مجلة تنمية الرافدين

اسم المقال: واقع جودة الخدمات الصحية وفق أنموذج منظمة الصحة العالمية: دراسة استطلاعية في المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل
اسم الكاتب: يسرى غازي حسن الطائي، ثائر أحمد سعدون السمان
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/3842
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 02:14 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة تنمية الرافدين كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة الموصل ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

Research Paper

The Reality of Health Care Quality Components: An Exploratory Study in Government Hospitals in the City of Mosul

Yousra G. H. AL-Taee[1] ; Thaeir A. S. Al-Samman[2]
[1&2]College of Administration and Economics University of Mosul

Corresponding author: Yousra G. H. AL-Taee, University of Mosul –Department of Businees Admisitarion,
yousra.bap25@student.uomosul.edu.iq

DOI: https://doi.org/10.33899/tanra.2023.177394

Article History: *Received*: 24/8/2022 *Revised*: 15/9/2022; *Accepted:*10/10/2022; *Published*: 1/3/2023.

Abstract

The current research aims to know the reality of the quality of health care provided by government hospitals in the city of Mosul, using the World Health Organization model, represented by its following dimensions: (safety, equity, efficiency, effectiveness, patient-centered, timely), To achieve the aim of the research, the (descriptive-analytical approach) was used to collect and analyze the data distributed by the questionnaire, which is the main tool of the study., and the research sample was selected using the random method, and it included workers in hospitals (doctors, pharmacists, health professions, nursing staff) who are in direct contact with patients, and the research community consisted of six hospitals. Governmental (4 general, 2 specialized) was considered one of the largest hospitals in Nineveh Governorate and was selected based on the diversity of its specializations and capacity, in addition to the information obtained from documents and records of hospitals and their various departments, and for data and information processing, a set of statistical methods for statistical programs (SPSS. V:26) were used, and (AMOS V.25).

The research has reached a set of conclusions, including the variation in the level of availability of quality dimensions of health services in the surveyed hospitals. Excessive, and services should be based on the evidence base of patients and each patient's medical history and lead to improved health outcomes for individuals and communities based on their needs.

Key words:
Healthcare Service Quality, hospitals city of Mosul, World Health Organization model.

Journal of
TANMIYAT AL-RAFIDAIN
(TANRA)
A scientific, quarterly, international, open access, and peer-reviewed journal

Vol. 42, No. 137
March 2023

© University of Mosul | College of Administration and Economics, *Mosul, Iraq.*

TANRA retain the copyright of published articles, which is released under a "Creative Commons Attribution License for CC-BY-4.0" enabling the unrestricted use, distribution, and reproduction of an article in any medium, provided that the original work is properly cited.

Citation AL-Taee, Yousra G. H., Al-Samman, Thaeir A.S., (2023)."The reality of health care quality components: an exploratory study in government hospitals in the city of Mosul". ***TANMIYAT AL-RAFIDAIN***, 42 (137), 217 -237 , https://doi.org/10.33899/tanra.2020.165650

P-ISSN: 1609-591X
e-ISSN: 2664-276X
tanmiyat.mosuljournals.com

مجلة
تنمية الرافدين
(TANRA): مجلة علمية، فصلية، دولية، مفتوحة الوصول، محكمة.

المجلد (٤٢)، العدد (١٣٧))،
نيسان ٢٠٢٣

© جامعة الموصل | كلية الإدارة والاقتصاد، الموصل، العراق.

تحتفظ (TANRA) بحقوق الطبع والنشر للمقالات المنشورة، والتي يتم إصدارها بموجب ترخيص (Creative Commons Attribution) لـ (CC-BY-4.0) الذي يتيح الاستخدام، والتوزيع، والاستنساخ غير المقيد وتوزيع للمقالة في أي وسيط نقل، بشرط اقتباس العمل الأصلي بشكل صحيح.

الاقتباس: الطائي، يسرى غازي حسن، السمان، ثائر احمد سعدون، (٢٠٢٣)."واقع جودة الخدمات الصحية وفق نموذج منظمة الصحة العالمية: دراسة استطلاعية في المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل "**تنمية الرافدين**،٤٢ (١٣٧)، ٢١٧-٢٣٧، https://doi.org/10.33899/tanra.2020.165650

P-ISSN: 1609-591X
e-ISSN: 2664-276X
tanmiyat.mosuljournals.com

ورقة بحثية

واقع جودة الخدمات الصحية وفق أنموذج منظمة الصحة العالمية: دراسة استطلاعية في المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل

يسرى غازي حسن الطائي[١] ثائر أحمد سعدون السمّان[٢]

[١] قسم إدارة الأعمال – كلية الإدارة والاقتصاد–جامعة الموصل

[٢] قسم نظم المعلومات الإدارية ، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل،

المؤلف المواسل: يسرى غازي حسن الطائي – قسم إدارة الأعمال ، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، yousra.bap25@student.uomosul.edu.iq

DOI: https://doi.org/10.33899/tanra.2023.177394

تاريخ المقالة: *الاستلام*: ٢٠٢٢/٨/٢٤؛ *التعديل والتنقيح*:٢٠٢٢/٩/١٥؛ *القبول*: ٢٠٢٢/١٠/١٠؛ *النشر*:٢٠٢٣/٣/١.

المستخلص

يهدف البحث الحالي إلى معرفة واقع عناصر جودة الرعاية الصحية الذي تقدمها المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل وباستخدام أنموذج منظمة الصحة العالمية متمثلة بأبعادها الآتية: (الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض)، ولتحقيق هدف البحث استخدم (المنهج الوصفي التحليلي) لجمع وتحليل البيانات الموزعة بواسطة الاستبانة، وهي الأداة الرئيسة للدراسة، وجرى اختيار عينة البحث باستخدام الأسلوب العشوائي، وتضمنت العاملين في المستشفيات وهم (الأطباء، الصيادلة، المهن الصحية، الكادر التمريضي) ممن هم في تماس مباشر مع المرضى، وكان مجتمع البحث مكونًا من ست مستشفيات حكومية (٤ عامة، ٢ متخصصة) عُدت من أكبر المستشفيات في محافظة نينوى، وتم اختيارها بناء على تنوع تخصصاتها وسعتها، فضلًا عن المعلومات التي تم استحصالها من وثائق وسجلات المستشفيات وبأقسامها المختلفة، ولغرض معالجة البيانات والمعلومات تم استخدام مجموعة أساليب أحصائية خاصة بالبرامج الاحصائية (spss.v26) و(AMOS V.25).

ولقد توصل البحث إلى مجموعة من الاستنتاجات من ضمنها تباين مستوى توافر أبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة، واستنادا إلى ما وصل إليه البحث من استنتاجات فقد وضعت مجموعة من التوصيات كان من أهمها إن الرعاية الصحية المقدمة يجب تكون سليمة علميا، وتقدم بشكل كاف بالنسبة للمريض ومن دون إفراط، كما ينبغي أن تكون الرعاية مستندة إلى قاعدة البينات الخاصة بالمرضى والتاريخ الطبي لكل مريض، وتؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للأفراد والمجتمعات بناء على حاجاتهم إليها.

الكلمات الرئيسة

أنموذج منظمة الصحة العالمية، جودة الرعاية الصحية، مستشفيات مدينة الموصل.

المقدمة

لقد شهد العقدان الأولان من القرن الحادي والعشرين مجموعة من المتغيرات التكنولوجية والاقتصادية التي أسهمت في صنع العديد من التحديات أمام منظمات الاعمال بقطاعيها العام والخاص، ومنها المنظمات المختصة بالرعاية الصحية، مما دفعها إلى ضرورة السعي إلى تطوير نفسها وتحسين جودة الرعاية التي تقدم إلى زبائنها.

وتشكل تلك التحديات عقبات أمام المنظمات الصحية في كافة أنحاء العالم، لذا يحتم عليها التعامل معها بمسؤولية وحكمة، فمنها ما يتعلق بالتكلفة والجودة ، ونقص الموارد، ورضا المرضى سواء باحتياجاتهم أو توقعاتهم و التكنولوجيا الحديثة سريعة التطور التي أسهمت في تطوير علاجات وفحوصات جديدة؛ وازدادت معها مطالب واحتياجات المرضى بشكل عام وتغير نمط الحياة؛ وازداد عدد السكان المتقدمين في العمر، وبالتالي زاد عدد الأشخاص الذين يعانون من أمراض متعددة ومعقدة (Winge et al., 2015, 289). وبالنظرً للطلب المتزايد على الرعاية الصحية والذي تزامن مع ظهور (وباء كوفيد-١٩) وما تسببه من تعطيل للعمليات في الأنظمة الصحية ووضع قيود على خدمات تلك الأنظمة وقدرتها أصبح التحدي الرئيس الذي يواجه مقدمي الرعاية الصحية اليوم في كيفية تحسين جودة الرعاية الصحية وعملياتها لغرض استيعاب هذه المتغيرات المعقدة والمتسارعة وصولا إلى تحقيق أهداف المؤسسات الصحية بتوفير العناية الملائمة للمريض المناسب في الوقت المناسب.

