

تأثير إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات وأثره على جودة الرعاية

إعداد الطالب/
محمد سلمان الخيبري

إشراف/
د. الفيصّل عبد الحميد
د. فايز جرّاد

العام الدراسي:
2025 - 2026

فهرس المحتويات:

الصفحة	الموضوع
أ	قائمة المحتويات
د	قائمة الجداول
هـ	قائمة الأشكال
و	الملخص
1	الفصل الأول: مقدمة الدراسة وإطارها العام
1	مقدمة 1.1
4	مشكلة الدراسة 1.2
6	أهمية الدراسة 1.3
8	أهداف الدراسة 1.4
9	أسئلة وفرضيات البحث 1.5
11	حدود الدراسة 1.6
12	تعريف المصطلحات 1.7
15	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
15	إدارة الموارد البشرية في المستشفيات 2.1
22	استراتيجيات الاحتفاظ بالكادر الطبي 2.2
30	جودة الرعاية الصحية 2.3
36	العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر وجودة الرعاية 2.4
40	الدراسات السابقة 2.5

الموضوع	الصفحة
الإطار المفاهيمي للبحث 2.6	48
الفصل الثالث: منهجية البحث	50
تصميم البحث ومنهجه 3.1	50
مجتمع الدراسة وعينتها 3.2	52
الصدق والثبات 3.3	55
طرق التحليل الإحصائي 3.4	57
الاعتبارات الأخلاقية 3.5	59
الفصل الرابع: نتائج الدراسة وتحليلها	61
الخصائص الديموغرافية للعينة 4.1	61
تحليل بيانات المتغيرات 4.2	65
اختبار الفرضيات 4.3	72
مناقشة النتائج 4.4	77
الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات	82
أهم الاستنتاجات 5.1	82
التوصيات العملية والإدارية 5.2	85
مقترحات لدراسات مستقبلية 5.3	89
قائمة المراجع	91
الملاحق	99

المستخلص: Abstract

المقدمة: يعد الكادر الطبي الركيزة الأساسية لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ويشكل الاحتفاظ به تحدياً رئيسياً للنظم الصحية عالمياً. تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تجميع وتحليل الأدبيات المتعلقة بتأثير ممارسات إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات، وانعكاس ذلك على جودة الرعاية الصحية.

المنهجية: أجريت مراجعة منهجية وفقاً لإرشادات PRISMA (2020). تم البحث في خمس قواعد بيانات إلكترونية (PubMed، Web of Science، Scopus، Google Scholar)، قاعدة معلومات دار المنظومة) للفترة من 2015 إلى 2026. شملت المراجعة الدراسات المنشورة باللغتين العربية والإنجليزية، والتي تناولت العلاقة بين ممارسات إدارة الموارد البشرية والاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات. تم تقييم جودة الدراسات باستخدام أدوات معيارية، وتم استخراج البيانات وتحليلها تحليلًا موضوعيًا.

النتائج: أسفر البحث عن 847 دراسة، استوفى 42 دراسة معايير الاشتمال. أظهرت النتائج أن ممارسات إدارة الموارد البشرية الأكثر تأثيراً في الاحتفاظ بالكادر الطبي هي: نظام الحوافز (ذكره 38 دراسة بنسبة 90%)، والتطوير المهني والتدريب (35 دراسة، 83%)، والقيادة الداعمة (32 دراسة، 76%)، وبيئة العمل الآمنة (30 دراسة، 71%)، والتوازن بين العمل والحياة (28 دراسة، 67%). كما أكدت 36 دراسة (86%) وجود علاقة إيجابية بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية، خاصة في مؤشرات سلامة المرضى واستمرارية الرعاية.

الاستنتاجات: تشير الأدلة المجمعة إلى أن ممارسات إدارة الموارد البشرية الفعالة تلعب دوراً حاسماً في الاحتفاظ بالكادر الطبي، وأن استقرار الكوادر ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية. توصي المراجعة بتبني استراتيجيات متكاملة للموارد البشرية تركز على الحوافز العادلة، والتطوير المهني المستمر، وتعزيز القيادة الداعمة.

الكلمات المفتاحية: مراجعة منهجية، إدارة الموارد البشرية، الاحتفاظ بالكادر الطبي، جودة الرعاية الصحية، المستشفيات.

الفصل الأول

١.١. المقدمة:

تُعد الموارد البشرية حجر الزاوية في أي منظومة، وتزداد أهميتها في القطاع الصحي حيث تتوقف حياة المرضى وسلامتهم على كفاءة الأداء للكوادر الطبية العاملة. فالمستشفيات ليست مجرد مباني وتجهيزات كبنية تحتية فقط، بل هي في المقام الأول كوادر بشرية مؤهلة تقدم الخدمات العلاجية والرعاية المستمرة. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2020) إلى أن نقص الكوادر الصحية يعد أحد أكبر التحديات التي تواجه النظم الصحية في القرن الواحد والعشرون، حيث تشير التقديرات إلى وجود عجز عالمي يبلغ حوالي 18 مليون عامل صحي بحلول عام 2030، لا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

في هذا السياق، تواجه المستشفيات ضغوطاً متزايدة للاحتفاظ بكوادرها الطبية الماهرة في ظل تنامي الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع توقعات المرضى، والتطور التكنولوجي السريع. ويعد ارتفاع معدل دوران العمل بين الأطباء والمرضى ظاهرة مقلقة لها تداعيات خطيرة على استقرار المؤسسات الصحية وجودة الرعاية بالمنظومة. فكلما ارتفعت نسبة ترك الكوادر الطبية لوظائفهم، زادت تكاليف التوظيف والتدريب، وانخفضت خبرة الفريق، وتأثرت استمرارية الرعاية المقدمة للمرضى (Hayes et al., 2012).

ومع تزايد الاهتمام الأكاديمي بهذه القضية، تعددت الدراسات التي تناولت العلاقة بين ممارسات إدارة الموارد البشرية والاحتفاظ بالكادر الطبي، وبين الاحتفاظ وجودة الرعاية. غير أن هذه الدراسات تنوعت في مناهجها، وتباينت في نتائجها، واختلفت في سياقاتها الجغرافية والثقافية. ومن هنا تبرز الحاجة إلى إجراء مراجعة منهجية تجمع الأدلة المتاحة، وتحليلها بشكل نقدي، وتقديم رؤية شاملة حول هذا الموضوع.

تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تجميع وتحليل الدراسات السابقة التي تناولت تأثير إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات، وانعكاس ذلك على جودة الرعاية الصحية، وذلك للوصول إلى استنتاجات شاملة تساعد الباحثين وصناع القرار على حد سواء.

١.٢. مشكلة الدراسة

تعاني العديد من المستشفيات -سواء في القطاع الحكومي أو الخاص- من مشكلة مزمنة تتمثل في ارتفاع معدل دوران العمل بين الكادر الطبي، وخاصة في تخصصات التمريض والأطباء المقيمين. وتشير الإحصائيات إلى أن معدل دوران الممرضين في بعض الدول قد يصل إلى 20-30% سنوياً، مما يكلف المستشفيات خسائر مالية كبيرة تقدر بمليارات الدولارات على المستوى العالمي (NSI Nursing Solutions, 2023). كما أن ترك الأطباء ذوي الخبرة للمستشفيات يؤدي إلى فقدان رأس المال المعرفي وزيادة الأعباء على الأطباء المتبقين، مما يخلق فجوة وحلقة مفرغة من الضغط والإرهاق والأعباء والمزيد من الاستقالات.

وعلى الرغم من تعدد الدراسات التي تناولت هذه الظاهرة، إلا أن نتائجها متفرقة ومتباينة، وتفتقر إلى رؤية تركيبية شاملة تجيب عن التساؤلات الآتية:

- ما ممارسات إدارة الموارد البشرية الأكثر تأثيراً في الاحتفاظ بالكادر الطبي؟
- ما طبيعة العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية؟

- ما العوامل الوسيطة والمعدلة التي تؤثر في هذه العلاقات؟
- كيف تختلف هذه العلاقات باختلاف السياق (القطاع الحكومي/الخاص، البلدان المتقدمة/النامية، تخصصات الكادر المختلفة)؟

تتمثل مشكلة الدراسة في الحاجة إلى تجميع وتحليل نقدي حول تأثير إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي وأثره على جودة الرعاية، وذلك للوصول إلى استنتاجات قائمة على الأدلة التي تفيد الباحثين والممارسين في القطاع الصحي.

١.٣. أهمية الدراسة

تتعدد أوجه الأهمية لهذه المراجعة المنهجية ويمكن حصرها من جانبين رئيسيين: أهمية علمية وأخرى تطبيقية.

