكل خاص، وكيف تتكامل مع الثقافة التنظيمية وثقافة الجودة السائدة في المنظمات الصحية من خلال دراسة ميدانية لبعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق ؟.

ب. ما هي الأبعاد الأساسية لثقافة التدريب، ومدى تأثيرها على تحسين جودة الخدمة الصحية في بعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق ؟.

ج. ما هي الكيفية التي يمكن من خلالها تقويم وقياس آثار ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية في بعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق؟.

1-3. أهمية البحث:

هناك مجموعة من الأسباب التي تدفعنا لإجراء مثل هذا البحث بعضها يقع خارج نطاق المنظمات الصحية المتمثلة بالمستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق، والبعض الآخر يقع داخل نطاقها. ويمكننا تقسيم أهمية البحث إلى:

أ . الأهمية العلمية للبحث : وتوضحها الأسباب التالية :

1. قلة الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع ثقافة التدريب، خصوصاً في بيئة الأعمال السورية على وجه العموم، وفي المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق على وجه الخصوص.
2. اختلاف نظرة الباحثين إلى موضوع الثقافة وثقافة التدريب وأبعادها والقيم التي تؤمن بها المجتمعات المختلفة ، ودور العوامل التاريخية في مسألة التقارب والتباعد الثقافي وأهمية دراسة وتوضيح أثر ذلك على جودة الخدمات الصحية.
3. الاتجاه المتزايد للكثير من المنظمات الصحية نحو ممارسات وتطبيقات جودة الخدمة والجودة الشاملة، الأمر الذي يستدعي الانتباه ودراسة مدى إدراك هذه المنظمات للجوانب الثقافية لجودة الخدمة الصحية، ومدى دور ثقافة التدريب في ذلك.
4. توضيح مدى التكامل ما بين كل من الثقافة التنظيمية السائدة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، وثقافة التدريب وثقافة الجودة.
5. بروز موضوع الفروق الثقافية cultural differences كأحد الموضوعات المهمة في دراسة الثقافة، إلى جانب مسألة التنوع الثقافي cultural diversity والتغيير الثقافي cultural change والتدريب الثقافي التقاطعي cross-cultural training وغيرها من المفاهيم والمصطلحات التي بدأت تشق طريقها إلى ممارسات الإدارة، وممارسات جودة الخدمات الصحية المقدمة في بيئات ثقافية متنوعة، مما يستدعي العمل البحثي على تأطيرها وتوثيقها.

6. الكشف عن أفضل الممارسات والطرائق في دراسة ثقافة التدريب وأبعادها من خلال تكوين نموذج خاص لدراستها، ودراسة آثارها على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق ميدان الدراسة.

ب . الأهمية العملية للبحث : وتوضحها الأسباب التالية :

1. تغير النظرة إلى نشاط التدريب في المنظمات السورية على اختلاف أنواعها، ومن بينها المنظمات الصحية واعتباره من البنود الاستثمارية، وليس من بنود الإنفاق الجاري في موازنتها.

2. التغيرات التشريعية والقانونية، وهذا ما لاحظناه في سورية منذ بداية الألفية الثالثة، وهذه التغييرات ساعدت في توفير البيئة والمناخ المناسبين للاستثمار في التدريب وتكوين رأس مال فكري يساعد في تحقيق التميز في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

3. توضيح وبيان أثر الاحتكاك والاتصال الثقافي التقاطعي، ودور التنوع الثقافي والتغيير الثقافي في بناء وتكوين الثقافة التنظيمية للمستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، والدور الذي تلعبه في بناء وتعزيز ثقافة التدريب وأثر ذلك على تحسين جودة الخدمة الصحية فيها.

وللأسباب السابقة الذكر، تبلورت لدينا الفكرة الأساسية للبحث والمتمثلة في كيفية قياس أثر ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، وتقديم بحث علمي يمكن جميع المسؤولين في تلك المنظمات من الاستفادة منه.

1-4. أهداف البحث:

يركز البحث على تحقيق الأهداف التالية :

1. توضيح مفهوم الثقافة والثقافة التنظيمية، وعلاقتها بكل من ثقافة التدريب وثقافة الجودة في المنظمة الصحية، وكيفية تحقيق التكامل بينهم.

2. شرح وتوضيح أبعاد وعناصر النموذج المقترح المتمثلة في: (القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف، الافتراضات، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، والأخلاق).

3. تبيان مدى إدراك وفهم إدارة المنظمات الصحية لأبعاد النموذج المقترح لبناء ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

4. إظهار طبيعة الثقافة التنظيمية وثقافة التدريب والجودة السائدة في المنظمات الصحية المتمثلة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، وكيفية دراستها لجودة الخدمة الصحية فيها.

5. اقتراح مجموعة من الحلول والتوصيات لتلافي معظم الثغرات ومعوقات النموذج المقترح لبناء ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية.

1-5. التعريفات الإجرائية:

الثقافة: Culture

البرمجة الجماعية للعقل الذي يمكنه أن يميز أعضاء أحد المجموعات البشرية عن المجموعات الأخرى في المنظمة¹.

ثقافة التدريب: Training Culture

مجلد المعارف المتصلة بمفهوم التدريب وأهميته ودوره وطرقه وتقنياته في ضوء القيم السائدة في المجتمع، وبيئة العمل وتفاعل تلك المعارف والقيم وأثر ذلك التفاعل على السلوك الفعلي تجاه العملية التدريبية ومخرجاتها المتصلة بالإتقان والتطوير وبالفرد المعني بالتدريب².

القيم: Values

مبدأ عام أو تجريدي يتعلق بأنماط السلوك ضمن ثقافة معينة أو مجتمع معين يكتسبه أفراد هذا المجتمع عبر التنشئة الاجتماعية ويوليه أولئك الأفراد اعتباراً عالياً، وهي تشكل مبادئ مركزية تتكامل فيها الأهداف الفردية والاجتماعية، ومن أمثلة ذلك الحرية والعدل³.

¹ . Hofstede, Geert & Gert Jan Hofstede (2005): Cultures & organizations: software of the mind, Mc Graw – Hill, Inc., New York , p.4

² . العوض ، عمر أحمد محمد (1999): ثقافة التدريب وأثرها على العملية الإدارية ، مجلة السودان للإدارة والتنمية ، أكاديمية السودان للعلوم الإدارية ، الخرطوم ، يناير ، المجلد التاسع عشر ، العدد الأول ، ص ص 40 – 88.

³ . الهيتي ، صلاح الدين (2005): تأثير الاختلافات المحتملة للقيم الثقافية في أداء العاملين : دراسة ميدانية لاتجاهات العاملين في مدينة الحسين بن عبدالله الثاني الصناعية ، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ، الجامعة الأردنية ، المجلد (1) ، العدد (1) ، تموز ، ص 20 .

المعتقدات : Believes

وهي ثوابت راسخة لا تتغير، تؤخذ كمسلمات لا تقبل التشكيك فيها، تنتقل من جيل لآخر يليه دون تغيير، ويمثل الدين أو العقيدة الدينية القاعدة أو الأساس الذي تقوم عليه الثقافة، حيث تستمد منه شرعيتها وأسباب وجودها⁴.

اللغة: Language

وهي أداة اتصال وجزء لا يتجزأ من الصفات المنسوبة إلى شعب ما، أو مجموعة من السكان⁵.

الاتجاهات: Attitudes

تنظيم متكامل من المفاهيم والمعتقدات والعادات والميول السلوكية⁶.

العادات والتقاليد: Traditions

وهي مجموعة من القواعد والتعليمات غير المكتوبة تحدد ما يجب على الأفراد والجماعات داخل المنظمة إتباعه في المواقف المختلفة، وهي مجموعة من القواعد السلوكية المتوارثة والشائعة والملزمة لكل فرد، ويعد الخروج عليها خروج عن المألوف، وخروج على إرادة الجماعة، غير أنها قابلة للتغيير والتعديل بمرور الوقت والأوضاع التقنية والاقتصادية، وبما يتماشى مع القيم الأصلية السائدة في المجتمع⁷.

المعارف: Knowledge's

الثقافة هي معارف مكتسبة يستعملها الناس لتفسير التجارب وتوليد السلوك الاجتماعي. وهذه المعارف تشكل القيم وتخلق الاتجاهات Attitudes وتؤثر على السلوك⁸.

⁴. Schaller, Mark & Christian S. Crandall (2004): the Psychological foundations of culture, Lawrence Erlbaum associated publishers, London , p.149

⁵. عبد اللطيف، عبد اللطيف (2001): العلوم السلوكية في التطبيق الإداري : السلوك التنظيمي ، منشورات جامعة دمشق، كلية الاقتصاد ، ط 3 ، ص 196.

⁶. القريوتي، محمد قاسم (2000): السلوك التنظيمي : دراسة للسلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة ، دار الشروق ، عمان ، ط 3 ، ص 168.

⁷. عريض، محمود (2008): تأثير القيم الثقافية على إدراك نزلاء الفنادق لجودة الخدمة: دراسة ميدانية على القطاع الفندقى بسورية، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، ص 42.

⁸. Hodgetts, Richard M. & Fred Luthans (2003): international Management, (3rd ed.), the Mc G raw – Hill companies, Inc; Singapore, P.108

الافتراضات الشائعة: Common Assumptions

وتتناول الحقائق المُسلم بها، يشترك فيها أعضاء المنظمة كنتيجة لتجربتهم المشتركة، وتساعد في توضيح لماذا تغزو الثقافة كل جانب من جوانب الحياة التنظيمية Organizational Life. وهذه الادعاءات والافتراضات تترك آثاراً هامة أثناء وقوع الأزمات. وتؤثر الافتراضات الشائعة على الثقافة في المنظمات من خلال عوامل متعددة أهمها : العلاقة بالبيئة، وطبيعة الحقائق والوقت والفراغ، وطبيعة النفس البشرية، وطبيعة النشاط الإنساني، وطبيعة العلاقات الإنسانية⁹.

التغيير الثقافي: Cultural change

التعامل مع بيئات ثقافية عالمية مختلفة، وحتى مع ثقافات مختلفة ضمن البلد الواحد، فما هو سائد في ثقافة معينة في مدينة ما، قد لا يكون كذلك في مدينة أخرى. وما يعتقد به في دين من الأديان السماوية قد لا يأخذ به دين آخر¹⁰.

التنوع الثقافي: Cultural Diversity

قدرة المنظمة على احتضان التعدد واحترام التنوع في الموارد البشرية¹¹.

الأخلاق: Ethics

مجموعة من المبادئ والمعايير والقيم التي تحكم سلوك الفرد أو الجماعة فيما يخص الصواب أو الخطأ، وكذلك الجيد أو السيئ في المواقف المختلفة¹².

الاتصال الثقافي: Cultural Communication

الاتصالات بين البشر ذوي ثقافات مختلفة ومتباينة¹³.

جودة الخدمة الصحية :

مقياس لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء(المرضى) لها، أي أنها الفرق بين توقعات وإدراكات المرضى وبين الأداء الفعلي لها¹⁴.

⁹ . Ivancevich, John M. & others (2008): Organizational Behavior and Management, (8th ed.), Mc Graw-Hill, Inc., New York , p. 38

¹⁰ . Oakland, John S. (2000): Total Quality Management: text with Cases, (2nd ed.), Butterworth – Heinemann, Oxford , p. 224

¹¹ . العامري ، صالح ، طاهر الغالبي (2008): الإدارة والأعمال ، دار وائل للنشر ، عمان ، ط2 ، ص 134.

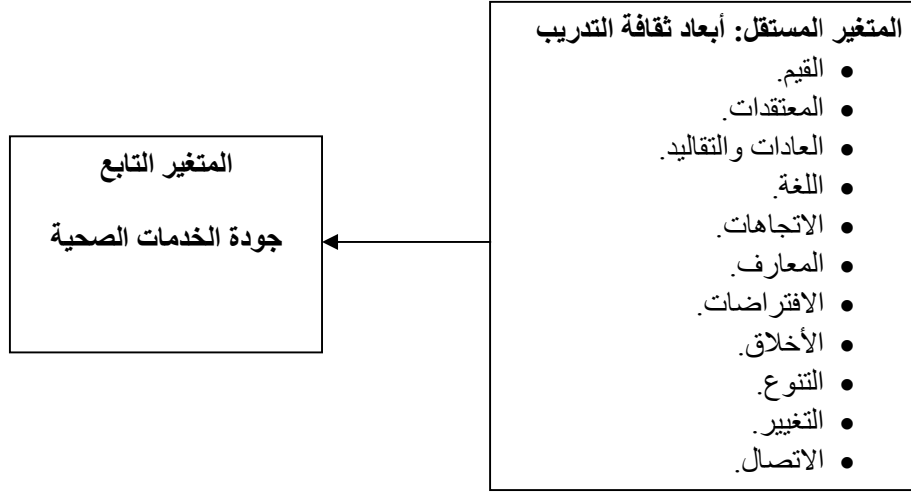
¹² . العامري ، صالح ، طاهر الغالبي (2008): الإدارة والأعمال ، مرجع سبق ذكره ، ص 82.

¹³ . الشلفان ، عادل بن أحمد (2005): إدارة الاتصال الثقافي بفعالية ، الإدارية ، السنة 27 ، العدد 103 ، ديسمبر ، ص 1.

¹⁴ . الصرن ، رعد (2016): إدارة الجودة الشاملة : الوظائف والمبادئ والممارسات في العالم التنافسي ، دار رسلان ، دمشق ، ط1،

1-6. عناصر ومتغيرات البحث :

يوضح الشكل رقم (1) العناصر الأساسية للنموذج المقترح لبناء ثقافة التدريب وأثرها على تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق من خلال دراسة ميدانية مقارنة بينها.



الشكل (1) متغيرات البحث

1-7. فرضيات البحث :

يقوم بحثنا هذا على الفرضيات التالية :

1. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب في المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق.
2. هناك علاقة ذات دلالة بين أبعاد ثقافة التدريب والتحسين في جودة الخدمة الصحية.
3. تؤثر أبعاد ثقافة التدريب (ثقافة التدريب، الأخلاق، المعتقدات، الافتراضات، الاتجاهات، القيم، المعارف الثقافية، التنوع الثقافي، اللغة، العادات والتقاليد، الاتصال الثقافي، التغيير الثقافي) تحسين جودة الخدمة الصحية للمستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.
4. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة تعزى لخصائص المبحوثين الديموغرافية.
5. لا يختلف تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية بين مستشفى عام وآخر.

1-8. مجتمع وعينة البحث:

يتألف مجتمع البحث من كافة المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق. أما عينة البحث فتتكون من سحب عينة من العاملين في بعض هذه المستشفيات العامة المختلفة، وخصوصاً العاملين من فئة المديرين ورؤساء الأقسام والمشرفين وغيرهم بغية دراسة مدى إدراكهم وفهمهم لأبعاد النموذج المقترح لثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية.

1-9. منهج البحث :

سيتم الاعتماد على المنهج الوصفي في دراسة أبعاد النموذج المقترح لثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية حيث سيتم جمع البيانات اللازمة وتحليلها ومناقشتها للوصول إلى استنتاجات تسهم في فهم الظاهرة، وسوف يركز الباحث على فرعين من فروع المنهج الوصفي هما: المنهج الوثائقي، بالاطلاع على أدبيات الموضوع في الكتب والمراجع والدوريات ذات العلاقة، والوثائق الرسمية لمجتمع الدراسة، وكذلك استخدام منهج المسح الميداني الإحصائي من خلال تحليل الاستبانة والمقابلات الشخصية مع المديرين والعاملين في المستويات الإدارية المختلفة .

1-10. أساليب جمع البيانات :

- تتضمن أساليب جمع البيانات في هذا البحث ما يلي:
- أ. أسلوب المسح الميداني للمستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق عن طريق الاستبيان الذي سيجري تصميمه وإعداده للبحث.
 - ب. أسلوب المقابلة بهدف الوصول إلى بيانات إضافية وإيضاحية تعزز نتائج الدراسة .
 - ج. أسلوب الملاحظة للتعرف على واقع العملية التدريبية في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، ومدى الفهم والإدراك لثقافة التدريب فيها وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية.
 - د. الأساليب الإلكترونية لجمع البيانات كالبريد الإلكتروني والإنترنت.

هـ. البحوث والدراسات السابقة التي تناولت دراستها الثقافة التنظيمية بشكل عام، وثقافة التدريب وثقافة الجودة بشكل خاص.

1-11. أساليب تحليل البيانات :

يقصد بتحليل البيانات التعرف على البيانات، واختبار جودتها ومدى صحة الفروض التي وضعها الباحث. وهناك الكثير من الأساليب التي يمكن استخدامها لتحليل البيانات. وسيتم الاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS في تحليل وتفسير نتائج البحث، وباستخدام مجموعة من المقاييس الإحصائية أهمها:

1. استخدام مقياس كرونباخ ألفا Cronbach Alpha لقياس صدق وثبات أسئلة الاستبيان.
2. التوزيعات التكرارية للعينة المدروسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية.
3. الاحصاءات الوصفية للحكم على درجة الموافقة وعدم الموافقة على أسئلة الاستبيان.
4. اختبار كولموجوروف سميرونوف لمعرفة التوزيع الطبيعي للبيانات.
5. اختبار ليفين للحكم على تجانس البيانات.
6. اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروق بين المستشفيات محل الدراسة.
7. نموذج الانحدار الخطي المتعدد لمعرفة تأثير أبعاد ثقافة التدريب ككل على جودة الخدمة الصحية.
8. اختبار مان ويتي لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية.
9. نموذج الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية.

1-12. حدود البحث :

تحدد الدراسة بالمجالات التالية :

المجال البشري: حيث سيتم تطبيق الدراسة على العاملين والموظفين في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

المجال المكاني: ستقتصر الدراسة على العاملين والموظفين في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق دون سواها.

المجال الزمني: في الفترة الواقعة بين 1 / 10 / 2014 ولغاية 1 / 7 / 2016.

المجال الموضوعي : حيث تقتصر الدراسة على تقديم نموذج مقترح لبناء ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال دراسة ميدانية في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

1-13. الدراسات السابقة:

دراسة العوض (1999): ثقافة التدريب وأثرها على العملية الإدارية¹⁵.

هدفت الدراسة إلى تقديم رؤية جديدة مفادها أن توفير متطلبات ثقافة التدريب لا يضمن النجاح المؤكد للعملية التدريبية فحسب، وإنما تذليل الصعوبات التي تعترضها. وتناولت الدراسة العلاقة بين التدريب واستمرار التعلم، ومفهوم ثقافة التدريب، ومراحل العملية التدريبية، والأطراف المعنية بثقافة التدريب.

وتوصلت الدراسة إلى نتيجة أساسية مفادها أن ثقافة التدريب تلعب دوراً هاماً في سير العملية التدريبية ومدى بلوغها لأهدافها، وإن هذه الثقافة هي جزء من الثقافة التنظيمية السائدة في المنظمة، لذا لا بد من ترسيخ ثقافة التدريب الموجبة، والتي ينبغي على مختلف الأطراف العمل بجد ووعي على بنائها ونشرها لأنها ترتبط بأهم توجهات المجتمع وتطلعاته.

دراسة Awasth، وآخرون (2001) : الفروق الثقافية في النتائج السلوكية لنظم الجوائز وتقييم الأداء¹⁶.

كان الغرض من هذه الدراسة اكتشاف أثر الاختلافات الثقافية على النتائج السلوكية لعملية فرض نظم تقويم الأداء والحوافز في ثقافة أخرى، هذا وقد تمت الدراسة من خلال مقارنة بين ثقافتين (أمريكية وصينية) تعملان في تايوان، حيث تم اختيار الثقافة الصينية للتعبير عن بعد الثقافة الجماعية، واستخدمت الثقافة الأمريكية للتعبير عن بعد الفردية.

¹⁵ . العوض ، عمر أحمد محمد (1999): ثقافة التدريب وأثرها على العملية الإدارية ، مجلة السودان للإدارة والتنمية ، أكاديمية السودان للعلوم الإدارية ، الخرطوم ، يناير ، المجلد التاسع عشر ، العدد الأول ، ص ص 40 - 88.

¹⁶ . Awasth, Vidya N. & others (2001): cross – cultural differences in the behavioral consequences of imposing performance evaluation and reward systems, the international journal of accounting, vol. 3, pp. 291 – 309.

وقد تم تقسيم كل مجموعة تنتمي إلى ثقافة مختلفة في مجموعتين: الأولى فرض عليها نظم تقويم الأداء والحوافز، والأخرى تركت لها حرية الاختيار الذاتي لهذه النظم، وتفترض هذه الدراسة أن بعدي الثقافة (الفردية / الجماعية، فروق السلطة) يمكن أن تعدل من قرارات العاملين ورضاهم من خلال فرض نظم تقويم أداء ومكافآت تهدف إلى تعديل سلوكهم المرتبط بالعمل. وقد أظهرت النتائج أن الأمريكيين يعدلون عن قراراتهم ورضاهم عندما يتم فرض سياسات التقويم والحوافز بالمقارنة مع المجموعة الثانية التي ترك لها حرية الاختيار، ولكن ردة الفعل من قبل العاملين الصينيين لم تكن مشابهة ، حيث لم تكن الفروق جوهرية بين المجموعتين، بمعنى أن الأفراد الصينيين لا يتأثرون فيما إذا كانت السياسات المرتبطة بتقويم الأداء والحوافز مفروضة أم لا، على عكس الأفراد الأمريكيين الذين يبدون رضا أقل في حال تم فرض هذه السياسات عليهم، ويرجع الباحث ذلك لفروق السلطة الكبيرة بين الرؤساء والمرؤوسين في الصين حيث تسود علاقة (القائد – الأتباع) .

دراسة Mathews وآخرون (2001): الممارسات الأوروبية لإدارة الجودة: الأثر على الثقافة الوطنية¹⁷.

قدمت الدراسة نماذج تبني ممارسات وطرائق إدارة الجودة المتنوعة عبر الحدود الوطنية. وبينت الدراسة من خلال مسح نتائج الاستبيان أن الأدوات والإجراءات الإدارية للجودة تم تبنيها في ثلاث دول هي المملكة المتحدة والبرتغال وفنلندا. والفارق الرئيسي بين هذه الدول الثلاثة هي في العوامل المحفزة لتنفيذ نظم الجودة والأدوات والطرائق المستخدمة فيها أيضاً. وشجعت النتائج التي تم التوصل إليها على الاهتمام بموضوع تدريب الجودة، وتم الأخذ بعين الاعتبار أثناء تحليل النتائج نماذج الثقافة الوطنية، وكانت النتيجة الأساسية لمثل هذه النماذج توضيح وتفسير التغير الملاحظ كأساس لفهم تبني المداخل الخاصة بإدارة الجودة.

¹⁷ . Mathews, Brain P. & others (2001): European Quality Management practices : the impact of national culture, MCB University press, International Journal of Quality & reliability Management, vol.18, No.7, pp.692 – 707.

دراسة Dicesare و Sadri (2003) فحص أثر الثقافة على دافعية العمال¹⁸.

تهدف هذه الدراسة إلى فحص أثر الثقافة على تحفيز العاملين، واختار الباحث لذلك كلاً من ثقافة الولايات المتحدة الأمريكية وثقافة اليابان كأهم ثقافتين عمل مختلفتين عالمياً حتى الآن، كما اختار الباحث ثلاث نظريات في الدافعية والتحفيز هي:

(تسلسل الحاجات لـ Maslow، نظرية العاملين لـ Herzberg، نظرية التوقع لـ Vroom) باعتبارها تمثل ثلاثة مداخل مختلفة في تفسير آلية تحفيز العاملين، فالأولى تركز على الحاجات الفردية، والثانية تركز على الرضا الوظيفي، في حين تركز الأخيرة على التفاعل بين الفرد وعمله، واعتمد على نموذج Hofsted لقياس الاختلافات الثقافية .

هذا وقد توصل الباحث إلى أن كلاً من الثقافتين الأمريكية واليابانية تتشابه في تسلسل الحاجات الفردية، أما بالنسبة لنظرية العاملين فقد وجد أن الأمريكيين واليابانيين يختلفون في استجاباتهم لهذه النظرية، فبينما وجد أن الأمريكيين يتأثرون أكثر بالعوامل الداخلية مثل (النمو، والانجاز) والتي تعكس فردية المجتمع الأمريكي، وجد أن اليابانيين يركزون أكثر على العوامل الخارجية مثل (الأمان الوظيفي، ظروف العمل والأجور) والتي تعكس صفة الجماعية للمجتمع الياباني.

كذلك تبين وجود اختلاف بين الثقافتين اتجاه نظرية التوقع ، ففي حين يسعى الأمريكيون لرفع مستوى أدائهم وزيادة جهودهم المبذولة عندما يتوقعون زيادة في المكافآت كمقابل للجهد الإضافي المبذول، وجد الباحث أن الذي يدفع اليابانيين لتحقيق مستويات عالية من الأداء هو إيمانهم بأن المكافأة مقابل الجهد الشاق هي عدم خذل المجموعة وتحقيق النجاح للمنظمة .

دراسة باجات، رابي وآخرون (2003): الاختلافات الثقافية في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود: إطار عمل موحد¹⁹ .

تبحث هذه الدراسة في عملية نقل المعرفة عبر الحدود بين المنظمات التي تقع في بيئات ثقافية متباينة مثل استراليا والبرازيل.

¹⁸ . Dicesare, Jnstire Golanz, sadre : (2003) Doall carrots looks the same? Examining the impact of culture on employee motivation, management research news, vo.l.26, No.1, pp. 29 – 40.

¹⁹ . باجات، رابي وآخرون (2003): الاختلافات الثقافية في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود: إطار عمل موحد، ترجمة: إبراهيم بن علي الملحم، راجع الترجمة: فهد بن معيقل العلي، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثالث والأربعون، العدد الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض.

وهذه المنظمات يمكن أن تكون فروعاً لمنظمات عالمية أو متعددة الجنسية مثل (آي بي إم IPM وجنرال موتورز GENERAL MOTORS ومايكروسوفت MICROSOFT وسامسونغ SAMSUNG وسيمنس SIMENS وتويوتا TOYOTA) أو شركتين عالميتين متميزتين مثل (آي بي م من الولايات المتحدة وميتسوبيشي من اليابان) تعمل في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات المهمة. وتقوم هذه الدراسة على:

1. تطوير بعض المقترحات التي توضح السيناريوهات المختلفة التي تتصل بفعالية نقل المعرفة.

2. دراسة الصلة الوثيقة لهذه المقترحات بالبحث المستقبلي في مجال نقل المعرفة. وخلصت الدراسة إلى تقديم نموذج لإطار فكري لنقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود يأخذ في الحسبان بشكل واضح طبيعة الاختلافات الثقافية . دراسة Kujala و Ullrank (2004): إدارة الجودة الشاملة كظاهرة ثقافية²⁰.

تعرضت الدراسة لنشأة وتطور نظام إدارة الجودة كمدخل موجه بالممارسة الإدارية المقدمة كتحدٍ للبحوث الأكاديمية التي تهدف إلى كشف المكونات النظرية لإدارة الجودة الشاملة وعلاقتها بنظام الآيزو 9000 ومعياري جوائز الجودة، وهذا ما قاد إلى تفعيل التطور العملي ونشر نظام إدارة الجودة الشاملة، وتقديم تعريف أكثر شمولاً لإدارة الجودة الشاملة.

وركز البحث على دراسة إدارة الجودة الشاملة كظاهرة ثقافية، وتم تحديد مستويات متعددة من النظام، وحللت هذه المستويات بناء على وجهة نظر شاين للثقافة التنظيمية، وتضمن التحليل مجموعة افتراضات أهمها: رؤية المنظمة وعلاقتها بالبيئة الخارجية، طبيعة النفس البشرية وعلاقاتها، طبيعة الوقت، وطبيعة الواقع، وتم النظر إلى هذه الافتراضات كأسس لثقافة الجودة في المنظمات.

وتوصلت الدراسة إلى نتيجة أساسية مفادها أن تنفيذ برامج ناجحة لإدارة الجودة يتطلب التغيير في ثقافة المنظمة بحيث تكون أكثر انسجاماً مع ثقافة الجودة، وإن مشكلات التطبيق تنشأ من الربط الخاطئ بين الثقافة التنظيمية وثقافة الجودة.

²⁰ . Kujala , Jaakko & Paul Lillrank (2004): Total Quality Management as a Cultural Phenomenon , Quality Management Journal , ASQ, Vol.11, No.4 ,pp.43-55.

دراسة Branine (2005): التدريب الثقافي التقاطعي للمديرين: تقييم برنامج التنمية الإدارية للمديرين الصينيين²¹.

هدفت الدراسة إلى تقييم برامج التدريب والتنمية الإدارية للمدراء الصينيين المصممة والمنفذة من قبل خبراء غربيين، وتقييم مدى نجاح هذه البرامج في تحقيق نتائج التعلم. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فجوة بين ما يتوقعه المديرون الصينيون من نتائج التدريب، وكيفية التأثير على الإصلاح الاقتصادي في الدولة، وإن الطرائق التقليدية للتعلم، وعلاقات السلطة والتقييدات السياسية تعد أمثلة عن بعض معوقات التنمية الإدارية المنفذة في الصين.

دراسة Cotelnic (2008): الثقافة الريادية للتدريب في مشروعات جمهورية مولدوفيا²².

ركزت الدراسة على بناء الثقافة الريادية للتدريب في مشروعات جمهورية مولدوفيا. وهدفت إلى تناول المشكلات المتعلقة بتشكيل الثقافة التنظيمية في جمهورية مولدوفيا. وقد أظهرت نتائج الدراسة الدور الإيجابي لتدريب الموارد البشرية في بناء وتشكيل الثقافة التنظيمية. وتوصلت إلى نتيجة مهمة مفادها ضرورة وضع شروط مسبقة لخلق ثقافة الريادة في مشروعات جمهورية مولدوفيا.

دراسة Hofstede (2009): كيفية استخدام بحوث الثقافة في التدريب²³.

استهدفت الدراسة الباحثين الذين يستخدمون الثقافة كمتغير ضبط Control Variable والمديرين والمستشارين الذين يستخدمون مصطلح الثقافة عندما يتحدثون عن القيادة والاتصال والإدارة، أو حتى الجوانب الأخرى لحياة العمل.

نظر Hofstede إلى دراسة الثقافة على أنها حالة من الفن، وتوسع باحثون آخرون في هذا المفهوم وأثبتوا أنه مفيد جداً، لكن ولسوء الحظ فإن البعض يعارض ذلك خصوصاً الذين يستخدمون أبعاد الثقافة على المستوى الفردي، لذا فإنهم يشوهون هذه الأبعاد بالإشاعات.

قدمت الدراسة نصائح للباحثين في القضايا الثقافية التقاطعية أهمها الفصل الواضح بين الثقافة كشيء ضمني Implicit وهوية الجماعة Group Identity ودرجة وعيها.

²¹. Branine , Mohamad (2005): Cross- Cultural training of managers : an evaluation of a management development programme for Chinese managers , Journal of Management Development , Vol.24 , No.5 , PP.459- 472

²² . Cotelnic , Ala (2008): Training entrepreneurial Culture in enterprises of the Republic of Moldova, Economia Seria Management, Vol.11,Nr.2,pp.21-29

²³ . Hofstede, Gert Jan (2009): Research on Culture: how to use it in Training, European Journal of Cross- Cultural Competence and Management, Vol.1,No.1,pp.14-21

دراسة Davis (2012): مستقبل التدريب من أجل الحصول على أمان المريض وجودة الرعاية الصحية²⁴.

ركزت الدراسة على أساليب التدريب الطبية الحالية التي أثبتت فاعليتها في ترويج تحسينات أمان المريض وجودة الرعاية الصحية. وركزت أيضاً على دراسة التغييرات الثقافية التي تدعم هذه الأساليب. واعتبرت أن مؤسسات الرعاية الصحية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار التبدلات في الجوهر التقليدي للتدريب، وأن هناك نماذج وأساليب بديلة هي الأكثر نجاحاً. فأساليب التدريب الحديثة تساعد في تحقيق أمان المريض وجودة الرعاية الصحية، وهي تتطلب التفاعل الثقافي بين كل من الأطباء والممرضين والإداريين وجميع الموارد البشرية العاملة في المؤسسات الصحية، بحيث يشتركون في مسؤولياتهم من أجل تحقيق الهدف العام للمؤسسة الصحية. وتوصلت الدراسة إلى نتيجة أساسية مفادها ضرورة تطوير ثقافة تدريب مناسبة تدمج بين السلوكيات والنظم الصحية بهدف الوصول إلى ما تصبو إليه المؤسسات الصحية.

دراسة الأكلبي (2012): دور التدريب في إحداث التغيير في المنظمات العامة الحكومية²⁵.

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على أهمية التدريب في الأجهزة الحكومية، ومدى فعالية البرامج التدريبية في إحداث التغيير في المنظمات العامة، واعتبرت أن الجهود المبذولة من قبل المنظمات العامة من أجل تحسين جودة الخدمات والارتقاء بمستوى الخدمة، وخاصة الجهود المبذولة في مجال التدريب لما له من أثر كبير في إعداد الكوادر المدربة على مواكبة المتغيرات العالمية والمحلية والتحديات التي تواجه الأجهزة الحكومية.

وبالرغم من مساهمة التدريب بشكل كبير في نشر ثقافة التغيير، وكيفية التعامل مع مقاومة التغيير والتي تشكل عقبة أمام إحداث التغيير المطلوب وتحقيق الأهداف المرجوة منه، إلا أنه لا يزال هناك بعض السلبيات وأوجه الضعف والقصور التي تؤثر سلباً في مخرجات العملية التدريبية، وبالتالي على جودة ومستوى الخدمات التي تقدمها المنظمات العامة.

²⁴ . Davis, Kenneth L. (2012): The Future of Training for Patient Safety and Quality, The Quarterly Journal for Health Care Practice and Risk Management, Vol.19, Summer, pp.1-24

²⁵ . الأكلبي، عايش (2012): دور التدريب في إحداث التغيير في المنظمات العامة الحكومية، النهضة، المجلد 13، العدد 2 ،

دراسة Muzaffar (2014): قوة ثقافة التدريب القائدة للمنظمات المعاصرة اليوم²⁶.

تناولت الدراسة مناقشة بيئة الأعمال المعاصرة حالياً، حيث اعتبرت أنها مضطربة وتنافسية، وأن الموارد البشرية هي العنصر الجذري للمحاكاة على المستويين المحلي والعالمي. فالموارد البشرية المحفزة والمندفعة هي المحدد الرئيسي للفرق بين منظمة وأخرى، لا سيما في البيئات التنافسية والهائجة. وإن المنظمة التي تتطلع نحو النمو والتوسع يجب أن تتكيف وتتوافق مع الحاجات المتغيرة للبيئة. وهنا تبرز أهمية ثقافة التدريب بهدف تضيق الفجوة بين المتطلبات التنظيمية والحاجات المتغيرة للبيئة بهدف إحداث نوعٍ من التوازن بين الجانبين.

واعتبرت الدراسة أن الموارد البشرية المدربة والمسلحة بالمعارف والمهارات هي الأكثر قدرة وأنها المصدر الموثوق لقهر المنافسة واكتساب المزايا التنافسية. ومن هنا كان الهدف الرئيسي للدراسة هو تأسيس ثقافة تدريب حقيقية بغية إجراء تحليل معمق للتغيرات التي تحدث والتي يمكن مواجهتها بمساعدة ثقافة الدراسة، ومن ثم دراسة أثر ثقافة التدريب على كل من الكفاءة وإنتاجية العمل ومن ثم على الأداء التنظيمي بالكامل.

تقييم الدراسات السابقة ومناقشتها:

1. اعتمدت الدراسات السابقة على متغيرات كثيرة منها ما يتعلق بالبيئة الثقافية من قيم ومعتقدات وغيرها، ومنها ما درس أثر هذه البيئة على متغيرات أخرى مثل نظم تقويم الأداء والحوافز، الانتماء التنظيمي، تحفيز العاملين، الاتصال، نظم الجوائز، تقييم الأداء، ونقل المعرفة وغيرها. أي أن البعض منها يتقاطع مع دراستنا في بعض المتغيرات وليس كلها.

2. تناولت الدراسات السابقة دراسة قطاعات متنوعة الصناعية والخدمية منها، وفي دراستنا سنركز على تقديم نموذج مقترح لبناء ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال دراسة ميدانية للمستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

3. تتشابه بعض الدراسات السابقة في متغيراتها مع دراستنا لا سيما متغيرات القيم والمعتقدات والعادات والتقاليد والتغيير والتنوع وغيرها .

²⁶ . Muzaffar , Bushra (2014): The Power of Training Culture: Driving today's Organization, Global Journal of Finance and Management , Vol.6,No.4,pp. 297-304

4. طُبِّقَت الدراسات السابقة في بيئات ثقافية متباينة، أما دراستنا فتقتصر على بيئة المنظمات الصحية المتمثلة في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق، من خلال دراسة أبعاد ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية.
5. تناولت الدراسات السابقة بالدراسة قطاعات متنوعة عامة منها وخاصة، أما دراستنا فسوف تركز على القطاع الصحي في سورية من خلال دراسة بعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق حيث سيتم دراسة عينة منها لمعرفة أهم أبعاد ثقافة التدريب وأثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية .
6. اعتمدت الدراسات السابقة على مناهج بحث متعددة تاريخية ووصفية وغيرها، أما دراستنا فتقتصر على المنهج الوصفي حصراً.

الفصل الثاني: مفهوم الثقافة والثقافة التنظيمية وجودة الخدمة الصحية

2-1. مفهوم الثقافة

2-2. خصائص الثقافة

2-3. مفهوم الثقافة التنظيمية

2-4. مفهوم جودة الخدمة الصحية

يمكن النظر إلى الثقافة على أنها نظام كلي ينقسم إلى أنظمة فرعية يطلق عليها المستوى الأول للثقافة، وتنقسم هذه الأنظمة الفرعية إلى أنظمة فرعية أخرى يطلق عليها المستوى الثاني للثقافة، وتنقسم هذه بدورها إلى أنظمة فرعية أخرى يطلق عليها المستوى الثالث للثقافة، وهكذا... وتستمر عملية انقسام النظام الكلي للثقافة إلى نظم فرعية (مستويات) صغيرة كلما أمكن ذلك. وتعد ثقافة التدريب وثقافة الجودة في المنظمات الصحية إحدى هذه الأنظمة الفرعية، والتي ترتبط وتتشكل في إطار متكامل يوضح القيم والمعتقدات والعادات والتقاليد والأخلاق وغيرها من الأبعاد والمكونات الثقافية التي تجعل من الخدمة الصحية في المنظمات الصحية أكثر تألقاً وتميزاً.

2-1. مفهوم الثقافة: the Concept of Culture

كلمة الثقافة بشكل عام مشتقة من الفعل " ثقّف " أي أصبح حاذقاً فطناً، فهو ثقّف. أما ثقّف الشيء فمعناها أقام المعوج منه وسواه. وثقّف الإنسان تعني أدبه وهذبه وعلمه¹. وأصل الكلمة في اللاتينية cultura، التي لها علاقة بكلمة cultus وتعني العبادة. والثقافة في معظم معانيها تشير إلى المعتقدات والقيم والمفاهيم المشتركة التي تتفق عليها أمة أو مجموعة من الناس، ويمكن أن تعطي معنى اجتماعياً نخبواً متضمناً تهذيب المعنى الحضاري لمجموعة من الإثنيات أو المجموعات البشرية².

ولتوضيح مفهوم الثقافة لا بد من العودة إلى أصوله ما أورده الكتاب والمختصون حول نشأة هذا المفهوم الذي تعد دراسته من أهم الموضوعات المتصلة بالسلوك البشري Human Behavior لما له من دور حيوي في تشخيص بواعث السلوك الفردي والمجتمعي في مختلف البيئات، وبذلك أصبحت كلمة ثقافة تدل على تنمية العقل والذوق.

واستمرت هذه المعاني فترة طويلة من الزمن حتى ظهور المدرسة العلمية في الإدارة على يد فريدريك ونسلو تايلور F.W Taylor الذي يعد أول من استخدم مصطلح الثقافة، حيث أشار إلى أن الثقافة هي ذلك الشيء المركب أو الخليط الذي ينطوي على المعرفة، والفنون، والأخلاق، والتقاليد وكل القدرات والعادات التي يكتسبها الأفراد باعتبارهم أعضاء في المجتمع. إذ يعد هذا

¹ . مجمع اللغة العربية(1985): المعجم الوسيط، الجزء الأول، القاهرة، ص 102

² . عبد اللطيف، عبد اللطيف (2006): إدارة الأعمال الدولية ، منشورات جامعة دمشق، كلية الاقتصاد، ص 65

المفهوم من أبرز المفاهيم وأشملها حتى يومنا هذا. فالثقافة تمثل مكانة واسعة في عقول الأفراد باعتبارها ظاهرة اجتماعية ملازمة لحياتهم على امتدادها³.

ويعد مفهوم الثقافة من أكثر المفاهيم التي حظيت بالعديد من التعريفات التي اختلفت فيما بينها، وذلك وفقاً لاختلاف توجهات العملاء والباحثين الذين انكبوا على دراسة مفهوم ومعنى الثقافة. فبالرغم من شيوع استعمال لفظ الثقافة في أحاديثنا وما يحتله من مساحة عريضة في وسائل الإعلام، فضلاً عن استعماله في اللغة الأكاديمية، فإنه قد جرت معالجة هذا المفهوم بسطحية شديدة من الفهم، فمجموعة المعارف والعلوم هي أول ما يتبادر إلى الذهن أو المستمع عند ذكر كلمة ثقافة Culture. كما ساد الاعتقاد بأن الثقافة ما هي إلا حكر على جماعة من الناس دون غيرهم، حيث يطلق عليهم لفظ الطبقة المثقفة، بينما في واقع الأمر تمثل المعارف والعلوم جزءاً يسيراً من ثقافة الناس والمجتمع.

وتعرّف الثقافة بأنها: "مركب يحتوي على المعرفة والعقيدة والفن والأخلاقيات والقانون والعادات والقيم والتقاليد المختلفة التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضواً في مجتمع". أي أن الثقافة هي أي شيء يتعلمه الإنسان ويشاركه فيه أعضاء المجتمع بصفة عامة. وهذا يدل على أن الثقافة ترتبط بالسلوك الإنساني، ومن هنا جاءت النظرة إلى الثقافة على أنها تتكون من مجموعة من الأنماط السلوكية التي يتوقع المجتمع أن يلتزم بها الأفراد، وأنها عبارة عن نظام متكامل من التوقعات لما يجب أن يفعله الناس في مظاهر الحياة المختلفة⁴.

