

**تعزير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين
سلامة المرضى - دراسة حالة في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام**

الأستاذ الدكتور

ليث علي يوسف الحكيم

alhakim@uokufa.edu.iq

جامعة الكوفة - كلية الإدارة والاقتصاد

الباحثة

تهليل صالح مهدي الخفاف

thalkhafaf@gmail.com

معهد الصحة العالي في النجف الاشرف

**Enhancing the Self-Efficacy of the Consultant
Physician and their Role in Improving Patient Safety
A case study at Imam Al-Sadiq Hospital (pbuh)**

Prof. Dr.

Laith Ali Yusuf Al-Hakim

University of Kufa - Management and Economics

Researcher

Tahlil Saleh Mahdi Al-Khafaf

High Health Institution in Al Najaf Al Ashraf

Abstract:-

The present study aimed to show the role of self-efficacy of the consultant physician in an integrated manner to improve patient safety, through the analysis of the nature of their relationship through the views of a number of doctors, hospital consultants Imam Sadiq p/Babil To close or reduce the knowledge gap between the current study variables (e-health Processes, improve patient safety) by using a case study approach. To this end the questionnaire was used as a tool for his boss to collect data, through the distribution of random sample, The researcher has distributed (130) identify a number of doctors, hospital consultants Imam Sadiq p/Babylon province under study, and then recover (116) questionnaire (100) questionnaire of suitable for statistical analysis and response rate (86%), and data analysis has been using a variety of statistical methods in statistical programmes , SPSS V24, AMOS V24 The results showed relationship it represents a positive and significant positive effect of the self-efficacy of the consultant physician and improving the safety of the patients.

Keywords: self-efficacy of the consultant & Improvement of Patient Safety.

المخلص:-

هدفت الدراسة الحالية الى إظهار دور الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى، وذلك عبر تحليل طبيعة العلاقة بينها من خلال آراء عدد من الأطباء الإستشاريين في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل، لردم أو التقليل من الفجوة المعرفية بين متغيرات البحث الحالية (الكفاءة الذاتية للطبيب، تحسين سلامة المرضى) عن طريق استخدام منهج دراسة الحالة. ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام الاستبانة بوصفها أداة رئيسة لجمع البيانات، من خلال توزيعها بطريقة العينة العشوائية، فقد وزعت الباحثة (١٣٠) استبانة الى عدد من الأطباء الإستشاريين في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد البحث، وبعد ذلك تم إسترجاع (١١٦) إستبانة كانت (١٠٠) استبانة منها صالحة للتحليل الإحصائي وبمعدل استجابة (٨٦٪). ولتحليل البيانات تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المتوفرة في البرنامجين الاحصائيين SPSS V24, AMOS V24، وأشارت النتائج الى وجود علاقة تأثير معنوية وموجبة بين الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى.

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى.

المبحث الأول منهجية البحث

أولاً: مشكلة البحث:

إن حدوث تطورات كبيرة في قدرات تكنولوجيا المعلومات والبرمجيات وإنتشارها في جميع مجالات المجتمع في الحياة الشخصية والأعمال والحياة العامة على مدى العقود الأخيرة، عزز الدافع من زيادة إستخدام تكنولوجيا المعلومات في مجالات الرعاية الصحية المتعددة (Car et al., 2008, p.2)، وبذلك فإن تحسين إدارة المعلومات الصحية يعد شرطاً أساسياً لتحقيق تحسين سلامة المرضى بوصفها معياراً للرعاية الصحية (Aspden et al., 2004, p.4)، فهي تطوي على إنشاء أنظمة العمليات التي تركز على منع الأخطاء والتعلم من الأخطاء، التي تحدث في نظام تقديم الرعاية الصحية (Clancy et al., 2005, p.195) عبر تطوير إستراتيجيات صحيحة، التي لديها القدرة على تحسين سلامة المرضى وقياس ورصد نتائج السلامة المتعلقة بصحة المرضى (Singh & Sittig, 2016, p.228)، ووجود نظام قادر على توفير الرعاية الآمنة لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية والمنظمات والمرضى أنفسهم (Aspden et al., 2004, p.5)، والتحول بعيداً عن إلقاء اللوم على الأفراد عند وقوع الأخطاء (Clancy et al., 2005, p.195). وظهر إن الإعتماد على المتخصصين في الرعاية الصحية لمنع الأخطاء كان مفضلاً وإن العمليات التي تعتمد على الأداء البشري ليست كافية، فهناك حاجة إلى نهج منظم، لمنع الأخطاء، التي تسبب ضرراً للمرضى (Spath, 2009, p.175)، وتحسين كفاءة وفعالية سير العمل (Amatayakul, 2012, p.1). وعليه فإن الأطباء لا يحتاجون الى المهارات فقط في هذا المجال ولكن أيضاً إلى تعزيز الكفاءة الذاتية لتطبيق هذه المهارات بشكل جيد، وإن المعتقدات الذاتية تؤثر على إختيار الأشخاص المناسبين للأشطة وعلى مستوى تحفيزهم (Ling, 2016, p.2). فضلاً عما تقدم، أشارت جمعية الإستشارة الأمريكية (American Counseling Association, 2005)، فإن الممارسة المهنية للإستشاريين هي تقدم تفاعلي يتكون من إجراءات اتخاذ القرار، التي تتطلب من الإستشاريين أن يتمتعوا بالكفاءة والثقة لإتخاذ القرار المناسب (Williams, 2016, p.6)، وبالتالي فإن الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية العالية حددوا أهدافاً

أكثر تحدياً وإنهم يركزون على الفرص، وليس على العقبات (Schwarzer & Luszczyńska, 2007, p.2)، ويكونون قادرين على تحقيق نتائج أفضل من ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة (Takaki, 2005, p.5). وعلى الرغم من الإهتمام الدولي الخاص في نشر الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري، التي تستخدم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في سياقات الرعاية الصحية بهدف تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامتها وكفاءتها، فضلاً على إنها لديها إمكانات كبيرة لمساعدة المهنيين في تقديم الرعاية الصحية (Car et al., 2008, p.2)، إلا إنه وعلى المستوى الوطني فإن قطاع الرعاية الصحية في العراق يشهد تأخر وتباطؤ مواكبة تطور العمل الألكتروني وإن وجد فإنه لا يحظى بالأهتمام الكافي، وخاصة في بلد مثل العراق الذي يواجه تحديات كبيرة وعلى مدار الساعة (حسن, 2010, p.187)، وهذا ما أشارت إليه كلاً من القصيمي وطويبا (٢٠١٢, p.2) على إنه لا بد لمنظمات قطاع الرعاية الصحية في العراق من وضع الخطط والسياسات، التي تهدف الى تطوير الأنظمة المعتمدة لضمان تقديم خدمات سريعة ومتطورة والتواصل المستمر مع العالم الخارجي وأحد أبرز المتطلبات المعاصرة هي إعتقاد نظام السجل الطبي الألكتروني في المستشفيات، والذي يهدف إلى تحسين عملها وربطها بالمستشفيات الأخرى سواء على المستوى الوطني أو المحلي.

إستناداً إلى الحقائق الواردة في أعلاه، يظهر إنه من الملفت للنظر ندرة الدراسات، التي حاوت أن تجمع بين متغيرات الدراسة الحالية في نموذج فرضي واحد لذلك تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها بإتجاه ردم الفجوة المعرفية Knowledge Gap أو تقليصها في نطاق المتغيرات آفة الذكر.

وبناءً على ما تم إستعراضه، يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي بما يأتي: (إن تدني مستوى تحسين سلامة المرضى في المستشفيات العراقية ناتج عن عدم الإهتمام الكافي بالكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري).

ثانياً: تساؤلات البحث:

إن تساؤلات البحث الحالية جاءت إستناداً إلى مشكلة الدراسة آفة الذكر، التي تتمحور حول دور متغيرا البحث الحالي وهم: (الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى)، في الرعاية الصحية في العراق عموماً ومستشفى الإمام الصادق عليه السلام في

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٣٣)

محافظة بابل على وجه الخصوص، وعليه يمكن توضيح تساؤلات الدراسة الحالية بالآتي:

١- ما هي نسبة تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في مستشفى الإمام الصادق

عليه السلام قيد الدراسة؟

٢- ما هو مستوى تحسين سلامة المرضى في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام قيد الدراسة؟

٣- ما العلاقة بين عمليات الصحة الألكترونية وتحسين سلامة المرضى في مستشفى

الإمام الصادق عليه السلام قيد الدراسة؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

وضعت أهداف الدراسة الحالية على وفق تساؤلاتها آنفة الذكر، وعليه فإنها كما

يأتي:

١. معرفة نسبة تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في مستشفى الإمام الصادق

عليه السلام قيد الدراسة.

٢. التحقق من مستوى تحسين سلامة المرضى في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام قيد

الدراسة.

٣. تحديد طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى

في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام قيد الدراسة.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال الجانبين المعرفي والتطبيقي وهي كالاتي:

أ- الأهمية المعرفية للدراسة: وتتضمن:

١. إن الدراسة الحالية تسعى إلى تحسين سلامة المرضى عبر بناء مخطط فرضي للتأثير

تعزز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري، وعلى وفق إطلاع الباحثة المحدود

لمجموعة من الأدبيات العربية والأجنبية السابقة لا توجد دراسة تجمع بين متغيرات

وأبعاد الدراسة الحالية لذا فإن الدراسة الحالية تعد الأولى من نوعها في هذا المجال.

(٥٢٤) تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى

٢. كذلك تتبع الأهمية المعرفية للدراسة الحالية من أهمية متغيراتها، التي تمتاز بالحدثة والتفوق العلمي على حد سواء لذا فهي جادة في إثراء ووضع الأسس العلمية للمتغيرات الرئيسة المتمثلة بـ(الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى) عبر تحليل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية لعدد من الباحثين والمفكرين في هذا المجال.

ب - الأهمية التطبيقية للدراسة: وتتضمن:

١. تعد الدراسة الحالية أول محاولة عربية تسلط الضوء على متغيرات الدراسة في الرعاية الصحية في العراق عموماً وفي مستشفى الأمام الصادق عليه السلام في محافظة بابل على وجه الخصوص، التي يمكن من خلالها معرفة مدى تحسين سلامة المرضى ومدى تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تلك المستشفى.

٢. إن إختبار مقاييس الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتحسين سلامة المرضى المستعملة في بيئات عالمية مختلفة وتطبيقها في بيئة مستشفيات العراق يعد مساهمة جادة لهذه الدراسة.

