



الإهداء

إلى كلّ من ضَحَّى في هذه الحياة لكي يطلب العلم وينهل من معارفه، وسعى إلى
تحصيل معلومة مفيدة، وتحقيق أثر نافع لا يُمحى، أهدى هذا الجهد.

التمهيد

الحياة في كلّ مجالاتها قائمة على التنظيم والترتيب، ولا تستقيم إلا في ظل وضوح الإجراءات ورسم الإستراتيجيات، وكما أن الدُّول والحضارات لا تتقدم ولا تنهض إلا بحسن الإدارة والتخطيط، فكذلك المؤسسات والمنظمات فإنها لا تُحقق نجاحًا إلا بحسن الإدارة؛ لأن ذلك يساعدها على التعامل الأمثل مع الموارد المتاحة، وإدارة رأسمالها البشري والمادي في الوصول إلى أهدافها.

وتُعنى النظم الصحية بتأطير العلاقة بين طالبي الخدمات الذين يحتاجون إلى الخدمات ومُقدِّمَيها الذين يتمتعون بالمهارات المتخصصة المؤهلين لتقديم الرعاية الصحية. ويعمل أي نظام صحي على تقديم خدمات رعاية صحية متقدمة للمرضى، ويُقدِّم ويطور برامج الوقاية والرعاية الأولية، ويعمل على تحسين الوصول الشامل للرعاية الصحية إلى جميع فئات المجتمع.

والنظام الصحي هو هيكل إداري يُحلل ويُقسم إلى مدخلات وعمليات ومخرجات؛ فتشمل المدخلات القوى العاملة الصحية، والأجهزة والمعدات، والمستلزمات الطبية وغير الطبية، ومصادر التمويل. أما العمليات فيُقصد بها مجموعات القوانين واللوائح والإجراءات والأدلة التي تحكم سير العمل وتنظّمه. وتتمثل المخرجات المباشرة في تقديم الخدمات الصحية بأنماطها المختلفة من رعاية أولية وثانوية وثالثة، أو رعاية طويلة الأجل. ويُقيّم نجاح أي نظام صحي من مخرجاته النهائية، والتي تتمثل في تحسُّن مؤشرات الصحة والمرض، والإعاقات، والوفيات في المجتمعات، والحد من أسبابها. ويتصف قطاع

الرعاية الصحية بالنمو المتسارع في المعرفة العلمية والتقنية والتعقيدات والتدخلات فيما يقوم به العاملون فيه. وقد زاد مؤخرًا اهتمام العلماء والباحثين والمهتمين بدراسة علم الإدارة الصحية وبشكل خاص تأثير الأساليب القيادية المختلفة في جودة خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

تشمل جودة الرعاية أكثر من مجرد نوع واحد من النتائج. وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، يتم تعريف الجودة على طول ستة أبعاد: الفعالية (الموافقة مع الأدلة الطبية الحالية)، وتؤدي إلى تحسين النتائج الصحية)، والكفاءة (الاستخدام الأمثل والمستدام للموظفين والموارد)، وإمكانية الوصول (التوقيت والمهارات والموارد التي تتناسب مع الاحتياجات الطبية)، والتركيز على المريض (احترام الاحتياجات الفردية وتفضيلات المريض)، والمساواة (المساواة على الرغم من اختلافات الجنس أو العرق أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي)، والسلامة (تقليل المخاطر والأضرار التي قد تلحق بالمرضى: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦).

وقد غدت الإدارة علمًا وفنًا لا غنى عنه للمؤسسات التي تتطلع إلى المنافسة في المجال الذي تعمل فيه. ولأهمية ذلك، جاء هذا الكتاب ليناقش المبادئ الأساسية في علم السلوك التنظيمي والأنماط القيادية، ودراسة وتحليل سلوك القوى العاملة الصحية القيادية، وتشخيص الواقع القيادي فيه، ومن ثم تقديم الرؤى المناسبة له، إضافةً إلى سدّ فجوة معرفية؛ نظرًا لندرة الكتابة في الإدارة الصحية ومقوماتها وأهميتها وما تقوم به، ورصد التحديات التي تواجهها، فضلًا عن محدودية الكتب المتاحة في المكتبات في هذا المجال.

وعلى الرغم من وجود العديد من كتب السلوك التنظيمي الممتازة المطبوعة التي كتبها علماء أجلاء ومتخصصون من بلدان مختلفة، إلا أن كثيرًا منها يعالج قضية محددة، أو توقف عند لحظة زمنية ولم يتجاوزها ولم يستوعب المستجدات في مجال الرعاية الصحية، أو لم يُعَنَّ بالتطبيقات العملية؛ وهو ما دفعني إلى كتابة هذا الكتاب لمساعدة أولئك الذين هم في الخطوط الأمامية لمديري الرعاية الصحية اليومية الذين يجب عليهم تحفيز الآخرين وقيادتهم بشكل مستمر في مثل هذه البيئة المتغيرة على الدوام.