وقد عرّفها Goleman في عام 2006 بأنها: "الدستور والأطر الأساسية والدين الخاص بالمجتمع والذي يحدد وجهات نظر عالمية عن ماهية وكيفية عمل الأشياء، أو كيفية التصرف كأعضاء في المجتمع وفي المنظمة"⁵.

وقد وصف Gibb في عام 2007 الثقافة على أنها من أصعب المفاهيم العملية في المنظمة، إذ يستخدم مصطلح الثقافة بطرائق ثلاث تختلف جذرياً إحداها عن الأخرى وهي⁶:
أ. تستعمل الثقافة للإشارة إلى ثقافة مجموعة محددة من الأفراد.

³ . جلاب، إحسان ، سحر عناوي رهيو (2015): الذكاء الثقافي في المنظمات ، دار صفاء ، عمان ، ط1 ، ص 51

⁴ . حريم ، حسين (2007): السلوك التنظيمي : سلوك الأفراد في المنظمات ، دار زهران ، عمان، ص 444

⁵ . Goleman , Daniel (2006): Social Intelligence , Bantam Books ,New York, p. 24

⁶ . Gibb, Bruce (2007): Leadership and Cultural Intelligence: a spiral dynamics perspective, Bantam Books, New York.

ب. تشير الثقافة إلى جانب ملموس من المجتمع على المستوى نفسه مثلاً الحكومي والمستشفيات وغيرها.

ت. إن مصطلح الثقافة يمكن استعماله للإشارة إلى الجانب التحليلي للمجتمع، أو النظم الاجتماعية الأخرى. وهذا هو جانب من مجموعة مستويات النظم البشرية، الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات المحلية والمجتمعات العالمية.

ويرى Daft عام 2010 أن الثقافة هي مجموعة القيم والمعتقدات والمفاهيم وطرائق التفكير التي تقود إلى المشاركة بين الأفراد في المجتمعات والمنظمات، وهي تمثل الجزء المحسوس وغير المحسوس على حدٍ سواء⁷.

في حين جاء تعريف Hofstede & et.al في عام 2005 للثقافة كونها: "البرمجة الجماعية للعقل الذي يمكنه أن يميز أعضاء أحد المجموعات البشرية عن المجموعات الأخرى في المنظمة"⁸.

وهكذا فإن ثقافة أي مجتمع تشكل إطاراً عاماً يقوم الإنسان بأفعاله وتصرفاته المختلفة ضمن هذا الإطار. وتتأثر وتشكل هذه الأفعال والتصرفات بما يتضمنه هذا الإطار من قيم ومعتقدات وتقاليد وأعراف ومحرمات. ومن هنا يلخص الأنثروبولوجيون Anthropologists تأثير الثقافة على الإنسان باعتباره نتاج ثقافته إلى حدٍ كبير، وإن سلوك الإنسان هو محصلة تفاعل الفرد مع بيئته، وما الثقافة إلا خارطة يحملها الفرد معه.

2-2. خصائص الثقافة:

تتصف الثقافة بالخصائص التالية:

1. **الثقافة إنسانية:** فهي نتاج إنساني يختص به الإنسان دون غيره من المخلوقات الأخرى وله قدرات مختلفة وعلى المنهج أن يعمل على تنمية تلك القدرات التي تميز الإنسان عن غيره من المخلوقات كتنمية أساليب التفكير السليم وتنمية الاستعدادات الخاصة.
2. **الثقافة مكتسبة:** فالإنسان يولد عديم الثقافة، بمعنى أنه لم يكتسب بعد عادات مجتمعه وطرائق تفكيره واتجاهاته والمهارات السائدة فيه، فالثقافة أنماط سلوكية قد يتعلمها الإنسان

⁷ . Daft , Richard L. (2010): Organizational Theory and Design, (10th ed.), South – Western , Cengage Learning , Australia , p. 374

⁸ . Hofstede, Geert & Gert Jan Hofstede (2005): Cultures & organizations: software of the mind, Mc Graw – Hill, Inc., New York , p.4

عن طريق الخبرات التي يمر بها في أثناء عملية تنشئته الاجتماعية، وينبغي على المنهج العمل على المحافظة على ثقافة الإنسان والانتفاع منها باختيار الجوانب المهمة والمناسبة في الثقافة وتهيئة الظروف الملائمة لاكتساب الخبرات المتصلة بها.

3. **الثقافة قابلة للنقل والانتشار:** إذا كانت الثقافة تكتسب، فمن الممكن نقلها من جيل إلى آخر ومن مجتمع لآخر ومن فرد لآخر داخل المجتمع الواحد، وقد ساعد تعدد وسائل الاتصال بين المجتمعات بعضها مع البعض وفي مقدمتها اللغة على نقل الثقافة وانتشارها، وينبغي على المنهج أن يسهم في حسن الانتفاع من ثقافة المجتمع والثقافات الأخرى عن طريق الاهتمام باللغة القومية واللغات الأجنبية ودراسة الفنون والعلوم وتنمية أساليب التفكير الناقد لتمحيص الثقافات الأخرى للإفادة من إيجابياتها وتجنب سلبياتها.

4. **الثقافة مشبعة لحاجات الأفراد:** فهي تقدم لهم أنماطاً ثقافية جاهزة يمكنها إرضاء تلك الحاجات وتزودهم بوسائل تمكنهم من مواجهة المشكلات وعلى المنهج أن يختار من التراث الثقافي ذلك القدر المناسب الذي يحقق النفع والإشباع لهم ويسهم في إعدادهم للمواطنة الصالحة .

5. **عناصر الثقافة في تفاعل مستمر:** عناصر الثقافة لا تعمل منفصلة عن بعضها، وإنما تتفاعل تفاعلاً مستمراً يتجه نحو تكوين نمط ثقافي متماسك يتصف بالاتساق مهما كان المجتمع متطوراً، فاكتشاف الكهرباء مثلاً واختراع الآلات أدى إلى تعديل كثير من العادات والاتجاهات وأساليب العمل والسلوك وغيرها من عناصر الثقافة، لذا ينبغي أن يراعي عند تخطيط المنهج وتنفيذه الربط بين ما يتم دراسته وما يتم اكتسابه من خبرات في الحياة .

6. **الثقافة متغيرة :** فالثقافة في نمو مستمر وتغير دائم، وللتغير الثقافي أسباب متعددة فقد يكون بسبب ظروف طبيعية كحدوث زلزال أو بركان أو اكتشاف موارد طبيعية تؤثر في حركة الحياة في المجتمع أو بسبب تعديلات أحدثها الأفراد ويتطلب تغير الثقافة تمتع المنهج بالمرونة والقدرة على استحداث التعديلات في مكوناته.

إن لكل مجتمع ثقافة خاصة به تميزه عن غيره من المجتمعات، وهذه الثقافة تؤثر في اتجاهات أفراد المجتمع وسلوكهم، كما أنها تشكل إطاراً عاماً يحدد الخصائص الرئيسية للثقافة المنظمة. وبشكل عام كما أنه لكل مجتمع ثقافة خاصة به تميزه عن غيره من المجتمعات فإن لكل منظمة ثقافة خاصة بها تميزها عن غيرها من المنظمات.

3-2. مفهوم الثقافة التنظيمية: The Concept of Organizational Culture

لقيت الثقافة التنظيمية قدراً كبيراً من المعالجة النظرية والتطبيقية منذ أن أدخلها Pettigrew إلى نظرية المنظمة عام 1979، وأصبح موضوع الثقافة التنظيمية أحد أهم الموضوعات في علم التنظيم والمنظمات⁹، حيث ارتبط هذا المفهوم بمبادرات التغيير الناجحة وبرضا الموظفين وولائهم وبمجال الأداء التنظيمي Organizational Performance. ومن أهم الأسباب التي أثارت الاهتمام بظاهرة الثقافة التنظيمية ما يلي:

1. على المستوى الأكاديمي: يعد فشل المدارس والمداخل الإدارية التي تركز على جانب الرشد التنظيمي والعلاقات بالبيئة في إعطاء تفسير متكامل عن أسباب الاختلاف التي تميز المنظمات عن غيرها في الأداء، على الرغم من أنها جميعاً تتشابه في الهياكل، ومن أهم الأسباب التي جعلت الكتاب والمفكرين يتلقون مدخل الثقافة التنظيمية بكثير من الحداثة والتطوير هي العلاقات والقواعد، حيث أدرك أولئك الكتاب أن أهم الجوانب العقلية وحدها لم تعد تسيطر على السلوك التنظيمي، فوجدوا أنفسهم في حاجة ماسة إلى مفهوم الثقافة لكي يفسروا التنوع في أنماط السلوك ومستويات الاستقرار في الجماعة والسلوك التنظيمي بشكل عام¹⁰.

2. على المستوى العملي : نجح مدخل الثقافة التنظيمية عند بداية ظهوره في تفسير قصور أداء الشركات الأمريكية عن أداء نظيراتها في المجتمعات الأخرى مثل اليابان ودول جنوب شرق آسيا. وقد أثبتت الدراسات المقارنة أن الثقافة التنظيمية السائدة في الشركات اليابانية هي المتغير البارز الذي أسهم في نجاحها وتفوقها.

3. على المستوى الاقتصادي: يعود مبرر الاهتمام بمدخل الثقافة التنظيمية على المستوى الاقتصادي إلى سببين هما:

أ. ظهور الشركات متعددة الجنسيات وما أدت إليه من سيطرة الرأسمالية على الاقتصاد العالمي والاعتماد على العمالة الرخيصة في دول العالم الثالث. وقامت دراسة تلك

⁹. Carmeli , Abraham (2005): The Relationship between Organizational Culture and Withdrawal Intention and Behavior, International Journal of Manpower , Vol.26,pp.77-195

¹⁰. Deepa , Awal & et.al (2006): Issues on Organizational Culture Change : a case Study , Journal of Organizational Culture, Communication and Conflict, pp.79-97

الشركات على نحو لم تعهده من قبل، حيث أصبحت تلك المنظمات التي تمارس أعمالها في بلدان أخرى مهتمة بفهم البلدان على نحو أفضل.

ب. زيادة الاندماج بين المنظمات، مما خلق رغبة في التعرف على كيفية إحداث التوافق الثقافي بين تلك المنظمات، وخاصة بعد فشل بعض عمليات الاندماج نتيجة لعدم توافق قيم العاملين ومعتقداتهم¹¹.

وتعرّف الثقافة التنظيمية من قبل Greenberg عام 2005 على أنها: "الإطار المعرفي المكون من الاتجاهات والقيم ومعايير السلوك والتوقعات التي يتقاسمها العاملون في المنظمة، وتتأصل أي ثقافة تنظيمية في مجموعة من الخصائص الأساسية التي يثمنها العاملون في المنظمة"¹².

هذا وقد نظر كلاً من Huczynski & Buchanan في عام 2006 إلى الثقافة التنظيمية ضمن منطق السلوك التنظيمي على أنها مجموعة متفردة نسبياً تحمل معاني القيم والمعتقدات والعادات والتقاليد والممارسات التي يسهم أعضاء المنظمة بها، وتمتد أيضاً إلى تعلم طقوس وشعائر حاكمة لسلوكيات العاملين تتولد نتيجة تفاعلهم ضمن مناخ العمل الرسمي وغير الرسمي¹³.

في حين نظر Mcshane & Glinow في عام 2010 إلى الثقافة التنظيمية على أنها تتمثل في القيم والافتراضات المشتركة في المنظمة والتي تحدد ما هو مهم وما هو غير مهم فيها، وبالتالي فهي ترشد عمل الأفراد داخل المنظمة إلى الأسلوب السليم في العمل¹⁴.

أما تعريف Hellreigel & Slocum في عام 2011 فقد ربط الثقافة التنظيمية بالقيم والمعتقدات والاتجاهات المكتسبة والمشاركة لأعضاء المنظمة، وإن معظم الثقافات التنظيمية تتطور ببطء بمرور الوقت¹⁵.

¹¹ . Eide , S. (2002): Exploring Organizational Culture , Journal of Psychology , Vol.15 ,No.1, p.9

¹² . Greenberg , Jerald (2005): Managing Behavior in Organizations ,(4th ed.), Pearson Education ,Inc., New York, p. 394

¹³ . Huczynski, Andrzej A. & David A. Buchanan (2006): Organizational Behavior, Pearson Education, Inc., N.J.

¹⁴ . Mcshane , Steven L. & Mary Ann Von Glinow (2010): Organizational Behavior, (5th ed.), McGraw- Hill Companies ,Inc., New York, p.416

¹⁵ . Hellreigel , Don & John W. Slocum ,Jr. (2011): Organizational Behavior, (13th ed.), South – Western , Cengage – Learning, Australia , p. 478

وجاء تعريف Schermerhorn & et.al في عام 2012 للثقافة التنظيمية كونها نظام من الأفعال المشتركة والقيم والمعتقدات التي تطور ضمن المنظمة وتوجه سلوك أعضائها¹⁶. أما Robbins & Judge عام 2014 فقد نظروا إلى الثقافة التنظيمية كونها نظام من المعاني المشتركة التي يشترك فيها مجموعة من الأفراد والتي تميز المنظمة عن غيرها من المنظمات، ويتكون هذا النظام من مجموعة الخصائص التي تقدرها المنظمة¹⁷. وعلى الرغم من أهمية التصنيفات التي تناولت تعريفات الثقافة التنظيمية كونها تسهل على القارئ فهم مصطلح الثقافة، فإن الانتقاد الأساسي الذي يمكن أن يوجه إليها هو أن معظم تلك التعريفات يمكن إدراجها تحت أكثر من صنف. ومن المنظور النقدي تجدر الإشارة هنا إلى أنه برغم جدية العديد من الباحثين حول موضوع الثقافة التنظيمية في توضيح ما يعنيه وما يشير إليه المفهوم فعلاً، إلا أن عدداً من الباحثين لم يزدوا مفهوم الثقافة التنظيمية إلا غموضاً إلى غموضه.

ويعد Edgar H. Schien من أبرز الباحثين في دراسات الثقافة التنظيمية على مستوى العالم. فقد أسهم في كتابه: " القيادة والثقافة التنظيمية Organizational Culture and Leadership " بإيضاح المستويات الثلاثة الأساسية التي تتجلى فيها الثقافة وهي¹⁸:

1. الماديات أو ما يصنعه الإنسان : Artifacts

وهي رموز العمل والبيئة المادية. وتعد من أكثر مستويات الثقافة ظهوراً ووضوحاً من خلال البيئة المادية والاجتماعية، والمتمثلة في الترتيبات المادية والتكنولوجيا واللغة المستخدمة والسلوك العلني لأفراد المنظمة، والأنشطة التي يتم استخدامها في أوقات خاصة للتأثير على سلوك أعضاء المنظمة.

ويحتوي هذا المستوى على المظاهر المرئية للثقافة التنظيمية والتي يمكن ملاحظة بعضها من خلال الممارسات اليومية لأعضاء المنظمة، أما البعض الآخر فيتم اكتشافه من خلال سؤال الأفراد عن هذه المظاهر التي تجعل المنظمات مختلفة عن غيرها من

¹⁶ . Schermerhorn , John R. Jr. & et.al (2012): Organizational Behavior , (12th ed.), John Wiley & Sons, New York , p. 348

¹⁷ . Robbins , Stephen P. & Timothy A. Judge (2014): Essentials of Organizational Behavior , Pearson Education , Inc., New York, p. 249

¹⁸ . Schien , Edgar H. (2004): Organizational Culture and Leadership, (3rd ed.), John Wiley & Sons , Inc., pp. 25 - 37

المنظمات، بل وفي أحيان كثيرة متفردة وتزود المنظمة بميزة تنافسية، ومن بين تلك المظاهر: القصص والأساطير التي تتحدث عن المنظمة، اللغة المشتركة بين أعضاء المنظمة، تكنولوجيا المنتجات والزي الرسمي الخاص بالمنظمة¹⁹. وبرغم أن هذا المستوى من أكثر مستويات الثقافة وضوحاً ويمكن ملاحظته بواسطة الأفراد خارج المنظمة، إلا أنه لا يعطي تفسيراً كافياً لفهم ثقافة المنظمة، حيث أن أفراد المنظمة لا يكونوا بالضرورة على وعي تام به، فهو بالنسبة إليهم شيء مألوف اعتيادي وجزء من ممارساتهم اليومية.

2. القيم والاعتقادات المشتركة : Espoused Beliefs and Values

تمثل القيم قلب الثقافة وجوهرها. وبعد هذا المستوى على درجة أكبر من حيث وعي أفراد المنظمة وإدراكهم له، حيث تحدد القيم ما هو مقبول، وما هو غير مقبول، ما الذي يجب أن يفعله أعضاء المنظمة أو لا يفعله. وتلعب القيم والاعتقادات دوراً حيوياً في ربط أعضاء المنظمة معاً، وتوضح كلمة مشتركة أنها: القيم والمعتقدات الخاصة بجميع أعضاء المنظمة وليست الخاصة بشخص واحد. وتعتبر تلك القيم والمعتقدات عن :

أ. المبادئ وأساليب التفكير التي أقرها أعضاء المنظمة.

ب. السلوكيات المرغوبة.

ت. المعايير التي تستخدم في تقييم المخرجات.

3. الافتراضات الأساسية: Common Assumptions

وتتألف من مجموعة القيم والمعتقدات الراسخة والتي تحولت مع مرور الوقت ودوام الممارسة إلى مسلمات بديهية لا يقبل التشكيك فيها. وهذه الافتراضات هي الحويلة النهائية الناتجة عن نضج الثقافة التنظيمية، ومع هذا النضج تتحول معظم القيم إلى افتراضات أساسية.

ويعد هذا المستوى بمثابة الأساس للثقافة، حيث يمكن اعتبارها المقدمة المنطقية أو القاعدة التي تبنى على أساسها القيم. وتمثل الافتراضات المستوى غير المرئي للثقافة التنظيمية وتعكس:

¹⁹ . Schermerhorn, John R. Jr. & et.al (2010): Organizational Behavior , (11th ed.), John Wiley & Sons , New York , P.371

- أ. الافتراضات التي كونها الأفراد عن أنفسهم وعن منظماتهم.
- ب. طبيعة العلاقة بين أعضاء المنظمة مع بعضهم البعض، وهل يسود تلك العلاقة التعاون أم المنافسة.
- ت. طبيعة العلاقة بين المنظمة وبيئتها الخارجية.
- ث. ما يؤمن به الأفراد أنه حقيقي وغير قابل للنقاش.
- ويؤكد Luthans في عام 2011 على نموذج أدمج شايين للثقافة التنظيمية، من حيث كونه نمطاً للافتراضات الأساسية المبتكرة والمكتشفة والمطورة من خلال مجموعة معطاة يمكن تعلمها بحيث تتوافق مع مشكلات التكيف الخارجي والتكامل الداخلي. لذا لابد من تعليمها للأعضاء الجدد من أجل اكتشاف الطرائق الصحيحة للإدراك والاعتقاد والاحساس بالمشكلات²⁰.

وقد أيد Kreitner & Kinicki في عام 2006 ما ذهب إليه شايين في عام 1985 من أن الثقافة التنظيمية تمثل الافتراضات الأساسية التي تطورها أو تكتشفها أو تخرعها جماعة ما بقصد التعاطي مع مشكلات التكيف الخارجي ومشكلات التكامل الداخلي، سواء تعلق الأمر بالطريقة التي يدرك بها الأفراد القدامى والجدد هذه المشكلات أو يفكرون بها، أم ما يشعرون به نحوها²¹. ويوضح الجدول (1 ، 2) مهام التكيف الخارجي والتكامل الداخلي كآلاتي²².

الجدول (1) مهام التكيف الخارجي والتكامل الداخلي

التكيف الخارجي	التكامل الداخلي
الحصول على إجماع بشأن الآتي:	الحصول على إجماع بشأن الآتي:
1. غرض جوهري ووظائف ومهام لمواجهة البيئة	1. لغة مشتركة ونظام مفاهيمي
2. أهداف تنظيمية	2. معايير الجماعة وحدودها
3. وسائل تحقيق الأهداف	3. معايير توزيع المكانة والقوة والسلطة
4. معايير قياس النتائج	4. معايير الألفة والصداقة والحب
5. الاستراتيجيات العلاجية فيما لو لم تتحقق الأهداف	5. معايير الثواب والعقاب
	6. مفاهيم إدارة الإيديولوجيات والعقائد

²⁰ . Luthans, Fred (2011): Organizational Behavior: an evidence – Based approach,(12th ed.), McGraw –Hill Companies , Inc., New York, p.71

²¹ . Kinicki , Angelo & Robert Kreitner (2006): Organizational Behavior : key concepts, Skills & best practices ,(2nd ed.), McGraw –Hill Companies ,Inc., New York, p.45

²² . جلاب، إحسان دهش (2011): إدارة السلوك التنظيمي في عصر التغيير، دار صفاء، عمان، ط1، ص 605

ومع ظهور مفهوم الثقافة التنظيمية برزت أهمية البُعد الثقافي في الدراسات الإدارية نظراً للدور الذي تؤديه الثقافة في تفسير تباين النتائج الإدارية والتنظيمية في سياق الآخر، كما تحولت دراسة الطرق العقلانية في التنسيق والسيطرة على مجموعة من الأفراد إلى دراسة العوامل والخصائص المميزة للثقافة وإلى كيفية التعامل مع تلك الخصائص ومحاولة التأثير فيها.

كما أن التزايد المستمر في دور المنظمات في القرن الحادي والعشرين وسعيها الدؤوب لمواكبة التطور والنمو زاد من مسؤولياتها واهتماماتها، وأضاف إليها أهدافاً لم تكن سابقاً من أولوياتها.

ويحظى موضوع الثقافة التنظيمية في الفترة الأخيرة باهتمام كبير على اعتبار أن الثقافة التنظيمية من المحددات الرئيسية لنجاح المنظمات أو فشلها، وعلى افتراض وجود علاقة ارتباطية بين نجاح المنظمة وتركيزها على القيم والمفاهيم التي تدفع أعضائها إلى الالتزام والعمل الجاد والابتكار والتحديث والمشاركة في اتخاذ القرارات، والعمل للمحافظة على الجودة وتحسين الخدمة وتحقيق ميزة تنافسية، والاستجابة السريعة والملائمة لاحتياجات العملاء والأطراف ذوي العلاقة في بيئة عمل المنظمة.

وتعد الثقافة التنظيمية انعكاساً للثقافة العامة في المجتمع، نظراً لدورها الحيوي في الحياة التنظيمية والمتمثل بتوحيدها للمنظمة في كيان واحد متكامل يجعل منها وحدة مترابطة لها اتجاه واضح ومحدد يجمع العاملين فيها ويوجههم نحو هدف واحد هو استمرار بقاء المنظمة وزيادة قدرتها على المنافسة.

وتجمع الدراسات والأبحاث على أهمية الثقافة التنظيمية لما لها من أثر واضح وجلي على مختلف العمليات التنظيمية وعلى سلوك العاملين، كما تجمع تلك الدراسات على أن الثقافة التنظيمية تعد من المحددات الرئيسية لنجاح المنظمات أو فشلها، إلا أنه وبرغم ذلك الإجماع لا يوجد حتى الآن اتفاق على تعريف مقبول على نطاق واسع للثقافة التنظيمية²³.

ومن التعاريف السابقة يمكن القول إن الطبيعة التشاركية هي العنصر الوحيد الذي تشترك فيه أغلب تعريفات الثقافة التنظيمية، وعدا ذلك فإن أغلب تلك التعريفات تتضمن القيم

²³ . Sandra ,M. (2007): Organizational Culture and Intellectual Capital : a new Model , Journal of Intellectual Capital , Vol.8 ,No. 3 ,pp.409- 430

والمعتقدات والافتراضات الأساسية ومعايير السلوك المشتركة التي تؤثر على الكيفية التي يتعامل بها المشاركون في المنظمة عند أدائهم لمهامهم²⁴.

لقد لاحظ الباحث من خلال اطلاعه على عدد من تعريفات الثقافة التنظيمية محاولة بعض الباحثين تصنيف التعريفات المختلفة للثقافة التنظيمية في مجموعات تعكس اتجاه أصحاب تلك التعريفات، فعلى سبيل المثال حاول Martin في عام 2002 تصنيف تعريفات الثقافة التنظيمية إلى تعريفات فكرية وأخرى مادية، حيث تجعل التعريفات الفكرية محور تركيزها على الجوانب الإدراكية للمعنى أو الفهم من قيم وافتراضات وفلسفات وخبرات الحياة التنظيمية، بينما تركز التعريفات المادية على القصص والدعايات والرموز وأسلوب اللغة الخاصة والترتيبات المادية²⁵.

ومن خلال مراجعة التعريفات والتصنيفات المختلفة للثقافة التنظيمية يمكن استنتاج أن الثقافة التنظيمية:

1. تعبر عن شخصية المنظمة.
2. مفهوم استراتيجي يتكون بمرور الوقت.
3. تحدد طبيعة المنظمة ونمط الحياة السائد بها.
4. تتكون من مكونات متعددة، وقد ركز كل تعريف على واحد من تلك المكونات أو على بعض منها.
5. تشمل مكونات الثقافة التنظيمية على عناصر مرئية كالقصص والرموز، وعناصر غير مرئية كالاتجاهات، والافتراضات.
6. مركز تعريف الثقافة التنظيمية يعتمد على المشاركة بين أعضاء المنظمة في مكوناتها المختلفة.
7. تؤكد المشاركة على أن الثقافة التنظيمية لا تتبع من قيم شخص واحد ولكنها ناتجة عن تفاعل قيم ومعتقدات أعضاء المنظمة جميعهم.
8. ترشد وتوجه سلوكيات وتصرفات أعضاء المنظمة، وتحدد لهم الطريقة المناسبة لأداء مختلف المهام والوظائف.

²⁴ . William , A. Weeh (2001): Training Across Cultures: what to expect, Training and Development, Vol.55 , No.1 ,Jan, p.62

²⁵ . Martin , J. (2002): Organizational Culture : Mapping the terrain thousand Oakas , Sage Publications, p. 52

9. تحدد طبيعة العلاقة بين المنظمة والبيئة الخارجية، حيث تحدد كيفية التكيف مع متغيرات تلك البيئة.

10. مكتسبة لا تعتمد على العوامل الوراثية أو البيولوجية²⁶، ويتم تعليمها للأعضاء الجدد كما يتم انتقالها من جيل لآخر.

11. تعكس كيف يشعر الأفراد تجاه المنظمة، وتجاه أنفسهم، وتجاه بعضهم البعض.

وتعد الثقافة التنظيمية من المحددات الرئيسية لنجاح المنظمات أو فشلها، فمنذ بداية ظهور مفهوم الثقافة التنظيمية، تأكد أن هناك خصائص محددة للثقافة التنظيمية تؤدي إلى النجاح، وقد دعمت نتائج العديد من الدراسات هذه الفكرة، موضحة أن الثقافة التنظيمية تعتبر مصدراً أساسياً لتحقيق المزايا التنافسية، وأن التحدي الذي يواجه المنظمات يتمثل في كيفية تكوين ودعم الثقافة التنظيمية القادرة على تحقيق النجاح. ومن ثم تحدد الثقافة التنظيمية مدى نجاح المنظمات أو فشلها نظراً لأنها تقوم بالعديد من الأدوار الهامة في المنظمة ومن بينها:

1- تتيح للأفراد الشعور بالهوية، فكلما زاد وضوح القيم والاتجاهات المشتركة كلما زاد ارتباط الأفراد ببعضهم البعض وزاد شعورهم بأنهم جزء مؤثر ومهم بالمنظمة.

2- تخلق الثقافة التنظيمية الالتزام تجاه غايات المنظمة، فشعور العاملين بأنهم جزء أساسي من المنظمة، وأن عملهم يؤثر على تحقيق المنظمة لأهدافها يجعل العمل بالنسبة إليهم ليس مجرد وسيلة، لكنه غاية أساسية لتحقيق تلك الأهداف، وبالتالي تغلب مصلحة المنظمة على المصلحة الشخصية.

3- تحقق التكامل الداخلي بين أفراد المنظمة من خلال تعريفهم بكيفية الاتصال فيما بينهم، والعمل معاً بفعالية.

4- تحقق التكيف بين المنظمة والبيئة الخارجية، من خلال تحديد أساليب الاستجابة لاحتياجات واتجاهات أطراف البيئة الخارجية ذوي العلاقة بالمنظمة.

²⁶ . ناصر، فداء (2006): أثر الاختلافات الثقافية على نظم تقويم الأداء والحوافز والانتماء التنظيمي في الشركات متعددة الجنسيات بجمهورية مصر العربية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، ص 44

5- تحدد معايير السلوك التي توضح للعاملين التصرفات التي يتوجب القيام بها في المواقف المختلفة.

إن مصطلح الثقافة التنظيمية يستعمل بشكل جماعي بحيث يشير إلى أكثر من مجموعة واحدة من الاتجاهات أو المعتقدات، فالنموذج الخاص للمعتقدات والقيم والسلوكيات يبرهن على أنه صحيح ومفيد عندما يتناسب مع أعضاء المنظمة، لا سيما الجدد منهم. لذلك فإنه يسمح للثقافة التنظيمية بالتغير عندما تتغير المعتقدات والقيم والطرائق التي تم تعلمها بحيث تتناسب مع الظروف والأوضاع البيئية المتغيرة²⁷.

كما تؤثر الثقافة التنظيمية على العديد من سلوكيات العاملين، فقد أوضحت بعض الدراسات أن الثقافة التنظيمية تؤثر على درجة الالتزام التنظيمي، حيث تخلق تلك الثقافة بيئة تنظيمية تحدد درجة استعداد العاملين لبذل الجهد والسعي لتحقيق أهداف المنظمة، فالثقافة التنظيمية القوية تؤثر إيجابياً على اتجاهات العاملين، وتخلق شعوراً بالانتماء وتزيد من درجة ولاء العاملين والتزامهم. كما أن الثقافة التنظيمية تؤثر على مستوى الضغوط والتوتر التي يشعر بها العاملون، فالثقافة التنظيمية التي تتميز بانخفاض درجة المركزية، تؤدي إلى انخفاض مستوى الضغوط التي يتعرض لها العاملون، كما أن هناك علاقة بين الثقافة التنظيمية وضغوط الدور، حيث أن الثقافة التنظيمية الهرمية تخفض تلك الضغوط مما يؤدي إلى خفض مستوى التوتر وزيادة درجة الالتزام التنظيمي والرضا التنظيمي.

وتعد الثقافة التنظيمية عنصراً أساسياً في حياة المنظمات المعاصرة، بحيث يتوجب على موظفي المنظمات وقادتها أن يفهموا أبعادها وعناصرها، لكونها الوسط البيئي الذي تعيش فيه المنظمات والذي يؤثر على نوع السلوك الذي تتفاعل فيه مع غيرها من المنظمات أو مع موظفيها.

ومن هنا جاءت عناية المنظمات بالثقافة التنظيمية، بما تتضمنه من قيم وأخلاقيات واتجاهات وعادات وأفكار وسياسات توجه سلوك المديرين في المنظمات التي يعملون فيها، وتؤثر في فاعليتها وكفاءتها الإنتاجية والخدمية، وذلك لما تؤديه الثقافة التنظيمية من دور مهم في تشكيل عادات الفرد وقيمه واتجاهاته وطرق تعامله مع الأشياء والأفراد المحيطين من حوله.

²⁷. الصرن، رعد، أيمن ديوب (2015): نظرية المنظمة والتطوير التنظيمي، منشورات جامعة دمشق، برنامج إدارة المشروعات المتوسطة والصغيرة، كلية الاقتصاد، ص 150

ولكي تؤدي الثقافة التنظيمية الغرض المطلوب، فإن ذلك يتطلب فهماً وإدراكاً من جانب القادة والمديرين في المستويات الإدارية المختلفة لأهمية الثقافة التنظيمية من أجل تحقيق أهدافها. ولهذا جاءت هذه الدراسة لقياس أثر ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية باعتبار أن ثقافة التدريب هي إحدى الثقافات الفرعية للثقافة التنظيمية، وذلك من خلال دراسة ميدانية لبعض المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

2-4. مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يرى صانعو السياسات الصحية في أي بلد أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة، حيث يؤكدون على أنه ليس من السهولة بمكان تعريف الجودة خاصة في القطاع الصحي، وذلك نظراً لطبيعة الخدمة الصحية حيث أنها موضوع شخصي خاص بالمريض يختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم وتقديراتهم الشخصية.

إن مفهوم الجودة في الخدمات الصحية يختلف من شخص إلى آخر، وذلك حسب موقع الشخص في المنظمة الصحية، فالجودة لدى مقدم الخدمة الصحية تعني الالتزام بمعايير الجودة الطبية والصحية عند تقديم الرعاية الصحية بهدف تحقيق النتائج المرجوة. في حين يرى المريض أنها درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه. كما أن إدارة المنظمة الصحية قد ترى أن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المريض وبالتكلفة الأقل.

تعتبر جودة الخدمة الصحية عن التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة للمرضى مع توقعاتهم. ويرى الضمور في عام 2008 أن جودة الخدمة تمثل حكم العميل (المريض) لخدمة المنظمة الصحية بالاعتماد على تجربته الكلية في تلقي الخدمة الصحية. وإن فهم كيفية توصيل العملاء لهذا الحكم - أي كيف يقرون رضاهم أو عدم رضاهم لخدمة صحية معينة - يعد عاملاً مهماً لإدارة وتسويق الخدمات الصحية²⁸.

كما أنها تطابق توقعات المرضى لأبعاد جودة الخدمة مع الأداء الفعلي الذي يعكس مدى توافر تلك الأبعاد بالفعل للخدمة الصحية المقدمة لهم. وهذا ما استوجب على مقدم الخدمة الصحية تحمل المسؤولية بالتأكد من أن المخرجات تلاقي المواصفات المحددة من قبل الإدارة في المنظمة الصحية. وهي تلك الجودة التي تشتمل على البعد الإجرائي، والبعد الشخصي كأبعاد

²⁸ . الضمور، هاني (2008): تسويق الخدمات ، دار وائل، عمان، ط3 ، ص 504

مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية. حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة الصحية، أما الجانب الشخصي للخدمة الصحية فهو كيفية تفاعل العاملين بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية مع المرضى.

كما أنها تعبر عن جودة الخدمات المقدمة سواء أكانت المتوقعة أم المدركة، أي تلك التي يتوقعها الزبائن أو يدركونها في الواقع العملي، وهي المحدد الرئيسي لرضا الزبون أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات التي تعزز مستوى الجودة في خدماتها.

إن الجودة في الرعاية الصحية لها ثلاثة جوانب:

1. الأول: فني ذو صلة بتطبيق العلوم التقنية الطبية للتعامل مع مشكلات الرعاية الصحية للمريض.

2. الثاني: إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة الصحية.

3. الثالث: يتعلق بتحقيق احتياجات المريض من الكماليات

وترى منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الجودة تتحقق في التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب آمن ومقبول في المجتمع وبتكلفة مقبولة بهدف تقليل نسبة المرضى ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية. وبذلك يمكن تعريف الجودة في الرعاية الصحية على أنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية هي²⁹:

- تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض.
- تحقيق الجودة من وجهة نظر مهنية، وهي تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبياً من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج.
- التركيز على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم الخدمات الصحية وتقديمها وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية.

²⁹ . العزاوي، نجم ، فراس أبو قاعود (2010): أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23 ، ص ص 113-131

من التعاريف التي وُصفت بها جودة الخدمة الصحية أنها الملاءمة أو المطابقة المستمرة بين توقعات الزبون (المريض) ومدركاته للخدمة الصحية. ويتضمن هذا التعريف نقاطاً عدة أهمها الملاءمة أو المطابقة والتي تعني قدرة الخدمة الصحية على تلبية أي شيء يرغب به المريض، بينما تشير الحاجات إلى المتطلبات الأساسية للمريض، في حين تعني التوقعات ما يعتقد أو يؤمن به المريض بما سيكون عليه أداء الخدمة الصحية. وهي تختلف باختلاف المعرفة والخبرة المتراكمة لدى المرضى³⁰.

وتتمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية فيما يلي:

1. الملموسية: Tangibles وتعني شكل المعدات المستعملة في تقديم الخدمة الصحية وكفاءة العاملين وأنماط الاتصال المتبعة في تقديمها، أي أنها تشمل العناصر المادية المستعملة في تقديم الخدمة الصحية.
2. الاعتمادية: Reliability وتعني قدرة الخدمة الصحية على الإيفاء بالوعد للمرضى بشكل صحيح. أي درجة الاعتماد على مورد الخدمة الصحية ودقة إنجازه للخدمة الصحية المطلوبة³¹.
3. الاستجابة: Responsiveness وتعني رغبة مقدم الخدمة الصحية في مساعدة المرضى وسرعة الاستجابة لطلباتهم، بمعنى آخر هي سرعة الإنجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من مورد الخدمة الصحية³².
4. التوكيد (الضمان): Assurance أي المعرفة لدى موظفي المنظمة الصحية بأهمية تقديم الخدمة الصحية وحسن تعاملهم مع المرضى. ويشير الضمان إلى المعلومات وكياسة القائمين على تقديم الخدمة الصحية وقدرتهم على استلهاث الثقة والائتمان³³.
5. التعاطف: Empathy أي الاهتمام الشخصي بكل مريض وكأنه الوحيد، أي درجة العناية بالمريض كونه المستفيد من الخدمة الصحية ورعايته بشكل خاص والاهتمام بمشكلاته والعمل على إيجاد الحلول لها بالطرق الإنسانية الراقية.

³⁰ . عبيد ، عبد السلام ابراهيم (2004): عوامل النجاح الحرجة وأثرها في الأداء الاستراتيجي بمنظور إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

³¹ . القريوتي، محمد قاسم (2009): مبادئ التسويق الحديث، دار وائل، عمان ، ط2 ، ص 207

³² . الطائي، حميد ، بشير العلاق (2009): إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري، عمان ، ط1 ، ص142

³³ . البكري، ثامر (2005): تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، عمان ، ط5 ، ص 160

أما المعايير المحددة لجودة الخدمة الصحية فتشمل³⁴:

1. توافر الخدمة: Access وتعني مدى توفر الخدمة في المكان والزمان اللذين يناسبان المريض.
 2. الأمان: Security وهي درجة الأمان المترتبة من استعمال الزبون للتقانات الحديثة الملازمة للخدمة الصحية المقدمة.
 3. المصداقية: Credibility وتعني مصداقية مورد الخدمة من حيث الالتزام بمواعيد تقديم الخدمة الصحية.
 4. فهم الزبون: Understanding the Customer أي مقدار الوقت والجهد الذي يحتاجه مورد الخدمة الصحية لغرض فهم الزبون ومتطلباته.
 5. الجدارة: Competence وتعني مستوى الكفاءة التي يتمتع بها القائمون على تقديم الخدمة الصحية من حيث المهارات والقدرات التحليلية والاستنتاجية والمعارف.
 6. الأشياء الملموسة: Tangibles وتتمثل في المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة الصحية والتي ترتبط في ذهن المستفيد من الخدمة الصحية المقدمة له.
 7. الاتصالات: Communications وتعني قيام مقدم الخدمة الصحية بإعلام الزبون حول الصعوبات والعقبات التي تواجه تقديم الخدمة الصحية، ويتم ذلك من خلال استخدام وسائل الاتصال المتعددة³⁵.
- إن لجودة الخدمة الصحية أهمية كبيرة بالنسبة للمنظمات الصحية التي تهدف إلى تحقيق الاستقرار والنجاح. وتكمن أهمية جودة الخدمة في المنظمات الصحية من خلال التالي:
1. نمو مجال الخدمة: فلقد ازداد عدد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية بأنواعها المختلفة العامة منها والخاصة.
 2. ازدياد شدة وحدة المنافسة: إن تزايد عدد المنظمات الصحية سوف يؤدي إلى وجود منافسة شديدة بينها، لذلك فإن الاعتماد على جودة الخدمة سوف يعطي لهذه المنظمات مزايا تنافسية عديدة.

³⁴ . الجبوري، حمزة (2013): جودة الخدمة ودورها في الأداء المتميز : دراسة تحليلية لآراء عينة من موظفي شركة آسيا سيل - فرع المنصور، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 34 ، ص ص 167 - 194

³⁵ . المحياوي ، قاسم نايف علوان (2006) : إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم ، عمليات ، تطبيقات، دار الشروق ، عمان، ص

3. فهم الزبائن: من المعروف أن الزبائن يريدون معاملة جيدة ويكرهون التعامل مع المنظمات التي تركز على الخدمة الصحية فقط، فلا يكفي تقديم خدمة ذات جودة وسعر معقول دون توفير المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن.

4. المدلول الاقتصادي لجودة الخدمة : أصبحت المنظمات الصحية في الوقت الحالي تركز على توسيع حصتها السوقية، لذلك لا يجب عليها السعي من أجل اجتذاب زبائن جدد فقط، وإنما يتوجب عليها المحافظة على الزبائن الحاليين، ولتحقيق ذلك لا بد من الاهتمام أكثر بمستوى جودة الخدمة.

إن التحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية يتطلب ما يلي³⁶:

1. توفير بيئة صحية ونظيفة ونقية داخل المستشفى.

2. سرعة أداء الخدمات الصحية المتنوعة.

3. علاقات إنسانية أقوى بين المريض والفريق الطبي.

4. علاقات تعاونية أفضل بين الجهاز الطبي والإداري.

5. علاقات متميزة مع مؤسسات المجتمع المحلي.

6. زيادة معدلات الأداء الناجح للعمليات الجراحية.

7. اقتناء تكنولوجيا طبية متقدمة.

كما أن عملية الرقابة على جودة الخدمات الصحية تتأثر بالاعتبارات التالية³⁷:

1. زيادة المعرفة لدى أصحاب الحاجة الصحية، والطلب المتزايد للتأكد من جودة الخدمات الصحية التي توفرها المؤسسات الصحية.

