

## قياس جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير

د. عبداللطيف بن إبراهيم راشد الحديثي

أستاذ مشارك بقسم إدارة الأعمال

كلية الأعمال في جامعة الملك خالد

### الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى قياس جودة الأداء بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير (المنطقة الرابعة في الكثافة السكانية على مستوى المملكة العربية السعودية)، وتقييم مستوى جودة هذه الخدمات من وجهة نظر مقدمي هذه الخدمات والمستفيدين منها في وقت واحد، وطُبقت هذه الدراسة على أكبر ٣ مستشفيات خاصة بمنطقة عسير، وشملت عينة الدراسة ٣١٩ من العاملين في المستشفيات، و٤٢٠ من المرضى في تلك المستشفيات. وتم إجراؤها في نهاية عام ٢٠١٧م، وقد طورت الدراسة نموذجاً فعالاً يمكن من خلاله استخدام مؤشرات معيارية يسهل من خلالها تقييم أداء الخدمات الصحية؛ حيث طُبقت على عينات مختلفة من الأطباء والإداريين والفنيين والعاملين والمرضى والمراجعين لهذه المستشفيات، وتضمن نموذج الدراسة تسعة معايير تشمل ٧٠ مقياساً لتقييم العاملين لجودة الخدمات الصحية شملت القيادة الفعالة والتخطيط الاستراتيجي، والإبداع والتميز، واستخدام تقنية المعلومات، والخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين، وإجراءات العمل، وتنمية الموارد البشرية، والتفاعل مع المجتمع، والثقافة وأخلاقيات المهنة، والاستعمال الأفضل للموارد، كما تضمن النموذج خمسة معايير أخرى شملت ١٩ مقياساً لتقييم المرضى والمراجعين لجودة تلك الخدمات شملت الاعتمادية والاستجابة والثقة والتعاطف والملموسية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحديد أولويات تحسين الخدمات الصحية الخاصة والمؤشرات التي يعتمد عليها في قياس جودة الأداء، كما أوصت الدراسة بأهمية تطبيق هذه المعايير والتقييم الدوري لأبعاد جودة الخدمة لدورها في مراقبة وتحسين الخدمات الصحية ورفع مستوى رضا كل من مقدمي الخدمات كالأطباء والعاملين، ومتلقي هذه الخدمات كالمرضى والمراجعين لهذه المستشفيات.

الكلمات المفتاحية: جودة الأداء؛ الخدمات الصحية؛ المستشفيات الخاصة.

**Measuring the Quality of the Performance in Health Services  
Provided by Private Hospitals in Asir Region  
Dr. Abdul Latif bin Ibrahim Rashid Al-Hadithi  
Associate Professor, Department of Business Administration  
Faculty of Business at King Khalid University**

### Abstract:

This study aims to measure the quality of performance for health services provided by private hospitals in Asir Region (the fourth in population density in Saudi Arabia). It also evaluates the level of these health services from the perspective of both the service provider and the beneficiary at the same time. This study was applied on the biggest three hospitals in Asir region. Its sample included 319 hospital staff and 420 patients. It was conducted at the end of 2017, This study has developed an effective model through which standards provided to facilitate the evaluation of the performance of health services. This model included 9 criteria containing 70 indicators to measure the quality of health services from the staff perspective, including effective leadership and strategic planning, creativity and excellence, use of information technology, patient and visitors' services, works' procedures, development of Human resource, interaction with society, culture and ethics of the profession, and better use of resources. The model also included five other criteria, including 19 measures to evaluate patients' opinions of the quality of those services, including reliability, responsiveness, assurance, empathy and tangible, The results of the study identified the priorities of improving the private health services and the indicators that depend on them in measuring the quality of performance. The study also recommended the implementation of these criteria and periodic evaluation of the quality of service dimensions for their role in monitoring and improving health services and raising the satisfaction of both service providers and beneficiaries.

**Keywords:** Performance Quality, Health Services, Private Hospitals.

## مقدمة:

وتركز هذه الدراسة على قياس وتقييم الأداء في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير حيث إن تبني مفاهيم قياس وتقييم الأداء في هذه المستشفيات والمنشآت الصحية يواجه صعوبة كبيرة بسبب حداثة تجربة وطبيعة ونوعية الخدمات المقدمة؛ ولأن الحكم على جودة الأداء ينبع من قدرة هذه الوحدات على القيام بدورها في تقديم الخدمات وفق معايير واضحة تحقق رضا المرضى والمراجعين والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية والطبية التي تقدمها. وقد تم التركيز ضمن أهداف الخطة الخمسية التاسعة للمملكة العربية السعودية في القطاع الصحي على ما يلي: تطوير مؤشرات الأداء في المؤسسات الصحية والعاملين لضمان تعظيم المنافع من الموارد المتاحة وتحسين كفاءة الإدارة الصحية، وتعميق ثقافة العمل المؤسسي في القطاع الطبي. (خطة التنمية التاسعة، وزارة الاقتصاد والتخطيط، ٢٠١٧م). كما أن وثيقة برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠م قد جعلت الهدف الاستراتيجي الأول لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية رفع نسبة مساهمة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية؛ وذلك لارتباطه بهدف الرؤية الاستراتيجية للمملكة ٢٠٣٠م والذي ينص على "تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي،

تسعى إدارات الأعمال الحديثة في القطاعات الخاصة إلى مواكبة التطورات السريعة والمتلاحقة، بشتى الطرق من خلال إدارة أداؤها ورفع مستوى كفاءته سعياً إلى تحقيق التطوير، وتقديم الخدمات في أفضل صورته (Akwey, 2011)، ومواجهة تحديات من أهمها: تعدد الأهداف، وتزايد حاجات المجتمع وتنوعها، وندرة الموارد والتحوللات الاقتصادية (Combe, 2014).

وتستطيع المنظمات من خلال القياس الفعال للأداء معرفة المعلومات المهمة عن المنتجات والخدمات التي تقدمها والعمليات التي تقوم بها، وتقييم أنشطتها الحالية ومدى ارتباطها بتحقيق أهدافها الموضوعية. غير أن هناك صعوبة في إجراء قياس فعال ودقيق للأداء في ذلك في ظل تداخل الكثير من العمليات والمفاهيم والأجهزة التنظيمية التي تحكم العمل في المؤسسات الصحية والمستشفيات (Malhotra, 2009)، حيث بدأ الاهتمام بعملية قياس وتقييم الأداء الإداري في قطاع الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة يستقطب اهتماماً كبيراً حيث يعد منهجاً استراتيجياً يهدف إلى زيادة كفاءة أداء المستشفيات من خلال قياس تقييم أداء العاملين وفرق العمل والكوادر الطبية والفنية والإدارية، وربط هذا الأداء بالاستراتيجيات المقررة (Mayne and Zapico-Goni (2017).

وجسيمة وينبغي إعطاؤها أولوية كبرى، ففي دولة متقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية من الممكن أن يتسبب فشل نظم قياس وتقييم الأداء في وفاة ما بين ٤٤.٠٠٠-٩٦.٠٠٠ حالة يمكن تجنبها سنويا بسبب قصور تلك النظم في تحقيق أهدافها.

#### مشكلة الدراسة:

ينطلق البحث العلمي من إشكالية مثارة قد تؤدي إلى عدة تساؤلات فرعية تدور في ذهن الباحث، وتتبلور تلك التساؤلات إلى فرضيات محددة يحاول الباحث إثباتها أو نفيها من خلال أدوات البحث العلمي وصولاً إلى نتائج وتوصيات عملية، وتوضح مشكلة هذه الدراسة في قيام الباحث بعمل مسح أولي لعدد من المستشفيات الخاصة ومقابلات نصف مخططة مع بعض مديري وملاك هذه المؤسسات الطبية بمنطقة عسير، ووجد أن مؤشرات الأداء الحالية المطبقة في هذه المستشفيات والمؤسسات الصحية لعمليات قياس الأداء إما غائبة أو غير دقيقة؛ وذلك لأن أنشطة الخدمات الطبية كثيرة ومتعددة ومنها ما لا يمكن قياسه بوحدات كمية، أو يصعب قياسه في كثير من الأحيان، كما أن مؤشرات الأداء المؤسسي في هذه المستشفيات الخاصة كانت غير واضحة؛ مما يمثل مشكلة، فإذا كان الأداء في مثل هذه الحالات لا يمكن قياسه فبالتالي كيف يمكن إدارته أو مراقبته أو تطويره؟ كما تم كذلك ملاحظة أن قياس الأداء

والتوسع في خصخصة الخدمات الصحية الحكومية" (صفحة ٣٠ - وثيقة برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠م)، وهذا يستلزم تطبيق برامج أو نماذج دقيقة وفعالة من شأنها أن توفر منهجيات عمل وآليات لقياس نتائج الأداء، كما أن تبني نظام لإدارة وقياس الأداء كخيار استراتيجي في المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية والمستشفيات يعزز نوعية الخدمات ويرفع مستوى الجودة في هذه المنظمات، مقارنة بالمنظمات التي تستخدم نظماً لقياس الأداء ولكن لا تعتبر ذلك خياراً استراتيجياً (Demartini and Trucco, 2017)، إضافة إلى المكاسب الكبيرة التي من الممكن تحقيقها نتيجة تحسين نوعية تلك النظم الخاصة بقياس وتقييم الأداء في المستشفيات الخاصة والتي تؤدي إلى وفورات كبيرة ناجمة عن تخفيض النفقات الطبية؛ حيث تعتبر السياسة الفعالة لإدارة الجودة هي المحرك الرئيسي لنجاح المستشفيات الخاصة؛ حيث ترى تقييمات مديري المستشفيات الخاصة أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين مؤشرات الجودة المستخدمة من جهة وبين سمعة المستشفى وأدائها المالي من جهة أخرى (Çınaroğlu, et al, 2017)، ويرى (Lee, 2009) أن فشل نظم قياس وتقييم الأداء في خدمات الرعاية الصحية الوقائية أو المزمدة أو الحادة له أبعاد خطيرة

وعدم مناسبة المؤشرات المستخدمة ومدى دقتها في قياس جودة الأداء.

ولبحث هذه الإشكالية يتعين الإجابة عن مجموعة من الأسئلة الفرعية، هي:

أ- ماهي المعايير والمؤشرات المستخدمة في قياس وتقييم الأداء في قطاع الخدمات الصحية؟

ب- ماهي الأهمية النسبية لكل من هذه المعايير والمؤشرات؟

ت- كيف يمكن تحليل هذه المعايير والمؤشرات بهدف تطوير مؤشرات فعالة تتناسب مع البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لمنطقة عسير؟

وعلى ضوء هذه الأسئلة يمكن صياغة فرضيات الدراسة على النحو التالي:

١- تعتبر جودة الخدمات الصحية الخاصة بمنطقة عسير غير مرضية.

٢- يوجد تباين كبير من وجهة نظر المرضى والعاملين تجاه جودة الخدمات الصحية الخاصة المقدمة بمنطقة عسير.

#### أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

١- البحث في الأسس العلمية التي تقود إلى تصميم نموذج لقياس جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير بشكل دقيق.

٢- معرفة منظور كل من المرضى والعاملين تجاه جودة الخدمات الصحية الخاصة المقدمة بمنطقة عسير.

في هذه المستشفيات والمنشآت الطبية من العمليات المعقدة في فهمها وتطبيقها من قبل العاملين؛ نتيجة أسباب من بينها: تنوع الأنشطة، اختلاف الأهداف بين الكوادر المختلفة التي تعمل في هذه المستشفيات، وثانيها تعدد الهياكل التنظيمية بين فرق العمل الطبية والإدارية والفنية والخدمية المساندة، وثالثها صعوبة تحديد وحدات قياس موحد لكل الهياكل التنظيمية الموجودة فيها، ورابعها صعوبة وضع مؤشرات أداء لقياس بعض الأعمال المرتبطة بهذه الخدمات الصحية، وخامسها تباين وجهات النظر بين كل من العاملين والمرضى تجاه معايير التقييم ومؤشرات القياس. وتأكيدا لهذا السياق وجدت دراسة أعدتها الغرفة التجارية الصناعية بأبها على ٢٣٠ شخصا من منطقة عسير لتقييم الخدمات الصحية والعلاجية، يرى ٥٥% من هذه العينة أن الخدمات الصحية غير كافية لا من ناحية العدد ولا من ناحية الجودة، ويعتقد ٧١% منهم أنه من المناسب السفر لخارج المنطقة لتلقي العلاج في حالة الضرورة لعدم وجود خدمات صحية متميزة، ولنقص الكفاءات العاملة في مستشفيات المنطقة، ويرى ٩٥% من العينة ضرورة وجود مستشفيات خاصة أو أهلية ذات جودة متميزة لتقديم الخدمات الطبية.

وعلى ذلك تتمثل مشكلة هذه الدراسة في عدم وضوح قياس جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير،

يسهل من خلالها قياس وتقييم أداء الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الخاص، خصوصاً وأن المستشفيات الخاصة التي طبقت عليها الدراسة لها عدد من الفروع المنتشرة في مختلف مناطق المملكة.

٥- الاستجابة للتغيرات الحكومية الاستراتيجية المتمثلة في برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠م ورؤية المملكة الاستراتيجية ٢٠٣٠م والتي ركزت على "تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي والتوسع في تخصيص الخدمات الصحية الحكومية".

