

اختبار نموذج لقياس تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات
Amodel Test For Measuring The Challenges of Health Care Quality In Hospitals

أ.م.د. صفاء إدريس عبودي

الباحثة: بيداء رجب حسين

Researcher. Bidaa Rajab Hussein

Assist.Lect.Dr. Safaa Idrees Abboudi

كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة الموصل

safa_adres@uomosul.edu.iq

Baideekhalil@gmail.com

تاريخ استلام البحث 2021/4 /16 تاريخ قبول النشر 2021/ 6 / 17 تاريخ النشر 2021/12/22

المستخلص

تناول البحث دراسة تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات، المتمثلة بـ مستشفيات مدينتي نينوى ودهوك متمثلة بـ (14) مستشفى وطبق البحث على عينة مكونة من (200) فرداً من مسؤولي الجودة في المستشفيات المبحوثة. واستخدم البحث الاستبيان أداة رئيسة لجمع البيانات والمعلومات فضلاً عن المقابلات الشخصية، ولأجل معالجة البيانات والمعلومات استعملت العديد من الأساليب الإحصائية وهي: (الوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسب المئوية، التحليل العملي التوكيدي، ومعامل ارتباط الرتب (Spearman)، ومعامل اختبار (Mann-Whitney)). وهدف البحث الى تصنيف تحديات جودة الرعاية الصحية لآراء العاملين في عدد من المستشفيات الحكومية في مدينتي الموصل ودهوك وتحديد أهم التحديات التي تواجهها المنظمات المبحوثة والتي تحول دون تطبيق الجودة في الرعاية الصحية وايضاً عرض مجموعة من المقترحات مع آليات التنفيذ أمام القائمين على ادارة المنظمات بشأن ما توصل اليه البحث من نتائج. أنطلق البحث الحالي من فجوة اساسية تمثلت على حد علم الباحثان، بقلة الدراسات العربية التي تناولت نماذج قياس تحديات جودة الرعاية الصحية. لذلك فإن البحث الحالي سوف يغطي هذه الفجوة من خلال تبني مقياس من المقاييس المستخدمة عالمياً واختبار مدى صلاحيتها في بيئة المستشفيات، تم اختبار نموذج القياس في مستشفيات مدينتي نينوى ودهوك، وطبق البحث على عينة مكونة من (200) فرداً من مسؤولي الجودة في المستشفيات المبحوثة.

وتوصل الباحثان الى مجموعة من الاستنتاجات أهمها إن المنظمات المبحوثة تواجه تحديات في تطبيق جودة الرعاية الصحية والتي تتمثل بـ(التحديات الاستراتيجية، الثقافية، الكوادر الادارية المؤهلة، الهيكلية، والتحديات الاجرائية)، كما أن نظام الرعاية الصحية يعمل ضمن بيئة تتأثر داخلياً وخارجياً بقوى ذات علاقة بذوي المصالح وقوى قانونية وحكومية وتقانية وإدارية فضلاً عن تباين تلك التحديات التي تواجهها المستشفيات المبحوثة، وهذه النتائج جاءت متطابقة مع الفرضيات في هذا الجانب بالإضافة الى ملائمة النموذج لقياس تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة، ومن اهم التوصيات هي ضرورة اهتمام ادارة المستشفيات المبحوثة بدراسة هذه التحديات وايجاد الوسائل العلمية والعملية اللازمة لمواجهة هذه التحديات.

الكلمات المفتاحية: الجودة، الرعاية الصحية ، الموصل

Abstract

The research dealt with the study of the challenges of the quality of health care in hospitals. The desire to apply quality in the field of health care is a global goal whose scope of application is expanding year after year. Therefore, quality is placed in the first place among the priorities of basic health care. Quality is the key to success in a world that today depends mainly on competition. Health organizations face great challenges and difficulties in the business environment that is characterized by continuous change that has reached the point of turmoil and has become an inherent feature of organizations. This imposed on organizations to search for the basic elements through which they can face these challenges and stand strong towards them, in order to be able to continue and achieve continuous successes in their work. A number of researchers have designed a tool to measure health care quality challenges, but there is a discrepancy in the challenges that were identified according to the field of study in which it was applied, and these studies (Maphumulo & Bhengu, 2019), (Al-Ali, 2014), (McGee & Wilson, 2015), (Dixon-Woods, et al, 2012), five basic challenges have been identified from those challenges facing the researched field, which were represented by (strategic challenges, cultural challenges, challenges of qualified administrative cadres, structural challenges, procedural challenges).

The current research comes from a basic gap represented, to the knowledge of the researchers, by the lack of Arab studies that dealt with models for measuring health care quality challenges. Therefore, the current research will cover this gap by adopting one of the internationally used standards and testing its validity in the hospital environment. The measurement model was tested in the hospitals of Nineveh and Duhok governorates, and the research was applied to a sample of (200) quality officials in the surveyed hospitals.

The research reached a set of conclusions, including the appropriateness of the model to measure health care quality challenges in the surveyed hospitals, and one of the most important recommendations is the need for the management of the surveyed hospitals to study these challenges and find the scientific and practical means necessary to confront these challenges.

Keywords: *Quality, Health care.*

المقدمة

ينظر للجودة في كثير من الاحيان على إنها رفاهية لا يمكن إلا للبلدان الغنية تحمل تكاليفها، وهذه مغالطة إذ يتطلب بناء رعاية صحية عالية الجودة التمتع بثقافة الشفافية والمشاركة والانفتاح حول النتائج والتي يمكن تحقيقها في جميع المجتمعات بغض النظر عن مستوى دخلها، إن العالم مليء بالدروس حول ما يُفلح وما لا يُفلح، مما يوفر أساساً غنياً يمكن من خلاله النهوض بمستوى الجودة بسرعة. كما يلعب الابداع التقني دوراً رئيسياً في تقديم طرق جديدة لتوسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة بسرعة اكبر وتكلفة معقولة، ينبغي ان يكون التركيز على الاهتمام بالفرد هو جوهر الجودة، كما يجب ان يشارك الناس والمجتمعات في تصميم الخدمات الصحية وتقديمها باستمرار لضمان إنها مبنية على نحو يلبي الاحتياجات الصحية المحلية. تشمل الرعاية الصحية العالية الجودة تقديم خدمات الرعاية في الوقت المناسب والاستجابة المناسبة لاحتياجات مستخدمي الخدمة وتفضيلاتهم مع التقليل الى ادنى حد من الاضرار وتبديد الموارد. وتزيد الرعاية الصحية عالية الجودة من احتمالية النتائج الصحية المرغوبة، إن معظم البلدان في جميع انحاء العالم تسعى لإدخال الجودة في تقديم الرعاية الصحية وتحسين ادائها، كما وتسعى لإرضاء المرضى من خلال تلبية حاجاتهم العلاجية وتوفير الرعاية اللازمة والمناسبة لهم، ومن المهم معرفة أن الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً، إذ أن البرنامج له بداية ونهاية اما العملية فتبقى مستمرة ولا

نهاية لها، لذا ينبغي على منظمات الرعاية الصحية العمل على تحسين جودتها وتقديمها وتقييمها ومتابعتها باستمرار للوقاية من الأمراض وبالتالي تحقيق رضى المرضى. ومن هذا المنطلق يسعى البحث الى توضيح مفهوم جودة الرعاية الصحية والتحديات التي تواجهها المستشفيات وتأثيرها على جودة الرعاية الصحية والتي من الممكن ان تعيق تطبيق الجودة في المستشفيات.

المبحث الاول: منهجية البحث

يمثل الجزء الخاص بالمنهجية المحور الاساس للبحث كونه يوضح كثيراً من التفاصيل عن الادوات المستخدمة للبحث ومنهجه وعينته والاساليب الإحصائية المعتمدة في التحليل.

