

تقييم واقع جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية
دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في دائرة صحة صلاح الدين (*)

الباحث: عمر نايف أحمد
كلية الإدارة والاقتصاد
جامعة تكريت
Omar@yahoo.com

م.د. ثامر عكاب حواس
كلية الإدارة والاقتصاد
جامعة تكريت
Thamer2012@tu.edu.iq

المستخلص

يهدف البحث إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين في مستشفى صلاح الدين العام في مدينة تكريت، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً للمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة) يتكون مجتمع البحث من الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين العام، وشملت العينة 94 طبيباً من أصل 136 طبيباً، أي ما نسبته 70% من عموم الأطباء في مجتمع البحث. استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي وتكونت الاستبانة من 27 فقرة مقسمة إلى خمسة مجالات وهي أبعاد الجودة بالإضافة للمعلومات العامة، وقد أظهرت النتائج إن استجابات عينة البحث نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين كانت متوسطة في البعدين الأول والثاني وعالية في الأبعاد الثلاثة الأخرى، ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على بعض الفقرات والتي تعزى لمتغير الجنس، بالإضافة إلى بعض الفروق المعنوية التي تعزى للخبرة وللتحصيل الدراسي، وقدم البحث مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير مستلزمات العمل بنظام الأرشفة الإلكترونية، وتدريب العاملين لاستخدام الحاسوب في تنظيم مراجعات المرضى، وحث الإدارة على العمل على تذليل الصعوبات التي يواجهها العاملين والمراجعين في وصولهم إلى المستشفى.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمات الصحية، قياس الجودة، مستشفى صلاح الدين العام

Evaluation the reality of the services quality provided in health institutions/An exploratory study of the opinions of a sample of workers in the Salah Al-Din Health Department

Lecturer Dr. Thamer Akab Hawass
College of Administration and Economics
Tikrit University

Researcher: Omar Nayef Ahmed
College of Administration and Economics
Tikrit University

Abstract:

The aim of the research is to identify the level of quality of actual services perceived by workers at Salah Al-Din General Hospital in Tikrit city. To find out that there are differences in their responses depending on the variables (gender, age, academic qualification, number of years of service) and the research community is consists of doctors working in General Salah Al-Din Hospital. The sample included 94

(*) البحث مستل من رسالة الدبلوم العالي للتخطيط الاستراتيجي الموسومة: تقييم واقع جودة الخدمات الصحية/دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في دائرة صحة صلاح الدين.

doctors out of 136 doctors, i.e. 70% of the general population in the research community. The researchers used the descriptive approach and the SERVPERF scale to measure the quality of perceived and actual services. The questionnaire consisted of 27 items divided into five areas, namely the dimensions of quality (Tangibility, Reliability Responsiveness, Safety, Empathy). In addition to general information. The results showed that the responses of the research sample towards measuring the quality of actual and perceived services by workers, it was moderate in the first and second dimensions and high in the other three dimensions. There were found statistically significant differences in some paragraphs that are attributed to the gender variable, in addition to some significant differences attributed to experience and achievement. The research presented a set of recommendations, including working on providing hospital supplies, whether it was from modern devices or equipment, providing work requirements with an electronic archiving system, and training workers to use the computer in organizing patient reviews. And urging the management to work on overcoming the difficulties faced by workers and auditors in their arrival to the hospital.

Keywords: Health Services Quality, Quality Measurement, Salah Al-Din General Hospital.

المقدمة

أصبح مفهوم الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسية والحاسمة التي تضمن رضا المستهلك وولائه من خلال منتجات ذات جودة عالية، فإن تحسين الجودة هو خطوة ضرورية تقود إلى تسليم فعال للخدمات لكون التحديات البيئية تحتل الخدمات العامة فيها مكانة لا يستهان بها كما أن النموذج التقليدي لتسليم الخدمات المماثلة إلى مستهلكين ليس لهم صوت أو إن تأثيرهم محدود لم يعد قائماً. ولقد شهدت الفترة الأخيرة من العقد الماضي تغيرات رئيسية في إدارة القطاع العام وكذلك وبأهمية مساوية لها ظهور مصطلح (جودة الخدمة) وذلك من خلال مبادئ الجودة الشاملة حيث أخذت بعض منظمات القطاع العام بإتباع استراتيجيات مختلفة لتحسين الجودة دون منظور كلي أو خطة متكاملة، فبدأت بعضها تطبيق حلقات الجودة، وطبقت في أخرى فرق المشروع، وضمان الجودة. لذا فإن النظام الصحي المتكامل يعني نظاماً تنموياً فعالاً بالضرورة وعلى الدول التي تتطلع إلى النمو والتقدم فعلها الاهتمام بالجوانب الطبية من خلال الإنفاق على البنى التحتية وعلى الخدمات المتعلقة بها مثل الصحة والتعليم، والواقع أن الخدمات التي يقدمها قطاع صحي فعال تميل إلى التكاملية والشمولية من حيث أنها ينبغي أن تكون وقائية وعلاجية، وترى منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة إن فاعلية أي نظام صحي إنما تعتمد على توافر مؤسسات طبية قادرة ومؤهلة ومستعدة على الدوام لمساعدة الكادر الطبي في تشخيص حالات المرض، ذلك أن دور هذه المؤسسات في هذا المجال بالذات أصبح من الحيوية والأهمية بحيث لا يمكن تقديم رعاية صحية لائقة في غيابه. يعد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية ليس موضوعاً جديداً، لكن الجديد في الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة، وكذلك في وضع المعايير الملائمة وتقويم مستويات الأداء والمحافظة على مستويات عالية من الأداء الإداري والفني من خلال تطبيق تلك البرامج، وعليه فإن البحث الحالي يسعى إلى قياس وتقييم مستوى الخدمات المقدمة للمجتمع من قبل المستشفيات والمراكز الصحية ذات الاختصاص العام في مدينة تكريت. وبذلك يمكن القول بأن البحث الحالي استهدف التركيز

على موضوع الجودة الصحية في مستشفى صلاح الدين العام واشتمل البحث أربعة مباحث، تناول المبحث الأول منهجية البحث أما الثاني فتناول الإطار النظري لجودة الخدمة الصحية، فيما تناول المبحث الثالث الإطار الميداني للبحث، أما المبحث الرابع فقد تضمن الاستنتاجات والمقترحات المتصلة بموضوع البحث.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للبحث

أولاً. مشكلة البحث: اكتسب مفهوم جودة الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية للإنسان نظراً لارتباطها الوثيق بكيانه النفسي والجسدي، وتزداد أهميتها في العالم الثالث، حيث الرعاية الصحية في أدنى مستوياتها، وارتباط الأمراض بعوامل إضافية تساعد على انتشارها، وتزيد من صعوبة معالجتها، كالفقر والجهل ونقص المستلزمات وعدم توافر الأدوية والأطباء، مما دفع الكثير من المؤسسات ذات الصلة ولاسيما المستشفيات تقوم ببحوث ودراسات كثيرة ودائمة عن مستوى الخدمات التي تقدمها، وما هي سبل تحسين مستواها، وقد تكون معاناة المؤسسات الصحية ناتجة لأسباب داخلية تتعلق بضعف الإمكانيات المادية والبشرية، وأسباب خارجة عن إرادة المؤسسات تتعلق بقلة التخصيصات المالية المخصصة لتطوير المؤسسات الصحية بشكل عام وكذلك ضعف وعي أفراد المجتمع صحياً.