٣. إن الإفادة من نتائج الدراسة الحالية سيسهم في دعم مستشفى الأمام الصادق عليه السلام لمواكبة التطور العالمي في مجال الرعاية الصحية.

٤. إن الدراسة الحالية وعبر عدد من الإستنتاجات والتوصيات ستسهم في تحقيق عدد من المنافع المتوقعة لمستشفى الأمام الصادق عليه السلام.

٥. إن الدراسة الحالية ستسهم كذلك في إستمرارية البحث العلمي ضمن نطاق المتغيرات قيد البحث عبر وضع بعض المقترحات للبحوث المستقبلية.

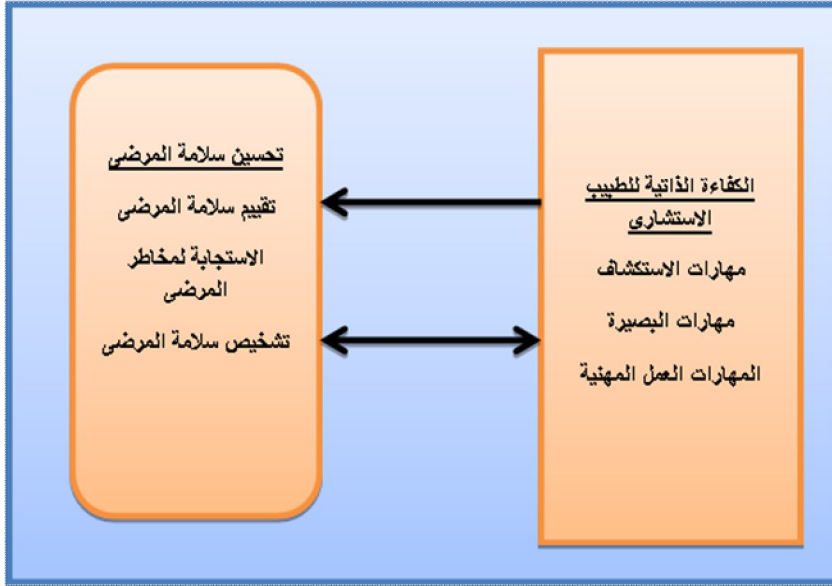
خامساً: بناء مخطط البحث الفرضي:

أعتمد الباحثين لبناء المخطط الفرضي على عدد من الدراسات السابقة، التي تتعلق بمتغيرات البحث الحالي والعلاقة فيما بينها والمتمثلة بدراسة كلا من:

Aliyev & Tunc, 2015; Clark, 2017; Ginsburg, 2006; Vincent, 2013; Lent et al., 2003;

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٣٥)

إستناداً إلى ذلك قام الباحثين ببناء مخطط فرضي يظهر طبيعة العلاقة بين المتغيرات رئيسية، يوضح الشكل (١) المخطط الفرضي للبحث.



الشكل (١) المخطط الفرضي للبحث

المصدر: من أعداد الباحثين.

يظهر من الشكل (١)، إن متغير الكفاءة الذاتية وهو يمثل متغيراً مستقلاً Independent Variable سيتم قياسه بواسطة ثلاث أبعاد تتمثل بـ(مهارات البصيرة ومهارات الاستكشاف ومهارات العمل المهنية) والمتغير التابع Dependent Variable فهو تحسين سلامة المرضى الذي سيتم قياسه بواسطة ثلاث ابعاد تتمثل بـ(تقييم سلامة المرضى والاستجابة لمخاطر المرضى وتشخيص سلامة المرضى).

سادساً: تطوير فرضيات البحث:

تنقسم فرضيات البحث إلى قسمين كما يأتي:

١- الفرضية الرئيسة الأولى: ((تنص هذه الفرضية على وجود علاقة إرتباط طردية ومعنوية بين الكفاءة الذاتية وتحسين سلامة المرضى)).

(٥٣٦)..... تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة

المرضى

٢- الفرضية الرئيسية الثانية: ((تنص هذه الفرضية على وجود علاقة تأثير موجب ومعنوي الكفاءة الذاتية في تحسين سلامة المرضى)).

سابعاً: مقياس البحث:

تمّ تصميم الاستبانة في البحث الحالي على وفق مقياس ليكرت الخماسي Five-Point Likert ذي التدرج (لا أتفق تماماً، لا أنفق، محايد، أنفق، أتفق تماماً) وذلك لقياس مستوى الاستجابة لعينة البحث وقياس العلاقة بين المتغيرات ويوضح الجدول (١) مقياس البحث الحالية وأبعادها وعدد فقراتها.

الجدول (١) مقياس البحث الحالي

متغيرات البحث	الأبعاد	عدد الفقرات	المقياس المعتمد
الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري	مهارات الاستكشاف	٦	(Lent et al., 2003)
	مهارات البصيرة	٤	
	مهارات العمل المهنية	٤	
تحسين سلامة المرضى	تقييم سلامة المرضى	١٠	(Ginsburg, 2006)
	الاستجابة لمخاطر المرضى	٤	
	تشخيص سلامة المرضى	٧	

المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد على الدراسات السابقة.

ثامناً: منهج البحث:

للإجابة عن التساؤلات، النابعة من مشكلة البحث الحالي وتحقيقاً للأهداف الموضوعية سعت الباحثين إلى تبني منهج دراسة الحالة، وذلك باختيارها مستشفى الامام الصادق عليه السلام التخصصي وقد اختار الباحثين هذا المنهج لأنه يقود بسهولة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين متغيرات البحث الحالي، التي قد تؤثر على استمرار وإنتشار الظاهرة عن طريق تحديد الأسباب المباشرة، التي أدت إلى حدوثها، ضمن نطاق محدد.

تاسعاً: أداة البحث:

تمّ اعداد اداة البحث الحالي وهي (الاستبانة) كوسيلة للإجابة على التساؤلات وجمع البيانات، التي صممت على شكل كتيب Booklet، بالإعتماد على مجموعة من المقاييس

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٢٧)

المحكمة، ولقد قام الباحثين بتوزيع الاستبانة على العينة بصورة مباشرة خلال المدة من ٢٠١٨/١/٢٠ إلى غاية ٢٠١٨/٣/٢٠ وقد قسمت الاستبانة إلى جزئين أساسين هما:

الجزء الأول: ويتضمن معلومات عامة عن بعض المتغيرات الديموغرافية لعينة البحث وتشمل (النوع البشري والعمر والتحصيل الدراسي وسنوات الخبرة الوظيفية).

الجزء الثاني: يتضمن (٨٧) فقرة ذات إجابات مقيدة تتعلق بمتغيرات البحث مقسمة على محورين وكما يأتي:

المحور الأول: يتكون: يتكون من (١٤) فقرة خاصة بالكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري.

المحور الثاني: يتكون من (٢١) فقرة خاصة بتحسين سلامة المرضى.

عاشراً: مجتمع وعينة البحث:

يمكن توضيح مجتمع البحث و عينته كما يأتي:

١- مجتمع الدراسة الحالية:

بما إن هدف البحث الحالي هو إظهار دور الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى في الرعاية الصحية في العراق عموماً ومستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل على وجه الخصوص، لذلك فإن مجتمع البحث الحالي هم الاطباء العاملين في الاقسام الإستشارية في مستشفى الامام الصادق عليه السلام / محافظة بابل.

٢- عينة الدراسة الحالية:

لقد قام الباحثين بتوزيع (١٣٠) استبانة على عدد من الاطباء العاملين في الاقسام الإستشارية في مستشفى الامام الصادق عليه السلام / محافظة بابل بصورة عشوائية. وتم استرجاع (100) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي.

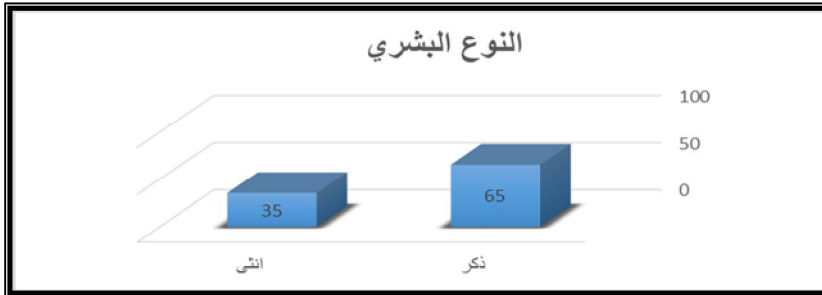
إحدى عشر: وصف العوامل الديموغرافية للمستجيبين:

إن عملية وصف العوامل الديموغرافية للمستجيبين، تعد من أساسيات البحث العلمي إذ عن طريقها تتاح الفرصة للباحث للتأكد من قدرة المستجيبين على الإجابة على فقرات

(٥٢٨) تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى

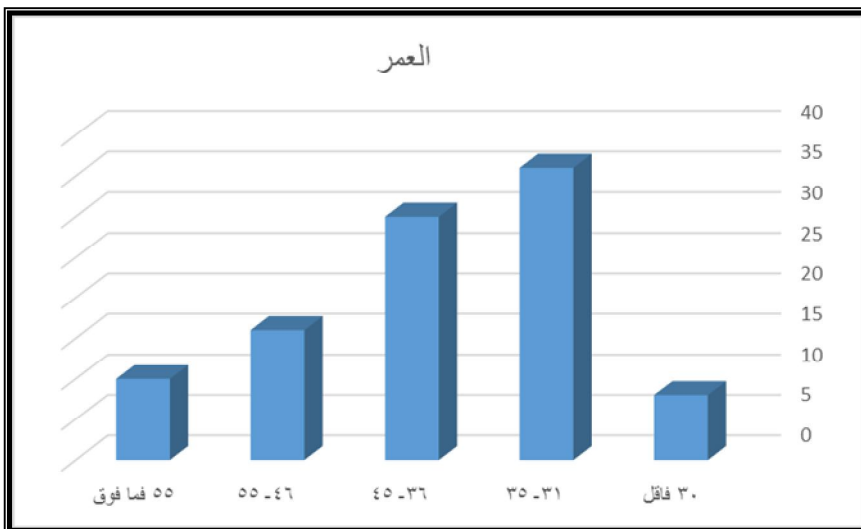
الإستبانة المقيدة بإجابات محددة، وذلك بالإعتماد على عدد من العوامل الديموغرافية المحددة بـ(النوع البشري والعمر ومستوى التعليم وعدد سنوات الخبرة)، كما يأتي:

أ. النوع البشري: إن النتائج الخاصة بالنوع البشري أظهرت أن عدد الذكور بلغ (65)، في حين بلغ عدد الإناث (35)، وهذا يشير إلى أن عدد الذكور أعلى من عدد الإناث، كما موضح في الشكل (٢).