أولاً: مشكلة البحث

تعاني المستشفيات في محافظتي نينوى ودهوك من مشكلة انخفاض الإنتاجية وانخفاض مستوى جودة الخدمات المقدمة للمواطنين نتيجة لعدم استقرار الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي وارتفاع معدل دوران العمل وانخفاض الرضى الوظيفي والروح المعنوية للعاملين في القطاع الصحي في مدينتي نينوى ودهوك بسبب الأزمة المالية والاضلاع الاقتصادية والتخصيصات المالية المتذبذبة وغير المستقرة، وأهم التحديات والمشاكل التي يواجهها القطاع الصحي تتمثل في عدم وجود تقارب ملحوظ في مؤشرات الخدمة المقدمة بالإضافة الى سوء توزيع الاطباء والخدمات الصحية على المستشفيات وعدم استخدام الموارد المالية والبشرية المتاحة بصورة جيدة، كما أن هناك بعض العوامل الاخرى البشرية المؤثرة على قطاع الصحة مثل انخفاض نسبة الوعي الصحي عند المواطن وانتشار بعض السلوكيات الضارة والخطئة بين الناس، بالإضافة الى تحمل المريض العبء الاكبر للخدمة الطبية مع غلو أسعارها مع ودود ضعف شديد في نظم الرقابة على الجودة في المنظمات الصحية المبحوثة، إذ تعد الجودة في مجال الرعاية الصحية الهدف الرئيس الذي من اجله تبذل حكومات الدول جهوداً حثيثة لإنشاء مراكز الرعاية الصحية وحتى بناء اكبر المستشفيات فيها من بين البدائل المطروحة جودة الرعاية الصحية التي سعت المستشفيات لتبنيها بهدف تحقيق مستويات أفضل من الرعاية الصحية والاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية وترشيد النفقات والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات، كونها يمكن أن تكون ممارسة تنظيمية فعالة لخلق تغيير تنظيمي ناجح، وعلى الرغم من المنافع والمزايا الوفيرة المتحققة من تبني جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي إلا أنه لا تزال هناك قضية أساسية تواجه هذه المنظمات تتمثل بتحديات تبني جودة الرعاية الصحية. إذ تمثل هذه التحديات عاملاً سلبياً يقف حائلاً أمام تطبيق الجودة في الرعاية الصحية. وقد اختلف عدد من الكتاب والباحثين في تحديد تلك التحديات ومنهم (McGee & Wilson, 2015)، (Maphumulo & Bhengu, 2019)، (Al-Ali, 2014)، (Dixon-Woods, et al, 2012). وتم تحديد خمسة تحديات أساسية من تلك التحديات التي تواجه الميدان المبحوث والتي تمثلت بـ (التحديات الإستراتيجية، التحديات الثقافية، تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة، التحديات الهيكلية، التحديات الإجرائية)، وبناءً على ذلك يمكن أن نلخص المشكلة البحثية بالتساؤل الآتي:

1- ما توقعات الافراد العاملين في المستشفيات المبحوثة عن تحديات جودة الرعاية الصحية وهل أن الأنموذج المحدد وفق دراسة (Mosadehead,2013) ملائم لقياس تلك التوقعات؟

ثانياً: أهمية البحث

إن أهمية البحث تكمن في كونه يتناول جانباً مهماً في موضوع الجودة، ألا وهو التحديات التي تحول دون تطبيق الجودة في المستشفيات، التعرف على مدى اهتمام المنظمات الصحية بعامل الجودة، والشروط الواجب

توافرها في الخدمات الصحية لضمان رعاية صحية عالية الجودة. إن الأهمية النظرية للدراسة تأتي من كون موضوع الرعاية الصحية من المواضيع المهمة في القطاع الصحي لما له من تأثير على حياة الفرد والمجتمع بصورة عامة، بالإضافة إلى أهمية التحديات التي يواجهها القطاع الصحي والتي تحول دون تقديم الرعاية الصحية بالجودة المطلوبة والتي تلبي حاجات ورغبات المستفيدين (المرضى). أما الأهمية الميدانية للبحث فهي تأتي من خلال تطبيق الدراسة في القطاع الصحي (المستشفيات)، وإن نتائج تطبيق هذا البحث من الممكن رفعها إلى الإدارات العليا لهذه المستشفيات وذلك من أجل أن يتم جذب هذه الإدارات لجودة الرعاية الصحية وتعزيزها بالتوصيات التي من الممكن أن تسهم في رفع مستوى الجودة للرعاية الصحية المقدمة للمرضى وانتشار مفهوم الجودة في المجال الصحي.

ثالثاً : أهداف البحث

يمثل أهداف البحث الخطوط الموجهة والمحددة لها، التي من الممكن أن توجه البحث نحو مساراته المحددة مسبقاً في حال انحرافه عنها. لذلك فقد وضعت أهداف عدة للبحث الحالي، كالآتي :

- 1- اختبار مدى ملائمة النموذج الذي قدمه (Mosadehead,2013) لقياس تحديات جودة الرعاية الصحية التي تواجهها المستشفيات .
- 2- عرض مجموعة من التوصيات أمام القائمين على إدارة المستشفيات المبحوثة بشأن ما توصل إليه البحث من نتائج.

رابعاً : فرضية البحث

الفرضية الرئيسية : يمكن تفعيل بنية مؤشرات القياس (تحديات جودة الرعاية الصحية بخمسة تحديات تتمثل بـ (الاستراتيجية، الثقافية، الكوادر الإدارية المؤهلة، الهيكلية، والتحديات الإجرائية).

خامساً : منهج البحث

إن المنهج المعتمد في هذا البحث هو المنهج المسحي في عرض الأسس النظرية للموضوع، وبعد هذا المنهج من أكثر مناهج البحث العلمي استخداماً في مجال العلوم الاجتماعية. وهناك مجموعة من المزايا التي تعطي لهذا المدخل أهمية في هذا المجال ومنها إن المنهج المسحي يعد ذات فائدة وقيمة كبيرة عندما يتم تجميع البيانات من عدد كبير من الأشخاص. إن هذا المنهج من الممكن أن يساعد في فهم كثير من الظواهر السلوكية والتأكد من صحة التفسيرات التي قدمت من الباحثين. فالبحث الحالي اشتمل على عدد كبير من مسؤولي أقسام الجودة في المستشفيات الحكومية .

سادساً : عينة البحث

إن مجتمع البحث الحالي يتمثل بمسؤولي الجودة في المستشفيات الحكومية في نينوى ودهوك. وزعت (250) استمارة استبيان على (14) مستشفى، كان عدد الاستمارات المسترجعة (200) استمارة، وكانت هناك (50) استمارة غير صالحة للتحليل وتم استبعادها ليكون صافي الاستمارات الصالحة للتحليل (200) وهو ما يشكل نسبته (0.8) من الاستمارات الموزعة. إن واحد من أهم الأسباب لاختيار المستشفيات كعينة للبحث هو أن معظم المستشفيات الحكومية هذه تفتقر للجودة في خدماتها المقدمة للمرضى، بالإضافة إلى التحديات التي تواجهها في تقديم الرعاية الصحية. فضلاً عن ذلك، إن الأسلوب الإحصائي المستخدم في تحليل البيانات هو التحليل العاملي التوكيدي إذ يحتاج إلى عينة ذات حجم كبير نسبياً (Loehlin, 2004) وهذا ما يتوافر فعلاً في المستشفيات عينة البحث.

أداة البحث واسلوبه الاحصائي

1- أداة قياس متغيرات البحث: اعتمد الباحثان استمارة الاستبانة كأداة لقياس متغيرات البحث الحالي كونها ملائمة للبيانات المطلوب جمعها في البحث، ولقد تم عرض استمارة الاستبانة على مجموعة من المحكمين في العلوم الادارية.

الجدول (1):

فقرات قياس تحديات جودة الرعاية الصحية.

أولاً: التحديات الاستراتيجية	
X1	تعد إدارة المستشفى جودة الرعاية الصحية شعاراً حقيقياً تعمل من اجله باستمرار.
X2	تعتمد إدارة المستشفى سياسة واضحة حول برامج جودة الرعاية الصحية.
X3	تحتفظ إدارة المستشفى بدليل واضح لسياسة جودة الرعاية الصحية يشمل المعايير اللازمة لقياس الجودة.
X4	تؤكد إدارة المستشفى دائماً بأن التميز في خدمة المرضى هو أهم أهدافها.
X5	تخصص إدارة المستشفى الدعم المادي اللازم لفرق المعايير (معايير أجهزة طبية).
X6	تقدم الإدارة الدعم المعنوي اللازم لفرق المعايير (معايير أجهزة طبية).
X7	تعتبر إدارة المستشفى أن جودة الرعاية الصحية هي وصفة علاجية لتحسين أدائها.
X8	تحرص إدارة المستشفى على إزالة الحواجز أمام طريق الإبداع للكوادر من أجل تحسين جودة الرعاية الصحية
X9	تحرص إدارة المستشفى على التواصل المستمر مع العاملين في برامج الجودة.
X10	تحرص إدارة المستشفى على متابعة نتائج أعمال التحسين والتطوير في العمل.
X11	تحرص إدارة المستشفى على إظهار تقديرها لجهود التحسين في العمل.
X12	توجد خطة سنوية معتمدة وموثقة تسعى إلى تطوير جودة الرعاية الصحية.
ثانياً: التحديات الثقافية	
X13	يعتقد أن جودة الرعاية الصحية لا تعني الرفاهية.
X14	يستطيع الأفراد العاملين في القسم القيام بعمليات التطوير بجانب عملهم الأساسي الذي يقومون به.
X15	تعمل الإدارة على نشر ثقافة جودة الرعاية الصحية في جميع الأقسام والمستويات الإدارية.
X16	يعتقد أن جودة خدمة الرعاية الصحية لا تتطلب كلف عالية ويمكن تحمل نفقاتها.
X17	يعتقد أن جودة خدمة الرعاية الصحية تصلح للتطبيق في المجتمعات النامية.
X18	يُعتقد أن جودة الرعاية الصحية يمكن أن تنتج بدون استخدام أجهزة وتكنولوجيا متطورة.
X19	تشكيل فرق عمل متخصصة للبحث في كيفية تقديم خدمات صحية جيدة تعمل على التنسيق بين أقسام المستشفى.
X20	تعمل إدارة المستشفى على إزالة معوقات الاتصال بها.
ثالثاً: تحديات الكوادر الادارية المؤهلة	
X21	تقوم إدارة المستشفى بعمل الدورات التدريبية حسب متطلبات العمل والعاملين.