2. زيادة الكلفة في المجال الصحي، مما استدعى التدخل لضبط الكلفة وترشيد النفقات من خلال اعتماد معايير محددة للرعاية الصحية ما لبثت أن أصبحت إلزامية لضمان التمويل من قبل شركات وهيئات التأمين.

3. ازدياد أهمية التقنية الصحية وبرامج البحوث ونقل المعلومات التي سمحت بتحليل ودراسة كم كبير من المداخلات الصحية ومعرفة نتائجها ودورها في الرعاية.

³⁶ . جاد الرب، سيد محمد (2008): الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس،

ص 340

³⁷ . مجموعة من المتخصصين (2007): الإدارة الصحية ، منظمة الصحة العالمية ، أكاديميا، ص 241

4. نجاح برامج مماثلة في القطاعات الأخرى كالصناعة والتجارة. وقد أدى ذلك إلى ضغط أكبر على القطاع الصحي لمواكبة القطاعات الأخرى والالتزام بمعايير الجودة.

وقد أدت مثل هذه العوامل إلى التزام أكبر من قبل الهيئات الصحية ونشطت جراء ذلك عملية الاعتماد Accreditation في المجال الصحي. حيث أصبحت عملية الاعتماد مطلباً رئيسياً لإصحاب الحاجة الصحية بحيث يهتمون بالمرافق التي حصلت على الاعتماد ويتخلون عن المرافق التي لا تتميز بهذه المعايير.

إن الجميع يدرك ويؤمن بأهمية جودة الخدمة الصحية ودلالاتها ومؤشراتها المتنوعة سواء في المنظمات الصحية العامة أم الخاصة على حدٍ سواء. والجميع يؤمن بأهمية رضا المريض المستفيد الأول والأخير من الخدمة الصحية المقدمة مهما اختلفت أو تعددت. ولكن في بيئة العمل وخلال الأداء تحدث بعض السلبيات في أسلوب التعامل في تقديم الخدمات الصحية أو جودتها، وتظهر حالات عدم الرضا أو الاستياء من بعض المستفيدين نحو مقدمي الخدمات الصحية. لذا فإن المنظمات الصحية الناجحة تحرص على سمعتها ومكانتها في السوق الصحي، فتقدم خدماتها الصحية بكفاءة عالية وتميز لتحظى برضا مرضاها وبشكل دائم ومستمر، وهو ما يمثل هدفاً من أهدافها.

الفصل الثالث: مفهوم ثقافة التدريب وأهمية دراستها في المنظمات الصحية

- 3-1. مفهوم ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
- 3-2. ثقافة التدريب السالبة
- 3-3. مراحل العملية التدريبية
- 3-4. آثار ثقافة التدريب السالبة على جوانب العملية التدريبية
- 3-5. ملامح ثقافة التدريب الموجبة
- 3-6. أطراف ثقافة التدريب

تلعب ثقافة التدريب السائدة دوراً مهماً في سير العملية التدريبية ومدى بلوغها لأهدافها. ويشتمل تعريف هذه الثقافة على الجوانب المادية والقيمية والسلوكية، وهي عادة ما تمثل - خاصة بالنسبة للمنظمات الصحية - جزءاً من الثقافة التنظيمية التي تسود فيها.

إن معوقات العملية التدريبية كثيرة يرتبط معظمها بالجوانب التنظيمية والبيئية " محلية وخارجية" والمادية والسلوكية، وفي كثير من الأحيان لا يمثل تخطي العقبات المتصلة بتلك الجوانب حلاً لمعوقات العملية التدريبية. فقد تتعطل العملية التدريبية ليس بسبب نقص في تلك المتطلبات، وإنما بسبب ضعف تلك المتطلبات في ترقية العملية التدريبية، أي أن تصاحب تلك المتطلبات ثقافة تدريب موجبة عند كل الأطراف. ومن جانب آخر، فإن غرس وتعميق ثقافة التدريب الموجبة من شأنه أن يساعد على تخطي كثير من الصعوبات التي تنشأ في المجالات التنظيمية والبيئية وخصوصاً المادية.

إن سيادة المفاهيم والممارسات الخاطئة كعناصر لثقافة التدريب السالبة من قبل أطراف تلك الثقافة المتمثلين في مؤسسات التدريب والمدربين والمنظمات والمتدربين والحكومات والمنظمات الإقليمية والدولية، يؤدي بالتأكيد إما إلى عدم قيام العملية التدريبية أو إلى عدم سيرها على الوجه المطلوب أو إلى ضعف عائداتها.

إن التدريب عملية جوهرية وأساسية لإحداث التطوير والتغيير، وهو عملية مستمرة متجددة لازمة في كل زمان ولكل شخص عامل، وعليه فإن رسوخ هذا المفهوم يستوجب إماماً تاماً بالمعارف المتصلة بالتدريب وتقديراً عميقاً للقيم التي تحكمه، وسلوكاً إيجابياً يصاحب تلك المعارف والقيم ولا يتناقض معها. هذا ما يمكن أن نسميه ثقافة التدريب الموجبة والتي ينبغي على مختلف الأطراف العمل بجد ووعي على بنائها ونشرها لأنها ترتبط بأهم توجهات المجتمع وتطلعاته.

3-1. مفهوم ثقافة التدريب في المنظمة الصحية:

انطلاقاً من تعريف التدريب على أنه: " الجهود المخططة من قبل المنظمة من أجل تسهيل تعلم مواردها البشرية الكفاءات المرتبطة بأعمالهم، وتتضمن هذه الكفاءات المعارف والمهارات أو السلوكيات التي يستخدمها الأفراد من أجل تحقيق الأداء الناجح للعمل¹.

وقد عرّف Dessler (2005) التّدريب بأنّه: " عملية تعليم العمّال الجُدد المهارات الأساسيّة التي يحتاجونها لإنجاز أعمالهم"².

¹ Noe, Raymond A. (2008): Employee training and Development, (4th ed.), Mc Graw – Hill Companies, Inc., New York , p. 4

وبالرغم من أن جوهر التعريفين السابقين يتعلق بثقافة التدريب وأبعادها المختلفة، إلا أن أدبيات التدريب لم تتعرض كثيراً لمفهوم ثقافة التدريب أو وصفها، على الرغم من أن مفهوم الثقافة وجد اهتماماً كبيراً في مجال كتابات الإدارة، خاصة ما كتب منها حول الثقافة الإدارية أو الثقافة التنظيمية. وبرغم ذلك الغياب إلا أن محاولة تحديد مفهوم ثقافة التدريب ليست أمراً صعباً ولا محفوفاً بكثير من المخاطر، وسبب ذلك إمكانية الاستفادة القصوى من التعريف العام لمصطلح الثقافة ومصطلح التدريب³.

وعليه يمكننا أن نقول أن ثقافة التدريب تعني: "مجلد المعارف المتصلة بمفهوم التدريب وأهميته ودوره وطرقه وتقنياته في ضوء القيم السائدة في المجتمع ومحيط العمل، وتفاعل تلك المعارف والقيم وأثر ذلك التفاعل على السلوك الفعلي تجاه العملية التدريبية ومخرجاتها المتصلة بالإتقان والتطوير وبالفرد المعني بالتدريب"⁴.

وهذا التعريف يأخذ من مفهوم الثقافة العناصر المادية والسلوكية والقيمية، ويهتم بالناحية الديناميكية من خلال التفاعل وينتهي بالخاصية التطويرية للمخرجات بالنسبة للفرد والمنظمة الصحية. كذلك يريد هذا التعريف أن يقول إن ثقافة التدريب ليست شيئاً نظرياً، بل المفروض أن تتجسد سلوكاً واقعاً نحكم من خلاله على مدى سيادة الجوانب السالبة أو الموجبة لهذه الثقافة تماماً مثل ما يحدث بالنسبة إلى مفهوم الثقافة العام.

من ناحية أخرى، فإن هذا المفهوم النظري لثقافة التدريب وارتباطها بقيم المجتمع له جذور اجتماعية لا بد أن ننتبه إليها كبدايات لخلق هذه الثقافة. ففي كثير من مجتمعاتنا، وفي الفترات التي سبقت مفهوم التدريب والعلم الحديث وبانتشارهما ولدت ظاهرة التلمذة الصناعية Apprenticeship حيث ارتبطت بالحرف البسيطة. وكان الآباء يلحقون أبناءهم بالحرفيين المشهورين لتعلم حرفهم من خلال المشاهدة والعمل. وكان الناس يؤمنون بأهمية ذلك التدريب الذي كان يجد تقييماً اجتماعياً كبيراً، وكان يهدف دائماً إلى إتقان الحرفة. وهذا بالتأكيد بداية طيبة لمبدأ قبول التدريب وتقدير أهميته وارتباطه بحاجات الفرد والمجتمع حاضراً ومستقبلاً وهي كلها أمور ذات صلة عضوية بمفهوم ثقافة التدريب⁵.

² . Dessler ,Gary (2005): Human resources Management, (10th ed.), Pearson Education, Inc., N.J. , p 270

³ . جيرا ، جوزيف جي ، أو .بي دوفيدي (2012): الثقافة الإدارية في سياق عالمي، ترجمة : د. مشيب بن عايش القحطاني، معهد الإدارة العامة، الرياض ، ص 325

⁴ . Kohls L. Robert & Herbert L. Brussaw (1995): training know – how for cross cultural and diversity trainers, Adult Learning systems, Inc., p.61

⁵ .Graig, Robert L. (1996): The ASTD Training & Development Handbook: a guide to Human Resource Development, (4th ed.), Mc Graw- Hill Companies, Inc., Boston, P.4

وإذا كان تعريف ثقافة التدريب الذي تم التوصل إليه مقنعاً، فإن هذا البحث يسعى بعد ذلك إلى نقله إلى واقع الممارسة العملية في منظماتنا الصحية المختلفة، بحيث يتبين لنا كيف تتعامل الأطراف المختلفة مع العملية التدريبية حتى مع توفر الإمكانيات والعناصر الأخرى والتي عادة ما نسرع إلى الإشارة إليها باعتبارها المعوقات الفعلية للعملية التدريبية مثل: الإمكانيات المادية، المتطلبات التنظيمية، والمعوقات البيئية وغيرها. وعلى هذا الأساس فإن التركيز على ثقافة التدريب السالبة يقصد به وضعها في بؤرة الاهتمام ضمن المعوقات السلوكية للعملية التدريبية⁶. ويمكن الاستدلال على نوعية ثقافة التدريب السائدة في منظمة صحية ما عن طريق مراجعة ثلاثة جوانب رئيسية هي⁷:

- أ. فلسفة العمل الجماعي: وتتجلى هذه الفلسفة من خلال: سيادة روح الفريق وقراءة فن التخطيط، اتخاذ القرار في المنظمة الصحية، سيادة روح المودة والنظام، الشعور بالانتماء والتفاني في العمل، والشعور بالمساواة بين العاملين.
- ب. القدرة على التكيف: ويتجلى ذلك من خلال مرونة الإدارة والاعتقاد بحتمية التغيير، واستعداد العاملين لإحداث التغيير والاعتقاد بأهمية الصراعات وتقبل الاختلافات في وجهات النظر والاتصالات المفتوحة والإعلام الداخلي الفعال.
- ت. القدرة على الابتكار: أي كيفية تشجيع التفكير الإبداعي وحرية التعبير واحترام الرأي الآخر، والاستعداد لتحمل المخاطرة والاعتقاد بأن الابتكار أساس نجاح المنظمة الصحية.

كذلك فإن الاقتناع بأثر نوع ثقافة التدريب السائدة على العملية التدريبية لا يكتمل إلا باستعراض أطراف العملية التدريبية، من دولة ومنشآت ومؤسسات تدريب ومدربين ومتدربين مختلفة، ومنها المنظمات الصحية باعتبارهم العناصر التي يصدر عنها السلوك المراد الحكم من خلاله على سيادة ثقافة التدريب الموجبة أو السالبة.

3-2. ثقافة التدريب السالبة:

وهنا نتناول المظاهر السلبية في ثقافة التدريب وآثارها على مختلف جوانب العملية التدريبية. والهدف من هذا التقصي أن نقف على حجم العوائق التي تحدثها ثقافة التدريب السالبة على العملية التدريبية. والمفهوم العام لذلك هو أن العملية التدريبية إما أن تغيب تماماً، أو أنها تبدأ ولكنها لا تستطيع إكمال دورتها، أو أنها تتم شكلاً ولكنها لا تعطي العائد المطلوب بالنسبة إلى الفرد أو إلى العمل وبالتالي المنظمة.

⁶ Robbins, Stephen P. & Philip L. Hunsaker (2010): Training in interpersonal Skills : TIPS for Managing People at Work,(5th ed.), Pearson Education ,Inc., N.J., P. 124

⁷ . المرسى ، جمال الدين (2007): الثقافة التنظيمية والتغيير ، الدار الجامعية ، الإسكندرية، ص 17

وللوصول إلى نتائج موضوعية في هذا الشأن لا بد من تناول جانبيين أساسيين هما : مكونات ثقافة التدريب السالبة، وتحديد مختلف جوانب العملية التدريبية المعنية بوقوع آثار الثقافة السالبة عليها، وبعد ذلك سيتم توضيح آثار الجوانب السالبة على مراحل العملية التدريبية المختلفة. هذا وتتكون ثقافة التدريب السالبة من:

أ. غياب الفهم المتكامل:

ويتمثل هذا الأمر في عدة مظاهر منها:

- يهدف التدريب إلى زيادة معدلات الإنتاج، وبالتالي فإن الاهتمام به ناتج عن الاهتمام الأساسي بالعمل والإنتاج. وفي ظل هذا الفهم تغيب مسألة تنمية الفرد كمظهر من مظاهر عدم الاهتمام بالناس، وهي النظرة التي ظلت سائدة منذ أيام نظرية الإدارة العلمية لفريدريك تايلور.
- تتبع من الظاهرة السابقة ظاهرة أخرى مفادها أن التدريب يعني زيادة المهارات فقط، وعليه تهمل الجوانب السلوكية بشكل مريع، ولا تجد الجوانب المعرفية إلا النذر اليسير وبالقدر الذي يعزز المهارة فقط، لا بالقدر الذي يمكن من فهم المشكلات في إطارها الصحيح وأبعادها الشاملة، ومن هنا يجب النظر إلى التدريب على أنه ضرورة نفسية وسيكولوجية⁸.
- المتوقع في ضوء الظاهرتين السابقتين ألا يشمل مفهوم التدريب أي اعتبار لعنصر التحفيز فيه، بل قد يكون أداة التحفيز السالب كما سيتضح فيما بعد.
- كذلك تبين الظواهر السابقة بُعداً آخر في الفهم القاصر للتدريب، ألا وهو أن ثمار التدريب وفوائده تعود على المنظمة فقط.
- بما أن التدريب يقصد به زيادة معدلات الإنتاج فقط، فيصبح من المتوقع أن يقدم التدريب لتكريس نظم وطرق عمل سائدة بما يعمق الإيمان بأنها الطرق الوحيدة الناجحة لا شيء إلا لطول التعود عليه. وهذا بالطبع يمثل أولى مظاهر مقاومة التغيير إن لم يكن رفضه تماماً، وبالتالي يغيب عنصر التغيير من المفهوم السائد للتدريب.
- أحياناً قد ينظر إلى التدريب ليس من ناحية فوائده ودوره الأساسي، بل ينظر إليه كظاهرة حادثة أو مواكبة، وبالتالي ترسم خطط التدريب لا لتنفيذ ولكن لتعطي الانطباع بالعصرية ومسايرة موضة التدريب.

⁸. عبد الفتاح، رأفت السيد (2001): سيكولوجية التدريب وتنمية الموارد البشرية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، ص 11

هذا القصور في الفهم الصحيح للتدريب وأبعاده ومرامييه من شأنه أن يعكس قصوراً في فهم المنظمات نفسها لدورها في المجتمع وعلاقتها ببيئتها، وبالطبع فإن مثل هذا القصور يهدد في النهاية مبدأ وجود المنظمة نفسها.

ب. المفاهيم الخاطئة من التدريب والناجمة عن قصور الفهم.

- من أولى هذه المفاهيم الخاطئة أن التدريب في أي منظمة ما هو إلا نشاط ثانوي يبتعد كثيراً عن بلوغ الأهمية التي تتمتع بها الأنشطة الأخرى في المنظمة الصحية.

- الفهم الخاطئ بأن التدريب عملية محدودة للغاية تقتصر على الدورات المعهودة، وتتم داخل قاعات ما يسمى بالمؤسسات التدريبية، ولا يمكن أن يقوم به إلا الأشخاص الذين تسميهم مسميات وظائفهم بالمدرسين والذين يتقاضون رواتبهم فقط لقيامهم بمهمة التدريب⁹.

- ما دام الأمر يتعلق بإتقان العمل بطريقة معينة، فهناك مستويات غير قابلة للتدريب، وهي المستويات الوظيفية العليا بالذات والتي قد تشعر (بالمهانة) إن جلست بعد كل هذا العمر والخبرة أمام مدرسين ليعلموهم كيف تؤدي الأعمال.

- إن كان لا بد من التدريب، فإنه يجب أن يكون خارج البلاد، لأن التدريب الداخلي حسب هذا الفهم - بالضرورة قاصر ولا يقدم جديداً - ولأن نظم العمل وتقنياته أساساً تأتي من الخارج¹⁰.

ت. الممارسات الخاطئة السائدة في الواقع العملي..

من أبرز الممارسات الخاطئة في المنظمات المختلفة والتي تنطلق من الفهم القاصر لأهمية التدريب، تلك المتعلقة بخفض موازنات ومخصصات التدريب كأول بند يطاله التخفيض في حالات ضغط الإنفاق الحكومي. وهنا تغيب حتى النظرة الاقتصادية المنفعية التي ترى في التدريب استثماراً له عائد اقتصادي ملموس.

ومن الممارسات الخاطئة كذلك اعتبار مهنة التدريب وما يتصل بها من أنشطة مستودعاً للتخلص من العناصر التي أثبتت قصوراً في أدائها أو ضعفاً في ولائها للمنظمة الصحية، أو تلك العناصر التي يراد إبعادها من مواقع معينة لإخلائها لعناصر أخرى موالية. وعلى هذا الأساس نجد في كثير من المنظمات الصحية أن إدارات التدريب يديرها موظفون من أقل موظفي المنظمة الصحية كفاءة أو من المغضوب عليهم لأي سبب من الأسباب. وأكثر من ذلك، فإن مؤسسات التدريب نفسها تتعرض لمثل هذه الانتهاكات بإحالة كثير من العناصر العاملة في

⁹. خليل ، سعد الدين (2009): صناعة التدريب ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ط1، ص 287

¹⁰. حسن، راوية (2005): مدخل استراتيجي لتخطيط وتنمية الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية، ص 284

منظمة صحية أخرى إليها فقط بغرض الإبعاد، أو عند عدم القدرة على البت في أمر شخص ولا تتطلب أي شروط خاصة بها فهي عمل مشاع للجميع¹¹.

كما أن عدم الاهتمام بالتدريب يتمثل أيضاً في عدم اهتمام كثير من المنظمات الصحية بتطوير ورفع قدراتها التدريبية، من حيث إقامة مراكز التدريب الخاصة بها وتأهيلها. وهذه الظاهرة تكون أكثر مدعاة للحسرة في حالة المنظمة الصحية التي تتسم بالضخامة والعراقة ورغم ذلك لا تعمل على زيادة قدراتها التدريبية الخاصة بها.

ومن ناحية أخرى، إذا ألقينا نظرة على الخرائط التنظيمية لكثير من المنظمات الصحية نجد أن الأوعية المخصصة لإدارة شؤون التدريب لا تعدو أن تكون وحدات صغيرة على مستوى متدنٍ، ويبعد عن الإشراف المباشر لقيادة المنظمة، باعتبار أن التدريب نشاط ثانوي لا تحتاج رعايته وإدارته لأكثر من قسم أو وحدة يعمل بها شخص أو اثنان في درجات وظيفية متدنية¹².

3-3. مراحل العملية التدريبية :

بما أن هذه الدراسة تحاول تحديد أثر ثقافة التدريب السالبة كمعوق للعملية التدريبية يصبح من المهم أن توضح الجوانب المختلفة من العملية التدريبية حتى يسهل رصد تلك الآثار السالبة بصورة أفضل. وتشتمل العملية التدريبية على عدة جوانب ومراحل هي:

1. تحديد الاحتياجات التدريبية:

وهي مرحلة مهمة للغاية، وتمثل البداية الصحيحة للعملية التدريبية الفعالة وفي هذه المرحلة يتم تحديد مشكلات الأداء التي لا تتم معالجتها إلا بالتدريب. حيث تتركز مشكلة التدريب في كثير من الأحيان في عدم تحديد الاحتياجات التدريبية الدقيقة التي تخاطبها البرامج والدورات التدريبية، ومن ثم، فإن الجهد التدريبي يفقد الهدف الدقيق الذي يسترشد به القائمون بالتدريب بتوجيه أنشطتهم واختيارهم لأساليبهم، وبالتالي يحدث ما نلاحظه من تشتت للجهود وتضائل للنتائج من هذا الجهد التدريبي المتزايد¹³. وعلى الرغم من أهمية هذا الجانب من جوانب العملية التدريبية إلا أنه يتأثر كثيراً بثقافة التدريب السائدة مما ينعكس على فعالية هذه المرحلة بالشكل الذي سنوضحه لاحقاً.

2. اختيار المتدرب:

يعد المتدرب أحد عوامل نجاح العملية التدريبية وعصبها ومحورها، وهو هدف التدريب والاستثمار المتوقع من هذه العملية. لذلك فإن اختيار المتدرب للبرنامج التدريبي المعين

¹¹. الصرن، رعد (2002): صناعة التنمية الإدارية في القرن الحادي والعشرين، منشورات دار الرضا، دمشق، ص 406

¹². العزاوي، نجم (2009): جودة التدريب الإداري : ومتطلبات المواصفة الدولية الأيزو 10015 ، دار اليازوري ، عمان، ص 42

¹³. جرادات، أسامة (2000): التدريب الإداري الموجه بالأداء، ندوة التدريب الإداري الموجه بالأداء، بالتعاون مع المنظمة العربية للتنمية الإدارية، دمشق، 10 - 12 سبتمبر.

يحتاج إلى كثير من الدقة والموضوعية مصطحبة معها مراعاة الجوانب الاستثمارية والتموية والتحفيزية¹⁴.

إن عملية اختيار المتدرب يجب أن تؤدي إلى تحقيق غرضين هما:
أ. اختيار الأفراد الذين يمكنهم حسب القدرات الذهنية والنفسية والفنية والبدنية استيعاب البرنامج التدريبي المعين.

ب. اختيار العناصر التي ترغب في العملية التدريبية المعنية، وذلك لعدم جدوى فكرة التدريب الإلزامي بالنسبة للتدريب التخصصي، أو الذي يهدف إلى مواجهة مشكلات أو قضايا تتطلب متدربين مدركين لحجم تلك المشكلات ونوعها.

3. تصميم البرنامج التدريبي:

في هذه المرحلة يتم تحديد نوع ومقدار الجرعة التدريبية المطلوبة. ويبدأ هذه التحديد بوضع الأهداف، ثم المنهج فمحتويات البرنامج والموارد المطلوبة له والفترة الزمنية اللازمة والأنشطة التي يتعين القيام بها والأساليب التدريبية المناسبة الواجب استخدامها. تحتاج هذه المرحلة أيضاً إلى قدر عالٍ من التدقيق والعناية آخذين في الاعتبار المراحل التي سبقتها¹⁵.

4. تنفيذ البرنامج التدريبي:

يتم في هذه المرحلة التي يتم فيها التفاعل العملي والمباشر بين مدخلات العملية التدريبية جميعها من مدربين ومتدربين ومواد وموارد وأساليب ووسائل ووقت. وهي كذلك المرحلة التي يتم فيها العمل الفعلي المؤدي إلى بلوغ الأهداف والغايات. وبالطبع تتوقف على درجة فعالية هذا التفاعل مقدار المخرجات النهائية ونوعيتها.

5. تقويم البرنامج التدريبي:

عملية التقويم عملية مستمرة أثناء البرنامج وعند نهايته وبعد فترات متباعدة أثناء أداء المتدربين لأعمالهم العادية في المنظمات التي ينتمون إليها.
وإن الغرض من هذا التقويم - خاصة عند نهاية البرنامج - معرفة درجة الاستفادة من البرنامج من ناحية المعرفة والمهارات والسلوك. وهذا أحياناً قد يبدو شيئاً نظرياً باعتبار أن التقويم الفعلي يحدث عندما تكون هنالك آثار موجبة على أداء العمل فيما بعد¹⁶.

¹⁴. تريسبي، وليم ر. (2004): تصميم نظم التدريب والتطوير، ترجمة: سعد أحمد الجبالي، مراجعة: عبد المحسن بن فالح اللحيد،

معهد الإدارة العامة، الرياض، ص 595

¹⁵. باغي، محمد عبد الفتاح (2009): التدريب الإداري بين النظرية والتطبيق، دار وائل، عمان، ص 165

¹⁶. توفيق، عبد الرحمن (1998): تقييم التدريب: المردود والعائد على الاستثمار البشري، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، ط1.

6. ما بعد البرنامج التدريبي:

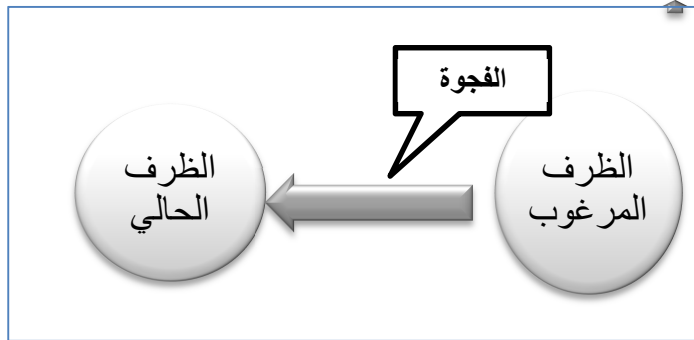
وهنا يتم الحكم النهائي على جدوى البرنامج التدريبي. وتحاول هذه المرحلة أن تجيب على السؤال، كيف أثر البرنامج التدريبي على الأداء الفعلي للمتدرب؟ بمعنى آخر ما هو الفرق بين أداء الشخص قبل التدريب وأدائه بعد التدريب؟ والمفروض أن يحدد هذا الأثر أو الفرق في الأداء من منطلق الفرد وتنميته ومنطلق العمل المباشر وإنجازه ومنطلق المنظمة وتقدمها نحو تحقيق أهدافها¹⁷.

3-4. آثار ثقافة التدريب السالبة على جوانب العملية التدريبية:

وهنا سيتم الربط بين مكونات ثقافة التدريب السالبة (الفهم الخاطئ)، والمفاهيم السائدة (الممارسات الخاطئة) التي وردت في بداية هذا الفصل، وبين جوانب العملية التدريبية حتى نصل إلى مدى إعاقة تلك الثقافة السالبة للعملية التدريبية. ولا بد من التنويه هنا إلى أن هنالك درجة عالية من الترابط والتداخل بين مكونات ثقافة التدريب السالبة، بالإضافة إلى وجود ترابط وتداخل بين جوانب العملية التدريبية. وهذا الاعتبار مهم لتبريد ما قد يحدث من تكرار عند تناول الآثار في كل مرحلة من المراحل.

1. مرحلة تحديد الاحتياجات التدريبية:

تعني الحاجة Need أن هناك نقصاً ما لا بُدَّ من إشباعه، وتعني الاحتياجات التدريبية Training needs أن هذا النقص في المعارف أو المهارات أو الاتجاهات يعبر عن حدوث فجوة بين الأداء الحالي والأداء المستهدف نتيجة قصور المعارف والمهارات والاتجاهات، ويوضح الشكل (2) تعريف الحاجة¹⁸.



الشكل (2) تعريف الحاجة

¹⁷. راي ، ليسلي (2001): كيفية قياس فاعلية التدريب ، ترجمة : حمزة سر الختم حمزة، راجع الترجمة : رباب حسني هاشم ، معهد

الإدارة العامة ، الرياض، ص192

¹⁸. Gupta, kavita (2007): a practical guide to needs assessment, (2nd ed.) , John Wiley & sons, Inc., p15.

وتتعدد أبعاد مفهوم تحديد الاحتياجات التدريبية فهي تتضمن ما يلي¹⁹:

1. المشكلات التي ترغب المنظمة الصحية في حلها عن طريق التدريب.
 2. جملة التغيرات المطلوب إحداثها من معارف ومهارات واتجاهات العاملين للتغلب على مشكلات العمل.
 3. نواحي الضعف والقصور المحتملة في قدرات العاملين أو معارفهم أو اتجاهاتهم.
 4. الأهداف التدريبية التي تسعى المنظمة الصحية إلى تحقيقها في سبيل تحقيق أهداف أكبر لها.
 5. المعارف أو الاتجاهات أو القدرات الفنية والسلوكية المراد تغييرها أو تعديلها أو تنميتها إما بسبب تغييرات تنظيمية، أو تكنولوجية، أو إنسانية، أو بسبب ترقيات أو تنقلات لمقابلة توسعات ونواحي تطوير معينة، أو حل مشكلات متوقعة إلى غير ذلك من الظروف التي تتطلب إعداداً ملائماً لمواجهتها.
 6. مجموعة التغيرات المطلوب إحداثها في الفرد، والمتعلقة بمعلوماته وخبراته وأدائه السلوكي لجعله قادراً على القيام بمهامه الوظيفية بكفاءة أعلى.
- وهكذا نرى أن مفهوم الاحتياجات لا يخرج عن كونه: الفرق بين ما هو كائن وما ينبغي أن يكون عليه المستوى الوظيفي للفرد ليكون قادراً على المساهمة في حل مشكلات منشأته في الحاضر والمستقبل²⁰.

2. مرحلة اختيار المتدربين:

المتدربون هم الجمهور المستهدف من التدريب، ونقطة البدء في اختيار المتدربين هي الهدف التدريبي المبني على تحديد الاحتياجات التدريبية، وبالتالي فإن الاختيار الخاطئ للمتدربين يعني عدم إشباع الاحتياج التدريبي لدى بعض الأفراد، وإخضاع أفراد آخرين قد لا يكون لديهم احتياج تدريبي أو لديهم احتياج تدريبي لا يمكن إشباعه بهذا التدريب. وفي كلتا الحالتين لا يمكن للمنظمة الصحية أن تُعظم المساهمة المحتملة لهؤلاء الأفراد في إنتاجيتها أو أرباحها.

¹⁹. السيد، محمود محمد(2007): الاتجاهات المعاصرة في تحديد الاحتياجات التدريبية، ملتقى الاتجاهات المعاصرة في تحديد

الاحتياجات التدريبية، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، يناير - فبراير، ص 340.

²⁰. السكارنة، بلال(2008): التدريب الإداري، دار وائل، عمان ، ط1، ص ص 89-125

إن الاختيار السليم للمتدربين يجنب المنظمة الصحية ضياع مواردها، أو على الأقل تقليله فإذا ما توفر لدى الأفراد الذين تم اختيارهم للتدريب معارف ومهارات وسلوكيات أعلى أو أقل من الحد الأدنى المحدد للالتحاق بالبرنامج التدريبي، فإنهم إما سيتسربون من البرنامج التدريبي وإما أنهم سيفشلون في أداء وظائفهم في مواقع عملهم. وفي كلتا الحالتين فإن العائد على الاستثمار في حال وجوده من هذا التدريب سيكون منخفضاً²¹.

وهناك مجموعة من العناصر التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند اختيار المتدربين من أهمها:

أ- التركيبة النفسية للمتدرب: التي تتضمن دوافعه ورغباته في التدريب، إذ لا بد أن يكون المتدرب شاعراً بالمشكلة التي يعاني منها وأن يكون مقتنعاً بالتدريب كحل لها²². فالمتدرب الذي لا يشعر بحاجته للتدريب، لن يستفيد إطلاقاً من التدريب مهما كانت دقة خطة التدريب وحماس القائمين على تنفيذها.

ب- التركيبة المهنية للمتدرب: وتتضمن مؤهلاته العملية وخبراته، إذ لا بد أن يؤخذ بعين الاعتبار المؤهلات العملية للمتدرب بحيث تكون متلائمة مع موضوع التدريب حتى يتمكن من فهمه واستيعابه، كما أنه لا بد أن يتوفر لديه الحد الأدنى من الخبرة التخصصية الملائمة لتمكنه من المشاركة الفعالة في التدريب.

ت- التركيبة الديمغرافية للمتدرب: التي تشمل عمره وجنسه وصحته العامة، بما يضمن توفر القدرة الجسمية أو العقلية اللازمة لمتطلبات الوظيفة التي سيخضع المتدرب للتدريب من أجلها.

ث- تركيبة علاقاته مع الآخرين: وتشمل تقبله لفكرة التدريب ضمن فريق واحد، واحتمال إثارته للنزاعات، الأمر الذي قد يعرقل سير البرنامج التدريبي وفق ما هو مرسوم له.

3. مرحلة تصميم البرنامج التدريبي:

تتبع آثار ثقافة التدريب السالبة على مرحلة تصميم البرنامج التدريبي في عدة أشكال. هناك مثلاً عدم شيوع القناعة بوجود علاقة عضوية بين مؤسسات التدريب والمنظمات المختلفة. وهذا التباعد إما أن يؤدي إلى أن يصمم المدربون العاملون في مؤسسات

²¹. تريسي، وليم ر. (2004): تصميم نظم التدريب والتطوير، مرجع سبق ذكره، ص 513.

²². بيورتنس، هاينزرا (2004): التدريب نحو النجاح: طريقك للوصول إلى أهدافك الشخصية والمهنية، تعريب: سامر نصري، مكتبة العبيكان، الرياض، ص 137

التدريب برامجهم على أسس انطباعية، أو أن المؤسسات نفسها عندما تضطلع بمهمة التدريب داخلياً تقوم بتصميم برامج تنقصها المتطلبات العلمية، ومن ثم قد تأتي بمدرسين من مؤسسات التدريب لينفذوا برامج لم يشاركوا في تصميمها على الوجه المطلوب²³. وبذلك يكون تصميم البرنامج قد تأثر سلباً بسبب قصور الفهم الكامل لضرورة وجود علاقة وطيدة بين مؤسسات التدريب والمنظمات الأخرى. وهذا القصور يمثل أحد الجوانب الأساسية في ثقافة التدريب السالبة.

4. مرحلة تنفيذ البرنامج التدريبي:

لقد سبق الإشارة إلى أن هذه المرحلة هي مرحلة التفاعل المباشر بين مدخلات العملية التدريبية. هذه المدخلات تشمل: المدرب، المتدرب، مادة التدريب، الموارد، الوسائل والأساليب، والوقت. فإذا كان تحليلنا حتى الآن قد أفلح في تبيان ثقافة التدريب السالبة على مراحل العملية التدريبية السابقة، فإن تأثر مرحلة تنفيذ البرنامج التدريبي بتلك السلبات يصبح أمراً مفهوماً ومتوقع الحدوث²⁴.

كما أن التناقض بين احتياجات المتدربين_ وهو أمر يتوقع في حالة عدم التدقيق في الاختيار أو ربطه بالحاجات التدريبية- يعقد دور المدرب المنفذ إشرافاً كان أم تدريباً فعلياً. ومن ناحية أخرى فإن الإيعاز بأن المتدرب يفترض أن يكون متلقياً فقط- وهو إيعاز قد يكون مصدره المدرب أو المنظمة التي ينتمي إليها المتدرب- يحرم التفاعل داخل البرنامج من إسهام المتدرب الذي به تكتمل كفاءة ذلك التفاعل.

5. مرحلة تقويم البرنامج التدريبي:

التركيز هنا أساساً على التقويم الذي يتم فور الانتهاء من البرنامج التدريبي. حيث يحاول التقويم في هذه المرحلة الإجابة على سؤال محدد هو : إلى أي مدى استفاد المتدرب من البرنامج التدريبي؟ والمقصود بالاستفادة هنا حصول المتدرب من البرنامج على معلومات جديدة. أو اكتساب مهارات جديدة أو تدعيم مهارات سابقة، أو الوقوف على سلبات سلوكية والإلمام بأسس علاجها.

إن من مظاهر آثار ثقافة التدريب السالبة في هذا المجال، وبالتحديد سوء فهم دور العملية التدريبية، أن المتدرب يقوم البرنامج على معيار حدده مسبقاً، وهو أن البرنامج سيعطيه حلاً جاهزاً لمشكلات محددة تواجهه في عمله. قد يتأتى ذلك أيضاً من ظاهرة تضخيم دور المدرب على حساب دور المتدرب. فكثيراً ما يواجه المدرب بأسئلة المتدربين

²³. توفيق ، عبد الرحمن (2002): العملية التدريبية، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، القاهرة ، ط2، ص 195

²⁴ . Charney, CY & Kathy Conway (2005): The Trainers toolkit, (2nd ed.), AMACOM, New York, p. 265

التي يعرضون فيها حالات محددة ويطلبون منه إعطاء الحل. وهذا معناه غياب فهم دور التدريب كمثير للتفكير، أو كمقدم لتوجيهات عامة لتبني طرق مرنة هدفها علاج المشكلات أكثر من إعطاء الحل المباشر، وإلا يكون في هذه الحالة قد ألغى قدرة المتدرب على التفكير واستنباط الحلول في المواقف العملية التي تواجهه والتي لا يكون المدرب موجوداً فيها بالتأكيد²⁵.

ومن آثار الثقافة السالبة على عملية التقويم أيضاً ميل المتدربين نحو الجوانب الأكاديمية البحتة غير مميزين بين مؤسسات التعليم ومؤسسات التدريب. ومن مظاهر هذا الأثر حديث المتدربين دائماً عن قصر فترة التدريب، أو عن مقارنة شهادات التدريب بالشهادات الأكاديمية المعروفة.

إن التصور الخاطئ لدور العملية التدريبية من قبل المتدرب قد يكون المدرب نفسه مشاركاً في خلق هذا الفهم الخاطئ، مما ينعكس على توقعاته من البرنامج التدريبي الذي التحق به، وبالتالي يأتي تقويمه لهذا البرنامج مبنياً على معايير غير مناسبة بسبب عدم اتساقها مع المفهوم الصحيح للتدريب ودوره.

6. مرحلة ما بعد البرنامج التدريبي:

إن الاستعداد للتطبيق موجود وبشكل حماسي. لكن إمكانية التطبيق هي التي يشوبها كثير من الشك إن لم يكن اليقين بانتقائها. وتتعدد الأسباب لذلك:

أ. إلقاء اللوم على نوعية القيادات الموجودة في المنظمة الصحية، والتشكيك في جدوى الأساليب الجديدة المستفادة من التدريب، وذلك في خضم الشعور بالأمان مع الطرق السائدة. وهذا بالطبع سلوك بيروقراطي معروف وله علاقة بدرجة الشعور بالأمان. ذلك الشعور الذي يلفه دائماً الجديد المبتكر ذو التبعات الجديدة غير المعهودة. وهنا تبرز حاجة قيادة المنظمات الصحية إلى التفكير بحزمة خيارات لنسيجها الثقافي، ومنه ثقافة التدريب دون محاولة الثبات والاستقرار على نوع واحد فقط، حتى ولو كان له دور إيجابي مؤثر على نجاحها²⁶.

ب. الرد بأن الالتحاق بالبرنامج لم يكن الهدف منه أن يحاول معرفة الجديد ليطبقه بعد عودته، وإنما حضوره للبرنامج كان مجرد إجراء روتيني مثله مثل بقية العمليات الروتينية العادية. ويستدل هؤلاء على ذلك بأن رؤسائهم لا يسألونهم مجرد سؤال عن محتويات البرنامج وما تم فيه ناهيك عن سؤالهم عن مدى الاستفادة منه..

²⁵. ثورن، كيني، ديفيد ماضي (2001): كل ما تريد أن تعرف عن التدريب : دليل وافٍ خطوة بخطوة للتدريب والتطوير، مكتبة جرير،

الرياض، ص 85

²⁶. الخفاجي، نعمة عباس (2009): ثقافة المنظمة، دار اليازوري، عمان، ص 95

ت. الرد بأن ما يقلل من حماس المتدربين لتطبيق ما تدربوا عليه هو عدم متابعة المنظمة الصحية لأداء متدريها بعد عودتهم الأمر الذي كان سيشجعهم ويشعرهم أكثر بجذوى ما تلقونه من تدريب.

ث. أثناء حضور المتدربين للبرنامج تم نقلهم إلى مواقع أخرى داخل المنظمة الصحية لا تحتاج كثيراً إلى ما تدربوا عليه في هذا البرنامج.

إن من أهم المعوقات التي ترتبط بالجوانب الثقافية هي:

1. افتقار المتدرب إلى التعزيز والدعم في العمل لتطبيق ما يحصل عليه في البرامج التدريبية.

2. التدخل في بيئة العمل مباشرة للحد من عملية النقل والتحويل.

3. عدم وجود تأييد ودعم من الثقافة التنظيمية السائدة.

4. إدراك المتدربين لبرامج التدريب على أنها غير عملية.

5. عدم وجود صلة بين موضوع البرنامج ومحتوياته.

6. عدم تأييد المتدرب للتغيير وما يترتب عليه من جهد.

7. عدم وجود تأييد أو متابعة من المدرب أو الجهات التدريبية للمتدربين بعد انتهاء البرنامج التدريبي.

8. ضعف تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية من وجهة نظر المتدربين.

9. ضغوط النظراء أو الزملاء لمنع حدوث التغيير.

وإذا أمكن التغلب على المعوقات (1 ، 2 ، 6 ، 9) فإن عملية نقل التدريب سوف تتحسن من خلال فترة زمنية مناسبة. ويلاحظ أن تلك المعوقات الأربعة ثقافية في المقام الأول في حين أن بقية المعوقات ذات صلة بشكل أو بآخر بثقافة التدريب السائدة.

3-5. ملامح ثقافة التدريب الموجبة:

مع سيادة الظواهر السالبة على النحو الوارد في الأجزاء السابقة من هذا البحث، إلا أن هناك ملامح موجبة أخذت تبرز بشكل يشجع على البدء في اتخاذ خطوات عملية تزيد المعدلات الإيجابية في ثقافة التدريب على حساب المعدلات السالبة. من هذه الملامح:

1. بالرغم من كل شيء إلا أن الحديث عن التدريب وأهميته أخذ يكثر في مختلف

المحافل مربوطاً بالمعاصرة وبقاء الأنظمة.