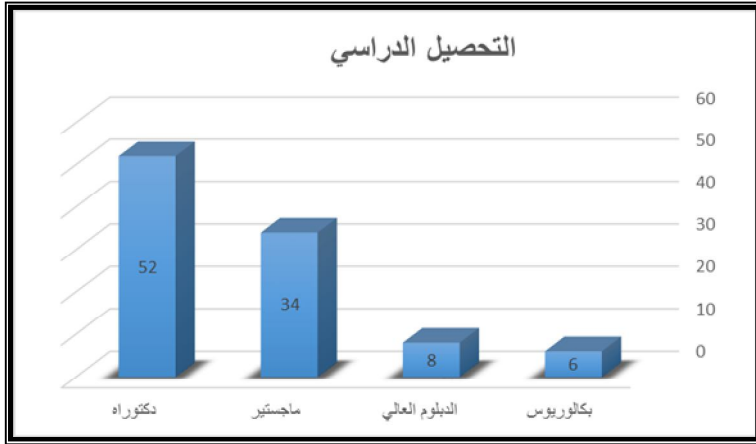
الشكل (٢) المدرج التكراري للنوع البشري

ب. العمر: إن الفئات العمرية لهذا العامل أظهرت أن العدد الأعلى للمستجيبين كانت أعمارهم ضمن الفئة العمرية (35-31) في حين إن العدد الأقل للمستجيبين كانت أعمارهم ضمن الفئة العمرية (30 فأقل)، كما موضح في الشكل (٣).



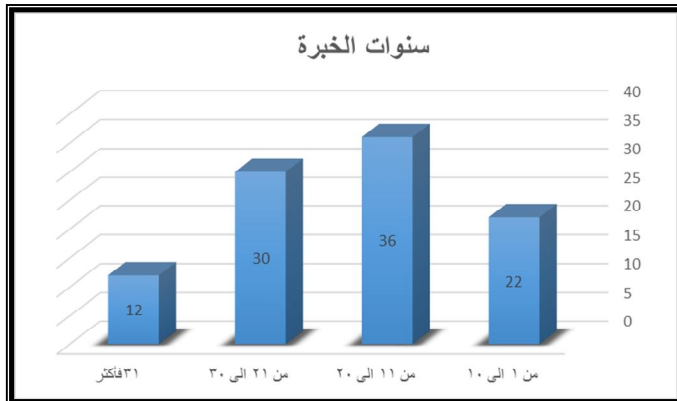
الشكل (٣) المدرج التكراري للعمر

ت. التحصيل الدراسي: فيما يتعلق بعامل التحصيل الدراسي أظهرت النتائج أن المستجيبين من حملة شهادة الدكتوراه هم الشريحة الأكبر إذ بلغ عددهم (52)، في حين كان عدد حملة شهادة البكالوريوس هم الأقل إذ بلغ عددهم (6)، كما موضح في الشكل (٤).



الشكل (٤) المدرج التكراري للتحصيل الدراسي

ث. سنوات الخبرة: إن النتائج الخاصة بهذا العامل أظهرت أن أعلى سنوات خبرة كانت من حصة (36) مستجيب ضمن فئة (من 11 إلى 20)، في حين كانت أقل سنوات خبرة من حصة (12) مستجيب ضمن الفئة (31 فأكثر)، كما موضح في الشكل (٥).



الشكل (٥) المدرج التكراري لسنوات الخبرة

(٥٤٠) تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى

إن جميع النتائج المتعلقة بالعوامل الديموغرافية للمستجيبين تعطي مؤشراً على أنهم على قدر عالٍ من الإدراك، الذي سيسهم في دقة إجاباتهم.

أثنا عشر: الأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية:

قام الباحثين باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المتوافرة في البرنامجين الإحصائيين AMOS V.24 و SPSS V.24 ضمناً لتحقيق نتائج إحصائية دقيقة، حيث ان البرنامج الإحصائي المتقدم AMOS V.24 مثل (التوزيع الطبيعي Normality، الانحدار المعياري Standardized Regression)، وبعض الاختبارات الموجودة في البرنامج الإحصائي SPSS V.24 مثل (المتوسط Mean والانحراف المعياري Std. Deviation والتباين Variance ومعامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha).

المبحث الثاني

الإطار النظري للمبحث

أولاً:- الكفاءة الذاتية للطبيب الاستشاري

تخلق ظروف العمل في العصر الحديث تغير سريع وجو من الغموض للعاملين حيث تقوم المنظمات باستخدام مبادرات استباقية، وتحمل مسؤوليات والعمل بأداء عالي، فضلاً عن العوامل البيئية مثل المطالب الأسرية والاجتماعية والتحسينات التكنولوجية (Aliyev, 2015, p.8) وهذا الوضع يسبب للعاملين الإجهاد والمزيد من التوتر وضغوط شديدة تؤثر سلباً على الصحة العقلية والبدنية والشعور بالإرهاق وعدم القدرة على مواجهة هذا الشعور (Cetin, Sesen, & Basim, 2013, p.8) وبذلك ركزت المنظمات، التي تسعى إلى مستويات عالية من الإنتاجية على أنشطة الموارد البشرية، وإن نتائج خصائص العمل الحديث يفرض المزيد من المطالب على الذات أكثر من ذي قبل مثل التدريب على المهارات وتقييم الأداء والتعويض والتطوير الوظيفي، لتعزز أداءها التنظيمي وتحافظ عليه (Varje et al., 2013, p.50) وبالتالي فإن العديد من المنظمات تتحول الى تعزيز مستويات نفوذ مشاركة العاملين وخاصة أولئك الذين لديهم اتصال ايجابي تجاه عملهم ويبدلون المزيد من الجهد ويشعرون بكفاءة عالية أثناء أداء وظائفهم لان في جوهرهم دوافع ولهم التزام أقوى للمنظمة (Wollard & Shuck, 2011, p430;Burke et al., 2009,p10).

وقد اسفرت العديد من الدراسات في علم النفس الإرشادي ومنذ فترة طويلة إلى الجهود الرامية إلى فهم وتعزيز عملية تطوير الإستشاريين من خلال توسيع النظرية المعرفية الإجتماعية لـ Bandura ، التي أستهدفت بشكل خاص البناء المعرفي الإجتماعي للكفاءة الذاتية (Lent, Hill, & Hoffman, 2003b, p.97) إذ اشارة (Betz (2004, p.340 إلى إن مفهوم الكفاءة الذاتية قد بنى في داخله نظرية المسببات ووسائل علاجها باستخدام مصادر معلومات الكفاءة الذاتية الاربعة والتي أدت إلى التطور الأولي لتوقعات الكفاءة الذاتية والتي يمكن استخدامها لزيادتها وهي وإنجازات الأداء، التعلم من الاخرين (النمذجة)، الإثارة العاطفية (القلق)، والإقناع الإجتماعي (التشجيع). وبسبب هذا التكامل في النظرية بين فهم المشكلة مع العلاج، استخدمت الكفاءة الذاتية في الاستشارة المهنية، ووضع كل من (Larson & Daniels, 1998) تصوراً للكفاءة الذاتية الإستشارية على أنها تشمل ثلاثة نطاقات فرعية ذات قدرة ذاتية وهي: (Lent, Hill, & Hoffman, 2003, p.98) (Williams, 2016, p.6)

(أ) أداء المهارات المساعدة الأساسية.

(ب) إدارة مهام الجلسة الإستشارية.

(ج) التفاوض مع الحالات السريرية الصعبة.

فهي تمثل المكونات الأساسية لدور الإستشاري على سبيل المثال، مساعدة المرضى على استكشاف وفهم أفضل لحالاتهم واتخاذ خطوات ملموسة لتحسين رفاههم. (Lent, Hill, & Hoffman, 2003, p.105)، وهناك أدلة واسعة تشير إلى أن المرضى الذين يكشفون عن أنفسهم بعمق ويظهرون أكبر قدر من التغيير والاستجابة مرتبط بمستوى الظروف التسهيلية ، التي يقدمها الإستشاري (Alexik, 2014, p.210) وأن الاستشارة العاطفية تؤدي دوراً مهم في إقامة علاقة علاجية إيجابية في معظم أنواع العلاج النفسي ، وهذا يؤثر على سلوك الإستشاري من خلال بيئة أقل إرهاقاً (Perry, 2017, p.42) وبالتالي على مستوى تحسين العملية العلاجية ونتائجها لذلك اقترح (Alexik, 2014, p.210) ما يلي:-

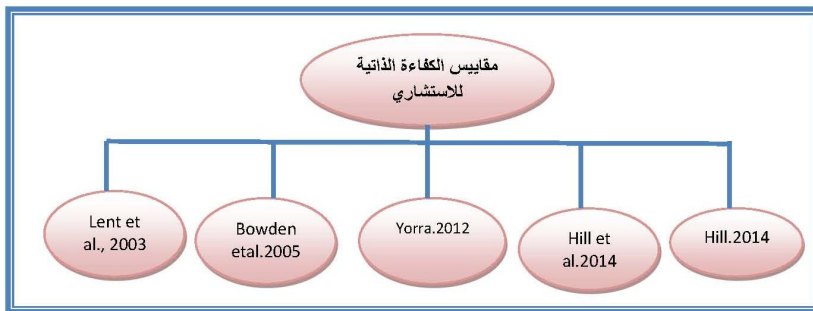
(أ) أن الإستشاري هو الذي يحدد مستويات التعاطف والاحترام الإيجابي والأصالة، والتعبير أو خصوصية التعبير، التي يقدمها للمريض.

(ب) أن كل من الإستشاري والمريض يسهمان و يشتركان في العملية العلاجية.