المبحث الأول : منهجية البحث

يقدم المبحث عرضاً لمنهجية للبحث المتمثلة بمشكلتها الفكرية والتي تشمل الكيفية التي صيغت من خلالها تساؤلات البحث، والاهمية المتوقع ان تضيفها وتحديد الأهداف المتوخاة منها، وفرضيات البحث، حدود البحث، ومنهج البحث المعتمد وعلى النحو الآتي:

أولا: مشكلة البحث

يعد ارتقاء الرعاية الصحية في المجتمعات أحد الركائز الأساسية التي تعكس درجة تطور تلك المجتمعات، فإذا استطاعت المنظمات الصحية لمجتمع ما أن تحسن وبشكل دائم الخدمات الصحية المقدمة بما يتناسب مع مستوى طموح المواطنين، ويحقق لهم متطلبات الرعاية الصحية الجيدة عندئذ سيحقق نجاحاً في المستوى نفسه في مجالات الحياة الأخرى.

واليوم ونتيجة لمرور العراق بسلسلة من الحروب والمعاناة ازداد عدد المرضى من المواطنين وبحالات مختلفة من الأمراض وبالمقابل تعاني المستشفيات تدهوراً لمستوى الرعاية الصحية في ظل انخفاض مستوى الإمكانات الصحية و الطبية والذي تمثل في النقص المستمر في الادوية وبقية المستلزمات، فضلاً عن هجرة الأطباء. وأمام هذا النقص في الموارد البشرية والمادية ، برزت الحاجة إلى منهجيات واساليب حديثة ومتطورة تعتمد خططا وبرامج وتُبنى على مؤشرات دقيقة وصولا لتحقيق الأهداف المطلوبة في تحسين الرعاية الصحية، ومن هذا المنطلق فإن تطبيق الجودة يعتبر جانباً مهماً، وذلك لارتباطها بجميع أوجه الانشطة الانسانية ومنها قطاع

الرعاية الصحية. وتحقيقها في عمليات الرعاية الصحية لم يعد أمرا كماليا بل هو ضرورة ملحة لاستمرار هذه العملية وجني الثمار المرجوة منها.

من خلال المعطيات المذكورة أعلاه تتبلور مشكلة البحث الفكرية للتكامل مع مسارات المشكلة الميدانية التي تم تشخيصها من خلال الزيارات الاستطلاعية والمقابلات الشخصية مع الأفراد المبحوثين التي اجراها الباحثان في المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل بغية تشخيص مدى ترسيخها لجودة الرعاية الصحية، فقد أتضح لنا أن الاهتمام بجودة الرعاية الصحية كان ضئيلاً، وحتى وإن كان قائماً فإنَّ استثمارها أو توظيفها لم يكن لصالح أداء المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل.

بناءً على ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة عن طريق التساؤلات الآتية:

١- هل تتبنى المستشفيات المبحوثة جودة الرعاية الصحية بدلالة أبعاده ؟

٢-هل تصلح أبعاد الأنموذج العاملي المكون من ستة أبعاد مرتبطة مع بعضها (الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض) لتمثيل بنية مفهوم جودة الرعاية الصحية؟

ثانيا:- أهمية البحث

تبع أهمية البحث الحالي من أهمية المواضيع التي تعالجه والميدان المختار للبحث، وتتجلى أهمية البحث في الآتي:

١- اعتماد أبعاد لم يتم تناولها في المنظمات الصحية العراقية (حسب اطلاع الباحثين) وكيف تسهم في تعزيز جودة الرعاية الصحية ، والاضافة العلمية المهمة التي يمكن أن تقدمها لواقع المنظمات المبحوثة.

٢- للمنظمات الصحية ومنها المستشفيات أهمية في حياة المجتمعات، إذ إن المستوى الصحي الجيد لأفراد المجتمع يعد من الأهداف الأساسية لخطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدول التي ترغب في بناء رأس مال بشري والمحافظة عليه وتنميته من أجل استخدامه في تحقيق أهدافها التنموية. لذا يستمد أهمية البحث في كونها تطبق في هذا القطاع الحيوي والمهم.

٣- لفت انتباه القيادات الإدارية في المنظمات المبحوثة وغيرها من المنظمات إلى ضرورة الإطلاع والتعرف على أبعاد هذه البحث في ضوء التغيرات البيئية المتساعة، نظراً لما يمكن أن تُسهم به هذه المتغيرات عبر فهمها من تمكينها للتكيّف وبما يتطابق مع متطلبات البيئة العراقية.

ثالثا: أهداف البحث

يهدف البحث إلى التعرف على أبعاد جودة الرعاية الصحية وفقاً لأنموذج منظمة الصحة العالمية واختباره في المستشفيات الحكومية بمدينة الموصل، واعتماد على ذلك يمكن صياغة مجموعة من الأهداف تتمثل بالآتي:

١-بناء إطار نظري وفلسفي وميداني بمتغيرات البحث وأبعادها، عبر تتبع الجهود البحثية التي تعرضها الأدبيات المتخصصة.

٢- تحليل واقع أبعاد البحث الحالي وفق وجهات نظر اَلْمُستجيبُ في المنظمات الصحية المبحوثة ووصفها وتشخيصها من خلال البيانات التي تم جمعها بواسطة استمارة الاستبيانة.

٣- توفير فهم أوسع وأفضل حول كيفية تطبيق عناصر جودة الخدمات الصحية في المنظمات الصحية المبحوثة والعمل على تطويرها بما يلائم البيئة التي تعمل فيها هذه المنظمات.

٣- تقديم مجموعة من التوصيات للمنظمات المبحوثة على ضوء النتائج التي سوف تتوصل اليها البحث بجانبها النظري والعملي من أجل تفعيل دورها في البيئة التي تعمل بها.

رابعاً: فرضيات البحث

١- "لا تتوفر أبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل"

٢- "لا تتباين أبعاد جودة الرعاية الصحية من حيث توافرها في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل"

٣- "**لا** يمكن تمثيل بنية مؤشرات القياس لجودة الرعاية الصحية بستة أبعاد مترابطة مع بعضها تتمثل بـ(الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض)".

خامساً: حدود البحث

تتمثل حدود البحث بالآتي:

١-**حدود زمانية** : تم انجاز الجانب النظري والعملي للبحث الحالية في الفترة (٢٠٢٢/١/٢٦)ولغاية (٢٠٢٢/٦/٣٠).

٢-**حدود مكانية:** تم تطبيق البحث في مجموعة من مستشفيات مدينة الموصل وكان عددها ست مستشفيات هي:"المستشفى الجمهوري التعليمي ، مستشفى ابن سينا التعليمي، مستشفى السلام التعليمي، مستشفى الخنساء التعليمي، مستشفى الموصل العام، مستشفى ابن الاثير".

٣. **الحدود البشرية:** وتتمثل في الأشخاص الذين تم توزيع الاستمارة عليهم، إذ تمثلة عينة البحث من (أطباء، صيادلة، المهن الصحية، المهن التمريضية).

سادساً: منهج البحث

إعتمد الباحثان (المنهج الوصفي التحليلي) في البحث وذلك في جوانبها النظرية والميدانية، لتحقق مما يتبعه هذه البحث في تحليل، ما يستلزم من البيانات وتحديداً استمارة الاستبانة، فسيت توضيح أهم الخطوات التي تم اعتمادها في البحث وعلى النحو الآتي:

١- طرق جمع البيانات

إعتمد الباحثان نوعان من المصادر لجمع البيانات وهي:

أ-**المصادر الثانوية:** من خلال مراجعة الكتب والبحوث والدوريات والمؤتمرات والدراسات المنجزة ضمن المفاهيم العلمية التي ركزت عليها هذه البحث، فضلا عن ما توفره من خلال شبكة الانترنت من مواضيع وبحوث تخص موضوع البحث.

