The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Commerce
Master of Business & Administration

الجـامعـــــــة الإســـلاميــةـ غـزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كـليـــــــة التــجـــــارة
ماجستير إدارة الأعمـــــــــــال

تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية

دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي

Assess The Quality Of The Performance Of Government Health Institutions, According To WHO Standards - Case Study:

"Maternity Hospital At Al Shifa Medical Complex"

إعدَادُ البَاحِثَة

ميساء فتحي عيد أبو حصيرة

إشرَاف

الدُكتُور
وسيم إسماعيل الهابيل

الدُكتُور
عبد الكريم سعيد رضوان

قُدمَ هَذا البحثُ اِستِكمَالًا لِمُتَطلباتِ الحُصولِ عَلى دَرَجَةِ الْمَاجِستِيرِ
فِي إدارة الأعمال بِكُليِةِ التجارة فِي الْجَامِعَةِ الإِسلامِيةِ بِغَزة

أغسطس/2016م– ذو القعدة/1437هـ

إقــــــرار

أنا الموقعة أدناه مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية

دراسة حالة: "مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي"

Assess The Quality Of The Performance Of Government Health Institutions , According To WHO Standards

Case Study:
“Maternity Hospital At Al Shifa Medical Complex”

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University’s policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	ميساء فتحي عيد ابو حصيرة	اسم الطالبة:
Signature:		التوقيع:
Date:	2016/08/11	التاريخ:

الرقم: ج س غ/35/   Ref:

التاريخ: 2016/03/06م   Date:

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ **ميساء فتحي عيد أبوحصيرة** لنيل درجة الماجستير في **كلية *التجارة*/** قسم **إدارة الأعمال** وموضوعها:

تقييم أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية

دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي

Evaluation of Governmental Health Organization According to the Standards of World Health Organization

Case Study: Maternity Hospital in El-Shefa' Medical Compound

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأربعاء 26 جمادى الأولى 1437هـ، الموافق 2016/09/07م الساعة الحادية عشر صباحاً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. وسيم اسماعيل الهابيل	مشرفاً و رئيساً	....
د. عبد الكريم سعيد رضوان	مشرفاً	....
د. يوسف ابراهيم الجيش	مناقشاً داخلياً	....
د. أيمن عبد القادر راضي	مناقشاً خارجياً	....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في **كلية *التجارة*/**قسم **إدارة الأعمال**.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبد الرؤوف علي المناعمة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الأداء الصحي المؤسسي من خلال التعرف على مدى تطبيق مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي لمعايير منظمة الصحة العالمية عن طريق تقييم الخِدْمات المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي؛ وذلك بتتبع مؤشرات الأداء الأساسية لأداة "PATH TOOL"؛ حيث تم تقييمها من منظور مقدمي الخدمة، ومتلقياتها، ومدير وبعض رؤساء الأقسام بالمستشفى؛ لتحديد نقاط القوة والضعف فيها. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهجَ الوصفيَّ التحليليَّ؛ حيث تم تطوير أداة تقييم جودة الخدمة في المستشفيات "PATH TOOL" كأداة أساسية للدراسة، وتم استخدامُ ثلاث أدوات ثانوية لجمع البيانات من خلال 3 عينات مختلفة، الأداة الأولى (استبانة مقدمي الخدمة)، الأداة الثانية (استبانة متلقيات الخدمة (مقابلة))، الأداة الثالثة مجموعة أسئلة لمقابلات استهدفت المدير ورؤساء الأقسام الأساسيين في المستشفى. وتضمن مجتمع الدراسة الأول (345) موظفًا، وشملت العينةُ الأولى (200) موظف بنسبة استجابة 94%، أما مجتمع الدراسة الثاني فكان حوالي (20,000) متلقية خدمة يترددن على المستشفى سنوياً، وشملت العينةُ الثانية (400) من متلقيات الخدمة بنسبة استجابة 96%، وشملتْ العينةُ الثالثة (12) موظفًا، وهم: مدير المستشفى الحالي، ومديرها السابق، ومدير التمريض الحالي ومديرها السابق، ورؤساء الأقسام الأساسيين في المستشفى، كما تم مراجعة عدد من سجلات المستشفى وتقاريرها والإحصائيات السنوية، وتم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) لتحليل البيانات.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، كان أهمها: لا يتم تطبيق غالبية معايير منظمة الصحة العالمية في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بسبب النقص الشديد في الإمكانيات المادية والبشرية، وعدم دراية العاملين الكافية بهذه المعايير. يستقبل قسم الولادة الطبيعية حوالي نصف الحالات التي تصل إلى المستشفى. تردي البنية التحتية الخاصة بالمستشفى بسبب الحصار والانقسام ونقص التمويل. وجود رضا عام مرتفع لدى متلقي الخدمة عن الخِدْمات المقدمة يرجع إلى عدم درايتهم بحقوقهم حسب السياسات الصحية المعتمدة عالمياً. وجود رضا متدني لدى مقدمي الخدمة عن استجابة الإدارة لهم وعن ظروف العمل المتوافرة لهم.

وخرجت الدراسة بتوصيات عدة، كان أهمها: ضرورة اعتماد الإدارة لمعايير منظمة الصحة العالمية التي يجب تطبيقها في المستشفى حسب الإمكانيات المتوافرة. ضرورة بناء استراتيجية الوزارة في ضوء احتياجات جميع المعنيين بما يضمن تحسين جودة الخدمة المقدمة وتوفير بيئة صحية آمنة. ضرورة توسيع قسم الولادة الطبيعية وزيادة عدد العاملين فيه؛ ليتناسب مع عدد متلقيات الخدمة اللواتي يصلن إليه. ضرورة حوسبة الخِدْمات المقدمة في المستشفى، واعتماد ملف طبي موحد لكل متلقية خدمة. ضرورة توفير الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة. ضرورة إعداد برامج تثقيفية لتوعية متلقيات الخدمة وتقديمها من خلال مرافق الوزارة المختلفة.

كلمات مفتاحية: الجودة، الخِدْمات الصحية، تقييم الأداء، مؤسسات صحية، مستشفى، معايير.

Abstract

The study aimed to assess the institutional health quality of performance by identifying the extent of the application of the maternity hospital of Shifa Hospital for the World Health Organization standards by assessing the services provided in the maternity com-pound of Al Shifa Hospital; and it keeps track of the basic performance of the tool "PATH TOOL" indicators; where they were evaluated the perspective of service providers, and the clients of service, the director and some of the heads of departments at the hospital; to identify strengths and weaknesses. To achieve the objectives of the study the researcher used the descriptive and analytical approach; where was developed to assess the quality of service in hospitals tool PATH TOOL "" an essential tool for the study was the use of three secondary tools for collecting data through three different samples. The first tool (the service providers` questionnaire ), the second tool (the clients` service questionnaire (interview). Third tool was a set of questions for interviewing the hospital's Director and heads of departments at the hospital. The first study included population (345) employees, and the first sample included (200) employees with a response percentage of 94%, while the community of the second study was about (20,000) clients of service attending the hospital each year, a second sample included (400) clients of service with a response percentage of 96%, and a third sample included (12) employees, and they are: the current director of the hospital, the former director, and director of the current nursing and former director, and basic department heads in the hospital. The medical records and reports of hospital and its annual statistics were re-viewed for the purpose of conducting this study. Data was analyzed by using (SPSS) statistical analysis program.

The study concluded with a set of results, the most important are: the majority of the World Health Organization standards in the maternity hospital in Al Shifa Hospital are not applied because of the severe shortage of material and human resources, and lack of adequate knowledge by the staff of these criteria employed. The normal delivery section receives about half of the cases that reach the hospital. The deterioration of infrastructure at the hospital because of the blockade and the division and lack of funding. There was high general satisfaction among the service clients for services provided due to the lack of knowledge of their rights according to internationally approved health policies. The presence of low satisfaction among the service providers for the administration's response to them and available working conditions.

The study suggested a number of recommendations, the most important are the following: the management needs to adopt WHO standards that should be applied in the hospital within its available resources. The ministry's strategy needs to be built in the light of the needs of all concerned to ensure the improvement of quality of service provided and the provision of healthy and safe environment. The normal delivery department needs to be expanded and increasing the number of employees to fit with the number of service clients who reach it. The need for computerization of the services provided in the hospital, and the adoption of a unified medical file for each client of the service. Providing support for health services around the clock, and preparing educational programs to educate clients about service offered through different facilities of the ministry.

Keywords: quality, health services, assessing the performance, health institutions, hospital, standards.

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

﴿أَفَمَنْ يَمْشِي مُكِبًّا عَلَى وَجْهِهِ أَهْدَى أَمَّنْ يَمْشِي سَوِيًّا عَلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ﴾

صَدقَ اللهُ العَظيمُ

[الملك: 22]

الإهداء

إلى معلم البشرية

حبيبي ونبيي وشفيعي محمد صلى الله عليه وسلم

إلى روح والدي الطاهرة وروح والدة زوجي

طيب الله ثراهما

إلى والد زوجي ووالدتي

أطال الله في عمرهما وقدرني على طاعتهما

إلى سندي ورفيق دربي

زوجي الغالي/ إسماعيل عبد المعطي رمضان

إلى من أرى فيهم الغد المشرق

أبنائي الأعزاء : يوسف، عبد الله، محمود، لطيفة، فرح، جنة.

إلى كل من علمني حرفًا، وساعدني في إنجاز هذا العمل المتواضع.

إلى هذا الصرح العلمي: الجامعة الإسلامية.

شكر وتقدير

إنه لخلق جميل أن يشكر المرء من مد له يد العون

وذلك انطلاقاً من قوله تعالى: ﴿لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ﴾[إبراهيم: 7]

بداية أشكر لمولاي ولخالقي الذي منَّ علي بإتمام هذا العمل المتواضع

ولا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر والامتنان لأستاذيَّ الفاضلين:

الدكتور/ وسيم الهابيل حفظه الله

الدكتور/ عبد الكريم رضوان حفظه الله

لتفضلهما بالإشراف على هذا البحث، ومتابعتهما له منذ الخطوات الأولى، ومجهودهما الكبير، والدعم اللامحدود ومعاونتهم الصادقة لي وتوجيهاتهم السديدة طوال فترة إعداده.

مما ساعدني على إخراج هذا العمل بهذه الصورة، أسأل الله أن يجزيهما عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى عضوي لجنة المناقشة، كل من:

الدكتور/ أيمن راضي حفظه الله

الدكتور/ يوسف الجيش حفظه الله

لتفضلهما بمناقشة البحث فأكملا بنيانه وعظما شأنه، فجزاهما الله عني خير الجزاء.

والشكر موصول لجميع الأقارب والأصدقاء والزملاء وكل من ساندني ونصحني وأرشدني وساعدني في إتمام هذا البحث.

الباحثة

ميساء فتحي عيد أبو حصيرة

فهرس المحتويات

إقـــرار ....أ

نتيجة الحكم ....ب

ملخص الدراسة ....ت

Abstract ....ث

اقتباس ....ج

الإهداء ....ح

شكر وتقدير ....خ

فهرس المحتويات ....د

فهرس الجداول..ش

فهرس الأشكال والرسوم التوضيحية ....ظ

فهرس الملاحق ....ظ

فهرس الرموز والاختصارات ....ع

الفصل الأول الإطار العام للدراسة 2

0.1 مقدمة: 3

1.1 الدراسة الاستطلاعية:...4

2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:..11

3.1 أهداف الدراسة:..13

4.1 أهمية الدراسة:...14

5.1 متغيرات الدراسة: 15

6.1 حدود الدراسة: 16

7.1 التعريفات الإجرائية للدراسة: 20

8.1 هيكل الدراسة:...22

الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة 24

0.2 مقدمة: 25

المبحث الأول تقييم جودة الأداء المؤسسي.. 27
0.1.2 تمهيد:.. 27
1.1.2 مفهوم تقييم الأداء:.. 28
3.1.2 نشأة تقييم الأداء وتطوره:... 29
4.1.2 أسباب إجراء التقييم: 30
5.1.2 خطوات عملية التقييم:.. 30
6.1.2 مستويات تقييم الأداء:.. 31
7.1.2 تصنيف مقاييس الأداء: 32
10.1.2 أبعاد الأداء المؤسسي:.. 35
11.1.2 أنواع الأداء المؤسسي: 35
13.1.2 مجالات الأداء المؤسسي:.. 37
14.1.2 تقييم الأداء المؤسسي:.. 45
15.1.2 أهداف عملية تقييم الأداء المؤسسي: 45
16.1.2 فوائد تقييم الأداء المؤسسي:... 46
18.1.2 معوقات عملية تقييم الأداء المؤسسي وصعوبتها: 47
19.1.2 الخلاصة:... 49
المبحث الثاني واقع المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة.......................... 50
0.2.2 تمهيد:.. 50
1.2.2 التطور التاريخي للمؤسسات الصحية:.. 50
1.1.2.2 المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة:................................ 50
2.1.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:.................................... 51
3.1.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الحديث: 52
4.1.2.2 تاريخ المؤسسات الصحية في فلسطين:.................................... 52
2.2.2 مفهوم الخِدْمات الصحية:.. 54
2.2.2.2 مفهوم الخدمة الصحية:.. 55
3.2.2.2 خصائص الخِدْمات الصحية: 55

3.2.2 مفهوم المؤسسات الصحية:.. 56
4.2.2 مفهوم تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:.. 57
5.2.2 أهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية: 57
6.2.2 أغراض تقييم الأداء في المؤسسات الصحية: 57
8.2.2 معايير قياس أداء المؤسسات: 58
10.2.2 إدارة الأداء:.. 61
11.2.2 مميزات إدارة المؤسسات الصحية:.. 62
12.2.2 واقع المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة: 62
14.2.2 وظائف المؤسسات الصحية:... 65
15.2.2 العوامل التي تؤثر على وضع النظام الصحي:... 67
16.2.2 الوضع الصحي للمرأة في قطاع غزة: 67
17.2.2 تعريف وزارة الصحة: 67
18.2.2 أهداف وزارة الصحة الاستراتيجية:.. 69
20.2.2 واقع جودة الخِدْمات الصحية في قطاع غزة: 70
21.2.2 الصعوبات التي تواجه قياس جودة الخِدْمات الصحية:.................................. 72
22.2.2 الخلاصة:... 72
المبحث الثالث... 73
معايير تقييم أداء المستشفيات حسب منظمة الصحة العالمية 73
0.3.2 تمهيد:.. 73
1.3.2 تعريف منظمة الصحّة العالمية:.. 74
2.3.2 الأهداف الأساسية لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة العمومية: 74
3.3.2 جودة الخِدْمات الصحية: 75
4.3.2 أبعاد جودة الخِدْمات الصحية:... 77
7.3.2 النظام الصحي:.. 89
8.3.2 تعريف المستشفى: 90
9.3.2 خصائص المستشفى ومميزاتها: (ذياب، 2009م، ص ص223-224) 91

10.3.2 تعريف مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي:.. 92
12.3.2 صعوبات تقييم أداء إدارة المستشفى: (ذياب، 2009م، ص ص318–319)................... 100
13.3.2 الخلاصة:.. 100
الفصل الثالث الدراسات السابقة 102
0.3 مقدمة: 103
1.3 الدراسات الفلسطينية: 103
2.3 الدراسات العربية:.. 113
3.3 الدراسات الأجنبية:... 119
4.3 التعقيب على الدراسات السابقة: 124
5.3 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة: 131
6.3 تحديد الفجوة البحثية: 132
نتائج الدراسات السابقة 132
الفجوة البحثية.. 132
الدراسات السابقة 132
7.3 الخلاصة:... 133
الفصل الرابع المنهجية وطرق البحث.. 134
0.4 مقدمة: 135
1.4 منهج الدراسة: 135
2.4 مصادر جمع البيانات.. 135
3.4 مجتمع الدراسة:.. 136
4.4 عينة الدراسة:.. 137
5.4 أدوات الدراسة: 137
9.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة: 152
10.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة: 153
12.4 خطوات إجراء المقابلة:.. 154
الفصل الخامس تحليل البيانات وإجابة التساؤلات ومناقشتها 155

0.5 مقدمة: 156
1.5 تحليل مؤشرات الخِدْمات الصحية:... 156
2.2.5 الإجابة عن أسئلة الدراسة 170
الفصل السادس الاستنتاجات والتوصيات 242
0.6 مقدمة: 243
1.6 نتائج الدراسة: 243
2.6 التوصيات: 247
3.6 الخطة التنفيذية لتنفيذ التوصيات:.. 250
4.6 الدراسات المقترحة: 260
المصادر والمراجع 261
أولًا- المراجع العربية 262
ثانيًا- المراجع الأجنبية 272
المـلاحـق... 276

فهرس الجداول

جدول(1.1): مؤشرات وطرق الحصول على البيانات حسب الأداة المستخدمة........................ 17

جدول(2.1): المتعلق بنشأة تقييم الأداء وتطوره.. 29

جدول (2.2):توزيع الموارد البشرية في المستشفى حسب التخصصات........................... 99

جدول (3.1): أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة 125

جدول (4.1): قائمة بالتخصصات الموجودة في المستشفى وأعداد الموظفين من كل تخصص......... 136

جدول (4.2): درجات مقياس ليكرت الخماسي... 139

جدول (4.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية " والدرجة الكلية للمحور 141

جدول (4.4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "الكفاءة الصحية" والدرجة الكلية للمحور... 142

جدول (4.5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "الاهتمام بالكادر البشري" والدرجة الكلية للمحور 143

جدول (4.6): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع"إدارة مستجيبة" والدرجة الكلية للمحور... 144

جدول (4.7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس "أمان مقدمي الخدمة" والدرجة الكلية للمحور 145

جدول (4.8): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)" والدرجة الكلية للمحور 146

جدول (4.9): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام" والدرجة الكلية للمحور.. 147

جدول (4.10): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)" والدرجة الكلية للمحور........................ 148

جدول (4.11): معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة..... 149

جدول (4.12): معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة..... 150

جدول (4.13): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات استبانة "مقدمي الخدمة"............................. 150

جدول (4.14): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات استبانة "متلقيات الخدمة"............................ 151

جدول (4.15): يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لاستبانة "مقدمي الخدمة"........................ 152
جدول (4.16): يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لاستبانة "متلقيات الخدمة" 153
جدول (5.1): معدل الموارد البشرية من فئة الأطباء والتمريض والصيادلة حسب عدد الفئة المستهدفة... 156
جدول (5.2): مقارنة بعض الخِدْمات المقدمة في بعض أقسام المستشفى خلال عام 2014 و2015: ...160
جدول (5.3): مؤشرات المبيت في المستشفى خلال عام 2014 وعام 2015.............................. 161
جدول (5.4): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس.. 162
جدول (5.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي.. 163
جدول (5.6): توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الإشرافي.. 163
جدول (5.7): توزيع عينة الدراسة حسب التخصص... 164
جدول (5.8): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة... 165
جدول (5.9): توزيع عينة الدراسة حسب العمر.. 166
جدول (5.10): توزيع عينة الدراسة حسب مكان الإقامة.. 166
جدول (5.11): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي...................................... 167
جدول (5.12): توزيع عينة الدراسة حسب التأمين الصحي.. 168
جدول (5.13): توزيع عينة الدراسة حسب الإجراء الطبي... 168
جدول (5.14): توزيع عينة الدراسة حسب قسم المبيت... 169
جدول (5.15): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "البنية التحتية"... 170
جدول (5.16): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "ظروف العمل"... 174
جدول (5.17): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة"...................................... 177
جدول (5.18): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "دخول العناية المركزة (غير المخطط)".. 180
جدول (5.19): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات محور " الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)".. 182
جدول (5.20): يوضح الإجابة على السؤال الأول حسب رأي مقدمي الخدمة........................ 184

جدول (5.21): يوضح الإجابة على السؤال الأول حسب رأي متلقي الخدمة 185

جدول (5.22): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات محور "الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة)"... 186

جدول (5.23): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "التدريب"... 189

جدول (5.24): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع"... 192

جدول (5.25): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين"...................................... 195

جدول (5.26): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "توافر الأدوية والمهمات الطبية"... 197

جدول (5.27): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "توافر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل" 200

جدول(5.28): يوضح الإجابة عن السؤال الثاني حسب رأي مقدمي الخدمة............ 202

جدول (5.29): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "المحافظة على خصوصيتك" 203

جدول (5.30): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "معاملتك بعدالة واحترام" 206

جدول (5.31):المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "إمكانية الوصول للخِدْمات" 209

جدول (5.32): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية"... 211

جدول (5.33): يوضح الإجابة على السؤال الثالث حسب راي متلقيات الخدمة 213

جدول (5.34): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال " توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية " 214

جدول (5.35): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "إصابات العمل" 217

جدول (5.36): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات محور "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)" 219

جدول (5.37): يوضح الإجابة عن السؤال الثالث حسب رأي مقدمي الخدمة............................ 222

جدول (5.38): يوضح الإجابة عن السؤال الثالث حسب رأي متلقي الخدمة............................ 222

جدول (5.39): درجة رضا مقدمي الخدمة عن المستشفى.. 223

جدول (5.40): درجة رضا متلقيات الخدمة عن المستشفى 224

جدول (5.41): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – الجنس.. 225

جدول (5.42): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المؤهل العلمي.. 227

جدول (5.43): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المسمى الإشرافي....................................... 229

جدول (5.44): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – التخصص.. 230

جدول (5.45): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – سنوات الخبرة.. 232

جدول (5.46): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – العمر... 233

جدول (5.47): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – مكان الإقامة.. 235

جدول (5.48): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المستوى التعليمي...................................... 236

جدول (5.49): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – التأمين الصحي......................................237

جدول (5.50): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – الإجراء الطبي.. 238

جدول (5.51): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – عدد أيام المبيت في المستشفى........................ 239

فهرس الأشكال والرسوم التوضيحية

فهرس الملاحق

ملحق (1): استبانة متلقيات الخدمة.. 277

ملحق (2): استبانة مقدمي الخدمة.. 282

ملحق (3): أسئلة المقابلة 289

ملحق (4): قائمة بأسماء المحكمين.. 291

ملحق (5): قائمة بأسماء المقابلين.. 292

ملحق (6): خطاب تسهيل مهمة 293

ملحق (7): كتاب موافقة الوزارة.. 294

ملحق (8): بطاقة ملاحظة خاصة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.............................. 295

فهرس الرموز والاختصارات

الاختصار	المصطلح باللغة الانجليزية	ترجمة المصطلح
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية
PATH TOOL	Performance Assessment Tool For Quality Of Hospital	أداة تقييم جودة أداء المستشفيات
JCI	Joint Commission International	هيئة القياسات الدولية
IOM	Institute Of Medicine	المعهد الطبي الأمريكي
JISC	Joint Information System Committee	هيئة أنظمة العمل المشتركة
AHRQ	Agency For Healthcare Research & Quality	الوكالة الأمريكية للبحث والجودة الصحية
JCAH	The Joint Commission On Accreditation Of Hospital	هيئة القياسات الأمريكية الصحية
CIHI	Canadian Institute For Health Information	المعهد الكندي للمعلومات الصحية
NHS QIS	NHS Quality Improvement Scotland	المركز القومي لتحسين جودة الخدمات الصحية في اسكتلاندا

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

0.1 مقدمة:

يعدُّ تقييمُ الأداء أحدَ أهم وظائف الإدارة، ومع ذلك تعاني الكثير من المؤسسات الحكومية من مشكلات خاصة في عملية التقييم؛ الأمر الذي قد يؤدي إلى فشل المؤسسة بأكملها؛ لعدم وجود أدوات قياس واضحة ومحددة بشكل دقيق لقياس الأداء المؤسسي.

وتعمل المؤسسات بشكل عام من خلال سياسات مختلفة، وقرارات تسعى من خلالها إلى تحقيق أداء فعّال وإنتاجية مرتفعة، وتقوم بتصميم سياساتها وبرامجها، وتهيئ وسائل اتصال مناسبة لتنفيذ هذه البرامج والسياسات؛ ولكن لا يمكن التأكد من صحة تطبيق هذه السياسات والبرامج وسلامتها، دون تقييم أداء هذه المؤسسة بشكل دائم ومستمر.

وقد تطورت عمليات التقييم حتى أضحت عملية لصيقة بأي عمل وبأي مهنة، وتعددت مجالاتها إلى أن أصبحت اختصاصًا علميًا يحتاج إلى قواعد وقوانين، ويستخدمها أشخاص أكْفَاء مدربون من خلال مقاييس موضوعية علمية، وإذا أردنا تحقيق زيادة في مستويات الأداء في مؤسساتنا المختلفة، فلابد أن تترافق تلك الإجراءات السابقة بعمليات مستمرة من التقويم والمتابعة، وذلك من حيث قياس مستوى الأداء الفعلي كما هو بالواقع ومقارنته بمستوى الأداء المطلوب (صديق،2012م، ص212).

وتواجه المؤسسات الحكومية الخِدْماتية جملةً من التغيرات والتحديات: الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتقنية والثقافية؛ مما يحتم على هذه المؤسسات مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الإجراءات اللازمة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفاعليَّة، مما يحتم على الإدارة تبني استراتيجيات ومداخل مختلفة ترفع من مستوى أداء الأجهزة الحكومية الخِدْماتية، وفي ظل التغيرات الحديثة تظهر الحاجة إلى تطبيق معايير قياس الأداء المؤسسي لهذه المؤسسات بهدف رفع مستوى أدائها وتحسينه (الأحمدي، 2009م، ص3).

إن تقييم أثر تطبيق معايير محددة في قياس أداء المؤسسات الصحية الحكومية بقطاع غزة سيؤدي إلى تحسين جودة الأداء وتحقيق النتائج المرجوة؛ حيث واجه القطاع الصحي في قطاع غزة تحديات كثيرة خلال الفترة السابقة، فقد عانى من العديد من المشكلات في ظل الحصار

والحروب المتكررة، وقلة التمويل، وانعدام الصيانة، وسوء الإدارة في المؤسسات الصحية في قطاع غزة.

كما أن النظام الصحي الفلسطيني يعمل تحت ضغط شديد لتقديم خِدْمات صحية مميزة في ظل محدودية الموارد، وتشكُّل المستشفيات أحد أهم مكونات هذا النظام الصحي، ويُعد توفير الخِدْمات الصحية الجيدة للمجتمع من أكبر التحديات التي يواجهها القائمون على إدارة المستشفيات والمراكز الصحية؛ لأن هذه الخِدْمات ذات صلة مباشرة بصحة الأفراد وحياتهم وقدرتهم على العطاء والإنتاج (مهنا،2014م، ص2).

وفي ضوء هذه الرؤية، تظهر الحاجة الملحة لدراسة أداء المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة وتقييمها حسب معايير الأداء العالمية؛ للوقوف على نقاط القوة والضعف في هذه المستشفى، والعمل على تقويتها وتعزيز إدارتها؛ بهدف تحسين خِدْمات الولادة، وتعزيز الثقة بالخِدْمات الصحية المقدمة في مجمع الشفاء الطبي.

1.1 الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية استهدفت المساهمة في تحديد وبلورة مشكلة البحث، وتحديد البيانات اللازمة للإجابة على اسئلة الدراسة، والأساليب المناسبة لجمعها، وتحديد مجتمع البحث، وعينة الدراسة، وتحديد المتغيرات الأساسية لنموذج الدراسة.

وقد مرت هذه الدراسة بمرحلتين أساسيتين، الأولى وهي الدراسة المكتبية والثانية هي الدراسة الميدانية، ويمكن بيان ذلك على النحو الآتي:

1.1.1 المرحلة الأولى: الدراسة المكتبية:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على تجميع البيانات التي تتعلق بالمؤسسات الصحية الحكومية من واقع تقارير وزارة الصحة وسجلاتها وأنشطتها، من حيث: أعداد القوى العاملة فيها، ومؤشراتها، وشراء الخدمة من مستشفيات أخرى، كما اعتمدت الباحثة على مؤشرات قياس الأداء المؤسسي في الخدمات الصحية **المقدمة للمرضى المقيمين في المستشفيات الفلسطينية**، وكذلك تم الرجوع إلى بيانات وزارة المالية بشأن المعتمد والمنفق ضمن الموازنة المخصصة لوزارة الصحة بقطاع غزة، على التدريب وتطوير الموارد البشرية، والابتعاث الخارجي مِنْ سنة 2007-2014، ويمكن بيان هذه البيانات وفق الجداول الآتية:

جدول (1.1): مؤشرات أعداد القوى العاملة في وزارة الصحة

المؤشرات	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
طبيب	1837	1837	2496	2399	2399	2399	2039	1853
صيدلاني	243	243	253	240	240	240	227	206
ممرض	1794	1794	1592	1597	1597	1597	1425	1295
مهن طبية مساندة	814	814	783	759	759	759	556	505
إدارة وخدمات	3033	3033	3520	3314	3314	3314	3314	3012
المجموع	7825	7825	8731	8393	8393	8393	7639	6943

المصدر: جرد بواسطة الباحثة استناداً إلى التقرير السنوي 2014 لوزارة الصحة الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطينية.

من الجدول رقم (1.1) استخلصت الباحثة ما يأتي:

وجود تناقص ملحوظ في أعداد القوى العاملة في وزارة الصحة خلال الأعوام 2012م وحتى عام 2014م؛ حيث استقر عدد الأطباء والصيادلة والممرضين والمهن الطبية المساندة وإدارة الخدمات في عام 2012م، ثم تناقص في عام 2014م بنسبة وصلت إلى 9.11% عن العام 2013م، وهذا يعني عدم تخصيص موازنة كافية لتوظيف الكوادر البشرية اللازمة لتشغيل القطاع الصحي بما يتناسب مع الزيادة السكانية، بعد تقاعد عدد كبير من موظفي الوزارة، وارتفاع معدل دوران العمل، ما يعني وجود ضعف في توزيع الموارد البشرية بما يتناسب مع معدلات الموظفين نسبة إلى عدد السكان الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية لضمان تقديم خدمة صحية مقبولة وآمنة، ويعد ذلك مؤشرًا على عدم تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية فيما يخص عدد العاملين الصحيين نسبة إلى عدد السكان.

جدول (1.2): توزيع أهم الكوادر الصحية العاملة في وزارة الصحة، ومعدلاتها للسكان في قطاع غزة

المؤشرات	العدد	معدل كل تخصص / إجمالي السكان
طبيب	1853	971
تمريض	1295	1390

المصدر: جرد بواسطة الباحثة استناداً إلى التقرير السنوي 2014 لوزارة الصحة الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطينية.

من الجدول رقم (1.2) تستخلص الباحثة ما يأتي:

- **المؤشر الأول– معدل الأطباء إلى السكان:** تتراوح نسبة عدد الأطباء إلى السكان في الدول المتقدمة ما بين 400:1 إلى 800:1 (جاد الرب، 2008م، ص 212)، ويتضح من الجدول السابق أن معدل الأطباء إلى السكان في قطاع غزة هو 971:1 من السكان، وهي نسبة تزيد عن المعدل العام في الدول المتقدمة، وتبلغ النسبة في المملكة الأردنية الهاشمية 369:1 (وزارة الصحة

الأردنية، 2013، موقع نت)، وهي أفضل من مثيلتها في فلسطين، كما تبلغ النسبة 355:1 أو 28.2 لكل 10000 من السكان في جمهورية مصر العربية (تقرير منظمة الصحة العالمية- مصر، 2011، موقع نت)، وهي نسبة أفضل من فلسطين.

- **المؤشر الثاني- معدل التمريض إلى السكان:** على المستوى العالمي وطبقًا لإحصاءات منظمة الصحة العالمية ومؤشراتها تبين أن نسبة الممرضات لكل 10000 نسمة من السكان في الدول المتقدمة هي 77.3 ممرضة (جاد الرب، 2008م، ص 220)، وتشير بيانات الجدول السابق إلى أن معدل ممرض/عدد من السكان في قطاع غزة هي 1390:1 (التقرير السنوي لوزارة الصحة، 2015م)، أي ما يقارب 7 ممرضين لكل 10000 من السكان، وهي نسبة ضعيفة مقارنة بالدول المتقدمة؛ ولكنها مقبولة إذا ما قورنت بالدول المجاورة، واتضح للباحثة أن هناك خللًا لدى وزارة الصحة في معدلات توزيع الكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي الحكومي الفلسطيني، وهذا يؤثر سلبًا على أداء الموارد البشرية، وبالتالي يؤثر بالسلب على جودة الأداء المؤسسي لوزارة الصحة الفلسطينية ككل.

جدول (1.3): بعض المؤشرات الرئيسة في مستشفيات وزارة الصحة، فلسطين، (2014)

المؤشر	العدد
عدد مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين	26
عدد السكان لكل مستشفى تابع لوزارة الصحة	174.277
عدد الأسِرَّة الإجمالي في مستشفيات وزارة الصحة	3259
معدل عدد السكان لكل سرير	1463
معدل عدد الأسِرَّة لكل 10000 من السكان	8

المصدر: جرد بواسطة الباحثة استناداً إلى التقرير السنوي 2014 لوزارة الصحة الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطينية.

من الجدول رقم (1.3) تستخلص الباحثة ما يأتي:

- **معدل عدد السكان لكل سرير:**

بمقارنة القيم والنسب الواردة في الجدول السابق مع مثيلاتها في الأردن، نجد أن معدل عدد السكان لكل سرير في الأردن 1385 (وزارة الصحة الأردنية، 2013، موقع نت)، في حين أن عدد السكان في فلسطين لكل سرير 1463، وبذلك يعد مؤشر الأردن أفضل من فلسطين، كما أن عدد أسِرَّة المستشفيات في وزارة الصحة الأردنية بلغ 4612 (وزارة الصحة الأردنية، 2013، موقع نت) في حين بلغ عدد الأسِرَّة في فلسطين 2979.

- **معدل عدد السكان لكل مستشفى:**

بلغ عدد السكان لكل مستشفى حكومي في فلسطين 174,277 نسمة، في حين أن النسبة نفسها في الأردن هي مستشفى لكل 206,046 نسمة، وتعد النسبة في فلسطين أفضل من مثيلتها في الأردن، مع مراعاة أن القطاع الخاص الصحي في الأردن أكبر من القطاع الخاص الصحي في فلسطين؛ حيث يوفر القطاع الخاص في المستشفيات الأردنية ما مجموعه 3918 سريرًا، وتوفر الخدمات الطبية العسكرية في الأردن 2428 سريرًا (وزارة الصحة الأردنية، 2013، موقع نت)، في حين أن القطاع الخاص والأهلي والخدمات الطبية ووكالة الغوث في فلسطين توفر فقط 2508 سريرًا (التقرير الصحي لوزارة الصحة، 2014، موقع نت).

جدول (1.4): مؤشرات قياس الأداء المؤسسي في الخدمات الصحية من 2009–2014

المؤشرات	2009	2010	2011	2012	2013	2014
نسب الوفيات	3.9 /1000	1000/3.1	1000/3.1	1000/3.2	1000/2.9	1000/4.08
معدلات شغل الأسرة	%80.2	%82	%82.5	%94	%88	%86
معدلات دوران السرير	89	103	103	104	106	112
إجمالي عدد الحالات المحولة للعلاج خارج فلسطين*	11987	8902	11636	10828	16537	20338
إجمالي تكلفة الحالات المحولة للعلاج لخارج فلسطين*	25142857	26857142	37428.571	25714285	38285714	40809575

* الأرقام بالدولار

المصدر: جرد بواسطة الباحثة بناء على التقارير السنوي للإدارة العامة للمستشفيات (2009–2014).

من الجدول رقم (1.4) تستخلص الباحثة ما يأتي:

- يلاحظ أن نسب الوفيات في قطاع غزة تتراوح بين 2.9 و 4.08 لكل ألف نسمة، كانت أعلاها سنة 2014م بنسبة 4.08، ويعد ذلك مؤشرًا على ضعف الأداء المؤسسي لوزارة الصحة من حيث قلة الأمان عند تلقي الخدمة داخل مرافق وزارة الصحة، وكذلك عدم التركيز على متلقي

الخدمة وجعلهم في مركز اهتمام إدارة المستشفى، ومن الممكن أن يكون سبب هذا الارتفاع العدوان الغاشم الذي تعرض له قطاع غزة عام 2014م.

- في عام 2014م بلغت معدلات شغل الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة 86%، وبمقارنة هذه النسبة بنسبة إشغال الأسرة في المستشفيات غير الحكومية في قطاع غزة نجد أنها 19.6%، وفي مستشفيات الخدمات العسكرية 27.3%، وتعد وزارة الصحة الجسم الذي يتحمل العبء الأكبر في تقديم الخدمات الصحية لغالبية الشعب الفلسطيني في قطاع غزة، وهذا يؤدي إلى ضعف جودة الخدمة المقدمة للمواطنين، ما يؤدي إلى ضعف في الأداء العام للوزارة من حيث عدم استجابة الإدارة لاحتياجات مقدمي الخدمة ومتلقيها؛ لضمان تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.
- في العام 2014م بلغ معدل دوران السرير في مستشفيات وزارة الصحة 112 مرة سنوياً، وهذا يعني أن السرير يتم إشغاله 112 مرة خلال العام، مع ملاحظة ارتفاع نسبي ملحوظ عن الأعوام السابقة، مع العلم أن 112 تعبر عن المعدل، أي إن هناك أسرة يبلغ معدل دورانها أكثر من ذلك بكثير؛ ما يؤدي إلى وجود ضعف واضح في جودة الأداء في بعض مرافق وزارة الصحة.
- هناك تزايدٌ مستمرٌ في أعداد الحالات المحولة للعلاج خارج وزارة الصحة، وبالتالي تزايد في إجمالي التكلفة، ويظهر ذلك بوضوح خلال الفترة من 2012م إلى 2014م؛ حيث ارتفع عدد الحالات المحولة بنسبة 34% من العام 2012م إلى العام 2013م، ونتج عنه ارتفاع في معدل التكلفة بنسبة 33%، وبنسبة 18.7% من العام 2013م إلى العام 2014م، وارتفاع في معدل التكلفة بنسبة 6.18%؛ ما يعكس ضعفًا في جانب الموارد المخصصة للوزارة، ويترتب عليه ضعف في العمليات، ويعد هذا مؤشرَ ضعف في الفاعلية السريرية والكفاءة الصحية للكادر العامل في مرافق وزارة الصحة المختلفة، وكذلك يعد تحويل الحالات مؤشرًا على عدم الاهتمام بالكادر البشري وتدريبه وتأهيله باستمرار، بالإضافة إلى عدم توفير الموارد المادية من أجهزة وأدوية ومهمات طبية لازمة لتقديم الخدمات الصحية بجودة مقبولة.

جدول (1.5): مؤشرات النفقات التشغيلية لوزارة الصحة

م	النفقات التشغيلية	2012		2013		2014	
		الموازنة	المصروف	الموازنة	المصروف	الموازنة	المصروف
1	السفر في مهمات رسمية	35135	17429	69824	23068	53000	18481
2	البعثات العلمية والدورات التدريبية	54055	16442	26316	3259	10000	10000
3	نفقات المعالجة خارج فلسطين	5945946	1122605	5789474	1018191	3142857	775382
4	تجارب عملية ومخبرية وفحص عينات	8290	8290	3698	3697	8763	8763
	المجموع	6043426	1164766	5889312	1048215	3214620	812626

المصدر: وزارة المالية– الإدارة العامة للموازنة – فلسطين – (2015)، الأرقام بالدولار.

من الجدول رقم (1.5) تستخلص الباحثة ما يأتي:

يتضح من الجدول السابق أن وزارة الصحة لا تستفيد من المبالغ المعتمدة لها في الموازنة في مجال تطوير الموارد البشرية؛ حيث لا يتم الإنفاق منه إلا شيئًا قليلًا جدًّا، ويتضح ذلك في الآتي:

1. في بند السفر في مهمات رسمية نجد أن المصروف من الموازنة في عام 2012م نسبة (49.6%) فقط، وفي العام 2013م نسبة المصروف (33%)، وفي العام 2014م بلغت نسبة الاستفادة (34.9%).

2. في بند البعثات العلمية والدورات التدريبية نجد أيضًا قصورًا في هذا الجانب؛ حيث إن المصروف من الموازنة في عام 2012م نسبة (30.4%)، وفي عام 2013م بلغت النسبة (12.4%).

اتضح للباحثة أن البندين (1، 2) يعكسان وجود ضعف شديد في جانب الاهتمام بتطوير المهارات والقدرات وزيادة المعلومات وتبادل الخبرات، التي يحصل عليها موظفو وزارة الصحة من خلال المشاركة في البعثات العلمية والمؤتمرات والندوات والمشاركة في الدورات الخارجية، ويثبت هذان البندان صحة ما جاء في الجداول السابقة من نقص في الكوادر البشرية على مدار عدة سنوات سابقة، وكذلك شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة والإنفاق المالي المتزايد نظرًا لقلة الخبرة ونقص في الكوادر المؤهلة والمدربة، ما يجعل وزارة الصحة بحاجة ماسة لأن تعيد النظر في خططها السنوية نحو الاهتمام بعملية التطوير والارتقاء بالكوادر البشرية، وأن تسعى للاستفادة من موازنتها السنوية المخصصة لها بدرجة أكبر؛ بما يضمن تحقيق المنفعة الكبرى للكوادر

البشرية، والتي ستنعكس بشكل كبير على متلقي الخدمة في المستشفيات الحكومية، وبما يسمح لها بتطوير الأداء المؤسسي.

3. في البند المتعلق بنفقات المعالجة في الخارج نجد أن الوزارة لا تستفيد من المعتمد لها في الموازنة، ويتضح ذلك من خلال استفادة الوزارة من نسبة (18.8%) فقط في عام 2012م، ونسبة (17.6%) في العام 2013م، ونسبة (24.7%) في العام 2014م؛ حيث كانت بنسبة تفوق ما هو معتمد لها في الموازنة، وهذا يثبت ضعفًا في الاعتماد على الموارد الداخلية للوزارة والتي بالطبع ستنعكس سلباً على نتائج الأداء المؤسسي.

4. يتضح من الجدول في البند المتعلق بتجارب عملية ومخبرية وفحص عينات أن الوزارة تستفيد استفادة كاملة من المعتمد لها في الموازنة، وهذه تعد نقطة إيجابية للوزارة؛ حيث وظفتها في جانب تطوير أدائها.

2.1.1 المرحلة الثانية– الدراسة الميدانية:

قامت الباحثة بإعداد قائمتَي استقصاء، اعتماداً على الدراسات السابقة وعلى أداة الدراسة الحالية، وقامت بتوجيه الأولى من خلال المقابلة لمجموعة من الموظفين العاملين في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، وكان عدد العينة الاستطلاعية التي تم توزيعها على الموظفين (50) موظفًا من مختلف التخصصات؛ للتأكد من مناسبة الأداة لجمع البيانات وفحص مدى صدقها وثباتها؛ حيث تم حذف بعض فقراتها التي أظهرت عدم مناسبتها، وخلصت الباحثة إلى بعض النتائج منها:

1. عدَّ المبحوثون البيانات المدرجة في الاستبانة تساؤلات يجب توجيهها للعاملين في مستشفى مثالي في أوضاع مثالية تتوافر لهم جميع الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة.

2. ردد معظم المبحوثين عبارة "إحنا مش في المدينة الفاضلة" أو عبارات أخرى توحي بقلة التدريب وقلة الإمكانيات، وكثرة المسائلات.

3. كانت معظم إجابات العاملين على معظم الفقرات قليلة أو قليلة جداً؛ مما يدل على قلة الإمكانيات المادية والبشرية؛ مما يؤدي إلى عدم تطبيق المعايير.

وتم توجيه القائمة الثانية إلى متلقيات الخدمة؛ للحصول على انطباعهم عن أداء مستشفى الولادة، كونهن المستفيدات من خدماتها، ولتكوين صورة أوضح عن مشكلة البحث تم استطلاع آراء عينة من (متلقيات الخدمة) عن طريق إعداد استبانة تم توزيعها على عدد (50) منهن؛ للتأكد

من مناسبة الأداة لجمع البيانات وفحص مدى صدقها وثباتها؛ حيث تم حذف بعض فقراتها التي أظهرت عدم مناسبتها، وخلصت الباحثة إلى بعض النتائج منها:

1. وجود بعض التعقيدات في تواصل متلقي الخدمة مع الموظفين.
2. يبادر موظفو المستشفى إلى تقديم النصح والمساعدة؛ ولكن بدرجة ضعيفة.
3. تقوم المستشفى بتعليق بعض الجداريات التي تتضمن بعض التعليمات والإرشادات التي يجب أن تتبعها السيدات للحصول على الخدمة.
4. لا تتعامل المستشفى مع الشكاوى المقدمة بطريقة فعالة.
5. لا يتم إنجاز الخدمة والمعاملة المطلوبة في المستشفى في وقت مناسب.
6. لا توفر المستشفى أماكن مريحة ولائقة تخص أماكن الانتظار لذوي المرضى.
7. لا تبادر الوزارة إلى التعرف على احتياجات متلقي الخدمة بوسائل متعددة بدرجة كبيرة.

تستطيع الباحثة من خلال تحليل الاستبانة الخاصة بمتلقيات الخدمة المقيمات في مستشفيات وزارة الصحة، إلى الإشارة إلى وجود قصور واضح في غالبية البنود السابق ذكرها، ما يعني ضعف جانب وضع المرضى في مركز الاهتمام وتوفير الأمان لهم.

2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

من خلال الدراسة الاستطلاعية ومراجعة الباحثة لأدبيات الدراسة والخروج، خلصت الباحثة إلى وجود قصور واضح في أداء مرافق وزارة الصحة وخصوصاً مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، بالإضافة إلى وجود قصور ونقاط ضعف ملحوظة في جانب متطلبات تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، ما انعكس سلبًا على أداء المستشفى.

وفي ظل التحديات العالمية المعاصرة ونظام العولمة الذي فرض على جميع المؤسسات الحكومية في العالم عامة، وفي فلسطين خاصة، أن تنتهج الأساليب العلمية الرائدة لمواجهة مثل هذه التحديات، حيث أصبح لزامًا على وزارة الصحة الفلسطينية أن تسعى لتطبيق معايير منظمة الصحة العالمية للارتقاء بمستوى أدائها وتمكين العاملين والمرضى من الحصول على احتياجاتهم لمواكبة التطورات المتلاحقة في شتى المجالات، وبالتالي تعزيز القدرات من أجل

تطبيق المفاهيم الإدارية الحديثة والمســـتدامة بجودة عالية بما يحقق رضـــا المتعاملين، وتنمية الموارد البشرية.

كما أن الباحثةَ اطلعت على العديدِ من الدراسات الصحية، مثل: دراسة (شلبي، 2012م) التي درست الخِدْمات الطبية المقدمة للسيدات في أثناء فترة المخاض في قطاع غزة، وكانت عينة الدراسة عبارة عن 40 حالة؛ لمعرفة الممارسات المتبعة لمساعدتهم في الولادة الطبيعية للسيدات ذوات الحمل قليل الخطورة، أما الدراسات الإدارية التي تناولت جوانب إدارية، مثل: الاستراتيجيات والسياسات والتمكين والتدريب في المجتمع فجاءت بشكل عام، ولم يتم سابقًا تقييم أداء مستشفى الولادة بمفردها من جميع الجوانب من خلال معايير محددة ومدروسة مسبقًا، ومن هنا نشأت الحاجة الملحة إلى تقييم أداء المستشفى لبيان مدى تطبيق المستشفى لمعايير قياس الأداء التي أقرتها منظمة الصحة العالمية، بهدف تحسين جودة الأداء في المستشفى.

ولكي تتمكن الباحثة من قطف ثمرة الدراسة المتوقعة؛ فلا بد من دراسة أداء مستشفى الولادة من جميع الجوانب الإدارية للتأكد من حسن إدارتها، وتقديم التوصيات المناسبة التي قد تساعد إدارة المستشفى في تحسين أدائها مستقبلًا، وهذا لا ينفي وجود خِدْمات جليلة تقدم في المستشفى؛ فهي أكبر واهم مكان لتقديم خِدْمات الولادة في قطاع غزة؛ حيث تقدم هذه الخِدْمات لجميع الحالات التي تحول إليها من جميع المستشفيات التي تقدم خِدْمات مشابهة أو مكملة لهذه الخدمة، سواء كانت هذه المستشفيات حكومية أم غير حكومية.

ومن الجدير ذكره أن العديد من المستشفيات تتعرض لبعض الأخطاء الإدارية والطبية؛ فينتج عنها شكاوى متلقي الخدمة؛ وعدم معالجة مشكلات الأداء أولًا بأول يؤدي إلى ازدياد الوضع سوءًا، بالإضافة إلى أن التقليل من شأن هذه الشكاوى والأخطاء قد يعدُّ مؤشرًا مهمًا على ضعف نظام الرقابة المعمول به من ناحية، وضعف إدارة المستشفى من ناحية أخرى (عمر، 2014م، ص 2).

وتقدم المستشفى خِدْماتها لجميع المواطنات بلا استثناء، سواء كان لديهن تأمين صحي أم لا، كما وتحاول تحسين أدائها باستمرار على الرغم من محدودية مواردها: المادية، والبشرية؛ لتتمكن من مواجهة الزيادة المستمرة في عدد متلقيات الخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.

وفي ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

ما مدى تطبيق مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي لمعايير قياس الأداء التي أقرَّتْها منظمةُ الصحة العالمية؟

الأسئلة الفرعية:

1- ما مستوى الفاعلية السريرية حسب كلٍّ من مقدمي الخدمة ومتلقيها؟

2- ما مستوى الكفاءة الصحية المتوافرة في المستشفى من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟

3- ما مستوى الاهتمام بالكادر البشري من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟

4- إلى أي مدى تستجيب إدارة المستشفى لاحتياجات مقدمي الخدمة ورغباتهم؟

5- ما مستوى رضا متلقيات الخدمة فيما يخص الاهتمام بهم؟

6- ما مستوى رضا مقدمي الخدمة ومتلقيها حول درجة الأمان لهم؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عن($\alpha 0.05\leq$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى لمتغيرات: (الجنس، المؤهل العلمي، المسمى الإشرافي، التخصص، سنوات الخبرة)؟

8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند (α 0.05 $\leq$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى لمتغيرات: (العمر، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، التأمين الصحي، الإجراء الطبي، قسم المبيت، عدد أيام المبيت في المستشفى)؟

9- ما أهم نقاط القوة والضعف التي تساعد الباحثة في رصد الوضع الحالي للمستشفى؛ لتقديم توصيات ومقترحات تُسهم في تحسين الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى؟

3.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الآتي:

1- تقييم جودة الخِدْمات المقدمة في المستشفى حسب معايير جودة الخدمات الصحية.

2- تقييم دعم الإدارة للعاملين؛ ليتمكنوا من أداء المهام المطلوبة منهم.

3- تحديد المجالات التي تحتاج إلى مزيد من التطوير والتحسين داخل المستشفى حسب مؤشرات جودة الأداء المقررة عالميًا.

4- بيان أفضل الممارسات الإدارية التي يجب أن تمارس في المستشفى (توحيد الإجراءات).

5- إدخال بعض التحسينات على نموذج التقييم المستخدم (PATH TOOL)؛ ليصبح أكثر ملاءمةً لأداء المستشفى عند استخدامه مستقبلًا.

6- التعرف على مواطن القوة والضعف في أداء مستشفى الولادة؛ لتقديم توصيات قد تُسهم في تحسين جودة الخِدْمات الصحية المقدمة فيها.

7- رصد أهم المقترحات التي من شأنها معالجة أوجه القصور في أداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

4.1 أهمية الدراسة:

1.4.1 الأهمية النظرية:

أ- تنبع أهمية الدراسة من أهمية عملية تقييم الأداء ذاته، ومن أهمية الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفى الولادة لعدد كبير من متلقيات الخدمة، اللواتي يترددن على المستشفى بشكل يومي.

ب- تأْملُ الباحثةُ أن تُسهم هذه الدراسة في إضافة مادة علمية جديدة للمكتبة الفلسطينية والعربية.

ج- تبرز أهمية هذه الدراسة كونها محاولة في ميدان البحث العلمي في المجال الصحي؛ حيث تُعدُّ هذه الدراسة (في حدود علم الباحثة) ثالث دراسة تستخدم هذه الأداة لتقييم أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية؛ ولكن جاءت الدراسة الأولى لتقييم خِدْمات مستشفى غزة الأوروبي بشكل عام وذلك خلال عام 2012م، وجاءت الثانية لتقييم خِدْمات مستشفى العيون وذلك خلال عام 2016م، مع العلم أن من قام بهاتين الدراستين: طبيبٌ جراح وأخصائية بصريات على الترتيب، وهذا يعني أن كل دراسة منهما درست مؤسسة ذات خصائص وصفات مختلفة، وكذلك الحال فيما يخص الفئة المستهدفة.

2.4.1 الأهمية التطبيقية:

أ- ترجع الأهمية التطبيقية للدراسة إلى ما تقدمه مستشفى الولادة في مجمع الشفاء الطبي من خِدْمات صحية جليلة لشريحتين رئيستين ومهمتين في المجتمع الفلسطيني، وهما: الأم والطفل، واللذان يُعَدّان الركيزة الأساسية في تنمية المجتمع، والنهوض به مستقبلًا.

ب- من المتوقع أن تقدم الدراسة الحالية لمتخذي القرار في المؤسسات الصحية الحكومية بقطاع غزة، والقائمين على عمليات تقييم الأداء صورةً حقيقة عن المعايير الأساسية المطبقة في المستشفى حسب معايير منظمة الصحة العالمية.

ج- تأمل الباحثة بأن تُسهم نتائج الدراسة وتوصياتها في تحقيق نقلة نوعية في عمليات تقييم الأداء المؤسسي في القطاع الحكومي بشكل عام، والقطاع الصحي الحكومي بشكل خاص.

د- تنبع أهمية الدراسة كَوْن القطاع الصحي يعد من أهم القطاعات؛ لأهمية طبيعة الخِدْمات الصحية التي تقدمها للمواطنين لاتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم؛ لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية والنهوض بالمجتمع.

3.4.1 الأهمية الشخصية:

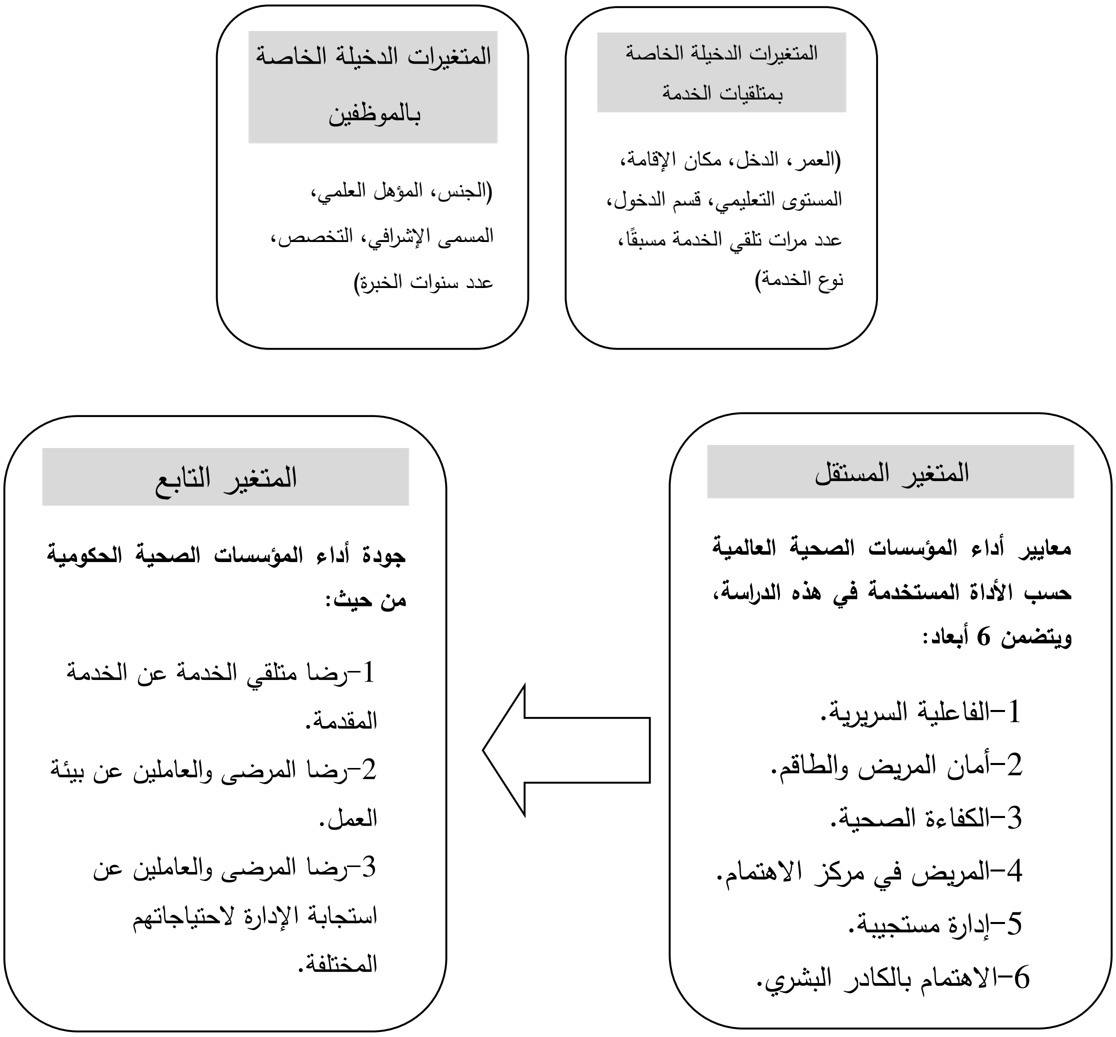
أ- ترجع أهمية هذه الدراسة بالنسبة للباحثة أنَّ نتيجة إتمام هذه الدراسة حصولُ الباحثة على درجة الماجستير في إدارة الأعمال.

ب- كما أن هذه الدراسة ستثري معلومات الباحثة في موضوع الدراسة المتعلق بتقييم جودة أداء المؤسسات الصحية؛ مما سيؤثر على أداء الباحثة في عملها؛ حيث إنها تعمل في وزارة الصحة الفلسطينية.

5.1 متغيرات الدراسة:

1.5.1 المتغير التابع: جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية وسيتم قياسه من خلال (رضا متلقي الخدمة عن الخدمة المقدَّمة، رضا المرضى والعاملين عن بيئة العمل، رضا المرضى والعاملين عن استجابة الإدارة لاحتياجاتهم المختلفة).

2.5.1 المتغير المستقل: معايير أداء المؤسسات الصحية العالمية حسب أداة PATH TOOL وهي: (الفاعلية السريرية، أمان متلقو الخدمة ومقدميها، الكفاءة الصحية، متلقو الخدمة في مركز الاهتمام، إدارة مستجيبة، الاهتمام بالكادر البشري).



شكل (1.1): يوضح نموذج الدراسة ومتغيراتها

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى الدراسات السابقة)

6.1 حدود الدراسة:

1.6.1 الحد الزماني:

تم إجراء الدراسة خلال العام الدراسي 2015م- 2016م.

2.6.1 الحد المكاني:

اقتصرت الدراسة على مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي – وزارة الصحة في قطاع غزة.

3.6.1 الحد البشري:

اشتملت عينة الدراسة على ما يأتي:

أ- استخدمت الباحثة اسلوب العينة العشوائية الطبقية في اختيار عدد 200 من مقدمي الخدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بمختلف مستوياتهم: الإدارية والصحية والطبية.

ب-استخدمت الباحثة اسلوب العينة العشوائية الميسرة في اختيار عدد 400 من متلقيات الخدمة المنومات في جميع أقسام المستشفى خلال فترة جمع البيانات (شهر 4+5+6/2016).

ج-استخدمت الباحثة اسلوب العينة القصدية في اختيار عدد 12 من المديرين ورؤساء الأقسام الذين تم تحديدهم لإجراء المقابلات معهم.

واستثنى منهم:

أ- مقدمو الخدمة الذين رفضوا تعبئة الاستبانة.

ب- متلقيات الخدمة المنومات اللواتي رفضْن تعبئةَ الاستبانة.

ج- المديرون أو رؤساء الأقسام الذين رفضوا إجراء المقابلة معهم.

4.6.1 الحد الموضوعي:

تناولت الباحثة موضوع تقييم جودة أداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، من خلال استخدام أداة أقرَّتها منظمةُ الصحة العالمية تسمى PATH TOOL والجدول الآتي يوضح المؤشرات وطريقة الحصول على البيانات الخاصة لكل مؤشر:

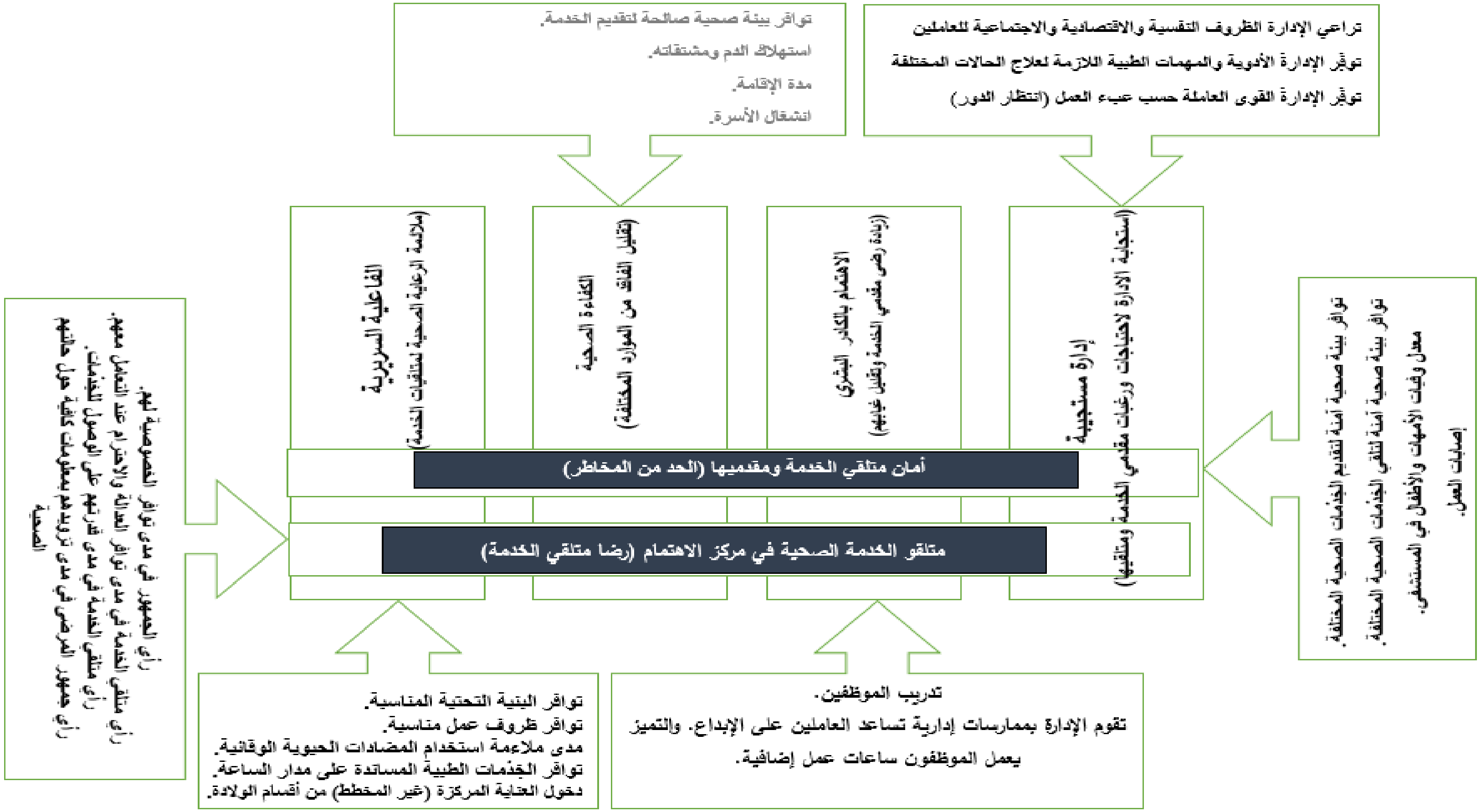
جدول(1.6): مؤشرات وطرق الحصول على البيانات حسب الأداة المستخدمة

م	البعد	المؤشر	أداة جمع البيانات	الجهة التي سيتم جمع البيانات منها
1	الفاعلية السريرية	توافر البنية التحتية المناسبة.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		توافر ظروف عمل مناسبة.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		مدى ملاءمة استخدام المضادات الحيوية الوقائية.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		توافر الخِدْمات الطبية المساندة على مدار الساعة.	الاستبانة	متلقو الخدمة
		دخول العناية المركزة (غير المخطط) من أقسام الولادة.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
2	الكفاءة الصحية	توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		استهلاك الدم ومشتقاته.	المقابلات	مقدمو الخدمة

م	البعد	المؤشر	أداة جمع البيانات	الجهة التي سيتم جمع البيانات منها
		مدة الإقامة.	التقارير والسجلات	الإدارة
		انشغال الأسرة.	التقارير والسجلات	الإدارة
3	الاهتمام بالكادر البشري	تدريب الموظفين.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد العاملين على الإبداع. والتميز	*الاستبانة*	مقدمو الخدمة
		يعمل الموظفون ساعات عمل إضافية.	*الاستبانة*	الإدارة
4	إدارة مستجيبة	تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية. للعاملين	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		توفِّر الإدارةُ الأدوية والمهمات الطبية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		توفِّر الإدارةُ القوى العاملة حسب عبء العمل (انتظار الدور)	الاستبانة	مقدمو الخدمة
5	متلقو الخدمة الصحية في مركز الاهتمام	رأي الجمهور في مدى توافر الخصوصية لهم.	الاستبانة	متلقو الخدمة
		رأي متلقي الخدمة في مدى توافر العدالة والاحترام عند التعامل معهم.	الاستبانة	متلقو الخدمة
		رأي متلقي الخدمة في مدى قدرتهم على الوصول للخِدْمات.	الاستبانة	متلقو الخدمة
		رأي جمهور المرضى في مدى تزويدهم بمعلومات كافية. حول حالتهم الصحية	الاستبانة	متلقو الخدمة
6	أمان متلقي الخدمة ومقدميها	توافر بيئة صحية آمنة لتقديم الخِدْمات الصحية المختلفة.	الاستبانة	مقدمو الخدمة
		توافر بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة.	الاستبانة	متلقو الخدمة
		معدل وفيات الأمهات والأطفال في المستشفى.	التقارير والسجلات	الإدارة
		إصابات العمل.	الاستبانة	مقدمو الخدمة

المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى مراجع أداة الدراسة

وهذا شكل توضيحي لأداة الدراسة:



شكل (1.1): يوضح الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية، التي تمثل العامل المستقل

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بعد الاطلاع على الأشكال المستخدمة للتعبير عن أداة الدراسة)

7.1 التعريفات الإجرائية للدراسة:

- **مستشفى الولادة:** مؤسسة صحية حكومية تتبع إداريًا لمجمع الشفاء الطبي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية، وتختص بتقديم الخِدْمات الصحية المختلفة للإناث فقط؛ حيث يتم فيها تقديم الخِدْمات التشخيصية والعلاجية والوقائية والتوعية لمتلقيات الخدمة بهدف تحسين صحتهنَّ من خلال أقسام المستشفى المختلفة.

- **تقييم الأداء:** عملية قياس موضوعية موجهة لأنشطة المستشفى؛ لفحص مدى كفاءة الأنشطة المنفَّذة وفاعليتها داخل المستشفى؛ لتحقيق أهداف معينة من خلال مقارنة ما تم إنجازه فعلًا مع معايير منظمة الصحة العالمية الموضوعة مسبقًا من حيث الكم والنوع، مع دراسة الإمكانيات المتاحة لتطبيق هذه المعايير.

- **الأداء المؤسسي:** عملية تهدف إلى قياس أداء المستشفى: داخليًا، وخارجيًا، عن طريق فحص الإمكانيات المتاحة للأفراد داخل المستشفى؛ لتحقيق المطلوب منها، بالإضافة إلى فحص علاقة المستشفى بالبيئة المحيطة بها خلال فترة إجراء الدراسة، باستخدام مجموعة من المعايير، وتحديد نقاط الضعف إن وجدت، وسبل تقويتها في الحاضر والمستقبل، بالإضافة إلى إبراز نقاط القوة لتحفيز الإدارة لتقديم الأفضل دائمًا.

- **معايير الأداء:** هي مستوى الأداء المرغوب الوصول إليه مستقبلًا، أي إنها معدلات قياسية تستطيع إدارة المستشفى الاسترشاد بها كأساس لتقييم أدائها الفعلي ومراجعته؛ حيث إن وجود هذه المعايير ضرورةٌ ملحة لنجاح عملية التقييم.

- **مؤشرات الأداء:** عبارة عن قيم أو صفات مميزة تستخدم لقياس المخرجات؛ لتحديد مدى تحقيق المستشفى لأهدافها، ويجب أن تكون هذه المؤشرات ملائمة، وموضوعية، وقابلة للقياس، ومباشرة، ومفصلة، ويعتمد عليها.

- **الخدمة:** مَنْفعةٌ غير ملموسة، ناتجة عن القيام بنشاط معين يقوم به شخص أو أكثر من العاملين في المستشفى لمتلقي الخدمة؛ بهدف سد رغبة أو حاجة غير مشبعة لديهم، وما يميز الخِدْمات الصحية أنها غير قابلة للتخزين، ويختلف نوعها وحجمها وخصائصها حسب حالة متلقي الخدمة، وتتلاشى هذه الخدمة إن لم يتم استخدامها لحظة إنتاجها.

– **الجودة:** لقد عرفها رسولنا الكريم ﷺقبل ألفٍ وأربعمائة ونيفٍ منَ السنين بأنها إتقان العمل، أي إنها إنجاز العمل المطلوب من أول مرة بطريقة صحيحة تلبي احتياجات متلقي الخدمة داخل المستشفى بأقل تكلفة، وأكبر منفعة.

– **الفاعلية:** ملاءمة الخِدْمات المقدمة لاحتياجات متلقيها بما يحقق أهداف المستشفى، بغض النظر عن التكلفة أو الوقت اللازم، باستخدام تقنيات وممارسات فعالة.

– **الأمان:** توفير بيئة صحية آمنة تتضمن سبل الحد من المخاطر التي قد تواجه مقدمي الخدمة ومتلقيها.

– **الكفاءة:** هي الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة: (موظفين، ومال، ووقت، و...)، وتحقيق أقصى قدر من النتائج والمخرجات، أي أداء العمل المطلوب بأقل وقت وأقل تكلفة من أول مرة وفي وكل مرة، (تلبية احتياجات متلقيات الخدمة داخل المستشفى بأقل التكاليف).

– **المريض في مركز الاهتمام:** الاهتمام بتقديم الرعاية بشكل عاجل لجميع متلقيات الخدمة بما يتناسب مع احتياجاتهن ورغباتهن، مع توفير مستوى مقبول من الكرامة والرحمة والتعاطف، مع تلبية الاحتياجات الفردية لكل متلقية خدمة.

– **إدارة مستجيبة:** سعي الإدارة لتوفير احتياجات كل من: مقدمي الخدمة ومتلقيها بما يتناسب مع الزيادة في عدد السكان، بحيث تضمن الإدارة الاستمراريةَ في تقديم الخدمة بمستوى يليق بكرامة بنى آدم وإنسانيته.

– **الاهتمام بالكادر البشري:** تأكد الإدارة من ملاءمة مؤهلات مقدمي الخدمة للمهام التي يقومون بها، مع توفير إمكانية التعليم المستمر لجميع العاملين، وتوفير بيئة داعمة للعاملين بما يضمن تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية لجميع متلقي الخدمة.

– **ظروف العمل:** التركيز على توفير بيئة عمل داعمة للموظفين؛ سعيًا لتقديم الرعاية الجيدة مع صقل مهارات العاملين، وتوفير الموارد المادية اللازمة لتقديم خدمة صحية ذات جودة، بما يضمن التحسُّن المستمر للحالة الصحية للمريض والمجتمع، وَفقًا للمعايير التقنية الحالية والموارد المتاحة، مع ضمان التعامل مع جميع متلقيات الخدمة بالمستوى نفسه من الكرامة والاحترام، ومقابلة توقعاتهنَّ بتلقي خِدْمات فعَّالة وذات كفاءة فنية وإدارية، ودعمهنَّ في الحصول على رعاية ذات جودة عالية.

- **مدة الإقامة:** عدد أيام المبيت في المستشفى (الدخول والخروج خلال مدة تزيد عن 24 ساعة). في هذه الدراسة تم قياس ذلك عن طريق تقسيم العدد الإجمالي لأيام مبيت جميع متلقيات الخدمة المنومات خلال السنة على عدد مرات الدخول أو الخروج.

8.1 هيكل الدراسة:

الفصل الأول– الإطار العام للدراسة

مقدمة.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

أهداف الدراسة.

أهمية الدراسة.

متغيرات الدراسة.

حدود الدراسة.

التعريفات الإجرائية للدراسة.

الفصل الثاني–الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول– تقييم جودة الأداء المؤسسي.

المبحث الثاني– واقع المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة.

المبحث الثالث– معايير تقييم أداء المستشفيات حسب منظمة الصحة العالمية.

الفصل الثالث–الدراسات السابقة

مقدمة.

الدراسات الفلسطينية.

الدراسات العربية.

الدراسات الأجنبية.

التعقيب على الدراسات السابقة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة.

الفصل الرابع– الإطار العملي للبحث

منهجية.

اختبار العينة.

تحليل الاستبانة.

الفصل الخامس-تحليل البيانات وإجابة التساؤلات ومناقشتها

تحليل مؤشرات الخدمة الصحية.

تحليل بيانات الاستبانة ومناقشة أسئلة الدراسة.

الفصل السادس-النتائج والتوصيات

المراجع والملاحق.

9.1 الاعتبارات الأخلاقية:

1- التنبيه على الفئة المستهدفة بأن لهم الحق في المشاركة أو عدمه، مع ضمان السرية والخصوصية.

2- الحصول على موافقة وزارة الصحة على إجراء الدراسة، والحصول على المعلومات.

الفصل الثانـي

الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني
الإطار النظري للدراسة

0.2 مقدمة:

إن الله أكرم ابن آدم وأنعم عليه ما لم يكرم وينعم على غيره من المخلوقات، وطلب الله تعالى منه أن يحافظ على إبداع خلقه، فطلب منا الحفاظ على الذات البشرية جسدًا ونفسًا وروحًا من كل سيئة، وشجع الإسلامُ العلم وأكرم العلماء، فمن يعلم ليس كمن لا يعلم، وخصوصًا في المجال الصحي الذي يتعلق عمله بإنقاذ حياة البشر وتحسين صحتهم.

وعليه يجب على القائمين على القطاع الصحي أن يتحروا معرفة كل ما يدور في المؤسسات الصحية التابعة لهم، ومتابعة أمورها لحظة بلحظة، من خلال تقييم أداء هذه المؤسسات باستمرار؛ لتحديد نقاط القوة فيها وتعزيزها، ونقاط الضعف والعمل على تقويتها؛ لتحسين الخِدْمات الصحية قدر الإمكان، أما فيما يخص الفرص والتهديدات فيجب دراسة البيئة الخارجية باستمرار؛ لاغتنام الفرص المتاحة، والتجهيز لمواجهة التهديدات بشتى أنواعها.

ويتصف الأداء بكونه مفهوما واسعًا ومتطورًا، كما أن محتوياته تتميز بالديناميكية نظرًا لتغير وتطور مواقف وظروف المؤسسات؛ بسبب تغير ظروف وعوامل بيئتها الخارجية والداخلية على حدٍ سواء، ومن جهة أخرى فقد أسهمت هذه الديناميكية في عدم وجود اتفاق واضح بين الكتَّاب والدارسين في مجال تقييم أداء العاملين، وكذلك المؤسسات فيما يخص المحتوى التعريفي لمفهوم الأداء، على الرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تناولت هذا المفهوم، ويرجع ذلك إلى اختلاف المعايير والمقاييس المستخدمة في دراسة الأداء وقياسه (الداوي، 2010م، ص217).

حيث يعد تقييم الأداء منهجًا لتحديد كيف يمكن للمنظمات تحقيق أهدافها، ويجب أن يغطي تقييم الأداء المستويات كافة داخل المنظمة، مع التوجه إلى التحسين المستمر لأهداف المنظمة (المبيضين، 2013م، ص689).

بحيث يتم التركيز على عنصر الجودة في شتى المجالات وخصوصاً جودة الخِدْمات الصحية المرتبطة بحفظ حياة البشر؛ لذا ازداد الاهتمام بها؛ مما أدى إلى التوسع والتفصيل فيها، ومن عناصر القوة التي أضفت إيجابيات كثيرة على جودة الخدْمات الصحية هو اهتمام العاملين في مجال تقديم الخدمة الصحية بعنصر الجودة بعد أن كان من اختصاص علماء الإدارة، وأصبحت الإدارة والجودة الصحية علومًا تدرس في الكليات الطبية والصحية.