2. في خضم ذلك الحديث أخذت الأصوات تعلو مطالبة بضرورة العمل على رفع القدرات

التدريبية المحلية وصولاً إلى الاكتفاء الذاتي في هذا المجال.

3. نتيجة لما تقدم بدأت مراكز التدريب الخاصة تنتشر باستمرار، مما يدل على زيادة الإقبال على التدريب بوجه عام.
4. انتشار ظاهرة المؤتمرات التدريبية على المستوى القطري والإقليمي، وتزايد أعداد المهتمين والمشاركين في هذه المؤتمرات²⁷.
5. تزايد الطلبات الواردة لمؤسسات التدريب، وتزايد الإقبال على برامجها بصورة ملحوظة. هذه الملامح وغيرها تمثل فرصاً مواتية لبناء ونشر ثقافة التدريب الموجبة أكثر من كونها دليلاً على حدوث تلك الثقافة الموجبة بالفعل. والأمر في النهاية مرهون بما تقدم به أطراف ثقافة التدريب المتمثلة في: مؤسسات التدريب والمدربين والكيانات الإدارية والدولة ومنظمات التنمية الإدارية الإقليمية والدولية.
- إن بناء ونشر ثقافة التدريب الموجبة أمر ليس بالهين، ولكنه بالقطع ليس مستحيلاً، وإن إمكانية حدوثه تعتمد على القناعة بأن نبدأ اليوم وليس غداً. وفي ضوء ذلك يمكن أن تمثل المقترحات التالية توصيات عملية ترمي إلى بناء ونشر تلك الثقافة الموجبة، ومن ثم إزالة أكبر العقبات التي تواجهها العملية التدريبية.
- أولاً: بالنسبة إلى مؤسسات التدريب:**

1. أن تعمل بنفسها على تطوير دورها كمنبر عام للقضايا ذات الصلة المباشرة بالأداء العام، وذلك من خلال وضع برامج مناسبة للندوات واللقاءات العملية والمؤتمرات بنفس درجة الاهتمام بوضع خطط دوراتها التدريبية السنوية.
2. احتضان ذوي الخبرات الفنية والمشهود لهم بالتميز في العمل العام بعد تقاعدهم وتوفير فرص الاستفادة منهم بتوثيق تجاربهم وتنظيم فرص الحوار بينهم وبين الأجيال الجديدة المتمثلة في مجموعات المنتسبين إلى البرامج التدريبية.
3. تطوير وتنويع طرق الاتصال بالمنظمات، من خلال برامج التدريب الميدانية ذات اليوم الواحد مثلاً. ومن خلال الاتفاقات الخاصة مع بعض المنظمات لتنفيذ برامج متكاملة لفائدة الطرفين.
4. ابتداع الطرق الفعالة لمتابعة أداء المتدربين بعد رجوعهم إلى مواقع عملهم كمرحلة لاحقة لتقويم البرنامج التدريبي، مما يشعر المتدربين باهتمام المنظمات ومتابعتها ومساعدتها لهم في توفير فرص تطبيق ما اكتسبوه.

²⁷ . سعادة، يوسف جعفر (1993): التدريب: أهميته والحاجة إليه، أنماطه، تحديد احتياجاته، بناء برامجه والتقييم المناسب له، الدار الشرقية، القاهرة، ط1، ص 74

5. وضع اعتبار خاص لرسم وتنفيذ برامج تدريبية لجمهور المنتفعين، وذلك بالنسبة إلى مراكز التدريب التي تنتمي إلى منظمات معينة مثل تلك التي تتبع للمنظمات الصحية.
6. تأصيل التدريب وربط برامجه بالقيم السائدة والواقع المعاش.

ثانياً: بالنسبة إلى المنظمات:

1. ربط التدريب بالمسار الوظيفي وتبني نظام الدورات الحتمية للترقي من مستوى لآخر.
2. الاستعانة بمؤسسات التدريب لوضع برامج محددة لنقل أثر التدريب إلى واقع العمل من خلال متابعة المتدربين وتقويم أدائهم خلال فترات متباعدة بعد عودتهم من الدورات التدريبية.
3. غرس مفهوم التدريب كواجب ضمني لأي وظيفة إشرافيه وربط ذلك بنظام الإحلال ضماناً لاستقرار المنظمة واستمرارها، وأن ينص ذلك الواجب في مهام الوظائف الإشرافية.
4. تقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا، واختيار أحسن العناصر لإدارتها بأن يكون النقل لشغل وظيفة في إدارة التدريب ميزة لها اعتبارها.
5. إعادة النظر في نظم التحفيز بحيث يكون الالتحاق بالدورات التدريبية من أهم وسائل التحفيز للعاملين.
6. تبني فكرة يوم التدريب كل عام لإبراز ما تم إنجازه من تدريب وتقويمه وبحث طرق تطويره.

ثالثاً: بالنسبة إلى المدرب:

1. البُعد عن التدريس والنمطية في تقديم المادة التدريبية، وإعادة النظر في طريقة تقديمها عند كل دورة جديدة.
2. إعطاء الاعتبار اللازم لدور المتدرب في العملية التدريبية، وذلك بإشراكه في مختلف فعاليات البرنامج التدريبي بشكل ملموس.
3. التركيز على إثارة تفكير المتدرب في التشخيص، وابتداع الحلول والبعد عن الإيعاز بحلول جاهزة.
4. اهتمام المدرب بتنمية ثقافته العامة حتى يتسنى له إقناع المتدربين بأنه ينطلق في مساعدته لهم من فهم متكامل للمشكلات التي يواجهونها والمعطيات البيئية التي تحيط بتلك المشكلات.

رابعاً: بالنسبة إلى الدولة:

1. تنظيم اللقاءات الخاصة ببحث طرق ووسائل بناء ونشر ثقافة تدريبية موجبة في المجتمعات التي تخدمها.
2. تقديم العون للمنظمات الصحية المحلية بالمستوى الذي يساعدها على إبراز أهميتها وتأكيد دورها في إحداث التطور والتغيير.
3. إصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب وتعميم توزيعها ليس لمؤسسات التدريب فحسب، وإنما لسائر المنظمات والأجهزة الإدارية في الدول التي تنتمي إليها.

3-6. أطراف ثقافة التدريب:

ليس القصد من هذه الفقرة مجرد رصد وتحديد أطراف ثقافة التدريب فحسب. ولكن الهدف أن يصاحب ذلك الرصد تبيان لعلاقة كل طرف بالعملية التدريبية، وتوضيح السلوك الذي يصدر عن كل منهم تجاه العملية التدريبية، مما يعطي دليلاً أو مؤشراً على نقشي ثقافة تدريب سالبة عند هذا الطرف أو ذاك.

أطراف ثقافة التدريب الذين سيتناولهم الرصد والتحليل في هذه الفقرة هم: مؤسسات ومراكز التدريب، المدربون، المنشآت والكيانات الإدارية المختلفة، المتدرب، الدولة، ثم المنظمات الإقليمية التي تعنى بأمر التدريب بشكل شمولي ولصالح عدة دول.

1. مؤسسات ومراكز التدريب:

المقصود بتلك المؤسسات والمراكز الجهات التي تقدم التدريب وبتعزيز خاص على تلك التي تنتمي للقطاع العام مثل معاهد الإدارة وأكاديمياتها ومراكزها وبالتركيز أكثر على تلك العاملة في مجال التدريب الإداري، وما يعرف باسم مؤسسات التنمية الإدارية. والمؤسسات المشار إليها، تضطلع بمهمة إحداث التنمية الإدارية في أوساط الخدمة العامة أفراداً ومنظمات. ويمثل التدريب أهم أنشطتها على الإطلاق، وهي بذلك تخدم قطاعاً عريضاً من الأجهزة وأعداداً كبيرة من المتدربين.

لقد شهد عقدا الستينيات والسبعينيات تزايداً في الاهتمام بإنشاء هذه المؤسسات بمختلف مسمياتها. ولم يكن الأمر صدفة، وإنما كانت ظاهرة لها أسبابها المتمثلة في إدراك أهمية وضرورة تنمية كوادرها الوطنية التي ستضطلع بمهام العمل الإداري في مختلف ميادينها. وبرز التدريب المؤسساتي المنظم كأفضل البدائل لتلبية الاحتياجات العاجلة من الكوادر الفنية والإدارية.

وعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي بذلتها تلك المؤسسات، وإسهامها المشهود في تقديم خدمة تدريبية ناجحة للكوادر المختلفة، إلا أنها من خلال بعض الممارسات المرتبطة

بضعف في الثقافة التدريبية تسهم بقدر كبير في إعاقة العملية التدريبية التي يرتبط وجودها أساساً بها.

ومن الظواهر السالبة في ثقافة التدريب عند مؤسسات التدريب نفسها علاقاتها النمطية بالمنظمات المختلفة. والمقصود بالنمطية هنا تقديم الخدمة التدريبية في شكل تقليدي والنظر إلى تلك العلاقة من خلال منظور "خدمة وزبائن" فقط. يقابل هذا بالطبع ضعف في العلاقات التي ترمي إلى أبعد من ذلك، وهو استكشاف أوضاع تلك المنظمات والارتباط الوثيق بها حتى تشعر المنظمات بالحضور الفعال والمستمر لمؤسسات التدريب وتلمس فائدتها المباشرة لها واقعاً وليس تخيلاً²⁸.

من جانب آخر، تقتصر مؤسسات التدريب في معظم الأحيان على تقديم برامج التدريب فقط، ولا تنتبه إلى أهمية دورها في محدودية عدد الندوات واللقاءات العامة التي تنظمها مؤسسات التدريب، والتي من الممكن أن تخلق من خلالها لنفسها موقعاً مهماً في معالجة قضايا المجتمع، الشيء الذي سينعكس إيجاباً على الاهتمام بالتدريب وشمول مفهومه.

كذلك تغفل هذه المؤسسات التدريبية أمراً مهماً وهو مضمون الفائدة لها وللعملية التدريبية بوجه خاص. ويتمثل هذا الأمر في إغفال الاستفادة من المتميزين في العمل العام بعد بلوغهم سن التقاعد. فهناك العديد من الذين آثروا الأداء العام في شتى المجالات، وكان لهم إسهام مشهود في مختلف الميادين.

فمثل هؤلاء كان من الممكن أن يستمر عطاؤهم بعد التقاعد، خاصة من خلال مؤسسات التدريب، وذلك عن طريق احتضانهم وتشجيعهم وتخصيص مكاتب لهم في تلك المؤسسات وتهيئة الفرص لهم ليوثقوا تجاربهم وليسهموا في إثراء الثقافة الإدارية العامة في الندوات واللقاءات العلمية التي تنظمها تلك المؤسسات ومن خلال النقائهم بالمتدربين في الأوقات والمواقف التدريبية المناسبة. وبالتالي فمن خلال هذا التقليد ورعايته تجنى عدة ثمار أهمها: إشعار هؤلاء المتقاعدين بأهميتهم وبعدم انقطاع عطائهم بعد التقاعد. وفي هذا من التحفيز المعنوي الشيء الكثير، وفي ذات الوقت يسهمون في إثراء العملية التدريبية في جانبها المعرفي بشكل ملحوظ.

وهناك جانب آخر يمثل سلبية واضحة في ثقافة التدريب عند مؤسساته، ألا وهو حصر التدريب فقط في الكوادر العاملة في المنظمات الصحية، ولماذا لا تتضمن برامج مثل تلك المراكز برامج توجه للجمهور مثل التدريب على الإسعافات الأولية، وبرامج الصحة

²⁸. بروكس، جل (2001): قدرات التدريب والتطوير : دليل عملي ، ترجمة : عبدالله إسماعيل كتيبي ، راجع الترجمة : عبد اللطيف

بن صالح العبد اللطيف ، معهد الإدارة العامة ، الرياض، ص 43

العامة، وطب الأسرة وغيرها، أو عقد ندوات وبرامج لتعريف الجمهور وتوعيته بكثير من الجوانب الصحية. وهذا ما يشجع موظفو المنظمات الصحية ويزيد من ثقتهم في إمكانية الاستفادة من الدورات التدريبية التي يتلقونها، لأنهم سيتعاملون بعدها مع مرضى متنوعين وذوي خبرات متعددة وعلى درجة كبيرة من معرفة واجباتهم²⁹.

ومن جهة أخرى، فإن عدم قيام المنظمات الصحية بدورها في ريادة التغيير وتبعيته يدعونا إلى القول بأنه قد آن الأوان لمعاهد ومدارس التنمية الإدارية أن يتجاوز دورها مجرد المساعدة على التغيير، إلى أن تكون عنصراً فاعلاً في اكتساب القدرات التي تمكن من التفاعل الحي والإيجابي والمتجدد مع التحولات المتسارعة، وبإلزامها وبالقدر على استشراف المستقبل وابتداع النظم والأساليب التي تمكن من استباق التغيير ومجابهة المستجدات.

ومن الظواهر البيئية في قصور فهم مؤسسات التدريب لدورها في ريادة التغيير، استجابتها التلقائية للنظام البيروقراطي التقليدي السائد، وبناء كل جهودها التدريبية على هذا الأساس دون التفكير الجاد في إمكانية إحداث تغييرات جذرية في هذا النظام.

2. المدربون:

يعاني المدربون أنفسهم ضعفاً في ثقافتهم التدريبية مما يقلل من فعالية العملية التدريبية التي يضطلعون بتنفيذها.

وأول مظاهر هذا الضعف في ثقافة المدرب التدريبية نسيان أن المدرب عامل تغيير نحو الأفضل. وهذا يستوجب البعد بالعملية التدريبية عن المنحنى الروتيني بالشكل الذي يجعل المدرب مثله مثل أي موظف يقوم بعمل إجرائي متكرر لا يعمل فيه فكره ولا يستثير فيه ملكاته الخلاقة. ونتيجة ذلك أن تكون مادته وطريقته التي يقدمها بها جامدة متكررة مما يفقد المتدربين الثقة في جدوى ومردود العملية التدريبية³⁰.

ثاني تلك المظاهر السالبة في الثقافة التدريبية للمدرب إهماله للدور الإيجابي للمتدرب نفسه في إثراء العملية التدريبية. معنى ذلك أن المدرب يجعل من نفسه محور العملية التدريبية، وبالتالي يغرس الفهم الخاطئ بأنه مصدر الحلول للمشكلات ومصدر المعرفة لكيفية أداء الأعمال. وهذا السلوك يقتل ثقة المدرب في إمكانية إحداثه للتغيير بنفسه ويغذي عنده الفهم بأن البرنامج التدريبي سيعطيه حلاً جاهزاً لمشكلات أدائه. وهذا بالطبع لا يعيق العملية التدريبية فحسب، بل يبعدها تماماً عن أهدافها القريبة والبعيدة

²⁹. الصرن، رعد (2002): صناعة التنمية الإدارية في القرن الحادي والعشرين، مرجع سبق ذكره، ص 54

³⁰. Aguinis, Herman & Kurt Kraiger (2009): Benefits of Training and Development for Individual and Teams, Organizations & Society, The Annual Review of Psychology, Vol.60, pp.451-474

ويكرس ما يفترض أن تقوم العملية التدريبية بمحاربته وإزالته من تفكير وسلوك المتدرب. وهذا السلوك من قبل المدرب يقلل من فرص استفادة المتدرب من العملية التدريبية³¹. ومن الضروري أن يعمل المدرب - وفق دوره كمستشار وكمناصر للتجديد والابتكار - على تنمية شعور المتدرب والطمأنينة والثقة للتعبير عن أفكاره، وتطوير قدراته في التشخيص والتحليل، وابتكار الحلول، وتفادي إعطاء حلول تعبر عن التصور الذاتي، وتنمية قدراتهم على حل المشكلات بعيداً عن ضغوط الامتثال والمحاكاة. وتستوجب عملية التدريب قدراً عالياً من الثقة والتفائل، ذلك لأنها تتعلق بالتغيير آنياً كان أم مستقبلياً، وعليه يصبح أهم ما يجب أن تغرسه العملية التدريبية في المتدرب الثقة بإمكانية التغيير والتفائل بحدوثه. وإن المدرب الذي يعاني من ضعف ثقافته التدريبية يعمل على نقيض ذلك تماماً، فتراه متشائماً يحدث المتدربين دائماً عن استحالة تغيير ما هو موجود، وإن الأمل ضعيف مثلاً في الجهاز الحكومي في مثل هذه الظروف أو تلك، وفي خضم هذا التشاؤم كيف نتوقع من المتدرب أن يؤمن بأي قدر من الجدوى للعملية التدريبية³².

وهناك جانب آخر، فحواه أن كثيراً من المتدربين يحصرون أنفسهم في معرفة المادة التي يقدمونها وطريقة تقديمها. هذا حسن، ولكن ثقافة التدريب الموجبة تستلزم أن يكون المدرب ذو ثقافة عالية وإلمام بكثير من الأمور ذات الصلة بالأداء العام، وعلى قدر عالٍ من الوعي بما يجري في البيئة السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المجتمع. وسبب ذلك أن الأداء الذي يعمل المدرب على تحسينه يتأثر مباشرة بمعطيات في البيئة، فلا يمكن أن تفهم مشاكل الأداء وأبعادها إلا من خلال حصيلة ثقافية واسعة يلزم توفرها عند المدرب. ومن أمثلة القصور في هذا الجانب أن بعض المدربين يصرون على تقديم مواد تدريبية مثلاً لتطبيق بعض النظم أو الأساليب أو التقنيات، يقدمونها بنفس الصورة التي يمكن أن تنفذ بها في ظروف اقتصادية متيسرة، دون وضع الاعتبار كيفية تعارض ذلك مع واقع البيئة الاقتصادية المحلية والتي ينتمي إليها هؤلاء المتدربين. إن قصور ثقافة المدرب تحصره في دور المدرس، في حين أن المدرب الفعال (صاحب الرسالة)، وأن المدرب الفعال ينطلق من منطلق الإحساس العميق والإيمان القوي

³¹ Charney, CY & Kathy Conway (2005): The Trainers toolkit, (2nd ed.), AMACOM, New York, p.8

³² باورز ، بوب (2004): المدرب المتميز : فن إيصال الرسالة التدريبية ، ترجمة : سعد بن هادي القحطاني ، راجع الترجمة : د.

مريم بنت عبدالله الصبان ، معهد الإدارة العامة ، الرياض، ص 85

برسالته بما يؤدي إلى تطوير معارفه ومهاراته لامتلاك القدرة في التأثير الإيجابي على المتدربين لإدراك تلك الرسالة والافتتاح بها والتعاون لتحقيقها³³.

3. المنظمات:

يشتمل الحديث في هذا الجانب على النظم السائدة في المنظمات، والقيادات التي تعمل فيها سواء أكانت على المستويات العليا أم الوسطى. وضعف ثقافة التدريب داخل المنظمات يرتبط أساساً بنوع الثقافة التنظيمية التي تسود فيها. ومن أمثلة السليبيات المرتبطة بالنظم، عدم ربط التدريب بالمسار الوظيفي ووضع خطط متكاملة لنوعية التدريب المطلوب مع تدرج الشخص في عمله، والتدريب داخل المنظمات كثيراً ما يتم في خطط متقطعة لا رابط بينها. ومن جانب آخر، هناك معوقات ثقافية داخل بعض المنظمات الصحية لا تسمح بنقل أثر التدريب إلى الواقع العملي. إن ضعف ثقافة التدريب داخل المنظمات يتمثل أساساً في إعاقة نقل أثر التدريب إلى الواقع العملي، وكما أن التقليل من شأن التدريب يجعله أول المجالات التي يطالها تخفيض الموازنات، والإيحاء بضالة قدر التدريب من خلال حجم الأوعية الهيكلية التي تخصص له، ونوع الأشخاص الذين يعملون في الإشراف عليه.

4. المتدربون:

لا بد من الإشارة في البدء إلى أن ضعف الثقافة التدريبية للمتدرب قد يعود في المقام الأول إلى تقصير بقية الأطراف في القيام بدورها تجاه المتدرب، ويقصد في هذا الصدد مؤسسات التدريب والمدربون على وجه الخصوص. ورغم ما تقدم إلا أن هناك قصوراً من جانب المتدرب يتمثل في الجوانب التالية³⁴: أ. تدني ثقته في إمكانية التطوير والتغيير في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة، أو في ظروف وجود قيادات داخل المنظمة غير مرغوب فيها. وبذلك يكون المتدرب غير مهني نفسياً أو يائساً تماماً من إمكانية حدوث أي تغيير نحو الأحسن. ب. في ظل الإحساس بعدم إمكانية التغيير، يأتي الإحساس تلقائياً بعدم جدوى وسيلة التغيير المتمثلة في العملية التدريبية.

³³. توفيق ، عبد الرحمن (2007): المدربون الناجحون : ماذا يفعلون ولا يفعلون من التصميم إلى التقييم ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، القاهرة ، ط1، ص 306

³⁴. العوض، عمر أحمد محمد (1999): ثقافة التدريب وأثرها على العملية الإدارية، مجلة السودان للإدارة والتنمية، أكاديمية السودان للعلوم الإدارية، الخرطوم، يناير، المجلد التاسع عشر، العدد الأول، ص ص 40 – 88.

ت. هناك استسلام من جانب بعض المتدربين لمفهوم الدور المطلق للمدرب، وأنه- أي المتدرب- ما عليه إلا أن يستمع ويحصل على حلول جاهزة من المدرب لمشكلات الأداء التي يعاني منها.

لا بد إذاً للعملية التدريبية أن تتأثر سلباً بثقافة التدريب عند المدرب، لأن معنى ذلك الضعف تعطيل أحد المدخلات الأساسية في العملية التدريبية.

5. الدولة:

كثيراً ما نتحدث الحكومات عن أهمية التدريب وضرورته وحتمية توفيره على أوسع نطاق داخل الدول. لكن المتأمل لسلوك الحكومات تجاه التدريب لا يسعه إلا أن يشك في مدى عمق إيمانها بما تقول عن التدريب.

ومن الظواهر الواضحة في هذا المجال ضعف الاهتمام بتنظيم الجهد التدريبي من قبل الدولة. والمقصود بالتنظيم هنا وضوح السياسات وبناء الأجهزة اللازمة لاستيعاب الجهد التدريبي. وهناك في كثير من الأحيان عدم وضوح بالنسبة للسياسات التي ترسمها الدولة للتدريب خاصة من حيث الأهداف والاستراتيجيات. كذلك يشكو كثير من المهتمين بأمر التدريب من غياب الأجهزة الفعالة التي تشرف عليه، بالرغم من سيادة التوجه نحو النظام المؤسساتي لمختلف الأنشطة.

وهناك مسألة أخرى سبقت الإشارة إليها، وهي مسألة خفض موازنات التدريب كأول خطوة تتم عند النظر في أمر تخفيض الإنفاق العام. والأمثلة كثيرة في هذا الصدد لقرارات مفاجئة بإيقاف التدريب في الخارج أو بتعطيل خطط التدريب القائمة، وغير ذلك مما يوحي بسيادة مفهوم ثانوية التدريب وتواضع مكانته عند واضعي سياسات الدولة.

كذلك من أمثلة ضعف النظرة إلى التدريب من قبل الحكومة، عدم إعطائها لمؤسسات التدريب حقها من الاهتمام والدعم في الواقع العملي. وإهمال خلق كادر من المدربين الأكفاء والاحتفاظ بهم وذلك من خلال شروط الخدمة المتدنية التي توضع لهم.

في ظل هذه الممارسات السالبة من قبل الدولة يتنامى الشعور لدى بقية الأطراف بعدم جدوى بذل جهد جاد في مجال التدريب مما يؤثر بالطبع سلباً على العائد المطلوب من العملية التدريبية.

6. المنظمات الإقليمية:

ويقصد بها المنظمات التي تربط بين عدة دول لتوحيد وتناسق جهودها التدريبي وترقيته. ومن أمثلة هذه المنظمات المنظمة العربية للتنمية الإدارية. وإن دور مثل هذه المنظمات في بناء ونشر ثقافة التدريب الموجبة ضعيف للغاية. ويتمثل هذا الضعف في ضعف علاقاتها العملية

بمؤسسات التدريب القطرية من جانب تقديم العون لها في تأهيل مدربيها ورفع قدراتها بشكل عام. كما أن دورها في نشر الوعي التدريبي غير ملموس بالصورة الفاعلة.

إن وضع مثل هذه المنظمات يمكنها من استغلال علاقاتها بالحكومات لبذل جهد أكبر نحو ثقافة التدريب، ولكن هذا الوضع غير مستغل بالمستوى المطلوب. ومن مثالب ممارسة هذه المنظمات لدورها اهتمامها أكثر بالمستوى الجزئي المتمثل في بعض الدورات التدريبية في معظم الأحيان، وإغفالها للمستوى الكلي الذي يأتي في مقدمته بناء ثقافة التدريب الموجبة ونشرها.

وهكذا يتضح في ضوء التحليل السابق مدى إسهام كل طرف من أطراف ثقافة التدريب في ضعف العملية التدريبية، من خلال سيادة الجوانب السلبية في ثقافتا التدريب، ولا بد من الإشارة هنا إلى تداخل وتكامل أدوار هذه الأطراف خاصة عند النظر في كيفية بناء ثقافة التدريب الموجبة.

وخلاصة القول، تقوم ثقافة التدريب الحديثة على أن التدريب طريق التقدم والتطور والتنمية، وأنه للاستفادة لا للترفيه، كما أنه ليس للاحتياج الحالي فقط بل للاحتياج المستقبلي، والتدريب الحديث تدريب جاد يقوم ببرامج قوية تراعي متطلبات المتغيرات والمستجدات.

الفصل الرابع: أثر أبعاد ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية

1-4. القيم

2-4. المعتقدات

3-4. اللغة

4-4. الاتجاهات

5-4. العادات والتقاليد

6-4. المعارف الثقافية

7-4. الافتراضات

8-4. التغيير الثقافي

9-4. التنوع الثقافي

10-4. الاتصال الثقافي

11-4. الأخلاق

إن الثقافة هي ذلك المركب المتفاعل من القيم والعادات والتقاليد والاتجاهات والأفكار والقوانين التي تسود الناس والمجتمع، وتوفر درجات من الوعي، يتشكل عبرها السلوك الإنساني. ولكل منظمة باعتبارها قطعة من المجتمع ثقافة خاصة بها تحدد من خلالها قواعد السلوك المطلوب. وثقافة المنظمة كثافة المجتمع تمثل منظومة القيم التي يعتنقها العاملون والمؤثرة على سلوكيات الأداء، أو هي نظام من القيم المشتركة والمعتقدات والتي ينتج عنها قواعد للسلوك. وتعد ثقافة التدريب بأبعادها المختلفة المتمثلة في القيم والمعتقدات والافتراضات واللغة والعادات والتقاليد وغيرها إحدى الثقافات الفرعية المكونة لثقافة المنظمة، وهي تلعب دوراً مهماً في تكوين وتشكيل وتحسين وتطوير الجودة في الخدمات الصحية المتنوعة.

4-1. القيم: Values

وهي الرغبات العاطفية الواعية أو احتياجات الناس التي توجه السلوك وترشده ، وهي القيم الشخصية الفردية التي توجه السلوك وتنظم العمل. وتعد مجموعة القيم الشخصية مهمة كونها توجه الشخص وتمكنه من التصرف بثبات في المواقف المختلفة. والقيم هي أفكار المجتمع حول ما هو صحيح أو خاطئ، كالاعتقاد بأن من يؤذي شخصاً ما جسدياً هو عديم الأخلاق. وتعتبر القيم من جيل إلى آخر من خلال اتصالها بأنظمة التعليم والأديان والمجتمعات والمنظمات¹.

ويمكن القول إن هناك مستويين من القيم التي تسود أي منظمة صحية سواء أكانت ناجحة أم متعثرة، هذان المستويان هما²:

1- القيم التنظيمية والتي تسود المنظمة ككل: وهي مجموعة القيم التي تعاقب العاملون على تطبيقها في المنظمة الصحية، وهذه القيم هي النواة للثقافة التنظيمية بشكل عام وثقافة التدريب بشكل خاص. هذه القيم غير ظاهرة أو غير ملموسة لكنها تظهر أوضح ما يكون عند وضع الأهداف والخطط ورسم السياسات وتحديد نظم وطرق العمل. وتلعب الإدارة العليا إذا استمرت في تبني نفس القيم دوراً كبيراً في ترسيخها، كما يلعب المجتمع والثقافة التي تسوده دوراً في إرساء العديد من القيم التنظيمية، فالمنظمة ما هي إلا امتداد للمجتمع.

¹ . Ivancevich, John M. & et.al (2011): Organizational Behavior and Management, (9th ed.), Mc Graw – Hill, Inc., New York, p. 36

² . عصفور، أمل (2008): قيم ومعتقدات الأفراد وأثرها على فاعلية التطوير التنظيمي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، ص 98.

2- **قيم ومعتقدات العاملين:** والتي تحكم وتوجه سلوكياتهم وتصرفاتهم داخل العمل مع الرؤساء والمرؤوسين والزملاء. والرأي الأرجح أن قيم العاملين هي القيم الأكثر مرونة، والتي يمكن للعاملين تغييرها لتتفق مع القيم التنظيمية، لكن على الرغم من ذلك لا يمكن أن نغفل أن عدم اتفاق قيم ومعتقدات العاملين الشخصية مع قيم المنظمة الصحية التي يعملون بها لا يدفع العاملين للتميز والإنجاز والابتكار.

أي إنه لتحديد القيم التنظيمية السائدة داخل أي منظمة صحية، لا بد لإدارة الموارد البشرية بالتعاون مع المديرين المباشرين على مستوى كل الوحدات والإدارات اتباع الخطوات التالية³:

- تعريف وتحديد قوة وسيادة القيم التنظيمية التي يتشارك فيها العاملون حاليًا.
- دعم والتزام قيادة المنظمة الصحية بتطوير وتعديل القيم الحالية وإرساء قيم تنظيمية أكثر توافقًا.
- تحديد الدور الذي سيقوم به المديرون التنفيذيون في قيادة عملية تطوير القيم.
- عمل خطة متعاقبة المراحل لإرساء القيم التنظيمية المرغوبة لتحقيق الرؤية المستقبلية، مع وضع أدلة مكتوبة للقيم الحالية والقيم المرجو تطويرها، تتضمن هذه الأدلة توصيف القيم، ووضع التوصيف في عبارات موجزة سهلة الفهم والتطبيق، وتهدف هذه الأدلة إلى وضع معايير للتقييم ذات بعد مستقبلي تلتزم المنظمة بالعمل به، ويعتبر دليلاً يتم على أساسه وضع الخطط والاستراتيجيات، كما أنها من عناصر الثقافة التنظيمية المكتوبة، والتي تسلمها الأجيال القديمة للأجيال الجديدة، حيث إن المنظمة الصحية هي الأبقى، كما تتضمن الخطة تحديد معايير السلوك التي تؤكد وجود هذه القيم، ووضع معايير للأداء المرتبط بهذه القيم.
- عمل مناقشات جماعية على مستوى العاملين في جميع المستويات الإدارية، لمناقشة إمكانية تعديل القيم التنظيمية، ووضع توصيف جماعي للقيم التنظيمية المعدلة أو المطورة.
- وضع خطط وسياسات التحفيز التي تنمي السلوكيات المرغوبة.
- بقدر الإمكان، لا بد أن يظهر العمل المقترن بالرغبة في التغيير في كل مرحلة من مراحل العمل اليومية والسنوية والاستراتيجية، وهذا هو أساس نجاح أي منظمة صحية.
- لا بد من إعداد وتصميم مجموعة من البرامج التدريبية لكل العاملين في المنظمة الصحية بدءاً

³ . عصفور، أمل (2008): قيم ومعتقدات الأفراد وأثرها على فاعلية التطوير التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 113

بالإدارة العليا، وبذلك نضمن مساهمة كل فرد في المنظمة الصحية في عملية التغيير.

- لا بد أن تتضمن البرامج التدريبية الجوانب التالية:

1- السلوك المتوقع من العامل تجاه الرؤساء والمرؤوسين والزملاء.

2- كيفية اتخاذ القرار وفقاً للقيم التنظيمية المستهدفة.

3- تحديد الجوانب المهمة في الأداء والتي تركز عليها المنظمة الصحية.

- قبل البدء في التدريب، لا بد من توضيح الهدف من إعداد العاملين وتدريبهم، وتوضيح دور

القيم التنظيمية في تحقيق الرؤية المستقبلية، وتحديد المنافع التي ستعود على العاملين من عملية

التغيير ولا بد أن تتفق هذه المنافع مع قيم العاملين ومعتقداتهم.

ويوضح Woods: 1996 القيم الست الرئيسية لثقافة الجودة في المنظمة الصحية وعلاقتها

بثقافة التدريب والثقافة التنظيمية وهي: "الجميع كل متكامل (المنظمة الصحية، الموردون،

المرضى)، عدم السماح بتقليل شأن الآخرين أو التصرف بشكل متعالٍ، ضرورة الاتصال والانفتاح

والصدق، الجميع له الحق في الولوج إلى المعلومات التي يحتاجها، ضرورة التركيز على العمليات،

لا يوجد فشل أو نجاح، بل هناك تعلم من التجارب"³.

وهناك صياغتان للقيم في المنظمة الصحية، الأولى تتعلق بصياغة قيم المنظمة وتعرض

خارج المنظمة وتوجه للمجتمع والموردين والعملاء، وتتعلق الثانية بصياغة قيم المنظمة وتعرض

داخل المنظمة، وتتعلق بإدارة العاملين بالمنظمة، وهذه القيم الداخلية تكون مفهومة ضمناً في تعزيز

وتحسين جودة الخدمة الصحية⁴.

4-2. المعتقدات: Beliefs

وهي عبارة عن أفكار مشتركة حول طبيعة العمل، والحياة الاجتماعية في بيئة العمل، وحول

الكيفية التي يتم من خلالها إنجاز العمل والمهام التنظيمية، فهي الوسيلة التي يسعى الأفراد من

خلالها إلى إشباع القيم التنظيمية ويعتقدون أنها الأنسب والأفضل.

³ . Woods, John A. (1996): The Six Values of a Quality Culture: Building a culture to develop committed employees, delighted customers and continuous improvement, CWL publishing Enterprises, Madison, Wisconsin , p. 3

⁴ . إصدارات بميك (2005): الجودة الشاملة : الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، القاهرة ، 94.

مما سبق يدل على أن المعتقدات ثوابت راسخة لا تتغير، تؤخذ كمسلمات لا تقبل التشكيك فيها، تنتقل من جيل إلى آخر دون تغيير، ويمثل الدين أو العقيدة الدينية القاعدة أو الأساس الذي تقوم عليه ثقافة التدريب وثقافة المنظمة الصحية، حيث تستمد منه شرعيتها وأسباب وجودها⁵. وتؤثر المعتقدات الدينية في مفهوم الفرد ونظرته للحياة ولنفسه وللآخرين، وتؤدي المعتقدات الدينية دوراً هاماً في مجال ثقافة التدريب في المنظمة الصحية.

3-4. اللغة: Language

وهي مجموعة من الرموز الكلامية التي تعكس الثقافة الخاصة بالمنظمة الصحية⁶. وتعمل اللغة التي تستخدم في الاتصال اليومي بين العاملين على الاحتفاظ بحيوية ثقافة التدريب ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية. وتعرف اللغة بأنها : " مجموعة من المفاهيم والمصطلحات التقنية التي يبتكرها العاملون والإدارة فيما بينهم، وكذلك الكلمات والعبارات التي تكون ذات دلالات ولا يفهمها إلا العاملون في المنظمة فقط كونها من ابتكارهم. ويمكن ترجمة هذه اللغة إلى مجموعة من القيم والمفاهيم التي يتبين للإدارة العليا مدى اتفاقها أو اختلافها مع القيم التنظيمية المرغوبة⁷.

وبذلك تعد اللغة أداة اتصال وجزءاً لا يتجزأ من الصفات المنسوبة إلى منظمة ما، أو مجموعة من المنظمات⁵. ومن خلال اللغة تعبر ثقافة التدريب في المنظمة الصحية عن نفسها، ويتصل أفراد هذه الثقافة مع بعضهم بعضاً من خلالها، أي أنها تعد بمثابة المفتاح الذي يستخدمه العاملون والإدارة للولوج إلى ثقافة ما والتعرف عليها وفهمها، ولا يُقصد في هذا الصدد اللغة المكتوبة أو المنطوقة (اللفظية) فقط، بل أيضاً اللغة غير اللفظية والمتمثلة في الإيماءات، والإشارات وتعبيرات الوجه ونظرات العين ونبرة الصوت وحركة اليدين.....الخ.

⁵ . الصرن ، رعد (2014): إدارة الجودة الشاملة في المشروعات الصغيرة، منشورات جامعة دمشق، برنامج إدارة المشروعات الصغيرة والمتوسطة ، ص 114

⁶ . المرسي ، جمال الدين (2007): الثقافة التنظيمية والتغيير، مرجع سبق ذكره، ص 28

⁷ . الفاعوري، رفعت عبد الحميد (2005): إدارة الإبداع التنظيمي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة ، ص 264

⁵ . عبد اللطيف، عبد اللطيف (2001): العلوم السلوكية في التطبيق الإداري : السلوك التنظيمي ، منشورات جامعة دمشق ، كلية الاقتصاد ، ط 3 ، ص 196.

4-4. الاتجاهات: Attitudes

تعد الاتجاهات أحد المفاهيم التي ابتكرها علماء النفس Psychologists كمحاولة للتعرف على حقيقة ما يدور داخل العقل البشري المسمى في الوقت الحاضر اسم الصندوق الأسود Black Box والذي يعتبر مصدراً لتلك الأشكال المختلفة والأنماط المتباينة من سلوكيات العملاء (المرضى)، كونها تعتبر بمثابة النظام المتطور للمعتقدات والمشاعر والميول السلوكية التي تنمو وتتطور وتستمر مع نمو العميل وتطوره.

وتعرف الاتجاهات على أنها: "تنظيم متكامل من المفاهيم والمعتقدات والعادات والميول السلوكية" ⁶. ويقول Greenberg & Baron في عام 2004 إن معرفة اتجاهات الأفراد نحو العمل ليست عملية سهلة، والملاحظة قد لا تظهر شيئاً، وسؤال الأفراد بشكل مباشر قد لا يعطي نتائج مفيدة، حتى ولو رغب الأفراد في الإفصاح عن ذلك. في حين أن الاتجاه نحو العمل Word- Related Attitude هو المجموعة المستقرة نسبياً من المشاعر والمعتقدات والنزاع السلوكي تجاه العمل نفسه، والظروف التي يؤدي فيها، والأفراد الذين يتعامل معهم ⁷. وهذا كله ذو تأثير فعال على بناء ثقافة التدريب في المنظمات الصحية ودورها الفعال في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية.

وتظهر أهمية دراسة الاتجاهات في بناء ثقافة التدريب في النقطتين التاليتين ⁸:

أ. إن الاتجاهات النفسية تؤثر في سلوك المرضى، وعلى الأخص رضاهم وولاءهم للمنظمة الصحية. كما أن تطوير المنظمات الصحية يحتاج إلى تطوير في مشاعر واتجاهات العملاء (المرضى) تجاه مسائل محددة.

ب. إن الاتجاهات النفسية هدف مطلوب تحقيقه بشكل إيجابي. فأى منظمة صحية مطالبة بتحسين معتقدات ومشاعر المريض تجاه الخدمات الصحية المقدمة فيها، وبالتالي فإن تحسين الاتجاهات النفسية هو هدف في حد ذاته.

⁶. القريوتي، محمد قاسم (2000): السلوك التنظيمي: دراسة للسلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة، دار الشروق، عمان، ط3، ص 168.

⁷. جرينبرج، جيرالد، روبرت بارون (2004): إدارة السلوك في المنظمات، تعريب ومراجعة: رفاعي محمد رفاعي، د. إسماعيل علي بسيوني، دار المريخ، الرياض

⁸. ماهر، أحمد (2009): السلوك التنظيمي: مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية، ص 217.

ولضمان الوصول إلى نتائج ذات فاعلية من دراسة أثر ثقافة التدريب في المنظمات الصحية على تحسين جودة الخدمة الصحية لا بد من دراسة مكونات الاتجاه الثلاثة وهي⁴:

1. المكون الإدراكي (المعرفي) : Cognitive Component

ويتعلق بما يتوفر لدى الفرد من معلومات عن الشيء أو الفرد الآخر أو المكان أو الموقف موضوع الاتجاهات. وهذه المعلومات تتضمن ما يلي⁵ :

- الإدراك بوجود الشيء أو الفرد أو المكان أو الموقف.
- الاعتقاد Belief بمدى أهمية وفاعلية خصائص Attributes هذا الشيء أو الفرد أو المكان أو الموقف.
- الأحكام Judgments التي تتعلق بالأهمية النسبية لهذه الخصائص أو الصفات المميزة للشيء أو الفرد أو المكان أو الموقف موضع الاتجاهات.

أي أن هذا المكون من مكونات الاتجاه يتعلق بكيفية استقبال الفرد للشيء موضع الاتجاهات وتقييمه للخصائص المميزة له.

2. المكون العاطفي (الوجداني) : Affective Component

ويتعلق بالعواطف والمشاعر Emotions & Feelings التي يتم التعبير عنها في صورة مواتية تجاه الشيء موضع الاتجاهات. أي أنه يجب أن يصاحب الفكرة التي لدى الفرد والتي تكون قد تكونت من خلال خبراته وتجاربه أو قراءاته أو تعامله السابق وبعض المشاعر التي تدعم هذه الفكرة. فمثلاً قد يكون لدى الفرد الذي سئل عن اتجاهاته في المرحلة السابقة حيال المنظمات الصحية مشاعر المحبة أو الكره.

3. المكون السلوكي : Behavioral Component

ويتعلق بتوقعات الفرد المريض Expectations لسلوكه نحو الشيء أو الفرد أو المكان أو الحدث موضع الاتجاهات، أي أن هذا المكون يعكس الاستعدادات أو النزعات السلوكية للفرد تجاه

⁴ . Robbins, Stephen P. (2005): Organizational Behavior, (11th ed.), Pearson education, Inc., N.J. ,p.78

⁵ . المرسي ، جمال الدين محمد ، ثابت عبد الرحمن إدريس (2001): السلوك التنظيمي : نظريات ونماذج وتطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، ص 267.