ب- **المصادر الأولية:** نظراً لأن البحث يهدف إلى التعرف على واقع جودة الرعاية الصحية وفق أنموذج منظمة الصحة العالمية ولاتباع البحث الحالي "المنهج الوصفي التحليلي" اعتمد الباحثان على المقابلات الشخصية وكذلك استمارة الاستبانة، اذ تعد الاستبانة أداة رئيسية لهذا البحث، وتعد من أكثر أدوات البحث العلمي

استعمالاً وتعتبر من أفضل الوسائل لجمع المعلومات عن مجتمع البحث وكذلك بسبب ملاءمتها لهذا البحث من حيث المجهود والإمكانات، استخدم الباحثان اَلْأَساليب الإحصائية المناسبة.

٢- تصميم استمارة الاستبانة

والجدول (١) يوضح أبعاد متغير البحث (جودة الرعاية الصحية) والمصادر المعتمدة من قبل الباحثان في تصميم الاستبانة.

الجدول (١): مصادر تصميم فقرات الاستبانة

المتغيرات الرئيسة	الأبعاد الفرعية	المصادر
جودة الرعاية الصحية	الامان، العدالة الكفاءة،الفاعلية، الرعاية المتمحورة حول المريض، الرعاية في الوقت المناسب	(Simms, 2017),(Friebel, 2018),(Braveman et al., 2018),(Culyer, 2019),(WHO, 2018),(Kehoe MacLeod, 2018), (Sreeramoju et al, 2020) (Fotovvat, 2019), (Senitan et al., 2019) (Busse et al., 2019) (Saver, 2006), (Mueller, 2019) (Institute of Medicine, 2001), (Araujo et al., 2020)

المصدر: من إعداد الباحثين.

٣- أساليب التحليل الاحصائي

استعان الباحثان بمجموعة من الأساليب الإحصائية من أجل تحقيق أهداف البحث واختبار فرضياتها والتي تم تنفيذها باعتماد برمجة (SPSS-V26) (AMOS V.25) لغرض اجراء التحليلات والاختبارات الإحصائية المطلوبة وعلى النحو الآتي:-

١- (الوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسب المئوية، والتكرار) لوصف بيانات أبعاد البحث.

٢- (التحليل العاملي الاستكشافي) لفحص صلاحية حجم العينة ومدى ملاءمته لإجراء التحليل، فحص تشبع الاسئلة على الأبعاد.

٣- (التحليل العاملي التوكيدي) للتحقق من صدق مقياس البحث.

٤- تم تحليل بيانات البحث باعتماد برمجة (AMOS V.25) لاختبار العلاقات بين متغيرات وأبعاد الدراسة.

المبحث الثاني: الإطار النظري

- **جودة الرعاية الصحيه**

أولاً: مفهوم جودة الرعاية الصحية

عُرفت الصحة من قبل منظمة الصحة العالمية على أنها "رفاهية بدنية وعقلية واجتماعية كاملة وليست مجرد انعدام المرض أو العجز" (Huber et al., 2011, 343). كما عرفت "جودة الرعاية الصحية" بأنها تلك الرعاية التي من المتوقع أن تحقق أقصى قدر من الرفاهية للمريض مع مراعاة عملية تقديم الرعاية بجميع أجزائها(Donabedian, 2002. 23).

في حين اقتصرت التعاريف المبكرة لجودة الرعاية الصحية على جهات نظر المهنيين والباحثين في مجال الرعاية الصحية. أصبح هناك اعترافاً متزايداً بأن تفضيلات وآراء المرضى والجمهور تتسم بأهمية بالغة وينبغي

اخذها بنظر الاعتبار في تعريف جودة الرعاية الصحية (Busse et al., 2019, 22). ويلخص الجدول (٢) بعض أكثر المفاهيم تأثيراً لجودة الرعاية الصحية في سياقات مختلفة.

الجدول (٢): تعريفات مختارة لـ(جودة الرعاية الصحية)

الباحثون والمؤسسات العالمية	المفهوم
الاكاديمية الوطنية للطب (١٩٩٠)	هي الدرجة التي تزيد بها الرعاية الصحية المقدمة للأفراد والسكان من احتمالات تحقيق النتائج الصحية المنشودة، وتتسق مع المعارف المهنية الحالية (Institute of Medicine, 1990, 35).
المفوضية الأوروبية (٢٠١٠)	الرعاية الصحية ذات الجودة العالية هي الرعاية الصحية الفعالة والآمنة وتستجيب لاحتياجات المرضى وتفضيلاتهم. وتشير الورقة أيضا إلى أن "الأبعاد الأخرى لنوعية الرعاية، مثل الكفاءة والوصول والعدالة، تعتبر جزءا من نقاش أوسع نطاقا ويجري تناولها في محافل أخرى" (European Commission, 2010, 64)
الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية للجودة (٢٠١٤)	بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لرعاية أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة" (Tayeb ,Juma,2014: 103)
كريستنسن وآخرون (٢٠١٩)	" تحقيق مقاييس أداء العملية التي تعكس الإرشادات الوطنية للعلاج بالمستشفى ورعاية المرضى وإعادة تأهيلهم. كما ترتبط بتحسين النتائج الصحية للمرضى، بما في ذلك انخفاض معدل الوفيات وانخفاض مخاطر العودة للمستشفى"(Kristensen et al., 2019, 23).
اتيرتون (٢٠٢١)	"تتمثل في تقديم الرعاية الصحية في مجملها بمستوى واحد لجميع المرضى، كما تكمن في نجاح التدخل الطبي وعدم وجود مضاعفات أو عدوى مكتسبة، وفي مواقف العاملين في تقديم الرعاية الصحة وتعاطفهم والراحة التي يشعر بها المريض اثناء وجوده في المستشفى"(Atterton, 2021, 13)

المصدر: من إعداد الباحثين استناداً إلى المصادر الورقة في متنه.

وبالنظر لما سبق يرى **الباحثان** أن جهودا عديدة قد بُذلت لتحديد "جودة الرعاية الصحية" على مدى العقود الماضية، وغالبًا ما تم تأطيرها باستخدام مجموعة من الخصائص أو الميزات القابلة للقياس. ومع ذلك فإن كل مفهوم يقترب من الجودة من وجهة نظر محددة، ويتضمن منظور الكيان الذي يستخدم المفهوم وكيف سيتم تطبيقه وتقييمه. ومن ثم فإن جودة الرعاية الصحية برأي الباحثين تتمثل بتقديم الرعاية الطبية والعلاجية والاجتماعية عالية المستوى، والتي تتمحور حول المريض ومصممة لتلبية احتياجاته وتفضيلاته الفردية، وتكون هذه الرعاية

آمنة وكفوءة وفعالة وفي الوقت المناسب وعادلة وصديقة للبيئة مع مرعاه الاحترام واللطف والرحمة في التعامل مع المريض.

ثانياً: عناصر قياس جودة الرعاية الصحية

في تقرير نشرته الاكاديمية الوطنية للطب سنة ١٩٩٩ بعنوان "الخطأ هو الإنسان"، ذكر أن ما يصل إلى (٩٨٠٠٠) شخص يموتون سنويًا نتيجة لأخطاء طبية من الممكن تفاديها. وفي ضوء ذلك التقرير، تم جمع المهنيين الصحيين وصانعي السياسات الحكومية ومديري المؤسسات ومجالس الإدارات معًا، من أجل إنشاء أنموذج من شأنه أن يمكّن أصحاب المصلحة من الالتزام بتحسين وطني لنظام الرعاية الصحية ككل (Lerigo-Sampson, 2019, 86)، اقترح هذا الأنموذج الخاص ستة أبعاد رئيسة تشكل رعاية صحية عالية الجودة : فاعلة وكفوءة ويمكن الوصول إليها وقت الحاجة وتركز على المريض وعادلة وآمنة. تم تسليط الضوء على هذه الأبعاد في تقرير "عبور فجوة الجودة " بوصفها مكونات رئيسة لنظام الرعاية الصحية للقرن الحادي والعشرين (Baker, 2001, 5-6). كما اتفقت لجنة جودة الرعاية الصحية في "الولايات المتحدة الأمريكية" التابعة لمعهد الطب على أهمية هذه الأبعاد (Ballard, 2014, xv)، ولاحقا اعترفت منظمة الصحة العالمية بأن الرعاية الصحية عالية الجودة في جميع أنحاء العالم يجب أن تتمتع بالسمات الآتية كأبعاد للجودة : (آمنة، فاعلة، تتمحور حول المريض، في الوقت المناسب، كفوءة، عادلة) والتي يشار إليها عادةً باسم (STEEEP) (World Health Organization, 2018, 67).