وقد ذكر المرشدون النفسيون أن شعورهم بالاعتقاد بأنفسهم في مهنتهم له أهمية قصوى للناس الذين يخدمونهم ونجاحهم في مهنتهم يؤثر على هؤلاء الأفراد أيضاً، ومن المهم ان يظهر المستشارين الكفاءة العالية من الناحية المهنية (Aliyev & Tunc, 2015, p.97) وممارسة التأثير الإيجابي وإلهام الآخرين، وتطوير العمل (Booth, Henwood, & Miller, 2017, p.5)، لأنهم جزء حاسم من خدمات الإرشاد والتوجيه الحديثة وبعبارة أخرى فكلما ازدادت الكفاءة الذاتية للاستشاري ازدادت كفاءة الاستشارة والتوجيه الذي يقوم به (Aliyev & Tunc, 2015, p.97)، وفي ضوء ما ورد في اعلاه يرى الباحثين يمكن تعريف الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري (هي الحكم والقدرة على تنظيم وتنفيذ مسارات العمل المطلوبة والسلوكيات المتعلقة بالاستشارة والتفاوض على حالات سريرية لتحقيق أنواع معينة من الأداء).

ثانياً: مقاييس وأبعاد الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري

ومن خلال المراجعة لمجموعة من الادبيات والدراسات السابقة ، التي تناولت الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري لوحظ هناك توجه واضح من قبل الباحثين يوضح مقاييس الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ويوضح الشكل (٢) مقاييس الكفاءة الذاتية للاستشاري.



الشكل (2) مقاييس الكفاءة الذاتية للاستشاري

المصدر: إعداد الباحثة.

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٤٣)

وفي ضوء ما ورد في اعلاه، الجدول (٢) الوارد في ادناه يظهر استعمال الباحثين لمقاييس الكفاءة الذاتية للاستشاري في مجال تقديم الاستشارة.

الجدول (٢) أبعاد الكفاءة الذاتية للاستشاري

المهارات المهنية	مهارات البصيرة	مهارات الاستكشاف	الابعد الباحث والسنة
√	√	√	Lent et al., 2003
	√		Bowden et al.2005
√			Yorra.2012
	√	√	Hill et al.2014
√	√	√	Hill.2014
٣	٣	٣	التكرار

المصدر: إعداد الباحثة.

استناداً لما تقدم، وانسجاماً مع توجيهات الدراسة الحالية فإن الباحثة تبنت مقياس (Lent et al 2003) الخاص بقياس الكفاءة الذاتية للاستشاري كون هذا المقياس وأبعاده (مهارات الاستكشاف ، مهارات البصيرة ، مهارات العمل) الوحيد الذي قدم الغرض من الكفاءة الذاتية للاستشاري وكيفية الاستفادة منها ويمكن أن يؤثر بشكل ايجابي على تحسين سلامة المرضى. ويمكن توضيح أبعاد هذا القياس وكما يأتي:- (Lent et al., 2003, p.98)

١- مهارات الاستكشاف Exploration Skills:

الاستكشاف أمر بالغ الأهمية لإعطاء المرضى فرصة للتعبير عن مشاعرهم وتفكيرهم حول تعقيد مشاكلهم. وإن وجود شخص آخر نشط بمثابة لوحة صوت أو مرآة أمر مفيد لأنه يسمح ويسهل على المرضى الانفتاح والتعبير عن مخاوفهم ، بينما عندما يفكر المرضى في قضاياهم من تلقاء أنفسهم ، غالباً ما يمتلكهم قلقهم ورفضهم بدلاً من اكتساب البصيرة وإجراء التغييرات. اما بالنسبة للاستشاري فإن مهارات الاستكشاف كما توفر فرصة لمعرفة المزيد عن مرضاهم فأنهم يعرفون مشاعر و مشاكل مرضاهم ، سواء كانوا متشابهين أو غير متشابهين في السن أو العرق أو الجنس أو الدين (Hill, 2014, p.29) ونلاحظ أن التركيز على مهارات الاستكشاف أمر سهل نسبياً فهي تتطلب التفكير بطريقة عميقة حول ديناميكيات المرضى ودوافعهم الكامنة والاستماع الفعال لهم الا انها مهارات تأسيسية للمهارات الاعلى وهي البصيرة (Hill et al., 2014, pp.709-710) وعلية يمكن تعريف

مهارات الاستكشاف هي (تمثل التركيز على تطوير علاقة واستنباط المعلومات الضرورية من المريض وإسداء المشورة المناسبة) (Lent et al., 2003, p.98)

٢- مهارات البصيرة Insight Skills:

مهارات البصيرة تزود المريض بمنظور جديد ومختلف بطريقة لا تضر بل تقوي العلاقة العلاجية وتشتمل على التحديات لمعالجة نوع من التناقض في وجهات نظر المريض أو تشجيع المريض على التفكير أو الشعور بطريقة جديدة. (Hill et al., 2014, p.710)

ففي مرحلة البصيرة ، يتعاون الإستشاريون مع المرضى لمساعدتهم على تحقيق تفاهات جديدة حول أنفسهم وأفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم. كما أنها تعمل على مساعدة المرضى على اكتساب وعي جديد وتحمل المسؤولية عن كيفية معالجة مشاكلهم. اما بالنسبة للإستشاريين فإن البصيرة مهمة لأنها تساعد على رؤية الأشياء في ضوء جديد وتمكنهم من تحمل المسؤولية والتحكم في المشكلات مرضاهم. (Hill, 2014, p.30) وفي هذا السياق يحاول بعض المحللون تقليل الفرق بين الحالة الراهنة للمشكلة وحالة الهدف. حيث وجدوا ان البصيرة تحدث فقط عندما يدرك الشخص على سبيل المثال أن المسافة إلى الهدف غير قابلة للتحقيق في ظل التحركات الموجودة وأنه يجب السعي للحصول على مجموعة جديدة من التحركات. وبالتالي، يجب اختيار حلاً كخطوة جديدة للمشكلة. وعليه فإن البصيرة هي قدرة الشخص الى النظر إلى الأمام من الحالة الراهنة إلى حالة الهدف (Bowden et al., 2005, p.322) في المقابل تتطلب مهارات البصيرة قدرة الإستشاريون على استخدام مهارات الاستكشاف الأساسية كمقدمة نظرية للأساس المنطقي لاستخدام مهارات البصيرة (Hill et al., 2014, p.709) اخرون أي في تناغم مع الموقف المحوري حول المريض في مرحلة الاستكشاف ، يعمل الاطباء بشكل أكثر نشاطاً مع المرضى لبناء المعنى معاً. بالإضافة إلى ذلك ، يقدم الإستشاريون للمرضى ملاحظات حول سلوكهم في الجلسات و فهم كيفية تطور هذه السلوكيات (Hill, 2014, p.30) وعليه يمكن تعريف مهارات البصيرة هي مساعد الإستشاري المريض على فهم مشاكله ٢٠٠٣ 98 Lent, ومن وجهة نظر الباحثة تعرف مهارات البصيرة هي تمثل فهم واضح ومفاجئ لكيفية حل المشكلة، التي تنطوي على الأقل على بعض الآليات المعرفية المتميزة

٣- مهارات العمل المهنية Action Skills:

مهارات العمل المهنية هي شكل من أشكال البناء الإجتماعي ويستند مصطلح "المهنة" إلى التقسيم الإجتماعي للعمل، الذي يشكل النظام المترابط للأنشطة المتخصصة في المجتمع، وينظر إلى المهني على أنه خبير متكامل، متخصص متفرغ ينمي نوعاً معيناً من المهارات والأنشطة هناك نوعان من المهارات المهنية ثابتة وتوليدية. (Yorra, 2012, p. ٣٠)

(أ) المهارات المهنية الثابتة هي الطرق المثلى لأداء النشاط مع وعكسها يمثل الانحراف عن أداء النشاط (مثل قيادة السيارة)

(ب) المهارات المهنية التوليدية هي تتطور ومرنة لتلبية احتياجات الوضع الحالي. من خلال النمذجة والخبرات السابقة والتمكن لذلك فهي مستمرة بالتغيير والتعلم تحت التوجيه بطرق من شأنها أن تجلب لهم النجاح.

افتراض منظرو التحليل النفسي في كثير من الأحيان أن البصيرة بشكل طبيعي، تؤدي إلى العمل وبالتالي لا يضطر الإستشاريين إلى القلق حيال ذلك حيث يقومون بتشجيع المرضى على إجراء تغييرات محددة حيث ينجح الأمر مع بعض المرضى وخاصة وعندما يكون لدى المرضى بعض الفهم، يكون من الأسهل عليهم التغيير. و ان التغيير يدوم طويلاً لأنه يوفر للمرضى نموذجاً يجعلهم يخرجون من الأحداث ويساعدهم في اتخاذ خيارات أفضل ومع ذلك لا يملك كل المرضى في كثير من الأحيان المهارات اللازمة للتغيير، ولديهم دفاعات تمنعهم من إجراء تغييرات، ولديهم عوائق في العالم الحقيقي تجعل من الصعب تغييرها. (Hill, 2014, p.30) وبذلك يساعد الإستشاريين المرضى على استكشاف فكرة التغيير، وتحديد ما إذا كان المرضى يريدون التغيير أم لا، واستكشاف معنى التغيير. و يمكنهم أيضاً النظر في التغييرات المحتملة ومساعدة المريض على اتخاذ القرارات بشأن التغييرات، التي يجب متابعتها. في بعض الحالات، يقوم الإستشاريون بتعليم المرضى المهارات اللازمة لإجراء التغييرات. والمحاولة على تطوير استراتيجيات سلوكية جديدة. بالإضافة إلى ذلك، يقوم الإستشاريين بالاستمرار بتقييم نتائج خطط العمل المهني وإجراء تعديلات لمساعدة المرضى في الحصول على النتائج المرجوة. (Hill, 2014, p.30) وعليه يمكن تعريف مهارات العمل المهنية (وهي تمثل تعزيز التغييرات والتأثيرات في المعرفة

والسلوك للمرضى) (Lent et al., 2003, p.98)

ثالثاً: مفهوم تحسين سلامة المرضى:

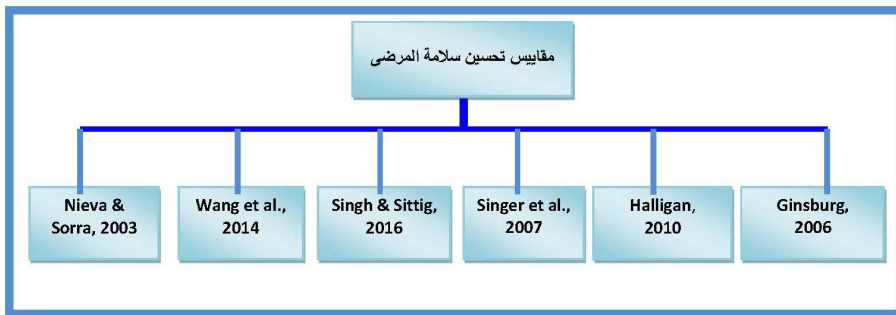
إن ضمان سلامة جميع المرضى عند تقديم الخدمات الصحية هو واحد من أهم التحديات، التي تواجهها مؤسسات الرعاية الصحية في الوقت المعاصر (Emslie et al., 2002, p.3) وبالتالي ظلت سلامة المرضى تشكل مصدر قلق متزايد للجماهير وصناع القرار، وجميع المشاركين في تقديم خدمات الرعاية الصحية (Spath, 2011, p.3)، في هذا السياق، أشارت اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) إلى وجود العديد من تصنيفات سلامة المرضى وأكثرها شمولاً وذات الصلة بالنتائج السريرية، وهي بشكل عام تعنى بدراسة تأثير الخطأ الطبي والضرر الذي قد يصيب المرضى والحوادث، التي تؤدي إلى الأذى ونوع العمليات، التي تزيد من احتمال وقوع الحوادث وعوامل الوقاية للحد من المخاطر الطبية (Car et al., 2008, p.79) إن سلامة المرضى patient safety على وجه الخصوص مسألة ذات أهمية حاسمة وقضية عالمية، تنعكس على حجم و اتساع الجمهور (Emslie et al., 2002, p.3) أن سلامة المرضى هي أنشطة لتجنب أو منع الأخطاء أو تصحيح النتائج السلبية، التي تسبب ضرراً للمرضى عن تقديم الرعاية الصحية، وفي هذا الصدد الاتجاه نحو تركيز مبادرات تحسين سلامة المرضى في المقام الأول على الجوانب السريرية لرعاية المرضى والحد من الحوادث وحماية المرضى من الأذى (Spath, 2009, p.177) وقبول ووعي واسع النطاق بمشكلة الضرر الطبي (Vincen et al., 2013, p.2) وبذلك عد تحسين سلامة المرضى أحد مكونات أنشطة إدارة الجودة حيث يتم قياس سلامة المرضى، و تقييم نتائج القياس، وإجراء التحسينات (Spath, 2009, p.177). هذا ما اشارت اليه تقارير منظمة الخدمات الصحية الوطنية NHS National Health Service، التي وصفت تحسين سلامة المرضى على إنه جزءاً لا يتجزأ من جدول أعمال جودة الخدمات الصحية الوطنية. وهو المحور الرئيس لتحديث نهجها للتعليم من الفشل و من الأحداث الضارة من خلال وضع آليات رصد قوية والتحليل عندما تسوء الأمور وآليات موحدة للإبلاغ عن الأخطاء أو فشل الخدمة ومناقشتها وثقافة أكثر انفتاحاً

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٤٧)

وإدخال التغييرات اللازمة موضع التنفيذ وتدابير لزيادة مشاركة المرضى وعامة المجتمع (Emslie et al., 2002, pp.3-6) ، في ضوء ما ورد في اعلاه يرى الباحثين أن تحسين سلامة المرضى (هو إجراء التغييرات الجديدة في المنظمات سواء في البيئات السريرية أو في النظم الداعمة للرعاية الصحية لتحديد وتقييم الأحداث السلبية والمخاطر والأخطاء الطبية والتدخل قبل وقوع الضرر لتحقيق اداء افضل).

رابعاً: مقاييس وابعاد تحسين سلامة المرضى:

بعد الاطلاع على عدد من الادبيات والدراسات السابقة، التي تناولت تحسين سلامة المرضى من جوانبه المختلفة يمكن تحديد عدد من المقاييس، التي تم اعتمادها من قبل الباحثين، لقياس هذا المتغير ويوضح الشكل (٣) مقاييس تحسين سلامة المرضى.



الشكل (٣) مقاييس تحسين سلامة المرضى

المصدر: إعداد الباحثين.

يظهر الجدول (٥)، المقاييس الأكثر استخداماً لقياس تحسين سلامة المرضى من قبل عدد من الباحثين في الدراسات السابقة.

الجدول (٥) ابعاد تحسين سلامة المرضى

الإبعاد	تقييم سلامة المرضى	الاستجابة لمخاطر المرضى	تشخيص حالة سلامة المرضى
الباحث والسنة	√	√	√
Nieva & Sorra, 2003			
Singer et al., 2007			
Ginsburg, 2006	√	√	√
Halligan, 2010		√	√
Wang et al., 2014		√	√
Singh & Sittig, 2016	√	√	√
التكرار	٣	٥	٥

المصدر: إعداد الباحثين.

من الجدول (٣)، يمكن ملاحظة المقاييس، التي استخدمها الباحثين وأكثر هذه المقاييس ملائمة هو مقياس (Ginsburg, 2006) الخاص بتحسين سلامة المرضى لأن أبعاد هذا المقياس (تقييم سلامة المرضى، الاستجابة لمخاطر المرضى، تشخيص حالة سلامة المرضى) تعد أساسية لتحسين سلامة المرضى وهو الهدف الذي تسعى إليه الدراسة الحالية، ويمكن توضيح أبعاد هذا القياس وكما يأتي: (Ginsburg, 2006, p.4)

١- تقييم سلامة المرضى: Evaluation Safety

هي أدوات جديدة في مستودع تحسين سلامة المرضى يمكن استخدام هذه الأدوات لقياس الظروف التنظيمية، التي تؤدي إلى أحداث سلبية وإيذاء المريض، ولتطوير وتقييم تدخلات تحسين السلامة في مؤسسات الرعاية الصحية. فهي توفر مقياساً يمكن من خلاله استيعاب المفاهيم الضمنية المشتركة حول ممارسة الطرق، التي تقوم بها لتكون متاحة ومتوفرة كمدخلات للتغيير (Nieva & Sorra, 2003, p.21) وبسبب الطبيعة المعقدة في مجال الرعاية الصحية، أكثر من أي صناعة أخرى، فإن تقييم السلامة بشكل مناسب وفعال له آثار هامة (Car, 2008, p.5) إستناداً إلى ما سبق يرى الباحثين يمكن تعريف تقييم سلامة المرضى (و هي وسيلة لتتبع التقدم و تأثير التدخلات المنفذة ضمن برنامج شامل لسلامة المرضى مع مرور الوقت او لمقارنة الوحدات داخل منظمة واحدة أو فحص الاختلافات بين المنظمات أو الأنظمة المختلفة).

٢- الاستجابة لمخاطر المرضى: Responding to Patient Risk

هناك العدد من مخططات التصنيف، التي تميز نظم الإبلاغ عن الحوادث وأبحاث سلامة المرضى والتي تعكس أهمية هذه التوترات الكامنة، وان الهدف الرئيس من تصميم النظم الآمنة والاجراءات والعمليات هي تشير إلى إمكانية التعلم والأهم من ذلك الوقاية من حوادث السلامة ينبغي أن تكون عملية مستمرة تقوم على الإفصاح الكامل والاعتراف (Car, 2008, pp. 79- 80) والاستجابة بسرعة للحفاظ على الأمور على المسار الصحيح. من قبل الأطباء والمرضى والمدبرين يجب ان يفعلوا ذلك طوال الوقت في مجال الرعاية الصحية، وربما إلى حد أكبر من أي صناعة أخرى (Vincent et al., 2013, p.2) ظهرت نظم الإبلاغ عن سلامة المرضى في مجال الرعاية الصحية من خلال (Aspden, Corrigan, & Shari, 2004, p.6).

تعزير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٤٩)

أ. اعتماد المستشفيات بصورة روتينية ومستمرة على الحصول على المعلومات المتعلقة بالأخطاء، سواء الاقتراب من الخطأ أو الأحداث المعاكسة، كجزء من برامجها الداخلية لتوفير السلامة.

ب. فرض اللجنة المشتركة المعنية باعتماد منظمات الرعاية الصحية على المستشفيات إجراء تحليلات جذرية للأحداث السلبية كجزء من برنامج الاعتماد والتشجيع على الإبلاغ عن هذه الأحداث. استناداً الى ما سبق يرى الباحثين يمكن تعريف الاستجابة لمخاطر المرضى (هي ردود الفعل والانعكاسات واستخدام نظم الإبلاغ عن الأحداث السلبية من أجل استيعاب المخاطر الكاملة المتعلقة بسلامة المرضى ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها).

٣- تشخيص حالة سلامة المرضى: Diagnose Status Patient Safety

حالة السلامة هي مجموعة موثقة من الأدلة، التي تقدم حجة مقنعة وصحيحة بأن النظام آمن بشكل كافٍ لتطبيق معين في بيئة معينة (Vincent et al., 2013, p.18)، ويرى (Bloomfield & Bishop, 2010, p.52) إن حالة السلامة هي أساليب لتشخيص المخاطر المحتملة وما يمكن أن يحدث على نحو خاطئ في نظام معين وتقديم دليل على أن المخاطر الرئيسة قد تم تحديدها وتطبيق إجراءات رقابة مناسبة.

إستناداً إلى ما سبق يرى الباحثين يمكن تعريف تشخيص حالة سلامة المرضى (هي الاساليب حول كيفية التعامل مع المخاطر، و المواقف والممارسات الإجتماعية والتقنية المتعلقة بقضايا سلامة المرضى كألوية قصوى).

المبحث الثالث

الإطار العملي للمبحث

أولاً: إختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات البحث الحالي:

لتحديد نوع الإختبارات اللازمة لتحليل البيانات، التي تم جمعها عن طريق الإستبانة الموزعة على (100) طبيب في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام، محافظة بابل، قام الباحثين بتحليل نوع توزيع البيانات، لمعرفة فيما إذا كانت البيانات معلمية أم لا معلمية، فعلى وفق

(٥٥٠)..... تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى

(Hair et al., 2014) في حالة ظهور أن البيانات تتوزع توزيعاً طبيعياً وهذا يشير إلى ضرورة استخدام الإختبارات المعلمية، أما عندما يظهر أن البيانات لا تتوزع توزيعاً طبيعياً فهذا يشير إلى ضرورة استخدام الإختبارات اللامعلمية، وللتأكد من ذلك تم إستخراج قيم كلاً من التفرطح Kurtosis والتمايل Skewness لجميع المتغيرات، والتي لا بد أن تقع قيمها الدنيا والعليا ضمن حدود التوزيع الطبيعي البالغة (± 1.96) كما يأتي:

١. نوع توزيع البيانات للمتغير المستقل (الكفاءة الذاتية):

إن الجدول (٤)، يظهر النتائج المتعلقة بإستخراج قيم Kurtosis و Skewness للمتغير المستقل الكفاءة الذاتية

الجدول (٤) نوع توزيع البيانات للمتغير المستقل الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري

Kurtosis		Skewness		N	الفقرة
Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	
.478	1.224	.241	-1.692-	100	IS1
.478	1.112	.241	-1.556-	100	IS2
.478	.596	.241	-1.019-	100	IS3
.478	-.540-	.241	-.702-	100	IS4
.478	-.942-	.241	-.409-	100	IS5
.478	-.514-	.241	-.553-	100	IS6
.478	1.932	.241	-1.302-	100	SE1
.478	1.221	.241	-1.692-	100	SE2
.478	-.084-	.241	-.015-	100	SE3
.478	-1.031-	.241	.995	100	SE4
.478	1.111	.241	-.680-	100	SA1
.478	-.462-	.245	-.142-	100	SA2
.478	1.498	.241	-.942-	100	SA3
.478	.515	.241	-.642-	100	SA4

المصدر: نتائج برنامج SPSS V.24.