#### أدبيات الدراسة والدراسات السابقة:

تطرق كثير من الباحثين إلى ما يخص موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية من زوايا مختلفة، ولقد قام الباحث بالاطلاع على عدد من الدراسات والمراجع بعضها يعنى بالموضوع بصفة خاصة، وبعضها الآخر تطرق للموضوع بشكل عام، إلا أن الباحث في تناوله للدراسات السابقة لم يجد دراسة تحدد تقييم جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات بمنطقة عسير باستثناء دراسة الغرفة التجارية الصناعية بأبها، والتي كانت دراسة جدوى عامة لإنشاء مستشفى خاص بالمنطقة، ولم تتناول جودة الخدمات الصحية أو معايير قياسها، كما أنها لم تجب عن أي من التساؤلات الرئيسية لهذه الدراسة.

٣- معرفة أوزان العوامل المؤثرة في قياس أداء الخدمات الصحية الخاصة بمنطقة عسير.

٤- تقديم النتائج والتوصيات التي ترفع من مستوى جودة الخدمات الصحية الخاصة بمنطقة عسير بالمملكة العربية السعودية.

٥- المساهمة في إثراء الجانب العلمي والتطبيقي المرتبط بقياس الأداء في الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة لاسيما في منطقة عسير بشكل خاص، والمملكة العربية السعودية بشكل عام.

#### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية العملية في الآتي:

١- دراسة تقييم جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات بمنطقة عسير؛ نظراً لما تمثله الخدمات الصحية من أهمية في حياة المواطنين والمقيمين في هذه المنطقة.

٢- النمو المطرد لنشاط الخدمات الصحية بالمملكة- وبخاصة منطقة عسير- في ظل الارتفاع المستمر في عدد السكان بهذه المنطقة وزيادة الطلب على هذه الخدمات.

٣- إثراء المكتبة العربية بهذا الموضوع المهم؛ حتى يستفيد منه الدارسون والباحثون.

٤- الإسهام في تقديم مؤشرات معيارية للمستشفيات الخاصة بمنطقة عسير والمملكة العربية السعودية؛ حتى

من الأحيان يشعر أصحاب القرار في المنظمات الصحية أن هذه القياسات والمؤشرات ستستخدم ضدها بدلا من استخدامها لتوفير الأسس للرقابة والتطوير.

وتذهب مجموعة أخرى من الباحثين أبعد من ذلك حيث ترى أنه لا يوجد نهج متفق عليه لقياس أو مراقبة أداء الخدمات الصحية؛ حيث يتصف تقييم الأداء بأنه متعدد الأبعاد؛ مما يتطلب معه الحصول على معلومات أو بيانات من أكثر من منظور واحد لتوفير تقييم غني للأداء، وضرورة أن يكون هناك مجموعة من الأدوات المتاحة لالتقاط وجهات نظر مختلفة، وجمع صورة شاملة عن جودة الرعاية الصحية (Lizarondo et al, 2014)، وهذا أيضاً ما ذهب إليه (Pronovost and Lilford, 2011) الذي يرى أن الإدارات لديها رغبة في تحسين نوعية الرعاية الصحية واستخدام مقاييس ومؤشرات عديدة لمراقبة الأداء، إلا أن هناك أدلة على قصور قدرات المؤشرات الحالية على قياس الجودة بشكل شامل. ويتفق (Gagliardi et al., 2008) مع هذا التوجه حيث يؤكد أنه لا يوجد نموذج أو إطار موحد يدمج وجهات النظر المتباينة بحسب الأدوار المختلفة حيال قياس الجودة داخل المؤسسات الصحية؛ فالتناقضات بين المرضى والأطباء في تصوراتهم ومعتقداتهم حيال الصحة والمرض، وطريقة العلاج وأسلوبه واختلاف توقعات ورغبات المرضى المتعلقة بالخدمات الطبية وبعضهم

وقد أظهرت أدبيات هذه الدراسة أن هناك صعوبات واضحة في فهم معايير قياس الأداء في الخدمات الصحية حتى على المستوى الدولي حيث وجد (Boaden and Rogan, 2017) في دراسة طبقت في إنجلترا أن هناك لبساً في فهم تلك المعايير من قبل العاملين، وميلاً إلى التركيز على الأشياء التي يسهل قياسها مع تجاهل جوانب الرعاية الأخرى التي يصعب تقييمها أو قياسها؛ وبالتالي فهناك مجموعة من العوامل الهامة في التقييم يتم تجاهلها عند قياس برامج الجودة في الخدمات الصحية، كما يؤكد (Lutwama et al, 2013) أن القصور في تحديد أهداف الأداء وتخطيط إدارة الأداء في مؤسسات الرعاية الصحية كان نتيجة أن مؤشرات الأداء ومعاييرها لم تكن محددة بوضوح ومعروفة للعاملين والمديرين؛ مما تسبب في عدم الالتزام بجداول تقييم الأداء، وأدى إلى آليات ضعيفة في التطبيق، إضافة إلى صعوبة قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية؛ حيث يؤكد (Mayate, 2006) أن هناك جانباً آخر يتمثل في تجاهل الإدارات الطبية لقياس جودة هذه الخدمات بالتطبيق على الأجهزة الإدارية والعاملين؛ لأنه سيكون بمثابة وثائق تدينهم؛ لأنهم يخشون من الدعاوى القضائية، والجهات المانحة، وشركات التأمين وتنافسية السوق، وفي كثير

ونخلص إلى أنه ينبغي لصانعي السياسات وأصحاب المصلحة الذين يسعون إلى تقليل التباين في استخدام مقاييس الأداء في المستشفيات أن يوازنوا بين هذا الهدف والحاجة إلى المرونة لتلبية احتياجات فئات سكانية معينة، وهذا ما يدعم أهمية إجراء هذه الدراسة في المملكة العربية السعودية بشكل عام، وفي منطقة عسير بشكل خاص.

هناك بعض الدراسات التي اهتمت بقياس وتقييم الأداء في مؤسسات الرعاية الصحية وإبراز نتائجها حيث كشفت دراسة (Demartini and Trucco, 2017) التي أجريت على ٩٧ من المديرين العاملين في مستشفيات في منطقة لومبارديا في إيطاليا أن تبني نظام لإدارة وقياس الأداء كخيار استراتيجي في المنظمات يعتبر معززا لنوعية الخدمات المقدمة ورفع مستوى جودتها، واختبرت الدراسة عدة نماذج مباشرة وغير مباشرة متعلقة بالصلة بين الاستخدام الاستراتيجي لنظام إدارة الأداء ومستوى العمليات المحسنة في منظمات الرعاية الصحية، وكانت نتائجها تشير إلى أهمية تصميم وتنفيذ أدوات قياس متنوعة كمية وكيفية، ويمكن من خلالها لمديري منظمات الرعاية الصحية أن يستفيدوا من الاستخدام الاستراتيجي لنظام إدارة الأداء من أجل الاستفادة منها بشكل فعال في الفرص والتحديات الاستراتيجية التي قد تنشأ وتؤثر على الأداء التنظيمي لتحسين الخدمات، ويؤكد (Pincus et al, 2016) في دراستهم عن

مع بعض، وغياب نموذج دقيق لشرح سلوكهم أو التنبؤ بهيكله عوامل مؤثرة في تبني إطار موحد لقياس الجودة داخل المؤسسات الصحية، علاوة على ذلك تؤثر الخصائص الديموغرافية والخبرة السابقة مع المؤسسة الصحية في تبني المريض وتوقعاته وأوليائه ومستوى رضاه حيث يختلف تفضيل بعض المرضى لنمط الاتصال والمشاركة في القرارات على المستوى السريري (Gagliardi et al.,2008). ومن جانب آخر يعتبر من غير الدقيق استخدام معايير ومؤشرات القياس المستخدمة في النظم الصحية الغربية- وإن كان يمكن الاسترشاد بها- ولكن من الصواب عدم تطبيقها كنماذج شاملة لقياس جودة الخدمات الصحية حيث يرى (Hanefeld et al.,2017) أن فهم نوعية الرعاية الطبية وقياس جودة الأداء المقدم لا يمكن أن يتم خارج المعايير الاجتماعية والعلاقات الإنسانية والثقافية وعلاقات الثقة المتبادلة والقيم المجتمعية، وهو ما يؤدي بالضرورة إلى تباين المعايير واختلاف المؤشرات المستخدمة في قياس الأداء عند تطبيقها من بلد إلى آخر؛ ولهذا يؤكد (Higgins et al, 2013) أن هناك تبايناً كبيراً في استخدام مقاييس الأداء في برامج الدفع والرعاية الصحية الخاصة والعامة على حد سواء؛ نظرا لاختلاف النظم الصحية، على الرغم من أنه تم التركيز على خدمات طبية واحدة شملت الأمراض القلبية الوعائية والسكري والخدمات الوقائية،

الحصول على التدخلات الصحية السليمة، وإعادة النظر في أساليب قياس الأداء المستخدمة.

ووجدت دراسة (Behrouzi et al, 2014) أن هناك حاجة ماسة إلى العديد من مؤشرات الأداء لتغطية جميع الأهداف الرئيسية والاستراتيجية للمنظمة لا سيما في منظمات الخدمات الصحية، وأوصى باستعمال عدد من المؤشرات والتقنيات داخل هذه المنظمات لتفادي التعقيد والصعوبة في جمع وتحليل وتفسير بيانات الأداء وأهمية رصد آراء الموظفين والأطباء للمساهمة في تطوير بطاقات الأداء المتوازن التي تتابع تقدم تحقيق الأهداف والبرامج وتزيد من موثوقية هذه المقاييس.

وترى دراسة (Lizarondo et al, 2014) صعوبة التوصل إلى نهج متفق عليه لقياس أو مراقبة أداء الخدمات الصحية؛ حيث تم عمل تحليل محتوى للأدبيات التي تناولت تقييم وقياس الأداء في المنظمات الصحية للمساعدة في إنشاء إطار يمكن أن يوجه قياس وتقييم أداء الخدمات الصحية، وقد تم مراجعة ٣٧ دراسة وورقة علمية عبر خمس قواعد بيانات إلكترونية لتحديد العناصر الأساسية لنظام تقييم الأداء، وأدواته، والصعوبات التي تحول دون تنفيذه، وكانت العناصر الأساسية التي تتشارك في نظم تقييم الأداء تشمل تحديد المجالات السريرية والخدمات الصحية القابلة للقياس، وتحديد الأهداف، واختيار مقاييس الأداء، وتحديد مصادر التغذية الراجعة، وقياس الأداء، والإبلاغ عن النتائج

الولايات المتحدة الأمريكية أنه بالرغم من مرور ١٠ سنوات على إصدار معهد الطب القومي الأمريكي في العام ٢٠٠٦م تقريراً يتضمن توصيات شاملة لتحسين نوعية الرعاية الصحية السلوكية في الولايات المتحدة عبر استخدام مؤشرات دقيقة وفعالة لقياس الأداء، فإنه حتى الآن لم يتم تنفيذ ذلك، وأنه لا توجد حتى الآن أدلة واضحة تشير إلى تحسين جودة الرعاية الصحية في هذا الجانب.

أما دراسة (Hanefeld, 2017) والتي هدفت إلى فهم وقياس جودة الرعاية الصحية باعتبارها عملية معقدة يصعب الخروج منها بنتائج دقيقة عند تطبيق أساليب القياس الحالية، فقد وجدت أن مؤشرات قياس الجودة وطريقة تطبيقها ترفع من مستوى الطلب على هذه الخدمات، وتؤثر في نجاح الأنظمة الصحية التي تعمل بها، كما وجدت الدراسة أن هناك ستة تحديات تتعلق بوضع فهم واضح ومحدد لجودة الرعاية، وبعد ذلك قياسها، وتمثل في: الجودة كدافع لاستخدام الخدمة، كما أن الجودة كمفهوم يتزايد من خلال الخبرة والتطبيق، والاستجابة باعتبارها سمة رئيسية للخدمة، كما يجب النظر إلى الجودة كمنشأ اجتماعي مشترك بين الأسر والأفراد ومقدمي الخدمات. ووجدت الدراسة أن جودة الأداء المقدم لا يمكن أن تتم خارج المعايير الاجتماعية، ومن شأن تحسين فهم جميع سمات الجودة في النظم الصحية وعلاقتها المتبادلة أن يدعم توسيع فرص



وإجراءات وهيكله الأداء داخل المستشفى، وتمارس القياس من خلال الأساليب التي تراها مناسبة، وقدمت الدراسة مادة غنية وفريدة تتعلق بمشروع قياس الأداء الدولي في المستشفيات المشاركة.

كما قدمت بعض الدراسات على مستوى الدول العربية والتي تتناول قياس الأداء في الخدمات الصحية المقدمة منها دراسة (نسرين عمر ٢٠١٤م) التي طبقت في الأردن، وهدفت إلى معرفة تأثير نظم الرقابة الإدارية ودورها في قياس جودة الخدمات الصحية، وطبقت على عينة عشوائية مكونة من ١٣٦ فردا من العاملين في الوحدات الإدارية والطبية والتمريضية، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود انحرافات سلبية في نظم الرقابة كنظام الحوافز ونظام تقييم الأداء ونظام الرواتب ونظام خدمة المرضى، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود ضعف في أدوات الرقابة ومؤشرات القياس، ووجدت الدراسة أن لنظم الرقابة تأثيرا كبيرا على جودة الخدمات الصحية، وأوصت الدراسة بضرورة تطوير نظام رقابي حديث لتحقيق مستوى عالٍ من الجودة في الخدمات المقدمة للمرضى، والاستفادة من التقنية في هذا الجانب، وبناء ثقافة تنظيمية مؤسسية جديدة لإكساب العاملين القيم والعادات السلوكية الحميدة، وتطبيق نظام السمعة في تقييم أداء العاملين.