إن أي نظام لتقديم الرعاية الصحية يتميز بهذه السمات الست سيكون مثاليا في تلبية احتياجات المرضى. إذ يخضع فيه المرضى لخدمات أكثر أمانًا وموثوقية واستجابة وأكثر تكاملاً وتوافرًا (Tunçalp et al., 2015, 1046)، وسيكون مثل هذا النظام أيضًا أفضل للقائمين على تقديم الرعاية الصحية وجميع العاملين في المجال الصحي، مما يجعلهم يشعرون بالرضا عن تقديم رعاية أكثر موثوقية وأكثر استجابة للمرضى وأكثر تنسيقًا مما هو عليه اليوم (Busse et al., 2019, 290).

بناء على ما تقدم سيتم اعتماد أنموذج منظمة الصحة العالمية، لأن تحقيق الجودة في الرعاية الصحية برأي الباحثين تتمثل بتقديم الرعاية الطبية والعلاجية و الاجتماعية عالية المستوى والتي تتمحور حول المريض ومصممة لتلبية احتياجاته وتفضيلاته الفردية، وتكون هذه الرعاية آمنة وكفوءة وفعالة وفي الوقت المناسب وعادلة وصديقة للبيئة مع مراعاة الاحترام واللطف والرحمة في التعامل مع المريض، ومن النادر تناول هذه الأبعاد لقياس الجودة في بيئة المنظمات الصحية العراقية وفي مستشفيات مدينة الموصل على وجه التحديد وحسب اطلاع الباحثان. وسيتم تناول هذه الأبعاد بشي من التفصيل وعلى النحو الآتي.

أ-**مبدأ الامان:** يعد بُعد الأمان أحد الأركان الأساسية لجودة الرعاية الصحية؛ ففي نظام آمن يحتم علينا بيئة آمنة ولجميع المرضى في جميع عملياتها وطوال الوقت. ويعني معيار الأمان، أنه لا ينبغي أن يكون لدى المنظمات معايير رعاية متغيرة وأقل من المستوى المطلوب بإختلاف الأوقات مثلا في المناوبات الليلية وعطلات نهاية الأسبوع أو أثناء أوقات التغيير التنظيمي وباختلاف المؤسسات في النظام الصحي (Herzer & Pronovost, 2021, 430). وفي نظام خدمات آمن ايضاً يجب أن لا تضيع المعلومات أو

يتعذر الوصول إليها أو تُنسى أثناء التحولات، كما تتوفر المعرفة حول المرضى – مثل حساسيتهم وأدويتهم وخطط التشخيص والعلاج الخاصة بهم واحتياجاتهم الخاصة، مع ضمان سرية معلومات المرضى لجميع الذين يحتاجون إلى معرفتها، بغض النظر عن مكان وزمان مشاركتهم في عملية تقديم الرعاية (Tunçalp et al., 2015, 1046).

يتطلب ضمان سلامة المرضى أيضًا إبلاغ المرضى ومشاركتهم بشكل كامل. ولا ينبغي استبعاد المرضى وأسرهم في حالات عدم اليقين والمخاطر والخيارات في اجراءات العلاج. تعتقد الدراسات أن المريض المطلع هو أكثر أمانًا. وعند حدوث مضاعفات للمريض يجب أن يلتزم مقدمو الرعاية أخلاقياً بإبلاغ المريض بشكل كامل بالحدث وأسبابه، والمساعدة في التعافي، واتخاذ الإجراءات المناسبة لمنع تكرارها (Schwendimann et al., 2018, 524).

ب- مبدأ العدالة: على مدى العقدين الماضيين، تم استخدام مصطلح العدالة الصحية بوتيرة متزايدة في ممارسات وأبحاث الرعاية الصحية. وبالرغم من ان تعريفات هذا المصطلح تختلف على نطاق واسع (Braveman et al., 2018, 2) يمكن أن تختلف مبادئ العدالة في سياق الرعاية الصحية (Patel, 2017, 155). ويصف (Oliver & Mossialos, 2004, 657) ثلاثة مبادئ للعدالة الصحية:

١. المساواة في الحصول على الرعاية الصحية لمن هم في حاجة متساوية لها.
٢. الوصول المتساوي الرعاية الصحية لمن هم في حاجة متساوية للرعاية الصحية.
٣. نتائج صحية متساوية / متكافئة.

العدالة هي مجال أساسي لجودة الرعاية الصحية وتشير إلى "عدم وجود فروق غير عادلة ويمكن تجنبها أو قابلة للتعديل في الصحة بين المجموعات السكانية المحددة اجتماعيًا أو اقتصاديًا أو ديموغرافيًا أو جغرافيًا"، والعدالة في الصحة تعني أن احتياجات الناس توجه توزيع فرص الرفاهية (Solar & Irwin, 2007, 54).

ج- مبدأ الكفاءة: في عام ٢٠٠١ حددت الأكاديمية الوطنية للطب "الكفاءة" من بين أهدافها الستة لتحسين الجودة للخدمات الصحية وعرفتها على أنها "تجنب الهدر، ولا سيما إهدار المعدات والإمدادات والأفكار والطاقة" (Institute of Medicine, 2001, 52). وبعد عقد من الزمن حددت منظمة الصحة العالمية الكفاءة كمقياس لكمية و/ أو جودة المخرجات (النتائج الصحية أو الرعاية) لمستوى معين من المدخلات (التكلفة)(World Health Organization, 2010, 67). ويلاحظ أن المفهوم الأخير يركز على المنظور الأوسع لـ "القيمة" في الرعاية الصحية، والذي من خلاله تأتي الفرص الأكبر لتحسين النتائج وخفض التكاليف (أي الإنفاق على الموارد) من خلال ضمان الاستخدام الشامل لموارد الرعاية الصحية وتقديم الرعاية اللازمة لتلافي تطور المرض والتدخل المبكر عند حدوث المرض لتقليل الطلب في وقت لاحق على خدمات أكثر تكلفة وكثافة من حيث الموارد. على هذا النحو فإن المفهوم ينقل بشكل أفضل الفكرة القائلة "أنه من المتوقع أن تنخفض تكاليف الرعاية الصحية الإجمالية والإنفاق مع تحسين الكفاءة"، مع ذلك من المرجح أن يتطلب تحسين الكفاءة زيادة الإنفاق في مجالات معينة، مثل الاستثمارات الاستراتيجية في الرعاية الصحيه الأولية،

وتقليل العجز المرتبط للمحددات الاجتماعية للصحة (SDOH) مثل انخفاض مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة وانعدام الأمن الغذائي ونقص وسائل النقل (da Graca et al., 2020, 137).

د- **مبدأ الفاعلية:** هو أن تكون الرعاية فاعلة سريريًا بمعنى أنها تستند إلى المعرفة العلمية ويتم تنفيذها لتعظيم فوائد المرضى ، وهذا يعني أن الطبيب يجب أن يستخدم الممارسة القائمة على الأدلة لتحديد ما إذا كان التدخل أو العلاج فاعلاً في تحقيق نتيجة أفضل للمريض بما في ذلك البديل المتمثل في عدم القيام بأي شي (Institute of Medicine, 2001, 46). يتضمن ذلك الاختبارات التشخيصية أو مقاييس التشخيص أو الرعاية الوقائية أو المبادئ التوجيهية لأمراض محددة أو متعددة. كما يتضمن اعطاء الرعاية الطبية بطريقة فعالة وتجنب الإفراط في استخدام الرعاية أو قلة استخدامها بطريقة من المرجح أن تسبب ضررًا أكثر من مساعدة المرضى (Senitan et al., 2019, 5).

هـ- **مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض :** يعد مفهوم "الرعاية المتمحورة حول المريض" أحد مظاهر الاعتراف بآراء المستخدمين (المرضى). ويمكن القول إن التركيز على المريض كان دائمًا محددًا رئيسًا لجودة الرعاية الصحية. وينطوي التركيز على المريض على تقديم خدمات تتصف بأنها رحيمة يظهر فيها القائمون على تقديم الرعاية الصحية التعاطف مع مرضاهم، واحترام القيم والمعتقدات والتفضيلات الشخصية للمريض (O'Donnell, 2018, 7). تقترح منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤) أن مصطلح "التركيز على الشخص" يساعد على توسيع التركيز من الحالة الصحية للشخص لمراعاة خياراته الشخصية ورفاهيته العامة وخلفيته الاجتماعية والثقافية، ويضمن أن يكون هناك توافق مع تفضيلات المريض بما يتعلق بعلاقة المريض بمقدم الرعاية ، وإمكانية الوصول إلى الرعاية ووسائل الراحة، وتأثيرات الرعاية وتكاليفها (Araujo *et al.*, 2020, 2).