إن الجدول (٤)، يوضح إن قيم Skewness و Kurtosis، التي تم إستخراجها بإستخدام برنامج SPSS V.24 جميعها لم تتجاوز القيم الدنيا والعليا للتوزيع الطبيعي البالغة ± 1.96 ، وهذا يشير إلى إن بيانات هذا المتغير تتناغم مع إختبارات الإحصاء المعلمي.

٢. إختبار التوزيع الطبيعي للمتغير التابع (تحسين سلامة المرضى):

يوضح الجدول (٥)، النتائج الخاصة بإستخراج قيم Kurtosis و Skewness للمتغير

التابع تحسين سلامة المرضى.

الجدول (٥) نتائج التوزيع الطبيعي للمتغير التابع تحسين سلامة المرضى

Kurtosis		Skewness		N	الفقرة
Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	
.478	-.496-	.241	.822	100	E1
.478	-.473-	.241	.507	100	E2
.478	-.414-	.241	.095	100	E3
.478	-.236-	.241	.248	100	E4
.478	-1.082-	.241	-.186-	100	E5
.478	-.489-	.241	-.015-	100	E6
.478	.444	.241	-.869-	100	E7
.478	-.176-	.241	.516	100	E8
.478	.539	.241	-.618-	100	E9
.478	-1.045-	.241	.174	100	E10
.478	.367	.241	-.333-	100	R1
.478	.098	.241	-1.094-	100	R2
.478	1.919	.241	-1.342-	100	R3
.478	.084	.241	-.523-	100	R4
.478	1.266	.241	-.890-	100	D1
.478	.210	.241	-1.021-	100	D2
.478	1.339	.241	-1.269-	100	D3
.478	-.946-	.241	-.293-	100	D4
.478	-.847-	.241	.203	100	D5
.478	.167	.241	-.454-	100	D6
.478	-1.094-	.241	-.090-	100	D7

المصدر: نتائج برنامج SPSS V.24.

من الجدول (٥)، يتضح إن قيم Kurtosis و Skewness، التي تم إستخراجها بإستخدام برنامج SPSS V.24 جميعها لم تتجاوز القيم الدنيا والعليا للتوزيع الطبيعي البالغة ± 1.96 ، وهذا يشير إلى أن بيانات هذا المتغير تتناغم مع إختبارات الإحصاء العلمي.

ثانياً: التحليل الوصفي لمتغيرات البحث الحالي:

إن الغرض الأساسي من التحليل الوصفي الذي يستخدم عدد من المقاييس الإحصائية الوصفية هو لتحليل البيانات، التي تم جمعها من أجل التعرف على طبيعة توجهات المستجيبين إتجاه فقرات متغيرات البحث الحالي في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل كما يأتي:

١. التحليل الوصفي لمتغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري:

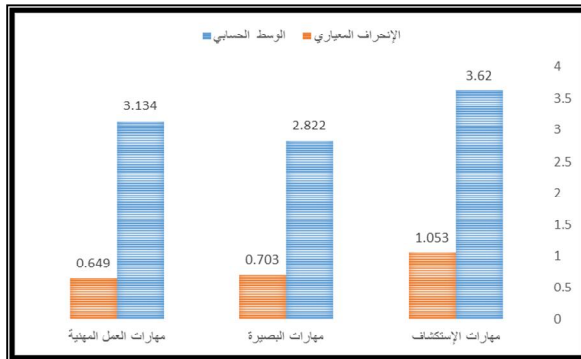
لمعرفة مستوى توافر هذا المتغير في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل، سيتمّ إستعراض إختبارات التحليل الوصفي المتمثلة بـ(الوسط الحسابي والانحراف المعياري)، لهذا المتغير وذلك فيما يتعلق بأبعاده الثلاثة وهي (مهارات الإستكشاف ومهارات البصيرة ومهارات العمل المهنية)، وتم تحديد مستوى التوافر بالمقارنة مع الوسط الفرضي لمقياس ليكرت الخماسي Likert Five Point البالغ (٣)، كما في الجدول (٦).

الجدول (٦) التحليل الوصفي لأبعاد متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري

الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البعد
الأول	1.053	3.620	مهارات الإستكشاف
الثالث	0.703	2.822	مهارات البصيرة
الثاني	0.649	3.134	مهارات العمل المهنية
-	0.801	3.192	المعدل

المصدر: إعداد الباحثة.

علاوةً على ما تقدم، فإن نتائج الجدول (٦) تشير إلى أن بعد مهارات الإستكشاف قد حصل على المرتبة الأولى في حين حصل بعد مهارات البصيرة على أقل مرتبة من ناحية الأهمية النسبية، على وفق آراء عدد من الأطباء الإستشاريين في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل، وبشكل عام كان الوسط الحسابي العام لهذا المتغير أعلى من الوسط الفرضي إذ بلغ (3.192)، وبانحراف معياري عام بلغ (0.801). إن الشكل (30) ادناه يظهر الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري.



الشكل (٤) أبعاد متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري على وفق إختبارات التحليل الوصفي

المصدر: إعداد الباحثة.

٢. التحليل الوصفي لمتغير تحسين سلامة المرضى:

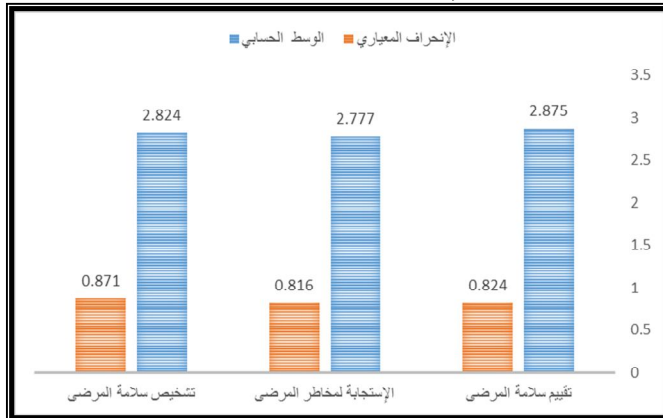
لمعرفة مستوى توافر هذا المتغير في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل، سيتم إستعراض إختبارات التحليل الوصفي المتمثلة بـ(الوسط الحسابي والانحراف المعياري)، لهذا المتغير وذلك فيما يتعلق بأبعاده الثلاثة وهي: (تقييم سلامة المرضى والإستجابة لمخاطر المرضى وتشخيص سلامة المرضى)، وتم تحديد مستوى التوافر بالمقارنة مع الوسط الفرضي لمقياس ليكرت الخماسي Likert Five Point البالغ (٣)، كما في الجدول (7).

الجدول (٧) التحليل الوصفي لأبعاد متغير تحسين سلامة المرضى

الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البعد
الأول	0.824	2.875	تقييم سلامة المرضى
الثالث	0.816	2.777	الإستجابة لمخاطر المرضى
الثاني	0.871	2.824	تشخيص سلامة المرضى
-	0.837	2.825	المعدل

المصدر: إعداد الباحثين.

إن نتائج الجدول (٧)، تشير إلى أن بعد تقييم سلامة المرضى قد حصل على المرتبة الأولى في حين حصل بعد الإستجابة لمخاطر المرضى على أقل مرتبة من ناحية الأهمية النسبية، على وفق آراء عدد من الأطباء الإستشاريين في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل، وبشكل عام كان الوسط الحسابي العام لهذا المتغير أقل من الوسط الفرضي إذ بلغ (2.825)، وبانحراف معياري عام بلغ (0.837). إن الشكل (5) يظهر الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد متغير تحسين سلامة المرضى.



الشكل (٥) أبعاد متغير تحسين سلامة المرضى على وفق إختبارات التحليل الوصفي

ثالثاً: التحليل العاملي الاستكشافي لمتغيرات البحث:

إن هذا التحليل يستخدم لمعرفة فيما إذا كانت فقرات أبعاد كل متغير تنتمي لها أم لا، بمعنى آخر هل هنالك توافق بين الأطر النظرية لمتغيرات البحث وبين آراء المستجيبين في الإطار العملي، وسيتم توضيح هذا التحليل، كما يأتي:

١. التحليل العاملي الاستكشافي لقياس للمتغير المستقل الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري:

إن الجانب النظري والقياس الذي تم استخدامه لقياس متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري أظهر إن هذا المتغير يتكون من ثلاثة أبعاد و(14) فقرة، ولتحديد الفقرات التي تنتمي أو التي لا تنتمي إليه قامت الباحثة بإجراء التحليل العاملي الإستكشافي، الذي بدأ بإختبار كفاية العينة (The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) في الجدول (٢١)، والذي من خلاله يتم معرفة مدى كفاية حجم العينة وهو بهذا يعد من الشروط الهامة لإتمام هذا التحليل، مع الأخذ بنظر الإعتبار إن نتائج هذا الإختبار يجب أن تكون أكبر من أو تساوي (0.50) على وفق قاعدة (Hair et al. (2014).

الجدول (٨) إختبار كفاية حجم العينة لبيانات متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.731
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	837.481
	df	91
	Sig.	.000

المصدر: برنامج SPSS V.24.

إن الجدول (8)، يظهر أن القيمة الخاصة بإختبار (KMO) هي أعلى من (0.50)، فلقد بلغت (0.731)، فضلاً عن معنوية إختبار Bartlett، الذي يعطي دلالة واضحة على وجود علاقة بين أبعاد هذا المقياس. أضف إلى ذلك، أن الجدول (9) يظهر النتائج المتعلقة بمصفوفة المكونات الأساسية Rotated Component Matrix للتحليل العاملي الإستكشافي، التي تستخدم لمعرفة مدى إنتماء الفقرات لأبعادها وعدد الأبعاد الكامنة للمقياس على أن تكون تشعباتها العملية أعلى من أو تساوي ٠.٥٠، وأن تشعباتها العابرة يجب أن تكون أقل من أو تساوي (٠.٤٠) على وفق قاعدة (Hair et al. (2014).