وعليه تكمن مشكلة البحث بالسؤالين الآتيين:

1. ما هو مستوى جودة الخدمات الفعلية المقدمة من قبل الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين العام في مدينة تكريت؟
 2. هل يختلف مستوى جودة الخدمات الفعلية المقدمة من قبل الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين العام في مدينة تكريت تبعاً للمتغيرات (جنس المبحوث، العمر، سنوات الخدمة)؟
- ثانياً. أهمية البحث:** تتجلى أهمية البحث في التعرف على جودة الخدمة الصحية ومدى وعي مدراء المؤسسات الصحية لأهمية جودة الخدمات الصحية ومستوى استعدادهم لتطوير عمل مؤسساتهم لضمان تحقيق الجودة المنشودة.
- ثالثاً. أهداف البحث:** يهدف البحث إلى:

1. معرفة مدى اهتمام إدارة المؤسسات الصحية بمفهوم جودة الخدمات.
2. تقديم إطار نظري يبين مفهوم جودة الخدمات الصحية وأهميتها والاستفادة من مزاياها لتطوير عمل المؤسسات الصحية.

رابعاً. فرضية البحث: تستند فرضيات البحث وتبعاً لمشكلة البحث لعدة فرضيات هي:

1. تتوافر أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفى المبحوث.
 2. تتباين أبعاد جودة الخدمات الصحية في تحقيق الجودة الفعلية من وجهة نظر الأطباء المبحوثين تبعاً للمتغيرات (جنس المبحوث، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخدمة).
- خامساً. الأساليب الإحصائية للبحث:** بعد الانتهاء من مرحلة تصميم الاستمارة وإخضاعها لاختبارات الصدق والثبات تأتي مرحلة معالجة هذه البيانات وتحليلها من أجل اختبار صحة الفرضيات المطروحة، لذلك فقد تم استخدام أساليب إحصائية مستندة إلى برنامج (SPSS) التي يمكن تصنيفها على النحو الآتي:

1. التكرارات: لاستعراض الإجابات الخاصة بالمبحوثين.
2. النسب المئوية: لبيان نسبة الإجابة عن متغير معين من مجموع الإجابات.
3. الوسط الحسابي: لعرض متوسط الإجابات عن متغير معين.

4. الانحراف المعياري: يظهر تشتت الاستجابات عن الوسط الحسابي لها.
 5. اختبار F: للتحقق من صحة النموذج.
 6. معامل ألفا كرونباخ لتحديد درجة ثبات أداة القياس في البحث.
- سادساً. حدود البحث:** تتمثل حدود البحث بما يلي:
1. الحدود المكانية: انحصرت الحدود المكانية في مستشفى صلاح الدين العام.
 2. لحدود البشرية: شملت الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين.
 3. الحدود الزمنية: انحصرت الحدود الزمنية للبحث بالمدة المقررة لإعداد الرسالة من (2020/5/1) إلى (2020/9/1).

سابعاً. أداة البحث: اعتماداً على أدبيات البحث العلمي والدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، تم تبني أداة البحث في دراسة (مصلح، 2012) واستخدام مقياس (Servperf) لجمع البيانات من عينة البحث بواسطة الاستبانة التي شملت 27 فقرة موزعة إلى خمسة أبعاد كما في الجدول (1) الآتي:

الجدول (1): توزيع فقرات الاستبانة وفق مجالات البحث

ت	المجال	الرمز	عدد الفقرات	تسلسل الفقرات
1	الملموسية	A	6	1-6
2	الاستجابة	B	6	7-12
3	الاعتمادية	C	5	13-17
4	التعاطف	D	5	18-22
5	الضمان	E	5	23-27
المجموع			27	

المصدر: من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25
ثامناً. منهج البحث:

1. جمع البيانات وتحليلها: اتبع البحث المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملائمته لطبيعتها حيث يتم في هذا المنهج جمع البيانات وإجراء التحليل الإحصائي لاستخراج النتائج المطلوبة.
2. صدق الأداة: تم عرض أداة البحث على تسعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في جامعة تكريت وجامعة الموصل، وأوصوا بصلاحيتها بعد إجراء بعض التعديلات، وقد تم إجراء تلك التعديلات وإخراج الاستبانة بصورتها النهائية.
3. ثبات الأداة: للتحقق من ثبات الأداة قام الباحثان بحساب معامل الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، والجدول (2) الآتي يوضح ثبات الأداة وفقاً لأبعادها:

الجدول (2): ثبات الأبعاد وفق معامل ألفا كرونباخ

ت	الأبعاد	الرمز	قيمة الثبات
1	الملموسية	A	0.856
2	الاستجابة	B	0.779
3	الاعتمادية	C	0.715
4	التعاطف	D	0.742
5	الضمان	E	0.715
المعدل			0.762

المصدر: من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25

تشير نتائج الثبات وفق معادلة ألفا كرونباخ في الجدول (6) إلى أن جميع الأبعاد كانت ثابتة وبنسبة أكبر من 70% وبمتوسط (76%) وهذه قيمة صالحة للتحليل لكونها مقبولة إحصائياً.

المبحث الثاني: الإطار النظري للبحث

أولاً. مفهوم جودة الخدمة الصحية: شهد العصر الحالي الكثير من التقدم في مختلف ميادين الحياة وإن الإدارة هي أحد تلك الميادين التي تطوّرت فيها الدراسات والبحوث، وقد ترتّب على هذا التقدم الوصول إلى مفاهيم وتقنيات جديدة، ومن هذه المفاهيم هي الجودة، وقد وردت الجودة في معجم اللغة العربية مشتقة من الفعل الثلاثي (جادّ) والذي بأنه صار جيداً، وفي اللغة الإنكليزية، يعرف قاموس أكسفورد الجودة بأنها (درجة الامتياز) (محبوب، 2002: 14).

وقد كانت جهود الجودة كلها تركز على الرعاية السريرية بالمستشفيات وكانت علاقة الطبيب بالمريض هي محور الجودة ثم تطور هذا المفهوم وأصبحت علاقة الخدمة ككل بالمريض بما يعني بروز أهمية دور باقي أفراد الفريق الصحي والإداري والخدمات المساندة في الجودة، فمثلاً، يمكن لجراح ذي كفاءة عالية إجراء جراحة ناجحة ولكن نظراً لضعف الخدمة التمريضية بعد العملية تحدث مضاعفات تؤثر على النتائج النهائية للجراحة وبالتالي جودة الخدمة (كرادشة، 2012: 30-33).

وقد عرفها البكري بأنها "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ" ونلاحظ في هذا التعريف بأن الخدمة ولكي تحظى برضا المتلقي يجب أن تقدم دون خطأ، ولعل هذا الأمر يكون في الخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر تقدم به الخدمات، وهذا يعني تأكيد مسألة الجودة في تقديم الخدمة وهو بحد ذاته يمثل استراتيجية متقدمة للمستشفيات عند تقديمها للخدمات الصحية للمواطنين (بودربالة، 2012: 17). إن الخدمة الصحية هي مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاً للمستفيد (بواعنة، 2004: 68-70):

أما مفهوم الجودة في الخدمات فيتم التعبير عنها بوجهات نظر داخلية وخارجية، فوجهة النظر الداخلية تركز على الالتزام بالقوانين والمواصفات والقواعد التي تقدم الخدمة على أساسها، أما وجهة النظر الخارجية تعبر عن جودة الخدمة المنتظر وقوعها من قبل المستفيدين وتعبر عن حاجاتهم واتجاهاتهم بمقابل ما يقدم لهم من خدمة (الديوه جي، عبدالله، 2003: 12).