ويتناول هذا البعد تجربة المريض مع المرض والرعاية الصحية والأنظمة التي تنجح أو تفشل في العمل لتلبية احتياجات المرضى الفردية (Institute of Medicine, 2001, 49). وهو مفهوم متعدد الأبعاد ولكن يصعب تحديده ويصعب قياسه ويهدف إلى مشاركة المناسبة للمرضى في اتخاذ القرارات المتعلقة بتلقيهم للخدمات الصحية. أما من وجهة نظر مقدمي الرعاية ، فإنه ينطوي على تقييم العملية نفسها وتطوير واستخدام المهارات التي تسمح بحدوث ذلك (Aldousari, 2015, 44).

و- **مبدأ الرعاية في الوقت المناسب :** تُعرّف الأكاديمية الوطنية للطب حسن توقيت الرعاية الصحية بأنه "تقليل فترات الانتظار والتأخير الضار لكل من أولئك الذين يتلقون الرعاية والذين يقدمونها" (Institute of Medicine, 2001, 51). سواء حدث عدم الالتزام بالمواعيد في مرحلة التقييم (التشخيص) أو العلاج في الرعاية الصحية، فذلك يمكن أن يؤدي إلى نتائج سلبية. ويقاس توقيت التأخيرات في الرعاية في سياق الرعاية الطارئة والعاجلة والحادة وتحت الحادة والمزمنة بالثواني والدقائق والساعات والأيام والأسابيع والشهور والسنوات، اعتمادًا على مدى إلحاح الحالة الطبية (Harder & Chu, 2020, 109).

إن الخطوة الأولى للحصول على الرعاية في الوقت المناسب هي الحصول على الرعاية الطبية بمجرد الوصول إلى المؤسسة الصحية، ومع دخولنا منتصف القرن الحادي والعشرين، تضاءلت أوقات الانتظار في

مختلف الصناعات خارج قطاع الرعاية الصحية بشكل متزايد. حيث يوفر البيع بالتجزئة عبر الإنترنت رعاية التوصيل إلى باب المنزل في غضون ساعة أو أقل، لقد غيرت التكنولوجيا توقعات الجمهور والتسامح مع أوقات الانتظار. وعلى الرغم من التحول الثقافي فإن فترات الانتظار الطبي الطويلة سواء كانت على الهاتف أو في مكتب الطبيب أو على نقالة المستشفى تبدو سمة ثابتة لنظام الرعاية الصحية في أغلب دول العالم (Herzer & Pronovost, 2021, 429).

المبحث الثالث: الإطار الميداني

أولاً: وصف الأبعاد لجودة الرعاية الصحية وتشخيصها

إعتمد الباحثان على ستة أبعاد لقياس (جودة الرعاية الصحية) وهي : (الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض)، وذلك باستخدام (٣٦) سؤال ، علماً بأن عدد الاستمارات الموزعة هو (٤٥٠) وان الاستمارات الصالحة كانت (٣٨٠)، ونتائج التحليل كما موضح في الفقرة الآتية:

الجدول (٣):التوزيعات التكرارية والاوساط الحسابية وانحرافات المعيارية ونسب الاستجابة ومعامل الاختلاف لمتغير أبعاد (جودة الرعاية الصحية)

أسم البعد	رمز السؤال	مقياس الاستجابة										الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	نسبة الاستجابة %
		(اتفق بشدة) (5)		(اتفق) (4)		(غير متأكد) (3)		(لا اتفق) (2)		(لا اتفق بشدة) (1)					
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%				
مبدأ الأمان	Y1	105	27.63	85	22.37	99	26.05	41	10.79	50	13.16	3.41	1.34	39.44	68.11
	Y2	89	23.42	203	53.42	42	11.05	30	7.89	16	4.21	3.84	1.01	26.26	76.79
	Y3	118	31.05	101	26.58	29	7.63	78	20.53	64	16.84	3.42	1.46	42.62	68.47
	Y4	131	34.47	108	28.42	48	12.63	67	17.63	26	6.84	3.66	1.30	35.42	73.21
	Y5	131	34.47	120	31.58	46	12.11	70	18.42	13	3.42	3.75	1.21	32.12	75.05
	Y6	87	22.89	168	44.21	84	22.11	32	8.42	9	2.37	3.77	0.97	25.85	75.37
	Y7	109	28.68	105	27.63	54	14.21	75	19.74	37	9.74	3.46	1.34	38.86	69.16
مبدأ العدالة	Y8	93	24.47	161	42.37	58	15.26	52	13.68	16	4.21	3.69	1.11	30.06	73.84
	Y9	65	17.11	123	32.37	125	32.89	51	13.42	16	4.21	3.45	1.06	30.61	68.95
	Y10	119	31.32	187	49.21	48	12.63	19	5.00	7	1.84	4.03	0.90	22.27	80.63
	Y11	85	22.37	182	47.89	91	23.95	17	4.47	5	1.32	3.86	0.86	22.34	77.11
	Y12	49	12.89	165	43.42	113	29.74	41	10.79	12	3.16	3.52	0.96	27.17	70.42
مبدأ الكفاءة	Y13	82	21.58	185	48.68	79	20.79	27	7.11	7	1.84	3.81	0.92	24.05	76.21
	Y14	38	10.00	118	31.05	91	23.95	80	21.05	53	13.95	3.02	1.22	40.30	60.42

أسم البعد	رمز السؤال	مقياس الاستجابة										الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	نسبة الاستجابة %
		(اتفق بشدة) (5)		(اتفق) (4)		(غير متأكد) (3)		(لا اتفق) (2)		(لا اتفق بشدة) (1)					
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%				
	Y15	66	17.37	190	50.00	84	22.11	31	8.16	9	2.37	3.72	0.93	24.90	74.37
	Y16	64	16.84	169	44.47	89	23.42	44	11.58	14	3.68	3.59	1.02	28.30	71.84
	Y17	67	17.63	169	44.47	89	23.42	46	12.11	9	2.37	3.63	0.99	27.18	72.58
مبدأ الفاعلية	Y18	58	15.26	141	37.11	131	34.47	38	10.00	12	3.16	3.51	0.97	27.70	70.26
	Y19	32	8.42	180	47.37	125	32.89	35	9.21	8	2.11	3.51	0.85	24.37	70.16
	Y20	56	14.74	217	57.11	71	18.68	28	7.37	8	2.11	3.75	0.87	23.22	75.00
	Y21	106	27.89	203	53.42	51	13.42	18	4.74	2	0.53	4.03	0.81	19.99	80.68
	Y22	45	11.84	83	21.84	94	24.74	82	21.58	76	20.00	2.84	1.30	45.74	56.79
	Y23	56	14.74	172	45.26	112	29.47	37	9.74	3	0.79	3.63	0.88	24.16	72.68
	Y24	73	19.21	162	42.63	99	26.05	37	9.74	9	2.37	3.67	0.97	26.53	73.32
مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض	Y25	137	36.05	160	42.11	65	17.11	16	4.21	2	0.53	4.09	0.86	21.05	81.79
	Y26	90	23.68	176	46.32	91	23.95	16	4.21	7	1.84	3.86	0.89	23.07	77.16
	Y27	60	15.79	173	45.53	104	27.37	36	9.47	7	1.84	3.64	0.92	25.31	72.79
	Y28	48	12.63	128	33.68	133	35.00	52	13.68	19	5.00	3.35	1.03	30.67	67.05
	Y29	62	16.32	194	51.05	94	24.74	21	5.53	9	2.37	3.73	0.88	23.59	74.68
	Y30	49	12.89	113	29.74	97	25.53	81	21.32	40	10.53	3.13	1.20	38.24	62.63
مبدأ الرعاية في الوقت المناسب	Y31	118	31.05	176	46.32	58	15.26	23	6.05	5	1.32	4.00	0.91	22.73	79.95
	Y32	63	16.58	219	57.63	74	19.47	17	4.47	7	1.84	3.83	0.82	21.50	76.53
	Y33	89	23.42	182	47.89	69	18.16	35	9.21	5	1.32	3.83	0.94	24.44	76.58
	Y34	66	17.37	99	26.05	89	23.42	92	24.21	34	8.95	3.19	1.23	38.74	63.74
	Y35	67	17.63	85	22.37	69	18.16	108	28.42	52	13.68	3.03	1.33	43.90	60.53
	Y36	50	13.16	109	28.68	79	20.79	90	23.68	52	13.68	3.04	1.26	41.62	60.79
المعدل العام			20.63		40.28		21.73		12.15		5.26	3.59	1.03	29.39	71.86
المجموع		61%				22%		17%							

المصدر: من إعداد الباحثين في ضوء نتائج التحليل الاحصائي باستخدام البرمجية SPSS V26

يشير الجدول (٣) إلى أن إجابات الأفراد المبحوثين فيما يخص أبعاد جودة الرعاية الصحية من خلال العبارات (Y1 – Y36) كانت متجهة نحو الاتفاق العام والبالغ (61%)، في حين كان الاتجاه السلبي (عدم الاتفاق) الإجابات الأفراد المبحوثين بمعدل قدره (17%)، فيما بلغت نسبة المحايدين (22%)، وعززت تلك المعدلات متوسط الأوساط الحسابية البالغ (3.59) وهو أعلى من الوسط الحسابي الفرضي البالغ (٣)، وبانحراف معياري قدره (1.03). كما بلغ متوسط نسبة الاستجابة إلى مساحة المقياس (71.86%) وهذه النسبة تقع ضمن المستوى الرابع (فوق المتوسط) من مساحة المقياس التي تؤشر إلى أهمية "أبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة"، ويعزز ذلك أيضا قيمة معامل الاختلاف التي بلغت (٢٩.٣٩٪) وهذا يدل على أن إجابات الأفراد المبحوثين على أسئلة هذا المتغير كانت إيجابية.