الأشياء أو الأفراد أو الأحداث أو الأماكن. وقوة الميل السلوكي تشير إلى درجة احتمال عالية للقيام بالسلوك⁶.

4-5. العادات والتقاليد:

وهي مجموعة من القواعد والتعليمات غير المكتوبة، والتي تحدد ما يجب على الأفراد والجماعات داخل المنظمة الصحية إتباعه في المواقف المختلفة، وهي مجموعة من القواعد السلوكية المتوارثة والشائعة والملزمة لكل فرد، ويعد الخروج عليها خروجاً عن المؤلف، وخروجاً على إرادة الجماعة، غير أنها قابلة للتغيير والتعديل بمرور الوقت والأوضاع التقنية والاقتصادية، وبما يتماشى مع القيم الأصلية السائدة في المجتمع⁸.

وتساهم العادات والتقاليد في تعزيز ثقافة التدريب وفي تحسين جودة الخدمة الصحية، كونها أنشطة ذات صبغة متكررة تعكس وتعزز القيم الرئيسية في المنظمة الصحية، ومجالات التركيز فيما يتعلق بالأهداف والأهمية النسبية للمراكز أو الأفراد⁷.

4-6. المعارف الثقافية: Knowledge's

عرّف Hodgetts & Luthans: 2003 الثقافة بأنها: "معارف مكتسبة يستعملها الناس لتفسير التجارب وتوليد السلوك الاجتماعي. وهذه المعارف تشكل القيم وتخلق الاتجاهات Attitudes وتؤثر على السلوك"⁹. وبسبب الثقافات المختلفة الموجودة في المنظمات الصحية، فإن فهم أثر الثقافة على السلوكيات يعد أساسياً لدراسة ثقافة التدريب في المنظمات الصحية. فإذا لم يتعلم مديرو المنظمات الصحية ثقافة بلدانهم والبلدان التي يتعاملون معها، فإن النتائج تكون مخزية. وتعد المعارف الخاصة بثقافة التدريب وثقافة الجودة أساساً للمنافسة العالمية، خصوصاً بعد التطورات التي لحقت بتقانات ووسائل الاتصالات والمعلومات. وإن النقل الفعال لهذه المعارف

⁶ . Harrell, Keith D. (2004): Attitude is everything for success: say it, believe it, receive it, Hay House, Inc., California , p. 123

⁸ . عريض، محمود (2008): تأثير القيم الثقافية على إدراك نزلاء الفنادق لجودة الخدمة: دراسة ميدانية على القطاع الفندقى بسورية، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، ص 42.

⁷ . المرسي ، جمال الدين (2007): الثقافة التنظيمية والتغيير، مرجع سبق ذكره، ص 25

⁹ . Hodgetts, Richard M. & Fred Luthans (2003): international Management, (3rd ed.), the McG raw – Hill companies, Inc; Singapore, P.108

سيصبح أمراً حاسماً في المنظمات الصحية لأن المعارف الجديدة المرتبطة بثقافة التدريب تشكل الأساس المتين للتطوير الفعال في تصميم المنظمة الصحية وتطويرها وخلق الميزة التنافسية Competitive Advantage التي يمكن اكتسابها من ثقافة التدريب ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية. ويتطلب فهم إدارة عمليات المعارف في المنظمات الصحية تطوير جوانب متعددة في تعقيدات اكتساب المعرفة ونقلها ودمجها. وهذا سيتم بالطبع من خلال قدرة المنظمات الصحية على استخدام التقانة وتطبيقاتها المختلفة¹⁰.

والجديد في إدارة المعارف اليوم هو استعمال التقانات المعاصرة للمعلومات كالإنترنت Internet والإنترانيت Intranets ومستودعات (مخازن) البيانات Data warehouses ووكلاء البرمجيات Software Agents لتنظيم وتسهيل وتعجيل إدارة المعرفة على مستوى المنظمة الصحية. ويربط مديرو المنظمات الصحية ثقافة التدريب بإدارة المعرفة عن طريق التعليم الجماعي Collective Learning والتعلم المستمر Continuous Learning ورعاية الملكية الفكرية Intellectual Property Cultivation والمنظمة الصحية المتعلمة¹¹.

إن مديري المنظمات الصحية الأكثر نجاحاً هم القادرون على تنظيم سلوكياتهم ليكونوا أعضاء فاعلين في منظماتهم. وهذا لا يتضمن طبيعة وظائفهم فقط ، ولكنه يستوجب القدرة على الحياة في المجتمع ، والتكيف مع الفروق الثقافية بين موظفيه وأعضاء المجتمع الجديد. وليس هناك معادلة ثابتة لاكتساب المعارف الثقافية، إلا أن المديرين ومن خلال الوسائل المتعددة للتعليم والتدريب يمكن أن يصلوا من خلال جودة خدماتهم الصحية إلى المستوى الثقافي الملائم الذي يسمح لهم بالقيام بمهامهم على أكمل وجه. ولسوء الحظ قد نجد العديد من المديرين المغتربين Expatriate Managers والعديد من المنظمات الصحية متعددة الثقافات تتردد في إرسال مديريين إلى الخارج خوفاً من الفشل في مهامهم¹².

¹⁰ . باجات، رابي وآخرون (2003): الاختلافات الثقافية في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود: إطار عمل مؤحد، ترجمة: إبراهيم بن علي الملحم، راجع الترجمة: فهد بن معيقل العلي، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثالث والأربعون، العدد الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض، ص 145

¹¹ . Barnes, Stuart (2002): Knowledge Management Systems: Theory and Practice, Thomson Learning, P.21

¹² . Holt, David H. & Karen W. Wigginton (2002): international Management, (2nd ed.), Harcourt college publisher's, Inc., Fort Worth, P.308

4-7. الافتراضات: Assumptions

تتمثل الافتراضات الأساسية في القيم والمعتقدات الراسخة التي تحولت مع مرور الوقت ودوام الممارسة إلى مسلمات بديهية لا يمكن التشكيك فيها. وهذه الافتراضات هي الحصيصة النهائية الناتجة عن نضج ثقافة المنظمة الصحية. ومع هذا النضج تتحول معظم القيم إلى افتراضات أساسية.

وتتناول هذه الافتراضات العديد من جوانب السلوك الإنساني والعلاقات الإنسانية داخل المنظمة الصحية، فهي بمثابة العقد النفسي غير المكتوب الذي يعني مجموعة من التوقعات المتبادلة بين الفرد والمنظمة، مثال ذلك توقعات القادة من الأفراد وتوقعات الأفراد من القادة، والتوقعات المتبادلة بين العاملين.

ويشترك أعضاء المنظمة الصحية بالحقائق المسلم بها كنتيجة لتجربتهم المشتركة، ولا بد من توضيح لماذا تغزو ثقافة التدريب كل جانب من جوانب الحياة التنظيمية Organizational Life. ولأن هذه الادعاءات والافتراضات تترك آثاراً هامة أثناء وقوع الأزمات. حيث تؤثر الافتراضات الشائعة على ثقافة التدريب في المنظمات الصحية من خلال عوامل متعددة أهمها: العلاقة بالبيئة، وطبيعة الحقائق والوقت والفراغ، وطبيعة النفس البشرية، وطبيعة النشاط الإنساني، وطبيعة العلاقات الإنسانية¹³.

وغالباً ما يشارك مديرو الإدارة العليا في الافتراضات الشائعة Common Assumptions كقولهم " نحن مديرون جيدون " أو " نحن مديرون تامون " أو " نحن مبتكرون عمليون " . وتحدد هذه الافتراضات الشائعة من قبل الإدارة العليا في العديد من المنظمات الصحية ، وبذلك يمكن أن تطور المنظمة الصحية الفلسفة الإدارية بشكل جيد بما يتلاءم مع فكر التدريب وثقافته.

4-8. التغيير الثقافي: Cultural Change

وهو عملية داخلية تهدف المنظمة الصحية من خلالها إلى التكيف مع عمليات التغيير الداخلية من جهة من أجل التكامل والاندماج بين أقسام وإدارات المنظمة الصحية، والخارجية من جهة أخرى من أجل التكيف. فنقطة البداية في التغيير هي تحديد جوانب السلوك ودفعها وتعزيزها

¹³ . Ivancevich, John M. & others (2008): Organizational Behavior and Management, (8th ed.), Mc Graw-Hill, Inc., New York , p. 38

داخل أرجاء المنظمة الصحية بناء على تشخيص دقيق للوضع الحالي للإطار الثقافي. وهذا يدل على ضرورة إحداث تعديل في سلوكيات أعضاء المنظمة الصحية في بيئة ثقافية مدعمة لآليات التنافس، مع خلق ذهنيات جديدة لإدارة المنظمة الصحية تؤمن بضرورة التغيير، وبالمبادئ التي يريدون ترسيخها داخل المنظمة الصحية¹⁴.

وتظهر أهمية التغيير الثقافي باعتبار أن المنظمة الصحية تتعامل مع بيئات مختلفة، وحتى مع ثقافات مختلفة ضمن البلد الواحد، فما هو سائد في ثقافة معينة في مدينة ما، قد لا يكون كذلك في مدينة أخرى. وما يعتقد به في دين من الأديان السماوية قد لا يأخذ به دين آخر. ولخلق التغيير الثقافي لا بد من الانتباه إلى العوامل الخمسة التالية¹⁵:

أ. السلوكيات المبنية على تفاعلات الأفراد.

ب. الأعراف الناتجة عن مجموعات العمل.

ج. القيم التنظيمية.

د. قواعد العمل.

هـ. المناخ التنظيمي.

ومن هنا لا بد من إدراك حقيقة أن ثقافة جودة الخدمة الصحية القوية يمكن أن تساعد في نجاح المنظمة الصحية. أما الثقافة الضعيفة فإنها تمنع هذا النجاح. ومديرو المنظمات الصحية الذين يحوزون على ثقافات متغيرة لجودة خدماتهم الصحية، يقدرّون بشكل ناجح أن عملية التغيير الثقافي تحتاج إلى وقت كبير. وهناك خمسة أسباب جوهرية لتبرير التغيير الثقافي في جودة الخدمات الصحية هي¹⁶:

أ. امتلاك المنظمة الصحية قيمة قوية غير متناسبة مع البيئة المتغيرة.

¹⁴ . الطائي ، يوسف حبيب وآخرون (2009): نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية ، دار البازوري ، عمان، ص 216

¹⁵ . Oakland, John S. (2000): Total Quality Management: text with Cases, (2nd ed.), Butterworth – Heinemann, Oxford , p. 224

¹⁶ . Rue, Leslie w. & Lloyd L. Byars (2005): Management: skills and applications, (11th ed.), McGraw – Hill, Inc., New York, P.368

ب. زيادة حدة المنافسة في الصناعة الصحية والطبية والتحرك بسرعة كبيرة فيها.

ج. كون جودة الخدمات الصحية سيئة أو متوسطة.

د. ارتباط المنظمة الصحية بعلاقات قوية مع منظمات صحية عالمية كبيرة.

هـ. صغر حجم المنظمة الصحية، ولكن درجة نموها كبيرة.

أما من حيث إجراءات تغيير ثقافة المنظمة فيمكن إيجازها فيما يلي¹⁷:

1- تشخيص الوضع الحالي لثقافة المنظمة

تقوم الإدارة بتشخيص الوضع الحالي من حيث نقاط القوة ونقاط الضعف داخل المنظمة الصحية، بالإضافة إلى تحليل البيئة الخارجية من حيث الفرص والمخاطر. وبناء عليه يتم دراسة ثقافة المنظمة الصحية الحالية السائدة.

2- تحديد الثقافة الجديدة المطلوب نشرها

يتم تحديد عناصر الثقافة الجديدة التي ترغب الإدارة بنشرها وذلك بعد قيامها بدراسة الوضع الحالي لثقافة المنظمة الصحية.

3- تفكيك عناصر الثقافة السائدة الحالية

تتضمن هذه الخطوة إذابة الجليد عن الثقافة السائدة الحالية، وأن يدرك كافة العاملين أن المنظمة الصحية تواجه أزمة كبيرة إذا استمرت في الثقافة الحالية.

4- توصيل القيم الجديدة للعاملين

بعد إذابة الجليد وتفكيك عناصر الثقافة السائدة يتم توصيل القيم الثقافية الجديدة إلى العاملين وشرح مبررات ودواعي نشر هذه الثقافة الجديدة.

¹⁷. أبو خديجة ، هيثم عبدالله (2007): المناخ التنظيمي وعلاقته بثقافة المنظمة : دراسة ميدانية على شركات التأمين المساهمة العامة في الأردن ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة دمشق ، كلية الاقتصاد، ص 114

5- تشجيع اندماج العاملين في عملية التغيير

لا بد من تشجيع اندماج العاملين في إرساء قواعد الثقافة الجديدة، من خلال مشاركتهم في وضع الأهداف واتخاذ القرارات المتعلقة بالقيم الثقافية الجديدة.

ويؤكد Atkinson: 1990 أهمية التغيير الثقافي في حياة المنظمات الصحية بقوله: " دعنا لا نقلل من تأثير إدارة الجودة على ثقافة المنظمة. إنها تمثل استراتيجية تغيير جذري، حيث تهدف لإحداث تغيير ثقافي طويل الأجل. وفي الواقع تتطلب إدارة الجودة الشاملة التزاماً ذاتياً من الأفراد مع توفر نمط إداري مناسب يوضح أن هناك مقاومة محتملة لا بد من التعامل معها جيداً " ¹⁸. وتتضمن الطرائق المتاحة للتغيير الثقافي النقاط التالية¹⁹:

- أ. تغيير الأفراد: التوظيف والاختيار والعمالة الزائدة.
- ب. تغيير الأدوار: تعديل المهام ومواقع جديدة.
- ت. تغيير اعتقادات واتجاهات وسلوك الأفراد: المجموعات والفرق الحيوية ونماذج الأدوار وتعلم روح المنظمة.
- ث. تغيير الهياكل والنظم والتقانة : إعادة الهيكلة ونظم التقييم والتشجيع ونظم المراقبة والفحص ونظم الموازنة ونظم الرقابة.
- ج. من خلال صورة المنظمة: العلاقات العامة والإعلان.

ويقول Seddon & Jackson : 1990 بأن فاعلية إدارة الجودة الشاملة والفشل في الوصول إلى ما هو مطلوب، مرده لعدم دراسة العلاقة بين الإنتاجية والسلوكيات الثقافية، لذا لا بد من أن تتكامل الاستراتيجيات والمهام مع القيم السلوكية من أجل التعجيل في عملية إدارة الجودة الشاملة²⁰.

¹⁸ . أتكينسون، فيليب (1996) : التغيير الثقافي الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة ، الجزء الأول، تعريب: عبد الفتاح السيد النعماني، مركز الخبرات المهنية للإدارة (بميك)، القاهرة، ص141.

¹⁹ . سيفر ، مات (2007) : المرجع العالمي لإدارة الجودة ، مهارات الإدارة للمحترفين ، دار الفاروق، القاهرة ، 717.

²⁰ . Seddon, John & Stephanie Jackson (1990): TQM and culture change, Emerald Group publishing LTD., The TQM Magazine, vol.2, No.4.

هذا ويمكن للمنظمة الصحية القيام بتخطيط التغيير في ثقافة جودة الخدمة الصحية لضمان نجاحها وقبولها لدى الأفراد العاملين فيها، ولدى الزبائن المتعاملين معها داخلياً وخارجياً، ذلك لأن التغيير المخطط Planned Change يوضح الهدف والمشكلة التي يبنى عليها التغيير، والمبررات والحلول والبدائل الممكنة، والجداول الزمنية لتطبيق الحلول وقياس النتائج لمعرفة مدى التقدم والنجاح. وتحاول بعض المنظمات الصحية تغيير ثقافة جودة خدماتها الصحية عندما تواجه تغيرات في البيئة العالمية، أو عند تغير الظروف الاقتصادية العالمية.

ويقاس نجاح التغيير الثقافي، بمدى مساهمة استراتيجيات التغيير وأساليبه وطرقه وآلياته في إجراء التحول النوعي والكمي المتوازن بالتوقيت المطلوب والجودة المستهدفة والتميز المنشود. والنجاح هو دالة التوازن ما بين حالة التنوع الثقافي وتحقيق التآلف من بين أجيال الثقافة القديمة والحالية، وتجنب حالة التوقع والجمود وتجنب حالات الانفتاح الثقافي بلا حدود. ومن أهم مقومات التغيير الثقافي الناجح ما يلي²¹:

- أ. فهم الثقافة الحالية، حيث أنه لا يمكن تطوير الثقافة الجديدة ما لم يوضح المديرون في المنظمة الصحية للعاملين من أين يبدأون.
- ب. تهيئة الدعم للعاملين والفرق التي تمتلك أفكاراً عن الثقافة الأفضل، مع توفر الإرادة للعمل على تطبيق هذه الأفكار.
- ج. إيجاد ثقافات فرعية تكون أكثر فعالية في المنظمة الصحية نحو مصالح أطراف متنوعة.
- د. تدعيم وتقوية الاتصالات المفتوحة والفعالية ودعم وتشجيع الموظفين.
- هـ. الالتزام ومهارات البرمجة بطريقة غير مسبقة للوفاء بمتطلبات جديدة للمرونة والجودة والتحول من السيطرة إلى حق التصرف والثقة والاندماج والزمالة لتسهيل هدف التغيير التنظيمي الحقيقي.

وقد تقتنع منظمات صحية أخرى بأن التغيير ضروري، ولكنها لا تستطيع القيام بذلك، لأنها تحتاج إلى إعادة توجيه redirection بحيث تكون مسؤولة أمام التغييرات في الأوضاع والظروف

²¹ . جاد الرب، سيد محمد (2005): السلوك التنظيمي، مطبعة العشري، القاهرة ، ص 172

العالمية الحالية. ويجب أن يعزز بيان رسالة المنظمة الصحية عن طريق النظم والهيكل والسياسات بحيث يكون التغيير أداة مفيدة في تدعيم ثقافة الخدمة الصحية.

4-9. التنوع الثقافي: Cultural Diversity

يعرّف التنوع الثقافي بأنه " قدرة المنظمة الصحية على احتضان التعدد واحترام التنوع في الموارد البشرية"²¹. وترتبط مسألة التنوع الثقافي في المنظمات الصحية بالموارد البشرية العاملة فيها. فالمستشفيات قد تضم مجموعة أفراد من جنسيات وثقافات مختلفة. وهذا التباين والاختلاف والتمازج في الثقافات المختلفة يخلق ما يسمى بالتنوع الثقافي الذي عبّر عنه Hellrigel, Don & Others: 1999 بأنه: " مزيج كامل للثقافات، والثقافات الفرعية التي تخص الموارد البشرية العاملة في المنظمات الصحية. وتترافق الثقافات الفرعية مع الخصائص السكانية، وتحدد على أساس الدين والحالة العائلية والمادية وتجارب الحياة التي تحمل في معناها الدقيق التنوع الثقافي "²².

وتستورد المنظمات الصحية- لا سيما العالمية منها- ثقافات فرعية هامة. وبشكل خاص، عندما تستقطب موظفيها من خارج بلدها الأم. والمنظمة الصحية متعددة الثقافات هي بمثابة: " منظمة ذات تنوع واسع في القيم التي تعمل بشكل منظم. وتقوم بنقل الثقافات الفرعية المحددة في المجتمع إلى النسيج المتشابك داخل إدارات وأقسام وفروع المنظمة المنتشرة في أماكن وبلدان مختلفة".

ولتطوير منظمات صحية متعددة الثقافات نحو جودة خدماتها الصحية باستخدام مفهوم التنوع الثقافي، لا بد من اتخاذ مجموعة خطوات أساسية، بدءاً من تطوير مجموعة من الأهداف المرتبطة بالتطبيع الاجتماعي Socialization وزيادة معارف ومعلومات ومهارات الموارد البشرية المتنوعة. ومن ثم تحقيق التكامل بين أعمال الإدارة العامة للمنظمة الصحية وفروعها، وتخفيض الحواجز وزيادة المشاركة، وتشجيع استعمال شبكات الاتصالات والمعلومات، وانتهاءً باعتماد المنظمة الصحية متعددة الثقافات على مزيج من أفراد المجتمع كالشباب والرجال والنساء...الخ. مع

²¹ . العامري ، صالح ، طاهر الغالي (2008): الإدارة والأعمال ، دار وائل للنشر، عمان، ط2 ، ص 134.

²² . Hellreigel, Don & others (1999): Management, (8th ed.), south – western collage publishing, Cincinnati, Ohio, P.629

لفت الأنظار إلى مسألة النزاعات الشخصية المحددة على أساس الانتماء للمورد البشري العامل في المنظمة الصحية ومحاولة تخفيضها ²² .

وتسعى المنظمات الصحية متعددة الثقافات إلى إدارة التنوع الثقافي إيماناً منها بأهمية دوره في تحقيق جودة الخدمات الصحية، وإيجاد قيمة اقتصادية أكبر للمنظمة الصحية، ويتم ذلك من خلال تطوير خدمات صحية جديدة لأسواق جديدة، وجذب زبائن جدد، وتحسين رضا الزبائن، وزيادة حجم الأعمال الصحية، وتخفيض التكاليف. وإن الأنشطة المطلوبة للتغيير في المنظمة الصحية من قيم التجانس الثقافي Cultural Homogeneity إلى قيم التنوع الثقافي هي ²³:

أ. فهم أهداف المنظمة الصحية الواجب تحقيقها .

ب. فهم الوضع الحالي للمنظمة الصحية وتاريخها.

ج. تصميم خطة استراتيجية لإيجاد التغيير.

د. تفعيل الجهود المبذولة لإحداث التغيير المطلوب.

هـ. متابعة جهود التغيير لإيصالها إلى مستوى جودة الخدمة الصحية.

إن ثقافة الجودة والتقييم الاستراتيجي لها يساعدان في تشكيل وصياغة الموقف الحالي للمنظمة الصحية، ومجالات التحسين الممكنة فيها. وإن آراء وقيم وممارسات الموظفين فيما يخص الجودة هي الأسس التي تحدد ثقافة جودة الخدمة الصحية. ويجب أن تطبق إدارة المنظمة الصحية هذه المعارف في تخطيط التطبيق الناجح للأنشطة المتعلقة بجودة الخدمة الصحية ²⁴ .

وتمثل عولمة الثقافة الصحية من خلال بعض الرموز والشعائر الثقافية الأكثر شهرة. ويقود توزيع المجتمعات الثقافية إلى إنتاج أحلام عالمية Global Dreams لذا فإن عولمة الثقافة الصحية تروج عملية إدراك الحقائق والأحلام للمشاركة بشكل فعال في المجتمع العالمي. رغم أنه

²² .Schermerhorn, John R, JR. & Others (1994): Managing Organizational Behavior, (5th ed.), John Wiley & Sons, Inc., New York, P.429

²³ . Hellriegel, Don & Others (1999):Op. Cite, P.635

²⁴ . Cook, Loris. (2002): exploring the linkages between Quality systems, service Quality, and performance excellence: service provider's perspectives, American society for Quality, Quality Management Journal, vol.9, Issue. 2, April, p.1

من الصعوبة بمكان مواجهة تحديات العولمة من قبل الكثير من الدول. وهذا التحدي يستمر بصورة متنامية ويحمل في طياته معاني وأفكاراً وآراء تساعد في تحقيق التنمية والتطوير المستمر للخدمات الصحية في البيئة العالمية.

4-10. الاتصال الثقافي: Cultural Communication

إن جميع الاتصالات تتم ضمن ثقافة معينة تتبع من المعتقدات والقيم والعادات واللغة والتقاليد. وهي تؤثر في نوعية ومحتوى وشكل الاتصال سواء أكانت لفظية أم غير لفظية. وتساعد الاتصالات على تعريف وتمييز الثقافة. وبذلك يمكن القول بأن الاتصالات بين الثقافات هي اتصالات بين بشر ذوي ثقافات مختلفة. وقد ساعد التطور التقني المتسارع في تسريع الاتصالات الثقافية بين المنظمات لا سيما الصحية منها. ومن هنا ظهرت الحاجة إلى موضوع الاتصال الثقافي من قبل خبراء الإدارة، خصوصاً بعد سيادة مفهوم الاختلاف الثقافي وليس الانسجام الثقافي. لذا نادت المنظمات الصحية سواء العامة أم الخاصة منها، بوجوب قبول واحترام الاختلاف الثقافي، إلى جانب زيادة التوعية بالثقافات الأخرى بالشكل الذي يعكس الحاجة إلى زيادة التفاعل الثقافي بين الموارد البشرية العاملة في المنظمات الصحية²⁵.

ولهذا لا بد من بناء استراتيجية صحيحة للتغلب على معوقات الاتصال الثقافي الفعال. فالنمط المتكرر والعنصرية هما من معوقات الاتصال الثقافي. فبدلاً من حصد مفهوم متبادل في الاتصال الثقافي، نرى أن الثقافات تتطوي على هوية وعنصرية معينة تبادلها الثقافات الأخرى نفس الشعور، وهذا بدوره يمنع من تلقي المعلومات الصحيحة والدقيقة عن الثقافات الأخرى، بسبب وجود قناعات معينة تجاه هذه الثقافات ربما تصل إلى درجة تغيير وتشويه الحقائق عن الثقافات الأخرى بسبب العصبية والنمطية.

وإن عدم معرفة المنظمات الصحية ومواردها البشرية بلغة الثقافات الأخرى، يعد معوقاً عملياً ومؤثراً في الاتصال الثقافي، حتى لو لم تكن عوامل العنصرية واللغة والنمطية تجاه الآخر موجودة، باعتبارها عوائق للاتصال الثقافي تبقى الاختلافات الثقافية، خصوصاً غير اللفظية وتزيد حداثتها إذا حدثت بين ثقافات متباعدة أو متناقضة.

²⁵ الشلفان ، عادل بن أحمد (2005): إدارة الاتصال الثقافي بفعالية ، الإدارية ، السنة 27 ، العدد 103 ، ديسمبر

إن الكثير من معوقات الاتصال الثقافي واضحة ومعروف أسبابها، فبعضها يتكون بسبب قيم وعادات وتقاليد يصعب التغلب عليها، فمثلاً تأخذ معوقات العصبية والعنصرية وقتاً وجهداً للتغلب عليها. وهذا بدوره يعوق بالطبع من عملية تحسين جودة الخدمات الصحية في المنظمات الصحية العامة والخاصة.

ومما لا شك فيه أن زيادة الاتصال الثقافي تساعد على تقليل الاختلافات وتقليل الهوة بين الثقافات، وتزداد كفاءة الاتصال الثقافي بزيادة الاتصال بين الثقافات المتعددة وتسجيعها، وتقلل من القلق وتحسن من التكيف والانفتاح على الثقافات الأخرى، كما تزيد كذلك من احتمال تحقيق الأهداف المشتركة، ومن الوعي الثقافي وتدريب الأفراد على الحساسية الثقافية تجاه الآخر وتجاه ثقافتهم، فالتعرف على ثقافة الآخر عن قرب وثقافة الذات نفسها يساعدان في التغلب على معوقات الاتصال الثقافي. كما أن تدريب الأفراد ومساعدتهم على تعلم اللغات الأخرى يعد طريقة علاج واضحة تساعد في التخفيف من بعض هذه الصعوبات²⁶.

إن إدارة الفروق الثقافية يمكن أن تكون الاستراتيجية الملائمة للتغلب على معوقات الاتصال الثقافي وتحسين فاعليته وأدائه. ومن هنا يمكننا أن نوصي بزيادة الاتصال الثقافي وتأهيل الأفراد وتدريبهم على كيفية التعامل مع الثقافات الأخرى. كما أن نوع الاتصالات المباشرة أو غير المباشرة يفسر بتفسيرات مختلفة بحسب الثقافة المعنية.

إن الاتصال الثقافي عملية معقدة ومغامرة مثيرة، لأن الراغبين في الاتصال الثقافي عادة يسلكون طريقاً لا يتوافق مع متطلبات وحاجات الثقافات الأخرى، ويحتفظون في الوقت ذاته بقيم ومعتقدات مخالفة، لذلك لا بد من تطوير استراتيجية للاتصال اللفظي وغير اللفظي تساعد على تأهيل الأفراد في جميع المستويات العلمية والعملية لتحقيق درجة عالية لكفاءة الاتصال بينهم.

4-11. الأخلاق: Ethics

وهي مجموعة من القواعد والعادات والتقاليد وأنماط مختلفة من السلوك الأخلاقي المقبولة من قبل المجتمع أو المنظمة الصحية التي تحكم تصرفات الأفراد بعمل الشيء الصحيح منذ الوهلة الأولى لتقليل حالات الفشل في أي منظمة كانت²⁷.

²⁶. Berninghausen , Jutta & Beatrice Hecht-Elminshaw (2009): Intercultural Competence- Managing Cultural Diversity: training handbook, Kellner Publishing House , Bremen , Boston, p.210

²⁷. الفضل ، مؤيد عبد الحسين ، يوسف حبيب الطائي (2004): إدارة الجودة الشاملة: من المستهلك إلى المستهلك : منهج كمي ، ط 1 ، مؤسسة الوراق ، عمان، ص 390

هذا ويؤثر محتوى وقوة الثقافة على المناخ الأخلاقي للمنظمة الصحية، وعلى السلوك الأخلاقي لأعضائها ، ولكي تخلق الإدارة ثقافة أخلاقية لا بد من اتباع مجموعة من الممارسات أهمها²⁸:

أ. أن تكون نموذجاً للدور الواضح : Be a visible role Model باعتبار أن العمال في المنظمة الصحية يسلكون ويتصرفون بناءً على تصرفات وسلوكيات إدارتهم ، فعندما تركز الإدارة العليا على المعايير الأخلاقية السامية. فإنها تقدم رسالة إيجابية لجميع عمال المنظمة الصحية.

ب. إيصال التوقعات الأخلاقية: Communicate ethical expectations حيث يمكن تخفيض الغموض (الالتباس) الأخلاقي Ethical ambiguity من خلال وضع ميثاق للأخلاق في المنظمة الصحية Code of ethics بحيث يوضح القيم التنظيمية الأساسية والقواعد الأخلاقية التي يجب أن يتبعها العمال ويتحلون بها.

ج. التزود بالتدريب الأخلاقي: Provide ethical training سواء من خلال ورش العمل، أم برامج التدريب الأخلاقي، أم حلقات النقاش. وتستخدم مثل هذه الدورات التدريبية لتعزيز المعايير الأخلاقية في المنظمة الصحية، وتوضيح أي الممارسات تكون أكثر انسجاماً مع المعايير الأخلاقية.

د. وضع قوانين أخلاقية للمكافآت والعقاب: Visibly reward ethical acts and punish unethical ones يجب أن يتضمن أداء المديرين في المنظمة الصحية التقييم نقطة بنقطة لكيفية اتخاذ القرارات بما ينسجم مع ميثاق الأخلاق في المنظمة الصحية. ويجب أن يتضمن التقييم أيضاً طرائق تنفيذ الأهداف ، ومن هم الأفراد الذين يعملون بشكل أخلاقي بغية مكافأتهم، ومن هم الذين لا يعملون بشكل أخلاقي بغية اتخاذ الإجراءات الضرورية بحقهم.

هـ. تقديم آليات وقائية : Provide protective Mechanisms فالمنظمة الصحية تحتاج إلى التزود بآليات رسمية تساعد في مناقشة العمال بالمآزق الأخلاقية، وتقديم تقارير عن

²⁸ . Robbins, Stephen P. (2005): Organizational Behavior, (11th ed.), Pearson education, Inc., N.J. , p. 500

السلوكيات غير الأخلاقية من دون خوف، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى تعزيز السلوكيات الأخلاقية والتخلص أو السيطرة على السلوكيات غير الأخلاقية. وبشكل عام، فإن السلوك الأخلاقي في تبني ثقافة التدريب في المنظمات الصحية يمكن أن يتم دعمه وتشجيعه من خلال²⁹:

أ. التدقيق في السمات الشخصية والاتجاهات الفكرية للمرشحين للانضمام للمنظمة الصحية، إذ ينبغي قدر الإمكان تجنب تلك الأنواع من الشخصيات التي يحتمل أن تؤثر في الأفراد وتدفعهم نحو السلوك غير الأخلاقي، وإن الاختبارات النفسية والشخصية الحديثة المتبعة في عمليات الاختبار يمكن أن تقدم مساعدة كبيرة لإدارة المنظمة الصحية في هذا الخصوص.

ب. الإعلان الصريح والواضح بشتى الطرق والوسائل بأن السلوك الأخلاقي هو المطلوب والمحبذ في المنظمة الصحية، وخاصة فيما يتعلق بتبني إدارة الجودة وكيفية قيام الأفراد بالتركيز على ثقافة التدريب فيها.

ج. وضع سياسات تنظيمية خاصة بالأهداف الأخلاقية للمنظمة، فمثلاً تؤكد المنظمة على سياسات حماية المرضى، وتقديم خدمات صحية لهم بالجودة المطلوبة أو الحد من تلوث البيئة بحيث تكون أكثر صحة ونظافة.

د. معاقبة السلوك غير الأخلاقي، وتجنب معاقبة السلوك الأخلاقي حتى لو أدى ذلك إلى بعض الخسارة، أو الحصول على انحراف بسيط في الجودة وثقافة الجودة. هـ. مكافأة السلوك الأخلاقي، وتجنب مكافأة السلوك غير الأخلاقي حتى لو أدى ذلك السلوك إلى تحقيق عوائد مادية.

و. عند تعيين شخص في موقع يتطلب المنافسة الشديدة مع الآخرين، ينبغي الحد من السلوك غير الأخلاقي ومساعدته قدر الإمكان في تجنب ذلك

إن سلالة أخلاقيات المهنة وإدارة الجودة الشاملة هما من الثقافة الأخلاقية نفسها، وكلاهما يهدفان إلى تبيان طرائق الرقابة على السلوكيات المبنية على أخلاقيات واضحة، بهدف ضمان التقاء وإرضاء الزبون. وبالرغم من ذلك، فإنهما لا يشتركان بوجهة النظر نفسها، فإدارة الجودة

²⁹ . الفضل ، مؤيد عبد الحسين ، يوسف حجيم الطائي (2004): إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 403

الشاملة ذات توجه اقتصادي، أما أخلاقيات المهنة في المنظمة الصحية فهي مرشدة معنوياً. وتساعد مبادرات الجودة الشاملة وثقافة التدريب في بناء منظمات صحية أخلاقية. إن لثقافة التدريب والجودة أثر إيجابي على فاعلية المنظمة الصحية، وبشكل خاص عندما تُدعم الأهداف التنظيمية التي تكون مشتركة وداخلية بشكل واسع بين أعضاء المنظمة الصحية. فعلى سبيل المثال، إن التأكيد المشترك والمستقر على الابتكار في المنظمات الصحية يساعد في تقديم خدمات صحية جديدة، والقيام بالتحسينات المستمرة فيها. وبالمقارنة يمكن أن يكون لثقافة التدريب والجودة أثر سلبي، وبشكل خاص عندما تؤثر على السلوكيات، وعندما تتداخل مع الأهداف التنظيمية، فثقافة التدريب غير الموزعة بشكل صحيح، والضيقة من المحتمل أن يكون لها آثار إيجابية وسلبية معاً.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

5-1. لمحة تاريخية عن المستشفيات محل الدراسة

5-2. توزيع الاستبيان

5-3. أداة البحث

5-4. خصائص العينة

5-5. الاحصاءات الوصفية

5-6. اختبار الفرضيات

يتناول هذا الفصل لمحة تاريخية عن المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة، مع عرض لمجتمع وعينة البحث، وتصميم أداة الاستقصاء والأجزاء المكونة منها والمقياس المصممة وفقه. كما يتناول البحث وصفاً لخصائص عينة البحث، والإحصاءات الوصفية للبيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيان المصمم لهذا الغرض، وذلك بعد التحقق من موثوقيتها ومصداقيتها. ويعرض هذا الفصل نتائج اختبار التوزيع الطبيعي والتجانس للبيانات لتحديد الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار الفرضيات التي يستند إليها البحث.

5-1. لمحة تاريخية عن المستشفيات محل الدراسة:

أ. مستشفى المواساة:

تم إحداث مستشفى المواساة الجامعي بموجب القانون رقم 251 تاريخ 1956/5/9 باسم مؤسسة مستشفى المواساة. وتعد من أكبر المراكز العلمية والتعليمية والخدمية الجامعية فهي تقدم الرعاية الصحية والخدمات الطبية بتقنية عالية مجاناً للمواطنين، من خلال إجراء كافة الاستقصاءات الطبية، واستخدام أحدث التقنيات في العمليات الجراحية المختلفة والقيام بها، بما فيها عمليات زرع الكلية¹.

كما تقوم بالتعاون مع المؤسسات والمنظمات الصحية والعلمية بتطوير العمل فيها والمساهمة بالنقد العلمي، وتتم الآن إعادة تجديد وترميم البنية التحتية بمختلف جوانبها إضافة إلى تجديد معظم شعب المستشفى ورفدها بأفضل التجهيزات الطبية الحديثة والمتطورة. ومن أهم الشعب والأقسام الطبية:

1. قسم الداخلية (الشعبة الصدرية، الشعبة النفسية، شعبة الغدد، شعبة الكلية، شعبة العصبية، شعبة أمراض الدم، الشعبة المفصلية، الشعبة القلبية) ويلحق بها شعبة المعالجة الفيزيائية.
2. قسم الجراحة (شعبة الجراحة العامة، شعبة الجراحة الصدرية، شعبة جراحة الأوعية، شعبة الجراحة العظمية، شعبة الحروق والتجميل، شعبة الجراحة البولية، الجراحة العصبية).
3. قسم العينية.
4. قسم الأذنية.
5. شعبة المخبر (المركزي، الإسعافي)، شعبة التشريح المرضي، شعبة التخدير، شعبة الأشعة.

¹ . www.almouwasat.com

6. العنايةات المشددة القلبية والتنفسية والعصبية والعنايةات المتوسطة.

7. قسم العيادات الخارجية (الداخلية، الجراحية، الأذنية، العينية)

8. شعبة الاسعاف.

ب. مستشفى دمشق:

أنشأ في عام 1955 وإن التطور الذي حصل في المستشفى خلال السنوات الماضية بشكل خاص قد نهض به ليصبح في عداد أهم المشافي المتطورة في القطر. وركز بشكل خاص على تطوير الاختصاصات النوعية والدقيقة في مجالات طبية وتمريضية متنوعة من دون أن يؤثر ذلك في التقدم النوعي الذي انعكس على الخدمات الطبية والتمريضية العامة كمشفى عاماً شاملاً يحتوي فيما يحتويه قسماً للإسعاف يستقبل ما يزيد على 900 مريض يومياً، وقسم العيادات الخارجية يستقبل ما يزيد على 500 مريض يومياً ويقدم لهم الخدمات الصحية الملائمة، إضافة إلى شعب طبية عامة تقدم خدماتها لعشرات الألوف من المرضى وعلى مدار سنوات طويلة.

ويتميز المستشفى بوسائل تشخيصية نوعية وذلك بعد أن تم تجهيزه بأحدث التقنيات والتجهيزات (تصوير طبقي محوري متعدد الشرائح- القثطرة الوعائية بأحدث الأجهزة- مرنان- ليزر يعالج حالات الرغامى والقصبات والرئة- علاج تقييم البصر بالليزر- عمليات الشبكة SA8 بأحدث الأجهزة- غرفة عمليات مؤتمتة- عمليات جراحية بأحدث تقنيات التنظير- وحدة ERCP - جهاز ليزر الجلدية- وحدة لتفتيت الحصيات البولية- زرع الحلزون- والتدخلات على الأوعية الدماغية DSA- عيادة الكبد لمعالجة الأمراض المزمنة- عيادة معالجة قصر القامة وفق المعايير العالمية - عمليات الجراحة الفكية المعقدة والنوعية- عيادة القدم السكرية بأحدث التجهيزات).

هذا وقد اكتسب المستشفى جزءاً مهماً وأساسياً من أهمية وعظمة وعراقة تلك المدينة التي تحمل اسمها «دمشق»، وإن كان المستشفى ليس حكرًا على المدينة العريقة، لكنه يقوم ومنذ أكثر من نصف قرن بتقديم كل الخدمات الطبية والصحية الخدمية والتدريبية والتعليمية والتمريضية المهمة للقطر العربي السوري على امتداد أطرافه. بالإضافة لما يقدمه من خدمات علمية وأكاديمية تتجاوز حجمها كمنشأة كانت أصلاً منشأة خدمية صحية مركزية ومهمة في مدينة الفيحاء.

وإن أول ما أولته القيادة السياسية في القطر من اهتمام خاص بالمستشفى الزيارة التاريخية التي قام بها السيد الرئيس الدكتور بشار الأسد، والتي كان لها الأثر الأكبر في تحفيز العاملين في المستشفى على

أداء مميز ونوعي للنهوض بأقسام المستشفى وشعبه ، وحسب توجيهات سيادته الرشيدة بالتطوير والتحديث، باعتباره إن الهدف الأساسي لنا ولكل طبيب وعامل في هذا المستشفى.

ج. مستشفى الأسد الجامعي:

تعتبر مستشفى الأسد الجامعي من أكبر المستشفيات التعليمية التابعة لوزارة التعليم العالي في دمشق. يقوم العمل في المستشفى على تحقيق الأهداف المرجوة من المشافي الجامعية وتشمل تقديم الخدمات الطبية المعتمدة على الطب الحديث بأحدث أساليبه، وتدريب الطلاب والأطباء من خريجي الجامعات السورية، والمساهمة في البحث العلمي الطبي².

يتميز مستشفى الأسد الجامعي ببنائه ومعداته وتجهيزاته، وبالكوادر العاملة فيه والخبرات المتوفرة. ويضم 645 سريراً منهم 50 سرير عناية مشددة ويستقبل كل حالات الإسعاف للأمراض الداخلية في جناح خاص بالإسعاف. وتقوم المستشفى بتقديم الخدمات إلى المواطنين السوريين بالإضافة إلى الدول العربية والمجاورة. وتبلغ مساحة المستشفى 77 ألف متر مربع / طابق، تزود المرضى بعناية طبية كاملة (تشخيصية وعلاجية) في عدة اختصاصات. وتنظم إدارة المستشفى عقد مؤتمرات طبية مختصة بعدة ميادين ومجالات ومعارض هامة وبشكل دوري.