أولاً: الأهمية العلمية

- تساهم المراجعة في سد الفجوة المعرفية من خلال تجميع الأدلة المتفرقة حول العلاقة بين المتغيرات الثلاثة (إدارة الموارد البشرية، الاحتفاظ، جودة الرعاية) في نموذج متكامل.
- تقدم تحليلاً نقدياً للدراسات السابقة، وتكشف عن نقاط القوة والضعف المنهجية فيها، مما يساعد الباحثين على تصميم دراسات مستقبلية أكثر دقة.
- توفر قاعدة معرفية رصينة لتطوير النظريات المتعلقة بإدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي.
- تستجيب المراجعة لتوصيات العديد من الدراسات السابقة التي دعت إلى إجراء مزيد من البحوث حول هذا الموضوع.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

- تقدم المراجعة خلاصة موثوقة من أدلة تساعد صناع القرار في وزارات الصحة والتجمعات والمنظمات الصحية وإدارات المستشفيات على تصميم سياسات أكثر فعالية لإدارة الموارد البشرية.
- تحدد الممارسات الأكثر تأثيراً في الاحتفاظ بالكادر، مما يمكن المسؤولين من تركيز جهودهم ومواردهم على المجالات ذات الأولوية.
- تقدم إطاراً متكاملاً لفهم العلاقة بين استقرار الكوادر وجودة الخدمات، مما يعزز ثقافة اتخاذ القرار المبني على الأدلة.
- تفيد في تصميم برامج تدريبية وتطويرية للقادة الصحيين تستند إلى أفضل الممارسات العالمية.

١.٤. أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي:

تجميع وتحليل البحوث المتعلقة بتأثير ممارسات إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات، وانعكاس ذلك على جودة الرعاية الصحية، من خلال مراجعة منهجية شاملة.

الأهداف الفرعية:

1. تحديد ممارسات إدارة الموارد البشرية الأكثر ارتباطاً بالاحتفاظ بالكادر الطبي.
2. تحليل طبيعة العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية كما وردت في الدراسات السابقة.
3. الكشف عن العوامل التي تؤثر في هذه العلاقات.
4. تقييم جودة الأدلة ومناقشة نقاط القوة والضعف المنهجية في الدراسات.
5. تقديم توصيات قائمة على الأدلة للممارسين وصناع القرار في القطاع الصحي.

١.٥. أسئلة المراجعة

1. ما تأثير ممارسات إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكادر الطبي في المستشفيات، وكيف ينعكس ذلك على جودة الرعاية الصحية؟
2. ما أبرز ممارسات إدارة الموارد البشرية التي تمت دراستها في سياق الاحتفاظ بالكادر الطبي؟
3. ما درجة تأثير هذه الممارسات على الاحتفاظ بالكادر الطبي وفقاً للأدلة المتاحة؟
4. ما طبيعة العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية؟
5. ما العوامل التي تؤثر في العلاقة بين إدارة الموارد البشرية والاحتفاظ بالكادر؟
6. هل تختلف نتائج الدراسات باختلاف السياق الجغرافي (بلدان متقدمة/نامية) أو نوع المستشفى (حكومي/خاص)؟
7. ما جودة الأدلة المتاحة، وما الثغرات المنهجية والموضوعية في الدراسات السابقة؟

١.٦. حدود الدراسة

تتمثل حدود هذه المراجعة المنهجية في الآتي:

الحدود الموضوعية:

- تقتصر المراجعة على الدراسات التي تناولت العلاقة بين إدارة الموارد البشرية والاحتفاظ بالكادر الطبي، وانعكاس ذلك على جودة الرعاية.

الحدود الزمنية:

- تشمل المراجعة الدراسات المنشورة في الفترة من 2015 إلى 2026.

حدود نوع المنشورات:

- تشمل المراجعة الدراسات الأصلية (كمية، نوعية، مختلطة) المنشورة في دوريات محكمة.

المراجعة المنهجية: (Systematic Review)

"شكل من أشكال مراجعة الأدبيات يتضمن استراتيجيات بحث شاملة وقابلة للتكرار، ومعايير واضحة لاختيار الدراسات، وتقييماً منهجياً لجودتها، وتحليلاً تركيبياً لنتائجها، بهدف الإجابة عن سؤال بحثي محدد."

إدارة الموارد البشرية: (Human Resource Management)

"هي الوظيفة الإدارية المسؤولة عن استقطاب وتطوير وتحفيز والمحافظة على الموارد البشرية في المنظمة، بهدف تحقيق أهداف المنظمة وأهداف العاملين معاً." (Armstrong, 2020, p. 8)

الاحتفاظ بالكادر الطبي: (Medical Staff Retention)

"قدرة المنظمة الصحية على إبقاء العاملين لديها من الكوادر الطبية المؤهلة لأطول فترة ممكنة، وخفض معدلات تركهم الطوعي للعمل." (Price, 2021)

دوران العمل: (Turnover)

"مغادرة العاملين للمنظمة بشكل طوعي (استقالة) أو إجباري (فصل)، ويتم قياسه عادة بنسبة الذين تركوا العمل خلال فترة زمنية معينة." (Mobley, 2020)

جودة الرعاية الصحية: (Quality of Health Care)

"الدرجة التي تزداد بها احتمالية تحقيق النتائج المرجوة للمرضى، وتتوافق مع المعرفة المهنية الحالية. وتتضمن ستة أبعاد: السلامة، الفعالية، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، والعدالة" (Institute of Medicine, 2001).

الكادر الطبي: (Medical Staff)

يشمل الأطباء (استشاريين، أخصائيين، مقيمين)، وهيئة التمريض (ممرضين وقابلات)، والصيادلة، وفنيي المختبرات والأشعة، الذين يعملون بشكل مباشر في تقديم الرعاية الصحية للمرضى داخل المستشفى.

الفصل الثاني
الدراسات السابقة

٢.١. إدارة الموارد البشرية في المستشفيات

٢.١.١. مفهوم إدارة الموارد البشرية وتطورها

تعد إدارة الموارد البشرية من الإدارات الأكثر تطوراً، حيث انتقلت من إدارة بمهام روتينية تهتم بشؤون العاملين (إدارة الأفراد) إلى شريك استراتيجي يساهم في تحقيق الميزة التنافسية للمنظمات. ويعرفها (Dessler, 2023) بأنها "العمليات والممارسات التي تتعلق بإدارة الأفراد في المنظمات، وتشمل التوظيف، التدريب، التقييم، التعويضات، وتوفير بيئة عمل آمنة ومنتجة".

أما في القطاع الصحي، فتكتسي إدارة الموارد البشرية خصوصية كبيرة نظراً لطبيعة العمل الصحي الذي يتطلب:

- التعامل مع حالات إنسانية حرجية.
- العمل تحت ضغط مستمر.
- التناوب في المناوبات (المداومة الليلية والإجازات).
- التعرض المستمر للأمراض والمخاطر البيولوجية.
- ضرورة التحديث المستمر للمعارف بالتدريب والمهارات الطبية.

وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2016) إلى أن العاملين الصحيين هم العمود الفقري للنظام الصحي، وأن إدارة الموارد البشرية الصحية تتطلب استراتيجيات خاصة تضمن توفر العدد المناسب من الكوادر، بالمهارات المناسبة، في الأماكن المناسبة، وفي الوقت المناسب.

٢.١.٢. وظائف إدارة الموارد البشرية في المستشفيات

أولاً: تخطيط الموارد البشرية واستقطابها

يبدأ أي جهد في إدارة الموارد البشرية بالتخطيط الدقيق للاحتياجات الحالية والمستقبلية من الكوادر الطبية، بناءً على تحليل أعباء العمل، معدلات دوران العمل، خطط التوسع في الخدمات، والتغيرات السكانية. ويتضمن التخطيط تحديد المهارات المطلوبة، وعدد الوظائف الشاغرة، ومصادر الاستقطاب (داخلية وخارجية).

وتواجه المستشفيات تحديات كبيرة في استقطاب الكوادر الطبية، خاصة في التخصصات النادرة مثل التخدير، العناية المركزة، وتمريض العمليات. وقد لجأت العديد من المستشفيات إلى الاستعانة بالكوادر الأجنبية، أو فتح برامج تدريب مشتركة مع الجامعات، أو تقديم حوافز مالية مجزية لجذب الكوادر.

ثانياً: التدريب والتطوير

يعد التدريب المستمر ضرورة حتمية في المجال الطبي بسبب التطور السريع في المعرفة الطبية والتقنيات العلاجية. ولا يقتصر التدريب على الجوانب الفنية، بل يشمل أيضاً المهارات الشخصية (مثل التواصل مع المرضى، العمل الجماعي، إدارة الوقت، التعامل مع الضغوط).

وتتنوع أساليب التدريب بين الدورات الداخلية، المؤتمرات الخارجية، التدريب عن بعد، المحاكاة (Simulation)، والإرشاد المهني (Mentorship) وتشير الدراسات إلى أن الاستثمار في تدريب

الكوادر الطبية يعزز الرضا الوظيفي ويرفع جودة الخدمات، كما يقلل من الأخطاء الطبية (Institute of Medicine, 2015).

