



P-ISSN: 2789-1240 E-ISSN:2789-1259

NTU Journal for Administrative and Human Sciences

Available online at: <https://journals.ntu.edu.iq/index.php/NTU-JMS/index>



The Reality of Health Service Quality from The Perspective of The American Institute of Medicine (IOM) In Bakhshin Hospital in Sulaymaniyah Governorate

Saad Khudher Elias¹, Moyassar Ibrahim Ahmed Al juboury²

1. Northern Technical University, 2. Mosul University / Administration and Economics

Article Informations

Received: 28 – 02 - 2023

Accepted: 10 – 04 - 2023

Published online: 01 – 07 - 2023

Corresponding author:

Name: Saad Khudher Elias

Affiliation: Northern Technical University

Email: Saadkh@ntu.edu.iq

Key Words:

Health Service Quality, Safe, Effective, Patient-centered, Timely, Efficient, Equitable.

ABSTRACT

The current research aims to know the actual reality of the dimensions of health service quality provided by Bakhshin Hospital in Sulaymaniyah Governorate and to indicate the relative importance of the six Aims set by the American Institute of Medicine (IOM) represented by (Safety, Effectiveness, Efficiency, Timeliness, Patient-centered, Equity). To achieve this, the descriptive approach was used to collect and analyze data using the (SPSS 26) program, by choosing an intentional sample consisting of the staff (medical - health - administrative - technical). The questionnaire was the main tool for the research.

The researchers reached a set of conclusions, the most important of which is the availability of quality health service from the perspective of the American Institute of Medicine at a good rate which reflects the awareness of the respondents of the research variables. Based on the conclusions, a set of proposals was developed, the most important of which are: providing a safe environment for employees and patients, enhancing patient safety, avoiding medical errors, and providing more safe services.



واقع جودة الخدمة الصحية من منظور معهد الطب الأمريكي (IOM) في مستشفى بخشين في محافظة السليمانية

أ.د. ميسر إبراهيم أحمد الجبوري
جامعة الموصل / كلية الإدارة والاقتصاد
Prof-aljuboury@uomosul.edu.iq

سعد خضر الياس
الجامعة التقنية الشمالية / رئاسة الجامعة
Saadkh@ntu.edu.iq

المستخلص:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة الواقع الفعلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية التي تقدمه مستشفى بخشين في محافظة السليمانية وبيان الأهمية النسبية لأبعاد الستة التي وضعها معهد الطب الأمريكي (IOM) Institute of Medicine والمتمثلة بـ (السلامة، الفاعلية، الكفاءة، التوقيت، التركيز على المريض، والعدالة). ولتحقيق ذلك تم استخدام المنهج الوصفي لجمع البيانات وتحليلها بواسطة برنامج (SPSS 26) عبر اختيار عينة قصدية قوامها (300) فرد من الطاقم (الطبي - الصحي - الإداري - الفني)، كما وتمثلت الاستبانة بالأداة الرئيسة للبحث.

وتوصل الباحثان إلى مجموعة من الاستنتاجات أهمها؛ توافر جودة الخدمة الصحية من منظور معهد الطب الأمريكي بنسبة جيدة مما يعكس إدراك الأفراد المبحوثين لمتغيرات البحث، وبناءً على ذلك؛ تم وضع مجموعة من المقترحات أهمها: توفير بيئة آمنة للموظفين والمرضى وتعزيز سلامة المرضى وتجنب الأخطاء الطبية مع تقديم المزيد من الخدمات الآمنة.

الكلمات المفتاحية: أبعاد جودة الخدمة الصحية، السلامة، الفاعلية، التركيز على المريض،

التوقيت، الكفاءة، العدالة.

المقدمة:

لا تزال الجودة تمثل تحدياً وعلى رأس جدول أعمال الإدارة العامة والأعمال، وموضع اهتمام الكثير من الباحثين، بسبب التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الخارجية والتحول في الثورة الصناعية.

ولا ينصب اهتمام الباحثين على تقديم جودة الخدمة الصحية إلى المريض بدون عيب فحسب، وإنما رصد وتفادي الأخطاء منذ البداية والتخلص منها.

لقد أصبح كل مريض يحتاج للحصول على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، ولكن إذا ما عولج المريض فهذا لا يعني أن حالته ستتحسن! ففي الواقع عندما تكون الخدمة ذات جودة غير كافية فمن الممكن ألا يستجيب العلاج أو قد يسبب ضرراً بصحة المريض.

ومن أجل تحديد الأبعاد المناسبة لجودة الرعاية الصحية، والتي كان هنالك العديد من الإسهامات لفهمها، كإسهام معهد الطب الأمريكي في فهم جودة الخدمة الصحية، والذي أكد على ستة أبعاد لها هي (السلامة، التوقيت، الفاعلية، الكفاءة، التركيز على المريض، والعدالة)، والتي لاقت قبولاً على المستوى المحلي والدولي، كما تم تطبيقها في جميع أنحاء العالم.

وانسجاماً مع ذكر أعلاه؛ يتناول البحث هذا الموضوع وفق أربع محاور، إذ تضمن الأول المنهجية، والثاني الإطار النظري، في حين استعرض الثالث الجانب الميداني، واختتم الرابع بالاستنتاجات والمقترحات.

البحث الأول: منهجية البحث

أولاً: مشكلة البحث

تحدث الوفيات في جميع أنحاء العالم بسبب رداءة جودة الرعاية أكثر من عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية، إذ أن نسبة ١٥% من الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ناجمة عن سوء نوعية الخدمة، أما في البلدان المرتفعة الدخل فيتضرر شخص واحد من بين كل ١٠ أشخاص أثناء تلقيه الخدمة الصحية في المستشفى.

لذلك لا بد من تسليط الضوء على مفاهيم وأفكار معهد الطب الأمريكي حول جودة الخدمة التي تقدم أفكاراً نحو رعاية جيدة تعمل على تحسين صحة الناس، في حين أن أغلب الدراسات وخاصة في العراق تستعرض أفكار ونموذج Parasuraman (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) في هذا الصدد!

وكما هو معلوم فإن واقع النظام الصحي العام في العراق يعاني من تدني مستوى جودة الخدمة الصحية، وانعدام الخبرة والكفاءة من قبل مقدمي الخدمة الصحية، فضلاً عن زيادة عدد الأخطاء

الطبية وضعف مستوى المساءلة داخل الأنظمة الصحية، وعدم كفاية أعداد الموظفين وعدم حصولهم على التدريب اللازم، وكذلك هجرة الأطباء إلى خارج العراق وميل الكوادر الطبية نحو الانتقال إلى المستشفيات الأهلية.