ودرست منظمة الصحة العالمية الجودة من خلال عدة أبعاد منها: الكفاءة، والفاعلية، والقدرة، والمقبولية، والوصول إلى الخدمة، والعدالة، والخصوصية، والسرية، والاستمرارية، والشمولية، والملاءمة، والوقت، ودمج متلقي الخدمة والعائلات في عملية تخطيط العلاج، واتخاذ القرار، ورضا المريض، ومنها أيضًا ضمان الأمان في الخدمة الصحية، ودعم الصحة البيئية، والإصابة بالأمراض، وتحسين جودة الحياة الصحية للمريض (WHO, 2000, P. 3).

ويمكننا القول إن تقييم جودة الأداء في المؤسسات الصحية يعتبر وسيلةٌ للوصول إلى عدد من الغايات التي تسعى المستشفى لتحقيقها، ونخص بالذكر منها إعادة النظر في بعض سياسات العمل بالمستشفى وإجراءاته، وخصوصًا الجوهرية منها، مثل: إعادة توزيع الكادر الصحي فيها؛ حيث يتم بهم ومن خلالهم تطويرُ باقي محاور العمل، عن طريق التأثير على اتجاهات العاملين بالمستشفى ومعارفهم ومهاراتهم، وخصوصًا متخذي القرار (العاملين في الجانب الطبي)؛ بهدف تحقيق الكفاءة والفاعلية في استخدام الموارد المتاحة للمستشفى.

وكذلك تجديد بعض الأجهزة والمعدات القديمة التي لا تعطي نتائج دقيقة عند الفحص بوساطتها، كما يمكن إعادة النظر في ترتيب الأقسام داخل المستشفى (هندرة)؛ بما يؤدي إلى التسلسل المنطقي، والسلاسة في تقديم الخِدْمات.

المبحث الأول
تقييم جودة الأداء المؤسسي

0.1.2 تمهيد:

وجدت الباحثة أنه من الأهمية بمكان – وهي بصدد تناول موضوع تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية – مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي في قطاع غزة أنْ تخصص مبحثًا خاصًّا يوضح بشيءٍ من الإيجاز بعض المفاهيم الأساسية حول تقييم جودة الأداء المؤسسي؛ حيث يعدُّ تقييم الاداء من أهم الأدوات الإدارية التي ينبغي ممارستها في أي مؤسسة وخصوصاً خِدْماتية كوسيلة لبيان مدى قدرتها على إنجاز أهدافها، وَفق ما هو مخطط لها، كما يمكننا من خلاله تحديدَ أيِّ انحرافات في نتائج الأداء المؤسسي إن وجدت، ومحاولة علاج أسباب هذا الانحراف، والاستفادة منه إذا كان إيجابيًّا، وتطرقت الباحثة أيضاً إلى بعض المفاهيم الخاصة بالأداء المؤسسي وطرق قياسه، وأبعاده، وأنواعه، وأهم خصائصه ومجالاته، وفي الختام ذكرت الباحثة متطلبات قياسه وفوائد استخدامه.

إن عملية تقييم الأداء في المؤسسات عامة تعد من المسائل الشائكة والمعقدة، وبخاصة إذا كانت مخرجاتها ليست منتجاتٍ ماديةً، وهذا ينطبق تمامًا على المستشفيات التي تقدم تشكيلة متنوعة وكبيرةٍ من الخِدْمات للمحتاجين لها من متلقيات الخدمة؛ ولكن هذا التعقيد لا يمنع من استخدام مختلف الأساليب والطرق التي من شأنها أن تُسهم في عملية تطوير معاييرَ لتقييمِ الأداء واعتمادها (البكري، 2005م، ص201).

وإذا أردنا تحقيق زيادة في مستويات الأداء في مؤسساتنا المختلفة، فلابد أن تترافق إجراءات العمل الحالية بعمليات مستمرة من التقييم والمتابعة، وذلك من حيث قياس مستوى الأداء الفعلي كما هو بالواقع، ومقارنته بمستوى الأداء المطلوب (صديق، 2012م، ص212).

وبما أن موارد المؤسسات الحكومية محدودة ونادرة وخصوصًا في ظل الوضع الحالي من الحصار والانقسام الداخلي؛ فإن الأمر يتطلب دراسةَ الأداء وتقييمه حسب معاييرَ منتقاةٍ ومجربةٍ مسبقًا بعد دراسات مطولة لضمان الحصول على نتائج تُسهم في تقديم خدمة أفضل للمواطن، وهذه المعايير أعدَّتْها منظمةُ الصحة العالمية لتوفير أدوات تقييم أداء متاحة لجميع المؤسسات الصحية.

حيث إن عدم تطبيق هذه المعايير أو الرجوع إليها في تنظيم أمور المستشفى يعدُّ مؤشرًا على احتمالية وجود أداء غير جيد، ومن هنا تأتي أهمية تقييم أداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، بناءً على هذه المعايير.

1.1.2 مفهوم تقييم الأداء:

يشير مفهوم الأداء في عمومه إلى ذلك الفعل الذي يقود إلى إنجاز الأعمال كما يجب أن تنجز، والذي يتصف بالشمولية والاستمرار، ومن ثم فهو بهذا المعنى يعدُّ المحدد لنجاح المؤسسة وبقائها مع فئتها المستهدفة، كما يعكس في الوقت نفسه مدى قدرة المؤسسة على التكيُّف مع بيئتها، أو فشلها في تحقيق التأقلم المطلوب، كما تجدر الإشارة إلى أن مفهوم الأداء يقترن بمصطلحين مهمين في الإدارة، هما: الكفاءة والفاعلية (الرفاتي،2011م، ص11).

كما يمكن تعريف تقييم الأداء على أنه "عملية قياس موضوعية لحجم ومستوى ما تم إنجازه بالمقارنة مع المطلوب إنجازه كمًا ونوعًا" (شاويش، 2005م، ص87).

وكذلك يعرف على أنه عملية قياس منطقية موجهة لأنشطة المستشفى لتأشير مدى فاعلية الجهود المبذولة وكفاءتِها في إطار هذه الأنشطة؛ لتحقيق أهداف معينة في ضوء المقارنة بين ما تم إنجازه فعلًا، والمعايير الموضوعة مسبقًا (جلدة، 2007،ص103).

بالإضافة إلى عدِّه أداة إدارية، تنطوي على القياس والإبلاغ عن نتائج البرامج والمشاريع (Suvedi & Morford, 2003, p. 1).

ويعد كذلك وسيلة لجمْعٍ منظَّمٍ للمعلومات حول النشاطات، والخصائص، والمخرجات لأي برنامج أو خدمة أو سياسة أو عملية؛ من أجل صنع أحكام حولها، وتحسين فاعليتها، أو وضع قرارات حول التطور المستقبلي لها (Bowen, 2012, p. 6).

وترى الباحثة أن تقييم الأداء عبارة عن عملية قياس موضوعية موجهة لأنشطة المستشفى؛ لفحص مدى كفاءة الأنشطة المنفَّذة وفاعليتها داخل المستشفى؛ لتحقيق أهداف معينة من خلال مقارنة ما تم إنجازه فعلًا مع معايير منظمة الصحة العالمية الموضوعة مسبقًا من حيث الكم والنوع، مع دراسة الإمكانيات المتاحة لتطبيق هذه المعايير.

أما قياس الأداء:

فيعرف بأنه: المراقبة المستمرة لإنجازات برامج المؤسسة وتوثيقها، وبخاصة جوانب سير التقدم نحو تحقيق غايات موضوعة مسبقًا (الرفاتي،2011م، ص12).

أما عاشور(2015م،ص28) فيعرفه على أنه فحص منتظم لمجريات الأداء في المستشفى لتحديد مواطن القوة والضعف؛ حتى يتسنى تكوين رأي واضح عن العمليات التشغيلية، واتخاذ القرارات التصحيحية والإصلاحية؛ لسد الثغرات وتلافي القصور في حال وجود انحرافات.

2.1.2 قياس الأداء الفعلي في المستشفيات:

قياس مستوى أداء جميع الأنشطة والمهام والأعمال التي يتم إنجازها في المستشفى، ومن هذه الأنشطة: قياس درجة رضا المرضى والمراجعين عن المستشفى والخِدْمات المقدَّمة فيها، وعدد الشكاوى المقدَّمة، ومدى تأخير الخدمة الطبية، وقياس درجة تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفاعلية، وكذلك قياس الأداء من خلال وسائل مختلفة، كالملاحظة الشخصية والمباشرة لأداء العاملين(ذياب، 2009م، ص189).

لذلك أصبح تقييم الخِدْمات الصحية من خلال متلقي الخدمة فرصة ممتازة؛ من أجل إشراكهم في عملية التقييم، وكذلك مشاركتهم في التخطيط للتطوير(WHO, 2000, p. 7).

وترى الباحثة أن تقييم الأداء عبارة عن عملية قياس موضوعية موجهة لأنشطة المستشفى؛ لفحص مدى كفاءة الأنشطة المنفَّذَة وفاعليتها داخل المستشفى؛ سعيًا لتحقيق أهداف معينة من خلال مقارنة ما تم إنجازه فعلًا مع معايير منظمة الصحة العالمية الموضوعة مسبقًا من حيث الكم والنوع مع دراسة الإمكانيات المتاحة لتطبيق هذه المعايير.

3.1.2 نشأة تقييم الأداء وتطوره:

نشأت عملية تقييم الأداء منذُ أن بدأ الإنسان يُفكر بما حوله، ويُصدر إشارات القَبول أو الرفض عندما كان يُراقب غيره، يعمل ويقارن أداءه مع أداء الآخرين اعتمادًا على تصوراته الخاصة، وعُرفت عملية تقييم الأداء كممارسة في الحضارات القديمة، وتطورت مفاهيمها بتطور وسائل القياس، وتطور الفكر الإداري، والقياس والتقييم على النحو الآتي:

جدول(2.1): المتعلق بنشأة تقييم الأداء وتطوره

حضارة بلاد الرافدين	تشير الوثائق إلى أن قدماء السومريين مارسوا فنون الإدارة واستخدموا عملية تقييم الأداء.
حضارة وادي النيل	مارست عملية التقييم بشكل واسع واعتمدتها كنشاط من أنشطة الرقابة، واستهدفت من ورائها مُتابعة أداء إدارات الأقاليم التي كانت تتبع هذه الحضارة، خاصة في مجال تنفيذ التعليمات الصادرة عن الإدارة المركزية.
حضارة الصين القديمة	استخدمت أنظمة شغل الوظائف على أساس اختبارات التسابق التي عُدَّتْ إحدى مستلزمات إجراء القياس والتوقع لأداء من سيشغل الوظيفة.
الحضارة الرومانية	تميزت بكونها الحضارة التي امتلكت أضخم جهاز إداري بيروقراطي كان يتمتع بدرجة عالية من المركزية والكفاءة؛ مما استلزم ممارسة دقيقة للعمليات الإدارية ومنها الاختيار والتقييم.

العصر الحديث	ركزت حركة الإدارة العلمية على الأسلوب العلمي في الإدارة الذي يؤكد على أهمية تصميم الوظائف، فاستخدمت عملية تقييم الأداء كإحدى الوسائل لإعادة تصميم الوظائف، وبما يعزز استخدام الأساليب العلمية في الأداء.
	عكست حركة العلاقات الإنسانية اهتمامًا خاصًا بعملية التقييم من خلال إيمانها بعدِّ الموظف إنسانا أولًا ثم فردًا عاملًا ثانيًا، وعليه دعت إلى ضرورة المزج بين المعايير الموضوعية، والسلوكية عند تقييم الأداء.

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة استنادًا إلى (موقع الحوار المتمدن، بتاريخ 2016/05/20م)

4.1.2 أسباب إجراء التقييم:

هناك عدة أسباب تستدعي المؤسسات للقيام بعملية التقييم، ومن هذه الأسباب كما وضح (Westat et al., 2002c, p. 3) أن عملية التقييم تعطي معلومات مهمة لتحسين المشروعات، وتعطي إضاءات مهمة للأشياء والأحداث غير المتوقعة، وتعطي معلومات من أجل التواصل الجيد مع مختلف أصحاب المصالح، ونحصل منها على المعلومات والبيانات المهمة للإدارة؛ لتمكنها من اتخاذ قرارات صحيحة.

وحدد (Suvedi & Morford, 2003, p. 2) عدة أغراض للتقييم وهي:

1- تحسين البرامج، واتخاذ القرارات المستقبلية للبرامج.

2- توجيه القرارات حول الميزانيات.

3- التواصل مع الجمهور وصناع القرار.

4- تحديد نقاط القوة والضعف لأي برنامج.

وترى الباحثةُ أن سبب التقييم الحالي للمستشفى هو رسم صورة واضحة لأداء المستشفى على مختلف المستويات لمعرفة أين نحن من المعايير العالمية الموضوعة والمستخدمة عالميًا، لتحديد نقاط القوة في أداء المستشفى وتعزيزها، ونقاطِ الضعفِ ومعالجتها وتحسينها.

5.1.2 خطوات عملية التقييم:

1.5.1.2 تحديد محاور التقييم: الخطوة الأولى في عملية التقييم هي تحديد محاور التقييم الذي يؤسس للخطوات المتبقية، ويشمل أربعة أجزاء وهي كما يأتي: **(تحديد أغراض التقييم، إنشاء نموذج منطقي للتقييم، تحديد أصحاب المصالح، تحديد الأسئلة التي سوف يجيب عليها التقييم) (JISC,2007, P. 3-11).**

2.5.1.2 اختيار طريقة التقييم: هناك طريقتان للتقييم: الطريقة الكمية، والطريقة الكيفية، وكل طريقة لديها عوامل قوة وضعف واحتياجات، ويمكن استخدام إحدى هاتين الطريقتين أو كلتيهما معًا، وهذا يعتمد على العديد من العوامل تتعلق بأسئلة التقييم، والوقت المتاح للتقييم، ومهارات المقيمين، ونوع المعلومات المطلوبة ومدى صِدْقيَّتها (Westat et al., 2002, p. 22).

3.5.1.2 اختيار أداة التقييم: إن اختيار أداة التقييم يتأثر بالعديد من العوامل، وهي: توافر المقيمين لجمع البيانات وتحليلها، والمدة المطلوبة، وتوافر إمكانية الوصول إلى البيانات، ونوع البرنامج ومحتواه، ومن أهم الأدوات في جمع البيانات: تعبئة المسوح، والمقابلات، ومجموعة البؤر المركزة، والملاحظة، ومراجعة الملفات والتقارير والسجلات والإحصائيات، وأيًا كانت الأداة المستخدمة، فلابد من اختبار جودتها(JISC, 2007, p. 14).

4.5.1.2 جمع البيانات وتحليلها: في خطوة جمع البيانات لابد من تحديد من سيقوم بجمع البيانات، والبيانات التي يجب جمعها، ومتى سنحتاج إلى هذه البيانات، وأين توجد هذه البيانات، وكيف سنحصل عليها، ونوع البيانات التي يتم جمعها هي التي ستحدد نوع التحليل الذي سيقوم به المقيم(JISC, 2007, p. 15).

5.5.1.2 نتائج التقرير والتوصيات: أهم مرحلة من مراحل التقييم؛ لأنها تلخيص لكل الجهد السابق؛ لذا يجب الاهتمام بهذه المرحلة؛ لأنه على ضوئها سيتم إعطاء قيمة وتوصيات لأي برنامج أو مشروع أو نشاط أو خدمة، ولا بد أن يستوفي التقرير كل متطلبات المؤسسة حسب الهدف من التقييم، وكذلك متطلبات مقدمي الخدمة ومتلقيها(JISC, 2007, p. 17).

ولقد لخص عاشور (2015م، ص20) خطوات قياس الأداء ومراحله على النحو الآتي: تحديد النشاط المراد قياسه، وضع معايير متنوعة لقياس الأداء، مثل: (معايير كمية، ومعايير نوعية، ومعايير زمنية، ومعايير خاصة بالتكلفة)، وقياس الأداء الفعلي، ومقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعة لتقييم الأداء الحالي، واتخاذ الإجراءات التصحيحية.

6.1.2 مستويات تقييم الأداء:

أما دراسة الأشقر (2015م، ص7) فذكرت مستويات الاداء على النحو الآتي:

1.6.1.2 يُسهم تقييم الأداء على مستوى المؤسسة في:

- إيجاد مناخ ملائم من الثقة والتعامل الأخلاقي الذي يبعد احتمال تعدد شكاوى مقدمي الخدمة ومتلقيها تجاه المؤسسة.

- رفع مستوى أداء مقدمي الخدمة، واستثمار قدراتهم؛ مما يساعد على تقدم المستشفى وتطورها.

- تقديم صورة واضحة حول برامج إدارة الموارد البشرية في المستشفى وسياساتها.

- وضع معدلات أداء معيارية أكثر دقة.

2.6.1.2 يُسهمُ تقييم الأداء على مستوى المديرين في:

- دفع المديرين والمشرفين إلى تنمية قدراتهم وإمكانياتهم الفكرية، وتعزيز قدراتهم الإبداعية؛ للوصل إلى تقييم سليم وموضوعي لأداء متابعيهم.

- دفع المديرين إلى تطوير العلاقات الجيدة مع المرؤوسين، والتقرب إليهم؛ للتعرف على المشاكل والصعوبات التي تواجههم باستمرار.

3.6.1.2 يسهم تقييم الأداء على مستوى العاملين في:

- جعل العامل أكثر شعورًا بالمسؤولية؛ لزيادة شعوره بالعدالة، وبأنَّ جميع جهوده المبذولة تأخذها المؤسسة في الحُسبان.

- دفع العامل للعمل باجتهاد وإخلاص؛ ليترقب فوزه باحترام رؤسائه وتقديرهم له: معنويًا، وماديًا.

7.1.2 تصنيف مقاييس الأداء:

ولقد صنف إدريس والغالبي (2009م، ص75) مقاييس الاداء إلى ثلاثة أنواع وهي كما يلي:

- **مقاييس الأسباب:** وهي المقاييس المستخدمة في قياس الحقائق بعد ظهورها؛ لتحديد سبب ظهورها، مثل: مقاييس دراسة أسباب ظهور مرض معين، أو انتشار وباء معين.

- **مقاييس النتائج:** تتنبأُ هذه المقاييس بنتائج أداء مستقبلي، مثل: تقدير الأرباح الخاصة بنشاط معين بناءً على علاقة التكلفة بالطلب والحاجة للمنتج.

- **مقاييس سلوكية:** وتستخدم لقياس الثقافة الأساسية للأفراد والمؤسسة، مثل: قياس رضا العاملين في مؤسسة ما.

8.1.2 العوامل المحددة لنظم تقييم الأداء وعناصرها:

يفيد المحاسنة (2013م، ص156) بأن هناك العديدَ من أنظمة التقييم المستخدمة في المؤسسات، وتختلف هذه الأنظمة من مؤسسة إلى أخرى، ويعود هذا الاختلاف لعدة عوامل تحدد نظام التقييم المستخدم، بحيث يكون منسجمًا مع طبيعة المؤسسة واستراتيجيتها من حيث التنظيم والحجم والأهداف...الخ، وتتمثل هذه العوامل فيما يأتي:

1.8.1.2 عمر المؤسسة وثقافتها: وتعني الفترة الزمنية التي مرت على نشأة المؤسسة؛ حيث تسود المؤسسة مع الزمن مكونات ثقافية تصبح مألوفة للعاملين فيها، إذ يصبح عمر المؤسسة مؤشرًا على تاريخها، ومن العناصر المؤثرة على ثقافتها، وهذا بدوره يؤثر على نظام التقييم الممكن استخدامه بما يتلاءم والثقافة السائدة.

2.8.1.2 حجم مجال المؤسسة وطبيعته: يُعدُّ حجم المؤسسة وطبيعة الحقل الذي تعمل فيه المؤسسة، سواء صحيًا أو تربويًا أو اقتصاديًا أو اجتماعيًا، من أهم العوامل المؤثرة في نظم تقييم الأداء المستخدمة في المؤسسة.

3.8.1.2 التوجهات الاستراتيجية: تتطلب طبيعة الحياة العصرية من المؤسسات بمختلف مجالاتها أن تواكب هذه التطورات والتحولات، سواء في مجال الاقتصاد أو التكنولوجيا أو الموارد البشرية.

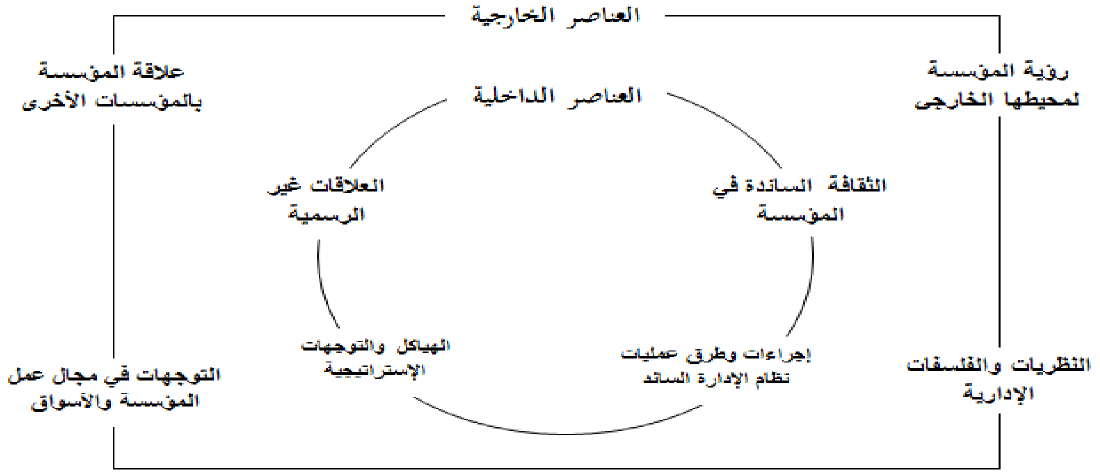
4.8.1.2 نظام إدارة الموارد البشرية القائم: يُعدُّ نظام التقييم المستخدم في أي مؤسسة جزءًا من النظام العام لإدارة الموارد البشرية.

5.8.1.2 أسلوب الإدارة المستخدم: إن أسلوب الإدارة السائد في المؤسسات لا ينفصل عن نظام تقييم أداء العاملين فيها؛ لأن التقييم يدور حول الأداء، والأداء هو ممارسة وسلوك وخصائص، وبالتالي فإن أسلوب إدارة هذه المكونات يُعدُّ عاملًا مهمًا في تقييم الأداء فيها؛ لما لها من أثر مهم على طبيعة نظام التقييم المطبق في المؤسسة.

6.8.1.2 العلاقات الاجتماعية السائدة: وتتمثل في العلاقات التي تقيمها المؤسسة مع العاملين فيها، أو من ينوب عنهم من ممثلين؛ حيث يمكن أن تعمل هذه العلاقات على تطوير نظام التقييم المستخدم في المؤسسة.

9.1.2 من هنا يمكن القول إنَّ هناك مجموعة من العناصر تؤثر في نظام التقييم في المؤسسة، وتنقسم إلى:

1.9.1.2عناصر داخلية: وتتمثل في: (الثقافة السائدة – العلاقات غير الرسمية – إجراءات عمليات نظام الإدارة السائد وطرقها – الهياكل والتوجهات الاستراتيجية المعتمدة).



شكل (2.1): العناصر المؤثرة في نظام تقييم المؤسسة

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة استنادًا إلى كتاب المحاسنة،2013م)

2.9.1.2 عناصر خارجية:(رؤية المؤسسة لمحيطها الخارجي، وعلاقتها بالمؤسسات الأخرى، والنظريات والفلسفات الإدارية والتوجهات في مجال عمل المؤسسة).

وعليه يمكننا القول: إن أي مؤسسة مهما كان حجمها وطبيعة عملها يجب أن تركز على بناء الأنظمة الفرعية الداخلية للمؤسسة وَفق تصور متكامل، بالإضافة إلى تنمية العلاقات المؤسسية بين المؤسسة والكيانات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة في البيئة المحيطة بها.

ويُعرفُ الأداء المؤسسي بأنه "المحصلة النهائية للجهود، أو النشاطات، أو العمليات، أو السلوكيات، التي تتعلق بالأهداف أو النتائج التي تسعى المنظمات إلى تحقيقها، وذلك على مستويات ثلاثة، هي: المستوى الفردي، والوظيفي الجزئي (أداء الوحدات)، والكلي (أداء المنظمة ككل في إطار من التأثيرات البينية المتبادلة) (ربابعة، 2011م، ص122).

كما عرفه بترسون وآخرون (Peterson et al, 2003, p. 1) "بأنه قدرة المنظمة على استخدام مواردها بكفاءة، وإنتاج مخرجات متناغمة مع أهدافها ومناسبة لمستخدميها".

وعرفه مجيد(2011م، ص37) أنه المنظومة المتكاملة لنتائج أعمال المؤسسة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية، وهو يشتمل على ثلاثة أبعاد هي:

- أداء الأفراد في إطار وحداتهم التنظيمية المتخصصة.
- أداء الوحدات التنظيمية في إطار السياسات العامة للمؤسسة.

- أداء المؤسسة في إطار البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

كما ويعرف بدر (2009م، ص59) الأداء المؤسسي بأنه المنظومة المتكاملة لنتائج أعمال المؤسسة في ضوء تفاعلها مع بيئتها الداخلية والخارجية، وهذا يشمل: (أداء الأفراد، وأداء الوحدات التنظيمية، وأداء المؤسسة ضمن البيئة المحيطة)؛ حيث إن كل مستوى من مستويات الأداء هو جزء من مستوى أداء كلي أكبر.

وترى الباحثة أنَّ الأداء المؤسسي هو عملية تهدف إلى قياس أداء المستشفى: داخليًا وخارجيًا عن طريق فحص الإمكانيات المتاحة للأفراد داخل المستشفى؛ لتحقيق المطلوب منهم، بالإضافة إلى فحص علاقة المستشفى بالبيئة المحيطة بها خلال فترة إجراء الدراسة، باستخدام مجموعة من المعايير، وتحديد نقاط الضعف إن وجدت، وسبل تقويتها في الحاضر والمستقبل، بالإضافة إلى إبراز نقاط القوة لتحفيز الإدارة لتقديم الأفضل دائمًا.

10.1.2 أبعاد الأداء المؤسسي:

الأداء المؤسسي ذو أبعاد متعددة، فقد أشار الوقفي (2004م، ص145) إلى ثلاثة أبعاد للأداء، وهي:

- **الأداء المالي:** وهو مفهوم ضيق للأداء، ويركز على استخدام المؤشرات المالية.
- **الأداء المالي والأداء التشغيلي:** يجمع هذا البعد بين الأداء المالي، والأداء التشغيلي، وبذلك فهو يضيف الكفاءة في تحقيق استخدام الموارد المتاحة بهدف الحصول على المردودات.
- **الفاعلية التنظيمية:** ويعد هذا البعد الأكثر شمولاً للأداء المؤسسي، وهو يعبر عن مدى تحقيق المنظمة لأهدافها.

11.1.2 أنواع الأداء المؤسسي:

كما وردت في المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية (2016م):

- **الأداء الاقتصادي:** ويتحقق بتطبيق المبادئ الاقتصادية بالنسبة لظروف الوحدة وبيئتها المحيطة بها، ويتم قياسه عادة باستخدام مقاييس الربحية بأنواعها المختلفة.
- **الأداء الاجتماعي:** يعد الأداءُ الاجتماعي لأي مؤسسة أساسًا لتحقيق المسؤولية الاجتماعية، ويتميز هذا النوع من الأداء بنقص المقاييس الكمية المتاحة لتحديد مدى إسهام المؤسسة في المجالات الاجتماعية.

- **الأداء الإداري:** يتمثل الجانب الثالث من جوانب الأداء في المؤسسات في الأداء الإداري للخطط والسياسات والتشغيل بطريقة ذات كفاءة وفاعلية، ويتم تحقيق ذلك بحسن اختيار أفضل البدائل التي تحقق أعلى المخرجات الممكنة.
- **الأداء المالي:** يتمثل في زيادة معدل العائد، ونسبة خفض التكلفة الناجمة عن تطوير إداري معين، مثل: تبسيط الإجراءات أو إعادة هندسة العمليات، ونسبة الخفض في توقفات الأجهزة كنتيجة للإنفاق على تطوير تكنولوجيا الصيانة الدورية.
- **الأداء الفني (التكنولوجي):** ويتمثل في نسبة الخفض في الوحدات المعيبة؛ بسبب تغيير طريقة أو طرق العمل، أو تغيير التجهيزات، أو بسبب تغيير العاملين، ونسبة الخفض في عدد النماذج المستخدمة في تقديم خدمة معينة، والتطور في عدد الخِدْمات التي تم التحول إلى تقديمها من خلال الإنترنت.

12.1.2 أهم خصائص الأداء المؤسسي:

ذكر العدلوني (2002م، ص22) أهم خصائص الاداء على النحو التالي:

- يحافظ على ثبات العمل واستمراره، من خلال الخبرات التراكمية، والتجارب السابقة التي تثري المؤسسة، ولا تتأثر بتغيير القيادات.
- يؤدي إلى استثمار جهود الأفراد العاملين كافة في المؤسسة نحو تطوير المؤسسة في إطارٍ واضحٍ من الواجبات والمسؤوليات، ومشاركةٍ جماعية في تحقيق الأهداف.
- يساعد المؤسسةَ على التركيز على العنصر البشري وتنميته وتأهيله باستمرار، واستقطاب أفضل الكفاءات من خلال سياسةٍ متطورة تعتمدها المؤسسة في التوظيف.

أما المدهون، (2014م، ص71) فقد حدد خصائص الأداء المؤسسي على النحو الآتي:

- الاعتماد على جماعية الأداء، ومشاركة المختصين والخبراء في المؤسسة في اتخاذ القرار.
- المحافظة على الاستقرار الإداري والمالي للمؤسسة من خلال اتباع السياسات والنظم والقوانين المعتمدة.
- اختيار أفضل الأساليب والنظريات التي تحقق تفوُّق المؤسسة على مستوى الخِدْمات التي تقدمها.
- التركيز على العنصر البشري وتنميته وتأهيله باستمرار واستقطاب أفضل الكفاءات.

- تعزيز ولاء وانتماء العاملين للمؤسسة وأنظمتها، بعَدِّها مؤسسةً للجميع تتطلب العمل الدؤوب للمحافظة عليها.

13.1.2 مجالات الأداء المؤسسي:

تتعدد مجالات الأداء المؤسسي وفقًا للمرجعيات الفلسفية للمؤسسات ولطبيعة مهامها، وعلى الرغم من الاختلاف إلا إن جوهر هذه المجالات تتفق بنسبة كبيرة، وفيما يأتي عرض لهذه المجالات:

1.13.1.2 المجال الأول- كفاءة وفاعلية الإدارة العليا والأنظمة:

يتعلق هذا المجال بالقيادة والإدارة التي تدير المؤسسة، وبالبنية التنظيمية للبناء المؤسسي التي من خلالها تحقق إدارة المؤسسة أهدافها، في إطار منظومةٍ بشريةٍ وماديةٍ، تحتكم إلى سياسات ٍواضحةٍ، وأنظمة وقوانين معتمدة تعمل على تنظيم العمل من خلال العمل بلوائح تفصيلية لكل مجال من مجالاتها، بالإضافة إلى هياكل ترسم مسارات صالاتها وحدود مسؤوليات العاملين فيها وواجباتهم، كما تتطلب أن تكون بيئةُ العمل تتناسب وطبيعةَ أعمالها، وثقافة تنظيمية تُسهم في توحيد اتجاهات الموظفين نحو رسالة المؤسسة ورؤيتها، وربط عناصر الحكم والإدارة بمنظومة رقابية تهدف إلى تقويم المسار، وتحسين الأداء، وتطوير بنية العمل التنظيمي، وتلجأ المؤسسات إلى إعداد لوائح متعددة، وعدّها قواعدَ حاكمةً تنظم شؤون المؤسسة بمكوناتها البشرية والمادية كافةً (الدجني، 2011م، ص154).

2.13.1.2 المجال الثاني- تنمية الموارد البشرية

يستخدم بعضُهم مصطلحَ تنمية الموارد البشرية دون وعي كامل بأهميته وتأثيره وارتباطه بالأداء المؤسسي، ولكي تحقق المؤسسة طموحاتها وأهدافها من تنمية الموارد البشرية وتأثيرها على النجاح التنظيمي، يجب أن يتم ذلك من خلال تحقيق المعايير الخاصة بتقييم أي أداء مؤسسي، وهي: (حسن،2002م،ص268).

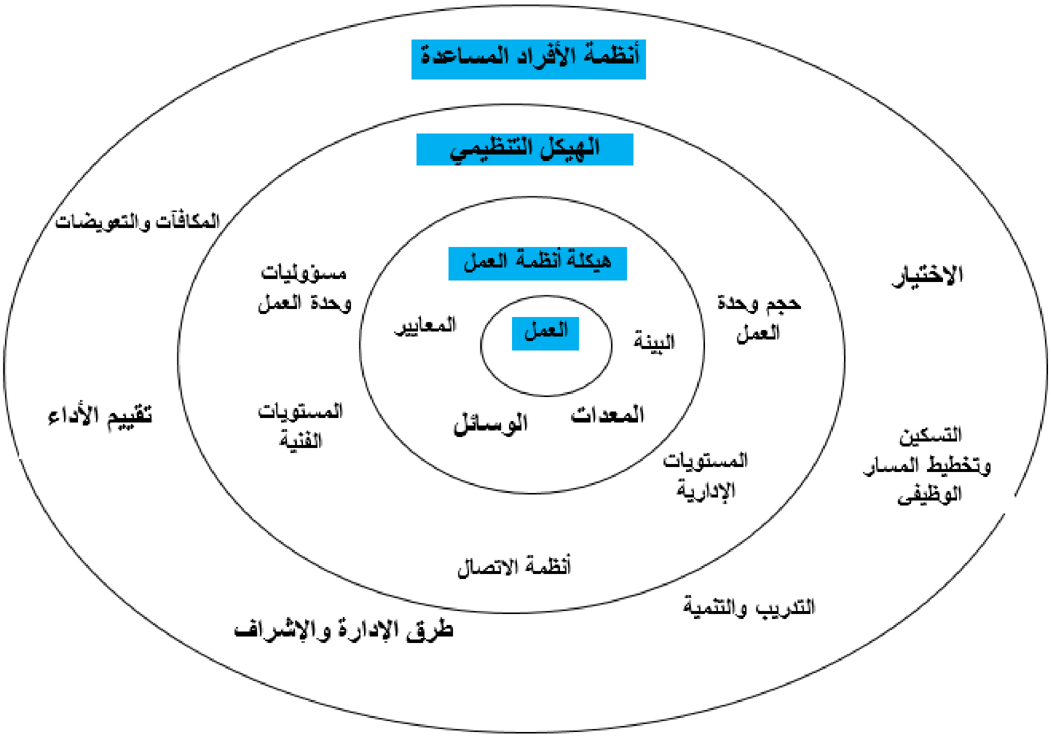
1- جودة ومنفعة المنتجات والخِدْمات التي تقدمها المؤسسة.

2- الكفاءة في تقديم وتوفير هذه المنتجات والخِدْمات.

3- تأثير المؤسسة على المجتمع، وجودة المستوى المعيشي للأفراد ونوعيته.

4- تأثير المؤسسة على الموارد البشرية وجودةِ مناخ العمل.

ويوضح الشكل الآتي المراحل المتتالية والمتتابعة التي يجب أن يتم بناء فاعلية الأداء البشري من خلالها، وهي على النحو الآتي:



(**المصدر**: نقلاً عن دراسة حسن، 2002م، ص269)

وفيما يأتي شرح موجز لهذه المراحل:

1- العمل: وهو يمثل جوهر الأداء الوظيفي، وهو محصلة مجموع الأنشطة والعمليات التي يجب أداؤها لتحقيق الأهداف التنظيمية وإنجازها.

2- هيكلة أنظمة العمل: أي الوسائل والمعايير والمعدات، والبيئة التي قد تكون عاملًا مساعدًا أو ميسرًا، أو عائقًا ومقيدًا للأداء، ويجب تصميمُ أنظمةٍ متكاملةٍ مترابطةٍ تُسهلُ وتيسرُ العملَ الأساسيَّ.

3- الهيكل التنظيمي: ويعني التقسيم الرأسي والأفقي للوظائف التنظيمية؛ لتحديد الدرجات المختلفة من التخصص والسيطرة والمسؤولية، ويجب تنمية الهيكل التنظيمي بحيث يكون مرنًا وقابلًا للتغيير عند تصميم العناصر الداخلية للعمل وعوامله الداخلية.

4- أنظمة الأفراد المساعدة: وهي الاختيار والتسكين والتدريب وغيرها، وهي تمثل الوظائف والمهام التقليدية للأفراد، والمطلوبة للتنمية، والحفاظ على الأداء البشري في المؤسسة، ويجب أن تصممَ هذه الأنظمة وَفقًا للعناصر المهمة للعمل وتنظيمه.

لذا ترى الباحثة أنه يجب على المؤسسة أن تعمل على اختيار مواردها البشرية بعنايةٍ ودقة، وتسعى إلى استقطاب الأَكْفَاءِ منهم؛ حتى تستطيع تقديم خِدْمات أفضل، بالإضافة إلى العمل على تطوير مواردها البشرية وتحسين أدائهم.

3.13.1.2 المجال الثالث- إدارة المعلومات:

أولًا-استخدامات تكنولوجيا المعلومات:

لقد حدد إدريس (2005م،ص ص153-158) استخدامات تكنولوجيا المعلومات في ثلاثة مجالات، وهي:

1- توافر المعلومات اللازمة للأعمال.

2- تعزيز الابتكار.

3- اختزال الوقت والمساحة.

ومن هنا يمكن القول: إن استخدام التكنولوجيا في المؤسسات أصبح لازمًا أكثر من أي وقت مضى، فهو يشكل أهمية ضرورية للمؤسسات العامة والخاصة، لما يترتب عليه من تقليل الوقت واختزاله، وتقليل مساحات التخزين لدى المؤسسات.

ثانيًا- أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على المنظمات:

لقد أسهمت تكنولوجيا المعلومات في التأثير على المنظمات المستخدِمة لها، بالمقارنة مع المنظمات الأخرى، وتمثل ذلك من خلال: (الدهمي،2015م، نت)

1-أدت إلى زيادة الإنتاجية من حيث زيادة المخرجات، وتقليل التكاليف في المنظمات.

2- تحسين إدارة الجودة الشاملة من خلال استخدام الأجهزة والبرمجيات التي تُسهم في تحسين عملية جمع البيانات وتلخيصها وتحليلها، وإصدار التقارير اللازمة في ضوئها.

3- تحسين عملية اتخاذ القرارات باستخدام برامج دعم القرارات واتخاذها.

4- تحسين إدارة المعرفة والمعلومات باستخدام الأجهزة والبرمجيات التي تسهل عملية جمع ومعالجة وتخزين واسترجاع كميات كبيرة من المعلومات والبيانات.

5- تطوير عملية الخلق والإبداع والابتكار التنظيمية.

6- تسهيل عملية إدارة التغيير في المنظمات من خلال الأدوات التكنولوجية.

7- تطوير الهيكل التنظيمي للمنظمة، وإزالة الحدود والفواصل بين الوحدات والمستويات الإدارية المختلفة، وزيادة التنسيق والتعاون في المنظمة.

ثالثًا-دور إدارة تكنولوجيا المعلومات في دعم تحقيق الاستراتيجية للمؤسسة:

فمع التطورات العالمية الحديثة في تكنولوجيا المعلومات، واعتماد المؤسسات عليها، أصبح من الضروري تأمين هذه التكنولوجيا لضمان التنمية المستديمة للمؤسسات، من حيث العمل على استغلال التكنولوجيا المتوافرة من خلال دمجها ضمن العمليات؛ بما يضمن تحقيق استراتيجيات المؤسسة (الدجني، 2013م، ص57).

رابعًا-إدارة المعلومات ودورها في دعم اتخاذ القرار بشكل فعال وبنّاء:

يرى العلول (2011م، ص61) بأن أهمية إدارة المعلومات تنبع من كونها موضوعًا حديثًا يتكامل مع غيره من المواضيع الفكرية الحديثة في مجال الإدارة؛ حيث إنها تُسهم في تطور المعرفة، وإيجاد التراكم المعرفي في ظل انتشار نظم الاتصالات الحديثة واتساع الشبكة العنكبوتية.

ومن أجل إدارة المعلومات بفاعلية وكفاءة فقد تم تصميم نظم خاصة بإدارة المعرفة، تهدف إلى جمع المعلومات وتخزينها واسترجاعها ونقلها، بحيث تعمل هذه الوظائف مع بعضها بشكل متكامل.

ومن خلال ما سبق يمكن القول: إن الإدارة الناجحة هي التي تعمل على إدارة المعلومات وتوثيقها، وتجيد وتُحْسنُ توظيف هذه المعلومات في اتخاذ القرارات والتخطيط والتطوير للمستقبل.

4.13.1.2 المجال الرابع- تطوير العمليات الداخلية:

أولًا-أساليب العمليات الداخلية:

يشير أبو شيخة (2011م، ص122) بأن الولايات المتحدة الأمريكية استخدمت في أثناء الحرب العالمية الثانية وحدات للتنظيم والإدارة ضمن أجهزتها الإدارية؛ للقيام بالبحوث والدراسات التنظيمية، وإعادة بناء الهياكل التنظيمية، وتبسيط إجراءات العمل وإدارة النماذج، وتصميم مكان العمل، فلكل تنظيم هدف يسعى إلى تحقيقه، ولا يتحقق هذا الهدف إلا من خلال العمليات التنظيمية بما في ذلك الأفراد والإجراءات وأساليب العمل.

وهذه الأساليب تتضمن ما يأتي: (اللوزي،2002م، ص93)

1- **الأسلوب التقليدي (المتسلسل).**
2- **الأسلوب المتوازي لسير العمل.**
3- **أسلوب الوقت الواحد.**

ثانيًا-إجراءات العمل:

يفيد اللوزي (2002م، ص89) بأن الإجراءات هي الخطوات التفصيلية والمراحل التي تمر بها العملية الإدارية من البداية وحتى الانتهاء منها.

كما ويلاحظ من خلال دراسة الإجراءات أنها تمر في سلسلة من الخطوات، بعضها ضروري لا يتم تأدية الأعمال بدونه، وبعضها الآخر ليس ضروريًا ويمكن تبسيطه أو إلغاؤه أو تعديله إذا اقتضت الضرورة، فالإجراءات يمكن اعتبارها دليلًا للموظف يسير عليها للقيام بالمهام والواجبات اللازمة للأداء.

مما سبق ترى الباحثة بأن الإجراءات: هي مهام متسلسلة ومترابطة ومرتبة تعتمد بعضها على بعض من أجل الوصول إلى إنجاز الأعمال.

ثالثًا-خصائص إجراءات العمل:

يرى اللوزي (2002م، ص91) بأن إجراءات العمل تتميز بما يأتي:

1- السرعة والدقة في أداء الأعمال.

2- توحيد الأداء وتماثله.

3- الابتعاد عن الإرباك والازدواجية والفوضى.

ويضيف أبو شيخة (2011م، ص316) بأن من خصائص إجراءات العمل:

1- البساطة والوضوح والمنطقية والبعد عن التعقيد.

2- تكون متكاملة وغير متعارضة، وتؤدي إلى تحقيق الهدف.

3- الاستقرار والمرونة في آنٍ واحد.

رابعًا- تبسيط إجراءات العمل:

يرى أبو شيخة (2011م، ص307) بأن عملية تبسيط إجراءات العمل تستهدف الكشف عن أسهل طريقة وأفضلها لأداء عمل (ما) وتنفيذها، ولا بد أن يكون تبسيطُ العمل فلسفةً يتبناها خبيرُ التنظيم والأساليب، غايتها التخلص من التفصيلات التي تستنفذ كثيرًا من وقت العاملين في الوحدة التنظيمية المعنية، بهدف أن يضطلعوا بأعمال أكثر أهمية.

خامسًا-أهمية تبسيط الإجراءات وفوائده:

تعود أهمية التبسيط إلى ما يترتب عليه من فوائد وأهداف تعود على الأفراد والتنظيم بالشيء الكثير، ومن فوائد عملية تبسيط إجراءات العمل أيضًاما يأتي: (أبو شيخة،2011م، ص317)

1- التعرف على مشكلات الإجراءات المطبقة في المؤسسة، وتحليلها بهدف تطويرها.

2- تخفيض التكلفة، وتقصير الأوقات المطلوبة للإنجاز؛ نتيجة الحد من الإجراءات غير الضرورية والاكتفاء بما هو ضروري.

3- الحد من الازدواج والتضارب في الجهود.

4- تحسين نوعية الخدمة المقدمة للمستفيدين، والإسراع في إنجاز المعاملات.

وترى الباحثة أثر تبسيط الاجراءات بوضوح في ما يلي:

1- تسهيل أمور المواطنين.

2- تسهيل أمور العاملين.

سادسًا-إدارة النماذج:

يعرف اللوزي (2002م، ص122) النموذج بأنه "عبارة عن أوراق مطبوعة أو نماذج من الحاسب الآلي تتم تعبئتها بالبيانات اللازمة، وأحيانًا يتم إرسالها عبر الحاسب أو الإنترنت أو الفاكس، وهذا ما هو متبع حاليًا في المؤسسات للتخفيف من الأعمال الورقية".

ويعرفه أبو شيخة (2011م،ص272) بأنه "مطبوع يحمل بيانات تقابلها مساحات خالية تملأ عند استخدامها بمعلومات صغيرة متغيرة يتم على أساسها إنجاز العمل، وتعد النماذج وقود العمل اليومي، وهي تستهدف تسجيل وعرض البيانات والمعلومات بطريقة تُيسرُ تداولها والرجوع إليها ودراستها".

سابعًا-أهمية النماذج:

يشير عصفور (2011م، ص357) بأن النماذج تُعدُّ من الوسائل المساعدة في المكاتب الحكومية ومكاتب الشركات، فهي ضرورية للقيام بالأعمال، ولإنجاز المعاملات بسرعة وإتقان، والنموذج المطبوع يسهل قيام الموظفين بأعمالهم.

ويمكن القول: إن النماذج لها دور كبير في مساعدة الوحدات والدوائر والأقسام؛ حيث تعمل على تسهيل الأعمال وتسييرها، وتقليل الوقت والجهد في الإنجاز.

ثامنًا-تقييم إدارة العمليات وتبسيط الإجراءات:

يركز هذا المجال على المنهجية المطبقة لتصميم، ومراجعة، وتطوير، وتبسيط إجراءات وأنظمة العمل، وتتم عن طريق:(خطة تقييم الأداء الحكومي،2006م-2010م، ص14)

1- تحديد العمليات الرئيسة وإدارتها.

2- توثيق أنظمة العمل وإجراءاته.

3- مراجعة الإجراءات وتطويرها وتبسيطها.

4- تطوير العمليات.

5.13.1.2 المجال الخامس- جودة الخِدْمات:

أولًا- مفهوم الخدمة:

يعرف عايش (2008م، ص21) جودة الخِدْمات بأنها: "المعيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء لتلك الخدمة، أو إنها الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها".

ويعرفها الطائي والعلاق (2009م، ص16) بأنها: "النشاطات غير الملموسة، التي تحقق منفعة للزبون أو العميل، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى، أي إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية".

ويشير جاد الرب (2009م، ص ص63-64) بأن عامل أو محور جودة الخِدْمات يُعدُّ أحد الاهتمامات الحديثة في المؤسسات الخدمية الخاصة منها والعامة، ومشكلة الحكم على جودة الخدمة أو تقييمها هي أن هناك جوانب كثيرة غير قابلة للقياس الكمي في الخدمة، وبالتالي تعتمد في تقييمها على الآراء والاتجاهات والتقدير الشخصي، وبالطبع هناك جوانب أخرى يمكن قياسها عند التعرض لجودة الخِدْمات، ومنها: (درجة الثقة في الخدمة، مدى توافر الخدمة وسرعة الحصول عليها، الكفاءة، طبيعة التعامل مع العميل، درجة إدراك العميل للخدمة أو الجودة، المصِداْقية، الأمن والضمان والسلامة المصاحبة للخدمة، توافر البيئة المناسبة والمرضية عند أداء الخدمة).

ثانيًا-خصائص الخدمة:

تتسم الخدمة بعدد من الخصائص الأساسية التي تميزها عن السلع، منها:(أبو النصر،2007م، ص268)

1- متعددة ومتنوعة.

2- عدم إمكانية تخزين الخدمة لاستخدامها في وقت آخر أو عند الحاجة.

3- لها شروط للحصول عليها.

4- عدم القابلية للّمس: فهي غير ملموسة.

وهناك خصائص أخرى كما يرى العنزي (2005م، ص37):

1- ينتج أكثر الأحيان منافع ترتبط بالخدمة أو المهارة أو الاختصاص أو الكفاءة.

2- قابلية فصل الخدمة عن مقدمها في البيع أو التقديم.

3- عدم التماثل أو التجانس.

ثالثًا-مراحل تقديم الخدمة النموذجية حسب: دليل تطبيق جودة معايير تقديم الخِدْمات الحكومية(2014م، ص5)

- **مرحلة ما قبل تقديم الخدمة:** مركز تقديم الخدمة جاهز لتلقي الخِدْمات، من خلال وجود متطلبات العمل الضرورية كافة، التي تُسهم في إيصال صورة ذهنية جيدة للمتعامل قبل طلب الخدمة، والحصول على معلومات كافية عن الخدمة التي يتلقاها المتعامل، وهذا الأمر يتطلب وجود تفاصيل عن الخِدْمات التي تقدمها الجهة على الموقع الإلكتروني، أو من خلال الاتصال بهاتف مركز تقديم الخدمة والإجابة عن استفسارات المواطنين، أو من خلال موظف استعلامات داخل مركز تقديم الخدمة.

- **مرحلة التقدم للخدمة:** يبدأ المتعامل بعد الانتهاء من المرحلة الأولى بالانتقال لمرحلة التقدم للخدمة، وهنا تختلف الطرق التي يتواصل فيها المتعامل مع الموظف، فإما أن يكون طلب الخدمة بالهاتف أو من خلال الإنترنت أو بالحضور شخصيًا لمركز تقديم الخدمة، ولابد أن يشعر المتعامل في هذه المرحلة أن هناك اهتمامًا ملحوظًا في طلبه، سواء كان بطريقة الرد عليه في الهاتف، أو البريد الالكتروني، أو المقابلة الشخصية.

- **مرحلة الإجراءات:** لابد أن يشعر المتعامل في هذه المرحلة بالراحة والاهتمام، ففي هذه المرحلة تكثر التفاصيل والأوراق، ويتم دفع الرسوم المطلوبة؛ حيث تتطلب هذه المرحلة سعة الصدر من الموظف، وتوضيح المتطلبات للمتعاملين بهدوء.

- **مرحلة انتهاء الخدمة:** في هذه المرحلة قد تنتهي الخدمة من أول مرة، أو قد يستلزم الأمر العودة مرة أخرى، إلى أن يتم إنجاز الخدمة بالشكل النهائي، ويفضل إنجازها من أول مرة.

14.1.2 تقييم الأداء المؤسسي:

هي عملية تهدف إلى قياس ما أنجزتْه مؤسسةٌ ما خلال فترة زمنية محددة، ومقارنته بما تم التخطيط له كمًا ونوعًا، باستخدام مجموعة من المعايير والمؤشرات، مع تحديد أوجه القصور والانحراف إن وجدت، وسبل علاجها في الحاضر والمستقبل(مجيد، 2011م، ص16).

كما عدَّ المبيضين (2013م، ص694) تقييم الأداء المؤسسي على أنه حلقة أساسية في العملية الإدارية المتكاملة؛ حيث إن التقييم يُعدُّ الخطوة النهائية في العملية الإدارية التي تشمل وضع الأهداف والخطط وتنفيذ البرامج والرقابة عليها، وهي وسيلة لتوفير المعلومات اللازمة لمختلف أوجه العملية الإدارية.

وترى الباحثة أن عملية تقييم الأداء المؤسسي في المستشفى يجب أن تتم بصورة مستمرة من خلال إدارة المستشفى نفسها، والعاملين فيها (داخليًا)، وبصورة دورية من خلال وزارة الصحة الفلسطينية للتأكد من حسن سير العمل بالمستشفى، من خلال الإدارة العامة للرقابة الداخلية بشكل مفاجئ كل فترة من الزمن، ومن خلال وحدة الإجازة والتراخيص التي تراقب المؤسسات الخاصة؛ بحيث يتم تقييم أداء المستشفى بشكل سنوي.

15.1.2 أهداف عملية تقييم الأداء المؤسسي:

1- المساعدة في التحقق من قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها، من خلال توفير مجموعة من المعايير والمؤشرات لتقييم الأداء (بدر، 2009م، ص61).

2- يُسلط الضوء على مدى كفاءة الإدارة في استغلال مواردها المتاحة، بما لا يؤثر على جودة الخدمة المقدمة(مجيد،2011م، ص17).

3- يُسهم في تحديد المسؤوليات والالتزامات الخاصة بكل موظف؛ مما يساعد على التحفيز في اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية في أوقاتها المناسبة، وكذلك توثيق الإنجازات (حمزاوي،2013م، ص7).

4- مساعدة المدير في تحديد الطريق الصحيح لرفع كفاءة الأداء، وتحسين المستوى العام لأداء المؤسسة (بدر، 2009م، ص61).

5- تحديد مراحل تنفيذ الخطط، ومتابعة التقدم في السياسات والاستراتيجيات (عاشور، 2015م، ص29).

6- تعزيز مبدأ الثواب والعقاب لخلق جو من التنافس البنَّاء بين الأقسام الداخلية (بدر، 2009م، ص61).

7- يساعد المؤسسات في تحديد توقعات الأطراف المستفيدة من خِدْماتها، والعمل على تحقيق رضا هؤلاء المستفيدين، والارتقاء بجودة الخِدْمات المقدمة (حمزاوي،2013م، ص7).

8- يوفر للمنظمة فرصة للتطوير والتحسين المستمريْن؛ مما يؤدي إلى زيادة الفاعلية الإدارية، وتمكين الصف الثاني من القيادات الإدارية، وتحقيق التنمية الإدارية المستديم (حمزاوي،2013م، ص7).

9- الحصول على التشخيص الصحيح لمشاكل ومعوقات عمل كل قسم داخل المؤسسة، واقتراح حلول لعلاج هذه المشاكل من خلال المعايير المستخدمة (بدر، 2009م، ص61).

16.1.2 فوائد تقييم الأداء المؤسسي:

إن تقييم الأداء المؤسسي حسب حمزاوي (2013م، ص7) يحقق الكثير من الغايات والفوائد للمنظمات ومن أهمها ما يأتي:

1- التغلب على عدم واقعية الشكوى من حيث الأهداف، وعدم تحديدها بشكل واضح وقابل للقياس، إذ إنها تصاغ أحيانًا بطريقة بلاغية إنشائية حماسية تدغدغ المشاعر.

2- تحقيق وضوح الأهداف، وطرق القياس للمخططين والمنفذين الذين يتولون تحقيق هذه الأهداف بكفاءة.

3- إن الاهتمام بمدخل تقييم الأداء المؤسسي يساعد على تحديد العلاقة مع العاملين؛ بما يضمن تحديد المسؤوليات والالتزامات، ويساعد على التحفيز في اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية في أوقاتها المناسبة.

4- يساعد تقييم الأداء المؤسسي المنظمات على تحديد توقعات الأطراف المستفيدة من خِدْماتها، والعمل على تحقيق رضا هؤلاء المستفيدين، والارتقاء بجودة الخِدْمات المقدمة.

5- يساعد على تحقيق الشفافية والنزاهة والبعد عن شبهة الفساد الإداري واستغلال النفوذ، عن طريق تحديد الانحراف، وكيفية تجنب مثل هذا الانحراف في المستقبل.

6- يساعد على إعداد برامج التطوير والموازنات المطلوبة؛ مما يحقق الإسهام في ترشيد النفقات وتنمية الإيرادات، ويوفر مدخلًا للتركيز على برامج الخطة الاستراتيجية، وإمكانية متابعتها، وتوفير الموارد اللازمة لها.

17.1.2 متطلبات تقييم الأداء المؤسسي الفعال:

عملية التقييم عملية منظمة ومترابطة، فهي نظام متكامل له مفهومه وعناصره وأهدافه وإجراءاته، وهذه الإجراءات على الرغم من بساطتها إلا إن الوعي بها حسب أهميتها وضرورتها يوجه القائمين عليها بتطبيقها بشكل علمي؛ لضمان الموضوعية، والعدالة، والشفافية، بحيث تكون عمليةً محفزة وأسلوبًا للتنمية والتطوير؛ لتحقيق أهداف المؤسسة والعاملين؛ لتصل بالمؤسسة إلى تحقيق الجودة الشاملة للإنجازات، وبالتالي إلى تحقيق الأهداف المرجوة بالشكل المرغوب(المحاسنة،2013م، ص ص216-218).

18.1.2 معوقات عملية تقييم الأداء المؤسسي وصعوبتها:

ورد في خطة تقييم الأداء الحكومي (2006م، ص22) إن الخِدْمات التي تقدمها وزارة الصحة مجردة يصعب تعريفها وإخضاعها للقياس، فالمنتج الذي تقدمه الوزارة غير ملموس، كما توجد صعوبة في قياس عوائد هذه البرامج في شكل منتجات نهائية، وبالتالي يصعب تحديد درجة العلاقة بين تكاليف هذه البرامج والعوائد الناتجة منها، ومن أبرز معوقات قياس الأداء المؤسسي ما يأتي:

1- تعدد وتعارض الأهداف والأولويات، إذ إن تعدد الأهداف والأولويات يؤدي إلى صعوبة قياس الأداء.

2- غياب التحديد الدقيق للمهام: فعدم وضوح المهام لكل وحدة في الوزارة يؤدي إلى خلق الكثير من الصعوبات التي تؤدي إلى التسبب في تشتت المسؤولية وغياب المساءلة، مثل: التداخل في الاختصاصات، والازدواجية في العمل، وغياب التنظيم السليم، وعدم التوصيف الدقيق للواجبات.

أما الصعوبات المرتبطة بعنصر العمل فتتمثل في:

1- التضخم الوظيفي وسلبياته العديدة: من ازدواجية في المسؤولية الإدارية، وطول الإجراءات، وخلق مستويات تنظيمية غير دقيقة.

2- صعوبة تحديد ما يلزم من عاملين؛ لعدم وجود معايير نموذجية لأداء العاملين؛ لاستخدامها كمؤشر إرشادي في تحديد العمالة، وخلق وظائف جديدة دون أن تصاحبها زيادة في عبء العمل الوظيفي.

3- الروتين في العمل نتيجة لغياب المعايير الكمية التي يمكن الاعتماد عليها في قياس الأداء.

4- غياب رقابة الملكية الخاصة؛ حيث تسود حالة من اللامبالاة، أو الإهمال في قياس الأداء، نتيجة عدم توافر الرقابة الفاعلة التي تمارس في القطاع الخاص.

5- الضغوط السياسية: حيث إن وزارة الصحة عادة ما تمارس اختصاصاتها في إطار من القرارات السياسية التي يصعب إخضاعها للقياس الكمي.

6- التداخل في تقديم الخدمة نفسها بين القطاعيْن: العام والخاص، وهذا يتضح في عدم قابلية الأهداف للقياس الكمي إلى جانب عدم الأخذ بمعايير أخرى اجتماعية أو اقتصادية لقياس نتائج أداء القطاع الصحي.

وعلى الرغم من وجود العديد من المشاكل والمعوقات التي تواجه عملية التقييم؛ إلا إنه يمكن التغلب على ذلك إذا أمكن وضع نظام أكثر دقة وموضوعية وفاعلية، يعتمد على أساس علمي سليم؛ لتقييم الأداء، وذلك بتوفير الشروط الآتية:

1- تحديد أهداف واضحة للمؤسسة، ولكل وحدة تنظيمية.

2- اهتمام الإدارة العليا بالنظام ودعمه، والقناعة بفائدته، والإسهام في التخطيط والتنفيذ.

3- ثقة العاملين وتعاونهم واطمئنانهم من نظام التقييم، وشعورهم بعدالته، وإشراك ممثلين عنهم في وضع برنامج التقييم ومراجعة النتائج.

4- ضرورة وجود تناغم وانسجام بين معايير الأداء والأهداف المحددة لها سلفًا، فالأداء الذي تتطابق نتائجه مع الأهداف والمعايير التي حددت لقياسه يُعدُّ أداءً مناسبًا، وبالتالي ناجحًا.

5- تحديد أهداف واضحة ومحددة لعملية التقييم، يتم في ضوئها اختيار الطريقة والنماذج المناسبة للعملية.

6- وجود معايير أداء واضحة ومنطقية لجميع الوظائف.

7- كفاءة نماذج التقييم المستخدمة.

8- تدريب المقيمين على كيفية إجراء التقييم، ومقابلات التقييم.

9- يجب أن يستند التقييم إلى بيانات ومعلومات موضوعية، لها أصول كافية يمكن الرجوع إليها.

10- تهيئة نظام فاعل للاتصالات، ييسر نقل المعلومات وتحديثها بين أطراف عملية التقييم الرئيسة.

وتضيف الباحثة شروطًا أخرى لضمان فاعلية عملية التقييم المؤسسي:

1- ضرورة شمولية نظام التقييم، واستناده إلى معايير واتجاهات عالمية مستحدثة.

2- احتواء نموذج التقييم المؤسسي على فقرات تتيح تقديم وصفًا واضحًا للمشكلات التي تواجه العاملين، بالإضافة إلى إمكانية تقديم توصيات علاجية محددة لتطوير الأداء من خلال العاملين.

19.1.2 الخلاصة:

يمكننا القول: إن قيام الادارة بتقييم جودة الأداء داخل أي مؤسسة يعتبر الخطوة الأولى في تحقيق النجاح والتطوير للمؤسسة وتحسين الخدمات المقدمة فيها؛ بما يحقق أهداف المؤسسة، وذلك من خلال منهجية محددة تحدد سبب إجراء التقييم، والخطوات التي سوف تتبعها المؤسسة في تقييم أداءها، وكذلك تحديد مستوى التقييم المطلوب وأبعاده، بالإضافة إلى تصنيف المقاييس التي سيتم استخدامها للتقييم، وأنواع الاداء المؤسسي وأهم خصائصه، والمجالات المتعلقة بهذا الأداء، وبعض المفاهيم المتعلقة بنجاح المؤسسة أو فشلها، وأهم خصائصها، ومجال عملها، وفوائد العمل فيها ومتطلباته ومعوقاته، وتحديد العوامل المؤثرة على التقييم لأخذها بعين الاعتبار عند اجراء التقييم.

المبحث الثاني
واقع المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة

0.2.2 تمهيد:

وجدت الباحثة، أنه من الأهمية بمكان وهي تتناول موضوع تقييم الأداء المؤسسي متمثلاً في جودة الخِدْمات الصحية المقدَّمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي في قطاع غزة، أن تخصص مبحثًا خاصًّا يوضح بشيءٍ من الإيجاز التطور التاريخي للمؤسسات الصحية وواقع ومفهوم المؤسسات الصحية، وسبل تقييم أدائها؛ حيث إن هذا التقييم يتم عادة في ضوء عدد من المؤشرات، ولعدد من الأنشطة التي تؤديها الأقسام المختلفة في المؤسسات الصحية، وتحرص المؤسسات كافة على القيام بأعمالها وأنشطتها المختلفة بمستوى عالٍ من الكفاءة والفاعلية، كما ويعد تقييم الأداء من العوامل الأساسية التي يتوقف عليها نجاح أي مؤسسة أو فشلها.

1.2.2 التطور التاريخي للمؤسسات الصحية:

إنَّ المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءًا من الحضارات القديمة ووصولًا إلى العصر الحديث؛ لذا تناولت الدراسة هذا التطور بشكل تصاعدي من العصر القديم وحتى العصر الحديث، ولم تغفل الدراسة عن تناول تاريخ الصحة والمؤسسات الصحية في فلسطين، ومن هذا المنطلق نجد أنّ غنيم(2006م، ص14) حدد ثلاث مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل في: المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة، والمؤسسة الصحية في العصر الإسلامي، والمؤسسة الصحية في العصر الحديث.

1.1.2.2 المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة:

تعددت الأبحاث والدراسات التاريخية التي بينت أن فكرة تكوين مؤسسات صحية فكرةٌ قديمة تطورت على مر العصور، وهذا يدل على أهمية الصحة بالنسبة للإنسان، وأن تقديم الخِدْمات الصحية للمواطنين مكونٌ أساسيٌّ في بناء أي مجتمع، وأن الحضارات المتعاقبة أبدعت في تقديم هذه الخدمة بالطرق السليمة الصحيحة، وَفق ما توصل إليه العلم في ذلك الوقت.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى 1800 عام ق.م. وبالضبط إلى قانون حمورابي ملك بابل؛ حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريق عرفه الإنسان يتعلق بتكاليف الخِدْمات المقدمة

ورسومها، كما تضمن قانون حامورابي بنودًا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال (حاروش، 2012م، ص166).

وذكرت الجودة في المجال الصحي قبل ما يقارب 1200 عام ق.م. في المعابد الإغريقية، ويعد أبقراط أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد (جلدة، 2007م، ص18).

واستخدم فراعنة مصر قبل حوالي 600 عام ق.م. في معابد لإيواء المرضى وعلاجهم، وسميت بمعابد الشفاء. وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية؛ حيث عدَّ أي انحراف عن هذه المعايير جريمةً تستوجب العقاب (حاروش، 2012م، ص166).

وأنشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسة أطلق عليها اسم "بمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى.

أما قبل 400 عام ق.م. وضع أرسطو قانونًا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. أما فيما يخص عصر الإغريق فطلب أبقراط (أبو الطب) من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر (حاروش، 2012م، ص167).

أما الحضارة الهندية خلال الفترة من 273- 232 ق.م فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيستا"، قيل إنها كانت على درجة عالية من النظافة (جلدة، 2007م، ص18).

وقد خصص الرومان (خلال الفترة من 350م-500م) أماكن بالكنائس المسيحية لإيواء المرضى وعلاجهم، كما أنشؤوا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

2.1.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطورًا ملحوظًا، وكانت "خدمة رفيدة" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله- صلى الله عليه وسلم-، أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ-706م) مستشفىً متكاملًا في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء.

أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وتم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاث مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة (مثل: مستشفيات السجون)، ومؤسسات صحية متنقلة (مثل: مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل

(مثل: دور المجانين)، ومن أبرز خصائص هذه المرحلة، عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين، واختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية، ووجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية، وإنشاء مؤسسات صحية عامة متخصصة، والاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة، والتركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى (مخيمر والطعامنة، 2003م، ص5).

3.1.2.2 المؤسسة الصحية في العصر الحديث:

لا شك أن أول ما شغل بال الإنسان منذ القديم هو صحته وعافيته، وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكانياته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن الحرص على الرعاية الصحية وجودة خِدْماتها هي من إنتاج القرن الحالي (حاروش، 2012م، 166).

ويُعدُّ العصر الحديث عصرَ التميز في تقديم الخِدْمات الصحية وتنوعها، والاهتمام بجودتها، مع التركيز على متلقي الخدمة الصحية والتعامل معه على أنه زبون وليس مريضًا. وحدد البكري (2005م، ص21) أسباب ذلك بأن العصر الحديث يمثل ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية والتكنولوجيا الكثير من التغيرات التي أثْرت بدورها على الخِدْمات الصحية، وزاد عدد هذه المؤسسات وحجمها، وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بكفاءة وفاعلية، وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي؛ لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة، والمنتفع بها في الوقت نفسه.

وحدد غنيم (2006م، ص20) أهم ما يميز المؤسسات الصحية في هذا العصر، وهو التركيز على العيادات الخارجية، وتقديم الخِدْمات الصحية في منازل المرضى، واستخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع، مع الاهتمام بمعايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

4.1.2.2 تاريخ المؤسسات الصحية في فلسطين:

يمكن تقسيم تاريخ المؤسسات الصحية في فلسطين بدءًا من فترة الخلافة العثمانية وحتى قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، ففي أثناء الخلافة العثمانية نجد أن الطب والعلاج كانا يعتمدان على الطب التقليدي مثل: الكي، والحجامة، والأعشاب، ونتيجة لحالة الفقر والحروب انتشرت في هذه الفترة الأمراض الوبائية، وزاد معدل الوفيات خصوصًا عند الأطفال، وعلى الرغم من حالة الحروب حاولت الخلافة العثمانية تنظيم العمل الطبي في فلسطين، فقد صدر عام 1862م قرارٌ سلطانيٌّ حرَّم ممارسة الطب على مَنْ لا يملك رخصة من مكتب طبي، أو نظارة الطب الجليلة في الآستانة، أو

من المكاتب الطبية الأجنبية، وكان هناك مخطط للصحة العامة وضع بموجب القانون العثماني الذي كان يفترض أن يخدم حاجات الدولة الأساسية لو طبق على أرض الواقع(خاطر، 2000م، ص13).

ثم بعد ذلك جاءت فترة الاستعمار البريطاني؛ حيث أشار صبري (1992م، ص223). أنّ الاحتلال أصبح المسؤول عن الخِدْمات الصحية في فلسطين، ولتحسين وجهه القبيح، قام بإصدار بعض الأوامر الإدارية من ضمنها الأوامر الإدارية الصحية، وبدأ الاحتلال بتأسيس الدوائر والمؤسسات الصحية، وقام بافتتاح المستشفيات ومكاتب الصحة، وأصدرت الإدارة العسكرية البريطانية العديد من القوانين الصحية.

وبعد نكبة 1948م، أصبحت الضفة الغربية تحت إدارة المملكة الأردنية في كل المجالات، ومن ضمنها المجال الصحي، وقطاع غزة تحت الإدارة المصرية؛ التي قامت بعمل العديد من برامج التطعيم المختلفة، وأصدرت بعض القوانين الصحية مثل: قوانين اللياقة، والسياقة، ومزاولة المهنة، وأنشأت العديد من المستشفيات والمستوصفات.

ثم جاء الاحتلال الصهيوني عام 1967م،الذي حافظ على النظام الصحي المصري، وقام بتوسيع المستوصفات الطبية الجديدة وبناءها، واستمر في برامج التطعيم المختلفة، وخلال فترة الاحتلال، توزع نظام تقديم الخِدْمات الصحية بين وزارة الصحة الفلسطينية، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونوروا)، والمؤسسات الأهلية المهتمة بالقطاع الصحي، إضافة إلى القطاع الخاص؛ حيث تحاول هذه الجهات توفير الخِدْمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني؛ إلا إنه ونظرًا لقلة الموارد الاقتصادية، والزيادة في عدد السكان، بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، لا يزال القطاع الصحي غيرَ قادر على تجاوز العديد من المشكلات، وتلبية احتياجات المواطنين (أبو زينة، 2010م، ص18).

وبعد اتفاقية أوسلو لعام 1994م وإنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية، تم إنشاء وزارة الصحة الفلسطينية التي أصبحت مسؤولة عن النظام الصحي الفلسطيني؛ ومع قيام السلطة، تم إنشاء وزارة الصحة الفلسطينية من خلال السلطة الوطنية الفلسطينية، التي عَدَّت وزارةَ الصحة هي المسؤولة الأولى عن الصحة العامة للمواطنين في دولة فلسطين، والمسؤولة عن قيادة العمل الصحي وتنظيمه من خلال الحوكمة الرشيدة، والإدارة السليمة للقطاع الصحي؛ حيث إنها وضعت المبادئ الإرشادية لتحقيق استراتيجياتها الوطنية التطويرية، من خلال تطوير الخدمة الصحية المقدَّمة للمرضى؛ مما ساعد في جذب العديد من المتبرعين والجهات المانحة لدعم القطاع الصحي(وزارة الصحة الفلسطينية، 2014م، ص8).

2.2.2 مفهوم الخِدْمات الصحية:

على الرغم من إمكانية بيع الخِدْمات الصحية وشرائها؛ إلا إن الصحة ليست كذلك؛ لأنه لا يمكن الاتجار بها، وهذا ما يقودنا إلى تعريف الصحة أولًا قبل تحديد مفهوم الخِدْمات الصحية.

1.2.2.2 مفهوم الصحة:

إنَّ اتساع قطاع الخِدْمات، وزيادة الاستثمارات، ودخول منافسين جدد على الصعيد المحلي والوطني والدولي، أدى بالمديرين إلى إعادة النظر في المفاهيم والممارسات الإدارية المتبعة؛ حيث أصبحت الخِدْمات ميدان المنافسة الرئيس والأكثر أهمية (نجم، 2010م، ص228).

وقد قدم العديد من الكتَّاب في مجال الإدارة تعريفات مختلفة للخدمة، ومن ذلك: "مجموعة من الأنشطة الاقتصادية التي توفر الوقت والمكان والشكل والمنافع النفسية والعاطفية" (زيدان، 2010م، ص48).

ويُعرفها نجم(2010م، ص229) بأنها: "نشاط أو عمل ينجز؛ من أجل غرض معين، أو هي وظيفة يتم الطلب عليها".

كما "عُرفت الخدمة بالمقارنة مع المنتجات والسلع الملموسة بأن البضائع والسلع هي عبارة عن أشياء ملموسة يمكن إنتاجها وبيعها في وقت لاحق، في حين أن الخدمة غير ملموسة، وهي تنتج وتستهلك بالوقت نفسه مباشرةً" (العلي، 2008م، ص288).

ويُعرفها الدرادكة (2006م، ص181) بأنها: "النشاط الذي يشمل على البُعد الإجرائي والبُعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، أما الجانب الإجرائي فيكون من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخِدْمات، وأما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية مع العملاء".

وقد عرفتها منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنها: "حالة السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"(WHO, 2004, p. 28).

ولو تمعَّنا في هذا التعريف لوجدنا أنَّ للصحة ثلاثة أبعاد مترابطة مع بعضها، هي: انتقاص أي عنصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة، ونسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدًا مطلقًا، والصحة لا تعني الخلو من المرض فقط.

وقد حدد النجار (2007م، ص36) عدة عوامل متداخلة مع بعضها بعضًا تؤثر في مستوى الصحة، وهي: عوامل طبيعية متمثلةً في العوامل المناخية: البيئة والجغرافيا، وعوامل بيولوجية حيوية

تتمثل في ناقلات العدوى، وعوامل اجتماعية تتمثل في: مستويات المعيشة، والعادات والتقاليد، وعوامل اقتصادية، وعوامل بيئية متمثلةً في عدم توافر المياه الصالحة للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية؛ وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية، وعوامل سكانية مثل: زيادة معدلات المواليد والوفيات، وعوامل طبية مثل: مدى توافر المراكز الطبية والأطباء والممرضين.

2.2.2.2 مفهوم الخدمة الصحية:

تعد الخِدْمات الصحية شكلًا من أشكال الخِدْمات، فقد عُرفت بأنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد، التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة، والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل"(مساعد، 1998م، ص87)، وهذا التعريف يبين أن عملية العلاج التي أتت بالمريض إلى المؤسسة الصحية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكونًا من مكوناتها، فالخدمة الصحية عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات هي: خِدْمات الفندقة والإطعام: (الإيواء، الصيانة، النظافة، الإطعام، الاستقبال، أماكن الانتظار...)، خِدْمات الإدارة والتسيير: (إدارة المخزون، الصيدلة، التجهيزات، الموارد البشرية، الملفات الطبية)، الخِدْمات الطبية وشبه الطبية: (الخِدْمات التشخيصية والعلاجية، التحاليل، الأشعة)

3.2.2.2 خصائص الخِدْمات الصحية:

إنَّ خصائص الخِدْمات الصحية لا تبتعد كثيرًا عن خصائص الخِدْمات بصفة عامة، وتتمثل خصائص الخِدْمات في الآتي:

– **اللاملموسية:** يقصد بها عدم القدرة على لمس الخدمة أو تجريبها، وهذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيًا، كما يؤدي في الغالب إلى المعرفة غير الدقيقة للنتيجة مسبقًا؛ ولهذا يعد قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة، ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علاجات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: مكان أدائها، ومقدمها، والأجهزة المقدمة (Michel et al.,2000, p. 373).

– **التلازمية أو عدم الانفصال:** التلازمية مفهوم يتكون من بعدين: البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فتجد السلع المادية تُنتج وتُخزن ثم تُباع وتُستهلك؛ لكن الخِدْمات تُباع أولًا ثم تُنتج وتُستهلك في الوقت نفسه، أما البعد التالي للتلازمية فهو أنَّ المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات في أثناء تقديم الخدمة (Petigrew, 2003,p. 385).

– **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** تتميز الخِدْمات بالتباين؛ لاعتمادها على كفاءة مقدمها ومهارته، وكذا مكان تقديمها وزمانها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خِدْماته بطرق مختلفة اعتمادًا على

ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدَّمة من الشخص نفسه أحيانًا؛ مما يؤدي إلى صعوبة تنميط الخدمة(Petigrew, 2003, p. 385).