ويعدُّ السلوك التنظيمي موضوعًا مهمًا جدًا للرعاية الصحية ولنجاح أي مدير؛ ولهذا ركز الكتاب على ذلك السلوك وتعزيزه، وعرضه بلغة سهلة مدعومة بالتمارين

والأمثلة التطبيقية، وقدم نظرة عامة واضحة وموجزة عن موضوعات أساسية في السلوك التنظيمي والقيادة الصحية من وجهة نظر مدير الرعاية الصحية، وبسط الحديث عن موضوعات متعددة ذات صلة بالسلوك التنظيمي، مثل: تصورات الأفراد والمواقف، والتنوع، والتواصل، والتحفيز، والقيادة، والقوة، والتوتر، وإدارة الصراع، ونماذج التفاوض، وديناميكيات المجموعة، وبناء الفريق، وإدارة التغيير التنظيمي، ويلقي الضوء على مفاهيم ونماذج تطبيق الجودة في الرعاية الصحية وسلامة المرضى. ويعتمد بعمق على المقالات البحثية الحالية ودراسات الحالة المنشورة في مجموعة واسعة من المجالات وخصوصًا مجالات إدارة الرعاية الصحية. وهذا يساعد القارئ على فهم أهمية النظرية والبحث التجريبي لأنواع المشاكل والتحديات التي تواجه الرعاية الصحية اليوم، وتواجه المديرين التنفيذيين.

ويركّز هذا الكتاب بشكل خاص على المنهجيات المطبّقة في مجال السلوك التنظيمي سريع النمو في المنظمات الصحية، وبيان كيفية الاستفادة منها في تطوير مفهوم القيادة والقائد الناجح، إضافةً إلى تناوله مباحث في إدارة جودة الرعاية الصحية، وضمان سلامة المريض، وسيجيب عن جملة من التساؤلات لدى المتلقين عن كيفية تحقيق استدامة الجودة وتضمينها في تنظيم الرعاية الصحية وتقديمها. وسيعنى هذا الكتاب كذلك بجوانب مهمة في إدارة العنصر البشري، تركز على مفاهيم التحفيز، وإيجاد مستويات عالية من الاستقلالية والسيطرة على الخلافات، إضافةً إلى الحرص على تبني علاقات إيجابية تكاملية مع الأطباء والمسؤولين لتقديم رعاية عالية الجودة، ويُختتم بمبحث يتناول إدارة صنع التغيير ومفهوم الابتكار. وجاء الكتاب في خمسة أبواب موزعة على أحد عشر فصلاً، تُعرض بصورة مترابطة ومتسقة مع بعضها؛ بغية نشر وترسيخ تحسينات الجودة وسلامة المرضى وإدارة التغيير والابتكار، إضافةً إلى تقديم طرق وإستراتيجيات مختلفة لتطوير معرفة الأكاديميين والممارسين والمتلقين للرعاية الصحية بعلم السلوك التنظيمي وتطبيقاته في الإدارة الصحية. ولما كان هذا العمل يتفق مع وجهات النظر الحالية لكل من المجتمعات الأكاديمية والممارسين؛ فإنه يقدّم تحليلًا حديثًا للعمل الأكاديمي وتطورات الممارسين عن طريق تحويل النظرية إلى سياسة وممارسة.

ويأتي تفصيل محتويات الكتاب على النحو الآتي:

الباب الأول: مدخل في علم السلوك التنظيمي وتطبيقاته في الرعاية الصحية.

الباب الثاني: علم السلوك التنظيمي القياسي في المنظمات الصحية، وناقش نظريات التحفيز، وإدارة الانطباعات والتصورات الاجتماعية والعلاقة بين الدافع والسلوك. **الباب الثالث:** القيادة الصحية، وناقش نظريات القيادة الإدارية وأنماط القيادة في الرعاية الصحية، ودينامكية بناء الفريق وجودة الحياة الوظيفية وإدارة الضغوط والوقت.

الباب الرابع: تحسين إدارة الجودة في المنظمات الصحية، حيث يناقش جودة الرعاية الصحية واستدامتها، وسلامة المرضى، ويركز على تقديمها من خلال وجهات النظر المختلفة، وعن طريق دراسات منهجية في سياقات صحية دولية مختلفة. **الباب الخامس:** إدارة التغيير والابتكار في المنظمات الصحية، وناقش مقاومة التغيير وإدارته، ومفهوم الرشاقة وإدارة الابتكار، ويُختتم الكتاب بالخاتمة، وقائمة المراجع. وسيقدم الكتاب العديد من التطبيقات والأمثلة في كل فصل للطلبة أو الممارسين بغية توضيح المفاهيم وتبسيط الضوء على كيفية تطبيقها عملياً، سواء للطلبة أو للممارسين.

المحتويات

هـ	الإهداء.....
ز	التمهيد.....
ذ	قائمة الأشكال.....
ظ	قائمة الجداول.....
١	الباب الأول: مدخل إلى السلوك التنظيمي وتطبيقاته في الإدارة الصحية.....
٣	الفصل الأول: علم السلوك التنظيمي وأهميته في الإدارة الصحية.....
٣	(١,١) قصة قصيرة.....
٤	(١,٢) مقدمة.....
٥	(١,٣) ما السلوك التنظيمي؟.....
٨	(١,٤) أهمية علم السلوك التنظيمي في القطاع الصحي.....
٨	(١,٥) النظام الصحي والمؤثرات الخارجية.....
١١	(١,٦) إدارة السلوك التنظيمي.....
١٢	(١,٦,١) نموذج الطوارئ ABC.....
١٣	(١,٦,٢) نموذج الصيانة السلوكية.....
١٣	(١,٦,٣) نموذج التعزيز (Reinforcement Model).....
١٤	(١,٧) تمرين (١): تعرّف على نفسك باستخدام نافذة جوهاري.....
١٥	(١,٨) خاتمة الفصل.....