كما كشفت الزيارات الأولية للباحثين لمستشفى بخشين في محافظة السليمانية بتاريخ (٢٠٢٠/١٢/٦) عن المظاهر الآتية:

١. قصور دور الإدارة الصحية تجاه الخدمة المقدمة.
 ٢. وجود بعض التلكؤات أو التأخير في إجراء العمليات.
 ٣. وطول فترة الانتظار في بعض الأقسام، الأمر الذي قد يعرض المريض إلى تدهور حالته الصحية وحصول مضاعفات نتيجة عدم تلقي الخدمة في الوقت المناسب.
- كل ذلك؛ دفع الباحثان إلى الوقوف على أبعاد جودة الخدمة من منظور معهد الطب الأمريكي IOM في مستشفى بخشين في محافظة السليمانية، ومعرفة من المسؤول عن تحقيق تلك الأبعاد، وعليه فقد تجسدت مشكلة البحث الحالي بالآتي:

١. هل يتبنى الأفراد المبحوثين في مستشفى بخشين أبعاد جودة الخدمة الصحية المتمثلة بـ (السلامة، الفاعلية، الكفاءة، التوقيت، التركيز على المريض، العدالة)؟
٢. هل يوجد فروق معنوية في إجابات المبحوثين حول أهداف جودة الخدمة الصحية؟

ثانياً: أهمية البحث

١. مساعدة إدارة المستشفى المبحوثة للنظر في مستويات تطبيق أبعاد جودة الخدمة الصحية.
٢. تحسين أداء المستشفى من خلال التركيز على أبعاد جودة الخدمة الصحية.
٣. تشخيص مواطن الضعف في المستشفى، وبالتالي تقديم مجموعة من المقترحات وآليات تنفيذها.

ثالثاً: أهداف البحث

١. تسليط الضوء على مفاهيم جودة الخدمة الصحية من منظور معهد الطب الأمريكي.
٢. بيان ترتيب أبعاد الخدمة الصحية حسب درجة أهميتها.
٣. تعزيز مستوى السلامة والكفاءة والفاعلية والاهتمام بالمريض، فضلاً عن الاستجابة المناسبة للمريض في المستشفى المبحوثة.

رابعاً: فرضيات البحث

١. لا تتوافر أهداف جودة الخدمة الصحية من منظور معهد الطب الأمريكي في المستشفى المبحوثة.
٢. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية في إجابات الأفراد المبحوثين والمتعلقة بتطبيق أهداف الخدمة الصحية.

خامساً: منهج البحث

اعتمد الباحثان المنهج الوصفي- التحليلي كونه يتصف بالتحليل الشامل والتفصيلي للظاهرة، في وصف البيانات وعرض النتائج ومن ثم تحليلها وفق المنهج التحليلي.

سادساً: الأساليب المستخدمة في جمع البيانات

اعتمد البحث على الأساليب المختلفة في جمع البيانات والمعلومات في جانبين رئيسيين هما:

١. الجانب النظري: الاستعانة بما توفر من مصادر عربية (المجلات العلمية الأكاديمية العراقية) وأجنبية (الكتب والبحوث والدوريات والرسائل الجامعية)، فضلاً عن استخدام الشبكة الدولية للمعلومات (الإنترنت).

٢. الجانب الميداني: بغية استكمال هذا الجانب؛ اعتمد الباحث على استمارة الاستبانة، والتي تُرجمت إلى اللغة (الكوردية/ السورانية)، إذ كانت هي الأداة الرئيسة لجمع البيانات اللازمة للبحث، كما وجرى إعدادها بدقة وعلى نحو يتلاءم مع طبيعة عمل المستشفى، واعتمد الباحث مقياس ليكرت الخماسي في قياس المتغيرات وفق الدرجات المرتبة (أُتفق بشدة، أُتفق، أُتفق إلى حد ما، لا أُتفق، لا أُتفق بشدة) وبالأوزان (٥، ٤، ٣، ٢، ١).

سابعاً: ميدان ومجتمع البحث وعينته

تمثل ميدان البحث بمستشفى بخشين في محافظة السليمانية، أما مجتمع البحث فتمثل بالأفراد العاملين في مستشفى بخشين في محافظة السليمانية، والذي تضمن قرابة (٥٠٠) موظف، كما استعمل الباحث أسلوب العينة القصدية لاختيار الأفراد المبحوثين من الطاقم (الطبي - الصحي - الإداري - الفني) بعد استبعاد عمال الخدمة والحرس، إذا تم توزيع (٣٠٠) استبانة على العينة، وتم استبعاد (٢) منها لتصبح عدد الاستمارات الصالحة للتحليل الإحصائي (٢٩٨) استمارة.

ثامناً: أساليب التحليل الإحصائي

لغرض تحقيق أهداف البحث وفرضيته والتوصل إلى مؤشرات دقيقة، تم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 26)، كما واعتمد الباحث على الأساليب الآتية:

١. الإحصاء الوصفي (الوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الاختلاف، شدة الاستجابة) لمعرفة إجابات الأفراد المبحوثين حول متغيرات البحث.
٢. اختبار T لمعرفة الاختلاف بين متوسطات إجابات الأفراد المبحوثين في تنفيذ أهداف جودة الخدمة الصحية.

المبحث الثاني: الإطار النظري

أولاً: مفهوم الجودة

كلمة "الجودة" مشتقة من الكلمة اللاتينية "Qualis"، والتي تعني "من أي نوع" "What Kind" "of" (Glare,1983,1536)، إلا أن مفهومها سيختلف حسب المنظور والاهتمامات والتفسيرات والاستخدامات اعتماداً على وجهة النظر التي يتم أخذها فيها والسياق الذي يتم النظر إليها.

ف نجد أن منظور Feigenbaum للجودة يمثل تحديد الزبون، وليس تحديد المهندس، ولا تحديد التسويق أو تحديد الإدارة العامة، إذ عرفها على أنها إجمالي خصائص المنتج والخدمة للتسويق والهندسة والتصنيع والصيانة والتي من خلالها سيلبي المنتج والخدمة توقعات الزبون (Feigenbaum, 1983, 7).

كما نجد أن Crosby ذكر بأن الجودة هي المطابقة للمتطلبات (Crosby,1984,183)، ويقصد بالمطابقة أن معيار الأداء يجب أن يكون صفرياً، أما Juran فعرفها بأنها الملاءمة للاستخدام (Juran & Feo, 2010,5) (Gupta, 2021,1).

كما عرفها Deming من منظور (Suarez,1992, 19) بكونها احتياجات الزبون الحالية والمستقبلية، ومن منظور (Beckford,2017,81) بأنها التحسين المستمر على أساس الحد من التباين حول الناتج المطلوب.

أما Ishikawa فعرفها بكونها جودة المنتج والخدمة والإدارة والشركة نفسها والبشر (Beckford,2017,89)، في حين أكد Oakland بأن الجودة هي تلبية متطلبات الزبون (Oakland,2004,12)، كما ذكر Taguchi بأن الجودة هي الخسارة التي يتعرض لها المجتمع من وقت شحن المنتج (Mitra,2021,624)، في حين يرى Shingo بأن الجودة هي العيوب في العملية (Beckford,2017,136).