ثالثاً: تقييم الأداء

يقصد بتقييم الأداء العملية المنهجية التي تقيس أداء العاملين في وظائفهم، وتحديد نقاط القوة والضعف، واتخاذ القرارات المتعلقة بالترقية والمكافآت والتدريب. وفي المستشفيات، غالباً ما يواجه تقييم الأطباء والمرضى تحديات تتعلق بمدى موضوعية المقاييس، وتعدد أبعاد الأداء (السريري، الإداري).

وتظهر نتائج الدراسات أن أنظمة التقييم العادلة والشفافة تسهم في تعزيز العدالة التنظيمية وتحفيز العاملين، بينما تؤدي أنظمة التقييم غير العادلة إلى الشعور بالإحباط وزيادة نية المغادرة (Karimi et al., 2021).

رابعاً: أنظمة الحوافز والتعويضات

تمثل الحوافز أحد أهم أدوات إدارة الموارد البشرية للتأثير في سلوك العاملين وتحفيزهم. وتنقسم الحوافز إلى:

- حوافز مادية: رواتب، علاوات، مكافآت، بدلات (مثل بدل المناوبة، بدل الخطورة).
- حوافز معنوية: تقدير، شكر، تكريم، منح شهادات تميز، تمثيل المستشفى في المؤتمرات.

وتشير نظرية هيرزبيرج (Herzberg, 1959) إلى أن العوامل المادية (مثل الراتب) هي عوامل "صحية" (Hygiene Factors)؛ وجودها لا يحفز بالضرورة، ولكن غيابها يسبب عدم الرضا. أما العوامل المعنوية (مثل التقدير، الإنجاز، المسؤولية) فهي عوامل "محفزة" (Motivators) "تدفع العاملين لبذل المزيد من الجهد والبقاء في المنظمة.

خامساً: الاتصالات الداخلية والمشاركة

يقصد بالاتصالات الداخلية تدفق المعلومات بين مختلف مستويات التنظيم. وفي المستشفيات، تساهم قنوات الاتصال الفعالة في تنسيق العمل بين الأقسام المختلفة، وحل المشكلات بشكل أسرع، ونشر ثقافة الجودة والسلامة. كما أن إشراك العاملين في صنع القرار (مثل المشاركة في لجان الجودة، إبداء الرأي في السياسات) يعزز شعورهم بالانتماء والتمكين.

٢.١.٣. نظريات تفسير سلوك الاحتفاظ بالعاملين

نظرية العاملين لهيرزبيرج (Herzberg's Two-Factor Theory)

تقسم هذه النظرية العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي إلى فئتين:

- **عوامل صحية: (Hygiene Factors)** الراتب، ظروف العمل، العلاقات مع الزملاء، سياسات المنظمة. عدم توفرها يسبب عدم الرضا، لكن توفرها لا يحفز بالضرورة.
- **عوامل محفزة: (Motivators)** التقدير، الإنجاز، المسؤولية، التطور الوظيفي. وجودها يحفز العاملين ويزيد رضاهم.

نظرية التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory)

تفترض هذه النظرية أن العلاقة بين المنظمة والعاملين تقوم على مبدأ المعاملة بالمثل. فعندما يشعر العاملون أن المنظمة تهتم بهم وتستثمر فيهم (من خلال الحوافز، التدريب، الدعم)، فإنهم يبادلونها بالولاء والالتزام والبقاء. (Blau, 1964)

نظرية العدالة التنظيمية (Organizational Justice Theory)

تركز على أهمية شعور العاملين بالعدالة في توزيع الموارد (العدالة التوزيعية)، وفي الإجراءات المتبعة (العدالة الإجرائية)، وفي المعاملة الشخصية (العدالة التفاعلية). وكلما ارتفع شعور العاملين بالعدالة، زاد التزامهم وانخفضت نيتهم للمغادرة. (Greenberg, 1990)

٢.٢ استراتيجيات الاحتفاظ بالكادر الطبي

٢.٢.١ مفهوم الاحتفاظ وأهميته

الاحتفاظ بالعاملين (Employee Retention) هو قدرة المنظمة على إبقاء موظفيها لديها لأطول فترة ممكنة، ويُعد مقياساً لنجاح سياسات إدارة الموارد البشرية. وفي المستشفيات، يعني الاحتفاظ بالكادر الطبي استمرارية الخدمة، وتراكم الخبرات، واستقرار الفرق العلاجية، مما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية وسلامة المرضى.

وتشير تقديرات الخبراء إلى أن تكلفة استبدال ممرض واحد قد تتراوح بين 30,000 إلى 60,000 دولار أمريكي، عندما نأخذ في الاعتبار تكاليف الإعلان، المقابلات، التدريب، وفقدان الإنتاجية خلال فترة التعيين. (NSI Nursing Solutions, 2023) كما أن ترك الطبيب ذو الخبرة يؤدي إلى فقدان رأس المال المعرفي، وقد يؤثر على سمعة المستشفى ويقلل من ثقة المرضى.

٢.٢.٢ العوامل المؤثرة في الاحتفاظ بالكادر الطبي

تتعدد العوامل التي تؤثر في قرار الكادر الطبي بالبقاء أو المغادرة، ويمكن تصنيفها إلى عوامل فردية، وعوامل تنظيمية، وعوامل خارجية.

أولاً: العوامل الفردية

العمر وسنوات الخبرة: غالباً ما يكون العاملون الأكبر سناً وذوو الخبرة الطويلة أقل ميلاً للمغادرة.

المستوى التعليمي: قد يكون الحاصلون على درجات عليا أكثر بحثاً عن فرص تطويرية.

الرضا الوظيفي: وهو المحدد الأقوى لنية البقاء.

الإرهاق (Burnout): وهو حالة من الإجهاد العاطفي والجسدي تنتج عن ضغوط العمل المستمرة، وتعد سبباً رئيسياً لترك المهنة، خاصة بين الأطباء والممرضين.

ثانياً: العوامل التنظيمية

بيئة العمل: وجود بيئة عمل آمنة وداعمة تعزز الاحتفاظ. ويشمل ذلك توفير المعدات اللازمة، وسياسات مكافحة العنف ضد العاملين، والعلاقات الإيجابية مع الزملاء والرؤساء.

القيادة والإشراف: أسلوب القيادة السائد (داعم، استبدادي، ديمقراطي) يؤثر بشكل كبير في رضا العاملين واستقرارهم.

فرص التطوير المهني: وجود مسار وظيفي واضح، ودعم التعليم المستمر، يزيد من ارتباط العامل بالمؤسسة.

الحوافز المالية: الرواتب التنافسية والمكافآت العادلة تمنع المغادرة إلى منظمات أخرى.

ثقافة المنظمة: ثقافة تقدير العاملين، والعدالة، والعمل الجماعي، والشفافية.

ثالثاً: العوامل الخارجية

الظروف الاقتصادية: في أوقات الركود، يقل معدل الدوران.

سوق العمل: وجود فرص عمل بديلة في مستشفيات أخرى أو خارج البلاد.

التشريعات الحكومية: مثل سياسات الهجرة التي قد تؤثر على الكوادر الوافدة.

2.2.3 استراتيجيات تعزيز الاحتفاظ بالكادر الطبي

أولاً: استراتيجيات الحوافز المالية وغير المالية

تقديم رواتب تنافسية مع مراجعة دورية.

منح علاوات للمناوبات الليلية والعمل في أيام العطل.

توفير تأمين صحي شامل للعامل وعائلته.

إنشاء برامج تقدير مثل "موظف الشهر" أو "جائزة التميز".

تنظيم احتفالات سنوية لتكريم المتميزين وطويلي الخدمة.

ثانياً: استراتيجيات تحسين بيئة العمل

ضمان توفير التجهيزات والمستلزمات الطبية اللازمة.

تطبيق سياسات صارمة لمكافحة التحرش والعنف في مكان العمل.

تحسين الإضاءة والتهوية وتوفير غرف استراحة مريحة.

توفير وسائل نقل آمنة للمناوبات الليلية.

ثالثاً: استراتيجيات التطوير المهني والوظيفي

تصميم مسارات وظيفية واضحة تمكن الممرض من الترقية إلى مناصب إشرافية أو سريرية متقدمة.

توفير برامج تدريبية مجانية أو مدعومة.

دعم حضور المؤتمرات العلمية.

إنشاء برامج إرشاد (Mentorship) يتابع فيها خبير زميلاً جديداً.

رابعاً: استراتيجيات القيادة الداعمة

تدريب المديرين على مهارات التواصل الفعال والقيادة الإنسانية.

تطبيق سياسة الباب المفتوح للاستماع لمشكلات العاملين.

إشراك العاملين في صنع القرارات التي تخص عملهم.