X22	يتم تدريب العاملين بشكل منهجي وميداني على جودة الرعاية الصحية من قبل خبراء متخصصين في مجال جودة الرعاية الصحية.
X23	يتم إعداد خطة تدريب سنوية لتنمية قدرات العاملين.
X24	يتم تنفيذ البرامج التدريبية بناءً على أسس ومعايير واضحة.
X25	يتم اختيار الأفراد للعمل على أساس الكفاءة والقدرة على تفهم وحل المشكلات.
X26	يتم أداء العمل بدون أخطاء لأن كل فرد يعمل في مجال تخصصه وحسب قدراته.
X27	يسعى العاملون في الإدارة لبناء جسور من الثقة بين العاملين في المستشفى.
X28	يتم استقطاب الكوادر البشرية المؤهلة في تطبيق برامج جودة خدمة الرعاية الصحية.
X29	يتم متابعة مستمرة من قبل الإداريين لمعرفة أوجه القصور في استخدام الموارد المادية المتاحة.
X30	يتصف الإداريون بسرعة الاستجابة لشكاوى المراجعين والمرضى.
رابعاً: التحديات الهيكلية	
X31	تمتلك إدارة المستشفى نظام معلومات لتطبيق جودة الرعاية الصحية.
X32	توجد سياسات وإجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وحمايتها من الفقد والتلف
X33	يوجد في المستشفى نظام صيانة وقائية وتصحيحية لجميع أجهزة نظم المعلومات بشكل دوري.
X34	توفر إدارة المستشفى مناخ تنظيمي يشجع على تطبيق جودة الرعاية الصحية.
X35	تمتلك إدارة المستشفى القدرة على شراء المعدات والأجهزة المتطورة لدعم برنامج جودة الرعاية الصحية
X36	يوجد في المستشفى هيكل تنظيمي يحدد المسؤوليات والصلاحيات والارتباطات لأقسام جودة الرعاية الصحية.
X37	تستعد الإدارة العليا لتوفير وتقديم الدعم المالي لتطبيق جودة الرعاية الصحية.
خامساً: التحديات الإجرائية	
X38	يتسم نظام جودة الرعاية الصحية بالتعقيد في المستشفى.
X39	هناك سهولة في تحديد نتائج تطبيق جودة الرعاية الصحية.
X40	يمكن قياس نتائج ومخرجات جودة خدمة الرعاية الصحية.
X41	يعتمد نجاح جودة الرعاية الصحية على تعاون المرضى.
X42	تستخدم الإدارة نماذج أو معايير لقياس جودة الرعاية الصحية.
X43	تستخدم الإدارة نظام حوكمة سريريته عند قياس جودة الرعاية الصحية.

المصدر: من اعداد الباحثان

2- أساليب التحليل الاحصائي: بغية الوصول الى دقة في النتائج الاحصائية الخاصة بالبحث واختبار فرضية الدراسة، قام الباحثان بالاستعانة بالأسلوب الاحصائي المتمثل (بالتحليل العامل التوكيدي Confirmatory Factor Analysis (CFA)، والتحليل العملي التوكيدي هو عبارة عن نوع من انواع نمذجة المعادلة الهيكلية الذي يتعامل بشكل خاص مع نماذج القياس التي تمثل العلاقة بين مؤشرات القياس أو ما يعرف بالمتغيرات المشاهدة أو الملاحظة، والعوامل الكامنة (Brown, 2015:1)، إن اسلوب التحليل العنقودي التوكيدي من الممكن أن يعطي ميزة

مهمة وهي تزويد الباحث بمؤشرات قياس مدى ملائمة أو حسن مطابقة الانموذج للبيانات، وهذا ما يجعل منه أسلوباً مميزاً في مجال بناء واختبار نموذج القياس والتعرف على مدى ملاءمتها لقياس الظاهرة تحت الدراسة (السبعوي ويونس، 2017: 76).

المبحث الثاني: مراجعة الأدبيات

أولاً: مفهوم جودة الرعاية الصحية

تعد جودة الرعاية الصحية من أكثر المجالات أهمية وانتشاراً في قطاع الخدمات الصحية بشكل عام، وإن البحث في جودة الرعاية الصحية العامة والخاصة يقوم على مبدأ البحث العلمي ولهذا تسعى الكثير من المنظمات وخصوصاً المستشفيات إلى الارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها من أجل الوصول إلى درجة عالية من التميز، وتقوم هذه المنظمات بالعمل على استخدام عدد من الاستراتيجيات والتي من شأنها تحسين مستوى الجودة ومن أهمها هو الاهتمام بالجودة (الجزائري، وآخرون، 2009: 38-41). أصبحت جودة الرعاية الصحية من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية فهي تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة، إن جودة الرعاية الصحية تتمثل بالعمل على توفير الرعاية اللازمة بالوقت المناسب وبأفضل الإجراءات والطرق، والعمل على تقديمها للشخص المناسب وذلك من أجل الوصول لأفضل النتائج لكل مريض بشكل خاص والمجتمع بشكل عام، وبالنظر إلى مسالة التركيز على الجودة في الرعاية الصحية، لا يوجد فهم مشترك بخصوص من يلعب الدور الرئيسي في تحديد جودة الرعاية الصحية. ويمكن القول بأن التركيز يجب أن يكون على المرضى كزبائن لأنهم قد يتركون "حلقة الاستهلاك" فإن وجودهم يعد أمر ضروري لمنظمة الرعاية الصحية أن تعمل (Owusu-Frimpong, et al, 2010: 17). والجدول (2) يعرض مفاهيم جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر بعض الكتاب والباحثين في مجال إدارة الجودة.

الجدول (2)

مفهوم جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الكتاب والباحثين في مجال إدارة الجودة

ت	الكاتب/ الكتاب	مفهوم جودة الرعاية الصحية
1	(Donabedian, 1988: 34)	هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض لمخاطر العلوم والتقنيات الطبية، أي إن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة ممكنة بين المخاطر والفوائد.
2	(Black, et al, 2014: 106)	تعرف بأنها تشمل على ثلاثة مجالات: سلامة المريض والفعالية السريرية وتجربة المريض التعاطف والكرامة والاحترام.
3	(أنيس وعلي، 2015: 127)	هي الاستخدام الواضح للمعايير والمواصفات سعياً للتميز والكمال في تقديم رعاية صحية مثالية، وبالتالي تحقيق رضا المستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية، وتلبية كافة الاحتياجات والتوقعات.

هي مجموعة الإجراءات التي تعمل على توفير الرعاية الصحية اللازمة في الأوقات المناسبة وللأشخاص المعنيين وبأفضل الطرق من أجل الوصول لأفضل النتائج على مستوى الأفراد والمجتمع، وينبغي السعي لتحقيق الجودة في أعلى مستوياتها والمحافظة عليها من أجل تحسين صورة المنظمة.	(عبد المهدي، 2016: 39)	4
هي حكم المرضى أو انطباعهم عن التميز العام لوحدة الرعاية الصحية والتفوق في جوهرها.	(Javed & Ilyas, 2018: 3)	5

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على المصادر الواردة في متنه.

إستناداً لما تقدم يُعرف الباحثان جودة الرعاية الصحية بأنها: تحقيق مستوى عالي وجيد من الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ومنذ المرة الأولى والسعي المستمر من أجل تحقيق متطلبات المريض وبأقل تكلفة ممكنة والالتزام بالمعايير الصحية للخدمات المقدمة والتي ترتقي بمستوى النتائج المرتبطة بتوفير وسائل الراحة المتعلقة برضى المريض.