أخيراً وليس آخراً؛ تعرف الجمعية الأمريكية للجودة بأنها مجموع الميزات والخصائص التي تلبى الاحتياجات (Pakdil, 2020,10) (Heizer *et al.*, 2020, 249)، وهذا المفهوم يقترب كثيراً من تعريف المنظمة الدولية للتقييس (International Organization for Standardization (ISO) والتي أشارت إلى كونها مجموع ميزات وخصائص المنتجات والخدمات أو الخدمة التي تلبى متطلبات الزبون المعلنة والضمنية، وبعبارة أخرى؛ يمكن للمرء أن يقول إن منتجاً أو خدمة ما ذات جودة جيدة عندما "تتوافق مع المتطلبات المحددة من قبل الزبون" (Tricker,2020,1).

ثانياً: مفهوم جودة الخدمة الصحية

تعكس الخدمة ما يتم تقديمه للزبون (المريض، المختبر، العملية التالية)، على سبيل المثال؛ الرعاية الصحية، وكيف يتم التعامل مع الزبون؟ فالخدمة كعملية تتكون من سلسلة من الأنشطة غير الملموسة إلى حدٍ ما والتي تحدث عادةً، ولكن ليس بالضرورة دائماً وجود التفاعل بين الزبون وموظف الخدمة (Edvardsson & Tronvoll, 2022, 24).

أما مفهوم الجودة في قطاع الخدمة الصحية فيعتبر أكثر تعقيداً من أي نوع آخر من المنظمات، كما وأن له مناهج مختلفة (Chletsos & Saiti, 2019, 112)، إذ نجد أن لدى مقدمي الخدمات والإداريين وصانعي السياسات والمرضى جميعهم لديهم معاييرهم ودوافعهم الخاصة عندما يحددون مفهوم "جودة الخدمة الصحية"، على سبيل المثال، يعتقد صانعو السياسات (أصحاب المصالح) أن أحد المفاهيم لجودة الخدمة الصحية في المستشفى هو عدم عودة المرضى الذين خرجوا من المستشفى بعد فترة وجيزة من دخولهم لنفس المستشفى.

ومع ذلك، قد يجادل مقدمو الخدمات ومسؤولو المستشفيات بأن احتمالية إعادة إدخال المريض مرة أخرى يمكن أن تتأثر بمجموعة متنوعة من العوامل الخارجية عن سيطرة المستشفى، كقدرة المريض على فهم تعليمات الخروج واتباعها، ومستوى التزامه بالأدوية واستعداده للمتابعة حسب الحاجة على أساس العيادة الخارجية، ومستوى دعمه في المنزل أو من قبل مجتمعه، وخيارات نمط الحياة فيما يتعلق بالنظام الغذائي، والتمارين الرياضية، والتدخين كلها عوامل التي يمكن أن تؤثر بشكل كبير على حالتهم التي تحسنت عند الخروج، وبالتالي تتدهور إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى رعاية المرضى الداخليين مرة أخرى (Shah & Godambe, 2021, 23).

ولغرض الوقوف على مفهوم جودة الخدمة الصحية؛ ارتأى الباحث عرض عدد من الآراء من منظور مقدم الخدمة وحسب التسلسل الزمني والمبين في (الجدول ١):

الجدول (١) مفهوم جودة الخدمة الصحية

ت	الباحث والسنة ورقم الصفحة	مفهوم جودة الخدمة الصحية
١	(Nandan, 2010, 98)	يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على أنها تصور المرضى لمدى تلبية الخدمة لتوقعاتهم أو تجاوزها.
٢	(Boboccea et al, 2016, 150)	جودة الخدمة الصحية هي "القدرة على تحقيق الأهداف المنشودة باستخدام الوسائل المشروعة"
٣	(Lee & Kim, 2017, 2)	تطبيق العلوم والتكنولوجيا الطبية بطريقة تزيد من فائدتها على الصحة دون

زيادة المخاطر المتوقعة."		
جودة الخدمة الصحية بأنها تشتمل على ثلاث مجالات: سلامة المريض والفعالية السريرية وتجربة المريض (التعاطف والكرامة والاحترام) أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن جودة الخدمات الصحية يجب أن تكون آمنة (تجنب الإصابات للأشخاص الذين تستهدفهم الرعاية)، وفاعلة (تقديم خدمات الرعاية الصحية القائمة على الأدلة لمن يحتاجون إليها)، ومتمحورة حول الناس (تقديم الرعاية التي تستجيب للتفضيلات الفردية، والاحتياجات والقيم) وفي الوقت المناسب (تقليل أوقات الانتظار والتأخيرات الضارة في بعض الأحيان).	Upadhyai et al., 2019,) (106)	٤
يُعرف معهد الطب الأمريكي (IOM) جودة الخدمة على أنها "الدرجة التي تزيد بها خدمات الرعاية الصحية للأفراد والسكان من احتمالية النتائج الصحية المرغوبة وتتوافق مع المعرفة المهنية الحالية".	Hickey & Giardino,) (2022,11 (Giardino et al., 2021,5) (Ente & Ukpe,2022,139)	٥

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على المصادر أعلاه.

ثالثاً: أبعاد جودة الخدمة الصحية

في محاولة لتحسين الخدمة الصحية في القرن الحادي والعشرين، اقترح معهد الطب ستة أهداف محددة للتحسين، وفي عام ٢٠٠٦ أكدت منظمة الصحة العالمية (WHO) (World Health Organization) بالمثل على تلك الأهداف، وهي (السلامة، الفاعلية، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، والعدالة) وأدناه شرح لهذه الأبعاد:

١- **السلامة:** تعني الخلو من الأذى غير الضروري أو الضرر المحتمل المرتبط بخدمات الرعاية الصحية، أي منع الأخطاء والآثار السلبية للمرضى المرتبطة بالرعاية الصحية، فمن الضروري للمنظمات دراسة هذه الأخطاء والبحث عن فرص لتحسين العمليات التي تمنع حدوثها، في الحقيقة؛ معظم المرضى عرضة إلى حد ما للعدوى، والتأثيرات السلبية للأدوية، الانهيار، ومضاعفات الجراحة والعلاجات الأخرى، وقد يتأثر المرضى الأكبر سناً أو الضعفاء أو المصابون بالعديد من الأمراض المصاحبة للإفراط في العلاج، وتعدد الأدوية ومشكلات أخرى مثل الهذيان أو الجفاف أو سوء التغذية، كما أنه في مجال الصحة النفسية، يعتبر العنف والشعور بالأمان في وحدات المرضى أمراً بالغ الأهمية، وقد يعاني المرضى أيضاً من ضرر من أحداث نادرة وربما غير متوقعة ناشئة عن علاجات جديدة أو معدات جديدة، ولتقييم الضرر الناجم عن الخدمة الصحية؛ يتعين علينا بشكل مثالي مراعاة كل هذه الأنواع من الأحداث، لذا تستخدم منظمات الرعاية الصحية مجموعة من الأساليب ومصادر البيانات لتقييم الضرر، كمرجعة السجلات لتقييم الضرر الناجم عن الرعاية الصحية (AAOS, 2018, 35).