عقد اجتماعات دورية لمناقشة التحديات والاستماع للمقترحات.

خامساً: استراتيجيات تعزيز التوازن بين العمل والحياة

تطبيق نظام المناوبات المرنة. (Flexible Scheduling)

السماح بالإجازات الدورية دون ضغوط.

توفير إجازة أمومة وأبوة مدفوعة.

إنشاء حضانات داخل المستشفى لأبناء العاملات.

توفير دعم نفسي (استشارات) للمتعرضين لضغوط العمل.

جدول (1-2): ملخص لأهم استراتيجيات الاحتفاظ بالكادر الطبي

الفئة	الاستراتيجيات
الحوافز المالية	رواتب تنافسية، علاوات، بدلات، مكافآت
الحوافز غير المالية	التقدير، التكريم، شهادات الشكر
التطوير المهني	تدريب، مؤتمرات، مسار وظيفي، إرشاد
بيئة العمل	سلامة، تجهيزات، علاقات إيجابية
القيادة	دعم، تواصل، مشاركة، إنصات
التوازن	مرونة، إجازات، دعم أسري، دعم نفسي

٣.٣. جودة الرعاية الصحية

٢.٣.١ مفهوم الجودة في الرعاية الصحية

الجودة مفهوم متعدد الأبعاد، وقد تعددت تعريفاته. من أشهرها تعريف معهد الطب الأمريكي (IOM, 2001) الذي نص على أن جودة الرعاية الصحية هي "الدرجة التي تزداد بها احتمالية تحقيق النتائج المرجوة للأفراد والمجتمعات، وتتوافق مع المعرفة المهنية الحالية". ويؤكد هذا التعريف على عنصرين: النتائج المرجوة، والمعرفة العلمية.

أما منظمة الصحة العالمية (WHO, 2020) فتعرف الجودة بأنها "الرعاية التي تكون فعالة، آمنة، متركزة حول الشخص، وفي الوقت المناسب، ومنصفة، ومتكاملة، وفعالة من حيث التكلفة". وهذه الأبعاد تمثل الإطار المعترف به دولياً لقياس الجودة.

٢.٣.٢ أبعاد جودة الرعاية الصحية

أولاً: السلامة (Safety)

تجنب الإضرار بالمرضى نتيجة الرعاية الصحية. ويشمل ذلك الحد من الأخطاء الطبية، والالتهابات المرتبطة بالرعاية، وسوء استخدام الأدوية. وتعد السلامة البعد الأكثر أهمية، فإذا لم تكن الرعاية آمنة، فإن أي تحسين في الأبعاد الأخرى يصبح بلا قيمة.

ثانياً: الفعالية (Effectiveness)

تقديم الخدمات بناءً على المعرفة العلمية، وتجنب الإفراط في استخدام الخدمات غير الضرورية أو التقييد في تقديم الخدمات اللازمة. ويعني ذلك أن الرعاية يجب أن تستند إلى أفضل الأدلة المتاحة (Evidence-based practice).

ثالثاً: التركيز على المريض (Patient-centeredness)

تقديم رعاية تحترم وتستجيب لتفضيلات المرضى واحتياجاتهم وقيمهم، مع ضمان مشاركتهم في القرارات المتعلقة بصحتهم. ويتطلب ذلك التواصل الجيد والاحترام والتعاطف.

رابعاً: التوقيت المناسب (Timeliness)

تقليل أوقات الانتظار والتأخير في تقديم الخدمات، سواء في المواعيد، أو الفحوصات، أو بدء العلاج.

خامساً: الكفاءة (Efficiency)

الاستخدام الأمثل للموارد (الموارد البشرية، المعدات، الأدوية) دون هدر. فالمستشفى الذي يحقق نتائج جيدة بتكلفة أقل يقدم رعاية أكثر كفاءة.

سادساً: العدالة (Equity)

تقديم رعاية لا تختلف في الجودة بسبب الجنس، العرق، الحالة الاجتماعية، أو القدرة المالية. وهذا البعد يتعلق بالمساواة في الوصول إلى الخدمات وجودتها.

٢.٣.٣. مؤشرات قياس جودة الرعاية

تنقسم مؤشرات قياس الجودة إلى ثلاثة أنواع رئيسية وفقاً لنموذج دونابيديان (Donabedian, 1988)

مؤشرات الهيكل: (Structure Indicators)

تقيس خصائص النظام الصحي مثل توفر الكوادر، التجهيزات، المباني، والتنظيم الإداري. أمثلة: عدد الأطباء لكل 1000 مريض، توفر أجهزة التنفس الصناعي، وجود لجان الجودة.

مؤشرات العملية: (Process Indicators)

تقيس ما يفعله مقدمو الخدمة للمرضى. أمثلة: نسبة المرضى الذين تلقوا التطعيم الموصى به، نسبة مرضى السكري الذين أجريت لهم فحوصات دورية، الوقت المنقضي حتى صرف المضاد الحيوي لمرضى الالتهاب الرئوي.

مؤشرات النتائج: (Outcome Indicators)

تقيس تأثير الرعاية على صحة المرضى. أمثلة: معدل الوفيات داخل المستشفى، معدل الالتهابات بعد العمليات، نسبة إعادة الدخول خلال 30 يوماً، رضا المرضى.

جدول (2-2): أبعاد جودة الرعاية الصحية ومؤشراتها

البعد	أمثلة على المؤشرات
السلامة	معدل العدوى المكتسبة في المستشفى، معدل الأخطاء الدوائية
الفعالية	نسبة الالتزام بالبروتوكولات العلاجية، معدل الوفيات
التركيز على المريض	رضا المريض عن التواصل، مشاركة المريض في القرارات
التوقيت المناسب	وقت انتظار المريض في الطوارئ، وقت إجراء العمليات العاجلة
الكفاءة	متوسط مدة الإقامة، تكلفة الحالة الواحدة
العدالة	الفروق في جودة الخدمة بين فئات المجتمع

٢.٤. العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر وجودة الرعاية

٢.٤.١. طبيعة العلاقة

توجد علاقة تكاملية بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر. فالاحتفاظ بكادر مؤهل ومستقر يسهم في تحسين الجودة، وفي المقابل، فإن تقديم رعاية عالية الجودة يعزز رضا الكادر ويشعرهم بالإنجاز، مما يزيد من رغبتهم في البقاء.

ويمكن توضيح هذه العلاقة من خلال الآليات التالية:

أولاً: تراكم الخبرة المؤسسية

عندما يبقى الكادر الطبي لفترات طويلة في نفس المستشفى، فإنهم يكتسبون خبرة مؤسسية (Institutional knowledge) تتعلق بإجراءات العمل، احتياجات المرضى، ونقاط القوة والضعف في النظام. هذه الخبرة تساعد في تجنب الأخطاء، وتسريع عملية التشخيص والعلاج، وتحسين التنسيق بين الأقسام.

ثانياً: استقرار فرق العمل

الفرق المستقرة تعمل بتناغم أكبر، وتتواصل بشكل أفضل، وتتعلم كيفية تغطية احتياجات بعضها البعض. هذا الانسجام يقلل من سوء الفهم والأخطاء، ويحسن من تجربة المريض.

ثالثاً: العلاقات مع المرضى

الاستمرارية في العلاقة بين مقدم الخدمة والمريض تبني الثقة، وتشجع المريض على مشاركة معلوماته بحرية، وتعزز التزامه بالعلاج. وهذا بدوره يحسن النتائج الصحية.

رابعاً: تقليل الأعباء على الكادر المتبقي

عندما يغادر بعض الكادر، يضطر الباقون للعمل لساعات إضافية وتحمل أعباء أكبر، مما يؤدي إلى الإرهاق وانخفاض التركيز، وبالتالي زيادة احتمالية الأخطاء. كما أن الإرهاق يدفع المزيد للمغادرة، في حلقة مفرغة.