ثانياً: تحديات تطبيق الجودة في الرعاية الصحية

تعد الجودة في منظمات الرعاية الصحية من أهم الأساليب الناجحة في تطوير وتحسين بيئة النظام الصحي بمكوناته المادية والبشرية، بل وأصبحت ضرورة ملحة وخياراً إستراتيجياً تمليه طبيعة الوقت الحاضر، إلا أن تطبيق هذه الثورة الإدارية في المنظمات الصحية تواجهها الكثير من العقبات أو التحديات التي تمثل مجموعة المشكلات والصعوبات المتعلقة بالإدارة والبيئة التي تحد من تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية، وإن هذه التحديات تزداد يوماً بعد يوم في عصرنا هذا. إذ لا يوجد خيار أمام أي مدير يريد الحفاظ على منظمته إلا أن يكون لديه علم بهذه التحديات ولديه المرونة الكافية لمواجهتها. واختلفت آراء الباحثين والكتاب في عرض التحديات التي تواجه تطبيق الجودة في مجال الرعاية الصحية إذ صنفت تطبيقات متعددة يمكن عرضها من خلال الجدول (3).

الجدول (3)

تحديات تواجه تطبيق الجودة في الرعاية الصحية وفقاً لآراء الباحثين في مجال إدارة الجودة

التحديات	الكاتب	ت
1- عدم التزام الإدارة العليا بمبادئ إدارة الجودة وعدم الاهتمام بتوفير متطلباتها. 2- التركيز على أساليب معينة وليس على النظام ككل. 3- عدم مشاركة جميع العاملين في تطبيق إدارة الجودة. 4- عدم انتقال التدريب لمرحلة التطبيق. 5- تبني طرق وأساليب لإدارة الجودة لا تتوافق وخصوصية المنظمة. 6- مقاومة التغيير سواء من العاملين أو من الإدارات، وخاصة	(حمود، 2007: 240-241)	1

<p>الإدارات الوسطى.</p> <p>7- عدم وجود قيم ثقافية واضحة لعدد من المنظمات ولاسيما منظمات الدول النامية.</p> <p>8- عدم توفر المخصصات المالية اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة.</p> <p>9- قلة المهارات التدريبية في تطبيق أنظمة الإحصاء في ضبط الجودة في المنظمة.</p> <p>10- توقع نتائج فورية وليست على المدى البعيد، من خلال الرغبة المتسارعة في معرفة النتائج المتحققة لتطبيق الجودة، علماً أن النتائج تتطلب زمناً ليس بالقصير خصوصاً إن طبيعة إدارة الجودة ترتبط بمتغيرات جذرية في ثقافة المنظمة وإرساء قيم جوهرية تختلف عن سير المنظمة في الوقت الحاضر.</p>		
<p>1- السياق التنظيمي والثقافات القدرات.</p> <p>2- نقص مشاركة الموظفين.</p> <p>3- القيادة.</p> <p>4- تسخير الالتزام من خلال الحوافز والعقوبات المحتملة.</p> <p>5- تأمين الاستدامة.</p> <p>6- الآثار الجانبية للتغيير.</p> <p>7- تداخلات التصميم والتخطيط للتحسين.</p> <p>8- تحفيز المشاركة والأطراف الصعبة.</p> <p>10- أنظمة جمع البيانات والمراقبة.</p>	<p>(Dixon-Woods, et al, 2012: 879)</p>	<p>2</p>
<p>1- طبيعة مهام الرعاية الصحية: حيث أنها تتصف بالغموض وعدم الوضوح مما يصعب تحديد أهداف قابلة للقياس، وإن الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتنطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية.</p> <p>2- طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية خاصة من ناحية مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وما يتصف به من تعداد الأقطاب، مما يصعب تحديد نطاق السلطة والتأثير داخل المنظمة.</p> <p>3- طبيعة العناصر البشرية العاملة: من المعروف أن العنصر البشري هو العنصر الحاسم في عملية إنتاج وتقديم الرعاية الصحية، كما إن المهنيين في المنظمات الصحية تحكم أدائهم الطبي مبادئ وأخلاقيات كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم.</p>	<p>(Al-Ali, 2014: 890-891)</p>	<p>3</p>
	<p>(McGee & Wilson, 2015:</p>	<p>4</p>

<p>1- تحديد وتحقيق التوازن بين وجهات النظر المتنافسة للمشاركين الرئيسيين في نظام تقديم الرعاية الصحية.</p> <p>2- تطوير إطار المساءلة.</p> <p>3- وضع معايير صريحة للحكم على أداء النظام الصحي.</p> <p>4- اختيار مجموعة فرعية من المؤشرات للإبلاغ الروتيني.</p> <p>5- تقليل الصراع بين الحوافز المالية وغير المالية وأهداف جودة الرعاية.</p> <p>6- تسهيل تطوير نظم المعلومات اللازمة لدعم مراقبة الجودة.</p>	<p>797)</p>	
<p>1- التغيير الدائم في القيادات العليا مما يؤدي إرباك الخطط التي تهدف إلى التطوير باستمرار.</p> <p>2- عمق ثقافة الإدارة العليا بالتدريب.</p> <p>3- صعوبة قياس وتصميم نتائج العمل.</p> <p>4- نقص أو قلة الكفاءة البشرية.</p> <p>5- ضعف الإمكانيات المالية.</p> <p>6- عدم مرونة القوانين والأنظمة.</p> <p>7- زيادة حجم المستفيدين وتنوع فئاته مما يزيد من الصعوبة في إرضاء كافة الزبائن وبنفس الدرجة.</p> <p>8- صعوبات التنفيذ.</p>	<p>(محمد علي، شكرت الله، 2019: 395)</p>	<p>5</p>
<p>1- التوزيع غير المتكافئ للموارد.</p> <p>2- أزمة الإدارة والقيادة.</p> <p>3- زيادة عبء المرض.</p> <p>4- عوامل السحب والدفع.</p> <p>5- تقدم بطيء في إعادة هيكلة نظام الرعاية الصحية بما في ذلك الاستراتيجيات المعتمدة لتحسين جودة تقديم الرعاية الصحية.</p> <p>6- زيادة في طلبات المستهلكين.</p>	<p>(Maphumulo & Bhengu, 2019: 312)</p>	<p>6</p>

المصدر: من إعداد الباحثان بالإعتماد على المصادر الواردة في متته.

وبعد الاطلاع على آراء العديد من الباحثين والمختصين في مجال الجودة حول تحديات تطبيق الجودة في المنظمات الصحية (المستشفيات)، ارتأ الباحثان جمعها في تحديات محددة بسبب أن أغلبها متداخلة ومتكررة بمفاهيم وأساليب متقاربة اعتماداً على التحديات التي حدها أغلب الباحثين ومنهم (جواد والعبودي، 2014) و (Mosadeghrad, 2013) وكما يلي:

1- التحديات الإستراتيجية: الإستراتيجية هي خطط وأنشطة المنظمة والتي يتم وضعها بطريقة تضمن بناء درجة من التوافق بين رسالة المنظمة وأهدافها وبين هذه الرسالة والبيئة التي تعمل فيها بصورة فعالة وذات كفاءة عالية

(الشميلي، 2017: 21) . وتقوم الإستراتيجية بوضع المعايير الخاصة بأية منظمة وذلك في ضوء النشاط الذي تمارسه، فهي تلعب دوراً حيوياً من أجل تحديد الاتجاه الذي ينبغي على المنظمة أن تسلكه وبما يحقق لها التفوق على غيرها من المنظمات، وقد ظهرت الحاجة إلى وجود شكل تحليلي يتناول عملية تشكيل ووضع الإستراتيجية التي تطبق فقط بواسطة الإدارة العليا. وتعد إستراتيجية الجودة من إحدى الأساليب والطرق الإدارية التي تتبعها المنظمات لمواجهة تحديات البيئة المحيطة، لكونها تركز على ضرورة التحسين لمستويات الأداء من خلال بناء ثقافة تنظيمية والتي تجعل كل عامل يدرك أن الجودة بالمدخلات والعمليات والمخرجات هي هدف أساسي. والإدارة الإستراتيجية للجودة هي عملية ترتبط بأهداف الجودة طويلة الأمد مع تحديد طرق فاعلة للوصول إلى تلك الأهداف، وهي إحدى المسؤوليات الحيوية للإدارة العليا تنفذ وفق أساس منهجي مستمر (الجبوري، 2010: 27) .