ونظراً لذلك نجد أن الجودة تحتل مكانة مهمة في الخدمات بصورة عامة والصحية بصورة خاصة وعلى أساس هذه الجودة يتم تعامل الفرد مع المنظمة الخدمية دون غيرها، إذ تعرف بأنها "هي الطريقة أو الكيفية التي تجعل المستفيد من الخدمة الصحية يشعر بالاهتمام والخصوصية من خلال حصوله على الخدمة الصحية، وذلك من خلال الوصول إلى الرضا والإشباع المطلوب (الحازم، 2001: 1).

إن أول من استخدم وبشكل عملي مفهوم جودة الخدمات الصحية في مجال الطب ممرضة بريطانية كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية، وذلك بإدخالها معايير بسيطة في أداء إلى عملها مما أدى إلى انخفاض وبصورة ملحوظة في عدد الوفيات في تلك المستشفيات، وفي سنة 1905 تم وضع تلك المعايير في كليات الطب الأمريكية، إلا أن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا بعد الحرب العالمية الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين المعايير المحددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم

إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1952، وظهر في سنة 1987 مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية (Overtveit, 1998: 17).

وعرفها (Kotler, 2012: 455) بأنها مجموعة من المواصفات التي لها التمكن من إشباع حاجات ورغبات المستفيدين من الخدمة وهذا بواسطة الخدمات تكون متوافقة مع توقعات المستفيدين.

وفي الحقيقة إن إعطاء توضيح لجودة الخدمة الصحية من الأمور المعقدة لأن هناك العديد من أوجه الخدمات الصحية التي تكون في أغلب الأحيان غير جلية للأطراف المعنية بها، وأيضاً لا تتشابه مع وجهات النظر بين المريض وإدارة المستشفى لذا سوف يحاول كل طرف إعطاء تعريف لجودة الخدمة الصحية من وجهة نظره الخاصة وكما يأتي (زيدان، 2012: 3):

1. المريض: إن ما توفره المستشفى من معالجة فهي متممة بالاحترام والمودة.
 2. الطبيب: العمل بكل جهده وبكل العلوم الأكثر تقدماً وبكل المهارات الصحية في خدمة المريض.
 3. إدارة المستشفى: جلب أفضل العاملين ووضع التسهيلات اللازمة لخدمة المريض.
 4. التمكين والمساحة الجغرافية التي يتواجد فيها المستشفى مقدم الخدمة.
- أما من وجهة نظر (Nzanira, 2002: 1) فقد بيّن بأن جودة الخدمة الصحية يجب أن تراعى من وجهتي نظر المستفيد ومقدم الخدمة:

1. **وجهة نظر المستفيد:** الجودة بالنسبة للمستفيد هي مطابقة تلك الخدمات المقدّمة مع توقعات المستفيد نفسه وعليه فإن المريض عندما تقدّم له خدمة جيدة فإنه سوف يستجيب للعلاج بشكل أفضل.
2. **وجهة نظر مقدم الخدمة الصحية:** الخدمة الصحية هي زيادة في المهارات والخبرات اللازمة والظروف المناسبة، وذلك من أجل تقديم خدمة جيدة للمريض وتحسين حالته الصحية. وحتى نهاية القرن الماضي كانت معايير الجودة تستخدم في مستشفيات الدول المتقدمة، وإن مما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وخاصة عند الأطفال، ومنذ عام 1986 بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى مثل مشروع "بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية" باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية (Harteloh, 2003: 260). ومن خلال ما تقدّم من مفاهيم جودة الخدمة الصحية يتفق الباحثان إن هناك عدة أوجه تشابه بينها وهي:

1. يجب أن يكون لدى مقدّم الخدمة الصحية الخبرة والمهارة اللازميتين.
2. سهولة الحصول على الخدمة الصحية.
3. يجب أن تتوفر الخدمة الصحية بالوقت والكلفة المناسبين.
4. يلزم أن تكون الخدمة الصحية متلائمة مع احتياجات ورغبات المريض.
5. أن تكون الخدمة مشابهة بالحد الأدنى إذا ما تكون متفوقة عما تقدمه المستشفيات المشابهة وليست بعيدة عن المستوى العالمي لتلك الخدمة.

من خلال ما تقدّم نرى إن جودة الخدمة الصحية، هي عملية تلبية حاجات ورغبات المستفيدين الداخليين والخارجيين ونقصد بالمستفيد الخارجي هو المريض أما المستفيد الداخلي فهو العامل الصحي بما يسهم في تحقيق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية.

ثانياً. أهمية جودة الخدمة الصحية: جودة الخدمة الصحية هي أساسية ومهمة في نجاح المنظمة الصحية سواءً كانت كبيرة أو صغيرة أو متوسطة، فإن جودة الخدمة الصحية (الدليمي، 2005: 32):

1. تساعد على نمو واستقرار المنظمة الصحية.
2. تعمل على تلبية حاجات ورغبات المريض.
3. تشارك في رفع كفاءة المنظمة الصحية.
4. تساعد على تقليل كلفة إنتاج الخدمات الصحية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد.
5. تعاون المنظمة على الاستحواذ على الأفضلية النسبية قياساً بالمنظمات المنافسة.

وأكد (Bounding et al., 1993: 7-27) على أن الجودة هي ركيزة مهمة وأساسية

في مجال الخدمة الصحية كما يأتي:

1. تساعد على جذب الكثير من المرضى.
 2. جعل المنظمة تتمتع بأفضلية تنافسية.
 3. تعظيم نسبة الاحتفاظ بالمرضى.
 4. رفع المستوى المالي للمنظمة الصحية.
 5. الرفع من مستوى تقديم الخدمة الصحية.
- ومن أبرز المؤشرات التي من خلالها يمكن الاستدلال على أهمية جودة الخدمة الصحية هو ما يأتي (لغواطي، 2017: 33):

- أ. لقد ارتبط مفهوم الجودة والخدمة ارتباطاً كبيراً حتى أصبح من الضروري اعتماد مقاييس معينة لمعرفة مستوى الرضا المتحقق لدى المريض من خلال هذا الترابط.
- ب. وجود أبعاد رئيسية معتمدة كأساس في القياس والتأثير للاستدلال عن مستوى الجودة.
- ج. إن جودة الخدمة الصحية هي مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض الذي يعد مستهلكها الوحيد عن الخدمة المقدمة من قبل أي مؤسسة صحية، كما تقيس مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة.

ثالثاً. خصائص جودة الخدمة الصحية: هناك مجموعة من الخصائص التي تميز جودة الخدمات الصحية وهي كما يأتي (البكري، 2005: 59).