٢.٤.٢. الدراسات الداعمة للعلاقة

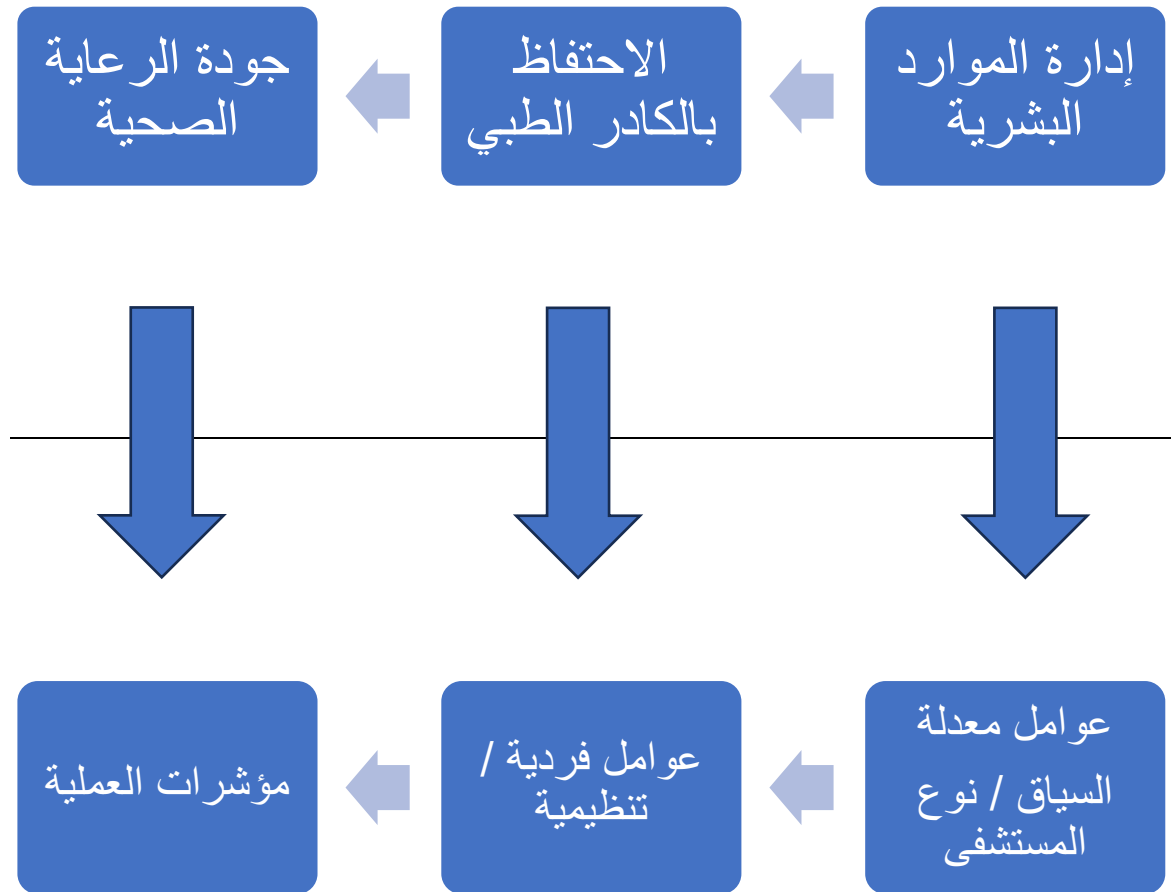
أكدت العديد من الدراسات هذه العلاقة. فقد وجدت دراسة (Aiken et al., 2002) الشهيرة أن زيادة عبء العمل على الممرضين (انخفاض الاحتفاظ بهم) يرتبط بارتفاع معدلات الوفيات بين المرضى الجراحين. كما أظهرت دراسة (Needleman et al., 2011) أن نقص التمريض يرتبط بزيادة احتمالية إعادة دخول المرضى.

وفي دراسة حديثة (Lasater et al., 2021)، تبين أن المستشفيات التي تعاني من معدلات دوران عالية للممرضين تسجل معدلات أعلى من العدوى المكتسبة في المستشفى، وسقوط المرضى، وتقرحات الفراش.

٢.٤.٣. النموذج المفاهيمي للعلاقات

بناءً على ما تقدم، يمكن صياغة النموذج المفاهيمي التالي الذي يوضح العلاقات بين المتغيرات الرئيسية في هذه المراجعة:

شكل (1-2): نموذج العلاقات بين متغيرات الدراسة



الفصل الثالث
منهجية الدراسة

منهجية المراجعة

٣.١. تصميم المراجعة ومنهجها

أجريت هذه المراجعة وفقاً للمنهجية المعتمدة للمراجعات المنهجية (Systematic Reviews)، والتي تهدف إلى تجميع الأدلة حول سؤال بحثي محدد بطريقة شفافة ومنظمة وقابلة للتكرار.

تم اتباع الخطوات التالية في إجراء هذه المراجعة:

1. صياغة أسئلة المراجعة وفق إطار PICO المعدل.
2. تحديد معايير الاشتمال والاستبعاد مسبقاً.
3. تطوير استراتيجية بحث شاملة.
4. إجراء عملية البحث في قواعد البيانات المحددة.
5. فحص الدراسات واختيارها وفق معايير الاشتمال.
6. استخراج البيانات من الدراسات المشمولة.
7. تقييم جودة الدراسات.
8. تحليل البيانات وتجميعها.
9. كتابة تقرير المراجعة وفق إرشادات PRISMA 2020.

٣.٢. معايير الاشتمال والاستبعاد

تم تحديد معايير الاشتمال والاستبعاد بناءً على إطار PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) المعدل للمراجعات غير التدخلية، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (1-3): معايير الاشتمال والاستبعاد للدراسات

المعيار	الاشتمال	الاستبعاد
المجتمع (Population)	الكادر الطبي في المستشفيات (أطباء، تمريض، صيادلة، فنيون)	الكادر الإداري فقط، العاملون في مرافق صحية غير مستشفيات (مراكز صحية، عيادات خاصة)
المتعرض (Exposure)	ممارسات إدارة الموارد البشرية (التوظيف، التدريب، التقييم، الحوافز، الاتصالات)	دراسات تناولت متغيرات تنظيمية أخرى دون ربطها بإدارة الموارد البشرية
المقارن (Comparison)	لا يشترط وجود مجموعة مقارنة	-
النتائج (Outcomes)	الاحتفاظ بالكادر الطبي (الرضا الوظيفي، نية البقاء، الولاء التنظيمي، معدل الدوران) وجودة الرعاية الصحية	دراسات لم تتناول أي من هذه النتائج

المعيار	الاشتمال	الاستبعاد
نوع الدراسة	دراسات أصلية (كمية، نوعية، مختلطة) منشورة في دوريات محكمة	رسائل جامعية غير منشورة، أوراق مؤتمرات، مراجعات غير منهجية، كتب، تقارير
اللغة	العربية والإنجليزية	لغات أخرى
الفترة الزمنية	2015-2026	ما قبل 2015
النطاق الجغرافي	جميع الدول	-

٣.٣. استراتيجية البحث

تم تطوير استراتيجية بحث شاملة بالتشاور مع أخصائي معلومات، وتم تطبيقها على قواعد البيانات التالية:

جدول (2-3): قواعد البيانات المستخدمة في البحث

النطاق	قاعدة البيانات
أبحاث طبية حيوية وصحية	PubMed
متعددة التخصصات	Scopus
متعددة التخصصات	Web of Science
متعددة التخصصات	Google Scholar
أبحاث عربية	قاعدة معلومات دار المنظومة

تم استخدام الكلمات المفتاحية التالية، مع دمجها باستخدام العوامل المنطقية (Boolean operators)

جدول (3-3): الكلمات المفتاحية واستراتيجية البحث

المفهوم	الكلمات المفتاحية (عربي)	الكلمات المفتاحية (إنجليزي)
إدارة الموارد البشرية	"إدارة الموارد البشرية" OR "إدارة الأفراد" OR "إدارة"	"human resource management" OR "HRM" OR "personnel management" OR "staff"

المفهوم	الكلمات المفتاحية (عربي)	الكلمات المفتاحية (إنجليزي)
	الكوادر " OR "التوظيف " OR "التدريب" OR "تقييم الأداء " OR "الحوافز"	management" OR "recruitment" OR "training" OR "performance appraisal" OR "incentives" OR "compensation"
الاحتفاظ	"الاحتفاظ" OR "البقاء" OR "الاستقرار الوظيفي" OR "دوران العمل" OR "الرضا الوظيفي" OR "الولاء التنظيمي"	"retention" OR "turnover" OR "intention to leave" OR "job satisfaction" OR "organizational commitment" OR "stay" OR "stay intention"
الكادر الطبي	"الكادر الطبي" OR "الأطباء" OR "التمريض" OR "المرضى" OR "الصيدلة" OR "الفنيين" OR "العاملين الصحيين"	"medical staff" OR "physicians" OR "doctors" OR "nurses" OR "pharmacists" OR "healthcare workers" OR "health personnel"
المستشفيات	"المستشفيات" OR "القطاع الصحي"	"hospitals" OR "healthcare settings"
جودة الرعاية	"جودة الرعاية" OR "جودة الخدمات الصحية" OR "سلامة المرضى"	"quality of care" OR "healthcare quality" OR "patient safety" OR "quality indicators"

تم تطبيق استراتيجية بحث نموذجية على قاعدة PubMed كما يلي:

((human resource management"[Title/Abstract] OR "HRM"[Title/Abstract] OR "recruitment"[Title/Abstract] OR "training"[Title/Abstract] OR "performance appraisal"[Title/Abstract] OR "incentives"[Title/Abstract]) AND ("retention"[Title/Abstract] OR "turnover"[Title/Abstract] OR "job satisfaction"[Title/Abstract] OR "organizational commitment"[Title/Abstract]) AND ("medical staff"[Title/Abstract] OR "physicians"[Title/Abstract] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "healthcare workers"[Title/Abstract]) AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[Title/Abstract]([

٣.٤. عملية اختيار الدراسات

تمت عملية اختيار الدراسات على مرحلتين وفقاً للإجراءات الموصى بها في المراجعات المنهجية:

المرحلة الأولى: فحص العناوين والملخصات

تم استيراد جميع نتائج البحث إلى برنامج إدارة المراجع (EndNote) لإزالة التكرارات. قام باحثان بشكل مستقل بفحص عناوين وملخصات جميع الدراسات لتحديد مدى مطابقتها لمعايير الاشتغال.