- **عدم القابلية للتخزين:** تتميز الخِدْمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة (الصحن، 1996م، ص356).

- **عدم تملك الخدمة:** أي إن الخدمة لا تُمتلك أو تنتقل ملكيتها من المبيع إلى العميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملُّك الخدمة، وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة(Petigrew, 2003,p. 385).

- **الاستمرارية:** من وجهة نظر المريض، تعني أنّ إجراءات الخدمة الصحية هي العناية بالشخص ككل وليس كأجزاء جسم وأعضائه، فالمريض هو محور إدارة الخِدْمات الصحية، وهذا يتحقق من خلال استمرارية العلاقة ما بين طالبي الخدمة ومقدميها، الذين يرشدون مرضاهم ويوجهونهم إلى حيثما تتطلب حالاتهم متابعة ورعاية أفضل، ومن وجهة نظر المجتمع، تعني أنها علاقات تعاون وتنسيق مستمر مثمر بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمة، وأن تعي الإدارة أن الخدمة الصحية الجيدة هي التي تنظر للفرد بأن له مشاعر وأحاسيس، كما له حاجات جسمانية مادية (بواعنة، 1999م، ص54).

لقد تبايَنَ مفهومُ المؤسسة الصحية بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها هذه المؤسسة، كل حسب نظرته الخاصة، وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة.

3.2.2 مفهوم المؤسسات الصحية:

عرَّفها البكري(2005م،ص ص21- 22) بما يأتي:

من وجهة نظر المرضى: إنَّها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، والاستشفاء، والرعاية الطبية لهم.

ومن وجهة نظر الحكومة فهي: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاج إليه المجتمع؛ للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

ومن وجهة نظر الإطار الطبي: إنَها المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.

ومن وجهة نظر إدارة المؤسسة فهي: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفْءٍ وفعَّال.

ومن وجهة نظر شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: إنها سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاج إليه من أدوية ومستلزمات.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفتها من المنظور الوظيفي بأنها: "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها: العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخِدْماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضًا مركزٌ لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"(جلدة، 2007م، ص27)

4.2.2 مفهوم تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

فينصب نحو تحسين البرامج أو الخِدْمات الصحية المقدمة بما هو متاح لها من موارد مختلفة، ويعبر ذلك عن حقيقة ما تقوم به من أعمال والسعي لبلوغ ما هو أفضل من ذلك (البكري، 2005م، ص201).

وأيًا كان توجه الباحثين واختلافهم في الاتفاق على تعريف محدد لتقييم الأداء؛ إلا إن مهمة التقييم الأساسية هي الوقوف على نقاط القوة والضعف في الأنشطة والسلوكيات التي تمارس من أجل تعزيز الأولى ومحاولة تجنب الأخرى (الأشقر، 2015م، ص7).

5.2.2 أهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية:

الصحة ليس لها ثمن؛ بل لها تكلفة، وهذه التكلفة ما فتئت تتزايد وتتضاعف، وتمويل الخِدْمات الصحية هو ما يؤرق الدول والحكومات مهما كانت درجة تطورها والنفقات المخصصة لقطاع الصحة، وحصة الأسد من هذه الأموال تستهلكها عامة المستشفيات نتيجة طبيعة نشاطها المتعدد بين العلاج والفحص والوقاية والتكوين والبحث وغيرها (حاروش، 2012م، ص177).

كما تُعدُّ عملية تقييم الأداء في المؤسسات عامة من المسائل الشائكة والمعقدة، وبخاصة إذا كانت مخرجاتها ليست منتجات ماديةً، وهذا ينطبق تمامًا على المستشفيات التي تقدم تشكيلة متنوعة وكبيرةٍ من الخِدْمات للمحتاجين لها من الأفراد؛ ولكن هذا التعقيد لا يمنع من استخدام مختلف الأساليب والطرق التي من شأنها أن تُسهمَ في عملية تطوير معايير واعتمادها لتقييم الأداء (البكري، 2005م، ص201).

6.2.2 أغراض تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

1- يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمستشفى، ويحلل أنشطتها، ويدرس مدى فاعليتها خلال الفترة الماضية؛ ويسهل ذلك من مهمة تجاوز إخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها.

2- توفر هذه العمليةُ المعلومات الضروريةَ لمختلف الجهات على نحو يُتيح تقديم صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة المستشفى والتزامها بالتوجيهات.

3- تكشف عملية التقييم عن مدى قدرة المستشفى على استغلال الموارد المتاحة لها في تحقيق أهدافها، ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.

4- توفر نتائجُ التقييم الفرصةَ لخلق نوع من المنافسة بما يضمن تحسين الجودة مع ترشيد التكاليف (جلدة، 2007م، ص104).

7.2.2 أثر تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والصحي للمستشفى:

1- يؤدي إلى الاستغلال الأمثل للموارد الصحية؛ بسبب ندرتها، وخصوصًا في الدول النامية، فهي لا تلبي احتياجات الأفراد.

2-يعمل نظام قياس الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمستشفى(عاشور، 2015م، ص ص28-29).

8.2.2 معايير قياس أداء المؤسسات:

هي معدلات قياسية تستطيع أن تسترشد بها إدارة المؤسسة كأساس للتقييم والمراجعة، وذلك بمقارنة النتيجة التي تحققها تلك المعدلات(مجيد، 2011م، ص28).

1.8.2.2 المعايير الأساسية لعملية تقييم الأداء الحكومي:

(خطة تقييم الأداء الحكومي،2006م-2010م، ص ص12-13)

1- القيادة: حيث يركز هذا المعيار على أداء الفريق القيادي وممارساته وإنجازاته في وزارة الصحة.

- **إدارة الموارد البشرية:** حيث يركز هذا المعيار على الجهود والممارسات والأنظمة الخاصة بالموارد البشرية في وزارة الصحة من تخطيط الموارد البشرية، وتنميتها، وتقييم أدائها، والعناية بها، وتمكين العاملين في الوزارة، التواصل والحوار مع الموارد البشرية ومستوى الرضا.

- **التخطيط الاستراتيجي:** يركز هذا المعيار على مدى التزام وزارة الصحة بإعداد الخطة الاستراتيجية من حيث كفاءة منهجية إعداد الخطة، واعتمادها على معلومات حديثة، ودرجة تطبيقها وتطويرها وتحسينها.

- **إدارة الموارد:** وذلك من خلال استخدام التقنيات الحديثة، وآليات تحديد احتياجات الوزارة من المعلومات، والتعرف على برامج تقلل التكاليف، وأخرى تنمي الإيرادات، والحد من النفقات...الخ.

- **إدارة الأعمال الإلكترونية:** يركز هذا المعيار على مدى استخدام وزارة الصحة التقنيات الحديثة والاستفادة منها في إنجاز أعمالها، وتقديم خِدْماتها، ومنهجية تحديد احتياجات الوزارة من التقنيات الحديثة.

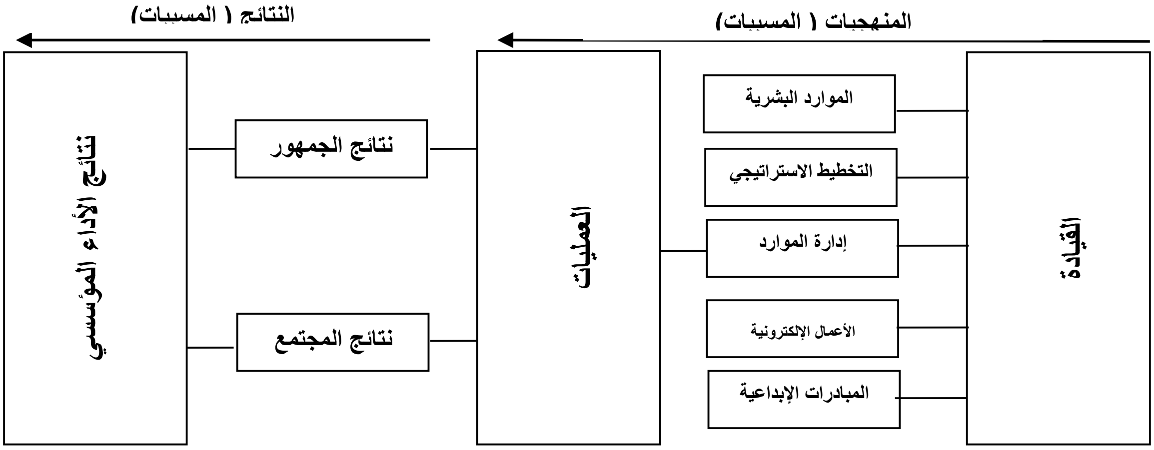
- **المبادرات الإبداعية:** يركز هذا المعيار على طبيعة ومدى تنوع المبادرات والإنجازات الإبداعية في المؤسسة، ويتمثل في بيئة الإبداع في المؤسسة، واستمرارية المبادرات (فرص، ونظم الاقتراحات، ولقاءات تفكير وتشاور، وتقديم حلول غير تقليدية...الخ)، وكذلك طبيعة المبادرات الإبداعية، ودرجة الإبداع فيها ونتائجها.

2- إدارة العمليات وتبسيط الإجراءات: يركز هذا المعيار على المنهجية المتبعة لتصميم، ومراجعة، وتطوير، وتبسيط إجراءات وأنظمة العمل، وتشمل: (تحديد العمليات الرئيسة وإدارتها، توثيق أنظمة العمل وإجراءاتها- مراجعة العمليات وتطويرها).

- **خدمة الجمهور:** يركز هذا المعيار على مدى التزام وزارة الصحة بالتميز في خدمة الجمهور ومتلقي **الخدمة**، والتعرف على متطلباتهم من خلال: (تجميع بيانات الجمهور وتحليلها، تحديد احتياجاتهم وكيفية الاستجابة لهم، التواصل مع الجمهور، أنظمة شكاوى الجمهور، قياس مستويات رضا الجمهور).

- **خدمة المجتمع:** ويركز هذا المعيار على درجة التزام الوزارة بخدمة المجتمع من خلال مبادراتها وإنجازاتها.

3-نتائج الأداء المؤسسي: يركز هذا المعيار على نتائج أداء الوزارة بشكل عام، ومدى تحقيقها لنتائج متميزة في جميع مجالات عملها.



شكل(2.3): نموذج تقييم الأداء الحكومي

(**المصدر**: نقلاً عن خطة تقييم الأداء الحكومي، 2006م، ص29)

9.2.2 مؤشرات الأداء:

هي عبارة عن قيمة أو صفة مميزة تستخدم لقياس المخرجات أو النتائج؛ لتحديد مدى ما حققته وحدة محلية ما من أهدافها (مجيد، 2011م، ص28).

1.9.2.2 أنواع مؤشرات تقييم الأداء الحكومي:

يفيد صالح، (2014م، ص6) بأن الدراسات التي تم تنفيذها في مجال قياس تقييم الأداء ركزت على المؤشرات التي تستخدم في عملية القياس ونوعيتها، والشروط المطلوب توافرها في هذه المؤشرات، ويمكن تقسيم مؤشرات قياس تقييم الأداء إلى أربع مجموعات أساسية، وهى:

1- مؤشرات تتعلق بفاعلية تحقيق الأهداف التي تعمل الأجهزة الحكومية على تطويرها، وتتوقف تلك المجموعة من المؤشرات على طبيعة نشاط كل وحدة وأهدافها.

2-مؤشرات تتعلق بكفاءة استخدام الموارد في كل جهاز حكومي؛ حيث تتضمن هذه المجموعة نسبة التكاليف الإجمالية إلى بعض المخرجات المحددة التي يقدمها الجهاز، ويعبر ذلك بشكل أساسٍ عن تكلفة الخدمة التي يقدمها هذا الجهاز.

3- مؤشرات تتعلق بإنتاجية وحدات الجهاز الحكومي، ويكون ذلك عن طريق العلاقة النسبية ببن مخرجات ومدخلات تلك الوحدات، ويتفق ذلك مع كل من: الإنتاجية الإجماليةِ، والإنتاجية الجزئية للعناصر.

4- مؤشرات تتعلق بمستوى جودة الخِدْمات المؤداة في الأجهزة الحكومية، ويتضمن ذلك تحليلًا للأبعاد الأساسية التي تتكون منها جودة الخدمة بصفة عامة، وجودة الخِدْمات الحكومية بشكل خاص.

- مؤشرات تتعلق بوقت التشغيل، وهي تقيس قدرة المنظمة على أداء العمل بشكل صحيح، وفى الوقت المحدد، ويكون المعيار هنا على أساس متطلبات العميل.

- مؤشرات تتعلق بالأمان، وهي تقيس كفاءة المنظمة والبيئة التي يعمل فيها العاملون

لذا يمكننا القول: إن قياس الأداء القائم على الاهتمام بالأجزاء، دون إدراك أهمية التركيز على مفاصل المؤسسة ونقاط التماس التي تساعدها على الحركة؛ مما يبعد المؤسسة عن المثالية ويقودها إلى سلسلة من الصراعات التي تؤدي في النهاية إلى الهدم وتشتيت الجهود، كما إن النظرة التكاملية للأداء، والعمل ضمن فرق عمل؛ يحقق إدراك كل فرد لدوره وتخصصه وشخصيته؛ مما يؤدي إلى الوصول إلى التجانس الإداري، الذي يؤدي إلى الجماعية في الأداء، وتحقيق الإبداع الإداري.

10.2.2 إدارة الأداء:

ما يمكن إدارته يمكن قياسه:

يُعدُّ مفهوم إدارة الأداء من المفاهيم الحديثة في مجال الإدارة، ويمكن عدّه وليدَ نظريات الإدارة المختلفة، التي عدَّت الأداء نظامًا متكاملًا له متطلباته ومعاييره وأساليبه الفعالة التي تحقق الأهداف المرجوة للمؤسسات على اختلاف أغراضها وطبيعة تكوينها، فالأداء سواء كان على مستوى العامل أو الفريق أو المؤسسة؛ هو الوسيلة التي يمكن من خلالها تحديد مستوى الكفاءة والفاعلية على أي مستوى من هذه المستويات؛ حيث يؤثر أداء العامل بشكل أو بآخر على أداء الفريق، كما يؤثر مستوى الأداء الفردي أو الجماعي على مستوى أداء المؤسسة ككل، وتختلف طبيعة التحديات التنافسية ويزداد مستواها في العصر الحديث الذي يتميز بالسرعة والتغيير، وبهذا يصبح الاهتمام بدراسة الأداء وعناصره والعوامل المؤثرة فيه هدفًا ساميًا وعالميًا مشتركًا؛ لتحقيق التميز، وتعزيز القدرة التنافسية في مؤسسات الأعمال سواء كانت صناعية أم خِدْماتية، ومن المهم أن نشير إلى أنَّ إدارة الأداء لا تعني فقط أداء العامل أو الفريق كموارد بشرية؛ بل تهتم أيضًا بإدارة أداء الموارد الأخرى، كالجوانب: المالية والمادية والمعلوماتية والتكنولوجية (المحاسنة،2013م، ص71).

وترى الباحثة أن قدرة الإدارة على تحقيق حالة من الكفاءة والفاعلية في المؤسسة تعتمد بدرجة كبيرة على دورها في إدارة أداء أقسامها ووحداتها المختلفة، بما يتماشى مع الطبيعة الديناميكية

المتجددة للبيئة، التي تعمل من خلالها المستشفى؛ من أجل العمل على استقرار العمل بالمؤسسة واستمراره؛ مما يسهم في تحقيق أهدافها، وكذلك العمل على تأقلم المؤسسة وتكيفها معالم تغيرات الإيجابية المتجددة في البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى، بالإضافة إلى تنمية النظم التي تُعِين المؤسسة على استكشاف المتطلبات المستقبلية، والعمل على تحقيقها عند الحاجة إليها؛ من خلال الاستفادة من المؤشرات التي توفرها التقارير الصادرة عن المستشفى؛ لاكتشاف أي ظاهرة بمجرد حدوثها.

11.2.2 مميزات إدارة المؤسسات الصحية:

1- إن الخدمةَ الصحية سلعةٌ عامة يمكن أن يستهلكها شخص واحد دون أن يقلل ذلك من الكمية التي يستهلكها الآخرون.

2- إن الخدمة الصحية غير قابلة للتخزين، وتُسْتَهلك في الوقت نفسه، فالطاقة غير المستغلة لا يمكن استخدامها في وقت آخر.

3- يتغير الطلب على الخدمة الصحية بتغير الزمن، وهذا يعني أن الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير عمر المريض.

4- تُعَدُّ الخِدْمات الصحية ذات درجة اتصال عالية مع العملاء ومقدمي الخدمة.

5- الخِدْمات الصحية حق لكل مواطن، يجب أن يحصل عليه عند الحاجة، وهذه الخدمة يقدرها المواطنون في الغالب بأقل من قيمتها الحقيقية على الرغم من أهميتها.

6- تخضع جودة الخِدْمات الصحية في العادة لرأي المريض أو الزبون، ويعتمد رأي المريض على مجموعة من المتغيرات، أهمها: (وقت الحصول على الخدمة، مكان تقديم الخدمة، درجة الاستفادة من الخدمة، اتجاهات المريض الشخصية) (ذياب، 2009م، ص35).

12.2.2 واقع المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة:

عند دراستنا لواقع المؤسسات الصحية في قطاع غزة، وتقييم أدائها، لا يمكننا فصل قطاع غزة عن تاريخ المنطقة والأحداث المأساوية التي حدثت في قطاعنا الحبيب خلال العقدين الماضيين، فمنذ عام 1993م وبعد توقيع اتفاق أوسلو للسلام بين منظمة التحرير وحكومة الاحتلال الإسرائيلي تم تأسيس السلطة الوطنية الفلسطينية في عام 1994م، والتي قامت بإنشاء وزارة الصحة بعدها بقليل؛ حيث كان مقرها الرئيسُ في مدينة غزة، وتولت الوزارة مسؤولية الخِدْمات الصحية في الضفة

والقطاع، ومن حينها تمثلت وزارة الصحة الفلسطينية بأنها الطرف الرئيس في تقديم الرعاية الصحية، وتعزيز صحة السكان وحمايتها، ورفاهيتهم في قطاع غزة (خضر، 2015م، ص10).

وبعد تعرض قطاع غزة إلى إغلاق صارم وحصار ظالم على مدى العشر سنوات السابقة؛ أدى إلى زيادة معدلات البطالة والفقر، وتراجع مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا بدوره أدى إلى تدهور في الظروف المعيشية للسكان؛ ونتيجة لذلك تراجع مستوى الرعاية الصحية نتيجة نقص الإمدادات الطبية واللوجستية؛ حيث أشارت تقارير وزارة الصحة الفلسطينية وتقارير منظمة الصحة العالمية خلال السنوات القليلة السابقة إلى وجود نقص كبير في قدرة النظام الصحي على التعامل مع تقديم الخِدْمات الصحية الروتينية، وتلبية احتياجات متلقي الخدمة اليومية بسبب النقص الحاد في الإمكانيات.

13.2.2 أنواع المؤسسات الصحية:

تعددت تصنيفات المؤسسات الصحية حسب التعريفات التي تناولتها، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها، وقد صنف غنيم (2006م، ص ص31-40) المؤسسات الصحية حسب أربعة معايير:(الملكية والإشراف، والموقع والسعة السريرية، وجودة الخدمة الصحية المقدمة، والتخصص).

التصنيف حسب الملكية والإشراف: ويمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار:

- **المؤسسات الحكومية:** تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح، وتأخذ عدة أشكال:

- **المؤسسات الحكومية العامة:** تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، وتضم أكثر من قسم وتخصص؛ لخدمة جميع فئات المجتمع بالمجان، أو مقابل دفع رسوم رمزية.

- **المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة:** تتميز تبعيتها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر خِدْماتها على العاملين وأسرهم في هذه الجهات؛ وعلى سبيل المثال: المستشفيات العسكرية.

- **المؤسسات الحكومية التخصصية:** تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص حالات مرضية معينة وعلاجها، وعلى سبيل المثال: مستشفى الأمراض الصدرية، ومستشفى العيون.

– **المستوصفات والوحدات العلاجية:** هي مؤسسات صغيرة الحجم تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي، ووصف العلاج للمرضى بالمجان، أو مقابل رسوم محدودة نسبيًا. ومثال على ذلك مستوصفات الرعاية الأولية بأنواعها.

– **المؤسسات الجامعية:** هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، وتقوم بخِدْمات المؤسسات العامة نفسها، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية؛ من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

- **المؤسسات الخاصة:** تكون ملكًا لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقًا لأسلوب إدارة الأعمال في القطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، ومن أهم أنواعها:

– **مؤسسات بأسماء أصحابها:** تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخِدْمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى، وهذا النوع بالدرجة الأولى يعتمد على خبرة أصحابها ومهارتهم وسمعتهم، وجودة ما يقدمونه من خِدْمات صحية لمرضاهم.

– **مؤسسات الجمعيات غير الحكومية:** مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات التخصصية، من حيث خِدْماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى لتحقيق الربح، إنما إلى تقديم خِدْمات صحية بأسعار رمزية.

– **مؤسسات صحية استشارية:** يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة؛ بهدف تحقيق أرباح من الخِدْمات المقدمة تأخذ شكل شركات الإسهام أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خِدْماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: وتنقسم حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

– **مؤسسات مركزية:** وتخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100-500 سريرٍ.

– **مؤسسات محلية صغيرة:** وتقوم بتنظيم خِدْمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقتها، وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.

– **مؤسسات محلية صغيرة:** وتقدم خِدْماتها لتجمعات سكنية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة: تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

- **مؤسسات معتمدة:** وهي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية؛ حيث تمتثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خِدْماتها الصحية بمستوى أفضل.
- **مؤسسات غير معتمدة:** لا تمتثل لأي شروط أو ضوابط بخلاف المؤسسات المعتمدة.

التصنيف حسب معيار التخصص:

- **مؤسسات عامة:** تجمع بين أكثر من تخصص وقسم، وتخدم مناطق واسعة من السكان.
- **مؤسسات متخصصة:** تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية، ذكرها البكري(2005م، ص29):

- **الربحية:** مؤسسات تسعى لتحقيق الربح، ومؤسسات لا تسعى لتحقيق الربح.
- **مدة إقامة المريض:** مؤسسات ذات إقامة قصيرة، ومؤسسات ذات إقامة طويلة.
- **الجنس:** مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض، مثل: مستشفى أمراض النساء والتوليد.
- **العمر:** مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب عمر المريض، مثل: مستشفى الأطفال.

14.2.2 وظائف المؤسسات الصحية:

يعتقد الكثير أن وظائف المؤسسات الصحية تقتصر على تقديم العلاج والدواء فقط؛ لكن الحقيقة أن هذه المؤسسات لديها وظائف متعددة تختلف باختلاف: أنواع المؤسسات الصحية، وأنواع الخِدْمات الصحية التي تقدمها، والفئة المستهدفة.

وقد أجمل كلٌّ من مخيمر والطعامنة (2003م، ص ص19-20) وظائف المؤسسات الصحية، كالآتي:

- **تقديم الرعاية الطبية والصحية:** تُعدُّ الوظيفةَ الرسمية للمؤسسات الصحية، وتتمثل في: الخِدْمات التشخيصية، والعلاجية التأهيلية، والاجتماعية، والنفسية المتخصصة، التي تقدمها الأقسام العلاجية، وما يرتبط بهذه الخِدْمات من خِدْمات مساندة، والتي يمكن حصرها في:

- **تقديم الخِدْمات الفندقية:** تهتم بإقامة متلقي الخدمة، وفي الوقت نفسه تمثل مكان وجود العنصر المعالج: (تشخيصات طبية، وخِدْمات شبه طبية)، والعنصر غير الطبي: (صيانة، وإطعام).

- **تقديم الخِدْمات التقنية:** هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الخاصة بخِدْمات التشخيص والعلاج، مثل: مختبرات التحاليل، وأقسام الأشعة، وتتم ممارسة هذه الوظيفة استنادًا إلى توصيات الأطباء.

- **تنفيذ خِدْمات إدارية:** تشمل هذه الوظيفة: وحدات التوجيه، والتنسيق والرقابة، وكذلك وحدات إدارة الوسائل: (الإدارة العامة، والمالية، والموارد البشرية،...إلخ) ويرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها.

- **التعليم والتدريب:** يفرض التطورُ في التقنيات والعلوم الطبية ضرورةَ تطور مهارات وخبرات العاملين والمتخصصين كافة في مختلف المجالات وخبراتهم.

- **البحوث الطبية والاجتماعية:** تُسهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من تجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وعناصر بشرية متخصصة، مهمتها توفير بيئة مدرسية لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية؛ للإسهام في تقديم العلوم الطبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

- **وقاية المجتمع من الأمراض:** تتمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع، وتشجيعهم على فهم أهم المشكلات الصحية سعيًا وراء القضاء عليها، ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعَّال في مجالات التوعية الصحية.

و"تعد درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في أي دولة من الدول، معيارًا أساسيًّ التقدم الدول، وقياسَ القدرة الدولة على الرفع من شأن مواطنيها، ومدى قدرتها على توفير الحياة الكريمة والرعاية الصحية السليمة لهم؛ لذلك يعد الحق في الصحة من الحقوق الأساسية لارتباطه المباشر بحق الإنسان في الحياة. لقد أولت المواثيق الدولية الحق في الصحة اهتمامًا خاصًا لما يمثله من أهميه لحياة الإنسان؛ حيث جاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان: إن لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفل ضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل، والملبس، والمسكن، والرعاية الطبية، والخِدْمات الاجتماعية الضرورية" (المادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان) (تقرير الهيئة المستقلة لحقوق المواطن،2009م، ص7).

15.2.2 العوامل التي تؤثر على وضع النظام الصحي:

يوجد العديد من التحديات التي تواجه المستشفيات العاملة في القطاع الصحي؛ ولكن من أهم العوامل المؤثرة في عدم كفاءة الرعاية الصحية في القطاع الصحي ما يأتي: آليات التمويل، نظام الإدارة في الرعاية الصحية، أما بخصوص العوامل التي تلعب دورًا في جودة الخِدْمات الصحية فهما: القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية، إضافة إلى ذلك عدم توافر الكوادر البشرية المؤهلة، وعدم توافر الإمكانيات من أجهزة ومعدات (الأدهم، 2004م، ص9)

16.2.2 الوضع الصحي للمرأة في قطاع غزة:

عملت وزارة الصحة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين ومجموعة من الجمعيات الأهلية في قطاع غزة على توسيع خِدْماتهم ومناطق انتشارهم؛ حيث تبنت وزارة الصحة استراتيجية الوصول إلى النساء من خلال عياداتها التي أوجدتها في مختلف القرى والمدن؛ مما أدى إلى وصول النساء من المناطق المهمشة إلى تلك العيادات للاستفادة من خِدْماتها؛ حيث تشير إحصائيات وزارة الصحة إلى أن 98.3% من الولادات تمت في مؤسسات صحية، وبشكل عام يبلغ نصيب كل 1000 شخص من السكان 2.2 طبيب عام ويبلغ نصيب كل 1000 شخص من السكان 3.4 ممرض وممرضة من الممرضين المسجلين في النقابة؛ حيث تبلغ نسبة الممرضات الإناث 44.2% من إجمالي الفئة التمريضية المسجلة في النقابة (أبو منديل، 2014م، ص20).

17.2.2 تعريف وزارة الصحة:

تُعَدُّ وزارة الصحة من أهم الوزارات في أي دولة؛ لما تقدمه من خِدْمات صحية كبيرة لمواطنيها؛ حيث حظى القطاع الصحي في قطاع غزة بفرصة نمو حقيقية خلال العقدين السابقين تمثلت في زيادة عدد المستشفيات من 3 مستشفيات قبل عدة سنوات لتصبح 13 مستشفى الآن، وكذلك عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية، التي كانت قليلة جدًا سابقًا وأصبحت متوافرة في جميع المناطق تقريبًا وحتى النائية منها.

تمثل الوزارة العمودَ الفقري لقطاع الصحة، إذ تتصدر المكانة الأبرز في مجال تقديم الخِدْمات الصحية، فهي تشرف على 13 مستشفى و56 مركزَ رعاية أولية في قطاع غزة، كما أنها تعمل على قيادة، ومأسسة، وتطوير النشاطات الرقابية، والتنظيمية، والتخطيطية، ورسم السياسات للنظام الصحي، واعتماد الترخيص للمهن الصحية المختلفة، كما تعمل على تطوير اللوائح والأنظمة الصحية، لاسيما المتعلقة باستخدام الدواء والعقاقير الخطرة، وإدارة الأمراض غير السارية، كذلك

تعزيز التمويل الصحي، وتطوير نظام التأمين الصحي، وشراء الخِدْمات، بالإضافة إلى توسيع شبكة النظام المحوسب ليشمل جميع المرافق الصحية (صالح، 2015م، ص73).

ووصف الباحثة وزارة الصحة في قطاع غزة على أنها: عدد من الإدارات والوحدات والدوائر التي تشرف على مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات التابعة والموزعة جغرافيًا في مدن وقرى ومخيمات القطاع، وإليكم أهم الإدارات التابعة لوزارة الصحة وهي كما يأتي:

- الإدارة العامة للشؤون الإدارية
- الادارة العامة للشئون المالية.
- الإدارة العامة للمستشفيات.
- الإدارة العامة للرعاية الأولية.
- الإدارة العامة للرقابة الداخلية.
- الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية.
- الإدارة العامة للصيدلة.
- الإدارة العامة للتعاون الدولي.

ويرأس هذه الإدارات الوكلاء المساعدون ومديرون عامون متخصصون، كلٌ حسب مجاله، ويوجد ضمن كل إدارة عدة دوائر تقوم بإدارة الأنشطة الأساسية المختلفة داخل الإدارات الرئيسة المذكورة، وتقوم كل دائرة برفع تقاريرها حسب التسلسل الإداري المتبع، وتقدم الخِدْمات الصحية من خلال ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: تقدم الخِدْمات من خلال شبكة ممتدة من مراكز الرعاية الصحية الأولية.

المستوى الثاني: تقدم الخِدْمات من خلال المستشفيات المنتشرة والموزعة جغرافيًا في مدن قطاع غزة وقراه ومخيماته، وتضم كل مستشفى عدة أقسام رئيسة، نذكر منها: قسم الاستقبال والطوارئ الذي يعمل على مدار الساعة في المستشفيات كافة، وقسم العيادة الخارجية ويعمل خلال الفترة الصباحية فقط، وأقسام داخلية للتخصصات الطبية المختلفة حسب نوع المستشفى وحجمها.

المستوى الثالث: خِدْمات التأهيل وتقدمها المستشفيات التخصصية التابعة لوزارة الصحة.

18.2.2 أهداف وزارة الصحة الاستراتيجية:

حسب ما ورد في الخطة الاستراتيجية المعدة للعام 2014م-2018م: (2014، ص ص 250-253)

1-تعزيز جودة الخِدْمات الصحية المقَّدمة؛ لتلبي احتياجات المستفيدين ومتطلباتهم وتوقعاتهم.

2-تعزيز الجاهزية والتأهب للطوارئ، وخِدْمات العناية الحرجة على مستوى المجتمع المحلي، والعناية قبل الوصول إلى المستشفى، وداخل المستشفى.

3-تأمين توفير طواقم صحية كافية وفعالة.

4-ضمان توفير الموارد الكافية لتقديم الخِدْمات الصحية ذات الجودة الصحية العالية على الصعيدين التشخيصي والعلاجي، بما في ذلك الأجهزة، والأدوية، والمستهلكات، وخدمة المختبرات، والتصوير الطبي، وغيرها.

5-تدشين الأنظمة الإدارية والمالية المتطورة الناجعة والفعالة.

6-إعادة هيكلة التعاون والتنسيق بين القطاعات والمؤسسات الفعالة ذات العلاقة بالقطاع الصحي.

7-إيثار سياسات تعزيز الصحة، وتفعيل الاستراتيجيات، والأنشطة التي تُسهم في منع الأمراض ومكافحتها، وتعزيز السلوك الصحي لتحقيق مستوى صحي أفضل.

8-تقوية نظم المعلومات الصحية عبر تعزيز التوثيق والإدارة، واستخدام تكنولوجيا المعلومات، والممارسات المبنية على البراهين، لتحسين استخدام المعلومات في صنع القرار.

19.2.2 تحديات تحول دون تنفيذ هذه الأهداف الاستراتيجية:

1- أصبح المواطن أكثر وعيًا؛ مما زاد من سقف التوقعات من القطاع الصحي.

2-تكلفة العلاج في زيادة مستمرة.

3-التكنولوجيا في تقدم كل يوم، وتكلفة الأجهزة والبرامج عالية.

4-نقصالتمويل لمواجهة الزيادة في تكاليف التشغيل الأساسية.

5-الانقسام السياسي وآثاره السلبية على الخِدْمات الصحية.

6-الزيادة المطردة في عدد السكان، وعدم إمكانية مواءمة الخِدْمات الصحية لذلك.

7-تغيير خارطة الأمراض في فلسطين، بحيث تحتل الأمراض المزمنة هامشًا أكبر، مما يزيد العبء المالي.

8-الاستعداد الدائم من الوزارة لحالات الطوارئ، وتسخير جزء من الموارد المتاحة الشحيحة لذلك.

9-عدم صرف المخصصات المالية المقرة من خلال الموازنة حسب قرارات وخطط وزارة الصحة مع وزارة المالية.

10-تعرض العديد من الموارد الصحية للنقص الدائم، مثل: الأدوية، والمستهلكات الطبية، وبعض الأجهزة والمعدات، والوقود.

20.2.2 واقع جودة الخِدْمات الصحية في قطاع غزة:

أكد خضر (2015م) نقلًا عن وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين أن جودة الخِدْمات الصحية في قطاع غزة بحاجة إلى تحسين جوهري في معظم مرافق وزارة الصحة غير القادرة على تقديم خِدْمات صحية آمنة وكافية، وهي بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تطوير. وبالكاد تسمح السلطات الإسرائيلية بوصول بعض الإمدادات الطبية، إلا إن أعطالًا متكررة تطال المعدات الطبية نتيجة عدة عوامل، مثل: (الانقطاع المتكرر للتيار الكهربي، والمياه الشائبة، وأسباب أخرى)؛فيضطر العديد من متلقي الخدمة إلى التماس علاج الكثير من المشاكل الصحية والأمراض بالخارج، وهو أمر صعب بسبب القيود المفروضة على حركة المواطنين بفعل الحصار.

كما أشار خضر(2015م، ص 11) نقلًا عن تقرير صادر عن البنك الدولي أن القيود التي فرضتها السلطات المصرية على الشعب الفلسطيني أدت إلى مضاعفة الضغوط الموجودة أصلًا على سبل العيش في قطاع غزة.

ويمكننا القول: إن قطاع غزة خلال الفترة الأخيرة مر بأوضاع اقتصادية واجتماعية وصحية لا يرثى لها؛ بسبب الانقسام الداخلي الفلسطيني، والصراع السياسي على السلطة؛ مما أدى إلى وجود نقص شديد في جميع مناحي الحياة، ونخص بالذكر نقص الكادر العامل في وزارة الصحة، ونقص الإمدادات المادية من أجهزة ومعدات وأدوية وهذا النقص أثَّر سلبًا على أداء وزارة الصحة بشكل عام.

إن الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها الشعب الفلسطيني في قطاع غزة اليوم، تعبِّرُ عن وضع مأساوي يُجبرُ الكثيرَ من المحتاجين للخِدْمات الصحية على التوجه إلى القطاع الحكومي للحصول على الخِدْمات الصحية المختلفة بغض النظر عن نوع هذه الخدمة، مما يفرض على المؤسسات الصحية القيام بدورها الوطني في متابعة الخِدْمات التي تقدمها، والعمل على تحسينها باستمرار لتلبي احتياجات متلقي الخدمة.

وأدى الوضع الاقتصادي الصعب بسبب تدمير المصانع والمؤسسات والانقطاع المستمر للتيار الكهربي ونقص كميات الوقود ونقص المواد الخام اللازمة لقيام بعض الصناعات، إلى تعطيل عدد كبير من المصانع والمؤسسات؛ مما أدى إلى حرمان الآلاف من العمال من العمل.

وهذا بدوره أدى إلى وضع اقتصادي صعب لهؤلاء العمال، مما أثر على جميع جوانب حياة عائلات هؤلاء العمال، مما أثر على توفير الاحتياجات الأساسية لهؤلاء الأفراد مثل: (المأكل والمشرب والملبس والتعليم)،الأمر الذي أدى إلى تراجع حالتهم الصحية وتثقيفهم الصحي، وعدم قدرتهم على الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة، وتلقي العلاج اللازم للحالات المختلفة.

وقد أسهم تدميرُ المساكن خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة في تفاقم أزمة السكن لدى سكان القطاع، وتبع ذلك وجود مشكلات اجتماعية وإنسانية متعددة.

وتواجه المرافق الصحية في قطاع غزة نقصًا خطيرًا في الأدوية والمستلزمات الطبية؛ نتيجة الحصار، والأزمة المالية التي تواجه السلطة، وعدم وجود تعاون بين السلطة الفلسطينية في الضفة الغربية والسلطة في غزة، بالتزامن مع الوصف غير المنطقي للأدوية، وكذلك الوصفات المزدوجة، وإدارة الأدوية بشكل غير ملائم، وتراكميًا أضرَّت تلك العوامل مجتمعة بالنظام الصحي في قطاع غزة، وتستمر في تهديد رفاهِيَةِ السكان (تقرير وزارة الصحة، 2013م، ص 7).

ونتيجة للتطورات المتسارعة في مجال الصحة والعلاج والخِدْمات الصحية، وتعقيد نظام خِدْمات الرعاية الصحية، والتزايد المتسارع على الخِدْمات الصحية بأنواعها كافة، برزت الحاجة إلى تقديم هذه الخِدْمات بمستوى جيد مقبول لدى متلقي الخدمة ومقدميها؛ لذا تسعى حاليًا كل المؤسسات الصحية لتقديم خِدْماتها الصحية ضمن معايير الجودة، ورفع مستوى جودة هذه الخِدْمات الصحية المقدمة أصبح طلبًا لإدارة المؤسسة الصحية ولمقدم الخدمة ولمتلقيها.

21.2.2 الصعوبات التي تواجه قياس جودة الخِدْمات الصحية:

وذكر ذياب (2009م، ص320) بعض الصعوبات التي واجهت قياس جودة الخدمات الصحية وهي كما يأتي:

- التباين في إدراك متلقي الخدمة لمستوى الخِدْمات الصحية المقدمة لهم.
- يتم قياس جودة الخِدْمات حسب الطريقة التي تُؤَدَّى بها، وليس وفق المعايير التي يجب أن تُؤَدَّى بها فعلًا.
- تعمل المؤسسات الصحية في بيئة ديناميكية هادفة إلى البقاء والاستمرار؛ سعيًا لتحقيق أهدافها؛ حيث إنها تتعامل مع الجمهور بمختلف شرائحه وفئاته ومناطق وجوده، وهذه الأهداف لا تتحقق بدون عمل مخطط ومبرمج، وعلى أسس علمية دقيقة تتوافق مع دقة العمل الصحي وحساسيته، والمسؤولية الكبيرة المنوطة بالعاملين في المجال الصحي.
- يُعدُّ تقييم الأداء في المؤسسات الصناعية سهلًا؛ لأنه يتم عن طريق تقييم السلعة الخاصة بهذه المؤسسة؛ ولكن عندما نتكلم عن تقييم أداء مؤسسة صحية حكومية تهدف إلى تقديم خدمة صحية عامة للمجتمع، فإن القياس سيتم بناءً على رضا متلقي الخدمة، ورضا الموظفين، وتوافر الآلات والمعدات والأدوية، وعدد الخِدْمات المقدَّمة ونوعيتها، حسَبَ معايير محددة تم استخدامها مسبقًا، والتأكد من جدواها وصدقها وثباتها في قياس الأداء.

22.2.2 الخلاصة:

تعد المؤسسات الصحية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية مؤسسات خِدْماتية تقدم الخِدْمات الصحية بأسعار رمزية لجميع المواطنين سواء كانت هذه الخِدْمات وقائية أو تشخيصية أو علاجية أو تأهيلية، من خلال المرافق الحكومية المختلفة أو الخِدْمات الطبية العسكرية؛ وتشاركها في تقديم بعض الخدمات للسكان وكالة غوث وتشغيل اللاجئين وبعض المؤسسات الصحية الاهلية، حيث تُعَدُّ الوزارة هي المنظمة والمنسقة والمراقبة على جميع هذه الجهات؛ وتمَّ خلال هذا المبحث ذكرُ التطور التاريخي للمؤسسات الصحية عالميًا، ثم تطورها التاريخي في فلسطين، ثم قامت الباحثة بكتابة ملخص عن واقع المؤسسات الصحية في قطاع غزة، ثم ذكرت أنواع المؤسسات الصحية، والعوامل التي تؤثر في الوضع الصحي، كما قامت الباحثة بعرض أهمية تقييم هذه المؤسسات، وأغراض عملية التقييم، كما ذكرت نموذج التقييم الحكومي حسب خطة الحكومة الفلسطينية، مع ذكر أهمية إدارة الأداء ومميزاته.

المبحث الثالث

معايير تقييم أداء المستشفيات حسب منظمة الصحة العالمية

0.3.2 تمهيد:

وجدت الباحثة، أنه من الأهمية بمكان وهي تتناول موضوع تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية، أنْ تخصص مبحثًا خاصًّا يوضح بشيءٍ من الإيجاز معايير تقييم أداء المستشفيات بشكل عام، ثم تخص بالذكر المعايير التي استخدمتها في تقييم أداء المستشفى الحالية، كما تم ذكر بعض المعلومات الخاصة بنشأةَ العمل وتطوره بالمستشفى، وواقع العمل الحالي بالمستشفى؛ حيث إن الاهتمام بالمرحلة الإنجابية للمرأة يُعدُّ مصطلحًا حديثًا نسبيًّا، وقد نشأ هذا الاهتمام نتيجة لملاحظة النسبة العالية لوفيات الأمهات، وقد كان التركيز في الأساس على برامج تنظيم الأسرة، والتي طمست الاهتمام بحاجات النساء ومتطلباتهن، وتجاهلت العبء القاسي الذي تتحمله النساء خلال فترة الحمل والرَّضاعة وتربية الأبناء؛ لإنشاء مواطن صالح يبني ويعمر ويسهم في رفعة وطنه.

حيث إن تنمية أي دولة: اقتصاديًا، أو اجتماعيًا، أو ثقافيًا، يعتمد على أداء مؤسساتها، ولا شك أن معظم دول العالم ترغب في تحسين أداء مؤسساتها المختلفة، وخصوصًا مؤسسات القطاع الصحي؛ حيث إن المواطنين الأصحاء أقدر على بناء باقي المؤسسات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

لذا يجب على أي مجتمع تحسين قدرته على إدارة مؤسساته الصحية بما يضمن العدالة في تقديم الخِدْمات، وليس فقط فاعلية هذه المؤسسات وكفاءتها، وكذلك القياس المستمر لمدى مناسبة برامجها وخِدْماتها لتوقعات المستفيدين منها، وطموحاتهم الواقعية لهذه الخِدْمات.

إن عدم استقرار الأوضاع السياسية في قطاع غزة استدعى نشوء حاجة ملحة لتحسين الخِدْمات التي تقدمها المؤسسات الصحية؛ حيث إن القطاع الصحي في قطاع غزة يعاني من مشكلات متعددة؛ بسبب شح الموارد نتيجةَ الحصار والانقسام الداخلي.

وعلى الرغم من ذلك استخدمت الباحثة في هذه الدراسة أداة قياس عالمية تم استخدامها في أكثر من أربعين دولة حول العالم؛ للتأكد من صلاحيتها ومواءمتها لقياس أداء المستشفيات، والاتفاق على نموذج يمكن تعميمه على جميع المستشفيات مع تكييفه للمستشفى المستخدم لقياسها، وهذا الجهد الجبار تم إنجازه من خلال منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الدول الأعضاء فيها.

حيث جهزت هذه الأداة لاستخدامها من خلال المستشفيات بشكل تطوعي لتقييم الوظائف الأساسية فيها، بحيث يتم تقييم كل نشاط على حدة بجميع خطواته، وللعلم تم اعتماد سبعة عشر معيارًا أساسيًّا لهذا النموذج؛ ولكن يتم تكييف هذا النموذج مع ظروف العمل بأي مستشفى بما يضمن تقييم موضعي وشفاف لأداء المستشفى، كما يُعدُّ توافر البيانات شرطًا أساسيًّا لاستخدام هذا النموذج؛ ولكن جمع هذه البيانات لا يُعدُّ هو الغاية من استخدام النموذج؛ بل يُعدُّ نقطة بدء العمل بالتقييم، وعليه يستحب استخدام هذا النموذج للتقييم من خلال العاملين في المستشفى، بحيث تتوافر لهم معلومات كافية للقيام بعملية التقييم، كما يجب أن يعتمد المقيمون على نقاط مرجعية لمقارنة أداء مستشفاهم بهذه النقاط المرجعية، وذلك كله بهدف دعم استراتيجيات تحسين جودة الخِدْمات المقدَّمة في المستشفى.

1.3.2 تعريف منظمة الصحّة العالمية:

هي واحدة من عدة وكالات تابعة المتحدة متخصصة في مجال الصحة، التي يرمز لها اختصارًاWHO، وقد أنشئت في 1948/04/07م، ومقرها الحالي في جنيف، سويسرا، وتديرها السيدة مارغريت تشان. وتعتبر منظمة الصحة العالمية السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي، كما أنها مسؤولة عن تأدية دور قيادي في معالجة المسائل الصحية العالمية، وتصميم برنامج البحوث الصحية، ووضع القواعد والمعايير، وتوضيح الخيارات السياسية المستندة على البيّنات، وتوفير الدعم التقني إلى البلدان، ورصد الاتجاهات الصحية وتقييمها.

وقد باتت الصحة، في القرن الحادي والعشرين، مسؤولية مشتركة تنطوي على ضمان المساواة في الحصول على خِدْمات الرعاية الأساسية، وعلى الوقوف بشكل جماعي لمواجهة الأخطار عبر الوطنية (ويكيبيديا، بتاريخ 2015/08/25م).

وتسعى للإصلاح كي تصبح أفضل استعدادًا لمواجهة التحديات المتزايدة التعقيد الخاصة بصحة السكان في القرن الحادي والعشرين. ومواجهة المشكلات الملحة والأخطار الجديدة والناشئة المحدقة بالصحة العمومية يلزمها أن تتحلى المنظمة بالمرونة الكافية؛ كي تواكب هذه البيئة التي لا تكف عن التغيُّر (ويكيبيديا، بتاريخ 2016/03/30م).

2.3.2 الأهداف الأساسية لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة العمومية:

1-توفير القيادة المناسبة فيما يتعلق بالمسائل ذات الأهمية الحاسمة للصحة، والدخول في الشراكات التي تقتضي القيام بأعمال مشتركة.

2-بلورة برامج لعمل البحوث الصحية، وحفز توليد المعارف المفيدة وتجسيدها وبثّها.

3- تحديد القواعد والمعايير، وتعزيز تنفيذها، ومتابعتها.

4- توضيح الخيارات والسياسات الأخلاقية والمُسْندة بالبيّنات.

5-إتاحة الدعم التقني، وحفز التغيير، وبناء القدرة المؤسسية المستديمة.

6-رصد الوضع الصحي، وتقييم الاتجاهات الصحية.

وتتعاون منظمة الصحة العالمية مع مركز المعلومات الصحية الفلسطينية؛ بهدف تحديث قاعدة بيانات المرافق الصحية الشاملة، وإدارة المعلومات؛ لتسهيل التخطيط لأنشطة الوزارة (WHO,2013, P. 12).

وذلك من خلال إعداد إطار عام لعمل النظم الصحية، يضمن الوصول العادل إلى المنتجات الطبية الأساسية، واللقاحات، والتكنولوجيا ذات الجودة المضمونة والمأمونة، وكذلك يضمن الاستخدام السليم والفعال للموارد المختلفة بنجاعة وبتكلفة مناسبة، ولتحقيق ذلك يجب توفير سياسات وطنية ومعايير ومبادئ توجيهية ولوائح وسياسات داعمة، والعمل على توفير معلومات عن الأسعار، وضبط ممارسات التصنيع الدوائي وجودة الإنتاج، ودعم الاستخدام الرشيد للأدوية، ومراقبة الوصول إلى الأدوية بهدف توفير الأدوية الأساسية ضمن سياق صحي فعال، في جميع الأوقات، بكميات كافية، وبجرعات مناسبة، مع ضمان الجودة(WHO,2010a, p.7).

3.3.2 جودة الخِدْمات الصحية:

نتيجة للتطورات المتسارعة في مجال الصحة، والعلاج، والخِدْمات الصحية، وتعقيد نظام خِدْمات الرعاية الصحية، وتزايد الطلب على الخِدْمات الصحية بأنواعها كافة، برزت الحاجة إلى تقديم هذه الخِدْمات بمستوى جيد مقبول لدى متلقي الخدمة ومقدميها؛ لذا تسعى حاليًا معظم المؤسسات الصحية لتقديم خِدْماتها الصحية ضمن معايير الجودة، وقد أصبح رفع مستوى جودة هذه الخِدْمات طلبًا لإدارة المؤسسة الصحية ولمقدِّم الخدمة ومتلقيها.

حيث قام المعهد الطبي الأمريكي (IOM) بجمع وتحليل أكثر من 100 تعريف للجودة في الخدمة الصحية، وتم التوافق على التعريف الآتي: "هي الدرجة التي تستطيع فيها الخِدْمات الصحية المقدمة للفرد والسكان أن ترفع طموحهم ورغباتهم من مخرجات العملية الصحية، وتنسجم مع معارفهم الوظيفية الحالية"(Counte,2007، p. 3)، وكذلك فإن هيئة القياسات الأمريكية الصحية (JCAH) وهيئة القياسات الدولية (JCI) أخذت بالتعريف نفسه (Janet, 2008, p.4)

ولا يزال هذا التعريف يستخدم على نطاق واسع في دراسات جودة الرعاية الصحية؛ لأنه يضع التركيز المناسب على مستوى الفرد والسكان من خلال التحليل، والربط بين الخِدْمات الصحية المقدَّمة والعمليات المكونة لها من جهة، مع متطلبات محصلة النتائج الصحية المرجوة من جهة أخرى، ويركز على الفجوة بين الممارسات الصحية الحالية والمطلوبة(Counte, 2007, p. 3)

الجودة من المنظور المهني الطبي: هي تقديم أفضل الخِدْمات، وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، والخبرات والخدمة الصحية المقدمة.

أما الجودة من المنظور الإداري: فهي تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة المتوافرة، والقدرة على جذب المزيد منها لتغطية الاحتياجات اللازمة؛ لتقديم الخدمة المميزة، كما يمكن النظر إلى الجودة من المنظور السياسي (القيادة العليا بالدولة) بأنها: تحسين رضا المواطن عن أداء قيادته في دعم الخدمة الصحية وتطويرها.

وأما الجودة من منظور متلقي الخدمة: فهي أن تقترب نتيجة هذه الخدمة مع توقعات متلقي الخدمة وتلبي احتياجاتهم (عبدون وآخرون، 2009م، ص57).

أما البكري (2005م، ص199) فقد عرف الجودة على أنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدَّمة إليه، وما يمكن أن يفيض عنها قياسًا بما هو متوقع".

وعرَّفها الأحمدي (2004م، ص125) بأنها: "صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد أن يُؤخذَ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها".

كما عرَّفت الوكالة الأمريكية للبحث والجودة الصحية (AHRQ)(Janet, 2007, p.4) الجودةَ الصحيةَ على أنها: الرعاية الصحية التي تكون سهلة الوصول، فعالة، وآمنة، ومسؤولة، ونزيهة **وهذا يعني أنَه:**

- يجبُ أن يقدمَ مقدمُ الخدمةِ الصحية الخدمةَ الصحيةَ الصحيحةَ للمريض الصحيح في الوقت الصحيح وبالطريقة الصحيحة.

- يستطيعُ متلقو الخدمة الوصول إلى الخدمة الصحية في الوقت المناسب، والحصول على معلومات حقيقية مفهومة عن المخاطر والاستفادات، وهم محميون من عدم الأمان في الصحة، والخدمة، والمنتج.

- لدى كلٍّ من مقدمي الخدمة، ومتلقيها الحقُّ في الاحترام.

ومن هذه التعاريف يمكننا القول إن الحكم الحقيقي على تقييم جودة الخدمة الصحية هو المريض، وليس المنظمة أو العاملين فيها، وهذا يعني أن نجاح المؤسسة الصحية أصبح يعتمد بدرجة كبيرة على مدى استجابتها لاحتياجات ورغبات عملائها.

4.3.2 أبعاد جودة الخِدْمات الصحية:

إنَّ أبعاد جودة الخِدْمات الصحية في أساسها لا تبتعد كثيرًا عن أبعاد جودة الخِدْمات بصفةٍ عامة؛ ولكن نظرًا لتطور الخِدْمات الصحية، وتطور علوم الإدارة والجودة الصحية، ازداد الاهتمام بهذه الأبعاد؛ مما أدى إلى التوسع والتفصيل فيها، ومن عناصر القوة التي أضفت إيجابيات كثيرة على جودة الخدْمات الصحية هو اهتمام العاملين في مجال تقديم الخدمة الصحية بكل تخصصاتهم في مجال الجودة، بعد أنكان من اختصاص علماء الإدارة، وأصبحت الإدارة والجودة الصحية علومًا تدرس في الكليات الطبية والصحية.

وتشمل أيضًا الكثيرَ من الخصائص، منها: الكفاءة، والفاعلية، والقدرة، والمقبولية، والوصول إلى الخدمة، والعدالة، والخصوصية، والسرية، والاستمرارية، والشمولية، والملاءمة، والوقت، ودمج متلقي الخدمة والعائلات في عملية تخطيط العلاج، واتخاذ القرار، ورضا المريض، ومنها أيضًا ضمان الأمان في الخدمة الصحية، ودعم الصحة البيئية، والإصابة بالأمراض، وتحسين جودة الحياة الصحية للمريض (WHO, 2000, p. 3).

وذكرت هيئة القياسات الدولية(JCI) تسعةَ أبعاد لجودة الخِدْمات الصحية، هي: الملاءمة، والمتاحية، والاستمرارية، والفاعلية، والقدرة، والكفاءة، والاحترام/الرعاية، والأمان والوقت(Janet, 2008, p. 5). وإليكم تعريف بعض هذه الأبعاد:

العدالة: "تقديم الخِدْمات الصحية لكل إنسان يحتاج إليها"(WHO, 2000, P. 4).

الكفاءة: "تقديم الخِدْمات الصحية بجودة عالية؛ ولكن بأقل تكلفة ممكنة" (WHO, 2000, P. 4)، وقد عرفتها هيئة القياسات الدولية (JCI) عام 2003م بأنها: "العلاقة بين مخرجات العملية الصحية، والموارد المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية".(Janet, 2008, p. 6)

القدرة: "هي الطاقة الكامنة للرعاية الصحية أو مقدرتها على إنتاج التأثير والنتيجة المطلوبة، وهي قوة أي إجراء أو علاج في تحسين الوضع الصحي"(Janet, 2008, p. 6).

الفاعلية: "الخدمة الصحية المقدَّمة تؤدي إلى تغيير إيجابي في الوضع الصحي للمريض وكذلك في جودة حياته"(WHO, 2000, P. 4)، وعرفتها (JCI) عام 2003م بأنّها: "الدّرجة التي

تقدم بها الخدمة الصحية بطريقة صحيحة، وتعطي المعلومة الحديثة للوصول إلى النتائج المرجوة للفرد"(Janet, 2008, p. 8).

إمكانية الحصول على الخدمة: "هي جهوزية الحصول على الخِدْمات الصحية المقدمة"(WHO, 2000, P. 3)، وهي "تقديم الخدمة الصحية بدرجة معقولة جغرافيًّا، وزمنيًّا، وتقديمها في أماكن تكون فيها الموارد والمهارات مناسبة للمداواة" (WHO, 2000, P. 9).

الشمولية: "تغطي الخدمة الصحية كلَّ أوجه إدارة الأمراض من الوقاية حتى الشفاء، والأوجه الاجتماعية والنفسية في الرعاية الصحية معتبرة في هذا المجال".(WHO, 2000, P. 4)

المعقولية: "تقابل الرعايةُ الصحية توقعاتِ الناس الذين يستخدمون خِدْماته" (WHO, 2000, P. 3).

أما الوقت فقد عرفته (JCI) عام 2003م بأنه: "الدرجة التي تقدم فيها الرعاية الصحية للفرد في أكثر وقت استفادة وضرورة له"(Janet, 2008, p. 4).

الملاءمة: "هي تقديم الرعاية الصحية المطلوبة، واجتناب الرعاية الصحية غير الضرورية والمؤذية"(WHO, 2000, P. 4)، وعرفتها (JCI) عام2003م "بأنها: درجة ملاءمة الخِدْمات الصحية المقدَّمة مع احتياجات الفرد الإكلينيكية، وتعطيه الحالة الراهنة للمعرفة" (Janet, 20008, p. 4).

الاستمرارية: "الخِدْمات الصحية المقدَّمة عبارة عن سلسلة متوالية ومتزامنة وغير مكسورة من الخِدْمات"(Janet, 2008, p. 4).

الاحترام: عرفتها (**JCI**) عام2003م "بأنها: الدرجة التي تقدم فيها الخدمة الصحية بحساسية للاحتياجات الفردية، والتوقعات والاختلافات الفردية، والدرجة التي يستطيع الفرد أو من ينوب عنه المشاركة في قرارات العلاج والخدمة"(Janet,2008, p. 4) .

الأمان كما عرفته (JCI) عام 2003م: "بأنها الدرجة التي يتم فيها تقليل خطر التدخلات الصحية، وتقليل المخاطر في بيئة الرعاية للمريض والأشخاص الآخرين، بما في ذلك العاملين في الرعاية الصحية"(Janet, 2008, p. 4) .

المتاحية: هي "الدرجة التي تكون فيها الرعاية والخِدْمات الصحية متاحة وفي المتناول؛ لتقابل الاحتياجات الفردية، وكذلك السهولة في الحصول على الرعاية الصحية في مواجهة الحواجز المالية، والتنظيمية، والإجرائية، والعاطفية، والثقافية"(Janet, 2008, p. 5).

السرية: هي "المبدأ الأخلاقي، والحق القانوني الذي يوجب على الطبيب وأي مهني في مجال الرعاية الصحية الحفاظ على سرية المعلومات الصحية المرتبطة بالمريض، مالم يعطِ المريضُ الموافقةَ على الإفصاح عنها"(نت، Medical-dictionary, 2007)

رضا متلقي الخدمة: "هي الدرجة التي تكون فيها التوقعات المرجوَّة من متلقي الخدمة، وأهدافه، وتفضيلاته مستوفية من قبل مقدمي الخدمة الصحية" (The center for clinical governance research in health, 2009, p. 5).

كما يمكن تعريف رضا متلقي الخدمة على أنه: مستوى إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين إدراك العميل لأداء الخدمة وتوقعات هذا العميل، وهذا يعني أن رضا العميل يزداد عندما يقترب مستوى أداء المستشفى مع توقعات العميل من الخدمة المقدَّمة فيها.

ويمكننا القول: إن الخصوصية تتحقق لمتلقيات الخدمة من خلال توفير بعض الإمكانيات اللازمة لتقديم خِدْمات الرعاية الصحية، مثل:

1- ضمان حصول متلقية الخدمة على حقوقها وتوقعاتها الخاصة بالمعلومات الصحية الشخصية، بحيث تنتشر هذه المعلومات فقط بين المهنيين الذين يحتاجون إليها في عملهم.

2- توفير مكان للفحص، وملابس وأغطية وغيرها من التدابير المتخذة؛ لضمان خصوصية المحادثات، وأن يتم الحفاظ على كرامة متلقية الخدمة.

5.3.2 أبعاد جودة الخِدْمات الصحية حسب أداة الدراسة:

تُعَدُّ هذه الأداة متعددة الأبعاد وشاملة، وتستخدم لتقييم الأداء الشامل للمستشفى من خلال الأبعاد الآتية:

البعد الأول-الفاعلية السريرية: تشير الفاعلية السريرية إلى نجاح المستشفى في تحقيق النتائج السريرية وفقًا للوضع الحالي للمعرفة الطبية، واستخدامها على نحو مناسب، وتحويل هذه المعرفة إلى رعاية طبية مناسبة، وتحقيق هذه النتائج بما يتناسب مع الجهود المبذولة لتقديم الخدمة (CIHI, 2013, p. 9)، ويتم تحديدها من خلالها قياس إلى أي مدى تتفاعل التداخلات السريرية المحددة حسب ما هو مطلوب منها؛ للحفاظ على صحة متلقي الخدمة وتحسينها، وتأمين أكبر قدر من الفوائد الصحية الممكنة لهم حسب الموارد المتاحة (NHSQIS,2005, p. 22).

وهذا يعني أن الموظفين يجب أن يفعلوا الشيء الصحيح بالطريقة الصحيحة وبالوقت المناسب وفي المكان المناسب، وفي النهاية نحصل على النتيجة المناسبة، وهي تأمين أكبر قدر من الفوائد الصحية الممكنة للمرضى حسب الموارد المتاحة.

ومن هنا تُعَدُّ الفاعلية السريرية هي النتيجة المرجوة لجميع الأنشطة التي يتم أداؤها داخل المستشفى، ومن هنا تثار بعض التساؤلات، مثل: (NHSQIS, 2005, p. 22).

هل يحصل المريض على النتائج الصحية المرجوة؟

هل نحن نحتاج إلى تغيير على الممارسات التي تؤدى داخل المستشفى؟

ما الذي يزيد من فاعلية الأداء؛ لتحسين الرعاية بمتلقي الخدمة والعاملين؟

لذلك تُعَدُّ الفاعلية السريرية مؤشرًا أساسيًّا لتحديد مستوى جودة الأداء في هذه المؤسسات الصحية، عن طريق قياس مدى إتقان العاملين في المستشفى للأعمال المطلوبة منهم بطريقة ملائمة وصحيحة من أول مرة وفي كل مرة؛ مما يقلل الهدر في شتى الموارد، مثل: الوقت، والأدوية، والمهمات، والمستهلكات الطبية الأخرى.

تعتمد الفاعلية كبعد من أبعاد جودة الخِدْمات الصحية على مقاييس وإرشادات طبية معتمدة، وتجيب دائمًا عن هذا السؤال: هل التدخلات والإجراءات عندما تطبق بشكل صحيح تؤدي إلى النتائج المرجوة؟ وترتبط دائمًا بالأدلة المثبتة، وتحسن النتائج الصحية للأفراد والمجتمعات (Brown et al., 1998, p. 9).

وترتبط أيضًا بمخرجات الخدمة الصحية المقدمة، التي تقاس بطريقتين: إمّا عن طريق مقدم الخدمة، أو متلقي الخدمة؛ حيث إننا نجد أنّ مقدم الخدمة يقيس مخرجات الخدمة الصحية المقدمة عن طريق وضع مؤشرات صحية، مثل: مؤشر معدل الوفيات، ومؤشر معدل الإصابة بالأمراض، والمؤشرات الإكلينيكية الخاصة بالتخصصات الطبية كافة، وتعطي هذه المؤشرات لمقدم الخدمة فكرةً عن نتائج التدخل الذي قام به في المنظور القريب، أمّا متلقو الخدمة الطبية، فإننا نحصل منهم على معلومات مباشرة سريعة عن نتائج الخدمة الصحية المقدمة، أو نحصل منهم على معلومات تتعلق بالمخرجات بعيدة المدى (Boyce et al, 1997, p. 41).

ويعتمد ذلك كله على كفاءة الكادر العامل في المستشفى؛ لذا يتوجب على الإدارة العليا التركيزَ على جلب الكفاءات المتنوعة واستقطابها من التخصصات العاملة في المستشفى؛ ولكن لا

ينبغي إهمال تطوير وتحديث أساليب الاختيار والتعيين، لا سيما المهن الصحية؛ بسبب: أهمية الكفاءة التقنية للأطباء والممرضين، وتأثيرها على رضا متلقي الخدمة.

حيث إن أهمية مهارات التعامل والتواصل، وبناء العلاقات بين متلقي الخدمة ومقدميها تؤثر على رضا متلقي الخدمة؛ حيث إن الفشل في الاتصالات هو السبب الأكثر شيوعًا لوجود شكاوى.

كما أن الموظفين الأكْفاء هم الأصول الأساسية الذين يقومون بدور كفء في صيانة العمل وتطويره، وتُعَدُّ الإدارة العليا هي المسؤولة عن التأكد من كفاءة الكادر العامل في المستشفى، والتعامل معهم من الجانب القانوني والأخلاقي بدرجة أكبر حتى لو لم يكونوا موظفين (متدربين، متطوعين)(أبو سعدة، 2012م، ص30).

البعد الثاني–أمان المريض والطاقم: فيما يتعلق بتطبيق إجراءات الأمان فيما يخص توفير شكل وتركيبة مناسبة للمستشفى، واستخدام عمليات مناسبة في نقل الرعاية الصحية للمرضى؛ بما يمنع أو يقلل الضرر أو الأذى عن متلقي الخدمة وكذلك مقدمي الرعاية الصحية المقدمة لهم، بمعنى آخر أن تكون بيئة المستشفى خالية من المخاطر، أي يتم تقليل المخاطر الناتجة عن تقديم الخدمة قدر الإمكان، ولا تقتصر برامج السلامة على متلقي الخدمة فقط؛ بل تتعلق أيضًا بسلامة العاملين، وسلامة البيئة (CIHI, 2013, p. 9).

وتُعَدُ ّإجراءات الأمان والسلامة داخل المستشفى أهمَّ بعدٍ لتحقيق الجودة داخل المستشفى، فيما يخص أمان مقدمة الخدمة ومتلقيها، وكذلك البيئة التي يتم تقديم الخدمة من خلالها.

إنَّ بعد الأمان كبعد من أبعاد الجودة تعني التقليل من أخطار الإصابة بالعدوى والآثار الجانبية الضارة، وأي أخطار أخرى تتعلق بتقديم الخِدْمات الصحية، ويشمل بعد الأمان مقدم الخدمة الصحية ومتلقيها(Brown et al., 1998, p. 9).

ويُعدُّ أمان المريض حجر الزاوية في الجودة العالمية للرعاية الصحية، الذي يمنع الضرر الواقع في مخرجات العملية الصحية (Hughes, 2008, p. 4)، ويرتبط أمان المريض بجودة الرعاية الصحية تحت ثلاثة أقسام، هي: الاستخدام الناقص للخدمة الصحية، والاستخدام المفرط للخدمة الصحية، والاستخدام السيء للخدمة الصحية، وأن قضايا أمان المريض وجدت من أجل مواجهة الأخطاء الطبية، الكثيرة ووضع حلول للوقاية منها(Emanuel et al., 2008, p. 5).

وقد حددت هيئة الاعتماد الدولية (JCI, 2011, p. 35) ستة أهداف يجب على كل مؤسسة صحية أن تعمل على تحقيقها في مجال أمان المريض، وهذه الأهداف هي:

1- تعريف المريض بطريقة صحيحة.

2- تحسين وسائل الاتصال الفعال.

3- تحسين الأمان من استخدام الأدوية ذات المخاطر العالية.

4- التأكد من جهة العملية، والإجراء الصحيح، والمريض الصحيح.

5- تقليل نسبة عدوى المستشفيات.

6- تقليل إصابات المرضى من السقوط.

البعد الثالث-الكفاءة الصحية: ويتعلق هذا البعد بالاستخدام الأمثل للموارد المتاحة؛ لتحقيق أقصى قدر من الإنتاج، ويشمل ذلك الاستخدامَ الأمثل لكلٍّ من: (NHSQIS, 2005, p. 25).

- الاستخدام الأمثل للتكنولوجيا الصحية.
- تحقيق أفضل رعاية ممكنة حسب الإمكانيات.
- ملاءمة التداخلات الصحية مع الحالات المرضية.

وذلك عن طريق فحص العلاقات بين مدخلات ومخرجات النظام الصحي؛ لتحديد درجة الكفاءة حسب الهدف المرجو من تقييم كفاءة الأداء.

ومن خلال هذا التعريف فإننا نقيِّمُ مدى توافر بيئة صالحة لتقديم الخدمة، أي إننا نفحص مدى توافر المدخلات اللازمة لإنتاج المخرجات بالجودة المطلوبة، مثل: توافر الأدوية والمستهلكات الطبية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة، كما أننا نفحص مدى ملاءمة كميات الدم التي تطلب للحالات المختلفة، وهل يتم استخدام جميع الكميات المطلوبة، أم يتم إرجاعُها بسبب عدم الحاجة لها، وهذا يعني سوء تقدير الكمية المطلوبة، أو الحاجة للدم المطلوب، وللتأكد من كفاءة العمل بالمستشفى نفحص معدل الإقامة في المستشفى؛ حيث إن بقاء المريض مدة أطول في المستشفى يعني زيادة تكلفة الخدمة المقدَّمة للمريض، وذلك يتطلب المزيد من العاملين، والمزيد من الأدوية والمستهلكات الطبية، والمزيد من الأسِرَّة لاستقبال الحالات الأخرى.

لذا يجب علينا التمييز بين نوعين من المخرجات الصحية:

- **المخرجات:** (عدد الزيارات، وعدد حالات الدخول، وعدد العمليات الجراحية،...)
- **النتائج:** (عدد الوفيات، والوضع الوظيفي للعاملين، والنتائج السريرية،...)

تعدُّ الكفاءة في الخِدْمات الصحية المقدمة بُعدًا مهمًا من أبعاد الجودة؛ لأنه يؤثر في تكلفة المنتج والخدمة، وحيث إن الموارد دائمًا محدودة؛ لهذا فإنَّ الخِدْمات الصحية ذات الكفاءة تعطي أفضل النتائج ضمن الموارد المتاحة؛ حيث إن الرعاية الضارة التي تسبب أخطارًا للمرضى وعدم رضاهم تصبح مكلفة، وتستوجب وقتًا طويلًا للإصلاح؛ لذلك وعن طريق تنظيم الكفاءة في الخِدْمات الصحية؛ فإنَّ إدارات البرامج الصحية سوف تختار التدخلات المثلى بتكلفة مقبولة (Brown et al. 1998, p. 9).

ويمكن أن تقاس كفاءة الخِدْمات الصحية بفحص العلاقة بين منتج معين من الرعاية (المخرجات) والموارد المستخدمة في إنتاج هذا المنتج (المدخلات)؛ لذلك فإنَ مقدم الخدمة الصحية (مستشفىً– كادرًا طبيًا) يكون كفؤًا إذا كان قادرًا على تحقيق أفضل قدر من المخرجات لمجموعة من المدخلات أو تقليل المدخلات المستخدمة لإنتاج ناتج معين، وتقاس الكفاءة على ثلاثة مستويات: المستوى الأول هو مستوى منظور المتعلقين بالخدمة الصحية، مثل: مقدمي الخدمة الصحية، ومتلقي الخدمة الصحية (أفراد أو مجتمع)، والمستوى الثاني هو مستوى مخرجات الخدمة الصحية، والمستوى الثالث هو مستوى المدخلات، وهذه المدخلات تنقسم إلى: مدخلات مادية، مثل: (توزيع الموارد البشرية– عدد العاملين– كفاءاتهم ومهاراتهم)، ومدخلات مالية.(McGlynn, 2008, p. 19)

البعد الرابع–المريض في مركز الاهتمام: عندما تضع المستشفى المريض في مركز الاهتمام، وتعطيه انتباهًا خاصًا، وتلبي احتياجاته واحتياجات ذويه وتوقعاتهم، وتسمح لهم بالوصول إلى شبكة التواصل الخاصة بالمستشفى، وتضمن لهم السرية والكرامة، وحرية اختيار مقدم الخدمة لهم، والتأكد من حصولهم على الرعاية الطبية في وقتها، ومشاركتهم في اتخاذ القرارات الخاصة بتقديم الرعاية الصحية (CIHI, 2013, p 9).

كما يعدُّ متلقو الخدمة توافرَ وسائل الراحة في المرافق الصحية مطلبًا مهمًّا جدًا؛ لأنها تؤثر بشكل مباشر على توقعات متلقي الخدمة وثقتهم في جوانب أخرى من الخدمة، وتعزز الاستعداد لدفع المال مقابل الخدمة، وتمثل عاملًا مهمًا في جذب متلقي الخدمة والاحتفاظ به؛ لضمان استمرارية العلاج والتغطية النقدية، وعناصر هذه الوسائل متعددة منها: المظهر الخارجي للمرافق والعاملين والأدوات، فضلًا عن الراحة والنظافة، والفيديوهات التعليمية والتفاعلية، ومجلات للقراءة في أماكن الانتظار، ودورات مياه نظيفة وسهلة الوصول، وستائر خاصة للفحص (Brown,1998, p.10).

وتستخلص الباحثة مما سبق إن جودة الرعاية الصحية تعتمد بشكل أساسٍ على معاملة متلقي الخدمة بكرامة واحترام عن طريق تلبية احتياجاته، والوصول إلى مستوى توقعاته، وإبقائه راضيًا

عن الخِدْمات الصحية التي تقدمها المستشفى، مع العلم أن الرضا مفهوم نسبي، وبالتالي ما يرضي شخصًا لا يرضي شخصًا آخر.

وبالاطلاع على بعض الدراسات التي تقيس الرضا تبين لي أن معظمهم يستخدمون أدوات قياس تقسم الرضا إلى عناصر وفقًا لطريقة دونبوديان الكلاسيكية على النحو الآتي:

- **التركيب:** يتم قياس رضا متلقي الخدمة حسب تصنيفهم للبيئة المادية.

- **العمليات:** يتم قياس طريقة تفاعل مقدمي الخدمة مع متلقيها عن طريق: (الاستجابة، التعاطف، الاحترام).

- **النتائج:** يتم فحص إدراك متلقي الخِدْمات للنتائج عن طريق (التحسن وغياب أعراض المرض، حل المشكلة الأساسية التي يشكو منها متلقو الخدمة).

وقد أظهرت الدراسات أن متلقي الخدمة الذين يشعرون بتحسن في الأداء يتأثر رضاهم على سلوكياتهم؛ مما يجعلهم يتصرفون بإيجابية أكثر، وينصاعون للأوامر، ويشاركون مقدمي الخدمة في إجراءات العلاج.

- **الرضا:** من الممكن أن يكون شعورًا بالسعادة أو بخيبة أمل من النتائج، عندما تكون هناك مقارنة بين هذه النتائج والأداء مع توقعات الزبائن(Kotler & Keller, 2009, p. 789)، وينبثق الرضا من السعادة التي يتم الحصول عليها من استهلاك سلعة أو خدمة مقدمة من شخص أو مجموعة من الناس، أو يمكن أن تكون حالة من السعادة الداخلية مع الموقف، ومن الصعب إرضاء كل الناس، أو تحديد الرضا بين مجموعة من الأفراد؛ لأن الناس عمومًا يمتلكون إدراكات وتوقعات مختلفة(Hussain & Rehman, 2012, p. 5)، أو هو حكم من الناس خلال فترة زمنية عن إدراكهم لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من خلال تجاربهم.

ورضا متلقي الخدمة ليس شيئًا متجانسًا أو منتظمًا، فليس هناك رضا كاملٌ لكل أوجه الرعاية الصحية، فهناك عوامل عديدة تؤثر في إدراك متلقي الخدمة للخِدْمات الصحية المقدمة لهم، ومن الأمثلة على هذه العوامل: نظافة بيئة الرعاية الصحية، وسهولة الحصول والوصول إلى الخدمة الصحية، والوقت المستغرق للحصول على الخدمة، وجودة العلاقة مع مقدمي الخدمة الصحية، ووضوح التواصل مع مقدميها، ومخرجات الخدمة الصحية، وتكلفة الخدمة الصحية، وجودة الطعام (Powell, 2001, p. 4). وأصبح فهم ما يريده متلقو الخدمة من أهم الاهتمامات، بجانب الأداء الطبي والتقني في مجال تقديم الخِدْمات الصحية في كل مبادرات تحسين الجودة (Little et al., 2001, p. 468).

ونجد أن قياس رضا متلقي الخدمة أصبح له من الأهمية مثل باقي القياسات الإكلينيكية، ويعد الوسيلة الأولى لقياس فاعلية الخدمة الصحية المقدمة، وتعد المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال قياس رضا متلقي الخدمة أداةً في عملية اتخاذ القرارات، ومستندًا ودليلًا على جودة الخدمة الصحية، وخصوصًا لمؤسسات الاعتماد، وتعطي القابلية على تحديد المشكلات المحتملة وحلها، قبل أن تصبح جدية(Powell, 2001,p.3).