2- التحديات الثقافية: هي واحدة من أهم العوامل المؤثرة في تنفيذ إدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية، وإن أصعب معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة هي العقبات الثقافية، تنشأ ثقافة الجودة في إطار الثقافة العامة التي تعرف بأنها بنية اجتماعية تتضمن مجموعة من المبادئ والقيم والمفاهيم التي تمكن العاملين من إدراك الأحداث المختلفة، وتؤدي دور مؤثر في عملية اتخاذ القرار وحل المشاكل التي تواجه المدراء والعاملين أثناء تنفيذهم للاستراتيجيات المختلفة (Lund, D. B. 2003: 219). إن تغيير مجموعة المبادئ والمعتقدات التنظيمية السائدة بين أعضاء المنظمة وتوحيدها من خلال ثقافة تنظيمية جديدة، حيث يلعب دوراً مهماً في تشكيل وتوجيه الأنماط السلوكية داخلها، وبما يخدم أهداف إستراتيجية إدارة الجودة في المنظمة. فالثقافة التنظيمية الجديدة التي تحتاجها إدارة الجودة هي التي تكون قادرة لإحداث التكامل الداخلي للأنماط السلوكية بين الأفراد والجماعات في المنظمة، وهذا التكامل يوحد الأنماط ويوجهها نحو تحقيق رسالتها، وثقافة الجودة تشمل القيم والتقاليد والإجراءات والتوقعات الناتجة من محيط المشاركة، وتؤدي إلى التحسين المستمر والارتقاء بمستوى الجودة (عبد الله، 2014: 24).

3- تحديات الكوادر الإدارية المؤهلة: إن عدم توفر الكفاءات البشرية القادرة على استلزام سبل التطبيق الفعال لنظام إدارة الجودة، وعدم اهتمام الموظفين بإدارة الجودة، وعدم وجود الدافع للموظفين ورضاهم، وعدم المشاركة والالتزام ببرامج إدارة الجودة من قبل الموظفين، موظفين غير أكفاء وكذلك مقاومة الموظفين للتغيير تعتبر من التحديات والمعوقات التي تواجه المنظمات العاملة في مجال تقديم الرعاية، وكما هو معروف لإدارة الموارد البشرية تعتبر إحدى أهم الوظائف الإدارية لتركيزها على المورد البشري والذي يعتبر من أثنى الموارد التي تمتلكها الإدارة، فهي تشكل ركناً أساسياً في أغلب المنظمات التي تسعى إلى تطوير قدراتها التنظيمية، والتي تمكن المنظمات من استقطاب الكفاءات اللازمة والقادرة على تلبية الحاجات الحالية والمستقبلية (Dissler, 2013: 17).

4- التحديات الهيكلية: تمارس المنظمة التصميم التنظيمي، بوصفها عملية مهمة في اختيار الهيكل المناسب للمنظمة، إذ يمثل وسيلة يتم من خلالها تنظيم المنظمة للوصول للأهداف من خلال تحديد الواجبات، يمثل الهيكل التنظيمي نقطة البداية في تحديد شكل المنظمة الذي يساعد في فهم وتحليل إجراءاتها وعملياتها، وإن تأثير الهيكل التنظيمي لا يقتصر على تحسين الإنتاجية والخدمات والكفاءة الاقتصادية للمنظمة، بل يعمل على تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين ورفع معنوياتهم وتوليد التماسك بينهم، لذا يجب أن يصمم الهيكل التنظيمي بشكل يشجع على المشاركة الفاعلة لأعضاء المنظمة (الموسوي، 2020: 27-70).

5- التحديات الإجرائية: تميل المشكلات الإجرائية الرئيسية التي قد تواجهها منظمات الرعاية الصحية أثناء تنفيذ إدارة الجودة إلى أن تكون على النحو التالي: تعقيد العمليات، والبيروقراطية، والصعوبات في قياس نتائج الرعاية الصحية والتحكم فيها، حيث يتطلب تنفيذ إدارة الجودة في منظمات الرعاية الصحية فهم الطبيعة الخاصة للقطاع

والتي تؤثر على إمكانية تطبيق ممارسات الجودة، وتضيف بيئة الهيمنة المهنية للرعاية الصحية والطبيعة المعقدة لممارسات الرعاية الصحية والاعتبارات الأخلاقية، فالتعقيد في الرعاية الصحية هو عقبة أمام تفكير النظم، وهو أمر بالغ الأهمية في التنفيذ الناجح لإدارة الجودة، من الصعب تحديد وقياس ومراقبة النتائج في الرعاية الصحية بسبب عدم قابلية قياس الرعاية الصحية، إذ يختلف كل مريض عن الآخر، لا يمكن معاملة المرضى مثل المنتجات المصنعة (Hanefeld, et al, 2017: 371).

المبحث الثالث

اختبار نموذج لقياس تحديات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات

وفقاً لتوجهات البحث الحالي وتسلسل مفرداته من أجل تحقيق الأهداف والإجراءات المحددة في منهجيته، واستكمالاً للجانب التطبيقي منه، سيخصص هذا المبحث لعرض نتائج التحليل العملي التوكيدي الذي تم إجراؤه عن طريق اعتماد البرمجية الإحصائية الجاهزة (AMOS)، ويشير (الحواري، 2017، 142) إلى أن التحليل العملي التوكيدي يسمح باختبار وتحديد مدى دقة ومصداقية نماذج قياس محددة تم بناؤها استناداً إلى اطر نظرية سابقة، إذ يتم احتساب كل الارتباطات الداخلية والخارجية بين المتغيرات (المتغيرات المشاهدة والمتغيرات الكامنة) التي يتضمنها الأنموذج البنائي للبحث، إذ تنتج مصفوفة معاملات الارتباط بين تلك المتغيرات ليتم في ضوءها حساب مصفوفة التباين بين المتغيرات (الرئيسة والفرعية) التي يتضمنها الأنموذج الخاضع للتحليل، والمصفوفة المفترضة في أنموذج البرمجية الجاهزة، وبالتالي تبرز العديد من المؤشرات التي يتحدد بموجبها جودة المطابقة للأنموذج، وبناءً عليها يتم قبول أو رفض الأنموذج الذي تم بناءه.

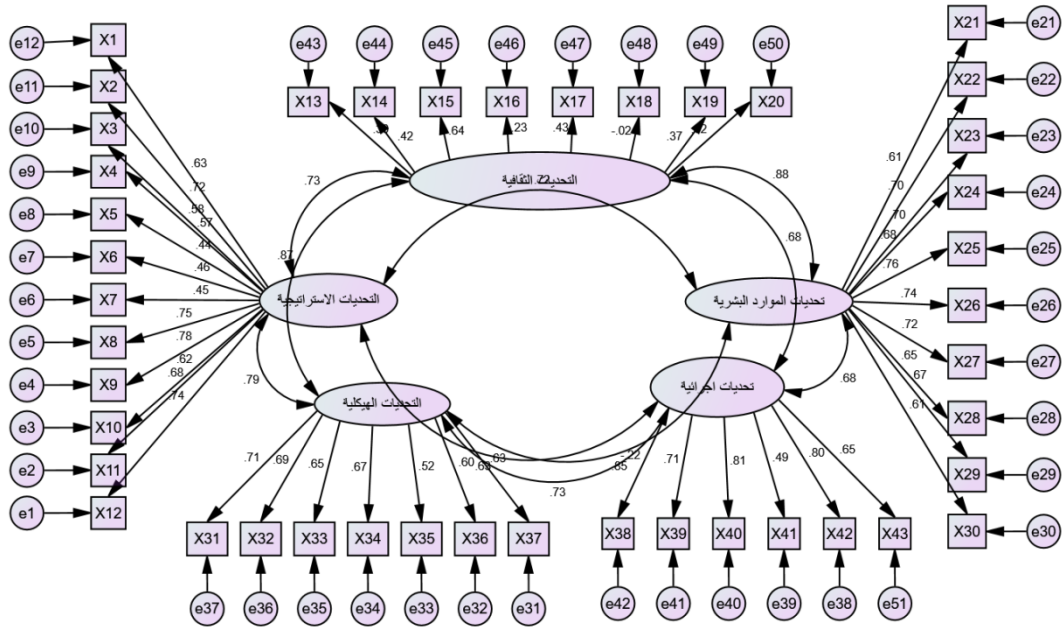
واستناداً لما تقدم، يستعرض الباحثان نتائج التحليل العملي التوكيدي للمرحلتين الأولى والأخيرة، كون عملية تعديل الأنموذج البنائي للبحث تتطلب العديد من المراحل للوصول إلى مؤشرات جودة المطابقة المقبولة على وفق معاييرها المحددة، وكما يأتي:

1- التحليل العملي التوكيدي للمرحلة الأولى.