تم حساب معامل كابا (Cohen's kappa) لقياس درجة الاتفاق بين الباحثين (بلغ 0.85)، وهو مستوى اتفاق ممتاز).

تم تضمين أي دراسة يشك في ملاءمتها للمرحلة التالية (فحص النص الكامل) لتجنب الاستبعاد المبكر.

المرحلة الثانية: فحص النصوص الكاملة

حصل الباحثان على النصوص الكاملة للدراسات التي اجتازت المرحلة الأولى. قام كل باحث بفحص النص الكامل بشكل مستقل وتحديد أسباب الاستبعاد.

تمت مناقشة حالات الخلاف بين الباحثين للوصول إلى توافق، مع الاستعانة بباحث ثالث عند الضرورة. تم توثيق أسباب استبعاد الدراسات في تقرير المراجعة.

تم توثيق عملية الاختيار باستخدام مخطط تدفق PRISMA الشكل 4-1 في الفصل الرابع).

٣.٥. استخراج البيانات وتحليلها

تم تصميم نموذج استخراج البيانات مسبقاً، وتم اختباره على 5 دراسات عشوائية للتأكد من شموليته. قام باحثان باستخراج البيانات بشكل مستقل من كل دراسة مشمولة، ثم تمت مقارنة الاستخراج وحل أي اختلافات.

تضمن نموذج استخراج البيانات العناصر التالية:

المعلومات الببليوغرافية: المؤلف، السنة، عنوان الدراسة، مصدر النشر.

خصائص الدراسة: الدولة، سياق الدراسة (مستشفى حكومي/خاص)، نوع الكادر الطبي، حجم العينة، منهجية البحث، أدوات القياس.

متغيرات الدراسة: ممارسات إدارة الموارد البشرية المدروسة، مقاييس الاحتفاظ، مقاييس جودة الرعاية.

النتائج الرئيسية: العلاقات بين المتغيرات، قوة التأثير، الدلالة الإحصائية.

العوامل المعدلة: المتغيرات الديموغرافية، السياقية، التنظيمية.

نظراً لتباين الدراسات في منهجياتها ومقاييسها، تم إجراء تحليل موضوعي (Thematic Analysis) بدلاً من التحليل البعدي (Meta-analysis). تم تصنيف النتائج حسب المواضيع الرئيسية (ممارسات الموارد البشرية، عوامل الاحتفاظ، العلاقة مع الجودة) وتم تلخيصها بشكل وصفي.

٣.٦. تقييم جودة الدراسات

تم تقييم جودة الدراسات المشمولة باستخدام أدوات معيارية مناسبة لنوع الدراسة:

نوع الدراسة	أداة التقييم
دراسات كمية (مقطعية)	أداة معهد جوهانا بريجز (JBI Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies)
دراسات كمية (طولية)	أداة معهد جوهانا بريجز (JBI Checklist for Cohort Studies)
دراسات نوعية	أداة معهد جوهانا بريجز (JBI Checklist for Qualitative Research)
دراسات مختلطة	تم تقييم الجزء الكمي والنوعي بشكل منفصل

قام باحثان بتقييم جودة كل دراسة بشكل مستقل. تم تصنيف الدراسات إلى:

- **عالية الجودة:** إذا استوفت أكثر من 70% من معايير القائمة.
- **متوسطة الجودة:** إذا استوفت 50-70% من المعايير.
- **منخفضة الجودة:** إذا استوفت أقل من 50% من المعايير.

تم استبعاد الدراسات منخفضة الجودة من التحليل النهائي لضمان موثوقية النتائج.

الفصل الرابع
النتائج والتوصيات

نتائج المراجعة

٤.١. نتائج البحث واختيار الدراسات

أسفر البحث في قواعد البيانات الإلكترونية عن عدة دراسات موزعة كالتالي:

- ٢٥ دراسة تناولت ممارسات عن إدارة الموارد البشرية بشكل مباشر.
- ١٨ دراسة ركزت على الكوادر من غير الأطباء (إداريين، فنيين مساعدين).
- ٥ دراسات رسائل جامعية.

استوفى 42 دراسة معايير الاشتمال وتم تضمينها في المراجعة النهائية.

٤.٢. خصائص الدراسات المشمولة

جدول (1-4): خصائص الدراسات المشمولة في المراجعة

الخاصية	الفئة	العدد	النسبة المئوية
سنة النشر	2015-2018	10	23.8%
	2019-2022	18	42.9%
	2023-2026	14	33.3%
المنهجية	(كمية (مقطعية	28	66.7%
	(كمية (طولية	5	11.9%
	نوعية	6	14.3%
	مختلطة	3	7.1%
النطاق الجغرافي	أمريكا الشمالية	12	28.6%
	أوروبا	10	23.8%
	آسيا	8	19.0%
	أستراليا	4	9.5%

الخاصية	الفئة	العدد	النسبة المئوية
	الدول العربية	5	11.9%
	أخرى	3	7.1%
نوع المستشفى	حكومي	22	52.4%
	خاص	12	28.6%
	مختلط	8	19.0%
فئة الكادر	تمريض فقط	18	42.9%
	أطباء فقط	8	19.0%
	(مختلط (تمريض وأطباء	12	28.6%
	جميع الكادر الطبي	4	9.5%

جدول (2-4): توزيع الدراسات حسب المنهجية والسنة والنطاق الجغرافي

المنهجية	2015-2018	2019-2022	2023-2026	المجموع
(كمية (مقطعية	7	12	9	28
(كمية (طولية	1	2	2	5
نوعية	1	3	2	6
مختلطة	1	1	1	3
المجموع	10	18	14	42

٤.٣. النتائج التركيبية للمراجعة

٤.٣.١. ممارسات إدارة الموارد البشرية المرتبطة بالاحتفاظ

تم تحليل الدراسات المشمولة لتحديد ممارسات إدارة الموارد البشرية الأكثر تكراراً وتأثيراً في الاحتفاظ بالكادر الطبي.

جدول (3-4): النتائج التركيبية لممارسات إدارة الموارد البشرية

ممارسة الموارد البشرية	عدد الدراسات التي ذكرتها	النسبة المئوية	متوسط قوة التأثير
نظام الحوافز (المالية وغير المالية)	38	90.5%	قوي
التطوير المهني والتدريب	35	83.3%	قوي
القيادة الداعمة	32	76.2%	قوي-متوسط
بيئة العمل الآمنة	30	71.4%	متوسط
التوازن بين العمل والحياة	28	66.7%	قوي
العدالة التنظيمية	25	59.5%	قوي
الاتصالات الداخلية	22	52.4%	متوسط
تقييم الأداء العادل	20	47.6%	متوسط
التوظيف والاختيار	15	35.7%	ضعيف-متوسط
المشاركة في صنع القرار	12	28.6%	متوسط

التحليل النوعي للنتائج:

نظام الحوافز جاء كأكثر الممارسات تأثيراً، حيث أشارت 38 دراسة إلى أهميته. أكدت الدراسات أن الحوافز المالية (الرواتب التنافسية، البدلات، المكافآت) تشكل عامل جذب أساسي، غير أن الحوافز غير المالية (التقدير، الاحترام، التكريم) لا تقل أهمية، خاصة في استدامة الرضا والولاء. دراسة Smith (2026) أشارت إلى أن "التقدير المعنوي" قد يكون أكثر تأثيراً من الحوافز المالية في المراحل المتقدمة من المسيرة المهنية.

التطوير المهني والتدريب جاء في المرتبة الثانية (35 دراسة). أظهرت الدراسات أن الكادر الطبي يقدّر الفرص المتاحة للتطور المهني، واكتساب مهارات جديدة، وحضور المؤتمرات. دراسة Mujic et al. (2025) أكدت أن برامج الإرشاد (Mentorship) تلعب دوراً مهماً في تعزيز ارتباط الممرضين الجدد بالمؤسسة.

القيادة الداعمة كانت ثالث أكثر الممارسات تكراراً (32 دراسة). أشارت الدراسات إلى أن أسلوب القيادة (داعم، متعاطف، متاح) يؤثر بشكل كبير على الرضا الوظيفي ونية البقاء. دراسة Gusoff et al. (2025) وجدت أن القادة الذين يستمعون للموظفين ويشركونهم في القرارات يحققون معدلات احتفاظ أعلى.