١٧	 الفصل الثاني: الإطار النظري لدراسة السلوك الإنساني في بيئة العمل
١٧	 (٢,١) مقدمة
١٧	 (٢,٢) المدرسة الكلاسيكية (التقليدية) في علم الإدارة
١٨	 (٢,٢,١) نظرية البيروقراطية (١٩٠٠)
	(١, ٢, ٢) بيروقراطية الرعاية الصحية وتحسين جودة الرعاية
١٩	 وسلامة المرضى
٢١	 (٢,٢,٢) نظرية الإدارة العلمية (١٨٩٠-١٩٢٥)
٢٣	 (٢,٢,٢,١) في سياق تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى
٢٤	 (٢,٢,٣) نظرية التنظيم الإداري (١٩١٠)
٢٥	 (٢,٢,٣, ١) في سياق تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى
٢٥	 (٢,٢,٣,١,١) مبدأ إدارة تقسيم العمل
٢٧	 (٢,٢,٣,١,٢) السلطة والمسؤولية
٢٨	 (٢,٢,٣,١,٣) الانضباط
٢٩	 (٢,٢,٣,١,٤) وحدة الأمر
٣٠	 (٢,٢,٣,١,٥) وحدة التوجيه
٣٢	 (٢,٢,٣,١,٦) إخضاع المصالح الفردية للمصلحة العامة
٣٢	 (٢,٢,٣,١,٧) الأجر
٣٢	 (٢,٢,٣,١,٨) المركزية
٣٣	 (٢,٢,٣,١,٨,١) المركزية واللامركزية في القطاع الصحي
٣٤	 (٢,٢,٤) أهم مخرجات المدرسة الكلاسيكية وأثرها على الإدارة الصحية
٣٤	 (٢,٢,٥) مزايا المدرسة الكلاسيكية في الإدارة وعيوبها
٣٥	 (٢,٣) مدرسة العلاقات الإنسانية أو المدرسة الكلاسيكية الحديثة (١٩٢٠)
٣٦	 (٢,٣,١) نظرية إلتون مايو-تجارب هوثورن (١٩٢٠)
٣٧	 (٢,٣,١,١) في سياق تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى
٣٨	 (٢,٣,٢) نظرية العالم فريدريك هيرزبرج (١٩٢٣-٢٠٠٠) نظرية العاملين
	(٢,٣,٢,١) نظرية العامل الثنائي لهيرزبرغ ذات العاملين في سياق تحسين
٤١	 جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى

٤٢	 نظرية ماكجريجور (1957-1960) X- Y McGregor
	 نظرية ماكجريجور X- Y McGregor في سياق تحسين
٤٣	 جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى
٤٤	 (٢,٣,٤) مزايا وعيوب مدرسة العلاقات الإنسانية في الإدارة
٤٥	 (٢,٤) مدرسة العلوم السلوكية
٤٦	 (٢,٤,١) نظرية الدافعية الإنسانية لأبرهام ماسلو
٤٦	 (٢,٤,١,١) الحاجات الفسيولوجية
٤٦	 (٢,٤,١,٢) حاجات الأمن والأمان
٤٧	 (٢,٤,١,٣) الحاجات الاجتماعية أو الحاجة إلى الحب والانتماء
٤٨	 (٢,٤,١,٤) حاجات الاحترام أو التقدير
٤٨	 (٢,٤,١,٥) حاجات تحقيق الذات
٤٩	 (٢,٤,١,٦) نظرية ماسلو في سياق تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى ...
٤٩	 (٢,٤,٢) نظرية هنري مينتيرج هيكلية المنظمات (١٩٧٣-١٩٩٨)
٥١	 (٢,٤,٢,١) نظرية مينتيرج في سياق إدارة الرعاية الصحية
٥٢	 (٢,٤,٣) دراسة حالة
٥٧	 (٢,٥) خاتمة الفصل
٥٩	 الباب الثاني: علم النفس السلوكي القياسي في المنظمات الصحية
٦١	 الفصل الثالث: التصورات الاجتماعية ومعالجتها
٦١	 (٣,١) مقدمة
٦٢	 (٣,٢) التصورات الاجتماعية والانطباعات
٦٤	 (٣,٢,١) نظريات الإسناد أو العزو
٦٥	 (٣,٢,١,١) نموذج كييلي للإسناد (١٩٦٧، ١٩٧٣)
٦٦	 (٣,٢,١,٢) نظرية الإسناد والدافع للحدث
٦٧	 (٣,٢,١,٣) أنماط الإسناد الثلاثة
٦٧	 (٣,٢,١,٤) خطأ الإسناد
٦٨	 (٣,٢,١,٥) تطبيقات نظرية الإسناد في الرعاية الصحية