وفقاً للمعطيات النظرية للبحث الحالي، فقد تم تحديد ورسم علاقات الارتباط بين المتغيرات المشاهدة والكامنة له، إذ تعد هذه الخطوة الأولى في اتجاه تحديد جودة الأنموذج وفقاً لمؤشرات جودة المطابقة المقبولة، عن طريق تحليل البيانات التي حصل عليها الباحثان من إجابات أفراد عينة البحث عن أسئلة الاستبانة. ويبرز الشكل (1) والجدول (4) نتائج المرحلة الأولى للتحليل العملي التوكيدي.

1- رسم المخطط

التحليل العاملي التوكيدي
CFI



الشكل (1)

التحليل العاملي التوكيدي للأبعاد المدروسة قبل الحذف.

وهنا يشير (Chan, et al, 2007) بأن أهم المؤشرات المستخدمة في تحديد جودة المطابقة للحكم على جودة الأنموذج، هي المؤشرات التي يعرضها الجدول (4) .

2- تحديد القيم المثلى وحساب مؤشرات المطابقة للبيانات قيد الدراسة:

الجدول (4)

أهم مؤشرات حسن المطابقة وحدود قبولها

ت	المؤشر	حدود القبول
1	النسبة الاحتمالية (درجات الحرية) CMIN/DF	إذا كانت أقل من (5) يقبل الإنموذج المقترض، فيما تعني مطابقة تامة للإنموذج إذا كانت أقل من (3).
2	Goodness of Fit Index مؤشر حسن المطابقة GFI	إذا كان أقل من (0.90) يعني ذلك وجود مطابقة ضعيفة، فيما إذا كان مساوي لـ (0.90) أو أكثر دل ذلك على حسن جودة الأنموذج.
3	Adjusted Goodness of Fit Index المطابقة المصحح AGFI	إذا كان أكبر من (0.85) يعني ذلك مطابقة مقبولة، أما إذا كان يساوي (0.90) أو أكثر يعني مطابقة جيدة.
4	Normative Fit Index مؤشر المطابقة المعياري NFI	يدل على حسن جودة الأنموذج عند بلوغه (0.90) أو أكثر.

يدل على حسن جودة الأنموذج عند بلوغه (0.60) أو أكثر.	Parsimony Goodness of fit index مؤشر جودة المطابقة الاقتصادي PGFI	5
يدل على حسن جودة الأنموذج ومطابقته للبيانات عند بلوغه (0.90) أو أكثر.	Relative Fit Index مؤشر المطابقة النسبي RFI	6
يشير هذا المؤشر إلى المطابقة الجيدة للأنموذج عند بلوغه (0.08) أو أقل.	Root Mean Square Residual مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي RMR	7
يدل على جودة الأنموذج ومطابقته للبيانات عند بلوغه (0.90) أو أكثر.	Parsimony Adjusted Normed Fit Index مؤشر جودة المطابقة الاقتصادي PNFI	8

Sours: Chan, F., Lee, G. K., Lee, E. J., Kubota, C., & Allen, C. A. (2007). Structural equation modeling in rehabilitation counseling research. Rehabilitation Counseling Bulletin, 51(1).

الجدول (5)

مؤشرات جودة المطابقة للمرحلة الأولى للأنموذج البنائي للدراسة

المؤشرات	القيمة	النتيجة
CMIN/DF	1.90	مطابق
(GFI)	0.92	مطابق
(AGFI)	0.92	مطابق
(NFI)	0.91	مطابق
(PGFI)	0.83	مطابق
(RFI)	0.90	مطابق
(RMR)	0.06	مطابق

المصدر: الجدول من اعداد الباحثان اعتماداً على مخرجات نظام (Amos)

الجدول (4) يتمثل بالحدود المقبولة لقيم مؤشرات المطابقة بين البيانات المدروسة والنموذج المفترض، والنتائج في الجدول (5) تمثل قيم مؤشرات التناظر التي تم الحصول عليها من تطبيق التحليل العاملي التوكيدي لنموذج البحث حيث يتبين لدينا تطابق كافة المؤشرات مع الحدود المقبولة لها.

3- حساب قيم التشبعات المعيارية (درجة ارتباط السؤال بالمحور الذي ينتمي إليه).

في هذه الخطوة سيتم حساب قيم التشبعات المعيارية لكل سؤال وتحديد الاسئلة ذات التشبع الضعيف أو غير المعنوية وإزالتها من التحليل ان وجدت.

الجدول (6) قيم التنبؤات المعيارية لكل سؤال على البعد الذي ينتمي إليه

Parameter	Estimate	Lower	Upper	P-value
X12 <---	.735	.618	.810	.007
X11 <---	.677	.566	.771	.006
X10 <---	.616	.471	.713	.009
X9 <---	.779	.640	.854	.012
X8 <---	.748	.626	.840	.008
X7 <---	.445	.251	.540	.023
X6 <---	.464	.337	.587	.003
X5 <---	.439	.271	.598	.006
X4 <---	.573	.411	.693	.012
X3 <---	.585	.482	.681	.010
X2 <---	.720	.614	.808	.009
X1 <---	.627	.497	.754	.005
X13 <---	.297	.134	.431	.013
X14 <---	.424	.270	.570	.012
X15 <---	.639	.442	.725	.030
X16 <---	.231	.069	.391	.007
X17 <---	.435	.288	.596	.009
X18 <---	-.022	-.182	.149	.755
X19 <---	.367	.151	.532	.014
X20 <---	.617	.505	.723	.010
X21 <---	.610	.479	.711	.012
X22 <---	.701	.607	.799	.005
X23 <---	.696	.587	.780	.009
X24 <---	.685	.568	.761	.015
X25 <---	.759	.683	.833	.004
X26 <---	.737	.655	.810	.010
X27 <---	.716	.618	.801	.012

Parameter	Estimate	Lower	Upper	P-value
X28 <---	.653	.564	.761	.003
X29 <---	.673	.569	.748	.012
X30 <---	.608	.489	.709	.016
X37 <---	.625	.505	.719	.009
X36 <---	.604	.490	.673	.015
X35 <---	.515	.368	.656	.013
X34 <---	.667	.528	.738	.032
X33 <---	.645	.548	.731	.008
X32 <---	.691	.596	.778	.011
X31 <---	.708	.619	.786	.009
X43 <---	.650	.501	.747	.019
X42 <---	.797	.707	.849	.009
X41 <---	.491	.306	.626	.020
X40 <---	.807	.693	.886	.014
X39 <---	.712	.604	.808	.012
X38 <---	-.219	-.410	-.054	.016

من ملاحظة نتائج التشبعات التحليل العاملي التوكيدي نلاحظ أن غالبية التشبعات الخاصة بالأسئلة على كل بُعد هي أكبر من (40%) وهذا دليل على قوة انتماء السؤال للبعد الواقع عليه، إلا أن هناك عدد من الأسئلة يمكننا ملاحظة ضعف تشبعاتها على البعد التي هي عليه وقيم تشبعها أقل من (40%) أو أنها أقل من (40%) وغير معنوية، وهذه الأسئلة مدرجة في الجدول (7) الآتي:

الجدول (7) قيم التشبعات المعيارية الضعيفة

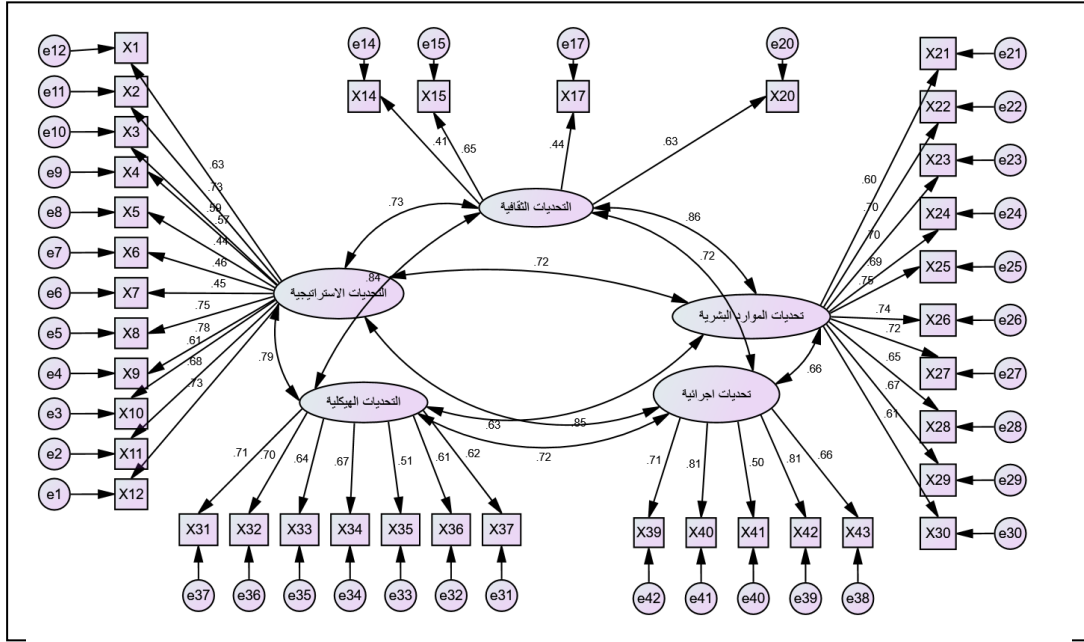
السؤال	البعد الذي ينتمي له
X13	التحديات الثقافية
X16	التحديات الثقافية
X18	التحديات الثقافية
X19	التحديات الثقافية
X38	تحديات إجرائية