٢- **الفاعلية:** يقصد بها تقديم خدمات قائمة على المعرفة العلمية لكل من يمكن أن يستفيد منها، والامتناع عن تقديم الخدمات لمن لا يحتمل أن يستفيد منها، أي تجنب الاستخدام الناقص والإفراط

في الاستخدام في تقديم خدمات الرعاية (National Academy of Sciences, 2018,5)، أو هي تقديم الرعاية والخدمات بناءً على أفضل الأدلة ومعرفة قيم المريض وحاجاته، إذ يتلقى المرضى دائماً العلاجات التي من المرجح أن تكون مفيدة، ويؤكد معهد الطب على أن هذا البعد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بخدمات الرعاية المستندة على الأدلة، ومن ثم تحديد ما إذا كان التدخل مثل (الخدمة الوقائية أو الاختبار التشخيصي أو العلاج) يقدم نتائج أفضل من البدائل - بما في ذلك البديل المتمثل في عدم القيام بأي شيء (Nelson & Staggers 2018, 409).

٣- التركيز على المريض أو التمركز حول المريض: إن فلسفة التمركز نحو المريض تركز على تقديم رعاية تحترم الاستجابة لحاجات المريض الفردية وقيمه، وضمان توحيد جميع القرارات السريرية نحو قيم المريض، وهي سمة تجربة المريض الخاصة به، وتتضمن ميزات الرعاية الفردية وخيارات الرعاية وتفضيلات المريض (Avlijas, 2019, 125)، ويتفق مع ذلك (AAOS, 2018, 35) (Greene *et al*, 2012, 49) من ناحية كونها تتضمن احترام المرضى واحترام قيمهم وخياراتهم وثقافتهم وسياقهم الاجتماعي واحتياجاتهم الخاصة.

٤- التوقيت المناسب: يشير التوقيت إلى الالتزام بالمواعيد، وإلى السرعة التي يتمكن بها المرضى من تلقي الرعاية أو الخدمات، وهي تتعلق بطبيعتها بالحصول على الرعاية، أو بمعنى آخر؛ "الدرجة التي يستطيع بها الأفراد والجماعات الحصول على الخدمات المطلوبة". وغالباً ما يكون التوقيت المناسب نتيجة للتوازن بين جودة الخدمة وسرعتها (Nash *et al.*, 2019, 10)، وتشمل تدابير التوقيت ما يلي (Omachonu, 2019,32):

أ- الوقت الذي يقضيه المرضى في الانتظار في مكاتب الأطباء.

ب- انتظار الوقت في قسم الطوارئ.

ت- الفترة اللازمة بين تحديد الحاجة إلى اختبارات وعلاجات محددة وتلقي الخدمات فعلياً.

ث- الوقت لتلقي مكالمة من مقدم الخدمة أو الطبيب.

ج- الانتظار لحين تسكين الألام.

٥- الكفاءة: عادة ما تعني الكفاءة العلاقة بين "مدخلات" الموارد و"المخرجات"، وبالتالي فهي مقياس لمدى تكوين مورد معين لتحقيق النتائج، ففي حالة الخدمة الصحية، يمكن أن تكون المدخلات هي وقت الموظفين والمعدات والمباني، في حين أن المخرجات يمكن أن تكون أي عدد من النتائج الصحية (مثل التشخيص الصحيح، والعلاج، والوفاة، وجودة الحياة، وتخفيف الأعراض)، أو

مقاييس عملية الرعاية (على سبيل المثال، الوقت الذي يقضيه المريض في انتظار العلاج) (Avlijas, 2019, 125).

ويعرف معهد الطب الأمريكي الخدمة الكفؤة بأنها "تجنب الهدر، بما في ذلك إهدار المعدات والإمدادات والأفكار والطاقة"، أو هي إزالة جميع العمليات أو الخطوات غير الضرورية في العمليات، وتبسيط جميع الأنشطة (AAOS, 2018, 35)، كما تشمل أيضاً الاستفادة الكاملة من جميع الموارد، مثل تمكين الموظفين من أن يكونوا مبدعين (Beattie et al., 2013, 298)، ويرى (Nash et al., 2019, 11) أن الكفاءة تشير إلى كيفية استخدام الموارد بشكل جيد لتحقيق نتيجة معينة.

٦- الإنصاف أو العدالة: إن تركيز هذا البعد ينصب نحو الإنصاف أو العدالة Equity، وليس المساواة Equality، إذ تشير المساواة إلى التوزيع المتساوي للمدخلات أو المخرجات عبر السكان وبشكل موضوعي، بينما يشير الإنصاف أو العدالة إلى أحكام أكثر ذاتية أو أخلاقية لما هو عادل، وبالنظر إلى الذاتية المحيطة بمفاهيم الإنصاف، يمكن أن تختلف مبادئ الإنصاف في سياق الخدمة الصحية بما يأتي (Razzouk, 2017, 158):

أ- الإنصاف في الوصول إلى الخدمة الصحية لمن هم في حاجة مماثلة للخدمة الصحية (الجميع يصل إلى خدمات الرعاية).

ب- الإنصاف في الاستفادة من الخدمة الصحية لمن هم في حاجة مماثلة للخدمة الصحية (الجميع يستفاد من خدمات الرعاية).

ت- تحقيق نتائج صحية عادلة/ منصفة.

وبشكل عام، يشير الإنصاف في مجال الخدمة الصحية إلى التخصيص العادل للمدخلات (الرعاية الصحية/ التمويل) أو المخرجات (النتائج)، وقد يعني ذلك أنه في بعض الأحيان يتم توزيع الموارد بشكل غير متكافئ بهدف خلق فرصة أكثر تكافؤاً للاستفادة من الخدمة الصحية.

المبحث الثالث: الإطار الميداني

يقدم هذا المبحث وصفاً لأبعاد متغير البحث (أهداف جودة الخدمة الصحية) من وجهة نظر عينة من منتسبي مستشفى بخشين، باستخدام التطبيقات الجاهزة (SPSS V26) وعرض التكرارات والنسب المئوية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الاختلاف، بهدف معرفة درجة توافق الآراء حول متغيرات البحث وكما يأتي:

أولاً: وصف متغير أهداف جودة الخدمة الصحية:

١- بعد السلامة: يشير الجدول (٢) واقع بعد السلامة في المستشفى المبحوثة المتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y1-Y5) بنسبة استجابة بلغت (75.52%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.776) وبانحراف معياري قدره (1.1598)، والتي حققت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (أتفق، أتفق بشدة)، إذ بلغت (68%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة تمثلت بالمتغير (Y2) التي بلغت (70.8%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.79) بانحراف معياري قدره (1.121) وبنسبة استجابة مقدارها (75.8%)، والذي ينص على (تمتلك إدارة المستشفى برنامج متكامل لتقييم المخاطر، وهذا يدل على توافر معايير السلامة في المستشفى المبحوثة، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات الفرعية لبعء السلامة للمتغير (Y3) التي بلغت (67.8%) وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.72) و(1.214) على التوالي وبنسبة استجابة بلغت (74.4%)، والذي نص على (تقيس إدارة المستشفى ردود أفعال المرضى عن الخدمات الصحية)، وهذا يرجع إلى كون أن الإدارة لا تقس دائماً ردود المريض مما يستوجب زيادة الاهتمام بالمريض.