الجدول (٤): الاوساط الحسابية لأبعاد جودة الرعاية الصحية

ت	الأبعاد	الوسط الحسابي	المستوى
١	مبدأ الامان	٣,٦٢	متوسط
٢	مبدأ العدالة	٣,٧١	مرتفع
٣	مبدأ الكفاءة	٣,٥٥	متوسط
٤	مبدأ الفاعلية	٣,٥٦	متوسط
٥	مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض	٣,٦٣	متوسط
٦	مبدأ الرعاية في الوقت المناسب	٣,٤٨	متوسط
	الإجمالي	٣,٥٩	متوسط

المصدر : الجدول من اعداد الباحثين.

وللإجابة على الفرضية الآتية: "**لا تتوفر أبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل**" . لابد من تحديد ثلاثة مستويات لتوافر أبعاد جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الأفراد المبحوثين هي

(مرتفع، متوسط، متدني) حيث تم تقسيم المتوسطات الحسابية على ثلاثة مستويات (Al-Hawamdeh, Abu Shatal,2011: 1818).

مستوى متدنٍ: 1-2.33

مستوى متوسط: 2.34 -3.67

مستوى مرتفع: 3.68 -5

إذ حددت هذه المستويات من خلال احتساب علامة القطع بقسمة الفرق بين القيمة العليا والقيمة الدنيا على ثلاث درجات والتي تمثل عدد المستويات (5-1/3) (Al-Hawamdeh, Abu Shatal,2011: 1818).

وتشير معطيات الجدول (٤) إلى الأوساط الحسابية لأبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل، فعلى المستوى الإجمالي يلاحظ أن مستوى توافر هذا الأبعاد كأن بمستوى متوسط حيث بلغ قيمة الوسط الحسابي الإجمالي (٣.٥٩)، وهذه القيمة كانت تتراوح في مستوى الحدود المتوسطة (٣.٦٧- ٢.٣٤). مما يدل على أن أبعاد جودة الرعاية الصحية قد توافرت بشكل عام في المستشفيات المبحوثة ولكن بمستوى متوسط. وكذلك الحال في جميع أبعاد هذا المتغير عدا بعد العدالة كان بمستوى مرتفع وهذا مؤشر على أن البئية المتوفرة في المستشفيات المبحوثة تشجع على العدالة.

مما يعني "رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة التي تنص على تتوفر أبعاد جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل".

الجدول (٥): تباين تبني أبعاد جودة الرعاية الصحية من حيث توافرها في المستشفيات المبحوثة

		المعطيات					
		الاتفاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف %	نسبة الاستجابة %	الترتيب
الأبعاد	مبدأ الامان	٦٢,٤١	٣,٦٢	١,٢٣	٣٤,٣٧	٧٢,٣١	الثانية
	مبدأ العدالة	٦٤,٦٨	٣,٧١	٠,٩٨	٢٦,٤٩	٧٤,١٩	الأولى
	مبدأ الكفاءة	٦٠,٤٢	٣,٥٥	١,٠١	٢٨,٩٥	٧١,٠٨	الرابعة
	مبدأ الفاعلية	٥٩,٥٥	٣,٥٦	٠,٩٥	٢٧,٣٩	٧١,٢٧	الخامسة
	مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض	٦٠,٩٦	٣,٦٣	٠,٩٦	٢٦,٩٩	٧٢,٦٨	الثالثة
	مبدأ الرعاية في الوقت المناسب	٥٨,٠٣	٣,٤٨	١,٠٨	٣٢,١٦	٦٩,٦٨	السادسة
	المعدل	٦١,٠٠	٣,٥٩	١,٠٣	٢٩,٣٩	٧١,٨٦	

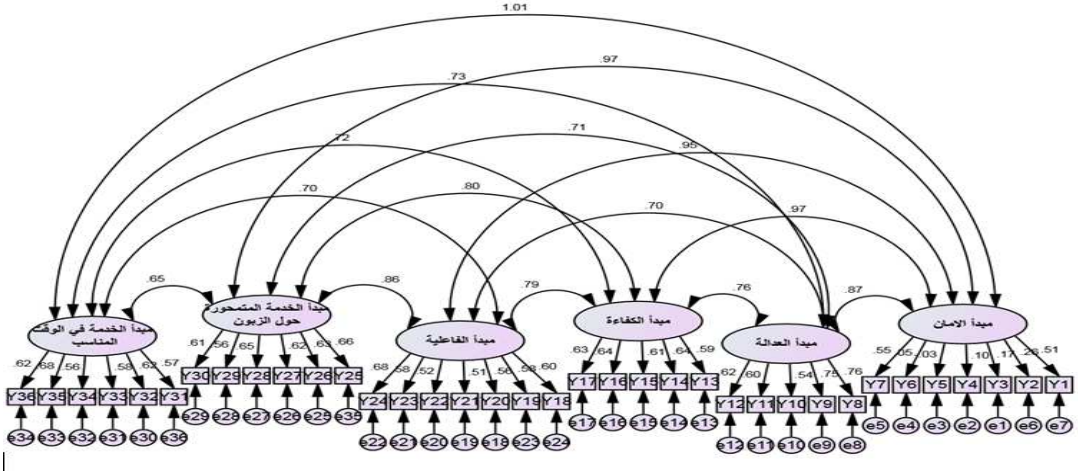
المصدر: من إعداد الباحثين في ضوء نتائج التحليل الاحصائي باستخدام البرمجية SPSS V26

بالنسبة لاسهامات الاتفاق لأبعاد جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الأفراد المبحوثين في مستشفيات مدينة الموصل والتممثلة بـ :(المستشفى الجمهوري التعليمي، مستشفى ابن سينا التعليمي، مستشفى السلام التعليمي، مستشفى الخنساء التعليمي، مستشفى الموصل العام، مستشفى ابن الاثير) يوضح الجدول (٥)، نسبة الاتفاق لكل بعد من أبعاد جودة الرعاية الصحية، وللاجابة على **الفرضية الثانية: لا تتباين أبعاد جودة الرعاية الصحية من حيث توافرها في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل** . نلاحظ أن بعد مبدأ العدالة حقق أعلى اسهامات الاتفاق وعلى نحو جعله في المرتبة الأولى مقارنة بالأبعاد الاخرى وبنسبة اتفاق(٦٤.٦٨٪)، بينما امتلك بعد مبدأ الامان المرتبة الثانية بنسبة اتفاق بلغت (٦٢.٤١٪)، وحصل بعد مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض على المرتبة الثالثة وبنسبة اتفاق (٦٠.٩٦٪)، وفي المرتبة الرابعة جاء بعد مبدأ الكفاءة بنسبة اتفاق (٦٠.٤٢٪)، أما في المرتبة الخامسة جاء بعد مبدأ الفاعلية وبنسبة اتفاق (٥٩.٥٥٪) ، وفي المرتبة السادسة والأخيرة فقد جاء بعد مبدأ الرعاية في الوقت المناسب وبنسبة اتفاق (٥٨.٠٣٪). مما يدل على محدودية اهتمام المستشفيات المبحوثة بهذا البعد. وبالتالي رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة التي تنص على تتباين أبعاد جودة الرعاية الصحية من حيث توافرها في المستشفيات الحكومية في مدينة الموصل.