1. خدمات المركز الصحي تمتاز بكونها عامة للجمهور وتقدم لجميع الأطراف سواءً كانوا أشخاصاً أو منظمات.
2. وجود التواصل المباشر وغير المباشر مع المريض لأن الخدمة الصحية لا يمكن الاستفادة منها إلا بحضور المريض نفسه للفحص.
3. يكون من الصعب على إدارة المستشفيات الاعتماد في عملها على نفس المعايير التي تطبق في خدمات أخرى.
4. جمع الطاقات الإدارية والطبية بوقت مبكر وذلك لأجل تقديم الخدمة الصحية وتسليمها إلى طالبيها.
5. القوانين والتشريعات تؤثر على عمل المنظمات الصحية بشكل عام والمستشفيات خاصة.
6. قوة اتخاذ القرارات تكون موزعة بين مجاميع على عكس منظمات الأعمال الأخرى التي تكون قوة القرار تتركز في الإدارة العليا.

رابعاً. أهداف جودة الخدمة الصحية: تمكّن الكثير من الباحثين من تحديد أهداف جودة الخدمة الصحية وتباينت تلك الأهداف كلا حسب وجهة نظره، وقد اتفقت وجهة نظر الباحثان مع وجهة نظر (سعد، 2004: 131):

1. تحقيق مستوى إنتاجية أفضل: المقصد الرئيسي من تطبيق الجودة هو تقصي المستوى الأفضل من الخدمات الصحية والخدمات الأخرى التي تقدم إلى المريض، وأيضاً الاستخدام الأمثل للموارد والاستفادة القصوى من الأنظمة الطبية إضافةً إلى تقليل التكاليف المخصصة للخدمات الصحية.
2. كسب رضا المريض: إن القيم الجوهرية لإدارة الجودة يجب أن تتوفر في المنظمة الصحية التي تعمل على تطبيق نظم الجودة، وهكذا يتم تطوير العمل وبالنهاية يؤدي إلى كسب رضا المريض ومن تلك القيم:

- ❖ خدمة المريض وتحقيق رضاهم.
 - ❖ حث ودعم الإدارة الفريدة للعاملين.
 - ❖ التعاون في تقليل الأعمال التي لا تتصف بالجودة.
 - ❖ العمل على تقصي توقعات المريض وجعلها من الأولويات.
 - ❖ تقصي رغبات واحتياجات المريض.
3. رفع معنويات الأشخاص العاملين: المنظمة الصحية القادرة على إعطاء عاملها الثقة بالنفس وجعلهم يحسون بأنهم أشخاص يتمتعون بالكفاءة والفاعلية وهكذا يؤدي إلى رفع معنوياتهم وذلك يؤدي بالاستحواذ على أفضل النتائج، وإن مشاركة العاملين في صنع القرار وحل المشاكل التي تجابه المنظمة كل ذلك يؤدي إلى تحرير الطاقات لديهم والعمل بإبداع وينعكس ذلك في رفع مستوى كفاءة المنظمة الصحية.

خامساً. مبادئ تحقيق جودة الخدمة الصحية: من أجل الوقوف على جودة الخدمات الصحية المقدمة فقد اعتمدت المبادئ الرئيسة الآتية للجودة (المتراس، 2009: 37):

1. دعم الإدارة العليا: وذلك من خلال:
 - ❖ العمل على تحفيز الأفراد العاملين بالعمل على أساس الجودة.
 - ❖ العمل على تخصيص موارد كافية لتحقيق الجودة.
 - ❖ إقرار الجودة وفوائدها.
2. إدارة الموارد البشرية: إن إدارة الموارد البشرية هي التي تكون مسؤولة عن تحسين سلوك الأفراد العاملين وتنقيح عملهم بأنظمة الجودة وتحسيس الأفراد على طرح الأفكار المبدعة والتشجيع على فرق العمل.
3. العلاقة بالموردين: وهذا بالاعتماد على:
 - ❖ وجود الثقة بين الطرفين.
 - ❖ توفر اتصال بين المنظمة والمورد على نحو دائم.
 - ❖ انتقاء عدد معين من الموردين الذين يتمتعون بسمعة طيبة ويكون الانتقاء على أساس الجودة وليس على أساس السعر.
4. العلاقة بالمستفيد نفسه: وجود رابطة جيدة ومفتوحة على المستفيد والمحافظة عليها بصورة متواصلة أي أنه يمكن أن يمد المنظمة بمعلومات.

5. جو العمل: وجود صلات غير جيدة بين العاملين ومتخذي القرار له تأثير مباشر في رابطة الأفراد ويؤثر على نحو سلبي على الجودة وبذلك يلزم إعطاء الفرد الإمكانية بحيث يشعر بالثقة العظيمة بالمنظمة الصحية ويجب أن يكون هناك طواعية بالعمل.

سادسا. أبعاد جودة الخدمة الصحية: لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد التي تحدد مستوى جودة الخدمة، إذ يرى (صوان Swan) و(كومب Comb) إن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما (المحياوي، 2006: 92):

❖ **الجودة المادية الملموسة:** وهي الجودة التي يلمسها العميل حال حصوله على الخدمة.

❖ **الجودة التفاعلية:** وهي الجودة التي تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء.

وقد توصل باراسرمان وزملاؤه إلى تطوير عشرة أبعاد للجودة وهي التي تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراك العميل (المحياوي، 2006: 5-6) وقد تم دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد والتي يتفق الباحثان من وجهة نظره مع هذه الأبعاد وهي كما أشار إليها (الشميمري، 2001: 281):

1. **الاعتمادية:** وهي القدرة على تقييم الخدمة في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.
 2. **الاستجابة:** وهي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوى والاقتراحات والمبادرة في تقديم الخدمة بصدور رجب، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة.
 3. **الضمان:** وتعني الاطمئنان لخلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، ويشمل الاطمئنان النفسي والمادي، وهذا البعد يمثل 19% كأهمية نسبية في الجودة.
 4. **التعاطف:** وهو إبداء روح الصداقة والحرص على العميل وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة.
 5. **الملموسية:** ويرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة، ومن ذلك التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني والبيئة، مظهر العاملين وحدثات الآلات، وهذا البعد يمثل 16% كأهمية نسبية في الجودة.
- سابعا. قياس جودة الخدمات الصحية:** لقد أصبح قياس جودة الخدمة الصحية ضرورة ملحة، حيث يجب أن يؤخذ بنظر الاعتبار الغرض من القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها، ويجب الإشارة إلى أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية هما (الشريف، 2008: 14):

1. **العنصر التقني:** ويتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الطبية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.
2. **العنصر الإنساني:** ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرض بشكل خاص، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى، وأيضاً من ناحية مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة باعتبارها مكملات لجوانب الاجتماعية والنفسية.

المبحث الثالث: الإطار العملي للبحث

أولاً. النتائج المتعلقة بأبعاد جودة الخدمات الصحية إن نص التساؤل الأول لمشكلة البحث هو (ما هو مستوى جودة الخدمات الفعلية من قبل الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين العام في مدينة تكريت؟) ومن أجل الإجابة عليه كان لا بد من استخراج متوسطات الاستجابة لكافة الأبعاد وحسب فقرات كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية وكما يأتي:

1. **النتائج المتعلقة ببعد الملموسية:** يرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة مثل: (التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني والبيئة، مظهر العاملين وحدثة الآلات) تشير النتائج إلى تباين درجات الاستجابة ما بين المتوسطة والعالية، أما متوسط الاستجابة لكامل استجابات البعد فقد كان (3.329) وبانحراف معياري قدره (±1.114) وكانت درجة الاستجابة للبعد بالكامل (متوسطة) ما يعني بأن إدارة المستشفى بحاجة لمزيد من العمل على رفع معدلات الخدمات الملموسة المقدمة للمرضى، وتفسر لنا قيمة الانحراف المعياري المرتفعة تشتت الإجابات على فقرات هذا البعد إذ نلاحظ ارتفاعها عند جميع الفقرات بالإضافة لارتفاعها عند المعدل لكامل البعد.