الجدول (٢) المؤشرات الإحصائية لبعء السلامة

اسم المتغير	رمز المتغير	مقياس الاستجابة										المعدل العام	المجموع		
		اتفق بشدة (5)		اتفق (4)		اتفق الى حد ما (3)		لا اتفق (2)		لا اتفق بشدة (1)					
		%	و	%	و	%	و	%	و	%	و				
السلامة	Y1	99	33.2	105	35.2	51	17.1	25	8.4	18	6.0	3.81	1.163	30.52	76.2
	Y2	84	28.2	127	42.6	47	15.8	21	7.0	19	6.4	3.79	1.121	29.57	75.8
	Y3	90	30.2	112	37.6	43	14.4	30	10.1	23	7.7	3.72	1.214	32.64	74.4
	Y4	84	28.2	121	40.6	53	17.8	21	7.0	19	6.4	3.77	1.126	29.87	75.4
	Y5	95	31.9	108	36.2	52	17.4	22	7.4	21	7.0	3.79	1.175	31.00	75.8
	المعدل العام	30		38		17		8		7		3.776		30.72	75.52
	المجموع			68		17		15							

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

٢- بعد الفاعلية: يشير الجدول (٣) إلى بعد الفاعلية في المستشفى المبحوثة، والمتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y6-Y10) بنسبة استجابة بلغت (77.76%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.88) بانحراف معياري قدره (1.10)، والتي حققت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (أتفق، أتفق بشدة) إذ بلغت (73%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة هو المتغير (Y10) الذي بلغت (78.2%) ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (4.02) بانحراف

معياري قدره (1.099) وبنسبة استجابة مقدارها (80.4%)، والذي نص على (يُسأل المريض عن الأدوية التي تثير الحساسية لديه أو التي تضر به، وتعود نسبة الارتفاع هذه إلى اهتمام الأطباء بالآثار الجانبية للأدوية على المريض، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات الفرعية لبُعد الفاعلية هي للمتغير (Y9) التي بلغت (69.1%) وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.81) و(1.097) على التوالي وبنسبة استجابة بلغت (76.2%)، والذي نص على (إن إدارة المستشفى تشكل فريق متعدد التخصصات لتشخيص حالة المريض عندما لا يجد الطبيب المختص الأدلة العلمية)، ونوشر تلك النسبة على إدارة المستشفى بإعادة النظر في زيادة التنسيق بين الأقسام.

الجدول (٣) المؤشرات الإحصائية لبعد الفاعلية

نسبة الاستجابة %	معامل الاختلاف	المعياري الانحراف	الوسط الحسابي	مقياس الاستجابة										رمز المتغير	اسم المتغير
				لا اتفق بشدة (1)		لا اتفق (2)		اتفق الى حد ما (3)		اتفق (4)		اتفق بشدة (5)			
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
79.4	28.91	1.148	3.97	6.0	18	6.4	19	12.1	36	35.9	107	39.6	118	Y6	الفاعلية
76.8	28.93	1.111	3.84	5.0	15	8.7	26	14.4	43	40.9	122	30.9	92	Y7	
76	28.55	1.085	3.80	5.0	15	8.1	24	16.1	48	43.3	129	27.5	82	Y8	
76.2	28.79	1.097	3.81	5.4	16	6.7	20	18.8	56	39.6	118	29.5	88	Y9	
80.4	27.33	1.099	4.02	5.7	17	4.4	13	11.7	35	38.3	114	39.9	119	Y10	
77.76	28.50	1.10	3.88	5		7		15		40		33		المعدل العام	
				12		15		73						المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

٣- بعد الكفاءة: يوضح الجدول (٤) واقع بُعد الكفاءة في المستشفى المبحوثة المتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y11-Y17) بنسبة استجابة بلغت (77.54%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.87) بانحراف معياري قدره (1.09)، كما وقد حققت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (أتفق، أتفق بشدة) والتي بلغت (73.68%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة تمثلت بالمتغير (Y15) التي بلغت (77.2%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.97) بانحراف معياري قدره (1.073) وبنسبة استجابة مقدارها (79.4%)، والذي نص على (يتمتع العاملون في المستشفى بالخبرة والمهارة اللازمة لتقديم الخدمة الصحية)، وهذا يشير إلى زيادة الاهتمام بالتدريب وتوظيف أصحاب الخبرة والمهارة، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات

الفرعية لُبعد الكفاءة للمتغير (Y13) التي بلغت (68.1%)، وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.78) و(1.183) على التوالي وبنسبة استجابة بلغت (75.6%)، والذي نص على (تتم إدارة موجودات المستشفى عن طريق جهاز الباركود (الماسح الضوئي) وتؤثر تلك النسبة إلى أن بعض الأقسام بحاجة إلى تفعيل تلك التقنية.

الجدول (٤) المؤشرات الإحصائية لبعد الكفاءة

نسبة الاستجابة %	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مقياس الاستجابة										رقم المتغير	اسم المتغير
				لا اتفق بشدة (1)		لا اتفق (2)		اتفق الى حد ما (3)		اتفق (4)		اتفق بشدة (5)			
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
78.2	29.28	1.145	3.91	7.4	22	4.7	14	12.1	36	41.6	124	34.2	102	Y11	الكفاءة
77.4	27.44	1.062	3.87	5.0	15	6.7	20	13.1	39	46.3	138	28.9	86	Y12	
75.6	31.29	1.183	3.78	7.4	22	7.4	22	17.1	51	36.6	109	31.5	94	Y13	
77.2	28.00	1.081	3.86	4.7	14	7.0	21	16.8	50	40.3	120	31.2	93	Y14	
79.4	27.02	1.073	3.97	4.4	13	7.0	21	11.4	34	41.3	123	35.9	107	Y15	
79.2	25.32	1.003	3.96	3.4	10	6.0	18	13.8	41	44.6	133	32.2	96	Y16	
75.8	29.57	1.121	3.79	6.0	18	8.1	24	14.8	44	43.0	128	28.2	84	Y17	
77.54	28.27	1.09	3.87	5.47		6.7		14.15		41.96		31.72		المعدل العام	
				12.17		14.15		73.68						المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

٤- بعد التوقيت: يعرض الجدول (٥) واقع بُعد التوقيت في المستشفى المبحوثة المتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y19-Y22) بنسبة استجابة بلغت (79.28%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (٣.٩٦٤) بانحراف معياري قدره (١.٠٦٢)، كما وحقت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (أتفق، أتفق بشدة) إذ بلغت (76.78%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة المتغير (Y20) التي بلغت (٧٨.٩%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (4.07) بانحراف معياري قدره (١.٠٣٣) وبنسبة استجابة مقدارها (78.2%)، والذي نص على (قسم الطوارئ لدينا يعتمد أسلوب الخدمة ٢٤/٧)، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات الفرعية لُبعد التوقيت للمتغير (Y18) التي بلغت (٧٥.٥%) وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.92) (1.032) على التوالي وبنسبة استجابة بلغت (75.8%)، والذي نص على (تنصف إجراءات الكشف الطبي والتشخيص التي يحتاجها المراجع بالسرعة)، ويعود انخفاض تلك النسبة بسبب الزخم الحاصل على المستشفى وخاصة في قسم الطوارئ.