ثانياً: التحليل العاملي التوكيدي

لغرض تمثيل بنية مؤشرات القياس (أبعاد جودة الرعاية الصحية) استخدم الباحثان أسلوب التحليل العاملي التوكيدي(CFA) ويعد هذا التحليل أحد تطبيقات نمذجة المعادلة البنائية Structural) Equation Modeling،) إذ اعتمد في تطبيق هذا الأسلوب على البرنامج الاحصائي .(Amos V.25) وتتمثل أهمية هذا التحليل، في تحقيق الاجابة عن الفرضية الآتية: لايمكن تمثيل بنية مؤشرات القياس لجودة الرعاية الصحية بستة أبعاد مترابطة مع بعضها تتمثل بمبدأ بـ (الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الرعاية المتمحورة حول الزبون، الرعاية في الوقت المناسب). ولنفي هذه الفرضية يجب أن تكون نتائج التحليل ضمن حدود القبول لمؤشرات جودة المطابقة بحسب ما أشار اليها كل من (Muthen & Kaplan) (McDonald & Ho, 2002, 1985)، و (Bentler, 1990)، كما يجب أن تحقق قيم التشبعات الظاهرة على الأسهم ذات الرأس الواحد إزاء كل فقرة من فقرات أنموذج القياس الحدود المقبولة، والتي تتمثل بحسب حجم عينة البحث الحالي بـ (٠.٣٠) بحسب توصيات (Hair *et al*., 2010, 116)، ويوضح الشكل (١)، والجدول (8) نتائج التحليل مع مقارنتها بحدود القبول:

الشكل (١) : نتائج المرحلة الأولى من التحليل العاملي التوكيدي



المصدر: نتائج برنامج AMOS, V25

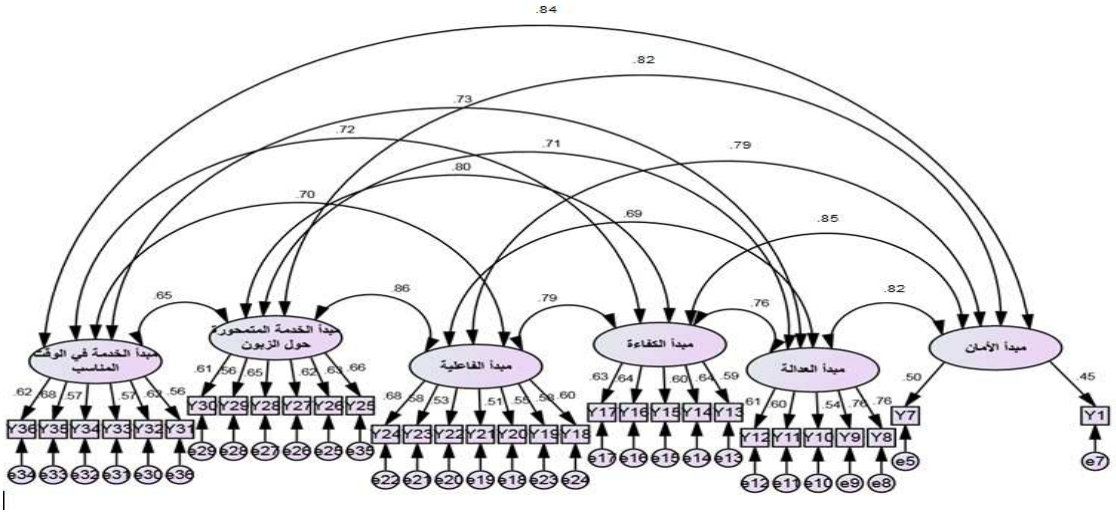
الجدول (٨): نتائج مؤشرات جودة المطابقة للمرحلة الأولى للتحليل العاملي التوكيدي

المؤشر	قيمة المؤشر	المعيار (حدود القبول)	النتيجة
CMIN/DF	1.84	CMIN/DF < 2 < 1	مطابق
RMR	0.076	RMR < 0.08	مطابق
GFI	0.944	GFI > 0.90	مطابق
AGFI	0.936	AGFI > 0.85	مطابق
PGFI	0.821	الأقرب إلى (١)	مطابق
NFI	0.920	NFI > 0.90_0.95	مطابق
RFI	0.913	RFI > 0.90_0.95	مطابق

المصدر: من إعداد الباحثين بالاستناد إلى نتائج AMOS, V25

من ملاحظة قيم التشبعات الموجودة على الأسهم ذات الرأس الواحد، نجد ان هناك اسئلة ذات قيم تشبع أقل من (0.30)، لذا يجب حذفها من الأنموذج وذلك من أجل الوصول إلى أعلى مطابقة ممكنة. أما فيما يتعلق بمؤشرات جودة المطابقة الموضحة في الجدول (8) فقد ظهرت جميعها ضمن الحدود المقبولة، مما يعني أن عمليات التعديل على الأنموذج ستقتصر على حذف الأسئلة ذات التشبعات الضعيفة والمتمثلة بـ (Y2, Y3, Y4, Y5, Y6). ويوضح الشكل (٢) والجدول (٩)، نتائج التحليل العاملي التوكيدي في المرحلة الثانية:

الشكل (٢): نتائج المرحلة الثانية من التحليل العاملي التوكيدي



المصدر: نتائج برنامج AMOS, V25

الجدول (٩): نتائج مؤشرات جودة المطابقة للمرحلة الأولى للتحليل العاملي التوكيدي

المؤشر	قيمة المؤشر	المعيار (حدود القبول)	النتيجة
CMIN/DF	1.81	CMIN/DF < 2 < 1	مطابق
RMR	0.076	RMR < 0.08	مطابق
GFI	0.954	GFI > 0.90	مطابق
AGFI	0.946	AGFI > 0.85	مطابق
PGFI	0.826	الأقرب إلى (١)	مطابق
NFI	0.937	NFI > 0.90_0.95	مطابق
RFI	0.931	RFI > 0.90_0.95	مطابق

المصدر: من إعداد الباحثين بالاستناد إلى نتائج AMOS, V25

يلاحظ من نتائج التحليل العاملي التوكيدي في مرحلته الثانية، أن هنالك تحسناً في مؤشرات جودة مطابقة الأنموذج مع بيانات عينة البحث، **بناءً على ذلك سيتم رفض الفرضية القائلة (لا يمكن تمثيل بنية مؤشرات القياس لجودة الرعاية الصحية بستة أبعاد مترابطة مع بعضها تتمثل ب(الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض) وقبول الفرضية البديلة التي تنص (يمكن تمثيل بنية مؤشرات القياس لجودة الرعاية الصحية بستة أبعاد مترابطة مع بعضها تتمثل ب(الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض).**

المبحث الرابع الاستنتاجات والتوصيات

الإستنتاجات

١- غالبًا ما ركزت سياسات تحسين الرعاية الصحية على توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية مع إهمال جودة تلك الرعاية . على افتراض أنه مع توسيع التغطية ستتحسن الجودة بشكل طبيعي ومع ذلك، هناك تأكيد متزايد بأن الناس قد يتصرفون بطريقة عقلانية تمامًا عندما يتجنبون استخدام الرعاية الصحية العامة ذات الجودة الرديئة وأن الجودة الرديئة للرعاية يمكن أن تكون عائقًا أمام التغطية الصحية الشاملة بغض النظر عن الوصول.

٢- أظهرت نتائج تحليل وصف أبعاد جودة الرعاية الصحية وتشخيصها أن المعدل العام لإجابات الأفراد المبحوثين بالاتجاه الإيجابي ما يؤكد أن المستشفيات المبحوثة تعمل على تعزيز جودة الرعاية الصحية بأبعاده الستة (الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض).

أ- حقق بعد العدالة أعلى نسبة اتفاق وفق آراء الأفراد المبحوثين في المستشفيات المبحوثة مقارنة بباقي الأبعاد، مما يفسر لنا اهتمام المستشفيات المبحوثة بهذا البعد للوصول المتساوي الرعاية الصحية لمن هم في حاجة للرعاية الصحية.

ب- شكل بعد مبدأ الامان نسبة اتفاق فاعلة بشأن العبارات المعبرة عنه أذ محققاً المرتبة الثانية ، الأمر الذي يفسر لنا قدرة المستشفيات المبحوثة على توفير عوامل السلامة والأمان في منظماتنا الصحية للمرضى والعاملين على حدٍ سواء.

ت- حقق مبدأ الرعاية المتمحورة حول المريض المرتبة الثالثة كم حيث نسبة الاتفاق، مما يدلل على أن المستشفيات المبحوثة تحاول تقديم خدمات تتصف بانها رحيمة يظهر فيها القائمين على تقديم الرعاية الصحية التعاطف مع مرضاهم، واحترام القيم والمعتقدات والتفضيلات الشخصية للمريض.

ث- حقق مبدأ الكفاءة المرتبة الرابعة من حيث نسبة الاتفاق، ويمكن الاستدلال بأن تتجنب الهدر بما في ذلك هدر المعدات والموارد المادية واللوازم والموارد البشرية والأفكار والطاقة. وتؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للأفراد والمجتمعات.