أما دراسة (أحلام دريدي ٢٠١٤م) في الجزائر فقد ركزت على جانب واحد فقط لقياس جودة

إلى الإدارة، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن لكل نظام لتقديم الرعاية الصحية احتياجات أداء مختلفة؛ وبالتالي سوف يتطلب أساليب مختلفة في القياس والتقييم. ومع ذلك فإن هناك عمليات أساسية يمكن استخدامها كإطار لتقييم الأداء الصحي؛ حيث اقترحت الدراسة الاسترشاد بنتائج هذا الاستعراض لوضع إطار موحد يمكن استخدامه لقياس وتقييم الأداء في الخدمات الصحية وضرورة اختبار هذا الإطار عبر دراسات مستقبلية متعددة.

أما دراسة (Veillard et al., 2013) فهي دراسة شملت مجالات واسعة في الخدمات الصحية، فقد هدفت إلى قياس أداء الخدمات الصحية بالتركيز على تحسين الجودة الداخلية للمستشفيات عبر تقييم العوامل والعوائق التي يعاني منها موظفو المستشفيات والعاملون بها، وطبقت على ١٤٠ مستشفى من ثمانية بلدان أوروبية (بلجيكا وإستونيا وفرنسا وألمانيا والمجر وبولندا وسلوفاكيا وسلوفينيا)، فقد تم جمع المعلومات فيها عبر مقابلات شبه مخططة شملت العاملين والمنسقين في برامج الجودة في هذه المستشفيات، وقد تم ملاحظة أن نتائج هذه الدراسة التي كانت تؤسس لمشروع تبناه المكتب الإقليمي الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية قد حفزت مبادرات قياس الأداء وتحسين الجودة في المستشفيات المشاركة، إضافة إلى ضرورة الاهتمام بالقرارات الإدارية والقيادية داخل المستشفى، والتي تؤثر بشكل واضح في سياق

الصحية- من وجهة نظر العينة- هي (رضا المرضى)؛ لذا أوصت الدراسة بأهمية تطبيقها مرة أخرى بحيث تشمل وجهة نظر المرضى ورضاهم باعتبارهم المستفيد الأول من الخدمات الصحية، كما أوصت بتكرار الدراسة في مستشفيات مختلفة الملكية لدعم أو نفي ما توصلت إليه من نتائج بشأن ملكية المستشفى.

وفي دراسة (أبو حليقة، ٢٠١٣م) عن أثر الجودة على الرعاية الصحية، والتي طبقت على عينة من المستشفيات العامة والخاصة بالمنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية، حيث حاولت هذه الدراسة قياس العلاقة بين الأبعاد الرئيسة لجودة الخدمات وهي (الملموسية، والاعتمادية، التوكيد، الاستجابة، والتعاطف) ومستوى جودة الخدمة المقدمة، وبلغ حجم العينة ١٥٠ مفردة من العاملين والممارسين والمراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة بالمنطقة الشرقية بالمملكة، وكانت النتائج كالتالي: في بعد الملموسية وجدت الدراسة أنه لا يوجد تحديث للأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حالياً في المنشأة الصحية، ومسيرة التطور الحاصل في مجال الخدمات الصحية وطبيعة صالات وردهات المرضى وأماكن الانتظار ومكاتب الأطباء والعاملين لا تفي بتطلعات المشاركين، وكانت المستشفيات الخاصة أفضل من المستشفيات الحكومية في هذا الجانب، وفيما يتعلق بالاعتمادية فلم يكن هناك التزام من قبل إدارة

الخدمات الصحية، وهو تخفيض وقت الخدمة؛ حيث تعاملت الدراسة مع إحدى مشاكل الأداء وهي وجود صفوف طويلة وطول زمن انتظار المرضى للحصول على الخدمة الصحية، والذي يؤدي أحيانا إلى تدهور حالتهم الصحية والتي لها تأثير مباشر على جودة الخدمة الصحية المقدمة، وعليه فقد هدفت الدراسة إلى معرفة دور استخدام نماذج صفوف الانتظار، والتي تساعد في إدراك تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث ساهم هذا البديل في تحسين جميع مؤشرات الأداء والتقييم من قبل المرضى والمراجعين.

وفي المملكة العربية السعودية قامت (خلود أبو رحمة وآخرون، ٢٠١٦م) بدراسة عنونها: تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين، وهي - دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية، وقد هدفت إلى التحقق من إدراك تأثير اعتماد المستشفيات على جودة الخدمات الصحية، وأكدت نتائج الدراسة على وجود علاقة طردية بين معايير الاعتماد وجودة الخدمات الصحية المقدمة؛ حيث أظهرت النتائج موافقة عالية لأفراد عينة الدراسة على تحسُّن جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحاصلة على الاعتماد؛ مما يعكس ارتباط معايير الاعتماد بجودة الخدمات الصحية ارتباطاً إيجابياً، وكانت أكثر المعايير تأثيراً على جودة الخدمات

الخدمة في مستشفيات القطاعين العام والخاص في المملكة العربية السعودية، وكانت العينة عشوائية طبقية بلغت (١،٠٠٠) مريض داخلي) من خمسة مستشفيات عامة سعودية وخمسة مستشفيات خاصة، وكان قياس الرضا تجاه خمسة أبعاد لجودة الخدمات الصحية وهي (الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والسلامة والتعاطف)، وأظهرت النتائج أن الجنس والتعليم والدخل والمهنة كانت كلها ذات دلالة إحصائية في التأثير على رضا المرضى بشكل واضح، كما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الخدمة حسب نوع المستشفى (عام أو خاص). وكانت جودة خدمات المستشفيات الخاصة أعلى من المستوى العام، وكانت هذه الاختلافات ذات دلالة إحصائية، واختلفت تصنيفات أبعاد جودة الخدمة عن آراء المرضى بين المستشفيات العامة والخاصة، وكانت أفضل ثلاثة أبعاد في المستشفيات العامة هي الملموسية والتعاطف والأمن على التوالي، في حين أن أفضل ثلاثة أبعاد في المستشفيات الخاصة هي الأمن والتعاطف والأصول الملموسة، وكان بعد الوثوقية الرابع، يليه الاستجابة في جميع المستشفيات العامة والخاصة، وقد تبين إدراك المرضى لأبعاد الجودة الخمسة عبر المناطق قيد الدراسة.

ونخلص مما سبق إلى أنه لا يوجد في كل ما تم استعراضه من هذه الأدبيات أي مقياس

المنشأة الصحية بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وتوفير البيئة الملائمة للمستوى المطلوب، واشترك كلٌّ من القطاع العام والقطاع الخاص في ضعف هذا الجانب. وفيما يتعلق ببعد الاستجابة وهو أخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات والاستجابة الفورية لطلباتهم وفق المستوى المأمول، فأظهرت النتائج أيضا ضعف هذا الجانب مع تحسن مستشفيات القطاع الخاص عنها في القطاع العام. وفيما يتعلق ببعد التوكيد (الثقة) فتشير النتائج إلى أن هناك ثقة ضعيفة من قبل المرضى بالعاملين في المنشأة الصحية، وأن التفاعل بين الطاقم الطبي والعاملين دون المستوى المطلوب، وأخيرا في بعد التعاطف حيث أظهرت النتائج الاهتمام والعناية المولاة للمرضى من قبل العاملين والكوادر الطبية، ولكنها ضعيفة من قبل الإدارة. كما أن معرفة العاملين لحاجات المرضى كان دون المستوى المطلوب.

وفي دراسة (Al-Borie & Sheikh Damanhour, 2013) التي هدفت إلى قياس رضا المرضى عن تقديم الخدمات الصحية في خمس مناطق في المملكة العربية السعودية هي: الرياض وجدة والمنطقة الشرقية وتبوك ونجران في المستشفيات العامة والخاصة، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم مبادئ توجيهية لعملية إعادة تنظيم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وكان البحث عبارة عن دراسة تجريبية تقارن بين رضا المرضى عن جودة

غير الكفاء للموارد، وأخيراً فإن غياب وسائل التقييم أو عدم فعاليتها يؤثر بالسلب على تحسين الأداء وتطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وقد استفاد الباحث كثيراً من دراسة الجوانب العلمية والتطبيقية للدراسات السابقة، إلا أن هناك عناصر اختلاف بين الدراسة موضوع البحث والدراسات السابقة تمثلت في الآتي:

١- لا يوجد دراسة علمية تعرضت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات بمنطقة عسير بشكل متكامل.

٢- ركزت بعض الدراسات على تقييم بعض الجوانب فقط وإهمال الجوانب الأخرى، فمثلاً ركزت بعض الدراسات على توافر مستلزمات المستشفيات من الأجهزة والمعدات، وكذلك كفاءة استخدامها، وبعضها على مستوى تدريب العاملين والأطباء بالمستشفيات، في حين ركز بعضها الآخر على تخفيض وقت الخدمة كميّار لجودة الخدمة.

٣- بعض الدراسات لم تأخذ في الاعتبار البعد الاجتماعي والبيئي والمادي والاقتصادي لمنطقة الدراسة.

وهنا ينبغي التأكيد على أن الخدمات الصحية المقدمة ليست مجموعة متجانسة بل هي مجموعة مختلفة، وديناميكية، ومتعددة المستويات والأنشطة المترابطة، وطويلة الأمد، وهو ما يجب أن يؤخذ في

واسع لتقييم الأداء الإداري في الخدمات الطبية أو معايير موثوقة ودقيقة للمقارنة على مستوى إدارة الخدمات الصحية، حيث يعد توفير مقياس كمي مقارن ومعيّار مرجعي مقارن يستند إلى البيانات لهذا الجانب من جودة المستشفى أداة هامة ومبتكرة في دراسة نتائج الرعاية الصحية وأدائها، كما أن الأدبيات أشارت إلى القضية من جانب تعدد الهياكل التنظيمية وتداخلها في المؤسسات الصحية وضرورة التكامل بين الفرق التي تعمل، وتحقيق الرضا لكامل الأطراف ذات العلاقة من ملاك وعاملين ومرضى ومراجعين وزائرين وأطباء ومجتمع بشكل عام، وصعوبة قياس الخدمات والتعامل معها وحساسية الخدمات الطبية التي تتعامل مع صحة البشر، وأظهرت نتائج الدراسات السابقة- وخاصة تلك الدراسات التي أجريت في المملكة العربية السعودية أو الدول العربية- أن معظم مسؤولي المستشفيات هم من الأطباء غير المؤهلين لممارسة العمل الإداري، وأن عدم تحسين الأداء في هذه المستشفيات من أسبابه الرئيسية عدم فعالية التنظيم الإداري، وعدم وضوح أهدافه للعاملين، كما أن أداء العديد من مهام العمل كان دون المستوى المطلوب، بالإضافة إلى مشاكل كبيرة تمثلت في ضعف نظم المعلومات والاتصالات، وكذلك الاستخدام

مليون نسمة، وذلك بارتفاع عن نحو ١.٩ مليون نسمة عام ٢٠١٠م، وبمتوسط معدل نمو يبلغ ٢.٣% للسنوات الخمس السابقة، ويمثل ذلك نحو ٧% من سكان المملكة؛ لتشكّل عسير بذلك المنطقة الإدارية الرابعة من مناطق المملكة الثلاث عشرة من حيث عدد السكان؛ وتشكّل كذلك سوقاً كبيراً لقطاع الخدمات الصحية، وبلغ عدد المستشفيات في عام ٢٠١٧م في منطقة عسير ٤١ مستشفى، منها ٣٠ مستشفى تتبع جهات حكومية كوزارة الصحة أو القوات المسلحة، أما عدد المستشفيات الخاصة فيبلغ ١١ مستشفى وبسعة ٧٨٠ سريراً تمثل حوالي ٢٧% من إجمالي الأسرة الموجودة في منطقة عسير، وقد تم اختيار أهم وأكبر ثلاثة مستشفيات خاصة بمنطقة عسير لتطبيق هذه الدراسة هي: مستشفى أبها الخاص، ومستشفى الحياة الطبي، والمستشفى السعودي الألماني، وطبقت على عينات من الكوادر الإدارية والطبية والفنية والمرضى والمراجعين والمستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات، ويوضح الدول التالي خصائص هذه المستشفيات.

الاعتبار عند تصميم نموذج لقياس وتقييم هذه الخدمات.

### منهجية الدراسة:

تقتضي طبيعة وموضوع الدراسة إتباع المنهج الوصفي التحليلي للبيانات والمعلومات التي تم جمعها من كل من الدراسات المكتبية والدراسات الميدانية السابقة، وأيضاً من الإحصاءات المنشورة، وذلك لدراسة تقييم أداء الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الخاصة بمنطقة عسير، كما تتطلب طبيعة الدراسة استخدام منهج التحليل الكمي من خلال صياغة وتقدير عدة نماذج قياسية لقياس الأداء في تقديم تلك الخدمات، بحيث يمكن الاستناد إليها عند وضع السياسات الإدارية اللازمة للقياس والتقييم، كما تقتضي طبيعة الدراسة استخدام منهج "المسح الميداني" بوصفه أحد المناهج المستخدمة في الدراسات الإدارية، ولاستخراج النتائج وتحليل البيانات فقد تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية SPSS وبرنامج data fit لتبسيط فهم البيانات واختبارات تحليل الانحدار.