٦٩	 الانحيازات المعرفية (٣,٢,٢)
٧٠	 تحيز للمقربين (Affinity Bias) (٣,٢,٢,١)
٧١	 تحيز التباين (Contrast Bias) (٣,٢,٢,٢)
٧٢	 التحيز الذاتي (Confirmation Bias) (٣,٢,٢,٣)
	 التحيز داخل المجموعة أو الفئة الناجية (٣,٢,٢,٤)
٧٤	 (Survivorship Bias)
٧٥	 تأثير الهالة (٣,٢,٢,٥)
٧٦	 التحيز الأعلى (٣,٢,٢,٦)
٧٦	 النمطية أو التصنيف الاجتماعي والتحيزات (٣,٣)
٧٧	 التحيز الصريح مقابل التحيز الضمني (٣,٣,١)
٧٩	 العوامل العاطفية (٣,٤)
٧٩	 الذكاء العاطفي (EI) (٣,٤,١)
٨٠	 المفاهيم والتوجهات وقياسها (٣,٥)
٨٠	 تكوين الاتجاه وقياسه (٣,٥,١)
٨١	 كيف يتم تغيير التوجهات؟ (٣,٥,٢)
٨٢	 التنافر المعرفي والحد منه: ألدر (١٨٧٠-١٩٣٧) (٣,٦)
٨٣	 إستراتيجيات الحد من التنافر المعرفي (٣,٦,١)
٨٣	 تمرين: التشكيك في الطريقة التي ترى بها الواقع (٣,٧)
٨٥	 خاتمة الفصل (٣,٨)
٨٧	 الفصل الرابع: الدافعية والتحفيز في بيئة العمل
٨٧	 مقدمة (٤,١)
٨٧	 نظريات المحتوى للدافعية (٤,٢)
٨٨	 نظرية هرم ماسلو للحاجات (٤,٢,١)
٨٨	 نظرية الحاجات الثلاثة - لألدرفر ERG (٤,٢,٢)
٩٠	 نظرية العاملين لهيرزبيرج (٤,٢,٣)

٩٢	 نظرية الاحتياجات الفردية لهاكمان وأولدهام (٤,٢,٤)
٩٣	 نظرية ديفيد ماكليلاند (١٩٨٥) (٤,٢,٥)
٩٥	 النظريات العملية المعرفية (٤,٣)
٩٦	 نظرية التوقع (٤,٣,١)
٩٧	 نظرية التوقع في مجال الرعاية الصحية (٤,٣,١,١)
٩٨	 نظرية العدالة (٤,٣,٢)
١٠٠	 نظرية الرضا والأداء: (نظريات التوقع والمساواة (١٩٦٤) (٤,٣,٣)
١٠٠	 نظرية تحديد الأهداف: لاثام ولوك (١٩٨٣) (٤,٣,٤)
١٠٢	 نظرية التعزيز (١٩٧٦) (٤,٣,٥)
١٠٣	 خاتمة الفصل (٤,٤)
١٠٥	 الفصل الخامس: التحفيز والدافعية للسلوك في المنظمات الصحية
١٠٥	 المقدمة (٥,١)
١٠٧	 أهمية التحفيز لإنجاح مبادرات جودة الرعاية وسلامة المرضى (٥,٢)
١١٠	 العوامل الأساسية في التحفيز في القطاع الصحي (٥,٣)
١١٠	 الاعتراف والتقدير والتميز (٥,٣,١)
١١١	 التطوير المهني (٥,٣,٢)
١١٢	 بيئة العمل (٥,٣,٣)
١١٤	 الأثر الصحي - نتائج المرضى الإيجابية (٥,٣,٤)
١١٥	 خاتمة الفصل (٥,٤)
١١٧	 الفصل السادس : دراسات الحالات والاستطلاعات
١١٧	 (٦,١) دراسة حالة (١): الموظفة الجديدة المحببة أثناء فترة التدريب
١١٧	 (٦,٢) دراسة حالة (٢): حاجة الموظفين للتحفيز
١١٨	 (٦,٣) دراسة حالة (٣): يوم عمل شاق
١١٩	 (٦,٤) القياسات والاستطلاعات