2. **النتائج المتعلقة ببعد الاستجابة:** يعني هذا البعد قدرة المنظمة على التعامل الفعال مع الشكاوى والاقتراحات والمبادرة في تقديم الخدمة بصدر رحب، أما متوسط الاستجابة لكامل بعد (الاستجابة) فقد كان (3.305) وبانحراف معياري قدره (±1.013) وكانت درجة الاستجابة للبعد بالكامل (متوسطة) ما يعني بأن إدارة المستشفى بحاجة لمزيد من العمل على رفع معدلات سرعة الاستجابة في تقديم الخدمات الطبية للمرضى، ومن الجدير بالذكر بأن درجة تشتت الإجابات على فقرات هذا البعد على الرغم من أنها مرتفعة إلى أنها أقل تشتتاً من البعدين السابقين.

3. **النتائج المتعلقة ببعد الاعتمادية:** يعني هذا البعد قدرة المستشفى على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات، أما متوسط الاستجابة لكامل استجابات البعد فقد كان (3.410) وبانحراف معياري قدره (±1.007) وكانت درجة الاستجابة للبعد بالكامل (عالية) ما يعني بأن إدارة المستشفى تحقق نسبة عالية في بعد الاعتمادية لكنها تحتاج لبعض الإجراءات البسيطة لتحقيق جودة عالية فيه، وتشير قيم الانحراف المعياري إلى أن الإجابات على فقرات هذا البعد هي أقل تشتتاً من الأبعاد السابقة.

4. **النتائج المتعلقة ببعد التعاطف:** يعني هذا البعد التحلي بروح الصداقة والحرص على المريض وإشعاره بأنه مهم والرغبة في خدمته حسب احتياجاته، أما متوسط الاستجابة لكامل استجابات البعد فقد كان (3.461) وبانحراف معياري قدره (±0.894) وهو أقل من الواحد الصحيح لجميع الفقرات وهذا يعني بأن الإجابة على فقرات هذا البعد كانت أقل تشتتاً من جميع الأبعاد الأخرى وكانت درجة الاستجابة للبعد بالكامل (عالية) ما يعني بأن إدارة المستشفى تحقق نسبة عالية في بعد التعاطف وهذا يتفق مع مواصفات شخصية المواطن العراقي الذي يتسم بالعاطفية وحسب المساعدة والكرم، إلا أن المستشفى تحتاج لبعض الإجراءات البسيطة لتحقيق جودة عالية في هذا البعد.

5. **النتائج المتعلقة ببعد الضمان:** ويعني الاطمئنان، أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، ويشمل الاطمئنان النفسي والمادي، أما متوسط الاستجابة لكامل استجابات البعد فقد كان (3.548) وبانحراف معياري قدره (±0.917) وكانت درجة الاستجابة للبعد بالكامل (عالية) ما يعني بأن إدارة المستشفى تحقق نسبة عالية في بعد الضمان لكنها تحتاج لبعض الإجراءات البسيطة لتحقيق

جودة عالية فيه، وتشير قيم الانحراف المعياري إلى أن الإجابات على فقرات هذا البعد هي أقل تشتتاً من جميع الأبعاد باستثناء بعد التعاطف.

6. **خلاصة النتائج لكافة الأبعاد:** تبين النتائج في الجدول (3) بأن أقل متوسط استجابة كان في بعد الملموسية وإن أعلى متوسط استجابة كان في بعد الضمان، وإن متوسط الاستجابة يرتفع بصورة تصاعدية من البعد الأول حتى الخامس، وإن درجة الاستجابة للبعدين الأول والثاني كانت متوسطة استناداً للأوزان المعتمدة من قبل الباحثان، أما الأبعاد الثالث والرابع والخامس فقد كانت درجة استجابتهم عالية. وتشير النتيجة للإجابات كاملةً لكافة الأبعاد بأن درجة استجابة العينة كانت متوسطة الاستجابة إذ بلغ (3.404) وبانحراف معياري قدره (±1).

الجدول (3): المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري ودرجات الاستجابة لكافة الأبعاد

ت	الأبعاد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
1	الملموسية	3.329	1.114	متوسطة
2	الاستجابة	3.305	1.013	متوسطة
3	الاعتمادية	3.410	1.007	متوسطة
4	التعاطف	3.461	0.894	متوسطة
5	الضمان	3.548	0.917	متوسطة
	معدل الأبعاد بالكامل	3.404	1.000	متوسطة

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

ثانياً **نتائج البحث تبعاً للمتغيرات:** إن نص التساؤل هو (هل يتباين مستوى جودة الخدمات الفعلية من قبل الأطباء العاملين في مستشفى صلاح الدين العام في مدينة تكريت تبعاً للمتغيرات (العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخدمة)؟ وبذلك سوف نختبر الفرضيات الفرعية الأربعة ومن أجل الإجابة عليه فقد استخدمنا لغرض ذلك تحليل التباين الأحادي، إذ إن الفرضية العدمية لهذا الاختبار هي $(\alpha < 0.05)$ أي عندما تكون القيمة الاحتمالية (Sig) أكبر من (0.05) يعني ذلك عدم وجود فروق معنوية، والفرضية البديلة هي $(\alpha > 0.05)$ أي عندما تكون القيمة الاحتمالية (Sig) أصغر من (0.05) يعني ذلك وجود فروق معنوية وكما يأتي:

1. **النتائج المتعلقة بمتغير الفئة العمرية:** تشير النتائج الوصفية لعينة البحث استناداً للفئة العمرية بأن نسبة (72.6%) من المبحوثين كانت أعمارهم (25-44) سنة وتوزعت باقي النسب على باقي الفئات العمرية، ما يعني بأن أغلب المبحوثين هم من فئة الشباب، وأن الهدف من هذا الاختبار هو معرفة هل أن لعمر الطبيب أثر في تقديم خدمة ذات جودة عالية وهل هنالك اختلاف معنوي من حيث الفئة العمرية في إدراك جودة الخدمة المقدمة، كما هو موضح في الجدول (4).