ويتوفر في المستشفى مخبر كبير يعتبر من أكبر وأهم مخابر القطر، مجهز بأحدث الأجهزة الآلية ويعطي كل أنواع التحاليل الطبية، بما فيها التحاليل الهرمونية والمناعية والواسمات الورمية والتنميط المناعي للمفاوي، بالإضافة إلى مخبر للأدوية وآخر للمعادن الثقيلة والبيولوجيا الجزيئية، وأخيراً بنك الخلايا الجذعية.

ويضم المستشفى في شعبه كل الاختصاصات الداخلية (قلبية، عصبية، هضمية، صدرية، غدد صم، كلية، مفاصل)، ومعظم الاختصاصات الجراحية (جراحة عامة وتنظيرية، جراحة أوعية، جراحة صدر، جراحة قلب، جراحة عصبية، جراحة بولية)، بالإضافة إلى وحدة زرع الكلية ووحدة زراعة الحلزون. ومن الشعب الملحق هنالك شعبة كبيرة للمعالجة الفيزيائية تغطي كامل متطلبات هذه المعالجة من وسائل وتجهيزات.

ومن الجدير بالذكر أن مستشفى الأسد الجامعي حالياً في طور إضافة بناء توسع جديد بمساحة طابقية تبلغ 24100 متراً مربعاً، ويتألف البناء الجديد من ثمانية طوابق وأرضي وقبو، حيث سيتم

² . <http://www.auhd.edu.sy>

إضافة 200 سرير مع كامل خدماتها. ومن الخدمات الطبية الجديدة والمميزة والأقسام التي ستضاف لخدمات المستشفى:

- مركز أبحاث
- قسم التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني P.E.T
- قسم القثطرة القلبية
- مركز تعقيم
- مركز عناية مشددة
- عيادات خارجية
- عيادات داخلية (وغرف منامة لليلة واحدة فقط)
- غرف عمليات
- وحدة عناية متوسطة
- وحدة عناية مشددة
- مخبر
- قسم أكاديمي
- قسم الشخصيات المهمة V.I.P

5-2. توزيع الاستبيان:

يتمثل مجتمع البحث بالمستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق، حيث أخذت عينة قصدية منها تشمل مشفى المواساة، مشفى دمشق، مشفى الأسد الجامعي نظراً للطلب الكبير على خدماتها الطبية، وتنوع الخدمات التي تقدمها، والشهرة والسمعة لهذه المستشفيات، حيث وزع على العاملين فيها الاستبيان المصمم لغرض البحث (100 استبيان في كل مستشفى). ويبين الجدول (2) الآتي عدد الاستبيانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل في كل مستشفى من هذه المستشفيات كما يلي:

الجدول (2): توزيع الاستبيانات حسب المستشفيات محل الدراسة

عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المستردة	عدد الاستبيانات المستبعدة	عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل	المستشفى
100	93	6	87	المواساة
100	96	1	95	الأسد الجامعي

دمشق	100	91	2	89
المجموع	300	280	9	271

المصدر: إعداد الباحث.

يتضح من خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه بأن عدد الاستبيانات الموزعة هو 300 استبياناً والمسترد منها 280 استبياناً، حيث استبعد 9 استبياناً لاستردادها بيضاء دون الإجابة عليها، أو اقتصار الإجابة على بعض الأسئلة ذات العدد المحدود، ومنه يكون العدد الصالح للتحليل هو 271 استبياناً بنسبة 90.3%، ويعد هذا العدد هو حجم عينة البحث التي سيتم إجراء التحليل الإحصائي عليه.

5-3. أداة البحث:

استند البحث إلى أداة استقصاء هي الاستبيان، والمصمم بما يلائم غرض البحث، ويشمل الاستبيان قسمين:

القسم الأول: الهدف منه هو جمع البيانات الشخصية عن المبحوثين المشمولين في العينة، حيث يشمل عدداً من المتغيرات الديموغرافية المتمثلة بمتغيرات الجنس، فئات العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية نظراً لأهميتها في الكشف عن الفروقات وتحديد نوعها هل هي ظاهرية أم جوهرية، وذلك بين مستويات توفر وإدراك أهمية متغيرات البحث تبعاً لحالات كل متغير ديموغرافي في المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

ويضم القسم الثاني من الاستبيان 76 سؤالاً موزعين على محورين أساسيين هما أبعاد ثقافة التدريب /66/ سؤالاً، وجودة الخدمة الصحية/10/ سؤالاً. هذا ويتوزع المحور الأساسي أبعاد ثقافة التدريب على 12 محوراً فرعياً هي: ثقافة التدريب /20/ سؤالاً، القيم/4/ سؤالاً، المعتقدات /3/ أسئلة، اللغة /4/ أسئلة، الاتجاهات/5/ أسئلة، العادات والتقاليد /2/ سؤالان، المعارف الثقافية /7/ أسئلة، الافتراضات /3/ أسئلة، التغيير الثقافي /4/ أسئلة، التنوع الثقافي /4/ أسئلة، الاتصال الثقافي /4/ أسئلة، الأخلاق /6/ أسئلة.

صمم الاستبيان وفق مقياس ليكرت الخماسي، حيث أعطيت حالات الإجابة الخمس الدرجات من/1/ وحتى /5/ كما يلي: الحالة غير موافق بشدة أعطيت الدرجة/1/، الحالة غير موافق درجتها/2/، الحالة حيادي درجتها/3/، الحالة موافق درجتها/4/، الحالة موافق بشدة درجتها/5/. ومن ثم تم اعتماد ثلاثة مستويات لإجابات المبحوثين حسب الدرجات التي أعطيت لكل حالة من حالات الإجابة، وهذه

المستويات هي: درجة موافقة منخفضة، درجة موافقة عالية، درجة موافقة متوسطة. حيث اعتمد على ثلاثة مجالات للمتوسط الحسابي لتحديد هذه المستويات، فالمجال من 1-2.5 للمتوسط الحسابي يشير إلى مستوى درجة الموافقة المنخفضة، بينما يشير المجال 2.51-3.5 للمتوسط الحسابي إلى درجة الموافقة المتوسطة، والمجال من 3.51-5/ للمتوسط الحسابي يدل على درجة موافقة مرتفعة.

عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص وأعضاء الهيئة التدريسية في كلية الاقتصاد، قسم إدارة الأعمال، حيث تم وضع مجموعة من الملاحظات على مضمون الاستبيان ومنها على صياغة بعض العبارات، وارتأى بعض المحكمين حذف بعض الأسئلة وبعضهم الآخر إضافة عدد من الأسئلة. وتم الأخذ بها، وبالتالي تحقيق صدق المحتوى للاستبيان الذي أصبح بالشكل النهائي المعتمد في البحث، كما يوضح الملحق/أ في البحث.

بعد التأكد من صدق المحتوى لأداة البحث، انتقل الباحث إلى التأكد من ثبات أداة الاستقصاء وصدق هذه الأداة وذلك باستخدام معامل ألفا كرونباخ للحكم على ثبات الاستبيان، هذا وكلما اقتربت قيمة هذا المعامل من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على ثبات المقياس. وبحسب معامل الصدق بأخذ الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ، وقد قام الباحث بحساب المعاملين لكل متغير من متغيرات البحث (المحاور الرئيسة والفرعية) ولكامل أسئلة الاستبيان والنتائج موضحة كما في الجدول (3) الآتي:

الجدول (3) معامل الصدق

المحور الرئيسي	المحاور الفرعية	معامل ألفا كرونباخ	معامل الصدق
أبعاد ثقافة التدريب		0.957	0.978
	ثقافة التدريب	0.928	0.963
	القيم	0.923	0.961
	المعتقدات	0.890	0.943
	اللغة	0.867	0.931
	الاتجاهات	0.851	0.922
	العادات والتقاليد	0.861	0.928
	المعارف الثقافية	0.818	0.904
	الافتراضات	0.859	0.927

0.931	0.867	التغيير الثقافي	
0.910	0.829	التنوع الثقافي	
0.906	0.821	الاتصال الثقافي	
0.948	0.898	الأخلاق	
0.948	0.899	جودة الخدمة الصحية	
0.982	0.965	كامل الاستبيان	

المصدر: مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع قيم معامل ألفا كرونباخ لكافة المتغيرات هي أكبر من القيمة 60% وهذه القيم موجبة، وبالتالي يمكن القول بأن أداة المقياس تتمتع بالثبات ويمكن الاعتماد على البيانات لتحقيق هدف البحث. كما أن قيم معامل الصدق الواردة في الجدول أعلاه تتجاوز القيمة المقبولة 60% في العلوم الاجتماعية والاقتصادية، وبالتالي محاور الاستبيان أعطت مؤشرات جيدة ومطمئنة يمكن الوثوق بها، واعتبارها قابلة للتحليل، ويمكن القول بأن أداة الاستقصاء تتميز بالصدق والثبات.

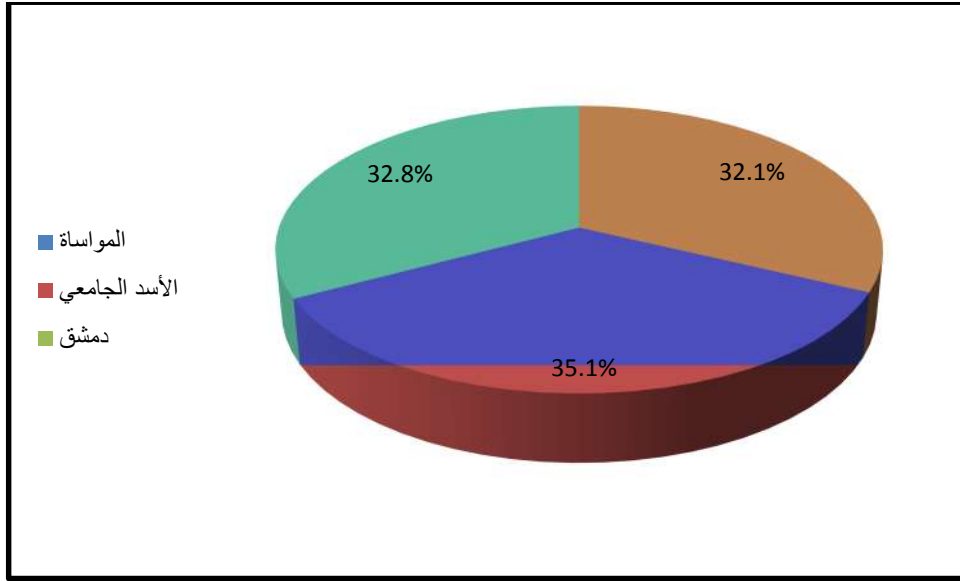
4-5. خصائص العينة:

استخدمت التوزيعات التكرارية النسبية لمعرفة خصائص العينة ومعرفة نسبة المبحوثين لكل حالة من حالات المتغير الديموغرافي، واعتمد الباحث على الأشكال البيانية لهذه التوزيعات التكرارية النسبية لعرضها بطريقة بسيطة وسهلة وأكثر فهماً ووضوحاً، وفيما يلي الأشكال البيانية للتوزيعات التكرارية النسبية لكل متغير ديموغرافي:

1-4-5. التوزيع التكراري للمبحوثين في العينة حسب متغير المشفى:

يبين الشكل (3) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب المشفى الذي يعملون فيه كما يلي:

يلي:

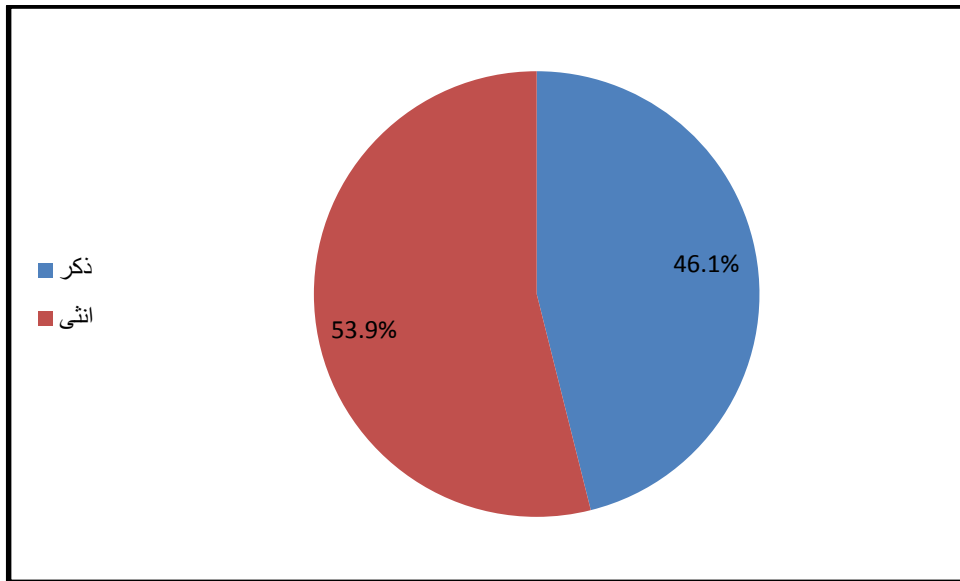


الشكل (3) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب المشفى الذي يعملون فيه.

يظهر التوزيع التكراري النسبي للمبحوثين الوارد في الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين يعملون في مستشفى الأسد الجامعي بنسبة 35.1%، وما نسبته 32.8% منهم يعمل في مستشفى دمشق، و 32.1% يعمل في مستشفى المواساة.

2-4-5. التوزيع التكراري للمبحوثين في العينة حسب متغير الجنس:

يبين الشكل (4) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير الجنس كما يلي:

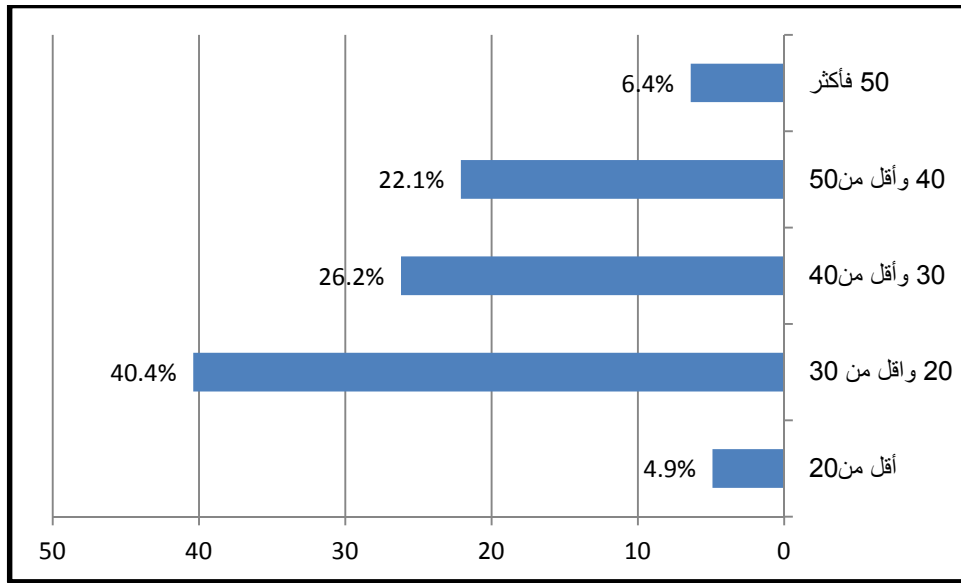


الشكل (4) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير الجنس

يظهر التوزيع التكراري النسبي للمبحوثين حسب الجنس والوارد في الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين هم من الإناث بنسبة 53.9% بينما تبلغ نسبة الذكور 46.1% من المبحوثين المشمولين في عينة البحث.

5-4-3. التوزيع التكراري للمبحوثين في العينة حسب متغير فئات العمر:

يبين الشكل (5) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات العمر كما يلي:

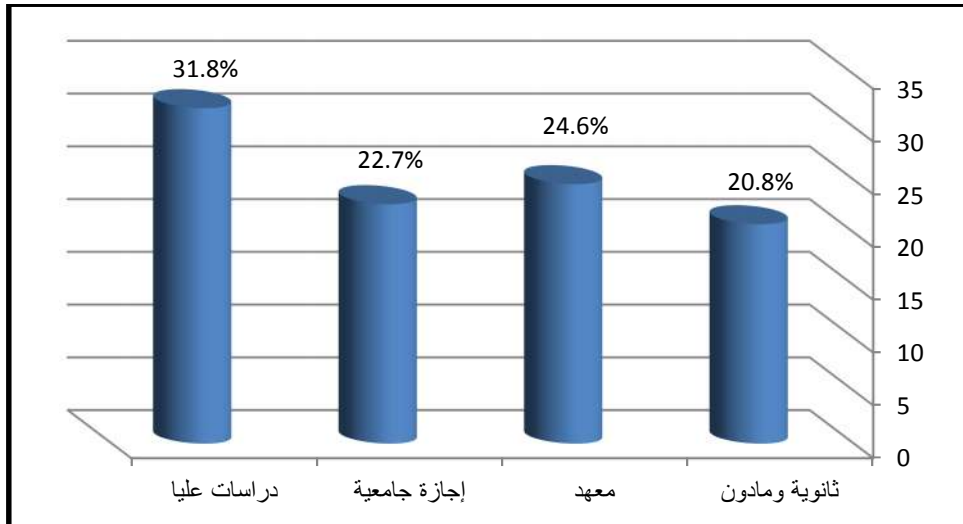


الشكل (5) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات العمر

يظهر التوزيع التكراري النسبي للمبحوثين حسب فئاتهم العمرية الوارد في الشكل أعلاه أن ما نسبته 40.4% من المبحوثين أعمارهم تنتمي للفئة العمرية 20 وأقل من 30 سنة، وتبلغ نسبة من أعمارهم 30 وأقل من 40 سنة 26.2%، يليهم من أعمارهم 40 وأقل من 50 سنة بنسبة 22.1%، ومن ثم من أعمارهم 50 سنة فأكثر بنسبة 6.4%، والنسبة الأدنى لمن أعمارهم أقل من 20 سنة والبالغة 4.9%.

5-4-4. التوزيع التكراري للمبحوثين في العينة حسب متغير المؤهل العلمي:

يبين الشكل (6) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير المؤهل العلمي كما يلي:

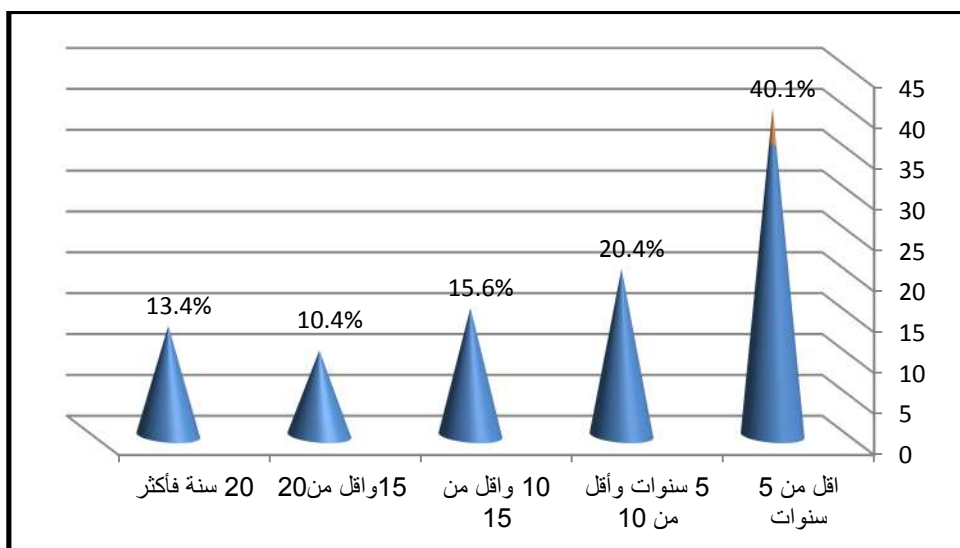


الشكل (6) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير المؤهل العلمي

يظهر التوزيع التكراري النسبي للمبحوثين حسب المؤهل العلمي الوارد في الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين هم من حملة الدراسات العليا بنسبة 31.8%، يليهم حملة المؤهل العلمي معهد متوسط بنسبة 24.6%، ومن ثم حملة الإجازة الجامعية بنسبة 22.7%، وأدنى نسبة لحملة الشهادة الثانوية وما دون والبالغة 20.8%.

5-4-5. التوزيع التكراري للمبحوثين في العينة حسب متغير فئات الخبرة العملية:

يبين الشكل (7) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات الخبرة العملية كما يلي:



الشكل (7) التوزيع التكراري النسبي لإجابات المبحوثين حسب متغير فئات الخبرة العملية

يظهر التوزيع التكراري النسبي للمبحوثين حسب فئات الخبرة العملية الوارد في الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين خبرتهم العملية أقل من 5 سنوات بنسبة 40.1%، يليهم من خبرته العملية 5 سنوات وأقل من 10 سنوات بنسبة 20.4%، وتبلغ نسبة من خبرتهم العملية 10 وأقل من 15 سنة 15.6%، ونسبة من خبرتهم العملية 20 سنة فأكثر 13.4%، والنسبة الأدنى لمن خبرتهم العملية 15 سنة وأقل من 20 سنة والبالغة 10.4%.

5-5. الإحصاءات الوصفية:

استخدم الباحث المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كإحصاءات وصفية لإجابات المبحوثين حول أسئلة الاستبيان، ومن ثم للحكم على درجة الموافقة التي أعطيت لكل سؤال من أسئلة الاستبيان هل هي منخفضة، متوسطة أم مرتفعة. وفيما يلي هذه الإحصاءات الوصفية حسب كل محور من محاور الاستبيان:

الجدول (4) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي ثقافة التدريب

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
يقصد بثقافة التدريب في المنظمة الصحية مجمل المعارف المتصلة بمفهوم التدريب وأهميته وتقاناته	3.55	.976	مرتفعة
ترتبط ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بالعناصر المادية والسلوكية والقيمية	3.64	.986	مرتفعة
تتأثر ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بثقافة المجتمع وقيمه	3.65	1.048	مرتفعة
من الجوانب المهمة التي تدل على نوعية ثقافة التدريب في المنظمة الصحية فلسفة العمل الجماعي	3.42	.939	متوسطة
من مظاهر قوة ثقافة التدريب في المنظمة الصحية القدرة على التكيف والابتكار	3.66	1.112	مرتفعة
من مظاهر ثقافة التدريب السالبة غياب الفهم المتكامل لجوانب العملية التدريبية في المنظمة الصحية	3.64	1.067	مرتفعة
من مظاهر ثقافة التدريب السالبة الممارسات الخاطئة السائدة في الواقع العملي	3.31	1.075	متوسطة
من مظاهر ثقافة التدريب السالبة قصور الفهم نحو مفهوم التدريب الصحي وأدواته وتقاناته	3.82	1.179	مرتفعة
من معوقات ثقافة التدريب في المنظمة الصحية افتقار المتدرب إلى التعزيز والتدعيم في العمل	3.69	1.029	مرتفعة
عدم وجود تأييد ودعم من الثقافة التنظيمية السائدة هي من المظاهر السلبية لثقافة التدريب في المنظمة الصحية	3.67	1.139	مرتفعة
من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية انتشار المؤتمرات التدريبية الصحية	3.76	1.070	مرتفعة
من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية احتضان الخبرات الفنية المشهود لها بالتميز	3.71	1.028	مرتفعة
من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية تنويع وتطوير طرائق الاتصال بالمنظمات الصحية	3.99	1.007	مرتفعة

مرتفعة	1.112	3.67	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية غرس هذا المفهوم كواجب ضمنى في أي وظيفة
متوسطة	1.336	3.11	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية تبني فكرة يوم التدريب كل عام
متوسطة	1.342	3.28	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية تقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا
متوسطة	1.190	3.35	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية إصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب
متوسطة	1.241	3.23	تساعد ثقافة التدريب في المنظمة الصحية في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته
متوسطة	1.264	3.18	تساعد عوامل الثقة والتعاون في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية
متوسطة	1.248	3.24	يرتبط تعزيز ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بتوفير موازنات تدريبية جيدة
مرتفعة	.753	3.54	ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت متوسطة لبعض الأسئلة، مما يشير إلى أن هناك إدراك متوسط لمضامين هذه الأسئلة من قبل العاملين في المستشفيات محل الدراسة، ولكن بدرجة متوسطة تحتاج إلى المزيد من الاهتمام للارتقاء بمستوى هذا الإدراك، كما أن درجات الموافقة لبعض الأسئلة الأخرى جاءت مرتفعة مما يشير إلى مستوى إدراك مرتفع للعاملين لمضمون هذه الأسئلة في المستشفيات محل الدراسة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد ثقافة التدريب هو 3.54 بانحراف معياري 0.753 أي بنتشت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى الإدراك للعاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (5) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي القيم

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تساعد القيم في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية وتحسن من جودة الخدمة الصحية	3.46	1.227	متوسطة
من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة قيم ومعتقدات الموظفين التي تحسن من جودة الخدمة الصحية	3.08	1.248	متوسطة

متوسطة	1.173	3.30	من الضروري توفير دعم والتزام قيادة المنظمة الصحية لمفهوم ثقافة التدريب وجوانبها المختلفة
متوسطة	1.110	3.39	تساعد المناقشات الجماعية في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وفي تحسين جودة الخدمة الصحية
متوسطة	1.070	3.45	القيم

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت متوسطة لكافة الأسئلة المتعلقة بهذا البعد، مما يشير إلى أن إدراك العاملين لمضامين هذه الأسئلة في المستشفيات محل الدراسة هو متوسط ويحتاج إلى المزيد من الاهتمام للارتقاء بمستواه، كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد القيم هو 3.45 بانحراف معياري 1.070 أي بتشتت كبير نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي متوسطة، فلا بد من مزيد من الاهتمام الضروري لتحسين مستوى الإدراك للعاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة والارتقاء به نحو الأفضل.

الجدول (6) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي المعتقدات

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تساعد المعتقدات الدينية في تعزيز ثقافة التدريب الصحي وتحسن من جودة الخدمة الصحية	3.46	.976	متوسطة
تساعد المعتقدات حول طبيعة العمل والحياة الاجتماعية في تعزيز وتحسين جودة الخدمة الصحية	3.73	.984	مرتفعة
تساعد المعتقدات كثوابت راسخة لا تتغير في تحسين جودة الخدمة الصحية	3.77	1.058	مرتفعة
المعتقدات	3.65	.889	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت متوسطة للسؤال الذي ينص أن المعتقدات الدينية تساعد على تعزيز ثقافة التدريب وتحسن جودته، كما أن درجتي الموافقة للسؤالين المتعلقين بأن تساعد المعتقدات حول طبيعة العمل والحياة الاجتماعية في تعزيز وتحسين جودة الخدمة الصحية، وتساعد المعتقدات كوثابت راسخة لا تتغير في تحسين جودة الخدمة الصحية، جاءت مرتفعة مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذين السؤالين هو جيد في المستشفيات محل الدراسة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد المعتقدات هو 3.65 بانحراف معياري 0.889 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (7) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي اللغة

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تعكس الرموز الكلامية الثقافة الخاصة بالمنظمة ومنها ثقافة التدريب	3.70	.910	مرتفعة
تعد اللغة أداة اتصال تساعد في تعزيز ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	3.71	.934	مرتفعة
تعد اللغة بمثابة المفتاح الرئيسي للولوج إلى ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	3.73	.942	مرتفعة
تساعد الإيماءات كأداة لغوية مهمة في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن من جودة الخدمة الصحية	3.26	1.068	متوسطة
اللغة	3.67	.807	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت متوسطة للسؤال الذي ينص على أن الإيماءات كأداة لغوية مهمة في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن من جودة الخدمة الصحية وبتشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول هذا السؤال، كما أن درجات الموافقة لبعض الأسئلة الأخرى جاءت مرتفعة كالسؤال المتعلق بأن اللغة أداة اتصال تساعد على تعزيز ثقافة التدريب، وأن الرموز الكلامية تعكس ثقافة التدريب، واللغة هي بمثابة المفتاح الرئيسي للولوج إلى ثقافة التدريب، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد اللغة هو 3.67 بانحراف معياري 0.807 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (8) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الاتجاهات

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
من عوامل تعزيز ثقافة التدريب الموجبة معرفة اتجاهات موظفي المنظمة الصحية نحو العمل	3.33	.978	متوسطة
من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية تعزيز الاتجاهات النفسية لموظفي المنظمة الصحية	3.25	1.052	متوسطة
يؤثر المكون المعرفي للاتجاه على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية	3.67	.927	مرتفعة
يؤثر المكون العاطفي (الوجداني) على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية	3.61	.875	مرتفعة
يؤثر المكون السلوكي على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية	3.76	.922	مرتفعة
الاتجاهات	3.54	.744	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/3. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت متوسطة لبعض الأسئلة كاتجاهات الموظفين نحو العمل، والاتجاهات النفسية للموظفين كأحد عوامل تعزيز ثقافة التدريب، مما يشير إلى أن مضامين هذه الأسئلة مدركة من قبل العاملين في المستشفيات محل الدراسة ولكن بدرجة متوسطة تحتاج إلى المزيد من التركيز عليها والاهتمام بها لتحسين مستوى إدراك العاملين لها، كما أن درجات الموافقة لبعض الأسئلة الأخرى جاءت مرتفعة، كالمكون المعرفي للاتجاه، والمكون العاطفي الوجداني وتأثيرهما على ثقافة التدريب، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة، وذات مستوى مرتفع فيها.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد الاتجاهات هو 3.54 بانحراف معياري 0.744 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (9) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي العادات والتقاليد

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تساهم العادات والتقاليد الجيدة في تدعيم ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	3.61	.893	مرتفعة
تساهم العادات والتقاليد التي ترتبط بمجموعات العمل الصحي في تدعيم ثقافة التدريب الموجبة	4.01	.913	مرتفعة
العادات والتقاليد	4.07	.840	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ $\frac{3}{3}$. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت مقبول نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة جاءت مرتفعة لكافة الأسئلة، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة. كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد العادات والتقاليد هو 4.07 بانحراف معياري 0.840 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (10) الاحصاءات الوصفية للمحور الفرعي المعارف الثقافية

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
توصف ثقافة التدريب بأنها معارف مكتسبة يستخدمها الموظفون لتفسير التجارب وتوليد السلوكيات الإيجابية	3.84	.868	مرتفعة
يعد فهم أثر الثقافة على السلوكيات أساسياً لدراسة ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	3.94	.844	مرتفعة
تشكل المعارف الجديدة المرتبطة بثقافة التدريب الأساس المتين لتطوير تصميم وإجراءات الخدمات الصحية	3.78	.886	مرتفعة
يتطلب فهم عملية المعارف في المنظمة الصحية تطوير تعقيدات اكتساب المعرفة ونقلها ودمجها	3.51	.987	مرتفعة
يساعد استخدام التقانات المعرفية المتنوعة في اكساب المنظمة الصحية ثقافة تدريب موجبة	3.73	.929	مرتفعة

متوسطة	1.041	3.43	ليس هناك معادلة ثابتة لاكتساب معارف ثقافية متنوعة في المنظمة الصحية
مرتفعة	.916	3.74	يساعد التكيف مع الفروق الثقافية في ترويج ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
مرتفعة	.671	3.75	المعارف الثقافية

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) إلى أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ $3/3$. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً في إجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة باستثناء السؤال الذي ينص على عدم وجود معادلة ثابتة لاكتساب معارف ثقافية متنوعة في المنظمة الصحية حيث درجة الموافقة عليه متوسطة، مما يشير إلى أن إدراك العاملين لمضمون الأسئلة ذات درجات الموافقة المرتفعة جيد في المستشفيات محل الدراسة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد المعارف الثقافية هو 3.75 بانحراف معياري 0.671 أي بتشتت قليل نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (11) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الافتراضات

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تعد الافتراضات الحصيلة النهائية الناتجة عن نضج ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	3.73	1.087	مرتفعة
تعد الافتراضات بمثابة العقد النفسي غير المكتوب للتوقعات المتبادلة بين القادة والأفراد في المنظمة الصحية	3.60	1.112	مرتفعة
تساعد الافتراضات في توضيح دور ثقافة التدريب في الجوانب المختلفة لحياة المنظمة الصحية	3.71	1.050	مرتفعة
الافتراضات	3.67	.888	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) إلى أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ $3/3$. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة. كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات

حول بعد الافتراضات هو 3.67 بانحراف معياري 0.888 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (12) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي التغيير الثقافي

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تظهر أهمية التغيير الثقافي باعتبار أن المنظمة الصحية تتعامل مع بيئات عالمية مختلفة	3.71	1.008	مرتفعة
من عوامل ترويج التغيير الثقافي السلوكيات المبنية على تفاعلات الأفراد	3.70	.989	مرتفعة
من الأسباب الجوهرية لتبرير التغيير في ثقافة التدريب جودة الخدمة الصحية	3.86	.954	مرتفعة
من أهم إجراءات التغيير الثقافي في المنظمة الصحية تحديد الثقافة الجديدة المطلوب نشرها	3.61	1.031	مرتفعة
التغيير الثقافي	3.81	.857	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/3. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان.

كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة. كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد التغيير الثقافي هو 3.81 بانحراف معياري 0.857 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد هي مرتفعة، كما أن الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (13) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي التنوع الثقافي

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
يساعد التنوع الثقافي في تحسين قدرة المنظمة على احتضان التعدد في الثقافات المختلفة	3.63	1.059	مرتفعة
يساعد التنوع الثقافي على احترام التنوع في الموارد البشرية الصحية	3.68	.998	مرتفعة
يشير التنوع في ثقافة التدريب إلى مزيج كامل للثقافات والثقافات الفرعية التي تخص الموارد البشرية الصحية	3.66	.841	مرتفعة

مرتفعة	3.81	0.867	يساعد التطبيق الاجتماعي في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وزيادة معارف ومهارات الموارد البشرية الصحية
مرتفعة	3.80	0.745	التنوع الثقافي

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/0. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول بعض الأسئلة وتشتت متوسط حول بعضها الآخر. كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد التنوع الثقافي هو 3.80 بانحراف معياري 0.745 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد مرتفعة، لذلك فالاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (14) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الاتصال الثقافي

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تلعب الخصوصية الجماعية دوراً أساسياً في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	3.75	0.937	مرتفعة
يساعد تطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	3.80	1.048	مرتفعة
يساعد الاتصال الثقافي في زيادة التوعية بثقافة التدريب ويخلق البيئة الصحية الملائمة	3.72	1.019	مرتفعة
يساعد الاتصال الثقافي في تصنيف الثقافات المؤثرة في تحسين جودة الخدمة الصحية	3.47	1.189	متوسطة
الاتصال الثقافي	3.81	0.821	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/0. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان. كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة،

و ذات مستوى مرتفع فيها. باستثناء السؤال الذي ينص على أن الاتصال الثقافي في تصنيف الثقافات المؤثرة في تحسين جودة الخدمة الصحية حيث جاءت درجة الموافقة متوسطة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد الاتصال الثقافي هو 3.81 بانحراف معياري 0.821 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد مرتفعة، وبذلك يكون الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول (15) الإحصاءات الوصفية للمحور الفرعي الأخلاق

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
يؤثر المناخ الأخلاقي على تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	3.41	1.128	متوسطة
تساعد الثقافة الأخلاقية الجيدة في تحسين جودة الخدمة الصحية	3.62	.943	مرتفعة
التزود بالتدريب الأخلاقي من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية	3.45	1.090	متوسطة
من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية وضع قوانين أخلاقية للمكافآت والعقاب	3.15	1.093	متوسطة
تساعد أخلاقيات المهنة الطبية والصحية في تحسين جودة الخدمة الصحية	3.52	1.115	مرتفعة
تساعد مبادرات ثقافة التدريب في بناء منظمات صحية ذات جودة متميزة	3.59	.988	مرتفعة
الأخلاق	3.52	.829	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ 3/. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات الباحثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان. كما أن درجة الموافقة لبعض الأسئلة متوسطة، وخاصة تلك المتعلقة بالمناخ الأخلاقي والتزود بالتدريب الأخلاقي، ووضع قوانين أخلاقية، مما يدل على مستوى إدراك العاملين المتوسط لهذه القضايا في المستشفيات محل الدراسة.

كما أن درجة الموافقة لبعض الأسئلة جاءت مرتفعة مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة، وذات مستوى مرتفع فيها. كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد الأخلاق هو 3.52 بانحراف معياري 0.829 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد مرتفعة، وبذلك يكون الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

الجدول(16) الاحصاءات الوصفية للمحور الأساسي جودة الخدمة الصحية

السؤال	Mean	Std. Deviation	درجة الموافقة
تدل جودة الخدمة الصحية على مدى إدراك المريض لمدى تطابق الخدمة الصحية الفعلية والمتوقعة	3.44	.984	متوسطة
تتأثر جودة الخدمة الصحية بالجوانب المادية الملموسة في المنظمة الصحية	3.59	1.131	مرتفعة
من عوامل جودة الخدمة الصحية سهولة الوصول إلى الخدمة الصحية براحة ويسر	3.51	1.161	مرتفعة
من مؤشرات جودة الخدمة الصحية تقديم خدمة صحية تقل فيها المخاطر الطبية والصحية	3.56	1.239	مرتفعة
تلعب فرق العمل في المنظمة الصحية دوراً مهماً في تحسين جودة خدماتها الصحية	3.67	1.067	مرتفعة
ضرورة إشراك جميع العاملين في المنظمة الصحية في برامج تحسين جودة الخدمة الصحية	3.71	1.031	مرتفعة
التأكيد على أهمية التدريب لكافة المستويات الإدارية في المنظمة الصحية	3.71	1.095	مرتفعة
ضرورة الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة في المنظمة الصحية	3.59	1.088	مرتفعة
من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية التركيز الصحيح على المرضى	3.64	1.044	مرتفعة
ضرورة الاعتماد على الحقائق والبيانات من أجل تحسين جودة الخدمة الصحية	3.70	1.080	مرتفعة
جودة الخدمة الصحية	3.63	.814	مرتفعة

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) أن كافة متوسطات الإجابات هي أكبر من متوسط المقياس البالغ $\frac{3}{3}$. وتشير قيم الانحرافات المعيارية إلى وجود تشتت كبير نسبياً لإجابات المبحوثين حول كل سؤال من أسئلة الاستبيان. كما أن درجة الموافقة لكافة الأسئلة جاءت مرتفعة، مما يشير إلى أن مستوى إدراك العاملين لمضمون هذه الأسئلة جيد في المستشفيات محل الدراسة، وذات مستوى مرتفع فيها. باستثناء السؤال الذي ينص على أن جودة الخدمة الصحية تدل على أن مدى إدراك المريض لمدى تطابق الخدمة الصحية الفعلية والمتوقعة، حيث جاءت درجة الموافقة متوسطة.

كما يظهر الجدول أعلاه أن متوسط الإجابات حول بعد جودة الخدمة الصحية هو 3.63 بانحراف معياري 0.814 أي بتشتت مقبول نسبياً، ودرجة الموافقة على هذا البعد مرتفعة، وبذلك يكون الاهتمام ضروري لتحسين مستوى إدراك العاملين لهذا البعد في المستشفيات محل الدراسة.

يمكن القول من خلال الاحصاءات الوصفية المعروضة في الجداول أعلاه أن مستوى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب بكافة مكوناتها، ولبعد جودة الخدمة الصحية هو مرتفع. ويمكن ترتيب مدى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب كما يلي: العادات والتقاليد، التغيير والاتصال الثقافي، التنوع الثقافي، المعارف الثقافية، الافتراضات واللغة، المعتقدات، ثقافة التدريب والاتجاهات، الأخلاق، القيم.

5-6. اختبار الفرضيات:

قام الباحث بإجراء اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات لتحديد الأساليب الإحصائية لاختبار فرضيات البحث، حيث اعتمد الباحث على اختبار كولموغوروف سميرونوف كأسلوب إحصائي لاختبار الفرضية العدمية التي تنص على أن البيانات موزعة بشكل طبيعي أي أن: المتوسط الحسابي = الوسيط = المنوال. ونتائج الاختبار موضحة في الجدول (17) الآتي:

الجدول (17) نتائج اختبار سميرونوف للتوزيع الطبيعي للبيانات

Asymp. Sig. (2-tailed)	Kolmogorov-Smirnov Z	Negative	Positive	Most Extreme Differences	Std. Deviation	Normal Parameters ^{a,b}	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
				Absolute		Mean	المتغير
0.000	5.366	-0.326	0.224	0.326	0.753	3.54	ثقافة التدريب
0.000	3.748	-0.228	0.141	0.228	1.07	3.45	القيم
0.000	5.081	-0.309	0.219	0.309	0.889	3.65	المعتقدات
0.000	5.426	-0.33	0.239	0.33	0.807	3.67	اللغة
0.000	5.072	-0.308	0.216	0.308	0.744	3.54	الاتجاهات
0.000	4.314	-0.262	0.207	0.262	0.84	4.07	العادات والتقاليد
0.000	5.381	-0.327	0.256	0.327	0.671	3.75	المعارف الثقافية
0.000	4.717	-0.287	0.206	0.287	0.888	3.67	الافتراضات
0.000	4.781	-0.291	0.216	0.291	0.857	3.81	التغيير الثقافي
0.000	4.896	-0.297	0.241	0.297	0.745	3.8	التنوع الثقافي
0.000	4.649	-0.282	0.219	0.282	0.821	3.81	الاتصال الثقافي
0.000	5.001	-0.304	0.209	0.304	0.829	3.52	الأخلاق
0.000	4.426	-0.269	0.2	0.269	0.814	3.63	جودة الخدمة الصحية

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر نتائج اختبار كولموجوروف سميرونوف الواردة في الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية Asymp. Sig. (2-tailed) لمؤشرات اختبار سميرونوف Kolmogorov-Smirnov Z جميعها هي 0.000 أقل من 5% لذلك نرفض الفرضية العدمية التي تقول بأن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي. وبالتالي هذا الشرط غير محقق ويلجأ الباحث إلى استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية.

5-6-1. اختبار الفرضية الأساسية الأولى:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب في المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق.