وتعُدُّ منظمة الصحة العالمية إمكانيةَ الحصول على خِدْمات الرعاية الصحية الملائمة من ركائز حقوق المريض في إطار العمل الصحي(WHO, 2000, p. 12)، وإمكانية الحصول الجيدة تقلل من الضغط في أنظمة الرعاية الصحية، وبالتالي تحسن من الخِدْمات الصحية للمجتمعات (Valentine et al, 2001, p.19).

وتعني إمكانية الحصول على الخدمة الصحية، أن يتم الحصول عليها دون قيود جغرافية، واقتصادية، واجتماعية، وثقافية، وتنظيمية ولغوية (Brown et al,1998, p. 8).

وقد حدد بيري وآخرون (Berry et al., 2003, p. 568) أربع خصائص لإمكانية الحصول على الخِدْمات الصحية:

1- إتاحة الخدمة الصحية لمتلقيها، التي تنطوي على الحصول الرئيس للخدمة الصحية، بمعنى: هل يستطيع المريض الحصول على الخدمة الصحية؟

2- ملاءمة الخدمة الصحية، بحيث تضمن هذه الملاءمة الحصولَ على مستوى مناسب من الرعاية، ولا تتعارض مع التناقض الكامن بين ما يريده المريض وما هو مقدر له من الناحية الطبية.

3- حق الاختيار، أي الحصول على مزود الخدمة المفضل، أو خدمة طبية خاصة.

4- الوقت المناسب، أي الحصول على الخدمة في الوقت المرغوب والمناسب.

ونجد كذلك أن منظمة الصحة العالمية (WHO, 2002, p. 10) قد حددت أربعة أبعاد لإمكانية الحصول على الخدمة الصحية، وهي: عدم التمييز، وإمكانية الوصول المادي، وإمكانية الوصول الاقتصادي، وإمكانية الوصول إلى المعلومات.

ويعني الحصول على الدواء إمكانيةَ الحصول عليه في جميع الأوقات بكميات كافية، وبجرعات مناسبة مع ضمان الجودة، وبسعر يتحمله الأفراد والمجتمعات.(WHO, 2010, p. 60)

إنَّ العلاقة الجيدة تتضح من خلال: مظاهر الاحترام، والحفاظ على السرية، والمجاملة، والاستجابة، والتعاطف، والاستماع والاتصال الفعال؛ حيث إن هذه الميزة الجيدة تُسهم في المشورة الصحية الفعالة، وتؤدي إلى علاقة إيجابية مع متلقي الخدمة، فالعلاقات غير الجيدة تقلل من فاعلية الخدمة الصحية الفنية؛ لأنَّ متلقي الخدمة الذين يتم علاجهم بمستوى غير جيد من العلاقة مع مقدم الخدمة الصحية، من الممكن أن يكونوا أقل عرضةً للإصغاء إلى توصيات مقدم الخدمة، وربما يتجنبون الرعاية الصحية (Brown et al,1998, p. 9).

كما أن الملاءمة في الخِدْمات الصحية المقدمة مسألةٌ مركبة غامضة؛ حيث إنها تحدد أنَّ الرعاية فعالة، وبناءً على أدلة صالحة وذات كفاءة من حيث التكلفة، وبما يتفق مع المبادئ الأخلاقية وتفضيلات الأفراد والمجتمعات ذات الصلة (WHO, 2000b, p. 2) .

وحسب (Lavis& Anderson, 1996, p. 321) فهناك نوعان من الملاءمة في الخِدْمات الصحية المقدمة: ملاءمة الخدمة، وملاءمة أماكن تقديم الخدمة.

وحسب منظمة الصحة العالمية (2000م) فإنه من العوامل المهمة التي تعكس ملاءمة الخِدْمات الصحية وجودتها عامل الوقت؛ حيث إن الناس في الواقع لهم الحق في أن يتوقعوا بأن النظام الصحي سوف يعالجهم بكرامة، ويلبي احتياجاتهم دون وقت طويل من الانتظار للتشخيص والعلاج، وهذا ليس فقط لتحسين المخرجات؛ ولكن لإظهار الاحترام للمرضى، والتقليل من قلقهم. (Anan & Abu Hamad,2013, p. 38) .

البعد الخامس–إدارة مستجيبة: وهي تمثل درجة استجابة إدارة المستشفى لاحتياجات المجتمع الصحية، والتأكد من استمرارية التنسيق والتعاون في تقديم خدمة الرعاية الصحية للمرضى، بغض النظر عن الخصائص: المادية والثقافية والاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية الخاصة بالمجتمع؛ بما يحقق تعزيز صحتهم، وتزويد الرعاية لكل مواطن؛ بما يحقق اندماج إدارة المستشفى في المجتمع المحلي، والتوجه نحو تحسين الصحة العامة للجميع (CIHI, 2013, p. 9).

وتستجيب الإدارة لاحتياجات وشكاوى مقدمي الخدمة ومتلقيها من خلال عملية اتصال فعالة، من خلال عدة قنوات متاحة لجميع الأفراد بالمستوى نفسه.

ويُعدُّ الاتصال والتواصل بين مقدم الخدمة ومتلقيها من أهم مكونات العلاقة بينهما، وقد أشار المعهد الطبي بأمريكا(IOM) عام 2001إلى أنّ الاتصال والتواصل من الخصائص الستة لجودة الرعاية الصحية في وضوح تام (Paget et al., 2012, p. 1).

وهناك عدة مبادئ أساسية مبني عليها الاتصال والتواصل، ومنها: الاحترام المتبادل، وتوحيد الأهداف، ودعم البيئة، والمشاركة في القرار المناسب، والمعلومة الصحيحة، والشفافية والوضوح التام، والتعليم المستمر(Paget et al., 2012, p. 2).

إنَّ التواصل بين الطبيب والمريض هي اللبنة التي تُبنى عليها العلاقة بينهما، والأداة التي يتعرف فيها الطبيب المريض، كأنه شخص وليس مجرد مشكلة طبية، وتتأثر العلاقات والتداخلات بين الطبيب والمريض بتوقعات كليهما؛ لأنها عملية من اتجاهين، فإذا كانت هناك توقعات غير منطقية من كلا الطرفين فإنَّ فاعلية الاتصال والتواصل لن تتطور أبدًا؛ فالمريض يحب أن يحس دائمًا أنَّه يُعالج باحترام، وأنَّه شريك في عملية التواصل، ومن توقعات المريض أنّ الطبيب كفؤ ومؤهل(Bakic-Minic & Bakic, 2008, p. 74) .

وأشار(Nelson, 2008, p. 1364) إلى أنَّ نجاح الاتصال والتواصل بين الطبيب ومتلقي الخدمة لا يعتمد فقط على المعلومات والمهارات التقنية فقط؛ ولكن على طبيعة العلاقة التي تكونت بينهما، ولا بد من إشراك المريض عند مناقشة المرض وطرق العلاج، واستخدام لغة يفهمها المريض، وليس لغة طبية صعبة عليه، وعلى سبيل المثال بدلًا من أن نقول للمريض مصطلح سوف نستأصل؛ لأنه لا يفهمه أو سوف نقوم بقطع، فإن هذا المصطلح يعطي إحساسًا بالألم، فنقول له بدلًا من ذلك: سوف نقوم بإزالة؛ فإن هذا المصطلح يوصل الرسالة دون إحداث ضرر نفسي للمريض.

وأشار (Bakic- Minic. & Bakic, 2008, p. 7) إلى وجود ثمانية مكونات للاتصال والتواصل بين مقدم الخدمة والمريض، وهي: بناء العلاقة، وفتح النقاش، وجمع المعلومات، وفهم وجهة نظر المريض، ونشر المعلومة، والتوصل إلى اتفاق بشأن المشاكل والخطط، وتوفير الإغلاق، وأنَّ هذه النقاط تركز على التغلب على الحواجز التي تظهر في التواصل وتستطيع أن تعزز من كفاءة التواصل، وتحسن جودة الرعاية وإدارة الوقت(Nelson, 2008, p. 1364).

إنَّ التواصل الجيد بين الطبيب والمريض مهم جدًا، ولديه تأثيرات كثيرة في مختلف اتجاهات مخرجات الصحة، وهذه التأثيرات تشمل: مخرجات صحية حسنة، أعلى امتثال لأنظمة العلاج، أعلى رضا للطبيب والمريض، وتقليل في أخطار الممارسة الخاصة، وكذلك نجد أن التعلم الطبي بدأ يعطي أهمية للاتصال والتواصل بين الطبيب والمريض، وبدأ يشمل تعليم مهارات الاتصال والتواصل في الكليات الطبية والصحية (Wong & lee,2006, p.8).

البعد السادس–الاهتمام بالكادر البشري: وهي تمثل درجة مناسبة خبرات الكادر الطبي العامل في المستشفى مع متطلبات الرعاية الطبية المطلوبة للمرضى، وتوفير فرص التعليم المستمر

ونقل الخبرات، وتوفير جو إيجابي (بيئة داعمة) في العمل قدر الإمكان حسب الظروف والإمكانيات المتوافرة؛ بما يحقق رضاهم عن عملهم، ويشمل هذا البعد مؤشرات حول مدى ملاءمة بيئة العمل والتوقعات الخاصة بالاحتياجات الفردية للعاملين؛ بما يعزز صحتهم، وكذلك توفير مبادرات السلامة، وتعزيز السلوك المتعلق بصحة الموظفين (CIHI, 2013, p. 9).

ويُعدُّ الاستثمار في الموارد البشرية عنوانَ النجاح في أي مؤسسة، والعاملون في المجال الصحي هم اللبنة الأساسية في هذه المؤسسات، والاحتفاظ بالكفاءات المؤهلة والكفوءة سيؤدي إلى أداء أفضل، وأكثر فاعلية وكفاءة، فهم أصولنا الذي يجب علينا أن نحافظ عليهم في حالة تحفيز العمل الجماعي وتعزيزه بشكل مستمر للحصول على أفضل النتائج.

وأخيرًا يجب الإشارة إلى أن الحكم الحقيقي على جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في جميع المرافق الصحية هو المريض، وليس المنظمة الصحية، وهذا يعني أن نجاح المنظمة الصحية أصبح يعتمد بدرجة كبيرة على مدى استجابة المنظمة الصحية لاحتياجات المريض ورغباته (سفيان،2006م،ص126).

وترى الباحثة إن جميع المستشفيات بلا استثناء تحتاج إلى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المتحقق والتقدم الحاصل في عملها؛ حيث قامت منظمة الصحة بتطوير أداة تتناول الجوانب الرئيسة المؤثرة على أداء المستشفيات وهي PATH TOOL أداة تقييم أداء المستشفيات؛ حيث استخدمتها منظمة الصحة العالمية غير مرة في تقييم أداء المستشفيات، وأوصت باستخدامها ضمن عدة أبعاد، وهي: الفاعلية السريرية، أمان المريض والطاقم، الكفاءة الصحية، المريض في مركز الاهتمام، إدارة مستجيبة، الاهتمام بالكادر البشري.

إن هذه الأبعاد الستة التي تم اعتمادها من خلال منظمة الصحة العالمية لتقييم أداء المؤسسات الصحية ليست بالضرورة مستقلة عن بعضها بعضًا؛ بل إن بعضها متداخل ويكمل كل منها الآخر؛ حيث يتداخل بُعد أمان المريض والطاقم وبُعد المريض في مركز الاهتمام مع باقي أبعاد هذا النموذج.

6.3.2 فوائد استخدام نموذج PATH TOOL في تقييم أداء المستشفيات:

1- يُعدُّ هذا النموذج منهجًا متعدد الأبعاد؛ لتقييم جودة الأداء في المستشفيات.

2- يمثل هذا النموذج أداة لنشر القيم داخل المستشفى، ودعم استراتيجيات تحسين جودة الخِدْمات وتأسيسها.

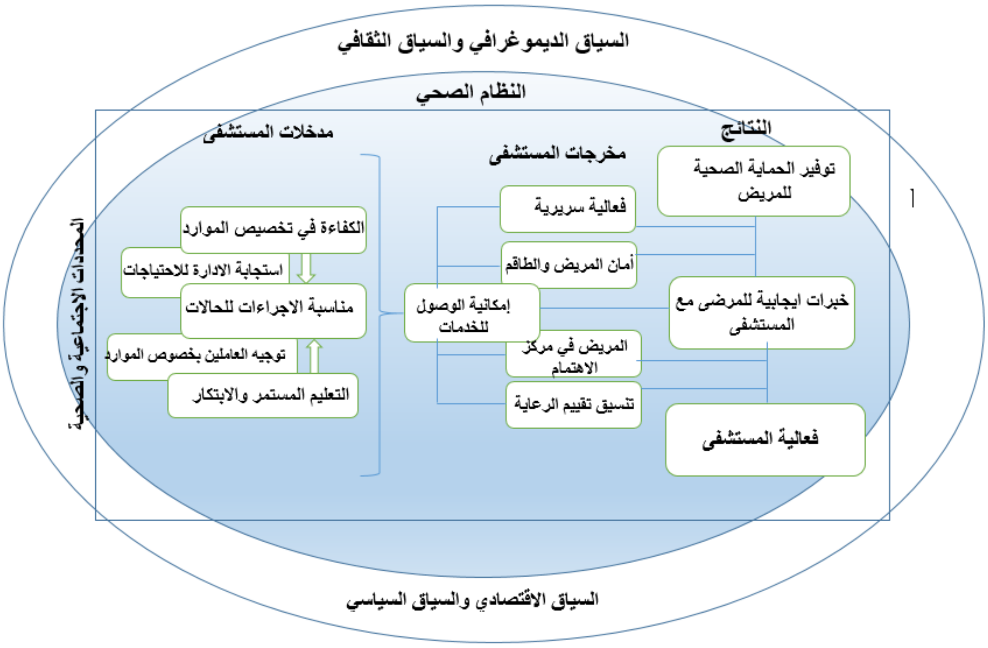
3- توافر كمية كبيرة من المعلومات للإدارة يجعلها تستخلص بعض العبر والمؤشرات التي قد تكشف انحرافات أو أخطاء لم يتم إجراء البحث من أجلها.

4- استغلال فرصة تقييم نظم المعلومات الحالية المستخدمة في المستشفى، والتعلم من التجارب السابقة.

ويمكننا القول: إن النظام الصحي ككل لا يعمل في معزل عن الظروف الديموغرافية والثقافية والسياسية والاقتصادية التي يعيشها قطاعنا الحبيب، فالنظام الصحي يُعدُّ من أهم أجزاء القطاع؛ حيث يقدم خِدْماته الصحية إلى عموم الشعب الفلسطيني.

7.3.2 النظام الصحي:

كأي نظام له مدخلات تتفاعل فيما بينها للخروج ببعض المخرجات التي بدورها تحقق نتائج معينة حسب كفاءة هذه العمليات وجودة المدخلات المادية والبشرية، وسعيًا إلى بناء نظام صحي متكامل ومتقدم يليق بخدمة المجتمع الفلسطيني والمواطن الفلسطيني الكريم نعرض عليكم شكلًا يوضح طبيعة عمل النظام الصحي ضمن بيئته الخارجية حسب الأداء المستخدم في الدراسة:



شكل(2.4): يوضح النظام الصحي والعوامل المؤثرة عليه

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة استنادًا إلى دراسة performance measurement framework for Canadian hospitals,2013)

ولتحقيق هذا التوفيق يجب أن يقوم عمل المستشفى بناءً على معايير وخطط وأهداف محددة تحديدًا دقيقًا، عن طريق برامج وإجراءات خاصة بكل هدف؛ للحصول على الأداء المخطط له، وتحقيق الأهداف المرجوة.

8.3.2 تعريف المستشفى:

وتعني في العربية الشفاء، أي البرء من العلة، وفي اللغة اللاتينية تعني إكرام الضيف، والمستشفى عبارة عن منظمة صحية مجتمعية تقوم بأداء جميع الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية، والوظائف المهنية والتأهيلية، بالإضافة إلى مهام البحث العلمي؛ بهدف المساعدة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى الوطني والمحلي (ذياب،2009م، ص207).

وتُعدُّ المستشفى مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسِرَّة للتنويم، وخِدْمات طبية تتضمن خِدْمات الأطباء وخِدْمات التمريض المستمرة؛ لإعطاء متلقي الخدمة التشخيص والعلاج اللازميْن (ذياب، 2009م، ص32).

كما تُعَدُّ المستشفى جزءًا أساسيًّا من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديمِ رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية، وتدريبِ العاملين الصحيين، والقيام ببحوث اجتماعية حيوية، كما أنها مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، ويشمل هذا الإيواء تقديمَ الغذاء للمريضِ وهو راقد على السرير، بالإضافة إلى تقديم الرعاية الطبية بأنواعها المختلفة (ذياب،2009م، ص33).

وعرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنها جزء أساسيٌّ من تنظيم صحي اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم الرعاية الصحية الكاملة للسكان، سواء كانت هذه الرعاية علاجية أو وقائية، وتمتد خِدْمات المستشفى إلى تقديم الرعاية الصحية في العيادات الخارجية، وفي البيئة المنزلية للمريض، كما أنها تُعَدُّ مركزَ تدريب للعاملين الصحيين، ومكانًا لعقد البحوث الاجتماعية والحيوية(WHO, 1980, p. 6–7).

كما عرف موقع ويكيبيديا المستشفى على أنها مؤسسة متخصصة في تقديم الرعاية الصحية والعلاج للمرضى، بالتعاون مع الموظفين المتخصصين والمعدات(تاريخ الاطلاع: 2015/10/11م).

وعرفت وحدة نظم المعلومات الصحية في وزارة الصحة المستشفى بأنها كل مكان معد لاستقبال متلقي الخدمة وإقامتهم فيه لمدة تزيد عن يوم واحد؛ لغايات التشخيص والمعالجة أو التوليد أو التأهيل أو التمريض (وحدة نظم المعلومات الصحية، 2014م، ص6).

كما كتبت منظمة الصحة العالمية على موقعها أن المستشفيات تلعب دورًا مهمًا في نظام الرعاية الصحية، فهي تُعَدُّ مؤسسة صحية تنظم الخِدْمات الصحية والمهنية التي يقدمها الموظفون للمرضى الداخليين، كما توفر المرافق والتسهيلات التي تضمن تقديم رعاية طبية وتمريضية للمرضى خلال 24 ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع، بالإضافة إلى أنها تقدم مجموعة متفاوتة من الخِدْمات للحالات الحادة ومرضى الأمراض المزمنة، وللحالات التي تحتاج إلى النقاهة باستخدام الخِدْمات التشخيصية والعلاجية؛ للاستجابة للظروف الحادة والمزمنة الناجمة عن الأمراض، فضلًا عن الإصابات والتشوهات الوراثية، ومن ناحية أخرى تُعَدُّ المستشفيات مراكزَ لتوليد المعلومات الضرورية للبحث والتعليم والإدارة (بتاريخ 2015/09/20م).

ويمكننا تعريف المستشفى بأنها بناء تنظيمي يحتوى على مجموعة كبيرة من الكوادر البشرية بمختلف التخصصات الطبية وغير الطبية والتكنولوجيا المختلفة؛ بهدف تقديم خِدْمات طبية بمختلف المستويات الأولية والثانوية والتخصصية والتأهيلية للمرضى على أسرَّةِ الشفاء، ومتابعة المرضى الخارجيين للوصول معهم إلى أفضل مستوى من الصحة، عن طريق مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية، ومجموعة من الخِدْمات والأدوية والمواد التي تنظم في نمط معين؛ بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم، ومن ثم استمرار المؤسسة في النمو.

9.3.2 خصائص المستشفى ومميزاتها:

(ذياب، 2009م، ص ص223-224)

تعدد الوظائف والمهن العامة في المؤسسة الصحية؛ مما أدى إلى زيادة تعقيد إدارة هذه المؤسسات وصعوبتها.

1- وجود أكثر من خط للسلطة داخل المؤسسة الصحية، وهذه الخطوط أدت إلى وجود نوع من التعارض والصراع على السلطة داخل المستشفى بين مختلف المهن والمستويات الإدارية.

2- عدم وجود نمطية في تقديم الخدمة؛ مما ينتج عنه صعوبة في التنبؤ بالحالات المرضية التي تراجع المستشفى.

3- صعوبة تقييم الخِدْمات الطبية المقدمة، بحيث يصعب إيجاد قيم كمية للخِدْمات الطبية التي يقدمها المستشفى.

4- كثرة القوانين والأنظمة والتعليمات التي تطبقها المستشفى في أثناء تأدية العمل.

5- تعدد أهداف المستشفى، مثل: تقديم الخدمة الصحية، واستخدام التكنولوجيا الطبية.

6- الخدمة المستمرة والدائمة خلال الفترات الزمنية (على مدار الساعة).

7- التعقيد في تركيب المؤسسة الصحية؛ بسبب كثرة أعداد وأنواع المهن والوظائف العاملة في المستشفى.

8- يغلب الطابع العاطفي أحيانًا في اتخاذ القرار في المستشفى، وأن المؤسسة الصحية تتعامل مع الإنسان وصحته كأهم عامل من العوامل التي يهتم بها الإنسان.

10.3.2 تعريف مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي:

هي مؤسسة صحية حكومية متخصصة، تتبع إداريًا لمجمع الشفاء الطبي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية، وتختص بتقديم الخِدْمات الصحية المختلفة للإناث والأطفال الخُدَّج؛ حيث يتم فيه تقديم الخِدْمات التشخيصية والعلاجية والوقائية والتوعية لمتلقيات الخدمة؛ بهدف تحسين صحتهم من خلال أقسام المستشفى المختلفة، كما تقوم المستشفى بخِدْمات التدريب والتعليم المستمر لأطباء الامتياز ومنتسبي برنامج البورد الفلسطيني، وتوفر فرصة التدريب للعاملين فيها.

1.10.3.2 رؤية المستشفى:

نحو أداء صحي مميز، وخِدْمات تشخيصية وعلاجية ووقائية وتوعوية ذات جودة عالية كحق لكل سيدة فلسطينية داخل قطاع غزة على مدار الساعة. (مراسلات رسمية داخلية،2013)

2.10.3.2 رسالة المستشفى:

لأجلك سيدتي نطمح إلى توفير منظومة عمل إداري فاعلة، بما يحقق الاحترام المتبادل بين مقدمي الخدمة ومتلقياتها، عن طريق تفعيل دور اللجان الفنية في المستشفى؛ بما يحقق تطبيق معايير الجودة العالمية، من خلال تعزيز المشاركة الفعالة، والعمل بروح الفريق في مرافق المستشفى كافة وعلى كل المستويات. (مراسلات رسمية داخلية،2013)

3.10.3.2 أهداف المستشفى:

1- تعزيز ثقة الموظفين بالإدارة في مختلف المستويات الإدارية والصحية، والعمل بروح الفريق.

2- تحقيق الضبط الإداري لدى العاملين عن طريق اتباع التسلسل الإداري في جميع المعاملات الخاصة بالعاملين والمرضى، بالإضافة إلى ضبط حضور وانصراف العاملين.

3- تفعيل دور أصحاب المهام الإشرافية من رؤساء شعب، ورؤساء أقسام، ومشرفين فنيين في المستويات كافة؛ بما يحقق مستوى أداء ذات جودة عالية.

4- توعية متلقيات الخدمة بالإجراءات الإدارية الواجب اتباعها عند الحضور إلى المستشفى، وكيفية التعامل مع بعض المرافق؛ لضمان استخدام أمثل للموارد وسهولة وصول متلقية الخدمة إلى الخدمة المقدمة.

5- تحسين المظهر العام للمستشفى بما يحقق رسم صورة ذهنية حسنة لدى متلقيات الخدمة باتجاه أداء المستشفى.

6- حوسبة الملفات الطبية الخاصة بمتلقيات الخدمة بما يضمن تكامل الملف الصحي الخاص بمتلقيات الخدمة، وتوفير معلومات كاملة عن التاريخ المرضي لمتلقية الخدمة أمام الطبيب.

7- تحفيز العاملين بما يضمن شعورهم بقدر من الأمن الوظيفي.

8- توفير دليل سياسات وإجراءات لبعض أقسام المستشفى، مثل: قسم الاستقبال، قسم العيادة الخارجية، قسم العمليات، قسم العناية الخاصة.

9- إشراك جميع العاملين بالتخطيط لدفعهم إلى مزيد من الإنجاز عند التنفيذ.

10- تحقيق مستوى عالٍ من رضا متلقيات الخدمة، عن طريق زيادة تدريب العاملين في شتى المجالات؛ لزيادة كفاءتهم وفاعليتهم في القيام بالمهام المطلوبة منهم. (مراسلات رسمية داخلية، 2013)

4.10.3.2 نشأة المستشفى وتطورها حسب إفادة العاملين في المستشفى آن ذاك:

كانت مستشفى الولادة عام 1982 تقدم خِدْماتها من خلال مبنى قسم الكلية الصناعية حاليًا وهو عبارة عن طابقين:

الطابق الأرضي: (غرفة استقبال، وغرفة تمريض، وغرفة ولادة).

الطابق الأول: (قسم ما بعد الولادة الطبيعية، وقسم ما بعد العمليات القيصرية، وقسم متابعة الحمل).

وكان الأطباء يقومون بالعمليات القيصرية في غرفة العمليات الكبرى في مستشفى الجراحة، لعدم توافر غرفة عمليات في مستشفى الولادة، ثم يتم نقل الحالات بعد انتهاء العملية القيصرية إلى قسم ما بعد الولادة القيصرية في مبنى الصدرية، كما كان أطباء الولادة يتابعون حالات أمراض النساء

المنومات في أقسام مستشفى الجراحة، ثم تم التوسع بمبنى قسم المناظير حاليًا لاستقبال الأعداد الزائدة من الحالات نتيجة ضيق المكان.

ثم تم نقل أقسام الولادة إلى مبناها الحالي في نهاية عام 1986م؛ حيث كان عدد الأسرَّة في ذلك الوقت 104 سريرًا موزعين على عدة أقسام وهي: غرفة كشف (استقبال)، وغرفة لمتابعة الحالات الصعبة: (ضغط، سكري، أمراض أخرى)، وغرفة المرحلة الأولى، وغرفة التوليد (الكشك)، وغرفة التوليد بالشفط.

وفي المقابل قسم العمليات، ويتكون من غرفة عمليات واحدة يتم من خلالها إجراء العمليات القيصرية؛ ولكن لم يكن في ذلك الوقت أطباء تخدير للعمليات القيصرية، وكان الاعتماد على أطباء تخدير العمليات الكبرى في مستشفى الجراحة؛ حيث يتم استدعاؤهم عند الحاجة لإجراء العمليات القيصرية.

كما تم فتح قسم حضانة بإمكانيات متواضعة لاستيعاب الحالات التي تحتاج إلى رعاية وتخفيف العبء عن الأطفال وأهاليهم، بدلًا من نقلهم إلى مستشفى النصر للأطفال.

وظهر في ذلك الوقت تخصص القبالة حيث قامت إحدى الممرضات العاملات في المستشفى وهي الأخت/ فيزا الزعانين بالذهاب إلى (إسرائيل) لاستكمال دراستها والحصول على دبلوم عالٍ في القبالة، ثم رجعت إلى المستشفى وقامت بعقد دورات داخل المستشفى لتعليم التمريض الموجودين في المستشفى ما تعلمته.

ولم يطرأ أي تغير على وضع المبنى منذ الإنشاء حتى عام 1994م؛ حيث تم البدء بالتطوير والترميم في هذا المبنى بالتنسيق مع وزارة الصحة والجهات المانحة عام 1997، واستمر التطوير والتجديد فيه بإضافة طوابق وتركيب جسور كان آخرها عام 2009م، حتى أصبح المبنى على شكله الحالي:

1- تم ترميم مبنى النساء والولادة القديم وجميع الأقسام الداخلية.

2-تم إنشاء مبنى جديد بالتنسيق مع الصحة الإنجابية (صحة المرأة)؛ حيث يتكون من ثلاثة طوابق كالآتي:

- الطابق الأرضي: يضم العيادة الخارجية، ومكاتب الإدارة، والسكرتارية، والمختبر الخاص بالمستشفى.

- الطابق الأول: يضم كشك الولادة، وقسم الولادة الآمنة، وقسم الولادة الطبيعية، وأخيرًا قسم الحمل الخطر.

- الطابق الثالث: يحتوي على قسم عمليات النساء، وقسم تابع للعمليات يحتوي على غرفتين عمليات وسرير إفاقة.

3-تم إنشاء مبنى الحضانة بالتعاون مع اليونيسيف والمكون من طابقين، يقدم الخِدْمات للأطفال الذين يحتاجون لرعاية خاصة بعد أن كانت المستشفى تحول الأطفال الخدج إلى حضانة مستشفى النصر للأطفال.

وترى الباحثة وجود عشوائية في أداء المستشفى وتطورها بسبب عدم وجود خطط واستراتيجيات يتم اتباعها ومحاولة تطبيقها ولكن العمل كله يتم بناء على الفعل ورد الفعل بسبب الأوضاع السياسية والاقتصادية الصعبة التي تمر بها الحكومة الحالية وكذلك الحكومة السابقة التي كانت تعتمد بشكل أساسي في تطوير مرافقها على المنح والتبرعات التي يشترط فيها المانح في معظم الاحيان شروط قد لا تكون ملائمة او متوافقة مع وضع المستشفى.

5.10.3.2 وصف الوضع الحالي للمستشفى:

تُعَدُّ مستشفى الولادة في مجمع الشفاء الطبي مستشفىً حكوميًّا تخصصيًّا تملكه الدولة وتديره وَفق نظم ولوائح حكومية تتحكم في سير العمل وإجراءاته؛ حيث تُعَدُّ المستشفى أكبر مستشفى للولادة في قطاع غزة، وتمثل الولادات الآمنة فيه فقط ما نسبته 10% فقط من الحالات التي تصله، أما باقي الحالات التي تصل المستشفى فتُعَدُّ حالات صعبة ومعقدة وتحتاج إلى تدخل جراحي أو متابعة خاصة، وأما الطاقة الاستيعابية للمستشفى فهي 250 سريرًا، منها 192 سريرًا مبيتًا، و58 سريرًا رعاية، بالإضافة إلى 40 سريرًا في حضانة الأطفال.

وتدار هذه الأسِرَّة من خلال 62 طبيب نساء وولادة، و16 طبيب أطفال، بالإضافة إلى 209 ممرضة، بالإضافة إلى 60 موظفَ مهنٍ صحية وإدارية مساندة؛ حيث تقوم المستشفى من خلال أقسامها المختلفة بإجراء العمليات الصغرى والكبرى، مثل: استئصال الرحم، واستئصال أكياس على المبايض، والعمليات القيصرية، بالإضافة إلى متابعة حالات الحمل بأنواعه، والاستكشاف عن طريق المنظار عن الأمراض المختلفة التي قد تصيب الجهاز التناسلي للإناث، وإجراء عمليات التنظيفات بعد الإجهاض، وغرزة عنق الرحم لتثبيت الجنين، بالإضافة إلى عمليات تجميل المهبل (التهبيطة)؛ حيث تُعَدُّ الحالات المحولة من المستشفيات الأخرى إلى مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي حالات خطرة ومعقدة، ولا يتم التعامل معها إلا في مستشفى الشفاء، مع العلم أن المستشفى تستقبل حالات

الولادة الطبيعية بمعدل حالة ولادة طبيعية لكل نصف ساعة، فيما تستقبل الولادات القيصرية بمعدل حالة لكل ساعة وأن كل حالة من هذه الحالات تمر بسلسة طويلة من الإجراءات والفحوصات والعناية، والمتابعة الحثيثة لكل حالة ويتكون المستشفى من عدة أقسام نذكر منها:

أولًا–قسم الاستقبال:

يتم من خلاله استقبال الحالات الطارئة على مدار الساعة، التي تصل المستشفى أما محولة من مستشفى المحافظات بواسطة الإسعاف، أو من المنزل، ويتم التعامل مع الحالات المختلفة حيث يستقبل القسم أكثر من 3500 حالة شهريًا، يتم إدخال أكثر من نصفهم إلى أقسام المبيت لإجراء ما يلزم لهم من متابعة، وذلك بعد فحص الحالات، وعمل تخطيط للاطمئنان على حالة الجنين، وكذلك عمل صورة تلفزيون للتأكد من بعض الملاحظات التي لوحظت على الحالة، كما يتم عمل فحص داخلي للحالات التي تحتاج.

ثانيًا–قسم العيادة الخارجية:

يُعدُّ من أهم أقسام المستشفى؛ حيث إنه خط التماس الأول في استقبال الحالات المرضية المحولة من المحافظات كافة في قطاع غزة، ويتم من خلاله استقبال حوالي 2500 حالة شهريًا، ويعج القسم بالسيدات كلٌّ ينتظر دوره للمتابعة والعلاج (مراسلات رسمية داخلية، 2016م).

وتتنوع الحالات التي يستقبلها قسم العيادة الخارجية بين حالات تستدعي حالتها متابعة الحمل، وحالات أمراض نساء، وحالات محولة للكشف المبكر عن الأمراض السرطانية التي تصيب النساء، كما يتم إجراء المنظار الجوفي للرحم في هذا القسم، ويتم عمل تخطيط لجميع الحالات التي تصل القسم قبل أن يراها الطبيب.

أما فيما يخص العيادة الخارجية الخاصة فإنها تستقبل ما يقارب 50 حالة يوميًّا من فئة السيدات ذوات الحمل الطبيعي ، و50 حالة أخرى من السيدات ذوات الحمل الخطر، اللواتي يتم تحويلهنَّ من مراكز الرعاية الأولية الحكومية، والمراكز التابعة لوكالة الغوث وتشغيل اللاجئين، ويتم تقديم الخدمة لهنَّ بعمل (الترا ساوند)، وتخطيط الأجنة، بالإضافة إلى قياس المؤشرات الحيوية (ضغط وحرارة)،والتحاليل اللازمة لتشخيص الحالات المختلفة، ومتابعتها هذه الحالات؛ حيث يتم تنويم الحالات التي تحتاج إلى متابعة حثيثة، بالإضافة إلى 10–15 حالة أمراض نساء، و10 حالات كشف مبكر.

ثالثًا–قسم "كشك الولادة":

تولد الحياة في هذا القسم لحوالي 800 طفل حي شهريًّا، ويتعامل الأطباء والممرضون الموجودون مع كل حالةٍ على حدة في القسم، فمنهم حالات تلد ولادة طبيعية، ومنهم حالات تلد بالشفط، ومنهم حالات يكون وضع الطفل (بالمقعدة) وتكون ولادة هذه السيدة أكثر صعوبة من ولادة باقي السيدات وتحتاج إلى رعاية خاصة في أثناء عملية الولادة، بالإضافة إلى حالات الإجهاد التي تتطلب تعاملًا نفسيًّا خاصًّا، كما أن بعض الحالات تعاني من أمراض معدية تتطلب إجراءات تعقيمية إضافية ومعاملة خاصة لمنع نقل العدوى للعاملين وللمرضى الآخرين.

رابعًا–قسم الولادة الآمنة:

وتلد في هذا القسم حوالي 170 حالة شهريًا، الغالبية العظمى من هؤلاء السيدات لهنَّ ولادات متعددة سابقة؛ حيث يتم التعامل مع هذه الحالات من خلال فئة التمريض فقط، دون أي تدخل طبي إلا إذا لزم الأمر، ومكان هذا القسم ملاصق لكشك الولادة لتحويل الحالات التي تتعسر أو استدعاء طبيب الكشك عند الحاجة.

خامسًا–قسم العمليات:

يتم من خلال هذا القسم إجراء حوالي 500 عمليةً شهريًا، مقسمة إلى نوعين: النوع الأول هو العمليات القيصرية، حيث يتم عمل 350 عملية قيصرية، مقسمات إلى 200 عملية قيصرية مجدولة شهريًا تقريبًا، و150 عملية قيصرية طارئة شهريًا تقريبًا، أما النوع الثاني من هذه العمليات فهو عمليات أمراض النساء، ويمكن تصنيف هذه العمليات إلى عمليات نساء صغرى وتقدر بـ 100 عملية شهريًا، وعمليات نساء كبرى وتقدر بـ 50 عملية شهريًا.

سادسًا–قسم العناية الخاصة:

تم إنشاؤه لتحويل الحالات متوسطة الخطورة التي تحتاج إلى رعاية خاصة لمتابعتها؛ بسبب صعوبة حالتهم الصحية بدلًا من تحويلهم إلى قسم العناية المركزة الخاص بمستشفى الجراحة، والتي يتم تحويل الحالات الصعبة عليه من مستشفى الباطنة ومستشفى الولادة.

سابعًا–قسم المختبر:

يُعدُّ مختبر مستشفى الولادة مرفقًا مهمًّا من مرافق المستشفى؛ حيث إن أي مريض يحضر إلى المستشفى يتوقع رؤية الطبيب، ثم الحصول على الفحوصات المطلوبة، سواء مخبرية أو تصوير تلفزيوني؛ ولكن للأسف هناك نقص في الكادر والإمكانيات يعوق تقديم الخدمة من خلال هذا المختبر

على مدار الساعة؛ حيث إنه يعمل فقط خلال الفترة الصباحية خلال الأسبوع، عدا يومي: (الجمعة والسبت)؛ حيث تقوم إدارة المختبر بتكليف موظفة خلالهما لتقديم الخدمات الطارئة داخل أقسام المبيت.

ثامنًا-قسم "مركز عمر الشوا":

هو قسم حديث الإنشاء تم إنشاؤه بتبرع كريم من المواطن/ عمر الشوا، حيث يتم عقد الاجتماع الصباحي اليومي للأطباء فيه كل صباح؛ لمناقشة الحالات التي وصلت إلى المستشفى خلال الليلة السابقة، ووصف بعض الحالات التي تحتاج إلى عناية خاصة، وتفسير بعض الأمور التي تحتاج إلى ذلك ومناقشتها، كما يتم عقد الدورات المختلفة فيه حسب احتياج المستشفى.

تاسعًا- قسم الأرشيف الطبي:

هو قسم غير مفعل؛ حيث إن العمل فيه روتيني وقليل جدًا، ولا يتم أرشفة أي ملفات حسب الأصول المتبعة في الأرشفة؛ حيث إن المكان أصلًا ضيق جدًا وغير مؤهل لتخزين الملفات الصحية.

عاشرًا- قسم وخِدْمات المرضى وأمنهم:

هو قسم إداري يضم بعض المراسلين وموظفو الأمن الذين يقومون بتنظيم دخول الزائرين إلى أقسام المبيت بالمستشفى، ويقومون بإحضار الطلبيات من وإلى الصيدلية والمغسلة والتعقيم والمخازن التابعة للمستشفى.

حادي عشر-قسم الحضانة:

تُعَدُّ حضانة أطفال مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي أكبر حضانة في فلسطين؛ حيث إنها تستقبل الحالات التي ترد إليها بمختلف أنواعها من جميع أنحاء قطاع غزة، سواء كانت الحالات تستدعي تدخلًا جراحيًّا عاديًّا أو تدخلًا جراحيًّا عصبيًّا، يوجد في الحضانة 16 سريرَ عناية مركزة، و3 أسرة إنعاش، و14 سرير مبيت عناية متوسطة؛ حيث تتراوح نسبة انشغال الأسرَّة يوميًا ما بين 130% إلى 140% ؛ ويتم استقبال 150 إلى 200 حالة شهريًا، وذلك حسب إفادة د. علام أبو حامدة – رئيس قسم الحضانة.

إن الوظيفة الأساسية لهذا القسم فحص أطباءِ الولادة جميعَ حالات المواليد خلال فترة المرور الصباحي، وقبل تخريج حالات الأمهات، بالإضافة إلى استقبال الحالات التي تستدعي دخول الحضانة عند الولادة، كما أن أطباء الحضانة يقدمون استشارات مختلفة لبعض الحالات الصعبة

التي تحضر من خارج المستشفى، ويقومون بإجراء جميع أنواع العمليات الجراحية التي تحتاجها الحالات المختلفة.

جدول (2.2): توزيع الموارد البشرية في المستشفى حسب التخصصات

الفئة	المجموع	النسبة المئوية لكل فئة للعدد الإجمالي للكادر
أطباء نساء وولاة	62	%17.97
أطباء حضانة	16	%4.63
تمريض	209	%60.58
تخدير	2	%.59
مختبر	9	%2.61
صيدلة	3	%.87
مهن إدارية مساندة	9	%2.61
موظفون خِدْمات	35	%10.14
المجموع	345	%100

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة استنادًا إلى معلومات تم الحصول عليها من خلال إدارة المستشفى)

11.3.2 المؤشرات التي يمكن من خلالها قياس أداء إدارة المستشفى: (ذياب، 2009م، ص ص311-312)

1-مدى وضع خطط للمستشفى على المدى الطويل والقصير، ومدى تطبيقها والالتزام بها.

2-مدى وجود سياسات واضحة وثابتة ومطبقة في المستشفى وتقييمها باستمرار.

3-مدى وجود معدلات إحصائية مختلفة، خاصة معدلات دوران العمل، ودرجة رضا العاملين ومتلقي الخدمة، وتوفير ظروف عمل مناسبة، ومعدلات حيوية أخرى.

4-درجة سهولة الحصول على الخِدْمات الطبية بمختلف مستوياتها.

5-معدلات توافر القوى البشرية حسب الاحتياجات، ونوعية الخدمة المقدمة، ومقارنة معدلات القوى البشرية من الناحية الكمية والنوعية. كنسبة الأطباء لأعداد السكان، أو معدل الأسرَّة للسكان، أو نسبة التمريض للأطباء وللسكان.

6-معدلات أخرى، مثل: نسبة إشغال الأسرَّة ودوران السرير...إلخ.

12.3.2 صعوبات تقييم أداء إدارة المستشفى:

(ذياب، 2009م، ص ص318-319)

1-عدم وجود أهداف واضحة ومفهومة لتقييم الأداء، والسعي إلى تحقيق أكثر من هدف في آن واحد؛ مما يزيد التداخل في الأهداف المرجوة من تقييم الأداء.

2-عدم توافر المعلومات الدقيقة والضرورية قبل القيام بعملية التقييم.

3-عدم وجود الأساليب المتطورة والحديثة لتقييم الأداء في المستشفيات.

4-المركزية في تقييم الأداء، تكون أحيانًا عائقًا أساسيًا في عملية التقييم.

5-نظرًا لطبيعة العمل في المستشفى، وعدم وجود مقاييس كمية دقيقة؛ فإن عملية التقييم تكون نسبية بشكل كبير.

6-عدم تجانس فترات العمل وأنواع العمل داخل المستشفى.

7-وجود بعض المفاهيم الخاصة، أو الاختلاف في المفاهيم لدى فئات الأطباء والتمريض والمهن الطبية الأخرى.

8-صعوبات أخرى تتمثل في القوانين والأنظمة والتعليمات وطبيعة الهيكل التنظيمي في المستشفى، بالإضافة إلى صعوبة السياسات والإجراءات الإدارية المتبعة في المستشفى.

13.3.2 الخلاصة:

ومن هنا يمكننا القول إن وجود معايير جودة الخِدْمات المقدمة في أي مؤسسة من المؤسسات الصحية المختلفة يُعدُّ دليلًا على مواكبة هذه المؤسسة لمستجدات الحياة المختلفة من حيث ثورة المعلومات والتكنولوجيا، والزيادة في عدد السكان، والتقدم في الطب وأدواته وأجهزته المختلفة؛ حيث إنها تقوم بتقديم خِدْماتها حسب هذه المعايير، التي اعتمدتها مؤسسات وأفراد متخصصين بعد دراسات معمقة، وقد تم خلال هذا المبحث ذكر تعريف الجودة وأبعادها في المؤسسات الصحية، وكذلك أبعاد منظمة الصحة العالمية حسب الأداة المستخدمة في تقييم مستشفى الولادة.

حيث تعتبر مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي أكبر مستشفى يقدم خِدْمات التوليد ورعاية السيدات الحوامل، وكذلك حالات الأمراض النسائية في قطاع غزة، كما إنه يتضمن أجهزة وأقسام غير متوافرة في أي مستشفى أخرى يعمل في التخصص نفسه، وهو يستوعب حوالي نصف حالات

الولادة في قطاع غزة، كما إن موقعه المتوسط، وسهولة الوصول إليه من جميع مخيمات القطاع أدى إلى زيادة الإقبال عليه، مع العلم أن بعض مباني المستشفى آيلة للسقوط وغير قابلة للاستخدام.

كما تم خلال هذا المبحث ذكر مفهوم المستشفى وخصائصه، وتعريف مستشفى الولادة ورؤيتها ورسالتها وأهدافها والتطور التاريخي لها والوضع الحالي كما هو على أرض الواقع، كما تم ذكر المؤشرات التي يمكن من خلالها قياس أداء إدارة المستشفى وأهداف تقييم أداء إدارة المستشفى، وأهداف تقييم إدارة المستشفى، والصعوبات التي تواجه فريق تقييم الأداء.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

0.3 مقدمة:

تعد الدراسات السابقة مكوناً مهمًّا من مكونات الدراسات العلمية ولا تستطيع أي دراسة أن تحقق أهدافها دون الرجوع والاطلاع على الدراسات السابقة، فهي تثري الدراسة وتثري الباحثة بمعلومات كثيرة في مجال الدراسة.

فقد قامت الباحثة بزيارة بعض المكتبات التقليدية المتاحة، مثل: مكتبة الجامعة الإسلامية، ومكتبة جامعة الأزهر، ومكتبة كلية الصحة العامة – أبو ديس، بالإضافة إلى مكتبة اكاديمية الإدارة والسياسة، والاطلاع على الكثير من مواقع الإنترنت للحصول على دراسات ذات علاقة بموضوع الدراسة الحالية، ودراسات تناولت موضوع الدراسة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وتم تصنيف هذه الدراسات إلى دراسات فلسطينية، ودراسات عربية، ودراسات أجنبية.

وقد أدرجت الباحثة 29 دراسة سابقة، منها: 12 دراسة فلسطينية و10 دراسات عربية و7 دراسات أجنبية، وقد تم عرضها وفق التسلسل الزمني من الأحدث إلى الأقدم داخل كل تصنيف، وهي كما يأتي:

1.3 الدراسات الفلسطينية:

دراسة (نجم، 2016م):

بعنوان: "تقويم جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مديرية الخِدْمات الطبية العسكرية بقطاع غزة"

هدفت هذه الدراسة إلى كشف النقاب عن جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفيات مديرية الخِدْمات الطبية ومراكزها؛ من أجل الإسهام في تحسينها.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي؛ حيث اشتملت الدراسة على ثلاثة أنواع من أدوات الدراسة، وهي: مراجعة الملفات، واستبانة متلقي الخدمة الصحية، والمقابلة مع مقدمي الخدمة الصحية، وتكونت عينة الدراسة من 460 متلقٍ للخدمة الصحية، و20 مقدمًا للخدمة الصحية من فئة المديرين ورؤساء الأقسام.

ومن أهم نتائج الدراسة:

- إدراك المرضى لجودة الخدمة الصحية مسألة نسبية وتتأثر بعدة عوامل النسبة العامة لإدراك المرضى وتصوراتهم لمعايير الجودة.
- إن أكثر المترددين هم من فئة الذكور بنسبة 61%.
- نسبة جودة المرافق الصحية متوسطة وقد بلغت 61.07%.
- عدم توافر جميع الخِدْمات الصحية من حيث الكم والنوع.
- نقص في الموارد البشرية في تخصصات: (الطب- التمريض- الخدمة الاجتماعية- النفسية- التغذية- الرقابة الصحية- الإدارية).
- هناك رضا عام عن جميع مقدمي الخدمة الصحية.

ومن أهم توصيات الدراسة:

- ضرورة زيادة التنسيق والتكامل بين وزارة الصحة ومديرية الخِدْمات الطبية.
- ضرورة دعم مديرية الخِدْمات الطبية ماديًا، وماليًا، وبشريًا؛ حتى تستطيع تحسين جودة خِدْماتها الصحية المقدمة في مستشفياتها، ومراكزها.

دراسة (حبيب، 2016م):

بعنوان: "تقييم جودة الخدمة المقدمة في مستشفى النصر للعيون"

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخِدْمات المقدمة في مستشفى العيون، من خلال تتبع مؤشرات الأداء الأساسية؛ بهدف تحسين الجودة.

اعتمدت الدراسة على طريقة التحليلي الوصفي والكمي؛ حيث تم تطوير أداة تقييم جودة الخدمة في المستشفيات، وتم استخدام أربع أدوات ثانوية لجمع العينات، الأداة الأولى استبانة ذاتية للطواقم العاملة، والأداة الثانية استبانة غير ذاتية، والأداة الثالثة مجموعة أسئلة لحلقة نقاش استهدفت المديرين الأساسيين، أما الأداة الرابعة فكانت قوائم ملاحظة لمراجعة ملفات المرضى الطبية

أهم نتائج الدراسة:

كانت نتائج الدراسة جيدة فيما يخص توثيق الملفات الجراحية، واكتمال البيانات المطلوبة بصورة أفضل من نتائج ملفات العلاج الطبي. بينما ظهر وجود نقص في اكتمال بعض البيانات المهمة في ملف العيادة الخارجية (زرق العين)، وأظهر بُعد الفاعلية السريرية مؤشرات مقبولة؛ حيث

كان معدل إلغاء العمليات الجراحية (16,12%)، بينما معدل مكوث المرضى في الأقسام كان منخفض بمعدل (2,25 يوم)، كما أظهر بُعد الطواقم العاملة جودة الخدمة من منظور الطواقم؛ حيث تبين أن الموظفين يعانون من ظروف عمل غير كافية لتقديم خدمة ذات جودة عالية، وعدم توافر ميزانية مخصصة للتدريب، وتبين أن (72.4%) تعرضوا لإصابات ناجمة عن العمل، وأن ممارسات سلامة الطواقم ذات الصلة غير كافية، أما بُعد الإدارة المستجيبة فأظهر أن مبدأ تحسين الجودة مدرج في هيكلية المستشفى، وأخيرًا كشف بُعد مركزية الخدمة تجاه المرضى عن نتائج إيجابية لجودة الخدمة من منظور المرضى من حيث مدى وصولهم للخدمة الطبية وموافقتها لتوقعاتهم.

أهم توصيات الدراسة:

ضرورة تطوير ملف للمريض في وحدات التشخيص، تعزيز التدريب وتمكين الرقابة المهنية، تعزيز التواصل بشكل أفضل بين الموظفين، ضرورة توفير الاحتياجات الاساسية لمستشفى العيون.

دراسة (راضي، 2015):

بعنوان: "استخدام النموذج الأوروبي للتميز في تطوير الأداء المؤسسي لوزارة الصحة الفلسطينية – نموذج مقترح"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى استخدام النموذج الأوروبي للتميز في تطوير الاداء المؤسسي في وزارة الصحة الفلسطينية، للتوصل إلى نموذج مقترح.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي ومنهج تحليل المضمون، وتكونت عينة الدراسة من الوظائف الإشرافية في الوزارة والموظفين العاملين فيها وبعض متلقي الخدمة، وبعض المؤسسات الصحية المتعاملة مع وزارة الصحة.

أهم نتائج الدراسة:

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استخدام معايير النموذج الاوروبي وتطوير الاداء المؤسسي، وبلغت نسبة تقييم الأداء المؤسسي لوزارة الصحة حسب منهجية النموذج الاوروبي للتميز "رادار" 46.3% ، وتراوحت نسبة التقييم لمعايير النموذج ما بين 24.4% في معيار الموارد البشرية إلى 68% في معيار القيادة.

أهم نتائج الدراسة:

ضرورة سعي الادارة العليا في وزارة الصحة لتحقيق التميز من خلال تبني ثقافة النموذج الأوروبي ومفاهيمه، ومعاييره للتميز ، وكذلك بناء استراتيجية الوزارة في ضوء احتياجات جميع المعنيين بعمل الوزارة وتوقعاتهم، والعمل على إيجاد سياسات واستراتيجيات وأنظمة عمل متكاملة لإدارة الموارد البشرية.

دراسة (الغوطي، 2015م):

بعنوان: "التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة"

كان هدف هذه الدراسة التعرف على مستوى التنسيق مع المؤسسات الدولية، ودوره في دعم القطاع الصحي، وتحديد المعوقات التي تقف حائلًا أمام عملية التنسيق، وكذلك التعرف على أهم المقترحات التي تُسهم في تفعيل عملية التنسيق وتطويرها.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، معتمدة في جمع البيانات على الاستبانة والمقابلة مع المؤسسات التي تتعامل مع وزارة الصحة عملها يحتاج إلى تنسيق ليصبح أكثر جدوى.

أهم نتائج الدراسة:

التي توصلت إليها الدراسة أن التنسيق الجيد يُسهم بدرجة كبيرة في حسن استغلال التمويل لدعم القطاع الصحي، وقد جاء بوزن نسبي (88.214%).

أهم توصيات الدراسة:

أوصت الباحثة بضرورة توحيد العمل الصحي في أرجاء الوطن كافة، وتحييده عن أي خلافات سياسية، وإعداد دليل إرشادي بشكل دوري مدرج فيه أولويات الاحتياجات والأنشطة الصحية المختلفة للقطاع الصحي الحكومي.

دراسة (صباح، 2014م):

بعنوان: "تقييم البرامج الصحية لمجلس كنائس الشرق الأوسط لملاءمته للمعايير الدولية".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ملاءمة الجداول الزمنية وترابطها وأهميته البرنامج الصحة التابع لمجلس كنائس الشرق الأدنى، ومدى تحقيق الأهداف والغايات، ومقارنة البرنامج الصحي الحالي في عيادات مجلس كنائس الشرق الأدنى مع المعايير المرغوبة والمطلوبة.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وكانت الاستبانة أنسب أداة لجمع البيانات اللازمة، واستطاعت الباحثة توزيع 400 استبانة على عينة الدراسة واستردادها من متلقي الخدمة المترددين على 3 عيادات تابعة لمجلس كنائس الشرق الأدنى.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة:

وجود رضا عام لدى العملاء فيما يتعلق بالمبالغ التي تدفع مقابل الخِدْمات الصحية، وسهولة الوصول إلى الخدمة الصحية، وتوافر العقاقير بصورة مستمرة، ومناسبة وقت الانتظار لتلقي الخدمة، أما بالنسبة للمشاركة في التخطيط ووضع الأهداف التي تناسبهم لتحسين الخدمة الصحية فكانت مشاركتهم قليلة جدًا.

دراسة (مهنا، 2014م):

بعنوان: "تقييم كفاءة أداء الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات".

هدفت الدراسة إلى قياس الكفاءة الفنية لأداء الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية العاملة في قطاع غزة خلال الفترة من 2011م وحتى 2013م.

واستخدم الباحث منهجية اختزال المتغيرات، وتحليل التباين الجزئي؛ بهدف تحديد المدخلات والمخرجات المناسبة، واعتمد الباحث في دراسته على تطبيق تحليل المكونات الأساسية المضمن في تحليل مغلف البيانات (PCA - CEA) بالتوجيه المدخلي وفق اقتصاديات الحجم الثابت، وكانت عينة الدراسة عبارة عن 7 مستشفيات حكومية باستخدام 5 متغيرات من المدخلات، و6 متغيرات من المخرجات.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

أن المستشفيات محل الدراسة تتمتع بمتوسط كفاءة فنية 95.6%، أي إنها تستطيع تقديم الخِدْمات نفسها بالكفاءة نفسها باستخدام 95.6% من مواردها الحالية.

ومن أهم التوصيات التي أوصى بها الباحث:

أن المستشفيات التي لا تتمتع بالكفاءة بالاستفادة من خبرة المستشفيات المرجعية لها، وتبني أساليبها في تقديم الخدمة.

دراسة (البسيوني، 2014م):

بعنوان: "إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المديرين العاملين فيها".

تهدف الدراسة إلى تقييم دور التمويل الدولي في تطوير القطاع الصحي الفلسطيني في وزارة الصحة في قطاع غزة، وتم اعتماد الاستبانة كأداة رئيسة لجمع المعلومات معززة بمقابلات معمقة مع مختصي التمويل الدولي في الوزارة .

وشمل مجتمع الدارسة المديرين من المستويات الإدارية العليا والوسطى في وزارة الصحة والبالغ عددهم 172، وتم استخدام حزمة برنامجSPSS.

ومن أهم نتائج الدراسة:

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن حجم التمويل يؤثر على تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، كما أوضحت النتائج أن التمويل الدولي ضروري وحيوي لقطاع الصحة (83.8)، من ناحية أخرى أظهرت النتائج أن التمويل الدولي يعد مصدرًا ماليًا آمنًا(51.6) ومستديمًا(34.6%) كما أنه كافيًا لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة(49.8%) ،وكانت الظروف السياسية السائدة هي الصعوبة الرئيسة التي تواجهها وزارة الصحة في تأمين التمويل الدولي.

ومن أهم توصيات الدراسة:

ولعل من أهم التوصيات ضرورة التعاون والتنسيق المتبادل من أجل الاستغلال الأمثل لهذا التمويل، وبناء القدرات المستديمة للنظام الصحي بأكمله؛ إضافة إلى إدارة مصادر التكاليف في وزارة الصحة بشكل فعَّال، وتفعيل الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية في جميع مراحل العملية التمويلية.

دراسة شلبي (2012م):

بعنوان: "تقييم الخِدْمات المقدمة أثناء الولادة في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة".

هدفت الدراسة إلى تقييم الخِدْمات المقدمة في أثناء الولادة في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة، واتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من خلال ملاحظة 40 سيدة خلال فترة المخاض والولادة من ذوات الحمل القليل الخطورة، باستخدام استمارة ملحوظات محكمة.

من أهم النتائج:

وأظهرت الدراسة بعض النتائج من أهمها أن الممارسات المتبعة في أثناء الولادة لمساعدة الولادة ومراقبتها وإدارتها في المستشفيات الحكومية بشكل عام تفتقر إلى بعض الممارسات المدعمة بالأدلة العلمية، وتمت ملاحظة مستويات عالية من التدخلات الطبية في أثناء الولادة، التي ابتعدت بشكل واسع عن أفضل الممارسات المعروفة.

من أهم التوصيات:

أوصت الباحثة بضرورة إتباع الممارسات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية من أجل ولادة طبيعية.

دراسة (أبو سعدة،2012م):

بعنوان: "تقييم جودة خِدْمات الرعاية الصحية في مستشفى غزة الأوروبي".

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفى غزة الأوروبي، مع رؤية لتحسين الخدمة المقدمة للمنتفعين، ومن أجل تحسين وضعهم الصحي.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لتقييم مؤشرات جودة الأداء في مستشفى غزة الأوروبي، بمقارنتها مع مقاييس الأداء المتبعة لدى منظمة الصحة العالمية.

استخدم الباحث في هذه الدراسة عدة أدوات منها: استبانة للمرضى المنومات، ومراجعة مائة ملف طبي، ومقابلة أربعة أفراد من أركان الفريق العامل في المستشفى، ومراجعة إحصائيات المستشفى وتقاريرها.

أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك انطباعًا إيجابيًّا عن خِدْمات المستشفى بدرجة تتفاوت بين 69.4%إلى 87.5%؛ حيث كان الانطباع الإيجابي الأعلى لمدى الخصوصية والاحترام، أما الانطباع الأقل فكان لدى الخِدْمات الفندقية، أما واقع التوثيق الطبي لفئة الأطباء والممرضين فكانت لدى الأطباء تتفاوت ما بين 55% الى100%، واكتمال عملية التوثيق بين 71% إلى 95%، أما لدى فئة التمريض فكان الواقع أفضل؛ حيث بلغت نسبة وجود التوثيق الطبي 85 إلى 100%، واكتمال التوثيق بين 93 إلى 100%.

أهم التوصيات التي توصل إليها الباحث:

ومن هنا توصل الباحث إلى أن بعض المؤشرات الصحية في مستشفى غزة الأوروبي تتوافق مع المعايير العالمية، وبعض هذه المؤشرات أظهرت ضعفًا واضحًا تستدعي التعزيز.

دراسة (مصلح، 2011م):

بعنوان: "قياس جودة الخِدْمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخِدْمات الفعلية التي يدركها العاملون والمرضى في المستشفيات العاملة في قلقيلية.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخِدْمات المدركة والفعلية، وتضمنت عينة الدراسة مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث الدولية، واستخدم الباحث الاستبانة في جمع البيانات.

وكان من أهم النتائج ما يأتي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف تُعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور.

وأوصت الدراسة بما يأتي:

توفير مستلزمات المستشفيات، سواء كان ذلك من الأجهزة والمعدات الحديثة، أو توفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله.

دراسة (الرفاتي، 2011م):

بعنوان: "مدى قدرة المنظمات الأهلية الصحية بقطاع غزة على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن كأداة لتقويم الأداء التمويلي".

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى قدرة المنظمات الصحية الأهلية بقطاع غزة على استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قياس الأداء التمويلي وتقويمه.

واستخدم الباحث للوصول إلى النتائجِ المنهجَ الوصفي التحليلي في تحليل البيانات التي حصل عليها، واستخدم الاستبانة كأداة لجمع البيانات واختيار العينة العشوائية الطبقية لتوزيع الاستبانة على عينة الدراسة.

أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

أن مقومات استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية الأهلية تتوافر بنسبة 76.18%، كما أن استخدام بطاقة الأداء المتوازن تُسهم في زيادة كفاءة الأداء التمويلي بنسبة 72.13%.

أهم التوصيات التي توصل إليها الباحث:

ضرورة تعزيز مقومات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بالمنظمات الأهلية بقطاع غزة؛ لزيادة الاستفادة من بطاقة الأداء المتوازن في تقويم الأداء التمويلي.

دراسة (الأدهم، 2004م):

بعنوان: "تقييم جودة خِدْمات الرعاية الصحية المدركة في المستشفيات الفلسطينية –نموذج لإدارة جيدة للمستشفيات".

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة إمكانية تطبيق نظام عمل مؤسساتي خاص بالجودة؛ استجابة للمتغيرات الديناميكية بعدِّها أمرًا ضروريًّا لتحسين هيكلية العمل الصحي في فلسطين؛ لتحديد العوامل المؤثرة على مستوى أداء الخدمة المقدمة.

تم توزيع عدد 2 استبانة، إحداها للمرضى، والأخرى للعاملين في المستشفيات محل الدراسة، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

أن أداء غالبية الأقسام يعاني من ضعف ملحوظ باستثناء المستشفيات الخاصة، كما لوحظ وجود ارتباط واضح بين رضا المرضى عن الخدمة ومستوى الخدمة بشكل عام.

أهم التوصيات التي أوصى بها الباحث:

أعد الباحث نموذجًا لإدارة جودة الخِدْمات الصحية في قطاع المستشفيات، وأوصى باستخدامه لتطوير النظام القائم.

دراسة (الكحلوت، 2004م):

بعنوان: "العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة، من خلال التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة الخِدْماتية في بعض أقسامها، ضمن مشروع لتطوير الجودة، وبتمويل من البنك الدولي في مؤسسات وزارة الصحة. والتعرف على العوامل التي أثَّرت على استمرارية عمليات تطوير الجودة وأنشطتها؛ حيث جرى تصميم استبانة لإجراء الدراسة الميدانية لمتغيرات الدراسة من أجل اختبار الفرضيات، والإجابة عن أسئلة الدراسة، وقد جرى استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

وجود تدنٍّ ملحوظ في درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة على الرغم من وجود بعض الحوافز المادية في النظام بشكل عام.

وعليه أوصت الدراسة بما يأتي:

بضرورة تبني خطة عمل استراتيجية شاملة، تهدف إلى نشر ثقافة الجودة الشاملة وفلسفتها ومفاهيمها في كل مؤسساتها، كما أوصت بضرورة التوجه بشكل استراتيجي نحو ثقافة الجودة، وتصميم السياسات التي تدعم أنشطة الجودة، وإيجاد القيادات القادرة على تحديد الأولويات، وتحفيز العاملين والمحافظة عليهم، كما أوصت بضرورة التركيز على المرضى واحتياجاتهم، والتركيز على الأفراد العاملين وتدريبهم بشكل مستمر.

2.3 الدراسات العربية:

دراسة (عبد القادر، 2015م):

بعنوان: "قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم"

تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكمية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، واجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخروم وتم اختيار عينة ميسرة من المرضى المنومين والمراجعين.

أهم نتائج الدراسة:

هناك إدراكاً تاماً لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية، كما بينت ايضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها ف المستشفيات الحكومية.

أهم توصيات الدراسة:

ضرورة تهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة والمعدات المطلوبة، وتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المؤهلة، وتوفير التقييم المادي المناسب لها لضمان استمرارها في العمل بها، لزرع الثقة والمان في نفوس المرضى والمراجعين لها.

دراسة (المبيضين، 2013م):

بعنوان: "فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي وأثرها في التميُّز التنظيمي: دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن".

هدفت هذه الدراسة إلى تعريف فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي، وأثرها في التميُّز التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن.

وأجريت هذه الدراسة على عينة من جميع الموظفين العاملين في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن، بواقع٢٦٠ مفردة، وتم استخدام أداة الاستبانة لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

وجود مستوى متوسط من فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي، بالإضافة إلى وجود مستوى مرتفع من التميز التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن.

كما أظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لفاعلية نظام تقييم الأداء بمجالاته: التشريعات، والمشكلات، والأهداف، والمعايير، والقائمين على عملية التقييم.

أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة:

ضرورة إجراء ورشات عمل، وتوزيع نشرات تعريفية للعاملين في المنظمة؛ لإيضاح مفهوم تقييم الأداء المؤسسي والخطوات الواجب اتباعها للحصول على درجة مرتفعة من التقييم، وبيان أهداف وأهمية تقييم الأداء والنتائج التي يحصل عليها الموظف والمنظمة من هذه العملية.

دراسة (الحاج، 2012م):

بعنوان: "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية– دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات".

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، من خلال مؤشرات تسمح بتقييم عملية التوظيف، وتوزيع أفراد الهيئة الطبية والصحية في هذه المستشفيات.

واستخدم الباحث منهج المقارنة بين المؤشرات المتبعة فعليًا والمؤشرات العالمية؛ لتحديد مدى تطبيق هذه المعايير، وكان مجتمعُ الدراسةِ المستشفياتِ العموميةَ، وكانت عينةُ الدراسة المستشفياتِ الآتيةَ أسماؤهم: (مستشفى محمد بوضياف–في مدينة ورقلة، مستشفى سليمان عميرات – في مدينة تقرت، مستشفى بن عمر الجيلالي – في مدينة الوادي، مستشفى بشير بن ناصر – في مدينة بسكرة).

كما تم استخدام المقابلات كأساس لجمع البيانات من عينة الدراسة، ومن ثم تم مقارنة هذه النتائج مع المعايير العالمية.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

نسبة اصحاب المهن الصحية إلى ذوي المهن الطبية تساوي 1/10 والتي تمثل نسبة أقل من المعدل العالمي بكثير، أما نسبة الممرضين إلى الأطباء فكانت 1/4 ، أما فيما يخص نسبة الاسرة إلى عدد الأطباء فكانت النسبة 1/4 وهو يتقارب مع المعدل العالمي، اما مؤشر نسبة الأسرة إلى عدد الممرضين فكانت النسبة 1/1 وهذه النسبة تعتبر قليلة حيث أن المعدل العالمي يساوي 1/2.

ومن أهم التوصيات التي خرج بها الباحث:

1-ضرورة متابعة كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية باستمرار؛ حتى يتم الكشف عن مواطن القوة والضعف في الكفاءة الاستخدامية لهذه الموارد.

2-ضرورة ربط النتائج التي تقدمها هذه المؤشرات، بنتائج تطبيق المؤشرات الخاصة بتقييم كفاءة استخدام الموارد المادية في المستشفى.

3-أخذ النتائج الخاصة بهذه المؤشرات وغيرها من المؤشرات البشرية الأخرى، بعين الاعتبار عند إعداد مخطط الموارد البشرية السنوي.

دراسة (ذياب، 2012م):

بعنوان: "قياس أبعاد جودة الخِدْمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين".

هدفت الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخِدْمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية. تم استخدام المنهج الإحصائي الوصفي بالإضافة إلى المنهج الاستقرائي التحليلي.

وتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة وعددها 30 مستشفى، أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد تم اختيار مجموعة من مرضى وموظفي 3 مستشفيات حكومية بطريقة عشوائية، كما استخدمت الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

كان تقييم الرضى للأبعاد متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدى بعدي الاستجابة والتعاطف، لم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديموغرافية.

أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة:

أوصت الدراسة بضرورة التزام إدارة المستشفى بتقديم الخِدْمات الطبية للمريض في الوقت المحدد، وإعطاء الاهتمام لمشاكل المرضى، والمحافظة على السجلات الصحية وسريتها، وتوفير قاعات انتظار للمرضى ودورات مياه مناسبة، وتوفير حوافز ودورات تدريبية للعاملين، وتبسيط الإجراءات لتقديم الخِدْمات الطبية.

دراسة (الجزائري وآخرين، 2011م):

بعنوان: "قياس وتقييم جودة الخِدْمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام – البصرة".

تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفى الفيحاء العام في مدينة البصرة. واستخدم الباحثون مقياس جودة الخِدْمات الصحية SERVQUAL Scale،والمعد من خلال Zeithaml, & Berry،Parasuraman عام1988م،م 1985م، والمكون من خمسة أبعاد رئيسة، هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد(الثقة)، التعاطف، واستخدموا استبانة مكونة من 22 متغيرًا فرعيًّا ترتبط بالأبعاد الرئيسة.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ضعفًا واضحًا في مستوى جودة الخِدْمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلًا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسة.

دراسة (الطويل وآخرين،2010م):

بعنوان: "بعض مؤشرات تقييم أداء المُستشفيات، دراسة حالة في مُستشفيات مُحافظة نينوى للفترة من (2006م-2003م)"

هدفت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية: توضيح مفهوم مؤشرات تقييم أداء المستشفى كما وردت في بعض الأدبيات النظريــة، وتحديـد مستـوى أداء المستشفيات قيـد البحـث حسب

بعض مُؤشرات الأداء التي تستخدمها المستشفيات، بالإضافة إلى معرفة مدى التطور في أداء المستشفيات قيد البحث خلال الفترة(2003م–2006م) حسب المؤشرات المستخدمة في البحث.

وافترضت الدراسة وجود تباين في مستوى أداء مستشفيات محافظة نينوى الواقعة شمال العراق، واستخدم الباحث المنهج الوصفي والتحليلي في وصف مؤشرات أداء المستشفيات التي أجريت الدراسة عليها وتحليلها، وكانت عينةُ الدراسة مجموعَ مستشفيات محافظة نينوى.

أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

ثبت في أثناء تحليل النتائج وجودُ تباين في أداء المستشفيات التي تم تقييم أدائها، كما أظهرت النتائج وجود تحدي أمام إدارة المستشفى والعاملين فيها في أن تقدم خدمات صحية بجودة مميزة.

أهم التوصيات التي توصل إليها الباحث:

وأوصى الباحث باعتماد معايير أداء منظمة الصحة العالمية كأهداف معيارية يسعى الجميع إلى تحقيقها.

دراسة (الأحمدي، 2009م):

بعنوان: "المؤتمر الدولي الأول للتنمية الإدارية– نحو أداء متميز في القطاع الحكومي".

هدفت الدراسة إلى تقييم أداء الخِدْمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية، باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات، وتمت الدراسة على جميع المستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

أهم نتائج هذه الدراسة:

ولقد توصلت الدراسة إلى أنه لا يتم استغلال الموارد المتاحة بالشكل الأمثل، وعليه يمكن تخفيض المدخلات.

أهم توصيات هذه الدراسة:

وأوصت الدراسة بإعادة توزيع الموارد الصحية، التي من أهمها القوى البشرية؛ بهدف الاستغلال الأمثل لهذه الموارد، وإجراء المزيد من الدراسات حول أسباب عدم تحقيق المؤسسات الصحية للكفاءة النسبية، وقياس أثر العوامل الخارجية في معدلات الكفاءة.

دراسة (جبين، 2009م):

بعنوان: "تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف".

هدفت الدراسة إلى معرفة مفهوم التقييم وطرقه وأساليبه المستخدمة لدى مديري الإدارات والأقسام، ومعرفة أهمية اعتماد معايير ومؤشرات واضحة للجميع في عملية التقييم؛ لتطوير فهم أعمق لما يجري في المنظمة، وما يجب القيام به، وبناء القدرات التنظيمية والتخطيطية بشكل جيد وعلى مختلف المستويات، وخاصة لدى صانعي القرار، وزيادة فرص التعليم والتنمية لديهم.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكانت الفئة المستهدفة الإدارات والأقسام الصحية التابعة لمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف.

أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

وكان من أهم النتائج ضرورة اعتماد معايير للتقييم واضحة لجميع العاملين، مبنية على أهداف الخِدْمات والبرامج المقدمة، وإضافة مؤشرات قياس واضحة تتعلق بمعايير الخدمة.

أهم التوصيات التي توصل إليها الباحث:

الاعتماد على معايير واضحة تتعلق بالخِدْمات المقدمة ذات صلة وثيقة بالبيئة الداخلية والخارجية للخدمة، ومقدمي الخدمة والمستهدفين منها.

دراسة (يعقوب، 2008م):

بعنوان: "تقييم جودة الخدمة الصحية".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الموظفين والمرضى مستوى جودة الخدمة الصحية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا.

وقد تكونت عينة الدراسة من (206) من الموظفين والمرضى، وتم معالجة البيانات باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية، منها: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبارT، باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1- إن مستوى جودة الخدمة الصحية بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا من وجهة نظر الموظفين كانت ضعيفة ومتدنية.

2- إن مستوى جودة الخدمة الصحية بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا من وجهة نظر المرضى مقبولة.

3- وجود فروق دالة إحصائيًا في محوري الخِدْمات العلاجية والخِدْمات العامة، لصالح المرضى من (أقسام الرقود)؛ حيث كان تقييمهم للجودة أعلى من فئة المرضى من الخِدْمات في(أقسام العيادات).

4- بينت الدراسة بأن مستوى جودة الخدمة الصحية لدى مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا من وجهة نظر العينة ككل لفئة (المرضى والموظفين) ضعيفٌ؛ حيث بلغ مستوى الجودة كما يراها المبحوثون من وجهة نظر العينة ككل كانت (68,8%). وهي تُعَدُّ نسبة متدنية مقارنة بإمكانيات المستشفى المتوافرة من الموارد البشرية والمادية.

3.3 الدراسات الأجنبية:

دراسة (Hu-Chen Liu & Kenji Itoh، 2012م):

بعنوان: "Department of Industrial Engineering and Management"

تهدف هذه الورقة إلى وضع الإطار النظري لإدارة المستشفيات؛ بغرض استخدام نتائج البحث في اعتماد وتحديد مبدئي لعدد من المؤشرات، بناءً على آراء الخبراء؛ بغية تحديد الاختلافات الأساسية في مؤشرات الأداء بين اليابانيين ومجموعة الدول الغربية، ويمكن عَدُّ بيانات تصنيف الخبراء التي تم جمعها في هذه الدراسة مؤشراتٍ أساسيةً لتقييم وإدارة أداء أي مستشفى لاحقًا.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي؛ حيث قام بتوزيع الاستبانة على خبراء مختصين في مجال الدراسة، واشتملت عينة الدراسة على 66 مفردة من خبراء الرعاية الصحية، وتم جمع البيانات اللازمة عن طريق المقابلات ومراجعة الأدبيات في الدراسات السابقة والمجلات المنشورة، اختيار الحد الأدنى من مؤشرات الأداء الرئيس لإدارة المستشفيات حسب السياق الياباني؛ حيث تم اعتماد 35 مؤشرًا لقياس أداء المستشفيات.

وخلصت الدراسة إلى بعض النتائج، منها:

ومن أهم النتائج الذي خلص إليها الباحث انسجام حكم الخبراء مع وجهات نظر المرضى والعاملين فيما يخص معظم مؤشرات الأداء التي تم بحثها.

أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة:

76% من الاهتمام لدى المتعاملين في المجال الصحي متعلقة بمخرجات الرعاية الصحية، واعتبار مؤشر مدة الإقامة بالمستشفى هو الأكثر استخداماً لتقييم الأداء، يتم التركيز على الموجودات ولا يتم التقييم من وجهة نظر المرضى أو العاملين.

دراسةُ(Elg, et al., 2011):

بعنوان: " Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends"

هدفت الدراسة إلى التعرف على الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد، وتحسين نوعية العمل.

وتكون مجتمع الدراسة من مديري الرعاية الأساسية، وكان عددهم 1031، ومديري الأقسام في المستشفيات، وكان عددهم 1542 في عام 2007م، وكانت نسبة العينة والاستجابات المستردة هي 46%.

وأظهرت نتائج الدراسة ما يأتي:

أن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل، منها: قرارات الإدارة العليا، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صناع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاثة مجالات، وهي: الرقابة المنطقية، وأساس تحسين الممارسات، ووضع المريض في مركز الاهتمام،

أوصى الباحث بما يأتي:

وأوضحت الدراسة أنه ينبغي على قادة الرعاية الصحية تصميم نظم جديدة للمراقبة الإدارية من أجل دعم أنظمة الرعاية الصحية النوعية، ودعمت نتائج الدراسة الفرضيات العامة التي تنادي بأن الطواقم الطبية تتجه نحو التركيز على التغيير التنظيمي بناءً على أنظمة الرقابة الإدارية، وأخيرًا حددت الدراسة عدة اتجاهات مهمة حول كيفية إدارة مؤسسات الرعاية الصحية وتطويرها.