الجدول (٥) المؤشرات الإحصائية لبعء التوقيت

نسبة الاستجابة %	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مقياس الاستجابة										رمز المتغير	اسم المتغير
				لا اتفق بشدة (1)		لا اتفق (2)		اتفق الى حد ما (3)		اتفق (4)		اتفق بشدة (5)			
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
78.4	29.5 7	1.03 2	3.92	3.4	10	8.1	24	13.1	39	44.3	13 2	31.0 2	93	Y18	التوقيت
78.2	26.3 2	1.10 4	3.91	6.0	18	5.7	17	12.1	36	43.3	12 9	32.0 9	98	Y 19	
81.4	28.2 3	1.03 3	4.07	3.4	10	6.0	18	11.7	35	38.3	11 4	40.0 6	12 1	Y 20	
79.2	25.3 8	1.08 9	3.96	5.4	16	6.0	18	11.1	33	42.6	12 7	34.0 9	104	Y 21	
79.2	27.5	1.05 2	3.96	4.0	12	6.4	19	13.8	41	40.9	12 2	34.0 9	10 4	Y 22	
79.2 8	27.4	1.06 2	3.96 4	4.4 2		6.4 4		12.3 6		41.8 8		34.9		المعدل العام	
				10.86				12.36		76.78				المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

٥- بعد التركيز على المريض: يشير الجدول (٦) واقع بُعد تركيز على المريض في المستشفى المبحوثة المتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y23-Y28) بنسبة استجابة بلغت (78.66%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.93) بانحراف معياري قدره (1.10)، كما حققت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (اتفق، أتفق بشدة)، إذ بلغت (76%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة المتغير (Y23) التي بلغت (84.6%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (4.12) بانحراف معياري قدره (0.974) وبنسبة استجابة مقدارها (82.4%)، والذي نص على (يعمل العاملون في المستشفى على تلبية متطلبات المريض على نحوٍ فردي)، وتؤشر تلك النسبة إلى ارتفاع الاهتمام بالمرضى، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات الفرعية لبُعد التركيز على المريض للمتغير (Y25) التي بلغت (71.4%) وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.84) و(1.126) على التوالي وبنسبة استجابة بلغت (76.8%)، والذي نص على (تتوافر كل الادوية التي يحتاجها المريض في المستشفى) وتؤشر تلك النسبة إلى إعادة النظر في نظام التجديد للسيطرة على الخزيرين.

الجدول (٦) المؤشرات الإحصائية لبعث تركيز على المريض

نسبة الاستجابة %	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مقياس الاستجابة										رغم المتغير	اسم المتغير
				لا اتفق بشدة (1)		لا اتفق (2)		اتفق الى حد ما (3)		اتفق (4)		اتفق بشدة (5)			
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
82.4	23.64	0.974	4.12	3.0	9	5.7	17	6.7	20	45.3	135	39.3	117	Y23	التركيز على المريض
79.2	27.42	1.086	3.96	4.0	12	8.1	24	12.4	37	38.6	115	36.9	110	Y24	
76.8	29.32	1.126	3.84	5.7	17	7.7	23	15.1	45	39.9	119	31.5	94	Y25	
77.8	28.48	1.108	3.89	5.4	16	7.4	22	12.8	38	41.6	124	32.9	98	Y26	
80	29.47	1.179	4.00	7.0	21	6.4	19	8.1	24	36.9	110	41.6	124	Y27	
75.8	30.73	1.165	3.79	6.7	20	9.1	27	12.8	38	41.3	123	30.2	90	Y28	
78.66	28.17	1.10	3.93	5.3		7.4		11.3		40.6		35.4		المعدل العام	
						12.7		11.3				76		المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

٦- بعد العدالة: يعرض الجدول (٧) واقع بُعد العدالة في المستشفى المبحوثة المتمثلة بالمتغيرات الفرعية (Y29-Y34) بنسبة استجابة بلغت (79.16%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.95) بانحراف معياري قدره (1.05). وقد حققت أعلى نسبة في الإجابات عند المقياس (اتفق، اتفق بشدة) إذ بلغت (78.7%)، ومن المتغيرات التي أسهمت في إغناء هذه النسبة تمثلت بالمتغيرين (Y32) (Y33) التي بلغت (79.2%)، ويعزز ذلك قيمة الوسط الحسابي البالغة (3.97) و(3.98) بانحراف معياري قدره (1.069) (1.093) وبنسبة استجابة مقدارها (79.4%) (79.6%) على التوالي، إذ نص (Y32) على (تتمتع إدارة المستشفى بروح العدالة في معاملة المرضى وعدم التمييز بين مريض وآخر أثناء تقديم الخدمة الصحية)، كما نص (Y33) على (يتحدث العاملون في المستشفى مع المريض باللغة واللهجة التي يعرفها)، في حين كانت أدنى نسبة إسهام للمتغيرات الفرعية لبعد العدالة للمتغيرين (Y29) (Y31) التي بلغت (78.2%) وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري التي بلغت (3.94) و(1.045) على التوالي لمتغير (Y29)، أما (Y31) بلغت قيمة الوسط الحسابي والانحراف المعياري له (3.95) (1.004) على التوالي وبنسبة استجابة للمتغيرين (Y29) (Y31) بلغت (78.8%) (79%) على التوالي، والذين ينصان على (تتسم القرارات المتخذة في المستشفى بالإنصاف (الأخلاقية)) و(تراعى العادات والتقاليد التي يحملها المريض عند تقديم الخدمة).