لاختبار هذه الفرضية قام الباحث بإجراء اختبار تجانس أبعاد ثقافة التدريب عن متغير المستشفى التي يعمل فيها المبحوث، وذلك باستخدام إحصاء ليفن للتجانس، والنتائج كما هي موضحة في الجدول (18) التالي:

الجدول (18) نتائج إحصاء ليفن للتجانس وفق متغير المستشفى التي يعمل فيها المبحوث

Test of Homogeneity of Variances				
Sig.	df2	df1	Levene's Statistic	البعد
.794	268	2	.231	ثقافة التدريب
.000	268	2	8.652	القيم
.000	268	2	14.850	المعتقدات
.008	268	2	4.937	اللغة
.000	268	2	9.476	الاتجاهات
.322	268	2	1.137	العادات والتقاليد
.379	268	2	.974	المعارف الثقافية
.262	267	2	1.347	الافتراضات
.518	267	2	.659	التعبير الثقافي
.057	268	2	2.893	التنوع الثقافي
.027	268	2	3.673	الاتصال الثقافي
.000	268	2	16.018	الأخلاق
.034	268	2	3.431	أبعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

تظهر النتائج الواردة في الجدول أعلاه أن البيانات الخاصة بالمتغيرات التالية: ثقافة التدريب، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، الافتراضات، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي متجانسة، نظراً لأن مستوى المعنوية المتعلق بإحصاء ليفن هو أكبر من مستوى المعنوية 5%.

كما أن البيانات الخاصة بالمتغيرات التالية: القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، الاتصال الثقافي، الأخلاق، ومتغير أبعاد ثقافة التدريب ككل غير متجانسة، نظراً لأن مستوى المعنوية المتعلق بإحصاء ليفن هو أصغر من مستوى المعنوية 5%. وبما أن البيانات لكافة المتغيرات غير موزعة بشكل طبيعي فإن الأساليب الإحصائية اللامعلمية هي الملائمة لاختبار الفرضيات.

لاختبار دلالة الفروق بين المستشفيات محل الدراسة من حيث أبعاد ثقافة التدريب، أجري اختبار كروسكال واليز وكانت نتائج الاختبار موضحة في الجدول (19) التالي:

الجدول (19): نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروق بين

المستشفيات محل الدراسة من حيث أبعاد ثقافة التدريب

a Kruskal Wallis Test			
Asymp. Sig.	df	Chi-Square	Test Statisticsa,b
0.000	2	37.666	ثقافة التدريب
0.000	2	53.4	القيم
0.001	2	13.222	المعتقدات
0.002	2	12.648	اللغة
0.000	2	15.444	الاتجاهات
0.000	2	44.652	العادات والتقاليد
0.001	2	14.278	المعارف الثقافية
0.000	2	22.333	الافتراضات
0.000	2	32.401	التغيير الثقافي
0.000	2	56.648	التنوع الثقافي
0.000	2	48.288	الاتصال الثقافي
0.000	2	37.75	الأخلاق
0.000	2	44.474	أبعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

يظهر الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية عند كافة مؤشرات الاختبار هي أقل من 5% ، وبالتالي هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب في المستشفيات العامة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

ولمعرفة لصالح أي مستشفى كانت الفروق عند كل بعد من أبعاد ثقافة التدريب، يبين الجدول (20) التالي متوسطات الرتب لكل مستشفى حسب كل بعد كما يلي:

الجدول(20): متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب في كل مستشفى محل الدراسة

Ranks			
Mean Rank	N	المشفى	
162.27	88	المواساة	ثقافة التدريب
147.19	88	الأسد الجامعي	
101.31	95	دمشق	
173.11	88	المواساة	القيم
145.10	88	الأسد الجامعي	
93.19	95	دمشق	
124.50	88	المواساة	المعتقدات
158.85	88	الأسد الجامعي	
125.49	95	دمشق	
150.83	88	المواساة	اللغة
142.96	88	الأسد الجامعي	
115.82	95	دمشق	
159.98	88	المواساة	الاتجاهات
128.15	88	الأسد الجامعي	
121.06	95	دمشق	
164.20	88	المواساة	العادات والتقاليد
150.30	88	الأسد الجامعي	
96.64	95	دمشق	
150.80	88	المواساة	المعارف الثقافية
144.14	88	الأسد الجامعي	
114.75	95	دمشق	
139.51	87	المواساة	الافتراضات
159.66	88	الأسد الجامعي	
109.45	95	دمشق	
163.09	87	المواساة	التعبير الثقافي
142.80	88	الأسد الجامعي	
103.48	95	دمشق	
168.88	88	المواساة	التنوع الثقافي

149.43	88	الأسد الجامعي	
93.11	95	دمشق	
168.57	88	المواساة	الاتصال الثقافي
146.35	88	الأسد الجامعي	
96.24	95	دمشق	
174.64	88	المواساة	
118.44	88	الأسد الجامعي	الأخلاق
116.47	95	دمشق	
166.04	88	المواساة	ابعاد ثقافة التدريب
144.08	88	الأسد الجامعي	
100.69	95	دمشق	

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستشفى المواساة تتفوق على مستشفى الأسد الجامعي ودمشق من حيث إدراك عاملها لأبعاد ثقافة التدريب ككل، وكل بعد بشكل منفصل باستثناء بعدي المعتقدات والافتراضات حيث جاءت الفروق لصالح مستشفى الأسد الجامعي.

5-6-2. اختبار الفرضية الثانية:

هناك علاقة ذات دلالة بين أبعاد ثقافة التدريب والتحسين في جودة الخدمة الصحية.

يبين الجدول (21) معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد ثقافة التدريب ومتغير جودة الخدمة الصحية كما يلي:

الجدول (21) معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد ثقافة التدريب

ومتغير جودة الخدمة الصحية

N	** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	جودة الخدمة الصحية	Spearman's rho
	Sig. (2-tailed)	Correlation Coefficient	
271	0.000	.458**	ثقافة التدريب
271	0.000	.424**	القيم
271	0.001	.202**	المعتقدات
271	0.000	.369**	اللغة
271	0.004	.175**	الاتجاهات
271	0.000	.376**	العادات والتقاليد

271	0.000	.416**	المعارف الثقافية
270	0.000	.351**	الافتراضات
270	0.000	.458**	التغيير الثقافي
271	0.000	.515**	التنوع الثقافي
271	0.000	.528**	الاتصال الثقافي
271	0.000	.578**	الأخلاق
271	0.000	.520**	ابعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

يظهر الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لجميع معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد ثقافة التدريب على حده وهذه الأبعاد ككل مع متغير جودة الخدمة الصحية هي 0.000 أقل من 5%، وبالتالي جميع معاملات الارتباط معنوية ولها دلالة إحصائية.

ويمكن القول بأن الارتباط بين متغير جودة الخدمة الصحية وكل من الأبعاد التالية: المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، الافتراضات موجب وضعيف ومعنوي. وأن الارتباط بين متغير جودة الخدمة الصحية وكل من الأبعاد: التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق، أبعاد ثقافة التدريب ككل هو موجب ومقبول ومعنوي.

وأن الارتباط بين متغير جودة الخدمة الصحية ومتغيري ثقافة التدريب، والتغيير الثقافي هو موجب وشبه مقبول ومعنوي. مما سبق يمكن القول بأن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية.

5-6-3. اختبار الفرضية الثالثة:

تؤثر أبعاد ثقافة التدريب (ثقافة التدريب، الأخلاق، المعتقدات، الافتراضات، الاتجاهات، القيم، المعارف الثقافية، التنوع الثقافي، اللغة، العادات والتقاليد، الاتصال الثقافي، التغيير الثقافي) في تحسين جودة الخدمة الصحية للمستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق.

لاختبار هذه الفرضية تم بناء نموذج الانحدار الخطي المتعدد حيث يمثل متغير جودة الخدمة الصحية المتغير التابع وكل بعد من أبعاد ثقافة التدريب هو متغير مستقل ضمن النموذج المفترض، ويأخذ هذا النموذج الشكل العام التالي:

$$Y=a_0+a_1X_1+a_2X_2+a_3X_3+a_4X_4+a_5X_5+a_6X_6+a_7X_7+e$$

حيث: Y متغير جودة الخدمة الصحية.

X_1 : متغير مستقل يمثل بعد القيم.

X_2 : متغير مستقل يمثل بعد المعتقدات.

X_3 : متغير مستقل يمثل بعد العادات والتقاليد.

X_4 : متغير مستقل يمثل بعد اللغة.

X_5 : متغير مستقل يمثل بعد الاتجاهات.

X_6 : متغير مستقل يمثل بعد المعارف.

X_7 : متغير مستقل يمثل بعد الافتراضات.

a_i : ثوابت النموذج، حيث $i=1,2,3,\dots,7$

وفيما يلي نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد:

الجدول (22) معاملا الارتباط والتحديد في نموذج الانحدار الخطي المتعدد

Model Summary				
Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.575	.499	.521	.722 ^a	1
a. Predictors: (Constant), الأخلاق, المعتقدات, الافتراضات, الاتجاهات, القيم, المعارف الثقافية, التنوع الثقافي, اللغة, العادات والتقاليد, الاتصال الثقافي, التغيير الثقافي, ثقافة التدريب				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن معامل الارتباط المتعدد هو 0.722 أي ارتباط موجب وجيد بين المتغير التابع جودة الخدمة الصحية وأبعاد ثقافة التدريب، كما أن قيمة معامل التحديد هي 0.521 أي أن المتغيرات المستقلة فسرت ما نسبته 52.1% من التغير في جودة الخدمة الصحية.

الجدول (23): تحليل التباين لنموذج الانحدار الخطي المتعدد

ANOVA ^a						
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
.000 ^b	23.318	7.698	12	92.375	Regression	1
		.330	257	84.843	Residual	
			269	177.219	Total	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						
b. Predictors: (Constant), الأخلاق, المعتقدات, الافتراضات, الاتجاهات, القيم, المعارف الثقافية, التنوع الثقافي, اللغة, العادات والتقاليد, الاتصال الثقافي, التغيير الثقافي, ثقافة التدريب						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر فيشر هو 0.000 أقل من مستوى المعنوية 5% وبالتالي النموذج ذو جودة توفيق وجيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات المدرجة فيه.

الجدول(24): ثوابت نموذج الانحدار المتعدد ومعنويتها

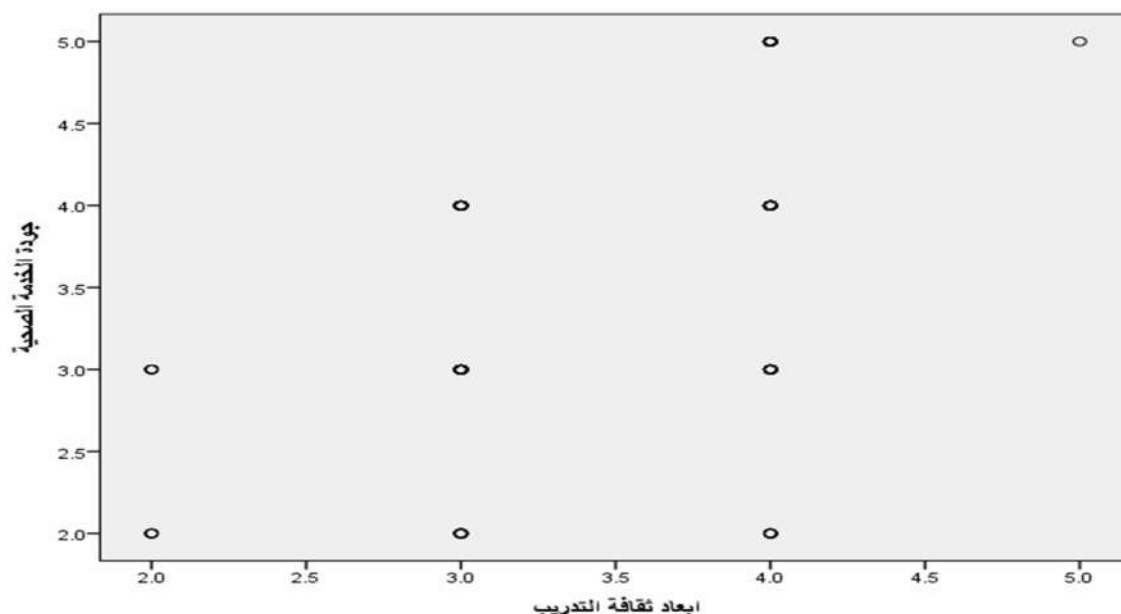
Coefficients ^a						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
.792	-.264		.276	-.073	(Constant)	1
.008	2.678	.172	.070	.186	ثقافة التدريب	
.750	-.319	-.019	.046	-.015	القيم	
.581	-.553	-.029	.047	-.026	المعتقدات	
.043	2.030	.119	.059	.120	اللغة	
.000	-3.680	-.193	.057	-.211	الاتجاهات	
.994	.008	.000	.056	.000	العادات والتقاليد	
.000	4.854	.253	.063	.306	المعارف الثقافية	
.557	.587	.032	.050	.029	الافتراضات	
.967	-.042	-.003	.057	-.002	التغيير الثقافي	
.009	2.643	.162	.067	.176	التنوع الثقافي	
.006	2.750	.166	.060	.164	الاتصال الثقافي	
.000	5.068	.277	.054	.272	الأخلاق	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية للثوابت المتعلقة بالمتغيرات المستقلة التالية: القيم، المعتقدات، العادات والتقاليد، الافتراضات، التغيير الثقافي أكبر من 5% وبالتالي لا تأثير معنوي لهذه المتغيرات على تحسين جودة الخدمة الصحية.

كما يوضح الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية للثوابت المتعلقة بالمتغيرات المستقلة التالية: ثقافة التدريب، اللغة، الاتجاهات، المعارف الثقافية، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق أقل من 5%، وبالتالي هناك تأثير معنوي لهذه المتغيرات على تحسين جودة الخدمة الصحية.

تم اختبار الفرضية على مستوى أبعاد ثقافة التدريب ككل باعتبارها متغيراً مستقلاً وجودة الخدمة الصحية متغيراً تابعاً وذلك باستخدام نموذج الانحدار الخطي البسيط، وكانت النتائج كما يلي:



الشكل (8) الانتشار بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية على مستوى العينة ككل

يتضح من الشكل (8) أعلاه أن العلاقة موجبة وخطية بين المتغيرين.

- دراسة الارتباط بين المتغيرين:

يبين الجدول (25) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية على مستوى العينة ككل كما يلي:

الجدول (25) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية على مستوى العينة ككل

Correlations				
ابعاد ثقافة التدريب	جودة الخدمة الصحية			
.512**	1.000	Correlation Coefficient	جودة الخدمة الصحية	Spearman's rho
.000	.	Sig. (2-tailed)		
271	271	N		
1.000	.512**	Correlation Coefficient	أبعاد ثقافة التدريب	
.	.000	Sig. (2-tailed)		
271	271	N		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الشكل (8) أن قيمة معامل الارتباط هي 0.512 بمستوى معنوية 0.000 أقل من 5% وبالتالي الارتباط موجب ومعنوي ومقبول بين المتغيرين. وكانت نتائج تحليل الانحدار البسيط على مستوى العينة بين المتغيرين كما يلي:

الجدول (26) معاملا الارتباط والتحديد في نموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل

Model Summary				
Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.701	.259	.262	.512 ^a	1
a. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن الارتباط موجب ومقبول وأن قيمة معامل التحديد هي 0.262 أي 26.2% من التغير في جودة الخدمة الصحية فسر من خلال التغير في أبعاد ثقافة التدريب.

الجدول (27) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل

ANOVA ^a						
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
.000 ^b	95.615	46.966	1	46.966	Regression	1
		.491	269	132.133	Residual	
			270	179.100	Total	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						
b. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى المعنوية لمؤشر اختبار فيشر هي 0.000 أقل من 5% وبالتالي نموذج الانحدار البسيط بين المتغيرين على مستوى العينة ككل ذو جودة توفيق، والنموذج جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرين.

الجدول (28) ثوابت نموذج الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها على مستوى العينة ككل

Coefficients ^a						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
.000	3.571		.274	.980	(Constant)	1
.000	9.778	.512	.076	.744	ابعاد ثقافة التدريب	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستويي المعنوية هي 0.000 للثابتين، مما يشير إلى معنوية وموضوعية الثابتين، وبالتالي نقول هناك تأثير معنوي لأبعاد ثقافة التدريب ككل على جودة الخدمة الصحية وتحسينها. أي أنه كلما تغيرت أبعاد ثقافة التدريب ككل وتغير مستواها بدرجة واحدة فإن مستوى جودة الخدمة الصحية يتغير بمقدار 0.744 وبالاتجاه نفسه.

5-6-4. اختبار الفرضية الرابعة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة تعزى لخصائص المبحوثين الديموغرافية.

1- اختبار الفرضية وفقاً لمتغير الجنس:

يبين الجدول (29) نتائج اختبار مان ويتني لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للجنس كما يلي:

الجدول (29) نتائج اختبار مان ويتني لجوهرية الفروقات في مستويات

إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للجنس

Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Wilcoxon W	Mann-Whitney U	a Grouping Variable: الجنس
0.697	-0.39	20028.5	8703.5	ثقافة التدريب
0.904	-0.121	15991.5	8851.5	القيم
0.365	-0.907	19724	8399	المعتقدات
0.474	-0.716	15658	8518	اللغة
0.448	-0.759	19817	8492	الاتجاهات
0.196	-1.294	19491	8166	العادات والتقاليد
0.006	-2.751	18720	7395	المعارف الثقافية
0.024	-2.249	18724.5	7549.5	الافتراضات
0.049	-1.972	18894.5	7719.5	التغيير الثقافي
0.063	-1.857	19185.5	7860.5	التنوع الثقافي
0.294	-1.05	19635.5	8310.5	الاتصال الثقافي
0.071	-1.806	15017.5	7877.5	الأخلاق
0.576	-0.56	19921	8596	جودة الخدمة الصحية
0.405	-0.833	19795.5	8470.5	أبعاد ثقافة التدريب

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند الأبعاد التالية: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق، جودة الخدمة الصحية، وأبعاد ثقافة التدريب ككل هي أكبر من 5%، وبالتالي فإنه لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك كل من العاملين الذكور والإناث لهذه الأبعاد. كما يتضح من الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشرات الاختبار عند الأبعاد التالية: المعارف الثقافية، الافتراضات، التغيير الثقافي هي أقل من 5% وبالتالي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك كل من العاملين الذكور والإناث بالنسبة لهذه الأبعاد. ولمعرفة لصالح من هذه الفروقات يبين الجدول (30) التالي متوسطات الرتب لهذه الأبعاد حسب الجنس كما يلي:

الجدول (30) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب الجنس

Ranks				
البعد	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
المعارف الثقافية	ذكر	119	147.86	17595
	انثى	150	124.8	18720
	Total	269		
الافتراضات	ذكر	119	145.56	17321.5
	انثى	149	125.67	18724.5
	Total	268		
التغيير الثقافي	ذكر	119	144.13	17151.5
	انثى	149	126.81	18894.5
	Total	268		

المصدر: مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق لصالح الإناث بالنسبة للأبعاد الثلاثة: المعارف الثقافية والافتراضات والتغيير الثقافي، وذلك نظراً لأن قيمة متوسط الرتب للإناث عند كل بعد أعلى منه عند الذكور.

2- اختبار الفرضية وفقاً لمتغير المؤهل العلمي:

يبين الجدول (31) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للمؤهل العلمي كما يلي:

الجدول (31) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات

في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً للمؤهل العلمي

Asymp. Sig.	df	Chi-Square	b Grouping Variable: المؤهل العلمي
0.323	3	3.481	ثقافة التدريب
0.275	3	3.874	القيم
0.005	3	12.945	المعتقدات
0.847	3	0.81	اللغة
0.15	3	5.312	الاتجاهات
0.077	3	6.843	العادات والتقاليد
0.204	3	4.596	المعارف الثقافية
0.038	3	8.397	الافتراضات
0.216	3	4.454	التغيير الثقافي
0.114	3	5.96	التنوع الثقافي
0.117	3	5.895	الاتصال الثقافي
0.561	3	2.054	الأخلاق
0.997	3	0.047	جودة الخدمة الصحية
0.04	3	8.299	أبعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند الأبعاد التالية: ثقافة التدريب، القيم، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق، وجودة الخدمة الصحية، هي أكبر من 5%، وبالتالي فإنه لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لهذه الأبعاد تبعاً للمؤهل العلمي.

كما يتضح من الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشرات الاختبار عند الأبعاد التالية: المعتقدات، الافتراضات، أبعاد ثقافة التدريب ككل هي أقل من 5%، وبالتالي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك كل العاملين لهذه الأبعاد تبعاً للمؤهل العلمي. ولمعرفة لصالح من هذه الفروقات. يبين الجدول (32) التالي متوسطات الرتب لهذه الأبعاد حسب المؤهل العلمي كما يلي:

الجدول (32) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب المؤهل العلمي

Ranks			
المؤهل العلمي	N	Mean Rank	
المعتقدات	ثانوية وما دون	150.76	
	معهد	111.78	
	إجازة جامعية	122.25	
	دراسات عليا	144.21	
	Total	264	
الافتراضات	ثانوية وما دون	120.4	
	معهد	135.1	
	إجازة جامعية	116.43	
	دراسات عليا	147.08	
	Total	263	
أبعاد ثقافة التدريب	ثانوية وما دون	121.66	
	معهد	125.51	
	إجازة جامعية	125.21	
	دراسات عليا	148.92	
	Total	264	

المصدر: مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق لصالح حملة الشهادة الثانوية وما دون بالنسبة لبعدها المعتقدات، ولصالح حملة المؤهل العلمي دراسات عليا بالنسبة لبعدها الافتراضات وأبعاد ثقافة التدريب ككل، وذلك نظراً لأن قيمة متوسط الرتب لحملة هذا المؤهل العلمي أعلى منه عند حملة مؤهل علمي آخر.

3- اختبار الفرضية وفقاً لمتغير فئات العمر:

يبين الجدول (33) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات العمر كما يلي:

الجدول (33) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في

مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات العمر

Asymp. Sig.	df	Chi-Square	b Grouping Variable: فئات العمر
0.149	4	6.758	ثقافة التدريب
0.24	4	5.498	القيم

0.687	4	2.265	المعتقدات
0.113	4	7.462	اللغة
0.014	4	12.57	الاتجاهات
0.379	4	4.203	العادات والتقاليد
0.513	4	3.272	المعارف الثقافية
0.308	4	4.806	الافتراضات
0.007	4	14.062	التغيير الثقافي
0.006	4	14.618	التنوع الثقافي
0.001	4	19.34	الاتصال الثقافي
0.065	4	8.84	الأخلاق
0.247	4	5.416	جودة الخدمة الصحية
0.153	4	6.699	أبعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند الأبعاد التالية: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، الافتراضات، الأخلاق، جودة الخدمة الصحية، وأبعاد ثقافة التدريب ككل هي أكبر من 5%، وبالتالي فإنه لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لهذه الأبعاد تبعاً لفئات العمر.

كما يتضح من الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشرات الاختبار عند الأبعاد التالية: الاتجاهات، التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، والاتصال الثقافي، هي أقل من 5%، وبالتالي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك كل العاملين لهذه الأبعاد تبعاً لفئات العمر. ولمعرفة لصالح من هذه الفروقات. يبين الجدول (34) التالي متوسطات الرتب لهذه الأبعاد حسب فئات العمر كما يلي:

الجدول (34) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب فئات العمر

Ranks			
Mean Rank	N	فئات العمر	الاتجاهات
115.04	13	أقل من 20	
149.05	110	20 وأقل من 30	
112.84	68	30 وأقل من 40	
136.15	59	40 وأقل من 50	
128.32	17	50 فأكثر	
	267	Total	

أقل من 20	13	154.23	التغيير الثقافي
20 وأقل من 30	110	149.73	
30 وأقل من 40	67	126.48	
40 وأقل من 50	59	112.96	
50 فأكثر	17	111.62	
Total	266		
أقل من 20	13	120.73	التنوع الثقافي
20 وأقل من 30	110	152.04	
30 وأقل من 40	68	129.88	
40 وأقل من 50	59	111.55	
50 فأكثر	17	121.82	
Total	267		
أقل من 20	13	138.15	الاتصال الثقافي
20 وأقل من 30	110	151.08	
30 وأقل من 40	68	129.44	
40 وأقل من 50	59	101.99	
50 فأكثر	17	149.62	
Total	267		

المصدر: مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق لصالح من أعمارهم 20 وأقل من 30 سنة، بالنسبة لأبعاد الاتجاهات، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، ولصالح من أعمارهم أقل من 20 بالنسبة لبعد التغيير الثقافي، وذلك نظراً لأن قيمة متوسط الرتب لحزمة فئات الأعمار هذه أعلى منه عند فئات الأعمار الأخرى وذلك عند الأبعاد المشار إليها أعلاه.

4- اختبار الفرضية وفقاً لمتغير فئات الخبرة العملية:

يبين الجدول (35) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات الخبرة العملية كما يلي:

الجدول (35) نتائج اختبار كروسكال واليز لجوهرية الفروقات في

مستويات إدراك أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية تبعاً لمتغير فئات الخبرة العملية

Asymp. Sig.	df	Chi-Square	b Grouping Variable: فئات الخبرة العملية
0.572	4	2.913	ثقافة التدريب
0.494	4	3.397	القيم
0.505	4	3.327	المعتقدات
0.978	4	0.454	اللغة
0.309	4	4.793	الاتجاهات
0.075	4	8.5	العادات والتقاليد
0.153	4	6.698	المعارف الثقافية
0.519	4	3.238	الافتراضات
0.029	4	10.786	التغيير الثقافي
0.06	4	9.048	التنوع الثقافي
0.001	4	17.843	الاتصال الثقافي
0.371	4	4.268	الأخلاق
0.657	4	2.429	جودة الخدمة الصحية
0.299	4	4.884	أبعاد ثقافة التدريب

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند الأبعاد التالية: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، الافتراضات، التنوع الثقافي، الأخلاق، وجودة الخدمة الصحية، وأبعاد ثقافة التدريب ككل هي أكبر من 5%، وبالتالي فإنه لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لهذه الأبعاد تبعاً لفئات الخبرة العملية.

كما يتضح من الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية لمؤشرات الاختبار عند الأبعاد التالية: التغيير الثقافي، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، هي أقل من 5%، وبالتالي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك كل العاملين لهذه الأبعاد تبعاً لفئات الخبرة العملية. ولمعرفة لصالح من هذه الفروقات.

يبين الجدول (36) التالي متوسطات الرتب لهذه الأبعاد حسب فئات الخبرة العملية كما يلي:

الجدول (36) متوسطات الرتب لأبعاد ثقافة التدريب حسب فئات الخبرة العملية

Ranks			
Mean Rank	N	فئات الخبرة العملية	
151.04	108	أقل من 5 سنوات	التغيير الثقافي
124.76	55	5 سنوات وأقل من 10	
126.76	42	10 وأقل من 15	
129.35	27	1 وأقل من 20	
112.64	36	20 سنة فأكثر	
	268	Total	
150.78	108	أقل من 5 سنوات	الاتصال الثقافي
135.64	55	5 سنوات وأقل من 10	
99.85	42	10 وأقل من 15	
146.55	28	1 وأقل من 20	
118.72	36	20 سنة فأكثر	
	269	Total	

المصدر: مخرجات SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق لصالح من خبرتهم العملية أقل من 5 سنوات، بالنسبة لبعدي التغيير الثقافي، والاتصال الثقافي، وذلك نظراً لأن قيمة متوسط الرتب لمن خبرتهم العملية أعلى من متوسطات رتب العاملين من فئات الخبرة العملية الأخرى.

5-6-5. اختبار الفرضية الخامسة:

لا يختلف تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية بين مستشفى عام وآخر. لاختبار هذه الفرضية سيتم اختبار الفرضية التالية بأن هناك تأثير معنوي لأبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية في كل مستشفى من مستشفيات عينة الدراسة، ومن ثم الحكم على مدى صحة الفرضية الخامسة كما يلي:

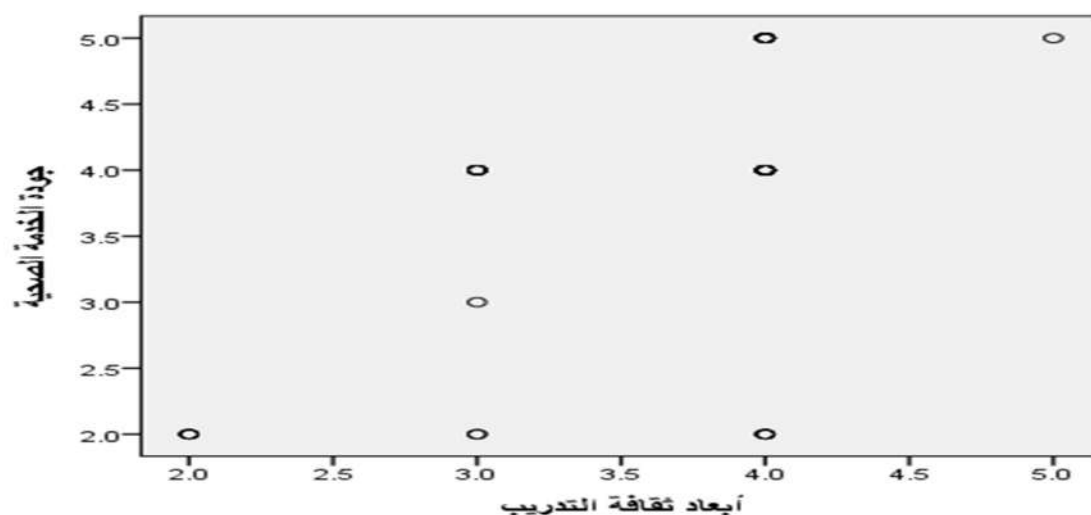
1. اختبار الفرضية الخامسة على مستوى مستشفى المواساة:

لاختبار الفرضية تم بناء نموذج الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية، والذي يأخذ الشكل العام التالي: $Y = a_0 + a_1X$ حيث Y : جودة الخدمة

الصحية، و x أبعاد ثقافة التدريب، و a_i : ثوابت النموذج حيث $i=1,2$. تم تقدير النموذج وفق الخطوات التالية:

- شكل الانتشار بين المتغيرين:

يبين الشكل (9) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:



الشكل (9) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مشفى الموساة
يتضح من الشكل أعلاه أن العلاقة موجبة بين المتغيرين وهي خطية من الدرجة الأولى.

- دراسة الارتباط بين المتغيرين:

يبين الجدول (37) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:

الجدول (37) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في الموساة

Correlations				
أبعاد ثقافة التدريب	جودة الخدمة الصحية			
.530**	1.000	Correlation Coefficient	جودة الخدمة الصحية	Spearman's rho
.000	.	Sig. (2-tailed)		
88	88	N		
1.000	.530**	Correlation Coefficient	أبعاد ثقافة التدريب	
.	.000	Sig. (2-tailed)		
88	88	N		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط هي 0.530 بمستوى معنوية 0.000 أقل من 5%، أي أن الارتباط موجب ومعنوي ومقبول بين أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الموساة. وتم تقدير العلاقة الخطية باستخدام برنامج SPSS v.21 الإحصائي، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (38) معامل الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

جودة الخدمة الصحية في مستشفى الموساة

Model Summary				
Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.730	.273	.281	.530 ^a	1
a. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن معامل الارتباط موجب ومقبول، وأن قيمة معامل التحديد 0.281 أي أن 28.1% من التغير في جودة الخدمة الصحية فسر من خلال التغير في أبعاد ثقافة التدريب.

الجدول (39) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى الموساة

ANOVA ^a						
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
.000 ^b	33.638	17.943	1	17.943	Regression	1
		.533	86	45.875	Residual	
			87	63.818	Total	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						
b. Predictors: (Constant), ابعاد ثقافة التدريب						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار فيشر F، هو Sig. = 0.00، مما يشير إلى أن نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المتغيرين ذو جودة توفيق، وأنه جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرين.

الجدول (40) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى الموساة

Coefficients ^a						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
.008	2.327		.159	.742	(Constant)	1
.000	5.800	.530	.146	.849	أبعاد ثقافة التدريب	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						

المصدر: مخرجات SPSS.

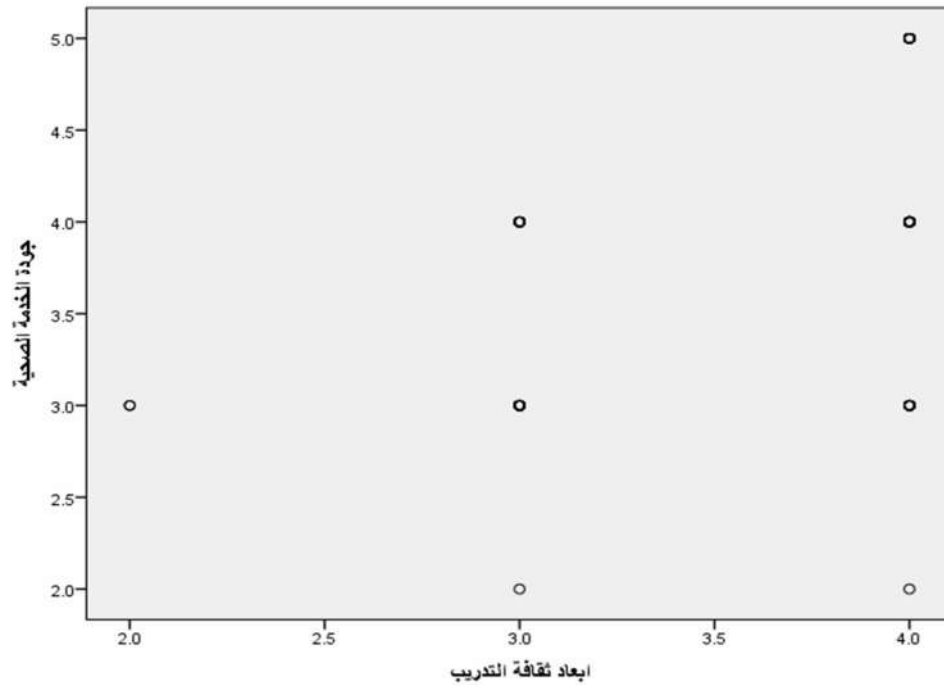
يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية المتعلقة بثوابت النموذج أقل من 5%، وبالتالي الثوابت معنوية وموضوعية ولها دلالة إحصائية، ويمكن القول بأن لأبعاد ثقافة التدريب تأثير معنوي على جودة الخدمة الصحية، أي أنه كلما تغيرت أبعاد ثقافة التدريب وتغير إدراك العاملين لها بدرجة واحدة كلما تغيرت جودة الخدمة الصحية بمقدار 0.849 درجة وبالاتجاه نفسه.

2. اختبار الفرضية الخامسة على مستوى مستشفى الأسد الجامعي:

لاختبار الفرضية تم بناء نموذج الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية، والذي يأخذ الشكل العام التالي: $Y = a_0 + a_1X$ حيث Y : جودة الخدمة الصحية، و X أبعاد ثقافة التدريب، و a_i : ثوابت النموذج حيث $i=1,2$. تم تقدير النموذج وفق الخطوات التالية:

- شكل الانتشار بين المتغيرين:

يبين الشكل (10) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:



الشكل (10) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي

يتضح من الشكل أعلاه أن العلاقة موجبة بين المتغيرين وهي خطية من الدرجة الأولى.

- دراسة الارتباط بين المتغيرين:

يبين الجدول (41) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:

الجدول (41) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي

Correlations				
جودة الخدمة الصحية	أبعاد ثقافة التدريب			
.456**	1.000	Correlation Coefficient	أبعاد ثقافة التدريب	Spearman's rho
.000	.	Sig. (2-tailed)		
88	88	N		
1.000	.456**	Correlation Coefficient	جودة الخدمة الصحية	
.	.000	Sig. (2-tailed)		
88	88	N		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط هي 0.456 بمستوى معنوية 0.000 أقل من 5%، أي أن الارتباط موجب ومعنوي وشبه مقبول بين أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي. وتم تقدير العلاقة الخطية باستخدام برنامج SPSS v.21 الإحصائي، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (42) معاملا الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

جودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي

Model Summary				
Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.668	.198	.208	.456 ^a	1
a. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن معامل الارتباط موجب وشبه مقبول، وأن قيمة معامل التحديد 0.208 أي أن 20.8% من التغير في جودة الخدمة الصحية فسر من خلال التغير في أبعاد ثقافة التدريب.

الجدول (43) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى الأسد الجامعي

ANOVA ^a						
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
.000 ^b	22.545	10.074	1	10.074	Regression	1
		.447	86	38.426	Residual	
			87	48.500	Total	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						
b. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب						

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار فيشر F، هو Sig. = 0.00، مما يشير إلى أن نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المتغيرين ذو جودة توفيق، وأنه جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرين.

الجدول (44) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى الأسد الجامعي

Coefficients ^a						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
.005	2.901		.493	1.431	(Constant)	1
.000	4.748	.456	.135	.640	أبعاد ثقافة التدريب	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						

المصدر: مخرجات SPSS.

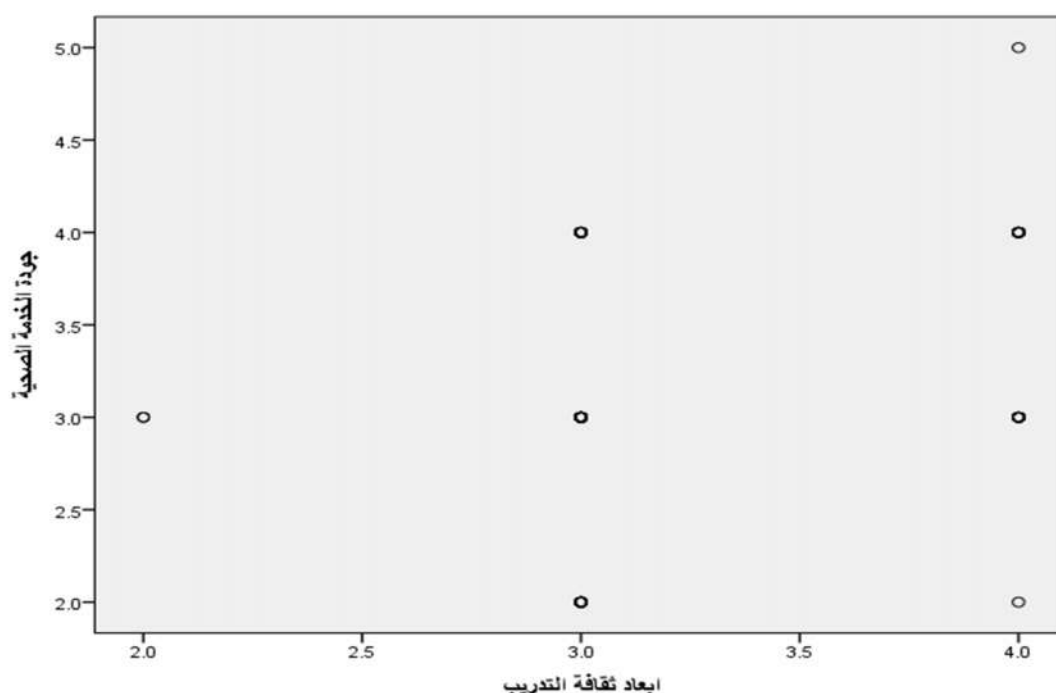
يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية المتعلقة بثوابت النموذج أقل من 5%، وبالتالي الثوابت معنوية وموضوعية ولها دلالة إحصائية، ويمكن القول بأن لأبعاد ثقافة التدريب تأثير معنوي على جودة الخدمة الصحية، أي أنه كلما تغيرت أبعاد ثقافة التدريب وتغير إدراك العاملين لها بدرجة واحدة كلما تغيرت جودة الخدمة الصحية بمقدار 0.640 درجة وبالاتجاه نفسه.

3. اختبار الفرضية الخامسة على مستوى مستشفى دمشق:

لاختبار الفرضية تم بناء نموذج الانحدار الخطي البسيط لدراسة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية، والذي يأخذ الشكل العام التالي: $Y = a_0 + a_1X$ حيث Y : جودة الخدمة الصحية، و X أبعاد ثقافة التدريب، و a_i : ثوابت النموذج حيث $i=1,2$. تم تقدير النموذج وفق الخطوات التالية:

- شكل الانتشار بين المتغيرين:

يبين الشكل (11) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:



الشكل (11) الانتشار بين متغير أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق

يتضح من الشكل أعلاه أن العلاقة موجبة بين المتغيرين وهي خطية من الدرجة الأولى.

- دراسة الارتباط بين المتغيرين:

يبين الجدول (45) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية كما يلي:

الجدول (45) معامل الارتباط بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق

Correlations				
جودة الخدمة الصحية	ابعاد ثقافة التدريب			
.285**	1.000	Correlation Coefficient	ابعاد ثقافة التدريب	Spearman's rho
.005	.	Sig. (2-tailed)		
95	95	N		
1.000	.285**	Correlation Coefficient	جودة الخدمة الصحية	
.	.005	Sig. (2-tailed)		
95	95	N		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط هي 0.285 بمستوى معنوية 0.005 أقل من 5%، أي أن الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين أبعاد ثقافة التدريب وجودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق. وتم تقدير العلاقة الخطية باستخدام برنامج SPSS v.21 الإحصائي، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (46) معامل الارتباط والتحديد بين متغيري أبعاد ثقافة التدريب

جودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق

Model Summary				
Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.632	.071	.081	.285 ^a	1
a. Predictors: (Constant), أبعاد ثقافة التدريب				

المصدر: مخرجات SPSS.

يبين الجدول أعلاه أن معامل الارتباط موجب وضعيف، وأن قيمة معامل التحديد 0.081 أي أن 8.1% من التغير في جودة الخدمة الصحية فسر من خلال التغير في أبعاد ثقافة التدريب.

الجدول (47) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في مستشفى دمشق

ANOVA ^a						
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
.005 ^b	8.196	3.269	1	3.269	Regression	1
		.399	93	37.089	Residual	
			94	40.358	Total	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						
b. Predictors: (Constant), ابعاد ثقافة التدريب						

المصدر: مخرجات SPSS

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار فيشر F، هو Sig. = 0.00، مما يشير إلى أن نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المتغيرين ذو جودة توفيق، وأنه جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرين.