دراسة (اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، 2009م):

بعنوان: "ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط".

تهدف هذه الدراسة إلى توعية مديري المستشفيات بالثغرات في أداء المستشفيات في مختلف الأقاليم، ولفت نظرهم لأهمية ودور الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) والقيادة والإدارة، وما لها من أدوار حاسمة في تحسين أداء المستشفيات، ومن الأهمية بمكان للدول الأعضاء، تحسين أداء المستشفيات كي يتسنى للمرضى في القرن الحادي والعشرين الحصول على خِدْمات جيدة وعالية المردود، ويمكن تحقيق ذلك من خلال: تحليل التكاليف وترشيدها فيما يتعلق بتمويل المستشفيات، وتعزيز القيادة

والإدارة في المستشفيات؛ وإدخال الحوكمة السريرية؛ واستخدام أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات.

وتوصلت الدراسة إلى بعض النتائج من أهمها:

1-وجود نقص مزمن في التمويل، وضعف الإدارة في البلدان ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض؛ مما أدى إلى تدهور المستشفيات العمومية وإهمالها.

2-أغلب الخِدْمات التي تقدمها المستشفى ذات طبيعة علاجية، كما أن مشاركة المستشفى في توفير الرعاية الوقائية والتعزيزية للمجتمعات التي يقوم على خدمتها هي مشاركة ضئيلة.

3-يُعدُّ دور المستشفى في تعليم العاملين الصحيِّين وتدريبهم دورًا محدودًا، مع استخدام معظم المستشفيات طرقًا تقليدية.

4-أما فيما يتعلق بإدارة الموارد البشرية في المستشفيات، في معظم بلدان الإقليم، وجدت الدراسة أن سوء إدارة الموارد البشرية واسع الانتشار، مع غياب نظُم التحفيز والمكافأة.

5-عدم وجود نظُم للتقييم المنهجي إلا في قلة قليلة من بلدان الإقليم، على حين أن بضعة من بلدان الإقليم لا يتوافر لديها وصف للوظائف والمهارات.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

ضرورة استخدام الأدوات والأطر المتوفرة في تقييم أداء المستشفيات، العمل على ايجاد ثقافة تحليل التكاليف وترشيدها في قطاع المستشفيات، إعداد اساليب بديلة عالية المردود لعمليات الإدخال في المستشفيات من خلال تطوير الرعاية النهارية والجراحة النهارية والرعاية المنزلية.

دراسة (WHO، 2009):

بعنوان: "Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies".

تهدف الدراسة إلى تقديم أداة تساعد في تقييم الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأطفال حديثي الولادة في المستشفيات، ومساعدة أصحاب المصالح والشركاء الرئيسين في إجراء تقييم بطريقة متجانسة وصحية في المستشفيات؛ لتُسهم في نهاية المطاف في تحسين المجالات الرئيسة.

واعتمد فريق البحث أسلوب المسح الميداني باستخدام مجموعة من الأدوات لجمع البيانات، مثل: إحصائيات المستشفى، والسجلات الطبية، بالإضافة إلى ملاحظة المرضى والعاملين بالمستشفى

لوصف الأداء وتحليله. وكانت عينة الدراسة بعض مستشفيات الولادة التابعة لمعهد صحة الطفل – تريست – إيطاليا – منظمة الصحة العالمية -المركز التعاوني لصحة الأم والطفل.

ومن أهم نتائج الدراسة:

الخروج بأداة توفر تقييم بشكل شبه كمي؛ حيث تقوم الأداة بتقييم الوضع الحالي ورصده، وتقديم توصيات لإجراء تحسينات لاحقة للمستشفيات.

ومن أهم التوصيات:

استخدام الاداة التي خرجت فيها الدراسة لتحقق المستشفى تقييم أداء شبه كمي يساعدها على اجراء بعض التحسينات على أداءها حسب الهدف من التقييم.

دراسة (EdwardKelley & Jeremy Hurst,2006) :

بعنوان:" Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper"

هدفت الدراسة إلى تحديد مؤشر وطني لتأمين أسس تبادل الوثائق وأساليبه، وتحسين الجودة في الرعاية الصحية لصالح المرضى عن طريق: تحسين الوقاية، والتشخيص، والعلاج والتأهيل، وتوثيق معلومات المرضى والمستهلكين حسب أولويات معينة، والتركيز على توثيق مؤشرات الجودة ورصدها في الرعاية الصحية حسب الخطوات العلمية المستخدمة لحل المشاكل؛ بغرض تطوير هذه المؤشرات بصورة مستمرة.

أهم نتائج الدراسة:

وخلصت الدراسة إلى إيجاد بعض المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في إدارة المستشفيات وتطويرها وتحسين الخِدْمات فيها.

أهم توصيات الدراسة:

وخلصت الدراسة إلى أن المؤشرات السريرية من الممكن أن تتغير أوزانها النسبية حسب الفترة والوضع التي يتم فيه التقييم، كما أنه ينبغي أن يتم قياس الجدوى من خلال مؤشرات محددة بوجود نقاط مرجعية تقارن بها.

دراسة (Harding A, & Preker, AS. 2002):

بعنوان:" The Understanding Organizational Reforms Autonomization and Corporatization of Public Hospitals"

الهدف من هذه الدراسة الابتكار في تقديم الخِدْمات الصحية، والخروج بتوصيات تُسهم في إصلاح وجهات نظر العاملين وتغييرها في المستشفيات العامة بخصوص بعض الطرق الشعبية الشائعة في التعامل مع مشاكل المستشفيات واتخاذ القرارات فيها؛ تم تطبيق الدراسة على جميع المستشفيات الحكومية في ولاية واشنطن، حيث ركزت الدراسة على النقاط الآتية:

- التعرف على المشاكل والطرق الشعبية الشائعة الاستخدام التي يمكن معالجتها.
- تحديد العناصر الأساسية التي تُسهم في عمليات الإصلاح.
- تحديد سبب التعامل في المستشفيات بوضعها الحالي.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحثان:

أن بعض المستشفيات تحسن أداءها عند تنفيذ الاستقلال الذاتي؛ ولكن تطبيقه يتطلب إلى حد ما ترتيبات مؤسسية متطورة لزيادة الفاعلية العملية، أما في حالات أخرى فيوجد عدد من المستشفيات لم تستطع تحديد مخرجاتها من الخِدْمات الصحية المقدمة خارج القطاع الصحي، كما أن بعض المستشفيات كانت نتائج الاستقلال الذاتي لديها مخيبة للآمال.

ومن أهم التوصيات التي أوصى بها الباحثان:

وعليه لا يمكن تعميم نموذج أو طريقة للاستقلال الذاتي يمكن تطبيقها على جميع المستشفيات.

دراسة (Suriyawongpaisal، 2002):

بعنوان: " Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management. A Thai Case Study"

تهدف هذه الدراسة إلى تقصي الآثار المحتمل أن تلحق بأداء الموارد البشرية في حال تطبيق الحكم الذاتي على النظام الصحي المتكامل، ودراسة مدى إمكانية توافر شبكة مستقلة من مقدمي الخِدْمات الصحية العامة، بدلًا من الاستقلال الذاتي للمستشفيات الفردية، بحيث تقوم الإدارة بتشجيع القوى العاملة الصحية على الوجه الأمثل، وتناقش القضايا الأخرى ذات الصلة بالحكم الذاتي أيضًا؛

حيث تعد إدارة الموارد البشرية من أكبر التحديات لتطوير المجالات الصحية من حيث: التخطيط، والإنتاج، والنشر، والاستغلال الأمثل للموارد، وقد تم تطبيق الدراسة على بعض المستشفيات التايلندية.

وكان من أهم النتائج التي توصل إليها الباحث:

أن إدارة الموارد البشرية تُعَدُّ أكثر عنصر حاسم للوصول إلى النجاح (تحقيق الأهداف) في الرعاية الصحية، بحيث يجب توجيه الموارد المالية وتحفيزها بصورة مستمرة، وتنمية القدرات للعاملين الصحيين من أجل تحقيق الأهداف الصحية.

وأخيرًا أوصى الباحث بما يأتي:

- تحسين الاتصال والحد من التعقيدات الإدارية، وبالتالي تحسين استجابة إدارة المستشفى لاحتياجات العاملين والمرضى.
- تعزيز فاعلية الإدارة وكفاءتها من خلال زيادة صلاحية المديرين، وتوفير التدريب الكافي لهم.
- زيادة المساءلة (تعزيز سياسة الثواب والعقاب).
- تحقيق أهداف سيادية، مثل: الاعتماد على الذات، وتقرير المصير، والديمقراطية، وزيادة دور المجتمع المحلي في ضمان الحكم الرشيد.

4.3 التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الباحثة للدراسات السابقة الفلسطينية والعربية والعالمية، لاحظت وجود اهتمام واضح لدى الباحثين وبعض المؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية فيما يخص تقييم الأداء؛ للتأكد من تحقيقه لجودة الخِدْمات الصحية المقدَّمة لمتلقي الخدمة، وقام الباحثون بربط موضوع تقييم الأداء وموضوع جودة الخِدْمات الصحية المقدمة طرفهم، باستخدام العديد من المتغيرات والأدوات، ومن هذه الدراسات ما اتفقت مع الدراسة الحالية، ومنها ما اختلف معها، وسوف تتطرق الباحثة إلى ذكر بعض أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة من خلال عدة جوانب على النحو الآتي:

جدول (3.1): أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
1	**نجم، 2016م**	• هدفت الدراسة إلى تحسين جودة الخِدْمات المقدمة في المرافق المدروسة. • إجراء الدراسة على مستشفيات ومراكز صحية حكومية. • استخدام استبانة لمقدمي الخدمة. • استخدام المقابلة لتعزيز نتائج الاستبانة.	• إجراء الدراسة على مديرية الخِدْمات الطبية العسكرية. • مراجعة عينة من ملفات المرضى لمعرفة مدى استكمالها وتوثيق البيانات فيها. • 61% من المترددين على المستشفيات والمراكز من الذكور.
2	**حبيب، 2016م**	• هدفت الدراسة إلى تحسين جودة الخِدْمات المقدمة في مستشفى حكومي. • استخدمت الباحثة استبانة لمقدمي الخدمة وآخر لمتلقيها.	• تخصص المستشفى التي درستها الباحثة "عيون". • استخدمت الباحثة مجموعة من الأسئلة لمناقشتها في حلقة نقاش مع 5 مديرين بالمستشفى. • استخدمت الباحثة قوائم ملاحظة لمراجعة ملفات المرضى.
3	**راضي، 2015م**	• أجريت الدارسة على القطاع الصحي الحكومي • استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي	• استخدام منهج تحليل المضمون • استخدام النموذج الأوربي المقترح لتقييم أداء وزارة الصحة
4	**الغوطي، 2015م**	• أجريت الدراسة على القطاع الصحي الحكومي. • استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي. • استخدمت الباحثة الاستبيان والمقابلة في جمع البيانات.	• هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التنسيق مع المنظمات الدولية، ودوره في دعم القطاع الصحي.

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
5	**عبد القادر، 2015م**	• هدف الدراسة قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية. • استخدام الاستبانة لجمع البيانات من المرضى والمراجعين	• اجريت هذه الدراسة في الخرطوم بينما دراستي في فلسطين. • دراستي درست راي متلقي الخدمة ومقدميها بينما هذه الدراسة اقتصرت على راي المرضى
6	**صباح،2014م**	• استخدام المنهج الوصفي التحليلي. • استخدام الاستبانة كأداة لجمع المعلومات.	• الهدف: مدى ملاءمة الجداول الزمنية المستخدمة لبرامج الصحة التابعة لمجلس كنائس الشرق الأدنى. • العينة المستخدمة العيادات التابعة لمجلس كنائس الشرق الأدنى.
7	**مهنا، 2014م**	• اتفق معي كونه أجرى الدراسة على القطاع الصحي الحكومي.	• الهدف: قياس الكفاءة الفنية لأداء الخِدْمات الصحية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة. • استخدام منهجية اختزال المتغيرات، وتحليل التباين الجزئي بين المدخلات والمخرجات. • قياس الكفاءة بناءً على تحليل البيانات الأساسية في مغلف البيانات، بالتوجيه المدخلي وَفق اقتصاديات الحجم الثابت. • طبق الدراسة على 7 مستشفيات حكومية.
8	**البسيوني، 2014م**	• اتفقت معي في استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات بالإضافة إلى المقابلة.	• الهدف: تقييم دور التمويل الدولي في تطويري القطاع الصحي الفلسطيني في وزارة الصحة في قطاع غزة.

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
			• مجتمع الدراسة فقط هم مدير والإدارية العليا فقط.
9	**المبيضين، 2013م**	• اتفق معي بأنه يقيم الأداء المؤسسي. • استخدم الاستبانة لجمع البينات من عينة الدراسة.	• هدف الدراسة تعريف فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي. • مجتمع الدراسة المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي بالأردن.
10	**الحاج، 2012م**	• مقارنة نتائج الدراسة بالمعايير العالمية المختارة. • الدراسة على القطاع الصحي.	• هدف الدراسة إبراز أهمية تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية. • مجتمع الدراسة 4 مستشفيات عمومية في الجزائر. • استخدام المقابلات كأساس لجمع البيانات.
11	**ذياب، 2012م**	• استخدمت الدراسة الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات. • استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.	• هدفت الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخِدْمات الطبية المقدمة في المستشفيات الأردنية. • مجتمع الدراسة 30 مستشفى حكوميًّا أردنيًّا، أما العينة فبعض موظفي ومراجعي 3 مستشفيات.
12	**شلبي، 2012م**	• إجراء الدراسة في مستشفيات متخصصة بالولادة. • اتباع الباحثة للمنهج الوصفي التحليلي.	• هدفت الدراسة إلى تقييم الخِدْمات المقدمة في أثناء فترة المخاض فقط. • استخدام بطاقة الملاحظة فقط في جمع البيانات. • اقتصرت الدراسة فقط على تقييم الممارسات المتبعة مع السيدات ذوات الحمل قليل الخطورة.
13	**أبو سعدة، 2012م**	• استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.	• هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
		• استخدمت مقاييس الأداء المتبعة لدى منظمة الصحة العالمية لمقارنتها بالأداء الفعلي.	مستشفى غزة الأوروبي مع رؤيا لتحسين الخدمة المقدمة للمنتفعين.
14	**مصلح، 2011م**	• استخدمت الاستبانة لجمع البيانات.	• هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخِدْمات الفعلية التي يدركها العاملون والمرضى في المستشفيات في قلقيلية. • استخدام مقياس SERVPERF لقياس جودة الخِدْمات المدركة والفعلية. • عينة الدراسة هي مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث.
15	**الجزائري وآخرون، 2011م**	• استخدام الاستبانة كأداة أساسية لجمع البيانات.	• هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفى الفيحاء العام في مدينة البصرة. • استخدام مقياس SERVZUAL SCALE لقياس جودة الخِدْمات الصحية.
16	**الرفاتي، 2011م**	• استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي في تحليل البيانات. • استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات.	• هدفت الدراسة إلى تحديد مدى قدرة المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة. • استخدمت بطاقة الأداء المتوازن لقياس الأداء التمويلي.
17	**الطويل وآخرون، 2010م**	• استخدام المنهج الوصفي التحليلي في وصف مؤشرات أداء المستشفيات وتحليلها.	• هدفت الدراسة إلى توضيح مفهوم مؤشرات تقييم أداء المستشفى، وقياس مدى التطور في أداء المستشفى.

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
			• عينة الدراسة هي مجموعة من مستشفيات نينوى.
18	**الأحمدي، 2009م**	• أجريت الدراسة على القطاع الصحي. • استهدفت الدراسة القطاع الحكومي.	• هدفت الدراسة إلى تقييم أداء الخِدْمات الصحية في المملكة العربية السعودية. • استخدمت الدراسة أسلوب تحليل مغلف البيانات. • تمت الدراسة على جميع المستشفيات الحكومية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
19	**جبين، 2009م**	• استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.	• هدفت الدراسة إلى معرفة مفهوم وطرق وأساليب التقييم المستخدمة لدى مديري الإدارات والأقسام، ومعرفة أهمية اعتماد معايير ومؤشرات واضحة للجميع في عملية التقييم؛ لتكوين فهم أعمق لما يجري في المنظمة. • مجتمع الدراسة مجموعةٌ من الإدارات والأقسام الصحية التابعة لمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف.
20	**اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، 2009م**	• استخدام أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات.	• تهدف هذه الدراسة إلى توعية مديري المستشفيات بالثغرات في أداء المستشفيات في مختلف الأقاليم. • تم في أثناء الدراسة تحليل التكاليف وترشيدها.
21	**يعقوب، 2008م**	• هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخِدْمات الصحية في المستشفى.	• المستشفى المدروس هو مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا.

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
		• عينة الدراسة من العاملين والمرضى. • استخدام المنهج الوصفي التحليلي.	
22	**الأدهم، 2004م**	• عينة الدراسة من العاملين والمرضى.	• هدفت هذه الدراسة إلى دراسة إمكانية تطبيق نظام عمل مؤسساتي خاص بالجودة.
23	**الكحلوت، 2004م**	• استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات.	• هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة.
	Hu-Chen Liu & Kenji Itoh, 2012	• استخدام المنهج الوصفي التحليلي. • استخدام الاستبانة لجمع البيانات بالإضافة إلى مقابلات ومراجعة أدبيات.	• هدفت الدراسة إلى وضع إطار نظري لإدارة المستشفيات لتحديد عدد من المؤشرات.
24	**Elg, et al., 2011**	• تطبيق الدراسة على القطاع الصحي. • استخدام الاستبانة كأداة للدراسة.	• هدفت الدراسة إلى التعرف على الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد. • مجتمع الدراسة هم مديرو الرعاية الأساسية، ومديرو الأقسام بالمستشفيات
25	**Who, 2009**	• يتعلق المشروع بتقييم الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأطفال حديثي الولادة في المستشفيات.	• استخدمت الدراسة أسلوب المسح الميداني باستخدام مجموعة من الأدوات. • كانت عينة الدراسة مجموعة من مستشفيات الولادة التابعة لمعهد صحة الطفل – ترست– إيطاليا.

م	الدراسات السابقة	أوجه الشبه مع الدراسة الحالية	أوجه الاختلاف مع الدراسة الحالية
26	**EdwardKelley & Jeremy Hurst, 2006**	• تم إجراء الدراسة على القطاع الصحي.	• هدفت الدراسة إلى تحديد مؤشر وطني لتأمين أسس تبادل الوثائق وأساليبه، وتحسين جودة الرعاية الصحية.
27	**Harding A, & Preker,2002**	• تم إجراء الدراسة على القطاع الصحي.	• هدفت الدراسة إلى تغيير وجهات نظر العاملين في المستشفى بخصوص بعض الطرق الشعبية الشائعة في التعامل مع مشاكل المستشفيات. • مجتمع الدراسة جميعُ المستشفيات الحكومية العاملة في واشنطن.
28	**Suriyawongpaisal,2002**	• تم إجراء الدراسة على القطاع الصحي.	• هدفت الدراسة إلى تقصي الآثار المحتمل أن تلحق بأداء الموارد البشرية في حال تطبيق الحكم الذاتي في النظام الصحي المتكامل. • تم تطبيق الدراسة في بعض المستشفيات التايلاندية.

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى الدراسات السابقة)

5.3 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

1- إثراء الجزء النظري من الدراسة.

2- التعرف على تصورات المرضى ومقدمي الخدمة الصحية وإدراكاتهم لأهم جوانب الجودة في الخِدْمات الصحية المقدمة حسب مكان الدراسة وزمنها.

3- المساعدة في بناء أدوات الدراسة (الاستبانة والمقابلة).

4- التعرف على الأساليب المختلفة في صياغة النتائج والتوصيات.

6.3 تحديد الفجوة البحثية:

خلصت الباحثة من تحليل الدراسات السابقة التي تم عرضها في هذا الفصل إلى عدد من النتائج التي نوضح أهمها من خلال الجدول الآتي:

جدول (3.2): يوضح الفجوة البحثية

نتائج الدراسات السابقة	الفجوة البحثية	الدراسات السابقة
معظم الدراسات السابقة ركزت على تقييم الأداء بشكل عام واستخدمت طرق مختلفة في قياس أداءها	قامت الباحثة باستخدام أداة في التقييم باستخدام أداة تم اختبارها في 40 مستشفى حول العالم سابقاً من خلال الدول الاعضاء في منظمة الصحة العالمية لم تستخدمها معظم الدراسات السابقة	لم تستخدم أداة الدراسة الحالية سوى دراستين من الدراسات السابقة وهما دراسة (حبيب، 2016) ودراسة (نجم، 2016)، والتي تم تطبيقهم على مستشفيات ذات طبيعة مختلفة.
تم تطبيق معظم الدراسات السابقة في القطاع الصحي ولكن لم تذكر خدمات الولادة إلا دراسة واحدة وهي دراسة شلبي، .... ولكنها تناولت الممارسات الطبية للولادة في جميع المستشفيات باستخدام عينة مكونة من 40 حالة	في حدود علم الباحثة لم يتم دراسة اداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي من قبل ولا من أي جانب من جوانبه الإدارية او الصحية في دراسة مستقلة تخص المستشفى المذكور	أجريت الدراسة على جميع الخدمات التي تقدمها مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي ومن جميع الاتجاهات أي تقييم أداء المؤسسة ككل
معظم الدراسات السابقة استخدمت أداة الاستبانة كأداة رئيسة.	استخدمت الباحثة أدوات مختلفة لقياس الاداء من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومتلقيها وحددت نقاط القوة ونقاط الضعف الاساسية بالمستشفى	
معظم الدراسات السابقة اتفقت في استخدام المنهج الوصفي التحليلي وذلك لملاءمتها لموضوع الدراسة	حاولت الباحثة ملاحظة الاداء وملاحظة ردود فعل المستجيبين والمستجيبات للأدوات الدراسة من خلال تعبئة الاستبيانات كلها بحضور الباحثة بهدف توضيح أي غموض في فقرات الأدوات.	

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى الدراسات السابقة)

7.3 الخلاصة:

تعد الدراسات السابقة إحدى أهم أركان البحث حيث أن الباحث يستمد منها الطريقة والاسلوب وتحدد له الطريق الواجب سلوكها لنيل هدفه من إجراء الدراسة وقد استعرضت الباحثة 29 دراسة: 12 دراسة محلية، و10 دراسات عربية، و7 دراسات عالمية، وتم عرض هذه الدراسات حسب التسلسل الزمني لها من الأحدث إلى الأقدم، ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه الدراسات أجريت على القطاع الصحي؛ ولكن تباينت نتائج هذه الدراسات باختلاف الدول التي أجريت فيها مثل: فلسطين، والأردن، والسعودية، والسودان، والعراق، والشرق الأوسط، واليابان، وإيطاليا، وواشنطن، وتايلاند، والسويد.

الفصل الرابع

المنهجية وطرق البحث

الفصل الرابع

المنهجية وطرق البحث

0.4 مقدمة:

تُعَدُّ منهجية الدراسة وإجراءاتها محورًا رئيسًا يتم من خلاله إنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي؛ للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوعها، وبالتالي تحقق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

وبناءً على ذلك تناول هذا الفصل وصفًا للمنهج المتبع، ومجتمعِ الدراسة وعينتِها، وكذلك أدوات الدراسة المستخدمة، وطرق إعدادها وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها، وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وفيما يأتي وصف لهذه الإجراءات.

1.4 منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تحدثها (أبو حطب، وصادق، 2005م، ص104).

ويعرف الحمداني (2006م، ص100) المنهج الوصفي التحليلي بأنه "المنهج الذي يسعى لوصف الظواهر أو الأحداث المعاصرة أو الراهنة، فهو أحد أشكال التحليل والتفسير المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة، ويقدم بيانات عن خصائص معينة في الواقع، وتتطلب معرفة المشاركين في الدراسة، والظواهر التي ندرسها، والأوقات التي نستعملها لجمع البيانات".

2.4 مصادر جمع البيانات

وقد استخدمت الباحثة مصدرين أساسين للمعلومات:

1.2.4 المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة؛ لجأت الباحثة إلى جمع البيانات الأولية من خلال:

- الاستبانة: إحدى أدوات جمع البيانات من مقدمي الخِدْمات الصحية ومتلقيها في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي؛ حيث تُعَدُّ الاستبانة أكثر أدوات البحث العلمي استخدامًا.

– المقابلات مع المديرين الرئيسيين في المستشفى؛ للحصول على إجابات واضحة ودقيقة لبعض الأسئلة التي تحتاج لتفسيرات؛ للحصول على نتائج موضوعية لأسئلة البحث.

– مراجعة بعض تقارير المستشفى وإحصائياتها.

2.2.4 المصادر الثانوية: حيث اتجهت الباحثة في معالجة الإطار النظري للدراسة إلى مصادر البيانات الثانوية، والتي تتمثل في: الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

3.4 مجتمع الدراسة:

يعرف بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، وبناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها، فإن المجتمع المستهدف يتكون من موظفي ومتلقيات الخدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

جدول (4.1): قائمة بالتخصصات الموجودة في المستشفى وأعداد الموظفين من كل تخصص

م.	التخصص	العدد	نسبة كل تخصص
1	طبيب أخصائي (نساء وولادة)	62	%17.97
2	طبيب حضانة (أطفال)	16	%4.63
3	تمريض + قبالة	209	%60.6
4	فنيين (صيدلة، مختبر، تخدير)	14	%4
5	إداريين	9	%2.61
6	موظفو خِدْمات	35	%10.14
المجموع		345	%100

(**المصدر**: جرد بواسطة الباحثة بالتواصل مع إدارة المستشفى)

بينما يبلغ مجتمع الدراسة من متلقيات الخدمة من حوالي 20,000 حالة تتردد على المستشفى سنوياً.

4.4 عينة الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام طريقة العينة العشوائية الطبقية حيث تم توزيع 200 استبانة على مقدمي الخدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، وقد تم استرداد 188 استبانة بنسبة 94%.

كما تم استخدام العينة العشوائية الميسرة عند توزيع 400 استبانة على متلقيات الخدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، وقد تم استرداد 384 استبانة بنسبة 96%.

بينما قامت الباحثة باستخدام العينة العشوائية القصدية عند اختيار عدد 12 من متخذي في المستشفى وهم مدير المستشفى الحالي ومديرها السابق ومدير التمريض الحالي ومديرها السابق ورؤساء الأقسام الأساسيين بالمستشفى، والتي تم مقابلتهم للاستيضاح عن بعض الأمور التي تخص المستشفى؛ بهدف رسم صورة أكثر وضوحًا عن أداء المستشفى.

5.4 أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة أداة تقييم جودة الخدمة في المستشفيات (PATH) كأداة أساسية للدراسة، وتم استخدام ثلاث أدوات ثانوية لجمع البيانات من خلال 3 عينات مختلفة.

1- الأداة الأولى: استبانة لمقدمي الخدمة، تم تعبئتها من خلال مقدمي الخدمة (ذاتيًا).

2-الأداة الثانية: استبانة متلقيات الخدمة، تم تعبئتها من خلال الباحثة وفريق عمل معها.

3- الأداة الثالثة: مقابلات مع مدير المستشفى الحالي ومديرها السابق ومدير التمريض الحالي ومديرها السابق، وتم إجراء مقابلات مع رؤساء الأقسام الأساسيين بالمستشفى بمختلف تخصصاتهم.

1.5.4 الأداة الأولى-استبانة مقدمي الخدمة:

تعد الاستبانة من أنسب الأدوات التي تتسق مع المنهج الوصفي التحليلي في التعرف على الموضوع محل الدراسة؛ لما لهذه الأداة من مميزات وجوانب إيجابية، وإليكم وصف تفصيلي للاستبانتين اللتان تم إعدادهما:

تم إعداد استبانة حول "**تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية- دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي**"، مقسمة إلى ثلاثة أقسام:

القسم الأول- وهو عبارة عن البيانات الشخصية عن مقدمي الخدمة: (الجنس، المؤهل العلمي، المسمى الإشرافي، التخصص، سنوات الخبرة).

القسم الثاني– وهو عبارة عن مقدمي الخدمة، ويتكون من (70) فقرة، موزع على 5 محاور:

المحور الأول–الفاعلية السريرية، ويتكون من (21) فقرة، مقسم إلى 4 مجالات:

المجال الأول–البنية التحتية، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثاني–ظروف العمل، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الثالث–توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة، ويتكون من (7) فقرات.

لمجال الرابع–دخول العناية المركزة (غير المخطط)، ويتكون من (3) فقرات.

المحور الثاني–توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة(الكفاءة الصحية)، ويتكون من (8) فقرات.

المحور الثالث–الاهتمام بالكادر البشري، ويتكون من (16) فقرة، مقسم إلى مجالين:

المجال الأول–التدريب، ويتكون من (7) فقرات.

المجال الثاني–تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع، ويتكون من (9) فقرات.

المحور الرابع–إدارة مستجيبة، ويتكون من (14) فقرة، مقسم إلى 3 مجالات:

المجال الأول–تراعي الإدارة الظروف: النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الثاني–توفر الأدوية والمهمات الطبية، ويتكون من (4) فقرات.

المجال الثالث–توفر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل، ويتكون من (4) فقرات.

المحور الخامس–أمان مقدمي الخدمة، ويتكون من (11) فقرة، مقسم إلى مجالين:

المجال الأول–توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثاني–إصابات العمل، ويتكون من (6) فقرات.

القسم الثالث–درجة رضا مقدمي الخدمة،ويتكون من (7) فقرات.

2.5.4 الأداة الثانية–استبيان متلقيات الخدمة:

تم إعداد الاستبانة حول "**تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية– دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي**" مقسمة إلى ثلاثة أقسام:

القسم الأول– وهو عبارة عن البيانات الشخصية عن متلقيات الخدمة: (العمر، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، التأمين الصحي، الإجراء الطبي، قسم الدخول، قسم المبيت، عدد أيام مبيت المستجيبة في المستشفى).

القسم الثاني– وهو عبارة عن متلقيات الخدمة، ويتكون من (35) فقرة، موزع على 3 محاور:

المحور الأول–الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)، ويتكون من (6) فقرات.

المحور الثاني–متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام، ويتكون من (20) فقرة، مقسم إلى 4 مجالات:

المجال الأول–المحافظة على خصوصيتك، ويتكون من (4) فقرات.

المجال الثاني–معاملتك بعدالة واحترام، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الثالث–إمكانية الوصول إلى الخِدْمات، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الرابع–تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية، ويتكون من (4) فقرات.

المحور الثالث– أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)، ويتكون من (9) فقرات.

القسم الثالث: درجة رضا متلقيات الخدمة،ويتكون من (10) فقرات.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المبحوثين لفقرات الاستبانة حسب جدول (4.2):

جدول (4.2): درجات مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	موافق بدرجة قليلة جدًا	موافق بدرجة قليلة	موافق بدرجة متوسطة	موافق بدرجة كبيرة	موافق بدرجة كبيرة جدًا
الدرجة	1	2	3	4	5

6.4 خطوات بناء الاستبانتين:

1-الاطلاع على الأدب الإداري والصحي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانتين وصياغة فقراتهما.

2-تحديد المحاور الرئيسة التي شملتها كل استبانة على حدة.

3-صياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.

4-تم تصميم الاستبانتين في صورتيهما الأوليتين.

5-تم مراجعة الاستبانتين وتنقيحهما من قبل المشرفين على الدراسة.

6-تعديل الاستبانتين وإخراجهما بشكل أولي حسب توجيهات المشرفين.

تم عرض الاستبانتين على (10) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الإسلامية، وجامعة الأزهر وأكاديمية الإدارة والسياسة، بالإضافة إلى منسقي كلية الصحة العامة-جامعة أبو ديس، وبعض ذوي الخبرة من موظفي وزارة الصحة، وكذلك عدد 2 محلل إحصائي، والملحق رقم (4) يبين أسماء أعضاء لجنة التحكيم.

1-في ضوء آراء المحكمين تم تعديل بعض الفقرات من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل؛ لتستقر الاستبانتين في صورتيهما النهائية، ملحق رقم (1) استبانة متلقيات الخدمة، وملحق رقم (2) استبانة مقدمي الخدمة.

2-توزيع عينة استطلاعية على عدد 50 مبحوثًا من عينة الدراسة الخاصة بكل استبانة لفحص صدق كل استبانة وثباتها على حدة وتم استثنائهم لاحقاً.

7.4 صدق الاستبانتين:

صدق الاستبانة يعني "أن تقيس الاستبانة ما وضع لقياسه" (الجرجاوي،2010م، ص105)، كما يقصد بالصدق "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون،2001م، ص179). وقد تم التأكد من صدق الاستبانة بطريقتين:

1.7.4 الصدق من وجهة نظر المحكمين "الصدق الظاهري":

يقصد بصدق المحكمين "هو أن يختار الباحث عددًا من المحكمين المتخصصين في مجال الظاهرة أو المشكلة موضوع الدراسة" (الجرجاوي،2010م، ص107).

حيث تم عرض الاستبانتين على مجموعة من المحكمين، تألفت من 10 متخصصين في الإدارة والصحة، وكذلك متخصصين في الإدارة الصحية، ومحللين إحصائيين، وأسماء المحكمين بالملحق رقم (4)، من أجل التأكد من سلامة الصياغة الدلالية لفقرات الاستبانتين، ووضوح تعليمات الاستبانتين، وكذلك التأكد من انتماء الفقرات للمجالات، وقياس مدى صلاحية الأداة لقياس الأهداف المرتبطة بهذه الدراسة، وفي ضوء التوجيهات التي أبداها المحكمون قامت الباحثة بالاستجابة لآراء المحكمين، وأجرت ما يلزم من حذف وتعديل، وبذلك تم التأكد من صدق الاستبانة من وجهة نظر المحكمين.

2.7.4 صدق المقياس:

1- الاتساق الداخلي:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة، من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه، وقد تم ذلك على العينة الاستطلاعية المكونة من 50 مفردة.

أ- نتائج الاتساق الداخلي لاستبانة "مقدمي الخدمة":

يوضح جدول (4.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية " والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
	المجال الأول- البنية التحتية		
1.	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوافرة وحديثة.	.702	*0.000
2.	وجود أماكن مجهزة لتقديم الخدمة الصحية بطريقة جيدة ودون أي إزعاج.	.768	*0.000
3.	وجود أماكن مخصصة ومجهزة لفترة الراحة الخاصة بالموظفين.	.630	*0.000
4.	توجد قاعات مخصصة للتعليم والتدريب المستمر للموظفين داخل المستشفى.	.574	*0.000
5.	وجود صالات انتظار مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم.	.716	*0.000
	المجال الثاني- ظروف العمل		
1.	مكان العمل هادئ ومناسب لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	.578	*0.000

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
.2	تُعَدُّ الإضاءة المتوافرة مناسبة لتقديم الخدمة الصحية.	.508	0.000*
.3	تتوافر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	.689	0.000*
.4	تتوافر دورات مياه مناسبة لاستخدام الموظفين في المستشفى.	.659	0.000*
.5	تتوافر مياه شرب وخِدْمات فندقية مناسبة للموظفين في المستشفى.	.463	0.000*
.6	تتناسب أعداد الأسرة الموجودة داخل كل غرفة مع حجم الغرفة.	.632	0.000*
المجال الثالث–توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة			
.1	يتوافر عدد كافٍ من الأطباء لتقديم خدمة صحية مقبولة على مدار الساعة.	.672	0.000*
.2	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة الصباحية.	.733	0.000*
.3	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة المسائية والليلية.	.670	0.000*
.4	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الصحية المساندة على مدار الساعة.	.750	0.000*
.5	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الإدارية المساندة على مدار الساعة.	.709	0.000*
.6	يتم طلب وإجراء الفحوصات والاختبارات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة.	.617	0.000*
.7	تتوافر العلاجات المختلفة الخاصة بعلاج الحالات المختلفة على مدار الساعة.	.701	0.000*
المجال الرابع- دخول العناية المركزة (غير المخطط)			
.1	يُعدُّ حدوث المضاعفات لبعض الحالات بسيطًا بشكل عام.	.779	0.000*
.2	يندر إدخال بعض الحالات إلى العناية المركزة نتيجة حدوث مضاعفات لها بعد الولادة.	.882	0.000*
.3	يسهل متابعة الحالات المحولة إلى العناية المركزة.	.842	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

يوضح جدول (4.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة)" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "الكفاءة الصحية" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
.1	يستجيب مقدمو الخدمة لطلبات متلقيها بشكل فوري رغم انشغالهم.	.570	0.000*
.2	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع مؤهلاتي.	.694	0.000*

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(.Sig)
3.	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع خبراتي السابقة.	.571	*0.000
4.	يوجد كادر تمريضي مؤهل لتقديم الخدمة التمريضية لمتلقيها بشكل مناسب.	.656	*0.000
5.	يحرص الأطباء على تجنب حدوث أي أخطاء تتسبب في مضاعفات لدى الأطفال حديثي الولادة.	.645	*0.000
6.	يوجد ملف طبي متكامل لكل متلقية خدمة.	.609	*0.000
7.	يتم توثيق جميع زيارات متلقية الخدمة في هذا السجل بما يضمن متابعة حالتها باستمرار (ملف موحد لجميع الزيارات)	.515	*0.000
8.	تنشغل أسرة المستشفى باستمرار مما يودي إلى عدم تلقى بعض الحالات العلاج اللازم لها	.516	*0.000

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

يوضح جدول (4.5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "الاهتمام بالكادر البشري" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "الاهتمام بالكادر البشري" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(.Sig)
	المجال الأول– التدريب		
.1	أتلقى التدريب بصورة دورية داخل المستشفى وخارجها.	.732	*0.000
.2	توفر الإدارة التدريب اللازم للموظفين حسب احتياجات المستشفى.	.755	*0.000
.3	أشارك في تحديد احتياجات القسم من التدريب.	.698	*0.000
.4	يسهم التدريب في تطوير أدائي المهني.	.608	*0.000
.5	تتابع الإدارة تطبيق ما تم إنجازه في العملية التدريبية.	.717	*0.000
.6	رشحت للمشاركة في إعداد أبحاث صحية لنشرها في المجلات والمؤتمرات العلمية.	.723	*0.000
.7	تم إرسالي لبعثات دراسية.	.645	*0.000
	المجال الثاني– تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع		
.1	يقوم المشرف بتوجيهي وتقديم الدعم اللازم لي عند الحاجة.	.731	*0.000
.2	توفر المستشفى حوافز تشجيعية تدفعني للمزيد من الإنجاز.	.784	*0.000

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
.3	تقوم الإدارة بتحفيزي للعمل في الظروف الصعبة.	.847	0.000*
.4	تقوم الإدارة بإشراكي في عملية التخطيط والتطوير داخل المستشفى.	.758	0.000*
.5	تفوضني الإدارة باتخاذ بعض القرارات في بعض المواقف أثناء قيامي بمهامي الوظيفية.	.861	0.000*
.6	تزودني الإدارة بتغذية راجعة عن أدائي المهني، وتقدم لي الدعم والتوجيه اللازمين لتجنب الإخفاق مرة أخرى.	.779	0.000*
.7	تقوم الإدارة بسؤالي عن احتياجاتي المهنية بشكل دوري.	.815	0.000*
.8	تقوم الإدارة بمتابعتي قانونيًا عند حدوث أي خطأ.	.352	0.007*
.9	يتم مراقبة مدى تطبيق البروتوكولات المعلنة من خلال مشرفين مختصين.	.757	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

يوضح جدول (4.6) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع "إدارة مستجيبة" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.6): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع"إدارة مستجيبة" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
	المجال الأول- تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين		
.1	تهتم الإدارة بدعم الموظفين نفسيًا واجتماعيًا.	.800	0.000*
.2	تهتم الإدارة بطريقة وهيئة هندام الموظفين.	.732	0.000*
.3	تزودني الإدارة بالتغذية الراجعة عن أدائي المهني، وترشدني إلى كيفية التغلب على جوانب الإخفاق في الأداء إن وجدت.	.869	0.000*
.4	تلتزم الإدارة بوعودها تجاه الموظفين.	.841	0.000*
.5	تقدر الإدارة العمل الذي أقوم به وتعاملني بكرامة واحترام.	.875	0.000*
.6	تعطيني الإدارة المرونة لتغيير مناوبتي بعد تبريري سبب التغيير المطلوب.	.702	0.000*
	المجال الثاني-توافر الأدوية والمهمات الطبية		
.1	تتوافر في الصيدلية الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة.	.814	0.000*

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(.Sig)
2.	تتوافر في الصيدلية الأدوية غير الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة، مثل: الفيتامينات، حبوب التثبيت،...	.839	0.000*
3.	يتم توفير المستلزمات الطبية بكميات تتناسب مع أعداد متلقي الخدمة.	.866	0.000*
4.	يتم الترشيد في استخدام المضادات الحيوية الوقائية بما لا يتعارض مع مصلحة متلقيات الخدمة.	.633	0.000*
المجال الثالث–توفر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل			
1.	يتوافر عدد كافٍ من مقدمي الخِدْمات الصحية بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.	.868	0.000*
2.	يتم جدولة الدوام بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.	.793	0.000*
3.	عدد ساعات العمل يتناسب مع حجم الخِدْمات المقدمة.	.844	0.000*
4.	يتم احتساب ساعات العمل الإضافي الخاصة بالموظفين.	.713	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

يوضح جدول (4.7) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس "أمان مقدمي الخدمة" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية α≤0.05، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس "أمان مقدمي الخدمة" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(.Sig)
المجال الأول– توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية			
1.	يتم تقديم الخدمة بناءً على تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا، تضمن تقديم خدمة صحية مناسبة.	.772	0.000*
2.	توجد متابعة للتأكد من تطبيق التعليمات الخاصة بأمان المريض والعاملين.	.782	0.000*
3.	يتم توفير المستلزمات اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	.818	0.000*
4.	المساحة المتوافرة لتقديم الخدمة كافية لتقديم خدمة صحية محترفة.	.820	0.000*
5.	مكان تقديم الخدمة نظيف بقدر، ويتضمن وسائل لمنع العدوى.	.642	0.000*
المجال الثاني– إصابات العمل			
1.	تم إعلامي بالأمراض الوظيفية المتوقع الإصابة بها في أثناء تأدية العمل.	.733	0.000*
2.	تم تدريبي لتجنب الإصابات الناتجة عن أداء عملي.	.796	0.000*

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
.3	تلقيت جميع التطعيمات اللازمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الإصابة بها.	.697	0.000*
.4	يتم توثيق إصابات العمل لدى مسؤول السلامة في المستشفى.	.843	0.000*
.5	يتم تحويل الموظف المصاب لإجراء فحوصات مخبرية وجسدية بعد الإصابة.	.786	0.000*
.6	يتم متابعة حالة الموظف المصاب إكلينيكيًا واتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة له.	.806	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \le 0.05$.**

ب- نتائج الاتساق الداخلي لاستبانة "متلقيات الخدمة"

يوضح جدول (4.8) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \le 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.8): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.1	يتم المرور لمتابعة حالتك المرضية خلال جميع أيام وجودك في المستشفى بما فيها الجمعة والسبت.	.568	0.000*
.2	يتم استدعاء الأطباء عند طلبك خلال فترة مكوثك في المستشفى: (صباحي، مسائي، ليلي).	.729	0.000*
.3	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة الصباحية.	.641	0.000*
.4	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة المسائية والليلية.	.690	0.000*
.5	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة الصباحية مناسب.	.500	0.000*
.6	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة المسائية والليلية مناسب.	.577	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \le 0.05$.**

يوضح جدول (4.9) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \le 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.9): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني "متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(.Sig)
المجال الأول- المحافظة على خصوصيتك			
.1	يتم فحصك وتشخيص حالتك الصحية ضمن ظروف تحافظ على خصوصيتك.	.375	*0.004
.2	يتقبل الكادر الصحي طلب حضور أحد ذويكِ أثناء الفحص أو التشخيص أو المعالجة.	.562	*0.000
.3	يلتزم زائروكنَّ بمواعيد الزيارة المعلنة داخل المستشفى.	.818	*0.000
.4	يلتزم زائروكنَّ بالإرشادات والتعليمات المعلنة في المستشفى.	.857	*0.000
المجال الثاني- معاملتك بعدالة واحترام			
.1	تتعامل الطواقم الطبية مع جميع متلقيات الخدمة سواسية.	.684	*0.000
.2	وقت انتظارك لتلقي الخدمة مناسب.	.722	*0.000
.3	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة متعاونون معك، ويعاملونك باحترام وكرامة.	.781	*0.000
.4	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة على دراية وفهم كامل بحالتك الصحية.	.743	*0.000
.5	شارككِ القائمون على تقديم الخدمة برأيك فيما يخص الخدمة المقدمة لك.	.698	*0.000
.6	يراعي مقدمو الخدمة الصحية الحالة النفسية والاجتماعية لك	.726	*0.000
المجال الثالث-إمكانية الوصول للخِدْمات			
.1	يسهل التنقل داخل المستشفى لتلقي الخدمة الصحية المطلوبة.	.579	*0.000
.2	توجد لوحات إرشادية تساعدني في التوجه للمكان المطلوب لتلقي الخدمة.	.663	*0.000
.3	تم وصف الجرعة الدوائية ومدة استخدام العلاج من خلال الطبيب.	.664	*0.000
.4	تم تزويدك بالعلاج الموصوف من صيدلية المستشفى.	.462	*0.000
.5	خفف العلاج مشكلتك الصحية وأزال أعراضها.	.726	*0.000
.6	كان من السهل عليك فهم ما قاله القائم على الخدمة.	.690	*0.000
المجال الرابع- تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية			
.1	يتم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن حالتك الصحية عند كل مرور طبي.	.790	*0.000
.2	أخذت فرصة كافية في المناقشة والسؤال عن وضعك الصحي.	.759	*0.000

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
3.	تم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن المنافع والآثار الجانبية الخاصة بالعلاج.	.655	0.000*
4.	توجد موظفة تثقيف صحي تقدم شرحًا وافيًا عن الطرق المثلى للرَّضاعة الطبيعية.	.598	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha\leq 0.05$.**

يوضح جدول (4.10) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)" والدرجة الكلية للمحور، الذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha\leq 0.05$، وبذلك يُعدُّ المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (4.10): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
1.	يتوافر لدى المستشفى المعدات والأجهزة اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	.634	0.000*
2.	أبنية المستشفى مناسبة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	.836	0.000*
3.	يساعد التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى على تقديم الخدمة بشكل آمن.	.709	0.000*
4.	تتوافر مساحات كافية لتسهيل الحركة بين الأسرَّة داخل كل غرفة.	.553	0.000*
5.	غرف متلقيات الخدمة جيدة التهوية والإضاءة.	.670	0.000*
6.	تم تشخيص حالتك واتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاجك فور وصولك المستشفى.	.643	0.000*
7.	توافقت نتيجة الخدمة المقدمة لك مع توقعاتك.	.811	0.000*
8.	كان من السهل عليك فهم ما قاله مقدمو الخدمة الصحية لك.	.588	0.000*
9.	يُعدُّ السرير الخاص بك داخل المستشفى مريحًا وآمنًا في أثناء استخدامه.	.630	0.000*

*** الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha\leq 0.05$.**

3.7.4 الصدق البنائي:

يُعدُّ الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة، وقد تم ذلك على العينة الاستطلاعية المكونة من 50 مفردة.

أ-نتائج الصدق البنائي لاستبانة "مقدمي الخدمة"

يبين جدول (4.11) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الاستبانة دالة إحصائيًا عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$، وبذلك تُعَدُّ جميع مجالات الاستبانة صادقةً لما وضعت لقياسه.

جدول (4.11): معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

المجال	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (.Sig)
البنية التحتية.	.817	0.000*
ظروف العمل.	.776	0.000*
توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة.	.861	0.000*
دخول العناية المركزة (غير المخطط).	.670	0.000*
الفاعلية السريرية.	**.849**	**0.000***
الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة).	**.654**	**0.000***
التدريب.	.868	0.000*
تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع.	.933	0.000*
الاهتمام بالكادر البشري.	**.858**	**0.000***
تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين.	.922	0.000*
توافر الأدوية والمهمات الطبية.	.821	0.000*
توفر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل.	.818	0.000*
إدارة مستجيبة.	**.891**	**0.000***
توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية.	.810	0.000*
إصابات العمل.	.900	0.000*
أمان مقدمي الخدمة.	**.819**	**0.000***

***الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

ب- نتائج الصدق البنائي لاستبانة "متلقيات الخدمة"

يبين جدول (4.12) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الاستبانة دالة إحصائيًا عند مستوى معنوية α≤0.05، وبذلك تُعَدُّ جميع مجالات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول (4.12): معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

المجال	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة).	.662	*0.000
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	.965	*0.000
أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)	.878	*0.000

***الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05**

8.4 ثبات الاستبانتين:

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي الاستبانة النتائج نفسها إذا أعيد تطبيقها عدة مرات متتالية، ويقصد به أيضًا إلى أي درجة يعطي المقياس قراءات متقاربة عند كل مرة يستخدم فيها، أو ما هي درجة اتساقه وانسجامه واستمراريته عند تكرار استخدامه في أوقات مختلفة (الجرجاوي،2010، ص97)، وقد تم ذلك على العينة الاستطلاعية المكونة من 50 مفردة.

أولًا- نتائج الثبات لاستبانة "مقدمي الخدمة"

وقد تحققت الباحثة من ثبات استبانة الدراسة من خلال معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.13).

جدول (4.13): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات استبانة "مقدمي الخدمة"

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي*
الفاعلية السريرية.	21	0.877	0.936
الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة).	8	0.744	0.862
الاهتمام بالكادر البشري.	16	0.908	0.953
إدارة مستجيبة.	14	0.922	0.960
أمان مقدمي الخدمة.	11	0.871	0.933
جميع المجالات معًا	70	0.958	0.979

***الصدق الذاتي = الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ**

واضح من النتائج الموضحة في جدول (4.13) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل مجال؛ حيث تتراوح بين (0.744،0.922)، بينما بلغت لجميع فقرات الاستبانة (0.958). وكذلك قيمة الصدق الذاتي مرتفعة لكل مجال؛ حيث تتراوح بين (0.862،0.960)، بينما بلغت لجميع فقرات الاستبانة (0.979)، وهذا يعنى أن الثبات مرتفع ودال إحصائيًا.

وبذلك تكون الاستبانة في صورتها النهائية كما هي في الملحق (2). وتكون الباحثة قد تأكدت من صدق استبانة الدراسة وثباتها؛ مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة عن أسئلة الدراسة.

ثانيًا- نتائج الثبات لاستبانة "متلقيات الخدمة"

وقد تحققت الباحثة من ثبات استبانة الدراسة من خلال معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.14).

جدول (4.14): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات استبانة "متلقيات الخدمة"

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي*
الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة).	6	0.668	0.817
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	20	0.856	0.925
أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)	9	0.852	0.923
جميع المجالات معًا	35	0.916	0.957

***الصدق الذاتي = الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ**

واضح من النتائج الموضحة في جدول (4.14) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل مجال؛ حيث تتراوح بين (0.668،0.856)، بينما بلغت لجميع فقرات الاستبانة (0.916). وكذلك قيمة الصدق الذاتي مرتفعة لكل مجال؛ حيث تتراوح بين (0.769،0.925)، بينما بلغت لجميع فقرات الاستبانة (0.957)، وهذا يعنى أن الثبات مرتفع ودال إحصائيًّا.

وبذلك تكون الاستبانة في صورتها النهائية كما هي في الملحق (1) قابلة للتوزيع. وتكون الباحثة قد تأكدت من صدق استبانة الدراسة وثباتها؛ مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة عن أسئلة الدراسة.

9.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تفريغ الاستبانتين وتحليلهما من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)، وقد تم إجراء التوزيع الطبيعي Normality Distribution Test لمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، والآتي يوضح ذلك:

أولًا- نتائج التوزيع الطبيعي لاستبانة "مقدمي الخدمة"

تم استخدام اختبار كولمجوروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov Test(K-S) لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.15).

جدول (4.15): يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لاستبانة "مقدمي الخدمة"

المجال	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
الفاعلية السريرية.	0.620	0.837
الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة).	0.857	0.455
الاهتمام بالكادر البشري.	1.338	0.056
إدارة مستجيبة.	0.525	0.945
أمان مقدمي الخدمة.	0.803	0.540
جميع مجالات الاستبانة معًا	0.810	0.528

واضح من النتائج الموضحة في جدول (4.15) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة أكبر من مستوى الدلالة 0.05وبذلك فإن توزيع البيانات لهذه المجالات يتبع التوزيع الطبيعي؛ حيث تم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

ثانيًا- نتائج التوزيع الطبيعي لاستبانة "متلقيات الخدمة"

تم استخدام اختبار كولمجوروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.16).

جدول (4.16): يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لاستبانة "متلقيات الخدمة"

المجال	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية
الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة).	0.707	0.700
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	0.681	0.742
أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات	0.525	0.946
جميع مجالات الاستبانة معًا	0.801	0.542

واضح من النتائج الموضحة في جدول (4.16) أن القيمة الاحتمالية (.Sig) لجميع مجالات الدراسة أكبر من مستوى الدلالة 0.05وبذلك فإن توزيع البيانات لهذه المجالات يتبع التوزيع الطبيعي؛ حيث تم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

10.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية الآتية عند تحليل الاستبانتين:

1- النسب المئوية والتكرارات (Frequencies & Percentages): لوصف عينة الدراسة.

2- المتوسط الحسابي، والمتوسط الحسابي النسبي، والانحراف المعياري.

3- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)؛ لمعرفة ثبات فقرات الاستبانتين.

4- اختبار كولمجوروف – سمرنوف (Kolmogorov–Smirnov Test:(K–S لمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.

5- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط،قد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي، والصدق البنائي للاستبانتين.

6- اختبار T في حالة عينة واحدة (T–Test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 3أم زادت أو قلت عن ذلك، ولقد تم استخدامه للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات الاستبانتين.

7- اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T–Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.

8- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA (One Way Analysis of Variance) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات.

11.4 الأداة الثالثة-المقابلات الشخصية:

تم إجراء عدد من المقابلات الشخصية مع مدير المستشفى الحالي، ومع مديرها السابق ومدير تمريض المستشفى الحالي، وتمريضها السابق، وكذلك قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع معظم رؤساء الأقسام بالمستشفى (انظر الملحق رقم 5)؛ حيث كان الهدف الرئيس من إجراء المقابلات الشخصية الدخول بعمق إلى المعلومات المفيدة حول المستشفى، والتركيز على بعض المعلومات المهمة التي تثار في أثناء النقاش، ولم تكن الباحثة منتبهة لها في أثناء إعداد الاستبانة، وكذلك التركيز على ردود أفعال المقابلين؛ حيث تعد المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقًا؛ لأن الباحث يستطيع التعرف على مشاعر وانفعالات المقابلين وانفعالاتهم واتجاهاتهم وميولهم، كما يتاح للمقابل التعبير عن رأيه بكل حرية من خلال الإجابة عن بعض تساؤلات الدراسة، وهذا ما لا نستطيع الوصول إليه من خلال الاستبانة، كما أن المقابلة تعد أداة دعم لصحة البيانات وتأكيدها التي تم الحصول عليها من مصادر أخرى.

12.4 خطوات إجراء المقابلة:

1- الاطلاع على الأدب النظري السابق في مجال الدراسة، وبناء الإطار النظري.

2- كتابة أسئلة مقترحة للمقابلات بشكل أولي.

3- عرضها على المشرفين للتأكد من ترابط الأفكار، وأن الأسئلة ستحقق الهدف المرجو منها.

4- كتابة أسئلة المقابلات في صورتها النهائية.

5- تدرب الباحثة على إجراء المقابلات مع أشخاص مختلفين.

6- إجراء المقابلات الشخصية.

7- استخدام المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها في تعزيز النتائج التي تم الحصول عليها من الاستبانتين.

8- الاستفادة من نتائج المقابلات في مناقشة وصياغة النتائج والتوصيات والمقترحات.

الفصل الخامس

تحليل البيانات وإجابة التساؤلات ومناقشتها

الفصل الخامس

تحليل البيانات وإجابة التساؤلات ومناقشتها

0.5 مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضًا لتحليل البيانات ومناقشتها، من خلال تحليل بعض المؤشرات الخاصة بالخِدْمات الصحية بشكل عام، ومؤشرات المبيت بشكل خاص، بالإضافة إلى الإجابة عن أسئلة الدراسة، واستعراض أبرز نتائج الاستبانتين، التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على البيانات الشخصية للاستبانتين؛لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات التي تم جمعها من استبانتي الدراسة، إذ تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS) للحصول على نتائج الدراسة التي تم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

1.5 تحليل مؤشرات الخِدْمات الصحية:

1.1.5 تحليل مؤشرات الموارد البشرية:

قامت الباحثة بأخذ معيار هذا المؤشر على عدد الإناث من الفئة العمرية في سن الإنجاب، أي الإناث اللواتي تزيد أعمارهن عن 15 سنة وتقل أعمارهن عن 49 سنة؛ حيث يقدر عددهن في نهاية عام 2015 حوالي 441175 أنثى، وليس حسب عدد السكان؛ لأن مستشفى الولادة تُعَدُّ مستشفى متخصصة تقدم خِدْماتها لهذه الفئة بشكل أساسٍ:

جدول (5.1): معدل الموارد البشرية من فئة الأطباء والتمريض والصيادلة حسب عدد الفئة المستهدفة

المؤشر	عدد الموارد	المعدلبالنسبة للموارد البشرية	المعدل بالنسبة للأسرة
عدد الإناث في سن الإنجاب وعدد الأسرة		441175	250
طبيب / 10000 أنثى	78	1.77	312. طبيبًا / سرير
ممرضة / 10000 أنثى	209	4.74	1.2 سرير / ممرض
صيدلانية / 10000 أنثى	3	.068	012. صيدلاني / سرير
ممرضة لكل طبيب	3.37		

المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد على التقارير الصادرة عن وزارة الصحة

حددت منظمة الصحة العالمية أنه لا يوجد أي معيار ذهبي لتقدير مدى كفاءة القوى الصحية العاملة في المستشفيات، ومع ذلك تقدر منظمة الصحة العالمية أن البلدان التي لديها أقل من 23 عاملًا في الرعاية الصحية (ما بين طبيب وممرض وقابلة) لكل 10000 نسمة من السكان لن تتمكن على الأرجح من تقديم التغطية الوافية في التدخلات الرئيسة للرعاية الصحية الأولية. (WHO، 2009م، ص95)؛ وحيث إن عدد جميع العاملين في المستشفى من مختلف التخصصات يساوي 345 موظفًا، والفئة المستهدفة لهذه المستشفى 441175 أنثى؛ فيمكننا القول إن نسبة العاملين/الفئة المستهدفة تساوي 7.82 عامل صحي لكل 10000 من الفئة المستهدفة، وهذه النسبة أقل بكثير من رقم 23 عاملًا التي حددتها منظمة الصحة العالمية؛ لتكون المستشفى قادرة على تقديم التغطية الوافية لمتلقي الخدمة طرفها.

وبالاطلاع على تقرير القوى العاملة في القطاع الصحي الخاص بعام 2015م والصادر في مارس/2016م، ص8، تبين أن معدل القوى العاملة في القطاع الصحي 14.5 طبيبًا لكل 10000 نسمة، و19.6 ممرضًا لكل 10000 نسمة، و3.0 صيدليًّا لكل 10000 نسمة، و1.4 ممرضًا لكل طبيب.

2.1.5 التعليق على مؤشر عدد الممرضين لكل طبيب:

تشير الباحثة أنها وجدت في تقرير القوى العاملة الخاص بوزارة الصحة عن عام 2015م، ص12، أن هذا المؤشر وصل إلى 1.5 ممرضًا لكل طبيب في مرافق وزارة الصحة بشكل عام، وحسب الإحصائيات العالمية فإن المعدل وصل إلى 3 ممرضة لكل طبيب (الحاج، 2012م، ص335)، أما في مجمع الشفاء الطبي ككل وصل المعدل إلى 1.3 ممرضًا لكل طبيب ومؤشر مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي 3.37 ممرضة لكل طبيب، ومن هنا نرى أن عدد الممرضات بالنسبة لعدد الأطباء كافٍ، ولكن عدد الممرضين وعدد الاطباء غير كافٍ نسبة إلى عدد متلقيات الخدمة.

3.1.5 مؤشر عدد الأسِرَّة بالنسبة لعدد الفئة المستهدفة:

يستعمل عدد الأسرة في المستشفيات للدلالة على مدى توافر خِدْمات المستشفى في أقسامها الداخلية، وفي حدود علم الباحثة لا توجد قاعدة عالمية لحساب نسبة أسرة المستشفى إلى مجموع الفئة المستهدفة، ففي الأقاليم الأوروبية يتوافر 63 سريرًا لكل 10000 نسمة، أما في الأقاليم الأفريقية فيتوافر 10 أسرّة لكل 10000 نسمة، ومعدل وزارة الصحة 11.7 سريرًا لكل 10000 نسمة. (نجم، 2016م، ص90)، أما في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي فيقدر 5.6 سريرًا لكل 10000

أنثى من الفئة المستهدفة، وهذا يعني وجود نقص واضح في عدد الأسرّة. وهذا ما أكده المدير الطبي الحالي والسابق، ومديرة التمريض الحالية والسابقة في أثناء مقابلتهم؛ حيث أفادوني بأن نسبة انشغال الأسرّة تتراوح بين 130% إلى 150%؛ حيث تخرج معظم حالات الولادة الطبيعية بعد 3 إلى 5 ساعات من انتهاء الولادة (خروج حسب الطلب)، مع العلم أنه يجب أن تمكث تحت الملاحظة 24 ساعة على الأقل، وكذلك الحال في حالات الولادات القيصرية؛ حيث يتم إخراج المريضة التي استقرت حالتها بعد 24 ساعة من إجراء العملية الجراحية على الرغم أنه من الواجب أن تمكث من 48 إلى 72 ساعة كحد أدنى لمتابعة حالتها، ومنع حدوث أي مضاعفات لديها، وفي أثناء المقابلة أكد بعضُهم أن الزيادة يجب أن تكون في أقسام محددة، مثل: قسم الولادة الطبيعية؛ لأنه أكثر الأقسام حاجة لزيادة عدد الأسرّة فيه، وهذا يعتبر مؤشر لضعف جودة الخدمة المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

4.1.5 مؤشر عدد الأطباء لعدد الأسرة:

يدل هذا المؤشر على كفاءة استخدام الموارد البشرية من فئة الأطباء على ضوء عدد الأسرّة التي يخدمها كل طبيب، وعلى افتراض أن الاستفادة الجيدة من العاملين بالمستشفى غير ممكنة في حال عدم وجود توازن بين عدد الأطباء وعدد الأسرة في المستشفى، وعلى افتراض بأن الطبيب الواحد لا يستطيع أن يخدم بكفاءة عددًا محددًا من الأسرة، والمعدل العالمي هو 4 أطباء لكل سرير (مجلة الباحث، 2012م، ص336)، وحيث إن معدل وزارة الصحة بلغ 0.7 طبيب لكل سرير، أما معدل مستشفى الشفاء فبلغ 0.8 طبيب لكل سرير. (تقرير القوى العاملة، 2016م، ص12).

وحسب النتيجة التي حصلنا عليها عند قسمة عدد الأطباء على عدد الأسرة وهي 0.248 طبيب لكل سرير، تبين وجود نقص شديد في عدد الأطباء، وعند مقابلة عدد من مديري أقسام المستشفى ورؤساء أقسامها أظهروا وجود نقص واضح في عدد الأطباء.

5.1.5 مؤشر عدد الممرضات والقابلات لكل سرير:

إن هذا المؤشر يستخدم لتقدير كفاءة استخدام الممرضات والقابلات العاملات في المستشفى على ضوء عدد الأسِرَّة، وحيث إن النسبة المقبولة لعموم الأسِرَّة هي بحدود 2 سرير لكل ممرضة أو قابلة (0.5 ممرضة لكل سرير)، ومعدل وزارة الصحة 1 ممرض لكل سرير، وكذلك الحال فيما يخص مجمع الشفاء الطبي وذلك حسب (تقرير القوى العاملة في وزارة الصحة، ص12)، أما في مستشفى الولادة فيبلغ المعدل 0.836 ممرضة أو قابلة لكل سرير، وهذا العدد يُعدُّ كافيًا ومقبولًا عند توزيع العدد الموجود على عدد الأسرّة الموجودة؛ ولكن مع وجود نقص حاد في عدد الأسرّة ونسبة

انشغال تتراوح بين 130 إلى 150% فيجب زيادة عدد الأسرّة في المستشفى؛ لتتناسب مع عدد متلقيات الخدمة اللواتي يترددن على المستشفى، وعليه سيصبح العدد الموجود من التمريض غير كافٍ وغير مقبول، وهذا ما أكدته مديرة التمريض الحالية ومديرة التمريض السابقة للمستشفى وكذلك مشرفات التمريض عند مقابلتهن وسؤالهن عن مدى كفاية عدد الممرضات والقابلات لحجم العمل في المستشفى وتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

6.1.5 تحليل الموارد البشرية من فئة التخدير:

في حدود علم الباحثة وحسب اطلاعها على بعض التقارير والسجلات لا يوجد معيار محدد من وزارة الصحة لعدد فنيي التخدير؛ ولكن بالاطلاع على العدد الموجود من فنيي التخدير العاملين في المستشفى تبين أن العدد 2 فقط، وهذا العدد غير كافٍ لسد حاجة المستشفى في يوم واحد؛ حيث إن المستشفى تعمل على مدار الساعة بواقع 3 مناوبات؛ ولكن عند سؤال الباحثة لمدير المستشفى في أثناء مقابلته أفادني "عدد فنيي التخدير غير كافٍ ولكننا نستعين بفنيي تخدير مستشفى الجراحة بمجمع الشفاء الطبي عند الحاجة لذلك؛ حيث يوجد تنسيق وتعاون كامل بيننا لضمان سير العمل على الوجه المطلوب"، وهذا ما أكده رئيس قسم التخدير بالمجمع الدكتور/ أحمد الداعور.

7.1.5 تحليل الموارد البشرية من فئة الإداريين:

حسب مقترح وزارة الصحة، فإن مفتاح مستشفى سعتها 80 سرير هو 1.5 إداري لكل سرير (نجم، 2016م، ص100)، وبما أن عدد الأسرّة في المستشفى 250 سريرًا فإن عدد الإداريين المفترض أن يكون موجودًا هو 4.69 إداريين لكل سرير، والعدد الموجود فعلًا من فئة الإداريين في المستشفى 8 إداريين وهذا العدد يُعدُّ كافيًا لتقديم خِدْمات إدارية ذات جودة مقبولة.

8.1.5 تحليل مؤشرات استخدام الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى:

قامت الباحثة بإجراء مقارنة لمؤشرات استخدام الخِدْمات الصحية لمستشفى الولادة خلال عامي 2014م و 2015م كمؤشر لقياس جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى؛ حيث إنه كلما زاد الاقبال على الخدمات المقدمة في المستشفى دل ذلك على جودة الخدمة المقدمة فيها وفاعليتها، وهذا أيضًا مؤشر على رضا المرضى عن الخِدْمات المقدمة، وتكوِّن صورة ذهنية مقبولة لديهم عن هذه الخِدْمات.

ومن جهة أخرى يمكن اعتبار زيادة عدد متلقي الخدمة مؤشر على عدم جودة الخدمات الصحية في المستشفى ولكن تضطر معظم متلقيات الخدمة لتلقي الخدمة داخل المستشفى بسبب الوضع الاقتصادي الصعب لهم، حيث أن أسعار الخدمات في مستشفى الولادة رمزية كونها مستشفى

حكومي وهذا ما يؤكده جدول رقم 5.12 الذي يبين أن 96.9% من متلقيات الخدمة لديهن تأمين صحي، كما أن حدوث بعض المضاعفات لدى بعض الحالات يؤدي إلى زيادة عدد حالات الدخول التي تراجع المستشفى، والجدول الآتي يوضح هذه المقارنة:

جدول (5.2): مقارنة بعض الخِدْمات المقدمة في بعض أقسام المستشفى خلال عام 2014م وعام 2015م:

القسم	عدد حالات الدخول عام 2014	عدد حالات الدخول عام 2015
قسم أمراض النساء	3197	3093
قسم الحمل الخطر	5319	3030
التحاميل	2748	1677.5
مرور طبيب الأطفال	3631	3876
قسم الكشك	12883	10251
قسم الاستقبال	تم فحص19263 تم إدخال 17321	تم فحص20303 تم إدخال 17819
قسم العيادة الخارجية	تم إدخال 3705 حالة ولادة تم إدخال 1511 حالة أمراض نساء	تم إدخال 4135 حالة ولادة تم إدخال 2012 حالة أمراض نساء
قسم العمليات	4246 عملية ولادة قيصرية 1352 عملية أمراض نساء	4516 عملية ولادة قيصرية 1461 عملية أمراض نساء
قسم الحضانة	عدد حالات الدخول 2063 عدد حالات الوفاة 186	عدد حالات الدخول 2294 عدد حالات الوفاة 186
عدد وفيات الأمهات	4 حالات	6 حالات

المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التقارير السنوية للمستشفى

واتضح للباحثة من جدول (5.2) أن الحالات التي راجعت قسم أمراض النسا وقسم الحمل الخطر والحالات التي استدعت ولادتها استخدام التحاميل تزيد في عام 2014 عن عام 2015 ومن الممكن أن يرجع ذلك إلى الحرب التي اندلعت عام 2014 مما يؤثر على بعض الحالات سلباً ويجعلها تحتاج إلى رعاية خاصة.

أما فيما يخص الزيادة في عدد الحالات التي راجعت قسم الاستقبال وقسم العيادة الخارجية وزيادة عدد العمليات القيصرية وعدد حالات عمليات أمراض النساء، وقسم الحضانة وكذلك الارتفاع في عدد حالات وفيات الأمهات فيعد ذلك مؤشرًا سلبيًّا على ضعف الأداء في المستشفى.

وترى الباحثة أن زيادة عدد الحالات سنوياً مع ثبات عدد العاملين وعدد الأجهزة وعدد الأسرة يشكل عبئًا إضافيًّا على هذه الموارد، كما أن انتهاء عمر بعض الأجهزة الافتراضي وتقاعد بعض العاملين يؤدي أيضاً إلى زيادة العبء على العاملين في المستشفى من أطباء وممرضين وإداريين.

هذا بالإضافة إلى وجود مبنى من مباني المستشفى آيل للسقوط وإخلاء طابق كامل منه؛ إلا إن أعداد المرضى لم يقل؛ مما شكل ضغطًا أكبر على الأقسام الموجودة، ومن الممكن أيضاً أن يعود التزايد في عدد الحالات التي تراجع المستشفى إلى الوضع الاقتصادي الصعب الذي يعيشه مواطني قطاع غزة خلال العشر سنوات السابقة من حصار وإغلاقات وانقسام داخلي ... .

9.1.5 تحليل مؤشرات خِدْمات المبيت:

قامت الباحثة بتحليل بعض مؤشرات المبيت في المستشفى خلال عام 2014م وعام 2015م حسب الجدول الآتي:

جدول(5.3): مؤشرات المبيت في المستشفى خلال عام 2014 وعام 2015

البيان	2014	2015
نسبة انشغال الأسرة في مستشفى الولادة	%98.7	%96.8
معدل المكوث في مستشفى الولادة	2.2 يوم	2.3 يوم
معدل دوران السرير في مستشفى الولادة	163 مرة سنويًا	153 مرة سنويًا
معدل الوفيات الخام في قطاع غزة	4.0	2.83
معدل وفيات الأمهات في قطاع غزة	31.0	25.9
نسبة الولادات القيصرية في مستشفى الولادة	%24.5	%26.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التقارير السنوية للمستشفى)

وتعبر هذه البيانات عن المعلومات المسجلة والموثقة حسب إحصائيات المستشفى؛ ولكن الموجود على أرض الواقع مختلف؛ حيث إن أسرة قسم الولادة الطبيعية مشغولة طوال الوقت تقريباً، ويصل معدل دورانها إلى مرتين أو ثلاث مرات يومياً في كثير من الأحيان، أما بالنسبة لأسرة قسم أمراض النساء أو الحمل الخطر فمن الممكن أن تبقى السيدات فيها مدة تصل إلى أكثر من شهر أحياناً حسب الحالة، أما فيما يخص معدل الوفيات الخام ومعدل وفيات الأمهات فتم حسابهم من خلال القوانين الآتية:

1- معدل الوفيات الخام: وهو عدد حالات الوفاة خلال عام مقسومًا على عدد السكان الأحياء في العام نفسه لكل 1000 نسمة من السكان.

2- معدل وفيات الأمهات: وهو عدد وفيات الأمهات خلال عام مقسومًا على عدد المواليد الأحياء خلال العام نفسه لكل 100000 مولود حي.

أما فيما يخص نسبة الولادات القيصرية فإن هذه المعدلات تتفق مع جدول رقم 5.3 الذي تضمن بيانات توزيع عينة الدراسة حسب الإجراء الطبي الذي يفيد بأن نسبة المستجيبات للاستبانة من متلقيات الخدمة اللواتي كان الإجراء الطبي المتخذ معهن ولادة قيصرية هو 27.6%، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية قررت نسبة مثالية لكل الولادات القيصرية تساوي 15% من إجمالي الولادات في المستشفى (وكيبيديا، 2016، نت)، وبناء عليه تعتبر نسبة الولادات القيصرية في مستشفى الولادة بجمع الشفاء الطبي خلال العامين السابقين مرتفعة لأنها تجاوزت النسبة المسموح بها عالمي.

2.5 تحليل بيانات الاستبانات ومناقشة أسئلة الدراسة:

1.2.5 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية.

أولًا- عرض لخصائص عينة الدراسة وفق البيانات الشخصية لاستبانة مقدمي الخدمة.

توزيع عينة الدراسة حسب الجنس.

جدول (5.4): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية%
ذكر	59	31.4
أنثى	129	68.6
المجموع	188	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة مقدمي الخدمة)

يتضح من جدول (5.4) أن ما نسبته 31.4% من عينة الدراسة ذكورًا، بينما 68.6% إناثًا، أي إن عدد الإناث العاملات في المستشفى يفوق ثلثي العاملين في المستشفى ويرجع ذلك إلى طبيعة عمل المستشفى؛ حيث إنها تقدم خِدْماتها للإناث فقط، وإذا ربطنا هذا الجدول بجدول توزيع العينة حسب التخصص نجد أن 39.9% من العاملين تخصصهم قبالة، وهذا التخصص في الجامعات الفلسطينية يقتصر على الإناث فقط.

توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

جدول (5.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	النسبة المئوية%
دبلوم	56	29.8
بكالوريوس	112	59.6
ماجستير	19	10.1
دكتوراه	1	0.5
المجموع	188	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة مقدمي الخدمة)

يتضح من جدول (5.5) أن ما نسبته 29.8% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي دبلوم، 59.6% مؤهلهم العلمي بكالوريوس،10.1 % مؤهلهم العلمي ماجستير، بينما 0.5% مؤهلهم العلمي دكتوراه. ويظهر لدينا هنا أن أكثر من 70% من العاملين حاصلين على مؤهل علمي بكالوريوس فما فوق، ويدل ذلك على كفاءة معظم العاملين في المستشفى وتأهيلهم، وترى الباحثة أن هذا التوزيع لعينة الدراسة حسب المؤهلات العلمية التي يحملها أفراد عينة الدراسة يجعلهم أكثر قدرة على العمل في الأوضاع الصعبة ونقص الإمكانيات؛ حيث إن كفاءتهم وفاعليتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم تعوض النقص في الكوادر الصحية العاملة في المستشفى، وتجعلهم أكثر كفاءة في استخدام الأجهزة والأدوات، وأكثر قدرة على التعامل مع الأنواع المختلفة من البشر التي تتردد عليهم في أثناء تقديمهم للخِدْمات المطلوبة منهم.

توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الإشرافي

جدول (5.6): توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الإشرافي

المسمى الإشرافي	العدد	النسبة المئوية%
بدون مسمى	175	93.1
رئيس شعبة	5	2.7
رئيس قسم	8	4.3
مدير	-	-
المجموع	188	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة مقدمي الخدمة)

يتضح من جدول (5.6) أن ما نسبته 93.1% من عينة الدراسة بدون مسمى، و2.7% مسماهم الإشرافي رئيس شعبة، بينما 4.3% مسماهم الإشرافي رئيس قسم. وترى الباحثة أن ظهور النتائج على النحو المذكور أعلاه واقعي جدًا؛ حيث إن المستشفى تعمل بنظام المناوبات (3 مناوبات

يوميًا) من خلال عدة أقسام، وأن وجود الجزء الأكبر من العاملين بدون مسمى وظيفي أمر طبيعي؛ لأنهم يقومون بالأعمال التنفيذية الخاصة بالخِدْمات المقدمة من خلال المستشفى، ويشرف عليهم عدد قليل من رؤساء الأقسام والشُعَب.