ج- فيما يخص بعد مبدأ الفاعلية حقق المرتبة الخامسة من حيث نسب الاتفاق ، مما يدل على سعي المستشفيات المبحوثة لتقديم رعاية تمتاز باعتمادها معلومات موثقة ودقيقة وقائمة على الأدلة.

ح- حقق بعد مبدأ الرعاية في الوقت المناسب أقل نسبة اتفاق من المبحوثين، مما يدل على أن الافتقار المستشفيات المبحوثة إلى التشخيص والعلاج في الوقت المناسب للحالات المزمنة إلى تحول الأمراض المزمنة إلى حالات طبية حرجة وعاجلة وطارئة، يؤدي الفشل في علاج الحالات الخطيرة والعاجلة والطارئة في الوقت المناسب إلى زيادة العبء على موارد الرعاية الحادة المحدودة، مما يؤدي في مرحلة معينة، إلى عدم القدرة على تشخيص الحالات الخطيرة وعلاجها في الوقت المناسب.

٣- أوضحت نتائج تحليل حسن مطابقة أن أنموذج القياس المعتمد في البحث والمتضمن خمسة أبعاد أساسية جودة الرعاية الصحية والمتمثلة ببعد "الأمان، العدالة، الكفاءة، الفاعلية، الوقت المناسب، الرعاية المتمحورة حول المريض" وهذا إشارة واضحة لأمكانية اعتماد هذا الأنموذج في قياس جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة.

التوصيات

١- من الضروري الارتقاء إلى المجالات ذات الأولوية الناشئة مثل تقليل الضرر في رعاية المرضى في سياق الرعاية الصحية وأخطاء التشخيص من أجل تعزيز عوامل الأمان في المستشفيات. وتطوير وتنفيذ الأدوات والاستراتيجيات التي تمكن المستشفيات من قياس وتقليل الضرر داخل وخارج المستشفى، بشكل مستمر وروتيني.

٢- ان العدالة مكونٌ أساسيٌ من عناصر الجودة ، لذا لا ينبغي المساس بالجودة على أساس الحالة الصحية للمريض، وان تتم معالجة عدم المساواة في تصميم الرعاية الصحية. رغم ذلك ان الرعاية الصحية العادلة أمر طموح ولكن ليس من السهل تحقيقه.

٣- ضمان الاستخدام الشامل لموارد الرعاية الصحية وتقديم الرعاية اللازمة لتلافي تطور المرض والتدخل المبكر عند حدوث المرض لتقليل الطلب في وقت لاحق على الرعاية الصحية بشكل أكثر تكلفة وكثافة من حيث الموارد.

٤- إن الرعاية الصحية المقدمة يجب تكون سليمة علميا وتقدم بشكل كاف بالنسبة للمريض ومن دون إفراط، كما ينبغي أن تكون الرعاية مستندة إلى قاعدة البيانات الخاصة بالمرضى والتاريخ الطبي لكل مريض وتؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للأفراد والمجتمعات بناء على حاجاتهم لها.

٥- من الضروري للقائمين تقديم الرعاية الصحية وأي رعاية أخرى تقريبًا، الاستماع إلى مستخدمي الرعاية . وهذا مهم في سياق اتجاهات الرعاية الصحية المتنامية التي تركز على المريض، وتمكين المريض، وزيادة مشاركة المريض. وبالتالي يعد المرضى من أصحاب المصلحة المهمين في العملية، ويعد الحصول على وجهات نظرهم جنبًا إلى جنب مع وجهات نظر مقدمي ومديري الرعاية أداة مهمة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

٦- يجب أن يحصل المرضى على الرعاية الصحية بمجرد الوصول إلى المنظمات الصحية، كما ينبغي تقليل فترات الانتظار والتأخير الضار لكل من أولئك الذين يتلقون الرعاية والذين يقدمونها، سواء حدث عدم الالتزام بالمواعيد في مرحلة التشخيص أو العلاج. لأن ذلك يمكن أن يؤدي إلى نتائج سلبية اعتمادًا على مدى إلحاح الحالة الطبية للمريض.

Referenec

Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. Vol. 4 No. 1.

Aldousari, A. (2015). Influence of national culture on the social construction of health care quality. University of Surrey (United Kingdom).

Araujo, C. A., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care, Vol. 32 No. 8.

Atterton, C. B. (2021). Quality Care in unequal Landscapes. The Meanings of Quality Healthcare in Humanitarian Settings. The University of Manchester (United Kingdom).

Al-Hawamdeh, Nidal, and Abu Shatal, Mutassim (2011) The availability of organizational health dimensions and their impact on reducing sources of work stress, a field study on government sector doctors in Jordan" Yarmouk Research Journal, 27 (2), 1809-1829.

Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century . British Medical Journal Publishing Group. Vol. 323, No. 7322

Ballard, D. J. (2014). The Guide to Achieving STEEEPTM Health Care: Baylor Scott & White Health's Quality Improvement Journey. CRC Press

Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., & Plough, A. (2018). What is health equity?. Behavioral Science & Policy, Vol. 4 No. 1.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organization. (2019). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organization. (2019). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe

Da Graca, B., Fleming, N. S., & Ballard, D. J. (2020). Improving the Efficiency of Care. In The Patient and Health Care System: Perspectives on High-Quality Care , Springer, Cham. Vol. 31 No. 4.

Donabedian, A. (2002). An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press.

EC (2010). EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare. European Commission, Healthcare Systems Unit. Madrid: European Commission.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E ,(2010), Multivariate data analysis. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 7th ed, .

Harder, S. J., & Chu, E. S. (2020). Timeliness of care. In The Patient and Health Care System: Perspectives on High-Quality Care, Springer, Cham. Vol. 109 No. 4.

Herzer, K. R., & Pronovost, P. J. (2021). Ensuring quality in the era of virtual care. JAMA, Vol. 325 No. 5.

Herzer, K. R., & Pronovost, P. J. (2021). Ensuring quality in the era of virtual care. JAMA, Vol. 325 No. 5.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., … Smid, H. (2011). How should we define health? BMJ, Vol. 343 No. 2.

Institute of Medicine (US). Division of Health Care Services, Institute of Medicine (US). Committee to Design a Strategy for Quality Review, Assurance in Medicare, & United States. Health Care Financing Administration. (1990). Medicare: a strategy for quality assurance, volume ii: sources and methods (Vol. 2). National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

Itumalla, R., Acharyulu, G. V. R. K., & Shekhar, B. R. (2014). Development of hospitalqual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital. Operations and Supply Chain Management: An International Journal, Vol. 7 No. 2

Juwaheer, T. D., & Kassean, H. (2006). Exploring quality perceptions of health care operations: a study of public hospitals of Mauritius. Journal of hospital marketing & public relations, Vol. 16 No. 1.

Juma, Tayeb. (2014). Measuring health care quality indicators from the perspective of patients, an exploratory study of a sample of patients at the University Hospital in Batna, Algeria

Kristensen, P. K., Søgaard, R., Thillemann, T. M., Søballe, K., & Johnsen, S. P. (2019). High quality of care did not imply increased hospital spending—nationwide cohort study among hip fracture patients. International Journal for Quality in Health Care, Vol. 31 No. 4

O'Donnell, B. A. (2018). Quality improvement, or quality care: an ethnographic study of frontline National Health Service staff engagement with a quality improvement initiative (Doctoral dissertation, University of the West of Scotland).

Oliver A, Mossialos E. (2004) Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health. Vol. 58 No. 4.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of marketing, Vol. 49 No. 4.

Patel, A. (2017). Equity and Efficiency. In Mental Health Economics,Springer, Cham. Vol. 31 No. 4.

Schwendimann R et al. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of inhospital adverse events – a scoping review. BMC Health Services Research, Vol. 18 No. 1.

Senitan, M., Alhaiti, A. H., & Gillespie, J. (2019). Improving integrated care for chronic non-communicable diseases: A focus on quality referral factors. International Journal of Healthcare Management, Vol. 12 No. 2.

Talib, F., Azam, M., & Rahman, Z. (2015). Service quality in healthcare establishments: A literature review. International Journal of Behavioural and Healthcare Research, Vol. 36 No. 3.

Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. BJOG: an international journal of obstetrics, Vol. 122 No. 8.

Winge, M., Johannesson, P., Perjons, E., & Wangler, B. (2015). The coordination hub: Toward patient-centered and collaborative care processes. Health informatics journal, Vol. 21 No. 4.

World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary (No. WHO/IER/WHR/10.1). World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.