### حدود الدراسة المكانية والزمانية:

تم تطبيق هذه الدراسة في منطقة عسير على مستشفيات أبها الخاص، ومستشفى الحياة الطبي، والمستشفى السعودي الألماني في الربع الأخير من العام ٢٠١٧م، حيث بلغ عدد سكان منطقة عسير بنهاية عام ٢٠١٧م نحو ٢.٢

جدول (١) يوضح خصائص المستشفيات الخاصة المختارة بمنطقة عسير\*

مستشفى أهما الخاص	مستشفى الحياة الطبي	المستشفى السعودي الألماني	
٧	٤	٥	عدد الأدوار
٣٥	١٥	١٨	عدد العيادات الخارجية
٨	٨	٤	عدد غرف العمليات
١٥٠	٢٠٠	٤٠٠	عدد الأسرة في المستشفى
٧٤٣	٤٩١	١٠٧٢	عدد العاملين من أطباء، إداريين، فني تمريض، نظافة.... الخ
١٠٠٠-٨٠٠	٧٠٠-٦٠٠	١٠٠٠-٨٠٠	عدد المراجعين يومياً (في المتوسط يتراوح من - إلى)

\* الجدول من إعداد الباحث بناء على المعلومات التي جمعها من إدارات هذه المستشفيات

### خطة الدراسة:

التخطيط والملاحظة والرقابة على الموارد بهدف تحقيق حاجات العميل وإنجاز أهداف المنظمة (Davila, et al, 2012)، ونظام قياس الأداء ضروري لاكتشاف الأخطاء، وتحقيق الرقابة على العمليات لإحداث التحسينات في عمليات المنظمة وتحقيق أهدافها الاستراتيجية في ظل المنافسة التي تواجه منتجاتها وخدماتها (Davila, et al, 2012).

وتعددت الأساليب والطرق التي استخدمت في الأدبيات لقياس الأداء للمؤسسة بشكل عام، كما استخدمت بعض مؤسسات الأعمال نماذج وأساليب ومعايير متعددة مستخدمة في قياس وتحسين الأداء الإداري مثل نموذج الجودة الأوربي، وكذلك نموذج التميز في الأداء في قطاع الأعمال ونموذج ديمينج Deming للجودة والتحسين المستمر؛ حيث تسعى هذه النماذج إلى قياس كفاءة الإدارة ومدى تحقيق رضا العميل وتقليل التكاليف وجودة الخدمات المقدمة، وتحقيق

في ضوء ما سبق تم تقسيم خطة الدراسة إلى ثلاثة مباحث رئيسية، بالإضافة إلى الخاتمة على النحو التالي:

المبحث التمهيدي: وهو الذي تم تناوله في العرض أعلاه وتضمن الإطار العام للدراسة.

المبحث الأول: ويتضمن الإطار النظري للدراسة.

المبحث الثاني: يشمل عرض نموذج الدراسة والتحليل الميداني.

الخاتمة: تتضمن عرض النتائج واختبار الفرضيات وتوصيات الدراسة.

### المبحث الأول: الإطار النظري للدراسة

يعد قياس الأداء Performance Measurement طريقة منظمة وموضوعية لتقييم المدخلات والمخرجات والعمليات الإنتاجية في المنظمات وفق عدة معايير توضح مدى تحقيق الإدارة لأهدافها؛ حيث تعمل تلك المقاييس والمؤشرات على

The European Foundation for الأوربية للجودة (EFQM) "Quality Management Award"، كما أن اليابان تستخدم نموذج جائزة ديمينج Deming حيث تسهم هذه النماذج مجتمعه في توفير مرجعية إرشادية وأسس معيارية لقياس جودة الأداء، ونشر مفاهيم التميز والإبداع، وتعميم أفضل الممارسات الإدارية والمهنية (Paraschivescu, 2014).

وتتكون معظم هذه النماذج من إطار يحتوي على مجموعة معايير لتقييم جودة أداء المنظمات وفقاً لتلك المعايير، كما أن هذه المعايير تلزم المنظمات التي تود المشاركة أن تقدم الأدلة والإثباتات الدالة على التقيد بمنهج الإبداع والتميز، وتعميم ذلك على جميع أجزاء المنظمة وتحقيق التحسين المستمر، وتشكل هذه المتطلبات مرتكزات أساسية للمنظمات لتطوير عملياتها وخدماتها، وبمراجعة هذه المعايير والمؤشرات في ضوء تطبيقها على المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية وربطها بالبيئة السعودية من جانب آخر؛ ولذا اعتمد الباحث على هذه المعايير Criteria المختبرة في تلك النماذج وكانت كالتالي:

### المعيار الأول: القيادة الفعالة والتخطيط

#### الاستراتيجي والتنفيذي:

يدل هذا المعيار على مدى فعالية القيادة في وضع وتحقيق أهداف المستشفى وما يمارسونه من أدوار في تحديد أولويات العمل، وتبسيط إجراءاته وتطويره المستمر، ومدى التزامهم بمعايير الجودة

التميز وفق معايير معتمدة ومؤشرات قياس متعددة الأبعاد (Paraschivescu, 2014)

ولا ينبغي تجاهل التحديات المختلفة المرتبطة بالمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية وقوى التغيير المؤثرة فيها والمتمثلة في القوى الخارجية مثل: العوامل الاقتصادية والسياسية والتكنولوجية والاجتماعية، والقوى الداخلية مثل: أهداف المنظمة، والقيم، والاتجاهات، والمناخ التنظيمي، والأفراد وأساليب العمل (Smith et al, 2010) والعمل على تكريس وتعزيز القدرة التنافسية، وتطبيق مفاهيم إدارية حديثة ومتطورة تركز على التميز وخدمة المرضى والمستفيدين وتحقيق رضاهم وتنمية الموارد وتبسيط وتوفير بيئة عمل تحفز وتساعد على تبني ورعاية ودعم الجهود والاستراتيجيات وخدمة المجتمع وتحقيق رضا الملاك والتحسين المستمر (Paraschivescu, 2014)

The American Malcolm Baldrige National Quality, UK Quality Award, The European Foundation for "Quality Management Award, Deming The American ويعد نموذج مالكوم بالدريج Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) - وهو النموذج الذي تعتمده الجائزة الوطنية الرئيسية للجودة في الولايات المتحدة الأمريكية - من أشهر النماذج في هذا المجال (McGuire 2006)، وفي بريطانيا توجد معايير

ومقاييس جائزة "التميز البريطانية UK Quality Award"، أما في أوروبا فهناك "معايير الجائزة

## المعيار الخامس: الإجراءات التنفيذية لأداء

### المهام وإجراءات العمل:

يدل هذا المعيار على وضع الإجراءات التي تضمن سهولة تنفيذ العمل وقابلية تطويره ومتابعته، وإمكانية الاستفادة من المقترحات والمتغيرات الجديدة في مجال الخدمات الصحية لتوظيفها في تطوير العمل وتبسيط إجراءاته.

### المعيار السادس: إدارة وتنمية الموارد البشرية:

يدل هذا المعيار على المنهجية المتبعة في إدارة وتنمية الموارد البشرية، والتي تهدف إلى أداء أكثر تميزاً، ويشمل معايير اختيار الموارد البشرية وتدريبها وتطويرها وقياس أدائها.

### المعيار السابع: التفاعل والتواصل مع المجتمع:

يدل هذا المعيار على القدرة على رصد الجهود وتقديم الخدمات لخدمة المجتمع والمساهمة في التفاعل مع مؤسساته وقطاعاته المختلفة، والمشاركة الفعالة في أنشطته وبرامجه الاجتماعية والثقافية.

### ١- المعيار الثامن: الثقافة

#### والأخلاقيات المهنية:

يدل هذا المعيار على مدى تعزيز المستشفى لبيئة عمل ذات ثقافة مميزة تحكم سلوكيات العاملين بضوابط تنظيمية وسلوكية للوصول إلى أداء مميز، وتطبيق الأنظمة واللوائح التي تضبط ذلك.

الشاملة، ومدى وضع خطط واضحة للعمل تنسجم مع الإمكانيات المتاحة، وتحليل نقاط الضعف والقوة ووضع جداول زمنية لتنفيذ الخطط، وقياس مدى تنفيذها وفهمها من قبل العاملين.

### المعيار الثاني: الإبداع والتميز:

يدل هذا المعيار على المبادرات والمشاريع المتميزة والإبداعية التي يقوم بها المستشفى وتأثير ذلك على مستوى الخدمة المقدمة للمستفيدين وعلى الجهاز نفسه، أو على المجتمع بشكل عام، وتحديد تلك الإبداعات بصورة مستمرة.

### المعيار الثالث: تقنية المعلومات:

يدل هذا المعيار على مدى إدراك المستشفى لأهمية تقنية المعلومات والإنترنت وتوظيفها، والرفع من مستوى الخدمات المعلوماتية من أجل تحقيق أهدافه، إضافة إلى مبادرات الجهاز لاستغلال هذه التقنيات في تبسيط إجراءات العمل، وتسهيل العمليات للمرضى والمستفيدين، وتلبية احتياجاتهم بسرعة ودقة وكفاءة.

### المعيار الرابع: الخدمات المقدمة للمرضى

#### والمراجعين وطالبي الخدمة:

يدل هذا المعيار على رصد وتنفيذ الجهود التي يقوم بها المستشفى من أجل تلبية حاجات المرضى والمراجعين وطالبي الخدمة وتحقيق رغبتهم بأسهل وأسرع الإجراءات.



Shafei et al, 2015

Zarei et al, 2012

Yousapronpaiboon & Johnson 2013

ركزت على قياس رضا المرضى كمدخل يحظى باهتمام المؤسسات الصحية لتحقيق الجودة الشاملة، وقامت بإجراء الدراسات الميدانية وباستخدام أساليب البحث العلمي والتقنية المتطورة؛ حيث قدمت هذه الدراسات خمسة عناصر رئيسية وهي:

١- الاعتمادية

٢- الاستجابة

٣- الثقة

٤- التعاطف

٥- الملموسية

والتي يمكن من خلالها تقييم وقياس الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات من وجهة نظر المرضى، والتي يمكن استعراضها على النحو التالي:

١- الاعتمادية Reliability: هي تعني درجة الاعتماد على مورد الخدمة ودقة إنجازها للخدمة المطلوبة، والتسليم حسب الوعد.

٢- الاستجابة Responsiveness: وتعني وعي وجود إدارة لمساعدة الزبائن وتزويدهم فوراً بالخدمة، وسرعة إنجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، ووجود الرغبة في المساعدة، ويركز هذا البعد على المجاملة واللطف والإنصاف في التعامل مع طلبات متلقي الخدمة من الأسئلة، الشكاوي، المشاكل.

٣- الثقة Assurance أو التوكيد: ويشار إليه بأنه معرفة المستخدمين، والجداراة والكياسة،

## المعيار التاسع: الاستغلال الأفضل للموارد

المتاحة:

٢- يدل هذا المعيار على مدى التزام المستشفى بالاستغلال الأفضل للموارد والإمكانات المتاحة وإدارتها بشكل فعال يخدم تحقيق أهدافه.

من جانب آخر فإن قياس رضا المرضى والمراجعين والزائرين يعتبر مدخلا مهما لقياس وتقييم الأداء، خصوصا فيما يتعلق بالمستشفيات والمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013). وقد

تجنبت بعض الدراسات الاعتماد على رأي المرضى فقط عند تقييم جودة الأداء بسبب أن المرضى أو مستهلكي الخدمات الطبية والمستفيدين منها قد لا يفهمون تعقيدات تقديم هذه الخدمات، ويميلون فقط إلى تقييم الخدمة عبر طرق سطحية وغير دقيقة، حيث إن وجهة نظر المرضى مفروطة في التبسيط، إضافة إلى تغير مواقف المستهلكين وأحكامهم بصورة سريعة وغير موضوعية تجاه العلاجات الطبية ومعايير الرعاية الصحية، على حين يرى فريق آخر أهمية الأخذ برأي العميل عند قياس وتقييم أداء الخدمات الصحية (Al-Borie & Sheikh Ahmed et al, 2017). (Damanhour, 2013):

وبالرغم من ذلك فإن الدراسات التالية:

, Ahmed et al, 2017:

Al-Borie & Sheikh Damanhour, 2013

Christia & Ard, 2016

Khamis & Njau 2014

ورؤية مكتملة لقياس وتقييم الأداء في هذه المؤسسات الصحية.

## المبحث الثاني: نموذج الدراسة والتحليل الميداني أولاً: نموذج الدراسة:

يجب أن نشير في البداية قبل عرض نموذج الدراسة إلى أنه لا يمكن قياس جودة الخدمات الصحية وتقييمها بصورة شاملة في أي منظمة صحية إلا من خلال رؤية شاملة لمنظومة الخدمات الصحية، والتي تشمل- في أهم جوانبها- جانب العرض (مقدم الخدمة)، وكذلك جانب الطلب (المريض)؛ وحتى يكون القياس معبراً بدرجة كبيرة عن الواقع الفعلي لجودة الخدمات الصحية المقدمة، فقد قام الباحث بتصميم نموذج الدراسة الذي يمكن من خلاله قياس وتقييم جودة الأداء المقدمة في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير، كما روعي في التصميم قدرة هذا النموذج على القياس في قطاعات صحية متعددة وبما يتلاءم مع المعايير الوطنية والعالمية في تحقيق الوصول بجودة الخدمات الصحية إلى أعلى مستوى ممكن، وبما يحقق الأهداف المنشودة في المجال الصحي.

وقد راعي هذا النموذج أيضاً الأخذ في الاعتبار سعي المستشفيات الخاصة - محل الدراسة- إلى تحقيق خدمات صحية مرضية وجودة عالية، وفي نفس الوقت الذي تسعى فيه إلى تحقيق أقصى أرباح ممكنة، وخاصة في ظل المنافسة الموجودة بينها؛ لذا فقد تم بناء النموذج من خلال هيكلين أساسيين، حيث مثل الجانب الأول- كما هو موضح

والأمان، والمصادقية، والقدرة على خلق وكسب الثقة، ويشير إلى معلومات وكياسة القائمين على تقديم الخدمة، وقدرتهم على استلهاث الثقة والأمان.