توزيع عينة الدراسة حسب التخصص:

جدول (5.7): توزيع عينة الدراسة حسب التخصص

التخصص	العدد	النسبة المئوية%
طبيب	50	26.6
قابلة	75	39.9
ممرضة	45	23.9
مهن مساندة	18	9.6
المجموع	188	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة مقدمي الخدمة)

يتضح من جدول (5.7) أن ما نسبته 26.6% من عينة الدراسة تخصصهم طبيبًا،39.9% تخصصهم قابلة،23.9% تخصصهم ممرضة، بينما 9.6% تخصصهم مِهنًا مساندة. وهذا يعني أن 63.8% من العاملين تخصصهم تمريضًا وقابلة ويقوم هذان التخصصان بالمهام التمريضية للسيدات، أي يتبعون إداريًا لمديرة تمريض المستشفى من خلال عدد من المشرفات، وتقوم هذه الفئة باستقبال جميع الحالات التي تصل إلى المستشفى، وأخذ الملاحظات الحيوية لكل منهن (ضغط، وحرارة، نبض)،ثم عمل تخطيط للجنين، ثم يتم عرض متلقية الخدمة على الطبيب، فيقرر فحصها أو تصويرها، وعندها تقوم الممرضة بتجهيزها والوجود معها ومع الطبيب في أثناء الإجراء الطبي المتخذ بحق المريضة، أما فيما يخص الخِدْمات التي تقدمها الممرضة أو القابلة خلال أيام مبيت الحالة في المستشفى فتوجد الممرضات مع الحالات المرضية طوال فترة المبيت؛ لمتابعة حالتهن وتوزيع العلاج عليهن وعمل غيار على الجروح للحالات التي تحتاج، وسحب الدم للحالات التي يتم طلب تحاليل لها، والمرور مع الطبيب وإعطاء ملخصًا للأحداث التي مرت بها الحالة خلال الفترة السابقة، بالإضافة إلى الخِدْمات الإرشادية والتوعوية التي تقدمها الممرضات للحالات المختلفة، من حيث توعية الأم للأمور التي تحتاج إلى الانتباه إليها، والتغيرات التي تحدث في جسمها في أثناء فترة النفاس، وتشجيع الأم على الرضاعة الطبيعية، كما تقوم القابلات بتوليد بعض الحالات التي ليس لديهن أي علامات خطورة من خلال قسم الولادة الآمنة؛ حيث تُعَدُّ الممرضة الماهرة ذات الخلق الحسن ملاكًا من ملائكة الرحمة وحبل النجاة بالنسبة للحالات المختلفة، ويُعدُّ التمريض أيضًا حلقة الوصل بين متلقيات الخدمة والأطباء؛ بسبب ضيق وقت الأطباء، وقلة عددهم مقارنة بالتمريض.

أما فئة الأطباء فتمثل ربع العاملين في المستشفى تقريبًا، وهي الفئة الوحيدة التي تشخص الحالة، وهي المخولة بوصف العلاج للحالات المختلفة، وتغيير جرعة العلاج إذا لزم الأمر، ويتم استدعاء الأطباء في حالة عدم قدرة التمريض على التعامل مع الحالات الصعبة، سواء كانت تحتاج تدخلًا جراحيًّا أو متابعة حمل، أو أي تدخل طبي آخر.

توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

جدول (5.8): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	العدد	النسبة المئوية%
أقل من 10 سنوات	142	75.5
من 10 إلى 15 سنة	34	18.1
أكثر من 15 سنة	12	6.4
المجموع	188	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة مقدمي الخدمة)

يتضح من جدول (5.8) أن ما نسبته 75.5% من عينة الدراسة سنوات خبرتهم أقل من 10 سنوات، و18.1% تتراوح سنوات خبرتهم من 10 إلى 15 سنة، بينما 6.4% سنوات خبرتهم أكثر من 15 سنة. وترى الباحثة أن سبب ارتفاع نسبة عدد العاملين بخبرة تقل عن 10 سنوات تعزى إلى الظروف التي مرت بها السلطة الوطنية الفلسطينية خلال الفترة من 2006م وحتى عام 2015م من أحداث الانقسام الداخلي التي ترتب عليها استنكاف عدد كبير من العاملين في المستشفى عام 2008؛ مما أدى إلى توظيف عدد كبير من العاملين في ذلك الوقت؛ لسد العجز في نقص عدد العاملين بشتى أنواعهم.

أما فيما يخص العدد القليل جدًا من العاملين الذين تزيد سنوات خبرتهم عن 15 سنة فعددهم 12 شخصًا معظمهم قاربت مدة خدمتهم على الانتهاء، وهم يُعدُّون أحد نقاط القوة للمستشفى؛ حيث إن لديهم خبرات واسعة في العمليات الجراحية النسائية وخصوصًا النوعية منها، ويستطيعون التعامل مع حالات الحمل الخطر المختلفة والولادة الصعبة والمتعسرة بدرجة أكبر من باقي العاملين؛ لذلك ستخسر المستشفى عند تقاعدهم خبرتهم العالية وكفاءتهم في العمل.

ثانيًا-عرض لخصائص عينة الدراسة وفق البيانات الشخصية لاستبانة متلقيات الخدمة

توزيع عينة الدراسة حسب العمر

جدول (5.9): توزيع عينة الدراسة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية%
أقل من 15 سنة	2	.5
من 15 إلى أقل من30 سنة	232	60.4
من 30 إلى أقل من 45 سنة	129	33.6
45 سنة فأكثر	21	5.5
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.9) أن ما نسبته5.% من عينة الدراسة أعمارهم أقل من 15 سنة،و60.4% تتراوح أعمارهم من 15 إلى أقل من30 سنة، و33.6% تتراوح أعمارهم من 30 إلى أقل من 45 سنة، بينما 5.5% أعمارهم 45 سنة فأكثر.

وهذا يعني أن 94% من متلقيات الخدمة هم من السيدات اللواتي يقعن في الفئة العمرية (15-45) وهي تمثل فترة سن الإنجاب أي أن معظم الحالات التي تراجع المستشفى بسبب متابعة حمل أو إنهاء حمل، أما متلقيات الخدمة التي تقل أعمارهم عن سن الإنجاب فهن قليلات جدًا من الممكن أن يكن قد تزوجن زواجًا مبكرًا، وحضرن إلى المستشفى لمتابعة الحمل أو إنهائه، أو بسبب مشاكل صحية أخرى تخص الجهاز التناسلي ودورة الطمث. أما بخصوص السيدات اللواتي تزيد أعمارهن عن سن الإنجاب فعددهن أيضًا قليل، وهن سيدات يعانين من مشاكل سن اليأس عند السيدات، أو نزيف بعد انقطاع طويل لدورة الطمث، أو لمشاكل صحية أخرى.

توزيع عينة الدراسة حسب مكان الإقامة

جدول (5.10): توزيع عينة الدراسة حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة	العدد	النسبة المئوية%
غزة	296	77.1
أخرى	88	22.9
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.10) أن ما نسبته 77.1% من عينة الدراسة يقيمون في غزة، بينما 22.9% يقيمون في أماكن أخرى. وترى الباحثة أن سبب العدد الكبير من ملقيات الخدمة من سكان مدينة غزة يعود إلى قرب المستشفى لهم، ووجود المستشفى في مكان يتوسط القطاع؛ مما يسهل الوصول إليه، أما نسبة 22.9% من متلقيات الخدمة التي يصلن المستشفى من باقي مدن القطاع ومخيماتها فهي حالات صعبة ومتعسرة، تحول من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية إلى المستشفى للتعامل معها حسب حالتها الصحية، وهذا يُعدُّ مؤشرًا واضحًا على جودة الخِدْمات المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي وتميزها عن الخِدْمات التي تقدمها باقي مستشفيات قطاع غزة، سواءً كانت مستشفيات حكومية أو أهلية أو خاصة.

توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

جدول (5.11): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية%
ابتدائية فأقل	23	6.0
إعدادية	63	16.4
ثانوية	161	41.9
جامعية	137	35.7
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.11) أن ما نسبته 6.0% من عينة الدراسة مستواهم التعليمي ابتدائي فأقل، و16.4% مستواهم التعليمي إعدادي، و41.9% مستواهم التعليمي ثانوي، بينما 35.7% مستواهم التعليمي جامعي. وهذا يعني أن 22.4% من متلقيات الخدمة لم يحصلن على التعليم بدرجة كافية، وأن وعيهم ودرايتهم بكثير من الأمور قليلة؛ مما ينعكس على ثقافتهم وتربيتهم لأبنائهم كما يؤثر على تعاملهم مع الأمور بطرق غير لائقة، أما 77.6 من متلقيات الخدمة اللواتي استجبن لأداة الدراسة فهم من الحاصلين على درجة البكالوريوس فما فوق، وهذا يزيد من الثقة بالبيانات التي تم الحصول عليها من المستجيبات من متلقيات الخدمة.

توزيع عينة الدراسة حسب التأمين الصحي

جدول (5.12): توزيع عينة الدراسة حسب التأمين الصحي

التأمين الصحي	العدد	النسبة المئوية%
مؤمنة	372	96.9
غير مؤمنة	12	3.1
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.12) أن ما نسبته 96.9% من عينة الدراسة مؤمنون، بينما 3.1% غير مؤمنين. ومن هنا تظهر وجود إمكانية لتقديم الخِدْمات الصحية التي تقدمها المستشفى سواء علاجية أو تشخيصية أو وقائية لغير المؤمنين؛ ولكن يرجع ارتفاع نسبة المؤمنين إلى سهولة الوصول المادي لهذه الفئة؛ حيث إنهم يتلقون الخِدْمات الصحية داخل المستشفى بأسعار رمزية، أما الخِدْمات المقدمة خلال فترة المبيت فهي مجانية لا يتم دفع أي رسوم مقابلها مهما طالت فترة المبيت، وتتنوع درجة صعوبة حالتهم وطبيعة الخدمة التي يحتاجون لها، أما بخصوص الجزء القليل من غير المؤمنين والتي تبلغ نسبتهم 3.1% من متلقيات الخدمة اللواتي تضمنتهن عينة الدراسة فيكُنَّ من ذوات الحالات الصعبة والمستعصية التي لا يتم استقبالهن في أي مكان آخر بسبب صعوبة الحالة، وهذا يُعدُّ مؤشرًا إيجابيًّا على جودة نوعية الخِدْمات التي تقدمها المستشفى من حيث توافر تخصصات فريدة في المستشفى، وتوافر أجهزة غير متوافرة في أي مكان آخر يقدم الخدمة نفسها.

توزيع عينة الدراسة حسب الإجراء الطبي

جدول (5.13): توزيع عينة الدراسة حسب الإجراء الطبي

الإجراء الطبي	العدد	النسبة المئوية%
ولادة طبيعية	142	37.0
ولادة قيصرية	106	27.6
عملية جراحية	39	10.1
متابعة حمل	97	25.3
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.13) أن ما نسبته 37.0% من عينة الدراسة إجراؤهم الطبي ولادة طبيعية، و27.6% ولادة قيصرية، و10.2% عملية جراحية، بينما 25.3% متابعة حمل. وهنا يمكننا الربط بين هذا الجدول وجدول توزيع عينة الدراسة من متلقيات الخدمة حسب العمر، والذي يوضح أن 94% من متلقيات الخدمة هن سيدات في سن الإنجاب، وهذا الجدول يوضح أن 89.9% من متلقيات الخدمة حضرن للمستشفى مر حمل أو ولادة طبيعية أو ولادة قيصرية، وهذان الرقمان يؤكد كل منهما الآخر. أما ما نسبته 10.1% من ملقيات الخدمة اللواتي استجبن فهن لسْنَ من الفئة العمرية المصنفة بسن الإنجاب، وبذلك يقعن تحت 15 سنة أو فوق 45 سنة حدثت لديهنَّ مشاكل معينة في الجهاز التناسلي.

توزيع عينة الدراسة حسب قسم المبيت

جدول (5.14): توزيع عينة الدراسة حسب قسم المبيت

قسم المبيت	العدد	النسبة المئوية%
الحمل الخطر	47	12.2
الولادة الطبيعية	185	48.2
أمراض نساء	43	11.2
العناية الخاصة	29	7.6
القيصريات	80	20.8
المجموع	384	100.0

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي الخاص باستبانة متلقيات الخدمة)

يتضح من جدول (5.14) أن ما نسبته 12.2% من عينة الدراسة قسم المبيت لديهم الحمل الخطر، و48.2% الولادة الطبيعية، و11.2% أمراض نساء، و7.6% عناية مركزة، بينما 20.8% قسم المبيت لديهم القيصريات. وهذا يعني أن حوالي نصف عينة الدراسة من السيدات اللواتي استجبن لأداة الدراسة تلقين الخِدْمات الصحية في قسم الولادة الطبيعية، ويرجع ذلك إلى الازدحام الدائم في هذا القسم؛ حيث إن نسبة انشغال الأسرّة فيه تصل في غالب الأحيان إلى 160%؛ مما يُرهق العاملين في هذا القسم، حسب إفادة الدكتور/ حسن اللوح – مدير مستشفى الولادة السابق والمدير الطبي لمجمع الشفاء الطبي حاليًا، أما فيما يخص الحالات القيصرية فقد اقتربت نسبة الحالات القيصرية وهي 20.8% من نسبة الولادات القيصرية في قطاع غزة ككل، حسب تقارير وزارة الصحة التي بينت أن نسبة الولادات القيصرية خلال عام 2015م هي 21.2%.

2.2.5 الإجابة عن أسئلة الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبارT لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 3 أم لا. فإذا كانت Sig > 0.05 (Sigأكبر من 0.05) فإن متوسط آراء الأفراد حول الظاهرة موضع الدراسة لا يختلف جوهريًا عن موافق بدرجة متوسطة وهى 3، أما إذا كانت Sig < 0.05 (Sig أقل من 0.05) فإن متوسط آراء الأفراد يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة، وفي هذه الحالة يمكن تحديد ما إذا كان متوسط الإجابة يزيد أو ينقص بصورة جوهرية عن درجة الموافقة المتوسطة من خلال قيمة الاختبار، فإذا كانت قيمة الاختبار موجبة فمعناه أن المتوسط الحسابي للإجابة يزيد عن درجة الموافقة المتوسطة والعكس صحيح.

1.2.2.5السؤال الأول- ما مستوى الفاعلية السريرية حسب كلٍّ من مقدمي الخدمة ومتلقيها؟

تحليل فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية"- مقدمي الخدمة.

- تحليل فقرات مجال "البنية التحتية".

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة. النتائج موضحة في جدول (5.15).

جدول (5.15): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "البنية التحتية"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية(Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة المتوافرة والحديثة.	2.84	0.76	56.90	-2.80	*0.003	2	قليلة
.2	وجود أماكن مجهزة لتقديم الخدمة الصحية بطريقة جيدة ودون أي إزعاج.	2.55	0.78	51.06	-7.90	*0.000	3	قليلة
.3	وجود أماكن مخصصة ومجهزة لفترة الراحة الخاصة بالموظفين.	2.11	1.03	42.17	-11.69	*0.000	5	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية(.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
4.	توجد قاعات مخصصة للتعليم والتدريب المستمر للموظفين داخل المستشفى.	3.16	1.08	63.19	2.02	0.022*	1	كبيرة
5.	وجود صالات انتظار مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم.	2.14	0.93	42.87	-12.57	0.000*	4	قليلة
جميع فقرات المجال معًا.		2.56	0.58	51.30	-10.29	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.15) يمكن استخلاص ما يأتي:

أعلى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "توجد قاعات مخصصة للتعليم والتدريب المستمر للموظفين داخل المستشفى"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.16 (الدرجة الكلية من 5) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 63.19%، وقيمة الاختبار 2.02، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.022؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى وجود قاعة كبيرة مخصصة لعقد اللقاء الصباحي اليومي مع مدير مستشفى الولادة وأطباء الولادة الموجودين على الدوام لهذا اليوم والقسم المناوب، بالإضافة إلى عقد الاجتماع الدوري مرة كل أسبوعين بين مدير المستشفى ورؤساء الأقسام والوحدات، بالإضافة إلى عقد نشاط علمي بصورة مستمرة سواء ورش عمل أو دورات تدريبية بواقع يومين أسبوعيًا (الإثنين والأربعاء)، وأخيرًا يتم عقد لقاءات طارئة لمناقشة الحالات الحرجة عند وجود حاجة لذلك، مع العلم أن هذه القاعة تم بناؤها وتجهيزها بالمستلزمات اللازمة للتدريب بتبرع سخي من مواطن يدعى/ عمر الشوا.

أدنى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "وجود أماكن مخصصة ومجهزة لفترة الراحة الخاصة بالموظفين"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.11، أي أن المتوسط الحسابي النسبي 42.17%، وقيمة

الاختبار 11.69-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى أن الاماكن التي تم تخصيصها حديثًا لفترة الراحة الخاصة بالموظفين غير مجهزة، ولا تليق بحجز سجين، ولا تليق لراحة طبيب يقوم بجهود جبارة في تقديم خدمة جليلة لفئة معينة من المجتمع.

بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.56، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 51.30%، قيمة الاختبار 10.29-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "البنية التحتية" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وتعزو الباحثة حصول مجال البنية التحتية على موافقة بدرجة قليلة إلى وجود مبنى من مباني المستشفى آيل للسقوط، بالإضافة إلى أن باقي مرافق المستشفى تحتاج إلى ترميم وصيانة بصورة مستمرة؛ ولكن لا يتم صيانة ممتلكات المستشفى بصورة دورية بما يحقق إطالة العمر الإنتاجي لهذه الممتلكات، سواء كانت أجهزة أو أبنية أو أي أصل آخر من أصول المستشفى، كما أن سوء الوضع الاقتصادي والسياسي للحكومة الفلسطينية، ووجود انقسام بين شطري الوطن أدى إلى حرمان قطاع غزة من وجود موازنات معتمدة يتم تمويلها من الجهات المانحة.

كما أنه لم يتم بناء المستشفى على أسس البناء الصحي الصحيح وفق المعايير المتعارف عليها في بناء المستشفيات والمراكز الصحية، فضلًا عن قدم المباني وتعرض كثير من مرافق المستشفى للتلف والخراب مع غياب الصيانة الدورية الواجب القيام بها فيما يخص المباني، أما بالنسبة للأجهزة والمعدات فعند طلب صيانة جهاز تتأخر إدارة الهندسة والصيانة بالرد على الطلب والحضور لإصلاح الجهاز، وفي معظم الأحيان تحتاج الأجهزة إلى قطع غيار غير متوافرة داخل القطاع؛ بسبب الحصار والانقسام الذي يعاني منه قطاعنا الحبيب، أو لعدم وجود ميزانيات للتحسين والتطوير على البنية التحتية.

وترجع الموافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد عينة الدراسة فيما يخص وجود قاعات مخصصة للتعليم والتدريب المستمر للموظفين داخل المستشفى إلى تبرع مواطن من عائلة الشوا لبناء طابق

خاص بقاعة تدريب تخص موظفي مستشفى الولادة، يتم فيها عقد اللقاءات اليومية الصباحية، وعقد ورشة عمل مرتين أسبوعيًا فيها، وعقد دورات تدريبية فيها حسب الاحتياج التدريبي للمستشفى وتوافر الإمكانيات اللوجستية اللازمة لعقد هذه الدورات.

أما الموافقة بدرجة قليلة على وجود أماكن مخصصة ومجهزة لفترة الراحة الخاصة بالموظفين فهي تكاد تكون معدومة؛ حيث إن الأماكن المخصصة والمتوافرة غير مجهزة وغير لائقة لاستخدام الموظفين وخصوصًا الأطباء، بالإضافة إلى عدم وجود دورات مياه خاصة بالرجال داخل المستشفى، وهذه المشكلة لوحظت بدرجة كبيرة من خلال سماع بعض الشكاوى من عدد من الإداريين ومحصلي الإيرادات خلال فترة تعبئة الاستبانات، وهذا ما أكده المسؤول الإداري عن المستشفى الأخ/ وائل السلوت عند سؤاله عن توافر أماكن راحة.

وتؤكد الباحثة أن ظهور نتيجة جميع فقرات المجال معًا على موافقة بدرجة قليلة يرجع إلى سوء الوضع الاقتصادي والسياسة للحكومة الحالية التي تدير قطاع غزة، وحالة الانقسام السياسي، وعدم وجود ميزانيات كافية لإدارة المؤسسات التابعة لها بأنواعها، سواء كانت صحية أو تعليمية أو ثقافية، واعتماد هذه المؤسسات على المنح والتبرعات الخارجية، واعتماد الحكومة لسياسة ترشيد الاستهلاك منذ سنوات أدى إلى العمل بالحد الأدنى.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (ذياب، 2012م) فيما يخص فقرة وجود صالات انتظار مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم؛ حيث بينت الدراسة الحالية أن درجة الموافقة على وجود مثل هذه الصالات قليلة، ودراسة ذياب أوصت بتوفير صالات انتظار للمرضى ودورات مياه مناسبة، كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (عطية، 2011م) فيما يخص ضرورة توفير مستلزمات المستشفيات، سواء كان ذلك أجهزة أو معدات حديثة، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (الغوطي، 2015م) فيما يخص تأثير الانقسام والخلافات السياسية على أداء وزارة الصحة بأكملها؛ مما يؤثر على أداء المستشفيات من حيث ضعف إمكانية توفير الاحتياجات والمستلزمات الصحية لأسباب سياسية، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (البسيوني، 2014م) في أن الظروف الاقتصادية السائدة هي الصعوبة الرئيسة التي تواجهها وزارة الصحة في توفير التمويل؛ حيث إن حجم التمويل التي يتم توفيره يؤثر على تطوير القطاع الصحي بنسبة 83.8%.

- **تحليل فقرات مجال "ظروف العمل".**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة.والنتائج موضحة في جدول (5.16).

جدول (5.16): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "ظروف العمل"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية(Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	مكان العمل هادئ ومناسب لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	2.36	0.81	47.23	-10.77	*0.000	3	قليلة
2.	تُعَدُّ الإضاءة المتوافرة مناسبة لتقديم الخدمة الصحية.	2.82	0.98	56.49	-2.44	*0.008	1	قليلة
3.	تتوافر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	2.61	0.99	52.15	-5.42	*0.000	2	قليلة
4.	تتوافر دورات مياه مناسبة لاستخدام الموظفين في المستشفى.	2.02	0.95	40.33	-14.06	*0.000	5	قليلة
5.	تتوافر مياه شرب وخِدْمات فندقية مناسبة للموظفين في المستشفى.	1.62	0.84	32.49	-22.08	*0.000	6	قليلة
6.	أعداد الأسرّة الموجودة داخل كل غرفة تتناسب مع حجم الغرفة.	2.02	0.98	40.43	-13.68	*0.000	4	قليلة
جميع فقرات المجال معًا.		2.25	0.63	44.97	-16.35	*0.000		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.16) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "تعَدُّ الإضاءة المتوافرة مناسبة لتقديم الخدمة الصحية"حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.82 (الدرجة الكلية من 5)، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 56.49%، وقيمة الاختبار 2.44-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.008؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه

الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويرجع ذلك إلى نقص الإمكانيات فيما يخص أعمال الصيانة، والانقطاع المتكرر للتيار الكهربائي، والانتظار لفترات متفاوتة لتشغيل المولدات الكهربية الخاصة بالمستشفى لتعويض التيار الكهربائي؛ حيث إن شح الموارد وندرتها يؤثر على توفير الاحتياجات المختلفة للمستشفى من المحروقات وخلافه اللازمة لتشغيل هذه المولدات، وهذا بدوره يؤثر على جودة الخِدْمات المقدمة.

– أدنى ترتيب فقرة رقم 5 وهي "تتوافر مياه شرب وخِدْمات فندقية مناسبة للموظفين في المستشفى"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 1.62، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 32.49%، وقيمة الاختبار 22.0–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$؛مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويرجع ذلك إلى عدم وجود شخص محدد متخصص يقوم بمتابعة الأمر فيما يخص الموظفين في المستشفى، مع العلم بوجود عدد من الموظفين الذين يستمر دوامهم لمدة 24 ساعة، مثل: ملتحقي برنامج البورد الفلسطيني، وبعض الموظفين الذين يرغبون بالدوام 16 ساعة متواصلة أو 24 ساعة متواصلة لتوفير أجرة المواصلات؛ بسبب عدم تقاضيهم رواتب كاملة؛ حيث إن المبالغ التي يتقاضونها لا تكفي لسد الحاجات الأساسية من متطلبات الحياة الخاصة بهم، وعند شكوى الموظفين أو تظلمهم بسبب سوء الخِدْمات الفندقية المتوافرة لهم، تستجيب الإدارة بدرجة غير مقبولة؛ حيث يتم الرد عليهم في معظم الاحيان بأن ما يتم تقديمه حسب الإمكانيات المتاحة والمتوافرة للإدارة.

بشكل عام يمكن القول إنَّ المتوسط الحسابي يساوي 2.25، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 44.97%، وقيمة الاختبار 16.35–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "ظروف العمل" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المال.

وهذا ما أكده جميع من تم مقابلتهم من مديري ورؤساء أقسام؛ حيث أفادوني بالإجماع أنهم يعملون تحت شعار "لأجلك" أي أن المريضة هي أول أولوياتهم كمديرين ومشرفين على العاملين في المستشفى، وهذا بدوره يضعهم تحت ضغط نفسي بسبب الكم الهائل من الحالات التي تصل

المستشفى؛ حيث إن نسبة انشغال الأسرّة تصل في بعض الأقسام أحيانًا إلى 160%، بالإضافة إلى تعدد الخِدْمات المقدمة للحالة الواحدة، وهذا كله في ظل نقص الإمكانيات المادية والبشرية، بالإضافة إلى عدم دفع رواتب كاملة لمعظم الموظفين العاملين في المستشفى.

وتعزو الباحثة حصول جميع فقرات المجال على درجة موافقة قليلة إلى سوء حالة المبنى الخاص بمستشفى الولادة، على الرغم من العدد الكبير من متلقيات الخدمة اللواتي يراجعن المستشفى، وضيق المكان، وعدم كفاية عدد الغرف لهذا العدد، وعدم تطوير المبنى ليتناسب مع نسبة الزيادة السنوية في عدد السكان؛ حيث إن بناء هذه المستشفى وترميمها في الغالب يعتمد على وجود منح وتبرعات، واعتماد المستشفى في تلبية احتياجاتها اليومية بشكل أساسٍ على المنح والتبرعات الداخلية والخارجية بسبب عدم توافر ميزانيات عامة للدولة؛ بسبب الانقسام والحصار الذي دام أكثر من عشر سنوات على قطاعنا الحبيب، وهذا كله أدى إلى عدم توفير ظروف عمل مناسبة للعاملين.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (ذياب، 2012م) التي أوصت بضرورة توفير دورات مياه مناسبة للمرضى والعاملين؛ حيث كانت درجة الموافقة على فقرة "تتوافر دورات مياه مناسبة لاستخدام الموظفين في المستشفى" في الدراسة الحالية موافقة بدرجة قليلة، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (سعدة، 2012م) فيما يخص الخِدْمات الفندقية؛ حيث حصلت الدراسة الحالية ودراسة سعدة على نسبة موافقة بدرجة قليلة، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (نجم، 2016م) فيما يخص وجود نقص في الموارد البشرية في العديد من التخصصات، مثل: الطب، التمريض، الإداريين (السكرتاريا الطبية)، وكذلك فيما يخص وجود رضا عام لدى متلقي الخِدْمات المقدمة عن مقدمي الخدمة الصحية.

واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة مثل: دراسة (مصلح، 2011م) التي أجريت في قلقيلية ودراسة (نجم، 2016م) التي أجريت في غزة، ودراسة (ذياب، 2012م) التي أجريت في الأردن حيث إنهم جميعًا حصلوا على موافقة بدرجة مرتفعة على مجال المرافق، أما في الدراسة الحالية فقد حصل هذا المجال على موافقة بدرجة قليلة.

- تحليل فقرات مجال "توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة"

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.17).

جدول (5.17): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية(Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يتوافر عدد كافٍ من الأطباء لتقديم خدمة صحية مقبولة على مدار الساعة.	2.70	0.90	54.04	-4.54	0.000*	2	قليلة
.2	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة الصباحية.	2.73	1.00	54.57	-3.74	0.000*	1	قليلة
.3	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة المسائية والليلية.	2.31	0.89	46.13	-10.66	0.000*	7	قليلة
.4	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الصحية المساندة على مدار الساعة.	2.38	0.88	47.53	-9.72	0.000*	6	قليلة
.5	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الإدارية المساندة على مدار الساعة.	2.41	0.93	48.22	-8.63	0.000*	5	قليلة
.6	يتم طلب وإجراء الفحوصات والاختبارات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة.	2.57	0.95	51.35	-6.20	0.000*	3	قليلة
.7	تتوافر العلاجات المختلفة الخاصة بعلاج الحالات المختلفة على مدار الساعة.	2.47	0.91	49.46	-7.92	0.000*	4	قليلة
جميع فقرات المجال معًا		2.51	0.66	50.15	-10.22	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.17) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم2 وهي "يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة الصباحية"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.73 (الدرجة الكلية من 5) أي إن

المتوسط الحسابي النسبي 54.57%، وقيمة الاختبار 3.74−، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلى وجود نقص شديد في عدد الممرضات والقابلات العاملات في المستشفى، ويتم حل هذه المشكلة بزيادة العبء عليهم في أثناء توزيعهم وتشغيلهم عدد ساعات أكبر، وإشرافهم على حالات أكثر، مع العلم أن عدد التمريض الذي يعمل في المستشفى خلال الفترة الصباحية يفوق عدد التمريض العامل في المستشفى خلال الفترة المسائية؛ بسبب وجود مرور صباحي مع الأطباء وحالات خروج يجب أن تتخذ معها إجراءات معينة، وكذلك وجود إدارة المستشفى، وعمل قسم العيادة الخارجية الذي يقدم خِدْماته فقط خلال الفترة الصباحية.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة المسائية والليلية"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.31 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 46.13%، وقيمة الاختبار10.66−، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3؛وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة أيضًا إلى النقص الشديد في الكادر البشري خلال الفترة المسائية من جميع الفئات وليس التمريض فقط؛ حيث إن مستشفى الولادة تضطر إلى إغلاق مختبر مستشفى الولادة الموجود أسفل المبنى بسبب نقص الكادر الفني من تخصص التحاليل الطبية؛ مما يضطر المواطنون للجوء إلى المختبر الخاص بمجمع الشفاء الطبي أو التحليل في مختبرات خارجية خلال الفترة المسائية والليلية، أي أن النقص في الكادر العامل في المستشفى عام وفي معظم التخصصات؛ ولكن يظهر بدرجة كبيرة في فئة التمريض؛ لأنهن يقمن بدور كبير في تقديم الخِدْمات لجميع الحالات.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 2.51، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 50.15%، وقيمة الاختبار 10.22−، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة" دال

إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًاعن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وترجع الباحثة حصول المجال بأكمله على درجة موافقة قليلة إلى وجود نقص في عدد الأطباء العاملين في المستشفى، وخصوصًا أصحاب سنوات الخبرة الطويلة؛ بسبب استنكاف عدد كبير من العاملين في المستشفى عام 2008م بسبب الانقسام الداخلي لشطري الوطن، وكذلك وجود نقص شديد في عدد التمريض خلال الفترة الصباحية والمسائية والليلية بسبب الكم الهائل من الحالات التي يصل المستشفى، والذي يرهق كاهل العاملين، ويشغل معظم أسرّة المستشفى بأكثر من مريضة خلال 24 ساعة؛ حيث تقوم بعض الحالات التي ولدت ولادة طبيعية بالخروج من المستشفى حسب الطلب بعد إتمام عملية الولادة بفترة لا تزيد عن 4 ساعات؛ مما يجعل السرير الواحد يستخدم أكثر من مرة يوميًا، بالإضافة إلى وجود نقص في عدد موظفي الوظائف الصحية المساندة من فنيي مختبر وصيادلة، بالإضافة إلى وجود نقص في عدد موظفي الخِدْمات الإدارية المساندة؛ مما يعيق حوسبة الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى.

ومن خلال مقابلة مديرة التمريض وسؤالها عن مدى توافر الموارد البشرية من فئة التمريض أفادتني بما يأتي "يوجد نقص شديد في عدد التمريض، وكذلك الأدوات والمستهلكات الطبية ولكن معظم الممرضات والقابلات مؤهلات ويتم تدريبهن بشكل مستمر".

واتفقت توصيات الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (الأحمدي، 2009م) حيث أوصت دراسة الأحمدي بإعادة توزيع الموارد الصحية (الموارد البشرية) بهدف الاستغلال الأمثل لهذه الموارد بما يحقق الكفاءة النسبية في معدلات الأداء، وكان من أهم توصيات الدراسة الحالية ضرورة توفير كوادر صحية من التخصصات الصحية المختلفة بما يحقق تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية، وتوزيعها بما يضمن خِدْمات صحية ذات جودة عالية.

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات السابقة كدراسة (صباح، 2014م) فيما يخص توافر العلاجات المختلفة على مدار الساعة؛ حيث كانت النتيجة لدى صباح وجود رضا عام لدى العملاء حول توافر العقاقير بصورة مستمرة، أما في هذه الدراسة فيوجد رضا بنسبة قليلة في ما يخص توافر العلاجات المختلفة على مدار الساعة.

- **تحليل فقرات مجال "دخول العناية المركزة (غير المخطط)".**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.18).

جدول (5.18): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "دخول العناية المركزة (غير المخطط)"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يُعدُّ حدوث المضاعفات لبعض الحالات بسيطًا بشكل عام.	2.82	0.86	56.34	-2.91	*0.002	2	قليلة
.2	يندر إدخال بعض الحالات إلى العناية المركزة نتيجة حدوث مضاعفات لها بعد الولادة.	2.74	0.88	54.73	-4.10	*0.000	3	قليلة
.3	يسهل متابعة الحالات المحولة إلى العناية المركزة.	2.85	0.93	57.10	-2.12	*0.018	1	قليلة
جميع فقرات المجال معًا.		2.80	0.71	56.06	-3.78	*0.000		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.18) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "يسهل متابعة الحالات المحولة إلى العناية المركزة"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.85 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 57.10%، وقيمة الاختبار 2.12- وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.018لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة درجة الموفقة بدرجة قليلة على هذه الفقرة إلى صعوبة متابعة الحالات المحولة إلى العناية المركزة الموجودة في مبنى الجراحة لبعدها المكاني عن مستشفى الولادة، وكذلك عدم

متابعة الحالة من الطبيب الذي استقبلها واستكمل علاجها من البداية إلى النهاية؛ بل يقوم الطبيب المناوب من أطباء مستشفى الولادة أو الطبيب الذي يكلف بالمرور على حالات العناية المركزة بالمرور عليها، وإجراء ما يلزم بخصوصها حسب ما هو موثق في ملفها، بالإضافة إلى المعاينة السريرية للحالة، مع العلم بوجود عناية مركزة حديثة الإنشاء داخل مبنى الولادة؛ ولكنها ليست مجهزة بالمستوى الذي يرقى لمصطلح "عناية مركزة" بل يمكن تسميتها "عناية خاصة".

- أدنى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "يندر إدخال بعض الحالات إلى العناية المركزة نتيجة حدوث مضاعفات لها بعد الولادة"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.74 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 54.73%، وقيمة الاختبار 4.10- وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة درجة الموافقة القليلة على هذه الفقرة إلى وجود عدد من الحالات التي يتم تحويلها إلى العناية المركزة، وإليكم بعض الأرقام الخاصة بأعداد الحالات المحولة إلى العناية المركزة حسب تقارير المستشفى: 88 حالة خلال شهر يناير، و68 حالة خلال شهر فبراير، و100 حالة خلال شهر مارس، و92 حالة خلال شهر إبريل، و91 حالة خلال شهر مايو.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي لجميع فقرات المجال يساوي 2.80، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 56.06%، وقيمة الاختبار 3.78- وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "دخول العناية المركزة (غير المخطط)" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وترجع الباحثة حصول جميع فقرات المجال على درجة موافقة بدرجة قليلة إلى حدوث بعض المضاعفات مع بعض الحالات؛ بسبب نقص الخبرة عند بعض العاملين من أطباء الامتياز، والأطباء العامين الذين يقومون بمهام أطباء الولادة المتخصصين، وكذلك الأطباء والتمريض الذين يتم الاستعانة بهم على بند العقد أو البطالة لسد النقص في الكادر البشري، أو شح بعض الموارد الذي يؤدي أحيانًا إلى اتباع سياسة التقنين في استخدام المضادات الحيوية الوقائية الواجب إعطاءها لجميع الحالات

للوقاية من بعض أنواع الالتهابات المحتمل أن تصاب فيها السيدات في أثناء الولادة الطبيعية أو القيصرية.

- تحليل فقرات المحور الأول "الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)" – متلقيات الخدمة.

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.19).

جدول (5.19): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات محور " الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يتم المرور لمتابعة حالتك المرضية خلال جميع أيام وجودك في المستشفى بما فيها الجمعة والسبت	3.44	0.97	68.73	8.75	*0.000	3	كبيرة
2.	يتم استدعاء الأطباء عند طلبك خلال فترة مكوثك في المستشفى (صباحي، مسائي، ليلي).	3.25	0.96	65.05	5.11	*0.000	5	كبيرة
3.	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة الصباحية.	3.79	0.81	75.71	18.93	*0.000	1	كبيرة
4.	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة المسائية والليلية.	3.67	0.84	73.46	15.62	*0.000	2	كبيرة
5.	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة الصباحية مناسب.	3.31	0.90	66.17	6.71	*0.000	4	كبيرة
6.	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة المسائية والليلية مناسب.	3.19	0.88	63.73	4.12	*0.000	6	كبيرة
جميع فقرات المحور معًا		3.44	0.61	68.79	14.18	*0.000		كبيرة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.19) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم3 وهي "يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة الصباحية"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.79 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 75.71%، وقيمة الاختبار18.93 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة استجابة متلقيات الخدمة لهذه الفقرة بدرجة موافقة كبيرة إلى مرور صباحي يوميًا على جميع الحالات ما عدا يومي الجمعة والسبت؛ حيث يقوم كل قسم خلال جميع أيام الأسبوع باستثناء الجمعة والسبت بالمرور على المرضى التي تم إدخالهم إلى المستشفى من خلال أطباء القسم نفسه، أما يومي الجمعة والسبت فيمر طبيب مناوب على جميع الحالات بلا استثناء.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 6 وهي "مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة المسائية والليلية مناسب" حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.19 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 63.73%، وقيمة الاختبار 4.12، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة استجابة متلقيات الخدمة لهذه الفقرة بدرجة موافقة كبير إلى وجود تحسن ملحوظ على الخِدْمات الفندقية خلال شهر 2016/5م وما بعده بسبب تحسين خدمة النظافة من خلال إعطاء شركة النظافة العاملة في الفترة السابقة تقييمًا سيئًا، وفسخ العقد المبرم بينها وبين الوزارة، والتعاقد مع شركة نظافة جديدة لتولي أعمال النظافة مع زيادة الرقابة عليها، وفحص المواد المستخدمة والأجهزة المستخدمة في أعمال النظافة أولًا بأول، لضمان الالتزام بشروط العقد المبرم بين الشركة والوزارة، وكذلك وجود شركة تتولى خِدْمات التغذية في ما يخص جميع حالات المرضى تقدم الوجبات ضمن شروط متعارف عليها دوليًا، وتخضع لنظام تغذية مناسب لجميع الحالات، أما باقي الخِدْمات الفندقية فيتم تقديمها من خلال موظفين مختصين، وأي تقصير فيها يعزى إلى قلة الإمكانيات ونقص الموارد، وهذا ما أجابتني به بعض متلقيات الخدمة عند مناقشتها بخصوص بعض

الخِدْمات الفندقية المقدمة، مثل: توافر الشراشف والمخدات...؛حيث إن السيدة الفلسطينية تُعَدُّ رمزًا ومثالًا للتعايش مع أي ظروف تجبر عليه.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.44، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 68.79%، وقيمة الاختبار 14.18، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ محور"الفاعلية السريرية (توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة)" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المحور يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

ومن هنا يظهر وجود رضا عام لدى متلقيات الخدمة حول توافر الخِدْمات الصحية المقدمة لهن على مدار الساعة، وهذا يُعدُّ مؤشرًا إيجابيًا على جودة الخدمة المقدمة لهن، على الرغم من النقص الشديد في الإمكانيات المادية والبشرية المتوافرة للمستشفى؛ لتقوم بمهامها على الوجه المطلوب منها؛ ولكن هذا لا يعني تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية؛ حيث إن نقص الإمكانيات تحول دون تطبيق معظم هذه المعايير حسب رأي غالبية المختصين الذين تم مقابلتهم.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (صباح، 2014م) فيما يخص وجود رضا عام لدى متلقي الخدمة عن الخِدْمات المقدمة في مجلس كنائس الشرق الأدنى، وكذلك الحال فيما يخص دراسة (سعدة، 2012م) حيث يوجد انطباع إيجابي بنسبة 69.5% حول الخِدْمات الفندقية.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (نجم، 2016م) الذي كان من ضمن نتائجها حصول جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مرافق الخِدْمات الطبية العسكرية على درجة موافقة متوسطة.

ومن هنا يتضح أن مستوى الفاعلية حسب مقدمي الخدمة حصلت على موافقة بدرجة قليلة في جميع مجالاتها وهي كما يأتي:

جدول (5.20): يوضح الإجابة على السؤال الأول حسب رأي مقدمي الخدمة

المجال	درجة الموافقة
البنية التحتية	قليلة
ظروف العمل	قليلة
توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة	قليلة
دخول العناية المركزة (غير المخطط)	قليلة

وهذا يعني أن الفاعلية السريرية متوافرة بدرجة قلية من وجهة نظر مقدمي الخدمة، أما الفاعلية السريرية من وجهة نظر متلقيات الخدمة فقد حصلت على موافقة بدرجة كبيرة على المجال التي تم سؤالهم فيه وهو كما يأتي:

جدول (5.21): يوضح الإجابة على السؤال الأول حسب رأي متلقي الخدمة

المجال	درجة الموافقة
توافر الخِدْمات الصحية على مدار الساعة	كبيرة

تبدي هذه النتائج للوهلة الأولى أن هناك تعارضًا، ولكن بالتدقيق نستنتج أن متلقيات الخدمة لديهن رضا عن أداء العاملين فيما يخص الفاعلية السريرية؛ حيث إنهم يقومون بدورهم بكفاءة وفاعلية عاليتين على الرغم من قلة الإمكانيات، وعدم توافر سبل تقديم الخدمة بكفاءة وفاعلية؛ حيث إن البنية التحتية للمستشفى سيئة حسب ما أكد لنا جميع المسؤولين التي تمت مقابلتهم، مع وجود جزء من المبنى آيل للسقوط، بالإضافة إلى وجود نقص في الأجهزة، وعدم إجراء صيانة دورية للأجهزة، وعدم توافر قطع غيار لمعظم الأجهزة التي يتم الحصول عليها من التبرعات، بالإضافة إلى أن أجهزة التخطيط المتبرع بها تحتاج إلى نوع خاص من الورق غير متوافر في الأسواق الفلسطينية؛ مما يجعل المستشفى أو الوزارة غير قادرة على توفيره؛ فتصبح الأجهزة غير مستغلة لحين توافر الورق، كما أن ظروف العمل سيئة للغاية؛ حيث أكد معظم العاملين من الذكور من مختلف التخصصات عدم وجود دورات مياه خاصة بهم، وكذلك عدم توافر مياه للشرب على مدار الساعة، وكذلك الحال مع باقي الخِدْمات الفندقية من تهوية وإضاءة ونظافة.

وكذلك الحال فيما يخص محور توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة من وجهة نظر العاملين، فأعداد العاملين المتوافرة لا تفي بالغرض؛ ولكن أغلب العاملين حاصلون على مؤهل بكالوريوس ودراسات عليا؛ مما يجعلهم أكثر كفاءة في التعامل مع متلقيات الخدمة وقلة الإمكانيات.

وعدم معرفة متلقي الخدمة بحقوقهم الواجب أن توفرها لهم تجعلهم يقبلون بمستوى من الخدمة المتوفر في المستشفى دون أي اعتراض، ورضاهم عن الخدمات المقدمة بصورتها الحالية.

2.2.2.5 السؤال الثاني- ما مستوى الكفاءة الصحية المتوافر في المستشفى من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟

تحليل فقرات المحور الثاني "الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة)"- مقدمي الخدمة.

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.22).

جدول (5.22): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات محور "الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة)"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يستجيب مقدمو الخدمة لطلبات متلقيها بشكل فوري رغم انشغالهم.	3.00	0.87	60.00	0.00	0.500	5	متوسطة
2.	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع مؤهلاتي.	3.25	1.09	64.92	3.07	*0.001	2	كبيرة
3.	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع خبراتي السابقة.	3.26	1.09	65.11	3.17	*0.001	1	كبيرة
4.	يوجد كادر تمريضي مؤهل لتقديم الخدمة التمريضية لمتلقيها بشكل مناسب.	3.02	1.05	60.32	0.21	0.417	4	متوسطة
5.	يحرص الأطباء على تجنب حدوث أي أخطاء تتسبب في مضاعفات لدى الأطفال حديثي الولادة.	3.12	1.15	62.38	1.41	0.080	3	متوسطة
6.	يوجد ملف طبي متكامل لكل متلقية خدمة.	2.89	1.23	57.75	-1.25	0.106	7	متوسطة
7.	يتم توثيق جميع زيارات متلقية الخدمة في هذا السجل بما يضمن متابعة حالتها باستمرار (ملف موحد لجميع الزيارات).	2.56	1.20	51.12	-5.05	*0.000	8	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
8.	تتشغل أسرّة المستشفى باستمرار؛ مما يودي إلى عدم تلقي بعض الحالات العلاج اللازم لها.	2.97	1.25	59.36	-0.35	0.364	6	متوسطة
	جميع فقرات المحور معًا	3.01\	0.69	60.11	0.11	0.455		متوسطة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.22) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 3 "الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع خبراتي السابقة"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.26 (الدرجة الكلية من 5)، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 65.11%، وقيمة الاختبار 3.17 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.001؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وهذا يدل على وجود رضا عام لدى العاملين في المستشفى حول تناسب الوظائف الذين يشغلونها مع عدد سنوات الخبرة لديهم؛ حيث إن مدير المستشفى ومعظم رؤساء الأقسام والشعب الذين يتولون مهام إشرافية في المستشفى هم من الموظفين الحاصلين على 10 سنوات خبرة فأكثر، أو من حملة شهادات الدراسات العليا.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 7 "يتم توثيق جميع زيارات متلقية الخدمة في هذا السجل بما يضمن متابعة حالتها باستمرار (ملف موحد لجميع الزيارات)"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.56أي إن المتوسط الحسابي النسبي 51.12%، وقيمة الاختبار 5.05-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن

متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع درجة الموافقة القليلة على هذه الفقرة إلى عدم وجود ملف طبي موحد لكل حالة، وأنه يتم فتح ملف جديد لكل حالة عند كل زيارة، مع العلم أنه يتم الاحتفاظ بملفات حالات الدخول في أرشيف تابع للمستشفى؛ ولكن لا يتم استرجاع هذا الملف لاستخدامه في الزيارة التالية، ويمكن الاستعانة به في حالة وجود شكوى أو خطأ طبي أو شيء من هذا القبيل.

– بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.01، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 60.11%، وقيمة الاختبار 0.11، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.455؛ لذلك يُعدُّ محور "الكفاءة الصحية (توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة)" غير دال إحصائيًا عند مستوى دلالة$0.05 \geq \alpha$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المحور لا يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

وتعزو الباحثة حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة متوسطة إلى تفاوت موافقة مقدمي الخدمة على فقرات هذا المجال حسب توافرها على أرض الواقع، وهذا يُعدُّ مؤشرًا إيجابيًّا على صدق أداة الدراسة؛ حيث إن الكفاءة الصحية للمستشفى متوسطة، فالعاملون في المستشفى يعملون في جو من التحدي للنقص الشديد في الإمكانيات، فضلًا عن النقص في عدد العاملين أنفسهم حسب المعايير العالمية؛ مما يفرض على المستشفى جوًّا من عدم الكفاءة؛ ولكن بجهود جبارة يبذلها معظم العاملين لتقديم الخدمة بمستوى مقبول وصلت نسبة الكفاءة الصحية إلى درجة الموافقة المتوسطة.

وعند السؤال عن الكفاءة الصحية اكتفت الباحثة بسؤال مقدمي الخدمة؛ حيث إن متلقيات الخدمة غير قادرين على تحديد مدى كفاءة الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى بسبب عدم معرفتهم بالأساليب والطرق المتبعة أصلًا في العلاج والتشخيص والوقاية من العدوى...، وكانت النتيجة موافقة مقدمي الخدمة على مجال توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة بدرجة متوسطة، وهذا ما أكده مدير ورؤساء أقسام المستشفى في أثناء مقابلتهم؛ حيث إنهم أفادوني بأنهم يسعون جاهدين لتقديم الأفضل لمتلقيات الخدمة؛ ولكن قلة الإمكانيات تحجم العمل وتجعلهم يعملون بكفاءة متوسطة؛ حيث إن عدم وجود ملف طبي موحد لكل متلقية خدمة يتضمن تاريخها المرضي وولاداتها السابقة، وانشغال الأسرّة بشكل مستمر، هي أكثر العوامل تأثيرًا على مدى كفاءة الأداء.

وعند سؤال الموظف المسؤول عن صرف وحدات الدم للمستشفى في بنك الدم التابع لمجمع الشفاء الطبي عن كفاءة المستشفى في طلب وحدات الدم المستخدمة واستخدامها للحالات المرضية المختلفة أفاد الأستاذ / مجدي العبسي أنه يتم طلب الدم بكميات تفوق الحاجة أحيانًا لتفادي حدوث مضاعفات لبعض الحالات في حال احتاجت المزيد من وحدات الدم، ويتم إرجاع الكميات الزائدة عن الحاجة لعدم الحاجة إليها؛ ولكن في معظم الأحيان تكون الكميات المرجعة صالحة للاستخدام، وفي أحيان قليلة يتم إتلافه بسبب عدم حفظه في ظروف ملائمة داخل المستشفى.

3.2.2.5 السؤال الثالث- ما مستوى الاهتمام بالكادر البشري من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟

تحليل فقرات المحور الثالث "الاهتمام بالكادر البشري"- مقدمي الخدمة.

- **تحليل فقرات مجال "التدريب".**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.23).

جدول (5.23): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "التدريب"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	أتلقى التدريب بصورة دورية داخل المستشفى وخارجها.	2.51	1.05	50.11	-6.48	0.000*	4	قليلة
2.	توفر الإدارة التدريب اللازم للموظفين حسب احتياجات المستشفى.	2.54	0.98	50.74	-6.45	0.000*	2	قليلة
3.	أشارك في تحديد احتياجات القسم من التدريب.	2.51	1.08	50.27	-6.10	0.000*	3	قليلة
4.	يسهم التدريب في تطوير أدائي المهني.	2.81	1.09	56.26	-2.34	0.010*	1	قليلة
5.	تتابع الإدارة تطبيق ما تم إنجازه في العملية التدريبية.	2.47	1.04	49.41	-6.94	0.000*	5	قليلة
6.	رشحت للمشاركة في إعداد أبحاث صحية لنشرها في	1.89	1.02	37.73	-14.88	0.000*	6	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
	المجلات والمؤتمرات العلمية.							
7.	تم إرسالي لبعثات دراسية.	1.60	0.92	32.00	–20.79	0.000*	7	قليلة
جميع فقرات المجال معًا		2.35	0.75	47.01	–11.89	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.23) يمكن استخلاص ما يلي:

– أعلى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "يسهم التدريب في تطوير أدائي المهني"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.81 (الدرجة الكلية من 5)، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 56.26%، وقيمة الاختبار2.34– وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.010؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويرجع حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلى سوء اختيار الإدارة للمدربين؛ حيث إن معظم المدربين من العاملين في المستشفى نفسها، ونفسيًا عندما يقوم بتدريبك زميل لك من المستوى الإشرافي نفسه والتخصص نفسه، وسنوات الخبرة نفسها، مهما كان اطلاعه أو خبرته أو المعلومات التي ينطق بها أو يطبقها لن نتقبلها، وعليه يجب تحري الدقة في اختيار المدربين ودعوة متخصصين من الخارج ذوي كفاءة للقيام بالدورات التدريبية والمشاركة في ورش العمل والمؤتمرات؛ لإضافة ما هو جديد للعاملين، والإسهام في زيادة كفاءتهم وتطويرهم مهنيًا.

– أدنى ترتيب فقرة رقم 7 وهي "تم إرسالي لبعثات دراسية" حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 1.60 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 32.00%، وقيمة الاختبار 20.79–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05،

مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويرجع حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلى الحصار الجائر المفروض على قطاع غزة منذ أكثر من 10 سنوات، بالإضافة إلى عدم وجود ميزانيات مخصصة للابتعاث بالخارج؛ حيث إن الوضع الاقتصادي للحكومة بسبب الانقسام صعب جدًا.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.35، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 47.01%، وقيمة الاختبار 11.89-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "التدريب" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

والموافقة بدرجة قليلة على جميع فقرات المجال معًا تدل على استياء الكادر البشري العامل في المستشفى من مستوى الاهتمام بهم كموظفين يجب على إدارة المستشفى أن تلبي احتياجاتهم التدريبية بصورة دورية، وكذلك الإسهام في تطوير أدائهم المهني من خلال ترشيحهم للمشاركة في مجلات ومؤتمرات علمية، وابتعاثهم للخارج لصقل مهاراتهم، وزيادة معرفتهم، والحصول على المزيد من الدرجات العلمية؛ مما يؤدي إلى زيادة انتمائهم لعملهم، والتفاني في خدمة المستشفى ومتلقي الخدمة فيها.

واتفقت هذه النتائج مع بعض الدراسات كدراسة (ذياب، 2012م) التي أوصت بضرورة توفير حوافز ودورات تدريبية للعاملين؛ حيث أظهر مجال التدريب في هذه الدراسة وجود موافقة بدرجة قليلة على تلقي الموظفين للتدريب بصورة دورية داخل المستشفى وخارجها، وحصول فقرة توفير التدريب حسب احتياجات المستشفى على موافقة بدرجة قلية، وكذلك الحال فيما يخص المشاركة في تحديد الاحتياج التدريبي، وكون التدريب يسهم في تطوير الأداء المهني للعاملين، وكذلك الحال في باقي فقرات المجال، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (الكحلوت، 2004م) فيما يخص ضرورة التركيز على تدريب الأفراد العاملين بشكل مستمر؛ لمواكبة التطورات المتسارعة في تقديم الخِدْمات الصحية، كما اتفقت دراسة (مصلح، 2011م) مع الدراسة الحالية فيما يخص عدم توفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله.

- تحليل فقرات مجال "تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع" – مقدمي الخدمة.

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.24).

جدول (5.24): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يقوم المشرف بتوجيهي وتقديم الدعم اللازم لي عند الحاجة.	2.84	1.07	56.81	-2.04	0.021*	2	قليلة
2.	توفر المستشفى حوافز تشجيعية تدفعني للمزيد من الإنجاز.	1.90	0.96	37.97	-15.62	0.000*	8	قليلة
3.	تقوم الإدارة بتحفيزي للعمل في الظروف الصعبة.	2.05	1.05	41.07	-12.32	0.000*	5	قليلة
4.	تقوم الإدارة بإشراكي في عملية التخطيط والتطوير داخل المستشفى.	1.82	0.90	36.47	-17.96	0.000*	9	قليلة
5.	تفوضني الإدارة باتخاذ بعض القرارات في بعض المواقف أثناء قيامي بمهامي الوظيفية.	1.97	1.01	39.35	-13.90	0.000*	7	قليلة
6.	تزودني الإدارة بتغذية راجعة عن أدائي المهني وتقدم لي الدعم والتوجيه اللازمين لتجنب الإخفاق مرة أخرى.	2.02	1.00	40.43	-13.39	0.000*	6	قليلة
7.	تقوم الإدارة بسؤالي عن احتياجاتي المهنية بشكل دوري.	2.18	1.11	43.66	-10.04	0.000*	4	قليلة
8.	تقوم الإدارة بمتابعتي قانونيًا عند حدوث أي خطأ.	3.04	1.16	60.76	0.44	0.329	1	متوسطة
9.	يتم مراقبة مدى تطبيق البروتوكولات المعلنة من خلال مشرفين مختصين.	2.47	1.07	49.46	-6.71	0.000*	3	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
جميع فقرات المجال معًا		2.26	0.73	45.13	-14.02	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.24) يمكن استخلاص ما يأتي:

– أعلى ترتيب فقرة رقم 8 وهي "تقوم الإدارة بمتابعتي قانونيًا عند حدوث أي خطأ"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.47 (الدرجة الكلية من 5)، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 49.46%، وقيمة الاختبار 6.71–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة الموافقة بدرجة قليلة على هذه الفقرة إلى طبيعة المهام الإشرافية والسلطة التي تمارس على المرؤوسين، التي تستدعي مساءلة المخطئ واتخاذ الإجراءات القانونية بحقه؛ ولكنها تتجاهل مكافأة من يقوم بعمله على أكمل وجه أو بكفاءة أعلى من المستوى المطلوب منه؛ لأنها تعُدُّ أن الموظف من الطبيعي أن يقوم بجميع ما يطلب منه دون كلل أو ملل وبجودة عالية، وعادة ما يتم نسب الإنجازات لغير أصحابها.

– أدنى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "تقوم الإدارة بإشراكي في عملية التخطيط والتطوير داخل المستشفى"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 1.82 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 36.47%، وقيمة الاختبار 17.96–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وتعزو الباحثة حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلى طبيعة العمل الحكومي وخصوصًا في وزارة الصحة؛ حيث إن من يقوم بإعداد الخطط فيها وحدة تسمى وحدة التخطيط ورسم السياسات، وعدد العاملين فيها قليل مما يجعلهم غير قادرين على تتبع وتقييم معظم الأحداث على

أرض الواقع في معظم مرافق الوزارة، كما أن الحصار والانقسام الداخلي للفصائل الفلسطينية يؤثرون بشكل سلبي على تنفيذ الخطط الموضوعة بسبب عدم توفر تغطية مالية لتنفيذ ما هو مخطط له وإن توفرت التغطية المالية لا تتمكن الوزارة من توفير الامكانيات اللازمة بسبب الحصار. وبذلك يكون التخطيط في اتجاه وما يجري على أرض الواقع في اتجاه آخر، وعليه تعتبر الخطط عبارة عن حبر على ورق لأنها لا تمثل الواقع ولا تتم حسب الإمكانيات.

– بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.26، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 45.13%، وقيمة الاختبار 14.02−، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000؛ لذلك يُعدُّ مجال "تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ومن خلال حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة موافقة قليلة يمكننا القول إن الممارسات الإدارية التي تقوم بها إدارة المستشفى عبارة عن تسيير أعمال حسب الإمكانيات المتاحة لها، وأفعالها عبارة عن استجابة لأحداث تقع على أرض الواقع، وليست ممارسات تساعد على الإبداع والتميز لدى العاملين.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (حبيب، 2016م) فيما يخص وجود استجابة لدى إدارة المستشفى لاحتياجات متلقي الخدمة بدرجة موافقة أقل من درجة الموافقة على استجابة الإدارة لاحتياجات الطواقم الطبية العاملة في المستشفى.

واختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (الكحلوت، 2004م) من حيث عدم التركيز على المرضى واحتياجاتهم، أي الاستجابة بدرجة قليلة لاحتياجات المرضى في دراسة الكحلوت.

وللإجابة عن سؤال مدى الاهتمام بالكادر البشري وجب سؤال مقدمي الخدمة بالخصوص، وكانت النتائج موافقة بدرجة قليلة على مجال "التدريب" وكذلك الحال موافقة بدرجة قليلة على مجال "تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع" وهذا كله يرجع إلى قلة الموازنات الخاصة بالتدريب، وعدم توافر إمكانيات مناسبة وجو عمل مناسب يساعد على الإبداع، ومن خلال ملاحظتي على أرض الواقع الكم الهائل من الحالات باختلاف حالتهم واختلاف ثقافتهم وطبيعة تعاملهم مع الكادر أصف بعض العاملين في المستشفى بالمنجزين والمبدعين والخلوقين.

4.2.2.5 السؤال الرابع-إلى أي مدى تستجيب إدارة المستشفى لاحتياجات ورغبات مقدمي الخدمة؟

تحليل فقرات المحور الرابع "إدارة مستجيبة"- مقدمي الخدمة

- تحليل فقرات مجال "تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين".

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.25).

جدول (5.25): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	تهتم الإدارة بدعم الموظفين نفسيًا واجتماعيًا	2.05	1.12	41.07	-11.55	0.000*	5	قليلة
.2	تهتم الإدارة بطريقة وهيئة هندام الموظفين.	2.36	1.05	47.13	-8.39	0.000*	2	قليلة
.3	تزودني الإدارة بالتغذية الراجعة عن أدائي المهني وترشدني إلى كيفية التغلب على جوانب الإخفاق في الأداء إن وجدت.	2.18	0.96	43.70	-11.55	0.000*	4	قليلة
.4	تلتزم الإدارة بوعودها تجاه الموظفين.	2.01	0.95	40.21	-14.24	0.000*	6	قليلة
.5	تقدر الإدارة العمل الذي أقوم به وتعاملني بكرامة واحترام.	2.20	1.06	43.98	-10.26	0.000*	3	قليلة
.6	تعطيني الإدارة المرونة لتغيير مناوبتي بعد تبريري سبب التغيير المطلوب.	2.40	1.15	47.91	-7.20	0.000*	1	قليلة
	جميع فقرات المجال معًا	2.20	0.82	44.04	-13.41	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.25) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 6 وهي "يساوي تعطيني الإدارة المرونة لتغيير مناوبتي بعد تبريري سبب التغيير المطلوب" حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.40 (الدرجة الكلية من 5) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 47.91%، قيمة الاختبار7.20- وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة ذلك إلى وجود بعض المرونة في تغيير المناوبات بعد تبرير سبب التغيير المطلوب والاقتناع بهذا السبب من قبل المسؤول سواء كان مشرف طبي، تمريضي، إداري ليستطيعوا العمل جميعًا بروح الفريق لسد العجز في العدد الموجود من العاملين، وهذا يُعدُّ مؤشر إيجابي على التعاون والعمل بروح الفريق لدى موظفي القسم الواحد لإتمام الاعمال المطلوبة منهم في الوقت المحدد وباقل الإمكانيات.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "تلتزم الإدارة بوعودها تجاه الموظفين" يساوي 2.01 أي أن المتوسط الحسابي النسبي 40.21%، قيمة الاختبار 14.24-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة ذلك إلى وجود رغبة لدى الإدارة لتقديم أفضل ما لديها لموظفيها فتقطع الوعود على نفسها وتحاول جاهدة تنفيذ ما وعدت به ولكن نقص الإمكانيات وشح الموارد تحول دون تنفيذ هذه الوعود مما يؤثر سلبًا على انتماء العاملين لعملهم وهذا بدوره يؤثر على جودة أدائهم.

- بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 2.20، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 44.04%، قيمة الاختبار 13.41-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وبذلك يمكن عدّ حصول جميع فقرات المجال معًا على موفقة بدرجة قليلة أن الإدارة لا تراعي الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين؛ حيث إن مدير المستشفى هو أحد العاملين ولديه ظروف نفسية واقتصادية واجتماعية يجب مراعاتها من المستويات الأعلى منه ولكن الإدارة العليا أيضًا لا تراعي الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين، لأن الإدارة العليا تقع تحت ضغط الحكومة أيضًا التي لا توفر التمويل الكافي لسد الاحتياجات الأساسية لمعظم مرافق وزارة الصحة بما فيها المستشفيات؛ مما هدد سابقًا أكثر من مرة خلال فترات متفاوتة بانهيار القطاع الصحي والتوقف عن تقديم الخِدْمات الصحية؛ ولكن يتم إنقاذ الوضع غالبًا بالحصول على تبرع خارجي.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة ((Suriawongpaisal, 2002 فيما يخص اهتمام الإدارة بدعم الموظفين، واعطائهم المرونة اللازمة لتغيير مناوباتهم؛ حيث إن هذه الفقرات حصلت على درجة موافقة قليلة؛ حيث أوصت الدراسة السابقة على ضرورة تحسين استجابة إدارة المستشفى لاحتياجات العاملين وبهذا تكون نتيجة الدراسة ضعف استجابة الإدارة لاحتياجات العاملين، كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (حبيب، 2016م) فيما يخص وجود استجابة لدى إدارة المستشفى لاحتياجات متلقي الخدمة ورغباتهم بدرجة كبيرة، أما فيما يخص الاستجابة لاحتياجات مقدمي الخدمة فكانت بدرجة أقل بكثير؛ بسبب نقص الإمكانيات المتوافرة لإدارة المستشفى.

- **تحليل فقرات مجال "توفر الأدوية والمهمات الطبية"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.26).

جدول (5.26): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "توافر الأدوية والمهمات الطبية"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تتوافر في الصيدلية الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة.	2.92	0.94	58.39	-1.18	0.121	1	قليلة
2.	تتوافر في الصيدلية الأدوية غير الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة، مثل: الفيتامينات، حبوب التثبيت،...	2.15	1.11	42.99	-10.51	*0.000	4	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
3.	يتم توفير المستلزمات الطبية بكميات تتناسب مع أعداد متلقي الخدمة.	2.44	1.00	48.71	-7.73	0.000*	3	قليلة
4.	يتم الترشيد في استخدام المضادات الحيوية الوقائية بما لا يتعارض مع مصلحة متلقيات الخدمة.	2.72	1.06	54.44	-3.58	0.000*	2	قليلة
	جميع فقرات المجال معًا	2.56	0.79	51.12	-7.71	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.26) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 1 وهي "تتوافر في الصيدلية الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.92 (الدرجة الكلية من 5)،أي إن المتوسط الحسابي النسبي 58.39%، وقيمة الاختبار 1.18-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.121؛ لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة غير دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة 0.05، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة لا يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة متوسطة إلى عدم توافر جزء قليل من الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة؛ بسبب قلة الموازنات المرصودة لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة، ومحاولة الإدارة سد العجز في بعض الأصناف عن طريق المنح والتبرعات من جهات داخلية وخارجية؛ ولكن إغلاقات الاحتلال المتكررة، وقلة المساعدات الخارجية تحول دون سد العجز، مع العلم أن وجود عجز أو نقص في بعض أنواع الأدوية يُعدُّ أمرًا طبيعيًا في كثير من المؤسسات الصحية الفلسطينية وكذلك المؤسسات العربية والعالمية.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "تتوافر في الصيدلية الأدوية غير الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة، مثل: الفيتامينات، حبوب التثبيت،..."؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.15،أي إن الم توسط الحسابي النسبي 42.99%، وقيمة الاختبار 10.51-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل

على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى أن هذه الأدوية غير أساسية، وأن توفيرها يحقق الرفاهية لمتلقيات الخدمة، وعلى الرغم من ذلك تحاول المستشفى والوزارة توفيرها؛ ولكن يتم توفيرها بكميات قليلة ولبعض الحالات فقط حسب معطيات معينة؛ أي إن توفيرها لمتلقيات الخدمة يكون بنسب متفاوتة وليس في كل وقت؛ حيث إنها تأتي حسب أسماء المرضى وملفاتهم لفترات محدودة.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.56، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 51.12%، وقيمة الاختبار 7.71-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000لذلك يُعدُّ مجال "توافر الأدوية والمهمات الطبية" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وتفسر الباحثة حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة موافقة قليلة إلى أن وزارة الصحة توفر الأدوية والمستلزمات الطبية لعدد 13 مستشفى و56 مركز رعاية أولية، وهذه المرافق تحتاج إلى كميات كبيرة جدًا من الأدوية والمستلزمات؛ مما يشكل عبئًا على موازنات وزارة الصحة في ظل الحصار والانقسام، وعدم وجود موازنات خلال عام 2015م وعام 2016م؛ حيث يتم توفير التمويل اللازم لشراء أي مستلزمات، سواء كانت أدوية أو أي مستلزمات أخرى من خلال حوالات مالية متفرقة (غير منتظمة)، ويتم توفير الأدوية وتخزينها في المخازن التابعة للإدارة العامة للصيدلة، ثم يعطى كل مرفق من مرافق وزارة الصحة حصته من الأدوية والمستلزمات حسب الإحصائيات الشهرية؛ ولكن بشكل نسبي حسب المتوافر؛ حيث يقسم ما هو متاح على جميع المرافق.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات كدراسة (نجم، 2016م) فيما يخص عدم وجود دعم مالي ومادي لمستشفياتها ومراكزها بصورة مستمرة، واختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (مصلح، 2011م)؛حيث إن متلقي الخدمة (المبحوثين) في دراسة مصلح كانت لديهم موافقة بدرجة متوسطة حول مجال توافر الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة.

- **تحليل فقرات مجال "توافر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.27).

جدول (5.27): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "توافر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يتوافر عدد كافٍ من مقدمي الخِدْمات الصحية بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.	2.56	0.93	51.23	-6.42	0.000*	2	قليلة
2.	يتم جدولة الدوام بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.	2.71	0.95	54.15	-4.22	0.000*	1	قليلة
3.	يتناسب عدد ساعات العمل مع حجم الخِدْمات المقدمة.	2.44	1.08	48.72	-7.19	0.000*	3	قليلة
4.	يتم احتساب ساعات العمل الإضافي الخاصة بالموظفين.	2.01	1.12	40.11	-12.15	0.000*	4	قليلة
جميع فقرات المجال معًا		2.43	0.81	48.57	-9.64	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.27) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "يتم جدولة الدوام بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة"حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.71 (الدرجة الكلية من 5)،أي إن المتوسط الحسابي النسبي 54.15%، وقيمة الاختبار 4.22-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة سبب حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى وجود نقص شديد في الكادر البشري؛ حيث إن الإدارة تستخدم أساليب جيدة في جدولة الدوام بحيث تراعي ظروف العاملين إلى حد ما؛ ولكن عدم وجود عدد كافٍ من العاملين لمواجهة الكم الهائل من الخِدْمات التي تقدم من خلال المستشفى يفرض عليها بعض الأمور؛ جعلت العاملين يعطون فقرة "يتم جدولة الدوام بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة" درجة قليلة من طرفهم.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "يتم احتساب ساعات العمل الإضافي الخاصة بالموظفين"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.01،أي إن المتوسط الحسابي النسبي 40.11%، وقيمة الاختبار 12.15-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترى الباحثة أن سبب حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة يرجع إلى وجود نقص شديد في الموازنات المتوافرة للأجور من خلال الحكومة؛ حيث إن الموظفين لا يتقاضون رواتبهم الأساسية كاملة فما بالكم في احتساب ساعات العمل الإضافي، مع العلم بوجود عدد كبير من ساعات العمل الإضافي فيما يخص فئة الأطباء؛ حيث يتم استدعاء بعضهم لإجراء عمليات جراحية طارئة.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.43، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 48.57%، وقيمة الاختبار 9.64-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "توفر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة$\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وبذلك يمكن عدّ حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة موافقة قليلة؛ بسبب عدم تعيين أي موظفين خلال العامين السابقين؛ حيث يتم سد العجز الشديد في نقص الكادر الصحي بالعقود والمتطوعين والمتدربين، وهذه الفئة يُعدُّ جزء منها غير مؤهل بالدرجة المطلوبة، أو ذوي خبرات قليلة، وهذا يُعدُّ مؤشرًا سلبيًّا على جودة الخِدْمات المقدمة من خلال المستشفى؛ حيث إن الاعتماد في تقديم

الخِدْمات الصحية على أشخاص غير مؤهلين من الممكن أن يؤدي إلى أخطاء طبية أو شكاوى إدارية؛ بسبب سوء المعاملة أو عدم الإنجاز بالوقت المطلوب.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (نجم، 2016م) التي أظهرت وجود نقص واضح في أعداد العاملين في مستشفياتها ومراكزها المختلفة من مختلف التخصصات.

واختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (الأحمدي، 2009م) التي كانت أهم نتائجها أنه لا يتم استغلال الموارد المتاحة بالشكل الأمثل، وخصوصًا القوى البشرية، أما في دراستنا الحالية فإن المستشفى تعمل بأقل الإمكانيات من جميع أنواع الموارد المتاحة وخصوصًا البشرية منها؛ حيث إن عدد العاملين في المستشفى أقل بكثير من المؤشرات العالمية الخاصة بتقديم الخِدْمات الصحية بجودة مناسبة.

وللإجابة عن سؤال ما مستوى استجابة الإدارة لاحتياجات مقدمي الخدمة؟ حصلت الباحثة على ما تريد من خلال سؤال مقدمي الخدمة في المجالات الآتية:

جدول(5.28): يوضح الإجابة عن السؤال الثاني حسب رأي مقدمي الخدمة

المجال	درجة الموافقة
تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين.	قليلة
توفر الأدوية والمهمات الطبية.	قليلة
توفر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل.	قليلة

على الرغم من إجابة العاملين عن جميع المجالات بموافقة بدرجة قليلة؛ إلا إننا عند سؤال الدكتور/ عدنان راضي – رئيس قسم طبي بالمستشفى عن مدى دعم الإدارة للعاملين، قال: "يتم دعم العاملين عند وجود مشكلة لديهم، سواء كانت المشكلة نفسية أو اجتماعية، أما في حالة المشاكل الاقتصادية فجميع العاملين تقريبًا ظروفهم الاقتصادية واحدة؛ حيث إنهم لا يتقاضون مرتباتهم كاملة" هذا فيما يخص المجال الأول.

أما فيما يخص المجال الثاني والتي كانت أيضًا درجة الموافقة عليه قليلة، أكد جميع المقابلين وجود قصور شديد في الأدوية ونقص في بعض المستهلكات الطبية؛ ولكن تحاول الإدارة توفير وسد العجز من خلال التواصل مع المؤسسات الدولية للحصول عليها بكميات مناسبة؛ ولكن الحصار والانقسام الداخلي للحكومات الفلسطينية يحول دون ذلك في بعض الأحيان.

وعند السؤال عن مجال "توافر القوى العاملة حسب عبء العمل" والذي حصل على درجة موافقة قليلة أيضًا، أكد جميع المقابلين على هذه النتيجة؛ حيث أفادوني بأن عدد العاملين غير كافٍ

لتقديم الخدمة بالمستوى المطلوب، مع وجود نقص في التأهيل لبعض العمليات النوعية، مثل: عمليات هبوط الرحم، وربط الأوعية.

ويتم سد العجز بأطباء الامتياز، وعند توزيع العدد المتوافر تحدث بعض الإشكاليات التي يتم حلها في وقتها؛ ولكن يكون عبء العمل كبيرًا جدًا على العدد الموجود في جميع الفترات: (صباحي، مسائي، ليلي).

5.2.2.5 السؤال الخامس- ما مستوى رضا متلقيات الخدمة فيما يخص الاهتمام بهم؟

تحليل فقرات المحور الثاني"متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام"- متلقيات الخدمة

- **تحليل فقرات مجال "المحافظة على خصوصيتك"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.29).