- ١٢٠ استبانة تصميم الوظيفة (٦,٤,١)
- (٦,٤,٢) الاستبانة (٢): قياس عوامل التحفيز ومعرفة إذا كانت الإدارة
- ١٢٢ والوضع العام نمط y أو x
- ١٢٣ (٦,٤,٣) الاستبانة (٣): تقييم التحيز (IAT) Implicit Association Test ...
- ١٢٤ خاتمة الفصل (٦,٥)
- ١٢٥ الباب الثالث: القيادة الصحية
- ١٢٧ الفصل السابع: نظريات القيادة الصحية
- ١٢٧ مقدمة (٧,١)
- ١٢٩ القيادة وسمات القائد الناجح (٧,٢)
- ١٣٠ تعريف الإداري من ناحية الدور الذي يقوم به (٧,٣)
- ١٣٢ نظريات القيادة الأكثر شيوعاً في الرعاية الصحية (٧,٤)
- ١٣٢ نظرية السمات القيادية (The Trait Theory of Leadership) ... (٧,٤,١)
- ١٣٣ نظرية القيادة الفاعلة (٧,٤,٢)
- ١٣٣ نظرية الأنماط في القيادة (٧,٤,٣)
- ١٣٤ نمط التعامل مع السلطة (٧,٤,٣,١)
- ١٣٥ نمط التعامل مع المهام (٧,٤,٣,٢)
- ١٣٧ نمط التعامل مع القيم الاجتماعية والأخلاقية (٧,٤,٣,٣)
- ١٣٧ نموذج القيادة التحويلية (٧,٤,٣,٣,١)
- ١٣٩ نموذج القيادة التشاركية (٧,٤,٣,٣,٢)
- ١٣٩ نموذج القيادة الصادقة (٧,٤,٣,٣,٣)
- ١٤٠ أمثلة تطبيقية (٧,٥)
- ١٤٠ النموذج (١): قيادة الرعاية الصحية الحكيمة (NHS) إنجلترا (٧,٥,١)
- ١٤١ النموذج (٢): نموذج القيادة التشاركية وأداء المنظمة (إنجلترا) (٧,٥,٢)
- النموذج (٣): منظمة الصحة العالمية لتدريب القيادات الصحية القائم (٧,٥,٣)
- ١٤٣ على النتائج
- ١٤٥ تمارين تطبيقية (٧,٦)

١٤٥	 تمرين (١) (٧,٦,١)
١٤٥	 تمرين (٢) (٧,٦,٢)
١٤٦	 أسئلة للنقاش
١٤٧	 الفصل الثامن: إدارة الفريق
١٤٧	 مقدمة (٨,١)
١٤٧	 لماذا يود الناس الانضمام إلى المجموعات؟ (٨,٢)
١٤٨	 ديناميكية الفريق وأنماط الاتصال (٨,٣)
١٤٩	 خريطة التواصل مع الفريق وتحليلها (٨,٤)
١٥٢	 حجم وأدوار الفريق (٨,٥)
١٥٢	 دور المهمة (٨,٥,١)
١٥٢	 دور الحماية والمحافظة على الفريق (٨,٥,٢)
١٥٣	 دور الأناني المتمركز حول نفسه (٨,٥,٣)
١٥٤	 قواعد السلوك في الفريق (٨,٦)
١٥٥	 تماسك الفريق Cohesiveness (٨,٧)
١٥٥	 مشاركة قصص النجاح (٨,٧,١)
١٥٦	 المخاطر الخارجية (٨,٧,٢)
١٥٦	 تفكير المجموعة (٨,٧,٣)
١٥٦	 إدارة الفريق في مجال الرعاية الصحية (٨,٨)
١٥٨	 السمات الرئيسية لنجاح الفريق (٨,٩)
١٦١	 خاتمة الفصل (٨,١٠)
١٦٣	 الفصل التاسع: جودة الحياة الوظيفية
١٦٣	 مقدمة (٩,١)
١٦٣	 جودة الحياة الوظيفية (٩,٢)
١٦٤	 بيئة العمل (٩,٢,١)
١٦٥	 الثقافة والمناخ التنظيمي (٩,٢,٢)

١٦٥	 العلاقات والتعاون (٩,٢,٣)
١٦٥	 التدريب والتطوير (٩,٢,٤)
١٦٦	 التعويضات والمكافآت (٩,٢,٥)
١٦٦	 المرافق (٩,٢,٦)
١٦٦	 الرضا الوظيفي والأمن الوظيفي (٩,٢,٧)
١٦٧	 استقلالية الوظيفة (٩,٢,٨)
١٦٨	 كفاية الموارد (٩,٢,٩)
١٦٨	 دراسات حول جودة الحياة الوظيفية في المستشفيات في السعودية (٩,٣)
١٦٩	 الاندماج الوظيفي (٩,٤)
١٧٠	 مفهوم الاندماج (٩,٤,١)
١٧٢	 نموذج كانتر ومفهوم الاندماج الوظيفي (٩,٤,٢)
١٧٤	 القيادة (٩,٤,٢,١)
١٧٤	 خبرات وتجارب القوى العاملة (٩,٤,٢,٢)
١٧٦	 مناقشة ومراجعة الأداء (٩,٤,٢,٣)
١٧٩	 إدارة المواهب وتطويرها (٩,٤,٢,٤)
١٨٢	 فعالية الدور (٩,٤,٢,٥)
١٨٣	 المكافأة (٩,٤,٢,٦)
١٨٤	 الثقافة والقيم (٩,٤,٢,٧)
١٨٥	 الخبرة وتجربة الموظف الرقمية (٩,٤,٢,٨)
١٨٧	 خلق ثقافة المشاركة (٩,٤,٢,٩)
١٨٩	 الرضا والاندماج الوظيفي (٩,٥)
١٩١	 خاتمة الفصل (٩,٦)
١٩٣	 الفصل العاشر: إدارة الضغوط وإدارة الوقت ومهارة التفويض
١٩٣	 مقدمة (١٠,١)
١٩٣	 تعريف ضغط الوظيفة والتوتر الناجم عنه (١٠,٢)
١٩٦	 إدارة الوقت (١٠,٣)