٤- التعاطف Empathy: ويعرف على أساس أن جوهر التفاعل العاطفي مع متلقي الخدمة من خلال بناء علاقة شخصية، والإيحاء حسب الطلب للخدمة بالتعامل الذي يظهر الاهتمام والتقدير لكل العميل، فمتلقي الخدمة يرغب في أن يشعر بأنه مفهوم على نحو جيد ومهم. ويشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطريقة إنسانية راقية.

٥- الملموسية Tangibles: وتعني التسهيلات المادية والمستلزمات والأشخاص ومواد الاتصال، وهي تشمل العناصر المادية للخدمة: المباني، الأجهزة، الديكورات، ومختلف الجوانب المادية التي يمكن إدراكها بالحواس الخمس مثل الغرف، المقاعد، الأضواء، التجهيزات، المعدات، الأسرة، الآلات، ملابس العاملين.

وأهم ما تميزت به هذه الدراسة- بخلاف اعتمادها على تلك العناصر المختبرة في الدراسات التي أشير إليها أعلاه- هو دمجها للعناصر التي تقاس من قبل العاملين مع العناصر التي يتم تقييمها من قبل المرضى والمراجعين لتكوين نموذج واحد يمكن من خلاله قياس وتقييم الأداء في المستشفيات والمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية بطريقة تضمن توفير معلومات دقيقة وشاملة،

من أدبيات الدراسة، وكذلك من نماذج جوائز تميز الأداء والجودة المشار إليها مع مراعاة شمولية المعايير لمعظم العناصر المراد اختبارها؛ لتتضمن الاستبانة في صورتها النهائية العديد من التساؤلات حول موضوع الدراسة، وقد جرى اعتماد مقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي لاختيار الإجابة المناسبة عن فقرات الاستبانة، وهي (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق تماماً)، وقد مرت الاختبارات الإحصائية لاختبار صدق وثبات الاستبانة بالاختبارين الآتيين: اختبار الصدق التكويني Structure Validity، وكذلك ثبات الاستبانة Reliability، وقد استخدمت الدراسة طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency Method) لقياس ثبات الأداة باستخدام اختبار كرونباخ ألفا Cronbachs Alpha، وقد اعتمد الباحث على أساليب التحليل الإحصائي الآتية:

- التكرارات، والتكرار النسبي، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسب المئوية لوصف عينة الدراسة.
- حساب قيمة الثبات باستخدام معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ.
- حساب مؤشرات الصدق عن طريق حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجة المحاور والدرجة الكلية للاستبانة لكشف صدق التكويني.

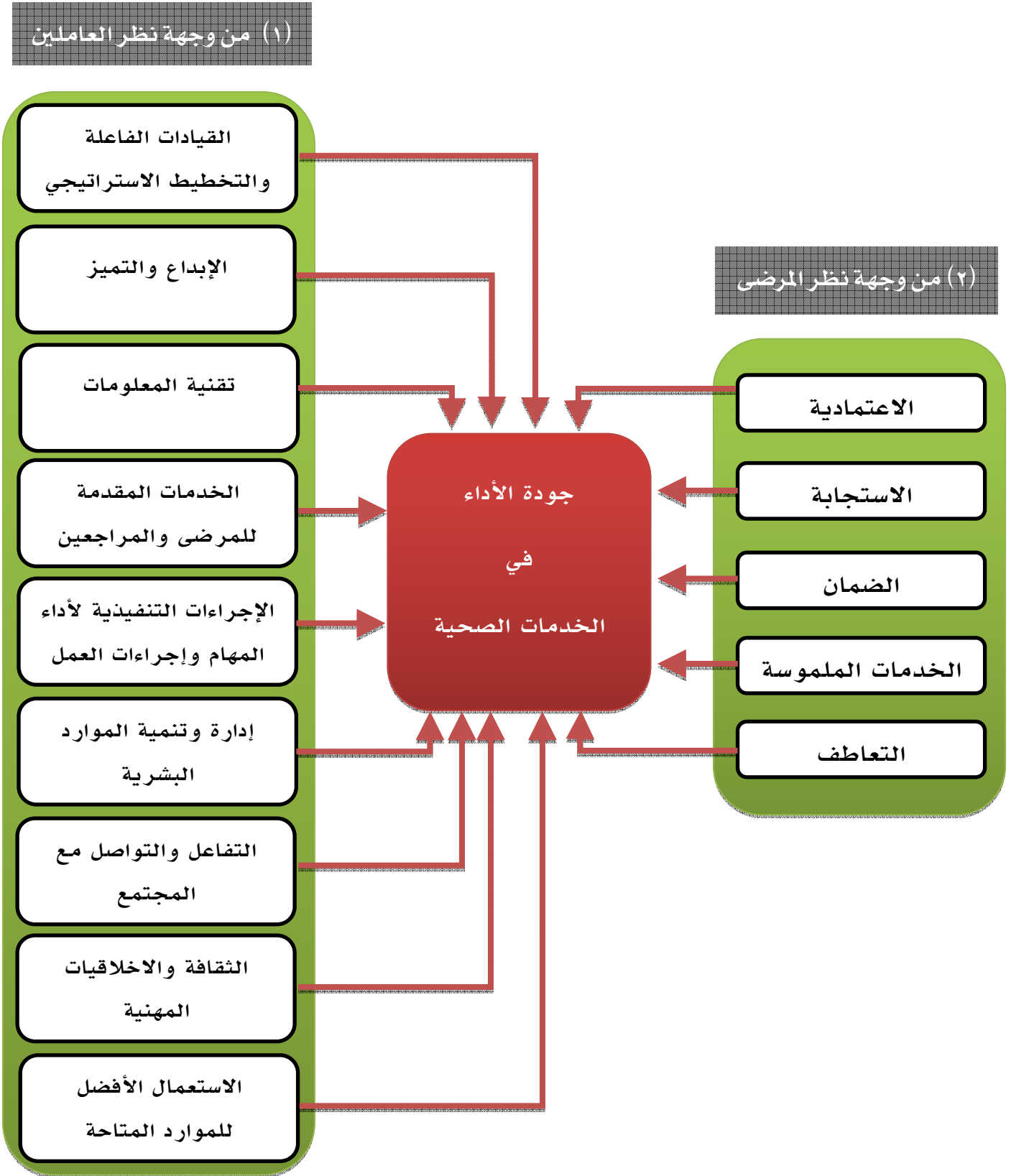
وبناء على ما سبق فقد تم تصميم نموذج الدراسة وفق التالي:

بالرسم - جانب العاملين بالمستشفيات، حيث يعتبر العنصر البشري هو الأساس الذي يُبنى عليه نجاح المؤسسات الصحية، وذلك من خلال الاستخدام الأمثل للإمكانات المتاحة مع التطوير الدائم لها سواء كانت هذه الإمكانيات مادية أو بشرية، وبما يحقق أعلى مستوى جودة للخدمات المقدمة للمرضى، ولا شك في أن ذلك يتطلب كفاءات إدارية على المستوى التخطيطي، وكذلك هو الحال على المستوى التنفيذي، كما يتطلب كفاءات على المستوى الفني وتطوير الذات والجوانب السلوكية المنضبطة.

أما الهيكل الثاني في النموذج فيعكس وجهة نظر المرضى، حيث إن النظام الصحي هو نظام متكامل لا يمكن أن يحقق أهدافه إلا عن طريق إشباع احتياجات المرضى من منافع الخدمات الصحية المقدمة لهم، وخاصة أنها تقدم إليهم نظير مقابل مادي كبير مقارنة بخدمات المستشفيات الحكومية التي تقدم بالمجان.

لقد دجت هذه الدراسة المدخلين السابقين لتقييم وقياس أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير، وتم مراجعة المعايير السابقة لقياس الأداء وتكييفها لتتضمن تسعة معايير رئيسية تشمل على ٧٠ مقياساً بالنسبة لمعايير تقييم العاملين بالمستشفى، وعلى خمسة معايير تشمل ١٩ مقياساً بالنسبة لوجهة نظر المرضى والمراجعين للمستشفى (انظر الملحق)، حيث تم رصد هذه المعايير بعد دراسة الأدبيات السابقة، وتم استنباطها

### نموذج الدراسة\*



\* تم تصميم نموذج الدراسة من قبل الباحث

المستخدمة، وكيفية وضع الخطط وتطبيقها، وتحفيز العاملين والاهتمام بالتدريب، وقياس نتائج الأداء المؤسسي، وقياس رضا العاملين والمستفيدين، وتحديد جوانب القوة وتشخيص فرص التحسين المستقبلية إلى غير ذلك من متطلبات تحقيق حسن إدارة الأداء.

#### ثانياً: التحليل الميداني:

تكون مجتمع البحث للعينه الأولى من جميع الأطباء والعاملين والكادر الإداري والفني والطبي في المستشفيات التي تم إخضاعها للدراسة في منطقة عسير، وبلغ حجم هذه العينة ٣١٩ مفردة تم اختيارها بطريقة العينة العشوائية البسيطة عبر القوائم التي تم الحصول عليها من قبل إدارات هذه المستشفيات، ويستعرض الجدول (٢) وصف المتغيرات الديمغرافية لهذه العينة.

جدول (٢) يوضح وصف المتغيرات الديمغرافية للعينه الأولى والمكونة من جميع الأطباء والعاملين والكادر الإداري والفني والطبي في المستشفيات الخاصة التي تم إخضاعها للدراسة في منطقة عسير

المتغير	المكونات	التكرار	النسبة (%)
الجهة	مستشفى أبها الخاص	٦٠	١٨.٨
	المستشفى السعودي الألماني	١٣٣	٤١.٧
	مستشفى الحياة	١٢٦	٣٩.٥
	المجموع	٣١٩	١٠٠
العمر	أقل من ٣٠ سنة	١٨	٥.٦
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة	١٠٤	٣٢.٦
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة	٩٣	٢٩.٢
	من ٥٠ إلى ٦٠ سنة	١٠٤	٣٢.٦
	المجموع	٣١٩	١٠٠

كما تم تهذيب هذه المعايير وفق البيئة السعودية؛ مما جعل هذه المعايير قابلة للتطبيق في بيئة المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية وإعادة صياغتها؛ ليسهل استيعابها من قبل المستجوبين، ومن هذا المنطلق فإن تطوير النموذج السابق يوفر وسائل قياس للأداء في جميع أوجه النشاط داخل المستشفيات المقدمة للخدمات الصحية؛ وبالتالي فإن عملية القياس والتقييم تتم بشكل متكامل، كما أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين النتائج والمنهجيات؛ حيث إن تحديد النتائج المراد تحقيقها يترجم في شكل منهجيات تحقق الكفاءة والفعالية في النتائج، كما أن هذا النموذج وما يحتويه من معايير وعناصر ذات أبعاد مختلفة يمثل مدخلاً متكاملًا لقياس وتقييم كفاءة أنظمة العمل والوسائل والأدوات

المتغير	المكونات	التكرار	النسبة (%)
المؤهل	شهادة ثانوية	٧٠	٢١.٩٠
	دبلوم متوسط	١٢	٣.٨٠
	مؤهل جامعي	١٩٩	٦٢.٤
	مؤهل أعلى من الجامعة	٣٨	١١.٩٠
	المجموع	٣١٩	١٠٠
الخبرة	أقل من ٥ سنوات	١٠	٣.١٠
	من ٥ إلى أقل من ١٠ سنوات	٣٥	١١.٠
	من ١٠ إلى أقل من ١٥ سنة	٥٥	١٧.٢٠
	من ١٥ إلى أقل من ٢٠ سنة	٦٦	٢٠.٧٠
	أكثر من ٢٠ سنة	١٥٣	٤٨.٠
	المجموع	٣١٩	١٠٠

جدول (٣) مفتاح تفسير الوسط الحسابي

مدى الوسط	مستوى الموافقة
١ الى ١.٨	عدم الموافقة بشدة
١.٨ الى ٢.٦	عدم الموافقة
٢.٦ الى ٣.٤	الحياد
٣.٤ الى ٤.٢	الموافقة
٤.٢ الى ٥	الموافقة بشدة

مرتبة وسيطة مثل الخدمات المقدمة والإبداع والتميز، وإعداد الخطة والقيادة الفاعلة، أما بالنسبة لجميع المؤشرات (المؤشرات مجتمعة ككتلة واحدة) فإن مستوى قياس جودة الأداء عنها كان عند مستوى الموافقة (الوسط = ٣.٦٨).

ومن الجدير بالذكر هنا أنه تم تطبيق اختبارات التحليل العاملي لبيانات الموظفين والمرضى عدة مرات، إلا أن النتائج أظهرت أن بناء

يبين الجدول (٤) متوسطات مؤشرات قياس الأداء الصحي من وجهة نظر العاملين، حيث يتضح من التحليل أنها مرتفعة لجميع المؤشرات، حيث ينحصر في الموافقة. وكانت أعلى المؤشرات في التأثير على قياس جودة الأداء هي الإجراءات التنفيذية وتقنية المعلومات، وأدناها في التأثير هي الثقافة والأخلاقيات المهنية إضافةً إلى الاستغلال الأفضل للموارد، أما بقية مؤشرات فجاءت في

مستوفية لأحد أهم شروط استخدام التحليل  
العاملية وهو التوزيع الطبيعي للمتغيرات، حيث  
يلاحظ من الأوساط الحسابية أن المتغيرات مائلة  
نحو مستوى الموافقة، وبالرغم من أن بقية شروط  
استخدام التحليل العاملية، فقد تم استيفائها في  
البيانات، وتم الاعتماد على الاختبارات الإحصائية  
المتبعة في تحليل الانحدار المتعدد وتحليل التباين  
لقراءة النتائج واختبار فروض  
الدراسة.