الجدول (4): تحليل التباين الأحادي لأبعاد جودة الخدمات المدركة تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الأبعاد	الرمز	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
بعد الملموسية	A	66.610	93	1.776	0.141
بعد الاستجابة	B	44.702	93	1.210	0.312
بعد الاعتمادية	C	43.549	93	1.679	0.162
بعد التعاطف	D	36.402	93	1.920	0.114
بعد الضمان	E	36.795	93	1.492	0.211

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

إذ يظهر الجدول (4) بأنه لا توجد فروق معنوية في استجابات الأطباء تبعاً للفئة العمرية فالخدمة المقدمة من قبل الأطباء العاملين في المستشفى هي ذات الخدمة سواء قدمت من قبل الأطباء صغار السن أم الكبار في السن، ولملاحظة فيما إذا كانت هنالك بعض فقرات الأبعاد هي ذات معنوية، تم تحليل النتائج وفقاً لأبعاد الجودة الخمسة وكما يأتي:

أ. **النتائج على مستوى بعد الملموسية:** وحيث أن رمز بعد الملموسية في التحليل هو الحرف (a) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (5) الآتي:

الجدول (5): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الملموسية تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
a ₁	142.479	93	2.719	0.035
a ₂	116.819	93	2.223	0.073
a ₃	113.404	93	0.603	0.661
a ₄	104.351	93	0.948	0.440
a ₅	98.351	93	0.917	0.457
a ₆	111.489	93	0.345	0.847

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25 تبين نتائج الجدول (5) عدم وجود فروق معنوية لكافة الفقرات ما عدا الفقرة الأولى والتي تتعلق بالتقنيات الحديثة وربما يعود السبب في ذلك إلى أن الأطباء من فئة الشباب يجيدون العمل على التقنيات الحديثة والأطباء كبار السن لا يجيدون ذلك.

ب. **النتائج على مستوى بعد الاستجابة:** إن رمز بعد الاستجابة في التحليل هو الحرف (b) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (6) الآتي:

الجدول (6): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاستجابة تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
b ₁	92.606	93	0.163	0.957
b ₂	88.426	93	0.339	0.851
b ₃	66.436	93	0.890	0.473
b ₄	94.809	93	1.567	0.190
b ₅	119.915	93	1.099	0.362
b ₆	102.426	93	1.670	0.164

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25. تشير نتائج الجدول (6) بعدم معنوية جميع فقرات بعد الاستجابة وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من اختلاف أعمارهم.

ج. **النتائج على مستوى بعد الاعتمادية:** يرمز بعد الاعتمادية في التحليل هو الحرف (c) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات، إذ يظهر الجدول (7) التالي عدم وجود فروق معنوية لكافة الفقرات ما عدا المعنوية العالية للفقرة الخامسة وبواقع (0.009) والتي تتعلق بتقديم الخدمة في الوقت المناسب حيث تتباين تبعاً للفئة العمرية، وربما يعود السبب في ذلك إلى أن الأطباء من فئة الشباب

يتمتعون بالحيوية والنشاط ويثابرون من أجل تقديم الخدمة في الوقت المناسب والأطباء كبار السن لا تساعدهم بنيتهم على القيام بذلك.

الجدول (7): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاعتمادية تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
c ₁	85.234	93	0.818	0.517
c ₂	79.872	93	1.534	0.199
c ₃	95.457	93	0.826	0.512
c ₄	112.851	93	1.158	0.335
c ₅	92.638	93	3.634	0.009

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25

د. النتائج على مستوى بعد التعاطف: إن رمز بعد التعاطف في التحليل هو الحرف (d) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (8) الآتي:

الجدول (8): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد التعاطف تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
d ₁	79.415	93	1.119	0.353
d ₂	56.638	93	0.806	0.525
d ₃	77.234	93	1.832	0.130
d ₄	71.415	93	1.054	0.384
d ₅	85.117	93	2.007	0.100

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

تشير نتائج الجدول (8) بعدم معنوية جميع فقرات بعد الاستجابة وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من اختلاف أعمارهم.

هـ. النتائج على مستوى بعد الضمان: إن رمز بعد الضمان في التحليل هو الحرف (e) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (9) الآتي:

الجدول (9): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الضمان تبعاً لـ (عمر المبحوث)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
e ₁	95.330	93	0.670	0.615
e ₂	89.457	93	0.879	0.480
e ₃	60.638	93	1.234	0.302
e ₄	75.330	93	2.421	0.054
e ₅	72.819	93	1.076	0.373

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

إن نتائج الجدول (9) تشير لعدم وجود فروق معنوية في إجابات الأطباء من حيث فئتهم العمرية على فقرات بعد الضمان، إلى أنه في التحليل حسب الفقرات وجدنا بأن الفقرة الرابعة هي بمعنوية شبه ضعيفة، والمتعلقة بامتلاك الطبيب المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى، وربما

يعود السبب في ذلك إلى أنه بعض الأطباء المبحوثين هم من الخريجين الجدد والذين يحتاجون إلى خبرة كافية لتكوين معرفة مناسبة للإجابة على بعض أسئلة المرضى.

2. **النتائج المتعلقة بمتغير المؤهل العلمي:** تشير النتائج الوصفية لعينة البحث استناداً للمؤهل العلمي (راجع جدول (1)) بأن نسبة (66%) من المبحوثين كانوا من الحاصلين على شهادة البكالوريوس، بينما كانت نسبة الحاصلين على الشهادات العليا هي (34%)، وهذا هو الأقرب للواقع في كافة المستشفيات العام والموجودة داخل وخارج العراق، وإن الهدف من هذا الاختبار هو معرفة هل أن لشهادة الطبيب أثر في تقديم خدمة ذات جودة عالية وهل هنالك اختلاف معنوي من حيث المؤهل العلمي في إدراك جودة الخدمة المقدمة من قبل الأطباء، ولمعرفة ذلك نلاحظ الجدول (10) الآتي:

الأبعاد	الرمز	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
بعد الملموسية	A	66.610	93	1.960	0.126
بعد الاستجابة	B	44.702	93	2.639	0.054
بعد الاعتمادية	C	43.549	93	3.624	0.016
بعد التعاطف	D	36.402	93	3.537	0.018
بعد الضمان	E	36.795	93	2.363	0.076

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

يظهر الجدول (10) بأنه توجد فروق معنوية لكل من الأبعاد (الثالث والرابع)، ولا توجد فروق معنوية في استجابات الأطباء تبعاً للمؤهل العلمي لكل من الأبعاد (الأول والثاني والخامس)، ولتحليل ذلك وفقاً لفقرات الأبعاد أجرينا التحليل كما يأتي:

أ. **النتائج على مستوى بعد الملموسية:** وحيث أن رمز بعد الملموسية في التحليل هو الحرف (a) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (11) الآتي:

الجدول (11): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الملموسية تبعاً لـ (المؤهل العلمي)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
a ₁	142.479	93	1.921	0.132
a ₂	116.819	93	1.316	0.274
a ₃	113.404	93	0.242	0.867
a ₄	104.351	93	1.095	0.355
a ₅	98.351	93	2.422	0.071
a ₆	111.489	93	1.393	0.250

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

تبين نتائج الجدول (11) عدم وجود فروق معنوية لكافة الفقرات، ما يعني بأن عينة البحث كانت متفقة في آرائها ووجهة نظرها حول جودة الخدمة المدركة فيما يخص فقرات بعد الملموسية تبعاً للمؤهل العلمي، باستثناء معنوية الفقرة الرابعة والمتعلقة بنظافة وترتيب ملابس العاملين.