الجدول (٧) المؤشرات الإحصائية لبعده العدالة

نسبة الاستجابة %	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مقياس الاستجابة										رمز المتغير	اسم المتغير
				لا اتفق بشدة (1)		لا اتفق (2)		اتفق الى حد ما (3)		اتفق (4)		اتفق بشدة (5)			
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
78.8	26.52	1.045	3.94	٤.٠	١٢	٧.٧	٢٣	١٠.١	٣٠	٤٦.٣	١٣٨	٣١.٩	٩٥	Y٢٩	العدالة
78.4	25.07	0.983	3.92	٤.٤	١٣	٤.٧	١٤	١٢.١	٣٦	٥٢.٠	١٥٥	٢٦.٨	٨٠	Y٣٠	
79	25.41	1.004	3.95	٣.٤	١٠	٧.٠	٢١	١١.٤	٣٤	٤٧.٣	١٤١	٣٠.٩	٩٢	Y٣١	
79.4	26.92	1.069	3.97	٥.٧	١٧	٤.٧	١٤	١٠.٤	٣١	٤٥.٦	١٣٦	٣٣.٦	١٠٠	Y٣٢	
79.6	27.46	1.093	3.98	٦.٠	١٨	٤.٧	١٤	١٠.١	٣٠	٤٣.٣	١٢٩	٣٥.٩	١٠٧	Y٣٣	
79.8	28.54	1.139	3.99	٦.٧	٢٠	٥.٠	١٥	٩.٧	٢٩	٣٩.٦	١١٨	٣٨.٩	١١٦	Y٣٤	
79.16	26.65	1.05	3.95	5.03		5.63		10.64		45.7		33		المعدل العام	المجموع
				10.66		10.64		78.7							

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

ويتبين لنا من خلال قيم الوسط الحسابي ونسبة الاستجابة أن أهم أهداف جودة الخدمة الصحية في المستشفى المبحوثة هو هدف التوقيت بدلالة قيمة الوسط الحسابي البالغة (٣.٩٦)، ونسبة استجابة بلغت (79.28%)، في حين أن هدف السلامة تبيّن أنه أقل الأهداف أهمية في المستشفى المبحوثة وذلك بدلالة قيمة الوسط الحسابي التي بلغت (٣.٧٧) ونسبة استجابة قدرها (٧٥.٥٢%) وكما موضحة في الجدول (٨):

الجدول (٨) الأهمية النسبية لأهداف جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الأفراد المبحوثين

ت	الهدف	الوسط الحسابي	نسبة الاستجابة %
1	التوقيت	3.96	79.28
2	العدالة	3.95	79.16
٣	تركيز على المريض	3.93	78.66
4	الفاعلية	3.88	77.76
٥	الكفاءة	3.87	77.54
٦	السلامة	3.776	75.52
	المؤشر العام	3.89	77.98

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

وبالتالي نرفض فرضية العدم التي تنص (لا تتوافر اهداف جودة الخدمة الصحية من منظور معهد الطب الأمريكي في المستشفى المبحوثة)، كون أن المؤشرة العام لنسبة الاستجابة هو (جيد).

ثانياً: تحديد مدى استجابة عينة البحث لأهداف جودة الخدمة الصحية في مستشفى بخشين

بهدف تحديد مدى استجابة عينة البحث للمتغيرات أبعاد جودة الخدمة الصحية تم استخدام اختبار (T-Test) وكما هو مبين في الجدول (٩):

الجدول (٩) نتائج الاختبار الإحصائي (T) لإجابات الأفراد المبحوثين على متغيرات البحث

اسم المتغير	رمز المتغير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T
السلامة	X1	3.8121	1.16266	56.600
	X2	3.7919	1.12082	58.403
	X3	3.7248	1.21361	52.983
	X4	3.7718	1.12589	57.831
	X5	3.7852	1.17530	55.597
الفاعلية	X6	3.9664	1.14836	59.625
	X7	3.8389	1.11051	59.676
	X8	3.8020	1.08451	60.519
	X9	3.8121	1.09710	59.983
	X10	4.0235	1.09918	63.189
الكفاءة	X11	3.9060	1.14499	58.890
	X12	3.8725	1.06229	62.929
	X13	3.7752	1.18341	55.069
	X14	3.8624	1.08146	61.653
	X15	3.9732	1.07275	63.936
	X16	3.9631	1.00268	68.231
	X17	3.7919	1.12082	58.403
	X18	3.9195	1.03160	65.588
التوقيت	X19	3.9128	1.10361	61.203
	X20	4.0671	1.03256	67.995
	X21	3.9530	1.08764	62.741
	X22	3.9631	1.05184	65.041
التركيز على المريض	X23	4.1208	0.97382	73.049
	X24	3.9631	1.08649	62.968
	X25	3.8389	1.12557	58.877
	X26	3.8926	1.10792	60.651
	X27	3.9966	1.17922	58.507
	X28	3.7919	1.16501	56.188
	X29	3.9430	1.04451	65.165
العدالة	X30	3.9228	0.98341	68.861
	X31	3.9530	1.00394	67.972
	X32	3.9664	1.06942	64.027
	X33	3.9832	1.09316	62.901
	X34	3.9899	1.13851	60.498

$$N = 298$$

$$\text{قيمة (T) الجدولية} = 1.968$$

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS26.

يظهر الجدول (٩) نتائج الاختبار الإحصائي (T) للمتغيرات (X1-X34) لإجابات الأفراد المبحوثين، ويتبين أن جميع المتغيرات الفرعية قد حققت توافقاً ضمن (السلامة) (الفاعلية) (الكفاءة) (التوقيت) (التركيز على المريض) (العدالة)، إذ كانت قيمة (T) المحسوبة لهذه المتغيرات أكبر من قيمتها الجدولية والبالغة (1.968) عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وبناء على ما سبق؛ تُرفض فرضية العدم الثانية التي تنص (لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية في إجابات الأفراد المبحوثين في تطبيق أبعاد الخدمة الصحية).

المبحث الرابع: الاستنتاجات والمقترحات

أولاً: الاستنتاجات

١. بين البحث عن توافر أهداف جودة الخدمة الصحية بنسبة استجابة جيدة، مما يدل على أن المستشفى تتماشى مع توجهات معهد الطب الأمريكي ومنظمة الصحة العالمية.
٢. أظهرت النتائج الإحصائية وجود فروق معنوية في إجابات الأفراد المبحوثين في تطبيق أبعاد الخدمة الصحية.
٣. حققت أهداف جودة الخدمة نسبة جيدة وعلى التوالي (التوقيت، العدالة، تركيز على المريض، الفاعلية، الكفاءة، السلامة).
٤. بين البحث بأن مؤشر السلامة لا بد من إعادة النظر فيه من حيث قياس ردود أفعال المرضى، مقارنة بالأبعاد الأخرى.
٥. أظهرت النتائج عن قلة توافر جميع الأدوية في المستشفى بسبب نفاذ الخزين.
٦. أظهر البحث تدني سرعة إجراءات الكشف والتشخيص بسبب الزخم الحاصل على المستشفى.