جدول (5.29): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "المحافظة على خصوصيتك"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يتم فحصك وتشخيص حالتك الصحية ضمن ظروف تحافظ على خصوصيتك.	4.15	0.84	82.93	26.53	0.000*	1	كبيرة
.2	يتقبل الكادر الصحي طلبك حضور أحد ذويكِ في أثناء الفحص أو التشخيص أو المعالجة.	2.19	1.21	43.88	-13.03	0.000*	4	قليلة
.3	يلتزم زائروكم بمواعيد الزيارة المعلنة داخل المستشفى.	3.23	1.07	64.67	4.26	0.000*	2	كبيرة
.4	يلتزم زائروكم بالإرشادات والتعليمات المعلنة في المستشفى.	3.12	1.02	62.31	2.21	0.014*	3	كبيرة
	جميع فقرات المجال معًا	3.17	0.69	63.48	4.90	0.000*		كبيرة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.29) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 1 وهي "يتم فحصك وتشخيص حالتك الصحية ضمن ظروف تحافظ على خصوصيتك"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 4.15 (الدرجة الكلية من 5)، أي إن المتوسط الحسابي النسبي 82.93%، وقيمة الاختبار 26.53، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى ثقافة الشعب الفلسطيني؛ حيث إن مستوى الخصوصية الموجود على أرض الواقع متدنٍ؛ لأن معظم الغرف تتضمن 5 أسرّة، مع العلم أن حجم الغرفة يتسع فقط 3 أسرة على الأكثر وخصوصًا قسم الولادة الطبيعية؛ إلا إن وصول نسبة انشغال الأسرّة في هذا القسم إلى 160% حسب إفادة الدكتور/ حسن اللوح – مدير المستشفى السابق والمدير الطبي لمجمع الشفاء الطبي أدى إلى زيادة عدد الأسرّة في كل غرفة من غرف هذا القسم، أما باقي غرف المستشفى فيُعدُّ عدد الأسرّة في كل غرفة مناسبًا لحجم الغرفة، مع العلم أن الإدارة تحاول توفير إجراءات تعمل من خلالها على زيادة نسبة الخصوصية لدى السيدات؛ ولكن نقص الإمكانيات المادية والبشرية وعدم بناء المستشفى على أسس صحية سليمة حسب المعايير العالمية؛ بحيث تكون غرفة المريضة مستقلة، ويكون لديها مرافقها الصحية المستقلة؛ لتجنب انتشار العدوى والحفاظ على الخصوصية بدرجة أعلى.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "يتقبل الكادر الصحي طلبك حضور أحد ذويكِ في أثناء الفحص أو التشخيص أو المعالجة"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.19أي إن المتوسط الحسابي النسبي 43.88%، وقيمة الاختبار 13.03-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى رغبة العاملين في المحافظة على خصوصية المريضة؛ حيث إن أغلب الإجراءات التي تتخذ مع متلقيات الخدمة في هذه المستشفى تتضمن كشف مناطق مختلفة من أجسامهن ومعظم متلقيات الخدمة لا يرغبن بكشف عوراتهن أمام ذويهن؛ ولمنع الإحراج عنهن يتم منع جميع المرافقات منعًا باتًا من الحضور في أثناء

الفحص أو التشخيص، أما في أثناء إعطاء العلاج فمن الممكن أن يتم إعطاء المريضة العلاج وذويها موجودون حسب موعد العلاج.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.17، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 63.48%، وقيمة الاختبار 4.90، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "المحافظة على خصوصيتك" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

يُعدُّ حصول مجال "المحافظة على خصوصيتك" على موافقة بدرجة كبيرة مؤشرًا إيجابيًّا على جودة الخِدْمات المقدمة في المستشفى؛ حيث تحاول إدارة المستشفى توفير كل ما يلزم من ستائر وأغطية وإجراءات تُسهم في المحافظة على خصوصية المرضى بكل ما تؤتى من إمكانيات.

عند سؤال عدد من الموظفين الذين تم مقابلتهم أفادوني بأنهم يحافظون على خصوصية متلقيات الخدمة إلى حد كبير؛ ولكن حسب الإمكانيات المتوافرة؛ حيث إنهم لا يقومون بالإفصاح عن أي معلومة حول حالة متلقيات الخدمة الصحية لأقاربهم وخصوصًا في الأمراض المعدية، كما أن ملف المريض لا يبقى في غرف متلقيات الخدمة أبدًا؛ بل يتم الاحتفاظ بالملفات في مكتب التمريض، ولدى فئة التمريض تعليمات بعدم البوح بأي معلومات تخص أي حالة مرضية لأي مرافق أو زائر.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (أبو سعدة، 2012م) فيما يخص مدى توافر الخصوصية لمتلقيات الخدمة؛ حيث حصلت في دراسة أبو سعدة على نسبة 87.5% أما في الدراسة الحالية فكانت نسبة توافر الخصوصية 82.93%، وتظهر النتيجتان درجة موافقة كبيرة من متلقي الخدمة ومتلقياتها.

- **تحليل فقرات مجال "معاملتك بعدالة واحترام"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.30).

جدول (5.30): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "معاملتك بعدالة واحترام"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تتعامل الطواقم الطبية مع جميع متلقيات الخدمة سواسية.	3.11	1.01	62.29	2.23	0.013*	5	كبيرة
2.	وقت انتظارك لتلقي الخدمة مناسب.	3.15	0.99	63.08	3.06	0.001*	4	كبيرة
3.	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة متعاونين معك ويعاملونك باحترام وكرامة.	3.60	0.95	71.96	12.33	0.000*	2	كبيرة
4.	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة على دراية وفهم كامل بحالتك الصحية.	3.67	0.88	73.49	15.03	0.000*	1	كبيرة
5.	شاركِكِ القائمون على تقديم الخدمة برأيك فيما يخص الخدمة المقدمة لك.	2.87	1.17	57.32	-2.23	0.013*	6	متوسطة
6.	يراعي مقدمو الخدمة الصحية الحالة النفسية والاجتماعية لك.	3.18	1.06	63.66	3.38	0.000*	3	كبيرة
جميع فقرات المجال معًا		3.26	0.71	65.30	7.30	0.000*		كبيرة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.30) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة على دراية وفهم كامل بحالتك الصحية"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.67 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 73.49%، وقيمة الاختبار 15.03، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى الدرجة العالية من الكفاءة الفنية التي يتمتع بها أطباء المستشفى وممرضوها، وكذلك حسن الخلق؛ حيث إن التعامل مع المريض يجب أن يبنى على علم ودراية كافيين لتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من أول مرة وكل مرة؛ حيث إن أصحاب المهن الطبية يتعاملون مع أرواح بشر وخصوصًا أطباء الولادة حيث تولد حياة بين أيديهم في كل لحظة، وعليه يجب أن يتم التدقيق في استقطابهم واختيارهم حسب أسس ومعايير تضمن تقديم الخدمة بأعلى مستوى من الجودة، وحسب المعايير العالمية المتبعة في أفضل المؤسسات العالمية.

– أدنى ترتيب فقرة رقم 5 وهي "شارككِ القائمون على تقديم الخدمة برأيك فيما يخص الخدمة المقدمة لك"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.87 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 57.32%، وقيمة الاختبار 2.23–، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.013 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha\leq0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

على الرغم من حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلا إن هذا يُعدُّ مؤشرًا إيجابيًّا على جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مستشفى الولادة؛ حيث إن أحداث الولادة أحيانًا تكون متسارعة ومتتالية، وتفرض على مقدم الخدمة إجراءات معينة يجب اتخاذها وإلا سيضر بحالة المريضة ويسبب لها مضاعفات فيما بعد، فيجب اتخاذ الإجراء المناسب للمريضة دون مشاركتها وأخذ رأيها؛ لأن الطبيب حسب خبرته في التعامل مع حالات سابقة يكون على يقين بحدوث بعض الأمور التي يجب أن يؤخذ احتياطات معينة لتجنب حدوثها.

– بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.26، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 65.30%، وقيمة الاختبار 7.30، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "معاملتك بعدالة واحترام" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha\leq0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًاعن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وحصول جميع فقرات المجال معًا على موافقة بدرجة كبيرة يعكس رضا الفئات المستهدفة عن درجة العدالة والاحترام التي يجدونها من خلال التعامل مع مقدمي الخدمة في المستشفى، وهذا يعني تمتع العاملين بسمعة طيبة من ناحية المساواة في المعاملة، ومناسبة وقت الانتظار لحجم

الخِدْمات المقدمة، وكذلك التعاون والاحترام والكرامة في التعامل مع متلقي الخدمة، وهذا يعني وجود رضا عام لدى متلقي الخدمة عن الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى، وعن أداء العاملين في المستشفى على الرغم من شح الموارد، وعدم تقاضي الموظفين رواتبهم، وتحملهم أعباء عمل جبارة؛ بسبب النقص في عدد العاملين من مختلف التخصصات.

وأفادتني مديرة التمريض بالمستشفى أنه يتم تقديم معظم الخِدْمات من خلال بروتوكولات ومعايير جودة محددة خاصة بالولادة وبأمراض النساء، أما عند سؤال رئيس قسم الحضانة بالمستشفى عن البروتوكولات والمعايير أفادني بأن كل حالة تصل الحضانة لها خصوصية خاصة بها، ويتم التعامل معها بطريقة مختلفة؛ حيث يتم إعداد خطة علاجية لكل حالة، ويتم اتباعها بكل دقة من خلال جميع العاملين بالحضانة.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (صباح، 2014م) فيما يخص وجود رضا عام لدى متلقي الخدمة فيما يخص مناسبة وقت الانتظار لتلقي الخدمة؛ حيث كانت درجة الموافقة في الدراسة الحالية كبيرة.

واختلفت دراسة (ذياب، 2012م) مع الدراسة الحالية فيما يخص فقرة "وقت انتظارك لتلقي الخدمة مناسب"؛ حيث حصلت هذه الفقرة في هذه الدراسة على موافقة بدرجة كبيرة، أما في دراسة ذياب فكانت أهم توصية أوصى بها الباحث ضرورة التزام إدارة المستشفى بتقديم الخِدْمات الطبية للمريض في الوقت المحدد، وكذلك اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة كدراسة (صباح، 2014) فيما يخص درجة الموافقة في المشاركة في وضع الأهداف التي تناسب متلقيات الخدمة لتحسين الخدمة الصحية لهم؛ حيث كانت درجة الموافقة في دراسة صباح قليلة جدًا، أما في الدراسة الحالية فكانت درجة الموافقة متوسطة.

- **تحليل فقرات مجال "إمكانية الوصول للخِدْمات"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.31).

جدول (5.31):المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "إمكانية الوصول للخِدْمات"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يسهل التنقل داخل المستشفى لتلقي الخدمة الصحية المطلوبة.	3.10	0.93	61.94	2.03	0.022*	6	كبيرة
.2	توجد لوحات إرشادية تساعدني في التوجه للمكان المطلوب لتلقي الخدمة.	3.62	0.99	72.39	12.26	0.000*	3	كبيرة
.3	تم وصف الجرعة الدوائية ومدة استخدام العلاج من خلال الطبيب.	4.14	0.88	82.86	25.15	0.000*	1	كبيرة
.4	تم تزويدك بالعلاج الموصوف من صيدلية المستشفى.	3.44	1.20	68.89	7.22	0.000*	5	كبيرة
.5	خفف العلاج مشكلتك الصحية وأزال أعراضها.	3.52	0.97	70.37	10.41	0.000*	4	كبيرة
.6	كان من السهل عليك فهم ما قاله القائم على الخدمة.	3.66	0.90	73.30	14.43	0.000*	2	كبيرة
	جميع فقرات المجال معًا	3.58	0.63	71.63	17.96	0.000*		كبيرة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.31) يمكن استخلاص ما يأتي:

– أعلى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "تم وصف الجرعة الدوائية ومدة استخدام العلاج من خلال الطبيب"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 4.14 (الدرجة الكلية من5)،أي إن المتوسط الحسابي النسبي 82.86%، وقيمة الاختبار 25.15 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وتعزو الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى أنه لا يتم إعطاء المريضة أي دواء من أي نوع أو تغيير جرعة العلاج من خلال أي من العاملين، سوى فئة الأطباء وخصوصًا

الطبيب المعالج؛ بسب خصوصية كل حالة؛ حيث يقوم التمريض بمتابعة الحالات وعند حدوث أي طارئ يتم استدعاء الطبيب المناوب لفحص المريضة ومعاينة حالتها؛ لاتخاذ إجراءات معينة بخصوص إضافة أو إيقاف أي علاج من العلاجات التي يتم إعطاؤها إياها حسب طبيعة الحالة.

– أدنى ترتيب فقرة رقم 1 وهي "يسهل التنقل داخل المستشفى لتلقي الخدمة الصحية المطلوبة"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.10أي إن المتوسط الحسابي النسبي 61.94%، وقيمة الاختبار 2.03 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.022 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويرجع حصول الفقرة الخاصة بسهولة التنقل داخل المستشفى لتلقي الخدمة على درجة موافقة كبيرة إلى وجود جميع مرافق تلقي الخدمة في مربع واحد، وخصوصًا خلال الفترة الصباحية، بالإضافة إلى أن متلقيات الخدمة اللواتي تم تعبئة الاستبانة من خلالهن منومات داخل المستشفى ومن الطبيعي أن متلقيات الخدمة المنومات داخل المستشفى يتم إحضار معظم الأجهزة التي يمكن تحريكها لهن داخل الغرف، مثل جهاز: التخطيط وجهاز فحص الضغط و... ، وكذلك عند حاجتهن لفحوصات يتم أخذ العينات منهن وهن على السرير وإرسالها للمختبر لفحصها، وبهذا هن يتلقين الخِدْمات الصحية الخاصة بهن وهن متلقيات على سرير المستشفى، وفي أغلب الأحيان يتم نقل المريضة من سرير المبيت إلى كشك الولادة أو إلى غرفة العمليات في حالة القيصريات وأمراض النساء بواسطة ممرضة.

– بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.58، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 71.63%، وقيمة الاختبار17.96 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "إمكانية الوصول للخِدْمات" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وتعزو الباحثة حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة موافقة كبيرة إلى وجود نوع من التسلسل في أماكن تلقي الخدمة؛ حيث إنني لاحظت في أثناء وجودي في المستشفى القرب الشديد لقسم الولادة الآمنة من الكشك لتسهيل الاستعانة بأطباء الكشك في حال حدوث أي طارئ مع القابلات (تمريض)، والقسم الذي يليه مباشرة قسم الولادة الطبيعية؛ حيث إن الخِدْمات المباشرة لحالات الولادة الطبيعي هي كشك الولادة، ثم يتم إرجاعها من الكشك إلى قسم الولادة الطبيعي، أما فيما يخص

حالات العمليات فيوجد مصعد مخصص للحالات من قسم العمليات إلى قسم القيصريات، وهذا أيضًا يدل على أن التنقل سهل داخل المستشفى لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (حبيب، 2016م) من حيث حصول المستشفى على نتائج إيجابية في جودة الخِدْمات المقدمة، وإمكانية الوصول إلى الخِدْمات الصحية، وكذلك موافقة نتائج الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى مع توقعات متلقيات الخدمة، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (صباح، 2014م) فيما يخص سهولة الوصول إلى الخِدْمات الصحية في مرافق المستشفى المختلفة.

- **تحليل فقرات مجال "تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.32).

جدول (5.32): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال "تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يتم إعطاؤك شرح وافٍ وكامل عن حالتك الصحية عند كل مرور طبي.	3.26	1.02	65.22	5.00	0.000*	2	كبيرة
.2	أخذت فرصة كافية في المناقشة والسؤال عن وضعك الصحي.	3.31	1.03	66.14	5.78	0.000*	1	كبيرة
.3	تم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن المنافع والآثار الجانبية الخاصة بالعلاج.	2.50	1.30	49.92	-7.53	0.000*	4	قليلة
.4	توجد موظفة تثقيف صحي تقدم شرحًا وافيًا عن الطرق المثلى للرَّضاعة الطبيعية.	3.09	1.29	61.72	1.29	0.100	3	متوسطة
	جميع فقرات المجال معًا	3.04	0.82	60.77	0.92	0.179		متوسطة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.32) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 2 وهي "أخذت فرصة كافية في المناقشة والسؤال عن وضعك الصحي"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.31 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 66.14%، وقيمة الاختبار 5.78 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى كفاءة العاملين وحسن أخلاقهم ومعرفتهم ودرايتهم الكاملة بالمهام المطلوبة منهم؛ حيث إن الأطباء العاملين في المستشفى يحرصون على إيصال المعلومات الصحية اللازمة لمتلقيات الخدمة من أجل الحصول على نتائج إيجابية من العلاجات التي تتلقاها؛ ولكن يحول دون ذلك أحيانًا ضيق الوقت وعدد الأطباء الموجودين وعدد متلقيات الخدمة الكبير الواجب المرور عليهن؛ ولكن يتم تعويض ذلك بإعطاء متلقيات الخدمة فرصة كافية في المناقشة والسؤال إذا رغبت المريضة بذلك.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "تم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن المنافع والآثار الجانبية الخاصة بالعلاج"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.50أي إن المتوسط الحسابي النسبي 49.92%، وقيمة الاختبار 7.53- وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى عدم وجود وقت كافٍ لدى الأطباء لتقديم الشرح الوافي حول الآثار الجانبية، ويتم الاستعاضة عن ذلك بسؤال المريضة عن أي معلومات من الممكن أن تؤثر على حالة متلقية الخدمة، أو تؤدي إلى آثار جانبية غير مرغوب بها لاتخاذ قرار بإعطاء العلاج للمريضة من عدمه.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.04، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 60.77%، وقيمة الاختبار 0.92 وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.179 لذلك يُعدُّ مجال "تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية" غير دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$،

مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال لا يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وحصول هذا المجال على موافقة بدرجة متوسطة يزيد من درجة تأكدي من صدق الاستبانة وقياسها لما هو موجود على أرض الواقع؛ حيث إن العدد الهائل من متلقيات الخدمة التي يترددن على المستشفى، والعدد الكبير من حالات المبيت الموجودة في المستشفى، يجبر الأطباء والممرضين على اتخاذ الإجراءات اللازمة لهم بكفاءة عالية، دون تقديم شرح وافٍ؛ ولكن لا يقصر أي طبيب أو ممرض في تقديم المعلومات الكاملة عن الحالة إذا لزم الأمر؛ ولكن لضمان خصوصية الحالة لا يتم إعطاء أي معلومات لذوي متلقية الخدمة نفسها أو لذويها من الدرجة الأولى.

ولتجيب الباحثة عن سؤال ما مستوى الاهتمام بمتلقيات الخدمة؟ تم سؤال متلقيات الخدمة بعض الأسئلة من خلال أربعة مجالات، وهي كما يأتي:

جدول (5.33): يوضح الإجابة على السؤال الثالث حسب راي متلقيات الخدمة

المجال	درجة الموافقة
المحافظة على خصوصيتك.	كبيرة
معاملتك بعدالة واحترام.	كبيرة
إمكانية الوصول إلى الخِدْمات.	كبيرة
تزويد بمعلومات كافية عن حالتك الصحية.	متوسطة

وأرجعت الباحثة سبب حصول هذه المجالات على درجة موافقة كبيرة إلى متوسطة إلى إدراك المرضى لجودة الخِدْمات المقدمة لهم، ورضاهم الواضح عن هذه الخِدْمات يعود إلى أن بعض العاملين مؤهلون وعلى علم ودراية كاملة بما يجب فعله في معظم الحالات المرضية التي يواجهونها في المستشفى، كما إنهم يسعون جاهدين إلى تقديم الخدمة الصحية بمستوى لائق على الرغم من قلة الإمكانيات، كما أن المقارنات التي تقوم بها متلقية الخدمة بين ما توقعت أن تجده حسب ما سمعته عن المستشفى وما هو موجود على أرض الواقع تؤثر بشكل إيجابي على موافقتها في حال حصلت على ما تريد بمجهود معقول؛ حيث يعُدُّ العاملون خصوصيةَ المريضة من أولى أولوياتهم ويعونها بمستوى متدنٍ، ويرغبون في تحسينها باستمرار على الرغم من حصولها على درجة موافقة كبيرة من متلقيات الخدمة.

كما أن المعاملة بعدالة واحترام ركنٌ أساسي من أركان الخِدْمات الصحية؛ حيث إن من يحضر إلى المستشفى يحضر بسبب حاجة ملحة لديه، لتلقي خدمة، ويُعدُّ المريض سبب وجود الكادر الصحي في العمل، فبدون حالات مرضية وخِدْمات صحية هل يلزم كوادر صحية.

يُعدُّ الوصول إلى الخدمة سهلًا؛ بسبب موقع المستشفى الذي يتوسط القطاع، وكذلك الوصول المادي سهل حيث إن المبالغ الذي يدفعها المؤمنون تُعَدُّ رمزية عند مقارنتها برسوم المستشفيات الخاصة للخِدْمات نفسها.

وترجع الباحثة حصول مجال "تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية" إلى أن الطبيب يقوم بتزويد المريضة غالبًا بالمعلومات اللازمة والكافية عن حالتها؛ ولكن نتيجة تعبها أو لقلة تركيزها لا تنتبه لبعض الأمور، وعند سؤال مرافقتها أو أحد أقاربها من الدرجة الأولى يقوم الطبيب أيضًا بتزويده بمعلومات كافية عن حالتها، ويناقشه في حال وجود بعض الأسئلة؛ ولكن عندما يتكرر السؤال من أكثر من شخص وحفاظًا على خصوصية متلقية الخدمة لا يتم الإفصاح بالمعلومات دائمًا.

6.2.2.5 السؤال السادس- ما مستوى الأمان من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومتلقياتها؟

تحليل فقرات المحور الخامس "أمان مقدمي الخدمة"- مقدمي الخدمة

- تحليل فقرات مجال "توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية"

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.34).

جدول (5.34): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات مجال " توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يتم تقديم الخدمة بناء على تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا تضمن تقديم خدمة صحية مناسبة.	2.75	0.91	55.00	-3.79	0.000*	1	قليلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
2.	توجد متابعة للتأكد من تطبيق التعليمات الخاصة بأمان المريض والعاملين.	2.56	0.97	51.12	-6.27	*0.000	2	قليلة
3.	يتم توفير المستلزمات اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	2.44	1.00	48.77	-7.68	*0.000	3	قليلة
4.	المساحة المتوافرة لتقديم الخدمة كافية لتقديم خدمة صحية محترفة.	2.23	0.93	44.60	-11.31	*0.000	5	قليلة
5.	مكان تقديم الخدمة نظيف بقدر، ويتضمن وسائل لمنع العدوى.	2.29	0.98	45.78	-9.93	*0.000	4	قليلة
جميع فقرات المجال معًا		2.46	0.75	49.10	-9.94	*0.000		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.34) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 1 وهي "يتم تقديم الخدمة بناء على تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا تضمن تقديم خدمة صحية مناسبة"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.75 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 55.00%، وقيمة الاختبار3.79- وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على درجة موافقة قليلة إلى عدم وجود تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا تضمن تقديم خدمة صحية مناسبة؛ حيث إن تطبيق مثل هذه التعليمات عادة ما يحتاج إلى رصد ميزانيات لتوفير الاحتياجات اللازمة؛ لتقديم هذه الخِدْمات بالمستوى المطلوب؛ ولكن اعتماد الوزارة بأكملها وليس المستشفى فقط على المنح والتبرعات في تلبية احتياجاتها يحول دون تطبيق أي معايير أو تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "المساحة المتوافرة لتقديم الخدمة كافية لتقديم خدمة صحية محترفة"؛ حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.23أي إن المتوسط الحسابي النسبي 44.60%، وقيمة الاختبار 11.31-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة ذلك إلى أن المستشفى لم تُبنَ على أسس البناء الصحي السليم وفق المعايير المتعارف عليها عالميًا لبناء المؤسسات الصحية، وإنما تم بناء الموقع الحالي لمستشفى الولادة كعيادات خارجية لمتابعة حالات الأمراض المزمنة، وتم نقل المستشفى إليه عام 1986 وتم تطويره شيئًا فشيئًا إلى أن أصبح على وضعه الحالي؛ ولكنه لا يتسع لتقديم خدمة صحية محترفة؛ حيث إن إدارة المستشفى تحاول التوسع في كل زاوية في المبنى بما يحقق المصلحة العامة.

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.46، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 49.10%، وقيمة الاختبار 9.94-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال"توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وتعزو الباحثة حصول جميع فقرات المجال معًا على درجة موافقة قليلة إلى شعور العاملين بعدم الرضا تجاه الإدارة ومكان العمل؛ مما يولد لديهم شعور بعدم الأمان بسبب ضيق المكان، وعدم توافر مستوى نظافة يمنع انتشار العدوى، ووجود نقص بشكل كبير في المستلزمات اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن، بالإضافة إلى عدم متابعة الإدارة لأحوال العاملين والمرضى؛ للتأكد من توافر قدر مناسب من الأمان لهم في أثناء تقديم الخدمة وتلقيها.

- **تحليل فقرات مجال "إصابات العمل"**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.35).

جدول (5.35): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار Tلكل فقرة من فقرات مجال "إصابات العمل"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تم إعلامي بالأمراض الوظيفية المتوقع الإصابة بها فيأثناء تأدية العمل.	2.62	1.11	52.34	-4.75	0.000*	2	قليلة
2.	تم تدريبي لتجنب الإصابات الناتجة عن أداء عملي.	2.52	1.10	50.43	-5.96	0.000*	3	قليلة
3.	تلقيت جميع التطعيمات اللازمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الإصابة بها.	2.72	1.14	54.41	-3.35	0.000*	1	قليلة
4.	يتم توثيق إصابات العمل لدى مسؤول السلامة في المستشفى.	2.37	1.10	47.35	-7.81	0.000*	5	قليلة
5.	يتم تحويل الموظف المصاب لإجراء فحوصات مخبرية وجسدية بعد الإصابة.	2.40	1.12	47.96	-7.36	0.000*	4	قليلة
6.	يتم متابعة حالة الموظف المصاب إكلينيكيًا واتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة له.	2.32	1.05	46.45	-8.83	0.000*	6	قليلة
جميع فقرات المجال معًا		2.50	0.89	50.01	-7.69	0.000*		قليلة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.35) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 3 وهي "تلقيت جميع التطعيمات اللازمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الإصابة بها"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.72 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 54.41%، وقيمة الاختبار 3.35-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة α≤0.05، مما يدل على أن متوسط درجة

الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وهذا يعني أن معظم العاملين في المستشفى لم يلتقوا التطعيمات اللازمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الإصابة بها في أثناء تقديم الخدمة في المستشفى، وهذا مؤشر سلبي يدل على عدم متابعة الإدارة لأحوال العاملين فيها، مما يؤثر على شعورهم بالأمان في أثناء تقديم الخدمة داخل المستشفى، وإحساسهم الدائم بإمكانية تعرضهم لأقل إصابة عمل، وهي وخزة في أثناء تقديم الخدمة لمريض مصاب بمرض ما قد تؤدي إلى إنهاء حياتهم أو إكمال حياتهم بمرض مزمن، وهذا كله يدل على عدم رضا غالبية العاملين عن المستشفى.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 6 وهي "يتم متابعة حالة الموظف المصاب إكلينيكيًّا واتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة له"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 2.32أي إن المتوسط الحسابي النسبي 46.45%، وقيمة الاختبار 8.83-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة$0.05 \leq \alpha$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى وجود ضعف واضح في إدارة المستشفى؛ حيث إنها لا تقوم بمتابعة بعض الأمور، مثل فحصهم إكلينيكيًّا أو مخبريًا لمعرفة مدى حاجتهم لاتخاذ إجراءات علاجية؛ للتأكد من سلامتهم وضمان عدم تأثير الإصابة عليهم مستقبلًا

- بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 2.50، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 50.01%، وقيمة الاختبار 7.69-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يُعدُّ مجال "إصابات العمل" دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $0.05\leq\alpha$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

وتعزو الباحثة حصول جميع فقرات المجال معًا على موافقة بدرجة قليلة إلى عدم تلقي معظم العاملين للتطعيمات اللازمة لوقايتهم من الأمراض، وكذلك لم تقم إدارة المستشفى بإعلام الموظفين بالأمراض الوظيفية المتوقع إصابتهم بها في أثناء تأديتهم لعملهم، بالإضافة إلى عدم توثيق إصابات العمل التي تحدث مع الموظفين لدى مسؤول السلامة في المستشفى، وعدم متابعة حالة الموظف المصاب إكلينيكيًا، إلى جانب عدم اتخاذ أي إجراءات علاجية بحق الموظف.

- **تحليل فقرات المحور الثالث "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)"- متلقيات الخدمة**

تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لمعرفة درجة الموافقة، النتائج موضحة في جدول (5.36).

جدول (5.36): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار T لكل فقرة من فقرات محور "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	درجة الموافقة
.1	يتوافر لدى المستشفى المعدات والأجهزة اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	3.30	0.94	65.92	6.16	0.000*	3	كبيرة
.2	أبنية المستشفى مناسبة لتقديم الخدمة بشكل آمن.	2.64	0.92	52.81	-7.60	0.000*	8	قليلة
.3	يساعد التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى على تقديم الخدمة بشكل آمن.	2.67	0.95	53.33	-6.85	0.000*	7	قليلة
.4	تتوافر مساحات كافية لتسهيل الحركة بين الأسرّة داخل كل غرفة.	2.19	1.07	43.82	-14.62	0.000*	9	قليلة
.5	غرف متلقيات الخدمة جيدة التهوية والإضاءة	3.21	1.05	64.25	3.97	0.000*	4	كبيرة
.6	تم تشخيص حالتك واتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاجك فور وصولك المستشفى.	3.58	1.03	71.68	11.05	0.000*	2	كبيرة
.7	توافقت نتيجة الخدمة المقدمة لك مع توقعاتك.	3.07	0.96	61.49	1.50	0.067	5	متوسطة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	درجة الموافقة
8.	كان من السهل عليك فهم ما قاله مقدمو الخدمة الصحية لك.	3.66	0.84	73.12	15.15	0.000*	1	كبيرة
9.	يُعدُّ السرير الخاص بك داخل المستشفى مريحًا وآمنًا في أثناء استخدامه.	2.85	1.07	56.91	-2.83	0.002*	6	قليلة
جميع فقرات المحور معًا		3.02	0.63	60.43	0.68	0.249		متوسطة

*** المتوسط الحسابي دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من جدول (5.36) يمكن استخلاص ما يأتي:

- أعلى ترتيب فقرة رقم 8 وهي "كان من السهل عليك فهم ما قاله مقدمو الخدمة الصحية لك"؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي 3.66 (الدرجة الكلية من 5) أي إن المتوسط الحسابي النسبي 73.12%، وقيمة الاختبار 15.15، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة كبيرة إلى أن ما نسبته 77.6 من متلقيات الخدمة التي تم تعبئة الاستبانة منهنَّ كُنَّ من حملة الشهادات، ويُعدُ رضا فئة كبيرة من متلقيات الخدمة عن أداء مقدمي الخدمة مؤشرًا إيجابيًّا على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى، وهذا يدل على أن العاملين مؤهلون، ولديهم القدرة على التعامل مع الأنواع المختلفة من متلقيات الخدمة وذويهنَّ.

- أدنى ترتيب فقرة رقم 4 وهي "تتوافر مساحات كافية لتسهيل الحركة بين الأسرّة داخل كل غرفة "؛حيث إن متوسطها الحسابي يساوي2.19 أي إن المتوسط الحسابي النسبي 43.82%، وقيمة الاختبار 14.62-، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي 0.000 لذلك تُعَدُّ هذه الفقرة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد انخفض عن

درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

وترجع الباحثة حصول هذه الفقرة على موافقة بدرجة قليلة إلى ضيق المكان مقارنة بالعدد الكبير من متلقيات الخدمة اللواتي يتلقين الخدمة فيه، ووضع خمس أسرّة في بعض الغرف على الرغم من صغر مساحتها؛ مما يعيق حركة متلقية الخدمة أو مرافقتها داخل الغرفة، وهذا يؤكد لي صدق نتائج الدراسة وقياسها لما وضعت من أجله.

– بشكل عام يمكن القول إن المتوسط الحسابي يساوي 3.02، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 60.43%، وقيمة الاختبار 0.68، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.249 لذلك يُعدُّ محور "أمان متلقيات الخدمة (توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة)" غير دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المحور لا يختلف جوهريًا عن درجة الموافقة المتوسطة وهي 3،وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على جميع فقرات هذا المحور.

ومن هنا يمكننا القول إن متلقي الخدمة يشعرون بالأمان بدرجة متوسطة في أثناء تلقيهم للخدمة داخل المستشفى وعدم حصول جميع فقرات المجال معًا على الموافقة بدرجة كبيرة يرجع إلى وجود مشكلة في الأسرّة الموجودة في المستشفى، وعدّها غير مريحة وغير آمنة من قبل عدد كبير من متلقيات الخدمة، كذلك وجود مشكلة في التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى؛ حيث إن أبنية المستشفى لم تبنَ على الأسس العلمية والعملية السليمة لبناء المؤسسات الصحية وفق المعايير العالمية، بالإضافة إلى وجود قسم آيل للسقوط ضمن مباني المستشفى وقد سقطت قطعة من السقف بين عدد من متلقيات الخدمة قبل حوالي 4 شهور، كما إن عدم توافر مساحات كافية بين الأسرّة يعيق حركة المريضة أو المرافقة بين الأسرّة ويعرضهن للأذى في بعض الأحيان.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (يعقوب، 2008م) فيما يخص وجود رضا بدرجة مقبولة حول مستوى جود الخِدْمات الصحية المقدمة بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، وكانت النتيجة النهائية لمجال توافر بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية في هذه الدراسة موافقة بدرجة متوسطة، أي إنه يوجد رضا بدرجة مقبولة عن جودة الخِدْمات المقدمة في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

واختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (مصلح، 2011) فيما يخص توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة اللازمة لتقديم الخِدْمات

الصحية بصورة ملائمة؛ حيث أشارت الدراسة الحديثة إلى موافقة بدرجة كبيرة حول فقرة توافر الأجهزة والمعدات الحديثة لتقديم الخِدْمات الصحية بشكل آمن، أما دراسة مصلح فأشارت في توصياتها إلى ضرورة توفير الأجهزة والمعدات الحديثة.

وللإجابة على سؤال ما مستوى الأمان من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومتلقيها، سألت الباحثة كلًا من مقدمي الخدمة ومتلقيها بعض الأسئلة من خلال عدة مجالات، وهي كما يأتي:

أولًا- المجالات التي سألت فيها الباحثة مقدمي الخدمة:

جدول (5.37): يوضح الإجابة عن السؤال الثالث حسب رأي مقدمي الخدمة

المجال	درجة الموافقة
توفير بيئة آمنة لتقديم الخدمة الصحية.	قليلة
إصابات العمل.	قليلة

يرجع حصول هذين المجالين على درجة موافقة قليلة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومن وجهة نظر الباحثة إلى قلة الإمكانيات المتوافرة لإدارة المستشفى؛ لتحسين الجو العام لتقديم الخدمة، سواء كانت هذه الإمكانيات مادية أو بشرية، كما أن الوضع النفسي للعاملين سيء بسبب عدم تقاضيهم رواتبهم منذ فترة تزيد عن سنتين؛ مما يؤثر على نفسيتهم ويجعلهم غير راضين عن الإدارة.

ثانيًا- المجالات التي سألت فيها الباحثة متلقيات الخدمة:

جدول (5.38): يوضح الإجابة عن السؤال الثالث حسب رأي متلقي الخدمة

المجال	درجة الموافقة
توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة.	متوسطة

وترجع الباحثة حصول هذا المجال على درجة موافقة متوسطة إلى حصول بعض فقرات هذا المجال على درجة موافقة قليلة في الفقرات المتعلقة ببناء المستشفى وتصميمها الداخلي والخارجية، وتوافر مساحات كافية للحركة داخل غرف المبيت، وكذلك الفقرة المتعلقة باعتبار السرير الخاص بمتلقية الخدمة مريح وآمن أم لا، وفقرات أخرى حصلت على موافقة بدرجة كبيرة في الفقرات المتعلقة بتشخيص حالة متلقية الخدمة، واتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاجها فور وصولها إلى المستشفى، وكذلك توافق نتيجة الخدمة المقدمة لمتلقية الخدمة مع توقعاتها، بالإضافة إلى فقرة كان من السهل عليك فهم ما قاله مقدمو الخدمة الصحية لك، وهذا كله يدل على رضا متلقيات الخدمة عن الخدمة المقدمة، وعدم رضاهم عن الإمكانيات المتوافرة للمستشفى لتقديم الخدمة.

وهذا ما توافق عليه مقدمو الخدمة ومتلقوها.

رضا مقدمي الخدمة عن المستشفى

تم استخدام الوزن النسبي والترتيب لمعرفة درجة رضا مقدمي الخدمة عن المستشفى، النتائج موضحة في الجدول الآتي:

جدول (5.39): درجة رضا مقدمي الخدمة عن المستشفى

رضا مقدمي الخدمة على المستشفى	درجة الرضا%	الترتيب
استجابة الإدارة للاحتياجات المهنية للموظفين.	34.76	6
نظام العمل داخل المستشفى.	42.20	4
الأجهزة والأدوات الموجودة داخل المستشفى.	45.11	3
توافر الأدوية داخل المستشفى.	49.14	1
مستوى النظافة داخل المستشفى.	46.61	2
تصميم المستشفى الداخلي والخارجي.	39.30	5
توافر أماكن للراحة للموظفين.	27.89	7

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

يتضح من جدول (5.39) أن أكثر البنود رضا من قبل مقدمي الخدمة هي على الترتيب: توافر الأدوية داخل المستشفى بنسبة 49.14%، ومن ثم مستوى النظافة داخل المستشفى بنسبة 46.61%، ومن ثم الأجهزة والأدوات الموجودة داخل المستشفى بنسبة 45.11%.

وتلاحظ الباحثة ان أعلى نسبة رضا تساوي 49.14% وتُعَدُّ هذه النسبة أقل من المتوسطة، أي إن إجمالي نسبة الرضا عن جميع الفقرات معًا ستكون بنسبة قليلة، وهذا يعني عدم رضا العاملين عن أداء المستشفى والخِدْمات المقدمة فيها، وتحسب هذه نقطة للعاملين؛ حيث إنهم يطمحون دائمًا للأفضل وللتحسين والتطوير، ومن جهة أخرى تحسب على الإدارة حيث إنها لا توفر لهم ما يطلبون أو ما يحتاجون؛ مما يزيد انتماؤهم للمستشفى، ويجعلهم أكثر عطاء، ويزيد من قدرتهم الإنتاجية للخِدْمات المقدمة في المستشفى.

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (Suriyawongpaisal، 2002)التي أوصت بتحسين الاتصال، والحد من التعقيدات الإدارية، وبالتالي تحسين استجابة إدارة المستشفى لاحتياجات العاملين والمرضى؛ حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية حصول مجال استجابة الإدارة للاحتياجات المهنية للموظفين على درجة رضا بنسبة 34.76% وهذه النسبة تعبر عن درجة رضا قليلة عن هذا المجال.

رضا متلقيات الخدمة عن المستشفى

تم استخدام الوزن النسبي والترتيب لمعرفة درجة موافقة متلقيات الخدمة على المستشفى. النتائج موضحة في الجدول الآتي:

جدول (5.40): درجة رضا متلقيات الخدمة عن المستشفى

رضا متلقيات الخدمة عن المستشفى	درجة الموافقة%	الترتيب
أداء العاملين.	66.32	4
الأجهزة والأدوات الموجودة داخل المستشفى.	62.55	7
التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى.	51.78	9
توافر الأدوية داخل المستشفى.	63.56	5
الحفاظ على خصوصيتك في أثناء تلقي الخدمة.	76.89	2
نظافة دورات المياه داخل المستشفى.	34.99	10
نظافة غرف المبيت داخل المستشفى.	54.67	8
نظافة الممرات وأماكن تلقي الخدمة.	66.35	3
توافر الشراشف.	62.95	6
وجبات الطعام المقدمة داخل المستشفى.	81.81	1

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

يتضح من جدول (5.40) أن أكثر البنود رضا من قبل متلقيات الخدمة هي على الترتيب: وجبات الطعام المقدمة داخل المستشفى بنسبة 81.81%، ومن ثم الحفاظ على خصوصيتك في أثناء تلقي الخدمة بنسبة 76.89%، ومن ثم نظافة الممرات وأماكن تلقي الخدمة بنسبة 66.35%.

وترى الباحثة أن هناك رضا عامًا لدى متلقيات الخدمة؛ حيث إن جميع الفقرات حصلت على درجة رضا تفوق المتوسط، باستثناء فقرة واحدة حصلت على درجة رضا قليلة وهي "نظافة دورات المياه داخل المستشفى" وحصلت على نسبة رضا 34.99%، وتعزو الباحثة حصول هذه الفقرة على درجة قليلة من الرضا إلى العدد الكبير من المترددات على هذه الدورات من متلقيات خدمة ومرافقات، كل واحدة منهن لديها ثقافة مختلفة في استخدام مثل هذه المرافق، ولديها مستوى نظافة معين، مما يجعل مستوى النظافة متدنيًا في هذه الدورات، مع العلم أنه يتم تنظيف هذه المرافق كل 3 ساعات على الأكثر، وباستخدام مواد تنظيف بتركيز معين، حسب العقد المبرم بين الوزارة وشركة النظافة التي رسا عليها عقد النظافة الخاص بمجمع الشفاء الطبي؛ حيث تم خصخصة خِدْمات النظافة في جميع مرافق وزارة الصحة منذ سنوات.

أما بخصوص خدمة الطعام التي حصلت على أعلى رضا فإنه تم خصخصتها منذ سنوات في مجمع الشفاء الطبي فقط؛ حيث كانت نسبة الرضا عن فقرة "وجبات الطعام المقدمة داخل المستشفى" 81.81%، وهذا يعني أن الوجبات التي يتم توفيرها من خلال الشركة التي تم التعاقد معها بخصوص توفير هذه الوجبات تقوم بما هو مطلوب منها، وتقدم وجبات ذات جودة ممتازة وبكميات كافية.

7.2.2.5 السؤال السابع- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى لمتغيرات: (الجنس، المؤهل العلمي، المسمى الإشرافي، التخصص، سنوات الخبرة)؟

تم استخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين" لمعرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهو اختبار معلمي يصلح لمقارنة متوسطي مجموعتين من البيانات، وتم استخدام اختبار "التباين الأحادي" لمعرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية، وهذا الاختبار معلمي يصلح لمقارنة 3 متوسطات أو أكثر.

ويشتق من هذا التساؤل عدة تساؤلات:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى الجنس.

جدول (5.41): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – الجنس

المجال	المتوسطات		قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
	ذكر	أنثى		
الفاعلية السريرية.	2.42	2.52	-1.217	0.225
الكفاءة الصحية.	2.85	3.08	-2.087	*0.038
الاهتمام بالكادر البشري.	2.11	2.38	-2.642	*0.009
إدارة مستجيبة.	2.34	2.38	-0.408	0.684
أمان مقدمي الخدمة.	2.36	2.53	-1.450	0.149
جميع المجالات معًا	2.37	2.53	-1.820	0.070

*** الفرق بين المتوسطين دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.41) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة 0.05 للمجال "الكفاءة الصحية، الاهتمام بالكادر البشري"، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذين المجالين تعزى إلى الجنس؛ لصالح الإناث.

وترجع الباحثة ذلك إلى أن نسبة الإناث من العاملين تساوي 68.6% من إجمالي العاملين، أي إن أكثر من ثلثي العاملين في المستشفى من الإناث، ويرجع ذلك إلى طبيعة عمل المستشفى التي تقدم خِدْماتها للإناث فقط، كما إن فئة التمريض تُعَدُّ هي النسبة الأكبر من العاملين في المستشفى فعدد الممرضات والقابلات العاملات في المستشفى يبلغ207 ممرضة وقابلة، مقارنة بعدد الأطباء البالغ 62 طبيبَ ولادة، بينهم عدد لا بأس به من الطبيبات، و16 طبيب حضانة؛ حيث إن فئتي التمريض والأطباء هما خط التماس مع متلقي الخِدْمات الصحية، وهم الأكثر احتكاكًا بمتلقيات الخدمة، كما أن أغلب العاملات من الإناث هن سيدات أنجبن قبل ذلك، ومررن بتجربة الولادة وآلامها والمشاكل التي من الممكن أن تصيب السيدة بعد ذلك، كما أنهن أقدر على تحديد ما تحتاجه متلقية الخدمة لتصبح أكثر رضا عن الخدمة المقدمة، وعليه فهن أكثر تأثيرًا في الكفاءة الصحية للخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى، كما إنهن أكثر قدرة على التأثير على الإدارة، وتحقيق الاهتمام باحتياجاتهن كعاملات في المستشفى.

- أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig)أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالجنس.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمجالات التي حصلت على قيمة احتمالية أكبر من مستوى الدلالة للأسباب الآتية:

- يحاول جميع الموظفين تقديم أفضل ما لديهم عند تقديم الخِدْمات السريرية لمتلقيات الخدمة بغض النظر عن طبيعة الحالة، فهم يتعاملون مع حالة مرضية تحتاج إلى الرعاية، وتأتي إلى المستشفى بأمل أن تحصل على الدعم والعلاج اللازمين لها.

- أما فيما يخص إدارة المستشفى فهي تتعامل مع كلا الجنسين بالطريقة نفسها، وترتب جداول ومناوبات تحاول فيها تحقيق العدل والمساواة بين كلا الجنسين، فهي تستجيب لجميع العاملين

حسب الإمكانيات المتاحة لها وليس على أي أساس آخر، كما أنها تراعي الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية لهما بالمستوى نفسه.

- وكذلك الحال فيما يخصمان العاملين، فهي لا تفرق في التعامل بين كلا الجنسين في نسبة توفير الأمان لهما، فهم يعملون في البيئة الصحية نفسها، وبالأجهزة والمعدات والقوانين والإجراءات نفسها التي تضبط إصابات العمل لكلا الجنسين.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى المؤهل العلمي.

جدول (5.42): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المؤهل العلمي

المجال	المتوسطات			قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية(.Sig)
	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا		
الفاعلية السريرية.	2.56	2.50	2.25	2.702	0.070
الكفاءة الصحية.	3.10	3.02	2.64	3.529	*0.031
الاهتمام بالكادر البشري.	2.38	2.33	1.89	4.421	*0.013
إدارة مستجيبة.	2.45	2.38	2.10	1.880	0.156
أمان مقدمي الخدمة.	2.63	2.50	1.95	6.549	*0.002
جميع المجالات معا	2.57	2.50	2.13	5.103	*0.007

*** الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.42) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 للمجالين "الفاعلية السريرية،إدارة مستجيبة"، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذين المجالين تعزى إلى المؤهل العلمي.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول الفاعلية السريرية؛ لأن الموظفين بمختلف مؤهلاتهم العلمية يقومون بتقديم الخِدْمات الصحية لمختلف متلقيات الخدمة بالبنية التحتية نفسها، وتحت ظروف العمل نفسه، وبالخِدْمات الصحية المساندة نفسها.

كما ترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول استجابة الإدارة للعاملين تعزى للمؤهل العلمي إلى أن الإدارة تكتال لجميع العاملين بالمكيال نفسه، ولا تفرق بين أحد منهم إلا بما يمتاز به عن باقي العاملين.

أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) أقل من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالمؤهل العلمي؛ لصالح الذين مؤهلهم العلمي دبلوم.

وتعزو الباحثة وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمجالات التي حصلت على قيمة احتمالية أقل من مستوى الدلالة للأسباب الآتية:

- إن حملة الدبلوم هم الموظفون التنفيذيون الذين ينفذون معظم المهام، ويقدمون معظم الخِدْمات التي تقدم لمتلقي الخدمة، وخصوصًا الخِدْمات التي تحقق الكفاءة الصحية، فهم من يوفر البيئة الصحية الصالحة لتقديم الخِدْمات المختلفة، مثل: تقديم علاج بشكل دوري حسب المواعيد المحددة من خلال الطبيب وبجرعات مناسبة، وفحص العلامات الحيوية لكل حالة بشكل دوري حسب طبيعة الحالة، وتقييم بعض الحالات لتحويلها إلى الكشف، والكثير الكثير من الخِدْمات التنفيذية المقدمة.

- إن فئة حملة الدبلوم من العاملين تساوي 29.8% من العاملين، وكلهم يعملون بشكل مباشر مع متلقيات الخدمة، فهم الأقدر على تحديد احتياجات متلقي الخدمة، ولذلك يجب على الإدارة الاستجابة لاحتياجاتهم بشكل يفوق استجابتها لأي فئة أخرى.

- إن مجال الأمان لهذه الفئة من العاملين يضمن استمرار تقديم الخِدْمات اليومية بشكل مباشر لمتلقيات الخدمة، وعليه يجب أن يعملوا في بيئة آمنة ومريحة، لتزيد إنتاجيتهم ويصبحون قادرين على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من أول مرة وكل مرة.

واتفقت هذه النتائج مع بعض الدراسات كدراسة (الكحلوت،2004م) وذلك فيما يخص فقرة استجابة الإدارة لاحتياجات العاملين؛ حيث كانت إحدى توصيات دراسة الكحلوت ضرورة التركيز على متلقي الخدمة واحتياجاتهم بما يضمن تلقي خدمة صحية تتفق مع احتياجاتهم ورغباتهم.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى المسمى الإشرافي.

جدول (5.43): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المسمى الإشرافي

المجال	المتوسطات			قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
	بدون مسمى	رئيس شعبة	رئيس قسم		
الفاعلية السريرية.	2.48	2.46	2.67	0.508	0.602
الكفاءة الصحية.	3.01	2.83	2.96	0.195	0.823
الاهتمام بالكادر البشري.	2.28	2.47	2.65	1.347	0.263
إدارة مستجيبة.	2.33	2.89	2.77	3.067	0.049*
أمان مقدمي الخدمة.	2.47	2.48	2.65	0.213	0.808
جميع المجالات معا	2.46	2.59	2.71	0.937	0.394

*** الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.43) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة 0.05 لمجال "إدارة مستجيبة"، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى المسمى الإشرافي؛ لصالح الذين مسماهم الإشرافي رئيس شعبة.

وتفسر الباحثة استجابة الإدارة لاحتياجات أصحاب المسميات الإشرافية ومتطلباتهم "رئيس شعبة" إلى أنهم الخط الأول في المسميات الإشرافية، وهم الأفراد الذين يتعاملون مباشرة مع الفئة التنفيذية "بدون مسمى"، وبهذا تكون فئة رئيس الشعبة هي أولى من تسمع من أصحاب الحاجة، ويرفعون تقاريرهم واحتياجاتهم للمستوى الإداري الأعلى منهم، وتكون احتياجاتهم صادقة في معظم الأحيان.

أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig)أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالمسمى الإشرافي.

وترجع الباحثة إلى أن:

- جميع العاملين يسعون إلى تحقيق مستويات عالية من الفاعلية السريرية بالقدر والهمة نفسهما؛ حيث إنهم يعملون بالبنية التحتية نفسها، وتحت ظروف العمل نفسه، وتتوافر لهم جميعًا الخِدْمات الصحية المساندة نفسها.
- جميع العاملين يعملون بمستويات كفاءة صحية متقاربة؛ حيث إنهم يعملون ببيئة العمل نفسها؛ وحيث إن معظمهم من حملة شهادة البكالوريوس والدراسات العليا، فإن حملة الدبلوم والفئة التنفيذية يمارسون معهم المهام نفسها، فيتعلمون منهم الكثير، وهذا كله يؤدي إلى تحقيق مستويات عالية من الأداء، وهذا ما أظهرته النتائج التي حصلنا عليها من استبانات متلقي الخدمة.
- الإدارة تهتم بجميع العاملين بالمستوى نفسه، وتقدم لهم التدريب اللازم، وتحاول مساعدتهم على الإبداع، وتقديم أفضل ما لديهم باستمرار.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى التخصص.

جدول (5.44): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – التخصص

المجال	المتوسطات				قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)
	طبيب	قابلة	ممرضة	مهن مساندة		
الفاعلية السريرية.	2.40	2.55	2.41	2.66	1.911	0.129
الكفاءة الصحية.	2.83	3.13	2.99	3.02	2.017	0.113
الاهتمام بالكادر البشري.	2.10	2.47	2.21	2.32	3.519	0.016*
إدارة مستجيبة.	2.30	2.37	2.34	2.62	0.966	0.410
أمان مقدمي الخدمة.	2.27	2.58	2.55	2.48	1.946	0.124
جميع المجالات معًا	2.34	2.57	2.43	2.59	2.154	0.095

*** الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.44) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة 0.05 لمجال "الاهتمام بالكادر البشري"، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى التخصص لصالح الذين تخصصهم قابلة.

وتعزو الباحثة السبب في زيادة اهتمام الإدارة بالموظفات من فئة القبالة إلى أن هذا التخصص أصلًا هو أساس العمل في المستشفى، ويقتصر على الإناث، ويتم العمل به في مستشفيات الولادة فقط، وتستطيع القابلات ذوات الكفاءة والمهارة إدارة عملية الولادة كاملة مهما كانت متعسرة بدون تدخل طبي، وهذا ما يسمى "الولادة الآمنة"؛ حيث تم حديثًا إنشاء قسم يحمل هذا الاسم داخل مستشفى الولادة.

أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالتخصص.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول باقي المجالات إلى ما يأتي:

- يسعى معظم العاملين بجميع تخصصاتهم إلى العمل في مكان عمل هادئ ومريح، وتتوافر فيه أفضل الأجهزة والمعدات، وكذلك يرغب الجميع في توفير عدد كافٍ من الزملاء بما يتناسب مع عبء العمل الملقى على عاتقهم؛ لتحقيق أعلى مستوى من الفاعلية السريرية.

- يسعى معظم العاملين بجميع تخصصاتهم إلى العمل في بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة من تأهيل العاملين ومناسبة تخصصاتهم وخبراتهم السابقة لأماكن عملهم، كما إنهم يرغبون في وجود ملف طبي موحد للمريضة لسهولة متابعة حالتها وتوافر معلومات كاملة عنها في كل زيارة؛ مما يحقق الكفاءة الصحية في عملهم، ويجعلهم أكثر تميزًا عن غيرهم من المستشفيات التي تقدم الخِدْمات نفسها.

- يشعر العاملون في المستشفى من جميع التخصصات بدرجة الاستجابة نفسها من خلال الإدارة لاحتياجاتهم واحتياجات العمل ومتطلباتهم ومتطلبات العمل بغض النظر عن تخصصاتهم؛ حيث يكون رد الإدارة في معظم الأحيان "حسب الإمكانيات المتاحة".

• إن مستوى الأمان المتوافر في المستشفى هو نفسه لجميع العاملين بغض النظر عن مستوى الأمان المتوافر، فالإجراءات المتبعة مع أي موظف يصاب في أثناء تأديته لمهامه الوظيفية هي الإجراءات نفسها المتبَعة مع جميع الموظفين من جميع التخصصات.

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى سنوات الخبرة.

جدول (5.45): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – سنوات الخبرة

المجال	المتوسطات			قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)
	أقل من 10 سنوات	من 10 إلى 15	أكثر من 15		
الفاعلية السريرية.	2.49	2.58	2.18	2.806	0.063
الكفاءة الصحية.	3.03	2.98	2.77	0.839	0.434
الاهتمام بالكادر البشري.	2.33	2.31	1.92	2.057	0.131
إدارة مستجيبة.	2.37	2.44	2.13	0.851	0.429
أمان مقدمي الخدمة.	2.50	2.58	2.00	2.879	0.059
جميع المجالات معًا	2.49	2.54	2.15	2.505	0.084

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.45) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معًا، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلى سنوات الخبرة.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول جميع المجالات تعزى إلى سنوات الخبرة، إلى أن من يعمل في المجال الصحي بغض النظر عن تخصصه وبغض النظر عن سنوات خبرته، يجب أن يضع نصب عينيه أنه يتعامل مع أرواح بشر ومع مرضى أصحاب حاجة يتوقعون رعاية صحية عند زيارتهم للمرفق الصحي سواء مستشفى أو مركز أو عيادة، تخفف من آلامهم، وتعينهم على تحملها، وتدعمهم بالدواء والفحوصات اللازمة

عن طريق إجراءات سهلة ومعاملة حسنة، ووقت مناسب، فمهما تغيرت سنوات الخبرة يجب أن يظل هذا المبدأ أساسًا في تعامل العاملين مع المرضى بغض النظر عن طبيعة المرض وحدته.

8.2.2.5 السؤال الثامن- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى لمتغيرات: (العمر، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، التأمين الصحي، الإجراء الطبي، عدد أيام المبيت في المستشفى)؟

تم استخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين" لمعرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهو اختبار معلمي يصلح لمقارنة متوسطي مجموعتين من البيانات، وتم استخدام اختبار "التباين الأحادي" لمعرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهذا الاختبار معلمي يصلح لمقارنة 3 متوسطات أو أكثر.

ويشتق من هذا التساؤل عدة تساؤلات:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى العمر.

جدول (5.46): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – العمر

المجال	المتوسطات				قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
	أقل من 15 سنة	من 15 إلى أقل 30 سنة	من 30 إلى أقل 45 سنة	45 سنة فأكثر		
الفاعلية السريرية.	3.60	3.48	3.34	3.56	1.877	0.133
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	3.48	3.36	3.19	3.23	2.949	*0.033
أمان متلقيات الخدمة.	3.21	3.10	2.91	2.82	3.550	*0.015
جميع المجالات معًا	3.43	3.31	3.14	3.10	3.463	*0.016

الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.46) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لمجال "الفاعلية السريرية"، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى العمر.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة في مجال الفاعلية السريرية تعزى إلى العمر، إلى أن جودة الخِدْمات المقدمة من خلال الكارد العامل في المستشفى، أي إن الخِدْمات الصحية المقدمة لجميع الفئات العمرية بالجودة نفسها وبالفاعلية السريرية نفسها؛ حيث إن جميع العاملين في المستشفى يعملون في الظروف نفسها وبالإمكانيات نفسها.

أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) أقل من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالعمر؛ لصالح الذين أعمارهم 45 سنة فأكثر.

ترجع الباحثة سبب وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجالي "متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام، أمان متلقيات الخدمة" لصالح متلقيات الخدمة اللواتي يزيد أعمارهن عن 45 سنة إلى ما يأتي:

- تكون حالات الحمل في مثل هذا السن قليلة، وتحتاج إلى رعاية خاصة.
- تكون متلقيات الخدمة عادة في هذا السن قد مررن بتجارب سابقة مع المستشفى، ويتوقعن من المستشفى أداءً معينًا حسب خبرتهم السابقة مع المستشفى، ويتلقين هذه الخدمة بمستوى أفضل مما توقعن في الغالب؛ نتيجة تقديرهم للخدمة المقدمة لهن من الكادر الصحي.
- حالات أمراض النساء من متلقيات عددهم قليل، مقارنة بعدد الولادات التي تتم في كل يوم، وعليه يكون العدد الموجود داخل قسم أمراض النساء مقبولًا، مقارنة بعدد الحالات الموجودة في بعض الأقسام، مثل الولادة الطبيعية التي تصل نسبة انشغال الأسرّة فيه إلى 160% في بعض الأحيان، فتكون نسبة الاهتمام بمتلقيات الخدمة أكبر في قسم أمراض النساء، وكذلك يشعرن متلقيات الخدمة في قسم أمراض النساء بمستوى أعلى من الأمان؛ حيث إنه تتم استجابة فئة التمريض لهن بسرعة، ويتم استدعاء الطبيب لمتابعة حالتهن بسرعة أكبر نتيجة تعرض معظمهن لعمليات جراحية صعبة مما يستدعي زيادة الاهتمام بهن.

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى مكان الإقامة.

جدول (5.47): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – مكان الإقامة

المجال	المتوسطات		قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
	غزة	أخرى		
الفاعلية السريرية.	3.43	3.47	−0.544	0.587
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	3.31	3.25	0.860	0.390
أمان متلقيات الخدمة.	3.03	3.01	0.238	0.812
جميع المجالات معًا	3.26	3.23	0.488	0.626

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.47) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار"Tالعينتين مستقلتين" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معًا، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلى مكان الإقامة.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول جميع مجالات الاستبانة المقدمة لمتلقيات الخدمة حول جودة الخِدْمات المقدمة لهن تعزى لمكان الإقامة، إلى أن الخِدْمات المقدمة لجميع الحالات بغض النظر عن مكان إقامتهم تقدم بالجودة نفسها لجميع الحالات، وبالاهتمام نفسه، وبمستوى الأمان نفسه، مع العلم أن موقع المستشفى سهل الوصول لمعظم سكان قطاع غزة؛ حيث إن المستشفى تقع في موقع قريب جدًا من موقف سيارات المحافظات الجنوبية، وكذلك يمكن الوصول إليها بسهولة من المحافظات الشمالية.

إن إدارة المستشفى تبذل كل ما بوسعها لتقديم الخِدْمات الصحية التي تقدمها بالجودة نفسها لجميع الحالات.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى المستوى التعليمي.

جدول (5.48): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – المستوى التعليمي

المجال	المتوسطات				قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)
	ابتدائية فأقل	إعدادية	ثانوية	جامعية		
الفاعلية السريرية.	3.57	3.34	3.51	3.38	2.224	0.085
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	3.34	3.19	3.35	3.28	1.257	0.289
أمان متلقيات الخدمة.	2.98	3.00	3.06	3.00	0.303	0.823
جميع المجالات معًا	3.29	3.17	3.30	3.22	1.210	0.306

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.48) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار " T لعينتين مستقلتين" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معًا، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلى المستوى التعليمي.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات استجابة عينة الدراسة حول جودة الخِدْمات المقدمة في المستشفى تعزى إلى المستوى التعليمي، إلى أن الكادر الصحي العامل في المستشفى يتعامل مع متلقيات الخدمة كلًا حسب حالتها المرضية؛ حيث تقوم الممرضات باستقبال الحالة وأخذ العلامات الحيوية لها وتجهيزها؛ ليتعامل معها الطبيب حسب حالتها؛ فيقوم الطبيب باتخاذ الإجراء الطبي اللازم من عمل فحوصات معينة، مثل: تصوير الالتراساوند، أو طلب فحوصات معينة أو إجراءات صحية أخرى حسب الحالة، ثم يتخذ القرار بإعطائها علاجًا معينًا في البيت، أو إدخالها لمتابعة حالتها في أقسام المبيت بالمستشفى، أو مراجعتها للعيادة الخارجية بعد استخدامها علاجات معينة لمتابعة حالتها، وهذه الإجراءات لا تتغير بين حالة وأخرى بسبب مستواها التعليمي؛ بل يتم التعامل مع جميع الحالات بالطريقة نفسها وبالأسلوب نفسه.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى التأمين الصحي.

جدول (5.49): نتائج اختبار"T لعينتين مستقلتين" – التأمين الصحي

المجال	المتوسطات		قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)
	مؤمنة	غير مؤمنة		
الفاعلية السريرية.	3.44	3.38	0.374	0.708
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	3.29	3.55	-1.609	0.108
أمان متلقيات الخدمة.	3.01	3.32	-1.686	0.093
جميع المجالات معًا	3.25	3.46	-1.434	0.152

من النتائج الموضحة في جدول (5.49) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار" Tلعينتين مستقلتين" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معًا، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلى التأمين الصحي.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة لجودة الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى في جميع المجالات الموجهة لمتلقيات الخدمة إلى أن 96.9% من متلقيات الخدمة اللواتي استجبن لأداء الدراسة هن من متلقيات الخدمة ذوات التأمين الصحي، وتُعَدُّ هذه النسبة الغالبية العظمى عند مقارنتها بنسبة متلقيات الخدمة اللواتي ليس لديهن تأمين صحي.

وهذا يعني أن الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى تقدم بالمستوى نفسه وبالجودة نفسها لجميع متلقيات الخدمة، سواء لديهن تأمين صحي، أو لم يكن لديهن تأمين صحي.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى الإجراء الطبي.

جدول (5.50): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – الإجراء الطبي

المجال	المتوسطات				قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية	عملية جراحية	متابعة حمل		
الفاعلية السريرية.	3.35	3.45	3.41	3.56	2.373	0.070
متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام.	3.23	3.35	3.18	3.38	2.293	0.078
أمان متلقيات الخدمة.	2.93	3.14	2.81	3.12	4.495	0.004*
جميع المجالات معًا.	3.18	3.31	3.12	3.34	2.373	0.070

*** الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.50) يمكن استنتاج ما يأتي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة 0.05 لمجال "أمان متلقيات الخدمة"، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى الإجراء الطبي لصالح اللواتي إجراؤهن الطبي ولادة قيصرية.

وترجع الباحثة السبب وراء وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات آراء عينة الدراسة حول جودة الخِدْمات المقدمة فيما يخص مجال "أمان متلقيات الخدمة" لصالح من أجرين عملية قيصرية؛ حيث إنهن لا يعشن ألم المخاض الذي يصيب السيدات اللواتي يلدن ولادة طبيعية، فهن في الغالب يحصلن على ميعاد للعملية القيصرية؛ لسبب صحي لديهم أو بسبب وضع الجنين، ويحضرن إلى مستشفى بالموعد المحدد، فيجرين بعض الفحوصات؛ ثم يتم تحضير التمريض والتخدير لهنَّ وإدخالهن غرفة العمليات لإجراء عملية الولادة دون أن يشعرن، ويمكثن في غرفة الإفاقة حتى يستعدن وعيهن، ثم يتم نقلهم بواسطة التمريض إلى السرير الخاص بهن في قسم المبيت، وبعدها يتم متابعة حالتهن لمدة يومين إلى ثلاثة أيام، ثم يكتب لهن الخروج من المستشفى، ويتم متابعة الجرح والغرز في مركز الرعاية الأولية الأقرب لمنزلهن.

وتتم العمليات الجراحية في جو من التعقيم، وبأحدث الأجهزة والأدوات، وبحضور عدد من الأطباء المهرة والممرضين وفنيي التخدير، لضمان جودة عالية، وفي مكان وجو آمنين.

أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلىالإجراء الطبي.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة فيما يخص جودة الخدمة المقدمة في المستشفى تعزى إلى الإجراء الطبي الذي تم اتخاذه مع متلقية الخدمة، من حيث مجال الفاعلية السريرية، ومجال متلقيات الخدمة في مركز؛ بسبب أن فئة التمريض التي تتعامل مع جميع الحالات المرضية في المستشفى تتعامل مع جميع متلقيات الخدمة بالتساوي، ويقدمن لهن الخِدْمات المطلوبة منهن بكل أمانة وصِدْقيَّة، ويُحسن تعاملهن، ويبذلن أقصى ما لديهن من مجهود لتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية للجميع بكل صدقية وأمانة.

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة عند ($\alpha \leq 0.05$) من متلقي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي تعزى إلى عدد أيام المبيت في المستشفى.

جدول (5.51): نتائج اختبار "التباين الأحادي" – عدد أيام المبيت في المستشفى

المجال	المتوسطات				قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (.Sig)
	1	2	3	4 فأكثر		
الفاعلية السريرية.	3.43	3.46	3.38	3.46	0.301	0.825
متلقيات الخدمة في مركز	3.31	3.30	3.32	3.25	0.248	0.863
أمان متلقيات الخدمة.	3.04	3.05	3.10	2.86	1.832	0.141
جميع المجالات معًا	3.26	3.26	3.27	3.19	0.403	0.751

(المصدر: جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى التحليل الاحصائي)

من النتائج الموضحة في جدول (5.51) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الاحادي" أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معًا؛ وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معًا تعزى إلى عدد أيام المبيت في المستشفى.

وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول جميع مجالات أداة الدراسة تعزى إلى عدد أيام المبيت في المستشفى، إلى أن متلقية الخدمة تتلقى الخِدْمات نفسها وبالجودة نفسها مهما طالت أو قصرت فترة مبيتها في المستشفى، أي إن

الخِدْمات المقدمة في المستشفى تقدم بناءً على تعليمات وإجراءات وبروتوكولات محددة لا يتم تجاوزها إلا فيما يحقق مصلحة المريضة.

9.2.2.5 السؤال التاسع- المتعلق بأهم نقاط القوة ونقاط الضعف في المستشفى:

وللإجابة عن السؤال التاسع وهو ما أهم نقاط القوة ونقاط الضعف التي تساعد الباحثة في رصد الوضع الحالي للمستشفى لتقديم توصيات ومقترحات تُسهم في تحسين الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفى، تبين للباحثة من خلال إجابات المقابلات التي أجريت مع عدد من المديرين ورؤساء الأقسام الأساسيين في المستشفى ما يأتي:

أولًا- أهم نقاط القوة:

-الكادر الطبي المميز من ذوي الخبرة العاملين في المستشفى والذي قارب عمرهم على سن التقاعد.

-يتوسط موقع المستشفى قطاع غزة؛ مما يسهل الوصول إليها من جميع المحافظات.

-وجود إمكانيات تسمح باستقبال الحالات الصعبة والمستعصية المحولة إلى المستشفى من باقي المستشفيات التي تقدم خِدْمات مشابهة أو مكملة لخِدْمات النساء والولادة.

-وجود تعاون وتنسيق كاملَيْن بين أقسام المستشفى المختلفة.

-وجود عزيمة وإرادة لدى العاملين على تقديم خدمة ذات جودة على الرغم من نقص الموارد المتاحة؛ مما يدل على إخلاص العاملين وانتمائهم لعملهم.

-قدرة العاملين على التعامل بتحدٍ مع الحالات الصعبة والعدد الكبير جدًا من متلقيات الخدمة المترددات على المستشفى.

-بعض العاملين من فئة التمريض على مستوى عالٍ من التدريب، ويحملون شهادات عليا.

ثانيًا-أهم نقاط الضعف:

-نقص الإمكانيات المادية: (أجهزة وأدوية ومستهلكات طبية كالأقمشة والشراشف والفوط والكونتات).

-عدم وجود طبيب أطفال داخل الكشك باستمرار؛ لمتابعة جميع الأطفال أولًا بأول.

-النقص الشديد في عدد الكوادر البشرية العاملة في المستشفى.

-الخِدْمات الفندقية ليست بالجودة المطلوبة.

-كثرة المرافقين وتدخلهم في عمل الطواقم الطبية.

-الزيارة المفتوحة طول اليوم مع عدم وجود عدد كافٍ من الأمن للتدخل عند الحاجة.

-عدم عمل العيادات الحكومية والخاصة خلال الفترة المسائية والليلية أو خلال أيام الأعياد والعطل الرسمية؛ مما يزيد من عدد الحالات المترددة على المستشفى على الرغم من بساطة حالتها.

-عدم توافر الحماية الكافية للطواقم الطبية في حال حدوث أي مشكلة أو خطأ طبي معهم، على الرغم من خدمتهم للمستشفى بتفانٍ سنوات طوال.

-إرهاق العاملين بزيادة ساعات العمل دون أي عائد مادي لتغطية النقص في عدد العاملين.

-نقص الخبرة لدى بعض العاملين؛ بسبب الاستعانة بمتطوعين ومتدربين لسد العجز في الكوادر الصحية العاملة في المستشفى.

-حضور بعض العاملين للعمل مرهقين بسبب العمل في مكان آخر لتوفير دخل مناسب في ظل عدم دفع رواتب كاملة لهم.

-ثقافة المجتمع وعدم وجود حرمة لغرفة العمليات أو كشك الولادة لدى مرافقي المرضى.

-عدم استجابة الإدارة لشكاوى أو احتياجات مقدمي الخدمة أو تظلماتهم.

-نقص الخبرة في بعض العمليات النوعية لدى الأطباء.

-سوء حالة المبنى وضيق المكان؛ بحيث لا يتناسب مع عبء العمل وعدد المراجعين.

-ضعف دور الصيانة في أداء الصيانة الوقائية للأجهزة والأبنية؛ للحفاظ عليهم وإطالة عمرها، وتحسين الخِدْمات المقدمة من خلالها؛ للتأكد من جودة النتائج الصادرة عن هذه الأجهزة.

-غياب المساءلة والمحاسبة بسبب الظروف الاقتصادية والسياسية السائدة في قطاع غزة.

-نقص بعض المواد اللازمة لإجراء الفحوصات المخبرية اللازمة للحالات المختلفة.

-عدم تشغيل مختبر الولادة بصورة مستمرة، والاكتفاء بتشغيله خلال الفترة الصباحية فقط.

-عدم حوسبة الخِدْمات المقدمة في المستشفى.

-عدم وجود أرشيف طبي مرتب ومؤهل.

-نقص في عدد الأسرّة.

الفصل السادس
الاستنتاجات والتوصيات

الفصل السادس

الاستنتاجات والتوصيات

0.6 مقدمة:

يهدف هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة التي أظهرها تحليل أدوات الدراسة، واقتراح الباحثة بعض التوصيات التي ترى بأنها مهمة، وتُسهم في تحسين مستوى جودة الخِدْمات المقدمة في المستشفى، كما ستقدم الباحثة من خلال هذا الفصل مقترحات لدراسات مستقبلية.

1.6 نتائج الدراسة:

فيما يتعلق بمؤشرات الخِدْمات الصحية:

المستشفى غير قادرة على تقديم التغطية الصحية الوافية لمتلقيات الخدمة وهذا ينعكس سلباً على مؤشرات جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى وذلك بسبب:

- وجود نقص شديد في عدد العاملين الصحيين في المستشفى بشكل عام.
- عدد الممرضين لكل طبيب مناسب؛ ولكن مع وجود نقص في عدد الأطباء بالنسبة لعدد متلقيات الخدمة؛ فإنه يوجد نقص في عدد التمريض في المستشفى بالنسبة لعدد متلقيات الخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.
- وجود نقص شديد في عدد الأسرّة نسبة إلى عدد متلقيات الخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.
- وجود نقص شديد في عدد أخصائيي التخدير العاملين في المستشفى.
- عدد الإداريين كاف، ويسمح بتقديم خدمة إدارية مقبولة في المستشفى.

فيما يتعلق بعينة الدراسة من مقدمي الخدمة:

- 68.6% من عينة الدراسة من مقدمي الخدمة في المستشفى من الإناث.
- 70.2% من عينة الدراسة من مقدمي الخدمة حاصلون على شهادة البكالوريوس أو الدراسات العليا.
- 93.1% من عينة الدراسة من مقدمي الخدمة بدون مسمى إشرافي.
- 63.8% من عينة الدراسة من مقدمي الخدمة ممرضات وقابلات.

- 6.4% من عينة الدراسة من مقدمي الخدمة لديهم سنوات خبرة أكثر من 15 سنة، ويُعدُّون ثروة قومية للمستشفى، و75.5% منهم تقل سنوات الخبرة لديهم عن 10 سنوات.

فيما يتعلق بعينة الدراسة من متلقيات الخدمة:

- 94% من متلقيات الخدمة هن سيدات في سن الإنجاب.

- 22.9% من عينة الدراسة من متلقيات الخدمة من خارج مدينة غزة؛ أي إنهم محولون من مستشفيات ومراكز صحية حكومية أو أهلية أو خاصة، ومعظمهم حالات صعبة ومستعصية.

- 77.6% من متلقيات الخدمة حاصلات على ثانوية عامة أو جامعيات، وهذا يجعلنا أكثر ثقة بالبيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة.

- 48.2% من متلقيات الخدمة في المستشفى اللواتي استجبن لأداة الدراسة قد تلقين خدمة الولادة الطبيعية داخل المستشفى.

فيما يتعلق بالفاعلية السريرية:

- تردي البنية التحتية الخاصة بالمستشفى بسبب الحصار والانقسام المستمرين على قطاع غزة منذ 10 سنوات تقريبًا.

- وجود نقص حاد في الإمكانيات المادية والبشرية الخاصة بالمستشفى، وعدم مناسبة ظروف العمل لإمكانية تقديم خِدْمات صحية ذات جودة لمتلقيات الخدمة وهذا من وجهة نظر مقدمي الخدمة.

- عدم توافر بعض الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة من وجهة نظر مقدمي الخدمة، أما متلقيات الخدمة فأكدن توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة.

- يتم إدخال بعض الحالات للعناية المركزة بشكل غير مخطط له؛ ولكن بأعداد قليلة.

فيما يتعلق بالكفاءة الصحية:

- تُعَدُّ البيئة الصحية المتوافرة داخل المستشفى صالحة لتقديم خدمة صحية ذات جودة مقبولة.

فيما يتعلق بالاهتمام بالكادر البشري:

- التدريب المتوافر في المستشفى غير كافٍ، ولا يتناسب مع الاحتياجات المهنية والتقنية للكادر الصحي العامل في المستشفى.

- الممارسات الإدارية التي تقوم بها إدارة المستشفى لا تحفز العاملين، ولا تشجعهم على الإبداع في تقديم الخِدْمات المطلوبة منهم كلًا حسب تخصصه.

فيما يتعلق باستجابة الإدارة لاحتياجات مقدمي الخدمة ورغباتهم:

- لا تراعي إدارة المستشفى الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين بالمستوى المطلوب.

- عدم رضا مقدمي الخدمة عن جودة الخِدْمات المقدمة بسبب عدم توافر الإمكانيات اللازمة لتقديم الخدمة بالمستوى المطلوب، سواء كانت هذه الإمكانيات مادية أو بشرية أو حتى معنوية؛ حيث إنهم لا يحصلون على حقوقهم كاملة، ولا تستجيب الإدارة لاحتياجاتهم بالمستوى المطلوب.

فيما يتعلق بالتركيز على متلقيات الخدمة والاهتمام بهن:

- تتوافر درجة خصوصية معقولة لمتلقيات الخدمة من وجهة نظرهم؛ ولكن حسب المعايير العالمية فإن درجة الخصوصية المتوافرة غير مقبولة وغير لائقة.

- يعامل معظمُ العاملين متلقيات الخدمة بعدالة وكرامة واحترام.

- الوصول إلى الخِدْمات الصحية سهل وميسر من وجهة نظر متلقيات الخدمة.