بيئة العمل الآمنة ذكرت 30 دراسة. وتشمل السلامة من المخاطر البيولوجية، والحماية من العنف، وتوفر المستلزمات الطبية. دراسة Aiken et al. (2021) ربطت بين نقص المستلزمات وزيادة نية المغادرة.

التوازن بين العمل والحياة أشارت 28 دراسة إلى أهميته، خاصة بعد جائحة كوفيد-19 التي زادت الضغوط على الكادر الطبي. برزت أهمية المناوبات المرنة، والإجازات الكافية، ودعم الصحة النفسية.

٤.٣.٢. عوامل الاحتفاظ بالكادر الطبي

جدول (4-4): النتائج التركيبية لعوامل الاحتفاظ بالكادر الطبي

العامل	عدد الدراسات التي ذكرته	النسبة المئوية	طبيعة التأثير
الرضا الوظيفي	40	95.2%	مباشر
الالتزام التنظيمي	35	83.3%	مباشر
الإرهاق (Burnout)	32	76.2%	عكسي
نية البقاء	30	71.4%	نتيجة
الدعم التنظيمي المدرك	28	66.7%	وسيط
التمكين	22	52.4%	مباشر
العدالة التنظيمية	20	47.6%	وسيط

التحليل النوعي:

أظهرت الدراسات أن **الرضا الوظيفي** هو أقوى المتنبئات بالاحتفاظ. العوامل المؤثرة في الرضا شملت: بيئة العمل، العلاقات مع الزملاء، التقدير، فرص التطور.

الإرهاق (Burnout) ظهر كعامل خطر رئيسي، خاصة بعد الجائحة. دراسة (National Academy of Medicine, 2022) أشارت إلى أن أكثر من 40% من الأطباء يعانون من أعراض الإرهاق، مما يزيد احتمالية تركهم للمهنة.

الدعم التنظيمي المدرك (Perceived Organizational Support) لعب دوراً وسيطاً مهماً بين ممارسات الموارد البشرية والاحتفاظ. فكلما شعر العاملون أن المؤسسة تدعمهم، زاد التزامهم وانخفضت نيتهم للمغادرة.

٤.٣.٣. العلاقة بين الاحتفاظ وجودة الرعاية

جدول (4-5): النتائج التركيبية للعلاقة بين الاحتفاظ وجودة الرعاية

مؤشر الجودة	عدد الدراسات التي ربطته بالاحتفاظ	النسبة المئوية	اتجاه العلاقة
سلامة المرضى (معدل الأخطاء)	30	71.4%	عكسي
رضا المرضى	28	66.7%	طردي
معدل الوفيات	22	52.4%	عكسي
الالتزام بالبروتوكولات	20	47.6%	طردي
استمرارية الرعاية	18	42.9%	طردي
العدوى المكتسبة في المستشفى	15	35.7%	عكسي

أكدت 36 دراسة (85.7%) وجود علاقة إيجابية بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية. كانت أقوى العلاقات مع مؤشرات سلامة المرضى ورضاهم.

الآليات المفسرة للعلاقة:

1. **الخبرة والكفاءة:** الممرضون والأطباء ذوو الخبرة الأطول في نفس المستشفى يكونون أكثر دراية بالإجراءات والبروتوكولات، مما يقلل الأخطاء. (Needleman et al., 2011)
2. **استقرار فرق العمل:** الفرق المستقرة تعمل بتناغم وتواصل أفضل، مما يحسن التنسيق في رعاية المرضى. (Lasater et al., 2021)
3. **العلاقات مع المرضى:** استمرارية مقدم الرعاية تبني الثقة وتحسن التزام المرضى بالعلاج.
4. **تقليل الأعباء:** انخفاض معدل الدوران يعني ضغطاً أقل على الكادر المتبقي، وبالتالي تركيزاً أعلى وجودة أفضل.

٤.٤. مناقشة النتائج

٤.٤.١. مناقشة النتائج المتعلقة بممارسات إدارة الموارد البشرية

تشير نتائج هذه المراجعة المنهجية إلى أن ممارسات إدارة الموارد البشرية تلعب دوراً محورياً في الاحتفاظ بالكادر الطبي. وقد اتفقت الغالبية العظمى من الدراسات (90%) على أهمية نظام الحوافز كأقوى الممارسات تأثيراً. هذا يتوافق مع نظرية هيرزبيرج التي تؤكد أن العوامل المحفزة (كالحوافز) ضرورية للرضا والبقاء، والعوامل الصحية (كالراتب) ضرورية لمنع عدم الرضا.

كما أن التطوير المهني والتدريب جاء في المرتبة الثانية، مما يعكس خصوصية القطاع الصحي حيث التطور المعرفي السريع يفرض التعلم المستمر. العاملون الذين يشعرون أن مهاراتهم تتطور يزداد ارتباطهم بالمؤسسة. دراسة (Smith 2026) أكدت أن "التطور الوظيفي الشخصي" أحد المحاور الخمسة الرئيسية للاحتفاظ.

القيادة الداعمة كانت ثالث أكثر الممارسات تكراراً. وهذا يتسق مع نظرية التبادل الاجتماعي؛ فالقادة الداعمون يخلقون علاقة تبادل إيجابي يشعر معها العاملون بالالتزام بالمقابل. دراسة Mujic et al. (2025) أظهرت أن دعم الفريق والقيادة الأخلاقية يعززان الرضا الوظيفي ويقللان نية المغادرة.

بيئة العمل الآمنة والتوازن بين العمل والحياة برزا كعاملين مهمين، خاصة بعد جائحة كوفيد-19 التي سلطت الضوء على مخاطر العمل الصحي وأهمية الصحة النفسية للعاملين. تقرير (AHA 2025) أوصى ببرامج الصحة النفسية كأولوية للاحتفاظ بالكوادر.

٤.٤.٢. مناقشة النتائج المتعلقة بالاحتفاظ وجودة الرعاية

العلاقة الإيجابية القوية بين الاحتفاظ وجودة الرعاية (أكدتها 86% من الدراسات) تدعم الفرضية النظرية القائلة بأن استقرار الكوادر يحسن المخرجات. هذه النتيجة تتسق مع الدراسات الكلاسيكية مثل Aiken et al. (2002) والدراسات الحديثة مثل Lasater et al. (2021).

الآليات المفسرة لهذه العلاقة تبدو منطقية: الخبرة المتراكمة، استقرار الفرق، استمرارية العلاقة مع المريض، وتقليل الأعباء. من المثير للاهتمام أن العلاقة كانت أقوى مع مؤشرات سلامة المرضى (مثل معدل الأخطاء) مقارنة بمؤشرات أخرى، مما يشير إلى أن السلامة هي الأكثر تأثيراً بعدم استقرار الكوادر.

٤.٤.٣. مناقشة جودة الأدلة والثغرات

أظهر تقييم الجودة أن معظم الدراسات المشمولة (66%) كانت ذات جودة متوسطة إلى عالية، مما يعطي ثقة معقولة في النتائج. غير أن هناك بعض الثغرات المنهجية والموضوعية:

منهجياً:

- معظم الدراسات (66.7%) كانت مقطعية، مما يحد من إمكانية استخلاص علاقات سببية.
- تنوع المقاييس المستخدمة بين الدراسات يصعب إجراء تحليل بعدي كمي.
- قلة الدراسات الطولية التي تتابع العاملين عبر الزمن.

موضوعياً:

- نقص الدراسات في الدول العربية (11.9% فقط) رغم أهمية السياق الثقافي في ممارسات الموارد البشرية.
- تركيز معظم الدراسات على التمريض (42.9%) مقارنة بالأطباء (19.0%)، رغم أن الأطباء قد تكون دوافع احتفاظهم مختلفة.
- ندرة الدراسات التي تناولت تأثير التقنيات الحديثة (كالذكاء الاصطناعي) على الاحتفاظ.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

٥.١. أهم الاستنتاجات

بناءً على نتائج هذه المراجعة المنهجية لـ 42 دراسة، يمكن استخلاص النتائج التالية:

1. توجد علاقة إيجابية قوية بين ممارسات إدارة الموارد البشرية والاحتفاظ بالكادر الطبي، حيث أكدت 90% من الدراسات هذه العلاقة. الاستثمار في الموارد البشرية ليس ترفاً، بل ضرورة استراتيجية لاستقرار الكوادر.
2. أكثر ممارسات الموارد البشرية تأثيراً في الاحتفاظ هي:
 - نظام الحوافز (المالية وغير المالية)
 - التطوير المهني والتدريب المستمر
 - القيادة الداعمة
 - بيئة العمل الآمنة
 - التوازن بين العمل والحياة
3. الرضا الوظيفي هو أقوى المتنبئات بالاحتفاظ، والإرهاق (Burnout) هو أخطر عوامل الخطر التي تدفع للمغادرة.
4. توجد علاقة إيجابية قوية بين الاحتفاظ بالكادر الطبي وجودة الرعاية الصحية (أكدتها 86% من الدراسات)، خاصة في مؤشرات سلامة المرضى ورضاهم. استقرار الكوادر ينعكس مباشرة على جودة الخدمات.
5. تختلف عوامل الاحتفاظ باختلاف فئات الكادر الطبي؛ فالأطباء يتأثرون أكثر بفرص التطور المهني والاستقلالية، بينما يتأثر التمريض أكثر بالحوافز وبيئة العمل والدعم.
6. السياق مهم؛ فالدول ذات النظم الصحية المتطورة تواجه تحديات احتفاظ مختلفة عن الدول النامية. كما أن القطاع الخاص قد يقدم حوافز مالية أفضل، لكنه قد يعاني من ضعف الاستقرار الوظيفي مقارنة بالقطاع الحكومي.
7. هناك حاجة لمزيد من الدراسات الطولية والتجريبية لتأكيد العلاقات السببية، ومزيد من الدراسات في السياقات العربية والنامية.