ب. **النتائج على مستوى بعد الاستجابة:** إن رمز بعد الاستجابة في التحليل هو الحرف (b) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (12) الآتي:

الجدول (12): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاستجابة تبعاً لـ (المؤهل العلمي)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
b ₁	92.606	93	1.271	0.289
b ₂	88.426	93	1.461	0.231
b ₃	66.436	93	2.397	0.073
b ₄	94.809	93	1.786	0.155
b ₅	119.915	93	1.097	0.355
b ₆	102.426	93	2.266	0.086

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25. تشير نتائج الجدول (12) بعدم معنوية جميع فقرات بعد الاستجابة وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من اختلاف مؤهلهم العلمي.
ج. النتائج على مستوى بعد الاعتمادية: يرمز بعد الاعتمادية في التحليل هو الحرف (c) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (13) الآتي:

الجدول (13): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاعتمادية تبعاً لـ (المؤهل العلمي)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
c ₁	85.234	93	3.119	0.030
c ₂	79.872	93	1.111	0.349
c ₃	95.457	93	3.730	0.014
c ₄	112.851	93	1.415	0.244
c ₅	92.638	93	1.416	0.243

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25. يبين لنا الجدول (13) إن مصدر الاختلاف المعنوي لبعد الاعتمادية في الجدول (10) هي الفقرة الثالثة بالدرجة الأولى لكونها أعلى قيمة معنوية وبواقع (0.01) والتي تتعلق بحفظ الإدارة لسجلات ومعلومات المرضى، وربما يعود السبب في هذا التباين لعدم ممارسة الأطباء الخرجين الجدد والذين هم من حملة شهادة البكالوريوس للعمل الإداري، يلي هذه الفقرة معنوية أضعف في الفقرة الأولى وبواقع (0.03) والتي تتعلق بالتوقيات المحددة.

د. النتائج على مستوى بعد التعاطف: إن رمز بعد التعاطف في التحليل هو الحرف (d) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (14) الآتي:

الجدول (14): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد التعاطف تبعاً لـ (المؤهل العلمي)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
d ₁	79.415	93	1.844	0.145
d ₂	56.638	93	3.140	0.029
d ₃	77.234	93	2.793	0.045
d ₄	71.415	93	1.040	0.379
d ₅	85.117	93	2.824	0.043

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

تشير نتائج الجدول (14) أن الفقرات الثانية والخامسة كانتا تشير إلى وجود فروق معنوية ما يعني بأن المؤهل العلمي يؤثر تأثيراً معنوياً في سلوك الطبيب مع المرضى وهذه من النتائج المهمة للبحث إذ ربما أن الأطباء الحاصلين على الشهادات العليا يتمتعون بالروح المرحة ويتسمون باللطف والمجاملة عند تعاملهم مع المرضى، على عكس الأطباء الخريجين الجدد الذين يحتاجون من الخبرة والمؤهل اللذان يحسنان سلوكهم تجاه المرضى، وهذا الأقرب للواقع إذ إن العيادات الاستشارية التي تستقبل المرضى أول دخولهم للمستشفيات سواء كانت عامة أو خاصة يتواجد فيها الأطباء الاختصاص فقط، أي من الحاصلين على الشهادات العليا، كما وتشير النتائج إلى معنوية الفقرة الثالثة أيضاً وبواقع (0.04) والمتعلقة بالطريقة التي يفهمها المريض عند إعلامه عن حالته الصحية، وبكل تأكيد فإن الأطباء الاختصاص يجيدون ذلك.

هـ. النتائج على مستوى بعد الضمان: إن رمز بعد الضمان في التحليل هو الحرف (e) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (15) الآتي:

الجدول (15): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الضمان تبعاً لـ (المؤهل العلمي)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
e ₁	95.330	93	2.097	0.106
e ₂	89.457	93	1.539	0.210
e ₃	60.638	93	1.086	0.359
e ₄	75.330	93	2.103	0.105
e ₅	72.819	93	1.123	0.344

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25

ان نتائج الجدول (15) تشير لعدم وجود فروق معنوية في إجابات الأطباء من حيث مؤهلهم العلمي على فقرات بعد الضمان.

3. النتائج المتعلقة بمتغير سنوات الخدمة: تشير النتائج الوصفية لعينة البحث استناداً لسنوات الخدمة (راجع جدول (2)) بأن نسبة (77.7%) من المبحوثين كانوا من خبرتهم أقل 14 سنة، بينما كانت نسبة (22.3%) من المبحوثين يتمتعون بخبرة 14 سنة فأكثر، ما يعني بأن عينة البحث أغلبها هم من قليلي أو متوسطي الخبرة، وإن الهدف من هذا الاختبار هو معرفة هل أن لسنوات الخدمة أو الخبرة أثر في تقديم خدمة ذات جودة عالية للمرضى وهل هنالك اختلاف معنوي من حيث سنوات الخدمة في إدراك جودة الخدمة المقدمة من قبل الأطباء، ولمعرفة ذلك نلاحظ الجدول (16) الآتي:

الجدول (16): تحليل التباين الأحادي لأبعاد جودة الخدمات المدركة تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الأبعاد	الرمز	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
بعد الملموسية	A	66.610	93	1.615	0.177
بعد الاستجابة	B	44.702	93	1.647	0.170
بعد الاعتمادية	C	43.549	93	1.595	0.183
بعد التعاطف	D	36.402	93	1.844	0.127
بعد الضمان	E	36.795	93	1.061	0.381

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

يظهر الجدول (16) بأنه لا توجد فروق معنوية لجميع الأبعاد في استجابات الأطباء تبعاً لسنوات الخدمة ولتحليل ذلك وفقاً لفقرات الأبعاد لمعرفة فيما إذا كانت إحدى الفقرات ذات معنوية دوناً عن مجموع فقرات البعد ككل، فقد أجرينا التحليل كما يأتي:

أ. **النتائج على مستوى بعد الملموسية:** وحيث أن رمز بعد الملموسية في التحليل هو الحرف (a) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (17) الآتي:

الجدول (17): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الملموسية تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
a ₁	142.479	93	2.746	0.033
a ₂	116.819	93	1.957	0.108
a ₃	113.404	93	0.792	0.533
a ₄	4.256	4	0.946	0.441
a ₅	98.351	93	0.852	0.496
a ₆	111.489	93	0.576	0.681

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

تبين نتائج الجدول (17) عدم وجود فروق معنوية لكافة فقرات بعد الملموسية، حيث كانت القيم الاحتمالية لجميع الفقرات أكبر من (0.05)، باستثناء الفقرة الأولى كانت قيمتها أقل من (0.05) وبواقع (0.03) والمتعلقة بالتقنيات الحديثة، فقد كانت آراء الأطباء المبحوثين متباينة من حيث سنوات الخدمة، وهذا التباين يتقبل تفسيرين، الأول أن الأطباء الجدد تنقصهم الخبرة في العمل بالتقنيات الحديثة، والثاني على عكس الأول إذ إن الأطباء الجدد هم من الجيل الحديث الذي يجيد التعامل مع البرمجيات الحديثة بفضل نشأته على استخدام الهواتف الذكية والعديد من الأجهزة الأخرى وهم الأفضل في استخدام الإنترنت والتطبيقات الإلكترونية الحديثة.

ب. **النتائج على مستوى بعد الاستجابة:** إن رمز بعد الاستجابة في التحليل هو الحرف (b) وعدد فقراته في الاستبانة هي (6) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (18) الآتي:

الجدول (18): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاستجابة تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
b ₁	92.606	93	0.489	0.744
b ₂	88.426	93	0.271	0.896
b ₃	66.436	93	0.628	0.644
b ₄	94.809	93	0.713	0.585
b ₅	119.915	93	2.002	0.101
b ₆	102.426	93	1.749	0.146

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25.