١٩٦	 تقييم مدى إدارتك لوقتك (١٠,٣,١)
١٩٧	 إستراتيجية دورة التخطيط (١٠,٣,٢)
١٩٨	 أين أريد أن أكون؟ (تخطيط) (١٠,٣,٢,١)
١٩٩	 كيف سأعرف عندما أصل إلى هناك؟ (الرصد/التقييم) (١٠,٣,٢,٢)
١٩٩	 التفاوض وحل الصراعات (١٠,٤)
١٩٩	 مفهوم التفويض وأنواعه ومستوياته (١٠,٤,١)
٢٠٠	 المهام التي يمكن تفويضها (١٠,٤,٢)
٢٠١	 تحديد من يجب تفويض المهمة إليه (١٠,٤,٣)
	 بعض الدراسات والحالات المتعلقة بالتفويض في الرعاية (١٠,٤,٤)
٢٠١	 الصحة المحلية (١٠,٥)
٢٠٢	 مراحل التفاوض (١٠,٥,١)
٢٠٣	 التحضير والاستعداد (١٠,٥,٢)
٢٠٦	 أساليب التفاوض وتقنياته (١٠,٥,٣)
٢٠٧	 الأدوات السيكلولوجية في التفاوض (١٠,٥,٣,١)
٢٠٨	 استخدام القوة في التفاوض (١٠,٥,٣,٢)
٢١١	 الإرساء والتثبيت Anchoring (١٠,٥,٣,٣)
٢١١	 الثقة المفرطة overconfident (١٠,٥,٣,٤)
٢١٢	 الإغلاق وإنشاء عقد (١٠,٥,٥)
٢١٢	 تمرين (تحديد مصادر ضغوط الدور) (١٠,٥,٦)
٢١٤	 خاتمة الفصل (١١,١)
٢١٥	 الباب الرابع: تحسين إدارة الجودة في المنظمات الصحية (١١,٢)
٢١٧	 الفصل الحادي عشر: جودة الرعاية الصحية واستدامتها (١١,٣)
٢١٧	 قصة قصيرة (١١,٤)
٢١٧	 مقدمة (١١,٥)
٢١٩	 جودة الرعاية الصحية (١١,٦)
٢٢٠	 الرقابة وضبط الجودة (١١,٧)

- ٢٢١ (١١,٥) قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية
- ٢٢١ (١١,٥,١) نموذج تحليل العمليات
- ٢٢٢ (١١,٥,٢) أهم مشكلات الخدمات الصحية
- ٢٢٢ (١١,٥,٢,١) المشكلة الأولى: الإفراط في استخدام الرعاية الطبية
- ٢٢٣ (١١,٥,٢,٢) المشكلة الثانية: نقص في تقديم الرعاية الطبية اللازمة
- ٢٢٥ (١١,٥,٢,٣) المشكلة الثالثة: إساءة استخدام الرعاية الصحية
- ٢٢٦ (١١,٦) تحسين الجودة في مؤسسات الرعاية الصحية (QI)
- ٢٢٧ (١١,٦,١) التوقعات والمتطلبات من جانب المريض
- ٢٢٨ (١١,٦,٢) ركائز وأهداف تحسين الجودة المستخدمة في الرعاية الصحية
- ٢٢٨ (١١,٦,٢,١) أهداف تحسين جودة مؤسسات الرعاية الصحية
- ٢٢٩ (١١,٦,٢,١,١) الرعاية الآمنة
- ٢٣٠ (١١,٦,٢,١,٢) الرعاية الفاعلة والقائمة على البراهين العلمية
- ٢٣٢ (١١,٦,٢,١,٣) التمرکز حول المريض
- (١١,٦,٢,١,٤) إمكانية الوصول، والالتزام بالمواعيد، والقدرة على
- ٢٣٢ تحمّل التكاليف
- ٢٣٤ (١١,٦,٢,١,٥) الكفاءة
- ٢٣٤ (١١,٦,٢,١,٦) العدالة والإنصاف
- ٢٣٥ (١١,٦,٣) نماذج تحسين جودة الرعاية الطبية
- ٢٣٦ (١١,٦,٣,١) نموذج الرعاية المزمنة (Chronic Care Management) ..
- (١١,٦,٣,٢) نموذج الرقابة الإدارية والتخلص من الهدر
- ٢٣٩ (TIM U WOOD)
- ٢٤٣ Six Sigma و Lean (١١,٦,٣,٣)
- ٢٤٦ (١١,٦,٣,٤) نموذج للتحسين (PDSA :Plan-Do-Study-Act)
- ٢٤٦ (١١,٧) الصحة الافتراضية وجودة الخدمات الصحية
- ٢٤٦ (١١,٧,١) قصة قصيرة
- ٢٤٨ (١١,٧,٢) الصحة الافتراضية في مانشستر البريطانية
- ٢٥٠ (١١,٨) دراسة حالة