الجدول (48) ثوابت نموذج الانحدار البسيط في مستشفى دمشق

Coefficients ^a						
Sig.	t	Standardize d Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
.000	4.628		.432	1.999	(Constant)	1
.005	2.863	.285	.130	.371	أبعاد ثقافة التدريب	
a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية						

المصدر: مخرجات SPSS

يبين الجدول أعلاه أن مستويات المعنوية المتعلقة بثوابت النموذج أقل من 5%، وبالتالي الثوابت معنوية وموضوعية ولها دلالة إحصائية، ويمكن القول بأن لأبعاد ثقافة التدريب تأثير معنوي على جودة الخدمة الصحية، أي أنه كلما تغيرت أبعاد ثقافة التدريب وتغير إدراك العاملين لها بدرجة واحدة كلما تغيرت جودة الخدمة الصحية بمقدار 0.371 درجة وبالاتجاه نفسه.

مما سبق يمكن القول بأن تأثير أبعاد ثقافة التدريب في مستشفى المواساة هو الأعلى ويبلغ 0.849، ويأتي بعدها مستشفى الأسد الجامعي من حيث شدة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية ويبلغ 0.640، ويكون التأثير الأدنى لأبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق ويبلغ 0.371. وبالتالي هناك اختلاف في تأثير أبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية بين مستشفى عام وآخر محل الدراسة.

الفصل السادس: النتائج والتوصيات

6-1. نتائج الدراسة.

6-2. المقترحات والتوصيات.

6-1. نتائج الدراسة.

خلص البحث إلى النتائج التالية:

- إن مستوى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب بكافة مكوناتها، ولبعد جودة الخدمة الصحية هو مرتفع. ويمكن ترتيب مدى إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب كما يلي:
العادات والتقاليد، التغيير والاتصال الثقافي، التنوع الثقافي، المعارف الثقافية، الافتراضات واللغة، المعتقدات، ثقافة التدريب والاتجاهات، الأخلاق، القيم.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد ثقافة التدريب ويتمثل بالنقاط الآتية:
 - فلسفة العمل الجماعي، والممارسات الخاطئة السائدة في الواقع العملي كمظاهر ثقافة التدريب السالبة.
 - فكرة يوم التدريب كل عام، تقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا، وإصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب كجوانب مهمة لثقافة التدريب.
 - دور ثقافة التدريب في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته.
 - دور عوامل الثقة والتفاؤل في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وارتباط هذا التعزيز بتوفير موازنات تدريبية جيدة.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد القيم ويتمثل بالنقاط الآتية:
 - دور القيم في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن جودة الخدمة الصحية كمظاهر من ثقافة التدريب الموجبة.
 - ضرورة توفير دعم والتزام القيادة لمفهوم ثقافة التدريب.
 - تساعد المناقشات الجماعية في تعزيز ثقافة التدريب.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد المعتقدات من حيث مساعدة المعتقدات الدينية في تعزيز ثقافة التدريب.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد اللغة من حيث كون الإيماءات أداة لغوية مهمة في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن جودة الخدمة الصحية.

- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد الاتجاهات من حيث معرفة اتجاهات موظفي المنظمة الصحية نحو العمل كعوامل لتعزيز الثقافة الموجبة، وتعزيز الاتجاهات النفسية لموظفي المنظمة الصحية كمظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد المعارف الثقافية من حيث عدم وجود معادلة ثابتة لاكتساب معارف ثقافية متنوعة في المنظمة الصحية.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد الاتصال الثقافي من حيث تصنيف الثقافات المؤثرة في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد الأخلاق، حيث يؤثر المناخ الأخلاقي في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة، والتزود بالتدريب الأخلاقي كعامل من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية، إضافة إلى وضع قوانين أخلاقية للمكافآت والعقاب.
- هناك مستوى إدراك متوسط للعاملين لبعد جودة الخدمة الصحية من حيث دلالتها لمدى إدراك المريض لتطابق الخدمة الصحية الفعلية مع المتوقعة.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب بين المستشفيات محل الدراسة، وجاءت الفروق لصالح مستشفى المواساة، عند كافة الأبعاد لثقافة التدريب باستثناء بعد المعتقدات والافتراضات فهي لصالح مستشفى الأسد الجامعي.
- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد ثقافة التدريب وتحسن جودة الخدمة الصحية، فهي معنوية وموجبة وضعيفة بين أبعاد ثقافة التدريب التالية: المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، الافتراضات، وجودة الخدمة الصحية، وموجبة ومقبولة ومعنوية بين أبعاد ثقافة التدريب التالية: التنوع الثقافي والاتصال الثقافي، الأخلاق، أبعاد ثقافة التدريب ككل، وجودة الخدمة الصحية، وهي موجبة وشبه مقبولة ومعنوية بين أبعاد ثقافة التدريب التالية: ثقافة التدريب، التغيير الثقافي وجودة الخدمة الصحية.
- لا تأثير معنوي لأبعاد ثقافة التدريب التالية على جودة الخدمة الصحية وتحسينها: القيم، المعتقدات، العادات والتقاليد، الافتراضات، التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمة الصحية بينما هناك تأثير معنوي للأبعاد التالية على تحسين جودة الخدمة الصحية: ثقافة

التدريب، اللغة، الاتجاهات، المعارف الثقافية، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق.

- هناك تأثير معنوي وموجب لأبعاد ثقافة التدريب ككل على مستوى العينة ككل في تحسين جودة الخدمة الصحية ويبلغ هذا التأثير 0.744.

- لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب التالية في المستشفيات محل الدراسة: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق، وجودة الخدمة الصحية وأبعاد ثقافة التدريب ككل تعزى لمتغير الجنس، بل هناك فروق جوهرية بالنسبة لأبعاد المعارف الثقافية، والافتراضات، التغيير الثقافي، تعزى لمتغير الجنس وهي لصالح الإناث.

- لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب التالية في المستشفيات محل الدراسة: ثقافة التدريب، القيم، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي، الأخلاق، وجودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير المؤهل العلمي، بل هناك فروق جوهرية بالنسبة لأبعاد المعتقدات وهي لصالح حملة الشهادة الثانوية وما دون، والافتراضات، أبعاد ثقافة التدريب ككل وهما لصالح حملة شهادة الدراسات العليا، تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

- لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب التالية في المستشفيات محل الدراسة: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية والافتراضات، الأخلاق، وجودة الخدمة الصحية وأبعاد ثقافة التدريب ككل تعزى لمتغير فئات العمر، بل هناك فروق جوهرية بالنسبة لأبعاد الاتجاهات، التنوع الثقافي، الاتصال الثقافي وهذه الأبعاد جاءت فروقها لصالح من أعمارهم من 20-30 سنة، والتغيير الثقافي الفروقات لصالح من أعمارهم أقل من 20 سنة، تعزى لمتغير فئات العمر.

- لا فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات إدراك العاملين لأبعاد ثقافة التدريب التالية في المستشفيات محل الدراسة: ثقافة التدريب، القيم، المعتقدات، اللغة، الاتجاهات، العادات والتقاليد، المعارف الثقافية والافتراضات، التنوع الثقافي، الأخلاق، وجودة الخدمة

الصحية وأبعاد ثقافة التدريب ككل تعزى لمتغير فئات الخبرة العملية، بل هناك فروق جوهرية بالنسبة لأبعاد الاتصال الثقافي، والتغيير الثقافي تبعاً لفئات الخبرة العملية، وهذه الأبعاد جاءت فروقها لصالح من خبرتهم أقل من 5 سنوات.

- هناك تأثير موجب ومعنوي لأبعاد ثقافة التدريب على تحسن جودة الخدمة الصحية في مستشفى المواساة وهو 0.849.
- هناك تأثير موجب ومعنوي لأبعاد ثقافة التدريب على تحسن جودة الخدمة الصحية في مستشفى الأسد الجامعي وهو 0.640.
- هناك تأثير موجب ومعنوي لأبعاد ثقافة التدريب على تحسن جودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق وهو 0.371.
- تأثير أبعاد ثقافة التدريب في مستشفى المواساة هو الأعلى ويبلغ 0.849، ويأتي بعدها مستشفى الأسد الجامعي من حيث شدة تأثير أبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية ويبلغ 0.640، ويكون التأثير الأدنى لأبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية في مستشفى دمشق ويبلغ 0.371. وبالتالي هناك اختلاف في تأثير أبعاد ثقافة التدريب في جودة الخدمة الصحية بين مستشفى عام وآخر محل الدراسة.

6-1. المقترحات والتوصيات:

يوصي البحث بما يلي:

- المحافظة على مستوى إدراك العاملين في المستشفيات العامة المدروسة لأبعاد ثقافة التدريب بكافة مكوناتها، ولبعد جودة الخدمة الصحية خصوصاً فيما يتعلق بالعادات والتقاليد، التغيير والاتصال الثقافي، التنوع الثقافي، المعارف الثقافية، الافتراضات واللغة، المعتقدات، الاتجاهات، الأخلاق، والقيم.
- تشجيع فلسفة العمل الجماعي في المستشفيات العامة المدروسة.
- ترويج فكرة يوم التدريب كل عام، وتقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا، وإصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب كجوانب مهمة لثقافة التدريب.
- وتشجيع دور ثقافة التدريب في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته.

- تفعيل دور عوامل الثقة والتعاون في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وارتباط هذا التعزيز بتوفير موازنات تدريبية جيدة.
- تفعيل دور القيم في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن جودة الخدمة الصحية كمظاهر من ثقافة التدريب الموجبة. وضرورة توفير دعم والتزام القيادة لمفهوم ثقافة التدريب. وتشجيع المناقشات الجماعية في تعزيز ثقافة التدريب.
- تفعيل دور بعد المعتقدات من حيث مساعدة المعتقدات الدينية في تعزيز ثقافة التدريب.
- تفعيل دور بعد اللغة، على اعتبار أن الايماءات أداة لغوية مهمة في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن جودة الخدمة الصحية.
- تفعيل دور بعد الاتجاهات من حيث معرفة اتجاهات موظفي المنظمة الصحية نحو العمل كعوامل لتعزيز الثقافة الموجبة، وتعزيز الاتجاهات النفسية لموظفي المنظمة الصحية كمظاهر لثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية.
- تفعيل دور بعد المعارف الثقافية من حيث عدم وجود معادلة ثابتة لاكتساب معارف ثقافية متنوعة في المنظمة الصحية.
- تفعيل دور بعد الاتصال الثقافي من حيث تصنيف الثقافات المؤثرة في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- تفعيل دور بعد الأخلاق، حيث يؤثر المناخ الأخلاقي في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة، والتزود بالتدريب الأخلاقي كعامل من عوامل تحسن جودة الخدمة الصحية، إضافة إلى وضع قوانين أخلاقية للمكافآت والعقاب.
- ضرورة تفعيل دور التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- ملاحظة ودراسة الفروق وتأثير المعارف الثقافية، والافتراضات، والتغيير الثقافي وفقاً لمتغير الجنس ودورها الفعّال في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- توضيح دور المؤهلات العلمية في تعزيز أبعاد ثقافة التدريب ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة المدروسة.
- دراسة تأثير العمر وعلاقته بأبعاد ثقافة التدريب والدور الحيوي الذي يلعبه في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة المدروسة.

- دراسة تأثير الخبرة العملية في الاتصال والتغيير الثقافي ودورها المهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة المدروسة.
- تعزيز التأثير الموجب والمعنوي لأبعاد ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العامة المدروسة.

قائمة المراجع

أ. باللغة العربية:

1. أبو خديجة ، هيثم عبدالله (2007): المناخ التنظيمي وعلاقته بثقافة المنظمة : دراسة ميدانية على شركات التأمين المساهمة العامة في الأردن ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة دمشق ، كلية الاقتصاد .
2. أتكسون، فيليب (1996): التغيير الثقافي: الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة: الجزء الأول، تعريب: عبد الفتاح السيد النعماني، مركز الخبرات المهنية للإدارة (بميك)، القاهرة.
3. إصدارات بميك (2005): الجودة الشاملة : الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، القاهرة.
4. الأكلبي، عايش (2012): دور التدريب في إحداث التغيير في المنظمات العامة الحكومية، النهضة، المجلد 13، العدد 2 ، أبريل، ص ص 101 – 132.
5. باجات، رابي وآخرون (2003): الاختلافات الثقافية في نقل المعرفة الخاصة بالمنظمات عبر الحدود: إطار عمل موحد، ترجمة: إبراهيم بن علي الملحم، راجع الترجمة: فهد بن معيقل العلي، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثالث والأربعون، العدد الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض.
6. باورز، بوب (2004): المدرب المتميز : فن إيصال الرسالة التدريبية، ترجمة : سعد بن هادي القحطاني، راجع الترجمة: د. مريم بنت عبدالله الصبان ، معهد الإدارة العامة ، الرياض .
7. بروكس ، جل (2001): قدرات التدريب والتطوير : دليل عملي ، ترجمة : عبدالله إسماعيل كتيبي ، راجع الترجمة : عبد اللطيف بن صالح العبد اللطيف ، معهد الإدارة العامة ، الرياض .
8. البكري، ثامر (2005): تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري ، عمان ، ط5.
9. تريسي ، وليم ر. (2004): تصميم نظم التدريب والتطوير، ترجمة : سعد أحمد الجبالي، مراجعة : عبد المحسن بن فالح اللحيد ، معهد الإدارة العامة ، الرياض.
10. توفيق، عبد الرحمن (1998): تقييم التدريب: المردود والعائد على الاستثمار البشري، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، ط1.

11. توفيق ، عبد الرحمن (2007): المدربون الناجحون : ماذا يفعلون ولا يفعلون من التصميم إلى التقييم ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، القاهرة ، ط1.
12. ثورن، كيي، ديفيد ماكيي (2001): كل ما تريد أن تعرف عن التدريب : دليل وافٍ خطوة بخطوة للتدريب والتطوير، مكتبة جرير، الرياض.
13. جاد الرب، سيد محمد (2005): السلوك التنظيمي، مطبعة العشري، القاهرة.
14. جاد الرب، سيد محمد (2008): الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.
15. جبرا ، جوزيف جي ، أو .بي دوفيدي (2012): الثقافة الإدارية في سياق عالمي، ترجمة : د. مشبب بن عايض القحطاني، معهد الإدارة العامة، الرياض.
16. الجبوري، حمزة (2013): جودة الخدمة ودورها في الأداء المتميز : دراسة تحليلية لآراء عينة من موظفي شركة آسيا سيل – فرع المنصور، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 34 ، ص ص 167 – 194.
17. جرادات، أسامة (2000): التدريب الإداري الموجه بالأداء، ندوة التدريب الإداري الموجه بالأداء، بالتعاون مع المنظمة العربية للتنمية الإدارية، دمشق، 10 - 12 سبتمبر.
18. جرينبرج ، جيرالد ، روبرت بارون (2004): إدارة السلوك في المنظمات، تعريب ومراجعة : رفاعي محمد رفاعي ، د. إسماعيل علي بسيوني ، دار المريخ ، الرياض.
19. جلاب، إحسان ، سحر عناوي رهيو (2015): الذكاء الثقافي في المنظمات ، دار صفاء ، عمان ، ط1.
20. جلاب، إحسان دهش (2011): إدارة السلوك التنظيمي في عصر التغيير، دار صفاء، عمان، ط1.
21. حريم ، حسين (2007): السلوك التنظيمي : سلوك الأفراد في المنظمات ، دار زهران ، عمان.
22. حسن، راوية (2005): مدخل استراتيجي لتخطيط وتنمية الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية.
23. الخفاجي، نعمة عباس (2009): ثقافة المنظمة، دار اليازوري ، عمان.
24. خليل ، سعد الدين (2009): صناعة التدريب ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ط1.
25. راي ، ليسلي (2001): كيفية قياس فاعلية التدريب ، ترجمة : حمزة سر الختم حمزة، راجع الترجمة : رباب حسني هاشم ، معهد الإدارة العامة ، الرياض .

26. الرشيد ، عادل محمود (2003): الإدارة والثقافة : المواءمة بين البراداييم والسياق ، بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي الرابع في الإدارة : القيادة الإبداعية لتطوير وتنمية المؤسسات في الوطن العربي ، 13- 16 تشرين أول ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، وهيئة تخطيط الدولة ، دمشق.
27. سعادة، يوسف جعفر (1993): التدريب: أهميته والحاجة إليه، أنماطه، تحديد احتياجاته، بناء برامج والتقييم المناسب له، الدار الشرقية، القاهرة، ط1.
28. السكارنة، بلال(2008): التدريب الإداري، دار وائل، عمان ، ط1.
29. سيفر، مات (2007) : المرجع العالمي لإدارة الجودة ، مهارات الإدارة للمحترفين ، دار الفاروق، القاهرة.
30. الشلفان ، عادل بن أحمد (2005): إدارة الاتصال الثقافي بفعالية ، الإدارية ، السنة 27 ، العدد 103 ، ديسمبر.
31. الصرن، رعد (2014): إدارة الجودة الشاملة في المشروعات الصغيرة، منشورات جامعة دمشق، برنامج إدارة المشروعات الصغيرة والمتوسطة.
32. الصرن، رعد (2016): إدارة الجودة الشاملة : الوظائف والمبادئ والممارسات في العالم التنافسي ، دار رسلان ، دمشق، ط1.
33. الصرن، رعد (2002): صناعة التنمية الإدارية في القرن الحادي والعشرين، منشورات دار الرضا، دمشق.
34. الصرن، رعد، أيمن ديوب (2015): نظرية المنظمة والتطوير التنظيمي، منشورات جامعة دمشق، برنامج إدارة المشروعات المتوسطة والصغيرة، كلية الاقتصاد.
35. الضمور، هاني (2008): تسويق الخدمات ، دار وائل، عمان، ط3.
36. الطائي، يوسف حليم وآخرون (2009): نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري، عمان.
37. الطائي، حميد ، بشير العلاق (2009): إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري، عمان ، ط1.
38. العامري ، صالح ، طاهر الغالبي (2008): الإدارة والأعمال ، دار وائل للنشر، عمان، ط2.
39. عبد الفتاح، رأفت السيد (2001): سيكولوجية التدريب وتنمية الموارد البشرية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1.
40. عبد اللطيف ، عبد اللطيف (2006) إدارة الاعمال الدولية . دمشق : منشورات جامعة دمشق

41. عبد اللطيف، عبد اللطيف (2001): العلوم السلوكية في التطبيق الإداري : السلوك التنظيمي ، منشورات جامعة دمشق ، كلية الاقتصاد ، ط 3.
42. عبيد، عبد السلام ابراهيم (2004): عوامل النجاح الحرجة وأثرها في الأداء الاستراتيجي بمنظور إدارة الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.
43. عريض، محمود (2008): تأثير القيم الثقافية على إدراك نزلاء الفنادق لجودة الخدمة: دراسة ميدانية على القطاع الفندقي بسورية، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التجارة.
44. العزاوي، نجم (2009): جودة التدريب الإداري : ومتطلبات المواصفة الدولية الأيزو 10015 ، دار اليازوري ، عمان .
45. العزاوي، نجم ، فراس أبو قاعود (2010): أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23 ، ص ص 113 - 131.
46. عصفور، أمل (2008): قيم ومعتقدات الأفراد وأثرها على فاعلية التطوير التنظيمي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، ص 98.
47. العوض، عمر أحمد محمد (1999): ثقافة التدريب وأثرها على العملية الإدارية، مجلة السودان للإدارة والتنمية، أكاديمية السودان للعلوم الإدارية، الخرطوم، يناير، المجلد التاسع عشر، العدد الأول، ص ص 40 - 88.
48. الفاعوري، رفعت عبد الحميد (2005): إدارة الإبداع التنظيمي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
49. الفضل، مؤيد عبد الحسين ، يوسف حليم الطائي (2004): إدارة الجودة الشاملة: من المستهلك إلى المستهلك : منهج كمي ، ط 1 ، مؤسسة الوراق ، عمان.
50. القريوتي، محمد قاسم (2000): السلوك التنظيمي : دراسة للسلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة ، دار الشروق ، عمان ، ط 3.
51. القريوتي، محمد قاسم (2009): مبادئ التسويق الحديث، دار وائل، عمان ، ط 2.
52. ماهر، أحمد (2009): السلوك التنظيمي: مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية.
53. مجمع اللغة العربية (1985): المعجم الوسيط، الجزء الأول، القاهرة.
54. مجموعة من المتخصصين (2007): الإدارة الصحية ، منظمة الصحة العالمية ، أكاديميا.

55. المحياوي ، قاسم نايف علوان (2006) : إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم ، عمليات ، تطبيقات، دار الشروق ، عمان .
56. المرسي، جمال الدين (2007): الثقافة التنظيمية والتغيير ، الدار الجامعية ، الإسكندرية.
57. المرسي، جمال الدين محمد ، ثابت عبد الرحمن إدريس (2001): السلوك التنظيمي : نظريات ونماذج وتطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة ، الدار الجامعية ، الإسكندرية.
58. المنظمة العربية للتنمية الإدارية (2008): المرجع في التدريب وإدارة الموارد البشرية، بحوث وأوراق عمل الملتقيات والندوات التي عقدتها المنظمة خلال عام 2007 حول موضوعات الاستشارات والتدريب وإدارة الموارد البشرية، القاهرة.
59. ناصر، فداء (2006): أثر الاختلافات الثقافية على نظم تقويم الأداء والحوافز والانتماء التنظيمي في الشركات متعددة الجنسيات بجمهورية مصر العربية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة.
60. الهيتي، صلاح الدين (2005): تأثير الاختلافات المحتملة للقيم الثقافية في أداء العاملين : دراسة ميدانية لاتجاهات العاملين في مدينة الحسين بن عبدالله الثاني الصناعية ، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ، الجامعة الأردنية ، المجلد (1) ، العدد (1) ، تموز ، ص ص 20 – 43.
61. ياغي، محمد عبد الفتاح (2009): التدريب الإداري بين النظرية والتطبيق، دار وائل، عمان.
62. بيورتنس، هاينزرا (2004): التدريب نحو النجاح: طريقك للوصول إلى أهدافك الشخصية والمهنية، تعريب: سامر نصري، مكتبة العبيكان، الرياض.

باللغة الأجنبية :

1. Aguinis, Herman & Kurt Kraiger (2009): Benefits of Training and Development for Individual and Teams, Organizations & Society, The Annual Review of Psychology, Vol.60 ,pp.451-474
2. Awasth, Vidya N. & others (2001): cross – cultural differences in the behavioral consequences of imposing performance evaluation and reward systems, the international journal of accounting, vol. 3, pp. 291 – 309.
3. Barnes, Stuart (2002): Knowledge Management Systems: Theory and Practice, Thomson Learning.
4. Berninghausen, Jutta & Beatrice Hecht-Elminshaw (2009): Intercultural Competence- Managing Cultural Diversity: training handbook, Kellner Publishing House, Bremen, Boston.

5. Branine , Mohamad (2005): Cross- Cultural training of managers : an evaluation of a management development programme for Chinese managers , Journal of Management Development , Vol.24 , No.5 , PP.459- 472
6. Carmeli , Abraham (2005): The Relationship between Organizational Culture and Withdrawal Intention and Behavior, International Journal of Manpower , Vol.26,pp.77-195
7. Charney, CY & Kathy Conway (2005): The Trainers toolkit, (2nd ed.), AMACOM, New York.
8. Cook, Loris. (2002): exploring the linkages between Quality systems, service Quality, and performance excellence: service provider's perspectives, American society for Quality, Quality Management Journal, vol.9, Issue. 2, April, p.1
9. Cotelnic, Ala (2008): Training entrepreneurial Culture in enterprises of the Republic of Moldova, Economia Seria Management, Vol.11, Nr.2, pp.21-29.
10. Daft, Richard L. (2010): Organizational Theory and Design, (10th ed.), South – Western, Cengage Learning, Australia.
11. Davis, Kenneth L. (2012): The Future of Training for Patient Safety and Quality, The Quarterly Journal for Health Care Practice and Risk Management, Vol.19, Summer ,pp.1-24.
12. Deepa , Awal & et.al (2006): Issues on Organizational Culture Change : a case Study , Journal of Organizational Culture, Communication and Conflict, pp.79-97
13. Dessler, Garry (2005): Human resources Management, (10th ed.), Pearson education LTD, Inc., N.J.
14. Dicesare, Jnstire Golanz, sadre : (2003) Doall carrots lools the same? Examining the impact of culture on employee motivation, management research news, vo.l.26, No.1, pp. 29 – 40.
15. Eide , S. (2002): Exploring Organizational Culture , Journal of Psychology , Vol.15 ,No.1, p.9
16. Gibb, Bruce (2007): Leadership and Cultural Intelligence: a spiral dynamics perspective, Bantam Books, New York.
17. Goleman, Daniel (2006): Social Intelligence, Bantam Books ,New York.
18. Graig, Robert L. (1996): The ASTD Training & Development Handbook: a guide to Human Resource Development, (4th ed.), Mc Graw- Hill Companies, Inc., Boston.

- 19.Greenberg, Jerald (2005): Managing Behavior in Organizations, (4th ed.), Pearson Education, Inc., New York.
- 20.Harrell, Keith D. (2004): Attitude is everything for success: say it, believe it, receive it, Hay House, Inc., California.
- 21.Hellreigel, Don & others (1999): Management, (8th ed.), south – western collage publishing, Cincinnati, Ohio.
- 22.Hodgetts, Richard M. & Fred Luthans (2003): international Management, (3rd ed.), the McG raw – Hill companies, Inc; Singapore.
- 23.Hofstede, Geert & Gert Jan Hofstede (2005): Cultures & organizations: software of the mind, Mc Graw – Hill, Inc., New York.
- 24.Hofstede, Gert Jan (2009): Research on Culture: how to use it in Training, European Journal of Cross- Cultural Competence and Management, Vol.1,No.1,pp.14-21.
- 25.Holt, David H. & Karen W. Wigginton (2002): international Management, (2nd ed.), Harcourt college publisher's, Inc., Fort Worth.
- 26.Huczynski, Andrzej A. & David A. Buchanan (2006): Organizational Behavior, Pearson Education, Inc., N.J.
- 27.Ivancevich, John M. & et.al (2008): Organizational Behavior and Management, (8th ed.), Mc Graw –Hill, Inc., New York.
- 28.Ivancevich, John M. & et.al (2011): Organizational Behavior and Management, (9th ed.), Mc Graw –Hill, Inc., New York.
- 29.Ivancevich, John M. & others (2008): Organizational Behavior and Management, (8th ed.), Mc Graw –Hill, Inc., New York.
- 30.Kinicki, Angelo & Robert Kreitner (2006): Organizational Behavior: key concepts, Skills & best practices, (2nd ed.), McGraw –Hill Companies, Inc., New York.
- 31.Kohls L. Robert & Herbert L. Brussaw (1995): training know – how for cross cultural and diversity trainers, Adult Learning systems, Inc.
- 32.Kujala , Jaakko & Paul Lillrank (2004): Total Quality Management as a Cultural Phenomenon , Quality Management Journal , ASQ, Vol.11, No.4,pp.43-55.
- 33.Luthans, Fred (2011): Organizational Behavior: an evidence – Based approach,(12th ed.), McGraw –Hill Companies , Inc., New York.
- 34.Martin, J. (2002): Organizational Culture: Mapping the terrain thousand Oakas, Sage Publications.
- 35.Mathews, Brain P. & others (2001): European Quality Management practices the impact of national culture, MCB University press,

- International Journal of Quality & reliability Management, vol.18, No.7, pp.692 – 707.
- 36.Mcshane, Steven L. & Mary Ann Von Glinow (2010): Organizational Behavior, (5th ed.), McGraw- Hill Companies, Inc., New York.
 - 37.Muzaffar, Bushra (2014): The Power of Training Culture: Driving todays Organization, Global Journal of Finance and Management, Vol.6, No.4, pp. 297-304.
 - 38.Noel, Raymond A. (2008): Employee training and Development, (4th ed.), Mc Graw – Hill Companies, Inc., New York.
 - 39.Oakland, John S. (2000): Total Quality Management: text with Cases, (2nd ed.), Butterworth – Heinemann, Oxford.
 - 40.Robbins, Stephen P. & Philip L. Hunsaker (2010): Training in interpersonal Skills : TIPS for Managing People at Work,(5th ed.), Pearson Education ,Inc., N.J.
 - 41.Robbins, Stephen P. & Timothy A. Judge (2014): Essentials of Organizational Behavior, Pearson Education, Inc., New York.
 - 42.Robbins, Stephen P. (2005): Organizational Behavior, (11th ed.), Pearson education, Inc., N.J.
 - 43.Rue, Leslie w. & Lloyd L. Byars (2005): Management: skills and applications, (11th ed.), McGraw – Hill, Inc., New York.
 - 44.Sandra ,M. (2007): Organizational Culture and Intellectual Capital : a new Model , Journal of Intellectual Capital , Vol.8 ,No. 3 ,pp.409- 430
 - 45.Schaller, Mark & Christian S. Crandall (2004): the Psychological foundations of culture, Lawrence Erlbaum associated publishers, London.
 - 46.Schermerhorn, John R, JR. & Others (1994): Managing Organizational Behavior, (5th ed.), John Wiley & Sons, Inc., New York.
 - 47.Schermerhorn, John R. Jr. & et.al (2010): Organizational Behavior, (11th ed.), John Wiley & Sons, New York.
 - 48.Schermerhorn, John R. Jr. & et.al (2012): Organizational Behavior, (12th ed.), John Wiley & Sons, New York.
 - 49.Schien, Edgar H. (2004): Organizational Culture and Leadership, (3rd ed.), John Wiley & Sons, Inc.
 - 50.Seddon, John & Stephanie Jackson (1990): TQM and culture change, Emerald Group publishing LTD., The TQM Magazine, vol.2, No.4.

- 51.**William , A. Weeh (2001): Training Across Cultures: what to expect, Training and Development, Vol.55 , No.1 ,Jan, p.62
- 52.**Woods, John A. (1996): The Six Values of a Quality Culture: Building a culture to develop committed employees, delighted customers and continuous improvement, CWL publishing Enterprises, Madison, Wisconsin.

ملحق : استبيان الدراسة

قياس أثر ثقافة التدريب على تحسين جودة الخدمة الصحية

دراسة ميدانية في المستشفيات العامة في محافظة دمشق

يهدف هذا الاستبيان إلى دراسة أثر ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال دراسة ميدانية في المستشفيات العامة العاملة في محافظة دمشق ، وتحديد المشكلات التي تعترض ذلك.

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية المتعلقة بأثر ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية ، وذلك بإحدى الإجابات التالية وفقاً للترتيب الآتي:

5- موافق بشدة 4- موافق 3- حيادي 2- غير موافق 1- غير موافق بشدة

أو ضع إشارة حول الرقم الذي يعبر عن إجابتك علماً أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها ستكون في غاية السرية، ولا تؤثر على وضع وسياسة منظمتكم الصحية. ولكن المهم هو تحديد وإدراك الأهمية لأثر ثقافة التدريب في تحسين جودة الخدمة الصحية، وكيف يؤثر على الأوضاع القائمة في منظمتكم الصحية، ومدى تقبل ما هو جديد في الرعاية الصحية. نتمنى من الجميع أن يكونوا موضوعيين وغير متحيزين في وضع إجاباتهم

شاكرين تعاونكم معنا وحسن استجابتكم لنا

معلومات شخصية:

الجنس	ذكر			انثى	
المؤهل العلمي	ثانوية ومادون	معهد	جامعية	دراسات عليا	
فئات العمر	أقل من 20	20 وأقل من 30	30 وأقل من 40	40 وأقل من 50	50 فأكثر
الخبرة العملية	أقل من 5 سنوات	5 وأقل من 10	10 وأقل من 15	15 وأقل من 20	20 فأكثر

رقم السؤال	الأسئلة	الإجابات
ثقافة التدريب		
1.	يقصد بثقافة التدريب في المنظمة الصحية مجمل المعارف المتصلة بمفهوم التدريب وأهميته وتقاناته	5 4 3 2 1
2.	ترتبط ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بالعناصر المادية والسلوكية والقيمية	5 4 3 2 1
3.	تتأثر ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بثقافة المجتمع وقيمه	5 4 3 2 1
4.	من الجوانب المهمة التي تدل على نوعية ثقافة التدريب في المنظمة الصحية فلسفة العمل الجماعي	5 4 3 2 1
5.	من مظاهر قوة ثقافة التدريب في المنظمة الصحية القدرة على التكيف والابتكار	5 4 3 2 1
6.	من مظاهر ثقافة التدريب السالبة غياب الفهم المتكامل لجوانب العملية التدريبية في المنظمة الصحية	5 4 3 2 1
7.	من مظاهر ثقافة التدريب السالبة الممارسات الخاطئة السائدة في الواقع العملي	5 4 3 2 1
8.	من مظاهر ثقافة التدريب السالبة قصور الفهم نحو مفهوم التدريب الصحي وأدواته وتقاناته	5 4 3 2 1
9.	من معوقات ثقافة التدريب في المنظمة الصحية افتقار المتدرب إلى التعزيز والدعم في العمل	5 4 3 2 1
10.	عدم وجود تأييد ودعم من الثقافة التنظيمية السائدة من المظاهر السلبية لثقافة التدريب في المنظمة الصحية	5 4 3 2 1

5 4 3 2 1	11.	من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية انتشار المؤتمرات التدريبية الصحية
5 4 3 2 1	12.	من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية احتضان الخبرات الفنية المشهود لها بالتميز
5 4 3 2 1	13.	من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية تنوع وتطوير طرائق الاتصال بالمنظمات الصحية
5 4 3 2 1	14.	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية غرس هذا المفهوم كواجب ضمنى في أي وظيفة
5 4 3 2 1	15.	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية تبني فكرة يوم التدريب كل عام
5 4 3 2 1	16.	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية تقوية إدارات التدريب وربطها بالقيادات العليا
5 4 3 2 1	17.	من الجوانب المهمة لثقافة التدريب في المنظمة الصحية إصدار المجالات المتخصصة في مجال التدريب
5 4 3 2 1	18.	تساعد ثقافة التدريب في المنظمة الصحية في ترويج فكر التغيير وتخفيض مقاومته
5 4 3 2 1	19.	تساعد عوامل الثقة والتعاون في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	20.	يرتبط تعزيز ثقافة التدريب في المنظمة الصحية بتوفير موازنات تدريبية جيدة
القيم		
5 4 3 2 1	21.	تساعد القيم في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية وتحسن من جودة الخدمة الصحية
5 4 3 2 1	22.	من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة قيم ومعتقدات الموظفين التي تحسن من جودة الخدمة الصحية
5 4 3 2 1	23.	من الضروري توفير دعم والتزام قيادة المنظمة الصحية لمفهوم ثقافة التدريب وجوانبها المختلفة
5 4 3 2 1	24.	تساعد المناقشات الجماعية في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في تحسين جودة الخدمة الصحية
المعتقدات		
5 4 3 2 1	25.	تساعد المعتقدات الدينية في تعزيز ثقافة التدريب الصحي وتحسن من جودة الخدمة الصحية
5 4 3 2 1	26.	تساعد المعتقدات حول طبيعة العمل والحياة الاجتماعية في تعزيز وتحسين جودة الخدمة الصحية
5 4 3 2 1	27.	تساعد المعتقدات كنوابت راسخة لا تتغير في تحسين جودة الخدمة الصحية
اللغة		
5 4 3 2 1	28.	تعكس الرموز الكلامية الثقافة الخاصة بالمنظمة ومنها ثقافة التدريب
5 4 3 2 1	29.	تعد اللغة أداة اتصال تساعد في تعزيز ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	30.	تعد اللغة بمثابة المفتاح الرئيسي للولوج إلى ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	31.	تساعد الإيماءات كأداة لغوية مهمة في تعزيز ثقافة التدريب وتحسن من جودة الخدمة الصحية
الاتجاهات		
5 4 3 2 1	32.	من عوامل تعزيز ثقافة التدريب الموجبة معرفة اتجاهات موظفي المنظمة الصحية نحو العمل
5 4 3 2 1	33.	من مظاهر ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية تعزيز الاتجاهات النفسية لموظفي المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	34.	يؤثر المكون المعرفي للاتجاه على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	35.	يؤثر المكون العاطفي (الوجداني) على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	36.	يؤثر المكون السلوكي على تكوين ثقافة تدريب موجبة في المنظمة الصحية
العادات والتقاليد		
5 4 3 2 1	37.	تساهم العادات والتقاليد الجيدة في تدعيم ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	38.	تساهم العادات والتقاليد التي ترتبط بمجموعات العمل الصحي في تدعيم ثقافة التدريب الموجبة
المعارف الثقافية		
5 4 3 2 1	39.	توصف ثقافة التدريب بأنها معارف مكتسبة يستخدمها الموظفون لتفسير التجارب وتوليد السلوكيات الإيجابية
5 4 3 2 1	40.	يعد فهم أثر الثقافة على السلوكيات أساسياً لدراسة ثقافة التدريب في المنظمة الصحية
5 4 3 2 1	41.	تشكل المعارف الجديدة المرتبطة بثقافة التدريب الأساس المتين لتطوير تصميم وإجراءات الخدمات الصحية
5 4 3 2 1	42.	يتطلب فهم عملية المعارف في المنظمة الصحية تطوير تعقيدات اكتساب المعرفة ونقلها ودمجها
5 4 3 2 1	43.	يساعد استخدام التقانات المعرفية المتنوعة في اكتساب المنظمة الصحية ثقافة تدريب موجبة
5 4 3 2 1	44.	ليس هناك معادلة ثابتة لاكتساب معارف ثقافية متنوعة في المنظمة الصحية

5 4 3 2 1	يساعد التكيف مع الفروق الثقافية في ترويج ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	45.
الافتراضات		
5 4 3 2 1	تعد الافتراضات الحصيلة النهائية الناتجة عن نضج ثقافة التدريب في المنظمة الصحية	46.
5 4 3 2 1	تعد الافتراضات بمثابة العقد النفسي غير المكتوب للتوقعات المتبادلة بين القادة والأفراد في المنظمة الصحية	47.
5 4 3 2 1	تساعد الافتراضات في توضيح دور ثقافة التدريب في الجوانب المختلفة لحياة المنظمة الصحية	48.
التغيير الثقافي		
5 4 3 2 1	تظهر أهمية التغيير الثقافي باعتبار أن المنظمة الصحية تتعامل مع بيئات عالمية مختلفة	49.
5 4 3 2 1	من عوامل ترويج التغيير الثقافي السلوكيات المبنية على تفاعلات الأفراد	50.
5 4 3 2 1	من الأسباب الجوهرية لتبرير التغيير في ثقافة التدريب جودة الخدمة الصحية	51.
5 4 3 2 1	من أهم إجراءات التغيير الثقافي في المنظمة الصحية تحديد الثقافة الجديدة المطلوب نشرها	52.
التنوع الثقافي		
5 4 3 2 1	يساعد التنوع الثقافي في تحسين قدرة المنظمة على احتضان التعدد في الثقافات المختلفة	53.
5 4 3 2 1	يساعد التنوع الثقافي على احترام التنوع في الموارد البشرية الصحية	54.
5 4 3 2 1	يشير التنوع في ثقافة التدريب إلى مزيج كامل للثقافات والثقافات الفرعية التي تخص الموارد البشرية الصحية	55.
5 4 3 2 1	يساعد التطبيق الاجتماعي في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة وزيادة معارف ومهارات الموارد البشرية الصحية	56.
الاتصال الثقافي		
5 4 3 2 1	تلعب الخصوصية الجماعية دوراً أساسياً في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	57.
5 4 3 2 1	يساعد تطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا في تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	58.
5 4 3 2 1	يساعد الاتصال الثقافي في زيادة التوعية بثقافة التدريب ويخلق البيئة الصحية الملائمة	59.
5 4 3 2 1	يساعد الاتصال الثقافي في تصنيف الثقافات المؤثرة في تحسين جودة الخدمة الصحية	60.
الأخلاق		
5 4 3 2 1	يؤثر المناخ الأخلاقي على تعزيز ثقافة التدريب الموجبة في المنظمة الصحية	61.
5 4 3 2 1	تساعد الثقافة الأخلاقية الجيدة في تحسين جودة الخدمة الصحية	62.
5 4 3 2 1	التزود بالتدريب الأخلاقي من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية	63.
5 4 3 2 1	من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية وضع قوانين أخلاقية للمكافآت والعقاب	64.
5 4 3 2 1	تساعد أخلاقيات المهنة الطبية والصحية في تحسين جودة الخدمة الصحية	65.
5 4 3 2 1	تساعد مبادرات ثقافة التدريب في بناء منظمات صحية ذات جودة متميزة	66.
جودة الخدمة الصحية		
5 4 3 2 1	تدل جودة الخدمة الصحية على مدى إدراك المريض لمدى تطابق الخدمة الصحية الفعلية والمتوقعة	67.
5 4 3 2 1	تتأثر جودة الخدمة الصحية بالجوانب المادية الملموسة في المنظمة الصحية	68.
5 4 3 2 1	من عوامل جودة الخدمة الصحية سهولة الوصول إلى الخدمة الصحية براحة ويسر	69.
5 4 3 2 1	من مؤشرات جودة الخدمة الصحية تقديم خدمة صحية تقل فيها المخاطر الطبية والصحية	70.
5 4 3 2 1	تلعب فرق العمل في المنظمة الصحية دوراً مهماً في تحسين جودة خدماتها الصحية	71.
5 4 3 2 1	ضرورة إشراك جميع العاملين في المنظمة الصحية في برامج تحسين جودة الخدمة الصحية	72.
5 4 3 2 1	التأكيد على أهمية التدريب لكافة المستويات الإدارية في المنظمة الصحية	73.
5 4 3 2 1	ضرورة الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة في المنظمة الصحية	74.
5 4 3 2 1	من عوامل تحسين جودة الخدمة الصحية التركيز الصحيح على المرضى	75.
5 4 3 2 1	ضرورة الاعتماد على الحقائق والبيانات من أجل تحسين جودة الخدمة الصحية	76.

Abstract