من النتائج أعلاه تبين لنا أن هناك مؤشرات جودة المطابقة ليست في الحدود المقبولة، وإن هناك تشبعات دون المستوى المطلوب لذا يمكننا القول بان النموذج المفترض من قبل الباحثان لا يطابق البيانات، ولرفع قيمة هذا

التطابق سيتم حذف الأسئلة ذات التشعبات الضعيفة والتي تم ذكرها في الجدول (7) وذلك بالتتابع حسب القيمة الأضعف تشعباً وهكذا، حيث أن النتائج بعد الحذف هي كالآتي:

2- نتائج التحليل العاملي التوكيدي للمرحلة الأخيرة.

يقدم الشكل (2) عرضاً مرئياً يتضح بالنتائج التي أفرزتها المرحلة النهائية والأخيرة للتحليل العاملي التوكيدي لاختبار نموذج البحث بعد إجراء عملية الحذف لعدد من المؤشرات المستخدمة في القياس (المتغيرات المشاهدة)، الذي أفضى للوصول بالأنموذج إلى معايير القبول المحددة لمؤشرات جودة المطابقة التي يعرضها الجدول (8).



الشكل (2):

التحليل العاملي التوكيدي للأبعاد المدروسة بعد الحذف.

الجدول (8)

مؤشرات المطابقة الخاصة بالتحليل العاملي التوكيدي للأبعاد المدروسة بعد الحذف.

المؤشرات	القيمة	النتيجة
CMIN/DF	1.76	مطابق
GFI	0.94	مطابق
AGFI	0.93	مطابق
NFI	0.93	مطابق
PG	0.83	مطابق
RFI	0.92	مطابق
RMR	0.06	مطابق

وبلاحظ من معطيات الجدول (8) الخاص بنتائج المرحلة الأخيرة للتحليل العاملي التوكيدي، بأن كافة مؤشرات المطابقة للأنموذج البنائي للبحث قد بلغت حدود المعايير المقبولة، بم يعني إمكانية اعتماد الأنموذج في اختبار فرضيات البحث، ووفقاً لما هو محدد في منهجيتها وصولاً لتحقيق أهدافها.

الجدول (9)

قيم التشبعات المعيارية لكل سؤال على البعد الذي ينتمي إليه بعد الحذف

Parameter	Estimate	Lower	Upper	P-value
X12 <---	.730	.609	.803	.009
X11 <---	.676	.568	.773	.005
X10 <---	.611	.473	.722	.008
X9 <---	.779	.634	.846	.016
X8 <---	.752	.630	.842	.008
X7 <---	.447	.262	.539	.020
X6 <---	.464	.343	.590	.002
X5 <---	.437	.273	.599	.006
X4 <---	.572	.412	.694	.012
X3 <---	.587	.484	.686	.009
X2 <---	.724	.616	.809	.010
X1 <---	.629	.502	.754	.005
X14 <---	.423	.275	.584	.008
X15 <---	.664	.482	.747	.026
X17 <---	.450	.295	.597	.012
X20 <---	.640	.538	.746	.007
X21 <---	.605	.477	.706	.012
X22 <---	.699	.601	.795	.006
X23 <---	.696	.587	.780	.009
X24 <---	.686	.570	.762	.015
X25 <---	.755	.679	.830	.004
X26 <---	.738	.656	.806	.012
X27 <---	.720	.623	.803	.012
X28 <---	.652	.564	.756	.003
X29 <---	.672	.576	.759	.010
X30 <---	.611	.494	.714	.016
X37 <---	.625	.506	.722	.008
X36 <---	.607	.495	.677	.013
X35 <---	.511	.367	.647	.013
X34 <---	.667	.533	.742	.028
X33 <---	.640	.542	.726	.008
X32 <---	.696	.600	.783	.010
X31 <---	.709	.624	.789	.009
X43 <---	.662	.469	.753	.026

Parameter	Estimate	Lower	Upper	P-value
X42 <---	.809	.721	.858	.011
X41 <---	.506	.313	.640	.023
X40 <---	.811	.698	.884	.015
X39 <---	.712	.607	.814	.011

من ملاحظة نتائج الجدولين (8) و(9) أعلاه، نجد أن الجدول (8) يبين لنا أن هناك تطابق بين النموذج المفترض وبيانات الدراسة، أما الجدول (9) فيبين أن جميع الأسئلة المتبقية ذات تشبعات تزيد عن (40%) وجميعها أيضاً معنوية لأن قيمة (p-value) أقل من (0.05) وهذا دليل على قوة تمثيل الأسئلة للبعد التي هي عليه. وبهذا يمكن قبول الفرضية الرئيسية الثانية والتي تنص على يمكن تفعيل بنية مؤشرات القياس (تحديات جودة الرعاية الصحية) بخمسة تحديات تتمثل بـ (الإستراتيجية، الثقافية، الكوادر الإدارية المؤهلة، الهيكلية، الإجرائية).

المبحث الرابع: الاستنتاجات والتوصيات

أولاً : الاستنتاجات

تمثل استنتاجات البحث عملية استخلاص لكل ما تم التوصل له في خطوات تنفيذ البحث، ولا سيما في ما يتعلق في الجانب الميداني، وهذا ما يتطلب أن تكون هذه الاستنتاجات في اطار نتائج عملية تحليل البيانات. وفي اطار البحث الحالي يمكن ادراج الاستنتاجات على النحو الآتي :

- 1- أكدت نتائج التحليل العاملي التوكيدي بأن أنموذج البحث كان مطابق لمعايير جودة المطابقة المطلوبة، والمتضمن متغيرات البحث. وفي هذا إشارة واضحة إلى إمكانية هذا الأنموذج في قياس تحديات جودة الرعاية الصحية. فضلاً عن ذلك، فإن مصداقية وثبات الأنموذج وفقرات القياس المعتمدة فيه (التحديات الإستراتيجية، الثقافية، الكوادر الإدارية المؤهلة، الهيكلية والتحديات الإجرائية) تم اختبارها وأثبتت مصداقيتها وثباتها في القياس.
- 2- أشرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي خروج عدد من المتغيرات المشاهدة من أنموذج البحث، الأمر الذي قد يأخذ تفسيرات عديدة أهمها ما يأتي:

أ- إن المتغيرات الخارجة من الأنموذج ووفقاً لتفسير الإحصائي تكون غير ممثلة لبعد البحث المراد قياسه، أو هناك علاقة ارتباط قوية بين المتغيرات ذاتها، مما يستدعي حذفها من الأنموذج (هذا الأمر قد يكون غير دقيق فأسئلة

الاستبانة تم إخضاعها للتحكيم من قبل المتخصصين في مجال إدارة الأعمال، فضلاً عن إخضاعها لاختبار الثبات كرونباخ.

ب- وجود ارتباط عالٍ بين متغيرات البحث المشاهدة يعكس توافق آراء الأفراد المبحوثين على متغيرات معينة في مستوى الموافقة وعدم الموافقة تجاه تلك المتغيرات بما يجعل من قيم الارتباط بينها بمستوى عالي، ويميل الباحثان إلى هذا التفسير في استبعاد التحليل العاملي التوكيدي لبعض متغيرات البحث المشاهدة.