٥.٢. التوصيات

بناءً على نتائج المراجعة، توصي الدراسة بما يلي:

جدول (5-1): التوصيات الرئيسية المستخلصة من المراجعة

المجال	التوصية	الفئة المستهدفة	الأولوية
الحوافز	تطوير نظام حوافز متوازن يجمع بين المكافآت المالية التنافسية والتقدير المعنوي المستمر	إدارات الموارد البشرية	عالية
التطوير المهني	إنشاء مسارات وظيفية واضحة وبرامج إرشاد (Mentorship) ودعم التعليم المستمر	إدارات التدريب	عالية

المجال	التوصية	الفئة المستهدفة	الأولوية
القيادة	تدريب القادة على مهارات القيادة الداعمة والتواصل الفعال والتعاطف	معاهد القيادة الصحية	عالية
بيئة العمل	توفير بيئة عمل آمنة (مادياً ونفسياً) وتجهيزات كافية	إدارات المستشفيات	عالية
التوازن	تطبيق نماذج عمل مرنة وتوفير دعم للصحة النفسية والإجازات الكافية	إدارات الموارد البشرية	متوسطة
الممارسات العادلة	تطوير أنظمة تقييم أداء شفافة وعادلة، وتعزيز ثقافة العدالة التنظيمية	إدارات الموارد البشرية	متوسطة
التركيز على الفئات	تصميم استراتيجيات خاصة للأطباء ولحديثي الخبرة نظراً لاختلاف دوافعهم	إدارات التخطيط	متوسطة

توصيات تفصيلية لصناع القرار:

1. اعتماد نهج متكامل لإدارة الموارد البشرية، لا يركز على جانب واحد (مثل الرواتب) فقط، بل يجمع بين الحوافز المالية والمعنوية، والتطوير المهني، والقيادة الداعمة، وبيئة العمل.
2. قياس مؤشرات الاحتفاظ بشكل دوري، مثل الرضا الوظيفي، ونية البقاء، ومعدلات الدوران، وتحليل البيانات لتحديد المشكلات مبكراً.
3. إجراء دراسات استطلاعية دورية للكادر الطبي للتعرف على احتياجاتهم وتوقعاتهم، وإشراكهم في تصميم السياسات.
4. الاستثمار في الصحة النفسية للعاملين من خلال برامج دعم نفسي، واستشارات، وتقليل مصادر الضغط.
5. تطوير برامج إرشاد تجمع الخبراء بالجدد، مما يعزز نقل الخبرات وولاء الجدد للمؤسسة.
6. تطبيق تكنولوجيا المعلومات لتخفيف الأعباء الإدارية عن الكادر الطبي، مما يتيح لهم التركيز على الرعاية السريرية.

٥.٣. مقترحات لدراسات مستقبلية

بناءً على الثغرات المعرفية التي كشفتها هذه المراجعة، يقترح الباحث إجراء الدراسات التالية في المستقبل:

1. دراسات طولية (Longitudinal studies) تتابع مجموعات من الكادر الطبي على مدى عدة سنوات، لرصد التغيرات في دوافع البقاء والمغادرة، وتأکید العلاقات السببية.
2. دراسات تدخلية (Interventional studies) تختبر فعالية برامج محددة (مثل برنامج إرشاد، أو نظام حوافز جديد) في تحسين الاحتفاظ.

3. دراسات مقارنة بين القطاعين الحكومي والخاص في نفس البلد، للكشف عن أفضل الممارسات في كل قطاع.
4. دراسة تأثير التحول الرقمي والذكاء الاصطناعي على عبء العمل والرضا الوظيفي للكادر الطبي، وبالتالي على الاحتفاظ بهم.
5. دراسة دوافع احتفاظ الأطباء تحديداً، حيث أن معظم الدراسات ركزت على التمريض، وقد تختلف دوافع الأطباء.
6. إجراء دراسات في السياقات العربية لاختبار مدى applicability النتائج العالمية في هذه السياقات الثقافية المتميزة.
7. دراسة العلاقة بين الاحتفاظ بالكادر وتجربة المريض من منظور المرضى أنفسهم، وليس فقط من منظور الكادر.
8. إجراء تحليل بعدي كمي (Meta-analysis) عندما يتوفر عدد كافٍ من الدراسات المتجانسة منهجياً.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- العتيبي، سعد. (2021). أثر ممارسات إدارة الموارد البشرية على الاحتفاظ بالكوادر التمريضية في المستشفيات الحكومية السعودية *مجلة الإدارة العامة*، 61(2)، 378-345.
- الزهراني، محمد. (2022). العلاقة بين العدالة التنظيمية والاحتفاظ بالأطباء في مستشفيات القطاع الخاص *مجلة المجلة العربية للإدارة*، 42(3)، 234-211.
- الشمري، عبدالله. (2020). جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية *مجلة العلوم الصحية*، 15(2)، 112-88.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- American Hospital Association (AHA). (2025). *Building a sustainable future health care workforce: AHA knowledge exchange*. Chicago, IL: AHA.
- Armstrong, M. (2020). *Armstrong's handbook of human resource management practice* (15th ed.). London: Kogan Page.
- Bartram, T., Stanton, P., & Leggat, S. G. (2021). High-performance human resource management in healthcare: A systematic review. *International Journal of Human Resource Management*, 32(5), 987-1015.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley & Sons.
- Dessler, G. (2023). *Human resource management* (17th ed.). Harlow: Pearson.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432.
- Gusoff, G., et al. (2025). Perceived contributors to job quality and retention at home care cooperatives. *JAMA Network Open*, 8(4), e254457.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review—an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons.

- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2021). The effects of performance appraisal on nurses' job satisfaction and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1112-1121.
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Reneau, K., ... & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing standards. *Medical Care*, 59(7), 612-618.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Mujic, E., et al. (2025). From managing humans to keeping humans: How ethical culture and team support drive retention in healthcare. *MDPI Administrative Sciences*, 16(1), 4.
- National Academy of Medicine. (2022). *National plan for health workforce well-being*. Washington, DC: National Academies Press.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- NSI Nursing Solutions. (2023). *2023 NSI national health care retention & RN staffing report*. East Petersburg, PA: NSI Nursing Solutions.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160.
- Price, J. L. (2021). *The study of turnover*. Ames, IA: Iowa State University Press.
- Smith, T. L. (2026). *Strategies for retaining employees in the global healthcare industry* (Doctoral dissertation). Walden University.
- Topor, M., Pickering, J. S., Barbosa Mendes, A., Bishop, D. V. M., Büttner, F. C., Elsherif, M. M., & others. (2021). An integrative framework for planning and conducting Non-Intervention, Reproducible, and Open Systematic Reviews (NIRO-SR). <https://doi.org/10.31222/osf.io/8gu5z>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Quality health services: A planning guide*. Geneva: WHO.

الملاحق

ملحق (1): قائمة بأسماء المحكمين

(يُدرج هنا أسماء المحكمين ورتبهم العلمية وجهات عملهم)

ملحق (2): قائمة الدراسات المشمولة في المراجعة

(يُدرج هنا القائمة الكاملة للدراسات الـ 42 التي استوفت معايير الاشتمال)

ملحق (3): نماذج استخراج البيانات

(يُدرج هنا النماذج المستخدمة في استخراج البيانات من الدراسات)

ملحق (4): نتائج تقييم جودة الدراسات

(يُدرج هنا نتائج تقييم جودة كل دراسة)

Midocean University

College of Management

Department of Health Administration



Title in English

**The Impact of Human Resource Management On Retaining Medical
Staff in Hospitals and Its Effect on The Quality of Care**

Prepared by:

Mohammed Salman Ali Alkhaibari

Supervised by:

Dr. Alfaisal Abdul Hamid

Dr. Fayez Jarad

Year: 2025 - 2026