ثانياً: المقترحات

١. المقترح الأول: الاهتمام بالسلامة عبر توفير بيئة آمنة للموظفين والمرضى وتعزيز سلامة المرضى وتجنب الأخطاء الطبية مع تقديم المزيد من الخدمات الآمنة من خلال تنفيذ الآليات الآتية (التأكد من أن مقدمي الخدمات الصحية يتبعون الإجراءات والبروتوكولات الطبية، نشر ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية، استخدام أساور المريض لضمان التطابق السليم بين الدواء والمريض).
٢. المقترح الثاني: ضرورة الاهتمام بالفاعلية عبر تقديم خدمات الرعاية القائمة على المعرفة العلمية (الأدلة والبراهين) وتجنب قلة الاستخدام أو الإفراط في الاستخدام من خلال تنفيذ الآليات الآتية (ضمان وجود طاقم طبي وصحي مؤهل لضمان الاستخدام الفعال والأمن للتقنيات والأدوية).

٣. **المقترح الثالث:** التركيز المستمر والاستجابة السريعة للمرضى واحترام قيمهم وحاجاتهم من خلال تنفيذ الآليات الآتية (الاستماع إلى أسئلة ومخاوف المريض، إظهار التعاطف مع المريض، إخبار المريض بالطاقم الطبي الذي سيقوم برعايته، إعلام المريض عن الحالة الصحية، خيارات العلاج، المخاطر المترتبة من العلاج، النتائج المتوقعة من تلقي العلاج).
٤. **المقترح الرابع:** زيادة الاهتمام بجوانب الكفاءة، لتحقيق الاستغلال الأفضل للموارد المتاحة، وتجنب الإنفاق الإداري الذي يتجاوز ما هو ضروري، وتجنب الاستخدام غير الفعال وغير الضروري من خلال تنفيذ الآليات الآتية (التثقيف والتدريب العملي وتطوير المجتمع، تعزيز التحول من الأعمال الورقية إلى الأعمال الإلكترونية، تمكين العاملين وإشراكهم في التحسين).
٥. **المقترح الخامس:** ضرورة الاهتمام بالعدالة الصحية وضمان وصول جميع المرضى إلى خدمات الرعاية الصحية والاستفادة من تلك الخدمات بغض النظر عن الجنس، العرق، الدين، الدخل، من خلال تنفيذ الآليات الآتية (إنشاء قاعدة بيانات لذوي الدخل المنخفض، تقديم خصومات لذوي الدخل المنخفض وبنفس الحزمة من خدمات الدخل المرتفع، إعفاء الأيتام من رسوم الفحص والعلاج أو تخفيضها).

قائمة المصادر

- 1- AAOS, American Academy of Orthopaedic Surgeons, (2018), Critical Care Transport, Second Edition, Jones & Bartlett Learning, NY, USA.
- 2- Avlijas, T. (2019). A Concept Analysis of the Patient Experience in Acute Care (Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa).
- 3- Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century (Vol. 323, No. 7322, p. 1192). British Medical Journal Publishing Group.
- 4- Beattie, M., Shepherd, A., & Howieson, B. (2013). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? An integrative review. Journal of Research in Nursing, 18(4), 288-304.
- 5- Beckford, J. (2017). Quality: A critical introduction. Routledge. USA
- 6- Bobocea, L., Gheorghe, I. R., Spiridon, S. T., Gheorghe, C. M., & Purcarea, V. L. (2016). The management of health care service quality. A physician perspective. Journal of medicine and life, 9(2), 149.
- 7- Chletsos, M., & Saiti, A. (2019). Strategic Management and Economics in Health Care. Springer.
- 8- Crosby, P. B. (1985). Quality without tears. New American Library.
- 9- Deming, W. E. (1982). Out of the Crisis, reissue. MIT press, USA.
- 10- Edvardsson, B., & Tronvoll, B. (2022). The Palgrave Handbook of Service Management, Springer Nature Switzerland.
- 11- Ente, C., & Ukpe, M. (2022). Essentials for Quality and Safety Improvement in Health Care: A Resource for Developing Countries. Springer Nature.

- 12-Feigenbaum, A. V. (1991). Total quality control: McGraw-Hill. New York,USA.
- 13-Glare, P. G. (1982). Oxford Latin Dictionary (Vol. 22012). Oxford.
- 14-Gupta, B. C. (2021). Statistical Quality Control: Using MINITAB, R, JMP and Python. John Wiley & Sons.
- 15-Heizer, J., Render, B., Munson, C., & Sachan, A. (୨୦୨୦). Operations management: sustainability and supply chain management, Pearson Education Limited, United Kingdom
- 16-Hickey, J. V., & Giardino, Eileen R. (2022). Evaluation of health care quality for DNPs. Springer Publishing Company, NY, USA.
- 17-Howie J, Heaney D and Maxwell M (2004) Quality, core values and the general practice consultation: Issues of definition, measurement and delivery. Family Practice 21(4) 458–468.
- 18-Juran, J. M., & De Feo, J. A. (2010). Juran's quality handbook: the complete guide to performance excellence. McGraw-Hill Education.
- 19-Karuppan, C. M., Dunlap, N. E., & Waldrum, M. R. (2016). *Operations management in healthcare: strategy and practice*. Springer Publishing Company.
- 20-Lee, D., & Kim, K. K. (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. International Journal of Quality Innovation, 3(1), 1-15.
- 21-Mitra, A. (2021). Fundamentals of quality control and improvement. John Wiley & Sons, USA.
- 22-Muleta, Moti Faji,(2019), The Quality Of Health Services Delivery In Oromia Regional State, Ethiopia, University Of South Africa.
- 23-Nandan, S. (2010). Determinants of customer satisfaction on service quality: A study of railway platforms in India. Journal of public transportation, 13(1), 97-113.
- 24-Nash, D. B., Joshi, M., Ransom, E. R., & Ransom, S. B. (Eds.). (2019). The healthcare quality book: vision, strategy, and tools. Washington, DC: Health Administration Press.
- 25-National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide, National Academy of Sciences, Washington, USA.
- 26-Oakland, J. S. (2004). Oakland on quality management. Elsevier Butterworth-Heinemann, Burlington.
- 27-Omachonu, V. K. (2019). *Healthcare Value Proposition: Creating a Culture of Excellence in Patient Experience*. Productivity Press.
- 28-Pakdil, Fatma, Six Sigma for Students, A Problem-Solving Methodology, Springer Nature Switzerland.
- 29-Razzouk, D. (2017). Mental Health Economics. The Costs and Benefits of Psychiatric Care. Cham: Springer International Publishing.
- 30-Shah, R. K., & Godambe, S. A. (2021) Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare.
- 31-Suarez, J. (1992). Gerald: Three Experts on Quality management. Crosby, Deming and Juran, TQL Publication, (92-02).
- 32-Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H., & Pant, V. (2019). A review of healthcare service quality dimensions and their measurement. Journal of Health Management, 21(1), 102-127.

- 33- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ quality & safety*, 23(8), 670-677.
- 34- Tricker, R. (2019). *Quality management systems: A practical guide to standards implementation*. Routledge, NY, USA.
- 35- Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49.
- 36- Nelson, Ramona., & Staggers Nancy. (2018). *Health Informatics: An Interprofessional Approach*. *St Louis, MO: Elsevier, Amsterdam, Dutch*.