الجدول (٩) مصفوفة Rotated Component Matrix لمقياس الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري

البعد			الفقرة
3	2	1	
		.876	SE3
		.818	SE1
		.683	SE2
		.659	SE4
	.779		IS2
	.751		IS6
	.651		IS1
	.629		IS3
	.602		IS4
	.444		IS5
.738			SA3
.649			SA1
.581			SA2
.539			SA4

المصدر: برنامج SPSS V.24.

إن مصفوفة المكونات الأساسية Rotated Component Matrix للتحليل العاملي الإستكشافي، التي تظهر في الجدول (٩)، تشير نتائجها إلى إن متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري يتضمن ثلاثة أبعاد و(14) فقرة، سيتم حذف منها فقرة واحدة وهي: (IS5)، وذلك لعدم إنتمائها لبعد مهارات البصيرة أي إنها تتعارض مع معايير التحليل العاملي الاستكشافي، لأن لها تشعب أقل من (0.50)، وبذلك فإن عدد فقرات هذا المتغير ستخفض إلى (13) فقرة.

٢. التحليل العاملي الإستكشافي لمقياس المتغير التابع تحسين سلامة المرضى:

بالإعتماد على الإطار النظري والمقياس الذي تم استخدامه لمقياس متغير تحسين سلامة المرضى تبين إن هذا المتغير يتضمن ثلاثة أبعاد و(٢١) فقرة، ولتحديد الفقرات التي تنتمي أو التي لا تنتمي له استخدمت الباحثة التحليل العاملي الإستكشافي، الذي بدء بإختبار كفاية العينة (The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO في الجدول (١٠)، والذي من خلاله يتم معرفة مدى كفاية حجم العينة وهو بهذا يعدّ من الشروط الهامة لإتمام هذا التحليل، مع الأخذ بنظر الإعتبار إن نتائج هذا الإختبار يجب أن تكون أكبر من أو تساوي (0.50) على وفق قاعدة Hair et al. (2014).

(٥٥٦)..... تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة

المرضى
الجدول (١٠) إختبار كفاية حجم العينة لبيانات متغير تحسين سلامة المرضى

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.898
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1808.466
	df	210
	Sig.	.000

المصدر: برنامج SPSS V.24.

من الجدول (10)، يتبين أن القيمة المتعلقة بإختبار (KMO) هي أعلى من (0.50)، فلقد بلغت (0.898)، فضلاً عن معنوية إختبار Bartlett، الذي يعطي دلالة واضحة على وجود علاقة بين أبعاد هذا المقياس. أضف إلى ذلك، أن الجدول (11) يظهر النتائج الخاصة بمصفوفة المكونات الأساسية Rotated Component Matrix للتحليل العاملي الإستكشافي، التي تستخدم لمعرفة مدى إنتماء الفقرات لأبعادها وعدد الأبعاد الكامنة للمقياس على أن تكون تشبعاتها العاملية أعلى من أو تساوي ٠.٥٠، وأن تشبعاتها العابرة يجب أن تكون أقل من أو تساوي (٠.٤٠) على وفق قاعدة (Hair et al. (2014).

الجدول (١١) مصفوفة Rotated Component Matrix لمقياس تحسين سلامة المرضى

البعد			الفقرة
3	2	1	
		.833	E2
		.805	E7
		.746	E3
		.737	E9
		.673	E6
		.602	E10
		.554	E1
	.495	.548	E4
		.544	E5
		.504	E8
	.736		D3
	.732		D1
	.713		D6
	.687		D7
	.544		D4
	.471		D5
	.467		D2
.717			R2
.634			R4
.595			R1
.501			R3

المصدر: برنامج SPSS V.24.

إن مصفوفة المكونات الأساسية Rotated Component Matrix للتحليل العاملي الإستكشافي، التي تظهر في الجدول (11)، تشير إلى أن متغير تحسين سلامة المرضى يتضمن ثلاثة أبعاد و(21) فقرة، سيتم حذف منها ثلاثة فقرات لعدم إنتمائها لأبعاد هذا المتغير أي إنها تتعارض مع معايير التحليل العاملي الاستكشافي، واحدة منها لأن لها تشيع عابرة Cross-Loading أكبر من (0.40) وهي: (E4)، أما الفقرتين (D5, D2) فلها تشيعات أقل من (0.50)، وبذلك فإن عدد فقرات هذا المتغير ستخفض إلى (18) فقرة.

رابعاً: إختبار الفرضيات:

تم إختبار فرضيات البحث الحالي، كما يأتي:

1. فرضية الارتباط: تنص على وجود علاقة ارتباط معنوي بين الكفاءة الذاتية وتحسين سلامة المرضى، وللتأكد من صحة هذه الفرضية، ومن أجل إختبار مدى صحة هذه الفرضية، يظهر الجدول (12) النتائج الخاصة بمصفوفة معامل ارتباط Pearson، وإستناداً إليه فإن قيمة معامل الارتباط بين هذين المتغيرين بلغت (0.683)، وهي تحت مستوى معنوية (1%)، وهذا ما يشير إلى قبول هذه الفرضية. وذلك وفقاً لما أشارت إليه الأطر النظرية لدراسة (Okhakhu 2011)

الجدول (12) مصفوفة علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة الحالية

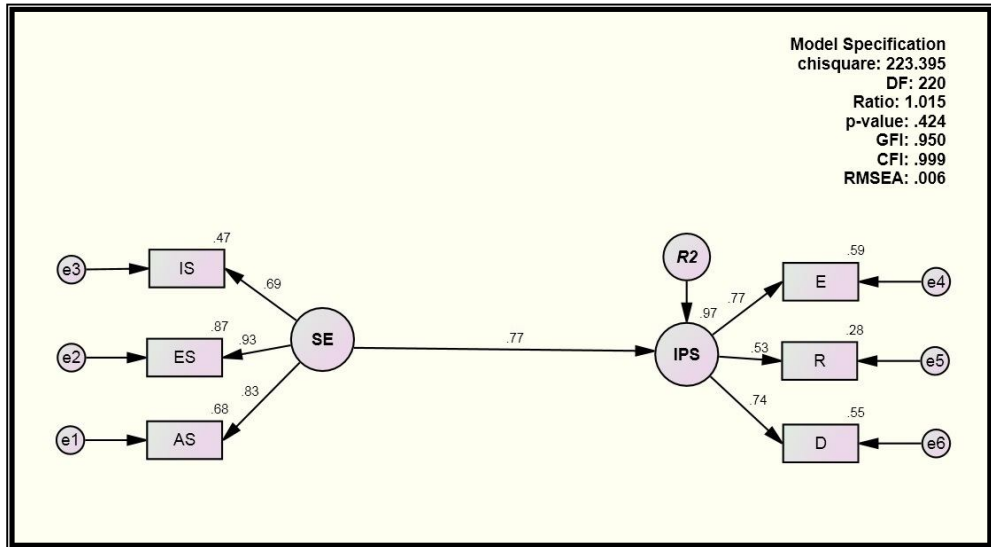
Correlations			
IPS	SE		
.683**	1	Pearson Correlation	SE
.000		Sig. (2-tailed)	
100	100	N	
1	.683**	Pearson Correlation	IPS
	.000	Sig. (2-tailed)	
100	100	N	

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

المصدر: برنامج SPSS V.24.

2. فرضية التأثير من أجل إختبار صحة الفرضية التي تنص على: "وجود علاقة تأثير معنوي وموجب للكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى"، تم

بناء أنموذج للمعادلات الهيكلية لتأثير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى، كما مبين في الشكل (٤).



الشكل (٤) الأنموذج الخاص باختبار فرضية التأثير المباشر للكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى

المصدر: برنامج AMOS v.24.

إن النتائج الظاهرة في الشكل (٤)، تؤكد قبول هذه الفرضية إذ قد بلغ معامل التأثير بين المتغيرات قيد البحث (.77). علماً إن تقديرات أنموذج هذه الفرضية هي مطابقة لمؤشرات حسن المطابقة Goodness of Fit Index. فلقد كانت (Ratio أقل من 3، و p-value أكبر من .05، و GFI أكبر من .90، و RMSEA أقل من .08). إن جميع تقديرات أنموذج إختبار فرضيات الإرتباط الظاهرة في الجدول ادناه (١٣) هي تحت مستوى معنوية $p < .01$ ، كما إن قيم C.R. هي أكبر من 1.96. كما إن جميع الشعبات العاملة لهذا الأنموذج هي أكبر من الحدود الدنيا للقبول، التي هي أكبر من أو تساوي 50. لقيم تحليل Regression Weights، وذلك وفقاً لما أشارت إليه الأطر النظرية لدراسة Okhakhu (2011).

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٥٩)

الجدول (١٢) تقديرات نموذج إختبار فرضية التأثير للكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في تحسين سلامة المرضى

P	C.R.	S.E.	Estimate	Item
***	5.509	.012	.827	AS
.002	3.062	.008	.930	ES
***	6.441	.017	.688	IS
***	5.321	.015	.766	E
***	6.756	.022	.532	R
***	5.764	.016	.743	D

المصدر: برنامج AMOS v.24.

المبحث الرابع

الاستنتاجات والتوصيات

توصل البحث إلى مجموعة من الإستنتاجات النظرية والتطبيقية المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية نعرضها على وفق ما يأتي:

أولاً: الاستنتاجات:

(أ) الاستنتاجات المتعلقة بمتغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري:

وتتضمن:

١. كشفت مراجعة اغلب الدراسات السابقة أهمية تعزيز ودعم الكفاءة الذاتية لأي فرد من أجل الأرتقاء بمستوى المجال الذي يعمل فيه وهذا ما أثبت بالنسبة للطبيب الإستشاري الذي تقع على عاتقه تحديد مسار المريض وارشاده.

٢. أن توقعات الكفاءة الذاتية العالية لها تأثير على اختيارات الطبيب الإستشاري وبالتالي على التشخيص ونتائج العلاج ، وهذا ما أظهرته نتائج التحليل الوصفي التي تشير الى إن بعد مهارات الأستكشاف يعد متوافقاً في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة .

٣. قدرة الطبيب الإستشاري على مواكبة التطورات التكنولوجية لها تأثير على المهارات الطبية، وهذا ما أظهرته نتائج التحليل الوصفي التي تشير الى إن بعد مهارات العمل المهنية يعد متوافقاً في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

(٥٦٠) تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى

٤. وجود تفاوت في مستويات توافر أبعاد متغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

٥. إن الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري لها تأثير معنوي وموجب في تحسين سلامة المرضى في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

(ب) الإستنتاجات المتعلقة بمتغير تحسين سلامة المرضى:

وتتضمن:

١. أن تحسين سلامة المرضى لا يكون من خلال الإبقاء على ما هو عليه من انظمة وعمليات بل هو تسريع عجلة التقدم من خلال منع الأخطاء الطبية قبل وقوعها وتوقع الأحداث السلبية والأضرار والتصدي لها.

٢. عدّ تحسين سلامة المرضى معيارا للرعاية الصحية وهو شرط اساسي لتحقيق سلامة المرضى.

٣. كشفت مراجعة اغلب الدراسات السابقة أن ثقافة سلامة المرضى ضرورة حتمية من أجل تهيئة الظروف الملائمة للوصول الى تحسين سلامة المرضى.

٤. إن جميع مستويات أبعاد متغير تحسين سلامة المرضى غير متوافرة في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

٥. يتأثر مستوى تحسين سلامة المرضى بمستوى تعزيز ودعم الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

ثانياً: التوصيات:

يمكن وضع توصيات للبحث الحالي كما يأتي:

(أ) التوصيات المتعلقة بمتغير الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري وتتضمن:-

١. ضرورة العمل على زيادة مستوى تبني الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري بما يضمن تحسين سلامة المرضى في مستشفى الإمام الصادق عليه السلام / محافظة بابل قيد الدراسة.

تعزيز الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري ودورها في تحسين سلامة المرضى (٥٦١)

٢. يقع على عاتق إدارة المستشفى قيد الدراسة توفير ما يعزز ويدعم الكفاءة الذاتية للطبيب الإستشاري للكشف عن الأخطاء الطبية.

٣. ضرورة توفير الحوافز المادية والمعنوية للأطباء الإستشاريين من خلال المكافآت والإيفادات للأطلاع على آخر المستجدات بما يعزز ويدعم مهاراتهم الطبية.

٤. ضرورة توعية الأطباء الإستشاريين حوله النتائج الإيجابية من تعزيز الكفاءة الذاتية وأنها أداة أساسية في تقديم الاستشارة وتعزيز المثابرة في مواجهة مهام الإستشاري الصعبة.

٥. الاستفادة من العديد من البرامج لتعليم المهارات المساعدة (الاستكشافية ، والبصيرة ، العمل) ، التي تؤثر على جوانب الأداء السريري للمرضى مثل طبيعة استجاباتهم المعرفية والعاطفية والسلوكية أثناء مشاركتهم في الاستشارة.

(ب) التوصيات المتعلقة بمتغير تحسين سلامة المرضى وتتضمن:

١. ضرورة توجه إدارة المستشفى قيد الدراسة إلى تبني مبادرات تحسين سلامة المرضى والتركيز على الجوانب السريرية لرعاية المرضى والحد من الحوادث وحماية المرضى من الأذى.

٢. يجب ان يكون تحسين سلامة المرضى من ضمن الأولويات القصوى في جدول أعمال إدارة المستشفى قيد الدراسة.

٣. ضرورة المشاركة بين إدارة المستشفى قيد الدراسة والأطباء الإستشاريين للتشجيع على الكشف عن الأخطاء الطبيه والاعتراف بها وتحديد سواها كانت تنظيمية أو شخصية.

٤. يقع على عاتق إدارة المستشفى قيد الدراسة خلق بيئة مناخ ملائمة لتقبل إدخال التغييرات اللازمة والتطورات التكنولوجية الجديدة.

٥. يجب ان يكون قادة إدارة المستشفى قيد الدراسة على دراية أكثر بمدى مشاكل سلامة المرضى وكيفية معالجتها بكفاءة وفعالية.

قائمة المصادر

أولاً: المصادر باللغة العربية:

١. القصيمي ، محمد مصطفى ؛ طويبا ، سهم حازم نجيب (٢٠١٢). " نظام السجل الطبي الالكتروني: مدخل لتطبيق الإدارة الالكترونية المعاصرة " المؤتمر العلمي الدولي عولة الإدارة في عصر المعرفة ، جامعة الجنان طرابلس – لبنان.
٢. حسن ، فاضل عباس ، (٢٠١٠). " ادارة الخدمة الصحية الكترونيا وافاق تطورها دراسة تطبيقية في مستشفى الزهراوي الجراحي " ، المعهد التقني في العمارة ، مجلة ابجاث ميسان ، المجلد: ٧. العدد: ١٣.

ثانياً: المصادر باللغة الأنكليزية:

a) Books:

- 1- Amatayakul, M. (2012). *Process Improvement with Electronic Health Records: A Stepwise Approach to Workflow and Process Management*. CRC Press.
- 2- Aspden, P., Corrigan, J. M., & Shari, J. W. (2004). *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- 3- Bloomfield, R., & Bishop, P. (2010). *Safety and assurance cases: Past, present and possible future—An Adelard perspective*. In *Making Systems Safer* (pp. 51-67). Springer, London.
- 4- Car, J., Black, A., Anandan, C., Cresswell, K., Pagliari, C., McKinstry, B., Sheikh, A. (2008). *The impact of eHealth on the quality and safety of healthcare*. A Systemic Overview & Synthesis of the Literature Report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme.
- 5- Emslie, S., Knox, K., & Pickstone, M. (2002). *IMPROVING PATIENT SAFETY: Insights from American, Australian and British healthcare*. available for purchase from ECRI Europe, Weltech Centre.
- 6- Hill, C. E. (2014). *Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action* (4 ed). American Psychological Association (APA).
- 7- Spath, P. (2009). *Introduction to healthcare quality management*. Chicago, Ill.: Washington, DC: Health Administration Press ; AUPHA Press.
- 8- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2013). *The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring*. The Health Foundation.

b) Theses & dissertations:

- 1- Alexik, M. J. (1966). Masters Theses 1911 - February 2014. 1280. *The effects of the manipulation of client depth of self-exploration upon high and low functioning counselors*. University of Massachusetts Amherst.

- 2- Halligan, M. (2010). **Safety Culture in Healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress.**
- 3- Ginsburg, L. R. (2006). **Perceptions of patient safety culture in four health regions.** *School of Health Policy & Management York University,*
- 4- Ling, S. C. (2016). **Development and Validation of the Singapore Secondary Mathematics Self-Efficacy Scale** (Doctoral dissertation, UC Berkeley).
- 5- Okhakhu, E. (2011). **Human performance as a contributor to the culture of safety: A qualitative study of self-efficacy and self-cognition among healthcare professionals** (Doctoral dissertation, Capella University).
- 6- Takaki, S. T. (2005). **Self-efficacy, confidence, and overconfidence as contributing factors to spreadsheet development errors** (Doctoral dissertation). UNIVERSITY OF HAWAII.
- 7- Williams, J. M. (2016). **An investigation of the relationships between counselor self-efficacy, the supervisory working alliance, and gender** (Doctoral dissertation, Capella University).
- 8- Yorra, M. L. (2012). **The development of self-efficacy and self-esteem in pharmacy students based on experiential education**(Doctoral dissertation, Northeastern University).

c) Journals:

- 1- Burke, R. J., Koyuncu, M., Jing, W., & Fiksenbaum, L. (2009). Work engagement among hotel managers in Beijing, China: potential antecedents and consequences. *Tourism Review*, 64(3), 4-18.
- 2- Betz, N. E. (2004). **Contributions of self-efficacy theory to career counseling: A personal perspective.** *The Career Development Quarterly*, 52(4), 340-353.
- 3- Bowden, E. M., Jung-Beeman, M., Fleck, J., & Kounios, J. (2005). **New approaches to demystifying insight.** *Trends in cognitive sciences*, 9(7), 322-328.
- 4- Cetin, F., Sesen, H., & Basim, H. N. (2013). **The effects of psychological capital on the burnout process: a research in public sector.** *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 13(3), 95-108
- 5- Clancy, C. M., Farquhar, M. B., & Sharp, B. A. C. (2005). **Patient safety in nursing practice.** *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 193-197.
- 6- Hill, C. E., Spangler, P. T., Chui, H., & Jackson, J. L. (2014). **Training undergraduate students to use insight skills: Overview of the rationale, methods, and analyses for three studies.** *The Counseling Psychologist*, 42(6), 702-728.
- 7- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). **Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales.** *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97.

- 8- Larson, L. M. (1998). **The social cognitive model of counselor training.** *The Counseling Psychologist*, 26(2), 219-273.
- 9- Varje, P., Turtiainen, J. and Väänänen, A. (2013), **“Psychological management: changing qualities of the ideal manager in Finland 1949-2009”**, *Journal of Management History*, Vol. 19 No. 1, pp. 33-54
- 10- Wang, X., Liu, K., You, L. M., Xiang, J. G., Hu, H. G., Zhang, L. F.,... & Zhu, X. W. (2014). **The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey.** *International journal of nursing studies*, 51(8), 1114-1122.

d) article:

- 1- Aliyev, R., & Tunc, E. (2015). **Self-efficacy in counseling: The role of organizational psychological capital, job satisfaction, and burnout.** *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 97-105.
- 2- Booth, L., Henwood, S., & Miller, P. K. (2017). **Leadership and the everyday practice of Consultant Radiographers in the UK: Transformational ideals and the generation of self-efficacy.** *Radiography*, 23(2), 125-129.
- 3- Clark, D. (2017). **The Measurement and Monitoring of Safety Framework Workshop 1.** Improvement Academy
- 4- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 2), ii17-ii23.
- 5- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). **Self-efficacy.** *Health Behavior Constructs: Theory, Measurement, and Research.* National Cancer Institute Website: <http://cancercontrol.cancer.gov/constructs>.
- 6- Singh, H., & Sittig, D. F. (2016). **Measuring and improving patient safety through health information technology: The Health IT Safety Framework.** *BMJ Qual Saf*, 25(4), 226-232.
- 7- Wollard, K.K. and Shuck, B. (2011), **“Antecedents to employee engagement: a structured review of the literature”**, *Advances in Developing Human Resources*, Vol. 13 No. 4, pp. 429-446