تشير نتائج الجدول (18) بعدم معنوية جميع فقرات بعد الاستجابة وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من التباين في سنوات خدمتهم.

ج. **النتائج على مستوى بعد الاعتمادية:** يرمز بعد الاعتمادية في التحليل هو الحرف (c) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (19) الآتي:

الجدول (19): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الاعتمادية تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
c ₁	85.234	93	1.663	0.166
c ₂	79.872	93	1.681	0.161
c ₃	95.457	93	1.021	0.401
c ₄	112.851	93	0.499	0.736
c ₅	92.638	93	0.989	0.418

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25 يبين لنا الجدول (19) بعدم معنوية جميع فقرات بعد الاعتمادية وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من التباين في سنوات خدمتهم في إجاباتهم على فقرات بعد الاعتمادية.

د. النتائج على مستوى بعد التعاطف: إن رمز بعد التعاطف في التحليل هو الحرف (d) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات، إذ تشير نتائج الجدول (20) بعدم معنوية جميع فقرات بعد التعاطف وهذا يدل على اتفاق آراء الأطباء المبحوثين على الرغم من التباين في سنوات خدمتهم في إجاباتهم على فقرات بعد التعاطف.

الجدول (20): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد التعاطف تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
d ₁	79.415	93	0.430	0.786
d ₂	56.638	93	1.951	0.109
d ₃	77.234	93	2.394	0.056
d ₄	71.415	93	0.408	0.802
d ₅	85.117	93	1.210	0.312

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25. النتائج على مستوى بعد الضمان: إن رمز بعد الضمان في التحليل هو الحرف (e) وعدد فقراته في الاستبانة هي (5) فقرات وكانت النتائج كما في الجدول (21) الآتي:

الجدول (21): تحليل التباين الأحادي لفقرات بعد الضمان تبعاً لـ (سنوات الخدمة)

الفقرات	مجموع المربعات	درجة الحرية	F	Sig.
e ₁	95.330	93	0.550	0.699
e ₂	89.457	93	0.954	0.437
e ₃	60.638	93	0.910	0.462
e ₄	75.330	93	0.952	0.438
e ₅	72.819	93	1.148	0.339

المصدر: الجدول من إعداد الباحثين اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS Ver. 25. تشير نتائج الجدول (21) إلى عدم وجود فروق معنوية في إجابات الأطباء من حيث سنوات خدمتهم على فقرات بعد الضمان.

المبحث الرابع: الاستنتاجات والمقترحات

تضمن البحث مجموعة من الاستنتاجات والمقترحات كما يلي:

أولاً. الاستنتاجات:

1. يتمتع المستشفى بمستوى متوسط من جودة الخدمات الصحية التي تقدمها والتي تتعلق بالتجهيزات والحالة العامة للمبنى ومظهر العاملين.
2. يحرص الأطباء وبمستوى عالٍ على خلو خدماتهم من الخطأ أو الخطر أو الشك، وهم يشعرون بأن المرضى يثقون بهم وأنهم يتمتعون بخبرة كافية ومهارة لازمة.
3. إن موقع المستشفى هو بعيد عن مركز المدينة وغير مناسب تماماً والمستشفى بحاجة لتطوير بنيتها وتوفير المزيد من التحاليل المخبرية وبعض الأدوية بالإضافة لتوفير بعض الاختصاصات غير الموجودة.
4. تخلف أنظمة الحاسوب والتطبيقات الإلكترونية وعدم استخدامها في تنظيم مراجعة المرضى.
5. هنالك تباين كبير في استجابات المبحوثين نحو عدم توفر نظام لحفظ معلومات وسجلات المرضى.

ثانياً. المقترحات:

1. على إدارة المستشفى العمل وبصورة عاجلة على سد النقص في التجهيزات وتأهيل الحالة العامة لبناية المستشفى والعمل على تحديث الآلات القديمة لمواكبة التطور الحاصل في دول العالم الأخرى والعمل على توفير فرص تدريبية للعاملين عليها.
2. على الإدارة العامة للصحة في محافظة صلاح الدين تذليل الصعوبات التي يواجهها المواطنين والعاملين عند وصولهم للمستشفى ومفاتيح الجهات ذات العلاقة لتعبيد الشوارع وتوفير المستلزمات والاحتياجات لتلبية ذلك.
3. ضرورة تطبيق برنامج INDEX والخاص بأرشفة وحفظ معلومات وملفات المرضى وتدريب العاملين في إحصاء المستشفى عليه وتوفير مكان خاص لحفظ الملفات بطريقة يسهل الوصول إليها عند مراجعة المريض للمرة الثانية.

المصادر

أولاً. المصادر العربية:

1. البكري، ثامر ياسر، (2005)، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
2. زيدان، حسين غازي، (2012)، قياس إبعاد جودة الخدمة الطبية في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية والأهلية: دراسة استطلاعية، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.
3. الشريف، حنان يحيى، (2008)، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
4. الشميمري، محمد، (2001)، جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة، المجلد 41، العدد الثاني، الرياض.
5. كرادشة، وفاء نايل، (2012)، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في عمان، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، كلية الأعمال، الأردن.

6. لغواطي، مريم، (2012)، أثر جودة الرعاية الصحية على رضا المريض، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية شبيغيفارا بمستغانم، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، الجزائر.
7. المتراس، علاء الدين احمد حسن، (2009)، جودة الخدمات الصحية المقدمة وأثرها على الفاعلية التنظيمية بالتطبيق على عدد من المنظمات الصحية في نينوى، رسالة دبلوم عالي، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
8. بواعنة، عبد المهدي، (2004)، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
9. سعد، خالد، (2004)، الجودة الشاملة على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
10. كورتل، فريد، (2012)، تسويق الخدمات الصحية، دار كنوز المعرفة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
11. المحياوي، قاسم نايف علوان، (2006)، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.
12. بودربالة، مريم، (2012)، واقع التسويق الصحي في المستشفيات الخاصة، دراسة حالة مصحة الواحات بغرداية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
13. الحازم، محمد عبد الله، (2001)، حروف وأفكار نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية، جريدة الرياض www.alriyadh.com.
14. الدليمي، رضاء حازم محمد، (2005)، أثر إعادة هندسة أعمال المستشفى على جودة الخدمة الصحية، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
15. الديوه جي، أبي سعيد، وعبدالله، عادل محمد، (2003)، التوعية والجودة في الخدمات الصحية: دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافدين، مجلد 25، العدد 73.

ثانياً. المصادر الأجنبية:

1. Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A., (1993), A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. Journal of marketing research, 30 (1), 7-27.
2. Harteloh, P. P., (2003), the meaning of quality in health care: a conceptual analysis. Health Care Analysis, 11(3), 259-267.
3. Kotler, Philip and Keller, Kevin Lane, (2012), Marketing Management, 14th ed., New York, Pearson.
4. Nzanira, GD, (2002), Transforming Health Service Delivery through Quality Improvement and Accreditation, V.S.A, Vol. 1(3).
5. Ovretveit, John, (1998), Evaluating Health Interventions: An Introduction to Evaluation of Health Treatments, Services, Policies, and Organizational Interventions. McGraw-Hill International.