التحليل العاملية وفقاً للنتائج كان معقداً (غير  
بسيط)، وبعد إجراء عمليات التدوير المختلفة  
المتاحة على (SPSS) لتبسيط تعقيد البناء العاملية لم  
يتم تجاوز المشكلة؛ حيث ظلت جميع المتغيرات  
متحملة على جميع العوامل. بعد فحص البيانات  
(الاختبار غير المعلمي لكل موقوف وسمنروف  
طبيعية التوزيع) وجد أن توزيع المتغيرات غير  
طبيعية حتى بعد تحويل المتغيرات إلى معيارية لمطابقة  
التوزيع الطبيعي، وبناء عليه وجد أن البيانات غير

جدول (٤) تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات الدراسة

المتغيرات المستقلة (المعاملات)				R <sup>2</sup>	الوسط	المتغيرات التابعة (مؤشرات قياس الأداء)
المؤهل	العمر	الجهة	الثابت			
**-.٩٧٢	**-.٢١٠١	-.١٢٩	**٢٧.٥٤	%٥٢	٣.٩٢	القيادة الفعالة
**-.٤٥٩	**-.١٦٢٩	**-.٠٧٦٤	**١٨.٢٨	%٥٢	٣.٨٤	إعداد الخطة
٠.١٩٧	**-.١٣٨	**١.١١	**١٤.٩٧	%٤٢	٣.٤٧	الإبداع والتميز
٠.١٣٣	**-.١٣٢	٠.٦٣٣	**٣٠.٢٦	%٣١	٤.٠١	تقنية المعلومات
**-.١٣٥	**-.١٢٢٨	٠.٦٨١	**٣٨.٣١	%٤٤	٣.٥١	الخدمات المقدمة
**-.٠٦٠٧	**-.٠٧٤٨	*.٤٣٦	**١٨.٣٢	%٤٣	٤.٠٩	الإجراءات التنفيذية
**-.٠٨٥٧	**-.١٠٥٢	**-.١٠٥٢	**١٦.٠٩	%٥٨	٣.٦٦	إدارة وتنمية الموارد
٠.١٧١	**-.١٠٠٩	**١.٠٩٤	**١٦.٥٤	%٣٩	٣.٥٥	التفاعل والتواصل
**-.١٤٦	**-.١٨٥	**١.٩٧٨	**١٨.٢٣	%٥٤	٣.٤٢	الثقافة والأخلاقيات المهنية
٠.٣٢١	**-.١٠٩٢	**١.٧٨	**١٤.٦٠	%٤٧	٣.٣٤	الاستغلال الأفضل للموارد
**-.٥.٠٦	**-.١٤.٥٠	**٨.٠٨	**٧٨.٢١٦	%٥٠	٣.٦٨	الجميع

بالنسبة لمعامل التحديد (R<sup>2</sup>) والذي يعبر عن  
مقدار تفسير المتغيرات المستقلة (الجهة، العمر،  
المؤهل) للمتغير التابع (مؤشر قياس جودة الأداء)،  
نجد أن نسبة التفسير متوسطة في جميع المتغيرات  
التابعة (مؤشرات الأداء) حيث انحصرت بين ٥٥%

بالنسبة لنتائج تحليل الانحدار حيث  
كانت مؤشرات قياس الأداء الصحي  
المتغيرات التابعة والمتغيرات الديمغرافية هي  
المتغيرات المستقلة (الجهة، العمر، المؤهل)  
يلاحظ الآتي:

وكان أكبر تأثير للجهة (حساسية المؤشرات تجاه الجهة) على مؤشر الثقافة والأخلاقيات المهنية، ومؤشر الاستغلال الأفضل للموارد ومؤشر الإبداع والتميز، وكان تأثيره منخفضاً على مؤشر الخدمات المقدمة، الإجراءات التنفيذية، مؤشر تقنية المعلومات ومؤشر القيادة الفعالة، أما للمؤشرات مجتمعة فقد كان تأثير الجهة إيجابياً، كما نلاحظ أن متغير الجهة كان تأثيره دالاً إحصائياً لجميع المؤشرات ماعدا مؤشر القيادة الفعالة، مؤشر الخدمات المقدمة، مؤشر الإجراءات التنفيذية.

بالنسبة لمتغير العمر، فقد كان تأثيره سالباً على جميع مؤشرات قياس الأداء الصحي من وجهة نظر الموظفين (العلاقة عكسية حيث التقدم في العمر يقلل من إدراك قياس جودة الأداء عن الخدمة المقدمة)، أكثر المؤشرات حساسية تجاه العمر هي القيادة الفعالة، الثقافة والأخلاقيات المهنية والاستغلال الأمثل للموارد، بينما أدناه حساسية تجاه العمر كان الإجراءات التنفيذية، تقنية المعلومات والإبداع والتميز، وإعداد الخطة. بالنسبة للمؤشرات مجتمعة فقد كان تأثير العمر عكسياً (-١٤.٥٠). الجدول المذكور بأن تأثير العمر كان دالاً إحصائياً لجميع مؤشرات قياس الأداء الصحي.

بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي، فقد كان تأثيره سالباً على جميع مؤشرات قياس الأداء الصحي ماعدا مؤشر الإبداع والتميز، تقنية المعلومات، التفاعل والتواصل والاستغلال الأفضل للموارد،

وكانت أكبر نسبة تفسير لقياس جودة الأداء لمؤشر إدارة وتنمية الموارد ومؤشر الثقافة والأخلاقيات المهنية وأدنى نسبة تفسير كانت لمؤشر تقنية المعلومات ومؤشر التفاعل والتواصل، بينما مؤشرات الإبداع والتميز والخدمات المقدمة والإجراءات التنفيذية وقعت في الوسط مقارنة بالمؤشرات الأخرى من حيث التفسير من قبل المتغيرات المستقلة (الجهة، العمر، المؤهل). وبالنسبة لجميع المؤشرات كمتغير تابع واحد كانت نسبة تفسير المتغيرات المستقلة حوالي ٥٠%.

بالنسبة للحد الثابت وهو الذي يعبر عن التغير الذاتي أو التلقائي في جودة قياس مؤشرات قياس الأداء الصحي فقد كان موجباً ومرتفعاً لجميع المؤشرات، أعلاها كان في الخدمات المقدمة وتقنية المعلومات والقيادة الفعالة وأدناها في الاستغلال الأفضل للموارد وإعداد الخطة والثقافة والأخلاقيات المهنية، وبالنسبة للمؤشرات مجتمعة كان التغير التلقائي موجباً وكبيراً (٢١٦.٧٨)، وكذلك كان العامل الثابت معنوياً ودالاً إحصائياً لجميع المؤشرات، وهذا يعني أن مؤشر قياس جودة الأداء مرتفع تلقائياً أو لعوامل داخلية غير (الجهة، العمر، المؤهل).

أما بالنسبة لتأثير متغير الجهة على المؤشرات فقد كان إيجابياً ماعدا في مؤشر إعداد الخطة، ومؤشر القيادة الفعالة ومؤشر إدارة وتنمية الموارد فقد كان تأثيره عليها سالباً.



على مؤشرات الأداء الصحي كان دالاً إحصائياً لجميع المؤشرات ماعدا مؤشرات الإبداع والتميز، مؤشر تقنية المعلومات، مؤشر التفاعل والتواصل ومؤشر الاستغلال الأفضل للموارد.

بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة في العمل، فقد كان تأثيره محايداً على مؤشرات قياس الأداء الصحي، حيث لم يظهر في التحليل لأن معامل التأثير مساوٍ للصفر، وهذا يعني أن خبرة الموظف - سواء أكانت قليلة أم كثيرة - ليس لها تأثير على إدراكه لجودة الخدمات تجاه مؤشرات قياس الأداء الصحي.

وكان أكبر تأثير سلبي لمتغير المؤهل على مؤشر الثقافة والأخلاقيات المهنية، مؤشر الخدمات المقدمة، وكان أقل تأثير سلبي لمتغير المؤهل على مؤشر القيادة الفعالة ومؤشر إدارة وتنمية الموارد، ومؤشر الإجراءات التنفيذية ومؤشر إعداد الخطة، أما أكبر تأثير إيجابي لمتغير المؤهل فقد كان على مؤشر الاستغلال الأفضل للموارد، مؤشر التفاعل والتواصل، مؤشر تقنية المعلومات ومؤشر الإبداع والتميز، بالنسبة للمؤشرات مجتمعة كمؤشر لقياس جودة الأداء الصحي فإن متغير الأداء الصحي كانت استجابته سلبية، وتأثير متغير المؤهل العلمي

جدول (٥) تحليل التباين

الخبرة	المؤهل	العمر	الجهة	
**١٥.٨٩٩ توجد فروق	**١٤.٠٥٣ توجد فروق	**٢١.٤٧٢ توجد فروق	**٢٤.٠٥٢ توجد فروق	القيادة الفعالة
**٢١.٨٢٦ توجد فروق	**٥.٨٧٦ توجد فروق	**٢٣.٢٥١ توجد فروق	**٢٢.٣٦٢ توجد فروق	إعداد الخطة
**٦.٩٣٢ توجد فروق	**٥.١٤٣ توجد فروق	**١٤.٢٢٤ توجد فروق	**٢٩.٤٧٠ توجد فروق	الإبداع والتميز
**١٠.١٨٣ توجد فروق	٠.٢٩٩ لا توجد فروق	**٩.١٣٩ توجد فروق	**١٤.٥٢٥ توجد فروق	تقنية المعلومات
**١٧.٧١٢ توجد فروق	**٦.٨٤٨ توجد فروق	**٢٠.٣١٢ توجد فروق	**٧.١٧٤ توجد فروق	الخدمات المقدمة
**١٩.٤٠٧ توجد فروق	**٥.٣٨٦ توجد فروق	**١٩.٤٩٥ توجد فروق	**١٢.٦٩٤ توجد فروق	الإجراءات التنفيذية
**١٧.٣٨٦ توجد فروق	**٧.٢٦٥ توجد فروق	**٤٣.٣٣٦ توجد فروق	**٢٥٥٢٩ توجد فروق	الموارد البشرية
**١٥.٧٥٣ توجد فروق	١.٩٣٥ لا توجد فروق	**١٠.٧٠٤ توجد فروق	**١٩.٢٥٩ توجد فروق	التواصل والتفاعل
**١٤.٢٨٨ توجد فروق	**١٦.٠١٩ توجد فروق	**١٧.٧٩٣ توجد فروق	**١٣.١٦٣ توجد فروق	الثقافة والأخلاقيات
**٢.٥٧٩ توجد فروق	**٤.٩٨٢ توجد فروق	**٨.١٦٩ توجد فروق	**٢٣.٧٤٥ توجد فروق	استغلال الموارد

(\*) فروق عند مستوى دلالة ٥%

(\*\*) فروق عند مستوى دلالة ١%

بالنسبة لمتغير الخبرة توجد فروق دالة إحصائية لجميع مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية بالنسبة للخبرة، أعلى هذه الفروق كان في مؤشرات إعداد الخطة والإجراءات التنفيذية، وأدناها في مؤشرات الإبداع والتميز واستغلال الموارد.

نحمل مما سبق أن هناك فروقا دالة إحصائية بالنسبة لجميع مؤشرات مستوى قياس جودة الخدمات الصحية وفقاً للمتغيرات الجوهرية ماعدا مؤشري تقنية المعلومات والتواصل والتفاعل بالنسبة لمتغير العمر.

أما بالنسبة للمجتمع الثاني للدراسة، فكان مكونا من جميع المرضى للمستشفيات الخاصة محل الدراسة، وبلغ حجم هذه العينة ٤٢٠ مفردة، وتم اختيارها بطريقة العينة العشوائية المنتظمة، وكانت تهدف إلى قياس استجابات المرضى وتقييمهم للخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات محل الدراسة، ونلاحظ أبرز نتائج التحليل الإحصائي في الجدول (٦):

من جدول تحليل التباين نلاحظ أنه بالنسبة لمتغير الجهة، فإن جميع مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية هناك فروق دالة إحصائية أعلاها عند الإبداع والتميز والموارد البشرية والقيادة الفعالة واستغلال الموارد وإعداد الخطة، وأدناها عند تقنية المعلومات والثقافة والأخلاقيات والخدمات المقدمة، وهذا يعني أن هناك اختلافات بين مستوى قياس جودة الخدمات الصحية وفقاً للجهة.

بالنسبة لمتغير العمر، توجد فروق دالة إحصائية لجميع مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية بالنسبة للعمر أعلاها في الموارد البشرية وإعداد الخطة، وأدناها في تقنية المعلومات واستغلال الموارد. وبالنسبة لمتغير المؤهل، توجد فروق دالة إحصائية لجميع مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية بالنسبة للمؤهل ما عدا لمؤشري تقنية المعلومات والتواصل والتفاعل، أعلى الفروق كان في مؤشر الثقافة والأخلاقيات والقيادة الفعالة وأدناها في الإبداع والتميز واستغلال الموارد.