٢٥٣	 خاتمة الفصل (١١,٩)
٢٥٥	 الفصل الثاني عشر: سلامة المرضى
٢٥٥	 مقدمة (١٢,١)
٢٥٦	 (١٢,٢) الأخطاء الطبية والدوائية والطب الدفاعي
٢٥٦	 (١٢,٢,١) الأخطاء الدوائية
٢٥٧	 (١٢,٢,٢) الطب الدفاعي
٢٥٩	 (١٢,٣) سلامة المرضى وتحسين الخدمات الصحية
٢٦٢	 (١٢,٣,١) نموذج الجبن السويسري للسلامة
٢٦٣	 (١٢,٣,٢) نظام تحليل وتصنيف العوامل البشرية للسلامة (HFAC)
٢٦٥	 (١٢,٤) البلاغات عن الخطأ الطبي وتجربة المملكة العربية السعودية
٢٦٦	 (١٢,٥) سلامة المريض ودراسة وتحليل الأخطاء الطبية
٢٦٧	 (١٢,٦) أنواع الأخطاء التي تتبع نهج IOM
٢٦٧	 (١٢,٦,١) التشخيص الخاطئ
٢٦٧	 (١٢,٦,٢) علاج خاطئ غير مناسب أو غير ضروري
٢٦٧	 (١٢,٦,٣) الاختبارات غير الضرورية والإجراءات المميتة
٢٦٨	 (١٢,٦,٤) أخطاء دوائية
٢٦٨	 (١٢,٦,٥) أخطاء لا يجب أن تحدث أبدًا
٢٦٨	 (١٢,٦,٦) رعاية غير متسقة
٢٦٨	 (١٢,٦,٧) اكتساب العدوى من المستشفى
٢٧٠	 (١٢,٧) خاتمة الفصل
٢٧١	 الباب الخامس: إدارة التغيير والابتكار في بيئة العمل الصحي
٢٧٣	 الفصل الثالث عشر: إدارة التغيير
٢٧٣	 (١٣,١) مقدمة
٢٧٣	 (١٣,٢) مفهوم التغيير
٢٧٤	 (١٣,٣) تعريف إدارة التغيير

٢٧٤	 مبادئ في إدارة التغيير (١٣,٤)
٢٧٤	 المبدأ الأول: المرسلون والمستلمون (١٣,٤,١)
٢٧٤	 المبدأ الثاني: المقاومة والراحة (١٣,٤,٢)
٢٧٥	 المبدأ الثالث: سلطة التغيير (١٣,٤,٣)
٢٧٥	 المبدأ الرابع: الإجابة الصحيحة ليست كافية (١٣,٤,٤)
٢٧٥	 المبدأ الخامس: التغيير عملية (١٣,٤,٥)
٢٧٦	 دوافع التغيير (١٣,٥)
٢٧٨	 مقاومة التغيير وأسبابه (١٣,٦)
٢٧٩	 العوامل المتعلقة بالمنظمة (١٣,٦,١)
٢٧٩	 سمات الشخصية الفردية (١٣,٦,٢)
٢٨١	 نماذج إدارة التغيير في القطاع الصحي (١٣,٧)
٢٨١	 نموذج ليون (Lewin's model) (١٣,٧,١)
٢٨١	 نموذج ألين وبركوايس (Allen and Borkowsis 2002) (١٣,٧,٢)
٢٨٢	 نموذج كوتر (Kotter 1996) (١٣,٧,٣)
٢٨٢	 أولاً: مرحلة إلغاء الجمود، وتتكون من أربع خطوات (١٣,٧,٣,١)
٢٨٣	 ثانياً: مرحلة التغيير، وتتكون من ست خطوات (١٣,٧,٣,٢)
	 نموذج التحول في القطاع الصحي نموذج VanDeusen Lukas (١٣,٧,٤)
٢٨٣	 (2007)
٢٨٥	 إستراتيجيات التغيير (١٣,٨)
٢٨٨	 دراسة حالة (١٣,٩)
٢٩٠	 خاتمة الفصل (١٣,١٠)
٢٩١	 الفصل الرابع عشر: الرقابة في المنظمات الصحية
٢٩١	 مقدمة (١٤,١)
٢٩٢	 أهمية المرونة الإدارية للمنظمات الصحية (١٤,٢)
٢٩٢	 ومن أهم نماذج الرقابة الإدارية وأكثرها انتشاراً (١٤,٣)
٢٩٣	 نموذج سكروم للرقابة الإدارية (١٤,٣,١)