الاستنتاجات المتعلقة بالجانب النظري من البحث

من خلال السرد النظري توصل البحث إلى استنتاجات الآتية:

- 1- إن مفهوم جودة الرعاية الصحية مفهوم معاصر أفرزته مجموعة من العوامل ومازال لحد الآن في دور البلورة النظرية، فضلاً عن الحاجة إلى الجوانب التطبيقية له وأن البحث الحالي هي محاولة في هذا المجال.
- 2- وجود التباين فيما عرض من قبل الباحثين بخصوص تصنيف تحديات جودة الرعاية الصحية لذا اعتمد الباحثان على جمع وتحليل وجهات النظر عن طريق تضمينها للغالبية العظمى من الآراء منذ بداية ظهور التصنيفات التي حددت التحديات ولحد الآن.
- 3- على الرغم من وجود تباين وأضح في وجهات نظر الدارسين والمختصين حول تحديات جودة الرعاية الصحية ومداخل دراستها إلا أن هناك إجماعاً واسعاً على أهمية الدور الذي تلعبه في نجاح القطاع الصحي واستدامته وتميزه عن المنظمات الصحية التقليدية.
- 4- يعمل نظام الرعاية الصحية ضمن بيئة تتأثر داخلياً وخارجياً بقوى ذات علاقة بذوي المصالح وقوى قانونية وحكومية وتقانية وإدارية وقضابا إستراتيجية.

ثانياً : المقترحات واليات تنفيذها

لأجل إيجاد مقترحات وآليات تنفيذ للمستشفيات المبحوثة التي تواجه تحديات جودة الرعاية الصحية قام الباحثان بمراجعة نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة ذات العلاقة، تقترح المقترحات والحلول المستقبلية للتحديات التي تواجه تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المبحوثة في مدينتي الموصل ودهوك وكما يأتي:

المقترح الأول: تصميم خطة إستراتيجية طويلة الأجل موضوعية وواضحة تشتمل على رؤية ورسالة وأهداف من قبل إدارة المستشفى بهدف تطوير برامج جودة الرعاية الصحية، وبالتالي تحقيق الأهداف.

آليات التنفيذ:

- من خلال إدخال التحسينات المستمرة والمتواصلة لعدد من الأنشطة والفعاليات والتي تمكن المنظمة من الوصول إلى الريادة في مستوى جودة الرعاية الصحية.

المقترح الثاني: بناء ثقافة تنظيمية داعمة لجودة الرعاية الصحية.

آليات التنفيذ:

- يكون ذلك بتهيئة المناخ التنظيمي المناسب الذي يسودها القيم والمبادئ والمعتقدات الداعمة لتطبيق الجودة.

المقترح الثالث: على إدارة المستشفيات المبحوثة الاستغناء عن التسيير التقليدي.

آليات التنفيذ:

- ويتم ذلك من خلال السعي نحو غرس ثقافة جديدة تتناسب ومعايير الجودة المقترح الرابع: تعزيز وعي جميع المدراء في المستشفيات المبحوثة وتحديد مدراء الموارد البشرية بأهمية وفوائد تطبيق جودة الرعاية الصحية وكذلك توعيتهم بأهمية المورد البشري كمورد حيوي ودوره في تحقيق الجودة.

آليات التنفيذ:

- من خلال استثمار هذا المورد أفضل استثمار وتطويره وصيانتَه بكلفة مادية مناسبة إذا ما قورنت بالعوائد فإنها تحقق أعلى عائد باعتباره ضرورة وأرس مال فكري.

المقترح الخامس: على المستشفيات أن تسعى إلى امتلاك سياسات واضحة لنقل المعرفة بين العاملين.

آليات التنفيذ:

- أن تقوم المستشفى بإشراك أصحاب الخبرات مع غيرهم والعمل على مشاركتهم المعرفة والخبرة. المقترح السادس: تحقيق التعاون الوثيق بين الإدارة المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية ومسؤولي الجودة إذ يكتسب هذا الأمر أهمية خاصة في بيئتنا، بالإضافة إلى ذلك ضرورة أن تكون هناك أفاق أوسع للتعاون بين قطاع التعليم والقطاع الصحي.

آليات التنفيذ:

- من خلال عقد مؤتمرات وندوات لتطوير وتحسين أداء المنظمات الصحية وفعاليتها. - تبادل الخبرات والمعرفة بين القطاعين لمختلف الاختصاصات وعلى جميع الأصعدة. المقترح السابع: تشكيل لجنة عليا لإدارة جودة الرعاية الصحية يتم تحديد مهام أعضائها بدقة وتكون مسؤولة عن وضع إستراتيجية كاملة لتطبيق ومتابعة جودة الرعاية الصحية وتضم مستشارين خارجيين في مجال الجودة.

المصادر

أولاً: المصادر العربية

1. أنيس، غانم رزوقي وعلي، فلاح حسن، 2015، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمريضي في مستشفى ابن النفيس، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، بغداد، العراق، المجلد: 21، العدد: 82، ص: 127.
2. الجبوري، ميسر إبراهيم، 2010، إدارة الجودة، جوانب نظرية وتجارب واقعية، مكتبة الملك فهد الوطنية- الرياض، ص: 27.
3. الجزائري، صفاء محمد، ومحمد علي غياش، وشتيت بشرى عبد الله، 2009، "قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام- البصرة، العراق، ص: 38-41.
4. حمود، خضير كاظم، 2007، إدارة الجودة وخدمة الزبائن، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ص: 240-241.
5. الحواري، أروى، 2017، التحقق من افتراض احادية البعد باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي مقابل التحليل العاملي التوكيدي، دراسة مقارنة، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد: 31، العدد: 8، الاردن.
6. السبعوي، احمد يونس ويونس، محمد احمد، 2017، ابداع تكنولوجيا المعلومات: اختبار نموذج لقياس التوقعات المحتملة من استخدام المصارف الالكترونية، مجلة المثني للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد السابع، العدد الرابع، ص: 76.
7. الشميلي، عائشة يوسف، 2017، الإدارة الإستراتيجية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر، ص: 21.
8. عبد الغني، سوزان، 2017، إمكانية تطبيق متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى آزادي التعليمي، مجلة الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العراق، العدد: 112، ص: 115-125.
9. عبد الله، حسن صادق حسن، 2014، إدارة الجودة الشاملة في ظل إستراتيجية الأعمال، مجلة كلية الاقتصاد العلمية، كلية العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية، مملكة البحرين، العدد: 4، ص: 24.
10. عبد المهدي، رزان علي عمر، 2016، اثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، م.
11. محمد علي، مالك النعيم وشكرت الله، أمل بشير، 2019، العوامل المؤثرة على تطبيق معايير الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية، دراسة حالة: مستشفى أمراض النساء و التوليد بمدينة ود مدني- السودان، المجلة المصرية التطبيقية، المجلد: 34، العدد: 12، ص: 395.
12. الموسوي، علي سعد، 2020، طبيعة ومتطلبات تصميم الهيكل التنظيمي، ص: 70-72.

ثانياً: المصادر الاجنبية

1. Al-Ali, A.M. 2014, Developing a total quality management framework for healthcare organizations. In Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management ,p.p 890-891.
2. Black, N., Varaganum, M. and Hutching, A. 2014. Relationship between reported exported (PREMs) and patient reported outcome;s (PROMs) in elective surgery. BMJ Quality & Safety, Vol: 23,No: 7, p106.
3. Brown,T. A. 2015, Confirmatory Factor Analysis for Applied Research (2nd ed.), New York: The Guilford Press.p.1.
4. Chan, F., Lee, G. K., Lee, E. J., Kubota, C., and Allen, C. A. 2007, Structural equation modeling in rehabilitation counseling research. Rehabilitation Counseling Bulletin, Vol: 51, No: 1, pp. 44-57.
5. Dissler, G, 2013, Human Resource Management. New Jersey: Prentice Hall. p 17.

6. Dixon-Woods, M., McNicol, S., and Martin, G. 2012. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ quality and safety*, Vol: 21 No: 10, p 879.
7. Donabedian, A. 1988, The quality of care: How can it be assessed, *Journal of the American medical association*, pp. 34.
8. Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., and Balabanova, D. 2017, Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol: 95, No: 5, p.371.
9. Javed, S. A., Ilyas, F. 2018, Service quality and satisfaction in healthcare sector of Pakistan-the patients' expectations. *Int J HealthCare QualAssur.* Vol: 31, No: 6: pp.489-501.
10. Loehlin, J. C. 2004, *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (4th ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers .
11. Lund, D.B. 2003, *Organizational Culture and Job Satisfaction*, *Journal Of Business and Industrial Marketing* , Vol: 18, No: 3, P.219.
12. Maphumulo, W. T., and Bhengu, B. R. 2019. Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: A critical review. *Curationis*, Vol: 42, No: 1, p.312.
13. McGee, T. & Wilson, David. 2015. *Strategy analysis and practice*, London: McGraw Hillinc.p.797.
14. Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S. and Dason , B. 2010. Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, p 17.