جدول (٦) الوسط الحسابي لمؤشرات قياس الخدمة واختبار تحليل التباين

الوسط الحسابي لمؤشرات قياس الخدمة					العينة = (٤٢٠)		الجهة
التعاطف	الأشياء الملموسة	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	النسبة	التكرار	
٣.٣٢	٣.٤٢	٣.٦٥	٣.٠٩	٣.١٩	%٤٥.٥٠	١٩١	مستشفى أهما الخاص
٣.٧٩	٣.٧٨	٤.١٥	٣.٥٢	٣.٦٥	%٤٤.٥٠	١٨٧	المستشفى السعودي الألماني
٢.٩٠	٢.٤٨	٢.٧٢	٢.٥٦	٢.٦٢	%١٠.٠٠	٤٢	مستشفى الحياة
تحليل الانحدار							
٠.٠٠٢	٠.١٠	٠.٠٧	٠.٠٠٤	٠.٠٠٨			R <sup>2</sup>
**١٠.٢٨	**٢٢.٤٩	**١١.٩١	**١٢.٩٥	**١٠.٠٨			الثابت
٠.١١٤	*-٠.٩٦٥	-٠.٣٤٨	-٠.٠٢٩	-٠.٠٤٢			معامل الجهة
**١٥.٢٩	**٣٦.٩٨	**٣٩.٣٩	**١٦.٤٩	**١٧.١١	تحليل التباين قيمة (ف) المتغير المستقل الجهة		
توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	دلالة قيمة (ف)		

من قيم تحليل الانحدار في الجدول (الذي يفسر تأثير الجهة على مؤشرات قياس جودة الأداء للخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى)، حيث مؤشرات قياس جودة الخدمة كمتغيرات تابعة والجهة متغير مستقل، نجد أن معامل التحديد ( $R^2$ ) منخفض لجميع المؤشرات، أو القدرة التفسيرية للجهة ليست عالية، فهو في حدود ١٠% في أحسن الأحوال (مؤشر الأشياء الملموسة)، أما الثابت وهو يعكس التغيرات التلقائية في مستوى قياس جودة الأداء للخدمات الصحية فهو موجب أو متزايد لجميع المؤشرات، وكان أعلى المؤشرات: الأشياء الملموسة وأقلها زيادة تلقائية هو الاعتمادية، والثابت ذو دلالة إحصائية في جميع المؤشرات، وهذا يعني أن هناك زيادة تلقائية أو أسباباً داخلية بخلاف (الجهة) في مؤشرات قياس جودة الأداء للخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين، ويلاحظ أن تأثير الجهة نحو مؤشرات قياس الخدمة غير دال إحصائياً ما عدا مؤشر الأشياء الملموسة؛ ويعود ذلك لسهولة إدراك الفروق من مستشفى إلى آخر من المستشفيات الخاصة محل الدراسة فيما يتعلق بالأشياء المادية الملموسة لكل مستشفى، ويلاحظ أن مؤشر التعاطف كان بالموجب ويعني زيادة إدراك المريض واعتماده على هذا البعد كمؤشر

في بعد الاعتمادية كان أعلى مستوى لقياس جودة الأداء للخدمات الصحية لمرضى مستشفى السعودي الألماني بمستوى الموافقة، ثم مستشفى أبها الخاص بمستوى الحياد، ثم مستشفى الحياة بمستوى الحياد.

وفي بعد الاستجابة كان أعلى مستوى لقياس جودة الأداء للخدمات الصحية لمرضى مستشفى السعودي الألماني بمستوى الموافقة، ثم مستشفى أبها الخاص بمستوى الحياد، ثم مستشفى الحياة بمستوى الحياد.

أما بالنسبة لبعده الضمان فكان أعلى مستوى لقياس جودة الأداء للخدمات الصحية لمرضى مستشفى السعودي الألماني بمستوى الموافقة، ثم مستشفى أبها الخاص بمستوى الموافقة، ثم مستشفى الحياة بمستوى الحياد.

وبالنسبة لبعده الأشياء الملموسة كان أعلى مستوى لقياس جودة الأداء للخدمات الصحية رضا لمرضى مستشفى السعودي الألماني بمستوى الموافقة، ثم مستشفى أبها الخاص بمستوى الموافقة، ثم مستشفى الحياة بمستوى الحياد.

وفي بعد التعاطف كان أعلى مستوى لقياس جودة الأداء للخدمات الصحية لمرضى مستشفى السعودي الألماني بمستوى الموافقة، ثم مستشفى أبها الخاص بمستوى الموافقة، ثم مستشفى الحياة بمستوى الحياد.

بعض مديري وملاك هذه المؤسسات الطبية بمنطقة عسير، حيث وجد الباحث أن مؤشرات الأداء الحالية المطبقة في هذه المستشفيات والمؤسسات الصحية لعمليات قياس الأداء غير موجودة أو مطبقة.

### أولاً: النتائج:

١. إن المعايير والمؤشرات المستخدمة في قياس وتقييم الأداء وجودة الخدمات الصحية يجب أن تعبر عن قياس الجودة بشكل متكامل، وهو ما أشارت إليه دراسات (Lutwama et al, 2013) من ضعف ومحدودية في تطبيق هذه المعايير في الخدمات الصحية. وماذهبت إليه كذلك دراسة (Lizarondo et al, 2014) التي أشارت إلى أهمية الحصول على تقييم شامل، ومن جهات نظر مختلفة لمعايير ومؤشرات قياس جودة الأداء، وهذا ما هدفت إلى تحقيقه هذه الدراسة.

٢. عاجلت المعايير والمؤشرات المستخدمة في الدراسة العيوب والمشاكل التي كانت موجودة في دراسات سابقة، وهو ما يجعلها أكثر مصداقية من غيرها، وهذا ما أكدته دراسة حديثة في إنجلترا (Boaden and Rogan, 2017)؛ حيث توصلت إلى وجود الكثير من الخلط وعدم فهم معايير ومؤشرات قياس جودة الأداء بين العاملين في مجال الخدمات الصحية عند قياس عناصر جودة الخدمات الصحية.

لقياس جودة الأداء في الخدمات الصحية في المستشفيات في مجال التعامل والاستجابة وفي حل المشاكل والاستفسارات.

بالنسبة لمعامل الجهة فإنه سالب في جميع المؤشرات ما عدا مؤشر التعاطف، والتأثير السالب للجهة يعني أن انتقال المراجع من مستشفى إلى آخر من المستشفيات الخاصة محل الدراسة يؤدي إلى انخفاض مستوى رضاه عن الخدمات المقدمة، أما بالنسبة لتحليل التباين حيث اختبر مدى وجود فروق في المستشفيات المختلفة (مجال الدراسة) بالنسبة لأبعاد قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة (الاعتمادية- الاستجابة- الضمان- الأشياء الملموسة- التعاطف)، فقد أكدت قيم ذات دلالة الأحوال المرتفعة وجود فروق في تقييم المرضى في مستشفيات الدراسة لجميع أبعاد قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة. وكانت أكبر هذه الفروق بين مرضى المستشفيات في بعد الضمان وأدناه في بعد التعاطف. وهذا يعطي مؤشراً على تباين جودة الأداء في الخدمات الصحية المقدمة بالنسبة للمستشفيات الخاصة محل الدراسة.

### الخاتمة:

النتائج - اختبار الفرضيات - التوصيات  
تناول الباحث في هذه الدراسة قياس جودة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير، وقد تضمنت الدراسة القيام بمسح لعدد من المستشفيات الخاصة ومقابلات نصف مخططة مع

٤. بالنسبة لمؤشرات قياس جودة الأداء في الخدمات الصحية التي حظيت بنسبة متدنية (مقارنة مع بقية المؤشرات من وجهة نظر الموظفين) فهي الثقافة والأخلاقيات المهنية ومؤشر الاستغلال الأفضل للموارد، وهذا يعزى لصعوبة تقييم المكونات الثقافية داخل المستشفى المرتبطة بالأخلاقيات المهنية المطبقة، كما يفسر كذلك بعدم تنفيذ برامج واضحة ترتبط بالاستغلال الأفضل للموارد داخل المستشفيات محل الدراسة، أو لعدم كفاية العمل المؤسسي والإعلامي والإعلاني في تدعيم هذا الجانب، كما يعزى كذلك إلى ضعف إدراك الموظفين بالآليات التي يتم بها استغلال الموارد وصيانتها، وهناك زيادة تلقائية في مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية تعزى لعوامل داخلية في جميع المؤشرات، كان أعلاها في مؤشرات الخدمات المقدمة وتقنية المعلومات، فالمؤشر الثاني أدى إلى زيادة كفاءة المؤشر الأول، وأدناها في مؤشر إعداد الخطة والاستغلال الأفضل للموارد، فالإعداد السليم للخطة يؤدي إلى نتائج ملموسة على صعيد الاستغلال الأمثل للموارد، وهذا يؤكد ما توصلت إليه دراسة (خلود أبو رحمة وآخرين، ٢٠١٦)، والتي أجريت في المملكة العربية السعودية في منطقة مكة المكرمة، وقد توصلت إلى أن هناك ارتفاعاً في إدراك العاملين لمعايير

٣. بالنسبة للموظفين فإن المؤشرات التي كان لها تأثير أكبر لديهم في قياس جودة الخدمات كانت الإجراءات التنفيذية وتقنية المعلومات؛ وهذا مرده في الإجراءات التنفيذية لسهولة إدراك وتقييم وجود البرامج التنفيذية المحددة، كما أن هناك سهولة في إدراك الأطباء والعاملين في المستشفى من قبل الأطباء والعاملين لآليات تطوير العمل والأساليب التي يتم تطبيقها في متابعة متطلبات العمل في مجال الخدمات الصحية. أما بالنسبة لتقنية المعلومات، فيمكن بسهولة تقييم إدخال الحوسبة في أنظمة المستشفيات ومدى مساعدة هذه النظم التقنية في وجود وتطوير جودة الخدمات؛ حيث يدرك الموظفون بسهولة هذا الدور؛ حيث تسهم أنظمة الحاسب الآلي وقواعد البيانات المستخدمة في المستشفيات في زيادة تحسين جودة الخدمات المقدمة، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة حديثة طبقت في بعض دول الاتحاد الأوروبي (Veillard et al., 2013)، والتي وجدت أن الأنماط القيادية والإجراءات الإدارية المستخدمة في المستشفيات كان لها تأثير واضح في هيكله الأداء، وفي تقييم العاملين والموظفين في المنشآت لمستويات الجودة، وكذلك دراسة (نسرين عمر، ٢٠١٤م) التي وجدت أن نظم الرقابة الإدارية ومستويات الإشراف لها تأثير كبير في ارتفاع تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأردنية.

وجدت أن تغير تركيز الإدراك المتعلق بجودة الخدمات يقل بين الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ عاماً ، على حين يزداد ويكون أكثر أهمية في تحديد عناصر ومؤشرات جودة الخدمة في أولئك الذين تجاوزوا ٣٠ عاماً من العمر.

٧. في متغير المؤهل العلمي كان التأثير إيجابياً على مؤشرات قياس الأداء الصحي الخاصة بمؤشرات الإبداع والتميز، وتقنية المعلومات، والتفاعل والتواصل مع المجتمع، والاستغلال الأفضل للموارد، ويعزى هذا إلى أن التحصيل العلمي المرتفع يرتبط بهذه المؤشرات خصوصاً مع تقنيات وأدوات تقنية المعلومات، أو الأخذ بمعايير ومؤشرات الإبداع والتميز في بيئة العمل، فيما تمت ملاحظة أن التأثير السلبي كان على مؤشر الثقافة وأخلاقيات المهنة ومؤشر الخدمات المقدمة؛ وهذا ربما يعزى لارتفاع سقف توقعات ذوي المؤهلات العالية من مرود الخدمات المقدمة وأخلاقيات المهنة، وهو أيضاً ما يتفق مع دراسة (Narang, 2010) التي وجدت أن المستوى التعليمي يؤثر تأثيراً واضحاً في تقييم مؤشرات ومستويات جودة الخدمات في المستشفيات، بل ويحدد المستوى التعليمي أولويات المحاور الخاضعة للتقييم.

٨. بالنسبة لتحليل التباين توجد فروق دالة إحصائية بالنسبة لجميع مؤشرات قياس جودة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر الموظفين بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية (الجهة،

ومؤشرات الجودة في المستشفيات التي تركز على تحسين جودة الخدمات، ووضعت برامج توجيه وإرشاد وقياس وتعزيز لجودة الأداء ضمن عمل مؤسسي واضح.

٥. بالنسبة إلى متغير مكان العمل، فقد أثر إيجابياً في معظم مؤشرات قياس جودة الأداء في الخدمات الصحية ما عدا مؤشر إعداد الخطة، ومؤشر القيادة الفعالة ومؤشر إدارة تنمية الموارد، فقد كان تأثيره عليها سالباً، ويفسر هذا التأثير الإيجابي في اختلاف طرق وأساليب إدارة المستشفيات الخاصة بين الجهات الثلاث التي طبقت عليها الدراسة، أما في المؤشرات الأخرى ذات الاستجابة السالبة فلا يوجد تأثير لنوع المستشفى على مؤشر الثقافة وأخلاقيات المهنة، ومؤشر الاستغلال الأفضل للموارد، ومؤشر الإجراءات التنفيذية، ومؤشر الخدمات المقدمة.