٢٩٤	 (١٤,٤) دراسة حالة
٢٩٦	 (١٤,٥) خاتمة الفصل
٢٩٧	 الفصل الخامس عشر: إدارة الابتكار المسبب للاضطراب
٢٩٧	 (١٥,١) مقدمة
٢٩٧	 (١٥,٢) مفهوم الابتكار
٢٩٨	 (١٥,٣) أهمية الابتكار في الرعاية الصحية
٢٩٩	 (١٥,٤) نظرية انتشار الابتكار Diffusion of innovation theory
٣٠٠	 (١٥,٥) تقييم التكنولوجيا الصحية
٣٠٢	 (١٥,٦) مفهوم الابتكار التدميري في مجال الرعاية الصحية
٣٠٢	 (١٥,٦,١) التطبيب عن بُعد
٣٠٢	 (١٥,٦,٢) التطبيب والتكنولوجيا القابلة للارتداء
٣٠٢	 (١٥,٦,٣) الذكاء الاصطناعي (AI)
٣٠٢	 (١٥,٦,٤) اختبار في المنزل
٣٠٣	 (١٥,٦,٥) تقنية Blockchain Technology
٣٠٣	 (١٥,٦,٦) نماذج الرعاية التي تركز على المريض
٣٠٣	 (١٥,٦,٧) التجارب السريرية اللامركزية
٣٠٣	 (١٥,٦,٨) الطباعة ثلاثية الأبعاد
٣٠٣	 (١٥,٦,٩) منصات الصحة الرقمية
٣٠٤	 (١٥,٦,١٠) الطب الجيني
٣٠٤	 (١٥,٧) الابتكار وصنع السياسات المستنيرة بالأدلة
٣٠٥	 (١٥,٨) تصنيف الابتكارات
٣٠٥	 (١٥,٨,١) هدف الابتكار
٣٠٦	 (١٥,٨,٢) ابتكارات المنتجات والخدمات
٣٠٦	 (١٥,٨,٣) ابتكارات العمليات
٣٠٦	 (١٥,٨,٤) الابتكار الاجتماعي
٣٠٧	 (١٥,٩) العلاقة مع الحل القياسي الحالي

٣٠٨	 مستوى النظام المتأثر (١٥,٩,١)
٣٠٩	 مدى التغيير (١٥,٩,٢)
٣١٠	 الاستعداد (١٥,٩,٣)
٣١١	 تبني الابتكارات ونشرها (١٥,١٠)
٣١٢	 العوامل التي تؤثر في رغبة وقدرة المدير على تبني الابتكار (١٥,١٠,١)
٣١٤	 دور المديرين في الابتكار في الرعاية الصحية (١٥,١٠,٢)
٣١٥	 خلق ثقافة الابتكار (١٥,١٠,٣)
٣١٦	 التحديات في إدارة الابتكار في القطاع الصحي (١٥,١١)
٣١٦	 التوافق البيئي والامتثال التنظيمي (١٥,١١,١)
٣١٧	 مقاومة التغيير (١٥,١١,٢)
٣١٧	 خصوصية البيانات الصحية (١٥,١١,٣)
٣١٨	 الملكية الفكرية وخنق الابتكار (١٥,١١,٤)
٣١٨	 التعليم حول تطوير التطبيقات وتنظيم الأجهزة الطبية (١٥,١١,٥)
٣١٩	 قيود التمويل والميزانية (١٥,١١,٦)
٣٢٠	 إنشاء نماذج أولية واختبار الابتكارات في بيئة سريرية (١٥,١١,٧)
٣٢١	 التحدي النظامي المتمثل في تشجيع الابتكار وتوسيع نطاقه (١٥,١١,٨)
٣٢٢	 مستشفى الصحة الافتراضي في المملكة العربية السعودية (١٥,١٢)
٣٢٤	 خاتمة الفصل (١٥,١٣)
٣٢٥	 المراجع
٣٢٥	 المراجع العربية
٣٢٦	 المراجع الأجنبية
٣٣٧	 ثبت المصطلحات
٣٣٧	 إنجليزي - عربي
٣٤١	 كشف الموضوعات

السلوك التنظيمي في المؤسسات الصحية وسلامة المريض

تأليف

د. أسماء بنت عبد الله اليمني

أستاذ مشارك بقسم الإدارة الصحية

كلية إدارة الأعمال - جامعة الملك سعود

الإصدار الأول ١٤٤٧هـ - الطبعة الأولى ١٤٤٧هـ

دار جامعة
الملك سعود للنشر
KING SAUD UNIVERSITY PRESS



ص.ب. ٦٨٩٥٣ - الرياض ١١٥٣٧ المملكة العربية السعودية

ح) دار جامعة الملك سعود للنشر، ١٤٤٧هـ (٢٠٢٥م)

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

اليمني، أسماء بنت عبدالله

السلوك التنظيمي في المؤسسات الصحية وسلامة المريض / أسماء بنت عبدالله اليمني.

- الرياض، ١٤٤٧هـ

٣٤٢ ص؛ ١٧ سم × ٢٤ سم

رقم الإيداع: ١٤٤٧ / ٤٩٥٠

ردمك: ٦ - ١٩٣ - ٥١٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨

حكمت هذا الكتاب لجنة متخصصة، شكلها المجلس العلمي بالجامعة، وقد وافق المجلس على نشره - بعد اطلاعه على تقرير المحكمين - في اجتماعه العاشر للعام الدراسي ١٤٤٦هـ، المعقود بتاريخ ١١/٢٢/١٤٤٦هـ، الموافق ٢٠/٥/٢٠٢٥م. ليكون مرجعاً علمياً في مجاله.

جميع حقوق النشر محفوظة. لا يسمح بإعادة نشر أي جزء من الكتاب بأي شكل وبأي وسيلة سواء كانت إلكترونية أو آلية بما في ذلك التصوير والتسجيل أو الإدخال في أي نظام حفظ معلومات أو استعادتها بدون الحصول على موافقة كتابية من دار جامعة الملك سعود للنشر.