- يزود مقدمو الخدمة متلقيها بمعلومات كافية حول حالتهم الصحية؛ ولكن لضمان خصوصيتهم لا يتم تزويد المعلومات لكل شخص يسأل عنها.

فيما يتعلق بأمان مقدمي الخدمة ومتلقياتها:

- يتوافر الأمان بدرجة قليلة لمقدمي الخدمة.

- لا يتم توثيق إصابات العمل في المستشفى أو التعامل معها مهنيًا حسب ما هو متعارف عليه عالميًا.

- يتوافر الأمان بدرجة متوسطة لمتلقيات الخدمة؛ لعدم توافر بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة.

فيما يتعلق بالرضا العام عن الخدمة المقدمة في المستشفى:

- كانت أعلى نسبة رضا لدى مقدمي الخدمة حول توافر الأدوية داخل المستشفى، وكانت بنسبة 49.14%، وهذه النسبة غير مرضية أصلًا، أي إن مقدمي الخدمة غير راضين عن المستشفى والخِدْمات المقدمة فيها.

- تراوحت نسب رضا متلقي الخدمة عن الخِدْمات المقدمة في المستشفى بين 81.81% و51.78%، وحصلت هذه النسب على درجة رضا عالي إلى متوسط، باستثناء نظافة دورات المياه داخل المستشفى التي حصلت على درجة رضا 34.99%، وهي الفقرة الوحيدة التي لم تحصل على رضا طرف متلقيات الخدمة.

فيما يتعلق بالنتائج المتعلقة بالفرضيات:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة فيما يخص مجال الكفاءة الصحية والاهتمام بالكادر البشري تعزى إلى الجنس لصالح الإناث.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة فيما يخص مجال الفاعلية السريرية والإدارة المستجيبة تعزى إلى المؤهل العلمي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة فيما يخص مجال الإدارة المستجيبة تعزى إلى المسمى الوظيفي لصالح الذين مسماهم الإشرافي رئيس شعبة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال الاهتمام بالكادر البشري تعزى إلى التخصص لصالح الذين تخصصهم قابلة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول جميع مجالات الدراسة تعزى إلى سنوات الخبرة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من متلقيات الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال الفاعلية السريرية تعزى إلى العمر.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من متلقيات الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجالات الدراسة تعزى إلى المستوى التعليمي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من متلقيات الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال الفاعلية السريرية تعزى إلى التأمين الصحي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة من متلقيات الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال أمان متلقيات الخدمة تعزى إلى الإجراء الطبي لصالح الذين إجراؤهم الطبي ولادة قيصرية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة من متلقيات الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال الفاعلية السريرية تعزى إلى عدد أيام المبيت في المستشفى.

ويمكن تلخيص النتائج بعبارة واحدة وهي " أن المستشفى لا تطبق الحد الأدنى من معايير منظمة الصحة العالمية بسبب قلة الامكانيات المادية والبشرية والمعنوية حيث أن قطاع غزة يعيش تحت ضغوط لا يعلمها إلا الله، كما أن معظم العاملين وجميع متلقيات الخدمة لا يميزون بين حقوقهم والمتوفر لهم، كما أنهم لا يقدرون دور الواجبات الواجب عليهم الالتزام بها في ضمان تقديم خدمة صحية أفضل"

2.6 التوصيات:

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة قسمت الباحثة التوصيات حسب الجهات الآتية:

توصيات للحكومة:

- العمل على توفير الأمان الوظيفي للموظفين من خلال تزويدهم بحقوقهم الطبيعية كونهم موظفين رسميين.
- تحييد العمل الصحي عن الوضع السياسي الراهن في قطاع غزة.

- توجيه الجامعات ومراكز البحوث نحو تشجيع الدارسين والمهتمين بالأداء الصحي على إعداد دراسات منفصلة لكل إجراء يتم في مستشفى الولادة، لأن فيها تبدأ حياة مئات المواطنين يومياً، ومن خلالها تتمتع كل أم بصحة أفضل بعد الولادة.

- توفير احتياجات القطاع الصحي من أدوية ومستهلكات طبية حسب الحاجة، وبما يضمن تقديم خدمة صحية للمواطن الفلسطيني بمستوى لائق.

- تطوير المرافق الصحية والأبنية بما يتناسب مع المعايير الدولية المعتمدة لإنشاء المؤسسات الصحية.

توصيات لوزارة الصحة:

- فصل إدارة مستشفى الولادة عن إدارة المجمع، ونقلها إلى مقر جديد، مبني على أسس علمية وصحية حسب معايير منظمة الصحة العالمية.

- اعتماد سجل لدى أكثر من جهة لتسجيل الأخطاء الطبية الصادرة عن مرافق الوزارة المختلفة؛ مما يسهم في تحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات.

- إنشاء أقسام لاستقبال الشكاوى في كل مستشفى، على أن تكون تبعية هذه الأقسام لدائرة الشكاوى بالوزارة؛ حيث تتبع هذه الدائرة لديوان الوزير في وزارة الصحة.

- تفعيل دور وحدة الإجازة والتراخيص في تحديد مدى صلاحية المؤسسة الصحية الحكومية لتقديم الخدمات الصحية المختلفة حسب تخصص المستشفى. (فوظيفة وحدة الإجازة والتراخيص الأساسية التأكد من صلاحية المؤسسات الصحية غير الحكومية).

- إعادة هيكلة إدارات وزارة الصحة المختلفة؛ بحيث يتم ربط وحدة التخطيط ورسم السياسات ووحدة الإجازة والتراخيص بالإدارة العامة للرقابة الداخلية بوزارة الصحة.

- إعداد برامج تثقيفية لتوعية متلقيات الخدمة حول بعض الأمور التي تزيد من وعيهم فيما يخص أفضل الممارسات التي يجب أن تقوم بها متلقية الخدمة خلال فترة الحمل والنفاس لتعزيز صحتها وصحة طفلها.

- تأمين الموارد المادية والبشرية للمستشفى بشكل مستمر؛ لضمان تقديم الخدمات بمستوى لائق وحسب المعايير العالمية.

- العمل على إيجاد سياسات عمل وأنظمة متكاملة لإدارة الموارد البشرية في الوزارة، بما يضمن الارتقاء بالكادر البشري.

– ضرورة سعي الإدارة العليا في وزارة الصحة لتبني معايير منظمة الصحة العالمية.

– توفير المتطلبات اللازمة لتطبيق المعايير؛ حيث تُعدُّ المعايير العالمية أحلام يقظة في ظل النقص الشديد في معظم الموارد.

– بناء استراتيجية الوزارة في ضوء احتياجات جميع المعنيين بما يضمن تحسين جودة الخدمات المقدمة، وتوفير بيئة صحية آمنة لمقدمي الخدمة ومتلقيها.

توصيات لإدارة المستشفى:

– توسيع قسم الولادة الطبيعية وزيادة عدد الأسرّة وعدد العاملين فيه.

– حوسبة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى، وإنشاء ملف طبي موحد لكل متلقية خدمة، يتم استرجاعه وأرشفته عند كل زيارة للمستشفى.

– تجهيز غرفة إنعاش تتضمن سريرًا أو سريرين عناية مركزة مع التجهيزات اللازمة كافة في مكان يتوسط مكان الولادة الطبيعية والقيصرية، بالإضافة إلى غرفة إنعاش للأطفال حديثي الولادة.

– إلزام الزائرين بمواعيد الزيارة لتوفير درجة خصوصية أعلى لمتلقيات الخدمة، وتوفير جو أفضل لمقدمي الخدمة، على أن يتم توفير أماكن انتظار لائقة للزائرين والمرافقين؛ ليكونوا موجودين فيها في حال عدم توافر إمكانية لوجودهم داخل المستشفى.

– إلزام شركات النظافة بالعقود المبرمة والاتفاقيات المنصوص عليها في هذه العقود؛ لضمان مستوى نظافة أفضل.

– التوعية المستمرة لمتلقيات الخدمة بضرورة الالتزام بالتعليمات.

– توفير موظف استعلامات لديه خبرة كافية في التعامل مع الفئات المختلفة؛ ليكون حلقة وصل بين مقدمي الخدمة ومتلقيها في حال تعثر التواصل المباشر بينهم.

– توفير الخدمات الصحية المساندة على مدار الساعة؛ لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

3.6 الخطة التنفيذية لتنفيذ التوصيات:

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
التوصيات الخاصة بالحكومة			
العمل على توفير الأمان الوظيفي للموظفين.	ديوان الموظفين العام. نقابة الموظفين. الحكومة.	ضمان توفير جميع حقوق الموظفين.	مستمر.
		السعي لحصول الموظفين على العلاوات والترقيات المستحقة لهم.	مستمر.
		صرف حوافز ومكافآت للعاملين لتحفيزهم.	بشكل دوري.
		توفير برامج تدريبية بشكل مستمر لتنمية مهارات وخبرات الموظفين.	مستمر.
		اعتماد برامج تحقق الرفاهية الاجتماعية للموظفين.	مستمر.
		اعتماد برامج تحقيق الأمن والسلامة المهنية للموظفين.	مستمر.
تحييد العمل الصحي عن الوضع السياسي الراهن في قطاع غزة.	منظمة الصحة العالمية اتحاد العمل الصحي وزارة الصحة وسائل الإعلام المختلفة	ضمان حصول المواطنين على حقوقهم الصحية التي كفلتها القوانين والمواثيق الدولية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية.	مستمر.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		حل المشاكل التي لحقت بالقطاع الصحي حتى أصبح الوضع كارثيًّا.	سنة.
		تحمل حكومة التوافق الوطني مسؤولياتها الكاملة تجاه القطاع الصحي.	فوراً.
توفير احتياجات القطاع الصحي من أدوية ومستهلكات طبية حسب الحاجة.	وزارة الصحة. وزارة المالية.	عمل مناقصات بشكل دوري حسب الأمني.	بشكل دوري.
		توفير التمويل اللازم.	6 أشهر.
		تأمين العدالة في توزيع الاحتياجات على المستشفيات حسب أعداد متلقي الخدمة المترددين عليها.	مستمر.
تطوير المرافق الصحية والأبنية بما يتناسب مع معايير منظمة الصحة العالمية.	وزارة الصحة. وزارة المالية. التعاون الدولي. الهندسة والصيانة. الشؤون الإدارية. الشؤون المالية. التخطيط ورسم السياسات.	جلب التمويل من المصادر الدولية.	مستمر.
		إعداد المشاريع اللازمة وتحويلها للجهات المانحة للحصول على تمويل مناسب.	مستمر.
		التنسيق بين الجهات المختلفة لضمان نجاح الخطط.	مستمر.
		ترتيب الأجهزة والمعدات داخل المرافق الصحية حسب التسلسل المنطقي	مستمر.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		المطلوب للحصول على الحصيلة النهائية المطلوبة من الخدمة الصحية المقدمة في كل مرفق	
التوصيات الخاصة بوزارة الصحة			
اعتماد سجل لدى أكثر من جهة لتسجيل الأخطاء الطبية الصادرة عن مرافق الوزارة المختلفة.	الإدارة العامة للرقابة الداخلية. الشؤون الإدارية. الشؤون القانونية. مكتب الوزير.	توفير سجلات تحمل خصائص مميزة وأرقام مميزة ونماذج مميزة يتم توزيعها في أماكن محددة ويتم مراقبتها باستمرار.	6 أشهر.
		عقد ورش عمل تشاركية تجمع المستشفيات كافة عن حدوث أي خطأ لشرح السبب وتوضيح آليات محددة تجنب تكراره.	2-3 شهور.
إنشاء أقسام لاستقبال الشكاوى في كل مستشفى.	الشؤون الإدارية. ديوان الوزير. الإدارة العامة للمستشفيات	توفير مكان لقسم الشكاوى داخل كل مرفق صحي.	شهرين.
		توفير عدد من الموظفين وتوزيعهم على أقسام الشكاوى التي تم إنشائها.	شهرين
		توفير طرق وآليات عمل محددة لمتابعة الشكاوى وضمان وصولها للإدارة العليا.	شهرين.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		اعتماد أساليب عمل أكثر مرونة تناسب الجميع وتناسب طبيعة العمل	شهر
تفعيل دور وحدة الإجازة والتراخيص في تحديد مدى صلاحية المؤسسات الصحية الحكومية لتقديم الخدمات الصحية المختلفة حسب تخصص المستشفى.	مكتب وزير الصحة ديوان الموظفين العام	تبني دعم الإدارة العليا للفكرة	شهر
		عقد ورشات عمل وندوات لتوضيح النتائج المرجوة والاستفادة العملية المرجوة من ذلك.	شهر
		توفير الدعائم المالية واللوجستية اللازمة.	2-3 شهور.
		اعتماد معايير منظمة الصحة العالمية في تحديد مدى صلاحية هذه المؤسسات.	مستمر.
إعادة هيكلة إدارات وزارة الصحة بحيث يتم ربط وحدة التخطيط ورسم السياسات ووحدة الإجارة والتراخيص بالإدارة العامة	مكتب وزير الصحة. الإدارة العامة للشؤون الإدارية. الإدارة العامة للرقابة الداخلية.	تبني دعم الإدارة العليا للفكرة.	شهر.
		دراسة جدوى ضم الوحدتين للإدارة العامة للرقابة الداخلية.	2-3 شهور.
		إصدار تعليمات تتضمن ضم الوحدتين للإدارة العامة للرقابة الداخلية.	شهر.
		تطبيق الخطوات العملية للاستفادة من ذلك.	مستمر.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
إعداد برامج تثقيفية لتوعية متلقيات الخدمة حول الأمور التي تزيد من وعيهن فيما يخص أفضل الممارسات التي يجب أن تقوم بها متلقية الخدمة خلال فترة الحمل والنفاس لتعزيز صحتها وصحة طفلها.	الإدارة العامة للمستشفيات. الإدارة العمة للرعاية الأولية.	تصميم إطار عام للسياسات التي سيتم العمل على تثقيف متلقيات الخدمة من خلالها.	شهر.
		إعداد استراتيجيات محدودة للعمل من خلال تحديد المشاكل الأكثر تأثيراً على صحة الأم والطفل.	شهر.
		تحديد مصادر الموارد المادية والبشرية اللازمة لتنفيذ الاستراتيجيات.	شهر.
		تنفيذ ندوات بشكل يومي في المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية لتوعية وتثقيف الأمهات بالممارسات الصحية الواجب اتباعها للمحافظة على صحتهم وصحة أطفالهم.	مستمر.
تأمين الموارد المادية والبشرية للمستشفى بشكل مستمر لضمان تقديم الخدمات بمستوى لائق وحسب المعايير العالمية.	الإدارة العامة للمستشفيات. الإدارة العامة للشؤون الإدارية. الإدارة العامة للشؤون المالية.	تحديد الاحتياجات المادية والاحتياجات البشرية اللازمة.	2-3 أشهر.
		تحديد آليات توفير هذه الاحتياجات.	شهر.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		استقطاب الموارد البشرية وجلب التمويل اللازم.	6 أشهر.
		توزيع الموارد البشرية والمادية حسب الاحتياج	شهرين.
توفير المتطلبات اللازمة لتطبيق المعايير	مكتب وزير الصحة الإدارة العامة للشؤون الإدارية الإدارة العامة للشؤون المالية التعاون الدولي الإدارة العامة للمستشفيات الإدارة العامة للرعاية الأولية	تحديد المعايير الواجب تطبيقها في كل مرفق صحي	3 أشهر
		تحديد متطلبات تطبيق هذه المعايير في كل مرفق على حدا	3 أشهر
		عمل خطة لتطبيق المعايير	3 أشهر
		توفير المتطلبات اللازمة لتطبيق الخطة	6 أشهر
		توفير نشرات مكتوبة ودليل عمل يتضمن المعايير وآليات تطبيقها	6 أشهر
		توزيع المعلومات ونشرها التي تم التوصل إليها على العاملين كافة بالمرافق الصحية من خلال دورات وورش عمل تبين هذه المعايير وفوائد تطبيقها	مستمر
توصيات تخص إدارة المستشفى			
	إدارة مستشفى الولادة	تبني الإدارة العامة للفكرة	شهر

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
توسيع قسم الولادة الطبيعية وزيادة عدد الأسرة وعدد العاملين فيه.	إدارة مجمع الشفاء الطبي الإدارة العامة للمستشفيات مكتب وزير الصحة الإدارة العامة للشؤون المالية الإدارة العامة للشؤون الإدارية	تشجيع الإدارة العليا للفكرة من خلال تكليف لجنة متخصصة بدراسة الوضع بعمق أكبر ورفع توصياتها	6 أشهر
		اعتماد توصيات اللجنة	شهر
		توفير الاحتياجات المادية والبشرية اللازمة لتوسيع القسم	2-3 أشهر
		البدء بتنفيذ إجراءات التوسيع	2-3 أشهر
		تقييم عملية التوسيع ومدى جدواها.	مستمر.
حوسبة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى وإنشاء ملف طبي موحد لكل متلقية خدمة	إدارة المستشفى وحدة تكنولوجيا المعلومات الإدارة العامة للشئون الإدارية الإدارة العامة للتعاون الدولي	دراسة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى	شهرين.
		برمجة الخدمات من خلال مهندسين مختصين في وحدة تكنولوجيا المعلومات.	6 أشهر.
		توفير عدد من العاملين لاستخدام البرنامج المحوسب	شهر.
		توفير عدد من الأجهزة وتحميل البرامج المحوسبة التي تم برمجتها عليها	3 أشهر.

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		تدريب عدد من العاملين لاستخدام البرنامج المحوسب	شهر.
		تطبيق العملية وتقييمها بشكل مستمر	مستمر.
إلزام الزائرين بمواعيد الزيارة لتوفير درجة خصوصية أعلى لمتلقيات الخدمة وتوفير جو أفضل لتقديم الخدمة.	قسم خدمات المرضى بالمستشفى. إدارة المستشفى.	وضع آليات محددة ومواعيد محددة لاستقبال الزائرين.	شهر.
		توفير عدد كافٍ من موظفي الأمن وخصوصاً من السيدات لضبط الأمن داخل الأقسام المختلفة.	2-3 أشهر.
		تفعيل نظام الثواب والعقاب للعاملين في هذا المجال لتحفيز المجتهدين وعقاب من لا يلتزم بالنظام.	مستمر.
توفير أماكن انتظار لائقة للزائرين والمرافقين للوجود فيها في حال عدم توافر إمكانية لوجودهم داخل المستشفى.	إدارة المستشفى الإدارة العامة للمستشفيات الإدارة العامة للهندسة والصيانة.	تبني الإدارة العليا لهذه الفكرة.	شهر
		توفير التمويل اللازم لتجهيز الأماكن.	6 أشهر
		إنشاء أو تجهيز أماكن لائقة.	شهرين
إلزام شركات النظافة بالعقود المبرمة		تحديد موظفين مختصين لمتابعة الموضوع.	شهرين

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
والاتفاقيات المنصوص عليها في هذه العقود لضمان الحصول على مستوى نظافة أفضل.		إعلام الموظفين بالأمور الواجب الالتزام بها والتصديق بها.	شهرين
		تحديد جهة الإشراف على الموظفين الذين يقومون بمتابعة تنفيذ ما جاء في العقود والاتفاقيات.	مستمر
التوعية المستمرة لمتلقيات الخدمة بضرورة الالتزام بالتعليمات.		تفعيل دور دائرة التثقيف التابعة للإدارة للرعاية الأولية.	شهرين
		استحداث دائرة تثقيف صحي بالإدارة العامة للمستشفيات.	6 أشهر
		إيجاد تنسيق وتعاون مستمر بين الدائرتين لتثقيف المواطنين والمواطنات في الجانب الصحي وبما يضمن تحسين صحتهم.	مستمر
توفير موظف استعلامات لديه خبرة كافية في التعامل مع الفئات المختلفة.		استقطاب عدد من الموظفين من ذوي الخبرة	2-3 أشهر
		توفير آلية ليصبح هؤلاء الموظفين حلقة وصل ذوي المرضى من مرافقين زوار.	شهر

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		تجميع الحالات المتشابهة التي تحتاج عمليات واجراءات متشابهة في مكان واحد	مستمر
توفير الخدمات الصحية المساندة على مدار الساعة.		توفير خدمات المختبر على مدار الساعة.	مستمر.
		توفير خدمات الصيدلة على مدار الساعة.	مستمر.
بناء استراتيجية الوزارة في ضوء احتياجات جميع المعنيين بما يضمن تحسين جودة الخدمة المقدمة وتوفير بيئة صحية آمنة.		رصد وتقدير الاحتياجات من الموارد المادية.	شهرين
		وضع خطة تفصيلية لتوفير الاحتياجات.	شهر
		توفير التمويل اللازم لتوفير الاحتياجات.	6 أشهر
		توفير الاحتياجات حسب المعايير العالمية.	مستمر
		توزيع الاحتياجات حسب الحاجة الحقيقية.	مستمر
العمل على إيجاد سياسات عمل وأنظمة متكاملة لإدارة الموارد البشرية بما يضمن الارتقاء بالكادر البشري.		تقييم إطار سياسات عامة لإدارة وتوجيه الموارد البشرية.	شهرين
		إعداد استراتيجيات عامة لتوجيه الموارد البشرية.	شهرين
		استخدام أسلوب تحليل العمل باستخدام نظام	مستمر

التوصية	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	آليات التطبيق	الإطار الزمني
		الوصف والتوصيف الوظيفي.	
		توفير مرونة في تنفيذ سياسات واستراتيجيات الموارد البشرية.	مستمر
		إشراك جميع العاملين في صياغة نظام الموارد البشرية.	مستمر

4.6 الدراسات المقترحة:

- رصد الواقع الفلسطيني الصحي في قطاع غزة، وتحليله من وجهة نظر متلقي الخدمة ومقدميها.
- دراسة معمقة للتحديات التي تواجه النظام الصحي في قطاع غزة.
- دراسة تطبيقية حول مدى تطبيق معايير الفاعلية السريرية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة.
- دراسة تطبيقية حول مدى تطبيق معايير أمان المريض والطاقم في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة.
- دراسة تطبيقية حول مدى تطبيق معايير الكفاءة الصحية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة.
- دراسة تطبيقية حول مدى تطبيق معايير استجابة الإدارة لاحتياجات ورغبات مقدمي الخدمة ومتلقيها في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولًا- المراجع العربية

الأحمدي، طلال بن عايد. (2004م). *إدارة الرعاية الصحية*. (د.ط). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

الأحمدي، طلال بن عايد. (2009م). *تقييم كفاءة أداء الخِدْمات الصحية في المملكة العربية السعودية*. (د.ط). الرياض: المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية.

الإدارة العامة لجودة الأداء الحكومي. (2014). *نموذج التميز الإداري معيار القيادة*. (د.ط). غزة، فلسطين.

إدريس، ثابت عبد الرحمن. (2005م). *نظم المعلومات الإدارية في المنظمات المعاصرة*. (د.ط). المنوفية: الدار الجامعية.

الأشقر، حسام عبد المجيد. (2015م). *فاعلية برنامج تقييم الأداء الإلكتروني الحديث في قياس أداء الموظفين في وكالة الغوث الدولية* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

البحيري، عبد الله سمير. (2015م). *دور إعادة هندسة العمليات الإدارية في تحسين الأداء الإداري في وزارة الصحة الفلسطينية* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة.

بدر، رشاد محمود. (2009م). *أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الأهلية الأجنبية العاملة في قطاع غزة*(رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

البسيوني، عائشة. (2014م). *إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيه* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

البكري، ثائر ياسر. (2005م). *إدارة المستشفيات*. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

بواعنة، عبد المهدي. (2004م). *إدارة الخِدْمات والمؤسسات الصحية*. (د.ط). الأردن: دار ومكتبة الحامد.

البياتي، حسين. (2005م). *المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات*. (ط1). عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

جاد الرب، سيد. (2009م). *موضوعات إدارية متقدمة وتطبيقاتها في منظمات الأعمال الدولية*. (د.ط). مصر: جامعة قناة السويس.

الجرجاوي، زياد. (2010م). *القواعد المنهجية لبناء الاستبيان*. ط2. فلسطين: مطبعة أبناء الجراح.

الجزائري، صفاء. محمد، علي. شتيت، بشرى. (2011م). *قياس وتقييم جودة الخِدْمات الصحية – دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام- البصرة*. (د.ط). العراق: (د.ن).

جلدة، سليم بطرس. (2007م). *كتاب إدارة المستشفيات والمراكز الصحية*. ط1. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2015م، ديسمبر). *كتاب فلسطين الإحصائي السنوي*. رقم 16. رام الله، فلسطين.

الحاج، عرابة. (2012م). تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات. *مجلة الباحث- جامعة قاصدي مرباح ورقلة*. ع(10)، 333-340.

حاروش، نور الدين. (2012م). *الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة*. ط1. عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

حبيب، أماني. (2016م). *تقييم جودة الخدمة المقدمة في مستشفى النصر للعيون*(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس أبو ديس، غزة، فلسطين.

حجازي، هيثم. (2005م). *قياس أثر إدراك المعرفة في توظيفها لدى المنظمات الأردنية: دراسة تحليلية مقارنة بين القطاعين العام والخاص باتجاه بناء أنموذج لتوظيف إدارة المعرفة* (رسالة دكتوراه غير منشورة).جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

حسين، حسن. (2002م). تصور مقترح لتطبيق التخطيط الاستراتيجي في التعليم الجامعي المصري. *مجلة التربية*، ع(6)، 160-210.

أبو حطب، فؤاد، وأمال، صادق. (2005م). *مناهج لبحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. (د.ط). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الحمداني، موفق. (2006م). *مناهج البحث العلمي*، (د.ط). عمان، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر.

حمزاوي، محمد سيد. (2013م). *قياس الأداء في المنظمات والمؤسسات المعاصرة، حلقة علمية عن قياس الأداء في العمل الأمني*. الرياض: كلية التدريب.

خاطر، إنصاف. (2000م). *الأوضاع الصحية في نابلس إبان الانتداب البريطاني 1922م-1948م*(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

خضر، يحيى. (2015م). *دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز أداء النظام الصحي الفلسطيني بقطاع غزة*(رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

الداوي، الشيخ. (2010م). تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء. *مجلة الباحث- جامعة قاصدي مرباح ورقلة*، ع(7)، 217-227.

الدجني، إياد. (2011م). *دور التخطيط الاستراتيجي في جودة الأداء المؤسسي: دراسة وصفية تحليلية في الجامعات النظامية الفلسطينية*(رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة دمشق، سوريا.

الدجني، علي. (2013م). *واقع الأداء المؤسسي في مدارس دار الأرقم بمحافظات غزة في ضوء الأنموذج الأوروبي للتميز وسبل تطويره* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الدرادكة، مأمون. (2006م). *إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء*. (د.ط). الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

الدهمي، طارش عزيز. (2015). مدونة خطوة نجاح. تاريخ الاطلاع 2016/5/15م، الموقع: www.aziz-phd.blogspot.com.

ذياب، صلاح محمود. (2009م). *إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة – منظور شامل*. (ط1). عمان، الأردن: (د.ن).

ذياب، صلاح محمود. (2012م). *قياس أبعاد جودة الخِدْمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين*. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*، *20* (1)، 69-104.

ربابعة، فاطمة. (2011م). *المقارنة المرجعية مدخل لتحسين الأداء المؤسسي في المنظمات العامة: دراسة تطبيقية على المجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا* . *مجلة جامعة مؤتة*، الأردن، ع(1)، 121-164.

الرفاتي، عادل جواد. (2011م). *مدى قدرة المنظمات الأهلية الصحية بقطاع غزة على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن (BSC)* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

زيدان، سلمان. (2010م). *إدارة الجودة الشاملة الفلسفية ومداخل العمل*، (ج2). (د.ط). الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.

أبو زينة، محمد. (2010م). *تحليل خِدْمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة*. (د.ط). فلسطين: منشورات مفتاح.

أبو سعدة، مروان. (2012م). *تقييم جودة أداء الخِدْمات الصحية في مستشفى غزة الأوروبي في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس – أبو ديس، غزة.

سفيان، عصماني. (2006م). *دور التسويق في قطاع الخِدْمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منه: دراسة حالة مصلحة الصنوبر بمدينة سطيف* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد بوضياف المسيلة، سطيف، الجزائر.

سيد محمد جاد الرب. (2008). *الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية القاهرة*، مصر: دار الكتاب الحديث.

شاويش، مصطفى. (2005م). *إدارة الموارد البشرية– إدارة الأفراد*. (د.ط). عمان، الأردن: دار النشر والتوزيع.

شكر الله، علاء. (2005م). *مقدمة عن التطور التاريخي للرعاية الصحية في مصر*. ضمن تقرير بعنوان الحالة الصحية والخِدْمات الصحية في مصر – دراسة حالة للوضع الراهن ورؤى مستقبلية. برنامج السياسات والنظم الصحية، مصر: جمعية التنمية الصحية والبيئية.

شلبي، سحر. (2012م). *تقييم الخِدْمات المقدمة أثناء الولادة في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس، فلسطين.

أبو شيخة، نادر. (2011م). *التنظيم وأساليب العمل*. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

صالح، سفيان. (2014م). *تقويم الأداء المؤسسي وطرق تقييم أداء العاملين*. (د.ط). جامعة النهرين. بغداد، العراق.

صالح، ماهر. (2015م). *القيادة الاستراتيجية وعلاقتها بالسلوك الإبداعي لدى المدراء بوزارة الصحة* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

صباح، لبنى. (2014م). *تقييم البرامج الصحية لمجلس كنائس الشرق الأوسط لملاءمته للمعايير الدولية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس – أبو ديس، غزة، فلسطين.

صبري، بهجت. (1992م). *فلسطين خلال الحرب العالمية الأولى وما بعدها 1914م-1920م*. (د.ط). القدس: جمعية الدراسات العربية.

الصحن، محمد فريد. (1996م). *قراءات في إدارة التسويق*. (د.ط). الإسكندرية: الدار الجامعية.

صديق، حسين. (2012م). تقويم الأداء في المؤسسات الاجتماعية. *مجلة جامعة دمشق*، *28* (1)، 211-248.

الطائي، حميد، والعلاق، بشير. (2009م). *إدارة عمليات الخدمة*.(د.ط). الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

الطويل، أكرم، وآخرون. (2010م). *بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات: دراسة حالة مستشفى محافظة نينوى من (2003م-2006م)*.*مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية*، *6* (20)، 9-26.

عاشور، حسام عبد الكريم. (2015م). *استخدام أبعاد بطاقة المتوازن كأداة لقياس أداء المستشفيات الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

عايش، شادي. (2008م).*أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على المصارف الإسلامية العاملة في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

عبدالمنعم، هيثم أحمد. (2001م). *نموذج محاسبي لقياس وتقييم الأداء المؤسسي للمنظمات*. (د.ط). مصر: (د.ن).

عبيدات، ذوقان، وعدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد. (2001م). *البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه*، (د.ط). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

العدلوني، محمد أكرم. (2002م). *العمل المؤسسي*، ط1. بيروت: دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع.

عصفور، محمد شاكر. (2011م). *أصول التنظيم والأساليب*.(د.ط). الأردن: دار المسيرة والتوزيع والطباعة.

العلول، سمر محمد. (2011م). *دور إدارة المعرفة في تنمية الموارد البشرية الأكاديمية في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة.

العلي، عبد الستار. (2008م). *تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة*. (د.ط). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

عمر، نسرين محمد. (2014م). *أثر نظم الرقابة الإدارية في تحسين جودة الخِدْمات الصحية: دراسة ميدانية في مستشفى البشير* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.

العنزي، عوض خلف. (2005م). *إدارة جودة الخِدْمات العامة المفاهيم وأساليب التطوير*. ط1. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الغالبي، طاهر، وإدريس، وائل. (2009م). *الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل*. ط2. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

غنيم، أحمد محمد. (2006م). *إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة*. ط1. مصر، المنصورة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

الغوطي، تغريد. (2015م). *التنسيق بين المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

الكحلوت، سعدي(2004م). *العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

اللوزي، موسى. (2002م). *التنمية الإدارية*.(ط2).عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

المبيضين، محمد ذيب. (2103م). فاعلية نظام تقييم الأداء المؤسسي وأثرها في التميز التنظيمي: دراسة تطبيقية على المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن. *المجلة الأردنية في إدارة الأعمال* – جامعة الزيتونة، عمان، الأردن، *9*(4)، 689-704.

مجلس الوزراء، الادارة العامة لجودة الأداء الحكومي. (2006). *خطة تقييم الأداء الحكومي* (2006-2010م). غزة ، فلسطين.

مجلس الوزراء، الادارة العاملة لجودة الأداء الحكومي. (2014م). دليل تطبيق جودة معايير تقديم الخِدْمات الحكومية، غزة، فلسطين.

مجيد، سوسن شاكر. (2011م). *تقويم جودة الأداء في المؤسسات التعليمية*. ط1.عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

مجيد، سوسن. (2012م). *التميز الاداري*. تاريخ الاطلاع: 20 أغسطس 2015م، الموقع: http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=311202.

المحاسنة، إبراهيم. (2013م). *إدارة وتقييم الأداء الوظيفي بين النظرية والتطبيق*. (د.ط). الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع.

مخيمر، عبد العزيز، والطعامنة، محمد. (2003م).*الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات*. (د.ط). مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

المدهون، محمود. (2014م). *عمليات إدارة المعرفة وعلاقتها بتميز الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على وزارة التربية والتعليم العالي في محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

مدونة الثورة. (2013م). *تنمية الموارد البشرية*[مدونة]. تاريخ الاطلاع: 06 سبتمبر 2015 م، الموقع:http://thawra.ps/ar/index.php?act=post&id=64816 .

مدونة عزيز. (2014). *مواضيع إدارية متنوعة – تقييم الأداء*[مدونة]، تاريخ الاطلاع: 05 فبراير 2016 م، الموقع: www.aziz-phd.blogspot.com.

مساعد، زكي. (1998م). *تسويق الخِدْمات الصحية*. (د.ط). الأردن: دار حامد للنشر.

مصلح، عطية. (2011م). قياس جودة الخِدْمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات*، *2* (27)، 11-48.

المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية. (2016) تاريخ الاطلاع 2016/06/12 م ، الموقع: www.hrdiscussion.com.

أبو منديل، غسان. (2014م). *واقع التمكين الاقتصادي للمرأة في قطاع غزة*. (د.ط). فلسطين: مركز شؤون المرأة.

منظمة الصحة العالمية. (1980م).*سلسلة التقارير الفنية– رقم 395*. جنيف، سويسرا.

منظمة الصحة العالمية. (2006م). *العمل من أجل الصحة*. سويسرا.

منظمة الصحة العالمية. (2009م). *الإحصائيات الصحية العالمية*. سويسرا.

منظمة الصحة العالمية. (2009م). *ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط*. البند رقم 6، الدورة 26، اللجنة الاقليمية لشرق المتوسط.

منظمة الصحة العالمية. (2010م). *تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة – التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010م*. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية. (2011). *التقرير الصحي – مصر*، تم الاسترداد بتاريخ 10 ابريل 2016، الموقع: http://www.who.int/gho/countries/egy.pdf?ua=1.

مهنا، رامي. (2014م).*تقييم كفاءة أداء الخِدْمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

موقع وزارة الصحة الفلسطينية. تاريخ الاطلاع: 05 نوفمبر 2015م، الموقع: www.moh.gov.ps.

موقع ويكبيديا. (2016). *ولادة قيصرية*، تاريخ الاسترداد 02 فبراير 2016م، الموقع: https://ar.wikipedia.org/wiki/ولادة–قيصرية

النجار، فريد. (2007م). *إدارة المستشفيات وشركات الأدوية*. (د.ط). الإسكندرية: الدار الجامعية.

نجم، عبود. (2010م). *إدارة الجودة الشاملة في عصر الإنترنت*. (د.ط). الأردن: دار الصفا للنشر والتوزيع.

نجم، فؤاد. (2016م). *تقويم جودة الخِدْمات الصحية المقدمة في مديرية الخِدْمات الطبية العسكرية بقطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

أبو النصر، مدحت محمد. (2007م). *إدارة منظمات المجتمع المدني – دراسة في الجمعيات الأهلية من منظور التمكين والشراكة والشفافية والمساءلة والقيادة والتطوع والتشبيك والجودة*. ط1. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

الهيئة المستقلة لحقوق المواطن. (2009م). *حول واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية*. سلسلة تقارير خاصة. رقم (71). فلسطين.

وزارة الصحة الأردنية. (2013). *إحصائيات ومؤشرات صحية*، تم الاسترداد بتاريخ 17 مايو 2016، الموقع: htpp://www.moh.gov.jo/ar/pages/default.sapx.

وزارة الصحة الفلسطينية- وحدة نظم المعلومات الصحية. (2014م). *التقرير السنوي للمستشفيات في قطاع غزة*. فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية. (2014م). *الخطة الاستراتيجية للوزارة 2014م-2018م*. غزة، فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية. (2014م). *الخطة التشغيلية الصحية*. غزة، فلسطين.

وزارة الصحة الفلسطينية. (2015)، مركز *المعلومات الصحية، التقرير السنوي 2014*، تاريخ الاسترداد 7 يوليو 2015، الموقع: www.moh.ps

وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية، (2014م، مايو).*التقرير السنوي للمستشفيات*. قطاع غزة: وزارة الصحة.

وزارة الصحة الفلسطينية، مركز نظم المعلومات الصحية. (2013م). *التقرير السنوي للمستشفيات*. قطاع غزة: وزارة الصحة الفلسطينية.

وزارة الصحة الفلسطينية، مركز نظم المعلومات الصحية. (2016م). *التقرير السنوي للمواليد في قطاع غزة*. قطاع غزة: وزارة الصحة.

وزارة الصحة الفلسطينية، مركز نظم المعلومات الصحية. (2016م). *التقرير القوى العاملة*. قطاع غزة: وزارة الصحة.

وزارة الصحة. (2015). *التقارير السنوي للإدارة العامة للمستشفيات- وزارة الصحة الفلسطينية* (2009-2014)، مركز المعلومات، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة. (2015). مركز المعلومات الصحية الفلسطينية. التقرير السنوي (2014)، تاريخ الاسترداد 7 يوليو 2015، الموقع: www.moh.ps

الوقفي، علي عوض. (2004م). *تطوير ثقافة المنظمة لتحسين الأداء المؤسسي في البنوك التجارية الأردنية* (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

يعقوب، جميلة. (2008م). *تقييم جودة الخدمة الصحية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة العلوم والتكنولوجيا، الطائف، اليمن.

ثانيًا- المراجع الأجنبية

(800) 321-OSHA. (6742) (2013). *Safety and Health Management Systems. A Road Map for Hospitals*. Retrieved December, 15, 2015, from : www.osha.gov

Anan, H.,& Abu Hamad, B. (2013). *lien's Centeredness of the Governmental PHC Services Gaza- Palestine*. Germany: Lambert Academic publishing.

Bakic-Minic, N., & Bakic N. (2008). Successful Doctor-Patient Communication And Rapport Building As The Key Skills Of Medical Practice*. Medicine and Biology. 15* (2), 74- 79.

Berry, L., Seider, K.,& Wilder, S. (2003). *Innovations in access to care: a patient centered approach. Annals of Internal Medicine,* N0139, 568-574.

Boyce N., Mcneil J., Graves D.,& Dunt D. (1997). *Quality and outcome indicators for acute healthcare services: Research project for the national hospital outcomes program* (NHOP). Canberra, Australia: Australian government publishing service.

Brown, L. D., Franco L. M., Rafen N., & Hatzell T. (1998). *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries,* Bethesda, USA: . Center for Human Services.

Canadian Institute for Health Information- CIHI. (2013). *A Performance Measurement Framework for Canadian Hospitals*. Ottawa, Ontario K2A 4H6, Canada.

Center for clinical governance research in health. (2009). *Complaints and Patient Satisfaction: A Comprehensive Review of the Literature*. Sydney: National library of Australia.

Counte, M. A. (2007). *Health Care Quality Assessment: Prepared as part of an education project of the Global Health Education Consortium and Collaborating Partners.* U.S.A: Global Health Education Consortium*.*

Elg, M.,Stenbrg, J., Kammerlind, P., Tullberq, S.,&Olsson J. (2011*). Swedish healthcare Management Practices and Quality Improvement Work: Development Trends. International journal of healthcare quality assurance*, *24* (2), 101-123.

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C. & Walton, M. (2008). *What exactly is Patient Safety?*, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Hardingm A, & Preker, A. S. (2000). *A Conceptual Framework for Organizational Reforms - The Corporatization Of Public Hospitals*. The Health Nutrition and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. Innovations in Health Service Delivery: Volume I, The Corporatization of Public Hospitals. World Bank: Washington.

Hu-Chen, L.,& Kenji, I. (2012). *Holistic hospital management framework based on performance indicators*. Tokyo, Japan: Tokyo Institute of Technology.

Hughes, R. G.(2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality Publication.

Hussain, S.,& Rehman, S. (2012). *Patient satisfaction regarding hospitals services: A study of Umea Hospital.* Sweden: Umea university.

Brown, J.A. (2008). *The Healthcare Quality Handbook: A Professional Resource and Study Guide*. (23rd ed.). USA: Quality solution, Inc.

JCI. (2011). *Joint commission international accreditation standards for hospitals*. (3rd ed.). USA: library of congress.

Joint Information Systems Committee. (2007). *Six steps to effective evaluation: A hand book for programmer and project managers*. San Francisco, California, USA: Glenafric ltd.

Kelley, E.,& Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. Health Working Papers, OECD health working papers NO. 23, health care quality industries project, conceptual framework paper. OECD countries participating in the project: Organization for Economic Co-operation and Development.

Kotler, P.,& Keller, K. L. (2009). *Marketing management*. (13th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Lavis, J. N., & Anderson, G. M. (1996). Appropriateness in health care delivery*:* definitions, measurement and policy implications*. Canadian Medical Association Journal*, *154* (3), 321- 328.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C.,& Ferrier, K. (2001). Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary health care. *BMJ*, *322* (7284), 468- 472.

Mc Glynn, E. A.(2008). *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality Publication.

Medical dictionary. (2014).Retrieved October,14, 2015,from: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Hospitals

Michel, D., Salle, R.,& Valla, J. p. (2000). *Marketing Industrial*: *Stratégieet Miseen* (Œuvre). (2ed éd).Paris: Economica.

Monica, P.,& Giorgio, T. (2009). *Assessmenttoolforthequalityofhospitalcarefor-mothersandnewbornbabies*. Burlo Garofolo, Trieste, Italy - WHO: The Institute of Child Health IRCCS.

Nelson, R. (2008). Improving communication skills enhances efficiency and Patient-clinician relationship. *Archive Internal Medicine journal*, *13* (168), 1364.

NHS Quality Improvement Scotland. (2005). Retrieved march 15, 2016, from:www.nhshealthquality.org

Oxford journals. (2015). Retrieved may 25, 2015, from: http://intqhc.oxfordjournals.org/ content/17/6/487

Paget, L., Haned, P., Nedza, S., Kurtz, P., Racine, E., Russell, S., Santa, J., Schumann, J.S., Simha, J., & Kohorn, J.v. (2012). *Patient-Clinician Communication: Basic Principles and Expectations.* National Academy Of Sciences, Institute Of Medicine.(Discussion Paper).

Peterson, W., Gijsbers, G., & Wilks, M., (2003). *An Organizational Performance for Agricultural Research Organization.* ISNAR.

Powel, L. (2001). *Patient satisfaction surveys for critical access hospitals*, USA: Mountains states group Inc.

Suriyawongpaisal ,P. (2002).*Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management*. A Thai Case Study" M.D. Secretary General, National Health Foundation of Thailand.

Suvedi, M. & Morford, S. (2003). *Conducting Program and Project Evaluations: A Primer for natural Reso*urce *Program Managers in* British Columbia. Canada: National Library of Canada.

Valentine, N., Silva, A. & Murray, C. (2001*).* Estimating Responsiveness level and distribution for 191 countries: *Methods and Results .*GPE discussion paper series, No.(22), World Health Organization, Geneva.

Westat, J., Mark M., Rog D. J., & Johnson, E. (2002). *The 2002 User- Friendly hand book for Project Evaluation*. The National science Foundation U.S.A.

WHO. (2000). *Client satisfaction evaluations*. Work book 6. Geneva.

Wong, S.,& Lee, A. (2006). Communication skills and doctors patient relationship*. The honk Kong medical diary*, *11* (3), 7- 9.

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2000b). *Appropriateness In Health Care Services, Developing strategies for improvement health care delivery*. Report on a WHO workshop. Koblenz, Germany.

World Health Organization. Retrieved December 12, 2015. *Hospitals.* on line access: http://www.who.int/topics/hospitals/en

World Health Organization. (2000a). *Improving Provider Skills. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change*. Geneva.

World Health Organization. (2004).*A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. WHO Center for health development, Japan.

World Health Organization. (2006). Quality of care: *A process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: WHO press.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems*: A hand *book of indicators and their measurement strategies*. WHO document production services. Geneva, Switzerland.

المـلاحـق

ملحق (1): استبانة متلقيات الخدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخت الكريمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،،

يطيب لي أن أضع بين يديكِ هذه الاستبانة التي تهدف إلى الحصول على بعض البيانات الخاصة بتقييم أداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي فيما يخص دراسة بعنوان:

"تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية"

دراسة حالة – مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.

باعتبارك واحدة ممن يتلقين الخدمة في هذه المستشفى وإيمانًا مني بأهمية رأيك في الخدمة المقدمة بالمستشفى، ورغم علمي بأن الإجابة عن الأسئلة ستستغرق جزءًا من وقتك الثمين، إلا إنني أرجو من حضرتك تحرّي الدقة في الإجابة عن هذه الأسئلة؛ لما لها من عظيم الأثر في الوصول إلى نتائج قد تؤثر بدرجةٍ كبيرةٍ على سير العمل في المستشفى.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا

الباحثة

ميساء فتحي أبو حصيرة

0599636603

الرقم المسلسل:.................................

أولًا- البيانات الشخصية:

العمر: ....

مكان الإقامة:

غزة ☐ أخرى ☐

المستوى التعليمي:

ابتدائية فأقل ☐ إعدادية ☐ ثانوية ☐ جامعية ☐

التأمين الصحي:

مؤمنة ☐ غير مؤمنة ☐

الإجراء الطبي:

ولادة طبيعية ☐ ولادة قيصرية ☐ عملية جراحية ☐ متابعة ☐

قسم الدخول:................................

عدد الولادات السابقة (إن وجدت):.....................

عدد مرات الإجهاض (إن وجدت): ....

عدد أيام مبيتك في المستشفى:.........................

ثانيًا-مجالات الاستبانة:

من فضلك ضعي علامة ✓ أمام خيار واحد من الخيارات الموضحة أمام كل بيان:

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
	المحور الأول- الفاعلية السريرية					
	توفير الخِدْمات الصحية على مدار الساعة	**درجة الموافقة**				
1	يتم المرور لمتابعة حالتك المرضية خلال جميع أيام وجودك في المستشفى بما فيها الجمعة والسبت.					
2	يتم استدعاء الأطباء عند طلبك خلال فترة مكوثك في المستشفى (صباحي، مسائي، ليلي).					
3	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة الصباحية.					
4	يستجيب التمريض لطلباتك خلال الفترة المسائية والليلية.					
5	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة الصباحية مناسب.					
6	مستوى الخِدْمات الفندقية المتوافر خلال الفترة المسائية والليلية مناسب.					
	المحور الثاني- متلقيات الخدمة في مركز الاهتمام					
	المجال الأول- المحافظة على خصوصيتك	**درجة الموافقة**				
1	يتم فحصك وتشخيص حالتك الصحية ضمن ظروف تحافظ على خصوصيتك.					
2	يتقبل الكادر الصحي طلبك حضور أحد ذويكِ في أثناء الفحص أو التشخيص أو المعالجة.					
3	يلتزم زائروكم بمواعيد الزيارة المعلنة داخل المستشفى.					
4	يلتزم زائروكم بالإرشادات والتعليمات المعلنة في المستشفى.					
	المجال الثاني- معاملتك بعدالة واحترام	**درجة الموافقة**				
1	الطواقم الطبية تتعامل مع جميع متلقيات الخدمة سواسية.					
2	وقت انتظارك لتلقي الخدمة مناسب.					
3	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة متعاونون معك ويعاملونك باحترام وكرامة.					
4	شعرت بأن القائمين على تقديم الخدمة على دراية وفهم كامل بحالتك الصحية.					
5	شاركَكِ القائمون على تقديم الخدمة برأيك فيما يخص الخدمة المقدمة لك.					
6	يراعي مقدمو الخدمة الصحية الحالة النفسية والاجتماعية لك.					

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
	المجال الثالث- إمكانية الوصول للخِدْمات	**درجة الموافقة**				
1	يسهل التنقل داخل المستشفى لتلقي الخدمة الصحية المطلوبة.					
2	توجد لوحات إرشادية تساعدني على التوجه للمكان المطلوب لتلقي الخدمة.					
3	تم وصف الجرعة الدوائية ومدة استخدام العلاج من خلال الطبيب.					
4	تم تزويدك بالعلاج الموصوف من صيدلية المستشفى.					
5	خفف العلاج مشكلتك الصحية وأزال أعراضها.					
6	كان من السهل عليك فهم ما قاله القائم على الخدمة .					
	المجال الرابع- تزويدك بمعلومات كافية عن حالتك الصحية	**درجة الموافقة**				
1	يتم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن حالتك الصحية عند كل مرور طبي.					
2	أخذت فرصة كافية في المناقشة والسؤال عن وضعك الصحي.					
3	تم إعطاؤك شرحًا وافيًا وكاملًا عن المنافع والآثار الجانبية الخاصة بالعلاج.					
4	توجد موظفة تثقيف صحي تقدم شرحًا وافيًا عن الطرق المثلى للرضاعة الطبيعية .					
	المحور الثالث- أمان متلقيات الخدمة					
	توفير بيئة صحية آمنة لتلقي الخِدْمات الصحية المختلفة	**درجة الموافقة**				
1	يتوافر لدى المستشفى المعدات والأجهزة اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.					
2	أبنية المستشفى مناسبة لتقديم الخدمة بشكل آمن.					
3	يساعد التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى على تقديم الخدمة بشكل آمن.					
4	تتوافر مساحات كافية لتسهيل الحركة بين الأسرّة داخل كل غرفة.					
5	غرف متلقيات الخدمة جيدة التهوية والإضاءة.					
6	تم تشخيص حالتك واتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاجك فور وصولك المستشفى.					
7	توافقت نتيجة الخدمة المقدمة لك مع توقعاتك.					
8	كان من السهل عليك فهم ما قاله مقدمو الخدمة الصحية لك.					
9	يُعدُّ السرير الخاص بك داخل المستشفى مريحًا وآمنًا في أثناء استخدامه.					

للبنود الآتية: أعطِ المستشفى درجة من 1 إلى 10 حسب رضاك عن:

م	البنود	الدرجة 1-10
1	أداء العاملين.	
2	الأجهزة والأدوات الموجودة داخل المستشفى.	
3	التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى.	
4	توافر الأدوية داخل المستشفى.	
5	الحفاظ على خصوصيتك في أثناء تلقي الخدمة.	
6	نظافة دورات المياه داخل المستشفى.	
7	نظافة غرف المبيت داخل المستشفى.	
8	نظافة الممرات وأماكن تلقي الخدمة.	
9	توافر الشراشف.	
10	وجبات الطعام المقدمة داخل المستشفى.	

ملحق (2): استبانة مقدمي الخدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ /ت الكريم /ة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،

يطيب لي أن أضع بين أيديكم هذه الاستبانة التي تهدف إلى الحصول على بعض البيانات الخاصة بتقييم أداء مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي فيما يخص دراسة بعنوان:

"تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية

دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي"

باعتبارك من ذوي الخبرة في هذه المستشفى وإيمانًا مني بأهمية رأيك في الخدمة المقدمة بالمستشفى ورغم علمي بأن الإجابة عن الأسئلة ستستغرق جزءًا من وقتكم الثمين، إلا إنني أرجو من حضرتكم تحري الدقة في الإجابة عن هذه الأسئلة لما لها من عظيم الأثر في الوصول إلى نتائج قد تؤثر بدرجةٍ كبيرةٍ على سير العمل في المستشفى.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا

الباحثة

ميساء فتحي أبو حصيرة

0599636603

رقم مسلسل:..............................

أولًا- البيانات الشخصية:

الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

المؤهل العلمي:

دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐

المسمى الإشرافي:

بدون مسمى ☐ رئيس شعبة ☐ رئيس قسم ☐ مدير ☐

التخصص:

طبيب ☐ قابلة ☐ ممرضة ☐ مهن مساندة ☐

سنوات الخبرة:

أقل من 10 سنوات ☐ من10 إلى 15 ☐ أكثر من 15 ☐

ثانيًا-مجالات الاستبانة:

من فضلك ضع/ي علامة ✓ أمام خيار واحد من الخيارات الموضحة أمام كل بيان:

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
	المحور الأول- الفاعلية السريرية					
	المجال الأول- البنية التحتية	**درجة الموافقة**				
1	الأجهزة والمستلزمات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمة متوافرة وحديثة.					
2	وجود أماكن مجهزة لتقديم الخدمة الصحية بطريقة جيدة ودون أي إزعاج.					
3	وجود أماكن مخصصة ومجهزة لفترة الراحة الخاصة بالموظفين.					
4	توجد قاعات مخصصة للتعليم والتدريب المستمر للموظفين داخل المستشفى.					
5	وجود صالات انتظار مناسبة لمتلقي الخدمة وذويهم.					
	المجال الثاني- ظروف العمل	**درجة الموافقة**				
1	مكان العمل هادئ ومناسب لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة .					
2	تُعَدُّ الإضاءة المتوافرة مناسبة لتقديم الخدمة الصحية.					
3	تتوافر أنظمة تهوية وتدفئة مركزية مناسبة لتقديم الخدمة الصحية المطلوبة.					
4	تتوافر دورات مياه مناسبة لاستخدام الموظفين في المستشفى.					
5	تتوافر مياه شرب وخِدْمات فندقية مناسبة للموظفين في المستشفى.					
6	أعداد الأسرّة الموجودة داخل كل غرفة تتناسب مع حجم الغرفة.					
	المجال الثالث- توافر الخِدْمات الصحية المساندة على مدار الساعة	**درجة الموافقة**				
1	يتوافر عدد كافٍ من الأطباء لتقديم خدمة صحية مقبولة على مدار الساعة.					
2	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة الصباحية.					
3	يتوافر عدد كافٍ من التمريض لتقديم خدمة صحية مقبولة خلال الفترة المسائية والليلية.					
4	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الصحية المساندة على مدار الساعة.					

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
5	يتوافر عدد كافٍ من موظفي الوظائف الإدارية المساندة على مدار الساعة.					
6	يتم طلب وإجراء الفحوصات والاختبارات اللازمة لمتلقي الخدمة بسهولة ويسر عند الحاجة.					
7	تتوافر العلاجات المختلفة الخاصة بعلاج الحالات المختلفة على مدار الساعة.					
	المجال الرابع- دخول العناية المركزة (غير المخطط)	**درجة الموافقة**				
1	يُعدُّ حدوث المضاعفات لبعض الحالات بسيطًا بشكل عام.					
2	يندر إدخال بعض الحالات إلى العناية المركزة نتيجة حدوث مضاعفات لها بعد الولادة.					
3	يسهل متابعة الحالات المحولة إلى العناية المركزة .					
	المحور الثاني- الكفاءة الصحية					
	المجال الأول- توافر بيئة صحية صالحة لتقديم الخدمة	**درجة الموافقة**				
1	يستجيب مقدمو الخدمة لطلبات متلقيها بشكل فوري رغم انشغالهم.					
2	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع مؤهلاتي.					
3	الوظيفة التي أشغلها تتناسب مع خبراتي السابقة.					
4	يوجد كادر تمريضي مؤهل لتقديم الخدمة التمريضية لمتلقيها بشكل مناسب.					
5	يحرص الأطباء على تجنب حدوث أي أخطاء تتسبب في مضاعفات لدى الأطفال حديثي الولادة.					
6	يوجد ملف طبي متكامل لكل متلقية خدمة.					
7	يتم توثيق جميع زيارات متلقية الخدمة في هذا السجل بما يضمن متابعة حالتها باستمرار (ملف موحد لجميع الزيارات).					
8	تنشغل أسرة المستشفى باستمرار مما يودي إلى عدم تلقي بعض الحالات العلاج اللازم لها.					
	المحور الثالث- الاهتمام بالكادر البشري					
	المجال الأول- التدريب	**درجة الموافقة**				
1	أتلقى التدريب بصورة دورية داخل المستشفى وخارجها.					
2	توفر الإدارة التدريب اللازم للموظفين حسب احتياجات المستشفى.					
3	أشارك في تحديد احتياجات القسم من التدريب.					
4	يسهم التدريب في تطوير أدائي المهني.					

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
5	تتابع الإدارة تطبيق ما تم إنجازه في العملية التدريبية.					
6	رشحت للمشاركة في إعداد أبحاث صحية لنشرها في المجلات والمؤتمرات العلمية.					
7	تم إرسالي لبعثات دراسية.					
المجال الثاني- تقوم الإدارة بممارسات إدارية تساعد على الإبداع		**درجة الموافقة**				
1	يقوم المشرف بتوجيهي وتقديم الدعم اللازم لي عند الحاجة.					
2	توفر المستشفى حوافز تشجيعية تدفعني للمزيد من الإنجاز.					
3	تقوم الإدارة بتحفيزي للعمل في الظروف الصعبة.					
4	تقوم الإدارة بإشراكي في عملية التخطيط والتطوير داخل المستشفى.					
5	تفوضني الإدارة باتخاذ بعض القرارات في بعض المواقف أثناء قيامي بمهامي الوظيفية.					
6	تزودني الإدارة بتغذية راجعة عن أدائي المهني وتقدم لي الدعم والتوجيه اللازمين لتجنب الإخفاق مرة أخرى.					
7	تقوم الإدارة بسؤالي عن احتياجاتي المهنية بشكل دوري.					
8	تقوم الإدارة بمتابعتي قانونيًا عند حدوث أي خطأ.					
9	يتم مراقبة مدى تطبيق البروتوكولات المعلنة من خلال مشرفين مختصين.					
المحور الرابع- إدارة مستجيبة						
المجال الأول- تراعي الإدارة الظروف النفسية والاقتصادية والاجتماعية للعاملين		**درجة الموافقة**				
1	تهتم الإدارة بدعم الموظفين نفسيًا واجتماعيًا.					
2	تهتم الإدارة بطريقة وهيئة هندام الموظفين.					
3	تزودني الإدارة بالتغذية الراجعة عن أدائي المهني وترشدني إلى كيفية التغلب على جوانب الإخفاق في الأداء إن وجدت.					
4	تلتزم الإدارة بوعودها تجاه الموظفين.					
5	تقدر الإدارة العمل الذي أقوم به وتعاملني بكرامة واحترام.					
6	تعطيني الإدارة المرونة لتغيير مناوبتي بعد تبريري سبب التغيير المطلوب.					
المجال الثاني- توافر الأدوية والمهمات الطبية		**درجة الموافقة**				
1	تتوافر في الصيدلية الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة.					

م	البيان	كبيرة جدًا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدًا
2	تتوافر في الصيدلية الأدوية غير الأساسية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة مثل: الفيتامينات، حبوب التثبيت،...					
3	يتم توفير المستلزمات الطبية بكميات تتناسب مع أعداد متلقي الخدمة.					
4	يتم الترشيد في استخدام المضادات الحيوية الوقائية بما لا يتعارض مع مصلحة متلقيات الخدمة.					
	المجال الثالث- توافر الإدارة القوى العاملة حسب عبء العمل	**درجة الموافقة**				
1	يتوافر عدد كافٍ من مقدمي الخِدْمات الصحية بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.					
2	يتم جدولة الدوام بما يضمن تقديم خدمة صحية جيدة.					
3	يتناسب عدد ساعات العمل مع حجم الخِدْمات المقدمة.					
4	يتم احتساب ساعات العمل الإضافي الخاصة بالموظفين.					
	المحور الرابع- أمان مقدمي الخدمة					
	المجال الأول- توفير بيئة صحية آمنة لتقديم الخدمة الصحية	**درجة الموافقة**				
1	يتم تقديم الخدمة بناء على تعليمات معروفة ومعممة مسبقًا تضمن تقديم خدمة صحية مناسبة.					
2	توجد متابعة للتأكد من تطبيق التعليمات الخاصة بأمان المريض والعاملين.					
3	يتم توفير المستلزمات اللازمة لتقديم الخدمة بشكل آمن.					
4	المساحة المتوافرة لتقديم الخدمة كافية لتقديم خدمة صحية محترفة.					
5	مكان تقديم الخدمة نظيف بقدر ويتضمن وسائل لمنع العدوى.					
	المجال الثاني- إصابات العمل	**درجة الموافقة**				
1	تم إعلامي بالأمراض الوظيفية المتوقع الإصابة بها في أثناء تأدية العمل.					
2	تم تدريبي لتجنب الإصابات الناتجة عن أداء عملي.					
3	تلقيت جميع التطعيمات اللازمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الإصابة بها.					
4	يتم توثيق إصابات العمل لدى مسؤول السلامة في المستشفى .					
5	يتم تحويل الموظف المصاب لإجراء فحوصات مخبرية وجسدية بعد الإصابة.					
6	يتم متابعة حالة الموظف المصاب إكلينيكيًا واتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة له.					

للبنود الآتية: أعطِ المستشفى درجة من 1 إلى 10 حسب رضاك عن:

م	البنود	الدرجة 1-10
1	استجابة الإدارة للاحتياجات المهنية للموظفين.	
2	نظام العمل داخل المستشفى.	
3	الأجهزة والأدوات الموجودة داخل المستشفى.	
4	توافر الأدوية داخل المستشفى.	
5	مستوى النظافة داخل المستشفى.	
6	تصميم المستشفى الداخلي والخارجي.	
7	توافر أماكن للراحة للموظفين.	

ملحق (3): أسئلة المقابلة

- ما الخِدْمات الأساسية المقدمة في المستشفى؟
- كيف تُقيم هذه الخِدْمات من حيث:
- الفاعلية السريرية.
- سهولة الوصول إلى الخِدْمات.
- الأمان في تقديم الخدمة وتلقيها.
- استجابة الإدارة لاحتياجات مقدمي الخدمة ومتلقيها.
- الكرامة والتعاطف والاحترام في التعامل.
- خصوصية متلقي الخدمة.
- ما تقييمك لجودة الخِدْمات الفندقية المقدمة داخل المستشفى" (نظافة، تغذية، تهوية، إضاءة)؟
- هل يتم توثيق جميع الخِدْمات المقدمة لمتلقي الخدمة في ملف طبي موحد، سواء ورقي أو محوسب؟
- هل يتم تقديم الخِدْمات من خلال بروتوكولات ومعايير محددة؟
- ما البروتوكولات والمعايير المستخدمة.
- هل توجد آليات محددة لتطبيقها.
- هل يتم تقييم جودة مخرجات الخِدْمات التي تقدم من خلال معايير.
- هل يتم توعية الأم وتنبيهها للمضاعفات التي تستدعي عودتها للمستشفى بعد خروجها ومن المسؤول عن ذلك؟
- ما تقييمك للموارد البشرية والمادية المتوافرة داخل المستشفى؟
- الموارد البشرية من حيث: (العدد، التوزيع، التأهيل، التدريب).
- الموارد المادية من حيث: (البنية التحتية، الأدوية والمستهلكات الطبية، الأجهزة والمعدات).
- ما الدور الذي تقوم به المستشفى لتطوير الخدمة أو سد العجز في موارد المستشفى المختلفة؟
- ما السياسة العامة أو الشعار الذي تسعى المستشفى لتحقيقه؟

- هل يتم توثيق الأخطاء الطبية التي تحدث داخل المستشفى، وهل يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لمنع تكرارها؟
- ما مدى الاستفادة من المؤشرات التي توفرها التقارير والإحصائيات الدورية الصادرة عن المستشفى؟
- هل تتعامل إدارة المستشفى بجدية مع احتياجات متلقي الخدمة وشكاواهم وما هي قنوات الاتصال المتاحة؟
- من وجهة نظرك، ما نقاط القوة الأساسية في المستشفى؟
- من وجهة نظرك، ما نقاط الضعف الأساسية في المستشفى؟
- ما أهم المعوقات التي تؤثر على تقديم الخدمة في المستشفى؟
- هل ترغب في إضافة شيء آخر؟

ملحق (4): قائمة بأسماء المحكمين

م	الاسم	مكان العمل
1.	د. محمد المدهون	أكاديمية الإدارة والسياسة
2.	د. بسام أبو حمد	جامعة القدس أبو ديس
3.	د. يحيى عابد	جامعة القدس أبو ديس
4.	د. رضوان بارود	وزارة الصحة
5.	د. يوسف الجيش	الجامعة الإسلامية
6.	د. عاطف إسماعيل	الجامعة الإسلامية
7.	د. نهاية التلباني	جامعة الأزهر
8.	د. رامز بدير	جامعة الأزهر
9.	أ. علي صنع الله	محلل إحصائي
10.	أ. جهاد عكاشة	محلل إحصائي

ملحق (5): قائمة بأسماء المقابلين

م	الاسم	مكان العمل
1.	د. حسن اللوح	المدير الطبي لمجمع الشفاء الطبي، ومدير مستشفى الولادة سابقًا.
2.	د. منذر غزال	المدير الحالي لمستشفى الولادة.
3.	د.علام أبو حامدة	رئيس قسم الحضانة بمستشفى الولادة.
4.	د. أحمد المدهون	رئيس قسم 1 بمستشفى الولادة.
5.	د. سعيد دلول	رئيس قسم 2 بمستشفى الولادة.
6.	د. عدنان راضي	رئيس قسم 3 بمستشفى الولادة.
7.	أ. فيزا الزعانين	مدير التمريض بمستشفى بيت حانون ومدير التمريض بمستشفى الولادة سابقًا.
8.	أ. ليلى المشارفة	مدير التمريض الحالي لمستشفى الولادة.
9.	أ. وائل السلوت	رئيس قسم إداري بمستشفى الولادة.
10.	أ. لمياء اسعد	مدير مختبر مستشفى الولادة.
11.	أ. مجدي العبسي	مختبر مجمع الشفاء الطبي.
12.	أ. وفاء عطا الله	سكرتيرة مدير مستشفى الولادة.

ملحق (6): خطاب تسهيل مهمة

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية – غزة
The Islamic University - Gaza

كلية التجارة
Faculty of Commerce

الرقم: ج س غ/ 62
9 شوال 1436 هـ
التاريخ Date: 25 تموز 2015

لمن يهمه الأمر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع: تسهيل مهمة الباحثة: ميساء فتحي عيد ابوحصيرة.

تهديكم كلية التجارة بالجامعة الإسلامية تحياتها، وترجو التكرم بمساعدة الباحثة المذكورة أعلاه، والملتحقة في برنامج ماجستير **إدارة الأعمال**، برقم جامعي (220120149) في تسهيل مهمتها في الحصول على المعلومات والبيانات والتي سوف تساعدها في عمل رسالة ماجستير بعنوان:

(تقييم أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية
دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي)

وذلك خدمة للبحث العلمي.

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير،،،

عميد كلية التجارة

أ.د. سالم عبدالله حلس

عمادة كلية التجارة
Faculty of Commerce

صورة إلى:
*الملف.

P.O. Box 108, Rimal, Gaza, Palestine fax: +970 (8) 286 0800 فاكس Tel: +970 (8) 286 0700 هاتف ص.ب. 108 الرمال، غزة، فلسطين
public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps

ملحق (7): كتاب موافقة الوزارة

The Palestinian National Authority
Ministry of Health
Directorate General of Human Resources Development

السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية

الرقم :...........

التاريخ:2015/08/06م

الأخ / د. عبد اللطيف الحاج المحترم،،،
مدير عام المستشفيات
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحثة

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحثة/ **ميساء فتحي أبوحصيرة** الملتحقة ببرنامج ماجستير إدارة الأعمال – كلية التجارة – الجامعة الإسلامية بغزة في إجراء بحث بعنوان :-

"تقييم أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية"

دراسة حالة: مستشفي الولادة بمجمع الشفاء الطبي

حيث الباحثة بحاجة لتعبئة استبانه وإجراء مقابلات مع عدد من مقدمي الخدمات الصحية ومتلقيها في مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، وكذلك الاطلاع على التقارير الخاصة بمستشفى الولادة، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي، و دون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسئولية.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،،،

د. ناصر رأفت أبو شعبان
مدير عام تنمية القوى البشرية

صورة لـ/
- الإدارة العامة للرقابة الداخلية
- صاحب العلاقة

وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات
وارد
الرقم: 8797
التاريخ: 16

الإدارة العامة للمستشفيات
صادر
رقم: 7738
التاريخ:

Gaza Tel / 08-2827298 Fax / 08-2868109 Email / hrd@moh.gov.ps

ملحق (8): بطاقة ملاحظة خاصة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي

تقييم المستشفى يتم بناء على ما يأتي:

0 غير متوافر أو غير كافٍ.

1 متوافر في بعض الأحيان ولكنه يحتاج إلى الكثير من التحسين.

2 متوافر ولكن يحتاج إلى القليل من التحسين.

3 متوافر وكافي.

المحور الأول- توافر المعلومات والإحصائيات

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم إعداد التقارير والإحصائيات للمستشفى بشكل دوري					
2	يتم استعراض ومناقشة التقارير والإحصائيات لاستخلاص العبر					
3	يتم الاحتفاظ بسجل طبي مستقل لكل متلقية خدمة بشكل دائم					
4	السجلات الطبية تتضمن معلومات متكاملة حول التاريخ المرضي لمتلقية الخدمة					

المحور الثاني- توافر الأدوية

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم توفير الأدوية الأساسية أولاً بأول					
2	يتم تخزين الأدوية في ظروف مناسبة					
3	توجد أدوية الطوارئ داخل جميع الأقسام					
4	الأدوية المتوافرة ملائمة لعلاج الحالات المختلفة					
5	يتم استخدام الأدوية الأقدم أولاً					

المحور الثالث– الأجهزة والمهمات الطبية

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	الأجهزة والأدوات الأساسية متوافرة					
2	الأجهزة والأدوات المتوافرة آمنة أثناء استخدامها					
3	تتوافر المهمات الطبية اللازمة لعلاج الأمهات					
4	تتوافر المهمات الطبية اللازمة لعلاج المواليد					

المحور الرابع– توافر الفحوصات المخبرية

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	الفحوصات المخبرية اللازمة لعلاج الحالات المختلفة متوافرة					
2	توجد آلية تضمن وصول نتائج الفحوصات المخبرية بالوقت المناسب					
3	يتم إعطاء الفحوصات المخبرية الطارئة أولية داخل المختبر					
4	تتوافر الإمكانيات اللازمة لإجراء الفحوصات المخبرية المختلفة على مدار الساعة					

المحور الخامس– توافر الإمكانيات اللازمة لتقديم الخدمة للأمهات

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	توافر الكهرباء بشكل متواصل					
2	توافر مولد كهرباء يتم تشغيله فور انقطاع الكهرباء					
3	توافر المياه الجارية بشكل مستمر					
4	توافر المياه الساخنة بشكل مستمر					
5	توافر مياه الشرب بشكل مستمر					
6	توافر مكان صحي وآمن لمكوث الأمهات					

المحور السادس- توافر الإمكانيات اللازمة لتقديم الخدمة لحديثي الولادة

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	وجود غرف منفصلة للأطفال حديثي الولادة المرضى					
2	وجود إجراءات تعقيم محددة لأي زائر يدخل الحضانة من ذوي الأطفال					
3	يتوافر اهتمام خاص لحالات حديثي الولادة ذوي الحالات الخطرة					

المحور السابع- مرحلة الرعاية بالأمهات ما قبل الولادة

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم فحص الأم للتأكد من بدء المرحلة الأولى للولادة لديها					
2	يتم وضع الأم على جهاز التخطيط للاطمئنان على العلامات الحيوية للجنين					
3	يوجد مكان مخصص تنقل إليه الأم خلال المرحلة الأولى من الولادة					
4	يوجد مكان مخصص تنقل إليه الأم خلال المرحلة الثانية من الولادة					
5	يوجد مكان مخصص ومجهز لإتمام الولادة ويسمى المرحلة الثالثة (كشك الولادة)					
6	يتم متابعة حالة الجنين في أثناء الولادة					
7	يتوافر في المكان المخصص للمرحلة الثالثة المعدات اللازمة لعمل اللازم عند حدوث أي طارئ في أثناء الولادة					
8	يتوافر موظفون مختصون لرعاية الأم بعد الولادة					

المحور الثامن– الولادات القيصرية

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يوجد فريق متكامل لإجراء العمليات القيصرية الطارئة على مدار الساعة					
2	توجد إجراءات محددة يتبعها الجميع قبل إجراء العمليات القيصرية بهدف تقليص عددها					
3	يتم إجراء العمليات القيصرية بناء على بروتوكولات محددة					
4	يتم رعاية الأطفال حديثي الولادة بعد العملية القيصرية مباشرة					
5	يتم رعاية الأم رعاية خاصة خلال 24 ساعة الأولى من الولادة القيصرية					
6	تتوافر داخل غرف العمليات القيصرية أدوات خاصة لرعاية حديثي الولادة					

المحور التاسع– المضاعفات التي قد تحدث

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	**1**	**2**	**3**	
1	يتم متابعة حالات النزيف بعد الولادة					
2	يتم متابعة حالات ارتفاع ضغط الدم في أثناء الحمل					
3	يتم متابعة الحالات التي لديها تقدم بطيء في عملية الولادة					
4	يتم إدارة جميع الحالات لمنع إصابتها بالعدوى					
5	يتم متابعة الحالات التي بدأ مخاضها قبل الوقت المتوقع لها					

المحور العاشر- رعاية الأطفال حديثي الولادة

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم تقييم حالات المواليد الجدد بعد الولادة مباشرة					
2	يتم إنعاش حالات المواليد الجدد الذي لديهم مشاكل بشكل فوري					
3	يتم تحفيز الأمهات بالبدء المبكر بالرضاعة الطبيعية					
4	يتم إتباع الإجراءات الوقائية الروتينية مع جميع الحالات					
5	يتم متابعة حالة الأم والطفل بعد الولادة وتقديم الاستشارات اللازمة لهم					

المحور الحادي عشر- رعاية الأطفال حديثي الولادة المرضى

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم متابعة حديثي الولادة المرضى وتقديم العلاج اللازم لهم					
2	يتم تقديم العلاج الوريدي اللازم لحديثي الولادة المرضى					
3	يتم تقديم التغذية اللازمة لحديثي الولادة المرضى					
4	يتم تقديم العلاج اللازم للأطفال الذين يعانون من سكر الدم واليرقان					
5	يتم استخدام الأكسجين للأطفال الخدج بشكل سليم وآمن					

المحور الثاني عشر- وجود عناية متقدمة للأطفال حديثي الولادة

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	وجود سجل طبي لكل طفل					
2	وجود إجراءات لمنع العدوى داخل الحضانة					
3	وجود إجراءات محددة للتعامل مع حالات مشاكل الجهاز التنفسي					
4	وجود شروط خاصة لاستخدم الأدوية					
5	وجود إجراءات محددة للخروج من المستشفى					
6	وجود إجراءات محدد للخروج من المستشفى					

المحور الثالث عشر: رعاية الطوارئ

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتوفر مكان مخصص لاستقبال الحالات الطارئة على مدار الساعة					
2	تتوفر الأجهزة والمهمات الطبية اللازمة للتعامل مع حالات الطوارئ على مدار الساعة					
3	يتوفر طاقم طبي متكامل لاستقبال الحالات الطارئة					
4	تتوفر إجراءات محددة لإدارة الحالات الطارئة حسب حالتها					

المحور الرابع عشر: الرعاية المساندة والوقاية من العدوى

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	تتوفر إجراءات محددة لمنع انتشار العدوى					
2	تتوفر موظفات تثقيف صحي للأمهات					
3	تتوفر موظفات دعم نفسي للأمهات					

المحور الخامس عشر: المتابعة والتدقيق

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	توجد تعليمات محددة لمراقبة ومتابعة الحالات المختلفة					
2	يتم متابعة الحالات المختلفة من خلال القابلات بشكل دوري					
3	توجد إجراءات محددة للتعامل مع الحالات المختلفة					
4	يتوفر دليل إرشادات سريري يتضمن معلومات دقيقة وحديث عن كل حالة					
5	يقوم فريق العمل بتدقيق المعلومات السريرية بشكل دوري					

المحور السادس عشر: إمكانية الوصول للرعاية

م	المؤشرات	الدرجة				الملاحظات
		0	1	2	3	
1	يتم استقبال جميع الحالات بغض النظر عن الجهة المحولة لها (حكومية، أهلية، خاصة)					
2	يتم تحويل الحالات للمستشفى بهدف الحصول على مستوى أعلى من الرعاية					
3	توجد عوائق اقتصادية للحصول على الخدمة داخل المستشفى					