٦. في متغير العمر كان التأثير عكسياً على مؤشرات قياس الأداء الصحي، وهذا يعبر عن أن الموظفين أكثر استعداداً لإدراك مؤشرات قياس الأداء الصحي كلما كانت أعمارهم أقل، وأن اهتمامهم بمؤشرات القياس يقل مع تقدمهم بالعمر؛ وربما بسبب أن التعود على بيئة العمل وثقافة المنظمة يزداد مع مرور الوقت ومع سنوات العمر؛ وبالتالي يقل الاهتمام بإدراك مؤشرات قياس أداء الخدمات الصحية، وهذا لا يتفق مع دراسة (Narang,2010) التي طبقت في الهند، والتي

وسرعة الاستجابة لشكاوى واستفسارات المرضى بالشكل المطلوب والمرضي، أما في بعد الأشياء الملموسة فتعزى لتوفر الخدمات والمرافق والتقنيات بشكل واضح وملموس وسهولة تقييم ذلك، وهذا يتفق - نوعاً ما - مع دراسة حديثة أجريت في تايلند (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013)، والتي وجدت أن بعد الاستجابة هو الأكبر في التأثير في تقييم عناصر جودة الخدمات الصحية، متبوعاً مباشرة ببعدهم التعاطف، ثم الملموسية، ثم الضمان، وأخيراً الاعتمادية.

١٠. كان ترتيب المستشفيات وفقاً لمستوى رضا المرضى على أبعاد قياس جودة الخدمة كما يلي: في المقدمة المستشفى السعودي الألماني، ثم مستشفى أبها الخاص، ثم مستشفى الحياة الوطني، وربما يعزى ذلك لفروق خبرة وسمعة وحجم وإمكانيات تلك المستشفيات وارتباط ذلك بجميع أبعاد تقييم مؤشرات قياس الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في تلك المستشفيات.

١١. كما توجد فروق جوهرية ذات دلالة الأحوال في مستوى رضا المرضى عن مستوى قياس جودة الخدمة المقدمة لجميع أبعاد قياس جودة الخدمة المقدمة وفقاً للمستشفيات؛ وهذا يعود للفروق داخل المستشفيات الثلاثة (بين أبها

العمر، المؤهل، الخبرة) ما عدا مؤشري تقنية المعلومات والتواصل والتفاعل بالنسبة للمؤهل، وهذا يعني أن لمكونات المتغيرات الديمغرافية تأثيراً على مستوى قياس أداء جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الموظفين، فهي تختلف باختلاف مكونات كل متغير ديمغرافي؛ لذا ينبغي على إدارات المستشفيات التنبيه لتأثير مثل هذه المتغيرات عند تطبيقها لقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء وطواقم التمريض والعاملين في المستشفى، وهذه النتيجة تشبه - إلى حد ما - نتائج دراسة حديثة طبقت في الولايات المتحدة الأمريكية (Manzar, 2017) على طواقم التمريض العاملين في المستشفيات بهدف اختبار تأثير جودة أنظمة تقنية المعلومات الصحية على جودة خدمات الرعاية الطبية، ووجدت هذه الدراسة تأثيراً للعوامل الديمغرافية المرتبطة بالجنس والعمر والمستوى التعليمي وسنوات الخبرة.

٩. بالنسبة للمرضى، فإن الأبعاد التي حظيت بنسبة كبيرة تقريبا في جميع مستشفيات الدراسة هي بعد التعاطف وبعد الضمان وبعد التقييم للأشياء المادية الملموسة، وتعتبر هذه المحاور ذات أهمية كبيرة للمرضى لسهولة إدراكها وتقييمها من قبلهم؛ حيث يعبر المرضى أهمية كبيرة لبعدهم التعاطف والشعور بالأمان في المستشفى وحسن المعاملة

والعاملين"، فقد أثبتت النتائج صحة هذا الفرض؛ حيث وجدت الدراسة فروقا جوهرية ذات دلالة الأحوال في مستوى رضا المرضى عند مستوى قياس جودة الخدمات المقدمة وفقاً للمستشفيات الثلاثة، وعلى الرغم من التباين في بعض مؤشرات قياس جودة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر الموظفين، فإن التقييم الإيجابي كان السمة الغالبة لمعظم الموظفين .

#### ثالثاً: توصيات الدراسة:

١. توصي هذه الدراسة بأهمية وضرورة قياس جودة الأداء بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية، ورغم أن هذه الدراسة ركزت على المستشفيات الخاصة في منطقة عسير (المنطقة الرابعة من حيث الكثافة السكانية على مستوى المملكة)، فإنها قدمت مؤشرات هامة لقياس الأداء من وجهات نظر العاملين والموظفين من ناحية، والمرضى والمراجعين لهذه المستشفيات من ناحية أخرى، وتساعد النتائج بشكل واضح في تحديد أولويات تحسين الخدمات الصحية الخاصة في المملكة العربية السعودية، والمعايير

الخاص والسعودي الألماني، وبين أهما الخاص والحياة، وبين السعودي الألماني والحياة).

#### ثانياً: اختبار الفرضيات:

كما تمت الإشارة إليه فقد تم الاعتماد على اختبارات الأحوال المتمثلة في تحليل الانحدار المتعدد وتحليل التباين لقراءة النتائج واختبار فروض الدراسة عند مستوى ثقة 95% وكانت النتائج كالتالي:

فيما يتعلق باختبار صحة الفرض الأول " مستوى جودة الخدمات الصحية الخاصة بمنطقة عسير غير مرضية"، فقد أثبتت نتائج الدراسة من خلال قياس المؤشرات صحة الفرض الأول بدرجة كبيرة؛ حيث اتضح أن هناك فروقاً في تقييم المرضى في مستشفيات الدراسة لجميع أبعاد قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة، وكانت أكبر الفروق في بعد الضمان وأدناه في بعد التعاطف، ولا شك أن هذا يعطي دلالة على عدم الرضا تجاه جودة الخدمات الصحية المقدمة .

أما بالنسبة لاختبار صحة الفرض الثاني والذي يشير إلى " هناك تباين كبير في مستوى الخدمات الصحية الخاصة بمنطقة الدراسة من وجهة نظر المرضى



السياسات والإجراءات الخاصة بالجودة وسلامة المريض، وتوحيد الجهود في كافة المستشفيات والوحدات الصحية تماشياً مع السياسات والإجراءات العالمية المطبقة في مجال جودة الخدمات الصحية.

### مراجع الدراسة:

#### أولاً: المراجع العربية

١- أحلام دريـدي (٢٠١٤م) دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر - بسكرة - كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. الجزائر.

٢- أشرف عبد الله أبو حليقة (٢٠١٣م) أثر الجودة في الرعاية الصحية، رسالة ماجستير، كلية الإدارة، الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا.

٣- خلود أبو رحمة، عادل مقبول، عفاف طه (٢٠١٦م) تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين - دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية. مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، المجلد الخامس العدد ١٨، العام ٢٠١٦م GCNU Journal ISSN: 1858-6228.

٤- نسرین محمد عمر (٢٠١٤م) أثر نظم الرقابة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية،

والمؤشرات التي يمكن أن يتم الاعتماد عليها في قياس وتقييم أداء جودة الخدمات الصحية.

٢. توصي الدراسة كذلك بأهمية الاستفادة من تطبيق معايير القياس المستخدمة في جميع المستشفيات السعودية الخاصة، خصوصاً سلسلة المستشفيات التي طبقت عليها الدراسة والمنتشرة في مناطق أخرى من المملكة، وإجراء تقييم دوري لأبعاد جودة الخدمات ومراقبتها بشكل مستمر، كما يمكن الاستفادة كذلك من تطبيق نموذج الدراسة ومؤشراتها على المستشفيات الحكومية سواء التي تتبع لوزارة الصحة أو تلك التابعة للقطاعات العسكرية، ويمكن لهذا النهج أن يسهم في قياس وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في هذه المستشفيات.

٣. توصي الدراسة بتطوير برامج احتياجات المرضى والعمل على تحسين بيئة العمل بالمستشفيات الخاصة مع تحسين أنظمة حجز المواعيد في الخدمات العلاجية، والاستفادة القصوى من الموارد المتاحة وتعزيز أنظمة العمل المتكامل.

٤. توصي الدراسة أيضاً بأن تتولى مديرية الشؤون الصحية بمنطقة عسير مراجعة كافة

8- Combe, Colin (2014) Introduction to Management. Oxford University Press, UK.

9- Davila, Antonio ; Marc J. Epstein & Jean-Francois Manzoni (2012) Performance Measurement and Management Control: Global Issues, Emerald Group Publishing Limited, UK.

10- Demartini, Chiara & Trucco, Sara (2017) Are performance measurement systems useful? Perceptions from health care. Publication info: BMC Health Services Research; London 17 (2017).

11- Gagliardi, Anna; Lemieux-Charles, Louise; Brown, Adalsteinn; Sullivan, Terry & Goel, Vivek (2008) Stakeholder preferences for cancer care performance indicators. International Journal of Health Care Quality Assurance; Bradford 21.2 (2008): 175-89.

12- Hanefeld, Johanna; Powell-Jackson, Timothy & Balabanova, Dina (2017) Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization; Geneva 95.5 (May 2017): 368-374.

13- Higgins, Aparna; Veselovskiy, German & McKown, Lauren (2013) Provider Performance Measures in Private and Public Programs: Achieving Meaningful Alignment with Flexibility to Innovate. Health Affairs; Chevy Chase 32.8 (Aug 2013): 1453-61.

14- Khamis, K., & Njau, B. (2014). Patients' level of satisfaction on quality of health care at mwananyamala hospital in dar es salaam, tanzania. BMC Health Services Research, 14, 400.

15- Lee, Woolton Woojin (2009) Health maintenance organizations, clinical quality measurement, and market competition: Demand and supply incentives for quality improvement.

رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، كلية إدارة الأعمال، الأردن.

### ثانياً: المراجع الأجنبية

1- Ahmed, S., Tarique, K. M., & Arif, I. (2017). Service quality, patient satisfaction and loyalty in the bangladesh healthcare sector. International Journal of Health Care Quality Assurance, 30(5), 477-488.

2- Akwete, Lawrence M. (2011) Business Administration for Students & Managers Trafford Publishing, USA.

3- Al-Borie, H., & Sheikh Damanhour, A., M. (2013). Patients' satisfaction of service quality in saudi hospitals: A SERVQUAL analysis. International Journal of Health Care Quality Assurance, 26(1), 20-30

4- Behrouzi, Farshad; Shaharoun, Awaluddin M., & Ma'aram, Azanizawati, (2014) Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. Australian Health Review; Collingwood 38.2 (2014): 208-17.

5- Boaden, Ruth & Rogan, Lisa (2017) Understanding performance management in primary care International Journal of Health Care Quality Assurance; Bradford 30.1 (2017) 4-15.

6- Christia, J., & Ard, A. (2016). Applying SERVQUAL to a medical office. Journal of Marketing Perspectives, 1, 38-50.

7- Çınaroğlu, Songül. (2017) The Relationship between Image-Reputation, Financial and Quality Performance: An Application on Hospitals. : Istanbul University Journal of the School of Business 46.1 (2017): 19-33.

- 24- Pincus, Harold A.; Scholle, Sarah H.; Spaeth-Ruble, Brigitta; Hepner, Kimberly A; Brown, Jonathan. (2016) Quality Measures for Mental Health and Substance Use: Gaps, Opportunities, And Challenges. *Health Affairs; Chevy Chase* 35.6 (Jun 2016): 1000-1008.
- 25- Pronovost, Peter J. & Lilford, Richard (2011) A Road Map for Improving the Performance of Performance Measures. *Health Affairs; Chevy Chase* 30.4 (2011): 569-73.
- 26- Shafei, I., Walburg, J. A., & Taher, A. F. (2015). Healthcare service quality: What really matters to the female patient? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 9(4), 369-391.
- 27- Smith, Peter C; Elias Mossialos; Irene Papanicolas & Sheila Leatherman (2010) Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects, Cambridge university press, UK
- 28- Veillard, Jeremy; Schiøtz, Michaela; Ann-Lise Guisset; Adalsteinn Brown; Klazinga, Niek (2013) *International Journal of Health Care Quality Assurance; Bradford* 26.8 (2013): 703-13.
- 29- Yousapronpaiboon, K., & Johnson, W. C. (2013). Measuring hospital out-patient service quality in thailand. *Leadership in Health Services*, 26(4), 338-355.
- 30- Yousapronpaiboon, K., & Johnson, W. C. (2013). Measuring hospital out-patient service quality in thailand. *Leadership in Health Services*, 26(4), 338-355.
- 31- Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. R., Rashidian, A., & Ghazi Tabatabaei, S. M. (2012). Service quality of private hospitals: The iranian patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 12, 31.
- The Pennsylvania State University, ProQuest Dissertations Publishing, 2009. 3459591
- 16- Lizarondo, Lucylynn; Grimmer, Karen and Kumar, Saravana (2014) Assisting allied health in performance evaluation: a systematic review. *BMC Health Services Research; London* 14 (2014).
- 17- Lutwama, George W., Roos, Janetta H. and Dolamo, Bethabile L. (2013) Assessing the implementation of performance management of health care workers in Uganda. *BMC Health Services Research; London* 13 (2013): 355
- 18- Malhotra, A.K. (2009) *Hospital Management: An Evaluation global India Publications Pvt Ltd, New Delhi India.*
- 19- Manzar, R. J. (2017). A study of the impact of health information quality on care delivery quality and satisfaction from the care provider's perspective. The University of Texas at Arlington, ProQuest Dissertations Publishing, 2017. 10629285
- 20- Mayate, Eleanor F. (2006) Performance improvement plan in a primary care clinic, as a JCAHO accreditation requirement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2006.
- 21- Mayne, John W. & Zapico-Goni, Eduardo (2017) *Monitoring Performance in the Public Sector: Future Directions from International Experience Routledge New York, USA.*
- 22- Narang, R. (2010). Measuring perceived quality of health care services in india. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 171-86.
- 23- Paraschivescu, A. O. (2014). The international dimension of quality. *Economy Transdisciplinarity Cognition*, 17(1), 103-112.